

研究の優先順位

著者

Mona Nasser プリマス大学 医歯学 保健人間科学部（プリマス、グレートブリテン及び北アイルランド連合王国（英国））

Roderik Floris Viergever Research4Health（ユトレヒト、オランダ王国）

John Martin プリマス大学 地球科学研究所（プリマス、英国）

2.7.1 学習目的

災害・健康危機管理 (Health EDRM) における研究の優先順位付け作業 (prioritisation exercise) を準備、展開、評価する際に考慮すべき、以下のような重要な要素を理解する。

1. 研究の優先順位を慎重に選択する重要性。
2. 優先順位付けの実践的ステップ。

2.7.2 序論

研究の優先順位付け作業 (prioritisation exercise) は通常、研究テーマと研究方法の選択につながる対人的な活動として定義される (1)。この作業の結果は、どのような研究を行うかについて政府や組織が下す最終的な決定と常に直接一致するわけではないが、そのような決定を導くのに役割立つものである。重要な政治的問題が発生した場合には、状況を考慮して事前に設定した優先順位を修正するなど、ある程度の柔軟性が必要となる場合がある。

災害・健康危機管理における優先順位の決定は、特定のリサーチエスチョンを追求しようとする研究グループのレベルで行われる場合や、非政府組織 (nongovernmental) や政府機関 (governmental organisation)、あるいはより広い研究領域を開発しようとする国連機関 (UN agency) のような組織レベルで行われる場合もある。優先順位付けを経て、1 つあるいは 2 つ以上のリサーチエスチョンに絞られる。

研究の優先順位付けの目的は、それが実施される背景 (context)、その開始に至った政治的、社会的、組織的プロセス、そしてそのプロセスの管理者、専門家、実務者、政策立案者、最終受益者 (ultimate beneficiaries) (しばしばステークホルダーと呼ばれる) によって異なる。災害・健康危機管理における例は次の通りである。

- エビデンスエイド (Evidence Aid) の優先順位付けでは、健康上のアウトカムに対する介入・実行・戦略の効果に関する最新のシステマティックレビューのために優先すべき 30 項目を特定した。これは特に災害リスクの予防 (prevention) ・

2.7

準備 (preparedness)・対応 (response)・復興 (recovery) に携わる人々に関連するものであった (3.5 章の事例 3.5.3) (2)。

- WHO の保健医療従事者の会合 (gathering of health practitioners) では、緊急事態における看護師 (nurses)・助産師 (midwives) の役割に関する主要な研究の優先順位を明らかにした (3)。

研究優先度の範囲 (scope) や深さ (depth) について、コンセンサスは得られていない。広範なもの (例えば「熱帯病のさらなる研究」) かもしれないし、具体的なもの (例えば「2019 年にコンゴ民主共和国でエボラウイルスが蔓延した文化的要因」) かもしれない。しかし、質の高い研究の優先順位付け作業 (quality research prioritisation exercise) をサポートすると思われる様々な要素についてはコンセンサスが得られている (図 2.7.1)。これらの要素は、優先順位付け作業の前に行うこと (準備段階)、作業中に行うこと、作業後に行うことの 3 ステップに分類することができる。

図 2.7.1 研究の優先順位付け作業 (prioritisation exercise) を支援するための要素



2.7.3 ステップ 1：研究の優先付け作業の準備

ステップ 1a 主導するチーム (leadership team)

優先順位付け作業 (prioritisation exercise) では、その実施を設計 (design) し、指導 (lead) し、監視 (monitor) するチームが必要である。チームは、プロジェクトを完了するために必要な人材、スキル、リソースを特定する必要がある。情報管理、視覚化、効果的なデータ収集などの技術的なスキル (technical skills) が重要である。しかし、効果的なコミュニケーション、災害対応や災害研究を含む災害リスク関係者や研究・サービスの最終的な受益者 (ultimate beneficiaries) との関係構築、議論の調整 (coordinating) や取りまとめ (chairing)、適切な戦略や戦術を決定するための政治状況分析能力などの、対人関係スキル (interpersonal skills) も重要である。

ステップ 1b 状況把握 (understanding context) と必要なデータの収集

新たな優先順位付けの作業 (prioritisation exercise) に取りかかる前に、その作業の背景 (context) を理解することが重要である。例えば、類似の、あるいは関連する作業が他にないか、すでに設定された高いレベルの戦略的優先順位がないか、重要な政治的決定がなされていないかなど、これらは作業に影響を与え、あるいは情報を提供することになる。

Viergeverら (4) は研究の優先順位付けプロセスに影響する背景上の問題 (contextual issues) を、利用可能な資源 (available resources)、作業の焦点 (focus on the exercise)、関係者の価値観 (values)、基盤 (underpinning) となる健康・研究・政治環境に分類している。例えば、災害・健康危機管理研究に関する特定の背景上の問題は、災害が地域社会に及ぼす影響の程度に関係する根本的な原因因子 (underlying causal factor) である。これには、社会の災害への曝露や脆弱性の程度 (1.3 章と 3.2 章) が含まれる (5)。

ステップ 1c ステークホルダーの特定 (identify) と参画 (engagement)

優先順位付けの準備の一環として、チームは、人、組織、政府など、優先順位設定に関与すべき人々を特定する必要がある。これらの人々は、それぞれ多くの異なる層 (different layers) から成ることを忘れてはならない。例えば、政府とは、地方、地域、国レベルかもしれない。WHO による健康のための研究に関する報告書でも、市民社会組織 (civil society organisations)、慈善団体 (philanthropic bodies)、産業界 (industry) を、優先順位決定作業における重要なステークホルダーとして挙げている (6)。その他に患者 (patients)、一般市民 (general public)、大学 (universities)、研究機関 (research institutions) などの関与が必要な場合がある。

このプロセスに参加する個人を選ぶ際に考慮すべき重要な質問には、次のようなものがある。

- 優先順位付けされた研究結果の恩恵を受ける、あるいは利用する者は誰か。
- 被害を受けた人々に影響を与える可能性の高い主要な問題について、知識と監督力 (oversight) を持ち、影響力を持つ者は誰か (政治家や人道支援組織の管理者など)。
- 現場や日常業務で起きていることを直接知っている者は誰か (被災地の医療従事者、直接被災した人、被災後の支援をしている人、地元の知識を持つ人など)。
- 研究の支援や実施に重要な役割を果たす者は誰か (学術団体 (academic organisations)、慈善団体 (philanthropic bodies)、産業界 (industry) など)。

2.7

- 研究結果を政策や実践に移す上で重要な役割を担う者は誰か（医療専門職や医療従事者、政治家、政策決定者など）。

ステークホルダーがプロセスに適切に関与 (proper engagement) するためには、真の関与 (true involvement) を確保し、形骸化 (tokenism) を避けるために、ステークホルダーがどのように関与するかを検討することが重要である。表 2.7.1 に示す一連の質問は、これらを決定するための指針として役立つ (7)。

表 2.7.1 公平性の視点 (equity lens) からの研究の優先順位付け：検討すべき質問

- 研究テーマの選択によって影響を受ける可能性のある様々なステークホルダー（年齢、性別、性的指向、障害、民族、宗教、居住地、職業、教育、社会経済的地位、ソーシャルキャピタルが異なる人々など）が、優先順位決定のプロセスに関与しているか。彼らはどのステップに関与しているか。影響を受けるコミュニティがプロセスに含まれていることを確認するために、監査プロセス (audit process) を持つことが重要である。
- 優先順位付けプロジェクト (prioritisation project) は、その目的の一部として不公平の解消 (reducing inequity) を考慮しているか。
- 研究テーマの優先順位付け、実施、普及、伝達のために選択された方法やツールは、様々なステークホルダーにとって理解しやすく、透明性 (transparent) があり、適切 (relevant) なものか。例えば、対象者が多言語であるにもかかわらず、研究者が英語のツールしか使用しない場合、対象者全体に平等に参加する機会 (equal opportunities) を提供することはできないが、翻訳 (translation) や画像 (images) の使用で対処できるかもしれない。ステークホルダーが研究やデータ収集に応じる準備 (readiness) ができているか、実際に応じることができるか (availability)、また応じる傾向性 (tendency) がどうかは様々であることを考慮することが重要である。迅速にタイミング良く対応できる人もいれば、時間がかかる人もいる。また、自分たちの貢献が真剣 (seriously) に受け止められているという証拠を必要としたり、プロセスに貢献するための時間やリソースを割く前に、サポートやエンパワメントを必要とする人もいるかもしれない。
- 不利な立場 (disadvantaged) にある人々やアクセスしにくい人々 (less accessible)（遠隔地に住む人々など物理的なアクセスや、あまり知られていない、あるいは使われていない言語を話す人々のような他の面でのアクセスの悪さが考えられる）が参加する際の障壁 (barriers) を最小限にするための具体的な戦略が検討されているか。
- 状況分析 (situation analysis)（現在の研究範囲 (research coverage) の評価、ギャップの特定、医療ニーズの評価など）は、異なるサブグループ間で評価された介入の影響や価値の潜在的な違いと共に、健康問題の有病率 (prevalence)、重症度 (severity)、緊急度 (urgency) の違いを考慮しているか。
- 優先順位付けの基準 (criteria for prioritisation) は、恵まれた集団の健康問題とは対照的に、不利な立場にある集団やアクセスしにくい集団の健康問題の深刻さ (severity) や緊急性 (urgency) に潜在的な違いがあるかどうかを考慮しているか。基準とは、個人が研究テーマや質問をランク付け (rank the research priorities) するために使用する要素を指す。これらの基準は、事前に定義されている場合もあれば、プロセスの中で定義される場合もある。
- 優先順位付けの基準は、恵まれた状況にある人々 (privileged) の場合とは対照的に、不利な立場にある人々 (disadvantaged) における介入の影響 (impact) における潜在的な違いを考慮しているか。
- 優先順位付けの基準は、異なる集団が異なる価値観 (values) や選好 (preferences) を持つ可能性があることを考慮しているか。これは、健康問題に対する個人の価値観だけでなく、文化的価値観 (cultural values) に対して研究が及ぼすより大きな影響を指している。
- 様々なステークホルダーが、優先順位決定プロセスの方法や結果に、フィードバック (feedback) を提供したり、異議を申し立てたり (appeal) する機会を与えられているか。
- 優先順位付けの結果、不利な立場にある集団 (disadvantaged groups) に関連する研究テーマになったか。これは、不利な立場にあるグループの日常生活（個人レベル）または不公平の解消 (reducing inequity)（コミュニティレベル）に関連するトピック領域、あるいはその両方をカバーするトピックとなる。
- 普及 (dissemination)・実施戦略 (implementation strategy) は、資金提供者や研究機関が優先順位の高い研究テーマ (prioritised research topics) を認識し、それらを研究課題や戦略的計画の一部として検討する可能性を高めるか。
- 普及・実施戦略は、不利な立場にあるグループに関連する優先的な研究テーマが資金提供 (get

funded) され、実施 (conducted) される可能性を高めるか。

13. 普及・実施戦略は、不利な立場にあるグループと協働する研究者が、優先度の高い研究プロジェクトを実施、あるいはそれに関与する可能性を高めるか。
 14. 普及・実施戦略は、不利な立場にあるグループや意思決定者、あるいは不利な立場にあるグループと協働する実務者が、優先的に研究に関与する可能性を高めるか。
 15. 普及・実施戦略は、不利な立場にあるグループと協働する政策決定者や意思決定者が、優先度の高い研究から得られた知見 (findings) を活用する可能性を高めるか。
 16. 優先度の高い研究課題の結果は、政策 (policies)、法律 (legislation)、診療 (clinical practice) を、不利な立場にある集団に有利なものに変えたか。
 17. アピール (appeal)・執行戦略 (enforcement strategy) により、不利な立場にあるグループ、あるいは彼らに関わる意思決定者や研究者、実務者が、優先順位決定プロセス (prioritisation process) やその結果 (results) についてフィードバックやコメントをする可能性が高まったか。
-

優先順位付けプロセスに関与するすべての個人について、その特性 (characteristics)、背景 (background)、知識 (knowledge)、技能 (skills) に基づいて、どのように異なる価値観 (values) や選好 (preferences) を持つ可能性があるか、また異なる社会経済グループ (socioeconomic) や人種グループ (racial groups) を含め、どのようにそれらを代表させるかを検討することが重要である。PROGRESS PLUSという頭字語は、研究の受益者の中にある脆弱性のポケットを特定するのに有効である。PROGRESS PLUS は、潜在的な不利の軸を定義している。居住地 (Place of residence)、人種・民族・文化・言語 (Race / ethnicity / culture / language)、職業 (Occupation)、性別 (Gender / sex)、宗教 (Religion)、教育 (Education)、社会経済的地位 (Socioeconomic status)、ソーシャルキャピタル (Social capital)、そして性的指向 (sexual orientation)、年齢 (age)、障害 (disability) などのその他の特性 (「プラス」) である。これらの特性は、特定のコミュニティが「社会的、政治的、法的構造およびプロセス」によって不利な状況に置かれているかどうかを特定するものである。作業の準備段階において、主導するチームは、不利な立場にあるグループを含めトピック領域に関連するすべてのグループとコミュニティを特定し、さらに、優先順位付けプロセスに関与する個人がそれらのグループやコミュニティを代表するようにしなければならない (8)。事例 2.7.1 は、ステークホルダー群の価値観 (values) や選好 (preferences) がどのように異なるかを浮き彫りにしている。

2.7

事例 2.7.1

様々なステークホルダーの価値観 (values) と選好性 (preferences) : 人道的状況におけるメンタルヘルス・心理社会的支援に関する研究の優先順位

人道的状況におけるメンタルヘルス・心理社会的支援 (mental health and psychosocial support, MHPSS、事例 2.6.2 参照) に関する研究の優先順位付けがペルー共和国、ウガンダ、ネパールで行われ、114 人が参加した。参加者は、政策立案者、学術研究者、人道支援従事者で、幅広い分野（精神医学 (psychiatry)、心理学 (psychology)、ソーシャルワーク (social work)、児童保護 (child protection)、医療人類学 (medical anthropology)、および組織（政府 (governments)、大学 (universities)、非政府組織 (non-governmental organisations)、国連機関 (UN agencies) をカバーしていた。

チームは、優先順位を比較 (compare)・対照 (contrast) する前に、各ステークホルダーに対して個別にフォーカスグループ (focus groups) を実施し、それぞれの優先順位を特定した。

研究の優先順位は、グループ間で類似しているものもあったが（メンタルヘルスや心理的苦痛の有病率 (prevalence) や負荷 (burden) など）、差 (disparity) がついた分野もあった。例えば、研究者 (academics) は方法とプロセスの改善や長期的な結果 (long-term results) を得られる研究を優先し、援助関係者 (workers) や政策立案者 (policy makers) は迅速に解釈 (interpret quickly) でき、すぐに結果 (immediate results) が出るようなプロジェクトに関心を示した。また、援助関係者の中には、研究は時間の無駄であるとの懸念を示す人もいた。このことは、現場や援助関係者の関与を高めるためには、災害・健康危機管理の長期的な影響 (long-term impacts) と短期的な結果 (short-term results) の両方を含む研究課題を特定し、優先順位を付けることが重要となる可能性を示唆している (9)。

研究の優先順位付けを研究または実施する人は、個々のステークホルダーの価値観がそのプロセスにおけるデータの解釈 (interpretation) や活用 (use) にどのような影響を及ぼしたかについて、詳細を適切に報告できない (fail to report) ことが多い。例えば、米国医学アカデミー医療技術委員会 (US National Academy of Medicine Committee on Health Care Technology) は、「特定の疾患の有病率、関連技術の単価、技術の様々な用途、技術が対処する疾病負荷、技術評価の結果が健康アウトカムやコストに影響を与える可能性に関するデータ」を収集または推定することを推奨しているが、この方法の難しさは、データの収集、分析、提示が、仮定 (assumptions) や価値判断 (value judgements) の層に埋もれてしまい、異なるステークホルダーの真の価値観 (true values) や認識 (perceptions) を十分に説明できない可能性があることである。このようなばらつきは、データの収集や分析について異なる決定を下すことを正当化する可能性がある。例えば、疾病負荷 (burden of illness) を定義するアプローチが異なれば、研究の優先順位に関する決定も異なる可能性がある。したがって、優先付けの結果 (results of prioritisation exercise) を報告する際には、使用したデータ、適用した手法、プロセスの様々な段階で関与した人について、できる限り詳細かつ具体的に説明することが重要である (10-11)。

ステップ 1d 背景情報の収集

研究の優先順位付けは、エビデンスに基づき、信頼できる情報によって導かれる必要がある。優先順位付けの準備をする際には、関連する日常的に収集されたデータや既

に実施された研究を特定してそれにアクセスし、インタビューやケーススタディの研究資料、研究などを用いて最新の知識、関係者からの情報、不足している情報を収集することが重要である。最も難しいのは、過去の対応で役に立った、あるいは妨げになったことについて、現場の担当者 (field workers) や事例 (examples) から運営上の重要な質問 (key operational questions) を特定することかもしれない。なぜなら、現場の担当者は緊急事態や災害の影響を受けた人々の差し迫ったニーズ (imminent needs) に対処する必要に迫られ、彼らにとって研究は優先事項とは言えないからである。このことは、災害対応システムの様々な部分の備え (preparedness) に関する研究がいかに優先されうるかを浮き彫りにしている。例えば、Rosner らの論文では、2001 年 9 月 11 日の世界貿易センタービルへの攻撃において、緊急事態に対応して公衆衛生サービスをシフトさせる準備がどのように役立ったか、その後、異なるサービスがどのように対応したか、さらに、これを今後どのように改善できるかを詳細に説明している (12)。

理想的には、特定されたりサーチャクエスチョンが本当に真の研究ギャップ (research gaps) またはニーズ (needs) であるかどうかを探るために、系統的な検索 (systemic search) を行うことが必要である (2.6 章、3.6 章、3.7 章)。

優先順位付けの過程では、現在の研究資金 (7.3 章) や、特定の研究テーマや環境に対する研究能力も考慮する必要がある。そうすることで、これまでに行われた、または現在行われている研究、どのような進歩が最も達成可能か、そして将来的に支援を得られる可能性が高いものは何か、などについて情報を得ることができる。さらに、研究ギャップ (3.7 章) の理由とその対処法も明らかにすることができる。例えば、ドナーや資金提供者によっては資金使途に制限があり、その制限のために研究ギャップが存在する場合もある。また、研究の焦点を特定の出来事や緊急事態・災害の種類に絞るのか、それとも緊急事態・災害の影響を全体的に研究する総合的アプローチ (holistic approach) を用いるのかを検討することも重要であろう。例えば、フィリピンの一部の地域では、様々なタイプの災害が繰り返し発生しており、コミュニティの再建 (rebuild) に向けた取り組みに影響を及ぼしている (13)。

2.7.4 ステップ 2：優先順位付け作業

研究の優先順位付けを行う簡単な方法は、関連する知識を持つ人々を会議に集め、研究すべき最も重要な事柄についてコンセンサスを得られるようにすることである。しかし、このようなグループでの話し合いでは強いバイアス (strong biases) や誤り (errors) が生じることが知られている (例えば、最も発言力のある人 (most vocal) による不当な影響など)。そのため、優先順位付け作業の主催者用にガイドツールや方法論が開発されている。ツールの例としては、目標のマッピング (object mapping) や、ストーリーテリング (storytelling) を促進する際に画像 (images) を使うことなどが挙げられる (14, 15)。

優先順位付けをガイドするために開発された方法論はすべて、図 2.7.1 に示している一連のステップに従ったものである。このセクションでは、ステップ 2a、2b、2c について説明する。これらは優先順位を付けるプロセス自体をより体系的、透明、かつエビデンスに基づくものにするのに役立つ。

ステップ 2a リサーチオプション (研究テーマ、及び、リサーチクエスチョン) の特定 (identifying research options)

2.7

優先順位を付けるプロセス (priority process) の最初のステップは、優先度設定の範囲 (scope) 内で関連するすべてのリサーチオプション (relevant research options) を特定することである (チームはすでに「ステップ 1: 準備」で作業の範囲を定義しているはずであるから、それを念頭におくこと)。チームがリサーチオプションを特定する方法はさまざまである。

以下について、優先順位を付ける作業範囲の分野で文献レビューを行う：

- 知識の現状
- 現行の研究
- 研究ギャップ
- 過去に設定された研究の優先順位

ステークホルダーが考えるリサーチオプションを：

- 優先事項のリストに関するコンセンサスを得るための会議に先立ち、アンケートやインタビューを実施し尋ねる。
- 会議の開始時に尋ねる。
- またはこの 2 つを組み合わせる。

優先順位付けの初期段階で、より多くのステークホルダーを参加させ、リサーチオプションについて特定することは確かな方法だと言える。例えば、ある健康状態に関する研究の優先順位付けでは、会議が開催される前にアンケート (surveys) を送付して、患者や医療従事者、研究者にリサーチオプションを提案してもらうことができる。これらの提案を元に得られたリサーチオプションは、様々なレベルの詳細さ (granularity) で整理される。アンケートを行うことでリサーチオプションに関するステークホルダーの見解を深く理解することになり、また、文献レビューによってそれらに対する強力なエビデンスベースを得られるようになる。このようにして作成されたリサーチオプションのリストはその後、より少人数のステークホルダーが参加する会議において、レビューされ (reviewed)、改良され (refined)、最終決定される (finalised) かもしれない。

ステップ 2b 基準の使用に関する決定 (deciding on use of criteria)

優先順位付けを行うチームは、各リサーチオプションに優先順位を決めるための基準 (criteria) を定義し、この採用を決定することができる。これらの基準は参加するすべての人がトピックを区別し、順位付けするのに役立つだろう。一般に、基準の使用は優先順位付け作業のグッドプラクティスと考えられている。文献レビューに基づいて基準を事前に定義してもよいし、これらの基準の設定にあたり、ステークホルダーに参加してもらうこともできる。後者の場合、ステークホルダーの決定にどのような要因が影響を与えたのかを尋ねることが望ましい。基準の例としては、代替的な介入 (alternative intervention) が可能かどうか、予算への影響 (budget impact)、健康への影響 (health impact)、介入や研究テーマに関する論争の量 (amount of controversy)、疾病負担 (disease burden)、経済的影響 (economic impact)、倫理的意義 (ethical implications)、法的意義 (legal implications)、心理社会的意義 (psychosocial implications)、基盤となるエビデンス (underlying evidence)、関心度合 (expected level of interest)、介入の採用割合 (rates of use) のばらつきなどがある (15-16)。優先順位の決定に複数の基準を用いる場合、プロセスの枠組とガイド (frame and guide) をつくり、優先順位を付け、合意形成の会議での議論を導くために、パフォーマンスマ

トリックス (performance matrix) が有用なアプローチとなる場合がある (17)。

ステップ 2c リサーチオプションの順位付け (ranking the research options)

個人や組織（ステークホルダー）に各リサーチオプションを「判断」してもらい、研究の優先順位 (research priorities) リストを作成する方法は様々である。これには、被災者、実務者、政策立案者、管理者などに対するアンケート (surveys)、デルファイ法などの合意形成手法 (consensus methods)、対面会議 (face-to-face meetings)、優先順位について議論し合意するための参加型ワークショップ (participatory workshops) などがある (18-19)。大抵の場合、これらの方法を組み合わせて実施される。プロセスの開発の一環として、優先順位決定チーム (prioritisation team) は、どの個人の知識と価値を記録しプロセスに組み込むべきかを決定し、また、プロセスにおける重要なランキングや優先順位付けなどを定義するために誰の知識と価値を用いるべきかを決定する必要がある。後者は、最終的な優先順位 (final set of priorities) の選択に関わるグループを形成する際に実施されることがある。

研究の優先順位の決定プロセスにおいては、ステークホルダー間の相互作用の力学 (dynamics of interactions) に影響を与えうる重要な問題を認識しておくことが重要である。個人と良好な関係を築くことにより、彼らの興味 (interests)、価値感 (values)、選好 (preferences)、また異なるグループ間の力関係を理解したり、この関係がステークホルダーの関与にどのような影響を与えるかを理解することができる。合意形成の会議を開催する場合は、これらの問題を認識している独立した経験豊富なファシリテーターに会議を運営してもらうことが推奨される (1, 20-21)。また、利害関係者の金銭的 (financial)・非金銭的な利益相反 (non-financial conflict) を特定し、報告するための仕組みを設けることも重要であろう。

優先順位付けを主催する者は、一部会議への出席が経済的に難しいステークホルダーがおり、そのことが彼らの出席や参加に影響する可能性があることを考慮する必要がある。ステークホルダーの中には、将来の仕事上の関係 (working relation) や資金調達 (access to funding) に影響することを恐れて、会議で他の参加者の意見に反対することに抵抗がある人もいるかもしれない。

2.7.5 ステップ 3：優先順位付け作業後

優先順位付けを終えた後には、次の 6 つのことが重要となる。

ステップ 3a 優先付けした研究プロジェクトの実施 (conduct)：優先順位付けは正しい研究が実施されることを目的としているため、優先付けした研究プロジェクトをどのように開始するのが最善かを検討することが重要である。

ステップ 3b 研究プロジェクトで得られた成果 (findings) の実行 (implement)：研究は時に「漠然とした研究 (blue-skies research)」になることもあるが、多くの研究が、医療行為 (health practice) や政策 (policies) に直接情報を提供するために実施されている。優先付けをした研究プロジェクトの成果を、どのように実践、政策、またはその両方に反映させるかについて計画を立てる必要がある。

ステップ 3c 研究結果の影響 (impact) を評価する：優先順位付けの結果として実施する研究を、どのように評価するかについての計画も必要である。

ステップ 3d 優先順位決定作業 (priority setting exercise) の報告と公表：優先順位付けの結果を普及させ、関連する研究者と資金提供者がその結果と作業方法の

2.7

明確な報告書にアクセスできるようにすることが重要である。これを支援する報告ガイドラインには「REPRISE、用語集参照」がある (7.6 章) (22)。

ステップ 3e 作業プロセスと結果 (process and outcome of exercise) の評価：より多くの優先順位付けが体系的に評価されれば、優先順位付けの質に関するエビデンスベースが改善されるだろう。例えば、Viergever らの論文 (4) や Nasser らの論文 (7) は評価の枠組 (evaluation framework) を構築・実施する際に参考となる枠組を提供している。これには、優先順位のプロセスとアウトカムを振り返ることと、次の内容について尋ねることが含まれる。何がうまくいったのか。もっとうまくいく可能性があったのは何か。このトピックに関する次の優先順位付けの主催者はどのような点を改善すべきか。どのような教訓 (lessons) が得られたか。これらの情報は報告書 (report) や出版物 (publication) に含める必要がある。

ステップ 3f 結果 (results) をフィードバックし、今後の作業を見直す (revise)：優先順位付けは反復プロセス (iterative process) であり、どのような研究ギャップが残っているか、取り組む必要があるかを踏まえて継続し、修正していくものである。したがって、優先順位付け作業では、合意された優先順位を定期的に見直し、それについて異議を唱え (appeal)、フィードバックする機会を設ける必要があるかもしれない。このようなレビューは、ステークホルダーが優先順位の結果に異議を唱えたり、グループが行った優先順位付けについてフィードバックを提供したりする機会にもなり、結果の受容性 (acceptability)、ひいては正当性 (legitimacy) を向上させることになる。したがって、優先順位付け作業をいつ繰り返すか、ステップ 3 で得られた情報を今後の作業にどう生かすかについて、計画を立てておく必要がある。

最後に資金調達に関して、優先付け作業は、災害・健康危機管理の他の面に使用されていたかもしれない資金の配分決定 (allocation of funding) に対し、情報を伝える役目もある。このため、ステークホルダーに対する説明責任 (accountability) を果たし、優先順位付け作業の成功度 (success) を評価することが特に重要になる。

2.7.6 結論

研究の優先順位付けには、その優先順位が必要とされる様々な状況的問題に適応するために、いくつかの異なるアプローチが用いられてきた。取るべきアプローチは、優先順位付け作業の目的 (objective)、基本原則 (underlying principles)、倫理的枠組 (ethical frameworks)、社会的 (social)・政治的 (political)・文脈的 (contextual) な問題によって異なる。また、優先順位付け作業の目的を分類する方法も様々である。現在の不確実性 (uncertainty) を特定するもの、あるいは将来発生するであろう問題への対処を目指す未来志向のものに分類されるかもしれない。

データの特定制やステークホルダーの関与を促すために用いる解釈的 (interpretive)・協議的手法 (consultative methods) を含め、研究の優先順位付けのステップは主に技術的なものであると定義する人もいる。しかし、研究の優先順位付け作業は、必ずしも 1 つのカテゴリーに明確に属するとは限らない。例えば、ステークホルダーの関与を重視し、ステークホルダーから情報を収集するために質的研究手法を用いるものでは、おそらく意思決定プロセスに情報を提供するために定量的なデータを使用するだろう。一方、データ主導型 (data driven) (例えば、情報解析の価値を重視するもの) では、これらのデータを解釈して意思決定に反映する際に、価値主導型の仮定 (value-driven assumptions) を立てることが求められる (1, 23)。

健康に関する研究全般において、優先順位が最も高い研究テーマを特定することが重要である。このことは、むしろ災害・健康危機管理においてはより重要である。なぜなら、研究に投入された資金や資源は、リスクの予防、準備、対応、回復に直接使用されていれば、レジリエンスを強化することができたかもしれないからである。新しい研究の優先順位を決める際には、公平 (equitable) で、主要なステークホルダーをすべて巻き込み、エビデンスに基づくアプローチで、最も研究の必要性が高い分野を特定するプロセスを踏むことが重要である。本章ではそのための重要なステップのいくつかを概説した。

2.7.7 キーメッセージ

- 災害・健康危機管理における研究の優先順位付けは、最も必要とされる研究が実施されることを保証し、介入策の実施に使われるかもしれない資源を効率的に利用するのに役立つであろう。
- 優先順位付けを行う場合は、エビデンスに基づくアプローチを用い、主要なステークホルダーが確実に関与するようにする必要がある。そのための方法論がいくつか用意されている。
- 優先順位付け作業 (**prioritisation exercises**) の報告書は、その優先順位に沿って行動する人々が、優先順位付け作業の質 (**quality**) と妥当性 (**relevance**) を判断できるように、アウトカム、優先順位付けに使用した方法、支援または資金調達の意思決定プロセスにおいて立てられた政治的、社会的、経済的見解などの仮定 (**underlying assumptions**)、および様々な情報源 (**sources of information**) がどのように使われたかが明確でなければならない。

2.7.8 関連文献

Nasser M, Welch V, Tugwell P, Ueffing E, Doyle J, Waters E. Ensuring relevance for Cochrane reviews: evaluating processes and methods for prioritizing topics for Cochrane reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2013; 66(5): 474-82.

Tol WA, Patel V, Tomlinson M, Baingana F, Galappatti A, Silove D, et al. Relevance or excellence? Setting research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *Harvard Review of Psychiatry*. 2012; 20(1): 25-36.

Tong A, Synnot A, Crowe S, Hill S, Matus A, Scholes-Robertson N, et al. Reporting guideline for priority setting of health research (REPRISE). *BMC Medical Research Methodology*. 2019; 19(1): 243.

Viergever RF, Olifson S, Ghaffar A, Terry RF. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and Systems*. 2010; 8: 36.

A systematic approach for undertaking a research priority-setting exercise: guidance for WHO staff. World Health Organization. 2020.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334408>

2.7

2.7.9 参考文献

1. Nasser M. Setting priorities for conducting and updating systematic reviews (PhD thesis). Plymouth, University of Plymouth. 2018.

2. Evidence Aid Priority Setting Group (EAPSG). Prioritization of themes and research questions for health outcomes in natural disasters, humanitarian crises or other major healthcare emergencies. PLOS Currents Disasters October. 2013: 16; Edition 1.

3. The Contribution of Nursing and Midwifery in Emergencies. Report of a WHO Consultation. WHO. Geneva. 2006. https://www.who.int/hac/events/2006/nursing_consultation_report_sept07.pdf (accessed 22 January 2020).

4. Viergever RF, Olifson S, Ghaffar A, Terry RF. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. Health Research Policy and Systems. 2010: 8:36.

5. Dilley M. Setting priorities: global patterns of disaster risk. Philosophical Transactions Series A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences. 2006: 364(1845): 2217-29.

6. The WHO strategy on research for health. WHO. 2012 https://www.who.int/phi/WHO_Strategy_on_research_for_health.pdf (accessed 22 January 2020).

7. Nasser M, Ueffing E, Welch V, Tugwell P. An equity lens can ensure an equity-oriented approach to agenda setting and priority setting of Cochrane Reviews. Journal of Clinical Epidemiology. 2013: 66(5): 511-21.

8. Nasser M, Welch V, Tugwell P, Ueffing E, Doyle J, Waters E. Ensuring relevance for Cochrane reviews: evaluating processes and methods for prioritizing topics for Cochrane reviews. Journal of Clinical Epidemiology. 2013: 66(5): 474-82.

9. Tol WA, Patel V, Tomlinson M, Baingana F, Galappatti A, Silove D et al . Relevance or excellence? Setting research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. Harvard Review of Psychiatry. 2012: 20(1): 25-36.

10. Nasser M. Setting priorities for conducting and updating systematic reviews (PhD thesis). Plymouth, University of Plymouth. 2018.

11. National Academy of Sciences. Institute of Medicine Roundtable on Value and Science-Driven Health In: Learning What Works: Infrastructure Required for Comparative Effectiveness Research: Workshop Summary. Washington DC: National Academies Press. 2011.

12. Rosner D, Markowitz. Are we ready? Public Health Since 9/11 (1st edition). University of California Press. 2006.

13. Bankoff G. Cultures of Disaster. London, UK: Routledge. 2003.

14. Shaw BJ, Draux H, Garcia-Martin M, Martin J, Bieling C. Contributions of citizen science to landscape democracy: potentials and challenges of current approaches. *Landscape Research*. 2017; 42 (8): 831-844.

15. My Cult-Rural Toolkit. Ruritage Heritage for Rural Regeneration [physical and digital research toolkit] <http://www.ruritage-ecosystem.eu/culttool>

16. Noorani HZ, Husereau DR, Boudreau R, Skidmore B. Priority setting for health technology assessments: a systematic review of current practical approaches. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2007; 23(3): 310-5.

17. McGregor S, Henderson KJ, Kaldor JM. How are health research priorities set in low and middle income countries? A systematic review of published reports. *PLoS ONE*. 2014; 9(9): e108787.

18. Viergever RF, Gouglass D, Tromp N. Chapter 12: The Role of MCDA in Health Research Priority Setting. In: Marsh K, Goetghebuer M, Thokala P, Baltussen R, editors. *Multi-Criteria Decision Analysis to Support Healthcare Decisions* (1st edition). Cham, Switzerland: Springer. 2017.

19. Li T, Ervin AM, Scherer R, Jampel H, Dickersin K. Setting priorities for comparative effectiveness research: a case study using primary open-angle glaucoma. *Ophthalmology*. 2010; 117(10): 1937-45.

20. Li T, Vedula SS, Scherer R, Dickersin K. What comparative effectiveness research is needed? A framework for using guidelines and systematic reviews to identify evidence gaps and research priorities. *Annals of Internal Medicine*. 2012; 156(5): 367-77.

21. Nasser M, Crowe S. An introduction to Research Priority Setting (RPS) for research groups in the Cochrane Collaboration. 2013.

22. Cowan K, Oliver S, JLA team. The James Lind Alliance Guidebook (version 8). 2018 <http://www.jla.nihr.ac.uk/jla-guidebook> (accessed 22 January 2020).

23. Tong A, Synnot A, Crowe S, Hill S, Matus A, Scholes-Robertson N, et al. Reporting guideline for priority setting of health research (REPRISE). *BMC Medical Research Methodology*. 2019; 19(1): 243.

24. Montorzi G, de Haan S, IJsselmuiden C. Priority Setting for Research for Health: a management process for countries. http://www.cohred.org/downloads/Priority_Setting_COHRED_approach_August_2010.pdf (accessed 22 January 2020).
