

ティと集団の構築)」に所属する5部局中の1部局である「Healthy Setting and Environment (健康な区域と環境)」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。すなわち専任の担当官はおらず、産業保健関連の業務を兼任する。ちなみにWPROでは感染症がそれ自体で1部門を構成しているのとは対照的である。

ILO本部の組織⁽⁵⁾は管理部門を除けば5の専門部門から構成され、産業保健は、「Social Protection (社会的保護)」部門に所属する8部局中の1部局が「InFocus Programme on Safety and Health at Work and the Environment [SAFework] (労働安全衛生)」である。すなわち産業保健の専門部局を有している。ILOの地域事務局である東アジア地域事務局 (ILO Subregional Office for East Asia)⁽⁴⁾においては5部門中の1部門である「Enhance the coverage and effectiveness of social protection for all (すべての人のための社会保護の適用効果促進)」に所属する2セクター中の1セクターが「労働安全衛生 (Occupational Safety and Health)」であり、専任の担当官をおいている。

このように、ILOは組織上、産業保健の専門部局を有し、本部および地域事務局でも専任の担当官をおいて取り組んでいるのに対してWHOでは組織上の専門部局をもたず、本部および地域事務局の担当官は一般環境と健康という広義の枠組みの中で産業保健にも取り組んでいる。

つまり、本稿の主題に関連したWHOの役割について要約すれば、産業保健に対する主体的な取り組みは少なくなっており、むしろ「WHOは本部、地域事務局、国事務所におけるプログラムを通じ、さらに64の指定協力機関 (Collaborating Centers; CC) の強固なネットワークの支援によって産業保健に取り組む」ことがWHOのホームページに記載されている⁽⁶⁾。

(脚注) Occupational Health is the promotion and maintenance of the highest degree of physical, mental and social well-being of workers in all occupations by preventing departures from health, controlling risks and the adaptation of work to

people, and people to their jobs. (ILO/WHO 1950)

2. WHO-WPROにおける産業保健分野の最近の取組み

初めにWHO地域事務局としての取組みはWHO本部の取組みと密接な関係にあることから、まずWHO本部としての取組みの中から中心的活動に言及する。WHOは1994年の北京における第2回WHOCC会議の成果として「すべての人のために産業保健を」宣言 Declaration on occupational health for all を行い、その具体化戦略として Global strategy on occupational health for all: the way to health at work を1995年に小冊子として出版した⁽⁶⁾。続く1996年にはWHO Global Strategy for Occupational Health for All が世界保健総会で採択された。その基本思想は、職域での労働者の健康は世界の公衆衛生上の優先事項であるというものである。

その後のWHOCC会議⁽⁷⁾は第4回会議が1999年にフィンランドのEspooで、第5回会議が2001年にタイのチェンマイで(本会議で行動計画 Workplan 2001-2005 が策定され、WHOCCがネットワークとして協力すべき具体的テーマとして15のタスクフォース (TF) が定められた)、第6回会議が2003年2月にブラジルのイグアスで、2006-2010年のWHOCCネットワークの行動計画を討議する会議が2005年9月に南アフリカ共和国のヨハネスブルクでそれぞれ開催され、次回会議は2006年6月にイタリアのストレサで開催予定である。なお行動計画2001-2005の成果は2003年6月に産業保健分野のWHOCC活動大要 Compendium of Activities of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health⁽⁸⁾として出版され、ヨハネスブルクで策定された行動計画2006-2010において6つの行動領域が定められた。

AA1: 世界の実態分析 Global situation analysis; AA2: 行動・国策・アクションプランのためのエビデンス Evidence for action, and national policies and action plans; AA3: 職業リスクを同定し低減するための実践的方法

Practical approaches to identify and reduce occupational risks; AA4: 教育・研修・教材 Education, training, and technical materials; AA5: 産業保健サービスの開発と拡大 Development and expansion of Occupational Health Services; AA6: コミュニケーションとネットワーク化 Communication and networking; 以上の6領域である。なお本行動計画は2007年の世界保健総会 World Health Assembly での採択を目指している。一方、この間に ILO は2003年に労働安全衛生の世界戦略 Global strategy on occupational safety and health を策定している。

次に WHO 西太平洋地域事務局としての取組みであるが、2003年にタイのプーケットで開催された産業保健を強化するための WHO-アジア太平洋会議地域（以下、「03年地域会議」と略す）（添付資料）が近年の同地域事務局による取組みの出発点となっている。なお、本会議には ILO も参加支援したため、資料によって同会議は「2003年のアジア太平洋地域における産業保健に関する WHO/ILO 会議」と呼ばれることもある。今般、2005年11月にマレーシアのクアラルンプールで開催された会議は「産業保健を強化するための WHO/ILO 会議⁹⁾（以下、「05年地域会議」と略す）」はそのフォローアップ会議という位置づけが与えられている。本報告書では、これらの会議の成果として公表された産業保健分野における国際協力活動の評価手法について検討する。

なお、研究分担者は03年の地域会議には WHO-CC（産業医科大学産業生態科学研究所）代表代理として、05年の地域会議には WHO Temporary Adviser として出席したほか、04年12月にモンゴル国に対する WHO コンサルタントとして派遣された経緯があり、本報告書をまとめる際の参考としている。

3. 産業保健分野における多国間協力事業の進捗管理および評価手法のあり方（文献⁹⁾参照）

(1) 目標設定

03年の地域会議で決定された行動優先課題、すなわち目標は(a)労働安全衛生のトレーニング; (b)

ネットワーク化; (c)社会的弱者およびハイリスク・セクターのための会議であった。05年の会議では、「初めの段階で標的 milestone や指標が特定され、進捗をモニタリングするしくみをつくっていれば、これらの課題についての進歩を促すことができたろう (WPRO)」あるいは「不適切な進捗管理がシンポの障碍となった inadequate follow-up mechanisms as major challenges to progress (SEARO)」と要約されたように、評価手法を定めないままに目標設定のみが行われた（成果があったことは否定していないが、限られるものとなった）という総括がなされた。

WHO は産業保健サービス (OHS) の包含率 (coverage of occupational health service-OHS) が最近10年間で改善していないという認識をもっている。その根拠は ILO によって OHS 包含率が途上国で5-10%、最先進国で20-50%と推定された点においているが、今後、WHO は本部、地域事務局ともに基本的産業保健サービス Basic OHS (BOHS) を受けられる労働者の範囲 (包含率) を拡大することを重点目標としている。また、BOHS を進展させるためには指導者の養成が必要となることからこれを目標に含めている。ただし、BOHS 包含率を測定 (推定) する方法についての言及は見当たらない。

他方、ILO は1919年の設立以来、労働者保護を関心領域に位置づけてきたが (1.参照)、近年は「尊厳ある安全な労働 decent and safe work」という概念を提起し、重要目標に掲げている。これに対する現状認識 (評価) としては「目標到達には程遠い (still far from achieving)」という定性的なものにとどまっている。ILO は2003年の第91回国際労働総会で採択された「産業保健の世界戦略」という目標に沿って活動しているが、中心的要素として「予防的安全衛生文化の醸成 (building and maintaining national preventive safety and health cultures)」、「労働安全衛生制度に対する系統的取組み」を挙げており、特に前者は文化 culture の問題を扱っているだけに、客観的評価の対象にはなりにくいと考えられる。一方、ILO は毎年の国際労働総会で条約 (国際労働

条約または ILO 条約ともいう) を制定しており、近年では安全衛生分野に関連するものの割合が急増している⁽¹⁰⁾。ILO は国の段階で産業保健を推進するには ILO 条約が重要な役割を果たすと強く認識している。したがって、ある国が特定の条約を批准しているか否か、ある条約を批准している国の数(あるいは批准国/未批准国の割合など)などは ILO が産業保健の進展を測る上での重要なメルクマールとして採用している。

産業保健対策が進んだ先進国では数値目標が設定されることがある。例えば、シンガポールでは 2015 年までに致命的な労働災害を現行水準から半減させるとともに、各種の基準(例えば職業曝露限界)について安全分野で世界の最上位 10 ヶ国の水準を達成することを目標としている。一方、わが国の労働衛生行政において、こういう形で数値目標が示された例は見当たらず、「～を防止する」「～予防対策」という表現をとる場合が多い⁽¹¹⁾。

(2) 評価手法

WHO・WPRO が独自に取り組んだ活動として「健康な職場 Healthy Workplace」がある。評価は今後の課題と位置づけられているが、活動効果の評価項目としては、リスク要因の低減および罹患や死亡率の低下、経済的効果が例示列挙されている。ここで注意が必要な点は、産業保健分野で罹患や死亡率の低下を目標に掲げる場合、対象は通常、職業病 (occupational disease)、職業関連疾患 (work-related disease)、労働災害 (industrial accident) を指すことが多い。しかしながら、これらの疾患概念はそれ以外の疾患に比べてバイアスが大きく、定義づけが一筋縄ではないという問題がある。これに関連して、2005 年 12 月に ILO が公式に認める職業病リストを更新するための専門家会議を開催したが、ILO の原則に従って政労使の代表が入り(三者構成主義)、WHO も参加する形をとった。このように職業病の罹患や死亡の低下を効果指標として扱う場合にはバイアスおよび利害相反の問題がある。

ILO における産業保健分野の取り組みとして、専門家に頼らず、現場の人的資源の活用とお金のか

からない創意工夫に力点を置いた草の根的活動(例 小規模事業所における作業改善 Work Improvement in Small Enterprises; WISE)がある。ILO がタイで実施した WISE 活動については、タイ政府が日本の学術機関の支援を受けて、そのインパクトについて、労働者の自覚症状の訴えや環境リスクアセスメントの改善という尺度を用いて客観的評価を行った。ILO はまた国際労働条約 (ILO 条約) の批准数の増加が、労働安全衛生の実践に関するグローバルスタンダードの普及を反映するとして、批准の推移を国別および地域別にモニターしている。

世界保健総会が 1996 年に採択した「すべての人のために産業保健を」の世界戦略については、WPRO 加盟各国への浸透度を評価する試みが行われた。回答率 61%のもと、労働安全衛生に関する国段階の計画を有すると回答した国は 55%、同計画を遂行するための予算をもつと回答した国は 83%であった。国段階の計画を有する国のうち、ちょうど半数がその実施結果について評価を加えた (evaluated its evaluation) が、評価内容・方法について詳らかではない。

このように、国際機関が実施中の産業保健分野の協力事業は、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と言わざるを得ない。

4. 参考文献

- (1) World Health Organization. WHO Headquarters Structure.
http://www.who.int/dg/lee/hqstructureenglish_06.pdf
- (2) World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific. Organizational Structure.

[http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/99E
F9C48-669B-4E94-9BC9-7DFF9D3A
8170/399/org_chart.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/99E
F9C48-669B-4E94-9BC9-7DFF9D3A
8170/399/org_chart.pdf)

- (3) International Labour Organization. Offices, Departments and Programmes.
<http://www.ilo.org/public/english/sector.htm>
- (4) International Labour Organization, Subregional Office for East Asia. Team's Composition.
[http://www.ilo.org/public/english/region/asro
/mdtbangkok/team.htm](http://www.ilo.org/public/english/region/asro
/mdtbangkok/team.htm)
- (5) World Health Organization. Occupational Health.
http://www.who.int/occupational_health/en/
- (6) World Health Organization. Global Strategy on Occupational Health for All.
[http://www.who.int/occupational_health/en/
oehstrategy.pdf](http://www.who.int/occupational_health/en/
oehstrategy.pdf)
- (7) World Health Organization. Network of WHO Collaborating Centres in occupational health.
[http://www.who.int/occupational_health/net
work/en/index.html](http://www.who.int/occupational_health/net
work/en/index.html)
- (8) World Health Organization. Compendium of activities of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health.
[http://www.who.int/occupational_health/pub
lications/compendium/en/index.html](http://www.who.int/occupational_health/pub
lications/compendium/en/index.html)
- (9) World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific. Summary of the WHO/ILO Meeting on Strengthening Occupational Health and Safety.
- (10) Wilson D, Takahashi K, Smith DR, et al. Ratification Status and Recent Trends of ILO Conventions Related to Occupational, submitted.
- (11) 厚生労働省/中央労働災害防止協会. 労働衛生のしおり 平成 17 年度.

5. 添付資料

- (1) 高橋謙.産業保健を強化するための WHO-ア

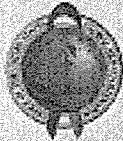
附錄：

“Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria.” (2006)

邦訳



THE WORLD BANK



MONITORING AND EVALUATION TOOLKIT

HIV/AIDS,
TUBERCULOSIS
AND
MALARIA

Second Edition
January 2006

Table of Contents

使用される単語と略語のリスト

AIS	AIDS Indicator Survey
ARV	抗レトロウイルス療法
BSS	Behavioral surveillance survey
CBO	コミュニティ基盤組織
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, DHSS (USA)
CPT	コリモキサゾール予防療法
CSW	売春婦
CTBC	コミュニティ結核対策
DHS	Demographic health survey
DOTS	直接監視下短期化学療法
GFATM	世界基金
HBC	結核高負担国
H(M)IS	医療情報システム
IDU	注射薬利用者
IEC	情報、教育、コミュニケーション
IPT	断続的予防処置
IRS	室内残留性スプレー
ITN	防虫剤含浸蚊帳
KAP	知識、態度、実践
LLIN	長期残効型の防虫剤含浸蚊帳
M&E	進捗管理と評価
MARP	最も危機にさらされている人々
MDG	ミレニアム開発目標
MDR-TB	多剤耐性結核
METAT	進捗管理と評価に関する技術支援と訓練
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MIS	マラリア指標調査
MSM	同性愛者
NAC	国家エイズ委員会
NGO	非政府組織

NTP	国家結核プログラム
OGAC	Office of the Global AIDS Coordinator
OVC	孤児と脆弱な子ども
PEPFAR	大統領エイズ救済計画
PLWHA	エイズと生きる人々
PMTCT	母子感染の予防
PPM	公共・民間混合
RBM	ロールバックマラリア
SDA	サービス提供地域
SSA	サブサハラアフリカ
STB	結核対策
STI	性感染症
SW	セックスワーカー
TB	結核
UNGASS	国連総会特別セッション
UNDP	国連開発計画

I. M&Eツールキットの使い方

なぜこのツールキットなのか

3つの主要な伝染病である、HIV/AIDS、結核（TB）、マラリアへの対応を拡大しようというグローバルな運動に伴い、公衆衛生の実践家は、彼らの行動に関する様々なレベルでのアカウントビリティを支援者に対して行う必要がある。保健医療プログラムの拡大のための継続的な財政支援を確保するために、正確で、時機を得、そして比較可能なデータを国内当局とドナーに報告することは、諸国にとってますます重要になっている。最も重要なことは、発展しているプログラムを強化するために、ローカルな場面においても、これらの情報を利用出来るようにする必要がある。国家のプログラム実行者や管理者にとって、調整やプログラムのあるいは技術的意思決定をする際に必要な質に関する情報へのアクセスが特に重要となる。

現存するM&Eガイドラインや材料は、UNAIDS、WHO、ユニセフ、PEPFERなどのような多くのパートナーとの共同作業を通して開発された。Global AIDS Coordinator（OGAC）の事務局、USAID、HHS/CDC、二国間

援助機関、MEASURE Evaluation、や Family Health International（FHI）のようなNGO、HIV/AIDS 3 by 5 Initiative、Stop TB およびロールバックマラリアのような多国間協力事業等があげられる。さらに、政府のM&E事務員は多くの機関、例えばUNAIDSやEmergency Planによって訓練された。彼らは、おおよそ共通の尺度ではかった報告書を一致させ、また調和させるために、国のM&Eシステムを使って作業をする。そして、M&Eシステムを開発するために異なる利害関係者が、密接かつ確実に調整されるための重要な役割を担っている。

国際的な技術的機関およびM&Eの専門家の支援によって開発されたM&Eツールキットの目的は、標準指標を収集しユーザーにとって主要な資料と資源とを参考書として提供することである。

M&Eツールキットの目的は、下記の項目を各国が達成する手助けをすることである。

●国際的パートナーと国家システムとを一致させ、報告を統一させること。その結果として、幅広く一致し正確な測定の利用を促進する

●単純な指標、測定、報告を選択すること。そしてドナーと国家両方のニーズを満たす方法で質の高い保健情報を利用すること

●プログラムによって供給される標準的なサービスを明確に定義すること、そして日常のおよび長期的な向上の尺度を構築すること

●判断すべき主要問題の概要を提供することによって、参加型国家M&E戦略を策定すること

●HIV/AIDS、結核およびマラリアの予防とそれらの疾病率、死亡率を下げるための介入が広がっていくことに従い、M&Eシステムを長期にわたって評価、再検討、そして改良すること。

M&Eツールキットは、定期的な限定的な進歩の測定(プログラムと成果/影響の指標)についての高水準な報告に主な焦点を当てている。「対症的な環境」のための指標は、さらに広い文脈の中で各疾病についての取り組みにおいて提示される。しかしながら、大部分の指標は保健セクタに焦点を当てている。

M&Eツールキットは誰のためのものか

この情報資料は、M&Eシステムを活用した国家レベルでの活用を提供する目的で作成された。M&Eシステムは、主要な資源と標準的なガイドラインにすばやいアクセスが可能なHIV/AIDS・結核・マラリアの広範なプログラムに直結している。ニーズについての情報をより一致できるように、国家の疾病プログラムのマネージャおよびプロジェクト・リーダー、ドナー機関、技術機関や実施機関、およびNGOが、M&Eのユーザーに含まれる。ガイドはこの特定の対象者とともに書かれるが、例えば教育、ジェンダー、及び、法律改善といった分野で活動する専門家のような、HIV/AIDS・TB・マラリア疾病領域で活動する個人やグループのより幅の広い活動組織を排除することを意図してはいない。

M&Eはどのような内容なのか?

M&E ツールキットは、HIV/AIDS・TB・マラリアという領域において、標準的そして本質的な指標の選択を提示するための枠組みを規定するという重要性を持つ。

1. 全体的なM&Eの概念、ガイドライン、よくある質問に対する返答について

は、文書の前半にまとめられている。

2. ツールキットの後半は、サービス提供地域によって整理され、選択されたプログラム指標の要約表とともに、特定の疾病部門ごとに分類されている。成果および影響の測定も、同じように要約表に示した。また、測定への手段についても提示する。疾病に関係したより専門的な指標マニュアルについてのさらなる資源と関連分野については各セクションで論じられる。

3. M&E ツールキットへの付録は、指標の定義、測定そして報告概要について記載されている。

いかにこのツールキットを使うか？

提示された指標は、その多くが様々なレベルでも使われる可能性もあるが、主に国家レベルで報告するために開発された。国家レベルのユーザーは、異なるタイプのデータが各レベルでの使用のために収集される必要があることに留意しながら、保健情報収集システムを設計し、また修正しなければならない。

ユーザーは、モニタリング、評価および報告を簡素化することを目指し、限定的指標のみを国際的に報告す

ることを目指すべきである。M&E ツールキットは、指標の包括的なリストを含んでいるわけではない。むしろ疾病プログラムにおける日常的なデータ収集の一部と考えられ、国際的な報告に有益となる標準的な指標の選択に限定されている。上述のように、このツールキットは進行中の作業であり、確実にユーザーの要求に答え、技術発展を取り入れるために、定期的に改良されるだろう。

いかにツールキットは開発されたか

M&E ツールキットは、国際的パートナー、二国間援助機関およびNGOによる共同プロセスの結果である。国際的なレベルから国家、そしてとりわけこれらの活動にとって資源が高い頻度で制限されるような地域レベルまでの報告調整のためには、調和と幅広いパートナーが重要であると考えられる。ツールキットは、並列的な報告システムをできるだけ最小限のものにするために、共通測定の使用を推奨することに照準を向けている。

三疾病それぞれのM&E技術専門家や、グローバルファンドといったドナーとの協議を通じて、このツールキットの指標は選択された。また、これらの協議はWHOのHIV/AIDS・TB・マラリア

の各部門スタッフと共に行われた。さらに、世界銀行、Measure Evaluation、OGAC や USAID、HHS/CDCの緊急計画と同様に国連の他のメンバー（特に UNAIDS および UNICEF）からの投入は、組織を横断して使われている推薦された指標を確定するために調査された。ツールキットの目的のために開発された指標は概してなく、それどころか既に使われて現存する指標がこのツールキットで示されていることは注目に値するものである。したがって、このツールキットは広範囲のプログラムで、既に現存し一般に認められた指標を積み上げてできあがったものである。

ツールキットの改良に関して、具体的な提案のある読者はこのメールアドレスまで: toolkit@who.int

最近の更新情報

このM&Eツールキットの最新版は、新しい枠組みを報告してはおらず、むしろこれまでのツールキットの強化および微調整したものとなっている。

このツールキットは、第1版において開発された測定枠組みと同じ枠組みを利用する。第1版に基づいて

報告するM&Eは、引き続き使用されることがある（例えばグローバルファンドに向けて報告される結果など）。この最新情報はM&Eを発展させるため、測定について改良の可能性があることを意味している。

新しい技術の導入と発展のためには、2004年6月に出版された第1版で提示された指標を改正し、アップデートする必要性があった。ツールキットのアップデートされたこの版は、三疾病の最新の技術的な資源に照らして改訂されている。影響と測定手法に関する資源は、ユーザーからのフィードバックに基づいて広範囲なものとなった。三疾病が異なる指標によって分類され、その目的は共通の枠組みを供給するものであると認識されているために、ツールキットの両方の版が、国際的な合意による指標のM&Eシステムにより近づこうと試みたものとなっている。ツールキットは、次の最新情報を含む：

●三疾病のための指標およびサービス提供地域の改良と更新

●最初のツールキットにおいては限界であった、三疾病のための影響測定の拡大

●HIVとTBの構成要素が組み込まれた共同のHIV/TBの活動

●横断的な“保健システム強化”セクション、および関連したサービス供給領域、指標との一体化。保健システム強化サービス供給領域と指標は、各疾病の構成要素に含まれ得るものである。グローバルファンドからの融資の各ラウンドの詳細および規定については、最善策を見極めるために、協議されるべきである。

●情報収集手法および最初のツールキットでは限界であった質的評価についての追加情報

●グローバルファンドのプログラム報告および結果／影響報告のための「上位10」の指標といったM&Eツールキットとグローバルファンド報告に関する追加情報

モニタリングおよび評価ツールキットは、
<http://www.theglobalfund.org>
で電子ファイルでの利用が可能となっている。

II. M&Eの基礎的要素

M&Eプログラムの設置と強化

各国家のM&Eにおいては著しい進歩がみられたが、固有の疾病に対するM&Eは他の資源とつながりを持たず、縦割りで分離されたやり方で行われてきた。ドナーに支援されたプロジェクトの広範囲にわたる評価は、その分野で共有されている結果なしで、プログラムの重要な領域において行われてきたのかもしれない。端的に言うと、国家で行われる疾病に関連した測定努力の大部分の有用性は失われるかもしれない。なぜならば、異なるレベルでの多様な疾病に関する情報を獲得し得るユーザーのために、首尾一貫したM&Eシステムがないことがしばしばあるからである。

1. 国家レポート、データ基準、報告システム

個々の疾病のM&Eシステムとドナーが運営するM&Eシステムとが、共通のデータ基準、互換性のあるITシステム、もしくは報告のプラットフォームを持たないということは非常に危険である。国家やドナーの要求（例えば、

Emergency Plan、グローバルファンド、世界銀行）を横断するような、総合的なM&Eシステムの調整は、多様な種類のニーズを満たせる共通のM&Eシステムを構築するための最初の重要なステップである。さらに、外部のドナーを通じて資金が与えられるDHS調査もしくはエイズ・インディケーター・サーベイズ(AIS)、マルチプル・インディケーター・クラスター・サーベイズ(MICS)そして/もしくは行動調査サーベイズ(BSS)のような調査に、多くの国々は頼っている。これは、さらに広範囲なM&Eの文脈においては価値があるのかもしれない。しかし、国家の保健情報や調査システムのような保健情報の従来の伝統的な資源とうまく一体化しない可能性もある。

このツールキットの目的は「Three Ones(後に説明する)」の履行を支援する共通の指標を供給することにある。これはAIDSのために開発されたが、原理はM&Eにとって一般的な関連性を持っている。三疾病のための指標を同時に集めることによって、その目的はHIVの領域を越えて三疾病全体へと「Three Ones」を拡大することになる。

「Three Ones」とは

2004年4月25日、主要なドナー機関と多くの途上国の代表者は、国家AIDSプログラムとHIV/AIDSの流行における対応の広がりについてさらに調整するための包括的な枠組みとして3つの原理について採択した。

「Three Ones」の3つの原理

- 全てのパートナーの活動を調整するための基準を提供するHIV/AIDS対策の合意された枠組み
- 広域的なマルチセクターの指令による一つの国家のAIDS調整権力
- 国家レベルのモニタリングと評価システム

国家レベルで、統一され一貫性のあるM&Eシステムを作成、履行、そして強化することの重要性は過度に強調することは出来ない。統合された強力なM&Eシステムは以下の事柄についてさらに強固なものにしている：

- 1) プログラムおよびヘルスケアシステムの各レベルで、国家のプログラムリーダーおよびマネージャーは、関連性があり、時機を得た、そして正確なデータを利用することが可能である
- 2) 選択された質的データは、国家のリーダーに報告されうる
- 3) 国家プログラムは、HIV/AIDSの流行を防止しようとする統一された地球規模の努力の下で、ドナーと国際的報告の要望にあわせることができる

一般的に、包括的かつ首尾一貫したM&Eシステムはいくつかの利点がある。例えば、指標やサンプリング手法が長期にわたって比較できることをより確かなものにすることや、努力の重複を減少させることによってデータや資源のより効果的な利用に貢献することである。情報収集資源が制限されているので、特定の問題についての無数の比較不可能な評価を生み出すよりもむしろ限られた数の大規模の高品質の研究よりもために各国がドナー資金をためるかもしれないため、重要な資産である。

包括的なM&Eシステムによって生成されたデータは、ベースライン調査・評価研究を繰り返す必要性をなくすためにも、プログラムやプロジェクト・マネージャー、研究者やドナーといった多くの構成要員のニーズにあったものでなければならない。基本資料が、できる限り透明性が確保されて利用可能であり、社会の共有財産として位置づけられることも同じように重要なことである。

2. 国家そしてサブ国家のM&Eの差異は、何であるのか

国家プログラムの見地から、整合

性のあるM&Eシステムとは、ドナーが資金を提供したM&Eの取り組みが国家のニーズに最も合致したものでなくてはならない。これらのニーズは、疾病に焦点を当てたM&Eを越えて全体の保健情報システムの強化へとつながる。さらなる利点は、HIV/AIDS・TB・マラリアにおける国家対応に関連した、異なるグループ間の調整とコミュニケーションを促進させるということである。これらのグループには、社会福祉もしくは児童福祉に関する省庁やそして統計・計画に関する省庁が含まれるかもしれない。主要なドナー、技術機関そして実施機関間での基本的なM&E枠組みの中心的事柄についての合意は、異なる機関からのデータ要求という負荷を減少させるだろう。共有された情報収集の計画、実行、分析、および普及、プログラミングの重複を減少させ、そして異なるグループ間での協力を促進することが出来るので、多くのグループは孤立して行うよりも、共に効果的に取り組むかもしれない。

国家より下のレベルでの乏しいM&E資源を考慮すると、モニタリングプログラムの強調は、プログラム入力、及び、出力を監視することに置かれる。一定監視の一部としての設備評価

は、対処の質もしくはサービスの有効性および稼働率に関する情報を提供するのに役立つ。全てのレベルにおいて、モニタリングと評価の両方が必要とされる。国家より下位のレベルからのデータは、国家レベルのガイドラインが集計を可能にするものにしたがっている場合に妥当なものとなる。国家の下位のレベルから収集された情報は、さらに高いレベルでのガイドライン方策の議論、そして結果が正当であると確認する際に有益である。いくつかのケースにおいて、地方レベルからのデータは、国家レベルよりもより良い指示と公平性の問題について提示するものである。

保健管理情報システム(HMIS)を構築することもしくは強化することは、三疾病およびこれらに関連する対応についての適正なモニタリングのための前提条件である。三疾病の領域における融資の増加は、プログラムもしくはプロジェクトの特定な保健情報だけでなく、保健情報と調査システム全体を強化する機会を創出するものである。HIV/AIDS・TB・マラリアは、情報の収集、普及および活用に関連した異なる強みを持っている。すなわち、三疾病にとってお互いの強みを活用するための機会が存在するということである。

効果的なHMISは、改良された計画と意思決定を最終的に導くものとなる大規模プログラムの評価に確固たる基盤を提供する。これらの調査結果に基づいて、最も良い全体結果を達成するためにどのように新しい資源を配分するかといった、急を要する決定がさらに容易なものとなるであろう。

3. 良いM&Eシステムの特徴とはどういったものなのか。

各国は、それぞれのHIV/AIDS・TB・マラリア疾病による責務状況と保健構造の状況によって、ある程度決定付けられた異なるM&Eのニーズを持っている。しかしそれにもかかわらず、いくつかの国において成功したプログラムによって示されたように、成功するM&Eシステムは一般の要素を共有するであろう。これら要素のリストは、表1で紹介する。

表1:良好なM&E システムの特徴

<p>M&Eユニット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 指定された技術スタッフとデータ管理スタッフとともに保健省庁内に構築されたM&Eユニット。他の事柄との間で、個々の病気特有のM&Eが管理されるのに関わりなく、このユニットは三疾病の領域を横断してM&Eの努力を調整するべきであり、国家のさらに広い統計ニーズに統合されるべきである。 ● M&E のためのサブ国家の地区、地域および行政区へのガイドラインとガイダンス ● 教育、労働、軍といったM&Eと結びついたほかのセクタのためのガイドライン ● 全ての資源から一体化された国家のHIV/AIDS・TB・マラリア予算5パーセントから10パーセントまでの間でのM&E予算。平均して、7パーセントは基準として使われるべきである。 ● 国家M&E予算への重大な国家貢献（外部の融資資源への依存ではない） ● 特に関係省庁、NGOとドナーといった適切な形式化されたM&Eのつながりと、オペレーションズリサーチの努力をさらに高める目的での国家研究機関 ● M&E設計と履行の指標選択と、様々な側面におけるインプット供給と合意に達するための他分野にわたるセクタのワーキンググループ ● 以下の分野についてカバーするためのユニットと提携しているM&Eユニットの専門技術的意見。疫学、行動形態学 / 社会科学、データ処理および統計、データ普及、資源トラッキング（財政上および商品上双方の資源）
--------------------	--

<p>明確なゴール</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 明確なゴール、ターゲットそして運営計画とともに良く定義された国家プログラムもしくはプロジェクト計画。国家のM&E計画は、3年から5年ごとに改正されるべきであり、M&E運営計画は年1回ごとに更新されるべきである。 ● ターゲットに対する国家プログラムもしくはプロジェクト計画の履行の進捗状況の定期的な再検討/評価。 ● 国家およびドナーのM&Eニーズの調整
---------------	---

<p>指標</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● M&Eの異なるレベルにおける優先順位指標と追加的指標のセット ● 明確なターゲットと、長期にわたって比較可能な首尾一貫した指標 ● 他の国々でも比較可能な、キーとなる数多くの指標の選択
-----------	--

<p>データ収集と分析</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● データ品質保証といった国家全体のレベルでのデータ収集と分析計画 ● データ収集、定期的に指標を分析する計画と、M&Eの異なる管轄区域(地理的な区域を含む)レベルでの関連したデータセット ● 第二世代監視 (そこで、行動のデータは、そう) は、疾病監視データに連結した
-----------------	---

<p>データ普及</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 自由に利用可能な全体的で国家レベルでのデータが時機にかなった時に普及 ● 透明性は、真のアカウンタビリティに不可欠である。 ● 幅広く普及され有益な年次報告 ● 政策立案者、プランナーおよび履行者とともにM&Eと研究結果を普及し論じるための年次会合 ● 研究結果の算出と普及のための情報センター ● 透明性のある公的に参照が可能な現在進行中の研究といったものを含めた、HIV/AIDS、TBおよびマラリアに関連したデータの全てについて、中央集権化されたデータベースもしくは図書館 ● 国家およびドナーのM&E普及ニーズの調整
<p>特殊研究</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 結果/評価研究の優先順位を選択すること ● 必要とされる質的研究を含むこと ● オペレーションズリサーチ研究を含むこと