

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らずです。

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くえで、自分の考えを述べるのが歩み寄りの第一歩とされています。

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。

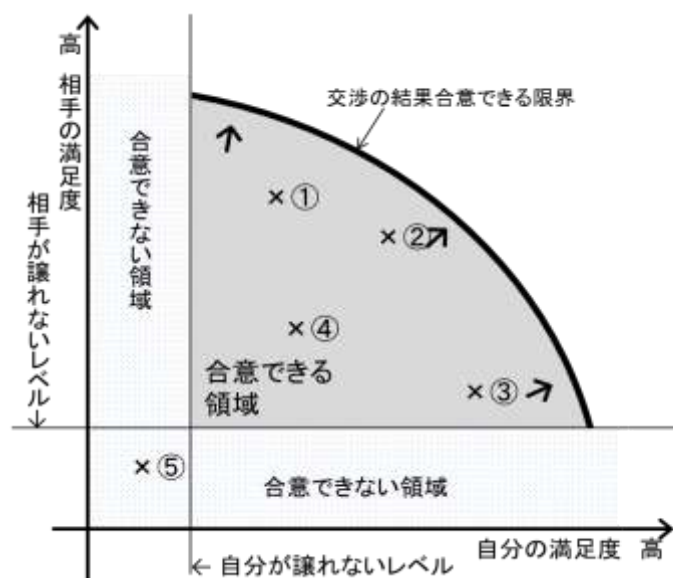
疾病対策の課題に取り組むためには、患者と行政だけでは解決できません。がん領域では六位一体（ろくみいったい）という言葉が使われており、①患者（本人・家族・遺族・支援者）、②議員、③行政担当者、④医療提供者、⑤メディア関係者、⑥企業関係者、これ

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事者の選定など、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