



項目	内容	備考
1. 調査・取材	関係機関・関係者からの取材依頼を受け、現場で調査・取材を行う。	
2. 編集・校閲	編集委員による校閲を行い、関係機関・関係者からのコメントを反映させる。	
3. 発行	特定非営利活動法人アレルギー疾患を克服する全国ネット「アレルギーポット」が発行する。	

項目	内容	備考
1. 調査・取材	関係機関・関係者からの取材依頼を受け、現場で調査・取材を行う。	
2. 編集・校閲	編集委員による校閲を行い、関係機関・関係者からのコメントを反映させる。	
3. 発行	特定非営利活動法人アレルギー疾患を克服する全国ネット「アレルギーポット」が発行する。	

患者・患者会とは

社会資源としての患者会
患者同士の集まり から 社会への理解へ

レイ・エキスパート:
村上陽一郎
NPO法人難病のこども支援全国ネットワーク

PIGL: 病気がありながら社会生活を営むよでの専門家
平成18年度厚生労働科学研究費補助金「疫学に基づく診療ガイドラインの適切な作成・利用・普及に向けた基盤整備に関する研究」ガイドライン作成過程に患者が参加する為のガイドライン(略称PIGL)

参加する患者・支援者の位置づけ

専門家としての患者・支援者

・患者: 疾患や障害がある人(あった人)、但し医療専門職を除く
・支援者: 家族に患者がいる人(いた人)、患者団体等の活動を通じて患者やその家族を支援する人

臨床医学の専門家ではないが、自らの病気と共に社会生活を営む生活者としての知識の蓄積を持つ「専門家」

視点の違いを、専門家対素人、ではなく異なる知識体系(医学と生活体験)にある専門家同士の視点の違いとして、双方が相手の立場を尊重する



特定非営利活動法人アレルギーを元にする全国ネット「アラジーネット」

栗山真穂子

日本小児アレルギー学会「家族と専門医が一緒に作った小児ぜんそくハンドブック2008」

医療者の提供するEBMに基づく医療情報

患者の求める、NBMを取り入れた日常生活を含めた情報提供
学会などの医療界と患者会と一緒に普及をはかる

新しいガイドライン

患者の求めるものを、学会がサポートして作る

今までとは違ったガイドライン

コーディネートチームがいる

→新しい作成委員会のかたちを提案



特定非営利活動法人アレルギーを元にする全国ネット「アラジーネット」

栗山真穂子

GLができた事で変わったこと

2004年: 厚生労働省「アレルギー検討会」に患者家族が参加

「患者さんの自己管理」と「喘息死ゼロ」を目指す

2004年: 文部科学省「学校におけるアレルギー調査研究委員会」に患者が参加

2005年: 市民公開講座で、医師とパネルディスカッション

2006年: 小児アレルギー学会「家族と専門医が一緒に作った小児ぜんそくハンドブック2008」作成委員会スタート

2007年: 日本アレルギー学会春季臨床大会で初めて、患者が座長で、シンポジストも患者

2008年: 「学校生活管理指導書(アレルギー疾患用)」[学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン]作成、配布

→ 患者と医師が齟齬のない情報を共有することができた



特定非営利活動法人アレルギーを元にする全国ネット「アラジーネット」

栗山真穂子



特定非営利活動法人アレルギーを元にする全国ネット「アラジーネット」

栗山真穂子



特定非営利活動法人アレルギーを元にする全国ネット「アラジーネット」

栗山真穂子

英国 NHS における市民・患者の参加—社会科学の視点からの検討

石垣 千秋 東京大学大学院総合文化研究科

1. 本論の目的

英国における国民・患者の参加(Public and Patient Involvement: 以下、PPI)は、ブレアが首相となった労働党政権の下で広く人口に膾炙する言葉となり、患者本位の医療が政策課題となっている日本でも関心が高まっている。

しかし、英国の国民保健サービス(National Health Service: 以下、NHS)では、制度の創設ほどなくして、地域の住民の参加や患者団体の創設もみられ、実際には自発的な市民の活動も展開されてきた。国民、患者という医療の受け手は、政策の中で異なる役割を与えられ、現在の英国には受け手として、国民(Public)、市民(Citizen)、患者(Patient)、消費者(Customer, Consumer)、顧客(Client)という概念が存在¹し、医療の受け手をめぐる議論を複雑化している。医療の受け手志向を意味する「消費者主義」という言葉に対しては、「官僚に作られた幻影」²という批判もある。

政権発足から 10 年が経過した新労働党政権は公共サービスの「近代化(Modernisation)」を進めているが、NHS においては前保守党政権の受け手志向の医療政策の方針は引継ぎながらも、国民や患者の参加についても新たな制度変更が行われている。その制度変更とは、地域で活発化していた「声」を再編して中央集権化し、受け手を消費者から「市民」へと変貌させ、実際のサービスには消費の「選択肢

(Choice)」を拡大するというものである。

折しも 1990 年代には英国の医療専門職の信頼を大きく揺るがす、プリストル王立小児病院事件やハロルド・シップマン事件を通じて、医療専門職と国民との関係も大きく変化することになった。

本論では、まず、NHS の制度創設間もない時期からの地域、患者の活動と参加の変遷について検討し、政権によって異なる位置付けを与えられた医療の受け手の概念を整理する。この検討を通じて、労働党政権下で進められている PPI が、中央集権的な制度へと変遷していく過程を明らかにする。

さらに、本年 4 月から誕生する新たな規制機関をめぐる患者、市民と規制機関の関係が変化してきていることに触れ、今後の英国の PPI と規制についての展望を示す。

英国の市民・患者の参加について、規制機関との関係を含めてここで改めて整理することは、日本における患者参加の議論に多くの示唆を与えるものとなると同時に、今後の展望をもたらすものとなるだろう。

2. 戦後の英国の政権と NHS

(1) NHS の発足と医療保健行政

NHS は、戦後の英国の福祉国家の基本となった 1942 年の「ベヴァリッジ報告」に基づき、1946 年「国民保健サービス法(National Health Service Act)」によって成立、1948 年 7 月 5 日に

¹ Hogg, 1999, P2

² Salter, 2004, P63

施行された。ほとんどの財源を租税で賄い³、一部医療サービスを除いて、国民に無償でサービスを提供している。GDPに占める医療費は8.0%(2008年OECD)である。待機者リストの問題等が前保守党政権以降課題となっているが、NHSの国民に対する支持は高く、根本的に制度を変更しようという議論は見られない。

医療行政を担うのは保健省(Department of Health)⁴である。NHSの改革を大きなアジェンダに掲げて政権の座についたブレア政権下で保健省の役割は増大したと言われる⁵。

行政と医師や看護師などの医療提供者の間をつなぐ(go-between)行政職としては、「国家の医師(Nation's Doctor)」とも呼ばれる首席医療官(Chief Medical Officer: CMO)がおり、保健省の一幹部であると同時に、保健省、また政府全体の医療アドバイザーという側面を持つ⁶。ただし、スタッフの削減等により、近年首席医療官の影響力は減少していると言われる⁷。各地域での二次医療はプライマリケアトラスト(PCT)がサービス供給に責任を持つ。

労働党政権の改革の方針は、政権発足直後

³ 医療費の86.3%が公費(2008年OECD, 残りにはNHSでカバーされない診療や民間保険。)民間保険は非営利8社、営利13社(2006年7月時点)。人口の11%をカバーしている。

⁴ 1919年にMinistry of Healthとして誕生、1968年にDepartment of Health and Social Security、1988年にはDepartment of Healthと組織は変更している。

⁵ Ham, C., 2007, P36

⁶ 例えば、疫学者コ克蘭の「効果と効率」という法則を、組織的また臨床的に1990年代のがん研究の中に取り込んだのも当時の首席医療官CMOであり【Sheard and Donaldson, 2006, P170】、BSE対策で中心となったのも首席医療官である。

⁷ Ham, 2007, P37

の1997年に発表された白書“The New NHS: modern, dependable”に示され、待機者リストの解消や設備の改善等が目標とされている。より具体的な改革の内容は、2000年7月に発表された“The NHS Plan: a plan for investment; a plan for reform”に示されている。これら2つの白書には、民間病院との協定やNHSの予算増加、国家によるサービス目標の設定と監視、評価の国民に対する公表、目標達成による評価(予算の増減等、前保守党政権の政策とは一線を画す様々な政策が盛り込まれ、同時に患者と国民のあらゆるレベルでの苦情の申し立てと意思決定への参画(Public and Patient Involvement)が組み込まれている⁸。

英国の戦後の政権とNHSの大きな制度変更を取りまとめると、表1の通りになる。

(2) 英国の医療専門職

英国の専門職団体の起源は16世紀にあり、かつそれらは王立憲章によって国家からオーソライズされている。最も古い王立内科医協会(Royal College of Physician)が1518年、王立外科医協会(Royal College of Surgeon)がCompany of Barbersから1745年に分離して設立され、それぞれ王立憲章によって、国家からオーソライズされた。現在はサブスペシャリティ

⁸ 「患者」という概念の定義にも様々な議論があるが、本論では英国保健省(DOH)の1999年の白書“Patient and public involvement in the new NHS”により、「Patients: refers to people who are currently using health services」「Public: refers to the general public/citizens」を参考にPatientを患者、Publicは国民と訳出している。

に応じて複数の Royal Colleges が存在しているが、比較的歴史が浅い機関もあり、設立時期は様々である。これらの機関は主に専門医から構成される学会と理解するのが妥当である。

英国医師会(British Medical Association: BMA)は、1832年7月19日にチャールズ・ヘイ スティング卿によって設立された Provincial Medical and Surgical Association(PMSA:1856年まで)が起源である。この組織の目的は、医学の振興と医療専門職の名誉と利益を維持するという、学術団体の側面と同業者の利益集団であるという2つの側面を持つ。英国医師会も医療政策で政治力を発揮する点で他国の医師会と同様である。王立内科医協会も政治的に影響力があると見なされており、また王立外科医協会や王立産婦人科医協会も影響力を増しているが、英国医師会と異なり、政府に対して公に行動するのを好まないと見られている⁹。

英国の医療専門職に特徴的なのは、1858年の医療法の成立により中央医師協議会(General Medical Council: GMC)と Medical Register が設立されたことである。中央医師評議会は、英国の王立憲章によって設立された職業団体のうちの一つであり、同職業内を「医師という人的資源に関して強力な権限と影響力を及ぼすことによって、医療のあり方、医療の内容を規制」¹⁰し、枢密院に対して説明責任を有し、チャリティー団体としての法人格を持つ。王立憲章によって、内部規制(Self-regulation)が規定されている点が、例えば日本医師会等、

他国の医師会とは一線を画している。中央医師評議会と Medical Register の二つの機能により、英国医師会は自己規制の役割は中央医師評議会に委ね、同業者の利害を主張しやすくなっていく。つまり、専門分野によらない専門職団体のうち、中央医師評議会は専門職の自己規制によって医療の受け手となる一般国民(Public)を保護する役割を負っているのに対して、英国医師会は同業者である医療専門職を保護する役割を負っている¹¹。

しかし、中央医師評議会の存在は一般市民とかけ離れたところで機能してきた経緯があり、活動に関する詳細な資料も、1990年代のスキヤンダルによる調査委員会を経るまではほとんど公表してきていない。そのため、一部の識者の間では中央医師評議会の説明責任のあり方について、早くから問題視する声もあった¹²。

中央医師評議会が現在のような役割を担うようになったのは、1950年医療法である。その後、1976年にプロフェッショナルの役割について、メリソン卿を座長とする検討がなされ、この時点では中央医師評議会が国民を保護するのに最もふさわしい団体であり、診療の基準を保障し、専門職の自尊心にも中央医師評議会による「自己規制」がふさわしいと結論づけられた¹³。

2001年現在、予備審問手続委員会、専門職行為委員会、健康委員会、教育委員会、専門職委員会の6つの委員会が設置され、中央医師評議会は医師の診療能力(competence)と健

⁹ Ham, 2007, P105

¹⁰ 国京、1998、P400

¹¹ Stacy, 1982

¹² 例えば KleinR., 1998 など

¹³ Allsop, 2007, P622

康状態という点からの診療適性(fitness to practice)を審査し、医学教育から登録抹消のための懲戒権限までの諸過程の権限、及びそれに付随する権限を保持¹⁴している。英国医師会はこのような権限を有しておらず、中央医師評議会が正にプロフェッショナルの自己規制機関である。

医師として診療するにあたり、守るべき診療担当規則は綱領委員会で定められた“Good Medical Practice”¹⁵である。医師の適格性や健康状態、業務成績に問題があるという訴えは、スクリーニングの手続を経て、最終的には査問委員会(Professional Proceedings Committee)で審査がなされる。ここでは、訴えられた事実が専門職として著しく逸脱した行為(Serious Professional Misconduct:SPM)であるか否かを審査されるが、制裁が必要な場合には(1)医師を条件付き登録とする、(2)医師の登録を停止する、(3)医師登録から医師の氏名を削除するかのいずれかの対応がなされる。

中央医師評議会に対する批判は、患者による異議申し立て運動が活発化した1980年代から様々になされ、また医師に対する苦情が中央医師評議会に寄せられるケースも多くなっていった。1990年代のスキャンダルに伴って設置された調査会では、その事態に対応できない中央医師評議会の役割に対しても疑問視され、国民・患者の安全と権利擁護(Advocacy)と苦情処理を行う新たな機関の設置が行われた。

¹⁴ 国京、1998b、P402

¹⁵ 原型が1992年、現在の名称になったのは1995年でその後改訂が行われている。

3. 英国における国民・患者の声

ここでは、NHSの発足以降、国民・患者の声を取り入れる仕組みの変遷を概観する。国民・患者の利害を守る仕組みとしては、次の紹介する地域保健委員会(CHCs)のほか、市民審判陪(citizens' juries)の設置、利用者パネル(User panel)、NHSのオンブズマン(正式名 Health Service Commissioner、俗称 Health Ombudsman)等があるが、ここでは最も歴史が長く、かつホッグ¹⁶による最新の研究成果に基づいて地域保健委員会の変遷について述べた後、患者の運動について検討を行う。

(1) 地域保健委員会(CHCs)

NHSが創設された1948年には、地域で選出された人のもとでNHSの病院が経営されること、また指名による病院の理事会は想定されていなかった。病院の経営委員会は公的な病院のモデルというよりは、篤志病院のモデル¹⁷にしたがっており、一般の人が病院を監査する立場というよりは、支援者として指名されていた。しかし、その役割は必ずしも明確に定義されていたわけではなく、一般の人の利害を主張¹⁸する立場でもあった。

¹⁶ Hogg,C.,2009

¹⁷ 英国の病院は、19世紀から篤志病院、地域コミュニティによって運営されていた病院、公立病院等、複数の経営主体が存在しており、第二次大戦の国家総動員の下に一時的に全てが国家の管理の下に置かれたことが、NHSの創設では大きな要因となった。複数ある病院のモデルの中で、19世紀から最も近代的な発展を遂げてきたのが篤志病院であり、ナイチンゲールが活躍した聖トーマス病院等はその好例である。英国の医療、病院の歴史についてはAbel-Smithを参照のこと。

¹⁸ Hogg,C.,2009, P12

病院の経営委員会の役割の不明確さが、NHSに3つの問題をもたらしたとホッグは指摘する。第一に、NHSの説明責任は保健省から議会にのみ求められており、地域の住民や患者に対する説明責任がないという、いわゆる「民主主義の赤字」の問題、第二に医療と介護(Social Care)の問題が分断されていること、第三に予防を中心とした公衆衛生の問題が脇に追いやられていることである¹⁹。

このような問題を解決するため、紆余曲折を経て1973年のNHS再編法(NHS Reorganization Act of 1973)により、1974年にNHSの地域保健委員会(Community Health Council: CHCs)がイングランドとウェールズに設立されたのが、国民・患者がNHSに参加する広義のPPIの起源である²⁰とされている。

地域保健委員会の法的な権力は、地域病院の情報を住民に提供すること、病院やその他の医療機関を訪問すること、保健局やその幹部にアクセスすることなどである。同時に、医療関係機関は、サービスに大きな変更を行う場合には、地域保健委員会に諮問することが求められた。地域保健委員会は、地域保健当局(RHA)の代表として207機関が設立され、メンバーの半数は、地域保健局に指名されており、区域の保健当局(AHA)からは独立した機関と見なされていた。しかし、保健省の下部機関にあたる地域保健局からメンバーの指名を受けていたこともあり、区域の保健当局からは独立していたものの、保健省(当時DHSS)の影響を受けた機関と見なされていた。

地域保健委員会は設立翌年の1975年に「CHC ニュース」という月刊の広報誌を発行するが、保健省はその運営資金や情報提供を行っている(当初は、King's Fundが事務局となり、やがて地域保健委員会協議会)。このCHC ニュースによって、地域保健委員会の活動は広く一般にも知られるようになって行く。

当初は保健省との協力のもとに発展を遂げた地域保健委員会は、CHC ニュースの発行とともに、1975年に独自の協議会を設置する(Association of Community Health Councils for England and Wales: ACHCEW)²¹。この時点で地域保健委員会は、DHSSと協力した地域の組織ではなく、独自の政治力を持つプロフェッショナルな組織となって行く。

ところが、政治力を増した地域保健委員会に対して、新たに政権に就いた保守党は地域保健委員会に対して好意的ではなかった。そもそもサッチャー首相の下での保守党政権は、国民全体の健康状態を向上させ、権利を主張するような福祉国家のあり方に疑問を投げかけ、福祉国家を変更しようということを企図していたからである²²。

また、保守党政権は「地域」よりも「患者」という言葉を多用し、NHSのサービスの受け手としての「患者」を強調した。それを国民に示したのが、1979年の白書「Patient First」である。地域保健委員会という地域に立脚して政治力を持つ組織は、この方針に沿わないものだったのである。

¹⁹ *ibid.*, P17

²⁰ Baggott, 2004, P306

²¹ このACHCEWが、のちのFFI Forumの原型であると、Hogg (2009) は位置づけている。

²² Hogg, 2009, P42

一方、1980年代に入ると地域保健委員会の性格そのものが変質した。当初は住民に対する説明責任が重要な任務だったが、やがて独自の下部組織を持つようになり、地域の制度運営が重要な役割となっていた。この地域保健委員会の性質の変貌も、地域保健委員会に対して好意的ではなかった保守党政権との緊張感を高めることになる。地域保健委員会は必ずしも、地域保健局に好ましい決定を行うとは限らず、その影響力が時として政権からすると邪魔になることもあったのである²³。政府の考えでは、地域保健委員会の力が地区保健局より勝ってはならなかった。

1981年、政府は地域保健委員会の役割を再検討する諮問書(The Role of Community Health Councils)を出し、地域保健委員会にはこれ以上の資源の投入を行わないこと、また、メンバーを減らすこと等が取り決められた。以前は22-33名だったCHCのメンバーは、18-25名に削減するのが適切とされた。

だが、保守党政権は、地域レベルで密なネットワークを持つ地域保健委員会の影響力を全て排除することはできず、徐々に地域保健委員会の影響力をそぐことを試みていく。地域保健委員会がその存在を世に示す有効な媒体としていたCHCニュースに対する資金援助は止められ、1984年には廃刊に追い込まれた。また、次には全国協議会に対する資金援助も1983年には止められ、1983年には217の地域保健委員会のうち、205が加入していた全国協議会は、1985年には175機関の加入にとどまるよう

になった²⁴。

このような政権との力関係の中、地域保健委員会は1985年の法改正で、地域の医療関係機関は必ずしも運営に変更がある場合に、地域保健委員会の諮問が必須ではなくなり、地域保健委員会は地域の独立した機関としての影響力を失った。

この間、中央医師評議会に対する患者の異議申し立てと同様に、地域の保健医療サービスについて、地域保健委員会に寄せられる苦情も大幅に増加した。1982年から1991年に住民からの苦情は2倍に達している。しかし、1980年代90年代には、地域の声をくみ上げたり、サービスを評価する様々な手法が生まれる中で、地域保健委員会は地域での独占性を失っていった。

労働党政権下の2001年には、全てのNHSの組織が地域の行政府に対して諮問する義務を負うことになり、地域保健委員会も役割を大きく変え、やがて他の地域サービスの評価手法と競合を重ねる中で、2003年に地域保健委員会は廃止された。

このように、当初はNHSにおける「民主主義の赤字」を解消する機関として設置され、PPIの起源である地域保健委員会は、独自の政治力を強め、政権の方針との不一致により影響力をそがれる中でその役割を失い、消滅していった。

(2) 患者の社会運動の始まりと医療専門職

1960年代、70年代には、福祉国家は、戦後直後の創設期よりも複雑な様相を見せるように

²³ Baggott, 2004, P308

²⁴ Hogg, 2009, P44

なり、特に 1970 年代の石油危機は各国に大きな変革を促すことになった²⁵。かつ、先進国における学生運動の高まりや、消費者運動の高まりなど、社会運動が興隆した時代であった。地域住民と地域医療行政との間をつなぐ機関地域保健委員会が設立される一方、患者による社会運動も 1970 年代には活発化していった。1978 年に時点で存在していた保健医療関係の市民団体の多くは過去 8 年間に設立されていた。例えば、British Bone Society は 1971 年にチャリティー団体²⁶として登録、Athma Research Council の登録は 1972 年、そのほかに、National Eczema Society (1975 年)、The ME Society(1976 年)、The Hyperactive Children's Support Group (1977 年)、DEBRA represent people with Epidemiology Bullosa (1978 年)などがこの頃に設立された団体である²⁷。

患者団体はまた、医療専門職に対しても厳しい視線を向けるようになった。1980 年代になると、ステイシーが「患者の反乱」²⁸と表現したように、患者団体の批判は医療専門職の自己規制団体である中央医師評議会にも向けられた。実際、医療専門職に対する中央医師評議会への訴えも増加しており、例えば 1995 年に中央医師評議会が受理した苦情件数は 1,503 件だったが、5 年後の 1999 年には 2 倍の 3,001 件に達している。こうして、中央医師評議会はかつて経験したことのないような「顕微鏡下での

国民の監視」²⁹にさらされるようになった。

以上のように、1970 年代には地域において住民が医療保健サービスをモニターする地域保健委員会という制度、そして患者自身の異議申し立て運動が見られるようになっていた。このような国民(Public)と患者(Patient)という 2 つの受け手概念に対して、消費者という新たな概念が登場したのが、保守党のサッチャー政権による改革である。

4. 消費者としての医療の受け手の誕生

(1) 保守党政権下の NHS 改革

前述のように、英国は 1970 年代には危機に直面したが、特に保守党政権では失業問題が深刻だった。政権発足当時の 1979 年の失業率は 5.4%、1983 年 11 月にはさらに失業率は増加し 12.7%に達している³⁰。

サッチャーは、経済の建て直しを目指して福祉国家の改革を図り、公的支出の削減のために「小さな政府」を目指して公共事業の民営化を実施していった。例えば 1979 年には英国石油(British Petroleum)の株を売却したほか、ほとんどが国営事業だった公共事業次々と民営化し、1984 年のブリティッシュ・テレコム民営化は史上最大額の民営化となった。

しかし、老齢年金と NHS は、有権者の支持が高い政策であり、この 2 つの政策については民営化をすることは政権に対する支持を失うことにつながる、リスクの高い政策であった。1979 年の選挙公約として、インフレに合わせて老齢年金を上げるということと、NHS を「保護」

²⁵ ピアソン『福祉国家の曲がり角』

²⁶ 一定の要件を満たし、チャリティー団体の認定を受けると、一般からの寄付を受けた上、税制上の優遇措置を受けることができる制度

²⁷ Smith, J., 2005, P21

²⁸ Stacey, 1982, P181

²⁹ Irvine, 2006, P117

³⁰ Kavanagh, 1990, P231

することを公約した。そして、福祉国家の縮減を進める中でも、NHSの支出は増加させ、「NHSは安泰である(“NHS is safe with us”）」と国民にアピールした³¹。

1978 - 1979年と1988 - 1989年の歳出の増加率をみると、失業対策に関連する雇用や住宅政策、治安対策(Home Office)を除けば、NHSの増加率は34%と縮減とは呼びにくい増加率となっている。

企業の民営化と共に、サッチャー政権下では「新公共管理論(New Public Management: 以下、NPM)」と呼ばれる手法に基づく、様々な行政の改革が進められた。NPMには、明確な定義はないものの、フット³²を始めとする多くの識者が挙げる特徴は、中央政府による政治主導の改革、民間にならった経営手法の導入、効率の重視、財政的な説明責任とコスト管理、マーケット化等である。そして、ここで重要なことは、サービスの受け手を「顧客(Client)」と見なす点である。

NHS改革の嚆矢となったのは、大手スーパーマーケットの会長を務めるグリフィスが座長となった検討委員会である。一般に「グリフィス報告」(1983年)と呼ばれる報告書の中で、患者がサービスの受け手としてNHSの中心にいること、サービス全体をコストに見合った効率的なものにすることを求め、NHSの中に民間経営の「エートス」³³吹き込んだ。

ここで、医療におけるサービス供給について検討すると、国家(財源の供給者)と受け手(患

者)の間に、自己規制という独自の立場を持つ医療専門職がサービスの提供者として中間に存在し、受け手(患者)の間には大きな情報の非対称性が存在する。医師 - 患者というパターナリスティックな関係にあるとされる関係に対して、NPMで患者を消費者とすることは、当時サービス産業が成長してきている英国で、受け手側をエンパワメントすることにもつながったのである³⁴。

こうして、NHSにもたらされた変更が、準市場の導入である。準市場ではサービスのゲートキーパーである一般医(GP)が予算を有し、質のよい病院のサービスを購入するというものである。こうして保守党政権下では、選択肢は少ないながら、一応選択肢を提示する「模擬消費者主義」(mimic consumerism)³⁵が導入された。ただし、ロンドン等の大都市以外では、選択肢が少なく、準市場は十分に機能したとはいえないとされている。

一方、サッチャー政権の後継となったメジャー政権下では、サービスの受け手である患者が、消費者としてどのような「権利」を有するかを示した「患者憲章」(1991年)を発表した。

こうして、保守党政権のNPMの改革の下、医療の受け手も消費者と位置づけられるようになった。この消費者主義、経営主義の興隆が、英国におけるPPIの議論について複雑さをもたらしている。

(2) 保守党政権下における消費者主義

実際の効果の問題は別として、本稿で注目

³¹ Kavnagh, 1990, P213

³² Hood, 1991

³³ Klein, 1995

³⁴ Wood, 2000

³⁵ Klein

するのは、NPM の流れの中で、患者、国民・市民、消費者という概念が混在するようになったことである。

クラークらは、NPM による改革の中で、サービスの受け手として、市民(citizens)と消費者(consumers)が存在することについて、両者は追及する対象や行為が異なっていると指摘している。消費者は、私的な動機を有し、私的な欲望を追及、そして市場で匿名性の高い交換を行う。一方、市民は「公共の利益」を追求し、相互に義務を負い、討議を通じた思考と選択を行う³⁶。

このように、公共のサービスの受け手を市民から消費者へと転換することは、単にレトリックの変更だけではなく、示唆している内容、受け手側が提供者に要求できるサービスも全く異なっているのである。

では、NHS の準市場については、どのように捉えたらよいのだろうか。大都市以外で選択肢が少なく、うまく機能しなかった点については前述の通りであるが、ムレン³⁷は準市場にも選択の自由度などによって、2つのタイプがあると指摘する。ここで、後の議論との関係で選択の自由度のみに議論を限定してみると、タイプ 1 の準市場は患者にとっての選択肢は少なく、一方、予算を持つ一般医にとっての選択肢は比較的多く、予算を持たない選択肢は非常に少ない。それに対して、タイプ 2 の準市場は、(患者が移動さえすれば)患者にとっての選択肢は高く、予算を持つ一般医にとっての選択肢は中庸、予算を持たない選択肢は高い。このように、準市

場にも選択する主体とその選択肢の幅によって異なる市場となるのである。

保守党政権下で、「失敗」と評価された準市場は、タイプ 1 の準市場であり、幅広い選択肢を有するのは予算を持つ一般医だけである。この意味で、ここでいう「消費者主義」とは非常に限定された意味であった³⁸。

限定的な選択肢しか提供しなかった NHS に対して、さらに「選択」を強調していったのが、次の労働党政権である。

5. 再び国民・患者へ

1997 年に、ブレアを首相とする労働党政権が誕生した。昨年、首相はブラウンに交代したが、さらに NHS は改革の中にある。その中で特徴的なのは、前政権の療費抑制政策の下で待機者が増加したこと等をふまえ、医療費を EU 諸国並みに GNP 費 10%程度までとすることや、準市場の廃止、また国民・患者の参加の強調である。その一方、医療専門職をめぐっては、大きなスキャンダルに見舞われ、医療専門職と国民の関係も変化することになった。

(1) 労働党政権下の NHS 改革

新労働党政権は、発足当初には「New NHS」を強調していたが、その改革の方向性は前政権の政策遺産であると見なされていた。労働党が NHS に対して独自の指針を打ち出したのは 2000 年に発表された「NHS Plan」である。NHS プランの内容については、既に日本でも

³⁶ Clarke, J., et al, 2007, PP2-3

³⁷ Mullen, 1990

³⁸ Greener, 2003 は、準市場の違いと消費者主義(customer/consumer)の違いについてさらに議論を展開しているが、ここでは議論を展開しない。

数多く紹介されているが、その要点は(1) 患者中心の医療、(2) 患者間の平等と公正の確保、(3) 効果と効率の両立、(4) 政府と市場のバランス、(5) コミュニティの重視である。ここで、前政権の準市場と地域保健委員会は廃止された。また、1991年に制定された患者憲章も、各種ベンチマークの手法に代替される形で解消されていた。

労働党政権の下での PPI について特徴的なのは、サービスの選択肢については拡大をはかりつつ、消費者主義の強調と共に「シチズンシップ」が強調されたのである³⁹。その方針は、NHS プランに先立つ 1999 年、保健省の白書“Patient and Public Involvement in the New NHS”に示された。“Involvement”という言葉の意味には、後述する医療専門職をめぐる大きなスキャンダルがある。そして、NHS プランでは、患者及び家族の権利擁護機関として、Patient Advice and Liaison Services (PALS) の設置が明記された。

2001 年の総選挙で大勝した労働党政権は、さらに改革を進め、2001 年には医療法の改正、2002 年の NHS 改革および医療専門職法により、各 NHS トラスト、プライマリケアトラストごとに、Patient and Public Forum(設置当初は Patient Forum)の設置が求められた。この役割は、(1) 各トラストのサービスの監視と見直しを行うこと、(2) トラストに助言と報告書を提供すること、(3) 患者と介護者の視点を取り込むこと、(4) 患者、家族を支援すること等である。

さらに、2001 年の医療法の改正では、サービ

ス利用者の異議申し立て機関として、Independent Complaints Advocacy Service(ICAS)が設置された。

このように、国民・患者の参加、権利擁護、異議申し立ての機関が乱立状態となっているが、各機関が国民・患者の参加についてのどの程度の役割を果たしているのかについては、いまだに十分な評価は行われていない。しかし、機能の一貫性のなさ、十分な機能を果たすための資源がない等の点で、「患者・国民の参加とは、患者・国民をエンパワメントするというより、むしろ操作の手段」⁴⁰ という批判もある。実際、労働党政権下では多くの規制機関の設置で、医療に関する権限が一見分散しているように見えながら、ベンチマークによる評価と予算の引き換えで、保健省の権限は増していると理解されている。

一方、消費者主義の体現としての「選択」については、保守党政権下で大幅に削減されてきた病床を補うため、労働党政権下では民間病院との契約で、一部の病床を NHS で利用することになった。また、2006 年から一般医から病院に紹介する際には 4-5 病院から、患者が選択できる仕組みとなり、さらに 2008 年からは、イングランドの患者であればイングランド全域の病院から紹介先を選択できることになった。こうして先のムランの分類によれば、タイプ 2 の準市場が成立することになったのである。

(2) 2 つのスキャンダルと規制者としての国民・患者

さて、先にも簡単に触れたように、ブレア政

³⁹ Baggott, 2005, P537

⁴⁰ Baggott, 2005, P546

権下の NHS で、医療専門職は 2 つの大きなスキャンダルに見舞われた。その 2 つのスキャンダルと調査会は医療専門職と国民・患者の関係も変えていくことになった。その 2 つのスキャンダルはプリストル王立小児病院事件とハロルド・シップマン事件である⁴¹。

プリストル王立小児病院事件は、名門病院での特定の医師 3 名の小児への心臓手術に対する治療成績が著しく低く、医師の技量として不適切であるとされた事件である。プリストル地域の年報では既に 1989-90 年頃に治療成績の低さが指摘され、医学の専門家の間では、プリストル王立小児病院は既に小児の心臓手術の病院として「名門」とは言い難いという認識が広まっていた。1992 年には、Royal College of Surgeons(RCS)が、保健省にもプリストル王立小児病院の死亡率が著しく高いということを警告し、保健省もプリストル王立小児病院に対して心臓治療センターの再編成を勧告し、また内部告発もあったが実際には何ら対応が取られず、95 年にも小児が死亡する事故があり、96 年マスコミで取り上げられるに至り、社会的な問題へと発展した。

本来、技量の低い医師に対応すべき中央医師評議会は既にある程度の状況は把握していたと釈明したが⁴²、実際は正式な調査が 1996 年の 6 月に開始され、医師に対する処分を実施した。

しかし、中央医師評議会の対応では社会、国民の納得は得られず、イアン・ケネディ⁴³を座

長とする調査会が⁴⁴1998 年 6 月 18 日に設置され、中央医師評議会に対する組織改革が勧告された。ここで、最も重要なことは「プロフェSSIONALの(自己)規制は、診療の質を保証するのに十分ではない」⁴⁵とされたことである。

各方面からの批判のなかでも急先鋒に立ったのが、中央医師評議会によって規制される英国医師会であり、「患者を守るための中央医師評議会の能力に国民が信頼を置ける」ように、「率直に開かれた」議論を展開すべきであると強く主張し、理事会では「自己規制(Self-regulation)よりも、(医療専門職と政府が規制を供給し、政府が一定の資源を提供する)『共同規制』(Coregulation)が望ましい」との提案がなされるに至った(2000 年 5 月 20 日)。

もう一つの大きなスキャンダルであるシップマン事件は、1999 年、マンチェスターの一般医ハロルド・シップマンの患者が不可解な死を遂げていることについて殺人事件に警察の捜査が行われ、15 名の患者の殺人について 2000 年 1 月 31 日に有罪判決(終身刑)を受けた事件である。

2000 年、保健大臣は判決に先立ち、調査会を設置することにし、ここでも医療専門職の自己規制が問題となった。調査会の第 5 次報告においては、中央医師評議会が果たしてきた役割やプロフェSSIONALの「文化」そのものについての検討がなされ、既に 20 年以上前にシップマンを不適格な医師として排除する機会があったにも関わらず、それを実行しなかったとして中央医師評議会のあり方について多くの議論

⁴¹ 詳細については、石垣、2008 を参照。

⁴² Irvine, 2003, P123

⁴³ Professor of Health Law, Ethics and Policy at the University of College, London

⁴⁴ 1977 年 NHS 法(84 項)に基づく

⁴⁵ Klein, 2005, P230

がなされたのである。

調査会の質問状に対して、中央医師評議会は過去の2-3年間に中央医師評議会が急進的な改革を続けていることを強調し、さらに「我々はもはや『自己規制』とは言わない。しかし、『プロフェッショナルが主導する』規制と言う。それは、国民(Public)と医師の間のパートナーシップである」と、批判にさらされた「自己規制」を既に変更したとの認識を強調した。

以降の経過については、本稿の目的ではないので省略するが、医療の質と安全を担保するための規制機関もいくつかの制度変更を行っており、特に医療専門職については中央医師評議会も含め、看護師や薬剤師の協会も含めて専門職機関をコーディネートする Council for Healthcare Regulatory Excellence(CHRE)が設立され、運用を始めている。筆者は、2009年3月5日に開催されたCHREの会議⁴⁶に出席したが、この会議のタイトルは“Building Partnerships: from self regulation to shared regulation”とされており、患者も医療の規制の一翼を担うと共に、責任も同時に担うことが強調されていた。規制と国民・患者の役割については、まだ全貌が明らかにはなっていないが、今後検討を要する内容である⁴⁷。

⁴⁶ 2009年3月5日、ロンドン、Wellcome Collection, Euston Road, Londonにて開催。

⁴⁷ さらに、2009年4月からは既存の規制機関である Healthcare Commission, Commission for Social Care Inspection, Mental Health Act Commission の3機関を統合して、Care Quality Commission(CQC)が設立されることになっている(King's Fund, 2008)。

6. 最後に

以上、英国 NHS における国民・患者の参加(PPI)について、それが政権の交代と共に位置付けと意味合いを変貌させ、政策的な参加へと変わっていったこと、NHS に混在している医療の受け手概念について若干の整理を試みた。また、最後には規制の一端を担い始めている国民・患者についても触れた。労働党政権で新たに設立された機関の役割については、まだ十分な情報が得られにくく、評価は困難である。しかし、PPI が制度化されることには、参加そのものが政府によって作られていく負の側面もあることに若干の見取り図ができた。今後、さらに実証的な研究を進め、医療政策における国民・患者の参加について考察を深めたい。

【参考文献】

- Allsop, J. and Mulcahy, L., 1996, *Regulating Medical Work: Formal and informal Controls*, Open University Press Buckingham, UK
- Allsop, I., 2007, Regaining Trust in Medicine: Professional and State Strategies, *Current Sociology*, Vol.54 No.4, PP621-636
- Baggott, R., 2004, *Health and Health Care in Britain*, 3rd edition, Palgrave Macmillan, New York
- Baggott, R., 2005, A funny thing happened on the way to the forum? Reforming patient and public involvement in the NHS in England, *Public Administration*, Vol.83 No.3, PP533-552
- Barnes, M., Newman, J. and Sullivan, H., 2007, *Power, Politics and Political Renewal: Case studies in public participation*, The Polity Press, UK, P15

- Clarke, J., Newman, J., and Smith, N., 2007, *Creating Citizen-Consumers: Changing Publics & Changing Public Services*, London, Sage Publication Ltd., PP2-3
- Department of Health, 1999, "Patient and public involvement in the new NHS" Annex
- Department of Health, 2001, *Modernising Regulation in the Health Professionals: Consultation Document*
- Department of Health, 2007, *Safeguarding Patients: The Government's response to the recommendations of the Shipman Inquiry's fifth report and to the recommendations of Ayling, Neale and Kerr/Haslam Inquiries*
- Department of Health, 2000, *The NHS Plan: a plan for investment; a plan for reform*
- Department of Health, 2007, *Good doctors, safer patients: Proposals to strengthen the system to assure and improve the performance of doctors and to protect the safety of patient*, A report the Chief Medical Officer
- Department of Health, 2007, *Trust, Assurance and Safety-The Regulation of Health Professionals in the 21st Century*
- Department of Health, 2007, *Learning from tragedy, keeping patients safe: Overview of the Government's action programme in response to the recommendations of the Shipman Inquiry*
- Eckstein, H., 1960, *Pressure Group Politics: The Case of the British Medical Association*, Ruskin House, George Allen & Unwin Ltd, UK
- GMC news(各号)
- GMC today(各号)
- Greener, I., 2003, Who choosing, what? The evolution of the use of 'choice' in the NHS, and its importance for New Labour, *Social Policy Review* 15, PP49-68
- Ham, C., 2004, *Health Policy in Britain 5th edition*, The Palgrave Macmillan, New York
- Hood, Christopher, 1991, A Public Management for All Seasons?, *Public Administration*, Vol.69, PP3-19
- Hogg, C., 1999, *Patients, Power, & Politics*, Sage Publications, London
- Hogg, C., 2009, *Citizens, Consumers & the NHS: Capturing Voices*, Palgrave Macmillan, London
- Irvine, D., 2003, *The Doctors' Tale: Professionalism and Public Trust*, Radcliffe Medical Press, UK
- Kavanach, D., 1990, *Thatcherism and British Politics: The end of Consensus? 2nd edition*, Oxford University Press
- Klein, R., 1985, *The Politics of the NHS, 2nd edition*, Longman, Essex, UK
- Klein, R., 1998, Education and debate Competence, professional self regulation, and the public interest, *British Medical Journal*, Vol.316, PP1740-1742
- Klein, R., 2005, *Politics of the NHS, 5th edition*, Radcliffe Publishing, UK
- Klein, R., and Day, P., 2004, *The NHS Improvers: A study of the Commission for Health Improvement*, King's Fund, UK
- King's Fund, 2008, Briefing January 2008: Patient Choice
- King's Fund, 2008, Briefing October 2008: Regulation of Health Care Provision in England
- Moran, M., 2003, *The British Regulatory State: High Modernisation and Hyper-Innovation*, Oxford, UK
- Mullen, P.M., 1990, Which Internal Market? The NHS white paper and internal markets, *Financial Accountability & Management*

Vol.6 No.1, PP33-50

- National Consumer Council, 2002, *a clean bill of health for the GMC? An audit of the General Medical Council's self-regulation reforms*
- Sheard,S. and Donaldson, L.,2006, *The Nation's Doctor*, The Nuffield Trust, Oxford, UK
- Smith, G, 2005, The Rise of the 'new consumerism' in Health and Medicine in Britain, c.1948-1989, in Burr, J., and Nicolson, P.(eds), *Researching Health Care Consumers: critical approaches*, Palgrave Macmillan, New York, PP13-38
- Stacey, M., 1992, *Regulating British Medicine: The General Medical Council*, John Wiley & Sons, UK
- Talbot-Smith,A. and Pollok,A.M.,2006, *The New NHS: A Guide*, Routledge, UK
- The Bristol Royal Infirmary Inquiry (www.bristol-inquiry.org.uk/final_report)
- The Shipman Inquiry (www.the-shipman.org.uk/)
- Wood, B., 2000, *Patient Power? :The politics of patients' association in Britain and America*, Open University Press, Philadelphia
- 石垣千秋、2008、「社会政策における専門家と非専門家：英国における医療専門職への規制の「近代化」を例に」、社会政策学会第117回大会報告、2008年10月11日(岩手大学)
- 伊藤善典、2006、『ブレア政権の医療福祉改革：市場機能の活用と社会的排除の取組み』、ミネルヴァ書房
- エイペルースミス,B、1981、『英国の病院と医療：二百年のあゆみ』(多田羅浩三、大和田建太郎訳)、保健同人社
- 国京則幸、1998、医療保障における医師の位置付けと医療の責任について—イギリスの医療保障構造再考—(2)、『大阪市立大学法学雑誌』44巻(3) PP399-425

表 1

年	首相名	政権党	NHS の出来事
1945-51	Clement Attlee	労働党	1942 年「ベヴァリッジ報告」 1944 年 政府の白書「A National Health Service」 1946 年 国民保健サービス法 1948 年 NHS 施行
1951-55	Winston Churchill	保守党	
1955-57	Anthony Eden		
1957-63	Harold Macmillan		
1963-64	Alex Douglas-Home	保守党	
1964-70	Harold Wilson	労働党	
1970-74	Edward Heath	保守党	1973 年 NHS 再編法(地域保健委員会 CHC の設立)
1974-76	Harold Wilson	労働党	
1976-79	James Callaghan		
1979-90	Margaret Thatcher	保守党	1979 年 白書 “Patient First” 1983 年 Griffiths 報告 1989 年 白書 “Working for Patients” (いわゆる準市場の導入) 1991 年 患者憲章(Patient Charter) 1992 年 白書 “Health of the Nation”
1990-97	John Major		
1997-2008	Tony Blair	労働党	1997 年 “The New NHS: Modern, Dependable” 2001 年 “NHS Plan: a Plan for Investment, a plan for reform” 2001 年 Health and Social Care Act (Section11 で PPI を明記) 2002 年 Wanless Report(大蔵省報告書) (NHS 予算増加の方向性を支持) 2002 年 Patient advice and liaison services (PALS)を設立 2003 年 Commission for Patient and Public Involvement(CPPI)運営開始 2004 年 白書 “Choosing Health: Making Healthier Choices Easier” (国民に対するサービスへの情報を保障) 2006 年 白書 “Our Health, Our Care, Our Say”
2008-現在	Gordon Brown		

Percentage Change in Programme Expenditure between 1978-1979 and 1988-1989
(in real terms)

Source: Public Expenditure White Paper, Jan. 1989 (Kavanagh, 1990, P217 Table8.1)

Base year 1987-8 (£ million)	% charge from 1978-9 to 1988-9
Defense	+18
Foreign Office	-5
EEC	-40
Agriculture	+13
Trade and Industry	-67
Employment	+73
Transport	-15
DOE/Housing	-74
DOE/others	-11
Home office	+66
Education	+9
Arts	+29
DHSS/Health	+34
DHSS/Soc.Security	+33

患者参加を支援するコーディネーターの役割

研究協力者 渡辺千鶴 医療ライター・日本患者会情報センター

1. はじめに

栗山グループ¹では、平成 17(2005)年度より診療ガイドライン作成の場における患者参加の仕組みづくりに対する研究を継続的に行ってきた。平成 18(2006)年度には英国の PPIP (Patient and Public Involvement Programme)の活動などを参考に「診療ガイドライン作成過程への患者・支援者参画のためのガイドライン」(Patient Involvement Guidelines: 略称 PIGL)を開発し、さらに PIGL の実践的研究を進めるために日本小児アレルギー学会との共同研究事業として、小児ぜんそくの一般向け診療ガイドライン作成の場に参加する患者・支援者委員の選定および作成過程での支援を行ってきた。

平成 18(2006)年 12 月より開始された患者・支援者委員の選定作業は、PIGL の手続きに則り、「作成委員会支援チーム」を結成。栗山グループの班員により構成された「作成委員会支援チーム」は、日本小児アレルギー学会の診療ガイドライン作成委員会と協力・連携しながら、患者・支援者委員の選定に主体的にかかわり、平成 19(2007)年 4 月に 4 名の患者・支援者委員を選出した。

患者・支援者委員は、同年 4 月 20 日に開催された日本小児アレルギー学会理事会にて正式に承認。その際、一般向け診療ガイドライン作成委員会内に「コーディネーター・チーム」を設置すること

も決定された。コーディネーター・チームは、栗山グループの班員 3 名(のち 2 名)で構成され、ガイドラインの作成が始まった後も患者・支援者委員が戸惑うことなく、その専門性を十分に発揮できるように支援することを主目的とした。

本稿では、日本小児アレルギー学会との共同研究事業での活動をもとに患者参加を支援するコーディネーターの役割について報告する。

2. 日本小児アレルギー学会における一般向け診療ガイドライン作成の目的と患者参加を求めた経緯

ぜんそくはコントロールできる病気であるが、それには患者・家族のセルフケアの知識と意識を高めることが重要である。日本小児アレルギー学会では、平成 16(2004)年に初めて一般向けの診療ガイドライン『患者さんとその家族のためのぜんそくハンドブック 2004』を作成。しかし、このときは医師が執筆したため、医師向けの診療ガイドラインの内容を、やさしい文章に置き換えたものにならず、患者や家族のセルフケアの知識や意識を高めるという目的は十分に達成することができなかった。

この経験をもとに、日本小児アレルギー学会では、患者の家族や支援者の意見を中心に据えることで、患者や家族が本当に知りたい内容を余すことなく一般向け診療ガイドラインに盛り込めるのではないかと考えに至った。さらに「診療ガイドラインの普及」の観点においても、患者家族あるいは支援者の協力が不可欠であり、そのためにも医療者と協働作業ができる成熟した患者家族・支援者を増やしていくことが必要との認識もあったことから、その参加を広く求めたという経緯がある。

¹ 栗山真理子(特定非営利活動法人 アレルギー児を支える全国ネット アラジーポット 専務理事)
浅見万里子(順天堂大学医学部附属順天堂医院看護師長)

石垣 千秋(東京大学大学院総合文化研究科)
小島あゆみ(フリーライター)
本田麻由美(読売新聞社会保険部記者)
渡辺 千鶴(医療ライター)

3. 一般向け診療ガイドライン作成委員会の概要と過程

■構成と役割

日本小児アレルギー学会の一般向け診療ガイドライン作成委員会(以下、作成委員会)は、6名の医師委員、4名の患者・支援者委員、2名のコーディネーターによるコーディネート・チームの計12名によって構成。それぞれ役割は、以下のように分担された。

【作成過程における各自の役割】

- ① 患者・支援者委員
→全体の構成の検討・作成および原稿執筆
- ② 医師委員
→根拠にもとづく医学的なアドバイス・監修および医師向け診療ガイドラインとの内容の調整
- ③ コーディネート・チーム
→患者・支援者委員が専門性を十分に発揮するための環境づくり

■期間

一般向け診療ガイドラインの作成期間は、平成19(2007)年5月～平成20(2008)年11月までの1年7か月で、その間に作成委員会は全21回開催された。

平成19年6月より同年10月までは月3回のペースで、東京都内の貸会議室において構成の検討・作成作業を行った。患者・支援者委員が主体となって進められたことから、この期間の作成委員会は、患者・支援者委員とコーディネート・チームが中心となり、アドバイザーである医師委員は1名ずつ交替で参加するかたちとなった。

平成20年5月より11月までは月1回のペースで、東京都内の出版社の会議室を中心に原稿の内容検討・調整等の作業を行った。この期間の作成委員会には委員全員が参加し、さらに一般向けガイドラインの発行者となる出版社の編集者も1

名加わった。

【作成過程】

- 平成19年5月
患者委員委任式、オリエンテーション
一般向け診療ガイドライン作成委員会初会合
- 平成19年6月以降～
構成の検討・作成作業 開始(月3回)
- 平成19年8月
ガイドライン勉強会 開催
(講師:西牟田敏之・診療ガイドライン委員会委員長)
- 平成19年10月～
構成完成・原稿執筆開始
- 平成20年4月末
第1稿完成
- 平成20年5月以降～
全委員による原稿の検討開始
- 平成20年9月
福岡合宿(1泊2日)
- 平成20年11月
各患者団体内でのプレビュー
- 平成20年12月
一般向け診療ガイドライン『家族と専門医が一緒に作った小児ぜんそくハンドブック2008』完成
第45回日本小児アレルギー学会横浜大会で発表

4. コーディネート・チームの主な支援内容と役割

■支援の内容

以上のような作成過程の中で、コーディネート・チームが実際に行った支援は、次のような項目に分類できる。

【主な支援内容】

- ① 作成委員会のスケジュール管理
・作成委員会の日程調整
・各委員への連絡