

ツール#22 計画プロセスモニタリングシート

第1ステージ 基礎を築く

活動 (ビルディング・ブロック)	スケジュール 完了日	責任者	説明
調整担当機関の計画実行能力の開発			
インフラストラクチャーのニーズと能力をアセスメントする (EI)	1~3ヶ月		
調整担当機関の指導部からの賛同を得る (EI)	1~3ヶ月		
専任の調整担当者・スタッフを認定・雇用する (EI)	1~3ヶ月		
コア計画チームを結成する (EI)	1~3ヶ月		
現在の支援水準をアセスメントする (MS)	1~3ヶ月		
計画のための資金および現物資源を確保する (MS)	1~3ヶ月		
がん登録と他のデータ機関、データ源とのリンクを構築する (DR)	1~3ヶ月		
CCC 計画プロセスの開始			
調整担当機関のがん関連の他のスタッフを巻き込む (EI)	4~6ヶ月		
計画プロセスを導く作業計画を策定する (EI)	4~6ヶ月		
* CCC プロセスの調整とモニタリングを行う (EI)	4~6ヶ月		
利用可能なデータ・研究を特定する (DR)	4~6ヶ月		
CCC パートナーシップの構築			
パートナー候補を同定、接触、勧誘する (BP)	4~9ヶ月		
パートナーの関心度と能力をアセスメントする (BP)	7~9ヶ月		
第1回パートナーシップ会議の準備をする (BP)	7~9ヶ月		
* 公的・民間セクターの間の支援を確立する (MS)	7~9ヶ月		
* パートナーシップの取り組みを公表する (MS)	10~12ヶ月		
目標、ビジョン、意思決定プロセスについてパートナーと合意する (BP)	10~12ヶ月		
パートナーシップのリーダーシップを確立する (BP)	10~12ヶ月		
作業グループを創設する (BP)	10~12ヶ月		
* パートナーの満足度をアセスメントする (BP)	10~12ヶ月		
* 新メンバーの参加方法と非メンバーの意見提供方法を開発する (BP)	13~15ヶ月		
評価のための戦略の策定と実施			
評価のための資源とスタッフを同定する (CE)	4~6ヶ月		
計画の評価のための質問を定義する (CE)	4~6ヶ月		
* 計画プロセスを記録する (CE)	4~6ヶ月		

ツール#22 (続き)

第2ステージ CCC 計画の構成要素を策定する

活動 (ビルディング・ブロック)	スケジュール 完了日	責任者	説明
目標と達成目標の決定			
関心領域を中心にパートナーシップを組織する (AA)	10～12 ヶ月		
計画の達成目標と戦略のための基礎としてデータと研究をレビューする (DR)	10～12 ヶ月		
データの (現実との) 格差をアセスメントする (DR)	10～12 ヶ月		
*計画プロセスにおいて新たに生じる課題、解決策、及びアウトカムを特定する (CE)	10～12 ヶ月		
がんの負荷の重要領域とハイリスク集団を確定する (AA)	13～15 ヶ月		
すでに導入されている戦略における格差をアセスメントする (AA)	13～15 ヶ月		
優先達成目標を実現するための戦略の策定			
*実行可能な場合は新たなデータを収集し、および・またはそれらの活動を計画に組み込む (DR)	13～15 ヶ月		
評価に関する TA・研修をパートナーに提供する (CE)	13～15 ヶ月		
計画のための測定可能な目標と達成目標を策定する (AA)	16～18 ヶ月		
アウトカムの測定のためのベースラインデータを特定または収集する (DR)	16～18 ヶ月		
考えうる介入戦略を同定する (AA)	19～21 ヶ月		
目標、達成目標、戦略の優先順位を設定する (AA)	19～21 ヶ月		
戦略の実行可能性の確保			
資金調達計画の戦略のアプローチを開発する (MS)	19～21 ヶ月		
計画実施に向けたパートナーシップの代表性と範囲を再アセスメントする (MS)	19～21 ヶ月		
実施のための評価計画を策定する (CE)	19～21 ヶ月		
計画戦略を実施する組織を同定する (AA)	22～24 ヶ月		

第3ステージ CCC 計画を完成させる

活動 (ビルディング・ブロック)	スケジュール 完了日	責任者	説明
計画を執筆する	18～20 ヶ月		
計画をレビューする	21～22 ヶ月		
計画を出版して配布する	22～24 ヶ月		

(資料5) オーストラリアのがん対策の実施基盤及び推進体制の実態

国立保健医療科学院 公衆衛生政策部

地域保健システム室長 武村真治

協力研究員 多田由紀

第1章 オーストラリアの保健医療システム

1. 保健医療資源

(1) 医療施設

医療サービスは、プライマリケアは家庭医 (general practitioner) によって、二次・三次医療は病院によって提供される。そのほか長期療養型の施設としてナーシングホームがある。ナーシングホームは、わが国における療養型病床群、老人病院、特別養護老人ホーム等の重症度の高い長期療養者の施設である。その他に、支援があれば自立した生活ができる人のための施設としてホステルがある。

病院は、設立主体によって、公的病院と私的病院に分類される。私的病院は、州政府等からの補助金を受けない病院である。小規模の施設が多く、重症患者の治療はあまり行わないことが特徴ではあるが、待ち時間の少なさ、入院環境の快適さ、主治医の選択ができることなどの特徴がある。

(2) マンパワーの概要

1997/98年の医師数は49,246人、看護師数は210,695人(うち助産師13,209人、コミュニティ・ナース5,578人、看護教育者4,245人)、准看護師は54,124人である。看護師の中で、病院以外の地域で活動する場合には、コミュニティ・ナースの名称で呼ばれるが、その専門資格はない。

(3) 医師・看護師の教育

医師の教育は11の医科大学で実施される。医科大学には、高校卒業後または、大学を卒業・学士取得後に入学する。教育期間は4~6年である。国家資格試験はなく、それぞれの医科大学において、他の医科大学の評価者による判定、あるいはAustralian Medical Council (AMC オーストラリア医学協議会)の資格認定基準に照らして、医学教育の初期段階を修得できたかどうかで、卒業資格を得ることができる。

卒業後は州の認定した教育病院において1年間の臨床研修医制度があるが、多くの者は2年間研修を受ける。この研修が修了して初めて一人前の医師として免許が与えられるが、個人開業を希望する者はさらなる卒後研修が義務づけられている。

看護師に関しては、最低12年の教育期間を経たあと(10年の義務教育と2年間の高等学校教育)、専門教育を受ける。現在最も多い形態は、最低3年間(大学のカリキュラムによっては3.5年間)の大学教育を経て、看護協会に登録するための単位を取得し、卒業後、看護協会に登録して正看護師となるパターンである。准看護師は、12年の教育期間のあと、1~2年の教育を受ける。また規模の大きい病院の多くは教育担当看護師を配置し、現任教育が行われている。

2. 医療保障制度

オーストラリアの医療保障制度は社会保険方式で、連邦政府が運営するメディケアと呼ばれる国民皆保険制度が確立している。その他に、薬剤給付に関わる保険制度が存在する。ナーシングホームで提供される長期ケアは、メディケアではなく、一般財源によって実施されている。それ以外に、民間の医療保険も存在する。

メディケアは、国民からの保険料（目的税）を主な財源として、一般会計からの歳出とあわせて運営されている。給付内容は、専門家（医師）サービス（償還払い）と、公的病院サービス（無料）である。メディケアは連邦政府と州政府の合意によって運営される。

薬剤給付は、連邦政府の一般財源で実施される。給付対象は外来診療における処方薬剤である。薬剤は薬局において調合され、個人は自己負担額を品目ごとに薬局に支払うが、支払い額は年金の優遇受給者か否かによって異なる。また上限が設定され、一定以上の額を超えた場合、それ以上の支払いの必要はない。

民間医療保険は、公的病院における私的医療サービスと私的病院のサービスに関して、入院サービスと専門家（医師）サービスの非償還額をカバーする。

医療施設への支払いは、家庭医に対しては、国から直接支払われ、それ以外の病院に対しては、州政府と国から支払われる。

3. 一般行政組織

政治制度は立憲君主制、議院内閣制で、元首はイギリス国王である。連邦政府のもとに、6州（ニューサウスウェールズ、ビクトリア、クイーンズランド、南オーストラリア、西オーストラリア、タスマニア）と2準州（北部準州、首都特別地域）からなる。

州議会は憲法に準拠し、連邦法が州法に優先する。所得税は連邦政府、州政府がそれぞれ徴収することができる。ただし、日本の市町村に相当する自治体が徴税を行うこともある。州政府は行政サービス全般の提供を行うが、アメリカと比較すると、国の権限は強い。

州の下には、市（city）、町（town）、村（shire）、島（island）などの地方自治体（municipality）が、州・準州の法律に基づいて設置されている。地方自治体は全国に約900存在し、都市計画、上下水道と排水、廃棄物、地域レクリエーションサービス等を実施する。

4. 衛生行政システム

(1) 連邦政府（Department of Health and Ageing）

日本の厚生労働省に相当する省庁はDepartment of Health and Ageingである。連邦政府の役割は、主としてメディケアの運営、州政府への補助金交付、州政府との協同事業、病院以外の医療サービス（家庭医など）の管理、薬事、国レベルのサーベイランス、国際保健などである。

執行部には首席医務官 (Chief Medical Officer : CMO) と呼ばれる医師が設置されている。部門としては、Population Health Division、Primary Health Care Division、Acute Care Division、Ageing and Aged Care Division、Medical and Pharmaceutical Services Division、Portfolio Strategies Division、Office for Aboriginal and Torres Strait Islander Health Division、Health Services Improvement Division、Information and Communication Division、Business Group があるが、その中で衛生行政 (感染症、健康危機管理など) を主に所管するのは Population Health Division である。

(2) 州政府

全ての州政府には保健医療福祉を所管する部門が設置されている。例えば、西オーストラリア州では Western Australia Department of Health、クイーンズランド州では Queensland Health が、それぞれ設置されている。

州政府は保健医療サービス提供の責任機関であり、具体的に州立病院の運営、民間病院やナーシングホームの設立の許認可、地域の保健動向のモニタリング、地域保健施設 (コミュニティ・ヘルスセンター、小児ヘルスセンター、性病その他の疾患のクリニック、予防接種クリニック、コミュニティサービスクリニック、小児アセスメントセンター等) の運営 (Non-doctor community service と呼ばれる)、救急搬送、その他公衆衛生行政全般を行う。

州政府は、州をいくつかの Health District に分け、各 District に地域の公衆衛生の第一線機関としてコミュニティ・ヘルスセンターを設置している。特にへき地では病院の機能も果たしている。コミュニティ・ヘルスセンターの職員としては、コミュニティ・ナース、理学療法士、作業療法士、栄養士、言語療法士、足療法士、先住民族専門のヘルスワーカー等が中心で、医師が設置されていることはまれである。コミュニティ・ヘルスセンターの所長は公衆衛生修士 (MPH) や公衆衛生博士 (DPH) の学位をもつ者やコミュニティ・ナースが就任することが多い。

(3) 地方自治体

地方自治体の役割は州によって異なるが、ヘルスセンター等の土地や建物の州政府への提供、たばこ対策、蚊対策、non-shema water supply のモニター、廃棄物処理、食品に関する教育とモニタリング、先住民族 (アボリジニ) に対する支援プログラム、アルコール対策等が行われている。

地方自治体における職員としては、州によって異なるが、Medical Officer of Health (保健医官)、Environmental Health Officer (環境衛生監視員)、Analyst (分析官) などが設置されることがある。なお Medical Officer of Health は常勤ではなく、地域の医師に非常勤として任命されることもある。また学校医 (Medical officer of School) の役割も果たす。

第2章 オーストラリアのがん政策・対策

1. 保健計画におけるがん対策の位置づけ

(1) National Health Priority Areas (NHPAs)

1996年、オーストラリアの連邦政府レベルの保健計画である「National Health Priority Areas」が策定され、国として優先的に取り組むべき健康問題とその対策が同定された。これはWHOの「2000年までにすべての人に健康を」を達成するためのオーストラリアにおける戦略として位置づけられている。

NHPAsは、1994年に策定されたBetter Health Outcomes for Australiaの重点領域に2項目を追加したもので、1996年の策定時には、「冠動脈疾患」、「がん」、「傷害・事故」、「精神保健」が優先領域として設定された。その後、1997年に「糖尿病」、1999年に「ぜんそく」、2002年に「関節炎・筋骨格系疾患」が優先領域として追加された。

NHPAsの推進のための協議会として、National Health Priority Action Council (NHPAC)が設置されている。この協議会は、連邦政府の保健担当省の首席医務官(CMO)を中心として、州・準州の保健担当省の代表、関係団体の代表などで構成され、National Health Priority Areaの推進、オーストラリア保健大臣の諮問委員会への政策提言を行う役割を担っている。この協議会が中心となって、連邦政府、州・準州政府、関係団体の協働でNHPAsを推進する体制が構築されている。

NHPAsの各優先領域について、15～20の健康指標と達成目標、及びその改善のための連邦政府・州・準州レベルの対策が記載されている。対策は、予防(Prevention)、疾病管理(Management)、システムの維持(Maintenance)、調査研究と情報システム

(Research/Information)に分類される。なお、健康指標と取り組みの進捗状況に関して2年ごとに報告することになっている。

州・準州レベルでは、2002年から5年間の「National Health Partnership」の協定に基づいて保健計画が策定されることになっている。National Health Partnershipは計画策定・推進に関する協定であり、優先領域や内容に関する国と州の整合性(NHPAsで設定された健康指標について目標(値)を設定すること、など)、連邦政府と州政府の連携などが定められている。また連邦政府と州政府の間で、計画策定・推進のための予算配分に関する協定(Public Health Outcome Funding Agreement)も締結されている。

この協定はNational Public Health Partnership Groupによって推進されている。このグループは、連邦政府、州、準州、National Health and Medical Research CouncilのThe Australian Institute of Health and Welfareの代表で構成されている。

(2) National Health Priority Areasにおける重点領域「がん」

NHPAsにおいて「がん」は優先領域に位置づけられている。「がん」の目標は「オーストラリア国民のがんの発生率、死亡率、影響を減少させること」である。

現在、がんに関して設定されている健康指標は以下のとおりである。3.1.1～3.1.14の達成目標は「発生率または死亡率の減少」、3.2.1と3.2.2の達成目標は「受容可能な費用で科学的に証明された便益のある、早期発見のための高いレベルの検診を保証すること」である。なお、全ての健康指標に関して具体的な目標値は設定されていない。

- 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増強する。

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仕事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の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。

○key 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、リスクが高いにも関わらず、早期発見の機会が少ない。

○key 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。

○key 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。