

C. 環境評価 (ENVIRONMENTAL ASSESSMENT)

HIV/AIDS 感染者の保健ニーズに対応する在宅・地域のサービスの役割

(The Role of Home and Community-Based Services in Meeting the Health Care Needs of People with HIV/AIDS)

<主要部分>

1980年代初めにエイズが初めて姿を現したとき、それは急性でかつ致命的な病気であった。現在も致命的な病気ではあるが、エイズに関する医学的な専門知識と治療の進歩はHIV/AIDS感染者の寿命を延ばした。その結果、エイズ治療は急性期から慢性期のケアに変化した。このような変化が、エイズ感染者がより長く充実した生活を送れるように支援する様々な種類の在宅・地域のサービスの必要性を広げた。日常生活の援助や食事の宅配のようなサービスは、長く必要不可欠なエイズ・ケアであった。しかし、エイズ感染者の健康や機能が改善されたため、現在では複雑な治療計画の遵守、仕事への復帰、家族へのケア等の活動への支援が必要とされている。

本研究では、変化する疾病を扱うヘルスケア提供者、計画者、政策担当者が直面する挑戦を認識し、以下のような必要性を見出した。

- (1) 費用の抑制がますます重要となっている環境に対処するための、サービスの利用と費用に関するより良質な情報
- (2) エイズ感染者に対してマネジドケアを実施する際の具体的な戦略
- (3) 全ての慢性疾患患者のヘルス・ケアのニーズに焦点を当てる一貫した政策

<目的>

このプロジェクトの目的は、変化するエイズ感染者に対応するための政策的含意を導き、エイズ感染者の在宅・地域のサービスの利用の現状及び将来の見込みを調査するための基礎を築くことである。プロジェクトは、問題点を把握し現在及び将来のギャップがどこにあるかを明らかにするために、現在のサービス実施状況を調べた。

<背景>

初期の典型的なエイズ感染者とは、男性との性的接触を通して感染した白人男性であった。しかし、女性や人種又は民族的に少数派に属する人々の感染が、非常に増えている。この疾病の感染経路として、麻薬を使用する際の注射が増えている。一方、医療ケアと薬による治療における進歩が寿命を延ばし、エイズ感染者の健康を改善した。そして、1996年に流行以来、初めて死亡者数が減少した。

エイズ治療及びエイズ感染者の特徴の変化は、エイズ感染者の在宅・地域のサービスの使用に、大きく相互関係を持つような影響を及ぼした。寿命の延長は、人々が必要とするサービスをより長く利用することを意味する。高度化された治療はまた、多くの人々の健康を改善させ機能の損傷を減少させた。その結果、食事の宅配や個人的なケアのような従来の在宅・地域のサービスの利用を減少させた。同時に、改良された治療は、例えば複雑な治療計画の遵守や仕事への復帰の援助のような、他の種類の支援の必要性を増加させた。一方、低所得者、薬物乱用者、女性や家族のエイズ感染が増えたことにより、在宅・地域のサービスの提供者と、薬物乱用治療、精神保健、家族へのサービス、公的扶助システム間のより強力な相互連携の必要性が拡大した。1990年代には、メディケイド、メディケアとライアン・ホワイト包括的エイズ資源緊急法（the Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency Act）が、HIV/AIDSケアのための主な公的の資金源であった。1995年のメディケイドによるエイズケアへの支出は総支出の約2パーセントに過ぎなかったが、特に最近の高価なプロテアーゼ混合療法のために、低所得者におけるエイズ感染の広がりがメディケイドとライアン・ホワイト・プログラムの重荷となってきた。また、感染の変化に対応して、仕事につくことを妨げる誘因を減少させ、時間と共に強度や種類が変化する慢性期ケアのニーズに応えられる柔軟性を増やすために、これらのプログラムは適格性とサービス提供範囲の基準を再考しなければならない。

公的なプログラムは、慢性期の受益者の在宅ケアへのアクセスを増加させる方法を捜したが、彼らを制度化の危険にさらすこととなった。例えば、メディケイド・プログラムは、社会保障法第1915条に規定された在宅・地域のサービスの免責を行った。受益者をマネジドケア・プランに登録することによって上昇するコストを抑制しようというメディケイド・プログラムの最近の傾向は、現在までのところ、エイズ患者に対してわずかな効果しか持っていない。多くの州では、障害者またはエイズのような慢性疾患患者をマネジドケアの対象から除外している。さらにメディケイドは、エイズ患者が必要とする在宅・地域のサービスの多くを対象範囲とするが、メディケイドのマネジドケア・プランはこれらのサービスを料金の協定から除外している。その結果、マネジドケアの環境においては、エイズに関連したサービスの全ての範囲を提供する最良の方法について、ほとんど知られていない。メディケイドにおけるマネジドケアの広がりは、マネジド・ケアに入るメディケイド受給者にライアン・ホワイト基金から提供されているサービスを統合するべきか、そしてどのように統合すべきかという問題を提示した。

<方法>

この研究は、次の3つの構成要素から成る。

- (1) 特に資金調達とエイズ患者へのケア・サービスの提供に焦点を当てた、在

宅・地域のサービスの文献調査

- (2) ニューヨークとロサンゼルスで HIV/AIDS 患者に在宅・地域のケアを提供する6つのプログラムのケース・スタディ
- (3) ニュージャージー・メディケイド参加者へのメディケイドの在宅・地域のサービスと、ニュージャージーの在宅・地域のメディケイド免責プログラムの利用状況と費用に関する調査

本プロジェクトは、エイズ患者に在宅・地域のサービスを提供する現在のアプローチについて明らかにするために、ケース・スタディを展開した。ケース・スタディは、ロサンゼルス市とニューヨーク市の大規模で組織された六つのサービス提供主体のスタッフと対面しての議論に基づいており、州のメディケイドやライアンホワイト基金代表への電話インタビューによって補われた。選抜の基準は、歴史、規模、財源調達、サービス提供システム、とりわけサービスの利用者数である。ロサンゼルス市ではケース・スタディとして、米国で二番目に大きいエイズ患者へのサービス組織である「ロサンゼルス・エイズ・プロジェクト (AIDS Project LA)」、エイズ患者へのメディケイド・マネジドケアを実施している「エイズヘルスケア基金 (the AIDS Health Care Foundation)」、ラテンアメリカ系市民のコミュニティを対象とする地域保健センターである「アルティム・保健サービス・コーポレーション (Altamed Health Services Corporation)」を調査した。ニューヨークでは、ニューヨークで最古かつ最大のエイズ患者へのサービス提供主体である「ゲイメンズ・ヘルスクライシス (the Gay Men's Health Crisis)」、大規模で営利の在宅保健機関である「ニューヨーク訪問看護サービス (the Visiting Nurse Services of New York)」、エイズ患者対象の在宅ケア、日常の処置、ケース・マネージメント、在宅看護を提供する「ヴィレッジ・センター」をケース・スタディの対象とした。

研究では、ニュージャージー・メディケイド免責プログラムにおける、エイズ患者の利用と還付のパターンの二次的なデータ分析も行った。ニュージャージーが選ばれた理由は、全国のエイズ人口の人口統計学的な実態を反映しているためである。即ち、エイズ患者の四分の一は女性であり、三分の二は白人以外であり、二分の一は薬物注射からの感染者である。また、ニュージャージーでは在宅ケアを重視しており、全国初のエイズ患者への在宅・地域のサービスの免責を展開した。さらに、州はメディケイドへの請求をエイズの登録データと結び付ける長期的な研究データベースの開発を支援している。この研究のために選ばれたサンプルは、1989年から1991年の間にメディケイド適格者となり、1992年にエイズと診断された2,464人からなる。このうち、完全なデータは1,293人分であり、この研究における細分されたグループを構成する。1,293人のうち33%が「エイズ・コミュニティ・ケア・オルタナティブ・プログラム (AIDS Community Care Alternatives Program, ACCAP)」として知られる免責プログラムに参加した。一方、より多くの女性、黒人、薬物注

射からの感染者、ニューヨーク市近辺に住む人々からなる大多数の人々は、免責プログラム非参加者であった。

<調査結果>

文献調査によって、医療のケアや支援サービスを提供する複数の公的プログラムに頼らなければならない人々の間でのエイズの増加、及び公的部門におけるマネジドケアの増加は、エイズ患者のために財源を調達し保健関連サービスを提供する方法を決定する政策立案者にとっては挑戦であるということを明らかにした。組合せ薬治療のような高価で最良の生活状況を維持することが難しいエイズ治療の進歩は、これらの挑戦の一つである。

ケース・スタディは、エイズ治療が改良された結果、より長くより健康的な生活を送るようになった患者数の増加に対応して、提供者が彼らが提供するサービスの種類とサービスの提供方法を適応させることの必要性を指摘した。複数の問題を持つ利用者数の増加への事業者の対応としては、家庭で提供するサービス範囲の拡大、精神保健、薬物乱用治療、住宅、公的扶助等の他のシステムの提供者への紹介や相互の関わりの増加、訓練された専門家を増加させ素人のスタッフやボランティアを少なくするという職員配置の再構成、最も手厚いサービスを必要とする非常に複雑な問題を持つ利用者を認定する手法の開発が挙げられる。この研究の対象となった提供主体のうち、マネジドケアを実施している主体は極めて少なかったが、いずれもマネジドケアは必然的であるがエイズ患者にマネジドケアを適用する際の問題点が解決されていないと考えていた。この研究はまた、在宅ケアの利用状況と費用について、ニュージャージーのエイズ免責プログラムの参加者と、1988年から1996年の間に正規のメディケイドの在宅ケアを受けたエイズのメディケイド受給者を比較した。この分析の結果は、ケース・マネジメントに焦点を置く免責プログラムのアプローチが、人種や民族、感染経路が異なるグループ間にみられる在宅ケアの利用状況の相違を減らす可能性を持つことを示唆した。例えば、正規のメディケイド・サービスを受けている受給者については、黒人と白人の間で、薬物注射の使用による感染者と非使用者の間で、統計学的に重要な違いがみられた。一方、免責プログラムの参加者の間では、これらの違いはなかった。このような調査結果は、在宅ケアにおけるケース・マネジメントが、ますます多様化するエイズ患者のケアへのアクセスを増加させるための重要な手段となる可能性があることを示唆する。

<結果の活用>

この調査により、エイズが社会的に不利な立場に置かれた人々の疾患となるにつれて、医療の処置や保健関連の支援サービスが、例えばフード・スタンプや住宅補助のような従来の公的扶助プログラムと一体で提供され始めたことがわかった。ま

た、エイズが急性で致命的な病気というよりむしろ慢性的になるにつれ、その管理は他の重大な慢性疾患の状況により類似するようになった。この研究は、主要な政策の変更や今後の研究の対象範囲は、治療計画を守り自己ケアの習慣を維持する等、エイズ患者に自身の健康に責任を持たせる方法や、彼らがこのような責任を果たせるように必要な援助や財政的な支援を提供する方法を明らかにする、慢性疾患を管理する費用効率の高いモデルを発展させることにあると示した。初期と比べてより最近のエイズ患者に対する在宅・地域のサービスの提供においては、薬物乱用治療、精神保健サービス、生活への援助や支援、職場復帰への援助、住宅援助がより大きな役割を果たしている。

長官官房 (Office of the Secretary)

政策立案・評価補佐課 (Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation)

連邦政府の連絡先 : Gavin Kennedy

実施機関 : ニュージャージー州 (NJ) Plainsboro

マセマティカ政策調査社 (Mathematica Policy Research Inc.)

障害者のヘルスケアの範囲と就業に関する予備研究

(Exploratory Study of Health Care Coverage and the Employment of People with Disabilities)

<主要部分>

この研究は、政策立案・評価補佐課内の障害加齢介護政策課 (the Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy, DALTCP) の委託により、既存の調査を検証し、障害者のヘルスケアの利用、就業、公的プログラムへの参加の関係についてより深い理解を得るために新しいデータを調べた。

主なデータの出典は、1993年の「所得及びプログラム参加調査 (Survey of Income and Program Participation, SIPP)」、1994年の「全国保健面接調査 (National Health Interview Survey)」、社会保障庁 (the Social Security Administration) の行政データである。この予備調査で蓄積された証拠は適切なヘルスケア提供の潜在的な不足によって、就職や希望するだけ働いたりすることが妨げられている障害者がいるという主張を支持するものであった。研究の主要部分は、以下の通りである。

- ・障害者のためのヘルスケア費用は、障害のない人々と比べて非常に高い。平均で見ると若年の障害者に対する総医療支出は、障害を持たない若年者への支出より6倍、現金支払いは3倍である。ある研究によると、障害者は、障害のない人と比べて現金支払い支出は悲劇的な程に少ないものであるとい

う経験をすることが非常に多い傾向にある。

- ・メディケアとメディケイドの適格性基準が就業への財政的な誘因を助長するか妨げるかは、個人の現状に依存する。障害者のメディケアやメディケイドの資格は、主に社会保障障害保険（the Social Security Disability Insurance, SSDI）や補助的社会収入保険（Supplemental Security Income Insurance, SSI）への参加に付随するが、これらのプログラムは実質的な仕事に従事していないことを要求する一方で、仕事誘因プログラムを実施している。
- ・ヘルスケアの範囲は、未婚の母や高齢の労働者、高齢者等の他のグループにおいて、就業又はプログラム参加にかなりの影響を及ぼしている。多くの研究は、ヘルスケアの範囲と仕事やプログラム参加の決定の関係について、確かな証拠を示している。
- ・社会保障庁の行政データの実証分析は、働いている SSI 受給者が、メディケイドを利用できる上限である SSI 1619 条 (b) の所得制限以下にとどまるために、実質的に収入を抑制しているという強力な証拠を示した。

<背景>

障害をもつアメリカ国民法（the Americans with Disabilities Act）の成立に続いて、1990年代には特に職業に関する連邦の障害者プログラムの改革について激しい討論が行われた。重度障害者の就職率は、非常に低く約 25%にとどまっている。障害者は、メディケアとメディケイドの下で提供される医療の便益やサービスを失う不安が、就業における重要な障壁であると指摘している。連邦のレベルでの議論は、彼らがメディケイドとメディケアに加入できるように、雇用された障害者の収入制限を拡大することを要求する提案に集中した。メディケアとメディケイドの範囲を働く障害者に拡大するという正式の提案は、「障害に関する連邦会議（the National Council on Disability）」や「社会保険の全米アカデミー（the National Academy of Social Insurance）」を含む多くの団体からなされた。それに加えて、働く障害者のみならずヘルスケアの範囲を広げる法律が議会で審議された。

障害者にとって、個人のケアサービスや就業支援サービス、ケース・マネジメント、長期介護サービスのようなメディケアとメディケイドで提供される医療の便益やサービスを失う不安が、就業の重要な障壁となっていることは明らかである。

障害者の長期介護へのニーズにより適切に対応できるように公的なヘルスケアの範囲を効果的に変更する必要性にもかかわらず、なすべき事柄についての合意はなく、他の支援と共にヘルスケアや長期介護の範囲がどのように機能するかについてはほとんど知られていない。

<方法>

本研究では、特に障害者のヘルスケアの範囲、就業、公的プログラム参加についての関連文献を検証した。研究者はそれに加えて、社会保障法第 1619 条 (b) に定められた所得制限の上昇が、1619 条 (b) に参加している SSI 受給者の収入に与える影響を査定した。SSI プログラムは、貧しい障害者に収入上の便益を提供する。SSI への参加は、障害者にメディケイドの下でのヘルスケアの便益も与える。1619 条 (b) の下で、SSI 受給者は勤労所得を含む控除後の所得として「課税所得 (“chageable income”）」を持ち、収入が SSI の現金による便益を受けるには高すぎたとしてもメディケイドを保持する可能性がある。

「1619 条 (b) 制限 (“1619 (b) threshold”）」といわれる所得制限は、各州の障害者への年間平均メディケイド費用に基づいており、このため州によって年度によって様々である。研究者は、1990 年に所得があった 50 歳以下の成人 SSI 受給者の 4.1%にあたる 121,913 人の SSA の行政データを調査した。もし SSI 受給者が 1619 条 (b) 制限の下にとどまるために所得と就業を抑制するならば、制限が上がるにつれて受給者の所得が上昇しなければならないという予想に基づく仮説が立てられた。4つの研究グループと1つの対象グループが設定された。グループ内及びグループ間で予想を分析するために、平均を比較し所得制限の変化と SSI 受給者の所得の変化の関係を調べた。4つの変数一年間の社会保障所得、年間の SSI からの支払い、社会保障就業、SSI への加入一の変化を調べるために、重回帰分析が使用された。まず最初に、1990 年から 1991 年のデータで分析を行い、同様のことを 1990 年から 1996 年のデータについても実施した。1993 年の「所得及びプログラム参加調査 (SIPP)」、1994 年の「全国保健面接調査 (NHIS)」の就業やヘルスケアの範囲に関するデータを使って、障害者の就業、健康保険、公的プログラムへの参加の関係について調べた。

<調査結果>

本研究の調査結果から、雇用されており 1619 条 (b) 制限に近い収入を持つ SSI 受給者は、所得を制限以下に保ちメディケイドの医療上の便益を受ける資格を維持するために、社会保障の収入を抑制していることがわかった。受給者は、1619 条 (b) 制限のために収入に対して限界的な調整を行っているが、就業や就業形態自体を変化させることはない。

SIPP と NHIS のデータの分析は、障害をもつ人々と持たない人々の特徴、障害プログラム参加者と非参加者の特徴をに焦点を当てた。以下は、調査から得られた一般的な結果である。

- ・一般に、就業や健康保険の状態全ての分類において、障害をもつ人は障害のない人より、高齢で教育水準が低い。障害をもつ人では、高校や大学を卒業

している割合が低い。

- ・障害をもつ人は、貧しく、貧困といわれる水準の3倍以上の収入を得ている割合が低い。
- ・健康保険に加入している障害者は、障害のない人と比べて民間健康保険に入る割合が低い。障害者の多くは、メディケアやメディケイドに依存している。
- ・就業者の中では、障害者は障害をもたない人々と比べて自営業である割合が高い。
- ・障害プログラム参加者は、非参加者と比較して重度の障害を持つ傾向にある。彼らは、日常生活動作においてより問題がある。
- ・雇用されているプログラム参加者は、雇用された非参加者と比べてパートタイム雇用の割合が非常に高い。

また、詳細な文献調査からは、以下の一般的な調査結果が得られた。

- ・障害者のヘルスケア費用は、一般に障害のない人々と比べて非常に高い。平均でみると、若年の障害者に対する総医療支出は、障害を持たない若年者への支出より6倍大きく、現金支払いは3倍である。
- ・メディケアとメディケイドの適格性基準が就業への財政的な誘因を助長するか妨げるかは、個人の現状に依存する。障害者のメディケアやメディケイドの資格は、主に社会保障障害保険（SSDI）や補助的社会収入保険（SSI）への参加に付随するが、これらのプログラムは実質的な仕事に従事していないことを求するため、仕事に対する強力な反誘因を作り出している。
- ・ヘルスケアの範囲は、未婚の母や高齢の労働者、高齢者等の他のグループにおいて、就業又はプログラム参加にかなりの影響を及ぼしている。多くの研究は、ヘルスケアの範囲と仕事やプログラム参加の決定の関係について、確かな証拠を示している。

<結果の活用>

この研究プロジェクトは、適切なヘルスケア提供の不足とヘルスケアを受ける資格を失うことへの不安が、障害者の収入を制限しているという主張を支持するものであった。本研究は、重度障害者の就業率が非常に低いことも示した。SSI 受給者では、メディケイド加入資格を失う 1619 条 (b) 制限に近い所得を持つ人の割合は非常に少なかった。また、調査データは、重度障害者の約 25%しか雇用されていないことを示す。これらのデータはまた、障害者は全体として教育水準が比較的低く、それが低就業率と低所得に結びついていることを示した。障害者の低就業率及び低所得の他の要因としては、このプロジェクトにおいては直接言及されなかったが、以下の項目に関連があると考えられる。

(1) 職業差別

- (2) 宿泊設備の不足
- (3) 輸送手段の不足
- (4) 障害そのもの

この研究で実施された 1619 条 (b) の分析は、プログラムの利用の変化について、障害を持つ成人 SSI 受給者の就業、収入、プログラム参加に関する変化について、興味深い考察を提供する。1619 条 (b) プログラムの使用に関するより鮮明な全体像は、全ての SSI の経験を通して SSI 審査群を追うことによって得ることができた。他の実りの多い調査としては、プログラムへの参加を促すような行事や条件、就業している重度障害者について調べるために、社会保障行政データと一致する調査データを分析することが考えられる。また、新しい研究においては、就業における障壁に関する障害者の見解に関して質的なデータを収集する必要がある。

後援機関：長官官房 (Office of the Secretary)

企画・評価担当次官補室 (Office of the Assistant Secretary for
Planning and Evaluation)

連邦政府の連絡先：Kathleen Bond

実施機関：ヴァージニア州 (VA) フェアファックス (Fairfax)、ルーウィン・グループ (The Lewin Group)

【参考文献】

- "GPRA" Web <http://www.npr.gov/library/misc/s20.html> 等
- "Strategic Plan" U.S. Department of Health and Human Services September 1997
- "FY 1999 Annual Performance Plan summary" Department of Health and Human Services
- "FY 2000 Annual Performance Plan summary" Department of Health and Human Services
- "Executive Guide: Effectively Implementing the Government Performance and Results Act" GAO/GGD-96-118
- "The government Performance and Results Act: 1997 Government Wide Implementation Will Be Uneven" GAO/GGD-97-109
- "Agencies' Strategic Plans Under GPRA: Key Questions to Facilitate Congressional Review (Version 1)" GAO/GGD-10.1.16
- "Managing For Results: Observations on Agencies' Strategic Plans" GAO/T-GGD-98-66
- "Guide to Assessing Agency Annual Performance Plans" GAO/GGD-10.1.20 April 1998
- "The Results Act: Observations on the Department of Health and Human Services' April 1997 Draft Strategic Plan" GAO/HEHS-97-173R
- "HHS'S FY 1999 Performance Plan" GAO/HEHS-97-173R
- "Observations on the Department of Health & Human Service's Fiscal Year 1999 Performance Report and Fiscal Year 2001 Performance Plan" GAO/HEHS-00-127R
- "Preparation and submission of strategic plans and annual performance plans" Circular No.A-11 part2 Office of Management and Budget July 1998
- "Guiding Principles for Implementing GPRA" Chief Financial Officers Council May 1995
- "Integrating Performance Measurement into the Budget Process" Chief Financial Officers council September 1997
- "Performance Management in Government" OECD occasional papers No.9 1996
- 「米国社会保障施策の評価に関する調査研究」平成11年度厚生科学研究報告書
- 「事務・事業の評価・監視システム導入に関する予備的調査についての報告書（平成10年6月17日決算行政監視委員会命令）」平成10年8月 衆議院調査局
- 「政策評価の現状と課題」平成11年8月 通商産業省大臣官房政策評価広報課
- 「政策評価の手法に関する調査」平成11年2月 参議院行政監視委員会調査室委託事業
- 「財政構造改革特別部会海外調査報告」平成12年4月 財政制度審議会
- 「政策評価等に関する海外調査報告書」平成12年5月 農林水産政策情報センター
- 「アメリカ連邦政府の行政改革—GPRAを中心として—（宮川公男）」平成11年6月 日本開発銀行設備投資研究所「経済経営研究」
- 「主要国行政機構ハンドブック」総務庁行政管理局監修 ジャパンタイムズ
- 「新しい会計検査の確立に向けて（宮川公男）」平成元年8月 「会計検査研究」創刊号

平成11年度 厚生科学研究費補助金事業
(政策科学) H11-政策-014

「米国社会保障施策の評価に関する研究」

主任研究者 株式会社 三和総合研究所 主任研究員 野口 正人
共同研究者 株式会社 三和総合研究所 研究員 田極 春美

〒105-8631 東京都港区新橋 1-11-7
電話 03-3572-9034 FAX 03-3575-0320