

## 成果主義に基づく資金の枠組み

### 成果主義にもとづく資金のためのグローバルファンドのシステム

- 必要とされる人々のためにサービスに金が確実に使われるようにする
- ターゲットの達成のために関連付けられる支出
- 結果と時機を得た履行に焦点をあてるためのインセンティブを提供する
- 良い結果がもたらされるであろうプログラムに再配分するために、不履行のプログラムから関係した資源を自由に使えるようにする

## 2. どのような段階で、援助についての結果を報告するか

グローバルファンドは、援助管理と成果主義に基づく資金を促進させるために、技術パートナーとともに協力してこのツールセットを開発してきた。これらのツールは、独自の提案および援助協定によって構築された明確な指標セットとターゲットを用いて関係した実績ターゲットと業績を追跡する。それらは、報告データが使われることを保証し、各段階での決定のために使われる。

収集される情報は、実績評価の3つの主要な段階で活用される。

- 通常支出（初期設定として6ヵ月ごと）：

進歩のいくつかの指標に関する合意は、年に4回もしくは6ヶ月ごとの定期的な財政公開のために使われる。財政は、プログラムからの説明もしくは自己評価とともにターゲットに関する結果の最新状況更新によって求められる支出にもとづいて公開される。援助は、全ての報告期間において全指標のためのターゲットや報告結果を設定する必要はない。報告期間は、国家情報システムにあわせなければならない。被受給者は、ターゲットからの結果のずれについて説明する必要がある。

- 年次報告書（12ヶ月ごと）：

これらは、1年間の全ての指標についての結果について報告されている。ま

た、進歩、障壁、成功、失敗についての自己評価も含まれている。グローバルファンドは、ポートフォリオを横断してプログラム履行についての進歩報告のために、これらの更新情報を使う。また、更新情報はターゲットに対する結果の最小実績を説明するための文脈的情報としての主要な情報源である。グローバルファンドは特別なレポートは要求せず、現存する年次報告書や年1回のプログラム報告を利用する。

●第二段階目の評価(18ヶ月～20ヶ月):

資金は、2年間の最初の期間に行われる。18ヶ月後にさらに3年間分(全部で5年間分の資金)をカバーするために、プログラムは第二段階の資金のため提案をする。実績の全体的な再検討は、グローバルファンド事務局が第二段階に向けてのさらなる資金を推奨するための基礎情報として活用する。これは、ターゲットに対する結果に関する包括的、そして3疾病と戦うための重要なサービスの提供に関する包括的な報告書を含んでいる。経験によってプログラムの変化を提言する可能性というような、プログラムによる自己評価は、重要な要素なの

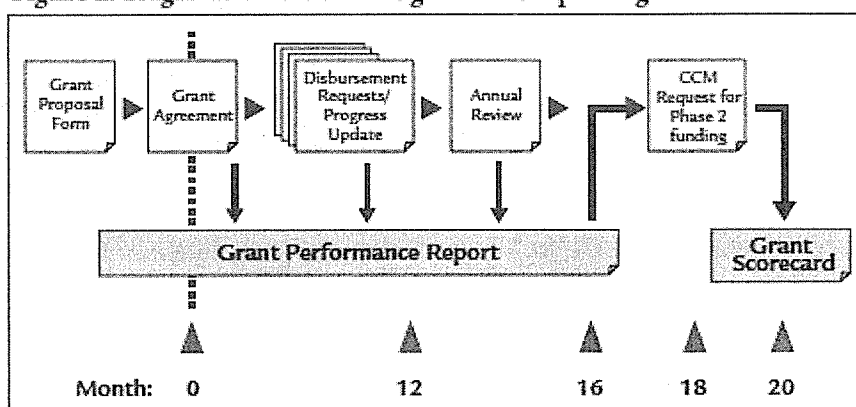
である。ターゲットは変えられるべきでないが、ターゲットから結果が逸脱していることへの説明は、実績を評価する際に考慮される。援助採点カードは、援助実績における独立した立証とデータの評価にともなった結果を統合させるために用意されている。援助採点カードは理事会によって決定を受けた第二段階の資金のための基礎となる。

援助の成果主義に基づく資金配分は、第二段階の資金ステージが重要な一里塚となっている一方で、指標およびターゲットが受け手とグローバルファンドによって合意を受け、第1援助合意に達すると同時に、援助の初期段階の測定および評価システムが始まる。

ターゲットは、過程における全ての段階において追跡される(図1.に示す)援助提案に定義、援助合意に盛り込まれる(M&E援助添付ファイルに)、各支出の前の進歩報告(進歩の最新状況)、年次報告書、そして第二段階および第二段階報告の継続的な資金のためのCCM要求に集約される。成果主義に基づく資金は、援助期間中は切れ目なく存在する。

図1. グローバルファンドの援助と結果報告の段階

Figure 1: Stages of a Global Fund grant and reporting on results



プログラムやグローバルファンドでの自己評価や決定のための基礎として、結果を報告する際に積極的に使うことが、成果主義に基づいた資金の目的であることに注目しなければならない。ターゲットに対する結果は、実績採点の基準としてのみ使われる。プログラムの自己評価と進歩説明が重要であるように、プログラムの拡大を確かなものにするために提案される訂正測定も重要である。実績全体は、ターゲットに対する結果の量的要素とプログラムおよび文脈上の重要な要素の質的評価の両方を組み込んでいる。

最終的に、国家のオーナーシップは成果主義に基づいた資金のため

の基礎を築くものである。ターゲットは、国家提案からのものでなくてはならないし、援助協定における両方の立場によって合意されなくてはならない。

### 3. いかにグローバルファンド援助のためにこのツールキットを使うか

M&Eツールキットは、申請書を作成する際に活用されるべきである。また、指標とターゲットが組み込まれるようなM&E援助の添付書類を完成させるときにも使われなければならない。さらには、援助段階のあらゆる場面での報告をする際にも使われる必要がある。もし関係しているのであれば国家で既に存在している計画にもM&E計画がなければならない。したがってツ

ールキットは、より広範囲にわたるM&E計画やシステム、さらにグローバルファンドへの報告の基本情報として設定されているターゲットに使われている、限定された指標セットを選び出す際に活用されるのだ。プログラムを管理するのに必要となる指標が広範囲になればなるほど、そしてドナーや国際的な報告に必要な指標が少なくなればなるほど、M&Eのレベルについて区別することが重要となってくる。

グローバルファンドは、三疾病の制御に影響を与える質的サービスを人々に到達させることを目的としている。プログラムが構築されるようになればなるほど、サービスを受けられた人々の数の増加についてや、成果および影響指標についての報告に移行する。グローバルファンドは、報告を単純化するために以下の3点について焦点を合わせている：

- キャパシティビルディング（援助からのスタート）：訓練を受けた人々および支援を受けたサービス地点
- サービスを受けることのできた人々（12ヶ月以内に）：予防、処置、対処
- 疾病と戦う（1年～5年）：行動変化および疾病影響

グローバルファンドは保健システムの強化を必要としているので、ツールキットは保健システムの強化に関連した指標とサービス提供地域を含んでいる。この中には、HIV/AIDS・TB・マラリアに直接的な疾病構成要素を含んでいる。

中心的な目的は、HIV/AIDS・TB・マラリアの予防、処置および対処の範囲を広げること、さらにその範囲を測定できるようにすることである。多くの国家およびプログラムを国際的に示すための、いくつかの高いレベルでの標準指標は非常に評価される。

さらに、人口行動、疾病影響への変化は国家のパートナーとの協働作業によって長期間にわたって報告される。M&Eの伝統的な段階と平行して、サービス提供の増加はより高品質のサービスを受けられる人々がさらに増えるかどうかを評価するために強調される。（トレーニング、支援を受けているサービス地点およびサービスを受けることのできる人々）。次の表は、グローバルファンドへの異なる報告レベルを国際的な枠組みに関連付けるための試験的な手法である。

表 4.

Table 4: Tentative approach to link the international framework with the different levels of reporting to the Global Fund

International Framework	Global Fund reporting Framework	Examples of Areas
Input indicators	Capacity building (people trained, service points supported)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Human Resources</li> <li>• Policy formulation</li> <li>• Financial inputs</li> <li>• Infrastructure building and rehabilitation</li> </ul>
Process indicators		<ul style="list-style-type: none"> <li>• People trained</li> <li>• Drugs procured</li> <li>• Basic needs and commodities procured</li> <li>• Coordination ensured</li> </ul>
Output indicators		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Service delivery points supported (Number of service points supported)</li> </ul>
Outcome/ Impact indicators	People reached by services (and services delivered)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• People benefiting from interventions (Number of people reached by the services)</li> </ul>
	Fighting the three diseases (behavior change and impact)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Change of behavior, reduced morbidity and mortality</li> </ul>

#### 4. グローバルファンドへの報告をいかに単純化させるか

国家レベルでは、データ収集および当座の援助管理に送り込むための資源の流れを分配するメカニズムのための様々なシステムがある。グローバルファンドは、援助プログラムが命に関わるサービスを必要としているより多くの人々に対して確実に届くように、ただ指標の小さなセット(氷山の一角)に焦点を当てているだけである。

援助は、ゴールと目的を達成するために合致している、定義されたサービス提供地域にとっての指標についてのみ報告すべきである。一般的に言って、(サービスを受けることで

きる人々、支援を受けているサービス地点および訓練を受けている人々を示すために)援助はサービス提供地域あたりのごく少数の指標について報告すべきである。成果主義に基づいた資金配分は、1つの援助で5から10の主要な指標(トータルで報告される指標は15)に焦点を当てて通常は着手されている。

さらに、各国で存在する国家のM&Eシステムを活用すべきである。これらのシステムは、グローバルファンドに報告をするために基本的なものである。国家レベルでのプログラム管理とM&Eの目的のために収集される情報(数多い指標)と、プログラム実績を評価するためにグローバルファンドに提出される情報(5~10の主要な

指標)には明確な違いがある。グローバルファンドに報告される指標は、M&E計画全体から引き出された、単純化されたセットでなくてはならない。グローバルファンドへの報告は、情報の小さなサブセットを記載する必要がある。しかしながら、その情報を提供するためには、データを得るための強力な基本要素を国家が持っている必要がある。中心的な業績は、各サービス提供地域において合意されたターゲットに対して、いかに異なる指標が測定され、記録され、そして立証することができるのかについて基づいているであろう。

業績評価は、資金が適切に割り当てられることを目的とするばかりでなく、内部および外部のプログラムの立証を伝えるというプラットフォームも供給すること、さらには持続的な資金提供のためのケース作りという目的もある。

M&E計画は、現存する国家プログラムや政策および可能であるところにはどこにでも構築すべきである。援助アプリケーション、両側によって署名された援助合意、および現在進行中の成果に基づいた資金の基礎の中心にM&E計画は、位置づけられている。M&E計画が国家のプログラムのために

存在する時はいつでも、グローバルファンドへのM&E報告の枠組みは、そこから引用されなければならない。したがって、ツールキットで取り上げられている多くの指標は、モニタリングと評価プラン全体の中ではただの「氷山の一角」にすぎず、このさらに広い文脈において解釈される必要がある。

5. グローバルファンドに報告するために、どのように指標とターゲットを選択するか

プログラムもしくはプロジェクトは、明瞭に定義されたゴールと目的がなければならない。これは、グローバルファンドに報告するための出発点である。これらを達成させるためには、サービス提供地域は選択された指標から定義されなければならない。これらの指標は信頼性があり、定期的に測定可能である必要がある。中期間にわたって影響と行動変化の観点から三疾病を克服するための進歩について評価が可能となるために、提供されるゴールおよびサービスの一貫性は重要である。

全体的なゴールは、広く包括的なものである。たとえば、「死亡率に関連しているHIVの減少」、「結核による負担減少」「マラリアの感染減少」といったものである。各ゴールのために

は、影響指標は必ず選択されなければならない。

目的は、各ゴールのために明確に示される必要がある。ひとつの目的は、資金が求められるためのプログラム意図を示し、サービス提供下での枠組みを供給する。目的の例としては、以下のものがあげられる。「4州において感染が進行したHIV感染者の生存率を向上させること」「上位10の最も大きい刑務所における、囚人間での結核感染を減少させること」「7つの地方地区において、妊婦のマラリアに関連した死亡率を減少させること」

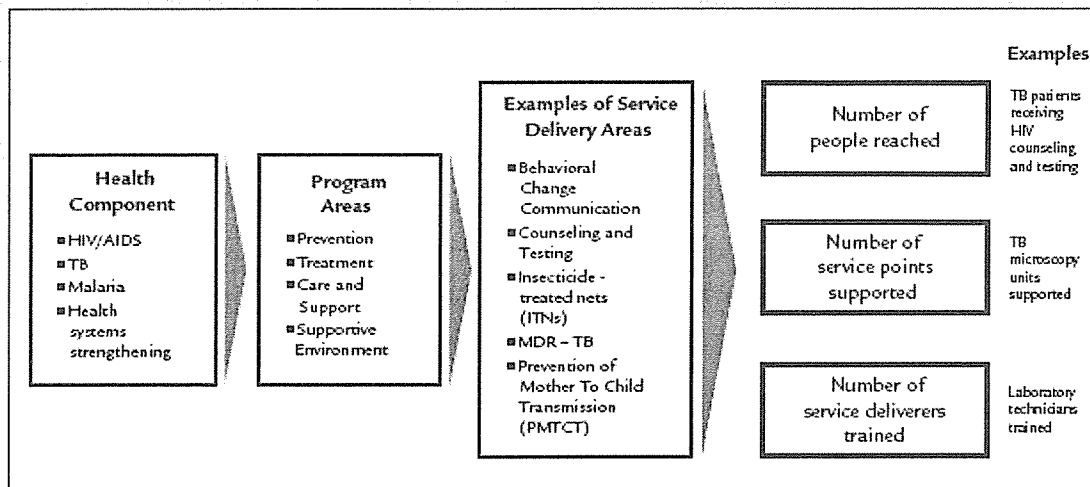
次のステップおよび通常の実績に基づいた資金の中心としては、提供されうる主要なサービスを明らかにす

ること、定期的なプログラムの進歩を測定し、明らかにできるターゲットとともに指標を供給することである。したがって、各目的の下で各サービス提供地域に基づいて指標はグループ化される(サービス提供地域は、提供される具体的なサービスに対応している)。

プログラムは、1つか2つのゴールがある。各ゴールには目的があり、各目的には、いくつかのサービス提供地域が含まれている。また各サービス提供地域は、1つかそれ以上の指標に関しての評価を受ける。

図2. 疾病構成要素、サービス提供地域および指標間の関連性

**Figure 2: The relationship between disease components, service delivery areas and indicators**



グローバルファンドは、「上位10」の指標セットの報告に関して、特別な価値を置いている。この指標は、ポートフォリオ全体を横断した国際的および定期的に報告されうるサービスとともに、そのサービスを受けられた人々を測定している。これらは、国際的レ

ベルで報告されうる標準サービスである。金の規則的な支出、および頻繁な日常的報告のためのものである。これらの指標は、どこでサービスが提供されていたとしても援助報告に組み込まれるべきものである。



表5. 日常的なグローバルファンド報告の上位10

**Table 5: Top Ten Indicators for routine Global Fund reporting**

	<b>Top Ten Indicators for routine Global Fund reporting</b>	<b>Disease</b>
1	Number of people with advanced HIV infection currently receiving <b>anti-retroviral combination therapy (ARV)</b>	<i>HIV</i>
2	Number of a. <b>new smear positive TB cases detected</b> , b. new smear positive TB cases that <b>successfully complete treatment</b> and c. TB cases enrolled to begin <b>second line treatment for multi-drug-resistant TB</b>	<i>TB</i>
3	Number of <b>ITNs</b> (including retreatment kits for existing nets) distributed to people at risk (or, where appropriate, number of houses receiving indoor residual spraying according to national policy)	<i>Malaria</i>
4	Number of people with uncomplicated or severe malaria receiving <b>anti-malarial treatment</b> as per national guidelines (specify ACT/non-ACT)	<i>Malaria</i>
5	Number of people <b>counseled and tested for HIV</b> including provision of test results	<i>HIV</i>
6	Number of HIV-positive pregnant women receiving a complete course of anti-retroviral prophylaxis to reduce mother to child transmission ( <b>PMTCT</b> )	<i>HIV</i>
7	Number of <b>condoms</b> distributed to people	<i>HIV</i>
8	Number of people benefiting from <b>community-based programs</b> (specify, a. Prevention b. Orphan support c. Care and support)	<i>HIV/TB/Malaria</i>
9	Number of cases treated for <b>infections associated with HIV</b> (specify, a. Preventive therapy for TB/HIV, b. STIs with counseling)	<i>HIV/TB</i>
10	Number of <b>service deliverers trained</b> according to documented guidelines (specify a. Health services b. Peer and community programs)	<i>HIV/TB/Malaria</i>

中長期(1年～5年)において、疾病の発症率もしくは伝染率を減少させること、もしくは行動変化を示すための成果と影響指標を選択しなければならない。これらの指標のためには、援助の初期段階で計画が立てられなければならないことと、明確な基準にもとづいた重要性が要求されることを忘れてはならない。これらの指標を収集すること、すべての利害関係者努力および国家内のプログラムの貢献に合致させることは通常さらに難しいことであり、コストがかかるものである。現存する調査は、国家の総力の一部として活用されるべきであり、デー

タは分析されるべきである。プログラムは、国家内で履行されている影響および評価研究のような、現存する監査情報からできるだけ引き出すべきである。もし、これらの調査が存在しないならば、グローバルファンドは国内の他の技術パートナーとともに、その様な研究を実行することを推奨する。グローバルファンドプログラム資金は、格差を埋めるために使われるべきであり、モニタリングおよび評価両方における投資をすることを強く推奨する。

表6. 中期における成果および影響の指標 上位10

**Table 6: Top Ten Indicators for medium term outcome and impact**

	Top Ten Outcome and Impact Indicators	Disease	Source
1	Percentage of young women and men aged 15-24 who are HIV infected ( <b>HIV prevalence</b> ) (applicable to most-at-risk populations in concentrated/lower epidemics)	HIV	UNGASS
2	Percentage of adults and children with HIV still alive 12 months after initiation of anti-retroviral therapy (extend to 2, 3, 5 years as program matures) ( <b>Reduced mortality</b> )	HIV	UNGASS
3	Percentage of infants born to HIV infected mothers who are HIV infected ( <b>Reduced mother to child HIV transmission</b> )	HIV	UNGASS
4	Percentage of young people aged 15-24 who had sex with more than one partner in the last year ( <b>Multiple Partners</b> )	HIV	WHO/ UNAIDS
5	Percentage of 15-19 year olds who never had sex ( <b>Primary abstinence</b> ) and percentage of 15-24 year olds who never had sex in last year of those who ever had sex ( <b>Secondary abstinence</b> )	HIV	WHO/ UNAIDS
6	Percentage of young people aged 15-24 reporting the <b>consistent use of condoms</b> with non-regular partners	HIV	WHO/ UNAIDS
7	<b>TB case detection rate and treatment success rate</b>	TB	WHO StopTB
8	Estimated number of all active TB cases per 100,000 population ( <b>TB prevalence rate</b> )	TB	WHO StopTB
9	<b>Death rates associated with malaria:</b> all cause under-5 mortality in highly endemic areas	Malaria	WHO RBM
10	<b>Incidence of clinical malaria cases</b> (estimated and/or reported)	Malaria	WHO RBM

5年にわたって連続した定期的な測定のために基準とターゲットは決定される。これら通常のターゲット測定のタイミングは、できるだけ現存するデータ収集と報告システムにそろえられるべきである。すべての指標を各支出期に報告する必要はないが、年

次報告書において1年ごとに結果が集約されていなければならないことを覚えておかなければならない。これらのターゲットは、単なる個々のプロジェクトではなく、様々な事業、国家プログラムおよび協力者とともに行う活動といったことの一般的な目的なのである。

忘れてはならない重要事項：

- 国家戦略と一致した現存するM&E計画から抜粋すること
- 指標を収集するために現存するツールを使って、(すでにテストされた)単純な指標を選択すること
- 定期的な調査と日常的な保険統計データ間のバランスをとること。特に、成果と影響の指標における調査は、HMISの情報ギャップを保管するものである。しかしながら調査は一般的に、半年後との支出についての報告をするための日常的なシステムほど、結果を提供するものではない。
- 各主要な指標のための基準をセットしなさい。報告される結果は、資金の各段階において累積的でなければならない。そして、一般的に基準は除かれるべきである。この除外は、プログラムに人々を組み込めるかどうかである。たとえば、ARV試験的プログラムにおける人々は、援助の下で扱われる。
- 結果がパーセンテージで示されるのであれば、分子と母集団も示す必要がある。
- 各報告期間で、1つのプログラム/サービスで同じ個人を二重に計算することを避けなければならない。しかしながら、複数のプログラム/サービスエリアにおいて、同じ人を計算することは可能である(例)ARVと苦痛緩和医療など
- トレーニングは、新しいトレーニングもしくは個人の再トレーニングいずれかを参照する。また、国家もしくは国際的な基準に基づいて実施されていると仮定する。トレーニングにおいて認識された標準(目的、継続期間、フォローアップ)が記録されることは非常に重要である。またフォローアップは、これらの個人が積極的になり、実践的なサービス提供ができるためにも非常に重要なことである。

## V. 構成要素における具体的な報告の枠組み

このセクションは、(1)プログラムの(2)HIV/AIDS・TB・マラリアの成果および影響指標に分けられている。さらに、保健システム強化の指標についても提供している。選択した指標についての概要を表に要約し、付録にはさらに詳しい説明をつけた。これらの指標は、広い範囲の国際的および国家のエキスパートとドナーによって開発、議論され、合意を受けたものである。それらは、各国への情報要求を最小限にするという特別の目的のもと開発された。指標開発プロセスは次の6つの主要な原理によって導かれた。

- 現存する指標の構築
- 収集される指標の数を最小限にすること
- 保健情報システムや、承認されている人口ベースの調査(MICS、DHS、DHS+)を通じて定期的に収集される指標の選択
- 国家およびドナーのM&Eニーズの調整
- UNGASSやミレニアム開発目標(MDGs)のような、他の国際的枠組みとの調整
- 幅広いプログラム領域および

HIV/AIDS・TB・マラリアに関連したセクターをカバーすること

各疾病において、一般的なプログラム領域は定義されてきた。HIV/AIDSの場合を例にとると、感染予防、処置、対処、支援と支援が可能な環境をつくることということがあげられる。

ツールキットの付属は、以下に関する情報を載せている。

- 利用のための論理的根拠
- 分子および母集団に関する定義
- 測定 (例) 手段、プロセス、内訳に関する詳細
  - 測定ツール: 保健サービス統計、保健施設調査、質的手法、監視地点の調査、人口ベースの調査
  - データ収集の推奨される周期性
- 資源 (例) 参照グループ、技術支援源、ガイドライン

### 注意

- 各構成要素での表は、全指標を包括的に示すことを目的にしていない。むしろ、特有の事業領域で使われるもつとも一般的な指標セットをユーザーに提供

することを目的としている。現存するすべての指標の完全なリストについては、読者は各構成要素のガイドラインのセクションを参照すること。これらのセクションでは、プログラム指標を含むすべての利用可能なM&Eガイドの一覧表を載せている。

●(訓練を受けた人々の人数のような)計算を参照する一般的入力および出力プロセス指標は、通常ツールキット付録では定義されていない。(注1)援助は、訓練を受けた人々の人数や支援を受けているサービス地点を、関係のあるプログラム定義とともに一般的な指標として含まれる。(例)明確なトレーニング基準

●要約された表から関連した付録までの指標の参照を容易にするために、指標はその事業領域に基づいて名前と番号がつけられている。(例)予防、対処・支援、処置、成果指標。したがって、最初の予防指標はPI(予防指標)1といった具合に名づけられている。しかしこれは、他の出版物においては同じ指標の分類に関係しているものではない。

●保健システム強化(HSS)は、このツールキットでは個別のセクションで扱っている。しかしながら、あらゆるHSSサービス提供地域は、疾病に限られた援助に組み

込むことが可能である。グローバルファンド資金の各周期に関する詳細と規則に関しては、最善策を評価するために協議されるべきである。

(注1)これらは、医学的/公衆衛生の観点から三疾病を横断して一般的に普及しているものである。したがって各疾病に対して特有のものではない。三疾病にわたっていくつかの違いが見られるものの、これらの指標は以下の形式を一般的にとる。

(1) 一般的入力

指標：国家政策、ガイドラインもしくは戦略の存在

これは、「yes/no」形式の質問である。総合予算の割り当てについての報告は、入力として含まれる。

(2) 一般的出力指標：

訓練を受けた人、出荷された/出荷要請された薬の数など

# 国際学会ニュース

## 「産業保健を強化するためのWHO－アジア太平洋会議」 参加報告

高橋 謙



写真1 「産業保健を強化するためのWHO－アジア太平洋会議」参加者 於タイ・プーケット  
(左から前列5人目Dr.Eijkemans, 中列6人目川上・小川両氏, 後列1人目久永氏, 6人目筆者)

近年の国際化は産業保健の分野にも様々な影響を及ぼし、「国際産業保健」的な視点の重要性が増している。世界保健機構WHOや国際労働機関ILOの国際機関としての活動はそれ自体が大きな意義とインパクトを有しているが、既存の国内機関との連携を強化する方向性も模索されている。産業保健分野におけるWHO指定協力機関(WHO－Collaborating Center in Occupational Health；以下WHO－CC)を巡る動きはそうした国際産業保健の流れの一つを示している。

タイ・プーケットで2003年12月16－19日に標記会議が開催され、参加の機会を得たのでご報告したい。同会議の名称は正式には西太平洋および東南アジアの両地域を指す「in the region (域内の)」という言葉がつけられているが、これには注釈が必要である。アジア太平洋地域にはWHO地域事務局として西太平洋地域事務局(WPRO)と東南アジア地域事務局(SEARO)が並存している。両地域事務局と所属する各国の対応関係は地理的分布だけでは説明できない。が、それは

別にして、今回、二つの地域事務局合同でWHO-CC会議を開催するに当たってはWHO-本部の強い意向が働いたようだ。準備段階ではPan-Asia Meeting (汎アジア会議) という名称が用いられていたが、最終的には、太平洋の名称を含めるべきとする国の意見が反映されたことも後で聞いた。

さて、会議の主目的は産業保健分野のWHO-CCの連携強化であった。参加者としては、認可済みおよび申請中のWHO-CC関係者13カ国32名、WPROの小川尚氏を含むWHO関係者6名、ILOの川上剛氏を始め、会議事務局やオブザーバーを合わせ50名余にのぼった。日本からは産業医学総合研究所 (WHO-CC申請中) の久永直見氏と産業医科大学産業生態科学研究所 (WHO-CC) [以下産生研]の私が参加した。会議初日はまず議長役でWHO本部の産業保健プログラムを担当するDr. Gerry Eijkemansが、産業保健分野におけるWHOの役割やILO、国際労働衛生学会 (ICOH)、国内各機関との連携の重要性に触れ、特に2001-2005年のWHO-CCの行動目標となっているタスクフォース (TF) の進展を注視していると述べた。さらにSEAROのDr. H. Caussy、WPROの小川尚氏、ILOの川上剛氏が各々の立場でWHO-CCへの期待を述べた。

引き続き日本の二機関を含む全てのWHO-CCの活動報告が行われた。実は、同会議に先駆け産業医科大学は、ほぼ同じ目的をもって2003年9月10日に「アジアWHO-CC-産業医科大学会議」を主催している (産業医学ジャーナル3月号)。いわば今回の会議の地ならしを行ったとも

言えるが、こうした大学の実績は会議前から関係者の高い評価を受けていた。そのこともあって通常の2倍の報告時間が割り当てられ、国際会議開催や長年に渡る産業医学国際研修の実施に係る産生研の実績と将来展望について報告を許された。このほかWHO-CCではないが、産業保健分野で国際展開するNGOとして、ASEAN Occupational Safety and Health NetworkおよびAsian Workers Occupational Safety and Environment Instituteの代表が活動紹介を行ったことは興味深く、新たなパートナーシップの方向性を見る感じがした。

続く二日間はテーマ別の小グループに分かれて討議を行い、テーマごとに成果報告を行った。会議全体を通じた最終成果としては、WHO-CC連携強化のために1) 2年に1回程度、このような会議開催を実現すること、2) 域内ネットワークの基盤としてWHO-CC専用のホームページとメーリングリストを立ち上げること、3) 産業保健に関する既存および新規の教育・訓練コースを支援するため、WHO-CCネットワークが中心となり、さらにWHOやILOも積極関与して、目録や実績に関する情報を管理・提供し、社会開発を含む教育効果に関する評価を実施し、場合によっては認証付与も検討する。これらについて具体化時期を明示して計画立案を行ったことである。総じて掛け声だけに終わることなく、実を挙げた会議であったと言えよう。今後WHO-CCネットワークの中で産生研が果たすべき役割に対する期待はますます高まると思われる。

(たかはし けん・産業医科大学産業生態科学研究所)