

東ティモールの地方における 医薬品使用と標準治療ガイドライン活用

●樋口 倫代

はじめに

高木基金の研究助成金は、ロンドン大学衛生学熱帯医学大学院の公衆衛生博士課程在学中に行った研究（「Improving the use of medicines in Community Health Centers, Timor-Leste」）の一部に使わせていただきました。公衆衛生学博士課程（Doctor of Public Health, DrPH）は専門職博士課程として位置付けられるユニークな課程です。課程の各段階で、公衆衛生・保健の実践における研究の役割、ということ学びます。実践のための科学的知識の理解と応用に焦点をあてるという点においては、「市民科学」の思想と通じるものがあると思います。

高木基金助成金の使い道

DrPHで学課の単位取得以外に課されているものに、公衆衛生組織での実習および組織分析と、博士論文があります。私は、この二つの課題を東ティモールで行い、在学中に合計1年半以上を東ティモールで過ごしました。実習・組織分析のための滞在は自費で行いましたが、それよりも多くの資金を要する博士論文プロジェクトの資金繰りに苦慮していた時に、最初に獲得できた研究助成金が高木基金でした。その後、さらに二つの助成金をいただくことができ、結果的に高木基金の助成金は、パイロットプロジェクト（2005年6～7月）に使わせていただき、メインプロジェクト（2005年11月～2006年10月）は予定していたものより大き

い規模で行うことができました。

東ティモールのような、通信、交通、アシスタント確保などの研究ロジスティックが困難で、また先行研究が少なく何が起こるかわからない研究対象地では、パイロットプロジェクトで十分な準備をすることは非常に重要です。高木基金のおかげで十分なパイロットプロジェクトを行うことができ、また柔軟な使い方を許可していただいたことにもとても感謝しております。

研究の経過

十分なパイロットを行なうことができたと言っても、その後も予期せぬ出来事の連続でした。「極端な医師不足」が研究の重要な背景であったにも拘らず、メインプロジェクトの途中で東ティモール保健省の方針が大きく変更となり、300人規模の外国人医師団が全保健所に配置されるなど、既に進行していた研究とどんどん変わっていく現地の状況をどうすり合わせていくか、という点には最後まで苦戦しました。また、メインプロジェクト中にいわゆる「2006年危機」が起きて、一時的にデータ収集を中断せざるを得なかったということもありました。しかし、時間はかかりましたが、2008年4月に公衆衛生博士論文としてロンドン大学に提出することができました。

研究終了後

2009年3月に2年4ヶ月ぶりに現地に行って、関係者に報告してきました。また、最近、日本語でまとめ

■ 樋口 倫代（ひぐち・みちよ）

1964年生まれ。1989年に岐阜大学医学部卒業後、臨床医としての勤務を経て、1998年にタイのマヒドン大学アセアン健康開発研究所、プライマリヘルスケアマネージメント修士課程留学。以後国際保健分野の実践と研究に関わる。東ティモールとのかかわりは、2001年にNGO（シェア＝国際保健医療市民の会）の現地スタッフとして派遣されたことがきっかけとなる。2003年9月にロンドン大学衛生学熱帯医学大学院、公衆衛生博士課程入学。2008年2月より世界保健機関で1年間の研究フェロースhip、2009年4月より、名古屋大学大学院医学系研究科、国際保健医療学で流動助教として勤務している。

●助成研究テーマ

東ティモールの地方における医薬品使用と標準治療ガイドライン活用

●助成金額

2005年 60万円

なおしたものが「国際保健医療」誌に受理されました。博士論文というものはあまり人に気軽に読んでもらえる形式ではありませんので、英文でのまとめなおしも進行中で、英文学術誌に投稿したいと考えています。東ティモールはいろいろ学ばせてもらった思い出の強い場所です。今回の研究は一区切りついています。今後いろいろな形で関わっていきたくと思っています。そして、国際保健医療分野で研究と現場の実践を

つなぐことができる、フィールドリサーチャーとして、今後もいっそう研鑽を積んでいきたいと考えています。

研究内容と結果

「国際保健医療」誌より許可を得ましたので、同誌24巻4号（2009年12月）に掲載予定（2009年9月15日受理）の論文を以下に転載して、内容と結果の報告とさせていただきます。

東ティモールの地方における医薬品使用と標準治療ガイドライン活用

●樋口倫代^{1) 2)} / 奥村順子³⁾ / 青山温子²⁾ / Sri Suryawati⁴⁾ / John Porter¹⁾

1. 緒言

必須医薬品という概念が1975年に世界保健機構（World Health Organization、以下WHO）によって導入され、「大多数の住民が健康を保つために必要不可欠なものであり、決して不足することなく、必要とする人びとにとって適切な投与形態で、誰もがアクセスできる値段で提供されるべきものである」と定義された¹⁾。これは、1978年に採択されたアルマアタ宣言の中で、プライマリヘルスケアの8つの活動項目のひとつとしても取り上げられ²⁾、今や、必須医薬品へのアクセスは保障されるべき権利のひとつであるとの認識が広がっている³⁾。

その一方で、不適切な医薬品の使用に関する問題が浮上してきた。WHOは世界人口の3分の1が未だに必須医薬品にアクセスできないとする一方、医薬品の半分は不適切に処方、投与もしくは販売され、患者の半分は間違った用法で薬剤を使用していると推測している⁴⁾。医薬品は不適切に使用されれば、期待する治療効果が得られないのみならず、副作用や薬剤耐性菌の出現など個人と社会の健康に害を及ぼす可能性があり、さらには家計と国家財政の両方に負担を与える経済問題でもあると報告されてきている⁵⁾。不適切な医薬品使用は保健医療サービスの質を落とし、限りある資源を浪費する世界的問題であることから、医薬品の適切な使用を推進するための努力が世界規模でなされている。

その方策のひとつとして標準治療ガイドラインの導

入が注目されてきた⁶⁾。標準治療ガイドラインは、臨床ガイドラインなどとも呼ばれ、一定の臨床的狀況において専門家と患者の適切な判断を助ける目的で、体系的に記述された指針のことである⁷⁾。保健医療費用の増加、サービスの多様化、専門家・患者双方の最善のケアへの要求の高まりなどに応えて、1990年代に入ってから、欧米では一般的に使用されている⁸⁾。このような欧米のガイドラインを、そのまま他の地域で使用しても効果は望めないが⁹⁾、診療の質向上とその効率改善、より公平な保健医療サービスの提供を促進するという点においては応用可能である。ことに人的物的資源の制約が切実な課題となっている地域にとって、現状に適した標準治療ガイドラインが、効率的保健医療サービスのための一助となることが期待されている¹⁰⁾。

調査地の東ティモールは、450年に及ぶ他国支配と1999年の動乱の後、国連暫定統治を経て2002年に主権回復を果たした新しい国である¹¹⁾。その国づくりにおいては、困難な状況下でさまざまな努力がなされてきた¹²⁾。保健セクターでは「Health Policy Framework」を元に、人びとに等しく保健医療サービスを提供するための費用効率の高いシステムが模索され、医薬品供給システムや必須医薬品リストなども、その枠組みの中で開発された。また、「Health Policy Framework」の中に打ち立てられた「Basic Package of Health Services」政策に基づき、最重要疾患の予防と治療を目的とした保健医療サービスをプライマリヘルスケアレベルで提供する方策がとられてきた¹³⁾。

2002年当時、東ティモールの人口85万人に対して、

1) ロンドン大学衛生学熱帯医学大学院 公衆衛生・政策学部

2) 名古屋大学大学院医学系研究科 国際保健医療学

3) 長崎大学 熱帯医学研究所 国際保健学分野

4) ガジャマダ大学 医学部 臨床薬学教室

保健省に所属する東ティモール人医師は12人であり、深刻な医師不足に悩まされていた¹⁴⁾。外国人を含めて、医師は各県の中心地にある有床施設にしか配置されておらず、当面は郡レベルには医師の常駐はできないと見込まれていた¹⁵⁾。郡レベルでは、Sentru Saúde（以下「保健所」と訳す）が、地域の公衆衛生活動と診療活動を行い、行政の末端としての役割も果たしているが、その長であるチーフはじめ、活動を担っているのは「基礎看護高校」卒の看護師、もしくはその後1年間のコースに進んだ助産婦である¹⁵⁾。（東ティモールでは、養成学校の入学も含めて女性に限られているので、助産婦という表現を用いた。また、以下本稿で看護師、助産婦を総称する場合は「看護師・助産婦」とする。）

郡レベルでは、マラリアの血液塗抹検査や結核の喀痰塗抹検査を含めて、検査設備は原則としてなかった。

そのような状況の中で、急性呼吸器感染症、マラリア、下痢症、といった重要疾患に対する治療提供を可能とすべく、臨床診断の基準や標準処方を含む治療プロトコルや指針が、プライマリヘルスケアレベルの施設である全国の保健所に導入された。すなわち、全国結核プログラム、全国マラリア管理プログラム、包括的小児疾患管理（Integrated Management for Child Illness、以下IMCI）プログラム、臨床看護師トレーニングプログラムなどにより標準化された診療方法は、それらのプログラムのマニュアルやテキストブックの中で提示され、各種トレーニングを通して全国への普及が行われた、東ティモール版標準治療ガイドラインである^{13) 15)}。しかし、これらの標準治療ガイドラインが導入された後の、現場における実際の医薬品使用の状況、標準治療ガイドラインの活用に関する包括的、客観的な情報は乏しい。

本研究は、東ティモールの地方における医薬品使用と、プライマリヘルスケアレベルの医師ではない保健従事者である保健所の看護師・助産婦らに新たに導入された標準治療ガイドライン遵守の現状と問題を把握し、さらに、標準治療ガイドラインの使用に影響する要因を明らかにすることをねらいとした。

II. 方法

1. 研究方法

研究は「mixed methods research」¹⁶⁾を用いた。

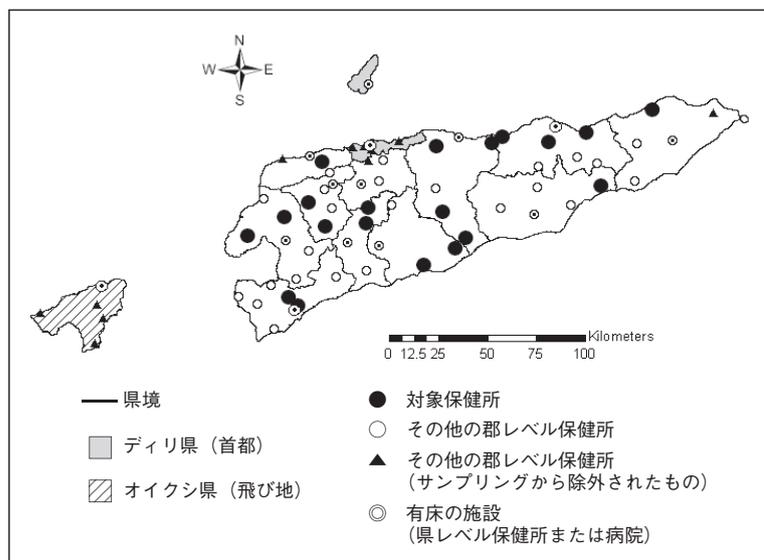


図1 保健所サンプリング GISデータ提供：世界保健機関東ティモール事務所

量的データと質的データは同時進行で収集し、それぞれを分析、結果を提示した上で、統合的に考察するという手法をとった。

2. サンプリングとデータ収集

データ収集時点で「レベル2」と分類されている施設を対象とした。レベル2とは、保健所のうち、原則として、県の中心地以外の各郡に設置され、検査施設や入院施設のないものを指し、2005年末まで医師の配置はなかった（以下「郡レベル保健所」とする）。全国56カ所の郡レベル保健所から、首都デリリとインドネシアに囲まれる飛び地であるオイクシ県にある保健所、パイロットテストを行った保健所を除き、残りの44カ所から無作為に抽出した20保健所を対象とした。図1に対象となった保健所を示す。

対象となった各保健所では、①2005年患者台帳より100例の無作為抽出、②保健所内で30症例の直接観察、③3人の看護師・助産婦にインタビュー、を行った。無作為抽出された過去の症例は、台帳記録を書き写し、保健所内の直接観察は、診察室、投薬カウンター、出口の3カ所でチェックリストを用いて行った。インタビューはトピックガイドを用いた自由回答形式で、各対象保健所のチーフ、臨床看護師、その他の看護師・助産婦を対象とした。臨床看護師とは、2003年以降に6カ月の現職者トレーニングを受けた者である。

保健所の訪問は、2006年2月～8月に行った。データ収集は、主研究者の現場指揮の下8人の東ティモール人アシスタントが国語であるテトゥン語（一部地方語）で行い、データ入力はそのうち2人のアシスタントが行った。最終的なサンプル数は、患者台帳か

表1 INRUD/WHO指標を用いた医薬品使用状況の結果

| 指 標 | 東ティモールの結果 | | WHOによる 集計の平均値* |
|----------------------------------|---------------|---------------|-------------------|
| | 患者台帳による 結果 | 直接観察による 結果 | |
| 受診1回あたりの平均処方数 | 2.4 | 2.6 | 2.4 |
| 抗生物質が処方された受診数の全受診数に対する割合 (%) | 44 | 39 | 45 |
| ビタミンが処方された受診数の全受診数に対する割合** (%) | 39 | 42 | NA |
| 注射が処方された受診数の全受診数に対する割合 (%) | 0.4 | 0.3 | 23 |
| 実際の投薬数の全処方数に対する割合 (%) | 95 | NA | 89 |
| 正しくラベルされた薬の数の全処方数に対する割合 (%) | 6 | NA | 54 |
| 正しく服薬方法を理解していた患者数の全患者数に対する割合 (%) | 77 | NA | 71 |
| 必須医薬品リストが備えられていた保健所の割合 (%) | 79 | NA | 78 |
| 主要な医薬品の平均ストック率 (%) | 86 | NA | 67 |

* 母数(報告数)は指標によって異なる。

** INRUD/WHOのマニュアルにはこの指標はない。プレテストでの観察に基づき本研究独自に追加した。

ら1,799例、直接観察が583例、職員へのインタビューが55件となった。台帳記録と直接観察記録は量的データで、医薬品使用と標準治療ガイドライン準拠の分析に使用した。ただし、医薬品使用の分析には全例を、標準治療ガイドライン準拠の分析には急性呼吸器感染症、マラリア、下痢と臨床診断されたもののみを用いた。また、データ収集のころより、政策変更に伴い、郡レベル保健所にも外国人医師が派遣され始めたが、職員の特性で分析する際には外国人医師の症例は除いた。看護師・助産婦のインタビューは質的データで、彼らの知識と態度の分析に用いた。

3. 分析方法

医薬品使用は、International Network for Rational Use of Drugs (INRUD) と WHO の標準調査マニュアル¹⁷⁾ に挙げられた指標を用いて評価した。データと標準治療ガイドライン(本研究では東ティモール保健省による「Clinical Nurse Training Textbooks」と「IMCI Chart-book」を使用)の照合は主研究者が行った。処方内容に関しては、標準ガイドラインに「必要」とされているものが全て処方され、「不必要」とされているものが処方されていないものを「準拠」していると判断し、結果を処方者の因子、保健所の因子で分析した。看護師・助産婦らの知識と態度に関するインタビューは、インタビューノートを書き起こしたテキストデータを「framework approach」¹⁸⁾を用いて、質的に分析した。

4. 倫理的配慮

本研究の実施に当たり、倫理面に考慮した研究計画をロンドン大学衛生学熱帯医学大学院の倫理委員会お

よび東ティモール保健省のProposal Review Panelに提出しあらかじめ承認を得た。調査対象者には、研究目的、自由意志での研究協力であることやその他の倫理的配慮を説明した上で、同意を得られた場合のみ対象とした。

III. 結果

1. 必須医薬品の使用状況

INRUD/WHO標準指標を用いた東ティモールの結果を、同じ指標を使った各国からの報告を2004年にWHOが集計した結果¹⁹⁾と比較して表1に示した。東ティモールでの「受診1回あたりの平均処方数」と「抗生物質が処方された受診数の全受診数に対する割合」はWHO集計の平均値と同程度、注射薬については対象となった保健所ではほとんど使用されていなかった。

さらに、処方に関する一部の指標を、処方者のトレーニングの有無で分析した。直接観察では、32人の看護師・助産婦が350例の診察・処方に関わっていた。トレーニングの有無による、各群の処方者の中央値と四分位範囲、Wilcoxon rank-sum testを用いた有意確率を表2に示す。臨床看護師トレーニング修了者の抗生物質処方は有意に少なかった。

2. 標準治療ガイドライン準拠に関する分析

急性呼吸器感染症、マラリア、下痢と臨床診断された症例のうち、処方が標準処方に準拠していたのは、患者台帳記録からの結果も、直接観察記録からの結果も56%であった。

直接観察では、32人の看護師・助産婦が240例の診断・処方に関わっていた。表3に、看護師・助産婦が

表2 トレーニングの有無による指標の結果比較

| 指 標 | 処方者のトレーニングの有無 | | 処方者数(人) | 中央値 | 四分位範囲 | 有意確率* |
|------------------------------|---------------|----|---------|-----|---------|-------|
| 受診1回あたりの平均処方数 | IMCI | なし | 10 | 2.6 | 2.2-3.2 | 0.78 |
| | | あり | 22 | 2.5 | 2.2-3.0 | |
| | 臨床看護師 | なし | 17 | 2.8 | 2.2-3.2 | 0.15 |
| | | あり | 15 | 2.3 | 2.0-2.8 | |
| 抗生物質が処方された受診数の全受診数に対する割合 (%) | IMCI | なし | 10 | 39 | 17-83 | 0.71 |
| | | あり | 22 | 33 | 20-54 | |
| | 臨床看護師 | なし | 17 | 54 | 36-89 | <0.01 |
| | | あり | 15 | 17 | 0-27 | |
| ビタミンが処方された受診数の全受診数に対する割合 (%) | IMCI | なし | 10 | 45 | 27-67 | 0.56 |
| | | あり | 22 | 33 | 23-60 | |
| | 臨床看護師 | なし | 17 | 56 | 27-70 | 0.15 |
| | | あり | 15 | 33 | 20-50 | |

* Wilcoxon rank-sum test

表3 処方者の特性別の標準処方準拠の粗オッズ比

| 処方者の特性 | | 症例数(人) | 粗オッズ比 | 95%信頼区域 | 有意確率* |
|-----------------|------|--------|-------|----------|-------|
| 年齢 (歳) | 35歳> | 136 | 1 | | 0.61 |
| | ≥35歳 | 104 | 1.3 | 0.4-4.0 | |
| 性別 | 男性 | 168 | 1 | | 0.17 |
| | 女性 | 72 | 0.5 | 0.1-1.4 | |
| 職種 | 看護師 | 197 | 1 | | 0.34 |
| | 助産婦 | 43 | 0.5 | 0.1-1.9 | |
| 公務員レベル** | 一般 | 149 | 1 | | 0.47 |
| | 上級 | 91 | 1.5 | 0.5-4.8 | |
| 経験年数 (年) | 15年> | 159 | 1 | | 0.89 |
| | ≥15年 | 81 | 0.9 | 0.3-2.8 | |
| IMCI トレーニング | なし | 79 | 1 | | 0.06 |
| | あり | 161 | 2.8 | 0.9-8.0 | |
| 臨床看護師 トレーニング | なし | 111 | 1 | | <0.01 |
| | あり | 129 | 5.4 | 2.1-13.8 | |

* Wald test

** 給与を規定する公務員としての地位

処方した直接観察症例について、処方者の特性別に各群の粗オッズ比を示した。

IMCIトレーニング修了者では、処方者のクラスター効果の調整と交絡因子（臨床看護師トレーニングの有無）の調整後の標準処方準拠のオッズ比は2.9（95%信頼区域1.2-6.8）であった。臨床看護師トレーニング修了者では、処方者のクラスター効果の調整と交絡因子（性別、公務員レベル、経験年数）の調整後の標準処方準拠のオッズ比は6.6（95%信頼区域2.7-17.6）であった。

保健所の特性では、保健所へのトレーニングの総体的投入（トレーニング参加者の割合、職員一人当たり

のトレーニング時間）を含めて、有意な因子は認められなかった。

3. 看護師・助産婦らの標準治療ガイドラインに関する知識と態度

回答者全般では、標準治療ガイドラインを、役に立つものとして歓迎して使用していることが示された。また、標準治療ガイドラインを、「従うべきもの」としていたが、背景としては、「地域の最前線の保健従事者である」、「保健省の公務員である」という二種類の態度が認められた。

臨床看護師は、標準治療ガイドラインの内容に関する

る説明が他のグループに比べて詳細かつ正確で、これは抗生物質の使用方法で顕著であった。また、治療への自信や患者や同僚に対する積極的な態度は臨床看護師に特に明らかだった。

ガイドライン導入に伴う数々の変化については、「標準治療ガイドラインを導入するという政策の変化」、「政策の変化に伴う日常診療の具体的な変化」、「業務の変化の結果による患者の満足度の変化」が抽出されたが、看護師・助産婦らはいずれの変化に対しても肯定的であった。そして、この標準治療ガイドライン導入によってもたらされた変化に対する肯定的態度が、標準治療ガイドラインへの準拠をさらに促したと考えられた。

全体的に、標準治療ガイドラインに関する困難さはほとんど指摘されず、むしろ、標準治療ガイドラインを「困難を解決するために繰り返し参照するもの」としていた。また、それをサポートするものとして、相互の助け合い、リファラル体制、現場の意見のフィードバック体制、などが挙げられた。

IV. 考 察

1. 東ティモールの医薬品使用と標準治療ガイドライン活用について

医薬品使用に関する標準指標を用いた評価では、多剤併用や、抗生物質や注射薬の過剰処方といった、好ましくない処方の傾向を知ることができるが¹⁷⁾、東ティモールでは、それを示唆する結果は認められなかった。むしろ、注射薬処方率で顕著に低い値を示した。経口で対処され得る症例に対しても、危険で不要な注射が処方されがちであることが問題となっている点から考えると²⁰⁾、これは好ましい傾向であると言える。東ティモールの郡レベル保健所では、ほとんどの注射薬が必須医薬品リストで緊急用とされていて、供給数も限られていること、また、不必要な注射の危険性がIMCIトレーニングや臨床看護師トレーニングで強調されていること、などが、低い注射薬処方率に関係していると考えられた。標準治療ガイドラインには、注射薬を必要とするような重症例は有床の施設に転送すること、また、転送の判断基準や、転送前の注射による初期投与量などが記載されている。転送前の緊急用初期投与のみという前提で、郡レベル保健所への注射薬の供給は制限されているが、さまざまな患者側の要因によって、実際には転送が困難なケースが存在すると考えられ、患者側の視点が課題として残された。

抗生物質の使用率が、臨床看護師トレーニング修了群で有意に低かったことは、インタビュー結果で、臨

床看護師が抗生物質の使用に関して、より正確で詳細な知識を示したことと矛盾しなかった。主要疾患の標準処方への準拠と処方者の特性の分析では、臨床看護師トレーニング修了群が他者に比べて有意に準拠しており、標準治療ガイドライン準拠に対するトレーニングの有用性が示唆された。

看護師・助産婦らへの非構造化インタビューの質的分析結果では、インタビューした職員全般が、標準治療ガイドライン導入後に業務の改善があったと考えていたが、治療への自信や、患者、同僚に対する積極的な態度は臨床看護師で特に明らかだった。対象者らは、標準治療ガイドラインを「診療上の困難を解決するためのものである」と認識しており、標準治療ガイドライン導入にあたっての困難はほとんど指摘されなかった。また、標準治療ガイドラインによってもたらされた変化を肯定的かつ積極的に捉えており、このことが、標準治療ガイドラインの活用をさらに促していた。

2. 標準治療ガイドラインの活用に影響を及ぼす因子について

本研究では、標準治療ガイドラインの活用に関して、トレーニング、特に臨床看護師トレーニングは、知識、態度、処方のいずれにも影響していることが認められた。

標準治療ガイドラインは単に配布するのみでは普及せず、導入トレーニングや導入後のフォローアップが重要であることは先行研究でも指摘されているが²¹⁾、東ティモールの場合は、標準治療ガイドラインの導入が単独で計画されたのではなく、「Health Policy Framework」の中で、「Basic Package of Health Services」政策を中心に、人材育成政策、医薬品政策、設備配置政策など他の政策やプログラムと相互に連携しながら、内容的な一貫性をもって開発、普及されたことも重要な促進要因であったと考えられた。

政策やプログラム間の連携と一貫性、ということに関連するが、現場の人材や設備でも実施可能な内容であったことにも注目すべきである。このことは、政策変更と具体的内容に対する看護師・助産婦らの同意、変化に対する彼らの肯定的な受け入れ、使いやすさにつながったと言える。また、前述した、転送の問題のような実施のためのサポート体制は重要である。

標準治療ガイドライン遵守に関する先行研究は、主に欧米で医師を対象に行われており、それらの先行研究においては、遵守の妨げになる因子の方に焦点を置いて分析がなされている。また、一般に職場にもたらされた変化に対して現場の職員が抵抗を示すこと、また、このことは標準治療ガイドライン遵守への妨げとなる因子となり得ること、を示唆している^{22) 23)}。し

かし、東ティモールのプライマリヘルスケアの現場では、こうした先行研究とは異なり、標準治療ガイドラインの導入が、それによってもたらされた変化も含めて受け入れられ、肯定的な結果につながっていた。

V. 結 語

本研究は、プライマリヘルスケアレベルの医師でない保健従事者に対して、基本的疾患の臨床診断と処方標準化を試みを全国規模で導入した東ティモールの経験を提示した。

標準治療ガイドラインが効果的に使用されるためには、使用者が肯定的かつ積極的に受け入れることができるような内容と環境が不可欠であろう。すなわち、その開発にあたっては、現場の現実に即した内容であることとともに、関連する他の政策やプログラムから切り離されることがないような留意が必要である。さらに、導入トレーニングを中心に速やかで効果的な普及戦略がとられることが望まれる。

東ティモールの経験は、他の物的人的資源不足に悩む地域に対して、プライマリヘルスケアレベルの医師ではない保健従事者に対する標準治療ガイドライン導入の可能性を示唆するものと考えている。

●謝 辞

本稿の基となった研究は、公衆衛生博士論文として、ロンドン大学衛生学熱帯医学大学院に提出されたものである。博士論文執筆中は、アドバイザーの Gill Walt 先生、Stuart Anderson 先生、James Hargreaves 先生、Julia Mortimer 先生に有益なるご助言をいただいた。また、研究プロジェクトは、高木仁三郎市民科学基金、Dr. Gordon Smith Travelling Scholarship、トヨタ財団の資金援助をいただいた。ここに記して改めて心より御礼申し上げたい。最後に、東ティモール保健省はじめ、研究プロジェクトへの協力者と調査対象者、また11人の東ティモール人スタッフに心より感謝申し上げる。

【文献】

- 1) 奥村順子. 必須医薬品. 日本国際保健医療学会編. 国際保健医療学 第2版. 東京: 杏林書院, 2005; 173-177.
- 2) World Health Organization & UNICEF. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata USSR. 6-12 September, 1978. Geneva: World Health Organization; 1978.
- 3) Hogerzeil HV. Essential medicines and human rights: what can they learn from each other? Bull World Health Organ. 2006; 84: 371-375.
- 4) World Health Organization. Promoting rational use of

medicines: Core components (WHO/EDM/2002.3). Geneva: World Health Organization; 2002.

- 5) Homedes N, Ugalde A. Improving the use of pharmaceuticals through patient and community level interventions. Soc Sci Med. 2001; 52: 99-134.
- 6) Laing R, Hogerzeil H, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. Health Policy Plan. 2001; 16: 13-20.
- 7) Field MJ, Lohr KN. Definitions of key terms. In: Field MJ, Lohr KN, eds. Clinical Practice guidelines: directions for a new program. Washington DC: National Academies Press; 1990: 33-51.
- 8) Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. Bmj. 1999; 318: 527-530.
- 9) Siddiqi K, Newell J, Robinson M. Getting evidence into practice: what works in developing countries? Int J Qual Health Care. 2005; 17: 447-454.
- 10) Garner P, Kale R, Dickson R, Dans T, Salinas R. Getting research findings into practice: implementing research findings in developing countries. Bmj. 1998; 317: 531-535.
- 11) United Nations Development Programme Timor-Leste. A brief history of East Timor. In: East Timor Human development report 2002; The way ahead. Dili: UNDP Timor-Leste; 2003.
- 12) Planning Commission. East Timor National development plan. Dili: Government of Republic Democratic of Timor-Leste; 2002.
- 13) Ministry of Health Timor-Leste. East Timor's Health policy framework. Dili: Ministry of Health Timor-Leste; 2002.
- 14) Ministry of Health Timor-Leste. Health profile: Democratic Republic of Timor-Leste. Dili: Ministry of Health Timor-Leste; 2002.
- 15) Ministry of Health Timor-Leste. National health workforce plan: Democratic Republic of Timor-Leste 2005-2015. Dili: Ministry of Health Timor-Leste; 2005.
- 16) Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV. Designing a mixed methods study in primary care. Ann Fam Med. 2004; 2: 7-12.
- 17) International Network for Rational Use of Drugs, World Health Organization. How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators (WHO/DAP/93.1). Geneva: World Health Organization; 1993.
- 18) Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Bryman A, Burgess RG, eds. Analysing qualitative data. London: Routledge; 1994: 173-193.
- 19) World Health Organization. The World Medicines Situation (WHO/EDM/PAR/2004.5). Geneva: World Health Organization; 2004.
- 20) Simonsen L, Kane A, Lloyd J, Zaffran M, Kane M. Unsafe injections in the developing world and transmission of bloodborne pathogens: a review. Bull World Health Organ. 1999; 77: 789-800.
- 21) Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet. 1993; 342: 1317-1322.
- 22) LeTourneau B. Managing physician resistance to change. Journal of Healthcare Management. 2004; 49: 286-288.
- 23) Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. Jama. 1999; 282: 1458-1465.