



研究職として関わる国際医療協力： WHOガイドラインと実装科学

国立国際医療研究センター 国際医療協力局 運営企画部

保健医療開発課／グローバルヘルス政策研究センター併任 上級研究員 大川 純代

先日、グローバルヘルス合同大会という学術大会で、私の所属先である国際医療協力局（以下、協力局）の広報ブースを担当しました。その際、協力局にはどんな職種の人がいるのかという質問を多く受けました。協力局の職員は医師、看護師、助産師が多いですが、それ以外にも多様な背景を持つ専門職が所属しています。私はもともと看護職ですが、今は研究職として勤務しています。また、2023年12月より世界保健機関（WHO）本部のガイドライン評価

委員会（Guidelines Review Committee、GRC）の外部委員として、新しく作成されるガイドラインの計画書や最終版を査読・評価する仕事にも携わっています。本稿では、WHOガイドラインと実装科学をキーワードに私の仕事についてご紹介します。

この記事を読んでいる方の中には、日頃から診療ガイドラインを使っている方も多くおられると思います。一方、低・中所得国の保健医療関連のガイドラインは、WHOのガイドライン（以下、ガイドラ

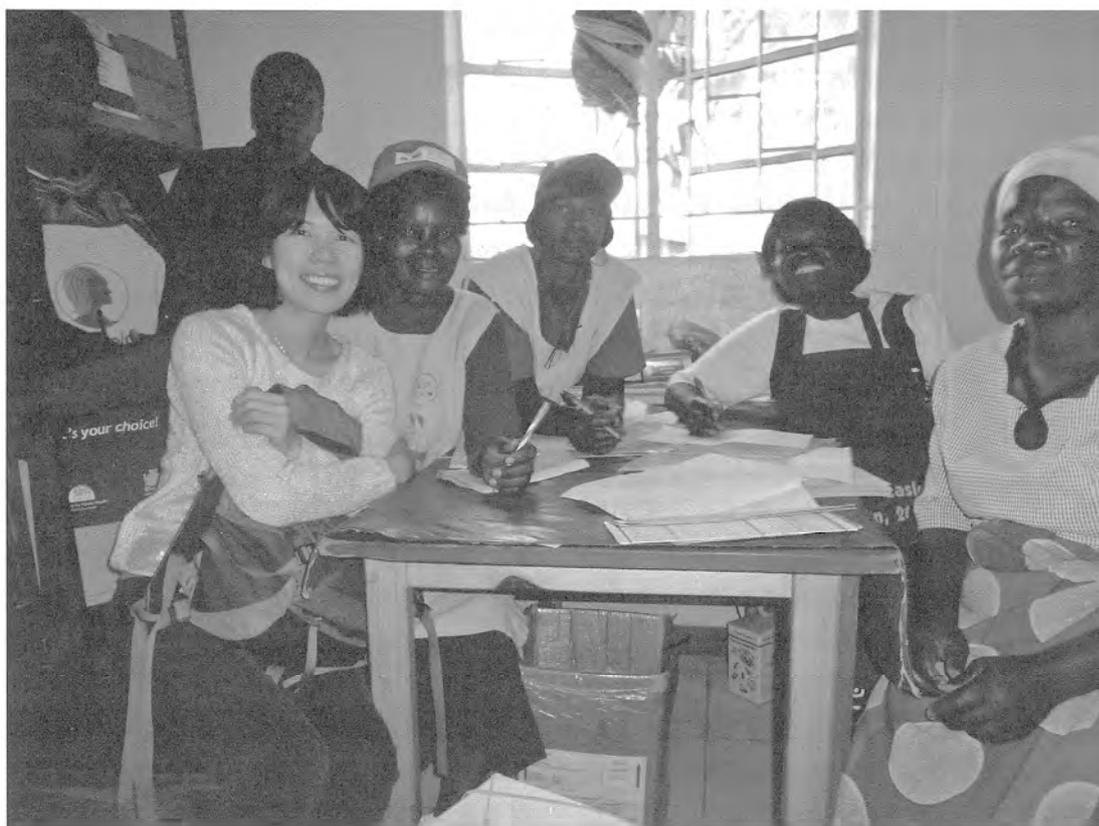


写真1 HIV母子感染予防サービスのヘルスボランティアの女性たちと筆者



写真2 乳児健診の順番待ちをする長い列

イン)を基に作成されることが多いです。では、ガイドラインはどのように作られ、低・中所得国の現場でどのように活用されているのでしょうか。

WHOの第13次総合事業計画2019-2023年(13th General Programme of Work 2019-2023)によると、保健分野の規範と基準を設定することは、WHO特有の機能であると示しています¹⁾。ガイドラインは、臨床実践または公衆衛生政策に対する推奨事項を示した文書であり、対象者が可能な限り最善の健康アウトカムを達成するために何ができるか、何をすべきかを示しています。

ガイドラインの作成過程については、WHO handbook for guideline development に詳しく記載されています²⁾。大まかな流れは、ガイドライン作成の必要性についての検討、計画書の作成、ガイドライン制作チームの構成、利益相反の確認・対応、GRCによる計画書の審査、システマティックレビューの実施、エビデンスの質の評価の順に進められます。そして、エビデンスから推奨事項を選定する段階では、エビデンスの信頼性の高さだけでなく、対象者の価値観や好み、介入を受けることによる利益と不利益のバランス、リソースへの影響(費

用対効果等)、問題の優先度、公平性と人権、介入に対する受容性、実行可能性など多面的に評価されます。その後、外部評価を受け、原稿が完成すると、GRCによる審査があります。承認されると、発刊へと進みます。

このように長いプロセスを経て作成されるので、様々な専門家が関与します。主に運営グループ(The steering group)、ガイドライン策定グループ(The guideline development group)、外部評価グループ(The external review group)、系統的レビューチーム(The systematic review team)、加えてガイドライン方法論の専門家、専門的技術を持つコンサルタント、ガイドライン制作グループ会議のオブザーバー、執筆者、編集者らで構成されます。私が所属する協力局にも、低・中所得国での豊富な現場経験を持ち、高い専門性を持つ職員は、ガイドライン策定グループのメンバーとして技術貢献しています。

私自身もGRCメンバーとして関わるようになったので、現在はハンドブックを頼りに、ガイドライン作成の方法論を学んでいるところですが、読むほどに新しい発見があります。例えば、WHOはガイ

2010 National Protocol Guidelines



Integrated Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV

写真3 ザンビア HIV 母子感染予防の国家ガイドライン2010年版

ドライン作成の全てのプロセスにおいて公平性、人権、ジェンダー、社会的決定要因を考慮することを重んじています。これらを考慮するのは当然の事とも言えますが、政策策定する政府、それを運用する自治体や組織レベルでは見落とされやすい面かもしれません。だからこそ、WHOのガイドラインにおいて考慮される必要があるのだと思います。私は世界のすべての人々の健康を貴ぶこの価値観に、

GRC 委員として背筋が伸びるような責任を感じます。このように、科学的知見と世界中の専門家の知恵を結集して作成されるガイドラインですが、低・中所得国の保健医療現場で適切に運用することは、決して容易ではありません。一例として、私のアフリカでの経験を紹介します。

2010～2012年頃、アフリカ南部にあるザンビア共和国でHIV母子感染予防プログラムに関する研究に

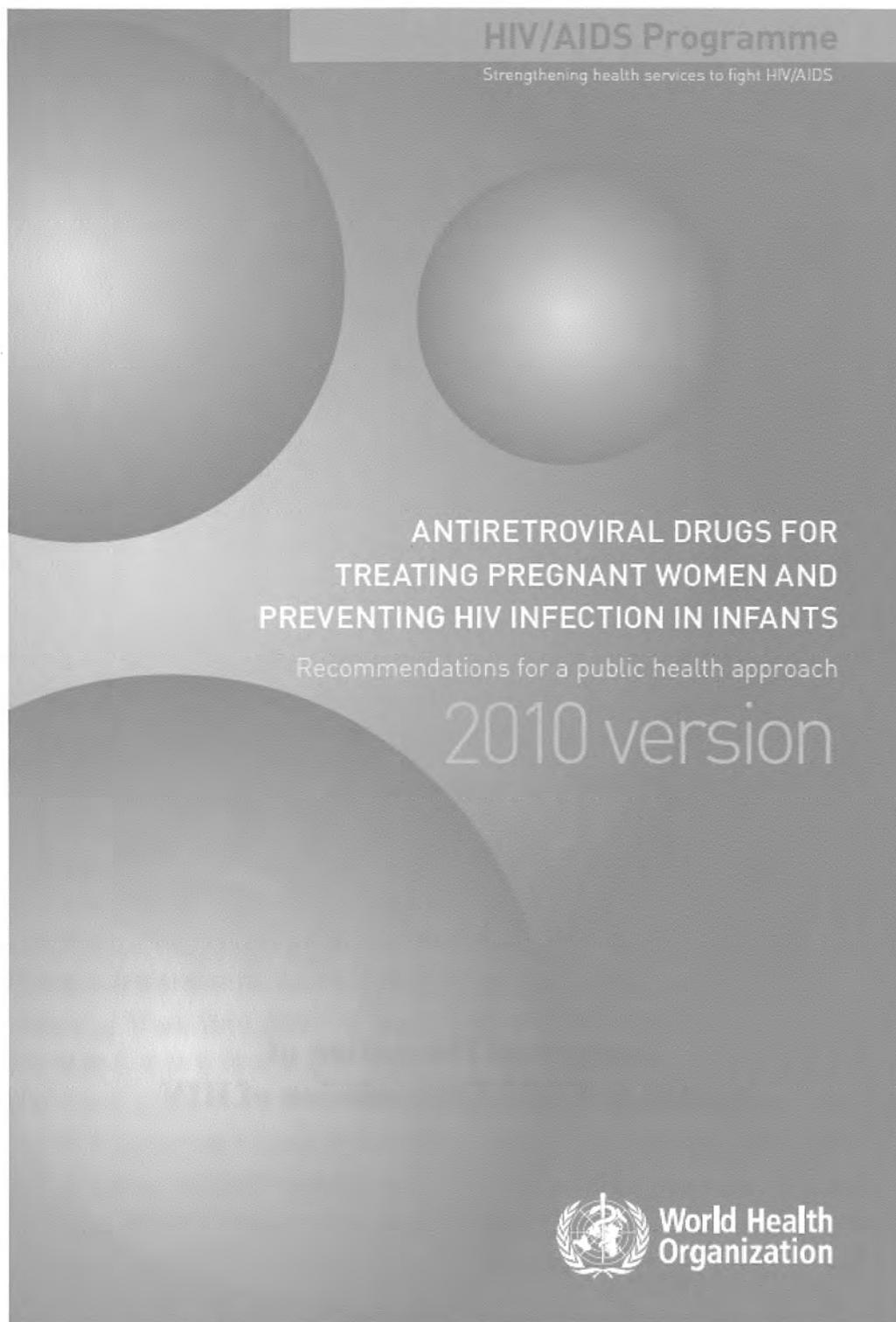
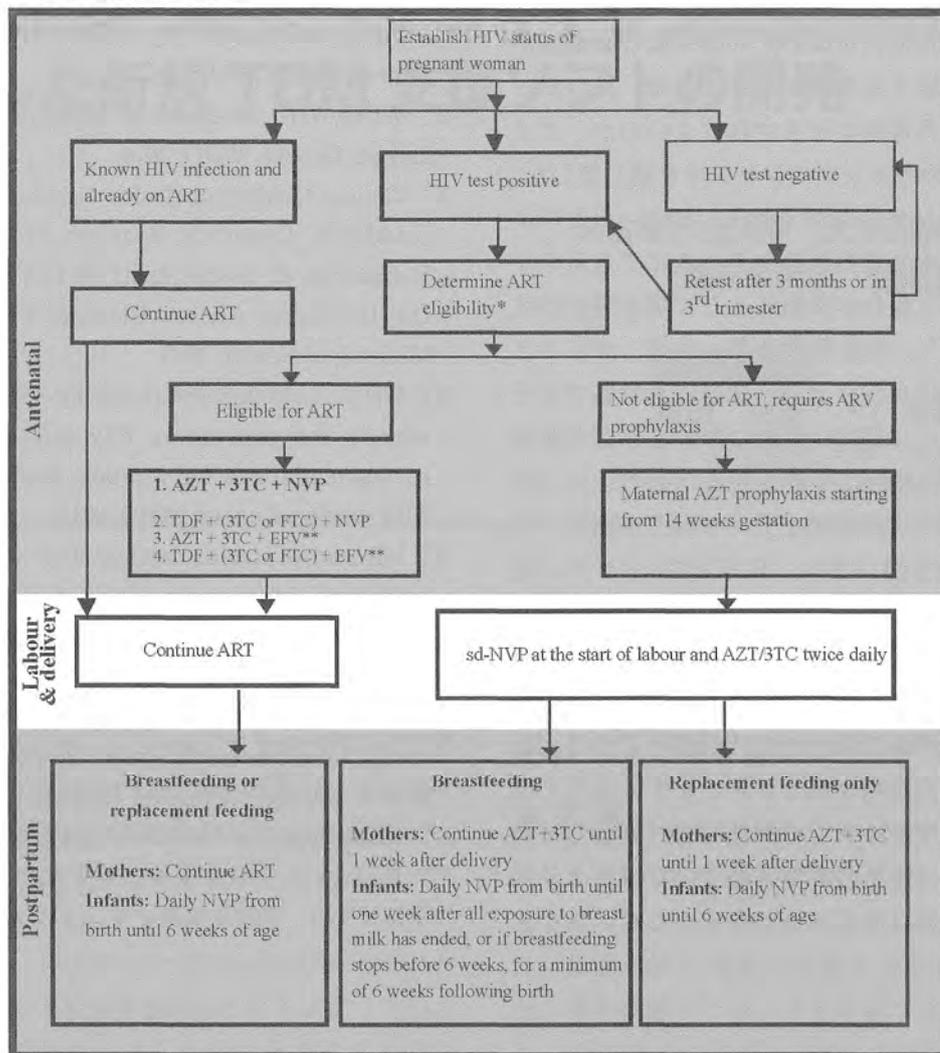


写真4 WHOのHIV母子感染予防に関する推奨2010年版

携わりました。当時、ザンビアの成人HIV有病率は約14%でした³⁾。HIVは妊娠、出産、授乳を通じて母から子に感染するリスクがあります。しかし、抗レトロウイルス薬（以下、ARV）を服用することで、母子感染のリスクを大幅に下げることができます。2010年はWHOが母子感染予防のためのARV使用に関する新たなガイドラインを発刊した年でした⁴⁾⁵⁾。新しいガイドラインは、旧ガイドラインと

比べて、ARVの適用基準、薬の種類、開始時期、服用期間など細かい変更があったので、現場の医療従事者にとっては、これらの変更を通常業務に取り入れることに苦労があったと思います。また、女性に対しては、治療を要するほど病状が進行していない場合、妊娠14週目から予防的にARVを服用することが推奨されていました。しかし、ザンビアでは妊娠前期までに初回妊婦健診に来る女性は40%未満

Figure 2.1 Algorithm for Care of the HIV Positive Pregnant Woman Based on 2010 WHO Recommendations



* start ARV prophylaxis while waiting to determine ART eligibility
** avoid use of EFV in first trimester and use NVP instead

写真5 妊娠から産後までの HIV 母子感染予防プログラムの概略図

なので⁶⁾、推奨どおり ARV を開始できる人はどうしても限られてしまいます。また、母子感染のリスクを持って生まれたきた子どもには、(安全な母乳代用品による栄養が難しい場合は) 12カ月間母乳を与え、その期間中は子どもに ARV を毎日服用させることが推奨されました。日本でも新生児にビタミンK2を与えますが、私も自分自身の経験を振り返ると、少量の薬でさえも赤ちゃんに飲ませるのは大

変だったと記憶しています。これが一年間となると大きな負担になるだろうと想像できます。さらに、ARV シロップを投与する際にはシリンジで量を測定すること、子どもの月齢ごとに投与量が変わることも、ザンビアの母親にとってはハードルが高いただろうと感じました。また、研究を通じて、多くの母子が ARV を継続的に服用できていないことがわかりました。保健施設から遠いところに住んでいるの

で薬をもらいに行くのが困難、パートナーにHIV感染のことを知られるのが怖いので子どもに薬を飲ませたくない、自覚症状がないため薬を飲む必要性がわからない等、様々な理由がありました。見つかった課題に対して具体的にどうすればよいのか、ガイドラインと現場のギャップのジレンマを感じました。

近年、エビデンスに基づく介入（EBI）をどのようにすれば現場の日常のプラクティスにできるのかという疑問に取り組む学問領域として実装科学が注目されています⁷⁾。実装科学を用いれば、ガイドラインがうまく根付かないという課題にも対応できそうです。具体的にはEBIの実装に影響を与える要因の特定、EBIが効果的に実装されるための工夫（実装戦略）の考案、実装戦略とともにEBIを実装、その効果の評価等を扱います。WHOガイドラインは推奨事項を明確に示していますが、低・中所得国の現場のニーズや状況は多様です。各国の政府は、ガイドラインを発行するだけでなく、その実装を推進するために、現場に合った実装戦略を見つけ、それをツール化する役割があると思います。私たちは実装科学を応用することで、保健医療技術協力事業の現場でガイドラインの実装と普及の支援がより効果的にできるようになるのではないかと思います。

参考文献

- 1) The World Health Organization (WHO). The Thirteenth General Programme of Work, 2019-2023. Geneva: WHO; 2019.
- 2) WHO. WHO handbook for guideline development - 2nd ed. Geneva: WHO; 2014.
- 3) Zambia Ministry of Health, National AIDS Council. ZAMBIA Country Report: Monitoring the Declaration of Commitment on HIV and AIDS and the Universal Access Biennial Report. Lusaka: Ministry of Health; 2010.
- 4) WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach. - 2010 version. Geneva: WHO; 2010.
- 5) Ministry of Health Zambia. 2010 National protocol guidelines: integrated prevention of mother-to-child transmission of HIV. Lusaka: Ministry of Health Zambia; 2010.
- 6) Zambia Statistics Agency, Ministry of Health (MOH) Zambia, and ICF. 2018 Zambia Demographic Health Survey Summary Report. Lusaka: Zambia Statistics Agency, MOH, and ICF; 2019.
- 7) 島津太一ら. 産業保健における実装科学. 産業医学レビュー. 2021年34巻2号 p.117-153.