

- ・保健・福祉省資金による、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、そのうちの多くが保健・福祉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、多くの青年が保健・福祉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が必要な以上の医療、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7千2百万を越す高齢者、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、保健・福祉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、保健・福祉省は監督・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。当省が州との協力を期待することは、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保健・福祉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した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—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、保健・福祉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とになる。価値の高いケアとは質的に高く、しかも費用が手ごろなケアを指している。1997年の予算均衡法(balanced budget act)では、HCFAがメディケア受給者に対して新しい計画の選択肢を施行するものとしている。さらに、新しい法規では、多数の伝統的なメディケアの包括払いシステムとメディケアの選択(Medicare+Choice)に関する支払いのためのリスク調整方法を開発することとされている。これらの規制を施行するために、HCFAは請求に対する支払人及びヘルスケア産業の規制者としての役割に加え、ヘルスケアマーケットにおける活動的な機関となることが期待されている。

包括払いの対象となるサービスと提供者の分類には、ナーシングホーム (skilled nursing facilities)、在宅医療機関(home health agency)、入院患者リハビリ病院施設、病院の外来患者部門などが含まれている。これらのサービスに対する包括払いにより、メディケアプログラムはより一層効率的なケアの提供とコストの削減を図ることが期待される。病院費用を抑制し、病院全体の効率性を改善するといった、メディケアの入院患者に対する包括払いシステムの成功はよく知られている。

メディケアの選択計画に対する支払いについては、メディケア HMO 加入者の比較的良好な健康状態によって、現在の支払い方法が、メディケアプログラムに対して、もし現在の HMO 加入者数が従来の(出来高払いの)メディケア制度のままだった場合に要したであろうプログラムコストを上回ることを HCFA、議会予算局、数々の研究者が明らかにした。1998年まで効力を有する予算均衡法(1997年)による支払い改革ではこれらの過剰支払いの原因を明らかにしない、それは、支払い方法がまだ比較的健康な受給者に対する支払いを減らす健康状態調整機能(health status adjuster)を持たないからである。しかし、予算均衡法では長官(the Secretary)にそのような方法論を確立するように指示している。

コストの削減とサービスへのアクセスを向上させるという意味両方において、州は急速にメディケイドプログラムからマネジドケアへの移行を進めている。競争的な購入により得られた支払抑制は、コスト削減に重要な役割を果たし、結果としてメディケイドプログラムの仕組みを持ちこたえ、低所得のアメリカ人に対して給付の資格を保持できた。このモデルが長期的に成功するかどうかは、メディケイド受給者がマネジドケアシステムの中で良質のケアを受けられるかどうかにかかっている(目標4参照)。当省は、連邦議会と共に受給者の選択権を確立するために努力している。例えば、予算均衡法では、州に対して受給者に最低でも2つの保健医療計画の選択肢を提示し、地方エリアの場合には多少の資金を提供することとしている。HCFAは州とともに、新しいケア調整のもとでメディケイドの中で受給者の関心が確

実に保障されるよう努める。

受給者の視点に基づく購入の一面はすでに HCFA で進行している。最もよく知られているのは、消費者情報イニシアティブであるが、法的規制の変化を求めるものもある。大量購入戦略は、the Centers of Excellence、Choices、競争入札デモンストレーションのようなデモンストレーションプロジェクトの中でテストされている。メディケイド規則の免除規定(waivers)を利用して、いくつかの州では将来的に広く適用される可能性をもった購入アプローチについて検討している。

プログラム保全(safeguards)の推進。メディケアプログラム保全は、多様な方法で推進される。まず、実費請求(substantive claims)テストプログラムを開発し適応する。調査される請求の数を増やし、医療書類を過去に溯って調査を行う。請求書に対する医学的調査の効率性を上げるために適応可能な部分はすべて自動化する。支払いに関する異常なパターンや傾向を知るために設計された新しいコンピュータソフトとデータシステムが HCFA とその契約者によって施行される。

好結果の作業保全試験(Operation Restore Trust) で始まった州調査機関との協力を通じて、不正行為を発見していくという目標を推進していく。保健・福祉省は不正や請求間違いを減らすための訓練に参加する事業者に対して、支払い方針、文書化、不正行為に関する教育を続ける。この施策は不正行為をなくすために長期の安定した資金を供給する HIPPA (the Health Insurance Portability and Accountability Act) によって権限を与えられているメディケア健全プログラムによって推進される。

メディケアの支払いシステムをパート A、パート B、そして耐久医療機器の請求とといった 3 つの標準システムへと統合することにより、異常請求と利用パターンを発見する当省の能力は非常に向上するであろう。一つの統合された会計システムの開発により、当省は、メディケアの支払いについて請求もしくは処理レベルまで追跡し、より正確に支払うことが可能になる。

メディケイドに関して、HCFA は州と協力しプログラム保全を向上させる。州間で整合性を図るために、主要な地域に国家モデルを開発し(例:提供者登録)、全州の立法提案から最も効果的そして効率的な規定を含む不正、濫用防止法規モデルを州機関に向けて開発・拡大し、結果的に不正行為に弱いメディケアとメディケイドプログラムに共通の問題(例:重複請求、メディケイドとメディケア両方による二重支払い)を認識し、解決するよう支援し、現在国内で起きている不正行為について州機関に情報提供を行う体系的な手段を開発し、HCFA と州メディケイド機関より技術的助言の代表団体を創始する。

不正と濫用統制プログラムを実施

監察局 (the Office of the Inspector General) は、ヘルスケアの不正と濫用統制プログラムを HCFA、AoA、HRSA、DOJ、州との協力で実行していく。増大する医療費は長年の国家問題であるが、連邦や州の予算への影響は、アメリカ産業界の経済力や国際競争力への影響と共にこの 10 年でより理解が得られてきている。不正と濫用は増大する費用の大きな原因となっている。HIPPA は合衆国内の不正と濫用をなくす努力の強化をその取り決めに盛り込んだ。HIPPA は (監察局を通じて) 長官と the Attorney General に官民全ての保健計画に対してなされた不正と濫用を撲滅させるプログラムの設立に関して連帯責任を与えた。このプログラムの実行は 1997 年に始まった。この戦略計画が適用される 6 年以上の間、完了作業に向けたプログラムの進行に伴って、法律は追加的な資金を供給する。初期段階において、プログラムは 2 つの大きな公共計画、すなわちメディケアとメディケイドに焦点を当てる。その広い目的は (1) 連邦、州、そして地方条例の施行プログラムを調整し保健計画に関連する不正と濫用を統制する (2) 合衆国内のヘルスケアの提供、支払いに関する調査、検査 (audits)、評価、そして監督を行う。 (3) ヘルスケアに適用される公民、犯罪、管理法規の施行を促進する、そして (4) ヘルスケア提供者に対する最終手段として国立データバンクを設立するものである。

プログラムの有効性は、プログラムの目標、目的が適当であったかどうかを司法省とともに評価し、プログラム実行のための資金を受けた組織の業績を測定し、そして資源を投入すべき新しい分野を明らかにする。加えて、近年発効された 1997 年予算均衡法には、HCFA と監察局の不正に取り組む能力を高めるために不正・濫用防止規定を含んでいる。当省はこれらの新しい権限を用いて実行していく。

測定方法

- ・メディケア受給者が利用可能な保健計画の選択肢の数
- ・メディケア支払の可否に関する情報が分かり易く受給者に提供される規制
- ・メディケアの出来高払いプログラムの下での不適当な支払いの割合
- ・支払いの起きる前に、不適切な支払いを削減することによって得られたプログラム全体の節約の割合
- ・HCFA 首席財務官報告における達成と維持についての意見書

新しい法規

予算均衡法の実行は規制の実行を必要とする。近年発効された法律がメディケアに対してより柔軟性を提供し選択肢を広げる一方、追加的な権限が他の購入戦略にも必要とされている。

主な外的要因

当省のメディケイド目標の達成成功のためには州や司法省との効果的な協働が必

要である。

戦略目標 3.6

アメリカインディアンとアラスカ原住民の健康状態を改善

インディアン保健局 (IHS: the Indian Health Service) は連邦政府の法律や条約によって認められた責任を行使し、辺境のアクセス不可能な地域に住むアメリカインディアンやアラスカ原住民 (AI/AN) や 30 以上の都市部のインディアン地区に保健サービスを提供する。部族政府は IHS とともに保健のニーズに見合うようプログラムを発展・管理し、この先 5 年以上にわたって役割が拡大するものと考えられている。IHS と当省はこの新しいパートナーシップと潜在的な成果となる AI/AN の人々の健康改善に強く関わっている。

当省と部族政府はこの目的を達成するために大きな取り組みに面している。AI/AN の人々は合衆国民の全体と比べて、重大な健康問題を抱えている。しかし一人当たりの (per capita) 保健サービスのための IHS 資金は一般合衆国民が年間に使うもののおよそ 3 分の 1 である。AI/AN の人々のための他の資金源 (メディケア、メディケイド、民間健康保険) が提供されれば、一人当たりに必要な資金は、合衆国平均の 3 分の 2 に到達する。加えて、1991 会計年度から、インフレーションによって、資金提供されていない 2 億 4500 万ドルもの資金を吸収しており、これは保健サービスの世帯当たり資金のうち 15 パーセント減につながった。(1995 年を基準) 結果として、IHS 施設への外来患者は人口増加の 2.1 パーセントで着実に増加したが、重要な非緊急のプライマリサービス (primary service) において減少が生じている；1991 年から優良児 (well-child) サービスの 23 パーセント、1994 年から身体検査の 14 パーセント、1994 年から歯科サービスの 18 パーセント、1991 年から水のフッ素添加の 50 パーセントなどのプライマリサービスである。これらの減少は長期健康維持・改善に重要なプライマリサービスではない、緊急医療への需要の増加によって制限された資源の転用を反映したものである。

達成方法

IHS と部族管理プログラムは、AI/AN の人々に影響する病気の治療と予防を重点的に行う。糖尿病、肥満、傷病、アルコール害及び薬害はそれぞれで、あるいは複数において AI/AN 地域の疾病負担の大きな原因となっている。特に糖尿病は伝染病的な割合 (epidemic proportion) に到達している；3 分の 1 から半分近くの成人がこの病気を持っており、末期の腎臓疾患、切除 (amputation)、失明を含んだ併発の確率が高い。インディアン個人、家族、地域への影響は甚大で、糖尿病治療の費用は IHS と部族政府の資源を深刻に枯渇させる。IHS と部族政府は包括的予防・治療戦略

を開始し、彼らとその地域を脅かす主要な健康問題を明らかにする。

下記は IHS とその他の関係機関 (stakeholders) による介入が優先するとされた主な健康問題である。

- ・糖尿病と併発症
- ・肥満
- ・アルコール害及び薬害
- ・ガン
- ・家庭内虐待及び暴力
- ・精神的障害 (mental disorder)
- ・貧しい生活環境に関連した疾病と健康状態

IHS の戦略であるこれらの危険要因と疾病に関連した死亡率、罹患率 (morbidity rate) の減少はこれらの主要な要素を有する。

質の高い保健サービスの提供

IHS は部族政府と共同で、資格を持った文化的理解のある専門家が適切な施設、スタッフ、設備、供給と訓練を用いて提供する質の高い包括的な保健医療サービス (診療、予防、地域活動、教育など) に対して、すべての AI/AN の人々がアクセスできるように試みる。この目標を達成するための資源展開については、IHS 業績計画と施設及び建設計画の中で詳述されている。介入のいくつかは女性、子ども、高齢者をターゲットとする。多くの介入の焦点は地域の意識の高い (community awareness) 現場の健康問題解決への参画と地域がその介入の受入れの拡大を促進することに向けられる。

質の保証と認定はサービス提供の費用評価と消費者満足とに目が向けられる。IHS と部族疫学センターは健康問題を明らかにし、健康状態を監視し、そしてプログラムの効率性を評価することを支援するものである。

パートナーシップと相談 (consultation) の保証

IHS と部族、都市部インディアンプログラムと地方本部局 (urban Indian programs and Area Offices and Headquarters) が健康問題を明らかにする際の相互的に受け入れられる連携を確保し、優先的な政策を明らかにし、予算編成を行っていくような重要な機能に関係者 (stakeholders) が参加する機会を提供する。加えて、IHS と部族パートナーは、AI/AN の人々の健康と生活の質が改善された事を認識するのに役立つ外部組織との協力関係 (collaborative partnerships) を拡大していく。

測定方法

- ・ AI/AN の死亡率とり病率 (morbidity) の特定指標 (specified indicators) (例えば、傷病、死亡率、肥満の蔓延、糖尿病関連の切除や失明の蔓延)

- ・ 免疫、ガン検診、糖尿病管理 (diabetic maintenance) 安全な飲料水、ごみ処理のような基本的サービス (essential service) を受けている人々の割合の評価
- ・ ヘルスケアへのアクセスと受容状況 (acceptability) の消費者満足の評価
- ・ 相談、重要政策問題への参加機会についての関係者 (stakeholders) 満足の評価 (調査により監視)
- ・ IHS と外部組織の協力合意の数と AI/AN の人々への認識されたあるいは潜在的な保健給付 (health benefits) の評価

新しい法規

インディアン保険医療改善法の再発効と、IHS と部族政府にメディケア・メディケイド資格の人々へのサービスに対する払い戻しの水準を上げ、登録の簡易化する法律が必要である。

主な外的要因

IHS と国立インディアン保健委員会 (the National Indian Health Board)、地方インディアン保健委員会 (Regional Indian Health Boards)、部族自治諮問委員会 (the Tribal Self-Governance Advisory committee)、他の連邦・民間機関とアメリカインディアン国会 (the National Congress of American Indians) が主な外的要因である。

[4 ヘルスケアと対人サービスの質を改善する]

保健・福祉省は州政府、地方政府、部族政府らとの協力のもと、市民の健康的、経済的、社会的福祉 (well being) を向上させるための数々の保健・対人サービスを提供する責務がある。この責務にはそれらのサービスの質を継続的に向上させることによってその効果を増す必要も付随する。当省はこれを達成するために、世帯構成や人口構成における変化から、保健サービスが組織化され、資金調達される方法における革新に至るまで、保健・対人サービスの提供方法に直面する、絶えず変化しつづける問題をより明確にする方法を提供する広範囲にわたる質向上活動を支援する。

ヘルスケアサービス

アメリカは、現在存在するヘルスケアシステムにより、数々の病気の予防における劇的な改善や効果的な治療、そして、その結果としての長寿やより生産的な人生の創造など過去 50 年以上に渡って成し遂げてきたことを当然ながら誇りとしている。これらの進歩はほとんどがヘルスケアシステムの出来高払い (fee-for-service) 方式によるものであった。しかし、出来高払い方式におけるヘルスケア費用の絶え間ない増加が原因で、現在、資金やケアの提供において変化が生じている。より価値の高いヘルスケア購入に対する需要によりあらゆる種類の戦略や介入が促進された。これらは現在、全体としてマネジドケアと呼ばれ、ヘルスケア産業に使用管理と競争力をもたらした。メディケアにおける支払い方式とともにこのような変化は、ヘルスケアに係る支出の増加率を引き下げた。

これらの変化と同時に、コストの低下が医療の質を落としてしまうという心配も浮上した。調査によれば、多くの患者がある種の治療が少なすぎるか、あるいは多すぎるため、最も適切な治療を受けられなかったという結果が出ている。しかしながら、ヘルスケアの質に関する全米基準情報が開発途上にあるということと、消費者がしばしば選択の制限と質の低下を同じものと受け取ってしまうことがあるため、評価というのは難しい。

また、ヘルスケアシステムの中での患者の役割が変化している。過去の医療行為に比べ現代では、各個人が自分のヘルスプラン、提供者、さらには特定の治療すらも選択することを求めている。多くの患者がヘルスプラン、提供者、提供方法、治療の選択、医療材料などに関する情報の公開を求めることによって、これらの変化に対応している。しかし、ほとんどの消費者はケアの質に関する情報を見たことなどなく、これらの情報を見たとしても、情報をどう使用するかが解らなかった。さらに、質の高いヘルスケアへのアクセスにおける大きな格差は、経済的に恵まれない人々や人種や民族上の少数派間で存在するとともに、健康状態や医療の成果

(outcomes)に重要な違いをもたらしている。

保健・福祉省はこの国のヘルスケアの質にさまざまな角度から影響をもたらしている。国立衛生研究所 (NIH) によって支援されている医療研究は臨床や人口統計に基づく健康サービスに関する知見を開発する。ヘルスケアの結果や質の高い業績の新しい測定方法、また、医療サービスの有効性だけでなくケアの質を改善し確実なものとする方法に関する有効性の研究などが保健医療政策・研究局 (AHCPR) によって支援されている研究から出されている。複数の機関 (NIH, AHCPR, HCFA, HRSA, IHS, SMHSA) は、いかにこれらの知見が最も効果的にあらゆる専門 (特殊) 状況に用いられるかといった情報を開発し、広めている。当省は、メディケアとメディケイドプログラム、そして、州政府、部族政府、そして地域保健センターのような非営利団体への補助金プログラムを通じて、合衆国における最大のケアの購入者となっている。保健医療資金総局 (HCFA) は、保健医療提供者の規格と資格、臨床研究所、ヘルスプランを開発し、ヘルスプランに対する業績規格と質の測定を開発する上での主導者となっている。これらの規格がすべてのアメリカ国民が受けるケアの基礎的な質を保証する。食品医薬品局の薬品や、生物学、医療機器に関する規制、またこれらについて普及している情報の質を通じて、当省はこれらの医療行為上重要な要素の安全性と有効性を保証する。同様に、当省はインディアン保健局 (IHS) を通じて直接、アメリカ原住民に対してヘルスケアサービスを提供する。さらに保健・福祉省 (HHS) は、これらの人々に対して保健情報を広めることによって、開業医と消費者に影響を与えている。

対人サービス

対人サービス提供システムでは、現在、質の高いサービスを提供する当省の能力に対して新しい需要をもたらす大きな変化が生じている。保健・福祉省は、データや評価能力を開発するために州と他のパートナーを支援したり、州政府、部族政府、地方自治体などのパートナーに対して、質が高く効果的な社会保障サービスをいかに提供し得るかといった情報にアクセスができるよう、外から技術的に支援するといった役割を有している。当省は知見を広げるために研究と論証をサポートする。これにより、例えば、州に現存のモデルを知らせるうえでの最も良い方法や、雇用 (job service)、交通、児童ケア (child care) サービスの質を向上させる最も良いアプローチを識別する。補助的な対人サービスなしでは成功しない人々を発見するのに役立つ。雇用を確保し維持するために、サービスの融和と質を改善するために役立つ。

依存サイクルを断ち切れるかは、両親との交渉と共に子ども達への早期介入にかかっている。ヘッドスタートプログラムは就学前の子ども達に包括的なサービスを提供するために1968年に創設された。近年、このプログラムはさらに低所得の子ども

も達にも提供されるように拡大された。プログラムの拡大により、より質の高いサービスの重要性が認められるようになった。このプログラムは、監視とプログラム向上の長い歴史を持っている。しかし、ヘッドスタート、早期ヘッドスタート、そして小児医療プログラムにおける質と業績の効果的な測定方法を開発することがより一層必要とされている。当省は国家組織、研究者、地方プログラムなどと協力しながら測定方法を引き続き開発する。精密な研究が、早期ヘッドスタートプログラムの結果を測定するために始まっており、小児医療の研究では、問題の中でも特に質の問題を吟味する、フィールド中心の研究を行うように拡大される。

(前述の) 関連の試みとしては、国立小児保健・人間発達研究所 (NICHD; the National Institute of Child Health and Human Development) が小児発達における小児医療の効果に関する国家的研究を行っている。福祉補助を受けている、または低所得家庭の小児医療サービスに対する増加する需要に対応して、補助金がゆるやかに増加し始めている。しかし、補助金がどこまで広げられるか、既存の予算 (amounts available) でどこまでの質の小児医療が受けられるか、小児医療の供給と本質がどこまで有効なのか、使用パターン、補助金のバリエーションと良質の小児医療が労働力の定着に影響するかなどについてはあまり知られていない。児童家庭総局 (ACF; the Administration for Children and Families) は活動を始めたが、これは、当省が小児医療の需要や小児医療のマーケット、ケアの選択の際に両親に伝える上で必要な質の評価方法についての理解力を向上することを狙ったものである。無資格で規制のない家族保育 (family day care) の質こそがとりわけの関心である。というのも、低所得家庭が頻繁にこの選択肢を選ぶからである。近く、このような子どもやその両親が雇用を確保・維持する能力に対するケアの本質と影響を論証する付加的な研究が始まるだろう。

以上のような方法や他の方法を通じて、保健・福祉省は対人サービスの現場において質の基準に基づいた研究の開発と適用を行う上で重要な役割を果たす。

ヘルスケアと対人サービスにおいて、この目標のために設定された戦略は部分的かつ予備的と考えるべきである。長官は保健医療と対人サービスの質を確保することが当省の向こう 5 年間最大の優先事項の 1 つであるとみなしている。そして当省の戦略に磨きをかけそれを実行するいくつかの計画を進めている。これらの戦略の要素は下記の複数の目標の中で説明されている。しかし、これら (戦略) はこれからの 2 年間に大きく展開し、消費者保護と保健医療に関する大統領顧問委員会の勧告により、影響を受けていくことが期待されている。

戦略目標 4.1

効果的保健サービスの適切な利用を推進する

効果的と知られている数多くの保健医療サービスは、恩恵をこうむることができるすべての人のために利用されてはいるわけではない。例えば、心臓病を持っている患者の 21 パーセントしか 1980 年代初期から致死率を減らせると知られているベータブロッカー薬の投与を受けられていない。鬱症状を持つ患者が的確な診断や効果的な治療を受けられない状況もしばしばある。国立衛生研究所 (NIH) により 1991 年に発行された喘息のためのガイドラインは吸入ステロイド剤の投与を強く勧めている。しかし、この薬剤の投与についてのその後の増加はあまりみられず、10% から 15% の間にとどまった。胃腸炎の子ども入院のうち一部分は、(胃腸炎は、5 歳以下の児童における 5 番目に多い入院理由となっている)、オーラルリハイドレーション (oral rehydration) 治療が適時投与されていたら避けることができたものである。

目覚ましい健康の向上は、不要な、もしくは救済的な (remedial) ケアにおけるコスト削減と同様に、医師や他の開業医が最も適切な治療を行う範囲を改善することによって達成することができるものである。

達成方法

まず第一に、臨床及び保健医療サービスの研究により、最も効果的な治療とその供給方法に関する知見を高める。第二に、(情報の) 翻訳と普及に焦点を当てることによって、医師、及び他の医療専門家、医療システム、患者、及びその家族らによるこれらの情報の受け入れを向上させる。当省は個々の医療提供機関 (individual providers) の医療行為と医療システム (health system) などに影響を与える多くの機会を持つ。当省は医療情報の質と有用性を向上させ、個々の医療提供状況に利用できる様式で医療情報を広範囲の医療提供機関に提供することによって、これらの機会をさらに組織的に開発する予定である。

例えば、メディケアの場合、より多くの予防サービスも保障するようになったが、利益教育を通じて健康増進も行っている。SAMHSA の知見開発適応プログラム (KDAs) では精神医療と薬物濫用のガイドラインと治療モデルを大まかに、しかし、二重の診断方法を持っているホームレスなど特に難しい (challenging) 患者の治療については特定の言及をしつつ開発している。一般の患者にとって、当省は、個々の開業医と医療システムが提出された治療に関する最新情報を適応する上で役に立つツールを開発する。例えば、予防を医療行為に入れていくプログラム (putting prevention into program) - 予防医療サービスのガイドラインは国防総省、マネジドケア計画のような医療システムに広く採用されており、開業医や消費者などにも

使用されている。

当省は保健医療サービスとその結果の関係に関する知見を評価し広め、これらのサービスの質を測定し監視するメカニズムを開発する。当省は、それをメディケアやメディケアピアレビューオーガニゼーション (Medicare's Peer Review Organization) の臨床資質向上プログラムによって設けられた基準を用いて行っている。ここでは、糖尿病、風邪のワクチン、胸部エックス線写真治療 (mammography) などの特定の効果のある結果を優先的に組みこみ、技術的な手助けと臨床医療行為ガイダンスを対象者 (grantees) に提示することも行う。保健・福祉省はこの目標の成功を追跡する手段としていくつかの保障行為 (sentinel practice) 範囲を監視する。

測定方法

- ・ 適応年齢者における胸部エックス線写真治療 (mammography) の増加率
- ・ 高齢者におけるインフルエンザの予防接種 (immunization) 率
- ・ 小児喘息による入院率
- ・ HIV/AIDS 患者の治療行為の最新ガイドラインに沿って治療を行ったパーセンテージ
- ・ 不整脈 (atrial fibrillation) の患者に対する抗凝固剤の使用
- ・ オーラルリハイドレーション (oral rehydration) 治療の使用
- ・ 鬱病と診断された患者が適切な治療を受けたパーセンテージ
- ・ SAMHSA の KDA (知見開発活動) による知見開発がプログラムの設計やマネジメントに影響をもたらし、それがサービス提供に適用されているという証拠

新しい立法と法規

ない

主な外的要因

これらの戦略(の成功)は主な専門化した社会、ヘルスケア産業、質のガイドラインを開発しそれを普及している組織との協力、そして当省の州及び部族政府の担当者と補助金対象者との相互作用にかかっている。これらもまた、医療提供者 (providers)、購入者、計画、そして医療サービスの効果を評価しその情報を普及させる専門家とのより一層の協力関係を求めている。

戦略目標 4.2

良質なヘルスケアサービスを受けることについて格差を減らす

各グループ間におけるヘルスケアサービスへのアクセスやその結果については、格差がある。それは、経済的、地理的、文化的、そして時代後れの医療行為パターンや医学的不確実性といった構造的要因を含む、さまざまな理由によるものである。

保健・福祉省の任務はそれらの格差の原因を見つけ出し、最も効果的にそれらの格差を減らすことができる介入方法を見つけ、最終的には格差をなくすことにある。

理由に関わらず、サービスへのアクセスと利用における格差は、資金または提供システムの問題に警報を発するとともに、それらはしばしば貧しい医療の成果 (poor health outcomes) と解釈することができる。例えば、白人の患者は黒人の患者と比べ侵襲型強心剤治療 (invasive cardiac procedures) など比較的高価な介入 (interventions) を受けることが多い。また、12 年以下の教育しか受けていない女性が胸部エックス線治療を受ける比率はそれ以外の女性の 3 分の 1 以下である。このほか、黒人や経済的に不遇な人々はまだ安定していない状態で退院させられることが多く、集中治療を受けることも少なく、徹底的な問診 (interview) や検診を受けることも少ない。

戦略

目標 3 で述べたように、当省は州政府との協力により、改善されたメディケイドのサービス範囲 (medicaid outreach) と登録、そして州児童健康保険プログラムを通じて健康保険範囲の格差を減らしていく。また、保健・福祉省は、格差がどこに (組織、提供者、特定の状況のタイプ) あるのか、なぜあるのか、そしてどのように健康への成果に影響を与えるのかといった研究を支援する。当省は、裏付けが強い、ケアに関する研究によって明らかになった事実を総合的に扱うとともに広く普及させていく。医療行為の多様性は最良の医療行為に関する情報への障害となっているように思われるため、保健・福祉省はいかに医療行為行動 (practice behavior) に影響を及ぼすのかといった研究に対して投資を深めていく。当省は医療行為格差が各グループ間での疫学的な違いを反映しているのか、それともグループの志向や価値の違いなどを反映しているのかということも評価する。

当省は良質の保健サービスへのアクセスにおける格差を減らすために他の方法も研究する。最初に当省はリスク要因を減らすこと、もしくはより良質の医療にアクセスすることが種族的、民族的少数派の健康状態をある程度改善することができるというエリアを対象とする。保健・福祉省はそのような介入を HCFA のホライズンプログラムとして着手する。HCFA のホライズンプログラムは、アフリカ系アメリカ人やヒスパニック系の人々が風邪ワクチンや胸部エックス線写真治療のような予防サービスを受けることによって、知られているサービス利用上の格差のうちのいくつかを解消していくよう指示されている。保健・福祉省は「ヘルシーピープル 2010 年」戦略の一環として、アクセスと (健康の) 成果における格差を 2000 年までに減らし、2010 年までには実質的に格差を取り除くために、調整された戦略を遂行する。

当省の戦略では、より多くの研究や、効果的な介入についての情報、患者情報、実験プロジェクトに関する普及が求められている。この目的は、健康への成果にお

ける格差を公開することで知られている要因に注意力を集中することが、比較的短期間のうちに意味のある結果をもたらすということを示すことである。例えば、保健・福祉省は、両親、医師、そして他の医療提供者に対して、文化的、言語的に人種的、民族的少数派に適切な SIDS に関する情報を目標とする。これらのグループの幼児は、この原因の死亡を減らすために、非常に成功したキャンペーン「Black to Sleep」において白人の幼児らに比べて比較的望ましくない結果しか得られなかった。

測定方法

- ・ 特に SIDS による死亡率の違いに注目した、幼児死亡率における格差
- ・ 胸部及び頸部ガン検査及びその管理における格差
- ・ 高血圧を含む心臓血管疾患の発見と的確な治療における格差
- ・ 糖尿病に関連した併発症における格差
- ・ 最先端の HIV テスト、カウンセリング、保健医療、そしてサポートサービスへのアクセスにおける格差
- ・ 患者に提供される医療の質における格差の原因に関する科学的根拠を持つ情報の量

新しい法規

なし

主な外的要因

システムの要因や経済的障壁が格差に影響している場合は、それらの要因を提示しなければならない。人種的、民族的分類による健康状態や治療に関する定期的な報告がなければ、問題の認識や進捗管理は不可能である。

戦略目的 4.3

ヘルスケアの選択に関する消費者の理解力を向上する

最近の世論調査ではアメリカ人の 42%の人が健康計画を選ぶにあたって医療の質が最大の関心ごとであると答えている。また、39%の人がこの1年以内に質の比較を行ったと答えている。質の比較を行ったと回答した人のうち80%以上の人が、医療の質に関する情報があれば健康計画、医師、病院を選ぶにあたって役に立つと答えているが、35%以下の人々が実際には自分の選択を行う時にこのような情報を使用していないと答えている。回答者の大多数の人は、質に関する情報の最大の情報源は医師、家族、そして友人であり、客観的な医療の質のランキングよりも、むしろこのような情報を信頼していると回答している。それにもかかわらず、他の世論調査でも消費者は質に関しての情報をもっと欲しいという結果が出ているし、多くの人達はその情報にアクセスが容易であり、タイムリーであればそれを使うとも言