

当省は州や地域社会において、家庭維持 (family preservation) と支援事業の実行を研究し何が機能し、何がよく機能しなかったかを明らかにしていく。地域社会活動 (practice community) と技術的支援を推進することによって、家庭維持と家庭支援事業の影響について、活発に調査される。家庭維持を行った場合には、子どもの安全 (safety) が重視される。当省は、また法務省と協力し家庭内暴力 (family violence) の実態を把握するための調査を計画する。

精神保健治療サービスの提供

すべての精神障害の子どもが虐待と放置による精神的外傷の結果であるというわけではないものの、虐待を克服するために、これらのサービスによる支援は、重要な要素となる。このニーズに対応するため、当省は小児精神保健プログラムを通じて、深刻な情緒的不安定な子どものために、地域単位のケアの展開を支援していく。

養育ケアの管理と養子縁組支援 (Adoption Assistance) を改善する

当省は養育ケアで子どもたちが過ごす時間を減らすよう働く。一つの方法としては IV-E 養育ケアと養子縁組支援プログラムを見直し、養育ケアを受ける子ども、養育の親、生みの親、ケースワーカー、そして司法 (judges) の話し合いを通じて、家族と子どもの体験の現実的な問題として検証することである。当省はまた州と提携して、児童福祉に関する実態を検証し、評価し、普及していくためのより効果的な小児福祉を実行していく。最後に、小児福祉、養育ケア、養子縁組支援プログラムのもとで提供される技術的支援とトレーニング活動を評価・改善し、成功例を広め州と現場に関連性・効用があることを確認していく。

養子縁組 2002 (Adoption 2002) の実行

当省は児童福祉システムを受ける子どもの養子縁組や他の永住協定 (permanent living arrangements) の数を大統領養子縁組 2002 イニシアチブによって 2 倍にする。このねらいを成し遂げるために当省は州や非営利組織、地域社会と協力して養子縁組の障壁 (barrier) となるものを明らかにし、取り除いていく。(例えば、親権を法的に中止する訴訟手続き)

当省は連邦議会と協力して、養子縁組 2002 戦略のいくつかを実行するために法整備を行い障壁を低く、つまり特例 (Special needs) の養子縁組のためのインセンティブ基金の認可や補助金認可などが可能になるようにする。

裁判システムと訴訟手続きの改善

州最高裁判所 (state supreme courts) や児童援護機関 (child protection agencies) などと地域社会における裁判システムと訴訟手続きの改善を行い、子どもたちに影響す

る、時宜を得た行動をとる。州最高裁判所の自己評価とシステム改善計画の発展を支援する。

差別撤廃規定の施行

公民権課 (OCF: Office for Civil Rights)、ACF を通して州や地域提供者 (local providers) に研修と技術的支援を提供し、養子縁組と養育ケアが中小企業職業保護法 (the Small Business Job Protection Act) と多民族就労斡旋法 (the Multi-Ethnic Placement Act) の家族採用規定の実行を補助する。このねらいは人種や民族によって、子どもが養子あるいは養育ケアについて拒否・延期をされないよう保証するためである。

測定方法

- ・ 児童援護サービス機関 (child protective service agencies) が調査する状況の被害児童の比率
- ・ 12 ヶ月以内に虐待 (maltreatment) の実証報告を繰り返した子どもの比率
- ・ 斡旋後 1 年以内に再統合を経て養育ケアを退出する子どもの比率
- ・ 斡旋後 2 年以内に養子縁組あるいは後見人を退出した子どもの比率
- ・ 斡旋後 1 年以内に再統合を経て養育ケアを退出し、斡旋後 2 年以内に養子縁組あるいは後見人を退出したマイノリティの子どもの比率

新法規と規制

現在国会で審議中の法律は、養子縁組 2002 イニシアチブの現段階で法律になっていない側面に法的権限を与える。特に、州への金銭的インセンティブで養子縁組と他の児童永住斡旋の増加、養子縁組の障壁を低くするための補助金の認可などが挙げられる。

戦略目標 2.5

老年が活動的・健康的に加齢できる機会の増加

20 世紀の大きな成功の一つは、寿命が長くなったことと高齢者の健康改善である。これらの発展は高齢者についての考えを大きく変えることに拍車をかけた。もはや依存的ではなく、経済的・社会的に生産的生活を維持するためだけに助けを必要としているのである。この助けは当省の戦略である合衆国全ての人々の経済的・社会的厚生 (well-being) を改善することの中心である。

達成方法

2 つの戦略で目標 2.5 を達成する。

活動的かつ自立した加齢を支援するための調査の実施

国立加齢研究所 (NIA: the National Institute on Aging) と保健医療資金総局 (HCFA: the Health Care Financing Administration)、保健医療政策・研究局 (AHCPH: the Agency for Health Care Policy and Research) の調査プログラムを通じて、当省はバイオ医学、行動、そして保健サービスの調査を実施、普及させて、加齢過程や健康的加齢と自立機能を長く保つ要因の理解を深める。また、当省は現在の老年障害率の減少が将来的にも続くのか、どの要因が働いているのかを念入りに調査する。また社会的・健康的要因、治療、そして機能劣化を最小に抑え、遅らせるための、最も効果的なケアを組織し届ける方法論を明らかにする。メディケイドサービス受給者へ刷新的なヘルスケアの選択肢 (options) の提供実施や、メディケイド・メディケア双方に適格である人々への新しいサービスモデルが支援される。

活力ある高齢化に不可欠なサービスの提供

地域社会において、健康的で活動的な参加を維持するために、多くの高齢者が診療的予防サービス、在宅および地域の支援、そして栄養などのサービスを必要としている。高齢者に対してこれらのサービス利用を確保するために、加齢総局 (AoA: the Administration on Aging) 州、部族、そして合衆国内のあらゆる郡における地域高齢者関連機関 (Area Agencies on Aging) の働きによって、全国ネットワークを支援しこれらのサービスが行き届くようにする。このネットワークでは、高齢者のために、行政区画を越えた地域社会や州の高齢者のニーズ調査、利用可能な資源の整理とそれらの包括的で調整されたサービスと支援システムを連携する。

当省は予防的・初期ヘルスケアと慢性病の管理へのアクセスを高齢者に広げるために保健資源・事業局 (HRSA: Health Resource and Service Administration) のプログラムの範囲を地域保健センター (Community Health Centers) のように拡大する。プライマリな健康検査 (screening) は、アルコールや処方薬害などの問題を検出することができる。

OCR は、年齢差別撤廃法 (Age Discrimination Act) 下における政府全体の調整責任を実行し、省や他の連邦機関のサービスにおいて年齢の差別に対抗する。

測定方法

- ・ 高齢者慢性病の平均的り患年齢
- ・ 高齢者の障害率
- ・ 栄養のバランスが取れている高齢者の割合
- ・ 予防的保健サービスへのアクセスを持つ高齢者の割合
- ・ 高齢者の年齢毎の身体的自立数

・65歳以上でHRSAプログラムの予防的・プライマリケアを受けている人数

新法規と規制

なし

主な外的要因

これらの目標達成に対しては、高齢者の退職、健康なライフスタイルの確立等に大きく影響される。

戦略目標 2.6

消費者向け家庭及び地域単位の長期ケアと保健サービスへのアクセスを拡張する

近年の障害者補助に関する全国保健面接調査（the Disability Supplement to the National Health Interview Survey）によると、アメリカ国内の障害は広がっている。1,910万人が自分自身を障害者と認識し、また他人もそのように見ている。1,690万人が障害のために労働に支障をきたしているとしており、また1,380万人が障害者プログラムからの給付を受けている。

多くの高齢者が活動的であるとしても、高齢になればより多くのヘルスケア、長期ケアが必要になってくる。老齢や重度の障害のために多くの人々が基本的ニーズ、例えば入浴、衣服の着脱、寝起き、トイレ、買い物、金銭の管理や家事、電話の使用などにさえ他者に依存している。

年齢とともに、障害者ケア、長期ケアの必要性は高まるにしても、それは高齢者に限られたことではない。長期ケアを必要とする人のうち半数は65歳以下である。1994年の障害者補助の全国保健面接調査の分析から、530万人の労働年齢人口が日常生活において一つ以上の介助を必要としていることがわかった。さらに、障害を持つ人々は障害を持たない人々よりも職に就きにくい。雇用され、また雇用関係を維持するためには、重度の障害を持つ人々にとって日常生活の支援と彼らの医療ニーズに見合う健康保険へのアクセスの両方が必要である。

ベビーブーム世代が年をとるに連れて、人口に占める長期ケアを必要としそうな人々の割合は拡大し、長期ケアと保健サービスに対する需要もまた同じように拡大していく。この需要に応えていくことは、高齢者や労働年齢の成人が職を得て就労を維持することによって地域社会で役割を果たすために支援しようとする場合に重要な要因である。

サービスへの需要として、もう一つの問題があげられる必要がある。地域単位での長期ケアを受ける高齢者や障害を持つ労働年齢人口が増える一方で、未だ多くの人々がナーシングホームや他の公的・私的施設の世話になっている。一般的に、障害を持つ人々

や彼らの家族・友人は施設ケア(institutional care)への依頼を最小にしたり、在宅でのサービス、地域単位の直接的な支援の最大限の活用がよいと考えている。すべての州がメディケイド免責プログラム(Medicaid waiver program)を作成し、これらのサービスを提供することや、個人支援サービスでの消費者コントロールの幅を広げるなど応えてきてはいるが、消費者が役割を担っている地域社会で長期支援を提供するためには、より多くのニーズが満たされる必要がある。

達成方法

厚生省は、虚弱な高齢者や重度の障害をもつ人々に地域単位あるいは在宅の(residential)サービスへの直接的資金援助や保健サービスへのアクセスを提供するなどの支援の必要性を認識している。各種プログラムは、資金調達にもっとも困難な人々を対象に行われる。既存プログラムは予期される需要が増加すれば拡大されなければならない。

個人が自分のサービスを決定できるように支援(Empowering)する

この点において当省はこれらサービスに関わる長期ケアを必要とする人々の能力の強化に焦点を当てた実地訓練を含む戦略を支援していく。

サービスの拡大

メディケイドは他に長期ケアや保健サービスを受けることができない人々のためのセーフティネットである。これは長期ケアの資源のうち4割を消費し、メディケイド個人ケアプログラムや在宅ケアサービス、ナーシングサービスと在宅・地域のメディケイド免責プログラム(Home and Community-Based waiver program)などに使われている。当省はまた高齢アメリカ国民法の第3章(Title III of the Older Americans Act)を通じて在宅及び地域単位の長期ケアの広い範囲における支援を頼む。これらのサービスは個人介助ケア、家政婦と個人ケア、ケアマネジメント、搬送、家族の一時休暇サービス、そして改築と補助機具を含む。

長期ケアと保健サービスの伸びつづける需要を満たすために、最も虚弱な人々へのメディケイドの下で、サービス適格者を支援しつづけていく。州政府は、予算均衡法(Balanced Budget Act)が最近発効したことを受けて、収入が多すぎるとして資格を失ってしまうSSI受給障害者にメディケイドを許可する選択肢を許容するため、就労に対する反誘因(disincentives)を克服することができる。地域保健センター(Community Health Center)は、HRSAの老年医学イニシアチブの一部として在宅ケアを供給するセンターの数を増加し、予防的・プライマリケアにおいて監視され、統合されるような方法で在宅ケアを提供する。

深刻な精神疾患を有する成人に関する雇用モデルは、住宅サービス(housing service)

を含めたりハビリモデルの開発と評価によって拡張される。

OCR は人種・出身国・年齢による差別を防止することによって在宅サービスおよび地域単位の長期ケアへのアクセスを確立する。

基盤整備

新たな需要を満たすには、地域単位のネットワークが必要である。包括的なサービスネットワークの発展を確立するために、当省は州の発達能力障害会議（State Developmental Disability Councils）が、全州で消費者及び家族中心型のシステムを推進できるよう支援する。当省は、また発達障害国家プロジェクト（Developmental Disability Project of National Significance）を支援し、国と州の障害者政策やプログラム、予防と擁護システムや、大学付属のプログラムで最善の方法や地域サービスネットワークの情報・調査を広め、研修を行う。

加えて、高齢アメリカ国民法下の AoA は、全州に及ぶ家庭・地域基盤（加齢ネットワーク）の更なる発展を支援し、施設外での自立した生活を養成する。このネットワークは個人ケアと高齢者及び介護者の日常生活支援（栄養サービス等）を提供する。これらのサービスは連邦と州、地方自治体の財政から支払われる。

消費者指導

発達障害総局（AODD: the Administration on Developmental Disabilities）は、消費者が支援を受入れ、支援の範囲を交渉することを学ぶための個人支援の分野で実地訓練を支援する。消費者にサービスの主導権を与えるために重要な段階は、消費者が医療的でないケアを在宅・自宅外で受けられるメディケイド規則である。当省は、消費者主権によるサービスの方向性について、費用効果的で質の高いサービスの検証のために、旺盛な実験的取組みを進めており、重度障害を持つ人々に対して、自分のケアを自己選択、自己管理できるために、サービスの代りに現金給付を受けるものである。

測定方法

- ・地域単位の長期ケアを受けている人々が、自分でサービスを管理し、高い消費者満足水準を持っている割合
- ・健康保険に加入している障害者の割合
- ・ナーシングホームに入居している若年障害者の数
- ・付き添い看護のアクセスを持つ労働年齢の障害者の割合
- ・長期ケアを必要とし、家庭や地域から必要なサービスを受けている人々が地域にいる割合
- ・選んだサービスを受けている人の数（個人ケア、搬送、家事、成人デイケア、法的支援、給付対象(outreach)）

新規則・規制

多くの障害者が、就労し、復職するためには、メディケア、メディケイドの法的な改正を必要とする。

主な外的要因

州政府に対しては、在宅あるいは地域における長期ケアを提供し続けるように期待されている。就労年齢の成人と障害を持つ人が職を得るには、州や地域の経済情勢に大きく依存している。

戦略目標 2.7

貧困地域の経済的・社会的開発の改善

状況がどうであれ、家族は近隣住民、地域社会と子どものために健全な環境を必要としている。驚くまでもなく、調査は地域生活と住民の幸福の重要な関係を明らかにした。経済的に恵まれない住民は、幼年期の発達が貧しく、低い教育水準・健康水準、暴力の頻発、乳幼児死、薬害、10代の親などに関わりがある。

活力のある地域社会は、経済的機会と社会的支援を提供する。例えば、労働、教育、健康、住宅そして安全、安定した家庭が栄えるような支援などである。

達成方法

厚生省は、経済的に不利な地域で雇用を生み出す活動、地域住民にサービスを提供できるような包括的ネットワークの構築、地域の資産的価値の向上とニーズを明らかにすることによって、住民を支援する。これらの活動は、地域開発の最善の方法を広めるとともに調査によって推進される。

経済発展

厚生省は、経済発展、雇用の創出、種々の施策を通じた低所得者の就職などを支援していく。当省はHUDの資金提供と地域発展の技術的支援とともに、他の組織の雇用創出など、これらの努力を支援する。加えて省の補助金プログラム、例えば地域保健センターとヘッドスタート等を貧困地域の福祉対象や低所得住民の雇用のために使う。

基盤整備の発展

厚生省は、地域の包括的協力支援サービスのネットワーク構築を支援する活動を推進する。重点開発地域(Empowerment Zone)/企業立地地域(Enterprises Community)(EZ/EC)推進施策は、財政的支援をし技術的支援を行うことによって、官民サービス部門の共同

(interdisciplinary)と横断的な連携を推進する。特に、当省は包括的地域サービスを支援する厚生省のプログラムへのアクセスを地域社会組織に提供する。当省は、また家庭内暴力防止プログラムや地域サービスブロック補助金プログラム (the Community Services Block Grant Program)、ヘルシースタート (Healthy Start)、子どもへの精神保健サービス、そして高齢者ネットワークなどを支援する地域のプログラムが一体化されたサービスネットワークの構築を支援する。

施策推進 (Empowerment)

厚生省は地域住民のプログラムの実行・発展への積極的な参加を推進する。EZ/EC 施策推進が地域の計画策定と統治における住民のリーダーシップや参画を促すために資金面や技術面での支援を提供する。また、当省は地域サービスブロック補助金プログラムや CDC の HIV 予防プログラム、先住アメリカ人局等を支援し、地域住民をプログラムの計画策定・実行に取りこむよう地域サービスプログラムを活用する。

調査と評価

調査と技術的支援を通じて、厚生省は協働的かつ統合されたサービスや、統治過程、技術的支援提供、技術的適用、成果に基づいた業績測定などを含む効果的な地域発展の実践 (practice) に関する知識を高めていく。

測定方法

- ・ 経済的に恵まれない都市及び農村地域の成人住民に創設された雇用の数
- ・ 経済的に恵まれない都市及び農村地域に投下された投資金額
- ・ 経済的に恵まれない都市及び農村地域住民の 10 代の妊娠や薬害、うつ病 (depression)、栄養失調といった健康状態の問題の発生
- ・ 経済的に恵まれない都市及び農村地域住民が地域計画や統治プログラムへの参画

新規則・規制

なし

主な外的要因

この戦略に必要な厚生省プログラムの多くは、州政府、部族政府、地方自治体、非政府機関による政策展開に依存している。連邦省庁のいくつかによって、経済的に恵まれない地域における地域住民のために、地域に基づく施策展開を推進し、経済機会の創造に依存している。加えて、特定な地域の経済状況を含み、我が国全体の経済状況が、当省の戦略目標達成にとって大きな要因となる。

[3 保健サービスへのアクセスを改善し、国民の健康に対する権利とセーフティネットプログラムの透明性を確立する]

健康保険に加入しない推定 4 千万人のアメリカ人と、それ以上の数のヘルスケア (behavioral health care) 保険を受けない人々は、必要なヘルスケアを受けられなくなる深刻な危機にある。これらの人数は既に大きいですが、いまだに上昇を続け、アメリカ人労働者の補償基盤となる雇用における保険加入が低下していることは、非常にゆゆしき事態である。非老齢人口で雇用主体の保険に加入している比率は 1987 年の 69.2% から 1995 年の 63.8% に落ち込んでいる。保険がないと、保健サービスへのアクセス、中でも初期の予防的サービスへのアクセスが著しく悪化する。他のアクセスを阻むものは、ヘルスケア施設や専門家の欠如、人種、出身国、年齢、障害による差別、ケアの提供を阻害する言語的あるいは文化的障害などが挙げられる。

主要な連邦プログラムは、当省がケアへのアクセスを供給するメカニズムである。すなわち、メディケイドやメディケア、新州児童健康保健プログラム (the new State Children's Health Care Program)、インディアン保健サービス (Indian Health Service)、そしてセーフティネットプログラム (地域保健センター、ライアン (Ryan) ホワイトケアプログラム、薬害と精神保健ブロック補助金 (Substance Abuse and Mental Health Block grants)、母子保健プログラム) が含まれる。これらは全てアクセスに関わっており、変化しつつある。マネジドケアや人口統計学的動向、国の統治水準に関係しており、保険を受けずにセーフティネットに頼る個人の数の拡大等によって変化する。

当省はこれら全てのプログラムに同様の健全さが必要であり、財政的にも慎重に管理を進める。これらのサイズや範囲のためにメディケイドやメディケアプログラムは不正 (fraud) と濫用 (abuse) のターゲットとされてしまっており、したがって最優先の配慮が必要とされる。調和のとれた施行努力は、司法省と共に厚生省の多様な部署 (components) を巻き込んで修復トラスト (Operation Restore Trust) をモデルにしており、不正と濫用を厳密に厳重に取り締まることを期待されている。考慮の対象に含まれるものは受給者や供給者による不正、ある種のサービスに特に払い戻されるプログラム支払い政策、そして無駄のあるつまり非効率的な管理手法である。当省のプログラム戦略はこれら全てを対象としている。

当省の戦略は 3 部からなる。はじめに、厚生省は連邦議会や州とともに、各サービスへのアクセスを拡大するため、健康保険に加入している子ども及び成人の比率を増大させる。次に、当省は低所得または特別のニーズを有する人々が、プログラムを通じて適切に対応されるようなものとする。メディケイドとメディケアとともに特定のセーフティネットプログラムを統合することに重点をおく。3 番目に、厚生省はこれらプログラムの無駄、不正、濫用を防ぐことに努め、特にメディケイドとメディケアには、その規模とヘルスケアシステム全体に与える影響が大きいことに配慮する。

戦略目標 3.1

全国の健康保険加入者の比率を増加させる

メディケイドプログラムは低所得で重度の障害を持つ子どもへの保険である。約 2 千 100 万人の子どもがメディケイドを通じたヘルス補償を受け取っており、メディケイドは全国の HIV/AIDS 感染の子どもについて、圧倒的多数と乳幼児の約 33% にケアを提供している。それでもなお、1 千万を超える子どもたちは何の補償も受けないままである。これらの子どもたちやその家族は、共通して貧困労働層で、多くはプライマリケアにしる急性期ケアにしる、連邦補助による診療に依存している。健康保険あるいは通常のヘルスケアに加入していない子どもは、普通よりも急性期医療や予防可能な傷病に罹る頻度が高い。

加えて、個人は健康保険側やマネジドケア計画に生来 (pre-existing) の条件 (遺伝的に実証された虚弱や精神病歴、薬害歴を含む)、障害、職歴、個人的要因で多様な差別的事例に面することがあるかもしれない。これらの差別的事例は保険のない子ども・成人の比率を更に悪化させる。

達成方法

当省は、新州児童保健プログラムを通じて、子どもと成人の対象範囲を広げる。メディケイド適用児童の追加、労働省、財務省と共に健康保険ポータビリティ・アカウンタビリティ法 (HIPAA: the Health Insurance Portability and Accountability Act) を施行する。加えて、大統領は遺伝子検査によって得られた情報による差別防止の法規を提案した。厚生省は、連邦市民権法規において定められている差別的事例を取り上げるための継続的調査を進める。

児童への健康保険範囲の拡大

州児童健康保険プログラム (the State Children's Health Insurance Program) は、予算均衡法 (the Balanced Budget Act) の一部として、現在保険を受けていない、あるいは加入していない子どもへの保険適用を期待されている。州では、こうした保険適用の推進にどう関与するかを選択することができる。各州は配分を有限補償金 (capped grant) として、あるいは現在の子どもへの要件を超えたメディケイドプログラムの拡大を通じて、またはその両方を用いて使うことを選択することができる。保健医療資金総局はこの新しいプログラムを実行する。

メディケイド加入

推定 3 百万人の児童が、メディケイドに適格でありながら加入していないと推計され

ている。メディケイド適格の児童を効果的に明らかにするためには、行政のあらゆるレベルでのダイナミックな連携関係を必要とする。州のメディケイドプログラム機関や地域保健センターのネットワーク、母子保健プログラム、ヘッドスタートと児童ケアプログラム（the Head Start and Child Care programs）は、全ての適格児童を保険加入させるための機会を有している。当省は州、機関、そして低所得層児童の発見と加入に関わる各組織との間で協力することにこれまで以上の努力を計画している。例えば、HCFAと保健資源・事業総局（HRSA: the Health Resources and Service Administration）は、州とともに地域保健センターにおいて、へき地におけるメディケイド適格の労働者の加入の可能性を探る。ACFも同様にヘッドスタートと児童医療プログラムを用いて加入の支援をする。HCFAは教育省、ACFと協力して学校診療がどのようにメディケイド支払いの資格を与えることができるか、また州がどのように連邦メディケイド費用を請求できるか、児童ケアセンターがどのように使われ得るかについての技術的支援を開発中である。

HIPAA（健康保険ポータビリティ・アカウントビリティ法）の施行

厚生省は労働省、財務省と共にHIPAAの種々の保険修正条項を施行する責任を負っている。加えて、厚生省と司法省は不正と濫用についての条項に関して責任を有している。厚生省は管理簡便化条項（administrative simplification provision）に関して責任を有している。保険修正法案の中間最終規制は1997年4月8日に提出され、責任を有する省は規制を明らかにし、秋までには提出し、HIPAAは、精神保健（parity）や母子保健の修正法案を要する。

HCFAは州法の下に施行を見送った州に適用されるHIPAAの施行手続きを開発している。当省はまた、HIPAAと州法における保険適用について評価するための準備を行う。

測定方法

- ・州の児童健康保険プログラムの実行
- ・遺伝子検査によって保険上の差別を禁止する法律の発効
- ・児童の保険加入率
- ・成人の保険加入率

新しい法規

州の児童健康保険プログラム法の実行には規制が必要となる。遺伝子検査による差別を禁止する法律が成立することが必要である。HIPAAの規制は1997年秋にむけて準備されている。

主な外的要因

児童の保険加入を拡張する当省の目標達成のためには、州との強力で持続的な協働が必要とされる。この保険加入拡張には州の行動に大きく依拠している。

HCFA が進めている主な保険改革については、HIPAA 条項の保険ポータビリティとアクセスに関する州の政策実行に関して、当省の監視を要するものであり、州による政策実行が上手くいかない場合には、HCFA 自身で政策実行を進めていくことが必要とされる。今日においては、ミズーリ州やロードアイランドでは HCFA が直接的に政策実行していくことが必要となっており、他の州でも同様の事態となる可能性がある。このように複雑な行政の関与については、連邦議会によって適切な資源を受けることが必要であると当省では考えている。

戦略目標 3.2

プライマリ医療サービスの利用を向上させる

およそ 4,300 万人の人々が、プライマリ医療サービスへのアクセスに障害を持っており、その理由は施設・供給者の不足、差別、言語そして文化的障害 (impediments) 等によるものである。これらの問題は、経済的に恵まれない地域や農村部に多く見られる。更に深刻な問題として、精神衛生や中毒患者にプライマリ医療や保険サービスを受けさせるために必要な、適切なサービス統合に関する問題がある。

達成方法

プライマリ医療サービスの改善のためにはいくつかの方法で達成することができる。

地域単位のケアシステムを拡大する

HRSA プライマリ医療部 (HRSA's Bureau of Primary Health Care) は 4,300 万人のサービスを受けていない人々のうち 1,000 万人に対して、保健センターや国立保健サービス組合 (NHSC: National Health Service Corps) を通じて予防・プライマリケアとケースマネジメントを提供する。この目標を達成するために、当省は地域保健センターを増設する。

NHSC プログラムはサービスのない地域に提供者を設置するために使われる。提供者の採用と維持のために技術的支援がサービスのない地域に与えられる。

保健専門職プログラムの目標改善 (improved targeting)

人種的・民族的マイノリティ (アフリカ系アメリカ人、ヒスパニック、アジア系アメリカ人、アメリカ・インディアン、アラスカ先住民) は人口の 25% を占めており、これらの人口は、合衆国において最も多く増加している。しかしこれらのマイノリティでは、保健医療系専門職のうちの約 10% にしか満たない。近年の研究によるとマイノリ

ティのヘルスケア供給者は、よりサービスのない地域に位置しやすく、必要性の高い人々にサービスを提供している。したがって、当省は保健専門職プログラムをそのような提供者に供給を拡大することを焦点としていく。

母子健康プログラムの有効性の向上

母子保健ブロック補助金 (MCH Block Grant) は直接的医療ケアや搬送・ケースマネジメント、予防接種や新生児検査、品質保証や研究に関する基礎的受入体制整備を含めた幅広いサービスを提供する。このプログラムは現在州の MCH 所長と協働で進められており、全ての州がサービス改善に活用できるような業績測定方法を開発している。妊娠 3 ヶ月の胎児期ケアを受ける女性の比率の測定方法等に焦点を当てることによって、プログラムへのアクセスはモニターされ拡大されていく。業績測定を強調することで MCH 機関の効率を改善し、優先度の低い活動を削減・除去し、プライマリケアへのアクセスを改善するようなサービスの拡大のために資源を利用できるものとする。

ヘルシースタートの拡大

全国で健康リスクの高い地域における乳幼児死亡の水準を下げるためにヘルシースタートが役立ってきた。このプログラムの第 1 段階は 9 つの特定効果戦略を掲げ、現在 30 ほどの地域で実行されている。乳幼児死亡率の全国平均を 1.5 倍以上も上回っており、このプログラムを要する地域がおよそ 300 ほど都市部・農村部にあると HRSA では考えている。

精神保健と薬害、中毒症などのプライマリケアの診療を統合する改善

プライマリケアは、健康に問題を持つ人々にとって、多くの場合最初のよりどころとなる。プライマリケアにおいて、提供者は診断し、専門サービスの紹介等を行う。(この逆方向の紹介もある。) これらのサービスを統合すれば、人々のニーズ、必要なサービス、調整されたケースマネジメント (coordinated case management)、フォローアップなどの包括的評価が可能になり、したがって適切なケアへの障害を取り除くことができる。薬害・精神保健事業局 (SAMHSA: the Substance Abuse and Mental Health Services Administration) のプログラムは、様々な種類の人々へのサービスの組み合わせモデルの検討とその結果をプライマリケアと行動的保健医療提供者に広めていく。行動的保健サービスとプライマリケア、あるいは幼児期サービス環境との統合の有効性を測る早期スターティングスマート (Early-Starting Smart) の開始を試みとする。SAMHSA は他の年齢層や依頼者のニーズのモデルも検討していく予定である。

測定方法

- ・プライマリケアへのアクセスを持つ人々の比率

- ・ 厚生省資金による、サービスの提供されていない地域において、保健専門プログラムを実行している人の数
- ・ 連邦の支援を受けた保健センター（IHS と部族を含む）で成人・児童の精神保健や中毒症のものを含む全ての保健サービスを提供あるいは提携をしている数
- ・ HRSA のプライマリケアプログラムを受けている人の数

新法規・規制

保健専門職と看護教育・研修に関する公衆衛生事業法の第7章及び8章の再発効

主な外的要因

戦略目標 3.2 を達成するためには、地域の参加者やサービスアクセスの増加に依存することとなる。

戦略目標 3.3

特定のニーズのある人への医療ケアサービスの効果とアクセスを向上する

当省は、公的に資金されたプログラムにしかアクセスのない個人に質の高い予防と診療サービスを提供するための州と地元機関への連邦補助を管理する。それらの個人に対して、州政府が薬害予防と治療サービス、精神保健サービス、母子サービス（特定の医療サービスを必要な児童も含む）、そして、HIV/AIDS サービスを提供することについて、当省は支援する。さらに HCFA では、メディケアやメディケイドプログラムを通じてそれらのサービスの支払いを行っている。

それらのサービスへの必要性は増大している。例えば、合衆国の 9 歳から 17 歳の児童と青年 3,300 万人のうち、350 から 400 万人は、深刻な情緒障害 (emotional disturbance) を持っていて、そのうちの多くが厚生省によるプログラムの助けが必要になる。1996 年に行われた国民世帯調査で 9 パーセントの青年が不法な薬物をその月に使用したと答えている。これもまた、多くの青年が厚生省によるプログラムの治療を必要とする。薬物濫用防止のための戦略は目標 1 で説明された。しかし、薬物濫用と精神保健プログラムの能力 (capacity) と効果の向上は同等の関心をもたれる。1994 年の調査によると治療を必要とする人の半数が治療を受けていないという結果が出ている。

ほとんどのアメリカ人の子どもが、わずかな医療サービスしか必要としないのに対して、特殊な医療を必要としている者もいる。定義方法にもよるが、合衆国の 16 から 31% の子どもが普通の子どもの必要な以上の医療、もしくは関連のサービスを必要とする慢性の身体、発育、行動、もしくは感情の状態にある。それらの子どもとその家族はヘルスケアシステムが断片化され、組織化されていない状況に直面する。彼らは保険の適用

を受けることが困難である。これらの子どものアクセスを管理し、現実のギャップを埋めることが必要不可欠である。

現在の治療の向上は、HIV 患者の寿命と QOL に関して大きな向上を約束する。同時にマイノリティと障害を持つ人々には、ケアに対する最も限定されたアクセスしか持っておらず、これらの人々に対して伝染病が集中的に増えている。この伝染病に対抗するためには、プライマリケアにおいて患者をサポートし、複雑な医療ケアと投薬治療を推進するために、新しいプログラム、一層効果的なプログラムが必要になる。プロテアーゼ反応抑制剤を含む対レトロウイルス薬品治療の組み合わせの各患者ごとの年間コストは1万から1万2千ドルと推定される。HIV 感染者の最低でも 30 パーセントは保険によって保護されてなく、それらの新しい治療アクセスの拡大への政府の努力は必要不可欠である。

達成方法

防止、精神医療の治療、薬物濫用、そして依存障害へのアクセスの州の供給能力の向上。SAMHA は薬物濫用と精神医療ブロック基金プログラムを管理する州政府を補助し、サポートする。目標は優先必要事項を認識する限界(capacity)を拡大し、ブロック基金プログラムのもとで提供されているサービスの効果を査定し、作業測定を確立し、成功規格の目標を作ることである。この方法で州はどこでサービスが必要とされていて、最も効果的に供給する方法を知ることができる。現在、精神医療の分野では5州が彼らの精神医療システム全体の業績目標を実験している。20 もの州が薬物濫用防止行為の業績指標を実験しており、14 州が治療プログラムの業績指標を認識している。子どもとその家庭の精神医療の必要性を表すために、SAMHSA の子どもとその家族のための総合地域精神医療サービスプログラムが地域の総括的家族主体のケアシステムの発展を助け、その中での精神医療は他の教育、若年正義、そして医療サービスなどの他のサービスと調和されている。

特殊医療(special health)が必要な子ども達のケアへのアクセスの向上。

母子保健(maternal and child health)プログラムは州が彼らの患者、特に特殊な問題をもった子ども達の健康を向上させるために母子健康システムの能力を構築するのを助ける。MCH プログラムの下で州がどれだけこれらの(前述)そして他の責任を果たしているかを査定するために、HRSA は州と協力し、コア報告と結果測定を次年度に活かされるために発達させた。測定の核は弱点を認識し、特殊な必要性を持っている子ども達のケアへのアクセスを向上させる戦略することになる。

州が HIV/AIDS 患者の医療的必要性を満たすのを助ける。当省は HIV を持つ女性と子どもの治療/介護の最新の進歩に向けて、彼らの家族がケアを受けることを助ける補助サービスを含む医療ケアを州が行う上で補助をする。サポートは低所得者への医療保険

継続プログラムにも提供される。当省はこれらの鍵となるサービスへのアクセスを拡大する、薬品購入のための増資された資金を通じて、特に AIDS 薬品補助プログラムに対してアクセスを拡大する。

それに加えて当省は、優先ケアシステムの中で、低所得、医療的に十分でない人々に目標を定めた早期介入プログラムへのアクセスを州が広めるのを助ける。アクセスは HRSA に補助されたプライマリ・ケアシステム(primary care systems)と医療ケア提供者への教育プログラムなどを通じて拡大される。

測定方法

- ・ SAMHSA のブロック資金により運営されている薬物濫用と精神医療サービスの効果査定のためのコア業績測定を認識し報告する州の数
- ・ SAMHSA の知識開発(knowledge development)と適応がプログラム設計と経営に影響を与え、サービスの提供にも適応されているかどうかの証拠(evidence)
- ・ プログラム業績向上のための SAMHSA の技術補助と訓練活動に対する州と提供者の視点を表す州職員による消費者調査と診察
- ・ 通常のプライマリケア、専門ケアの中で、特別医療ケアが必要とされる子どもの割合
- ・ ライアンホワイトケア条例と ECA からサービスを受けている HIV 感染者の数
- ・ 対レトロウイルス治療を州 ADAP プログラムより受けている人数

新しい法規

大統領は SAMHSA のブロック基金プログラムを業績協力ブロック資金への統合を提示した。これが制定された場合の変化は、州がデータ構造を確かなものにするためのフレームワークを構築し、州のプログラム管理の柔軟性を高め、そして州の結果報告が政府業績と結果条例の一般的なアプローチと一致することを必要とする。

戦略目標 3.4

メディケア・メディケイドの受給者の健康・満足を改善し保守する

メディケア・メディケイドは国の保健事業の最も大きな支出であり、それは7千2百万を超す高齢者、障害者、経済的に不利なアメリカ人の保険をカバーしている。過去30年以上に渡ってメディケアは期待寿命、生活の質、高齢者と障害者の貧困保護に重大な貢献をしてきた。メディケイドにおいては出産、児童期の免疫率、予防サービスへのアクセスを改善し、結果としてアメリカの児童保健全体の改善につながった。またメディケイドは施設療養所の費用の半分以上を負担している。

全米保健システム(nation's health system)や、州がプログラムデザインと政策へ

の責任の増大を見込んだメディケイドプログラムの管理上の、主な構造的変化は両プログラムの受給者にリスクも機会も与える。例えば、メディケア受給者のマネジドケア計画への参加努力が予算均衡法（the Balanced Budget Act）の取り決めによって受給者の選択肢を広げより強くなる。多くの州で、マネジドケアは既にメディケイド受給者にとって支配的システムである。これらの変化が明らかにしたように、当省は、HCFA を通じて受給者へのサービスの質と彼らの満足が決して妥協されないよう保証することを優先的に行う。

達成方法

当省の受給者の健康改善と彼らの満足度の保証という戦略は、いくつかの構成要素からなる。まず第1に、当省は受給者が診療予防サービスを含む質の高い適切なサービスへのアクセスを持つことを保証する。第二に、厚生省は受給者に予防サービスを受け健康改善と保護のためのほかの行為を取ることを促進する。第3に、当省は受給者が彼らのヘルスケアについて情報に基づいた意思決定（informed decision）ができるように、情報を得られることを保証する。最後に、厚生省は監督・調査、そして改善のための注意を行う。

予防サービスの利用促進

メディケアやメディケイドが過去 30 年以上にわたって改善してきたことを続けさせるように HCFA はプログラムが受給者のニーズに応えられるよう保証する。これを実行することは適切な利益が提供され受給者がその使い方を知らされていることも含む。これに関して、HCFA は受給者に予防的サービス、例えば免疫や乳房X線写真などの役割について教育を行う。また、適切な地域単位あるいは自宅でのサービスの利用も促す。そして更に柔軟な提供、支払い、保険のカバーで受給者のニーズにより合い、消費者が質の高い費用効果的なヘルスケアサービスを探ることができるよう教育も行う。例えば、HCFA は定期的な乳房X線写真の推奨に大きな努力を注ぎ、毎年インフルエンザ予防を推進する努力を指揮する。受給者の健康を改善するためのほかの行為は目標4の下にある質的管理努力（quality-control effort）も含む。

消費者保健情報の改善

HCFA は受給者の治療選択肢、権利、保健計画選択、ヘルスケア利益についてのより良い理解のために有用な情報を提供する。焦点となるのは、利用できる保護と補償範囲についての理解のため、受給者の健康改善のための努力を促進する保健促進、出来高払い（fee-for-service）かマネジドケアかの選択、マネジドケアの場合その計画の選択などに関する情報についてである。まず調査（保健計画研究の消費者評価（CAHPS: the Consumer Assessment of Health Plan Study）など）により消費者のニーズを把握、保

健計画採用者データと情報セット (HEDIS: Health Plan Employer Data and Information Set) で開始する受け入れられている成果測定で質を測定、そして受給者がヘルスケアの選択肢を知ることができるような情報を提供する。特別なコミュニケーションを必要とする人々の要求は強調される。

HEDIS や CAHPS の保健計画に関する情報は受給者の満足を高める上で 2 通りの方向がある。第 1 に、提供している質の向上への努力。第 2 に、マネジドケアを考える受給者はしばしば計画や医療についての選択肢に関する情報が欠けていることが多い。HEDIS や CAHPS によって収集されたデータは計画によって要約され受給者に利用可能なようにされる。(これらの努力は目標 4 の消費者情報の部分でも触れられている。)

監督・調査、サービス改善のための注意を行う

HCFA はアクセスや調査における潜在的な問題を明らかにし、それらを解決するための手段を決定する改訂監督ツールを採用する。これらの調査プログラムを通じて、HCFA はヘルスケア提供を、より多様な人々に与えられるような新しいモデルを研究する。

(例えば、障害者、HIV/AIDS を持つ人々、英語を話さない人々、慢性病) 一つの例として、高齢者のための包括的医療プログラム (PACE: the Program for All-Inclusive Care for the Elderly) は、急性のものと長期的な医療の統合を目指したものである。1997 年の予算均衡法は PACE をメディケアプログラムの一部として位置付けた。

HCFA はまたメディケア医療質監視システムからの情報を用いて利用パターンとプログラムのねらい、改善の軌跡、更なる調査の必要性などをみていく。

受給者を基準以下の医療から保護するために HCFA は、最低限の成果基準を計画と提供者のために確立、公開、そして適用していき、提供者や計画の実態を予定と比較して客観的に評価したデータを収集、成果への比較集合データを公開する予定である。基準以下の提供者は早急にプログラムから排除される。加えて、HCFA は提供者、計画、州、そして受給者とその保護者をこれらの成果情報、ガイドライン、水準点、改訂戦略などをもって支援することとする。公民権課 (the Office for Civil Rights) は保護下の人々の状況を監督し、メディケア、メディケイドの変化が公正であることを保証する。

測定方法

- ・メディケイドプログラムに関連した特定の成果測定方法は戦略計画には含まれていない。というのは、これらを含むことよりも総局が州と相談することが優先されるからである。当省が州との協力に期待することは、他の何よりも、メディケイド受給者への医療の質とアクセス、そして保険を受けていない児童の削減努力である。
- ・サービスに対する支払いとマネジドケアの双方を受けるメディケア受給者の比率
- ・サービスに対する支払いとマネジドケアの両方で受けるサービスに満足しているメディケア受給者の比率

- ・乳房X線写真検査を2年以内に受けたメディケア受給者の比率(受給者の健康を改善する診療予防サービス)
- ・インフルエンザワクチンを毎年受けるメディケア受給者の比率(受給者の健康を改善する診療予防サービス)
- ・市民権規定の要求に応えたマネジドケア計画の数

新しい法規

なし

主な外的要因

受給者がどのように行動するのかについては複雑で、多様な情報である。ニーズについて、どのように情報把握するのか、把握される事実次第では、消費者は大きな負担となることもある。

戦略目標 3.5

HCFA プログラムの財政の透明性を向上し、医療ケア受給者への最高の価値を確保する

保健医療資金総局(HCFA)は世界で一番巨大な健康保険事業体であり、年間8億件の請求を処理し、月約18億ドルの計画された支払いをマネジドケア組織に行っている。プログラムがすさまじい規模と複雑さの拡大を経験したにも関わらず、メディケアの組織と運営は過去30年の間、実質上変化していない。これからの数年で、来るべき10年(decade)に備えるべくHCFAはプログラムの大部分の変革を行う。人口統計学上の変化は、すでにメディケアとメディケイド制度に対して多くのことを示している。退職者に対する現役労働者の比率の低下により、メディケア用の所得税収入がプログラムの支出水準に追いつかない状況になることが見込まれている。予測される85歳以上の高齢者数の増大により、メディケイド下での長期ケアに対する需要は大幅に増大するであろう。

メディケアとメディケイド制度は合衆国の健康に関する支出のほぼ三分之一を占めている。これほどの規模と複雑さを持つプログラムは、このシステムの財源を逼迫させる不適切な、濫用された、あるいは不正の請求を防ぐことが必要とされている。プログラムの特定の分野においては、濫用や不正に対して無防備なところがある。例えば、受給者に対して不要な在宅健康サービスが提供された支払口が多数あったり、耐久性医療機器の供給者に対して過剰に支払ったり、そのサービスが提供されていないにも関わらず供給者が不正に請求したり、提供したサービス以上の高い償還を得るために過剰に請求するといったことなどがあげられる。

これらの事象に対しては予防こそが最高の治療である。まず最初の段階で正しく正確

な請求に支払いを行うことから始まる。これを行うためには、州とメディケア契約者による支払い前後の医療調査や、不正と濫用の発見、過剰支払いの回収、提供者の監査努力などに頼ることになる。

達成方法

メディケア制度については、プログラムのマネジメントを近代化し、良質のケアを競争的な価格で購入するための効果的なシステムを開発するとともに、このプログラムの財政的透明性を確保するために十分な厚生省の管理制御とデータシステムを確実にすることは、次世紀において財政的健全性を確保するといった長期計画の中で必要不可欠な部分である。

メディケイドプログラムはメディケアとは違った問題に直面している。各州は、それぞれ独自の規則、規制、管理制御、データシステムを持っているため、この結果、56の異なったメディケアプログラムが存在している。したがって、当省は州のメディケイド機関(Medicaid agency)を通じて的確なプログラムの安全性を確保し、より一層効果的な不正防止システム(これは早期に新しいタイプの不正や濫用を発見することを促進する対不正戦略を含むものである)を開発する必要がある。

新しい管理組織をつくる。HCFAは受給者、州、そして提供者にさらに焦点を当てるため新しい管理組織をつくる。HCFAは1977年にメディケアとメディケイドを統一的リーダーシップの下に集約するために創設された。その後の数年で、HCFAの使命は臨床研究所や個人や小集団の保険の監視などを含むように拡張された。1994年になると、HCFAは、責務の増加や変化しつづけるヘルスケア市場、連邦政府と州の役割の変遷、プログラムにおける財政の透明性を裏付けるためのより効果的なデータや管理システムを持つことの必要性から、自らの使命と組織を見直し始めた。この見直しにより、HCFAは1997年8月に全国的に適応する新しい組織構造になった。この新しい組織構造はエージェンシーの3つの立場—受給者、保健計画とその提供者、州—toに焦点を置いている。これにより、21世紀に向けてHCFAのプログラムを計画するといったことは、厚生省の戦略を立てるうえでの中枢となり、HCFAのプログラムの財政的透明性をさらに高めることとなるであろう。新しい組織構造の下で、CFO(首席財務官)はすべてのプログラムと管理上の支出を監視することとなる。こうした監視がなされることにより、HCFAがメディケアとメディケイドプログラムにおける財政的透明性に対して責任を負うと同時にそれをしっかりと管理するといったこととなった。また、この新しい組織構造の下では、CFOはメディケイドプログラムやメディケアのサービスに対する出来高払い(fee-for-service)、マネジドケアプログラムに関して不正や濫用の発見、抑止行動を監督する職員を有することとなる。さらに、CFOはサービス提供者の問題に対してより組織として明確な監視を向けると同時に、不正防止行動が促されることとなる。

受給者中心の購入を実施する。HCFAはメディケアとメディケイド受給者のための、より価値の高いケアを推進するために、ヘルスケア市場における自らの存在を利用するこ