

WHO 健康開発総合研究センター 諮問委員会（ACWKC）

第 22 回会合報告書

WHO 健康開発総合研究センター（WHO 神戸センター）

2018 年 11 月 8-9 日

WHO 健康開発総合研究センター 諮問委員会 (ACWKC)

第 22 回会合報告書

目次

要旨.....	2
開会.....	4
戦略的概要および WKC の 2018～2026 年の研究計画	4
技術セッションの概要	6
イノベーション	6
サービスの提供	7
持続可能な資金調達	8
指標と測定	8
災害・健康危機管理(H-EDRM)	9
研究能力の開発.....	10
影響の最大化と資金調達.....	11
結論および提言.....	12
添付資料.....	15

添付資料 1. 会合のプログラム

添付資料 2. 参加者

添付資料 3. 研究計画

添付資料 4. 研究の品質保証計画

添付資料 5. 研究概要説明

イノベーション

サービスの提供

持続可能な資金調達

指標と測定

災害・健康危機管理

研究能力開発とネットワーク

添付資料 6. プロジェクト概要説明

健康な高齢化を支える地域レベルの社会的イノベーションの理解

日本老年学的評価研究

要旨

WHO 健康開発総合研究センター（WHO 神戸センター・WKC）は、神戸グループからの支援と WHO 理事会からの承認を受けて 1995 年に設立されました。WKC は、2016 年～2026 年の戦略として、高齢化を見据えた保健制度とイノベーションに関する研究を実施し、エビデンスを統合、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の推進を加速させることを目標としています。WKC 諮問委員会（ACWKC）の第 22 回目の会合が、2018 年 11 月 8～9 日に神戸で開催されました。ACWKC は 1996 年に発足し、年に一度の会合で、WKC の研究計画および優先課題について協議しています。ACWKC のメンバーは、WHO の各地域、日本政府、地域、神戸グループの各代表で構成されています。

会合では、WKC の 2017～2018 年の進捗状況、および 2017 年の ACWKC の提言を受けて実施された活動について議論しました。WKC の研究センターとしての基盤を盤石にする複数の活動について議論が交わされ、例えば、WKC の研究の品質保証のための WKC の計画、および 2016 年～2026 年の研究計画の立案などについて討議されました。スタッフから 2017～2018 年の成果についての発表があり、イノベーション、サービス提供、持続可能な資金調達、指標と測定、健康危機管理の分野における 2018～2019 年の研究計画についての提案がありました。

会合の最後に、この会議の議長のヴィロージ・タンチャロエンサティエン氏と報告者のマゲッド・アル・シャービニ氏が結論と提言を発表しました。過去 1 年間の成果と 2018～2019 年の研究計画について討議する機会について、ACWKC から提言がありました。主な提言は以下の通りです。

- a) 健康、危機、指標、および、サービス提供・持続可能な資金調達・イノベーションを統合したものの 3 つに関する研究テーマを再編成する
- b) WKC の活動計画を WHO の GPW13 と確実に連携させる
- c) 認知症に関する実施中の計画に、うつ病、自殺、神戸医療産業都市（KBIC）との協力等副知事が表明した考えを組み込む
- d) 2022 年の中間レビューに向けて計画を立案する
- e) WKC の抱える制約を考慮しつつ結果の情報発信と能力開発のバランスを図り、能力開発の外部委託を検討する
- f) 査読付き論文や政策文書を活用して、これまで、および現在運用されている研究投資の影響を最大化する
- g) 資金源を多様化する
- h) 神戸グループ予算の内、過去の覚書からの繰り越し予算の使用については、国際的なトピックに配慮しつつ、地元組織との共同研究を強化するよう考慮する

ACWKC は、WKC の各主要研究テーマ（サービス提供、持続可能な資金調達、イノベーション、指標、危機）に関する詳細な提言も行いました。現行の研究や資金調達の影響を最大化するための提言もまとめました。次回の会合は 2019 年 11 月に開催される予定です。

主席

主席委員

主席委員

委員

委員

主席委員

主席委員

国際コミュニケーション・ユニット



開会

兵庫県副知事の金澤和夫氏、WHO の UHC・ヘルスシステム部門事務局長補 (ADG) の山本尚子氏により開会されました。金澤副知事は地域連携の重要性を強調され、山本 ADG は世界的な UHC の実現に向けて加速するための WHO 第 13 次総合事業計画 (GPW13) に基づいた目標と WKC の役割を強調されました。議長には、タイ王国保健省国際保健政策計画財団事務局長のヴィロージ・タンチャロエンサティエン博士が、報告者には、クウェートのダイレクト・エイド・インターナショナル高等教育部門相談役 マゲッド・アル・シャービニ教授が出席者の満場一致により選出されました。英国政府主席医学顧問、イングランド主席医務官、ACWKC 議長であるサリー・デービス教授から本年会合の欠席を謝罪するメッセージが伝えられました。¹

戦略的概要および WKC の 2018～2026 年の研究計画

開会に続いて、サラ・ルーズ・バーバー WKC 所長が 2017～2018 年の WKC の進捗に関する戦略的概要と 2017 年の ACWKC の提言に対する回答を述べました。日本老年学的評価研究 (JAGES) に関する専門書および他の事例への示唆、健康な高齢化を支える地域レベルの社会的イノベーション (CBSI) に関する 10 か国の事例研究、高齢化に対応する保健制度の各側面を検討する東南アジア諸国連合 (ASEAN) の健康関連の研究計画、認知症に対応する現行の保健制度の研究、国内で実施中の 5 件の研究プロジェクトなどの研究における主な成果を発表しました。また、経済協力開発機構 (OECD) および WHO ヨーロッパ連合保健制度・政策監督署との 2 件の共同研究プログラムなど、一生を通じた保健制度のサービス提供モデル、持続可能な資金調達に関する新たな戦略も示しました。

2017 年の ACWKC の主な提言は、研究の質および方法論を確実なものにするプロセスの開発、2016～2026 年の WKC の戦略と一致する研究計画の策定、UHC およびイノベーションの観点での高齢化に関する分野横断的研究のさらなる前進、細分化されたプロジェクトではないプログラムの確実な計画でした。また、WKC の成果に一貫性を持たせ WKC の業務を活用するために、主な国際イベントを活用することで影響を最大化するように提言しました。

このような提言を受け、研究の品質保証のための WKC の計画を所長が発表しました。研究の品質保証とは、場所、規定、² 運用上の詳細な補足事項³ など、研究の質を保証するシステムを

¹ WKC 諮問委員会メンバーおよびプロフィール (https://extranet.who.int/kobe_centre/ja/advisory-committee) (日本語) (https://extranet.who.int/kobe_centre/en/advisory-committee)

² WHO 神戸センター、研究の品質保証、2018 年 5 月 25 日 (https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/pdf/calls-tors/WKC_Quality%20assurance%20in%20Research.pdf)

³ 研究の品質保証：運用上の詳細な補足事項、2018 年 5 月 25 日 (https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/pdf/calls-tors/WKC_Annexes%20with%20Operational%20Details.pdf)

まとめたものです。WKC は、外部 (Scientific Working Group¹) から研究プロジェクトについての技術的な評価も受けています。

次いで、所長から 2016～2026 年の研究計画案が示されました。これは、これまで継続してきたプロジェクト、資金提供者の優先事項、GPW13、WHO の世界の UHC クラスターの事務局としての役割および UHC に貢献する使命を考慮した一貫性のある研究プログラムを目標としたものです。この計画案は、サービスの提供、持続可能な資金調達、イノベーション、指標と測定、健康危機管理の 5 つの主要なテーマから構成されています。日本国内で得られる教訓は各分野に共通するテーマです。

この研究計画の目的は WKC が抱える課題の解決にあります。また、WHO 事務局内での変化を考慮し、各国に対する影響に焦点を当てたものです。UHC クラスターの目標にさらに大きく貢献でき、WHO の他の部門との重複を避けるような研究テーマとなるように策定されています。幅広いテーマを設定することにより、研究の細分化を削減し、互いに関連のない小規模な個々のプロジェクトから一貫性のある研究プログラムに移行するための計画です。どのようにすれば一般化および再現が可能となるか、また、より明確に他の状況や国の政策に情報発信できるのかを明らかにすることを目的としています。

GPW13、UHC クラスターの優先事項、WKC の戦略に沿った研究の包括的な枠組みとして、WKC は、今後、UHC に向けて大きく舵をきって行きます。これまで引き継いできたプロジェクトを止め、研究プログラムの計画に一貫性を持たせ、個別のプロジェクトへの資金提供を避け、計画された各テーマの研究に注力し、例えば、研究能力開発やトレーニングと各研究テーマとの間など、活動間の整合性を高めます。各自の研究プログラムを遂行し、エビデンスを統合し、政策立案者や研究者のためのナレッジハブであり続けるという WKC スタッフの役割が重視されるようになります。

金澤副知事が討議を主導しました。金澤副知事は、選ばれた 5 つのテーマが神戸グループの提言と方向性を同じくすることを強調しました。WKC は戦略期間の残る 8 年間で、うつ病など他のテーマを対象に考えても良いのではないかと提案しました。最後に、地域で必要とされている課題に取り組むことの重要性を強調しました。他の ACWKC メンバーから、得られた教訓や成果、必要となる修正を考慮するために中間レビューの実施が提案されました。

GPW13 で設定された世界規模の議題に沿った研究テーマを立てることにより、研究の細分化を減らすことの重要性について ACWKC は賛同しました。世界規模のニーズと地域のニーズを対応させることにより、限られた資金をより戦略的に活用するように助言されました。地域の住民、世界中の研究者、国の政策立案者に、研究から得られた知見の情報を発信をすることの重要性も強調されました。一般化という点では、異なる背景では適用できない可能性があるプログラムの再現性より、むしろ得られた主な教訓や原則に焦点を当てることが推奨されました。

¹ WKC Scientific working group メンバー (https://extranet.who.int/kobe_centre/en/scientific-wg)

技術セッションの概要

イノベーション

茅野龍馬医官、ポール・オン技官がイノベーションをテーマとする研究の進捗状況について発表しました。このテーマに関して、WKC は、国家レベルのイノベーションを文書化して評価し、効果的なサービス提供のイノベーションを同定し、特に患者と地域の保健医療への参加を促すようなイノベーションを同定することを目標としています。いずれの分野においても、異なる背景でも再現できる要素や条件に特に着目しています。

2014～2017年に始まって継続されてきたプロジェクトでは大きな成果が得られてきました。2014年に開始された CBSI および持続可能性に関して得られた教訓の国際的な評価は、ランドヨーロッパ研究所と日本国内の学者たちと共同し、2018年に完了しました。このプロジェクトの成果には、10件の事例研究、2件の論文、多くの国々での政策概要があります。¹日本国内の非感染性疾患に関する保健制度推進成功事例のシステマティックレビューは、国立長寿医療研究センターと共同して2017年に開始され、現在も実施中です。認知症の早期発見と早期介入に関する保健制度管理についての3年間の神戸プロジェクト研究は、神戸大学と神戸市と共同してフェーズ2を進行しています。このプロジェクトは2019年の完了を予定しています。

2018～2019年のイノベーションをテーマとする研究の提案プログラムには、UHC 実現加速のための国家レベルのイノベーションに関する WHO 西太平洋地域事務局 (WPRO) との共同研究、地域を基盤とするサービス提供に関するイノベーションのより厳密な評価、神戸プロジェクトの認知症管理を他地域に向けて一般化するにあたり示唆されることに関する研究が挙げられます。

米国カリフォルニア大学バークレー校 Center for Information Technology Research in the Interest of Society (社会的利益のための情報技術研究センター) (CITRIS) 健康部門長デービッド・A・リンドマン教授が討議を主導しました。CBSI プロジェクトから得られた知見や他国での実施に向けた示唆を広く周知することや、神戸の認知症研究の結果を共有することなど、既存のプロジェクトの影響を最大化することの重要性が強調されました。

影響を最大化するために、イノベーションの対象とする範囲に関して、また、WKC が他の研究テーマとの重複やギャップをどのように特定すべきかという点についても議論が交わされました。神戸の認知症研究は現在も進行中であることから、その結果について何らかの追跡を実施する必要がありますが、2020～2021年まで実施する予定はありません。イノベーション、特に CBSI については、サービスの提供という点から考慮すべきであると考えられます。ナレッジハブを確立することの難しさについても議論されました。

¹ 健康な高齢化を支える地域レベルの社会的イノベーション (https://extranet.who.int/kobe_centre/ja/project-details/community-based-social-innovations) (日本語)、(https://extranet.who.int/kobe_centre/en/project-details/community-based-social-innovations).

サービスの提供

ポール・オン技官がサービスの提供をテーマとする研究について発表しました。研究の目的としては、人口の高齢化に適応可能なサービス提供モデルの評価、保健制度の変化を支援し加速するイノベーションのエビデンスの提供、サービス提供の統合に関するエビデンスの提供、高齢者が自身の治療や保健医療の優先事項を決定することを後押しする政策、財政、制度面でのイノベーションの特定が提案されました。いずれの目的も、各国での採用と普及を重視するものです。

オン技官は2017～2018年の成果について、これまで継続されてきたプロジェクトも含め発表しました。産業医科大学(UOEH)は、急速に高齢化する日本で、UHC実現加速に向けた保健医療提供の状況を改善するために「ビッグデータ」を利用した研究を進めています。このプロジェクトは2019年9月に終了し、審査付き学術誌に複数の論文掲載を予定しています。2017年後半には新たな計画を複数開始しました。高齢者の終末期の生活の質を最大化するためのサービス提供モデルの迅速なスコーピングレビューをWKCは委託しました。その結果、高齢者介護から緩和ケアへのサービス移行の難しさと連続性の乏しさが主な知見として得られました。

2019～2020年の計画案の中核をなす研究は、ASEAN9か国の健康制度に関する研究プログラムで、人口の高齢化に応じて開始され、現在、サービス提供、健康関連の資金調達、イノベーションを対象としている。4件のプロジェクト(カンボジア、マレーシア、ミャンマー、フィリピン、シンガポール)は契約を締結する段階にあり、その他のプロジェクトはWHOの倫理委員会の審査を受けています。今後の研究では、評価されたアプローチ法および各国の実践内容について、引き続き分類して計画して行きます。WKCは、健康保健・公的介護サービスの統合モデルなど、地域を基盤とするサービス提供のイノベーションの評価も計画しています。

ガーナ保健省 ガーナ医療サービスの公衆衛生専門官であるアイリーン・アクア・アジェボン博士が討議を主導しました。WKCは、人口動態の変化というよりむしろ人口高齢化にはっきりと焦点を絞るべきであると力説しました。サービス提供の研究分野は、増加する高齢者の増えるニーズに保健制度がどのように対応するかという点に焦点を当てたもので、適切に計画されています。特に、アフリカの多くの国々は現在も比較的若い人口構成のままですが、いずれの国も構成する集団の加齢に伴う将来のニーズと現在のニーズの両者を考慮する必要があります。アジェボン氏は、日本における保健制度整備の歴史は、他国が保健制度を整備する際に有用であることを強調しました。日本の研究では、他国への示唆を考慮するべきであることが強調されました。

ACWKCは、収入、文化、産業化、その他の要因など複数の要因により変化する複数のサービス提供モデルの重要性について協議しました。経済評価のニーズとそれに対する挑戦、保健医療の成功モデル特定への挑戦について議論が交わされました。資金源が限られていることを認識し、焦点をさらに絞るべきであると提案されました。イノベーション、健康関連の資金調達、サービス提供に関する研究テーマは統合できると考えられます。

持続可能な資金調達

サラ・バーバー所長は、持続可能な資金調達に関する新たな研究テーマを発表しました。このテーマの目的は、人口高齢化が医療財源確保と医療支出におよぼす影響を研究すること、UHC への貢献を最大化するため民間部門の役割と適切な政策手段に対する理解をさらに深めること、高齢化を考慮した上で効率と質を高める保健制度と政策のイノベーションを特定することにあります。

2 件の研究プロジェクトが現在進行しています。WHO ヨーロッパ連合保健制度・政策監督署との共同研究の目的は、医療財源確保と医療支出に対する高齢化の影響に関する情報発信のために、既存のデータを照合することにあります。この研究の結果から、医療財源確保に対する高齢化の影響と医療支出に対する高齢化の影響に関して各国に情報発信する政策概要 2 件を作成する予定です。

第二に、UHC 推進のための政策手段として各国がどのように価格設定を制度化しているかに関する 9 か国の事例研究（マレーシア、韓国、タイ、オーストラリア、イングランド、フランス、ドイツ、日本、米国メリーランド州）のために、OECD や EURO および WPRO の大学との共同研究が実施されています。2019 年の結果は、低・中所得国における教訓とともに、WHO/OECD の共同報告書にまとめられる予定です。

今後の活動としては、UHC の観点から低・中所得国に関連する研究指針に基づいて得られた知見について協議し、追加するべきデータを明らかにするための世界の研究者間会議を開催するなど、健康的な高齢化に関するエビデンスや一連の政策選択に関して、EURO 経済の一員として情報発信や共同することが挙げられます。2019 年には、WKC は 9 か国の事例研究を完了し、地域や国の事務局と協力して、得られた知見について国の政策立案者と協議します。資金投入先を病院からプライマリ・ケア、医療技術評価などに移行するなど、効率化を促す政策の研究に焦点を当てるために国が優先すべき事項を明らかにすることも計画しています。

韓国ソウル大学 公衆衛生大学院 医療政策管理学部のスーマン・クウォン教授が討議を主導しました。データ利用が可能な長期的な保健医療のために支出を考慮する重要性が強調されました。また、医療政策は非効率性をもたらす重要な原因の一つとなっており、このような研究は、WHO のいずれの部門も実施していないことを考えると、重要な分野であると述べました。

ACWKC から、死亡場所に対する意向の変遷が終末期の医療費に影響を与えているとの意見がありました。このような影響から、サービス提供モデルとの強い関連も示唆されます。また、年齢別医療費を検討する重要性についても指摘がありました。

指標と測定

ローゼンバーグ・恵美技官から、指標と測定をテーマとする研究について発表がありました。この研究分野の主な目的は、WHO と世界銀行 (WB) が開発した UHC をモニタリングする既存の指標と測定の限界を明らかにすること、および、人口高齢化に対応する保健制度をより適切に

評価できる可能性があるアプローチの選択肢を同定することにあります。この分野には、UHC の実現に向けて活動している国々を支援する実践に関するデータの質の改善、指標、エビデンスの解釈などの幅広い課題に関する研究も含まれています。

2017～2018 年で最も強調されるべき成果は、健康な高齢化に関する知見の解釈と伝達を介して UHC を推進する JAGES から得られた教訓に関する研究を完了したことであり、これは日本国内の国立長寿医療研究センターと共同して実施したものです。地域や国の政策に向けて、研究の知見の解釈を助ける重要な複数の要因が特定され、これには、研究者と地方行政が双方とも満足できる「ウィンウィン」の関係、データの可視化、地域を基盤とする参加型の研究などが挙げられました。このような知見を低・中所得国に適用する場合の妥当性や適用性について議論が交わされました。主となる報告書と政策概要は 2018 年末に WKC から出版されます。次に、日本国内や母国で増加する高齢者の介護分野での戦力となるため、外国人技能実習制度を利用している外国人労働者の介護技能の評価ツールの妥当性を評価する兵庫県立大学主導の研究のためのデータ収集が完了しました。中間の評価は、国際生活機能分類の包括的な枠組みに基づくものでしたが、評価された業務には高い日本語能力と異文化適応力も必要とされるという事実によって複雑になっています。

2019～2020 年の核となる研究計画は、高齢化という観点から UHC を測定しモニタリングする研究という新たなプログラムで、WHO の Health Metrics and Measurement クラスタと共同して実施します。特に、高齢化に対する保健制度の反応をより適切に評価する方法で、UHC をモニタリングするための科学的に妥当なアプローチを明らかにするため、文献のレビューや二次的なデータ解析に基づく研究を実施します。このアプローチは、各国が健康制度をモニタリングするアプローチをどのように適用させてきたかを解析する国家間の比較事例研究を実施することにより明らかになります。加えて、ASEAN の研究として、マレーシアとミャンマーでも 1 件の研究が計画されており、マレーシア、ミャンマー、日本間の比較のために、高齢者の健康の決定要因、アウトカム、サービスの普及に関するデータを収集するための JAGES の調査ツールを適用し妥当性を証明する予定です。

クウォン氏により主導されたこのセッションの討議は、UHC の測定とモニタリングに関する新たな研究プログラムの計画を中心として行われました。高齢者のみに焦点を当てないことや、集団全員の利用可能性に関する公平性を調査することの重要性が強調されました。高齢者の財政的保護を評価する既存の指標の限界を強調する意見も出ました。世界的な高齢化と成人の健康に関する WHO の研究 (SAGE)、人口保健調査 (DHS)、UHC の世界規模でのモニタリングのために収集しているデータなど、利用可能な二次情報源が明らかにされました。WKC が一次データを収集し、ナレッジハブの一員として指標を解析することが推奨されました。

災害・健康危機管理 (H-EDRM)

茅野龍馬医官から災害・健康危機管理 (H-EDRM) の研究テーマに関する発表がありました。茅野医官は、1995 年の阪神淡路大震災後に設立されたという WKC の歴史を強調しました。WKC がその発足以来、災害に関わっている理由はこの歴史にあります。

2016年から継続している研究に、被災者の長期的な心理学的影響に関する、国立精神・神経医療研究センターとの共同研究があります。兵庫県立大学との共同では、脆弱性のある集団の被災後の管理に関する研究を現在実施しています。有意な知見からは、高齢者は災害の影響を非常に大きく受ける脆弱性のある集団であることが示されています。2016年の熊本地震被災者を基にした調査で、このような脆弱性のある集団に関してさらに多くの情報を解析する予定です。また、災害後の医療データ収集の標準的な様式である、WHO 緊急医療チームの災害医療法情報の標準化手法の開発に WKC は貢献しました。

このような成果に基づき、H-EDRM の知識と経験に関する研究間ギャップの特定と情報発信、研究方法の標準化を可能とし、倫理的な課題に取り組むための H-EDRM の研究計画に関する検討、健康関連データの収集および管理の標準化に関する情報源となる研究の実施、被災者の健康ニーズに対する総合的なアプローチと被災後の健康ニーズに対応する保健制度の適用性に着目した研究の実施、脆弱性のある集団に特異的な健康ニーズに関する研究を、WKC の今後の研究目的とします。

今後の研究はこれまでの多大な成果を基盤としています。WHO 災害・健康危機管理グローバルリサーチネットワーク (TPRN) の発足に WKC は貢献しました。仙台防災枠組 2015-2030 では世界の第一線の研究者が集合し、健康危機に関する研究ニーズが同定されましたが、WKC はその遂行のために発足した中心グループの一員になっています。¹WKC はアジア太平洋災害医学会 2018 年度大会と共同して、主要な 5 つの研究題目の重要な研究課題を特定するために研究専門家会議も開催しました。研究の 5 つの重点分野とは、健康に関するデータ管理、心理社会的管理、地域の危機および災害のリスク管理、医療労働力の開発、研究の方法と倫理であり、WKC はこれらの研究を継続して支援しています。WKC は第一線の研究者と協力して、H-EDRM の研究方法と倫理に関する指針の策定にも参加する予定です。2019 年からは TPRN の事務局として、年次大会を主催し、ウェブサイトを通じて成果に関する情報発信を行います。

兵庫県立大学副学長の内布敦子教授が討議を主導しました。危機および災害の管理における日本の経験の深さとそのような経験を世界全体で共有することの重要性を内布氏が強調されました。日本国内での資金調達の重要性と機会についても意見が述べられました。ACWKC は、情報発信戦略の重要性と、例えば、書籍よりも双方向的なプログラムを作成するなどの、より影響力があると考えられるプロセスについても協議しました。これにより、定期的な更新が可能となり、より多くの注目を集められると考えられます。また、国レベルでの研究能力の中で、研究ギャップを解析し、優先順位をつける必要があるとの結論も得られました。

研究能力の開発

2017~2018 年の業績の概要が野崎慎仁郎氏から報告されました。2017 年、WKC は神奈川県と共同して、低・中所得国を対象とする研究能力開発プログラムを開始しました。2017 年 3 月の UHC リーダーシッププログラム、2017 年 7 月の ASEAN UHC 政策協議会、2018 年 3 月の UHC と

¹ Chan and Murray, What are the health research needs for the Sendai framework? 2017 年 6 月 19 日
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31670-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31670-7) ([https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)31670-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)31670-7.pdf))

高齢化の影響に関する研究開発プログラムを開催しました。神戸グループの支援を受けた他のイベントとして、2017～2018年に7回開催したWKCフォーラム、地域の大学やその他学校での講義、災害、危機、インフルエンザ、たばこ規制、健康増進など幅広い内容の地域行政専門委員会への参加などを通じて地域に情報を発信したことが挙げられます。研究の結果や活動について日英両言語で広く情報発信するために、WKCのウェブサイトも刷新しました。

2018年と2019年のWKCの活動としては、地域の高校と共同して毎年開催しているイベントも含め、年に3回のフォーラム開催を計画しています。今後のイベントは、より良い情報発信を目指して、各研究テーマとこれらの活動を連携させるものです。2018年には神奈川県と協力して2件の会議の開催を予定しています。1件は、価格統制に関するWHO/OECDの研究に関わる研究者が一堂に会する1月のワークショップです。昨年、推奨されたように、2019年のG20サミットおよび保健大臣会合、2020年の東京オリンピックなど、国内外の主要なイベントにWKCは貢献する予定です。

クウェートのダイレクト・エイド・インターナショナル高等教育部門相談役 マゲッド・アル・シャービニ教授が討議を主導しました。アル・シャービニ氏は研究能力開発を定義する重要性を強調し、研究能力開発を効果的に支援するための提言を行いました。既存のネットワーク上に協力関係を構築することが推奨されました。ACWKCのメンバーからは、WHOの内部調査やWHO各国事務局の保健制度開発能力の支援がWKCには可能であるとの発言がありました。情報伝達と研究能力開発という2種類の活動は、別の内容として区別することが重要であるとも述べられました。地域での情報伝達が強調されている一方で、WKCは国際社会との情報伝達に焦点を絞る必要があります。研究能力開発は、影響を評価する基準など、受益者や目的などの概念的な基礎を必要とする別のプログラムです。WKCの能力は限られており、パートナーとなる組織が研究能力開発に的を絞って活動しているとの発言もありました。

影響の最大化と資金調達

本会合の議長であるヴィロージ・タンチャロエンサティエン氏が、現在の研究プロジェクトの影響の最大化と資金調達に関して特別に討議を進めました。ウェブサイトでの情報拡散、リストサーブの作成、オンライン調査に参加できる学者や政策アナリストのデータベース作成などの手段により、既存の研究成果の情報発信やその対象範囲を最大化するための提言が行われました。政策文書や白書を複数の言語に翻訳することも提案されました。

続いて、他の機関との共同研究プロジェクトについては、高い影響力をもつ論文の投稿につなげられる機関か、研究能力開発の必要な機関を優先するべきであるとの議論が交わされました。契約条件として査読付き論文を要項に盛り込むなど、査読付き論文にできるだけ絞ることがWKCに提案されました。査読付き論文より政策文書の方が影響力をもつ可能性がある国もあるとの助言もなされました。ソーシャルメディアの影響力が高いことについても発言がありました。バランスが必要とされます。限られた時間と資源を有効に活用するため、研究の知見のターゲットをWKCがまず明確にすることが推奨されました。

WKCが唯一の資金提供者に依存している点を考慮し、さまざまな提供者から資金を調達することの重要性をACWKCは認識しています。資金調達という点で、政策文書からチェックリストのような実用的なものに移行することは、実施に関する情報発信や財源を増加させる仕組みのいずれにおいても役立つと推奨されました。

結論および提言

ACWKC 報告者のマゲッド・アル・シャービニ氏と、この会合の議長のヴィロージ・タンチャロエンサティエン氏が、主な結論と提言を發表しました。研究計画については、GPW13 と連携する 5 つのテーマの研究による編成とすることにより、研究の細分化を減らすことの重要性を認めました。しかし、サービス提供、持続可能な資金調達、イノベーションを 1 つのテーマに統合すること、統合して 1 つにしたテーマ（サービス提供、持続可能な資金調達、イノベーション）、危機、指標の 3 テーマに関する研究を再編成することが推奨されました。ACWKC は、WHO の GPW13 と WKC がより幅広く連携することの重要性を強調しました。既存の研究テーマや活動のうち、副知事の考えを取り入れること、うつ病や自殺に関するテーマ、神戸医療産業都市 (KBIC) との共同、認知症に関する進行中の研究は計画に入れることが推奨されました。優先順位の再考が必要であるか決定するために、2022 年の中間レビュー実施が推奨されました。

WHO の倫理原則および非国家主体との協同枠組み¹に従い、研究プロジェクトの承認には長期間が必要とされるため、影響を最大化するには、個々の小規模なプロジェクトより、メタアナリシス、比較研究、その他の大規模なプロジェクトを検討し、実施サイクルを考慮すべきであることが WKC に推奨されました。

WKC の資金源および人的資源には限界があることを考慮すると、情報発信と研究能力開発のバランスを取る必要があることを ACWKC は認めました。これまでの研究や現在の研究の結果が与える影響を、査読付き論文や政策文書を介して最大化することが推奨されました。資金調達の多様化と資金の動員も推奨されました。国際的なトピックに関して、地域の組織と共同する活動を強化するために、神戸グループとの過去の覚書からの繰り越し予算の使用を考慮することも推奨されました。最後に、モデルを複製して別の状況に適用することより、世界全体で経験を共有するための原則や主要課題に WKC は焦点を絞ることが推奨されました。

イノベーションのテーマについては、上述のように、イノベーション、持続可能な資金調達、サービス提供を一つのテーマに統合することを ACWKC は推奨しました。過去のプロジェクト（例えば CBSI）について、その結果をより広く確実に情報発信することによって、影響を最大化することが推奨されました。また、政策立案者のためのナレッジハブの妥当性を検討する一方で、政策アナリストに的を絞ることによって知識に関する情報の発信方法の選択肢を同定することが提案されました。最後に、プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) や非感染性疾患 (NCD)、UHC の関連をイノベーションの研究テーマの焦点として検討することや、WHO の他部門との重複を避けることが WKC に推奨されました。

サービス提供のテーマについては、WKC が「人口動態の変化」という言葉を使用せず、「人口高齢化」に言及することを ACWKC は推奨しました。経済分析では、費用がかさむ可能性はあるものの、工業化の動態、社会の変化、文化的な要素を調査することにより、保健医療のモデルの可能性の評価を検討することが提案されました。このような分析は複雑であるため、不断の

¹ 非国家主体との協同枠組み, WHA69.100, 2016 年 5 月 28 日 (https://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/A69_R10-FENSA-en.pdf?ua=1&ua=1)

努力を要するであろうとの助言がありました。類型学が有用ではあるものの、「最良の」保健医療のモデルというようなものは存在しない可能性があります。限られた国々の長期間にわたる分析に焦点を当てることで、公募の回数を減らすことが推奨されました。

持続的な資金調達に関する研究については、サービス提供の研究と統合することを ACWKC は推奨しました。データが利用可能な場合は、長期的な保健医療を研究することや、年齢別の保健医療の利用と医療費に基づき保健医療を解析することが推奨されました。

指標と測定に関して、中所得国を対象にし、NCD や急性期後の保健医療に関連するサービスへのアクセスや実際の利用状況を調査するなど、単純な危険因子ではない適切な指標を検討することが推奨されました。財政的保護の指標として、高額な医療費の高齢者による自己負担については概念的には測定可能ではあるものの、通常は、高齢者のいる世帯における高額な医療費など、世帯レベルでの情報を取得することになります。在宅ケアの社会的費用の調査を検討することが推奨されました。ASEAN の研究実施国や SAGE の対象国の間にネットワークを構築し、ナレッジハブとなることが推奨されました。高齢者だけを対象とする UHC ではなく、全体的な UHC の指標に着目することが推奨されました。最後に、公平さのモニタリングや全年齢の均等性のために、従来 of UHC の指標を超える指標や測定を検討することが WKC に提案されました。

健康危機に関する研究テーマについて、研究結果に関する情報を発信する場合にはより柔軟な方法を検討することが WKC に推奨されました。例えば、書籍よりも双方向的なプログラムを作成するなどの方法が考えられます。これにより、定期的な更新が可能となったり、研究者や政策立案者からの注目をより多く集めたりできます。各国での仙台防災枠組実施の結果を検証することで、各国の研究能力の中での研究ギャップを解析し、優先順位をつける必要があると提案されました。日本学術会議や、米国アトランタにある米国疾病管理予防センター (CDC) などの世界レベルの同様な主要組織と共同して資金調達をする機会を探ることが推奨されました。

能力開発という点では、情報伝達と情報発信に関する活動と研究能力開発を促す活動を区別することが推奨されました。WKC の地域での高い知名度とバランスがとれるように、国際的な知名度の低さに積極的に取り組むことが提案されました。研究能力開発プログラムを計画・実施する際には、WKC の限られた人的資源を考慮に入れる必要があることを ACWKC は認識しました。WKC が GPW13 と連携して、WHO 各国の事務局を支援する役割を担うことが提案されました。WKC と外部のパートナーが共同出資したネットワークに、研究能力開発に関するプログラムを外委託することが推奨されました。最後に、情報発信と研究能力開発活動の影響を追跡し文書化するための明確な指標を作成することを ACWKC は推奨しました。

影響を最大化するため、できるだけ査読付き論文に絞ることを ACWKC は推奨しました。同時に、良質な政策文書の方が査読付き論文より影響力をもつ国もあるため、バランスが必要であり、WKC の主な目標は論文投稿ではないことへの認識をあらためました。論文投稿以外にも WKC が影響力を高める方法はあるとの助言がなされました。多くの国々に影響を与えるために、白書や有名な政策文書が推奨されました。ウェブサイトやリストサーブなどの適切なコミュニケーション・ツールを活用し強化することや、WKC による情報発信の対象者に情報を効率的に届けるための仕組みを明らかにすることが推奨されました。

資源の動員という点では、政策指針に加え、「やり方」、すなわち実施方法についての指針に焦点を当てることを ACWKC は推奨しました。このように絞り込むことで、先まで見通せるようになる可能性があります。研究結果の影響を活用し確実なものにするためには、「技術支援」に関わることを検討するように推奨されました。資源基盤を多様化し、他のパートナー

(OECD、EU 監督署など) との共同研究を介して資源を動員すること、民間部門や基金、その他の公金などの可能性のある資源を探ることが推奨されました。提携先として考えられるパートナーへの資源の動員に関する会合の場を設けることも推奨されました。厚生労働省の支援を受け、日本医療研究開発機構 (AMED) および国際協力機構 (JICA) との共同設立により資源を活用するモデルの可能性を探ることが推奨されました。

添付資料

添付資料 1. 会合のプログラム

添付資料 2. 参加者

添付資料 3. 研究計画

添付資料 4. 研究の品質保証計画

添付資料 5. 研究概要説明

イノベーション

サービスの提供

持続可能な資金調達

指標と測定

健康・災害危機管理

研究能力開発とネットワーク

添付資料 6. プロジェクト概要説明

健康な高齢化を支える地域レベルの社会的イノベーションの理解

日本老年学的評価研究

添付資料 1: 会合のプログラム

2018年11月8日

09:00-09:30	開会 歓迎の挨拶 冒頭挨拶 - 神戸グループ代表 - WHO 代表	(議題 1) サラ・ルイーズ・バーバー WKC 所長 金澤和夫 兵庫県副知事 山本尚子 WHO 事務局長補 (ビデオメッセージ)
09:30-09:45	集合写真撮影	
09:45-10:00	休憩	
10:00-10:15	ACWKC メンバーの紹介および 制定法上の議事 - ACWKC 議長の言葉 - 報告者の任命 - 議題案の採択	(議題 2)
10:15-11:15	研究計画および ACWKC の 2017 年提言に対する内容 - 質疑応答および討論	(議題 3) サラ・ルイーズ・バーバー リードディスカッサント 金澤和夫氏
11:15-12:00	研究テーマ：イノベーション ● 進捗状況の報告 ● 2019～2020 年のプログラム案 ● 討論に向けた質疑応答	(議題 4) 茅野龍馬 WKC 医官 諮問委員 デビッド・リンドマン博士
12:00-13:30	昼食	

13:30–14:15	研究テーマ：サービス提供 <ul style="list-style-type: none"> ● 進捗状況の報告 ● 2019～2020 年のプログラム案 ● 討論に向けた質疑応答 	(議題 5) ポール・オン WKC 技官 諮問委員 アイリーン・アジェポン博士
14:15–15:00	研究テーマ：持続可能な資金調達 <ul style="list-style-type: none"> ● 進捗状況の報告 ● 2019～2020 年のプログラム案 ● 討論に向けた質疑応答 	(議題 6) サラ・ルイーズ・バーバー 諮問委員 スーマン・クウォン教授
15:00–15:30	休憩	
15:30–16:15	研究テーマ：指標 <ul style="list-style-type: none"> ● 進捗状況の報告 ● 2019～2020 年のプログラム案 ● 討論に向けた質疑応答 	(議題 7) ローゼンバーグ恵美 WKC 技官 諮問委員 スーマン・クウォン教授
16:15–17:00	研究テーマ：健康危機 <ul style="list-style-type: none"> ● 進捗状況の報告 ● 2019～2020 年のプログラム案 ● 討論に向けた質疑応答 	(議題 8) 茅野龍馬 諮問委員 内布敦子教授
17:00–17:30	第 1 日目総括	議長

2018年11月9日

09:00-09:15	1日目のプログラムの要約	議長
09:15-09:45	研究テーマ：研究能力開発 ● 進捗状況の報告 ● 2019～2020年のプログラム案 ● 討論に向けた質疑応答	(議題 9) 野崎慎仁郎 WKC 上級顧問官 (渉外・連携)
		諮問委員 マゲッド・アル・シャービニ教授
09:45-10:30	討論 ● 進行中プロジェクトの影響の最大化 ● 資金調達	(議題 10) 議長
10:30-12:00	休憩	
12:00-12:45	結論および提言	(議題 11)
12:45-13:00	その他 - ACWKC 第 23 回会合の予定 (2019) - その他の議事	(議題 12) 議長
	閉会	(議題 13) 議長

添付資料 2: 参加者

ACWKC メンバー

ガーナ保健省 ガーナ医療サービス 公衆衛生専門官 アイリーン・アクア・アジェボン
(ガーナ共和国)

ダイレクト・エイド・インターナショナル 高等教育部門相談役 マゲッド・アル・シャービニ
(クウェート)

イングランド主席医務官 英国政府主席医学顧問 サリー・デービス (英国)¹

厚生労働省 総括審議官 (国際保健担当) 池田千絵子 (日本)¹

兵庫県副知事 金澤和夫 (日本)

ソウル大学 公衆衛生大学院 医療政策管理学部 教授 スーマン・クウォン (韓国)

カリフォルニア大学バークレー校 Center for Information Technology Research in the
Interest of Society (社会的利益のための情報技術研究センター) 健康部門長
デービット・A・リンドマン (米国)

保健省 国際保健政策計画財団 事務局長 ヴィロージ・タンチャロエンサティエン
(タイ王国)

兵庫県立大学副学長 内布敦子 (日本)

来賓

兵庫県知事 井戸敏三 (日本)¹

厚生労働省 国際保健企画官 堀裕行 (日本)

神戸グループ

兵庫県 健康福祉部長 山本光昭¹

兵庫県 健康福祉部 健康局長 松原昭雄

兵庫県 健康福祉部 健康局 医務課長 (WHO神戸センター協力委員会事務局長) 味木和喜子

兵庫県 健康福祉部 健康局 副課長 沖田謙吾¹

兵庫県 健康福祉部 健康局 医務課 企画調整班長 山本晃司

兵庫県 健康福祉部 健康局 医務課 企画調整班 福島良

WHO神戸センター協力委員会 (JCC) 事務局 職員 平出礼子

神戸市 理事 (医療・新産業本部長) 今西正男¹

神戸市 医療・新産業本部 医療産業都市部長 三重野雅文

神戸市 医療・新産業本部 医療政策担当部長 佐藤岳幸

(敬称略)

¹ 欠席

神戸市 医療・新産業本部 医療産業都市部 担当課長 花房新也
神戸市 医療・新産業本部 医療産業都市部 調査課 担当係長 小寺有美香
神戸市 医療・新産業本部 医療産業都市部 調査課 北野瑞季
神戸商工会議所 理事・産業部長 平岡靖敏
神戸商工会議所 国際ビジネス委員会副委員長 尾辺和也
神戸商工会議所 産業部 産業・国際チーム 宮崎哲
神戸商工会議所 岩崎陽介
神戸商工会議所 久保田文雄
(株) 神戸製鋼所 総務部長 水上孝一
(株) 神戸製鋼所 総務部 次長 神戸総務グループ長 名定賢治
(株) 神戸製鋼所 総務部 課長 林丈太郎
(株) 神戸製鋼所 総務部 係長 竹本尚史

WHO 神戸センター

所長	サラ・ルイーズ・バーバー
総務課長	ロイク・ギャルソン
医官	茅野龍馬
上級顧問官（渉外・連携担当）	野崎慎仁郎
技官	ポール・オン
技官	ローゼンバーグ・恵美
科学官	ヨハネス・ゾマーフェルド ¹
広報官	吉津麻美子

（敬称略）

¹ 欠席

仮訳

WHO 健康開発総合研究センター（WHO 神戸センター・WKC）
2018年～2026年研究計画

2018年1月26日

WHO 健康開発総合研究センター（WHO 神戸センター・WKC）

研究計画

目次

謝辞	3
1. 背景	4
2. セオリーオブチェンジ（変革の理論）	4
3. 総合事業計画（GPW）	5
4. 研究カテゴリー	7
5. 研究テーマの決定プロセス	8
6. 研究テーマ	10
6.1. サービス提供モデル、持続可能な資金調達、イノベーション	11
6.2. 指標と測定	12
6.3. 災害・健康危機管理（H-EDRM）	13
7. 日本の事例の活用	15
8. 低・中所得国における普及可能性の最大化	16
9. 成果の測定	17
10. 主要パートナーとイベント	18
添付資料 1. 研究分野とその活動要約：サービス提供、持続可能な資金調達、イノベーション	19
添付資料 2. 研究分野とその活動要約：指標と測定	21
添付資料 3. 研究分野とその活動要約：災害・健康危機管理	22

謝辞

WHO 健康開発総合研究センター（WHO 神戸センター・WKC）は、2017年11月の諮問委員会の提言を受けて本文書を作成しました。アンドリュー・ブリッグス教授、橋本英樹教授、フロレンシア・ルナ教授、ノラ・キーティング教授から寄せられた建設的なご意見とご提案に心より感謝申し上げます。WKC 諮問委員会（ACWKC）のメンバーは、2018年11月の年次会合で研究計画について詳細に協議し、建設的に討議しました。ACWKC のメンバーであるアイリーン・アクア・アジェポン博士、マゲッド・アル・シャービニ教授、サリー・デービス教授、堀裕行博士、金澤和夫氏、スーマン・クウォン教授、デビッド・A・リンドマン博士、ヴィロージ・タンチャロエンサティエン博士、内布敦子教授が協議しました。ジョナサン・アブラハム博士、ルイス・ガブリエル・クエルボ博士、ララー・ゴログリー博士、トーマス・ローバル氏をはじめとする WHO の専門家諸氏のご意見にも感謝いたします。本文書の草案作成と見直しを行った WKC スタッフの貢献にも謝意を表します。誤字脱字の責任は全て WKC にあります。

WHO 健康開発総合研究センター（WHO 神戸センター・WKC） 研究計画

1. 背景

WHO健康開発総合研究センター（WHO神戸センター・WKC）は、WHO理事会からの承認と神戸グループからの資金および物質的支援によって1995年に設立されました。¹WKCは、2016年～2026年の戦略として、高齢化を見据えた保健制度とイノベーションに関する研究を実施し、エビデンスを統合、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の推進を加速させることを目標としています。2017年にWKCは、UHC達成を目指す国々のための世界的な研究拠点、ナレッジハブになるというビジョンを設定しました。

WKCは、WHOの総合事業計画（General Programme of Work : GPW）、WHOのUHCと保健システムクラスターとしての使命、および2016年～2026年のWKC戦略に示された広範な目標を指針としています。WKCが掲げる2016年～2026年のWKC戦略は、包括的指針としてUHC原則を用いています。²この戦略は、WHO事務局長と神戸グループによって署名された覚書の中で、承認および主要な資金が合意されました。このWKCのユニークなアプローチは、世界各国のさまざまな状況を考慮した、将来の保健制度の研究に焦点を当てるものです。

WKC諮問委員会（ACWKC）の第21回会議が2017年11月16～17日に開催され、予算と人的資源の範囲内で、WKCの強みと優位性を活用しながら、2016年～2026年の戦略に沿った研究計画を策定することが提言されました。WKCは、個別の研究プロジェクトに出資するよりも、一貫性のある大きな研究プログラムを設計する考え方に変化することが期待されています。その際に、この研究計画はWKCのすべての活動の基礎となり、あらゆる教育プログラムや能力開発プログラムを研究テーマと紐づけて、WKCがWHO事務局長の全体指針と整合性をもって活動することを保証する基盤となります。

この計画は、研究活動の基礎となるものであり、必要に応じて2年ごとにレビューを行い更新されることが想定されています。品質保証計画と実施ガイドラインも準備されており、WKCの行動規範を明文化することで最高品質の研究活動を保証しています。³

2. セオリーオブチェンジ（変革の理論）

WKCは研究計画の基礎となる「セオリーオブチェンジ（変革の理論）」を作成し、この理論を展開するにあたり、まずWHOのGPW13（図1）に基づいた長期的なインパクト（影響）が明らかにされました。WHO事務局長は、GPW13のなかで3つの目標を掲げています。1つ目は、UHCを享受する人をやすこと、2つ目は健康危機管理を強化すること、3つ目はより良い健康アウトカムを達成することで、それぞれについて10億人という数値目標を設定しています。これらの改善目標を達成するため、「セオリーオブチェンジ」では、活動内容とそこからのアウトプット、短期的および長期的なアウトカムとインパクトを明らかにしています。「30億人」へのインパクトを達成するために必要となるとされ

¹ 神戸グループは、兵庫県・神戸市・神戸商工会議所・株式会社神戸製鋼によって構成されている

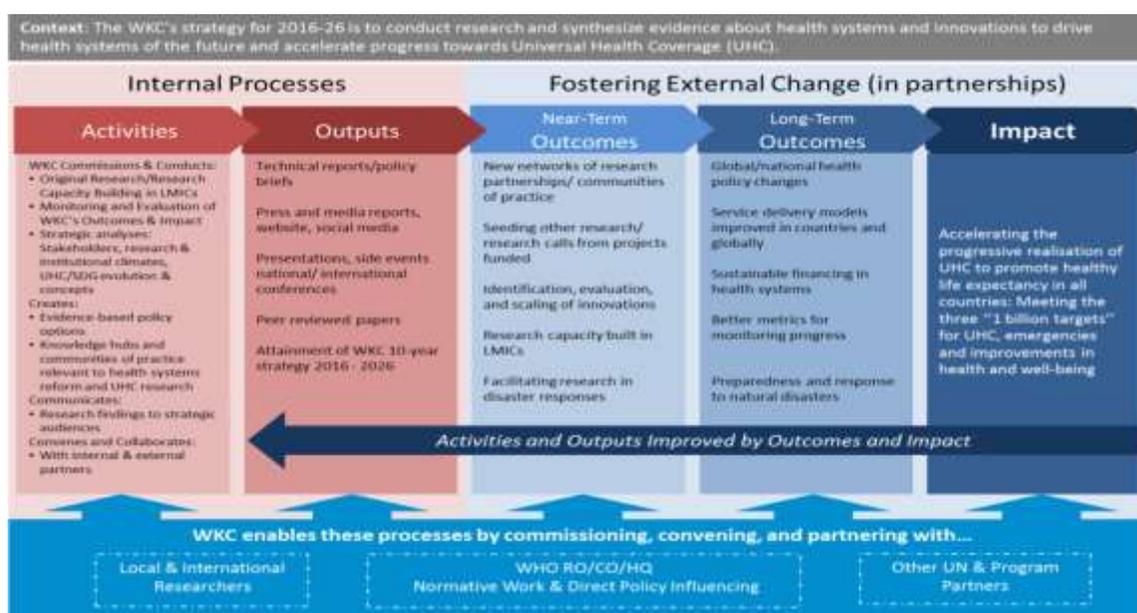
² WHO WKC戦略（2016～2026年）（http://www.who.int/kobe_centre/about/WKCstrategicplan.pdf）

³ WHO 神戸センター 「研究の品質保証計画」（https://extranet.who.int/kobe_centre/en/calls-tors）

る長期的なアウトカムには、例として、保健政策の変更、サービス提供モデルの改善、持続可能な医療の資金調達、進捗状況のモニタリング、自然災害への準備と対応など、国家レベルでの重要な変化があります。したがって、各国に十分な資源とインフラと政策が備わっていれば、「30億人」の目標達成は可能であるとWKCは考えています。

WKCの研究計画では、短期的には、研究パートナーシップと実践コミュニティ（または実践共同体）の新しいネットワークづくり、既存のプロジェクトからの新たな研究創出、イノベーションの明確化・評価・拡張、低・中所得国における研究能力の開発などを計画しています。健康危機に関するものとしては、災害対応調査のための標準化されたデータ収集などがあります。研究機関として作成する具体的な成果物には、技術報告書、政策報告書、プレスおよびメディア報告書、ウェブサイトの更新、ソーシャルメディアの利用、プレゼンテーション、国内および国際会議に合わせて開催するイベント、査読付き論文などがあります。WKCが実施する具体的な活動は、研究の実施と委託、研究のための能力開発などです。ナレッジハブや実践コミュニティ、または国内外のパートナーの招集を通じて、知見の情報発信をすることも重要な活動の一つと考えています。

図1. セオリーオブチェンジ：第13次総合事業計画の実現のためのWKC研究活動



3. 総合事業計画（GPW）

WKCは、あらゆるレベルでWHOの関連組織と緊密に協力し、WHO事務局におけるUHCと保健システムクラスターの一員として機能しています。したがってWKCは、WHO GPW内のプログラム予算、世界および地域で合意された決議で定められた指令と指示に従います。GPW13（2019年～2023年）は、WHO事務局全体の活動の方向性を示しており、これがWKCの戦略的ビジョンにつながっています。

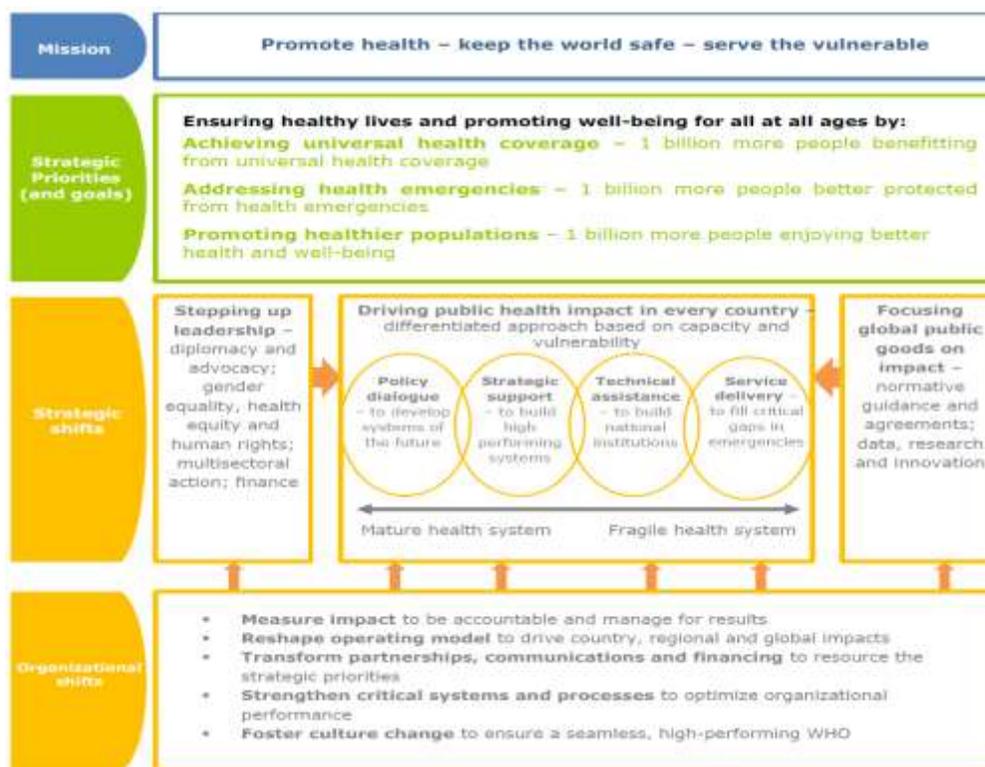
図2. WHOの第13次2019年～2023年総合事業計画案⁴

図2で示すように、GPWは3つの戦略的ターゲットを達成することを目標としています。すなわち、UHCの推進を通して、さらに10億人に必要な保健サービスと経済的保護を提供すること、健康危機に対して脆弱な10億人のニーズに対応すること、10億人の保健福祉を向上させることです。

これらの目標は、WHO本部事務局の活動の3つの戦略的变化を通して達成されます。それらの変化とは、リーダーシップの強化とエビデンスに基づいた政策対話、多様な状況におけるさまざまなニーズに対応するための国別アプローチ、戦略分野におけるインパクト評価などがあります。またこれは、WHO本部事務局の活動方法における成果指標が変化していることを意味しています。すなわち、各国におけるより効果的な運用モデルの実施、パートナーシップ・コミュニケーション・資金基盤の強化、事務局のパフォーマンスの改善、高品質な成果をあげるハイパフォーマンス文化の促進などです。

WHO本部事務局が、これらの戦略目標を設定することは、WHOの活動の基礎となる持続可能な開発目標（SDGs）へのコミットメントをさらに強化しています。WKCの戦略および研究ポートフォリオは、GPW13の分野と整合性があり、カバレッジと経済的保護の拡大を目指しています。このような目標は、WHOによる活動プログラムの包括的フレームワークとして漸進的なUHC実現に向けた移行を強化し、WKCの研究指針となるものです。さらに、GPW13ではUHCを加速するためのイノベーションの重

⁴ 2018年4月WHO、第13回2019～2023年総合事業計画案, A71/4.5
(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-en.pdf)

要性を認識しており、イノベーションを医薬製品の研究開発のみならず、「新たな問題解決の方法」として定義しています。

WKCは、1995年に阪神・淡路大震災が起こった直後に設置された組織です。WKCは設立当初から、効果的な防災および災害対応を推進しながら、神戸市や兵庫県の復興と、そこからの学びを活かしていくという特別な責務を担ってきました。

現在の研究計画とその対象分野が各国ニーズに合致するように、WKCはWHO地域事務局および国事務局長のUHCと保健システムクラスターと緊密に連携しています。WKC諮問委員会は、WHOの6つの地域からのメンバーで構成された組織であり、各諮問委員の指名はWHO本部事務局長により行われ、WHOの6つの地域のすべての地域事務局長からの合意を受けたものです。

4. 研究カテゴリー

WHO本部事務局は、2017年だけで少なくとも2億米ドルを研究活動に費やしました。⁵非公式に行われた調査によれば、研究の大部分は特定の病気に関連するものであり、推定で全体の2%（380万米ドル）が保健制度の強化またはUHCに関連するものであったと報告されています。この数字の半分以上はWKCが実施または委託したものであり、したがってWKCが重要なギャップを埋めているということになります。なお、この調査データには、WHOが事務局を務めるAlliance for Health Policy and Systems Researchが低・中所得国における研究能力開発活動に割り当てた1,700万米ドルは含まれていません。

WKCは、WHOによる2013年世界保健報告書「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）のための研究」で提示された、UHC加速のための全般的な研究活動の方向性を指針としています。⁶この報告書では、UHCを促進するために現在行われている研究分野を図3で示される8つの主要カテゴリーに分類しています。WKCは、主にカテゴリー8の「保健政策とシステム研究」に関連する非臨床研究を支援しています。

図3. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を推進するための8つの研究分野⁷

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 病気による負荷などの基礎的な臨床研究 2. 病因研究 3. ワクチンなどの疾病予防と福祉の促進に関する研究 4. 発見・検出、スクリーニングと診断 5. 治療及び治療的介入手法を開発するための研究 6. 治療及び治療的介入手法を評価するための研究 7. 特定の疾病、及びリソース管理に関する研究 8. 保健政策とシステム研究 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

⁵ 2018年3月、WHO and Research: DDG programs

⁶ WHO. UHCのための研究：2013年世界保健報告 (<http://www.who.int/whr/2013/report/en/>)

⁷ WHO. UHCのための研究：2013年世界保健報告 p 33 (<http://www.who.int/whr/2013/report/en/>)

WKCの研究活動は、これらの課題を保健制度の観点から解決するため、アクセス、カバレッジ、経済的保護の課題を特定することに焦点を当てています。そのような活動には、さまざまなコミュニティや国の状況における、組織・財政・医療サービス内容に関する調査、健康に影響を与える保健セクター以外のシステム、高品質な医療提供と健康の基盤となる政策・組織および規制システム、政策実行にむけた国家のガバナンス能力の研究が伴います。また、健康、福祉、アクセスの公平性の分析などもあります。一般的に、保健政策とシステム研究は学際的であり、保健制度が果たす役割は日常生活および緊急時の広い範囲にわたって発生します。

WKCが支援する研究活動は、その方法論には中立的であり、それぞれの研究課題に応じて、定量的・定性的な研究デザイン、および混合した方法を使うことがあります。介入研究では、保健制度の制約に対応するための政策・システム・技術革新の調査、そのようなソリューションに関するエビデンスの政策および実践への転換などがあります。実践研究は、イノベーションが現場の環境でどの程度うまく機能したかを評価する重要なツールです。そのため、研究活動からの情報共有・影響・拡張性を最大限にするためには、研究活動は可能な限り保健制度や保健サービスの内部に組み込まれ、主要ステークホルダーと共同で設計されるべきです。効果測定は非常に重要性が高いため、できる限り「前向き」に設計して厳密な方法で実施します。

5. 研究テーマの決定プロセス

研究テーマの決定プロセスは、WHO本部事務局と神戸グループによって公式に合意されたWKCの活動内容の基礎でもある、WKCの2016年～2026年の戦略に基づいています。⁸このWKC戦略で明確に示されているビジョンとは、革新的なソリューションを研究および育成し、それを政策や行動に転換して、高齢化に対応する持続可能なUHCを実現することです。この戦略には2つの主要な戦略目標があり、**図4**に示されるように、それぞれに4つの長期的な研究の優先課題が設定されています。

図4. WKC戦略で示される戦略的目標⁹

戦略的目標1：高齢者のニーズを踏まえ、持続可能なUHCにつながる保健および社会提供システムづくりに転換可能な分野横断的研究を支援すること

長期的な研究活動の優先課題：

1. 強化された政策開発と一貫性により、各国が持続可能なUHCを目指すことを可能にする
2. UHCに基づく高齢者向けの包括的なサービスおよび福利厚生パッケージの開発
3. 統合および調整された保健・社会福祉サービス提供システムと地域社会に基づく（非制度的）システムへの実践的アプローチの支援
4. 健康危機に対応できる地域レベルの保健制度の準備とレジリエンス（強靱性）の向上

⁸ WHO WKC戦略（2016～2026年）(http://www.who.int/kobe_centre/about/WKCstrategicplan.pdf)

⁹ WHO WKC戦略（2016～2026年）(http://www.who.int/kobe_centre/about/WKCstrategicplan.pdf)

戦略的目標2：高齢者における認知機能などの低下の支援につながる社会的・技術的・システムの質素なイノベーションを促進する

長期的な研究活動の優先課題：

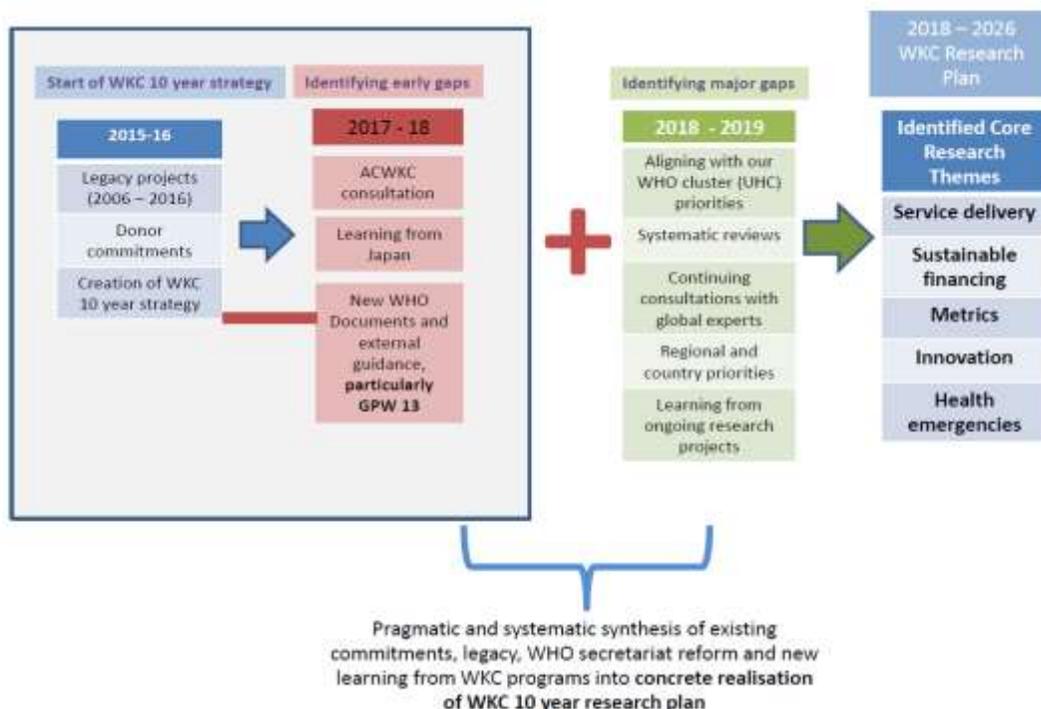
1. 家庭や地域で可能な限り長く生活することを希望する高齢者を支援するための総合的な在宅ケアシステムの定義
2. 有望なイノベーションの検討
3. 新しいイノベーションを活用ならびに拡張するための、保健・社会システム成功要因とその戦略に関する研究
4. イノベーションの設計・開発・利用段階におけるコミュニティの関与を高める方法の明確化

この戦略は必然的に広範なものであり、その運用化にはさらなる優先順位付けと調整が必要となります。そのため、この戦略では、戦略を実際に運用して研究テーマを特定するための一連の基準が提示されています。この具体的な基準には、急速に高齢化を経験する国のUHCに関する未充足ニーズへの対応、持続可能なUHCを目指す国の支援、急速な高齢化のなかでUHC実現を目指す国における優先研究課題の明確化、イノベーションを拡張させるための保健制度要件と研究活動のギャップの明確化などがあります。また、WKCに優位性があるとされる研究トピックを優先し、他のWHO組織が取り組む活動内容と重複しないトピックを優先するように示しています。

2017年11月に開催された年次総会で、ACWKCは、一貫性のある研究プログラムの設計を目指して「研究テーマ」を設立し、国内外の研究活動を連携させることを提言しました。研究テーマの焦点をしっかりと絞ると、日本や他国から得られる教訓が明確化されるとともに、WKCがWHO本部事務局の全体的な方向性と整合性を持っていることを保証し、その普及可能性と一貫性を示すことによりさらなる資金調達にもつながります。

この提言を実施するため、WKCは2006年以降の活動実績と資金ドナーのコミットメントを評価しました。WKCはまた、WHOのGPW13、研究テーマに関するACWKCの勧告、日本の事例から学ぶ機会など、2017年～2018年にかけての新たな変化と課題について検討しました。

図5. 研究テーマの決定プロセス



これに加えてWKCは、WHOのUHCと保健システムクラスターの優先課題や地域および国別ガイドライン、グローバルな専門家とのコンサルテーション、特定のテーマに関するシステムティック・レビュー、進行中の研究プロジェクトからの学びなども検討し、研究ギャップを明らかにしました。このプロセスから、中核となる3つの研究テーマ、すなわち「サービスの提供（「イノベーション」と「持続可能な資金調達」を含む）、「指標と測定」、「健康危機」を設定しました。

これにより、WKCが参加しない活動も明らかになりました。これには、WHOの規範的な事業（国際標準や規範の設定および施行）やプログラムの実践、独立した単発の会議や研修プログラム、研究テーマに関係のない他の活動分野、特定の疾病に関する研究、他のWHOのプログラムと重複する研究などがあります。

6. 研究テーマ

2018年から2026年にかけて、上記の研究テーマを適用して、WKCの研究ポートフォリオは、現在の戦略に基づいて設定されたいくつかの分野に焦点を当てていきます。中核となる3つの研究テーマは「UHC加速のためのサービスの提供」、「指標と測定」、「災害・健康危機管理（H-EDRM）」です。「日本の事例からの学習」は分野横断的であると言えます。

こうした研究テーマに基づき、既存の研究プロジェクト、GPWのガイダンス、および国家レベルのニーズに照らし合わせて、具体的な研究課題が決定されています。2020年以降も、研究テーマは既存の研究をベースとして構築され、グローバルな研究ギャップに関するシステムティック・レビューからの情報を得ながら、外部専門家の提言と主要パートナーおよびステークホルダーによる協議によって検討されます。

6.1. サービス提供モデル、持続可能な資金調達、イノベーション

サービス提供モデルは保健制度の要です。年齢構成が若い国では、死亡率の低下や疾病の減少に焦点が当てられ、したがって、母子の死亡率低下などを指標に成否が判断されます。高齢化社会では、主に多疾患を管理することにより、機能的能力を維持し生活の質を改善する方向に保健制度が移行しています。人を中心とした保健医療への移行に成功した国はまだ少なく、引き続き病院での保健医療に基づく急性期医療モデルに依存している国が多くなっています。¹⁰したがって、どのような保健制度で、慢性疾患および身体面や精神面、社会面にまたがる複雑な多疾患を有する患者を管理できるのかを明らかにする研究が必要とされています。

持続可能な資金調達は、サービスの提供と密接に関わっています。人口高齢化に伴い、政策立案者は、増大する医療費を負担することができなくなる日が訪れるのではないかと懸念しています。同時に、高齢化と過疎化は、税金に依存する医療財源調達制度に影響を与える恐れがあり、保健医療・社会サービスを賄う上で充分かつ安定的な財源を確保できるのか不安も生じています。医療費にかかる支出と収入の変化に影響する政策を調査するために、さらなる研究が必要です。

医療財源の制約により、政策立案者は医療資源の有効活用、無駄の削減や非効率性の改善を迫られています。保健制度を介して、どのように患者を管理し資金を割り当てるのかという政策決定が、全体的な支出を左右します。そのため、医療費の総支出の決定には、効率に関わる選択が重要です。さらに、持続可能性の推進、財源の最適な活用、保健医療に関する選択肢の拡充のため、政府が民間部門に頼る場面が増えています。とはいえ、医療への民間資金の活用に伴う市場の失敗や公平性への懸念に対処しつつ、民間財源を利用する際はバランスをとる必要があります。このため、UHCの実現を支援するための民間部門の役割について多くの国で議論が行われています。

イノベーションはWKCの全ての研究活動に関係するものです。イノベーションとは、政策、制度、技術にかかわらず、新しい手法やアプローチとして広く定義されており、UHCに向けた活動へのアイデアの転換を指しています。イノベーションは特定の問題を解決するために考案されるものであるため、各国の状況に応じて内容は異なります。

公衆衛生に最良の影響を与えるような革新的な解決策につながる研究をWKCは支援します。その内容は多岐にわたり、例えば、平均寿命が低い国では、医療費の支出の低さ、脆弱なインフラ、資格のある医療従事者の少なさなど、保健制度に課題がある傾向があります。このような状況で優先されるイノベーションは、実用的でコストのかからないイノベーションを介して、基本的な保健サービスへのアクセスを拡大することです。平均寿命が中程度の国では、UHCの達成度も同様に中程度であることが一般的です。したがって、この場合優先されるイノベーションは、サービスの質と効率性を改善し、公衆衛生の介入を強化するとともに、国民が医療費に起因する貧困に陥らないように対策を取ることです。さらに先進的な国々の特徴としては、平均寿命が長く、保健制度が良好に機能していることが挙げられます。しかし、このような国では、コストを抑制しつつサービスの質と効率を向上させ、患者と制度利用者を支える努力をし続ける必要があります。

¹⁰ WHO defines integrated people-d health services as an approach that places people and communities at the centre of health systems, and empowers people to take charge of their own health rather than being passive recipients of services. (See <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-d-care/ipchs-what/en/>)

図6. 主要研究分野：サービス提供、持続可能な資金調達、イノベーション（添付資料1）

- 柔軟性に富み、高齢化社会に継続的かつ革新的な形で適応し、多疾患にも対応しうるサービス提供モデルを促進するために、保健医療に関わる民間部門の役割の解明も含めた、各国・地域の教訓から得られた知見の要素の評価と判断を行う
- 保健制度が疾病負荷の変化および平均寿命の伸びに対応できるように、プライマリーケアの質の向上につながる国家レベルの政策および制度のイノベーションに関するエビデンスを提供する
- 高齢者が自身の治療や保健医療を自分で選択するための後押しをするイノベーションや、各国での適用や拡大、成功に必要な背景状況に対する影響を明らかにする
- 高齢化社会が財源確保や医療費に与える影響を検討し、各国がどのように継続的に適応し、政策を採用したかを明らかにする

UHCの普及に向けたイノベーションには多くの研究ニーズがあります。WKCが焦点をあてている研究には、公衆衛生上の影響が最も大きい革新的な解決策となる分野の特定、アクセスの不平等性に関する調査、システムティック・レビューとホライズン・スキニングを介する新しいアイデアの明確化、影響評価のための厳正な研究、費用対効果が高く生活の質の向上につながる既存介入拡大を促進するオペレーションズ・リサーチ、イノベーションの他地域での普及に役立つ背景状況を理解するための研究などがあります。図6に、WKCの主要研究分野の概要を示します。

6.2. 指標と測定

「指標と測定」という研究テーマでは、高齢化社会の観点からのUHCのモニタリングに焦点を当てます。重要な課題は、急速な人口変化と高齢化に直面する国が抱える課題をよりよく検討するために、国際的なUHCモニタリングの取り組みをどのように改善および強化できるかということです。例えば、高齢者によくみられる症状（変形関節症、認知症、フレイル、尿失禁、転倒、せん妄、白内障、圧迫性潰瘍、2つ以上の慢性疾患を合併する多病）を踏まえ、各国がUHC指標を開発し、データを収集し、進捗状況を追跡することが実現可能かどうか判断することが重要です。

UHCにおける公平性の原則の重要性を考慮すると、高齢者の年齢層別分析など、健康な高齢化における不平等性を測定するのに必要なデータ要件やデータシステムへの投資を明らかにすることも重要となります。また、病院の収容能力などの既存のUHCモニタリング指標の一部は、高齢化社会におけるニーズの変化に対する保健システムの対応を十分に反映していない可能性があります。そこで、このテーマに関する取り組みでは、サービスカバレッジ、未充足のニーズ、財政的保護に関する指標を作成するために国ごとに収集されているデータの内容の把握も行ないます。

同様に、各国では、高齢者が受けているケアの質とその内容を正確に測定するための指標、すなわち、医療システムを利用した回数、専門家へのアクセスしやすさ、患者と医療従事者との良好な関

係、医療施設の利用可能性、過剰使用や医原性の被害などの指標を詳細に検討しています。¹¹図7に、指標と測定に関するWKCの主要研究分野の概要を示します。

図7. 主要研究分野：指標と測定（添付資料2）

- 高齢者を対象に「必須保健サービス」「経済的保護」「ケアの質」「カバレッジの公平性」の測定に関する現在の研究状況を分析する
- 高齢者の健康権の保証という視点から、UHCの監視・測定に関する現在の各国の事例を文書化する [AAAQ（利用可能性、アクセス可能性、容認性、質）の枠組みを考慮に入れて]
- 高齢化を踏まえてUHCを前進させるための研究とナレッジ・トランスレーションのための効果的なアプローチを文書化する
- 指標および測定ツールの開発を支援して、各国における高齢化を踏まえたUHCのモニタリング向上を実現する

6.3. 災害・健康危機管理（H-EDRM）

過去数十年のうちで、災害などの危険事象の頻度と深刻性が増しています。気候変動と、計画性のない都市化などを含む人口動態の変化は、災害による影響を増悪させました。これに対して、科学的根拠に基づいた政策開発と、危険性と脆弱性を低減するような実践によって保健システムを強化すること、自然および技術災害に関連するさまざまなタイプの感染症の流行と災害の増大するリスクに対処する能力を構築することが引き続き重要となります。災害リスク低減のための重要事項としての保健の強化は、兵庫行動枠組2005-2015に続いた第3回国連防災世界会議（WCDRR）¹²の成果文書である、2015年の仙台防災枠組2015-2030（SFDRR）を通して強調されています。¹³

WKCは、6,000人以上が死亡し約30万人が避難することとなった、1995年の阪神・淡路大震災の後に設立されました。2006年以降、WKCは、WHO災害・健康危機管理グローバルリサーチネットワーク（仮訳、英文略称TPRN）と、UNISDRによる科学技術パートナーシップに代表される、災害・健康危機管理の発展に向けた科学的エビデンス強化のためのグローバルな活動に中心的な立場で協力してきました。また、大規模災害の予防・対応・復旧に関する幅広い経験を持つ日本の専門家との対話を、WKCは継続的に実施しています。グローバルリサーチネットワークによる研究ギャップ分析と提言、および日本からの教訓と経験に基づいて、WKCは2018年～2026年に焦点を当てる研究テーマ（図8）を選定しました。

¹¹ 内在的能力や機能的な能力など的高齢者の健康アウトカムは重要な研究課題であるが、この分野はすでにWHOの「高齢化とライフコース」部が担当しているため、WKCの研究案から除外されている

¹² 国連国際防災戦略 <https://www.unisdr.org/we/coordinate/hfa>

¹³ 仙台防災枠組 <https://www.unisdr.org/we/coordinate/sendai-framework>

図8 主要研究領域：災害・健康危機管理（添付資料3）

- 標準化を実現し、倫理的問題に取り組むため、研究が不足している領域（研究ギャップ）や研究の構築に必要な情報に対応する
- 健康に関するデータの収集と管理に関する最適なフォーマットと重要な内容を提供する研究を実施し、研究の標準化および防災、準備、対応、復旧に関する健康の影響の比較解析を目指す
- 適応力のある保健制度を介した被災者の保健ニーズへの総合的なアプローチに焦点を当て、効果的な災害対応を可能とするエビデンスに基づく政策開発を支援する研究を実施する
- 高齢者など脆弱な集団の特定の保健ニーズを調査する

健康データの収集および管理方法の標準化は、研究活動を政策オプションに活かすための重要な前提条件となります。緊急事態が発生する前・発生している間・発生した後は、さまざまなステークホルダーが、健康データの収集と報告のためにさまざまな形式のフォーマットを使用しています。フォーマットの一貫性とそれらの比較可能性がなければ、災害対策、対応と復旧、そして健康影響の測定のためのエビデンスに基づく政策開発につなげることができません。WKCは、2017年にWHO Emergency Medical Team (EMT) と協力して、災害後の医療データ収集方法の標準化活動に携わり、将来の被災者の医療データのシステムティックな収集方法づくりに貢献しました。仙台防災枠組2015-2030では、死亡率、被災者数、医療施設の損傷、医療サービスの中断など、重要となるいくつかのターゲットを設定しています。これらは、健康アウトカムを測定するため、ならびに災害によるリスクと健康に対する影響を低減するための措置を評価する上で重要となります¹⁴。これらの目標とその関連指標は、SDGs、GPW13、WHOの100の世界保健指標にも含まれています。WKCは、健康データの体系的管理を促進するための研究活動を実施し、プロセスと方法論の標準化を通じて研究活動との連携を強化して、エビデンスに基づく政策開発・実践・モニタリング・レポートイングのためのデータ分析をしていきます。

災害のあらゆる段階における研究の実施は、災害・健康危機管理の研究における課題となっていました。災害・健康危機管理領域の文献の90%以上は、災害の急性期に焦点を当てています。それと対照的に、予防と準備措置の有効性、被災者に及ぼす長期的影響、急性期対応と復興期の活動の調整、災害後の保健システムと新たな保健サービス課題への適応力への影響、長期的により良い結果をもたらす効果的な事後介入などの課題に焦点を置いた研究プロジェクトはほとんどありません。

災害・健康危機管理の活動を向上させるために必要となるのは、防災対策、対応と復旧などの災害の全段階における活動に関するより科学的なエビデンスと、身体的・精神的・心理的な健康と福祉を取り巻く包括的ニーズアプローチです。2017年にWKCは、多分野にわたる専門家ワーキンググループと協力して、長期的なメンタルヘルスマネジメントにおける日本の知識と経験に関するレビューを実施しました。そのフォローアップとして、WKCは、被災者の健康ニーズへの総合的なアプローチ、保健システムの回復力、緊急事態や災害後の強力な保健システムとUHCへの対応に焦点を当てて、災害の全段階においての効果的で調和のとれた活動のためのエビデンスに基づく政策開発とその実践を強化するため、さらに研究を行っていきます。

¹⁴ Lo S, et al (2017).健康危機と災害リスク軽減(Health-EDRM):仙台防災枠組の開発と研究災害リスク化学の国際ジャーナル

特別な保健ニーズを持つ人々に対する災害リスク管理も、主要な研究ギャップであるといえます。人口動態の変化と都市化に伴い、貧困層・高齢者・障がいのある人々など、さまざまな種類の脆弱性・能力・ネットワークを持つ人々が増加しており、これらの人々は災害発生の前・最中・後にそれぞれ特別なニーズを持っています。しかしながら、こういった特定のグループおよびその集団が持つリスクの低減を目的とした健康災害リスク評価は不足しています。WKCは、特定の脆弱性のあるグループの増加に対応して、特に高齢者を対象とした包括的な評価、脆弱性緩和などのリスク管理に、能力開発に関する研究の実施を計画しています。

WKCは、災害・健康危機管理の研究方法や倫理に関する手引きの作成にも、第一線の研究者達と共同して取り組んでいます。WKCは、2019年からTPRNの事務局を務め、年次総会を主催し、進捗についてウェブサイトを通じて情報を発信しています。

7. 日本の事例の活用

WKCは神戸に位置しており、国際的なプレゼンスを維持するために支援されている組織です。このWKCのロケーションは、戦略的な考えのもとで選ばれました。過去30年間で、日本の平均寿命は世界最高水準の83.7歳、健康寿命は74.9歳で世界一となっています。¹⁵高額医療費支出の発生率は0.5～1.4%です。¹⁶日本はこれまで、優良な健康アウトカムを達成し、高齢者が活発で健康的な生活を送る環境づくりをしてきました。一例として、1950年～1970年における感染性疾患のコントロールと非感染性疾患の一次予防に対する早期投資などにみられる保健システムの介入は、重要な要因であったといえます。¹⁷日本は、公平な医療サービスへのアクセスを実現するコミットメントにもとづき、1961年に包括的な国民皆保険制度を、そして後に介護保険制度を設立しました。教育などの保健セクター以外の要因も、その重要な要素となりました。日本がこれらの成果をどのように達成したか、そして日本が直面した課題を理解することによって、他の国々はこの経験から学び、UHC実現に向けて前進することができます。これは、多くの国々（特にアジア太平洋地域）で急速な高齢化が進行していることと、予測される人口増加に対応するため各国が保健システムに投資するまでに、多くの時間が残されていないことを考慮すれば、特に重要であるといえます。¹⁸

中・高所得国の多くは、医療費の高騰を抑えながら、そのアクセス性の改善だけでなく経済的保護にも取り組んでいます。日本は2005年～2014年にわたり医療支出をGDPの9～11%に維持しながら、良好な健康アウトカムと広範なサービスアクセスを達成してきました。¹⁹コスト管理の重要な側面の一つは、保健医療サービスの価格を厳正に管理することです。²⁰日本を含むすべての国がこれらの課題に取り組む努力を続けるなか、日本の事例からは、2030年までに手頃な費用で良いアウトカムを達成することを目指す国で活かすことができる重要な教訓を得ることができます。

¹⁵ 国連 (2015). 仙台防災枠組2015-2030. 国連.

¹⁶ 世界保健機関 Global Health Observatory Data Repository, (Accessed May 7, 2018 <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688>)

¹⁷ Ikeda N, Saito E, Kondo N et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet*; Vol 378, No. 9796, 1094-1105, 2011年9月17日

¹⁸ Barber S, Rosenberg M. Aging and Universal Health Coverage: Implications for the Asia Pacific Region. *Health Systems & Reform*, Volume 3, 2017 - Issue 3, pp 154-8.

¹⁹ WHOに日本政府が報告した数値。WHO National health accounts database http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en

²⁰ 池上直己、包括的かつ持続可能な開発のための普遍的な健康保険: 日本からの教訓、2016年 世界銀行

8. 低・中所得国における普及可能性の最大化

WKCの研究活動にとって重要な課題は、それが政策と実務において広く活用されるように、その研究が他国に普及可能であるという「外的妥当性」を保証することにあります。WHOの総合事業計画と、それが基本的なサービスを提供する人々に到達することに重点を置いていることを考慮すると、研究成果が低・中所得者層にも適用可能であり、特定の地域に限定されないことを保証することが重要となります。したがって、保健システムのイノベーションや介入が、そういった条件（すなわち、低所得国、日常のおよび緊急時の状況、脆弱な状況にある国）においても効果的に機能するかどうかに加えて、他の国や環境、人口においても効果があるかどうか重要です。これは保健政策やシステム研究の多くは特定の文脈に依存するものであるため、特に困難な課題となります。他の状況における拡張性と再現性の成功要因を分析するためには、特別な注意が必要です。WKCは、外的妥当性を高め、低・中所得国において研究知見を活用していくための具体的な戦略を実施していきます。

さまざまな状況で異なる種類の研究が実施され、類似の結論が得られた場合は、普及可能性があるといえます。したがって、研究ギャップを明らかにして、まとまった知見の形成を促進することが重要です。重要な研究領域に知見のギャップが存在する場合、WKCは、システマティック・レビュー、メタ解析などの手段を通じて、そのようなギャップを特定するための研究投資を奨励していきます。

WKCは研究品質保証計画を策定し、いかなる研究も特定の政策またはシステムの問題に関するエビデンスづくりに貢献できるよう、健全な研究デザインを保証しています。おおまかに言えば、研究提案は、研究デザインの段階で評価を行い、さらに体系的に外部妥当性の課題を特定します。普及可能性と他国における再現性のために、内的妥当性と外的妥当性の間的確なバランスをとる必要があります²¹。

研究デザインは研究課題の内容に応じて変化する可能性があります。外的妥当性を強化する方法として、研究の実施場所の選択および参加者の割り当てにおけるランダム化を重視することがあります。参加を辞退した人々を体系的に分析することも、研究対象の集団を理解する上では重要です。可能であれば、多施設共同研究および層化抽出法を用いることにより、研究知見の普及可能性をより高めることができます。

保健システムへの介入にあたり、研究者は、異なる状況における再現がどの程度まで成功したか²²、および実施レベルが研究結果を評価するのに十分といえるポイントをどう決定したかについて提示すべきであるといえます。保健システムの研究では、システムの一部の変化が別の分野に重大な影響を及ぼす可能性があり、個人に対する影響（プログラムの利用停止、選択）だけでなく、保健システムの他の側面（コストと持続可能性）に対する影響も分析することが重要です。

優れた研究理論と実践に加えて、保健システムの研究プロジェクトは、研究デザインの一部として、研究理論・仮説・因果関係・前提条件を明確に示す必要があります。これにより、コンテキストがどの程度特有であるのか、どの程度まで適用できるかどうか、どのような条件の下でその介入

²¹ Ferguson L., External Validity, Generalizability, and Knowledge Utilization, *Journal of Nursing Scholarship* 36 (1): pp 16-22: 2004.

²² Steckler A, McLeroy KR. The importance of external validity. *American Journal of Public Health* 2008; 98 (1), 9-10.

活動を再現できるかといったポイントを評価することが可能になります。評価専門家は、研究知見を活用する対象集団を母集団がどの程度代表しているのか、研究者が体系的に評価することを提案しています。このようにして、その集団が持つ類似する特徴とそうでない特徴を明らかにすることで、研究者は普及可能性に影響しない特徴を除外することができます。²³

政策立案者や研究者に向けて透明かつ明確な方法で研究知見を提示すれば、人々が所見を解釈し、その制約を理解し、そのような所見が他の状況にどの程度適用できるかを評価することができます。研究者は、コスト・副作用・品質など、政策立案に大きく関連するアウトカムを特定するために、実施者や意思決定者などのさまざまなパートナーと協力するようになってきています。²⁴外的妥当性が体系的に評価されていなければ、そのような研究知見を普及することができないということを前提として、研究結果の解釈は、研究デザインに基づいて慎重に行うべきであるといえます。

普及可能性に関しては、人間が異なる状況でどの程度共通の行動をとるかに焦点を当てることによって、結果に影響する要因を特定する研究をすることが可能です。²⁵その一例は価格弾力性で、一般的に人は価格が上昇すると製品の消費を減らす傾向にあります。しかしながら、低所得者ほど価格に敏感であるため、消費をどの程度切り詰めるかは所得によって異なるといえます。この例では、相違の度合いは環境によって変わります。このアプローチでは、研究が大きく2つの部分に分けられます。1つ目は、広く一般化することが可能な行動に関する課題です（すなわち価格反応性）。2つ目は、各国固有のデータとナレッジ（すなわち、価格弾力性や価格反応性のレベル）によって対応すべき問題です。この例で言えば、所得水準の低い低・中所得国では価格変化に対して相対的に強い反応が示されると予想することができます。

9. 成果の測定

研究計画を実施するにあたっての成果の測定は、研究者とそのパートナーによって生み出される成果物、研究知見の政策と実践への転換、能力開発などを対象とします。これらのアウトカムの設定は「セオリーオブチェンジ」に基づいています（図1）。

査読付き学術誌や書籍、WKCの政策概要、その他の出版資料などの成果物は、成果の重要な指標になります。これ以外にも、研究の直接の成果には、研究プロトコルや調査手法があります。

WKCはその任務の一部として、エビデンスの政策と実務への転換を行っており、システマティック・レビューなどの特定のテーマを持った研究発表を通して実施されます。エンドユーザーの研究知見に対するアクセシビリティを保証するためには、エビデンスの統合が必要です。また、研究活動がWHOの規範的ガイドライン、地域の枠組み、国家政策の開発に貢献したかどうかについて、評価を実施します。

WKCのウェブサイトとコミュニケーション機能は、地方政府、各国政府、国際社会に対するエビデンス普及を支援するものです。こういったコミュニケーションについては、プレスリリース、ポスター

²³ Shadish WR, Cook TD, Campbell DR. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Houghton Mifflin Company, 2002.

²⁴ Tunis SR, Stryer DB, Clancey CM. Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. *JAMA* 2003;290:1624–1632

²⁵ Bates and Glennester 2017. *The Generalizability Puzzle*. *Stanford Social Innovation Review* 2017.

掲示、パンフレット、ウェブサイト更新、およびウェブサイト資料のアクセス数などを通して成果が測定されます。

情報とエビデンスだけでは、洗練された政策、プログラム、システムづくりにつながることはありません。これは、新たに浮上した課題や、複数のセクターが関与する課題であれば、より難しいといえます。WKCは、知識の普及とコミュニケーション戦略によって支えられたナレッジハブとして、研究知見を実用的な「ノウハウ」へ転換して普及させることを目標としています。

情報発信活動には、複数のターゲット層と戦略が設定されています。WKCは、査読付き学術誌やWHOの出版物を通じて、引き続き学術界に対して研究の成果を公表していきます。また、適切なメディアを通じて、ターゲットに合わせたコミュニケーションプロダクトを用いて多くの人々に情報を発信していきます。さらに、政策、実践、および今後の研究活動に有効な「優良事例」を特定、評価し、促進していきます。WKCは、主要パートナーとのネットワークやイベントを活用しながら、グローバルおよびローカルに研究成果を発信します。

10. 主要パートナーとイベント

WKCは、これまでに築いてきた協力関係を拡大するとともに、高齢化を踏まえたUHCに関するアライアンスおよび実践コミュニティを新しく構築し、大学・WHO協力センター・研究機関・非政府組織および専門家などとの協力関係を発展させながら、研究活動を推進させていく必要があります。この活動は、他のネットワーク・プラットフォーム・WHO関連組織（本部事務局、地域事務局、国事務所）との緊密な連携を通して実施されます。WHOの加盟国および地域事務局との協力体制により、研究トピックが地域のニーズに関連した適切なものであることが保証されることになります。これに加えて、WKC諮問委員会（ACWKC）、WKC Scientific Working Group（SWG）などの外部専門家にも意見を求めていきます。

WKCの成功の鍵は、共同研究の促進と活用、そして既存ネットワークの強化です。WKCは、専門家の知識を集めて、研究課題を具体化させ、重要なギャップを明らかにしていきます。WKCは、公衆衛生に関係するさまざまなステークホルダーと共に、体系的な研究活動を促進する担い手として活動します。地域および国際的なイベントの開催は、WKCの認知度を高めるだけでなく、重要な健康課題について情報発信する機会になります。WKCは、さまざまなカテゴリーのイベントに関与して、さまざまなターゲット・オーディエンスに最適なメッセージを発信していきます。例えば、G20や各国保健大臣が集まる会議、世界保健総会、WHO地域委員会などの非常に重要なイベントを、研究成果を国の政策立案者に対して報告する機会として利用していきます。日本でも主要なイベントが、WKCの地元である関西地方を含め、各地で開催されており、そのようなイベントは、健康促進とエビデンスに基づく政策の推進を目的として、一般市民や地方政府に情報発信をする機会として活用することができます。

添付資料1. 研究分野とその活動要約：サービス提供、持続可能な資金調達、イノベーション

主要研究分野

- 柔軟性に富み、高齢化社会に継続的かつ革新的な形で適応し、多疾患にも対応しうるサービス提供モデルを促進するために、保健医療に関わる民間部門の役割の解明も含めた、各国・地域の事例から得られた知見の要素の評価と判断を行う
- 保健制度が疾病負荷の変化および平均寿命の伸びに対応できるように、プライマリーケアの質の向上につながる国家レベルの政策および制度のイノベーションに関するエビデンスを提供する
- 高齢者が自身の治療や保健医療を自分で選択するための後押しをするイノベーションや各国での適用や拡大、成功に必要な背景状況に対する影響を明らかにする
- 高齢化社会が財源確保や医療費に与える影響を検討し、各国がどのように継続的に適応し、政策を採用したかを明らかにする

現在取り組んでいる活動

- 急速に高齢化する日本でのUHC実現加速に向けた保健医療提供状況の改善、また、他国利用に向けた示唆を目的とする、「ビッグデータ」を利用した産業医科大学との共同研究
- 日本の高齢者による福祉機器の利用経験の調査および他国利用に向けた示唆を目的とする和歌山県立医科大学との共同研究
- 迅速なスコーピング・レビューとシステムティック・レビューにより、終末期の高齢者の生活の質を最大化するサービス提供モデルを検討する英国ロンドン・キングス・カレッジとの共同研究
- 保健制度が人口構成の高齢化にどのように対応するかに関する、ASEAN9カ国の大学からの研究提案の評価
- 高齢化が医療財源と医療支出に及ぼす影響に関する情報の提供を目的とする、WHO EURO Health Policy and Systems Observatory との共同によるデータ照合
- UHC推進の政策手段として価格規制がどのように制度化されてきたかに関する、経済開発協力機構（OECD）および欧州・西太平洋地域の大学との共同による9つの事例研究
- 持続可能性を目指した、健康な高齢化を支える地域レベルの社会的イノベーションとその教訓の国際評価を目的とするRAND Europeおよび日本の学術機関との共同
- 認知症患者の管理に対応する保健制度に関する神戸大学および神戸市との共同研究
- UHCの実現に向けた非感染性疾患（NCD）の予防・管理の推進に関する優良事例をまとめた日本の研究のシステムティック・レビュー
- WHO西太平洋地域事務局と協力することによる、UHC実現加速のための国家レベルのイノベーションの文書化および評価

2018年～2019年に期待される研究成果

1. 日本の事例および他国への示唆に関する研究論文：認知症患者の管理、保健制度とNCDの予防・管理、高齢者の生活の質の向上を目的とする福祉機器の使用、急速な高齢化社会におけるUHC実現に向けた保健医療提供状況の改善、高齢者における福祉機器利用の実態
2. 終末期の高齢者の生活の質を最大化するサービス提供モデルに関する国際的かつ迅速なスコーピング・レビュー
3. 高齢化社会に対応する制度のASEAN9カ国の大学からの研究報告
4. 人口高齢化が医療財源創出および医療支出に与える影響に関する政策概要2件
5. 価格決定メカニズムに関する9カ国の事例研究（マレーシア、韓国、タイ、オーストラリア、イギリス、フランス、ドイツ、日本、米国メリーランド州）
6. UHC推進の政策手段としての価格決定に関するWHO/OECD共同論文
7. 健康な高齢化を支える地域レベルの社会的イノベーションの国際評価に関するWHOの報告書
8. UHC実現加速のための国家レベルのイノベーションの評価、文書化、情報発信のためのナレッジハブ

添付資料2. 研究分野とその活動要約：指標と測定

主要研究分野

- 高齢者を対象に「必須保健サービス」「経済的保護」「ケアの質」「カバレッジの公平性」の測定に関する現在の研究状況を分析する
- 高齢者の健康に対する権利を確保する視点から、UHCのモニタリング・測定に関する現在の各国の事例を文書化する [AAAQ (利用可能性、アクセス可能性、容認性、質) の枠組みを考慮に入れて]
- 高齢化をふまえてUHCを前進させるための研究とナレッジ活用のための効果的なアプローチを文書化する
- 指標および測定ツールの開発を支援して、各国における高齢化を見据えたUHCのモニタリング向上を実現する

現在取り組んでいる活動

- 環太平洋大学協会およびその他の学術機関と協力して、高齢化時代のUHCのモニタリングと測定に関する新しい研究プログラムを実施する (2018年～2020年)
- 兵庫県立大学と連携して、介護分野における外国人技能実習のためのICF (国際生活機能分類) を基盤とした評価ツールの開発に関する研究を実施する (2017年～2018年)
- 国立長寿医療研究センターと共同で、健康な高齢化に関するナレッジ・トランスレーションを通じたUHC推進に関する日本老年学的評価研究 (JAGES) からの知見を文書化する

2018年～2019年に期待される研究成果

1. ワーキングペーパー：人口高齢化時代のUHCのモニタリングと測定
2. ナレッジハブ：人口高齢化時代のUHCのモニタリングと測定
3. WHO書籍：健康な高齢化に関するナレッジ・トランスレーションを通じたUHC推進：日本老年学的評価研究 (JAGES) からの知見
4. 論文：介護分野における外国人技能実習のためのICF (国際生活機能分類) を基盤とした評価ツールの開発

添付資料3. 研究分野とその活動要約：災害・健康危機管理

主要研究分野

- 標準化を実現し、倫理的問題に取り組むため、研究ギャップや研究の構築に必要な情報に対応する
- 健康に関するデータの収集と管理に関する最適なフォーマットと重要な内容を提供する研究を実施し、研究の標準化および防災、準備、対応、復旧に関する健康の影響の比較解析を目指す
- 適応力のある保健制度を介した被災者の保健ニーズへの総合的なアプローチに焦点を当て、効果的な災害対応を可能とするエビデンスに基づく政策開発を支援する研究を実施する
- 高齢者など脆弱な集団の特定の保健ニーズを調査する

現在取り組んでいる活動

- 国立精神・神経医療研究センターおよび兵庫県こころのケアセンターとの、自然災害の長期的な心理的影響に関する共同研究（2016年～2018年）
- 兵庫県立大学および熊本大学との、被災者の健康を維持および回復するための特別ケア戦略の開発に関する共同研究（2018年～2019年）
- 災害後の健康データ管理（仙台防災枠組、SDGs、GPW13のためのデータ収集・登録・活用・管理・報告）のための標準的手法の開発（2018年～2020年）
- WHO 災害・健康危機管理グローバルリサーチネットワークと協力した、災害リスク管理（予防・準備・対応・復旧）の各段階における科学的エビデンスのレビュー
- 災害・健康危機管理における科学的エビデンス向上のための国際会議（WKC フォーラム、アジア太平洋災害医学会（APCDM）2018 と共同開催）

2018年～2019年の研究プログラム案

1. 研究論文：日本の自然災害の被災者に対する長期的な精神的影響及び災害後の被災者の健康を維持、回復するための具体的なケア戦略の開発
2. 研究論文：災害後健康データ管理（収集、登録、使用）の方法論の標準化に関する提言
3. 研究論文：災害管理サイクルの各段階での災害・健康危機管理に関する科学的エビデンス
4. 報告書：2018年のWKCフォーラムの結果を受け、研究ギャップと災害・健康危機管理のために必要となる地域間の研究協力

研究の品質保証計画

WHO 健康開発総合研究センター（WHO 神戸センター・WKC）

2018 年 5 月 25 日

謝辞

WHO 健康開発総合研究センター（WHO 神戸センター・WKC）は、2017年11月の諮問委員会の提言を受けて本文書を作成しました。アイリーン・アジェポン教授、サリー・デビス博士、遠藤弘良教授、橋本英樹教授、イチロー・カワチ教授、ノラ・キーティング教授、フロレンシア・ルナ教授、レノア・マンダーソン教授、K・スリナス・レディ教授、ビロージ・タンチャロエンサティエン博士をはじめとする、WHO 神戸センター諮問委員会（ACWKC）および Scientific Working Group（SWG）のメンバーから寄せられた建設的なご意見とご提案に心より感謝申し上げます。ニマ・アスガリ・ジルハンディ博士、ジェームズ・フィッツジェラルド博士、ララー・ゴログリー博士、メティン・グルメゾル博士、ビビアン・リン博士をはじめとする WHO の専門家諸氏のご意見にも感謝します。本文書の草案作成と見直しを行った WKC スタッフの貢献にも謝意を表します。誤字脱字の責任は全て WKC にあります。

目次

1.0. 背景	5
1.1. WHO 総合事業計画.....	5
1.2. WHO 神戸センター.....	5
1.3. 指針となる文書.....	5
1.4. 研究の定義.....	6
1.5. 品質保証制度.....	7
1.6. 品質保証の文化.....	7
2.0. 指針	8
2.1. 関連性とインパクト.....	8
2.2. 卓越性.....	8
2.3. 誠実性.....	8
2.4. 利益相反の禁止.....	8
2.5. 倫理的指針および他の法的合意の遵守.....	9
2.6. 知的財産.....	9
2.7. 研究能力の育成.....	9
3.0. 研究プログラムの策定	10
3.1. 研究テーマの特定.....	10
3.2. テーマに応じた研究手法と成果物.....	10
3.3. 提案の募集.....	11
4.0. 内部審査	11
4.1. 関心の表明.....	11
4.2. 提案.....	11
5.0. 外部評価	12
5.1. 外部専門家による専門家評価.....	12
5.2. 外部評価プロセス.....	12
6.0. 倫理審査委員会への提出	13
6.1. 参加者を含む研究の定義.....	13
6.2. 提出プロセス.....	13
6.3. 評価の種類.....	13
7.0. 研究成果物の監視と評価	14
7.1. 品質要件を規定した契約.....	14
7.2. 進捗監視.....	14

7.3. 最終成果物の評価.....	14
7.4. 情報発信.....	15
8.0. 成果の測定.....	15
8.1. 研究成果物.....	15
8.2. 証拠の実務への適用.....	15
8.3. 能力構築.....	15

添付資料（運用の詳細）

研究の品質保証計画

1.0. 背景

1.1. WHO 総合事業計画

研究は、第 12 次総合事業計画に記載された WHO の中核機能のうち重要な要素を形成します。これには、*研究課題の形成および価値ある知識の生成・転換や発信の推進、証拠に基づく倫理的な政策オプションの策定、衛生状態の監視および保健医療動向の調査*などの WHO の機能が含まれます。第 13 次総合事業計画案では、証拠に基づく政策の擁護、規範的な指針、イノベーションの策定と拡大を通じた WHO の事業に不可欠な要素として、研究とイノベーションを強調しています²。すべての人の極力高い健康水準の達成を支援するという WHO の基本的使命に研究が欠かせないことが、広く認識されています。

1.2. WHO 神戸センター

WHO 神戸センター(WKC)は、人口動態の変化を受け、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)実現に向けた新たな事実を発見しイノベーションを創出するため、体系的に質の高い研究を実施することを目的としています。この研究のエンドポイントは、人口全体の健康寿命を延ばし、保健医療に関連する経済的困窮を防止するため、UHC の実現に向けて各国の保健システムの開発や整備を支援することです。そのため WKC は、その戦略的な目的に沿って UHC を推進するため、研究パートナーと連携して研究の策定および普及に努めています。

1.3. 指針となる文書

WHO 本部の部局である WKC の活動は、WHO 総合事業計画^{1 2}に従い、WHO の UHC および保健システムクラスターが実施する標準的な事業を補うものです。従って WKC の研究は、*UHC 実現に向けた研究*に関する「2013 年世界保健報告」³を基盤に更なる前進を目指しています。

WKC が行う研究は総じて、*健康の研究に関する WHO 戦略*、*健康の研究における WHO の役割と責任に関する世界保健総会 (WHA) (A63/22、2010 年)*を含む、WHO 本部事務局が定めた指針に従います。*被験者を対象とする健康関連の研究の倫理審査に関する WHO*

¹ 世界保健機関、第 12 次総合事業計画: 単に疾病がないということではない、2014 年 (http://www.who.int/about/resources_planning/twelfth-gpw/en/)

² 世界保健機関、2019～2023 年第 13 次総合事業計画案、EB142/3、2018 年 1 月 5 日 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_3-en.pdf?ua=1)

³ 世界保健機関、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ実現に向けた研究: 2013 年世界保健報告 (<http://www.who.int/whr/2013/report/en/>)

⁴ 世界保健機関、健康の研究に関する WHO 戦略、2012 年 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77935/1/9789241503259_eng.pdf?ua=1)

基準・運営指針⁵、責任ある研究のための行動規範⁶、研究不正行為に関する WHO 方針⁷、職業倫理規範⁸、および WHO 非国家組織の関与に関する枠組み (FENSA)⁹ を含む、事務局が定めた倫理基準にも準拠しています。FENSA は、WHO の誠実性、評判および保健に関する使命を守り維持するため、非国家組織の関与に伴うリストと利点を明らかにするためのプロセスです。非政府組織、民間団体、慈善基金、学術機関を含む非国家組織との WHO のすべての関与に対して、FENSA が適用されます。

1.4. 研究の定義

WHO 研究戦略および WHA 決議 A63/22 では、研究を、保健課題を理解し同課題への対応を改善するための知識の開発と定義しています。この定義は、5 種類の基本的な活動領域——すなわち問題の測定、原因の理解、解決策の策定、解決策または証拠の政策、実務および製品への適用、解決策の有効性の評価——に及ぶ、研究のすべての範囲を対象とします。¹⁰

UHC の推進に向けた WKC の研究では、アクセス・カバレッジ・経済的保護に関する問題の測定、および保健システムの観点から見たこれらの問題の原因とその克服に向けた障害の理解に重点を置きます。この取組では、保健システムをハードウェアとソフトウェアの 2 つの側面から捉えています。前者には医療品へのアクセス、インフラ・サービスの提供、財源調達・ガバナンス、情報システムが含まれ、後者には地域社会、組織、プロセス、保健システムを作り出す価値観などの人的資源が含まれ、両者はいわばレンガとモルタルのような関係にあります。¹¹ 解決策に向けた研究では、保健システムの制約に対処するための政策、制度、技術革新を検討するとともに、解決策に関する証拠を政策と実務に確実に反映させます。実践研究は、イノベーションが実際の現場で機能するか検証する上で重要な手段です。影響評価は欠かせませんが、厳正に行うために先を見越した影響評価を採用する必要があります。WKC が実施するのは非臨床研究であり、優れた研究慣行の諸基準・原則の遵守を目指します。WKC の研究は研究課題に応じて適切な手法を選び、定量研究法、質的研究法、あるいは両者を併用した混合研究法も活用します。研究デザインによっては品質保証基準にいくつか大きな違いが存在し、個々の

⁵ WHO 人を対象とする健康関係の研究の倫理的評価に関する基準・運営指針、2011 年 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44783/1/9789241502948_eng.pdf?ua=1&ua=1)

⁶ 世界保健機関、2017 年責任ある研究のための行動規範 (<http://www.who.int/about/ethics/code-of-conduct-responsible-research.pdf?ua=1>)

⁷ 世界保健機関、2017 年、研究不正行為に関する WHO 方針 (<http://intranet.who.int/public-drives/PubDept/DGO-CRE%20-%20Compliance%2C%20Risk%20Management%20and%20Ethics%20Office/ResponsibleResearch/pmr.pdf>)

⁸ 世界保健機関、2017 年、職業倫理規範 (http://www.who.int/about/ethics/code_of_ethics_full_version.pdf?ua=1)

⁹ 世界保健機関 WHA 69.10、2016 年 5 月 28 日。非国家組織の関与に関する枠組み (http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/A69_R10-FENSA-en.pdf?ua=1)

¹⁰ 世界保健機関、健康の研究に関する WHO 戦略、2012 年

¹¹ Sheikh K., Gilson L., Agyepong I.A., Hanson K., Ssengooba F., Bennett S. (2011) 健康政策とシステム研究の構築 : 質問作成. PLoS Med 8(8): e1001073. Doi:10.1371/journal.pmed.1001073

研究提案や計画に品質保証基準を適用する際は、こうした違いを考慮に入れます（添付資料 1・2 を参照）。

1.5. 品質保証制度

この研究の品質保証計画の目的は、優れた研究慣行の諸原則を定め、これを活用した研究成果物の定期的な管理を通じて、品質保証プロセスを制度化することにあります。研究計画のデザイン、調達手順・競争入札、応募の審査、専門家による外部評価、倫理審査、研究成果物を定めた契約の締結、実施の監視・評価を含む、研究の管理および実施の各段階を通じて、品質保証を制度化することができます。

従って、この研究の品質保証計画は、技術・事務・管理スタッフ、インターン、ボランティア、出向者、客員研究員を含む WKC のすべてのスタッフに適用されます。WKC のスタッフと協力して研究活動に参加する、すべての提携業者と請負業者にも適用されます¹²。加えてこの計画は、研究の資金調達・後援・承認・調整、直接または諮問団体を通じた技術的助言の提供、および直接的な研究の実施を含むすべての研究活動に適用されます。WKC はその行動規範を通じて、契約相手に WHO の規範に沿った諸原則を確実に守らせねばならず、違反があった場合、WKC は WHO の法務部と協議の上、提携契約を解除できます。

1.6. 品質保証の文化

スタッフと研究者の間で品質保証を推進していきます。そのような文化を育てるため、研究の質を高める手段として、スタッフと研究者に独創的な批判的思考と建設的な専門的批判を促します。こうした批判は、個人的な批判と混同されるべきではありません。目的は、単にルールと手続きの遵守を促すのではなく、協力を推進し知的好奇心と卓越性を高めることにあります。このような環境が、高い科学的・倫理的基準およびプロ意識の遵守や、開かれた意見交換を促進します。

この目標を達成するため、例えば、必要に応じて主任研究者 (PI) も参加する形で、WKC で定期的に専門的なプレゼンとフォーラムを実施し、研究アイデア、計画、進捗、成果物に関し、内部で意見交換会を行ないます。他方で、役割・責任の適切な配分、業績管理、スタッフの育成・研修を通じて、スタッフが WKC の研究活動を監督し品質保証を行う能力の確保に努めます。

¹² 非スタッフメンバーとして WHO で働く個人（コンサルタント、業務委託契約 (APW) の名義人、技術サービス契約 (TSA) の名義人、特別サービス契約 (SSA) または合意書の名義人、臨時顧問を含む）、および WHO と契約関係がある外部ベンダー、請負業者または技術パートナー。

2.0. 指針

2.1. 妥当性とインパクト

WKC スタッフおよび契約先の研究者が実施する研究は、公衆衛生に大きなインパクトを及ぼしグローバルな保健目標の達成を促す可能性をもつ政策関連課題に、明確に対処するものでなくてはなりません。研究活動は、WKC の事業の指針となる文書（1.3 参照）に定めた優先課題に該当する必要があります。インパクトは、研究とイノベーションの優先順位を決定し、研究支出を通じ最大限の価値を達成する上で、WHO 本部事務局全体の指針のひとつです。インパクトを実現するため、WKC は各研究プログラムの一環として情報発信・コミュニケーション活動も重視しています。

2.2. 卓越性

監視と評価の対象となる査読を受けた質の高い研究を実施する上で、卓越性も WHO 本部事務局の指針のひとつです。研究者とスタッフは、技術的に卓越した質をもち、研究環境の内外を問わず最大限のインパクトと普遍性を有する研究の実施に努めねばなりません。研究デザインに適したチェックリストを使って、技術的な質を高め一貫して高い質を確保します（添付資料 1・2 を参照）。

2.3. 誠実性

WKC が支援する研究は、提案の応募、データ解析、報告作成を含む研究プロセスのすべての段階で、誠実性と実直性の高い基準を満たさねばなりません。加えて研究では、自身の貢献を適切に認めるとともに第三者の貢献に謝辞を表し、許可または承認を得ずに第三者の研究を使用してはならず、第三者の知的財産を侵害してはなりません。すべての研究成果物は、監視と検証が可能でなければなりません。

2.4. 利益相反の禁止

WKCのスタッフは、WHOの全スタッフと同様、独立性を保ち、外部の影響を受けずWHOの利益のためにのみ行動するよう求められます。WHOの責任ある研究の行動規範に記載されているように、

WHOのスタッフは、WHOの利益のみを考慮し、事務局長の権限のみに基づき行動するよう求められる。職業的および倫理的な行動として、スタッフはWHOの国際的な性格を尊重し、独立性を保ち、いかなる政府、外部団体またはWHO以外の人物にも指示を仰がず、彼らの指示を受けないことを求められる。WHOのスタッフは、個人的見解、確信、過去の経験または将来的な願望によって、客観的な科学的プロセス、自身の職務の履行またはWHOの利益が損なわれないよう保証しなければならない。先入観、偏見、利益相反または不当な影響を、専門職としての行動より優先させてはならない。スタッフはその行動に可能な限りの思慮深さを発揮し、WHOの利益に反する、

またはWHOの評判を損なう可能性がある活動に参加してはならず、職務を通じて入手するか知らされた情報の機密性を尊重し守らねばならない。¹³

研究の実施および評価に関わる者は、WHOでの業務に抵触するおそれがある利益または状況を明らかにするため、利益相反がある場合は申告しなければならず、想定される利益相反を解消するか、または担当を外れるため措置を講じなければなりません。WKCのスタッフは、利益相反、偽りの記述、倫理手続き違反、または他の不正を含め、研究実施中に生じたすべての不正行為を監視し報告する義務を負います。不正行為は「ねつ造、改竄、剽窃、偽りの記述、または『責任ある研究の行動規範』の諸原則から逸脱する他の慣行などの意図的な、故意のまたは不注意による不正行為」と定義されます。¹⁴

2.5. 倫理的指針および他の法的合意の遵守

研究者とスタッフは、WHO研究倫理審査委員会および当該研究が実施される国における適切な倫理審査委員会による倫理的承認の取得を含め、倫理的指針に従う必要があります。データの適切な取り扱いと機密性の考慮も、研究計画に盛り込まねばなりません。すべての研究計画において、被験者の尊厳と安寧も考慮すべきです。同様に、被験者への不当なリスクまたは危害を避ける措置も実施します。

WKCのスタッフは、ドナーとの合意および他の法的拘束力ある指針に沿った資金配分を保証する責任を負います。またWKCのスタッフは、WKCが行う研究投資が費用効果を達成するよう保証しなければなりません。これは、金銭的投資が、グローバルヘルス向上と健康格差是正への公衆衛生上の想定されるインパクトに見合うものであることを意味します。

2.6. 知的財産

すべての契約または合意に、データ、他の研究結果および学術出版物の所有権を含む、知的財産に関する条項を含めます。研究結果の開示は、知的財産管理に関する合意に従わねばなりません。WKCが資金を提供した研究成果物は、WHOの公衆衛生上の使命に基づき、一般市民が利用できるよう公開し、ウェブサイトまたは他の形で発信する必要があります。特に、WKCの資金提供で作成されたデータは、可能な場合、二次分析に利用できるよう公開します。

2.7. 研究能力の育成

WKCは、スタッフおよび研究者の研究能力育成を可能な限り支援します。WKCは、可能な限り高い水準の研究の実施に必要なリソースと支援を確実に提供できるよう取り組みます。この取組は、学術機関、Scientific Working Group (SWG)、WHO神戸センター諮問

¹³ 世界保健機関、2017年責任ある研究のための行動規範

¹⁴ 研究不正行為に関するWHO方針、2017年：p 6-7を参照。

委員会 (ACWKC)、対象分野・関連手法の専門家との連携、質の高い研究と研究倫理に関する研修とメンタリング、および品質保証プロセスの制度化を通じて実施します。

低・中所得国 (LMICs) における研究能力の育成には、特別な配慮を行います。WKCは、対象国の現在の知識水準・能力水準、研究の根拠と目的、ステークホルダーの関心、リソースの利用可能性、想定される研究スケジュールなどの様々な要因を考慮に入れて、研究プログラム策定の初期段階で、こうした育成機会を追求する決定を下します。

このような研究能力の育成の一環として、高所得国の研究者・研究機関とLMICsの研究者・研究機関が提携する場合があります。この場合、LMICsの研究者に固有の弱みとこれらの国の国民の脆弱性を踏まえ、研究行為の倫理性、およびリソース、意思決定権、メリットの研究パートナー間の公平で適切な分配を確保するよう特別な注意を払います。研究提案では、研究が実施されるLMICに拠点を置くPI (または共同PI) を明確にするよう求めます。またWKCは、LMICのコミュニティに期待されるメリット、研究パートナーの役割・責任、研究データ・成果物の共同所有 (研究終了後はパブリック・ドメインへの保管が望ましい) 、およびLMICの研究参加者とコミュニティへのフィードバックを含む情報発信計画を、研究提案に確実に明記させます。

3.0. 研究プログラムの策定

3.1. 研究テーマの特定

妥当性を確保し、WKC が実施する研究全体の一貫性を高めるため、2018～2026 年の研究計画をいくつかの重点テーマに徐々に収斂させていきます。目的は、2026 年までに包括的な証拠基盤を作成することであり、この証拠基盤は重大な研究ギャップに対処し、人口動態の変化を踏まえた持続可能な UHC の実現に向けて保健政策策定・保健システム開発を支えるものです。WKC の活動の妥当性と一貫性を保証するため、新たな研究、会議およびフォーラムは、既存の研究テーマに沿うものとします。テーマを特定するため、WKC は WHO 内で協議を行い、WHO 総合事業計画および他の内部戦略・重点課題との整合性を確保します。

3.2. テーマに応じた研究手法と成果物

WKC は、対象国における、特定のテーマに関する現在の知識水準、研究結果の想定されるターゲットオーディエンスまたはエンドユーザー、研究者の専門的な知識と (潜在的または顕在的な) 能力、リソースの利用可能性などの様々な要因を考慮に入れて、特定の研究テーマや研究課題に最適な研究手法 (定量・質的双方を含む) および成果物を決定します。この決定は、提案募集を发表する前に行うことも、研究案を提出した研究者と協議して行うこともできます。例えば WKC は、ある研究テーマまたは研究課題に対して、具体的な戦略に関する証拠が必要かどうかを事前に決定します。必要な場合、グローバルなシステマティックレビューが適切な研究成果物になるかもしれません。それ以

外に、既存の研究のギャップを特定する、政策立案者に情報を提供するため研究を照合する、などの例が考えられます。この場合、迅速レビューやフォーカスグループ・ディスカッションが必要かもしれません。対して、国家レベルでのUHCの実践研究では、一般に研究課題に答えるため一次データの収集が必要になります。

研究の性格が、品質保証プロセスの実施に影響を与えます。WKCはケース毎に実施要件（研究への関心の表明、提案の募集範囲、内部審査プロセス、外部専門家による技術評価、倫理審査など）を決定します。倫理審査に関しては、システムティックレビューの場合は人間の被験者を含まないため、倫理審査の必要はありません。研究課題および研究手法/デザインの性格に応じた品質保証基準を、適用する必要があります（添付資料2を参照）。そのため、個々の研究計画に合わせて品質保証プロセスを調整し、必要に応じて、研究の質を損なわない範囲で品質保証プロセスの迅速化を図ります。

3.3. 提案の募集

ほとんどの場合、WKCは競争入札を義務づけており、関心の表明や提案の募集は、WKCウェブサイトに掲載され関心のある応募者・入札者に広く周知されます。募集は、事業に特有の性格、契約種別（APW、TSA）、資金提供が可能な提案の数に応じて実施する必要があります。仕様書は様々ですが、一般的にWKCは適切な研究グループから質の高い研究提案を受けるため、いくつかの措置を講じることができます。こうした措置として、コミュニケーションと情報発信の対象を絞る、募集範囲を明確に定める、競争入札を促す、審査用テンプレートを作成する、提案評価と応募の要件を記したチェックリストを使用する、などがあげられます（添付資料3を参照）。

4.0. 内部審査

応募のあった研究提案の技術的・質的な外部評価を行う前に、WKCは関心の表明と研究提案内容を内部審査し、妥当性と完全性を確認します（添付資料3を参照）。

4.1. 関心の表明

一部のケースでは、WKCが最初に関心表明書(EoI)の提出を要求します。これは、研究提案の概要を記載したものです。手続きは場合により異なりますが、主な要素と応募資格を満たすか判断するための基準を記した標準テンプレートを使えば、技術面・事務面の迅速な審査を促すことができます。

4.2. 提案

研究デザインに応じた特定の技術指針とチェックリストに従って、提案全体に対し内部審査を行います（添付資料2を参照）。この審査には、応募書類の記入漏れ、費用対効果、予算の正当性、能力開発の必要性などの要件の評価が含まれます。

5.0. 外部評価

外部査読は研究の品質保証に不可欠なプロセスであり、WHOの研究倫理審査プロセスにも欠かせません。WHO研究倫理審査委員会は、研究プロトコル、予算、研究ツール、その他の必要文書を含む、研究提案を包括的かつ中立的に評価を行い、評価者のコメントに対しPIが十分な回答を行うよう求めます（添付資料4を参照）。

5.1. 技術評価を行う外部専門家

ACWKCおよびWKC SWGのメンバーが、WKCの研究イニシアチブに対する外部評価を支援します。

SWGは、2年毎の交代制でWKCが任命する8～20名の学識者によって構成されます。この作業部会は研究提案を定期的に評価し、研究を政策オプションに転換するための提言を行い、各プロジェクトの成果に対する評価を見直し、追加作業に対し考えられる資金調達先を提案します。一般的に、大規模な提案である場合、SWGのうち、提案内容と自身の専門分野が一致する1～2名のメンバーが技術評価を行いません。

ACWKCは、専門家による諮問グループとして技術面や事業面での課題に関し事務局長とWKC所長に助言を行うため、1996年にWHO事務局長が設置しました。ACWKCは、WKCに高度な戦略的提言を行います。9名のメンバーは、WHOの6つの各地域、ホスト国（日本）、地元（神戸）、ドナー（神戸グループ）をそれぞれ代表しています。優れた提案に対し、提案内容が自身の専門分野と一致する場合、ACWKCメンバーが外部評価者を務めることもあります。

さらに、特殊な専門知識が必要な場合や、SWGとACWKCのメンバーが対応できない場合、グローバルな学術界から特別評価者を指名します。

5.2. 外部評価プロセス

基本的には、手法や想定される成果物を問わず、あらゆる種類の研究に外部評価プロセスを実施します。外部評価プロセスはWKCが調整し、WKCが外部評価者とやりとりした上で評価コメントを研究チームに伝えます。WKCは一般に、技術優位性を評価するための外部評価ツールを考案し、適切な外部評価者を指名し、評価者のコメントに対する迅速な回答と評価の完全性を保証し、必要に応じて研究者に対して専門的なサポートを行います。

6.0. 倫理審査委員会への提出¹⁵

すべての研究プロトコルは、研究実施に向け契約を締結する前に、WHO 研究倫理審査委員会 (ERC) の承認を受ける必要があります (添付資料 5 を参照)。ERC は WHO 本部事務局長が設立した委員会で、事務局長が任命する 27 名により構成されます。その使命は、WHO が最も倫理的水準が高い研究を支援するよう保証することです。ERC は、WHO が経済的または技術的に支援する、被験者を伴うすべての研究プロジェクトを評価します。

6.1. 人間の参加者を含む研究の定義

WHO ERC は「被験者を含む研究」を、新たな知識の創出を目的とした、データの体系的な収集または分析を含むすべての社会科学、生物医学、行動科学または疫学的な活動であり、①直接または環境への介入を通じて、人間の被験者が、研究者による操作、介入、観察、その他の関わりの対象となるか、②研究者による生体物質または医療記録、その他の記録の収集、作成または使用を通じて個人の被験者が特定されうるもの、と定義しています。

6.2. 提出プロセス

被験者を含むすべての研究提案は、WKC の担当者によってオンライン申請ポータル ProEthos を使い ERC 事務局に提出する必要があります。提出文書には以下が含まれます。

- 研究プロトコル
- インフォームドコンセント用紙
- 面接ガイド、質問調査票などの関連する研究ツール
- データ収集用紙、症例報告用紙など
- 被験者募集に使われる資料
- 科学/技術審査委員会または査読者による最終的な承認書
- 専門査読グループのコメント
- 査読に対する PI の項目別の回答
- 研究当該国や地域における倫理審査委員会より受けた、評価申請の受領書または承認書

6.3. 評価の種類

ERC が、適切な評価の種類を決定します。WKC が検討するプロトコルのほとんどに、次のいずれかの種類の評価が適用されます。

¹⁵ このセクションは評価プロセスの概要をまとめたものです。詳細なプロセスは WHO ウェブサイトに掲載されています。 http://www.who.int/ethics/review-committee/review_process/en/ (2018 年 3 月 2 日にアクセス)

- 被験者への危害が最小限を超える研究提案の場合、委員会による全面的な評価
- 被験者への危害が最小限以下の研究提案の場合、簡易評価
- 危害の可能性がない場合、または収集する情報がパブリック・ドメインに存在する場合、ERC の評価は免除

ERC は、提案に対し免除対象か、簡易評価と全面的な評価のいずれを行う必要があるか判断します。いずれの評価でも、承認までにかかる時間は、ERC の質問に対する PI の回答の速度に左右されます。

7.0. 研究成果物の監視と評価

7.1. 品質要件を規定した契約

WKC は、優れた研究を支持し擁護する証拠に基づく研究拠点を目指しています。WKC が技術サービス契約 (TSA) などの仕組みを通じて研究資金を提供する場合、WKC と契約先の機関は、優れた研究慣行、WHO 責任ある研究のための行動規範¹⁶ に記された倫理指針の遵守を含め、契約条件に従わねばなりません。契約書に記載する成果物要件として、適切なチェックリスト (添付資料 1・2 を参照) および ERC 案件報告書の記入を盛り込みます。WKC は、進捗監視、PI との定期的な連絡の維持、中期・最終報告書の評価、WHO 倫理指針への遵守状況の監視などの責任を負います (添付資料 6 を参照)。

7.2. 進捗監視

実施の質を確保するには、PI との定期的な連絡が欠かせません。最適な連絡頻度は、個々の研究や研究フェーズに応じて異なりますが、プロジェクト期間を通じて月 1 回以上の確認が必要です。

プロジェクトの期間に応じて、中期報告書の作成を求めます。研究が計画通り進んでいるか、計画を変更したか変更予定がある場合、それが記載されているか、対象分野で研究のデザインや妥当性に影響を与える新たな進展が生じていないかに重点を置いて、進捗報告書を評価します。

7.3. 最終成果物の評価

最終報告書を作成するためのテンプレートを作り、これを使用します。学術誌に掲載する原稿、統計解析の結果などその他の研究成果物も、提出と評価の対象にすることができます。研究の実施状況、目標の達成、完了した研究の質に基づき、最終評価を行います。

¹⁶ 世界保健機関、2017 年責任ある研究のための行動規範

7.4. 情報発信

研究に関する情報発信も、品質を保証するための仕組みです。情報発信は透明性と説明責任を高め、市民による評価と批判の機会を作るからです。そのため WKC は、研究チームと緊密に協力して、プロジェクト開始から最終成果物の発信までの適切なコミュニケーション・情報発信計画を策定します。情報発信の手段として、テーマ別シンポジウム、マスコミ向けプレスリリース、ソーシャルメディア、WKC ウェブサイト、WKC 知識拠点などが考えられます。ターゲットオーディエンスに応じて、成果物毎に具体的なコミュニケーション計画を策定します。

8.0. 成果の測定

品質保証計画と研究計画の双方を合わせて、それらの実施状況进行评估します。研究成果物、得られたエビデンスの実践への活用、能力構築という視点から、2種類の計画进行评估します。

8.1. 研究成果物

研究成果物は、成果进行评估する重要な指標です。研究成果物には、査読つき学術誌に掲載された論文、書籍の章の執筆、WKC 施策概要、その他の出版物などが含まれます。研究の直接的な産物として開発された、研究プロトコルや調査ツールもこれらに含まれます。

8.2. 研究エビデンスの実践への活用

WKC の使命のひとつは、研究から得られたエビデンスを政策や実務に活かすことです。システムティックレビューなどをはじめとする、重点分野の研究成果物の発表を通じてこれを実現しようとしています。また、研究が、WHO の規範的な指針、地域的枠組みまたは国家政策の策定に寄与したかどうか、评估します。加えて、ウェブサイトや WKC のコミュニケーション機能を使って、地方・地域・国家政府および国際社会への情報の発信を支援します。コミュニケーション活動の成果物には、プレスリリース、ポスター展示、パンフレット、ウェブサイト開発、ウェブ資料へのアクセス数などが含まれます。

8.3. 能力構築

WKC は、WHO の使命に基づき研究能力を強化する責務を負います。この責務を果たす手段として、WKC は、外部専門家による査読と ERC の承認も受けて、無事に終了した研究プロジェクトとその成果物の件数、および研究協力に参加した LMIC の数を评估します。その成果にもとづき、研究者が WHO や他機関からさらなる研究資金をその後獲得することができたか、研究結果を活用して国家政策に影響を与えられたかも评估します。

イノベーション

背景

イノベーションとは、政策、システム、技術などに関する新しい手法・アプローチなどで、アイデアを実際に適用することでユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成に寄与するものです。イノベーションは特定の問題を解決するために考案されるため、各国の状況に応じて内容が異なります。例えば平均寿命が短い国は、低い医療支出、脆弱なインフラ、資格を保有する医療従事者の不足など医療制度の制約に直面しがちです。こうした環境では、イノベーションの重点課題は基礎的な保健医療サービスへのアクセス拡大になります。平均寿命が60～70歳と中程度の水準にある国は、概してサービス提供システムとガバナンスシステムに投資を行っている国です。従ってイノベーションの重点課題は、医療支出が原因で貧困に陥ることがないように配慮しつつ、サービスの質と効率性を高め、公衆衛生の介入を強化することです。どのような環境であれ、イノベーションを活用することで、患者、消費者、地域社会に力を与え、自身の健康増進に積極的に関与させることができます。

WKCの研究の重点領域として、公衆衛生上の影響が最も大きい革新的なソリューションの優先順位の決定、アクセスの不公平性に関する調査、文書化と評価のための新たなアイデアの特定、影響評価のための厳正な研究、費用対効果の高い既存システムの介入の拡大を促すオペレーショナル・リサーチ、イノベーションの普及に役立つ背景状況を理解するコンテキストチャル・リサーチなどが挙げられます。

研究の目的

1. UHC実現に向けた国家レベルの医療制度のイノベーションを文書化し評価して、他の地域に普及させるための条件を特定する。
2. ケアの質、健康の質を高める効果的なサービス提供分野のイノベーションを特定し、それを普及させるための条件を明らかにする。
3. ヘルスケアへの地域社会の関与を促す効果的なイノベーションを特定し、様々な環境に拡大するための条件を明らかにする。

2017-2018年の進捗報告

RAND Europe および日本の学術機関と連携して、**地域レベルの社会的イノベーション (CBSI) と持続可能性に関する知見**をグローバルに評価しました（2014年10月～2018年12月、610,000ドル）。この研究は、低・中所得国の高齢者のニーズに対応する多様なモデル、機能、幅広い保健社会サービスに関するエビデンスの構築を目指すものです。CBSIの知見のグローバルな評価に加え、チリ、中国、イラン、レバノン、ロシア、セルビア、スリランカ、タイ、ウクライナ、ベトナム、日本の11件の事例研究も発表します。

神戸大学および神戸市との共同研究である **認知症の社会負担軽減に向けた神戸プロジェクト（2017～2020年、600,000ドル）**は、認知症の早期発見・予防に向けた画期的なアプローチと効果的な患者管理モデルの開発を目指しています。

WKCと国内研究機関の提携の一環として、技術イノベーションに関する2件の研究プロジェクトも進行中です。東京大学は、**日本の長寿者に学ぶ支援機器の利活用**に関するプロジェクトを実施し、高齢者が住み慣れた地域で暮らすのに役立つ支援機器の活用法を調査しています（2018年2月～2019年2月、100,000ドル）。和歌山県立医科大学は、**高齢者の生活の質を高めるための新しい支援テクノロジーの開発**に関するプロジェクト

を実施しています。これは、高齢者の日常生活動作（ADL）を改善し維持する遠隔ケアシステムの開発を目指すものです（2017年11月～2018年10月、200,000ドル）。

日本では、非感染性疾患（NCDs）の一次予防や特定の公衆衛生活動が健康寿命の延長に重要な役割を果たすことが認識されています。**NCDsの予防・管理の推進に関する優良事例**を扱った国内論文のシステムティックレビューも進められています（2017～2018年、80,000ドル）。

2019-2020年の研究プログラム案

WHO 総合事業計画には、強靱なヘルスシステムを構築しUHCの段階的な実現を促す上でのイノベーションの重要性が記載されています。WKCはWHO西太平洋地域オフィスと協力して、サービス提供、ガバナンス、その他の政策・システムのイノベーション、および他地域への普及を可能にする条件に重点を置いて、UHC推進に向けた国家レベルのイノベーションの評価を促し、体系的に文書化します。この情報を活用して、政策立案者と研究者のためのナレッジハブを確立できると見込まれます。この取組が成功すれば、国家レベルのイノベーションの評価と文書化、およびナレッジハブの確立を他のWHO地域に拡大できるでしょう。

CBSIの評価から得た知見を発展させて、WKCは、日本および一部の国でのサービス提供面の地域レベルのイノベーションに着目し、サービスを一次レベルに拡大し社会サービスと統合するため、各国がイノベーションをどんな形で構想し、資金を調達し維持しているかを学んでいきます。そうすることで、特定の地域レベルのモデルを他地域に拡大するため一層厳正な評価を促せるでしょう。

複数年度に及ぶ認知症の社会負担軽減に向けた神戸プロジェクトから、多くの知見と神戸市の経験を得られます。この研究が他の地域に与える影響を把握するため追加研究を実施し、患者管理のための介入の厳正な評価を推進する予定です。

サービス提供

背景

WKCの目的は、特に人口動態の変化を踏まえて、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の実現を飛躍的に進展させるため保健システムのイノベーションに関する研究を実施し、低・中所得国を中心にその研究を政策オプションに転換することにあります。保健システムの核心を成すのはサービス提供モデルです。市民主導型アプローチの実施に成功している国は少なく、多くの国が病院中心の急性期ケアモデルに頼り続けています。そのため保健ケアシステムには、慢性疾患や複雑な合併症を抱える患者を管理する体制（心身の健康、認知機能、重篤な症状と生活の質の管理を含む）が不足しています。

研究の目的

- 人口動態の変化に継続的かつ革新的な形で適応する、強靱で、全ての年齢層に妥当な、サービス提供モデルの普及可能性について、評価と判断を行う。
- 疾病負荷の変化および寿命の延長に応じた保健システムの変革を国際的に支援し加速させるイノベーションのエビデンスを提供する。
- 終末期における生活の質を高める統合型サービス提供モデルの内容およびそれへの投資が持続可能なUHCに及ぼす影響に関するエビデンスを収集する。そのために、日本を含む複数の国の事例を調査し、その汎用性について考察する。
- 治療やケアの優先順位に対する高齢者自身の決定権を高める、政策・財政・制度面のイノベーション、およびこれらのイノベーションが各国での適用・拡大に与える影響を明らかにする。

2017-2018年の進捗報告

いくつかの研究プロジェクトは、日本における知見から学ぶことを目指しています。**超高齢社会日本のUHC持続に向けた医療提供の向上に向けて**、産業医科大学と提携して「ビッグデータ」から得たエビデンスを分析する研究を進めています。このプロジェクトは2019年11月に完了する計画で、査読論文も複数発表される予定です。

またキングス・カレッジ・ロンドンと提携して、終末期の高齢者の生活の質を最大限に高めるサービスモデルを、迅速なスコoping・レビューとシステムティック・レビューを用いて研究しています。『Millbank Quarterly』にこの研究の査読論文を提出しました。2018年の第2回研究応募では、この研究を基盤とし、ASEAN9カ国の大学で、人口高齢化への保健システムの対処法を財政、インフラ、労働面のニーズを踏まえて調査する研究が策定されています。これらの研究提案は、それぞれ異なる企画段階にあり、大半の研究は2018~2020年に実施され、成果物として査読論文と施策概要が作成されます。

2019-2020年の研究プログラム案

ASEAN9カ国の研究提案が2019~2020年に実施され、人口変化への保健システムの対処法を検討します。これらの研究の実施段階は、国によって違いが生じると予想されています。

- 終末期のサービス提供モデルに関する既存のシステムティック・レビューに基づき、**サービス提供モデルがケアの質と生活の質に与える影響**を調査する研究提案を募集します（2018~2020年）。この研究を通じて、多様な環境でのサービス提供モデルの実現可能性を判断できるのではと期待されます。
- 日本の知見に学ぶというテーマを引き継ぎ、関西の研究者を対象に、特に保健医療ケアと社会的ケアの統合に向けた**地域密着型のサービス提供モデルのイノベーション**（地域社会とサービス提供者双方による提供モデルを含む）、およびそれが高齢者の生活の質に与える影響を評価する研究提案を募集します（2019~2020年）。
- 保健医療ケアと社会的ケアを統合したサービス提供の優良事例がある国々から学ぶため、保健医療部門と社会部門の連携を最適化する資金調達仕組みと財政イノベーションを明らかにする研究提案を募集します（2019~2020年）。

- 日本国内に加え、他の社会的、法的、文化的な環境を念頭に置いて、進行性の特定疾患がかなり進んだ状態の患者のケアおよび生活の質を高めるためのアドバンス・ケア・プランニングの役割を探り、比較対照を行う研究提案も募集します（2018～2020年）。

持続可能な資金調達

背景 人口高齢化に伴い、医療ニーズが変化し増大しています。高齢者は若年層と比べ、平均してより多くの医療費がかかるため、1人当たりの医療支出額が上昇しています。こうした考察を受け政策立案者の間では、高齢化による医療支出増加が加速し、最終的に制度を維持できなくなるのではとの懸念が生じています。同時に人口高齢化は、税金に依存する医療財源調達制度に影響を与える恐れがあり、保健医療・社会サービスを賄う上で十分に安定的な財源を確保できるか不安が生じています。医療支出の伸びと医療財源の変化に影響を与える政策的選択肢について、さらなる研究が必要とされています。

医療財源の制約により、政策立案者は全ての医療資源の有効活用、無駄や非効率性の削減を迫られています。そのため政府が、持続可能性の推進、財源の最適な活用、選択肢の増大のため民間部門に頼る場面が増えていきます。とはいえ、医療への民間資金の活用に伴う市場の失敗や公平性への懸念に対処しつつ、民間財源を利用する際はバランスをとる必要があります。

研究の目的

- 人口高齢化が財源創出と医療支出に与える影響を調査し、制度を継続的に画期的な形で適応させる方法を理解する。
- 民間部門の役割と適切な政策手段を検討し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に最大限の貢献を行えるようにする。
- 人口高齢化を踏まえて、効率性と質の向上を促す制度面、政策面のイノベーションを明らかにする。

2017-2018年の進捗報告

WHO EURO 医療制度・政策観測所およびWHO 本部医療財務・ガバナンス部門(HFG)と共同研究を実施し、医療財源と医療支出に関する既存のデータを照合しました。この提携は、**人口高齢化が医療財源創出と医療支出に与える影響**、および低中所得国に及ぼす影響に関し情報を提供することを目指すものです（60,000ドル）。

官民連携を推進する制度的メカニズムについて、経済開発協力機構（OECD）および欧州・西太平洋地域の大学との共同研究も実施しました。初回研究は、マレーシア、韓国、タイ、オーストラリア、英国、フランス、ドイツ、日本、米国（メリーランド州）の9カ国で価格決定のメカニズムと価格規制に関する事例研究を行い、各国がUHC推進の政策的手段として価格決定をどのように制度化してきたかを理解することを目指すものです（220,000ドル）。

2019-2020年の研究プログラム案

2019年にはOECDとの共同研究により、人口高齢化が医療財源創出に与える影響および人口高齢化が医療支出に与える影響を扱う2本の研究概要を作成します。この研究を国際的な研究ネットワークで発表する機会を探り、知見を議論するとともに、UHCを見据えて低・中所得国に関連する研究課題に必要な追加データを明らかにしていきます。医療支出の観点からこの研究を発展させ、病院からプライマリーケアへの財源移行、医療技術の評価など、効率性の実現に焦点を絞った研究を実施できます。

OECDの研究プログラムに基づき、価格規制に関する9カ国（マレーシア、韓国、タイ、オーストラリア、英国、フランス、ドイツ、日本、米国メリーランド州）の事例研究に加え、サービスの価格決定をUHC推進の政策的手段として活用する方法を扱ったWHOとOECDの共同研究報告書が作成される予定です。この論文のフォ

ローアップとして、地域オフィスと連携して国別に発表を行い、政策立案者と知見について議論することができます。既存の事例研究に基づき、価格決定・購入のメカニズムおよび制度の実施をめぐる研究の委託先として、新たな国も指定します。

指標と測定

背景

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）は、「2030年持続可能な開発目標（SDGs）」の目標のひとつです。UHCとは、すべての人が経済的に困窮することなく質の高い保健医療サービスを利用できることと定義されます。現在、UHCの測定と監視を行うグローバルな参照基準は、WHOと世界銀行が策定した枠組みです。この枠組みとそれに含まれる指標は重要な参照基準であるものの、急速に変化する環境の中で妥当性を確保するため、各国の状況に応じて実際の監視内容を修正する必要があると想定されます。具体的には、各国およびグローバルに健康開発と人口高齢化が進む中で、ますます多くの国が、高齢化が生み出す医療制度上の課題に合わせて、UHCの監視・測定方法を調整する必要性に迫られるでしょう。

こうした背景を受けてWKCは、高齢者の健康権の保障という観点から「基礎的な保健サービス」「経済的保護」「ケアの質」「カバレッジの公平性」を監視し測定する方法の研究に取り組んでいきます。またWKCは、人口高齢化を踏まえたUHC推進のため、監視・測定ツールの開発または改善のための研究に加え、証拠から実務へのナレッジ・トランスレーションを促進する研究も支援しています。

研究の目的

1. 高齢者を対象とする、「基礎的な保健サービス」「経済的保護」「ケアの質」「カバレッジの公平性」の測定に関する国際研究の現状を分析する。
2. 高齢者の健康権の保障という視点から、AAAQ（利用可能性、アクセス可能性、容認性、質）の枠組みを考慮に入れて、UHCの監視・測定に関する現在の各国の事例を文書化する。
3. 人口高齢化を踏まえてUHCを推進するため、研究およびナレッジ・トランスレーションの効果的なアプローチを文書化する。
4. 人口高齢化を踏まえた各国によるUHCの監視向上を実現する、指標および測定ツールの開発を支援する。

2017-2018年の進捗報告

WKCは、環太平洋大学協会ならびに他の各国および国際的な学術機関と協力して、**人口高齢化に対応したUHCの監視と測定**に関する新たな研究プログラムの開始を準備しています（2018～2020年、450,000ドル）。想定されるアウトカムとして、人口高齢化を踏まえてUHCをどのように監視し測定するかという問題に対する研究や各国の現状を調査します。また本プロジェクトで得られた知見を管理し、最終成果物の活用と情報発信を推進するため、**ナレッジハブ**も確立します（2018～2020年、250,000ドル）。

日本国内の研究機関との提携活動の一環として、兵庫県立大学と共同で**介護分野における外国人技能実習のためのICF（国際生活機能分類）を基盤とした評価ツールの開発**に関するプロジェクトを実施しています（2017年11月～2018年9月、85,000ドル）。この研究は、日本で介護技能実習を受ける外国人の介護技能の評価ツールを検証します。このツールは、外国人研修生が提供する介護の質の確保に役立つと見込まれます。外国人研修生は日本において、長期介護を含むUHCの保障に必要な介護人材不足の解消に資すると期待されます。

また、**健康な高齢化に関するナレッジ・トランスレーションを通じたUHC推進を扱った日本老年学的評価研究 (JAGES) で得られた知見**に関するプロジェクトは2018年に完了予定です(2017~2018年、90,000ドル)。この研究は、国立長寿医療研究センターと共同で実施されました。健康な高齢化に関する研究を実施し、その知見を、UHCの推進に役立つ政府および自治体の政策に活用するための重要な要因や手法をJAGESの事例から導き出し、他の国への汎用性を明らかにしました。成果はWKCの出版物として2018年内に発表されます(別添のエグゼクティブサマリーを参照)。

2019-2020年の研究プログラム案

2019~2020年は、**人口高齢化に対応したUHCの監視と測定**に関する新たな研究プログラムの展開が中心となります。その一環として、①高齢者を対象にUHCの各側面を測定する理論的、実証的に妥当なアプローチを明らかにするための、研究論文のレビューまたは二次データ分析、および②高齢者の健康権を実現し保護するため、高齢化に直面する国が採用しているUHCの監視・測定法を示した国別の事例研究をそれぞれ公募します。WKCは、これらの研究成果を踏まえ、施策概要を作成する予定です。また、ナレッジマネジメントの専門家の協力を得て、新たな知識の創出・共有および交流促進の基盤として本テーマに関する**ナレッジハブ**も確立し管理します。

2018年内に完了する前述の2件のプロジェクトについては、2019~2020年に、その成果を発信します。必要に応じて、各プロジェクトを更に発展させるか、または他の研究分野に統合する可能性を探ります。

災害・健康危機管理 (H-EDRM)

背景

ここ数十年間に、無計画な都市化や気候変動緩和の失敗などの要因により、自然災害の頻度と深刻性が増しています。同時に健康格差や自由に移動できない高齢者の増加のため、災害により生命の危機や心身の障害のリスクにさらされる人が増える可能性もあります。これは、防災・災害対応においてエビデンスに基づく政策を継続的に推進する必要性を浮き彫りにするものです。第3回国連防災世界会議 (WCDRR) と2005～2015年兵庫行動枠組から生まれた仙台防災枠組2015 (SFDRR) では、健康の重要性が強調されました。

WHO神戸センター (WKC) は、6,000人以上の死者を出し約30万人が家を失った1995年の阪神・淡路大震災を経て設立されました。設立以来、災害・健康危機管理 (H-EDRM) はWKCの研究テーマの一つでした。地震 (年間1,500回)、台風、噴火、地滑りが頻発する日本の経験を踏まえて、WKCは他国に役立つ知見と経験を収集するため対話と協議の場を設けてきました。WKCは2016年以降、H-EDRM研究ネットワークのためのWHOテーマ別プラットフォーム (TPRN) に代表される、H-EDRM推進に向けた科学的証拠を支持するグローバルな運動で中心的なパートナーを務めています。

研究の目的

1. 災害対応時および災害対応後の適切な研究形式と研究内容を調査し、多様な環境での健康データの収集・管理・分析を標準化する。
2. 災害のあらゆる段階において、身体的、精神的、心理社会的な支援を含め被災者の健康ニーズへの包括的対応を可能にするアプローチを研究する。
3. 高齢者などの脆弱集団に特有のニーズを明らかにし、健康リスクへの意識向上と防災・災害対応に関する情報提供を図る。

2017-2018年の進捗報告

WKCは、産業医科大学および国際協力機構 (JICA) と共同で、WHO 救急医療チームが主導する**災害後の標準的医療データ収集法の開発**に貢献しました。WHO 戦略的諮問委員会は2017年2月、この手法を採用しました。現在、この研究をまとめた査読論文は審査段階にあります。

被災者の長期的な健康アウトカム管理に関する科学的証拠の不足を踏まえ、WKCは、日本国内で同分野の専門知識を有する主要研究機関である兵庫県こころのケアセンターと共同で、**長期的な精神衛生管理のための政策的・社会的イノベーションの評価**を実施しました (2016～2017年)。現在、査読付き学術誌に掲載するレビュー論文を作成中です。このレビュー論文は、国内の主要研究者21人との有識者協議の基盤となりました。続いてWKCは、災害精神保健の専門家を対象に全国調査を実施し、既存の研究のギャップと必要な政策措置を明らかにしました。調査の目的は、被災者の長期精神疾患の管理改善に向けた政策を見直すことでした (2017～2018年)。この調査の結果も、査読付き学術誌に投稿予定です。

兵庫県立大学および熊本大学と共同で、**災害後の高齢者のリスクと健康ニーズを調べる地域住民調査**も実施中です。この調査は、2016年の熊本地震で最も大きな被害を受けた益城町で実施されます。被災地で働く医療従事者、ソーシャルサービス提供者のうつ病と心的外傷後ストレス障害 (PTSD) を防ぐため、実験的介入プログラムを実施しています。この調査は、脆弱性が高い集団の精神状態の管理改善を目的とするものです。

2019-2020年の研究プログラム案

2016-2017年のWKCによるH-EDRM調査の進展を足掛かりに、3つの領域で研究を拡大します。健康データ収集に関しては、グローバルパートナーと連携して**災害後の健康データ管理の標準的手法（収集、登録、活用）**を開発します。WHO本部および地域オフィスの協力を得た、文献レビュー実施と一連のステークホルダー会議の開催を通じてこれを実施します。被災者の健康ニーズへの包括的対応に関しては、**災害管理サイクル（災害軽減、防災準備、災害対応、復興）**の各段階でH-EDRMに関する既存の科学的エビデンスを評価し、各段階での研究ギャップを明らかにするとともに、今後の研究活動を提案します。

アジア太平洋は自然災害の影響を非常に受けやすい地域です。アジア太平洋災害医学会（APCDM）は、TPRNをはじめとするグローバルな機運を活用する機会を与えてくれます。研究プログラムの質とアウトカムを改善し、連携を進めるため、WKCは2018年10月17日、WHO本部、WPRO、SEARO、JICA、TPRNと協力して**アジア太平洋災害医学会（APCDM）でグローバル専門家会合を開催**します。この会合後に、会合での提言に沿ったH-EDRMの研究提案を募集します。続いて、最新の知識を共有しグローバルパートナー間の連携を推進するため**年次シンポジウムを開催**し、H-EDRMに関する科学的証拠を蓄積する予定です。

能力開発とネットワーク

背景

WHO 神戸センター (WKC) の主な使命は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) と人口高齢化を踏まえたイノベーションに関する政策研究を実施することです。UHC 実現に向けた医療制度の強化は、制度を変革し未来の保健ニーズに備え適切な計画を作成する大きな機会をもたらします。人口高齢化に直面している国々は、高齢化が社会保健サービスの提供システムに与える影響やインパクトを十分理解していないかもしれません。私たちは、主要パートナーとのネットワークや様々なイベントを活用して、能力開発プログラムおよび特定の情報発信活動を通じて研究知見を国内外に普及させます。2017年から、神奈川県と協力して低・中所得国向けの能力開発プログラムを開始しました。

目的

1. 政府・自治体の意思決定に役立つ知見を提供し、高齢者の UHC 実現に向けた保健/社会サービス提供システムを変革する改革およびプログラムを先導する。
2. UHC 実現のためのニーズにシステムを適応させるため、国を越えて知見と予測を共有する。
3. 国を越えて情報と知見を共有し、各国が活動を追求するための方向性 (ロードマップ) を策定、実施できるようにする。
4. WKC の研究活動に関する情報を発信し、地元への貢献および意識啓発・交流・権利擁護のため、兵庫県・神戸市にも役立つ専門知識を共有する。

2017-2018年の進捗報告

1) 厚生労働省他との協力の下、神奈川県と共催の研究開発プログラム

・UHC リーダーシッププログラム：2017年3月27-31日 今後の政策オプションを検討するため、低・中所得国の UHC リーダーとエビデンス、データ、情報、ケースモデルを共有しました。

・ASEAN 諸国との UHC に関する政策協議：2017年7月17-18日 横浜 (神奈川県) で「UHC と高齢化に関する政策協議：ASEAN 諸国における新しい UHC、高齢化、保健制度とは」を開催しました。

・UHC と高齢化の影響に関する研究開発プログラム：2018年3月26-29日 2017年7月に WHO が公募した「政府 UHC 促進のための医療制度の策定・強化に関する研究」の最終候補に残った ASEAN 諸国の研究者を対象に、研究提案の強化を目的として開催されました。

2) 地元での能力開発・交流・情報発信活動

・「ひょうご・こうべワールド・ミーツ for YOUTH」：2017年2月11日 WKC と G7 神戸保健大臣会合推進協議会は、神戸国際展示場にて、兵庫県下の高校生が一堂に会しグローバルヘルスについて考えるイベント「ひょうご・こうべワールド・ミーツ for YOUTH」を開催しました。2016年に神戸で開催された G7 保健大臣会合を記念するイベントです。神戸市および兵庫県下の高校生約 500 人が、終日実施されたプログラムを通じて国際社会で活躍するための幅広い学びの機会に触れました。

・福祉用具に関する WKC セミナー：2017年8月24日 WKC は、i-CREATE2017、第 32 回リハ工学カンファレンス in 神戸と共同で、神戸国際会議場にて WKC フォーラム「高齢化するアジア、そして世界で期待される福祉用具の役割」を開催しました。第 11 回リハビリテーション工学と支援技術に関する国際会議 (i-CREATE2017) の陳隆明大会長の紹介で登壇したサラ・ルイーザ・バーバー WHO 神戸センター所長が開会挨拶を行い、200 人の参加者を歓迎しました。

- ・健康創造都市 KOBE と共催の WKC セミナー：2017 年 9 月 23 日 「健康創造都市 KOBE 推進会議」開設を記念して、WKC は神戸市と共同で WKC フォーラム「WHO 神戸センターと市民の健康を考える」を開催しました。神戸ポートピアホテルで開催されたフォーラムには、市民約 150 人が参加しました。
- ・WKC フォーラム「高校生が国際問題を考える日」：2018 年 2 月 3 日 WKC は兵庫県教育委員会、大阪大学と共同で、神戸ファッションマートホールで WKC フォーラム高校生「国際問題を考える日」を開催しました。兵庫県下を中心に約 450 人の高校生が参加し、2050 年の世界と日本の姿について意見を交換しました。
- ・WKC フォーラム「WHO 神戸センター新研究発表会@ はっと！KOBE 健康フェア」：2018 年 4 月 7 日 世界保健デー記念、神戸医療産業都市 20 周年記念として、神戸市と共同で「はっと！KOBE 健康フェア」を開催しました。WKC の新研究を紹介しました。
- ・WKC フォーラム「災害・健康危機管理の科学的証拠蓄積に向けたグローバルアクション」：2018 年 10 月 16-17 日 アジア太平洋災害医学会の公開イベントとして、兵庫県災害医療センターと共催します。WHO 本部および地域オフィスを含む海外の専門家を招き、公開イベントと専門家会合を行います。
- ・WKC フォーラム「日本の知見—高齢化を踏まえた UHC 実現」：2018 年 11 月 10 日 第 72 回国立病院総合医学会の市民公開講座として、神戸グループと共催します。国内の研究者との実施研究を通じて、WKC の研究アウトカムを発信する格好の機会になるでしょう。

さらに地元、国内の大学・学校での講演活動を行い、「健康創造都市 KOBE 推進会議」などの地元の委員会/会合にも関わっています。研究アウトカムおよび活動を一層効果的に発信するため、ウェブサイトの刷新も行っています。

2019-2020 年のプログラム案

神戸グループとの合意に従い、年 3 回 WKC フォーラムを開催する予定です。うち 1 回は地元の高校生を対象とする啓発フォーラムです。こうした地元市民向けのアドボカシー・情報発信活動を、WKC の研究アウトカムと結びつけることが重要だと認識しています。そして、こうした活動が、研究アウトカムを発信する良い機会になると見込まれます。

2019 年 1 月には、OECD と共同の事例研究に基づき医療の価格設定・価格規制に関するワークショップを予定するなど、WKC の研究アウトカムと関連づけて低・中所得国向けの能力開発プログラムを強化する計画も立てています。神奈川県と共催で、年間 2~3 回の能力開発プログラムを計画しています。

さらに、2019 年の G20 サミット・G20 保健大臣会合や 2020 年東京オリンピックなど、国内外の主要イベントへの貢献も考えています。



World Health
Organization

Centre for Health Development

添付資料6-1



健康な高齢化を支える地域レベルの 社会的イノベーションの理解 エグゼクティブサマリー

Ioana Ghiga, Gavin Cochrane, Louise Lepetit,
Catherine Meads, Emma Pitchforth

はじめに

地域レベルの社会的イノベーション（CBSI）とは、高齢者やその仲間たちが自分たちの力でケアし合えるよう支援し、高齢者のウェルビーイングを維持し、高齢者の社会的な結びつきや社会参加を促進することを目的とするイニシアティブです。CBSIには、地域レベルのケアと高齢者の自律性を改善し、保健医療システムを改革する力がありますが、その一方で、優良事例やサービスを提供するためのモデルをより深く理解し、保健・社会サービスを地域全体にいきわたらせるために、CBSIにはさらに多くのエビデンスが必要です。

RAND Europe社は世界保健機関健康開発総合研究センター（WHO 神戸センター）からの委託を受け、中所得国における健康な高齢化のためのCBSIについての研究を実施しました。

この研究の目的は、これらのイノベーションが、急速に高齢化が進む数多くの国でどのように機能しているのかを明らかにし、その成功を支える政策やプログラム、保健システムの要因を特定することです。特に、次に挙げるCBSIの特徴に焦点をあてた研究を行います。

- 高齢者が自立し、ウェルビーイングを維持することを支援の目的とする、健康な高齢化のためのCBSIの中核的な役割とサービス、機能（規模を拡大しての実施可能性も含む）。
- 地域サービスとのつながりと、保健サービスを提供するための持続可能な協力体制。これによって、社会制度が強化される。
- 政策やプログラム、資金調達、保健・社会サービスとの関わりを可能なものとする、CBSIの特性。
- 上位中所得国と高所得国におけるCBSIの有効性と費用対効果に関する統合的なエビデンス。

この研究には主な要素が2つあります。CBSIの有効性と費用対効果の根拠を検証するために、上位中所得国と高所得国における健康な高齢化のためのCBSIについての関連する文献に対してシステマティック・レビューを実施しました。そして、これらの文献から、CBSIの理解を深めるための類型を作成しました。各国のパートナー機関と協力して、CBSIに関する一連の10カ国の事例研究に対して、この類型から情報提供を行い、またこれらの事例研究によって、この類型が補完されています。

RAND Europe社に関する
お問い合わせ先：

Ioana Ghiga (ighiga@rand.org)
RAND Europe
Westbrook Centre
Milton Road
Cambridge CB4 1YG
United Kingdom

WHO 神戸センターまたはこの取り組みに関する
お問い合わせ先：

ロイク・ギャルソン (garconl@who.int)
〒651-0073
兵庫県神戸市中央区
脇浜海岸通 1-5-1
WHO 健康開発総合研究センター（WKC）

エグゼクティブサマリー

先進地域でも発展途上地域でも、ますます人口の高齢化の進展による多様で複雑なニーズに保健システムが応えることが困難になっています。これらの課題について、最近の多くのレポート（Ong et al. 2016; WHO 2013）で強調されているのが、保健や社会的ケアの提供におけるイノベーションの役割についての研究の必要性です。地域レベルの社会的イノベーション

（CBSI）とは、高齢者のニーズへの対処に役立つ可能性のあるイノベーションです。高齢化という文脈において、CBSIを支える3つの主原則があります。すなわち、可能な限りの自立を目的とした高齢者のエンパワメント、社会的包摂への注力、疾病や障害、健康の衰えなどの状態になってもウェルビーイングを維持することです（Ong et al. 2016）。

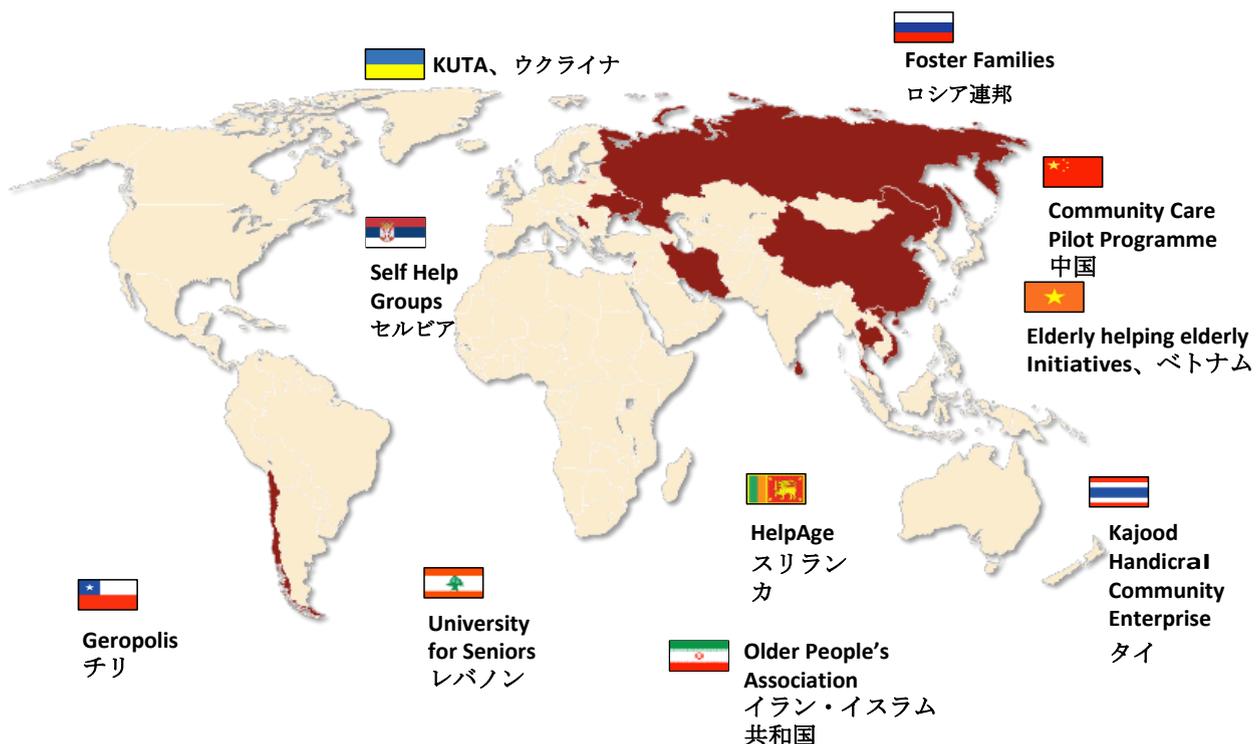
この研究の目的は、これらのイノベーションが、急速に高齢化が進む数多くの国でどのように機能している

のかを明らかにし、その成功を支える政策やプログラム、保健システムの要因を特定するとともに、CBSIの有効性と費用対効果の根拠を検証することです。この研究は、システマティック・レビューと10カ国の事例研究から得られたエビデンスを使用し、CBSIが健康な高齢化に与える影響と、CBSIの持続可能性および規模拡大の可能性に関するいくつかの考察を示します。

CBSI が健康な高齢化に与える影響

本研究には予備的研究という側面があり、CBSIが「健康」に及ぼす影響の範囲を考慮するにあたって、「健康（health）」という用語を、身体的健康と精神的健康、幅広いウェルビーイングまで組み込めるよう、非常に幅広くとらえました。

CBSIの事例研究10例の地理的分布を地図上に示す



「ウェルビーイング」と「健康 (health)」は異なる概念ですが、必ずしも互いに相いれない概念ではありません (英国保健省、2014 年)。それぞれに主観的次元と客観的次元があることを考えると、本研究においてそれらを区別することは困難です。この概念化をさらに定義したり限定したりすることはしませんでした。むしろ、CBSI 自体がどのようにそういった種類の成果を概念化し測定するのかを理解することに関心があったからです。さらに、健康な高齢化を促進する活動枠組みが定められた、2015 年の WHO 「高齢化と健康に関するワールド・レポート」が指針となりました。このレポートでは、健康な高齢化を「高齢であってもウェルビーイングが可能であるような機能的能力を発達させ維持するプロセス」と定義しています (WHO 2015、28)。機能的能力とは、自分が価値を見出している活動に従事できる状態にあることを支える、健康に関する特性の集合と考えられます。これは、個人の内在的能力 (個人がいつでも利用することのできるあらゆる身体的・精神的能力を合わせたものとして定義される)、環境的特性、そして個人と環境の相互作用を組み合わせたものです (WHO 2015)。

健康な高齢化をプロセスとして位置づけることにより、ウェルビーイングが成果の中心課題になります。

すべての事例研究から得られたエビデンスにおいて、CBSI には高齢者のウェルビーイングに影響を与えることが示されました。どの事例研究でも、高齢者が自分はまだ社会の重要な一員だと感じるという状況が認められました。高齢者は CBSI の活動を、仲間と交流し、助けとなり、活発な生活を送るための手段だととらえたのです。世代間交流を伴う CBSI の場合、高齢者の、社会的に受け入れられているという認識がさらに強まるという結果となりました。

CBSI は複数の環境要因に対処するのに役立ちます。これらのイニシアティブは、「エイジング・イン・プレイス」のプロセスを保証するような受容力のある環境づくりに貢献しています (ロシア連邦で見られます)。また、チリの Geropolis による活動に例を見るような、高齢者が直面しうる物理的 (地理的) 問題への対処にも役立っています。

これらの CBSI はまた、「人と環境との適合 (person–environment fit)」を確かなものにするにも貢献しており、これは高齢者と環境との動的で相互的な関係 (WHO 2015) につながります。高齢者が空間の管理や設計に参加することは、エンパワメントのさらなる要因となり、際立った効果を上げました (例えば、チリでは高齢者が壁画のコンセプトづくりに参加しました)。

健康における第一の利益とは、心理社会的なものであり (例えば、仲間とともに活動に参加することで得られるウェルビーイングや社会的・精神的な健康における利益)、個人レベルと地域レベルの両方に影響を与えます。

CBSI は、本人の報告においても、他からの評価によっても、高齢者が感じる健康状態の改善につながっていることが示されています。CBSI に参加することで、社会からの孤立や孤独感を避けられることが多く、仲間意識や帰属意識が得られ、ひいては精神的な健康における利益につながるのです。

これらの個々人の利益を足し合わせれば、地域レベルの利益として考えることができます。一般的には、人々がより楽観的で前向きな人生観をもつようになり、受益者が精神的なサポートを受け取るだけでなく与える側にもなるような支援ネットワークを作ることで、人の集まりを受け入れる地域の包容力が高まり、社会参加が増えるのです。

中長期的なモニタリングと評価 (M&E) データが相対的に不足しているため、評価の対象は限られるものの、CBSI には身体的健康に影響をもたらすものもあります。

システマティック・レビューの結果からも明らかなように、現在のところ、身体的な健康への影響につながるような CBSI のエビデンスは限られており、特定の CBSI 活動に強く依存しています。CBSI が保健サービスの提供に直接つながる場合には、健康への影響がモニターされて意識されやすいでしょう (例えば、スリランカの事例研究)。しかし、多くの CBSI は、身体的健康への影響はその主目的ではなく、影響があることが想定されていないこともあり得るため、モニタリングの対象となりにくいのです。

教育、訓練、所得創出に焦点を置いている CBSI の重要なグループもあります。知識と健康リテラシーのレベルが上がるのが、直接、健康状態の改善につながるの議論も可能です。特に、糖尿病や高血圧などの非感染性疾患に関わる生活習慣上の要因に関係している場合がこれにあたります。

CBSI は、人を中心としたサービスに貢献できます。

世界保健機関（WHO）の人を中心とした統合的なサービスの枠組みに関する、戦略的な政策の方向性の1つが、結果として、人々と地域の関与とエンパワメントにつながっています（WHO、2016）。CBSI は、地域を巻き込んで力を与え、高齢者を支援するための信頼を築き、社会ネットワークを構築する手助けをしていることを、はっきりと実証しています。このことは、個人が自分自身の環境を形づくるよう力を与えることにもつながり、上述のように、健康な高齢化のプロセスに貢献しているのです。システマティック・レビューの結果、エビデンスから、CBSI には高齢者に新しい技術を身につけさせる能力があることが示されました。技術を身につけることは、自分の力と達成感を伴う満足感のある経験になると同時に、自立の力を高めることにもつながります。

人を中心としたサービスの実施に CBSI が貢献できるもう1つの方法とは、高齢者の世話をする周囲の人たちを巻き込んで力を与えるという活動によるものです。中国、ベトナム、ロシア連邦での事例研究により明らかとなったのは、高齢者の仲間が、保健・社会サービスの専門家の責務の範囲にあるような役割を担い、特に農村部で見られるのですが、連続的であるべきケアの欠けている部分を埋めることが可能だということです。

CBSI の持続可能性と規模の拡大

CBSI の多くが低コストであり、変化をもたらす主体としてボランティアや高齢者に頼っていることを考えると、ほとんどのモデルは比較的持続可能であるように思われます。

10 件の事例研究で得られたエビデンスが示しているのは、ほとんどの CBSI は現在の形で継続できるので、高齢者にケアを提供するための持続可能なアプローチだとみなせるということです。しかし、サービスに対する要求の高まりや CBSI の規模の拡大

に影響を及ぼす要因に関しては、課題があります。ボランティアへの依存は、調査したプログラムの持続可能性に関して利点と欠点の両面が見られました。

活動の規模や範囲を拡大するためには、CBSI は、長期的な資金調達を確実なものとするための戦略を開発する必要があります。

CBSI は、中高所得国の高齢者を支援するための低コストのモデルを提示するかもしれませんが、多くの CBSI は、サービスを拡大・拡張するにあたり、リソースの制約に直面しています。これは、資金調達の限界のためでもあり、また、高齢者の人口増大の結果、サービスに対する要求が増大している結果でもあります。10 カ国の事例研究で得られた情報が示しているのは、CBSI には、長期的な資金調達および（または）資金集めの活動のための戦略を開発する必要性があるということです。

調査対象の CBSI によって、人材、スキル、管理体制などの構成は大きく違っていました。リーダーシップと「プロダクト・チャンピオン（*注：製品開発を主導する人材）」となる中心的な人物の果たす役割が、CBSI の成功にとって非常に大きな要因であるようです。

CBSI は、ボランティアや医療関係者、トレーナー、M&E 専門家、そして管理者などが提供する多くの重要なスキルに依存しています。事例研究で調査したすべての CBSI で共通する特徴だったのが、CBSI の活動を管理し、実施し、支持する中心的な人物が重要な役割を果たすということでした。

M&E のプロセスは CBSI 全体で見れば限定されていましたが、成功例から学び、応用し、広め、さらには CBSI の規模を拡大するために必要となるリソースを引き寄せる可能性があるものとして、重要であることが確認されました。

CBSI から学び、それを応用し、また規模を拡大するために、M&E が重要な要素であると確認されたものの、調査した事例の大半では、M&E のプロセスが適切には行われていませんでした。M&E のメカニズムを開発することが、CBSI が、健康と、健康な高齢化に関連する利点を広く実証するために役立つかもしれません。このような M&E のメカニズムは、それぞれの受益者についてだけでなく、環境と、受益者と環境の相互作用のことをよく理解したものである必要があります。それによって、成功例を政策立案者

にアピールして、資金提供者から集めた資金を活用するために利用できるのです。

保健・社会ケアシステムとの直接の連携は、CBSIの全体で見ると限定されているようでしたが、戦略的な連携はCBSIの持続可能性にとって重要な要因であるとの意見が多数でした。

保健・社会ケアを提供する当事者との連携は限られているものの、対象となったCBSIは、高齢者の日常の活動に関わる、より広範なエコシステム内の当事者たちとの連携を築きつつありました。保健・社会ケアシステムとの連携に影響を与えるインタビュー対象者によって特定された要因は、CBSIのスタッフの私的なネットワークや人間関係、リーダーシップ、技術、さらにはCBSIの評判やその長期的な活動に根ざしているように思われます。

CBSIで集められたエビデンスが示しているのは、CBSIが運営されている外部的な背景、特に高齢者に対する国や地域の政策という背景を考慮すべきだということです。

CBSIを促す政策背景、たとえば高齢者の権利に関する国レベルの法律や政策を提供することが、一部のCBSIの事例では効果的な要因となっている状況が見られました。CBSIには、高齢者のための政策の変更を促進する力も備えています。また、CBSIには、権利の擁護と推進によって、高齢者のために政策の変更を促すことのできる能力があります。

CBSIの類型

本研究は、CBSIの類型を開発し、試験し、定義することも求められていました。この具体的な目的は、次の必要性に根ざすものです。

(1) 定義となる組織立った構造を提供することで研究者や研究成果を利用する人たちがエビデンスを整理できるようになり、ポキャブラリーを確立することで、CBSIに関するエビデンスのより迅速な特定が可能となり、議論の助けとなること。

(2) 類型の定着化を開始して、様々なモデルの相対的な利点と課題についての情報を意思決定機関と実施機関に提供すること。

類型の最初の草案は、システマティック・レビューによって特定された文献をもとに作成されました。そして、それが、CBSIの実例研究で得られたエビデンスによって補完されました。この類型は3つの主要次元によって構成されています。「高齢者のエンパワメント」、「保健・社会ケアサービスとの連携と範囲」、「規模と複雑さ」です。そして類型の各カテゴリに対して、特性、強み、課題について考察をしました。

次の表で、CBSIの主なタイプと、その強みと潜在的課題を示します。

CBSI の類型別特性一覧

類型 カテゴリー	特性			強み	潜在的課題	例
	エンパワメント	保健・社会ケアセクターとの連携	規模			
基本型	<ul style="list-style-type: none"> 低レベルのエンパワメント。主として相互サポートに活動の焦点が置かれる 	<ul style="list-style-type: none"> 低レベルの、地域の保健・社会ケアとの連携および調整 	<ul style="list-style-type: none"> 取り組んでいる活動の数の面でも、運用の地理的範囲においても、小規模 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の状況に新しい介入策を試験的に導入して試す場合に向いている 必要とされる、資金やリソース、スキルの水準は低くてすむ 	<ul style="list-style-type: none"> 介入規模の拡大が困難 既存のネットワークやインフラに依存する（例：中国の Community Care Pilot Programme における Older People's Associations） 地域の高齢者の大部分にまで展開するのが困難 これらの CBSI に関連する健康面での成果とは、主に、社会からの孤立や孤独を軽減するという点にあり、基本型の CBSI では、高齢者の長期的な健康に影響を与えたり高齢化に関する政策を変更したりする能力は限定されている 	中国 セルビア
利用者参加型	<ul style="list-style-type: none"> 中レベルのエンパワメント。受益者が積極的に委員会や会議に参加して、提供される活動やコースの計画に携わる 	<ul style="list-style-type: none"> 低レベルの、地域の保健・社会ケアとの連携および調整。保健介入として明確には設計されていないため、研修コースへの参加などにとどまる 	<ul style="list-style-type: none"> 運用の地理的範囲において小規模、特定の大学と結びついていることが多い 主に、トレーニングや教育の活動（文化活動やレクリエーション活動が含まれる）を提供し、運用は、リソースの共有と、活動資金となる会費に頼っている 	<ul style="list-style-type: none"> ウェルビーイングと、社会的・精神的健康が、参加者の健康リテラシーの向上とともに、介入の主な成果であると思われる 比較的低コスト。少額の資金によって活動を持続可能であり、資金調達が比較的少なく、会費で資金をまかなうことができる 	<ul style="list-style-type: none"> 比較的豊かな社会経済的な背景をもつ高齢の女性など、特定のタイプの受益者を支援する傾向がある 運動能力や自律性に制限のある高齢者（寝たきりや重度障害の高齢者）には適していない可能性がある 主な重点が健康には置かれていないため、保健・社会ケアシステムと結びつけるのが困難 	ウクライナ レバノン タイ
国家支援 ネットワーク型	<ul style="list-style-type: none"> 低レベルのエンパワメント。トップダウンであることが多く、活動能力が限られている受益者が対象とされる 	<ul style="list-style-type: none"> 低レベルの、地域の保健・社会ケアとの連携および調整。保健介入として明確には設計されていないため、研修コースへの参加などにとどまる 	<ul style="list-style-type: none"> 小規模な地理的範囲において複数の異なる活動が行われる、または、中規模な地理的範囲において少数の活動が行われる 	<ul style="list-style-type: none"> 最も必要とする人々に提供が可能 保健システムとの調整が可能 広い地域全体での運用ができて、規模の拡大も可能 プログラムを運営するための資金面や政治的な支援は持続的であり信頼できる 国の支援があるため、大学など、他の支援機関からより大きな注目を集めて、認知度が高くなりうる 	<ul style="list-style-type: none"> 国の資金に頼っているため、応用が困難 受益者に対するエンパワメントのレベルが低い、運動能力や自律性に制限のある高齢者（寝たきりや重度障害の高齢者など）には、より適した介入かもしれない 	ロシア連邦 ベトナム
適応型	<ul style="list-style-type: none"> 中～高レベルのエンパワメント。受益者が CBSI のあらゆる側面に積極的に関わる。CBSI の活動、政策への働きかけや支援運動の設計と管理もそれに含まれる 	<ul style="list-style-type: none"> 高レベルの、地域の保健・社会ケアとの連携および調整。照会システムを通して行われる。また、サービス提供側と直接連携し、国レベルの政策立案に対する意見表明も行われる 	<ul style="list-style-type: none"> 大規模で複雑な介入であり、運用は、大規模な地理的範囲か、国家レベルで展開されることが多い 高レベルの資金を必要とする傾向があるが、特定の地域または全国の高齢者の大部分に提供が可能 	<ul style="list-style-type: none"> 多くの受益者への提供が可能 より全体的なアプローチを採用できる 社会面での利益だけでなく、健康面でも成果を出せる可能性がある 	<ul style="list-style-type: none"> かなりの人材やスキルが必要となる 	チリ スリランカ イラン・イスラム共和国

すべての研究から得られたエビデンスを考慮したうえで、CBSI の政策および研究、実践のためのアイデアを以下のように提案します。

政策関連事項	CBSI 関連事項
<p>人を中心とした保健サービスを確かなものとするための、CBSI のさらなる取り組みの可能性を理解して、地域レベルでの CBSI の位置づけを知り、それに関与する</p> <p>この研究によって作成された類型を利用した洗い出し作業に取り掛かることで、国家レベルでの CBSI をさらに深く理解することができます。これによって、公的機関と民間セクターの両方が、CBSI に関与する機会についてよりよく理解できることにつながります。</p> <p>CBSI によってもたらされる金銭的価値を確実に理解する</p> <p>CBSI は保健・社会ケアシステムにとってコストの削減につながるという思い込みがあるかもしれませんが、そうとは限りませんし、それを解明することが大切です。CBSI によって得られる様々な社会的便益だけでなく、たとえばボランティアや高齢者、その家族らが提供する時間やリソースなど、CBSI の社会的費用を把握することも重要となるでしょう。</p> <p>CBSI のためだけの資金の流れを確保することで、CBSI を試験段階から解放するような政策環境を作り出す</p> <p>CBSI の機能を促進する政策環境では、立ち上げ時に資金を確保するチャンスだけでなく、活動の多様化と規模拡大につながる潜在的な資金調達の流れを作ること考える必要があります。CBSI のための国家基金やクレジット制度といった形が考えられます。</p> <p>様々な関係機関の間で知識の交換やネットワークの構築を確実に行うことができるような場を作る</p> <p>政策立案者は、様々なイニシアティブを通して（例えば、既に確立されている、高齢化に焦点をあてたイベントの一環として）、CBSI の代表者と、地域の他の活動主体（例えば、医療従事者など）との間に相互関係を育成できます。こういった場が、後者にとってのインセンティブとなる工夫を考える必要があるでしょう。</p>	<p>同じ地域で活動しているコミュニティのグループと連携する機会を探す</p> <p>高齢者を支援する既存のイニシアティブと調整することで、取り組みの重複を減らすことができ、また、高齢者の権利の擁護活動を国レベルの支援へと拡大することができるかもしれません。</p> <p>CBSI の目的に応じて、地域の政策立案者や学会と、保健・社会ケアシステムを超えた戦略的パートナーシップを構築する</p> <p>CBSI は既存のサービスと連携・調整するチャンスがどこにあるかを検討する必要があります。協力関係に対してエコシステム・アプローチを適用することは、それによって高齢化に関する課題に取り組む多様なステークホルダーを公的な協力関係にも私的な協力関係にも取り込むことができるので、重要な要因だと考えられます。</p> <p>できるだけ世代間活動を促進することは、CBSI の持続可能性にとって重要な役割を果たす可能性があり、中高所得国における高齢化に対する偏見の軽減にもつながりうる</p> <p>CBSI は世代間活動を促進する機会がどこにあるのか、また、参加者を呼び込むために何がインセンティブとなるのかを検討する必要があります。</p> <p>低コストで効果的で負担の少ない M&E のプロセスを CBSI に組み込む</p> <p>高齢者の健康（身体的、精神的、ウェルビーイング）と、健康な高齢化によって得られる可能性のあるさらに広範な利益に対する活動の影響を評価するための具体的な M&E の指標があれば、CBSI が資金提供者に活動進捗を説明する際に役立つでしょう。それに併せて、M&E の指標を使用して、CBSI が目標を設定し、その達成に向けた進捗状況を測ることが可能となります。</p> <p>知見と成果のエビデンスを普及させるための機会を創出する</p> <p>CBSI と、高齢化に関連する課題に取り組んでいるより広範な政策コミュニティの全体で、知見を共有するための提言と情報普及の戦略を、CBSI は検討すべきです。</p>

謝辞

本プロジェクトチームは、事例研究を行った各国における国内パートナー機関と協力してくださった方々による素晴らしい貢献に感謝申し上げます。それなくしては、この研究そのものが不可能だったでしょう。

チリ	Alessandra Olivi, Viviana Garcia, Alejandro Rodriguez Musso
中国	Deng Xueyi
イラン・イスラム共和国	Seyede Sedighe Hosseini Jebeli, Mehdi Amiri, Samaneh Zamani
レバノン	Maya N. Abi Chahine, Abla Mehio Sibai
ロシア連邦	Elena Golubeva
セルビア	Nada Sataric, Mira Sataric, Sonja Marjanovic
スリランカ	Prakash Tyagi, Chaminda de Silva
タイ	Jongjit Rittirong, Kamolchanok Khamsuwan, Rossarin Gray
ウクライナ	Grzegorz Gawron, Lesia Buhara
ベトナム	Dang Huy Hoang

WHO 神戸センター (WKC) のプロジェクトチーム、特に、プロジェクト全体にわたって丁寧にサポートして頂いた **Loïc Garçon** と **Paul Ong**、そしてプロジェクトの重要な段階で貴重なご意見を頂いた専門的な顧問の皆様に、心から感謝いたします。

また、このプロジェクトのためにインタビューを受け、時間をかけて貴重な情報をくださった各国の皆様すべてに感謝いたします。特に、システマティック・レビューのための調査でご尽力くださった **Jody Larkin** と、プロジェクト全体にわたって前向きにご指導くださり、研究の質を高いものにしてくださった **Sue Guthrie** と **Josephine Exley** に感謝の意を表します。

健康な高齢化に関するナレッジ・トランスレーションによってユニバーサル・ヘルス・カバレッジを進展させる：日本老年学的評価研究（JAGES）で得られた知見

編集：近藤克則、ローゼンバーグ恵美

エグゼクティブサマリー

人口高齢化は人口動態の世界的傾向であり、これまで高所得国を中心に影響を及ぼしてきましたが、現在では低・中所得国への影響も明らかになっています(1,2)。十分な情報に基づいて計画を立案し、迅速に対処しなければ、既存のリソースに負荷がかかり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成に向けた各国の努力が損なわれることになるでしょう。

ナレッジ・トランスレーション（KT）には、研究から得られたエビデンスを解釈し、それを実践へと応用することが含まれます。それは、保健システムの人口高齢化への対応が、エビデンスベースであることと、特定の状況に適合するものであることを確実にするうえで不可欠なプロセスです。高齢化と健康に関するKTの枠組み(3)によれば、まず高齢化と健康が優先課題であることが認識され、政策立案においてエビデンスの使用が受容されるような社会的「状況と環境」にあることがKTの成否に関わる重要な要因です。その他にKTにとって重要な前提条件とは、知見創出者である研究者と政策立案者などの知見ユーザーの間に良好な関係を築くための両者間の連携および意見交換の努力と、時宜を得た有意義な知見の創出です。知見を実践へと応用するには、様々なステークホルダーに対して研究者側から情報を普及させる「プッシュ」型の取り組みや、政策立案者が適切な研究を特定し、そこから得られた知見を「プル」（引用する）ことを促す努力が必要です。知見ユーザー側も、意思決定にあたりエビデンスを適切に活用する、「プル」型の取り組みがなくてはなりません。また、KTのプロセスと効果を改善するために、これらの取り組みに対するモニタリングと評価が必要です。

日本老年学的評価研究（JAGES）は、高所得国で健康開発および人口高齢化が進んだ段階にある日本における健康な高齢化のためのKTのモデルを提供しています。JAGESは、地域に居住する65歳以上の自立した高齢者の代表サンプルに対して自記式調査票を郵送配布することで、長期的な社会疫学的データを収集しています(4)。1999年以降、3～4年ごとにデータが収集されています。2016～2017年に実施された最新の調査では、全国の41の自治体で暮らす約20万人の高齢者から回答を得ました。このデータによって、研究者が、健康な高齢化と健康格差の決定要因に関する、質の高いエビデンスを創出できます。この研究から判明したのは、高齢者における健康格差と要介護リスクに対処するには、ポピュレーションアプローチを通して、健康の社会的決定要因に取り組むことが重要だということです。これを裏付けるエビデンスは、国の介護保険政策の改正に活用されてきました。また、JAGESの研究者は、政策や事業の実践に関する科学的調査である実践研究(5)も行っています。具体的には、地方自治体職員と密接に連携して、その地域で得たデータおよび研究結果を事業計画や事業の開発・評価のために活用しています。

JAGESのKTの基盤となる主な促進要因は次のように特定されました。

- (a)多様なステークホルダー間に確立されているウィンウィンの関係。すべてのステークホルダーに何かしら得るものがあります。

- (b) 研究と実践の両方を豊かにする、多部門連携。
- (c) 関連する行政データと結びつけることができる、大規模な調査データに基づく質の高いエビデンスの創出。
- (d) 地域に関わる知見および解決策をステークホルダーとともに生み出すための、地域レベルの参加型研究アプローチ。
- (e) ステークホルダーがエビデンスを理解吸収しやすくするための、データ視覚化（見える化）ツールと管理ツールの製作。
- (f) 多様なメディアを通して様々なステークホルダーのグループに情報を伝えて、支持を獲得すること。
- (g) このイニシアティブの維持に必要なリソースを得るための戦略的な資金調達。

これらの要因は、高齢化と健康に関する KT の枠組みと直接の関係があるので、諸外国においても重要となる可能性が高いです。

研究を実施したり、その結果を実践的な解決策に変換したりするために JAGES が用いる手法およびアプローチには、日本国内の状況に限定されるものもあります。しかし同時に、一般化できる部分や、それらを他の環境に適合させる方法もあります。諸外国において高齢化と健康に関する KT を促進するために、一般的に推奨される点を以下に挙げます。

高齢化および健康に関する KT に向けて、有利に働くような環境と状況を作り出す：高齢者の生活の質の改善に向けた世界的な勢いを利用すること。 高齢化と健康に関する研究とエビデンスベースの政策立案に有利に働くような政策環境と状況は、KT 成功の鍵です。地球規模の人口高齢化を受けた、健康な高齢化と UHC の達成に向けた最近の国際的取り組みによって、今、高齢者の生活の質の改善に向けた世界的な勢いが生まれています(6)。この勢いによって、すべての国で、UHC との関連で人口高齢化の問題を政策議題として提起するチャンスが得られるのです。

知見を生成する側と、知見を活用する側との関係を構築する：小規模な取り組みから始めて、相互利益を特定し、取り組みを持続させること。 知見を生成する側と活用する側との生産的関係を構築することが、KT 成功のもう一つの鍵です。研究を始める前にステークホルダーのニーズを特定することが、ウィンウィンの関係を築くために役立ちます。リソースが限られている場合には、この関係構築を小規模なものから始めて、研究成果の応用の成功例を示すことで、時間をかけて規模を少しずつ拡大できます。資金提供者もまた、知見を生成する側と活用する側の連携の確立を資金提供の条件とすることによって、連携を促進することが可能です(7)。

質の高い縦断データを作成する：調査方法は現地の状況に適応させるが、同一国内では地域や調査時期にかかわらず調査方法の一貫性を保つこと。 質の高いデータであることは、科学的にも政策決定のためにも価値の高いデータであるためには必須です。調査方法は、現地の状況における制約や機会に合わせて変えなくてはなりません。データの一貫性と比較可能性を担保するために、調査の時期や場所が違って（特に同国内の場合には）、調査方法を同じに保つ必要があります。動向や因果関係の分析ができるように、可能な限り長期的な縦断データを構築すべきです。またデータを公開してオープンアクセスにすることで、他者からのチェックを受けてさらに品質が向上し、役立つエビデンスを作成できる可能性が最大限に高まることになります。

実践可能な知見を創出する：研究の方向性を、対処可能な問題と介入可能なポイントの特定へと向けること。 知見を活用する側にとっての価値を高めるために、研究の方向性を、対処可能な問題と、社会的に決定される健康格差などのリスク要因へと向けるべきであり、また、実践可能な介入を行いうるポイントを明らかにすべきです。コミュニティ構成員の完全かつ平等な参加に重点を置

いた、コミュニティベースの参加型研究は、研究の応用を通して、問題解決のためのローカルイノベーションを促進するために効果的な方法のひとつです(8)。

知見を活用する側の手に渡す：データ視覚化（見える化）ツールを用いて、戦略的に研究を広めること。 研究成果をよく理解して活用してもらえるよう情報を一般の人に伝えるには、ある程度の創造性が必要です。定量的な情報を意味のある形で表現するようなデータ視覚化ツールとプログラム管理ツールによって、高い効果を上げることが可能となります(9)。戦略的アプローチを用いて、研究結果を適切な形で様々な立場の人に積極的に伝えることで、KTのプロセスと効果を強化することも可能です。

長期的なビジョンをもち、高齢化と健康に関する調査およびKTの強化に注力する：早い段階からこれらの分野に資金を投入することによって、十分に練り上げられた研究とKTのシステムから、その資金にも勝る恩恵が受けられるでしょう。このシステムによって、人口高齢化問題の解決のために十分な余裕をもって、あるいは少なくとも間に合うように、健康とUHCに関する政策のための情報が得られるのです。

短期的な視点でKTを実践することはできません。JAGESイニシアティブの一環として、連続した、現在も進行中の財政投資によってKTは維持されてきました。長期的投資によって、質の高い健康情報システムを構築し、地域の研究能力を強化して、研究によるエビデンスを使用するよう政策立案者を導き、人口高齢化に合わせた保健システムの提唱、研究者と政策立案者、コミュニティ構成員の連携を育成することが、全世界において、健康な高齢化の問題に取り組み、UHCを達成するために、重要なことなのです。

参考文献

1. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1, accessed 17 April 2018).
2. World population ageing 2017. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2017 (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf, accessed 17 April 2018).
3. Ellen ME, Panisset U, Araujo de Carvalho I, Goodwin J, Beard J. A knowledge translation framework on ageing and health. *Health Policy*. 2017; 121(3):282–91. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.12.009.
4. Kondo K. Progress in aging epidemiology in Japan: the JAGES project. *J Epidemiol*. 2016; 26(7):331–6. doi: 10.2188/jea.JE20160093.
5. Peters DH, Tran N, Adam T. Implementation research in health: a practical guide. Geneva: World Health Organization, Alliance for Health Policy and Systems Research; 2013 (http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_irpguide.pdf, accessed 26 August 2018).
6. Multisectoral action for a lifecourse approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health. In: Sixty-ninth World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 22 April 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf, accessed 14 April 2018).
7. Lyall C, Bruce A, Marsden W, Meagher L. The role of funding agencies in creating interdisciplinary knowledge. *Science and Public Policy*. 2013; 40:62–71. doi: 10.1093/scipol/scs121.

8. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *Am J Public Health*. 2010; 100:S40–6. doi: 10.2105/AJPH.2009.184036.
9. Shneiderman B, Plaisant C, Hesse BW. Improving healthcare with interactive visualization. *Computer*. 2013; 46(5):58–66.