

緩和ケアにおける日米比較(3・完)

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6巻1号）
 - (3) 反キックバック法（Anti-Kickback Law）との関連
 - (4) リエゾン
 - 4 小括
- III わが国における緩和ケア（以上6巻2号）
- 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（以上本号）

IV アメリカとわが国における緩和ケアの比較・検討

医療制度の異なるアメリカとわが国の緩和ケアについては是非を問うことは適当ではないであろう。したがって、本章は、アメリカとわが国との緩和ケアの相違を認識し、その原因を考察することを目的とする。具体的には、緩和ケアの内容および公的医療保険による緩和ケアの保障の相違について検討する。

1 緩和ケアの内容

(1) 公的医療保険による保障

アメリカにおいては、緩和ケアは公的医療保険の保障対象ではない。一方、わが国においては緩和ケア診療加算が存在する。つまり、緩和ケアは公的医療保険の保障対象である。この保障の有無が、アメリカとわが国との緩和ケアにおける最大の違いである。

『一橋法学』（一橋大学大学院法学研究科）第6巻第3号2007年11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））

緩和ケアが公的医療保険により保障されないアメリカにおいては、緩和ケアの運営資金は、グラント、寄付、経営母体である病院からの補助金等に頼っている状態であり、経営基盤は不安定かつ脆弱である。しかし、緩和ケアチームのうち医師のサービスについては現行のコードにより費用を請求することができる。また、ホームヘルスの下で緩和ケアを提供することにより、メディケア等からその費用の償還を受けることができる。したがって、全く運営資金を獲得する道が閉ざされているわけではない。この点が、メディケア・ホスピス・ベネフィット創設以前には寄付でしか運営資金を得ることができなかったホスピスケアと大きく異なり、公的医療保険により緩和ケアが保障されない要因であると考ええる。さらに、緩和ケアによる医療資源の効率的な使用ならびに入院日数およびICUの利用率の減少という病院の経費および医療費の削減効果も確認されている。DRGsに基づく費用償還額の範囲で医療を提供する必要がある病院にとって、そのような緩和ケアによる効果は非常に有益であり、このことも公的医療保険により緩和ケアが保障されない要因の一つであると考ええる。

一方、わが国においては、緩和ケアは緩和ケア診療加算により医師および看護師の人件費を確保することが可能となった。このように緩和ケア診療が経済的基盤を得たことは、今後のわが国の緩和ケアの発展にとって非常に重要であると考ええる。アメリカのホスピスケアが、メディケア・ホスピス・ベネフィットの創設以降、費用償還額も十分ではなく、かつ非常に厳しい規制を課せられたにもかかわらず、急速に普及および発展したことに鑑みると、わが国においても緩和ケア診療加算の新設により緩和ケア診療および緩和ケアチームが普及することも期待できると考える。また、緩和ケア診療について診療報酬が設定されたということは、緩和ケアが医療上認知されたと言えるであろう。公的医療保険による保障については、再度、次節で考察する。

(2) 対象とする患者の基準

緩和ケアが対象とする患者は、アメリカにおいては、一般に、終末期のみならず生命に危険を及ぼすような疾病に罹患している者である。一方、わが国においては、悪性腫瘍または後天性免疫不全症候群に罹患している者である。アメリカでは、非常に広範囲の患者が対象となるが、一方で、独自に制限を設けている医

療機関も存在する。したがって、理論的には患者のニーズに幅広く応えることができるが、緩和ケアが対象とする患者の基準は曖昧である。わが国では、疾病を二種類に限定しているため、その基準は明確であるが、患者を相当に制限することとなり、患者のニーズに十分に応えることができない状況である。

この違いは、アメリカとわが国とのホスピスケアが対象とする患者の相違に起因すると考える。ホスピスケアが対象とする患者は、アメリカにおいては、余命が6か月以内であると医師によって診断された者であるのに対して、わが国では、末期の悪性腫瘍または後天性免疫不全症候群に罹患した者である。両国の緩和ケアは、ともに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、ホスピスケアにおける患者の要件の相違が緩和ケアの対象となる患者にも影響を及ぼしているのである。特に、わが国の緩和ケアは、がん患者の数に比して緩和ケア病棟の数が不足しているため、緩和ケア病棟に入院することができない患者に対して一般病床におい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を目的としていることから、緩和ケア病棟の患者に該当するための疾病の要件が緩和ケアの要件に含まれていることは当然でもある。また、緩和ケア病棟の数が不足しており、かつ在宅医療が十分に普及していないわが国の現状に鑑みると、わが国においてアメリカと同様の規定を設けることは現段階では困難であろう。

(3) 医療機能評価

アメリカにおける緩和ケアについては、公的医療保険の保障対象でないこともあり、緩和ケア固有の規定や、医療機能評価に当たるものは存在しない。JCAHOの評価基準には緩和ケアにかかわる内容が含まれているが、それは病院の評価基準であり緩和ケアそのものの評価基準ではない。さらに、緩和ケアは公的医療保険により保障されないため、その評価は費用償還の要件とはなりえず、緩和ケアの運営に影響を及ぼすものではない。一方、わが国においては、母体である病院が医療機能評価の認定を受けることが緩和ケア診療加算を算定する要件となっている。母体の病院である点については批判もあるが、医療機能評価の認定を診療報酬の要件とすることは、医療機関に対して緩和ケアも含めて医療の質の維持および改善に努めようというインセンティブを与えるものである。現時点では医療機能評価の認定を受けている病院が少ないため、緩和ケア診療加算を算定する上

での障害となっている面もあるが、将来的には非常に有益であると考える。

(4) 緩和ケアチームの構成員

アメリカにおいては、緩和ケアに関する規定が存在しないため、緩和ケアチームの構成員は医療機関により異なる。一方、わが国においては、緩和ケアチームの構成員は、常勤である医師2名および看護師1名と規定されている。また、医師2名のうち1名は精神科医である必要がある。

アメリカにおいては、精神科医が含まれている緩和ケアチームは一般的ではない。その原因として、アメリカでは精神科医の代わりとなりうるソーシャルワーカーおよびチャプレンが緩和ケアチームに参加していることが考えられる。しかし、緩和ケアは公的医療保険で保障されておらず、その上、医師以外の医療従事者については、そのサービスに要する費用を算定するコードも存在しないことから、彼らが緩和ケアチームに参加することには限界があるであろう。

わが国においては、緩和ケアチームの構成員として精神科医の存在を要件とすることについて、精神科医よりも、ある程度緩和ケアの経験がある医師や看護師の方が、末期患者の精神症状および精神状態を把握することができ、適切に対応できるという意見がある。また、この要件は、緩和ケアチームの設置および緩和ケア診療加算を算定する上での障害にもなっている。

緩和ケアにおいては精神面のケアもその重要な役割であり、精神面をケアする特定の者が存在するか否かにかかわらず、緩和ケアチームのすべての構成員が精神面までケアできることが理想であろう。

(5) 緩和ケアの提供場所

アメリカでは、緩和ケアは、病院、在宅、ナーシング・ファシリティ等の多種多様な場所で提供されているが、主に病院において提供されている。わが国では、対象とする患者について「一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者」と明確に規定しており、緩和ケアは病院においてのみ提供されている。したがって、両国ともに、基本的には一般病床に入院している患者を対象としている。ただし、アメリカにおける緩和ケアは病院と在宅ホスピスとの間隙を埋める役割を果たすものであり、一方わが国における緩和ケアは緩和ケア病棟に入院することができないがん患者の受け皿としての役割を果たすものである。また、

アメリカにおいては、在宅でのホスピスケアは介護者の無償労働を必要とし、かつナーシング・ファシリティは非常に高額であるため、緩和ケアを一般病床において提供することは、患者およびその家族の身体的・経済的負担を軽減することとなる。

アメリカにおいて緩和ケアを在宅で提供する場合、ホームヘルスの下で緩和ケアを提供するという形態をとることにより、緩和ケアに要した費用を、ホームヘルスとして公的医療保険、すなわちメディケアまたはメディケイドに請求することができる。このような形態は、CMSも認めるところである¹⁵⁹⁾。

アメリカの緩和ケアにおいては、緩和ケア専用の病棟または病室を有する医療機関も存在し、また、将来的にそのような病棟または病室を備えることを希望している医療機関も少なくない。一方、わが国においては、緩和ケア専用の病室を有することは可能であるが、病棟を有することは困難であると考ええる。そもそも、緩和ケアは、がん患者の数に比して緩和ケア病棟の数が不足しているという現状を反映して、一般病床で提供されているのである。また、緩和ケア診療加算は緩和ケア病棟入院料よりも相当に低額であり、緩和ケアが専用の病棟を維持することが可能であるならば、緩和ケア病棟の数が不足しているという現在の状況は生じえないであろう。

確かに、緩和ケア専用の病棟または病室を有することにより、看護師に対する緩和ケアの効率的な指導や緩和ケアに適した看護師の配置が可能となり、患者に対して質の高い緩和ケアを提供することができるであろう。しかし一方で、緩和ケア専用の病棟または病室が存在することにより、緩和ケアチーム以外の医療従事者は緩和ケアに接することが困難となり、緩和ケアについて学ぶ機会を失うことにもなるであろう。一般の病棟または病室と専用の病棟または病室とのどちらが緩和ケアおよび患者にとって有益であるかについては検討に値すると考える。

外来に関しては、アメリカでは、緩和ケアに携わる医師が外来診療を行い、主に緩和ケアを受けて退院した患者の経過観察を行っている。さらに、外来診療における医師のサービスについては、メディケア等に費用を請求することができる。

159) 参照 本稿Ⅱ 2(3)①(a)。

わが国でも外来診療の必要性は認識されているが、わが国の緩和ケア診療加算では外来患者は算定されず、また緩和ケアを担当する医師は外来診療を行うことができない。医療の継続性を確保するためには、少なくとも緩和ケア担当医師による外来診療は必要であり、今後、検討を要すると考える。

(6) 緩和ケアの効果

わが国の緩和ケアは、対象とする患者の疾病については、悪性腫瘍または後天性免疫不全症候群の二種類に限定しているものの、アメリカと同様、早い病期の段階から疼痛および症状の緩和を目的とするケアを提供するとともに、積極的な治療をも提供するものであると言える。また、わが国の緩和ケアチームも、早い病期の段階から患者およびその家族とかわるることにより、適切な時期に患者にふさわしい次の療養場所を選択および紹介することもその役割としている。したがって、本稿Ⅱ2(1)で挙げたアメリカの緩和ケアにおける効果はわが国においても当てはまるものとする。

ただし、緩和ケアによる医療資源の効率的な使用ならびに入院日数およびICUの利用率の減少という病院の経費および医療費の削減効果については、わが国においては全く検証されていない。そのような効果により緩和ケアの運営資金不足を相殺できるかという点についてはアメリカにおいても未だ研究段階にあるが、わが国においても、緩和ケアの経済的効果について調査を行う価値はあるものとする。その上、わが国の緩和ケアは提供場所、緩和ケアチームの構成員等が規定されていることから、統一的な調査に適しているであろう。医療において緩和ケアの果たす役割は非常に重要であり、さらに経済的効果も有することが判明すれば、緩和ケアに対する病院の評価も高まり、緩和ケアの導入に対して有利に働くものとする。

(7) 緩和ケアの趣旨

改めてアメリカとわが国との緩和ケアの趣旨について言及する。

アメリカでは、ホスピスケアを受ける患者は「余命が6か月以内であるという医師による診断」および治療を目的とする積極的な「治療の放棄」という二つの要件を満たす必要がある。緩和ケアは、このようなホスピスケアを受給する上での障害を克服しようとするものであり、終末期のみならず生命に危険を及ぼすよ

うな疾病に罹患している患者に対して、早い病期の段階から疼痛および症状の緩和を目的とするケアを提供するとともに、治癒を目的とする積極的な治療をも提供するものである。

また、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かわることで、患者にとってふさわしい次の療養先を適切な時期に選択および紹介するものでもある。アメリカにおいては、患者にとってふさわしい療養先として、在宅におけるホスピスケアが想定されている。したがって、介護者が存在しない等の特段の事情がない限り、緩和ケアチームは在宅でのホスピスケアを勧める傾向にある。このような役割は、ホスピスケアの受給日数が短いという現状（遅すぎる紹介）¹⁶⁰⁾の改善に役立つものでもある。このように、主に病院において提供される緩和ケアは、病院とホスピスケアとの間隙を埋めることにより、医療の継続性の確保に資するものである。

わが国では、緩和ケア病棟は末期の悪性腫瘍または後天性免疫不全症候群の患者を対象とするが、がん患者の数に比して緩和ケア病棟の数が不足しており、多くのがん患者は一般病床に入院せざるを得ない状況にある。緩和ケアは、このような患者に対して、一般病床において早い病期の段階から疼痛および症状を緩和するケアを提供するものである。つまり、わが国の緩和ケアは、緩和ケア病棟に入院することができない患者の受け皿として緩和ケア病棟を補完するものである。また、緩和ケアでは、積極的な治療を提供することも可能であるが、わが国の緩和ケアにおいてはその点は強調されていない。患者のホスピスケアの受給要件として、積極的な治療の放棄が明記されていないことが理由の一つであると考ええる。

また、わが国における緩和ケアも、緩和ケアチームが早い病期の段階から患者およびその家族とかかわることで、患者にとってふさわしい次の療養先を選択および紹介することを役割としている。しかし、わが国においては、緩和ケア病棟の数が不足しており、在宅医療も未だ十分に普及していないという状況であるため、患者にとってふさわしい療養先を見つけることが困難であることも少な

160) 参照 本稿Ⅱ 1(1)③(b)。

い。さらに、緩和ケア病棟および在宅医療の普及の程度には地域格差も存在する。したがって、緩和ケアおよび緩和ケアチームが次の療養先を選択するという役割を果たすためには、緩和ケア病棟、在宅医療等の拡充が必要かつ急務である。緩和ケア病棟の運営および維持には費用を要することから、緩和ケア病棟の普及には診療報酬の増額が必要となる。しかし、現在の医療財政ではそれを望むことは難しいであろう。したがって、まず、病院以外の医療機関や在宅における医療環境を整備する方策を検討するべきであると考ええる。

現在、わが国では国民の多くが病院で亡くなり、病院は医療の終着点とも言える。しかし、今後、病院、主に緩和ケアチームと在宅医療を担う診療所、訪問看護ステーション等との連携が構築されれば、緩和ケアは確実に医療の継続性の確保の一翼を担うものになると考える。

2 公的医療保険による緩和ケアの保障

アメリカとわが国との緩和ケアにおける最大の違いは、アメリカの緩和ケアは公的医療保険の保障対象ではなく、わが国の緩和ケアは公的医療保険の保障対象であることである。本節では、その相違の要因について検討を試みる。

(1) アメリカ

① 医療費の増加と医療費削減効果

連邦政府の医療財政は医療費の増加により非常に逼迫している。そのような状況下で、緩和ケアを新たに公的医療保険の保障対象とすることに困難が伴うことは想像に難くない。

メディケア・ホスピス・ベネフィットは、ホスピスケアによる医療費削減効果を意図して創設された。そこで、緩和ケアによる医療費削減効果が問題となる。確かに、緩和ケアは、医療資源の効率的な使用を可能とする。さらに入院日数およびICUの利用率を減少させることは複数の調査で確認されている。このような効果は、病院の経費および医療費の削減に資するものである。しかし、緩和ケアがホスピスケアほどの医療費削減効果を有するとは考え難い。ホスピスケアと通常の医療を比較した場合、在宅において家族の介護の下でホスピスケアを受けることと、病院において死に至るまで治療を受け続けることでは、前者における

医療費の方が低額であることは明らかである。また、ホスピスケアは、治癒を目的とする積極的な治療を提供するものではない。一方、緩和ケアは、疼痛および症状の緩和を目的とするケアとともに治癒を目的とする積極的な治療を提供するものである。緩和ケアの提供を受けている患者と受けていない患者との比較では、前者の方が入院日数およびICUの利用率が減少するという効果が確認されているが、公的資金を投入するほどの医療費削減効果があるとは言えないであろう。したがって、緩和ケアが病院にとって経済的に有益な効果をもたらすことは、緩和ケアに対する公的医療保険による保障の必要性を低減させる要因とはなりえても、緩和ケアを公的医療保険の新たな保障対象とする要因とはなりえないと考える。ただし、緩和ケアの医療費削減効果については、更なる調査が必要であろう。

② 対象とする患者

一般に、緩和ケアが対象とする患者は、終末期のみならず生命に危険を及ぼすような疾病に罹患している者を前提としている。しかし、実際は、医療機関により、対象とする患者の基準は独自に設定されている。基本的に主治医による緩和ケアチームへの依頼によって緩和ケアを開始するという形式をとり対象とする患者を厳格に規定していない医療機関¹⁶¹⁾もあれば、余命を1年と規定する医療機関¹⁶²⁾や余命期間ではなくその他いくつかの要件のすべてを満たすことが必要であるとする医療機関¹⁶³⁾もある。しかし、緩和ケアについて公的医療保険を創設

161) 事例として挙げた Kaiser Permanente Southern California および Veterans Affairs (GLAHS) はこのような方法を採用している。

162) 南カリフォルニアにある Kaiser Permanente TriCentral では、余命が1年以内の患者を対象として2年にわたる緩和ケアに関する予備的研究を行い、その結果、緩和ケアによる有益な効果を確認することができたため、緩和ケアの対象とする患者の余命を1年以内として緩和ケアを提供している。参照 Brumly, R.R., Enguidanos, S., and Cherin, D.A. Effectiveness of a Home-Based Palliative Care Program for End-of Life. *Journal of Palliative Medicine*. Vol. 6, no. 5: 716-717, 2003.

163) オハイオ州にある Mount Carmel Hospital and Hospice では病院において緩和ケアを受けるために満たすべき要件として(1)重篤な疾病であること、(2)蘇生を拒否していること (do-not resuscitate (DNR))、(3)患者およびその家族が緩和ケアを望んでいること、(4)主治医による緩和ケアチームへの依頼の四つを挙げている。参照 Santa-Emma, P.H., Roach, R., Gill, M.A., Spayde, P., and Taylor, R.M. Development and Implementation of an Inpatient Acute Palliative Care Service. *Journal of Palliative Medicine*. Vol. 5, no. 1: 96, 2002.

する、すなわち公的資金を投入するに際しては、緩和ケアの対象とする患者について明確な規定が必要になると考える。

連邦規則では、ホスピスケアが対象とする患者について、通常の進行であれば、余命が6か月以内であると医師により診断された者でなければならないと規定している¹⁶⁴⁾。しかし、がん以外の疾患に罹患している患者については、余命を予見することが困難であることが指摘されている。その結果、医師がそのような患者をホスピスへ紹介することが遅れ、患者およびホスピスの両者にとって悪影響を及ぼすこととなる¹⁶⁵⁾。

緩和ケアは、まさに上記のようなホスピスケアの受給要件を満たすことができない患者を対象としようとするものである。しかし、余命を1年とすれば、余命を予見することが容易になると言えるであろうか。多少、容易になりえたとしても、疾病の種類によっては予見が困難である状況は変わらないであろう。余命期間を設定することにより、ホスピスケアと同様に、「遅すぎる紹介」により緩和ケアの受給期間が非常に短くなる、または紹介が早すぎることにより予想以上に緩和ケアの受給期間が長期にわたるという弊害が生じる可能性もある。緩和ケアの対象とする患者の余命期間を制限するならば、その設定については慎重を期すべきである。

③ 緩和ケアとホスピスケアとの代替性

緩和ケアは、病院、外来、在宅等において提供されている。病院と在宅とを比較した場合、明らかに緩和ケアの内容に異なる点がある。緩和ケアの一つの特徴は、疼痛および症状の緩和を目的とするケアをともに、治癒を目的とする積極的な治療をも提供することである。病院では、化学療法など積極的な治療を提供することができる。しかし、在宅では、そのような積極的な治療を提供するには制限がある。したがって、在宅で緩和ケアを受けている患者は、ホスピスケアを選択する心の準備ができていない者、またはホスピスを選択することを希望しているが余命が6か月以内であるという医師による診断を受けることができない者であり、疼痛および症状の管理は望むが、積極的な治療を望んではない場合も少

164) 42 CFR 418.20

165) 参照 本稿Ⅱ 1(1)③(b)。

なくないと思われる。このように、在宅において疼痛および症状の緩和を目的とするケアを提供するが、積極的な治療を提供しないのであれば、緩和ケアの内容はホスピスケアとほぼ同様のものとなる。また、在宅において緩和ケアを受けている患者がその後ホスピスケアを選択する可能性が高いことから、患者およびホスピスの両者にとって患者がホスピスケアを選択する以前から継続的にケアを受ける、および提供できることは有益であろう。そこで、積極的な治療を必要とせず、かつ在宅において疼痛および症状の緩和を目的とするケアを受ける患者に対しては、ホスピスが緩和ケアを提供できるとすることも一つの選択肢として可能ではないだろうか。

まず、連邦規則における患者に対するホスピスケアの受給要件は、ホスピスがその要件を満たしていない患者に対してホスピスケアの提供を制限するものか否かを検討する必要がある。この点については、ホスピスケアの受給要件は、ホスピスがその要件を満たしていない患者に対するホスピスケアの提供を制限するものではなく、ホスピスケアがメディケア・ホスピス・ベネフィットにより保障されるか否かを判断する基準であると考ええる。したがって、患者の余命が6か月以内であるという医師による診断をメディケアから費用が償還される要件として捉えれば、ホスピスは余命が6か月以内であると認められない患者に対してもホスピスケアを提供することが可能となる。ただし、その費用は、ホスピスが負担することとなるであろう。

次に、連邦規則における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するホスピスが、メディケアの認定を受けることができるか否かが問題となる。認定を受けることができないならば、ホスピスケアの受給要件を満たしている患者もメディケアにより保障されないこととなる。これでは、ホスピスの経営は成り立ちえない。その点についてCMSはMBPM¹⁶⁶⁾において次のように言及している。連邦規則は、ホスピスは主に (primarily) ホスピスケアを提供しなければならない¹⁶⁷⁾と規定しているが、ホスピスケアのみ (exclusively) を提供しなければならないと規定するものではなく、ホスピスの主な活動が末期

166) CMS, *supra* note 2. CMS, *supra* note 57.

167) 42 CFR 418.3

の患者に対してホスピスケアを提供することである限りは、ホスピスケアとは認められないサービスを末期の患者に提供したり、末期ではない患者に対してホスピスケアを提供したりすることを妨げるものではない。

したがって、ホスピスは緩和ケアが対象とする末期とは認められない患者に対してホスピスケアを提供することが可能であるだけでなく、治療を提供することも可能である。つまり、ホスピスが主にホスピスケアを末期の患者に提供している限り、メディケアの認定を受けることができる。すでに言及したMBPMの例も、同様のことを示している¹⁶⁸⁾。

そこで、緩和ケアについて公的医療保険を創設する場合を考えてみる。余命が6か月以内であると認められない患者に対しては、その新たに創設する保険により費用が償還されることとなる。しかし、新たに創設する公的医療保険が、メディケア・ホスピス・ベネフィットのように、緩和ケアに要する費用のすべてを保障するものであるとは限らないであろう。ホスピスケアの場合、その費用償還額は実際に要する費用より低額であるという批判はあるが、現在においては、ホスピスの経営努力もあり、メディケア・ホスピス・ベネフィットの規定どおり、患者はホスピスケアに対してほとんど費用を負担する必要がない状態が維持されている。一方、緩和ケアを受ける患者は、余命期間の制限の程度にもよるが、長期にわたって緩和ケアを受ける可能性もあり、連邦政府の逼迫した医療財政に鑑みると、彼らに対してある程度の負担を課すこともありうると思う。ただし、その負担額については慎重に設定する必要がある。患者が緩和ケアを受けるに際して自己負担が障害となるのであれば、公的医療保険を創設する意味は半減されることとなる。

その他、緩和ケアについて公的医療保険を創設する場合に、ホスピスが緩和ケアを提供することについて懸念される点がある。まず、ホスピスケアを受けている患者と緩和ケアを受けている患者の判別が乱雑になる可能性がある。その上、仮に、緩和ケアに対する費用償還額とホスピスケアに対する費用償還額とに高低の差があるならば、費用償還額が高い方に患者を振り分ける可能性もある。ただ

168) 参照 本稿Ⅱ2(3)①(a)。

し、ホスピスケアを受けている患者を緩和ケアを受けている患者とすることは容易であるが、反対に、後者を前者とすることは余命期間の点で難しいであろう。

また、ホスピスによる緩和ケア、病院における緩和ケアおよび緩和ケア外来は、提供するケアの内容およびケアに要する費用が異なることが予想されるため、ホスピスケアのように、緩和ケアにおいても患者1人につき1日当たりに支払われる費用償還額をケアの内容別に設定することも一つの選択肢となりうると思われる。

④ 病院における緩和ケアに対するホスピスの関与

病院で提供される緩和ケアに対するホスピスの関与の形態は多様である。病院およびホスピスの性格によっても異なる。病院における緩和ケアを主導する立場となるホスピスのスタッフは、医師や看護師の場合もあればソーシャルワーカーの場合もある。また、病院が主導となりホスピスのスタッフは単なるサポート役に過ぎない場合もある。ホスピスが病院の医療従事者に対して緩和ケアについて指導する必要性も病院により異なる。ホスピスが病院内にホスピスの患者専用の入院ベッドを確保しうるか否かも、ホスピスの関与形態に影響を及ぼしうる。緩和ケアを公的医療保険により保障することとなれば、病院における緩和ケアに対するホスピスの関与について明確に規定する必要性が生じるが、このようにホスピスの多様な関与形態が存在する状況に鑑みると、画一的に規定することには困難が伴うものと考ええる。

アメリカにおいては、ホスピスケアは一般に在宅において提供されるが、病院での治療が必要となった患者は病院に入院することとなる。連邦規則は、ホスピスケアを受けている患者が病院に入院する場合、病院は当該患者に提供する入院にかかわるサービス (inpatient service) に関してはホスピスの指示に従う必要があり、またホスピスは病院内で当該患者に対してホスピスケアを提供する者を指導する責任があると規定している¹⁶⁹⁾。また、上述のように病院内にホスピス専用のベッドを有しているホスピスも存在する。したがって、アメリカにおいては、ホスピスのスタッフが通常から病院に関与しており、緩和ケアについても関

169) 42 CFR 418.56(e)

与することが容易である環境が存在していたと言える。そして、そのような状況が、現在のように多様な形態でホスピスが病院における緩和ケアに関与するに至った要因であると考ええる。

⑤ リエゾン

緩和ケアを公的医療保険の保障対象とするならば、緩和ケアにかかわるリエゾンについても、所属（病院またはホスピス）、給与負担（病院またはホスピス）、業務の内容等を明確に規定する必要があるであろう。ただし、先述したように病院における緩和ケアに対するホスピスの関与形態はリエゾンも含めて多様であるため、画一的に規定することには困難が生じるものと思われる。

⑥ 契約

病院とホスピスとが緩和ケアについて契約を締結している場合、その内容には、ホスピスの関与形態、リエゾンの取扱等が含まれるべきである。しかし、緩和ケアにおける契約に関する規定が存在しないため、内容が不十分な契約も少なくない。ホスピスの患者が病院またはナーシング・ファシリティに入院する場合の契約については、三者とも公的医療保険で保障されるため、連邦政府によって厳しく規制されている¹⁷⁰⁾。したがって、緩和ケアを公的医療保険により保障するのであれば、緩和ケアに関する病院とホスピスとの契約についても連邦政府による規制を課す必要がある。ただし、すでに言及したように、ホスピスは多様な形態で病院における緩和ケアに関与しているため、緩和ケアに関する両者間の契約について規制を課すことには多大な困難が伴うものと考ええる。

⑦ 現行の費用償還制度との整合性

緩和ケアが公的医療保険の保障対象ではない現在においても、医師のサービスについては、メディケア、メディケイドまたは民間医療保険に対して費用を請求することができる。緩和ケアを保障するための新たな公的医療保険を創設するのであれば、このような現行の制度との整合性を考慮する必要があるであろう。

すでに言及したが、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。メディケアに関して言えば、病院の費用はメディケア・パートAから、

170) 42 CFR 418.56(e), 418.98, 418.100

医師の費用はメディケア・パートBから償還される。したがって、緩和ケアに対する公的医療保険による費用償還が医師のサービスに要する費用を含み、緩和ケアを提供している病院に対して費用が償還される場合、現行制度のままであれば、医師は病院から支払われる費用のほか、コードを用いて重複して費用を請求することとなる。このような医療費の過剰な請求を防ぐためには、現行の費用償還制度を変更する必要があると考える。

⑧ 質の維持および改善

緩和ケアの普及には、質の高いケアを提供し、かつその質を維持および改善することが不可欠であると考ええる。ホスピスケアは、連邦規則により一定の質の維持および改善が図られている。緩和ケアについても、ホスピスケアと同様に質の維持および改善に資する規制が必要である。したがって、緩和ケアに対する公的医療保険の創設は、費用の保障だけではなく、そのような規制の策定という意味でも、非常に意義があるものと考ええる。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する代わりに、医療機関および医療サービスに対して規制を課すことができるからである。つまり、緩和ケアが公的医療保険により保障されない現状では、連邦政府は緩和ケアについて規制を課す必要がない、または規制を課すことができないのである。

⑨ 民間医療保険

緩和ケアは生命に危険を及ぼすような疾病に罹患している患者が対象となることから、一般に65歳以上の患者が多いと考えられる。したがって、ホスピスケアと同様に、緩和ケアを保障する公的医療保険はメディケアに組み込まれることが妥当であると思われる。ただし、メディケアは65歳以上または障害者のみにしか適用されないため、65歳に満たない者がそのような疾病にかかった場合は保障されないこととなる。この点については、ホスピスケアも同様である。ただし、現在ではほとんどの民間医療保険がホスピスケアを保障の対象としているため、実質的な弊害は存在しないものと考ええる。

現在、民間医療保険、特にHMOsは緩和ケアを保障内容に含む傾向にある¹⁷¹⁾。

171) Raffa, *supra* note 83, at 7.

メディケアが緩和ケアを保障することになれば、メディケアが第一義の保険者となるため、HMOsの経営する医療機関では、積極的に緩和ケアを提供するようになる可能性がある。ただし、HMOs等が緩和ケアをその保障内容に積極的に組み込むことにより、メディケアの緩和ケアに対する支出が当初の予想以上に増加する可能性もあり、連邦政府の医療財政がより一層厳しい状況に陥る恐れがあると言える。

⑩ 緩和ケアの多様性

緩和ケアは、限りある資源の中で柔軟に多様な形態で提供されている。特に、その提供場所は、病院、在宅、外来等、様々である。このような現状は、患者にとって緩和ケアの受給機会を増加させることになるを考える。しかし、緩和ケアについて公的医療保険を創設することにより、このような多様性が失われる恐れがある。特に、提供場所については、ホスピスケアがよい例である。ホスピスは、メディケア・ホスピス・ベネフィットの下、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総日数の20%以内と制限された結果¹⁷²⁾、現在のような在宅におけるホスピスケアが主流となった。緩和ケアについて公的医療保険を創設するとしても、緩和ケアの多様性に対する規制は最小限であるべきである。

(2) わが国

上記で挙げた事項について、緩和ケア診療加算が新設された当時のわが国の状況に照らして考察する。

① 医療費の増加と医療費削減効果

わが国においても、高齢化の進展、医療技術の進歩に伴う高価な機械および設備の使用等による医療費の増加はここ近年の医療財政における最大の課題である。医療費の削減策としては、包括化医療制度の導入、診療報酬の引き下げ、患者の自己負担の増額等、多岐にわたり実施されている。しかし、このような状況にもかかわらず緩和ケア診療加算は新設された。緩和ケアによる入院日数およびICUの利用率の減少については全く調査も行われていないことから、緩和ケアに

172) 42 CFR 418.302

よる病院の経費および医療費の削減効果を期待したわけではないであろう。したがって、緩和ケア診療加算は、純粹に一般病床におけるがん患者に対する緩和ケアの必要性から新設されたと考えるのが妥当であろう。しかし、緩和ケアによる病院の経費および医療費の削減効果については、今後、調査に値すると考える。

② 対象とする患者

わが国における緩和ケアの対象とする患者は「悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群」という二種類の疾病に罹患している者である。緩和ケアは、緩和ケア病棟に入院することができないがん患者の受け皿としての役割を有することから、緩和ケアが対象とする患者も緩和ケア病棟（ホスピスケア）と同様に上記の二種類の疾病に限定したものとする。しかし、緩和ケアを必要とする患者は、上記の二種類の疾病に罹患した患者のみではないことは明白である。ただし、医療費の増加に伴う逼迫した医療財政に鑑みると、対象とする患者の疾病が上記の二種類に限られているからこそ、緩和ケア診療加算が新設されえたとも考えられる。一方、アメリカのように幅広い範囲の患者を対象とするならば多大な費用を要することは想像に難くない。その上、それを補うことができるほどの緩和ケアにおける病院の経費および医療費の削減効果は確認できていない。したがって、現段階では、わが国における緩和ケアが対象とする患者の範囲は妥当であると思われる。しかし、今後、高齢化がさらに進行するとともに緩和ケアを必要とする患者の数も増加すると予想されることから、対象とする患者の範囲については検討が必要となると考える。

③ 緩和ケアとホスピスケアとの代替性

緩和ケアは、疼痛および症状の緩和を目的とするケアとともに、積極的な治療を提供するものである。しかし、実際は、がん患者の数に比して緩和ケア病棟の数が不足しているため、末期のがん患者であるが緩和ケア病棟に入院することができず、一般病床において疼痛および症状の管理のみを目的として緩和ケアを受けている患者が少なくない。このように、わが国の緩和ケアは、緩和ケア病棟に入院することができない患者の受け皿としての役割を果たすことから、緩和ケアが緩和ケア病棟におけるホスピスケアを代替していると言える。したがって、ホスピスケアが緩和ケアを代替するということはあるにない。また、緩和ケアは一

般病床の患者を対象とし、在宅において緩和ケアを提供することはできないため、在宅におけるホスピスケアが緩和ケアを代替することもない。

④ 病院における緩和ケアに対するホスピスの関与

わが国においては、病院における緩和ケアにホスピスが関与することは一般的ではない。その原因として、まず、緩和ケア病棟に入院することができないがん患者に対応するために緩和ケア診療が新設されたことから、緩和ケア病棟に緩和ケア診療に関与するほど人的資源に余裕があるとは考え難い。また、訪問診療および訪問看護においても、その普及状況に鑑みると、他の医療機関に介入できるほど人的資源に余裕はないであろう。

また、緩和ケア診療加算は緩和ケアチームの構成員である常勤の医師2名と看護師1名に対して給与を支給するものであるため、他の医療機関の医療従事者に対する給与については病院の負担とならざるを得ない。

さらに、緩和ケアチームは病棟の医師および看護師と十分なコミュニケーションを図る必要があり、他の医療関係者が病棟の医師等と調和を図ることはより一層困難であることが予想される。実際、コミュニケーション不足が緩和ケアチームが活動する上での障害となっている。

その他、病院における緩和ケアに他の医療機関であるホスピスが関与する場合には、当事者間で役割分担、責任の所在、報酬等を取り決める必要がある。しかし、わが国では、複数医療機関が契約を締結することは一般的ではない。さらにそのような内容を取り決める際に契約という形式をとるべきか否かについても判然としていない。

以上から、ホスピスが病院における緩和ケアに関与することは困難であると思われる。しかし、今後、病院における緩和ケアにホスピスが関与することが起こりえないとは限らないであろう。ホスピスの医療従事者の関与により、病院において緩和ケア専門の医師および看護師の養成が容易になることが考えられる。さらに、そのような医療従事者の指導により、病院において緩和ケア診療を円滑に開始および提供することが可能となることも期待できる。このような利点を考慮すると、将来、特に人的資源の問題が解消されれば、病院における緩和ケアにホスピスが関与することもありうると考えられ、上述の問題について検討する必要

が生じるであろう。

⑤ リエゾン

わが国においては、ある医療機関が他の医療機関に介入することは一般的ではなく、リエゾンについても、あくまで患者の他医療機関等への円滑な移行を支援するものであり、実質的に緩和ケアにかかわることはない。また、緩和ケアにおいて十分にリエゾンが活用されていないことも事実である。しかし、将来、複数医療機関の連携が強まればリエゾンの果たす役割もその重要性を増し、医療情報保護、キックバック等と関連して検討が必要となるであろう。

⑥ 契約

わが国では複数医療機関が連携するに当たり契約を締結することは一般的ではない。しかし、今後、病院が地域の医療機関と連携を強めていくのであれば、契約についても検討する必要があるであろう。

緩和ケアでは、他の医療機関との連携においてリエゾンが重要な役割を果たし、アメリカでは、特にリエゾンに対する報酬が反キックバック法との関連で問題となる。しかし、わが国には反キックバック法に当たる法律は存在しない。その原因の一つとして、わが国では複数医療機関が契約を締結することが一般的ではないことが考えられる。アメリカの反キックバック法は契約の存在を前提としているからである。したがって、わが国においては、アメリカと同様の反キックバック法は適当ではないであろう。将来的にリエゾンに対する報酬についてキックバックを検討する際には、わが国独自の規定が必要になるものとする。連携の際に問題となる個人情報については、個人情報保護法およびガイドラインで第三者との関係がすでに盛り込まれており、それらにより対処できるであろう。

⑦ 緩和ケア診療加算新設当時の診療報酬制度との整合性

わが国においては、緩和ケア診療加算が新設されるまでは緩和ケアに対して診療報酬が算定されていなかったため、当時の診療報酬制度との整合性を考慮する必要はなかったものとする。また、常勤の医師は、緩和ケア診療加算の新設以前から病院から給与が支払われており、緩和ケア診療加算の有無にかかわらず、医師が病院の従業員である限り、病院から給与を支払われることに変わりはない。常勤の看護師についても同様である。したがって、アメリカのように、費用（診

療報酬)の算定が重複することはない。

⑧ 質の維持および改善

緩和ケア診療加算の新設以前は、緩和ケアについては診療報酬が算定されず、規定も存在しない状態であったが、緩和ケア診療加算の新設により、診療報酬が算定される代わりに様々な内容が規定されることとなった。医療機能評価の認定や緩和ケアチームの構成員に関する規定は、緩和ケアの一定の質の維持に資するものであると考える。ただし、その一方で、それらについては批判も存在する。特に、医療機能評価の認定については母体である病院の医療機能評価の認定と緩和ケア診療の質とは直接には関連付けることはできないと指摘されている。緩和ケアそれ自体の機能評価が作成され、その機能評価の認定が緩和ケア診療加算を算定する要件となることが理想であろう。そのような要件は、より一層の質の向上に資するものとする。ただし、規定の要件の厳格さは、加算の算定および緩和ケア診療の導入にあたり障害ともなりうることから、そのバランスをとることが肝要である。

⑨ 民間医療保険

わが国は、国民皆保険制度を導入しているため、自己負担はあるものの、国民が被保険者でありうる。また、現在、ほとんどの民間医療保険はがんを保障の対象としており、民間医療保険に加入しているがん患者は、保険金取得の要件を満たしていれば、通常は保険金を受け取ることができる。つまり、がん患者は、緩和ケアを受けているか否かに関わらず、民間医療保険から給付を受けることができる。また、わが国においては公的医療保険と民間医療保険の保障は同時に受けることができる。したがって、緩和ケア診療加算は民間医療保険とは関連がなく、民間医療保険の影響を受けることはない。

⑩ 緩和ケアの多様性

緩和ケアは、病院における一般病床の患者を対象とし、一般病床でのみ提供される。そもそも、わが国の緩和ケアは、がん患者の数に比して緩和ケア病棟の数が不足しているため、緩和ケア病棟に入院することができず、病院の一般病床において疼痛および症状の管理を十分に受けることができないがん患者を対象としている。したがって、緩和ケア診療加算が算定される以前も緩和ケアは一般病床

において提供されていた。したがって、緩和ケアの提供機関および提供場所については、緩和ケア診療が緩和ケア病棟に入院することができないがん患者の受け皿である限り、病院における一般病床が適当である。

しかし、緩和ケア診療加算の新設により、緩和ケアについて様々な内容が規定された。それは、緩和ケアの質の維持および改善に資する一方で、緩和ケアに対して弊害を生じさせるものでもあった。一般病床において緩和ケアを提供するとともに外来を担当し患者の経過観察を行っていた医師は、外来を担当することができなくなった。また、限りある人的資源の中で緩和ケアを提供していた病院においては、緩和ケア診療加算を算定するために、緩和ケアチームの構成員の要件を満たす必要が生じた。このような面では、多様性が低減したとも言える。しかし、緩和ケア診療加算の新設以前は、緩和ケア診療については全く診療報酬が算定されず、その上、わが国ではアメリカのようにその他の方法で費用を得る方法が存在しないことを考えれば、多様性が多少低減しようとも、経済的基盤を得ることの方が今後の緩和ケア診療にとっては重要であると考ええる。

3 小括

アメリカおよびわが国の緩和ケアはともに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が、両国における緩和ケアは異なる役割を果たしている。アメリカの緩和ケアは、「余命が6か月以内であるという医師による診断」および治癒を目的とする積極的な「治療の放棄」というホスピスケアの受給要件を満たすことができない患者に対して、疼痛および症状の緩和を目的とするケアとともに、治癒を目的とする積極的な治療をも提供するものである。つまり、緩和ケアは、病院における治療を目的とする医療と在宅でのホスピスケアとの間隙を埋める存在である。一方、わが国の緩和ケアは、がん患者の数に比して緩和ケア病棟の数が大幅に不足しているため、緩和ケア病棟に入院することができず一般病床において疼痛および症状の管理を十分に受けることができない多くのがん患者に対して、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。つまり、緩和ケアは、緩和ケア病棟に入院することができない患者の受け皿であり、緩和ケア病棟の補完的役割を果たしている。

両国の緩和ケアの役割の一つとして、患者にふさわしい次の療養先の選択および紹介がある。アメリカでの主な療養先は在宅におけるホスピスケアである。一方、わが国は、緩和ケア病棟は少数であり、在宅医療も十分には普及しておらず、療養先が不足している状態である。

アメリカの緩和ケアは公的医療保険の保障対象ではないが、わが国の緩和ケアは公的医療保険の保障対象である。医療サービスが公的医療保険により保障されるということは、その医療サービスは経済的基盤を得る一方で規制を課されるということを示す。政府は、規制を課すことにより、医療の質の維持および改善を図ろうとするのである。特に、アメリカではこの傾向が強い。したがって、公的医療保険の保障対象ではないアメリカの緩和ケアについては緩和ケア固有の規制は存在せず、緩和ケアの提供機関および提供場所は多様性に富むものである。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、多様性が多少低減しようとも、医療の質に関する規制は必須であると考えられる。

一方、わが国の規制については批判も多いが、医療機能評価の認定および緩和ケアチームの構成員等に関する規制は、緩和ケアの一定程度の質の維持を可能とする。特に医療機能評価の認定を診療報酬の要件とする方針は、医療の質の維持および改善に資するものであり、今後のわが国の医療にとって非常に有益であると考えられる。

緩和ケアに対する公的医療保険による保障に関連して複数の事項について考察したところ、アメリカにおいて公的医療保険を創設する上での障害と考えられる事項は、わが国においては、ほとんど問題とならないことがわかった。ただし、そのいくつかはわが国の複数医療機関による連携の未成熟に起因しており、今後、医療における連携の発達に伴い検討を要することが予想される。また、アメリカにおいては、逼迫した医療財政はもとより、医師のサービスについては費用が償還されることが、公的医療保険により緩和ケアが保障されない最大の要因であろう。

V 終わりに

アメリカおよびわが国の緩和ケアは、ホスピスケアの問題点を克服することを

目的とするが、その役割は異なるものである。アメリカの緩和ケア、特に病院における緩和ケアは、一般医療とホスピスケア、医療機関と在宅との間隙を埋める役割を果たし、患者の医療の継続性を支えている。一方、わが国の緩和ケアは、緩和ケア病棟に入院することができないがん患者の受け皿であり、緩和ケア病棟を補完する役割を果たしている。

現代においては、患者が治療の過程で複数の医療機関から医療を受ける傾向にあり、複数医療機関の連携により患者の医療の継続性を確保することは不可欠である。わが国においては、通常、病院の一般病床が医療の入り口となる。したがって、一般病床における緩和ケアが核となり、複数の医療機関と連結し、かつ、それらとの連携を強化することにより、医療の継続性を支えることができると考える。

わが国の緩和ケアは、緩和ケア診療加算により経済的な基盤を得ることができ、また、加算に伴う規定により一定の質の維持を図ることが可能となった。このように、わが国の緩和ケアは、医療サービスが普及および発展する上で必要な要素を兼ね備えている。したがって、医療の継続性の確保という緩和ケア本来の役割を果たすためには、わが国の緩和ケアは緩和ケア病棟の補完的役割から脱却し、独立した医療分野として確立されるべきである。緩和ケアが医療の継続性を担うことにより、患者が個人のニーズに適した医療サービスおよび医療の場を自由に選択できるような環境が構築されることを期待する。