

緩和ケアにおける日米比較(1)

今村 みづ穂*

- I はじめに
- II アメリカにおける緩和ケア
 - 1 緩和ケアとホスピスケア
 - 2 病院における緩和ケア
 - 3 緩和ケアにおける病院とホスピスとの提携
 - (1) 病院とホスピスとが提携する利点
 - (2) 患者のプライバシー保護とHIPAAとの関連（以上本号）
 - (3) 反キックバック法
 - (4) リエゾン
 - 4 小括
- III わが国における緩和ケア
- IV アメリカとわが国における緩和ケアの比較・検討
- V 終わりに

I はじめに

近年、緩和ケアの重要性が認識され始めている。アメリカでは、ここ数年間で緩和ケアを提供する病院数は著しく増加している。また、わが国では、2002年に緩和ケア診療加算が新設され、大学病院を中心に緩和ケアが提供されている。

本稿では、アメリカとわが国との緩和ケア、特に病院における緩和ケアを比較、検討することを目的とする。その前提として、緩和ケアとホスピスケアとの相違、アメリカにおける緩和ケア、わが国における緩和ケアおよび緩和ケアに関連する諸制度についても考察する。また、アメリカおよびわが国の緩和ケアは、ホスピスの問題点を克服することを目的としているため、両国のホスピスケアについても概観する。

医療制度の異なるアメリカとわが国との医療サービスについて比較することは

『一橋法学』（一橋大学大学院法学研究科）第6巻第1号2007年3月 ISSN 1347 - 0388

* 一橋大学大学院法学研究科博士後期課程修了（博士（法学））

困難を伴う。しかし、緩和ケアは新しい医療形態であり、未だ発展段階にあることから、両国の緩和ケアを理解し、比較および検討することは、わが国の今後の緩和ケアにとって示唆に富むものであると考える。

II アメリカにおける緩和ケア

1 緩和ケアとホスピスケア

緩和ケア (Palliative Care) は、ホスピスケア (Hospice Care) と同一のものとして捉えられることがあるが、厳密に言えばホスピスケアとは異なるものである。本稿では、両者は異なるものとして捉えることを前提とする。

緩和ケアは、ホスピスケアの問題点を克服することを目的としているため、まず、アメリカにおけるホスピスケアの概要について説明する。

(1) ホスピスケア

ホスピスケアは、1982年に可決された「課税の公平と財政責任法 (Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982: TEFRA)」の一部として創設されたメディケア・ホスピス・ベネフィット (Medicare Hospice Benefit) の下、65歳以上の者を主な対象とする公的医療保険であるメディケアにより保障されている。メディケアは、強制保険であり主に入院医療費を保障するパートAと任意保険であり主に医師への支払および外来医療費を保障するパートBを中心として構成される。ホスピスケアは、パートAの保障対象である。

ホスピスケアは、貧困者を主な対象とする公的医療保険であるメディケイドによっても保障されるが、メディケイドは州によりその内容が異なるため、本稿では、メディケアによって保障されるホスピスケアを対象とする。

① メディケア・ホスピス・ベネフィット

メディケア・ホスピス・ベネフィットの下では、メディケアの認定を受けたホスピスがメディケアの受益者に対してホスピスケアを提供する場合、当該ホスピスはメディケアに対してホスピスケアに要する一定の費用を請求することができる。つまり、メディケアから当該ホスピスに対して費用が償還される。メディケア・ホスピス・ベネフィットの内容、具体的には、メディケア・ホスピス・ベネフィットが適用されるために必要なホスピス、ホスピスケアおよび患者の要件に

については連邦規則¹⁾により詳細かつ厳格に規定されている。また、費用償還については、メディケア・ベネフィット・ポリシー・マニュアル (Medicare Benefit Policy Manual²⁾: MBPM、以下、MBPMとする) およびメディケア・クレイム・プロセッシング・マニュアル (Medicare Claims Processing Manual³⁾) により規定されている。ホスピスがメディケアの認定を受けるためには、連邦規則にある「参加要件 (Conditions for Participation) ⁴⁾」およびホスピスが存在する州の認可規定を満たす必要がある。

② ホスピスケアの内容

ホスピスケアとは、メディケアの認定を受けたホスピスが、末期の状態にある患者に対して、医師、看護師、ソーシャルワーカー等の多職種の者で構成される学際的チーム (interdisciplinary team) により患者個々のケアプランを作成し、それに従って、基本的に在宅において、治癒を目的とする治療ではなく疼痛および症状の緩和を目的とするケアを提供するものである⁵⁾。

ホスピスケアは、通常の在宅ケア、継続的在宅ケア、入院による一時療養および一般的な入院によるケアの四つに分類される⁶⁾。メディケアからホスピスに対して支払われる額は、四つのケアの程度により異なる。それぞれのケアについてホスピスに支払われる額は、あらかじめ定められており、通常の在宅ケア、入院による一時療養および一般的な入院によるケアについては患者1人につき1日当たり一定額が支払われ、継続的な在宅ケアについては1時間当たり一定額で計算

-
- 1) Code of Federal Regulations, Title42-Public Health, Chapter IV -Centers for Medicare & Medicaid Services, Department of Health and Human Services, Part418 Hospice Care (42 CFR 418).
 - 2) Center for Medicare and Medicaid Services (CMS), U.S. Department of Health and Human Services. Publication #100-02, Medicare Benefit Policy Manual (MBPM): Chapter 9-Coverage of Hospice Services Under Hospital Insurance.
 - 3) CMS. Publication #100-04, Medicare Claims Processing Manual: Chapter11-Processing Hospice Claims.
 - 4) 42 CFR 418.50-418.100
 - 5) National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO). *What is Hospice?* (<http://www.caringinfo.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3466>) (URLにつき、2006年度確認。以下、同じ)
 - 6) 42 CFR 418.302

され、患者に提供したケアの時間に応じた額が支払われる⁷⁾。

連邦規則は、メディケア受益者である患者のホスピスケアに対する自己負担を極めて少額に設定している⁸⁾。したがって、ホスピスは、メディケアから償還される費用のみでケアを提供する必要がある。

③ 現状・問題点

連邦政府は、医療費、主にメディケアの支出の削減を目的として、メディケア・ホスピス・ベネフィットを創設し、ホスピスケアを保障することとした。ホスピスは、メディケア・ホスピス・ベネフィットにより経済的基盤を得ることができ、その後、飛躍的に普及および発展し今日に至っている。1974年にアメリカにおいて最初のホスピスが誕生し、メディケア・ホスピス・ベネフィット創設直後の1985年には、その数は1,545に上昇し、2004年には、その数は3,650にまで及んでいる⁹⁾。

一方、費用償還を受けるためには、ホスピスはメディケアに認定される必要があり、参加要件および州の認可規定を満たさなければならない。また、ホスピスが提供するホスピスケアおよびホスピスケアを受給する患者についても連邦規則を遵守しなければならない。つまり、メディケア・ホスピス・ベネフィットの導入は、ホスピス、ホスピスケアおよび患者に対して制約を課すものでもあった。主な制約およびそれに伴う弊害について以下で言及する。

(a) 患者に対する要件

ホスピスケアを受給する患者は、連邦規則によるホスピスケアの受給要件を満たす必要がある。まず、連邦規則は、患者はメディケア・パートAの受益者であり、ホスピスの医師およびかかりつけ医（通常、ホスピスケアを紹介した医師）

7) 42 CFR 418.306

8) 42 CFR 418.400 ちなみに、患者がメディケイド受益者の場合は、極めて少額の自己負担が発生する、または自己負担は発生しない（州により異なる）。患者が65歳以下であり民間保険に加入している場合は、ほとんどの民間保険はホスピスケアを保障するため、極めて少額の自己負担が発生する、または自己負担は発生しない。患者が無保険者の場合は、ホスピスがそのような患者を受け入れるのであれば、通常、全額ホスピスが負担することとなる。

9) NHPCO. *NHPCO's 2004 Facts and Figures*. <http://www.nhpc.org/files/public/Facts_Figures_for2004data.pdf>

から、疾病が末期疾患であり、通常の進行であれば余命が6か月以内であると書面で診断された者でなければならないと規定している¹⁰⁾。

余命が6か月以内であるという医師の診断を要件とすることについては批判がある。がん以外の疾病に罹患している患者の余命を予見することは困難であるからである。特に、AIDSやうっ血性心不全についてはその予見が極めて困難である¹¹⁾。したがって、ホスピスケアの受給要件として余命期間が制限されていることは、がん以外の疾病に罹患している患者にとってはホスピスケアの受給を妨げるものとなる。実際、2004年度の統計ではホスピスの患者の半数近く(46%)はがん患者であった¹²⁾。

次に、連邦規則は、患者はホスピスケアを受けるにあたり、ホスピスケアが対象とする疾病について治療を放棄しなければならないと規定している¹³⁾。「治療」とは、疼痛および症状を緩和するための化学療法、放射線治療等を含むものではなく、あくまで治癒を目的とする積極的な治療を意味する。疼痛および症状の緩和を必要としつつも積極的な治療を希望する患者にとって、このような要件はホスピスケアを受給する上での障害となる。特に現代においては、病院等の医療機関は医療の効率化を図るため、患者を早期に退院させる傾向にあり、上記のような患者のニーズに対応することはより難しくなっている。

上記、二点の患者に対する要件は、患者がホスピスケアを受給する上での障害となるものであり、ホスピスが患者のニーズに応えることができない状況を招いている。

(b) 遅すぎる紹介

(a)で挙げた患者に対する要件は、医師等による患者のホスピスへの紹介を妨げるものでもある。特に、余命期間の制限により、がん以外の疾病に罹患している患者のホスピスへの紹介が遅れる傾向にある。

10) 42 CFR 418.20

11) American Survey. The Final Hurry: on death and dying (federal regulation of hospice services). *Economist*. Vol. 342, no. 8009: 32. 1997.

12) NHPCO, *supra* note 9.

13) 42 CFR 418.24(d)

2004年度の統計によると、ホスピスケアの受給期間の中央値は22日である。しかし、その一方で、ホスピスケアを受けた患者の35%は1週間以内に亡くなっている¹⁴⁾。患者がホスピスケアを受け始めてから数日間のホスピスのスタッフの業務は、非常に広範囲かつ時間を要するものである。具体的には、患者に対して速やかにホスピスケアの提供を開始するため、ホスピスのスタッフはできる限り早く患者と面会し、患者の状態を把握し、ケアプランを立てる必要がある¹⁵⁾。したがって、仮に患者が短期間しかホスピスケアを受けることができなかった場合、すなわちホスピスケアを受け始めてすぐに亡くなった場合、ホスピスは金銭的な損失を被ることとなる。その上、ホスピスへの紹介を適切な時期に受けることができなかった患者は、不適切かつ不必要な身体に対する侵害的な治療を長期にわたり受ける可能性もあり¹⁶⁾、ホスピスケアの下で人間のかつ精神的・肉体的に快適な生活を享受する機会を逸することにもなりうる。患者のホスピスへの紹介が遅れることにより、ホスピスおよび患者の両者にとって好ましくない結果が生じうるのである。

(c) 在宅ホスピスケアと介護者の負担

連邦規則は、入院によるホスピスケアを提供した日数を、ホスピスケアを提供した全日数の20%以内に制限している¹⁷⁾。入院よりも在宅におけるホスピスケアの方が、ケアに要する費用は低額であり、メディケアの支出を削減することとなるからである。したがって、ホスピスは、大半のホスピスケアを在宅において提供せざるを得ない状況にある。しかし、その在宅におけるホスピスケアによる医療費の削減は、主に患者の家族である介護者の無償労働によるものである。その結果、介護者の存在が、患者およびその家族にとって、あたかもメディケアの認定を受けているホスピスから在宅でのケアを受けるための実質的な要件であるか

14) NHPCO, *supra* note 9.

15) ホスピスの中ではその運営方針として、患者がホスピスケアを受け始めてから一定の期間内（例えば72時間以内）にホスピスのスタッフが患者と面会することを定めているものもある。

16) Christakis, N.A. Predicting Patient Survival Before and After Hospice Enrollment. *Hospice Journal* 13, no. 1/2: 71. 1998.

17) 42 CFR 418.302

のように捉えられている¹⁸⁾。実際、患者に対して介護者の存在を要求するホスピスもあるようである。

しかし、2004年度の統計によると、65歳以上の者の約30%（約1,000万人）が施設に入らずに独りで暮らしている¹⁹⁾。また、仮に独り暮らしではなくても、同居者が働いている可能性は高く、このような現状では患者に必ずしも介護者が存在するとは限らない。介護者が存在するとしても、そのことは、その家の状態がホスピスケアに適しているということの意味するものではない。主たる介護者となる者は、末期患者にとって身体的および精神的に援助可能な者である必要がある。また、高齢者の主たる介護者となる者は、通常、配偶者または成人した子であり、大抵の場合女性である。2004年度の統計によると65歳以上の女性の約半数（43%）が配偶者を亡くしていることから容易に推測できる^{20) 21)}。しかし、近年における女性の社会進出は著しい。したがって、家族、特に女性が介護者となり無償労働が提供されるという仮定の下に成り立っている政策は、現実には即していないと言える。介護者を雇うことも理論的には可能であるが、それは多くの高齢者にとって多大な経済的負担となると考えられ、現実的な選択肢としては想定し難いであろう。

(d) 費用償還額

ホスピスは、1982年にメディケア・ホスピス・ベネフィットが創設されて以来、何百万人という末期の状態にあるメディケア受益者とその家族に対してホスピスケアを提供してきた。それは、メディケアによる費用償還、すなわち連邦政

-
- 18) McDonald, D. Non-admissions: The other side of the hospice story. *American Journal of Hospice Care* 22, 18, 1989.
- 19) Administration on Aging (AOA), U.S. Department of Health and Human Services. *A Profile of Older Americans (Living Arrangement) : 2005*. <<http://www.aoa.gov/PROF/Statistics/profile/2005/6.asp>>
- 20) AOA. *A Profile of Older Americans (Marital Status) : 2005*. <<http://www.aoa.gov/PROF/Statistics/profile/2005/5.asp>>
- 21) 一般的に女性の方が男性よりも長命であることから、ナーシング・ファシリティでのホスピスケアは女性にとって非常に重要なものとなっている。参照Banazak-Holl, J. and Mor, V. Differences in Patient Demographics and Expenditures Among Medicare Hospice Providers. *Hospice Journal*. Vol. 11, no. 3: 16. 1996.

府による財政的な援助により支えられていた。しかし、その費用償還額は、処方薬の価格の上昇、外来による病院での（疼痛および症状緩和のための）治療の増加等に対応できていない。したがって、多くのホスピスが、メディケアからの費用償還だけでは運営が成り立たず、募金活動や寄付に頼らざるを得ない状況である²²⁾。

このように様々な問題を抱えつつも、メディケア・ホスピス・ベネフィットにより、ホスピスは経済的な基盤を得ることができ、一方、連邦政府は、メディケアにおける医療費削減策を講じることができた。両者の利害が一致したことが、今日のホスピスの普及および発展を可能にしたと言える。

アメリカにおける緩和ケアは、特に上記に挙げた(a)患者に対する要件を克服することを目的としたものである。以下、緩和ケアについて考察する。

(2) 緩和ケア

緩和ケアの具体的な内容については、後述するため、ここでは緩和ケアの意義ならびに上記のホスピスケアとの相違および関連について考察する。

世界保健機関（World Health Organization: WHO、以下、WHOとする）は「緩和ケアとは、生命に危険を及ぼすような疾病による問題に直面している患者とその家族に対して、疼痛およびその他の身体的、心理的、霊的（spiritual²³⁾）な問題を早い病期の段階で特定し、適切に評価および対処し、それらの苦痛を予防および軽減することを通して、生命の質を改善するためのアプローチである。²⁴⁾」とし、具体的に以下のように説明している。

22) Cheung, L., Fitch, K., and Pyenson, B. The Cost of Hospice Care: An Actuarial Evaluation of the Medicare Hospice Benefit. Milliman USA Research Report (photocopied)1-12. 2001.

23) 「霊的」というと宗教と結びつくような印象を与えかねないが、ここで言う「霊的」とは、「人間として生きることに関連した経験の一側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉」であり、「宗教的」と同意ではないと WHO は説明している。参照 世界保健機関編（武田文和訳）48頁『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア』（金原出版、1999）。

24) World Health Organization. *WHO Definition of Palliative Care*. <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>

緩和ケアは、

- ・疼痛およびその他の苦痛を伴う諸症状を軽減する。
- ・生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れることとして死に行く過程にも敬意を払う。
- ・死を早めることも遅らせることも行わない。
- ・心理面のケアや霊的な面のケアも行う。
- ・死が訪れるまで患者が可能な限り積極的に生きていけるよう支援する体制をとる。
- ・患者が疾病に苦しんでいる間も、患者と死別した後も、家族の苦難への対処を支援する体制をとる。
- ・悲嘆のケアも含めて、患者およびその家族の要望にチームで対応する。
- ・生命の質を高め、それにより疾病の過程に良い影響が及ぶようにする。
- ・化学療法、放射線治療等の延命を目的とするその他の治療と併せて早い病期に提供されるものであり、臨床の複雑な状況をより理解し対処するために必要とされる調査も含む。

以上の内容には、ホスピスケアに共通する点も多く含まれているが、一方で、緩和ケアは、「早い病期」の患者を対象とし、また「治療と併せて」提供できるとしている。この二点が、末期の患者を対象とし、治療の放棄を要件とするホスピスケアと大きく異なる点である。

全国ホスピス・緩和ケア協会（National Hospice and Palliative Care Organization: NHPCO、以下、NHPCOとする）は、ホスピスケアおよび緩和ケアについて、両者ともに、患者の必要や希望に応じて患者およびその家族に対して学際的チームにより主に疼痛管理や精神的ケアを提供するものであり、人間は疾病の苦痛から解放され尊厳をもって死ぬ権利があるという考え方に依拠するものであるとする。そして、ホスピスケアと緩和ケアとの違いについては、ホスピスケアは、患者がホスピスケアを受けるに際して余命が6か月以内であるという医師の診断を必要とし、その対象を終末期の患者とするのに対して、緩和ケアは、その対象を終末期以前の患者とし、早い病期の段階で先に挙げたようなケアを提供するものであるとしている。また、緩和ケアにおいては、積極的な治療を提供すること

ができるとしている²⁵⁾。

緩和ケア推進センター (Center to Advance Palliative Care: CAPC) は、緩和ケアとは、ホスピスケアと異なり生命に危険を及ぼすような疾病の進行過程全般にわたり患者に対して治療行為も含めた医療を提供するものであるとする²⁶⁾。

以上から、ホスピスケアは終末期の患者を対象とし、疼痛および症状を緩和するためのケアを提供するのに対して、緩和ケアは終末期のみならず特に生命に危険を及ぼすような疾病に罹患している患者を対象とし、早い病期の段階から疼痛および症状を緩和するためのケアとともに積極的な治療をも提供するものであると言える。「積極的な治療」とは、疼痛および症状を緩和するための化学療法、放射線治療等を含むものではなく、あくまで治癒を目的とする治療を意味する。

したがって、緩和ケアは、ホスピスケアにおける制約、特に患者に対する要件を克服することを目的とするものである (ホスピスケアと緩和ケアとの相違および相関関係についての詳細は表1および図1を参照)。

表1 緩和ケアとホスピスケアとの比較

	緩和ケア	ホスピスケア
ケアの対象	余命に関わらず重篤な疾病に罹患している患者	余命が1年に満たない (メディケアの規定では6か月以内 ¹⁾) 疾病に罹患している患者
積極的治療の継続の可否	積極的な治療を継続することができる。	症状を緩和するための治療や投薬のみであり、積極的な治療を継続することはできない。
メディケアによる保障の有無	メディケアにより保障される治療や薬剤もありうる。	メディケアによりほぼ全てが保障される。

25) NHPCO. *What is Palliative Care?* <<http://www.caringinfo.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3469>>

26) Center to Advance Palliative Care (CAPC). *Palliative Care vs. Other Services.* <http://www.capc.org/building-a-hospital-based-palliative-care-program/case/definingpc/designing/presenting-plan/pc_vs_others/>

メディケイドによる保障の有無	メディケイドにより保障される治療や薬剤もありうる。	47州において、メディケイドによりほぼ全てが保障される。
民間保険による保障	民間保険により保障される治療や薬剤もありうる。	大半の民間保険により保障される。
ケアの内容についての規定	具体的に緩和ケアの内容を規定するようなものは存在せず、患者のニーズによって柔軟に対応している。	メディケアおよびメディケイドによりケア内容が明確に規定されている。
ケアの受給期間	患者自身のニーズおよびメディケア、メディケイド、民間保険等の保障の程度による。	余命が1年に満たない（メディケアの規定では6か月以内）という基準を満たしていれば、受給期間に制限はない。
ケアの提供機関	病院、ホスピス、老人施設 ² 、ヘルスケアクリニック	ホスピス、その他のヘルスケア機関
ケアの提供場所	病院、在宅、老人施設、居住型介護施設 ³	在宅、老人施設、居住型介護施設、病院、ホスピスの施設内
ケアの提供者	供給期間により多様であるが、通常、医師、看護師、ソーシャルワーカー、聖職者によるチームでケアを提供する。	医師、看護師、ソーシャルワーカー、聖職者、ボランティア、ホーム・ヘルス・エイド等で構成されるチームでケアを提供する。
終末期のケアを専門とする者の有無	提供機関、提供者による。	ホスピスのスタッフは終末期のケアを専門とする者である。
患者の自己負担*	通常の治療と同様の自己負担が発生する。	自己負担はごく少額である。

引用 National Hospice and Palliative Care Organization, *What is Palliative Care?*
 〈<http://www.caringinfo.org/i4a/pages/index.cfm?paged=3469>〉 *筆者による加筆

1 42CFR 418.3

2 老人施設 (nursing facility) とは、スキルド・ナーシング・ファシリティ (skilled nursing facility) といった特別介護サービスが付いた老人ホーム (わが国の特別養護老人ホームに当たる) および通常の老人ホーム (nursing home) を指す。特別介護サービスとは、静脈注射やリハビリテーション等を指し、病院で提供するような比較的高度なケアおよび治療は含まれない。参照 Center for Medicare and Medicaid Services. *Glossary*. 〈<http://www.cms.gov/glossary/default.asp?Letter=N&Language=English>〉

3 居住型介護施設はアシスティッド・リビング・ファシリティ (assisted living facility) と呼ばれるものであり、入所者に対して日常的な世話全般を提供する施設である。参照 Center for Medicare and Medicaid Services. *Glossary*. 〈<http://www.cms.gov/glossary/default.asp?Letter=A&Language=English>〉

図1 緩和ケアとホスピスケア



ある一定の時期が来たら、ホスピスケアに移行する



治療と平行して行い、徐々に緩和ケアの比率を高くしていく。

広島県緩和ケア支援センターの資料を基に筆者が加筆、変更。
(<http://www.pref.hiroshima.jp/fukushi/byouin/center/towa01.html>)

2 病院における緩和ケア

近年、病院における緩和ケアの重要性が認識され始めている。実際、緩和ケアを提供する病院の数は飛躍的に増加している。2001年にアメリカ病院協会 (American Hospital Association) が行った4,000以上の病院に対する調査では、緩和ケアを提供している病院の数は300以下だったにもかかわらず、2003年にはその数は800以上に上り、現在はそれ以上であると考えられている²⁷⁾。また、U.S. News & World Reportが発表する年間病院ランキングの評価基準には、緩和ケアの提供の有無が含まれている²⁸⁾。

病院における緩和ケアは、通常、コンサルト (コンサルテーション) サービス (consult service) を提供している。コンサルトサービスとは、緩和ケアの経験および知識を有する医療従事者が、患者の主治医等に疼痛および症状管理等について助言を行うことを意味する。緩和ケアはチームにより提供され、そのチームは、医師および高い技術を持つ看護師 (advanced practice nurse) を中心に構成

27) CAPC. *Palliative Care and JCAHO Standards*. (<http://www.capc.org/support-from-capc/capc-publications/>) (URLにつき2005年確認)

28) CAPC. *The Case for Hospital-Based Palliative Care*. (http://www.capc.org/support-from-capc/capc_publications/)

される。必要に応じてソーシャルワーカー、身体療法士、聖職者、病棟の看護師も加わる。通常、緩和ケアチームは病院内の各患者の病室を回診するが、緩和ケア専用のベッドまたは病室を備えている医療機関もある。対象とする患者は、うっ血性心不全、慢性的肺疾患、癌、末期の腎臓病、認知症等、広範囲にわたる²⁹⁾。

(1) 病院において緩和ケアを導入する背景および効果

上記のように、病院における緩和ケアの提供が重要視されているその背景および緩和ケアの効果について考察する。

① 疼痛および症状の管理の重要性

ある調査によると、2001年にアメリカでは患者の約半数が病院で亡くなっている³⁰⁾。これは、病院には重篤な患者が多く存在していることを示していると言える。そのような患者にとっては、病院において治療を受けているとしても、疼痛および症状の管理が必要不可欠であろう。したがって、病院および患者にとって、ホスピスケアとは異なり治療の有無に関わらず疼痛および症状を管理することを主たる目的の一つとする緩和ケアは非常に重要なものである。

② 医療の継続性

患者は、治療の過程において、多種多様な医療機関から医療を受けることが少なくない。したがって、病院は、病院で提供する治療を医療の一連の流れの一部として捉える必要がある。この一連の流れ、すなわち継続性、それも強固な継続性を形成するには、患者の病状に関する詳細な記録、患者およびその家族と医師との十分なコミュニケーション、および退院後の患者の受け入れ先の確保が必要である。

緩和ケアは、患者に対して適切な時期に次の療養先として適切な医療機関を紹介することもその目的の一つとしている。したがって、次の療養先となりうる医療機関と緊密な関係を築く必要がある。つまり、緩和ケアとは、医療機関と連携

29) CAPC, *supra* note 28.

30) Brown University Center for Gerontology and Health Care Research. *Facts on Dying 2001-USA and State Statistics*. <<http://www.chcr.brown.edu/dying/2001DATA.HTM>>

することにより、病院の内外を問わず患者が良質な医療を受けることを可能とし、医療の継続性を担うものである³¹⁾。また、適切な時期に次の療養先を紹介することは、ホスピスへの遅すぎる紹介³²⁾を防ぐものでもある。

③ コミュニケーション

患者やその家族と十分なコミュニケーションを図るということも緩和ケアの重要な役割の一つである。コミュニケーションの内容には、治療およびケアの目的・目標、その目的・目標の達成に適した治療、ケアおよびその提供場所、その目的・目標に基づいた治療およびケアプラン等が含まれる。このようなコミュニケーションが成り立つことにより、患者自身のペースで、かつ医学的にも望ましい時期に、患者にふさわしい医療および医療の場を患者に紹介することが可能となるのである。つまり、入院患者が、病院における緩和ケアからホームヘルス、ホスピスケア等の適切なサービスや、病院から在宅、ナーシング・ファシリティ³³⁾等のサービスを受ける場所へ円滑に移行することを可能にするのである。その意味では、コミュニケーションも医療の継続性を担う重要な要素の一つと言える。ある研究では、緩和ケアを提供することにより、死の直前の数週間に患者をホスピスへ紹介する確率が2倍から3倍になるという結果も示されている³⁴⁾。

④ 患者およびその家族の満足度

緩和ケアチームは、早い病期の段階から患者およびその家族とかがかわることにより、患者に対して患者自身の疾病の本質を理解することを徐々に促し、適切な時期に患者およびその家族とケアについて検討することを可能にしている。したがって、緩和ケアチームは患者とその家族とともに治療およびケアの目的・目標

31) CAPC, *supra* note 28.

32) 参照 本稿Ⅱ1(1)③(b)。

33) 本稿ではナーシング・ファシリティ (nursing facility) を、スキルド・ナーシング・ファシリティ (skilled nursing facility、わが国の特別養護老人ホーム) およびナーシング・ホーム (nursing home、通常の老人ホーム) を含めた老人施設の総称として使用する。スキルド・ナーシング・ファシリティは、メディケア (条件付) およびメディケイドにより保障される。ナーシング・ホームは、メディケアでは保障されないが、メディケイドにより保障される。

34) CAPC, *supra* note 28.

を話し合い、その内容に基づいて治療およびケアプランを作成することができ、患者を中心とした医療の提供を可能とする。そして、そのような患者を中心とした医療こそが患者の生命の質を高めるものであり、患者とその家族の満足度も高めることとなる³⁵⁾。

⑤ 病院における医療従事者の満足度および維持

慢性的な疾病に対する医療の必要性が高まっている現在、そのような疾病に罹患している患者とコミュニケーションを図り、彼らに対して綿密に計画した医療を提供するには、十分な医療従事者が必要となる。特に、近年、アメリカでは看護師の数が不足しており、十全な緩和ケアを提供するだけの看護師を確保することが困難である病院は少なくない³⁶⁾。そのような状況において、緩和ケアチームは、患者およびその家族とのコミュニケーションを密にとり、それを基に治療およびケアプランを調整および作成し、複雑で変化しやすい症状に対しては慎重かつ迅速に対処することをその役割とする。緩和ケアチームのそのような働きは、患者とその家族に対して質の高い医療を提供することに努めている医師、看護師、ソーシャルワーカー等の病院における医療従事者を支えるものである³⁷⁾。特に主治医に対しては、治療の調整ならびに患者およびその家族との話し合いに要する時間を削減するとともに、疼痛および症状管理の専門技術を提供する役割を果たす。その結果、病院における医療従事者の仕事に対する満足度を高め、それは同時に彼らの維持および確保に資することとなる。

また、緩和ケアチームにより、入院患者の中でもとりわけ手厚いケアを必要とするような特殊な症例に当たる患者 (outlier) についても適切に対応することが可能となるであろう。医師や看護師のみでは、そのような1人の例外ともいえる患者にまで対応することが困難であっても、緩和ケアチームの助けにより、その患者個人に適した治療およびケアプランを作成し、適切な治療およびケアを提供

35) CAPC, *supra* note 28.

36) Spragens, L.H. and Bumpers, B. *Health Care Financing in the United States: An Overview*. http://www.capc.org/site_root/Documents/ (URLにつき2005年確認)

37) CAPC, *supra* note 28.

することが期待できるからである。

⑥ 高齢化社会への対応

アメリカにおける65歳以上、すなわちメディケアの受給資格を得る年齢の人口は、2000年には約3,500万人であったのに対して、2025年には約6,200万人、2050年には約8,000万人に達すると推計されている³⁸⁾。また、メディケアの総額は、2001年では約2,360億ドルであったが、2002年には約2,520億ドル、2003年には約2,720億ドルと確実に増加している³⁹⁾。

このような状況を背景として、病院の入院患者の医療費については、診療関連群 (diagnosed-related groups: DRGs、以下、DRGsとする) に基づいた定額払方式 (prospective payment system: PPC) が適用されている。これは、入院時の疾病の種類を基礎としてメディケア、すなわち連邦政府から病院に対して費用が償還されるという方式である。つまり、病院としては、治療に要した費用に関わらず、患者のDRGsによりあらかじめ定められている額しか費用が償還されないこととなる⁴⁰⁾。したがって、重篤な状態にある患者および入院が長期化するような患者に要する費用は、メディケアからの費用償還額では不十分であることも少なくなく、病院は財政的に窮することになりかねない。特に、高齢者には、心臓および肺疾患、糖尿病、がん、アルツハイマー病等複数の疾病を抱え、長期にわたって治療を必要とする者も存在する。さらに、現代医療の進歩により、慢性的な疾病のみならず進行性の疾病を罹患している患者も長期にわたって生存することが可能となるであろう。

以上のような現状に鑑みると、⑦で詳しく言及するが、病院の経費の削減および入院日数の減少による病床の稼働率の上昇という効果をもつ緩和ケアは、これからの高齢化社会の対応策として非常に有効であると考えられる。また、緩和ケアは、

38) CMS. *CMS Statistics*. 〈<http://www.cms.hhs.gov/resesarchers/pubs/CMSstatistics/2004CMSstat.pdf>〉

39) CMS. *CMS Data Wallet Cards: CMS Financial Data*. 〈<http://www.cms.hhs.gov/researchers/walletcard/04cmsfinancialdata.pdf>〉

40) Koch, A.L. "Financing Health Care." In: William SJ and Torrens PR ed. *Introduction to Health Services* (5th ed.) Albany, New York: Delmar Publishers, Inc. 1999. 137-141.

長期にわたる治療およびケアを必要とする患者に対しても、治療からケアおよび病院からその他の療養先への移行に関して、その時期や場所等を含めて各患者に適したプランを作成することができ、継続的な医療の提供を支えることができるであろう。

⑦ 病院の経費の削減と入院日数の減少による病床の稼働率の上昇

今日では、ほぼすべてのメディケア受益者は、死に至る最後の1年のうち少なくとも数回は入院生活を送っている⁴¹⁾。そして、病院は、そのような重篤な状態にある患者に多大な経済的および人的資源を投入している。実際、2001年のメディケアの総額約2,360億ドルのうち、その39%に当たる930億ドルが入院施設を備える病院に支出されていた⁴²⁾。さらに、メディケアの支出の四分の一はメディケア受益者が死に至る最後の1年に要する費用が占めているという報告もある⁴³⁾。今後、急速に高齢化が進むに連れ、そのような傾向は強まるものと思われる、病院としては対応策を講じる必要に迫られている。

このような状況の下、緩和ケアについては経済的な効果が期待されている。緩和ケアを病院内に設置する際の初期投資は比較的低額であり、また、緩和ケアは、病院全体の資源の効率的な使用、入院日数の減少および集中治療室（Incentive Care Unit: ICU、以下、ICUとする）の利用率の減少という財政的に好ましい影響をもたらすためである。したがって、緩和ケアに要する費用は、病院における経済的利益によって相殺される可能性もある。

緩和ケアチームと患者との合意によって作成された綿密な治療およびケアプランに従って医療を提供することは、病院にとって資源の利用を予測可能とし、またそのようなプランは、多くの場合、重複する不必要な検査や効果のない薬剤の費用を削減することとなる。また、緩和ケアにより、入院患者が適切な時期に適

41) CAPC, *supra* note 28.

42) CMS. *Program Information on Medicare, Medicaid, SCHIP, and other programs of the Centers for Medicare & Medicaid Services* (June 2002 Edition). <<http://www.cms.hhs.gov/charts/services/sec3-c.pdf>>

43) CMS. *Last Year of Expenditures. (MCBS PROFILES*. May 2003, Issue No. 10.). <<http://www.cms.hhs.gov/mcbs/mcbsprofiles/issue10.pdf>>

切なケアやその提供場所に移行することが可能となることによって、入院日数およびICUの利用率が減少し、ベッドの稼働率を高めることができる⁴⁴⁾。実際、末期の状態にある患者を対象に、緩和ケアを利用した者と利用しない者とを比較した場合、緩和ケアを利用した者の方が入院日数が短いという結果が報告されている⁴⁵⁾。入院日数の違いは、主に重篤な状態にある患者、例えば昏睡状態にある患者や人工呼吸器を装着している患者において顕著であった。緩和ケアチームと患者およびその家族との話し合いの結果、昏睡状態にある患者はホスピスケアへ移行する、また、人工呼吸器を装着している患者は人工呼吸器を取り外す⁴⁶⁾という決断がなされるケースが多かったためである。ただし、早い病期の段階から緩和ケアが提供されなければ、入院日数およびICUの利用率の減少等の効果を得ることができない可能性もある。通常、主治医の依頼により緩和ケアの提供が開始されることから、緩和ケアチームが、主治医とコミュニケーションを密にとり主治医の緩和ケアに対する理解を深めることにより、早い病期での緩和ケアの提供を可能とする必要がある。

⑧ JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization)

医療機関認定組織 (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO、以下、JCAHOとする) とは、医療の質と安全性を高めることを目的とし、医療機関における医療の質を評価および認定する非営利の機関である。現在、JCAHOによる認定は医療機関の重要な評価基準となっている。実際、医療機関は、JCAHOの認定を得ることでメディケアおよびメディケイドの認定を得たものとみなされ、それらから費用の償還を受けることができる。したがって、医療機関にとって、JCAHOの基準を満たし、その認定を得るということは非常に重要なことである。

44) CAPC, *supra* note 28.

45) この調査は、Mount Sinai Hospitalにおいて1999年に実施されたものである。参照 CAPC. *Planning a Hospital-Based Palliative Care Program--A Primer for Institutional Leaders* (Technical Assistance Series Nov. 2000). (<http://www.capc.org/support-from-capc/planning-primer.pdf>)

46) わが国においては、一度人工呼吸器を装着した場合には、原則として取り外すことはできない。

JCAHOは、病院に対して、医療の提供に関する方針やその手順という従来の基準のほか、現在では疼痛管理、治療の継続性、コミュニケーションに関する基準を設けている。したがって、緩和ケアがその三つの基準に資することも、病院が緩和ケアを積極的に導入する傾向を強めている原因の一つであると言える⁴⁷⁾。

JCAHOは緩和ケアと病院について次のように説明する。緩和ケアの基礎は、患者が抑制（管理）されていない症状により苦しむことがないことを保証することである。JCAHOに認定された病院は、効果的な疼痛治療に関する全国的な基準を満たすことを確約するものである。緩和ケアプログラムは、JCAHOによって作成された疼痛管理やその他の医療の質の基準を病院が満たすことを支援するものである⁴⁸⁾。

以上のとおり、①から⑧までは、すべて関連しあっており、どれ一つとして切り離して考えることは難しい。したがって、緩和ケアを導入することにより、先に挙げたすべての効果が多少なりとも期待できることとなるが、また逆に、緩和ケアが十分に機能しなければ、全体としてあまり効果を得ることができないことともなる。したがって、病院において緩和ケアを導入する際には、入念かつ綿密な計画が必要である。

(2) 病院における緩和ケアの導入による弊害

(1)で述べたように、病院が緩和ケアを導入することにより様々な効果を期待することができるが、緩和ケアの導入については弊害も存在する。

① ベッドの占有率

緩和ケアを導入することにより、患者を適切な時期に適切な医療機関における適切な医療に移行することが可能となり、その結果、患者の入院日数およびICUの利用率が減少することが期待できることはすでに言及した。しかし、ベッドの占有率が低い病院にとっては、患者の入院日数の減少は病院の利益の減少を引き起こすことにもなりうる。ただし、そのような病院であっても、心臓病患者やが

47) CAPC, *supra* note 27.

48) CAPC, *supra* note 28.

ん患者を主に扱うのであれば、そのような患者の治療に必要なICUの利用率が緩和ケアの導入によって現在よりも減少することは、ICUでの治療を必要とするような患者を現在よりも多く受け入れることができるとも考えられる。一方、ベッドの占有率が高い病院にとっては、患者の入院日数が減少することにより、新たな患者を受け入れることが可能となる。ただし、このようにベッドの占有率が高い病院においては緩和ケア専用のベッドを確保することは困難であろう⁴⁹⁾。つまり、緩和ケアの効果は、病院の性質も関係すると言することができる。

② 費用

病院が緩和ケアを導入する効果の一つとして、初期投資が比較的低額であることを挙げたが、緩和ケアのための医療従事者および緩和ケア専用のベッドの確保等、一定の費用は必要である。また、入院日数およびICUの利用率の減少等に見ることのできる経済的有益性は医療機関により異なることも事実であり、緩和ケアの導入に抵抗のある病院も少なくない。緩和ケアは近年になって医療関係者に認識され始めたものであり、実際に緩和ケアを導入している医療機関は存在するものの、その形態は多様であり適切な比較対象とはなりえない。その結果、将来的に費用を削減できるということを導入前に確認することは、綿密に計画された予備的な調査をなくしては困難である。医療機関側としては、費用削減の保証がないにもかかわらず、予算をかけてまで実行に移すことには躊躇せざるを得ないのが実情であろう⁵⁰⁾。

さらに、病院に新たな負担が生じる可能性もある。緩和ケアは、公的医療保険の保障対象ではないからである。厳密に言うならば、緩和ケアや終末期のケアに当てはまる特定のDRGsが存在しないのである。

まず、患者がメディケアの受益者である場合を考える。2005年時点では、患者は、パートAの保障対象である入院については、通常と同様に、自己負担限度額912ドルを支払い、60日を越えて入院する場合は、61日から90日までは1日当たり228ドルの共同負担を支払う必要がある。パートBに加入していれば、医師

49) Speragens and Bumpers, *supra* note 36.

50) Speragens and Bumpers, *supra* note 36.

のサービス等について20%が共同負担となり、パートBに加入していなければ、医師のサービス等、入院以外の費用は全額自己負担となる。メディケアにおいては、DRGsに基づいた定額払方式により、入院時点での疾病の種類を基礎として病院に対して費用が償還される。しかし、緩和ケアに当てはまる特定のDRGsは存在しない。したがって、緩和ケアに要する費用が当該疾病（緩和ケアを必要とする疼痛および症状の原因となる疾病）に対応するDRGsによる費用償還額を超過した場合は、病院がその超過した費用を負担することとなる。緩和ケアを必要とする患者が終末期の状態にある場合は、メディケアからの費用償還を得るために当該患者を急性期の患者として扱い、同様にDRGsによる費用償還額を超過した費用は病院の負担となる。確かに、早い病期の段階から緩和ケアを提供することにより、医療資源の効率的な使用ならびに患者の入院日数およびICUの利用率の減少が期待できるが、緩和ケアに要する費用、緩和ケアの医療費削減効果およびDRGsによる費用償還額との関係は、現段階では判然としていない。次に、患者がメディケイドの受益者である場合、州により患者に自己負担を課すところもあるが、基本的には自己負担は生じない。緩和ケアに要する費用がメディケイドによる費用償還額を超過した場合は、メディケアと同様に病院がその超過した費用を負担することとなる。患者が、65歳未満で民間保険に加入している場合は、その超過した費用は患者の自己負担となる。ちなみに、患者が無保険者の場合は、基本的に病院はそのような患者を受け入れることはないが、仮に受け入れるのであれば、病院は全額を負担せざるを得ない。以上から、緩和ケアの導入により病院の負担は増加する可能性があると言える。一方、患者の自己負担は一般の治療と同様である。しかし、公的医療保険で保障されるホスピスケアにおける自己負担とは格段の差がある。

緩和ケアが公的医療保険により保障されない点については、緩和ケアの導入および運営に関して非常に重要な問題であるため、以下で考察する。

(3) 費用

緩和ケアは公的医療保険の保障対象ではない。緩和ケアや終末期のケアに当てはまる特定のDRGsが存在せず、緩和ケアに要する費用がDRGsの費用償還額を超過した場合は、その超過した費用を病院が負担することは上記で説明した。し

たがって、各医療機関は、グラント、寄付および補助金に頼る、研究事業に参加する、医師のフェローを登用する、ホームヘルスの下で緩和ケアを提供する等の様々な方法により、緩和ケアの運営資金の獲得に努めている⁵¹⁾。

以下では、緩和ケアが公的医療保険の保障対象ではないことに関連する事項、①対応策、②医師のサービスに対する費用償還および③緩和ケアに対する規制について考察する。

① 対応策

医療機関が緩和ケアの運営資金を獲得するための方法として、ここでは、(a)ホームヘルスによる緩和ケアの提供および(b)メディケア・マネジドケアについて言及する。

(a) ホームヘルスによる緩和ケアの提供

緩和ケアをホームヘルスの下で提供することにより、緩和ケアに要する費用を公的医療保険から得ている例、Kaiser Permanente、を以下に挙げる⁵²⁾。

まず、例に挙げる Kaiser Permanente について概観する。Kaiser Permanente は、Kaiser Foundation Health Plans (以下、ヘルスプランとする)、Kaiser Foundation Hospitals (以下、病院とする) および Kaiser Permanente Medical Groups (以下、メディカルグループとする) の三団体から構成される。ヘルスプランは非営利の医療保険提供機関であり、健康維持機関 (Health Maintenance Organization、以下、HMO または HMOs とする) の形式をとる。アメリカ最大の非営利の HMO であり、加入者は 8,200 万人に上る⁵³⁾。病院も非営利である。一

51) CAPC and NHPCO. *Hospital-Hospice Partnerships in Palliative Care Creating Continuum of Service*. (A Joint Program of the National Hospice and Palliative Care Organization and the Center to Advance Palliative Care). <http://www.capc.org/support-from-capc/capc_publications/>

52) 事例の内容は、ファイザーヘルスリサーチ振興財団研究助成により、筆者が2003年10月から2004年2月までアメリカ合衆国カリフォルニア州ロサンゼルスにおいて実地調査を行った成果であり、ここにファイザーヘルスリサーチ振興財団に対して深謝する。事例検討は各医療機関の視察および関係者へのインタビューを基に作成したものである。本稿における誤謬の一切の責任は筆者に帰すものである。本稿Ⅱ3(4)③の Veterans Affairs の例も同様である。

53) Kaiser Permanente. <<http://www.kaiserpermanente.org/>>

方、メディカルグループは、医師が所属する営利目的の団体である。これらが一体となって医療保険、病院、医師のすべてを供給している。

以下の内容は、カリフォルニア州ロサンゼルスにある Kaiser Permanente Southern California における事例である。Kaiser Permanente では、ホスピスケアおよび緩和ケアは、厳密には病院の一部門である継続部門 (Continuity Department) に属するが、以下では総称して Kaiser とする。

Kaiser では、主に患者の疾病についてホスピスケアの受給要件である「余命が6か月以内であるという医師による診断」を得ることが困難な場合や、仮にその要件を満たしていても患者やその家族がホスピスケアを受ける精神的な用意ができていない場合に緩和ケアを用いている。ただし、病院においては緩和ケアを提供していない。治療を見込むことができない患者が、入院した状態で積極的な治療を受け続けることは、医療保険を提供し、かつ病院を運営する Kaiser の経営方針に反することとなるからであろう。

以下においては、サービスを指す場合はホームヘルスおよびホスピスケアとし、事業者を指す場合はホームヘルス業者およびホスピス業者とする。

Kaiser では緩和ケアをホームヘルスの下で提供している。本来、ホームヘルスとは、通院することが困難な者に対して、在宅においてケガや疾病の治療を提供するサービスである。したがって、本質的にはホームヘルスは緩和ケアとは異なるものである。しかし、Kaiser では緩和ケアをホームヘルスの下で提供することで、ホームヘルスに対するメディケア・パート A またはパート B からの償還額により緩和ケアに要する費用を補っている⁵⁴⁾。また、ホームヘルスに従事する者は、疼痛および症状を緩和するためのケアに精通していないため、そのようなケアはホスピスのスタッフによって提供されている。このように、Kaiser においては、緩和ケアをホームヘルスに含むことにより、緩和ケアに要する費用の獲得に努めていることがわかる。また、病院において緩和ケアを提供しないため、ホスピスケアの受給要件を満たすことができない患者が緩和ケアを希望する場合には、

54) 3日以上入院した後の断続的なホームヘルス、すなわち在宅医療サービスはパート A で給付され、その他の在宅医療サービスはパート B で給付される。

ホームヘルスで受け入れざるを得ないという事情もあると考える。

緩和ケアをホームヘルスの下で提供するためには、患者やそのサービスは、ホームヘルスの規定を満たす必要がある。つまり、患者は、通院が困難であり、疾病やケガに対して医師の指示に従った断続的な治療を必要とし、ホームヘルス業者によって直接またはホームヘルス業者の調整の下、サービスの提供を受けなければならない⁵⁵⁾。また、ホームヘルス業者が、例えばホスピス業者と協力してサービスを提供しているとしても、そのサービスのうち少なくとも一つはホームヘルスの従業員が直接提供する必要がある⁵⁶⁾。したがって、ホスピスのスタッフが直接疼痛および症状を緩和するためのケアを提供するのであるならば、ホームヘルスの従業員はその他の医療サービスを直接提供しなければならない。

メディケアにおける本来のホームヘルスの役割には緩和ケアの提供は含まれていないものと思われる。しかし、メディケア・メディケイド・サービス・センター (Center for Medicare and Medicaid Services: CMS、以下、CMSとする) は緩和ケアをホームヘルスの下で提供することを認めており、MBPMにおいて以下のような例を挙げている⁵⁷⁾。

メディケアの受給資格がある患者は、余命が6か月以内であると診断されているが、積極的な治療を継続することを選択し、ホームヘルスの下でそのような治療を受けている。したがって、当該患者は、積極的な治療を継続する点で、ホスピスケアの受給要件を満たしていない。その後、当該患者に対して疼痛管理が必要となり、ホームヘルス業者はホスピス業者と契約を締結し、ホスピス業者から疼痛管理の提供を受けることとした。この場合、ホスピス業者はその代金をホームヘルス業者に対して請求し、ホームヘルス業者がホスピス業者に対して代金を支払うという形式をとる。ホスピス業者は、ホスピスケアの受給要件を満たしていない患者に対して疼痛管理、すなわちホスピスケアを提供しており、その代金

55) 42 CFR 409.42

56) 42 CFR 409.44, 409.55, 484.14(a)

57) CMS. MBPM: chapter 9, 70-Hospice Contracts with An Entity for Services not Considerd Hospice Service.

をメディケアに請求することはできないからである。したがって、ホスピス業者は、ホームヘルス業者がメディケアから償還された費用の一部をその代金として受け取ることとなる。

この例では、ホスピス業者が疼痛管理を提供する一方で、ホームヘルス業者が積極的な治療を提供しており、結果として、ホームヘルスにおいて緩和ケアを提供している。したがって、患者および患者に提供されるサービスがホームヘルスの要件を満たすならば、ホームヘルスにおいて緩和ケアを提供することは可能であると解する。Kaiserでは、ホームヘルスとホスピスとが同一機関内に存在しているため、契約という形式はとっていないが、緩和ケアの患者をホームヘルスの患者として扱い、メディケアから費用の償還を受けるという点は同様である。

また、上記の事例では、ホスピスはホスピスケアの受給要件を満たしていない患者に対してホスピスケアを提供しているが、ホスピスは、ホスピスが主にホスピスケアを提供しているのであれば、ホスピスケアの受給要件を満たしていない患者に対してもホスピスケアを提供することが認められている⁵⁸⁾。詳しくは本稿IV 2(1)③で後述する。

(b) メディケア・マネジドケア

マネジドケア医療機関に関しては、メディケア・マネジドケアによって、緩和ケアの費用を捻出できるという考えがある⁵⁹⁾。メディケア・マネジドケアとは、メディケア受益者がそのマネジドケアプランに加入した場合、マネジドケア機関が受益者に対してメディケアが保障するすべてのサービスを提供し、その代わりにメディケアはマネジドケア機関に対して受益者1人当たりにつき平均月額医療費 (adjusted average per capital cost) の95%を支払うというものである⁶⁰⁾。したがって、メディケアは平均月額医療費の5%を節約することができる。これは、従来のメディケアの出来高払 (fee-for-service) 方式に代わってマネジドケアに

58) CMS, *supra* note 57.

59) Speragens and Bumpers, *supra* note 36.

60) adjusted average per capital cost (AAPCC) とは、性別、年齢、障害状態、地域などの区分により算出されたメディケア受益者1人当たりの平均月額医療費である。参照 田村誠142頁『マネジドケアで医療はどう変わるのか』(医学書院、1999)。

特徴とされる人頭払 (capitation) または包括払方式を取り入れることにより、メディケアの支出の削減を目的としたものである。メディケア・マネジドケアが導入された1973年当時は、マネジドケア機関はHMOsに限定されていた。しかし、1997年には財政均衡法 (Balanced Budget Act of 97) により、メディケア・プラス・チョイスが導入され、メディケア受益者は、HMOs以外のマネジドケアプランにも加入できるようになった。さらに、2003年には現代化法 (Medicare Modernization Act of 2003) により、民間医療保険がメディケアプログラムに参入することがより一層可能となった。メディケア・マネジドケアの下では人頭払方式のため、マネジドケア機関、特にHMOsの傘下にある医療機関は、メディケアから支払われる費用に対して多大な裁量権を有することとなる。したがって、効率的な経営を行うことにより、緩和ケアに要する費用を捻出することができる、すなわち費用面での緩和ケアの導入に対する障害を克服できる可能性があるとも考えられる。

しかし、実際は、高齢者の医療リスクの高さや医療財務庁 (Health Care Financing Administration: HCFA (現、CMS)、以下、HCFAとする) による厳しい予算の制約や規制を嫌って、マネジドケア機関がメディケアから撤退し始めた。従来、HMOs等のマネジドケア機関は、HCFAからの償還水準が高い大都市を中心に事業を展開し、かつ比較的健康的な高齢者の加入を促すことによって収益を上げてきた。しかし、1997年財政均衡法により都市部の償還水準が引き下げられ、また連邦政府はメディケア・マネジドケアをより多くの高齢者に普及する政策をとり始めた。その結果、HMOs等のマネジドケア機関は従来のように健康的な高齢者を中心に事業を展開することができなくなり、それらの収益は大幅に減少することとなった。そこで、1998年の終わりには、多くのHMOs等が広い地域で撤退し、約40万人の受益者がその撤退により影響を受けた⁶¹⁾。(a)で挙げたKaiser Permanente Southern Californiaも、2001年には、新たなメディケア受益者の加入を認めないこととしている⁶²⁾。したがって、メディケア・マネジドケアは、

61) Serafini, M.W. Budget Act of '97 Was First Step To Preserve Medicare. *National Journal* 31, no.9: 10, 1999.

マネジドケア医療機関の収益を逆に減少させる要因ともなりうることから、費用面での緩和ケア導入に対する障害を取り除く効果はそれほど期待することはできないと考える。

② 医師のサービスに対する費用償還

緩和ケアは公的医療保険の保障対象ではないが、実際には、緩和ケアに関して全く公的医療保険から費用が償還されていないわけではない。緩和ケアに従事する医師のサービスに要する費用については現行のコード・システムを使って、正当にメディケア（パートB）、メディケイドまたは民間の保険会社⁶³⁾に対して請求しうる場合が少なくないのである。

アメリカにおいては病院と医師とは別々に費用が償還される。メディケアであれば、病院の費用はメディケア・パートAから、医師の費用はメディケア・パートBから償還される。メディケアにおける病院の費用はDRGsにより算定される。一方、医師の費用はコードにより算定される。医師のサービスに適用されるコードは、処置／サービスコード（a procedure/service code）と診断コード（a diagnosis code）に分けられる⁶⁴⁾。処置／サービスコードの中でも、評価とマネジメント（evaluation and management: E/M）に関するコードが緩和ケアに従事している医師に適していると言える。このコードは、医師のサービスの提供場所および提供時間を基に費用償還額を算定するものである。医師が患者に接

62) Dykstra, D.M., Beronja, N., Menges, J., Gaylin, D.S., Oppenheimer, C.C., Shapiro, J.R., Wolfe, R.A., Rubin, R.J. and Held, P.J. ESRD managed care demonstration: financial implications. *Health Care Financing Review*. Summer 2003.

63) 民間の保険会社もメディケアやメディケイドと同様のコードを使用するものがほとんどであるが、独自にコードを設定しているところもある。その場合は、そのコードに従って医師は費用を請求することとなる。参照 Von Gouten, C.F., Ferris, F.D., Kirschner, C. and Emanuel L.L. Coding and Reimbursement Mechanisms for Physician Services in Hospice and Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*. Vol. 3, no.2: 163. 2000.

64) 診断コードはICD-9-CMに代表される。ICD-9-CMとは、International Classification of Diseases-9th Revision-Clinical Modificationの略称であり、疾病のほか、症状に関するコードを多く含み、医師が特にホスピスケアや緩和ケアに従事している場合、費用の請求に使用しうるものである。処置／サービスコードは、全米医療協会（American Medical Association）によって現行処置用語（Current Procedure Terminology: CPT）から選択されたものである。参照 Von Gouten et al., *supra* note 63, at 158,160.

した時間の50%以上が患者に対するカウンセリングや情報の提供に充てられた場合は、その時間がサービスの提供時間となる。病院の場合は、カウンセリングや情報の提供に当たる業務は幅広く、患者の診察、患者のカルテの作成および点検、患者のケアを調整するための他の専門医との検討、患者およびその家族との相談等が含まれ、医師が病院に勤務している時間を全体の時間として算定する。診断コードは、疾病に関するコードおよび症状に関するコードを含んでいる。症状に関するコードは、症状の種類により償還額を算定するものであり、緩和ケアについては主にこのコードが使用しうると考えられる。ただし、この症状に関するコードは、非常に例外的なケースにしか対応しないものであり、実質的には効果がないようである⁶⁵⁾。

このように医師のサービスについては費用が償還されうるが、このコード・システムについて、医療機関および医師が正確に理解しておらず、十分に活用されていないと指摘されている。メディケイドにおいても、基本的にメディケアと同様のコード・システムを採用していると思われるが、州によって異なる場合もあり、このことも医療機関および医師にとってコード・システムを理解する上での障害になっていると考えられる。

また、このコード・システムは、緩和ケアに携わっている医師以外の医療従事者には適用されないものである。確かに、医師以外の医療従事者のサービスに要する費用は、病院に適用されるDRGsおよび民間保険会社のDRGsに類するものに一定程度に含まれている。しかし、緩和ケアに当てはまる特定のDRGsは存在しないことから、十分な費用が含まれているとは考えにくい。看護師、ソーシャルワーカー等は、メディケアおよび民間保険会社に対して出来高払いによる費用の支払を請求しうると考えられるが⁶⁶⁾、その算定がコード化されていないこともあり、十分な費用を得ることは難しいであろう。

③ 緩和ケアに対する規制

アメリカにおいては、連邦政府は医療機関に医療サービスに要する費用を償還

65) Speragens and Bumpers, *supra* note 36.

66) Von Gouten et al., *supra* note 63, at 157-164.

する代わりに、医療機関および医療サービスに対して厳しい規制を課している。言い換えれば、連邦政府が医療機関に医療サービスに要する費用を償還しないのであれば、厳しい規制を課す必要がない、または厳しい規制を課すことができないのである。これには、アメリカ国民の、医療における自己選択および自己決定を尊重する姿勢が影響していると考えられる。医療のような本来個人の領域に属することに於いて過度に政府に依存する、または政府が介入することは、個人の責任と自助努力を重視するアメリカ人の国民性と相容れないであろう。したがって、公的医療保険の保障対象ではない緩和ケアにおいては、緩和ケア固有の規制は存在しない。その結果、アメリカにおける緩和ケアは、その形態、提供機関、提供場所等、多種多様である（表1参照）。そのような緩和ケアの在り方は、医療機関および医療従事者にとっては緩和ケアの導入および提供を容易にするものであり、患者にとっては緩和ケアの受給機会を増加させるものであり、両者にとって有益であると言える。

しかし、医療において、質の維持および改善を図ることは最優先事項であり、質に関する規制は必須であると考えられる。緩和ケアの医療費については、上記で説明したように医師のサービスについては現行制度の下で費用を請求することができる。また、緩和ケアの医療費削減効果についても複数の調査により明らかにされている。そのような現状から、緩和ケアにおいては公的医療保険の保障対象となる必要性が低下していることも事実である。したがって、緩和ケアについては、費用償還とリンクしない形で、質に関する規制を課し、それに対してどのように法的拘束力を与えるかが今後の課題であろう。

3 緩和ケアにおける病院とホスピスとの提携

病院における緩和ケアの重要性が認識され始め、緩和ケアを提供する病院が増加する中、病院がホスピスと提携するという病院とホスピスとの新たな形態が現れてきた。以下、緩和ケアと関連した病院とホスピスとの提携について考察する。

(1) 病院とホスピスとの提携する利点

近年、緩和ケアを提供する病院がホスピスと提携する傾向にある。病院とホスピスとが互いの人的資源と能力をもって緩和ケアを含めた終末期のケアを追及す

るために提携することは、医療の継続性を高めることが期待できるだけでなく、病院、ホスピス、患者それぞれにとって好ましい側面を有するものであるからであろう。

ホスピスは、主にホスピスケアに従事するのであれば、ホスピスケア以外のサービスを患者に対して提供することができ、また、ホスピスの受給要件を満たしていない患者に対してもホスピスケアを提供することができる⁶⁷⁾。したがって、緩和ケアを受けている患者は「余命が6か月以内である」というホスピスケアの受給要件を満たしていない可能性があるが、ホスピスが主にホスピスケアに従事しているのであれば、その患者に対して疼痛および症状を緩和するためのケアを提供することは可能である。

病院、ホスピスおよび患者について利点と思われる事柄を以下に挙げる。

① 病院

病院は、ホスピスと提携することにより、ホスピスの有する機能および技術、すなわち疼痛および症状を緩和するためのケア、ケア計画の作成、学際的チームによるケア、終末期における臨床的なケア、患者の死後における家族に対する悲嘆のケア、ボランティアの訓練等を学ぶことができる。特に、学際的チームによるケアはホスピスケアと同様に緩和ケアについても重要である。また、ホスピスの性質上、ホスピスにおける患者のほとんどが亡くなるにもかかわらず、ホスピスによるケアが患者およびその家族から非常に高い評価を受けているという事実を鑑みても、ホスピスにおけるケアから学ぶべき点は多いであろう。

ホスピスのスタッフが緩和ケアに関与することにより、緩和ケア専門の医師、看護師等の養成が容易になる、病院において緩和ケアを円滑に導入することができる等の効果が期待できる。病院における緩和ケアの規模にもよるが、将来的には、ホスピスと協力して、悲嘆のケアを提供したり、ボランティアを活用したりすることも有益であろう。ホスピスの有する機能および技術を得ることで、病院としては、重篤な状態にある患者のニーズに応える能力を高めることが期待で

67) CMS, *supra* note 57.

き、また、それは患者の満足度を高めることにもなりうるであろう。実際、病院で緩和ケアを受けることができる場合、医療の質の評価や患者とその家族の満足度は向上するということが確認されている⁶⁸⁾。

また、患者の病院における緩和ケアから在宅、ナーシング・ファシリティ等におけるホスピスケアへの移行を円滑に行うことも可能となるであろう。

② ホスピス

ホスピスは、病院と提携することにより、病院における終末期ケアの実情を知る機会を得ることができる。また、病院内の医療従事者のホスピスケアに対する理解が深まり、ホスピスケアを緩和ケア後のサービスとして組み込むことが容易になる、すなわち病院から患者の紹介を受けやすくなる可能性がある。一般に、病院において緩和ケアを受けることができる場合、ホスピスへの紹介数は増加するということが確認されていることから、競争が激しくなりつつあるホスピス業界においても、そのような効果は非常に重要であろう。また、病院の有する機能および技術、例えば多数の専門医を必要とするような急性期ケア、マネジメントおよびマーケティングに関する技能、情報資源等を活用することが可能となる⁶⁹⁾。特にマーケティングに関する技能は、競争が増しているホスピス業界にとって今後重要性は高まるものと考ええる。

高齢者は複数の疾病に罹患していることが多く、ホスピスの患者であっても、ホスピスケアの対象である疾病以外の疾病に関しては急性期のケアが必要となることもあり、病院におけるホスピスケアも含めた緩和ケアは必要かつ重要である。したがって、ホスピスのスタッフが病院の医療従事者に対して緩和ケアを指導している場合、入院を必要とするホスピスの患者に対する疼痛および症状の管理がより容易となるであろう。そして何よりそのような一連の医療行為を円滑に行うことが期待できる。

68) CAPC, *Hospice & Palliative Care Across the Continuum--Hospice-Hospital Partnership*. (<http://www.capc.org/palliative-care-across-the-continuum/hospital-hospice/Hospital-Hospice-Partnership.pdf>)

69) CAPC, *supra* note 68.

③ 患者および家族

重篤な状態にある患者とその家族にとって、病院における緩和ケアから在宅、ナーシング・ファシリティ等におけるホスピスケアへの移行は、多大な不安を伴うものである。特に在宅におけるホスピスケアを選択する場合は、その傾向が強い。したがって、病院とホスピスとが提携していることにより、患者およびその家族は多少なりとも安心感を得ることができるであろう。

病院とホスピスとが提携することにより、質の高い緩和ケアを提供することが可能となる。さらに、医療行為では、急性期ケアから緩和ケア、緩和ケアからホスピスケア、医療の提供場所では、医療機関から在宅、ナーシング・ファシリティ等という一連の医療の移行を円滑に行うことが可能となり、医療の継続性を高めることとなる。ただし、病院とホスピスとには、当然のことながら、資金面、規制面、そして各々の医療機関としての性質等の相違が存在するため、緊密な提携関係を築くには、それらを解決することが必要となる⁷⁰⁾。その解決策としては、病院とホスピスとが提携する際に契約を締結することが有益である。契約内容としては、患者の個人情報の取扱、患者の紹介およびリエゾンに関する取り決めが重要となる。個人情報についてはHealth Insurance Portability and Accountability Act of 1996⁷¹⁾(以下、HIPAAとする)におけるプライバシー・ルールが関連し、患者の紹介およびリエゾンについては反キックバック法 (Anti-Kickback Law) が関連する。以下、その二点について言及する。

(2) 患者のプライバシーの保護とHIPAAとの関連

病院とホスピスとの提携においては、病院における緩和ケアから在宅におけるホスピスケアへと医療の形態、提供場所および提供機関が移行する際に、患者の個人情報の取扱が問題となる。したがって、患者個人の医療情報におけるプライバシーの保護に関する方策や手続きに関して契約に明記する必要がある。特に、医療情報のプライバシーについては、1996年に制定されたHIPAAとの関連が問

70) CAPC and NHPCO, *supra* note 51.

71) Public Law 104-191

題となる。

① HIPAA

HIPAAは、第一義に、患者個人の医療情報を保護することにより、医療保険を失う可能性を低減し、継続的に医療保険を保持できるようにすることを目的としている。具体的には、ある企業の被用者が他の州の企業に転職した場合に、以前の企業で加入していた医療保険を保持し続けることを可能にしようとしたものである。そのためには、まず、アメリカ全土における医療情報を標準化する必要があった。ここで言う医療情報の標準化とは医療情報の電子化（コンピューター入力）を指し、電子化することにより医療事務を簡素化することができ、その結果、医療費の削減にも効果を発揮するものと考えられた。ただし、医療情報の電子化は、個人情報流出する可能性を増大させる恐れがあるため、情報の保全および個人のプライバシーを保護するためのルールを策定する必要があった⁷²⁾。そこで、2001年に全米の病院を対象とするプライバシー・ルールが成立し、2003年4月から施行された⁷³⁾。つまり、HIPAAは、a 継続的な医療保険保持の保障、b 医療保険についての不正請求および過剰使用の防止、および c 医療情報の標準化、すなわち電子化を目的としたものであり、プライバシー・ルールは、HIPAAが目的とする医療情報の標準化によって予測される弊害を防ぐために策定されたのである。

② プライバシー・ルール

プライバシー・ルールは、医療情報保護と医療情報の利用・開示との相互関係について規定するものであり、すべての医療関係者に対して、患者個人の医療情

72) 開原成充、樋口範雄編53頁『医療の個人情報保護とセキュリティ [第2版]』（有斐閣、2005）。

73) HIPAA法は、1999年までに議会が医療情報プライバシー法を制定することができない場合には、連邦保健福祉省（U.S. Department of Health and Human Services: HHS）がそれに代わるプライバシー・ルールを公布することを義務付けた。議会がプライバシー法を期限内に制定することができなかったため、連邦保健福祉省によりプライバシー・ルールが公布された。参照HHS. *Protecting the Privacy of Patients' health Information (Fact Sheet)*. 〈<http://www.hhs.gov/news/facts/privacy.html>〉 HHS. Standards for Privacy of Individually Identification Health Information. Federal Register Vol.67, no. 157: 53182. August 14,2002.

報⁷⁴⁾の秘匿性を保持するための方策や手続きを定めること、および患者に患者の権利について通知することを義務づけている。患者の権利とは開示請求権、訂正請求権、医療記録利用・提供状況に関する説明報告を受ける権利の三つである⁷⁵⁾。

プライバシー・ルールは、基本的に患者の署名による同意があれば、医療機関は患者の個人情報を利用および開示することができるとする。しかし、一方で、ある特定の場合においては、医療機関が患者の同意なしにその個人の医療情報を利用および開示することを認めている。その特定の場合とは、a 患者個人に対して（患者の要求の有無に関わらず）、b 診療（Treatment）・支払（Payment）・医療業務管理（Health Care Operations）のため、c 情報の利用および開示に対して賛成または反対する機会を提供するため、d 偶発的な事情のため、e 公共の利益のため、および f 制限的なデータ作成のためを指す⁷⁶⁾。

連邦保健福祉省（U.S. Department of Health and Human Services: HHS）は、プライバシー・ルール違反に対して非常に厳しい罰を科している。民事罰では一度の違反につき100ドル、複数の違反については1年につき25,000ドルを上限とする罰金が科され、刑事罰では最高で10年の懲役と25万ドルの罰金が科される⁷⁷⁾。

③ 病院とホスピスとの関係に関して問題となる事項

病院とホスピスとの関係についてプライバシー・ルールにおいて問題となるの

74) プライバシー・ルール対象となる個人情報とは、患者を特定することができる医療情報を指し、具体的には、患者の過去・現在・将来にわたる身体的・精神的状態、患者に提供される医療内容、過去・現在・将来にわたって患者に提供される医療に要する費用等である。当然のことながら、氏名、住所、生年月日、社会保険番号（Social Security Number）も含まれる。参照 HHS, OCR Privacy Brief, Summary of the HIPAA Privacy Rule, 34, 2005.

75) HHS, *supra* note 73 (Fact Sheet).

76) 「偶発的な事情」により個人情報が利用または開示された場合であっても、すべての偶発的な事情による利用または開示を認めているわけではない。その情報を保持している機関がプライバシー・ルールによって義務付けられている保護策をとっており、かつ必要最低限の情報のみが利用または開示された場合に限り、認めている。「制限的なデータ作成のため」とは、研究・公衆衛生・医療管理業務を目的としたデータとして個人情報が利用および開示される場合を指す。参照 HHS, *supra* note 74, at 6.9.

77) HHS, *supra* note 74, at 17-18.

は、先に挙げたb診療・支払・医療業務管理のうちの「診療」についてであろう。患者が病院での緩和ケアから在宅でのホスピスケアに移行する場合、病院からホスピスに対して患者の医療情報を提供する必要がある。また、同様にホスピスの患者が病院に入院する場合、ホスピスから病院に対して患者の医療情報を提供する必要がある。両者にとって、患者の医療情報は患者の病状を把握する上で必要かつ重要である。また、患者の医療情報の提供がなければ、検査や投薬等の医療の重複を招く恐れもある。円滑に継続的な医療を提供するためには、患者の医療情報の提供および授受は必要不可欠である。それでは、病院からホスピス、ホスピスから病院へという医療提供機関の移行に伴う医療情報の取扱は、プライバシー・ルールのいう「診療」のための利用に含むことができるであろうか。アメリカにおいては、ホスピスケアを受けている、またはこれから受けようとしている患者は、自身の病状についてある程度認識しているものと考えられるため、患者の同意を得ることは比較的容易であると思われる。しかし、病状によっては意思を確認しえない状況にある患者も存在することを考えると、「診療」の意味するところが重要となるであろう。

プライバシー・ルールは、「診療」とは、通常、医療提供者間または医療提供者と第三者との間での、医療行為や医療に関連するサービスの提供・調整・管理、患者についての協議および患者の紹介を意味するとしている⁷⁸⁾。

また、アメリカ診療情報管理士協会の情報取扱方針モデル通知には以下のような「医療情報について診療を目的として利用」する例が示されている⁷⁹⁾。

医療チームの構成員は、患者の治療を助けるための様々な報告書の複写を、患者の医師や、患者が当病院を退院した場合に治療を引き継いだ医師がいる場合にはその医療従事者に提供することができる。

上記の定義や例によれば、病院からホスピスへ、ホスピスから病院へ、という医療提供機関の移行に伴う患者の医療情報の取扱は「診療」のための利用に含まれると解することができ、プライバシー・ルールに抵触するものではない。

78) 45 CFR 164.501

79) 開原、樋口・前掲注72) 64頁。

以上のような問題が存在していることから、契約には、患者の個人情報の取扱いについてできる限り具体的に定めるべきであろう。

(以下次号)