



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

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

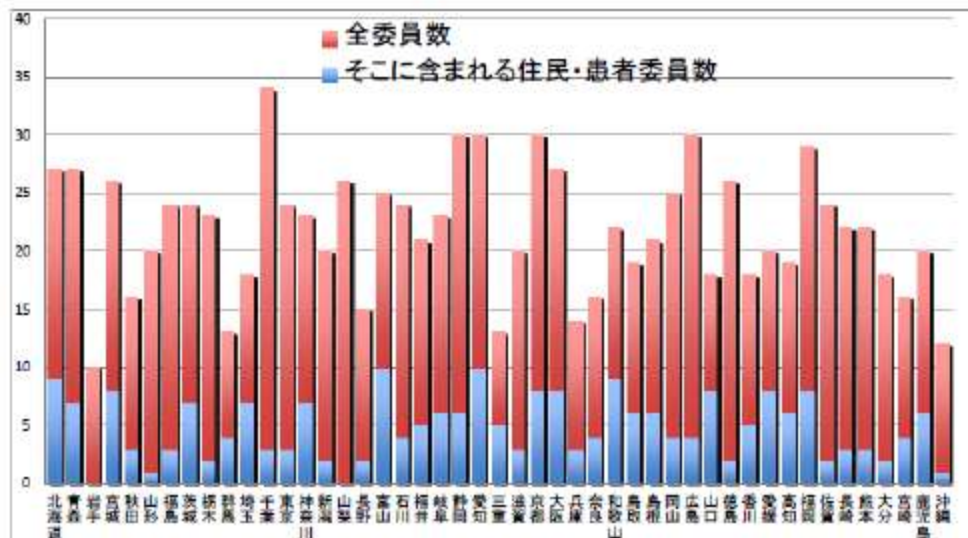
国や都道府県は、患者、市民、住民の審議会等への参画を積極的に進める方針に徐々になってきました。一例をあげると、都道府県の地域医療計画の策定と評価に際しては、厚生労働省の医政局長通知によって、患者・住民を検討する委員に入れることとなっています。実際は図1に見るようにまだ少数ですが、これが進んでいくと考えられます。47都道府県の5疾病・5事業・在宅の分野で、それぞれ患者委員が2人ずつ誕生すれば約1000人となります。約400の2次医療圏ごとに圏域会議ができ、そこに2人ずつが入れば、さらに約800人で、それだけで合計約1800人となります。大幅に参画する人を増やす必要があり、積極的に委員のポジション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