

## 挿し込み 4.1

### さまざまな優先順位策定への取り組みの比較

特 質	エッセンシャル・ナショナル・ヘルス・リサーチ・アプローチ	アドホック・コミッティー・オン・ヘルス・リサーチ・アプローチ	アドバイサリー・コミッティー・オン・ヘルス・リサーチ・アプローチ	グローバル・フォーラム・コンバインド・アプローチ・マトリックス
1. 優先順位策定の目的	公平性に基づいて健康と発展を推し進める。  投資の決定をする際に、決定権者が合理的な選択をするのに役立つ。	一定の投資に対して、疾病の重篤度が最大限に減少される（回避された DALY の年数で計算されるのだが）ように、決定権者が投資の決定をするに際して合理的な選択ができるよう支援する。 (訳注：DALY についてはこの表 4 の(ii)、第 4 節 1 の(a)に説明がある。)	全地球的な健康にとって非常に重要な問題、すなわち、人口変化の型、都会化、環境、食物と水の欠乏、伝染病の新発生と再発生に取り組む。	一定の投資に対して、疾病の重篤度が最大限に減少される（回避された DALY の年数で計算されるのだが）ように、決定権者が投資の決定をするに際して合理的な選択ができるよう支援するが、これは、保健医療研究での優先順位策定の実践的な枠組み（挿し込み 4.8 で提示されているひな型）に基づいて行なわれる。
2. 全地球的、あるいは、国のレベルでの焦点は？	国レベルで状況分析に焦点がおかれる。したがって、それ以外の問題は全地球的レベルで研究される。	地球レベルでの状況分析に焦点を当てる；方法はまた国レベルでも適用可能。	“重要で” “全地球的な” 問題に優先するものが、“有無を言わせぬ” 注目を要求する。	方法論は、全地球レベルと国レベルの両方で適用できる。
3. 戦略／根本方針	利害関係者すべてによって決定された優先順位。  優先順位策定の手続きは、反復可能で、透明性がなければならない。  取り組みは、多くの専門分野に亘るはずである。	5 段階の手続き  手続きは透明性がなければならない。	優先順位は、利害関係者すべてにより決定されるべきである。  手続きは、透明性があり、相対的でなければならない。  多くの専門分野に亘る取り組み。	優先順位は、利害関係者すべてにより決定されるべきである。  透明性があり、反復可能な手続き。  取り組みは、多くの専門分野（生物医科学、公衆衛生学、経済学、環境科学、教育学、社会学、行動科学）に亘らなければならない。
4. 優先順位策定ための基準				
疾病負担	疾病の重さと広がりの評価に基づいて	DALY（それぞれの病気で健康な生活が失われた年数）によって測る	全地球的にみてもっとも重篤とおもえる問題に資金を配分する	DALY（それぞれの病気で健康な生活が失われた年数）、あるいは、ほかの適切な指標によって測る
疾病負担を決定する要因の分析	多くの専門分野（生物医科学、経済学、社会学、環境科学など）に亘る決定要因の分析	たいていは生物医科学的な決定要因の分析  ほかの決定要因は表面に出ていない	多くの専門分野（生物医科学、経済学、社会学、環境科学など）に亘る決定要因の分析	以下の治療処置レベルでの決定要因の分析 －個人／家族／共同体 －健康省と研究施設 －健康の、他の部門 －政府のマクロエコノミー上の政策
（事前に計画された研究から生まれた）治療処置の費用効果性	重さ、および／あるいは、広がりを与える影響からみた測定、若干の試み	一定の費用のためにとって置かれた DALY に関して測定される費用効果	費用効果の分析にそれとなく言及	一定の費用のためにとって置かれた DALY に関して測定される費用効果

## 挿し込み 4.1

### さまざまな優先順位策定への取り組みの比較〔続く〕

特 質	エッセンシャル・ナショナル・ヘルス・リサーチ・アプローチ	アドホック・コミッティー・オン・ヘルス・リサーチ・アプローチ	アドバイサリー・コミッティー・オン・ヘルス・リサーチ・アプローチ	グローバル・フォーラム・コンバインド・アプローチ・マトリックス
4. 優先順位策定ための基準 (続く)				
公平性と社会正義に与える影響	(直接的には基にされていないが) ENHR の取り組みの中での中心的な基準。	貧しい者と富める者のためにとって置かれた健康な生活の年数に置かれた同じ重点 (直接的にはまだ測られていない公平性に与える影響) に基づいた、内在的な公平性志向。	VHIP の中の多くの指標が、貧しいほうの人々の状況に注意を向けさせる。	貧しい者と富める者のためにとって置かれた健康な生活の年数に置かれた同じ重点 (直接的にはまだ測られていない公平性に与える影響) に基づいた、内在的な公平性志向。
倫理的、政治的、社会的、文化的受容性	この基準は、程度に違いはあるけれど、さまざまな取り組みの中に、明示的に (特に、ENHR の取り組みの中で)、あるいは、非明示的に、存在している。			
解決策を見出す見込み	ENHR の取り組みの中で明確に述べられている。	費用効果分析の一部 (ステップ 4)	明示されていない。	費用効果分析の一部。
提案された研究の科学上の質	あらゆる取り組みでの前提条件。			
実行可能性 (人的資源、資金、設備の入手可能性)	ENHR の取り組みの中で明確に述べられている。	明示されていない。	明示されていない。	実現可能性は、基準のリストの一部になっている。
能力強化への貢献	ENHR の取り組みの中で明確に述べられている。	述べられていない。費用効果分析の中に統合しうる。	述べられていない。統合しうる。	費用効果分析の中に統合できる。
5. 決定的な問題と優先順位を探る分野	各国の状況次第となる。	伝染病、栄養不良、妊婦/子供の不健康 抗生物質耐性による伝染病の新発生と再発 (TB, STD, HIV/AIDS, マラリア) NCD と傷害の増加 保健医療サービスを届ける際の不公平と非効率。	伝染病、すなわち、TB、ワクチン予防のできる小児病、STD、HIV/AIDS、熱帯病、妊婦と子供の健康。 非伝染性の疾病、すなわち、循環器系疾患、糖尿病、がん、傷害、精神障害、薬物乱用。 保健医療政策とそのシステム。 環境、栄養状態、行動態様	保健医療維持システム研究 (保健医療維持システムの効率と公平性) 子供の健康と栄養状態 (下痢、肺炎、HIV、マラリア、ワクチン予防のできる病気、栄養失調、TB) 妊婦の健康と生殖の健康性 (死亡率、STD と HIV、栄養状態、家族計画) 非伝染病 (循環器系の、精神の、神経の疾病) 傷害
6. 遂行するための手段	国家の、必須の、保健医療研究計画	国際的な保健医療研究に投資する人のためのフォーラム 国の日程表 公/私の協力	準備中	優先順位策定のための分析作業 優先さるべき疾病のための研究ネットワーク (の主導権) 『10/90』ギャップを埋めるのに役立つ、参加者の年次会合

(b) COHRED によって各国の活動に与えられた支援の経過は、挿し込み 4.2 に列挙されている。

### 3. 地域とその下位地域との協力

地球的レベルと国レベルとの連携における媒介としての役割を担う地域の仕組みの創出は、国レベルの集中的な支援の強化に不可欠なものとなりつつある。地域とその下位地域のネットワークに対して与えられる COHRED の支援は、該地域に属する諸各国の保健医療研究活動の舵取りを効果的に行なう際の触媒として重大な役割を担う。選出された地域のヘルス・リサーチ・フォーラムズは、第3章（計画上のアフリカン・ヘルス・リサーチ・フォーラム）に記載されている。下記のは、地域支援の最近の進捗状況の例である。

#### 東地中海／中東

東地中海／中東地域を対象とする非公式の協議会が、テヘランで開催され、優先順位の策定、機

能の調査、受け入れ能力の拡大のための ENHR の適格性等々が協議された。地域ネットワークが構築されれば、国の保健医療研究システムにおけるさまざまな局面に関する情報の共有化が容易となるばかりでなく、共同事業の訓練、立案、実施、そして、課題点を論じる定期的な会合の開催等々を通して、国のネットワークづくりもまた促進される。

#### フランス語圏のアフリカの ENHR の合同会議

フランス語圏のアフリカ諸国、6ヶ国（ベニン、ブルキナファソ、カメルーン、コートジボアール、ギニア、マリ）の派遣団が、ブルキナファソのワガドゥグで会合し、国の発展、ENHR 戦略の遂行のための将来の計画、保健医療研究一般の発展等々について論議した。このグループは、調査研究と入手可能な健康情報との間の隔たりを明確にできる研究の大略を開発しようとしている。

## 挿し込み 4.2

### COHRED の最近の国レベルの支援

2001年には、COHRED は、優先順位の策定、協力のネットワーク作り、研究能力を発展させる国の作業を技術的、財政的に支援することに目覚しい成果を記録した。選んだ国の概略は以下のとおりである、すなわち、

#### マリ：保健医療システムを発展させるための保健医療研究優先順位の策定

マリでの保健医療研究優先順位策定事項に関する初めての国のワークショップが、2001年8月に開催され、主に2つの理由でユニークな機会を提供した。すなわち、(i) マリで保健医療システムを発展させる際の保健医療研究の社会性が初めて認識された。(ii) 国内および国際的なパートナーが参加した諮問協議会が、マリの人々の健康を改善するために、長期にわたる決定事項と行動の、基本的な価値観と根本方針に基づいて保健医療研究における優先順位の策定を明確化し始めた。

地域とその下位地域レベルでの対話に基づき、保健医療問題の中にあるさまざまな優先事項が突き止められた。その結果、伝染病のコントロールから、健康を配分するシステムをより効果的で能率的にする必要性に至るまで、広範な選択肢を含んだ優先事項の一覧表ができていく。

#### ガーナ：情報説明を受けた上での決定作業—健康政策の必要条件

ガーナの健康省の健康研究グループは、健康政策決定過程で情報と意思の伝達の必要性の研究に取り組んだ。研究の目的は、次の3つであった。すなわち、(i) 健康問題の専門家、健康政策の決定者、健康研究者が情報を求める背景を評価すること、(ii) 彼らが接近できる情報源のタイプを検証すること、(iii) 健康研究から生まれた情報の利用に影響を与える要因を明示すること、であった。興味を惹かれる発見は、決定を下す過程で研究情報の社会性を認識することと、政策の公式化の基礎として研究を限定的に利用する、あるいは、まったく利用しないこととの間のパラドックスであった。さまざまな回答者によって報告された理由は、以下のものである。すなわち、政策決定のための適切な研究が存在しないこと、研究の結果を入手できないこと、入手できるのにデータと研究結果に近づけない困難さである。

## 挿し込み 4.2

### COHRED の最近の国レベルの支援〔続く〕

#### カメルーン：優先事項決定の過程

カメルーンは、国の健康研究の指針を決定する取り組みに携わっている。ヤウンデで立ち上げられたプロモーション・アンド・アドヴォカシーのワークショップの勧告に基づいて、3つの作業グループが作られて、優先事項決定作業が行なわれた。研究の目的は、以下のものと説明されている。すなわち、(i) 国に特有な健康問題を突き止め、この問題を処理するための行動計画を設定し、評価し、そして、国にとって最優先のものとなる全地球の健康問題に取り組むために新たな知識と方法と技術を見出そうとする、国際的な取り組みに参加すること、(ii) 人々のうちでもっとも脆弱なグループ（女性、子供と貧しい人々）の必要とするものをかなえるために、寄付者が健康に金を出すのと同じように、最優先事項に資金を分配するようにすること、と。データの収集は、2002年に行なわれることになっている。

#### マラウィ：国レベルでの健康優先事項の明確化

マラウィの健康、人口省の中に研究グループが立ち上げられて以来、マラウィ政府はますます健康問題に関わるようになっていく。マラウィには健康研究の推進には障害となるものがあるがゆえに、この研究グループは、ENHRの戦略に基づいた、国の健康研究計画を開発することを目標にした、3日間のワークショップを開催した。具体的な目標は、以下のものである。すなわち、(i) 健康研究優先事項の範囲を確定すること、(ii) マラウィで健康研究を推し進めていく方法を論議すること、(iii) 健康研究問題に関わる利害関係者の間で合意を形成すること、である。広い範囲の参加者が関わった議論と、COHREDが開発した優先事項決定の方法論の適用とに基づいて、このワークショップは、健康研究の優先事項の、暫定的なリストを作った。

#### パキスタン：健康研究計画の準備と ENHR の戦略の遂行

2001年、パキスタンの医学研究会議（PMRC）は、開発中の健康研究の役割を詳細に議論し、国の発展のために健康研究を推進する、この会議の役割を明確にするために、優先事項決定のためのセミナーを立ち上げた。参加者は、健康省、科学省、技術省、計画は、個人であった。議論の間じゅう繰り返し出た重要なテーマは、パキスタンでの健康研究環境を改善するためには能力の開発が必要だということであった。セミナーの参加者たちが達した結論は、優先順位決定の手続きは、根拠と国のデータで裏付けられていなければならないというものであった。それ以外の課題は、参加者たちが指摘したのだが、パキスタンでは、そうした情報の質と量の両方の点で不適切ということであった。

#### チリ：国の健康研究の強化に向けての戦略的方向付け

2001年、チリの健康省とナショナル・カウンシル・オブ・リサーチは、国の健康研究戦略の必要性に取り組むために、セミナーを組織した。セミナーは、チリの健康問題に広がっているさまざまな問題に取り組んだが、こうした問題は、技術的、科学的研究を必要とし、健康省、大学、個人、議会のような、さまざまな利害関係者の間で合意形成手続きを必要とする。セミナーの間に取り上げられた別の問題のひとつは、生物医学、臨床医学、公衆衛生学、社会学の分野での技術的、科学的研究能力から見て、健康研究のための人材が手に入るかどうかの議論であった。セミナーが明確にしたのは、国の健康研究戦略を明らかにする過程で論じられた、以下の問題であった。すなわち、(i) チリでの健康研究のための人材を形成するために必要とされる、国の健康政策の類型、(ii) 国の健康研究のために採用さるべき、資金政策のガイドライン、(iii) 健康における不公平を減らすのに必要な健康研究政策の類型、であった。

## 第4節

### 優先順位策定のための5段階方式、最近の進捗状況 (保健医療研究に関する特別委員会 (アドホック・コミティ・オン・ヘルス・リサーチ) の取り組み)

1996年の報告書において、特別委員会は、5段階方式(挿し込み 4.3)を提案した。これは、政策立案者に対してその利用を要請する、より合理的で透明度の高い決定<sup>6</sup>を行なうためのツール(手段)である。

5段階方式は、最大限の人々の健康に最大限の影響を与えるために、膨大な数に上る研究企画に対して、いかに効果的かつ能率的に限られた資金を配分すべきか、という重要な問題に対するひとつの回答であった。

この節の目的は、特別委員会によって優先順位策定のために提唱された5段階のそれぞれの最近の普及状態を検証することにある。

#### 1. 疾病負担の大きさ(ステップ1):最近の進展と課題

##### (a) 進展

疾病負担の大きさ(Magnitude of the disease burden)は、ある人口集団での罹病率と死亡率の度合いを示す重要な尺度である。この尺度は、健康状態を定量的に評価する根拠に基づいた情報を利用する。該情報は疫学や人口統計学を包摂する公衆衛生分野に依存することになる。

ある人口集団の健康を要約的に示す尺度は、ある人口集団の健康状態を単一の数字で表すため、死には至らなかった結果と死亡率に関する情報とを結びつけた尺度である。こうしたタイプの共通尺度の指標として、障害調整生存年数(DALYs)が、グローバル・バードン・オブ・ディジーズ・

スタディ<sup>7</sup>で利用されている。DALYは、健康ギャップの尺度であり、1 DALYは、健康を失った生活の1年を意味する。そして、疾病負担の大きさは、誰もが病気と障害のない老年に達することができるという理想状態と現在の健康状態との間のギャップを測るものと考えられている。

特定の介入効果を評価するために開発された他の共通尺度として、QALYs(質調整生存年数)、HEALYs(健康生存年数)における経年変化、DALE(障害調整平均余命)としてのDALYs、およびHALE(健康調整平均余命)などがある。QALYsとDALYsとの異同は、QALYが生活の質に重点を置いて調整された期間であり、(例えば、ある人口集団や介入後に)観察された生存年数の流れを測るために使われることがあるのに対し、DALYは、理想的状態において期待できる平均寿命を基準にして、ある人口集団にとって健康な生活が失われた年数を計算するのである。HALEは、年齢別死亡率と平均的健康状態とに基づいて計算された統計的概念であり、特定の母集団の健康余命の経年変化を捉えるのに有効性をもつ。

要約的な尺度は、独自の意味を持った応用が可能である。(挿し込み 4.4)

WHOは、現在、2000年に向けて、グローバル・バードン・オブ・ディジーズ(GBD)の事業を遂行しているところである(挿し込み 4.5)。GBDは、疾病、傷害、およびリスク要因の膨大な疫学的推計値を集め、DALYを共通尺度として利用しようとしている。GBDの第1の目標は、広い範囲

<sup>6</sup> アドホック・コミティ・オン・ヘルス・リサーチ、保健医療研究と発展への投資、WHO、1996年9月

<sup>7</sup> C.J. マレーとA. ロベス、グローバル・バードン・オブ・ディジーズ・アンド・インジャリー、第1巻、WHO、1996

の疾病、傷害、およびリスク要因に関する比較可能な、有効で信頼できる疫学的な情報を開発することである。

## (b) 課題と更なる研究

### (i) 状況の流れの上での測定

各国において疾病負担の大きさの測定を明確化することに進歩がみられたにも関わらず、社会的、文化的、環境上の要因が異なる状況の中で、ある病気の深刻さにどんなふうに影響を与えるのかを評価する場合に相対的なずれが存在するようになっている。このように状況の流れを考慮に入れないことは、グローバル・フォーラムの資金提供を受けている研究が脚光を浴びる<sup>8</sup>とき、重要な含みを帯びてくる。質的、および、量的な手法を使って、この研究は、健康の二つの条件（癲癇と対麻痺）がさまざまな状況で暮らしている人々に与える影響を検証した。状況は、国（オーストラリアとカメルーン）によっても、また、環境（都会と田舎）によっても異なっていた。性と社会経済的な状況の影響も検証された。当事者たちは、さまざまなテストとインタビューを完全にや

り遂げた。

質的および量的手段の双方は、オーストラリアの、対麻痺をもった人々は、カメルーンのそうした人々より暮らし向きが良いことを明らかにした。一般にカメルーンでは、特に、その地方では、基幹施設が存在しないことが、対麻痺を扱うのを極めて困難にしていた。実を言えば、カメルーンでは、対麻痺は一般に命取りと考えられている。オーストラリアの施設はこの病気をうまく処理するのを容易にした。その上、経済的に暮らし向きのいい当事者たちは、自分の生活の質を改善するのに必要な装置とサービスを購入できることは明白であった。

この研究は、より広い生活の質、つまり、福祉を測定することとは区別される、健康（人口集団の中での健康の平均的水準を数量化しようとするDALYのような尺度を使う）の要約的な測定を強調する。疾病の諸条件が発現する状況を無視すれば、健康に関して今存在している不平等をなおいっそう強めることになりそうである。

## 差込み 4.3

### 健康研究に関する特別委員会によって提案された5段階の手続き（1996）

#### ステップ 1 重さ（疾病負担）

早発性の死、罹病率、廃疾により失われた健康的な生存の年数として病気の重さを測る。DALY（障害一補正された生存年数）のような要約的な尺度が、重さを測るのに使える。（ただし、ほかの方法も同じように使える）

#### ステップ 2 決定要因（危険要因）

病気がしつこく残る原因となる要因（決定要因）、例えば、健康状態についての無知、治療手段がないこと、今ある治療手段を使わないこと、あるいは、健康問題とは別の領域の要因、を分析する。

#### ステップ 3 知識

健康問題を解決するために現在の知識の基盤を評価し、現在行なわれている治療処置の費用効果を含めて、解決策の適切性を評価する。

#### ステップ 4 費用効果

R&Dの努力の将来性を評価し、将来の研究展開が費用を軽減するかどうかを検証し、その結果、治療処置が人口の広い区分集団に適用されるようにする。

#### ステップ 5 資金源

特定の病気、および／あるいは、決定要因の研究に注がれる、現在の投資水準を計算する。（第6章参照）

<sup>8</sup> ダニエル レイパス、ディーキン大学、オーストラリア、フォーラム 5 に提示された文書、2001年10月

## 差込み 4.4

### 要約的な尺度の適用可能性

- ひとつの人口集団を別の人口集団と比較すること
- 同じ人口集団の健康を時の変遷で比較すること
- 複数の人口集団内の健康上の不平等なものをすべて突き止め、数量化すること
- 命にはかかわらない病気が人口集団全体の健康に与える影響を測定する
- 健康サービスの配分と計画作りのための優先事項に関する論議を活性化する
- 健康部門の研究と開発のための優先事項に関する論議を活性化する
- 公衆衛生についての職業的訓練カリキュラムを改善する
- 費用効果分析で利用されている健康治療処理の利点を分析する

#### (ii) 疾病の合併(Co-morbidity)

Co-morbidity は、同一の個人を襲っている、2つ以上の病気あるいは健康状態の影響を数量化したものである。GBD1990 は、追加モデルを使用した。このモデルでは、同一の個人に対して、二つの異なった健康状態で過ごされた平均時間が加算された。WHO で行なわれている GBD2000 の作業は、相互一罹病率を、いっそう詳細に、特に精神的障害に関して、検証している。

#### (iii) 健康問題が第三者に与える影響の測定

ある個人に影響を及ぼしている健康状態はまた、ほかの人々に影響を与えることがある。こうした事例には、アルコール中毒者とか、暴力的な薬物中毒者とのうわべだけの、あるいは、親密な付き合いがあろう。病気の負担の重さを測定すれば、それは、アルコールや薬物が罹病率や廃疾や死亡率に与える影響を計量することになるとはしても、ストレス、時間のかけ具合、経済的な含み、暴力、あるいは、家庭での事故のようなものを通して、第三者に与える影響を計算に入れていない。

この場合、第三者がアルコールを飲んだり、薬物を濫用したりすることは、疾病負担の大きさにとっては危険要因となる。だから、こうしたことは、なんらかの危険や損失可能状態にとって原因となる負担を計量するときに、考慮に入れられる

ことになる。GBD2000 は、この問題を処理しようとするとき、およそ 20 の主要な危険要因のせいのできる負担を評価している。

#### (c) 結論と将来への歩み

過去 10 年にわたり、病気の、全地球的な疾病負担の大きさ重み（グローバル・バードン・オブ・ディジーズ）に関する情報は、政策決定者に強力な影響を与えており、主張のための効果的な手段となっている。この作業は、非常に多くの、各国、あるいは、全地球的な発案主導法人（イニシアティブ）に情報を与えている。そして、罹病率と死亡率の結果としての、失われた健康生存年数を計算することは、広い範囲の健康状態に関心を持つことにつながる

課題は、現在のところ、量的な処理をする手段としてのこうした方法を推進し、改善し続けることであり、そしてまた、研究の優先順位策定と資金配分の手引きとなるべく、こうした情報を利用することである。続けてきた作業は、特に、状況とのかかわりでの測定、共同一罹病率、そして、非健康状態が第三者に与える影響を測定することに関して、要約的な尺度の有用性を改善する必要がある。こうした状況を無視すれば、保健医療問題のうちに既に存在する不平等を強化することになるかもしれない。

## 差込み 4.5

### Global Burden of Disease 2000 事業

WHO は、現在、2000 年に向けて、新たに、病気という全地球的負担の評価（いわゆる GBD2000 プロジェクト<sup>9</sup>）に着手している。GBD1990 のために明示された、3 つの目的は、今度も中核的位置を占めている。

- (i) 健康問題の程度等級を疫学的に評価することを、特定の健康政策あるいは治療処理の利益集団の主張から切り離す
- (ii) 国際健康政策の議論に、死亡率に関する情報とともに、命にはかかわらない病気の結果に関する情報を組み込む
- (iii) 経済的な評価でも利用できる、時間に基づいた単位で健康問題の数量化を行なう

GBD2000 の固有の目的は、もともとの目的と同一である。

- 世界と主要な地理的地域のための、年齢と性別で分類した、135 の主だった死因、の死亡率の、本質的に矛盾しない評価を開発すること
- 上記の原因から生じた、500 以上の後遺症に対する、発生率、罹患率、罹患期間、事例—死亡数の本質的に矛盾しない評価を開発すること
- 病気と傷のこうした 2 次的な結果に伴う健康状態を記述し、評価すること
- 135 の主だった原因に対する、年齢、性別、それに、地域による早発性の死亡と廃疾の重さを数量化すること
- 年齢、性別、地域によって、主な生理学的、行動学的、社会的危険因子がこうした重さの一因となっていることの分析をすること（第 4 節 2 の決定要因の研究を参照のこと）
- 原因、年齢、性別、地域で分類した、今後 30 年にわたる、死亡率と命にかかわらない病気の結果の選択可能な予測シナリオを開発すること

GBD2000 は、健康と、失われた健康の原因と、健康の将来のありうる動向の可能なかぎり最上の証拠事実に基づいた記述を産み出すことを目指す。可能な限り、GBD2000 は、矛盾のない総合的な枠組みの範囲内で、世界のさまざまな地域のために、人口統計学と健康に関する適切な疫学的証拠事実をすべて利用し、総合的に扱うことを目指す。証拠事実が不確実であったり、不完全なところでは、GBD2000 は、利用できる知識ベースに基づいた、できる限り裁量の推論を行い、その結果生じた評価の中にある不確かさを検証する。

#### 2. 決定要因の研究（ステップ 2）：最近の進展と課題

決定要因を研究すると、疾病あるいは早発性の死を予防する治療処置が発見できる。例えば、ある人口集団で栄養不良を減らせば、さまざまな病気に大きな影響を与えられる可能性がある。場合によっては、決定要因は、疾病予防と直接的に関連があるばかりでなく、塩の摂取を減らすことと高血圧との関係のように、その治療の一部ともなりうる。

##### (a) 比較による危機評価

GBD 研究の、比較による危険評価（CRA）モジュールは、特定の危険要因に曝露される人口の分布を変更した結果から生じる、人々の健康の変化

の、組織的にきちんとした評価である。CRA は、特定の時期の特定の人口集団の治療処置の利点を評価しようとする治療処置分析とは、明確に区別される。

##### (i) CRA の目的

CRA の目的は、次のものを創り出すことである。すなわち、

- 個々の、あるいは、一群の危険要因が、他の危険要因と関連して、疾病負担の大きさに与える影響を証明する“メタ・レベル”分析
- 危険要因に曝露されるのが時の移り変わりとともに変化することに関して人々の保健医療シナリオを選択できるよういくつか描くこと

<sup>9</sup> グローバル・プログラム・オン・エビデンス・フォー・ヘルス・ポリシー・ディスカッション・ペーパーNo.36. WHO、2001 年 11 月



治療処置分析は、費用効果研究への貴重な入力情報となるが、CRA は、人々が危険要因に曝露されるのを減らすことによって疾病負担を軽減するよう意図された研究と政策のための手引きを提供できる。CRA が提供できるものは、危険要因に伴う病気の重さの程度に関する情報、危険要因の曝露分布を変えた結果として避けられる疾病負担の期待値、それに、人口集団の中での病気の罹患と重さの分布、であるが、これらはすべて、他の危険要因とも関連させてある。

(ii) CRA の欠点のいくつかに取り組むこと

過去に決定要因を身に受けたことは、現在の病気につながるもので、時間的な側面を評価するのは容易ではない。GDB の、比較による危険評価のモジュールは、こうした課題の取り組みのいくつかを扱う枠組みを提示するが、それは以下のものである。

- 疾病の負担は、重篤性と期間を考慮に入れながら、命にかかわるものと命にかかわらないもので比較ができる、人々の健康の要約的な尺度に転換される。  
集団において観察される曝露による疾病負担を仮定された曝露による疾病負担と比較する（曝露無しの場合と比較はしない）。
- 危険要因と結果としての病気との間の原因に関する相互関係の表の多様な段階は、危険要因の相互作用の結びつき、あるいは、疫学的研究がまだ行なわれていない、罹患の危険性レベルの分析を可能にすると考えられている（挿し込み 4.6）。
- 危険要因による健康の喪失は、罹患の危険性の、時間を指標にした流れによる、病気の、時間を指標にした流れとして計算される。特に、比較による危険評価の枠組を導入する際に、マレイとミュラー<sup>10</sup>が危険要因による病気の重さに時間の要素を入れたのは、起因性の負担（過去に

危険要因を浴びたことが反事実の資金配分<sup>11</sup>に等しかったならば現在もしくは将来の重さが減らせること）と、回避可能な負担（現在もしくは将来に危険要因を浴びることが反事実の資金配分まで減らされるならば将来の重さを減らせること）という、2 つの概念を導入することによってであった。

(b) 結論と将来への歩み

注目点を病気の負担の重さから危険要因（決定要因）に広げることは、将来、政策を改善するための重要な一歩となる。しかし、この移行は、それ自体別の課題を産み出すが、主な課題は、研究すべき危険要因を選び出すことである。挿し込み 4.7 は、GDB2000 で研究すべき危険要因として選出されたものを列挙している。

GDB2000 の研究は、以下の基準に基づいて危険因子（決定要因）を選び出した。

- (i) 病気の主な原因から
- (ii) 特有すぎない、あるいは、広すぎない
- (iii) 原因の可能性が高い
- (iv) まずまず完全なデータ
- (v) 緩和の可能性

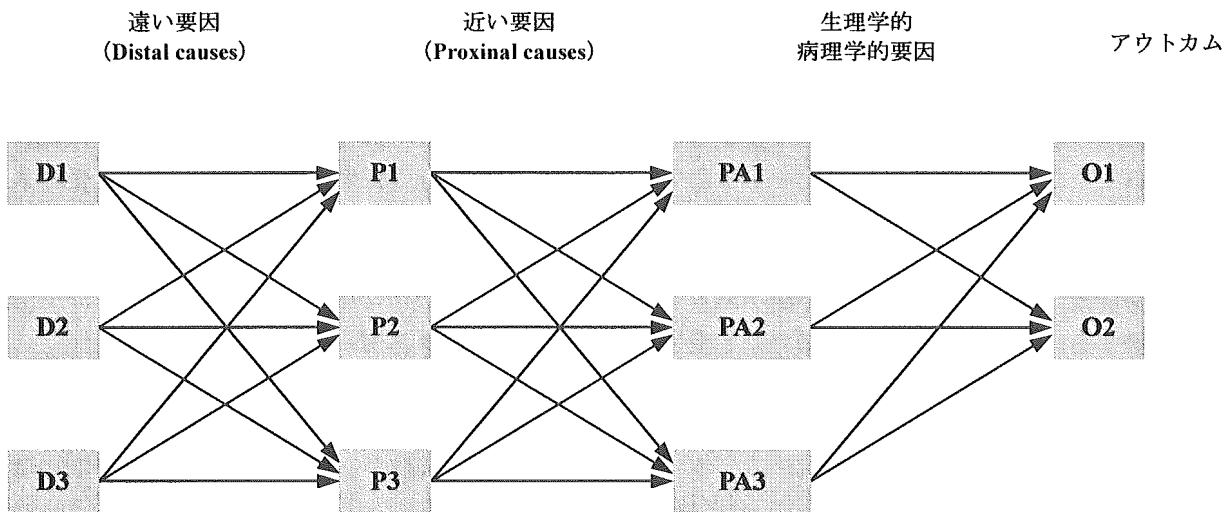
こうした特徴は、原因表での遠い決定要因よりもむしろ最も近い決定要因に当てはまるようである。貧困は、遠い決定要因の一例である（第 1 章 第 1 節 2 貧困と病気の悪循環について、参照）。GBD2000 では、貧困のレベルによる危険要因の資金配分が試みられ、これが、問題に取り組む新たな手段につながる可能性がある。課題はいまや、この分析法を広げ、罹患の危険性に加担しているものの、より良い評価を手に入れることである。

<sup>10</sup> C. J. マレイ & A. ロペス、疫学 (1999)、第 10 巻、ページ 594–605

<sup>11</sup> 危険要因を浴びることの反事実的な資金配分は、危険要因を浴びる現在のレベルとは別の、もうひとつの資金配分のシナリオである。これは、このもうひとつのシナリオの下でなら、どんな病気のレベルあるいは死亡率のレベルが予期されるのかを評価するための比較の基準として利用される。

## 差込み 4.6

### A causal Web



## 差込み 4.7

### Comparative Risk Assessment Causal Web

- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| 1. アルコール          | 11. 選んだ職業の危険        |
| 2. 血圧             | 12. 周囲の大気汚染         |
| 3. コルステロール        | 13. 肉体の不活発性         |
| 4. 気候の変化          | 14. タバコ             |
| 5. 違法の薬物          | 15. 医療環境での危険な注射     |
| 6. バイオ燃料の煙の屋内での吸煙 | 16. 安全でないセックスと無計画妊娠 |
| 7. 鉛              | 17. 不潔な水、下水処理と衛生    |
| 8. 子供と母親の栄養不良     | 18. 母乳で育てないこと       |
| 9. 肥満と体重過多        | 19. 子供のころの性的虐待      |
| 10. 果物と野菜の不摂取     | 20. 貧困により危険因子が襲うこと  |

### 3. 治療処理の現在の知識と費用効果分析(ステップ 3) : 最近の展開と課題

投資効果分析は、役に立つ手段で、政策決定者や健康計画管理者たちが人々の健康を改善するために乏しい資金を投入するためにさまざまなやり方を決定するのに役立っている。この分析は、健康の不公平のような要素に関する情報とともに、治療処理が健康の最大の改善を手に入れた資金で提供してくれそうな情報、つまり、決定を下すための鍵になる情報を与えてくれる。

費用効果分析は、個人の“存年数”を同一のものとして評価する。その結果、豊かな国での1生存年は、貧しい国での1生存年と等価である。費用効果分析は、新たな手段、あるいは、成果が所与の費用でいっそう多くの健康生存年数に達するかどうかを明確にすることができる。

将来の課題は、以下のものである。

#### (a) 低一および中一所得国から得られるわずかな情報

費用効果分析は、次のような情報を必要とする。

- 現在の、および、可能な治療処理が人々の健康を改善する範囲（すなわち、効果、あるいは、得られた健康生存年数）
- 治療処理を遂行するのに必要とされる資金（すなわち、費用）

低一および中一所得国での治療処理の費用効果に関する情報は、ほんのわずかである。研究成果を高一所得国から低一および中一所得国に移転するのは、社会的生産基盤、費用、能力の点で大きな格差があるので、難しい。

決定権を持つものたちの間では、経済的な格差が目立ってきている。だから、低一および中一所得国の健康省の多くは、この方法（費用効果分析）を利用した、必須の健康サービスの自国用セットを考案することに関心を抱いている。低一および中一所得国で経済的に評価された多くの事項の経

費がたつぷりと支払われたので、関心が、前に出版された研究の結果とデータを蓄積する際にも、産み出されている。

出版された文献の再検討により、低一および中一所得国での伝染病の治療処理の経済的評価は1984-1997年の間でほとんど出版されていないことが明らかにされた<sup>12</sup>。健康治療処理全体にわたる費用効果を比較するための、普遍的に受け入れられた結果評価基準が欠けていることに関心が向けられ、この期間に増えてきた。

#### (b) 比較のできるデータの必要性

非常にさまざまな健康治療処理を、なぜ、比較する必要があるのか。政策決定者たちは、費用と効果に関する証拠を必要とする、2つの疑問に関心を抱いている。

- 資金は、現在、できる限り健康を達成できるように投入されているのか。

この疑問に答えるため、現在利用されている治療処理すべての費用と効果がほかの選択肢の費用と効果と比較されなければならない。効果のない治療処理から効果のあるものへと資金を再配分すれば、費用全体を変えずに人々の健康を増進できる。

- もし手に入るようになれば、追加資金を最もうまく利用するにはどうしたらいいのか

このタイプの分析は、社会が豊かになるにつれて、追加資金がうまく利用されることを確認するのに重要である。しかし、現在の交じり合った治療処理に効果がなければ、このタイプの疑問は意味がない。

この2つの疑問は、同時に尋ねられる必要がある。

#### (c) 一般化された費用効果分析のための手段を開発すること

上に述べた困難に取り組むため、WHOは、WHO-CHOICE（費用効果的である治療処理の選択）事業を始めた。WHO-CHOICEは、治療処理の費

<sup>12</sup> D. ウォーカー& J. フォクス・ラッシュビー、“発展途上国における伝染病の治療処理の経済的評価：出版された文献の批判的再検討”、ヘルス・エコノミクス、2000：9（8）ページ 681-698

用と効果に関する情報を提供する援助策である。その目的は、健康システムの働きの改善である。一人当たりの健康費用がほぼ同一水準にある健康システムは、人々の健康結果の点で非常に多様である。これは、人々の教育水準のような、非健康システムの要因で部分的に説明できる。ところが、それはまた次のような事実のせいでもある。すなわち、あるシステムでは、人々の健康にほとんど影響を与えない、高価な治療処理に資金を投入しているのに、もっと多くの利点がありうる、低価格の治療処理は十分には実行されていないという事実のせいである。

WHO は、決定権者が優先事項を決定し、健康システムの働きを改善するために必要とする証拠事実を提供しようと努めている。WHO のグローバル・プログラム・オン・エビデンス・フォー・ヘルス・ポリシー（健康政策のための証拠事実に関する全地球的プログラム）は、次のような施策でこの問題の解決を図ろうとしている。すなわち、

- (i) 一般化された費用効果分析のための手段と方法を開発する
- (ii) 費用、人々の健康への影響、そして、鍵となる健康治療処理に関する地域的なデータベースを集積する

CHOICE 事業は、およそ 500 の、予防的で、奨励でき、治療可能で、リハビリも可能な健康治療処理の費用と効果に関する地域的なデータベースを目下集めている。費用と効果に関する生のデータを持っている地域のデータベースが、さまざまな国から来たアナリストに利用され、そして、必要とあれば、データベースの前提が自国の状況と矛盾しないようにするためこの前提を変更できるよう、開発されているところである。CHOICE の利用の完成された実例は、2002 年に WHO で入手

できるようになる。

治療処理が人々に与える影響は、重大である。しかし、違った治療処理が別の社会的に望ましい目的、例えば、健康の不公平を減らすことに役立つような役割を決定することも重要である。この面が費用効果分析に導入できるのは、一国の貧しいほうの人々にもたらされる健康利益になおいつその重点を置くことによってである。

#### 4. 将来の治療処理の費用効果（ステップ 4）

同じ理由付けと課題は、将来の治療処理の費用効果の計算に当てはまるのだが、ただし、複雑さと不確かさの水準が上昇するのは、次の事実によってである。すなわち、費用の面で言えば、治療処理の発見、開発、そして、配分のための研究費用が計算されなければならない、そして、利点の面では、新たな治療処理によって守られる、健康な生存年数が概算されなければならないという事実によってである。

#### 5. 健康研究のための資金の流れの分析

この問題の影響を受ける発展と課題は、第 6 章で提示する。

#### 6. 結論

健康研究のための優先事項を決定する道具としての 5 段階アプローチの重要性は、病気と決定要因の負担の重さ、費用効果、そして、資金の流れに関する研究を論じることができることにある。この方法は、健康研究の資金繰りを改善するのに役立ち、どの事業が可能な限り最大の人々の健康に最大の影響を与えるのかを決定するのに役立つ。この 2 年の間にこうした手段の開発と適用に進歩が見られている。こうした過程は、更なる研究を要し、現在適用されている手段を磨き上げるべき、新たな方法論的課題を提示している。

## 第5節

### グローバル・フォーラム・コンバインド・アプローチ・マトリックスの適用の推進

この節では、コンバインド・アプローチ・マトリックス（合同取組みのひな型）に焦点が当てられるのだが、このひな型は、ENHR の取組み、健康研究に関する諮問委員会が提案したビジュアル・ヘルス・インフォメーション・プロファイル、アドホック・コミッティ・オン・ヘルス・リサーチ（健康研究に関する特別委員会）の5段階の手順の中で明確にされた優先事項決定のための基準と根本原則を具体化したものである。この5段階は、優先事項決定のための試案のひな型（挿し込み 4.8）<sup>13</sup>を作るため、ある人口集団の健康状態を決定する関係者と要因の、4つの大雑把なグループと関連付けられる。2000-2001年の間に、コンバインド・アプローチ・マトリックスは、予備的調査と試験を行なった。その過程の要約が、

以下に提示されている。

最初の実地検証では、情報はどうしても部分的なものになる。多分、場合によっては、スケッチ的なものになるだろう。しかし、だんだん改善されていくだろう。だから、限られた情報でさえ、時には、研究の先行き頼もしい道を示してくれるのに十分である。

#### 1. グローバル・フォーラム・コンバインド・アプローチ・マトリックスのあらまし

コンバインド・アプローチ・マトリックス（合同取組みのひな型）は、さまざまな手続き（ENHR、VHIP、そして、5段階の手順）によって得られた情報すべてを組み込み、要約するのに役に立つ。

### 差込み 4.8

#### 健康研究のための優先事項決定に役立つグローバル・フォーラム・コンバインド・アプローチ・マトリックス

優先事項決定に際しての5段階	1. 個人、家族、共同体のレベル	2. 健康省、健康研究機関、健康システムとサービスのレベル	3. 健康問題以外の部門のレベル	4. 中央政府、マクロ経済政策のレベル
I. 病気/危険要因という負担とは何か?				
II. なぜ、疾病負担がしつこく続くのか? その決定要因は何か?				
III. 現在の知識の水準はどこにあるのか?				
IV. 将来の治療処理はどれほど費用効果が高くなりうるのか?				
V. ステップIの病気危険/要因を研究するための資金の流れはどうなのか?				

<sup>13</sup> グローバル・フォーラム・フォー・ヘルス・リサーチ、保健医療研究 2000 に関する『10/90』報告、2000年4月、(ページ 37-41)

国、地域および地球レベルで行なわれた優先事項決定の現地検証で利用された情報は、コンバインド・アプローチ・マトリックスに導入できる。だから、こうした情報は、このいっそう広い状況（マトリックスのこと）で優先事項の決定に寄与できるのである。

このマトリックスを利用する方法の要約が、挿し込み 4.9 に提示されている。地球、地域あるいは国レベルでの優先事項研究の計画表が、それぞれの病気あるいは決定要因、それに、この両者にまたがるものに対し、明確にされることになる。この計画表には、その国の病気負担の重さを軽減することで最大の影響を与える上記3つの研究事業が含みこまれることになる。こうしたことは長期にわたる努力ではあるにもかかわらず、手段ははじめからその有用性が証明さるべきであるのだが、それは、証拠事実に基づいた決定を下すのに必要とされる情報の中の最も重要な欠陥を際立たせ、限られた情報しか入手できなくてもなんらかの決定ができるようにすることによってである。

## 2. グローバル・フォーラム・マトリックスを熱帯病の研究と訓練（TDR）<sup>14</sup>のための UNDP/世界銀行/WHO の特別計画に適用した経験

### (a) 背景

TDR は、国連開発計画（UNDP）と世界銀行と WHO が資金援助する国際的研究機関である。こ

の機関は、26年にわたって、低—および中—所得国で研究と研究能力強化を成功裏に推し進めてきている。そして、現在、資金援助を、ほかの開発機関、個人基金を含めて、20以上のところから受けている。1999年、“TDRの優先事項のための流れ全体を決めることになる長期展望と戦略計画を開発する”<sup>15</sup> 目的で、戦略的検討が行なわれた。これは、内部および外部の環境の大きな変化に対応している。

この戦略が強調するのは、TDRは、注目されない伝染病を予防し、診断し、治療し、制御するために、低—および中—所得国に適切で、受け入れ可能で、(資金的に)手ごろである新たな取組み方を開発すること、そして、新たな知識を広めることに専心することである。この戦略は、“方法と手段が産み出したもの”という概念を“公衆衛生問題の解決”という概念に広げ、そのことによって、健康サービスの配分、健康システムの適切な構造、それに、政策といったような分野を導入することとなった。この戦略は、優先事項を決定する、まったく新しい方法を提案し、研究と病気の制御の間の相互作用を根本的に再構築しようとする。この戦略はまた、この26年の間に重要な研究能力が低—および中—所得国で育てられてきたことを認め、現在獲得できる研究能力を利用するため、TDRの研究能力構築の取組み方を調整するべき時が来ていると結論付けている。

## 差込み 4.9

### 研究事業を鑑定するためにコンバインド・アプローチ・マトリックスをどのように利用するのか

- 
- (i) 探求さるべき病気あるいは決定要因を明確にする
  - (ii) 自分の位置で手に入れられ、適切である情報すべてを使ってコンバインド・マトリックスを満たす
  - (iii) ほかの情報源から得られる情報でマトリックスを満たす
  - (iv) 情報が欠けているか不十分である、研究欄を突き止める
  - (v) こうして突き止められた研究分野のどれを、自分たちの可能性と比較できる利点に従って、検証すべきかを、自分たちのグループ内で論議する
  - (vi) こうした欠陥を埋めることができる研究事業を突き止める
- 

<sup>14</sup> ポール・ナン、エリック・プラス、カルロス・モレル（TDR）、フォーラム5に提出された文書。2001年10月

<sup>15</sup> TDR. 戦略 2000–2005. TDR/GEN/SP/00.1

すぐに出た結果は、職員である専門家、あるいは、新たに募集された人員の中から選ばれたディジェーズ・リサーチ・コーディネーター（CDR：疾病研究の調停者）を創設した TDR の管理システムの中の病気の重要性が再び強調されたことである。初めのころの決定で、結核とデング熱が、TDR の病気表に付け加えられた。

研究成果に当てた焦点の一部として、TDR は、期待される結果を次のようなカテゴリーに分類した。

- (i) 新しい基本知識
- (ii) 新しく、そして、改善された知識
- (iii) 新しく、そして、改善された治療処理方法
- (iv) 病気制御戦略を大規模に遂行するための新しく、そして、改善された政策
- (v) 連携と研究能力の構築
- (vi) 技術的情報、研究の指針、そして、助言の提供

課題は、したがって、管理を受ける共同体との新たな連携を打ち立て、それぞれの疾病で TDR の優先順位付けを明確にすることであった。

#### (b) 手段

いくつかの作業集団の研究結果が持ち込まれ、この問題に影響を与えた。第1に、1993年と1996年の間に TDR と WHO と世界銀行によって行なわれた分析。こうした分析は、特別委員会報告、健康研究と発展の調査<sup>16</sup> 頂点に達したのだが、この報告自体、コミッション・オン・ヘルス・リサーチ・フォー・ディベロップメント（発展のための健康研究に関する委員会）<sup>17</sup> の作業の恩恵を大

いにこうむっている。第2に、WHO の以前のグローバル・チューバーキュロウシス・プログラム（GTB：地球上の結核計画）のグローバル・チューバーキュロウシス・リサーチ・イニシアティブ<sup>18</sup> によって行なわれた研究を必要とするものの分析。第3は、健康研究での優先事項決定のためのグローバル・フォーラム・コンバインド・アプローチ・マトリックス、これは、1990年の委員会報告<sup>19</sup> 以後行なわれた作業の結果として姿を現した。

#### (c) 取り組み方

第1段階では、WHO 内部の病気管理の専門家および各国の計画管理者ばかりでなく、ディジェーズ・リサーチ・コーディネーター（DRCs）にそれぞれの病気の現在の管理状況を合理的かつ虚心に分析することが要請された。それから DRCs に要請されたのは、研究の状況を分析すること、研究を必要とするものとその機会を明確にすること、TDR の競争力のある利点の知識を応用すること、戦略を強調するために、次の6年間に TDR が採用すべき勧告を行なうことであった。挿し込み 4.10 は、TDR マトリックスを利用したリンパのフィラリア症の例を提示している。互いに相手の分野と他のものにまたがっている分野（v）と（vi）は、（i）から（iv）までの中にある優先順位付けを積極的に支持する、新たな仕組みを打ち立てることが課題とされた。

それぞれの DRC の報告を標準化し、手続きの中心点を広げるために、DRCs に要請されたのは、コンバインド・アプローチ・マトリックスを完成することと、TDR の期待された結果の分野それぞれにまたがる、相対的な利点を要約するマトリックスを完成することであった。

<sup>16</sup> アドホック・コミッティー・オン・ヘルス・リサーチ・リレイティング・ツー・フューチャー・ディベロップメント・オプション（将来の展開の選択肢にかかわる健康研究に関する特別委員会）の報告：健康研究と発展の調査、1996。TDR/Gen/96.1

<sup>17</sup> 発展のための健康研究に関する委員会。健康研究：発展における公平性への必須の結びつき、1990、オックスフォード大学出版局、ニューヨーク、合衆国。

<sup>18</sup> P. ナンおよび J. リンキンス、1998、グローバル・チューバーキュロウシス・リサーチ・イニシアティブ：違いを生じる研究、WHO/TB/98.248

<sup>19</sup> グローバル・フォーラム・フォー・ヘルス・リサーチ：保健医療研究 2000 に関する『10/90 報告』、2000年4月、ページ 37-41

## 差込み 4.10 リンパ管フィラリア症

### リンパ管フィラリア症に対する戦略的に強調されたマトリックス (TDR)

	(i) 新たな基礎知識	(ii) 新しく、改善された手段	(iii) 新しく、改善された治療処理法	(iv) 新しく、改善された政策	(v) 連携と能力の構築	(vi) 情報、指針、手立て、勧告
疑問	現在の知識は、新たな手段、方法、政策などを開発するのに十分なのか？	現存している手段は十分なのか？	現存している手段を適用する方法は最善なのか？	現存している政策と戦略は効果があるのか？そして、それらはちゃんと利用されているのか？	連携者の現在の数は十分なのか？彼らは(i)から(iv)までに取り組むのに十分な能力を持っているのか？	情報と指針は、R&Dのアジェンダを支えるのに、十分で入手可能なのか？
答え	否。特に次のことに関する情報をもっと必要である： ・病因： 病気の顕現の進行と逆行、特に治療後の ・W. バンクロフティ ゲノム	否。優先事項が必要とするものは、以下のものである： ・現在の薬は、主に、長期の繰り返しの治療を必要とする、ミクロフィラリアを殺すものである。 ・ミクロフィラリアを殺す治療法： 水腫の管理 ・検討/監視のための特殊病状	否。 ・アルベンダゾウル混合剤と不使用の基準の効き目/安全性 ・ブルージャに対する特殊病状罹病率管理	現在の戦略を制限する主なものは、次のものである： ・(病気の)除去戦略における、鍵になる要素についての不確実性 ・薬の分配戦略は大規模な改善を必要とする ・費用効果の高さと実行可能な罹病率管理の戦略が開発される必要がある ・評価され、改善すべき地図作りの方法	・風土病の国ではより多くの研究者を必要としており、国によっては連携を増やしている ・(iii)と(iv)に取り組む組織はほかにはない。(i)のために連携するものもあれば、(ii)に関して共同するものもある	・最終使用者に結果を伝達することに大規模な改善が必要 ・説明を受ける者により目標を定めた情報。TDR は科学書に依存しすぎている。
TDRの比較可能な利点	・ゲノム・ネットワーク・ブルージャ ・病因研究	・産業とのつながりがある、マクロフィラリアの経験、臨床試験場とのつながりのある、薬品開発における主導者	・リンパのフィラリア症とオンコセルカ症のための薬品のフェイズ I V 試験での広範囲にわたる経験 ・研究者のネットワーク	・これに取り組んでいる主要な研究エイジェンシー ・実際に行なわれていることの研究における広範な経験 ・研究者のネットワーク	・TDR の博士たちが臨床試験で積極的な役割を演じる ・焦点を絞った研究の可能性がR&D の活動に支えられて強化されている	・WHO のつながり/高い評価 ・TDR の関心/高い評価



#### (d) 結果：問題と解決

グローバル・フォーラム・コンバインド・アプローチ・マトリックスは、この最初の現地検証では望みが高すぎると考えられた。すなわち、病気と研究の状況について技術的な疑問を要求するばかりでなく、さまざまなレベル（個人と家族から地球的なマクロ経済学的政策に至るまでの）での健康を決定する要因を意識し、知り、分析することを強く要請した。このことは、利用者が幅広く総括的に考えざるを得なくするという点で、重要な利点があると考えられるにもかかわらず、DRCsや疾病管理の専門家すべてが適切な技能あるいは知識を持ち合わせているわけではないので、返答の中には、小項目の欄では、返されていないものもあった。

以下のことは、5段階のそれぞれに対する手続きの間に明白になった問題点と疑問点である。

#### ステップ 1. 疾病／危険要因に負担をかけるものは何か

この疑問には、疾病の伝播と方向をつけ加えることが必要とされた。例えば、シャガス病では、1997年にはウルグアイで、1999年にはチリで、2000年までにはブラジルの大部分で、伝染が阻止されたという事実は、南アメリカでとるべき研究の方向付けにとって、非常に重要である。同じように、この病気が中央アメリカとアンデス山系の国で発生したことに抑制手段がほとんどかわりを持っていないことが、根本的に考慮に入れられなければならない。

#### ステップ 2. 疾病負担の大きさがしつこく続くのはなぜか。決定要素は何なのか。

TDRのような計画行動にとって、疾病負担の大きさを軽減するのを重要視するならば、主要な抑制戦略は何かをまず明確にすることが必須である。その後においてのみ、抑制すべき障害物をめぐる問題にしつこく付きまとう負担の決定要素として取り組むことができる。

#### ステップ 3. 現在、知識のレベルはどこにあるのか。現行の治療処理については何がわかっているのか。その費用効果は？

このステップは、最大の論争を引き起こした。

“知識の現在の水準”は、あまりにも曖昧で非実践的な用語である。現行の治療処理についての疑問も同様である。諮問を受けたDRCsと病氣管理の専門家は、たいてい、抑制戦略を判断する唯一の基準としての費用効果については相当の保留をおいた。適用できること、受容されること、そして、(資金的に)手ごろであることはすべて、必須の要件であると考えられた。その分野での実際の効果はまた、非常に重要である。例えば、病氣の子供の管理は、病氣の負担を軽減するための、最も重要な単純な尺度となりうる。だが、薬が着実に健康センターに届けられなかったり、マラリアの治療がそれを必要とする子供たちの手に届かなかったりすれば、理論的な費用効果などほとんど何の価値もない。したがって、その分野でのよりよい治療行為の障害となるものは、研究優先順位策定分析の必須の部分となるのである。

#### ステップ 4. 将来の治療処理は、どれほど費用効果が高くなりうるのか。

中心となる研究に乗り出す前に、将来の治療処理の見込まれる費用効果を評価する必要性が論議されていないが、それはきわめて困難だからである。ここで詳細にわたって論じられることは、研究過程の一部となるのだが、理想を言えば、構成要素が、少なくとも試行的な研究事業を通じて、現実の世の中で測定されるべきである。同様に、見込まれる治療処理方法の(資金的な)手ごろさとその可否も、理想を言えば、その分野で評価される必要がある。

#### ステップ 5. ステップ 1の疾病／危険要因を研究するための資金の流れはどうなのか。

このような情報の必要性は、疾病に特有の情報がほとんど存在しないにもかかわらず、明白である。疾病に特有のデータの集積があれば、合意を得た共通の取り組み方から利益を得られるだろう。方法は、マラリア<sup>20</sup>の研究努力の評価に際してウエルカム・トラストが採った、非常に詳細な取り組みから、WHOのグローバル・チューバーキュロウシス・プログラムが使った手っ取り早い方法に

<sup>20</sup> PRISM Unit、ウエルカム・トラスト、1996

至るまで、幅がある。

### (e) 結果

それぞれの DRC は、上述の問題を考慮に入れて、必要な修正を加えた後、コンバインド・アプローチ・マトリックスを完成した。マラリアについて結果的に得られた実例は、差込み 4.11 に見られ、オンコセルカ症については挿し込み 4.12 に見られる。

コンバインド・アプローチ・マトリックスを TDR の疾病すべてに適用した際、さまざまなレベルでの成功を得ることができたのだが、それは、この方法の欠点と、DRCs の技術的な訓練と経験のふたつのおかげであった。たつぷりと議論を交わした後に、それぞれ比較のできる病気の、4-5 ページにわたる分析を準備する目的で、病気に特有の研究分析を修正する作業が、チェックリスト (挿し込み 4.13) を使って、行なわれることになる。その結果できあがる枠組みは、TDR が必要とするものに合わせた修正版となる。

### (f) 学習された教訓

コンバインド・アプローチ・マトリックスの任務は、次のことであった：

- 合理性に基づいて優先順位を策定する必要性を、研究者に十分に納得してもらうこと
- この過程で関係者に対して、この選択は、社会的、経済的、政治的状況が健康と、病気の治療処理に与える影響 (コンバインド・アプローチ・マトリックスのコラム 1, 3, 4 に盛り込まれた情報) が組み込まれていなければならないことを強調すること
- 研究の優先順位策定の報告をそれぞれの DRC によって標準化すること

疾病研究の戦略は、新たな結果が入手されるのと同時に、改訂され、最新のものにされなければならない。このことは、研究が今も継続しているマラリアのような疾病では、途絶えることがない。優先順位策定の手続きは、それゆえ、反復性に富

み、柔軟性がなければならない。TDR の分析は、いまや、毎年改訂されることになり、科学研究グループの会合が、それぞれの病気のために 5-6 年ごとに開催され、地球的な研究優先順位策定の完全な見直しを行なうことになっている。

優先順位を策定する過程には、理想的には、さまざまな行為者が関わったほうが良い。研究者は、研究の施策を明確にする際に、自分たちが唯一の発言者ではないことを認識する必要がある。地球のおよびそれぞれの国のレベルでの政策決定者は、その分野の病気制圧の専門家、疫学者、社会学者、人間学者、経済学者、それに、調査の専門家とあいまって、鍵となる声を上げなければならない。

要約すると、コンバインド・アプローチ・マトリックスは、TDR にとっては役立つ手段ではあるが、プログラムが特に必要とするものに適合するよう要求された。このように適合させることは、優先順位策定に関する議論が進行するのと同同時に、継続していく必要がある。

### 3. 危険要因 (決定要素) の研究のための優先順位策定を明確にするため、コンバインド・アプローチ・マトリックスを適用すること

疾病の決定要因 (ステップ 2) の影響を評価する際の効果を探求するために、この枠組みが、室内の空気汚染 (IAP) の問題に適用された。IAP の影響は健康結果に現れるにもかかわらず、これを扱う治療処理は健康以外の部門に根を持っている。このことに気づいたことが、研究の不均衡を明確にするためにグローバル・フォーラム・コンバインド・アプローチ・マトリックスを適用することにつながった。

フォーラム 5<sup>21</sup> に提出された文書は、この組み合わせられた枠組みを病状ではなく、危険要因に公式に適用した最初の試みを示している。目標は、この取組みを通して明確にされた研究優先事項を要約することであり、また、その事項を利用することの長所と弱点を明確にすることである。

<sup>21</sup> ニゲル・ブルース、フォーラム 5 に提出された文書、2001 年 10 月

### 差込み 4.11 マラリア

#### TDRがマラリアに適用したコンバインド・アプローチ・マトリックス\*

健康状況を決定する 行為者/要因	健康状態を決定する 行為者/要因	健康省、健康研究組織、健康システムとサービスのレベル	健康問題以外の部門のレベル	中央政府、マクロ経済学の政策のレベル
<p>II. なぜ、重荷は依然としてしつこく続くのか？ 決定要因は何か？</p> <p>1. マラリアの本性、顕現、伝染についての無知            1.1. 蚊に対する個人の不十分な防御            1.2. 薬物療法に従わない            1.3. 寄生虫の免疫を受けていない(例えば、移民労働者、難民、兵士、旅行者)            1.4. 治療を求め、不適切な行動とその実践、例えば、重篤なマラリアを治療するのに伝統的な手段を使う            1.5. 伝染病を突き止めるのが不十分</p> <p>2. 伝染の可能性をいっそう高めることにつながる環境の変化            2.1. 開発事業の生物—環境的な結果            2.2. 抗マラリアの薬の耐性</p> <p>3. 社会的、経済的、環境上の社会基盤の崩壊(経済危機、戦争、人為的あるいは自然災害)、貧困            3.1. 不適切で手ごころではない手段            3.2. 競争の問題</p> <p>4. 健康維持と熟練した医療提供者を手に入れないこと            4.1. (医者に) 照会できる機会がほとんどない            4.2. 治療あるいは照会の遅れ            4.3. 人々が病気になる場所での重篤な病気の治療の不存在            4.4. 手の届くところで(医療) サービスが受けられない</p>	<p>1. サービスの質の問題(基本的なサービスが存在するところ)            1.1. プログラムの関係者の監視が無い            1.2. 初期の診断と病気の管理が存在しない            1.3. 責任が地域、病院に分散されていない</p> <p>2. 統合されたマラリア管理と治療サービスが存在しない            2.1. 治療施設が無い            2.2. 訓練された人材がいない            2.3. 薬を含めて、資金が無い            2.4. 道具が手に入らない</p> <p>3. 押さえ込み計画のための統合されたマラリア情報システムが無い            3.1. 時宜に合わない            3.2. 数字に表れた情報を過度に信頼            3.3. 情報システムを分散しない            3.4. マラリアという流行病を早期に発見し、封じ込める、あるいは、予防することができない</p>	<p>1. ほとんど免疫を持たない、無防備な人々を伝染性の高い地域(高地、森林、砂漠の辺境地帯)に触れさせる</p> <p>2. 開発事業の生物—環境上の結果を無視する</p> <p>3. 不適切なところに家を建てる</p> <p>4. 不十分な教育</p> <p>5. 不適切な上水と下水のシステム</p> <p>6. 国のマラリア計画が無くなることにつながる政治のかかわりの不存在</p> <p>7. 国境を越えた行動</p> <p>8. 戦争と社会不安</p>	<p>1. 継続的な政治のかかわりの欠如</p> <p>2. 不十分な、部門横断的なつながり            2.1. 健康と発展をつなぐ証拠事業の欠如</p> <p>3. 技術上および管理上の専門性の欠如</p> <p>4. 適切な戦略的分析と評価の欠如(例えば、寄付者/援助間で選択をすることができない)</p>	
<p>III. 知識の現在のレベルはどこにあるのか？</p>	<p>1. 伝染病の予防            1.1. 個人の防御</p>	<p>1. 以下のことに関する、国の抗マラリア薬品政策を明らかにすること</p>		

