

- 3.1.1 気管、気管支、肺のがんの発生率
- 3.1.2 気管、気管支、肺のがんの死亡率
- 3.1.3 悪性黒色腫（メラノーマ）の発生率
- 3.1.4 悪性黒色腫（メラノーマ）の死亡率
- 3.1.5 （治療された）非黒色腫皮膚がんの発生率
- 3.1.6 非黒色腫皮膚がんの死亡率
- 3.1.7 20～74歳の女性の子宮頸がんの発生率
- 3.1.8 20～74歳の女性の子宮頸がんの死亡率
- 3.1.9 50～74歳の女性の乳がんの発生率
- 3.1.10 50～74歳の女性の乳がんの死亡率
- 3.1.11 大腸がんの発生率
- 3.1.12 大腸がんの死亡率
- 3.1.13 前立腺がんの発生率
- 3.1.14 前立腺がんの死亡率

- 3.2.1 50～69歳の女性で乳がん検診を受診している者の割合
- 3.2.2 20～69歳の女性で、子宮頸がん検診を特定の間隔で受診している者の割合

また、現在データが十分でないが、今後データが利用可能になった場合に設定されると想定される健康指標として、以下のものが挙げられている。

- 3.3.2 悪性黒色腫（メラノーマ）の5年生存率
- 3.3.3 子宮頸がんの5年生存率
- 3.3.4 乳がんの5年生存率
- 3.3.5 大腸がんの5年生存率
- 3.3.6 前立腺がんの5年生存率

- 3.3.15 子宮頸がんの治療に対する患者満足度
- 3.3.16 乳がんの治療に対する患者満足度
- 3.3.18 前立腺がんの治療に対する患者満足度

- 3.4.1 全てのがん患者、その家族、その介護者に対する質の高い支援サービスへのアクセスの改善

- 3.8.1 病院ベースのがん登録の確立

(3) National Chronic Disease Strategy

2005年、オーストラリア国民の慢性疾患の予防とケアに関する、連邦政府レベルの戦略と政策のアプローチが策定された。このアプローチは2つの要素からなり、1つは、慢性疾患の予防とケアの改善を目指した国レベルの方向性に関する包括的枠組みを定めた

「National Chronic Disease Strategy」、もう一つは、前者を補足する「National Service Improvement Framework」である。後者に関しては、「National Health Priority Areas」で優先領域に設定された慢性疾患である「ぜんそく」、「がん」、「糖尿病」、「心疾患・脳血管疾患」、「変形性関節症・関節リウマチ・骨粗しょう症」の各疾患に関連した予防とケアの改善のための枠組みが設定されている。なお、精神保健・精神疾患に関しては、「National Mental Health Plan 2003-2008」に基づいて推進されている。

National Chronic Disease Strategy、National Service Improvement Frameworkともに、慢性疾患対策あるいは個別の疾患対策の「計画」それ自体ではなく、計画や戦略を策定する際の基本的な方向性（key direction）を示すものである。したがって、オーストラリアの保健医療システムにおける個々のサービスの詳細を規定するものではない。また連邦政府レベル、州・準州レベル、地方自治体レベルにおいて対策やサービスを推進するための実施計画や実施戦略は、この枠組みで示された方向性に沿った上で、それぞれの自治体の役割、実施責任、説明責任において、地域の保健医療システム、保健医療資源、その他の環境の実状に応じて策定されなければならない。

National Chronic Disease Strategyは健康のアウトカムを改善し、個人、家族、地域、社会への慢性疾患の影響を低減することを目指して、オーストラリア全域で慢性疾患の予防とケアを改善させるための一致した方向性（key direction）に関する包括的な枠組みを提示している。この方向性は、主に保健医療システムが取るべきものであるが、保健セクター単独で達成できるものではなく、他のセクターを含めた政府全体、社会全体での対応が必要であり、その中で保健セクターがリーダーシップを発揮して推進する必要がある。

また、アボリジニやトレス諸島民、高齢者、社会経済的弱者といった慢性疾患の影響を受けやすい集団のニーズにも注意を払う必要がある。

2. National Chronic Disease Strategy

(1) 策定の経緯

オーストラリアにおいても、人口の高齢化、疾病構造の変化（感染症、傷害の減少）、ライフスタイルの変化などにより、慢性疾患は国民にとって最大の健康問題になっている。慢性疾患の罹患率の上昇は国民全体の傾向であるが、特に社会的弱者、とりわけアボリジニやトレス諸島民において顕著に高くなっている。また慢性疾患による長期にわたる保健医療サービスの利用や併発症の発生は、結果として医療費の高騰を引き起こす。

しかし、オーストラリアの現在の保健医療サービスやシステムは、感染症や傷害などの急性疾患への対応を重視したままの状態、慢性疾患に対して十分に対応できる体制にはなっていない。慢性疾患に体制を移行させるためには、公共セクター、民間セクター、非政府セクターを通じた、病院、在宅、地域などの様々な環境における広範なサービスの提供、予防（発症の遅延を含む）の重視、慢性疾患の自己管理（self management）の改善の重視などが必要である。その結果、患者の様々なニーズに柔軟かつ敏感に対応できる保健医療システムが構築され、患者、家族、介護者が適切なレベルのケアとQOLを獲得することが保証される。

策定の経緯としては、2002～2003年、オーストラリア保健大臣の諮問委員会が、オーストラリア国民の慢性疾患の予防とケアに関する国家戦略を策定することに合意したことから始まる。そして、戦略の策定および推進を監督・支援する役割はNHPAsの推進のための協議会であるNHPACが担うこととなった。

実際の策定は、NHPACの指導のもと、National Chronic Disease Strategy Reference Group、National Chronic Disease Strategy Working Groupによって2年間で行われた。各グループは、連邦政府、州・準州政府、臨床専門医、消費者団体、National Public Health Partnership Group、アボリジニの地域保健団体などの代表で構成された。

策定時、すでに多くの州・準州、いくつかの地方自治体で、全体的あるいは個別の慢性疾患戦略の取り組みが開始されていたが、それを十分に認識した上で、全国共通の基本的な方向性を示すこととなった。

(2) National Chronic Disease Strategyの目的

National Chronic Disease Strategyの目的は以下のとおりである。

- ・個人および人口集団の慢性疾患の発症を予防し、または遅らせる。
- ・慢性疾患の進行および合併症を減少させる。
- ・慢性疾患を有する個人、およびその家族と介護者の福利とQOLを最大限に高める。
- ・回避できる入院や保健医療サービスを減少させる。
- ・慢性疾患の予防、発見、管理においてベストプラクティスを実施する。

- ・将来に向けて、慢性疾患の予防とケアに対する人口集団の需要を満たすために、保健医療従事者の能力を強化する。

これらの目的の基礎にあるのは、「慢性疾患の予防とケアの一連の流れ（ヘルスプロモーション、予防、早期発見、疾病管理、自主管理、リハビリテーション、終末期ケアなど）の全体に焦点を当てて、全体にわたって活動を強化すること」、「慢性疾患患者およびその家族と介護者が中心であること」という理念である。

(3) National Chronic Disease Strategy の原則

National Chronic Disease Strategy に基づく実施戦略や対策・活動は、以下の7つの原則が適用されなければならない。

原則1：ポピュレーションアプローチを採用し、健康の不平等を減少させる。

- 慢性疾患による影響を受けやすい人口集団（アボリジニ、トレス諸島民、高齢者、社会経済的弱者、精神疾患患者、身体・精神障害者など）のニーズに対応する
- あらゆる文化的・言語的バックグラウンド、子どもから高齢者までのあらゆる年齢階級、あらゆる社会経済的・教育的バックグラウンド、農村部や遠隔地域を含むあらゆる居住地の人口集団のニーズに対応する

原則2：ヘルスプロモーションと疾病予防を優先する。

原則3：「人」中心のケアを達成し、自己管理（self management）を最大限に利用する。

- 「患者の道程（patient journey）」、つまり保健医療システムにおける患者のあらゆる体験が長期的に一貫し、患者本人の決定による（疾患への考え方の）肯定的な変化を目指す。
- 自己管理によって、自身の健康について責任をもち、保健医療サービス提供者の支援を受けて informed decision を行い、自己の福利と QOL を最大限に高める健康行動を行うための個人の能力を強化することができる。

原則4：最も効果の高いケアを提供する。

- 効果的なケアによって、その時点で利用可能な最良のエビデンス（費用対効果のエビデンスを含む）に基づく望ましいアウトカムが達成される。その実践は新たに得られたエビデンスに応じて更新していく必要がある。

原則 5： サービス、サービスを提供する場面、サービスを提供するセクターにわたって連携の取れた、統合された集学的 (multidisciplinary) なケアを促進する。

→慢性疾患患者のケアには、様々なサービス提供場面において、様々な保健医療サービス提供者（家庭医療、地域保健、病院、民間のサービス提供者、地域団体、NGO など）が関与するとともに、家族、介護者、地域支援、障害支援も必要となる。

→慢性疾患の予防とケアを統合的に提供するためには、サービス、サービスを提供する場面、サービスを提供するセクター、サービス提供期間にわたって、ケア計画を調整できるような柔軟な保健医療システムが必要である。

→集学的なケア計画は「人」中心で、予防、自己管理を織り込み、移り変わる患者のニーズに対応したものでなければならない。

→集学的なケアを提供する際に重要な要素となるのは、関連する保健医療サービスや地域支援サービスの広範なネットワークの範囲内にある、一次医療、急性期医療、専門医療を相互に結び付けるプライマリヘルスケアのネットワークであり、この能力を強化していく必要がある。

原則 6： 意味のある、かつ持続可能な改革を達成する。

→持続可能な質の高い慢性疾患の予防とケアには、あらゆるレベルの政府、また非政府セクター、民間の各セクターとの間で、効果的かつ継続的な協力が必要となる。

→保健医療・地域ケアのシステムに組み込むことができ、また長期的に持続できる費用効果の高い戦略の実施を支援することによって、保健セクターが効果的なリーダーシップを発揮し、意味のある改革が進捗する。

→現在、国、州・準州、地域において慢性疾患の予防とケアの改善を目指す様々なイニシアティブがあるが、それらの成果については今後も維持し、強化していかなければならない。同時に格差に取り組むイニシアティブも開発して、現在のアプローチに統合していかなければならない。また実践的かつエビデンスに基づいたアプローチの採用も広く実現していく必要がある。

原則 7： 進捗を監視する。

(4) National Chronic Disease Strategy の構成

上述した原則に基づいて目的を達成するために、4つの活動領域 (action area) 、4つの実施活動 (implementation action) が設定されている。

活動領域 (action area) は、慢性疾患の予防とケアの一連の流れ全体に対応して、「ケアの一連の流れ全体にわたる予防」、「早期発見と早期治療」、「統合された、継続的な予防とケア」、「自己管理」の4つが設定されている。また活動領域内には複数の「基本的な方向性 (key direction) 」が同定され、合計 41 の方向性が示されている。これが効果的に実施されれば今後 5~10 年間でこの戦略の目標が達成できると期待される。

実施活動 (implementation action) は、基本的な方向性 (key direction) を達成するための共通する基盤的な活動であり、「保健医療従事者の能力を構築する」、「戦略的な協力関係を構築する」、「投資および資金供給の機会を拡大する」、「インフラと IT の支援を構築する」の4つが設定されている。実施活動を推進するためには、保健セクターだけでなく、政府全体、地域社会全体のコミットメントと投資が必要となる。

以下に、活動領域、実施活動の具体的な記載事項の要約を示す。

National Chronic Disease Strategy の記載事項 (要約)

活動領域 1: ケアの一連の流れ全体にわたる予防

(概説)

- ヘルスプロモーションを推進する上で、個人の行動に影響を与える収入、雇用、教育、社会参加などの社会的、経済的、環境的因子への取り組みは不可欠であり、政府全体、地域社会全体が協調して活動を行う必要がある。
- 慢性疾患のリスク因子には共通するもの（喫煙、運動不足、食事・栄養の問題、有害なアルコール摂取、高血圧、体重過多、高血中コレステロールなど）が多く、これらに対して戦略的に予防介入を行うこと（しばしば「クラスター・アプローチ」と呼ばれる）は効果的である。
- ヘルスプロモーションとリスク低減の介入は、健康である者、慢性疾患のリスクを有する者、慢性疾患を有する者に関わらず、全ての者にとって有益である。
- 予防に関する方向性として、「予防への投資」、「健康的な環境の構築」、「成功のために不可欠な早期開始」、「就学初期の健康と福利の推進」、「地域社会の意識の向上と活動の促進」、「健康の不平等への重点化」、「保健医療サービスの相互作用を通じたリスクの低減」、「エビデンスの基盤の構築、進捗状況の追跡、パフォーマンスの監視」が挙げられる。

(現状)

- 喫煙に関しては、喫煙率が 1991 年から 2004 年までに約 30%減少し、現在、15 歳以上人口の喫煙率は 17.4%となっている。これは世界でも最低の率であり、世界をリードしている。しかし現在もほぼ 300 万人の国民が日常的に喫煙しており、若年者とりわけ若年女性、アボリジニおよびトレス諸島民の喫煙が懸念される。
- その他のリスク因子に関しては、アルコール摂取は横ばい状態であるが、肥満（とりわけ児童の肥満が懸念される）、運動不足、食事の問題（野菜、果物の摂取不足）は増加しており、大きな問題となっている。
- オーストラリアでは現在、以下に示すような様々な国家的予防戦略を実施しており、州・準州、地方自治体もこれらのイニシアティブに貢献している。今後は、これらのイニシアティブをより連携のとれた体系的な形で実施することが急務である。

・Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical Activity (SNAP) Framework for General Practice

- Public Health Action Plan for an Ageing Australia
- Healthy Weight 2008- Australia's Future: The National Action Agenda for Children and Young People and their Families
- National Public Health Strategic Framework for Children 2005-2008
- National Hepatitis C Strategy 2005-2008
- National Oral Health Plan 2004-2013
- National Tobacco Strategy 2004-2009: The Strategy
- Cultural Respect Framework for Aboriginal and Torres Strait Islander Health 2004-2009
- National Drug Strategy: Australia's Integrated Framework 2004-2009
- Be Active Australia: A framework for health sector action for physical activity 2005-2010
- National Injury Prevention and Safety Promotion Plan: 2004-2014
- National Strategic Framework for Aboriginal and Torres Strait Islander Health 2003-2013
- National Mental Health Plan 2003-2008
- National Drug Strategy: Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples Complementary Action Plan 2003-2006
- Eat Well Australia: An Agenda for action in public health nutrition 2000-2010
- National Aboriginal and Torres Strait Islander Nutrition Strategy and Action Plan 2000-2010
- Blueprint for nation-wide surveillance of chronic diseases and associated determinants

(将来の方向性)

- key direction 1 : 現在の国家的予防戦略(上述)について、その実施および継続的な監視を推進する。
- key direction 2 : ヘルスプロモーションを推進する環境を構築・支援するアプローチ(公共政策、組織的政策、地域活動など)を促進し、開発し、支援する。
- key direction 3 : 出産前後の期間の母親の健康を向上させる。
- key direction 4 : 妊娠中の母親の喫煙、生後1年間のたばこの煙への暴露を低減する。
- key direction 5 : 虐待やネグレクトのリスクにさらされている乳児のために親への支援を提供する。
- key direction 6 : 生後6ヶ月間の完全な母乳栄養を促進する。
- key direction 7 : 未就学期及び就学期の児童のために健康的な食生活と身体的活動を促進する。
- key direction 8 : 就学期の児童の、たばこの煙への曝露、及びリスクを伴う、高リスクのアルコール摂取を予防する。

Key direction 9: 慢性疾患に共通する行動上のリスク因子（喫煙、運動不足、食事・栄養の問題、リスクを伴う、高リスクのアルコール摂取）に対する一貫性のある健康メッセージを提供する。

→個人、家族、地域社会の健康への意識を高める必要がある。

→メディア、地域、職場、教育現場、保健サービスなど、様々な場面での一貫性のあるメッセージを強化する必要がある。

→特定の健康状態やリスク因子に重点的に取り組むPeak団体やNGOが重要なリーダー的役割を担う。

→ソーシャルマーケティングや広範なヘルスプロモーションのアプローチによってリスク因子に対する理解が向上する。

Key direction 10: 一貫性のある健康メッセージがターゲット集団まで効果的に到達し、行動変容が達成されるように、そのメッセージをターゲット集団にあわせることを保証する。

→メッセージは、ターゲット集団の年齢や文化に適合しなければならない。

→個人、家族、地域社会は、健康メッセージを理解する能力を身につけるとともに、健康的なライフスタイルを達成して維持する技能を開発するための支援を受ける必要がある。

→高齢、居住地の地理的状況、社会経済的に不利な状況、文化的・言語的背景、差別、投獄、精神保健上の問題や障害などの理由で、情報へのアクセスが不足する集団にまで適切な健康メッセージが確実に到達するように取り組む必要がある。

Key direction 11: 最も健康に対するニーズの高い集団、とりわけアボリジニやトレス諸島民、社会経済的弱者に対して、適切な予防介入を開発し、実施する。

→慢性疾患のリスクは、社会経済的に不利な状況、農村地域や遠隔地域での居住、精神疾患、身体的・精神的障害、精神障害、児童期の虐待・ネグレクトの体験、差別、社会的阻害、投獄、文化的・言語的に多様な背景（とりわけ難民、拷問や外傷の被害者）にも伴って増加する。

○key direction 12: 健康を増進し、慢性疾患のリスクを低減する機会を特定できるように、あらゆる保健サービスを支援する。

→効果的な予防対策に関して十分に理解している保健医療専門家による介入が効果的であるため、保健医療従事者の能力の強化、保健医療専門家へのトレーニングの強化。支援が重要である。

→プライマリヘルスケアの提供者は、ヘルスプロモーションやリスク低減に対して高頻度かつ反復的に介入する機会がある。これらの機会では、SNAP Framework/Guide（慢性疾患に最もよく見られる4大行動リスク因子である喫煙、栄養、アルコール摂取、運動について、家庭医の介入を支援する健康教育の枠組み）などを活用した介入を実施する必要がある（一部の州・準州では、抑うつ症（SNAP-D）や、ストレス（SNAP-S）、一般的な心理社会的因子（SNAP-P）も SNAP Framework に加えている）。

→プライマリケア、専門家ケアは、どちらも、リスクの同定、行動変容を達成して、疾患進行や合併症に影響するリスク因子への更なる暴露を低減できるような患者への教育・支援の重要な役割を担っている。

→地域薬局から専門家ケアまで、あらゆる保健サービスが、それぞれのサービス提供場面と専門的役割に応じて、ヘルスプロモーションと疾病予防の責任を負っている

○key direction 13: 慢性疾患のリスク因子、特に食事・栄養、運動の状況について、人口集団の動向のモニタリングとサーベイランスを通じて、予防のエビデンスの基盤を向上させる。

活動領域 2 : 早期発見と早期治療

(概説)

- 早期発見には、煩雑で不便な手続き、不正確・不確定的な検査結果、高額な費用などの問題もあるため、効果的な治療の利用可能性や期待される健康アウトカムの改善とのバランスを図る必要がある。
- 早期発見は、疾患の初期兆候や症状の指標の利用可能性、適切な保健医療サービスを利用する各自の意思と能力にも依存している。
- 患者、保健医療サービス提供者の両者について、慢性疾患のリスクや疾患の初期徴候に関する認識が不足していると、サービスを利用しなかったり、適切なフォローアップができないという問題もある。
- 早期発見と早期治療に関する方向性として、「家庭医療を含むプライマリヘルスケアを通じた早期介入の強化」、「高リスクの人口集団の早期発見の向上」、「患者の登録と疾患のリコール・システム」、「早期発見に関する新たなエビデンスの取り入れ」、「早期介入を促進するための人々の健康に関する知識の向上」が挙げられる。

(現状)

- 早期発見と早期治療のアプローチとして、任意型スクリーニング (opportunistic screening) と対策型スクリーニング (population based screening) がある。後者は、費用対効果に関するエビデンスが確立している場合に、特定の人口集団に対して広く実施される。
- オーストラリアでは、現在、乳がんおよび子宮頸がんに関して、特定の高リスク集団を対象に対策型スクリーニングを実施している。
- BreastScreen Australia では、50～69歳の女性を対象に、マンモグラフィーによる乳がん検診を無料で提供している。また子宮頸部がん検診は、主に家庭医や地域保健の場面で実施され、18～70歳の女性を対象に2年ごとに受診することが推奨されている。
- 2001～2002年の受診率は乳がんが57%、子宮頸部がんが61%であった。乳がん検診に関しては、アボリジニやトレス諸島民の女性、英語を母国語としない女性の受診率が大幅に低い。
- 現在、55～74歳を対象に、大腸がん検診の全国プログラムが試験運用されており、評価が行われている。

○任意型スクリーニングは、高齢者、アボリジニやトレス諸島民などの高リスクの者が利用できる。例えば、75歳以上の高齢者と高齢者介護施設の入居者は、MBS (Medicare Benefits Scheme: メディケア給付制度) を通じて定期健康診断を受診できる。またアボリジニとトレス諸島民に関しては、55歳以上の者は毎年、15~54歳の者は2年ごとに、Aboriginal Community Controlled Health Services や家庭医を通じて、健康診断を受診できる。

(将来の方向性)

○key direction 14: 慢性疾患のリスク因子を同定してそれに対処し、自己管理を支援するために、適切なスクリーニングや各種アプローチ (SNAP[+] Framework など) の利用を通じて早期介入を行うように、プライマリヘルスケア、特に家庭医に促す。

→プライマリヘルスケアセクター、特に家庭医は患者との接触が多く、早期発見できる機会が多い。また家庭医は、他の保健医療システム (診断サービス、専門家サービスなど) の窓口でもあり、早期治療につなげるための適切な紹介も行うことができる。したがって家庭医などのプライマリヘルスケアセクターは、早期発見と早期治療の中心的な役割を担うことができる。しかし、家庭医が早期発見のサービスを実施するような財政的なインセンティブはほとんどない (MBS を通じて実施できるのは子宮頸部がん検診のみである)。

→早期発見は、家庭医だけでなく、プライマリヘルスケアを提供する他の多数の専門職種の任務であることを認識する必要がある。

→早期治療は、疾患の進行や合併症のリスクの低減に重点を置くことが多い。これらのリスクは慢性疾患の発症のリスクと同一の因子である場合が多く、したがってあらゆる保健医療現場において、家庭医における SNAP[+] Framework のようなアプローチが広く理解される必要がある。専門家ケア、プライマリヘルスケア、関連するヘルスケアにおいては、喫煙、栄養、アルコール摂取、運動といった主要なリスクだけでなく、心理社会的なリスク因子についても十分に認識する必要がある。

→自己管理は、早期治療において不可欠な要素である。自己管理には、疾患の進行を遅らせたり、合併症や併発症のリスクを低減したり、QOL を最大限に高めたりすることができる行動変容や健康上の決定を行っていく上で必要となる技能や資源が含まれている。家庭医やプライマリヘルスケアの場面は、自己管理の原則を早期に採用するように促す上で、適した環境である。

Okey direction 15: 高齢者、アボリジニやトレス諸島民、社会経済的弱者などといった高リスクの人口集団に対して、スクリーニングおよび早期発見の機会と理解を向上させる。

→高リスクの集団を同定して、ターゲットを絞ることにより、対策型スクリーニングの費用対効果を高めることができる。

→アボリジニやトレス諸島民は、リスクが高いにもかかわらず、早期発見の機会が少ない。

Okey direction 16: 州・準州の間の登録をリンクするプロセスを同定するなど、慢性疾患患者や慢性疾患を発症するリスクの高い者のよりよい管理を可能にする患者登録システムとリコール・システムの利用を促進する。

→早期発見は、その後の診断、治療などのフォローアップサービスへの適切な橋渡しがあってはじめてその効果を発揮する。そのためには疾患登録システムとリコール・システムを利用して、継続的な疾病管理への支援を行う必要がある。

→疾患登録は、対象者のプライバシーを保護した上で、適切な人口学的情報（アボリジニやトレス諸島民であるかどうか、など）が入力されている必要がある。

Okey direction 17: 早期発見と早期治療に関する新たなエビデンスや、エビデンスに基づいた効果的な診療ガイドラインなどを含む実施のメカニズムを調査する。

→早期発見と早期治療には、新たなエビデンスに応じて、適切なガイドラインを設定する必要がある。ガイドラインには、スクリーニング・プログラムの実行可能性、効果、費用対効果、適切性を評価する基準を盛り込む必要がある。

→オーストラリア保健大臣の諮問委員会の後援のもとで、2004年に設立されたオーストラリアスクリーニング試問委員会により、現行のスクリーニング・プログラムのガイドラインのレビューおよび改訂を通じて検討されていくものと思われる。

○key direction 18: 一般住民、とりわけ高リスクの人口集団の間で、慢性疾患のリスク因子や早期発見の機会に関する意識と理解を向上させる。

→人々の意識や理解を向上させるためには、適切な情報を提供する必要がある。具体的には、スクリーニングの目的、利点と限界、不便な点、費用や時間、さらなる検査や治療の必要性などを、文化的に適切な情報の形でターゲット集団に提供する。

活動領域3：統合された、継続的な予防とケア

(概説)

- 統合された、継続的な予防とケアによって、健康のニーズへの適時対応が可能になり、「患者の道程」がより肯定的な体験として受け入れられ、慢性疾患患者の健康のアウトカムが最大限に高められる。
- 統合されたケアとは、「人」中心の最適なケアを提供するために、保健医療サービスが他のサービスや、患者、家族、介護者と協力して取り組むことを意味する。患者、家族、介護者は、各自のニーズ、個人的事情に合致、関連、適合したケアを受けることになる。
- それを達成するために、保健医療システムにおいて特に課題となるのは
 - ・全期間を通じて、慢性疾患の予防とケアの各段階にわたって、
 - ・各種症状（併存症状を含む）にわたって、
 - ・各種のサービスやサービス提供者にわたって、
 - ・自己管理と介護者の貢献を取り入れながら、

継続性を供給する能力を構築することである。

- ケアのアクセス性、統合性、継続性を向上させるために組織される保健医療システムは、全期間（予防から終末期ケアまでのケアの一連の流れ）を通じて「患者の道程」を支援する、計画作成、資金供給、サービスへのアクセス、サービス提携、情報共有のシステムがその主要な特徴となる。
- 統合された、継続的な予防とケアに関する方向性として、「統合されたケア・システムに関する基本的要件の開発」、「地方・地域レベルの計画策定と統合に関する政策支援」、「包括的なケアを提供するための地域の協力関係の強化」、「サービスへのアクセスの改善」、「ケアの質の保証」、「質の高い医薬品の使用の組み入れ」、「保健医療従事者の技能の育成」が挙げられる。

(現状)

- 統合された、継続的な予防とケアのために、以下のような様々なアプローチが展開されている。

- ・家庭医療 (general practice) の強化
 - 包括的な、統合された慢性疾患の予防とケアへのアクセスに影響を及ぼす費用、場所、マンパワー供給の問題に焦点を置いている。
 - ・複数の入院歴を警告する緊急診療部システム
 - ・退院手続の改善を支援する病院システム
 - ・複数の保健医療サービス提供者やサービス提供場面にわたる、ケアの計画と調整
 - ・集学的なケアの計画作成と適切なチーム・アプローチ
 - ・地域保健、家庭医、民間の専門医、健康関連の専門家、通院患者リハビリテーション・プログラムにおける、複数の保健医療サービス提供者にわたるケアの調整
 - ・「患者の道程」全体にわたる統合された、継続的な予防とケアを支援する情報管理システムとインフラ
 - ・リハビリテーション・プログラムへのアクセスと紹介の経路 (pathway)
 - ・自己管理の支援
- Enhanced Primary Care (EPC) による集学的ケアの一環として、集学的ケアのもとで家庭医の管理を受けている複雑なニーズを抱えた慢性疾患患者は、1年当たり、健康関連サービス提供者による最大5種類のサービス、及び3種類の歯科サービスに関してメディケアの払戻し給付を受けることができた。しかし最近になってEPCでのケア計画の項目は、より広範なChronic Disease Management (CDM) 制度に置き換えられた。
- 新たなCDMにおいて、様々な種類の慢性疾患患者がGP Management Planの給付対象となった。集学的な、チーム・アプローチを必要とする複雑なニーズを抱えた慢性疾患患者も、新たなCDMに基づいてTeam Care Arrangementの給付対象となった。つまり、集学的ケアのもとで管理を受けている患者は、幅広く健康関連サービスと歯科サービスの払戻し給付を受けることができるようになった。
- 統合された、継続的な予防とケアのために、オーストラリア各地で様々な取り組みが行われているが、依然としてサービス間、セクター間の連携は課題である。
- 各種サービスへのアクセスも地域間で格差が生じている。

(将来の方向性)

○key direction 19: 一致共通したデータ項目を通じて、ケアの必須要素に関して、集団の健康状態とサービス利用に関するデータの利用可能性を改善する。

→統合されたケア・システムを構築するためには、集団のニーズに適合したサービスのレベルと組み合わせを決定することであり、そのためにはサービスに対するニーズ、サービス利用状況、サービスの効果の計画作成・モニタリング・報告に関するデータが、集団レベルとサービスレベルの両方において利用可能でなければならない。

→現状では、全てのターゲット集団や地域集団のリスク因子と健康状態に関する、集団レベルのデータは日常的には収集されていない。またサービスレベルでは、サービスの境界にばらつきがあること、サービスやセクター間で共通したデータが収集されていないことから、一貫性がない。

→全国共通の情報システムには、健康状態、リスク因子、ケアの質、保健医療福祉施設への入所・再入所、家庭医レベルでのアウトカム、健康関連サービスへのアクセス、医薬品の利用状況などのデータを取り入れることが必要となる。

○key direction 20: リスクの階層化のような手法を検討して、様々なレベルの地域集団へのケアの計画策定のための情報を提供する。

→イギリスでは、地域集団のニーズに対応するケアレベルの三層モデルが採用されている。つまり、慢性疾患患者の大部分(70~80%)で、適切な支援のもとで積極的に自らの保健医療サービスを決定して自己管理を行うことができる「レベル1」、疾患やケアの管理に質の高い、継続した集学的チームによるケアを必要とする「レベル2」、合併症や併存症状によって疾患管理が複雑かつ困難になり、積極的なケアの管理や調整を必要とする「レベル3」である。

→ヘルスプロモーションとリスク低減は、慢性疾患のあらゆるレベルにおいて必要であり、ケア計画に優先的に組み込まれる必要がある。

○key direction 21: 合意された国家基準にしたがって、統合されたサービスの提供を支援する電子患者情報システムの運用を支援する。

→統合された、継続的な予防とケアを保証するケア計画を策定するためには、「患者の道程」における疾患の状況、利用したサービス、サービスを利用した場面などを全て追跡できなければならない。そのためには、患者やサービス提供者が、一致共通した健康情報を電子的に利用できることが理想である。

→電子健康記録が確立されれば、電子紹介システム、電子決定支援システム、電子ケア計画策定システムなどの導入が可能になる。

→電子健康情報の共有化に関するイニシアティブである「HealthConnect」が、連邦政府、州・準州政府の共同で推進されている。これは、標準化された電子臨床情報を用いて臨床におけるコミュニケーションを促進すること、共有化された電子健康記録を用いて医療の安全性や質を強化することを支援するものである。これによって、医療事故件数の減少、医薬品の副作用による事故件数の減少、医療費の減少（不必要な重複した検査件数の減少を含む）、予防可能な疾患の発生率の減少、再入院件数の減少、保健医療サービスの提供体制の改善、保健医療サービスに関する意思決定プロセスにおける消費者のエンパワーメントなどの便益が期待される。

→電子健康情報の管理にあたっては、サービスやセクター間での安全な通信を保障する国家基準を策定して、プライバシー法令を遵守する必要がある。

○key direction 22: 集学的ケア、ケア計画作成、ケアコーディネーション、ケアレビューを支援する資金提供構造と組織構造を構築する。

→統合された慢性疾患の予防と治療を、ケアの一連の流れ全体を通じて支援するためには、柔軟な資金提供構造が必要となる。例えば、Coordinated Care Trials、Multi Purpose Service Program、MBS や PBS (Pharmaceutical Benefits Scheme) の資金からの拠出を通じた共同資金なども考えられる。

→資金提供構造と組織構造の改革は、患者レベル（全期間を通して連携の取れた集学的サービスの提供）、地域・地方レベル（各サービス間、各セクター間で保健医療福祉サービスを連携させることのできる統合された地域サービス・ネットワークの支援）、連邦・州・準州政府レベル（プライマリケアと専門家ケアの間、在宅・施設ケアと病院との間、公的セクター、民間セクター、非政府セクターの間での統合の改善）が必要である。

○key direction 23: 効果的な統合されたプライマリヘルスケアのネットワークとサービスを構築する。

→効果的なサービスの統合が機能するのは地域レベルであり、プライマリヘルスケアのネットワークは地域レベルでの計画策定やサービス提供を組織化する一つの方法である。このネットワークは病院、外来、地域支援の各サービスに関連した地域ベースのサービスの連携体であり、慢性疾患の予防とケアのあらゆる要素が取り入れられたサービス間とセクター間の協働の枠組みとなる。

→ビクトリア州では、公式のプライマリヘルスケアのネットワークとして、800のプライマリケアと地域支援サービスからなる31のPrimary Care Partnershipsが確立されている。その他の地域においても、非公式のネットワークやイニシアティブが存在している。またAboriginal Community Controlled Health Servicesも、同様のアプローチに基づいている。

→しかし、効果的なプライマリヘルスケアのネットワークを構築するには、マンパワーの不足と偏在（農村部や遠隔地域における不足）、保健組織の管轄区域の不一致（例えば、Area Health Services、Primary Care Partnerships、Divisions of General Practiceの境界線）などの障壁が存在している。今後は、ガバナンスの構造や資源調達体制の構築が必要となる。

○key direction 24: サービス提供者と地域社会のために、地域の保健サービスや地域サービスに関する情報へのアクセスを向上させる。

→サービスのネットワーク化を推進するにあたって障害となる問題は、地域のサービスやサービス提供者に関する情報が不足していること、あるいは利用可能な情報へのアクセスが困難であることである。

→一部の地域では、家庭医の登録簿、健康に関する助言や紹介を行うコールセンターなどのアプローチによって、情報へのアクセスを改善する取り組みが行われている。