

#### 4. まとめ

結核対策計画は、WHO の影響下にある組織で、進捗管理・評価の枠組みに関しては WHO の影響を強く受けている。しかし、即時資金の量が少ないことなどから、進捗管理・評価はほとんど行われていないのが現状である。今後は、世界基金などと連携しながら、進捗管理・評価部門を充実させていく必要がある。

#### 参考文献

McKinsey & Company. Evaluation of the Global TB Drug Facility, Final Report. Stop TB Partnership / WHO. April 2003.

International Group of Health Experts Issues: Global “Declaration to Stop TB”, Banta D, Journal of the American Medical Association, May 10, 2000 – Vol 283, No.18, p.2375-2377

Stop TB Evaluation Team: Independent External Evaluation of the Global Stop TB Partnership. Institute for Health Sector Development. 2003.

## ロールバックマラリアにおける評価手法について

### 1. はじめに

ロールバックマラリア（以下 RBM）は、1998 年 11 月に当時の WHO 事務局長であったブルントランドのキャンペーンの一環として創設された組織である。マラリアという地球規模の問題に対応するために創設された多国間協力事業である。

RBM では、効果的な進捗管理・評価システムをマラリア対策の成功にとって重要な要素とみなしている。本稿では、RBM における政策評価手法について分析する。

### 2. RBM の組織と評価の位置づけ

RBM は、世界銀行、WHO、UNICEF、UNDP と二国間援助機関などで構成されており、機能としては WHO の一組織としてマラリア対策活動を統括する活動を行っている。

進捗管理と評価は、随時実施される予定で、それをウェブサイトで公開することで、マラリア対策の方向性を修正する機能を果たすことを期待している。

### 3. 政策評価手法

#### 3-1. 政策評価の枠組み

RBM の評価手法は基本的には WHO が開発したロジカルフレームワークに従っており、「Input・Progress・Outputs・Outcome・Impact」という枠組みで分析が行われている。政策評価の理念は以下の通りである。

- －RBM の目的への妥当性
- －データが時系列で利用可能であること
- －妥当な指標を使い続けること
- －標準化されているが修正されたアプローチ（マラリアは地域・環境に影響を受けるので、それに対する修正が必要だが、基本的には汎用性が高い指標を用いるということ。）

- －既存のデータベースを出来るだけ活用すること
- －地域へのフィードバック
- －RBM に参加している組織の幅広い支持を得ること。

#### 3-2. 政策評価の指標

評価する基準として以下の 5 項目があげられている。

1. マラリアへの介入効果
2. マラリア予防の進展
3. 関係医療セクターの発展
4. セクター間の連携の強化
5. 技術支援と国家協力

が、マラリアという疾病の特徴から指標

これらの項目に基づいて評価を実施するのは地域によって異なってもかまわない。しかし、5 つの重要な指標は、地球規模での指標と認定されている。以下が、その指標である。

1. ターゲットグループ（5 歳以下児童など）におけるマラリア死亡率
2. ターゲットグループにおけるマラリアの件数
3. 少なくとも一つ以上の蚊帳を持つ世帯の数
4. 国家のガイドラインに従った適切なマラリアの処置を医療機関もしくはコミュニティーレベルで受けることができた患者の数
5. 前の 3 ヶ月間において、一週間以上の抗マラリア薬の保持が中断されたことがない医療機関の割り合い

これらの指標に基づいて、マラリア対策の介入の効果を測定することが定められた。進捗管理・政策評価は年に一度実施するよう定められている。これらの指標は、さらに世界基金との議論によって、進展しており、現在は、世界基金によるツールキットに指標開発は引き継がれている。

# Basic Malaria M&E Framework

Input	Progress	Outputs	Outcomes	Impact
Strategies Policies Guidelines Financing	Human resources Training Commodities	Service delivery Knowledge, skills, practice	Coverage Behavior change	Disease burden Socio-economic wellbeing

## Information available (globally)

Financial resources	ACT procurement (ATM-LUM,WHO)	Insecticides used for malaria vector control (WHOPES)	U5 fever treatment with antimalarials	Report malaria morbidity & mortality (WHO HQ & RO standard case definitions)
Drug policy Strategies	Net/ITN/insecticide procurement (UNICEF/WHO)	Drug and insecticide resistance/efficacy	ITN use	All-cause U5 mortality
		Nets/ITNs sold or distributed	PW use of IPT/chemoprophyl-axis	Anemia incidence
		Nets (re-) treated		
		Antimalarial drugs distributed/used		

図 1 RBM における進捗管理・評価の枠組み

出典：RBM ホームページ

## 4. 問題点

USAID などが外部評価を実施し、RBM の進捗管理・評価システムの評価を実施している。それによると RBM は独自のデータ収集経路を持たないため、国家レベルでは十分な政策評価が出来ていないことが指摘されている。

具体的な指摘内容は以下のようなものである。

- －焦点の欠如
- －マラリアの状況を監督するような地球規模でのデータベース構築に貢献していない。
- －多くのアフリカの国においては、基準となる年のデータがなく、介入効果を測定できない。また、社会・経済的影響を測定するための指標の考慮がない。
- －提示しているデータベースが多すぎる。
- －被支援国に提供されている進捗管理のためのガイドラインが不十分なものである。
- －データのサンプリング手法が異なっており、国と国でデータの比較が出来ない。

## 5. まとめ

RBM はマラリア対策が十分に行われておらず、疾病状況も正確に量的に測定できていない状況に

対応するために創設されたが、外部評価によるといまだその任を果たせていない。RBM 単体では十分な資金を持っておらず、今後は世界基金などの他の多国間協力事業と連携しながら、進捗管理・評価を行う必要がある。

## 参考文献

Roll Back Malaria. Framework for Monitoring Progress & Evaluation Outcomes and Impact. 2000.

Roll Back Malaria. Assessment of the RBM Monitoring & Evaluation System. 2003.

## 3 by 5 における評価手法について

### 1. はじめに

3 by 5 は 2003 年 12 月に、World Health Organization（以下 WHO）と Joint United Nations Programme on HIV/AIDS（以下 UNAIDS）によって提唱され、組織された。その目的と目標は、2005 年末までに世界中に住む中低所得国に住む 300 万人の HIV/AIDS 患者に Anti Retroviral Therapy（以下 ARV）を供給することである。本稿では、3 by 5 の進捗管理・政策評価に関して明らかにすることを目的とする。まず、3 by 5 の運営における評価部門の位置づけを明らかにし、次に具体的な評価手法に関して論じる。最後に実際の評価例を検討していく。

### 2. 3 by 5 における評価部門の位置づけとその他の組織との関係

3 by 5 は、UNAIDS の共同スポンサーである 10 の機関と 2004 年時の WHO 加盟国によって実行され、WHO は「ARV を HIV/AIDS 対策の包括的対応として各国に支援する」2 年間のプログラムの中心を担った。

国・地域レベルにコーディネーションチームが置かれ、このチームが WHO 本部と連携をとりながら、国・地域事務所における 3 by 5 を動かしていた。WHO 本部には Strategic Information & Research（以下 SIR）、Treatment & Prevention Scale-Up（以下 TPS）、Partnerships, External Relations, and Communication（以下 PEC）、AIDS Medicines and Diagnostic Service（以下 AMD）の 4 つのグループが設置され、それぞれが HIV/AIDS 部門長の管轄下に置かれた。

#### 【評価の概要】

評価についての取り決めは、全て Term of Reference（以下 TOR）に記載されており、これ

をもとに評価部門が 2005 年 7 月に WHO によって任命された。この評価に関わるグループは大きく分けて以下の 3 つである。

1. Steering Committee
2. 評価部門（評価チーム）
3. WHO 担当者と事務局

#### 【Steering Committee】

Steering Committee は、評価の重要な段階において、評価チームや WHO への諮問機関としての役割を果たす。具体的には、Steering Committee に期待されることは：

- TOR 草案のレビューと支持
  - HIV/AIDS 部門長の推薦による評価チームの選抜に対する支持（WHO からのスタッフメンバーを含む）
  - 評価方法とプロセスをレビュー、支持
  - 提出される様々な報告書のレビューと支持
- Steering Committee のメンバーは、主な国際開発や公衆衛生イニシアティブに関する評価の経験を有する程の候補者であるべきである。Steering Committee は最高 14 人のメンバーから構成され、そのうちの一人は委員長となり、以下のメンバーから成っている：
- 3 by 5 における 2 国間協力のドナーからそれぞれ代表者が 1 名（CIDA, SIDA and DfID から全部で 3 人の代表者）
  - UNAIDS 事務局から 1 名
  - HIV/AIDS 部門長から推薦を受けた WHO からの代表者 2 名（地域・国レベルも含む）
  - STAC 代表から推薦を受けた WHO STAC メンバー 2 名
  - CIDA から推薦を受けた HIV/AIDS NGO 部門の代表者 1 名
  - Steering Committee 委員長の顧問によって

- WHO から推薦を受けた HIV 感染者 1 名;
- Steering Committee 委員長の顧問によって WHO から推薦を受けた WHO 加盟国の代表者 3 名
- CIDA によって推薦を受けた国際レベルの公衆衛生、HIV/AIDS そして (もしくは) 開発評価分野の専門家 1 名

#### 【評価チーム】

評価自体は 5 人のコンサルタント (チームリーダーを含む) によって構成された外部のチームによって行われた。WHO スタッフ (本部から 1 名と地域オフィスからの 1 名) は評価プロセスを手伝う。

WHO スタッフの参加は、評価プロセスへのサポート・貢献と WHO の内部組織との迅速な理解を可能にし、評価チームのためにステイクホルダーや国への出入りを容易にし、WHO の自己評価能力の学習・強化を目的とする。WHO スタッフの選考と参加は Steering Committee によって確認され、推薦は HIV/AIDS 部門長の承認の前になされる。又、評価チームのメンバーは、独立して WHO スタッフの最終評価を行う。評価チームは、国際的に認められた公衆衛生と開発イニシアティブの評価専門家を含まなくてはならない。NGO 部門、適切な男女差、適切な文化的で地理的多様性のバランスから代表者を含まなければならない。チームリーダーは、リーダーシップとコミュニケーション能力と複雑な組織評価に対応した経験がなくてはならない。他のチームメンバーは技術力と専門知識を適切に持ち合わせていなくてはならない。

評価チームの代表は WHO と CIDA へ提出するための最終報告書の草案作成の責任があり、必要な事務的支援を受けることができる。

選考方法は評価チームに関わりたい候補者の予備プールをもとに、広い協議が開始される。Steering Committee の委員長との協議では、WHO HIV/AIDS 部門長は、WHO の規約・規定をもとに、候補者の中から評価チームの選考プロセスを管理する。評価チームは、2005 年 4 月 30

日までに選ばれなくてはならない。

#### 【WHO 内担当者と事務局】

HIV/AIDS 部門長は Steering Committee と評価チームのための担当者であって、TOR に従って彼らの業務が容易に遂行できるよう手伝う。評価チームが TOR の必要条件からそれることがあれば、部長は Steering Committee に相談し、善後策がとられるよう要請する可能性がある。

フルタイムの専門家は、評価プロセスにおける事務処理を遂行するため、HIV/AIDS 部門の Strategic Information, Research and Policy (以下 SIR) ユニットで働く。

事務局は、評価チームが渡航、宿泊、長距離コミュニケーションと国内の訪問のために予算から準備して、支援する。事務局をジュネーブに置く間、WHO は十分なオフィススペース、コピー機、コンピュータと電話を評価チームに提供する。

WHO は、評価チームが 3 by 5 プロジェクト、関連した当局と他のステイクホルダーと接触する際に適切な国内の援助者を特定する手助けをする。

### 3. 評価手法

#### 3-1 評価に用いられる指標

##### 【評価チーム全般における評価指標】

評価に関する規定は、TOR に記載されている。WHO を中心とした評価領域を行う。WHO の経過報告で、既に定期的にモニターされてきた 3 by 5 の標石とその他の分野に加えて、以下を評価対象に取り入れた：

- 3 by 5 における WHO のリーダーシップ、他の組織との連携とアドボカシー;
- WHO 本部、地域、国レベルの技術分野におけるプログラムの実施、管理、調整;
- WHO のガイダンス・ツールの利用方法とその効果;
- 戦略的な情報について;
- 技術的なサポートとキャパシティービルディング;
- 連携努力による WHO の相補性;
- アクセスの平等性

それ以外にも、評価チームによって直接評価することができなかったが、WHO の貢献に特別な重要性のあると認識されたもの：

- ARVs の仮許可；
- 世界的な HIV 対抗サーベイランスとモニタリングのためのネットワークを開発するための WHO のイニシアティブ；
- ARV の価格設定の傾向や薬剤・診断法獲得における AIDS Medicines and Diagnostics Service (以下 AMDS) の役割についてのレビューと、供給管理のレビュー；

特にアフリカ地域では、評価の主眼は、国内における WHO の役割であった。ここについては、評価チームの活動と時間配分を優先させた。

【国家レベルにおける、進歩状況報告の際の指標】

#### Input : 国家政策・ガイドライン

1. ATR サービスに対する国の政策・ガイドラインの有無)

#### Process : 人的資源と薬の提供

2. 処置が必要な 1,000 人につき国家／国際的な標準に従って ART サービスを提供するために訓練された医療関係者の数

正当性：ニーズについて利用可能な情報は、3 by 5 のプランとゴールへの前進を評価するために重要です。

実施以前、もしくはサービスの拡大以前に、利用可能な施設と器材について知っているだけでなく、トレーニングや人的資源についても知っていることが必須です。このような方法にかぎり、ニーズに有った、人口に対応可能なサービスを提供可能な見込みがある。

3. 薬の提供について、月単位の在庫の消費状況、品質、損失と調整についての報告を元に出した ARV 提供のパーセンテージ

正当性：この指標は、上手く機能している ART 供給プログラムを先導し、継続のための情報収集をし、戦略的な決定方法を計測

する。

#### Out Put : プログラムとアクセスのカバー率

4. 国家標準の ATR サービスを提供するセンターが最低限 1 つ存在する地域のパーセンテージ

正当性：この指標は ART 適用範囲の源情報である。一般疫学による適用範囲と公正さの別の測りである。

5. 国家標準の ATR サービスを提供する指定施設のパーセンテージ

正当性：近年、第三機関が国家標準と同調した ART を提供し始めた。プログラムの構成要素は地方のニーズを反映しなければならないが、通常は訓練されたスタッフ、連続的な薬の供給、国家標準と同調した通常の報道、患者をモニターする能力、標準的な体制（公共部門がこれに当てはまるだろう）の使用と定期的な監督。

#### Out Com : 治療中の人々

6. ATR を受けている進行した HIV 感染者数

正当性：治療による利益のある進行した HIV 感染者への ART 提供の進行をアセスメントする。

7. 一ヶ月に患者に提供される多剤併用療法数
8. 12 ヶ月のプログラム維持率

#### Impact : 健康状況・生存状況

9. 治療開始後、6 ヶ月中に少なくとも 10% 太った大人のパーセンテージ

正当性：大人の間で、体重減少は HIV 感染の最終段階で最も一般的な症状のうちの 1 つである。体重減少と増加はどんな状況でも計測が簡単で、この種の情報は訪問診療の際に集められる。HIV 感染の最終段階における患者の体重減少の頻度の高さとデータ収集の容易さは、それゆえに体重増加を治療成功の指標として代用することが可能

である。したがって、この指標は ART プログラムの影響を測ることが可能である。

#### 10. 治療開始 6、12、24 ヶ月後の生存者のパーセンテージ

正当性：ART プログラムのゴールの 1 つは、感染者個人の生存を増やすことである。なければならない。

### 3-2 評価基準

【国家レベルにおける、進捗状況報告の際の評価基準】

#### Input: 国家政策・ガイドライン

##### 1. ATR サービスに対する国の政策・ガイドラインの有無

国家レベルまたは、健康管理施設の重要な情報提供者への調査は、ガイドラインが実際に存在し、それが使われるかどうか確定するために行われる。(国家レベルの重要な情報提供者とは、HIV/エイズに関する責任者です;医療施設レベルで、開業医やクリニックディレクターを含める。)

もし存在すると答えた場合は、追加質問を行う。

- どのように政策やガイドラインが作られたか?
- その政策やガイドラインは国で受け入れられているのか?
- どれほどの範囲で実行されているか?
- どのくらいの頻度でアップデートされているか?

この指標は、政策やガイドラインが存在し、実際に使用されていることがわかるまで毎年調べることにする。

#### Process: 人的資源と薬の提供

##### 2. 処置が必要な 1,000 人につき国家/国際的な標準に従って ART サービスを提供するために訓練された医療関係者の数

手法：トレーニング記録のチェックは ART を含むエイズ治療を実行した各々の施設で利用可能な場所で、分子を計算するのに用いられる。いくつかの国では、国、省、

群のトレーニングコーディネーターがどのスタッフがどの分野のトレーニングを受けたか記録している。この記録が存在するときは、施設調査の代わりに使うことができる。この記録がない所でも、施設の調査は施行可能である。無作為標本から抽出された施設の健康管理者は、管理と ART のモニタリングにおいてどんなトレーニングを受けたかについて尋ねられる。

計測対象：この指標は、調剤・管理・ART のモニタリングについて訓練され、必須のサービスを提供できる人的資源を定量化した。

分子：12 ヶ月間で ART 提供・管理・モニタリングのための新規・再トレーニングされたヘルスケアスタッフ数。

分母：ATR を提供する施設で働く全ヘルスケアスタッフ数。(医師、看護師、保健師)

##### 3. 薬の提供について、月単位の在庫の消費状況、品質、損失と調整についての報告を元に出した ARV 供給ポイントのパーセンテージ。

手法：ポイントは薬物送達システムのチェックを通して特定する。この指標の分母は、毎月報告するポイント数である。

分子：月間報告によるポイント数。

分母：全ポイント数。

#### Out Put: プログラムとアクセスのカバー率

##### 4. 国家標準の ATR サービスを提供するセンターが最低限 1 つ存在する地域のパーセンテージ

##### 5. 国家標準の ATR サービスを提供する指定施設のパーセンテージ。

計測対象：多くの国では、国家標準の ART の適切な供給において、提供者を助けるために、国家ガイドラインを作成している。この指標では、国家ガイドラインに従って、ヘルスサービスにはヘルスケアシス

テムの適切なレベルで HIV 感染した患者への ART 供給で処置対応能力がある範囲を測る。

#### Out Come:治療中の人々

#### 6. ART を受けている進行した HIV 感染者率

計測対象：この指標は、ART を必要とする患者がそれを受けられることができる範囲を測る。

この指標は、プログラムのモニタリングデータから収集することができる。ART を現在受けている進行した HIV 感染者数（すなわち大人と子供たち）の数は、以下の通りに計算することができる：

- A: 年始の時点で治療を受けている患者数
- B: 過去 12 ヶ月の間に治療を開始した患者数→+として換算
- C: 過去 12 ヶ月の間に治療を止めた患者数（死亡者数も含む）→-として換算

全国で承認されてる治療プロトコール（または WHO/UNAIDS 標準）に従って ART を受ける進行した HIV 感染者数。

分母：把握されている進行した HIV 感染者数。

#### 7. 一ヶ月に患者に提供される多剤併用療法数

分子：薬剤提供所を介して提供された多剤併用療法数

分母：なし

計測方法：この指標は調剤薬局を介して計測される

#### 8. 12 ヶ月のプログラム維持率

分子：治療開始後 12 ヶ月間 ART を選択した患者数

分母：所定の年に治療を開始した患者総数

#### Impact: 健康状況・生存状況

#### 9. 治療開始後、6 ヶ月中に少なくとも 10% 太った大人のパーセンテージ

計測対象：この指標は、どれくらいの HIV 感染の最終段階の大人が、ART の結果体重が増加したかを計測する。

分子：開始から 6 ヶ月のうちに最低でも 10% 体重増加がみられた、ART を受けた大人の数。

分母：同時期に ART を開始した大人の数。

#### 10. 治療開始 6、12、24 ヶ月後の生存者のパーセンテージ

分子：治療開始 6、12、24 ヶ月後の生存者数

分母：同時期に治療を開始した患者総数

計測対象：この指標は、治療開始後 6、12、24 ヶ月後にどれほどの生存者がいるか判断することによって寿命をどれ程延長できるかを計測する。

### 3-3 評価システム

#### 【評価の過程】

#### フェーズ 1 (開始) :

評価のフレームワークを確定し、評価作業のプランを開発するための、評価チーム、WHO と Steering Committee 委員会間の相互作業。

ここでは、最終的な評価報告の目次のドラフトもしくはアウトライン、ステイクホルダーの分析、評価のキーとなるステージでステイクホルダーや主要パートナーと広く相談し提案された方法の説明を含む。徹底的な分析のために選ばれる 8 つの国と同様に、評価と使用される方法の分野の特定もしなければいけない。Steering Committee は、このレポートの発展についてアドバイスをする。（提供可能なもの 1：最初の報告と作業プラン。

暫定期限：2005 年 6 月 30 日）

#### フェーズ 2 (評価) :

Phase 1 の結果選ばれた国とプロジェクトのサンプルのオリジナル研究をもとに、研究結果の確認行う。この時期は、政府代表者、市民社会グルー

Table 3 Status of ART coverage by region, December 2003–December 2005

Geographical region	Estimated number of people receiving ART, Dec 2005 <sup>a</sup>	Estimated number of people 0–49 years old needing ART, 2005	ART coverage, Dec 2005 (%)	Estimated number of people receiving ART, Dec 2004 <sup>a</sup>	Estimated number of people receiving ART, Dec 2003 <sup>a</sup>
Sub-Saharan Africa	810 000 [730 000–890 000]	4 700 000	17%	500 000 [425 000–575 000]	100 000 [75 000–125 000]
Latin America and the Caribbean	315 000 [295 000–335 000]	465 000	68%	290 000 [270 000–310 000]	210 000 [160 000–260 000]
East, South and South-East Asia	180 000 [150 000–210 000]	1 100 000	16%	155 000 [125 000–185 000]	70 000 [52 000–88 000]
Europe and central Asia	21 000 [20 000–22 000]	160 000	13%	20 000 [18 000–22 000]	15 000 [11 000–19 000]
North Africa and the Middle East	4 000 [3 000–5 000]	75 000	5%	4 000 [2 000–6 000]	1 000 [750–1 250]
<b>Total</b>	<b>1 330 000</b> [1 200 000–1 460 000]	<b>6 500 000</b>	<b>20%</b>	<b>970 000</b> [840 000–1 100 000]	<b>400 000</b> [300 000–500 000]

<sup>a</sup> low estimate–high estimate

図 1 3 by 5 に関する評価の事例

出所 : WHO 2006

プ、民間部門、開発担当者、既存の国内の調整グループと受益者を含む関連のある団体との協議やインタビューを行う。評価チームは、さらに国レベルのファシリテーターの援助を受ける。

(提供可能なもの 2 : 評価プロセスについての完全な報告書。暫定期限 : 2005 年 11 月 21 日)

フェーズ 3 (作成) :

評価報告の最初の草案の準備を行う。

(提供可能なもの 3 : 評価報告。暫定期限 : 2005 年 12 月 21 日)

フェーズ 4 (最終協議と検討) :

評価報告のドラフトについてステイクホルダーとの協議を含む。そして、最終評価報告書を準備し、草案に対するコメントを反映させる。ステイクホ

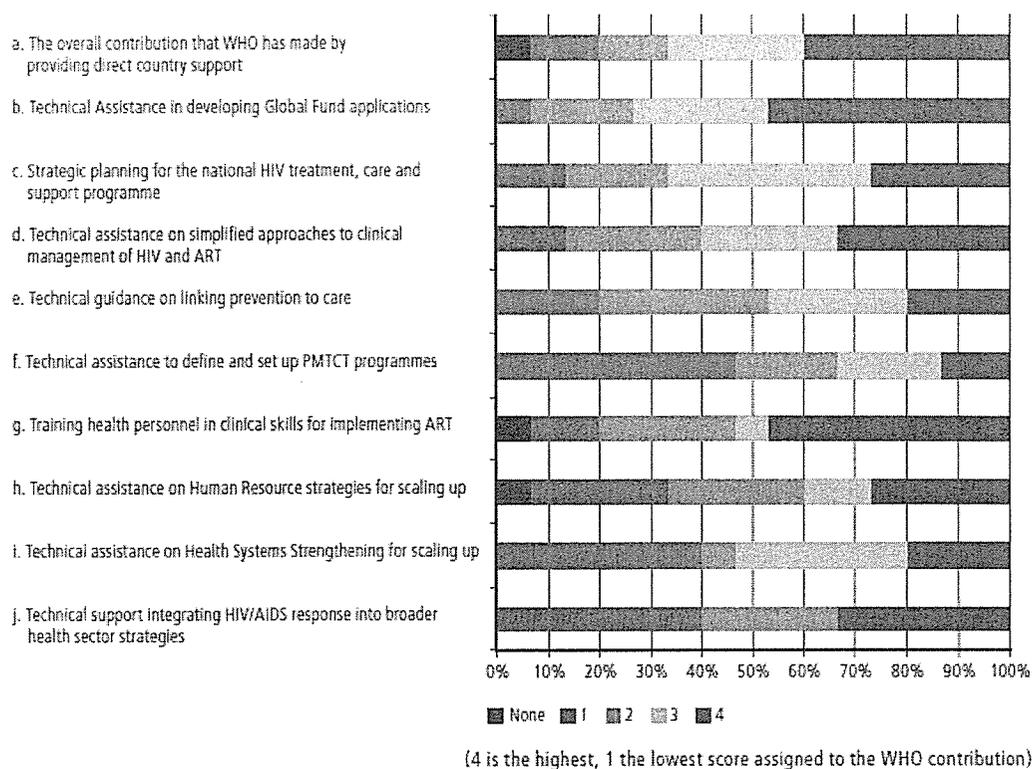
ルダー会議 (例えば STAC) への報告書草案の提出は、この時期における協議プロセスの一部として扱われる。

(提供可能なもの 4 : 最終評価報告書。暫定期限 : 2006 年 3 月 31 日)

簡易月間報告書は、例えばコンサルタントの配備、上記の段階と提供可能な報告書の完成度、管理上の問題や財務報告に関して評価中に提出されなければならない。

全ての提供可能な提出物は WHO 本部の HIV/AIDS 部門長に提出され、Steering Committee と他の関連ステイクホルダーの間で共有される。

Figure 7 National AIDS programme managers' perceptions of WHO's contribution to scaling up through direct country support activities



Source: Survey of national AIDS programme managers, Annex 6.2

図2 インタビューに基づく評価の事例

出所：WHO 2006

#### 4. 実際に行われた進捗管理・評価の事例（評価チームによるもの）

報告すべき事項と TOR に基づいて、評価チームは主に質的なアプローチを行った。また、データを集めるためにいくつかの評価ツールの統合を行った：

##### 【手法】

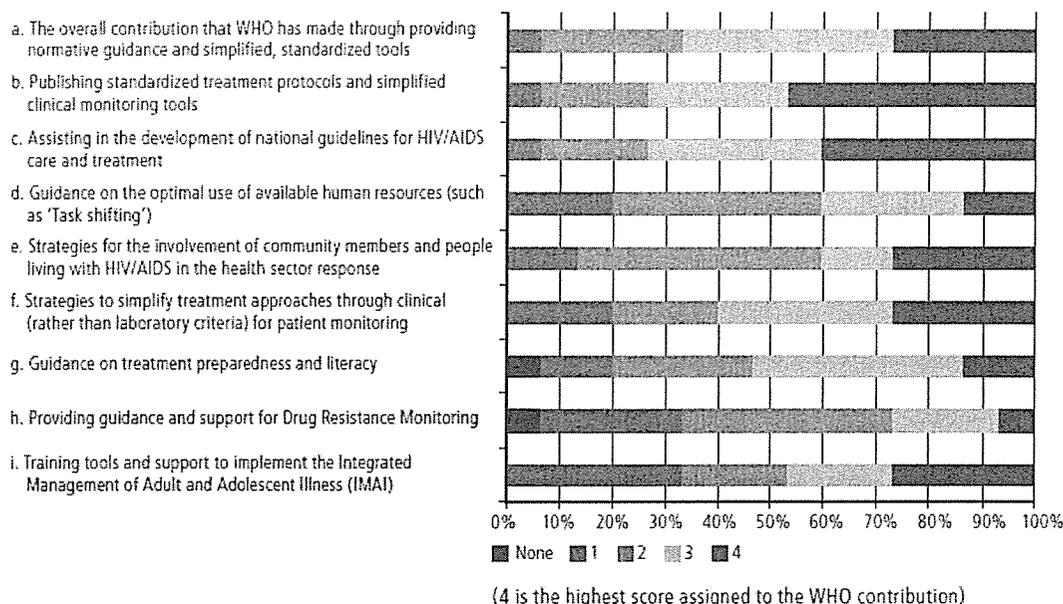
- ドキュメンテーションの広範囲なレビュー；  
— 主な（内外の）パートナーとステイクホルダーとの個別のグループインタビュー；
- WHO 本部テクニカルチームリーダーの調査（インタビューによって補われた）；
- 49 の重点国（ブルキナファソ、ガイアナ、インド、ケニヤ、マラウイ、モザンビークとウクライナ）のうちの7つを訪問した（そのうち4つはアフリカ地域）；
- 4 つの地域事務局への訪問（アフリカ地域事務

局（ハラレ）、アメリカ大陸地域事務局（ワシントン）、東地中海事務局（カイロ）、東南アジア地域事務局（ニューデリー）；

- WHO 国内担当（COs）への電子調査；国内のエイズプログラム担当、3 by 5 重点国の UNAIDS テーマグループ
- 重点委任研究

調査結果の証拠の多くが質的性質、個々の信条や直観力に基づいたため、triangulation（データ源を分け、多角的に処理していく方法）はこの情報の有効性を評価するのに用いられた。プロシージャーは他の既存のデータソースに対して調査結果の内部一貫性と外部一致性を調べるために行われ、経験証拠収集された（主に現地訪問調査を通して）。報告書に書かれている大部分の調査結果と勧告は、コンセンサスを得られたものであるが、

Figure 8 National AIDS programme managers' perceptions of contribution of WHO normative guidance & tools to scaling up



Source: Survey of national AIDS programme managers, Annex 6.2

図3 インタビューに基づく評価事例 その2

出所：WHO 2006

2～3のケースについては、評価チームの多数決に基づいて決定された。

訪問した国はTORで提案される基準に基づいて選ばれた。(その基準とは、3 by 5重点国となる49カ国であること、国に主要なグローバルパートナーを持つこと、WHOの3 by 5担当役員がいるかなど)

評価自体は、グローバルレベル、地域レベル、国レベルをカバーしており、2005年9月から12月上旬の4ヵ月にわたって、評価チームは以下に訪問した：

- WHO本部（ジュネーブ）（WHO代表、HIV/AIDS部門長、HIV/AIDS関連部門）；
- 7つの国と4つの地域事務局
- 広域カバーのグローバルパートナーとステイクホルダーの代表者。

7カ国の比較的小さなサンプルだけに調査結果の基礎をおかないために、全49の重点国には3つの調査依頼を申し入れていた：厚生省のHIV/AIDSプログラムマネージャー、WHO 3 by 5国内担当（COs）、UNAIDSテーマグループ

具体的な評価事例は、図1～3である。図1は、ARTの推計値である。政策評価・進捗管理によって収集されたデータによって推定された値である。図2、3は、被援助国のエイズ対策官に対して行ったインタビュー、アンケートの結果である。それぞれの項目に対して、3 by 5イニシアティブがどの程度貢献しているかに関する評価で、1から4の値で評価が行われている。この評価は、プロジェクト単位での評価ではなく、地球規模で3 by 5がどの程度貢献しているかどうかに関する評価で、3 by 5においてはこういった評価が実施される。これは、3 by 5がプロジェクト援助機関ではなく、地球規模での対策拡大に寄与することを目指しているからであると考えられる。

## 5. まとめ

今回の3 by 5におけるWHOの評価は、評価チームという独立した部門が中心を担ったが、評価の過程において様々なバックグラウンドの代表者から構成されるSteering Committeeという第三機関が評価の企画・チェックを行うという構造が存

在すると言う点が特徴であった。

参考文献：

World Health Organization. Contribution to “3by5” Main Report, 2006.

World Health Organization. Working Document on Monitoring and Evaluating of National ART, Programmes in the Rapid Scale-up to 3 by 5. 2003.

World Health Organization. The Monitoring and Evaluation (M & E) of the 3 by 5 Initiative, 2003.

World Health Organization. Terms of Reference for the ‘3 by 5’ Evaluation 2004-2006 between International Development Agency (CIDA) and the World Health Organization (WHO)

<http://www.who.int/3by5/en/>

略語一覧：

**AIDS** Acquired Immune Deficiency Syndrome  
**AMDS** AIDS Medicines and Diagnostics Service (WHO)  
**ART** Antiretroviral therapy  
**ARV** Antiretroviral (drugs)  
**ASD** AIDS and Sexually Transmitted Diseases (WHO)  
**CDC** Centers for Disease Control (United States of America)  
**CDN** Canadian dollar  
**CIDA** Canadian International Development Agency  
**CO** Country officer (WHO)  
**DfID** Department for International Development (United Kingdom)  
**DOTS (TB)** Directly observed treatment short course (Tuberculosis)  
**GAMET** Global AIDS Monitoring and Evaluation Team  
**GCWA** The Global Coalition on Women and AIDS

**GFATM** Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria  
**GPA** Global Programme on AIDS (WHO)  
**GWH** Gender, Women and Health (WHO)  
**HSI** HIV/AIDS/STI Initiative (WHO)  
**HIV** Human Immunodeficiency Virus  
**HIV-DR (S)** HIV drug resistance (surveillance)  
**HIVResNet** HIV Resistance Network  
**MOH** Ministry of health  
**NGO** Nongovernmental organization  
**PAHO** Pan American Health Organization  
**PLHA** People living with HIV/AIDS  
**PMTCT** Prevention of mother-to-child transmission of HIV  
**STAC** WHO HIV/AIDS Strategic and Technical Advisory Committee  
**STARTOMS** Standardized ARV Treatment Outcome Monitoring System  
**STIs** Sexually transmitted infections  
**TOR** Terms of reference  
**TB** Tuberculosis  
**UNAIDS** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS  
**UNDAF** United Nations Development Assistance Framework  
**UNDP** United Nations Development Programme  
**UNESCO** United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization  
**UNFPA** United Nations Population Fund  
**UNGASS** United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS  
**UNICEF** United Nations Children’s Fund  
**WCO** World Health Organization Country Office  
**WHA** World Health Assembly  
**WHO** World Health Organization

## 地球規模ワクチン対策における評価手法について

### 1. はじめに

地球規模ワクチン対策（Global Alliance for Vaccines and Immunization: 以下 GAVI）は、民間と公共セクターが共同して途上国でのワクチン接種に取り組む協力事業である。他の主要多国間協力事業が WHO の影響下にあるのとは異なり、GAVI は UNICEF の影響下にある。本稿では GAVI における政策評価手法について分析する。

### 2. GAVI の目的と評価部門

GAVI の目的は、ワクチンで予防可能な疾病による死亡を減らすために、ワクチンの接種率の低下傾向に歯止めをかけ、また新しいワクチンの接種を積極的に導入することを目標とする公共と民間のパートナーシップである。プロジェクト実施の対象となる国は、一人当たり GNI が 1000 ドル以下で、予防接種の普及率が 80%以下である国である。

効率的な予防接種実施のために結果重視マネジメントを導入しており、進捗管理・評価は意思決定に重要な役割を持っている。GAVI 評価部は、予防接種数に基づいて評価を行うために、データの質管理を非常に重視している。

### 3. 評価手法

#### 3-1. 評価に用いる指標

評価に用いる指標は、パフォーマンスに関する指標が中心である。

具体的には、

- ・年間 DPT1 摂取数
- ・年間 DPT3 摂取数
- ・年間 TT2 摂取数
- ・年間 BCG 摂取数
- ・年間麻疹摂取数

これらの指標を基本とし、

#### 3-2. 評価に用いる基準

さらに以下の基準に基づき政策評価を実施する。

- ・システムの質指標
- ・DPT ワクチンの消耗量
- ・DPT1 から DPT3 へのドロップアウト率
- ・報告の時系列
- ・報告の精度
- ・DPT1 の変化率
- ・DPT3 の変化率

重要なこととしては、GAVI においては公平性も配慮している点である。例えば、ターゲットが 80%である時、平均値として 80%を越えていれば良いのではなく、全ての県において 80%を超えている必要がある。これは GAVI の進捗管理・評価の考え方が公平性を配慮していることによる。

#### 4. 実際に行われた評価の事例

GAVI ではこれまでの活動に対する評価を実施している。基本的にはパフォーマンスに関する指標に基づいて評価をする。例えば、図 1 は GAVI の評価の報告書に記載されている例であるが、変化が大きければ大きいほどよいとされているのが原状である。基準の年を定め、評価を実施した時までどの程度変化しているかが評価に直結する。

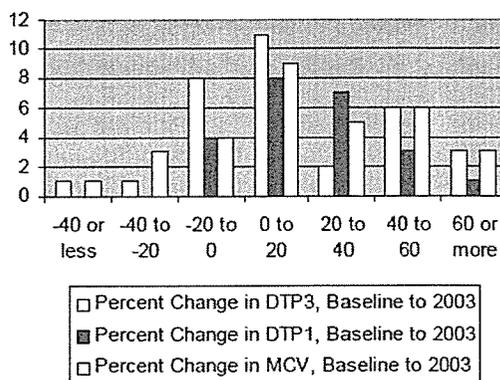


図 1 GAVI プロジェクトの変化

GAVI の全体に対しては以下の評価が行われている。

1. 資金の 62%は配分されている
2. GAVI の方では、パフォーマンスに基づいた配分がなされているが、国においては配分方法が非常にまちまちで、効率性を重視するところと公平性を重視するところがあり統一されていない。
3. 県レベルでの進捗管理はなかなか実行できていない
4. GAVI は今後も資金供与を続ける必要があるがその場合にはより詳細な進捗管理・評価のシステムを構築する必要がある。
5. データの質管理は行われているが、予防接種のデータは依然として不確実で、意思決定の基準として用いるには不十分な指標である。

## 5. まとめ

DPT3 の普及率を評価の指標として非常に重視しているため、その質の管理は非常に重要である。そのために監査を定期的に行うなどの取り組みは行っており、パフォーマンス管理には十分に注意が払われている。しかし、GAVI は地球規模では有効性、公平性に配慮した資金提供を行っているが、各国の地方のレベルでは、それらの基準は守られていない。この原因として、GAVI は重視する指標が明確化されていないことをあげることが出来るであろう。パフォーマンスを重視することを強調しているが費用便益分析などは実施されておらず、中途半端な状況になっている。今後は、公平性と効率性のバランスに対してもう少し気を配りながら、評価の軸を打ち出す必要がある。

## 参考文献

Grace Chee, Rebecca Fields, Natasha His, Whitney Schott. Evaluation of GAVI Immunization Services Support Funding. Abt Association Inc. 2004

Kimberly Smith, Evaluation of GAVI Immunization Services Support Funding

## 米国会計監査院による国際保健政策評価について

### 1. はじめに

米国会計監査院（Government Accountability Office：以下 GAO）は、米国における会計監査機関として、1921 年に創設された。1993 年の「Government Performance and Results Act of 1993（以下 GPRA）」の制定以後、積極的に各機関の政策評価を実施している。国際保健関連の政策も例外ではなく、USAID や世界基金の政策評価を実施している。本稿では、まず GAO 並びに米国行政の政策評価の軸となっている GPRA について概観し、次に実際に実施した政策評価を取り上げ、その特徴について論じていく。

### 2. 米国会計監査院

GAO は、米国議会とアメリカ国民のために政府の会計を監査することが主要業務であり、米国議会や委員会の依頼のもと政府が実施しているプログラムや支出に関して調査を行う中立機関である。GAO は、調査活動を通じて、政府の政策をより効果的で責任あるものにするための助言を議会、官庁の責任者に対して行う。GAO は単純に会計監査を行うだけでなく、政策の効果を上げるための具体的な方策に関する提案を行う。

GAO が対象とするプログラムは、基本的には国内のプログラムが中心である。しかし、米国は多額の 2 国間援助を実施し、国際機関や開発銀行に多額の出資をするなど、世界一の ODA 大国になっている。これらの資金拠出に対する説明責任を果たすために GAO は積極的に海外援助の評価も行っており、世界基金や WHO の多国間協力事業の評価も実施している。GAO 自身は、国際保健行政に直接関わっていないが、積極的に政策評価を実施しており、意思決定に影響を与えている。

### 3. GAO の評価枠組み

GAO は会計監査を専門とする組織であり、国際保健を専門とする組織ではない。そのため、その政策評価手法は、一般的な政策評価手法を、国際保健政策に適応させるものとなる。GAO の評価の基礎となっているのが「Government Performance and Results Act of 1993」である。この法律の詳細は、表 1 に記載されているが、年次報告書や計画書の提示を義務付け、効率的、透明な行政運営を目指す法律である。GAO の政策評価において確定しているのは、各行政機関が GPRA を遵守しているかという点だけであり、その他の点に関してはトピックに応じて、机上調査やインタビューなどを行って対応している。

### 4. GAO の評価実施事例

#### 4-1. USAID の HIV/AIDS 対策評価（2001 年）

外交委員会からの依頼により評価を実施した。USAID の評価・進捗管理の問題点を指摘している。

USAID は、HIV/AIDS に関するデータを集めているが、そのデータを再検討すると、以下の 3 つの点で弱点があることと分析している。

- (1) 地域事務局は、プログラムパフォーマンスを測定するのに、同じ指標を使い続けていない。
- (2) データ収集が散発的である。
- (3) 地域事務局は収集したデータを定期的に報告する義務がない。

また、援助を行う際に、アメリカ製の製品を使う Buy American の原則が適応されていることを批判している。HIV/AIDS 対策においても行われており、より費用が低く現地で使用しやすい製品を使用することを薦めている。

上述した評価に基づき以下のような提言を実施している。

表 1 GPRA の要旨

出所：Government Performance and Result Act of 1993 より作成

GPRA の目的
<p>(1) 連邦行政機関に対し施策の成果達成に説明責任を負わせる。</p> <p>(2) 施策目標を設定し、その目標を基準として施策業績を測定し、および進捗状況を公表する。</p> <p>(3) 結果、サービスの質および顧客満足の重視を促すことにより、連邦政府の施策の有効性および国民への説明責任を向上させる。</p> <p>(4) プログラム目的達成計画の策定、および施策の成果およびサービスの質に関する結果報告により、管理職層の業務遂行力を向上させる。</p> <p>(5) 目的達成のための施策および支出の有効性・効率性に関する客観的な情報提供により、議会の意思決定を改善する。</p> <p>(6) 連邦政府の内部運営を改善する。</p>
戦略計画 (Strategic Plan) の立案
<p>具体的内容は、5 年間の中期的戦略計画と年次業績計画の策定、そしてプログラム業績報告書の提出を義務付けることである。</p> <p>各行政機関の長は、施策活動の戦略計画を行政管理予算局長および議会に提出。戦略計画には、以下のことを盛り込む。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・行政機関の包括的な使命</li> <li>・行政機関の総合的目標・目的 (アウトカム関連の目標・目的を含む)</li> <li>・目標・目的の達成法 (当該目標・目的の達成に必要な、業務プロセス、技能・技術、人材、資金、情報その他の資源の記述を含む)</li> <li>・目標・目的の達成に重大な影響を及ぼす可能性のある主たる外部要因</li> <li>・目標・目的の設定または見直しに用いるプログラム評価、および将来のプログラム評価日程</li> </ul> <p>戦略計画は、提出会計年度以降 5 年以上の期間を対象にするとともに、少なくとも 3 年ごとに更新および見直しをしなければならない。</p>
年次業績計画 (Annual Performance Plan) の作成
<p>行政管理予算局長は、各行政機関に対し、年間業績計画を作成するよう要求。年次業績計画の内容は、以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施策活動の達成すべき業績水準を定義した業績目標を設定する。</li> <li>・客観的、定量的かつ測定可能な方式で当該目標を表現する。</li> <li>・業績目標の達成に必要な、業務プロセス、技能・技術、人材、資金、情報その他の資源を簡潔に記述する。</li> <li>・各施策活動の関連するアウトプット、サービス水準およびアウトカムを測定または査定するために用いる業績指標を設定する。</li> <li>・実績と業績目標を比較する基準を定める。</li> <li>・測定された数値を検証し、かつ、その妥当性を確認するために用いる手段を記述する。</li> </ul>
プログラム業績報告書 (Program Performance Report) の作成
<p>毎年度末までに、各行政機関の長は、前会計年度のプログラム業績報告書を作成し、大統領および議会に提出しなければならない。</p>

プログラム業績報告書は、業績計画において設定された業績指標を、当該会計年度の業績計画に示された業績目標と比較した実績とともに、記述しなければならない。

報告書の必要な内容は以下の通り。

- ・成功か否か、すなわち当該会計年度の業績目標が達成されたか否かを吟味する。
- ・報告対象会計年度の業績目標を目指して達成した業績に照らして、現会計年度の業績計画を評価する。
- ・業績目標が達成されなかった場合は、以下の事項について説明および記述する。

(A) 目標が達成されなかった理由

(B) 設定された業績目標を達成するための計画および日程

(C) 業績目標が実行不可能な場合は、その理由および代替処置

施策業績報告書の作成は、連邦政府職員のみで行わなければならない。

1. 活動の進展を測定できるような標準的な指標の設定
2. それらの指標に基づいたパフォーマンスを表す指標の選択
3. それらのデータを定期的に報告すること  
説明責任やデータの質に関する点に重点をおいた評価となっている。

#### 4-2. UNAIDS の評価

UNAIDS の政策評価を実施している。アメリカから UNAIDS の出資が増大する中で、評価を求められた。

UNAIDS は、世界レベルで HIV/AIDS 対策を行っていくための調整機関であり、また HIV/AIDS に取り組む途上国の能力向上を計る機関として設立された。UNAIDS の国際機関や援助機関間の調整機能は比較的機能しているが、国単位での対策はまだまだ効果的ではないとしている。開発援助における HIV/AIDS への投資額が増大しているが、国レベルでの HIV/AIDS に取り組む能力はほとんど拡大されていない。

UNAIDS において、国レベルでの対策が進展していない理由として、UNAIDS 自身が財源を十分に持った組織ではないことが上げている。財源の規模の問題もあるが、調整機関としての面を強調したことにより、定期的に確保できる資金が少なくなったと指摘している。

UNADIS の政策評価・進捗管理を行っているの

は、プログラム調整委員会であるが、この評価・進捗管理システムは地球規模ではある程度実行されているが、国の単位ではほとんど機能しておらず、効果を測定できていないと指摘している。これは、国際機関には米国における The Government Performance and Results Act of 1993 (P.L.103-62) のような評価・進捗管理を義務付けるような法律がないことが原因だとしている。

GAO はこの法律に基づいて UNAIDS の評価・進捗管理を見ると 4 つの弱点があると指摘している。

1. UNAIDS の枠組みによる成果と影響は共同の支援者に適応するよりもまず事務局の成果とされるので、支援が集まりにくい
2. UNAIDS の枠組みの成果は、地球規模で活動している事務局に焦点をあてているので、国単位でのパフォーマンスの測定に十分に組み込んでいない。
3. UNAIDS の枠組みにおける成果、結果、影響が明確に位置づけられておらず、そのことが UNAIDS の活動の因果関係を評価することを困難にしている。
4. UNAIDS の枠組みが、UNAIDS の活動の総合的な結果や進歩を測定するのに役立つような特定のパフォーマンスの基準や目標、数量的な基準を設定していない。

これらの 4 つの事実を指摘し、進捗管理・評価

を義務付けるような制度の設計が必要であると指摘している。

#### 4-3. GAOによる世界基金進捗評価（2003年、2005年）

米国下院委員会委員長からの要求により政策評価が実施された。米国は世界基金へ多額の資金供与を行っており、使途の説明を明確にすることは、非常に重要である。GAOは世界基金が設立された2002年より進捗管理・政策評価を行っており、2006年までに、2回の政策評価を実施している。

##### 2003年の政策評価レポート

2003年のレポートでは以下の4つの事項を目的として掲げている。

1. 統治構造の発展における基金の進展
2. 実施プロジェクトの財政的な説明責任、進捗管理、評価を確実にするために基金が発展させているシステム
3. 基金の資金獲得の努力
4. 援助実施プロセス

その評価の力点は、プロジェクトそのものを評価することより、世界基金が自ら実施する進捗管理・評価のシステムを評価することを目的とし、より効率的で効果的な組織になるよう支援することである。

2003年の政策評価により以下のことが提言されている。まず、中所得国や低中所得国への出資が比較的多く、低所得国へのもう少し重点を移すべきであると指摘している。例えば具体的に言うと、低所得国では、正確なプロポーザルの作成や進捗管理の運営が行えず、そのことを理由に世界基金の利資金を獲得できないという状況が生じていることを指摘している。また、低所得国では、保健医療分野の人的資源そのものがすくなく、3大感染症に対するサービス提供を主たる支援内容とする世界基金は、その需要に応えられないという指摘もしている。パフォーマンスを重視すると、需要の高いところに配分できないという問題が生じることを指摘している。

世界基金の良い部分に関しても指摘を行って

る。例えば、第1回融資と第2回融資間のプロセスは、参加者と委員会のフィードバックによって改良されたり、プロポーザル用の様式と教本をより包括的にし、良いプロポーザルが出来るように修正したり、適宜改善しているところは評価されている。また、世界基金は、プロポーザルの医療以外の開発関連の側面をより良く評価するために技術評価パネルに分野横断的に専門家を配置したり、すべての受託されたプロポーザルをオンラインで利用可能にするなどした。これらの変更は、貧困や高い感染率でより必要性の観点からは優位順位が高い国がプロポーザルを提出できるようにすることを目的としている。これらの国は、制度上の問題から高品質なプロポーザルを提出できないからである。

##### 2005年の政策評価レポート

2005年のレポートはより包括的な政策評価となっている。この報告書は、1.世界基金の援助と資金配分の管理、2.援助パフォーマンスの影響する要因の特定、3.パフォーマンス重視の資金供与の再検討、4.GAOの提言を行う事を目的としている。

この報告書では、世界基金のパフォーマンスに基づく配分を検討するために、世界基金の評価手法も用いて、全てのプロジェクトの評価をGAOの視点から実施しなおしている。世界基金は、1125の政策評価に用いる指標を定めているが、このうちのほとんどが非数値な質的な指標となっている。これらの質的な指標に関しては、1.主要な受け手が明らかに目標を達成している場合、「達成」とする。非数値的な目標がそれに含みうる場合は含む。2.明らかに達成していない場合は、「受諾不可」とする。3.部分的な達成の場合は、「部分的達成」とする。この過程を経て決定した。数値的な指標に関しては、数値目標の80%以上だと達成、30-80%は部分的達成、30%以下は未達成として再評価を行った。

この評価に基づき資金配分を検討すると、38の援助のファイルを検討した中で、目標への進展に関しては情報があるが、なぜ支出が行われたかに

関する書面での説明がほとんどない。50パーセントは目標を達成しており、21パーセントは部分的に達成していて、24パーセントが失敗していた。目標のうち6パーセントには、その目標が達成されたかどうかを判断するのに十分な情報が欠けていた。いくつかのケースでは、目標達成が不十分、あるいはまったくなされていない場合でも、支援が継続的に実施されていた。業績に基づいた資金配分のシステムに乱れがあることを指摘している。

また、世界基金の評価と資源配分のメカニズムは、非支援者側からの情報提供に基づいているため、そういった情報提供が行いやすい組織が継続的に資金を獲得できることになることや文脈的な情報を考慮しているが、第1段階の支援から、第2段階の支援に移るときのみその情報を集めており、第1段階の支援の実施の決定のためにはそれらの情報を集めていないことなども指摘されている。

## 5. おわりに

GAOの政策評価は、Government Performance and Result Actに基づいているため、説明責任を強化するという側面が非常に強い。そのため、独自の理念の下に政策評価を行うのではなく、評価を受ける組織が自ら掲げている理念に対して現状の政策が適切かどうかという点や評価を受ける組織が既に実施している進捗管理・評価を再検討することで、義務を適切に果たしているのかどうかを評価するのが基本的な枠組みである。

GAOは独立した行政組織であるため比較的独立した観点からの評価を実行できている。GAOのレポートにおいて提言されている事柄には、斬新な事柄も多い。2000年以降、国際保健に関する報告書は増えており、大統領エイズ救済緊急計画（PEPFER）などへも積極的に関与している。会計機関として、説明責任のみに焦点を絞った評価を続けるのか、新しい理念を打ち出していくのかの岐路に立っており、今後の経過が注目される。

## 参考文献

1. GAO 2001 “Joint U.N. Programme on

HIV/AIDS Needs to Strengthen Country Level Efforts and Measure Results.”

2. GAO 2001 “U.S. Agency for International Development Fights AIDS in Africa, but Better Data Needed to Measure Impact.”

3. GAO 2002 “The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria Has Been Established but It Is Premature to Evaluate Its Effectiveness.”

4. GAO 2003 “Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria Has Advanced in Key Areas, but Difficult Challenges Remain.”

5. GAO 2003 “Assessment of First Year Efforts of the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria.”

6. GAO 2005 “The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria Is Responding to Challenges but Needs Better Information and Documentation for Performance-Based Funding.”

## 産業保健分野における多国間協力事業の評価について

分担研究者 高橋 謙 産業医科大学

### 【要旨】

産業保健（労働衛生）は、労働者の疾病予防を中心課題とし、労働と保健の二つの分野にまたがる学際領域である。これまで産業保健の国際協力事業においても、世界保健機構（WHO）と国際労働機構（ILO）の二つの専門機関が密接に関わってきた。つまり、専門機関の側から産業保健をみると、各々の憲章（mandate）に照らして必ずしも中心的テーマとは言えないことから、協調して取り組むべき共通課題という位置づけを与えられてきた。したがって、本分野における国際協力事業は限られたものであり、その進捗状況としては、各国での労働者の疾病予防に係る啓発、施策・制度化支援、人材育成が主体であり、管理・評価手法としては関連指標の開発を含む実態把握がようやく提唱されるに至った初期的段階にある。すなわち産業保健そのもののプロフィールを向上させるための基本的取組みが続く現状にあることから、他の公衆衛生領域に比べても評価への取組みは大幅に遅れている。本年度は、産業保健分野における指定協力機関 WHOCC の構成員の立場で、WHO 西太平洋地域事務局（WPRO）における最近の産業保健に係る活動を総括し、多国間協力事業の進捗管理および評価手法のあり方について、当事者として関係した実績および資料に基づいて検討を加えた。

### 1. 産業保健の位置づけ

産業保健に対する世界保健機関 WHO と国際労働機関 ILO の共同的取組みは、産業保健の概念（脚注）を定義した 1950 年における第 1 回の ILO/WHO 合同会議にさかのぼる。WHO の設立自体が 1948 年（ILO は 1919 年）であることから、WHO の設立当初から産業保健は ILO との接点領域ないし共通関心事項であると認識されていたことになる。しかし、WHO における産業保健に対する取組みの度合いには変遷があり、1990 年代半ばまでは WHO 本部に Office of Occupational Health という専門部局を有し、専任の担当官をおいていたが、WHO の改組時に廃止された。現在では WHO に産業保健の専門部局はなく、専門性を有する担当官はいるが専任ではない。

産業保健に対する国際機関の関わりは、国際基準設定のように ILO が主導する場面、発がん性評価などの科学的評価のように WHO が主導する場

面、産業保健に係る国際会議開催のように ILO/WHO が共同的に進める場面、などがある。したがって、産業保健分野において、WHO は ILO との住み分けを図りながらも一定の関与を保ち続けていると言えよう。このことは以下のようにそれぞれの国際機関の組織構成に色濃く反映されている。

WHO 本部の組織<sup>(1)</sup>は管理部門を除けば 6 の専門部門から構成され、産業保健は、「Sustainable Development and Healthy Environments（持続的発展と良好な環境）」部門に所属する 4 つの部局中の 1 部局である「Protection of the Human Environment（人間環境の保全）」の中の一つの活動として暗に含まれ（位置づけられ）ている。すなわち専門部局はない。WHO の地域事務局である西太平洋地域事務局（WHO-WPRO）<sup>(2)</sup>においても、ほぼ同様の位置づけであり、産業保健は 5 部門中の 1 部門である「Building Healthy Communities and Populations（健康なコミュニ