

組合員・利用者の医療・介護への参加

～医療生協さいたまの現状と課題～

齊藤民紀

(医療生協さいたま)

医療生協さいたま専務の齊藤です。

「本日の報告について」

医療生協という装置・組織が住民自身の生活力の向上にどう役立つか、医療・介護への関わりの実践紹介を通して報告します。紹介する実践例は全国の医療生協に共通のものも少なくないと考えていますので、報告では医療生協さいたまでの事例を中心にしつつ、特に区分けをしないで触れたいと思います。

本日のテーマは「組合員・利用者の医療・介護への参加」となっていますが、時間の関係上、医療を中心にお話しします。基本的には介護分野での展開も同様であると考えていただければ結構です。また、事例の報告までが私の役割とも思っていますので、学術的な検証等は皆様方をお願いします。

「医療生協について」

生協法というものがあり、そこでは「生協とは国民の自発的な生活協同組織であって、生活の安定と生活文化の向上を期する」と定義されています。ここで言う「生活」には、保健とともに医療や介護も包含されているという位置づけになっています。この医療や介護の事業と運動をすすめるのが医療生協といえます。

医療生協は、第1に、健康要求を持ち寄り、力をあわせて実現・問題解

決する組織であるということです。「力を合わせて」がキーワードです。第 2 に、組合員が出資し、魅力ある事業を通じて組合員の要求を実現する組織です。ここでは「出資」「運営」「利用」を通じて組合員が医療生協に参加をするというものです。魅力ある事業は組合員が参加するから深化するという考えです。第 3 に、医療生協で働く職員（医療専門家）と組合員とが協力して、より良い保健・医療を生み出す組織です。第 4 に、自発的で、誰もが参加できる住民の自主的民主的組織であることです。

「埼玉の医療の特徴」

医療過疎埼玉とも言われています。人口あたりのベッド数、医師数、看護師数はどれをとっても全国最下位の順位で、そういう意味では他の県にない困難性の中にあります。

「医療生協さいたまの概要」

日本の医療生協は 120 ほどありますが、各々の生協の定款地域は一つの行政区であったり、一つの市或いは県域など、自ら判断して設定しています。医療生協さいたまは埼玉県全域を定款地域としています。

医療生協さいたまには約 20 万世帯が加入しています。一世帯 3 人の構成として、おおよそ 60 万人くらいが加入していることになります。埼玉県全体では約 7%。この間、県民比率で 1 割の医療生協をつくろうと取り組んできましたが、人口増や世帯分離、一人暮らし世帯の増加などで組合員比率がなかなか伸びないのが現状です。埼玉協同病院のある川口市での比率は 23%あり、最も多いのは秩父市の 42%です。

なお、職員数（常勤換算）は 1,650 名で、そのうち常勤職員実数は約 1,000 名です。

施設は 401 床の埼玉協同病院の他、病院、診療所、歯科診療所、老人保健施設を合わせて 17 あります。県内全域をその 17 の事業所を単位にした「地区」を設定し、地区ごとにいくつかの「支部」で構成するようにしています。全部で 152 の支部があります。そして支部エリアの中に全部で約 3000 の班をつくっています。

事業としては他に訪問系の介護事業所が 20 カ所あり、全県展開してい

ます。

「医療生協さいたまの事業・活動」

事業としては、医療事業、介護事業を中心とし、保健予防活動としての健康チェックや健診、配置薬事業があります。また、社会保障活動やまちづくりの活動として、支部の相談活動や助け合いの活動、署名やデモ、国会行動、まちなみチェック、自治体との懇談、学習教育活動などを行っています。

「事業活動の特徴」

全国の医療生協で共通の「患者の権利章典」にもとづく医療活動を基本にしています。また第三者評価を重視しています。自分たちだけで自己満足しないで、さまざまな制度を活用して客観的に自分達を見直し改善しようということです。例えば病院の医療機能評価機構の認定は現在3つの病院で認定されていますが、埼玉協同病院は全国の医療生協の中では最初に認定を得るなど意識して取り組んでいます。

マネジメントシステムの活用も重視しています。例えば、Plan Do See の流れで、そのサイクルを回すことによって確実な仕事をしようという姿を目指しています。「目標による管理」、ISO9001、ISO14001 などです。また、プライバシーマーク（JISQ15001）も認証を得ていますが、個人情報保護法対応だけではなく、仕事の仕組みとして着実に行われることを担保しようというねらいです。

医療生協として経済的制約から生じる格差を生まない活動にも努力しています。差額ベッド代をとらない、費用が高くなる調剤薬局はやらない、介護保険における入所者の食費居住費は厚生労働省の基準よりも安い価格設定をする、などです。

「組合員の医療生協への参加形態」

住民の医療参加を考えるという本日の報告内容の柱になるものです。組合員の基本的な参加形態として「出資参加」「利用参加」「運営参加」の3つの要素があります。利用参加は狭義の医療参加だと思いますが、その他

に自主的活動、学習活動についても触れたいと思います。出資参加も運営参加も回り回って医療参加への一つの形態なのだろうと考えています。

「出資参加」

組合員の出す出資金は、1 つは生協の自己資本となり、施設・設備充実の元手になっています。その設備を組合員自らが利用する関係ですが、経済的参加と言い得ます。2 つ目として、新たな事業所の建設の際には、地域の組合員支部は増資目標を持ち、増資活動を行います。その取り組み自身が組合員として自分たちの事業所を建てるという責任意識の醸成にもつながっています。3 つ目に「金を出すと口も出す」とも言われていますが、確かに出資金をたくさん出すと出しただけ口を出す傾向がないとは言えません。組合員は出資金も出し運営にも参加します。その関係がオリジナルだろうと思います。さいたまでは、年間で5億円近くの出資金を集めていますが、昨今の経済不況の関係で減資される方も増えています。現在、私たちの資産（建物、設備等）が175億円ありますが、その中の3割が出資金です。

「利用参加」

①組合員自身が患者として利用するという側面と、②患者利用を組合員活動として支える、という側面があります。「患者としての利用」として、受診・利用関連と自己決定について触れます。

患者としての利用の中心は、やはり受診や入院、健診等の利用です。病院、診療所を使う患者さんの9割から9割5分位は組合員です。受診理由を聞くと、「組合員だから」「組合員の紹介で」「いい病院だから」が非常に多いです。ある近所の方が「あそこの病院は医者が威張る病院ではなく患者が威張る病院なのよ」と言っていました。一面をとらえていると思います。

新患患者の受診理由も同様です。「知人の紹介」「家族がかかっているから」「組合員だから」が多いです。もちろん「近いから」もあります。協同病院の調査では「知人の紹介」が多い。この時にはほぼ組合員の紹介と見て構わないと思います。組合員にとっても「自分の病院」を使ってもらおうという感じがあると思います。

組合員である患者さんが、病院に対してどういう関わり方をしているか。その特徴を職員に聞いてみますと「主張、要求の度合いが変わってきている」ということでした。「こうしてほしい」という事が鋭く強く出てきているのが特徴です。一般の国民の権利意識の高まりと同様な側面なのかと思えば、必ずしもそうではなく「医療生協なんだから、これくらいのことに応えて当然でしょう」という言い方をしています。医療生協というのは、患者・家族に最大貢献をする組織であるという考え方です。例えば「医療生協なんだから、患者家族である私の期待に応えるべきじゃないの」と言われることがあります。医療生協への期待の現れと言え言えると思えますし、出資しているからと言え言えるかもしれません。それを最大尊重するのが医療生協だという言い方として見受けられます。

また医療生協に対して苦情、要望が伝わってくるわけですが（一般の病院の場合、近所に触れまわることが多いかもしれませんが）、医療生協では、地域にいる組合員の役員や支部の役員、組合員理事に言いに来ます。それは誰でもいいのではなく、医療生協組織に対してメッセージをしたいという現れです。だから職員というより組合員の人に対して言います。相談された組合員の方は責任感を持って事業所との間に立って問題解決をしようとする。一般の病院には見られない要素があります。

患者としての自己決定の側面から利用を考えます。一つは、組合員としての関わりとして「病状についての私の考え」（資料参照）というものがあります。用紙の左側が本人用、右側が家族用です。入院された患者さんには全員書いてもらっています。例えば「癌になった時、どのように知らせしてほしいですか」と両方の方に聞きます。一致していれば、その通りでいいのですが、不一致の場合、「本人に言わないで家族だけに言ってください」と言うこともあればその逆であることもあります。「自分のことを誰に特に説明してほしいか」で家族ではなく友人を指名する例もあります。それらを受けてアプローチのスタンスを決めていく。この用紙の裏面には「患者の権利章典」を掲載して「私たちはこのように考えてやっています」というように、この取り組みの理解を得ています。こういう自己決定を促進しています。

「終末期要望書」というものもあって、自分が終末期になったら、どう教えるか、あるいは教えないか、延命治療するか、しないか、どこまでするか、何をしてもらっていいか、臓器提供はどうか、などを事前を書いていただいて、一部は診療所のカルテに挟まれます。こういうことで本人の意思尊重や主体者だという意識醸成をしていただきます。時として本人の意識がなくなった状態で、ご家族に見せて「これでいいですね」とする例も時折あります。「どこで過ごすか」という項目がありますが、患者さんの中には末期がんの時、「病院で処置をされて死ぬのだろう」と思っている方に対して「在宅でいいですよ」と言うこともあります。「そういうこともできるのですか」と言って喜ばれる方もいらっしゃいます。「どう生きるか」という視点としてとらえようということです。

自己決定の面では、説明不足に対する要求が強いです。我慢しない。「私の意思を尊重してほしい」というのは、患者さんがいろんな知識を持っておられて詳しくなっていることも影響しています。ちょっと説明不足があると「なんでだ」ということを強く言われています。我慢しないで言ってくる主体者になってきていると思います。

「利用を支える活動」

住民の医療への参加の一つの形態ととらえています。利用を支える活動として5点紹介します。

①事業所利用委員会

当初は苦情処理委員会という名前でしたが、これは変えました。苦情を解決するだけではなく事業所を良くする委員会にしようということで、組合員も自らの問題として事業を良くする活動に参加する意味合いを含めています。組合員から各支部の単位で利用委員を出して、その他、ボランティアの代表参加は事業所ごとに任意です。職員は管理者代表が参加するとしています。

活動内容ですが、埼玉協同病院の利用委員会を例にしますが、まず自分たちの委員会はどういう方針で行うかを決めます。そしてボランティアからの報告、投書箱「虹の箱」の検討、権利章典の学習、地域の組合員さん

たちに参加してもらう医療懇談会の開催、職場巡視の計画などの活動をしています。利用委員会として1年間どういう計画で活動するかについては目標書になっていて、達成基準があって、次に何をするかについて考えていきます。

委員会活動の内容の一つに「虹の箱」の投書の検討があります。「虹の箱」の開封ですが、鍵がかかっていますので、職員と組合員が両者立ち会いで開けます。これは、職員だけが開けて握りつぶさないようにというのが出発点でした。今は信頼関係ができていて、苦情や問題解決に即対応すべきということで毎日開ける提案をしています。職員のみの開封でも構わないというようになっています。それ自身もちろん組合員自身が判断しています。協同病院では20箱もあるので、よく投書の入る2つの箱は毎日、あとは1週間に1回と決めているようです。

2005年度ですが投書は全体で800件の投書ありました。「待ち時間への苦情」12%、「接遇」14%となっています。「提案要望」17%、「感謝」14%あるのはありがたい事です。苦情が多いのがいいか、少ないのがいいか、どちらがいいかは難しいと思います。権利意識が高くなると多くなる傾向があるとも言えます。

投書をいただいたら投書された方にまず受け取った旨を返事して、平行して該当の職場で検討し、事業所利用委員会で全ての投書を生のまま提出します。職員個人名も入っても構わないということで「〇〇の態度が悪い」ということも出るわけです。職員にとっては肝を冷やすこともあるわけです。投書と回答内容は院内の掲示板や事業所が出している新聞に代表的なものは掲載しますが、何を載せるかも利用委員会で決めています。利用委員会には、投書内容とともに該当職場が回答した内容も出して、この返事の仕方でいいか悪いか、十分か不十分か、を含めて検討され該当職場にフィードバックされます。徹頭徹尾何でも出していきます。

患者の権利章典がどう利用されているかについてですが、同じチェック項目を使って、組合員、職員各々でどれだけできているかというチェックをしています。ある病院での結果ですが、職員の方が「自分たちはできていない」と厳しい評価をしています。10年、20年前は逆でした。職員は

「説明している」、患者は「十分な説明を受けていない」という結果が出ていましたから。

利用委員会の活動の意味についてですが、1 つ目は医療サービスのあり方を組合員の視点で検討して是正していただける。2 つ目は医療者の側は組合員の視点に触れることでより望ましい医療サービスのあり方を指向できている。3 つ目に苦情等のデリケートな機微な情報が組合員の目に触れるということで、医療者は正直な問題解決を指向しよう意識する。何でも出ているので真面目に対応している。4 つ目に、組合員は、事業所を職員とともにつくっていくという意識ができて、他の場面でも問題解決の主体になっていただいている。

② ボランティア活動

さいたまでは医療生協が主催する「ボランティア学校」を受講した組合員をボランティアとして位置づけています。ボランティア的活動がいくらあっても、その人は（一般的な意味ではボランティアですが）「医療生協さいたまのボランティア」とは言わないことにしています。また、全員、事業所ごとの「ボランティアの会」に所属することを規定にしています。

ボランティアの会の運営委員会の報告書を見ると、総合案内、健診の手伝い、環境、洗濯コーナー、車椅子整備などをやっております。加えて病院から「このことを手伝ってほしい」という依頼があれば自主的にやっております。特徴的なこととして、ボランティアの方々は医療者と一緒に医療を行っているという意識で活動しています。医療生協のボランティアの方にある意識には、組合員としてのボランティア、組合員活動の一環としてのボランティアなんだということがあります。そういうこともあって、外来の案内コーナーでは、職員の行動を常に見ているわけで「あの職員の医療生協の説明の仕方が不十分よ」とか「口の聞き方がこうよ、ああよ」と言われる場合が多いです。自分たちも医療をつくっている主体者だという意識が強いというのが特徴です。

③ ISO 内部監査員

ISO というのは国際基準ですので、きっちり認定機関があつて半年ごとに認定が継続できるかできないか判断されます。認定機関の監査員の他に、

職員同士互いの職場や部署を監査しあう内部監査員がおります。この内部監査員は一定の研修を修了した場合 ISO の正式な仕組みに位置づけられるものですが、私たちは、この研修を組合員に受けていただき、組合員にも医療生協さいたまの内部監査員になってもらっています。マネジメントシステム運用の監査にあたる訳ですので、実際には職員の業務や運営が規定通りできているかのチェックですが、いわゆる院内巡視をして気づいたものより、より深い業務内容に踏み込んでいます。掲示物の内容のチェックだけにとどまらず、業務で使っている書類内容や整備状況も確認する場合があります。患者さんへの説明業務では「患者さんにわかりやすく説明されていますか？」と聞き、「はい」と答えると「では、それは何によって説明されていますか？」とどんどん質問されます。「やっています」「そうですか」で終わりません。医療材料の保管棚を見て保管状況のチェックをする場合もあります。どのように間違いなく患者さんに使われ、或いは伝わるようになっているかなど、実際の現場で見て確認することもしています。

ただ、今は、職員と同様の監査内容では組合員らしくない、ということで組合員向けの監査チェックリストをつくっています。例えば「利用者とのコミュニケーション手順書」というのがありますが、そこには、医療生協さいたまに関する情報の提供、問い合わせ、申し込み、契約、苦情等利用者からのフィードバック、等の記述があります。診察申込書が用意されているかどうかなどもあります。以前は、組合員はこの手順書でやりましたが、組合員用のチェックリストを独自につくり、患者さんにわかりやすいかどうかという、患者の権利章典との関係、自己決定権との関係という視点でチェックしてもらうようにしています。

「組合員の監査は緊張感が溢れる監査になる」というのが監査を受ける職員の感想です。それは本質的な質問があるからです。職員が質問すると形式的な側面で質問することが多いです。できている、できていないというだけで終わらせる場合があります。組合員の監査は、患者さんが納得されるか、などかなり踏み込んでいるという面で評価をしています。

組合員の監査を、病院の外の人のおこなう「外部」監査ということではな

く、「内部」監査だと位置づけているように第三者の監査という意味ではありません。国際基準の内部監査の結果は評価の対象にされていますから、評価結果をつくっていくことに組合員が参加しているのです。組合員が見て不適合と判断して報告書に書くと大きな意味を持っているわけです。また、監査員になったことで、組合員は思いつきや自分の視点で見る評価や質問ではなく、システム的なアプローチでできるようになり、構造的に問題をとらえられるようになったと思います。

④ 模擬患者（SP）

医師だけを対象にしているのではなく技術職や事務もやっています。この2、3年は、医師の新卒採用試験で模擬患者をやってもらい、その結果を試験結果の参考に使っている。それを通じてどんな価値観の医師かが見えてくる。

SPの意味として、1つは患者役の組合員が、医師を同じ仲間として「この人を私が育てて、共にこれからも歩もう」と意識していくことがあります。2つ目に、患者役はその場のかかわりで終わらず、明日は実際の患者として自分がかかわるという関係にもなります。育った医師を実際の診療場面で見続けられるということです。3つ目は医師にとっては、地域の住民が医師養成にこうして関わっている、ということを実感として知ることが出来ます。4つ目にSPのシナリオも実際のものから普段の自分たちがかかった実感、生活感が反映したシナリオとして作り直していくものとしてあります。一般とは違う医療生協なりのSPの存在の仕方がそこにあると感じています。

⑤ 倫理委員会

医療生協さいたまにおける倫理委員会は、特殊な倫理問題というより日常の中で起こっている判断に迷う事例や考え方を整理すべき問題などについて検討しようという事を目的にしています。倫理委員会には、組合員や職員の他に弁護士、大学教授も含めて構成しています。ここまでの「利用参加」についての話です。

次に「運営参加」についてです。組合員としては総代、班、支部、理事

会、その他を通して、いろいろな場面に参加していきます。そういうことを通じて医療問題に触れ、かかわり、主体性が育まれていきます。いろんな側面を持っているのが組合員参加だと思います。

「組合員組織の運営イメージ」

地区、支部、班という段階になっています。「総代」は各地域から代表された方です。さいたまの場合、総代数は 500 名。総代会は最高意思決定機関で 1 年間の方針や予算、事業計画を決定します。個人の資格で参加して率直に発言します。今年は 19 名の方が発言されました。個別の事業所建設計画が議案化され、その中で医療構想、経営計画、組織計画等も検討される。昨年、ある診療所の建設計画を採決したら 20 名ほど保留が出たということもありました。

「班」は 3 人以上の組合員で結成。基礎的な単位です。健康チェックの実施、何でも話し合い、取り組んでいいという性格づけにしています。自分たちで健康で元気になればいいということです。班は活動する場、運営参加の基本的な場、コミュニケーション、ネットワークをつくる機能、をもっています。最近では、近くで集まったり自分の家を提供するのを嫌がる風潮があって、集まりを持つこと自身が難しい状況です。組合員の中の班に所属しているのは 2 万人、残念ながら 12% しか班に所属していません。しかし 2 万人というボリュームは十分意味を持つとも思っています。

班会は成長の場にもなっています。班会報告書から拾った班会テーマ一覧では「運動編」「食事編」(最近では男の料理教室が流行りです)「カルチャー編」(異文化に触れたり、パソコン教室とか)「学習編」「環境問題編」「交流編」(集まって、バースデイ班会、思い出し会とか追悼会とかの報告があります)などがあります。

「支部」は班の活動、地域の活動を束ねるものです。組合員の相談・苦情や提案・要望を事業所に伝える、一緒に解決に取り組む。事業利用の宣伝もしていく。支部ニュースをつくり、組合員を増やしたり、組織を増やす目標も持っている。支部は地域の医療生協の顔として存在しています。医療や介護の問題でそこで集まって解決するネットワーク形成をしていきます。影響例として、所沢市から、支部の「歩け歩けマップ」を市の計画

の参考にしたいと言ってきたり、草加市では医療生協の支部に対して地域包括支援センター運営協議会の委員依頼をしてくるなどがあります。

支部自身が作成・発行するニュースですが、バスハイクやボランティア学校を開いたとか、高齢者の憩いの場をつくるとか、患者会をつくりました、祭りに参加したとか、医療生協の活動のいろんなものが全部載っています。

支部での要求運動も盛んで「誰でも通れる地下道を実現させよう」というものでは車椅子でも通れる地下道をとという運動をして実現させています。もちろん他の色々な団体とも連携してすすめています。

「理事会」。理事は常勤職員 9 名、非常勤理事が 24 名。非常勤の男性は 2 人。あとは全部女性です。理事会では 1,000 万円以上の医療機械を買う時には必ず決裁ですから、どんな医師からの申請でも理事会で決めないと買えないことになっています。また、裁判になるかどうかとは別ですが重大な医療事故の報告も、その後の経過とともに毎月出しています。なぜ起きたか。対応はどうだったか。再発防止策はどうか。和解金はいくらになるか。など検討されます。患者感覚で見っていきます。

「(健康づくりの) 自主的活動」

組合員自身が健康づくりの活動をすることにより健康の知識・技能を得られて、その問題意識で医療にかかる時にも主体者としてかかわっていくという意味で重要です。そのためにセラバンドやストレッチ、歯磨きやウォーキングなどの技能習得をして人に教えるためのインストラクター制度も活用して促進します。

さらに関心あるテーマでグループを形成して学習したり、行動したりしています。どこかの組織に所属するのではなく、計画も行動も自主的です。その中の一つ「傾聴ボランティア」ですが、老人保健施設などの施設に向いて入所者の話を聴きます。ただ聞けばいいのではなく、専門性が必要とされています。事前に専門家からの研修をシリーズで受けて認定されないと傾聴ボランティアとして行えないことになっています。6 人受けても全員は認定されないこともあります。「ボランティア」の文字をつけていま

すが、これはいわゆるボランティアの会ではなく、専門性を持ったボランティア活動分野ということですが、こうした専門性を持った活動が少しずつ増えてきていると思います。これからもっと必要になると思います。

支部の活動もあります。健診の受診結果を受けるだけでなく、支部地域の方たちの異常率、検査結果をフィードバックしてもらいながら「うちは他の支部より血圧が高いから取り組みをしよう」という支部もあります。秩父にある支部では町に出てテーブルを並べて、町ゆく人の血圧を計ります。体脂肪も計ります。体脂肪率 30%以上の人が 53%以上もいました。これはメタボリックだと、病院にフィードバックして「メタボリックの予防策を強化しないといけない」と組合員が言って、病院もスキャンを買ってメタボリック健診を開発しています。また、臨床の活動とマッチングしていきます。運動、禁煙、食のプログラムでやっていくと効果が確かめられます。埼玉県立大学から「健康と生活習慣についての意識調査」を共同で開始しました。「健康に自覚的な集団」と「非自覚的集団」の差異を調査したいということで、今、取り組んでいます。自覚的というのは医療生協の組合員ということで、非自覚的集団というのは、それ以外です。

他には、「助け合い活動」。支部ごとに助け合いの会。食事会やいろいろあります。「ミニ・デイサービス」。地域の高齢者を集めて行ったり、一人暮らしの人たちに向けて行ったりします。「子育てサポート」などもあります。これらは、面の活動としての意味があります。

「自主的活動による効果」。健康づくりは関心要求の高いテーマで、専門家の協力を得られることのメリットがあります。職員は専門的な言葉では通用しないので、より素人にわかる言葉、行動変容を促すアプローチの工夫、科学的根拠の提示などの専門性が鍛えられる場になっています。組合員の活動が医療や仕事の仕方を変えていくきっかけになっています。以上が「自主的活動」についてです。

「学習・教育」

医療生協として保健教室やくらしの学校、生協学校、通信教育をやっています。全国の医療生協でもやっています。さいたまでは保健教室と変え

ましたが、保健大学という言い方が一般的だと思います。私の祖母も昔受講した時に「私も大学を出たわよ」と誇らしげに言っていました。これは、いい動機づけだなと思いました。

「保健教室」は保健の知識を学び、健康チェックの実技を習得し、自分と家族の健康づくりと、班などでの健康づくり活動をリードする目的で出発しました。各支部が主催して組合員自身が運営しています。講師は職員を中心に担っています。「保健教室」の科目は 6 科目です。健康チェックができるようになる、健康づくり・運動や生活習慣病を学ぶ。そこを卒業するといろんな活動をするようになります。歩こう会をつくったり、歩くだけでなく歩く途中で尿チェック・血圧チェックをします。料理教室を開催することもあります。

「くらしの学校」は、社会保障学校の性格を持たせています。基本的な社会保障制度の学びの場です。この中にまちなみチェックがあって、町に出ていきます。議員にインタビューすることもあります。側溝を直してもらって確認の写真を撮ろうとしたら、たまたま電動車椅子の方が通られてちゃんと役立っていると実感したというエピソードもあります。町の中の気になる所を写真にしてシートに貼り、ここは危ないと市に出すと、市から正式な返答があります。市長にまちなみチェックの写真を見せたところ「検討します」という返事をもらった例もあります。住民の意識的な活動がまちづくりに役立っている実例です。

「生協学校」「通信教育」。組合員向けの通信教育コースでは、権利章典、待遇改善、ボランティア活動などあります。組合員も ISO9001 を学んでいます。

これらのことから、組合員が参加することによってどんな影響があるかを①参加した本人への影響、②医療や職員への影響、③生協組織への影響、の 3 点で考えてみます。

①参加した本人への影響

i) 健康への問題意識の高い組織である医療生協とそこに参加している組合員たちと接触することによって、それまで以上の知識、経験を得て刺

激を受ける。また、新たな活動の場に参加して行動変容の動機づけがなされる。意欲的に生きることに役立つということと言えます。ii) 個人技能が獲得できる。保健教室等の学習機会への参加によって健康チェック等の技能を習得できる。それを生活の中で、仲間同士で発揮され磨かれていきます。iii) 健康チェックや保健知識・医療知識の習得、仲間どうしでの実践により、健康観や医療観が高まり自らの行動変容につながる。健康度が高まっていく。すなわち生活の質が向上します。iv) 社会性の高まり。参加によって視野が広がり、主体的に生きることに役立っている。友だちのネットワークができていく。保健教室に参加した方の特徴で「こんないいことが学べる場があったなんて」と素直に感想を言われる方もいます。「誘ってくれてありがとう」という方も多いです。その人にとって世界が広がるということです。医療生協に触れてもらうことで賢く生きる、主体者意識も高まると感じています。

②組合員参加による医療や職員への影響

i) 医療サービスについて患者・利用者の視点での是正が図られる。ii) 医師や職員のパターンリズムへの牽制になる。「患者の権利章典」を学んだ患者が来るということでもあるし、57億円を出資している組合員の存在は自分たちの建物、設備を支えているということです。実際にお金を出している関係ですから。57億円を銀行に預けると利息を払わなくていい。そういうことが自分たちの医療活動のバックボーンの一つになっている。さらに SP、組合員理事参加の購入決済、投書への組合員の関わりなど、組合員の存在を意識している。だから組合員と共にという医師も多数存在しています。iii) 医療事故防止の可能性が組合員参加で高まっているのではないかという感覚もあります。知る権利、意識の高い患者が増えている。医療生協では気軽に質問できる風潮もある。そういう意味では事前検証がされやすい。ISO の内部監査でも深くやってきている組合員もいる、そういうことがある。素人の患者の目で検証することが大きい。

③生協組織への影響

i) 正直な運営が担保されやすい。様々な情報が公開されていることによって、早い段階で組合員の目で検証される。そのことで適切な運営に近

づけられます。ii) 限定された職員のかかわりを超え、多くの組合員の関与により事業所を超えて生協活動の量や幅が広がり、価値観の多様性を持てるようになる。職員数が2,000人のかかわりでは限定されますが、20万人の組合員の関与によっていろんな価値観や点検の仕方、目が、そこにあるということだと思います。

以上が「組合員の参加の影響」ですが、一方、医療生協さいたまの課題についても考えます。1つ目は権利意識の「強い」患者についてです。組合員が要求だけでなく、共につくる医療のスタンスでかかわってもらうことをつくるにはどうしたらいいか。医療者が不十分でも、共につくるという医療生協の考え方を患者にどう持ってもらうか、どういう方法で実現するか、悩ましいところです。いろんな機会で浸透させる必要があります。対職員ではなく、住民同士の相互作用で、その方向に変化してもらうことを可能にすることも重要だと思います。班は10%程度です。法人の機関紙を配っていただいている方が1万人おられます。相互作用を実現するためにはまだまだ足りません。

課題の2つ目。医療事故や問題が発生した時、患者と医療者との信頼関係によってその後の患者の反応が全く違うという現実があります。埼玉協同病院のある科では、仮に種々の問題が発生しても簡単に訴えるというようにはなっていません。他の病院では問題になったりする場合でも、そこには十分な説明を前提にした患者、家族参加での病院との関係があるからです。患者が共に歩んでいる実感を持つことで医療者に左右されない状態になっているという感じがします。例えば、「職員の体制が不十分だろうから自分たちがやれることはやります」とか「自分の飲む薬だから自分でとりにいきます」という状態もあります。医師のふだんの説明だけではなく、関わる職員の説明など、関わりがかなり濃くありますので、そういう状態ができています。一方、急性疾患の場合、患者との関係をどうつくっていくか。慢性疾患はまだいいですが、そういう場合に地域でのありようがカギになってくると思います。

課題の3つ目は医師の苦悩です。組合員から「医療生協の医師はこうあ

ってほしい」という要求を受けることが多いです。医師への期待とも言えます。一部の医師からすれば、自分なりに頑張っているところなのに組合員から「こうあるべき」という型にはまった医師像を求められる。医療生協の医師はこうあるべきだということに「うっとうしい」というホンネを持っている人が若い医師に多い。そして善良な医師ほど組合員の要求に応えようとするから疲れるという事もあります。退職医師に見られる傾向として地域への関わりが少ないとか見えていないことも指摘されることもあります。埼玉協同病院では医師が組合員の班会に年間 60 回ほど参加していますが、残念ながらまだ少ないと思います。そういう中で組合員からの励まし、フィードバックがソフトに行われるのは大事なことです。医師は傷ついているなと感じていますので、どうしたものかというのが課題です。

課題の 4 つ目は、医療組織への組合員参加のあり方です。医療生協としては多くの参加の機会がありますが、事業所のトップ組織である管理会議（院所長、事務長、看護長での構成）の中に組合員を位置づけたことがありません。法人としては理事会がトップ機構で、理事会には組合員は参加していますが、医療の組織のトップ機構には参加していない。可能であれば検討に値すると感じています。他の病院で、医療事故の被害者の家族をリスクマネジャーとして据えている例もあるので、いろいろと研究してみたいと思います。

最後に「組合員（住民）参加を促進しうる医療生協組織の持つ特徴」について触れます。医療生協組織の特徴は、1 つ目は情報を何でも公開・開示していることだと思います。例外は人事くらいでしょうか。あとは大体出しています。2 つ目は「患者の権利章典」を指向していることです。患者主体の医療への努力が組織的にあります。3 つ目は組合員と職員が対等に取り組む組織であることです。4 つ目はトップマネジメント・ガバナンス（理事会、監事会）の組織構成が、多数の住民参加によることです。この 4 つのどれを欠いてもいけない。

例えば埼玉でいろいろな事業を新たに起こす時、社会福祉法人だったら

すぐにでも起こせる事業があります。当初の老健、特養などです。しかし社会福祉法人でやろうとしないのは、先ほどの4つが担保されないと考えているからです。老健が医療生協としてできるようになってから老健をやりましたが、特養は医療生協ではできないので、今でもやっていません。こういうことにこだわることで住民参加というものを担保しているのではないかと考えています。医療への住民参加を考えた時、それを保障する条件を考えざるを得ませんから。医療生協が持っている条件は強く影響するのではないかと感じています。

そして、医療生協の病院は「いい病院だから利用する」のではなく「私が利用し、かかわるから医療生協らしいいい病院になる」という考え方が実現することを願っています。「いい病院だから利用する」というのは、よくありますが、では「私にとって悪い病院だったら利用しない」関係でいいのか。そういうことではなく「組合員が利用し、かかわるからいい病院になる」という関係をつくっていきたいと考えています。以上で報告とします。ご静聴ありがとうございました。

【フロア】 生協も合併しようという動きがあって、生協が大きくなると一人ひとりの組合員が大事にされないとか、組織の中に埋没してしまうという心配があります。医療生協さいたまは、規模が大きい中で、一人ひとりの組合員がどう活動されているか、また、どう心掛けているのか、そして、どういう仕組みがあるのかを伺いたいと思います。

【斉藤】 実際には「規模が大きくなって距離感ができた」と言っている組合員もいます。だからといって意見が出てこない、伝わらないということはないと思います。地区（事業所ごと）や支部などの参加の機会は変わらずありますから。もっとも支部の単位をどう小さくするかは課題の一つです。機構的な運営の部分で言いましたが、意見を聞く場の一つである総代会では、本番1回だけおこなう総代会ではなく、それ以前に地区別の総代会議を積み重ねて1年間の報告や医療の苦情も含めて出てきています。そこには総代だけではなく支部の運営委員も参加しています。他に150ある

支部の運営委員会は毎月あって率直な意見も出ますし、他に平場としての医療懇談会などもあるいろいろな機会があると思います。

組合員理事の選出の仕方でも工夫しています。地区の単位で選出しますが、職員が誰かを指名するということは一切ありません。支部の組合員代表が集まり、理事選出委員会をつくって話し合っていて決めています。実際に理事候補に説得するためにあたる人も組合員です。組合員と組織・運営との距離、最終意思決定機関を構成する者との距離の近さを担保しようとしています。

ただ、人事の関連で「どうして組織担当者が異動するの」とか、昔は小さな組織だったので異動しても見かけやすかったのですが、今は、そういうかわれなさ感が残っているようです。医療は顔見知りの人との関係があると落ちつくという側面はありますので、言われることは最もかなとも思います。

【フロア】 なぜボランティアを厳密に限定しているのでしょうか。もう一つは経営参加が言われていますが、こだわりを大事にされていますよね。特養とかサービスの利用において、どういう連携をしていくのでしょうか。

【斉藤】 ずっと以前、ボランティアの活動をやり始めてきたけれども、ボランティアの集団をきちんと世話をする人が存在しなかったことで雲散霧消していきました。職員が世話をするということではなく、ありようとしてどうするかということで、確立できる組織をつくろうというのが一つの動機でした。もう一つの側面として介護の事業が広がった時、手伝っていただけの手が必要だということになって、そこが確実にするようにしてほしいという思いもあったと思います。今のありようについて、職員間でも意見の相違があることはあります。もっと広く自由にやってもいいのではないかという意見もありますが、継続性がどう担保されるかということもあって、今後の課題になっています。

連携について言えば、例えば特養については医療生協でできるようになれば検討しますが、できなかったら、どこかの組織と連携してやれるよう

にとも考えられると思います。高齢者住宅などもそうですが、それを進めること自身が組合員の要求を実現する上でどうなのかということもよく検討しなければならない、まだ手を出していません。医療の場合でいうと、他の医療機関とは紹介患者を送るなど連携はもちろんありますが、組合員だけを対象に考えると、やはり一定の条件を必要としてくると思います。

【フロア】 内部監査員の研修についてですが、患者さんが主体的にかかわっていくということですので、ソーシャルワーカーはどういう動きをされているのでしょうか。

【斉藤】 内部監査員の任期は特に定めていません。現任研修もやっています。人数は今は 20 人程度で、理事や利用委員会の組合員がなっています。また、ソーシャルワーカーは、ワーカーがちゃんと患者さんの話を聞けるか、情報はどこによって得ているか、何の方法で得ているか、そのための漏れない基準はどこにあるか、これで十分だと思うか、ということを確認しています。患者の主体性という点では、選択肢はちゃんと提示して、情報が提示されているということの担保はどこによってされているかということではないかと思います。

【フロア】 向日市にある医療生協の者です。さいたまでは「虹の箱」を毎日開けて、すべて開示されるということですが、利用委員会の開催度の頻度はどうなっているのでしょうか。私たちのところでは月 1 回の会議に開けることになっているので返すのも遅くなっています。その頻度の問題もあります。名前を記入されずに「虹の箱」に入れる方が多いので、誰にどう返したらいいのかわからず漠然としていることもあります。また「理事長や所長を解任してください」というものもあり、「そこまでは開示しなくてもいいのではないかと指導いただいたこともあります。さいたまではどこまで開示されているのでしょうか。利用委員会は苦情処理委員会的な要素もあるので、理事長は「組合員がどうやったら利用できるかという話をしな

いとだめだ」と言うのですが、虹の箱の処理に追われています。組合員が、より利用しやすい事業所にするにはどうしたらいいかという工夫があれば教えてください。

【齊藤】 会議は月 1 回です。開封は月 1 回の院所もあれば、週 1 回のところもあります。「毎日開封しましょう」と提起して、最近はそういう事業所もあります。返事が遅いと今のご時世に合いません。投書を入れた人は、すぐ返してもらいたいですね。それに応えることを優先したということです。無記名もありますが、必ずしも全部を掲示するわけではありません。何を掲示するかは利用委員会で決めます。職員の解任要求とか、管理者である医師の診療態度について書いた投書もありました。実際に昨年、そのまま委員会に出しましたが張り出しはしませんでした。それは利用委員会の判断ですから。苦情処理関係は、苦情の割合が高いですが、それだけに終わってないと思います。投書が入らないで、どう入れてもらうかが問題だという会議をやっている委員会もあります。

【フロア】 消費生協の場合、班自体が急速に崩壊している中で、班運営をどうしていくかという問題があります。医療生協の場合、齊藤さんとして、どんなふうに班が形作られていくのがご自身の理想であるとお考えでしょうか。トップマネジメントとのかかわりで、理事会で常勤、非常勤の役割について経営責任も含めてどんな位置づけになっているのでしょうか。消費生協は市民生協が 1990 年代に経営破綻が起きて、常勤、非常勤がどこまで責任を負うかということが問題になりました。理事会で経営責任を含めて、どんなコンセンサスができているか、教えてください。

【齊藤】 班についてですが、生協的には基礎組織と言っています。ただしそこにはギャップがあると思っています。組合員の存在の仕方、要求、活動スタイルは多様だと思うので、班でしか表現できないわけではないと感じています。大事なのはどういうように参加し、学び、活動するかということであって、それは、組合員自身にとって出会ったり、仲間にとって、

或いは院所にとって、どんな機会があるか、ということです。その時、班じゃなくても実現できる機会があればいいじゃないかと思います。過去に様々な社会活動をやっていた方は、班とか組織できちんと保障することについてこだわっている方がいらっしゃる。「自由な組織でいいですよ」と言うと途端に意気消沈して参加されません。自分のよさを生かす場がどこかにないと良さが生きてこない、その人たちにとっては班というのは貴重です。だから班も大事、多様な参加の場も大事ということだと思います。そういう意味では今の班の定義にこだわる必要はないかもしれません。ゆるやかな班ということなども含めて考えたいです。機関紙を配り、出資金を出し、健康チェックをやらないと班ではないと思っている方もいますが、班会のメニューもいろいろあっていいんじゃないかと思っています。

理事会ですが、常勤、非常勤の役割があります。仮に生協が破綻した時には経営責任は横並びではないという説明を理事会でしています。「情報を持ち、実質決定権を持っている常勤が責任を負います」と説明をしています。「知り得ないところについては非常勤理事は責任を負いません」と。しかしそれで免罪されると安心される理事は多くありません。また、理事会の決済は拍手で確認していますが、拍手が少ないなと思った時は、改めて理事長から、その納得について確認する場面もありました。理事会では「あなたが、どう判断するか」という場面もあります。

【フロア】 参加にかかわって幅広い活動をされていると思いますが、最初から戦略的にあったのでしょうか。おそらくは、積み重ねておられる中で展開されてきたのではないかと思います。それをどうやって支えていくかが、今後の課題となりそうです。現実には多様な取り組みを進めようとするれば、それを受け止めて引っ張っていく組合員のリーダーが必要だし、職員も必要だと思います。組織でやる気をなくすようなことも正直言っていますが、さいたまの場合、全体として見れば人のアイディアをうまく取り入れて進めているような気がしました。何が成功の条件をつくっているかを教えていただきたいと思います。

【斉藤】 なぜそうなっているか。そうなるかどうかは、皆さんに評価してもらった方がいいと思います。さいたまの今の活動の到達は、一つには権利章典とか医療部会から出される方針を素直に採り入れてやろうという考え方を持っていたことだと思います。そういうことで自分たちを伸ばしているという実感もあります。また医療生協に限らず購買生協のやっていることを素直に学んで、そこからもらったこともいくつもあります。素直に採り入れるということがベースにあったと思います。その点は意識してきました。

どのように組合員の意味を採り入れていくか。例えば、常務理事会の構成員は、過去には職員の中で組織担当常務とか経営担当常務もいて職員もそれなりに参加していましたが、今は職員は常務理事から外れて非常勤を中心にしています。理事長と専務だけが常勤で、他の 5 名が非常勤です。地区から理事が選ばれていますが、さらに広い地域の理事を選出する過程があって、地域から常務理事が選ばれてきます。理事会も総代会もそうですが、院所の事業計画を提案するのも非常勤理事です。そういうことを通して組合員の感覚や意思をどう反映させるかについて組織運営上で工夫しているということでしょうか。

【フロア】 参加の活動がいろんなふうに展開して活発だと思いますが、班などで、組合員の参加とか活動している人で積極的にかかわっている人たちの世代交代があるのでしょうか。組合員の全体の世代の比率、新しい組合員の加入率とかを教えてくださいたいと思います。埼玉県全体で住民が増えているということですが、埼玉県全体の増加率もあるので、住民比は難しいと思いますが、新しい人とか組合員にどんどん入ってきているのかを教えてくださいたいと思います。

【斉藤】 世代交代をどう実現するかは大きな課題になっています。さいたまにおいて組織運営の話をすると一番出てくる問題です。支部、地域の運動を促進する支部運営委員は 10 人前後ですが、その高齢化問題で、次のなり手がいない。支部長のなり手がいない。人のネットワークの組織

なので、人が人を呼んでくるということで組織してきましたが、高齢化になってくると、それも限定されて、それ以上増えません。困っている状況があります。

そういう中で、どういうところが活発かということですが、「支部長や役員は交代するものだ」としているところが活発で世代交代しています。またどちらかと言えば院所から離れた地域の支部の方が活発で世代交代しています。院所に近くて頼れるところはなかなか自立が難しいようです。最近はこの世代をどうするかということで、保健教室や支部企画に誘って来てもらうということを重視しています。医療生協の魅力を実感してもらうためです。また団塊の世代をどう取り込むかということも課題です。団塊の世代の人たちに何とかつなげていこうと思っています。男の料理教室はそういう目的もあります。若い人たちはパートなどの仕事があったり、昔のスタイルだと合わなかったりなど、いろいろ難しいです。若い組合員の要求にどう応えるかという場を提供できるように、組織のありようを考えていかないといけないと思っています。地域ではそんなに若い人は入らないですが、事業所の窓口では健診を受けて、そこからのつながりが、いくつかできてきています。医療生協さいたまには、毎年1万人前後の新たな組合員さんが加入してくれています。

【司会】 お話の最後に、自己課題を提起していただきました。今の日本の医療自体が、大きな課題を持っています。患者、住民、国民の要求が高まっている中で、医療費抑制が同時に追求されている。その中で医療のプロフェッショナリズム、専門性のあり方自体が問われてきています。マネジメントに関しても、まだまだ形成過程であるという状況の中で、不十分でも意志統一していくという言葉が印象に残りましたが、課題をどういうプロセスで乗り越えていくかという時に、医療生協のような参加型の取り組みでいけるのか、あるいは利用者と医療者が対立しながら改善していく取り組みがあるのか。医療生協的なグループをつくって参加していくというあり方ができれば、より軋轢が少ない、スムーズな医療が可能なのかなと思いました。

2 つ目に、プロフェッショナルリズムを専門家としてどうあるべきかは、医療現場において大きな問題だと思います。それを組織の中で取り組むのか、ヒューマニズムというとらえ方をするのか。専門家のあり方も問われてきています。住民の側が、単に相互のコミュニケーションとか「医療者がいい人」ということを尊重するということだけではなく、技術的にも専門職の中で統一されているかというレベルの問題もありますので、ある意味で複雑ではありますが、専門職が、今後、どういうあり方でいくべきか、ということも課題とあると思いました。

3 つ目に、今回、最後に出された課題は、私どものプロジェクトの研究課題として考えていかなければならない問題だと思います。斉藤さんから一言、最後に発言いただければと思います。

【斉藤】 一時的かもしれませんが職員が電子化に伴って忙しくなっている面があります。その中で組合員とのかかわりを物理的、時間的につくっていくことが難しくなっており、組合員の存在の良さや支えられる経験をするという、このところの担保が年々難しくなっていると思います。また、入職した医師たちは、就職したのではなく初期研修をしにきているという意識もあります。その中でどういう研修ができるか。医療生協のよさを、そこにマッチングさせて、より住民と共に行える医療にどう参加してもらうかということが課題になっているなと思います。相当に過密な日々の中に位置づける難しさがあります。加えて、今の医療訴訟を巡っては何かというと代償を要求してくる風潮によって、医療者も萎縮してきています。医師はリスクなことに手を出したがいなくなっているともいえます。例えば夜勤をしたがらないということもあります。そういう状況の中で、色々な場面で「住民と一緒に」ということの難しさが高まっている。社会問題としても医療事故についての扱い方、国民の見方を何とか変えていく必要があると思います。そうでないと医療現場での関係が崩壊するというのが実感です。住民と医療者の協同の可能性をもっと活かしたいということです。

組合員の自立をどう図るか。これも重要です。共に医療をつくっていく

ということは大きな課題だと感じながら、このレポートをつくりました。
本日はこのテーマを与えられて、普段の取り組みが整理できるなど、楽しみにまとめさせていただきましたことを感謝しております。本日はありがとうございました。