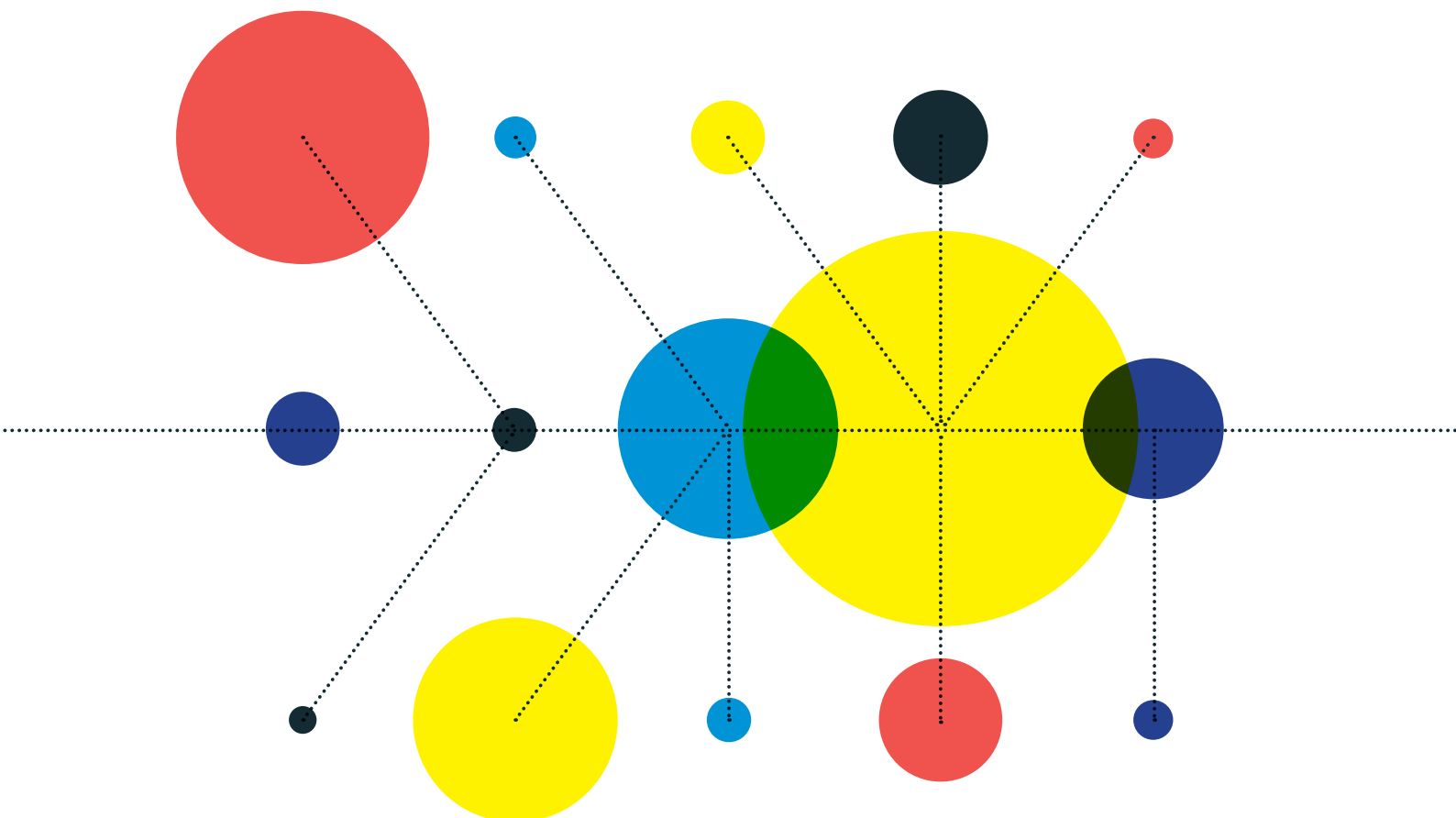


# 2018年～2026年 研究計画



WHO健康開発総合研究センター (WHO神戸センター・WKC)  
2019年3月11日



World Health  
Organization

Centre for Health Development



# 2018年～2026年 研究計画

WHO健康開発総合研究センター  
(WHO神戸センター・WKC)



**World Health  
Organization**

Centre for Health Development

Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Under the terms of this licence, you may copy, redistribute and adapt the work for non-commercial purposes, provided the work is appropriately cited, as indicated below. In any use of this work, there should be no suggestion that WHO endorses any specific organization, products or services. The use of the WHO logo is not permitted. If you adapt the work, then you must license your work under the same or equivalent Creative Commons licence. If you create a translation of this work, you should add the following disclaimer along with the suggested citation: "This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition".

Any mediation relating to disputes arising under the licence shall be conducted in accordance with the mediation rules of the World Intellectual Property Organization.

Suggested citation. The World Health Organization Centre for Health Development (WHO Kobe Centre), Research plan (2018 – 2026). Kobe: World Health Organization; 2019 (WHO/WKC/2019.1). Licence: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>.

Sales, rights and licensing. To purchase WHO publications, see <http://apps.who.int/bookorders>. To submit requests for commercial use and queries on rights and licensing, see <http://www.who.int/about/licensing>.

Third-party materials. If you wish to reuse material from this work that is attributed to a third party, such as tables, figures or images, it is your responsibility to determine whether permission is needed for that reuse and to obtain permission from the copyright holder. The risk of claims resulting from infringement of any third-party-owned component in the work rests solely with the user.

General disclaimers. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by WHO in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by WHO to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall WHO be liable for damages arising from its use.

謝 辞	5
1. 背 景	8
2. セオリーオブチェンジ (変革の理論)	9
3. 総合事業計画 (GPW)	12
4. 研究カテゴリー	16
5. 研究テーマの決定プロセス	18
6. 研究テーマ	22
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	23
6.2. 指標と測定	25
6.3. 災害・健康危機管理 (H-EDRM)	26
7. 日本の事例の活用	29
8. 低・中所得国における普及可能性の最大化	30
9. 成果の測定	32
10. 主要パートナーとイベント	33

## 添付資料

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	36
添付資料 2. 研究分野とその活動要約： 指標と測定	38
添付資料 3. 研究分野とその活動要約： 災害・健康危機管理	40





# 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-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のおよび物質的支援によって1995年に設立されました<sup>1</sup>。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。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）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<sup>2</sup>。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。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<sup>3</sup>。

<sup>1</sup> 神戸グループは、兵庫県・神戸市・株式会社神戸製鋼所・神戸商工会議所によって構成されています。

<sup>2</sup> World Health Organization Centre for Health Development. (2015) *Imagining the Future, Innovations for sustainable universal health coverage. WKC Strategy, 2016-2026*. Geneva: World Health Organization.

<sup>3</sup> World Health Organization Centre for Health Development. (2017) *Quality Assurance Plan for Research*.

# 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を享受する人を増やすこと、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. 変革の理論:WHO 第13次総合事業計画を実現するためのWKCの研究計画

**背景:** WKC が掲げる 2016-26 年の戦略は、未来の保健制度の推進とユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 実現を目的として、研究活動の実施を通して、保健制度とイノベーションに関するエビデンスを統合することである



**WKCの活動と委託業務：**

- 低、中所得国での独自調査や研究能力の開発
- 活動のアウトカムとその影響評価、モニタリング
- 戦略的解析：ステークホルダー、研究、組織の状況、UHC/SDGの進化とコンセプト

**WKCがつくるもの：**

- エビデンスに基づいた政策オプション
- 保健制度改革とUHC研究に関連するナレッジハブと実践コミュニティ reform and UHC research

**情報発信：**

- 戦略的なターゲットに対する研究知見の情報発信

**共同開催：**

- 国内外のパートナー

- 技術レポート、政策概要の提示
- プレスおよびメディアに対する発信、ウェブサイト、ソーシャルメディア
- プレゼンテーション、国家および地域レベルの会議に合わせたイベント開催
- 査読付き論文
- 2016年～2026年のWKC10か年戦略の達成

- 研究パートナーシップや活動コミュニティの新しいネットワーク
- 研究テーマの発見、ならびに研究テーマ募集
- 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開発
- 災害対応研究の促進

- グローバルおよび国家レベルでの保健政策の改善
- グローバルおよび国家レベルでのサービス提供モデルの改善
- 保健制度における持続可能な資金調達
- 改善されたモニタリング活動指標
- 自然災害に対する準備と対応

UHC実現を促進し、すべての国で健康平均寿命を改善する：  
UHC推進のための3つの「10億人ターゲット」の達成、健康と福祉における危機管理対策の改善

# 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**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。

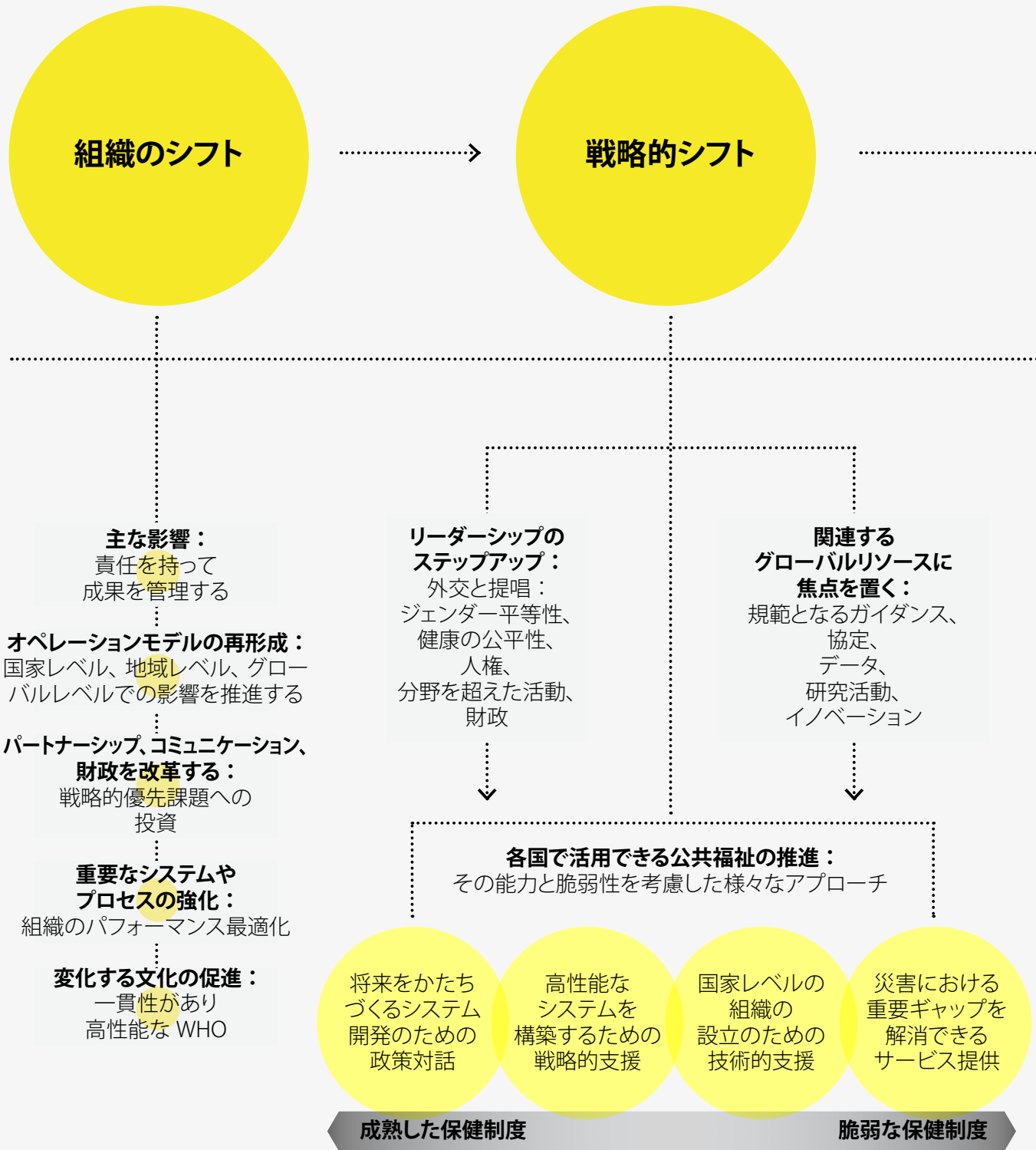
これらの目標は、WHO本部事務局の活動の3つの戦略的変化を通して達成されます。それらの変化とは、リーダーシップの強化とエビデンスに基づいた政策対話、多様な状況におけるさまざまなニーズに対応するための国別アプローチ、戦略分野におけるインパクト評価などがあります。またこれは、WHO本部事務局の活動方法における成果指標が変化していることを意味しています。すなわち、各国におけるより効果的な運用モデルの実施、パートナーシップ・コミュニケーション・資金基盤の強化、事務局のパフォーマンスの改善、高品質な成果をあげるハイパフォーマンス文化の促進などです。

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として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は本部事務局、地域事務局および国事務局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。



<sup>4</sup> Thirteenth General Program of Work, 2019-2023. WHA71/2018. Geneva: The World Health Organization.





戦略的  
優先課題  
(目標)



ミッション

全ての年齢層で  
健康な生活と福祉を  
保証するために：

**UHCの達成：**  
さらに10億人に  
UHCによる  
恩恵をもたらす

**健康危機対策：**  
さらに10億人を  
健康危機から  
保護する

**健康の促進：**  
さらに10億人の  
健康と福祉を  
促進する



健康を  
推進すること



安全な  
世界を  
つくること



脆弱な  
集団を  
支援すること

# 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<sup>5</sup>。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<sup>6</sup>。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。

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用することがあります。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ので、できる限り「前向き」に設計して厳密な方法で実施します。

<sup>5</sup> Unpublished (2018). WHO and Research. The WHO Deputy Director General for Programs.

<sup>6</sup> The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization.

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<sup>7</sup>

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

<sup>7</sup> The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage.  
Geneva: World Health Organization.

# 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<sup>8</sup>。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。

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。

<sup>8</sup> World Health Organization Centre for Health Development. (2015) *Imagining the Future, Innovations for sustainable universal health coverage*. WKC Strategy, 2016-2026. Geneva: World Health Organization.

<sup>9</sup> *ibid.*

## 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：



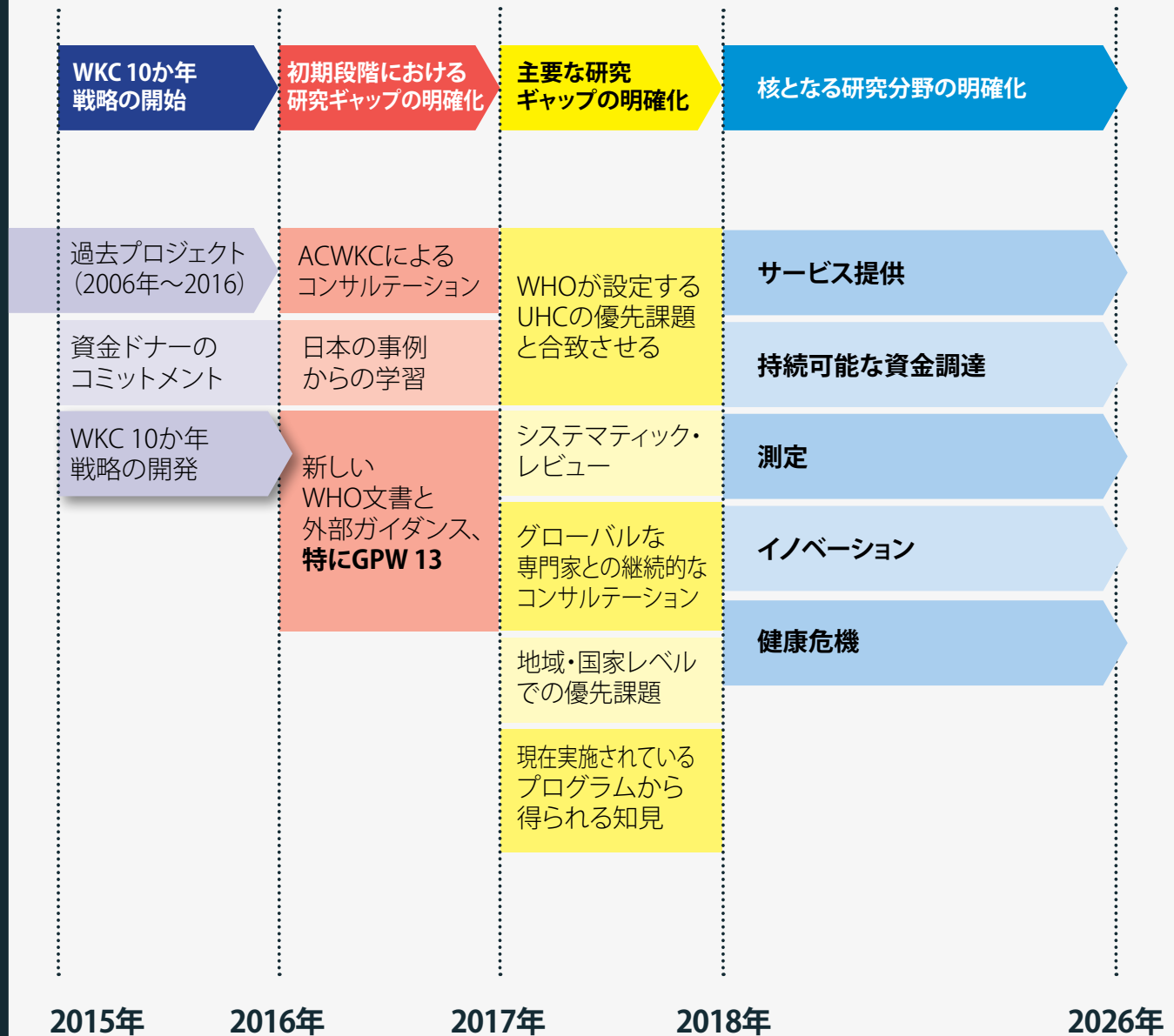
## 戦略的目標 2：

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：



図5. 研究テーマの決定プロセス



これまでのコミットメント  
および成果物、  
WHO事務局の改革、  
WKCのプログラムを  
実用的かつ  
体系的に統合して、

→ **WKC 10か年  
研究計画の  
実現に活かす**

これに加えてWKCは、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に基づきユニバーサル・ヘルス・カバレッジの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。



# 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あてられ、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<sup>10</sup>。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。

<sup>10</sup> WHOは統合された、人を中心とした医療サービスを、「人々とコミュニティを保険制度の中心とするアプローチ」として定義し、人々が受動的にサービスを受けるのではなく、積極的に自らの健康を管理できる状態を目指しています。

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

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紹介して、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。

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。

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

「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のしやすさ、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<sup>11</sup>。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。

11 内在的能力や機能的な能力などの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

## 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えています。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、2015年の仙台防災枠組 2015-2030 (SFDRR)<sup>12</sup>を通して強調されています。これは兵庫行動枠組 2005-2015から引き継がれた第3回国連防災世界会議 (WCDRR) の成果文書です<sup>13</sup>。

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をしてきました。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。

<sup>12</sup> UNISDR. (2015) Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030.

<sup>13</sup> UNISDR. (2005) Hyogo Framework for Action 2005-2015

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マ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<sup>14</sup>。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な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。

<sup>14</sup> Lo S, et al (2017). Health Emergency and Disaster Risk Management (Health-EDRM): Developing the Research Field within the Sendai Framework Paradigm. International Journal of Disaster Risk Science.

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<sup>15</sup>。高額医療費支出の発生率は0.5～1.4%です<sup>16</sup>。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<sup>17</sup>。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<sup>18</sup>。

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<sup>19</sup>。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<sup>20</sup>。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** UNISDR. (2015). Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030.

**16** Global Health Observatory Data Repository, World Health Organization. (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.688>, Accessed 7 May, 2018)

**17** Ikeda N et al (2011). What has made the population of Japan healthy? *Lancet*, 378 (9796), pp.1094-1105.

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

**19** Official Japanese government figures reported to the WHO. National health accounts database, World Health Organization ([http://apps.who.int/nha/database/Country\\_Profile/Index/en](http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en), Accessed 7 May, 2018).

**20** Ikegami, N. (2016). Universal health coverage for inclusive and sustainable development: lessons from Japan. Washington, DC: The World Bank.

# 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と言えます。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に、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の的確なバランスをとる必要があるといえます<sup>21</sup>。

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。

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



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<sup>22</sup>、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）だけではなく、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<sup>23</sup>。

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<sup>24</sup>。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<sup>25</sup>。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。

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

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

**24** Tunis SR, Stryer DB, Clancy CM. (2003) Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. *JAMA* 290 (12), pp.1624-1632.

**25** Bates MA, Glennester R. (2017). The Generalizability Puzzle. *Stanford Social Innovation Review*, Summer.

# 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、システムティック・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となります。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

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

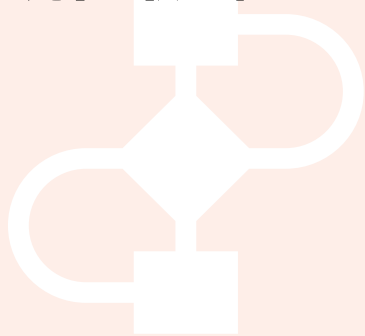
# 添付資料1

## 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、ASEAN 9 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 ASEAN 9 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

# 研究分野とその活動要約： 指標と測定

## 添付資料 2

### 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



- 地元および海外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

# 研究分野とその活動要約： 災害・健康危機管理

## 添付資料 3

### 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







**World Health  
Organization**

**Centre for Health Development**