

地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業保健
 関連ポスト 2015 国連開発目標に貢献する
 途上国における住民登録制度の研究

平成 29 年度 総括研究報告書

研究代表者 横堀 雄太
 国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力局

平成 30 (2018) 年 3 月

1. 研究概要

【研究の目的】

Civil Registration and Vital Statistics (住民登録と人口動態統計：以下 CRVS) の国際動向についてのレビュー並びに各国の CRVS システムについて調査を行い、各国の CRVS システム改善への提言をまとめ、我が国の CRVS システムと比較検討をする事で、ポスト 2015 国連開発目標に関連した我が国の国際貢献の方向性を検討する上で必要な情報提供を行う。

【必要性】

CRVS は公衆衛生政策上、指標の正確な測定等のため不可欠なシステムであるが、世界には CRVS のカバレッジが低い国が多く存在する。我が国の CRVS システム構築の経験を国際社会へ還元するため CRVS システムに関する国際的動向把握や、各国の CRVS システムの状況の比較・調査・分析は、国際貢献の方法・方向性を考える上で重要である。

【特色・独創的な点】

第 1 点は、国際医療研究センターの幅広い人脈を生かし、多国間の CRVS システムの調査、国際動向の把握が容易である。第 2 点は、統一した CRVS システム評価フレームを用いて、系統的に各国の CRVS システムを比較検討している点において、当研究は独創的である。

【期待される成果】

1. 国際機関あるいは、各国の CRVS 関係機関に対して、CRVS システムの改善へ向けた情報提供並びに、提言を行う。2. 我が国が行う CRVS 関連施策を元に当該分野における我が国の国際貢献の方向性に関する有用な情報提供を行う。3. 他ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) を進展する際の CRVS システムの果たすべき役割に関してまとめを行う。

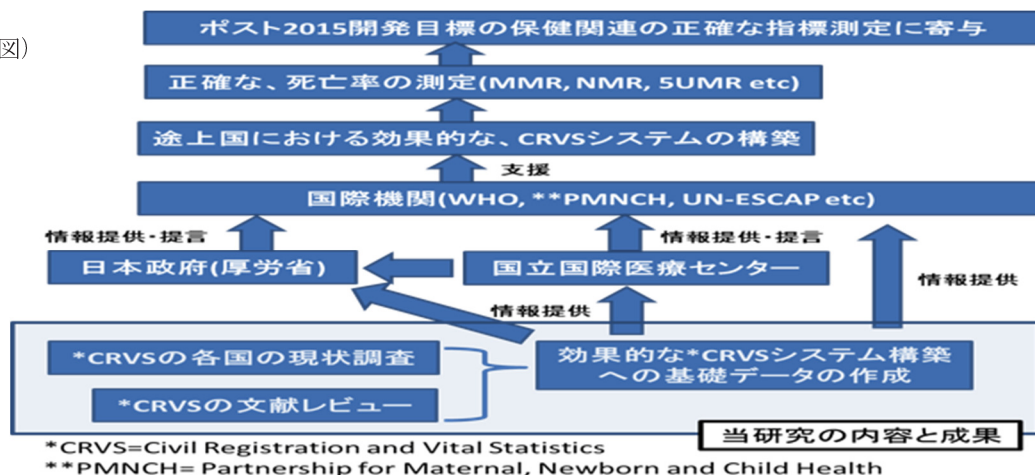
【研究内容】

| | 研究年次 | 研究内容 |
|---|--------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 1 年次 (27 年度) | 国連総会でのポスト 2015 年国連開発目標の採択へ向け CRVS に関わる国際機関の動向の把握、並びに CRVS 関連の文献レビューを行う。 |
| 2 | 2 年次 (28 年度) | 上記文献レビューを踏まえ、各国の CRVS に関して調査・分析を行う。 |
| 3 | 3 年次 (29 年度) | 上記の調査結果をまとめ、学会発表・論文としてまとめる。 |

【倫理面への配慮】

本研究では、患者や一般住民を対象とはしないが、対象である事業担当者その他のインフォーマントの氏名、住所等の個人を特定できる情報（個人情報）は、厳重に管理し、個人情報の流出を予防する。インフォーマントには、主任、分担研究者から守秘誓約書を発行する。

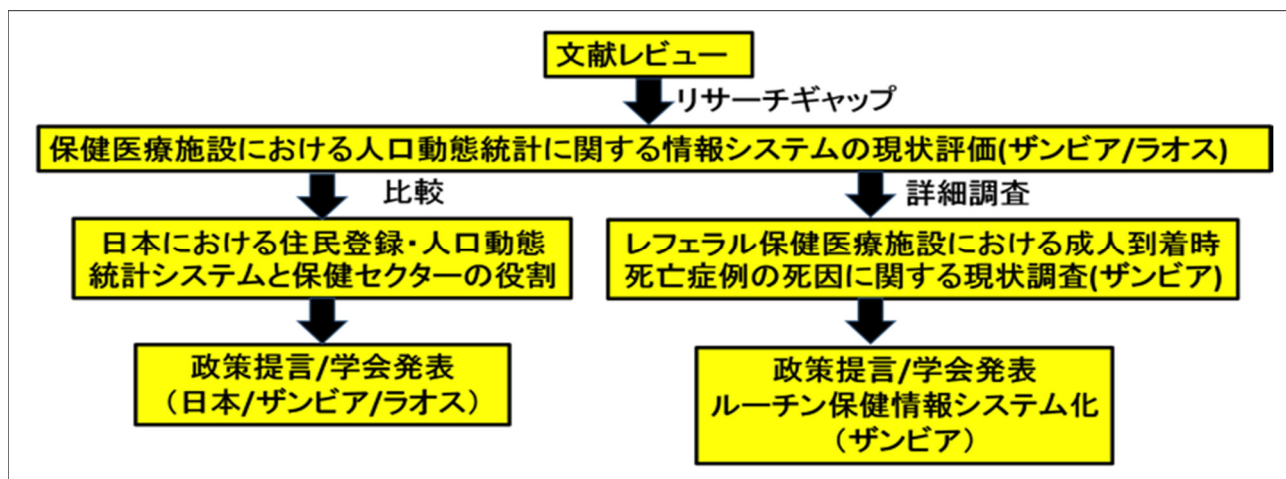
(流れ図)



2. 研究一覧

| 研究年次 | 研究内容 |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| H27 年度 | CRVS システムに関わる国際機関の動向の把握、CRVS 関連の文献レビュー。 |
| H28 年度 | 1. 保健医療施設における人口動態統計に関する情報システムの現状評価（ザンビア / ラオス） 2. レフェラル保健医療施設における成人到着時死亡症例の死因に関する現状調査（ザンビア） 3. 日本における住民登録・人口動態システムと保健セクターの役割 |
| H29 年度 | 上記の調査結果を学会発表・論文としてまとめる。 |

研究調査の関連性



3. 文献レビュー（平成27年度報告書参照）

4. フィールド調査

4-a) 住民登録・人口動態制度における保健セクターの役割に関する現状調査

4-a-1) 調査概要

[1] 研究の背景

Civil Registration and Vital Statistics（住民登録と人口動態統計：CRVS）は、様々な公衆衛生課題への政策の策定上必須情報システムであり、我が国では正確な情報管理において既に長年の経験がある。しかし、世界では世界保健統計によると、出生登録が 80% 以下である国は 60 개국以上あり、正確な人口動態はなされていない。ポスト

2015 国連開発目標として採択された持続可能な開発目標

(Sustainable Development Goals: SDGs)²⁴⁾ には、保健関連目標として死亡率に関連した目標があり、その指標測定には正確な住民把握は極めて重要である。また、SDGs では指標として「様々な人が包摂的に暮らす社会の促進」のために CRVS の 1 つである出生登録の重要性が取り上げられており、開発途上国の CRVS システムの構築が世界的な公衆衛生課題として注目されつつある。CRVS システムは、法・行政組織・データ収集技術等様々な構成要素からなるが、特に、保健セクターを通じた保健医療情報システムは、出生・死亡通知や正確な死因診断のために、重要な構成要素の 1 つである。しかし、各開発途上国における保健セクターの CRVS システムにおける役割について現状が明らかではない。

[2] 研究の目的

開発途上国の CRVS システムにおける保健セクターの役割に関し現状分析を行い、CRVS システムに関連した保健セクターの役割強化に対し提言をまとめ、保健省並びに各関係ドナー、また今後の協力の可能性について、日本国厚生労働省等に対し有用な情報提供を行う。具体的には、各保健医療機関において、出生・死亡統計情報の管理状況、死因同定のプロセス、担当部署の連携等について分析し、今後、保健セクターにおける CRVS 関連情報管理に関して、改善点すべき点をまとめ、国際社会が支援すべき活動に関し提言を行う。また、日本からの当該分野への医療協力においても、効果的な支援の方法に関して提言を行うことを目的としている。

[3] 研究対象

国立国際医療研究センター（National Center for Global Health and Medicine: NCGM）の海外拠点があるラオス人民民主共和国と、NCGM 職員が派遣されているザンビア共和国の保健医療施設および保健行政機関における保健情報管理担当者、並びに日本国厚生労働省保健情報管理担当者。ザンビアおよびラオスは、当センター国際医療協力局とプロジェクト等を通し保健省と強い協力関係がある。当研究を行う上で各国保健省レベルでの協力がかせず、保健省と関係性が強い上記 2 カ国をとって実施可能性が高いと判断したため上記 2 カ国を海外におけるフィールド調査対象国とした。

[4] 調査施設数と期間調査施設数

各国状況に応じて、各国研究協力者に紹介された保健行政機関、保健医療施設数施設において調査を行った。海外のフィールド調査における対象施設詳細については、以下各国の報告項参照。日本においては、保健医療施設は調査を行わず、厚労省保健情報担当者からのインタビューのみを行った。調査期間は、倫理審査承認日から 2018 年 3 月まで。各国の調査期間は、以下各国の報告項参照。

[5] 調査項目

海外フィールド調査では、各保健医療施設並びに保健行政機関の保健情報担当者へインタビューを行った。調査票は文献レビューに基づき以下 A,B2 種類の質問項目を作成した（平成28年度報告書参照）。各調査票詳細については巻末参照。（A. 出生・死亡情報管理状況質問票 _ 保健行政施設用。B. 出生・死亡情報管理状況質問票 _ 保健医療施設用）また、日本における調査においては、上記 A の質問票を元に厚労省保健情報担当者にインタビューを行った。

[6] データ分析

チェックリストの各項目の各保健セクターの実施状況に関して、保健医療施設レベル毎のデータとしてまとめ、保健セクターにおける CRVS システムの現状についてまとめた。データの視覚化のため、調査データは分析表(巻末参照)を用いて 21 の項目において分析された後、CRVS 情報システムを構成する以下 10 分野にわけてまとめられ、各項目につき 4 段階の評価（0：最低点、3：最高点）をつけ平均化した上で、保健医療施設レベル毎のデータとしてマトリクス化した。

[7] 倫理的配慮

本研究では、患者や一般住民を対象とはしないが、対象である事業担当者その他のインフォーマントの氏名、住所等の個人を特定できる情報（個人情報）は、厳重に管理し、個人情報の流出を予防した。インフォーマントには、主任、分担研究者から守秘誓約書を発行する。国立国際医療研究センター倫理委員会ならびに対象国（ラオス、ザンビア）における倫理委員会の審査を受け、承認を得た上で研究を開始した。

4-a-2) ザンビア共和国における住民登録・人口動態制度における保健セクターの役割に関する現状調査（平成28年度報告書参照）

4-a-3) ラオス人民民主共和国における住民登録・人口動態制度における保健セクターの役割に関する現状調査

[1] フィールド調査研究の背景：

ラオス人民民主共和国（以下、ラオス）における出生・死亡の登録は、1991 年以降、Family Registration Law によって規定されており、出生または死亡の 30 日以内に、世帯主が、居住している村の村長に届け出る事になっている¹⁾。しかし、登録の際には、出生証明書・死亡診断書等は必要なく、人口動態統計に使用するには情報が不足している感がある、また、最終的には Ministry of Public Security (MoPS: 公安省) の管轄になる住民登録データが関係省庁間で共有されているとは言い難い状況であった。2011 年に、Ministry of Home Affairs (MOHA: 内務省) が新設され、Ministry of Public Security (MoPS)、Ministry of Health (MoH) 等の関係省庁も巻き込みつつ、住民登録・人口動態統計 (CRVS) の確立を目指す事となった。現在、保健セクターは、保健医療施設内の出生・死亡を担当しており、birth/ death notification form の発行、また、死因の判断を行う役割を担っている。

[2] フィールド調査研究の目的

ラオスの CRVS システムの現状分析を行い、CRVS システムにおける保健セクターの役割強化に対する提言をまとめる事であった。

[3] フィールド調査研究の方法

対象：首都ヴィエンチャンの国立病院、県保健局・県病院、郡保健局・郡病院、保健センターの管理課、統計課に属する担当者。研究対象となった医療施設・行政機関は、保健省計画局 (Department of Planning and International Cooperation) の助言に従った。5 つある首都ヴィエンチャンの国立病院の内 3 つ、18 県の内、南部から 1 県、北部から 1 県を選択した。また、郡以下に関しては、各県の郡から 1 郡、選択された群から 1 つの保健センターを県の助言に従って、選択し訪問した。（表 1）

表 1：研究対象施設

| レベル | 保健行政機関 | 病院 | 対象 |
|--------|--------|------|--------------------------|
| 中央 | | 国立病院 | マホソット / セタティラート / 母子保健病院 |
| 県 | 県保健局 | 県病院 | チャンバサク県、ルアンブラバン県 |
| 郡 | 郡保健局 | 郡病院 | ソナソンブン郡、ナン郡 |
| 保健センター | 保健センター | | 1 保健センター / 郡 |

方法：先のザンビアの調査で使用された質問票をラオスの状況に合わせて改変し、その質問票を用いて、前述の対象者に対面式インタビューを行った。

分析：質問票の各項目に対し、4 段階評価を行い、平均を算出した。質問票の項目は、下記表 7 の様になっている。保健センターは、保健行政機能と病院機能を併せ持つ為、両方の質問票を使用している。

表 2：質問票の内容（○：質問票に含まれている項目）

| 質問票の内容 | 保健医療施設 | 保健行政機関 |
|--------------------------------------|--------|--------|
| 内部規定 | ○ | ○ |
| 情報収集の為にインフラ | ○ | ○ |
| 情報収集・報告活動 | ○ | ○ |
| 国際疾病分類 (ICD) コードの質に関わる因子 | ○ | ○ |
| ICD コーディング実施の有無 | ○ | ○ |
| ICD コーディングデータの信頼性に関する監督 | ○ | ○ |
| データの活用と上位機関からのフィードバック | ○ | ○ |
| 到着時死亡症例データ管理 | ○ | ○ |
| 死亡情報収集に関わる診療録の質 | ○ | ○ |
| 死亡・出生住民登録への促進活動 | ○ | ○ |
| Birth/ Death notification form の使用状況 | ○ | ○ |
| コミュニティーにおける出生・死亡の登録 | | ○ |

[4] フィールド調査研究の結果

フィールド調査の事前準備として、ラオスにおける CRVS システムデスクレビューを行った。

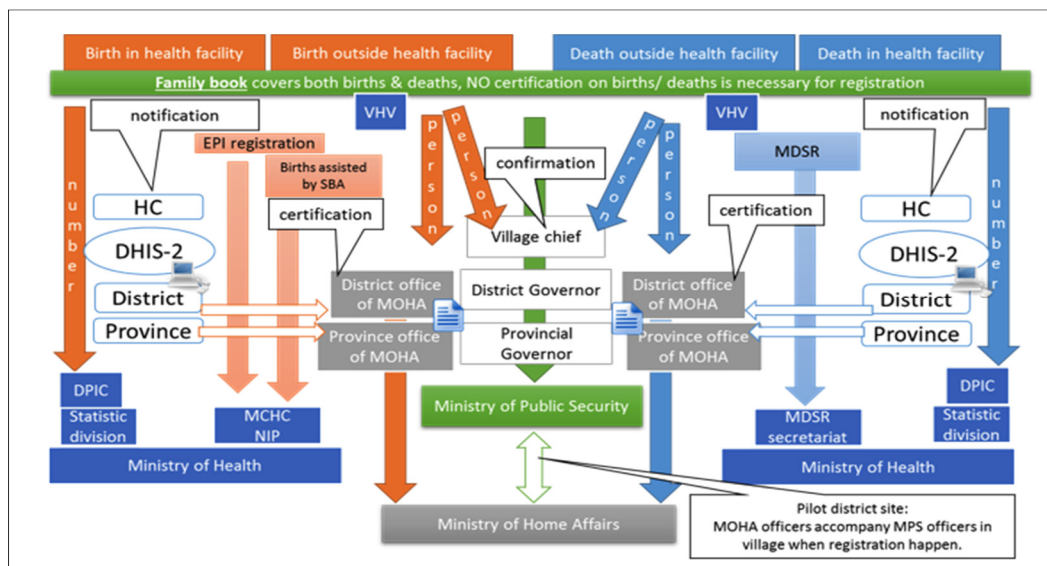
A. ラオスにおける住民登録と保健省の保健情報システムの概要（図 1）

○ 保健医療施設内の出生 / 死亡：保健医療施設により Birth/ Death notification form が発行される事になっている。世帯主は、居住している村の村長に、30 日以内に届け出る。村長は、届け出られた出生 / 死亡に対し、確認を行い、村長が所有している Family book に記載されている該当の世帯に出生を加える / 死亡者を削除する。Family book の情報は、村長→郡知事→県知事→ Ministry of Public Security と共有されるとの事である。また、政府機関勤務者は、出生に関しては、保険を受ける関係から、MOHA 郡事務所に届け出を行い、Birth certification を受ける。政府機関勤務者以外は、MOHA 郡事務所に届け出る incentive はなく、行われていない可能性がある。保健医療施設内での出生と死亡は、保健医療施設内の記録(統計部にカルテとして保存される)として残される。出生数・死亡数は、末端の保健医療施設から上位の保健行政機関(郡保健局、県保健局)に報告される。県以上のレベルでは、DHIS-2 と呼ばれるオープンソースソフトウェアが機能しており、ウェブ上で管理される。

○ 保健医療施設外の出生 / 死亡：世帯主は、居住している村の村長に、30 日以内に届け出る。村長は、届け出られた出生 / 死亡に対し、確認を行い、村長が所有している Family book に記載されている該当の世帯に出生を加える / 死亡者を削除するとの事であるが、実態は、今回の調査では、調査出来なかった。インタビューを行った県では、保健医療施設外、つまり、コミュニティーで起こった出生 / 死亡に関して、最も末端の保健医療施設である保健センターに報告されていた。ラオスにおける住民登録と保健省の保健情報システムの関係は、以下の図のようになる。

B. ラオスにおける CRVS システムの現状分析

図 1：ラオスにおける住民登録と保健省の保健情報システム



作成：本研究班

a) 保健医療施設（図 2）

<内部規定>：

出生・死亡に関する報告フォーム、報告頻度、報告の責任者を定めた内部規定はほぼ整備されていた。

<情報収集の為のインフラ>：

県レベル以上では、出生・死亡等の保健情報は、コンピューター入力され、DHIS-2 上で運営されていた。郡レベル以下は、紙ベースの運用であった。援助団体が入っていた群に関しては、コンピューターが導入されていた。

<情報収集・報告活動>：

情報収集方法・報告は、内部規定に従って、運用されていた。

<ICD コードの質に関わる因子、コーディングの実施、コーディングデータの信頼性に関する監督>：

ICD コードの研修は十分に行われているとは言えず、また、コーディングブックが置かれている施設も少数であった。コーディングは、県以下では殆ど行われておらず、死因の質の担保は難しい状況であった。

<データの活用と上位機関からのフィードバック>：

ラオス保健省が最優先課題としている母子保健関連のデータにおいて、活用されている事が多い、郡レベル以下では、県からのフィードバックも多い。

<到着時死亡症例データ管理>：

県レベル以下では、入院とみなされずに、記録されない事も多い。

<死亡情報収集に関わる診療録の質>：

診療録には、死亡情報に関するサマリーが付いていない事も多く、死因の特定は難しい状況であった。

<死亡・出生住民登録への促進活動>：

より住民に近い郡病院・保健センターでは、県・中央の保健医療施設より、促進活動が行われる事が多い。

<Birth/Death notification form の発行>：

フォームの発行は、行われているが、古いフォームが使用されていたり、フォームを発行しなくてはならない事を知らない医療施設も見られた。また、産後、家族がフォームの発行を待たずに帰宅してしまう例や社会的文化的に病院での死亡は好まれない為、自宅に連れて帰る事も多く、結果としてフォームの発行を受けない例もみられるとの事であった。

b) 保健行政機関（県保健局、郡保健局、保健センター（公衆衛生部分）（図 3）

<内部規定>：

出生・死亡に関する報告フォーム、報告頻度、報告の責任者を定めた内部規定は、保健行政機関の方がより整備されていた。

<情報収集の為のインフラ>：

県レベル以上では、保健医療施設同様、出生・死亡等の保健情報は、コンピューター入力され、DHIS-2 上で運営されており、何らかの支援が入り、コンピューターやネットに関しても問題なかったが、郡レベル以下では、コンピューターは導入されているものの、数が足りない、ネットが安定しないという訴えがあった。保健センターは紙ベースの運用であった。

<情報収集・報告活動>：

情報収集方法・報告は、内部規定に従って、運用されていた。

<ICD コードの質に関わる因子、コーディングの実施、コーディングデータの信頼性に関する監督>：

ICD コードの研修は行政官には行われておらず、コーディングやコーディングの監督を行っている保健行政機関は今回の調査対象では皆無であった。

<データの活用と上位機関からのフィードバック>：

ラオス保健省が最優先課題としている母子保健関連のデータにおいて、活用されている事が多い。今回の調査対象では、郡レベルの機関で、以前入っていた支援により、データの使用のシステムが出来ていた。また、保健医療施設同様、郡レベル以下では、県からのフィードバックも多い。

<到着時死亡症例データ管理>：

保健医療施設側で記録されていない為、行政機関側に報告される事も少ない。

<死亡情報収集に関わる診療録の質>：

診療録は、保健省の指導により、県・郡保健局が規定した診療録を使用していると理解されている。

<死亡・出生住民登録への促進活動>：

県レベル以下で、保健行政機関と他の省庁が協力して、住民登録を促進している例はまだ少ない。保健医療施設側が住民登録への促進活動を行っているかどうか、保健行政機関側では把握されていない事もある。

図 2：ラオスにおけるCRVS システムの現状分析（保健医療施設）

| | 国立病院 | 県病院 | 群病院 | 保健センター |
|----------------------------|------|--------------------|--------------------|--------------------|
| A. 内部規定 | 2.7 | 2.5 | 2.5 | 2 |
| B. 情報収集のためのインフラ | 2 | 2 | 2.5 Paper-based | 3 Paper-based |
| C. 情報収集・報告活動 | 2.8 | 2.6 | 2.3 | 2.5 |
| D. 国際疾病分類（ICD）コードの質に関わる因子 | 1 | 0.2 | 0 | 0 |
| E. ICD コーディング実施の有無 | 2 | 0.5 | 0 | 0 |
| F. ICD コーディングデータの信頼性に関する監督 | 0 | ICD 10 not used | ICD 10 not used | ICD 10 not used |
| G. データの活用と上位機関からのフィードバック | 1.4 | 1.5 | 2.3 | 2.2 |

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|--------------|--------|
| H. 到着時死亡症例データ管理 *too few cases or cases not recorded below provincial level | 1.3 | Not recorded | Not recorded | No DOA |
| I. 死亡情報収集に関わる診療録の質 **Medical chart of death cases was not available due to too few or no death cases below district level | 1.5 | 1.5 | 1.6 | 1.9 |
| J. 死亡・出生住民登録への促進活動 | 1 | 1 | 1.5 | 2 |
| K. Birth/death notification forms の使用状況 | Not asked | 1 | 2 | 1 |

2<<=3
1<<=2
0<<=1

図 3：ラオスにおけるCRVS システムの現状分析（保健行政機関）

| | 中央 | 県保健局 | 群保健局 | 保健センター |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------|--------------------|--------------------|
| A. 内部規定 | | 2.7 | 2.7 | 2.3 |
| B. 情報収集のためのインフラ | | 3 | 2 | 3 Paper-based |
| C. 情報収集・報告活動 | | 2.5 | 2.7 | 2.5 |
| D. 国際疾病分類（ICD）コードの質に関わる因子 | | 0 | 0 | 0 |
| E. ICD コーディング実施の有無 | | 0 | 0 | 0 |
| F. ICD コーディングデータの信頼性に関する監督 | | ICD 10 not used | ICD 10 not used | ICD 10 not used |
| G. データの活用と上位機関からのフィードバック | | 1.8 | 2.3 | 2 |
| H. 到着時死亡症例データ管理 *too few cases or cases not recorded below provincial level | | 0 | 1.5 | No DOA |
| I. 死亡情報収集に関わる診療録の質 **Medical chart of death cases was not available due to too few or no death cases below district level | | 2 | 1.5 | 2 |
| J. 死亡・出生住民登録への促進活動 | | 0.8 | 1 | 1.5 |
| K. Birth/death notification forms の使用状況 | | 1 | 2 | 1 |
| L. コミュニティーにおける出生・死亡の登録 | | 1.8 | 2 | 3 |

2<<=3
1<<=2
0<<=1

4-b) ザンビア到着時死亡調査研究

[1] 研究の背景：

先行研究において、保健セクターにおける Civil Registration and Vital Statistics（住民登録と人口動態統計：CRVS）の現状調査をザンビア共和国 1 次～3 次保健医療施設において実施したが、分析結果の中で病院到着時死亡症例が各保健医療施設で全死亡症例の 30 - 40%に及び、その死因の解析がほとんど行われていないことが分かった。到着時死亡症例の死因およびその背景は、その患者が搬送されてくるまでの保健システム上の問題を考察する上で極めて重要である。上記の状況を鑑みザンビア政府の要請を元に当研究が計画された。

事実、アフリカにおける到着時死亡の死因を調査した研

究は少ない⁸¹⁾。その主要な理由の一つは、到着時死亡症例から得られる情報は少なく剖検を行わなければその死因の分析することが難しいことが挙げられるが、剖検は人的、資金的資源が必要であり、限られた施設・症例に対してのみ行っているのが現状である。口頭剖検は、到着時死亡症例の死因分析のために有効な手段である⁸²⁾。口頭剖検にはいくつか方法があるが、Tariff 法は、死亡背景に関する近親者からの情報を元に自動的に死因を分析する口頭剖検ツールである。先行研究において、Tariff 法の有効性の分析が行われており⁸²⁾⁻⁸⁵⁾、Serina ら⁸⁴⁾によると、死因的中率は、成人 74.5%、小児 70.9%、新生児 67.9% と、その有用性が評価され、WHO も Tariff 法を使った自動口頭剖検分析を有用な口頭剖検ツールの一つとして推奨している。当研究では、Tariff 法を用いたコンピュータープログラムである Smart VA を使用しザンビアの 2 次、および 3 次保健医療施設における到着時死亡症例を分析した。

[2] 研究の目的：

- A. 対象保健医療施設における到着時死亡症例の死因を自動解析口頭剖検プログラムにより調査する。
- B. 自動解析口頭剖検プログラムによる到着時死亡症例の死因同定の有用性について検討する。

[3] 研究の対象/ 期間 :

A. 対象症例 :

対象保健医療施設における情報収集期間に来院した到着時死亡症例のうち成人症例 (> 13 歳以上)

B. 対象施設 :

大学教育病院 (1400 床) : 首都 3 次レベル病院レビー病院 (250 床) : 首都 2 次レベル病院

C. 情報収集期間 :

大学教育病院: 2017 年 5 ~ 8 月、レビー病院: 2017 年 1 ~ 8 月調査期間中(平成 29 年 2 月 ~ 8 月)にザンビア共和国レビー病院(Levy Mwanasawa General Hospital: LMGH) ならびに大学教育病院 (University Teaching Hospital : UTH)に来院した成人到着時死亡症例全症例(13 歳以上)

[4] 研究の方法

情報収集は、研究で雇用された現地情報収集者が、WHO と IHME(Institute of Health Metric and Evaluation) が共同で作成した口頭剖検用質問票を用いて、対象症例の家族および近親者に対しインタビュー調査することで行われた。質問票詳細については、IHME ホームページ参照 (IHME, Verbal Autopsy Tool. [http://www.healthdata.org/verbal-autopsy/tools])。インタビューした情報は Android 上の Application である ODK Collect を用いて収集され、クラウドデータベースである ODK Aggregate へ情報が送られる。送られた情報は、研究者のコンピューター上で抽出され、自動口頭剖検プログラムである Smart VA へ入力することで、各症例の死因確率が自動計算される。Smart VA で同定された死因と比較するため、情報収集者は同時に死亡診断書に記載されている死因情報と剖検が行われていた場合剖検による死因情報も同時に収集した。また、死因を比較するため、同定された死因は研究者が ICD-10 に基づきコーディングを行い、上位 10 の死因をまとめた。

[5] 研究結果

A. 到着時死亡症例数

- 大学教育病院 : 1770 症例 (成人 (>=13 才) 症例 : 1367 症例)、うち質問拒否例 12 症例
- レビー病院 : 200 症例 (成人 (>=13 才) 症例 : 145 症例)、うち質問拒否症例 4 症例

B. 年齢分布 : 平均年齢 47.2 才 (男性 46.0 才 女性 49.2 才)

図 4 :

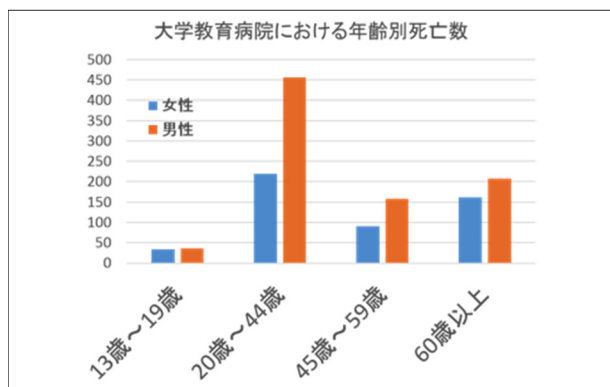
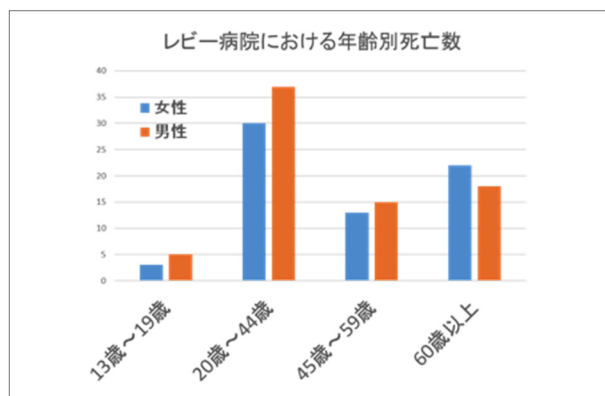


図5:



A. 上位 10 位死因

SmartVA により、各死因の CSMF : Cause-Specific Mortality Fraction(口頭剖検の情報から Smart VA が推定した全死亡症例に対する各死因の割合) が計算され、高い順に 10 位まで以下表 3 にまとめた。

表 3 : 上位 10 位死因別死亡割合 (CSMF*)

| | 大学教育病院 | | レビー病院 | |
|----|---------------------------------|-------|---------------------------------|-------|
| | 死因 | CSMF | 死因 | CSMF |
| 1 | AIDS | 0.260 | AIDS | 0.187 |
| 2 | Stroke | 0.109 | Stroke | 0.105 |
| 3 | TB | 0.077 | TB | 0.082 |
| 4 | Other Non-communicable Diseases | 0.061 | Other Cardiovascular Diseases | 0.068 |
| 5 | Malaria | 0.054 | Malaria | 0.051 |
| 6 | Diabetes | 0.053 | Pneumonia | 0.050 |
| 7 | Pneumonia | 0.052 | Road Traffic | 0.050 |
| 8 | Other Cardiovascular Diseases | 0.050 | Other Non-communicable Diseases | 0.049 |
| 9 | Suicide | 0.050 | Epilepsy | 0.049 |
| 10 | Epilepsy | 0.028 | Asthma | 0.042 |

B. 死亡診断書と Smart VA による死因診断

成人症例(>=13 才)1512 例のうち、死亡診断書、SmartVA

それぞれで死因が同定できた症例を以下表 6 にまとめた。なお、死亡診断書における死因は、記録してある直接死亡原因から、研究者が SmartVA で分類可能な 34 分類に沿って死因分類を行った。コード化できなかった症例(ex) Natural Death, Sudden Death, Fever etc) を、死因特定不可とした。

表 4: 死因が特定できた症例の割合 (1512 症例)

| | 死因特定可能症例数 | Mean | 95% CI | P-value |
|----------|-----------|------|-------------|---------|
| 死亡診断書 | 927 | 0.61 | 0.590-0.639 | |
| Smart VA | 1133 | 0.75 | 0.729-0.773 | <0.05 |

C. 結果のまとめ

- 到着時死亡症例の平均年齢は、47.2 才 (男 61.8%、女38.2%)
- SmartVA による死因分析では、AIDS/TB/Malaria といった感染症が大きな死因の割合をしめるが、非感染性疾患 (NCD) による死因も上位を占めていた。
- 死亡診断書の死因と Smart VA による死因を比較したところ、Smart VA で 75% の症例の死因を特定できた (死亡診断書では 60%) より詳細な情報収集により死因同定確率が上昇したためと思われる。

[6] 考察の政策提言の抽出

結果より、到着時死亡症例の死因分析に自動口割検死亡同定プログラム (Smart VA) の有用性が示唆された。それを踏まえ、ザンビア保健省・総務省に対する政策提言として、研究で使用した Smart VA による到着時死亡症例死因同定システムは、医師でなくともインタビューにより 75% 程度の精度で死因を同定できるものであり、大学教育病院などの 3 次保健医療施設においてタブレットによる情報収集を基に、保健省 (あるいは総務省) において SmartVA による到着時死亡死因分析をするという研究を通じて構築した一連のシステムが定常的に使用され到着時死亡症例の死因が継続的に保健省 (あるいは総務省) に報告されるために有効かつ実践的な方法であることを提言した。その後、提言に沿った形で、大学教育病院ではアメリカ CDC の援助のもとザンビア総務省により当研究成果を踏まえ実際にタブレットによる情報収集と Smart VA による到着時死亡分析 (現行で総務省が担当している) 定常業務として行われるようになり、さらに、今後 CDC の援助のもと、ザンビアの 3 次保健医療施設を対象に施設へタブレットのよる到着時死亡症例情報収集が拡大し、総務省は収集した情報を SmartVA を利用して分析し保健省並びに各関係機関へ報告する予定である。

4-c) 日本の住民登録・人口動態における保健セクターの役割

[1] 研究の背景 / 目的

本研究の目的の一部として、開発途上国の CRVS システムにおける保健セクターの役割に関し現状分析を行い、日本国厚生労働省等に対し、今後の我が国の協力の可能性について有用な情報提供を行い、効果的な支援の方法に関して提言を行うことがある。その為に、我が国における CRVS システムのレビューを行った。

[2] 調査対象

日本国厚生労働省 CRVS 担当部署

[3] 調査項目・データ分析

既存の資料・文献をレビューし、日本国厚生労働省 CRVS 担当部署に対面による構造化インタビューを行った。

[4] 結果

[A] 日本の住民登録・人口動態の歴史

1867 年以降、明治政府により近代化が進められ、住民登録 (本籍・居住地) も開始された。

1898 年 (明治 31 年) に、戸籍法が制定され、住民登録制度が整備された。

翌 1899 年 (明治 32 年) より、人口動態調査票を 1 件につき 1 枚の個別票として作成し、中央集計する近代的な人口動態統計が確立した。第二次世界大戦後、1947 年 (昭和 22 年) から、統計法に基づき「指定統計」として指定され、事務所管が総理府から厚生省に移管され、現在は、厚生労働省が毎年公表している。

[B] 日本の住民登録・人口動態に関する担当省庁

各省庁の役割ははっきりしており、戸籍は法務省、住民登録は総務省、人口動態調査は厚生労働省が担当する事となっている。また、関連する統計も担当省庁が決められており、国勢調査・住民基本台帳人口移動報告は総務省統計局、人口動態統計は厚生労働省政策統括官 (統計・情報政策担当) が担当している。法務省は戸籍統計等を担当している。

戸籍は、人の出生から死亡に至るまでの親族関係を登録公証するもので、日本国民について編製され、日本国籍を持つことを公証する唯一の制度である。戸籍事務は市区町村において処理されるが、国 (法務局長・地方法務局長) が助言・勧告・指示等を行い、事務が全国統一的、適正かつ円滑に処理されるようにしている。

住民登録は、住民票に氏名、生年月日、性別、住所、世帯主との続柄が記録され、各種行政サービスの基礎となるものである。移転した場合は、速やかに住民票の住所登録の届出を行う事が法律上の義務となっており、正当な理由なく届出をしない場合、5 万円以下の過料に処されることがある。

* 各省庁間の協力体制

既に、役割分担も明確で、CRVS に関する定期的な会合等は行われていない。必要な項目に関しては、省庁間横断的ワーキンググループが開かれる事もある。

[C] 日本の住民登録・人口動態に関わる法令等

出生、死亡（死産を除く）に関する届出義務者、届先、届出の期間は、主に「戸籍法」により規定される。その他、出生証明書の様式等を定める省令、国籍法、死産の届出に関する規程、死産届書、死産証書及び死胎検案書に関する省令に従う。届書の届出義務者及び届出期間は、下記の表のようになっている。

表 5：住民登録の概要

| 種別 | 届出義務者 | 届出先 | 届出期間 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|
| 出生 | 1. 父または母、 2. 同居者、 3. 出産に立ち会った医師・助産師、またはその他の者 | 市区町村長 | 14 日 |
| 死亡 | 1. 同居の親族、 2. その他の同居者、 3. 家主、地主または家屋もしくは土地の管理人 4. 同居の親族以外の親族、後見人、保佐人、補助人及び任意後見人 | | 7 日 |
| 死産 | 1. 父、やむを得ない場合に母、 2. 父母ともにやむを得ない事由で届出不可の場合、以下の順序による 3. 同居者 4. 死産に立ち会った医師 5. 死産に立ち会った助産師 6. その他の立会者 | | 7 日 |

人口動態調査は、人口動態調査令、人口動態調査令施行細則に従う。統計法に基づき、調査計画は総務省に申請され、総務大臣の承認後、当該計画に沿って、調査が行われる（統計法第九条、第十条）。なお、人口動態調査票の情報を二次利用する場合は、厚生労働省に申出を行い、承認を得る必要がある（統計法第三十三条）。

[D] 日本における住民登録・人口動態システム

A. 住民登録

届出義務者より市区町村に届けられた出生届・死亡届・婚姻届・離婚届は、法務局・地方法務局支所に送付される。届は 27 年間保管される。死産届は市区町村から保健所へ送付され、5 年間保管されている。

また、出生届・死亡届に関しては、届出が受理される事により、各種行政サービスを受ける事が出来る。

出生届：戸籍法に基づく出生の届出が受理される事で、住民票に記載され、以下の行政サービスの事務処理を行う事が可能になる。但し、何らかの理由で、出生の届出がされていない場合であっても、親子関係不存在確認や強制認知等の手続を行っていることの疎明資料その他必要書類を添付の上申出がなされたときには、市区町村長は、申出内容を審査の上適当と認める場合に職権で子を住民票に記載することができることとされている。その結果、子は、戸籍に記載されるまでの間にも、各種の行政サービスを受けることが可能となる。

- 選挙人名簿への登録
- 国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険、国民年金の被保険者の資格の確認
- 児童手当の受給資格の確認
- 学齢簿の作成
- 生活保護及び予防接種に関する事務
- 印鑑登録に関する事務
- 旅券の発給

死亡届：埋葬・火葬を行うとする者は、厚生労働省令の定めるところにより、市町村長の許可を受ける必要がある。死亡届（又は死産届）が受理されると、埋葬・火葬を行うとする申請者が死体・死胎埋火葬許可申請書を提出した際に、死体・死胎埋火葬許可書の発行が可能となる。

B. 人口動態

出生・死亡・死産・婚姻・離婚の届出を受け市区町村長は、届出に基づき、人口動態調査票を作成する。人口動態調査票は、その後は、オンラインベースで処理される場合と紙ベースで処理される場合に分かれる。現在、オンラインベースが 98%、紙ベースが 2% の割合である（紙ベースは、オンラインシステム導入のメリットが大きくないと考えられる規模の小さい自治体等が考えられる）。

各市区町村にて、戸籍情報システムから調査票情報を磁気媒体（FD 等）に出力し、人口動態調査オンライン報告システム（*）に当該磁気媒体の調査票情報を取り込み、所轄保健所にオンライン送付される。審査機能も有しており、市区町村で審査を行ってから報告を行っている。なお、市区町村にて、調査票の保管は行っていない。

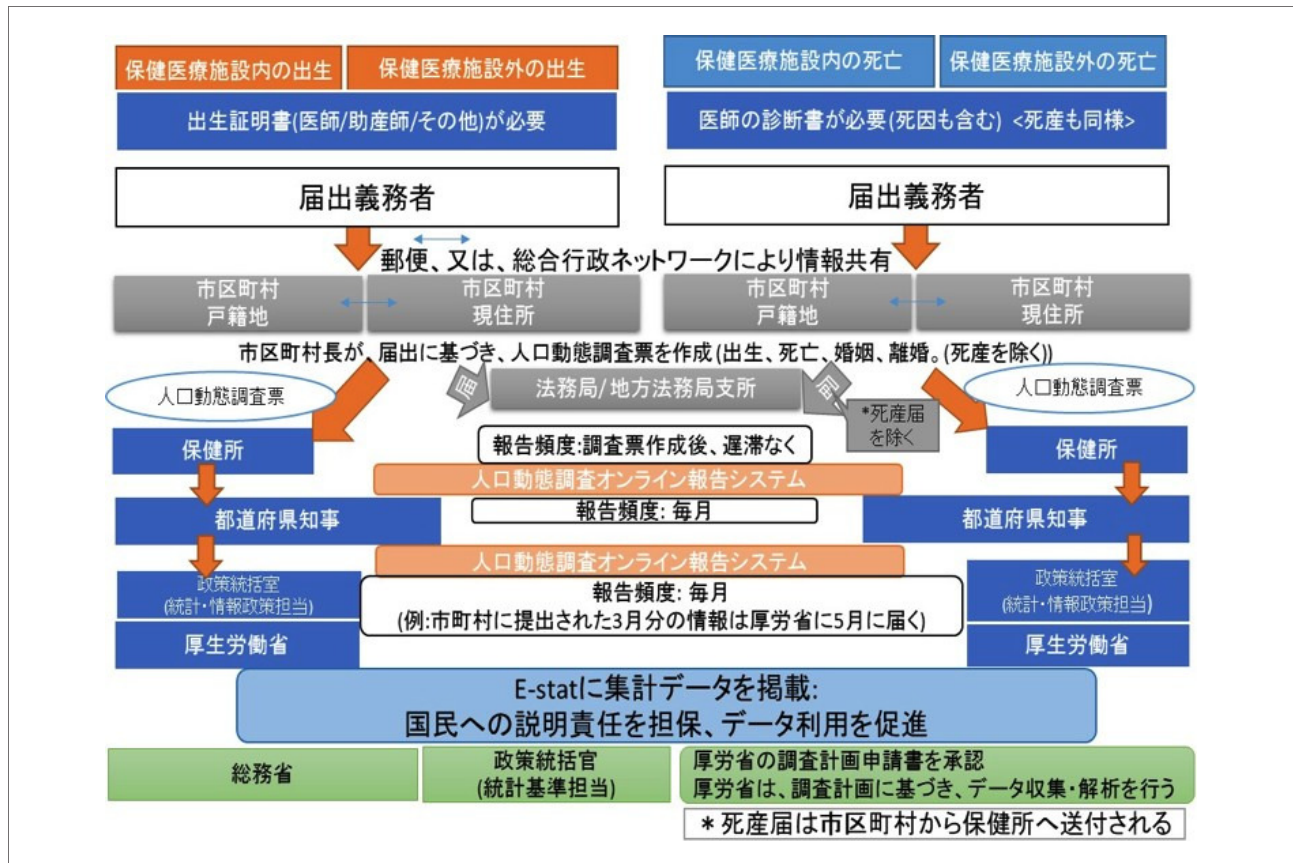
保健所は、本月の 14 日までに市区町村にて作成された調査票のうち、前月中に事件が発生した調査票を取りまとめる事としており、人口動態調査オンライン報告システムにおいて受付審査を行う。毎月、都道府県知事にオンライン送付する。保健所では、調査票

を複写した出生小票・死亡小票が作成されており、保存期間は3年である。当該小票は照会業務や統計法第三十三条に基づく二次利用で活用されている。

都道府県は、保健所長から提出された調査票の内容を人口動態調査オンライン報告システムで受付審査し、毎月、厚生労働大臣に送付する。都道府県では、調査票の保管は行っていない。厚生労働省では、都道府県から提出された調査票の内容を人口動態調査オンライン報告システムで受付審査する。調査票データを収録した電磁的記録と人口動態調査票（紙ベース）は厚生労働省で保管される。調査票データを収録した電磁的記録は永年保存、人口動態調査票（紙ベース）は、1年保存である。集計は、厚生労働省政策統括室（統計・情報政策担当）が行い、調査結果は、人口動態統計速報、人口動態統計月報（概数）、人口動態統計（確定数）等が公表される。

紙ベースの場合は、市区町村に提出された届出に基づいて、人口動態調査票が作成され、保健所に郵送される。保健所では、調査票の取りまとめ、審査・照会が行われ、出生小票・死亡小票が作成され、調査票は、毎月、都道府県へ郵送される。都道府県は、郵送された調査票を取りまとめ、審査・照会を行い、毎月、厚生労働省へ郵送する。厚生労働省では、受付審査を行い、オンラインデータと共に集計し、結果を公表する。上位レベルから下位レベルへの疑義照会は適宜行われるが、上位レベルからの能動的フィードバックは行われず、e-STAT(**)等に公表された時点でフィードバックとしている。出生・死亡等の登録と人口動態統計の関係は下記の図6のようにになっている

図6：出生・死亡等の登録と人口動態統計



* 人口動態調査オンライン報告システム

作成：本研究班
システムの導入により、紙ベースの運用に比べ、運用コストの削減、また、業務がより効率化された。更に、異常値や齟齬の確認、照会の業務がスムーズに行えるようになった。

システムは、総合行政ネットワーク (LGWAN) を利用しており、LGWAN のセキュリティにより守られている。

**e-STAT (<https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>)

日本の統計を閲覧できる政府統計ポータルサイトであり、厚生労働省の発表する統計だけでなく、環境省、経済産業省、国土交通省、総務省、農林水産省、法務省等の統計も見ることが出来る。各府省等の参画の下に、総務省統計局が中心となり、開発を行い、独立行政法人統計センターが運用管理を行っている。このサイトにより、エンドユーザーである国民が様々な統計を幅広く閲覧することが出来、厚生労働省の発表する統計だけでなく、他省庁の発表する統計を合わせて独自の解析を行う事も可能になった。また、各省庁は、人口動態統計等の統計に関して問い合わせがあった際に、簡便にサイトを利用しての回答が可能となり、サイトを通して国民への説明責任を果たすことが可能になった。

[E] 人口動態基礎データ

出生登録率、死亡登録率は、下記の定義を使えば、人口動態統計中巻又はe-STAT に公開されているデータを利用して計算する事が可能である。

出生登録率 = $\frac{\text{出生登録数}}{\text{総出生数 (推定)}}$, * 総出生数 = 出生数 + 届出遅れ出生数

死亡登録率 = $\frac{\text{死亡登録数}}{\text{総死亡数 (推定)}}$, * 総死亡数 = 死亡数 + 届出遅れ死亡数

死因に関しては、1898年(明治32年)以降、「疾病及び関連保険問題の国際統計分類：国際疾病分類」(International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems: ICD) が適用された。現在、統計法の規定に基づき、統計基準「疾病、傷害及び死因の統計分類」が定められ、平成29年1月から「ICD-10(2013年版)準拠」を適応し、それを基に死因が分類されている。「ICD-10(2013年版)準拠」は世界保健機関(WHO)のICD-10の日本語版であり、下記の内容に対応している。

- 日本語版第1巻 = WHO版 Volume 2: 総論
- 日本語版第2巻 = WHO版 Volume 1: 内容例示表
- 日本語版第3巻 = WHO版 Volume 3: 索引表

1899年以降、年次別の死因(1899年-1949年: 死因第1位から第5位、1950年以降: 死因第1位から第10位)が発表されており、1947年以降は毎年発表されている。

「ICD-10(2013年版)準拠」は、疾病分類としても利用されており、日本においては、平成15年度より急性期病院を中心に導入されたDPC/PDPS(診断群分類による1日当たり包括支払い方式)にも利用されている。

人口動態基礎データは、国際比較用に下記の団体に数値を提供されている。

- WHO; 出生・死亡・死産・婚姻・離婚に掛かる件数(性別・年齢別等)
- OECD; 乳児・新生児・周産期死亡率、低出生体重児の割合等

[5] 考察と政策提言の抽出

日本の住民登録・人口動態の施策を元にした日本の国際貢献の可能性

現在 CRVS 確立を目指す国に対して、日本の CRVS システムの下記の点が参考になると考えられる。

A. Legal framework (法の枠組み)

CRVS に関わる各省庁が遵守している戸籍法、人口動態調査令等、法・省令の体系・内容は、現在、CRVS 確立を目指す国の内、これから法令整備が行われる国にとっては非常に参考になると考えられる。今回、研究対象となった国では、ラオスが、それに当たる。

B. Role of relevant ministries (関係省庁の役割分担)

現在、CRVS 確立を目指す国の中には、CRVS の関係省庁が多く存在し、調整が非常に難し国が存在する。日本においては、戸籍は法務省、住民登録は総務省、人口動態調査は厚生労働省が担当するという、各省庁間の役割分担が明確となり、登録の重複や齟齬を減らし、データ分析等の業務が重複しないような工夫がなされている。システムが安定している為、CRVS に関連した省庁間の定期的な話し合いは存在しない。それを補う為に、必要な項目に関しては、省庁間横断的ワーキンググループが開かれている事も参考になると考えられる。

C. Civil Registration(住民登録)

住民登録の促進

< 法律による規定 >

日本においては、住民登録は、行政サービスを受ける際の基礎になるもので、登録が法律で規定されている。

< 登録時の負担軽減 >

現在、CRVS の確立を目指す多くの国では、交通網の未発達といったインフラストラクチャーの脆弱性から、住民登録に関して、国民に負担を強いてしまう事が多い(例: 村から郡都まで行かないと登録できない)。日本では、本籍・居住地の市区町村のどちらにお

いても登録が可能であり、届出により、戸籍・住民登録・人口動態に自動的に取り込まれ、登録の為の移動や複数の機関に登録しなくてはならないという国民の負担を軽減している。

D. Vital Statistics (人口動態) : IT による情報システム

< 自治体の負担軽減 >

人口動態オンライン報告システムのようなオンラインシステムを使う事で、運用コストの削減、また、業務の効率化を行い、自治体の負担を軽減している。

< e-STAT による人口動態データの公開 >

エンドユーザーである国民が様々な統計を幅広く閲覧する事が出来、他省庁の発表する統計を合わせて独自の解析を行う事も可能になった。また、人口動態統計等の統計に関して問合せがあった際に、簡便にサイトを利用しての回答が可能となり、サイトを通して国民への説明責任を果たすことが可能になった。

< ICD による標準化 >

死因・疾病分類として、ICD が使用されており、かつ、平成 15 年度より急性期病院を中心に導入された DPC/PDPS (診断群分類による 1 日当たり包括支払い方式) にも利用されている。

5. 考察および結論

上記結果を踏まえ、当研究は、“CRVS システムに関連した保健セクターの役割強化に対し提言をまとめ、保健省並びに各関係ドナー、また今後の協力の可能性について、日本国厚生労働省等に対し有用な情報提供を行う”ことを目的にしているため、[1] 各国保健省への提言、[2] 各国関係ドナーへの提言と [3] 日本の当該分野へお貢献の可能性の 3 点分けて、考察を加える。

[1] CRVS システムに関連した保健セクターの役割強化に対する各国保健省への提言

A. 住民登録・人口動態制度における保健セクターの役割に関する現状調査：

A-1 ザンビア共和国における政策提言

- 出生・死亡情報管理システムの改善
 - 標準化された報告手順の実施率改善へ向けた行動戦略の策定
 - 情報収集に必要なインフラ整備
 - 保健医療施設への上位機関からのフィードバックシステムとデータ利用法の構築
- 医療スタッフへの国際疾病分類 (ICD) コーディング能力強化
 - 診断に関わる医師・準医師 (死因診断や CRVS に関連した診療録作成を含む)
 - 医療情報担当官 (データの信頼性の監督を含む)
- 到着時死亡症例の死因・背景に関するデータ収集の促進
 - 死因同定のための口頭剖検あるいは剖検システムの構築
 - 重要な死亡症例に対する Death Audit を通じた死亡背景分析システムの構築

A-2 ラオス人民共和国における政策提言

A. 多省庁横断的協力による出生の把握

DHIS (出生の半数を登録) や MoPS に登録 (5 歳までの 75% が登録) された出生登録情報と MoHA の出生登録情報 (2015 年時点で 5 歳までに 33% が登録) を関係づけることで、出生が未登録になる機会を減少させるための対策を講じるべきである。

B. 診断・死因の標準化

ICD-10 コードによる診断名や死因の標準化に対する投入の必要性。

C. CRVS における保健セクターの評価標準化の可能性開発された CRVS における保健セクターのパフォーマンス評価ツールの他地域や他保健医療施設における利用の可能性。

A-3 今後の課題

本研究の目的は、CRVS における保健セクターの役割であるが、CRVS の改善には保健セクターのみの対策で十分ではなく他省庁を巻き込んだ対策についても今後研究を進めていく必要がある。また、住民レベルの CRVS に対する意識も十分に分析されておらず、さらなる CRVS の改善には、住民レベルの CRVS への意識や社会背景に関する調査が将来的に必要である。

B. ザンビア到着時死亡調査研究

ザンビア保健省・総務省に対する政策提言として、研究で使用した Smart VA による到着時死亡症例死因同定システムは、医師でなくともインタビューにより 75% 程度の精度で死因を同定できるものであり、大学教育病院などの 3 次保健医療施設においてタブレットによる情報収集を基に、保健省（あるいは総務省）において SmartVA による到着時死亡死因分析をするという研究を通じて構築した一連のシステムが定常的に使用され到着時死亡症例の死因が継続的に保健省（あるいは総務省）に報告されるために有効かつ実践的な方法であることを提言した。その後、提言に沿った形で、大学教育病院ではアメリカ CDC の援助のもとザンビア総務省により当研究成果を踏まえ実際にタブレットによる情報収集と Smart VA による到着時死亡分析（現行で総務省が担当している）定常業務として行われるようになり、さらに、今後 CDC の援助のもと、ザンビアの 3 次保健医療施設を対象に施設へタブレットのよる到着時死亡症例情報収集が拡大し、総務省は収集した情報を SmartVA を利用して分析し保健省並びに各関係機関へ報告する予定であるが、今後導入されたシステムの運用状況の評価や、得られた情報の政策利用への有用性についてさらなる研究を進めていく必要がある。

[2] CRVS システムに関連した保健セクターの役割強化に対する各国関係ドナーへの提言

- 上記、示した各国保健省に対しての政策提言内容に対する支援する必要がある
- 省庁間の調整：CRVS は保健セクターを超えた枠組みの中で強化していく必要があり、保健省と各省庁の CRVS 関連情報システムの共有・統合、住民登録窓口の保健医療施設への設置など、省庁間の CRVA 関連活動の調整を支援する役割が求められる。
- 多国間の知見の共有：各国の CRVS 強化活動の知見の共有を行うことで、それぞれの国が知見を活かし、自国の CRVS 強化活動へつなげていけるよう支援する必要がある。

[3] 日本の経験を生かした国際貢献の方向性の可能性

我が国の CRVS システムは、1867 年に住民登録が開始、1898 年に戸籍法が制定されて以降、関連法令も整備され、関係省庁の役割も明確で、また、現在、IT 化も進み、システムとして安定している。これから CRVS を確立する国にとっては、我が国の UHC の経験と同様、CRVS の経験も示唆に富むと考えられる（表 11）

CRVS に関する情報提供が主な国際貢献になると考えられ、CRVS 改善に向けて保健セクターの役割と現状とその問題点、ならびに日本の経験を踏まえた対策案等に関して情報提供を行うことが考えられる。情報提供の機会を成りうる手段としては以下。

- JICA や各国際保健関連機関等が実施する各国保健省に対する個別・集団研修（各国の状況・課題に合わせた情報提供）、
- UN ESCAP の定期会合等

表 6：途上国における出生死亡登録の課題と日本の国際貢献の可能性

| | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 途上国での 出生死亡登録の課題 | 日本の経験を生かした 国際貢献の可能性<情報提供> |
| CRVS 関連法の枠組み | |
| 日本の戸籍法や人口動態調査令等に当たる法令の整備が 未整備 不十分 | 日本の CRVS 関連法令とそれらの果たしている役割 |
| CRVS 関連省庁の役割分担 | |
| 関係省庁の協調や役割分担が不明確。 | 日本の CRVS システムと関係省庁の役割 (法務省：戸籍、総務省：住民登録、厚労省：人口動態) |
| 住民登録 | |
| 住民登録が浸透していない - 登録に掛かる時間・移動の負担が大きい 住民登録のメリットが分かり難い | 戸籍 / 住居地のどちらでも登録可能。 1回の届出で、戸籍・住民登録・人口動態への登録が可能 住民登録を基本に行政サービスが付与される。 |
| 人口動態 | |
| 人口動態統計の為の作業が負担結果の共有が行われない / 不十分 | 人口動態オンライン報告システムにより運用コストの削減 業務効率化を行い、自治体の負担を軽減 e-STAT によるデータ共有 |
| データの質 | |
| ICD による標準化・質の担保が不十分 | 死因・疾病分類としての ICD の利用 DPC/PDPS への利用 |

[1] 厚生労働省による具体的な支援の可能性（案）

A. 厚生労働省が各国保健省に対する支援の可能性

- 研修等を通じた死因情報の標準化・質の担保に関する知見の共有。
 - (ICDによる死因情報の標準化、院外死亡調査システム等)
- 研修等を通じた ICD の DPA/PDPS への利用に関する知見の共有。
- 研修等や技術協力を通じた人口動態オンライン報告システム導入の知見の共有

B. 厚生労働省が WHO や UN ESCAP 等を経由しての支援の可能性

WHO や UNESCAP や世銀はセクターを超えた CRVS システム構築を支援しており、定期会合や調査結果報告書の共有等を通じ、以下の支援の可能性がある。

- 効率的な住民登録の登録システムや付帯する行政サービスに関する知見の共有。
- 日本の CRVS における各省庁間の役割に関する知見の共有。※ただし、各国の状況により、必ずしも保健省や WHO が CRVS の主たるフォーカルではないこともあり、各国ごとに考慮要
(ザンビアでは内務省とアメリカ CDC がメインに支援しており世銀の支援は目立たない。また、ラオスでは、内務省と世銀がメインであり、ADB は関連なし)

C.各国保健省の CRVS における所掌・位置づけが同一ではないことから、一律の支援が必ずしも容易ではない可能性
法の枠組みはそれぞれの国の事情があり、また、保健省の所掌、また CRVS フォーカルの省とのパワーバランス等もあり、一律の支援
を複数国にすることは容易ではない可能性がある。

6. 研究結果共有の状況 (2018 年 3 月 8 日現在)

| 調査名 | 調査国 | 情報共有先 |
|----------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民登録・人口動態制度における保健セクターの役割に関する現状調査 | ザンビア | 政府 / 関係機関との情報共有 |
| | | ザンビア保健省、関連ドナー 主催の医療情報 Technical Working Group にて結果報告(2016 年 8 月) |
| | | 学会発表 |
| | | 第 31 回日本国際保健医療学会(2016 年 12 月) |
| | ラオス | 政府 / 関係機関との情報共有 / 学会発表 保健省関連部と WHO, 世界銀行国レベル事務所に対する結果報告 ラオス国 11th National Health Research Forum (2017 年 10 月) |
| 到着時死亡症例 死因調査研究 | ザンビア | 政府 / 関係機関との情報共有 / 学会発表 |
| | | ザンビア保健省、関連ドナー主催の医療情報 Technical Working Group にて結果報告(2017 年 8 月) |
| | | 学会発表 |
| | | 第 32 回日本国際保健医療学会(2017 年 11 月) |
| 全研究結果 | ラオス、 ザンビア、日本 | 政府 / 関係機関との情報共有 / 学会発表 |
| | | 日本厚労省国際課に対し研究結果概要の報告 (2017 年 12 月) |

7. 健康危険情報

特記すべき事項無し

8. 知的財産権の出願・登録状況

特記すべき事項無し

厚生労働科学研究費補助金

地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業保健関連ポスト 2015 国連開発

目標に貢献する

途上国における住民登録制度の研究

平成 29 年度 総括研究報告書

研究代表者 横堀 雄太

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力局

平成 30 (2018) 年 3 月