

○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。

○key direction 25: 全てのオーストラリア国民、特にアボリジニやトレス諸島民、農村部や遠隔地域の住民、その他サービスが十分に受けられない集団に対して、慢性疾患の予防とケアに必要な一連のサービスへのアクセスを向上させる。

→サービスへのアクセスの問題は、サービス量の絶対的な不足、マンパワーの配置（偏在など）に起因するが、特に遠隔地域であることや、特有の文化的・言語的ニーズが原因となってアクセスの問題が顕著である地域もある。

→現在、サービスへのアクセスを向上させるためのイニシアティブとして、More Allied Health Services Program（健康関連専門家を通じた、農村部の居住者への臨床ケアの提供）、Rural Specialist Support Program（農村部の居住者の専門家サービスへのアクセスの改善）、Patient Assistance Transport Schemes（農村部・遠隔地域の居住者の専門家サービスへのアクセス（移動手段）の補助）などが実施されている。

→ITの進化により、電話やビデオ回線による多専門職種間の症例カンファレンスなどの遠隔医療アプローチが導入されようとしている。

○key direction 26: ケアの質を向上させるために、National Service Improvement Framework やその他のメカニズムの実施を推進する。

→エビデンスに基づくプロトコル、ガイドライン、情報は「患者の道程」全体にわたる一貫した質の高いケアの提供を保証する。ケアのあらゆる要素において、エビデンスに基づくベストプラクティス（特に臨床）が同定、周知、理解、実施されなければならない。

→質の高い慢性疾患のケアには、急性期ケアだけでなく、心理社会的なアセスメントと支援、併発症の治療、疼痛管理、リハビリテーション、緩和ケアを、ケア計画に取り入れなければならない。また自己管理の強化、リスク因子への対処による疾患の進行の予防、障害を軽減してQOLを向上させるためのリハビリテーション、身体的・精神的健康の促進にも重点を置く必要がある。

○key direction 27: サービス間、セクター間で、紹介、入院前手続、退院、転院などの体制に関する標準的な手順を構築する。

→家庭医、地域保健、Aboriginal Controlled Community Health Services、地域薬局を含むプライマリヘルスケアは、保健医療システムへの主要な入口であり、多くのイニシアティブは、MBSの慢性疾患管理項目の利用などを通して、家庭医の能力の構築に主眼を置いている。

→保健システム間の引継点、特に入院から地域への橋渡しは特に重要であり、ケア経路を地域に統合するための効果的な退院計画が不可欠である。

→ケアの継続性を確保するために、単一の患者識別子や患者による記録保持などの方法で、サービスごとではなく、患者を中心として保健医療関連情報を編集・照合できるようにする必要がある。

○key direction 28: 慢性疾患を有する児童や若年者、その家族に特有のニーズを認識し、全期間を通して途切れのないサービス間の引き継ぎを提供する。

→小児科から、成人を対象とした診療科への引継ぎが十分でない。

→児童・若年者のケア計画策定においては、家族の役割が重点となり、優先させる必要がある。また自己管理能力の成長など、若年者の成長・発達に関わるニーズを認識する必要がある。

○key direction 29: 複雑なケアのニーズを有する者に関して、患者と介護者の参加、自己管理の原則を取り入れつつ、プライマリヘルスケアのケアコーディネーション能力を最大化するような、集学的ケアの計画作成を促進する。

→ケアのニーズが複雑になるほど、連携の取れた多専門職種のアプローチが不可欠となる。集学的医療チームのメンバー全員の役割と責任を合意し、明確にする必要がある。

→高度または複雑なケアのニーズを有する者に対しては、家庭医やプライマリヘルスケアの提供者、専門家ケアの提供者、健康関連サービスと障害への支援、公的、民間、非政府のサービス提供者の組み合わせが関与することになる。このような集学的ケア計画の適切な遂行のためにはケアコーディネーターが必要となる。また資金供給体制や組織体制の柔軟性を高めることも必要である。

○key direction 30: 患者が治療の意向を他者に伝えることを支援する、高度なケア計画策定手法を開発することによって、終末期ケアにおける（患者の）選択（の重要性）を認識する。

→患者と家族による緩和ケアと終末期ケアの選択は尊重されるべきであり、そのためにはケア計画策定プロセスへの患者と家族の参加、治療の意向に関する保健医療サービス提供者、患者、家族、介護者の間の十分な話し合い、そしてそれらを支援するための疾患や治療に関する情報の提供が必要である。

○key direction 31: アセスメント、紹介、管理の各プロトコルの文化的な適切性と安全性が、臨床診療のガイドラインや研修に取り入れられるように促進する。

→慢性疾患の予防とケアは、文化的に適切な形で提供されなければならない。健康に関する信念や知識は社会文化的因子の影響を強く受けるため、保健医療サービスにアクセスする能力も文化間のコミュニケーションの影響を受ける。文化的に安全かつ適切な診療を行うことによって、サービス提供者との効果的な関係を構築し、自己管理行動を確立することができる。

→例えば、Aboriginal Community Controlled Health Services の中では、文化的に適切なプライマリヘルスケアサービスが提供されているが、文化的に安全かつ適切なケアや支援を常に維持していくためには、他の保健医療サービス、特に急性期ケアや専門家サービス、他のプライマリヘルスケアサービスとの連携を構築する必要がある。

○key direction 32: 質の高い慢性疾患の予防とケアの提供を確実にするために、フィードバックと説明責任の手順を開発する。

○key direction 33: 健康のアウトカムと QOL を最大限に高めるために、医薬品の適切な使用を支援する。

- 慢性疾患患者は複数の医薬品を使用している場合が多く、医薬品の副作用を回避し、健康のアウトカムを改善し、医療費を節約するためには、医薬品管理を向上させることが重要である。また医薬品の使用の有無に関わらず、慢性疼痛の管理も関係する。
- 「National Strategy for the Quality Use of Medicines」と「National Medicines Policy」では、多くの人々が医薬品を使用せずに健康管理していることを認識する一方で、健康の維持、疾病予防、疾患管理における医薬品の役割に関するベストプラクティスの指針を提示している。
- 服薬管理の継続性を実現するには、あらゆる保健医療サービスの提供場面と提供者にわたって、一貫性のある標準的なアプローチを促進する必要がある。例えば、Australian Pharmaceutical Advisory Councilでは、高齢者ケア施設での服薬管理に関する指針を策定している。
- 医薬品の使用には定期的なレビューが必要であり、専門家サービス、急性期ケア、プライマリヘルスケアの各提供者（薬剤師を含む）の間での効果的な情報交換と情報共有が不可欠である。電子処方システムを進めることでコミュニケーションとモニタリングは大幅に改善することになる。
- 保健医療専門家も、人々の最適な医薬品使用を促進するために、行動的な介入、自己管理の支援など、エビデンスに基づくアプローチに関する高い能力を保持する必要がある。

○key direction 34: アボリジニやトレス諸島民の医薬品利用を改善するための方策の調査と施行を継続する。

○key direction 35: 慢性疾患の予防とケアに関する Core Competency を、保健医療従事者の教育、研修、認定に取り入れる。

→WHO は、以下のような保健医療従事者の Core Competency を示した。

- ・慢性疾患の予防とケアに関して、「人」中心のアプローチを採用する能力…インタビューやコミュニケーションを効果的に実施し、健康関連の行動変容を補助し、自己管理を支援し、継続的な疾患管理に対して積極的かつ前向きなアプローチを採用する能力
- ・コミュニケーションの能力…患者、家族、介護者とのコミュニケーション、他のサービス提供者とのコミュニケーション、地域社会への参加
- ・患者ケアの安全性と質の継続的な改善を確保する能力…提供されたケアとアウトカムの測定、変化の把握と適応、エビデンスの実践への移行
- ・患者のモニタリング、情報の活用・共有に役立つ情報通信能力…患者登録やコンピュータ技術の使用、集学的ケアを提供するためのあらゆるレベルのパートナー（プライマリヘルスケア提供者、専門家、健康関連専門家、地域保健など）との情報伝達
- ・人口ベースのケアを提供するための公衆衛生の視点を取り入れる能力…慢性疾患の予防とケアの一連の流れ全体にわたる計画と連携のための組織的なアプローチの採用、プライマリヘルスケアが主導するケア・システムの中で従事する能力

→あらゆる保健医療専門家の卒前・卒後教育において、これらの Core Competency を取り入れる必要がある。またそのために、専門家の認定・登録システムを改善する必要がある。

→現在の保健医療従事者の能力を育成するための現任教育・研修の機会を構築することが急務である。この研修では予防と自己管理のアプローチ（行動変容の戦略、ケア計画の策定、集学的チームでの従事を含む）に重点を置く必要がある。

→特に、プライマリヘルスケアの従事者（家庭医を含む）の能力の構築は重要である。これには、慢性疾患の予防とケアに必要な Core Competency だけでなく、専門家や急性期ケアのサービスと連携した地域のプライマリヘルスケアのネットワークにおいて慢性疾患の予防とケアの提供を組織化する能力も含まれる。

## 活動領域 4：自己管理

### (概説)

- 自己管理とは、本人が自らのヘルスケアに積極的に参加することであり、ヘルスプロモーションとリスクの低減、インフォームド・ディシジョン、ケア計画の策定、服薬管理などが含まれる。また、保健医療サービス提供者と協力して、可能な限り最良のケアや複雑な保健医療システムへの対処を達成することも含まれる。
- 自己管理が活動領域となっているのは、慢性疾患の効果的な管理に必要な保健行動の多くが本人の日常的な責任によるとの認識からである。本人の自己管理能力を最大限に引き出すためには、保健医療システムのあらゆるレベルにおける支援が不可欠である。それによって、患者、家族、介護者の健康のアウトカムと QOL の改善だけでなく、保健医療システムへの負担も軽減される。
- 自己管理は、本人が自らヘルスケアの中心に立つことによって維持されるものであり、慢性疾患の予防とケアの一連の流れ全体にわたって、保健医療システムをうまく利用して QOL を最大限に高めていくために必要となる技術と資源がその要件となる。
- 保健医療システムに自己管理の原則を取り入れるということは、そのシステムが以下のことを目指して、本人を支援することを意味する。
  - ・リスク因子や併発症状を含めて、自身の疾患の性質を理解すること
  - ・治療の選択肢に関する知識を取得し、治療に関するインフォームド・チョイスを行えるようになること
  - ・ケアの継続性の観点から、保健医療専門家、家族、介護者、その他の支援者とともに、意思決定に積極的に参加していくこと
  - ・保健医療サービス提供者、家族、介護者、その他の支援者と交渉し、合意した治療計画とケア計画に従うこと
  - ・自身の健康状態の変化の兆候や症状を監視して、同定された変化に対応するための行動計画を策定すること
  - ・身体面、感情面、社会面で、疾患が生活に及ぼす影響を管理して、結果的に精神的健康と福利を向上させること
  - ・予防と早期介入を通じて、リスクを低減して、健康を増進するような生活様式を取り入れること

・支援サービスを活用して、自身の健康と QOL に関する意思決定を行うことが、自信をもってできるようになること。

- 自己管理に関する方向性として、「自主管理を支援するための保健医療システムの再構築」、「ケア計画策定への患者の参加の優先」、「ピア・サポート、障害支援、介護者支援の各セクターの能力の向上」、「個人と地域社会のニーズに応じた自己管理のアプローチの調整」が挙げられる。

(現状)

- 自己管理の構築と支援に用いられているアプローチとしては、自助、インターネットによる情報源、電話カウンセリング、メンタリング、ピア・サポートなどがあり、問題解決、意思決定、資源の利用、サービス提供者との協力関係の形成、計画策定、健康のための行動や介入の自己調整などの能力の向上のために利用されている。
- 自己管理を強化する包括的なプログラムのモデルとして、Flinders モデルと Stanford モデルが開発されている。Flinders モデルは自己管理と医学的管理を統合した臨床医主導のモデルで、プライマリヘルスケアの従事者の教育研修に重点を置いて、従事者が患者の自己管理を支援するためのツールを提供している。Stanford モデルは、ピア・リーダーシップに重点を置き、患者グループにおける体験の共有や集団的問題解決を通じて相互学習を行うものである。
- Flinders モデルと Stanford モデルによるプログラムは一部の州・準州で導入されているが、プログラムに対する理解やプログラムの利用は十分ではない（利用者の大半を女性が占めている）。自己管理の支援は、保健医療システムの不可欠な要素として確立していないのが現状である。

(将来の方向性)

○key direction 36: 保健医療システムの入口地点において、自己管理を積極的に推進するための機会が同定できるように奨励する。

→自己管理はあらゆる保健医療上の接触場面において日常的に奨励されるべきであり、慢性疾患患者に学習や行動変容をさせる機会は数多く存在している。保健医療専門家は、その機会を同定して活用する技術を習得する必要がある。

→自己管理への支援をできるだけ早期に開始することで、個人の自己管理能力は強化されるため、疾患のリスクを有する者や初期段階の患者を支援の対象に含める必要がある。

→保健医療システムへの入口地点は全て、自己管理能力の開発を支援する情報や他のサービスへの紹介を提供する機会となる。病院、地域薬局、健康関連サービス、アボリジニの保健サービス、地域保健サービス、施設ケアなどは全て、自己管理支援の役割を担っている。また急性期医療や専門的サービスの専門家も自己管理支援に対する自身の責任を理解する必要がある。

○key direction 37: 自己管理が日常的な臨床診療の一部となるように、保健医療サービス提供者が自己管理を支援するための知識と技術を習得するためのカリキュラムの開発、教育研修の戦略を支援する。

→自己管理を推進する上で、保健医療専門家の態度や知識が障害となることがあるため、彼らの意識改革が必要である。患者がエビデンスに基づいた、年齢相応で文化的に適切な方法で、自己管理の技術を習得できるように、保健医療専門家は患者の自己管理能力を信頼するとともに、患者の学習を支援する自らの責任を理解する必要がある。

→プライマリヘルスケアの提供者、特に家庭医は、慢性疾患患者とその家族や介護者と長期にわたる関係を構築していくことになるため、自己管理を最大限に利用していくためには、よいコミュニケーションが不可欠である。

○key direction 38: 自己管理を集学的ケアの計画策定に含めることにより、自己管理が臨床診療の一部として組み込まれることを保証する。

→自己管理に必要なのは患者とその家族や介護者への情報提供だけではない。慢性疾患の予防とケアの一連の流れ全体にわたって、患者自身の意思決定と責任が認識され、優先されるような統合されたケア計画を、保健医療サービス提供者と患者、家族、介護者が協力して構築し、推進し、評価することも自己管理である。

○key direction 39: ケア計画の策定プロセスにおいて、患者とその家族や介護者の積極的な参加を促進するとともに、その参加の障壁に関する調査研究を推進する。

→ケアに関する意思決定と計画策定への患者の積極的な参加は自己管理にとって不可欠である。これを可能にするためには、患者が、参加を可能にする権利、知識、技術、経路、自信を持つことによって、決定に関与していく能力を身につける必要がある。

→健康記録へのアクセスは患者の参加にとって重要な要素となる。ニューサウスウェールズ州の Electronic Health Record には「私の健康記録」という患者が保持する記録が取り入れられている。これによって患者は自分の記録をオンラインで閲覧したり追加したりできるようになり、自身のヘルスケアへの関与を高めることができる。

○key direction 40: 自己管理支援を提供するために、ピア・サポート、障害支援、介護者支援の各セクターの能力を向上させる。

→自己管理には、服薬、食事、運動、衛生、ストレスの軽減、ソーシャルサポートといった、様々な日常的行動が含まれる。また人生における役割や願望の変化への対処、保健医療システムへの長期的関与の調整も含まれる。これらの行動や意識の改革を支援するためには、保健医療システムの範囲を超えた、より広範なシステムが必要である。

→特に重要なのは、ピア・サポート、障害支援、介護者支援、高齢者ケア支援の各セクターである。これらのセクターは、心理社会的支援、リハビリテーション、家族や介護者への支援など、自己管理にとって不可欠なサービスを提供している。しかし資源の不足や他の保健医療システムとの連携不足などの問題が存在している。

○key direction 41: ターゲット集団、とりわけアボリジニとトレス諸島民、社会経済的弱者、若年者のニーズに応じて、自己管理のアプローチを調整する。

→自己管理を推進するためには、個人、地域社会、集団に固有のニーズに適合した戦略が必要である。自己管理には、年齢、経済的状況、教育、識字能力、文化などの面で、情報へのアクセス、自己管理行動の採用などへの障壁が存在している場合があり、それらの状況に応じた支援を行う必要がある。

→文化的・言語的に多様な背景をもつ人々が自己管理能力の構築を支援する保健医療サービス提供者と協力関係を構築できるように、言語上の障壁、文化的に不適切な診療は、克服されなければならない。

→慢性疾患におけるスティグマの可能性、特に一部のリスク因子や併存症状（リスクを伴う、または高リスクのアルコール摂取や精神疾患など）に関連するものも、自己管理にとって大きな障壁となりうる。

→地域社会の全ての構成員が自身の健康管理に積極的かつ効果的に取り組めるような居住環境を提供するために、地域社会、政府、メディアによる協働が必要である。

## 実施活動

→多くの州・準州では、それぞれの慢性疾患戦略が構築されており、多くのものは National Public Health Partnership の枠組みが採用され、慢性疾患への「クラスター・アプローチ」が取られている。このアプローチは、様々な主要な慢性疾患に関連する共通のリスク因子と併存症状に取り組むもので、各種サービス、セクター、計画策定のレベルにわたる「提携」や統合された活動の価値を認識したものである。

→州・準州では、以下のような戦略が策定されている。

- New South Wales Chronic Disease Strategy 2006-2009, New South Wales Chronic Disease Prevention Strategy 2003-2007
- The Integrated Health Promotion Resource Kit 2003 (ビクトリア州)
- Queensland Strategy for Chronic Disease 2005-2015
- Chronic Disease: Prevention and Management Opportunities for South Australia, 2004
- Chronic Conditions Framework for Western Australia 2005-2010 (未発表)
- Northern Territory Preventable Chronic Diseases Strategy
- Tasmania: Strengthening the Prevention and Management of Chronic Conditions —Policy Framework
- National Strategic Framework for Aboriginal and Torres Strait Islander Health 2003-2013

→慢性疾患の予防とケアの進捗を達成するためには、これらの戦略のほか、関連する国レベルのイニシアティブ (National Service Improvement Framework, National Mental Health Plan 2003-2008 など) を実施するための共同の活動と支援が不可欠である。

→適時かつ持続可能な方法で慢性疾患の健康課題に対応するためには、オーストラリア全域にわたって連携の取れた活動を強化・促進していく必要がある。国、州・準州、地方自治体の各レベルでの取り組みを連携して、優先事項、格差、投資の機会を同定する必要がある。

## ○実施活動1：保健医療従事者の能力を構築する

- 保健医療従事者のマンパワーの不足、偏在（農村部や遠隔地域での不足）は重大な問題である。慢性疾患の予防とケアに関する地域のニーズと保健医療従事者の役割（およびその基礎となる技能や competency）が対応する必要がある。
- 現行の保健医療従事者をさらに活用するための柔軟なアプローチも必要である。例えば、家庭医療の能力は、臨床看護師、地域看護師、健康関連専門家が慢性疾患の予防、発見、管理の介入の一部を担当できるように訓練と資金を提供することによって強化することができる。
- 集学的で統合されたケアを提供する保健医療従事者の能力の向上に重点を置く必要がある。特に、プライマリヘルスケアに関しては、資金提供、組織の体制を検討する必要がある。プライマリヘルスケアのネットワークを構築するためには、プライマリヘルスケアの提供者への支援が必要である。
- 複雑なケア・ニーズを有する患者に対するケアコーディネーターの役割にも配慮が必要である。地域保健セクターと地域支援組織の構築、専門家ケアへのアクセスの向上（特に農村部、遠隔地域）についても検討が必要である。
- 保健医療従事者への教育研修には、WHO が示した Core Competency（上述）を取り入れる必要がある。特に予防と自己管理の支援に関する competency に重点を置く必要がある。
- 慢性疾患の予防とケアのベストプラクティスを確実にするためには、認定と監視のプロセスを実施する必要がある。またベストプラクティスの開発に資する研究や評価を実施し、慢性疾患の予防、発見、管理に関するエビデンスの基盤を構築する必要がある。

## ○実施活動2：戦略的な協力関係を構築する

→戦略的な協力関係は、以下のような、様々なレベルで必要となる。

- ・国、州・準州、地方自治体の間の協力関係…国、州・準州、地方自治体の各レベルでの進捗に向けて、共通の優先事項を同定し、方向性を調整する。
- ・関連する国の保健改革政策やその他の国の戦略（National Mental Health Strategy や National Public Health Partnership イニシアティブなど）の間の協力関係…共通の目的を達成するために共通の優先事項を同定し、戦略を調整する。
- ・ピーク機関や国内の利害関係者との協力関係…優先事項を同定して、持続可能な改革を唱道する。
- ・教育機関、研修機関、認定機関、監視機関との協力関係…competency を構築し、基準を保証し、ベストプラクティスを同定・実施する。
- ・地域社会との協力関係…慢性疾患の予防とケアに関連する地域社会のニーズを同定して、それに対処する。
- ・地方、地域、地区レベルにおける、保健サービス、高齢者施設ケア、地域サービスに関連するサービスと組織間の協力関係…統合された慢性疾患の予防とケアを提供するための公式な体制や資金協定のモデルを構築する。
- ・保健サービス、高齢者施設ケア、地域サービスを提供する公的セクター、民間セクター、非政府セクターの間の協力関係…各種インセンティブ、柔軟な資金供給体制、協調的な計画策定を通じて向上させる。
- ・患者とその家族や介護者との協力関係…患者のケアと QOL の向上に重点が置かれることを確実にする。
- ・保健セクターと他のセクターの間、保健サービスと他のサービスの間、健康関連産業と他の産業との間の協力関係

→慢性疾患対策には政府全体・地域社会全体でのアプローチが必要であり、その中で保健セクターはリーダーシップをとると同時に、他のセクター、サービス、産業への唱道、働きかけ、提携も不可欠である。保健サービスと同時に、仕事、教育、レクリエーション、地域生活に関する環境を改善することによって、健康的な生活様式を推進し、慢性疾患のリスクを低減させることが必要である。

### ○実施活動 3：投資および資金供給の機会を拡大する

- プライマリヘルスケアのネットワークとサービスを支援する柔軟な資金提供プロセスを検討することが優先されるべきである。自己管理、ヘルスプロモーション、リスク低減を取り入れた、統合された集学的な人中心のケアを提供できる体制へのアクセスを容易にするメカニズム(資金提供のインセンティブを含む)を検討する必要がある。
- ブロードバンドやその他の IT のインフラへの投資が不可欠である。人中心で適切に共有されるような患者記録の改善のために大幅な投資を行う必要がある。
- 研究への投資は、予防とケアの一連の流れ全体にわたる優先事項である。ヘルスプロモーション、予防、早期発見、ベストプラクティスの管理のためのエビデンスの基盤を促進する研究が必要である。また研究による知見は効果的に普及され、現場で活用されなければならない。

### ○実施活動 4：インフラと IT の支援を構築する

- 慢性疾患、リスク因子、併存症状の保有率、サービス利用に関する動向をモニタリングするための全国規模の共通したデータシステムが必要である。これらのデータを地域別に分析し、国、州・準州、地方自治体レベルでのサービスの計画や開発、実績報告等に活用する必要がある。またデータは、個人を特定できない形でサービス利用を長期に追跡できるように構築する必要がある。
- ケア計画とリンクできる電子的なサービス一覧簿や地域・診療レベルの登録簿も早期に着手する必要がある。IT インフラによって、患者登録、リコール・システム、単一の患者識別子の導入、電子紹介、電子健康記録を支援する必要がある。
- 情報システム全体にわたって、安全なデータ交換やプライバシー保護のための国家基準の合意が急務である。
- 農村部や遠隔地域におけるサービス（特に専門家ケア）へのアクセスを向上させるための遠隔医療のアプローチの開発と幅広い利用を促進する必要がある。
- アセスメント、紹介、患者の受入れと入院、退院、転院に関する一致したプロトコルや手続きによって、あらゆる年齢、居住環境、文化的背景、慢性疾患の複雑度のレベルの人々に対して、保健サービスと地域サービス全体にわたり、全期間を通じた、切れ目のない引き継ぎを促進しなければならない。