

## 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\*〔続き〕

健康状況を決定する 行為者/要因  優先事項決定 での5段階	1. 個人、家族、共同体のレベル	2. 健康省、健康研究組織、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、マクロ経済学の政策のレベル
<p>1.1.4. アフリカでの伝染のあらゆる中間レベルでの費用効果。死亡率が見かけ上低い強力な伝染地域での影響の研究は存在しない。また、免疫性を下げることにより長期的に与える影響には疑問符が付く。しかし、一般的には、アフリカのたいいていの地域では、中間レベルの費用効果は高いと思われている。</p> <p>1.1.5. 少なくともアフリカの多くの地方での妊婦の費用効果の高さ</p> <p>1.2. 効果に関しては証拠事実はない</p> <p>1.3. 単独では、これは防衛とならない。</p> <p>2. 感染者からの病気の広がりを阻止すること</p> <p>2.1. 徹底的な文献研究は結果につながるだろう。強調は重篤なマラリアに置かれるべきであって、併発症を伴わないマラリアに置くべきでない。</p> <p>2.2. 低い費用効果の、限られた証拠事実</p> <p>3. 健康教育</p> <p>3.1. 良質の証拠事実はない。態度の変化は、健康結果につながることもあれば、つながらないこともある。</p> <p>3.2. 3.1 参照</p>	<p>2. 個人の治療</p> <p>2.1. 個人を基にすると、治療は明らかに効果的で値段も安い。しかし、人口集団とシステムのレベルでは良質な研究はない。抗マラリア剤の投与の現在のパターン全体の費用はどのくらいなのか、そして、これによって何が阻止できるのか? しかし、適切な治療は多くの上起用において費用効果が高くなる。治療を受けることができなない地域では、人口集団に治療を与え、それが適切に利用されるようにするには、たくさんのお金がかかることになる。</p> <p>2.2. 少なくともアフリカの多くの地方での妊婦の費用効果の高さ</p> <p>2.3. 重篤なマラリアに対してはほとんど効果が無いのは確実</p> <p>3. 初期診断と病気の管理</p> <p>3.1. 本当に良質な評価はない</p> <p>3.2. 顕微鏡対計深棒の比較が行なわれた。顕微鏡は多くの状況で費用節約的とはならない。人々はあらゆる場合をマラリアとして扱ったからなので、顕微鏡が命を救ったのかどうかは、判断としない。</p> <p>3.3. 人にはやはり費用がかかる、だから、治療の初期の診断となんら変わらない。</p> <p>3.4. 証拠事実はない</p> <p>4. これは測定可能であるという証拠事実はない、影響に関する証拠事実は別にして。</p>			

<p>IV. 将来の可能な治療処理</p> <p>a) どんなタイプの治療処理が考えられているのか？</p>	<p>1. 抗マラリア剤の単位服用量の包装済みのもの</p> <p>2. 直腸のアテスネイト</p> <p>3. 薬の組合せ、一定の服用量の組合せ</p> <p>4. 抗マラリアの治療の配分口の包括的なネットワークを持つことにより入手の手立てを改善する、例えば、商店、化学薬品の販売者、薬の小売、地域に拠点のある代理店など。</p> <p>5. 殺虫剤処理をした蚊帳の利用が組織的・経済的に維持できるための戦略 (ITNs)</p> <p>6. 病の重い子供のための推薦を改良するために、昔ながらの治療者との共同作業</p> <p>7. 学校のカリキュラムにマラリアを導入する</p>	<p>5. はっきりした結果に関する証拠事実はない</p> <p>6. はっきりした結果に関する証拠事実はない</p> <p>1. 作戦上の研究</p> <p>1.1. 実行</p> <p>1.2. 手段</p> <p>2. 取組みにかかわる問題</p> <p>2.1. 薬の費用</p> <p>2.2. 入手可能性</p> <p>2.3. 経済学/健康経済学 (参加を正当化するために)</p> <p>3. 多国家による研究</p> <p>3.1. 新薬</p> <p>3.2. ワクチン</p> <p>3.3. 媒介動物の改善した管理 (道具、方法)</p> <p>3.4. マラリアの媒介動物の遺伝子操作</p> <p>3.5. 新しく安全な殺虫剤</p> <p>4. 危険の地図作りに基づいた治療処理の新たな目標作り</p>	<p>1. 地下の灌概</p> <p>2. 私企業やほかの部門をマラリアの制御に巻き込むこと</p> <p>3. 伝染病を予測するために宇宙研究 (衛星の画像) を利用すること</p>	<p>人類の発展のために健康に対する投資を創り出すこと</p>
<p>b) 将来の治療処理は、どのくらい投資効果が高くなるのか？</p>	<p>まだ評価されていない</p>	<p>これは、マラリアのワクチンにだけ利用できる。薬剤にも利用できるであろう。限界は、どんな分析も実際には伝染の影響を考慮に入れられないことである。なぜなら、伝染のモデルがまだ十分には開発されていないからである。マラリアのワクチンに関して言えば、これが、すべての原因の死亡率に対して蚊帳と同じ影響を与えるならば (すなわち、少なくとも 20 パーセント減らせる)、防衛が引き継ごうが、どのように分配されよう、ワクチン、費用効果の高いものになる。効果、価値、防衛の期間、治療のメカニズムを結びつけることが論じられるが、それは、そうすれば、費用効果が高くなるという形である。</p>		

\* 昔い背景のところは、TDR が特に比較的利点を持っているところ。昔字で書かれたところは、TDR が特に関心を持っているところ

\*\* 病気の重さ (ステップ 2) と資金の流れ (ステップ 5) は、この表には含まれない。マラリアという病気の 2000 年に地球上の病気の 2.7 パーセント、すなわち、4020 万 DALY に達したと見積もられた。

## 差込み 4.12 オンコセルカ症 TDR によってオンコセルカ症に適用されたコンバインド・アプローチ・マトリックス

健康状態を決定する 行為者/要因	1. 個人、家族、共同体のレベル	2. 健康省、健康研究組織、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、マクロ経済学的政策のレベル
<p>治療処理が（病気の）制御に与える影響を決定する要因</p> <p>I. 病気の負担の重さとは何か？ それほどのように広がるのか？ 現在の傾向はどうか？</p>	<p>1800 万人が感染、その 99 パーセントが アフリカ。病気のパターンは、寄生した種によって異なる。</p> <p>DALYS: 1083 (40 パーセントの盲目/視覚障害、60 パーセントのひどいかゆみ)。盲目の割合が極まって、サバンナの共同体の崩壊につながった。皮膚病とかゆみの、心理社会的、経済的に重要な影響。病気の負担の重さの秤になるものは時代遅れである。オンコセルカ症は、オンコサーカイアサス・コントロール・プログラム (OCP) が適用された国々では、公衆衛生問題としては、姿を消している。そして、伝染は、OCP 地域の中心部では事実上除去された。アフリカン・オンコサーカイアサス・コントロール・プログラム (APOC) が適用された国では、重荷は既に 25-30 パーセント軽減された可能性がある。</p>	<p>医療を求めようとするれば、それは、皮膚病のための昔ながらの治療と薬屋に限られるものだった（患者は年に 20 米ドルを使う）。公衆衛生医療システムはたいして関与してこなかった。コントロール・プログラムが始まると、この状況は変化し、OCP の国での ComDT (共同体向けの治療) と調査を支持するための公衆衛生医療システムに対する要望が、結果的に増大した。そして、成果の着実な維持管理を確保した。</p>	<p>肥沃な峡谷の人口を減らすことが、地方の発展と農業に否定的な影響を与えた。</p> <p>教育：オンコセルカ皮膚病のある家庭では、学校から脱落する率が 2 倍となっている。</p>	<p>発展に与える影響：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● サヘル地方のかなり肥沃な峡谷での人口減少</li> <li>● こうした諸国での食糧生産への悪影響</li> <li>● 生産性の低下と収入のある世代の活動の縮小</li> </ul>
<p>II. 主要な抑制戦略は何か？</p>	<p>I. イベルメクチン（寄生虫駆除剤）による大規模な治療</p> <p>アフリカ：公衆衛生問題としてのこの病気を除去するための、年に 1 度の共同体向けの治療 (ComDT)</p> <p>アメリカ（両大陸）：罹病率/感染を除去するために、6 ヶ月に 1 度 (の ComDT)</p>	<p>I. イベルメクチンによる大規模な治療</p> <p>アメリカ：公衆衛生問題を除去するために、ComDT (年に 1 回)</p> <p>アメリカ（両大陸）：罹病率/感染を除去するために、6 ヶ月に 1 回</p> <p>2. 感染を阻止するための媒介動物抑制</p> <p>空中 (OCP) や土壌を殺幼虫剤で処理する (AOPC) での点在する焦点地域)</p> <p>3. 媒介動物を抑え込むのと ComDT を結びつけること：OCP の地域の拡張</p> <p>4. 調査+再発抑制 (イベルメクチンを使って)：OCP の地域で媒介動物を抑えた後に</p>	<p>ComDT: 共同体の発展と支援/共同体を基盤とした組織 (CBOs) の関わり</p> <p>OCP での媒介動物が環境に与える影響を監視する</p>	<p>オンコセルカ症抑制の、国家間の共同と協調</p> <p>OCP、APOC に政治が関わること</p>

<p>III. なぜ、重荷はしつこく続くのか？</p> <p>a. 現在の抑制戦略に関する、主な問題と課題は何か？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ComDT への共同体の持続的な関わり</li> <li>● 他の治療処理や共同体への奨励金や費用の回収の影響などで ComDT に負担をかけすぎること</li> <li>● 紛争地域での ComDT</li> <li>● イベルメクチンに対する寄生虫の感度</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ComDT を APOC 地域すべて（紛争地域を含めて）に広げること</li> <li>● 健康システムの中での ComDT と CDTI（共同体向け治療イニシアティブ）への持続的な支持を統合すること</li> <li>● ロアア地方に対する費用効果の高い戦略</li> <li>● OCP 中止後のオンコセルカ症調査を効果的に実行すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● OCP の国の国内での田園地域の開発／開放された峡谷の人口過剰</li> <li>● 共同体の発展／ComDT 内の CBOs を統合すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 政治の支援、オンコセルカ症抑制のための優先事項、OCP 後／APOC の期間間の調査</li> </ul>
<p>b. 現在の戦略は、どれほど適用可能で、受容され、（費用上）手ごころなのか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● コミュニティ・ダイレクティブ・トリートメント・イニシアティブ（共同体向け治療イニシアティブ）非常に適用可能で、受容され、手ごころである。</li> <li>● 奨励金の問題</li> <li>● ロアア地方では猛烈に逆の反応を受けた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● CDTI は、効果的な戦略であるが、支援を必要とする。</li> <li>● 媒介動物の抑制は、サブナンと点在する焦点地域だけに適用できに過ぎない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 共同体の発展戦略によく適合する。ComDT（例えば、CBOs）への支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 大丈夫、だが、政治の支援が必要</li> <li>● 媒介動物の抑制は国によっては手ごころではない。</li> </ul>
<p>c. 現在の戦略は、どれほど費用効果が高いのか？</p>	<p>OCP と APOC の両者は、経済的回収率（ERR）が高い。OCP では ERR は 11 パーセントより高い（皮膚病に与える影響は含まれず）。APOC では ERR は、ComDT が維持されるならば、17 パーセントより高い（視覚的病気とひどいかゆみだけを含めて）。この 2 つの ERR は、エネルギー、農業、遠隔通信の分野のより良質な開発事業の ERR と同じくらい高い。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 健康サービスの発展、普及範囲、効率の水準</li> <li>● ComDT への支援のための優先事項と資金</li> <li>● 伝染と寄生虫保有宿主に対する長期的な対処策の効果</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● オンコセルカ症の地理的な分布に影響を与える、人の移住と環境変化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ComDT に政治が関わることで、OCP/APOC/OEPA の中止後に抑制調査の努力を維持することとに政治が関わることで</li> </ul>
<p>d. どれほど重要な決定要因があるのか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 立案と決定への共同体の参加</li> <li>● 社会の安定性</li> <li>● 他の健康プログラムとの経験</li> <li>● 健康システムとの相互作用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 耐性検出試験</li> <li>● 擁護戦略</li> <li>● 多一病気、ComDT への統合的な取り組み</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 意思の伝達／擁護戦略</li> <li>● ComDT を他の共同体開発活動と統合する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 擁護戦略</li> </ul>
<p>IV. 調査中の取り組みはどれほど効果があったのだろうか？</p> <p>a. どんなタイプの取り組みが考慮中であるのか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● マクロファイリアサイド</li> <li>● 多一病気の ComDT</li> <li>● 共同体の自己査察</li> <li>● 持続可能性を改善するために ComDT を強化するもの</li> <li>● ロアアのための迅速な評価法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 擁護をすれば、持続可能性は強化されるだろう、しかし、その費用とそれを出す者がまだ明確にされていない。</li> <li>● 多一病気の ComDT はたぶん費用効果性を高めるだろう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 擁護をすれば、持続可能性は強化されるだろう、しかし、その費用とそれを出す者がまだ明確にされていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 擁護をすれば、持続可能性は強化されるだろう、しかし、その費用とそれを出す者が明確にされていない。</li> </ul>
<p>b. こうした将来の取り組みは、どれほど費用効果が高くなるのだろうか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ComDT を強化するものの費用は、持続可能性を強化するはずであった現在の費用と、多分さほど違わない。</li> <li>● RAP なら、ロアアに代わって地方病になりうる地域での監視要請の費用と比べれば、費用効果は高くなるだろう。</li> </ul>			

## 差込み 4.12 オンコセルカ症

### TDR によってオンコセルカ症に適用されたコンバインド・アプローチ・マトリックス [続き]

健康状態を決定する 行為者/要因  治療処理が(病気の) 制御に与える影響を 決定する要因	1. 個人、家族、共同体のレベル	2. 健康省、健康研究組織、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、マクロ経済学的政策のレベル
V. 効果的な抑制への新たな取組みを開発するためには、どんな特別な知識が必要とされるのか?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ComDT を多一病気に適用する</li> <li>● オンコセルカのゲノム</li> <li>● 媒介動物と寄生虫の種の間の融和性の違いの理由</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 適用可能な範囲を広げることにつながる健康部門の展開のための選択できるモデル</li> <li>● 費用回収の影響</li> <li>● 多一病気、共同体に基づいた治療処置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 共同体の発展と健康管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 政治が順位の低い優先事項あるいは抑制された病気に関わること</li> <li>● ComDT への支援の費用と調査</li> </ul>
VI. 研究資金の流れはどうか?	<p>● TDR は、マイクログリフサイド、イベルメクチン耐性検査、診断法に関して R&amp;D に資金を提供しており、また、統合と持続可能性、ロアロアの迅速な評価、オンコセルカ・ゲノムの研究の支援に重点を置いて、薬品の分配の実行上の研究と ComDT に資金を提供している。</p> <p>● エドナ・マツカネル・クラーク基金は、オンコセルカ・ワクチンの研究への資金提供を中止している。</p> <p>● 国立衛生研究所 (NIH) と EC は、免疫学に資金を提供している。</p> <p>● 現在遂行中の研究に、APOC (ロアロアの地区作りのための遠隔探査の利用、国レベルでの現在遂行中の研究に) から、OCP (オンコシズム、診断法、殺幼虫剤の選択、環境の監視などに) から、OEPA (伝染に与える影響の評価) から、追加的な資金提供がある。</p>			

\* 取組み=手段、方法、戦略、政策：新 TDR 戦略に定義されている通り

## 差込み 4.13

### 健康研究を必要とするものの戦略的分析のためのTDRのチェックリスト

(グローバル・フォーラム・コンバインド・アプローチ・マトリックスのものの改訂)

#### 1. 病気の負担の重さの大きさと本質は何か？

- ・疫学的趨勢はどのようなのか？
- ・以下のレベルでこの負担に影響与える、現在および将来存在しそうな要因は何か？、そして、どんなふうに影響を与えるのか？
  - －個人、共同体、家族
  - －健康部門（健康省、システム、サービスの配分）
  - －健康以外の部門
  - －政府と国際機関

#### 2. 制圧戦略は何か？

- ・たいていの疫学的状況に対するための“制圧戦略”として纏め上げられた制圧方法の効果的なまとまりはあるのか？
- ・そのまとまりの構成要素（地理的な地域により分類された）は何か？
- ・そうした制圧戦略が存在するなら、それはどれほど効果的なのか（観察に基づいて）、そして、それは次のことができるのか（疫学的モデル作りに基づいて）：
  - －罹病率を減らすこと
  - －死亡率を抑えること
  - －伝染を減らすこと
  - －負担を減らすこと

#### 3. なぜ病気の負担の重さはしつこく続くのか？

以下のようなレベルでよりよい制圧を抑制するのは何か？

- －個人、共同体、家族（例えば、男性の優位、貧困、サービスの入手法）
- －健康部門（例えば、政治が制圧に関わること、不適切な人材、サービスを届ける機関と管理のまずさ、乏しい資金と粗雑な菓の供給システム、病気の管理の仕方についての乏しい知識、効果的な手段の欠如、効果的な手段と戦略を遂行するための資金の欠如）
- －健康以外の部門（例えば、社会政策および農業政策が病気に与える、積極的あるいは消極的影響）
- －政府と国際機関（例えば、構造的な調整計画、そして、貧困撲滅戦略、それにマクロ経済学的政策の影響）

#### 4. こうした抑制因を効果的に扱うには、何が必要であるのか？

(制圧と研究の両者の面を含めて)

- ・こうした抑制因のうちのどんなものに、研究は取り組むのか？
- ・研究が取り組める抑制因のどんなものが、もし取り組めば、以下のことを可能にするのか？
  - －制圧／サービス分配のシステムを改善する
  - －究極的には、病気の重荷を軽減することにつながる
  - －（資金的に）手ごろな研究によって取り組む
  - －5年以内に完結する
- ・こうした取組みで陥りうる陥穽あるいは危険は何か？

#### 5. 過去／現在の研究から学んだものは何か

- ・現在／過去の研究からは－TDRの支持を受けたものとTDR以外のものの両者
- ・現行の研究資金の流れについては、何がわかっているのか？

#### 6. 研究のための機会は何か？

- ・この病気のための最先端技術を用いた科学（基礎的および臨床的）はなにか？そして、どんな機会を提供してくれるのか？
- ・この病気に取り組むために手に入れられる施設と人的資源の現状はどうか？

#### 7. (資金的に) 手ごろで、(やってみれば) 違いが生じて、5年のうちに、あるいは、もっと長期間のうちに実行できる、可能な研究の問題点と現在行なわれている研究の問題点との間のずれは何か？

#### 8. このずれのどちらにとって、研究のための好機があるのか？

- ・資金援助が増額されれば、すなわち、人的、施設的な能力に投資が増えれば、現実的にはもっぱらどちらの問題点に取り組むのか？
- ・どちらの問題点が、TDRの比較的有利な点にもっともふさわしいのか？

IAP は、主に貧しい人々が単純なバイオマス燃料（木材、牛馬の糞、農作物のくず）を使うことから生じるのだが、公衆衛生問題となっており、地球全体の病気のおよそ4パーセントに達している。従って、IAP は、優先事項研究を必要とする、重要な危険要因となっている。

#### (a) 病気の負担の重さ（ステップ 1）

バイオマス燃料の煙に曝されことは、子供と大人のある範囲の普通の病気と重篤な病気、特に、肺に関わる病気（挿し込み 4.14）の危険を増大させることを示す、矛盾のない証拠事実がある。

出版されている文献を検討し、評価をするためのさまざまな方法を使うと、低—および中—所得の国々の IAP は、およそ 5300 万 DALYs に達するかもしれない（低—および中—所得国の総数の、およそ 4 パーセントに達する）。大陸同士で比較すると、顕著な変動がある。

#### (b) 決定要素／危険要因（ステップ 2）

およそ 30 億の人々、それに、低—および中—所得の国の家庭の 80 パーセントに至るまでが、家庭のエネルギー消費のために、今なおバイオ燃料に依存している。排気が不十分な単純なストーブを屋内で使用することがよくあるので、このことが、特に女性と幼い子供が室内でひどく煙を浴びることにつながる。燃料使用の現在の傾向と貧困を見れば、もっと効果的な手を緊急に打たなければ、この問題はしつこく続くことがわかる。

低—および中—所得国での燃料使用と IAP に伴う、健康と発展の問題には、性の問題、貧困、環境、生活の質の問題が含まれる。発展に伴って、一般的に、だんだんとより効率的で、よりクリーンで、より便利で、より値段の高い燃料へといわゆる‘エネルギーのはしご’を上がっていく移行がある。典型的には、家庭では、燃料は組み合わせて使われる。例えば、木材は料理と暖房用に、灯油は明かりのために、そして、たぶん、木炭はお湯用に。

#### (c) 室内の空気汚染にコンバインド・アプローチ・マトリックスを適用すること

グローバル・フォーラム・コンバインド・アプローチ・マトリックスが、室内の空気汚染研究に

おける研究の不均衡を明確にするために、適用された。

#### (d) この最初の試みの結論

- この実地検証が明らかにしたことは、室内の空気汚染のような疾病の決定要素にこのマトリックスを適用することは可能であるということである。
- 最初の試みが優先事項を決定するのに役立つというよりはむしろ知識の点での不均衡を明らかにするのに役立つ時でさえ、この不均衡を明確にすることは、保健医療研究で優先順位を策定するのに重要である。
- 合同化された枠組みは、異なった部門の行動、役割、必要とするものの評価を促進する点で、大切である。このことは、リストに挙げた非—保健医療部門すべての役割を強調するのに役立つ。
- 費用と利益は明確にするのが難しいから、費用効果に取り組む必要がある。

#### (e) 研究勧告

コンバインド・アプローチ・マトリックスを室内の空気汚染の問題に適用したところ、広い範囲の、多くの専門分野に渡る研究が必要なことが判明した。このことが逆に要求してくるのは、協調、研究に際しての部門間のいっそうの協力の促進、政策の開発と実行である。そして、新たな研究成果の普及と適用を確実にするために、十分に開発された組織も要求される。

以下のように、研究の優先事項が明確にされた：

- (i) 人口集団が煙を浴びていること、健康への影響、危険を削減する可能性に関する証拠事実を強化するための研究。
- 危険（燃料の使用、汚染、煙をあびること、家庭のエネルギー・システムなど）と変革のための選択肢を評価するための、共同体なりの評価方法を開発する。
- ・煙を浴びること、健康—および発展—関連の成果を測定する、実践的で十分に標準化された尺度を提供する手段を開発し、検証する。
- 室内の空気汚染から生じたのではなくて、家庭での燃料の使用から直接生じた結果を、火によ

- る火傷、熱湯による火傷、灯油による汚染、焚き火などを含めて、評価する。
- 女性が費やす時間の機会費用を含めて、間接的な健康結果を評価する。
- 治療処理が調理時間、薪集め、穀物生産に与える、2 次的な影響を理解し、評価するのに役立つよう、調査研究する。
- 煙に曝されるのを計画的に減らせば、このことがもっとも重大な健康結果（病気のこと）に与える影響を証明するために、室内の空気汚染の健康への危険に関する、新たな証拠事実を集める。
- 幼い子供の ALRI（急性低呼吸感染）のような、重大な結果に対する、室内の空気汚染の、空気に曝されること一反応の関係

(ii) 治療処理に関する研究

- 現行の家庭のエネルギー使用の努力から得た治療処理の経験を抽出し、普及する。
- 特定に治療処理の経済的評価を行なう。
- 家庭のエネルギーの背景と影響を反映する、あ

る範囲の基準を、持続可能性を含めて、評価する。

- 家庭のエネルギー分野で協力の効果的なモデル（事例研究）を明確にする。
- 協力のための、地元独自の配慮を認める方法を開発し、評価する。

(iii) 政策の開発と履行に関する研究

- 実施された政策に関する経済的な研究を行なう。
- 健康問題における不公平に取り組むために、家庭のエネルギーに関する政策の可能性を評価する。
- 各国での普段の適用に対する、標準的な指標を開発し、検証する。
- 貧しい人々のための、よりクリーンな家庭エネルギーの供給と取り込みに関わる政策選択肢の、各国の結果。
- 病気の費用と支払いの意欲の評価を利用した危険削減の、家庭にとっての利益を理解するために、研究を進める。

## 差込み 4.14

### 低—および中—所得国での IAP を浴びたことの結果についての証拠事実

条件	証拠事実の性向と範囲
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 幼い子供の急性の低呼吸感染（ALRI）</li> <li>• 大人での、慢性の気管支炎と慢性の閉塞性の肺の病気（COPD）</li> <li>• 肺がん（石炭が関わるものだけ）</li> </ul>	<p>研究はおよそ 20 件。研究全体にわたって、矛盾はまずない。周囲の空気汚染の研究によって、また、ある程度まで動物実験によって裏付けられている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 鼻咽腔と喉頭のがん</li> <li>• 白内障</li> <li>• TB</li> </ul>	<p>研究は数（2~3）件。研究全体にわたって、矛盾はない。吸煙からの証拠事実と動物実験によって裏付けられている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 出生時の体重不足</li> <li>• 周産期の死亡率</li> </ul>	<p>低所得国一国からのそれぞれの条件に対する研究が 1 件。吸煙と野外の汚染の研究によって裏付けられている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 急性の中耳炎</li> <li>• 心臓血管疾患</li> </ul>	<p>研究は無し。高所得の国々での、周囲の空気の汚染の研究および／あるいは木材の煙の研究から、なんらかのつながりが想定できる。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 喘息</li> </ul>	<p>研究は数件。結果は矛盾している。周囲の空気汚染の研究で裏づけ</p>



# 差込み 4.15

## 室内の空気汚染に適用されたグローバル・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 優先事項決定に おける5段階*	個人、家族、共同体	健康省、健康研究施設、健康システムと配分	健康問題以外の部門	中央政府、マクロ経済学的政策
<p>II. なぜ、重荷はしつこく続くのか？ その決定要因は何か？</p>	<p>貧困：性別との関わりを含めて、個人；家族；人口集団（早産、戦争、借金などを含めて）。</p> <p>自覚：健康の危機および/あるいは変革のための選択肢に気づいていない。</p> <p>文化：好み、例えば、バイオ燃料のストープで調理された食物の味に対する；煙の利用、例えば、食物の保存；家庭に関わる精神的な問題。</p> <p>入手：貧困、および、不適切あるいは当てにできない供給のせい、よりクリーンな燃料の入手と利用は限られている。</p> <p>参加：変革に参加する機会はない。</p>	<p>健康省：自覚が無い、それゆえ、健康政策への反応は弱い；他の部門との協力は不適切。</p> <p>研究施設：健康問題研究の問題点としては比較的優先順位が低い；資金が限られる；煙を浴びたひと（健康の危険）の人口調査が無い；問題が悪化している（費用を浴びたこととの評価が難しい（費用に関する専門知識、技術的な専門知識が必要とされる））。</p> <p>健康システム：事例の発見と治療に注意を向ける；煙を浴びる環境を減らす際の役割について確信が無い；他の部門と協力するための組織と経験が無い。</p>	<p>発展/市民社会の組織（CSOs）：エネルギー節約と経費の削減の技術に焦点が当てられてきている。</p> <p>健康省以外の省庁：環境、家作りなどが、健康のためのCSOsとの協力を求めないで自分だけの縄張りの中で行動する傾向にあった。</p> <p>寄付をする人：個人参加方式、あるいは、市場主導方式であるよりむしろ、寄付をする人々によって、プロジェクトは、推進され、資金がまかなわれることが多い。</p> <p>資金繰り：設備の経費に関して補助をする、その土地の適切な小口の金融もしくは他の方法が無い。</p> <p>証拠事実：貧弱なプロジェクトの歴史は、成功を収めた発案主導法人（イニシアティブ）が無いこととあいまって、人氣を落としてしまっている。</p>	<p>自覚：室内の空気汚染が健康に与える影響に気づいていない、家庭のエネルギー、性別の違い、健康、発展の相互関係が、特別に、そして、もつと一般的に健康に与える影響に気づいていない。</p> <p>政策：家庭のエネルギーと貧困に取り組むための政策と戦略が無い、従って、最小限の能力も無い。</p> <p>経済策：エネルギー部門のゆがみのせいで、燃料補助金政策は貧しい人々には功を奏さない。</p> <p>協力：国のレベルでも他のレベルでも部門間の協力の支援/簡便化は、不適切。</p>
<p>III. 現在入手可能な治療処理</p>	<p>共同体の発展：必要なものの評価と治療処理の計画に参加できる。</p> <p>貧困を減らすこと：収入のある世代の機会、利用できる場所ではクレジットを受け取り込むこと。治療処理（下記）を受けるには支払能力を必要とすることに注意。</p>	<p>役割：健康部門は、役割を限定されたものと見る傾向がある、そこで、このことを明白にさせておく必要がある。役割には次のものがある：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康と煙に曝されることについてのデータを集め、配分する</li> <li>健康の影響と予防の必要性の自覚を高める</li> <li>健康システムと接触するところ（臨床の場あるいは共同体の中で）人々を教育する</li> </ul>	<p>多くの選択肢がこうした諸部門のために、現在、存在するが、実行される際には、不ぞろいで、非協調的である。</p> <p>エネルギー供給：よりクリーンな燃料の分配（例えば、石油部門）；他のクリーンな燃料（バイオガス、ジェルフュエル）。</p> <p>地元の営利部門：熟練した職人（例えば、ストーブ）；燃料と装置の販売者と供給者。</p>	<p>国の政策：家庭のエネルギー、健康、発展に関する、統合的な国の政策が必要とされるが、ほとんど欠如している。</p> <p>独自の計画：国の発案の例は若干ある；例えば、中国では、田舎のストーブの計画、インドでは、ストーブの改良計画、ブラジルでは、ガス使用の奨励。一般的に言えば、国が戦略的に対処する例はほとんど無い。</p>

<p>ストープの改良：煙の放出を減らし、燃料を節約し、汚染を外に排出するストープの採用。</p> <p>よりクリーンな燃料：手に入るところでは、灯油、ガス、電氣を利用する。</p> <p>家作り：換気、断熱（寒い地方）の改良。</p> <p>行動：燃料使用を減らすための行動、すなわち、家族が煙に曝されるのを減らす行動。</p>	<p>一他の部門との協力</p> <p>調査研究：次のことに関する、根拠の確かな情報を得るための手段と方法： 煙を浴びることと健康の結果に関する情報；健康部門を通しての教育の効果に関する情報；他の部門と協力的な発案主導法人（イニシアティブ）の役割に関する情報。</p>	<p>教育：健康の危険に対する学校教育と大人の教育、共同体の役割、変革のための選択肢。</p> <p>家作り：環境から来る健康問題を設計と建築に融和させる。</p> <p>資金繰り：発展のために目標を定めた補助金；その土地の小規模な金融。</p> <p>山林管理、環境：回復可能な木材燃料資源と地元環境の保護。</p>	<p>教育：健康の危険に対する学校教育と大人の教育、共同体の役割、変革のための選択肢。</p> <p>家作り：環境から来る健康問題を設計と建築に融和させる。</p> <p>資金繰り：発展のために目標を定めた補助金；その土地の小規模な金融。</p> <p>山林管理、環境：回復可能な木材燃料資源と地元環境の保護。</p>
<p>III. 現在の治療処理の費用効果</p>	<p>部門上の問題：家庭のエネルギー治療処理からは大きな健康利益が得られる可能性があるにもかかわらず、治療処理の費用の大部分は、健康部門によっては産み出されない。</p> <p>費用-利益：ガママラとケニアでのストープに基づいた評価は、利益は死亡率全体と ALRI 罹患率に対する費用に勝るとを示している。</p> <p>費用効果：インドでのストープに対する見積もりは、節約された DALY につき 50~100 米ドルを示している。</p> <p>調査研究：LAP (ARI, COPD, TB, 出生時の体重不足、がん、眼病を含めて) に対する健康危険評価の証拠事実と正確さを補強する；家庭エネルギーがいつそう広い健康に与える影響についての証拠事実；組織的な監視と評価に関する協力。</p>	<p>部門上の問題：健康部門と比べて、治療処理で‘提供する’のは、(主に) 非健康部門である。しかし、費用の問題が複雑であるのは、たとえ、広範な理解と持続可能性が達成されようとも、治療処理は、たいがい市場機能を通して選ぶ必要があるからである。ある範囲の利益が、非健康部門に生じるはずである。そうした利益は、経済的發展、雇用、環境保護などである。健康部門にもまた利益がある。</p> <p>調査研究：貧しい人々のための家庭のエネルギー開発の費用と利益の評価は、さまざまな部門に渡っているので、開発を必要とする、複雑な分野である。</p>	<p>統合された政策：貧しい人々のための家庭のエネルギーへの投資と統合された政策が国の経済に、あるいは、国の社会的経済的および健康の不公平を減らすことに役立つことを評価することにまったく気がついていない。</p> <p>独自の計画：中国の田舎のストープ計画は、1億7千万以上の家庭で実行されたが、評価は非常に限られたものであった。インドのストープ計画は、問題が多いた。南アフリカの電化は、広範なものであったが、汚染燃料に取って代わった。ブラジルでは、ガスが田舎の地域で広範に使われている。</p> <p>財政政策：燃料の補助金は一般的には貧しい人々の利益とはならないという証拠事実。</p>
<p>IV. どんなタイプの治療処理が考慮されているのか？</p>	<p>(a) 治療処理への新しい技術と別の取り組み方の、同様に、(b) 現在行なわれている治療処理のいっそう効果的な実行の、組合せが要求されている。新しいアイデアは、以下のものである： ・改良された燃料、例えば、エタノール・ジェルフエセル、ソーラーPVの取り込み ・共同体レベルで意識を高める革新的な方法、例えば、芝居、コミュニティビデオなど</p>	<p>組み合わせられた取組み：共同体レベルの場合と同じように、もっと効果的な実行と同様新たな取組みが要求される。以下のものである： ・新たな燃料（例えば、ジェルフエセル）と同様に、よりクリーンな燃料と装置の開発と供給 ・適切なところでは、燃料木材の戦略的開発</p>	<p>統合政策：国レベルで高まった自覚は、貧困を減らす努力と結びついた統合政策につなげる必要がある。具体的な手段は次のものである： ・国の能力の構築 ・目標を定めた財政支援 ・貧しい人々がよりクリーンな燃料を手でできる、エネルギー政策 ・家庭のエネルギーのための小口金融を開發するのに役立つ手段</p>

# 差込み 4.15

## 室内の空気汚染に適用されたグローバル・フオーラム・コンバインド・マトリックス [続き]

健康状況を決定する 行為者/要因 優先事項決定に おける 5 段階*	個人、家族、共同体	健康省、健康研究施設、健康システムと配分	健康問題以外の部門	中央政府、マクロ経済学的政策
<p>IV. どんなタイプの治療処理が考慮されているのか?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>行動上の治療処理のための研究機会、例えば、子供を煙に近づけない</li> <li>新しいストロープの設計を採用する、例えば、ニカラグアの断熱した「エコストロープ」</li> <li>エネルギー上の必要を満たした家の設計、例えば、もつと効率のいい断熱計画立案と評価に共同体が参加することが必要とされている。</li> </ul>	<p>役割を明確にする：この部門が効果的に反応できさえすれば、いかなる所与の状況でもあらゆるレベル（健康省、地域、診療所、共同体）で果たすことができる役割を明確にするために、新たな方法が必要とされる。</p> <p>調査研究：家庭のエネルギーが健康に与えるさまざまな影響についてのより強い証拠事実；事例研究によって、健康部門の役割を推進するための方法。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>小口金融の開発、これは、ローンと最初に寄付者の支援を要請するために、費用効果の高さに関する証拠事実を要求することがある。</li> <li>協力：さまざまなレベルでの部門間の協力のためのいっそう効果的な仕組み。</li> <li>調査研究：実行、市場化などへの新しい技術と取組みの開発。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>優先化が決まった研究を実行するための財源</li> <li>調査研究：より統合された政策を推し進めるために、上記の策を組み合わせた、今日までの経験を制度的に検討すること。</li> </ul>
<p>将来の治療処理は、どのくらい費用効果が高くなるのだろうか？</p>	<p>共同体レベルでの行動は、非常に大きな可能性がある。参加を促すことは、特に女性を含めようとするれば、変革を促進するのに非常に効果的なものとなる。独自の新しい治療処理の中には、例えば、エコストロープ（ニカラグア）やジェルフェル（アフリカ）のように、見込みのいいものもある。しかし、都会と田舎の状況を準備範囲下に置く、治療処理の全体的な効果と持続可能性を評価する研究に対する、急を要する必要性が残っている。また、今必要とされているのは、影響評価の方法であり、この方法は、もつと日常的に適用され、さまざまなレベルの能力と情報を考慮に入れられるくらいに柔軟なものでなければならぬ。</p>	<p>LAP を下げることから発生する ALRI のような特定の病気の発生と死亡率を下げる可能性のある、初めのころの評価の中には、今利用可能になりつつあるものもある。こうしたものは今なお不正確な危険評価に基づいている。従って、今までのところ次のことができない：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>家庭のエネルギーが健康に与える広い影響を纏め上げること。</li> <li>ここに概略が描かれている、より効果的で持続できる実行に取り組むこと（非常に重要）と治療処理の可能性を考慮に入れること。</li> </ul> <p>調査研究：健康部門は、こうした評価をするための証拠事実が入手可能であり、且つ又、明確に提示されているのを確実にするには、主導権を取るべきである。</p>	<p>ある範囲の部門には、例えば、環境、森林管理、家作り、教育、雇用などの部門には、費用効果の利益の可能性がある。研究の中には、インドでのさまざまな、ストロープ/燃料の選択肢（実例は、本文参照）から生じうる、短期（健康）および長期（地球環境）の利益の組合せを示しているものもある。関係している多くの部門の費用と利益が相互に依存していることは、総合的な経済評価のいかなるものであれ、非常にやりにくいものにする、というのは、いちどきひとつの（部門の）結果に対する費用効果の高さを見る場合には、限られた価値基準しか存在しないからである。</p>	<p>家庭のエネルギーと貧しい人々に関する統合された政策が持っている可能性は、国の社会経済的發展に貢献する可能性であり、特に、上記の策が社会にある健康と發展の不公平を減らすことに貢献できるのならば、なおそうである。これは、将来の研究のために非常に重要な分野である。</p>

\* 病気の重荷（ステップ 1）と資金の流れ（ステップ 5）は、この表に含まれていない。IAP は病気の重荷のおよそ 4 パーセントに達すると見積もられている。IAP 研究のための資金の流れに関する情報は、ほとんど存在しない。

## 第 6 節

### 結 論

過去 12 年にわたる保健医療問題研究管理には、重要な変化が見られる：

- 保健医療問題研究は政策決定の場で非常に重要な役割を果たしうる、という理解が進んだ。
- 研究すべき主題の選択には健全な科学的基盤を要する、という認識が進んだ。
- 研究の優先事項を選択し、推奨する方法論がなかったことが、かえって、こうした手段と手続きの開発を促した。

最近の研究の展開を要約すると、この章で強調されるのは、研究の優先順位を策定する際に、疾病に基づいた取組みと決定要因とに基づいた取組みを結びつけることの重要性である。また、優先順位策定に必要とされる情報を集めるためには個人参加方式を利用することの重要性も強調される。保健医療問題研究のための優先順位策定の方法論からは、政治的圧力と営利的な圧力が排除されなければならない。優先順位を策定する目的は、疾病負担を軽減するために、最も効果的な治療処理に焦点を当てた保健医療研究を通して、健康を改

善することである。

疾病負担を軽減するためには、生物医科学的な治療処理ばかりでなく、保健医療部門以外の部門によって遂行される行動学的、社会的、政治的治療処理が必要とされる。

グローバル・フォーラム・コンバインド・アプローチ・マトリックスが開発されたのは、1990 年以後開発された初期の手段に基づいて優先順位を策定するのに役立つ手段としてであった。このマトリックスは、いかなるレベルでも適用できる。その目的は、優先順位策定のテクニックを使って、保健医療研究への（限られた）投資でできる限り多くの健康生存年数を手に入れることである、たとえ、この健康生存年数の獲得が、伝染性の病気、非伝染性の疾病、暴力と怪我などを減らすことで成し遂げられたとしてもである。というのは、貧しい人々に役立つ治療処理の遂行を奨励するためには、貧しい人口集団のために獲得された健康生存年数に、なおいっそうの重点を置くことができるからである。

# 第5章

---

## 保健医療研究における優先順位の策定

### 第1節

保健医療研究の資金配分の『10/90』の不均衡

### 第2節

優先されるべき保健医療研究の4つの側面

### 第3節

疾病に焦点を当てた勧告の検討

### 第4節

決定要因、優先順位策定の方法論、政策、交差する問題に焦点を当てた勧告

### 第5節

結論と将来への歩み

## 第 1 節

### 保健医療研究の資金配分における『10/90』ギャップ

#### 1. 『10/90』ギャップは存在するのか？

保健医療研究の資金配分における『10/90』ギャップは、高一所得の国で行なわれた研究がやがては低一および中一所得の国の役に立つことになるので、思いのほか小さいということが、議論の対象となりうる。低一および中一所得国は、進歩し、以前より長い期待寿命を享受しているので、疫学的移動や人口学的移動（病気の伝染、人の移動）があれば、高一所得国で流行っている疾病が広がるのを増すことになる。

地球的に見れば、大部分の研究は、高一所得国で行なわれているが、このことは、ある程度まで、南の国々（発展途上国）の健康の改善に貢献している。しかし、研究を低一および中一所得国に移す可能性は、非常に限られているが、それは次の要因のせいである：

(a) 伝染病は低一および中一所得国では今なお疾病負担のおおきな部分を占めているが、こうした疾病（例えば、マラリア）の研究は、こうした疾病が風土病となっている地域に暮らす人々の必要、というよりはむしろ、発展途上国を訪れる人々の必要のために、取り組まれることが多い。

(b) 工業国のいっそう儲かる市場で使用するために開発されたワクチンは、発展途上国では効かないことがある。というのは、発展途上国では、こうした疾病（あるいは、疾病のもっと深刻な形）は、違ったタイプのウイルスもしくはバクテリアによって惹き起こされることがあるからである。

(c) 不健康の決定要因は、地域によっておおいに変わることがある。例えば、高一所得の国では、交通事故の予防では、主に、車に乗っている人の保護が重要視されるが、低一および中一所得の国では、歩行者の保護に向けられねばならない。

(d) 保健医療システムと保健医療サービスの発展と実践のレベルは、国によって非常に違う。

(e) 治療、薬品、他の研究成果を入手する手立ては、特に、人口のうちの貧しい部分にとっては、国によって、また、同じ国内でも、非常な違いがある。例えば、特許のついた薬品の中には、その高価格のゆえに、普及<sup>1</sup>が制約されるものもある。

(f) より発展した国で入手できる非伝染病に対する治療処理は、低一および中一所得国では、コストのせいと社会的生産基盤がないせいで適合しないし、適当でもないことがある。例えば、血栓溶解と診断しその治療を行なうという高水準の技術に関する研究は、なるほど、低一および中一所得の国でも、選ばれた、限られた個人には利用できるが、こうした国で大規模に利用するには、必ずしも、最も適切で、最も利用可能で、最も費用効果が高い手段だとはいえないだろう。費用効果が高い（他の）選択肢を突き止める研究が、必要とされる。

<sup>1</sup> 例えば、HIV 治療の研究は、HIV に感染した個人の寿命を延ばすのに、実質的な進歩を遂げている。しかし、治療の費用および健康システムの欠陥のような要因は、低一および中一所得の国では、こうした命を救ってくれる薬品を手に入れるのは、禁止も同然になっている。

## 2. 疾病負担の大きさ

低一および中一所得の国と高一所得の国の間には、疾病負担の大きさと特質に著しい差異がある。この違いを（低一および中一所得の国の人口は、世界の総人口の 85 パーセントに達することを考慮に入れて）説明するために、疾病集団ごとに人口 10 万についての DALYs の割合（挿し込み 5.1）<sup>2</sup>を計算した。

表で示されているのは、伝染性の疾病、妊婦の健康状態と周産期の健康状態と栄養上の健康状態という負担（疾病率として計算した）は、低一および中一所得の国では高一所得の国の 13 倍高いことである。非伝染性の疾病率は、高一所得国と低一中一所得国でほぼ同じである。暴力/傷の割合は、低一および中一所得国では、高一所得国の 3 倍である。

罹患率と死亡率<sup>3</sup>の一番高いレベルの疾病と健康状態の表とその結果の投資<sup>4</sup>を検討すると、一番高い健康状態の大部分は、投資では非常に低いレベルにあることが明らかになる。こうしたことは、急性の呼吸感染、下痢性の疾病、心臓血管の疾病、精神的健康、結核、熱帯病、周産期の健康状態、HIV/AIDS にも通じる。こうした疾病と健康状態のなかには、過去 10 年間にわたって十分研究された手段で、今も闘われているものもある。今日必要とされている研究は、疾病の決定要因と進行を抑えることができる治療処理を突き止めるために、一番高い疾病負担をもつ保健医療問題の研究である。

## 3. 疾病負担を保健医療研究への投資水準と比較する

フォーラム 5 開催中の、いくつかの研究発表は、疾病負担が、保健医療研究のための資金の配分の際して、基準として利用される範囲について検討した<sup>5</sup>。異なる疾病の研究に投入される資金の水準での不均衡も、たくさんの報告で強調されている<sup>6,7</sup>。

コミッション・オン・マクロエコノミクス・アンド・ヘルス（マクロ経済学と健康に関する委員会）は、低一および中一所得国では、保健医療研究と疾病負担に投入される資金のレベルによって、疾病が分類できることを明らかにした。挿し込み 5.2 は、保健医療研究資金の『10/90』ギャップが根強く残っていることを示している。

委員会によれば、生物医科学研究に使われた総額は、およそ、年に 600 億米ドル（つまり、DALY につき 42 米ドル）と見積もられている。このうちで、マラリアは、およそ、年に 1 億米ドル（つまり、DALY につき 2.2 米ドル）—地球平均のおよそ 20 分の 1 と計上される。しかし、マラリアは、2000 年には地球の疾病負担の 2.7 パーセントに達すると見積もられた。そして、主に貧しい国に襲いかかっている、大部分はアフリカに集中して。

フォーラム 5<sup>8</sup>に提示された情報によれば、リーシュマニア症、マラリア、トリパノソーマ症（眠り病）、結核の研究に出された 2000 年の総支出額は一合わせて、全地球の疾病負担(7500 万 DALYs)

<sup>2</sup> アンドレス・ド・フランシスコ、ランセット、2000 年 10 月 14 日、巻 356 ; 1355—6

<sup>3</sup> C. J. マレイ & A. ロペス、グローバル・バードン・オブ・ディーズ・アンド・インジャリーズ、巻 1、WHO、1996。

<sup>4</sup> 保健医療研究に関する特別委員会、インベスティゲイティング・イン・ヘルス・リサーチ・アンド・ディベロップメント、WHO、1996 年 9 月

<sup>5</sup> 論文が、フォーラム 5 で提出された、2001 年 10 月。著者、ジェラルド・T・キューシュ、ディレクター、フォガティエ・インターナショナル・センター、NIH、USA ; シグルン・モゲダル、ステイト・セクレタリー・フォー・インターナショナル・ディベロップメント・コーポレーション、ノルウェー ; キャサリン・デイビス、サイエンティフィック・プログラム・マネージャー、ウエルカム・トラスト、イギリス ; ジェリー・M・スピーゲル、シニア・アソシエイト、ブリティッシュ・コロンビア大学、カナダ

<sup>6</sup> 保健医療研究に関する特別委員会、インベスティゲイティング・イン・ヘルス・リサーチ・アンド・ディベロップメント、WHO、1996 年 9 月

<sup>7</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

<sup>8</sup> ベルナード・ペクルール、フォーラム 5 に提出された論文、2001 年 10 月 / 重大な不均衡、MSF、2001 年 9 月

の、およそ5パーセントに達するのだが—3億8300万米ドルに達するとのことであった。このうちの、およそ8500万米ドルが薬品開発向けであり、これは、全地球的に健康研究に投入される資金の0.14パーセント、DALYにつき1.13米ドルに過ぎない。この額は、マラリアの寄生体は、やがては抗マラリアの薬剤に耐性を持つようになるという事実から見ると、極めて低い。

1975年から1997年の間に地球の市場に出荷さ

れた、1233の薬品のうち、主に貧しい人々を襲う、熱帯性の伝染性の疾病向けのものは、13に過ぎなかった。マクロ経済学と健康に関する委員会は、少なくとも年に30億米ドルが、世界の貧しい人々の健康に優先順位を付けた研究開発に配分されるよう、勧告している。そして、このうちの少なくとも半分を配分すべきところは、低—所得地域での抗レトロビアル剤の使用、マラリア、結核、生殖健康を含めた、HIV/AIDSに対する、的を絞った研究であるとしている。

## 挿し込み 5.1

### 1998年の疾病グループと国の収入水準による疾病負担の割合

(人口10万人あたりの廃疾—治療された生存年数として計算された負担)

グループ	低—/中—所得国	高—所得国	比
伝染性の疾病、妊婦の健康状態、周産期の健康状態、栄養上の健康状態	11206	863	13 : 1
非伝染性の疾病	10200	9664	1 : 1
傷	4198	1403	3 : 1



## 挿し込み 5.2

### マクロ経済学と健康に関する委員会<sup>9</sup>による、3つのタイプの疾病の分類

疾病のタイプとカテゴリー	地球的な研究努力	疫学	疾病例	註
(I) 無視されていない疾病	高い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 貧しい国と豊かな国の両方で起こる</li> <li>・ 世界を通して無防備な人口が多い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ B型肝炎</li> <li>・ インフルエンザ・タイプb (小児髄膜炎ワクチン) Hib</li> <li>・ 糖尿病</li> <li>・ CVD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研究開発のための強い動機</li> <li>・ 低一及び中一所得国にとっては、広く適用することも、利用することも、持続することもできるわけではない</li> </ul>
(II) 無視された疾病	低い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 貧しい国と豊かな国の両方で起こる</li> <li>・ 貧しい国では負担の相当部分を占める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ HIV/AIDS</li> <li>・ 結核</li> <li>・ (マラリア)<sup>10</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 豊かな国では実質的な研究が進行中</li> <li>・ 世界基準での疾病負担とは不釣り合いの、研究開発費支出のレベル</li> <li>・ 貧しい国にとっては利用可能性が低い</li> </ul>
(III) 極めて無視された疾病	非常に低い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 貧しい国では圧倒的な、すなわち、独占的な発病率</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ シャガス病</li> <li>・ 住血吸虫症</li> <li>・ リーシュマニア症</li> <li>・ トリパノソーマ症 (アフリカ眠り病)</li> <li>・ オンコサカイアシス (アフリカ)</li> <li>・ リンパ管フィラリア病</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 極めて少ない研究開発資金</li> <li>・ 豊かな国では、営利性に基づいた研究開発は行なわれていない</li> </ul>

<sup>9</sup> WHO で準備された、マクロ経済学と健康：経済的発展のための健康への投資。マクロ経済学と健康に関する委員会の報告、2001年12月、ページ78—79。

<sup>10</sup> マラリアは、マクロ経済学と保健医療に関する委員会によって、可能なタイプIIもしくはタイプIIIの疾病とされている。

## 第2節

### 優先さるべき、保健医療研究の4つの側面

保健医療研究での優先順位付けは、伝統的に、疾病と健康状態の点から見て記述されてきたが、このことが保健医療研究のほんの一面にすぎないことは、今は理解されており、また、健康の決定要因それ自体が、優先順位を決定されねばならず、決定要因それ自体が疾病に焦点を合わせた優先事項として、同じ資金を狙って競合していることも、今は理解されている。しかし、事態をさらに悪くしていることに、保健医療研究に対する、少なくとももう二つの側面があり、この二つの側面は、別の二つの側面に対して優先されなければならない。この別の二つの側面とは、優先順位策定ための方法論と、保健医療研究と交差する問題、例えば、政策、貧困と健康、性と健康、研究能力の強化、である。

それだから、保健医療研究における優先順位策定の实地検証は、上記の四つの側面すべてが、考慮に入れられなければならないと、提案されている。すなわち、

1. 疾病と健康状態の研究
2. 決定要因と危険要因の研究
3. 優先順位策定の方法論

4. 保健医療およびその研究に影響を与える、政策と交差する問題の研究

この章では、第3節で、疾病と健康状態の研究優先事項に関する、過去12年間に行われた、重要な勧告を検討する。こうした疾病のそれぞれの内部での優先事項の詳細については、第8章参照のこと。

第4節では、決定要因と危険要因に関する研究優先順位付けに対して、この12年間に行われた重要な勧告を検討する。この決定要因の若干のもの内部での優先事項の詳細については、第8章参照のこと。

ディメンション3（優先順位策定の方法論の研究）は、第4章、第6章で検討される。

最後に、ディメンション4（政策と交差する問題に関する研究）は、第1章（貧困、性）、第7章（研究能力の強化）、第8章（政策とシステム、公的—私的な協力、ゲノム学と保健医療）で論じられる。

## 第3節

### 疾病に焦点を当てた勧告の検討

挿し込み5.3には、過去12年間にわたってさまざまな国際委員会が出した勧告の概略が、提示さ

れている。

### 挿し込み 5.3

過去 12 年間の、疾病と健康状態に関する研究優先順位策定のための鍵となる勧告

保健医療研究の優先順位の策定	委員会報告 (1990)	特別委員会報告 (1996)	保健医療研究に 関する諮問委員 会 (1997)	ENHR プロジェクト <sup>11</sup>	『10/90』報告
伝染性の疾病					
熱帯性の疾病 (マラリア、住血吸虫症、ハンセン病を含めて)	●	●	●	●	●
TB	●	●	●	●	●
HIV/AIDS	●	●	●	●	●
下痢性の疾病	●	●	●	●	●
性的感染症	●	●	●	●	●
急性呼吸感染	●	●	●	●	●
抗菌耐性に関わる問題	●	●			●
他のワクチン予防が可能な疾病	●	●	●	●	●
非伝染性の疾病、傷害、暴力					
精神上および行動上の問題	●	●	●		●
循環器系の疾病	●	●	●	●	●
がんと悪化していく慢性病	●	●	●	●	●
傷害/暴力	●	●	●	●	●
糖尿病		●	●		●

<sup>11</sup> 各国の状況に左右される。グローバル・フォーラム・フォー・ヘルス・リサーチで報告されているENHRプロジェクト（インドネシア、タンザニア、南アフリカ）を参照のこと、保健医療研究 2000 に関する『10/90』報告、ページ 73

1. 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（1990）（保健医療研究振興に関する委員会 1990）の勧告<sup>9</sup>

委員会は、最も重い負担の原因を説明する、発展途上国に特有の疾病に関する研究を勧告した。委員会は、発展途上国と先進国の死因を区別した。そして、研究に投入された、少ない資金に比べて、重い負担に注目した。委員会の勧告は、特有の疾病と健康状態（熱帯性の疾病、子供の疾病、生殖上の健康問題）、及び、保健医療研究の優先事項への資金提供の不均衡を是正する方法に、焦点を当てている。委員会は、疫学的感染が拡大するにつれて、発展途上国は、ますます、前-移行的の疾病（伝染病）と後-移行的の疾病（非伝染性の疾病と傷）という、二重の負担に直面することになる。

2. アドホック・コッミティー・オン・ヘルス・リサーチ（1996）（保健医療研究に関する特別委員会 1996）による勧告<sup>10</sup>

健康に関する特別委員会は、1996年の報告で、疾病（ステップ1）と決定要因（ステップ2）を結び付けた。ステップ1に関していえば、世界共同体は、この先数10年の間4つの重大な保健医療問題に直面することになると警告し、この4つの課題<sup>11</sup>に立ち向かうため、13の勧告を列挙した。特別委員会報告は、5段階の取り組みを使って、特定の、優先順位を与えられた疾病を強調した。この疾病は、子供の疾病、熱帯性の疾病、生殖に関する健康状態、発展途上国で流行している非伝染性の疾病であった。鍵となる勧告は、戦略的、基礎的な研究の重要性を詳細に述べた。

3. アドバイサリー・コッミティー・フォー・ヘルス・リサーチ（1997）（保健医療研究のための諮問委員会 1997）の勧告<sup>12</sup>

ビジュアル・ヘルス・インフォメーション・プロフィール（VHIP）の利用に基づいて、ACHR（諮問委員会）は、勧告の焦点を、発展途上国での一番重い負担となる疾病と、健康状態の背後に共通している決定要因に当てた。勧告には、熱帯性の疾病、子供の疾病、発展途上国で流行している非伝染性の疾病が含まれる。

4. エセンシャル・ナショナル・ヘルス・リサーチ・プロジェクト（1999）（国内保健医療研究綱要プロジェクト 1999）の勧告<sup>14</sup>

優先順位策定に関する ENHR（保健医療研究計画）の実地検証は、国に焦点を当てている。さまざまな報告で述べられている疾病は、国によって違っていることがある。述べられている疾病は、熱帯性の疾病、子供の病気、妊婦の死亡率と罹患率の原因、他の伝染性の疾病と非伝染性の疾病である。

5. インターナショナル・コンファレンス（バンコク 2000）（国際大会）の勧告<sup>14</sup>

国際大会は、優先順位策定研究の分野に関してそれまでの報告に広く同意した。そして、低一及び中一所得の国でもっとも蔓延している疾病と研究能力の強化を論じるために、健康研究システムの活性化に、焦点と勧告を移した。大会は、健康公平問題に取り組み、健康の不平等を減少することによって、疾病負担の低下に努めている。

<sup>9</sup> 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、保健医療研究、発展における公平への必須の結びつき、1990

<sup>10</sup> 保健医療研究に関する特別委員会、インベスティグ・イン・ヘルス・リサーチ・アンド・ディベロップメント、WHO、1996年9月

<sup>11</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 1999 に関する『10/90』報告、ページ 30-31

<sup>12</sup> 保健医療研究のための諮問委員会、ア・リサーチ・ポリシー・アジェンダ・フォー・サイエンス・アンド・テクノロジー・ツー・サポート・グローバル・ヘルス・ディベロップメント、概略、WHO、1997年12月

<sup>13</sup> グローバル・フォーラム・フォー・ヘルス・リサーチ；保健医療研急 2000 に関する『10/90』報告、ページ 20-27 と第4章で検討されている論文に基づいている

<sup>14</sup> インターナショナル・コンファレンス・オン・ヘルス・リサーチ・フォー・ディベロップメント、バンコク、2000年10月10-13日、コンファレンス・レポート