

豪州におけるディジーズマネジメントの動向

目次

- | | |
|--|------------------------|
| I. はじめに | III. 豪州における DM の展開 |
| II. 豪州における医療関連基本データおよび
公的医療保障制度・民間健康保険の概要 | IV. 豪州における DM プログラムの事例 |
| | V. おわりに |

副主任研究員 田中 健司

要約

豪州では、医療費支出の増加傾向を背景として、慢性疾患の発症または重症化の予防に向け、州や民間保険会社によるディジーズマネジメント（DM）の取組みが進められている。全国民を対象とする公的医療保障制度であるメディケアでは、一般医による慢性疾患の管理の取組みが給付対象となっている。さらに、連邦政府・州政府による施策を通じて、DM の枠組み・方向性が示されている。

Melbourne 大学の Margarite Vale 博士が開発した The COACH Program はエビデンスに基づく電話によるコーチングプログラムであり、顧客側がコーチの役割を担っている。一方、McKesson Asia Pacific の DM プログラムでは、顧客がリストアップした患者に対して自社の医療スタッフが電話により介入を行っている。Melbourne の Alfred 病院では、高齢で複数の疾患にかかっており、何度も入院している者をターゲットとして、対面型の DM プログラムが行われている。

I. はじめに

豪州では、医療費支出が年々増加する傾向にあることを背景として、慢性疾患の発症または重症化の予防に向けた対策が重要視されており、州や民間保険会社において、ディジーズマネジメント（以下、「DM」とする。）の取組みがなされている。豪州においては、DM が自己管理、行動変容、健康リスク評価等の要素を含むものであり、特定の疾患の患者向けのモデルだけでなく、複数の疾患を併発している患者向けのモ

デルも存在するとされている²。

本稿は、豪州における DM がどのような患者を対象として、どのようなアプローチによって展開されているかについて、実際のプログラムの事例を中心に整理したものである。まず、豪州における DM の背景として、医療費支出の推移等の基本データを取り上げた後、全国民を対象とする公的医療保障制度であるメディケアの仕組み、および民間健康保険の位置づけと加入状況について概観する。続いて豪州における DM の現状と政府の施策について、現地でのイ

¹ Australian Health Ministers' Conference, "National Chronic Disease Strategy", 2005 (visited Feb.24, 2010) <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/pq-ncds-strat>>.

² Australian Disease Management Association Website (visited Feb.24, 2010) <<http://www.adma.org.au/>>.

インタビューも踏まえて概観する。さらに、現地でのインタビューに基づき、DMプログラムの具体的事例を3例紹介する。

Ⅱ. 豪州における医療関連基本データおよび公的医療保障制度・民間健康保険の概要

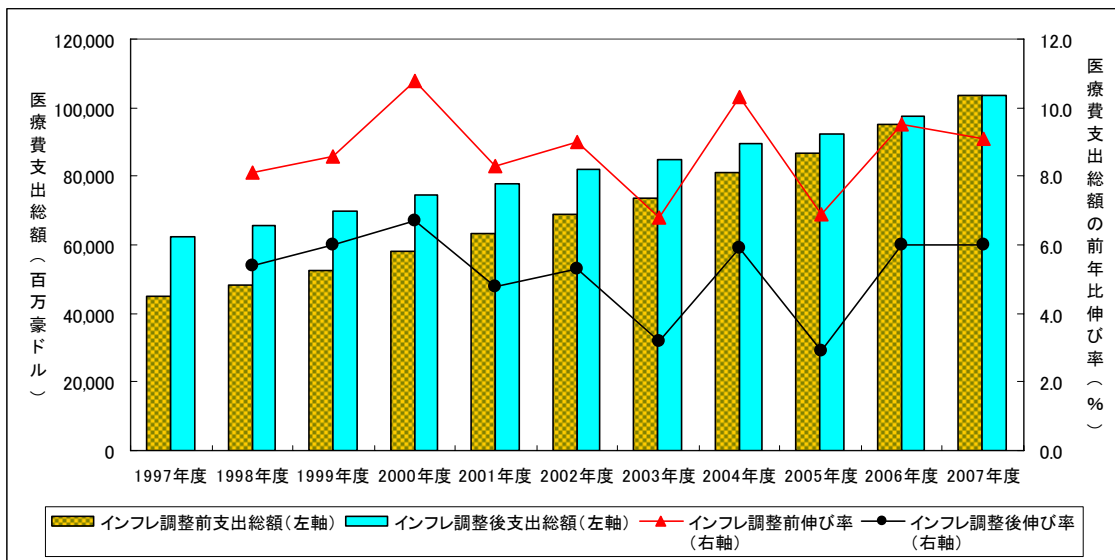
豪州におけるDMについて述べる前に、その

背景にある医療費支出等の概況、公的医療保障制度・民間健康保険の概要について取り上げる。

1. 医療費支出

《図表1》《図表2》に示されるように、豪州における医療費支出は上昇傾向にある。2007年度における医療費支出総額は1,036億豪ドルで、前年度に比べてインフレ調整前で9.1%、イ

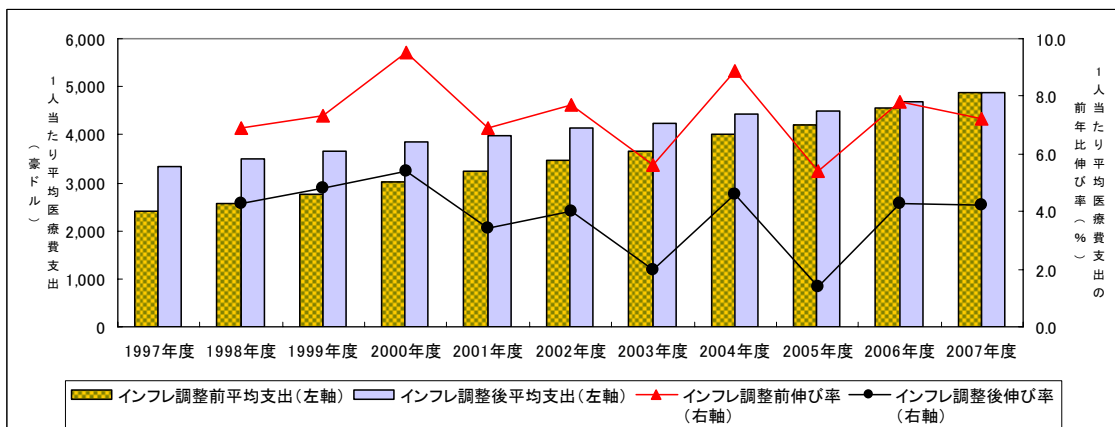
《図表1》 豪州における医療費支出総額の年次推移



(注) インフレ調整後支出総額とは、2007年度の価格を基準にその他の年度の医療費支出総額を調整したものである。

(出典) Australian Institute of Health and Welfare, "Health expenditure Australia 2007-08", 2009, p.7 (visited Jan.19, 2010) <<http://www.aihw.gov.au/publications/hwe/hwe-46-10954/hwe-46-10954.pdf>>.

《図表2》 豪州における1人当たり平均医療費支出の年次推移



(注) インフレ調整後平均支出とは、2007年度の価格を基準にその他の年度の1人当たり平均医療費支出を調整したものである。

(出典) Australian Institute of Health and Welfare, 2009, *supra*, p.14.

ンフレ調整後で6.0%増加した。また2007年度における1人当たりの平均医療費支出は4,874豪ドルで、前年度に比べてインフレ調整前で7.2%、インフレ調整後で4.2%増加した。

また、《図表3》は、豪州における医療費支出総額（インフレ調整前）の対名目GDP比の年次推移を表したものであるが、近年は9.0%前後で推移している。

2. 主な死亡の原因

《図表4》は、2005年の豪州における死亡の原因を、男女別に死亡者数が多いものから順に示したものである。冠状動脈性心疾患による死亡が、男性について全死亡者数の18.5%、女性について全死亡者数の17.5%を占めている。

3. 高齢化の見通し

《図表5》は、豪州における老年人口（65歳

以上）および生産年齢人口（15-64歳）の全人口に対する割合の過去の推移および将来の予測を示したものである。

老年人口（65歳以上）の全人口に対する割合は1970年代以降増加の傾向にあり、2007年においては13.2%であった。この割合はその後も増加を続け、2056年には22.9%に達すると予測されている。

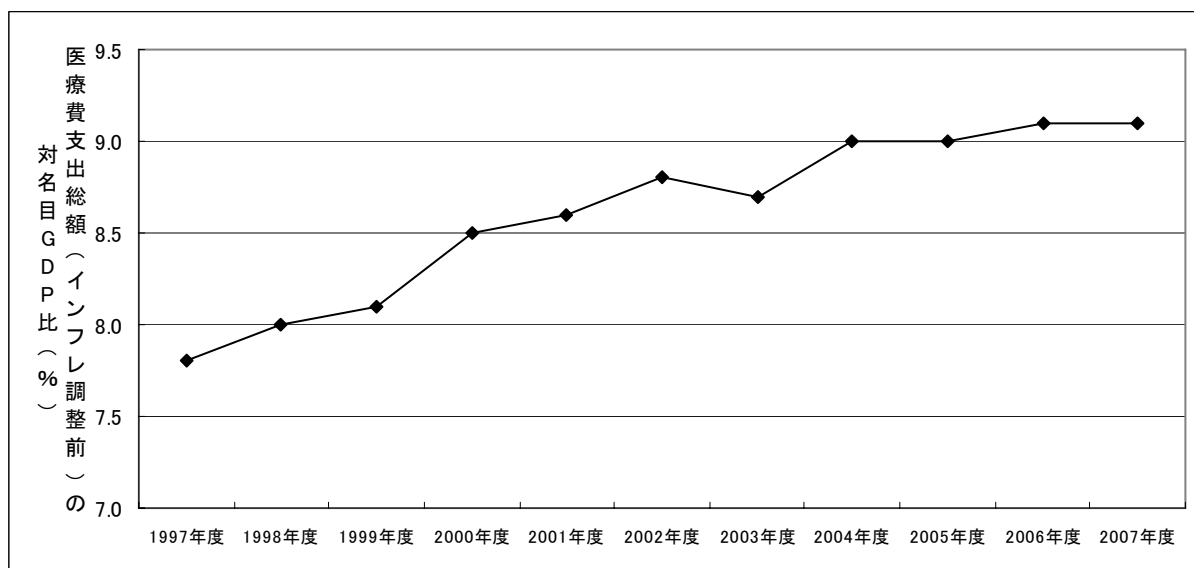
一方、生産年齢人口（15-64歳）の全人口に対する割合は2007年において67.4%であるが、2008年にピークに達した後減少に転じ、2056年には60.5%まで減少すると予測されている。

以上のように、公表された推計結果より、豪州における今後の高齢化の進行が示唆されている。

4. 豪州における公的医療保障制度の概要³

豪州では、同国の永住権を有する全ての者を

《図表3》豪州における医療費支出総額（インフレ調整前）の対名目GDP比の年次推移



（出典） Australian Institute of Health and Welfare, 2009, *supra*, p.9.

³ 豪州における公的医療保障制度について解説されている邦語文献として、以下の文献がある。丸山士行「オーストラリアー公的部門と民間部門の併用ー」（井伊雅子編著「アジアの医療保障制度」、東京大学出版会、2009年、pp.1-33。）。

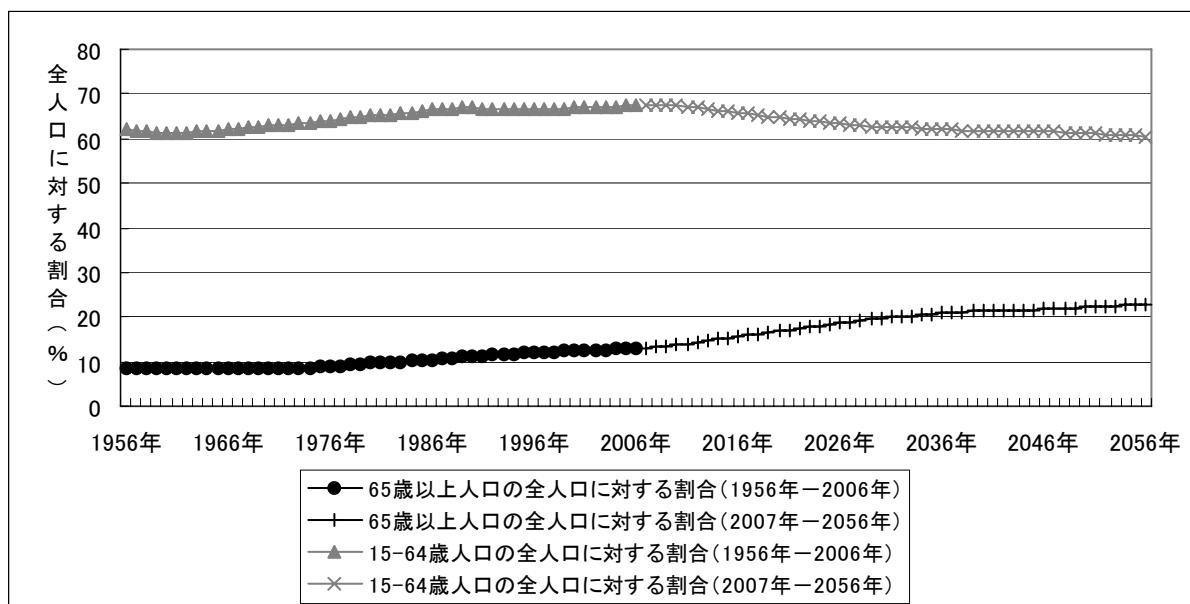
《図表4》豪州において死亡者数が多い死亡原因

(2005年、男女別、死亡者数上位10位までの原因)

順位	男性			順位	女性				
	死亡原因	死亡者数	全男性死亡者数に占める割合(%)		死亡原因	死亡者数	全女性死亡者数に占める割合(%)		
1	冠状動脈性心疾患	12,433	18.5	1	冠状動脈性心疾患	11,137	17.5		
2	肺がん	4,694	7.0	2	脳血管系疾患	6,845	10.8		
3	脳血管系疾患	4,668	6.9	3	その他の心疾患	4,378	6.9		
4	その他の心疾患	3,249	4.8	4	認知症と関連障害	3,277	5.2		
5	前立腺がん	2,946	4.4	5	乳がん	2,719	4.3		
6	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	2,832	4.2	6	肺がん	2,705	4.3		
7	大腸がん	2,330	3.5	7	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	2,054	3.2		
8	原発不明がん	1,785	2.7	8	大腸がん	1,841	2.9		
9	糖尿病	1,775	2.6	9	糖尿病	1,754	2.8		
10	自殺	1,657	2.5	10	肺炎・インフルエンザ	1,703	2.7		
男性総死亡者数			67,241	100.0	女性総死亡者数			63,473	100.0

(出典) Australian Institute of Health and Welfare, "Australia's health 2008", 2008 (visited Jan.22, 2010)
 <<http://www.aihw.gov.au/publications/aus/ah08/ah08.pdf>>, p.43.

《図表5》豪州における老年人口(65歳以上)および生産年齢人口(15-64歳)の全人口に対する割合(過去の推移および将来の予測)



(注) 上記のグラフにおいて、将来の予測の部分については、下記出典において公表されている3通りのデータ系列“Series A”, “Series B”, “Series C”のうち、出生率、出生時平均余命等について、予測時点の傾向を極力反映した“Series B”のデータ系列を用いて作成した。

(出典) 下記データに基づき、損保ジャパン総合研究所作成。

1956年-2006年のデータ: Australian Bureau of Statistics, "3105.0.65.001 - Australian Historical Population Statistics, 2008" (visited Jan.25, 2010) <<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3105.0.65.001>>.

2007年-2056年のデータ: Australian Bureau of Statistics, "3222.0 - Population Projections, Australia, 2006 to 2101" (visited Jan.25, 2010) <<http://www.abs.gov.au/Ausstats/abs@.nsf/mf/3222.0>>.

適用対象とする公的医療保障制度であるメディケアが存在し、さらにメディケアの適用対象者を対象として、薬剤費用に関する連邦政府による財源補助スキームが提供されている。

以下、連邦政府の公表資料⁴をもとに、公的医療保障制度について概観する。

(1) メディケアの概要

メディケアの財源の大半は税収入であり、その中にはメディケア税 (Medicare levy. 課税所得の 1.5%に相当) が含まれる。さらに、収入が所定の限度額⁵を上回り、かつ民間健康保険の入院カバーを購入していない者に対しては、メディケア税に加えて、課徴金 (Medicare levy surcharge. 課税所得の 1%に相当。) が課され

⁴ Commonwealth Department of Health and Aged Care, "The Australian Health Care System - An Outline -", Sept 2000 (visited Jan.25, 2010)

<[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/EBA6536E92A7D2D2CA256F9D007D8066/\\$File/ozhealth.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/EBA6536E92A7D2D2CA256F9D007D8066/$File/ozhealth.pdf)>, An Australian Government Initiative, "Privatehealth.gov.au"(visited Feb.2, 2010)

<<http://www.privatehealth.gov.au/>>, Australian Government Department of Health and Ageing, "Medicare Benefit Schedule Book - Operating from 01 January 2010"(visited Feb.3, 2010)

<[http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/2C3B0FAC365E1877CA25767200168230/\\$File/201001-MBS.pdf](http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/2C3B0FAC365E1877CA25767200168230/$File/201001-MBS.pdf)>, Australian Government Department of Health and Ageing, "Chronic Disease Management (CDM) Medicare Items"(visited Feb.3, 2010)

<<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mbsprimarycare-factsheet-chronicdisease.htm>>, Medicare Australia, "Medicare Safety Net"(visited Feb.3, 2010)

<<http://www.medicareaustralia.gov.au/public/services/mn/index.jsp>>, Australian Government Department of Health and Ageing, "About the PBS"(visited Mar.9, 2010)

<<http://www.pbs.gov.au/html/consumer/pbs/about#d95361e32>>.

⁵ 2009 年度については、扶養対象の子供がいない独身者が 73,000 豪ドル、扶養対象の子供が 1 人までの夫婦またはひとり親家庭が 146,000 豪ドル (扶養対象の子供については、2 人目からは、1 人増えるごとに限度額が 1,500 豪ドル増加する。) と定められている。Australian Taxation Office, "Medicare levy surcharge - income tests"(visited Jan.26, 2010)

<<http://www.ato.gov.au/individuals/content.asp?doc=content/00215173.htm>>.

る。

メディケアでは、提供される医療サービス別の給付額 (医療プロバイダーへの償還額) が、Medicare Benefits Schedule (以下、「MBS」とする。) に定められている。以下では、これらの給付内容を概観する。

①入院給付

入院患者には、“public patient”と“private patient”の 2 つの区分が存在し、患者がいずれかの区分を選択できる。

public patient として入院する場合は、公的病院 (public hospital) で治療を受ける (public patient in public hospital) こととなり、患者の費用負担は発生しないが、病院と医師を選択することができない。

一方、private patient として入院する場合は、入院中の治療に関して、メディケアが MBS で定められる給付額の 75% をカバーする。private patient が公的病院に入院する場合 (private patient in public hospital) には、病院を選択することはできないが医師を選択することはできる。private patient が民間病院 (private hospital) に入院する場合 (private patient in private hospital) は、病院・医師の両方とも選択可能である。

《図表 6》に、以上の給付条件をまとめて示した。

②外来診療給付

メディケアでは、医師による診察・治療、治療のための検査等の外来診療が給付対象となるが、一般医 (以下、「GP」とする。) による診療に関しては MBS による給付額の 100% がカバーされ、専門医による診療に関しては MBS による給付額の 85% がカバーされる。

《図表6》メディケアにおける入院形態別の入院給付の条件

入院の形態	メディケアにおける給付の水準	病院選択の可否	医師選択の可否
Public patient in public hospital	(患者負担なし)	不可	不可
Private patient in public hospital	入院中の治療に関して、MBSによる給付額の75%	不可	可
Private patient in private hospital	入院中の治療に関して、MBSによる給付額の75%	可	可

(出典) An Australian Government Initiative, “What private health insurance covers” (visited Feb.2, 2010)
 <<http://www.privatehealth.gov.au/information/works/privatecover.htm>>.

③GP による慢性疾患の管理の取組みに対する給付

メディケアでは、以下のような GP による慢性疾患の管理の取組みが給付対象となっている。

- a. マネジメントプランの準備
- b. マネジメントプランの見直し
- c. チーム医療体制の調整
- d. チーム医療体制の見直しの調整
- e. 他の医療プロバイダーが準備した総合的医療計画への寄与
- f. 高齢者医療施設の入所者向けに用意された総合的医療計画への寄与

④給付対象とならない医療サービスの例

メディケアにおいて給付対象とならない医療サービスの例として、以下のものがある。

- a. 救急医療
- b. private patient として入院する場合の諸費用（手術、食事、ベッド、看護ケア等）
- c. 一部の外来診療費用（眼鏡、コンタクトレンズの費用等）

⑤患者自己負担に関するセーフティーネット

メディケアには、給付対象となる外来診療を対象として患者自己負担を軽減するためのセーフティーネットが2種類提供されている（《図表

7》参照。）。1つは、ある年において患者自己負担額のうち MBS による給付額（満額）と実際のメディケアからの給付額との差額（“Gap”と呼ばれる）⁶に相当する部分の年間総額が所定額⁷に達した後、当該年の残りの期間において MBS による給付額の満額が給付されるものである。もう1つは、ある年において患者自己負担額（医師からの請求額と実際のメディケアからの給付額の差額）の年間総額が所定額⁸に達した後は、当該年の残りの期間において患者自己負担額の80%が給付されるものである。

(2) 薬剤給付

連邦政府による財源補助スキーム Pharmaceutical Benefits Scheme（以下、「PBS」とする。）を通じて、メディケアの適用対象となる者の薬剤費用の一部が補助される。PBSにより、薬剤購入時の患者負担は33.30豪ドル以下の定額に抑えられる（年金受給者等特例が適用される者については5.40豪ドルの定額）⁹。またメディケア同様セーフティーネット

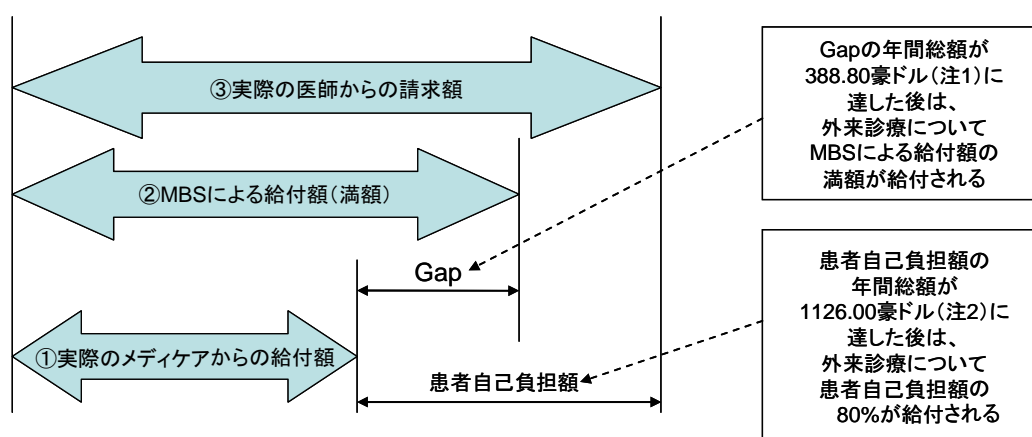
⁶ 前述のように、専門医による外来診療ではMBSによる給付額の85%しか給付されないため、差額が発生しうる。

⁷ 2010年1月1日時点で、388.80豪ドルである。

⁸ 2010年1月1日時点で、1126.00豪ドルである。ただし、年金受給者等特例が適用される者については、562.90豪ドルである。

⁹ これらの金額は、2010年1月1日時点のものである。

《図表7》メディケアにおけるセーフティーネットの仕組み



(注1) 2010年1月1日時点の金額

(注2) 2010年1月1日時点の金額(年金受給者等特例が適用される者については、562.90豪ドルである。)

(出典) 以下の資料をもとに損保ジャパン総合研究所作成。

Medicare Australia, "Medicare Safety Net"(visited Feb.3, 2010) <<http://www.medicareaustralia.gov.au/public/services/msn/index.jsp>>.

が設けられており、ある年において患者自己負担額の年間総額が1281.30豪ドル(年金受給者等特例が適用される者については324.00豪ドル)に達した後、当該年の残りの期間における患者自己負担額は5.40豪ドルに抑えられる(年金受給者等特例が適用される者については患者自己負担は発生しない。)¹⁰。

5. 豪州における民間健康保険と加入状況

豪州における民間健康保険は、入院費用を補償する保険と外来診療費用を補償する保険に大別され、メディケアと組み合わせて加入することにより、メディケアにおける給付の対象外となっている医療サービスもカバーされる¹¹。

1999年1月に連邦政府が導入した仕組み(Private Health Insurance Rebate)により、民間健康保険に加入した者は、支払った保険料

の一定割合の払い戻しを受けることができ、その割合は、65歳未満が30%、65歳~69歳が35%、70歳以上が40%となっている¹²。

2009年9月時点での民間健康保険への加入状況を見ると、入院費用を補償する保険に関しては全人口の44.7%が加入しており、外来診療費用を補償する保険については全人口の51.4%が加入している¹³。

Ⅲ. 豪州におけるDMの展開

本章では、豪州におけるDMの現状と課題、政府の施策について、政府機関の公表資料、DM関連の豪州の団体 Australian Disease Management Association(以下、「ADMA」とする。)

¹² An Australian Government Initiative, "Private Health Insurance Rebate"(visited Feb.3, 2010) <<http://www.privatehealth.gov.au/information/surcharges/phirebate.htm>>.

¹³ Australian Health Insurance Association, "Proportion of Population with Hospital Cover As At September 2009" and "Proportion of Population with General Treatment Cover As At September 2009"(visited Feb.3, 2010) <<http://www.ahia.org.au/Health%20Insurance%20Statistics/PropnPHICoveragebyStateQtr30092009.pdf>>.

¹⁰ 同上。

¹¹ An Australian Government Initiative, "What is covered by health insurance?"(visited Mar.8, 2010) <<http://www.privatehealth.gov.au/information/works/default.htm>>.

へのインタビュー（2009年12月1日実施）結果等に基づき概観する。

1. 概観¹⁴

豪州では、各州において公衆衛生の枠組みの中でDMが展開されているとともに、民間保険会社もDMに取り組んでいる。州によるDMの施策の例として、New South Wales州の“NSW Chronic Care Program”（2000年～2009年において展開。後述）、Victoria州の“Hospital Admission Risk Program”（HARP. 2001年より展開）¹⁵、Western Australia州の“Healthy @Home”（サービス提供中）がある。これらの州によるDMの施策は、回避可能な入院の抑制や、慢性疾患患者のQOLの向上を目的としている。なお、New South Wales州では、上述のNSW Chronic Care Programに加えて、2003年～2007年の間に、慢性疾患の発症予防に重点を置いた施策である“NSW Chronic Disease Prevention Strategy”も展開された。

豪州のDMプログラムには、患者を訪問して行うもの、診療所で行うもの、電話を活用したもの等、様々な形態が存在するが、インターネットを活用したものは少数にとどまっている。

¹⁴ 2009年12月1日実施のADMAへのインタビュー結果、および以下の資料による。NSW Department of Health, “NSW Chronic Care Program: Phase Three 2006-2009 – NSW Chronic Disease Strategy”, 2006 (visited Dec.11, 2009)

<http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2006/pdf/chronicare_3.pdf>, NSW Department of Health, “Chronic Disease Prevention Strategy 2003-2007”, 2003 (visited Mar.10, 2010)

<http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2003/pdf/chronic_disease.pdf>, Department of Human Services, Victoria, “HARP – Chronic Disease Management” (visited Mar.23, 2010)

<<http://www.health.vic.gov.au/harp-cdm/index.htm>>, Department of Health, Western Australia, “Healthy@Home” (visited Mar.9, 2010)

<<http://www.health.wa.gov.au/healthyathome/home/index.cfm>>.

¹⁵ 後に、“HARP – Chronic Disease Management”と改称されている。

政府系機関、健康保険会社、医療プロバイダー、教育機関等、様々な組織がDMに取り組んでおり、慢性心不全等の心臓病、慢性閉塞性肺疾患（以下、「COPD」とする。）、喘息、関節炎等の特定疾患に関する臨床上のガイドラインが、それぞれの疾患に応じた専門の組織¹⁶により確立されている。ただし、全国的なDMの標準、パフォーマンス評価の手法、認証システムはまだ確立されていない。

また、従来ヘルスケアにおける財源が、健康上の問題の発生に対応すべく事後的に確保されてきた豪州において、DMのような先行投資の意味合いが大きい財源を今後いかに確保していくかが、ヘルスケアのあらゆる分野で課題となっている。

2. 政府によるDMの施策

(1) 州政府によるDMの施策の例

州政府によるDMの施策の例として、New South Wales州の“NSW Chronic Care Program”を取り上げる¹⁷。

前述のように、NSW Chronic Care Programは、回避可能な入院の抑制および慢性疾患患者におけるQOLの向上を目的としたものであり、2000年以降、第1フェーズ（2000年～2003

¹⁶ 例として、心臓血管系疾患に関する研究、ガイドラインの作成等の取組みに対して助成を行う、Heart Foundationが挙げられる。Heart Foundation, “About Us” (visited Mar.4, 2010)

<http://www.heartfoundation.org.au/ABOUT_US/Pages/default.aspx>.

¹⁷ NSW Department of Health, 2006, *supra*, NSW Department of Health, “NSW Chronic Care Program 2000-2003: Strengthening capacity for chronic care in the NSW health system”, 2004 (visited Dec.11, 2009)

<<http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/pdf/chronicare2003.pdf>>, NSW Department of Health, “NSW Chronic Care Program: Phase Two 2003-2006 - Strengthening health care for people with chronic illness”, 2004, (visited Dec.11, 2009)

<<http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2005/pdf/chronicare2.pdf>>.

年)、第2フェーズ(2003年~2006年)、および第3フェーズ(2006年~2009年)の3つのフェーズが展開されてきた。New South Wales州の公表資料によれば、第1フェーズと第2フェーズに関して、以下のような効果が得られている。

第1フェーズでは、がん、心臓血管系疾患、および呼吸器系疾患を優先すべき領域として、60を数えるプログラムが立ち上げられ、4万2,000人の患者がこれらのプログラムに参加した。その結果、5万6,000日を超える入院期間の減少、患者のQOLの向上、(発生率の上昇にもかかわらず)心不全での入院数の減少、COPD患者の平均入院期間の減少といった効果がもたらされた。

第2フェーズでは、2003年7月にがん、心不全、呼吸器系疾患における、エビデンスに基づく予防と管理の枠組みである“NSW Clinical Service Framework”が導入された。さらに心不全とCOPDの枠組みの実行を促進するための取組みとして、2004年に“NSW Chronic Care Collaborative”が行われ、その結果、心不全患者、COPD患者の入院の抑制により、入院期間がそれぞれ9,000日、1万6,000日減少した。

なお、第3フェーズについては、効果に関する取りまとめが行われていない。

(2) 全豪規模の施策¹⁸

各州が独自のDMの施策を展開する中、2005年11月、連邦政府・州政府の保健当局の代表者による会議であるAustralian Health Ministers' Conferenceにおいて、国民の慢性疾患の

¹⁸ Australian Government Department of Health and Ageing, “National Chronic Disease Strategy”(visited Jan.14, 2010)
<<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/pq-ncds>>.

予防およびケアを管理・改善するための国家としての施策が承認された。本施策におけるアプローチは、以下の3つの要素から構成される。

①“National Chronic Disease Strategy”

慢性疾患の予防・ケアの改善の方向性に関する包括的な枠組みを示したものであり、慢性疾患が国民の健康やヘルスケアシステムに及ぼす影響の増大に対応するためのケアの連携を促進することに関して国全体で合意した内容が盛り込まれている。

②“National Service Improvement Frameworks”

「喘息」「がん」「糖尿病」「心臓病、脳卒中等の血管系疾患」「変形性関節症・慢性関節リウマチ・骨粗鬆症」の5つの領域について、それぞれの疾患の予防およびケアの改善の枠組みを示したものである。

③“Blueprint for nation-wide surveillance of chronic diseases and associated determinants”

慢性疾患と関連因子を監視するためのシステムの枠組みを示したものである。具体的な行動計画として、「監視のためのネットワークの構築」「既存のデータに基づく報告」「合意に基づく国としての指標の確立」「能力開発」が含まれる。

<ADMAについて¹⁹>

ADMAは、DMに取り組む人々のための情報源として機能する団体であり、Alfred病院(同病院のDMの事例については後述)の援助を受けて運営されている。同病院で在宅ケアに関するリソースセンターを運営するスタッフが、DMに関する調査研究、患者向けサービスにも

¹⁹ 2009年12月1日、ADMAへのインタビュー結果による。

取り組んでいたところ、DMに関する電話での問い合わせが増加した。このような問い合わせに対応すべく、ニュースレター等で数多くの情報提供を行うようになった結果、DMに特化した取組みの重要性が認識されるようになった。さらにVictoria州政府もDM関連の組織の必要性を認識するようになった。このような動きを背景として、2005年にADMAが設立された。

ADMAの設立に際しては、Disease Management Association of America²⁰に倣った部分もあるが、ADMAが提供・運営する論文集、ニュースレター、電子メールによるチャット、朝食ミーティングおよび全国会議は、ADMAのスタッフがかつて在宅ケアに関するリソースセンターにおいて実践したことに基づくものである。

DMに関係する政府系機関、健康保険会社、医療プロバイダー、教育機関等のほとんどがADMAの会員となっている。

Victoria州政府からは、慢性の共存症やメディカルホーム²¹等に関する論文のレビュー依頼を受けることがある。なお、ADMAではDMプログラムをニュースレターや会議で紹介しているが、プログラムの推進や認証は行っていない。

ADMAにおける最近の取組みとして、情報センター(Integrated Chronic Disease Management Online Clearinghouse)によるツールの提供があげられる。これは、地域別にばらば

らのDMサービスが提供されている現状を踏まえて、Victoria州政府からADMAに対して、1つの情報センターでツールを共有できるようにしてほしいという要請があったことによるものである。

IV. 豪州におけるDMプログラムの事例

本章では、豪州におけるDMプログラムの事例として、Melbourne大学のMargarite Vale博士による電話コーチングプログラム“The COACH Program”、McKesson Asia Pacificにおける電話をベースとするDMプログラムおよびAlfred病院における対面型DMプログラムの3例を、現地でのインタビュー結果等に基づき紹介する。

1. “The COACH Program”の事例

Melbourne大学の准教授であるMargarite Vale博士は、The COACH Program(以下、「COACHプログラム」とする。)の開発者であり、同プログラムを提供する会社のオーナーである。同博士は、冠状動脈性心疾患をはじめとする慢性疾患の管理における治療のギャップ(治療のあるべき姿と現状の不一致)を解決するための戦略として、COACHプログラムを独自に開発し、1995年にスタートさせた。以下、現地でのインタビュー(2009年12月2日実施)結果および入手資料²²をもとに、COACHプログラムについて紹介する。

(1) COACHプログラムの概要

COACHプログラムは、科学的に立証された、慢性疾患患者向けの電話によるコーチングプロ

²⁰ Disease Management Association of America は、米国におけるDM関連の事業者・専門家の団体である。Disease Management Association of America, “About Us”(visited Mar.3, 2010) <http://www.dmaa.org/about_us.asp>.

²¹ 医療コストの削減と医療の質の向上を目的として、患者を中心として調整されたプライマリケアの体制。

“Regence: ‘Lean’ Medical Home Model Improves Complex Care” in “Health Plan - Facts, Trends and Data: 2008-2009 - 13th Ed.”, pp.281-283 (Erin Trompeter and Susan Namovicz-Peat eds., Atlantic Information Services, Inc., 2008).

²² 現地インタビュー先で入手した以下の資料を参照した。“The COACH Program – Achieving Your Risk Factor Targets –”, Aug 2009.

グラムであり、豪州のすべての州の公的医療部門、および6つの民間保険会社に提供されている。特に Queensland 州は、「他のプログラムと違ってエビデンスがある」という点を重視して COACH プログラムを採用している。また、COACH プログラムはオランダの民間保険会社 Achmea にも提供されている。

対象疾患は冠状動脈性心疾患、脳卒中・一過性脳虚血発作、末梢血管系疾患、心不全、2型糖尿病、糖尿病前症 (Pre-diabetes)、COPD、血管系疾患のリスクが高い者、糖尿病のリスクが高い者である。

患者に対するコーチの役割は州、保険会社といった利用者側が担うため、利用者は、利用当初にコーチングに関するトレーニングを受けることとなる。

COACH プログラムの利用者は、トレーニング・サポート・評価に関するコンサルティング料、および患者数に応じたライセンス料を支払い、同プログラムを利用する。

(2) COACH プログラムのエビデンス

COACH プログラムに関して、冠状動脈性心疾患の患者を対象とする効果の検証が、以下のとおり行われた。

まず 1996 年から 1998 年にかけて、1つの機関において、無作為抽出により、Vale 博士のコーチングによる COACH プログラムの参加者のグループ (介入群) と不参加者のグループ (対照群) の比較が行われた。比較対象として最重要視されたのは、総コレステロール値であった。無作為抽出の6ヶ月後に行われた測定の結果によれば、介入群は対照群に比べて、総コレステロール値および LDL コレステロール値が有意に低かった。

続いて 1999 年から 2000 年にかけて、6つの

大学病院で、無作為抽出による介入群と対照群の比較が行われた。介入群に対する COACH プログラムでは、Vale 博士の他に4名の看護師、1名の栄養士がそれぞれの大学病院でコーチングを担当した。また、冠状動脈性心疾患のリスクで改善可能なものがすべて比較の対象とされた。6ヶ月間の実験の終了時点で、介入群は対照群と比較して、ベースラインに対する6ヶ月後の改善 (または変化) の度合いについて、以下のような有意差があることが確認された。

- ・総コレステロール値・LDL コレステロール値・体重・BMI の改善度合いが有意に高い
- ・収縮期血圧・拡張期血圧の上昇度合いが有意に低い
- ・総脂質・飽和脂肪・コレステロールの摂取量の減少度合いが有意に高い
- ・食物繊維の摂取量の増加度合いが有意に高い
- ・不安の度合いを評価するための問診のスコアの減少度合いが有意に高い

さらに、6ヶ月間の実験の終了時点で行われた自己評価の結果、介入群は対照群と比較して、以下のような有意差があることが確認された。

- ・健康状態が良好であると回答した者の割合が有意に高い
- ・心的状態が良好であると回答した者の割合が有意に高い
- ・(ベースラインの時点で歩くことが習慣になっていなかった者の中で) 歩くことを習慣づけるようになったと回答した者の割合が有意に高い

(3) COACH プログラムの流れ

COACH プログラムには、以下の2つのフェーズがある。Vale 博士によれば、コーチン

グを受ける患者は概ねアドバイスに従っており、嫌がる患者も、「なぜリスク要因の数値を下げなくてはならないか」について説明を受けると理解を示すとのことであった。

①第1フェーズ：集中フェーズ

コーチが電話または対面でプログラムに参加する患者をリクルートし、ベースラインにおけるリスク要因の測定結果や投薬状況についてのデータを入手する。その後、1-2週間以内に初回の電話コーチングを行う。これは通常40分間のセッションであるが、進行状況によって30分、1時間となる場合もある。その後も定期的にフォローアップのコーチングが行われる。フォローアップのコーチングは1回20分~30分程度で、2ヶ月以上間を置かずに行われる。

毎回のコーチングで、コーチは患者のリスク要因とその目標値に関する知識、および生活習慣の改善や薬による治療に関する知識と実践状況について確認する。もし不十分な点があれば、コーチが患者に目標達成に必要なとされる知識を習得させ、目標達成に必要なとされる治療を受けさせるための教育を行う。またコーチは患者に対して、担当医と設定目標について話し合うよう促すとともに、次回セッションまでに達成されるべき目標を設定する。このようなプロセスが、目標達成に至るまで繰り返される。患者には各回の電話コーチング後、アドバイスされた内容や目標達成状況をまとめた文書が送付される。

なお、第1フェーズの期間は通常6ヶ月である。

②第2フェーズ：維持・再発防止フェーズ

第2フェーズは任意実施であり、第1フェーズで患者がリスク要因に関する目標を達成した

後もその状態を維持していくことを目的として行われる。コーチが6ヶ月ごとに患者をモニタリングし、リスク要因の数値が悪化した場合には、目標値まで戻すようコーチングが行われる²³。

《図表8》は、以上のCOACHプログラムの流れのベースとなるコーチングのサイクルを表したものである。すなわち、目標達成に至るまで、このサイクルが繰り返し行われる。

(4) COACH プログラムで用いられるソフトウェア

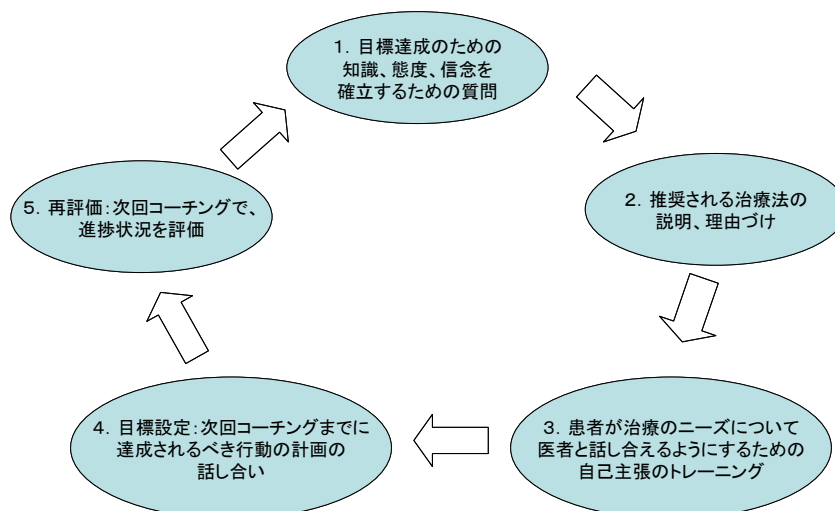
COACH プログラムで用いられる Web ベースのソフトウェアは、コーチングに関する以下のような様々な機能を備えている。

- ①患者リクルートの管理—電話によるやり取りの詳細、募集文書、同意書
- ②患者の詳細情報の記録—(年齢、性別等)人口学的データ、病歴、リスク要因
- ③コーチングのセッションのスケジューリングと記録—電話のスケジュール、成果、患者と医師向けの文書
- ④口頭によるコーチングの文書化、関連するリスク要因のチャートの作成—ベースラインのリスク評価、中間評価、最終評価
- ⑤統計(評価)および管理に関するレポート
- ⑥維持・再発防止フェーズにおける管理
- ⑦データやシステムの機能へのアクセス制御のために、複数のアクセス権限レベルを設定

このソフトウェアにより、「何人が参加」「何人がドロップアウト」「何人が目標達成」といっ

²³ なお、Victoria 州における 656 人の患者を対象とした最近の研究を通じて、COACH プログラム終了の 18 ヶ月後においても、心臓血管系疾患のリスク要因の改善、および推奨される服薬の遵守が持続していることが確認されている。

《図表8》COACH プログラムにおけるコーチングのサイクル



(出典) Melbourne 大学の Margarite Vale 博士へのインタビュー調査における以下の入手資料より損保ジャパン総合研究所作成。『The COACH Program – Achieving Your Risk Factor Targets –』, Aug 2009.

た項目を個々の COACH プログラム別、医療機関別、全体といった切り口で分析できる。

また、ソフトウェアは一般に6ヶ月ごとにアップグレードが行われる。具体的にはコーチがより使いやすいように、提供する情報の充実、患者向け文書作成の簡易化のような効率性の向上のための対応が行われる。特定の疾患の管理に関するガイドラインの変更で目標値の変更が必要になった場合は即時にアップグレードを行い、投薬の情報も毎月更新される。

(5) 今後の課題

Vale 博士は、確固たるエビデンスに基づき15年の実績を有する COACH プログラムの開発者として、効果が実証された DM プログラムを用いることの重要性を他の人々に知ってもらうことを課題として捉えている。さらに同博士は、エビデンスに基づく DM プログラムだけを用いることが極めて重要であり、DM プログラムを展開する前に、綿密な調査が行われるべきであると考えている。

2. McKesson Asia Pacific の事例

McKesson Asia Pacific (以下、「McKesson 社」とする。)は、豪州、ニュージーランドにおいて、自社のコールセンターを用いた、電話による質問やコーチングをベースとした DM プログラムを提供している。以下、現地でのインタビュー(2009年12月3日実施)結果をもとに、McKesson 社が提供する DM プログラムの内容について紹介する。

(1) McKesson 社における DM プログラムの目的

McKesson 社は、自社の DM プログラムの目的として、以下の点を指摘している。

- 患者に対し、自身の症状についての知識と自覚を深めさせる
- 動機づけに基づく行動支援プログラムを用いて、患者の自己管理の取組みを促し、健康状態を改善する
- 慢性疾患や精神疾患によるヘルスケアサービスの利用およびコストを削減する

(2) McKesson 社が提供する DM プログラムの流れ

McKesson 社では、DM プログラムの対象とされた患者に対して、プログラムへの加入の意思があるかどうかの確認が電話で行われる。その後、加入に同意した患者に対して、電話により総合的かつ臨床的な評価が行われ、その結果によって、患者が3つのリスクレベルのいずれかに分類される。

続いて患者に対し、自己管理と行動変容の原則に基づき、その患者の症状に関するコーチングと教育が行われる。主なテーマは、生活習慣の諸要因（食事、運動、禁煙等）、服薬遵守および必要とされる検査の受診である。

DM プログラムは通常 12 ヶ月間継続されるが、結果によっては、2年目も継続されるケースがある。

(3) DM プログラムの対象となる患者について

McKesson 社の DM プログラムが主に対象とする疾患は、COPD、心不全、糖尿病、冠状動脈性疾患、喘息、メンタルヘルス関連の疾患である。同社は、顧客である州政府や民間保険会社が、DM プログラムの対象としてリストアップした患者を、できるだけ多く加入させるよう努力している。同社は現在のところ、リストアップされた患者の 50%~60%の DM プログラムへの参加を実現させている。

(4) 業務運営について

McKesson 社では、正看護師、ソーシャルワーカー、心理学者といったさまざまな医療スタッフが、電話による DM プログラムおよびメンタルヘルスプログラムを提供している。同社は豪州に4箇所（シドニー、メルボルン、アデレード、パース）、ニュージーランドに1箇所（オー

克蘭ド）のコールセンターを有しているが、実際には同社の医療スタッフの約 80%は自宅で電話対応をしている。

雇用されたすべての医療スタッフは、業務開始に先立ち同社が定めるトレーニングプログラムを受講するとともに、その後雇用されている間においても継続的にトレーニングを受ける。同社の DM プログラムでは、それぞれの医療スタッフが、通常 250 人~300 人程度の患者を管理している。

医療スタッフの業務遂行状況はモニタリングされる。また提供する DM プログラムの質の確保の観点から、医療スタッフと患者の会話は録音されるとともに、スーパーバイザーにより随時点検される。また、録音内容は 20 年間保管される。

医療スタッフは電話での会話中でも、スーパーバイザーにアドバイスを求めることができる。スーパーバイザーは、医療スタッフが患者への電話を何回行い、どのくらいの時間話したかについて、完全に把握することができる。

なお、医療スタッフには、パートタイムで勤務しつつ、他の公的または民間の医療機関にも勤務する者が多い。

(5) DM プログラムにおける意思決定のためのソフトウェア

McKesson 社は、DM プログラムを運営する医療スタッフのための意思決定ツールとして、Care Enhance Call Center（以下、「CECC」とする。）という専用のソフトウェアを用いている。CECCにより、医療スタッフはどの患者が臨床的評価またはコーチングの電話を必要としているか、また、それぞれの患者へどの時間帯に連絡するのがよいかを確認できる。

まず医療スタッフは、通常1時間をかけて、

CECC による体系化された詳細な臨床的評価を行う。この際、例えば心臓病患者については、その患者の全体像を把握するために、心臓病だけでなくそれ以外の領域に関しても質問する。心不全の場合の評価は、病歴（投薬内容とその遵守、検査値、心臓病歴に関する問診の結果等）、共存症、ヘルスケアサービスの利用、心理社会的要因（メンタルヘルス、生活環境等）、自己管理の取り組みおよび患者自身の目標から構成されている。臨床的評価を1回の電話で完結するのに十分な時間が患者側にない場合には、数回に分けて評価を行うことも可能である。

質問に対する回答を踏まえて、CECC は患者を低リスク・中リスク・高リスクの3つのリスク区分のいずれかに分類する。このような階層化は、McKesson 社が採用する最新のエビデンスに基づく基準にしたがって実行される。

階層化と臨床的評価の結果に基づいて、患者ごとにコーチングの電話の回数、電話の頻度、およびテーマが決定される。コーチングでは、症状に関する知識や自覚、生活習慣の諸要因、服薬遵守、および定期的な検査の受診の中で、明らかに不十分であると認められる領域に重点が置かれる。

(6) DM プログラムの効果

McKesson 社の DM プログラムおよびメンタルヘルスのプログラムに関して、数多くの無作為抽出試験が行われ、統計的に有意な効果が示されている。例えば、豪州の保険会社 Medibank Private が、同社の健康保険の加入者向けに、McKesson 社と契約することにより、*betterhealth On Call* と称される電話による DM プログラムを提供しているが、この *betterhealth On Call* を通じて、医療資源の利用および医療コストの削減が実現されている。

(7) Web ベースのプログラム

前述の電話をベースにした DM プログラムとは別に、予防に主眼を置き、健康と生活の充実を目的としたプログラムが、Web ベースで提供されている。このプログラムは、健康教育や、食事、運動、禁煙等の生活習慣改善プログラムといった、DM プログラムの数多くの要素を含んでいる。実際にこのプログラムは、企業、民間健康保険会社、政府が費用を負担して、それぞれ従業員、加入者、一般市民に無料で提供されるケースが多い。

Web ベースのプログラムは、DM プログラム同様、加入手続き、初期評価、リスクの階層化、個別のプログラム設計、コーチングという手順で進められる。またこのプログラムは多くの場合、慢性疾患の発症リスクを有する患者の特定に用いられ、リスクありと特定された患者は、Web ベースのプログラムと電話による DM プログラムの双方を組み合わせた積極的介入の対象とされることもある。

<電話・CECC を用いたトリアージのプログラム“Health Advice”>

McKesson 社は、上述の DM プログラムの他に、トリアージプログラム“Health Advice”を提供している。Health Advice においても、CECC が利用されている。Health Advice は、患者からの健康に関する問い合わせに対してアドバイスを提供することにより、患者が適切なタイミングで医師の診察を受け、適切な水準のケアを受けられるようにするためのゲートキーパーとして機能する。

豪州では連邦政府・州政府が、ニュージーランドでは連邦政府がこのプログラムの費用を負担し、国民が無料で利用できるようにしている。このプログラムにおいて、McKesson 社は年間

200万件近い問い合わせを受けている。

CECCには400以上の症状についてガイドラインが組み込まれており、問い合わせに対し、その患者に最も適したガイドラインを当てはめることができるようになっている。

Health Advice において、正看護師は患者から問い合わせを受けると、まず患者の氏名、住所、電話番号を確認し、その患者の症状や必要とするアドバイスに基づいて、体系化された一連の質問を行う。

質問は重い症状に関するものから順に行われる。患者は質問に「はい」または「いいえ」で回答し、患者が最初に「はい」と回答した時点で、問い合わせを受けた正看護師は CECC によって適切な解決策を確認することができる。すなわち CECC では、その患者に推奨されるべき対応が、「Warm Transfer（患者から McKesson 社への問い合わせの電話は切らずに、すぐに同社の医療スタッフが救急車のサービスに連絡する）」「すぐに救急科に行く」「4時間以内に医師に診てもらおう」「24時間以内に医師に診てもらおう」「72時間以内に医師に診てもらおう」「自宅で、自分でケアをする」の中からエビデンスに基づくガイドラインに従って1つ選択され表示される。CECC には医療プロバイダーのデータベースが組み込まれており、問い合わせを受けた正看護師は、患者に最寄りの最適な医療プロバイダーを紹介することができる。

さらに CECC により、正看護師は患者に対して、その症状に応じた適切な健康教育を行うことも可能である。

(8) 今後の重要課題および計画

McKesson 社は自社の DM プログラムにおける重要な課題として、最高品質のプログラムの

提供を通じて、保険会社にとっての費用対効果、また、求められる投資収益率の確保に必要な効率性を実現することを指摘している。この課題に対処するため、McKesson 社は、トレーニング、(意思決定のためのソフトウェアやガイドラインの見直し等を通じた) 医療スタッフによるサービスの品質の向上、人員の計画・管理、および技術・インフラに重点的に投資を行うとともに、質の高い医療スタッフの採用・維持を重要視している。

また McKesson 社は将来、サービス提供の手段として現行の電話、Web に加えて、スマートフォンや在宅モニタリング機器を導入し、複数の手段による患者との相互連絡や、患者の状態に関するリアルタイムに近いデータの収集・把握を実現したいと考えている。

3. Alfred 病院における対面型 DM プログラムの事例

Melbourne にある Alfred 病院は、その外来に、DM を担当する部門 (Disease Management Unit. 以下、「DMU」とする。) が設置されている。以下、現地でのインタビュー (2009年12月2日実施) 結果をもとに、Alfred 病院の DMU で行われている DM プログラムについて紹介する²⁴。

(1) Alfred 病院における DM プログラムの概要

Alfred 病院における DM プログラムの対象となる患者は以下に述べるが、これらの患者は高度なケアを必要とし、それぞれの患者の疾患に合った介入を行う必要があることから、専門医に加えてケアコーディネーター、薬剤師、医

²⁴ Alfred 病院における DM プログラムの事例を紹介した邦語文献として、森山美知子編著「新しい慢性疾患ケアモデル—ディージェーズマネジメントとナーシングケースマネジメント」(中央法規、2007年)、pp.176-179がある。

療補助者（作業療法士、理学療法士等）が介入し、患者と頻繁に対面してアセスメントを行うとともに、自己管理を促す形で行われる。同病院は、電話やITによるDMは対面型のDMを補完することはできても、対面型のDMに取って代わることはできないと考えている。

なお、ケアコーディネーターは、急性期病棟の経験がある3人の看護師が務め、患者および地域のGPの窓口となっている。彼らは500人の患者を管理しており、予約の管理、医療を提供するプロバイダーとの情報共有、診療所の運営を行っている。

（2）DMプログラムの対象となる患者について

Alfred 病院におけるDMプログラムは、高齢で複数の疾患にかかっており、何度も入院している者をターゲットとしている。彼らの多くは1人暮らしで英語を母国語としておらず、民間保険に加入していない。主な対象疾患には、心不全、虚血性心疾患、冠状動脈性心疾患、COPD、糖尿病、慢性腎不全、認知症等老年期の疾患、関節炎が含まれる。

患者は急性期病棟や救急外来、GPからDMUに紹介される流れになっているが、実際にDMプログラムに参加する患者の95%は、入院先から直接紹介されて参加している。また上述のように何度も入院している患者をターゲットとしていることから、頭痛や高血圧といった一般的な外来診療の患者の受け入れは行っていない。

DMプログラムに参加する患者の10%については、社会的困難、言葉の問題、認知症のような老年性の問題、体が動かさない、といった問題を抱えているため、ケアコーディネーターだけでなくケースマネジャーも参加する。また、DMプログラムに参加する患者の30%は、自らが罹患している疾患の中に糖尿病が含まれている。

（3）実際の介入について

まず、ケアコーディネーターが患者の血圧等のチェック、利用している社会的サービスについての面談を通じた確認を行うとともに、投薬リストも正確にチェックしていく。そこで必要と判断された場合には、患者を自己管理プログラムに登録して、地域のサービスを紹介する。また大部分のケースでは、薬剤師が患者の家に外向いて、患者と面談を行っており、これにより正確な投薬の実行が図られ、変更の記録がなされる。また、喘息の吸入器のような機器の使用法の指導も行われる。

続いて専門医が医学的な問題を特定し、地域のGP向けにマネジメントプランを作成するとともに、必要とされるケアの調整について報告する。マネジメントプランの作成に際しては、投薬調整の必要性も考慮される（例：心臓、腎臓の双方に疾患を有する患者の薬の飲み合わせの問題）。マネジメントプランを作成した専門医は、次回いつ診察するのが適切かを病状によって決めるが、多くの場合は毎週、3ヵ月毎といったように定期的に診察が行われている。外来診療で病気がうまく管理できていない場合は、病状が深刻化する前に入院させる措置をとることで、入院期間の短縮、医療コストの低減が図られる（特に心臓疾患の場合）。

（4）患者支援について

Alfred 病院におけるDMプログラムでは、患者支援のためにニュースレターやサポートセッションが提供され、ケアコーディネーターがニュースレターの作成・サポートセッションの運営を行っている。

ニュースレターは一般的な内容となっており、特定の患者の健康管理に関する情報を提供するものではない。Alfred 病院は、ニュースレター

に掲載される内容の例として「特定の症状の人向けの献立の提案」「むくみがある人たちへの回答」「実施中のプログラムの内容(例:禁煙、自己管理。特に英語ができない者の参加を促すための広告として掲載される。)」を挙げている。

サポートセッションは概ね月1回、少人数の患者で行われており、患者のエンパワメントの方針に基づいて行われる。自己管理の問題は不安、うつ、エネルギーの維持、栄養に集約され、専門家が患者にこれらの点に関してエンパワメントの方法を指導する。例えば、睡眠の専門家が入眠の方法を教えたり、GPが医師に質問する方法を教えたりする。また、患者が専門家と1対1で対話することも可能である。

(5) DMプログラムの効果について

Alfred病院は、入院件数、救急病棟へ搬送された回数、および入院期間に関しては、概ね30%~50%減少しているということが示せるであろう、との見方を示している。一方同病院は、DMプログラムの効果を正しく評価するには、介入前後のかなり長期にわたる多くの時点におけるデータが必要であり、その期間は例えば6ヶ月、12ヶ月、2年では不十分である、と指摘している。また同病院は患者のQOLの評価にSF-36²⁵を用いているが、明確な結果を得ることができておらず、別途満足度アンケート

²⁵ SF健康調査票は、健康関連のQOLを測定するための、科学的な信頼性・妥当性を持つ尺度であり、米国で作成され、国際的に広く利用されている。SF健康調査票には、最初に開発されたSF-36のほか、その短縮版であるSF-12やSF-8がある。SF-36は、身体機能、社会生活機能、心の健康等8つの健康概念を測定するための複数の質問項目から成り立っている。SF-36[®]ホームページ (visited Mar.11, 2010) <<http://www.sf-36.jp/>>.

を患者とGPに対して行っているとのことであった。

(6) 今後の課題

Alfred病院は今後の課題として、リソースが限られている公的医療において、以下のようなことを可能とするITのプラットフォームが必要であると指摘している。

- ・患者とのコミュニケーション
- ・情報共有
- ・ガイドラインに基づく管理
- ・定期的な検診のお知らせ
- ・自らが提供するサービスの分析、監査

V. おわりに

本稿では、医療費支出の推移や公的医療保障制度等を踏まえて、豪州におけるDMについて、政府による施策および3つのDMプログラムの事例を中心に概観した。特に3つの事例からは、豪州のDMプログラムが電話や面談をベースに行われている現状が見受けられ、今後の課題として、インターネット・携帯電話等のITの活用等が指摘されている。また、エビデンスに基づくDMプログラムが重要であるとの指摘もある。

豪州におけるDMが、このような課題への対応を通じて、どのようにより質の高いものとなり、普及し、効果をあげていくのか、今後も注視していくこととしたい。