0-1 アドボカシー（政策変革活動）とは

～社会の問題を解決する重要な方法～

キーワード ・アドボカシー（政策変革活動） ・患者アドボケート ・アドボケート

●このテーマで目指すゴール

・患者アドボカシーとは何かを理解する
・患者アドボカシーのよき支援者となる
・自分も患者アドボカシーの活動に参加する

患者さんからの質問

患者として医療を受けてみて、いろいろと疑問を感じました。医療をもっとよくするために、私たちにも何かできないでしょうか。

●医療を受けるだけでなく、医療をよりよくすることもできる

アドボカシーという言葉には多様な意味がありますが、本書では、次のような意味で使用します。

アドボカシー：	制度・政策の変革により課題解決をする活動（政策変革活動）
アドボケート：	アドボカシーをする人たち。
患者アドボカシー：	患者、家族、遺族、患者支援者等の患者関係者がアドボカシーをすること。
患者アドボケート：	患者アドボカシーをする人たち。

＊本書では、特に断りなくアドボカシー（アドボケート）と書いた場合、患者アドボカシー（患者アドボケート）のことを意味します。
＊本書では、患者、家族、遺族、患者支援者等を患者関係者と呼びます。

もう少し、詳しくアドボケートの意味を見ておきましょう。海外のアドボカシーガイドブックには、次のような定義が書かれています。

「影響力のある個人や団体あるいは組織の、政策や法や行動の変容をもたらすプロセスのこと」（注 1）

「社会課題によって害を受けている人たちの状態の改善のために、さまざまなレベルの権力やシステムや構造を活用し、人々や組織に影響することで、態度や行動や政策や法律を変更しようとする継続的プロセスのこと」（注 2）

少し難しい書き方がされているかもしれませんが、次のようなことが分かります。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

・目的は、患者の受ける直接的・間接的な害を減らすこと
・対象相手は、問題を解消することができる組織や人
・対象領域は、法や施策から行動や態度までの変化
・行動様式は、変化を働きかけ続けること

こうした広く深い意味のあるアドボカシーという言葉ですが、本書では、そういうことを含む意味で、簡潔にアドボカシー（政策変革活動）と呼びます。

●患者関係者の役割

患者団体などの患者関係者の活動内容の分類として、しばしば次の 3 分類が使われます。

1. 患者支援：患者関係者が、闘病している患者などを直接的に支援すること。セルフサポートやピア（仲間）サポートも、類似の概念です。
2. 情報提供：疾病の治療、予防、早期発見などに関する正しい知識や情報を、広く患者関係者や社会に発信する活動です。普及啓発活動も含みます。
3. アドボカシー：これは先の定義で見たとおりです。

上記いずれの活動も、患者関係者の活動として貴重であり、大いに社会に貢献していると考えられます。本書では、このうちアドボカシー活動を主に扱います。ここで着目しておきたいのは、3 のアドボカシーと、1 のセルフサポートや 2 の情報提供の間には、大きな関連があることです。3 のアドボカシー活動によって環境が整備され、例えば促進策、支援策、補助策などが打たれれば、1 のセルフサポートや 2 の情報提供が、格段に行いやすくなることがあるのです。例えば、患者支援として、専門医の探し方に関する相談支援をしていたとしましょう。アドボカシー活動の結果、専門医の育成充実策が取られたり、専門医の探し方を含めた相談支援への補助策が打たれたりすると、情報提供の労力が軽減されることになります。

●患者アドボカシーが大切な理由

なぜ、患者アドボカシーが必要なのでしょうか。次ページの表 1 をご覧ください。さまざまな捉え方があるでしょうが、ここでは 7 つに整理しました。こうした理由をしっかりと説明することによって、自分たちのアドボカシー活動をより深く認識したり、自分たちの活動の重要性について社会への説得力をより強化したりすることができるはずです。ここでは、7 項目のうち、4、5、7 について少し解説を加えておきます。

4. 「住民・患者の医療政策策定への参画の責務」について

医療計画策定のガイドラインとなる厚労省医政局長通知には、都道府県の医療計画の策定プロセスに「患者・住民の作業部会への参加」「患者・住民の声の反映」「評価の際の患者・住民の参加」が明記されています。がん対策推進基本計画には、「がん患者及び団体等

は、がん対策において担うべき役割として、医療政策決定の場に参加し、行政機関や医療従事者と協力しつつ、がん医療を変えるとの責任や自覚を持って活動していくこと」とあります。こうした考え方は、何も医療計画やがん計画が対象としている疾病や課題だけでなく、広いテーマに適用されることと考えられます。

5. 「社会からの期待」について

日本医療政策機構のアンケート（注 3）では、「国の医療政策改革は誰が主導して決定すべきか」の問への答（複数回答）は、「市民代表・患者代表」（62%）、「医療提供者」（51%）、「厚生労働省」（38%）でした。国民の多くは市民代表・患者代表が主導することを望んでいるのです。

7. 「社会にもたらす効用の例」について

日本医療政策機構市民医療協議会が、がん対策関係者を対象にしたアンケート（注 4）では、都道府県議会議員（89 人中）の 59%が「患者アドボケートが成果を上げている」としました。都道府県庁職員（45 人中）では、67%でした。医療提供者（263 人中）では、61%でした。今後、がん対策だけでなく広い領域において、他の立場から患者アドボカシーの成果に関する認識が高まっていく可能性があります。

患者関係者が声をあげるスタイルは、さまざまです。例えば表 2 のように、類型化できるかも知れません。いずれも重要で役割があります。治療するだけでなく病気と向き合う比重が高い慢性疾患が増えていること、課題解決策が複雑化していること、医療体制の変更が必要で多くの当事者との調整が関わることが増えてこと、日本の財政難から施策候補から実行策を選択しなければならないこと――などから、4 提案型、5 調整関与型、6 協働参加型の重要性が今後ますます高まっていくでしょう。そこで本書でも、主にこれらを念頭において話を進めていくこととします。

（注1）　原典：Adapted from advocacy skills-building workshop for HIV/AIDS、International HIV/AIDS Alliance、Zimbabwe、July 2001.　出典：Advocacy in Action、A TOOLKIT TO SUPPORT NGOS AND CBOS RESPONDING TO HIV/AIDS、 International HIV/AIDS Alliance.

（注2）　原典：Adapted from an advocacy skills-building workshop、India HIV/AIDS Alliance、India、November 2002.　出典：同上

（注3）　特定非営利活動法人 日本医療政策機構「日本の医療に関する 2009 年世論調査」

（注4）　特定非営利活動法人 日本医療政策機構 市民医療協議会『がん患者アドボカシーアンケート』2011 年

＜表 1＞患者アドボカシーが必要な 7 つの理由

1. 基本的な権利

日本国憲法にある国民の生存権（第 25 条）、幸福追求権（第 13 条）から、一定以上の適切な医療を受ける権利があると考えられます。

2. 医療消費者としてのチェック機能

保険加入者として保険料を支払って、医療を購入している立場にあります。医療のコンシューマー（消費者）であり、カスタマー（顧客）として、医療の質などをモニターする立場にあります。

3. 納税者としてのチェック機能

医療保険、医療機関の建築整備、医療従事者の育成等、医療には多額の税金が投入されています。納税者として税金が適切に投入され、十分な効果を発揮しているかチェックする立場にあります。

4. 住民・患者の医療政策策定への参画の責務

政府の医療計画やその策定ガイドラインに、患者や医療消費者が政策決定プロセスに参加する役割があることが記載されています。

5. 社会からの期待

国民の医療への不満の対象は、医療政策決定プロセスの市民参加の不十分さであり、国民は、医療政策の決定は市民代表・患者代表が主導すべきと考えています（本文参照）。

6. 当事者からの参画の希求

患者団体、患者関係者が政策決定プロセスの全体に参加したいとの強い希望が高まっています。

7. 社会にもたらす効用

次章で触れるように、患者アドボケートはすでに法律制定、条例制定、施策策定、予算確保、資金集めなどに活躍し、社会に成果と効用をもたらしています。

＜表 2＞アドボカシーの多様なスタイル

1. 告発型	遭遇した医療の不備を指摘する
2. 監視型	医療の不備の発生状況をモニターし公表する
3. 要望型	課題を指摘し、解決策を要求する
4. 提言型	課題の解決策の案を提示し、その実施を求める
5. 調整関与型	解決策の実施のために、必要な関係者への働きかけや調整に参加する
6. 協働参加型	解決策が実施される際に、施策の遂行や PDCA サイクルに参加する

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

0-2 アドボカシーの果たす役割

～社会からの期待と課題に応える～

キーワード ・アドボカシー（政策変革活動）

●このテーマで目指すゴール

・アドボカシーの特色を理解する
・アドボカシーへの期待と課題を認識する
・アドボカシー活動の内容を継続的に高められるようになる

患者さんからの質問

「行政や医療者がやるべきことをどうして患者が頑張るのですか」と聞かれて、うまく答えられませんでした。

●アドボカシーだからこそできること

アドボカシーは、ただ意見や案を発信するだけではありません。同じ施策の提案であったとしても、有識者やシンクタンクなどのそれを超える側面があるのです。また、職能団体や利益団体などの提案は組織利益を守ることが目的になりがちですが、アドボカシーはそれとも立ち位置が異なります。表 1 にまとめたような 6 つの側面があるからこそ、それ以上の役割と力を得られているといえます。また、だからこそ、医療改革が求められているときに、社会からより大きな期待がかかるのです。アドボケートは、こうした特別の力を十分に活用することを意識しておく必要があります。同時に、その多くは個人や組織の能力から生まれているのではなく、社会における役割と使命から生じていることも忘れない謙虚さも必要でしょう。

●アドボカシーがもたらす成果

アドボカシーが対象とする政策経路は、さまざまです。目的を達成し成果をあげるには、国の法律、通知・通達、計画、予算、診療報酬など、どこに働きかけるかを意識することが大切です。

対象となる政策課題になりえることは無限ともいえるでしょう。分かりやすいのは、政府などの審議会、検討会、研究会などでテーマや議題として取り上げられている事項です。それらは基本的にすべて対象の候補となるでしょう。医療の政策課題を分野・領域別に整理すると、ごく一部をあげても次のようにたくさんあります。

・医療従事者の質・数・配置など問題
・医療機関の質・配置・連携などの問題

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

・患者への情報提供や相談の問題
・新しい治療法やケアの研究開発の問題
・施策の評価や PDCA サイクル管理に関する問題

疾病や事業の視点からも、数えきれないでしょう。医療計画の共通的な柱とされているものだけでも、次の 11 種類があります。（1）がん（2）脳卒中（3）急性心筋梗塞（4）糖尿病（5）精神疾患（6）救急医療（7）小児医療（8）周産期医療（9）災害医療（10）へき地医療（11）在宅。これ以外にも難病対策、医療安全などたくさんのことが記載されています。

上記のような既存の切り口を考えると同時に、重要な議題がそもそも俎上に上がっているかどうかを考えることも大切で、それを顕在化させるのもアドボケートの役割です。

●アドボカシーが求めるニーズと社会の支援

アドボケートは自らの課題を何であると捉え、どのように向上させたいと考えているのでしょうか。

「『患者の声をいかに医療政策決定プロセスに反映させるか』研究班」の提言書にあるアンケート結果によると、図 1 にあるように、「患者関係者は今後どのように活動していくべきか」の問に、「意見表明等で協力して活動していくべき」が最も多く 38.6%でした。次が、「一般市民に働きかける等、活動の幅を広げていくべき」（28.4%）でした。そして、「患者団体間での意見の違いはあるが、それを克服し、一致点でまとまって働きかけるべき」（28.2%）が続きました。患者団体間の連携・協働の重要性が指摘されています。また、患者団体が一般の患者さんと連携することも重視されていることが分かります。

では、患者関係者は社会に何を求めているでしょうか。同じアンケートによると、「医療に関する政策動向などを患者団体に知らせる仕組み」が 63.8%で最も多い回答でした（図 2）。「医療政策について患者団体間で勉強や意見交換できる仕組み」（51.7%）、「患者の声を医療政策や医療計画に反映させることを可能にする法律」（51.5%）、「患者団体を支援する組織」（49.3%）、「政策立案者と患者団体との橋渡しをする仕組み」（46.9%）が続いています。患者団体が医療政策を勉強する仕組みが求められています。このアドボカシーカレッジも、そのひとつになれば幸いです。

＜表 1＞アドボカシーならではの特色

1. 課題発見力

医療提供者や政策立案者などが、気づかなかったり、看過したりしていることを社会課題として掘り起こすチカラです。

2. ドリーミング力

理想の姿を描くチカラです。漸進的な変化ではなく、抜本的で大きな変化を求めます。目標もストレッチ（小さな向上でなく大きな向上を求めること）します。それが、チャレンジ力を生みます。

3. チャレンジ力

タブー視されていること、政策立案者や医療提供者が無理とあきらめがちな大きな改革に取り組める。それは、後の連結力や社会共感創造力があるからです。

4. 成果執着力

対策や施策という問題解決の手段を打っただけで気を緩めません。その結果として、患者にとっての生命や健康状態、生活の質（QOL）、生活の安心や満足などの「アウトカム（成果）」が向上することを求めます。

5. 連結力

政治家、行政、医療提供者、企業、メディアなどの異なる立場との対話や協働の場を設定したり、つなぎ役になることができます。

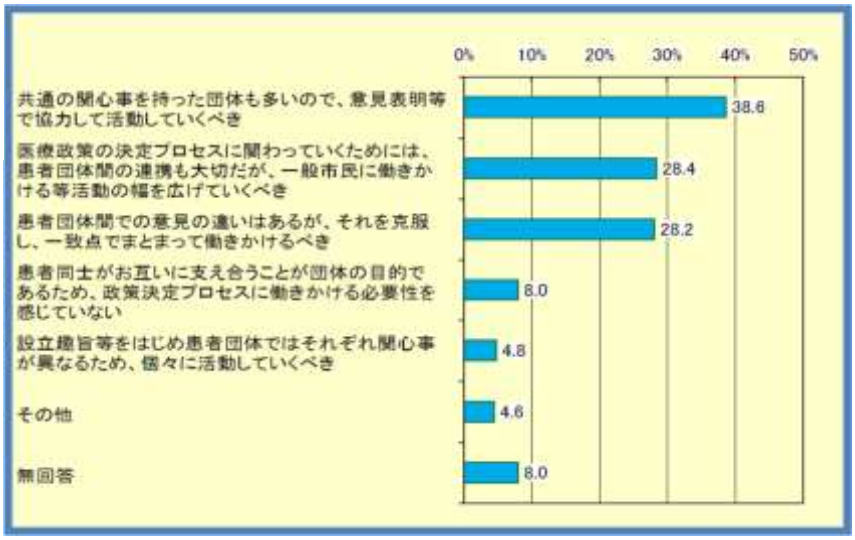
6. 社会共感創造力

病気と向き合う患者さんや害を受けた患者さんが表に出て経験を話すこと、自己の利益でなく他の患者さんや社会のことを思った、アドボケートの利他的で自己犠牲的な行動は、社会の共感を生み、メディアの報道を誘発し、他のステークホルダーを動かす原動力となりえます。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

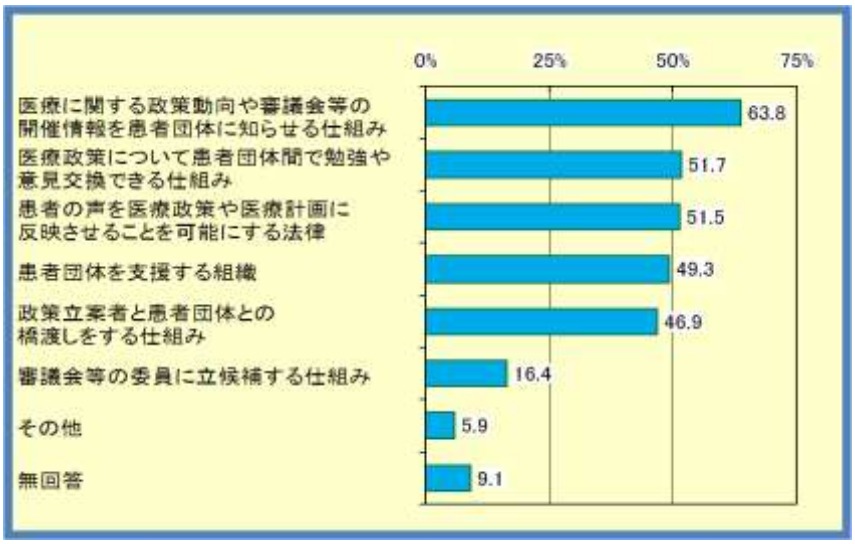
＜図 1＞　患者団体間の連携・協働が重要と認識されている

「患者団体は今後どのように活動していくべきか」への回答



＜図 2＞　医療政策に関する学習ができる仕組みが求められている

「意見表明をする場合どのようなサポートや仕組みがあればよいと考えるか」への回答



（図 1、2　注）

実施期間 2006 年 5 月 8 日～6 月 20 日、有効回収数 373 通、有効回収率 32.8%

出典：「患者の声を医療政策決定プロセスに反映させるために」（患者の声をいかに医療政策決定プロセスに反映させるか研究班）

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・「患者の声を医療政策決定プロセスに反映させるために」（患者の声をいかに医療政策決定プロセスに反映させるか研究班）

http://www.kanjyakai.net/docs/keyperson01.pdf　（2013/10/28 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

0-3 アドボカシーのリーダーシップ

～他にはできない変化をもたらす源泉～

キーワード ・リーダーシップ　　・フォロワー

●このテーマで目指すゴール

・リーダーシップを理解する
・リーダーについて行く人（フォロワー）になる
・アドボカシー（政策変革活動）のリーダーになる

患者さんからの質問

患者団体の創設者から後継者になるように依頼されました。これまで事務局として運営事務を支えてきましたが、リーダーになれるかどうかは自信がありません。

●アドボカシーとリーダーシップ

アドボカシーカレッジにおいて、なぜ、リーダーシップが大切になってくるのでしょうか。0-1 で見たように、アドボカシーとは社会を変えるため、政策の変革をもたらすことです。その変革の実現までには、次のような 5 ステップが想定されます。1,2,3 にとどまって成果につながらなければ、活動の意義は限定されます。4 のリーダーシップがあってこそ、5 が大きくなる可能性があると考えられます。1 から 3 は成果をもたらす必要条件ではあっても、十分条件ではないともいえます。リーダーシップが重要な理由はここにあります。

◎リーダーへの 5 つの段階

1. 知っている（知識）
2. やってみる（行動）
3. 組織などを効率的に運営する（経営）
4. 人を動かし、結果につなげる（リーダーシップ）
5. 成果をもたらす（成果）

●リーダー（リーダーシップ）とは

リーダーとはどのような人を言うのでしょうか。また、リーダーが備えている条件であるリーダーシップとは何でしょうか。リーダーに関してよくある誤解が、「圧倒的な強い個性があり、周りをぐんぐん牽引するカリスマ性のある人が強いリーダー」とのイメージです。しかし、少し考えてみれば分かるように、社会や企業の名リーダーとされている人が、もの静かなタイプの場合もしばしばあります。どうやら、良いリーダーはさまざまなタイプがありそうです。近年のリーダーシップに関する研究や本を読むと、人を引っ張ること

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

よりも、人がついてくるという側面に力点を置いたものが少なくありません。
〇従来のリーダーシップ像
　強いビジョンと信念を持ち、組織や社会の人々を牽引する。明確な命令や具体的な行動の指示を出し、トップダウンで采配を振るう。迷いなく決断をし、熱狂の中に人々を巻き込むのがうまい。
〇このごろのリーダーシップ像
　強いビジョンと責任感を持ち、多彩な人を巻き込んで、ゴールの設定をするが、やり方はうまく任せる。仲間の話をよく傾聴して的確なアドバイスをし、成果への近道を発見するのを助ける。人々のやる気を引き出し、やりがいと成果を求めて人々が集まってくる。
　ときに、組織内の肩書きがある人がリーダーに受け止められますが、真のリーダーシップとは、肩書きなどを抜いても発揮できるものです。
　アドボカシーのリーダーは、多くの場合がボランティアから出発しますが、自分が発見した社会課題の解決に向かって、一歩ずつ前に踏み出しているうちに、だんだんとリーダーシップを形成していくようです。その際、人々がリーダーと認めるようになる前提は、利己的ではなく利他的な社会のための目標を追いかけていること、社会正義を実現しようとしているなどの「大義」があることです。リーダーが偉いというよりは、社会がリーダーを生んでいるという側面もあるといえるでしょう。
　リーダーシップは組織のトップ一人だけが持っていればいいのでしょうか。例えば、よいサッカーチームという場合、監督、コーチ、キャプテンだけにリーダーシップがあるのではなく、メンバー全員にリーダーシップがあるとも感じます。リーダーシップとは組織のトップだけではなく、メンバーそれぞれが兼ね備えるべきことかもしれません。

●リーダーになる

　それでは、どうすればよいリーダーになれるのでしょうか。古今東西、リーダーになれることを保証する著作や教えは存在しないようです。リーダーシップに関する本は、リーダーの特性を描写しますが、読んだ人をリーダーにならしめることには必ずしも成功しません。リーダーシップを学習だけによって獲得するのは難しいかもしれません。それでも、リーダーシップを獲得しやすくしたり、自分を振り返ったりするヒントぐらいは作れるのではないでしょうか。また、リーダーの姿を見ることが最も役に立つことだという人がいます。リーダーを少しでも増やすために、社会でリーダーを育成する努力も必要でしょう。
　リーダーシップに関してあまり難しく考えないでください。すでにアドボカシー活動に踏み出している人は、みんな立派なリーダーともいえます。今では、歩みながら試行錯誤して本物のリーダーになっていくというリーダー観が主流です。確実なのは、リーダーになろうと一歩踏み出さない限り、リーダーにはなれないこと。アドボカシー活動に踏み出した人だけが、アドボケートになっているということです。次ページに、自分たちのリーダーシップをチェックするリストを掲載しましたので、折に触れて使ってみてください。

＜図 1＞　リーダーシップ・チェック・シート

●リーダーシップチェックシート　　対象テーマ〔記入：○○組織、○○チームにおける誰のリーダーシップ〕　作成日〔記入：○年○月〕

番号	項目名	説明	ポイント	気づき（記入欄）
1	情熱力	経験に根ざす強い動機と情熱をもち、夢見る大志を抱いて原点を忘れず取り組める	○人一倍の責任感、大胆さ、情熱、そして責任感をもった楽観主義(B38) ○熱心な人たちは、自分が達成した成果はどうか、目の前にある責務がどの程度達成可能か、そしてそれをどこまでなし遂げられるかということを考えるのに、二倍の時間をかける(B59)	
2	内省力	社会の常識にとらわれず、自分の内発性に基づいて思考する	○リーダーとは、自らの価値観をゆがめてまで相手に認めてもらおうとはしない人のこと、そして自分の内面にあるものごとに対する独自の感覚に忠実に生きている人(B105) ○人をリーダーシップへと駆り立てるのは、私たち一人一人が「内なる声」に突き動かされて、「見えないもの」を見ようとする意志だ(D75)	
3	行動力	考えすぎずリスクを最小化しつつ、前向きに決断して行動に結びつける	○リーダーシップとは行動である。思索にとどまってはならない(A53) ○意義については深く考えているべきだ。しかしそのために、自分が金縛りになってはならない(B39) ○事前の不確実性と事後の常識性、その間にあるのは、連続ではなく非連続だ。・・・リーダーはこの非連続を飛び越える(D101)	
4	フォロワーシップ力（人が着いてくる力）	自分が一歩踏み出すことで、人が喜んでついてくるようになる	○私の知っているほとんどのリーダーが、生まれつきのリーダーでも育てられたリーダーでもなかった。自らをリーダーとしてつくりあげた人たちだった(A25) ○リーダーがフォロワーを動かし、フォロワーがついてきてくれる重みによってリーダーがその思いを強め、高めていく(D59) ○リーダーとは、フォロワーを導く人ではなく、振り返ると人がついてくる人のことをいう(D75)	
5	巻き込み力	自分と違う立場、考え、能力を持つ人や組織まで巻き込んで、活動の総力を高める	○つながりを心から大切にしているのがはっきりとわかる。彼らは実力のある人をチームの味方につける、そうした実力者がどこにいようと関係ないのだ(B311) ○その人に課せられた仕事は、自分のチームの置かれた環境、つまり仕事をして成功を目指そうとしている環境全体を整えることだ(B322)	
6	謙虚力	犠牲や苦しみを受容しながら、無私の精神で他者を利しつつ、謙虚で誠実な姿勢を保つ	○優れたリーダーは、「私」とはいわない。意識していわないのではない。「私」を考えないのである。いつも「われわれ」と考える。チームを考える(A21) ○いつまでも自分自身や他人を非難することは、実際のところ、問題に対処していることにもならなければ、目標に向かって進んでいることにもならない(B240)	
7	幸運力	逆境の中でも努力によって運を呼び寄せ、成功を見えるかたちで仲間と共有しチームを活性化する	○リーダーは楽観的でなければならない。その理由は簡単、もしそうでなければ、他に楽観的になる者は誰ひとりいないからだ(B70) ○自分の進む道筋を、不運と予期しない幸運でいっぱいの冒険だと考えている。そこで通用するのは、決然とした覚悟と、開かれた心以外には、ない(B259)	
8	伝播力	人に働きかけコミュニケーションし、ビジョンを共有し周囲を動かす	○リーダーとしての能力の第一が、人のいうことを聞く意欲、能力、姿勢である(A23) ○自らの考えを理解してもらう意欲である。そのためには大変な忍耐を要する。何度も何度もいわなければならない(A23)	
9	変化力	ひと皮むけることを繰り返し、非連続に成長していく	○成果を上げるための違った方法を教えてくれる多くのアイデアに耳をふさいだり、検討の対象からはずすようなことはない(B303)	
10	失敗力	正直で率直に失敗を反省し、それを糧に新たな成長ができる	○後ろ向きの感情から建設的な行動へとすばやく方向を変える思考スタイルを確立している(B201) ○教訓を得るためにも挫折は経験すべきだ(B210)	
総合コメント		リーダーシップ全般について		

（　）の記号と数字は、下記の本とページ数で、出典を示しています。

・(A) P.F ドラッカー『非営利組織の経営』（ドラッカー名著集 4）　ダイヤモンド社
・(B) ジェリー・ポラス他『ビジョナリー・ピープル』英治出版
・(C) ジョン・コッター『リーダーシップ論』ダイヤモンド社
・(D) 野田智義、金井壽宏『リーダーシップの旅』 光文社新書

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・小杉 俊哉『リーダーシップ 3.0――カリスマから支援者へ』祥伝社新書、2013 年

1-0 戦略プラン策定

～戦略的に活動して成果を高めよう～

キーワード ・戦略　・計画策定　・グループワーク

●このテーマで目指すゴール

・戦略プラン策定シートの意義と使い方を理解する
・戦略プラン策定シートを作って、グループワークができる
・活動する際に戦略プランを作ることが習慣となる

患者さんからの質問

新しく始める政策提言プロジェクトの作戦を会議でまとめようとするのですが、なかなか方向がまとまりません。

●戦略プランの意義

組織の活動やプロジェクトに関して、本セクション末尾に示すような戦略プランを作っておくことが大いに役立ちます。8つの要素それぞれが重要であり、十分に検討しておく必要がありますが、何よりも1枚の紙に全体をまとめておくことが大切なのです。それは、(1) 目的の成果を効果的に出すことに活動が最適化される（2）ビジョンと目的の下に、活動の全体像をまとめて把握し、関係者で共有できる――といったことに役立てることができるからです。

「戦略プラン策定シート」を使って、課題や目指す姿を明確にしておくと、それに有効な活動は何かという観点から、活動の内容を最適化していくことができます。目的を達成するための手段であった活動がいつのまにか目的になってしまうことも避けられます。複数のアイデアが出て意見をまとめるときも、誰が言ったか、あるいは印象がどうかではなく、目的に対する整合性や有効性の観点から考えていくことができます。意見を戦わせるときも、個人的なことと捉えずに、みんなが共有する目的を達成する観点から、よりスムーズに議論をまとめる土俵となりえます。前回の会議で決まったことが次回の会議で何度も振り出しに戻るというような“迷走”を避けることもでき、合意形成や意思統一が早くなるでしょう。

ここで示す戦略プラン策定シートは、以下の3つのツールを参考に再構成したものです。それは、（1）米国シカゴ市にある組織で多様な分野のアドボケートに研修を提供しているMidwest Academy が使用しているもの（2）国際 HIV／AIDS 連合（International HIV/AIDS Alliance）が「Advocacy in Action（行動するアドボカシー）」という研修冊子で示しているものです。なお、東京大学公共政策大学院医療政策教育・研究ユニットが実

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

施する医療政策に関する社会人講座である「医療政策実践コミュニティー（H-PAC)」においても、同様のシートが使用されています。

●8 つのステップとは

ここでは、シートの 8 つの記入欄の埋め方の要点を説明します。それぞれの詳細については、本章のセクション 1-1～1-8 にて、順次ひとつずつ説明します。

【ステップ 1：社会課題の抽出】

患者にとっていったい何が問題なのでしょうか。どんな害があって、解消しなければならないのでしょうか。困っている人、被害を受けた患者さんなどの個別例を、普遍化して記入しましょう。

【ステップ 2：情報の収集と分析】

情報の収集によって、例えば、課題が個人の問題ではなく社会の問題であることを明確にできます。課題が解決された場合の救われる人の想定数などの大きさもおおよそ明らかになります。また、これまでの施策の内容やそれがどの程度うまくいったのか、どうしてうまく行かなかったのかなど、施策に関する情報の収集と分析も、活動方針を決めるのには重要です。

【ステップ 3：目標の設定】

ステップ 2 の情報を踏まえ、ステップ 1 の課題が解決されている姿を描きます。ここでは、目標をアウトプットベースではなく、アウトカムベースで書きましょう。すなわち働きかける主体側に起こる変化ではなく、働きかける対象側に起こる変化です（本書 1-3「目標の設定」参照)。

【ステップ 4：対象（ターゲット）の特定】

ステップ 3 の初期アウトカム（まず、実現したいこと）をもたらす変革を実現するために、最も影響力が大きいのは誰かを考えます。どこのだれなのか、固有名詞で考えるのがコツとされています。

【ステップ 5：必要資源の確保】

ステップ 4 の対象を動かす活動をするため、自分たちがどんな資源をもっているか列挙します。いわゆる「人・モノ・カネ」ですが、情報力、人脈、これまでの社会的信用など無形のことも、大きな資産と考えられます。

【ステップ 6：連携相手の特定】

ステップ 5 の直接保有している資源に加え、自分たちの仲間や協力者を列挙し、協働や連携ができる相手を見つけます。身近なところだけでなく、広い視野で見渡してみましょう。

【ステップ 7：戦術の設定】

ステップ 5 の資源とステップ 6 の連携相手によって、ステップ 4 の対象を動かすためにどのような方法で働きかけるか、シナリオを作成し具体的な活動を記述します。その際、

資源や連携相手や情報を活用します。

【ステップ 8：成果の評価】

ステップ 7 で決めた活動がやりっ放しにならないよう、ステップ 3 で決めた目標に対してどのような成果を想定するのか、何をもってどのように評価をするかなどを、あらかじめ決めておきます。

それぞれ、何を、どんな観点に注意して記入すればいいかのヒントは、シートに書いてあるとおりです。最初はとまどうところがあるかもしれませんが、何度か使ううちに慣れてくるでしょう。

●ツールとして活用しよう

この「戦略プラン策定シート」は、さまざまな組織的活動から個人行動まで、幅広い活動を吟味するのに有効ですが、アドボカシー活動のプロジェクト、協働事業、キャンペーンなどを企画立案する際に使ってみましょう。計画策定担当者が戦略策定に使うだけでなく、参加メンバーと広く議論をしたり、共通の認識を仲間と共有していくためのグループワークにも使えます。

「戦略プラン策定シート」全体をざっと埋めてみるグループワークは、半日ぐらいで実施できるでしょう。その際の進め方を例示しておきます。

○中立的なファシリテーター（本書 4-8「ファシリテーション」参照）を決めておきましょう。

○模造紙大のシートを作成し、おおよそ 1 から 8 のステップ順に記入していきます。

○ステップごとに付せん紙などに意見を書いていったん出し合ってから、出た意見を分類整理しながらまとめていきましょう。

○1 から 8 までを記入し終わったら、1 から 8 のそれぞれがつながっているか、大きな矛盾がないかを確認します。変更した方がいいと思う項目は、もう一度、作業をやり直します。全体がつながっているので、一部が変更されると他の項目も変わっていきます。

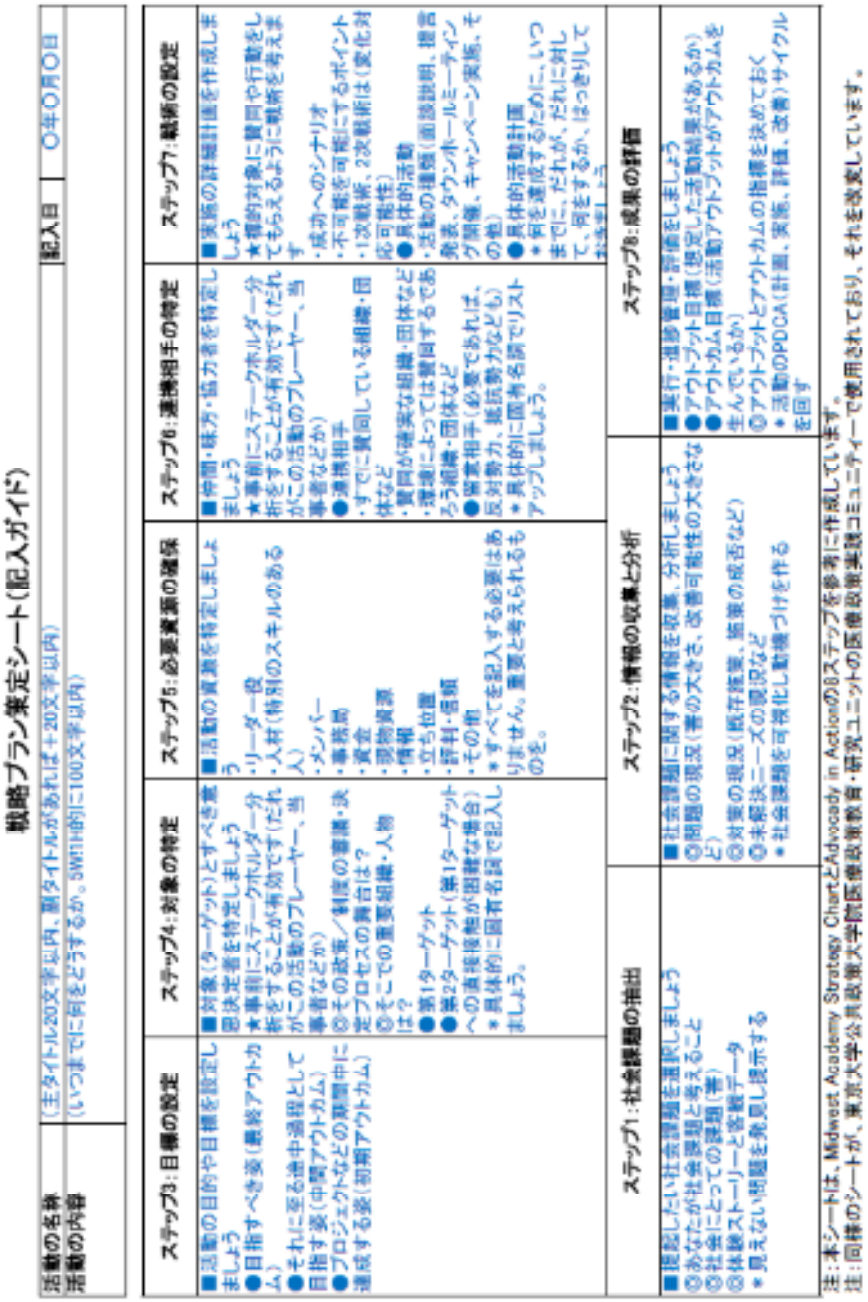
○シートを一通り完成させることが完了したら、その日の作業の中で出てきたもっと調べたいことなどをリストアップしておきます。

○少し時間をおいて、調べた情報なども加味して 2 度目のワークを行い、ブラッシュアップすることができます。

○もし時間がたっぷりある場合は、1 回目と 2 回目のワークの間に、次セクションからを参考に、ステップ 1 から 8 に関して、それぞれ 1 時間程度ずつのワークを行うと、さらに完成度が高まるでしょう。

こうしたワークをすることは労力も掛かりますが、いったん行っておくと、冒頭で述べたように、何倍もの成果に結びつくことが期待できるのではないでしょうか。

＜図 1＞　「戦略プラン策定シート」と、記入の際の要点



戦略プラン策定シート（記入ガイド）

活動の名称	（主タイトル20文字以内、副タイトルがあれば＋20文字以内）	記入日	○年○月○日
活動の内容	（いつまでに何をどうするか。SMTH的に100文字以内）		

ステップ3：目標の設定	ステップ4：対象の特定	ステップ5：必要資源の確保	ステップ6：連携相手の特定	ステップ7：戦術の設定
■活動の目的や目標を設定しましょう ●目指すべき姿（最終アウトカム） ●それに至る途中過程として目指す姿（中期アウトカム） ●プロジェクトなどの期間中に達成する姿（初期アウトカム）	■対象（ターゲット）とすべき意思決定者を特定しましょう ★事前にステークホルダー分析をすることが有効です（だれがこの活動のプレーヤー、当事者などか） ◎その政策／制度の審議・決定プロセスの舞台は？ ◎そこでの重要組織・人物は？ ●第1ターゲット ●第2ターゲット（第1ターゲットへの直接接触が困難な場合） ＊具体的に固有名詞で記入しましょう。	■活動の資源を特定しましょう ・リーダー役 ・人材（特別のスキルのある人） ・メンバー ・事務局 ・資金 ・現物資源 ・情報 ・立ち位置 ・評判・信頼 ・その他 ＊すべてを記入する必要はありません。重要と考えられるものを。	■仲間・味方・協力者を特定しましょう ★事前にステークホルダー分析をすることが有効です（だれがこの活動のプレーヤー、当事者などか） ●連携相手 ・すでに賛同している組織・団体など ・賛同が確実な組織・団体など ・連帯によっては賛同するであろう組織・団体など ●敵対相手（必要であれば、反対勢力、抵抗勢力なども） ＊具体的に固有名詞でリストアップしましょう。	■実施の詳細計画を作成しましょう ★戦略対象に賛同や行動をしてもらえるように戦術を考えます ・成功へのシナリオ ・不可能を可能にするポイント ・1次戦術、2次戦術（変化対応可能性） ●具体的活動 ・活動の種類（面談説明、提言発表、タウンホールミーティング開催、キャンペーン実施、その他） ●具体的活動計画 ＊何を達成するために、いつまでに、だれが、だれに対して、何をするか、はっきりしておきましょう

ステップ1：社会課題の抽出	ステップ2：情報の収集と分析	ステップ8：成果の評価
■提起したい社会課題を選択しましょう ◎あなたが社会課題と考えること ◎社会にとっての課題（事） ◎体験ストーリーと客観データ ＊見えない問題を発見し提示する	■社会課題に関する情報を収集、分析しましょう ◎問題の現況（事の大きさ、改善可能性の大きさなど） ◎対策の現況（既存施策、施策の成否など） ◎未解決ニーズの現況など ＊社会課題を可視化し動機づけを作る	■実行・進捗管理・評価をしましょう ●アウトプット目標（想定した活動結果があるか） ●アウトカム目標（活動アウトプットがアウトカムを生んでいるか） ◎アウトプットとアウトカムの指標を決めておく ＊活動のPDCA（計画、実施、評価、改善）サイクルを回す

注：本シートは、Midwest Academy Strategy ChartとAdvocady in Actionの8ステップを参考に作成しています。
注：同様のシートが、東京大学公共政策大学院医療政策教育・研究ユニットの医療政策実践コミュニティーで使用されており、それを改変しています。

✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・Midwest Academy、Organizing for Social Change

・国際 HIV／AIDS 連合（International HIV/AIDS Alliance）、Advocacy in Action（行動するアドボカシー）

http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=142（2013/10/31 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

1-1 ステップ１：社会課題の抽出

～社会変革の始めは「何を直したいか」から～

キーワード ・社会課題 ・ グループワーク

●このテーマで目指すゴール

・社会課題とは何かを知る
・社会課題を特定するグループワークができるようになる
・自分たちの活動における社会課題を特定できるようになる

患者さんからの質問

みんなで優先的に取り組む活動を決めたいとミーティングを開催しましたが、みんなやりたいことがばらばらで、一つに絞り込めません。

●社会課題とは何か

みんなで取り組む活動を決めるには、まず、対象とする社会課題（イシュー）を決めることが必要です。これをはっきりしておかないと、活動の目的も内容も取り組み方もすべてが、ぶれてしまうことになりかねません。

社会課題とは、みなさん（個人、組織、チーム）が「解決したいと願う社会の問題（不完全さ、改善すべき点)」のことです。例えば、あなたが取り組んでいる疾病に関して、「助かるはずの命が助からない」「受ける必要のない苦痛を受けている」「無くてもよい悩みを抱かせている」など、現に問題を感じており、ぜひ解決したいと思っていることがあるでしょう。それが、みなさんの活動における社会課題です。

●みんなの課題であると、説明できるように

個人やグループの経験や感じている問題点を、他の人からも社会の課題である捉えてもらうには、

・具体的に困っている人、害を受けた人を示せること
・特定の人の考え方や個人的な捉え方ではなく、社会的に正すべき問題と考えられること
・課題や打つべき対策として名前が付けられていること

――などがあることが重要です。

実際に害を受けた人がカミングアウト（人前に出て話すこと）して訴えることは、アドボカシー活動で効果的です。個人や特定の人の課題ではなく、解決することが社会的な正義であり、大義があると思われることが重要です。また、個人の責任や努力に帰するべきことではなく、社会として取り組むべき課題であるとの位置付けも必要です。そのために

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

は、だれにでもある程度は起こり得る一般的なことである、と示すことが効果的である場合もあります。この害を受けている人がたくさんいることを、データや推計などで語れると、理由の補強になります（本書 1-2「ステップ 2：情報の収集と分析」参照）。あるいは、対象者が少数でも社会で許容できない程度の大きな不公正があると、訴求する場合もあるでしょう。

さらに、あなたや家族や仲間が遭遇したり相談を受けたりした生の問題を、活動・施策・対策の言葉に“翻訳する”ことが大切です。課題に対する解決策を推測し、どのような対策が必要か、名付けておくと便利です。そのためには、ある程度、原因を推定し、原因を無くすための対策を想定することが必要となります。

例えば、思う医療が受けられなかったという人がいたとしましょう。それは、「専門的医療従事者の育成」、「医療従事者の配置」、「医療機関の役割分担」、「医療機関に関する情報提供」など、いずれが原因で、どこを直せば再発が防げるのでしょうか。人がいないのが原因であれば「専門家の育成」が、医療機関の連携が要因となっているならば「医療機関の連携の改善」が、求められる対策となるでしょう。このように、ステップ 2（情報の収集・分析）によって得られたこと次第で、課題に対する解決策が異なってくる場合もあります。

●取り上げる課題の絞り込み

みんなで取り組む課題を決める際に、難しいことの一つが絞り込みです。課題はひとつだけでなく、5 つも 10 も見つかるかもしれません。改善したいこと、取り組みたいことは山ほど湧き出てくることもあるでしょう。一方で、たくさんのことに同時に取り組むだけの資源（本書 1-5「ステップ 5：必要資源の確保」参照）が備わっていない場合もあります。そんなときは、絞り込みが大切になります。そこで、例えば、次の 2 段階の作業で、絞り込みができるようになっておきましょう。以下に、必要な観点の例を示します。

1. 効果：対策がもたらすであろう効果の大きさ
   - ・対象となる患者等の数
   - ・課題が軽減される程度
   - ・実現可能性
2. 適正：自分たちの組織やプロジェクトが取り組むべき活動であるか
   - ・アドボケートが取り組むべきことか
   - ・ミッションに合致しているか
   - ・自分たちの取り組みにより実現可能性や成果が高められるか

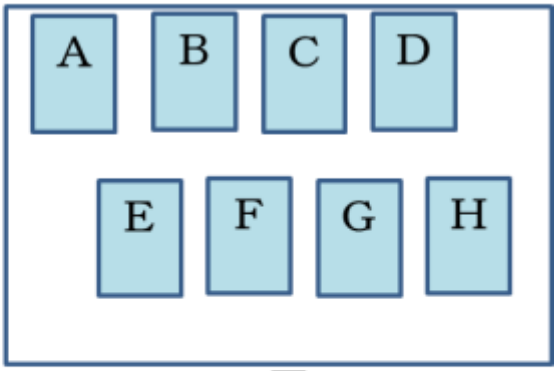
次に、この作業のためのワークシートを示しました。実際にやってみることにより、まず、活動候補を絞りましょう。必ずしも、一つに限ることはありませんが、ステップ 5 で見る資源は有限ですので、実行が可能であると思われる範囲にとどめる必要があるでしょう。

＜図１＞　取り組む社会課題の抽出（グループワーク例）

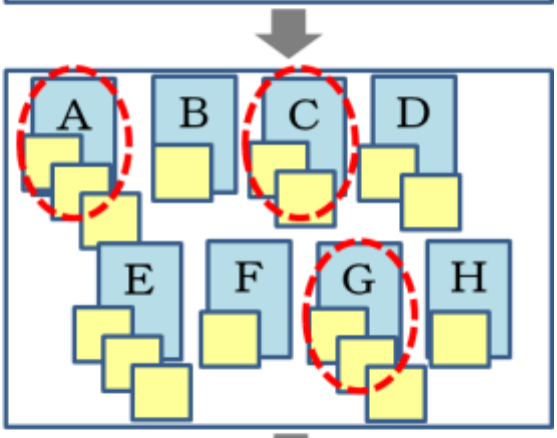
【作業手順（例）】

まず、模造紙、A４紙、付せん紙を用意します。

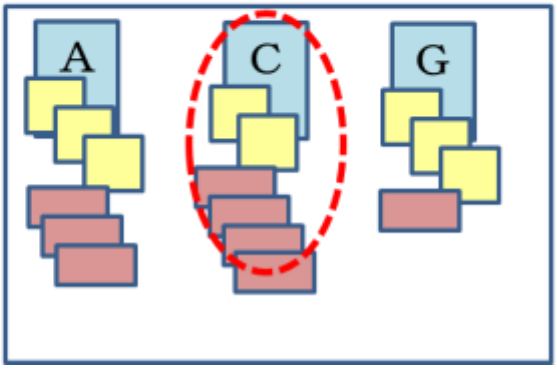
●プロセス１
取り組むべき課題の候補をいくつかあげます（10個以内が作業しやすいでしょう）
〔A4紙に記入します〕



●プロセス２
「成果が大きい」という観点から優先度が高いものを数件選びます
〔まず、付せん紙に理由を書いて貼ることで意見を出しきってから、議論します〕



●プロセス３　「アドボカシー向き」という観点から１つを選びます
〔プロセス2と同様〕



✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・Midwest Academy、Organizing for Social Change

・国際 HIV／AIDS 連合（International HIV/AIDS Alliance）、Advocacy in Action（行動するアドボカシー）

http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=142（2013/10/30 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

1-2 ステップ 2：情報の収集と分析

～事実とデータで課題を可視化する～

キーワード ・SPO セット ・政策情報

●このテーマで目指すゴール

・既存の情報を集めて分析できる
・必要な情報を調査などで集められる
・現状とあるべき姿を可視化し変革に活用できる

患者さんからの質問

議員に提言書を持って行きたいのですが、私たちの問題意識を裏付ける情報は、どのように見つけたら良いのでしょうか。

●なぜ、情報の収集と分析か

ステップ 1 でみた社会課題の現況や、ステップ 3 で扱う目標の設定のためには、データをうまく活用できると有効です。データや情報はある程度、目的をもって集めることが重要で、ランダムな情報がただ多数集まっても、どのように解釈すればいいか、苦慮することがあります。また、現状だけが分かっても、これまでどのような対策が打たれたかが分からなければ、これからどうすべきかを知ることにはつながりにくいという側面があります。

活動計画や提案の策定に役立つ情報を集めることが重要です。世界保健機関（WHO）のがん計画策定ガイド（注 1）、米国疾病管理予防センター（CDC）のがん計画策定ガイド（注 2）、国際対がん連合（UICC）による NPO（非営利組織）のための計画策定ガイド（注 3）、厚生労働省による医療計画策定ガイドライン（注 4）などを参考にすると、施策や計画を作成する過程の初期に、表 1 のような情報を集めることが大切と考えられます。

●情報の集め方

情報の集め方のコツを、いくつか参考に列挙してみましょう。

1. 情報を検索するなどして、下調べをする

まず、自分たちでウェブ検索結果、新聞記事検索結果、既存の計画や施策、研究報告書などを読むことで、知りたいことがどれだけ分かるか把握します。自力に頼りすぎず、以下の 2、3、4 をすることが大切ですが、同時に、自力で調べることをある程度しておかなければ、2、3、4 がスムーズに進みません。だらだら調べることはせず、一定期間を区切って情報を集めたら、それに目を通した上で次に進みましょう。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

2. 情報通の人に聞く

その分野やテーマに詳しい情報通に聞くことは、情報収集の近道です。行政担当者、医療提供者、ジャーナリスト、研究者などに「取材」できるようになりましょう。たまたま旧知の人に聞くだけでなく、その道の第一人者と目されている人で、自分たちのよき理解者になってくれそうな人物にヒアリングを申しこんでみましょう。

3. 情報をリクエスト（請求）する

計測されているにもかかわらず公表されていない情報などについては、その情報を持っていると思われる組織に提供や公表を請求してみるという方法もあります。議員に依頼して議員の情報請求権によって情報が得られるようにするのも一手です。

4. 調査（アンケート）する

自分たちが調査やアンケート（本書 4-10「アンケート調査」参照）することで取得できる情報の場合は、それを実行することも考慮すべきです。患者を対象とした、患者が置かれている状況、患者満足度などについてのアンケートなどは、患者団体の大きな役割ともいえますし、マスコミ・メディアもその結果を記事などにして取り上げてくれるかもしれません。

●情報の分析の仕方、活用の仕方

集まったデータや情報は分析・加工し、アドボカシー活動に有効な形にして使用してこそ、活用できるようになります。

1. カギとなる発見

社会課題の大きさなどの裏付けとなり、訴求力があるアドボカシー活動に活用できるデータが見つかったか、検討しましょう。

2. 必要政策の抽出への活用

既存の政策の現況がある程度理解できた段階で、現況施策を補う施策を抽出する作業をしてみましょう。

3. 戦略プランの吟味

集まった情報で戦略プラン策定シート全体を吟味しなおします。想定していたことと異なる大事な情報が見つかった場合は、ときには「社会課題」「対象」「活動内容」などを変更し、全体を修正する勇気も必要です。

＜表 1＞収集すべき情報（例）

現況	対象とする疾病やテーマに関するいわゆる「SPO セット」の現況データを集め、どこに問題があるかを探ります。SPO とは、ストラクチャー（機能。人や施設の状況）、プロセス（過程。行われている医療サービスの状況）、アウトカム（成果。患者の健康や生活の質の状態など）のことです。詳しくは、政策評価に関する第 3 章を参照ください。
政策情報	これまで、どのような対策が打たれ、何が進歩して、何がしていないのか。それがどのように評価されているか、など。
患者、医療現場、地域の声	どのようなことに困っていて、どのように改善してほしいというニーズがあるのか、実際の声の情報を集めることは、アドボカシー活動では大切です。
ステークホルダー情報	「ステップ 4：対象の特定」「ステップ 6：連携相手の特定」などに必要な、この分野において、どのようなプレーヤーがどのような役割を果たしているかという情報などです。

（注 1）世界保健機関「国家がん対策プログラム～策定・管理ガイドライン」
（注 2）米国疾病管理予防センター「全米包括がん対策計画」
（注 3）国際対がん連合「非政府組織のための国家がん対策計画策定の資源」
（注 4）厚生労働省医政局長通知「医療計画について」

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・世界保健機関(WHO)によるがん対策シリーズ「計画策定」
http://ganseisaku.net/who_planning.html（2013/10/28 アクセス）
・厚生労働省医政局長通知「医療計画について」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/dl/tsuuchi_iryou_keikaku.pdf（2013/10/28 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

1-3 ステップ 3：目標の設定

～何を目指しているか、北極星を明確に～

キーワード ・アウトカム　・アウトプット　・目標設定

●このテーマで目指すゴール

・アウトカムとアウトプットの違いを知る
・アウトカムベースの目標設定ができるようになる
・大きすぎず、小さすぎない目標設定ができる

患者さんからの質問

目標を設定するといっても、漠然としていてどうすればよいか分かりません。これまでより高い数値を設定しておけばいいでしょうか。

●「アウトカム」ベースで目標を設定することが第一歩

みなさんは社会にある課題を解決するために活動に取り組もうとしています。「やってはみたが、何も変わらなかった」という結果は、望んでいません。患者のためになる変化を実現したいと考えているでしょう。

そのためにも、活動に着手する前に、どのような成果を狙うのか、目的や目標を明確に設定することが重要です。ここがはっきりしないと、活動の内容、ステップ 4 でみる対象、そしてステップ 5 で吟味する必要な資源なども、変わってきてしまいます。

結果や成果という言葉は日常的に使われます。しかし、「アウトカム」と「アウトプット」の二つのまったく異なる意味があります。そして、社会に変革をもたらそうとするアドボケートならば、「アウトカム」を常に意識することが重要です。ここで、まずアウトカムとアウトプットの違いを明確にしておきましょう。

〇アウトプット（結果）
自分たちの活動の直接的な結果
（例：県知事に会ってプロジェクトの趣旨に賛同・支援してもらう活動で、会って説明をすることは、活動のアウトプットです）
〇アウトカム（成果）
アウトプットの結果、働きかけた対象に生じた変化
（例：県知事が自分たちの説明を聞いて、支援の約束をしてくれた。ここでの、支援の約束は、活動のアウトカムです）

詳細は、本書 3-2「目標設定（アウトカムとアウトプット）」を参照ください。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

●全体像を描いてから、最初の到達点を決める

アウトカム目標を設定するときに、考慮した方がよいいくつかのコツがあります。ここでは 3 つをあげます。

1. 「最終アウトカム」「中間アウトカム」「初期アウトカム」の 3 点セットで設定すること
2. 3 点セットがつながっていること。かつ、遠回りしていないことを確認すること
3. 初期アウトカムが「大きすぎず、小さすぎず」、適切な大きさになるようにすること

具体的に説明しますので、表 1 の例を見ながら読んでみてください。

1. まず、目指すべき姿（最終アウトカム）を書くことが重要です。最終アウトカムを書いておくことは、迷ったときに目指していたものを確認することに必要です。多くの参加者、協力者の結束を強めるためにも必要です。そのために、ときには、あえて理想的なことを書いておくことも必要です。

   次に、初期アウトカムを設定します。いま考えている活動によってもたらそうとしているアウトカムを記載します。

   さらに、中間アウトカムを設定します。初期アウトカムと最終アウトカムの間が離れすぎているときや、直接つながりにくいときに、これを加えます。
2. 3 つが同じ方向を向いて一貫性をもって並んでいることが重要です。初期アウトカムを達成しても、中間アウトカムや最終アウトカムにつながらないと思えたときは、初期アウトカムを設定しなおすことが必要です。
3. 実際の活動に取り組む際に重要なのは、アウトカム目標を適切なサイズにすることです。先に述べたように、最終アウトカムは大きな視点で設定します。しかし、初期アウトカムは「大きすぎず、小さすぎず」にすることがポイントです。小さすぎると、やりがいが生じませんし、大きすぎると、達成できる気がしません。「たばこ対策の例 (2)」や「野球の例 (2)」の目標が大きすぎれば、「たばこ対策の例 (1)」「野球の例 (1)」のように、より狭く切り取ることができます。

目標設定の際、Stretch, but Achievable という言葉を使うことがあります。。これは、今の自分たちには手が届きにくい高い目標だけれども、実現不可能ではない、という意味です。また、高い目標を立てることで、みんなのやる気を促す、という点の期待が込められています。野心的かつ実現可能性であるというぎりぎりのところに設定するのは、リーダーやチームの腕のみせどころであるかもしれません。

（次ページに続く）

＜表 1＞　段階的アウトカムの設定の仕方（例）

	野球の例（1）
最終アウトカム	投手として 1 勝をあげる
中間アウトカム	7 回 1 失点に抑える
初期アウトカム	好投する
アウトプット	勝利投手となるべく先発登板する

	野球の例（2）
最終アウトカム	リーグ優勝する
中間アウトカム	15 勝を上げる
初期アウトカム	A 投手を獲得する。
アウトプット	投手力強化のため、A 投手を獲得する活動をする。

	たばこ対策の例（1）
最終アウトカム	受動喫煙防止条例が制定される
中間アウトカム	重要な意思決定者の賛同を得る（知事、県議会など）
初期アウトカム	知事の賛同を得る
アウトプット	知事に賛同を求める活動をする

	たばこ対策の例（2）
最終アウトカム	喫煙率が〇年後に半減する
中間アウトカム	（1）受動喫煙防止条例を制定する　（2）喫煙の害を知っている人が増える
初期アウトカム	（1）重要な意思決定者すべての賛同を得る（知事、県議会など）　（2）市民団体と教育委員会の協働で普及啓発プロジェクトが開始される
アウトプット	（1）重要な意思決定者の賛同を求める　（2）教育委員会に協働活動の実施を働きかける

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・財団法人農林水産奨励会農林水産政策情報センター『ロジックモデル策定ガイド W.K.Kellogg Foundation』　http://www.maff.go.jp 内（2013/10/31 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

1-4 ステップ４：対象の特定

～固有名詞で具体的な名前をあげてみよう～

キーワード ・意思決定者　・キーパーソン

●このテーマで目指すゴール

・対象（ターゲット）とは何か理解する
・対象を抽出できるようになる
・抽出した対象に働きかけられるようになる

患者さんからの質問

議員発議の県条例を作ってくださいと県庁の職員にお願いをしたら、「それをこちらに言われても…」と言われました。どうしてでしょう。

●なぜ、対象（ターゲット）を固有名詞で特定するのが重要か

目指す変化、すなわちアウトカムを実際に生みたいならば、その変化を生むことができる当事者や意思決定者を活動の対象として働きかけることが重要です。例えば、○×疾病対策の都道府県条例を制定することをアウトカムに設定した場合、だれが対象になり得るでしょうか。議員発議の条例の場合は県議会議員でしょうし、執行部発議の条例の場合は知事や保健担当部長などになるでしょう。では、県議会議員といった場合、議員が 50 人いるとして、だれでもいいのでしょうか。「私の団体のメンバーにある議員と懇意な人がいます。さっそくその人に話をもちかけてみます」。ちょっと待ってください。

●議員発議条例制定に取り組む例で考えてみると

このケースで少し考えてみましょう。議員の中でその条例制定にもっとも大きな影響力を与える可能性があるキーパーソンは誰でしょうか。それは、議会の勢力図がどうなっているか、どのような問題意識をもった議員がいるかなどによって、ケースバイケースになります。しかし、いずれにしても、対象を絞る際には、次のようなことを一度は考えておいた方がいいでしょう。

○どの党派・会派（以下、党派）がもっとも影響力があるか。
　⇒通常は、議席数における最大党派となります。
　⇒連立状態となっている場合は、最大党派ではないがキャスティングボート（与党決定権）を握っている党派も候補になります。

○それらの党派で、政策決定においてもっとも影響力があるのはだれか。
　⇒党派代表、幹事長、ベテラン実力議員、議長、保健分野委員会長などのうち、だれで

あるかを吟味することになりますが、一般的には、幹事長などになります。議長や委員長は司会役・中立的な立場でもあるので、自分で個別案件を牽引する役割には適していない場合があります。

○単独会派で進めてもらうべきか、超党派の動きにしてもらうべきか

⇒一般的には超党派の方が全会一致の可決につながってよいですが、最大党派が絶対多数をもっており自分たちだけで良い条例を通せると考える際には、超党派の取り組みに積極的にならないこともあり、どちらを優先するか高度な判断が必要となってきます。

議会で政策を形成する場合、議員を関与度によって分類すると、牽引者、熱心な議員、理解している議員、熱心ではないが反対はしない人たち、といった風に分かれます。例えば、上記の条例を制定する際には、例えば次のような場合がありうるでしょう。

・牽引者： 与党幹事長、幹事長の信任を受けた議連事務局長役の中堅議員
・熱心な議員： 超党派議連の各党派代表
・理解している議員： 議連の参加議員、保健分野委員会の議員、最大党派の長老
・熱心ではないが反対はしない人たち： 最大党派の政策に反対することが多い野党の立場の党派の議員に、政争の種にすべきではないテーマであるとして、反対しないようにしてもらう必要があります。

このステップ 4 の対象の特定では、まず「牽引者を決める」と考えましょう。

●対象の選び方

対象を検討するツール図 1 を用意しましたので、グループワークや自分での検討に使ってみてください。

◎使い方の例

1. 中心に自分たちの組織を置きます。
2. 活動名を記入します。活動内容や達成したいことが分かりやすい名前がよいでしょう。
3. 6 つの立場ごとに、政策決定プロセスに影響力をもつプレーヤー（人物。どの組織のどのポジションにある誰なのか）を、まず、思いつくままに記入していきます。何を実現したいかで重要な立場が変わってくるでしょう。法律や予算関係なら政治家、予算や施策内容についてなら行政、医療現場の医療行為やサービスなどであれば医療提供者、などの立場がまず浮上します。
4. 6 つの立場のうち、重要だと分かった立場については、さらに詳細に記入します。
5. 次に、まず書き出したプレーヤーについて、影響力が大きければ中心に、小さければ周辺にと配置しなおします。
6. プレーヤーの間に影響力の関係があれば矢印で示します。
7. 自分たちの組織とすでに関係構築ができているところは、線で結びます。
8. 最も影響力が大きいと思われるプレーヤーを標的対象の第 1 候補者と決め★印をつけます。第 2 候補には☆印をつけます。

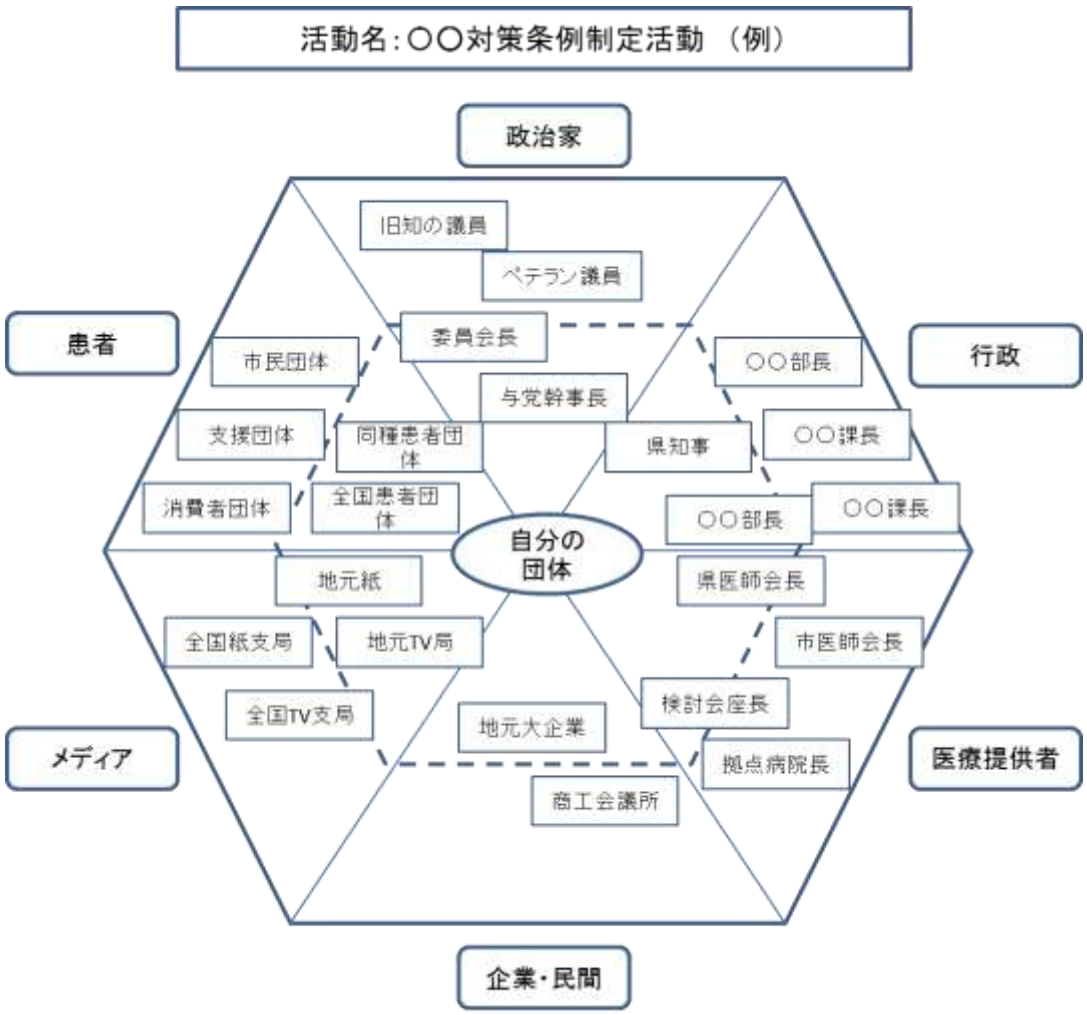
9. 対象候補者に矢印や線がどうつながっているかを参考にしつつ、アプローチ方法を検討します。第 1 候補に直接ないしは親密先からのアプローチ方法があれば、第 1 候補を対象と決めます。
10. ない場合は、第 2 候補を検討します。対象が決まるまで作業を続けます。

●対象への働きかけ方

まず、その人物への性格やアプローチ経路などに関して、情報を集めましょう。例えば、対象が政治家ならば、議員秘書（経験者）や行政職員などに、ヒアリングするのもよいでしょう。その際、情報源の秘匿などに関しては、相手の意向を確かめ、約束を守りましょう。対象へのアプローチについては、まず、面談を申し込むなど、表門を叩いてみましょう。会えないのではないかというのは杞憂で、実際は面談できるかもしれません。活動の「ミッション」や「目標」や大義が明確であれば、応じてもらえる可能性がより高まります。応じてもらえなかった場合は、誰かに紹介や仲介をしてもらえないか、コネクションやネットワークを探します。例えば、政治家であれば、あなたの団体にその政治家の選挙区の地元の有力者がいれば、面談できる可能性が高まります。ステップ 6 で検討する「連携相手」経由で道が開けるかもしれません。

（次ページに続く）

＜図 1＞　対象を特定するための作業シート（作成途中のイメージ）記入例



・使い方は、本文を参照ください。
・使い方例 10 プロセスのうち 4 プロセス目ぐらいのイメージです。
・このあと、プレーヤーを動かし、線や矢印で結び、検討を進めていきます。

✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・Midwest Academy、Organizing for Social Change
・国際 HIV／AIDS 連合（International HIV/AIDS Alliance）、Advocacy in Action（行動するアドボカシー）
http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=142（2013/10/28 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

1-5 ステップ５：必要資源の確保

～無形の資源も含めて集めよう～

キーワード ・資源（リソース）・無形資源 ・調達 ・現物提供

●このテーマで目指すゴール

・資源（リソース）とは何か、資源の多様性と可能性を理解する
・自分たちの活動に必要な資源を同定できるようになる
・必要な資源を調達できるようになる

患者さんからの質問

私たちの団体は資金も少なく、人も少ない状態です。やれることには、自ずと限りがあります。

●資源とは

資源とは、まさに活動の材料となるものです。端的にはいわゆる「ヒト、モノ、カネ」のことです。また、評判、信用、実績、人脈などの無形でソフトなものも大切な資産です。

資源が多ければ、活動をより活発にし、それに比例して成果も大きくできる可能性があります。ステップ 1 でみた「社会課題」を解消し、ステップ 2 の目指す「目標」が意義あるものならば、できれば資源を増やし活動を強化し、ゴールを高めたり達成する可能性を上げたりするのが、プロジェクトや組織の使命とも言えます。

●必要資源の洗い出し

次ページのワークシートを使って、実際に資源の洗い出し作業をしてみてください。すでにある資源と、自分たちの活動内容と、「目標」「対象」「戦術」などに鑑みて、必要な資源をリストアップしてみましょう。不足している資源については、新たな調達が可能かどうか考えてみましょう。

〇ヒトについて

単に「人が足りない」「もっと人がほしい」ではなく、どんな人がどれぐらい足りないのかも考えてみましょう。いま必要度が高いのは、リーダー役なのか、事務なのか、専門的技能がある人なのか。それは、常勤的な参加が不可欠なのか、スポット的に手伝ってもらうことでも十分なのか、など。一般的に、財源さえ確保できれば有給スタッフを増やすことは事務局運営の安定化になります。同時に、無給のボランティアから始まった活動であれば、これまでの無給スタッフの心情への配慮を含めて、環境を整備する必要があります。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

〇モノについて

日々活動に力を注ぐには、できれば専用の事務所スペースがあり、常勤の事務局スタッフがいた方がいることは理想です。効率よい業務ができるように必要な事務の備品なども揃っていた方が快適です。それが可能かどうか考えてみましょう。ただし、事務所を持つことが目的ではないので、団体の状況に応じた方法を選びましょう。

〇カネについて

これについては、本書 4-3「ファンドレイジング（資金調達)」のセクションを参照ください。多様な資金源があり、それぞれ適正があります。資金調達を強化するには、まず資金調達ができる人材を調達することが必要かもしれません。

〇無形資産について

組織の立ち位置、評判、信用などは大きな資産です。これは本書 4-5「広報」と一緒に考えて、育てていくことができるでしょう。信用や人脈はおカネでは簡単に買えません。一方、人についているものすから、すでに信用や人脈がある人に直接・間接に加わってもらうことで、それらを獲得していくことができます。それは組織やチームの中核でなくても、顧問などのかたちで参加してもらい、信用や人脈を共有させてもらうこともできます。

●資源の調達と活用

活動の内容、標的、戦術によっては、必要性が高くぜひ調達したいと思う資源があるでしょう。すでに持っている資源の範囲で活動するのではなく、「必要な資源は調達してくる」という発想があってもいいのです。資源調達に取り組めば、意外な人が助けてくれるかもしれません。資源を調達するチカラの源は、向き合う「社会課題」や目指す「目的・目標」が、社会に共感されるかどうかが、大きな要素となります。一般的に、大義がしっかりしていると、参加者、賛同者・協力者、支援者が出やすいのです。

ただし、資源を調達する際、「何でも多いほどいい」と、ただやみくもに集める姿勢は疑問です。活動に必要な資源がすでに足りているならば、資源を拡大する必要はありません。必要なもの、活用できるあてのあるものを集めましょう。有効に使えないほどの資源をため込むことは不適切な場合がありますし、資源拡大の労力を活動遂行に振り向けた方がよいかもしれません。人がたくさん集まっても仕事（作業）がなければ、チームの活力がむしろ低下します。予算が十分ある活動にさらにおカネを集めて予算の執行が遅れるのは、寄付者への信義に十分に応えるとは言えません。

資源調達と活動実施にどれだけの労力を配分するかのバランスは悩みどころです。準備期や開始直後は資源獲得の比重が高いでしょう。軌道に乗った後は、事業遂行が主になりつつ、維持継続性を確保するために一定の労力は資源調達に割く必要があります。活動のリーダーは、両面に前面に出る必要があるでしょうが、資源調達の事務については役割分担できるだけの人員があれば、担当者を置いておくと事業に追われて資源調達が後回しになることが、避けられるかもしれません。

＜表 1＞　資源洗い出し作業用シート（例）

●必要資源リストアップ用シート

「活動名：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇」　〔作成日：〇年〇月〇日〕

分類	項目	調達が必要なもの	調達の仕方
ヒト	リーダー・幹部・中核スタッフ		
	事務局スタッフ		
	特別なスキルのある人（ウェブ構築、広報、資		
	メンバー		
	顧問など		
	それ以外〔具体的に：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〕		
モノ	事務所		
	会議場所		
	オフィス備品など		
	それ以外〔具体的に：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〕		
カネ	会費		
	寄付金		
	企業		
	個人大口		
	個人小口		
	助成金		
	研究費		
	業務委託費		
	事業収益		
	それ以外〔具体的に：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〕		
無形資産	立ち位置、評判、信用		
	実績		
	人脈、ネットワーク		
	それ以外〔具体的に：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〕		

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・Midwest Academy、Organizing for Social Change

・国際 HIV／AIDS 連合（International HIV/AIDS Alliance）、Advocacy in Action（行動するアドボカシー）

http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=142（2013/10/28 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

1-6 ステップ 6：連携相手の特定

～連携によって仲間を増やせる～

キーワード ・戦略的連携　・協働　・ コラボレーション

●このテーマで目指すゴール

・連携の重要性を理解する
・連携相手を選ぶための分析ができるようになる
・成果を最大化するために、連携や協働活動が組めるようになる

患者さんからの質問

これまで独自の活動を重視してきました。特に親しい団体はないのですが、誰とどのように連携すればよいのか分かりません。

●なぜ、連携が必要か

なぜ、活動に取り組む仲間や同志を増やす連携が必要なのでしょうか。それは、目的達成のために勢力を結集して成果となるアウトカムをより高めたいからでしょう。「数はチカラなり」の側面があります。会員 100 人の団体の声より、会員 1000 人の団体の声が、ある意味で大きく、1 団体の活動より 50 団体が協働している方が、社会への訴求力が高まるでしょう。また、同様の提案をする人が一つにまとまっている場合、その意見に代表性があると受け止められます。場合によっては、患者団体や患者関係者といった同じ立場（ステークホルダー）だけでなく、行政や医療関係者など、他のステークホルダーと共催・協働している活動やイベントの方が、多くの人が注目することがあります。また、ステップ 5 の「必要資源の確保」のセクションで見たように、団体が連携することにより、互いに不足している異なる資源を持ち寄ることもできます。

連携をするのは、(1) 単独ではできないことができる (2) 連携した方が、成果が大きくなる (3) 連携した各団体に、互いにメリットがある――といった場合でしょう。連携のためには、調整や対話や妥協がつきもので、時間や忍耐も必要となります。しかし、目的達成のために連携するメリットがあるならば、連携に取り組むことを真剣に考えるときです。

●連携相手候補を広くとらえる

新しい発想と広い視野で連携の相手を考えてみましょう。身近で親密な“仲間”の団体以外にも対象を広げてみます。企業なら同業他社は競争相手かも知れませんが、社会活動ならば社会的な意味では、同志の団体です。視点を変えて、これまでは切磋琢磨するライバルと考えていた団体はどうでしょうか。使命を果たすために目的やアウトカム目標が共

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

有できるならば、連携を考えるべきでしょう。

これまで付き合いがなかった別の領域の団体（消費者団体、市民団体）なども対象になります。大きな会員数、ネットワーク、影響力、資金力などを持っているかもしれません。

また、これまでいわば緊張関係や交渉相手であると思っていた別のステークホルダーでさえも、連携相手として考えてみる価値があるかも知れません。例えば、医療関係者は要望を投げかける相手としては緊張関係にあるかも知れませんが、同時に、例えば医療の質を高めるという同じ目的の下に、テーマによっては協働プロジェクトの実施で連携することができるでしょう。行政と共催イベントを開いたり、複数の企業から寄付を受けてプロジェクトを行ったりすることも考えられます。もっとも、連携が目的化するべきではなく、ただやみくもに連携を広めなければならないわけでもありません。目的達成に意味のある連携かどうか、吟味してみましょう。各ステークホルダーとの協働については、本書 2-0「六位一体の連携」および 2-1～2-6 にて、より詳しく検討します。

●だれとどのような連携をするか考える

「ステップ 4：対象の特定」で使ったワークシートを使って、今度は連携相手を考えてみましょう＜図 1＞。ステップ 4 で記入したステークホルダーのプレーヤーをそのままにしておいて、さらにその上に加筆していきます。

1. ステップ 4 で記入していたステークホルダー、プレーヤーのうち、連携先として考えられる相手に印をつけます（○で囲みます）。
2. それ以外にも、連携相手と考えられるところを加えて記入します（○で囲みます）。
3. 記入した各プレーヤーの間に影響関係がある場合は→で結びます。上記（1）（2）で選んだ連携相手からステップ 4 で対象に決めた相手に→が出ている場合は、連携相手として特に重要性が高い可能性があります。

連携相手と協働活動をする際は、いくつかの留意点があるでしょう。

（1）協働活動の明確化

小異を捨てて大同団結するためには、協働活動に関して、「ステップ 1：社会課題の特定」、「ステップ 2：目標の設定」、「ステップ 4：対象の特定」などを明確にし、かつ共有しておくことが大切です。

（2）それぞれの独自活動の尊重

協働活動について、それぞれの役割分担と責務を果たすために、活発な議論をすることが重要なのはいうまでもありませんが、それぞれの独自活動について価値観、活動スタイルなどについては、互いに敬意と尊重する姿勢が大切です。干渉することには慎重でありましょう。

（3）モチベーションの維持

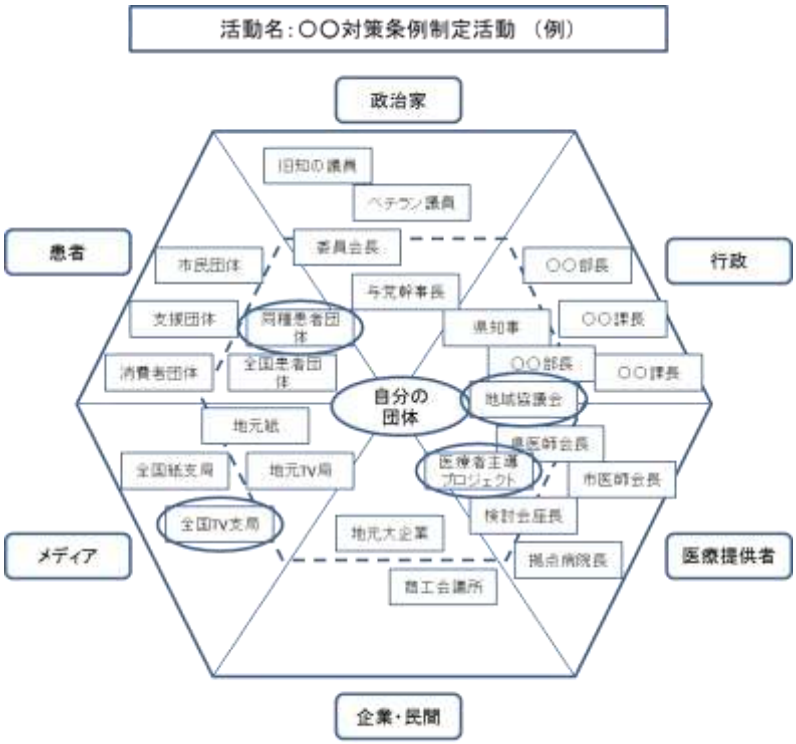
連携と協働に参加するそれぞれのプレーヤーにメリットがあることが大切です。も

ともとの組織目的を高められる、知名度が高まる、ノウハウが学べる、などです。連携候補別に、期待する役割のみならず、相手のメリットも列挙してから、実際の連携交渉に入りましょう。

（4）運営方法の工夫

これまで別のことを別のやり方でやっていた別所帯が集まるわけですから、本書第4章にあるマネジメントツールなどを使い、やり方を丁寧に説明しながら進めることが、組織ごとに異なる文化を乗り越えるのに役立つでしょう。

＜図 1＞　連携相手を選択するためのワークシート（記入例）



注：ここでの記入や配置はあくまで、イメージ例です。案件や地域の状況によって異なるでしょう

・本書 1-4『ステップ 4：対象の特定』の 10 プロセスを参照ください

・使い方は、本文の追加 3 プロセスをお読みください

・このあと、プレーヤーを動かし、線や矢印で結び、検討を進めていきます。

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・Midwest Academy、Organizing for Social Change

・国際 HIV／AIDS 連合（International HIV/AIDS Alliance）、Advocacy in Action（行動するアドボカシー）

http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=142

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

1-7 ステップ 7：戦術の設定

～成功へのシナリオを書いてみよう～

キーワード ・実施計画　　・シナリオ

●このテーマで目指すゴール

・戦術の意味を理解する
・実現シナリオを考えられる
・自分たちの活動について戦術を設定できるようになる

患者さんからの質問

政策に働きかける活動の計画は決めたのですが、半年たっても何も進んでいないような気がします。

●戦術とは何か

ここでは、ステップ 4 で決めた対象（ターゲット）に対し、ステップ 5 で考えた資源を活用し、ステップ 6 の連携相手と共に、ステップ 3 で設定した目標の達成に向けた、活動を成功に導くための具体的な活動の組み立てやシナリオのことを、戦術と呼びます。

料理を作るときに「さ・し・す・せ・そ」という言葉があります。砂糖→塩→酢→醤油→味噌、の順に調味料を入れるというものです。同じ量でも、順番やタイミングを間違えたり、同時に一緒に入れてしまったりすると、おいしくできません。それと同じように、アドボカシー活動も、組み立てと順番のシナリオが大切です。

●相手の立場になって考えてみよう

対象の相手の立場になって考えてみましょう。その課題について取り組み、その対策について賛同し、実際の活動にひと肌脱ごうとするのはどんなときでしょうか。たくさんの仕事がある中で、どんなときにその対策を他のことより優先的に取り組もうと考えるでしょうか。理解、意識、行動という観点から見てみましょう。

1. 理解

まず、その社会課題がどのようなことか理解し、かつ、取り組まなければならないことだと認識することが必要です。そのためには、その情報を誰から入れるかも大切です。その人がすでに知っていて信頼している人から入ると、人は情報を肯定的に受け止められ、理解も進みます。もしくはマスコミに記事を書いてもらって、その記事を持参して、自分がその当事者である、あるいはそれを詳しく解説できる者であるという立場で売り込むこ

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

ともできるでしょう。

2. 意識

単なる社会課題として認識されるだけでなく、相手が「私がやらなければならないこと」と自分に引き付けて考えてもらうことが大切です。ポジティブには、相手がそれをやることが業績（手柄）になるというプラス面からの捉え方は大きな訴求力を持ちます。一方で、それをやらないと自分の落ち度（責任）になりかねないというネガティブ面を指摘することが有効な場合もあるでしょう。

3. 行動

できればやりたいと考えていることと実際に行動を起こすことの間には、大きな壁があります。行動を引き出すには、ポジティブを高め、ときにはネガティブを高め、動機を強くすることが大切です。また、相手からその決断を引き出す、「きっかけや場」を設定することが大切です。

●戦術プランを「絵に書いた餅」に終わらせないように。

せっかくの戦術、作戦も、実行しなければ「絵に書いた餅」になります。だれが、なにを、いつまでに、実行するか、役割や工程を含む実施計画を作っておきましょう。本書 4-2「事業計画書」を参考にしてください。ステップ 4 の対象が明確ならば、戦術も比較的はっきりと決まるはずです。もっとも、実行するうちに加わった情報や状況の変化で、当初想定していた 1 次戦術から 2 次戦術に切り替えなければならないことも起こるでしょう。また、対象に第 1 候補と第 2 候補があるときには、候補が変わったときは、戦術も変わるでしょう。状況に合わせて、戦術は柔軟に見直す必要があります。

（次ページに続く）

＜図 1＞　知事へのアプローチの戦術シナリオ例（イメージ）

設定：
「〇〇に関する条例」を制定する活動の場合の例で考えてみましょう。戦略プラン策定シートの分析の結果、対象は知事となりました。知事が条例制定にリーダーシップをもって取り組むようになることをアウトカムに設定しています。

シナリオ：
（1）団体の幹部の一人が知り合いである知事のブレーン役を経由して面談の約束を取り付け、同席してもらうことにしました。同時期に地元紙に企画記事を書いてもらいました。その課題について、全国でもワースト地域のひとつだからです。面談した際には、「ステップ2：情報の収集と分析」で得た情報を活用し、知事の記憶に残る説明ができたと思います。

↓

（2）知事は社会的問題に敏感で、女性やこどもが直面する課題に熱心に取り組む姿勢で人気を得ています。この課題もそうした問題のひとつと捉えてもらうように、プレゼンテーションをすることにしました。「ステップ6：連携相手の特定」で見出した、すでに知事と親密な関係にある社会問題に取り組むグループからも、知事にプッシュしてもらいました。面談の礼状を送る際に、知事がそのまま使える「知事がこの課題に取り組む理由」というプレゼンテーションを同封しました。

↓

（3）複数の患者団体と医療提供者の共催で、シンポジウムを企画しました。資金は3つの企業からの協賛を得ました。会場は大学医学部のホールを安く借りられました。パネルディスカッションに、社会問題に前向きに取り組む人物との位置付けで知事に出席をしてもらうように交渉しました。面談と礼状が効いたのか、短時間での出席なら可能との返事を得ました。当日すぐに具体的な政策の約束を取り付けることは、求めません。ただ、その場に出てもらえば、ある程度は前向きな発言をしてもらえるのではないかと考えました。これをきっかけに知事と対話の回路を開いて、定期的に面談してもらえればいいと思います。来年度は知事選なので、そのときのマニフェストに入れてもらえればとてもいいと考えます。

↓

（4）シンポジウム当日に向け、キャンペーンウェブサイトを作りました。課題の大きさに関するデータ、苦悩している患者仲間の体験談、隣接県での積極的取り組みや好事例などを掲載しました。それを基に、シンポジウム当日配布用の4ページの簡単な冊子を作りました。知事は当日出席し、冊子にあった隣接県より、現状が深刻で対策が遅れているという情報にショックを受けたようでした。「どんな課題があり、何ができるのか、検討させる」との一言がありました。知事の発言は地元のテレビとニュースで取り上げられました。その後、行政担当局の部課長にあいさつに行くと、対策に強化について以前よりはずいぶん前向きな感触を得ました。なお、ファンドレイジングの候補企業や、連携相手候補にも出席してもらい、資金源拡大や連携先の拡大にもつながりそうです。

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・Midwest Academy、Organizing for Social Change

・国際 HIV／AIDS 連合（International HIV/AIDS Alliance）、Advocacy in Action（行動するアドボカシー）

http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=142

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

1-8 ステップ 8：成果の自己評価

～狙った効果が出ているか確認して改善へ～

キーワード ・アウトカム評価　　・アウトプット評価

●このテーマで目指すゴール

・評価の考え方と概要を知る
・自分たちの活動評価ができるようになる
・評価を活動の改善に結びつけることができるようになる

患者さんからの質問

行政に政策のアウトカム評価の実行を求めています。担当者から「あなたたちのプロジェクトの評価はどうしていますか。参考に教えてください」と聞かれました。

●評価とは何か

評価とは、どういうことでしょうか。平たくは、「何がうまく行っていて、何がそうでないのか。どこをどう修正すればいいのか考えること」と言ってもいいでしょう。

では、なぜ評価をすることが大切なのでしょうか。それは、いくつかの理由が見つかります。まず、社会課題を解決したいと考えて活動をしているのですから、「効果を出す（もしくは、大きくする）ため」ということがあるでしょう。また、個々の活動の成果が大きくなるだけでなく、それが好事例として広がれば、外への波及もあると考えられます。さらに、仲間の参加者や支援者へのフィードバックとして結果の様子を情報提供する意味もあります。よい成果があれば、関係者が鼓舞され、また支援者や寄付者の増加にもつながるでしょう。

日常的に使われる「評価」という言葉ですが、その意味は多様で幅広いものがあります。政策や事業の評価については、評価学として方法論がかなり確立・発展していますが、詳細な説明は本書第 3 章「政策立案と評価のときに」を参照いただくとして、このセクションでは、アドボカシー活動をする際に本書 1-3「ステップ 3：目標の設定」で作った目標を検証するという観点から、簡単に説明します。

●評価の仕方

評価の前提として、まず、「ステップ 3：目標の設定」でみたような目標を設定しておくことが大切です。逆に、目標を設定する際には、この「ステップ 8：成果の自己評価」で触れる評価の仕方をあらかじめ念頭において、上手に行うことが肝要となります。ステップ 3 では、アウトプット目標のみならずアウトカム目標を設定することが重要ということを学

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

びました。ですから、評価においても、アウトプット目標だけでなくアウトカム目標の評価を行うことがポイントとなります。

ステップ 3 の表で使った例のうち、投手力強化でリーグ優勝を目指した「野球の例（2)」のケースで考えてみましょう。投手力を強化する活動がどうであったかというアウトプットだけでなく、実際に、投手が獲得されたのか、活躍したのか、それが目的のリーグ優勝に結びついたのかというアウトカムを確認することが当然ながら重要です。

表 1 のような 3 とおりの結果のストーリーを想定して、さらに検討してみましょう。「架空ストーリー1」の場合は大成功です。「架空ストーリー2」では、予定どおりの対策が打たれ（投手が強化され）たものの、別の要因（打力不足）により、目指す最終アウトカム（リーグ優勝）につながりませんでした。そもそも、課題は打力不足だったのに、投手力不足と認識違いしていた可能性があります。情報の収集と分析が足りず、そもそもの対策を間違えていたのかもしれません。そうだとしたら、来年の対策は打力の強化に転換する案が考えられます。「架空ストーリー3」は、対策実施の失敗（希望する A 投手を獲得できなかった）があったため、結果が不十分になりました。この場合は、対策自体は間違っていなかったので、来年はその対策をさらに強化する、ということが考えられます。

●評価の際の留意点

活動の推進や日々の対応に追われ、評価はついつい後回しになりがちです。ですので、次のようなことを決めておくことが大切とされています。

1. 評価の仕方をあらかじめ決めておく
   だれが（どの会議体が)、どのような指標と観点から、いつ評価を行うのか、活動を始める前に予定しておきます。
2. 評価の労力を当初から確保しておく
   評価のための、調査、アンケート、記録などのための人員、時間、費用などを計画と予算の段階で想定しておきます。
3. 評価の結果を PDCA（計画、実行、評価、改善）に活かす
   指標の計測や、目標の達成度を見るだけでなく、よりよい対策は何か、より確実な実行は何か、より効果的な進め方は何かなど、検討して活動の改善に結びつけます。それを年間スケジュールに組み込んでおきます。

評価は最終的には人智を尽くした営みです。先の野球の事例の「ストーリー3」で、もう一年、B 投手のさらなる活躍に期待する方針を続けるか、第 1 希望 A 投手の獲得に再度挑戦するか、それはチームの検討と合意の結果の選択となります。しかし、そのためにも目標を明確にし、データを集め、建設的な議論ができる環境を整えておくことが前提となるのです。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

＜表 1＞野球のリーグ優勝を目指したケースでの、投手強化対策の評価（架空例）

目標	アウトプット	投手力強化のため、A投手を獲得する活動をする。		
	初期アウトカム	A投手を獲得する		
	中間アウトカム	15勝を上げる		
	最終アウトカム	リーグ優勝する		
架空ストーリー		＜1＞	＜2＞	＜3＞
	アウトプット	A投手を獲得する活動をした	A投手を獲得する活動をした	A投手が無理そうなので、第2希望のB投手獲得活動に切り替えた
	初期アウトカム	A投手を獲得した	A投手を獲得した	B投手を獲得した
	中間アウトカム	15勝した	5勝した	10勝した
	最終アウトカム	リーグ優勝した	リーグ4位となった	リーグ3位となった
評価	総合評価	うまくいった	うまくいかなかった（他の要因による失敗）	うまくいかなかった（対策実施の失敗）
	論理の評価	対策が正しかった	**投手力より打力が弱いことが課題であった**	対策は正しかったかもしれない
	実施の評価	予定どおり実施された	予定どおり実施された	**予定どおり実施できなかった**
	効果の評価	予定どおりの効果が出た	投手は結果を出したが、リーグ優勝に至るまでの効果はなかった	予定の対策ができなかったので、効果が出なかった
	費用対効果の評価	費用が掛かったが、効果があったので、肯定できる	費用に対し効果が十分でなかったので、肯定できない	費用は少ないものの、効果が小さいので、肯定できない
改善		**来年も同方針を継続**	**来年は、打力の強化に方針転換する**	**来年はより有力な投手の獲得の努力をする**

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・竜慶昭、佐々木亮『「政策評価」の理論と技法』多賀出版、2004 年

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

2-0 六位一体の協働

～医療環境の変革には協働が重要に～

キーワード ・六位一体　・ステークホルダー　・連携　・協働

●このテーマで目指すゴール

・六位一体の協働を知る
・それぞれとの協働のイメージが描ける
・六位一体の協働を行えるようになる

患者さんからの質問

「六位一体」の活動という言葉を聞くことがありますが、どういう意味なのでしょうか。

●六位一体の協働とは

患者アドボカシーの活動スタイルを表す言葉に“六位一体”があります。それは図 1 のように、「患者関係者」「政治家」「行政担当者」「医療提供者」「企業関係者」「メディア関係者」が一体となり、連携・協働することを指しています。この 6 つは、医療政策に関する主な当事者を列挙したものです（6 つと決まったわけではないので、人によっては他の当事者を足して 7 つ、8 つにするかもしれません）。なぜ、六位一体が大切になるのでしょうか。以下に 3 つの理由を上げます。

（1）対立から同じ視線へ

図 2 を見てください。異なるステークホルダー（ある立場の関係者）は、向き合って対立しがちです。しかし、向き合うべき本当の相手は背景にある原因や解決を阻んでいる要因などの制約条件であるともいえます。一例をあげましょう。治療の待機時間が問題になる場合、患者も医療者も解決したいと思っているでしょう。患者は医療者への不満を感じがちです。しかし、医療者は人手不足が原因と考え、患者に責められることを不条理に感じるかもしれません。もちろん、人手不足を解消するのは一義的には医療提供者の責務かもしれませんが、それが自分たちでできない場合、患者が環境整備に関して、応援することができます。現象の背景にある原因を排除することに、相手と共に取り組むことができるわけです。

（2）制約条件を取り払う

例えば、政治家が動いて予算を増やせば、行政担当者が動きやすくなります。行政が予算を使って新たな医療資源の増加に関する施策を打てば、医療提供者が動きやすくなります。そして、政治家を動かすために、患者関係者は働きかけることができます。このようにひとつの引き金から異なるステークホルダーに影響が連鎖的に及ぶことで、変革が進め

られることがあります。

（3）社会と疾病構造の変化に対応

高齢社会の進展、慢性疾患の増加などがあり、ひとつの施策やひとつのステークホルダーによる活動だけでは、問題の解決が困難な課題が増えてきています。また、こうしたシステム的な改革には、マルチ（複数の）ステークホルダーとの連携や協働によるシステム的な改革が必要な場合が増えているといえるでしょう。

●六位一体の概要

まず、六位一体のそれぞれの当事者との関係を概観します。それぞれとの関係については、本書 2-1 から 1 つずつ詳述しますので、そちらを読んでください。

〔患者と〕

患者団体が連合することで、声がひとつになり大きくなります。患者の立場の者が他の立場との連携を動かすには、患者同士が連携していることも大切になります。また、政治家や医療提供者など、他の当事者の意思統一や一枚岩化を求めるなら、まず自分たちのセクターにもそれを問いかけるべきではないでしょうか。

〔政治家と〕

ときに政治家は医療に関して重要な関係者であることが忘れられていたり、あまり期待されていないことがあります。しかし、政治家は立法府として、政策や予算を決める大きな役割を担っています。政治を動かすことで法律や予算が動き、それにより行政が動き、現場が動きだす場合もあります。

〔行政担当者と〕

行政を官僚的と批判するだけでいるのは簡単です。では、どうすれば行政が動けるようになるか、それを考えるのがアドボケートの真骨頂です。予算がない、ノウハウがない、上司の了解が得られない、当事者調整が複雑など、行政担当者が苦労している原因を一緒に取り除くことで、前に動く場合があります。

〔医療提供者と〕

本来、医療提供者と患者の立場は、医療アウトカムの向上を願っているという意味で、もっとも利害が一致しているはずです。同時に、医療の提供者と受け手（消費者）として、あつれきも起こりがちですが、患者と医療提供者の意見が分かれている案件には、政治家や行政も手を出しにくいもの。対立しがちな状況を乗り越えることが重要です。

〔企業関係者と〕

企業は患者団体への資金と情報の重要な提供者となります。寄付の提供者としての期待のみならず、医学研究の動向や医療制度の枠組みなどに関しての基礎的情報を期待することができるでしょう。一方で、利益相反問題に留意する必要性があります。これについては、本書 4-4「利益相反（COI）管理」をお読みください。

〔メディア関係者と〕

アドボカシー活動や組織の広報に関してメディアの力が借りられると、大きな効果が期待できます。単発記事で報道してもらうという比較的シンプルな関係から、連続キャンペーン企画で協力していくような仕掛けもありえます（本書 4-5「広報」参照）。市民発の社会活動を応援する記者も多く、記者が市民活動のブレーン役を果たしている場合もあります。六位一体の活動が推進されていると話題も豊富になりやすいですし、その姿勢を好感して報道が増えることも期待されます。

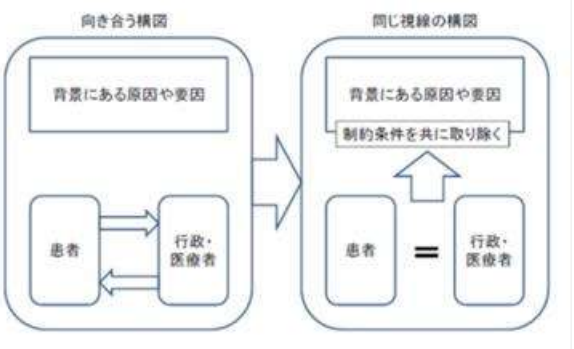
●協働の際のポイント

6 つのステークホルダーそれぞれの間には、不満と期待の両方が存在するでしょう。そんな中で、連携と協働を進めるには、次のようないくつかのポイントがあると考えられます。

・同じビジョンを持っていることを、常に強調する
・協働活動のアウトカムが達成できれば、いずれの立場にもメリットになることを、強調する
・立場が異なるゆえに相互補完ができる面に意識を払う
・相手が協働に参加するための障壁を共に取り払い、協働のメリットが相手にも生じるようにする

＜図 1＞協働の六位一体モデル

＜図 2＞対立から協働への構図の変化



✧　さらに詳しく知りたい方のために

・がん政策情報センター『がん政策情報センタープロジェクト 第 1 期報告書』http://ganseisaku.net/report.html（2013/10/30 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

2-1 患者同士の協働

～連帯によって声を大きくする～

キーワード ・連合体　・自律性

●このテーマで目指すゴール

・患者同士の協働の意義と進め方のポイントを理解する
・患者同士の連合などの連携を進める
・患者同士の協働活動に取り組む

患者さんからの質問

患者団体はもっと連携して活動すべきだと思います。でも、団体ごとの思いがあって、なかなかまとまりません。どうすれば良いのでしょう。

●患者同士の協働とは

患者団体が協働する理由は何でしょうか。本書 1-6「連携相手の特定」で見たように、「数は力」の側面があります。多くの声を集めるのは、それだけ社会課題を明確化させ、訴える力を増します。単独でできないことは連携し、協働活動をすることで成果が高まると考えられます。

何かの政策課題に取り組むとき、本書 2-1「六位一体の連携」で述べたように、ステークホルダー（立場）の間で、議論や意見調整が行われる場合がしばしばあります。患者というひとつのステークホルダーの中で、意見がまとまっていると意見の力が補強されます。患者団体が連名で意見を提出するのもひとつの手法です。こうした背景があると、説明や折衝をする役割になった患者関係者も、みんなの声を背負っているかたちになり、交渉を成果があるものに導きやすくなります。このように、「患者のための、成果のためのアドボカシー活動」を高めるには、協働し、声を集めることが重要となります。

現実には、患者団体にはそれぞれの創設と発展の経緯があり、患者アドボケートにはそれぞれの参加のきっかけと思いがあり、なかなか連携しにくいという感想も聞きます。そんなときには、目先の活動の仕方ではなく、その先にある目指すべき変革の姿を共有して、手を携える機運を高めることが一案です。図 1 のように、「“北極星”を目指す」ということを何度も絵に描いたり、口に出したりするのも有効でしょう。

日本の患者団体は欧米と比べて、資金力が弱く、事務局も脆弱とされています。組織力を強め、成果を高めるためにも、連携・協働の意味があります。患者団体には以下のようにさまざまなタイプがあります。メリットが見いだせるならば、そのいずれとの連携・協働も実現に向け検討すればよい議題となるでしょう。また、自分たちと異なる疾病やテー

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

マに取り組む団体も候補となります。さらには、消費者団体や市民団体などともテーマによっては可能性があるでしょう。新規プロジェクトをきっかけに連合体が形成される場合もあるでしょう。

・地域団体（個別疾病）
・地域連合団体（個別疾病）
・全国団体（個別疾病）
・全国連合団体（個別疾病）
・全国団体（疾病横断）
・患者支援団体

●患者自身の希望と周囲からの期待

患者団体アンケート（注 1）で、「患者団体はどうするべきか」を聞いた設問の回答では、患者団体は「患者同士の連携をすべき」と考えています。回答のあった患者団体 373 のうち、「共通の関心事を持った団体も多いので、意見表明等で協力して活動していくべき」39.6%、「一般市民に働きかける等活動の幅を広げていくべき」28.4%、「患者団体間での意見の違いはあるが、それを克服し、一致点でまとまって働きかけるべき」28.2%、でした（本書 0-2「アドボカシーの果たす役割」の図 1 参照）。こうした協働を進めることも患者団体としての課題と捉えられています。

患者同士の連携は、政治家、行政担当者、医療提供者などの他のステークホルダーからも期待されています。一例として、ある行政担当者の声を紹介します。「患者さんのご意見は理解できますが、それが広く患者さんの声をまとめたものなのか、個別の団体のものなのか、個人のものなのかが分からないのです。行政としては、施策の実施を検討するにあたり、多くの患者さんの賛同を得た意見であることが大切なんです」。

●患者団体間の協働の進め方

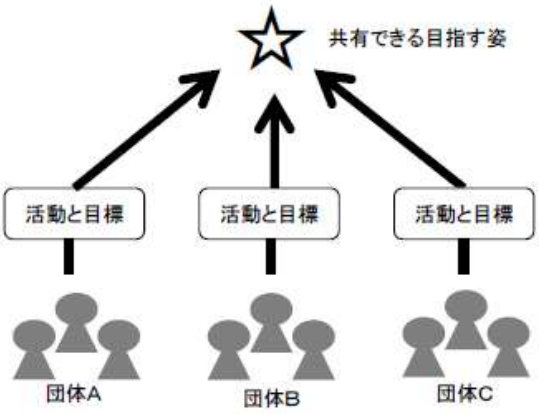
では、患者同士の協働を進める際には、どのようにすればよいのでしょうか。進め方を考えるとき、本書 1-1「戦略プラン策定」で示した 8 ステップいずれもが役立つでしょう。

留意した方がよいかもしれない点をいくつか図 2 に列挙しました。それぞれの団体にはそれぞれの活動領域があります。既存の活動領域内での連携もあるでしょう（例：在宅ケア促進に取り組む認知症支援団体、難病支援団体、がん患者支援団体の 3 つが連携）。協働の呼びかけをきっかけに、団体のミッションと活動領域の範囲内で新規のことに取り組む場合もあるでしょう（例：市民団体が疾病対策に取り組む団体と共に疾病予防キャンペーンに参加）。協働の際には、協働活動の戦略プランを共有し、個々の活動領域と協働活動の領域の関係を明確にしておくとよいでしょう。協働活動におけるそれぞれの役割は戦略プランを基にしっかりと議論し、それぞれの役割を果たす必要があります。一方で、個々の団体の活動や組織文化については互いに敬意を払い、自主性や自律性を尊重することも大

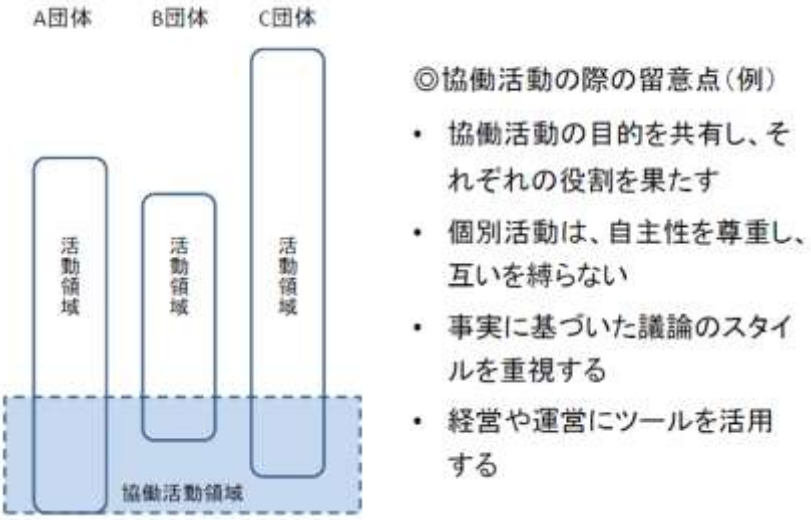
切です。患者アドボカシーカレッジにあるさまざまなツールを使って、協働に必要な共通の土俵を形成していくことを互いに心がけていくのも役立つかもしれません。

取り組む案件ごとに連携相手の枠を柔軟に考えることも必要です。本書 1－6「連携相手の特定」でみたワークシートに描かれる登場者は、案件ごとに異なってきます。例えば、都道府県の予算確保に関するアドボカシー活動で、自分が取り組む疾病対策に予算を付けたい場合は、同じ疾病に関わる団体との連携になるでしょう。一方、在宅医療という医療の体制の整備に関する予算確保を狙いたい場合は、在宅医療が行われるさまざまな疾病に取り組む患者団体へ幅を広げる方が、より多くの声を結集できることになります。

＜図 1＞“北極星”に意識を向ける



＜図 2＞協働作業の際の留意点（例）



（注 1）出典：「患者の声をいかに医療政策決定プロセスに反映させるか」研究班　提言書

2-2 政治家との協働

～立法府を巻き込むことは民主主義の基本～

キーワード ・議員連盟 ・超党派 ・議員勉強会

●このテーマで目指すゴール

・政治家への働きかけ方を理解する
・政治家との協働の際のポイントを理解する
・政治家への効果的な働きかけができるようになる

患者さんからの質問

地域の医療政策について政治家に関心を持ってほしいのですが、政治家と話をしてもいいものか、どうすれば話を聞いてもらえるのか、まず、そこからが分からないのです。

●なぜ、政治家（議員）なのか

医療政策について、なぜ行政ではなく政治家に働きかけるのでしょうか。世論調査アンケート（注 1）によると、医療政策決定を主導するものとして、国民の政治家への期待は高くないですが、選挙民が政治家を選び政治家が政策を決定するのが、民主主義の基本です。

国会議員は国の法律や予算に責任があり、都道府県の議員は地方公共団体の条例や予算に責任があるからです。また、近年、日本の政策決定は従来の行政主導から政治主導へ変化すべきとの意見も高まっています。

「医療は政治」とも言われます。これは、医療サービスにおける不備や格差などの問題は、多くの場合、政治が関連する法令、予算、政策などともある程度は関連しており、政治が動いてこれらに関する対処が行われた場合、そうした問題が解消することがあることを意味します。

●政治家（議員）との付き合い方

議員とはどのようにコミュニケーションすればいいのでしょうか。ここでは、次の 5 点を挙げておきます。

（1）どの議員と話をするか

これに関しては、本書 1-4「対象の設定」で考えました。望む変化を引き起こせる当事者性のあるキーパーソンを選ぶことが大切です。超党派での取り組みの形にしてもらうことも重要なポイントです。

（2）議員の仕事

法律や条令づくり、議会での質問など、議員にしかできない、議員としてやりがいのあ

る仕事をしてもらうことが重要です。

（3）適切な距離感

特定の党派や議員とだけ親しくするのではなく、超党派を視野に入れ、議員の役割やポジションに応じて、複数の議員とコミュニケーションをできるようになっていることが大切です。議員は政治家として、アドボケートは社会活動家として、それぞれ“役割”と“仕事”でやっています。お互いに“貸し借り”の意識にならないことも大切でしょう。

（4）議員を知る

議員は多忙な場合が多いです。話ができる機会があれば、端的に要領よく伝えることが大切です。エレベータートークといって、15 秒ぐらいのうちに言いたいことを伝える方法などのテクニックも存在します。こうしたことについては、本書 4-9「プレゼンテーション」本書 4-6「文章力」を参照してください。また、個別議員の党派、支持母体・地盤、選挙の際の公約、これまで推進した政策なども把握しておきましょう。生活サイクルを知ることも重要です。国会議員は金帰火来と言われます。火曜日から金曜日までは東京に、金曜日午後から月曜日までは地元に居るという意味です。面談の約束時間の設定はそうしたことを考慮に入れましょう。

（5）情報提供

議員によっては政策通の方もいますし、優秀な政策秘書がいる場合もあります。また、ブレーン役を揃えている場合（有識者が知見を提供し議員を支える）もあります。それでも、あなたが取り組んでいる分野については詳しいとはかぎりません。その問題については、あなたがブレーンになることができます。あなたが取り組んでいるテーマに関して議員連盟を立ち上げる、議員勉強会を開催するなどを提案し、企画力でも貢献できるかもしれません。

近年では、議員連盟が条例制定に取り組むなかで、地域住民との意見交換会を設けたり、アンケートを実施したり、地域キャンペーンに患者団体と共に取り組むなど、複合的な協働活動も生まれてきています。

（注 1）特定非営利活動法人日本医療政策機構 「日本の医療に関する 2008 年世論調査」での、「国の医療制度改革は、誰が主導して決定すべきだと思いますか？」への回答で、市民代表・患者代表 62%に対し、議会・与党は 17%。

✧ さらに詳しく知りたい方のために

・『国会便覧』日本政経新聞社

・『政官要覧』政官要覧社

・今井照『超入門　地方自治制度はこうなっている“自治体の議会と議員”』、学陽書房、2004 年

2-3 行政との協働

～担当者が動けるような環境を整える～

キーワード ・担当部署　・審議会／協議会／検討会　・患者関係委員

●このテーマで目指すゴール

・行政担当者の特徴を理解する
・行政との連携の姿を理解する
・行政との協働作業を実践する

患者さんからの質問

行政の担当者に自分の主張を伝えに行こうと思います。でも、どうやって話を聞いてもらえるのか、意見を取り入れてもらえるのか、わかりません。

●行政担当者を理解する

行政担当者は、住民が安心して生活が送れるよう、決められた対策を執行する責任があります。あなたが住民として社会課題を訴求し、解決策を提案すれば、丁寧に対応してくれるはずです。対話を始めてみましょう。

国、都道府県、市町村の中で、あなたがアドボカシーの対象としている分野の担当部署がどこか調べてみましょう。行政組織は縦割りになっている面があるので、適切な部署をノックする必要があります。その部署のなかで、実務担当者レベルあるいは部課長レベルの管理職のいずれを対象とするか、一長一短があります。担当者レベルでもやる気になれば相当の規模のことができる場合があります。一方で、上司の指示や他部署との調整がいる場合は上層部の関与が必要です。

行政の窓口の反応の悪さにがっかりするという話を聞くことがあります。そんなときは、反応が悪かった原因を考えましょう。「担当者の上司の賛同が得られない」「他部署との調整が難しそう」「予算がない」「問題の大きさが実感できない」「重要性が十分に理解できない」などがありえます。だとしたら、それぞれ、例えば、「その人の上司にも説明に行く」「他部署にも説明に行く」「予算の確保を働きかける」、また「他の団体といっしょに会いに行く」「マスコミに意見を聞く」といった対処を取ることができます。

現職の人や前職の人と本音で話せる人間関係が構築できると、作戦を立てるうえで有益な情報交換ができる場合があります。実は担当者も、かねてから解決したかった課題であるけれども、自分だけの力だけではいかんともしがたいと捉えていたのかも分かりません。そんなときは、だれに話をもっていけばいいかを親身になって教えてくれるでしょう。だれに対してもそうですが、不適切な情報漏えいはすべきではありません。同時に、意見交

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

換をした際の適切な情報源の秘匿に関しては、信義を守り信頼関係を培いましょう。

●行政と患者アドボカシー

アドボカシー活動においては、行政に限らず、どの立場の人とコミュニケーションをする際も同じで、相手の“言語”“文化”や“決まりごと”をできるだけ理解できるようになることが大切との指摘が多くあります。行政との協働の場合は、担当部課が明確に分かれている、担当者が定期的に異動する、など特有の決まりごとを理解することが大切です。アドボケートの立場のあなたは、このような行政担当者の事情を理解したうえで接することで、相手の敬意や安心を得ることができます。また、この点においては、行政と住民・患者の間の“パイプ役”の役割を果たすと喜ばれるかもしれません。目的はアウトカム目標を達成することですから、行政の懐に飛び込んでいくことも必要です。

年間の行政カレンダー（表１）なども理解しておきましょう。予算の編成がすでに進行した段階に予算要望を持っていくのでは当惑されます。予算の議論が始まるころに提案すれば議論の実現可能性も高まりますし、対話できる相手として認識されるかもしれません。

行政担当者は多くの場合 2 年ほどで異動があります。あなたがしばらくアドボカシー活動をしていると、あなたの方がその課題の実情、政策、これまでの経緯、地元の各重要プレーヤーの考えなどに詳しい部分も出てきます。その辺りを客観的に解説できるようになれば、相手からも重宝されて、信頼関係が築けるでしょう。行政担当者には、必ずしも医療政策の企画立案遂行に十分なスキルやノウハウがあるわけではありません。他の地域の成功事例や、それによって行政担当者の名声があがった事例などを紹介するのも、担当者の動機づけに役立つでしょう。

行政担当者から患者団体への要望としてよくあることに、「患者団体の窓口をひとつにしてほしい」「要望事項の絞り込みと優先付けをしてほしい」「課題の訴求だけでなく解決策の提案もしてほしい」などがあります。患者サイドの利益や自主性・自律性を失うことがなく、行政が前向きに動くことにつながるのであれば、応じられるところは応じましょう（本書 1-3「目標の設定」参照）。

近年では、行政と患者団体の協働のさまざまなかたちが出てきています。ピアサポーターの共同育成、定期的な意見交換会開催、市民公開講座の共催、患者団体への患者サービスの業務委託、公募型の活動助成金、協働のあり方を考える勉強会の開催、タウンホールミーティング（公開の意見交換会）開催での連携など、さまざまです。

●検討会等の委員になったら

患者アドボケートの行政とのかかわりのひとつのかたちが審議会、協議会、検討会などの委員になることです。また、公立病院などの倫理委員会委員の場合もあるでしょう。こうした委員になった場合には、どのようにふるまうべきでしょうか。こうした立場の責務を果たすためのチェック点を表 2 にまとめてみましたので、参考にしてみてください。緊

張感を保ちつつ、協働できるところは協働し、共通の成果を得ていくというスタイルもますます重要になってくるでしょう。

＜表 1＞国・都道府県の予算編成作業の年間カレンダー

	国予算	都道府県予算
4 月	担当部署案出し	
5 月	担当部署内検討	
6 月	局内検討、省内検討	担当部署案出し
7 月	審議会などの報告書	担当部署内検討
8 月	財務省への概算要求	庁内検討、折衝
9 月		庁内検討、折衝
10 月		
11 月	予算編成方針閣議決定	
12 月	財務省と復活折衝、予算案	
1 月	予算案通常国会提出	予算案
2 月		予算案県議会提出
3 月	次年度予算国会成立	次年度予算県議会成立

（次ページに続く）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

＜表 2＞検討会の委員になったときのセルフチェック用リスト

1.委員会や部会に十分な患者関係委員が入っているかを確認
⇒必要に応じて委員の人数を増やす提案を
2.委員会の開催頻度や取り上げられる議題（アジェンダ）が適切かを確認
⇒必要に応じて追加開催や議題の追加を会長（委員長）に提案
3.設置した方がいい部会や専門委員会がないかを確認
⇒必要に応じて設置を提案
4.委員会の PDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルによる進捗管理を確認
⇒振り返りの機会を設けるように提案
5.問題や対策の現状などを示すデータが揃っているかを確認
⇒必要に応じて資料請求や調査の実施を要請
6.自分の意見が的確に伝えられる機会があるかを確認
⇒時間不足で発言機会がない、口頭では十分に伝えられないなどを避けるため、資料提出を行う
7.会議出席の準備が十分にできてから臨めているかを確認
⇒事務局から事前のレクチャーを受け、意見交換をして、反応を確かめてから対処する
8.自分の意見と意思が記録（議事録）に残ることを確認
⇒うなづきや首を振るなどでは議事録に残らないので、意見を表明する発言に努める
9.事務局、座長、委員のやる気と動機を引き出し、会議を活性化できているかを確認
⇒訪問、面談などで意見交換を行う

✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・厚生労働省『幹部名簿』http://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/kanbumeibo/（2013/10/31 アクセス）
・『ガイドブック厚生労働省』厚生行政出版会
・森田朗：『会議の政治学』、慈学社出版

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

2-4　医療提供者との協働

～ゴールを共有しやすいパートナー～

キーワード　・学会　・職能団体　・学術集会　・共同宣言

●このテーマで目指すゴール

・医療提供者の立場を理解する
・医療提供者に働きかけて動機づけられるようになる
・医療提供者と協働できるようになる

患者さんからの質問

患者団体の会員から地元病院との治療上の問題で相談を受けています。地域の検討会でその病院の院長と一緒に委員を務めていますが、その問題が気になって、政策議論をする気になれません。

●なぜ、医療提供者なのか

患者と医療提供者は、医療の向上を願うという点で、もっとも利害が一致しやすい立場でしょう。社会の中のたくさんの課題の中で、医療を優先すべきことと考えている点でも、両者は同じでしょう。また、医療提供者は直接、患者をケアし、患者の生命、生活の質（QOL）などを左右する職種ですから、医療の変革の重要なプレーヤーです。さらに、医療提供者は医療政策決定プロセスにも大きな影響を与えています。患者と医療提供者が推奨する施策はかなりの部分が一致していることでしょう。ですから、一致するところは、協働して訴える方が効果的と考えられます。患者と医療提供者がむやみに対立している姿を見れば、行政やメディアは、その施策を時期尚早あるいは不必要と考えてしまうかもしれません。

一方で、患者と医療提供者は、対立的になりがちとも言われています。医療サービスの内容に関するあつれきが日常的に生じているためです。例えば、あなたが地域の医療に関して、個別の病院の診療体制を改善してほしい（医師や病院運営への不満）という思いと、地域に生じている専門的医療者の不足を解消したいという気持ちの、両方を持っていたとしましょう。この二つをどううまく両立させていくか、アドボケートとしての腕のみせどころとなります。政策議論は一種の“外交”と捉えることも必要です。国と国の外交では、争点があってもそれが戦争に拡大しないようにし、一方で、経済や文化の交流を発展させるように努力します。政策議論においてアドボケートは、患者のための成果（アウトカム）を最大化するために、戦略的に地域の医療提供者と外交を行い、信頼関係に基づく協働関係を組み立てることが重要となるでしょう。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

●医療提供者とのコミュニケーションのポイント

どのステークホルダー（ある立場の関係者）も同様ですが、医療提供者に対しても、アドボケートは相手の言葉や文化を理解することが重要となります。医療関係の用語は難しいところもあるでしょう。「専門用語を当たり前のように使わないでほしい」という気持ちも強いでしょうし、それは、繰り返し伝えてもよいでしょう。同時に、目的を達成するためには相手の言葉を理解することも必要です。そうすることで専門家は安心して語ってくれるようになるかもしれません。医療や医学研究に関する学習をするために、身近に協力してもらえる医療提供者を見つけましょう。

医療提供者（特に医師）は、合理的と人から思われることを大事にしていますので、客観的データが説得力のある材料になります。同時に、ヒューマニズム（人道主義）の具現者としての自己イメージ（優しい親切な先生）を大切にしていますので、個人の問題としてよりはヒューマニズムの観点から訴えることが共鳴を呼ぶかも知れません。他のステークホルダーと比較して、公衆の面前で批判されることに慣れていない傾向があるため、そういう状況にはとまどったり反発を抱かれたりしやすいかもしれませんので、留意しておきましょう。アドボケートが医療提供環境の整備や医療資源の充実・最適化のために政策や環境を変革していこうとしており、医療提供者の味方であり支援者であることを強調するというやり方もあります。医療提供者が望んでいる施策で患者も望むものがあれば、同調の気持ちをしっかりと伝えましょう。もちろん、意見が異なる点がある場合には、異なる点についても互いに話し合っておきたいものですが、すべてが一致しなくても、連携・協働できる点があることを確認していきましょう。

●協働できること

医療提供者といっても多様です。やろうとしているアドボカシー活動の内容に適したパートナーを選びましょう。パートナーを考える際には、職能団体（医師会、看護協会など）、学会、医療機関の幹部など、さまざまな切り口があります。あなたが取り組んでいる活動領域について審議会、協議会、検討会などがあれば、そこに参加している委員やその所属を見れば、行政がだれをこの問題の関係者と考えているかを理解する助けになるでしょう。

それでは、どのような協働作業がありえるのでしょうか。

〇政策や施策などの提案での協働作業（例）

法改正、条例制定、通知通達の発出、診療報酬、補助金、新規事業の予算化などについて、共同で（あるいはそれぞれが）提案・推奨活動を行う。

〇参画の場の設定での協働（例）

国や地域（都道府県、圏域、市町村等）での審議会等（協議会、検討会等）、学会のガイドライン委員会等、拠点的な病院の倫理委員会（IRB）委員等で、必要な施策の採用と実施のために医療提供者と連携した行動をとる。また、医療提供者からこれらの委員への推薦

をしてもらう。

表 1 に、日本癌治療学会の学術大会で医療提供者と患者関係者が出した共同宣言を掲載しましたので、参考にしてください。患者支援活動、普及啓発活動などで信頼関係を築くことによって、上記のようなアドボカシー活動における協働に結びつけるというアプローチもあるでしょう。

＜表 1＞医療提供者と患者関係者の共同宣言の例

【がん医療改革に向け、学会が患者と共にできること】（提言）

2009 年 10 月 23 日、第 47 回日本癌治療学会学術集会

特別企画シンポ「がん医療改革に向け、学会と患者が共にできること」

(1)	がんの患者の治療ニーズ（需要）の発生状況、医療提供資源（供給）の現況、提供されている医療の質――の 3 点に関し、データに基づく“見える化”を行う。
(2)	“見える化”に基づき、中期的な改善計画を立て、その進捗管理をモニター・フィードバックできるシステムを構築・維持する。
(3)	専門性のある医療スタッフの配置が“均てん化”されるよう、講座の設置など首尾一貫した教育・養成システムを構築する。
(4)	医療スタッフが実際に有効な教育と研修を受けられるよう、助成・支援の仕組みを作る。また、医療機関が専門的技能をもつ医療スタッフを活用する際のインセンティブを確保する。
(5)	医療機関の連携が有機的に行われ、いわゆる“がん難民”が発生しないように、医療機能を有機的につなぐための一連の有効と思われる対策を打つ。
(6)	患者に情報が提供され、患者と医療者が情報を共有し、患者と医療者が敵対することなく、共にがんと向き合えるための方策を整備する。
(7)	患者と医療現場が望む“良いがん診療”が行われた際に、十分に採算が取れるよう、診療報酬体系の構造および点数を大幅に改定する。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

2-5 企業との協働

～ルールをわきまえて最適関係を見出そう～

キーワード　・法令順守（コンプライアンス）　・業界自主規約

●このテーマで目指すゴール

・企業を知る
・企業との協働のポイント、留意点を知る
・企業との適切な協働が積極的にできるようになる

患者さんからの質問

企業は営利のために仕事をしているのに、なぜ患者への支援などを行うのですか。われわれは利用されているのですか。

●企業の社会的立場を理解する

企業というとき、本書では、主に医療関連企業（医薬品・医療機器の製造、輸入、販売等を行う営利法人）のことを想定しています。

企業にとっては利益を上げることは極めて重要です。企業は顧客、社員、地域社会、そして株主に対して責任を持っているからです。またその利益は研究開発や人材育成などへの投資となり、治療や患者家族の QOL（生活の質）向上に資する製品となって、医療現場を通じて患者に届きます。企業はこのサイクルで社会に貢献しているのです。

●企業との協働を支える 4 つの柱

IAPO（International Alliance Patients' Organization：国際患者団体連合）の『さまざまなステークホルダーとの協働』という患者団体向け冊子の中で、「企業との協働は 4 つの柱によって支えられている」と書かれています（注 1)。その 4 つを、日本に当てはめて考えみたいと思います。

1. 法令順守（コンプライアンス）

ここでいう法令とは、薬事法などの法律から、業界団体が定める各種規約等の業界自主基準、各社が定める内規までが含まれます。また外資系企業の場合、日本に対しても本国の法律が適用される場合もあります。患者アドボケートがその詳細を学ぶまでは必要なくても、企業との連携においては、人の命に係わる医療関連企業だからこそ守らなければならないルールが存在することくらいは、知っておきたいものです。

2. 患者のために

立場は違っていても、すべては患者のための活動であることを常に意識することが大切

です。患者の立場にいると、企業の活動がすべて営利目的のもので、自分たちが利用されているのではないか、と思うこともあるかもしれません。冒頭に記載したように、企業は営利を目的としていますが、患者との協働を直接的に営利のために利用することはないはずですし、企業の貢献が最終的には患者に届く部分があることを忘れないようにしましょう。ただし、利益相反行為（本書 4-4「利益相反（COI）管理」参照）にあたると感じたときには、注意が必要です。

3. お互いの利益

これは患者と企業の関係だけでなく、すべての協働関係に言えることですが、「お互いに良いことがあるように」(Win-Win の関係）という意識が大切です。どちらかが与える人（立場)、どちらかがもらう人（立場）という関係ではありません。アドボカシー活動における関係は、対等な立場での協働です。お互いがお互いのために何ができるか、という視点を常に持つようにしましょう。

4. 尊重しあう

「協働は互いの尊重の上に成り立つ」とうたわれています。倫理面での配慮、お互いの独立性の尊重などは、企業のとの連携のみならず、患者アドボカシー活動全般に必要とされることです。ときに協働相手の言動に不快な思いをすることもあるかもしれません。しかしながら、先にある目指すべきところは同じ、つまり最終的には患者のための行動であることに立ち返ってみましょう（本書 1-3『目標の設定』参照)。

●企業への期待

患者アドボケートや患者団体が企業に期待している大きな部分が資金提供、というのは正直なところでしょう。しかし企業は、資金だけでなく、人（に付随する知識や知恵）や情報といったお金では買えない資源もたくさん有しています。

企業のもつ情報から、社会課題の大きさや背景、これまでの政策、必要な施策の候補、問題解決のキーパーソンなどについて知ることができるかもしれません。また、企業には組織運営のプロがいるはずです。本書 4 章でふれている団体運営に関して、アドバイスをもらうこともできるでしょう。

もちろん、医薬品や医療機器等に関する開発状況やそれに関連する制度に関する情報は業務上、詳しい人材を抱えています。コンプライアンス上、開示してもらえる情報ともらえない情報があることをわきまえた上で、情報獲得に努め、得た情報は患者団体の視点から、意味づけを整理・チェックしてから活用しましょう。

●担当者を理解する

企業では多くの人が組織的に動いています。組織の特性と担当者に課された責務を理解することで、先に述べたお互いの利益を考えることができるでしょう。

次に組織内部門に対するひとつの理解を示しますが、企業ごとに組織名称や役割が異な

るため、あくまでも一例です。

社会貢献担当部門、助成金担当部門：企業の CSR（社会的責任）の観点から、患者団体との協働、資金的支援を行います。最近では、患者団体への支援自体に加え、そこからの学びを社員教育に活用する企業もあるようです。これらの役割を、広報部門が担う企業も多いようです。
政策担当部門：自社製品の市場を政策の観点から分析したり、必要なときには政治に働きかけをする部門です。制度や政策面から医療を変える活動を得意とする部門であるといえるでしょう。
製品のマーケティング部門：マーケティング担当者は製品全体の売り上げ責任の一翼を担っていますので、患者リーチ（患者に製品や疾病・治療に関する情報を届ける）の観点からの協働を好む傾向があります。

●より良い関係づくりのために

企業との協働に際しては留意したい点もあります。先に記した法令順守（コンプライアンス）、利益相反行為にならない配慮（本書 4-4「利益相反（COI）」参照）は必須です。繰り返しになりますが、正しく理解しておきましょう。

また、企業は組織ですから、ものごとを決めるまでに一定のプロセスを経る必要があることも理解しましょう。企業内にはさまざまな承認・決裁・支払手続き等のプロセスがあり、患者団体との協働に関しても、企業側担当者がその都度、社内プロセスを通す労を取ってくれています。そのための時間もかかります。このようなことを理解しておくと、企業担当者とさらに良い関係を築くことができるかもしれません。

（注 1）International Alliance of Patients' Organization「Working with parterres and stakeholders」、http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=1312（2013/11/11 アクセス）

✧　さらに詳しく知りたい方のために

医療用医薬品製造販売業公正取引協議会 http://www.iyakuhin-koutorikyo.org
日本製薬工業協会「自主基準」http://www.jpma.or.jp/about/basis/
医療機器業公正取引協議会 http://www.jftc-mdi.jp
日本医療機器産業連合会「企業倫理・プロモーションコード」
http://www.jfmda.gr.jp/promotioncode/　（すべて 2013/11/11 アクセス）

2-6 メディアとの協働

～正義を共に追求する～

キーワード ・キャンペーン　　・調査報道

●このテーマで目指すゴール

・メディアを理解する
・アドボカシー活動において、メディアとの効果ある協働活動を企画できる
・メディアと協働を実行できる

患者さんからの質問

アドボカシー活動を取材してほしいと新聞社に申込みましたが、なかなか関心をもってもらえません。

●メディアとアドボカシー

メディアとアドボカシーはある意味で共通点があります。アドボカシーは、社会の課題を発見してそれを正そうという活動です。新聞やテレビなどのメディアは、社会正義の実現を掲げています。アドボカシーは私利私欲からではなく、社会をよりよくしたいという願いに基づいた活動ですし、メディアは公器として中立的により良い社会を目指すことをうたっています。報道に携わる記者もそうした意味からその仕事を志した人が多いのです。ですから、アドボカシーとメディアは親和性が高い面があるでしょう。

一方でメディアはどうしてもニュース性にひかれがちです。よく言われることは、「子どもが井戸から落ちたらニュースになる」「子どもが落ちそうな井戸があっても、落ちるまではニュースにならない」「子どもが落ちないように井戸に柵をはったことは、ニュースにならない」という例えです。アドボカシーは、落ちそうな井戸を問題にするでしょうし、井戸の周りに柵を張ることを主張するでしょう。アドボカシーは潜在的課題を訴え、予防的抑止策の実現にも関心が高いですが、メディアはそうした問題を扱うのはやや苦手である性質があることも知っておきましょう。

もっとも、日々のニュース報道の他に、課題解決を継続的に訴えるキャンペーン報道、比較的長期間の徹底取材やアンケートなどに基づいた調査報道などの手法もあり、それはアドボカシーとの親和性が高いです。積極的に話題の提案をしてみましょう。メディアに取り上げてもらうコツについては、本書 4 - 5「広報」で解説していますので参照してください。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

●メディアとアドボカシーの協働のコツ

戦略プラン策定の際のプロセスがメディアとの協働にも役立ちます。「ステップ 1：社会課題の特定」（本書 1-1 参照）の作業をしっかりすることで、何が問題かを明確に伝えることができるでしょう。「ステップ 2：情報の収集と分析」（本書 1-2 参照）を行っておくことで、報道に使えるインパクトあるデータや数値を提供できるでしょう。

メディアは、読者や視聴者や世論に大きな影響を持っているだけではありません。六位一体の政策決定プロセスの中のいずれの立場にも影響をもっています。なかでも、政治家、行政、医療提供者には大きな影響があると言えます。アドボケートが政治家、行政、医療提供者に伝えたいことがある際、直接伝えるだけではなく、メディア経由で伝わる部分も考慮に入れることができます。メディア経由という場合、伝える方法は報道されたことだけによるのではありません。記者の取材を受けるだけでも、大きな影響を与えることがありえます。「隣県ではできていることがどうして当県ではできていないのですか」「どうして当県はこのことで全国ワースト 3 に入るのですか」「どうして隣県で導入して手ごたえがあるという施策を当県では実行しないのですか」。記者がこうした質問を、政治家、行政、医療提供者にすることは、ときにあなたが直接訴えるよりも、大きな効果をもたらすかもしれません。

●メディアとアドボカシーの協働の姿

キャンペーン報道や調査報道に関して、アドボケートが協働できることもあります。例えば次のような展開が考えられます。適切な医療を受けられなかった患者さんを紹介し、まず、ストーリーとして取り上げてもらい、社会課題の存在を知ってもらいます。次に、アンケート調査や統計データなどを添えて、社会課題の大きさを伝えてもらいます。さらには、医療提供者、有識者、行政などの解決策への意見をヒアリングしてまとめてもらいます。次に、新しい好事例に取り組んでいるところの密着取材をしてもらい、それが広がるきっかけとします。時間をかけた調査報道を経て提言を出してもらったり、解説記事や論説記事も書いてもらったりします。

ジャーナリストで本人や家族が同じ課題に向き合っている人を見つけることも検討してみましょう。闘病記や体験談を書いている人もいます。また、審議会などの委員になっている人もいます。協力し合えるところがあるか、相談してみましょう。患者団体によっては、政策通で人脈の広いジャーナリストを一種の相談役・ブレーン役になってもらい、連携をしている場合も見られます。

（次のページに続く）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

＜表 1＞　患者の状況に関する報道が政策関連事項に影響をもたらした例

(1) がん患者大集合の報道
2005 年、大阪で「がん患者大集合」が開かれ、全国から多くのがん患者が参加。がん治療の地域格差に関する指摘が続出。テレビ局がその様子を放映。出席した政治家も大きな関心をもった。同時期に患者から「がん対策基本法」を制定する提案があり、政治家がその成立の必要性を感じ、議員立法の動きが起こる。2006 年に成立し、2007 年に施行された。
(2) がん患者の経済的負担に関する報道
2008 年、国のがん対策推進協議会の患者委員が、患者の経済的負担の問題を提起し、患者委員の地元の北海道のテレビ局はドキュメンタリーを放送し、単行本にまとめた。その後、多くの患者関係者が経済的負担を訴え、新聞報道も相次いだ。2012 年の国のがん対策推進基本計画では、患者の生活の安心が記載される。道では 2012 年にがん対策推進条例が制定され、患者の負担の軽減への支援の条項が入った。
(3) 奈良県のがん対策計画に関する報道
論壇雑誌の 2009 年 3 月号が、がんの地域格差に関する特集記事を掲載。全国 47 都道府県中、奈良県だけが計画が未策定と指摘。奈良県議会で話題となり、地域の患者関係者も要望活動を展開することで、がん対策のリカバリー（挽回）気運が高まり、奈良県がん対策推進条例と対策予算増などにつながった。
(4) 病院窓口での明細書付き領収書発行に関する報道
中央社会保険医療協議会（中医協）の患者代表委員が求めていたレセプト（診療報酬明細書）とほぼ同じ内容の明細書付き領収書の病院窓口での発行について、普及が進んでいない状況を全国紙が 2009 年 11 月に大きく報じ、それをきっかけに中医協で議論が進み、2010 年 4 月からの原則無料発行につながった。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

3-1 PDCA サイクル

～計画を「絵に描いた餅」にしないために～

キーワード ・PDCA ・計画

●このテーマで目指すゴール

・PDCA を理解する

・PDCA サイクルを考えた政策提案ができるようになる

・PDCA サイクルの管理に参画できるようになる

患者さんからの質問

最近、PDCA サイクルという言葉をよく聞きますが、何の略で、どういう意味ですか。

●PDCA サイクルとは

PDCA とは、計画（Plan）、実行（Do）、Check（評価）、改善（Action）のことです。もともとは製造業の生産管理や品質管理から出てきた考えです。今では、政策や行政の評価などにも広く応用されています。中央省庁や地方自治体の事業や予算等の管理の文書にも、PDCA という言葉はしばしば登場します。地域の医療計画などでも PDCA のことが強調されています。図 1 は、鳥取県の医療計画（がん対策推進計画）に掲載された PDCA サイクル図です。PDCA のイメージをつかむことに役立つでしょう。

施策は作るだけでなく、実行し、成果を上げなければ、うまくいったとは言えません。また実施の後で、想定どおりの成果が出ているのかを振り返ったうえで、さらに施策を改善していくことが大切です。そんなことは当たり前のように思われるでしょうが、これが「言うは易く行うは難し」で、なかなか実行できないことなのです。よい計画を作っても、実行して成果を上げなければ、“絵に描いた餅”になってしまいます。そこで、PDCA サイクルを管理することが大切になってくるのです。

PDCA サイクル管理は、患者アドボケートの大きな役割です。行政担当者は、2 年程度で異動があることが多いです。政治家は、予算立案時には関心が強くても、その後の進捗管理に興味を示す人はわずかです。医療提供者は、政策の PDCA サイクルに関してはあまり経験がないでしょう。メディアは、PDCA サイクルは地味でニュースになりにくいため、なかなか報道の対象としません。ですから、施策の結果が医療現場や患者に届くように継続的に見届けるのは、患者アドボケートの重要な仕事となるわけです。

●PDCA のポイント

PDCA の 4 つの段階のポイントは次の通りです。表 1 に、政策評価に出てくる用語一覧

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

を付けましたので、参考にしてください。

〇計画

計画立案の手順に沿い、適切な参画者を得て、必要なデータ・情報や意見を集めて、議論と合意形成を経て、何のために何をするか、活動・施策とその目標や指標を作成します。この手順のモデルは、地域医療計画の策定ガイドライン（注 1）や、WHO のがん計画の策定ガイド（注 2）などで知ることができます。

〇実施

決めた計画を実際に遂行します。だれが何をいつまでに実施するか、役割分担や日程を含めた実施計画を決めておくことが、このためには重要です。実施状況は、次項の本書 3-2「政策評価」にある「プロセス評価」によって吟味されます。

〇評価

本書 3-2「政策評価」で詳述します。評価にはいくつかの種類があります。代表的なのが、実施したことがアウトカム目標（本書 3-4「目標設定」参照）にどのような影響を与えたかを吟味する「インパクト評価」です。印象にとらわれず適切な評価をするためには、評価の方法を理解しておくことが大切です。

〇改善

計画や施策を改善します。評価の結果、既存施策が奏功していると分かれば、成果を高めるためにその施策の維持や強化をするのが一手となります。効果がなければ、施策が悪いのか、実施が滞ったのか、やり方が悪かったのか、検討して改善します。別の施策が必要ならば、施策を足したり施策を入れ替えたりすることが必要です。

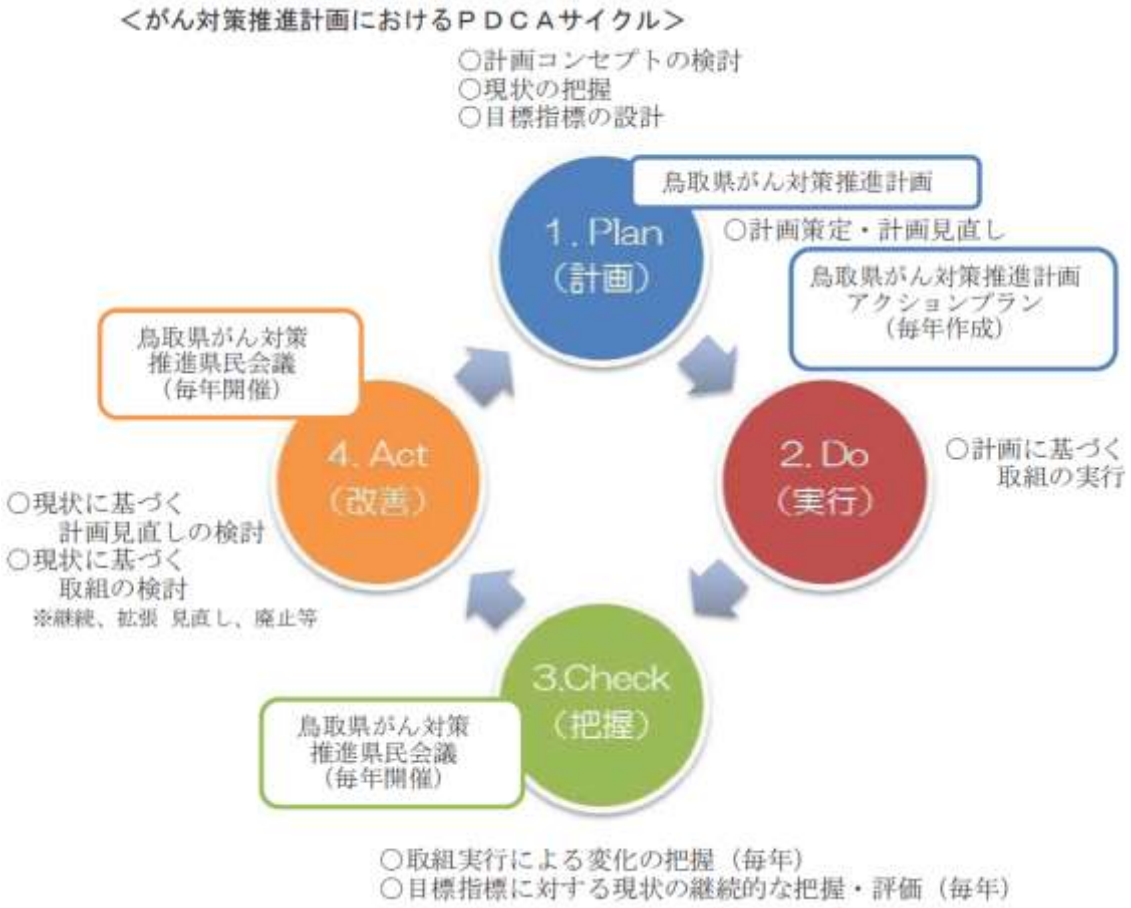
●PDCA の実践

PDCA サイクルを実施する際、避けるべき落とし穴があります。形だけの PDCA となって、実質的な PDCA になっていないことがあるからです。たとえば、「何をしたか（アウトプット）」だけを見て評価と改善をしても本当の PDCA ではありません。「何が達成できたか（アウトカム）」と結びつけて考える必要があります。また、だれが PDCA の進捗管理をするのか、それを担当する審議体と事務局をあらかじめ決めておくなども必要です。本物の PDCA サイクルを作っていくためのチェックリスト 10 カ条を表 2 に用意しましたので参考にしてください。

（注 1）厚生労働省、医療計画について（平成 24 年 3 月 30 日厚生労働省医政局長通知）http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/dl/tsuuchi_iryou_keikaku.pdf （2013/11/28 アクセス）

（注 2）WHO、（世界保健機関）「計画策定」がん対策～知識を行動へ～ 効果的なプログラムのための WHO ガイド（日本語） http://ganseisaku.net/who_planning.html（2013/11/28 アクセス）

＜図 1＞PDCA サイクルの図（鳥取県がん対策推進計画から）



＜表 1＞政策評価関係の基本用語の意味

◎評価について　（本書 3-2「政策評価」参照）

・PDCA サイクル：計画（plan）、実施（do）、評価（check）、改善（action）を一連の流れで実施し、施策や活動やその成果を継続的に高めていくこと

・セオリー（理論）評価：ロジックモデルの質や内容を評価すること

・プロセス（実施）評価：決められた施策や活動が予定どおり実施されているか評価すること

・インパクト（影響）評価：その施策や活動が成果の変化をもたらす効果を生んだか、評価すること

・費用対効果評価：インパクトを費用で割ったもので、効率性を示す

◎因果関係について　（本書 3-3「ロジックモデル」、3-4「目標設定」参照）

・ロジック（論理）モデル：アウトプットとアウトカムの因果関係など、施策や活動の論理的な構造

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

・インプット（投入）：施策や活動に投入される資源
・アウトプット（結果）：施策や活動の主体側に起こること
・アウトカム（成果）：活動の結果として働きかけた対象側に起こる変化
◎指標について　（本書 3-5「指標設定」参照）
・ストラクチャー（外形）指標：医療サービスに投入された資源に関する指標
・プロセス（過程）指標：医療サービスの内容に関する指標
・アウトカム（成果）指標：患者の健康状態等に関する指標

＜表 2＞PDCA サイクルのチェックリスト

1	評価の基本的考えがアウトカムをベースとしている
2	目標がアウトカムで設定されている
3	ロジックモデルがアウトカムに結びつけて構成されている
4	指標セットが、目標を計測するために整備されている（数値目標も設定されている）
5	データセンター的な組織・部署が、指標となるデータを収集・開発・基礎集計している
6	評価を分担する協議体等の組織が、設置され、インパクト評価などの評価を行っている
7	評価の結果が、公表され閲覧されている
8	患者や住民が、評価の設計から実施まで広い範囲に参画している
9	政策評価に関する教育・研修が、行政担当者をはじめ、患者・住民を含めた関係者に対して提供されている
10	アウトカムベースの政策循環の PDCA サイクルが形成され、施策と計画の改善に活用されている

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・竜慶昭、佐々木亮『「政策評価」の理論と技法』多賀出版、2004 年
・ロッシ、ピーター・H.ほか『プログラム評価の理論と方法―システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』日本評論社、2005 年
・パットン、マイケル・Q『実用重視の事業評価入門』清水弘文堂書房、2001 年

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

3-2 政策評価

～本当の評価の意味を理解する～

キーワード ・セオリー（論理）評価　・プロセス（過程）評価　・インパクト（影響）評価

●このテーマで目指すゴール

・正しい評価の概念を理解する
・行政が立案した計画を評価できるようになる
・審議会などの委員として計画を評価できるようになる

患者さんからの質問

地域の検討会の委員になりました。医療計画の評価も任務に含まれています。どのように考えて意見を言えばよいのでしょう。

●評価とは

政策評価における評価とは、単に感想や好みを述べることではありません。評価学という学問があり、日本評価学会という学会があるほど、社会科学の視点に基づいた方法論とお約束ごとがあります。国や都道府県などの地方自治体もこうした方法論に基づき、評価がされることになっています。政策評価の目的は、よい政策が実施され効果をもたらすことです。

地域医療計画を策定するガイドラインには、次のように記載されています。「（略）進捗状況の評価等を実施する。その際には、個々の施策が数値目標の改善にどれだけの効果をもたらしているか、また目指すべき方向の各事項に関連づけられた施策群が全体として効果を発揮しているかという観点も踏まえ、個々の施策や数値目標並びに目指すべき方向への達成状況の評価を行い、その評価結果を踏まえ、必要に応じて医療計画の見直しを行う仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが必要となる」。

何やら難解な書き方ですが、要するに、

・施策が目標の達成に効果をもたらしているかを吟味する
・評価のための尺度と数値目標を決めておく（これについては、本書 3-5「目標設定と指標」で詳述します）
・評価結果を踏まえて施策を改善する

――ということです。

●評価の仕方のポイント

評価は上手にやれば、施策と成果を高めます。一方で、間違ったやり方で行えば、良く

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

ない政策と良い政策を取り違えてしまい、かえって状況を悪化させてしまう原因になるなど、マイナスの結果を生むことさえあります。評価を正しく理解するため、図 1 のような全体図によって基本的考えを把握しておきましょう。図 1 を見ながら下記 4 点を押さえてください。

（1）PDCA サイクルと評価

評価は、おおよそ本書 3-1「PDCA サイクル」の Check としての評価に相当すると捉えることができます。計画を策定し（Plan）、実施した（Do）あとに、評価し、改善（Action）に結びつけます。ただし実施の後の評価のみならず、実施前や実施中にも評価は行われます。

（2）ロジックモデルと評価

評価をするには「ロジックモデル」が作られていることが前提です。これは、因果関係の論理構造のことで、平たくいえば「何のために、何をする」ということです。何を意図して何をしたかが明確でなければ、評価のしようがありません。これについては、本書 3-3「ロジックモデル」で詳しく説明します。

（3）目標設定と評価

評価は、アウトプット（施策や活動の主体側に起こること）目標ではなく、アウトカム（活動の結果として働きかけた対象側に起こる変化）によって計測する必要があります。これについては、本書 3-4「目標設定」を参照ください。

（4）指標設定と評価

アウトカム目標やアウトプット目標を評価するには、あらかじめ、数値目標に使う指標、その指標の定義と情報源などを決めておく必要があります。ときには、施策の実施と並行して、指標の開発とデータベースの整備が必要となります。本書 3-5「指標設定」で詳述します。

●4 つの種類の評価とその役割

評価には種類があることを知っておきましょう。

（1）セオリー（論理）評価

基本的にロジックモデル（本書 3-3「ロジックモデル」参照）の整合性、政策選択の可否を判定します。ある施策を正しく実施しているのに（次の「プロセス評価」参照）、効果を出していない（後の「インパクト評価」参照）ならば、そもそも想定していた因果関係や政策の選択が間違っていたのではないか、セオリーのチェックが必要です。セオリー評価は、計画を策定する際の事前評価でも十分に検討する必要があります。

（2）プロセス（実行）評価

計画を実際に実行したかの評価です。よい計画、よい施策でも、実施されなければ「絵に描いた餅」です。予定どおりのヒト・モノ・カネなどの投入（インプット）が

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

あり、予定どおりの活動（アクティビティー）が行われ、想定していた結果（アウトプット）があったかを吟味します。決められた役割分担や手順や期日で行われたか、変更があった場合は適切な変更であったか、なども対象です。施策の事後評価だけでなく、実施中にも評価が行われます。

（3）インパクト（効果）評価

その施策をやるのとやらないのとで、どんなアウトカムの変化が生じたか、がインパクト評価です。評価の中で、もっとも大事なポイントでしょう。活動のアウトプットがアウトカムに効果（インパクト）をもたらしたのか吟味します。アウトプットが大きくてもアウトカムに変化がなければ、ロジックモデルや施策の選択が間違っていた疑いがあります。アウトプットが得られなかったのに、アウトカムが改善していれば、その施策以外の要素が効果を生んだと考えられるので、影響を及ぼした要素を見つけ出し、そちらに資源や活動を移すことも検討してみます。

本書 1-8「成果の自己評価」で例示した「野球のリーグ優勝を目指したケースでの、対策の結果と評価（架空例）」を思い出してみましょう。獲得投手が 15 勝したのに、リーグでの順位が上がらなければ、対策が間違えているか、対策が不足している可能性があります。打力の強化を対策とするべきだったのかもしれません。獲得投手が 5 勝しかしないのに順位が上がったとしたら、インパクトを与えたのは他の要素かもしれず、それが他の投手（先発・救援含む）の活躍なのか打線の好調なのか、検討する必要があります。

（4）費用対効果評価

効果を費用（投入資源）で割ったものです。100 人の死亡削減を目指して 10 億円の予算を投入した施策 A、施策 B、施策 C の 3 つがあったとしましょう。施策 A は 200 人の、施策 B は 50 人の、施策 C はゼロ人の死亡削減効果があったとします。施策 A は 1 億円当たり 20 人削減、施策 B は 1 億円当たり 5 人削減、施策 C は効果なしとなり、費用対効果の効率においては施策 A が勝ることになります。

●評価の際のポイント

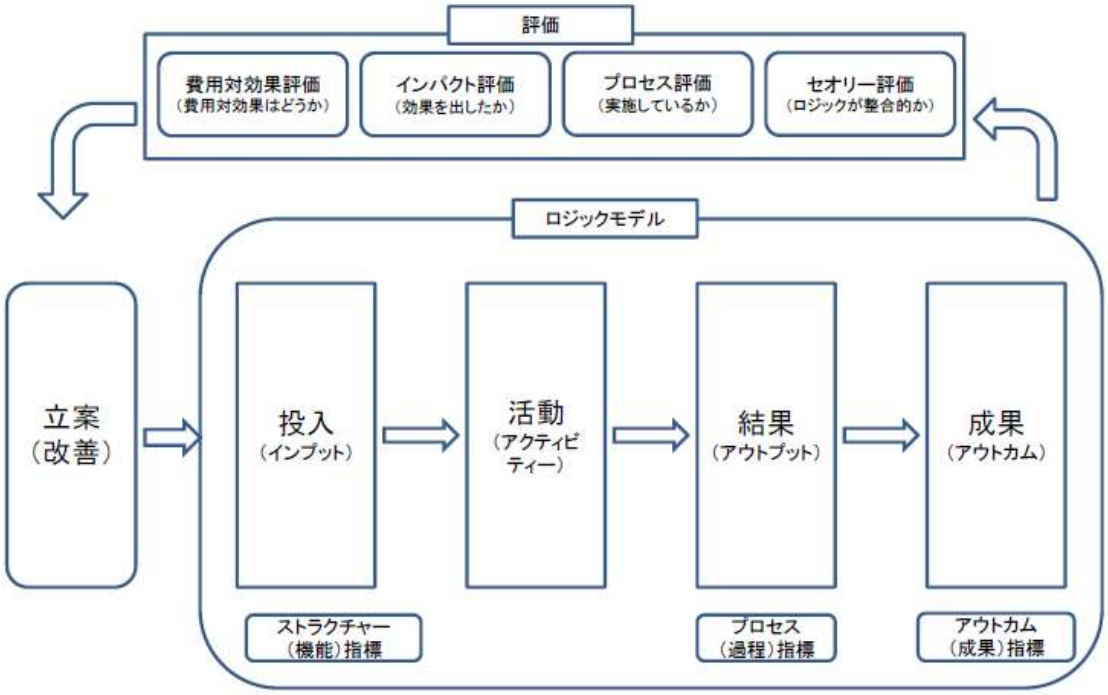
上記で見てきたように、評価を正しく行うのは簡単ではなく、労力もかかります。一方で、評価が行われなければ、施策が効果を及ぼしているのかどうかが分かりません。つまり、今の施策のままでよいのか、ひいてはこれから何をするべきなのかも判断できないことになります。施策の実施とアウトカムの発生にはタイムラグがあることが多いので、そうした点には留意が必要です。

政策評価は簡単に形骸化してしまいます。一番多い誤解は、アウトプットが増えたので、成果があったと勘違いすることです。それ以外にもたくさんの急所や落とし穴がありますので、本書 3-1「PDCA サイクル」に付した表 2 チェックリストを参照ください。

行政は、責任問題にならないように、評価をあいまいにしがちです。予算の使い切りや、

活動のアウトプットがあったことでよしとする傾向も否めません。患者アドボケートは、患者の生命や生活の質の改善など、社会の変化のアウトカムを希求しています。患者アドボケートが評価に参画することが重要です。「それって意味があったの」「で、それは患者に届いたの」といった、ある意味で素朴ではあるものの根本的で重要な問いかけを評価の領域で続けることが、患者アドボケートの大きな責務であるといえるでしょう。

＜図 1＞評価の体系図



✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・竜慶昭、佐々木亮『「政策評価」の理論と技法』 多賀出版、2004 年

・ロッシ、ピーター・H.ほか『プログラム評価の理論と方法―システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』日本評論社、2005 年

・パットン、マイケル・Q『実用重視の事業評価入門』清水弘文堂書房、2001 年

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

3-3 ロジックモデル

～活動が成果につながるか確認する～

キーワード ・ロジックモデル ・インプット ・アウトプット ・アウトカム

●このテーマで目指すゴール

・ロジックモデルを理解できるようになる
・施策のロジックモデルをチェックできるようになる
・ロジックモデルを使って有効な施策を立案できる

患者さんからの質問

行政が実施しようとする施策、私たちが推奨する施策、他の団体が求める施策が異なります。どれを選べばよいのでしょうか。

●ロジックモデルとは

ロジックモデルとは、原因と結果の因果関係の論理構造図です。平たくいえば「何のために、何をする」「何をすることで、何をもたらすか」を示しています。下記の図１のように、投入（インプット）⇒活動（アクティビティー）⇒結果（アウトプット）⇒成果（アウトカム）の連鎖図のかたちで表現するのが一般的です（本書３－２「政策評価」の図１も参照）。

ロジックモデルを作ることがなぜ大切なのでしょうか。それは、施策・活動の成果をもたらす確度を上げるためといえるでしょう。「これを実施すれば」と、「こうなるはず」のつながりを理論上で事前にしっかりと確認しておくことが重要です。また、関係者の間での施策の納得性を確保する意味もあります。複数の施策の中で優先順位を決める際にも、ロジックモデルにおいて因果関係を吟味する議論をすることで、期待する成果の実現可能性の強弱が見えてくる場合もあります。

図１は、「公園のごみを減らす」という活動についてのロジックモデルの例です。その目標に向けて、3 つの活動があります。それぞれに、投入、活動、結果があります。みなさんは、このモデルに違和感がありませんか。あっても当然です。ロジックモデルには完全な正解はありません。その地域の現状や環境、そして作る人やチームよって、異なってくるからです。大切なのは、環境に応じたロジックモデルを作り適宜、見直して修正していくことで、継続的に成果を意識していくことです。

●ロジックモデルの吟味

ロジックモデルを作る際の留意点がいくつかあります。良いロジックモデルの対局が、

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

「風が吹けば桶屋が儲かる」です。ここでの論理構造は、次のようになっています（Wikipedia より引用）。

1. 大風で土ぼこりが立つ
2. 土ぼこりが目に入って、盲人が増える
3. 盲人は三味線を買う
4. 三味線に使う猫皮が必要になり、ネコが殺される
5. ネコが減ればネズミが増える
6. ネズミは桶をかじる
7. 桶の需要が増え桶屋が儲かる

この「風が吹けば桶屋が儲かる」における問題点は、原因と結果をつなぐ因果の鎖が弱いこと、そして、原因と結果が多数（7 つ）の段でつながっているということです。よいロジックモデルの特徴はその逆で、因果関係が強く、因果の段数が少ないことです。

○因果関係の強さの吟味

ネズミが増えてもネズミが桶をかじるとは限りません。ネズミが桶をかじっても、桶が使えなくなって買い替えが起きるとは限りません。因果の鎖が弱いといえるでしょう。図 1 の例では、ゴミを拾えばゴミが減る可能性は高いです。看板を立てることでゴミを持ち帰る人が増えるかどうかは、どうでしょうか。検診に置き換えて考えてみます。検診のチラシをまいても検診に行く人がどれほど増えるかは不透明でしょう。検診対象者に直接勧誘すれば増える可能性がかなり高いです（内外の研究によって、エビデンスと呼ばれる証拠があります)。このようにエビデンスがある場合は、そうした施策を優先することを考慮すべきです。もちろん、エビデンスがある施策は少ないですから、論理の吟味をすることによって、政策決定を審議する委員会などでコンセンサスを得るプロセスなどを経ることが重要となります。

○因果関係の段数の吟味

風が吹けば桶屋が儲かるは 7 段論法になっていました。それぞれが実現する確率が 3 割としても、3 割の 7 乗は 5000 分の 1 の確率となります。2 段ならば 3 割の 2 乗で約 1 割です。1 段ならば 3 割の確率となります。施策の因果に省けるステップがあれば、除いた方が好ましいことが分かります。ただし、同時にステップの間が飛びすぎないようにすることも大切です。実施する人たちがそれぞれのステップでやることと成果を実感でき、自分たちがその道のりを歩んでいけると思える距離にすることがポイントです。

上記の 2 つの観点を、施策の例において考えてみましょう。下記のように 2 つの施策とロジックモデルがあったとします。どちらがよいでしょうか。

（施策 A）検診対象者に電話勧誘する

電話をする⇒電話がつながって勧誘する⇒行こうと思う⇒行く

（施策 B）駅前で検診勧誘のチラシをまく

チラシを渡す⇒受け取る⇒読む⇒検診の対象者である⇒行こうと思う⇒行く

この例では、A の方が、各ステップのつながりがよく、それぞれを引き起こす確度も高く、ステップ数も少ないので、成果を生む可能性が高そうです。因果の鎖が太く短くしっかりとつながっているか、確認する習慣を付けましょう。

上記のようなことに留意して、地域の施策のチェックができますし、提案施策の優先付けもできるでしょう。なお、行政施策の吟味のみならず、患者団体の活動方針決定などの際にもロジックモデルは活用できます。

＜図 1＞ロジックモデル例　　公園のゴミを減らす活動の例

✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・竜慶昭、佐々木亮『「政策評価」の理論と技法』多賀出版、2004 年

・ロッシ、ピーター・H.ほか『プログラム評価の理論と方法―システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』日本評論社、2005 年

・パットン、マイケル・Q『実用重視の事業評価入門』清水弘文堂書房、2001 年

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

3-4 目標設定

～手段が目的化しないように～

キーワード ・アウトカム目標 ・アウトプット目標 ・数値目標 ・指標

●このテーマで目指すゴール

・アウトカム目標を理解できる
・施策のアウトカム目標を吟味できる
・具体的なアウトカム目標を提案できる

患者さんからの質問

県の協議会の委員をしています。会長から、「これからは計画のアウトカム評価をしていきたい」とのコメントがありました。計画の目標策定の際の留意点がありますか。

●目標とは

施策や活動には狙いがあります。例えば、相談支援活動の場合は、「患者の悩みの軽減」でしょう。緩和ケアの推進策の場合は、例えば「患者の苦痛の軽減」と設定されるでしょう。これを達成する可能性を高めるには、目標として設定しておくことが有効と考えらえます。登山をする場合（散歩自体が目的の場合は別ですが)、「山を登って行こう」という漠然とした意識だけでもなく、また、「今日は 4 時間半だけ歩こう」といった自分の行動に関する目標だけでもなく、「午後 3 時半までには 5 合目の山小屋に着こう」というように、到達点に関する目標を立てておくのがよいでしょう。

目標を立てる際、本書 3-3「ロジックモデル」で見たロジックモデル上のどこに関して目標を立てるかが重要です。大切なポイントは、アウトプット（結果）のみならず、アウトカム（成果）に関しての目標を設定することです。このアドボカシーカレッジでは、アウトプットとアウトカムの違いを何度も説明していますが、ここでも、簡単におさらいしておきましょう。

「アウトプット」は、「施策や活動の主体側に起きること」です。「アウトカム」は、「活動の結果として働きかけた対象側に起こる変化」です。政策が目的に有効であったかどうかは、アウトカムを見なければ分かりませんし、そのためにはアウトカムに関して目標を決めておくことが大切となります。また、本書 3-5「指標設定」で説明するように、アウトカム目標に関する「モノサシと目盛り」となる「指標と数値目標」も決めておく必要があります。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

●アウトカム目標の実際

では、アウトカム目標の設定の実際を、図 1 に沿って見ていきましょう。緩和ケアの推進策の一つとして、医療従事者への緩和ケア研修を行う場合を想定しています。アウトプット目標は「緩和ケア研修を開催する」です。アウトカム目標は、「医療提供者がより適切な緩和ケアを提供する」「患者の苦痛が減少する」などとなります。アウトプットの指標は「開催回数と受講者数」とし、数値目標は「開催回数 10 回、受講者計 300 人」といったように設定できます。アウトカムの指標は、例えば「患者が痛みを自覚している率」とし、数値目標は「○%から○%に減少させる」などとすることがありえます。この数値は現状値を踏まえたうえで妥当と思われるラインを設定することになります。

行政や医療提供者が「予定どおり 10 回の開催を行って予算も消化し、予定以上の 320 人の受講者を得ましたので、この施策の目標は達成されました」と発表しても、患者アドボケートならば、「で、それが何の役に立ったの。それで、肝心の患者さんの苦痛は減ったの」と尋ねなければなりません。

図 2 は、多くの医療分野で行われている「患者や家族の相談支援」という施策についての例です。アウトプット目標は「相談実施体制を整備する」です。アウトカム目標は「必要な患者・家族に対し、相談が実施される」「患者・家族の悩みが軽減される」などとなります。例えば、アウトプットの指標は、「設置カ所と配置人数」とし、数値目標は「3 カ所、一カ所に 3 人ずつ合計 9 人」などと設定できます。アウトカムの指標は、「相談を受けた人数」「悩みが解消された人数」「悩みを抱いている患者・家族の率の低下」などが考えられます。

行政や医療提供者が「予定どおり 3 カ所を開設し、9 人を配置し、施策目標を達成しました」と説明するのを聞くと、患者アドボケートは、「患者さんは来場したの」「役に立つ相談が提供されたの」「問題は解決して悩みが解消したの」と聞きたくなるでしょう。あるいは、「うちの患者団体に相談に来る人はその窓口を知らない（知っている）」「その窓口を利用した人で役に立たなかった（役に立った）という人が多い」などと、自分たちがもっているアウトカムに関連する情報とつなげて検討することもできます。こうしたことを吟味するためには、アウトカム指標を計測しておくことが欠かせません。

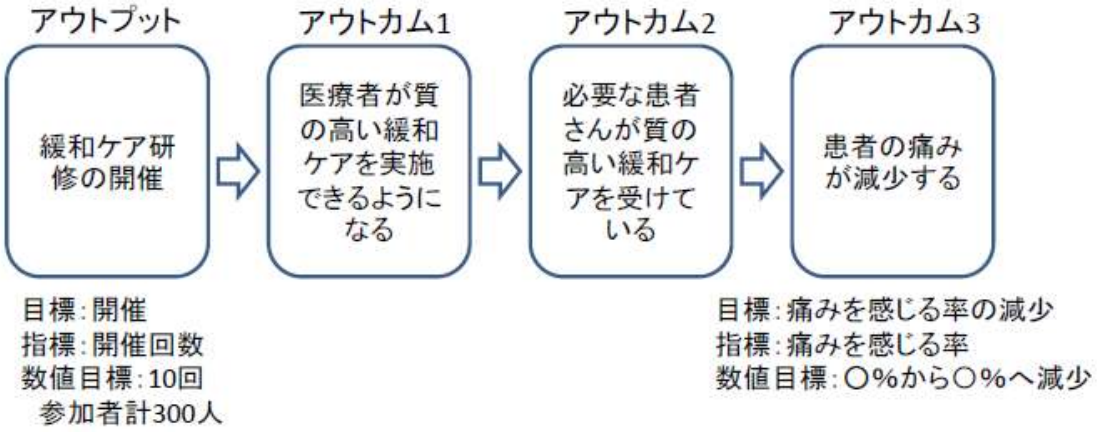
アウトプット指標だけに着目すると、アウトカムに効果がないにも関わらず、アウトプットを増やすための資源（ヒトやおカネ）が無駄に使われる可能性もあります。一般にアウトプットは計測しやすく、アウトカムはそれが難しい場合があるので、行政は後回しにしがちです。完璧でなくても、できる範囲でアウトカムを計測できるようにしていくことが大切です。

●アウトカム目標を実際に立ててみよう

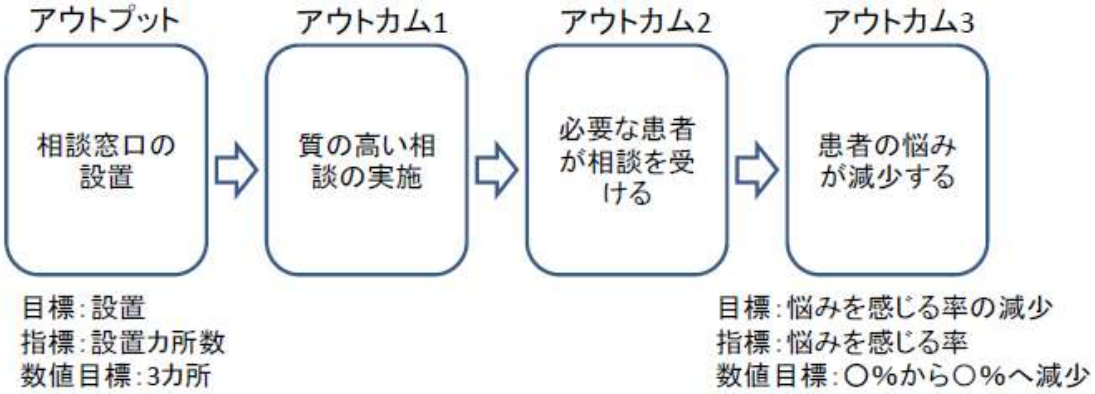
行政はアウトプット目標だけを設定しがちなので、患者アドボケートは患者の視点により近いアウトカム目標が設定されているかをチェックする役割があります。医療の計画や

施策を検討する審議会や協議会などの委員になった場合はもちろんですし、患者団体として地域の施策の目標設定のあり方に関心を抱き、他の地域の好事例なども参考にしつつ、具体的な提案をすることも大切でしょう。目標設定の際の指標設定の仕方については、本書 3－5「指標設定」で説明します。

＜図 1＞緩和ケア対策のアウトプット目標とアウトカム目標（例）



＜図 2＞相談支援活動のアウトプット目標とアウトカム目標（例）



✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・竜慶昭、佐々木亮『「政策評価」の理論と技法』多賀出版、2004 年

・ロッシ、ピーター・H.ほか『プログラム評価の理論と方法―システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』日本評論社、2005 年

・パットン、マイケル・Q『実用重視の事業評価入門』清水弘文堂書房、2001 年

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

3-5 指標設定

～“モノサシ”と“目盛り”を決めておく～

キーワード ・数値目標　・評価指標　・情報源　・SPO 指標

●このテーマで目指すゴール

・目標設定の際の数値目標と指標の関係を理解できる
・計画の数値目標と指標を吟味することができる
・計画の数値目標と指標を提案することができる

患者さんからの質問

県の計画は、もっと高い数値目標を掲げてほしいと思います。

●指標の設定とは

本書 3 - 4「目標設定」では、アウトカム目標とアウトプット目標の設定の考え方を学びました。ここでは、その際の数値目標、指標の選定、指標の情報源、指標の計測などについて理解します。指標とは、簡単には、目標を決める際の“モノサシ”と考えればいいでしょう。数値目標はモノサシの上の“目盛り”といえます。モノサシを決めずに数値だけ決めると、大きな混乱をきたしかねません。指標の定義、計測方法、使用する情報源などは、あらかじめ決めておきます。

たとえば本書 3－4「目標設定」において相談支援活動に関する目標の例を見ました。アウトプット目標に「相談支援窓口を 3 カ所に設置する」がありました。ここで、モノサシは窓口設置カ所数で、目盛り（数値目標）は 3 カ所です。ただし、窓口設置カ所数といっても、もっとはっきりしたモノサシの定義が必要です。「2014 年度新設、業務委託含む、保健所内窓口除く」などと、明確にしておくとよいでしょう。

アウトカム指標である「悩みを感じる率」については、まだそうした数値がないならば、指標を定義し計測を開始することが必要です。例えば、患者調査の実施が考えられます。この場合は、初回の調査で現状値を知ってから、今後の数値目標を設定することになるでしょう。

例えば、がん検診の評価をする際もどの数値にするかさまざまな選択肢が考えられます。公的検診分だけなのか、人間ドックにおける検診などを含むものなのか、情報源によって大きく数値が異なります。また、精密検査が必要な人がそれを受けた比率、検診により何人のがんが見つかったのか、などの数字も大切です。どの数字（あるいはどの組み合わせ）を評価に使うかを決めておかなければなりません。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

●指標設定の際のポイント

地域医療計画に関し、厚生労働省のガイドラインは、5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）5 事業（救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）・在宅に関して、SPO セットによる必須指標と推奨指標のリストを提示しています。47 都道府県がそれに基づき指標を集め、公表しています。

SPO セットとは、

・ストラクチャー（外形指標）：医療サービスに投入された資源に関する指標
・プロセス（過程指標）：医療サービスの内容に関する指標
・アウトカム（成果指標）：患者の健康状態等に関する指標

――のことです。

県単位だけでなく地域単位でも指標を出した県、国が示した指標以外にも指標を足した県、指標の定義を添えて一覧表にした県など、創意工夫が生まれてきています。事業を評価するにはまだ指標が不足していますが、体系的な把握が進みはじめたと言えるでしょう。

このようにセットで把握することが重要なのは、ストラクチャーでみる資源の増減や、プロセスでみるサービスの実施が、患者の健康状態などのアウトカムにどのように影響を及ぼしているか、その効果を見ることが重要だからです。

都道府県が実施している施策を評価できるようにするには、施策のロジックモデルに沿って、アウトプットとアウトカムを計測する必要があります。それを強く意識して指標を整備しようとしているのが、奈良県（がん対策）です。図 1 をご覧ください。緩和ケア分野には 3 つの施策の柱がありますが、それぞれについてストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標を探そうとしています。指標を、既存の調査、ここで検討している患者調査など、複数の情報源から集めてきます。これまでにない指標で、今後どのように計測するか検討する領域もあります。

このように、政策評価のために必要な指標で現在、計測されていないものは、指標を作ったり計測を始めたりする必要があります。沖縄県のがん対策推進計画では、がんだけで今後検討する指標として 36 種類があげられています。ない情報は開発していくという姿勢が大切です。

●分析と活用へ

指標を計測し活用するには下記のような点が欠かせません。患者アドボケートがこうしたチェックを行うもの重要な役割です。

（1）指標は、ロジックモデル上でアウトカム指標とアウトプット指標を設定する
（2）必要な指標で既存でないものは、新たに開発したり計測したりすることを検討する
（3）現場が指標を計測、報告できる体制を整える
（4）指標を集めて整理、加工する担当者を作る
（5）指標を検討して評価する審議会／協議会などの会議を設定する

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

（6）審議会／協議会などの委員にデータを解釈する訓練を行う

（7）指標の計測と分析に必要な予算を確保する

＜図 1＞国の医療計画ガイドラインが示す SPO 指標セット例（脳卒中分野）

	予防	救護	急性期	回復期	維持期
ストラクチャー指標		○ 脳血管疾患により救急搬送された患者数【患者調査（個票）】	◎ 神経内科医師数、脳神経外科医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査】		
			脳卒中を専門とする医療従事者数		
			◎ 救命救急センターを有する病院数【医療施設調査】		
			◎ 脳卒中の専門病室を有する病院数・病床数【医療施設調査】【診療報酬施設基準】		
			◎ 脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法の実施可能な病院数【診療報酬施設基準】		
			脳外科手術が実施可能な医療機関数		
			脳血管内手術が実施可能な医療機関数		
			◎ リハビリテーションが実施可能な医療機関数【診療報酬施設基準】		
プロセス指標	◎ 健康診断・健康診査の受診率【国民生活基礎調査】	発症から救急通報を行うまでに要した平均時間	○ 脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数【NDB】	入院中のケアプラン策定率	
	◎ 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率【患者調査】	◎ 救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間【救急・救助の現状】	○ くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数【NDB】		
			○ くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数【NDB】		
			○ 早期リハビリテーションの実施件数【NDB】		
			○ 地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数【NDB】	○ 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数【NDB】	
			地域連携クリティカルパス導入率		
アウトカム指標				○ 在宅等生活の場に復帰した患者の割合【患者調査（個票）】	発症後 1 年後における ADL の状況
				退院時の mRS スコア 0～2 の割合	脳卒中を主な原因とする要介護認定患者数（要介護度別）
					脳卒中の再発率
			◎ 退院患者平均在院日数【患者調査】		◎ 脳血管疾患患者の在宅死亡割合【人口動態統計】
	◎ 年齢調整死亡率【都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）】				

◎：必須指標　　○：奨励指標

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

＜図 2＞奈良県の指標と情報源の検討表（抜粋、一部改変）

分野	施策の柱	評価指標								目指す姿
		ストラクチャー（資源）		プロセス（過程）		アウトカム（成果）		最終アウトカム（成果）		
緩和ケア	患者やその家族のニーズの把握			・がん患者・家族の満足度等の評価方法の検討結果の公表	▲			【患者やその家族の満足度】 ・痛みなどからだの症状をやわらげる対応に満足した人の増加 ・精神的なケアに満足している人の割合 ・緩和ケアは希望に応じてすぐに提供されたと答えた人の割合 ・症状は改善したと答えた人の割合 ・在宅緩和ケアについて希望し、実現可能だと思う人の割合	★ ★ ★ ★ ★	○全てのがん患者とその家族が、居住する地域にかかわらず、必要な時に質の担保された切れ目のない緩和ケアを受けることができます。 ○上記の目標を達成するため、患者やその家族ががんと診断された時から緩和ケアを受けることのできる体制の整備が進んでいる
	緩和ケア提供体制の整備	・がん診療に携わる医師の緩和ケア研修修了者数 ・在宅緩和ケア研修受講者数	○ ○	・緩和ケア外来の受診者数 ・緩和ケアチームに対する新規診療症例数 ・医療用麻薬の消費量	○ ○ ○	・がん患者の在宅死亡割合	○			
	県民への緩和ケアの普及啓発及び情報提供の推進			・県ホームページへのアクセス数	○	【緩和ケアについての認知度】 ・緩和ケアについて知っている人の割合 ・緩和ケアはがんと診断されたときから受けるものだと知っている人の割合 ・在宅緩和ケアについて知っている人の割合 ・緩和ケアについての情報が不十分ではないと答えた人の割合	★ ★ ★ ★			

○=既存調査で測定可能、★=患者調査で関連情報を収集、▲=今後の検討課題

出典：奈良県がん対策推進協議会（2013年8月6日）資料、「第2期計画（がん医療関係）の評価指標と患者意識調査との関係」より一部抜粋、改変

✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・厚生労働省医療計画　現状把握のための指標例リスト
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/dl/tsuuchi_iryou_taisei2.pdf　（2013/11/28 アクセス）

・47 都道府県の医療計画　現状把握のための指標集部分

・竜慶昭、佐々木亮『「政策評価」の理論と技法』多賀出版、2004 年

・ロッシ、ピーター・H.ほか『プログラム評価の理論と方法―システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』日本評論社、2005 年

・パットン、マイケル・Q『実用重視の事業評価入門』清水弘文堂書房、2001 年

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

4-1 ミッション

～団体活動の羅針盤をもとう～

キーワード ・ミッション ・使命 ・ビジョン

●このテーマで目指すゴール

・ミッションの役割を理解する
・団体のミッションを書く
・ミッションに基づいた行動をする

患者さんからの質問

患者団体の活動計画を立てる時に、メンバーごとに意見の方向性が異なって困ることがあります。

●ミッションとは

「あなたの団体は何のための活動をしているのですか。」と質問された時に、即答できるでしょうか。

即答できる団体はおそらくミッションを掲げて活動している団体でしょう。短い言葉で明瞭に答えられなかった場合は、団体のミッションが明確に書かれていない団体かもしれません。

ミッションとは「使命」と訳されることが多く、その団体の果たすべき社会的使命、言い換えると社会での存在意義と捉えることができます。ビジョンという言葉も聞いたことがある人も多いかと思います。ビジョンは「社会に実現したいあるべき姿」、ミッションは「それを達成するための団体の使命」と理解していいでしょう。

ここで気を付けたいのは、ミッションは活動目標とは異なるということです。例えばコーヒーショップ・スターバックスのミッションは、「人々の心を豊かに活力のあるものにするために～ひとりのお客様、一杯のコーヒー、そしてひとつのコミュニティから～」です。目標は、営利企業ですから売上高や顧客数になるはずです。ミッションは目標とは違うということは企業でも社会活動をする団体でも同じですので、正しく理解しておきましょう。

いくつかの団体の例を表 1 にご紹介します。団体により、ビジョンとミッション両方を掲げる団体、ビジョンを含むミッションを掲げている団体、ミッションのみの団体とまちまちです。この記載に決まりはありません。患者団体を含む社会活動の団体においては、団体の社会的存在意義と役割を明確にするため、団体のメンバー同士の意思疎通をはかるためにも、ミッションを明確にしておきたいものです。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

●ミッションは団体活動の羅針盤

患者団体を含む社会活動の団体の一員としては、「私たちの団体のミッションは〇〇です。このミッションのもと、〇〇（目標）を目指して〇〇（活動）をしています。」と常に言える状態であることが望ましいです。これは、団体の幹部だけでなく、参加しているメンバー全員に言えることです。

事業計画を立てるときはもちろんですが、活動の進捗が思うにならないとき、仲間同士意見が割れるときなどの岐路に立ったときには、ミッションに立ち返りましょう。必ず何か解決の糸口が見えてくるはずです。

また、団体の活動方針や活動内容に違和感があるメンバーがいた場合は、共にミッションを読み返してみましょう。団体の活動がミッションから外れていたら、メンバー同士で軌道修正の検討をすべきです。もし活動が適切に見えるのにミッションにマッチしていなかったら、ミッションを修正すべきときかもしれません。また、新しい分野に進出する際にも、「機会がある」「やれそうだ」というだけでなく、団体のミッションと合致しているかを確かめましょう。

●ミッションの作り方

団体の内外に社会的存在意義を伝える言葉として、明瞭に書くことが求められます。上記で説明したミッションの意義と役割をよく念頭においた上で、作ってみましょう。

仮の案ができたら、団体に関わる複数の人で議論してみましょう。様々な角度からその案を読んで、日本語として間違いがないか、誤解が生じない表現になっているかなどを詳細に確認し合い、自分たちの団体の使命が明確に正しく伝わるかの確認をしましょう。

複数の人で時間をかけてミッションを議論することで、間違いなく良いものになっていきます。忙しい人たちが集まることは大変だと思いますが、ここはじっくり時間をかけたいものです。

また、ミッションは時代の変化と共に変わる可能性があります。自分たちの使命は達成した、と感じた場合は、ミッションの改訂時期です。こう感じたということは、自分たちの活動が社会的に功を奏した、という素晴らしいことです。前向きに、これから先に必要な社会的使命を団体のみなさんで検討してみましょう。

患者団体を含む社会活動の団体であれば、社会的使命があるからこそ団体があるわけです。もし次のミッションがなかなか決まらず無理矢理作るようなことになったら、それは社会のためではなく、団体継続のためと言わざるを得ません。その場合は、本当にこの団体は必要か、と考える勇気を持つことも重要です。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

＜表１＞非営利団体が掲げているミッションの例

■セーブ・ザ・チルドレン（NGO）

ビジョン：　セーブ・ザ・チルドレンは、すべての子どもにとって、 生きる・育つ・守られる・参加する「子どもの権利」が実現されている世界を目指します。

ミッション：セーブ・ザ・チルドレンは、世界中で、 子どもたちとの向き合い方に画期的な変化を起こし、 子どもたちの生活に迅速かつ永続的な変化をもたらします。

■特定非営利活動法人 NPO カタリバ

ミッション：　生き抜く力を、子ども・若者へ

■特定非営利活動法人トリトン・アーツ・ネットワーク

ミッション：　音楽によるコミュニティの活性化――音楽により、多くの人々の心に豊かな時間を提供する

Arts in Community――音楽が広げる人間の輪

■特定非営利活動法人パンキャンジャパン

（Pancreatic Cancer Action Network：膵臓がんアクションネットワーク）

ミッション：　３つの使命があります。

①研究促進：早期発見、治癒につながる研究を促進するために研究者・医療者を支援すること。

②患者・家族支援：治療に立ち向かう患者・家族をサポートすること。

③希望を創る：草の根運動と政策提言活動を通して希望を与えること。

（注）「理念」「目的」という言葉で、ミッションと同じ役割をする文章を掲げている団体もあります。

✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

坂本 恒夫、丹野 安子『ミッションから見た NPO』文眞堂 、2012 年

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

4-2 事業計画書

～団体活動の内外との同意書～

キーワード ・事業計画書　・実施計画書　・進捗管理　・報告書

●このテーマで目指すゴール

・事業計画書の必要性を理解する
・事業計画書を書く
・事業計画を実行、評価し、報告する

患者さんからの質問

団体の事業計画書が必要とのことですが、何を書いてよいのか分かりません。イベントの概要説明とは異なるのでしょうか。

●事業計画書とは

事業計画書とは「団体が何のために何をするのか」を書く書類です。アドボカシー活動をする仲間、活動を支援してくれる企業など、団体内外の人たちと活動内容に対して合意を得るための重要な書類とも言えます。また、対象の活動の進捗過程で、その活動が上手くいっているかを評価・確認する際にも必要になってきます。

これらの点から、活動を始める前に計画内容を詳細に詰めて、紙に書き下ろしておくことが大切だとお分かりいただけるでしょう。

●事業計画書を書く

事業計画書を紙に書く前に、計画内容の詳細を詰めましょう。では、患者団体の活動計画を立てるには、何を考え、何を決めたらよいのでしょうか。

ちまたにあふれている、企業向け事業計画作成ノウハウ本からの学び、NPO など社会活動団体の特性などを考えると、図 1 のような項目を含むと計画書の体をなすようです。

ここで陥りがちな誤りは、「何をします」という活動内容だけを書くことです。その活動をして社会に何を実現したいのか、という活動アウトカムの目標が抜けてしまうことは、社会活動をしている団体としては大きな問題です。「社会（誰）に対して、何を実現したいから、どのような成果を出すために、我々はこの活動をします」ということが説明できていることが必要です。

そして計画の内容が決まったら、その計画が団体のミッション（本書 4-1 参照）に合致しているかどうかの確認を怠らないようにしましょう。

ここまで出来上がれば、あとは書き下ろすだけです。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

助成金申請や寄附申請に必要な事業計画書の場合、相手方が指定する書式があることが多いので、それに従います。それ以外の場合は、表 1 の内容を個条書きで記載しておけば間違いはないでしょう。

●事業計画を実行・進捗管理する

事業計画書に対して、団体内外の合意が取れたら実行段階に移ります。

事業計画書の中で、複数の活動を記載しているような場合は、活動ごとの実施計画書を書き起こすと有効です。活動ごとのアウトカム目標は何か、そのためにどのような活動をして、アウトプット目標をどこに設定するか、その活動を誰がどのような分担で行うか、活動の結果をどう評価するか、などを記載します。活動に関わる人同士の合意書として、重要な役割を持つでしょう。

活動を遂行する際に重要なのは、進捗管理です。プロジェクトマネジメントのツールとして使われるガントチャートを真似て、図 1 のような進行計画・管理表を使うと、誰が何をいつまでにやるか、が 1 枚のシートで見えるので分かりやすいです。

図 1 では、イベント開催を例に挙げてみます。団体メンバー7 人で、4 カ月後に 500 人集客規模のセミナーを開催することが決まったら、まず準備に必要な業務の洗い出し、担当者決め、作業予定などを実行計画書として書き下ろします。複数の組織や人数で行う活動は、必ず紙に書いて計画をみんなで共有します。誰かの頭の中だけにある作業計画は、ときに忘れられがちだからです。

実施計画書や進行計画・管理表は実務のための書類ではありますが、どこかに団体のミッションや、その活動のアウトカム目標を書いておくことをおすすめします。忙しくなってくると、目先の実務に追われてしまい、何のための活動なのかを見失いやすくなり、方向を見誤ってしまうことがあるからです。

●報告書を書く

事業が終了したら、報告書をまとめます。主に、会費や寄附など事業資金を提供してくれた人に提示するものです。

事業計画書に記載したアウトプット目標、アウトカム目標をどの程度達成できたかの評価をします。自己評価はもちろんですが、第三者の評価などが加わると、評価の価値がぐんと高まります。また、報告の段階で重要なのが、収支報告です。年度末などに慌てることがないように、日々の収支管理は正確に行いましょう。

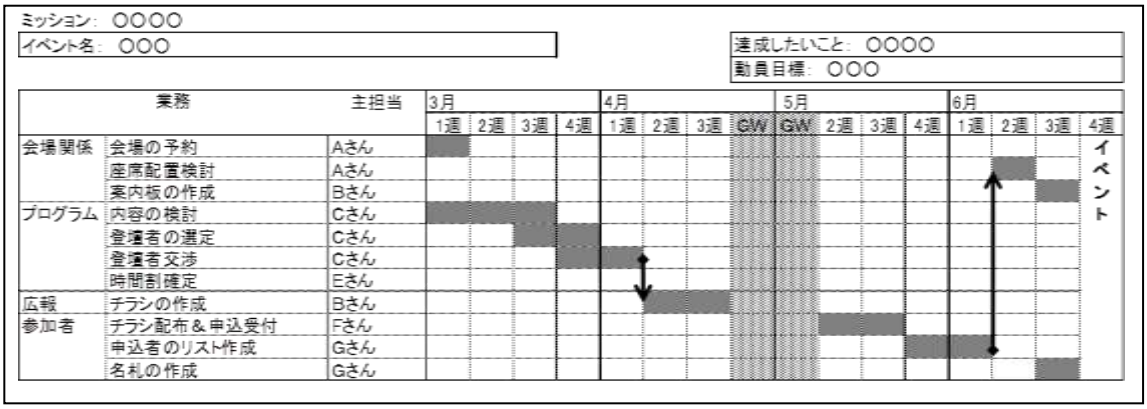
（次ページに続く）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

＜表 1＞　事業計画書に書いておく項目

・団体名	
・代表者名	
・タイトル	何についての事業計画書か。
・対象者	この事業は誰を対象としているのか。
・期間	この事業はいつからいつまでを対象としているのか。
・背景情報	なぜ今この事業が必要なのか。
・アウトカム目標	この事業を行って社会に何を実現したいのか（想定何人に影響をもたらすのかなど、仮説でも数字があるとベター）。
・活動内容	何をするのか。
・活動目標	個々の活動アウトプットとして、何を目標とするのか。
・評価方法	事業全体が終了した時に、その事業が成功したかどうかを誰がどのように評価するのか。
・資源	事業を行うための人員、資金調達計画。
・収支予算	

＜図 1＞　進行計画・管理表の例



✧　さらに詳しく知りたい方のために

P・F・ドラッカー、G・J・スターン編『非営利組織の成果重視マネジメント』ダイヤモンド社、2011 年

レスリー・R・クラッチフィールド、ヘザー・マクラウド・グラント『世界を変える偉大な NPO の条件』ダイヤモンド社、2012 年

IAPO 編『Working with partners and stakeholders –Patients' organization toolkit』、2012

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

4-3 ファンドレイジング（資金調達）

～社会の共感・納得・信頼を得るひとつのプロセス～

キーワード ・安定性 ・自由度 ・調達効率 ・支援性 ・説明責任

●このテーマで目指すゴール

・ファンドレイジングに大切なことを理解する

・多様な資金源に働きかけをしてみる

患者さんからの質問

どうしたら、助成金や寄付金を集められるのか、分かりません。

［寄稿］ 日本ファンドレイジング協会
代表理事 鵜尾 雅隆

●ファンドレイジングとは

ファンドレイジングという言葉を初めてお聞きになった方もいらっしゃるでしょう。「ファンドレイジング」を直訳すれば「資金調達」。NPO が活動する上で必要となる資金を集めること。それが「ファンドレイジング」です。

なお、この場合の NPO とは民間非営利団体のこと。社団法人、財団法人、特定非営利活動法人（NPO 法人）、社会福祉法人、学校法人…もちろん、患者さんの声を医療政策決定のプロセスに届けるアドボカシー団体なども含めた広義の NPO を意味します。

ここでは、そもそもファンドレイジングとは何なのか、どうしたらファンドレイジングで支援を得られるのかを、皆さんとご一緒に考えていきたいと思います。

●資金源から見る「安定性」「自由度」「調達効率」「支援性」の違い

はじめに NPO の資金源についてざっとおさらいしてみましょう。NPO の資金源の 4 本柱は寄付金、会費、助成金（補助金）、事業収入です。これらの資金源にはそれぞれに特色があります。

「安定性」からみた場合、同じ人たちから定期的、継続的に送られてくる会費は安定的、かつ予測可能なものだと言えます。また、固定の支援者がいる場合、定期的な寄付もあてにできるものです。それに比べて、助成金・補助金は申請したからといって獲得できるとは限らず、また獲得したとしても単年度のものが多いため安定的な収入源とは言いがたいものです。事業収入については、うまくいけば安定した収入になりますが、そうでない場合もあり、中間的なものだと言えます。

「自由度」はどうでしょう。使途を限定されない会費と寄付金が最も使い勝手の良い資

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

金です。事業からの収入も事業にかかるコストを払い終えれば、自由に使い道を決められます。他方、使途が指定された寄付や特定の事業を対象とした助成金・補助金は自由度の低い資金と位置づけられるでしょう。

では、「調達効率」はどうでしょう。助成金・補助金はよい提案ができて申請書が通ればある程度まとまった資金が一時に獲得できるという点で調達効率の高い資金。事業収入は事業が安定化するまでは投資や工夫が求められ、そう容易なものではないかもしれません。そして、安定性と自由度で優位にあり NPO の資金源として頼もしい寄付や会費が、実は調達効率の観点では低い位置になります。NPO の皆さんなら、新しい会員を一人増やすことがどれだけ大変なのか、寄付集めのチラシやダイレクトメールの手間やコスト、寄付者データベースの構築とデータ入力の手間など、ちょっと想像しただけで、会費や寄付は容易に獲得できるものではないと思い至ることでしょう。

さて、もう一つの観点、「支援性」でこれらの資金源を見てみるとどうでしょう。これは、会費や寄付が一番。次にその団体を信用して提供される助成金・補助金。そして、物品やサービスに対する対価としての事業収入は、団体への支援の気持ちのいかんではなく、単にその物品やサービスへの評価で得られることもあり、支援性という点では低位に位置づけられます。

こうした資金源をバランスよく調達して、かつ、相乗効果をもたらすような資金調達計画を立てることが重要です。

また、各資金源の特徴をみると、支援を得ながら活動していく NPO ならではの資金源としての会費や寄付が、実は容易には獲得できないものだとわかります。そこで、「ファンドレイジング」が重要になってくるのです。

●資金集めは、共感・納得・信頼づくりと共に

NPO の「ファンドレイジング」といった場合は、一般的に先述のなかの団体への支援の意思が込められた寄付や会費、そして助成金といった NPO ならではの資金の調達を意味します。

そもそも、ファンドレイジングとは何なのでしょう。NPO にとって、ファンドレイジングとは単に活動資金を集めることではありません。NPO の活動の本質は団体が単独で社会の問題解決に取り組むことではなく、その活動を通じて社会的な課題を人々に知らせ、理解してもらい、その解決への参加者を増やして社会をより良くしていくことではないでしょうか。寄付を募る過程で、団体と人々がつながり、支援の輪が広がることで問題解決が促進するのです。

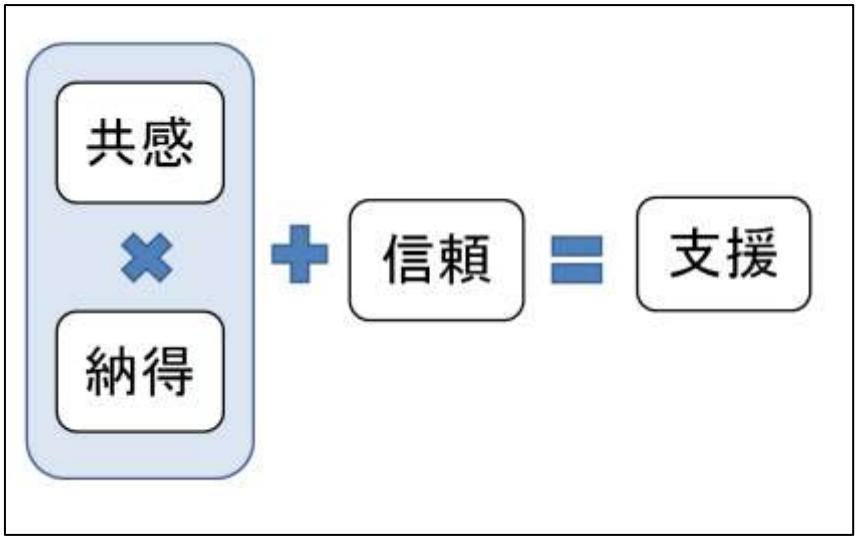
そこで重要なのが、いかに共感を得るかということ。医療政策提言のような専門性の高い活動の場合、広く一般の方にその内容を伝えるのは容易ではないとお考えの向きもあるでしょうが、患者さんの抱える困難やその克服について、心に響くようなストーリー（エピソード）を盛り込んで「伝える」ことが支援を得るための第一歩です。

そうしたら、次に患者さんの問題の解決策についてどう取り組んでいるのか、そのために何が必要なのか、どういう政策が求められているのかを論理的に示してください。政策によって実現するであろう成果を数値で示すことも必要かもしれません。そうすれば、すでに「共感」という下地のできている方々には、きっと「納得」していただけるはずです。

そしてもう一つ重要なこと、それが「信頼」です。どんな共感を得るメッセージも、どんなに実現性のある論理的な解決策を示せても、その言葉を信じてもらえなければ支援につながりません。信頼してもらうためには、常々、団体の透明性の担保、活動と成果についての説明責任に注力しなくてはなりません。共感してもらって、納得してもらって、「ここなら任せられる」と信頼してもらって、そこで初めて「支援」という行動、すなわち、寄付や入会につながるのです。

寄付は「信じて託す」お金だという考え方があります。患者さんの声とともに、皆さんの取り組んでいる健康・医療の課題に広く共感してもらい、その解決に向けた活動が重要なものであると納得してもらい、皆さんこそがそれを実行する人たちだということを信じてもらって、善意のお金を集めていきましょう。それが、ファンドレイジングなのです。

＜図 1＞　支援に至るメカニズム



✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・鵜尾雅隆『ファンドレイジングが社会を変える』三一書房、2009 年

・日本ファンドレイジング協会『ファンドレイジング・ブックレット・シリーズ
　ファンドレイジング入門』2012 年

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

4-4 利益相反（COI）管理

～社会的使命を適切な立場で実践しよう～

キーワード　・利益相反行為　　・企業活動と患者団体の関係の透明性ガイドライン

●このテーマで目指すゴール

・利益相反行為とは何かを理解する
・患者団体に起こり得る利益相反行為を理解する
・利益相反対策を実行する

患者さんからの質問

製薬会社から寄付を受けた場合、医療者や患者さんに薬を紹介するとか、何かお返しをしなければなりませんか。

●利益相反行為とは

利益相反（COI＝Conflict of Interest）とは、相反する利害関係が同時に存在する状態を言います。この状態自体は悪いことではありません。問題なのは、利益相反行為と言われる、「（社会的な規範に反して）一方の利益になると同時に、他方への不利益になる行為」（注 1）をすることです。

利益相反状態は、ある当時者にとって複数の関係者がいるさまざまな人間関係や場面で起こり得ます。産学連携による医学研究の事例で考えてみましょう。研究者は企業から研究費などの経済的支援を受けて、社会の利益のために研究を行います。この状況下、研究者には「私的利益」と「社会責任」が同時に発生します。この 2 つはときに利害が衝突することがあるため、利益相反状態にあることは避けられないと捉えられています（注 2）。ここで、外部との経済的な利益関係等によって、公的研究で必要とされる公正かつ適正な判断が損なわれる、または損なわれるのではないかと第三者から懸念が表明されかねない事態が発生すると、利益相反行為として問題になりえます。具体的には、データを改ざんする、特定企業を優遇する、研究を中止すべきなのに継続するなどが該当します（注 3）。

●患者アドボケートは公人という意識を

昨今、国の審議会、都道府県の協議会、医療機関の倫理委員会等に患者関係者が参画することが増えてきました。これは、市民の政策立案・検討の場における発言力が出てきたことを意味します。

ここで気を付けなければならないことの 1 つが、利益相反の問題です。患者関係者や患者団体が、寄附金提供を受けている企業に見返りとして、その企業に特定の便益をもたら

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

す言動、一般的には知り得ない情報でその企業に特定の便益がある情報の提供などをすることは、利益相反行為になるおそれがあります。

企業と患者団体との利益相反問題に意識の高い企業は、寄附金提供をする際に、「この寄附により、自社・自社製品に優位な影響を与えることを期待するものではない」という趣旨の文を患者団体側との寄附手続き書類に記載しています。

そもそも、寄付とは、直接的な見返りのない資金提供のことです。逆に言えば、個人や団体が寄附金を受けることと引き換えに、企業側から何か成果物を求められるような場合、その寄付金はお断りする勇気が必要です（もし、団体の活動内容、その結果や成果を成果物として約束する必要がある場合は、寄付ではなく業務委託契約などの方法を検討しましょう）。

●寄附の期待に応えるには

患者団体を含む社会活動団体は、社会の問題解決に取り組んでいます。企業からの寄附金はその取り組みに対してのものなので、社会に対し成果を出すことが、期待に応えることになります。

迷った時には団体のミッション（本書 4-1「ミッション」参照）に立ち返り、活動の目標（本書 1-3「目標の設定」、4-2「事業計画書」参照）を再確認するとよいかもしれません。

●利益相反対策

企業との利益相反問題への対応として、資金の透明性確保が重要と考えられています。当初は企業と医療者（研究者）との関係を前提に様々な対策が講じられてきましたが、前述の通り、患者アドボケートの発言力が高くなった現在では、企業と患者団体との対策も始まってきました。

日本製薬工業協会では、2012 年に「企業活動と患者団体の関係の透明性ガイドライン」を打ち出し、会員企業に各社指針の策定と、資金提供の実績公開（2013 年年度分から）を求めています。

厚生労働省では、薬事・食品衛生審議会薬事分科会申し合わせ（平成 20 年 3 月 24 日）から「審議参加に関する遵守事項」が発出されています。対象部会の委員（配偶者・一親等で家計を同じくする家族を含む）が、審議対象製品の企業やその競合企業から、寄付金や契約金を受けているかどうか、自己申告と情報公開を定めています。金額によっては、たとえ委員であっても決議に参加できない、などの規定もあります。

現在、患者団体など社会活動の団体側に、資金提供元の名前、金額の公開を求める仕組みはありませんが、資金提供側が公開を始めていることから、今後は公開の方向に向かうものと推察できます。団体運営では当然のことですが、資金については誰からいつ質問されても明確に答えられるように、常に正しく管理しておくことが重要です。

（注 1）Wikipedia より引用

（注 2）第 2 回高血圧症治療薬の臨床研究事案に関する検討委員会（平成 25 年 9 月 2 日開催）資料 2-2 より引用

（注 3）厚生労働科学研究における利益相反（Conflict of Interest：COI）の管理に関する指針（平成 20 年 3 月 31 日科発第 0331001 号厚生科学課長決定）より引用

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・審議参加に関する遵守事項（平成 20 年 3 月 24 日薬事・食品衛生審議会薬事分科会申し合わせ）http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0324-9f.pdf（2013/10/30 アクセス）

・日本製薬工業会「企業活動と患者団体の関係の透明性ガイドライン」
http://www.jpma.or.jp/about/basis/kanjadantai/tomeisei02（2013/10/30 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

4-5 広報

～団体の価値を高める大事な役割～

キーワード ・広報　・危機管理　・プレスリリース　・SNS（Twitter、Facebook など）

●このテーマで目指すゴール

・広報の役割を理解する
・情報発信の仕方を学ぶ
・効果的な広報活動ができるようになる

患者さんからの質問

私たちのアドボカシー活動に賛同してくれる人を作るために、活動の内容を広く社会に知ってもらいたいのですが、何をしたらよいですか。

●広報を正しく理解する

広報の役割とは「社会における団体・個人の評価を維持し高めること」ということができます。

広報誌の発行や記者会見などの積極的な情報発信は、社会的評価を高めるために活用されます。また、団体・個人の社会的評価を下げうる事象に対する危機管理も、広報の重要な役割として含まれることを覚えておきましょう。

このように広報の活動は多岐にわたりますが、本書では、社会への情報発信の仕方について触れます。

●マスメディアに記事として取り上げてもらう

1. 協力してくれる記者・ジャーナリストを見つける

マスメディアに記事を書いてもらうには、まず、その活動に社会的意義がある、ニュースとしての新しさがあるなど、「価値」があることが大切です。そして、どの媒体に取り上げてもらうのが効果的か考えたうえで、あなたの活動を理解し応援してくれる記者を探すことが大事です。新聞などを読んで、書いてほしい媒体の書いてほしい記者を探しましょう。そして、その記者に電話をかけて面談を依頼しましょう。記者は担当が分かれています。患者アドボカシー活動に関連すると思われる部門でも、医療部、社会保障部、社会部、政治部、生活部など様々です（名称は会社により異なります）。団体が発信したい情報が、どの部門の記者の興味につながりそうかを見極める必要があります。

記事には、即時的にニュースとして取り上げてもらえる場合と、企画ものや解説記事としてしばらくしてから掲載される場合があります。あなたの団体のイベントやセミナーな

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

どがある場合には、記者やジャーナリストに参加してもらって、日ごろから活動を理解してもらえるように心がけましょう。ひとつの媒体に独占的に出る場合は扱いが大きくなることが多く、多くの媒体に情報を同時に提供する場合は比較的小さくなります。

こちらから情報提供する時には、記者が「記事にしやすいこと」が大切です。ニュースや人物紹介などいくつかの記事形態がありますので、そのうちもっとも訴求力が高い切り口で提案してみましょう。また、異なった切り口で同じ媒体もしくは別の媒体に複数回取り上げてもらえるよう、材料を提供するのも大切です。

一方、記事が掲載される際は、事実関係が正しく書かれているかなどを事前に確認したいことを記者に伝えてみましょう。記者は「編集権」を侵害されることを嫌い、見出しを含めて事前確認を認めないこともあります。事前確認できても指摘した内容がそのまま反映されるとは限りません。こうした「編集権」を理解したうえで事実関係の誤りなどを指摘できれば、記者との信頼関係を築いていくことになり、次の記事掲載につながります。

2. プレスリリースを出す

多くの記者に一斉に情報を提供したい場合は、プレスリリースを出すと良いでしょう。記者にとっては山ほど寄せられる情報の中から、「あなたの活動を取り上げてみたい」と思ってもらえることが必須です。そのために大切と思われる点を、表 1 に示します。

プレスリリースが完成したら、記者クラブに紙で配布します。記者クラブも、分野や地域ごとに分かれていますので、適切なクラブを調べておきましょう。例えば全国紙や通信社、テレビ局が加盟している厚生労働記者会の場合、事前に厚生労働省の代表番号から厚生労働記者会の受付につないでもらい、幹事社にプレスリリースをしたいことを伝えます。了解が得られれば指定された枚数を印刷して受付に届けます。幹事社は持ち回りのため社名は特定せず、受付から「ーについてプレスリリースをしたいので幹事社につないでください」とお願いします。事前連絡しておけば霞が関の官公庁などセキュリティーが高い庁舎に入る際の手続きも容易になります。

ただし記者クラブは、大手メデイア企業に所属していないフリーの記者は所属していませんので、フリーの記者には別途、直接配布が必要です。記者のメールアドレスリストを持っている場合は、メールを活用した情報提供が効率的です。

リリースを届ける曜日や日時を検討します。土日は休みの記者もいます。月曜日は企業関連のリリース量が多いというデータもあります。1 日を争うような急ぎの発表でなければ、火曜日から金曜日の間が妥当かもしれません。イベントの取材などをしてもらいたい場合は 1 か月ほど前には告知しておくことが大切です。記者が予定を空けておくなど調整しやすくするためです。 1 か月ほど前ならば告知欄に掲載してもらう可能性もあります。 1 週間ほど前には取材の予定も固まってくるので、メールや資料配布をしたままではなく、電話やメールで再度案内すると、取材される可能性が高まります。また、大きなニュースなどがあると記事になりにくいので、急がない件についてはタイミングを見てリリースを出

すようにしましょう。

即時性を求める記事については時間も大切です。たとえば、翌日朝刊や夕方以降のテレビニュースに載せたい場合は午後 4 時頃までに、夕刊や昼のテレビニュースに載せたい場合は当日の午前 10 時頃までに、と言われています。記者が緊急ニュースや締切りに追われるこうした時間帯までに伝えておくと、取り上げられる可能性が高まります。

●ホームページは団体の顔

インターネットが普及している昨今、ホームページは重要な広報ツールです。何も知らない人があなたの団体のホームページにアクセスしやすいか、ホームページの情報で団体のことが正しく伝わるか、問い合わせしたい人が連絡先をすぐに見つけられるか、など、閲覧者の視点で確認をしてみましょう。

また古くなった情報がそのままになっていたり、新しい情報の追加が活発ではないホームページは、閲覧者にマイナスのイメージをもたらします。情報の更新はまめに行うことが必要です。

●ソーシャルネットワークサービス（SNS）の活用にあたり

ここ数年、Twitter、Facebook、LINE など、SNS といわれる双方向の媒体が急速に利用者を増やしてきました。費用をかけず、日々の出来事やさりげない思いを簡単に多数の人に発信できることから、うまく利用すれば、団体の活動を身近に感じてもらう格好のツールといえます。

一方で、簡単に情報発信できてしまう弊害も懸念されています。他者への誹謗中傷や、炎上（反論意見が集中すること）が起きることもあります。

情報発信する際は、不特定多数の人から「見られている」という意識を持ち、「発信した情報が他者からどう認識されるか」を考えるプロセスを入れましょう。これは冒頭に触れた危機管理の活動のひとつです。団体や団体の代表者などが行政の公式な責務を持っている、企業などから資金提供を受けている、などの場合は、特にこのプロセスが重要です。SNS は公私の区別がつけにくく、患者アドボケートにとっては扱いが難しい媒体です。アドボカシー活動をしている人は、このような媒体上ではほぼ公人で、その発信情報が不特定多数の人から評価されていることを忘れないようにしましょう。

（次ページに続く）

＜表 1＞プレスリリース作成にあたり留意したい点

・記事になるニュースがあること、ストーリーとデータがあれば、なおよし
・記者の目に留まるキャッチコピー、視覚に訴えるデザインにする
・A4 用紙 1 枚にまとめる または要点を 1 ページにまとめ、他は添付資料として添える
・最初の数行で記者が「書ける」と思う文章の書き出し
・企画内容と「何を取り上げてほしいのか」が明確に伝わるように
・記者が使える写真データ（報告記事の場合）を添える
・発信元団体の詳細がわかる情報、問い合わせ先を忘れずに
・情報の公開時間を指定したい場合は「○月○日○時解禁」と明確に書く

✧　さらに詳しく知りたい方のために

日本 PR 協会編：広報マスコミハンドブック PR 手帳

日本広報協会編：広報用語集 http://www.koho.or.jp/useful/words/index.html（2013/10/23 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

4-6 文章力

～相手に伝わることを第一に書く～

キーワード ・文章の骨子　・政策提言書

●このテーマで目指すゴール

・文章の作り方のノウハウを学ぶ
・TPO（時と場所、場合）に応じた適切な文章を書く
・効果的な政策提言書を書けるようになる

患者さんからの質問

政治家に政策の提言書を書いたのですが、まったく響いてないようです。読まれたのかさえ不安です。

●文章を書く前に

文章を書こうとすると、起承転結や、句読点の位置、また難しい言葉の使い方などに頭が行ってしまうことはありませんか。文章のプロの言葉を借りれば、「文章は道具」。まずは、「誰に何を伝えたいか」という内容を明確にすることの方が大事です。

その次に、文章の組み立てを作ってみましょう。この組み立てのことを骨子と呼びます。章立てをイメージしながら、大見出し、中見出し、内容の 3 段階程度のレベルで、書きたい内容の要点を骨子として組み立てていきます。その内容を何度も吟味し骨子が整理できれば、文章を楽に書くことができます。この作業に時間をかけることが「伝わる文章」を書くコツとなるといっても過言ではないでしょう。

骨子を組み立てる際には、読み手にとって魅力的な内容が含まれているか、文章全体がストーリーになっているか（話の後戻りなどがないか）、内容の重複がないか、などを入念に確認します。また、結論（もっとも伝えたいポイント）をどこに持ってくるかも熟考が必要です。私たちは学校で習ったように、起承転結として最後に結論を持ってくることに慣れていますが、政策提言などの文章では、結論を先に述べ、続いて背景情報や根拠などを述べる方が効果的です。冒頭（と末尾）は相手に与える印象や記憶の点で重要です。

骨子ができたら、内容に必要な材料を整えます。この文章で「伝えたいポイント」を論理的に支えるための、データや生の声など、材料をそろえておきましょう。

●文章を書く

まず、読み手の立場と自分との関係を意識しましょう。患者団体の会報や、相談に来られた患者さんにお出しするお手紙は、仲間（ピア）の立場で相手を思いやるやさしい言葉

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

づかいで書くことが求められるでしょう。一方、議員や行政、また企業宛ての文章であれば、一般的なビジネスマナーに沿った書式で、簡潔な日本語で書くことが求められます。

とはいえアドボカシー活動で必要な文章は、ビジネス書類ではありません。患者・市民の視点に立ち、自分の立場でしか書けない一文を織り込むことで、相手の心をつかみます。必ず読まれるように、その一文をどこに織り込むかの工夫も必要です。

文章を書き終わったら、必ず読み返してみましょう。言いたいポイントは伝わるだろうかという内容に関する視点、言葉づかいは正しいか、誤字脱字はないかなどの技術的視点両方を持って、確認することが重要です。

●政策提言書を書く

提言書を書く際に参考にしたい一般的なビジネス書式については図 2 を参照ください。

提言書で重要なことは、提言内容が明瞭端的に書かれていること、その根拠が論理的、かつ患者視点で語られていることではないでしょうか。例えば「この政策は多くの患者が望んでいます」と書くより、「患者 1000 人を対象とした調査によると、82%の患者が望んでいます」と数字を添えた方が説得力が増すことは言うまでもありません。

提言書の内容で陥りがちな失敗は、書き手の思いが強すぎるあまり、自分たちの利益につながることしか書いていない、たとえ書いていても書いていないように伝わってしまうことです。相手への「提言」なのですから、相手にとってメリットがあるように伝わることも重要なポイントではないでしょうか。相手が負っている責務は何か、それを果たすことに資する提案内容になっているか、内容の吟味が必要です。

たとえば、国会議員にある疾患対策の政策提言をするならば、その政策がどのよう国民に対してインパクトをもたらすか、そのインパクトが議員の活動としてどのように魅力的かが伝わる文章であることが求められます。県の行政担当者に、ある施策に対する予算取りをお願いする提言書を書くならば、その施策により県民にどのようなインパクトをもたらすかを述べると同時に、その施策によって限られた県予算を効率化できるアイデアも書き添えることができると、提言書としての価値が高まります。

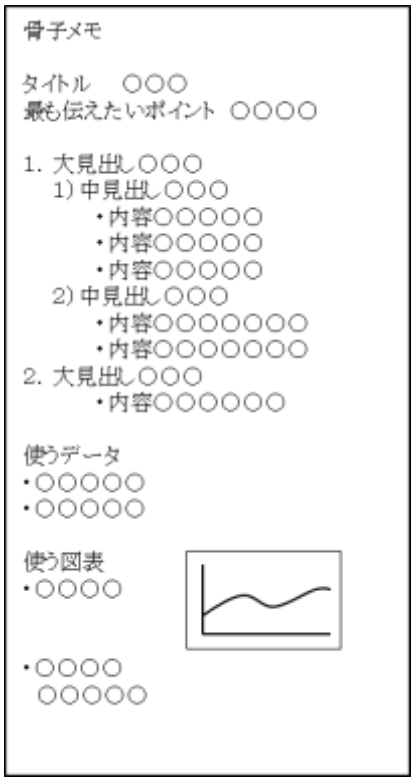
繰り返しになりますが、このような内容を骨子の段階で十分時間を書けて吟味することが、効果的な提言書完成への近道になります。

●日常のコミュニケーション

メール、LINE、ツイッター、フェイスブック、ブログなど、簡単に送れる文章によるコミュニケーションが日常化しています。対面コミュニケーションでは顔の表情、手足の動作、声色など、言葉を補完してくれるものが沢山ありますが、文章コミュニケーションではそれらが存在しないため、誤解が生じやすいという側面が否めないでしょう。

ここでは、アドボカシー活動でも多用されるメールの書き方で確認しておきたいことについて、触れておきます。文章力を高めて、アドボカシーの効果を高めましょう。

・メールは１メール１案件が鉄則
・返信の際には、タイトルを変更しない
・返信の際には、（できるだけ）元文も付けて返信する
・時候の挨拶などは割愛し、要件を簡潔に書く
・まず伝えたい要点を書く。そして背景情報等を添える
・書きあげたら、必ず読み返す（要点は伝わるか、言葉・文字間違いがないか等の確認）
・HTML 形式は、相手もその設定が可能であることが確認できるときにのみ使用する（テキスト形式の方が無難）
・添付ファイルは相手の受信環境を考慮する（受信可能な容量か）



＜図 1＞骨子メモのイメージ

＜図 2＞一般的なビジネス書式

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・上坂徹『文章は書く前に 8 割決まる』サンマーク出版、2011 年
・共同通信社編『記者ハンドブック　新聞用字用語集』共同通信社、2010 年

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

4-7 交渉力

～「勝った負けた」でない、合意形成プロセス～

キーワード ・アジェンダセッティング　・合意形成　・マルチステークホルダー

●このテーマで目指すゴール

・交渉とは何かを論理的に理解する
・自分が取り組む政策課題に必要な交渉が何かを同定できる
・合意形成のための交渉ができるようになる

患者さんからの質問

行政の人とは立場が違うので、政策や予算に関して一度私たちと見解が分かれてしまうと決して合意に至ることができません。

●交渉とは

交渉と聞くと、市場での価格交渉のように自分に優位な結論を導き出すやりとりというイメージがありませんか。学問的な見解を引用すると、「交渉とは相手と競り合って何かを獲得することではなく、当事者間に存在する問題を両者が納得のいく形で解決することを意味する」とあります。勝った負けたではなく、社会に何らかの成果を生むことで、交渉に関わった人々すべてが（ケースによってはそれが 3 者以上であることもあります）幸せになれることが良い交渉とされています。

とはいえ、複数いる当事者全員にとってベストな結果になることは、そこに問題が存在している以上不可能でしょう。交渉で合意可能な限界の中で、それぞれの人が自己の「もっとも望む状態」と「絶対に譲れない状態」の間のどこで折り合いをつけるか（図 1 参照）、これを優位にするには交渉の技術が必要です。論点の運び方や転換のしかた、相手の面子をつぶさず譲歩を引き出す方法、自分の意見を角度を変えて言う言い方など、必要な技術はケースや立場により様々ですのでここでは割愛します。「交渉術」「交渉のテクニック」などの言葉を使った書籍が書店に並んでいますので、そちらをご参照ください。

●まずは、アジェンダセッティング

アドボカシー活動のような社会活動においては、星の数ほど「課題」が存在します。その中で、「どの課題（アジェンダ）を優先的に議論し（セッティング）、社会的な合意形成を目指すか」を、まず決めなければなりません（本書 1-1「課題の抽出」参照）。

特定の課題を議論の俎上に上げるためには、「その課題が重要だ」という理解と合意が、一部の人からではなく社会から広く必要になります。そのためには、患者アドボケートが

積極的に情報を発信することが求められます。時に、医療者など関係するステークホルダーと手をつないでマイクを持つことも有効でしょう。またその声を広める拡声器の役割を担ってくれるのがメディアです（本書 2-6「メディアとの協働」、4-5「広報」参照）。

●合意形成のために

議論の中でステークホルダーごとに意見が分かれることがあり、そこで交渉力が問われます。

交渉で失敗しがちなことは、立場での議論に終始してしまうことです。政策議論の場では、参加者が自分の選出の背景集団の見解を「お立場トーク」として語ることに終始しがちです。アドボケートが同様に、「行政は…」「医療者は…」と各立場への不満を漏らしているだけでは、問題解決に結び付けられません。関わる人が共通に持つ「患者のために」という思いに立脚し、可能な解決策、妥協点がみんなで発見できるようになるのは、患者の立場に立ちみんなをつなぐことができる患者アドボケートならではの強みなはずです。

良い交渉とは、勝った負けたではなく、交渉に関わった全ての人が幸せになれることであると冒頭に述べました。そのためには、全員の意見をまとめてみんなで合意する、というプロセスが欠かせません。お互いが、まず自分たちは何を達成したい（アウトカム）と思っているのかを確認します（本書 0-1「アドボカシー（政策変革活動）とは」、1-3「目標の設定」参照）。その上で交渉相手の（立場ではなく）利害を理解し、相手の正当性（なぜそれを主張しているのか、なぜそれを望んでいるのか）を、いったん理解し認めたうえで、自分の考えを述べることが歩み寄りの第一歩と言われています。

例えば、自身の疾病対策次年度予算を増やすために行政と交渉したものの、まったく反応が悪い、というケースを想定してみましょう。なぜ行政は増額を渋るのか、そこを冷静に見てみると、決してあなたの提案に反対しているわけではなく、他の疾患で大きな費用がかかるため全体予算が足りず、やむなく反対していることが分かったとします。この場合、疾患対策という切り口を変え、疾患に横断的な対策（例えば在宅ケア、相談窓口）という切り口で検討することで財源確保の方法が編み出せるなど、何か良い解決策が見えてくるかもしれません。

●政策課題に取り組むには、マルチステークホルダー交渉が必要

「ちゃぶ台返し」「鶴の一声」……。こんな言葉が意味する交渉プロセスの差し戻しは珍しいことではありません。こうしたことが起こる原因のひとつが、当事者が不在のまま議論を進めてしまうことです。意見が一致しない相手でも、巻き込むべき当事者を早期から巻き込んでおくことも大切です。

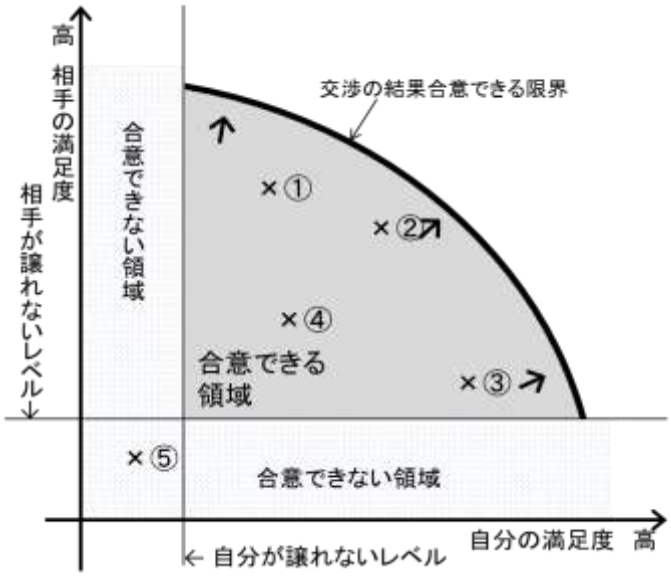
疾病対策の課題に取り組むためには、患者と行政だけでは解決できません。がん領域では六位一体（ろくみいったい）という言葉が使われており、①患者（本人・家族・遺族・支援者）、②議員、③行政担当者、④医療提供者、⑤メディア関係者、⑥企業関係者、これ

らのマルチステークホルダーが揃うことが重要であることを意味しています（七位一体として、上記六位に学術関係者を加える言い方もあります）。例えば、疾病対策が実施に移されたときに大きな役割を担うのは医療提供者となることが多いですから、「私、決める人。あなた、実施する人」といった関係では、実施に力が入らないでしょう。交渉においては、互いに、「全面賛成ではないが、一緒に決めた以上は責任もって実行しましょう」といった姿にもっていく方法もあるのです。

交渉の結果を、自分にとって「もっとも望む状態」に近いところで、「全員が合意できる内容」にするためには、誰をどの段階で巻き込んでいくかをよく考えておくことはとても重要です。積み上げてきた交渉過程が、後ですべてがひっくり返ることがないように、交渉の過程や巻き込む当時者の選定など、全体の戦略の検討に、取り組みの初期に十分に時間をかけておきたいところです。

交渉には様々なスキルを必要とします。交渉術と言われるスキル以前に、コミュニケーション能力が問われるでしょう。本書 4-6「文章力」、4-9「プレゼンテーション」、第 2 章にある各ステークホルダーとの協働、などもご参照ください。

＜図１ ＞交渉結果の折り合い点の考え方



交渉の結果が①の点になった場合、相手の満足度は高く、自分の満足度が低かった、また③の場合はその逆を意味します。
⑤の場合、そもそも両者が譲れない領域のため合意に至ることはできません。
④は、合意はされたものの、交渉次第では両者共、より高い満足度を得られた可能性を残しているため、あまり良い結果とは言えません。
その点から、限界線の右上、つまり②で合意に至ることが最良とされます。合意できる限界の線を、さらに右上に広げることができれば、もっと良い成果になります。

図：松浦正浩『実践！交渉学――いかに合意形成を図るか』66 ページの図を参考に、筆者改編

✧　さらに詳しく知りたい方のために

ロジャー・フィッシャー、ウィリアム・ユーリー『ハーバード流交渉術』三笠書房、2013 年

松浦正浩『実践！交渉学――いかに合意形成を図るか』ちくま新書、2012 年

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

4-8 ファシリテーション

～納得感のある合意形成を目指して～

キーワード ・ファシリテーター ・ 合意形成

●このテーマで目指すゴール

・ファシリテーションの意義を理解する
・ファシリテーターの役割を理解する
・ファシリテーションをやってみる

患者さんからの質問

いつも話し合いがまとまらず、困っています。

［寄稿］ 日本ファシリテーション協会
フェロー 堀 公俊

●議論のプロセスを舵取りする

アドボカシーを進めるには、話し合い（議論）を通じて、異なる意見を一つにまとめていくステップが不可欠です。ところがこれは口で言うほど簡単ではなく、中立的な立場で話し合いのプロセスを舵取りする人を立てると、合意形成を円滑に進めることができます。その人が「ファシリテーター」（進行役）であり、そのための一連のスキルを「ファシリテーション」と呼びます。

ファシリテーションとは「促進する」「容易にする」「円滑にする」「助長する」というのが原意です。話し合いのコンテンツ（中身）は参加者に委ね、プロセス（進行）を舵取りすることを通じて、集団における問題解決や合意形成を支援していきます（図 1)。人と人をつなげ、みんなの思いをカタチにするためのリーダーシップの技術です。

ファシリテーターの役割は、大きく分けると４つあります（図 2)。異なる立場の人が一堂に会する会議を念頭に、流れにそってポイントを紹介していきましょう。

●ファシリテーターの４つの役割

① 話し合いの土俵をつくる～場のデザインのスキル～

参加者によって話し合いのイメージや進め方が違っていたのでは議論になりません。ファシリテーターの最初の仕事は、この会議が目指すべきゴール（成果)、話し合いのテーマ（アジェンダ)、守るべきルールなどを示し、参加者全員の同意を得ることです。もちろんここで異論や提案があれば、盛り込むべきかどうかを議論します。

「進め方を決めてから中身に入る」というのは会議の鉄則であり、話し合いの進め方に

納得できない人は、議論をしても結論に納得しません。多少時間をとられても、皆が納得できる進め方を見いだせれば、脱線やちゃぶ台返しが減って、後の進行が楽になります。

②　参加者の意見を引き出す～対人関係のスキル～

納得感は参加度によって大きく左右され、全員の智恵を結集してこそ、よい解決策が生まれます。ファシリテーターは、全員を平等に議論に参加させるため、参加度合いの低い人がいたら、答えやすい質問を投げて発言を促していきます。

逆に、特定の人が話すぎるようなら、ルールで長話や発言の偏りを禁止しておく、「つまり〇〇ですね」と要約する、発言のポイントを板書する、といった対処をします。感情的になっている人がいれば、ファシリテーターが気持ちをしっかりと受け止めた上で、そのことを本人に自覚させ、落ち着いてゆっくり話すように促します。

③　議論をかみ合わせて整理する～構造化のスキル～

発言が今の論点からそれたり、めまぐるしく変わったり、かみ合わなくなったりしたら、ファシリテーターが論点を整理します。一時に議論できるのは一つの論点だけであり、適切に論点を設定し保持することは、ファシリテーターの最も大切な仕事です。

そのために欠かせないのが「見える化」、すなわち板書（ファシリテーショングラフィック）です。論点、発言のポイント、合意点などを短い言葉でまとめ、図解なども駆使しながら、共通点や対立点を分かり易く整理していきます。こうすることで、人と意見を切り離すと同時に、全員が同じ枠組みで議論できるようになります。

④　納得感のある合意をつくる～合意形成のスキル

このような場の合意形成とは、全員の意見が一つになることではありません。それぞれの意見は変わらないものの、結論に対して「折り合いをつける」ことです。そのために、互いの意見を正しく理解し、気持ちを共感し合うための橋渡しをします。さらに、意見は異なっても、最終的に目指す姿や目的な同じであることを気づくように働きかけます。

その上で、それぞれが目指すものを明らかにし、それを何か別の手段で達成できないか、代替案を柔軟に考えるよう促します。それらを組み合わせれば、必ずどこかで折り合える結論が見つかるはず。合意事項をまとめてファシリテーターの仕事は終わりとなります。

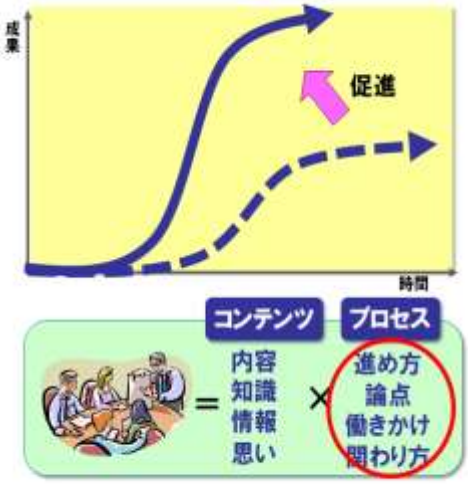
●誰でもファシリテーターになれる

このようにファシリテーターのスキルは多岐にわたり、1～2 日程度の研修を受け、全体像をつかむところから始めるのが近道です。とはいえ、研修だけではスキルは身につかず、いかに場数を踏むかが本当の意味でのスキルアップにつながります。

いきなりファシリテーターとして立つ自信のない方は、参加者として議論を促進するところから始めるのも一つの方法です。たとえば、議論が発散したら、「ここらで論点を整理

しませんか」と発言する。発言が偏っているようなら、「〇〇さんの意見を聴いてみませんか」と提案する。言いっぱなしの議論が多いようなら、「私がここに書いてみましょうか」と板書係を買って出る。ファシリテーターでなくてもファシリテーションはできるわけであり、話し合いのプロセスに着目すれば、どんな場でもトレーニングになります。

＜図 1＞　プロセスを舵取りする



＜図 2＞　ファシリテーションの 4 つのスキル

✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・　堀公俊『ファシリテーション入門』日本経済新聞出版社、2004 年

・　堀公俊『実践！ファシリテーション技法』経団連出版、2013 年

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

4-9 プレゼンテーション

～相手を動かすコミュニケーション～

キーワード ・エレベータートーク　・論理と感情　・スライド資料　・ポスター

● **このテーマで目指すゴール**

・広義の意味でのプレゼンテーションを理解する
・効果的なプレゼンテーションのノウハウを習得する
・プレゼンテーションによってキーパーソンや社会を動かせるようになる

患者さんからの質問

話し終わった後に、ときどき政治家や医療提供者から、「で、何が言いたいの」と言われてしまいます。何が足りないのでしょうか。

●プレゼンテーションとは

プレゼンテーション（以下、プレゼン）と聞くと、スライドを使った発表と思う方も多いと思います。本書ではその形式のみならず、「人に動いてもらうために自分の考えや提案を人に話して伝える」こと全般をプレゼンと考えます。自分の提案を団体の仲間に説明する、セミナーで発表する、医療者や政治家に説明する、これらはすべてプレゼンです。

プレゼンをする前には、まず「何を伝えたいのか」の要点を明確にしましょう。その次に、話の流れを考えます。忙しい人に限られた時間で要点を必ず伝えるためには、「まず要点、そのあとに理由や背景情報を論理的に加える」という流れを作ることが大事です。しかしながら日本人は欧米人と比べ、この順番で話すことが苦手と言われています。話の流れを組み立てる訓練をしましょう。

●相手の心に訴える

プレゼンの場面は様々です。相手は誰か、その相手は今どのような状況にあるのかを見極め、臨機応変に対応することが大切です。例えば、市民セミナーで 30 分話すならば、スライドを使ってやさしい言葉でゆっくり説明することができます。しかし、偶然エレベーターでキーパーソンである議員と二人きりになった場合はどうしますか。1 分、いや数十秒であなたの言いたいことを伝えるには、端的に要点のみを丁重な言葉で伝えなければなりません。このケースを「エレベータートーク」と言ってプレゼンスキルの 1 つとして語られることがありますが、相手、与えられた時間、場所に応じた瞬時の判断ができることがアドボケートには求められてきます。

いずれの場合も、「私は誰か」「課題は何か」「なぜ、私がこれを訴えているのか」「何を

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

すれば解決するのか」「何をしてほしいのか（聞き手が何をできるのか）」を、そのときの置かれた状況に合わせてプレゼンし、聞き手が「あなたの話を聞けて良かった。私は○○をしよう」と考えて、行動に結びつけてくれることがポイントです。

冒頭「まず要点、そのあとにその理由や背景情報を論理的に加える、という流れが必要だ」と述べました。この点では、海外経験がある優秀な経営コンサルタントに勝てないかもしれません。しかし、彼らにはできない、患者アドボケートにしかできないことがあります。それは患者としての経験や思いを感情として話すことです。

ある議員勉強会の席で患者アドボケートの発言により会場が静まり返ったことがあります。「こうして議論している瞬間も、ベッドで天井だけを見ている患者さんがいます。その患者さんたちに早く適切な医療を届けたい。先生方、よろしくお願いします」。

患者・家族・遺族としての経験や思いは、どんな難しい理論よりも説得力があります。それをうまく織り込んで話をすることも、患者アドボケートのスキルではないでしょうか。ただし、思いが強すぎると、話が長くなりがちで、結果として要点が伝わりにくくなります。相手に「で、何が言いたいの」と言われないように、上手に織り込むことが大切です。

●セミナー等で発表をする場合

1. スライドとシナリオを作る

セミナー等では、スライドを映写して発表するケースが多いです。また最近では、学術集会などで、ポスターを使用した発表をする機会も出てきたのではないでしょうか。それぞれの資料作りについては、表 1、2 をご覧ください。

スライドができたら話のシナリオを組み立てます。同じことを繰り返したり、話が前後しないようにしゃべれるように、また与えられた時間内に話せるように練習します。うまくしゃべれない場合は、スライドの修正も必要です。

さらに留意したい点は、スライドを読むだけの発表にならないことです。書いてあることは目から伝わります。その情報をより具体的に説明する、具体的にイメージさせられる「しゃべりの準備」が必要です。この点に長けた人は、スライドはキーワードや写真だけで、聴衆の視線をすべて発表者に集め、話への集中力を高めます。米国系通信端末の新製品発表会での最高経営責任者（CEO）のプレゼンテーションなどはその良い例でしょう。

2. 発表をする

檀上発表であっても、会場の皆さんとの対話であることを意識しましょう。巷にはコミュニケーション本があふれ、著者によりさまざまなことが書かれています。しかし一貫して言えることは、話し手の表情とアイコンタクトの重要性です。ここでの表情には、顔の表情だけでなく、身振り手振り、声のトーンなども含まれます。

ときどき「緊張して下を向いてしまう」「視線のやり場に困る」というお悩みを聞きます。専門家によると、会場には必ず発表者の話をうなずいて聞いている人がいるので、その人たちを見て語りかけるようにすると、うまくいくようです。試してみてください。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

＜表 1＞プレゼンテーションソフト（パワーポイント）資料作成の手順例

1. スライドのページ数を決める

自分の経験や他の人の発表を見て、1 スライドにかかる平均時間を算出します。そこから、発表時間にあったスライドページ数を割り出します。人によりかかる時間の判断は異なりますが、最低でも 1 スライド 1.5 分はかけたいものです。2 分以上使えると落ち着いたページ展開ができます。

2. 目次を作る

ページ数が決まったら、話の流れに従って、ページを割り振ります。発表スライドの冒頭に目次を示すと、聞き手に発表の流れを前もって伝えることができます。

3. スライドの中身を作る：技術的に気をつけたい点

(1) 背景の色やフォーマットのデザイン

暗い会場では、スライドの地を暗い色にすると文字が目立ちます。一方、地色があるスライドは印刷に不向きですので、適宜最適な色使いを考えます。フォーマット（スライド全体に共通するデザイン）は場面にあったものを選びましょう。

(2) フォント設定

会場の広さ、聞き手の年齢などによって、文字の大きさを考慮します。文字体についても、TPO にあった文字体を使いましょう。

＜表 2＞ポスター作成のポイント（学術集会会場で患者団体の活動紹介するケースを例に）

相手の立場にたった情報を

自分が書きたいことを思いのまま書くのではなく、「相手が足を止めてまで読んでくれることは何か」を考えた上で自分が書きたいことを書きます。例えば、患者団体による相談事業の紹介だけをするよりも、その相談事業が医療現場にどう貢献できるか、成果や考察まで踏み込んで書く方が、読まれる率が高まるでしょう。

キーメッセージを冒頭に、大きく、明確に

このポスターで医療提供者に何を伝えたいか、その思いを言葉にして冒頭に示します。忙しい人が足を止めてくれるかどうかは、最初に目に入る文字にかかっています。広告の世界におけるキャッチコピーの位置づけと同様です。

文字の大きさと量

ポスターが小さな文字で埋まっていると、なかなか読まれません。せっかくポスターなのですから、写真や図などを多用して、読みやすいデザインを心がけましょう。

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・平林純『論理的にプレゼンする技術 聴き手の記憶に残る話し方の極意』ソフトバンククリエイティブ、2009 年

4-10 アンケート調査

～多くの声をデータとしてまとめる～

キーワード ・アンケート　・リサーチクエスチョン　・サンプリング　・バイアス

●このテーマで目指すゴール

・アンケート調査の流れ、各プロセスでの注意点を理解する。
・目的にかなったアンケート調査を実施できるようになる。
・アンケート調査の結果を政策提言に使えるようになる。

患者さんからの質問

提言に患者さんの声をまとめて使いたいのですが、アンケートのやり方が分かりません。

[寄稿]東京大学公共政策大学院　医療政策教育・研究ユニット
特任研究員　吉田 真季

アンケート調査のおおむねのプロセスは、1 企画→2 調査票設計→3 実査→4 集計・解析→5 報告となっています。各プロセスで最低限留意すべきポイントをお示しします。

1. 企画

ポイント 1：リサーチクエスチョン（どんな目的で何を調べるか）の明確化

「なんとなく質問を並べた」アンケートから切れ味がよい結果は得られません。十分に先行調査を調べ（レビュー）、すでに何がどこまで分かっているか把握した上で、新規にデータを収集すべき内容を絞り込みましょう。

ポイント 2：母集団と対象者の定義

調査によって情報を得たい対象全体のことを母集団といいます。アンケート調査は①全数調査、②標本調査、③統計的でないアンケートに大別され、①は母集団全員から回答を得る方法です（国勢調査など）。②は母集団の縮図となるようにルールに従って抽出（サンプリング）した人を対象に行うもので、統計処理により一部の結果から全体を推定できます。ただしサンプリングには費用、期間、手間を要します。

患者アドボカシーにおけるアンケートは③が多いのではないでしょうか。ある疾患について、医療機関の受診者や、患者会会員のうち、同意いただけた方を対象に行う場合は③に該当します。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

ポイント３：実査方法の検討

目的、内容、期間、予算等を考慮し、表１で示す方法から最適なものを選びます。

2. 調査票設計

ポイント１：調べたい課題を細分化し整理

（1）調査メンバーでのディスカッション、先行調査レビュー、プレ（事前）ヒアリング等の情報収集を行う。

（2）リサーチクエスチョンに関連するキーワードを抽出し、リスト化する。

（3）キーワードを分類する。似たもの同士は大分類としてまとめる。

（4）整理したキーワードに従い、対応する質問項目を作成する。

（5）質問の流れや整合性に注意し、全体の構成を検討する。

（6）項目間の関連性（因果関係、相関関係など）をフローで図示する。

ポイント２：協力者への配慮

（1）調査の趣旨が伝わるようにタイトルを工夫する。

（2）調査主体、締切り、回収方法、連絡先などを分かりやすく示す。

（3）依頼文の中で、調査の目的や結果をどんな形で公表・利用する予定かを示す。

（4）回答は自由意思で行ってよいこと、守秘や個人情報取り扱いへの留意、回答データの取り扱い（統計的に処理し、集計データとして扱うこと）などを確認する。

（5）協力者への参考資料として、後日集計結果などを提供する予定があれば明記する。

ポイント３：質問の構成・流れを工夫

（1）答えやすい質問（事実を問うものなど）から始め、論理的な流れにする。

（2）前の質問が次に影響しないよう、順序に配慮する。

（3）対象者の収入、学歴など回答に抵抗がありうる質問は、後に配置する。

ポイント４：設問の言葉づかいや回答の選択肢を吟味

（1）質問文は簡潔に：分かりやすく、できるだけ短く。過剰な敬語は使わない。

（2）対象者が理解できる言葉で：専門用語、あいまいな意味や表現などは使わない。

（3）誘導的な質問をしない：表現や言葉づかいが回答に影響を与えないように配慮する。［例］「あなたはＡだと思いますか」のほうが「あなたはＡではないと思いますか」よりも賛成する度合が高くなりやすい。

（4）数値化できるものは数字で聞く：［例］利用頻度について「よく利用する」「ときどき利用する」より、「月に３回以上」「月に１～２回ぐらい」「ほとんど行かない」などのほうが、回答者による解釈のぶれを防げる。

（5）ひとつの質問で複数のことをきかない：［例］「喫煙は健康によくないのでやめるべき

だ」は「喫煙は健康によくない」「喫煙はやめるべきだ」を同時に問うことになるので不可。

（6）意識を問う場合、回答者個人の考えを聞いているのか、世の中の一般論を聞いているのかを明確にする。

（7）個人情報にふれる質問は最小限に：生年月日より年代を聞く、年収は範囲で示すなどを配慮する。

（8）属性（年齢、職業、学歴等）を尋ねる設問などでは、設問や選択肢を公的統計や大規模な全国調査と揃えておく：考察の際に参考にできる（後述）。

ポイント 5：プレ（事前）テストは入念に

（1）関係者全体で 1 つひとつの言葉を精査し、答えにくい箇所を洗い出しつつ改善する。

（2）関係者以外（なるべく幅広い属性の人）にテスト回答を依頼し、改善に反映させる

［チェックポイント例］わかりにくい表現の有無、回答の分岐の分かりやすさ、飛ばしやすい設問の有無、回答に何分要するか、など。

ポイント 6：倫理面の配慮

研究分野（保健医療系、社会学系、心理学系）により、倫理審査の基準は異なります。厚生労働省「疫学研究に関する指針」では、①個人情報を取り扱わない②人体から採取された試料等を用いない③観察研究（対象とする集団に対して研究者が何の介入もしないで、健康・疾病に関するデータを集めて観察する研究手法：編集者追記）で、人体への負荷を負わない④被験者の意思に回答が委ねられ、質問内容が被験者の心理的苦痛をもたらさないと想定される――の 4 点すべてを満たす場合、倫理審査を経ずに研究を実施できると規定しています。

倫理審査が必要な場合、倫理委員会を有する大学（多くは医学部、薬学部等の保健医療系）や医療機関に申請書を提出し、審査を受けます。これらの機関の関係者に研究協力者に加わっていただくなどの方策をとりましょう。

3. 実査

具体的手順は表 1 で示した各手法により異なるため、それ以外のポイントを示します。

ポイント 1：標本数の設定

標本調査では、理論的に必要な標本数（解析対象となる回答数）を計算できますが、ここでは略します。標本調査に限らず、経験的に必要標本数の目安は次のようにいわれています。

（1）地域や 1 施設あたりの標本数が 500 あれば、いろいろな比較分析や統計的検定ができる。

（2）クロス集計で性×年代などにわける際は、１グループあたり 30～50 標本以上あるとよい。

ポイント２：回収率の向上

（1）郵送配布であれば、木、金曜に到着するよう発送し、締め切り前に週末を 2 回含める。

（2）回答締切日の前後に協力のお礼状を兼ねた督促状を発送する。

（3）謝礼品を同封する（予算に応じ）。

4. 集計・解析

書店等に分かりやすい解説書が数多く存在しますので、参照ください。

5. 報告

アンケート結果を政策提言に用いたり、広く社会に発信したりする際には、調査結果が独立した報告書にまとまっていることが望ましいです。一般的な報告書の構成は次のとおりです。

① 目的
② 調査概要
（ア）調査対象者（標本抽出を行った場合はサンプリング法も）
（イ）実査の方法
（ウ）調査期間
（エ）回収率、有効標本数
③ 回答者の基本属性
④ 調査結果の報告（メインとなる内容）
⑤ 参考資料（調査票、単純集計結果）
⑥ 協力者への謝辞、研究費提供を受けた場合はその明示

ポイント１：調査の限界について言及

特に、標本調査でない場合は母集団からみて回答者に偏り（バイアス）があることが前提です。限界を認識していることを明示すれば、データの一人歩きを回避し、客観性・信頼性を補強できます。具体的には、回答者の属性分布を公的統計や大規模な全国調査等と比較したり、同じ設問を含む先行研究結果と比較したりすることで、自分たちが調査で得た回答がどんな方向に偏る傾向があるかを想定し考察できます。

ポイント２：シンプルで理解しやすい記述

事実（回答から得られたデータ）と考察（調査者の意図が含まれる）は分別して記述します。図表のみを取り出しても情報に過不足がないように、N 数（回答者数）や、単数回答か複数回答かを忘れずに提示します。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

＜表 1＞実査方法別の特徴と留意事項

主な方法		統計的な代表性	調査地域	回答許容時間	答えにくい質問の可否	実査期間のめやす	回収率*
訪問面接調査	調査員が対象者宅を訪問し、本人に質問してその場で回答を得る	サンプリングを行えば可能	限定（コスト面から）	30分以内	×	1週間	60−70%
訪問留置き調査	調査員が対象者宅を訪問して協力依頼のうえアンケート票を預け、後日回収	サンプリングを行えば可能	限定（コスト面から）	長くてよい	○	2週間	55−65%
郵送調査	アンケート票の送付と回収（いずれか一方の場合も）を郵送で行う	サンプリングを行えば可能	地域を問わない	30分以内	○	3週間	40−50%
来場者アンケート調査	通行人や来場者などに協力を依頼し、その場で調査を行う	困難	人が集まる場所のみ	10分以内	○	1日でも可	（協力者のみが回答）
電話調査	調査員が対象者に電話で質問し、回答を得る	サンプリングを行えば可能	地域を問わない	10分以内	×	1日でも可	50−60%
インターネットアンケート調査	インターネットなどで回答者を公募し、ウエブサイト上で回答を得る	困難	全世界	10分以内	○	1日でも可	（協力者のみが回答）

＊ 回収率の数字は世論調査年報による。なお回収率は謝礼品、調査主体の名称、調査内容により左右される
出所）酒井　隆「図解　アンケート調査と統計解析がわかる本」に掲載の表を改変

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・轟亮、杉野勇編『入門・社会調査法　2 ステップで基礎から学ぶ』法律文化社、2010 年

・酒井隆『図解　アンケート調査と統計解析がわかる本』日本能率協会マネジメントセンター、2012 年

・厚生労働省「疫学研究に関する倫理指針」
http://www.niph.go.jp/wadai/ekigakurinri/rinrishishin.htm（2013/10/31 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

5-1 政策決定プロセス

～働きかけるポイントをつかむ～

キーワード ・政策決定プロセス　・政治主導　・熟議

●このテーマで目指すゴール

・政策決定プロセスを理解できる
・政策決定プロセスを活用できる
・政策決定プロセスの改善を提案できる

患者さんからの質問

国の政策はだれがどうやって決めているのですか。相次ぐ政権交替で、政策の決まり方は変化しているのですか。

●政策決定プロセスとは

患者アドボケートは、課題を解決し、社会を変革するために活動をしています。図 1 は、課題解決の経路を検討するときに一助となるツールです。政策的事項として「法令・制度・施策的観点」「資金的観点」「情報的観点」、非政策的事項として「(医療提供者などの）プロフェッショナリズム」「住民活動」「その他」の記入欄が設けてあります。図 1 に記載されている内容は、「医療提供体制の最適化・機能分化・連携の道筋づくり」を考えた際の記入例です。このように、その課題を解決する際に、どのルートが最優先か、あるいはどの経路の組み合わせが必要か、考えておくとよいでしょう。

政策経路への働きかけにおいては、法令を変更したり、資金を投入したり、情報提供を促進することで、医療に対して大きな影響を与えられることがあります。そして、このような政策経路に働きかけるためには、政策がどのように作られていくのか、政策決定プロセスを理解しておくことが重要です。

法や予算の決定は、選挙で選ばれた政治家に任せておけばいいという人もいるかもしれません。しかし、長年の選挙制度改革の試みを経た今も、選挙民の意見と、選ばれる政治家の意見と、政治家の所属する政党の意見と、与党のリーダーの意見が、大幅にずれてしまっているのが現状です（注 1)。また、世論調査では、「医療政策の決定をだれがリードすべきか」との問いに対して、政治家をあげる人はとても少ないです（注 2)。ですから、政治家の行動を国民がよくウォッチし、意見を上げていくことが大切です。

具体的な政策づくりは政策のプロである行政に任せておけばいいとう人もいるかもしれません。しかし、行政担当者の持つ情報には限界がありますし、行政はさまざまな利害があるステークホルダーから働きかけの力を受けています。行政の政策立案力も、そのため

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

の調整力も完全ではありません。さらに、行政は決まった政策を執行することが主たる役割で、法や予算を決定するときの権限は案の作成などに限定されています。このような背景から、患者アドボケートが政策決定プロセスに積極的に参画することが大切になってくると考えられます。

本書第 3 章「政策立案と評価のときに」では、政策の PDCA（計画、実行、評価、改善）サイクル全体像を見ました。第 2 章では政治家や行政などとの協働のコツを概観しました。ここでは、政策決定プロセスに参画するときに知っておきたい、近年のプロセスを概観してみましょう。

●現状と課題

政策決定プロセスには、一定のパタンがあります。同時に、時代と共に変化していく部分もあります。パタンと変化の両面を把握しておくと、働きかけの対象とタイミングが明確になり、効果的なアドボカシー活動につながる可能性が高まります。

日本の政策決定プロセスは、かつて「55 年体制」と呼ばれてきました。1955 年に自由民主党（自民党）単独政権が固まったころに確立し、93 年ごろまで続いたと言われています。政治家と企業と行政が強い連携をもっていました。政治家の中では、特定の政策部門に知識と関心があって強い影響力を持つ族議員に大きな力がありました。しかし、政策決定プロセスが閉鎖的である、献金と族議員の影響が大きい、行政主導では大きな変革が進みにくい、といった欠点も指摘されていました。一方で、「審議会政治」という言葉もありました。これは行政が審議会による審議を経つつも、多くの場合は行政の想定どおりのシナリオと政策に落ち着かせているということを指したものです。

2 大政党制になることを狙った 1996 年の小選挙区制度導入を経て、2009 年に民主党政権が誕生しました。55 年体制以来の政策決定プロセスの弱点が克服され、合理的で透明な新しい仕組みが構築されることを期待する向きもありましたが、「行政主導から政治主導へ」を唱えたものの、行政の反発を買うと同時に、政治の中での明確なプロセスを示すに至りませんでした。「熟議」（課題に関わるさまざまな当事者が、学習と討議をしながら政策を形成していくプロセス）システムの導入も、一部に留まりました。

2012 年には、自民党・公明党の連立政権に政権が戻りました。政党の中の派閥や族議員の力は弱くなってきており、政策通の議員も減ってきているとも言われます。その分、総理と官邸の力が強くなり、行政の力も復活したとされています。与党が安定多数を獲得していると、総理・官邸の力が強くなる傾向があるとも指摘されています。

●アドボカシー上の留意点

政策を作るには、タイミングよく的確な対象に働きかけることで、与えられる影響が大きくなることが期待されます。それは、本書 1-4「対象の特定」で見たとおりで、政策立案プロセスにおけるキーパーソンを見出すことが重要です。先に見たように政策といっても

さまざまあります。法律の制定（改正）なのか、予算の確保なのか、それらを伴わない行政からの通知・通達なのか。それによって、働きかける対象も変わってきます。

予算に関連するかどうかで政府と国会でのカレンダーが異なることもわきまえて、タイミングよく適切な対象に働きかける必要があります。予算及び予算関連事項でよくあるパタンは図 2 のようになります。（1）審議会や検討会で議論（2）6 月ごろの報告書（3）8 月の概算要求

（4）12 月の予算案決定　復活折衝（5）年初の国会で審議し 3 月に成立。一方、非予算事項は、図 3 のような経過をたどるのがパタンです。省令や通知は行政レベルで出されますし、閣議決定も大きな実効力を持ちます。法律は国会の審議を経て成立します。ただし、議員立法では、審議会などのプロセスは経ません。

自分たちが課題と考えることが解消するように、また、推奨する施策が通るように、そのときどきの重要プレーヤーを（1）総理官邸（2）政権与党（3）衆議院・参議院の厚生労働委員会（4）議員連盟（5）政策通の議員（6）厚生労働省などの省庁（7）その審議会や検討会――などから選んで、効果的に働きかけることが重要です。

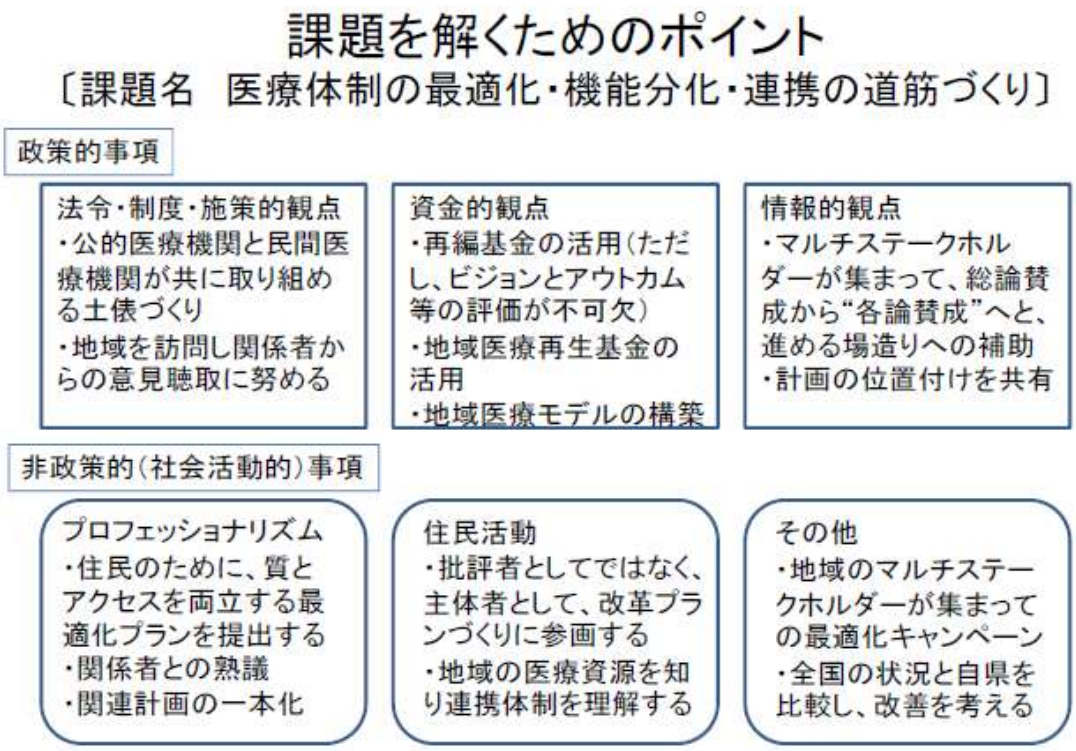
患者アドボケートは、現状の政策決定プロセスを所与のものとした上で、自分たちが提唱する施策が実現するように働きかけるだけではないでしょう。政策決定プロセスそのものが社会や市民や患者から透明で合理的になることにも関心があるでしょう。そして、行政の検討会などにより広く患者関係者が参画できる環境を整えることも、重要な点となります。

（注 1）議員候補と所属政党別の主要政策に関する意見の分布については、「朝日・東大谷口研究室共同調査」などがある。
http://www.asahi.com/senkyo/senkyo2013/asahitodai/　（2013/12/25 アクセス）

（注 2）日本医療政策機構のアンケート「日本の医療に関する 2009 年世論調査」では、「国の医療政策改革は誰が主導して決定すべきか」の問への答（複数回答）は、「市民代表・患者代表」（62%）に対し、「首相、内閣、又はその諮問機関」（27%）、「国会、与党」（17%）。

次ページに続く

＜図 1＞課題解決の際の波及経路



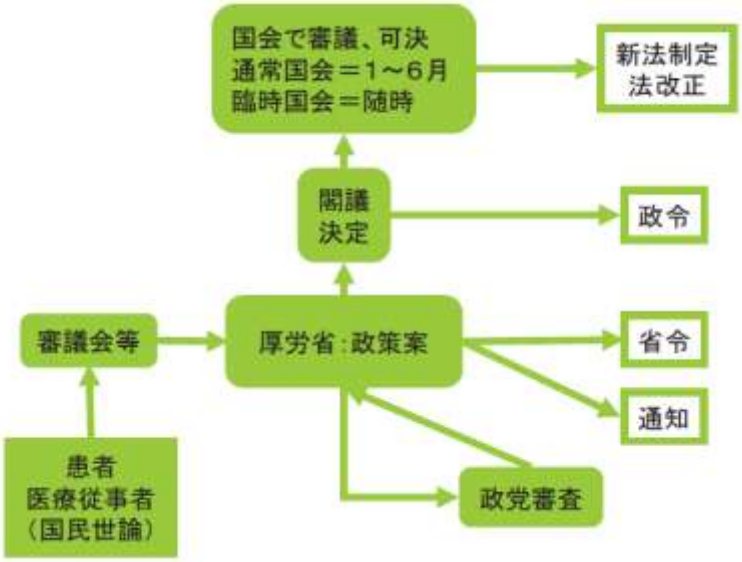
出典：東京大学公共政策大学院「医療政策教育・研究ユニット」主催シンポジウム「2025 年に向けた医療計画と診療報酬の姿」（2013 年 9 月 22 日）、パート 3「医療計画のテーマ別分析 ～47 都道府県の好事例を探して～」、テーマ B「医療連携体制」チーム発表資料

＜図 2＞政策立案・決定過程のフローチャート～予算関連の流れ

出典：前村聡、「医療政策の決定過程～誰が誰のために決めるのか」（がん政策サミット 2011　講演資料）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

＜図 3＞政策立案・決定過程のフローチャート～非予算関連の流れ



出典：前村聡、「医療政策の決定過程～誰が誰のために決めるのか」（がん政策サミット 2011　講演資料）

✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・ウィリアム・シャオ、マーク・ロバーツ、マイケル・ライシュ『実践ガイド 医療改革をどう実現すべきか』日本経済新聞社、2010 年

・池上彰『池上彰の政治の学校』朝日新書、2013 年

・御厨貴、松原隆一郎『政治の終焉』NHK 出版新書、2013 年

・佐々木毅、21 世紀臨調編著『平成デモクラシー 政治改革 25 年の歴史』講談社、2013 年

・橋本努『経済倫理＝あなたは、なに主義?』講談社、2008 年

・ジェイムス・フィシュキン『人々の声が響き合うとき　熟議空間と民主主義』早川書房、2011 年

・前村聡『医療政策の決定過程～誰が誰のために決めるのか』（がん政策サミット 2011 講演資料）http://153.122.7.157/files/2011summit/717_03.pdf　（2013/12/25 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

5-2 法令

～法律制定が大きな効果を生むことも～

キーワード ・法律 ・政令 ・省令 ・通知

●このテーマで目指すゴール

・法令とは何かを知る
・法令の作り方を知る
・法令の制定（改正）を働きかけられる

患者さんからの質問

課題の解決を導き出したいのですが、どの法律のどこを変えれば、効果があるのかが分かりません。

●法令とは

法令とは、法律、政令、省令、通知などのことを指します。患者アドボケートが解消したい課題、実現したい対策は、法令によって何らかの拘束力を伴う決まりとすることで、各段に進展が得られる場合があります。例えば、説明の上の同意（インフォームド・コンセント）は、1997 年の医療法改正で「医療者は適切な説明を行う」との文言が入ったことにより、大きく普及が進みました。

法令には、法律、政令、省令、通知などのレベルがあります。法律は、議会で制定されます。政令は憲法や法律の規定を実施するために内閣が制定する命令、省令は各省大臣が法律や政令を施行するために発する命令です。通知は省庁の局長などが発するものです。かつては法令の根拠がない口先介入などの行政指導が大きな影響力をもっていましたが、こうした方法の不透明な面も指摘され、現在では、審議会等の審議を経たまとめや法令に基づく行政運用が主流となる方向です。

●現状と課題

医療に関しては非常に多くの法律が関係しています。直接関係する主なものだけでも約 50 あります（表 1 参照）。特に重要なものとして医師法、医療法、健康保険法などがあります。複雑な法の体系と階層が作られています。

例えば、地域医療計画に関しては、医療法第 30 条の 3 で厚生労働大臣は医療提供体制の確保を図るために基本方針を定めると規定があり、同法 30 条の 4 で都道府県知事はこの基本方針に基づいて医療計画を定めるものと規定されています。この規定に基づき医療提供体制の確保に関する基本方針が厚生労働省告示で示され、厚生労働省局長通知にて内容に

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

関するガイドラインが出されています。これらに基づいて各都道府県の計画が作られます。例えば都道府県の医療計画の策定に患者参画をより進めるためのアドボカシー活動をする場合、局長通知において「患者代表の参加を必須とする」といった記載を入れる法令に働きかけるアプローチと、個別の都道府県の担当者に患者委員を任命するように働きかけるアプローチがあり得ます。医療事故の際の医療提供者から患者・家族への真摯な説明を進める活動においては、例えば、医療法に「医療事故が発生した際には適切な説明を行う」ということを記載するアプローチと、医療機関の自主ルールの整備を働きかけるアプローチがあり得ます。法令で規定できれば、全体に網を掛けられます。それが動く兆しがない場合は、個別の地域や現場で実例を作り、法令化の機会を待つことになります。

現在、医療の理念や各当事者の基本的役割を規定した「医療基本法」を制定すべきとの声が、各方面から高まっています（表 2 参照）。教育、環境など多くの分野で憲法と各法の橋渡しとしての基本法がありますが、医療にはそれがありません。先に触れたように医療関係では多くの個別法が複雑にからみあい、医療の基本的な理念が浸透しにくいこともあり、基本法が必要との主張です。

なお、法律には議員が提案する議員立法と、内閣が提案する閣法があります。ほとんどが閣法ですが、自殺対策基本法、がん対策基本法、がん登録等の推進に関する法律など、医療や関連分野において議員立法も作られています。

●アドボカシー上の留意点

アドボカシー活動をする際は、上記のような法令の役割、法令の種類、それぞれの決定プロセスの当事者などを把握したうえで、有効なアドボカシー活動を適切な対象に向かっておこなうことがポイントとなります。例えば、政府が提出する閣法として法律の制定を働きかける場合は、審議会経由で行うことが考えられます。議員立法を目指すならば、議員連盟の設置（あるいは既存の議連の活用）などが考えられます。法律がなくても、通達・通知レベルで目的が達成できるならば、行政の局長や部長と通達・通知について意見交換することが必要でしょう。

次ページに続く

＜表 1＞医療に関連する主な法律

(1)医療施設の規制等	・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律
・医療法、消防法等	・精神保健福祉士法
(2)保健医療従事者	・母子保健法
・医師法	・母体保護法
・歯科医師法	・高齢者の医療の確保に関する法律(旧・老人保健法)
・保健師助産師看護師法	・死体解剖保存法
・歯科衛生士法	・国立高度専門医療センター特別会計法
・歯科技工士法	・独立行政法人国立病院機構法
・診療放射線技師法	(4)薬務関係
・臨床検査技師等に関する法律	・薬事法
・理学療法士及び作業療法士法	・薬剤師法
・視能訓練士法	・独立行政法人医薬品医療機器総合機構法
・言語聴覚士法	・独立行政法人医薬基盤研究所法
・臨床工学技士法	・安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律
・技師装具士法	(5)社会保障等
・救急救命士法	・健康保険法
・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律	・国民健康保険法
・柔道整復師法	・介護保険法
(3)保健医療対策	・生活保護法
・地域保健法	・児童福祉法
・健康増進法	・労働者災害補償保険法
・がん対策基本法(※本来は個別法的位置付けと考えられる)	・障害者基本法
・感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	・高齢社会対策基本法
・予防接種法	・障害者自立支援法
・臓器の移植に関する法律	その他、社会福祉関係各法が医療に関連する

出典：東京大学医療政策人材養成講座第 4 期生「医療基本法プロジェクトチーム」発表資料

次ページに続く

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

＜表 2＞医療基本法の骨子イメージ

□　骨子６項目

１「医療の質と安全の確保」

患者・国民が質の高い安全な医療を、十分な情報提供と納得の下に、あまねく受けられるよう、医療提供等にとって必要な対策を実施する。

２「医療提供体制の充実」

必要な医療従事者を育成し、診療科や地域による偏在を是正し、医療機関の整備と機能分化・適正配置を進め、十分に連携された切れ目のない医療提供体制を実現する。

３「財源の確保と国民皆保険制度の堅持」

負担と給付のバランスに関する国民的合意を形成し、医療の質とアクセスのために必要な財源を確保し、国民皆保険制度を維持・発展・強化する。

４「患者本位の医療」

世界保健機関（WHO）の国際的な理念と日本国憲法の精神に沿って、患者の権利と尊厳を尊重し、患者本位の医療が実現される体制を構築する。

５「国民参加の政策決定」

患者・国民が参加し、医療の関係者が患者・国民と相互信頼に基づいて協働し、速やかに政策の合意形成が行われ、医療を継続的・総合的に評価改善していく仕組みを形成する。

６「関係者の役割と責務」

国、地方公共団体、医療機関、医療従事者、医療関係事業者、医療保険者及び患者・国民等、それぞれの立場が担う役割と責務を明確にする。

出典：「医療基本法　共同骨子」、患者の声を医療政策に反映させるあり方協議会、患者の権利法をつくる会、医療政策実践コミュニティー・医療基本法制定チーム、2012 年 4 月 15 日

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・『医療六法〈平成 25 年版〉』中央法規出版、2013 年
・法令検索（法務省）　http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi（2013/12/25 アクセス）
・厚生労働省法令等データベースサービス　http://wwwhourei.mhlw.go.jp/hourei/（2013/12/25 アクセス）
・山本孝史『議員立法――日本政治活性化への道』第一書林、1998 年

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

5-3 補助金と診療報酬

～おカネによる政策誘導はどこまで可能か～

キーワード ・補助金 ・診療報酬 ・基金方式 ・地方交付金

●このテーマで目指すゴール

・補助金と診療報酬の仕組みと役割を知る
・補助金と診療報酬の効果的な獲得方法を知る
・補助金と診療報酬の仕組みの改革を提言できる

患者さんからの質問

医療対策にかかる資金は、どのようにまかなうことができるのですか。

●補助金・診療報酬とは

補助金とは、国や地方自治体による予算措置のひとつで、診療報酬とは医療行為に対して支払われるお金（本書 5-8「中央社会保険医療協議会」参照）のことを言います。

これらの金銭は、本書 5-1「政策決定プロセス」で見たように、医療を動かす経路の中で、重要な政策手段となります。金銭によって対策のための費用を出したり、医療行為に対価やインセンティブ（優遇措置）を付与することで、その医療行為を伸ばすことができる（逆に削減することで抑制できる）と考えるのです。

医療に関する対策の費用としての予算措置は、国家予算（平成 26 年度、2014 年度）の一般会計約 95.9 兆円のうち、どれぐらいでしょうか。国債費（借金の返済など）が 23.3 兆円、地方交付税交付金が 16.1 兆円で、社会保障費は 30.5 兆円です。そして、厚生労働省の 30.7 兆円の予算のうち、医療関係は約 11.2 兆円です。この使い方次第で、医療の体制や内容が変化すると考えられます。

診療報酬はどれぐらいでしょうか。2012 年度実績で国民医療費（医療保険を使わないものは含まず）は約 38.5 兆円です。例えば、初診料が 2700 円（各種の加算や大学病院などでの別途自己負担あり）、胃がんの切除手術が 55 万 8700 円、脳血管疾患等のリハビリテーションが 1 回 2450 円などと、ひとつひとつの医療行為や医薬品などに報酬額（値段）が付けられています。これらを上げたり下げたりすることで、その行為を増やしたり減らしたりすることに一定の影響があることはお分かりいただけるでしょう。

金銭的措置の中で、補助金と診療報酬はどのような関係があるでしょうか。通常は、政策の立ち上げ期・試行期には補助金や研究費が主力であり、一般的かつ恒常的に行われるようになると診療報酬によって賄われるというのが基本的な役割分担です。たとえば、在宅医療を広めようとする場合、当初は補助金や研究費によってモデル事業が行われます。

全国への浸透を図る時期には、診療報酬の在宅医療に関する新規項目が増やされたり各行為への報酬額のアップが行われたりします。比較的新しい医療行為で強化策が取られる場合は診療報酬が厚めに設定されるでしょうし、一定の普及が終わり安定期になるとそれが減らされるかも知れません。このように、補助金と診療報酬はそれぞれの政策目的に応じて役割分担されています。また、お金だけでは医療政策は十分に誘導できませんので、法令の整備、情報による誘導などを合わせて、目的の達成が図られています。

●補助金と診療報酬の現状と課題

国の一般会計のうち厚労省の医療対策費は 11 兆円余りであることを先に見ました。さらに、国においては、文部科学省から大学や研究機関にたくさんの資金が出ています。経済産業省からは、医療技術の開発や商品化を支援する資金が確保されています。総務省経由で地方自治体に先に見た地方交付税交付金 16 兆円余りが出ており、都道府県や市町村において、ここからも多額の資金が医療対策に活用されています。

一方、地方自治体においても医療に関する予算が取られています。国の補助金を活用したり、国からの交付金を使用したり、独自の手当てをするなど、その財源の確保の仕方はさまざまです。

たとえば、がん対策予算においては、2011 年度のがん対策予算の三省合計が 580 億円（厚労省 343 億円、文科省 197 億円、経産省 40 億円）とのデータが公表されています。これとは別に交付金が使われています（交付金が使用されるがん検診費用は 2010 年度で約 1300 億円でした）。47 都道府県のがん対策の合計が 2008 年度で 247 億円であったとのデータがあります。また、地域医療再生基金のうちがん対策に使われているものもあります。都道府県のがん対策予算書を見ると、国のがん対策予算、地域医療再生基金、緊急雇用対策、ふるさと基金、独自予算など、財源の種別が記載されている場合があります。

日本の補助金システムに関しては、次のようなさまざまな課題が指摘されています。例えば、(1) 予算の PDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルが確立されていない (2) 行政の実施する予算措置や事業と患者・現場・地域のニーズの間にミスマッチ（不一致）がある (3) 都道府県等にとって国の予算が使いにくい点がある (4) 多くの場合、国の予算を使う場合に都道府県が 2 分の 1 などの予算負担が必要でその手当てが難しい場合がある――などです。こうした点への対処や工夫があるかが予算を吟味する際の着目点ともなります。

診療報酬については、毎年 1 兆円ずつぐらい増加する費用をどのように財源確保するかが大きな課題となっています。日本の財政と医療費の関係については、本書 5－6「財政問題」を参照ください。診療報酬の決まり方については、本書 5-8「中央社会保険医療協議会」を見てください。

●アドボカシー上の留意点

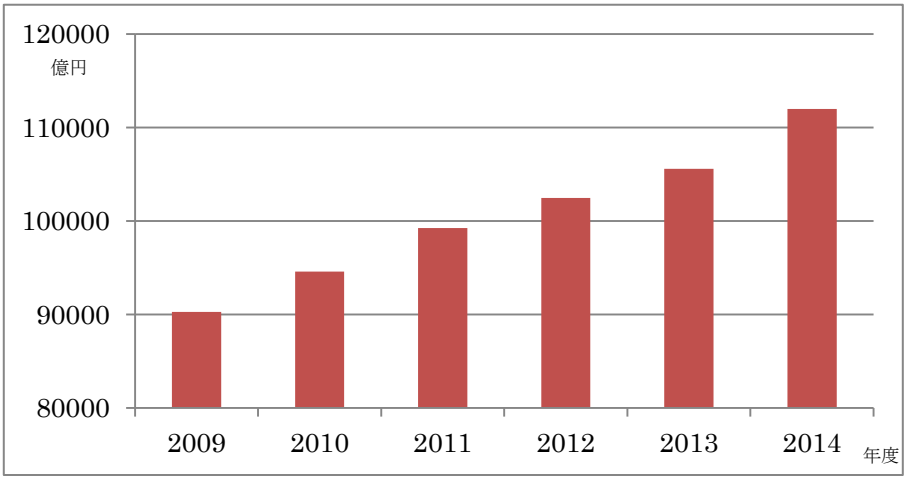
アドボカシー活動においては、社会課題の解決のために必要と思われる対策・事業に関して予算確保を提案していくことが考えられます。財政難のなかで予算を確保するには、その必要性や有効性をより説得的に説明できることが、重要となります。また、景気対策の補正予算、基金制度の創設などで新たな財源ができた場合、優先すべき予算の使い方を提案できるように準備しておくことも大切です。患者視点から質の高い医療を広めるために望ましい診療報酬のあり方にも関心を持ちたいものです。

地域の視点からすると、国から都道府県等への補助金制度がその地域で活用されているかどうかが着目点となります。国の予算と他の地域の予算を参考にし、地元に必要な予算を提案することも、ありえる方法です。地方交付税で使途とできる項目になっていても、実際にどれだけの額を使うかは地方自治体の方針によって大きく異なりますので、それもチェックポイントです。他の地域での事業や予算の好事例や、財源確保のテクニックなども一緒に行政担当者に提案できると、実現性が高まるかもしれません。もちろん、予算を付けるだけでなく、有効に活用されているか、成果を出しているかを見守るのも大きな役割となります。また、税金を財源とした予算だけに頼るのではなく、地域で行政と民間が一緒に支援基金を作り、活動をすることも一つのやり方です。民間資金と公的資金の役割分担をしながら進めることで、その分野の対策の重要性について行政の理解を高めることができる場合もあるでしょう。

次ページに続く

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

＜図１　厚生労働省予算案　医療関係予算（当初予算）額の推移＞



✧　さらに詳しく知りたい方のために

・平成 26 年度厚生労働省予算案の主要事項
http://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/14syokanyosan/dl/shuyou.pdf

・平成 26 年度診療報酬改定の基本方針
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000031544.pdf

・社会保障審議会医療保険部会
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi126719

・社会保障審議会医療部会
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi126706

・『診療点数早見表 2013 年 4 月増補版』医学通信社第 2 版、2013 年

・平成 24 年診療報酬点数表（しろぼんねっと）
https://shirobon.net/24/

・平成 24 年度 医療費の動向
http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/12/dl/iryouhi_data.pdf

・坂本 憲枝、長谷川 聖治、『医療費と保険が一番わかる』技術評論社、2009 年

・平成 24 年度地方公共団体の主要財政指標一覧
http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei/H24_chiho.html

・地域医療再生基金
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saiseikikin/index.html

・都道府県別のがん対策に関する取り組みと予算
http://ganseisaku.net/budget_state.html

（URL はすべて 2013/12/25 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

5-4 情報による政策誘導

～低コストで大きな効果を発揮することも～

キーワード ・ベンチマーキング　・PDCA サイクル　・行動変容

●このテーマで目指すゴール

・情報による政策誘導とは何かを理解できる
・情報による政策誘導の推進を求める
・情報による政策誘導を提案できるようになる

患者さんからの質問

医療の質がよくなっているのか、医療問題が解決しているのか、どこに本当の問題があるのか、それがはっきりしないので、何をすればいいのか今一つはっきりとしません。

●情報による誘導とは何か

政策手段として、「5-2　法令」「5-3 補助金と診療報酬」でみた方法の他に、情報によって政策を誘導する方法があります。情報の提供によって、課題を解決することに役立てることができます。

たとえば、ある良い医療行為を増やすことを誘導するのに、法令による規制などで位置づけるのは困難な場合があります。また、補助金で支援したり診療報酬でインセンティブ（誘因）をつけたりするには、何十億円や何百億円もの財源を用意しなければならないかもしれません。しかも、それだけで狙ったような効果をもたらせるかどうか分かりません。それに比べて、情報提供策ならば、既存の情報を既存のルートで流すだけでよいときもあり、費用が格段に少なくて済むかもしれません。また、むしろ誘導効果は大きい可能性もあります。

例で考えてみましょう。「7-2　脳卒中」の項目にあるように、急性期（発症してすぐ）の脳卒中治療において t-pa 治療と呼ばれる血栓溶解療法が受けられるかどうかは現在の大きなテーマです。住んでいる地域によってそのカバー率が大きく異なり、それが受けられるかどうかで救命率などが大きく変わってくるからです。t-pa 治療の“均てん化（どこでも質の高い医療が実現している状態）”を達成するには、どうすればいいでしょうか。診療報酬でインセンティブをつける策も有効でしょう。しかし、情報提供による普及促進も効果があると考えられます。施設別、2 次医療圏別に t-pa 治療の件数、実施率、カバー率などを公表すれば、影響を及ぼすことができる可能性があります。

情報の切り口は、「診療に関する情報」と「施策に関する情報」の 2 つの区分を意識しておきましょう。前者は、治療成績、実施されている医療の内容、治療件数などです。後者

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

は、施策の活動の結果（アウトプット）やそれがもたらした成果（アウトカム）などです。医療の現況データは、「3-4　目標設定」で見たように、ストラクチャー（構造）指標、プロセス（過程）指標、アウトカム（成果）指標に、しばしば 3 分類されます。

では、情報はどのように活用されるのでしょうか。図 1 を見てください。患者経路、医療提供者経路、行政経路、メディア経路などの影響ルートが考えられます。

診療に関する情報の例として、施設別治療成績が開示されていたとしましょう。患者は、より治療成績がよく結果的に医療費が安い施設に集まるかもしれません。医療者は、施設別成績のベンチマーキング（成績を比較できるようにしてフィードバックすること）を見て、成績の悪い施設が奮起して成績を改善しようとするでしょう。行政は、成績格差が小さくなるような施策を打とうとします。メディアは格差を報道し、先にみた患者、医療提供者、行政の行動を加速させることができるでしょう。

施策情報の例として、地域別のがん検診率が分かりやすく提供されていたとしましょう。がん検診率が著しく低い地域では、住民が、検診対策の強化を望む行動を起こすことが考えられます。医療提供者が、汚名返上しようと、プロジェクトチームを組むこともあるでしょう。行政は、近隣の市町村に負けないように、対策を強化するのではないでしょうか。メディアは、検診率の低い町の見解について記事を書くでしょう。

このように、情報は各立場の意識変容や行動変容をもたらします。政策を向上させたり、ひいては医療の質を高めたりします。しかも、情報は小さな費用で大きな効果をあげることがありえます。ただし、データが間違っていたり、偏った一部の情報が独り歩きしたりすると、不適切な行動を誘発することもあるので、そうした点へは留意が必要です。

●情報による誘導の現状と課題

近年、行政は情報による政策誘導のための基盤を強化しています。表 1 に見られるような、さまざまなアプローチが生まれてきています。かねてから情報提供による医療の改善効果は指摘されてきましたが、なかなか大きな進展が見られませんでした。しかし、表 1 のような基盤や仕組みが総合的に整備されることで、実現する好機が到来したと言えるかもしれません。しかし、それが現実のこととなるかどうかは、次のような課題や障壁をクリアできるかどうかにかかっています。

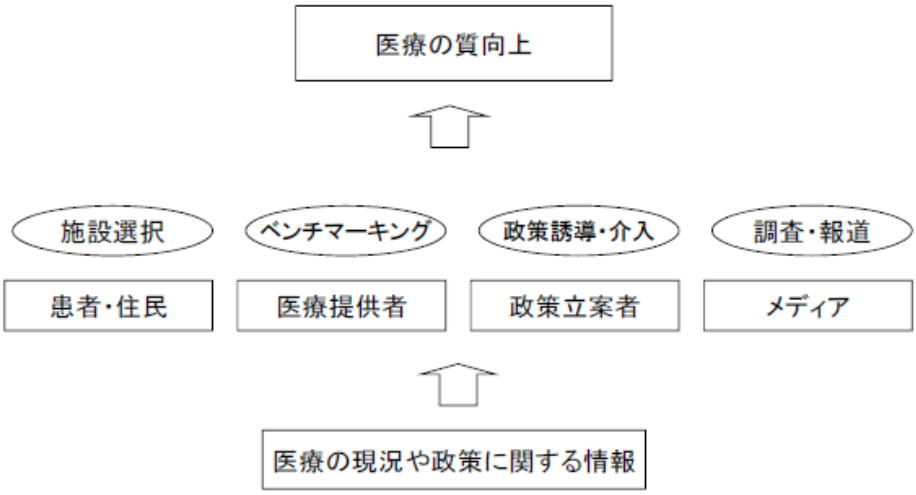
まずは全体戦略の策定です。だれがどのような努力をどのようにすれば、いつどのようなデータ活用が実現して、だれにどのようなメリットがあるのか、といった全体像の共有が重要です。次にデータを収集する体制づくりです。これまで日本ではデータの計測に労力を掛けること関する理解や関心が高くなかったため、それを可能にするための費用や体制づくりも欠かせません。また、意識改革も重要で、医療現場や行政現場への研修なども必要でしょうが、この点については、効果を生む好事例が共有されることで急速に進展する可能性があります。データの扱い方や社会への活用の仕方を設計するには、欧米に比べて少ない公衆衛生や医療現場業務改革の専門家などの人材の強化も欠かせません。

●アドボケートにできること

では、アドボケートには何ができるでしょうか。まず、自分の住んでいる地域で、自分の関心がある疾病領域に関する情報を集めてみましょう。その疾病の現況や対策のための活動を評価できるようなデータが見つかったでしょうか。どのようなデータが不足しているでしょうか。そうしたデータを作ることができるのは、だれでしょうか。このように考えていくと、それができる当事者に提案ができるようになってくるはずです。また、そうした当事者がデータを作成できるようにするためには、どんな環境整備が必要でしょうか。それは、誰に提案すればいいでしょうか。考えてみましょう。

一方、アドボカシー仲間と情報の読み解き方について、勉強会を開くこともできます。行政や医療の専門家と議論する際に情報の活用法を十分に理解していると、一目置かれるかもしれません。また、専門家が作成したデータを市民に分かりやすく伝えるのも患者アドボケートの役割です。自分たちでそのためのプロジェクトをスタートすることもできます。たとえば、患者さん向けがん情報提供サイトの「大阪がんええナビ」は、患者団体と公的な病院の情報部門の協働でできたものです。病院の治療成績や機能情報などが掲載されており、地域住民の意識変容や行動変容をもたらす可能性もあります。

＜図１　情報が医療に影響を及ぼす経路（概念図）＞



＜表１　行政によるさまざまな情報活用の兆し＞

〇社会保障制度改革国民会議報告書

「データの可視化を通じた客観的データに基づく政策、（中略）データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する声が上がっていることにも留意せねばならない」との記載があります。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

○中央社会保険医療協議会（中医協）

医療の質に関するデータの収集と分析に基づく診療報酬の検討が進んできています。データを提出することにもインセンティブ（報酬）が着くことが増えています。また、データに基づく医療技術分析（HTA）によって費用対効果の考えの導入も検討されています。

○医療計画において

5 疾病・5 事業・在宅において、現況指標を収集した上での、PDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルの確立が目指されており、ストラクチャー（外形）指標、プロセス（過程）指標、アウトカム（成果）指標の 3 点セットのデータ収集が進められています。

○がん対策において

全体目標と分野別目標に関して、アウトカム（成果）を計測するための指標セットの設定作業が進んでいます。国および都道府県で、指標設定とデータ収集に基づき、PDCA サイクルによって、政策・対策の質を高めて、アウトカムの向上を加速させる方向です。

○保険者データ

保険者機能強化の一貫として、保険者が保有するレセプトデータから、医療の質、プロセス、コストなどに関するデータを収集し、地域格差などを提示したうえで、都道府県の医療計画などに意見を述べようとする動きが起こってきています。

○データヘルス計画

保険者のもつ加入者の健診データとレセプトデータによる受療記録などを合わせて分析することで、重症化リスクの高い人を早期に治療することなどにより、重症化を予防しようとする活動です。国保でもデータを活用した「国保ヘルスサポート事業」が始まります。

○がん登録法の制定

がんに関する疾病登録の仕組みを全国的に整備するための法律が議員立法で成立。罹患率（および進行度）、生存率、死亡率などが、がん種別、男女別、地域別、進行度別などで分析できることになり、がん対策の PDCA サイクル向上に活用される道が開けました。

○科学技術イノベーション総合戦略

重点的取り組み事項として「健康、医療、介護分野への IT（情報技術）を活用した地域包括ケア等の推進」が入りました。その一環として「介護・医療関連情報の『見える化』の推進」などに取り組むこととなっており、厚労省での試行的事業などが進んでいます。

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・社会保障制度改革国民会議報告書

http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf

・「PDCA サイクルについて」（22～26 ページ）（厚生労働省　医療計画ページ資料から）

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/dl/shiryou_a-2.pdf

（すべて 2014/03/22 アクセス）

5-5 審議会と報告書

～委員になっても、ならなくても～

キーワード ・審議会 ・協議会 ・検討会 ・報告書

●このテーマで目指すゴール

・審議会による政策決定プロセスを読み取れる
・審議会のメンバーに働きかけることができる
・審議会の委員として活躍できる

患者さんからの質問

審議会の委員になりました。どのように会議に臨めばいいのでしょうか（所属する団体のメンバーが審議会の委員になりました。どのようにサポートすればいいのでしょうか)。

●審議会とは

なぜ、審議会など、公的に政策を審議・検討する会議がアドボケートにとって重要なのでしょうか。それは、本書 5-1「政策立案プロセス」で見たように、多くの重要政策が審議会などでの議論を経て作られるからです。患者アドボケートが審議会などの委員になったり、審議会のメンバーなどに働きかけたりするのは、アドボカシー活動の王道の一つでしょう。

審議会、協議会、検討会、研究会など会議の名称はさまざまです。その重みのひとつのバロメーターが、法律上の位置づけです。社会保障審議会、中央社会保険医療協議会（中医協)、がん対策推進協議会など、法律や政令にもとづいて設置された審議会や協議会などは権威が大きいと言えます。大臣や厚労省の局長などの私的諮問委員会として作られた検討会や研究会は、権威が小さいと言えます。ただし、ときにこうした場で決まったことの方が、法令に基づいた審議会での決定より大きなインパクトをもたらすこともあるので、患者アドボケートとしては両方に注目する必要があります。

●審議会・検討会の現状と課題

国（厚生労働省や文部科学省など）や都道府県等の地方公共団体は、医療政策に関わる審議会などの会議体を多くもっています。患者アドボケートが、課題と捉え、解決策を提案したいことがあるなら、まず、そのテーマを管轄している会議体がどれかを調べ、そこの議題に乗せてもらうことが、ひとつのアプローチの仕方です。そのテーマをカバーしているものがなければ、そのための検討会や部会を立ち上げてもらうのも一手です。そうした会議体が設置されることは、ある程度の対策の強化が約束されるのに近い効果が得られ

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

る場合もあります。

一方で、そうした会議を設定し議題にすることが最上の策ではないこともあります。審議されることによって、その時点で合意できることしか実行に移せず、対策の規模や範囲の結論が固定化してしまうことがあるからです。場合によっては、先に議員立法で法律を新設してから、それに基づく会議体を設置して審議した方が、より抜本的な施策が実現する可能性もあります。どちらが成果への近道かは状況次第で、高度な判断が必要です。

審議会などをチェックしたりウォッチしたりする際は、その議論の内容や個々の委員の発言などを吟味する前に、会議のガバナンス（統治）や構造的側面を確認しておくことが必要です。例えば、正しいメンバー構成になっているか、適正な頻度で開かれているか、重要な議題が取り上げられているか、などです。メンバー構成が歪んでいたり、年に 1 回ぐらいしか開催されなかったり、議題とすべきことが議題になっていなかったりしては、いくら表面上で活発な議論がなされていても、課題解決や成果への影響がさほど大きくなるとは考えにくいのです。

次に、実際の審議の状況を、公開された議事録などをもとに各委員の発言、決定事項、その決定事項と委員の発言の関係なども含めて分析する必要があります。議論が活発に見えても、出た意見と結論（あるいは審議の結果まとめられる報告書などの記載）の関係が不明確な場合もあります。結論ありきではなく、実質的な議論が行われているか、吟味することが重要です。本書 5-1「政策決定プロセス」で見たように、多くの場合、審議会などで報告書や計画案が作られます。法令などの非予算事項も報告書への記載を踏まえて法令の制定へ進む場合がありますし、予算事項も、報告書に盛り込まれた施策の実施に必要な費用として確保されていく場合が多いのです。重要な働きかけの対象と言えるでしょう。

報告書や計画書の案を、「霞が関（お役所）文学」（行政上の文章技術）を理解してチェックすることも重要です。典型例が、「検討する」という言葉です。「〇〇事業を実施する」と「〇〇事業を実施することを検討する」は大違いです。前者は実施が確実で、後者は実施されない可能性を含んでいます。

●アドボカシー上の留意点

国や都道府県は、患者、市民、住民の審議会等への参画を積極的に進める方針に徐々になってきています。一例をあげると、都道府県の地域医療計画の策定と評価に際しては、厚生労働省の医政局長通知によって、患者・住民を検討する委員に入れることとなっています。実際は図 1 に見るようにまだ少数ですが、これが進んでいくと考えられます。47 都道府県の 5 疾病・5 事業・在宅の分野で、それぞれ患者委員が 2 人ずつ誕生すれば約 1000 人となります。約 400 の 2 次医療圏ごとに圏域会議ができ、そこに 2 人ずつが入れば、さらに約 800 人で、それだけで合計約 1800 人となります。大幅に参画する人を増やす必要があり、積極的に委員のポジションを担っていくことが重要となります。

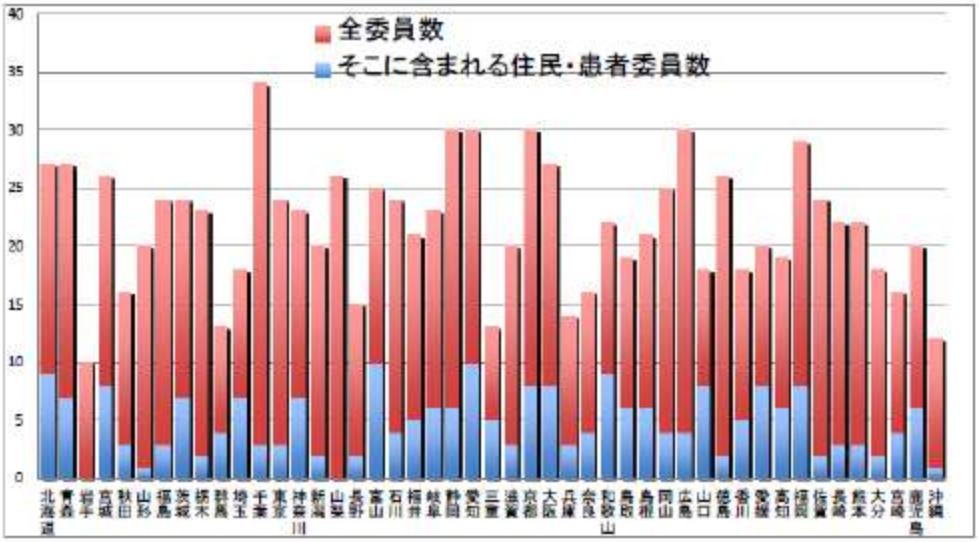
もちろん、委員になったらその会議体の目的に合った責務を果たすことが大切になって

きます。そのポイントは、(1) データと患者等の声などに基づいて意見形成をする (2) 必要な議題を出す (3) 原則、必ず出席する (4) 資料請求や資料提出を行う (5) 患者・市民の求める政策を実現するには何が課題なのかを整理する (6) 発言する――などがあります。患者を代表する立場になれば、自分の経験を踏まえて患者視線を大切にすることはもちろんとして、自分の意見を述べるのではなく自分が代表している集団（患者など）の意見をできるだけ織り込んで意見を述べることが求められます。また、本書 2-3「行政との協働」内にある、セルフチェックリストも参考にしてみてください。　もちろん、必ずしも自分が委員になる必要があるわけではありません。委員でなくても、(1) 患者委員に意見を伝える (2) 委員に意見を伝える (3) 事務局に意見を伝える (4) 政治家などその他の関連ステークホルダーに意見を伝える――など、多彩なアドボカシー活動が可能です。重要な審議会、自分たちの活動と関係がある検討会などについては、傍聴したり、会議資料や議事録に目を通したりすることを、仲間と手分けして実行したいものです。

次ページに続く

＜図 1＞医療計画策定における住民・患者参加の状況

（医療審議会での住民・患者委員数）



出典：東京大学公共政策大学院「医療政策教育・研究ユニット」主催シンポジウム「2025 年に向けた医療計画と診療報酬の姿」（2013 年 9 月 22 日）、パート 1　講演 医療計画編　「新計画はどこまで進歩したか」3.「新・医療計画における住民・患者参加」、佐伯晴子氏発表資料

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・森田朗『会議の政治学』慈学社出版、2006 年

・「患者の声を医療政策決定プロセスに反映させるために」（患者の声をいかに医療政策決定プロセスに反映させるか研究班）

http://www.kanjyakai.net/docs/keyperson01.pdf（2013/10/28 アクセス）

・佐伯晴子、「新・医療計画における住民・患者参加」、2013 年 9 月 22 日シンポジウム「2025 年に向けた医療計画と診療報酬の姿」発表資料

http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2013-09-22/d/1_3_Saeki.pdf（2013/12/25 アクセス）

・厚生労働省　審議会・検討会等

http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/indexshingi.html（2013/12/25 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

5-6 財政問題

～推奨施策の財源を示せるか～

キーワード ・財政赤字　・税と社会保障の一体改革　・国民負担率　・中福祉中負担

●このテーマで目指すゴール

・医療財政の構造を理解する
・財源を踏まえて、施策の提案ができる
・医療財政と医療提供体制の一体的な改革について提案ができる

患者さんからの質問

行政に施策の提言をすると、「財源はどのように確保しますか」と聞かれます。どういうことでしょうか。

●財政問題とは

なぜ、医療や医療政策を考える際に、財政のことが問題になるのでしょうか。それは医療そのものや医療の対策のために打つ施策には、お金がかかるからです。そのお金は、税金、健康保険料、窓口自己負担など、いずれにしても何らかのかたちで国民が負担しなければなりません。お金のめどが立たない、財源が確保できない施策は打てないということになります。税金を投入するならば、巨額の財政赤字を抱え、かつ支出より税収が大幅に少ないという国家財政の中から資金を捻出しなければなりません。地方自治体でもごく一部を除いて財政は赤字で、医療対策に割り振りできる資金には限界があります。また、よりよい医療行為や伸ばしたい医療行為に診療報酬を増やすと、それは保険料を上げ、医療保険維持のために税金から出ている支援金を増やすことになります。自己負担率を上げると、医療を受けたときの支払額が増えることになります。

●政府財政と医療対策費

日本の財政状況と医療費の関係、医療費の財源の内訳、医療費負担の国際比較など、医療に関する財政問題を簡単に概観しておきましょう。

日本の 2014 年度（平成 26 年度）の国会予算は 96 兆円です。歳入（収入）は、96 兆円のうち税収 50 兆円、国債費（借金の利払いなど）41 兆円などです。歳出（支出）は 96 兆円のうち、23 兆円は借金の利払いや返済である国債費で、政策に充てられる費用はこのうち 73 兆円に減ってしまいます。公共投資や防衛費などを大きく超えて、このうち年金、医療、福祉などの社会保障費が 31 兆円です。うち医療・介護関係が 12 兆円です。このように、収入の 4 割が借金で大幅赤字の状態で、支出のうち医療・介護はもっとも大きな費目

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

の一つとなっています。

省庁別に見ると、国家予算の政策費用 73 兆円のうち厚生労働省予算は約 30 兆円です。厚労省予算の分類によると医療が 11 兆円、年金が 11 兆円です。医療の 11 兆円が何に使われているかは、厚労省の予算説明書を読めば詳しく費目が記載されています。

国の累積債務残高は約 1000 兆円に上ります。日本の国民部門の個人金融資産は約 1600 兆円あるといわれますが、一方で国家部門の財政は1000兆円の負債を抱えているわけです。このまま財政赤字が膨らむと日本の国債や円への信用不安を引き起こし、急激なインフレ（物価上昇）や金融危機を招く危険性があり、日本は財政基礎収支（プライマリーバランス。国債費を除いた支出と、国債費を除いた税収の収支）を、2015 年に 2010 年の半分の赤字とし 2020 年までに黒字化すると国際公約をしています。このように、国家財政を大幅に増やすことが困難な状況です。また、税収は消費税の増税によって平成 26 年度は少し増えるものの、今後、税収が大幅に増えたり、歳出に税収が追い付いたりするような情勢は急には見込めません。

●医療費の現状と課題

次に、医療費がどのようにまかなわれているかの観点から、医療費の構造を概観しておきましょう。2012 年度の国民医療費（健康保険を使った医療、公費負担の医療など。健康診断や正常な出産などは除く）は、約 38.5 兆円でした。その内訳は、表 1 にあるように、税金を財源とする公費が 38.1%（国庫 25.9%、地方 12.2%）、保険料が 48.5%（加入者 28.3%、事業主 20.1%）、患者負担 12.7%となっています。財源として一番大きいのは加入者や雇用主が負担している保険料ですが、医療保険への国庫や地方自治体の負担割合も大きく、それが上記のように医療費が財政問題と絡んでくる理由です。公費を増やすのが困難なため、医療費全体への抑制圧力が高まっています。

医療費の将来推計はさまざまな数値がありますが、いずれも大幅に伸びるとみています。政府の推計（2012 年 3 月）によると、医療給付費（健康保険で使われた医療費。国民医療費から自己負担などを除いたもの）は、2011 年の 33.6 兆円から 2025 年は 53.3 兆円と、14 年間で 20 兆円近く増えるとしています。医療費が伸びる要因は、新規技術の普及や、高齢化の進展が大きくなっています。話を単純化するために、仮に医療費は 1 年間で 1 兆円増えるトレンドにあるとしましょう。そのままでは 15 年間で 15 兆円増えてしまいます。医療費を節約や削減しなければ 15 兆円の医療費を確保する必要があります。5 兆円削減しても 10 兆円（国民一人当たり年間約 10 万円）の財源確保が必要です。全力で削減努力をすると同時に、全力で財源確保をすることが不可欠となります。

上記のように日本の財政と医療は、深くつながっています。国債に大きく依存する公費を使うことは、現在の医療費の支払いを子や孫につけ回ししているという見方もできます。本書 5－3「補助金と診療報酬」で見たテーマを考えるにも、財政問題の視点は欠かせないことになります。

●財政問題の解決への模索

一方で、医療費の国内総生産（GDP）比率を国際比較すると（表 3)、日本は高齢化が進展している割に医療にかけている費用がそれほど高くないことが分かります。また、国民負担率（税負担と社会保障費負担の合計の国民所得に対する割回）を見ても OECD 加盟 33 カ国の統計で 27 位となっています。このうち医療に関する部分だけをみても、日本は高くありません。このため、「日本が“低負担・中福祉”の国で、負担を高め“中負担・中福祉”の国になるべきではないか」との問いかけも行われています。国民へのアンケートの結果では、「医療を維持するためには一定の負担の増加はやむを得ない」といった声が多いですが、いつどのような方法で誰の負担を増やしていくのかということに関しては、議論も不十分で合意も形成されていません。

医療費の削減策としては、不要や無駄な医療行為の削減、質が高く費用が少ない医療の浸透、後発医薬品（ジェネリック）への切り替え、などが考えられます。一方で、費用確保方法として財源は保険料か、公費（税金）か、自己負担の 3 つとなります。先に見たように、公費は大きく増やせる見込みがありません。自己負担は国際比較的にも比率が大きくなっており、病気になったときの負担感の大きさを示すデータや、治療差し控え者の増加のデータもあるため、困難な状況です。

現在、政府は「社会保障と税の一体改革」を推し進めています。この流れの上に、医療制度改革国民会議報告書（2013 年 8 月)、それに沿ったプログラム法の制定（同年 12 月)、消費税増税分を見込んだ 2014 年度予算の決定（同年 12 月）と進んでいます（本書 5－7「社会保障国民会議報告書」参照)。

消費税と医療改革の関係については、表 3 をご覧ください。2014 年 4 月 1 日からの消費税の 5%から 8%への値上げによる税収増は約 5 兆円ですが、そのうち社会保障の充実に充てられるのは約 5000 億円で、医療介護サービスの提供体制改革は約 950 億円で消費税増税が診療報酬に反映される分の補てん 353 億円を除けば、一般的な医療提供体制の再構築に使われる費用は、約 600 億円と 5 兆円のうちの 1%程度となってしまいます。これからも 2025 年医療提供体制に適応するには、税金頼みには限界があることが分かります。国民の所得格差が拡大する中で国民皆保険を持続可能にするには一定の税の投入は今後とも不可欠ですが、その際にはその目的と役割を明確にする必要があります。財源確保について国民的議論と合意が急がれます。

●アドボケートにできること

患者アドボケートは、財政問題や医療財政のイロハを理解しておく必要があります。社会の課題解決のために施策を提案すると、お金がかかる場合が多くあります。提案をすれば、行政担当者から「必要性は分かりますが、予算がありません」「財源はどこにありますか」「それを実施する代わりに廃止できる施策はありますか」といった反応が返ってくるかもしれません。こうした問いは省内や庁内でその担当者が政策を提案した場合、上司や財

務当局から聞かれることでもあります。

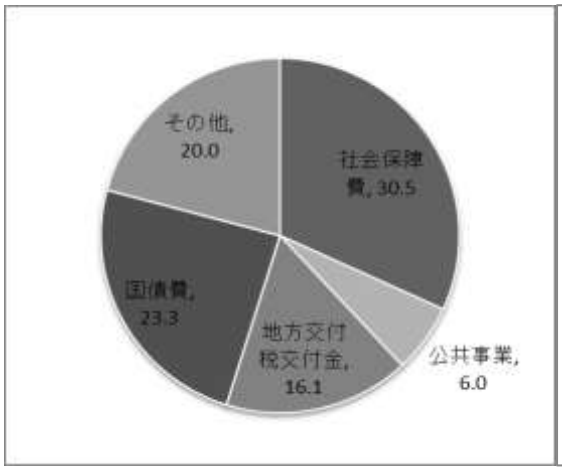
こうした問いに、患者アドボケートは、「お金のことは分かりません」「お金を考えるのはあなたの仕事です」と答えるスタンスもあるかもしれません。しかし、財政問題を理解し一緒に考える姿勢を示した方が、より深い信頼関係が築けるでしょう。「人道的に緊急対応が必要な事項です」「目先の費用は掛かりますが、数年後に大きな費用削減に結び付けられます」「この事業を実施すれば、別の事業を廃止できます」「財源として別途、民間基金を作りますから、合わせて取り組むことができます」といった説明方針もあり得るでしょう。

また、具体的な財源を示せる場合もります。環境によっては、「景気対策の緊急補正予算があれば、それを使う施策にしましょう」「緊急雇用対策の補助金などが作られた際には、その使途にしましょう」「来年度の政府補助金の〇〇の項目が活用できます」「地方交付金の活用可能項目に入っています」「他県ではふるさと納税基金を活用しています」「（基金がある場合には）地域医療再生基金を活用しましょう」などです。これは、すでに確保された予算の中での、よりよい使い道、優先的な施策となりえることを提案するアプローチです。

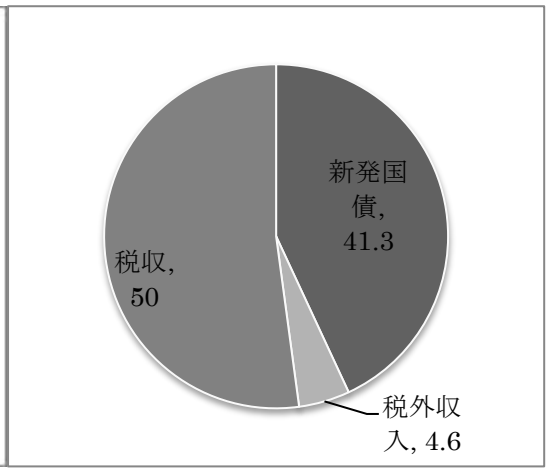
さらには、財源問題は患者・住民と共に考えることが必要です。医療費の無駄遣いをなくすにはどうすればいいか。公共財である医療の仕組みを維持・発展するために、公助を中心にしながら、どうやって医療財源を支えていくべきなのか。そうしたことを勉強し合って情報発信していくことも、政策立案者や医療提供者と信頼関係を深めるために重要な視点となります。

＜図１　2014 年度予算の概要＞

2014 年度予算歳出（兆円）



2014 年度予算歳入（兆円）



患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

＜表１　国民医療費の財源＞

財源	額（億円）	比率（%）
公費	148,079	38.4
国庫	100,307	26.0
地方	47,772	12.4
保険料	187,518	48.6
事業主	77,964	20.2
被保険者（加入者）	109,555	28.4
その他	50,252	13.0
うち患者負担	47,416	12.3
合計	385,850	100

出典：国民医療費の結果の概要

＜表２　診療種類別国民医療費＞

診療種類	推計額（億円）	構成割合（%）
●医科診療医療費	278,129	72.1
○入院医療費	143,754	37.3
・病院	139,394	36.1
・一般診療所	4,359	1.1
○入院外医療費	134,376	34.8
・病院	53,421	13.8
・一般診療所	80,954	21.0
●歯科診療医療費	26,757	6.9
●薬局調剤医療費	66,288	17.2
●入院時食事・生活医療費	8,231	2.1
●訪問看護医療費	808	0.2
●療養費等	5,637	1.5
●国民医療費	385,850	100

出典：国民医療費の結果の概要

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

＜図 3　医療費の国際比較　「OECD 加盟国の医療費の状況（2010 年）＞

国名	総医療費の対GDP比(%)	順位	一人当たり医療費(ドル)	順位	備考
アメリカ合衆国	17.6	1	8,233	1	
オランダ	12.0	2	5,056	4	
フランス	11.6	3	3,974	10	
ドイツ	11.6	3	4,338	9	
カナダ	11.4	5	4,445	7	
スイス	11.4	5	5,270	3	
デンマーク	11.1	7	4,464	6	
オーストリア	11.0	8	4,395	8	
ポルトガル	10.7	9	2,728	23	
ベルギー	10.5	10	3,969	11	
ギリシャ	10.2	11	2,914	22	
ニュージーランド	10.1	12	3,022	20	
スウェーデン	9.6	13	3,758	12	
イギリス	9.6	13	3,433	15	
スペイン	9.6	13	3,076	18	※
日本	9.5	16	3,035	19	※
ノルウェー	9.4	17	5,388	2	
イタリア	9.3	18	2,964	21	

国名	総医療費の対GDP比(%)	順位	一人当たり医療費(ドル)	順位	備考
アイスランド	9.3	18	3,309	16	
アイルランド	9.2	20	3,718	13	
オーストラリア	9.1	21	3,670	14	※
スロベニア	9.0	22	2,429	24	
スロバキア	9.0	22	2,096	26	
フィンランド	8.9	24	3,251	17	
チリ	8.0	25	1,202	32	•
ルクセンブルク	7.9	26	4,786	5	※
イスラエル	7.9	26	2,165	25	※
ハンガリー	7.8	28	1,601	29	
チェコ	7.5	29	1,884	28	
韓国	7.1	30	2,035	27	
ポーランド	7.0	31	1,389	30	
エストニア	6.3	32	1,294	31	
メキシコ	6.2	33	916	33	•
トルコ	6.1	34	913	34	※
OECD平均	9.5		3,268		

出典：厚生労働省資料（原典は「OECD HEALTH DATA 2012」）

＜表 3　消費税を活用した社会保障の充実の内容＞

平成26年度における「社会保障の充実」（概要）

厚生労働省作成

（単位：億円）

事項		事業内容	計 (注1)	国分	地方分
子ども・子育て支援の充実		待機児童解消の推進と地域の子ども・子育て支援の充実（「待機児童解消加速化プラン」の推進、保育緊急確保事業の実施）	2,915	1,348 (注3)	1,568
		社会的養護の充実	80	40	40
		育児休業中の経済的支援の強化	64	56	8
医療・介護の充実	医療・介護サービスの提供体制改革	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等			
		（1）消費税財源の活用による診療報酬の改定	353	249	105
		（2）新たな財政支援制度の創設（※）	544	362	181
		地域包括ケアシステムの構築（認知症に係る地域支援事業の充実等）	43	22	22
	医療保険制度の改革	国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充	612	0	612
		高額療養費制度の見直し	42	37	5
	難病・小児慢性特定疾患への対応	難病・小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立 等	298	126	172
年金制度の改善		遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	10	10	0
合計			4,962	2,249	2,713

出典：厚生労働省、平成 26 年度における「社会保障の充実」（概要）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・平成 26 年度予算社会保障関係予算のポイント（財務省）
http://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2014/seifuan26/05-09.pdf

・平成 26 年度予算案のポイント（厚生労働省）
http://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/14syokanyosan/dl/shuyou-02.pdf

・国民医療費の結果の概要
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/11/dl/kekka.pdf

・OECD 加盟国の医療費の状況（2010 年）（厚生労働省資料より）
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken11/dl/02.pdf

・社会保障と税の一体改革（内閣官房）
http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/

・社会保障・税一体改革（厚生労働省）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku.html

・社会保障に係る費用の将来推計の改定（平成 24 年 3 月）
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/shouraisuikei.pdf

（すべて 2014/2/4 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

5-7 社会保障制度改革国民会議

～2025 年医療ビジョンと実施工程示す～

キーワード ・社会保障　・税の一体改革　・2015 年問題　・プログラム法

●このテーマで目指すゴール

・2025 年医療改革ビジョンを理解する
・その実現に向けた工程を理解する
・その改革と工程に参画して貢献できる

患者さんからの質問

社会保障制度改革国民会議というところから医療改革の姿を含めた報告書が出たそうです。医療改革をうたった報告書は他にもありますが、どこが違うのですか。

●社会保障制度改革国民会議とは

政府による医療改革は、「社会保障・税の一体改革」という枠組みの中で動いてきています。これは、消費税の増税などで一定の財源を確保しつつ、同時に改革に必要な充実策も打っていこうとするものです。言い換えると、改革に必要な施策を打つ際には、財源の確保がなされていることを原則にしていこうとの方向です。こうした流れの中で、社会保障制度改革国民会議（以下、国民会議）が、2012 年 6 月 15 日の自由民主党、公明党、民主党の 3 党合意に基づいて制定された社会保障制度改革推進法（以下、改革推進法）が規定している社会保障改革の実施に必要な事項を審議するために設置され、2012 年 11 月から 2013 年 8 月まで 20 回の会議を重ねてきました。この議論の報告書として、同年 8 月 6 日に「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」（以下、国民会議報告書）が発表されました。

2025 年に、団塊の世代が 75 歳となり日本の超高齢化社会が本格的に到来します。現在の医療体制と 2025 年に必要な体制には大きなギャップがあり、いわゆる「2025 年問題」と呼ばれます。報告書は、2025 年に向けた中長期的な医療改革に関する、政府の公式な青写真とも言えます。医療提供体制全般につながる広い範囲の改革をうたっていますので、どのような分野や疾病の課題と取り組んでいるアドボケートにとっても、必読の文書となるでしょう。

これまでも、福田・麻生政権時代の社会保障制度国民会議による最終報告書など、医療改革をうたった報告書はありました。今回の国民会議報告書がそれとは異なるのは、(1) 2014 年 4 月 1 日からの消費税増税による増収分の一部を財源とすることを前提として社会保障の機能強化を提案していること (2) 自公民 3 党合意に基づく改革推進法が規定する改

革を実行するためという具体的使命をもっていること（3）報告書を踏まえて政府が法律の改正（プログラム法）を行うことが改革推進法に明記されていること――などの点です。つまり、改革プランを“絵に描いた餅”にしないための実行性がこれまでよりも担保されているのです。

●報告書のポイント

国民会議報告書は、日本の社会保障の基本的な理念を押さえた上で、改革の方向として「高度経済成長期の『1970 年代モデル』から、超高齢化社会の『2025 年モデル』に合致した制度への改革が急務」としています。「少子化対策分野」「医療・介護分野」「年金分野」に分けて改革の各論が記載されており、「医療・介護分野」の改革については多岐にわたる内容が記載されていますが、次のような特徴があります。（1）医療・介護提供体制の改革を主眼としている（2）データによって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムを確立しようとしている（3）医療提供体制と国民健康保険の両面で都道府県の役割を強化しようとしている（4）必要な医療・介護提供体制の改革の財政支援方式として基金方式を重視しようとしている（5）地域の「かかりつけ医」の役割を重視しようとしている――などの点です。

国民会議報告書が出た 2 週間ほど後の 2013 年 8 月 21 日、政府は、改革推進法と国民会議報告書の趣旨を実行するのに必要な「法制上の措置の骨子」を定めました。ここには、改革の柱、工程とスケジュール、それに必要な法律改正の日程が書かれています。そして、それを受けたいわゆる「社会保障改革プログラム法」（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律）が 12 月 5 日に成立しました。プログラム法とは、国の目標や実現手順などを規定する法律のことです。今後、それにそって個別法の改正などが進められます。

先の「法制上の措置の骨子」には、「病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項」として、（イ）病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設（ロ）地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するための必要な措置（ハ）新たな財政支援の制度の創設（ニ）医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し、が列挙されています。

（イ）の病床機能報告制度は、医療機関が都道府県に病床の機能を報告するもので、2014 年度からスタートします。（ロ）の地域医療ビジョンは、将来の医療需要や医療機能別の必要量などをまとめるもので、2014 年度にガイドラインが策定され、2015 年に策定されます。（ハ）の基金については、2013 年 12 月 24 日に成立した政府 2014 年度予算の中で、2014 年 4 月 1 日から消費税率アップによる増収分約 5 兆円のうち、「新たな財政支援制度（基金）の創設」として 544 億円が手当てされました。別途、予算から 360 億円を加えた 904 億円が充当されます。医療従事者の確保・養成、在宅医療の推進、医療提供体制の改革に向けた基盤整備などの使途に、各都道府県に基金が作られました。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

●アドボケートにできること

上記のように、地域の実情に合った医療改革のための手立てが進んでいるわけですが、対応力に地域格差が生まれることも考えられます。患者アドボケートとしては、地元の都道府県において、病床機能報告制度の運用、地域医療ビジョンの策定、基金の活用などがどのように進行し、速やかに2025年医療体制への移行が完了するか、ウォッチし意見を述べることが重要となってきます。

2018年の4月に、診療報酬・介護報酬の改定、次期地域医療計画の開始という大きな医療政策上のイベントが重なります。このときまでに2025年体制を整える必要があります。表1にアドボケートが対象とすることが想定できる政策上のイベントを列挙してみました。アドボケートとして意見を述べることもできるでしょう。地域医療ビジョン、地域医療計画、がん対策推進計画などに関して都道府県でそれらを策定する委員になる道もあります。また、都道府県や2次医療圏などの圏域において、地域の医療政策を議論する場づくりを整備し、そこに住民が参画できる環境づくりも重要です。それには、こうした地域医療政策の場に組合健保、協会健保、国保などの公的保険を運営している保険者の参加を促し、保険者が患者・住民目線の発言をするように求めていくことも含まれるでしょう。また、患者関係者仲間や地域住民と共に、「2025年モデル」を支援するために自分たちに何ができるか、またそれに必要な財源をみんなでどのようなかたちで負担することができるのか、などを話し合う機会をもつことも大切になります。

＜表1＞　2018年までのアドボカシー対象政策事項（例）

2014	診療報酬改定 国がん計画3年目（中間評価） 都道府県がん計画2年目 地域医療計画2年目 医療機能報告制度 地域医療ビジョンガイドライン策定 介護報酬改定作業 新基金の開始
2015	介護報酬改定 国がん計画4年目 都道府県がん計画3年目（中間評価） 地域医療計画3年目（中間評価） 地域医療ビジョン策定 診療報酬改定作業 新基金の活用
2016	診療報酬改定 国がん計画5年目（次期計画策定） 都道府県がん計画4年目 次期都道府県がん計画策定委員選定 地域医療計画4年目 次期地域医療計画策定委員選定 新基金の活用
2017	次期国がん計画1年目 都道府県がん計画5年目（次期計画策定） 地域医療計画5年目（次期計画策定） 診療報酬・介護報酬同時改定作業
2018	診療報酬・介護報酬同時改定 次期国がん計画2年目 次期都道府県がん計画1年目 次期医療計画1年目

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・社会保障と税の一体改革（内閣府）
http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/

・社会保障制度改革推進法
http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H24/H24HO064.html

・社会保障制度改革国民会議報告書報告書
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf

・中村秀一氏（内閣府で国民会議を担当）『社会保障改革国民会議が示した医療の将来像』
http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2013-09-22/d/0_boutou_Nakamura.pdf

・社会保障国民会議（福田・麻生政権時）最終報告書
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/saishu/siryou_1.pdf

・社会保障制度改革推進法第 4 条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について
http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/pdf/kossi.pdf

・社会保障制度改革推進法第 4 条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子による社会保障制度改革の工程表（平成 29 年度まで）
http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/pdf/kouteihyou.pdf

・「社会保障改革分野に関するプログラム法」（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律）
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/185-03.pdf

・病床機能報告制度及び地域医療ビジョンについて
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000023379.pdf

・「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008zaj.html#shingi127371
（すべて 2014/2/4 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

5-8 中央社会保険医療協議会（中医協）

～40 兆円の値付けで医療を誘導～

キーワード ・中医協　・診療報酬改定　・社会保障審議会医療保険部会／医療部会

●このテーマで目指すゴール

・中医協と診療報酬改定の仕組みを理解する
・診療報酬改定の提案ができる
・診療報酬の仕組みの改善の提案ができる

患者さんからの質問

中医協が日本の医療を大きく左右していると言われますが、どうしてですか。

●中央社会保険医療協議会（中医協）とは

中央社会保険医療協議会は、社会保険医療協議法に基づいて設置された厚生労働大臣の諮問機関で、保険診療における診療報酬を審議する組織です。中医協との略称で呼ばれます。個々の診療行為の報酬（対価）を決める場で、約 40 兆円（年間）の医療費の配分を左右するともいえ、医療政策上、大きな影響力があるとされます。報酬を新設したり上げたりすること、逆にそれを下げたり廃止したりすることによって、医療機関において当該する行為を増やしたり、減らしたりする効果を引き起こし、医療を誘導する効果があると考えられています。診療報酬の改定は、2 年に一度実施されます。

中医協の政策決定プロセスの概要は次のようになっています。委員はいわゆる「三者構成」と呼ばれる三つの立場から成る構造になっており、支払側（保険者）から 7 人、診療側から 7 人、公益から 6 人です。この他に、専門委員が 10 人います。基本的には、支払側と診療側の 2 者が交渉の軸となっており、公益委員がそれら 2 者の間を“調停”するかたちとなっています。会長は中立的な公益委員から選ばれます。現状では、支払側は診療報酬（医療費）の抑制を、医療提供者はその拡大や医療資源の確保を主張することが多くなっています。

中医協はかつて絶大なパワーを持っているとされました。また、委員のうち特定のプレーヤーの力が強いとも言われてきました。しかし、一定の改革が進んでいます。2004 年の歯科の診療報酬改定に関わる贈収賄事件を契機に中医協のあり方に関する議論が高まり、「中医協の在り方に関する有識者会議」が設置され、2005 年 7 月に報告書をまとめました。その結果、中医協のパワーを制限する改革策が打たれました。すなわち、(1) 診療報酬改定率は予算編成過程を通じて内閣が決定する (2) 改定率を除く診療報酬の改定方針（基本認識、重点課題、改定の視点など）は、社会保障審議会の医療保険部会と医療部会が定め

る（3）中医協はそれに沿って具体的な診療報酬の設定の審議を行う――といった枠組みです（図 1 参照）。また、委員構成もそれまでの支払い側、診療側、公益が 8：8：4 であったのを 7：7：6 とし公益委員が増やされました。診療側委員の中で日本医師会の推薦する診療所の立場の委員が減らされ病院の立場を代表する委員が増やされました。

中医協には総会の他に、診療報酬基本問題小委員会、診療報酬改定結果検証部会、薬価専門部会、医療技術評価分科会、DPC 評価分科会などの部会、分科会などがあります。費用対効果評価専門部会が 2012 年 5 月に新設され注目されています。これまで新たな治療法の検討に当たっては、有効性と安全性が検討の基軸でしたが、今後はそれに加えて経済性を検討の視点に加えてはどうかという論点です。部会、分科会、専門部会などでも、患者に大きな影響を与える議論が起こり得ますので、本協議会のみならずできればそうしたところまでウォッチしておきたいものです。

●中医協の概要と課題

診療報酬は先に触れたように重要な政策誘導の手段と考えられてきましたが、それがどれほどうまくいくかは、課題です。ときには、意図しない効果が大きく現れる場合もあります。その例として看護配置基準があります。急性期病院の看護の質を上げようと 2006 年度の改定で、ベッド数に対して看護師数の密度を高くすると加点される仕組みが新設され、ベッド数に対し、7 対 1、10 対 1、15 対 1 などの配置基準が設定されました。最も看護師の配置密度が高い 7 対 1 の一般病棟入院基本料の病床数は 2006 年の約 4 万 5000 から 2010 年には約 33 万に増えました。これは行政が意図した数を大幅に超えるものでした。また、多くの病院がその加点を取ろうとして看護師の争奪戦も激化しました。日本では病院のうち国・公的病院は 2 割に過ぎず、民間の医療法人が大勢を占めます。診療報酬による経済的な誘導にたよると誘導が行きすぎたり、意図せざる結果を生んだりすることもあります。このため、政策は法令による定めや情報による誘導などと上手に組み合わせて実施していくことが重要です（本書 5－3「補助金と診療報酬」参照）。

診療報酬改定の 2013 年度の進行日程は図 2 のようになっています。夏から秋にかけて、社会保障審議会（医療保健部会、医療部会）において基本方針の議論がされ、12 月 6 日にそれが決定されました。12 月 24 日に内閣が閣議決定で改定率を決めました。その後、厚生労働大臣からの諮問とそれへの答申があり、4 月 1 日から実施されます。こうした日程に関して、2013 年度は 8 月に社会保障制度改革国民会議の報告書が出るという特別の要因がありましたが、それ以外の流れは他の年でも変わりがありません。患者アドボケートならば、こうした日程観とそれぞれの進行段階でだれがカギとなるプレーヤーかを知っておく必要があります。

日本の診療報酬制度および中医協でここ数年重要な議論となっているテーマはたくさんありますが、次のような論点が含まれます。

（1）根拠のある診療報酬の決め方

従来は、薬価などを除き各報酬の水準の根拠が詳細に検討されることが少なかったですが、近年では、整備される方向にあります。手術などに関して詳細な原価計算が行われたり、新しい診療報酬の導入に際してはそれに効果があるというエビデンス（科学的根拠）をもって議論がされたりする傾向にあります。例えば 2006 年に大腿骨頸部骨折治療、2008 年に脳卒中治療において、地域連携クリティカルパス（急性期病院と回復期病院など複数の医療機関が共同して患者を診療する計画書）の作成が診療報酬の適用となった際は、それを作成し使用した場合に患者の回復結果が改善するというデータが示されたことが決め手となりました。

（2）医療の質に応じた診療報酬

医療の質の確保に重要と考えられる専門家の配置などの機能要件を満たしたところに診療報酬を加点する仕組みが増えています。一部では、医療の質の結果も考慮に入れられています。

（3）包括化

従来は「出来高払い」が中心で、医療機関が患者の治療をすればするほど報酬が増える仕組みでした。医療機関にとって、患者を早く治癒させて退院させるより、患者を病院に抱えたままにした方が収入が増えるため、治療を長引かせる誘因が働きかねない方式だったのです。いまでは「包括化」が大きく進展しています。これは、「この疾病に対するこの方式による治療法なら〇万円」と定額で報酬を決めてしまいます。患者が長く入院しても短くても医療機関の収入は変わりませんから、早く回復する治療をして早く退院してもらうような誘因が働くようになります。

（4）レセプト（診療報酬明細書）開示

診療報酬明細書について、希望する人への発行が 6 年前にされるようになり、原則すべての患者への無料発行が 4 年前に制度化されています。まだ、すべての医療機関が実施するに至っていない状況ですが、患者が自分の治療内容を知るために重要です。

その他、たくさんの議論が進行しています。例えば、セカンドオピニオン、患者への情報提供、相談支援などについても徐々に診療報酬の対象が広がってきています。上記のような、患者にも大きな影響がある論点については、アドボケートがウォッチして必要に応じて意見を述べることが重要でしょう。

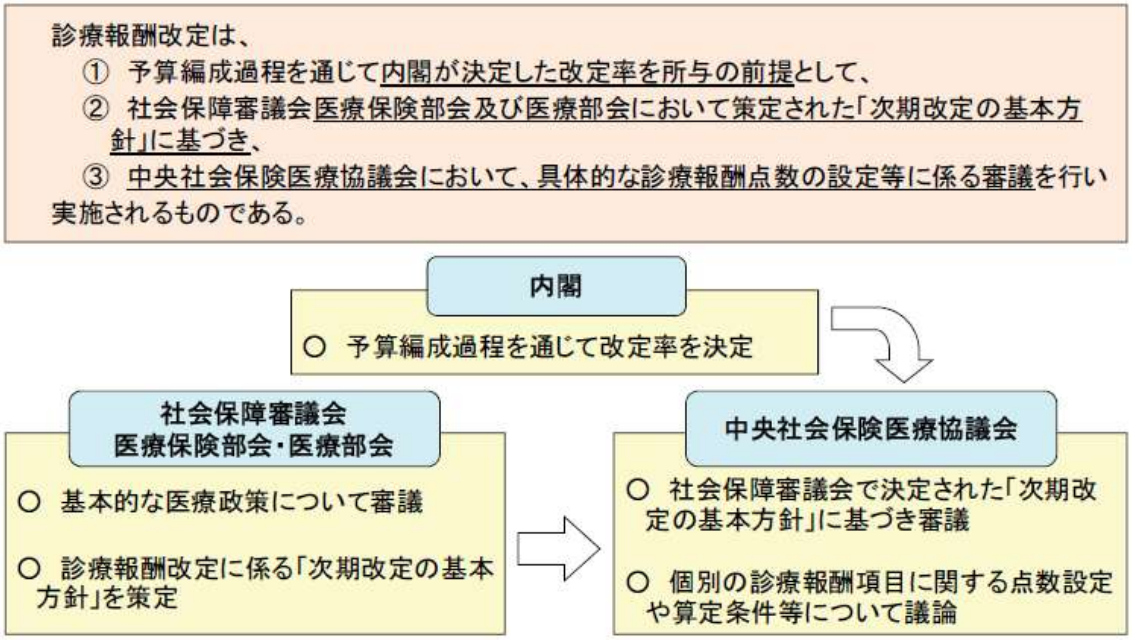
●アドボカシー上の留意点

患者アドボケートは、医療における課題の解決に取り組んでいます。課題の解消には法律の改正、補助金の付与などと並んで、診療報酬の適用などが有効な場合も考えられます。新たに診療報酬の対象としたり加点をすることが有力な解決策となるときは、声を上げることが重要です。先に述べたように、近年は新たな対策の有効性について、データが求められる場合が多いので、医療提供者などの専門家にそうしたデータの収集を進めてもらう

ことも重要となってきます。診療報酬に関する議論は複雑で専門的な知識が必要な場合もあるので、専門家や専門誌記者などからレクチャーを受けることも、理解と助けるための一つの手段となります。

診療報酬の新設などの個別施策の提案だけではなく、中医協のあり方について考えることも大切な視点です。現在、中医協に直接、患者や医療消費者の立場の委員の枠はありませんが、2005 年以来、支払側の枠から患者の立場の委員が出ていることを知っておきましょう。これ以外にも、患者の立場から発言する人の座席を増やすことが、課題となり得るかもしれません。また、現在の保険者が主に費用削減の立場からの発言に終始していることも論点になり得ます。医療消費者である加入者を代表する立場から、医療の質の向上、地域格差の解消、最適な医療体制への再構築などに、積極的な発言を期待する向きもあります。

＜図 1＞診療報酬改定の基本構図



出典：平成 26 年度診療報酬改定について（厚生労働省）

http://www.mhlw.go.jp/topics/2014/01/dl/tp0120-15-02p.pdf

＜図 2　診療報酬改定（2014 年度）のスケジュール＞

出典：同上

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・中央社会保険医療協議会　（すべて 2014/2/4 アクセス）
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008ffd.html

・平成 26 年度診療報酬改定の基本方針
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000031544.pdf

・「中医協の在り方に関する有識者会議」報告書の概要
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/08/dl/s0803-4r.pdf

・社会保障審議会医療保険部会
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi126719

・社会保障審議会医療部会
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi126706

・平成 24 年診療報酬点数表（しろぼんねっと）
https://shirobon.net/24/

・2025 年に向けた医療計画と診療報酬の姿～いま何に着手すべきか～
http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2013-09-22/index.html

・矢野好輝『診療報酬改定の環境と方向性』、関原健夫『HTA（医療技術評価）の議論と方向性』、花井十伍『患者・国民の視点からの診療報酬』、庄子育子『これから 10 年の診療報酬改定の見どころ』

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

5-9 地域医療計画

～地域の実情に応じて、地域で作る～

キーワード ・医療法　・機能分化　・住民・患者参加　・保険者参加

●このテーマで目指すゴール

・地域医療計画の役割と意義を理解する
・地域医療計画の改善方法を理解する
・地域医療計画の策定に参画して貢献できる

患者さんからの質問

都道府県の地域医療計画は、医療を受ける患者や住民にとって何か影響があるのですか。そうだとしたら、どのような計画が好ましいのでしょうか。

●地域医療計画とは

地域医療計画は、都道府県の医療提供体制などを記載した計画で、1985 年の医療法改正により導入され、都道府県知事に策定が義務付けられました。その後数次の改正を経て、現在具体的には厚生労働大臣の告示に基づく基本方針と医政局長通知による医療計画作成指針に基づき策定されます。（本書 5-2「法令」参照）。計画期間は 5 年ですが、従前は都道府県によって年のサイクルがバラバラでしたが、医療計画の評価をしやすくするため、2014 年に閣議決定された社会保障・税一体改革大綱により、それまでの計画期間にかかわらず、全都道府県の計画期間を統一し、2013～2017 年度の 5 か年計画が策定されました。2018 年度からは次期医療計画が実施されます。

医療計画は都道府県が医療計画作成指針(2012 年 3 月 30 日付医政局長通知)、及び疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針(2012 年 3 月 30 日付医政局指導課長通知)を踏まえて作成します。従って対象となる疾病や事業やテーマなどについては、共通性があります。たとえば、5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）・5 事業（救急医療、周産期医療、小児医療、へき地医療、災害医療）・在宅医療の 11 については、いずれの都道府県も章や節を立てて、課題と取り組むべき事項などを記載しています。また、こうした医療を担っている医療機関のリストや、それぞれの分野の現況を示す指標と値や、分野別の達成目標などが記載されています。

なぜ、地域医療計画に関心を持ち、アドボカシー対象とすることが重要なのでしょうか。まず、地域の医療の「均てん化（あまねく質の高い状態が実現できている様）」を達成する必要があります。都道府県や 2 次医療圏（全国で約 350）ごとに各疾病の罹患、治療成績、死亡率などの数値に大きな格差があるのが現状です。例えば、脳梗塞の死亡率（2010 年、

男性、年齢調整死亡率）の数値は、最も高い県が最も低い県の 2 倍になっています。また、アウトカム指標である死亡率だけでなく、行われている医療行為を示すプロセス（過程）指標や医療資源の配置などを示すであるストラクチャー（構造）指標の数値も大きく異なることが知られています。

例えば、脳卒中治療において t-PA 治療（近年始まった新しい脳梗塞治療法）の実施医療機関数や人口当たり治療件数なども、地域格差が大きいです。あるいは、がんを治療する放射線治療の専門医、がんの病理診断をする病理専門医、肺がん手術をする呼吸器外科専門医などの配置も地域格差が大きいです。こうした“均てん化”がなされていない状況は全体として患者に大きな損失をもたらしていると考えられます。それは、ある地域で受けられる治療が受けられなかったり、ある地域では助かったかもしれない人が助からなかったりする可能性があるからです。今後、医療計画の内容と実行の“質”が、地域の住民や患者の健康状態のアウトカムを大きく左右するようになるかもしれません。

各地の地域医療計画にまだ画一的な面があり、地域における疾病の発生や死亡の状況、人口動態や医療資源の状態などに十分に対応できていない面もあります。社会保障制度改革国民会議報告書（以下、報告書）が指摘したように、いずれの地域も医療提供体制を「1970 年モデル」から「2025 年モデル」に転換していかなければなりません（本書 5-7「社会保障制度改革国民会議報告書」参照）が、そのシナリオや転換策を具体的に十分に記載できている地域はまだありません。

報告書は、日本の医療提供体制を地域に合わせて都道府県が医療計画を活用して転換していく姿を示しています。従来の医療計画は、主に医療機関の種別ベッド数を規定するもので、ごく一部の医療機関の経営者と行政担当者だけが当事者であったような側面がありましたし、地域住民で計画を読んでいる人はほとんどいませんでした。しかし、地域で地域の医療提供体制を再構築していくという現在の日本の喫緊の課題において、医療計画がいわば主役ともいえる立場に躍り出てきたわけです。

●医療計画の現状と課題

2012 年 2 月の閣議決定「社会保障・税一体改革大綱」の内容を踏まえ、（1）疾病・事業ごとに PDCA サイクル（本書 3-1「PDCA サイクル」参照）を働かせる（2）精神疾患と在宅医療を必須記載分野に追加する――などが盛り込まれることとなりました。2012 年 3 月 30 日、厚生労働省医政局長通知「医療計画について」と、それに添付された「医療計画作成指針」では、それを具体的に記述しています。また、指針では、（1）データを活用し地域の課題に応じた対策を打つ（2）患者や保険者などのステークホルダーが参加して作成する（3）データの収集・検討、地域住民など関係者の意見を聞くなどのプロセスを踏まえて作成する――などが強調されています。

このように地域医療計画は大きく舵をとったわけですが、実際に作成された都道府県の医療計画ではこうした内容がまだ十分に実現できておらず、そこに至る途上にあるといえ

ます。現況は、各地域医療計画を読むとよく分かります。まず、自分の住んでいる都道府県の計画を読み、次にその他の県の計画を読み、比較してみましょう。その際に、助けになるのは、「PDCA サイクルを通じた医療計画の実行性の向上のための研究会」に提出された「医療計画の推進に係る都道府県調査結果」と、シンポジウム「2025 年に向けた医療計画と診療報酬の姿」におけるパート 3「医療計画のテーマ別分析 ～47 都道府県の好事例を探して～」で、全国の医療計画を読んだ上で行われた 8 つのテーマの発表です。また、医療計画の作り方など総論については、本書第 6 章の「地域医療計画に提案するために」で検討します。さらに、個別の疾病やテーマ別の現況と課題については、本書第 7 章の「疾病・事業の対策を改善するために」の各セクションに説明がありますので、参照ください。

厚生労働省では、2013 年 7 月から 8 月にかけて「PDCA サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会」を 3 回開催しました。そこには、地域医療計画の地域格差を物語る資料がたくさん出されています。先に触れた「医療計画の推進に係る都道府県調査」を見ると、都道府県の現状がよく分かりますが、計画を作るために審議会等を開いた回数もまちまちですし、患者・住民の立場の委員の参加数も同様です。この辺りは、本書 5－5「審議会と報告書」で見た、「新・医療計画における住民・患者参加」（佐伯晴子氏発表資料）にあるグラフによっても、明らかになっていました。厚生労働省の医療計画作成指針では、2 次医療圏ごとに圏域連携会議を開催し、疾病や事業ごとに作業部会を設置するとしていますが（図 1）、実行できている都道府県はまだ一部に過ぎません。

採用した評価指標の数は、多いところも少ないところもあります。前回の計画の効果の評価を行わずに今回の計画を作ったところもたくさんあります。自由記述欄をみると、都道府県の計画策定担当者が、計画策定のスキルやノウハウの不足に悩んでいる状況がうかがえます。これは都道府県のがん対策推進計画においても同様で、「都道府県がん計画策定状況および技術支援ニーズに関するアンケート回答集」の中に、それがよく表れています。行政担当者に積極的によい計画を策定してほしい患者アドボケートにとってはいささかショックな情報かもしれませんが、協働する重要な相手である都道府県の担当者の現状と気持ちを理解しておくことは重要です。行政担当者と患者アドボケートが一緒に計画策定ノウハウをどれだけ高めていけるかという問題と捉えることもできます。さらには、“六位一体”のかたちで、計画策定ノウハウと高め、計画策定プロセスに参画し、良い計画を作っていくことが求められる時代になっているともいえるかもしれません。そのためには、“六位一体で”それを学べる場所が必要となります。

なお、医療計画の 1 パートとして入っているがん対策については、がん対策基本法とがん対策推進基本計画に基づき、医療計画とは別に詳細な、都道府県がん対策推進計画が策定されています。医療計画全般に比べると、がん計画においては、患者参加、政策議論の活性化、指標の策定などが一歩先を進んでいるところもあり、他の分野には参考になる点も多いでしょう。2013 年 5 月に開催された「がん政策サミット 2013」では、11 のテーマにわたって全国のがん計画を読み比べて好事例を抽出する試みが行われました。

●アドボカシー上の留意点

以上、見てきたように地域医療計画は、地域ひいては日本の医療のアウトカムを大きく左右するものとなる可能性があります。患者アドボケートが取り組む疾病やテーマはさまざまでしょうが、地域の医療体制全体に影響しますので、いずれのアドボケートにも関連してくるでしょう。本書第 3 章「政策立案と評価のときに」で見た PDCA サイクルや政策評価の要件を満たした計画であってほしいものです。また、本書第 2 章「異なる立場と協働するときに」で見たような“六位一体”のプロセスで策定も大切な点です。さらには、本書第 1 章「アドボカシー活動のときに」で学習したような、アドボケートが社会課題と考えるテーマが取り上げられ、その解決策と考えている施策を計画に織り込むことは重要です。地域医療計画という対象は、患者アドボカシーの実践の重要な対象となってきます。

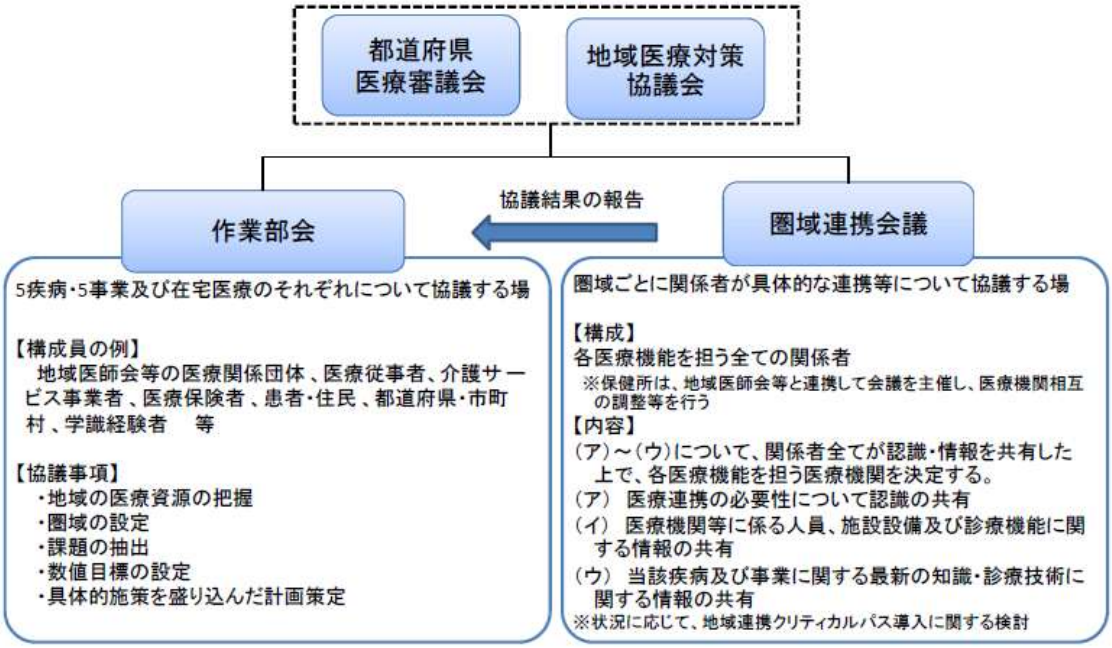
現在の医療計画は 2013～2017 年度のものですから、できたばかりで次の計画はずいぶん先と考えるかもしれません。しかし、現状の計画は先にみたように不十分な側面があることは否めませんし、次の計画への準備はすでに始まっています。本書 5－7「社会保障制度改革国民会議報告書」で触れたように、現在、「病床機能報告制度」の準備が行われており、2014 年度から報告が開始され、その情報が現行の医療計画に付記されます。これにより現在の医療資源の現況とニーズとのミスマッチが見えてくるようになります。さらに、2014 年度には「地域医療ビジョン」のガイドラインが作られ、2015 年度のうちに 47 都道府県の地域医療ビジョンが策定されます。次期医療計画は、この地域医療ビジョンを踏まえて作成されます。また、2014 年 4 月からの消費税の増税による税収増の一部を使って、各都道府県に医療体制の再構築のための基金が造成されますので、医療計画上における位置づけを明確にしつつ活用していくこととなります。

厚労省の地域医療計画作成指針には、各都道府県の医療計画を策定する審議会およびその部会において、住民・患者の立場の委員を含むべきとされていますが、現状ではまだ一部にしか入っていません。仮に全国約 350 の医療圏において 5 疾病・5 事業・在宅に関して 2 人ずつの患者委員が活動するとしたら、その数は数千人になります。みんなで地域医療の策定に参加できる人を数千人確保していかなければならないのです。仲間と勉強を進めると同時に、都道府県行政がこうした策定プロセスに患者委員を十分な人数を参画させるように求めていくことも大切です。

＜次ページに続く＞

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

＜図 1＞医療計画策定ガイドラインに示された医療計画の策定体制



出典：「医療計画について」（「PDCA サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会（2013 年 7 月 5 日）」資料より

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・医療計画（基本資料集）（厚生労働省ホームページ）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/index.html

・平成 22 年都道府県別にみた主な死因別男女別年齢調整死亡率（人口 10 万対）・順位
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/other/10sibou/dl/sanko1.pdf

・47 都道府県の地域医療計画およびがん対策推進計画の閲覧（国立がんセンター・がん情報サービスの「地域のがん情報」ページ）
http://ganjoho.jp/professional/cancer_control/prefectures.html

・PDCA サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008zaj.html#shingi127275

・医療計画の推進に係る都道府県調査結果（速報）
http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=148716&name=0000014431.pdf

・都道府県がん計画策定状況および技術支援ニーズに関するアンケート回答集
http://153.122.7.157/handout/enquete_print_-00011130_370435.pdf

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

・病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008zaj.html#shingi127371
・佐伯晴子、『新・医療計画における住民・患者参加』
http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2013-09-22/d/1_3_Saeki.pdf
・シンポジウム「2025 年に向けた医療計画と診療報酬の姿」の資料から
http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2013-09-22/index.html
「医療計画のテーマ別分析 ～47 都道府県の好事例を探して～」
テーマＡ　PDCAサイクルと指標／テーマＢ　医療連携体制／テーマ１　がん／テーマ２　脳卒中／テーマ 3　急性心筋梗塞／テーマ 4　糖尿病／テーマ 5　精神疾患／テーマ 6　在宅ケア
・シンポジウム「徹底研究：医療を動かす、医療計画作りとは」（プログラムと発表資料）
http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2012-08-18/index.html
・47 都道府県のがん対策推進計画の閲覧
http://ganseisaku.net/plan_state.html
・がん政策サミット 2013～県計画の好事例を共有し実践していこう～（テーマ別発表）
http://ganseisaku.net/gan_summit_detail.html?cid=139
セッション 1 役割分担／セッション 2 小児がん／セッション 3 がんと診断された時からの緩和ケア推進／セッション 4 がん患者の就労を含めた社会的な問題／セッション 5 がんに関する相談支援と情報提供／セッション 6 がんの教育・普及啓発／セッション 7 放射線療法・化学療法・手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進、医療従事者の育成／セッション 8 地域の医療・介護サービス提供体制の構築・在宅医療／セッション 9 がんの予防／セッション 10 がんの早期発見／セッション 11 評価と指標

（すべて 2014/2/4 アクセス）

6-1 医療提供体制の再構築

～いかに「総論賛成・各論反対」を脱するか～

キーワード ・機能分化と連携　・地域格差　・均てん化

●このテーマで目指すゴール

・医療計画における医療提供体制の再構築の議論を理解できる
・地域の医療提供体制の再構築の議論に参加できる
・医療提供体制の再構築の進め方を提案できるようになる

患者さんからの質問

心臓外科手術を受けたいのですが、近くに同じぐらいの実績の病院が 3 つあって、評判はまちまちで、どこで受けるか迷ってしまいます。

●医療提供体制の再構築とは

本書の「5-9　地域医療計画」において地域医療計画の概要を見ました。本章では、「地域医療計画に提案するために」として、もう一歩踏み込んで「6-1　地域医療提供体制の再構築」「6-2　医療計画の策定プロセス」「6－3　医療計画の PDCA サイクル」の 3 つのポイントから、患者アドボケートとして何に取り組めばよいかを展望します。

「2025 年問題」と呼ばれるように、団塊の世代が 75 歳となる 2025 年に日本の超高齢化社会が本格到来します。そのときに必要な医療と介護の資源と、現在のそれとの間には、大きなギャップがあります。全体の病床数としては、亜急性期（急性期の後）や在宅医療の提供力が不足し、高度急性期が余剰となっています。ただ、何がどれだけ不足したり余剰になるかは、地域によって事情が大いに異なります。ギャップを埋めるには、各地で大急ぎで医療提供体制を大幅に再構築し、医療や介護の資源の機能分化を進めると共に、切れ目のない連携の仕組みを作り込み、2018 年ごろまでに改革のめどをつけることが欠かせません。

医療提供体制の再構築が必要なことは分かっていますが、それを実現できて 2025 年問題に対応できるのか、対応できないままにそのときを迎えて大混乱を引き起こすのか、予断を許さない状況です。超高齢化に伴う「多死社会」を迎える中で、看取りに向き合う体制作れずに、大混乱が発生することも想像されます。超高齢化社会に適応しつつ、5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）・5 事業（救急、災害、へき地、周産期、小児）・在宅医療などの個別疾病対策を高め、医療・介護サービス全体の最適化と“均てん化”を実現する必要があります。そうした中、医療提供体制の再構築の基軸となる政策として医療計画が改めて脚光を浴びています。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

●医療計画における記述の現状

実際に47都道府県の医療計画の医療提供体制の機能分化などについて記載されている部分を通読すると、意外なことが分かります。地域医療の再構築に関するビジョンを明確にうたっていると感じられるところは半数にも満ちません。具体的な再構築プランをある程度記載しているところは10県程度です。再構築を議論する場に関して記述があるところも同様です。

医療計画には5疾病･5事業･在宅を実施する医療機関名を掲載することになっています。しかし、医療計画の本体から容易に見つけられるのは3分の2程度です。また、必ずしもすべての県が掲載した施設の要件を記載しているわけではなく、実施医療機関全リストのようなかたちになっている場合もあります。患者・住民にとっては、医療の質や提供している機能によって施設を絞り込んでほしいでしょうが、何らかの絞り込みを実施しているのがすぐにうかがえるのは10県程度です。例えば、沖縄県はがんの医療機関で専門医の配置や症例によって施設を限定しています。兵庫県は、脳卒中の医療機関の選定条件を明示し、それを見たす医療機関を表形式で整理して掲載しています。いずれにしても、医療計画上の医療提供体制の機能分化の試みは、ごく初歩的な段階にとどまっている状態です。

●医療提供体制再構築に向けた方向と課題

目指す姿を本当に実現できるでしょうか。医療計画を中心にした地域医療改革の実効性を高めるための基本的プランは、図1のようになっていると捉えられます。

2014年2月、通常国会に法案が提出された「医療・介護一体改革法案」（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案）の中にはいくつかの施策が盛り込まれています。2014年度から「病床機能報告制度」が開始されます。これにより、医療機関が病床をどのように使用しているかが分かり、医療資源の現状が把握されます。2014年度には「地域医療ビジョン」の策定ガイドラインが作られ、2015年度のうちに各都道府県のビジョンが策定されます。これにより現状と将来のギャップを把握したうえで、それをどのように実現していくかの施策が明らかになります。

また、再編のための資金としては、約900億円の基金が用意されました。不足している機能を補うこと、過剰な機能を他に転換するに関する、都道府県知事の権限も強化されます。社会保障制度改革国民会議の報告書では、「医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である」とされ、そうした制度の検討も課題です。

さらにはデータを収集することで医療の現状を可視化し、「5-3　情報による政策誘導」で見たような「データによる制御」を医療政策のPDCAサイクルに働かせていくことも進められようとしています。データに基づく政策決定が進めば、いずれかのステークホルダー（利害関係者）の思惑が大きな影響を与えることは困難となり、政策決定プロセスがより合理的になってきます。

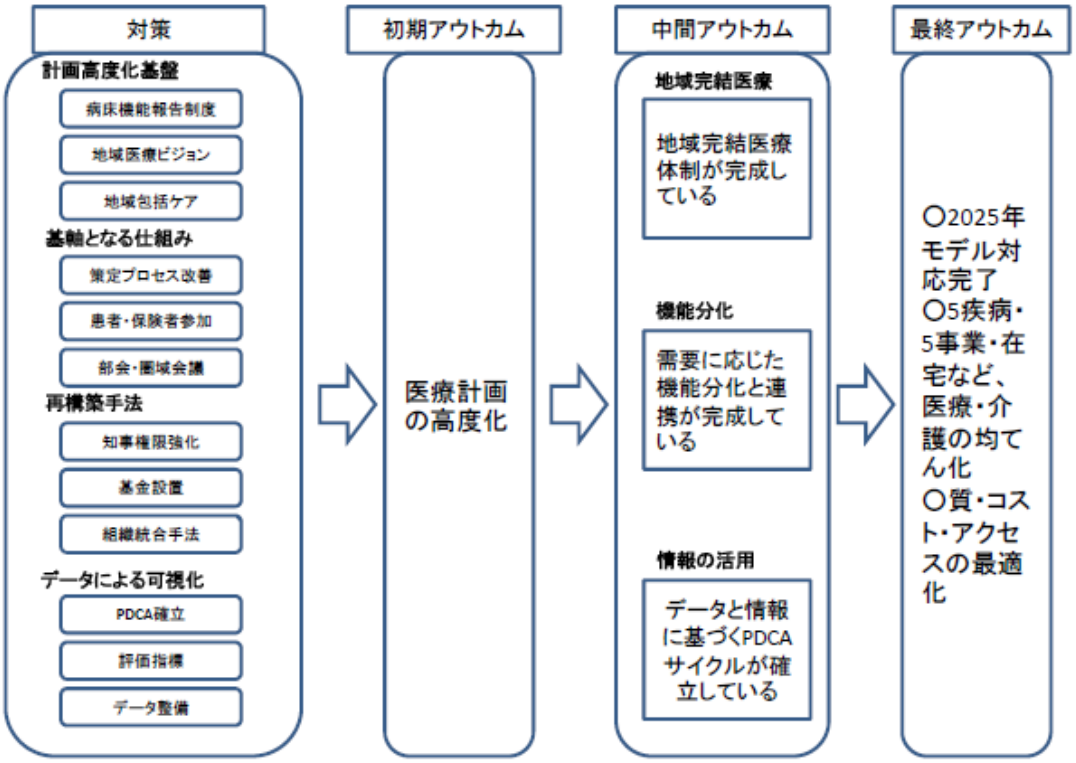
もっとも、こうしたことが整っても、再構築が実現するとは限りません。カギを握っているのは、地域での協議の場が有効に機能するかどうかです。医療計画の協議には患者・地域住民が参加することになっていますが、「5－5　審議会と報告書」でも見たように、それはまだ不十分で、ごく一部にしか参加が実現していません。また、医療保険者の役割がこれからのポイントとなりそうです。医療法 30 条を改正し「医療計画を変更する際には保険者の意見を聞かなければならない」との位置付けが入っています。保険者は加入者が共助の仕組みとして運営しているものと言えます。すなわち、医療消費者の団体でもあるのです。保険者が意見を述べる際、患者・住民の視点から意見を述べるように注視していくことが重要です。保険者の運営に患者・加入者視点の人がもっと関わる必要もあります。

たとえば、地方の県庁所在地に住んでいる人が心臓外科手術を受けることになった場合、1 時間以内の距離に 3 つの病院があることに気付いたとしましょう。それぞれ年間 30 例ずつの症例で 1 人ずつ専門医がいます。この場合、1 つの場所で 3 人の専門医で年間 90 例を手術した方が、治療成績も高まり、効率も高まり、医師の一人当たりの当直の回数も減らせ、だれにとってもメリットがあるように見えます。ですので、だれもが集約プランを作ることには賛成するかもしれません。しかし、実行に関しては「総論賛成・各論反対」となりがちです。医療機関の設立母体が県立病院と市立病院と民間病院という風に別々である場合が多いです。集約すること自体には賛成しても、病院の経営や収入に関わるため、他の施設に集約することには反対かもしれません。医師の出身大学が別々で、医師を派遣している大学の方が乗り気でないかもしれません。そんなときこそ、医療計画策定部会などで患者や保険者の委員が、地域医療の最適化という観点から意見を述べることが重要となってくるのです。

●アドボケートにできること

まず、現在の地元の地域の医療計画を読んでみましょう。どの程度、地域医療体制の最適化への道筋が書いてあるでしょうか。仲間と医療計画に関する勉強会を開催するのもよいでしょう。住んでいる県の地域医療ビジョンを策定する会議体がいつどのように設置されるか把握しましょう。また、患者関係者の委員、保険者の委員の座席が確保されていることを確認してみてください。あなた自身が患者関係者委員になることも選択肢の一つです。そうでなければ、積極的に会議の傍聴に行きましょう。次項「6－2　医療計画の策定プロセス」、次々項「医療計画の PDCA サイクルと評価」も参考にしつつ、全国各地の好事例を把握する作業も行いながら、地元の医療計画の質が高まるように働きかけていきましょう。保険者の立場から委員になった人と意見交換をして患者の視点を伝えることも大切になってきます。

＜図１　医療計画を中心とした医療改革のロジックモデル＞



✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・社会保障制度改革国民会議報告書
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf

・「医療・介護一体改革法案（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案）」概要
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-06.pdf

・「医療・介護一体改革法案（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案）」要綱
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-07.pdf

（すべて 2014/3/22 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

6-2 医療計画の策定プロセス

～正しい手順を、正しい参加者で～

キーワード ・患者・住民の意見の反映　・協議の場の設置　・作業部会の構成員

●このテーマで目指すゴール

・医療計画のあるべき策定プロセスを理解できる
・地域の医療計画の策定に参加できる
・医療計画策定プロセスの改善を提案できる

患者さんからの質問

医療計画に関するパブリックコメントが実施されているというのを聞いて、はじめて医療計画が策定されていることを知りました。

●医療計画の策定プロセスとは

医療計画は、行政担当者が“机上で書く”のでは、実効性のあるものにならないとされています。公共政策や医療政策を作るプロセスについてのさまざまな書物やガイドライン類を見ても、データを集めて現状を知り、意見を集約し、従来の施策を振り返り、施策案を抽出し、議論を経て仕上げるといったようなことが共通性をもって書かれています。

医療計画については、厚生労働省医政局長通知、厚生労働省医政局指導課長通知によって、指針が示されています。その概要は図 1 のようになっています。

●医療計画策定プロセスの現況と課題

図 1 のようにあるべき姿が示されているのですが、47 都道府県の実情は、それに向けて歩んでいる途上というところです。厚生労働省の「PDCA サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会」（以下、PDCA 研究会）で、2013 年 4 月から実施されている都道府県医療計画がどのような策定プロセスで作られたか、都道府県アンケートから分かった状況が資料として公表されています。そこからいくつかの面を見ましょう。

医療計画を検討する医療審議会の開催頻度は 3 回というところが 16 県で最多でした。1 回が 6 県、2 回が 10 県あります。1、2 回の検討で作成するのは至難の業と思われます。疾病や事業別の作業部会を作ることになっていますが、作業部会を設置したのは 43 県でした。また、作業部会を設置しても複数の疾病や事業をまとめて対象範囲とする場合が多かったのです。圏域会議を開催したのは 29 県に留まり、開催回数も少ないです。部会の構成員（委員）については 43 県の 153 部会のうち、患者・住民を含むものが 41 部会、医療保険者を含むのが 16 部会に過ぎませんでした。前の医療計画の評価に関しては、「医療計画の推進によって地域医療にどのような効果があったかの評価をした」のは 30 県だけでした。新計

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

画策定に当たり、独自に住民調査や実態調査をしたところは少数に留まりました。

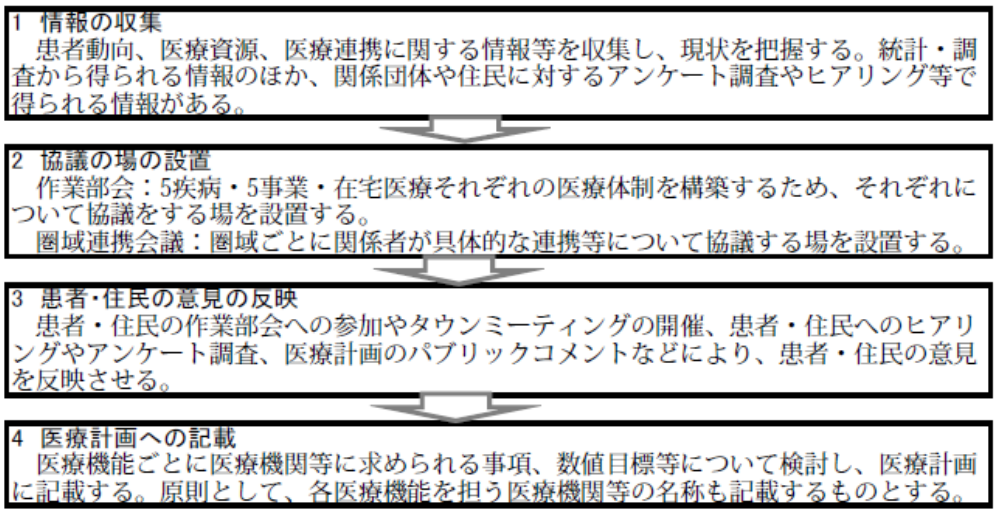
このように、指針が十分に守られていない、趣旨が活かされていないという状況にある原因は、いくつか考えられます。2012 年度は医療関係の多数の計画の策定が重なったため、都道府県庁のスタッフの人員不足感が強かったと言われます。また、データを調べること、多数のステークホルダー（関係者）との間で意見のすり合わせをすることなどに関する、都道府県職員のスキルが不足しており、研修などの仕組みが必要との指摘もあります。厚生労働省などは、医療計画策定に関わる人員への研修や情報提供を強化する考えです。

PDCA 研究会の報告書、「PDCA サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会　報告書」には、「都道府県職員は計画中に異動となることも多いため、計画立案時の担当者だけでなく、計画に係る他の関係者と計画の方向性について積極的に共有を図るべきである。さらに、都道府県本庁職員のみならず、保健所職員や学識経験者、医療提供者、医療保険者、住民等の関係者が、継続的かつ主体的に医療計画に参画する体制構築が重要である」と書かれています。

●アドボケートにできること

現行の地域の医療計画（2013～2017 年度）がどのようなプロセスでどのようなメンバーで作られたかを知ることが大切です。医療計画を検討する審議会、部会、圏域会議などが実質的な審議をできているか、関心を持ちましょう。計画策定のために独自調査をした県、タウンミーティングを開いた県、患者・住民に積極的なヒアリングを行った県などについて全国の好事例を把握し、改善例を地元に提案することもできます。地域医療ビジョンの策定がいつ、どのように始まるかを把握することは必須です。こうした学びを、これから始まる地域医療ビジョンの策定と、次の医療計画の策定に活かしていきましょう。

＜図 1　医療計画策定の手順　厚生労働省ガイドライン内容の概要＞



出典：「医療計画について」（厚生労働省　医政局長通知　2012 年 3 月 30 日）から作成

＜表１　医療計画　作業部会の構成　（厚生労働省ガイドラインから）＞

○地域医師会等の医療関係団体
○医師、歯科医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者
○介護保険法に規定するサービス事業者
○医療保険者
○医療・介護サービスを受ける患者・住民
○保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村
○学識経験者
○その他、各疾病・事業において重要な役割を担う者
＊下線は編集部加筆

出典：「医療計画について」（厚生労働省　医政局長通知　2012 年 3 月 30 日）

✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・医療計画（厚生労働省）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/index.html
・PDCA サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008zaj.html#shingi127275
・医療計画の推進に係る都道府県調査結果速報
http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=148716&name=0000014431.pdf
・PDCA サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会　報告書案
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000036856.pdf
（すべて 2014/3/22 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

6-3 医療計画の PDCA サイクルと評価

～アウトカム達成へ改善を続けるために～

キーワード　・指標セット　・アウトカム指標　・患者視点の指標

●このテーマで目指すゴール

・医療計画における PDCA サイクルの考えを理解できる
・医療計画のおける PDCA サイクルに参加できる
・地元で医療計画の指標選定と PDCA サイクル手法の改善を提案できる

患者さんからの質問

私が住んでいる県では、医療計画の指標が設定されていますが、それが達成されたからといって、患者が幸せになるのかどうかピンとこないのです。

●医療計画の PDCA サイクルと評価とは

医療計画では、PDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルを高めることが強調されています。PDCA の考え方については、本書の「3－1　PDCA サイクル」を参照してください。

ここでは、少し長くなりますが、厚生労働省医政局長通知「医療計画について」にどう記載されているか確認しておきましょう（一部、抜粋。表記を平易化）。

「全都道府県共通の、病期・医療機能およびストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類した指標を用いることなどにより、地域の医療提供体制に関する調査を通じて現状を把握した上で、5 疾病・5 事業・在宅医療のそれぞれについての目指すべき方向の各項目を踏まえて、課題を抽出し、課題の解決に向けた数値目標の設定および施策の明示、それらの進捗状況の評価等を実施する。その際には、個々の施策が数値目標の改善にどれだけの効果をもたらしているか、また目指すべき方向の各事項に関連づけられた施策群が全体として効果を発揮しているかかという観点も踏まえ、個々の施策や数値目標並びに目指すべき方向への達成状況の評価を行い、その評価結果を踏まえ、必要に応じて医療計画の見直しを行う仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが必要となる」

文字で書くと難しそうですが、「3－1　PDCA サイクル」の項の「図 1　PDCA サイクルの図」や、「3-2　政策評価」の項の「図 1　評価の体系図」を見れば、感覚的にどういうことかイメージがつかめるでしょう。PDCA サイクルを回すには、「3-4　目標設定」「3-5　指標設定」で見たような、指標を伴う数値目標の設定が重要です。医療計画でもそこに力点がおかれています。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

●都道府県の指標セットの現状

厚生労働省が示した医療計画の指針では、5 疾病・5 事業・在宅医療の 11 分野のそれぞれに指標セットが提示されました。ただ、実際に都道府県が策定した地域医療計画では、指標が十分に採用されておらず、指標を伴う目標設定による PDCA サイクル強化は、これから伸ばしていかなければならない領域となっています。

表 1 は、厚生労働省が指針で示した指標を都道府県がどの程度採用したかの状況を示しています。例えば脳卒中指標について、国の必須指標は 11 個、このうち都道府県が採用した指標数の平均は 10.5 個です。つまり、必須指標も採用しなかったところがあります。国の推奨指標は 8 個ですが、都道府県の平均は 6.8 個でした。国が示した必須・推奨以外の指標は 10 個ありましたが、都道府県平均は 0.7 個に過ぎませんでした。

そもそも国が十分な指標セットを示せていない、積極的に指標を採用していない県がある、指標に対するスタンスに県の間で格差が生じている、などの様子がうかがえます。一方で、県独自指標を設定した県も出てきています。指標はたくさんあればいいというわけでもなくて、その指標を改善すれば医療の質などのアウトカムが改善するという見込みが強いものである必要があります。指標による PDCA サイクル向上の考えは始まったばかりで、今後、発展・成熟させていく必要がありそうです。

●アドボケートにできること

まず、自分の県がどのような指標を採用したかを把握しましょう。他県と比べてどうかも調べてみましょう。また、自県の PDCA 全体の考え方や指標の設計思想が、「3－1　PDCA サイクル」「3-2　政策評価」「3-3　PDCA サイクル」「3-4　目標設定」「3-5　指標設定」で学んだような、妥当な指標設定の方法になっているかを確認しましょう。

指標と評価は、難解で専門的に見えますが、行政関係者にとっても医療提供者にとっても比較的なじみが薄い領域です。ですから、患者の立場の方々でも、アドボカシーカレッジを読んでポイントをつかめば、十分に議論に参加したり、リードしたりすることができるはずです。

また、包括的な患者視点の指標が設定されているか確認することが重要です。指標は外形的なストラクチャー（構造）指標が多くなりがちですが、患者のアウトカムに関する指標が重要です。目指す姿に近づいているのか、患者の立場から、「その指標を測ることで、患者さんに及ぼした影響が測れますか」と問い続けることは、アウトカム指標の充実を促すために重要と考えられます。現在、厚生労働省から示されている指標は、医療提供体制のストラクチャー指標が中心です。患者視点のアウトカム指標を開発していくことは、専門家や行政だけでは難しく、指標の開発にも患者が参画して共に取り組んでいくことが不可欠です。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

＜表１　都道府県医療計画に採用された指標の数＞
（全体数=国の指標例、平均=都道府県指標数平均）

		全体		必須指標		推奨指標		必須・推奨以外	
		全体数	平均	全体数	平均	全体数	平均	全体数	平均
5疾病	がん	43	25.6	22	21.4	3	2.4	18	1.7
	脳卒中	29	18.1	11	10.5	8	6.8	10	0.7
	心筋梗塞	26	18.1	16	14.1	4	3.6	6	0.5
	糖尿病	23	8.5	7	6.5	0	0	16	2.0
	精神疾患	49	40.0	26	24.7	16	10.6	7	4.7
5事業	救急	28	16.7	15	14.3	3	2.1	10	0.2
	災害	21	10.5	0	0	11	9.2	10	1.3
	へき地	15	7.5	0	0	9	7.3	6	0.1
	周産期	39	21.3	21	20.0	0	0	18	1.3
	小児	31	17.1	14	13.3	4	3.4	13	0.4
在宅		26	17.8	8	7.3	14	10.5	4	0

出典：「指標の活用について」、第１回 PDCA サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会　資料

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・医療計画（基本資料集）（厚生労働省ホームページ）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/index.html

・47 都道府県の地域医療計画およびがん対策推進計画の閲覧（国立がんセンター・がん情報サービスの「地域のがん情報」ページ）
http://ganjoho.jp/professional/cancer_control/prefectures.html

・「指標の活用について」　第１回 PDCA サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会　資料
http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=141462&name=2r98520000036fld.pdf

・「医療計画のテーマ別分析」テーマ A「PDCA サイクルと指標」
http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2013-09-22/d/3_A_PDCA.pdf

（すべて 2014/3/22 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

7-1 がん

～10 年計画の 8 年目で目標達成へ正念場～

キーワード ・がん対策基本法　・がん計画　・患者参画　・評価指標

●このテーマで目指すゴール

・がんが国民にもたらす負担と、がんの現況を知る
・がん対策の現況と課題を知る
・がん対策の改善に参画することができる

患者さんからの質問

がん対策 10 カ年計画の 7 年を過ぎましたが、がん対策はどのような効果を上げ、どのような課題が残っているのでしょうか。

●がんが国民にもたらす負担の現状

がんは日本の最大死因となっています。2012 年の死亡者は約 36 万人で、2008 年の罹患者は推定約 75 万人です。国民のおおよそ 2 人に 1 人が生涯のうちにがんになり、おおよそ 3 人に 1 人が、がんで亡くなる計算になります。がんへの対処は大きな社会的課題です。

がんの死亡に関して、大きな地域格差も指摘されています。死亡率（75 歳未満年齢調整済）がもっとも高い青森県は、もっとも低い長野県の 1.4 倍です。がんの種類別・男女別に見ると、その差はさらに開きます。大腸がん（男）では沖縄県の死亡率は滋賀県の 2.1 倍、肝臓がん（男）では愛媛県の死亡率は秋田県の 2.6 倍、乳がんでは佐賀県の死亡率は山梨県の 1.9 倍といった具合です。

死亡率のみならず、がんの治療方法、がん医療の資源（人員など）にも地域や施設で大きな格差があることが知られています。たとえば、薬物療法専門医数（人口当。2013 年 6 月 4 日現在）がもっとも少ない滋賀県は、もっとも多い石川県の 23 分の 1 に過ぎません。

がん患者へのアンケート結果には、がん治療を受ける患者の困難が多く表れています。例えば、がん政策情報センターが実施した「がん患者意識調査 2010 年」（n=1446）では、次のような結果が現れました。がんの診断や治療のときに抱いた悩みに関して、「痛み、副作用、後遺症などの身体的苦痛」との回答が 60.5%、「落ち込みや不安、恐怖などの精神的なこと」が 59.3%、「これからの生き方、生きる意味などに関すること」が 50.1%、「収入、治療費、将来への蓄えなどの経済的なこと」が 39.7%ありました。がんは国民にとって、生命、心身の両面での生活の質、経済負担を含む社会生活のいずれの面でも大きな負担となっているのです。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

●がん対策の経緯と現状

がん対策が大きく進展したきっかけは 2006 年のがん対策基本法（以下、基本法）の制定です。2005 年にがん患者たちが法律の制定を国会議員に訴え、がん患者の大きな集会が開催されるなどの社会の動きを背景に、議員立法により全会一致で成立し、20007 年 4 月に施行されました。同 4 月に設置されたがん対策推進協議会（以下、国協議会）での検討を経て、6 月にはがん対策推進基本計画（以下、基本計画）が策定されました。基本法の波及効果として、国や都道府県において、協議会が設置され、がん計画が策定され、がん対策予算が強化されています。

がん計画は、海外でも同様ですが、包括的な構成となっていることが特色です。国の計画は図 1 のように、がん医療、がんの早期発見、がんの予防などの広い範囲にわたって、約 10 本の柱となる分野が立てられています。こうした分野目標を達成することで 3 つの全体目標を達成する構成となっています。

がん領域では、政策立案決定の過程への患者参加がある程度進んでいます。がん対策基本法でがん対策の審議に患者関係者が入ることが規定されているため、国のがん対策推進協議会には 2013 年 3 月時点で患者関係委員が 5 人入っていました。また、その波及効果もあって、都道府県がん対策推進協議会（以下、県協議会）の患者関係委員は合計約 100 人（出典：がん対策カルテ 2013）となっています。がん対策推進基本計画（第 1 期：2017～2011 年度）には、「がん患者及び団体等は、がん対策において担うべき役割として、医療政策決定の場に参加し、行政機関や医療従事者と協力しつつ、がん医療を変えるとの責任や自覚を持って活動していくこと」と書かれています。北海道がん対策推進計画には、「道民は、基本理念にのっとり、自らがんに関する理解を深め、がんに関する取組に対し意見を表明し、又は提案するよう努める」とあります。また、患者と議員、行政、医療提供者、企業、メディアなどとの協働作業も増えています。がん患者アドボケートの間では、こうしたあり方を指す「六位一体」という言葉が定着しています。

●がん対策の課題

2007 年の基本法の施行と基本計画の開始から 7 年が過ぎました。がん対策の課題が大いに解決したかというと、まだそこまでは至っていません。がん対策は活発になったものの、患者関係者からは、まだ患者にその成果が十分に届いていないとの声もあります。国の協議会でも「がん対策は量から質の時代」との掛け声が出ています。

基本計画の全体目標の 3 つの柱のうちの 1 つは、10 年間でがんの死亡率（75 歳未満、年齢調整済）を 20%削減するというものです。実績値は 2006 年～2012 年の 6 年間の削減率は 9.6%で、このペースでは目標が未達となってしまいます。2 つ目は、患者・家族の QOL の向上ですが、これについては評価指標も決まっていないので、進展があったかどうかが不明です。

がん計画では分野別に個別目標が決められています。第 1 期における分野別の目標の多

くは、医療を受ける患者さん側の変化ではなく、医療を提供する側の変化について設定されていました。言い換えれば、患者にとってのアウトカム（成果）ではなく、提供者側のストラクチャー（構造）を測っている段階でした。例えば、医療従事者の育成に関しては拠点病院において体制を整備、緩和ケアの分野では研修を受ける医師の数、相談支援・情報提供の分野では相談窓口の設置などが、目標および評価指標となっていました。すなわち、質の高い医療が提供されたか、痛みが緩和されたか、悩みが解決したかなどについては、まだこうした分野の目標とされていませんでした。

そこで現在、がん対策においても PDCA（計画、実行、評価、改善）サイクル管理が大きなテーマとなっています。国の第 2 期（2012～2016 年度）の計画では分野ごとにアウトカム目標を設定する方向に転換しました。現在、アウトカム指標を含む評価指標セットが研究班によって作成されているところです。

都道府県によっては、がん対策において独自の創意工夫も生まれてきていますが、同時にがん対策の格差も出てきています。がん対策推進条例の有無、計画の内容、事業や活動の活発度などに違いがあります（参照 : がん対策カルテ 2013）。がん対策予算の金額（人口当たり）においてもかなりの差が生じています。また、今後は指標の計測、評価、それを踏まえた計画の改善という PDCA 管理の手腕においても、格差が生じると予測されます。こうした点を含めたがん対策の「均てん化」（あまねく質の高い状態が実現している）が実現するよう、さまざまながん対策関係者が、共に取り組むことが期待されています。

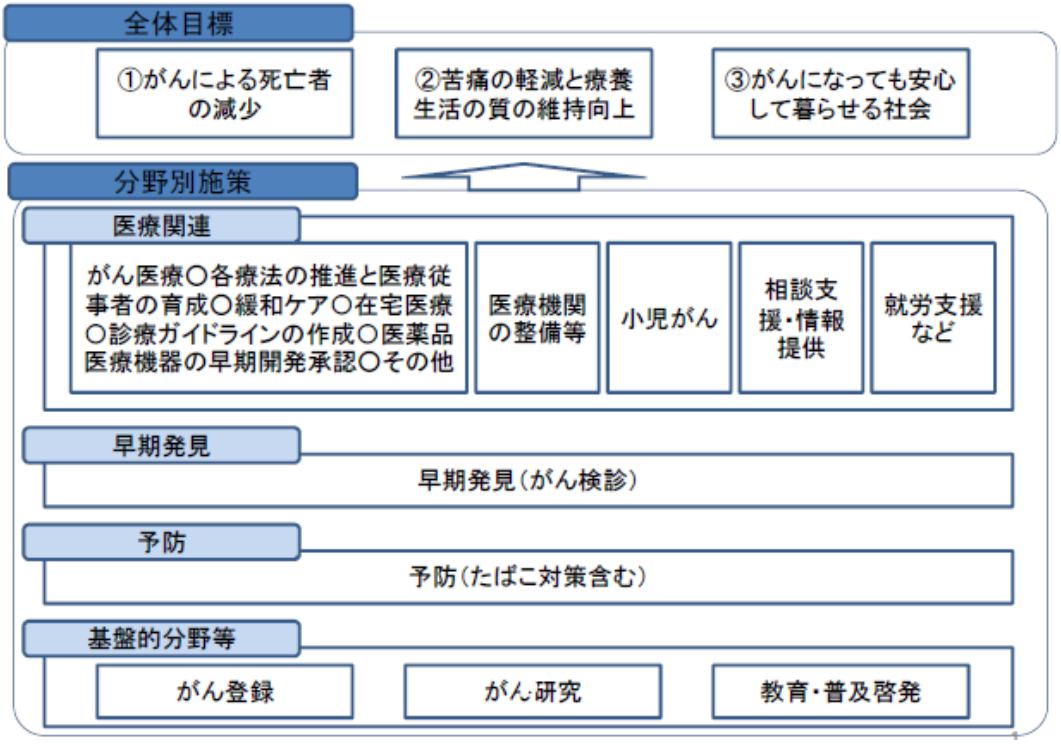
●アドボカシーにできること

がん患者アドボケートが貢献できることは、先人のアドボケートが切り拓いてきた領域が広いこともあり、たくさんあると考えられます。また、図 1 にあるがん対策の全体目標のつながるようないずれの施策も強化を提案することができます。対象領域も 10 分野いずれでもいいでしょう。また、実現のためには、どのステークホルダー（立場の人）を動かせば効果的か考えましょう。例えば、地域の個別施策のための予算を行政に掛け合う、地元議員を動かして条例を作りそこの条文に入れる、国の診療報酬を変えて地域にあるべき医療が広がる波及効果を生むようにするなど、いずれの道も開かれていますし、働きかける対象は異なってきます。審議会や協議会の委員になって意見を述べる道もありますし、そうでなくても、個人や団体として意見を提出し交渉することができます。さらには、公的な資金によらずに、民間募金を作ってがん対策に貢献する方法もいくつかの地域で生まれてきています。

目的を達成する手段であった対策を行うこと自体が目的になってしまわないよう、患者にとってのアウトカムを向上させるという観点から、患者アドボケートががん対策の PDCA サイクル全体に参画することが重要になってきています。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

＜図１　がん対策の全体目標と分野の構成＞



出典：がん対策推進基本計画の構成から作成

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・がん対策推進基本計画

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html

・『平成 23 年度がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策～』

http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/dl/s0409-3a.pdf

・『平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について』

http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1207-9a.pdf

・がん政策情報センター　http://ganseisaku.net/

・都道府県がん対策カルテ 2013

http://ganseisaku.net/karte_2013.html

・国立がん研究センター　がん情報サービス　地域のがん情報

http://ganjoho.jp/professional/cancer_control/prefectures.html

・埴岡　健一、『日本のがん対策：第一期がん対策推進基本計画期間（2007～2011 年度）の総括と第二期期間（2012～2016 年度）への展望』

http://www.niph.go.jp/journal/data/61-6/201261060004.pdf

（すべて 2014/03/26 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

7-2 脳卒中

～患者の声が脳卒中対策を変える～

キーワード　・脳卒中対策基本法　・情報公開

●このテーマで目指すゴール

・脳卒中対策の現状と今後の政策課題について理解する
・脳卒中対策の課題について、患者の立場で行政担当者や政治家に提案できるようになる
・医療計画の見直しの際の脳卒中対策の議論、脳卒中対策基本法（仮称）が制定された場合に設置される国や都道府県の脳卒中対策推進協議会の議論に参画できる患者・家族・市民を増やす

患者さんからの質問

なぜ、いま脳卒中対策が重要なのですか。

［寄稿］　全国脳卒中者友の会連合会　理事長
石川　敏一

●脳卒中の現況

脳卒中は、脳の血管が詰まったり破れたりして脳の神経細胞が障害され、死亡したり後遺症が残ったりすることが多い病気です。推定患者数は約 134 万人で、2012 年には約 12 万 2000 人がこの病気で亡くなっています。かつて日本人の死因の中で最も多かった脳卒中は、現在は死因の第 4 位ですが、第 3 位となった肺炎で亡くなった人のなかにも脳卒中で闘病中の人が多く含まれていると考えられます。

また、医学・医療の進歩で脳卒中を発症しても助かる人は増えているものの、脳卒中の後遺症で介護が必要になる人が増えているのは社会的に大きな問題です。500 万人以上いる要介護者のうち最も多いのは脳卒中が原因で介護が必要になった人で、特に、最も要介護度が高い「要介護 5」の 3 人に 1 人は脳卒中によって要介護状態になった人です。

脳卒中には、主に、血管が詰まる「脳梗塞」、脳内の細い血管が破れて出血する「脳出血」、脳動脈瘤が破裂して脳表面に出血する「くも膜下出血」の 3 種類があります。なかでも脳卒中の 6 割を占め、人口の高齢化と食生活の欧米化と共に増えているのが脳梗塞です。脳梗塞を発症したときには、発症後 3 時間以内（遅くても 4.5 時間以内）の超急性期に血栓溶解療法（t-PA 治療）を行うことが重要です。脳出血、くも膜下出血の場合も一刻も早く治療を開始することが大切で、必要に応じて脳外科手術や血管内治療が行われます。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

●脳卒中対策の現状と課題

高齢化社会を迎え、要介護状態になる最大の要因である脳卒中対策が急務になっています。特に遅れているのが脳梗塞の救急体制の整備で、わが国では脳梗塞患者の約 5%しか脳梗塞の効果的な治療法である t-PA 治療を受けられていません。その要因として、①医療機関の整備と救急搬送体制の遅れ、②一般市民への知識の普及が不十分、といった 2 点が挙げられています。

そういった課題を解決し、全国の均でん化を図るべく地域の実情に合わせた対策を練るには、国を挙げて一貫した理念と基本方針の下で展開するための基本法「脳卒中対策基本法」（仮称）が必要です。国会議員による脳卒中対策議員連盟が 2013 年 12 月に結成されており、近い将来、脳卒中対策基本法が法制化される見通しです。法制化によって、まずは、どこに住んでいても脳卒中を発症した人が適切な治療とリハビリを迅速に受けられるようになります。

各都道府県の医療計画では、脳卒中対策として、各 2 次医療圏に t-PA 治療が実施できる救急医療機関を整備し、急性期、回復期、維持期のリハビリ、療養施設や在宅医療との連携が図られています（図 1 参照）。しかし、脳卒中の救命率と回復率を上げるためには、単に脳卒中の治療を行う救急医療機関の数を増やすだけでは不十分です。各医療機関の脳卒中専門の医師や専門職の数、24 時間 365 日発症から 36 時間の見守りができる体制が整っているかといった点もチェックして公開することが大切です。

神奈川県横浜市では私たち患者団体の要望によって、2013 年 5 月から全国に先駆け、市内 30 カ所の脳卒中救急医療機関の医療体制と t-PA 治療実績、治療成績を市のホームページで公開しています（表 1 参照）。その結果、救急搬送先の病院の医療体制によって、t-PA の治療成績には大きな差があることが分かりました。脳卒中専門の医師が 9 人以上で 2010 年度後半から 11 年度末までの 1 年半の間に 250 人以上の脳卒中患者を受け入れた 6 病院では、3 カ月後に自立して行動できるまで［mRS（脳梗塞判定基準）値 0～2］に回復した人が t-PA 治療を受けた患者の 47.0%だったのに対し、脳卒中専門の医師が 1～4 人までの 11 病院では 29.5%だったのです（脳卒中から助かる会－横浜市の脳卒中救急医療の状況参照）。脳卒中治療は時間との闘いとはいえ、私たち患者・家族からすれば、できる限り t-PA 治療体制が整い救命率や回復率が高い病院へ搬送してほしいわけです。地域によっては、そういった脳卒中救急医療機関は県に 1 つ、あるいは、2～3 県に 1 つ整備するのが現実的かもしれません。すぐにそういった医療機関に搬送できない地域では、双方向性テレビ会議システムを利用した遠隔医療体制を整えることも重要です。

●患者アドボケートにできること

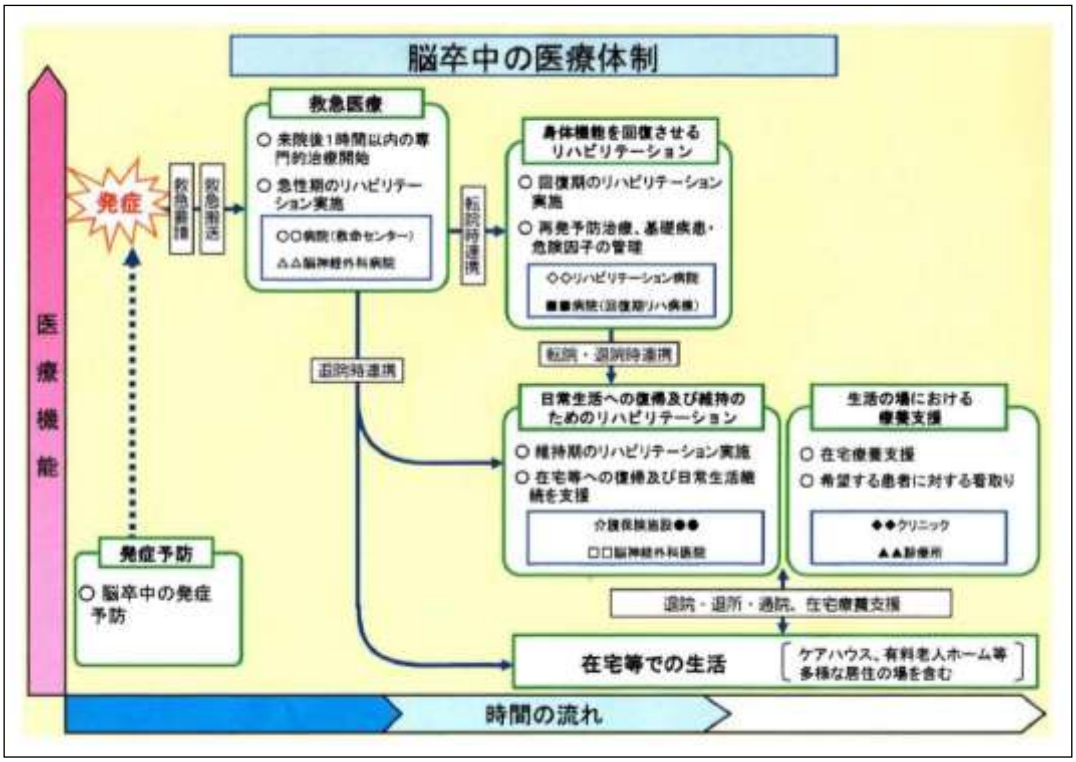
横浜市で脳卒中救急医療機関の医療体制と t-PA 治療実績、治療成績の公開が実現したのは、われわれ患者アドボケートの声が市議会と行政を動かしたからです。各都道府県、政令指定都市で治療実績と治療成績を公開し、各地域で患者にとって最適な医療の整備を実

現するためには、患者アドボケートの声が不可欠です。

脳卒中対策基本法が法制化されれば、がん対策と同様、国と各都道府県に脳卒中対策推進協議会が設置され、脳卒中患者およびその家族又は遺族を代表する者が委員として入ることになっています。そういった協議会や医療計画の見直しの議論の際には、医療の受け手である患者の視点で、地域の脳卒中救急医療機関の実績の公開を求め、患者の利益を最優先するように求めていくことが重要です。利害が対立する関係者の調整役を務められるのも実は患者アドボケートなのではないでしょうか。協議会や会議の場に参加するだけではなく、日ごろから行政の担当者や議員と連絡を取り人間関係を作っておくと、会議の場でも発言しやすくなります。

さらに、本人はもちろん自分の大切な人や一般の人に予防の重要性、実際に脳卒中を発症したときの対処法、治療法を専門医と連携して伝えるのも、患者アドボケートの大きな役割の一つです。全国で、患者アドボケートが声を上げれば、患者の視点に立った脳卒中治療と対策が向上するはずです。

＜図 1＞　脳卒中の医療体制



厚生労働省・医療計画資料「4 疾病 5 事業」より

次ページに続く

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

＜表 1＞ 横浜市が医療施設ごとに公開している項目内容

- 横浜市の救急隊が脳血管疾患を疑い、病院前評価スケールを活用して搬送した人数
- 救急隊の病院前評価スケールの結果を確認した搬送患者のうち、医療機関で脳血管疾患と診断した人数、うち脳梗塞と診断した人数
- 横浜市の救急隊の搬送患者のうち、医療機関の t-PA 治療実績数
- 治療実績（医療期間別 t-PA 治療前 NIHSS 及び 3 カ月後の mRS）

【参考情報として】手術実績

- 救急隊による搬送・患者数をも含めた医療機関の全取扱い件数
- 脳動脈瘤クリッピング術、うち未破裂
- 脳動脈瘤コイル塞栓術、うち未破裂
- 開頭脳内血腫除去術
- 開頭外減圧術
- 血栓回収療法

詳しくは、下記「横浜市の脳血管疾患に対する取組－治療実績の公開」へ

✧ さらに詳しく知りたい方のために

・疾病又は事業ごとの医療体制について（医政局長通知）
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/dl/tsuuchi_iryou_taisei1.pdf

・医療計画について（医政局長通知）
http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/report/kyoku.pdf

・脳卒中対策基本法案
http://www.jsa-web.org/law/law.pdf

・横浜市の脳血管疾患に対する取組－治療実績の公開
http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/iryo-seisaku/teikyotaisei/nou05-jisseki.html

・脳卒中から助かる会－横浜市の脳卒中救急医療の状況
http://www.nosottyu-tasukarukai.com/0214_2013-2.pdf

・厚生労働省「脳卒中ホームページへようこそ」
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/seikatu/nousottyu/index.html

・日本脳卒中協会
http://jsa-web.org/

（すべて 2014/2/28 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

7-3 急性心筋梗塞

～心筋梗塞の地域医療計画について　～

キーワード　・24 時間治療体制　・チーム医療　・専門医制度

●このテーマで目指すゴール

・急性心筋梗塞の現状を理解する
・データに基づき、必要な体側を理解する
・急性心筋梗塞対策の議論に参加できるようになる

患者さんからの質問

心筋梗塞は時間が勝負と理解していますが、そのためにはどのような対策が必要なのでしょうか。

［寄稿］　横浜市立みなと赤十字病院　心臓血管外科
部長　田渕　典之

●急性心筋梗塞のポイント

急性心筋梗塞は心臓に栄養を送る血管（冠動脈）が突然つまる病気で、日本人の死因の第 2 位を占めています。2012 年度（平成 24 年度）の死亡者数は 19 万 6000 人と推計されています（人口動態統計より）。2011 年（平成 23 年）に厚生労働省が行った患者調査では、虚血性心疾患の患者数は 86 万 2800 人と推計されています。

急性心筋梗塞の地域医療計画を理解するときのポイントは、急性心筋梗塞を診療する体制は、「24 時間診療を維持できるチーム医療」を念頭につくる必要があることです。この点が、厚生労働省が定める 5 疾病 5 事業の中では、救急と同様で、にない特徴といえます。チーム医療とは、専門医、専門看護師、放射線技師、臨床工学技士などの熟練した構成員が必要で、しかも 24 時間日夜診療を維持できるようなシフト勤務を行うに十分な職員数が理想的です。

急性心筋梗塞に関する治療ガイドラインは、日本循環器病学会及び関連委員会により作成されていて、本稿末尾にある URL に詳細に記載されています。

●地域医療体制でのポイント

急性心筋梗塞の治療のゴールデンタイム（有効な治療ができる時間帯）は発症後数時間以内といわれています。その限られた時間内に熟練されたチームが治療を開始すること、入院後も CCU（Coronary Care Unit: 心疾患集中治療室）に収容して専門チームが日夜継続的な治療にあたるのが救命率を向上させるとされています。日本全国の過疎地まで網羅

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

した理想的な地域医療体制を即座に実現することには無理ですが、少なくとも基幹病院では目標に向かった整備計画を明示することが必要です。また、体制の整わない施設は、基幹病院への搬送体制を確立して医療計画内に明示する必要があります。

以下に具体的な着眼点を 4 つあげます。

(1) 行政区分に基づいた 2 次医療圏ではなく、人口年齢構成に基づいて心筋梗塞発生件数を予測して医療圏設定を行い、医療圏ごとの基幹病院を設定することが望ましいと考えられます。

(2) 地域医療計画では、心筋梗塞のチーム医療の整備状況を、各基幹施設毎に明示して評価する必要があります。併せて不足分の改善目標を明示することが求められます。具体的にはストラクチャー指標として、循環器内科医師数、冠動脈造影検査や IABP（Intra Aortic Balloon Pumping：大動脈バールーンパンピング）施行数、心臓外科手術実施可能の有無、CCU 病床数。プロセス指標として、PCI（Percutaneous Coronary Intervention：冠動脈形成術）実施件数や CABG（Coronary Artery Bypass Graftting：冠動脈バイパス術）手術件数があげられます。

(3) ガイドラインでは緊急の冠動脈形成術（カテーテル治療）実施体制の整備を推奨しています。日本心血管インターベンション治療学会は、専門医制度を設立しており、治療経験だけでなく実技評価もおこなっています。専門医総数を患者発生数から換算して約 1000 人としていることも、他の専門医制度では市場原理を無視して専門医を多めに認定して個々の専門医の技術の維持を無視している専門医制度が多い中で、納得できる取り組みです。循環器内科医数のみではなく、心血管インターベンション専門医数をストラクチャー指標に加えることが望まれます。

(4) 日本循環器学会と心臓血管外科専門医認定機構は、教育研修施設を指定しています。これらは一定の体制整備や治療実績の検証に基づいた施設認定になっており、地域医療計画の中で基幹施設の設定に大いに参考になると考えます。県の医療計画が主導して、積極的に基幹施設と関連施設を指定して役割分担をさせることも、重要な戦略ではないでしょうか。過度な統制に陥らないように、定期的に基幹施設の検証と指定見直しは、忘れてはなりません。

●現状の医療計画の問題点

各県のホームページで公表されている地域医療計画では、急性心筋梗塞に対する治療の総論を記載することに留まっている県が多いです。総論のみでは医療計画になりません。

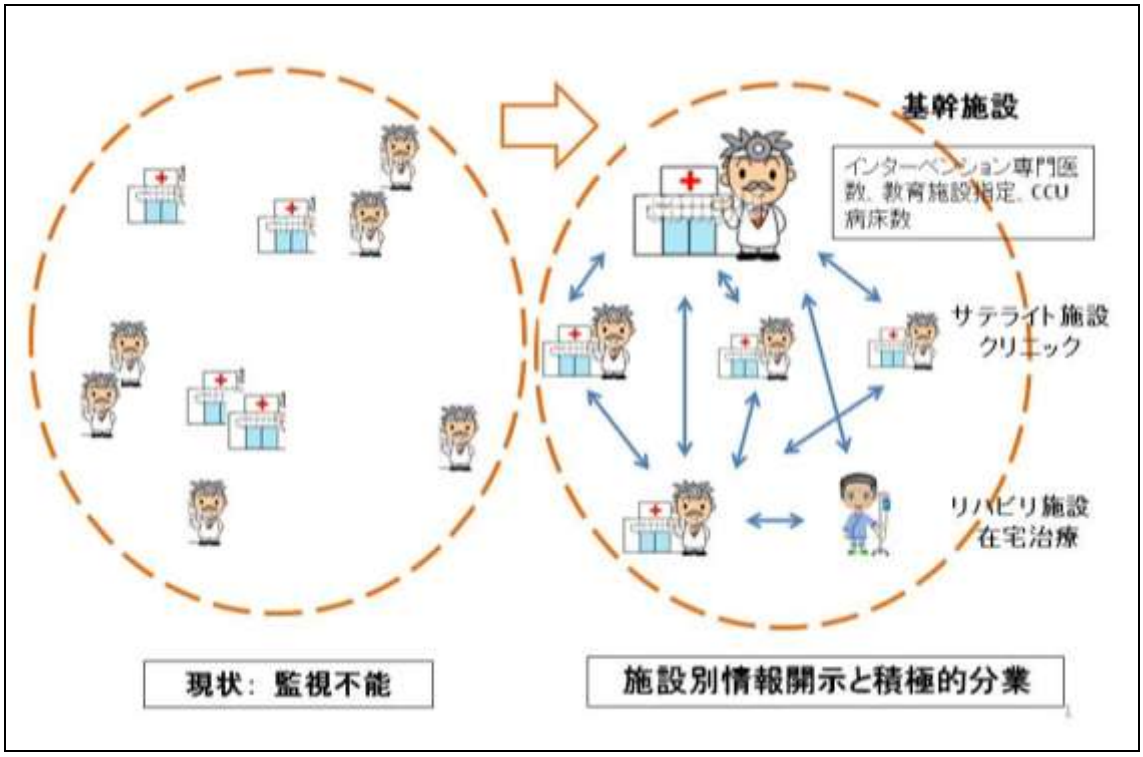
具体的なストラクチャー指標やプロセス指標の記載は、2 次医療圏全体での総数の記載で代用している県が多いのですが、例えば当格医療圏の循環器内科総数は 5 人、CCU 病床総数は 15 床等の表記では、施設ごとのチームの現状は把握できません。

県の心筋梗塞の地域医療計画では、心筋梗塞の治療にあたるチームとしての指標を各施

設毎に明示する必要があります。それを元に整備計画が作成できるはずです。

模式図に 2 次医療圏内の医療施設の配置状況の調査が無い現状（左図）と施設ごとの体制が明示された上で、施設間の役割分担をおこなった理想（右図）を描写しました（図 1 参照）。

＜図 1　望ましい地域医療計画－急性心筋梗塞、50 万人医療圏＞



✧　さらに詳しく知りたい方のために

・　急性心筋梗塞治療ガイドライン
http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2008_takano_h.pdf
http://www.qqzaidan.jp/pdf_5/guideline5_ACS_kakutei.pdf

・　医療計画の見直しについて　2013 年（平成 24 年）3 月 厚生労働省医政局指導課
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/dl/shiryou_a-1.pdf

（すべて 2014/2/25 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

7-4 糖尿病

～患者・住民の声が求められている～

キーワード ・予防と医療の連続　・行動変容　・患者・住民代表の役割

●このテーマで目指すゴール

・糖尿病対策の現状と今後の政策課題について理解する
・糖尿病対策の政策課題について提案できるようになる
・近い将来行われる医療計画の見直しに際し、糖尿病対策の議論に参画できる患者・市民を増やす

患者さんからの質問

糖尿病対策は、何にアプローチしたら動くのですか。

［寄稿］　患者の声協議会　副代表世話人
伊藤　雅治

●糖尿病の現況

糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を特徴とする代謝疾患です。インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする 1 型糖尿病と、インスリン分泌低下をもたらす遺伝子に、過食、運動不足、肥満などの環境因子及び加齢が加わり発症する 2 型糖尿病に大別されます。

インスリン作用不足により高血糖がおこると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状がみられ、その持続により合併症を発症します。糖尿病合併症には、著しい高血糖により起こる糖尿病昏睡等の急性合併症と、長年にわたる慢性の高血糖の結果起こる慢性合併症があります。慢性合併症としては、細小血管が侵される糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病神経障害や、大血管が侵される脳卒中、心筋梗塞・狭心症、糖尿病性壊疽があります。糖尿病の治療には根治療法はありませんが、これらの合併症は血糖コントロールを適切に行うことにより予防することが可能です。

次に患者数などを見てみましょう。糖尿病が強く疑われる者は 890 万人、糖尿病の可能性が否定できない者は 1320 万人で、いずれも増加しています。糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は約 237 万人です。さらに、11.8%が糖尿病神経障害を、11.1%が糖尿病腎症を、10.6%が糖尿病網膜症を、0.7%が糖尿病足病変を合併しています。人工透析導入患者のうち糖尿病腎症が原疾患である者は約 1 万 6 千人（43.5%）です。年間 1 万 4 千人が糖尿病が原因で死亡し、死亡全体の 1.2%を占めています。

●糖尿病対策の現状と課題

糖尿病対策は一般住民を対象とした健康教育や検診等の予防対策（Population approach）、検診の結果糖尿病を発症してはいないが糖尿病に進展する危険性の高い境界型の者に対する生活指導等の発症予防対策（High-risk approach）および糖尿病を発症した者に対する適切な医療の提供による進展の防止、合併症の予防等が総合的かつ連続した形で構築されることが重要です。

地域医療計画の対象である 5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）の中で、糖尿病は期待される効果の面からも予防対策と医療対策の連携が特に重視されます。しかしながら、特定健診・特定保健指導の実施主体が医療保険の保険者であることなどから、地域医療計画のなかで予防対策との連携体制を含めて包括的に記載されている計画が少ないのが現状です。特に検診の結果発見された境界型の者（注 1）に対する取り組みを具体化することが重要です。

厚生労働省が示した「糖尿病の医療体制構築に係る指針」では医療機関を機能別に糖尿病の医療機関を初期・安定期治療、専門治療、急性合併症治療、慢性合併症治療の 4 類型に区分しています。大部分の都道府県では現状が記載されていますが、「現状で需要を満たしているのか、不足しているか」の記載がなく、5 年後の目標が明示されていません。医療機関名の公表が機能別の 4 類型に沿っていない計画も多く目につきます。また医療機関名の公表の基準が明示されていません。糖尿病対策の医療計画の中に、5 年後の患者動向を予測して糖尿病医療の提供体制の姿を具体的に提示することが今後の大きな課題です。

新医療計画指針では全都道府県を比較できるよう共通の指標を示したこと、および PDCA サイクルの推進は評価できますが、計画に記載された具体的な取り組みと指標の改善がどのように関連するのか不明確な計画も多くみられます。

糖尿病対策の最も基本的なことは「患者教育による行動変容」です。医療計画に記載された 5 年後の目標を実現していくためには、病院診療所などの具体的な役割とそれを実現していくための関係職種の人材育成の教育計画が不可欠ですが、具体的に記載されている計画はまだ少ないのが現状です。

●患者アドボケートにできること

都道府県の地域医療計画の策定と評価に際しては、厚生労働省医政局長通知により、患者・住民を代表する委員を入れることになっていますが、糖尿病対策については、5 疾病 5 事業在宅医療の中でもとりわけ、患者・住民代表の役割が重要と考えられます。その理由は、患者数が圧倒的に多いこと、脳卒中、心筋梗塞等の基礎疾患となること、治療の根本は患者自身の行動変容であること、住民健診等の予防対策との連携がとりわけ重要であることなどです。

患者アドボケートは何をしたら良いのでしょうか。まず、自県、そして 47 都道府県の糖尿病対策策定の審議会および約 400 の 2 次医療圏ごとの圏域会議に患者・住民代表が参画

しているか否かを確認します。参画していないことが確認されたら、都道府県の担当者に今後の方針について申し入れ、相談を持ちかけます。

その他、現在示されている医療計画の糖尿病対策の部分を患者・住民の視点で点検することも大切です。医療機関名の公表の仕方が適切であるか、患者教育の体制が具体的に記載されているか、健診で発見された要指導あるいは要医療となった者への具体策が記載されているかなどを確認します。

また、患者アドボケートの声がもっとも求められるのは、患者教育です。医師・看護師・管理栄養士等の医療の専門職の指導は重要ですが、糖尿病治療においては患者の体験が他の患者への教育に有効であることが示されています。そのような観点から、患者・住民の立場から専門医療機関と連携して地域にそのような仕組みを作ることの検討もとても重要です。

（注 1） 境界型（空腹時血糖値 110～125mg/dl または OGTT2 時間値 140～199mg/dl）は糖尿病予備軍であり、運動・食生活指導など定期的な管理が望ましい。

✧ **さらに詳しく知りたい方のために・**

・ 疾病又は事業ごとの医療体制について（医政局通知）
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/taisei_0001.pdf

・ 糖尿病の医療体制構築に係る指針
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/08/dl/s0803-5a.pdf

・ 医療計画について（医政局通知）
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/dl/tsuuchi_iryou_keikaku.pdf

（すべて 2014/1/15 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

7-5 精神疾患

～社会に埋もれていた疾患対策のこれから～

キーワード ・社会的入院　・改正精神保健福祉法　・都道府県第 4 期障害福祉計画

●このテーマで目指すゴール

・精神疾患とは何かを正しく理解する
・現状と課題を理解する
・精神疾患対策の議論に加われるようになる

患者さんからの質問

精神疾患対策が国の施策として強化されているようですが、どのような課題があり、アドボケートは何を支援できるのでしょうか。

［寄稿］　神奈川県厚木市精神障害者家族会（フレッシュ厚木）
理事　上森　得男

●精神疾患とは

精神疾患と一言でいっても非常に多岐にわたります。また、解釈によりその範囲も異なりますが、世界保健機関（WHO）によって公表された、疾病及び関連保健問題の国際統計分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems、略称：ICD）によって世界標準の分類が定められています。

ICD-10（1990 年の第 43 回世界保健総会で採択された第 10 版に基づく分類）で「精神及び行動の障害」に分類されるものは以下の通りです。

・　認知症（血管性など）：血管性及び詳細不明の認知症
・　認知症（アルツハイマー病）：アルツハイマー病
・　統合失調症など：統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
・　うつ病など：気分[感情]障害（双極性障害を含む）
・　不安障害など：神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
・　薬物・アルコール依存症など：精神作用物質使用による精神及び行動の障害
・　その他：そのほかの精神及び行動の障害

このように疾患が多様であることのみならず、自殺、依存症、摂食障害、高次脳機能障害、医療観察（重大な他害行為を行った者への必要な観察と指導）などの深刻な問題と向き合わなければならないことがある点も、この疾患の特色です。

2011 年度（平成 23 年度）の調査では、医療機関を受診している（入院・外来を含む）精神疾患の患者数は全国（宮城県、福島県を除く）で推計 320.1 万人です。そのうち入院患者数が推計 32.3 万人ですが、入院患者の約 20%が入院期間 10 年以上というデータが出

ています。最近の傾向としては、うつ病や認知症が増加していることがあげられます。

●課題と国の取り組み

2004 年（平成 16 年）に厚生労働省から「精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み」として、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念と 10 年間の取り組みの方向が打ち出されました。その中間報告として、2009 年（平成 21 年）に「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の報告書が出され、既述の基本理念の更なる促進策として 7 つの取り組みが示されました。その中でもっとも特筆すべきは、2013 年 4 月からの医療計画の中に精神疾患を 5 番目の疾病として追加記載する指針が出たことです。　入院患者の中には、治療を必要としている人もいますが、自宅での生活環境が整わないことによる「社会的入院」患者が多くいることが、課題となっています。医療費の側面から見ても、一般診療医療費における入院にかかる費用割合が 51.8%なのに対し、精神科医療費だけを取り出してみると、入院費用が 74.5%を占めており、入院が医療費負担の大きな負担となっていることが分かります（注 1）。

退院の推進がされる一方で、精神科医療の質の向上についても議論が行われました。2012 年（平成 24 年）には、精神科医療の機能分化の方針が示されました。新規入院患者（入院患者の約 90%）に対しては、医療提供者の配置を厚くして（重症・慢性患者を除き）早期退院を目指し、長期在院者に対しては、退院支援生活支援に重点をおいた人員配置を厚くし、地域での療養環境の整備を目指すことがうたわれています。

2014 年（平成 26 年）4 月から、精神障害者の地域生活への移行を促進するために、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の一部が改正され施行されます。厚生労働大臣が（1）精神病床の機能分化に関する事項（2）精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項（3）精神障害者に対する医療の提供に当たっての医師、看護師、その他の医療従事者と精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的地域を有する者との連携に関する事項――に関しての指針を定めることが定められました。

その改正に関する法に基づき、2013 年（平成 25 年）12 月に「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針案」が出されました（同年度内大臣告示予定）。指針の全体的な方向性の冒頭部分で、「地域社会の一員として安心して生活していく権利の享受の確保」を述べています（表 1 参照）。

また、第 4 期障害福祉計画（2015～2018 年度）では、入院中の精神障害者の地域生活への移行として、(1)入院後 3 カ月時点手の退院率の上昇（2）入院後 1 年時点の退院率の上昇（3）在院期間 1 年以上の長期在院者数の減少、という具体的な数値成果目標を織り込むことになったことは大きな進展です。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

●当事者目線で取り組みを見る

以上、国の対策の概要についてご紹介をしました。しかしながら、当事者としては、国の取り組みが現場に届いてない感が否めないでいます。

先進諸国での人口千人当たりの精神科病床数は、日本が 2.7 床で 1 位で、第 2 位のベルギー1.8 床と比べても各段に多いことが分かります。対人口比で患者数が特段多いわけではなく、他国は「脱収容化」が進んでおり、日本は在宅への移行が非常に遅れていると言わざるを得ません。また、医療や療養環境の質についても、政策課題としてあがっているように、劣悪です。

当時の病名で精神分裂症と診断されていた弟は、38 年間にわたる入院生活を送りそこで死亡しました。彼の末期の数年間は手足を拘束されている 3 人の人々と同室。入口には厳重な鍵、窓には鉄格子。弟の見舞いに行くのは辛かったことを思い出します。陽の差さない部屋で血の気がない皮膚。最期に近い頃は眼窩が窪み声も出せない状態でした。

その精神病院（今では精神科病院と呼ぶことになっている）では、トイレに間に合わない患者に対し、人手が足りないことを理由におむつを当ててベッドにくくりつけておくという方法で彼らを管理していました。私はあるとき副院長からこう言われました。「この病気は治りませんよ、ご兄弟で引き取るのは大変でしょうからお預かりしています」。この話はそれほど大昔というわけではなく 2000（平成 12）年に交わした会話です。まさに、政府が言う「社会的入院」、患者が感じる拘束監禁状態です。この 4 年後、国から「入院医療中心から地域生活中心へ」の方針が打ち出されました。

私は現在でも精神疾患と向き合っています。ここ数年は、精神科病院が家族教室という名で講演会のようなものを盛んに開くようになりました。相当な様変わりです。息子が医師から「おれが出した薬が効かないはずはない」などと怒鳴られているのをそばで見聞きしていた父親でしたが、あの医師とは最近お目にかかることがありません。

●患者・家族としてできること

先述の弟の治療から学んだことは、家族が身内の者の病に関して基本的な知識を得るために最低限必須のことは学ぶという姿勢を保つことの大切さです。当時私は、新しい治療薬の開発が進んでいることを知りませんでした。医師からも知らされませんでした。

理化学研究所の加藤忠史主任研究員は著書『岐路に立つ精神医学』で「50 年ほど前から画期的な進歩がない精神疾患医療はどこへ行くのか」と現実の日本の抱える苦悩を告白されています。自身も精神疾患と闘った経験を持つ私は、精神疾患治療の研究を進めてもらうために死後脳ドナーとしてブレインバンクに登録しています。加藤氏は前述の著書の中で「これら（諸問題）を解決するにはどうしたよいのか。それは結局のところ精神疾患の原因を解明するしかない」とはっきりと述べておられます。

2013 年（平成 25 年）6 月に閣議決定された、「科学技術イノベーション総合戦略」の 5 つの柱のひとつ「国際社会の先駆けとなる健康長寿社会の実現」の重点課題として、「精神・

神経疾患等の革新的予防・診断・治療法の開発」が織り込まれました。また、前述の「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針案」の中でも、研究の推進が示されました。長年精神疾患と向き合った当事者として期待せずにはいられません。

期待するだけではなく、われわれ患者や家族の当事者が声を上げていくことが重要です。国立精神・神経医療センターの伊藤弘人氏は、ある講演の中で「当事者（代理人等の立場の関与も含む）の参画事例を積み重ねていくことが必要である」と述べており、具体的には（1）国家レベル：検討会（2）地方辞自治体レベル：審議会、地域連携協議会（3）個人治療レベル：入院時・入院中、非任意治療前や治療後の振り返り――を、声を上げる「場」として挙げています（注 2）。

注1　出典：第 1 回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会資料 3

注2　特定非営利活動法人日本医療政策機構　第 22 回特別朝食会開催報告　『日本のメンタルヘルス政策　現状と今後の方向性』

＜表 1＞　「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針案」全体的な方向性　から要点抜粋

・地域社会の一員として安心して生活していく権利の享有の確保
・社会復帰の促進およびその自立と社会経済活動への参加の促進
・入院医療中心の精神資料から地域生活を支えるための精神医療の実現
・最大限人権に配慮した医療の提供
・予防と早期受診のための精神障害に関する知識の普及啓発と精神医療体制の整備
・地域に対する精神障害の理解促進
・社会からの孤立を避けるための、患者ピアサポート、家族支援の促進
・国、地方公共団体による必要な人材の確保と質の向上、必要な財源確保

✧　**さらに詳しく知りたい方のために・**

・　みんなのメンタルヘルス総合サイト　http://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html

・　「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針案」とりまとめについて　http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000032502.html

・　医療計画（精神疾患）に関して
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/dl/shiryou_a-3.pdf

（すべて 2014/3/4 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

7-7 在宅ケア

～日本で喫緊の政策課題～

キーワード　・在宅医療　・地域医療計画　・地域包括ケアシステム　・住民参加

●このテーマで目指すゴール

・在宅ケアの必要性を理解する。
・在宅ケアが目指す方向性を正しく理解する。
・在宅ケアに関する政策立案、実行に参加し意見できるようになる。

患者さんからの質問

高齢化社会を迎えるにあたり、在宅ケアの必要性は分かりますが、政策的にどのように対応していくのですか。

［寄稿］　特定非営利活動法人　千葉・在宅ケア市民ネットワーク　ピュア
代表　藤田　敦子

●在宅ケアとは

在宅ケアとは、がん、脳卒中、糖尿病、認知症、難病、腎不全などの慢性疾患や障害をかかえて寝たきりや虚弱になった人々に対し、住み慣れた自宅や地域の中で暮らし続けられるように、自宅または居宅において提供される医療・介護・福祉などの総称です。在宅医療は、そのうちの一部で、「生活の場で提供される医療」です。

「平成 24 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査」（2013 年／平成 25 年厚労省）の結果では、末期がんと診断され、食事が良くとれ、痛みもなく、意識や判断力が健康な時と同じように保たれている時、71.7%の人が居宅で、8.2%が介護施設で過ごしながら医療を受けたいと希望し、状態が悪化しても 37.4%の人が居宅を、13.7%が介護施設を希望します。しかし、実際に末期がんで最後まで在宅で生活を継続できた人は、在宅死亡率（*1）によると約 10%（2011 年／平成 23 年厚労省人口動態統計）です。

また、「高齢者の健康に関する意識調査」（2007 年／平成 19 年度内閣府）の結果では、要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が 40%を超えました。しかし、自宅死亡率は 12.5%（2011 年／平成 23 年厚労省人口動態統計）であり、国民のニーズとはかけ離れています。できるだけ長く住み慣れた環境の中で過ごせるように、また自宅での看取りを望む人には選択肢になるように、在宅医療・介護を推進していく必要があります。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

●今、なぜ在宅ケアなのか

在宅ケアが重要なテーマになっているのはなぜでしょうか。日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。65歳以上の人口は、現在3000万人を超えており（国民の約4人に1人）、2042年（平成54年）の約3900万人でピークを迎えます。その反面、若年人口は減少の一途をたどっていき、2055年（平成67年）には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定されます。そして出生率の回復状況にもよりますが、22世紀初頭に日本の人口は、現在の半分程度に減少することが予想されています（内閣府「平成24年版高齢社会白書」より）。

団塊の世代（約800万人）が75歳以上になる2025年（平成37年）には、今よりもはるかに大きな医療・介護ニーズが生じることが見込まれています。現在の病院医療供給体制を維持したとしても、自宅または居宅としての介護施設等における在宅ケアや看取りを必要とします。しかし、その提供体制は高齢者の急増に十分応えられるものになっていません。特に都市部周辺でこの問題は顕著になり、人口動態からの推計によると、2040年（平成52年）にかけて今よりも約40万人死亡者数が増加するといわれています。

さらに今後問題になるのは、高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯の増加、そして認知症患者の増加であり、医療・介護の提供体制だけでなく、地域全体で治し、支える地域包括ケアシステムの確立が望まれます。その中で在宅ケアは重要な位置を占めることになります（図１参照）。

●在宅ケアと地域医療計画／地域包括ケア

現在の国、都道府県、市町村の政策体系において、在宅ケアはどのように位置づけられているのでしょうか。内閣府による「社会保障制度改革国民会議」において、今後の医療と介護の在り方が示され、社会保障制度改革推進法（2012年／平成24年8月公布）第6条3で「医療の在り方については、個人の尊厳が重んじられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」とされました。今後、医療、介護、看取りまで切れ目のない地域医療の提供と包括ケア体制の構築を目標として、各地において高齢者の大幅な増加に見合った「病院・病床機能の分化・強化」が行われていきます。

都道府県は、地域の医療需要の把握に将来推計や報告された情報等を活用し、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための「地域医療ビジョン」を策定し、地域医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進していきます。そして、市町村は「地域包括ケア計画」を策定し、医療・介護・リハビリ・保健・予防を切れ目なく、生活支援、すまい方や住民の意思や意識の上に育んでいくこととなります。（図2参照）。また、地域包括ケアは医療・介護の領域にとどまらず、街づくり、地域づくりの視点が必要であり、住民参加が不可欠となります。

今後、本年 2014 年（平成 26 年）に第 6 次医療法改定が行われる予定です。そこでは、

「在宅医療・連携の推進」のため、在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させていきます。これに合わせて各都道府県は、医療計画の中の在宅医療の章を改訂していくことになります。そして、在宅ケアの大きな主体である市町村が主体性をもって推進していくことが必要です。以上のように、在宅医療を含む在宅ケアの強化が、日本の中で重大かつ喫緊のテーマともなっています。

●県民の幸福感・安心感・満足感の改善を最優先に

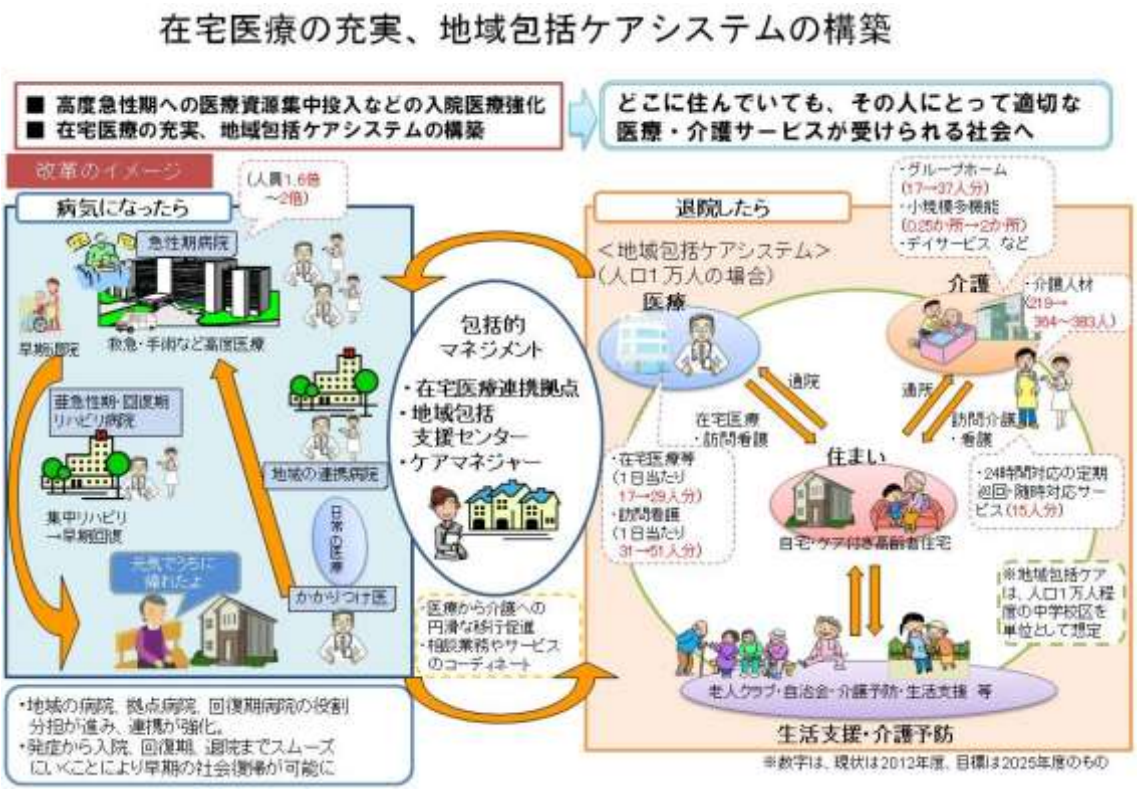
在宅ケアを推進するにあたっては、地域ならではの医療計画を作成し、その計画を継続的に改善していくことも重要です。良い医療計画とは、多職種の意見を取り入れて患者の生活の質（QOL）を重視している計画です。そして、地域の偏在なく特性を生かし実現可能であること。圏域の設定が適切で関係者の役割がはっきりしていること。看取りまで継ぎ目のない医療と介護との連携が示せていることです。そして、好事例とは、県民に分かる医療・介護提供体制の見える化がしっかりと行われ、分かりやすい情報提供が行われていることだと思います。

図 2 でみたように、地域包括ケアや在宅ケアにおいては、医療・介護の領域にとどまらず、街づくり、地域づくりの視点が必要で、住民参加が不可欠となり、住民の意識や行動の変容が不可欠です。そのため、医療計画や施策の立案過程から住民が参加し、県民の幸福感・安心感・満足感を改善させる指標をしっかり入れて作るべきだと思います。計画のアウトカムは、県民の生活の質を向上させることです。また、それを進めたことにより結果的に、医療費削減につながっていくものが望ましいと思います。市町村の介護保険事業支援計画との連携だけでなく、最後まで住み続ける住居を配置する都市計画とも連携して、在宅医療・介護を生み出していく医療計画もあってもよいのではないかと思います。

地域により、高齢化のピークが違い、医療と介護の需要量もピークの時期も違ってきます。社会の大きな変化の中で、可能な限り、住み慣れた生活の場で療養生活が送れるように、患者の退院後の生活を見据えた退院支援、退院後の日常の療養支援が可能な体制、在宅療養患者の症状が急変したときの対応、そして患者が望む場所での看取りが可能な体制を、医療と介護、そして地域住民も一緒になって作っていく必要があります。患者アドボケートや地域住民は、意見を述べるだけでなく、提案と共に、どのような協働活動ができるかが大切になるでしょう。

*1　自宅のほか、特別養護老人ホームや介護老人保健施設も含む

＜図 1＞　在宅医療包括ケア



出典：厚生労働省「社会保障・税一体改革で目指す将来像」（2012 年／平成 24 年 7 月 2 日）

＜図 2＞　地域包括ケアシステムとは

出典：地域包括ケア研究会報告書（2013 年／平成 25 年 3 月）

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・　社会保障・税一体改革
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku.html

・　社会保障制度改革国民会議
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/

・　平成 24 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査　集計結果（クロス集計表）
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000031556.pdf

・　高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）
http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h19/kenko/zentai/

・　平成24年版高齢社会白書（内閣府）
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/pdf/1s1s_1.pdf

・　地域包括ケア研究会報告書
http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf

・　疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について　（2013年3月30日厚生労働省医政局指導課長通知）
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/dl/tsuuchi_iryou_taisei1.pdf

・　在宅医療について（厚生労働省　医療計画の見直しに関する都道府県担当者向け研修会資料より）
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/dl/shiryou_a-5.pdf

（すべて 2014／1／21 アクセス）

8-1 医薬品が開発されて患者さんに届くまで

キーワード ・創薬の流れ、時間、かかる費用　・日本における創薬の課題

● **このテーマで目指すゴール**

・医薬品の開発のプロセスや時間、現在の課題を理解する
・患者アドボケートとしてできることを考えてみる
・医薬品開発に関して患者アドボケートとして動くことができる

患者さんからの質問

医薬品の開発には時間とお金がかかると聞きますが、実際どのくらいかかるのですか。

［寄稿］　日本製薬工業協会
患者団体連携推進委員会

●新薬創出の流れ　＜図 1＞参照

新薬の開発は、創薬シーズ（注 1）である新規物質の発見と創製を行う「基礎研究」から始まります。選び出された新規物質は、動物や培養細胞を用いて有効性と安全性を研究する「非臨床試験」という段階に進みます。新薬創出に至るこれらの一連の過程で、製薬企業とアカデミア（大学等）の研究機関・医療機関との連携、協力が行われます。

有用性があると認められた医薬品の候補物質は、健康な方や患者さんを対象とした「臨床試験（治験）」へ進みます。「臨床試験」は病院などの医療機関で実施されます。最初のステップでは少数の健康な人を対象に副作用などの安全性を確認します。次のステップで少数の患者さんを対象に、有効で安全な投与量・投与方法などを確認します。このステップで有用性が認められた後、多数の患者さんを対象とした有効性・安全性を検証するための臨床試験が行われます。一連の臨床試験を通じて有効性・安全性などが証明された後に、医薬品医療機器総合機構での審査と厚生労働省による薬事承認を経て、初めて「新薬」が誕生します。その後、薬価収載（注 2）され患者さんに使用されるようになります。「新薬」が誕生する成功確率は、候補化合物数から数えて約 3 万分の 1、9 年～17 年の期間と、数百億円の費用がかかります。

発売後は臨床試験段階とは異なる環境で、より多くの患者さんに使用されることになります。従って、臨床試験段階では確認できなかった安全性の問題等が発生する可能性がありますので、発売後も安全性や有効性のデータを引き続き収集します。

●医薬品の開発における課題　＜図 2＞参照

2012 年で見ますと、日本は、米国、スイスに次ぐ世界第 3 番目の新薬創出国で、ここ 10 年間 2～3 番目で推移しています。また、2011 年の世界の売り上げ上位 30 品目を見ますと日本オリジン（独自開発）の品目は 4 品目ですが、11 品目のバイオ医薬品、抗体医薬品の中には日本オリジンの品目はありません。また、現在日本で販売されているがんの分子標的薬（注 3）は 20 品目ありますが、日本オリジンは 1 品目となっています。この分野において残念ながら日本は大きく世界に遅れを取っており、早急に追いつく必要があります。

創薬シーズが年々減少することに加え、開発期間の長期化と成功確率の低下傾向が顕著となっており、世界の製薬企業はいかに創薬シーズを探し出し、短期間に開発するかが課題となっています。世界第 1 位の新薬創出国の米国を見ますと、1998～2007 年で、米国オリジンの新薬は、アカデミア（大学等）やバイオベンチャー（注 4）由来が約 60%で、企業の研究由来は 50%以下となっていますが、日本はアカデミアやバイオベンチャー由来が 20%弱です。欧米には、アカデミアで見つけられた創薬シーズを製薬企業と結びつけるバイオベンチャーがあり、創薬にするまでの一貫的な戦略がありますが、日本にはこれがないというのが、創薬における 1 つの欠点であると言われています。今後、日本で、アカデミアの創薬シーズをいかに医薬品にできるようにしていくかが課題となっています。

また、患者さんの求められている医薬品を短期間で医薬品にするためには、いかに臨床試験の期間を短縮し完了するかが大きな課題です。最近ドラッグ・ラグ解消のため、日本、米国、欧州等で同時に治験を実施する国際共同治験が増えており、この場合、治験が同時に完了する必要があり遅れることはできなくなっています。国の施策として、早期・探索的臨床試験病院、臨床研究中核病院、治験ネットワーク等の整備がされていますが、まだまだ日本の治験は海外と比べ遅れがちです。日本の場合、患者さんが全国のどの医療機関に通院・入院されているかの把握がまだ難しく、多くの医療機関と治験契約が必要で手続きに時間を要すること、従って一斉に医療機関で治験がスタートできない等の問題があるからです。解決するためには、一層の医療機関、患者さんの協力が必要となります。文部科学省と厚生労働省は平成 24 年 3 月 30 日「臨床研究・治験活性化 5 か年計画 2012」を取りまとめ、この中の「国民・患者への普及啓発」の項に、「意義に関する普及啓発」、「実施中の臨床研究・治験の情報提供」があります。製薬協は厚生労働省とも相談しながら、治験の意義の普及、患者さんが治験に参加しやすくなるための提供する治験情報の内容、公開方法等検討しています。また、企業は医薬品の開発に関連し、関係患者団体の意見を伺うことも行っています。

今後、ゲノム（遺伝子）や RNA（リボ核酸）、たんぱく質等のオミックス情報（生命分子の網羅的情報）を中心にして生命のシステム、メカニズムがより一層解明され、それに基づき病気の発症メカニズムの解明が進んでいくと考えられます。これにより、病気の初期の段階で予兆が発見できたり、的確に治療できる創薬シーズ、あるいは高度な再生医療等の治療法等が開発されていくことが期待されます。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

（注1）　創薬シーズ：将来的に医薬品となり得る種（シーズ）。

（注2）　薬価収載：　医薬品は厚生労働省の承認を経た後に、厚生労働省により薬価基準価格が定め（薬価基準に収載）られ、患者さんの元に届きます。

（注3）　分子標的薬：体内の特定の分子を狙い撃ちし、その機能を抑えることによって病気を治療するくすりです。抗がん薬の多くは、がん細胞だけでなく正常な細胞も攻撃してしまうので、重い副作用を発現させることも少なくありません。分子標的薬は、病気に関与する分子のみを攻撃するので、がん細胞に対する効果がより高くなっています。

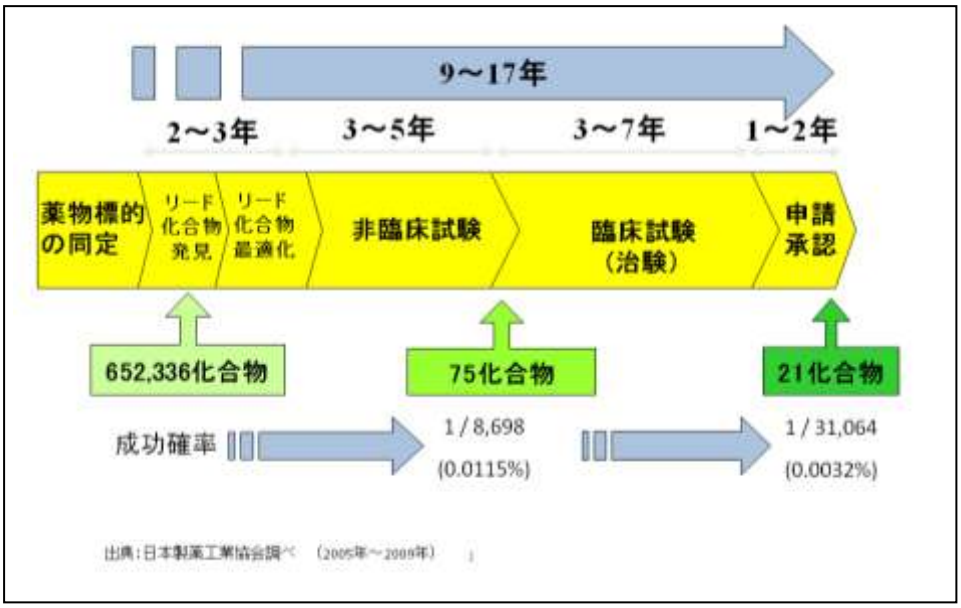
日本製薬工業協会『くすりの役割と未来』から引用

http://www.jpma.or.jp/medicine/med_qa/info_qa55/q48.html（2013/10/31）

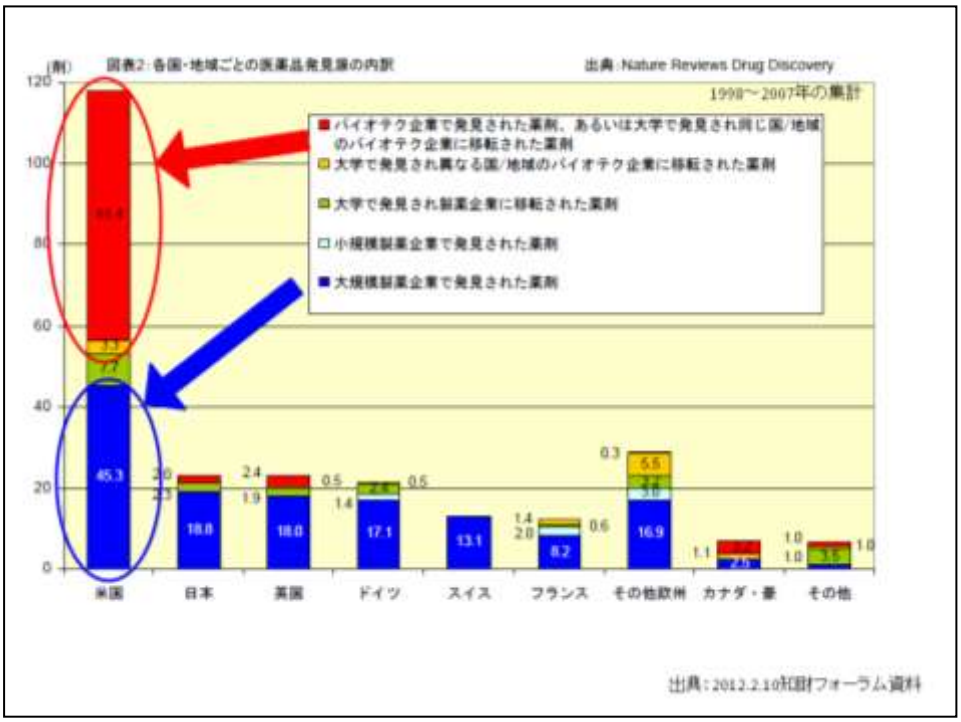
（注4）　バイオベンチャー：生命工学、生物工学の新しい高度な知識・技術を応用して、新薬や新しい治療技術の研究開発に従事する企業。

次ページに続く

＜図 1＞　新薬開発の期間、成功確率



＜図 2＞　新薬発見源の内訳



✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・日本製薬工業協会『くすりについて』
http://www.jpma.or.jp/medicine/（2013/10/31 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

8-3 疫学

～データを政策提言に活用する～

キーワード ・曝露　・健康障害　・確率論

●このテーマで目指すゴール

・疫学とは何かを理解する
・疫学データを生かせる政策課題が分かるようになる
・政策提言に疫学データを活用できるようになる

患者さんからの質問

疫学研究という言葉を耳にしますが、いったいどのようなものですか。政策に取り組む私たちに関係がありますか。

［寄稿］　大阪大学大学院 医学系研究科 環境医学講座
教授　祖父江　友孝

●疫学とは

疫学とは、人間集団における健康障害の頻度と分布を規定する諸要因を研究する医学の一分野です。すなわち、人間を対象として、健康障害と要因との因果関係を検討する学問領域ですが、人間を集団として扱い、確率論的に因果関係を示す点に特徴があります。これに対し、他の多くの基礎医学がメカニズムを重視し、決定論的に因果関係を示す方法をとります。例えば、「喫煙が肺がんの原因である」ことを示すために、決定論的因果関係では、「たばこ煙中に発がん物質があり」、「発がん物質により DNA が損傷され」、「遺伝子異常が引き起こされて蓄積し」、「種々の悪性形質（増殖能亢進・浸潤転移）を獲得し」、「がん化に至る」ことを示すことで、因果関係ありと判断します。一方、確率論的な因果関係では、「喫煙者における肺がんの頻度は、非喫煙者よりも高い」ことを示すことで、因果関係の判断材料とします。

●疫学の基本概念

疫学においては、原因に当たる要因を「曝露（exposure）」と呼びます。曝露と健康障害との間に因果関係があるかを確率論的に示すためには、次のステップを経る必要があります。

（1）健康障害の頻度を測る
（2）健康障害と曝露との「関連（association）」を調べる
（3）関連が真の関連であるかを判断する
（4）関連が「因果関係（cause-effect relationship）」であるかを判断する

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

ここで、関連は数字としての統計的な概念ですが、因果関係は、関連が真である場合に統計以外の観点を含めた上位の判断にもとづく概念として区別しています。

（1）頻度を測る

頻度を測るには、分子と分母を測定する必要があります。通常は、人間一人を単位として、何人中何人が健康障害を有する「有病率（prevalence）」、あるいは、一定期間内に新規に健康障害を発症する「発症率（incidence）」を計算します。

（2）健康障害と曝露との関連を調べる

健康障害と曝露との関連は、健康障害の頻度を曝露の有無別に比較することにより評価します。通常、率の比（あるいは差）をとって、比が 1 でない（差が 0 でない）ことを示すことで、関連ありと判断します。

（3）関連が真の関連であるかを判断する

関連が真の関連であるかを判断するには、見かけ上観察されたものでないことを示す消去法によります。見かけ上の関連をもたらす要因としては、「偶然（chance）」、「偏り（bias）」、「交絡（confounding）」の 3 つがあります。

偶然とは、たまたまそういう結果になったという場合で、制御法としては、統計的検定や信頼区間を計算する、対象者数を多くする、ことになります。偏りとは、対象者が偏って選択された、曝露や健康障害の測定に系統誤差があるという場合で、研究デザインや実施段階で対処する、測定方法の管理・標準化を行うことで制御します。交絡は、広い意味では偏りの一種とされることもありますが、検討対象とする曝露と健康障害以外の第 3 の因子の存在により、見かけ上関連が観察される場合をいいます。第 3 の因子が健康障害と関連があり、かつ、曝露と因果関係でない関連がある場合に、交絡因子となりえます（例えば、飲酒と肺がんとの関連を検討する場合、喫煙が肺がんと関連があり、飲酒と因果関係ではない関連をあるとすると、喫煙は交絡因子となりえます）。「交絡」を制御するには、対象者制限・マッチング、解析段階での調整（層別化・多変量解析）があります。

研究の質は、偶然、偏り、交絡がどの程度制御されているかで決定されます。例えば、ランダム割付比較試験は、未知の交絡因子について制御されているため、質が高いと判断されます。

（4）因果関係かどうかを判断する

関連が真であった場合に、その関連が因果関係であるかどうかを判断する規準としては、①複数の研究結果が一致している、②関連の大きさ（比や差の値）が大きい、③生物学的に説明できるメカニズムがある、があげられます。その他、曝露と健康障害の時間的関係が保たれている（曝露が先で健康障害が後）、量反応関係（曝露が多いほど健康障害の頻度

が高い）が観察される、などの規準もあります。疫学研究の場合、単一の研究結果で因果関係ありと判断することは稀であり、複数の研究結果に基づき、個々の研究の質を吟味した上で結果をまとめ（系統的レビュー）、因果関係を判断します。これは、健康障害の因果関係だけでなく、対策の有効性評価についても同様に当てはまります。

●疫学と政策提言との関係

政策提言には、関係者の意見調整に基づいて行われるもの（意見集約型）と、データに基づいて行われるもの（証拠積み上げ型）に大別されますが、後者においては、疫学研究の結果が大きな位置を占めます。すなわち、健康障害や曝露の実態を把握し、問題点に対する解決策を見つけ出し、その有効性を評価する、各過程に疫学研究が大きく関与します。対策の有効性については、系統的レビューを行ってエビデンスレポートを作成し、対策のもたらす利益・不利益バランスを考慮して「推奨（recommendation）」を決定するのが「ガイドライン（guideline）」の役割です。証拠に基づく政策提言では、現状分析・問題点整理に対して解決策を提示する段階で、積極的にガイドラインなどの外部資料を利用することが望ましいです。

●アドボケートができること

研究は、研究者の知的好奇心を満足させるためだけに実施されるものだけではなく、いまや、政策決定をするための根拠を作るための必須の行為と考えることができます。疫学研究には、研究対象者の偏りのない参加が必須であり、アドボケートからの研究に対する積極的な支援・参画が望まれます。また、海外では、公的な研究資金以外に、民間からの研究資金がかなり大きな部分を占めますが、その多くが小口の寄付を集めたものです。公的な研究費に頼らない研究費の仕組みを育てていくことも重要な視点と考えます。

✧　さらに詳しく知りたい方のために

・　日本疫学会監修 『はじめて学ぶやさしい疫学～疫学への招待～改訂第 2 版』 南江堂、2010 年

・　中村好一『基礎から学ぶ楽しい疫学第 2 版』 医学書院、2006 年

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

8-4 臨床研究・臨床試験・治験

～産業界・医師・患者の協働作業～

キーワード　・新規承認　・適応拡大　・企業主導型治験　・医師主導型治験

●このテーマで目指すゴール

・臨床研究、臨床試験、治験を正しく理解する。
・臨床試験、治験の情報を仲間に伝えることができるようになる。
・患者アドボケートとして、研究に参画できるようになる。

患者さんからの質問

病院では治験と書いてあるポスターを見かけますが、臨床試験とは違うのですか。違いを教えてください。

［寄稿］　国立がん研究センター　企画戦略局長
同　中央病院　乳腺・腫瘍内科
藤原 康弘

●臨床研究、臨床試験、治験の違い

「臨床研究」とは、2008（平成 20）年 7 月 31 日付けの国の指針「臨床研究に関する倫理指針」の中では「医療における疾病の予防方法、診断方法及び治療方法の改善、疾病原因及び病態の理解並びに患者の生活の質の向上を目的として実施される医学系研究（医学のみならず、歯学、薬学、看護学、リハビリテーション学、予防医学、健康科学に関する研究も含まれる）であって、人を対象とするもの」と定義されています。私たちが受けている日常の診療は、この臨床研究の成果により形作られ、かつ進歩しているのです。

臨床研究はヒトあるいはヒトから得られた組織などを対象とした研究であることから、その実施に際しては、研究に参加していただくあるいは組織を提供していただく方の人間としての尊厳及び人権が守られることが非常に重視されています。この倫理規範は世界医師会によるヘルシンキ宣言を基本として、わが国では「臨床研究に関する倫理指針」あるいは「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（以下、省令 GCP）」に規定されており、臨床研究を実施する医療者はこの倫理規範に従うことを求められています。

臨床研究のうち、介入を伴うもの（月に 1 回 CT や MRI を撮ったり、何十 cc もの採血をされるなど、日常診療で行わないようなことを伴っていたり、国の承認の無い医薬品や医療機器が用いられていたり、対照群を設けて比較するような内容の研究）を特に「臨床試験」（クリニカルトライアルとカタカナ表記をする場合もあります）と呼びます。わが国においては、厚生労働省による製造・販売承認審査における資料とするために、省令 GCP を

含む薬事法令に従って実施される臨床試験を特に「治験」（臨床治験と呼ぶ医師もいます）と呼んでいます。また、承認後に薬事法にもとづく再審査制度の中で実施される臨床試験を特に「製造販売後臨床試験」と呼び、この試験も省令 GCP に従って実施されています（図１）。

治験は、特に薬事法という法律によって、その実施方法が細かく規定されているので、臨床研究の中で参加者にとっては尊厳や人権が最も守られたものです。自分の参加する研究が臨床研究なのか臨床試験なのか治験なのかは、しっかりと理解しておく必要があります。この違いをうまく説明できない医療者が進める研究には参加しないことを勧めます。臨床研究の実施にあたっては、先述の倫理指針、省令 GCP のいずれもが「利益相反」（利害の衝突とか COI とも呼ばれます。具体的には、外部との経済的な利益関係等によって、研究で必要とされる公正かつ適正な判断が損なわれる、または損なわれるのではないかと第三者から懸念が表明されかねない事態をいいます）への配慮を厳しく要求しているので、臨床研究に参加される場合には、しっかりと確認しましょう。

●臨床研究のデザイン（設計）のポイント

臨床研究は、まず解決したい臨床的課題を「目的」として明確にした上で、研究計画書（プロトコル）や同意説明文書、収集するデータとその収集方法とまとめ方を、生物統計家、データーマネジャー（DM）、臨床研究コーディネーター（CRC。治験の場合には治験コーディネーターとも呼ばれます）たちと相談しながら考え、作成することから始まります。準備の最終段階では研究を実際に行う人たちとは独立した委員会である倫理審査委員会による審査と承認を得る必要があります。

臨床研究の実施の際には、患者は参加前にインフォームドコンセント（説明の上の同意）を受け、最終的に文書に同意のサインをしっかりしてから研究が始まります。研究中に得られる各種データ（画像診断、臨床検査値）は、正確な時期に正しく把握されているか否かを医師が確認しますが、医師に加えて DM や CRC もチェックしている研究は安心です。

臨床研究の最終段階では、データの確からしさの最終確認、統計解析と結果の公表（学会や学術論文に発表）があります。治験の場合、結果は厚生労働省への承認申請資料として用いられ、薬事承認、薬価収載などのプロセスを経て、最終的に新しい医薬品や医療機器が日常診療で使えるようになることになります。

●新規承認、適応拡大の違い

医薬品・医療機器などの厚生労働省による承認には 2 種類あります。これは欧米でも同様です。ひとつには、その国で初めて承認される場合。もうひとつは、既に承認された医薬品・医療機器が別の対象疾患（専門的には「効能・効果」と呼びます）、別の用法・用量（例：内服の薬が注射に変わったり、1 週間に 1 度の注射が 1 カ月に 1 度でよくなる）、別の形（例：硬い錠剤が口の中に入れるとすぐ融けるタイプに変わったり、ひと瓶 5m g 入っ

ていたものが 50m g になったり）で承認される場合で、こちらを追加承認と呼びます。対象となる疾患が増える場合を特に「適応拡大」と呼びます。このふたつの承認に向けての国の審査において、企業は、追加承認の時より初回承認の時の方が格段に多くの資料提出を求められます。

なお、初回承認のあと、日本では医療は公的な保険から、かかった経費の 7 割から 9 割が支払われる（患者の自己負担が 3 割から 1 割）体制となっているので、その公的保険で使用されるために医薬品や医療機器の値段が決まるプロセス（先述の「薬価収載」）があります。この値段が決まって、初めて発売され、日常診療で使えるようになります。

抗がん剤などで、よく問題となるドラッグラグですが、これには、欧米で承認されているのに日本で初回承認が無いので使用できない場合（「未承認薬」問題）と、日本でもある対象疾患には承認されているのに別の対象疾患には承認されていない（「適応外」問題）場合のふたつのタイプがあります。

適応外の問題を解決するには、適応拡大を目的とした治験を行うことを企業が早く決断し、その治験を早く進め、終了させることが必須となります。国の承認審査のスピードは今では欧州と同じくらい、米国よりやや劣る程度で、ドラッグラグの大きな原因とはなっていません。

●企業主導型治験、医師主導型治験の違い

先述した治験は本来、医薬品や医療機器のメーカーが医療機関に依頼して実施するもので、その計画や経費は全てメーカーが拠出して実施されます。ちなみに、厚生労働省への承認申請は、医師や医療機関は行うことができず、メーカーのみに許された行為です。それは欧米各国でも同じです。

一方、2002（平成 14）年の薬事法の大改正で導入されたのが「医師主導治験」という治験です。これは、医師が主体となって、治験の計画を行い、実施や経費も医師が準備するものです。メーカーが実施して承認を取得しても利益につながりにくい、希少疾患（がんや難病）を対象とする医薬品・医療機器の開発では医師主導治験が大きな役割を果たします。医師主導治験の結果が良ければ、メーカーがその結果を用いて承認申請できたり、本格的な開発の決断ができるからです。

この他に医師主導臨床試験と呼ばれるものがありますが、こちらは医師主導治験とは異なり、薬事法による厳しい規制を受けるわけではなく、「臨床研究に関する倫理指針」というガイドラインに従って行うもので、結果が良くとも直ちに承認申請資料には使えません。

●臨床試験・治験の情報はどのように得ることができるか

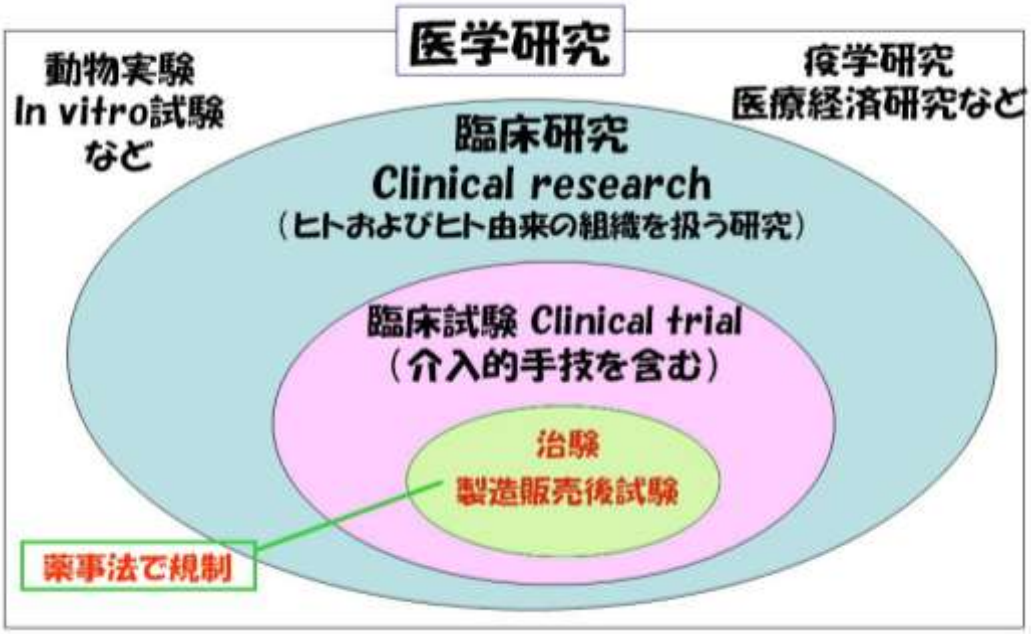
現在どのような臨床試験・治験が行われているかは、一般財団法人日本医薬情報センター（JPIC：“ジャピック”と読む。企業治験が多く登録されています）、大学病院医療情報ネットワーク（UMIN：“ユーミン”と読む。治験以外の臨床試験・臨床研究が多く登録さ

れています)、社団法人日本医師会治験促進センター（医師主導治験が多く登録されています)、以上 3 つのサイトで検索して調べることができます。

がんの場合は、国立がん研究センターがん対策情報センターが中心になって作った「がん情報サービス」のサイトから、これに 3 つの情報を一括して検索することができます。

「臨床試験（治験）の詳しい情報を知りたい方へ」というページの中にある「がんの臨床試験を探す」というリンクにアクセスしてみてください。

＜図 1　医学研究の構図＞



*In vitro 試験:　分子生物学の実験などにおいて、試験管内などの人工的に構成された条件下、すなわち、各種の実験条件が人為的にコントロールされた環境であることを意味する（ウィキペディアから引用)。

✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

- 一般財団法人日本医薬情報センター（JPIC）　http://www.japic.or.jp/di/navi.php?cid=4
- 大学病院医療情報ネットワーク（UMIN）　http://www.umin.ac.jp/
- 社団法人日本医師会治験促進センター　http://www.jmacct.med.or.jp/
- 「がん情報サービス」　http://ganjoho.jp/public/index.html
- 「臨床試験（治験）の詳しい情報を知りたい方へ」
  http://ganjoho.jp/public/dia_tre/clinical_trial/ct03.html
- 「がんの臨床試験を探す」
  http://ganjoho.jp/public/dia_tre/clinical_trial_new/index.html

（すべて 2014/2/14 アクセス）

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014

8-5 医学研究における倫理指針

～守らなければならないルールを理解する～

キーワード　・ヘルシンキ宣言　　・省令 GCP

●このテーマで目指すゴール

・倫理指針の根拠を理解する
・倫理指針の内容を理解する
・倫理指針にのっとって、研究への関与ができるようになる

患者さんからの質問

治験に参加するように勧められたのですが、私の権利は守られますか。その守られ方は誰が決めているのですか。

［寄稿］　国立がん研究センター
早期・探索臨床研究センター 臨床試験支援室　佐藤 暁洋

●医学研究（臨床試験／治験）とは

医学研究の最も基本的な倫理基準とされるヘルシンキ宣言の序文には「医学の進歩は、最終的に人間を対象とする研究を要するものである」と述べられており、新しい薬が多くの患者さんに使用される前には、その薬に本当に効果があるのか、副作用などの安全性に問題はないのか、を少数の患者さんで試してみる必要があります。これが医学研究の一つである臨床試験／治験と呼ばれるもので、国が新しい薬に製造販売承認を与えるための法律でもそのように定められています。また、同じくヘルシンキ宣言で「医師は、適用される国際的規範および基準はもとより、人間を対象とする研究に関する自国の倫理、法律および規制上の規範ならびに基準を考慮するべきである」とも述べられており、臨床試験／治験を行う上では倫理的なガイドラインを遵守することが求められています。

倫理ガイドラインとしては、ヘルシンキ宣言、ベルモントレポート、CIOMS ガイドラインなど様々なガイドライン＜表 1＞がありますが、日本で臨床試験／治験を実施する上で遵守が求められているガイドラインを次に説明します。

●医学研究において守られなければならない倫理指針

一般的に、新しい薬の製造販売承認の資料として必要な臨床試験を「治験／医師主導治験」、それ以外の薬の新しい組み合わせ方法や手術方法などの有効性・安全性を確かめるために医師が主導して行う臨床試験を単に「臨床試験」と呼びます。日本では前者は「(薬事

法及び）省令 GCP」、後者には「臨床研究に関する倫理指針」をそれぞれ遵守して実施することが求められています。また、病気の原因などを調べる疫学研究や遺伝子の情報を用いる研究などでは、それぞれ別の倫理指針が定められています。これらのガイドラインはヘルシンキ宣言やベルモントレポートなどの内容が取り入れられたうえで作成されています。

米国ではすべての臨床試験は法律に当たる連邦規則（45CFR46）で規制されているのに対して、日本では「省令 GCP」は法律ですが、「臨床研究に関する倫理指針」は法律ではないガイドラインという位置づけになっているところが異なっています＜表 2＞。

内容としては、治験を計画・実施する責任者（治験依頼者など）、医療機関側（臨床研究機関の長、責任医師、その他の協力者など）、審査を行う第三者（倫理審査委員会など）などを規定してそれぞれが守らなければならないことが定められており、「省令 GCP」の方がより細かく厳密なルールが定められています。紙面の関係上ここではその詳細を述べることはしませんが、いずれも臨床試験／治験の結果（データ）に関する信頼性の確保と倫理面での担保が基本的な考え方のベースになっています。

●医師・患者が留意しなければならないこと

臨床試験／治験を実施する上で最低限守らなければならないのは、臨床試験の実施計画書（プロトコール）および患者さんに臨床試験への参加をお願いする説明文書や同意書などを、その科学性・倫理性に関して第三者機関である倫理審査委員会に審査してもらい、必ずその承認を得た後に臨床試験を開始することです。また、患者さんに臨床試験に参加して頂く場合には必ず説明文書などを用いて説明を行い、さらに同意を文書で得ることが求められます。また、新しい治療はプロトコールに基づいて実施され、その結果及び過程に関する記録が第三者にもわかる形で収集・保管されることが重要となります。

また、参加される患者さんにとっては、未だ有効性や安全性が確立していない新しい治療を受けることになりますので、説明された内容を十分に理解した上で臨床試験に参加して頂くことが大切になります。そのためには、不明点があれば医師もしくは臨床研究コーディネーターに遠慮せずに質問をしたり、その臨床試験へ参加するかどうかはご自身が落ち着いて考え、ご家族などとも十分相談する時間を取った上で決めることが大事です。また、治療が始まった後は、副作用予防のために服薬その他の医師の指示には出来るだけ注意を払い、他の医療機関を受診する場合には治験参加カードなどを活用して臨床試験に参加していることが分かるようにする必要があります。また、信頼性の確保の意味でも服薬日誌などの正確な記入も必要です。

●おわりに

とても簡単ではありましたが、臨床試験／治験と倫理ガイドラインについて概説しました。患者さんにとっても臨床研究／治験に関する知識を得ることは、納得して参加する上でとても大事なことです。また、倫理審査委員会の委員としてそれらの試験を審査する立

場になる可能性もあります。本稿を読まれて興味を持たれましたら、臨床研究の倫理指針やヘルシンキ宣言にどのようなことが書かれているかを是非ご一読頂ければと思います。本稿がそのような患者さんの一助となれば幸いです。

＜表 1＞臨床研究のガイドライン

	米国	日本
規制要件	"The Common Rule" (45CFR46 subpart A) - 対象：すべての臨床研究 （管理監督機関共通のルール） - 内容：IRBなどの規定に加え「連邦政府資金の使途」を規定 →「満たさなければ、政府予算を使用できない」と規定 - 位置付け：法律 "21CFR50, 56" - 対象：承認を目指す治験 （食品医薬品局(FDA)の規準） →位置付け：法律	各種倫理指針 （「臨床研究に関する倫理指針」など） - 対象：治験以外の臨床研究 - 内容：研究者・研究機関の長の責務、倫理審査委員会などを規定 - 位置付け：法的な強制力を持たないガイドライン 「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」(GCP) - 対象：承認を目指す治験 - 位置付け：省令(法律)

＜表 2＞臨床試験に関する規制要件

	米国	日本
規制要件	"The Common Rule" (45CFR46 subpart A) - 対象：すべての臨床研究 （管理監督機関共通のルール） - 内容：IRBなどの規定に加え「連邦政府資金の使途」を規定 →「満たさなければ、政府予算を使用できない」と規定 - 位置付け：法律 "21CFR50, 56" - 対象：承認を目指す治験 （食品医薬品局(FDA)の規準） →位置付け：法律	各種倫理指針 （「臨床研究に関する倫理指針」など） - 対象：治験以外の臨床研究 - 内容：研究者・研究機関の長の責務、倫理審査委員会などを規定 - 位置付け：法的な強制力を持たないガイドライン 「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」(GCP) - 対象：承認を目指す治験 - 位置付け：省令(法律)

✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・ヘルシンキ宣言　日本医師会ホームページ
http://www.med.or.jp/wma/helsinki08_j.html
・臨床研究に関する倫理指針　厚生労働省ホームページ
http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/rinsyo/dl/shishin.pdf
・省令 GCP　医薬品医療機器総合機構ホームページ
http://www.pmda.go.jp/operations/shonin/outline/shinrai/tuchi_gyomutejun.html

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

8-6 根拠に基づく医療（EBM）

～治療や対策の根拠を理解する～

キーワード ・EBM ・根拠に基づく医療 ・医学文献 ・PubMed（パブメド）

●このテーマで目指すゴール

・EBM を正しく理解する
・正しい根拠を見つけられるようになる
・EBM の考え方を踏まえて政策提言を実践できるようになる

患者さんからの質問

最近、EBM とよく聞きますが何のことかわかりません。医師が言うことに従って治療を行うことですか？

［寄稿］ 日経 BP 社
日経メディカル 副編集長 北澤 京子

●EBM とは

EBM という言葉をどこかで見かけたことがある人も多いでしょう。EBM とは、evidence-based medicine（エビデンス・ベースト・メディシン）の略で、「根拠に基づく医療」と訳されていることが多いです。

EBM という言葉は 1990 年代前半に登場し、以後、世界中に急速に普及しました。日本では 1997 年 6 月に、厚生省（当時）の報告書に EBM が初めて登場し、一般的に使われるようになりました（注 1）。

従来、病気の診断や治療法の選択は、専門家である医師の過去の経験（そうした経験の豊富な人はときに“権威”と呼ばれます）や病態生理学（体に異常が起こる仕組みを解明する学問）の知識を基に決められていました。しかし、EBM の考え方では、そうした権威者の意見より、人間を対象とする臨床研究から得られた根拠（エビデンス）を重視します。そのため、「EBM は医療のパラダイムシフトである」ともいわれています（注 2）。

EBM が普及した背景には、臨床研究のデータベース化が進み、使いやすくなったことがあります。その象徴的な出来事が、米国立医学図書館が 1997 年に、世界最大の医学文献データベース（MEDLINE）をインターネット上で誰でも無料で利用できるようにしたことです。このデータベースはパブメド（PubMed）と呼ばれ、世界中で使われています。

現在では、医学部や薬学部でも、EBM の基本を教えています。また、病気の診断や治療などについての指針となる「診療ガイドライン」も、EBM の考え方に沿って作成されることが一般的になりつつあります。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

●EBM の 5 つのステップ

では、EBM を実践するために、具体的にどうすればよいでしょうか。
EBM には 5 つのステップがあります<表 1>。表 1 では、医療従事者の立場に立って「目の前の患者」としていますが、あなたが患者であれば「自分自身」と考えてください。

ステップ 1 の“臨床上の疑問”とは、「高血圧患者（の私）は、どのくらいまで血圧を下げるのが望ましいか」とか、「55 歳の女性（の私）は、年 1 回のマンモグラフィーによる乳がん検診を受けるべきか」といった、何らかの行動に結びつく疑問です。疑問をまとめたら次に、それについての臨床研究を系統的に検索します（ステップ 2)。見つかった臨床研究は、その内容を批判的に吟味します（ステップ 3)。そして、吟味した結果を、他の要因も総合的に考え合わせた上で、目の前の患者（または自分自身）に適用します（ステップ 4)。吟味の結果、適用しない選択をすることもあり得ます。そして、適用した（あるいは、しなかった）結果を評価し、次につなげていきます（ステップ 5)。

臨床上の疑問の中でも、治療に関する疑問、つまり「○○（病気）に△△（治療法）は効くか」というタイプの疑問に適した臨床研究は、ランダム化比較試験（Randomized Controlled Trial 以下 RCT という、無作為化比較試験も同じ意味）です。RCT では、研究の参加者を実験群（△△を実施する群）か対照群（△△を実施しない、または別の方法を実施する群）かに分ける際、サイコロを振って奇数が出るか偶数が出るかといった、全くの偶然に基づく方法で決めます。こうすることにより両群間の背景がそろうため、もし結果に差があれば、それは△△によるものだと考えられるからです。複数の RCT を統合したシステマティック・レビューがあれば、単独の RCT より信頼度が増します。

注意しておきたいのは、ある治療法が「有効であるというエビデンスがない」ことと「無効である」ということは、必ずしも同じではないということです。臨床研究（特に RCT）の実施には費用も時間もかかりますし、専門の人材も必要です。既に広く行われているために、今さら RCT で検証できない（そんな RCT に参加を希望する患者がいない）ということもあり得ます。もちろん、有効であるというエビデンスがなく、やがてすたれていく治療法もあります。

●EBM イコール RCT ではない

90 年代後半から 2000 年代前半にかけて、日本では EBM が一種の“ブーム”になりました。ステップ 2 のエビデンスの検索や、ステップ 3 の批判的吟味に注目が集まったため、EBM イコール文献検索、あるいは EBM イコール RCT（の解釈）と誤解された向きがないとはいえません。

ですが、臨床研究のエビデンスだけで意思決定ができないのは、ある意味当然であり、EBM の世界的指導者たちも、そのことを明言しています（注 3)。患者は一人ひとり状況が異なりますし、考え方や好みも違います。臨床研究から得られたエビデンスは大事ですが、患者の置かれている状況や考え方も考慮しながら、医師と患者が協同して意思決定をして

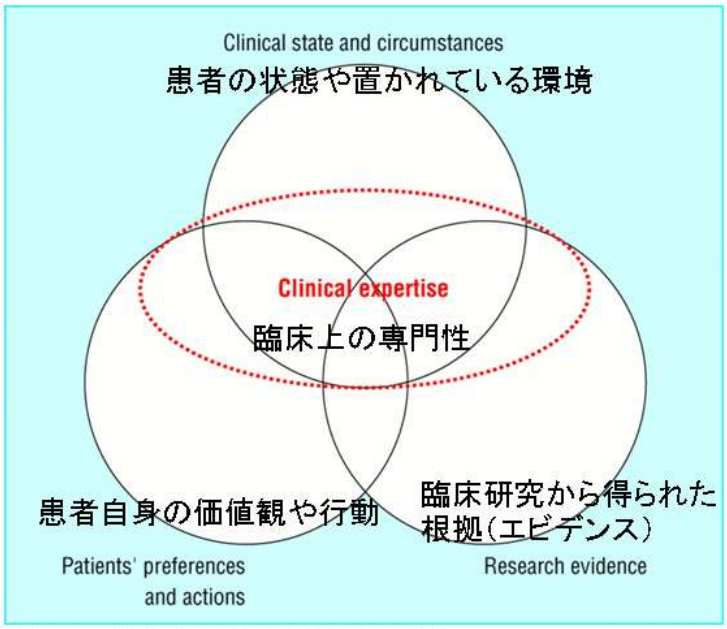
いくというのが、本来の EBM の考え方です＜図 1＞（注 3)。

EBM の考え方は、臨床上の意思決定だけでなく、国の医療政策にも影響を及ぼします（例えば、公衆衛生上の対策としてがん検診を導入するかどうか、など)。EBM の基本的な考え方を知っておくことは、医療従事者だけでなく、患者の立場からも有用だといえるでしょう。

＜表 1＞　EBM の 5 つのステップ

ステップ 1	目の前の患者の“臨床上の疑問”を一定の形式にまとめる
ステップ 2	その“臨床上の疑問”についての臨床研究を検索する
ステップ 3	見付かった臨床研究を批判的に吟味する
ステップ 4	吟味した上で目の前の患者に適用する
ステップ 5	適用した結果を評価する

＜図 1＞　エビデンスに基づく意思決定



Haynes, R B. et al. BMJ 2002;324:1350

（注 1）北澤京子『患者のための医療情報収集ガイド』

（注 2）JAMA. 1992; 268: 2420-5.

（注 3）BMJ. 2002; 324: 1350.

✧　**さらに詳しく知りたい方のために**

・北澤京子『患者のための医療情報収集ガイド』筑摩書房、2009 年

・PubMed（パブメド）http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2013

8-8 デバイスラグ

～政府成長戦略に関わる課題を理解する～

キーワード ・医療機器 ・ドラッグラグ ・PMDA

●このテーマで目指すゴール

・デバイスラグとは何かを理解する
・ドラッグラグ問題との違いを理解する
・デバイスラグ問題に関して、政策提言できるようになる

患者さんからの質問

医療機器に関する「デバイスラグ」という言葉を聞きましたが、薬の「ドラッグラグ」問題とは何が異なるのでしょうか。

［寄稿］ 東京大学公共政策大学院
特任教授 大西 昭郎

●はじめに

医療技術の発展は目覚ましいものがあります。世界中で日々新しい診断や治療の方法についての研究や開発が進み、医療の現場に導入されてきています。とりわけ医療機器の発展はエレクトロニクス製品と同じように日進月歩です。診断や治療の高度化を実現したり、手術や検査、入院などに要する時間を短くしたり、患者の皆さんの生活の質（QOL）を向上したりしています。また、医療提供者の方々にとっての負担や手間の軽減、生産性の向上などにも貢献しています。医薬品と同様に、医療機器を使用した診断や治療についても、患者の皆さんにとってどのような選択肢があるのかについて常に関心を持っておられることと思います。しかし、これらの新しい医薬品や医療機器は、世界のどこかで実用化がされたとしても、日本の医療現場に直ちに導入されているというわけではありません。

●デバイスラグとは

ある医薬品が海外では使われているのに国内では使えないとき、ドラッグラグが生じている、といわれます。同様に、海外で使用されている医療機器が国内では使用できない場合、デバイスラグが生じているといわれます。「デバイス」とは医療機器のことを指しています。技術や製品を導入するためには、それらを企業が開発・製造し、医師や医療機関が医療現場で使用する環境を整えることはもちろんですが、それぞれの国や地域での規制制度や保険制度のルールなどに基づく手続きや手順を経ることも必要です。その際に、企業や医療機関にとってそれらの手続きや手順を経る上でのコストや手間などが採算に見合う

状況にあることも必要です。海外では医療の現場に導入されている技術や製品であっても、制度を含む市場環境の違いにより、国内の医療現場に導入されるまで何年もかかる、または、導入される予定が立ちにくい、といったことが起きています。

●ドラッグラグ問題との類似点と相違点

ドラッグラグとデバイスラグはとてもよく似た問題です。しかし、その問題の背景や解決のための方法は少し違っています。それは医療機器の特徴に由来しています(表 1 参照)。

医療機器は、ピンセット、注射器はもとより、手術に使うメスやカテーテル、体の中に植え込む人工血管やペースメーカー、さらには大きな画像診断機器や放射線治療機器そして手術ロボットなどを含めて、およそ 15000 品目、モデルや大きさの違いまで数えると 30 万種類にもおよぶと言われています。技術革新のスピードが速く、画期的な新製品が頻繁に導入されていくほか、すでに使われている機器であってもその多くが常に改良や改善が加えられ、1、2 年ごとに新しいモデルとして医療現場に届けられます。

医療機器は開発や製造の工程などに特徴があります。新薬の開発や導入は、研究開発に要する期間が 10 年以上かかることも少なくありません。それに比べて、診断や治療などに使用される医療機器の技術進歩ははるかに速く、またその形態も多様です。医薬品の開発では、効能や効果のある化学物質を「見つけ出す」ことがとても重要ですが、医療機器は必要な機能や性能を実現する機器を「設計して実現する」ことがとても重要な工程です。製造現場や使用現場、そして最終ユーザーからのフィードバックなどから頻繁に設計や製造方法が見直され、改良・改善が進んでいきます。医療機器は多くの部品や材料から作られていることも医薬品と異なる側面です。近年は、エレクトロニクスやソフトウエアなどが組み込まれた機器も多く作られています。半導体やソフトウエアで構成されていて、頻繁にモデルチェンジがなされるパソコンやスマートフォンとほぼ同じともいえます。

医療機器は、90 年代以降急速に市場が成長し、2012 年には世界の市場規模はおよそ 30 兆円程度に達しているといわれています（注 1)。しかし、国内で使用されている医療機器には輸入品が多いのが現状です。モノづくりに強い技術力のある国内企業が必ずしも医療機器を多く開発したり生産したりしているわけではありません。医薬品の分野では世界的にも有名な企業や製品が日本から生まれていますが、医療機器の分野ではそうした例は限られています。また、医薬品の研究や開発は歴史が古く、大学での教育や研究も盛んで、多くの人材も輩出されています。しかし、医療機器の分野では、これまで国内では大学での専門学部や学科の設置などはあまりなく、ようやく一部で始まったところといえるでしょう。このため、審査をする当局にも専門家の数が限られているという事情もあります。この点も医薬品の場合との大きな違いです。

●現状と、これまでの取り組み

デバイスラグがどのくらいあるのかについては、いろいろな意見がありますが、ここで

は米国系の医療機器メーカーの団体（米国医療機器・IVD 工業会。以下、AMDD））が示したデータを紹介します（図 1 参照）。それによれば、日本で使用できる医療機器の種類は、欧米に比べるとおよそ半分程度です。また、その差は広がりつつあるともいわれています。

新しく国内に製品を導入する際に審査を行う独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）は、2008 年（平成 20 年）以降、5 カ年計画を立てて、人員などを増強してデバイスラグの解消に目指して取り組んできています（表 2 参照）。医療機器の審査に関わる人員数も 100 人を超えるほどになりました。審査の期間についても短縮するために目標を掲げてきています。ただこれまでのところ、目標が完全に達成できたわけではありません。

一方で、技術力があるにもかかわらず、国内では医療機器の開発などはあまり盛んではありませんでしたが、最近では政府が成長戦略にも取り上げるなど、今後の発展が見込める分野として注目しており、様々な企業がこの分野への関心を示しています。

こうした背景から、審査の考え方や方法についても検討が進められ、医療機器と医薬品の取扱いを分けられるように法律の改正が行われました。2013 年 11 月 27 日に薬事法が改正され、医薬品・医療機器法という名前に変えられました。医療機器についてはその特性に適った取り扱いをすることが決まりました。今後 1 年以内に政令や省令、通達などの詳細なルールを整えて新しい取り扱いを実行していくことになります。

さらに、保険償還制度上の課題についても議論がなされています。医薬品では、個別の製品ごとに、その開発に要した費用などを勘案して薬価が設定されますが、医療機器は、一部の申請を除き、個別に保険収載価格が設定されるわけではありません。治療や診断の費用の中にあらかじめ含まれてしまう場合や、すでに使用されている類似の医療機器の収載価格を適用されることがほとんどです。医薬品のような特別な特許の制度や価格維持の制度もないので、2 年ごとに、国内外の類似の製品との比較で価格が見直されていきます。国内での製品開発や、医療現場への導入に関わる費用や手間が経済的に見合わない場合には、製品が導入されないことになります。

●必要な対策

政府は、成長戦略の中で健康・医療の分野を重要な柱として位置付けています。デバイスラグの解消や医療機器産業を振興することも目標に掲げています。医学界や医療機関からもいろいろな働きかけも始まっています。医療提供者の方々が新しい医療機器や技術についての情報に触れ、医療現場への導入の必要性について声を挙げられれば、導入が促進される仕組みもできています。

医療機器の分野は非常に技術革新が速く、新しい製品や技術が数多く出てくるため、専門家の方々にとっても最新の情報を常に集めていくことはなかなか容易なことではありません。しかし、グローバル化やネットの普及などにより情報を集める手段は次第に整ってきているともいえます。いろいろな疾病分野などでの患者さんの生活ぶりや診断、治療の仕方などについて情報を集めていくなかで、新しい機器や技術についての情報が見出され

ることも多いでしょう。患者さんや患者団体の皆さんにとっても、そうした情報を集めていけるようになることが大きなテーマだと思います。疾病に詳しい医師の先生から得られる情報はもちろん、海外の患者団体の方々との意見交換や情報交換もとても有効だと思われます。

●患者アドボケートができること

医療機器は、それ自体が病気を治癒させることができる、というものであるとは限りません。しかし、患者さんが抱える症状を緩和し、日常のケアを負担少なく行えるようにすることができるものが多くあります。結果的に、患者さんの生活の質を大きく改善することができるものが多く開発されているといえます。また、治療や診断の際に使用することで、患者の方のみならず、ケアをする医師をはじめとする医療提供者の方々の負担（手術の時間や手間、入院期間、処置の頻度や負荷など）が軽減されることが期待できるものも多くあります。

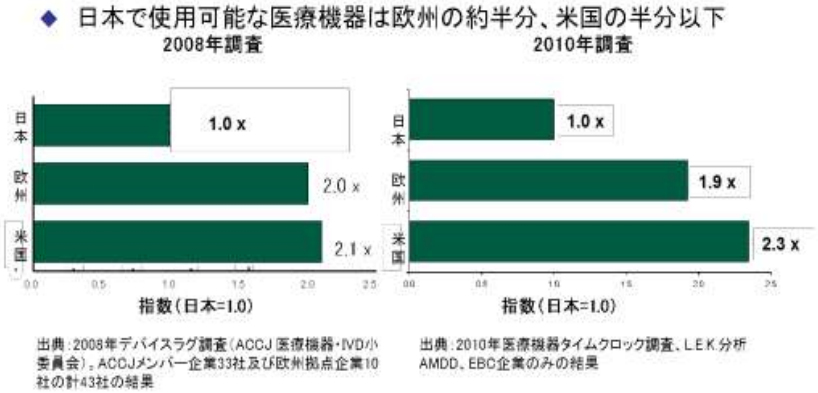
患者団体のアドボカシーとしては、医療機器を含めた疾患の診断や治療の方法などについてそれらの普及を促進するための活動や、治療方法の研究や開発の支援などに取り組んでいる事例があります。たとえば、英国では、不整脈に由来するてんかんの診断や治療を普及させるために、患者団体が医師や医療機器メーカーなどと連携した啓発活動を展開しています（注 2）。また、米国では患者と医師や研究者が協力して寄付金などの資金を集め、新しい治療法の研究や開発、そしてそれらの普及のための支援活動を展開しています（注 3）。国内でも、こうした活動は次第に活発になってきています。新しい診断や治療の選択肢が医療現場に導入されるよう患者の方々が声をあげられることは大きな力になります。

＜表 1＞　医薬品と医療機器の主な違い

	医薬品	医療機器
種類	約17000品目	およそ30万種類、約15000品目
市場規模（国内）	約8.4兆円	約2.2兆円
開発方法	治療や診断の効果がある化学物質や化合物の発見と検証	生体に対して物理的な作用を応用する機器の設計、検証と製造
開発の視点	実験室での化学物質や化合物の抽出や精製に基づくイノベーション	医療現場で得られるアイデアをもとにしたイノベーション、それらへの改良や改善の繰り返し
使用方法	用法用量に基づく（患者自身による服用も）	操作方法を習得した医師が使用
専門教育	大学の薬学部	工学部や医学部の一部。特定の専門学部はほとんどない
病院内での管理担当	薬剤部、薬剤師	医療機器管理室、臨床工学技士

資料：医療機器産業連合会の資料などから作成

＜図 1＞デバイスラグの実情



＜表 2＞審査期間の評価

PMDAによる国内での医療機器審査の現状

新医療機器（優先品目）

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
総審査期間	13.9月	15.1月	4.3月	9.3月
行政側期間	6.0月	5.3月	2.9月	7.2月
申請者側期間	7.7月	10.7月	1.3月	3.4月
件　数	3	3	6	5

新医療機器（通常品目）

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
総審査期間	11.0月	16.5月	9.7月	12.7月
行政側期間	6.8月	7.1月	5.1月	5.4月
申請者側期間	7.1月	8.2月	3.4月	5.0月
件　数	33	15	27	41

改良医療機器（臨床あり）

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
総審査期間	17.2月	15.5月	13.9月	17.3月
行政側期間	10.4月	7.6月	7.0月	7.9月
申請者側期間	6.6月	7.6月	7.2月	8.8月
件　数	30	40	55	44

改良医療機器（臨床無し）

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
総審査期間	13.2月	14.5月	13.3月	9.7月
行政側期間	8.5月	8.0月	5.6月	4.8月
申請者側期間	3.9月	6.2月	6.5月	4.7月
件　数	158	182	218	229

後発医療機器

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
総審査期間	12.9月	11.0月	5.0月	4.0月
行政側期間	5.9月	5.1月	2.5月	1.6月
申請者側期間	3.6月	4.7月	2.3月	2.3月
件　数	1,797	1,391	907	1,216

出典：独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）「平成21年～24事業年度業務実績 暫定評価シート」

（注 1）医療機器の国内市場規模は平成 23 年度には 2 兆 3860 億円（厚生労働省薬事工業生産動態統計）、2012 年の世界市場規模はおよそ 30 兆円（Worldwide Medical Market Forecast to 2017 による ）。

（注 2）アリスミア・アライアンス http://www.aa-international.org/jp 参照。

（注 3）米国心臓協会 http://www.heart.org/HEARTORG/ ほか参照。

患者アドボカシーカレッジ ©日本医療政策機構 市民医療協議会 2014