

# 日本病院会雑誌

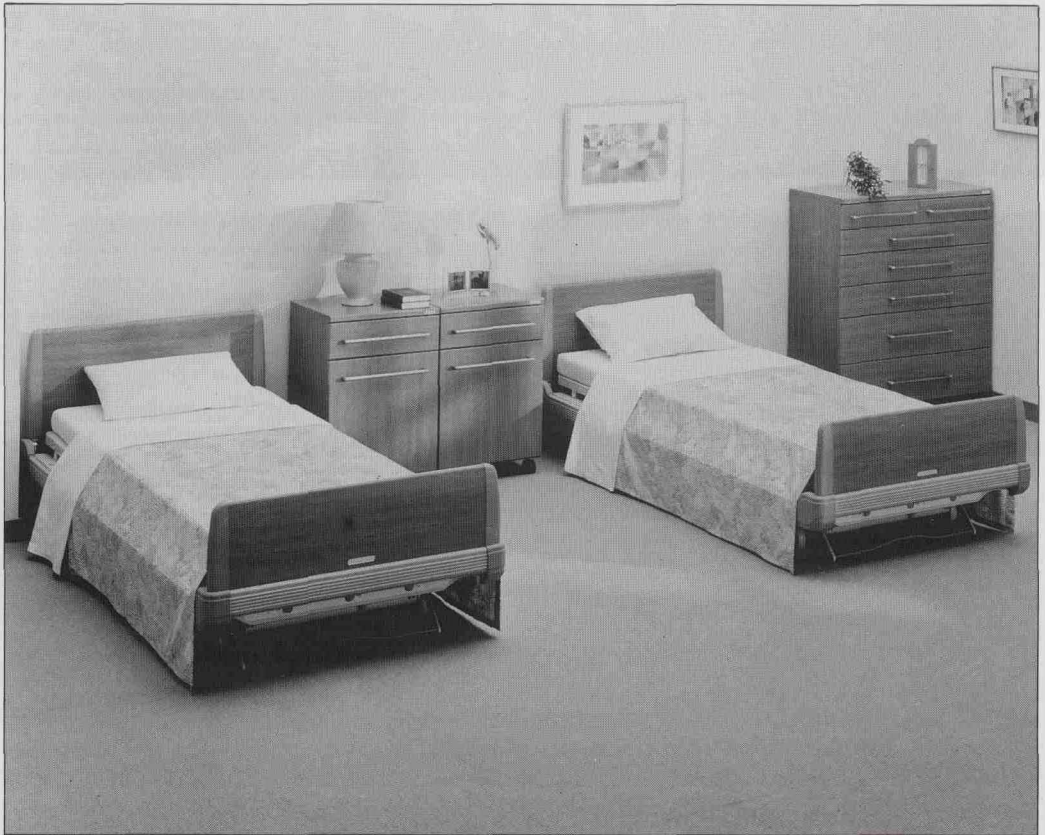
*Journal of Japan Hospital Association*

1997

5

VOL.44 NO.5

# ベッドは休日をとりません



## 思いやりに育まれた高品質

安全で機能性にすぐれた医療用・在宅ケアベッドの  
トップメーカーとして40余年。

高度な技術力は、多くの医療・介護施設から  
厚い信頼を得ています。

## パラマウントベッド株式会社

本 社 〒136 東京都江東区東砂2-14-5 ☎03-3648-1111(大代)

札幌支店	〒060 札幌市中央区南2条西13-318-11	☎011-271-1181(代)
仙台支店	〒984 仙台市若林区卸町2-3-3	☎022-239-5211(代)
横浜支店	〒194 東京都町田市鶴間1715-1	☎0427-95-8800(代)
名古屋支店	〒454 名古屋市中川区玉船町3-1-2	☎052-661-3111(代)
大阪支店	〒550 大阪市西区土佐堀2-3-33	☎06-443-8791(代)
広島支店	〒733 広島市西区横川町3-8-5	☎082-293-1311(代)
高松支店	〒761 高松市郷東町223番1	☎0878-81-8800(代)
福岡支店	〒812 福岡市博多区博多駅東3-14-20	☎092-461-1131(代)
中央分室	〒104 東京都中央区明石町8-1 聖路加ガーデン2階	☎03-3541-3377(代)

資料ご希望の方はご請求ください。郵送いたします。

みなさまに満足していただけるよう各地の事業所にショールームを設けてあります。



# 日本病院会の共済面を担当する (株)日本病院共済会

## 事業の内容

- |            |                             |
|------------|-----------------------------|
| (1) 主な保険   | (2) 病院図書の発行と販売              |
| 医師賠償責任保険   | (3) 人間ドック手帳の販売              |
| 病院火災賠償責任保険 | (4) 薬価情報の発行と薬品販売            |
| 保育所総合保険    | (5) 他社発行図書の斡旋販売             |
| 看護学校学生傷害保険 | (6) 職員教育・研修用ビデオテープ<br>の斡旋販売 |
| 就業中傷害保険    | (7) 防災用器具の斡旋販売              |
| 所得補償保険     | (8) 病院防災診断サービス (無料)         |
| 現金総合保険     | (9) 共済会ニュースの発行              |
| 医師退職金積立制度  | (10) セミナーの開催                |
| ボイラ保険      |                             |

## 優良図書の販売

- |   |   |
|---|---|
| (1) 病院職員ハンドブック<br>社団法人 日本病院会 発行 B5判 74頁<br>定価 390円 (送料実費)                 | (8) 診療録管理室運用<br>監修 岩崎 榮 日本医科大学医療管理学主任教授<br>木村 明 新潟市民病院院長 A5判 114頁<br>定価 2,500円 (送料実費)   |
| (2) 病院職員読本<br>落合勝一郎 監修 B5判 171頁<br>定価 1,500円 (〒260)                       | (9) 分類法—総論と実習—<br>監修 岩崎 榮 日本医科大学医療管理学主任教授<br>木村 明 新潟市民病院院長 A5判 137頁<br>定価 2,500円 (送料実費) |
| (3) 病院管理ノート (改訂第5版)<br>井上 昌彦 著 B5判 139頁<br>定価 2,400円 (送料実費)               | (10) 診療録管理学通論<br>監修 岩崎 榮 日本医科大学医療管理学主任教授<br>木村 明 新潟市民病院院長 A5判 153頁<br>定価 2,500円 (送料実費)  |
| (4) 病院管理マニュアル<br>社団法人 日本病院会 発行 B5判 43頁<br>定価 800円 (送料実費)                  | (11) 解剖学<br>監修 岩崎 榮 日本医科大学医療管理学主任教授<br>木村 明 新潟市民病院院長 B5判 185頁<br>定価 2,500円 (送料実費)       |
| (5) 勤務医師マニュアル<br>社団法人 日本病院会 発行 B6判 58頁<br>定価 500円 (送料実費)                  | (12) 医学用語<br>監修 岩崎 榮 日本医科大学医療管理学主任教授<br>木村 明 新潟市民病院院長 B5判 53頁<br>定価 1,500円 (送料実費)       |
| (6) 病院給食管理基準<br>社団法人 日本病院会 発行 B5判 45頁<br>定価 1,000円 (送料実費)                 | ★定価には消費税が含まれております。<br>★お申込みは、書名、部数、施設名、住所、ご担当者名を書<br>いて当会あてFAX、ハガキにてお申込みください。           |
| (7) 医療事務制度編<br>社団法人 日本病院会 通信教育部<br>講師 杉本 久 著 A5判 304頁<br>定価 3,000円 (送料実費) |   |

## 株式会社 日本病院共済会

〒102 東京都千代田区一番町13-2  
TEL (03) 3264-9888  
FAX (03) 3222-0016

97年7月スタート

## 日本病院会の新しい保険制度です！

### 労災上乗せ共済制度

～大切な従業員の補償として～

#### 制度のあらまし

万一の労働災害時に政府労災保険の上乗せ補償として補償金をお支払いする共済制度です。政府労災保険を補完し、貴院の福利厚生制度の一環として大切な従業員の皆様のためにわずかな掛金で大きな補償が得られる制度です。

#### 加入スケジュール

◆ 募集期間	.....	97年5月～6月
◆ 加入締切	.....	97年6月25日
◆ 制度開始	.....	97年7月 1日

#### 年間掛金は…

◇スタンダードタイプ (I型)	従業員1名につき	5,380円
◇ワイドタイプ (II型)	従業員1名につき	6,780円

#### ワイドな補償

- ・ 針刺し事故等による感染疾病も対象になります
- ・ 業務上災害・通勤途上災害が対象になります

#### 掛金が割安です

- ・ 団体契約につき団体割引10%が適用されております

**掛け金は全額損金処理できます**

#### ◆お問い合わせ先◆

### 日本病院共済会

〒102

東京都千代田区一番町13-2

電話03-3264-9888

〔担当〕中村



目 次

グラフ：豊橋市民病院……………7

巻頭言：政局不安とペルー人質事件 ……村田寿太郎 11

〈全国薬事管理研究会〉

    基調講演 病院経営と薬局長……………武田 隆男 13

    シンポジウム 患者への情報（医薬品情報）提供について……………17

        座長 柳澤 進／谷古宇 秀

        シンポジスト 佐藤ひろ子／名徳 倫明／岡野 絃基

〈全国図書室研究会〉

    特別講演 病院図書室の役割—これまでとこれから—……………牧野 永城 50

医療機器産業と病院……………藤正 巖 59

紀行 医学のルーツを尋ねて（イタリアの旅①）……………星 和夫 61

〈全国図書室研究会〉

    継続教育 相互貸借と相互利用マニュアル改訂版……………本郷 祥子 75

    実務講座 患者への医学情報の提供

        —アメリカの病院図書室を見学して—……………有田由美子 79

    教育講演 市民の求める医学情報の提供……………登坂善四郎 91

    シンポジウム 時代のニーズにあった病院図書室を作ろう……………101

        座長 長谷川湧子

        シンポジスト 米澤 誠／宍道 勉／和田美津保／山川美穂子

〈定例ハウスキーピング研究会〉

    講演 ISO 9002に基づく病院環境管理（清掃、環境消毒業務）について

        ……………神谷 松治 121

〈一番町だより〉

    日本病院会代議員会・総会における会長挨拶の要旨……………139

〈掲示板〉

    診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正について（通知）

        （保険発第44号、老健第69号、9.3.27）……………146

    ヒト乾燥硬膜の使用中止について

        （厚生省緊急安全性情報No.2、9.3.28）……………149

    診療録管理士の診療情報管理士への補講について…156 診療情報管理通信教育募集要綱…160

(健保適用)

**慢性肝疾患における肝機能異常の改善に**

肝臓疾患用剤  
アレルギー用剤

## 強力ネオミノファーゲンシー

包装 20ml10管・30管, 5ml5管・50管 (健保略称 強ミノC)


---

慢性肝疾患  
アレルギー疾患に……

## グリチロン錠

包装 500錠 (PTP), 1,000錠, 2,100錠 (PTP), 5,000錠 (PTP)

※その他の詳細については、製品添付文書をご参照下さい。


 合資会社 ミノファーゲン製薬本舗

学術部 〒107 東京都港区赤坂8丁目10-22 TEL 03(3402)6201(代)

## 病院憲章

- 一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保証することを目的とする。
- 二、病院は、生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医療水準の向上に努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。
- 三、病院は、利用しやすく、且つ、便益を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。
- 四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。
- 五、病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効果的な医療の成果をあげることに努めるものとする。

社団法人 日本病院会



## 病院倫理綱領

日本病院会は、国民の医療を守るために、病院人が遵守すべき行動基準を病院倫理綱領として次の通り定める。

- 一、病院の使命  
病院人は、傷病者のために限りなき愛情と責任をもつて最善の努力を払わねばならない。
- 二、研修・教育  
病院人は、たゆみなき研修に励み、医師の練磨と医道の高揚に努めるとともに、後進の教育に力を尽さねばならない。
- 三、医療記録の保管と守秘の義務  
病院人は、傷病者の医療記録を完備し、これを確実に管理するとともに、傷病者の秘匿は正当な理由なくして漏洩してはならない。
- 四、地域社会への協力  
病院人は、地域住民の疾病予防及び健康増進のために、他の機関と積極的に協力せねばならない。
- 五、病院の管理運営  
病院人は、病院の管理運営にあたり、いたずらに利潤追求を目的としたり、放漫経営に流れて、病院の信頼を損うことがあつてはならない。

社団法人 日本病院会



# 豊橋市民病院



“地域医療の核として高度先進医療に対応できる病院”、“親しみが持てて利用しやすい病院”、“心安らぐ療養環境の保持”、“将来の医学の発展に対応し得る拡張性のある病院”をコンセプトとして、豊橋市民病院（743床）と桜ヶ丘分院（171床）を統合して、920床の新豊橋市民病院が新築され、平成8年5月4日に移転した。

新病院は市域の西部に位置し、敷地96,237㎡、延床面積54,420㎡で、駐車場は1,470台を収容する。施設の特徴としては、リニアモーター小型搬送システム、全館オーダリングシステムを採用している。

診療科は主として疾患別、臓器別に分けて28科とし、また、高度先進医療に対応すべく、診療機器はCT 3台（うち2台はヘリカル）MRI 2台（いずれも1.5T）、連続血管撮影装置3台等いずれも高性能のものを設置している。また、県下の8救命救急センターの1つとして、救急科を独立させ、24時間体制をとっている。NICU、健診センター、不妊症治療等もそれぞれ地域の中心として活動している。また、市医師会の主導により、院内に病診連携室が設けられ積極的に活動している。

裏面から望む  
高層病棟手前に低層病棟、  
右手にヘリポート

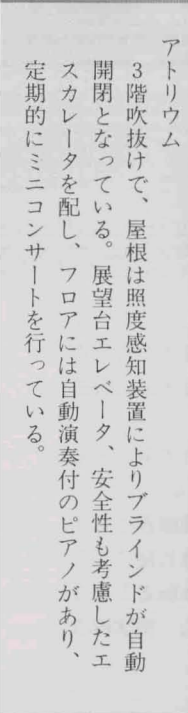






### 玄関ホール

玄関を入り右手に受付、左手に薬局待合いを配し、正面奥のアトリウムに連なる。広いスペースに壁面、ステンドグラス、サイン等が機能的に配置され優れたアメニティが追究されている。



### アトリウム

3階吹抜けで、屋根は照度感知装置によりブラインドが自動開閉となっている。展望台エレベータ、安全性も考慮したエスカレータを配し、フロアには自動演奏付のピアノがあり、定期的にミニコンサートを行っている。



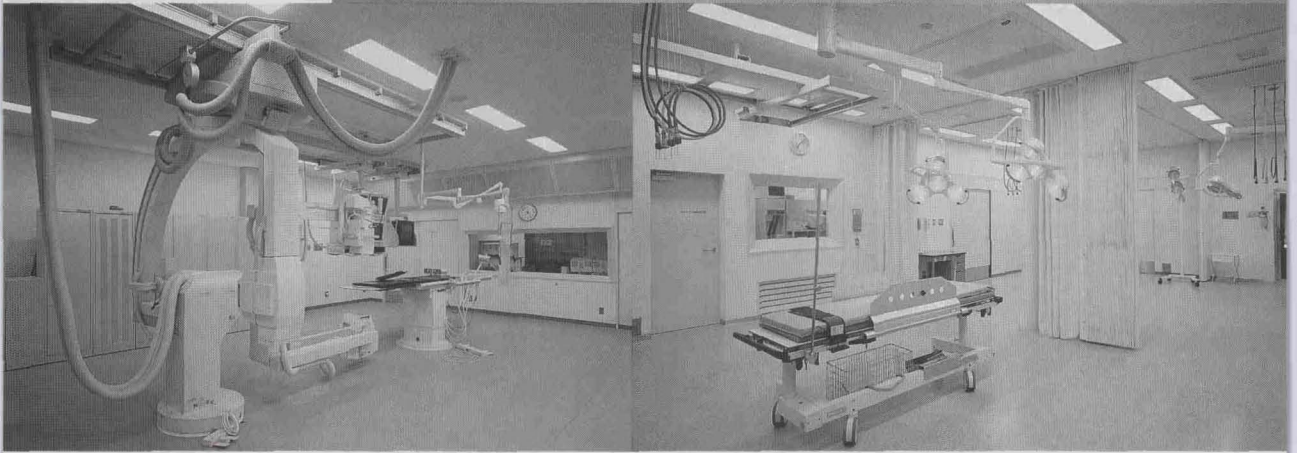
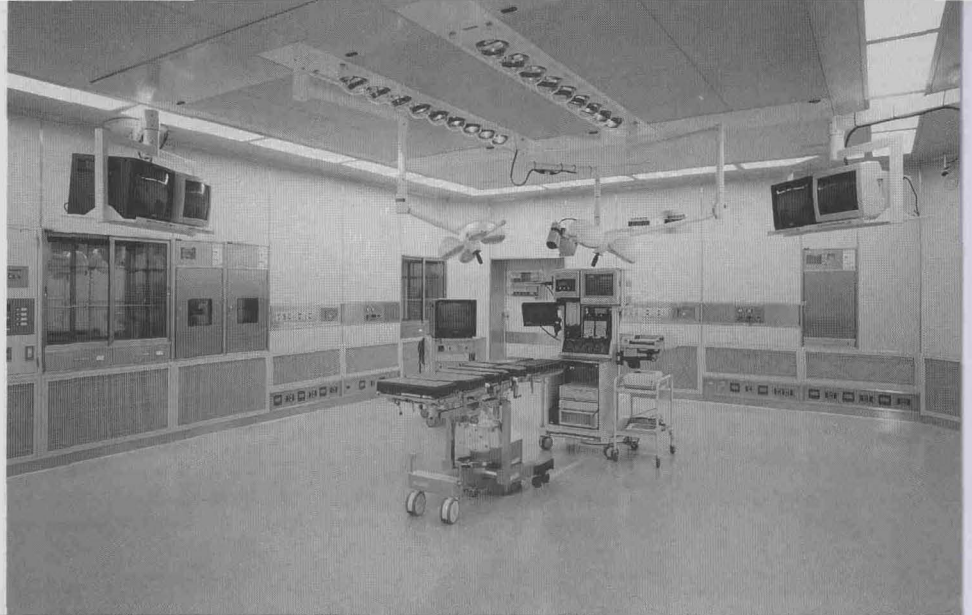
### (上) 外来待合いホール

外来ブロック受付に面し、ここから各科中待合いに入る。天井は自然採光のため吹抜けになっている。

### (左) アトリウムに連なる“ホスピタルストリート”

病院の中央を走る幅6mのメインストリートであり、木製を基調とし、間接照明でアメニティに配慮されている。

手術室  
 十分に広いスペース、コンピュータ制御による照明、  
 3台のテレビ監視装置が備えられている。  
 全室、エアフィルターによる空気浄化がされている。



(上) 連続血管撮影室

3室のうちの1室、十分に広いスペースがあり、最新鋭の機器が設置されている。

(上) 救命救急センター処置室

小手術、緊急手術に対応が可能である。天井走行のX線撮影装置があり、処置中の撮影が可能である。

集中治療病棟(30床)  
 各ベッドには十分なモニター、酸素、吸引、  
 動力用エア―等が装備されている。





### 病棟

病室の廊下は充分に広くて明るく、快適な治療環境を醸し出している。  
ナースステーションはオープンカウンター型で、病棟のほぼ中央に配置されている。



### 床室

基本的には4床室であるが、ベッド間は充分に広く、二重カーテンで仕切られている。  
各ベッドに冷蔵庫、テレビ、ロッカーが付属し、各部屋に手洗いが設置されている。



### ダイニング

病棟各フロアに1カ所ずつダイニングを配してある。病院内でも、日当り、風景共に最高の場所であり、家族の面会、患者さんのだんらんなどに使用される。歩行可能な患者さんの食事は、リフトによって厨房からここに配膳される。



写真提供：  
豊橋市民病院





## 巻頭言

# 政局不安とペルー人質事件

村田 寿太郎\*

私は日本の政治、政局の不安定さとペルーの人質事件とを考えると、まんざら無関係ではないように感じられてなりません。

現在の政局不安を考えると、永田町は全く大臣病患者の烏合の衆であり、憂うべき状況にあると考えられます。ペルーの事件にしても、日本政府は全く予想もしていなかった事件ではないでしょうか。だが現実には、未だ解決のめどさえ立っていないのです。

ひるがえって、日本の政局はいかがでしょう。彼らペルー移民の日系人にとっては、その母国の安泰を願わないものはいないと思います。

果たして母国である日本の政情はいかがでしょう。それに答えられる現状でしょうか。

綱領も決まらない政党の数々、どの政党についたら大臣への道が近いのか、そればかりを考えている大臣病患者の集団であるといっても過言ではないでしょう。綱領も決まらない新党、たとえ新々党であっても何ができるというのでしょうか。全く旗振りばかり多い現在の政党を考えると、嘆かわしいといってもよいのではないのでしょうか。政治の不安定なときには、必ずといってよいほど世情の不安も発生するものと私は考えています。

今日の新聞では、当地選出の代議士である高村氏が、ペルー特使として派遣されると報じています。何とか人命が失われることなく、無事救出されることを祈っています。

国内では、オウムに始まり、銀行・金融の不祥事、O-157、厚生省の汚職問題、エイズの問題等、また対外的には、対米、北鮮、また韓国、香港、東南アジアその他、諸々の問題が押し寄せています。

政府もまことに忙しいことです。ご苦労様と申し上げたいのですが、政局を何とか安定してもらって諸政策を実行にまで移してもらいたいと熱願している次第です。

巻頭言らしからぬ言葉となりましたが、一言私見を述べさせていただきました。

\*むらた じゅたろう (株)日本病院会常任理事 村田博愛病院 院長

(株)社会保険研究所

〒101 東京都千代田区千代田2-4-6 W I C 内神用ビル  
TEL 03 3252 7901 代 FAX 03 3252 7977

◆ **薬価基準点数早見表** (9年4月版) A 5判 本体価格3,398円 (税別)  
3月中旬頃出版予定

■全品目を50音順に配列し、薬効も付し、注射薬には点数を付した見やすく引きやすい実用早見表の決定版。再掲・別掲も豊富で、さまざまな角度から検索できるように配慮。薬効別分類表も細心の注意をはらって編集している。点数早見表は、診察・投薬・注射・検査・X線・入院料などを整理してまとめ、正確さと実用性を誇る。

◆ **医科点数表の解釈** (9年4月版) A 5判 本体価格5,200円 (税別)  
5月末頃出版予定

厚生省保険局医療課・厚生省老人保健福祉局老人保健課 編

■診療報酬点数表の項目ごとに疑義解釈を整理して記載し、発翰番号を併記した。

関係告示、通知等を見やすく整理して収録しているため、点数表上疑義が生じても明解にその根拠を知ることができる。審査機関の業務用としても用いられており、保険診療・請求を行う上で必携となる本。

◆ **レセプト事務のための薬効・薬価リスト** (9年4月版) B 5判 本体価格6,500円 (税別)  
4月末出版予定

医薬情報研究所 編

■薬価基準収載医薬品の薬価、効能・効果、用法・用量、保険の取扱いを見やすく収載した事典。商品名を検索することにより、必要な情報をチェックできる。処方時の薬剤情報提供に要件を備える。

◆ **薬効・薬価/長期投与検索システム** (9年4月版) 本体価格30,000円 (税別)  
4月末出版予定

医薬情報研究所 制作

Win3.1/Win95対応 CD-ROM

■1枚のCD-ROMに、薬効・薬価リストと長期投与医薬品便覧を収録。薬価基準に収録された医薬品の薬価、規制区分、効能・効果、用法・用量を調べやすくした。スピーディーな検索が特長。

特定保険医療材料及びその購入価格

◆ **材料価格基準早見表** (9年4月版) B 5判 本体価格8,000円 (税別)  
6月出版予定

■保険請求(償還)価格の定められている特定保険医療材料に該当する商品を、材料価格基準上の分類ごとに50音順に配列し、薬事法承認番号、メーカー、販売元、価格、一般名・略称・分類・製品番号を収載。商品名、承認番号のどちらからでも検索できるよう索引を付した。

◆ **保険医療材料算定の解釈** (9年4月版) B 5判 本体価格5,000円 (税別)  
8月出版予定

厚生省保険局医療課 監修

■特定保険医療材料について、材料価格基準上の分類ごとに整理し、保険算定の可否と算定上の留意事項及び購入価格を一覧にしてまとめ、関連する主な手技料とその算定上の留意点を付した。必要に応じ該当材料・治療内容などについても解説。

◆ **長期投与医薬品便覧** (9年8月版) A 5判 本体価格3,300円 (税別)  
8月出版予定

■1回30日分または90日分投与できる医薬品と疾患名の組合せがわかる便覧。医薬品名、疾患名のどちらからも検索できる。14日分または30日分投与できる外用薬と疾患も併載。

◆ **検査点数早見表** (9年4月版) A 5判 本体価格3,000円 (税別)  
6月出版予定

■検査全項目に保険点数とその根拠を付した実用早見表。解釈総覧つき。

◆ **看護・食事・寝具設備等の実際** (9年4月版) A 5判 本体価格2,500円 (税別)  
7月出版予定

厚生省保険局医療課・厚生省老人保健福祉局老人保健課 編

■看護サービスと食事提供のあり方、承認の取扱いを具体的に詳しく解説。関係告示も収載。

社会保険旬報

昭和16年創刊・月3回発行 購読会費・年間26,460円(税込)

■医療保険問題の専門誌として、生きた情報を提供し続ける。

基調講演

# 病院経営と薬局長

武田総合病院会長 武田 隆 男

平成8年11月・京都市

ご紹介いただいた武田でございます。何か話せというご連絡がございまして、「テーマはお任せ」ということとございました。お任せとなりますと非常に困るわけですが、院内の者と話しまして、「病院経営と薬局長」についてお話ししましょうかと、その時は非常に簡単に考えました。「これはいいな、楽であるな」と思って、そのテーマで提出させていただきました。

ところが後で考えてみまして、大変このテーマを選んだことについて後悔しておるわけでございます。日常もう当たり前のことしか問題が起こっておりませんし、何か目新しいことを考えてみましたが、本当に思いつかないままに今日がやっまいり、誠に申し訳なく思っております。

したがって、レジュメにありますようなことしか喋ることがございませぬので、先生方の前で、大きい顔をしてお話しするというわけではございませぬが、ただいま、43年卒業という若く見ていただきまして大変光栄に思っているわけです。実は今年から年金をもらうようになりまして、年の功と役目柄ということでお許しをいただきたいと思っております。

もう一つ考えていく中で難しいと思いたしましたのは、ご出席の方々が、国公立という公的な経営基盤、そしてまた私的医療法人、そういう様々な病院の形態のある方々の中の薬剤師・薬局長がお見えでありますので、十把一絡げにお話しするということも本当に失礼かとは思いますが、私自身が先ほど申しましたように、民間畑をずっと歩いてきておりますので、国公立の先生方は、目新しいとお考えいただくかもわからないということをちょっと期待しております。

さらにいわせていただきますと、国公立の病院でも、もう院長をはじめ、皆、経営感覚を問われるようになっておりますので、敢えて同じ立場で話すという大義名分を作らせていただきたいと思います。いずれにせよ、ちょっと後悔をしているということを中心の、頭の横に置いていただいております。話を聞いていただくようお願いいたします。

病院を運営するにあたりまして問題となりますのは、医療は非営利であると法律で決められていることにあると思っております。法律上というよりも、倫理上の問題からこの点が論議されるところでもありますけれども、いずれにせよ、非営利とは、利益または利潤を生んではいけないのかということが問題になってくるのではないかと思います。

病院は、言うまでもなく医療行為を行う場であり、医療は患者さんの病気の治療を願って行うものであります。ヒポクラテスの時代からいわれておりますように、専ら患者さんに利するため、あるいは患者さんのために医療は行われているわけでありまして。しかしながら、しっかりした病院でなければ良い医療、立派な医療を行うことができないことは異論のないところであります。しっかりした病院とはどのような病院をいうのであろうかということとございますが、これは、将来に病院機能評価という仕組みが定着してまいると思っておりますので、その評価の高い病院を指すことになると思っております。そのためには、経済的基盤がしっかりしていなければならないということとございます。経営基盤を安定させてこそ、しっかりした病院だということができるわけでありまして。

このようなしっかりした病院を存続させるためには、再生産が可能な経済的裏付けとその余力が



持たれていなければなりません。つまり、非営利の下に、それだけの利益が要求されるわけであり、一般の企業体であります。経済性・効率性を高めて利潤を追求することが最終目的であります。しかしながら、先ほど申しましたように、病院には、経済性の追求だけでは済まされない特殊な事情があるわけであり、

先ほどから申しておりますように、病院は一義的に人命を預かるという尊い使命が加えられているわけであり、その中で利益も追求していなければならないという大きな課題を抱えているわけであり、できるだけの高水準の医療と患者サービスを提供しながら、経済性を保つという一種のパラドックス的な考え方が求められるところであります。高水準の医療と患者サービスを最優先することが当然のことであり、これが医療の使命であります。そして病院を企業体として再生産のために必要な利益も生んでいかなければならない。これなくしては経営状態が悪化して、新規の機械の購入というものはおろか、事業の拡大は不可能であります。

それに伴って職員の士気が弱まり、待遇が悪化して最悪の場合は、経営破綻を招くということになりかねません。利益を無視して医療だけ、あるいは患者サービスだけを追求するような姿勢では病院の存続はあり得ないわけであり、

しかし一方、利益の追求に比重をかけすぎますと、医療内容の低下や患者サービスがおろそかになるばかりでなく、時にはそれが誘因となって、院内感染やあるいは医療過誤を引き起こし、ひいては医療訴訟問題にまで発展することが予想されるのであります。

このように、病院経営は、両者のバランスをうまく保ちながら、企業体としての経済性を保っていく経営感覚が求められるこの昨今であります。

以前は、診療報酬に守られて病院は医療に専念にすることができました。それでも、病院を運営していくには十分な利益が確保できておりました。しかし、昨今の医療費抑制策が始まりますと、やはり病院にも無駄を省いた効率的な運営が求められ、病院経営学が必要となってきたのであります。

病院経営は、経営者だけでやっていけるのかと

いいますとそれは全く不可能なことでありまして、経営に対する職員の理解と協力、そして当然のことながら医療人として患者さんに対する思いやりの「こころ」が必要であります。

病院は、他の企業体には見られない多くの専門職に支えられているところであります。しかも、それぞれの専門職が機能を生かし、生命に直結した仕事に従事しており、この異なる専門職が互いに有機的な連携を保ちながら患者さんと関わり、その上で医療サービスの最終目的であります高水準の医療と患者サービスに向け日々努力しているわけであり、

しかしながら専門職は、それぞれ独立した仕事をしております。そして互いに連携しながら、職域をオーバーラップした仕事をされているものの、時にはどうしてもうまく噛み合わないところが出てまいります。こういった不都合なところに調整役として、しばしば薬局長が必要な場面が出てまいります。

皆さんご存じのように、私がいうまでもなく**薬剤師の仕事**は調剤業務を基本として、製薬業務、薬品管理業務、医療品情報管理業務、入院患者さんに対する服薬指導を含めた病棟業務、試験検査業務などがあります。さらに、高カロリー輸液とか抗ガン剤の混合調製、薬物液中濃度の測定と投薬設計への参画、そして院内感染防止対策で消毒剤の適正使用に関わる指導などもあります。その上に、薬品の有効期限管理、使用期限管理、温度管理、防湿管理、遮光管理など様々な管理があります。薬剤師はこういった専門職として多岐にわたる業務と管理の他に、近年、経済的側面から病院経営に関わってくるのが求められるようになりました。

つまり、先に述べました医薬品が医薬品として持つ有効性、安全性、そして有用性の評価と適正使用という「専門職としての管理」の他に、医薬品の購入から在庫管理そして使用まで、またさらに、使用後は保険請求による査定減対策に及ぶ「経営管理」が求められてきております。

ここで、管理を円滑に進めるためには、先ほどお話ししましたように、他部門との調整と指導的な役割が必要になってまいります。この役割、つまり調整役は薬局長が適任であり、積極的に関

わっていただきたいと思っております。

院内では、薬剤師は薬を介して医師をはじめ他の専門職のよき助言者になれる立場にあるといえます。医薬品の適正使用の観点から、最新の医薬品情報を継続的に提供しながら助言していただければ、医師は日常診療の中で非常に助かると思われます。また、コメディカル部門においては、使用される医薬品を介して密接にアドバイスを行うことが求められております。

看護部門に対しては、病棟保管薬品の取扱いから服薬指導、院内感染防止対策や消毒薬の適切な使用方法の指導に至るまで幅広い活動が期待されております。経営者に対しましては、医療に関わる問題だけでなく、経済性の問題についても突っ込んだ議論がなされ、良き助言者であって欲しいと願っております。

経済性の問題は、経理部門や医事部門との連携が不可欠となってまいります。病院の経常費の3分の1、つまり30%が医薬品購入費に当てられているわけであり、残りが人件費、給食、医療材料費などの材料費、そして光熱水費などの経費となりますけれども、これらを節減するには限度があり、結局一番節減対象として重要になるのは医薬品購入費であります。薬局長は実に経常費の3分の1を任されているわけであり、いかに効率的に医薬品購入費を運用するかということで、結果として病院経営に大きく影響を及ぼすこととなります。

最近、薬価差益が悪のようになっていますけれども、薬価差益が20%であれば先に述べたように、医薬品購入費は医薬収入の30%を占めているわけであり、 $30\% \times 20\%$ ということで、実に6%の利益を確保しているわけであり、薬価差益が15%となりますと、4.5%の利益になります。これは薬局長の価格交渉力が問われることになるわけであり、

このように病院経営という観点から見ても、薬局長は非常に責任の重い立場にあることを自覚して、大局的な立場で判断されることが肝要であると思っております。たとえば医薬品の採用に関しましても、薬事委員会で医薬品情報を基に、新規採用薬品の検討がなされていると思っておりますが、やはり薬局長が率先して委員会を十分機能させるこ

とがまず必要ではないかと思っております。その上で病院として、真に必要な医薬品の採用が論議されなければなりませんけれども、この時、専門的な立場からの助言とか調整が求められます。

採用が決まりますと、経理部門とか医薬品購入担当者に実務がバトンタッチされて、剤型とか品質、安定供給、価格を検討し、メーカーとか購入先が決まりますが、この時にも良き相談者となっていたいただかなければなりません。

最近の診療報酬の改定では、薬価差は減少してきておりますけれども、代わって薬剤師としての技術評価が行われるようになりつつあります。病棟における服薬指導とかIVHの無菌製剤に対する保険点数の評価などがありますが、この傾向は今後ともさらに続いていくことと思っております。

薬剤師としての力の発揮の場が増え、病院経営の参加の場が増えてくるわけであり、積極的に今から準備を始めて、時代の流れに取り残されないようにしていただきたい、それが薬局長としての大きな仕事ではないかと思っております。

またPL法の施行後、薬剤の回収がしばしばありますけれども、時に診療に大きく影響する薬剤メーカーから一方的に回収通知が来ることがあります。メーカーの無責任ということも困ったものでありますが、診療に支障を来すわけにはまいりません。この時、いかに素早く同効の薬剤を確保するかも薬局長の評価となります。素早い情報収集と素早い対応ができる薬局長を目指していただきたいと思っております。

近い将来、薬剤費の患者負担率の増加が予想されますけれども、これは病院経営だけでなく、患者さんの自己負担のことも考えれば、薬品の採用に関してもメーカー選定は、従来の先発メーカー商品指向からジェネリック商品について、薬品の品質と安定供給が保証されるならば検討の余地が残されているものと思っております。また、院外処方箋発行という選択肢もあります。保険請求における査定減対策は、医事職員との情報交換を基に診療会議などを通して、医薬品の適正使用に関し医師に提言していただきたいと願っております。このような1つひとつの小さな事の積み重ねが病院経営の大きな基盤となるものと信じており

ます。

薬局長は薬剤師のまとめ役であると同時に、各種の管理責任者でもあり、併せて多部門の調整役としては最高の立場にあるといえます。薬剤師の職能と併せて、院内の調整役、助言者として薬局長がその能力を十分に生かした院内活動をしていただければ結構だと思っております。これは病院経営という観点からすれば、数字ではなかなか表せない部分でありますけれども、極めて重要な部分・役割であります。院内の業務が円滑に進行するということは、病院運営上非常に重要なことであるばかりでなく、病院全体を高所大所の視点から見ることで、患者さんにとって安心して医療サービスが受けられるということに尽きるわけがあります。

さらにいわせていただけるならば、薬局長は病院の中では幹部の一員であります。他の幹部と共に病院経営に関することはいうに及ばず、医療

サービスについても薬剤師としての専門職の立場から、積極的に必要な意見や助言が欲しいのであります。

会議の席ではもちろん、必要とあらば進んで理事長室とか院長室を訪ね意見を述べていただきたいと思います。そのためにも、平素から他の幹部とのコミュニケーションを密にしながら、意見を聞き、ご自分の考えをまとめておくことが大切であろうと思います。

病院経営とは、単に経済性の面だけを議論するのではなく、病院全体を高所大所の視点から見ることで、そして実践することでありまして。そして心を込めた患者サービスを忘れてはならないと思います。

薬局長としての相応しい感性と実行力を期待してお話は終わりとさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

---

日本病院会図書・好評発売中

## (改訂新版) 病院職員ハンドブック

(B5判 74頁) 頒価1冊390円(送料実費)  
(税込)

それぞれ状態の違う患者さんのお相手をする病院サービス。勤務の基本的な心得をわかりやすく記述した本書は格好の手引書です。

お申込みは 日本病院会 〓 102 東京都千代田区一番町13-2

FAX 03-3222-0016



シンポジウム

患者への情報(医薬品情報)提供について

平成8年11月・京都市

座長

公立山城病院 薬剤科長 柳澤 進  
(株)日本病院会薬事管理研究会 委員 谷古宇 秀

シンポジスト

京都博愛会病院 薬剤科長 佐藤ひろ子  
市立池田病院 主任薬剤師 名徳 倫明  
東京都多摩老人医療センター 薬剤科長 岡野 紘基

谷古宇 ただいま紹介いただきました、女子医大の第二病院におります谷古宇です。今日は隣の柳澤先生と一緒に座長をやらせていただきますが、シンポジウムでありますので、フロアからの活発なご意見なり、ご質問なりをいただければ、ありがたいと思っています。ご協力をよろしくお願いたしたいと思っております。

柳澤 ご紹介いただきました地元京都からということで、座長を務めさせていただきます柳澤でございます。どうぞよろしくお願いたしたいと思います。

谷古宇 今、司会の片山先生からお話があったように、私たちを取り巻く状況というのは、かなり今変化しております。今日は、患者さんへの医薬品の情報提供であります。確か去年から今年にかけては、PL法の実施に当たって、我々病院薬剤師は一体どうしたらいいのかというようなことも議論しており、まだそれが解決されていない状況があるわけです。

そこに加えてさらに平成8年の4月から薬剤師

法の25条-2が、決まって、多分私も含めて先生方の中ではこれからどうしていったらいいのかということ懸念されたり、あるいは周りを見ながら対応を考えているのが現状ではないかと思っています。そういう状況の中で私たちが今日こういうようなテーマで、先生方と一緒にこの問題を考え、なおかつ良い方策やヒントが得られればと思っておりますので、ぜひフロアからの活発なご意見をいただきたいというふうに思っております。

それでは早速始めさせていただきますと思います。

今回、「患者への情報提供」というシンポジウムを開かせていただくわけですが、3人の先生方にそれぞれ基調講演という形でお話をいただいて、その後、3人の先生方のディスカッションをお聞きいただき、その後、フロアからのいろいろな質問をいただきたいと思っております。また、昨日、皆様に質問票をお渡ししてあると思いますが、約10人の方から質問書をいただいておりますので、その中の質問も一緒に考えていきたいと思っております。

それでは、最初の演者をご紹介いたします。京都博愛会病院薬剤科長でいらっしゃいます佐藤ひろ子先生です。恒例によりまして先生のご略歴をご紹介させていただきます。先生は昭和47年に、名古屋市立大学の薬学部をご卒業になりまして、その後、滋賀県の病院薬局に勤務いたしまして、昭和50年から、現在の京都博愛会病院の薬剤科に勤務されているというふうに伺っております。先生は病院の勤務の他に、京都市立病院協会の薬

事小委員会の副委員長もなさっていると伺っております。先生、ひとつよろしく願いいたします。

### 佐藤ひろ子

ご紹介いただきました博愛会病院の佐藤と申します。私は患者への情報提供の中で、平成8年4月に新設されました薬剤情報提供加算に係わる京都博愛会病院の現状を述べさせていただきたいと思っております。地理的条件とか民間病院の業務の状況、医薬分業にはまだまだ遠い現実の医療の実態の一部から、皆様が患者さんへの医薬品情報提供のあり方を模索していただければ幸いですと思っております。

(参考)平成9年4月から薬剤情報提供料として新設

### 病院の概要

京都博愛会病院の施設の状況ですが、一般病床180、結核病床50、精神科病床が216、全部で446床ですが、入院の患者数としては、1日375人平均です。それから、外来の患者数としては、1日150人程度です。診療科としては、内科、外科、整形外科云々がありますが、産科・婦人科とか小児科がございませんので総合病院ではございません。薬剤師数としては、常勤5人、非常勤の薬剤師として常勤加算で1.1人程度になっております。

こちらが、博愛会病院の玄関のあたり(スライド略)。奥の方に見えておりますのが精神科の病棟です。こちらの方は精神科の方の管理棟とこちらの方の病床の方ですが、これからの季節は、非常に紅葉が絶品になってまいります。これは、洛北の方の深泥池の辺にありまして、深泥池というのは、天然記念物に指定されておりまして、全国の皆さん、ご存じかどうかわかりませんが、ホロムイソウ盗難事件とかございました非常にゆかしき池という形で、風光明媚な所でございます。

### 薬剤情報提供加算開始

さて、話は平成8年の4月に逆上りますが、患者さんへの薬剤情報提供加算5点が保険で認められ、4月を眼前にした院内薬事委員会で、医師あるいは医局に、実施に対する意見を薬剤科から求めてみました。低点数のためもあり、医局あるいは個人の医師としても具体的に考慮に入れている

様子はその段階ではなく、ましてや精神科では、患者の特性・薬剤の特性を鑑みると問題があるとのことでありました。

しかし、薬剤師として最近の患者の薬剤への意識、各組織での“おくすり手帳”の構想、薬剤師法の改正、阪神大震災の教訓など渦巻く中で“患者の知ることの権利”の必要性を業務の中で感じていました。点数化されたのを機会に取り組むことを積極的に思慮する中、今の薬剤科で可能なやり方を提示して欲しいとの申し出があったのです。薬局内で、入院処方入力コンピュータを利用する均一な薬剤情報提供が、現段階では「お金をかけない」、「日常業務に支障をきたさない」、そういう意味でベストな方法として討議了解の上、薬剤マスターの入力を変更しつつ、4月から一般外来を対象に、いわゆる5点業務というのを開始しました。

### 薬剤情報提供加算の実際

資料1が、その時に作ったマニュアルなんです。担当医がカルテ、処方箋にゴム印「薬剤情報提供」というのを押しまして、薬剤科では提出された処方箋に基づいて、コンピュータで処方入力します。それが4枚複写になっておりまして、2枚目を患者さんにお渡しする、それから4枚目は薬局の方でどんな情報を提供したかというのを控えとして保管する。残った1枚目、3枚目、これは副産物みたいにはなるんですが、これを医事課に回して、次回処方として使用できるように各患者さんのカルテに挟み込んでもらうという方式にいたしました。次回、患者さんが診察に来られたときには、担当医はその処方にdoとか変更を記入するという様式です。

資料2がその処方箋なんです。いわゆる、よく各病院で使っていらっしゃる前回処方の打ち上げ、その部分で、それをただ外来用にも応用したという形なんです。右の方にちょっと小さな字で、薬剤科用、会計用、薬袋用控え用というふうにあるのは要するに4枚複写になっているということで、そういう順番に綴じてあるということなんです。ですから、その薬剤名、例えばシグマートに狭心症とか酸化マグネシウムの後に緩下剤、そういう一言説明、今のところこの説明がいいと

薬剤情報提供加算 マニュアル

京都博愛会病院 薬剤科

1996. 4

月1回	5点
変更時	5点

外来患者に 薬剤情報提供 をする場合

1. 担当医が

カルテ、処方箋に

ゴム印 薬剤情報提供 を押す

1. 薬剤科で提出された処方箋に基づき

処方入力（薬剤名の横に効能などの説明入り）

4枚複写

☆. 2枚目（薬袋用）をお薬と共に患者に渡す

☆. 4枚目は（控え）薬剤科で保管

☆. 残った1, 3枚目を医事課に回し、次回処方として

使用できるようカルテに挟み込んでもらう

次回患者診察 ↓

担当医は処方記入 《 do, 変更を右側余白に指示 》

か悪いとかではなくて、いろんなパターンの中でこれしかできなかったということなんですけれども、その一言説明というのをいれてあるという形のを患者さんにお渡ししております。

こうして薬局のカウンターでは、患者さんにお渡しする用紙をお出して、お薬と一緒に必要に応じて説明しながら手渡ししております。続けて来られている患者さんで、月が変わってもう一度情報を提供するということがありまして、そういう時には、お薬が変わっていなかったら特別説明することなくお薬の中に一緒にお入れして、もうお渡ししてしまう場合もございます。

資料3、これは『薬剤情報提供の内容について』各診察室の方に置いているリストの一部なんですけれども、薬剤マスターのスペースというのは、これとは別のものなんですけど、全角で13文字しか入らなくて、今の制約のある現ソフトでは、「薬剤名+一言薬剤表現」の対応しかできなかつ

たものですから、患者さんにとって一番適切な情報であるかどうかという問題点は残っていますが、薬剤科が原案を作って、医師の補足・修正をもって、採用薬剤のうち、注射は除いていますから700～800品目ですか、それで一通りのものを完成いたしましたして、診察室にも、もしストロカインというものをいれからただ単に“胃”という、訳のわからない表現なんですけど、そういうような情報が患者さんに伝わりますよというのをドクターに理解してもらうということです。

これ以外の、これでは困る、とか、もっとこういうふうに変えて欲しい、とかいうときは、ドクターが処方箋にその旨を筆記して、薬局では、それに従ってまた別のものを手書きなりしてお渡しするという形になっております。

それで、一言表現が不可能な薬剤、漢方薬なんかのように、どのような症状に使っていらっしゃるのか特定できないものについては、その都度医

資料 2

処方箋				(薬剤科用)		(会計用)	
I D No	80077	前回処方日	96年11月5日	日付	<input checked="" type="checkbox"/> (薬袋用)	<input type="checkbox"/> (控用)	
区分	外来	内科	医師	日数			
患者名	様			医師			
生年月日・性別	年月日女	年齢	才	薬剤師			
薬品名・用法	分量	日数	備考	会計			
シクマート錠5mg : 狭心症 分3朝昼晩食後	3錠	14日分	単独	d o			変更
酸化マグネシウム : 緩下剤 分3朝食後	1.2錠	14日分					
エリスリトール錠0.25mg : 抗不安 分3朝食後	3錠	14日分					
小児用パフテリン : 血栓予防 分1朝食後	1錠	14日分					
セルベックスCp : 胃の薬 分1朝食後	3錠	14日分					
アルサルミン錠90% : 胃の薬 分3朝食後	3錠	14日分					
レトレン錠0.25mg : 睡眠誘導 分1朝食後	1錠	14日分					
ピオスミン : 整腸剤 分3朝食後	3錠	14日分					
ミトクワス10cm×14cm : 消炎湿布 ワレパール14% : 皮膚荒れ	30枚 40枚	枚 枚					
医師の指示に従う				プリントアウト 必要	プリントアウト 不要	定期へ	

京都博愛会病院 京都市北区上賀茂ケ山1 TEL 075-781-1131

師に問い合わせ、その処方を入力画面の備考欄というのがありますので、そこにその患者の情報として入力しておき、不特定の薬剤師が入力に当たっても、その患者さんは何に使っていらっしゃるかというのはわかるようにはしてあります。この場合は手書きで、用紙に情報の内容を書き足したりいたします。

それから、こうして見ていただいたら「何だ」というふうな感じをお持ちの方もあると思いますが、どのような症例にも適用できるように非常に曖昧な表現にはしてあります。ああ、こんな薬なのかなというようなことさえわかっただければ、今の段階ではいいのではないかと考えております。

ただ、このやり方では、薬剤を特定する記号・色とかも入力しておりませんので、というか、ソフトの関係上できませんので、ワンドーズパッケージ投薬の場合は、薬剤個々の作用がわからないという欠点は抱えております。

こちらが、トージョさんの入力画面ですが（ス

ライド略）、トージョさんのシステムの中で、全自動錠剤分包機と散薬分包機とも連動している、入院に利用しているシステムですけれども、これを外来も間に入れて使っております。よってワンドーズパッケージの調剤は、薬剤情報と同時にお薬ができあがってしまうので時間的には何の問題もございませんが、他の投薬方法の場合は、調剤してから情報提供の指示に従って入力に回します。右の方の色とりどりの籠の中に、処方箋とその調剤のお薬が入っております、情報提供の指示があったものでワンドーズでないものも入力に持ってきて、そこで情報提供を打ち上げて、プリントアウトしたものを鑑査台に持っていくという形になっております。

その後6月から、精神科の方でも同様に取り組むことを決定いたしまして、マイナートランクライザーについては感情調整剤、メジャートランクライザーについては安定剤という曖昧な表現をとることを精神科医局での取決めとしてスタートしております。



資料3 薬剤情報提供

商品名	説明
白色コントミン散 10%	安定剤
コントミン糖衣錠 25 mg	安定剤
コンバントリン錠 100 mg	駆虫剤
サアミオン錠 5 mg	脳代謝改善
サーカネッテン	痔
サイクロセリンカプセル明治 250 mg	抗結核
ザイロリック錠 100 mg	高尿酸血症
ザジテン 1 mg	抗アレルギー
ザジテンドライシロップ 0.1%	抗アレルギー
サノレックス 0.5 mg	肥満
サプロミン 20 mg	脳代謝改善
サラゾピリン錠 500 mg	大腸
酸化マグネシウム	緩下剤
ザンタック 75 mg	胃の薬
ジアスターゼ	消化剤
シグマート錠 5 mg	狭心症
ジゴシン錠 0.25 mg	強心剤
次硝酸ピスマス	下痢止め
ジセタミン錠 25 mg	ビタミン B <sub>1</sub>
シテイ	しゃっくり
シナール	ビタミン C
ジヒデルゴット 1 mg	片頭痛
ジフルカンカプセル 50 mg	抗真菌剤
シプロキサシ錠 200 mg	抗菌
ジメリン錠 250 mg	血糖降下
ジメリン錠 500 mg	血糖降下
重散	胃の薬
ジョサマイシン錠 200 mg	抗生物質
シンメトレル細粒 10%	パーキンソン、 脳代謝改善
シンメトレル錠 50 mg	パーキンソン、 脳代謝改善
シンレスタール錠 250 mg	高脂血症
ストミラーゼ顆粒	消化剤
ストロカイン錠 5 mg	胃
スパカール錠 40 mg	胆のう
スバラ錠 100 mg	抗菌
スルピリン	解熱鎮痛
スルモンチール錠 10 mg	抗うつ
スローケー 600 mg	カリウム剤
スローフィー	鉄剤
ゼオチン錠 100 mg	去痰
セスデン 30 mg	鎮痛
セデス G	解熱鎮痛
セネガシロップ	去痰
セバゾン錠 1 mg	感情調整剤

1996.4 京都博愛会病院

ちなみに、平成8年の8月は、829件の請求、10月では、951件の請求というような加算実績になっております。現時点では、患者さんからは非常に好評です。自分の服用する薬剤の名称、作用を『知る権利』を要求することなく与えられることは、やはり信頼感につながるサービスでもあり、精神科患者の中には従来から薬剤名を固執して知りたがる方もあり、オープンにすることの方が安心感を与える風潮を感じております。

薬剤情報提供のあり方

資料4はご存じのように、厚生省の保険調剤薬局向けの情報提供マニュアルの内容なんです。このようなのがいいですよというか、このように提供して欲しいというふうな受け止めるんですけども、詳しく副作用、相互作用というものを患

資料4 薬剤情報提供様式例2 (処方せんを複写した用紙を利用した記載例) 別紙1-2

年 月 日

◆あなたが服用するお薬 (注: {} 内文字は手書き)

薬の名称: 色・形・薬本体の記号: 飲み方: 1回量: 効能・効果など
レニベース錠5 (淡桃色錠 MSD 712) 1日1回朝食後 1錠 (血圧を下げる薬です)
ユリノーム (白~淡黄色錠 70-082) 1日1回朝食後 1錠 (筋風の薬です)
ヘルベッサーR100 (白色錠 TA 303) 1日2回朝、夕食後 1錠 (狭心症発作を抑制する薬です)
デバス錠0.5mg (白色7/8A2-1錠 Y DP/0.5) 就寝前 1錠 (腫脹導入薬です)

◆ 特記事項

◆ 副作用  
 { 胃結石を予防するために多めの水で服用し、尿量を増やして下さい。  
 ・ お薬で発疹、発熱、関節痛、胸が痛い、呼吸がしづらい、尿が減る、尿が出にくい、下背部が痛いなどの副作用が現われた場合には、直ちに服用を中止し処方医の診察を受けて下さい。  
 ・ お薬を飲んだ後、何か変だなと感じたらすぐに処方医または薬剤師にご相談下さい。 }

◆ 相互作用  
 { あなたの服用するお薬には飲み合わせに注意しなければいけないお薬があります。他の医療機関で診察を受ける際や薬局でお薬を購入する際には、この文書を見せて下さい。 }

薬について確認したいことがある場合は連絡先

処方医 ○ ○ ○ ○ TEL ×××-××××

薬局名 △△△△△△ TEL ×××-××××

薬剤師名 □ □ □ □

者さんにお知らせすることというの必要なというふうには思いますが、なかなか現状では難しいものがあります。

資料5もその続きで、厚生省のマニュアルの一部ですが、服用方法には、例えばこんなふうにご書いてください、「尿酸の尿酸値を上げる薬では多量の水で飲むとか、潰瘍を起こしやすい薬剤は多めの水で」、口頭では私たちも結構指示したり、あるいは入院の患者さんの服薬指導のときにはわりとこういうところまでこまめにやっております

#### 資料5 薬剤情報提供加算に係る記載事例

##### 服用方法

特に指示を必要とするものを記載する。

〔例〕

- 尿中の尿酸値を上げる薬剤→多めの水で服用する等、尿量を増やすため水分を多めに摂るようにして下さい。
- 食道潰瘍を起こしやすい薬剤→多めの水で服用して下さい。
- 中断症候群を呈する薬剤→体調が良くても勝手にお薬の服用を止めてはいけません。
- 亜硝酸製剤等の急激に血圧を下げる薬剤→座るなど楽な姿勢で服用又は使用して下さい。
- 乳汁中に移行する薬剤（母親）→（薬剤の性質、乳児と母親の生活上の問題を考慮し、適切な指示を行う）

##### 副作用

服薬を中止し、診療を受けるべき症状については告知しておく。

〔例〕

- 出血傾向をきたす薬剤→タール状の黒色便
- 無顆粒球症を誘発する恐れがある薬剤→発熱を伴う喉の痛み、異常な疲労感
- 抗不整脈薬など→脈が異常に速くなる、脈が乱れる
- 抗コリン剤→尿が出なくなる
- 抗アレルギー薬→血尿

##### 相互作用

大衆薬、健康食品、食品で併用に特に注意すべきものは知らせておく。

〔例〕

- ノルフロキサシンなど一部の抗菌剤  
→胃薬を服用するときには必ずご相談下さい。  
→お水の替りに牛乳で服用しないで下さい。

が、なかなか外来の非常に集中する中では1人ずつにこのような注意を与えるということが現状でできるのかどうか。それをプリントアウトしていったら全部お渡しするには、私どもの今のソフトでは難しく、あるいは手書きをすとか、ワープロ作成をすとか、そういう形はできるんですが、それにはやはり情報提供の件数にもよりますが、時間的には非常に問題が残ります。

資料6もその続きなんです。それで相互作用の件とか、あるいは副作用でこんな光線過敏症を起こす薬剤というのについてとか、起立性低血圧を誘起するような薬剤とか、いろいろ例を挙げて書いてありますが、普通、光線過敏症を起こすような薬剤の場合は、その薬剤のところに、メーカーが作っているような注意書とか「日に当たらないでください」とかという小さなパンフレットをこちらと一緒に出すとか、あるいは糖尿病のお薬の場合とかは、もちろんそういう低血糖の場合の注意書、そういうようなのは従来から、特別この4月からどうのこうのということではなくて入れておりますし、どこの施設でもやっておられることだとは思いますが、そういうようなものを1枚のこういう用紙にまとめて出してあげるとか、そういう必要性というのは、患者さんにとってはあるのではないかなとは思っております。

実は、資料7は、他の病院のものなんですけれども、何かもしこれを見られて「うちののではないか」と思われたらごめんなさい。無断で勝手に参考にさせてもらっているみたいなのところがあるんですが、私どもの院内のドクターが、私のところにこれを資料としてそとと持ってきてくださいましたので、こういう情報が一番“これは何の薬です、こういう作用があります”と非常にほどよい説明がおり込まれているのではないかなというふうに思い拝借いたしました。こういうぐらいのソフトは作りたいなという感じもありましたけれども、今はちょっと、いわゆる金銭的なもので出費をするわけにもいかないという部分もあります、現状のソフトの中でできる部分でやっております。

言い訳ではないんですが、熟年者の中には説明文の読解というのが非常におっくうな方もいらっしゃると思いますので、一言説明というものの利点、こ

資料6 薬剤情報提供加算に係る記載事例(つづき)

- ・エノキサシンなど一部の抗菌剤→かぜ薬を薬局で購入する際には、必ず本剤を服用中であることをお申し出下さい。
- ・ワルファリン→納豆の摂取やクロレラの服用はしないで下さい。
- ・ニソルジピンなどのCa拮抗剤→グレープフルーツジュースをお薬といっしょに飲まないで下さい。
- ・睡眠導入剤→お酒を飲んだときには、服用しないで下さい。

日常生活上の注意

特に指示を必要とするものを記載する。

〔例〕

- ・抗ヒスタミン薬など眠気を催す薬剤→眠気を催すことがありますので、眠気が出ないことを確認してから、車の運転や危険な作業には十分注意して当たって下さい。
- ・光線過敏症を起こす恐れのある薬剤→強い直射日光に長くあたらないように注意して下さい。
- ・起立性低血圧を惹起するような薬剤→立上がるなど姿勢を変えるときには、動作をゆっくりして下さい。
- ・抗凝血剤→けがなどしないように十分注意して下さい。
- ・免疫抑制剤→手指等を清潔にして感染症に十分注意して下さい。
- ・抗コリン剤など口渇をきたす薬剤→口渇がひどいときには、歯を守るためチューインガムを利用して下さい。

保管上の注意

特に指示を必要とするものを記載する。

〔例〕

- ・インスリン製剤→凍らせないように注意して、冷蔵庫(2~8℃)に保存して下さい。
- ・ニトログリセリン舌下剤→渡された容器で、しっかり栓をして涼しいところ(20℃以下)に保存し、家族にもその保管場所を伝えておいて下さい。
- ・遮光の必要な薬剤(一包化した場合)→光のあたらない暗いところに保存して下さい。

ういう薬なんだなということだけわかっていただくというのも一段階としては非常にいいことではないか、そういう方がまた逆に利点があるのではないかと考えております。

医師が医薬情報を提供するのが一番ストレート

資料7

薬引換券番号：44		日付：96.08.26
		様
		診療科：2診
本日お渡ししたお薬は以下のようなお薬です。 この説明書にご質問がある方は医師または薬剤師にお尋ねください。		
内服 ベングロブ250mg 白い楕円錠 (Y-PG250)	抗生物質です。細菌を殺す作用があります。医師の判断で他の目的で使用されることもあります。	
カマグジュウシツ 粉薬	便秘症に緩い下剤として用います。また、制酸剤として用いたり、ある種の尿路結石の予防に用いられることもあります。	
ワゴスチグミン散 粉薬	筋肉の収縮を強める働きがあるので、腸や膀胱の収縮力が弱った人の治療に使用されません。	
アルサルミン細粒 粉薬	胃・十二指腸潰瘍、急性・慢性胃炎などの治療に用いられます。	
外用 リンデロンVGク リーム	副腎皮質ホルモンの塗り薬です。過剰な炎症やアレルギーを押さえる作用があります。	

でいいと考えもしますがけれども、診療の現状の中では困難でしょう。また疑義照会で薬剤変更も度々ありますので、調剤した薬剤情報を間違いなく提供できる薬剤師が適任であろうと思っております。

今後への考察

資料8に今後の課題という形で今ちょっと考えられることを例記しました。まず、薬剤師法改正による薬剤情報提供の義務化との関連。どのような情報提供が義務を果たせるのかということにはなるんですが、厚生省の思惑というより、本来は、個々の患者さんの要求度との兼ね合いが一番大切なのではないかとは思っています。次、医薬分業との兼ね合い。これは、医薬分業がさらに実現していけば、外来患者さんへの情報提供の内容は、診療

資料 8

●今後の課題

薬剤師法改正による薬剤情報提供の義務化との関連

医薬分業とのかねあい

おくすり手帳などの普及とのつながり

手間、経費と保険点数のバランス

医と調剤薬局との間の問題になりますが、今の病院内の連絡・連携はドスムズにいかないのではないかなという形になります。そうすると、患者さんの方には、この薬はこんなにも使えます、こんなにも使えます、こんなにも使えますと非常に幅広い情報は届くかも知れませんが、自分が一体その中で、こんなんじゃない、あんなんじゃないというようなところが、すぐ保険調剤薬局の方ではつかみにくいところがあるので、患者さんに一番の確かな情報がわかりやすく伝わるかというところにちょっと疑問を感じます。

それから、おくすり手帳などとの普及とのつながり。情報を1冊にまとめるというのは非常に大切なことではないかと思えます。そういう意識を各施設が持つこと、それからおくすり手帳を出されたところがおくすり手帳を活用するというだけでなくて、その患者さんは、それをどこに持っていけばいいのかで、次のもしどこかの施設に診察に行くときにはそれを持って、その手帳にまた次の情報も挟み込むとか書き込むとかそういうふうにししないと、紙やペーパーや手帳ばかり何冊も集まってしまう。それでは患者さんも非常に困るのではないかと。保険調剤薬局に行けば、そこに1冊にまとめるのではないかという構想なんですけど、今の現状でそんなものが明日からすぐに実現するわけではないというもので、病院の中においては、できるだけ1冊の中にまとめるための努力というのでしょうか、そういうようなものが各組織を通じても必要なのではないか。患者さんにとっては、その手帳を終生手帳として大事にされ

資料 9

【投薬管理記録・薬歴管理表】

96年 5月 度

患者名: ○●●●●●

病棟: 10	主治医: 高田 素子	病名	両膝人工関節置換術後(5年前)、前立腺肥大症、骨粗鬆症、老年期痴呆、第4腰椎すべり症、両踵骨刺
ID番号: 107854	生年月日: 42.10 年齢: 56 性別: 男		
入院期間: H070124 - H070311 H071120 - H2.5.14			
特記事項	滋養食 6丁目 - 16 (左、20g、5(1)7-15g) 血液型 O (+), HBs抗原(-), HBs抗体(+), HCV抗体(+)	服用薬	1: 2: 1: 2:

<<処方内容>>

薬品名	用法	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
<b>&lt;&lt; 定期 &gt;&gt;</b>																																						
B09010シロソロン錠50mg : ぬまい	3.00錠/分3 毎食後	?	-	-	-	-	1	?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
B09020D-1錠20mg : 腸代謝改善	3.00錠/分3 毎食後	?	-	-	-	-	1	?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
B21050乳酸カルシウム : 3kg/1錠	3.00g/分2 朝夕	?	-	-	-	-	1	?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
B21080F-1錠(1粒)	1.00粒/分1 朝食後	?	-	-	-	-	1	?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
B24010パーセリン錠 2.5	2.00錠/分2 朝夕	?	-	-	-	-	1	?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
B24020リザモール錠2.5mg : 腫	2.00錠/分2 朝夕	?	-	-	-	-	1	?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
B28050ピコペン錠2.5mg : 便秘	1.00錠/分1 服前	?	-	-	-	-	1	?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
B28070ブルゼンド錠12mg : 便秘	1.00錠/分1 服前	?	-	-	-	-	1	?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
<b>&lt;&lt; 臨時 &gt;&gt;</b>																																						
S09010ニブレック : 大腸検査前	1.00錠 医師の指示																																					
<b>&lt;&lt; 臨外 &gt;&gt;</b>																																						
C02010新レシカルボン坐剤	1.00個 肛門挿入1回																																					
<b>&lt;&lt; 注射 &gt;&gt;</b>																																						
A03010マックアミン 2.00 ml	1.00回 点滴×2		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
S13010ホリゾン注射液 1.0 mg	2.00A ×1																																					
S13020ホリゾン注射液 1.5 mg	1.00 ×1																																					
B20030F-1錠注射液10国際単位	2.00A 筋注																																					

< 服薬指導 のびる 投薬記録 >  
 薬の内容がわかりず、簡単に説明は出来ず、一時、理解がなかったとのこと。X(1)20錠が処方された。以後、投薬には注意。外来の場合は、便秘の薬は、あまり服用せず。便が通らないというときは、入院中は、薬と併用していたせいで、うらやま。と、本人は言っておられました。

ていく方向にあって欲しいなと思います。

次が、手間、経費と保険点数のバランスということなのですが、私はそういう細かい計算は本当はあまりしたくはないんですが、例えばうちのようない情報提供の手間が1分としても、人件費が30円ぐらいかなと。今の複写用紙は10円かかります。50円をもらうために、それだけかけて何も儲からないみたいなそういう算段になってしまいますが、病院経営の中でやはりいろんな意味で採算がとれるということも、よりよい情報提供に必要不可欠の要素であると思っております。

資料9は外来とはちょっと余分の話なんですけど、入院患者さんなどが転院する場合に、私どもの薬局が作成発行している薬剤情報で、患者さんはこれは直接見開きはいたしません、施設間の医師薬剤師のやり取りに使用しております、いわゆる薬歴簿みたいなものもコピーですが、情報のオープンという意味で、外来患者さんへの薬剤情報提供の用紙とこういうようなものが同一化していければいいなとは思っております。ただ、病名とかも入れておりますし、病名明記の部分に、まだ知らされていない病名があるとかということもありますので、問題も残ります。

こちら（スライド略）が私どものスタッフですけれども、薬剤師各々の知恵も出し合って、私たちが接している患者さんにより満足してもらえる実感を生かしながら、お薬情報を義務でなくても治療に生かせる道に向かって、私たち、明日からも取り組みたい意向でございます。以上です。ご静聴ありがとうございました。

#### 参 考

平成9年4月改定により新設された「薬剤情報提供料7点」「老人薬剤情報提供料12点」についてそれぞれの病院、薬剤師のなかで検討、困惑があることと思われる。『前略…副作用、相互作用に関する主な情報を文書で提供した場合に云々…』をどこまでやると7点なのか、あるいは患者に与える不安はどの程度になるか、7点、12点を算定することはしなくとも薬剤師法の義務はどう果たしていくべきか…

‘投薬されたすべての薬剤に前述の提供をすること’といわれているが処方した医師の判断で必要のないものは情報から省いてもいいとのこと、当院では患者にできるだけ不安を与えない表現を心がけて副作用、相互

作用のポイントを別紙で作成し、このシンポジウムで紹介した薬剤情報提供用紙にプラスして5点業務からの移行として実施している。

谷古宇 佐藤先生、ありがとうございました。佐藤先生の方からは、特に精神科外来の患者さんを中心にお話をいただきました。新しい業務を行う場合お金がかからなくて、なおかつ日常業務に支障をきたさないようにやってくれと我々も病院の上層部の人にいわれるんですが、既存の設備を使って情報提供の業務を行ったその経験と様々な工夫をされたお話でありました。さらに、そういった経験を踏まえて今後の課題を含めた問題提起もさせていただきました。先生どうもありがとうございました。

それでは、2人目の演者をご紹介します。名徳倫明先生です。先生は、市立池田病院の主任薬剤師としてご勤務であります。先生のご略歴をご紹介します。先生は昭和58年に、大阪薬科大学をご卒業になりまして、その後、大阪大学の付属病院の薬剤部の研修生として入局されまして、その後、現在の市立池田病院の薬剤部に勤務されております。先生、ひとつよろしくお願いたします。

#### 名徳倫明

ご紹介ありがとうございました。市立池田病院の名徳と申します。

近年、医療の進歩に加え、医薬品、とりわけ副作用・相互作用に関する報道が加熱しています。また、医薬品に関する出版物も数多く出回り、患者の医薬品に対する関心が高まっています。反面、偏った情報による医療不信が生じることも懸念され、患者のノンコンプライアンスの割合が高いという実態も多くの調査により明らかにされています。また、今年の薬剤師法の改正により第25条2項に情報の提供に関する項目が追加されました。したがって、患者が自己の疾患を正しく認識し、薬物治療の意義を理解し、定められた服薬を遵守するよう助言する情報提供が非常に重要となっています。



## 1. 医薬品情報提供の必要性

医薬品情報提供の必要性には次のような背景が考えられます。

1. 新薬の開発が盛んになり、作用の強い医薬品や使用方法の複雑な医薬品が多数開発され、正確かつ安全な服用の必要性が求められるようになったこと。
2. 医療技術の高度化により、多岐にわたる専門医が必要となり、それに伴い患者が複数の施設あるいは複数の診療科にかかるケースが増え、処方重複が危惧されるようになったこと。
3. 患者が薬を指示されたとおり服用しない割合が高いという実態が明らかにされていること。
4. 医療に対する社会的関心が高まり、特に医薬品に関する情報提供を求める患者のニーズが強くなってきたこと。
5. インフォームドコンセントの理念に基づく、患者の知る権利が重要視されてきたことや、患者自身の権利意識も強くなり、治療に対する自己決定権の考え方も広がってきたこと。

## 2. 外来患者に対する情報提供の場

次に、外来患者に対する情報提供の場では、図1に示す事項が考えられます。

一般に、外来患者に対する情報提供の場には、

	長 所	短 所
口頭による方法	<ul style="list-style-type: none"><li>・患者との信頼関係</li><li>・患者の疑問・思い違いが即座にわかる</li><li>・一人ひとりの患者に応じた情報提供</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・患者心理への影響</li></ul>
文書による方法	<ul style="list-style-type: none"><li>・多種の情報を一度に提供することが可能</li><li>・わかりやすく解説</li><li>・細かい使用方法や注意事項等を要領よく伝えることが可能</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・画一的な文書での疾患や医薬品に対する患者の理解度の差</li></ul>

図1 外来患者に対する情報提供の場

相談室や相談コーナーなどでの口頭による方法とパンフレット類などの文書による方法とがあります。

口頭による方法では個人の患者に対する薬への疑義に対応します。この方法は、患者に直接接するので信頼関係を築く上で有用な方法であり、患者の疑問や思い違いが即座にわかるという利点があります。また、患者の理解が得られない場合は納得がいくまで説明でき、一人ひとりの患者に応じた情報提供が可能です。反面、薬剤師の表情や言葉使いが微妙に患者心理に影響を与えることがあります。また、時間的な問題が考えられます。

文書による方法では、多種の情報を短時間で一度に提供することが可能です。また、口頭では伝えにくい内容についても、図などを使うことによりわかりやすく解説でき、細かい使用方法や注意事項などもまとめて要領よく伝えることが可能となります。また、後日再確認することもできるなどの利点もあります。しかし、画一的な内容の文書では、疾患や薬物に対する患者の理解度に差があるため、文書を作る上で考慮しなくてはなりません。

これらの情報提供の場を考慮して、当院では「おくすり相談コーナー」を、さらにパンフレットコーナーを設置することにより、患者への薬に対する情報を提供しています。

## 3. お薬相談窓口

当院は、1日平均外来患者数約1,100人、病床数279床、診療科12科の総合病院です。外来患者処方箋枚数は1日平均約650枚、薬剤師15人、うち常勤職員12人、非常勤職員3人が薬局業務に携わっています。処方箋を受付けてから交付までの待ち時間は平均約40分です。

当院では服薬に対する不安や疑問を持つ患者の質問や相談に応じる専用窓口として、平成2年5月から「お薬相談コーナー」を開設しました（写真1）。本来、オープンカウンター方式で簡単な相談スペースを作るべきですが、古い病院の構造上、このような窓口での対応となりました。

コーナー利用者の内訳は、図2に示しますように、女性が61%とやや多く、年齢別では50代以上の中高齢者が全体の7割以上を占めています。

た。女性の場合、小児の付添いや高齢者の介護として薬を受け取ったり管理する場合があります、利用が多少多くなったものと考えられます。また、中



写真1 当院での「お薬相談コーナー」

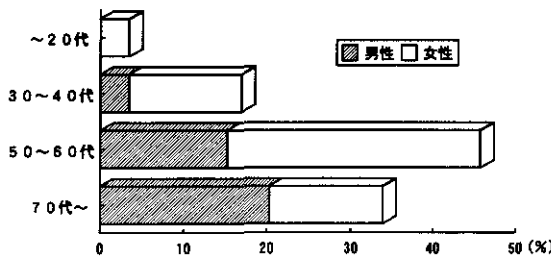


図2 「お薬相談コーナー」利用者年齢別分布

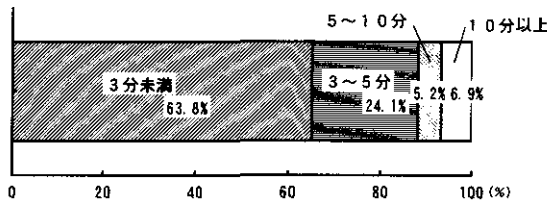


図3 「お薬相談コーナー」における一人当たりの相談時間

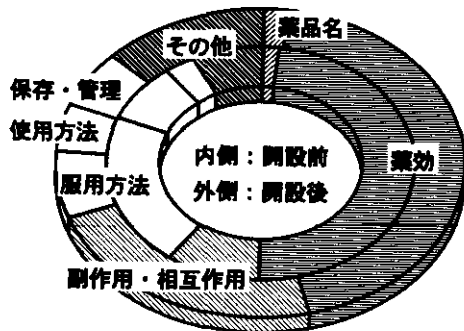


図4 「お薬相談コーナー」開設前と開設後の質問内容

高齢者では、慢性疾患による受診が多く、長期間の服用や投与薬剤の数や種類も増えるため、薬への関心が高いものと考えられます。

図3は「お薬相談コーナー」における1人当たりの相談時間を示したものです。相談時間では、3分未満が過半数を占めていますが、5分以上の場合も12%あり、従来の交付窓口では対応しきれなかった相談に対しても患者の納得のいくまでの対応が可能となります。

図4は相談コーナー設置前後の質問内容を分類したものです。開設前後に比較すると副作用・相互作用の占める割合が増え、専用窓口の開設により時間的制限の解消だけでなく、従来聞き難かった質問に対しても気軽に聞けるようになったものと考えます。

「お薬相談コーナー」開設半年後に、外来患者612人に対して、服薬状況についての調査を行いました(図5, 6)。「のんでいる薬が何か知りたいですか?」の問に対して「詳しく知りたい」36.6%、「おおよそでいいから知りたい」40.1%と、

のんでいる薬が何か知りたいですか?



薬のことでわからない時はどうしますか?

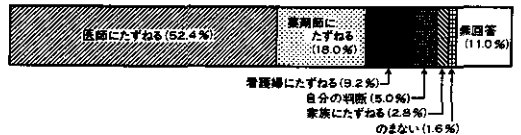


図5 服薬状況アンケート結果(1)

薬は正しくのんでいますか?



薬を正しく服用できないのはなぜですか?

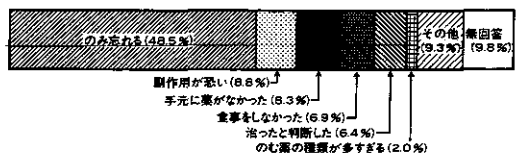


図6 服薬状況アンケート結果(2)

薬に関して知りたいという意識が高いことが伺えます。また「薬のことでわからない時はどうしますか？」の問に対して「医師にたずねる」52.4%に対して薬剤師と答えた方が18.0%となっています。

次に、「薬は正しくのんでいますか？」の問に対して、「すべてのんでいる」と回答した人が58.9%で、無回答を除く30%近くが正しく服用していませんでした。その理由として、次のアンケート結果にもありますように、「のみ忘れる」48.5%「手元に薬がなかった」8.3%という回答の他に、「副作用が怖い」8.8%、「食事をしなかった」6.9%、「治ったと判断した」6.4%などがあげられます。

このような理由によるノンコンプライアンスに対しては、パンフレットなどでの啓蒙活動により、服薬の必要性を訴えることで改善されるのではないかと考えました。

### 【特】薬の相互作用

最近、テレビや新聞などの一面の記事として、薬についての問題がよく報道されます。その中でも、特に話題となるのが、「相互作用」に関するものです。

我々が、病院・医院などでもらう薬が一種類だけということはまだまれで、複数の場合をとって、食べ物に「食い合わせ」があるように、薬にも『のみ合わせ』、すなわち、薬と薬、または薬と食品とのよくない影響を及ぼす場合もあります。今回は、この「相互作用」をテーマにお話したいと思います。



#### 【鉄と茶】

1. 鉄剤とお茶(鉄剤:フェログラデュメット, フェロミア)  
最もポピュラーなものに、鉄剤とお茶との組み合わせがよく知られます。これはお茶に含まれるタンニンといわれる成分が、鉄剤の吸収を阻害するといわれてきましたが、お茶に含まれる程度のタンニンの量では問題ありませんので、あまり気にしなくていいでしょう。

2. イソニアジドとカジキマグロ(イソニアジド:イソコチン)  
魚の中には、ヒスタジンといわれる物質を多く含むものがあります。ヒスタジンは、時間がたつにつれて(鮮度が落ちると)、ヒスタミンといわれる物質に変化します。このヒスタミンを多く含む代表的な魚としてカジキマグロがあげられ、ブリ、ハマチ、サバなどにも多く含まれています。また、抗結核剤であるイソニアジドは、ヒスタミンを分解する酵素を阻害することにより、体内のヒスタミンを蓄積させます。このため、この薬を服用する方が、これらの魚を食すると、ヒスタミン中毒の症状(顔面紅潮、頭痛、発疹、悪心・嘔吐、発汗、動悸、全身倦怠感など)があらわれることがあるので、服用する際には気を付けておいた方がいいでしょう。しかし、タチウオ、アンコウなどは、ヒスタジンはゼロ。タイ、カレイでも、ヒスタジンは非常に少量しか含まれておりません。また、缶詰の場合、新鮮なうちに殺菌するので心配はありません。



3. ワーファリンと納豆(薬名も同名)  
抗凝血効果及び血栓形成抑制効果をもつワーファリンは、ビタミンKと拮抗して、肝臓におけるビタミンK依存性血栓凝固因子(生成時にビタミンKを必要とする)の体内での合成を抑制する作用があります。一方、納豆には、腸内において納豆菌によるビタミンKの合成がみられるため、ワーファリンの作用が減弱します。また、納豆のほかに、ビタミンKを比較的多く含むホウレン草、ブロッコリー、シソ等の緑色野菜類の多量摂取についても注意が必要です。

### 4. 当院で設置しているパンフレット

当院では、処方箋受付窓口と投薬口の間にパンフレットコーナーを設置し、スライドで示しました薬局製作定期発行冊子『匙かげん』、薬局製作院内パンフレット、メーカー発行パンフレット・小冊子の3種類を配布しています。

#### 1) 薬局製作定期発行冊子『匙かげん』

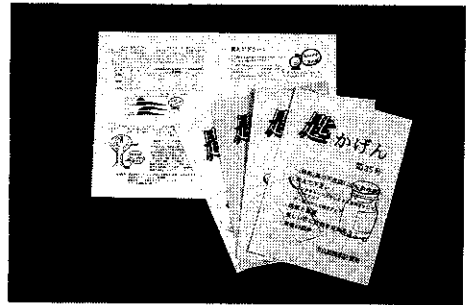


写真2 当院で発行している『匙かげん』

#### 4. 薬とアルコール

##### ①抗不安薬、催眠鎮静剤(※1)、精神神経剤(※2)

寝酒の後で、眠剤をのんだり、降圧剤とともに血圧安定の目的で安定剤をのんでいて、毎日晩酌をしている場合など、思いあたる方も多いと思われます。

しかし、これらの抗不安薬、精神神経剤、催眠鎮静剤などの中枢神経を抑制する働きのある薬と多量のアルコールを併用すると、中枢抑制が増強され、時には昏睡、意識障害の危険性もあり、注意が必要です。



##### ②抗ヒスタミン薬(※3)

アレルギー薬や風邪薬に含まれている抗ヒスタミン薬にはほとんど副作用として眠気がありますが、アルコールによってさらに眠気を増し、仕事に支障をきたす可能性があります。

③錠剤糖尿病薬(スルホニル尿素薬:ダオニール、グリミクロン、ジメリン、ダイアピニース、ラスチノン)  
錠剤糖尿病薬との併用で低血糖の危険性が高まるため、注意が必要です。

④血管拡張剤(ニトロール、ニトログリセリン、ニトログラムTTS、フランドル、フランドルテープ、ミオコルスプレー)  
アルコールの血管拡張作用によって、起立性低血圧、めまいを起こす可能性があります。

	当院在 産 薬 品 名
催眠鎮静剤、抗不安剤(※1)	エリスパン、セルシン、ゾラナックス、ハルシオン、パランス、ベンザリン、リーゼ、ロヒプノール、フェノバル、ラボナ、ワコピタル坐、プロパノール、リスミー
精神神経剤(※2)	トフラニール、トリプタノール、ルジオミール、ウインタミン、セレネース、アタラックスP
抗ヒスタミン剤(※3)	アリメジン、ゼスラン、タベジール、ペリアクチン、ホモクロミン、ボララミン、ザジテン、セルテクト、P.L.、幼児用P.L.
ニニド抗糖尿病薬(※4)	クラビット、トスキサシン、ロメバクト

※抗ヒスタミン剤を含む風邪薬

#### 【薬と酒を飲む際の注意】

ひと口に、相互作用といっているいろいろなパターンがあります。A薬とB薬との併用により効果が増強する場合(相乗作用、相加作用)、A・B薬どちらか一方の効果が増強または減弱する場合、また両方の効果が減弱する場合(拮抗作用)などあります。また、効果の増強により、例えば、重篤な症状が現れる場合など絶対避けてはならない(禁忌)場合もあります。このような薬の相互作用について薬の体内での流れにそって見てみましょう。

##### 1. 吸収

薬は、主として小腸から吸収されます。この最初の段階である吸収における相互作用として、最もよく用いられる制酸剤・消化性潰瘍治療剤とテトラサイクリン系抗生物質(ミノマイシン)、ニューキノロン系抗菌剤(因※4)との組み合わせがあります。



図7 「匙かげん」内容の一部

1. ステロイドって、こわいの？
2. 花粉症
3. あなたの胃は大丈夫？
4. 胃のしくみと消化性潰瘍治療薬
5. 痛みと薬
6. 風邪薬あれこれ
7. 薬の不思議（Ⅰ）
8. ビタミン
9. 水虫にご用心
10. 日焼けと紫外線
11. 薬の不思議（Ⅱ）
12. 喘息の薬
13. 毒物誤飲
14. 漢方薬のはなし
15. 便秘とその薬
16. 野外の危険な生物たち
17. 肥満にご注意！
18. アトピーって何！
19. 高血圧と薬
20. 痔と薬
21. 薬の相互作用
22. 骨粗鬆症
23. 洗剤を化学する！
24. 高脂血症と薬
25. 何、抗生物質って？
26. 家庭用園芸農薬のはなし
27. 糖尿病とその薬
28. アフリカ薬事情
29. 痛風とその薬
30. 風邪薬を斬る  
バスタイムと入浴剤
31. 夢の新薬誕生秘話
32. 胃・十二指腸潰瘍治療薬
33. 食物繊維って何ですか？
34. 夢の新薬Ⅱ～遺伝子組換え
35. 薬の不思議（Ⅲ）～副作用～

図8 匙かげん『特集』テーマ一覧

『匙かげん』（写真2，図7）は隔月に発行している約10ページの冊子で、内容は4ページにわたって掲載する「特集」、薬についての一般的な質問に答えるQ&A「教えて下さい！」など5つのコーナーで構成され、誰でも気軽に読める薬に関する冊子を目標としています。

現在、『匙かげん』は各号1,500部印刷し、約2カ月で消費しています。反響のある「特集」の時は、1カ月から1カ月半で消費し、バックナン

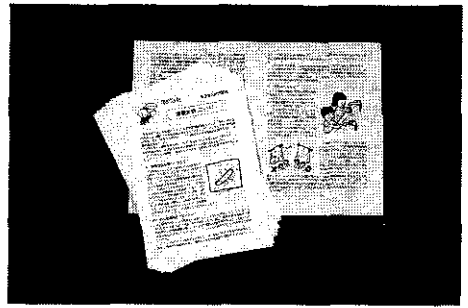


写真3 O-157に関する『匙かげん』号外

質 問		「匙かげん」特集への依頼	
薬関係	40件	薬関係	20件
疾患・検査	30件	疾患・検査	62件
その他	9件	その他	10件
「匙かげん」への感想・意見		病院への意見、その他	
		83件	34件

投書受付期間 H3.9～8.9

図9 「匙かげん」投書内容の内訳

バーの要望も多いので、2年ごとに総集編を発行しています。

特集（図8）では、病院の薬だけにとどまらず、市販薬、生薬、洗剤などあらゆる方面の「くすり」について掲載しています。疾患と薬に関するテーマが多いですが、患者が薬について理解できるように基礎的な疾患のメカニズムなどを簡単に説明した上で、薬について薬品名をも含めて詳細に記載しています。

写真3に示すように今夏流行したO-157に関する記事や、「花粉症」などのような季節特有の話題、マスコミなどで取り上げられ話題になっていることなどをできるだけタイムリーに提供するため、号外を出すこともあります。

また、投書箱を設置し、冊子に挟んである投書用紙で『匙かげん』に対する要望・質問などを気軽に投書できるようにしています。図9は投書内容の内訳ですが、5年間で288件が寄せられました。その内訳は質問が79件、『匙かげん』への感想・意見83件、『匙かげん』特集の依頼92件、その他34件でした。投書を読むことにより外来患者の欲している情報や疑問の一部を知ることができました。我々の考えている以上に薬に精通してお



		パンフレット内容
服用・使用方法	一般	くすりをのおむ時間について 乳幼児に薬をのませる方法 坐剤の切り方 解熱剤の使い方
	特殊	めぐすりのあけ方 うがい薬の使い方 ガスコンを服用される方へ(検査用) 原液をつけてお渡しする水薬の服用方法 溶かして使用する薬剤の使用方法
副作用		くすりの副作用 尿の着色について

図10 院内パンフレット一覧

りさらに詳しい情報を望まれたり、素朴な薬への質問が寄せられました。

## 2) 薬局製作院内パンフレット

院内パンフレットは、薬の服用方法の説明および外用薬の使用法などを、高齢者対象のものは出来るだけ活字を大きくしています。また、台紙の色も数種類揃え、遠くからでも興味をひくようにしています。内容的にも平易で簡潔な文章を用いイラストなどを大きくすることによって読み易くしています。

当院では現在11種類(図10)を発行していますが、薬の使用法など該当事者が限定されるものが多いので消費枚数はさほど多くありません。しかし、用法などの説明の際に口頭での説明に加えパンフレットを渡すことで理解が深められていると考えます。

## 3) メーカー製作パンフレット

メーカー製作パンフレットは、常時10種類程設置し、カラー印刷のものも多くパンフレットコーナーに彩りを添えています。

図11は、当院で発行しているメーカー製作パンフレットの内訳です。3年間で35,645枚、月平均約1,000枚のパンフレットが消費されています。発行枚数が一律でないため、消費枚数の多少が患者の関心の高さを正確に反映しているとは一概にいえませんが、糖尿病、高脂血症、血圧といった成人病や腰痛・肩こりなど、また冬に設置する風邪などのパンフレットは消費スピードが速く関心が高いものと考えます。

## 4) 各種パンフレットの長所・短所

3種類のパンフレット類についての各長所・短所を図12にまとめてみました。

薬局製作2種においては薬に対する情報提供の様々な試みを行いたいですが、予算の関係上、部

科	テーマ	消費枚数	総計	科	テーマ	消費枚数	総計	
内科	糖尿病	2,840	18,070	耳鼻科	めまい	390	970	
	高脂血症	3,400			アレルギー	480		
	血圧	5,180			その他	100		
	消化器系	喘息		1,380	眼科	白内障	700	1,300
		貧血		960		めぐすり	600	
		かぜ(せき, たん)		1,130	外・泌尿科	排尿障害	300	810
		心臓		540		痔	150	
	腰痛	4,510		前立腺		360		
整形外科	肩こり	3,025	11,635	その他	食品・介護など	1,270	1,270	
	関節症, 頸, 脊椎	2,500			合計	35,645		
	骨粗鬆症	1,110						
	リウマチ	490						
皮膚科	皮膚炎	890	1,590					
	アトピー	450						
	水虫	250						
				合計		35,645		

1992.7 ~ 1995.6

図11 メーカー製作パンフレットの内訳

	長 所	短 所
薬局製作定期発行冊子『匙かげん』	<ul style="list-style-type: none"> <li>冊子で興味を引き易い</li> <li>身近な話題を掲載できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>予算の限度があり、部数内容に制限がある</li> </ul>
院内パンフレット	<ul style="list-style-type: none"> <li>身近な話題(当院独自の服用方法など)を掲載できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>活字中心となり、興味を引きにくい</li> </ul>
メーカー製作パンフレット	<ul style="list-style-type: none"> <li>カラー印刷、読み物などがあり目を引く</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一方的な情報である</li> </ul>

図 12 各種パンフレットの長所・短所

数・内容に制限があるのが現状です。院内パンフレットにおいては、B5判という限られたスペースの中に、当方の伝えたい情報を入れようとするため、どうしても活字中心となってしまいます。そのため、メーカー製作パンフレットに比べて敬遠されてしまう傾向があります。メーカー製作のパンフレットは興味を引きやすい作り方ですが、メーカーの取り扱っている薬関連の情報が主となるため、題材に片寄りがあり、患者の求めている情報が必ずしも得られるとは限りません。

また、『匙かげん』の特集のテーマが号数を重ねるうちに複雑化してきており、テーマが専門的になるほど難解な文章になってしまう傾向にあります。今後この状態を継続すれば専門書まがいの冊子になり、読みやすい冊子という我々の意図と反する恐れがあります。

これらの問題点を解決すべく、また『匙かげん』も発刊6年を経過しましたので、「薬への意識調査」および『匙かげん』に関するアンケートを行いました。

## 5. アンケート方法および結果

調査期間は平成7年12月1日から27日までとし、アンケート用紙を小冊子『匙かげん』に添付することにより配布し、自主記入方式で回収しました。

配布枚数587枚、回収率46.2%、回答者の内訳(図13)は男性96人、女性169人でした。年代分布は60歳代が最も多く27.7%を占めていました

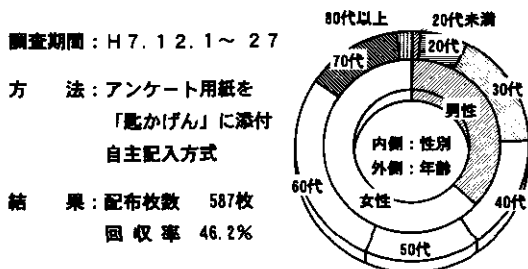


図 13 アンケート方法および結果

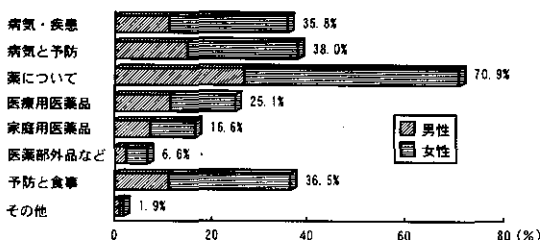


図 14 どのような情報を得たいですか？

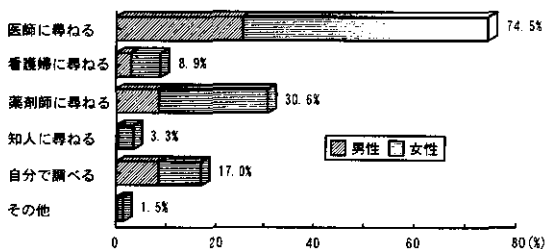


図 15 医薬品情報を知りたいときはどうしますか？

が、全体的に見て幅広い年代分布でした。

「どのような情報を得たいですか？」(複数回答可)の問(図14)に対して「薬について」70.9%が最も多く、「病気と予防」38.0%、「予防と食事」36.5%、「病気・疾患」35.8%、「医療用医薬品」25.1%、「家庭用医薬品」16.6%でした。

病気・疾患だけの情報より、それにとまなう薬についての情報が最も望まれていました。

「医薬品情報を知りたいときはどうしますか？」(複数回答可)の問(図15)に対して「薬剤師に尋ねる」30.6%、「医師に尋ねる」74.5%、「看護婦に尋ねる」8.9%でした。薬剤師に尋ねるという回答が3割であり、薬のことは薬局で尋ねるという意識がまだ低いことがうかがえます。

このように、患者は薬についての情報を最も望

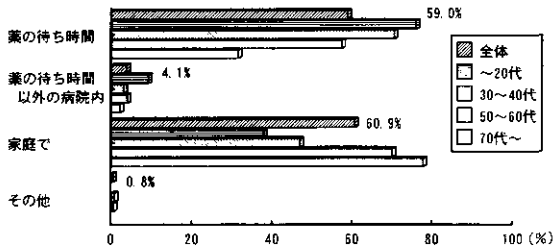


図16 「匙かげん」をいつ読みますか？

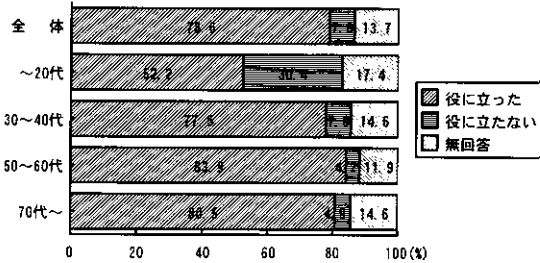


図17 「匙かげん」を読んで役に立ったことはありますか？

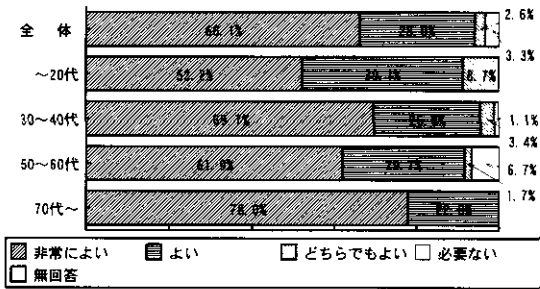


図18 このような小冊子をどうお思いですか？

んでいます。しかしながら、薬についての情報提供は、本来薬剤師の役割であるのに、薬剤師からは十分に実行されていないのが現状のようです。

『匙かげん』をいつ読みますか？(複数回答可)の問(図16)に対して「薬の待ち時間」59.0%、「待ち時間以外の病院内」4.1%、「家庭で」60.9%でした。年代別に見ると高齢になるほど家庭に持ち帰り読む傾向がありました。

『匙かげん』を読んで何か役に立ったことはありますか？の問(図17)に対して20代で「役立つ」と答えている率が低いのに比べ、30代以上で「役立つ」と答える比率が高くなっています。

「このような小冊子をどうお思いますか？」の問(図18)に対して「非常に良い」66.1%、「よい」28.0%と併せて94.1%からよいという評価をう

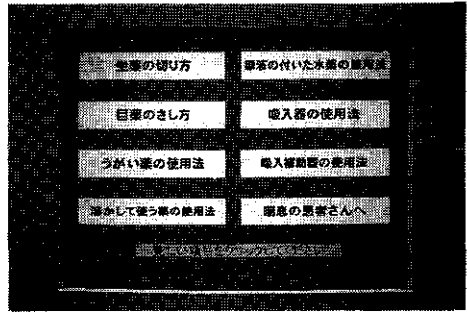


写真4 初期画面

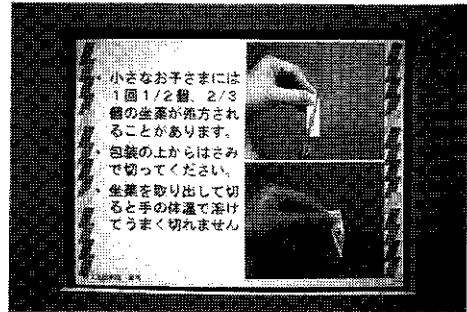


写真5 内容の一部

けています。年代別にみると20代までの若い年代より高齢層から高く評価されています。先のスライドの結果と併せて、20代までは本人が罹患する割合も低く、医薬品への関心が薄いためだと思われます。30代以降では自分自身の罹患や、親や子供などの家族が罹患してくるために医薬品への関心が高まると考えられます。

また、図には示しておりませんが、「よく読む雑誌・書籍などは」という問に対して、「今日の健康」をはじめとする雑誌が42人、「家庭の医学」などの書籍が38人おり、より専門的な知識を得ようとする方が多いのが見受けられます。

このように、患者の薬に対する関心の高さを今回の調査結果から再認識しました。

## 6. パソコンを利用したの情報提供

次に、現在まだ試行中ではありますが、パソコンを使つての視覚・聴覚に訴える情報提供方法です(写真4, 5)。現段階では、パンフレットの延長上ではありますが、これらを使うことによってさまざまな方向での情報提供に発展できるものと考えます。これは、パソコンを操作するというこ

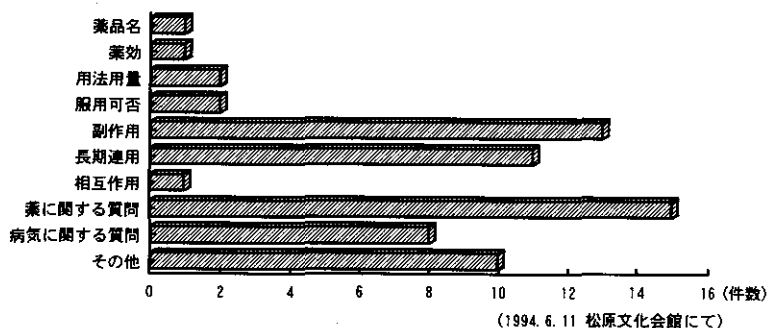


図 19 大阪薬科大学第 1 回市民講座「薬の相談コーナー」相談事項

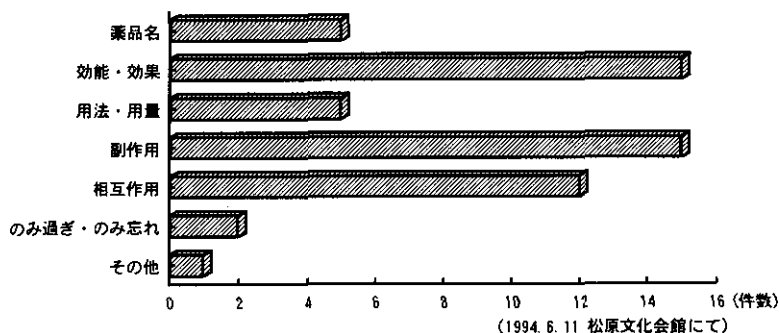


図 20 大阪薬科大学第 1 回市民講座「薬の相談コーナー」アンケート集計  
「おくすりのことで、どんなことを知りたいですか？」(重複回答可)

とに抵抗のある方もいますが、画面を表示するとともに音声を出すことにより、遊び心で気軽に見ることができます。また、絵などふんだんに使うことにより、非常にわかりやすく構成することも可能となります。

以上、当院において行っている患者への薬の情報提供について述べました。

## 7. 大阪薬科大学市民講座での相談事項およびアンケート集計

次に、データが少しではありますが、大阪薬科大学主催で行われた市民講座での「薬の相談コーナー」の結果を報告します。図 19 は、大阪薬科大学市民講座「薬の相談コーナー」での相談事項です。相談者数は、男性 5 人、女性 29 人の計 34 人でした。相談事項の内訳は副作用 13 件、長期連用に関する相談 11 件、その他、薬品名、薬効、用法用量に関する質問でした。また、相談された薬品

を薬効別に分類すると、降圧剤 7 件、高脂血症剤 3 件、ビタミン剤 5 件と成人病の薬に対する質問が多く見られました。

図 20 は、「薬の相談コーナー」でのアンケートでの集計結果です。「お薬のことで、どんなことを知りたいですか？」(複数回答可)の問に対して、薬品名 5 件、効能・効果 15 件、用法・用量 5 件、副作用 15 件、相互作用 12 件でした。また、スライドにはありませんが、「お薬の情報は、どのようにしてお知りになりますか？」(複数回答可)の問に対して、「薬剤師に尋ねる」7 件、「医師・歯科医師に尋ねる」12 件であり、当院で行ったアンケート集計とほぼ同一の結果であった、と考えられます。

当院でのアンケートや大阪薬科大学において行われたアンケート結果集計から、多数の患者は薬品名、薬効のみならず、その薬の副作用や多種薬剤間におこりうる相互作用などにかなり関心があ



年度	日 本	米 国	欧 州
1970		FDA: PPI 導入 (経口避妊薬, 避妊リング, 吸入薬)	
1976	経口糖尿病薬に患者用添付文書		
1978			ドイツ: PPI 義務化
1979		FDA: 全ての処方薬にPPI義務化を提案 (1981年に取り下げ)	
1982		AMA: PMI の発行	
1984			ベルギー: PPI 法制化
1985			フランス: PPI 法制化
1988			スイス: PPI 法制化
1989	TIP 誌: 患者用説明書の連載開始		
1991	医薬品服薬指導情報集: 11種薬品で試案		
1992			EC 閣僚理事会指令: PPI の義務化 (1994年より発効)
1993	RADAR 協議会: 「くすりのしおり」		
1994	厚生省に「医薬品適正使用推進室」設置		EUとして1999年までに全医薬品にPPIを義務化
1995	「医薬品添付文書の見直し等に関する研究班」の「患者向け説明文書」班報告書		
1996	厚生科学研究班: 「患者向け説明文書のPSによる具体的検討」発足	MedGuide (処方薬に関する患者向け情報の提供) 計画	

図 21 患者への情報提供活動の歴史的経緯

ると考えられます。このように、薬に対する一般的知識や疑問にはパンフレットはかなり有用な方法であると考えますが、個々の患者の薬品情報を細部にわたって提供するには限界があり、患者向け添付文書などによる方法を考えなくてはなりません。

## 8. 患者への情報提供活動の歴史的経緯

そこで、欧米との患者向け添付文書や説明書の歴史的経緯を比較すると、欧州では図 21 に示しますように、1970年代から、ドイツ、フランスをはじめとする国々で患者向け添付文書 PPI (Patient Package Insert) を製薬企業が提供することを義務化しています。米国においても 1982年から米国医師会 (AMA) が患者用説明書 PMI (Patient Medication Instruction) を発行し、現在に至っています。また、米国では口頭による説

明が主流となり、説明文書の配布は補助的なものとなっています。日本においては、1989年から連載開始の TIP 誌による患者用説明書、また RAD-AR 協議会による「くすりのしおり」などの患者向け添付文書が考案され、一部試行されている段階です。しかしながら、欧米とは、処方薬品数、調剤方法、薬剤師数などの違いにより、このような形の情報提供活動を今すぐ行うことは、かなり困難であるものと考えます。

余談になりますが、これは RAD-AR 協議会で作成の「くすりのしおり」についての患者評価に関する朝日新聞記事の切り抜き (写真 6) ですが、まさしく我々のアンケート結果そのものです。患者の薬品情報提供、とりわけ、患者が不安や疑問を感じている副作用や相互作用などに対して評価されたものであり、また、残念ながら、見出しに「薬剤師の信頼が増した」ではなく「医師の信頼が



写真6 朝日新聞記事の切り抜き

増した」、すなわち、アンケートでの「薬については医師に聞く」という数字がそのまま記事になったものと考えます。

### 9. 患者対応の心得

最後に、外来患者に情報を提供する場合、現在、情報の多くは処方箋から知り得ることのみであり、現状では薬品名・薬効を含めて、それらが処方された意義や副作用などについて積極的に説明するには十分ではありません。また、情報内容が同じであっても、患者の理解度、価値観、心理状況などによりかなり提供方法が異なるものと考えます。我々薬剤師は、医薬品に関する知識を習得するとともに、患者対応の心得(図22)を学ばなくてはなりません。

1. 患者との信頼関係を築くため、言葉使いや身だしなみに注意する必要があります。
2. 患者は薬剤師の態度や言動に敏感に反応します。これが時には大きく影響することもあるので、患者の心理状況を把握し、患者の感

1. 患者との信頼関係
2. 心理状況の把握
3. 価値観の多様化
4. 理解度の違いの把握
5. プライバシーの守秘
6. 医療従事者間での意見統一

図22 患者対応の心得

情を傷つけないように配慮する必要があります。

3. 個人の価値観も多様化し、ある患者にとって良いと思われた内容でも、他の人においては逆効果になるケースもあるので、画一的な説明は慎むべきです。
4. 我々にとっては常識と思えることでも、患者にとって受け取り方が違うことがあります。対象患者の理解度を観察し、時には初歩的な事項でも詳細に説明する必要があります。
5. 患者のプライバシーの秘守を可能とする環境を確保しなければなりません。
6. 医師や看護婦などとの意見を統一し、的確な情報を提供する必要があります。

以上のように、現況では、口頭による対応のみならず、患者向け添付文書などによる情報提供を個々において対応することは、先ほどの「くすりのしおり」などの添付の試みは報告されていますが、大変難しい問題となっています。しかし、情報提供義務が課せられたことにより薬剤師がどこまで情報提供をすればいいのかという不安があります。

また、今年2月の高松高裁判決が大きな影響を及ぼしています。判決で示された判断は、どんなに起きる可能性が低くても、重篤な副作用が起きるおそれがある場合は、医師には起こり得る副作用症状に対する対処法を伝えるなどの注意義務があるとしたもので、薬剤師法に情報提供義務が課せられた以上、今度は薬剤師が責任を問われる立場といわれています。

このような状況を踏まえ、パンフレット類による情報の提供は個々には対応できませんが、薬効、相互作用、服用方法、薬の適切な使用法など、薬の知識として患者の知るべきことを伝える一つの手段であると考えます。従って、患者に関心のある話題、タイムリーな話題などを考慮し、患者の立場に立ってできるだけ多くの人に読まれる冊子を作っていかなければなりません。

メディアなどの影響から情報が溢れている現在、正確な情報を伝達し、要望に応えるために、尋ねやすい薬局として情報提供していくことは非常に重要なことであると考えます。

参考文献：保険薬剤師のための病院研修テキスト（大阪府薬剤師会編）

病院薬局研修ハンドブック（大阪大学病院薬学研究会編）

**谷古宇** ありがとうございます。名徳先生の方からは、最初に情報提供の必要性ということをお話いただきまして、さらにその情報提供の手段として、口頭とパンフレットの製作といったようなことがありまして、それぞれの長所あるいは短所を述べていただきました。さらにその外来の相談コーナーの設置やパンフレットをお作りになった経験から、患者さんへの医療関係者の要望とか、あるいは患者さんが知りたい情報の分析、そういったものを具体的な例でお示しいただけたと思います。

そして最後には、我々が患者さんに対応する心得をお話いただきましたが、詳しいことに関しては後ほど、議論したいと思います。先生どうもありがとうございました。

それでは、3人目の演者をご紹介したいと思います。岡野紘基先生であります。先生は、現在東京都多摩老人医療センターの薬剤科長をなさっております。先生は特に、プログラムにもありますように、「お薬手帳」の事に関心しているところご造形の深い先生でありますので、そのことを中心にお話をいただけたらと思っております。

先生のご略歴を簡単にご紹介いたします。先生は、1968年に、東京薬科大学をご卒業になりまして、その後、東大分院の研修生になっております。その後、社会保険埼玉中央病院へ入局されまして、1970年に、東京都へ奉職され墨東病院の薬剤科へ。その後、いくつかの病院を配転といいますが異動になりまして、1987年に、母子保健院薬剤科長となりました。その後また東部地域病院とかあるいは松沢病院の方へご転勤になりまして、1995年から、現在の多摩老人医療センターの薬剤科長をなさっております。先生、よろしく願いたします。

### 岡野紘基

多摩老人医療センターの岡野でございます。これから「お薬手帳」を利用した薬剤の情報提供についてお話をいたしたいと思います。

当院はご存じのように、平成6年度～7年度の厚生省の医薬品の適正使用化モデル事業の指定施設になりまして、その時にいろいろな事業をいたしまして、その中の一つとして「お薬手帳」がございまして、現在も継続しているということでございます。それについてこれからお話をいたしたいと思います。では、スライドをお願いいたします（略）。

まずはじめに、適正使用についてその背景でございますが、21世紀に向けての医薬品のあり方の懇談会等でありますように、21世紀に向けて、高齢化とかあるいは疾病構造の変化、国際化、医薬品の開発が進んできたとか、いろいろ医薬品を取り巻く環境が変わってきました。それに対応していかなければならないということが一つ挙げられます。それからもう一つ直面する問題として、医療費、とりわけその中でも薬剤費が非常に諸外国と比べて高い。そのままいくと、現在の保険医療、その維持が難しくなるという問題がございます。

それから薬価差益の問題、いわゆる病院の経営に占める薬価差益の比率、依然として大きいわけでございますが、それについてもいろいろ問題があるということでございます。検査づけと薬づけといわれますけど、いわゆる薬づけの問題があります。それから、例えばエイズとかあるいは先ほどの高松高裁の例ですとか、副作用問題が出てきて、薬害の問題など、いろいろな直面する問題を抱えているというわけでございます。

これを踏まえまして、医薬品の適正使用を厚生省は推進をしようということで、行政、企業、それから病院とか診療所等、それから薬局、大学、教育機関、そういう所でそれぞれが適正使用に取り組んだわけでございます。私ども病院の方では、当面は、医師と薬剤師が適正使用に取り組むということでございます。

それで、私ども病院薬剤師に関連する部門としては、薬物治療のいろいろな問題点がございます。例えば強い薬理活性、副作用の発現の問題、あるいは使用方法が複雑化されてきたとか、また高齢化に伴い併科受診、あるいは多剤投与、長期投与、そういうような事柄が薬物治療で問題となっております。次のスライドお願いいたします。

す。

これは、医薬品の適正使用の定義でございます。これはいろいろな本とかあるいは文献等で皆様ご覧になっているかと思えます。ご説明するまでもございませぬが、的確な診断に基づく処方により調剤されて、それから薬剤について説明と理解、このへんが患者への情報提供の部分になってくるかなという気がいたします。そして、正確な使用がなされ、そしてその時の効果とかあるいは副作用とかそういうものが医師の方にフィードバックされる、このサイクルが医薬品の適正使用のサイクルであるといわれています。この真ん中に介在するのが医薬品情報というものだと理解しております。

それで、医薬品情報については、各病院・診療所等におきまして、入院患者さんに対しては、実質900点業務、薬剤管理指導料という形でもってやっております。それから、外来患者さんについては、窓口で投薬時の説明あるいは指導、お薬相談コーナー・お薬相談室などでの指導、そういうものがなされております。それから医薬分業に伴います院外の患者さんについてはどうかといいますと、市中の薬局の方で薬歴管理、薬剤服用歴管理指導料というものを取りまして指導をされております。

それで、診療報酬でもって、96年の4月にご存じのように、薬剤情報提供加算、これが5点の加算になったわけでございます。内容は、処方した薬剤の名称、用法・用量、効能・効果等について、文書等で提供するという形になっております。この文書等のやり方について、先ほど来、いろいろな方法、あるいは市販のソフトだとかいろいろ出てそれを利用されていることが多いかと思えます。

それから、先ほど来、出ておりますが、97年の4月から、改正薬事法が施行になるわけでございます。その要点が3つ挙げてあります。薬局管理者、これは町の薬局のことで、管理者の責務、それから医薬品製造業者、メーカーさんの責務、それから薬局開設者、これは別に薬剤師でない場合もあります。薬局開設者の責務と、こういう3つの大きな責務が挙げられております。それで、この中から適正使用のために必要な情報を患者さ

ん、普通、私たちどもが患者さんと申しておりますが、一般的には消費者、つまり国民に提供するというところでございます。

それから同時に4月から、薬剤師法が改正になりまして、これは調剤した薬剤について、適正な使用のための情報を患者さんに提供する義務があるということでございます。従来の単なる説明だけではなくて義務が負わされることとなります。このように医薬品の情報提供、あるいは患者さんに薬について説明するいろいろな背景が変わってきまして、法的な整備も順次なされてきたわけでございます。

そこで、当院、東京都多摩老人医療センターと申しますが、そこで、情報提供の一つの媒体として「お薬手帳」を利用しておりますので、それについてご紹介をいたします。当院は、ここに書いてありますように、東京都立の病院でございます。場所は、東京都東村山市、先ほどどなかか聞いたことのあるような町だといいましたが、有名なタレントが一時いた町でございます。東村山です。高齢者を対象とする高度専門医療ということで、紹介予約制と医療連携をメインにしております。病床数は320、外来が590、診療科が細かくなっておりまして22になっております。医師が61で、非常勤が41、かなりの数がいます。歯科医師が3です。薬剤科の方はそれに比較しまして非常に小さくて、薬剤師が12、非常勤が3でございます。そうしますと、いわゆる普通の一般病院、大学病院とか機関病院とは異なりまして、いわゆる現場の病院に近い高齢者の総合病院であるというふうにご理解いただければよろしいかと思えます。

院外処方箋の発行率、57.7%、これは96年9月です。当院では、今年の7月から、院外処方を拡大しようということで、院外処方を50%、病棟業務を3病棟やりましょうということ掲げておりまして、7月からやっております。病棟業務が1病棟ですが、97年の3月では3病棟になる予定でございます。

お薬手帳を作る目的というのは、当院の基本方針がインフォームド・コンセント、これを非常に重視している病院であります。病院に入りますとパネルがございまして、当院はインフォームド・



コンセントを重視していると明記してあります。これは院長の非常に明確な姿勢でございまして、院全体としてこういう姿勢で取り組んでおります。それから、患者さんがご自分のお飲みになる薬についてよく知って、関心を高めて、結果的にコンプライアンスを高めたいということでございます。

また、複数科を受診している患者、あるいは他院、他の診療所等を受診している患者さんが非常に多いので、相互作用や副作用の防止があります。これらを目的として、結果的には医薬品の適正使用に寄与したいと考えています。私も薬剤科でもって、いろいろな会議の席でお話をするのですけれど、最終的にはやはり「医薬品の適正使用」というキーワードを必ず出しております。医薬品の適正使用に寄与したいということでございます。

それで、「お薬手帳」の作成の基本コンセプト、まず高齢者ということございまして、利用しやすいものを目指しました。手帳のサイズをやや大きめに、文字も大きめ、実際どのぐらいの大きさかといいますと、小学生が学校と家庭の連絡に市販の手帳を持たされている例が多いと思います。B6ですが、そのB6のサイズを使用しております。このサイズについては、東京大学の医学部を出している細長いものとか、あるいは母子手帳ぐらいの大きさとか、保険証ぐらいの大きさとかいろいろ論議がありましたが、最終的に大きいものの方がいいだろうということでございます。

それから使い方でございますが、後で実際の例をスライドをお見せいたしますが、処方箋控えやお渡しする説明書、そういうものを貼っていただく、または記載をしていただくことです。それからできれば診察時のメモとか患者さんのメモとかそういうものにも使われたらいいのかなと期待しておりました。それから、手帳の表に患者さんのお名前をお書きする欄ですが、拾われた場合、患者さんの薬の内容すべてがわかってしまうということで、表紙のところには、患者さんのお名前を書かないで、患者の番号、それだけを書くというスタイルにしてあります。手帳をお配りする範囲でございますが、可能な限り多くの患者さんに使ってもらうことから一応全外来患者を対象に考

えました。

それで、「お薬手帳」の発行スケジュールですが、95年の2月に「お薬手帳」の企画ができました。それで先ほどいいましたけれども、市販のB6のノートを使いまして病棟で試しに使ってみたということでございます。96年4月に、私がちょうど転勤してきまして、前任者から引き継ぎまして始めたわけでございます。それで、作成のコンセプトとかいろいろ検討しまして、第1版2,000部を印刷いたしました。95年8月からスタートですが、この2月から8月の期間、これが大変な作業がございまして、手続そのものを作るのは簡単でございますが、院の決定を見ましたが、やはり先生方の協力を得るために、コンセンサスを得るために、説明会やパンフを配ったり、PRなど大変な作業を薬剤科全体で取り組んだ次第でございます。

それで8月から外来で先生方が配るという形で始めました。11月にどのぐらい普及したかということで調べましたら、約31%の配布状況です。この時にアンケート調査をしておりますので後で紹介いたします。96年2月に、第2版として3,700部を印刷いたしました。なかなか普及率が進まないものですから薬剤科の窓口でもって配布をし、患者さんに大々的にPRをいたしまして、96年の3月末現在で、約80%ぐらいの患者さんがお持ちになっている現状でございます。次のスライドお願いいたします。

これが「お薬手帳」の表紙でございます。カルテ番号と書いてあります。ここにID番号を書く形になっております。中にいろいろイラストがありますけれども、薬を持っているおじいさんですか、おばあさんですか、そういう方が絵に出てきます。これが1頁目を開いた「使い方」です。処方控をもらったら貼ってください飲み忘れもチェックできますなどが書いてあります。問い合わせ先として、薬剤科の方に問い合わせるといって形になっております。

これは、中に8ページぐらいの量を割きまして、薬の一般的な注意、特に高齢者向けにあまり細かいことは書かずに、イラストを用いまして、飲み残した薬はどうしたらいいか、人から余った薬をもらっているのか悪いのか、ご老人がよくや

るような事柄を選びましてイラストで挙げております。飲み忘れたらどうするか、複数のお医者さんから薬をもらったときにどういうことに注意したらいいとか、そういうような例についても挙げております。

これが「お薬手帳」に挟み込んで、患者さんにいく説明文書です。これと同じようなポスターあるいはチラシ、これを院内に物量作戦でもってかなり撒きました。患者さんに、この手帳は「お薬手帳」といいますということを書いていて、使い方、「お薬手帳」に処方控えなどを貼って下さいということですが、ここで非常に問題になったのは、控えを誰が手帳に貼るかということでした。医師が貼る、あるいは看護婦が貼る、委託の事務の方が貼る、薬剤科が貼るといろいろありました。そこでいろいろ論議があって、本音は皆さん、貼りたくないというところがありまして、最終的に、貼って下さい、あとは窓口の方でご相談に乗りますという形になっております。それから、診察時のメモや連絡帳としても利用して下さい。ここのところの利用があるかどうかちょっと心配でしたが、そういう例が見られたということでございます。

それから先ほどいいましたように、他の診療科や当センター以外の医療機関におかかりの時、説明書とか処方控えをもらったら貼って下さいということでございます。それから利用のメリットですね。「お薬手帳」を利用することにより、自分自身の薬についてよく知ることができ、医師や薬剤師に手帳を見せることによって重複投与や副作用などの防止ができますよというメリットを挙げております。

これが「お薬手帳」の実際の記載例です。

ちょっと見にくいのですが、この部分が処方箋の控えでございます。当院はオーダーリングシステムが入っておりますので、ドクターの処方入力した場でもって処方の控えが出てきます。調剤する処方箋は薬剤科の方へ直接出てくるという形を取っております。この場合は、コランテルとアルサルミンの処方です。コメントは先生が診察の際に書いた例でございます。胃潰瘍ですよと。それからちょっと便秘気味ですよ。その時の血圧、一番患者さんが気になる場所ですね。ここを先生が今

回は、152—80ですよというふうに書いてあります。それから先生が、「これは胃の薬ですよ。便を柔らかくする薬です。あるいは下剤ですよ」と書いています。ですから先生方もかなり協力的であります。

この下は、忙しい科とか場合によって処方の控が出ない場合があります。その場合、これは薬剤科の窓口でもって、患者さんが前にこういうふうを書いてもらったんだけど、処方控が出なかったから処方内容を教えてくれということで、薬剤科の方で「内分泌科でペルジピンが出ていますよ」と書いているわけです。これは薬剤科で書いた例です。

これは、左側に処方の控えがございます。この先生は血液科の先生ですが、検査伝票をコピーをしまして、毎回、このように手帳に貼っています。多分この手帳に貼って、特定の値を示しながら、この値は前と変わったとか、説明をしている例でございます。

当初は、伝票を貼って下さいとの説明は何もしておりませんが、しかし先生方の利用の仕方では、検査伝票も貼っていることがあったということでございます。

これは、患者さんが多分処方控えがもらえなくて自分で書いた例です。12月20日にダーゼンが出ていると克明に書いてあります。このようにご自身で書かれている例もあります。

これは見にくいのですが、先ほど患者さんがメモに使われる例を期待している、もしくはあればと思っていましたが、実際に患者さんがメモに使われている例があります。これがその例でございます。これ申告事項と書いてありますが、少し日付が見づらいのですけれど、「息切れがして、4週間前よりやや良好です」と。「息切れや咳がやや良好です。気温の高いせいだとかいうことも要因の一つだと思います」と書いています。それから、ドクターがいったこと、ドクターがその時の血圧が146—90ですよといったのを克明にメモしております。「肺音は良好です」といわれたのですね。それも書いてあります。「血圧はまあまあですね」といわれた。ご自身が書いたことや先生がいわれたことを忘れないようにメモしている例でございます。

この方は、他のページをめくってみました、かなり克明にいろんなことを書かれています。こういう使い方を私どもは期待はしていましたが実際にあったということで、非常に手帳の使い方が良かったなという印象をもっているわけでございます。これも、使用例ですね。これは、この部分の処方箋が当院でかかった処方箋です。その後、すぐ他の病院の薬が出ております。科が違うのですが他の病院に行っただけかかっているのです。ここにパナルジンが出ております。ここに傍線が引張ってありますが、パナルジンが出ています。そうしましたら、こちらの病院でもってパナルジンがダブっているのです、ご自分のところを消さないで当センターの薬を飲まないように線を引かれております。大体そういう例が多いみたいですね。ご自分のところを生かしている例が多いようです。このように、他の病院にかかった時、重複投与が防げた例でございます。

今まで何例か手帳の使用例ということでご紹介をいたしました、それをまとめてみますと、まず第一の、処方箋の控を貼るということですね。患者自身が薬剤師が貼っている例。それから、医師が処方箋の控に薬効等を記載している例、それから私どもが薬効等を記載しているという例でございます。それから、処方箋内容の記載でございますが、患者自身が処方内容、他にも自分で書かれたり、あるいは錠剤の記号番号に書かれている例もありました。白い錠剤でもって、T-〇〇という記号を書いている方もありました。それから、薬剤師が薬剤科の窓口でもって処方内容を記載している例があります。これがかなり多いです。

それから、医師が病名や検査値を書いている。検査データのコピーを貼っている例がありました。注目したいのは、患者自身による記載があったことです。医師からの注意などを記載している。あるいは、服薬状況、咳が治まってきたとか状況を記載して、まさに患者さんと先生との連絡帳の役割を担っている例でございます。このように極めて多様な利用方法があったということでございます。

これは見づらいのですが、私どもで30%の利用状況のときにアンケート調査をしまして、その

時のデータでございますが、30%、これしか持っていなかったわけですね。これでもって大々的にPRをして80%までいったということでございます。

「お薬手帳」に記入とか、あるいは手帳に控を貼っているかどうかということでございます。この例を見ますと、患者さんの多くが貼っているということでございます。ここにありますように、約72%の方が処方箋の控を貼っています。

これは「お薬手帳」を他の診療医療機関にかかったときに見せているかということをお聞きしております。そうしますと、約66%の患者さんが他の医療機関へ見せているということでございます。いわゆる重複投与を避けるという目的の部分でございます。

それから、患者さん自身に「お薬手帳」を持っていて役に立っているかという印象をお聞きしました。そうしますと「役に立っている」が77%、「まあどちらともいえない」というのが16%ございました。多くの患者さんの評価を得ているのだなという印象を受けております。

これは「お薬手帳」を持っていない人に、「お薬手帳」を持ちたいかとお聞きしました。そうしましたら約71%の人が、「持ちたい」ということでございます。中に20%は「要らない」という人がいましたが、大半の方が「持ちたい」という印象でございます。

また、薬剤師から薬に対していろいろ説明をしてもらいたいかというその内容をお聞きしております。まず、13%強の方が「飲み方を知りたい」。それから薬効について59%、副作用について43%、それから食べ物とか薬の関係、相互作用ですね。それについて24.49%、25%ぐらいの患者さんが聞きたいとおっしゃっています。これは先ほど来、いろいろグラフ等でご説明がございましたが大体同じような結果が出ていると思います。患者さんは、正直いって名前以外にもっと副作用とか相互作用とか薬効などについて知りたいということでございます。

服薬指導をやっておりますが、それに対して患者さんに「誰から薬の内容を説明してもらいたい」とお聞きしたらとところ、先ほど来、やはり医師からの説明を受けたいということが多いという

ことでしたが、「薬剤師から説明をして欲しい」というのが、約55%、それで「説明はいらない」という方が23%。逆にいえば、子どもこの23%の方々に、薬剤師からの説明を受けたいと、少なくとも聞いてみようとなるような働きかけが必要ではないかなと捉えております。

いろいろお話をしてきましたが、医薬品情報、「お薬手帳」を使った例を紹介しましたが、問題点として考えますと、いわゆる服薬指導という言葉、「指導」という言葉は私が思うに、指導されるということが反面あるわけでございます。そうしますと、薬剤師が指導する立場であって、患者が指導される立場です。そうしますと、薬剤師の指導する言葉、あるいは情報が一方通行で患者さんに行っているのではないのでしょうか。患者さんは指導される側ですね。強者と弱者の立場です。そのような印象というか、そういうような問題があるのではなからうかと捉えております。逆にいえば、こういう点をお互いに情報がこのように行き来するような形態をやっていかねばいけないのではないかと考えております。

そういった意味で医師と薬剤師と患者さん、相互の情報等のやり取りの中に「お薬手帳」が介在していると考えております。情報というのは双方向である。お互いに行ったり来たりするというのがこれは原則でございまして。それから情報というのは共有化、全体で同じ情報を持ちましょうという情報の共有化と双方向性、これが非常に重要だと思います。その中に「お薬手帳」が一つの媒体として役に立っているのではないかという印象をもっております。

医薬分業、院外処方、当院でも今年の7月から50%になりましたが、そうしますと、子ども病棟だけではなくて、この病院と、それから市中の薬局さん、それから他の医療機関、ここでもって、やはり情報の共有の一つの方法として、「お薬手帳」が利用できるのではないかということでございます。「お薬手帳」以外にもいろいろな方法があると思いますが、一つの例として「お薬手帳」を使った例でございます。以上が子どもで取り組みました「お薬手帳」の概要でございます。

97年4月から薬剤師法・薬事法が改正になりまして、国民にとって必要な医薬品の情報を適切

に伝えることが子ども役割だというふうになってきます。それで、情報提供者として薬剤師は責任と誇りを持つべきであるとは私は考えております。また、病院薬剤師の皆さんは、いろいろな方法でもって情報提供をやられているかと思いますが、情報は双方向性とそれから共有化が必要だということ認識して、最初に書きましたが患者さん、消費者の皆さんひいては国民に期待、評価をされるように今後とも頑張っていかなければならないのかなと思っております。ご静聴ありがとうございました。

谷古宇 岡野先生、ありがとうございました。先生からは「お薬手帳」を中心にその手帳を作る目的、あるいは手帳も最初は30%ぐらいしか浸透率がなくて、その手帳を80%まで利用してもらおう、そのへんの苦労とか、さらに今使われている実際の「お薬手帳」の内容とか利用法、それから、実際の「お薬手帳」の内容の紹介をしていただきまして、最後には結論といたしまして、その「お薬手帳」を中心とした患者あるいは医師、薬剤師、そういった人たちの情報の共有化に役立てていきたいというようなお話があったと思います。これで3人の演者のお話を終わらせていただきます。

(休けい)

柳澤 ただいま、3人の先生方からいわゆる情報提供についての目的、方法、そして今まで得られた評価についてご説明いただきました。これから、シンポジストの先生を囲んで、会場の皆さんと意見交換を始めたいと思います。

まず、いきなり質問をいただくよりも、ちょっと確かに非常にいいお話で、さあ、やろうかと思ったときにいろいろと皆さん、支障があるのではないかなと思います。それが現状だろうと思います。とにかく雑務に追われているのが私たちの世界だろうと思います。

そこで、ここまで努力された裏には、それなりのいろんな改善点があったと思います。お3人のシンポジストの先生に、最初の順番どおり、3分か5分以内ぐらいで、どのようにしてここまでつけたかそのポイントを、お聞きしたいと思います



ので、まず佐藤先生、3分か5分ぐらいでひとつよろしく願います。

**佐藤** この業務というか、5点業務だけでなく病棟業務も含めて、いろんな形を調剤業務にプラスしてやってきた背景の中で、もちろん人件費というのが一番病院の方では増やしたくない項目ですので、人を増やすというのはまず受け入れてもらえない。人というのは非常に慣れた方と、また初心者の方というんですか、で作業量というのも非常に違って来る。作業量だけでなく的確な判断とかそういうものについても違って来る。あるいは私の所は全部で7人いますが、慣れた者がいる時と、それがたまたまお辞めになって新しい方が入ってきた時とかではもう随分いろんな業務の内容が違って来る。

それで、私の所としては、女性ばかりということもありまして非常に回転も早いというわけではないですが、ある程度回転したりもしますので、どのような方とどういう構成の中で仕事をしていくについても、コンスタントに仕事をやりたいという部分がありますので、機械の導入、それはトーションのシステム、全自動の錠剤分包機・散薬分包機全部に連ねたものと、処方箋打ち出し、それから薬歴をそちらの方につなげまして、いったん薬剤科で処方を入力しましたら、それが薬歴にもつながり調剤にもつながりという形のもをこれで4年前ぐらいに取り入れまして、それから、いろんな業務が一度にできると。それまでいろんなことを手書きでしていた部分が随分あったんですけども、それが機械化で、同じ人数の中で省略化されて、時間的にも残業部分というものも省略化されてきたというところで、いろんな業務をする合理化のうちのポイントとしては機械化という形ですね。

機械化の、もちろん経済的な導入については、人件費の中で、うちに薬局事務員という人が1人いたんですけどもそれを削除いたしまして、それについてはもう十分元が取れたというような形にはなっております。以上です。

**柳澤** どうもありがとうございます。続きまして名徳先生、一言、よろしく願います。

**名徳** 当院は、昭和20年代に建ったかなり古い病院です。ですから我々が入局した当時は、調剤業務以外何の業務もしていないといっても過言でないのが現状でした。そして、当時から常勤職員1人、非常勤職員3人が増員になったわけですが、この増員に関しましても外来処方箋枚数が、当時400枚前後であったのが、現在650枚でありますので、それに対する増員で、例えばDI業務をすとか、患者への情報提供をするなどというために増員していただいた人数ではありません。

我々はこういう情報提供活動をするのに対して、例えば、何か合理化したとか機械化したというようなことは一切行っておりません。古い施設ですので、製剤関係、例えば無菌製剤業務や、研究的な業務を何かしてあげたらとは思いますが、そういう施設ありません。当時、今から11～12年前、ちょうど16ビットのパソコンが普及し始めた頃だと思います。パソコンでしたら、机1個あればその上に乗せることができますので、これを使って何かできないかということで、DI業務に利用してきたわけです。

当時はパソコンを使ってのDI業務といいましても、患者さんへの情報提供というのはあまり考えていませんでした。例えば、医薬品集を作るためのデータベースとか、そのデータベースを利用して、DIニュースなどのいろいろな資料を作るというものでした。当院では、待ち時間が1時間ぐらいであり、患者さんは待っている時間が暇であろうというのが当然であると思います。ですから1枚もののパンフレット、当初は全然薬に関係のないこと、つまり私が洋蘭をつくっていたので、洋蘭の花を置きましてそれに関してその説明を書いた文章を窓口の横に置いたわけです。そうしましたらそれがかなり好評で、患者さんがそれを見て楽しんでいただいた、という経緯もありまして、患者さんへの情報提供をパンフレットを利用してやったらどうかということになりました。当初は、当然仕事が暇になったわけではありませんので、周りからのかなりの非難もありました。しかし、作るにあたって時間外でしたら何の問題もありませんので、薬局長の許可を取りまして、パンフレットを作り始め、今日で7年目になるわけです。何か始めようという気持ちがあれば

ば、完璧なものは別としまして何か形のものではできると考えて今までやってきたわけです。

**柳澤** どうもありがとうございました。続きまして岡野先生、一言、よろしくをお願いします。

**岡野** その苦労話ということですが、私どもの薬剤科というか、私が仕事を進める上で一つ重要視していることがございます。それは薬剤科として仕事を進める場合は、病院の仕事として認められるということが頭にあります。そのために「お薬手帳」、これはモデル事業の絡みだったこともありました。実際はその「お薬手帳」について、企画書というか民間の会社なんかでいうと企画書でしょう。A4の紙で4～5ページ、グラフ等を付けまして、書類を院に上げました。それで院の最高決定機関である運営会議というものがございまして、そこでゴー・サインをいただきまして、そこから始めるわけでございます。やはり院全体で薬剤科だけではなくて、医師とか各部門のメンバーを集めた委員会を構成して、そこで仕事を進めていく、あるいは進行管理をしていくという形をとりました。事務局が薬剤科でございまして。幹部連絡会や医師の集まりとかそういう所での説明は、院長か副院長、小委員会を作りました場合は委員長のドクターですね、そこの方から説明をして、そして事務局が説明を加えるという形をとっております。

したがって、あくまで病院の仕事であるということを中心掛けました。

そのあと処方控を発行するのは先生でございまして、ドクター向けにPRのパンフ、それは物量でもって、これでもかというぐらい撒きました。このような方法でもってやっております。ちなみに、当院、今年の7月から院外処方50%をやりました。7月14日から確か始めたと思えますが、7月14日初日の院外処方の発行率が50%でした。初日から50%です。これもやはり院でもって決めて、院内に小委員会を設けてそこで作業を進めました。そうしますと、先生方も、院の方針だから院外処方を書くというふうに変えてきます。薬剤科の仕事、例えば情報提供でいろんなことをされる例があるかと思えますが、私はそれが院の仕事の中に位置づけられたもの、それが必要なことではないかなという印象

を受けております。

**柳澤** どうもありがとうございました。以上で、先ほどのお話に追加していただきまして、ここまでやれたという内容が皆さんによくご理解いただけたと思います。これからそういったものを踏まえまして、フロアの皆様方からぜひ今までのお話について、もっと他の方法でしておられる場合、あるいは地域性等の問題で非常にこういうことで悩んでいると、そういった面の改善策とか、将来はこのようにした方がいいんじゃないかということで何かご意見がございましたらどうぞ挙手をお願いしたいと思います。

**A** ちょっと三点ほどお聞きしたいんですが、佐藤先生には、この5点業務をやっているかどうかがカットされたことがあるかどうか。もし他の病院の方でカットされているところがあるかどうかお聞きしたいと思うんです。

実は、うちの病院でもしようと思っていたんですが、全国的に神奈川県とかいっていただけでも、カットされていったん中止したという話をちょっと聞いたものですから、なぜそういうことが起きたのか聞きたかったのです。

それからあと岡野先生なんですが、この「お薬の手帳」、これはやはり5点は取られているのかどうかですね。それからあと、金額は1冊どのぐらいするものかお聞きしたいと思います。

それからあと、全体なんですけれども、その薬剤師法の、適正使用のための情報提供を行うことというふうなことで施行されるわけですが、これはさっきも高松高裁の話が出ていましたが、必ず副作用をやらなくて、訴えられることがあると思うんですね。そうすると、一体どこまで外来でやれるのかどうか、やらなければならないのかと、そういうところをちょっとお聞きしたいと思います。よろしくをお願いします。

**柳澤** それでは一番最初の質問で、カットされたかどうか、一応先ほどお話がありましたけど、佐藤先生、いかがでございましょう。そういうまず事務レベルからカットされたというお話がありましたでしょうか。

**佐藤** 今請求した分はこの4月から10月までですね。それについてのカットというのが全然う

ちの病院では聞いておりません。だから、請求した分だけはそのまま来ているということ。

ただカットとかというように、初めにさっきおっしゃったんですけれども、どこどこが始める前からカットされた、それはどのようなことなんでしょうか。始める前からカット…

A 実は、あれは医科の方に入っていますね。ドクターの方の処方料の中に入っているわけですね。そこいらのところが何か、その薬剤師がやっているのかどうか、そういうところが何か引っ掛かっているとかいうふうな話を聞いております。だからドクターがやはり伝えなければならないのではないかという。どこかで絡んでいけばいいんですね。先生のところではドクターが絡んでいますよね。絡んでいけばいいんじゃないかと思いますが、まるっきり印刷をして薬局でやっただけでは駄目なのかどうかというの、ちょっと聞きたかったなと思ったんですが。

佐藤 一応医師からの薬剤情報提供をしてくださいといって、「その患者さんにはいたしました」という指示がカルテに全部記載されているというのが、一応一つのポイントというか、それが必ずなければいけない。それがあつた上で、あとは誰がしても、別に薬剤師ともいっていません。もちろんナースともいっていませんが、医師でも結構ですし、そういう形であれば、カットというのは全然ないのではないかと思います。

柳澤 どうもありがとうございました。次、岡野先生、質問ございましたその手帳で5点の点数の関係と、それから1冊がこれおいくらするかということです。

岡野 手帳の絡みで5点ですね、その算定はしておりません。今、佐藤先生の方からお話がありました、この5点が医科に課せられた点数であると。それからこの5点業務、確かに私ども薬剤師が一番薬に密接しているからやっている例が多いわけなのですが、本来の趣旨からすると、医師、一般的にいうと開業医さんですね。そこからの処方が情報公開されていないと、そういう趣旨が根底にございますので、私どもとしては、先ほどもいいましたが、院でもってやるんだということであれば別ですが、私どもの方から5点のために手を挙げてやりましょうということとはござい

せん。

それから価格の方ですが、1部300円でございます。ただこれは、厚生省のモデル事業でございます。ただこれは、一応官費で出ておりますので、今後この負担がどうなるかということがございます。これにつきましては、厚生省の方で研究班をご存じかと思いますが、そこでもって薬剤師会と協調してやって、部数が安くなれば、1部50円だとかその程度でできるというふうにお話は聞いております。

A 私の考えだと、市町村でそういうのを配ったらいかなという感じも。民間の病院だと、その資金源で非常に難しいかなというふうな感じがしたものですからちょっと。ありがとうございます。

柳澤 それでは3番目のご質問に入らせていただきます。先ほどから、お3人の先生、それぞれのご説明の中にもあつたと思うんですが、もう一度、今いただきましたご質問の、いわゆる情報伝達の範囲の義務化、どの程度、先生方今までされて、やり方のニュアンスもあろうかと思いますが、どうぞ今までのケースでお答えいただきたいと思います。まず佐藤先生から順番に。

佐藤 今おっしゃっていた情報伝達の中の副作用の件ですね。現実の今の状況の中で、患者さんが副作用の情報をそんなに必要としているかというふうなことを考えますと、それは、私の実感としては、そんなに必要としていないと。逆に副作用の一覧みたいなものとか、あるいはこんな副作用とこんな副作用とこんな副作用とこんな副作用と、ポイント3つぐらいを患者さんにいって、そういう状況が現れましたらどうぞすぐに主治医なりあるいは薬剤師にでもおっしゃってくださいみたいなことを伝えますと、患者さんは飲むのをやめてしまう。そういうことの方が多かった経験がありますので、患者さんの方からすれば、副作用をどこまでいってもらいたいとか、いう必要があるかという問題について、現実の医療の中では、あまり副作用は、本当はいわない方がどうか、そう取り立てていわない方がいいんじゃないかという実感を持っております。

ただ、先ほどいった薬剤師法の関係で、それをいわなかった云々で医療事故が起こった場合に、

じゃあどうだったんだというようなこと、そこまで大きく考えますと、来年の春から、じゃあうちはどうしようかということでもまだ決めてはおりませんが、それは薬剤師だけでなく、院内全部の問題として義務化されたときに、薬剤師は患者さんを見たときにはこんなふうには思いますが、院内としてはどうしようという部分を提案させていただいて、院として、「とにかくどういおうと義務を果たさなければいけないのであるから副作用の一覧表を渡そう」という決定にでもなれば、それはそれで渡しますし、「薬剤師の判断でやってください」というところで院の方が了解していただければ、今のやり方、このようなやり方で、患者さんが、先ほどもいいましたように要求、その患者さんが何を要求しているかなというのは、それぞれの薬剤師がその患者さんと話す時のいろんな雰囲気からは体得できるものだと思いますのでその範囲でやりたいと、そういうふうに思っております。

**柳澤** では、名徳先生も一言お願いいたします。

**名徳** この問題は我々にとっても非常に難しい問題だと思います。ただ、情報提供、例えば民事訴訟を考えますと、患者さんにすべての情報を伝えなくてはなりません。メーカー側がPL法から逃れるために添付文書に情報をすべて記載するのと同じように、薬剤師も処方された薬の情報をすべて記載したものを患者さんに配るなどという方法を用いなくてはなりません。しかし、それを行うとなれば「薬のしおり」などをそのまま付けて渡すという形になりますし、そうすると薬剤師とはいったい何なのか、ただメーカー製作の患者向け添付文書を渡すだけになるのではないかということになってくると思います。

ですから、私自身、「薬のしおり」などの患者向け添付文書を将来考えなくてはならないとは思いますが、やはり口頭で患者さんに説明してその一助として患者向け添付文書をお配りするか、口頭で説明した情報を忘れたときに再びお配りした添付文書を見るような形をとるのがよいと考えます。現時点において、我々が考えているのは、例えば副作用に眠気のあるようなお薬で、「自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないよ

う注意すること」という記載のある薬があります。このような薬は、情報を提供しないと重大な事故に遭う可能性が高くなってきますので、我々の施設では今まで何もこのような対策を行っておりませんでしたので、このような指示をしていったらどうかと考えております。また、「重大な副作用」がおこる前兆などを今後添付文書に記載していくというお話をメーカーから聞いたことがあるんですが、そのような記載がおこなわれましたら、口頭なり文書で患者さんに何らかの形で提供できたらいいなと考えております。

**柳澤** どうもありがとうございます。岡野先生も一言お願いします。

**岡野** 私どもの病院で、その副作用等について独自に作っている分は若干ありますが大々的にやっているわけではございません。薬剤師法が改正になりまして、情報提供を義務化されるということですので、どの程度副作用、100%伝えますと膨大な紙の量と情報量で患者さんがわからなくなってしまいます。また私どもの病院は高齢者でございますので、非常に理解力が落ちております。そういう点を考えまして、どの程度まで副作用をお知らせしなければいけないかなというのは、これは薬剤科だけではなくてドクターも含めまして検討していかなければならないかなと捉えております。

それで、各メーカーさん、いろいろしおりとかパンフレットの類が出ております。しかし今先生が前におっしゃいましたけれど、それをただやるだけではやはり受渡しだけの仕事になってしまいますので、そこをいかに患者さんにわかりやすく、翻訳して渡すかというのが私たちの役目ではないかなというふうに捉えております。

**柳澤** どうもありがとうございます。ご質問、それでよろしいでしょうか。

**A** ちょっといいですか。実は東京都の某病院で、ペースメーカーを入れた患者さんがワーファリンを飲んでいて、肺の方をレントゲン撮ったら陰影があったので、これは結核だということでリファンピシンを飲みました。これの相互作用というのが慎重投与になっているわけですね。そういたしますと、そこで患者さんは脳梗塞を起こしてしまったということがあるんですね。この間、

1,2カ月前だと思うんですが、そういうことが起きますと、そこまで患者さんにやっぱり薬剤師は伝えるべきなのかどうかという非常に疑問を感じたものですからそういうふうなことをちょっと聞きました。ありがとうございます。

**柳澤** どうもありがとうございます。他にどなたかご質問ございませんでしょうか。

**B** 平成9年の4月から薬剤情報提供が義務づけられる、それに対して点数のアップはあるのでしょうか。それから、薬剤業務ではなくて、4月1日から、この薬剤提供の他に新しく実施されるものがあれば教えていただきたいです。

**柳澤** その2点ですね。非常にこれは微妙な問題で、ここの席で応えできるかどうかちょっとわからないのですが、可能性をということではちょっと3人の先生方から、今までの苦勞で、果して見てもらえるかどうか、ちょっと想像で結構でございますので、佐藤先生、どのようにお考えか。増やしていただきたいというのは、これは誰でも皆一緒の考えでございます。その苦勞との関係がありますのでね。岡野先生、どうぞ。

**岡野** 私としても、はっきりいってわからないのでございます。ただ、この薬剤師がその情報提供をする義務があるということは薬剤師法の規定でありまして、これは厚生省の所管からしますと、保険の点数と全く関係のないところでやっているということをまず認識する必要があると思うのです。

これが全く同じところから出ていけば、それなりに点数アップ、あるいは若干他の部分を減らすとかということ、結局保険点数というのは、総枠の中でもっての取り合いでございますので、若干どこかの部分が減るかなということになります。この場合は、全く所管が違ふところでもって挙げておりますので、情報提供の評価は、どうなるのですかね、後になるのですかね。

それからこれは、我々薬剤師といいますと病院だけの薬剤師さんを意味しておりますが、薬事法の薬剤師さんというのは、病院の薬剤師さんというのはほんの一握りでございます。町の薬局の薬剤師さん、これを念頭に入れておりますので、そのことを十分ご理解しないとちょっと対応が難

しいのではないかとこのように思っております。

**柳澤** どうもありがとうございます。司会の方からいうのはおかしいかと存じますが、いずれはアップは可能だろうとは思いますが、ですけれどもこれは、先ほどからお話がありましたように、その評価が出てからだと思います。その評価というのは、薬剤師が評価するのではなく、この提供を受けられた患者さん、あるいは国民、このへんのいわゆる患者サービスとしての位置づけが確立されれば、社会的支援が得られると思います。

ただ薬剤師業務だけでつけれ、つけれといっても、これは今の状況は非常に難しい状況ではないかなと思っております。

もう一つの方は、もうお聞きするよりも時間の関係で略しますけれども、何か他に薬剤師の点数がつくものはないかということでございます。これは、日本病院薬剤師会の方と、それから日本薬剤師会の方で、病院の先生だけではなくに開局の先生も含めまして、いろんな方法で、病院の薬剤師にもこういう点をどうだろうと、開局の先生にもこういう点数はどうだろうと、今話し合いをしてくださっておりますので、恐らく薬価差益はだんだんなくなっていくと思っております。

それでまた今何がつかうかというのは、ちょっと私も想像つきませんが、患者サービスとして患者さんに受けられるものであれば、これはアップするものが増えてまいります。これは私の想像で申し訳ございませんが、よろしいでしょうか。

**B** 点数だけではなくて、4月1日から実施される、そういう薬剤師法の変更されたものはどういふものがあるか知りたいです。この薬剤情報提供に対して新しい義務だけられたということだけが変わったのではないですよ。他にももっと変わったことはないのでしょうか。

**柳澤** ちょっとそういえば岡野先生が最初のところでスライドを出していただきましたので、岡野先生、ちょっと簡単に概略だけお願いします。変更時点で4月から変わるあれですね。

**岡野** 薬剤師法の改正の部分は、先ほどスライドにありましたけれど、その部分だけの改正でございます。ただ薬事法の方では、例えば治験のところが変わるとかいろいろ変わっておりますが、薬剤師法に関してはこの部分だけでございます。



ですから逆にいえば、薬剤師のその目的というか業務、きちっと足かせというか範囲というか目的がきちっと決められたというふうに捉えた方がよろしいかと思えます。

**C** 佐藤先生と重なってしまいますが三点お聞きしたいと思います。まず一点目、薬にはいろんな作用がありまして、降圧剤もしくは心不全の薬とか、先生が意図する薬効を薬剤師が適切に患者に説明するとき、それは降圧剤の作用としての目的か、それとも他の薬効としての意図するところか、それをどういうふうに分けられているのかですね。

それと、先生の冊子になるんですが、小児用バファリンが血栓予防ということで載っているんですが、それは適用に載っていないですね。だから適用が載っていない医薬品をこういうふうな公文書で載せて患者さんに渡すのが、それが適切かどうかということ。その二点で結構です。お願いします。

**柳澤** 佐藤先生、お願いします。

**佐藤** まず最初の降圧剤なのか心不全に使っているのかというような場合ですね。一覧のうちのマスターの方には、両方書いてある薬剤もあります。それで、それについて薬剤師がどういうふうに判断するかという場合に、他の併用薬とかあるいはその患者さんのことをよく知っている薬剤師、いわゆる個人的にその病態をよく知っている薬剤師の場合、例えばこれはもう降圧だけに使っているとはっきりしている場合は心不全の方を消すとかいう形で使っております。こういうようなものにもこういうようなものにも使えまして、2点書いてあることによって患者さんが戸惑うケースがありますので、窓口でちょっと患者さんとお話するとき、血圧が高いでしょうか。あと、ちょっと心臓とか何か疾患はございますかというようなご質問をして、「いえ、別に心臓なんかどこも悪くないですよ」といわれることがありますね。そうしたら、「実はここにちょっと2点ほど、高血圧、心疾患と書いてありますが、そういうことにもお使いいただく薬ですけれども、じゃああなたの場合は高血圧の方にだけということを使っておりますので、ちょっとこちらは消しておきます

ね」というふうにいいながら消して説明するということはあります。

だから、わざわざドクターに、どちらに使用していらっしゃるかとかそういう問い合わせはないし、両方に使用していらっしゃることもある。できるだけ患者さんにちょっとお話をしながら、状況を聞きながらという形でやったりしております。

次の血栓予防、小児用バファリンですが、もちろんうちは小児科がございませんし、小児用バファリンを使っているのは、今のところ血栓予防しか使っていないんです。適応はないですけれども、これは患者さんへの情報ですので、レセプトの請求というわけではございませんし、確かに公文書ではありますが、患者さんが自分の情報としてこの薬を自分にどういうふうに使っているのかというのを知るための情報ですので、これが法的に問われるとかいうふうには考えておりませんので、患者さんに一番理解していただけるというんですか、この薬は適用は実は解熱鎮痛ですけどとか、そんなふうに先にいってしまったりとかそういうものを公文書に載せると、非常にわかりにくくなるというふうには解釈しております。

**C** 医薬品情報の中でこの間、私どもでも今準備をしているんですが、一番やっぱり問題になるのは抗ガン剤だろうと思います。抗ガン剤で、ガンの告知をされている場合は、腫瘍の薬とかいう形ではいいと思うんですが、例えば肝臓癌でしたら、ドクターは肝臓の薬というような説明をされている場合もありましょうし、それから、胃癌の場合にはいろんな表現をされている場合があると思うんです。それをそのとおりに仮に記載して渡した場合、後で、いわゆる偽りの情報を残したというような形で問題にならないだろうかということが、私どもの病院でも今論議されているところなんです。そのへんについて、今までやっておられて、どういうふうにお考えになるのかちょっとお伺いしたいんですが。

**柳澤** 岡野先生の方からお願いいたします。

**岡野** 私どもの病院は、先ほど冒頭にご案内いたしましたですが、インフォームド・コンセント、これを重視しておりますので、原則として、ガンの告知をしております。それで、実際問題抗ガン

剤の入った処方箋の控が出されてきます。薬剤科の窓口で説明をするわけなのですが、一応、他の薬剤については全部名前と説明をしますけれど、抗ガン剤とあと精神科の領域のものについては、一応ドクターに、「告知されていますか」というふうの確認をとっています。それで大体の患者さんが告知をしているので構わないということで説明をしております。中には、年寄りなものですから、家族の方にいいましたら、本人がもう忘れていたからいわないでくれという例もありましたが、いずれにせよやっております。

**柳澤** 佐藤先生、どうですか。そのへんの。抗ガン剤の経験ございましたでしょう。

**佐藤** 抗ガン剤についてですが、うちは再発予防、ほとんど再発予防の効能という形で患者さんに情報を提供しているんです。だから、胃癌なんだけど、ただ単に、例えば潰瘍と偽ったような書き方とかそういう形は一切していない。やっぱり先ほどおっしゃったように、ガンというものを違う病名に置き換えるような、薬剤の情報の中でもそういうことを感じさせるような情報はよくないと思いますし、もちろんドクターがほとんど再発予防をお願いしますとか、免疫を高めるといような形。確かに抗ガン作用ですけども、その中の作用には免疫を高めて抗ガン作用を示すものとか、いわゆる癌細胞に直接何か闘うものと2つありますし、差し支えないのではないかと。

**C** そういうふうには再発予防と説明されていればいいんですけど、そういうふうにはされていない症例もあると思うんですよ。ドクターの場合ですよ。そういう再発予防という症例を出してもらっているところもあります。そういう説明を当然やっている場合もあります。ですが、そういうっていない場合がありますね。早期ガンであればいいですが、末期ガンで、後わずかというような場合に。あるいは潰瘍というような薬でいっておられる場合もあるというのをお聞きしているんです、私どもの病院では。そういう場合に、潰瘍の薬という説明をされている場合に、患者に説明する場合に、「潰瘍の薬です」という形で出しますよね。後でそれが問題にならないかなということの質問なんです。

**佐藤** ドクターが潰瘍の薬と説明されている

場合に、文書、うちはもちろんマスターからとっているわけですから、マスターにそういうようなものは入れていませんから、そこは手書きでする形になりますね。それで、ドクターはこの方に胃潰瘍の薬ですというふうに説明してくださいとおっしゃった場合には、そこには一応余白というんですか、何も入っていませんので、というかそこを抜きますので、その部分については、その時の判断によりますが、潰瘍の薬と書くこともありますが、できるだけ書かない、口頭で、この薬は潰瘍という形で使っているんですよというふうな形で、そういう時はできるだけ口頭で逃げる、といったらおかしいですけど、説明はしますけどそういうふうにはしていることです。

**柳澤** どうもありがとうございました。まだまだあろうかと思いますが、時間も迫ってまいりましたので、このへんでちょっとまとめの方に入っていきたいと思います。また、いろいろご質問用紙を前もって皆さんからいただいております。大体それを今日のシンポジウムで答えていただいておりますが、今後もし何かございましたら講師の先生のところへお電話なりお手紙をいただければ、またお答えいただけるのではないかなと思います。

ここでひとつ大事な点を復習しておきたいと思います。確かに法律は薬事法あるいは薬剤師法で説明の義務は出ます。ですけれども、今日お集まりの病院に勤めております私たちは、病院のチーム医療の一員でございます。ですから、薬剤師だけがいい切って、患者さんに全部せねばならないということではないと思います。いわゆるお医者さんも看護婦さんも薬剤師も一緒になって、これは薬剤師として当然、あるいは薬剤師にやって欲しいと、そういう結果が出たときはもう当然これは薬剤師が第一線に出て説明せねばいけないと思います。

私の個人的な経験ですけども、ドクターは、「自分でやるよ」という先生もおります。といいますのは、これをやるのに私の病院の全部の先生に私は当たりました。そしたら、お医者さんの考え方は皆それぞれでございます。「もうすべて任しておくよ」というお医者さんから、「いや、駄目だ」という先生から、「その内容によってする」と。皆

さんのお手元にちょっと病院の名前無しで今日会場でお配りさせていただきましたのは、今日お話にあったようなことも入れまして私のところの取り決め事項でございます。一応それは、ある一病院の取り決め事項ですので、皆さん全部合うとは限りません。

その裏には、今日先ほどのお話にありましたように、私のところでは全ドクター、全看護婦、それから医事課全員、庶務課から会計から、要するに病院のパートでない者は全部それを知った上でやっております。そこに書いてありますのは、先ほどから出ておりましたような医科の保険点数ですので、あくまでもお医者さんに書いていただくという大前提でやっておりますが、実際は90何パーセント全部薬剤師にまかされているというのが現状でございます。

そこで考えねばならないのは、私たち、いろいろとこの2日間勉強してまいりましたが、やはり今、入院患者に1回450点がついている、病院にありますので必ず入院患者さんがおられます。やはりその病棟業務での患者さん対応を、いわゆる患者サービスの技術を、先ほど岡野先生がお話しくださいましたが、指導するのではなしに、逆に、

患者さんから教えていただくと、その教えていただいたことが忙しい外来患者さんにも今度はわずかな短い時間に、外来で応用できるのではないかなと思います。それは殺到する外来の患者さんに、急にこの4月から説明、説明という義務を課せられたら、これは絶対実現不可能だろうと思えます。都会でやっておられる病院、それから地方ではるか何十キロから患者さんが通ってこられる病院、それぞれに対して、その地域のニーズに合った薬剤師として、その病院に合った薬剤師として、これが私たちに課せられたこの情報提供ではないかなと思っております。

座長として勝手に申した次第でございますが、これもまあ、そういう考えもあるのではないかなということでご同感あり、あるいは反対意見等あるかと思いますが、ぜひ明日からの業務にご利用いただき、この2日間の勉強を最後のこの情報提供というシンポジウムで締めさせていただきたいと思えます。

シンポジストになっていただきましたお3人の先生、本当にどうもありがとうございました。会場の皆さん、ご協力ありがとうございました。

日本病院会臨床予防医学委員会編

〈保健叢書〉

## わかりやすい 肝臓のはなし

- ・臨床予防医学の見地から
- ・人間ドック受診者の参考書として
- ・患者さんの診療のお手伝いの書として

お申込はFAX・はがきにて

定価1部500円(税込) 送料別  
(会員売店への卸価は1部400円(税込・送料別))  
(ただし、50部以上)

〒102 東京都千代田区一番町13-2  
株式会社 日本病院共済会  
TEL 03-3264-9888 FAX 03-3222-0016

特別講演

# 病院図書室の役割

—これまでとこれから—

亀田総合病院  
診療統括副院長 牧野永城

平成8年10月・横浜市

皆さん、こんにちは。私は決して図書室の専門家でもなんでもないんです。私はユーザーなんです。医者になって以来、ずっと図書館のお陰になりっぱなしという方で、使わせてはもらったんですけども、図書館を自分で運営したことはないものですから、決して専門家じゃないんですね。ただ図書室、特に病院図書室に関しては昔からとっていいんでしょうね、関心が非常に強かったんです。大学を卒業して大学病院にも6、7年おったわけですが、東北大学なんです、そこにも比較的好い図書館があったんです。まあ大学の研究生生活なんていうのは文献探しの生活ですから、それで大抵の文献があったし、それから探し出してくれたし、取り寄せてくれたし、非常にありがたかったこと、それから古色蒼然とした図書館でしたが、天井が高くて、ヨーロッパに行くにああいう図書館ばかりですね。非常に雰囲気がかだだった、内装なんかもクラシックで、あそこに行くときに本当に気持ちがぐっと静まったものでした。その司書の人は男の人でしたが、非常によく世話をしてくれる人で、親切な人でした。まあ大学ですから、医局に分散されて図書がかなりあったわけですが、中央図書館というのはさずがに入って雰囲気が違っていましたね。

まあそんな意識があったんですが、あその図書館はわりと図書が、特に雑誌が揃っていたんですが、それは当時の小児科の教授に佐藤彰教授という方がいらして、その人が図書館関係のことを充実させることに非常に熱意を持っていた人で、それで東北ジャーナル・オブ・エクスペリメンタル・メディシンという、英語での雑誌があるんですが、これを世界中のいろんな国に送って、それ

で相手側から貰うわけですね。無償交換ですよ。その恰好でたくさん図書を集めておられた。あの佐藤先生のお陰でうんとあの病院は整備されたんです。これはどこの図書館でも、それから病院図書室もそうじゃないんでしょうか。誰かそういうふうな熱意を持っている医者がいるとしないで、僕はその整い方がだいぶ違ってくると思いますね。そんな印象が大学の図書館にはありました。

それからアメリカに行って、7年半向こうにいて、レジデントのトレーニングを一般外科から胸部外科からずっと受けたわけですが、その間4つの病院をその専門が変わる度に歩きました。そしてその4つの病院全部図書室の厄介になったわけです。その図書室がそれぞれに面白かった。まあその中で特に印象に残る図書室は当時ハーバー病院というレジデント教育では投票すると全国五指の中に必ず入った病院でしたが、その病院の図書室というのは好きでしたね。そこはなにかという入りたくなるんですよ。

大体その頃聞いたことでしたが、図書室というのはなるべくなら医者の交通の一番激しいところに作った方がいい、それで医者がよく歩くところに作って、医者がひょいと用事がなくても立ち寄るといふふうな気分にはさせるところがいいんだというふうな、まあこれは本当かどうか知りませんがね。それでそのハーバー病院というはお昼ご飯なんかを食べた後でも、廊下を歩いていくと、ちょっと寄ろうかなという感じになっちゃうんですね。そこは非常に静かだったし、それから司書の人たち4人ぐらいおりましたが、みんなガラスで仕切られたキュービクでちゃんと別なところにおって、ただ閲覧室から図書室を利用する人たち

のことは一望に見える場所においてありましたが、その人たちが打つタイプの音は絶対に聞こえないようになっていました。僕らが行って本なんかを探していると、苦勞して探しているナということがわかると、すっと出てきて手伝ってくれるんですね。それからあの病院は非常に図書室が親切にできていて、たとえば非常にポピュラーな、みんなが借りる頻度の高い雑誌なんかは、2部とか3部とか置いてありました。アナルズオブサージェリーなんていうのは3部置いてありましたね。

疲れたら隣の部屋にタイムダライフだというような雑誌が置いてあって、そして場合によってはコーヒーも飲めるようになってましたね。そんなふうな図書室で、最もその図書室で僕は好きだったというか、真夜中でもいつ行っても電気がついて誰かいるんですよ。電気がついている。そうですね、2時3時頃行っても、まあアメリカの病院ですから夜中は本当に救急室だ何だとみんな働いていますよね。それで図書室にも人がいて本を読んでいる。あの雰囲気は本当に好きでした。

それからあとはいろんな病院を見ましたが、そういう病院であると同時に、一方、ある病院は図書が非常にきれいに保存されていて、そしてきれいに整理されていて、そして床なんかもチリ一つないという感じのきれいな図書室でした。その司書の人はカソリックの病院でしたので尼さんでしたね。尼さんの恰好をして、それがちょっと怖い顔をしていて、驚のような目をしていて、その人が図書の管理に非常にうるさいものですから、それで借りる人が今度はなかなか寄らなくなったんですね。だから行っても人がいないんですよ。ただその図書室はきれいなんです。だからあの図書室は人形のようにきれいだけれども生きてないんですね。死んでいる図書室なんです。だから僕は2.3%ぐらいの本が紛失したって、たくさん人が入る図書室の方が立派だと思っただけなんです。紛失を恐れて管理を厳重にしちゃって、鍵なんかもちっとかけているものだから、今度は人が入ってこないんです。そういう病院もありました。

あとこっちに帰ってきてからも何度もアメリカに行く機会があって、今でもしょっちゅう行きますが、行く度に機会があると行って見えました。

ミシガン大学の図書館なんていうのも実に素晴らしかったし、あそこで東北ジャーナルの話ちょっとしたら彼はパッと持ってきて見せてくれました。そして彼は知ってたんですよ。東北ジャーナル・オブ・エキスペリメンタル・メディシンという名前を。それから印象に残るのはメイヨークリニックなんですけど、あそこはたしか僕が行った頃は図書館が2棟か3棟かあるんですね。実に大きい。その図書館長をやっている人はトーマス・キースという人で、この人が聖路加とかなり関係の深い人で、私どもが行くと本当に歓迎してくれて、歓迎パーティを開いてくれたりしてくれましたが、その人から当時のメイヨーの図書館のことをいろいろと聞きました。もう何十年も前の話ですよ。

その図書館では夜中にあそこのファックスがコトコトコトコトと一晩中動いているんです。そして全国のどこからか文献が送られてきている。そのことにもちょっと驚きましたが、さらにその何年か後に行って、ワシントン州のベセスダのNIHに行くと、あそこの図書館に行った時に初めてオンラインにお目にかかって、そして試しにドクター何か調べたい言葉があったら行ってご覧というから、咄嗟に何だかわかりませんでしたけど、まあそれじゃあホスピタルインフェクションというのを調べてちょうだいといったら、ちょっと多すぎてそれは大変だということから、じゃあ過去2年ということにしてちょっと調べてみてといったら、カタカタカタと目の前にその文献が出始めたんですね。もうそれが30年ぐらい前かな。とにかくそんな昔ですから驚きましたね。

それで当時聖路加で僕は外科部長をやっている、足立さんがまだおって、その話をし、そして僕がその当時の院長に食い下がった。まだ40前後ですから、そんなに威張れる身分でもなかったんですが、院長に食い下がって食い下がって、そしてとうとうあのオンラインを入れたんですよ。その時はジョイスだった。そして民間で最初の病院だったと思います。大学も慶応が最初だったかな。

そんなこともありましたが、図書館については振り返ってみると、いろんなことが走馬灯のように出てくるんですね。それから聖路加に来まして



からもほとんどずっと図書委員は努めたと思います。聖路加を定年で辞めて、それから2、3年たってから亀田に行って手伝うようになったわけなのですが、亀田の悪口をいってもいいのかな。亀田病院の図書室は大したことなかったんですね。それで亀田に行く前のことだけど、質研のサーベイで行った時に、この病院にしちゃあどうも貧弱だなと思ったものですから、評価でかなり酷評を書いたんじゃないかな。それであそここの病院でちょっと憤然として、予算をあの時いくらに上げたのか、とにかく一挙に1,000万円かなんかに上げたんですよ。それで僕が行った頃には予算は1,000万円、今でも毎年1,200万円使っているんじゃないかな。それで急激に整備中というところですね。

それで私は質に関する研究会はずっと最初からやっておりますし、いま日本医療評価機構でいくつかの病院を回って、全部で35、6の病院を今まで回ったと思うんですね。ご存じのようにあの病院はみんな手上げ方式ですから、やっぱり自分のところに自信のありそうな病院が手を上げるんですね。見てくれとあって。だから、わりと自信のある病院ばかり見たんでしょうから、その病院をもって日本全国の評価にはならないと思うんですが、それでもその30いくつかの病院における図書室はピンからキリですね。いろんなものがそうなのですが、今日は図書室に限ってお話ししましょう。

図書室を見るといいところと悪いところの差がちょっと激しいんですね。とかく病院図書室というのは不採算部門なものですから経営に夢中になっている経営者、いま病院長はみんなお金のことで目の色を変えていますね。その時代に何が病院図書室かという気持ちの人たちがいるわけです。それで中にはもうスペースが足りないから、図書室をつぶしてそっちに使えとか、図書室がいつの間にか事務の人たちが会議に使う会議室になっちゃったりというふうな現象があっちこちの病院で見られているんです。あれはやっぱり管理者の認識の差なんでしょうが、アメリカにはそういう現象は全くないんですね。やっぱり第三者評価というのがもう定着していて、あれを通らないと病院の資格がちょっととれないようなもので

すから、みんな図書室をないがしろにするわけにはいかないわけです。ですから内容が均質化されている。そういうことが日本には今までなかったものですから、意識の高い管理者がおればきちっと整備されると思います。僕は日本の病院の悪口をいってるんじゃないですよ、日本の病院にもいい図書室がいくらかあるということはよくわかったんです、僕は回って歩きながら。本当に見事にやっておられる病院がいくつもある。

と同時に、今度はどうしたんだろうと思うぐらい、また本当に図書室なんてない病院がずいぶんあるんですね。図書室がないんですよ。だからピンからキリですよ。予算もゼロから1,200万円までですよ。そんなふうに違う。図書室だけじゃない、いろんなスタンダード項目で評価して歩くわけなんです、いろんなスタンダードに関してみんな同じことがいえるんです。上下の違いが激しい。これが日本の特徴でしょうね。これは第三者評価が定着すれば僕はだんだん均質化というのは起こってくるんじゃないかと思うんです。

じゃあ本題に入りましょう。それではスライドをちょっと見ていただきます(略)。これまでとこれからというのは、僕はこれからの図書室がどうなるかということにははっきりした展望を持っているわけではないんですが、これからは違ってくるぞという意識だけはどうしても拭いきれないんですね。それでこういう題にしたんですが。

図書館の歴史、皆さん古代エジプトに図書館があったのをご存じですか。それからアレキサンドリア時代、ギリシャの次の時代のアレキサンドリアの時代というのは、ナイル川の三角地帯、ギリシャの文化がみんな集められた。その時に図書館というのはできているんです。博物館もその時にできているんです。昔から図書館というのは知識を記録に残したものを集めておく場所だった。現在でもそうなのですが、これからインターネットでどういうふうに変わってきますか、まあそういうことで図書室というのは文化にとって非常に大切なものであったんです。

それで日本医療評価機構でももちろん病院の評価に図書室の評価を抜きしちゃういけないということで入っているわけですが、この日本医療評価機構のスタンダードの水準というのは、質研のス

スタンダードがほとんど移行しているんですが、質研のスタンダードはちょっと高すぎてついていけない人がたくさんあるから、もう少し程度を落とそうというわけで、意図的に落としてあるんですね。ですからこの日本医療評価機構の水準を満たせば、うちは立派なんだと思ってもらっちゃあ困るんです。これはかなり低い水準だと思ってください。というのは図書室もない病院がまだたくさんあるんですから。だからそこをどうやって引き上げるかということからこういう水準は出てくるので、この医療評価機構で尋ねていることは、**管理責任者がいるかどうか**。いないところがあるんですね。図書室もないところがあるんですから、管理者なんかいないところも当然ある。

医療評価機構の採点はいるかいないかだけで、いさえすればいいんです。そのいる人はドクターでも誰でもいいんです。誰か管理責任者と名前のつく人がおればいい。まあそんなのは大抵の図書室はいるんじゃないですか。それから各種医療専門雑誌が揃っているか、これもたとえば内科に関しては何と何と何があるかとかという特定なものじゃなくて、ちょっと見て、ああ内科もある、外科もあるというふうな感じの評定の仕方なんです。まだまだレベルは低いんです。

それから**定期的な図書の情報**、これは図書ニュースみたいなものを病院中に配っているかどうかとか、そういう質問がただ出るだけです。それから**中央管理**というのは一応評価の対象になっている。ただ、大きい病院では分散管理の方が便利な場合もあるわけですね。それから図書室が非常に遠い場所にあるとか、そういう場合に非常に不便な場合があったりするということなどで、分散でもっているところでも、その管理が中央でちゃんと把握できていれば、どこの科に何という雑誌がいつてるとか、管理され把握されていればそれでよろしいというふうな考えでこれは評点が出されています。それから**分類整理**も、これはどんな分類を使ってもよろしい、自己流で結構、とにかく分類していればいいというふうな程度なんです。

それから**文献検索**、これも一応入っています。これはやっぱり文献検索の便のある病院というのは半分なかったんじゃないかしらね。それから**閱**

**覧の場所**、これも病院によって様々でしたが、本当にプライバシーを重んじて、静かな環境でというふうなところまできちっと見て、そういう環境を設けている病院と、そうでなくてただ机と椅子が並べてある、そういう閲覧場所もありますし、その質の差がいろいろあるんですが、まあ医療評価機構では閲覧場所があるかないかということだけを評価している、そういうことですね。

**質に関する研究会**になりますと、もう少し質問のレベルが高いというか、**和洋雑誌のタイトル数**はいくつあるか、大体聞く。しかしいくつかなければならぬというような標準までは作っていない。それから単行書と雑誌の数はいま何冊、何種類あるというふうなこと、それから**専任の司書**がいるかないかということ、これも一応質問事項に入っています。いま資格をもった司書の人を要求するのは、日本ではちょっとまだ無理なようです。だいぶ増えてはきているようですが、それでも司書に準ずる人でもわりと詳しく経験を積んでできるようになった人ならそれも専従の司書として認めようというようなことになっているわけです。

それからその**図書室には年度計画**ができているかどうかが、それからそこには**毎年予算**がたてられているかどうか、こういうこともチェックします。それから**分類法**はどんな分類をやっているのか。それから**文献検索用の機器**にはどんなものが入っているか。それからそういうサービスをやっているかどうか。**年次統計**もこれはちょっと利用者の統計というのは必ずしも正確なもの得られないものなんです。おおよその数を出している病院はいくつもある、そういうものでもとにかく記録したものがあれば、それを評価するというような恰好になっています。

それから**利用時間**、これもかなりの病院が24時間オープンになってきたようですね。亀田でも24時間オープンでやっています。これをやってから2年ぐらい経つんですが、当初亀田病院に実はアメリカ人でアメリカの病院管理学のタイトルをとっている人、アメリカの海軍病院を定年で終わってから来て、病院管理の方を手伝っている男がいるんですが、この人なんかと激論になったんですが、僕は24時間オープンにしよう、院長は大

賛成だ、やろう。ところがそのアメリカ人の彼氏が強く反対した。そんなことをやったら本が盗まれるというわけです。1%2%本がなくなったって図書室はしょうがないんだ、そのぐらいのことは覚悟でやろうじゃないか、それから昼は忙しくて図書室に来れない人だっていっぱいいるんだから、夜中に来て勉強したい人だっているんだから、これは絶対にやろうというので、多数決で決めまして、それで24時間オープン制をやったんですよ。

そうしたらほとんど本が盗まれないですね。彼氏はびっくりしましてね。日本人というのはあんまり心配いらぬですね。アメリカの場合には、場所によってなんです、中部あたりのグットオールドデイズというか、昔のいいアメリカの雰囲気を残している場所では盗まれるものというのはほとんどないそうですが、ニューヨークだ、ロサンゼルスだ、東海岸、西海岸に行くともう盗まれるのが当たり前になっちゃっている。だから図書室なんかも厳重に管理しないとすぐに本がなくなってしまうというんですね。

まあそういうことで24時間オープンにしてある。でも本来ならば電子ロックというか、カードか何かを使って、そして職員の番号その他をちゃんと認知するような今はロックのシステムがあるから、それを使って出入りできるようにすればよろしいんでしょね。北海道のある病院なんかはそれはきちっとやっておられた。うちもそれをやろうとって、いま盛んに討議しているところですが、だいぶ予算がかかるものですから、ちょっと遅れています、まあそのうちやるでしょう。さっき悪口をいいましたが、亀田の図書室も今ではだいぶ良くなりましたね。

JCAHO、アメリカの病院サーベイですね。これは1994年にサーベイの考えがかなり変わったんですね。リングの中から悪いリングを探し出すというのがサーベイじゃない。弱点をつつくというか、我々はそういう仕事をやっているんじゃない。仕事の目的はその病院を良くすることなんだから、現在よりも来年また良くなればいい。来年より再来年にまたさらに向上すればいい、そういうことを目的に我々の評価というのは使うべきであって、人のあら捜しが我々の仕事であってはな

らないという考え方の大きなチェンジがあって、そしてQ I、クオリティ・インブループメントというのが合言葉になりまして、それ以来の変化なんです、前は病院図書室という1つの項目でやっていたんですが、今は1994年から機能中心になって、図書サービスというのは情報管理の中に入ったんですね。だから情報管理というのは病歴、つまり診療録とか、それから医事課の医療統計かな、それから診療録、人事評価、QI計画、すべてこういう情報に関するものは一括して評価するようになったんです。

私は一昨年の10月だったか、アメリカのJCAHOのジョイントコミッションのサーベイに参加しまして、医師のサーベイヤーが非常に親切に一緒に歩いてくれて、じかに見てまいりましたが、まあそういうことでクオリティ・インブループメントというのが目的、つまり図書室についていうと、利用者にどういったサービスをやっているか、それが一番大切なポイントだったようです。それからユーザーの希望は何なんだ、ニーズは何なんだ、ユーザーはどうやって欲しいんだということ、図書室はどうやってくみ上げているか、それをくみ上げてそれをどういうふうにするか、それをくみ上げてそれをどういうふうにするか、しているかということに最高のポイントがあったようですね。聞く質問が大体そっちに集中しましたから。

アクセス、それから利用する時間なんか非常に大きく評価されていました。外部との情報交換はもちろん、まあ彼らのやっているサーベイの程度は、ちょっと我々とは格が違っていましたね。日本もあの領域に達するにはまだ暫くかかるんじゃないでしょうかね。最初から彼らの真似をしようといったって駄目なんで、やっぱりゼロから積み上げて、だんだんいいものに作り上げるより他はないんです。ですからいま使っている日本医療評価機構のスタンダードというのは、彼らの目から見ればかなり低いものですから、これを積み上げて、まあ彼らが20年かかったことを我々は5年かそらで追いつくというふうな覚悟でいくより他はないんじゃないでしょうか。

いまインターネットのホームページにJCAHOのサーベイの様子が出ているんですよ。これはサーベイを受けた病院の司書の人とか管理者の人

が、図書室のサーベイは我々の病院は何年何月に受けて、サーベイヤーからこういう質問を受けた、そしてそれに対して我々はどういうふうに応答したというふうな現場の生の様子がいろんなところでホームページで紹介されている。だからこれはインターネットを動かしていらっしゃる方はここを開いてご覧になると出ているはずですよ。やり方としては、各部門を訪れて、その人たちが何人かに会って、そしてどこかちょっと静かなところでみんなで腰をかけて話し合おうというふうな形で始まるんですね。まあ病棟でもどこでもそうですが、図書室もそうです。そして行ってみんなで座って、そしていろんな質問やら何やらが始まる。運営規定を見せてちょうだい、利用のマニュアルはありますか、それから統計の記録があったら見せてください、彼らはみんな持っていますよ。その日に備えてちゃんと用意してある。これは今後この図書室を将来改善するためのプランがいまありますか、3年前と比べて改善された点がどういう点が教えてください、こういうふうな質問が多いんですね。利用者の範囲、これは外部の一般のところまでオープンにしているところもありますが、まあ比較的少ないし、それはあまり評価の対象にするつもりでもないらしい、まあ一般の人たちの医学知識というのは普通の図書館に行けばよろしいんですから、まあ外部といえど地域の他の医療職の人たちにどの程度オープンにしているかということでしょう。

今度は亀田の宣伝になりますが、亀田でも昨日図書委員会があったんですが、そこで地域ネットワークの話を進めているわけですが、地域のドクターたちに図書室を開放しよう、その時のルールをこうしよう、あししようと、全部それを決めまして、夕べ決定したのは、今日からそれをスタートさせようということでした。そして今朝の管理者のミーティングでそれを報告して、そして正式にスタートしたばかりですが、亀田では地域で電話回線を使って、開業しているドクターたちからオーダーリングでオーダーも貰うようにとか、いろんなシステムを進められているんですが、この図書室の利用もオープンにいたしました。

**日本の現状**なんですが、図書室機能のない病

院、これはザラにあるんです。図書室を見せてくださいというと、困った顔をするんですね。ないんですよ。お宅はまさか本を読んでないんじゃないでしょうねというと、そうしたら医局にありますという。各科においてあります。予算はどうしてらっしゃるのか、院長のポケットマネーです。そのかわり買って欲しいというものは全部買えますとか、そんなふうな調子の病院が珍しくないんですよ。そうですね、蔵書なんかもたくさんもっているとか、そうでないのは、まあ歴史の差がいろいろあるんでしょうが、それから雑誌の受け入れタイトル数も、いい病院は本当にたくさん持っていますし、100、200持っている病院は決して少なくなかったでしょう。それから専任者も昔に比べるとかなり多くなったんじゃないでしょうか、約60%の病院はそれでも専任の司書を抱えておりました。本当はこれは100%じゃなきゃいけないですね。年間の経費というのは少ないところで20万円、多いところで1,200万円というふうな現状です。

何度もうようになります、**図書室のない病院が10~20%**、サーベイで歩いた病院のうちの20%近くは図書室がないといってよかったですね。それから医局に分散しているところが多い。2つばかりの病院でしたが、もう図書室なんてもったいないから会議室に転用しよう、事務系の会議がほとんど毎日のようにそこで行われているという病院がある。それから案外多いのが、**診療録管理室と併用している病院**があることです。これはそれなりにちゃんと機能している病院もあったけれども、診療録管理と図書の管理とちょっと仕事の性質が違うように思うんですね。その専門職というか、専門的な知識も違うように思うので、まあ情報管理という点ではこれからだんだん近づいてくるのかもしれませんが、でも今のところは従来の病院管理学ではこれは分離しておくべきものでした。

それから**図書委員会がない**というのは非常に多かったですね。ここでこうやって聞きに来ておられる方はみんな意識の強い病院なんだろうから、皆さんのところはほとんど委員会を持っているんでしょう。でも図書委員会のない病院というのは珍しくないんですよ。じゃあどうやって購入

する新しい図書やら雑誌を決めるんだ、それは部長先生がいてくればそれはとりますとか、それからうちでは院長が全部決めてますとか、そんなふうなものがないんです。でも、半数以上は図書委員会を持ってたんじゃないかと思いますがね。でもないところがあるということです。分類は、まあ自己流でもきちっとやっておられるところもございましたし、あんまりうるさくいう必要がないのかもしれないけれど、まあ日本には日本の医学図書用の分類というのはまだないでしょう。僕もよく知らないけれど、NLMCを使っているところが多かったように思います。アメリカの分類を。あとは自分で考案したような分類をやっているところが多いがありました。

それから文献検索サービスにいたっては、やっているところは少なかったですね。僕は悪いと思うのは、薬屋さんだと思うんですね。あれの厄介になっちゃって、医者自分で文献を探す方法を忘れてしまった。鳥が飛ばなくなったようなものですよ。医者が勉強する、研究するのに文献の探し方を知らなかったらどうしようもないです。だから僕は聖路加時代、絶対あれは許可しませんでした。それでも陰でやっていた人がいたかもしれないが、薬屋に文献を頼むという習慣だけはつけさせないようにした。だからやっているやつは隠れてやっていたんでしょう。そのかわりオンラインのシステムから何から、ちゃんと買ってあるんですから、あの文献を探すという仕事自体が医師の教育のはずなんです。教育を忘れてる。

先程もいいましたように、いい図書室をもっている病院も少なくありません。いい図書室をもつ病院というのはやっぱりたくさんありました。素晴らしいと思う図書室をもっている病院があるんですね。そういうところを見ると、ちょっと感動しますよね。優秀な司書もおりますし、それから必要図書も整備しているし、利用サービスも立派なものを備えているところがある。ああいう病院は素晴らしいですね。それが決まっていた。そういうのはいい病院だけです。

場所、環境、照明、いま白熱灯のいい照明ができるようになりましたから、必ずしも日光の当たるところでなくてもよくなりましたが。それから空調、書架、スペース閲覧室、機器、設備、

静粛性、まあこれを1つひとついたらいろいろ話があるんですが、時間がないから次に移りましょう。

組織的にはいろいろなんですね。事務部門に属している図書室もありましたが、やっぱり利用者は医師が90%じゃないかしらね。うちなんか24時間オープンにして、真夜中利用しているのは看護婦が一番多いと聞きましたが、まあ看護婦もそうやってよく利用しますが、やっぱり90%近くは医師でしょう。だから診療部門に入れるというのが僕は自然だと思うんです。聖路加では今はどうなっているかしりませんが、僕らの時には院長直属の独立部門でした。

それから司書資格があるかないか、今はいろいろな大学で医学書というか、医学に関する司書の養成というか、コースのできた大学ができてきたんでしょう。昔は立教ぐらいしかなかったのかな。その後だいぶ増えてきているんじゃないかと思うんですが、とにかく資格のある司書の方がどんどん増えてきたみたいだし、まあ1人は最低必要ですが、1人だけじゃあ今度は休みの時がカバーできないから、やっぱり本当はもう1人欲しい、ないしはその時にちゃんと休みの時にカバーしてくれるピンチヒッターがいるようなことが本当は考えなきゃいけないですね。アルバイトでも何でもいいですから、仕事を覚えてもらうということです。

それから中央と分散、これは先程もいいましたが、亀田もやっと中央化がどんどん進みまして、前から中央化されているんですが、医師たちがこういう雑誌だけは医局に置いて欲しいというので、そのわがままを許したというか、何十種類の雑誌を医局に置いてあった、それを引き上げました。かなり部長会でいろんな抵抗がありました。が、図書室に引き上げたし、それから看護部門の雑誌は看護部門で婦長室に全部置いてあった。私たちはいいですが、こっちの方がみんなは見やすいといいますから。でもあの下っ端の看護婦が婦長室に入りやすいということはない僕は思うんですよ。だから夜中に来てこっちの病院の図書室で勉強しているんだから、だからこれもとうとう婦長たちが納得して、そして看護婦の雑誌も中央に引き上げることにになりました。まあ僕は図書は



中央管理が原則だと思います。しかし、非常に大きな施設、大学病院であるとか、ああいうところでは分散管理というの、僕はその事情によって許可すべきだなと思っています。

**図書委員会**、これはもちろん必要で、一切の図書に関する相談というのはここで行われるべきですね。院長が1人で全部采配をふるうなんていう図書室ではやっぱり駄目ですよ。みんなのニーズ、それから希望、そういうものをくみ上げる組織がないといけない。そのためには図書委員会が必要です。それも図書委員会があるけれども、サーベイの時に回数を聞くと、去年一度やりました程度のところもあるんですよ。一度、二度、やっぱり月に一度ぐらいは開いていいですね。ないしは最低2カ月に一度ぐらいは開いてほしい。

**必要図書と予算**、これは皆さんも図書委員会を持っていても、図書委員会でその判断する力があるかないかという問題があるんだけど、一体うちの図書室はどういう雑誌を購入したらよろしいんだらうという問題、これは医師が変わる度にその要求する雑誌が変わるとか、それからもうこれは要らないからこっちの雑誌をとってくれとか、ある1人の皮膚科の部長がたとえばフランス語の雑誌をとってほしいといって、結局はその人しか使わなかったり、といったことが起こるのです。それから雑誌というのは短期間とって大した意味はないんですね。長期間とって、ちゃんと揃えるところに意味があるんですから、だから結局希望図書の扱いはなるべくみんなの意向を聞くけれども、病院としてはこういう図書は必要で、こういう雑誌はやっぱり持っているべきである、それからこれは要求はあるけれども、非常に需要の低い図書だから、病院の予算をそれに使うまでの値打ちがないというふうな判断、これはどうやってやるかということなんです、まあ亀田で現在よく使っているのはこれなんです、セレクトイド・リスト・オブ・ブックス・ジャーナルズ・フォー・ザ・スモールメディカルライブラリーという小冊子でブランド&ヒルティという人たちが何年前からこれを発表して、中小病院でも最低これだけは持っていなさいという本の名前を英語の本に関してはお出ししています。

これはコアリスト、コアというのは芯というこ

とですが、それに重要度の順に☆印がついたり、それから剣のような印がついたりして、これは絶対に必要な本、これはその次に予算があったらここまで買いなさいといった、そういう親切な指標が出ている。それをお使いになると、かなり便利じゃないかと思います。彼らの出しているものには標準として、単行書に610、雑誌241、これは1995年の発表です。これが予算が93,300ドルである。これは向こうの値段で日本で買うとずっと高いですね、2倍はする。この本の値段のことにすると僕も非常に憤りを感じてくるんですが、アメリカの本というのは本当に業者から我々は医療費を収奪されていると思うんですね。まあこの問題は今日はよしませう。

コアリストとして単行本200、雑誌は最小限のやつがこんなふうになったとか、そんなふういろいろ出したリストがございます。もし何だったらご覧になったらよろしいでしょう。

これはアーカイブズオブインターナルメディスンにも出ているんですね。内科にとって必要な雑誌というようなタイトルで、3年に1回ずつ報告しているはずですよ。ご存じのように単行書は古いものには値打ちはない、だから除籍というか、いつかは捨てなきゃいけない。そうでないと書庫ばかりスペースをとって誰も読まない。ただ歴史的に持っていて非常に貴重だと思われるような本は保存してそうでない本は処分していかなくちゃいけませんね。いまの医学の進歩では5年たった本は医者ややっぱり読みたくないんですね。10年たったら図書はもう値打ちなしです。雑誌は違えますよ。雑誌は古くなればなるほど値打ちが出るんですからね。あれはリプレイスというか、バックナンバーをとるのも大変になるし、だから古い雑誌は貴重です。聖路加なんかは太平洋戦争中の雑誌が残っているんですが、あの頃は雑誌がどの病院にも入らなかったんですね。それが幸か不幸かアメリカ軍が来て、あの病院を占領して、あそこで使っていたものですから、当時の戦時中の文献をみんな置いていった。だから日本にない文献が戦争中のやつがあそこにあるものですから、東大の先生がよくあそこに文献探しに来ていた時代があります。

年間受入れタイトル数、これは病院によって

100, 150, 200 まあ 100 以上だったら僕は日本では合格じゃないかと思うんです。うちも 200 以上はとっているんじゃないかな。

利用者のサービス、これはもう皆さんよくご存じのことで、ここで僕が何もいう必要はないだろうと思います。**相互貸借ネットワーク**は、これは皆さん草の根の努力でこの研究会その他みんなやっておられることを、僕は昔から知ってました。それで非常に敬意を払っておりました。会員もこうやってどんどん増えた様子ですし、本当に立派だと思っています。これを管理者が知らないのが残念ですね。病院の管理者で知らない人たちがたくさんいる。民間でネットワークで、草の根で皆さんが貸借をやってらっしゃるということなのです。

現在の図書館のままなら 21 世紀にどうなるか。ハーバードの図書館は図書の数がおそらく 12,000 冊、それから 10 の図書館の建物が必要になって、製本雑誌は毎月トラックで運ばれてくるだろうというふうになる、それほど情報が氾濫するということですね。

だんだんこの**図書館が変わっていく**ですね。単に本を集めておくところじゃなくなってくる。国内、国外のデータベース、電子情報システムと連結する場所になる。先程もちょっと話をしていたんですが、皆さんのところでもおやりになったんでしょう。大腸菌の O-157 の時、うちでもインターネットを駆使して集めました。それから図書室にも頼んで、集めてくれと頼みました。そういうふうには図書室もアクティブに、聖路加はサリンの時文献を集めるのに大変な活躍をしたと僕は聞いているんですが、まあそういうふうには自分の方からうって出る時代ですよ。頼まれたものをやるというだけではなくて、だから足立さんが司書の時僕はやったと思うんですか、**回診**についてもらったことがありますよ。回診についてもらって、そしてそこでいろんな文献上のというか、ディスカッションがおこる、そうするとそれに関して彼女はメモして行って、それに必要な文献を探して来てくれたりしたものです。だから司書というのは仕事を自分で探そうと思ったらくさん

あるはずですね。まあインターネットがこれから**図書室の事情を変えていく**でしょう。

電子図書館は現在大きな転換期で、まあそれでも大方の意見としては、まだ本の収集というのはまだ暫く続くだろう。だから図書館がいますぐ必要なくなるということはない。しかし本の貯蔵所としての意味での図書室というのはだんだんなくなってきて、その性格として電子情報の流通と配分を扱う場所になるだろう。だから場所はそんなに必要なくなるかもしれない。それから司書の仕事の内容が変わってくるであろう、こういうことが大いに考えられることですね。

**情報伝達の革命**、これからは昨日の株の情報は今日には役に立たないですね。だからそれと同じように医学文献も他の図書やら雑誌と全然違う、医学情報に関していいますと、新しさが生命だということですね、医学情報というのは。だから 3 年前の情報だと役に立たない。それがインターネットになるともう昨日の情報が今日入るようになるんじゃないですか。だからますますこのインターネットというのは図書室の中の仕事の中に入りこんできます。

**新しい図書室と司書の役割**、これがまあどうなるのか、僕もわからないけれども、電子情報収集の中心になっていくであろう、印刷情報と電子情報の合流が大変な情報量になって誰かの雑誌に書いてありましたが、ナイアガラ滝から水をコップで掬うようなものだ、そのぐらいに情報の氾濫で取捨選択というものが非常に大変になるというふうなことをいっていますが、まあそれで自分の図書室にないものでも、インターネットでいろいろ情報を探って、必要なもの、これを選びだす仕事はきつと残りますよね。情報洪水の中からどうやって検索するか、それからどういうものが必要があるを見分ける、そういうことで目録分類、インデックス作り、司書には求められるようになるんじゃないでしょうか。

ちょっと時間を超過してごめんなさい。あの方の方は端折ってしまったんですが、これで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

# 医療機器産業と病院

埼玉大学大学院  
政策科学研究科教授 藤 正 巖

医療機器の生産統計や輸入統計を眺めると、わが国もいつのまにか治療機器と用具が、検査・診断機器の市場より大きくなっていることに気が付く。治療機器や治療用具は、その大半は輸入品である。臨床現場では、多くの治療用具や治療機械は海外製品で、学会で学術発表を聴いても、大半の演題は海外の治療機器や用具を使ってみたという報告である。

1995年の統計によれば、わが国の国内生産高と輸入金額を加えた医療機器の市場の大きさは1.9兆円で、そのうち30%に当たる約0.6兆円が輸入品、14%の0.27兆円が輸出されている。医療機器の市場の成長率は年率で10%近くもあり、その高い成長率は年率20%近くにも達する輸入医療機器市場の成長率に依存している。ここ数年、年率数%しか成長していない約6.2兆円の市場を持つ医薬品市場に、次第に事業規模が近づきつつあるように見える。医薬品市場は、それでも輸入品の市場に占める割合が約9%にすぎない。とはいっても輸出は国内市場の1%にも達せず、国際競争力は全くないように見える。全世界における医療機器市場の分配の割合は、米国3、EC2、日本1の割合といわれ、日本の医薬品市場が世界の1/3といわれているのと比べると、まだ小さい市場であるともいえる。

医療機器市場の品目別の構成をみると、日本と米国、欧州との間には大きな隔りがあることに気が付く。日本では医療機器市場の5割以上が放射線・医用電子の計測診断機器に当てられていて、米国や欧州でのその5割以上が治療機器・用具に当てられているのは大きく異なっている。日本にMRIやX線CTや超音波機器さらには自動化学検査装置の普及が特に激しいこと

は、多くの人が指摘するところで、強力なわが国の電子産業に支えられて、輸出産業ともなっている。これに反して、日本での治療機器市場は相対的に狭いといわねばならない。このような結果はどこから生じたのだろうか。

薬漬けといわれて久しい。製薬産業は日本の高い薬価水準に守られて生き続けた結果、世界企業の仲間入りは不可能となった。一方、わが国の画像診断機器を含めた検査機器の市場ではまだ世界に互して生き残っている企業がある。検査は生命に直結しないが、医療生産性を上げる手段として重要視されてきた。その結果、今では検査漬けと批判されている。

グローバリズムは医療を取り巻く世界にまで及び始め、止まるところを知らない。世界的に見れば、治療法に直結しない検査は次第に淘汰されてなくなるだろう。現在は、世界の医療市場に乗り出している大手の電子機器メーカーは、その製品の大半を海外発の製品の改良型の販売に依存している。貿易障壁が無くなるのが確実なこれからの時代、独創に基づいた治療機器の存在無しには、医療機器産業も医薬品産業の二の舞になることになる。そして、万が一ある治療技術による問題が発生したとき、不可避の社会問題を生ずるのは、輸入血液製剤の問題を見ても明らかだ。

最近、遺伝子工学とからんだ電子素子の開発や、神経とのインターフェイスをとる体内機器、ロボット外科や低侵襲外科、心臓を対象とする侵襲外科の治療技術が急速に進歩しはじめた。残念なことに、いずれもわが国では開発の後塵を拝している。

わが国の開発が不得意な領域である治療機器の特徴は、超高品質・多品種少量生産・主として

オーダーメイドで生産され、一般人相手には作られていないことにある。基本発明は医師・医療担当者から生ずることが多い。米国の治療機器の発生母体は、市中の病院の医師による発明が多いと聞く。次世代の医療を支える基礎技術は現場の要

求からしか生じない。基礎科学予算が拡大される時代に、ただ採算性の良い機器だけを使おうとする病院も、これからの医療を支える新技術の開発の拠点となるような施策といきごみが望まれる。(通報月報 事務長養成課程 第221号巻頭言)

# 初 版

## パソコン 診療録管理システム

システムエンジニアリング研究所  
麻草宏海 著

A5判 117頁  
定 価 1,500円  
(送料 実費)

### ▶ 主 要 内 容 ◀

- 1章 診療録管理業務のO A化
  - 1. システムの適用範囲
  - 2. データ処理の基本条件
  - 3. パソコンの操作
- 2章 病歴データの特性
  - 1. システムの基本機能
  - 2. 病歴データ項目
  - 3. 病名と手術の入力
- 3章 システムの機能と操作
  - 1. 操作の基本事項
  - 2. 病歴データの登録
  - 3. 病歴データの検索
  - 4. 一括処理
- 4章 システムの運用
  - 1. 導入準備
  - 2. マスタファイルの管理
  - 3. データベースの管理
- 5章 O Aソフトウェアの利用
  - 1. データ交換
  - 2. 表とグラフ
  - 3. カルテ貸出し

☆お申込みはFAX・ハガキにて

〒102 東京都千代田区一番町13-2

(株)日本病院共済会

FAX 03-3222-0016

## 医学のルーツを尋ねて（イタリアの旅①）

青梅市立総合病院長 星 和夫

## はじめに

平成4年に初めて「医学のルーツを尋ねて—トルコの旅」を書いて以来、平成5年に「ギリシアの旅」、平成7年に「エーゲ海の島々」とご愛読をいただきました。昨年7月以後お休みしておりましたが、この度また「イタリアの旅」で筆をとることになりました。

別に世界各国を次々に書き続けようなんて大それた意図はさらさらなく、私自身の興味は主として古代ギリシアです。ギリシアの版図が最大だった頃は、エーゲ海の島々はもちろん、トルコもイタリアもギリシアだったのです。そんなわけで、どうしてもイタリアまでは書かねばならないと思っています。

しかし、ローマ時代に医学のルーツなどあったでしょうか。ご承知のように、ギリシアだったのは主として南イタリアで、北イタリアは大体がエルトリア、中央はローマでした。農業と牧畜しか知らなかったローマ人がイタリア半島を平定したローマ時代にも、ローマには文化などなかったとさえいわれています。あらゆる学問はギリシア人の手に任されていました。

特に医学は依然としてギリシア人でした。しかも医師は奴隷階級に属していたそうです。ローマ人は元来陰気なことを嫌う民族で、病気はもっとも陰気なことです。それに接する職業につこうと望む者などはほとんどいなかったといわれています。事実、ローマ人は誰一人として医学を学ぶことも医療を施すこともしませんでしたので、医学で名をなした人もおりません。医学史上ローマ時代を代表する名医ガレノスも小アジア出身のギリシア人なのです。ローマの文化が花ひらくのは中世のルネッサンス以降です。

とはいいながら、イタリア各地を旅してみますと、医者として面白い所もたくさんあります。先生方のなかには、イタリアへはすでにおいでになられた方も数多いと思いますが、グループ・ツアーで行かれたり、ガイドブックを頼りに歩かれると、有名観光地は一通り見られますが、医学的に面白い所は見落としがちです。同じ旅をしても、医者は医者らしい旅をしたいものです。

そんな意図ですから、ガイドブックにあるような見どころは一切省略し、医学史上重要な所、あるいはその地にまつわる医学的に面白い話などだけを述べるつもりです。まあ「医者が行くイタリアの旅」というようなつもりで、気軽にお読みください。でもこれによって医学史の一断章なりとも思い出していただければ幸いです。

さて細長いイタリア半島，どこから始めようか迷いましたが，まずは北の玄関口ミラノから書き始め，長靴のつま先シチリア島まで行くつもりです。どうぞ愛読の程を（図1）。

### ミラノ

ミラノはロンバルディアの首都でイタリア経済の中心地，「ミラノで稼いでローマが使う」などともいわれていますが，ファッションの街でもあります。ドゥオーモ広場，エマヌエルⅡ世アーケード，スカラ座，「最後の晚餐」のサンタ・マリア・デルレ・グラツィエ教会，サン・タンブロージョ教会などなど，見どころはたくさんありますが，その合間に医者の方々はちょっとほかへも……。

### ★ラザレット（隔離病舎）

中世の頃，ヨーロッパにペストが大流行したことはご承知と思いますが，このミラノでも14,15世紀頃に大勢の人々がペストで死にました。1447年にペスト患者を収容し隔離する施設として作られたのがラザレットで，ラザッロ・パラッツィの指揮のもとに，1513年までかかって大きなりっぱな病舎が完成しました。その一部が今も残っていますので，ちょっと立ち寄って当時のペストの悲惨な状況など偲んでみましょう。

ラザレットは，ドゥオーモと中央駅の間辺りの便利な所にあります。現在

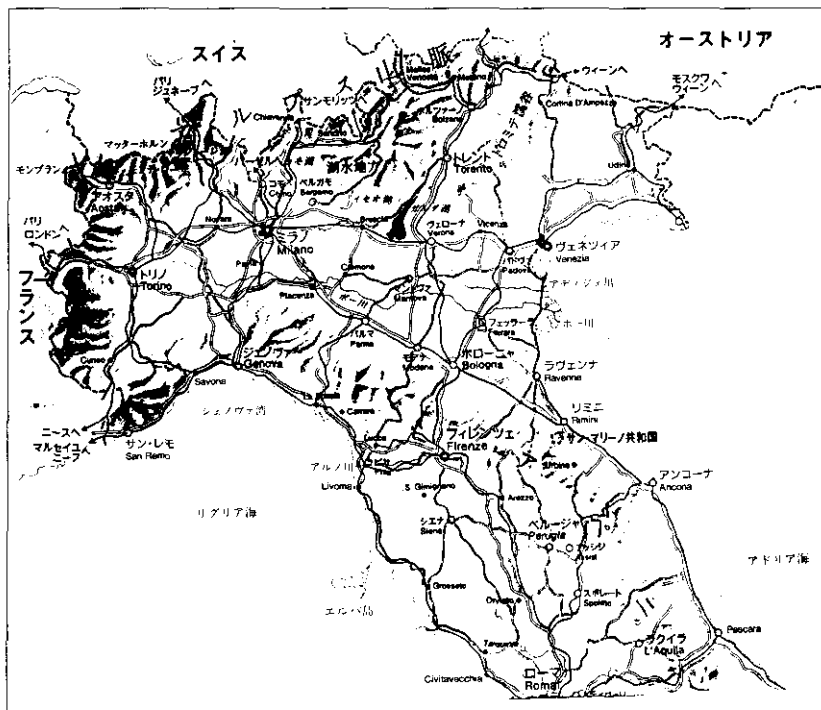


図1 北イタリア



の Via S. Gregoria, Via V. Veneto, Via Lazzaretto, Corso Buenos Aires に囲まれた約 350 m 四方の一劃で、中庭を囲む三辺に病舎が建てられ、合計 288 房ありました。1882 年にほとんど解体されましたが、現在もその一辺 Gregoria 通りの病舎と回廊が残っています (図 2)。

その中央には、重症患者が病舎に寝たままでも拜めるようにと小さな教会が建てられましたが、1576 年の流行の後、カルロ・ボッロメイ司教が再建した (1585 - 92) ものが、Belintani 広場に今も残っています (S. Carlo al Lazzaretto 教会) (図 3)。



図 2 ラザレット (外側)



図 3 S. Carlo al Lazzaretto 教会

さて、往時のベストの悲惨な情景を思い浮かべてください……と書きましたが、私などの筆ではとても描き切れません。そこで、近世イタリア最高の作家で詩人といわれるマンゾーニの「いいなづけ」をご紹介します。実はこの小説のクライマックスの舞台がこのミラノのラザレットで、だからこそ一見の価値があるのです。

### ★マンゾーニ

Alessandro Manzoni (1785—1873) は、若い頃パリのサロンで教養を深め、歴史小説「いいなづけ」(1827) で世界的に知られ、イタリア近代小説の祖とされています。「いいなづけ」はイタリアではダンテの「新曲」につぐ名作とされ、彼はのちに上院議員、ローマの名誉市民にもなっています。ついでに、彼が死んで国葬になった時、彼のためにヴェルディが作曲した鎮魂曲が有名な「レクイエム」です。マンゾーニが住んでいた家は、後述のスカラ座の近くで、今も残っています。

このように「いいなづけ」は世界的に有名ですが、日本ではどういうわけかあまり知られておりません。終戦直後にイタリア人神父が「婚約者」と題して岩波文庫から訳書を出していますが、1991年には平川祐弘氏が「いいなづけ」という本を河出書房新社から出版されました。それではその梗概を……。

### ★「いいなづけ—17世紀ミラーノの物語」(I Promessi Sposi)

ミラノ郊外のレッコ村の住人レンツォとルチーアは、結婚式を挙げる直前になって領主ドン・ロオドリゴの横恋慕のため村を追われ、2人ともさまざまな運命をたどりますが、最後に再会したのがベストに冒されたルチーアが収容されているミラノのラザレットでした。この後2人はめでたく結婚でき、幸せになるのですが、それではマンゾーニの描くラザレットの情景を……。

「ミラーノの避病院がどんなものか読者は御承知のことと思うが、万一それを見聞きしたことのない人にこの書物が渡った時のことを考慮してここに書き記すと、そのラザレットと呼ばれる施設は、四方形というかほとんど正方形の周囲に囲まれた一劃で、町の外、東大門と呼ばれる門の左手にあり、市を取り巻く城壁からちょうど堀ひとつと道ひとつ隔たっている。その上さらに水路が一つあってこれはその避病院の四周を取り巻いている。四方形のうち長い二辺は長さおよそ五百歩、(中略) 他の二辺はそれよりそれぞれ十五歩ほど短かった。その四辺の外側は一階だけの小さな部屋に分かれており、内側は四辺のうち三辺まで柱廊が続き、穹窿が痩せ細った円柱でずっと支えられていた。小部屋の数には二百八十六か、そこいらあった。今では大通りに沿った側の正面の中央に大きな口が一つ、隅にも小さな口が一つ開けられている」。

私の撮ってきた写真をご覧ください。まさにこの記述のとおりです(図4, 5)。

(中略)

「読者よ、御想像願いたい。ラザレットと呼ばれる避病院境内に一万六千名のベスト患者が群れをなしていたのである。その空間はあるいは掘立小屋で、あ



図4 ラザレットの柱廊（中庭より）



図5 ラザレットの病舎跡

るいはバラックで、あるいは大八車で、あるいは人で一杯に埋まっていた。一方は右へもう一方は左へと果てしなく連なる二条の柱廊の廊下には、藁布団や藁を敷いた上に、氣息奄々たる病人が死人と混り合って、溢れるほど一杯になっていた。そしてこの際限なく続く時の上で、人々のうごめきが海面の波のごとくざわざわとしていた。そしてあちこちで、治りかかった人、半狂乱の人、

手伝いの人が、往ったり来たり、立ち停ったり、走ったり、身をかがめたり、また起きあがったりしていた。これが一瞬の間にレンツォの目を射た光景であった。彼は圧倒され茫然となってその場に立ちすくんだ」。

#### ★ラザレットの語源

ヨーロッパでは“らい”やベストなどの隔離病院を一般に lazzaretto (伊), lazaretto (英) (避病院)」と称していますが、元来はヴェネチアにあるハンセン病院 Santa Maria di Nazaret (教会付属病院) の“N”が、聖書に出てくる救らい聖者 Lazzaro の“L”と取り替わってできた言葉だそうです。ちなみに Lazaro は、キリストの友人で奇跡によって死からよみがえった聖人ですが、また“不潔な病気に罹っている人”という意味の言葉でもあります。これらが混用されて、lazar は“らい”を表す言葉になり、実際に、聖ラザロ教会は救らい事業に取り組んできました。

#### ★レオナルド・ダ・ヴィンチ像

ミラノの観光名所の一つにスカラ座があります。我々にとって大事なのはそのすぐ前の広場にある銅像、これが<sup>レオナルド・ダ・ヴィンチ</sup>Leonard da Vinci (1452—1519) と彼の4人の弟子たちの像です。彼のことは今さら書くまでもないと思いますので略しますが、芸術家、建築家、天文学者、物理学者であると同時に、解剖学者であったこともお忘れなく (図6)。



図6 レオナルド・ダ・ヴィンチと弟子たち

## ★スカラ座

Teatro alla Scala は、1778年にフェルナンド大公の命により作られたもので、ロビーにはロッシーニ、ドニゼッティ、ベルディらの像があります。スカラ座という名前は、Santa Maria della Scala 教会を壊して建てられたからだと思います。

オペラなんて医学とはおよそ無縁だと思っていたら、ありました、思い出しました、オペラの題名に病名が付けられている面白いのが、Bellini 作曲の<sup>ベルリニー</sup>“La Sonnambula”です。イタリア語では“m”が1つ“n”に変わっていますが、somnambulism と書けばおわかりでしょう。somnus はラテン語で“睡眠”，ambulo は“歩き回る”ですから，“夢遊病”のことですね。オペラの題名では“夢遊病の女”でした。彼は1831年にこのオペラをミラノで初演しています。

ミラノで医学関係はこの2カ所くらいでしょうか。あとは奥様方のお供をしてモンテ・ナポレオーネ通りでショッピングでもどうぞ。私も靴とかかばんは大体ミラノです。

## ソルフェリーノ

ミラノ周辺の北イタリアには、イタリアン・シルクで有名な美しいコモ湖、国際的な避暑地ストレーザがあるマッジョール湖、スタンダールの「パルムの僧院」のパルマ、中世の歴史の町ベルガモなど、見どころもたくさんありますが、我々の行くべき所は赤十字の発祥の地ソルフェリーノです（図7）。

## ★ソルフェリーノへの道

ミラノからベネチア行きの特急列車（IC, EC）で約1時間、<sup>ヴェローナ</sup>Veronaの少し手

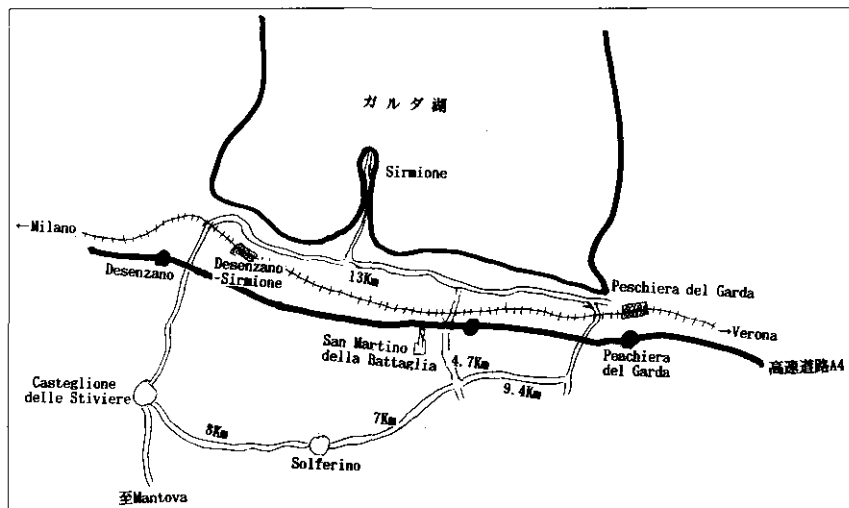


図7 ソルフェリーノ周辺

前の駅Peschiera del Garda (ガルダ湖の養魚場)で降りると、目の前がイタリア最大の湖ガルダ湖です (本当は1つ手間のDesenzano del Garda-Sirmione駅のほうが近いのですが、この駅には停まらない特急がありますので)。この駅のすぐ近くの町Sirmioneは、湖の南端に突き出たところで、古代ローマの別荘跡や中世のお城があり、おもちゃの国のようにかわいらしい町です。

駅前からタクシーで約7~8分走ると、ぶどう畑の前方の小高い丘に、煙突状のタワーが見えてきますが、これが赤十字発祥の地Solferinoの古戦場の中心地San Martino delle Battagliaにある記念塔です (図8) (特急の停車駅の都合でDesenzanoで降りた場合は、Castiglione delle Stivieleにある赤十字博物館、Solferinoの砦 (後述)を見てSan Martinoへ行かれるほうが便利です)。

イタリア第2の大都市ミラノから僅か1時間のこの辺りは、広々とした田園地帯で、清々します。

#### ★古戦場と戦争記念塔 (San Martino delle Battaglia)

糸杉の森の中に丸い高い記念塔がそびえています。管理人に鍵を明けてもらって中へ入ると、らせん状の階段があり、ふうふう言いながら昇りますが、途中の壁面には独立戦争当時の情景を描いたたくさんの絵画があり、所どころで眺めながら、一息つきながら昇りますので、割合楽に最上階の展望台まで上がれます。

ここからの眺め、360度の展望が開け、ガルダ湖畔の広大な古戦場が一目で

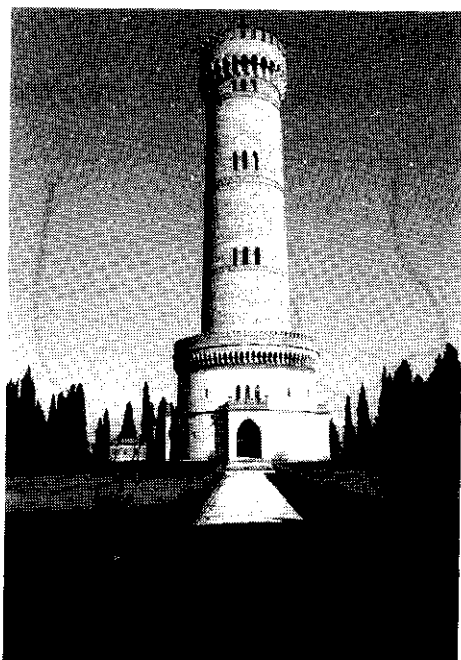


図8 戦争記念塔



見渡せます。北方は白銀のアルプスの山々、南方には海のような湖、ゆるやかな起伏が続く広大な緑野などの風景は誠に美しく、ここがかって多数の戦死・傷者を出した激戦の地かと疑われます（図9）。

★戦争記念博物館、納骨堂

タワーを降りると、すぐに裏手に小さな博物館があり、戦争当時の大砲や軍服など、数多くの遺品が展示されています（図10）。



図9 ソルフェリーノ古戦場（ガルダ湖の彼方にアルプスを望む）



図10 戦争記念博物館

また少し戻った森の奥に小さな納骨堂があり、今でも花が捧げられています。

#### ★赤十字社の発祥とアンリー・デュナン

ソルフェリーノの戦いは、アルプスを越えて侵入してきたオーストリア軍とこれを迎え撃つサルジニア・フランス連合軍との戦いでしたが、イタリアにとっては独立をかけた非常に大事な戦いだったのです。1859年6月24日の早暁、戦いの火ぶたは切って落とされ、2日間の激戦の間に、戦死者だけでも約4万人を数えました。

さて<sup>アンリー・デュナン</sup>Henri Dunant (1828—1910) (図11) はスイスのジュネーブで生まれ、アルジェリアなどで事業をしていましたが、フランス軍相手の仕事の陳情のため皇帝ナポレオン3世を追いかけてはるばるこの地にたどり着いたのが6月25日午後、あたかも激戦の始まった翌日でした。彼の宿泊したCastiglioneの町(後述)は負傷兵救護の総司令部が置かれ、大勢の負傷兵が次々に運び込まれていました。彼はすぐそばのロザリオ教会で、運ばれてくる負傷兵の悲惨な状況に心を打たれ、軍医や地元の人々と一緒になって、敵・味方の区別なく熱心に傷兵の収容や看護に当たりました。そこは今は死者の寺になっています。

帰国してから彼は、この体験を多くの人々に知ってもらおうと本を書き始め、1862年にCastiglioneにおける6月23日から30日までの状況を「ソルフェリーノの思い出」と題して自費出版しました。これが大きな反響を呼び、それが元になって1864年8月にジュネーブで赤十字条約が調印されたのです。そして、デュナンの生国に敬意を表して、スイスの国旗の色を逆にして赤十字章が制定されました。



図11 赤十字の創始者アンリー・デュナン

デュナンは不幸にも1867年に事業に失敗して破産し、スイスの国境に近いハイデンに移り住み、その後は長くハイデンの県立病院で過ごしました。1901年には第1回ノーベル賞を受賞し、1910年にここで死去しています。

#### ★赤十字記念碑

San Martino から11 kmくらい南西のSolferinoの町にはLa Rocca（城砦）と赤十字記念碑があります。ここは古い砦の跡で、独立戦争当時イタリア軍の司令部が置かれた所だそうですが、ここにも大勢の負傷兵が運び込まれました（図12）。ここからもSan Martinoの塔や古戦場跡が一望できます。

このすぐ裏の小高い所に赤十字の記念碑があり（図13）、右側には寄付した世界各国の名前が1枚1枚の石板に記されています。こんな所で、「日本」という名前を見付けると妙に嬉しいものです。

砦を下りて、麗の小さなホテル「Vittoria」の食堂で昼食、このマントヴァ地方の名物とかで、かぼちゃのトルテリーニとニョッキ、それにサラミと生ハムのアンチパストを注文しましたが、その美味しかったこと！古戦場の帰途、昼食は絶対ここ。

#### ★赤十字博物館

Solferino から約8 kmの所にCastiglione delle stivieleという町があります。ここは上述のように、独立戦争当時傷病兵の救護本部が置かれ、アンリ・デュナンが活躍した場所で、彼を記念して赤十字博物館が建てられています（図14）。

1階は絵画や戦争の記録などですが、地下には当時の馬車の救急車や各種の副木、医療器具、軍服などが展示されており、当時の原始的な救急医療のもと



図12 ソルフェリーノの城砦

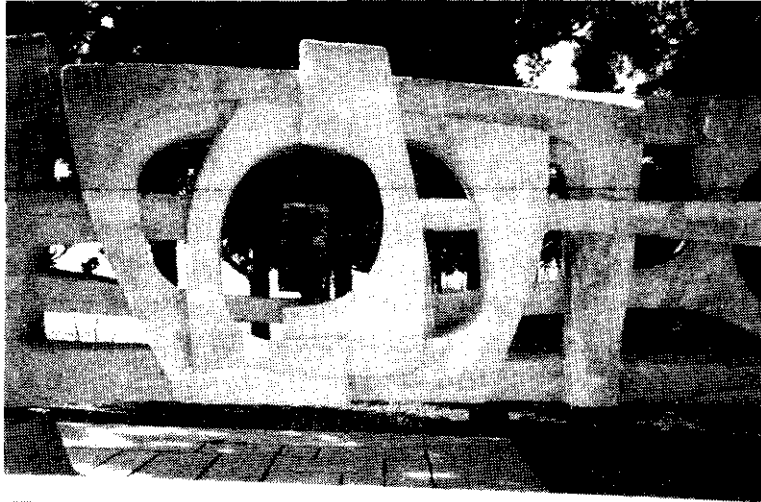


図13 赤十字記念碑



図14 赤十字博物館

で、傷病兵たちがどなに苦しんだか、その模様が偲べれます。またその有様を見たデュナンが、敵・味方を越えた救護組織をと訴えた気持ちもよくわかるような気がしました（図15）。

ここからの帰りは、10.5 km離れた Desenzano del Garda-Sirmione という駅が便利です。また駅名にもあるとおり、湖から突き出た半島の先の美しい町



図15 救急馬車

Sirmione はすぐ近くですので、お時間があればぜひ。

ミラノからベローナを経てベネチアへ行かれる途中、ちょっと途中下車してソルフェリーノの古戦場へ立ち寄り、赤十字発祥の地を一目眺めてみるのも意義深いことです。あるいはその晩ソルフェリーノから約 35 km 離れた美しい街 Mantova にお泊まりになって、ルネッサンス文化の華やかさが偲ばれるゴンサーガ家の居城であったドゥカーレ宮殿を見られるのもよし、またグルメの向きは、美味しいことではイタリア中でも評判のマントヴァ料理をここで賞味されるのもよいでしょう（続く）。

# 世界初 無菌調製キット

薬価基準収載

新発売

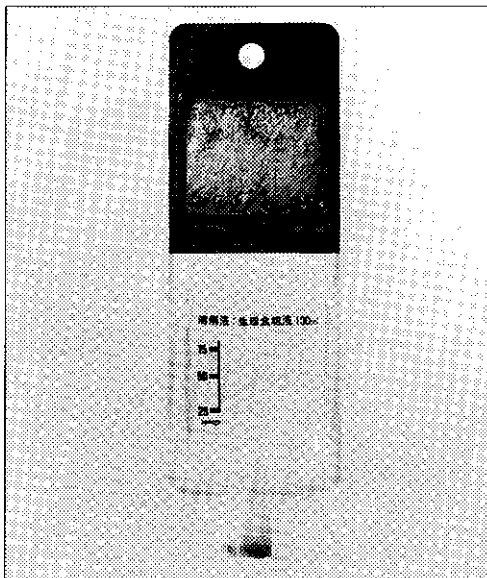
# One Push

本バッグは、

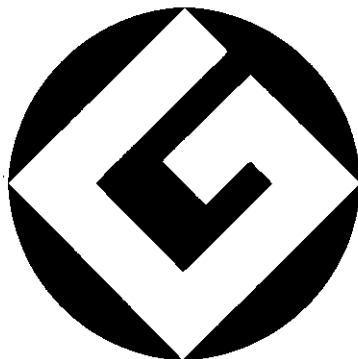
- 1.無菌性** 無菌状態での薬剤調製ができます。
- 2.利便性** 操作が安全で簡単、短時間で確実な薬剤調製が可能です。
- 3.省スペース** 在庫スペースの軽減がはかれます。
- 4.易廃棄** 分別廃棄の必要はありません。

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること。

**禁忌**(次の患者には投与しないこと)  
本剤の成分によるショックの既往歴のある患者



通商産業省選定  
グッド・デザイン商品



本キットは、  
平成8年度「通商産業省 グッド・デザイン商品」  
に選定されました。

※効能・効果、用法・用量、使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。



セフェム系抗生物質製剤(点滴静注)

①  
②  
③

# オーツカCEZ注-MC

1gキット

(日抗基：注射用セファゾリンナトリウム

略号：CEZ)



発売元 大塚製薬株式会社

製造元 株式会社大塚製薬工場

資料請求先  
大塚製薬株式会社 学術部  
東京都千代田区神田4-1-7  
〒100 大塚製薬 神田ビル

(96.10作成)



継続教育

## 相互貸借と相互利用マニュアル改訂版

山之内製薬株式会社図書室 司書 本郷 祥子  
相互利用マニュアル改訂委員会 委員長

平成8年10月・横浜市

### はじめに

相互貸借とは（英語で Inter Library Loan: ILL）本来図書館同士で現物の図書の貸し借りをすることから始まりました。現在では公共図書館以外ではほとんど現物の貸し借りは行われず、複写により資料を利用することが中心になっています。今回は大半を占めている雑誌論文の文献複写を依頼する場合を中心に、併せて相互利用マニュアル改訂版についてもお話ししていきます。

### 書誌事項の確認

文献複写を依頼する場合、雑誌の所蔵先を見つけることも大切ですが、その前に文献の書誌事項つまり、雑誌名・巻・号・年・ページ・著者・論題等の確認が必要になります。相互貸借というのは権利ではなく、お互いの好意によって成り立っていますので、なるべく相手に負担をかけないように見やすく、はっきりとした書誌事項を記入して、必要な文献を特定しやすくしなくてはなりません。忙しい中での依頼をする時にはずいぶん面倒くさい、該当ページのコピーをとってこれればそれでよいのに…と思うかもしれません。でも自分が依頼されて文献を探すときに著者も論題もなかったら、相手が本当に欲しい論文かどうか確認もできなくてやりがいがありませんし、該当ページが論文途中の場合は探すこと自体ができなくなってしまいます。そこで書誌事項を確認するためにいろいろな道具を駆使することになります。忙しい日常業務の中ではちょっとつらい時もあるとは思いますが、ここがライブラリアンの腕のみせどころになりますので頑張りましょう。

雑誌論文の参考文献から引用した場合、論題のないことがよくあります。国内雑誌の場合は医学中央雑誌を使って著者名から検索しますが、フルネームがわからないと同姓で同じイニシャルの人がいる場合、複数の著者の論文をチェックすることになり、探すのに余計な時間がかかります。最近ではCD-ROM版もありますので、新しく購入する場合は電子媒体の方がいろいろな項目のキーワードで検索できますし、場所もとらなくてよいかもしれません。1987年まで遡及してデータ提供されていて、過去3年、5年、フルセットと3種類ありますので、利用状況や予算に応じて選択することができます。この他にCONTENTSという目次誌があります。これは日本医薬情報センター（JAPIC）が受入れている国内雑誌の目次リストですので、収録雑誌数は多くありませんが、著者も論題もないときに役に立ちます。

外国雑誌の場合はIndex Medicusを利用しますが、こちらは冊子体よりもMEDLINEの名前でのCD-ROM版やオンラインの方が皆さんもなじみ深いと思います。CD-ROM版は発売元によってデータの遡及年数が違いますが、一番古いものは1966年以降から検索できます。ごく最近発行されたものや、著者も論題も不明な時はCurrent Contentsを利用します。こちらでもフロッピーディスクやCD-ROM版等の電子媒体もありますが、速報性が重視されているので、古いものを遡及して調査するには向いていません。（フロッピーで数カ月、CD-ROMが1年）

### 雑誌名の確認

文献複写を依頼するときは雑誌名はフルネーム

で記入することになっていますので、雑誌名の確認に便利な資料を紹介します。アメリカの National Library of Medicine: NLM でだしている、「List of Journals Indexed in Index Medicus」つまり「Index Medicus」の収録雑誌リストがなかなか役に立ちます。雑誌の略誌名、正式名、主題別、出版国別のリストがあって、簡単な雑誌名の変遷、発行地、ISSN 等が載っていますので、同じような雑誌名の識別にも役に立ちますし、略名から正式名を調べるのに便利です。(また、このリストの略名は国際基準にかなった方式で略しているため、一般的な雑誌を略するときの参考になります)。ちなみに ISSN というのは、ご存知の方も多いと思いますが、個々の逐次刊行物を識別するための 8 桁の数字で、頭に ISSN をつけて 4 桁ハイフン 4 桁の数字で表します。雑誌名が変更になると ISSN も新しくつけられ、登録順に番号がつくので、数字に意味はありませんが雑誌を特定するときの決め手になります。

もう一つ忘れてならないものに英国の British Library Document Supply Centre: BLDSC の受入リストがあります。冊子体は Current Serials Recieved として毎年発行されていますが、英国図書館では 20 万種以上の逐次刊行物を所蔵していますので、大抵の雑誌を見つけることができます。最近では CD-ROM 版も出ていて、逐次刊行物の他に会議録、単行本等もあります。CD-ROM 版のタイトルは BLDSC の所在地名にちなんで、それぞれ、Boston Spa Serials, Boston Spa Conferences, Boston Spa Books となっています。CD-ROM 版ではタイトルのキーワード検索はもちろんですが、後方一致検索もできますのでいい加減な略し方の雑誌の正式名を確認するのにもとても便利です。

国内雑誌で、最近のものであれば、所蔵先はわかりませんが、実際に刊行されているかどうかを確認するのに、雑誌新聞総かたろぐを見ることもあります。

また、国内雑誌を欧文名で依頼してきたときには、日本医学図書館協会の「医学雑誌総合目録国内雑誌編」の欧文異誌名参照一覧で日本語のタイトルを調べてから所蔵先を探します。

雑誌名の最初の語が抜けているらしくて探せな

いときは、電子媒体の目録がなにかあるとキーワードで検索できるのでよいのですが、冊子体しかないときはまるでクイズみたいですが、American, British, European, International, Annals というような頭によくついている言葉をいろいろ推測してつけてみて探すのも一つの手で、うまく当たったときは嬉しいものです。

### 所蔵先の検索

次に所蔵先を探します。皆さんの場合は、病院図書館研究会、近畿病院図書館協議会、日本医学図書館協会等を中心に各協会の所在目録を利用することになると思います。最近では学術情報センターに加盟できない機関でもオンラインで NACSIS-IR の検索をすることができます。こちらでは単行本も含めて書誌事項の確認や、所在調査をすることができます。病院図書室や企業の図書室からはオンラインで直接複写依頼をすることはできませんが、単行本、特に和書は所蔵目録がほとんどないので、所蔵検索をする価値はあると思います。

この他に薬学図書館雑誌目録 1991—1996 (日本薬学図書館協議会)、学術雑誌総合目録の和文編、欧文編 (学術情報センター)、国立国会図書館所蔵 国内逐次刊行物目録、外国逐次刊行物目録 (国立国会図書館)、CASSI: Chemical Abstracts Service Source Index (CAS) などもあります。

ここまで紹介したリストや大きな代理店のリストを見ても雑誌名が見つからないときは本当にその名前で発行されているのか疑ってみることも時には必要だと思います。そんな時は利用者にどこから引用したかを問い合わせる元資料を見せてもらうことによって解決することもありますので、そのまま謝絶せずに一応問い合わせるとよいと思います。

いよいよ実際に申し込む際の手引きとなる相互利用マニュアルについて簡単にお話ししていきます。

### 相互利用マニュアル改訂版

日本医学図書館協会では平成 7 年度の出版事業の一つとして、「相互利用マニュアル」を改訂して出版することになりました。実際には 1995 年 9

月に「相互利用マニュアル改訂委員会」が発足しましたので、平成8年の春までに出版することは初めから無理がありました。今日の研究会にはなんとか間に合わせて、できあがったものをお持ちしたかったのですが、結局来月半ばに完成する予定で最後の作業を進めているところです。改訂に当たっては、委員の出身館種によって偏りが生じないように、国立大学、私立大学、病院、企業の各館種を代表して委員を選出して5人で作業を進めることになりました。途中で3人が人事異動等で抜け、春には聖路加国際病院の河合さんと2人だけになってしまい、2カ月ほど2人で細々と作業を続けました。6月には日本大学の林さんに参加してもらうことになり、最後は私立大学、病院、企業代表で改訂作業を続けました。実際の作業は各自に章を割り当て、毎月1回途中経過を持ちより検討を重ねてきました。8月からは最後の追い込みで頻りにファクシミリでやりとりしながら、記入例の作成や本分の訂正作業を進めています。

今回は全面改訂ではなく部分改訂にすることにして、基本方針としては、文献複写依頼はファクシミリを中心にして、過去の遺物になりつつあるテレックスによる申込方法を削除しました。また、NACSIS-ILL等、新しい方法にもふれておくことにしました。病院図書室向けのマニュアルも兼ねたものにするために、できるだけ記入例を多く載せてわかりやすくしたり、各種用紙を複写してそのまま利用できるようにA4判で作成することにしました。

ファクシミリによる申込シートの形式を統一するためフォーマットを作成して、巻末に空白フォーマットをつけて、自館で個別に作成しなくてもマニュアルを複写して利用できるようにしています。また、所蔵調査、書誌事項の確認についても同様にフォーマットを利用できるようにしました。ここで記入のごく基本的なことですが、申込者や担当者の所属、氏名は必ずフルネームで書くようにしてください。

日本医学図書館協会加盟館以外の申込先として、国内の大学や国立国会図書館、医学中央雑誌刊行会などの他に海外のNLMやBLDSCへの申込方法も紹介しています。NLMは日本医学図書館協会の中央事務局を通して手配することができ

ます。BLDSCについては、丸善、ユサコ、紀伊國屋が窓口になっていますが、申込方法、支払方法等いろいろ異なりますので、実際に利用するときは個別にご相談なさるとよいと思います。

因みにBLDSCの場合、大体は48時間以内に処理をして郵送してきますので、ファクシミリで依頼すると1週間ぐらいで入手できます。また、至急の時の特別サービスを利用すると夕方ファクシミリで申し込んだ文献が翌朝には入手できます。

謝絶についてはファクシミリによる依頼の場合、謝絶の送信費用が受付館の負担になってしまうので徴収したくてもできない図書館もありますが、謝絶料金を徴収しても良いことにしました。また現在の謝絶用語は細かすぎて煩雑なので、削除、統合して簡略化しました。例えば欠号・欠本の場合、私も初めはその違いがよくわかりませんでしたが、現場でその意味の違いを理解して使い分けているのはごくわずかしかないと思われましたので、欠号に統一することにしました。参考までに欠本と欠号の違いは何かというと、欠本というのは継続して受け入れている雑誌のうち、巻単位で所蔵が確認されないもの、欠号というのは同様に継続して受け入れている雑誌のうち、号単位で所蔵が確認されないものということになります。

病院図書室研究会からはMEDLINE、Current Contents等の検索結果をそのままの形で依頼書に利用したいというかなり強い要望がありました。この要望は依頼する立場になると非常によくわかりますし、私たちでもそうきたらよいとは思いますが、逆に受付館の負担が増えてしまうことになるので、残念ながらその意見をとりいれることはできませんでした。そのかわりに検索結果の例をあげ、書誌事項の読み方の説明をつけたものを載せることにしました。同様に、雑誌の参考文献から単行本の場合の例をあげ、書誌事項の読み方の説明をつけました。

「第IV章 書誌的事項の確認、所蔵館調査の資料と使い方」(最終的には第V章)は今までの内容を大幅に変更しました。参考調査のための資料は削除して、書誌事項の確認、所在調査等相互貸借で依頼する際の確認に必要な資料に限定しまし

た。古くて購入不可能なもの、比較的高価で使用頻度の低いものなどを削除して、規模の小さな図書館でも購入できるような基本的な資料に限定して簡単な使い方などの解説をつけ、最後にオンラインによる検索手段も簡単に紹介してあります。

雑誌名の確認や所在調査のところで、紹介した資料はすべてこの章に載っていますので、参考にしてください。

必要な雑誌を確実に見つけるには道具を使いこなさなくてはなりません。配列方法は1つしかない訳ではなく、目録によって異なります。例えば、五十音順とアルファベット順、語順配列と字順配列、またアクリム（頭文字を集めて作られた単語）を一語とみなすか、その1字、1字を一語とみなすか、外国雑誌の冠詞類を無視するしかないかなどで、同じ雑誌が全く違う場所に配列されてきます。凡例などをよく読んで、それぞれの目録の特徴を覚えるようにしましょう。

おしまいに**複写料金**についてふれておきます。料金は各館一律ではなく、受付館の事情により、金額、支払方法が異なります。用紙の大きさに

よって料金を区別している館と、用紙の大きさに関係なく均一料金にしている館があり、中には基本料金が設定されている館もあります。支払いに関しては郵便振込、現金書留、小為替、切手、納入告知書等さまざまです。また、国立大学への複写依頼をする場合は前納制が原則ですので、料金の支払いが確認されてから文献複写が送られてくることになり、その分余計に時間がかかります。

至急で入手したくて文献をファクシミリで送付してもらう場合は著作権にふれる場合がありますので、マニュアルにはいっさい記述してありません。必要な場合は相手館に電話で確認をしてから、申し込むとよいと思います。また、自分のところでは書誌事項が確認しきれなくて申込をするときなどもその旨をひとこと書き添えたりする心遣いが必要だと思えます。

いずれにしても、依頼をする場合には相手館に余分な負担をかけないように気を配り、1館に集中せずに分散させて、一度に申し込むのはせいぜい数件にするようにしたいものです。

日本病院会臨床予防医学委員会編

〈保健叢書〉

## わかりやすい 肝臓のはなし

- ・臨床予防医学の見地から
- ・人間ドック受診者の参考書として
- ・患者さんの診療のお手伝いの書として

お申込は FAX・はがきにて

定価1部500円(税込) 発送料別  
(会員売店への卸価は1部400円(税込・発送料別))  
(ただし、50部以上)

〒102 東京都千代田区一番町13-2  
(申 株式会社 日本病院共済会  
込 先) TEL 03-3264-9888 FAX 03-3222-0016

実務講座

## 患者への医学情報の提供

—アメリカの病院図書室を見学して—

新潟県立がんセンター新潟病院司書 有田 由美子

平成8年10月・横浜市

当院では一般書の貸出しサービスをボランティアさんが中心になりまして、1994年の3月から始めております。開始してから1年たって患者さんに利用のアンケートをとりましたが、図書で何を増加して欲しいかというのを聞きましたら、医学関係の図書が少ないので増やして欲しいと医学関係図書の増加を望む声がありました。また近年、日本人は自分や家族が病気になった時に病院や医師を選ぶこととか、医師からの病気についての情報と共に、自らも病気についての資料を収集して、納得した医療を受けたいと希望する人が増加していると思われまます。患者になった場合も、患者本人だけでなく、家族も病院での医師との良好な関係や病気の告知、治療、検査薬剤のインフォームド・コンセントを望んだり、それらの医療情報の入手方法の改善を望む人が増加していることを新聞テレビ、文献などからも伺えるようになっております。

また医療者側でも病気の告知やインフォームド・コンセントの推進は患者アンケートなどの調査をして、治療効果が上がっているということや、クオリティオブライフの向上などに有効であるということを文献などでも発表しています。そして入院生活がなるべく快適なものとなるように、患者アメニティの向上というものに病院自体でも取り組んでいますし、薬剤情報の提供とか、入院治療計画の説明と同意というものが点数化されて、診療報酬を得ることもできるようになっています。またカルテの開示を求める声などもありまして、社会情勢が患者中心の医療へ変化しているというふうにもみられます。また病院としても経営改善を求めた社会情勢への対応を医療者側でも

行っているというふうなことが伺えると思いません。

このような医療を取り巻く社会状況の変化は、医学図書館や病院図書室へも及んできています。それは一般の人や患者への医学図書館の開放を望む声となって現れ、病院内では患者が医療情報の提供を求めて、病院図書室を訪問するという形で現れていると思えます。

このように社会的意識の変化と医療者側の患者中心の医療への変化が見られる中で、私たち病院図書室職員はどのように対応したらよいのでしょうか。ほとんどの病院図書室は職員専用であり、間接的な患者への医療情報提供となっています。しかし時代のニーズにあった病院図書室を考えたときに、私たちは何ができるのかを考えてみる必要があるかと思えます。患者は診療経過の流れにそって病気や治療、検査の医学的情報を得ることで、医師や看護婦と話し合い、よりよい信頼関係やコミュニケーションを作りながら、患者や治療への不安を取り除き、前向きな姿勢になっていけると思えます。その中へ病院図書室も医療情報を提供するなどして参加して援助していく方法もあるというふうを考えます。

文献にも見られますように、アメリカではすでに10年以上前から患者への医療情報提供を始めている病院があります。今回その病院とサービスを開始したばかりの病院を見学する機会を得ましたので紹介し、医療情報提供の現状と問題点および図書室業務の実態なども併わせて紹介したいと思います。

また現在の日本で患者への医療情報提供を行うとしたらどのようなことが必要となり、問題にな

るのか、そして提供の可能性はあるのか、また一般の人は公共図書館で医学関係の情報をどの程度入手できるのか、そして病院図書室と公共図書館との連携なども考えてみたいと思います。

アメリカの病院図書室見学から紹介していきますが、一つ目の病院はメリーランド州のプリンスジョージホスピタルセンターです。ここは公立の病院です。今回のツアーが自治体病院協議会のものを利用しましたので、公立の病院を見学することになりました。またもう一方の病院は、ニュージャージー州のイングルウッド病院で、以前聖路加国際病院の図書室の司書をしていて、そして今はそちらに住んでいらっしゃるスナイダー足立純子さんが医学図書館という雑誌で紹介していた病院です。現在スナイダーさんはそちらにボランティアに入っていたりして、彼女の勧めもあって見学することになりました。

プリンスジョージホスピタルセンターは、ワシントンDCから北西に約1時間ぐらいの州境付近にある公立病院です。病床数は447床で、図書室は5階にあり、広さは大体810平米ぐらいでした。受け入れ雑誌タイトルが200で、単行本が1,200冊、製本雑誌が3,500冊、ビデオが50本というところでした。職員は司書のベニーマーチンさんという方で、1人で図書室の仕事をしているそうです。経験は6年ということでした。

書庫の状態は、横に並べるぐらいに満杯でした。予算の関係で雑誌を製本するのはもう中止したということでした。そのため紛失にはとても頭を悩ませているというふうにおっしゃっていました。

雑誌は書架の側面に最新号を並べていて、それぞれの面に過去のもを配架しているという、とてもわかりやすい配架のようです。インデックスメディアスも母国語なのでとても利用されているようでした。

図書室は車庫と閲覧部分と事務室からなっていますが、図書室の中央に、コンピューターが置いてありまして、受け入れ図書の管理と同時に利用者が利用できるようになっています。キーワードなどを入力しますと、図書室が所有している雑誌と単行本の両方を検索することが可能になっています。ここにメドラインのCD-ROMがありまし

て、一緒に検索もできるということでした。

腰掛けがたくさん、ソファとかありまして、利用者はゆったり利用できます。ここにビデオテープも並んでいました。閲覧スペースは1つ大きいテーブルがありまして、ここにコーヒーとか飴とかクッキーも置いてありました。

司書の事務室は、大きいガラス窓で仕切られていまして、利用者の様子がすぐ見えるようになっています。事務室にはもう1台コンピューターが置かれていまして、ドクラインで文献を無料でコピーを送ってくれるようなところに申し込んだりしています。あと利用統計など業務の統計をとってもきれいにとってありまして、管理者の方に毎年報告して、いつでも示せるようにしておくとおっしゃっていました。そうでないと司書の存在を認めてもらえないから、重要性をアピールしているということでした。

患者への医療情報提供のサービスですが、偶然だったのですが、訪問した月から始めるということで、その様子を伺ってきました。まだ始めたばかりで実績はないようでしたが、どのように提供するのか、まだ準備にどのようなことを行ったのかを伺ってきました。提供場所は図書室とは別の棟で、1階の外來の方で、ICU外來の一室を貰えたということでした。ドアにはインフォメーションセンターという看板をつけてありました。

入りますと、カウンター、椅子、コンピューター、パンフレット、ビデオ、本棚だけの小さい部屋でした。(図1)

担当者はベニーさんが中心ですが、常時ボランティアさんがいてくれるということでした。病気に関する質問があると図書室に電話をしてくれまして、降りて行って対応するということだそうです。

提供内容は医学辞書、ハリソンの内科書、メイヨークリニックの家庭医学書とか、乳幼児や子供への看護ケアというものが備えてありました。また地域の公共図書館との連携もあるようで、ベニーさんは、公共図書館でどのような医学資料が入手できるのかというリストを持っていました。その他、質問に応じて図書室の専門書とか雑誌文献からの提供も行う予定だということです。

ビデオテレビも置いてありまして、この部屋で



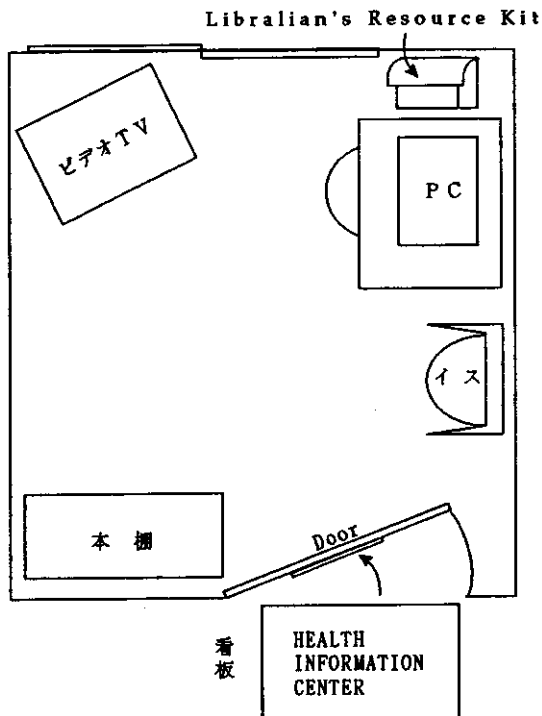


図1 部屋の見取り図

座って見てもらうということでした。コンピューターにはベーシックな医学情報ソフトがもうすでに入力してありまして、それで検索して、見てもらうという話でした。

コンピューターの脇にありますライブラリアンリソースキットは連邦政府が作成している医療健康に関するパンフレットで、いろいろな病気についてのわかりやすい説明や、治療について書いてあり、無料で差し上げるということだそうです。

資料を選択したり、提供する時に、医師や看護婦に聞いたりしますかというふうに聞きましたが、今のところ関わりはないということでした。予後や新しい治療法については、次のことを説明して提供しているということです。提供資料だけでなく、いろいろな意見や治療法があること、医師や看護婦と資料をもとに話し合うことだそうです。

司書は常に治療法などの提供については、2つ以上の異なる意見の情報を患者さんに、あるいは家族、地域の住民に提供しているということでした。そもそもこの州では情報公開の法律があって、医学関連情報も要求があれば提供する必要が

あるということでした。提供までの準備は、次のとおり紹介してくれました。一番目にメディカルライブラリアンアソシエーション（アメリカの医学図書館協会）のコンシューマー・ヘルス・インフォメーション・サービス（患者への医療情報サービス）のセクション会議に参加をしたそうです。

次に、すでにこのサービスを実施している他の病院司書に話を聞きまして、彼女たちが有効と考えている参考資料は何で、どのようにそれらを整理しているかということを知ったそうです。それから病院側が、患者さんを中心にしたケアについての改善というか、開発を議論しはじめた時に、このサービスを提案したということです。

院内のゲストリレーション委員会、接客委員会と訳すのかどうかわかりませんが、ゲストリレーション委員会とペイシャントエデュケーション委員会（患者教育委員会）というのがありまして、そこに加わってこのサービスを説明したところ、管理部はとても関心を示してくれまして、情報提供のサービスをすることを決定してもらったということです。地域での健康フェアというのがあった時に、病院で行われるこのサービスを宣伝し、今後使用する資料の紹介を行ったということでした。

これらの基準は1年かけて行われ、院内の合意をとりつけ、開始に至ったということでした。病院の中でこの図書室は院内の職員への情報サービスをするのが主となっていますが、患者への情報提供を行うことは現在アメリカでは病院認定基準の一つになっており、昨日牧野先生がお話していた認定基準ですが、政府から助成金が貰えるそうです。この病院ではその助成金を保険に入っていない、病院に来てもお金を払えない患者さんのために回されるということでした。

彼女はこの仕事についての時点から、患者への医療情報提供を考えていたそうです。しかし設備や図書室の狭さ、予算の点、など改善が必要だったため、このような準備をしまして、院内の職員の情報サービスに努めて、職員の信頼を得て、賛同してくれる支持者を得たようでした。5階の病院図書室へ患者が入室できないことをどう考えるか尋ねましたところ、患者は医療者と顔を合わせず

に要求する医療情報を入手することができるし、プライバシーも保護されてよいことであるというふうに話していました。

次はイングルウッド病院の医学看護学図書館です。ニューヨークのハドソン川のジョージワシントン橋を渡って10分ぐらいのところにあります。病床数は520床です。受け入れ雑誌タイトル数は医学が322、看護が89です。ここは私立の病院で、看護学校もありますので、メディカルナーシングライブラリーという名称でした。職員はフルタイムの職員のライブラリアンのキャシー・リンドナーさんという方と、もう1人、パートタイムのライブラリアンの方がいらっしゃいます。訪問した日はもう1人フルタイムのライブラリーアシスタントの方がいたのですが、ちょうど解雇を言い渡されて、お勤めの最後の日ということでした。

病院の経営悪化が原因で、職員は減少していて、以前は6人もいたのが、今は1.5と少なくなっているということで、今後もいつ減少するかわからないという厳しい状況だそうです。

図書館の入口は、ガラスになっていて、入りますと、右にカードケースがあって、左にカウンターがあります。その中には本棚にびっしり本が入っていきまして、参考図書とか新着図書が入っていました。中に入っていきますと、コンピューターでの文献検索を自分で行う部屋が2つありました。1つはお医者さん用で、もう1つは看護婦さん用です。オンラインとCD-ROM、メドラインや看護用の文献検索がそれぞれ使えるということでした。

1階はとても低い棚を使っていて、見晴らしがよくて、またガラスの壁でするので、とても明るくて広々と感じられました。冊子体のインデックスメディアスやビデオテープなども低い棚に入っていました。新着雑誌は壁面に展示してあります。ブラウジングルールもあって、ソファが置いてあります。

ボランティアは、毎日、2～3人来ているということでした。1人の方は、患者への医療情報の提供を整理して、検索用のリストを作ったり、これまでのものをコピーして保存してあるということで、今後また同じようなものがあつた時には、ここから提供するという話でした。

スナイダーさんは何をしているかという、アメリカでの医学図書館司書の資格をもっているということで、職員の減少に伴って患者への文献検索だけでなく、病院の医師用の検索と新規購入図書を受け入れの仕事とかも引き受けることになったということでした。

この病院での患者への医療情報サービスについて紹介したいのですが、スナイダー純子さんが文献で紹介していましたので、それをもとにちょっとお話をしたいと思います。それによりますと1982年から地域の医療従事者と病院患者、そしてその家族、そして一般社会に対してもこの病院では医学図書館を開放しはじめたそうです。しかし当時は患者が情報を得るには、担当医師の内容の指示が必要でした。つまり図書館員は患者に提供する情報が適切なものかどうか、医師の許可と確認が必要だったそうです。そのため何人かの患者は知りたい情報を得られず、公共図書館から入手したり、家族や知人に頼んで病院図書室から情報を得るようになりました。

それを知った病院図書館としては解決策を探したそうです。その結果、ニュージャージー州法に図書館利用者記録の守秘義務が定められていること、そして、アメリカ図書館協会からは患者からの質問内容を医師に告げるということは法律違反になるというアドバイスを受けました。それらにより図書館では新しい医学情報提供のガイドラインを作り、問い合わせの内容について守秘義務が守られていることを明記し、十分な医学情報を提供することになりました。

ガイドラインの内容は表1のようなものです。図書館から提供された資料は決して特定の治療法

表1

医療情報提供のガイドライン (Englewood Hospital)
(1) 図書館から提供された資料は、決して特定の治療法を薦めているわけではないこと
(2) 提供された資料は、質問に対して、ごく一部分の回答でしかないこと
(3) 提供された資料は、必ずしも患者自身の状態と完全には適合していないかもしれないこと
(4) 提供された資料は、患者が担当医師と、より具体的な討論を可能にする材料として利用してもらいたいこと

を勧めているわけではないこと、2番目に提供された資料は質問に対してごく一部分の回答でしかないこと。3番目に提供された資料は必ずしも患者自身の状態と完全には適合していないかもしれないこと。4番目に提供された資料は、患者が担当医師とより具体的な討論を可能にする材料として利用してもらいたいことということです。

その後リンドナーさんは患者が求める医学情報を提供することで、医師と患者の関係がより良くなっていることに気づいたそうです。医師が自分の患者さんに図書館に行って自分の病気について読んでほしい、そしてあなたのわかったことを教えてください、そしてそれについて話し合いたいというのがわかったからだそうです。

また患者は自分自身の病気について調べることによって自分を励まし、自己コントロールするのにも役立っていることや、さらに医師にとっても常に自分が新しい知識を得ているのか試されていることにもなり、患者と共により良い治療を継続し、治療方法の検討や治療方針の決定にも役立つようになったことがわかりました。これらのことから、これはインフォメーションセラピーという治療法といえるのではないかとリンドナーさんはいっています。

今回の見学では具体的な提供方法や統計、患者の反応、管理者や職員の活動に対する合意などについて伺ってきましたので紹介したいと思います。提供場所は職員が使用する医学図書館で行います。患者、家族、住民は医学図書館への入室が可能です。また依頼があれば病室へも届けてくれるそうです。質問は電話か申し込み用紙に記入して、ファックスで申し込むこともできるそうです。

申し込み用紙は(図2)、図書館利用者の利用に対する守秘義務が州法に遵守されていることをまず最初に明記してあります。記入事項については、年齢、性別、欲しい情報の内容、具体的な質問内容、名前、住所、連絡先、どこか図書館から紹介されたとしたら、その図書館の名前、急いで入手したい時はその旨記入します。また、電話などでインタビューする時に質問することは、最初の診断名は何であったか、それと病歴をもう少し詳しく教えてもらうこと、それと現在医師の管理

下において、治療中であるかどうかということを知りたいです。担当者はライブラリアンとボランティアさんです。

提供内容は、図書室の利用案内にも載っています。提供資料については、次のように記入されています。患者の利用しやすい一般的な医学、健康に関する図書を整備しています。コンピュータープログラムで次のような臨床参考調査を行います。成人への健康アドバイス、小児科、産婦人科アドバイス、医薬品情報提供、これらのプログラムから各種のトピックに関する情報を印刷物としても入手できます。ビデオなど、視聴覚資料の貸出しも可能ですというふうになっています。

資料の収集は出版社が作成した患者への医療情報提供のための出版情報リストというのがあります。そこから選んで購入したり、医師や看護婦も選択に協力してくれるということでした。

提供に際して心掛けていることや、感じたことなどを伺いました。提供する側として心掛ける大切なことは、患者がより良い治療を受けるためのものであることを忘れてはならないということです。何でもすべて提供すればよいというものではなく、患者が精神的打撃を受けるようなものや、恐ろしい写真とか予後など、患者に不安を与えるだけの文書は本人に見る意思があるかないかを訪ねるそうです。常に一面からの情報ではなく、2つ以上の異なる情報を提供するということでした。提供された資料をもとに、担当医とのコミュニケーションの向上を望んでいるということでした。

このサービスを始めるとしたらトレーニングが必要かどうか伺いましたら、ある程度レファレンスの経験があればよいということでした。リンドナーさんは看護婦の資格を持っている方ですが、次のようにアドバイスをしてくれました。看護婦の資格は別に必要ではありませんが、医学、解剖学などを少し勉強して、相手が何を聞きたいのかわかるようにしておく必要があるだろうということ、そして質問用紙のチェックリストに従って患者に質問するのでありますし、また元看護婦にスタッフになってもらうのもよい方法だろうということでした。

この病院もこのサービスを行うことで、州政府

**Consumer Health and Medical Information  
Reference Request Form**

Date

In order to answer your question more efficiently and completely, please check the appropriate boxes as they apply to your question.

This information is kept strictly confidential according to a New Jersey law on "confidentiality of library users' questions."

1. Age of individual with condition:

- Infant, Newborn (birth to one month)
- Infant, Newborn (1 to 23 months)
- Child, Preschool (2-5 years)
- Child (6-12 years)
- Adolescent (13-18 years)
- Adult (19-44)
- Middle Age (45-64)
- Aged (65-over)
- Aged (80-over)

*What is the original diagnosis?  
Tell me a little more about your or the  
patients medical history.  
Are you currently under a doctor's care?  
Are you under the treatment/therapy now?*

2. Sex: Male      Female

3. Information on therapy/treatment:

- Drug therapy (medication)
- Surgery
- Any other therapy: Name of therapy

4. Please write out your question. Please be as specific as possible.

Name

Address

Home Phone

Business Phone

Referred by (name of library)

Address of library

Phone number of library

Librarian's name

Check if the following applies:

I need this information urgently—it's an emergency situation.

図2 申込用紙

から補助金を得ていました。補助金は資料提供の際のコピー代や担当職員の給料など、必要経費として使用されていました。初年度の補助金は2,000ドルだったそうです。1994年は35,000ドルということでした。ここまでのサービス対象は、郡の住民と入院患者、家族ですが、提供件数は年間1,518件、月の平均が126件、これは院内の相互貸借件数は除く数で、院内の相互貸借件数は外へ申し込みが1,200件、外からの受け付けが1,600件あったということです。当時、担当は2人だったそうです。週末も病院も出てこなければならぬほどの忙しさだったということです。そのため、次の年1995年には担当のフルタイム司書は2人必要であるとして、補助金を倍の7万ドル要

求したところ、断られたそうです。その結果、補助金を受けることを辞退して、現在は補助金なしで活動を行っているということでした。

そのため、サービス対象も減らすことになり、イングルウッド病院の患者と家族、イングルウッド病院に付属する医師の患者のみに限ることになりました。つまり地域住民のサービスは中止することになったそうです。そこで1995年の提供件数は減りまして350件、月平均20件になったそうです。病院からの補助金も一切ないため、図書費からの持ち出しということでした。参考までに1995年の院内職員の相互貸借件数ですが、外への申し込み件数は1,200件、外からの受け付けは1,800件ということでした。

患者からの反応は、担当司書が一定の期間を区切りまして60通アンケートをつけたそうです。回答は20通ということでしたが、内容は益のあるものであり、喜ばれているということがわかりました。

院内の職員がこのサービスにどのように合意しているかを伺ってみました。実はこの病院でも10年ほど前は院内の医師にはこのサービスに反対の人も多かったそうです。図書委員会では投票でこのサービスを行うかどうかを決めようという話も出たそうです。ですが先程紹介しましたように、州法で情報提供や図書館利用記録の守秘義務があることがわかり、医師は患者に情報を提供しなければならないことや、図書室も守秘義務を遵守しつつ、情報提供すべきであることなどを紹介し、納得してもらい、前述のとおり正式に認められたということでした。

また医師からは致命的な病気に関する情報をどのように扱うのか、心配する声もあったそうですが、前述のとおり図書館は患者にそのことについてどのぐらい知っているのかを予め尋ねた上で提供していることや、経験的にはほぼ100%の患者がすでに告知を受けて予後を知っていることなどがありまして、探しているのは何か新しい治療法がないかということであるということの説明したそうです。

ところで司書と医療関係者が合同で情報を提供することについてどのように考えますかと尋ねましたら、アメリカでも司書ごとに考えが異なるということで、メイン州ではメディカルスタッフの1人となって提供に関わっている人もいるということでした。しかしリンドナーさんの考えでは、人は知る権利を保証されているため、何を读んでもよいわけでありますから、医師に患者が何を读んだかを教えたり、何を读んでよいか悪いかなどを規制するということには反対ということでした。

現に図書館に自分が何を读んだか医師には知らせないか、としつこく聞く患者もいるようで、絶対に医師には知らせないということをいって安心させることもあるからだそうです。したがってメイン州のやり方もありますが、それがよいとはやはりいえないと思うということでした。

ここでも公共図書館とは連携していて病院図書室、公共図書館、開業医の3つのネットワークが作られていまして、医学健康情報を提供していました。

以上、医学情報提供を開始したばかりの病院と10年以上行っている病院を見学したのですが、それぞれの司書の話聞いて、開始までの準備や提供の現状、司書の熱意など参考になりました。アメリカでも10年前は提供開始に反対があったり、病院経営の悪化で人員削減をされながら、またボランティアさんに支えられながらのサービスなど、とても苦勞したことが伺えました。またそれも問題点として浮き上がってきていると思います。

しかし知る権利としての情報公開や、利用者に対する守秘義務が法律としてありまして、それが病院図書室の中でも執行されていることや、また医学図書館協会作成の医学図書館員の倫理綱領というのがありまして、すべての人に対しての情報提供が謳われていることや、理想を高く掲げた職業意識に敬服しています。そして医療制度の違いとか、小さい時から自立、独立を教育されている国民性の違いなども、病気に対する心構えや態度に反映しているということを感じました。

アメリカの患者への医療情報提供サービスをまとめますと、次のような利益があるかと思われま  
す(表2)。患者の利益としては医療情報が入手できること、治療への意欲や治療方針決定の一助、あるいは参考となっていること、病院側の利益としては病院認定基準の1つを満たしていること、

表2

アメリカの患者への医療情報提供サービスの利益	
1	患者の利益: 治療への意欲や治療方針決定の一助となる
2	病院の利益: 病院認定基準の1つを満たす患者中心医療の一助として、また患者教育の手段として
3	医療者の利益: 患者・家族と医療者とのよりよい信頼関係の構築 医療者の質的向上
4	病院図書室の利益: 患者への病気回復や療養、決断への援助が実現 図書室職員の資質向上

また病院側の目指す患者中心医療の一助となっていたり、また患者教育の手段としても取り入れていました。医療者の利益としては、患者家族と医療者とのより良い信頼関係を構築できること、医療者の質的向上となっていること、知識を得た患者に対応するため、自分で常に新しい情報を得るようにするということが考えられます。病院図書室の利益として考えた時、患者への病気回復や療養、決断などの援助ができますし、医療者、そして患者両方へ情報を収集、提供することで、資質向上にもつながっていくのではないかというふう考えられます。

今後、患者への医療情報提供を行うとしたら、次のことが基本になりそれぞれの対応の方法が考えられます。そして同時に、予め整備しておかな

ければならない、問題点ともなっています(表3)。一つ目は提供の対象です。患者だけにするのか、その家族も含むのか、地域住民に対しても広げるのか、対象の拡大は提供の拡大であると共に、担当者の負担の拡大にもつながります。また人員が削減された時はサービスの縮小にもなると思います。

2番目は提供場所ですが、病院図書室への入室を可能にするのか、別室を設けるのか、病棟、病室への巡回や設置なども考えられます。図書室への入室は患者さんの自由な選書が可能になりますが、職員と一緒に利用するということが院内の合意が必要になると思います。また何を読んでいるか、見られたくない患者さんもいると思いますので、そういう医療者に見られるという事態も発生

表3

アメリカの患者への医療情報提供について																			
1	提供の対象：患者、家族、地域住民																		
2	提供場所：医学図書館・病院図書室、患者専用の図書室、																		
<table border="1"> <tr> <td>1991年</td> <td>アメリカ医学図書館協会調査</td> <td>481施設のうち回答371</td> </tr> <tr> <td>医学図書館・病院図書室に患者が無制限に利用可能</td> <td></td> <td>58.1%</td> </tr> <tr> <td>制限付き利用</td> <td></td> <td>19.9%</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(制限の内容 医師の許可必要 13.4% その他 6.5%)</td> <td>合計 78%</td> </tr> <tr> <td>患者に解放されていない医学図書館・医学図書室</td> <td></td> <td>22% (全体の約5分の1)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">患者利用可能な図書館のうち、患者のための資料を別に用意しているところ 67%</td> </tr> </table>		1991年	アメリカ医学図書館協会調査	481施設のうち回答371	医学図書館・病院図書室に患者が無制限に利用可能		58.1%	制限付き利用		19.9%	(制限の内容 医師の許可必要 13.4% その他 6.5%)		合計 78%	患者に解放されていない医学図書館・医学図書室		22% (全体の約5分の1)	患者利用可能な図書館のうち、患者のための資料を別に用意しているところ 67%		
1991年	アメリカ医学図書館協会調査	481施設のうち回答371																	
医学図書館・病院図書室に患者が無制限に利用可能		58.1%																	
制限付き利用		19.9%																	
(制限の内容 医師の許可必要 13.4% その他 6.5%)		合計 78%																	
患者に解放されていない医学図書館・医学図書室		22% (全体の約5分の1)																	
患者利用可能な図書館のうち、患者のための資料を別に用意しているところ 67%																			
3	提供担当者：図書館職員、病院職員、ボランティア																		
4	提供内容：(1) 一般的な医学健康に関する図書 (2) コンピュータプログラムでのレファレンス健康や病気、薬剤情報など Medline など文献検索での最新文献のコピー提供 (3) 政府作成のパンフレット (4) ビデオなど視聴覚資料 (5) 患者教育(手術や器材の説明など) など																		
5	提供方法：(1) 患者による自由な選択 (2) 医療チームを作り、必要と思われる医学情報の提供予後や新しい治療法の提供については 1. 提供資料だけでなく、いろいろな意見や治療法があることを説明 2. 医師や看護婦と資料をもとに話し合うことを勧める 3. 2つ以上の異なる情報を提供する																		
6	提供に必要な予算：連邦政府からの補助金(病院認定基準の1つ)を得る方法もある経費内容は、資料代、コピー代、検索費、人件費など																		
7	医学図書館員の倫理：患者の知る権利とプライバシーの遵守、すべての人に医療情報を提供するという理念など																		
8	病院職員の合意：病院の合意を得ることは、患者への医療情報提供のバックアップが得られる資料収集や選書など																		
9	情報提供に添付するガイドライン：情報提供に伴う誤解を回避し、法的責任の所在を明らかにする患者が情報を判断する際の指針となる																		

するということがあります。別室を設けるということは、患者が医療者から見られずに情報を得ることは可能になりますが、院内にそのスペースがあるかどうか問題になります。

病棟、病室への巡回や設置ですが、患者さんにとっては近くに本が来て便利ですが、他の患者さんの目も気になるのではないのでしょうか。またそうした場合は、病棟内の合意も必要になってきますし、担当者の負担の拡大にもつながります。

3番目は、提供の担当ですが、図書館員が行うのか、ボランティアが行うのか、業務増加に伴って人員増加が必要になった場合補充が可能であるか、利用増加に伴い平常業務への影響がどの程度出てくるかわからないところです。提供開始後、人員が削減した場合、やっぱり提供できなくなる不安定さも合わせ持っているような気がします。提供内容はアメリカの場合は十分な情報を提供していました。一般のおよび専門的な医学健康に関する図書、コンピュータープログラムでのレファレンス、ベーシックな内容の提供とメドラインでの最新文献のコピー提供、政府作成のパンフレット、ビデオなど、視聴覚資料です。一般的な医療関係図書だけにするのか、専門図書も含めるのか、専門的な情報に対しては提供内容の判断をどうするのか、チームで行うか、図書室職員が単独で行うか、検索の力量や医学的知識もはやり必要になると思います。

5番目は提供方法ですが、患者による自由な選書、自由な入手情報とするのか、医療チームとして司書も加わり、その患者に適切な医学情報提供とするのか、自由な選書は提供する場所が専用であれば可能かもしれません。またチームとして提供する場合は患者が医療者に知られずに知りたい情報を得ることはできなくなる場合も出てくると思われます。提供に必要な予算ですが、病院が提供してくれるか、患者の負担となるのか、資料代、コピー代、検索費、人件費などの工面をどうするのか、病院からの資金援助があるかないか、患者の個人負担とするのかをやはり決めておく必要があると思います。

医学図書館員の倫理として、患者の知る権利とプライバシーの遵守、全ての人に医療情報を提供するという理念など、アメリカの医学図書館協会

にはありましたが、別に倫理綱領がなくても図書館の職員として必要なものと考えられます。貸出しカードの破棄など、個人名を残さないように留意してプライバシーを保護すべきでしょう。またチームとして提供する場合は、個人名は医療者には明らかになるかと思いますが、私としては現状では医療者がある程度提供内容などを把握することはプライバシーの侵害などにはならないように思います。しかし他の患者さんなど、第三者に対しては保護を行う必要があるかと思えます。

病院職員の合意ですが、医療情報の提供により問題になるものの中に、読後の患者心理の把握や援助、法的責任、そして知識を得た患者への対応として、医師の説明時間の増加が可能かどうかがあります。病院職員の全体からの合意を得ることはこれらのバックアップにつながり、予算的援助や提供内容への援助なども得られるようになるかと思えます。

9番目に情報提供に添付するガイドラインですが、情報提供に伴う誤解を回避し、法的責任の所在を明らかにします。また患者が情報を判断する際の指針となると思えます。医学は日々進歩していますので、提供している資料が古くなった場合も考えられます。診断や治療の誤解を招かないためにもガイドラインは必要と思われる。

以上これらは患者への医療情報提供の基本的な事柄であると同時に問題点であるため、予め病院としての対策を決めておくべきものでしょう。

ところが日本の現状はどうなっているのでしょうか。一般書の提供は全国的に少しずつ増えているようです。しかし医療情報となるとまだ今ところ京都南病院の1カ所かと思えます。京都南病院では慢性疾患の指導書的な、一般的に入手できる南江堂のものなどですが、それを備えつけてあるそうです。患者図書サービス連絡会というのがありますが、その中で京都南病院の山室さんが紹介しまして、一般書の中にその本を加えて提供してるところも少しずつ増えているようです。公共図書館でも病院への患者図書サービスをやっている所は、同じように南江堂の医学書を加え始めています。

職員用の専門書を提供してるところはまだないように思います。当院でもある医師の研究費から



資金援助を得ることができまして、医師や看護婦の助言を得て、資料を収集しはじめました。資料の内容は一般書店でも入手できるのが基本ですが、がん関係の本を中心に集めました。院内の合意はインフォームド・コンセント委員会というのがありまして、そこで話し合っただけで合意を得ました。また管理会議でも了承されて、今後活動を開始する予定です。

ところで今回見学した2つの病院図書室とも、公共図書館とは何らかの形で連携をしていました。一般的な医学情報を、一般の人が入手するには書店で購入するか、公共図書館に借りに行くかのどちらかだと思います。日本においても公共図書館には一般向けのわかりやすい医学関係の本が多少なりとも所有されています。一般向けの医学関連図書を持つ公共図書館と、専門図書を持つ医学図書室の連携をやはり今後検討してみるのもよいかだと思います。

実情をアンケートをとって調べました。近畿病院図書室協議会の『病院図書室』という雑誌に載っていたものと同じような形式で、新潟県内で調査してみました。新潟県では県立図書館が中心になってネットワークが組まれていて、公共図書館とか大学図書館、当院も入っているんですが、そういうネットワークがあります。県立図書館が中心になって今回のアンケートもとっていただくことができまして、この表4のとおりで、100%の回答がありました。実態はあまり医学書は揃っていないというのがわかりました。やはり公共図書館には選書基準とかレファレンスの制約がありますので、利用者の要望にできるだけ応えようとする中で、専門書の収集には慎重なようでした。今後連携をお願いするとしたら、やはりもう少し関連図書の充実が必要だと思います。いずれにしても現在職員専用の病院図書室が患者への医療情報の提供を行うにはいろいろな準備や制約があり、院内の合意と教育が必要かと思っています。

以上、アメリカの病院図書室見学と医療情報提供についてまとめてみました。ご静聴ありがとうございます。

#### 質疑応答

Q イングルウッドの病院の図書館なんです

が、スナイダー純子さんがいらっしゃる、ものすごく広いみたいなんです、広さはどのくらいあったのか。それから、もともと6人いたのが、結局今はフルタイムの司書の方が1人と、パートタイムのアシスタントのライブラリアンの方が1人と、あとはボランティアで運営していらっしゃるみたいですが、実際それで前と、患者に対するサービスもあるかと思いますが、それは減ったということのを伺いましたけれども、その他の院内へのサービスとかは変わらずにできているんでしょうか。

有田 イングルウッド病院の広さは聞いたんですけれども、よくわからないという回答でした。大体この会場の広さくらいあったかな、この壇上を省いたぐらいの広さかなというふうに思います。2階もあるんですが、2階は看護婦さん用があったんですが棚が不足していて机に本が積み上げられていました。やっぱり職員が少ないので整理できないという状況でした。一般の職員へのサービスはボランティアさんに頼っているという現状もあったりして、大丈夫かしらと思うぐらいです。ちゃんとやっているとは思いますが、大変そうだという印象でした。

Q 日本の場合ですと、たとえば公共図書館、学校図書館、大学図書館、いろんなところで館種を越えて何か協力体制を敷こうとすると、たとえば行政の壁がネックになってなかなかうまく体制ができないというところがあります。それで今のお話ですと結構アメリカでは公共図書館と病院図書館の方でうまく連携がなされているということでしたので、もしそこらへんでそういう問題がうまく解決されているのであれば、そこらへんをお聞きしたかったんですが。

有田 私は2カ所しか行ってないので、それがすべてかどうかはわからないので、うまく答えられないんですが、イングルウッド病院の場合はメイランド財団というのがありまして、財団が中心になってお金を提供していました。そこに小児科医のネルソンさんと先程のリンドナーさんが加わって行ったという話です。行政の壁とかというのは、ちょっと詳しく聞いてきませんでしたので、よくわかりません。

表4 新潟県公共図書館アンケート

No.	1. あなたの館名をご記入ください。	2. 蔵書総数をご記入ください。	3. 前記の内医学関係図書の本数を答えください。	4. 医学関係図書が占める割合(%)をお聞かせください。	5. 医学関連についてのレファレンス等の対応をお聞かせください。(例:文献等の紹介程度)	6. 今後、医学関係図書の増加を検討していますか?
1	新潟県立図書館	480,000	8,800	1.8%	所蔵調査、文献紹介など。なお、医療相談については、新潟県立図書館規制施行細則第12条により応じていない。	3予定している
2	新潟市立沼垂図書館	133,228	1,500	1.1%	所蔵している文献の紹介程度	1予定していないし、検討していない
3	新潟市立山の下図書館	50,026	1,000	2.0%		
4	新潟市立坂井輪図書館	40,364	400	1.0%		
5	新潟市立石山図書館	44,797	986	2.2%		
6	新潟市立内野図書館	43,169	1,102	2.6%		
7	新潟市立鳥屋野図書館	42,000	320	0.8%		
8	新潟市立松浜図書館	41,490	570	1.4%		
9	新潟市立舟江図書館	90,000	2,250	2.5%	文献等の紹介程度。禁帯出の図書などはコピーの要望があればコピーサービスを行う。	1予定していないし、検討していない
10	長岡市立中央図書館	260,145	4,000	1.5%		1予定していないし、検討していない
11	長岡市立図書館互尊文庫	53,178	620	1.2%	図書の紹介	1予定していないし、検討していない
12	長岡市立西地域図書館	45,000	1,000	2.2%	文献等の紹介、他機関への紹介	1予定していないし、検討していない
13	上越市立高田図書館	167,977	185	0.1%	不明	1予定していないし、検討していない
14	上越市立直江津図書館	88,876	715	0.8%	主に家庭医学、健康法関連図書の紹介等	4その他(議題に上がったことない)
15	三条市立図書館	231,149	4,200	1.8%	文献の紹介	不明
16	柏崎市立図書館	179,881	不明	不明	希望図書の分類及び配架位置の案内	4その他(蔵書バランスの中で考える)
17	新発田市立図書館	123,411	不明	不明		
18	新津市立図書館	148,484	1,228	0.8%	文献等の紹介	1予定していないし、検討していない
19	小千谷市立図書館	78,187	900	1.2%	図書等の紹介	1予定していないし、検討していない
20	加茂市立図書館	102,623	1,500	1.5%	文献の有無、参考文献について答える程度	1予定していないし、検討していない
21	見附市立図書館	92,500	500	0.5%	文献等の紹介程度	2検討中、あるいは検討したことがある
22	燕市立図書館	79,741	900	1.1%	関連図書の紹介	1予定していないし、検討していない
23	糸魚川市民図書館	83,611	1,470	1.8%	通常のレファレンス同様	3予定している
24	五泉市立図書館	83,357	1,217	1.5%	関連図書の紹介(家庭医学が主で専門的な医学書はありません)	4その他
25	白根市立白根図書館	60,000	300	0.5%		1予定していないし、検討していない
26	水原町立水原図書館	24,683	85	0.3%	医学書については一般向けのものしかないもので、文献等については専門的なものは他館への相互貸借申込みで対応	2検討中、あるいは検討したことがある
27	聖籠町立図書館	49,781	500	1.0%	文献等の紹介程度	1予定していないし、検討していない
28	黒埼町立図書館	39,856	0	0%		1予定していないし、検討していない
29	金井町立金井図書館	69,970	1,100	1.6%	あくまでも文献の紹介にとどまっている	1予定していないし、検討していない
30	真野町図書館	39,607	500	1.3%	開館以来前例がありませんが、文献等の紹介程度しかできないと思います。当館では、例えば司馬遼海のことなど歴史関係のレファレンスは数件ある位です。	4その他(一般書位しか予定していない)
31	岩船広域図書館	60,000	3,000	5.0%	図書館資料の紹介のみ	3予定している
	合計	2,162,017	13,200	0.6%		3予定しているが3館

No.	7. 病院等に一般書の貸し出しサービス(内容は問いません)を実施していますか?	8. 前記で「はい」とお答えの方は、サービスの内容をお聞かせください。	9. 前記で「いいえ」とお答えの方は、今後、病院等に一般書の貸し出しサービス(内容は問いません)を予定、または検討していますか。	10. その他、何でも結構ですので、ご意見等をお聞かせください。
1	いいえ		1予定していないし、検討していない	
2	いいえ		2検討中、あるいは検討したことがある	医学専門書の増加は予定していない
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9	はい	障害者手帳を交付されている人(程度は問わない)、また新潟市内の病院に長期入院している人(病院長の証明が必要)、寝たきりの人(民生委員の証明が必要)等、図書館に来館が困難な人を対象に、郵送貸出制度を設けている。1人5冊まで1カ月の貸出。登録67人、利用45人。		
10	いいえ		1予定していないし、検討していない	
11	いいえ		1予定していないし、検討していない	
12	いいえ		1予定していないし、検討していない	
13	いいえ		1予定していないし、検討していない	長期入院者で体の不自由な方に対しては録音図書の出借を行っています。(現在登録者はなし)
14	いいえ		1予定していないし、検討していない	
15	はい	自動車文庫の巡回コースにくみこんである。大島病院(私立)精神科病棟ほか。1人3冊。月2回	1予定していないし、検討していない	
16	いいえ		4(職員に余力がない)	
17	いいえ		1予定していないし、検討していない	アンケートの医学関係図書とは、専門図書を指すのか、一般の人が読める図書を含むのか不明であった
18	いいえ		1予定していないし、検討していない	アンケートの集計結果をお知らせいただければ幸いです。
19	いいえ		1予定していないし、検討していない	
20	いいえ		1予定していないし、検討していない	
21	いいえ		2検討中、あるいは検討したことがある	廃棄雑誌のうち、軽く読まれるものを病院に払い下げており、ロビーや病棟ラウンジ等で活用してもらっている。
22	いいえ		1予定していないし、検討していない	
23	いいえ		2検討中、あるいは検討したことがある	
24	いいえ		4(将来的にはサービスしたい)	
25	いいえ		1予定していないし、検討していない	
26	はい	病棟に図書館より50冊図書を貸し出ししている。(水原郷病院、整形外科病棟婦長の要請から。)その他雑誌等保存期間の過ぎたものを、寄贈している		
27	いいえ		1予定していないし、検討していない	
28	いいえ		3予定している	
29	いいえ		1予定していないし、検討していない	当館より歩いて5、6分のところに島内一の総合病院があります。そのため、在住・在勤の方はもとより在病院(入院している人・付き添いの人)の方にも貸出サービスはしています。必要性(病院へのサービス)は個人的には感じますが、現状では余力はなく残念です。
30	いいえ		2検討中、あるいは検討したことがある	病院ではありませんが特養施設でのサービスを検討してみたが、現在まで結論を出していません。
31	いいえ		2検討中、あるいは検討したことがある	特別養護老人ホーム貸出を実施している
	「はい」が3館		「2検討中、あるいは検討したことがある」が5館、「3予定している」が1館	

教育講演

# 市民の求める医学情報の提供

横浜市立大学医学情報センター 登坂 善四郎

平成8年10月・横浜市

## はじめに

今日、私がお話をさせていただく課題は「市民の求める医学情報の提供」ですが、実はじっくり考えてみるとこの提案は私個人としてはかなり難しいなというふうにいま思っています。当初は図書館雑誌の特集記事として「医学・看護情報をいかに提供するか」に関係しましたので<sup>1)</sup>、基本的にはその内容を話してほしいという要望だったんです。その後図書館サービスとしての視点から考え直してみると、資料の提供というニュアンスのみでは不十分で、市民に対する病院図書館サービスのあり方として、「医学情報を患者・家族に提供すべき位置付けと背景」ということの中で、どう対応すべきなのかという関わりの視点で考えてみました<sup>2)</sup>。

実は皆さんも経験があることですが、病院の建物に入りますと（外来や入院など）、一般的な市民という呼び方からすぐに「患者さん」というふうに呼び名が変わってしまいます。なぜ「患者さん」に変わってしまうかというと、そこには一面的ですが普通の市民としての権利や行動が剥奪され「患者さん」という身分や行動が求められているという状況が一方にあるように思われます。そういう状況は何故なのか、またどうしてそうなのかという具体的な実情を考えていただきたいのです。

一方私たち医学図書館ではどうでしょうか。市民の基本的な知る権利を支援するためには、大学図書館でも病院図書室でも患者や家族（市民）に対して、医学情報を提供していかなければいけないということが根本的にあると思います<sup>3)</sup>。しか

し、現実にはそうになっていない。では、その背景と現状というか、どういう背景が考えられるかを、話題として進めさせていただければと思います。

## 1. 医療環境の変化と病名告知への対応

では、なぜ「市民への医学情報の提供」なのかということになりますが、基本的な医療の視点はやはりいまわれている「インフォームド・コンセント」という考え方であり、この言葉は病院の関係者のなかでも中心的な医療のあり方として重みを持ってきているということですから<sup>4)5)6)</sup>。

そういう意味からも先程の表現での患者さんから市民権への復活という一つのテーマを実現するための取り組みになると思います。そのためには、当然現在の医療を取り巻く状況の理解が大切ですし、この現実の矛盾を考えることで課題を明らかにしていくことです。もう一つはいまわれている「インフォームド・コンセント」はどうして生まれてきたのかという背景を理解することからも一つの方向性、図書館サービスの見方というのが生まれるように思います。

これらの意味合いで考えていくときに、では現在の医療を取り巻く環境のなかでどのような変化が生じているのか、病院図書室にいらっしゃる皆さん方が日常感じていることと思いますが、ただ実際どの程度それぞれの問題を具体的に認識し図書館サービスに引き付けて考えてみるか、ということが見直しのポイントになってくると思います。いままでの経験からみても、医学の急速な進歩をいかに捉えその進歩に追いつく図書館運営に努力をしサービスの改善を積み重ねてきました。

それは先進的といわれる医学図書館サービスでも、その要求に対してどうサービスを提供できるか、日本医学図書館協会を中心に確立し、それなりの実績とサービスの実践のうゑに評価を受けてきたといえます。その背景の一つにはサービスを必要とする大きな利用者集団があったからともいえますが、その要求に答えようとする取り組みのなかで実現できたという実績は、現在の新たな利用要求に対しても十分対応のできる力量をすでにもってきているといえないでしょうか。

もう一つの変化は、現在の医療現場での最新の医療機器、たとえばMRIとかCTとか、血管造影などさまざまな最新の検査機器が活用され診断技術が進歩してきています。治療法も、直接的に侵襲を縮小した内視鏡による手術など、医療技術の進歩が益々発達してきています。検査技術の進歩や手術方法の大きな変革が常に生じているという現実があります。このような現実のなかで何がどう変わるのか、たとえば一つに死因別の死亡率で現在4人に1人がガンで亡くなるという状況があります。当然その背景には高齢化社会の進行や環境汚染、化学物質の影響なども考えられる訳ですが、やはりガンの診断がそれだけ迅速に、かつ早期の段階で確定されてきているという背景があるわけです。昔であれば、他の診断が下されていたかも知れません。老衰であったり、合併症での診断というようなニュアンスであったりしたというような状況があったようです。その他の疾患でも同じようなことがいえます。現代の診断技術の進歩により早期に正確な診断がされるという変化が医療の現実として患者さんとの関わりで起きています。そういう現代認識もしておく必要があると思います。

症状の初期での診断の確定化によって、患者は早期に自身の疾患について詳細な状況を知らされる、あるいは知り得る状況が生まれてしまうということがあります。ですからそのような状況の中で、私たちは何を考えどう対応できるのかという課題が常に指摘される状況といえます。

さらに、そういう状況にも関係するわけですが、いわゆる医療情報というか、医学情報が氾濫している一方で、いざというときには大変入手しづらいという現実があります。公共図書館や書店

での医学情報の入手では限られた内容になっています。問題としては、中途半端な情報による混乱が生じたり、片寄った情報のなかでの市民の迷いがあります。そういう時に起きる混乱というのは当然個人の主観的な判断に片寄ったかたちで情報を理解してしまう、いわゆる好ましくない情報の一人歩きというのが起こるわけですが、そのことによる医療に対する不満であるとか、疾患に対する正確な判断の迷いであるとか、治療の選択方法の誤り、極端な場合には結果的に得体の知れない治療法にのめり込むような状況が起きている実情も考える必要があると思います。

適切な医学情報の提供の必要性も指摘されている状況からみても<sup>7)8)9)</sup>、私たちもそういう医学情報に関わっているわけですから、この状況をどう判断し対応すべきなのかを一緒に考えていなくてはいけないポイントといえます。

最後に、一番大きな問題は、やはり医療思想の変化だと思います。これほど「インフォームド・コンセント」や「クオリティオブライフ」という活字が様々な場面で使われだしているわけですが、本当にその実態というか、その思想の流れというのを理解して、それにどう取り組むべきなのかという社会的な姿勢が図書館にも要求されてきている時期といえます。

この「インフォームド・コンセント」、(説明と同意)というふうに訳されているわけですが、ニュアンスとしてはそれほど簡単なことではなく、もう少し歴史的に理解をしておかないと正確な対応を間違う部分というのがあると思います。

基本的には現在の医療の改善の中心的な目標になってきていることは事実ですから、どういう部分で問題になっているかという「インフォームド・コンセント」の取り組み状況や受け入れ姿勢の把握があると思います。現在数多く出版されるようになってきた闘病記をみても、かなり様々な悩みや不安、医療に対する不信と疑問、治療方法の選択の迷いや苦悩など身につまされる問題が指摘されています<sup>10)~15)</sup>。

例えば、山室著「家で死ぬということ」では、ガンの痛みからの解放がいかに大切か、ガンの疼痛の管理手法の遅れによる患者の苦しみというのが切々と報告されています。そのなかでも医療知

識ないしは医療情報の取得がいかにガンの痛みの回復と関わっていたかという指摘例もあります。病院院長の原著「生きて、環りぬ」では、医師として、個人としての心の葛藤や、正式な検査報告が患者に隠されて手術がされているという、インフォームド・コンセントに取り組む難しさ、というような問題も考えさせられます。

これらの著書はガン告知という難しい問題は当然含んでいるわけですが、それでも様々な状況の指摘があるという認識はまず理解しておかねばなりません。病院の抱える問題として、山崎著「病院で死ぬということ」では、医療現場の赤裸々な問題、医療思想のあり方の方向が指摘されています。近藤著「患者よがんと闘うな」も医療への新たな見方を指摘しています。一つの切り口ではありますが、そういう混沌とした中に現在の医療というのはあり、患者としても多くの取り組み課題を抱えていることの認識が求められていると思います。このような著書は限られた人による報告ですが、日常的にはさらに様々な情報を知りたいという要求があることは当然のことといえます。

## 2. インフォームド・コンセントとその成立過程から

インフォームド・コンセントの歴史の概略としては<sup>16)~19)</sup>、その出発点にはやはりドイツのナチスによる非人間的な行為に多くの医師が関わっていたという問題があります。人間を実験台として医学実験が行われるという凄まじい現実の反省の上に立って、「医学的実験研究におけるニュールンベルグ綱領」が1947年に、そして1948年ジュネーブ宣言（世界医師会）がなされています。

従来、西欧ではヒポクラテスの医の誓いに基づいた医療行為がなされてきました。その基本に沿った形で、医療はそのようになされるべきであるという考え方に沿った宣言ではあったわけです。当然、医師というのは誠意に基づいて治療を行うということが前提になって1964年のヘルシンキ宣言（第18回医師会世界総会で、ヒトに対する生物学的研究に関する宣言で、その中でインフォームド・コンセントについて明示された）がなされています。その中では医師の行う行為はすべて善行であるということが前提に立ってしま

た。

その思想の中で医療が続けられてきたわけですが、それでも特にアメリカで医療の倫理の問題が多発してきた歴史的な経過がありました。そうした医師の倫理問題の多発に伴って、医師—患者関係を改めて見直そうとする運動が活発化していきました。そういう問題を含めた解決のあり方ということで、患者の人権を尊重する立場から1973年にアメリカ病院協会で、「患者の権利章典」が出されています。基本的には「患者の権利を尊重することが、より効果的な患者のケアおよび患者と医師と病院組織に大きな貢献をする、そして十分な満足をそこに与えることに貢献をする」という権利章典が発表されています。

## 3. 医療パートナーリズムを越えて

この中には、今までの考え方としての医師の行為はすべて善行であるという、いわゆる医療パートナーリズムという問題があります。この医療パートナーリズムだけでは現在の医療のあり方として様々な問題には対応できない状況にあります。この医療パートナーリズムから脱皮をしようということで、あるいは「医療パートナーリズムに対抗する思想」として生まれたのが「インフォームド・コンセント」といえます<sup>20)21)</sup>。

インフォームド・コンセント自体は、アメリカにおける患者の主体性を確立する運動の高まりの中で、法律における判例のなから生まれてきた言葉ですが、基本的な思想は自発性（ボランティア）による治療措置ないしは治療法の選択、決定をするということが基本になっています。

なぜ医療パートナーリズムに問題があるのかということが当然あるわけですが、一つは医師が患者によかれと思ってやる、ないしは決めることが、本当に患者の納得を得られる内容なのだろうかという問題があります。それはあくまでも一つの良心に基づいた提案ではありますが、その結果は常に強制を伴うという形でなされるということにあります。たとえばある検査法にしても、ハイリスクを伴う危険な検査法もあるわけです。それに対して患者に十分な説明と患者の自発的な選択ないしは同意を得た上でされるのであればいいわけですが、医師の方でこれは患者に必要なである

という、自らの判断で行う行為というのはどういう形であれ結果的に強制に及びます。必ずしも結果として必要であったかは不明なわけです。

その強制を伴うパターナリズムですべて良しとする形では本当のインフォームド・コンセントにはなり得ないということになります。いわゆるパターナリズムを原則的には排除してボランティアな意思による自身の選択決定ができるようにしていくということがいま求められているといえます。患者の視点に立った医療の考え方が論点となっています。

そういう視点に立ち、私たちの行動を考えるとともに図書館の支援のあり方がでてくると思います。私自身も実際にそれに基づいてきちんとした業務に取り組んでいるというふうには思っています。これから皆さんと一緒にやっていきたいと思っているわけですが、現代のインフォームド・コンセントという取り組みに対して、図書館でもいかにそれに答えていくのかというのは今求められている緊急な課題であることは確かです。

そこで私からの提案は、「外来患者の情報提供から退院・在宅指導までの医学・看護情報の提供を」ということです。病院との関わりを持つ患者さんの診断・治療・看護のサイクルに沿って図書館のサービスを提供できないだろうかということを考えています。

なぜ図書館でなければいけないのか。どのようなサービスの提供ができるのかということを考えていく必要があります。大学でのインフォームド・コンセントに対する意識調査では、医師のインフォームド・コンセントに関する認識というのは非常に高くなっています<sup>5)</sup>。しかし残念ながら事務組織における患者のインフォームド・コンセントについては、大変低い認識であるという報告がされています。どの程度そういう医療現場の抱えているインフォームド・コンセントに対して自身の問題でもあるということを理解しているのか、見直してみたいと思います。

#### 4. 社会環境の動きのなかで

では、それを実施するためのいわゆる社会的動きや病院の環境整備というのはどういう状況なのかという点について整理をしてみたいと思いま

す。たとえば皆さんのところでは、「病院機能評価マニュアル」とか<sup>22)</sup>、「病院機能標準化マニュアル」に<sup>23)</sup>沿った一つの取り組みがされてきていると思います。その中では当然医療の質を改善するための方策として、様々な具体的な動きや、取り組みがされてきていると思います。もう一つの変化は、アメリカで行われているJCAHOという機関で病院パフォーマンスレポートを出しているというのご存じだと思います。いわゆる治療成績、手術等の成績をオープンにし患者の選択の資料として提供するということです。

従来の医療情報の公開の状況からみれば、一面では画期的な内容になっています。たしかに問題も含んでいますが、そのような取り組みも国内で始まっています<sup>24)~26)</sup>。

さらに、医療の質の改善に向けて、厚生省の諮問機関である「インフォームドコンセントの在り方に関する検討会」からの報告書もでています<sup>4)</sup>。その中では具体的に、インフォームド・コンセント普及のための提言として、医療施設全体としての取り組みの一つに「患者や家族が自分たちの疾患についての情報を得る機会の確保のために、施設内に患者向けの図書館等を設置する等の工夫」という提言が指摘されています。この指摘は当然これからの取り組むべき図書館の位置付けであり、図書館に求めている具体的な提案にもなっています。

このような動きは、医学情報の提供による医療の支援をするべき医学図書館、病院図書室に、より広い視点にたった患者や市民への医学情報サービスの展開を求めている。そして具体的な成果が期待されているということであり、これから皆さんが新たに提案をしていかなければならない課題になったということもご理解いただきたいと思えます。

#### 5. 身近な経験からの思い

では医学情報の具体的な提案をどうするのかということになりますが、先程の「外来患者の情報要求から退院・在宅指導までの医学・看護情報の提供」を視野において検討してみたいと思います。実際にはどのような医学・医療情報が、なぜ必要かということがあると思います。



実は私個人の身近な事例として、医学情報の必要性を経験しました。

患者の病名は、進行性直腸癌という結果的には最悪の状況でした。当然そういう状況に直面した時に考えるのが患者の最善の予後を考えてあげたいという願いでした。混沌とした不安のなかで必要としたのは、やはり医学知識でした。診断の説明をされても、その内容が理解できないのでは判断のしようもありませんし、家族としてもどう対応したらいいのか大きな不安となりました。私はたまたま医学図書館に勤務していましたから、それこそ自身の文献収集技能をフルに活用することができたわけですが、実際にこういう条件にあるという人は稀です。

その経験のなかで感じたことは、たとえばその疾患が告知された時には、まずその疾患に対しての基本的な情報が必要になります。当然、その次には疾患に対しての治療法はということで、治療法に関する文献が必要になってきました。治療法でも、それぞれの優劣をどういうふうに判断すればよいのかという状況になります。適時の説明は当然されるわけですが、積極的な治療を望むのか、望まれない治療の苦痛や危険を避けて患者のQOLを尊重した治療方法を選択するのか大変な悩みでした。その判断の悩みを和らげてくれたのは十分な医学情報と幸いにも身近に第二のオピオンを得ることができたことにより判断のサジェストを受けられたでした。このことはとても幸運なことかも知れませんが、担当医が説明する内容と治療方針に、もう一つの意見を聞く場が持てたことと医学情報によって問題点ないしは利点があり、私なりに正確ではないかも知れませんが理解ができより良い選択になったのではと思っています。患者本人の真の気持ちとは多少の相違はあったかも知れませんが、積極的に理解した上で対応したいという私たちにとっては、医学情報が容易に得られたことは大きな力になったと感じています。

自分の判断が直接に患者の生命に関連するということ、それでも発言するというのは大変な不安と、大きな迷いを持つわけです。患者にとって本当に望ましいのだろうか、本当に良い選択のあり方なのだろうかというようなことになるわけです。そのような場面での医学情報や、第二のオピ

オンを得るということは大変心強く力になると実際にも感じました。

さらに、治療方針が決まっても、抗ガン剤の選択や副作用との兼ね合いでの使用判断の問題、その次には患者の容態や経過に応じたケアのための看護情報であるとか、一つひとつの検査や役割や必要性など、次から次と様々な内容での情報が必要になってきます。下半身麻痺になったという状況もあり、寝たきりによる褥瘡の発生とそのケアという問題も発生しました。褥瘡を発生させてしまったという看護ケアの実態というの、現実に経験しました。クレームのあとに体位変換の時間表がベッド脇に張り出されるということもありました。様々な場面で、いわゆる文献情報で理解していたようには病院の実態というのは進んでいないということも実感しました。

早期に退院をさせ自宅療養に入りたいということになり、その準備のための福祉的な問題も含めての情報が必要になってきました。これらの情報も事前に得られれば早めの準備ができたように思いました。どうしても後手後手になってしまったということがありました。結果論かも知れませんが、機会を捉えては説明を依頼しましたが、なかなか総合的な病状の経過や適時での対応の指導や変化をもう少し早く教えてくれたら、患者のためにももう少し対応のしようがあったのというようなことがどうしても起きます。

そういうことを含めると、やはりもう少し情報が常に身近に欲しい、それをサジェストできる支援体制があれば、もう少し自分たちでできる事もあるんじゃないかというような思いもしました。こういう経験をしてみて実感することは、病院の身近で外来診療時から医学情報というのは必要になります。そして希望する患者や家族に適時に対応できる医学情報の提供を考えてほしい。文献の有効な活用は家族の満足にも効果があったと思っています。ですから、外来患者からの医学情報の提供について、大きな柱として病院図書館は考えてみていただきたいと思っています。

感想ですが、患者はそれまで当然健康でいたわけですから、急転直下の宣告という状況の中では、十分なインフォームド・コンセントというのは患者自身もなかなかでききれないというふう

な感じがありました。それはなぜかという、それまでに死に対する患者教育がされていないからです。一方で、私たちは医学技術の進歩のただ中にいるということは、急転直下あなたはいま何々の病気をもっていますよ、その病状は何々ですよということが明日にでもいわれる状況にあるわけです。ないしは進行ガンであれば、なおさらあなたの余命はあと何カ月ですということが、しかもかなりの正確度を持っていわれるわけです。こういう時に私たちは事前の学習、ないしは医学知識がなくて、本当に対応できるでしょうか。主体的なインフォームド・コンセントの実践に向けて、いわゆる自主的な選択と判断ができるためには、患者をバックアップできる支援システムと、事前の十分な時間をかけて必要な情報が常に得られ、判断に生かせるような環境を作っておくということが必要なのではないのでしょうか。

そういう日常の情報提供活動が行える場の一つとして、図書館サービスが大きくクローズアップされると思います。当然図書館だけの問題ではないわけですが、医療の様々な場での健康教育を含めた取り組みがされていますので、そういう活動と連携を持てるような図書館のサービスのあり様を考えておく必要があると思っています。

## 6. 患者プライバシーを尊重したサービスを

図書館サービスを行うに当たっての注意点として、基本的には患者の人権を守り、インフォームド・コンセントの基本的な目的に沿って患者の人権を守ることです。その患者の人権を守るという姿勢を根本におき、それを達成するためにどういう指標ないしは思想をもって取り組むのか、図書館としても明示して取り組む必要があると思います。

図書館の歴史として、戦前の軍国主義に加担したという苦い経験をもっているわけですから、その反省に立って図書館の情報を必要とする人に提供するという一つの倫理要綱を図書館として掲げています。そういう知る権利を擁護する基本姿勢に立って、医学医療情報も提供されるべきでしょう。

その中で、特に医療の場合は、具体的に患者のプライバシーの保護を考えサービスにあたってど

ういう形で守っていくのかという課題があります。たとえば窓口での説明書にも明確に、「知り得た情報について外部に公表はしません」というようなことを明確に相手に訴えられるような内容を持つことが必要ですし、そういうプライバシーを保護する様々な対応、ないしは帳票類の処理に至るまで整理をしておくことも大切だと思います。

文献の提供に当たっては患者の自主性に基づいて提供されるわけですから、その自主性を尊重する姿勢に立って図書館のサービスが行われることで、適切な支援サービスとなり得ると私は考えています。ですからインフォームド・コンセントの思想を尊重し支持する体制を作り、図書館の視点から守り実践するための提供のあり方というのは、図書館に期待される行動としても適正な評価がされるべき、と思っています。

さらに、基礎的な館員の資質への要望になりますが、図書館員の医学医療知識というのはとても必要になってきます。医療に関する広い視野を持つことが求められます。少しでも時間を割いていただいて、医学・看護情報サービスを捉え直してみることが適切に患者の満足と病院の治療の質の改善に結びつくあり方への糸口になるのではないのでしょうか。

## 7. 医薬情報の患者への提供の取り組みから

展望ということはなかなか言い切れませんが、そういう図書館の取り組みの中、または実践が最終的には医療環境の中でも十分な評価を得られる土壌を作り得るんだというふうに思っています。関連する取り組み例としては、ちょっとニュアンスは違うかもしれませんが、医薬品情報の提供活動が取り組まれるようになってきているのは皆さんもご存じだと思います<sup>27)~30)</sup>。たしかに国家資格としての薬剤師が認められているわけですから、私たちとは違って専門職になるわけですが、医薬品情報の提供は治療と密接に関連します。いままで十分な取り組みではなかったといえますが、医薬法の改正もあり治療に関わる業務指導が積極的に取り組まれるようになってきています。

実際皆さんも経験した方があるかもしれませんが、医薬品を処方してもらった時にその説明書ないしは効用、副作用を含めた説明書、服薬指

導書を受け取った方もおられるとは思いますが、そういう具体的な取り組みがされ始めています。

医師と薬剤部との協体制のあり方の一例として患者へのより望まれる対応に努めているという実践活動は参考になると思います。

当然、「インフォームド・コンセント」の立場からすれば医師が十分な説明をすることが基本ですが、アンケート調査から見ても医師にとって一番足りないのは「時間が足りない」という理由をあげているわけです。時間が足りなければ、できる状況にはならないということがあるわけで、少しでもカバーすべき活動が必要といえます。そういう中で、たとえば医薬品に関する情報提供のあり方、たとえば写真入りでその医薬品名について説明書ないしは副作用を含めて窓口で渡されるとか、相談が受けられるような窓口もできているという取り組みもあります。

## 8. 看護ケアを支援する文献提供サービスを

看護ケアの現場では、当然看護婦の関わりが大変重要になってきています。日常的に最も身近に患者と接する看護婦は、インフォームド・コンセントを支える大きな担い手となっていきます<sup>31)~35)</sup>。

しかし、看護情報の提供のための支援体制とシステム整備は現状ではまだまだ貧弱な状況です。病院図書室における看護文献の収集率というのも大変低い状況ですし、医学図書館でもそれほど高くはありません。一方、看護婦は全国に百万人も働いているわけですから、その人たちが適切な看護ケアを行うためには、看護情報の提供体制の強化がもっともっと必要になってきます。そういう時に提供できるシステムが国内にはできていないということがあります。さらに看護婦さんへの適切な利用指導ができる、ないしは実践に取り組みめるだけの資料の整備も病院によってかなりがバラバラであるといえます。ただ患者の立場からすれば、それでは困るわけで、そういう情報を少しでも改善し必要な情報提供のできる図書館の整備が求められています。

地域看護や在宅ケアの需要が増大している現在、病院内から地域へのひろがりにも対応しなけ

ればなりません。在宅看護を行うためには、家族でも看護・介護の知識が必要になってきます。そういう看護情報というのは当然ケアにとって大きな力になるわけですし、今後ますます看護情報の需要は大きくなっていくといえます。患者のQOLを高める上で必要なわけですから、そこに関わる情報というのが大きな力をもってくることがいえると思います。ですから適切な図書館施設の充実と、新たな知識が末端までスムーズに流れる状況を支援できる活動内容を図書館として考えなければならぬと思います。

## 9. 新たな情報活用と多様なネットワークのなかで

別にインターネットの説明もあるようですが、多くの図書館で電算化の取り組みが進んでいます。一方、図書館のシステムとは別にインターネットのネットワークの整備は世界的に進んでいます。電算化により外から自由に検索できる、アクセスが容易になってきました。これは国内に限らず、ネットワークを通じてどこからでも対等に情報を得ることができ、規模に応じた情報の発信が可能となりました。今までの物理的制約が解消され多様な情報の流れが生じています。ネットワークの発達および電子情報システムの技術の進歩は、医学・医療情報の流れるフロアとネットワークの参加条件をまた大きく変えています。

これらの最大の特色は、図書館の大小に関係なく対等な情報入手が可能になっています。資料の直接的な収蔵量を除けば、大きな図書館であれ、小さな図書館であれ、同じ情報が同じレベルでほとんど同等に得ることができるというのが最大のメリットといえます。ですから当然それは図書館の枠を越えて、条件さえ整備されれば個人レベルでも得ることができる状況になってきています。この新たなネットワークの世界で、医学情報をどういうふう提供していくことができるのか考えていく時期に来ていると思っています。

病院図書室の機能の充実、サービスの多様化を可能にし、充実による大きな成果も期待されます。インフォームド・コンセントへの取り組みは、結果的に患者・医師および病院に大きな満足

を与えるものですから、当然その取り組みに対する成果は病院の機能に還元されたのですから、病院図書室も一層の充実を図っていくべきであるといえます。病院図書室としても大きなサービスの力量は育っているわけですから、その力量をどういう思想に基づいて、どういう視点でいかに活用するのかというのは、それぞれ皆さんの図書館政策のポイントの置き方に関わっています。

皆さんのところの取り組みが、逆に大学図書館に大きな影響を与えることもあるわけです。現実にも患者サービスでは、病院図書室が先駆的な働きかけをしてきています。

医学情報の提供は、医学図書館、病院図書室に課せられた大きな課題であり、当然、その提供できる力量は皆さんも持っているわけですから、その力量をどういうシステムに活用するのか、どういうネットワークの中でお互いに機能を高めていくかという取り組みがされることで患者の十分な満足を得る大きな支援の力になっていくと思います。

市民の医療に対する切実な思いを考える時に、より機能的に医学情報を提供していくことは「インフォームド・コンセント」をさらに患者の権利として定着させていくうえでも期待される活動になると考えます。病院図書室での患者への医学情報の提供という活動は結果的には病院の機能を補完するものであり、さらに病院といういわゆる閉ざされた空間のみではなく、市民空間の中での病院機能という位置付けになります。患者の自主的な資料要求に応え得る図書館サービスを展開していく意義がそこにあると考えているところです。実際、多くの難しい問題をお互いに抱えているわけですが、それぞれこういう機会に皆さんのコミュニケーションの助けを得て、少しでも解決に向けての大きな協力が得られれば、1人の職場でも、ここに100人以上集まっているわけですから、100人の総合力が発揮できるわけです。多様な組み合わせができるのも現在のネットワークの力だと思しますので、多様な人的コミュニケーションをうまく活用することで、十分な資料提供が一步も二歩でも進んでいくということを期待して、今日の私の提案にさせていただきたいと思えます。どうもありがとうございました。

## 参考文献

- 1) 登坂善四郎. 市民の求める医学情報と支援図書館. 図書館雑誌, 1996; 90(3): 162-163.
- 2) 菊池佑. 患者や市民の健康医療情報へのアクセス権利. 図書館雑誌, 1996; 90(3): 152-154.
- 3) 特集 健康・医療情報の提供. 医学図書館, 1995; 42(1): 35-61.
- 4) インフォームドコンセントの在り方に関する検討. 会報告書: 元気の出るインフォームドコンセントを目指して. Nursing Today, 1996; 11(2): 6-9.
- 5) 北村昌之他. 大学病院における医療従事者のインフォームド・コンセントに関する意識調査. 病院, 1994; 53(10): 934-940.
- 6) 星北斗. インフォームド・コンセントの確立に関する厚生省の取り組みについて. 病院, 1994; 53(10): 925-928.
- 7) 山崎章郎. 病院で死ぬということ. 東京, 主婦の友社, 1990.
- 8) 近藤誠. 患者よがんと闘うな. 東京, 文芸春秋, 1996.
- 9) 近藤誠. ガンはもう怖くないは本当か: 5年生存率上昇のタネと仕掛け. 諸君, 1992; 24(10): 194-201.
- 10) 山室誠. 家で死ぬということ: がんの痛みからの解放. 東京, テンタクル, 1995.
- 11) 千葉敦子. 乳ガンなんかには敗けられない. 東京, 文芸春秋, 1981.
- 12) 山本れい子, 山本良樹. 七平がんとかく闘えり. 東京, KKベストセラーズ, 1994.
- 13) 原啓一. 生きて, 還りぬ. 東京, 集英社, 1993.
- 14) 小塚昭三. いまだ見ぬ風景. 東京, 文芸春秋, 1995.
- 15) 金成大ほか. ガン告知・私の場合: 読者体験手記特集. 文芸春秋, 1992; 70(10): 362-389.
- 16) 酒井忠昭. インフォームド・コンセントの歴史を振り返る. Nursing Today, 1996; 11(2): 22-25.
- 17) 渡辺満. 生命の尊厳と患者の権利. 産業経済研究(久留米大学産業経済研究会), 1992; 33(1): 79-109.
- 18) Robert, B. Leflar 著, 曾野裕夫訳. インフォームド・コンセントを超えて: 医療情報の公開と治療結果に基づく医療提供者評価の黎明. 北大法学論集, 1994; 44(5): 1039-1076.

- 19) 厚生省医務局医事課監訳. アメリカ大統領委員会生命倫理総括レポート. 東京, 篠原出版, 1984.
- 20) 日本弁護士連合会第35回人権擁護大会. 患者の人權: 同意(インフォームド・コンセント)から選択(インフォームド・チョイス)へ〈シンポジウム第1分科会基調報告書レジュメ〉. 自由と正義, 1992; 43(9): 88-105.
- 21) 岡田雅勝. インフォームド・コンセントについて(1). 旭川医科大学紀要, 1996; 17: 51-62.
- 22) 日本医師会・厚生省健康政策局指導課. 病院機能評価マニュアル. 東京, 金原出版, 1989.
- 23) 日本病院会編. 病院機能標準化マニュアル. 東京, 医学書院, 1991.
- 24) 特集 始まった医療評価: 医師の手腕が問われる時代に. 日経メディカル, 1996; 25課10: 44-59.
- 25) 野村雪光. 患者の権利章典の実践: 情報の公開・共有と参加型医療をめざして. 病院, 1994; 53(10): 910-914.
- 26) 熊谷芳夫. 患者の権利章典の策定に向けて: インフォームドコンセントを重視した病院ぐるみの実践. からだの科学, 1995; 181: 70-73.
- 27) 患者の求める医薬品情報について: 患者アンケートの結果から. 臨床と薬物治療, 1995; 14(8): 744-750.
- 28) 村田正弘. 患者の知る権利と医薬品情報4: 薬剤師の立場から(2). 社会薬学; 1992; 11(1): 87-91.
- 29) 浜六郎. 患者の知る権利と医薬品情報2: 医師の立場から. 社会薬学, 1992; 11(1): 76-80.
- 30) 風間幸三, 小宅正. 集団教育での医薬品情報提供. 月刊薬事, 1994; 36(4): 783-788.
- 31) 青木聡子, 渋谷優子. 患者参画による看護の可能性に関する研究: インフォームド・コンセントの方法の開発を目指して. がん看護, 1996; 1(1): 70-75.
- 20) 吉田覚, 田中良子.
- 32) 江口研二. がんの臨床試験とインフォームド・コンセント. 医療'96, 1996; 12(2): 52-55.
- 33) 沖藤典子. 終末期患者を看取る家族のストレス. ターミナルケア, 1992; 2(5): 317-320.
- 34) 進藤勝久. 直腸癌手術のインフォームド・コンセントの実際. 消化器外科 Nursing, 1996; 1(5): 484-491.
- 35) 佐藤智. 在宅医療と患者の自律. からだの科学, 1995; 181: 66-69.

日本病院会臨床予防医学委員会編

〈保健叢書〉

## わかりやすい 心臓のはなし

- ・臨床予防医学の見地から
- ・人間ドック受診者の参考書として
- ・患者さんの診療のお手伝いの書として

お申込は FAX・はがきにて

〒102 東京都千代田区一番町13-2

株式会社 日本病院共済会

TEL 03-3264-9888 FAX 03-3222-0016

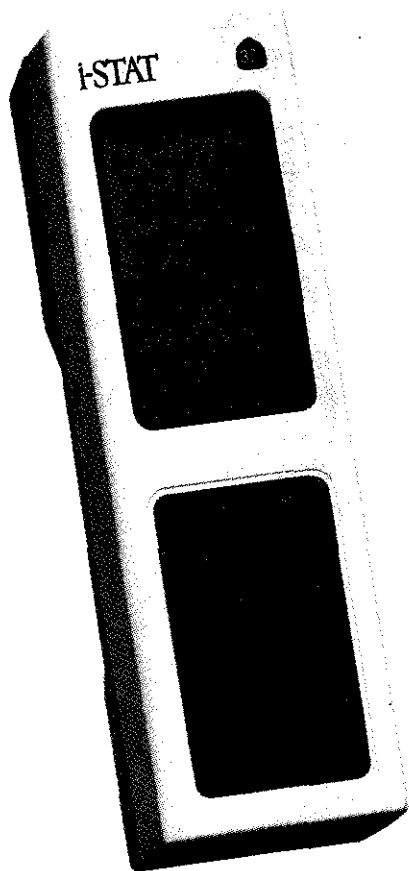
定価1部500円(税込) 送料別  
(会員売店への卸価格は1部400円(税込・送料別))  
ただし、50部以上

# ポータブル血液分析器

## Portable Clinical Analyzer

# i-STAT

### 血液ガスと電解質などを同時に測定、 アイ・スタット200

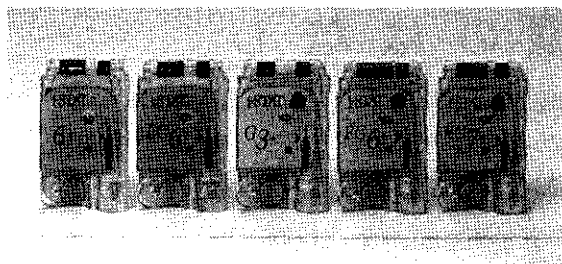


●ポケットに入れて持ち運びができ、いつでも必要に応じた臨床現場で使用できます。●コンパクトながら大型機器なみの精度を有し、測定値のプリントアウトも可能です。●血液検体を注入した使い捨てのカートリッジをアナライザーへ差し込むだけです。●3分以内で測定を終わり結果が表示されるので緊急検査やベッドサイド検査で即座に対応できます。●測定に必要な検体は全血でわずか2～3滴ですので、新生児や乳児にも十分適応できます。●電源に乾電池を用いているため停電などの不測の場合にも測定できます。

カートリッジ	Na	K	Cl	iCa	BUN	Glu	pH	PCO <sub>2</sub>	PO <sub>2</sub>	Hct
6+	○	○	○		○	○				○
EC6+	○	○		○		○	○			○
G3+							○	○	○	
EG6+	○	○					○	○	○	○
EG7+	○	○		○			○	○	○	○

◇さらに詳しい情報をお求めの場合、下記までご連絡ください。

扶桑薬品工業株式会社 本社、i-STAT技術サービス係  
TEL 06-969-1131 (内216)



#### 主な仕様

測定項目	Na, K, Cl, iCa, pH: イオン選択性電極法
及び原理	PCO <sub>2</sub> , PO <sub>2</sub> : 炭酸ガス・酸素電極法 BUN, Glu: 酵素電極法 Hct: 電導度電極法
測定時間	約160秒
血液検体量	50~100μl
電源	9Vリチウム乾電池(006P型) 2個 〈アナライザー〉 〈カートリッジ〉
寸法(mm)	210×64×52 44×27×7
重量(g)	443(電池別) 4



輸入販売元  
**扶桑薬品工業株式会社**  
大阪市中央区道修町1丁目7番10号

製造元 アイ・スタット コーポレーション  
協力 日本ケミカルリサーチ株式会社

シンポジウム

時代のニーズにあった病院図書室を作ろう

平成8年10月・横浜市

コーディネーター

関東通信病院図書館チーフ  
病院図書室研究会会長 長谷川湧子

シンポジスト

- ①NACSIS-CAT/ILLの利用  
学術情報センター事業部 目録情報課  
雑誌目録情報係長 米澤 誠
- ②21世紀の病院図書室  
鳥取大学医学図書館  
日本医学図書館協会理事 宍道 勉
- ③院内情報機能の統合について  
埼玉協同病院診療情報室  
司書 和田美津保
- ④病院図書室の情報サービス業務とコンピュータ  
(株)東芝 東芝病院 管理部総務担当図書室  
司書 山川美穂子

長谷川 ではこれからシンポジウムを始めます。今日は病院図書室と関わりの深い関係機関の方々と、病院図書室の中でも一歩進んだ、また従来とは違ったサービスを試みられている方々にお出でいただきました。それぞれの立場から病院図書室からのニーズと、病院図書室へのニーズをどのように受け止めようとしているのか、あるいはどのように変革していこうとしているのかということにつきましてもお話をいただけるのではないかと考えております。

最初にシンポジスト4人の皆様方にお話をいただきまして、その後フロアからの質問をお受けし

たいと思います。ではまず最初に文部省学術情報センター事業部目録情報課雑誌目録情報係長の米澤誠さんから病院図書室でも非常に関心のありますNACSIS-CAT/ILLの利用というテーマでお願いいたします。

米澤 誠

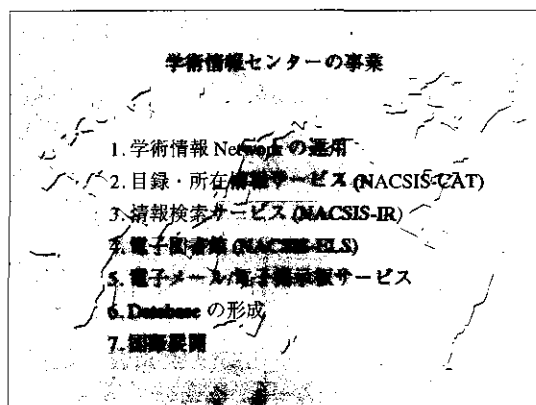
私はいま学術情報センターというところにおりますが、ここに移る前は、先程の亀田総合病院の牧野先生のお話の中にありました東北大学の附属図書館に9年ぐらい勤めておりました。ですからもともとは図書館屋であります。しかし牧野先生がおっしゃっていた非常に親切な図書館員というのは、残念ながら私ではありません。

今日は、皆様の図書室の機能向上のための方策の一つとして、学術情報センターのシステムを紹介いたします。今日は次のような話をしようと思っています。一つはNACSIS-CAT/ILL(ナクシス・キャット・アイエルエル)、こういう通称で呼んでおりますが、これは一体何ものかという話です。次に、病院図書室がそれらを利用するにはどうしたらいいのか、利用できるのかどうかという話です。それから最期に、私から一つの提案をしたいと思います。皆様がその提案をどうお考えになるかということまで話を進めたいと思っております。

学術情報センターとは

NACSIS-CAT/ILLの話に入る前に、学術情報センターとはどういうところか、一体何をやっているかという話をします。詳しく説明していると

図1

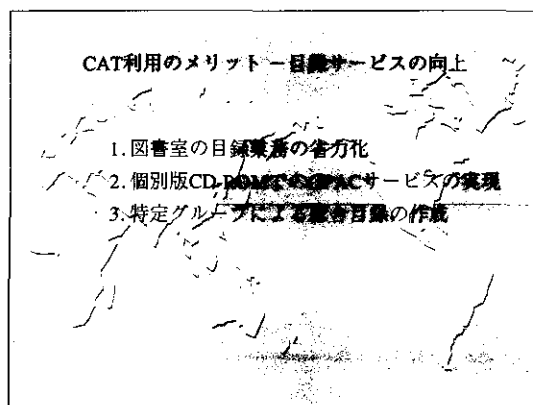


時間がかかってしまいますので、簡単にいましょう。一つはネットワーク管理です。インターネットバックボーンといっておりますが、日本のインターネットの幹線を整備しています。それから2番目として目録所在情報サービス、NACSIS-CAT/ILLといわれるもの、これをサービスしております。それからデータベースサービスであるNACSIS/IRというようなものもやっております。あとは、最近話題の電子図書館である、NACSIS-ELSというものもやっております。その他にもありますが、ここでは省略させていただきます(図1)。

#### NACSIS-CAT, NACSIS-ILL とは

それでは肝心のNACSIS-CAT/ILLとは何なのかということですが、詳しくは皆様にお渡ししたパンフレットを見ていただければと思います。ここでは結論だけを先取りして、一体このNACSIS-CATを利用したらどんなメリットがあるかということをもとめました(図2)。簡単にいうと目録サービスの向上ということになりますが、1番目は図書室の目録業務の省力化が図られるというメリットがあります。実際に今、NACSIS-CATを使っている大学の図書館等では、かなり効果を上げています。今までに整理ができなかった本が全部処理できたとか、あるいは過去にさかのぼって目録データベースを作成することができるようになったとか、さらには整理業務担当職員の人員整理につながっているということまでになっております。

図2



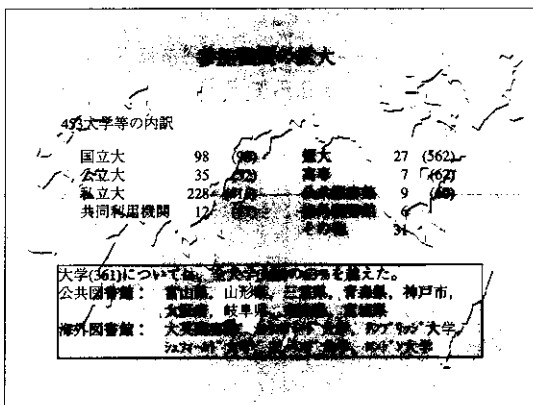
2つめのメリットとしては、個別版CD-ROMというものがあります。これは何かというと、NACSIS-CATに入力したデータの中から皆さんの図書室のデータだけを抽出したものです。検索ソフトつきですので利用者用の目録、いわゆる、OPACとして利用することができます。これは有料配布となりますが、図書館システムを持たなくても、利用者用に蔵書目録の検索手段を提供することになります。パンフレットを用意していますので、もし興味があればおっしゃってください。有料といってもそんな高いものじゃないですね。データ量によりますが、1セット1万円からなっています。

それから最後には、特定グループによる総合目録の作成、たとえば医学図書館のグループのCATに入力したデータを全部もらって、それをもって別途目録を作るというようなこともできるようになります。皆さんもご存じだと思いますが、日本医学図書館協会で作っている医学洋書総合目録というものがあります。これの原データは我々学術情報センターの方から提供しております、それを編集して冊子体の目録にしているわけです。

次に、いま参加している機関の状況は図3のようになっています。大学を中心として参加いただいておりますが、国立大学、公立大学の参加率はかなりのものとなっています。私立大学は大体半数ぐらい入っております、その他短大、高専、公共図書館などの参加も増加しております。館種については拡大の傾向にあります。大学からその



図3

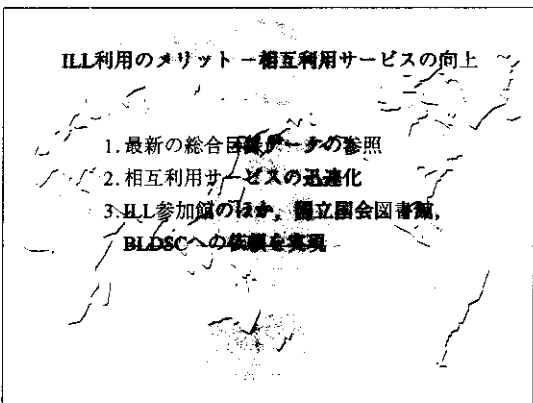


他の機関にというように拡大しつつあります。

それから統計的データですが、細かい数値の紹介はできませんが、大体こんな状況です。1週間当り所蔵データの登録が10万から12万です。全国の図書館の1冊1冊のデータが毎日2万件入力されているという計算になります。同時に接続している端末数は大体平均して1,200から1,300台、最高では1,600台ぐらいになります。

一方、ILLの方のメリットですが、これはあまりいわなくてもわかると思いますが、相互利用のサービスの向上につながるということです(図4)。最新の総合目録データを参照できる、それから今まで郵送とかでやりとりしていたのが、電子的な手段により連絡できますので、相互利用サービスの迅速化が図られます。さらに、国立国会図書館やBLDSCにも同じシステムを使って依頼することができるというメリットもあります。

図4



統計については、大体1日当り2,000から3,000件ぐらい、そういった文献複写のやりとりがなされているという程度の紹介にしておきましょう。

### NACSIS-CAT/ILLを使うには

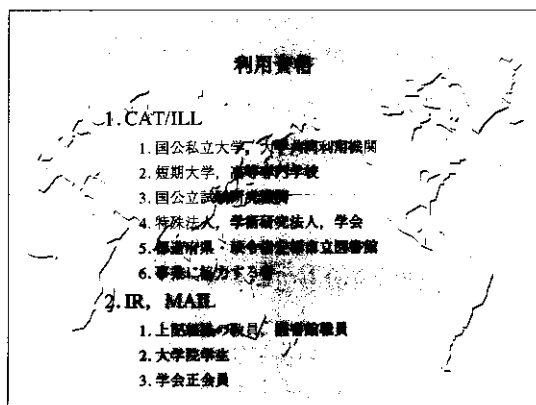
以上、大変駆け足で申し訳ないのですが、CATとILLの紹介をいたしました。次に、どういう環境で使えるかという話ですが、あまり詳しくはテキストの方でも紹介しておりません。いま大体どんなパソコンでも、まあ10年前のパソコンだったらどうかかわからないんですが、現在売られているパソコン、あるいはワークステーション、それから汎用機、オフィスコンピューターどれでも利用できるようになっています。ただし利用するためには専用のソフトウェアが必要で、これはメーカーによっていろいろあります。高いものから安いものまであり、安いものは20万円とか30万円で購入できますが、そういった専用のソフトウェアが必要になります。

それから通信回線が必要です。テキストの方で「公衆回線」と書いてましたが、これは間違いでありまして、正しくはNTTの「パケット交換網サービス」となります。普通の電話回線だと利用はできません。そこどころだけ直しておいてください。それからISDNでも利用できます。もちろんインターネットなどのLANでも利用できるということになっています。

総額でいくらぐらいかかるかは揃えるマシンの程度によりますので、一概にいくらとはいませんが、まあ100万円から200万円とか、それぐらいはかかるんじゃないでしょうか。あとは利用料金ですが、システム自体の利用料金は無料です。実際かかるのは機器と回線の初期導入経費と、あとは恒常的な通信経費といったものです。

さて次に利用資格の話をしてします。CATとILLはもともと国立私立大学などの大学中心にサービスをしてきました。利用資格もそこに限られていたのですが、その他最近では短大、高専、あるいは研究機関、それから特殊法人、学会、都道府県立図書館というようなところまで順次拡大してまいりました(図5)。この中に病院図書室という項目はありません。ここが非常に問題なところなのですが、紹介しておいて利用できないんじゃないか

図5



という話になってしまいます。規定上はいまのところそういうふうになっています。ただし一つここに6番として、事業に協力する者、といった項目がわざわざ掲げてあります。これが実は解決のキーになりまして、この項目で皆さんのところが利用できるようになります。それはまた後ほど詳しく説明します。

それから参考までに、IRと電子メールサービスの方の利用資格も書いておきました。CATとILLは機関単位で利用申請するようになっていますが、IRとメールは個人単位で利用申請するようになっています。ですから利用資格としては教員とか図書館職員というふうないい方をしています。それから大学院の学生も利用できますし、学会の正会員も利用できるようになっています。皆さんのところの病院の先生方は必ず何らかの学会には入っていらっしゃると思いますので、たとえば先生の学会の正会員という資格でIRを利用することは問題なくできるわけです。参考までに申し上げておきました。

### 学術雑誌総合目録とは

次に学術雑誌総合目録というものを話したいと思います。何かいきなり話が飛んでしまうようですが、実は関係があるのでしばらく聞いてください。学術雑誌総合目録というのは我々ずっと何十年來編集してきておりまして、この事業は非常に伝統があります。おそらく皆さんも名前ぐらいはご存じだと思います。現在のところ、雑誌の総合目録としては日本で最大のものと思いま

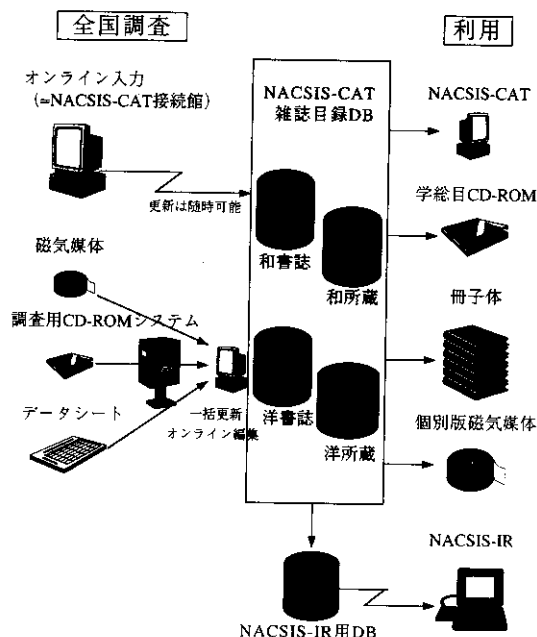
す。

参加の方法については、これは実はさっきのCAT/ILLとは違っていて、基本的には学術研究を支援する目的のところであれば、どういう機関でも参加できるということになっています。ただ参加するといっても、目録に登録するだけではなくて、その先の、相互利用に供するという大前提のもとでデータを提供していただくことになります。2年に1回、全国調査というを行います。この全国調査の方法はいろいろあります。オンラインでもって入力する方法、あるいは磁気媒体で一括してデータを提供していただく方法、あるいは調査用のCD-ROMというのを使ってもらうとか、いろいろあります。この報告してもらったデータを、こちらで編集しまして、それから皆さんに利用していただいております(図6)。

利用のしかたとしては、もちろんNACSIS-CATで利用できます。またCATを利用できない機関向けに冊子体を刊行しています。それから先程紹介しましたNACSIS-IRという検索専用のデータベースサービス、これからも利用できるよ

図6

### 学術雑誌総合目録の編集



うになっています。お手元のCD-ROMのパンフレットをご覧ください。今こういったウィンドウズ版の検索ソフトを開発しております、来年あたりには出版したいと思っています。まだ出版時期とか値段とかは未定ですが、皆様にもぜひパソコンで利用していただければと思っています。

これに参加している病院図書室の名簿をテキストに載せてありますが、一部訂正があります。ILLというところに関東通信病院さんが入っていますが、これは間違いで、実はCATの方に参加しているので、訂正しておいてください。

CATとILLへの参加以外に、学術雑誌総合目録には、19の病院図書室が参加しています。昨年、近畿地区の病院図書室の研究会でNACSISの紹介をしたところ、早速参加しようとおっしゃってくださったところがありました。それから中四国の病院図書室ネットワークの方が中心となっていると声をかけていただきました。その結果、非常に短期間ではありましたが、新たに16の図書室から和雑誌のデータを提出していただいて、このような状況になっております。

## 病院図書室への提案

それでは最後の提案というところですが、今日の提案はこのようなものです(図7)。まず、病院図書室の雑誌総合目録、いわゆるデータベースですが、それを構築なさってはいかがでしょうかということ。冊子体を出していらっしゃるようですが、あらためてデータベースをお作りになるということをお考えになるのはどうでしょうか。

その実現方法としては、一つは学術雑誌総合目録CD-ROM、さっきパンフレットで紹介しましたが、これで実現するという方法があるでしょ

図7

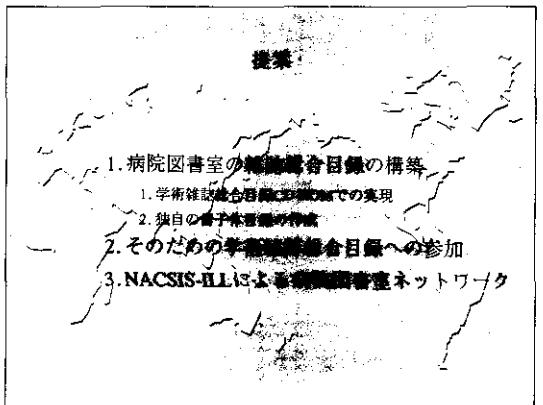
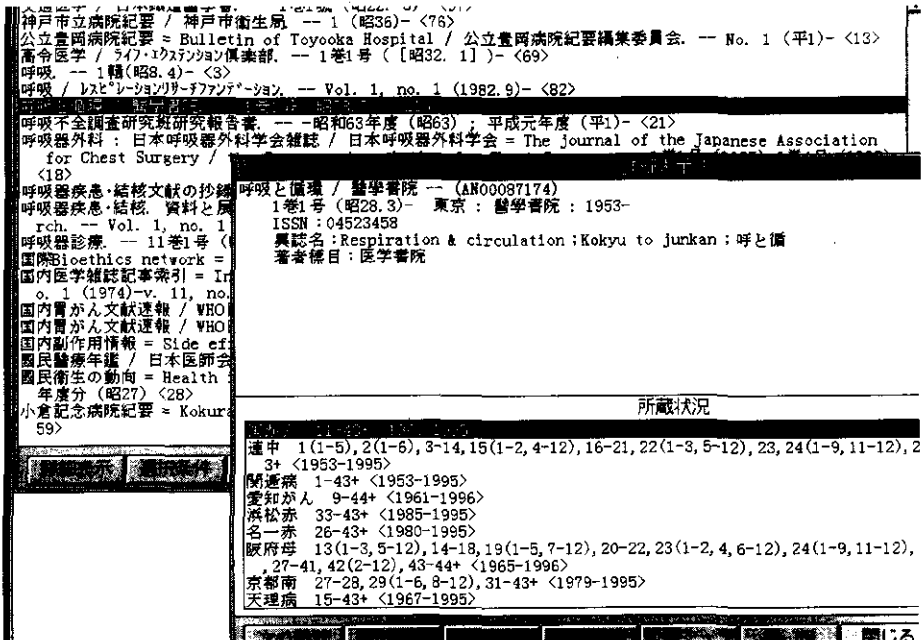


図8



図 9



う。もう一つ、医学図書館協会のように独自に冊子体目録を作るという方法もあるでしょう。

そして、そのための第一歩目は何かということ、いまお話しした学術雑誌総合目録への参加ということではないでしょうか。この学術雑誌総合目録に参加するということは、学術情報センターの事業に協力することになります。そこから、おのずとCATとILLの利用資格も生じるわけです。CATとILLを使うことを目的として学術雑誌総合目録に参加するのではなく、皆様の図書館のデータベースをつくるために、段階的にNACSISを利用してはいかがでしょうかということ、これが私からの提案です。

最後になりますが、さっきのCD-ROMの画面をお見せしましょう(図8, 9)。これはまだ試作版なのですが、図書館室を限定して利用することができます。例えばこのように病院図書室をワンセットとして選択しておく、病院図書室の持っている雑誌と所蔵データだけを検索することができます。ですから特別な投資をしなくても、既存のこういったものを使うことによって、特定グループの総合目録というものを実現することも可能です、というのを私のお最後の話にしたいと思います。

以上です。どうもありがとうございました。

長谷川 ありがとうございます。では引き続きまして日本医学図書館協会の理事でいらして、協会を大きく改革されていかれるのではないかと期待を担っております鳥取大学医学図書館の穴道勉さんに21世紀の病院図書室についてお話をお願いいたします。

### 穴道 勉

過分の紹介をいただきましてプレッシャーを感じております。ただいま米澤さんは文部省といわれましたが、私も日本医学図書館協会員ですけれども、身分上はひょっとしたら文部省の一員だったんじゃないかと思っております。

まあそんなことはどうでもいいんですが、皆様のお手元にシラバスというのを提出しておりますが、いささか状況は変わりまして、このシラバスどおりにお話しできない、時間もありませんということでお断りをまずしておこうと思います。

### 病院図書室と大学図書館の関係

まず序論のところでは大事なところを1つお話ししておかなければいけないと思うのは、日本の場合病院図書室と大学図書館の関係において

(今回のこのシンポジウムのためにいろいろ資料を野原さんあたりが送ってくれまして、勉強しなさいということで読んだんですが、やっぱりそこにも載っていました) 大学図書館の中で病院図書室に対して非協力的な図書館があるというようなことがありました。それはなぜかなということをいろいろ探ってみますと、一つは大学における人事問題が絡んでいるんじゃないかということを考えました。

国立大学でいえば、附属図書館があって、私もそうなんですが、医学部分館があるわけなんですが、最近では文部省で図書館の偉い人をたくさんつくる傾向があります。部課長制といいますが、そうしますとそれまでは大学の図書館であって、図書館員の1人でよかったわけなんですが、何々課何々係というような形で、ヒエラルキーの末端に置かれて窮屈になってきたなというのがありません。

そういうことで今度は人事異動ということが出てきます。医学部の図書館員はそれまでは医学部の職員だという意識があったものですから、その異動の対象にならなくて、医学部の図書館でずっといた。だから医学部図書館で頑張ろうという私みたいなのもおりましたが、だんだんとそういう状況が薄れてきたというのが一つあります。

それと図書館同士での異動ならまだ専門職を自認する図書館員にとっても良いわけなんです。ところが近年一般の事務の人との人事交流というのがありません。これは図書館員の士気の問題に関わっているんじゃないか。あってはいけないんだけど、そういう士気の問題があるんじゃないかなと思うんです。だから図書館のことに力が入らないのでは、こういうことを私は最近思うようになってきました。

それから図書館業務が縦割り化してきまして(コピーの担当、もちろん病院の図書室に対するコピーサービスだけでなく、学内および他の大学とかのコピーもあるわけなんですが) コピーをとることが図書館の仕事じゃないんじゃないかなということをいっている人も出てきたわけですね。

今回の話をちょっと曲げようと思ったのは、一昨日、最新「医学図書館」、日本医学図書館協会が

出しています医学図書館に論文として載っていたのがちょっと奇異な感じなんです。その中に図書館員は専門職だからコピーをするのはおかしい、だから複写の代行業者に任せるというようなことが載っていました。

これを一つとってみても、図書館の司書の専門職性というのにも問われているかなという気がするわけなんです。先程の人事管理の問題から図書館員の専門職を云々ということも出てきている反面、図書館の内部からそういう形のもが出てくるというのは、私としては非常に奇異というか、嫌というか、そういう感じだったんですね。

先程、牧野先生からお話もありましたが、我々図書館員、特にスタッフの多い大学の図書館の中にはありますが、今回お集まりの病院の図書室というのはそんなにたくさんスタッフがいらっしやるわけじゃない。でもなぜそういうところが保っているかという、熱意だと思うんですね。熱意と意欲だということを先程から私は痛切に感じました。ですから病院図書室に対して大学図書館がサービスを怠る、非協力的であるということは一つはやっぱり熱意が欠けているということを感じました。

今回私の参加は鳥取大学の職員としてよりも日本医学図書館協会の理事ということで参加させていただきました。ですから病院図書室と医学図書館協会の関係、それとの関わりでちょっと今度はふれてみたいと思います。

レジュメに苦悩するJMLAと書きましたが、これは今自分が日本医学図書館協会の一員ですから、苦悩するといささか良い形を書いておりますが、本当はそうじゃなくて、基盤がぐらついている医学図書館協会といたいところなんですね。

一つは設立基盤というものです。どうして医学図書館協会ができたかなんていうのはご存じの方も思うんですが、もともとは全国でバラバラであった、まあ設立が昭和2年だそうですから、もう70年になるんですが、その当時からそのリソースシェアリングということでお互いの資料を有効に使うということから始まり、それが現在につながっているわけなんです。

一方先程の米澤さんのいらっしやいますNACSISができたこと、これは極めて情報のイン

フラが良くなってきたということです。そういうことになりますとそれにすがってJMLAに加盟していたということの意味が弱くなってきている。JMLAの存在の意味というのは加盟している図書館の方からいってそういったことが出てきている。

つまり先程の数字にもありましたが、大学図書館のうち、特に国立大学図書館は100%がNACSISに入っておりますし、私立大学も相当に入っております。そうしますとどうしても便利な方に走っちゃう。医学図書館協会のこれまでのルールにしたがった相互協力というふうなことをしなくても、NACSISがあればいいんだというような感じが出てきます。だから国立の医科大学の図書館ですとJMLAに入っていない、加盟していない図書館もあるわけです。それから聞きたくもないんですが、やっぱり国立大学の中ではJMLAから脱退しようかなというふうなこともいっている人があるぐらいなわけなんですね。そういった設立基盤が一つぐらついているということが問題だと思えます。

それからたくさん加盟館がありますが、その団体である日本医学図書館協会そのものはご存じだと思いますが任意団体なんですね。あくまでも任意団体で、いわゆる法人化されていないということであり基本的には法的に基盤が弱いということです。つまりそうしますとある意味では見方によっては権威がないということになり、そういったことでのぐらつきもあります。

それから、私も理事ということで選ばれたから、どこか取り柄があってよいかと思うんです。しかしよく喋るから、文句をよくいうからじゃないかなと思うんです。そういう理事という立場になって2期目になったんでそれで今までは加盟館の一つの図書館の一スタッフとしてJMLAをみていたのを、逆に今度はちょっとでも高いところからというか、全体を見てきますと、これは非常に旧態依然だなどというふうに最近見しております。

つまり今ネットワークングというようなことをお話ししようと思っていたんですが、ネットワークが極めて弱くなっている、つまり加盟しているか否かだけの関係で、医学図書館協会が成り立っ

ているということなんだと思うんですね。

これは私は医学図書館協会を決して悪くいっているんじゃないで、私も頑張って、熱意をもってやっているつもりなんです。しかしそういう状況にあって、病院図書室の人に対して協力をしない図書館が医学図書館協会の中にあるとしても、プレッシャーとしてそういった図書館に協力しなさいということがいえない状況にあるということの一つ知っておいていただきたいなとは思いました。

それとレジュメで病院図書室の働きかけと加盟館と非加盟館のことを3番目のところにあげておきました。これはまたいずれ別の形でお話ししたいと思います。

### 地域・ネットワークの形成

やっぱりこういうところに出てきたのに、変な話ばかりではいけないので、少しお話ししたいことをしておかなきゃいけない。2番目の各論に入りますが、ここの中で地域のネットワーク形成の現状と課題というようなことは、これも鳥取県の病院の私もよく知っている阿藤先生が見ていますので、あまり喋りたくないんです。これは時間があればということで後に回します。

私どもは、ネットワークということとリソースシェアリングということを一番の課題としています。その中でいま試みておりますのは、鳥取県内のネットワーク、それも病院とか大学を結ぶというんじゃないで、もっと広く公共図書館、学校図書館、公民館図書館、市民文庫、そういったところとの提携を図ろうとしております。

その方法としては、つまり館種を越えたネットワーク、これが考えられていいんじゃないかということですね。なぜそれがいいかというと、やっぱり地域になりますので、ネットワークがいいということ、公共図書館はご存じだと思いますが、宅急便を使って結構資料の貸出をやっているわけですね。そういったことでの交流がいい。そこに大学も加えてもらいたいというのです。公共図書館の蔵書目録のデータベースというのは県立図書館から公民館図書館までの縦のデータベースという形ではありますが、横がないんですね。鳥取大学の提唱としては、まず米子市の市立図書館がうち

の近所にあります。ですからその蔵書データを私のところへください。鳥取大学の図書館の医学部分館のサーバーの方に入れインターネットにのせようじゃないですかという提案です。そうしますとインターネットは市民の方に見てもらえます。一方医学部の図書館には一般教養図書がなくて嫌だというふうな学生の不満がありますので、じゃあこれを見なさいよ、市立図書館にこんなにあるから市立図書館でご覧なさいといえます。

それと病院図書室も、先程も経営が苦しくて病院図書室どころじゃないという先生方がいらっしゃいますが、じゃあその病院の先生方は大学にしょっちゅうおいでなさいというわけにはいかない。そこでそういう人たちは近くの公民館図書館、それから町村図書館、市立図書館、そういったところにお出になって、そこから大学のたとえば医学部の図書館の内部データベースをご覧なさいといえます。そうすれば資料があるかわかるし、それも直接というよりも、公共図書館経由で相互協力をお願いしたらどうかとなります。これはやっぱり郵送の事情が良くなっているとはいっても、近い方が便利です。

いまそういう形のネットワーク、新しいネットワークの方法を模索しております。鳥取県内のネットワーク研究会というようなことでやっております。

鳥取大学は鳥取県の県内の病院ネットワークを作ろうと頑張っておりますが、そういう別の形のネットワークもあっていいんじゃないかというふうに考えております。

今後の課題ということでは、これは先程米澤さんの話もありましたし、打ち合わせの時にコーディネーターの長谷川さんから伺っています。またすでに病院ネットワークの中で試みていらっしゃるそうですので、改めて触れることもありませんが、やっぱりインターネットに入ることによって、いわゆるNACSISのような集中化的なネットワークの一方、もっとインターネットで分散化のネットワークというものもあっていいんじゃないかなと私は思います。

特にリソースシェアリングというところで書いておりますが、NACSISに全部お世話になるんじゃないなくても、病院図書室の資料を持ち寄って1

つのネットワーク、鳥取県なら鳥取県のができると、それで1つの資料体系ができます。それが次につながっていくという、そういう形のネットワーク構想がいいんじゃないかなというふうに思っています。

それからインターネットがありますと、オンラインジャーナルというのが利用できます。出版社のものでと有料の面があったり、雑誌を実際に購入することによってようやくオンラインを使わせてもらうというような状況です。それでもたしか300ぐらいインターネット上で見られる雑誌があるそうです。医学に限らないと思いますが、ちなみに私どもの鳥取大学の発行しておりますヨナゴ・アクタ・メディアという医学雑誌も載せておりますが、そういったインターネットによるフリーで、先生方でもアクセスできる雑誌の利用もできるんじゃないか、これもリソースシェアリングじゃないかなと私は思います。

言い足りないところもありますし、それと早口で時間の配分ができなかったので、また何かご質問があれば承りたいと思います。終わります。

**長谷川** ありがとうございます。それでは次に病院図書室の新しい形の情報機能、先程牧野先生も触れられていらっしやいましたけれども、情報統合化という観点から、埼玉協同病院の診療情報室の和田美津保さんからお話しいたします。院内情報機能の統合についてです。

### 和田美津保

ただいまご紹介にあずかりました埼玉協同病院の和田です。どうぞよろしく願いいたします。私はまだ病院に勤めまして1年余りです。皆様の方が病院のことについてはよく知っていらっしゃると思いますが、埼玉協同病院が院内情報の統合化を進めるために、診療情報室という図書室機能ももった部門を作りました。それをつくるきっかけになった経緯と、仕事の内容、私の考えを話させていただきたいと思います。

### 診療情報室設置の経緯

埼玉協同病院は医療生協という経営母体ですが、病院ができてから十数年経ち、医療の質を問われるように社会情勢がなってきました。そこで

表1 厚生省臨床研修指定病院の取得申請プロジェクトからの提起

1. 経営統計のみならず 診療医療統計が月単位、週単位、日単位で集積されるしくみ
2. 集中されたデータを日常的に管理したり加工したり活用できるしくみ
3. 病院全体のデータを職員誰もが知り得るしくみ
4. 地域医療機関との医療連携、信頼関係の確立 (カンファレンス, 学習会, 検討会の開催)

病院が社会的にも認められなければならないという事で、厚生省の臨床研修指定病院の認定を申請することになりました。その時に取得プロジェクトというのができまして、そのプロジェクトに司書が関わったのが図書室と診療情報室が合体するというか、図書室機能をもった診療情報室になるきっかけとなりました。書類は各部門の統計的数字を入れることだったのですが、院内にまとまったものがなくて、各部門に聞いて回らなくてはいけないような作業になりました。

これらの経験から、プロジェクトから次のような仕組みを作るということで問題提起がされました(表1)。まず経営統計のみならず、診療医療統計が月単位、週単位、日単位で集積される仕組みと、病院全体のデータを日常的に管理したり、加工したり、活用できる仕組み、病院全体のデータを誰もが知り得る仕組み、地域医療機関との医療連携、信頼関係の確立が必要、このような問題提起がされました。

これを受けて1年の準備委員会での討議の結果、診療情報室を作ることになりました。しかし新たに人を増員することは、現在の厳しい経営状況の中では無理なので、もともとは図書室担当者と診療録管理士と、あとは医事関係者、システム担当者、メディカルディレクターという、これだけの人で診療情報室というのを作ろうとしていたのですが、とりあえず薬剤師資格をもった経験豊富で病院内にとっても精通している室長1人と司書の1人の2人で診療情報室が設置され、業務が1995年4月から始まりました。

#### 診療情報室の業務と役割

診療情報管理部門設立の意義は次のようになっています(表2)。医学医療情報を病院管理や研修

表2 診療情報を管理する部門の設置の意義

1. 臨床研修病院との関わりとして 医学・医療情報を病院管理や研修にいかす
2. 病院機能評価との関連として 診療データをまとめて整理し評価管理する
3. 病院経営との関わりとして 日常診療総括を反映した医療統計の提供
4. 患者の権利・人権との関わりとして インフォームドコンセントに役立つ患者家族を納得させ、自己決定させることのできる情報の提供

に生かす、診療データをまとめ、整理し評価管理する、日常診療総括を反映した医療統計の提供、インフォームドコンセントに役立つ患者家族が納得し、自己決定させることのできる情報の提供と、この4つを柱としています。組織的には管理部直轄で、診療情報室は独立した位置に格付けされています(図1)。

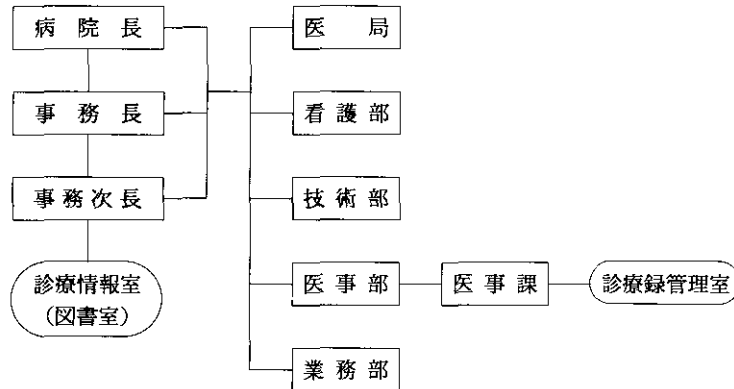
病院内の情報は大きく分けて病院管理情報、人事情報、それと病院診療情報に分けられますが、診療情報室で扱う情報は病院診療情報で、病院診療情報の管理をほとんどしているのが診療録管理室です。診療録管理室というのは医事課に属しておりまして、ちょっと離れてしまっていて今まであまり機能していなかったんです。ほとんど医事課の業務が支援に入ってしまうものですから、コーディングとカルテの整理の業務に追われ統計類の整理とかがなかなかされなくて、それが埼玉協同病院の問題となっていました。それで診療情報室を作ろうとした時から、この診療録の情報は重要であるから、そういう診療録の統計的なものも統合しなければならないとされていました。

ですから今は診療録管理室から情報を貰って、連絡を密接にとりながら業務をしています。また病歴で使用しているコンピュータのシステムも、私たち司書はいろんな検索などやっておりますので、司書には難なく理解でき、利用も容易でした。ですから診療情報室で情報が必要な時にすぐに情報が得られるようになりました。

また医事コンピュータからのデータ転送によって、当院の場合はまだ病院全体のネットワークになっておりませんし、オーダリングシステムにもなっておりませんので、データ転送という形でし



図1 埼玉協同病院組織略図



かないんですが、データ転送で外来の慢性患者の来院状況の把握とか、病院内のいろんな外来情報というものを貰うようになってきました。

院内情報の管理、つまり各部門の統計類の収集もこの診療情報室を作った時の目的でしたので、いまそれがだんだん集まってきております。現在は先程申しましたように医事コンピュータからデータ転送しているような状況ですけれども、入院患者情報と外来患者情報の統合を押し進め、検査データなども含んだ診療情報システムを作ろうとしています。

これら診療情報室が集めたり処理した情報や統計は、その一部を毎週病院内に診療情報室ニュースとして配付しています。このニュースを発行する際に、質的視点から情報を評価し、医療の質を管理できるような作成をすることが期待されております。まだ始まったばかりで、本当に質を管理できているかどうかわかりませんが、こういう状況だということをお病院内に知らせております。

最後になりますが、すでに診療情報の統計や分析をシステムコンピュータ部門でやっていたり、医療の質に関しても委員会が機能している病院も数多くあると思いますが、今までの図書室では扱うことのなかった患者情報や統計的資料の管理分析が業務に加わって、忙しいながらも直接患者に接する機会のない部門にいながら、病院の状況がよくわかり、興味深く面白く毎日を過ごしております。

### 院内ネットワーク

図書室では外部とのネットワークがいろいろな形で形成されています。埼玉でもがんセンターの方が中心になって県内のネットワークができてきているのですが、そういうのも大変重要なことですけれども、病院内のネットワークも重要だと思います。病院の司書というと業務を兼任している方が多いと思いますが、病院の中の情報センターとして図書室が機能することが病院内の機能を統合させることであって、合理的ではないかと思えます。

元来、図書室の利用というと、外部からの情報、要するに検索したりまたは論文になったものを得るというようなことで利用することが多かったわけですけれども、院内の情報も診療情報室に行けばわかるという状況にして分散している院内情報の活用をするべきだと思います。

まだ業務が軌道にのっているとは言い難いのですが、司書として図書業務だけをしてはわからなかった病院全体のことが少しずつ見えてきました。もちろん図書室本来の研究支援の役割も充実していかなくてはいけないし、患者サービスを医師と相談しながら進めようとも考えています。そして Evidence-based Medicine という手法が最近雑誌などに載っているんですが、そういう手法が広まっていくとすれば、司書の役割はさらに重要になると思えます。

非生産部門である図書室に一般の病院が使える費用は多くを望みませんので、司書が情報のナビ

ゲーターとなっていていろいろな業務を行い、情報の蓄積や統計処理、さらに情報の即時集約と共有ができるようにするため、コンピュータを使いこなし、病院内で埋もれていた情報を加工して有効利用したいと思っています。

診療情報室の中で司書は診療録管理の業務や電算室の業務を兼任しているという発想ではなく、院内情報の統合を行い、集められる情報の範囲が広がり、図書室が院内情報センターとして情報提供サービスをしていると私は考えております。いま埼玉協同病院は増改築の真っ最中ですので、図書室と診療情報室が全く別の棟にあったりして大変仕事がやりにくい状況なんです。完成時にはDI室と診療録管理室、図書室を含めた診療情報室が同じフロアになる予定です。そうなればもっと発展した情報の収集管理活用ができるのではないかと期待を持っております。つたない発表ですけれども、これで私の発言を終わらせていただきます。

長谷川 ありがとうございます。最後になりましたが、コンピュータ化、電子化ということでは大変恵まれた環境にいらっしゃいます東芝病院の山川美穂子さんから、病院図書室の情報サービス業務とコンピュータについてお話をお願いいたします。

#### 山川美穂子

ただいまご紹介にあずかりました東芝病院図書室の山川と申します。どうぞよろしく申し上げます。

#### 東芝病院図書室とコンピュータ利用

高度情報化社会といわれる現在、病院図書室はその波にさらされ最先端の医療技術情報を求められています。2次資料のCD-ROMの導入に始まった図書資料の電子化について、特にここ1~2年の動きは激しく、今までは冊子体を中心だった書籍や雑誌は、現在では電子媒体で提供される割合が増加しています。最近では薬業時報社が出版している日本医薬品集のCD-ROMが出たのを皆さんご存じかと思えます。またインターネットの登場により、情報量・情報伝達速度ともに飛躍的な伸びを示しています。

今回は東芝病院図書室での実例を紹介し、病院図書室に対して利用者が求めている機能は何であるのか、それに対してどのように答えているのか、また今後何を目指していくのかを考えていきたいと思っています。スライドを利用して説明します。

まず、東芝病院図書室の概要・設備と業務をご紹介します。東芝病院図書室は平成6年4月にオープンしました。ここは図書室司書の不在時も鍵を使用して入室が可能のために、事実上24時間オープン体制になっています。面積は約220㎡、所蔵の単行書は古いものを含めて約1,500タイトル、雑誌製本は1970年以降のものを所蔵し約8,000冊、購入雑誌は平成8年1月現在洋雑誌56タイトル、和雑誌71タイトル、合計127タイトルです。またこの他に各先生からの寄贈の学会誌等を収受しています。

設備はブレインテック社製図書管理総合ソフト「情報館」、Ovid Technology社製Medline CD-ROM、医学中央雑誌刊行会製の医学中央雑誌CD-ROMがあります。さらにスライド作成機器、インターネットの設備を備える他、図書室内にはこれらの操作端末と、管理者の専用端末とがあり、専用端末以外は利用者が自由に利用できるようになっています。

東芝病院図書室の行っている主なサービスは、従来からの整理業務、参考業務、相互貸借業務などで、その他に希望者へコンテンツシートサービスを行っています。現在は約20人に約70タイトルの雑誌のコンテンツを配布しています。また図書室にあるハードウェア、ソフトウェアともに利用者指導は図書室司書が行っています。最近ではスライド作成のニーズが高まったこともあり、看護部などに対しパソコン教育も行っています。

また院内医療情報LANのシステムに東芝病院用のホームページを作成しインターネットの利用者が利用しやすいよう環境を整えています。

これまでは、新たにできた部門ということで、院内職員に図書室の活動を知ってもらうためと、毎月の新規購入の受け入れ書籍、雑誌の最新号の特集記事を案内するために、図書室便りを月1回発行していました。しかし今年はまだ未発行のため、新たにインターネットのローカルホームペー

ジを利用して発行することに切り換えるように計画しています。

これは院内職員にパソコンに触れる機会を少しでも増やしてもらい、図書室に設置してあるパソコンを有効活用してほしいと考えているからです。ただ、印刷物としての形態をすぐ捨てるわけにはいかないので、当分は電子媒体によるものと印刷物の二本立てで行うつもりでいます。

次にサービスの内容についてご説明します。東芝病院図書室のサービスですが、インターネットによる情報検索、CD-ROMによる医療情報検索、画像資料などのスキャナーによる取り込みと加工、プリンターや画像出力、スライド出力を行っています。

これから先はお配りしましたレイアウト図(図1)を見ていただきながらご説明します。まず図書室に入るとすぐカウンターがあります。「情報館」の専用端末があります。この部屋にはスライド作成機器が一式あり、その他院内で唯一オープンしているマッキントッシュ(パワーマック7100/66 AV、メモリー80 MB、HDD 2.6 GB)を

設置し、利用者がわからない時には、すぐ私に声をかけて聞いていただくようにしています。まん中の部屋は、逐次刊行物を置いてある部屋です。この端末でCD-ROMのMedlineと医中誌を情報検索に使っていただいています。また中央に設置している大きなテーブルは皆さんがお使いになりやすいようで好評です。一番奥の部屋は、雑誌製本や古い単行書を置いてあります。右端にパソコンがあり、こちらで看護婦さんのパソコンの教育を行ったり、インターネットを使っていたりしています。このように3部屋に分かれていますが、図書室内にあるパソコンは図書管理業務、スライド作成等の画像処理、CD-ROMでの情報検索、医師や看護婦などの利用者への教育、電子メール、インターネットなどに利用しています。

図2は私がインターネットのローカルのホームページでメニューとして作成したものです。UminやYahoo、東芝ですから東芝の社内のホームページや図書室からのお知らせも載せています。

図1 東芝病院図書室レイアウト

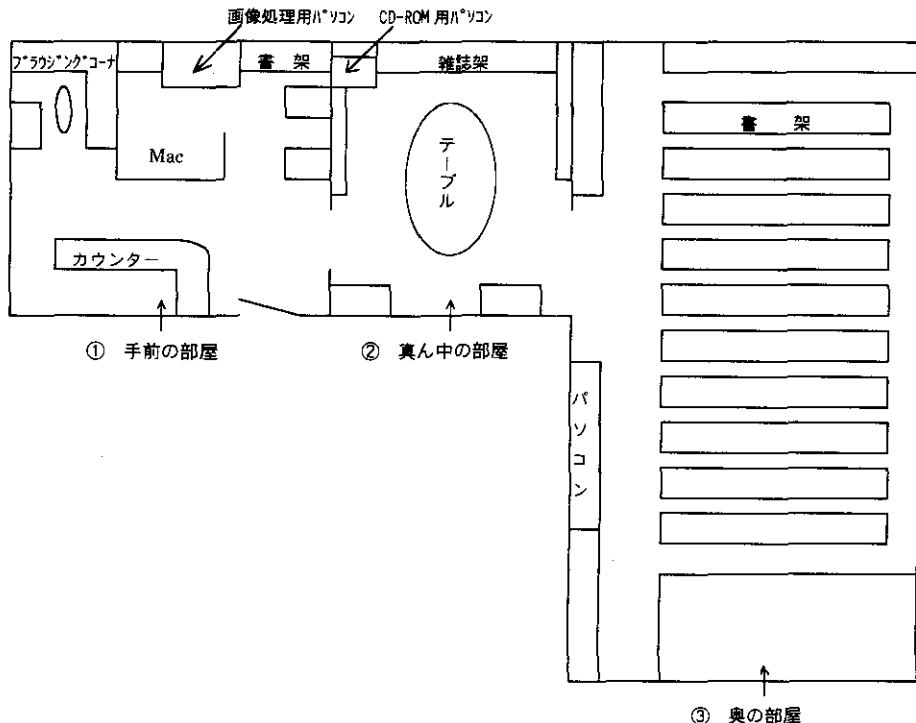
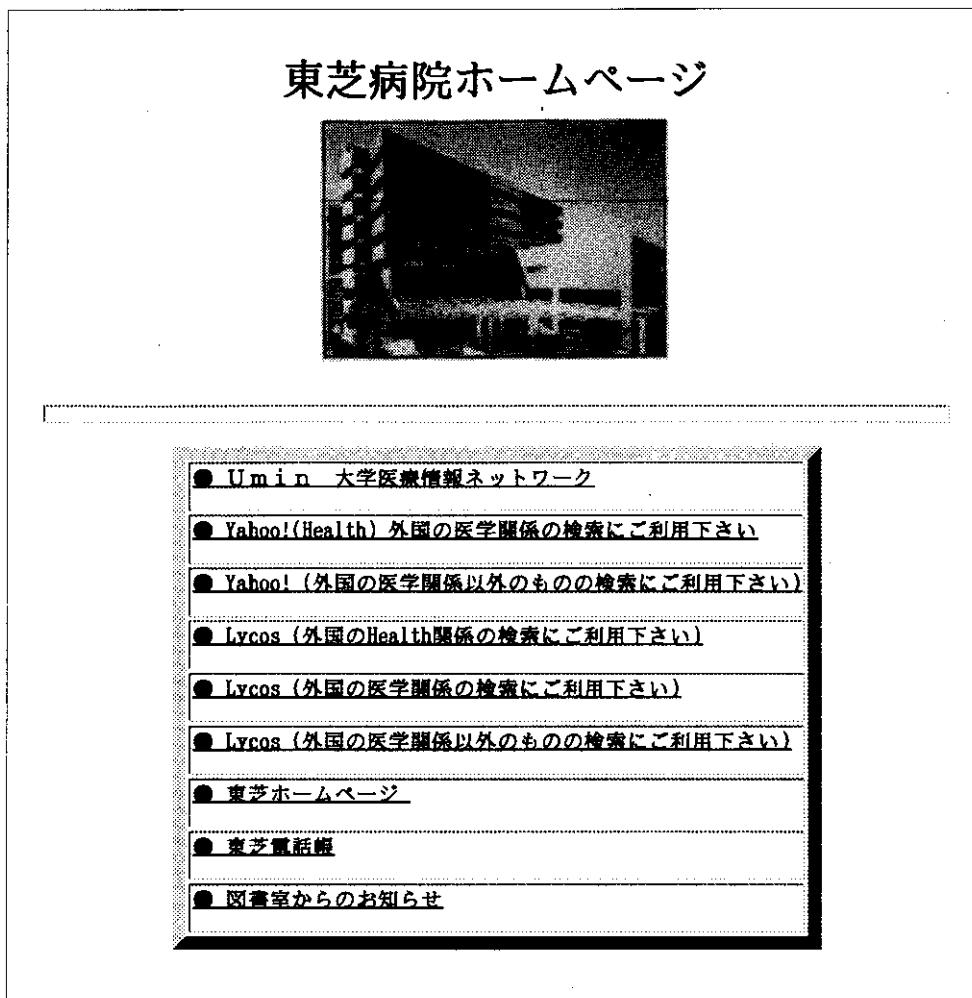


図2 東芝病院ホームページ



これが図書室からのお知らせです。ただいま作成中となっておりますが、なるべく年内にはここに記事を載せたいと考えています。

このような環境下で図書室業務を行っているわけですが、現在の社会の流れをしてみると、図書業務と情報業務の境目がなくなりつつあり、それに伴って図書室と医療情報部との統合化が進んできていると感じます。また利用者の図書室に対するニーズも変化してきており、資料を得るだけの場所から、プレゼンテーション用の資料を作成するための機能を兼ね備えた場所への変革、すなわち医学情報メディアセンターへの方向へ向かっていると思います。

これは蛇足ですが、JMLAの基礎研修会が今年

の8月に自治医科大学で行われました。この1日目の講演で、自治医科大学の先生がお話しになった時に、アメリカの実例を出されて、これからは図書室というのはプレゼンテーション資料を作るような機能まで兼ね備えて欲しいということを書いてらっしゃったことを記憶しています。東芝病院図書室はまさにこれを目指しているのです。

病院図書室の場合、専任の司書が1人、もしくは専任者がいればよい方で、兼務の場合も多いと思います。また設備の面においても、病院によって異なっていますが、利用者の要望は同じようなレベルではないでしょうか。

## 利用者のニーズにあわせたコンピュータ利用

そのような中で図書室をあずかる司書の役割はより重要性を増してきています。何よりも司書自身が考え方を柔軟に変え、基本的図書業務を充実させるためにも、コンピュータを利用し、さらに利用者のニーズに合わせたコンピュータの利用を考えていく必要があるでしょう。図書室として院内職員から必要とされていると考えられるのはこれからお話しするようなことだと思います。

まずインターネットによる広範で迅速な臨床医療情報サービス、これは具体的な事例をあげると、O-157が発生したときはまだ薬剤部にインターネットに接続できる端末がありませんでしたので、薬剤部のDI室の人が図書室でインターネットを使ってO-157に関しての情報をプリントアウトしました。また少し前の話ですが、エボラ熱について知りたいという時や、狂牛病関係の情報検索などにもインターネットが利用されました。

次は医療関係書籍、雑誌、AV資料等の提供と充実です。

さらに各種プレゼンテーション資料の作成があります。たとえば画像情報の取り込みと加工、図や絵、さらには透過原稿（いわゆるレントゲン）をスキャナーで取り込んで使いたいという先生もいらっしゃると思いますので、検討をしていきたいと思っています。これは、写真室がある病院では必要ありませんが、病院でそういう設備がないところでは求められるものだと思います。

## 司書として心がけていること

いままで述べたことが利用者から現在求められているニーズですが、それでは実際の利用者のニーズに合った図書室にするためには、どのようなことを司書が心掛け、それに応えていかなければいけないのでしょうか。

第一に利用者がいなければどうにもなりません。そのためには利用者が利用しやすい雰囲気を作るのがとても大切です。利用者と話することにより、利用者のニーズを知ることができます。また利用者から信頼させなければ、利用者は離れていってしまいます。

信頼されるためには知りませんと即答することは禁物です。私が東芝病院の司書になった時に、東京厚生年金病院の石澤さんがはなむけの言葉として「知りませんとは絶対に即答してはいけません。それだったらもういいということで、利用者は来なくなりますよ」といってくださって、これが私の中での座右の銘になっています。

第二に司書自身が広い知識の習得と自己研鑽に積極的に励まなければいけません。基本的図書管理業務は司書にとっては必要不可欠なものです。それを行い、なおかつ医学メディアセンター的機能を果たす図書室にしようとする、業務は格段にふえてきます。情報メディア機器の運用を開始するとトラブルも発生します。トラブルが起こった時はある程度のところまでは対応できるようにしておかなければスムーズな運用はできません。

では、この運用を誰が行っていくのでしょうか。医学情報メディアセンターを構築できるかどうかは情報メディア機器の運用を維持、発展させることができるかどうかにかかっていると私は考えています。つまりただパソコンを設置しているだけでは駄目です。アプリケーションソフトや各種機器操作の方法も知らなければなりません。今まで使うチャンスはなかったけれど、本当は業務にパソコンを利用したいんだという院内職員はたくさんいるはずですよ。

また利用者の要望を実現するために、要望を具体化し、その計画を立案する能力も求められます。その計画を具体化するためには、関係各部署との連携も大変重要になってきます。病院図書室ではほとんどの場所が一人職場であり、専任者がいればいい方であるという現状を考えると、関係部署との良好な関係は計画の実現への重要なポイントです。

以上説明したとおり、これからの司書に求められる役割とは、ただいわれた文献を提供するだけの役割から一歩進んで情報のアドバイザーとしての役割を果たすことだと思います。

これは現代の氾濫する情報の中で利用者の必要とする情報を的確につかみ提供する能力です。また受け身になるだけでなくこちらから積極的に利用者にはたらきかける能力であると思います。それを効率よく行うためにコンピュータを道具とし

て利用する能力が不可欠なのではないでしょうか。

そして、情報の加工も必要とされています。これらは、市販のすぐれたソフトウェアがありますので、比較的容易に行うことができると思います。

東芝病院図書室のこれからの計画としては、最近特に要望の多い画像処理への対応にデジタルカメラの導入、画像取り込みによる情報量の増加に対応するために、大容量記憶媒体の導入を検討しています。蔵書を効率的に管理すると同時に、最新の情報を提供するために時代のニーズに合った図書室をつくりあげていくのは自分たち自身ではないでしょうか。

このように、東芝病院図書室は医学情報メディアセンターを目指しているのですが、病院図書室としてよりよい方向を目指すためにも、今後ともこのような研修会に参加し、新しい知識の習得に努めていきたいと考えています。

最後に一言付け加えさせていただきます。長谷川さんが先ほど大変恵まれた環境というふうにおっしゃいました。確かにそれはいえませんが、これは与えられたものではなく東芝病院に行った時に、自分からこういうことをしたいのでこういうものが必要なんですということをいろいろな部門に働きかけ、それを実現すべく支援して下さった方々のお陰でできたということです。どうもありがとうございます。

**長谷川** ありがとうございます。それぞれのテーマに関する皆様方のお話はこれで終わりましたが、シンポジストの方々の中で言い残された分、あるいは他のシンポジストの方へのご質問などがありましたら、まずお聞きしたいと思います。いかがでしょうか。

**米澤** 言い残したことを1つと、それから質問が1つです。本当に大事なことを言い忘れたのですが、NACSIS-CATのデータベースは、いま専用のソフトウェアがないと利用できないようになっています。しかし、平成8年の前半をめどに、インターネットの汎用的なブラウザで検索利用できるように仕掛けを用意して公開したいと思っ

ております。ですから特別の機器ではなくともCATのデータベースを検索することができるようになる予定です。これが言い忘れたことです。

それから質問ですが、今の山川さんに1つ。非常につまらない質問かもしれないんですが、司書としても非常に優れてらして、情報機器についてもかなり精通してらっしゃるという印象を私は受けました。一体この方はどういう教育を受けたのか、どうやって勉強なさったのかという、そういう個人的な興味があります。またそういう話は皆様の参考になるのではないかと思いますので、ぜひとも質問とさせていただきますと思います。

**山川** 今のご質問ですが、特に講習を受講したことはありません。本を呼んだりしながら1つずつ検証をしていき、学んでいきました。また、自分がわからないことがあれば、それを知っている人をお願いして教えていただきました。そうやって学んだことで今はいろいろな人からの質問にも答えることができるようになりました。ご参考にはあまりならないと思いますが。

**長谷川** 他にございますか。どうぞ宍道さん。

**宍道** JMLAの悪い面をさらけ出しちゃったんですが、先程申し上げましたようにJMLAも頑張っております。特に皆さんにご参加いただきたいと思うのは、先程来ずっと牧野先生の話もありますし、今の山川さんの話も皆さん学情でも全部インターネットが入ってまいります。インターネットというのはやっぱり情報発信で、他から情報を得ると同時に、自分たちの情報というものも提供するのはいずれのインターネット時代の義務だと思います。

そうするためにはやっぱり病院図書室の中にもどうしてもインターネット接続のシステムを置く、置くと同時にただインターネットをのぞくだけじゃなくて、情報発信でホームページというのがありますが、それを作っていただきたい。そのインターネットホームページ作成の講習会が11月の12日から東京の医学図書館で日本医学図書館協会の継続教育構想および図書館研究会で行われます。まだ募集いたしておりますので、ぜひご参加いただきたいと思います。やっぱりそのJMLAの良さというのは、これだけのネットワー

クがありますと、全国から優秀なスタッフがたくさんいますので、そういうスタッフを動員して、教育ができる、みんなでお互いに勉強できるという体制だと思うんですね。やっぱりその良さはJMLAを生かす上でも今後も教育面では進めていきたいと思っております。そういうことを付け加えておきますので、ぜひご参加いただきたいということです。

**長谷川** どうか皆様もご参加くださいますように。

なかなか興味深いお話が続いたと思いますので、じゃあ私の方からよろしいでしょうか。先程NACSISの米澤さんから、インターネットのブラウザを通して来年早々公開するというようなお話がございましたが、確認の必要はないと思えますが、有料ということはないでしょうか。無料ですね。はい、わかりました。それではフロアからのご質問ご意見をお伺いいたします。

**Q** 宍道さんにお尋ねします。地域のネットワーク形成というのをお話しになったんですけれども、医学系の図書館だけでなく、病院図書室だけではなくて、公共図書館ともネットワークを組みたいというふうなお話でしたけれども、そういうネットワークですと地域の住民の方へ医療情報サービスという、そういうことも頭に入れていらっしゃるのかどうかということを伺いたいんですが。

**宍道** 医学情報の方は図書館が情報提供しよう、たとえば医学図書館にあります資料の文献複写、貸出はして差し上げようという考えはあります。

また医学情報の場合はネットワーク上の利用を公開していこうと思います。すでに公開しておりますとおり、パスワードがなくてもホームページから入れます。

実際に図書館にやっぴらしている、アナログのいわゆる人的な入館は、特別な目的をもっている場合に限ってという条件で認めております。ただし私ども狭い図書館ですけれども、閲覧と複写だけは認めておまして、ただ長時間の図書館のご利用はお断りしているような状況です。それからコピーサービスも申し出があった時にはしており

ます。

**Q** 和田さんに質問したいと思います。診療録の方はほとんど触れたことがないのでよくわからないんですが、たとえば図書館でもっている、単行書ですとか、雑誌といったようないろんな情報と、あと診療録の情報がどういうふう結びつくのかというのが、たとえばある患者さんのカルテに関連文献としてこんな論文があるよというような形でついているのかなというふうにしきちょっと想像つかないんですが、実際問題として、たとえばただ単に情報がそこにあるというだけでは、ちょっとあまり意味がないというか、非常に言葉は悪いんですが、そんな感じがするんですが、そこらへんの両方の情報はどういうふう結びついているのかというのがちょっとわからないんですが。

**和田** 私は途中で話を飛ばしてしまったんですが、医療機能評価の関係があって(図2)、その中でいろいろ地域との関わりとかの部分で診療録というのは紹介元とか、紹介先とか、そういった情報を含んでいるんですね。地域との関わりを診療情報室は今のところ統計でとったり、どういう病院から来ているとかとかどうい病院へ紹介しているかを調べたり、ですからいわゆる図書室の医学情報とは全く別な形で業務を行っているんです。

また医療評価の対象領域の中に、患者の満足と安心という対象領域があるんですね。そういうところで図書室のサービスとしてはインフォームドコンセントのための、たとえばうちの病院はこのぐらいの手術の症例があって、これぐらいの在院日数で、他と比べてこうこうですよという材

図2

病院機能評価の対象領域

- (1) 病院の理念と組織的基盤
- (2) 地域ニーズの反映
- (3) 診療の質の確保
- (4) 看護の適切な提供
- (5) 患者の満足と安心
- (6) 病院運営管理の合理性

財団法人日本医療機能評価機構の評価方法説明会  
(平成7年9月2日) 資料より

料を提供するとともに、医学情報としてこういう文献もありますよみたいな形で提供できるのではないかということなんです。

**Q** 何度も申し訳ないんですが、またちょっと目録の話で恐縮ですが、人づてに赤十字病院さんのネットワークで、何か雑誌の相互目録をお作りになっているというお話を聞いたんですが、そこらへんのお話をぜひともこの機会にご紹介いただけますでしょうか。

#### 日本赤十字病図書室担当者協議会について

**飯田** 浜松赤十字病院図書室の飯田と申します。私ども日赤のネットワークでは2年前から日赤ライブラリアンの会といいます、有志の病院図書室担当者の団体を作っておりましたが、日赤の中ではいろいろな職能団体がございます、薬剤師、検査技師、最近ですとアキレスワーカーさんの会ですとか、それから栄養士さんの会、様々な会ができております。その中で私ども病院図書室担当者の会もその一つの職能団体という形で日本赤十字社の本社の承認のもとに平成8年の8月から日本赤十字病院図書室担当者協議会という会を発足いたしました。

その前身となりました日赤ライブラリアンの会というところで、昨年医学雑誌所在目録を作ったんですが、そちらの方をベースといたしまして、今年日本赤十字社の企画課の方で作ったんですけども、すべての赤十字社の病院といいますと、92ほどあるんですけども、それにすべてアンケート調査をいたしまして、参加できましたのが50ちょっとなんです、その分の現行医学雑誌だけです。現行医学雑誌所在目録を作りました。

すでに日本赤十字社では昭和31年にこれは当時の病院の図書室というのが全部あって、その頃は多分なかったんでしょうけれども、その施設のものを集めました。こちらは総合目録ですけども、すでに作っておりました。それがちょっと中断されてしまいましたので、今回現行医学雑誌目録という形で復活したというふうな形になっております。

これを今後総合目録にしたいわけなんです、それはやはり本社の仕事ということで始めたもの

ですから、すぐにたとえば来年総合目録を作ってくれるのかということとはちょっと今のところ未定になっておりますけれども、本社の方では事業の一つということで、赤十字病院会の資料の有効活用ということで、この作業は進めたいというような形ようです。

ですから今後この目録をどういう形にしていくのか、私などはたとえば最初からインターネットにのせるような形でやっていきたいとか、そういった希望もあったんですけども、とてちょっと本社の中にホストがあるとか、そういう状態ではありませんでしたので、最初の段階では冊子体ということで作ってもらいました。

先程、米澤様のお話にありましたように、日赤といいたしても病院だけではありません、大学ですとか、短大なんかもあります。そういったものの統合という形になりますと、学情に参加する形で先程ちょうど赤十字という言葉で切り出していただきまして、見事に出ましたので、あのような形での総合対策をしていくのが理想かなというふうに思っておりますが、今後の形につきましては、今のところ未定ですので、またいろいろアドバイスをいただきまして、よい構築をしていきたいと思っております。ぜひまたご援助ご協力をお願いいたします。

**米澤** いまお出しになった目録というのは、日赤以外の病院図書室でも利用できるのでしょうか。

**飯田** 原則的には日赤の中での利用ということで、総合利用マニュアルも日赤の中での対象というふうになっておりましたが、目録そのものを出すのはかまわないと思いますけれども、あとそれを相互利用という形で受けるかどうかは個々の病院の判断になると思います。まだちょっとそれは出していいのかどうかというのは、今度のこれは本社が発行したものでございますので、本社に聞いて承認を得ないと、お出しできるかどうかはここで即答はできません。

**長谷川** 今のお話と関連があるので、一つお聞きしたいんですが、先程ステップを踏んで学総目に参加すると、NACSIS-CATの利用資格が得られるというふうなお話があったかと思うんです



が、それは期間的にどのくらいを目安として参加できるのか、どのくらいの形で協力をしていけば、利用できるようになるのかという、大体の目安をお話しいただけますでしょうか。

米澤 目安は特にはないんですが、とりあえず一度、学術雑誌総合目録の調査に協力いただくということで資格が発生すると考えてよろしいと思います。ですから一度データを提出していただいたということだけで、あとは1週間後であれ、1カ月後であれ、事業に協力しているというふうに主張なさって問題ないと思います。まあ実際のところそんな短い期間で具体化するとは考えられませんので、その時にご相談していただければよろしいかと考えます。

Q 和田さんにご質問が二点ありますので、よろしく願いいたします。レジュメにもありますが、Evidence-Based-Medicineという手法というふうにありますけれども、こちらのご説明を少し詳しくしていただきたいと思います。それから二点目として病歴室として入院カルテの管理をする人は何人ぐらいいらっしゃるかというのを教え

ていただきたいんですが。

和田 まず病歴室の人数から先にいいますと、いま1人なんです。ですのでやはりどうしてもコーディングだけに追われてしまう、入力だけに追われてしまうということで、診療情報室が支援するみたいな形になっています。あと Evidence-Based-Medicine というのは、最近の医学書院の「JIM」という雑誌に出ているんですが、たとえば何か診療を行う際に、その問題となることをMEDLINEなり何なりの文献検索によって問題解決の方法を、そういう文献から得るということなんです。ですから要するにいろんな文献を読んで、それからいま自分が対処している症例に対してどういう処置をするかとかを決定するというような大雑把に言えばそういうような手法のことです。

長谷川 他にございますでしょうか。それではごさいせんようでしたら時間もまいりましたので、引き続き懇親会の席上ででもお話をお続けいただきたいと思います。今日はどうもありがとうございました。

日本病院会臨床予防医学委員会編

〈保健叢書〉

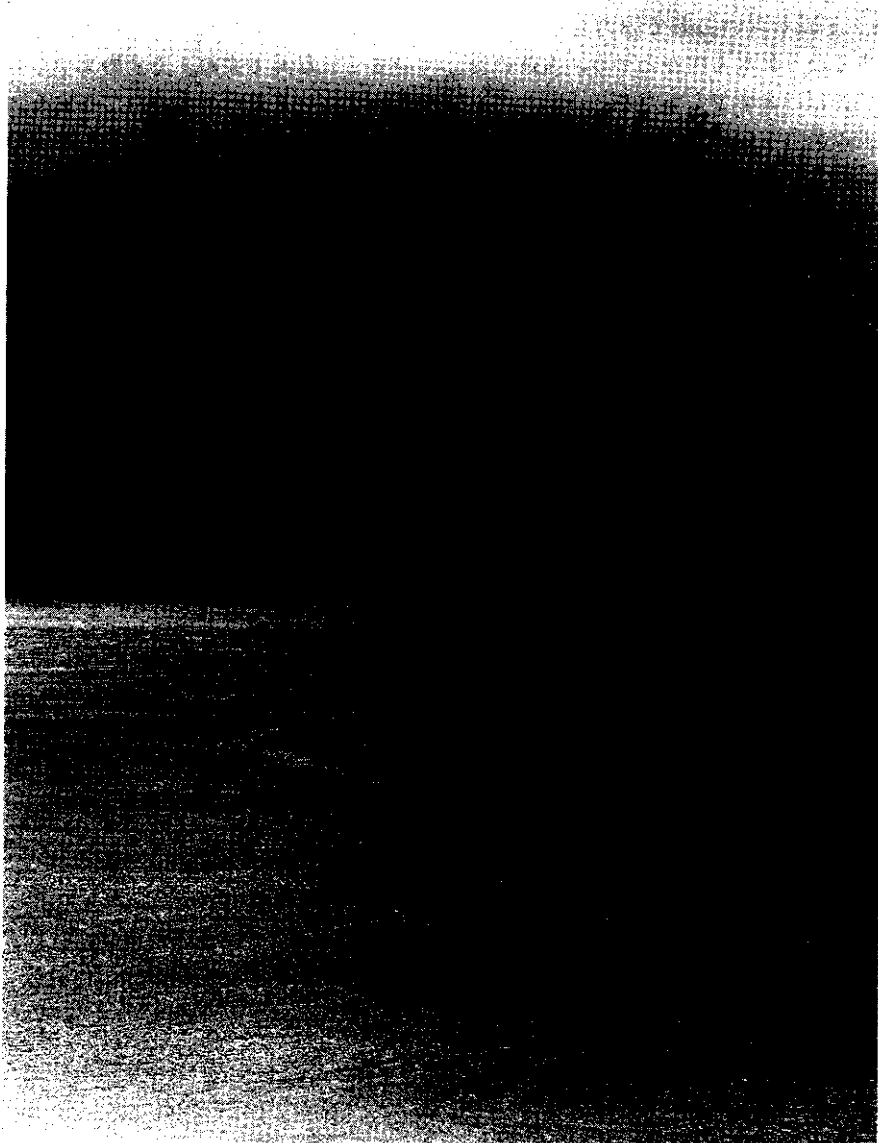
## わかりやすい 胆のう・膵臓のはなし

- ・臨床予防医学の見地から
- ・人間ドック受診者の参考書として
- ・患者さんの診療のお手伝いの書として

お申込はFAX・はがきにて

定価1部500円(税込) 送料別  
(会員売店への卸価格は1部400円[税込・送料別])  
ただし、50部以上

〒102 東京都千代田区一番町13-2  
株式会社 日本病院共済会  
TEL 03-3264-9888 FAX 03-3222-0016



## 人を人らしく、保つためのテクノロジー。

健康志向が高まる。高齢化社会の到来は、すぐそこ。  
そんな時代の流れのためでしょうか。もう一度問い直す動きが、活発になってきました。  
「人の健康とは…、何が大切なのだろうか」。医療、看護の出発点こそ、  
ナガイレーベンの原点です。衣料だけの技術だけではいけない。「がんばれ、医療と看護」。  
そんなテクノロジーこそ、ナガイレーベンのテクノロジー。人をもっと人らしく、保つために。  
80年におよぶキャリア、積み重ねたノウハウもフル駆動。広く、深く、健康な環境を創造する。  
ナガイレーベンの軌道は、しっかりと医療と福祉の明日へ向かっています。

Think Health

● 詳しい資料「ナガイレーベン総合カタログ」を無料で差しあげます。本社企画部までにお申し込みください。

 ナガイレーベン株式会社

本社 〒101 東京都千代田区岩本町1-2-19 Tel.03 3863-0371(代) Fax.03 3864-7898 営業第1課 Tel.03 3864-7891(代) 第2・第3課 Tel.03 3864-7894(代) Fax.03-3864-7898

支店 大阪支店 Tel.06 764 1931(代) 広島支店 Tel.082 291-2557(代) 福岡支店 Tel.092-526-7778(代) 東北支店 Tel.022-256-1001(代) 高松営業所 Tel.0878-43-2328(代) 物流センター Tel.0187 72 3891(代)

講演

## ISO 9002 に基づく病院環境管理 (清掃, 環境消毒業務)について

(株)シービーエムホスピタルサポート部 部長 神谷 松治

平成8年7月・東京

はじめに

私どもは会社が浜松にございます。創業が昭和50年ですので、20年ちょっとですか。この話は4年ほどさかのぼった平成4年ぐらいに起こったお話なんですけれども、当時浜松の市内で2つの大きな病院の清掃を受託をしていました。

当時、非常にクレームが多く、他の例えばスーパーさんですかオフィスビルさんと比べまして、病院というのは非常にクレームが多かったです。私もその当時、ちょっと前に入社をしまして、そこで社長も加わりまして、なぜそんなに既存病院で苦情が多いんだろうということで調べましたら、こんな大きくアッポガエルというものが見つかりました。

それはまず清掃、とりわけ消毒に関する技術の未熟さとありますけれども、ほとんどないという。だから、商品の品質を明確にしていく。標準ですか管理資料というものが整理をしていないとか。それから、管理の仕組みがない。それから、教育訓練というのもないということで、はっきり申し上げまして、赤字でありました。

### 病院環境管理への取組み

これは何とかしなくてははいけないということで、方針が出まして、病院環境管理というものを事業化をしていきたいと。お客様の要求というものをしっかりとつかんで、それを業務に落とし込んで、新しいシステムをつくり上げて、お客様の満足を得たいというようなことで取組みを始めました。

ホスピタルサポート部門、病院専門の部門が平

成5年の2月に設置されまして、私が担当しろということ、そんな部門がございました。

これは難しそうに見えますけれども、それでは病院の方の要求をどうやって把握するんだということですね。品質管理にはこういったQLDという品質要素展開表という手法がございます。こんなものを使ってやろうということで取り組んでまいりました。

具体的には、この当時新しく2件ほどの新病院の委託を受けまして、その新病院でこういった新しいシステムの展開をしていきたいということで取組みを始めました。

お客様からの要求の把握ですけれども、これは単純にアンケートが中心でございました。清掃をやる場合にはどんな点に注意をしていただきたいですかとか、どんな清掃をしてもらいたいですかとか。いままでの不満等あったら記入をしていただきたいと。こんなようなかたち、あるいはインタビュー等でお客様の要求というものを把握いたしました。

でき上がった品質表というものがこちらになります(略)。ちょっと小さくて見づらいと思えますけれども、お客様からの要求というのは、床をきれいにしていただきたいですか、トイレをきれいにしていただきたいとか、それから、早く清掃していただきたいですか、細部の清掃にも気を配っていただきたいとか。それから、緊急時にすぐ対応をしてもらいたいですとか。それから、勤務姿勢がよい、作業態度がよい、それから感染の消毒ができるですとか、いくつかそういったものがお客様の要求としてわかってまいりました。

この横軸のほうは、私どもの仕事のほうに落と

し込む、これは評価できるような特性値として表現しております。例えば美観性。きれいだというのが美観性ですとか、水回り汚染の除去性ですとか。それから作業の機敏性ですとか、応対マネー性ですとか、そのようなかたち。この中でウェイトづけをしまして、品質の規格として何を重点に設置をしていこうかというかたちで取り組んでいったわけでございます。

それで、それをもう少し細かく、先ほどの1次レベルを2次、3次というかたちにお客様の要求を展開していきますと、例えば、きれいになるという要求では、2次レベルとしましては、床ですとかトイレですとかゴミの処理がいいとか。3次レベルになりますと、床が濡れていないですとか、汚れていない。それから光沢があるですとか。それからテキバキ清掃するですとか。これは早く清掃できる。そういうふうにならば、2次、3次と、できるだけ具体的に行動ができる余裕まで入れると。

こういった要求に基づきまして、仕事の設計をしていこうじゃないかということで、展開としましては、できるだけすべての要求というものを実現をしたい。そのためには、いくつかの業務展開というかたちで仕事を組み上げていくということで、**業務展開の1**としましては、合理的な清掃方法の検討をどうするか。**業務展開の2**としましては、合理的な消毒方法の検討と見通し。それから、**業務展開3**としましては、環境管理の評価基準というものがないものでした。そういったものを自社なりにつくっていかうではないか。**業務展開4**としましては、やはり仕事をやっていただくのは人が中心になります。そういった人材育成ということも踏まえまして、労働環境の改善によるサービス量の確保をしようではないかと。**業務展開5**としましては、標準化による教育というのを実施。このようなかたちで取り組んでまいりました。

その例をちょっと紹介します。まず、一番上の**合理的な清掃方法**というのは、これは当時のマニュアルでございまして。病棟の清掃・大部屋となりますけれども、そういった場所別の清掃の作業内容を標準時間、それから使用する道具というもの、それから作業のポイントと。それから、できるだけイラストで表現してわかりやすくしようで

はないかと。

それから、やはり病院で使う用具というものが合理的な作業方法となるわけで、非常に重要なことです。当時、HEPA フィルタ付きの掃除機の採用ですとか、モップを色で使い分けると。例えばトイレは赤ですとか、一般の共用区域は青ですとか、それから感染症の患者さんのお部屋は黄色ですとか。当たり前といえば当たり前なんですけども、これが当時はできていなかった部分をこういうかたちで要求請求数に応じたモップを使い分けようではないか。

それから、モップも洗濯機で洗おうということ。モップが真っ黒ですと、かえって汚くなるような印象があると思うんです。当時、モップを洗濯機で洗おうということで。そのまま入れますと絡まってしまうので、当時こういった洗濯ネットの大きめのものを買って、4つ入れて洗えとか、こんなような標準をつくってやったわけです。

それから、基本的な、できるだけバラつきがないように、標準時間というものをこれも実験といえますか調査をしまして制定をしたりというようなことの実施をいたしました。

次に、**合理的な消毒方法**ということ。これは当時私どもは、消毒に関する技術というのは持っていませんでした。例えば清潔区域の手術室の環境の消毒ですとか。そういったことというのは、消毒の量で考えられる。日常清掃だけですとか、そういうふうには仕事をしていた。やはり病院の環境管理をやるといううえでは、これからはそういった技術も身につけていかないと、お客様の要望にも応えられないということで、日本防菌防黴学会でありますとか、日本環境感染学会ですとか、そういったところへ入会をいたしまして、そういった技術を習得しました。

それから、日常こういったエレベーターパネルとか、ドアの取っ手とか、公衆電話ですとか、そういった患者さんのほかいろいろな方の手が触れるようなところは、日常の業務の中に落とし込むのではないかとということで、こういった仕事も必ず実施をするという方法をとりました。

こちらは、消毒に関する標準化も図ってまいりました。

次に、環境管理の評価基準の制定。これは当時の当社の環境管理の評価基準表であります。病院に限らず、いろいろなところに汎用性を持たせようということをつくったものですが、例えば評価項目というのは、光沢度、汚染度、それから塵芥度、埃があるかないか。ガラス等でいきますと透明度ですとか、あとは消毒で見ますと清潔度。それから空気管理で見ますと清純度。そんなようなかたちで10点から1点というかたちで、大変よい、よい、普通ですとか。

だいたいの日安といいますか、10点というのは、もう新築時点の状態を表す標準。数値化できるものは、数値での評価基準を設けようではないか。こんなような評価基準を当時作成をいたしました。

例えば、この中の光沢度というのは、いまは艶を測る機械というのが市販されているものですから、こういったものを使って現場の人が光沢を測る。

この評価に合わせまして、できるだけ現在どんな状況かという現状把握というのも必要だなということで。こちらはちょっと極端なんですけど、本当にこういうクワイがあったわけですから。これは汚いの極みといいますか、汚染度1と。

これは、ちなみに病院ではございません。オフィスビルなんですけども。水が悪いとありますけども、こんなようなかたち。それから被汚染度7という、ここらへん。よく噴水栓というトイレのリングのような。被汚染度というのは、ほとんどそんなに汚れていない。

そういうことで、作業のやり方、道具、それから評価の仕方ということで、それなりに進んでまいりました。

次は労働環境によるサービス員の確保と。これは実際にやっていただく方の採用。これは当時そのままのチラシです。年齢ではございますけれども、当時、もう新しくやる場所は45歳までの人でいこうじゃないかという方針を出しました。時給も考えました。労働環境というのは、やはり休みというのをうまく取っていただく。そんなようなところも考慮しまして、できるだけ勤務しやすいという体制を検討いたしました。

労働環境の中で現状は平均年齢が37歳ぐらい

です。定期的な海外研修ということで、これはシンガポールへ連れて行ったときの。それで、こうやって病院を見るというようなこともいたしました。

ということで、45歳までの人といいますと、全員が未経験者です。新しくこの仕事に入ったということで、非常に教育訓練が重要になってまいります。逆にそういった未経験の方のほうが非常に考え方も理解していただけますし、いままでの先入観がないのでやりやすいというメリットがございます。

そういうことで、集合教育では「病院とは」というところから始まりまして、作業の標準の説明ですとか、それから道具の扱い方、マナーですとか。それから。私どもは非常に品質管理というか、そういったことをやっておりましたものから、チームワークというものが非常に仕事をやっていくうえでは大事だというようなことも中心に据えまして教育をいたしました。

こんなことが3年か4年ぐらい前に、ISOに入る前に私どもとしては取り組んでまいりました。

それなりの病院からも、お客様からの声もだいぶ評価というのは、上がってまいりました。標準化もある程度進んできました。

### ISOへの取り組み

そんな折り、ISOというものを知ったわけです。このきっかけは、私どもの相談役が品質管理のコンサルタントをやっている、外国へ行く機会が多い。イギリスへ行きましたあと、サービス産業でのISOというものをかなり取得をしておると。例えば病院でも取っております。それから、こういった私どもの同業のビルメンテナンスでも、どんどん取っていると。

これは製造業のもので、サービス業、私どものようなものは関係ないのではないかと当時は思っていましたけれども、そういった調査を進めていくうえで、これはより以上に標準化を図ったり、品質を核としたやり方に非常に役立つということがわかりまして、これを取得しようではないかという方針で取り組み始めたわけです。

ISOというのは、国際標準化機構によって1987年に制定された品質管理および品質保証に関連す

図1 ISO 9001における要求事項

1	適用範囲
2	引用規格
3	定義
4	品質システム要求事項

4.1	経営者の責任
4.2	品質システム
4.3	契約内容の確認
4.4	設計管理
4.5	文書及びデータの管理
4.6	購買
4.7	顧客支給品の管理
4.8	製品の識別及びトレーサビリティ
4.9	工程管理
4.10	検査・試験
4.11	検査、測定及び試験装置の管理
4.12	検査・試験の状態
4.13	不適合品の管理
4.14	是正処置及び予防処置
4.15	取扱い、保管、包装、保存及び引渡し
4.16	品質記録の管理
4.17	内部品質監査
4.18	教育・訓練
4.19	付帯サービス
4.20	統計的手法

※ISO 9002は4.4 設計管理を除いた19項目が要求される

る一連の規格のことをいいます。

認証範囲の対象というところにありますように、製品そのものを対象とするのではなくて、品質に関わるものづくりの仕組み、それからサービスの仕方の審査をします。メーカーだけではなくて、全業種、全業態が対象になります。

そのISOの規格は、20の要求項目があります(図1)。それを全部文章化して、責任ですとか権限ですとかということを厳しく要求してきます。

誰が審査をするのかと。これは本部はイギリス

にありますけれども、日本の場合は日本品質保証機構という機関がございまして、そこが審査をいたします。

先ほどの要求事項でございますけれども、これが20とありましたけれども、9001番、9002番と細かい話がありますけれども、私どもが取った9002番というのは、これだけの要求項目というのがあります。

1番目、経営者の責任。2番目、品質システム。3番目、契約内容の確認。そんなようなかたちで購買があったり、工程管理、それから検査、それから不適合。不合格があったら、どうやってするんだよというような要求。それから、教育訓練ですとか。この19の項目に沿って病院の環境管理、清掃ですとか消毒に関するシステムをつくり上げていくわけです。

今日はこの中から、特に関係の深いものをこの先ちょっと事例で紹介をしていきたいと思っております(図2)。

その前に、ISOはもともとヨーロッパが中心で、契約社会ですから、文書による要求が細かいわけですね。品質システムにおける文書の体系ということで、当社の例ですけれども、レベル1としましては品質マニュアルですとか、それからレベル2は全社標準。レベル3では作業の標準類ですとか品質基準。最後のレベル4では図面ですとか記録類と。こんなような体系になっております。

そんな中からちょっと例をご紹介します。まず最初に、経営者の責任という4.1項目。こちらの当社の例でございます。ここではまず、トップはその会社の品質方針を明確に打ち出して、関係する全員に徹底して確実に実行されていなくてはならないという要求項目があります。

まず品質って何だということから入ったわけですね。私ども清掃ですから、消毒の品質って何だ。それで僕々譁々やったわけですがけれども、やはり当たり前です。お掃除をしたあとの仕上がりがいいこと。仕上がりが品質、これが1つ。それから、清掃業ではありますけれども、その前にサービス業だということをやはり忘れてはいけないと。やはり社員のマナーということ。これも非常に大きいのではないかとということで、この2つ

図2 品質マニュアルの目次 (ISO 9002)

IOS 9002 / JIS Z 9902		目 次	
品質マニュアル			
内 容	改訂記号	ペ ー ジ	
*品質マニュアル 目次		1	
*コピー発行先	①	2	
*序文 1. 会社概要		3	
* 2. 品質システム	②	4-1, -2	
* 1.1 品質方針		5-1, -2	
* 1.2 組織	①	6	
* 1.2.1 責任及び権限	①	7-1, -2	
* 1.2.2 検証の手段及び人員	①	8-1, -2	
* 1.2.3 管理責任者	①	9	
* 1.3 経営者による見直し	①	10	
* 2. 品質システム		11	
* 3. 契約内容の見直し		12	
* 4.1 文書の承認及び発行	①	13	
* 4.2 文書の変更・改訂	②	14	
* 5.1 一般 (購買)		15-1, -2	
* 5.2 下請負契約者の評価	②	16-1, -2	
* 5.3 購買データ	①	17-1, -2, -3	
* 5.4 購買品の検証		18	
* 6. 購入者による支給品		19	
* 7. 製品の識別及び追跡		20	
* 8.1 一般 (工程管理)	①	21-1, -2	
* 8.2 特殊工程		22	
* 9.1 購入検査及び試験	①	23	
* 9.2 工程内検査及び試験	①	24	
* 9.3 最終検査及び試験	②	25-1, -2, -3	
* 9.4 検査及び試験の記録	②	26-1, -2	
* 10. 検査, 測定及び試験の装置		27	
* 11. 検査及び試験の状態		28	
* 12. 不適合品の管理	①	29-1, -2, -3	
* 12.1 不適合品の再審及び処置	①	30	
* 13. 是正処置	①	31	
* 14. 取扱, 保管, 包装, 引渡し		32	
* 15. 品質記録	①	33	
* 16. 内部品質監査		34-1, -2	
* 17. 教育・訓練	①	35	
* 18. 統計的手法		36	

94・12・21 改訂

㈱シービーエムが作成した品質マニュアルの目次。ISO 9002 で要求されている各項目にそって構成されている。

を品質として当社では定義をつけようというかたちになりました。

次に、品質に関する方針です。わが社の品質方

針は、「品質第一に徹すること」であります。当たり前ですけれども、これが品質方針というかたちで打ち出しをいたしました。

社員の行動規範というものもこちらに明示をしまして。これは各病院の私どもの控え室ですとか、そういったところに掲示をいたしております。

品質方針は出た。ただ、これでは具体的にどう動くかというのが、ちょっと抽象的でやはり難しい部分があります。その品質方針を受けまして、では今年度は何を目標として行動するんだというようなかたち。これが部、それから各病院ごと、作業単位というかたちでブレークダウンしまして、目標というものを設定をいたしました。

例えば、平成8年度では部の目標は、品質方針を受けまして2つほどあります。基本行動を確実に実施し、お客様からの好感度アップを図る。それから合同パトロール。これは後ほどご説明しますが、お客様と一緒に病院内を点検する合同パトロールにおいて、二度同じ指摘を受ける項目をゼロにすると。一度はいい。二度同じような指摘を受けるということは、改善していないんだよというようなかたちで、そんなような目標を立てました。

そういったものを受けまして、病院単位では、例えば身だしなみと服装に関する苦情をゼロとすると。作業になりますと、標準を100%遵守するですとか。そんなようなかたちにできるだけ数値化できて、行動しやすいようにブレークダウンをします。この結果というのは、毎月毎月報告書で出ます。そのようなかたちで管理をしていきます。

先ほどの品質方針ですとか品質目標というのは、みんなに覚えていただく、身につけていただくまでは、こういった携帯版をつくりまして、じゃまにならないようにみんなに身につけてもらって、覚えるまではこれを身につけてもらうというやり方をしております。

あと、毎月部内での品質会議というのをやりまして、そういった品質目標の達成状況ですとか、苦情の状況。それから、外注業者を使った場合の実績ですとか。そんなようなことを毎月毎月チェック点検をするというかたちになっております。

また、トップによるマネジメントレビューというような、3カ月に1回は社長も入れまして、そ

ういった品質のシステムの見直しを実施すると。

いまは経営者の責任というところです。次に、2番目の品質システムというのをちょっとご説明をしたいと思います。

ここではお客様と契約をしたときに、やはり契約内容をきっちり、品質を保証するようにどんな行動、どんな計画でやるんだという品質計画書をつくりなさいというのが義務づけられています(図3)。

例えば、契約のとき、これは契約内容の確認、実施項目、これではお客様の要求事項の整理と。契約内容見直し項目の確認ですとか、品質目標の確認ですとか、使用範囲の確認。それから、どんなものを支給していただけるかという確認をしたりですとか。それから、見積もり価格の算出ですとか、内部での検討と。

こういったときに社内で使用する標準というのは、コスト見積の標準書ですとか、作業能力チェック。実際そういったものをやれる能力があるのかと。そういった標準。それからマナーの標準ですとか。そういったものを記録では何に記録するんだというものが、一番右端にあります苦情報告書ですとか、要望事項一覧表です。そんなような体系で、このとおりやっていくというようなかたちの品質計画書を作成をいたします。

日常清掃の実施では、作業の準備から品質目標確認、作業の指示。それから作業の実施ですとか。そんな大項目と小項目。それから同じように、どんな手順書を使うんだというようなかたちで体系を整理していきます。品質システムでは、だいたいそんなようなところが大きな中身になります。

次に、3番の**契約内容の確認**ということで、これは私どものマニュアルをそのままコピーしてまいりました。契約内容の確認ではどんなことかといえますと、合意または契約された要求事項は適切に定めて文章化をします。それから、注文。口頭で受けた場合でも、例えば清掃報告ですとか、範囲ですとか、納期ですとか、そういったものも含めて証拠として記録を残す。契約前に取り交わした仕様内容と異なる要求事項は、すべて変えますと。それから、要求事項を満たすための仕様の価格を含めて、私どもホスピタルサポート課が保有するというのをしっかり確認をするというよ



図3 品質計画書の例

市立総合病院の日常清掃における品質保証活動一覧表

ステップ		実施項目	使用する標準類		使用する品質記録	資機材
大	中					
契約	契約内容検討	1 顧客要求事項の整理	コスト見積り標準書 作業能力チェック・確保標準書 マナー標準書 清掃仕上り品質標準書	HSS-401-Z01  HSS-402-Z01, Z02 HSS-107-Z01~Z05 HSS-301-Z02	苦情報告書 要望事項一覧表 建物平面図 営業活動報告書 見積書 契約仕様書	
		2 契約内容見直し項目の確認				
		3 品質目標の確認				
		4 仕様範囲の確認				
		5 支給品の確認				
		6 人件費の算出				
		7 見積り価格の算出				
		8 作業能力のチェック				
		9 常務会への提起				
	プレゼンテーション	1 日常清掃方法の説明			契約仕様書 見積書 提案書	
		2 契約内容見直し項目の説明				
		3 見積書の説明				
契約締結	1 一般契約事項の確認			契約書 契約仕様書		
	2 協議事項の確認					
	3 契約書の作成					
日常清掃準備	作業割当計画	1 仕様範囲の再確認	日常清掃用作業標準書	HSS-102-Z01~Z10	周期清掃作業チェック表 清拭殺菌チェック表	
		2 清拭殺菌実施計画の検討				
		3 周期清掃実施計画の検討				
		4 日常清掃用作業手順書の作成				
	要員の確保	1 要員数の検討及び募集	H/S部教育・訓練標準書 (清掃方法, 品質基準, マナー他) H/S部認定技能資格標準書	HSS-602-Z01~Z02  HSS-601-Z01~Z02	H/S部教育訓練年間計画表 資格取得実績一覧表	
		2 教育訓練計画書の作成及び実施				
		3 必要技能資格のチェック				
		4 必要技能資格要員の養成, 認定				
	資機材の確保	1 資機材の選定	日常清掃用作業手順書 主要消耗資機材標準一覧表 資機材管理標準書	HSS-101-B08  ZSS-201 HSS-108-Z01~Z02	ワックス及び殺菌剤検査成績書 月度資材注文書	
		2 資機材数量の検討				
		3 資機材の発注				
		4 資機材の納品確認				
日常清掃実施	作業準備	1 人員配置の確認	日常清掃用作業手順書	HSS-101-B01~B09		
		2 出勤者の確認				
		3 欠勤者発生時のスケジュール変更				
	品質目標確認	1 品質目標の唱和				

	2 作業者品質目標の達成確認				
	3 自主管理マナーの達成確認				
作業指示・確認	1 作業の割り当て	日常清掃作業手順書	HSS-101-B01 ~B09		
	2 作業上注意事項の連絡				
	3 その他業務上の連絡				
作業実施	1 外来清掃作業の実施	日常清掃作業手順書 日常清掃作業標準書 マナー標準書 清掃仕上り品質標準書 資機材管理標準書 ワックス及び殺菌剤の管理標準書	HSS-101-B02 ~B07	作業報告書 在庫管理表 支給品発注伝票 資機材チェック表	モップラーク使い分け 赤…汚染区域 青…一般区域 黄…感染症室 ベージュ…クリーンルーム 殺菌剤の支給品 次亜塩素酸 Na. デアミトール
	2 病棟清掃作業の実施		HSS-102-Z01 ~Z10		
	3 管理棟清掃作業の実施		HSS-107-Z01 ~Z05		
	4 廃棄物回収作業の実施		HSS-301-Z02		
	5 器物洗浄作業の実施		HSS-108-Z01		
	6 ベッド清掃作業の実施		HSS-204-Z01 ~Z02		
	7 マナーの遵守				
	8 仕上り品質評価基準の遵守				
	9 標準資機材の使用・保管				
	10 支給品の使用・保管				
片付け	1 機材のメンテナンス	機材メンテナンス標準書	HSS-501-Z01	作業報告書	
	2 資機材の清掃	仕上り品質測定機器類標準書	HSS-502-Z01		
	3 倉庫の整理整頓	日常清掃作業標準書 ワックス及び殺菌剤の管理標準書	HSS-102-Z01 ~Z10 HSS-204-Z01 ~Z02		
業務管理	1 清掃仕様範囲の実施確認	日常清掃作業手順書	HSS-101-B01 ~B09	作業報告書	
	2 清拭殺菌の実施確認			清拭殺菌チェック表	
仕上り品質検査	1 毎回検査の実施	清掃仕上り品質標準書 仕上り品質合否判定基準見本	HSS-301-Z01 ~Z02 HSS-303-Z01	作業報告書	
	2 2回/週の抜取り検査の実施			作業報告書表紙	
	3 1回/2週の抜取り検査の実施			合同パトロール議事録	
	4 1回/3カ月の合同パトロールの実施				
マナー遵守検査	1 毎回検査の実施	マナー遵守検査標準書			
	2 2回/週の自主管理マナー抜取り検査の実施				
	3 1回/2週のヒアリング調査の実施				
	4 1回/3カ月の合同パトロールの実施				
顧客への実施結果の報告	1 毎日の作業報告書の提出				
	2 1回/2週の作業報告書類の提出				

うな内容になっています。

こちらは実際の例です。今年の4月に受託をした病院で、いろいろと要求を聞いた内容。それで、私どもとしてはどんなかたちでそれに対処するかというかたちのものです。

例えばトイレのアンモニア臭を消してほしいですとか、某所を除塵してほしいですとか、いろいろあるわけです。そういったものをやはり標準ですとか仕様書ですとか、そういうものに落とし込んで、検査のやり方も決めて確実に実施していくこと。

これは、実際の作業能力チェック表というものです。現場の作業員、例えばよい人材を確保できるかどうか。必要人数を納期どおりに確保できるかどうか。それから、リーダーを確保して教育ができるかどうかとかがですね。そんなようなものを能力があるかどうかを契約前にチェックを私どもですするというものです。

あと、契約内容の確認の中では、これは例えば年度ごとの契約の更改のようなときに、変更があるかどうかのチェックをするというような内容です。

続きまして6番の、顧客支給品の管理といったところの実例をご紹介します。これは実際に使っている表でございます。顧客からの支給品というのは、私どもの仕事でいいますと、例えばトレットペーパーとか、ゴミの袋とか。病院によっていくつか違いますけれども、そんなようなものを受け取ったときにも、それが本当に使えるようなものかどうか検査しなさいという、また、私どもが保管している間でも劣化ですとか、そういったものがあってはいけなから、それもちゃんと保管をしなさいよという取り決めがISOの規程であります。

これはどういうやり方でやるかといいますと、受け取ったときに支給されたものの異常の主なチェックは、これはだいたい目視でやりそます。いいか悪いかというのは。そんなに悪いなんていうことは、めったにありません。それで合格品をこちらに入庫数量として記入をすると。保管している間に、週1回ぐらいですけれども、例えばトレットペーパーが水に濡れて使えなくなるとは困りますし、ワックスが高温で分離したり、変な

形になってはいけません。そんなようなチェックをしまして、異常があるなしというようなものを記録をつけていくと。そんなようなやり方をやっております。

これは在庫管理表も兼ねておりまして、発注点というのは目安がありまして、発注の単位というもの、これも誰でもできるようなかたちに標準化をしているということです。

次は、メインであります8番の工程管理でございますけれども。私ども最初は、だいたい工程という言葉が聞き慣れないものですから。これらは清掃でしたら朝礼をやって、道具を準備して、清掃をやって、それで検査をして帰ってくると。その一連の流れを工程という捉え方をします。

ここではマニュアルの、これがそのままコピーですけれども、管理された状態にあることを確実にしなくてははいけない。その中身としましては、遵守し実行すべき事項の標準というのは品質計画書に定めると。作業の方法、使用する資機材、作業標準書、資機材管理標準書といったものに定めると。それから、作業の資機材の管理は、監督者職務標準書、作業手順標準書に定めると。

それから、作業のでき映えについては、品質標準書、それから検査標準書、それから合否判定基準、見本に定めると。やっている間のマナーについてはマナー標準書に定めると。そのときに使う機械類につきましては、機材のメンテナンス標準書に定めると。そんなようなかたちで、工程というのは、作業のやり方、それから使う機械、それから道具、方法。そういった、よくいわれます4Mというようなものについての取り決めという内容になります。

標準書というものの内容については、こんなようなことが書いてあります。各作業の方法、使用する資機材、仕上がり品質標準、標準時間と。この作業標準書というのは、すべての病院に対して共通。それから、作成責任というのは部長にあると。作業が単純で熟練を要しない場合は、作業手順書の中に必要事項を記述して作業標準書の作成を省略してあること。そんなような内容ですけれども。

具体的には、例えば図4は標準書の例です。床面の吸塵という。これは作業の手順、作業の準備

図4 日常清掃作業標準書  
(床面吸塵)

HSS-102-Z03

No.	作業手順	作業ポイント	目安時間(分)
1	作業の準備をする		0.5
2	床面に掃除機をかける	<ul style="list-style-type: none"> <li>・吸い込み口を床面に密着させる</li> <li>・引いて吸塵する</li> <li>・前のかけ跡と3cmくらい重なるようにする</li> <li>・大きなゴミ、クリップ、ガラス片、金属片等は手で拾って処分する</li> <li>・吸い込みが悪い時は次の処置をとる                             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ゴミパックがきちんと取付けられているか確認する</li> <li>b. ゴミパックがいっぱいになっていないか確認する</li> <li>c. ノズルにゴミが詰まっていないか確認する</li> <li>d. 上記3点を確認しても吸い込みが悪い時は、リーダーに連絡する</li> </ul> </li> </ul>	10
3	片付けをする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ゴミパックがいっぱいになれば交換する</li> </ul>	

をします。だいたい時間は0.5分と。それから、床面に掃除機をかけるという作業手順。作業のポイントというかたちで列挙をします。片づけ。合計で何分ぐらいと。で、注意事項とか、そのときの標準時間の設定の条件ですとか、そんなようなかたちを明記しております。

次にマナーの標準書というのは、5つの項目から分かれておまして。これは総論的な部分を載せてあります。マナーをきちんと理解して実践をしてもらおうと。患者さんに対して、常に清潔で衛生的な生活環境を提供すると。それから、院内感染防止に関する知識を持って、それに従った作業をします。そんなようなことが心構えとしてあります。

具体的には、身だしなみについては、制服、当たり前ですけども、制服はいつも清潔に保って正しく着用してくださいと。髪の毛は清潔に整えて、顔の前に垂れないようにしなさいと。爪は短めに切ると。それから、マニキュアはいけなやかです。アイシャドー、イヤリングとか、そういったものもつけないと。そんなような当たり前のことをいっておりますけれども、そんなような規程をしています。

それから、挨拶と言葉遣い。これもけっこう大事です。例えば出勤のときには「おはようございます」とか、帰るときには「お疲れさまでした」とか。それから、お掃除で病室に入るときには、「失礼します。清掃よろしいですか」というような

かたちで入ってくださいますか。そんなようなかたち。

態度につきましても、院内での声の大きさ、それからポケットに手を入れて歩かないとか、ブツブツ独り言をいったり大声で歌を歌って仕事をやらないとか。それから、休憩は必ず休憩室を利用するといったようなこともここではいっております。

職場のルールというようなものでは、時間の厳守とか無断欠勤をしないとか、当たり前ですけども、そんなようなことを最初に集合教育のときに徹底的に叩き込むと。そんなような職場のルール、健康管理ですね。

あとは、サービス業全般のことも。基本としては笑顔の出し方とかですね。それから、顎の角度なんていうところで印象も変わりますよとか。そんなような標準があったり。

これは病院内での応答用語という1つの例ですけども、よくお見舞いの方とかに場所を聞かれるというのがあるという例がありました。私がお話するのは、皆さんは病院の職員の方と同じに見られるから、やはりそういったところでも印象を悪くしないように、言い方というのはある程度統一しましょうねということで。例えばお見舞いの方にトイレの場所を聞かれた場合は、返事をして、その場所を復唱して、できれば手を添えて最後は確認をしてくださいというふうないい方をしてくださいというやり方をやっています。極端に

例えば、これ1つで印象は変わるよというようにいい方をしております。

あと、工程管理の中の例ですけれども、一般資機材といいますか、そんな管理はどうやっているかということで、例えばこの中では、モップの廃棄基準というのがあります。というのは、モップの限度見本がありまして、色がどのくらいとかほつれとか、それを控え室に置いてあります。それといま使っているモップを定期的に比較をして、その基準になったら捨てなさいという。やはりそこまで規程をしております。

あとは、割合メーカーさんにお任せしがちな、自動で床を洗う機械とか、床を磨く機械というのは、現場で月1回、例えば週1回は、こういった点検をなささいよといったような取り決めの例です。

次に、今度は手順書というもの。ちょっと混同しがちですけれども、作業手順書というのをちょっとご紹介します。

手順書というのは仕様書の作業内容を作業者の個人別に割り当てたものと。作業をする個々人が始業時から終業時まで行う作業の手順を主目的と

し、作業の内容、使用する資機材、品質標準等が概略記述してあると。これはお客様別、病院別に作成をしております。


簡単にいいますと何時にどこをやるというような、だいたい時間が下のガイドラインでございませう。これは、ある病院の監督者、全体像を把握する。何時にはどこをやっているということですね。その個々人は、何時にどこをどんな内容をどんなポイントでやるという、こういったものが次の段階で手順書としてあります。

工程管理というのは、決められた標準等にしたがって作業を実施して、品質を保証するというような内容が中心になります。

次に、9番の検査・試験について、図5が私どもの検査の体系です。日常清掃ですとか正式の消毒業務というのは、作業者が毎回実施をします。それは、限度見本等を臉に浮かべて作業をやりながら検査をします。その記録というのは、作業報告書、それからチェック表というものに記入をします。

あとは現場の監督者による抜き取り検査というものがあるんです。実際に作業者がいっているよ

図5 品質マニュアル



ISO9002/JIS Z 9902		9. 検査及び試験			
品質マニュアル		9.3 最終検査及び試験-1②			
1. 顧客に提供する品質を保証する為に、仕上り品質並びにマナーの検査を行なう。この詳細をアクション規定に定める。					
1.1 仕上り品質の最終検査					
作業内容	検査者	頻度	検査内容	検査基準	記録報告
日常業務	作業者	毎回	検査	品質標準書	・作業報告書
同上	リーダーor サブリーダー	2回/週	検査	品質標準書	・作業報告書
同上	係長or課長	1回/2週	検査	品質標準書	・作業報告書の 半月分の表紙
定期or 特別清掃	外注業者の 管理監督者	毎回	検査	品質標準書	・作業完了報告書
同上	リーダー サブリーダー or係長	最低1回/月 (アクション)			

うにでき映えがいいかというようなかたちですね。それは週1回、もしくは週2回、抜き取り検査を実施すると。

定期清掃等につきましては、毎回検査をします。それから消毒につきましても、これも毎回検査をします。

私どもばかりの検査では客観性に欠けますので、3カ月に1回、合同パトロールといういい方でお客様、病院の担当の方と一緒に病院内を検査して回るという体系になっています。

これがその仕上がりの品質の標準書です。日常清掃、それから判定基準と。それから、評価方法と。評価者というかたちで、これに則って検査を実施をしております。

先ほど述べましたように、できるだけ数値化できるものは、数値化して検査をしていくと。

これも実際の例でございます。先ほどいいました、3カ月に1回お客様と一緒に病院内を回って検査をするという実際のものです。チェック場所、例えばここでは玄関出入口、それでチェック項目としては、ドアノブ、ガラス、ドア枠の手垢があるかないかとか。扉下部の溝の土砂がどうかとか。その他です。

この時は回ったら、別館というところにクモの巣があったと。これは要望か苦情かというのは、私どもで判断をします。これは苦情だというところに○をつけるわけです。

エレベーター。これは天井の換気ファンのところに埃がありましたよと。一緒に回ったら、そういう。それから、給食用エレベーターに悪臭があったと。それから、階段の通路。別館の天井壁画に若干埃があったと。これも苦情だなと。そんなようなかたちで、一緒に回りまして病院を評価する、点検をします。

検査の中でマナーもヒアリングで確認をします。これは任意に、ご迷惑をかけますけれども、どこかの病棟の看護婦さんなどに、「うちの日常清掃をやっているものは、マナーについて問題はありませんか」というようなかたちのヒアリングをして確認をします。

それから、定期清掃等で外注業者さんを使った場合に、外注業者さんのマナーについて、「何か問題ありませんでしたか」という。そういったヒア

リングをしまして検査をします。

その他、要望などがあれば、そこで聞いておくというようなことです。これが検査の中の合同パトロールといったようなものになります。

次に、12番の不適合品の管理というお話をしたと思います。これは検査して不合格になったようなものですね。それから苦情等の管理の方法です。

そういった不適合があったらどうするか。これはマニュアルです。要求事項に適合しない環境管理サービスの施行を防ぐために、資機材の受け入れから作業施行の完了まで、不合格の場合の管理を下記のようにその内容に応じて識別し、必要な管理を行うと。

不合格というのは、何も清掃だけではなくて、資材とかそういった機材の受け入れなんかも含めます。作業の実施で仕上がり品質の不合格の場合は、やり直しが中心になります。やり直しを含めた適切な処置を講じると。マナーなんかの不合格があった場合は、やはりこれは個人的な注意ですとか、教育のし直しですと、そんなようなことをして確実に実施をしていくというかたちになります。

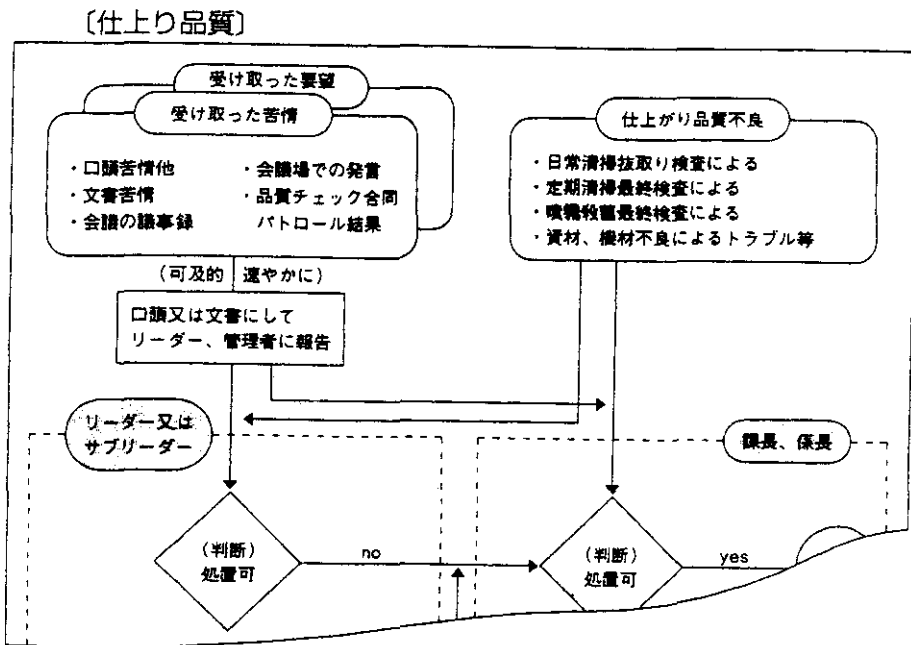
不合格があったときのフローチャートが図6です。これは、例えば受け取った苦情ですとか仕上がり品質に不良があった場合に、まず現場で応急的な処置をします。それで、あとは監督者、課長とか係長という人が、応急処置だけではいけません。やはり再発防止というか、二度と起きないように手を打つというのは管理者の仕事ですよ。重要な問題というのは、やはりそういったものを記録して会社のトップも考えて根本的なシステムの見直しをしていくというように、階層別にそういった不適合に関する処置というものを取り決めております。

こちらは、それをそのまま標準ということコピーして持ってきました。不適合の定義から始まりまして、不適合品があった場合の処置をこうしなさいよというかたちで記入をしております。

これもそうですね。こちらは監督者等による原因の除去、それから予防処置の取り決めというようなかたちの標準の例でございます。

では、具体的な実例をちょっと。まず苦情が

図6 不適合事項管理のフローチャート①



あつたりしますと、こういった苦情報告書というのを書きます。これはクモの巣が張っていると、玄関のガラスの汚れがひどいという苦情が入ったわけですね。こんな内容を、簡単に苦情報告書を起こすわけです。そうしますと、こちら側が是正処置の報告書というものになります。これは問題点の内容を書きます。それで、現場での応急処置というものを実施した場合の処置の内容を書きます。クモの巣を除去して、ガラスを洗浄したと。

今度は二度と起きないように恒久処置としてどんなことをやりますかということを考えるわけですね。それをやはりここに記入をするわけです。ドアの取っ手の手垢の汚れですとか、拭き上げを毎日実施するようリーダーに指示をしたと。月1回はガラスについてはウインドスクイジーで洗浄を行うというかたちでいこうじゃないかと。

こちらへんは現場の監督者たちの応急処置と、それから恒久対策、考えたものですね。管理者のレベルで、本当にこれでいいか。落ちがないように、こういったものを手順書に明記するですとか、定期清掃の年間計画書に組み入れてチェックをするですとか。そんなようなかたちに恒久対策というのをつくるわけです。

それで、これでいいですかということで、病院の苦情をいただいた担当者の方にサインと印鑑をもらいにいくというやり方をやりまして、再発防止を図るというようなやり方をやっています。

次に、15番の品質記録についてお話をしたいと思います。ISOでは、徴候という意味で記録をしっかり残さないということが非常に厳しく要求されてます。今回、この仕組みをやっていくうえで、これも抜粋ではありますが、これだけの記録類。これ以上ですね。記録類というものが必要になってきました(図7)。

例えば品質目標の管理グラフですとか、光沢度の検査記録。それから部内の品質会議の記録ですとか、先ほどの苦情報告書。現場でミーティングをやったときの議事録。お客様の要望があったときの要望事項が一覧でわかるような要望事項の一覧表。あとは個人別の教育訓練の記録とか、個人別に資格を取得したようなものの記録とか。あとは作業の報告書とか、各種チェック表と。

それから、ここまではどうかなというぐらいの、例えばワックスを定期清掃で使います。そのワックスが本当に品質が保たれたいいものかという検査成績表というのもメーカーから取り寄せないというふうなかたちです。そんなようなもの

図7 品質記録類一覧表（抜粋）

No.	記 録 類	No.	記 録 類
1	文書登録台帳	26	個人別教育訓練記録
2	記録類内容分類ナンバー登録台帳	27	教育訓練実績一覧表
3	文書発行記録（新版用）	28	個人別資格取得記録
4	文書発行記録（改訂用）	29	資格取得実績一覧表
5	文書再発行記録	30	社内研修実施報告書
6	文書改訂記録	31	研修参加報告書
7	文書受領記録	32	H/S 部部員リスト
8	品質目録（掲示用）	33	H/S 部教育・訓練年間計画表
9	ホスピタルサポート部品質目標管理グラフ	34	作業報告書
10	病院品質目標管理グラフ	35	定期清掃年間計画及び実績表
11	作業品質目標管理グラフ	36	清拭殺菌チェック表
12	光沢度検査記録	37	H/S 部内定期作業実施履歴表
13	H/S 部内品質会議事録	38	在庫管理表
14	苦情報告書	39	資機材チェック表
15	事故報告書	40	周期清掃作業チェック表
16	現場ミーティング議事録	41	仕上がり品質保証体制表
17	営業活動報告書	42	外注業者作業実績履歴表
18	是正処置報告書	43	外注業者評価表
19	要望事項一覧表	44	環境殺菌報告書
20	見積書	45	施工計画書
21	契約書	46	薬剤在庫管理台帳
22	仕様書	47	ワックス検査成績表
23	病院別担当者一覧表	48	殺菌剤検査成績表
24	新規物件コスト見積書	49	恒温槽温度改正記録
25	図面	50	薬用資機材標準一覧表

まで記録類としてはあります。

その中からいくつか紹介をしたいと思います。これは実際の作業報告書です。これは担当者、作業エリアで今日は私が担当しましたということで、サインをします。例えばBの1Fでは飯田さんと。それで、作業をやってきました。作業は済みましたか、当然済みましたですね、終わりですから。済みだということに○をつける。それから、マナーは守りましたか、守れませんでしたかということの申告をするんですね。これは守りましたと。自分のやったところの検査をして合格

でしたかと。合格、不合格、それに○をつける。そんなようなことを記録として残すわけです。意識も自然に上がると。

それだけではだめですから、例えば週1回、これは抜き取り検査の記録ですけれども、現場のリーダーが、この日は1階の高須さんというところを抜き取り検査をしたら、合格でしたよと。そんなようなかたち、これは作業報告書でございます。

月1回、資機材のメンテナンスをしまして、メンテナンスをしたときに異常があるかないかとい



うものも、この中に入れているわけです。

それが毎日担当の窓口の方に提出をします。2週間分たまりますと、先ほどの日報に表紙をつけてまして、もう1回病院の担当者の窓口のところへ行きます。それで、そのときに現場の監督者、それを管理する管理者が、現場も点検をします。合格か不合格かという検査をします。社員のマナーというところも、ここでもヒアリングをして結果を聞きます。このときは、2号館という9階のヘルパーさんに聞いて、「マナーはどうでしたか」といったらOKだったというような記録をする。そんなようなかたちが報告書の関係でございます。

こちらは、正式殺菌のチェック表という。ドアのノブですとか手すりですとか公衆電話ですとかエレベーターのスイッチパネルという、よく手の触れるようなところがございます。あれを週1回ないし2回場所によっては毎日ですとか。病院によって違う部分がございますけれども、そんなようなところを確実にやったかどうかという記録をチェックすると。やったらこれに自分で記入をするというチェック表でございます。

これは資機材のチェック表。やはり品質を保つうえで作業のやり方もあれですけども、資機材の不良、道具に不良があったり使えなかったら、品質というのは保てないということで、これも週1回は自分の資機材、使う道具というのをちゃんと点検をなさいますよ。現実には毎日やってはいるんですけども、それが完全でないと仕事はできませんから、記録としては週1回、こんなようなかたちで異常があったか、数に異常があるか。異常の内容と、チェック者と。それから、品質の劣化ですとか故障等があったかどうかというかたちの検査もして記録に残すと。点検品目というのは、自分が使うこの1セットのものがここに掲示をしてあるということですよ。

これは日常ではなくて、ある程度の間隔、周期的にやるというようなものです。そのチェック表の例です。例えばクモの巣ですとか換気口の清掃ですとか、そんなような、床からちょっと上がった立面のほうですね。こんなところもだいたい月1回とか週1回というようなところを計画を立てまして、実際にやったかどうかという記録。それから、検査をしてどうだったかというような。そ

んなようなことを記録したチェック表の例です。

あとは、例えば外注業者さんを使った場合にどうだったかという検査をして、記録をするというチェック表です。実施日、それから作業場所、面積ですとか。仕上がり品質というところで、限度見本と照らし合わせまして合否を見る。光沢度を測って、納期は守ったかということで、評価者というのは現場のものが当然立ち会って、確実な仕事かどうか検査をすると。そんなような帳表でございます。

それでは、17番の教育訓練についてお話をしたいと思います。これもそのまま持ってきたものですから非常に小さくて申し訳ないんですけども。私どもの教育訓練のプログラム、体系の一覧です。

ちょっと読んでいきますけれども、例えば一般知識では病院と環境管理サービスというような話。それから基本行動、監督者の役割ですとか、院内感染といったようなもの。それから一般作業につきましても、日常清掃、作業の1から2ですか。定期清掃については1から8までと。それから特殊作業というものでは、消毒業務というようなもの。それから、こういった品質に関する規程類の講座。それから、冒頭にもちょっとご紹介しましたように、チームワークとかリーダーシップとかコミュニケーションそんなようなものを非常に大事にしますので、そんなような教育内容。あとは海外研修制度ですとか。そんなような大きなプログラムになっています。

教材等とも、だいたい標準に基づいてやります。これは入社前にやる教育と入社後にやる教育。だいたい入社前、3日から4日ぐらいです。入社後というのは、実際作業のやり方というのは、入社前に知識として入れますけれども、実際は経験がありませんので、やりながら覚えていく。これが実際OJTの世界になります。

1カ月後、それから3カ月後というような感じで、フォローの教育を集合教育で実施をしていくというような体系になっております。

そういった教育を実施しますと、必ず実施した側というのも、これは記録を取ります。どんな内容をやったかと。受講した側も参加した報告書というのを必ず書きます。これはやはり教育の一環

で、書く癖をつけていただきたいということで、参加のレポートを必ず記録として書いてもらうというようなやり方をやっています。

あと、教育の中では、こういった資格制度というものもあります。日常清掃をやる人では、私どもはメイトさんと呼んでおるもんですから、3級ですとか2級ですとか1級ですとか。で、実技の経験はどのくらいと。取得の要件というのは、こんなような内容ですと。これはこの認定を受けますと、1人ひとりにその認定証を渡します。これはモラルアップといえますか、やる気を持っていただくという一つのやり方でありまして。そんなようなやり方をやっております。

あと、定期清掃をやる人はクリーン士というような呼び名。それから消毒を実施してもらう人は消毒士ですとか、そんなようなかたちで3級、2級、1級と。

あと、教育の一環として召集し、QCサークル活動。これも実施をしております。これは去年、第2回のビルメンテナンス業務改善事例発表会というところで発表したものです。それをコピーして持ってまいりました。

これは各病院単位で、年2回発表会を持っております。

以上、ISOの要求項目ということで、1から19までありまして、今日は経営者の責任、それから品質システム、契約内容の確認、それから顧客支給品の管理、それから8番の工程管理、9番、検査試験。それから12番、不適合品の管理、是正処置および予防処置と。それから17番、教育訓練。こんなようなところの実例をご紹介をさせていただきました。

最後に、このISOというものに取り組みまして、苦労した点というのは、ISOという、製造業に関する規程類で私どもの仕事に置き換えた翻訳が難しかったというのは内々であります。あとは、お客様の要求事項というのをつかむというのが、アンケートですとかインタビューとかやりましたけれども、はたしてこればかりで本当にどうかなというような。

それから、よかった点というのは、品質というものに対する働いてもらうみんなの理解度のアップですとか、システムの考えていく思考が浸透

したとか。一番は、こういった清掃ですとか環境消毒に関する標準化が非常に進んだというのが大きな効果だと思います。

このISOというのは総論的にまとめますと、お客様と契約した内容というのは、それはきっちり守ろうじゃないかと。当たり前なことは当たり前に行っていくという管理の仕組みを規定したものです。それには、社長は社長の役割があるんだと。権限もあるんだと。担当の部長にも責任と権限というのがあるんだと。現場のリーダーは、この範囲でやはり権限があって責任もあるんだということの細かい規定があります。そんなようなところがやはり非常に整備されてやりやすくなったというようなところはあると思います。

先ほどもいいましたように、いろいろな標準化が図られているといったところが非常に大きな効果ではなかったかなと思います。

最後に、こちらはその認定の登録証でございます。この外部の審査というのは、半年に1回来ます。本当にシステムどおりやっているかということ半年に1回チェックに来ます。ですからやはり、そのとおりにいかないと、外部審査が、逆にあるということをして刺激として維持をしていくという、いいシステムになっていると思います。

OHPが実際のものをお持ちしまして、小さく見ていただくと場所があったと思いますけれども、以上で私の「ISO 9002 番に基づく病院環境管理について」というお話を終わらせていただきます。

どうもご清聴、ありがとうございました。

## 質疑応答

Q 細かくお聞きしますので、忘れてしまいますので、1つひとつお答え願えますか。

ISOの9002を取られたということですけども、認証書の取得は、差し支えなければ、どちらの認証機関だったのでしょうか。認定機関はジャブですね。その下で、認証機関はどちらで。

神谷 品質管理の関係で、日本科学技術連盟というところがあります。そこが科学技術庁の管轄のあれなんですけれども、そちらで認証の取得をいたしました。

Q 決心されてから、どのぐらい期間は要したんでしょうか。

神谷 1年と1カ月ぐらいですね。

Q 何か詰問調で申し訳ございません。コンサルタント会社みたいなものは使われたんですか。

神谷 これは私なんかもそういった、ずっと品質管理の仕事を以前からやっております、会社にそういったものが私を含めて4~5人おります。ですから、そういったコンサルタントというものは使わずに、素養があったというとあれなんですけれども、そんなようなかたちで自分たちでマニュアルをつくったりシステムをつくり上げていったということです。

Q 先ほどからおっしゃってますように、このISOを取るのにはメーカーが多いわけですね。その中でサービス業が取られたということなんですが、ご同業の中では他にはいかがですか。

神谷 同業では取り組み始めているという、取ろうという表現をされたところが1社、雑誌に載っておったということは聞いております。ただ、実際に取得したというのは、ちょっとまだ聞いてはおりません。

Q あと1点なんです、私ども病院のほうも、いわばサービス業務というか医療業務ということですので、病院もISO 9000というのは取れるというか取るべきというか、そのへんアドバイスをいただけたらと思います。

神谷 私どもの同じ関連で、サービス経営研究所というコンサルタント会社がございまして、私もそこを兼務をしておるんですけども、その所長というのが品質管理をずっとやっておるものなんですけれども、イギリスの病院ではいくつか取得をしているという事例を聞いております。それから台湾ですとか。むしろ海外のほうがそういったところでISOの取得をしていると。日本では私は。純然たるサービス業というところでも当社が初めてのよう。メーカーのアフターサービスをやる場所ですとか、そんなようなお話を聞いておりますんですけども、まだまだちょっとそんなような取得は。いま、建設業が非常にブームで、

大手の建設会社さんが取得をしているという、日本ではそんなような状況らしいです。

Q もし病院が取るとすれば、今日のハウスキューピングのような部分というのは、だいたい外注さんといいますか、外部を使っている場合は、そういう方を使う使い方みたいなことになるんでしょうか。

神谷 病院では清掃とか消毒というものを外注に出す場合は、購買というところの規程にかかってくるんですね。そういった仕事を、サービスを購入すると。そのときには、こんなようなことができる業者さんですかというところの規程をクリアするというかたちになってくると思います。

Q そうすると、4の6項のところ絡んでくるということですね。

神谷 そうです。購買というところに。

Q 人材の問題なんですけども、例えばメイトさんとおっしゃっているようですが、メイトさんを平均だいたい何年ぐらいで何歳ぐらいの方が主に働いていらっしゃるか、差し支えなければちょっとお聞きしたいんですが。

神谷 こういったかたちでスタートしたのが3年半ほど前です。いま180人ぐらい病院の関係ではおります。平均年齢が、こういったスタイルでやっているところは37歳というかたちで。半分ぐらいは入れ替わりがございましたけれども、当初からやっているものも定着をしておるということで、年齢層の幅としましては20歳ぐらいから45歳といたしましても、46歳とか47歳とか若干。年齢ばかりではございません部分もありますので、そんなようなかたちでの採用で、平均年齢は37歳ぐらい。ちょうど狙った層といいますか、お子さんに手があまりかからなくて、例えば時間がある程度限られた時間でしたら勤務できるという方も考えたものですから。ちょうどそのような年代の方にお集まりいただいたかなというような実績になっております。

## わかりやすい 肥満のはなし

- ・臨床予防医学の見地から
- ・人間ドック受診者の参考書として
- ・患者さんの診療のお手伝いの書として

お申込は FAX・はがきにて

定価1部500円(税込) 送料別  
(会員売店への卸価は1部400円(税込・送料別))  
(ただし、50部以上)

〒102 東京都千代田区一番町13-2  
株式会社 日本病院共済会  
TEL 03-3264-9888 FAX 03-3222-0016

## わかりやすい 糖尿病のはなし

- ・臨床予防医学の見地から
- ・人間ドック受診者の参考書として
- ・患者さんの診療のお手伝いの書として

お申込は FAX・はがきにて

定価1部500円(税込) 送料別  
(会員売店への卸価は1部400円(税込・送料別))  
(ただし、50部以上)

〒102 東京都千代田区一番町13-2  
株式会社 日本病院共済会  
TEL 03-3264-9888 FAX 03-3222-0016

## わかりやすい 高血圧のはなし

- ・臨床予防医学の見地から
- ・人間ドック受診者の参考書として
- ・患者さんの診療のお手伝いの書として

お申込は FAX・はがきにて

定価1部500円(税込) 送料別  
(会員売店への卸価は1部400円(税込・送料別))  
(ただし、50部以上)

〒102 東京都千代田区一番町13-2  
株式会社 日本病院共済会  
TEL 03-3264-9888 FAX 03-3222-0016

## 日本病院会代議員会・総会における 会長挨拶の要旨

平成9年3月22日

日本病院会会長

諸橋芳夫

### 1. 日本病院会のめざすもの

- \* 医の倫理の高揚
- \* 病院医療の質・病院機能評価及び患者サービスの向上
- \* 療養環境の改善
- \* 職員の研修・教育の強化
- \* 病院経営の健全化
- \* 病院診療報酬、税制・財政の改善
- \* 組織の強化、拡充
- \* マンパワーの確保
- \* 病気の予防と健康管理の徹底
- \* 関係諸団体及び医療機関相互間の連携の強化
- \* 諸外国との国際交流
- \* 世界に通ずる病院医療

国民が誰でも何時でも何処でも安心してよい医療をうけられる体制の確立を図る。

### 2. 組織の強化

日本病院会は昭和26年に発足したもので、本年2月現在では国・公立、公的、私的を含み2,583病院(696,989床)(昨年2月より82病院増加)で結成される日本の代表的な病院団体である。会員数もこのところ漸増している。公私の割合は病院数にして37.0%：63.0%、病床数にして52.0%：48.0%で、公私相協力、相互補完して国民医療に貢献させていただいている。

当会の趣旨に賛意を表し、かねてより加入の動きのあった国立大学病院の中から平成6年10月筑波大学病院、続いて平成7年3月東京医科歯科大学・千葉大学病院、7月に東京大学病院、昨年5月に慶應義塾大学病院、10月に北海道大学病院が加入された。その結果、当会は国立・公立・私立の大学病院を含むあらゆる経営主体を網羅する病院団体となった。

### 3. 今年4月1日からの医療費改定について

1. 診療報酬等の改定幅は、①消費税率引き上げに伴う改定0.77% ②診療報酬の合理化を図るための改定0.93%
2. 薬価基準等の引き下げ幅は、医療費ベースで1.32%程度〔薬価ベース4.4%程度の引き下げ(R幅は10、ただし先発医薬品は8)および材料価格の引き下げ〕実質0.38%のアップとありその内容は次のとおりである。

(1) 消費税率引き上げへの対応

\* 指導料等

\* 入院環境料, 入院時食事療養費

\* その他=検査・注射・処置・麻酔・放射線治療・歯科補綴・調剤等, 老人保健施設療養費等

(2) 診療報酬の合理化への対応

1) 医療の質の向上と効率化を図るための事項

① 長期入院の是正と急性期入院医療の充実

\* 診療計画に基づく早期退院への取組み体制の充実 (小児を含む)

\* 平均在院日数に着目した入院時医学管理料の体系化

\* 救命救急センター・周産期医療センター, 急性期における術後管理の評価として

・救命救急入院料

・特定集中治療室管理料

・新生児特定集中治療室管理料 (NICU)

・広範囲熱傷特定集中治療室管理料

のアップ

\* 急性期入院における手術, 麻酔等の評価

\* 医療法標準人員に満たない医療機関の適正化

\* 老人その他看護の人員配置基準の見直し

\* 療養型病床群への転換の推進

② 医療の効率化に向けた医療技術の評価

\* 処方・調剤の技術の評価

\* 薬歴管理等の評価

\* 画像診断の適正化

\* 有床義歯に係る技術の評価

\* かかりつけ医・歯科医の機能の評価

\* 特定機能病院からの情報提供の評価

\* 小児う蝕患者の継続管理の評価 (特定療養費制度の活用等)

2) 緊急に対応を図るべき事項

\* エイズ医療対策等の推進

3) その他

\* 国立病院等における入院医療定額払い方式の試行

\* 点数表の簡素合理化

#### 4. 健保法等改正案

5月1日からの医療保険制度は現行制度のままでは, 政管健保 8,310 億円, 健保組合 4,500 億円, 国保 2,670 億円といずれも大きな赤字となる。更には, 国と地方を合わせた財政の累計赤字は 520 兆円を突破する。この額が 97 年度の GDP を上回るとあって医療保険制度の改正案はすでに国会に提出されておりその項目として,

① 老人保健制度の見直し

② 出来高払い方式の診療報酬の見直し

③ 薬価差の解消と薬価基準の合理化

④ 個々の患者に対する診療計画を策定した入院期間の短縮

⑤ 老人の低所得者の一部負担のあり方

⑥ 病床数適正化のタイムスケジュール

⑦ 国民が適切な医療を受けられる医療情報提供や相談体制の計画的な整備

などだが、どれをとってもむずかしいテーマで、1～2カ月で結論が出るとは思えない。

だが、厚生省当局はあえて難問に取り組もうとする意欲はかたい。もっとも「患者負担増を求めるだけ」の改正案には与党内にも反発が強いので、「抜本的改革を実行する方向」を示すことで足なみをそろえたという面はある。

老人保健の患者一部負担増・被用者本人2割は止むを得ないにしても薬剤1日1種類15円の負担は妥当でない。負担の二重取りであり事務上極めて繁雑となる。30年前の昭和42年、1日薬剤15円の負担により薬剤使用量が急減したからといって、“夢よもう一度”といたいところであろうが医薬品は大きく変わっており、今回のこの案は撤回すべきであり、利益率14.7%の高利益をあげ世界的にみて高い値段の製薬メーカーの薬価値下げ、7万人もいるというMRの削減を図れば直ちにこの財源は出てくるからである。

我々は現下の保険組合政管健保、国保の財政事情からみればある程度の国民の負担増は止むを得ないが、国ももっとお金を出すこと。薬の1剤1日15円の自己負担については、急激な自己負担増と事務の複雑化を来すことより断固反対である。

急速に伸びる老人医療費については、もっと別の方法——私見として、薬の定率負担、高額医療費制度による給付増など含めて解決すべきである。

## 5. 中医協への病院団体代表の参加

国民医療費については医科について病院が70%、診療所が30%を占め、医師数について夫々65%、35%、患者扱い数については夫々50%、50%とあるのに、医療費の配分、改定を審議する中央社会保険医療協議会の委員（公益代表4人、医師・歯科医師・薬剤師の代表8人、健康保険・船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員8人、計20人で構成）に公益法人たる病院（病院は各種の職員をもって構成されている）団体の代表医師は特に200床以上の高機能病院・特定機能病院・臨床研修指定病院・救命救急センター・周産期医療センター・エイズ治療拠点病院・基幹災害医療センター等から一人も参加していない現状は早急に改革すべきである。具体的には委員の数を増す等して病院団体の代表を委員に加えるべきである。

## 6. 消費税問題

消費税法では、社会保険診療報酬が社会政策的な配慮から非課税となっており、仕入れ等にかかわる消費税分は事実上医療機関の負担となり、これが更に5%とアップすれば財政逼迫に陥っている医療機関を一段と窮地に追い込んでいる。本来消費税は最終消費者が負担すべきものである。中間の医療機関が負担しているのは全く不合理である。

当会としては、今年1月30日付で厚生省高木俊明保険局長宛に次の要望を出してあり、1日も早い改訂を望むものである。

日病会発第333号

平成9年1月30日

厚生省保険局長

高木俊明 殿

社団法人 日本病院会

会長 諸橋 芳夫

消費税引き上げに伴う診療報酬の改定について（要望）

平成9年4月消費税率引き上げに伴い、診療報酬を0.77%改定する旨承りました。そして、0.77%に対する課税費用の原価率が44.7%であることも併せて発表されました。

ただ、今回の措置は、平成元年度消費税導入時の診療報酬改定0.76%に、税率2%引き上げ相当分として積み上げられたものであり、平成元年度の加算数値が正しいといううえに成り立っています。

しかし、一昨年、当会が実施したアンケート調査によると、会員555病院の平成6年度決算数値に基づく控除できない支払消費税の非課税売上に対する割合は1.6%であり、課税費用の原価率が、平成元年時の30.4%に比べ大きく変わったことを考えますと、消費税率5%の相当分として新たに洗い替えし計算する必要があったと思料いたします。

つきましては、本会としては今回の措置について十分に納得するものではありませんが、建物の建替え、設備投資の頻度の高い等病院の特性に鑑み、次の事項について特に要望いたします。

〈要望事項〉

- 当会前掲の調査では1.6%のなか、固定資産取得分は0.25%に及びます。  
固定資産については、支払消費税を取得価格に含め長期に亘り減価償却費として回収するよりは、受取消費税を上回った額を還付して下さる方が経営安定化に資すると考えます。  
従って、なんからの還付方を講じられますようお願いいたします。
- 次善の策として、  
支払消費税を減価償却費として回収するにしても、価格に組み込まれてはじめて消費税が消費者に転換されたものといえます。  
従って、診療報酬のうちどの点数がキャピタルコストとして加算されているかを明らかにしていただきたい。  
今回、医業費用のなか、減価償却費は平成元年度取得以降のものを対象に計上されていることは明らかにされておりますが、その内訳が何%であるかは示されておられません。  
仕入時に負担した消費税が、各医療機関で過不足なく診療報酬に手当てされているか検証できるように、審議内容の一層の透明化を図られますようお願いいたします。

以上

## 7. 医療法の改正

医療審議会の「医業経営と患者サービス向上に関する小委員会」(座長=杉崎盛一郎安田健保組合理事長)が1月22日に開催され、規制緩和を巡って課題となっている①医療法人の理事長要件の見直し、②企業による病院経営、③病床規制の見直しの3項目について、今後検討していくことになった。

\* 公立病院の開設者が地方自治体の長であるなど、すでに医師以外の者が経営のトップにあるということ等を考えると、医療法人の理事長を医師のみに限定することなく、医師以外にも広く門戸を開いて人材を求めるべきである。

\* 幅広く関係審議会の論議も経ながら、医療提供主体や医療提供体制のあり方の中で企業による病院経営の問題も含めて検討すべきである。

\* 病床規制のあり方についても、必要病床数の枠の中で、新陳代謝が図られるよう、特例的に参入が認められている事項の見直しや保険者が医療機関を選択できる方策を検討すべきである。

地域医療支援型病院について、第二次医療圏内に2カ所程度指定し、病々・病診の機能分担と連携をめざしている。国立、公的のみならず条件の揃った私的病院の参入も望ましい。

なお、当会としては医療法に“営利を目的とした病院開設を認めない”とあることから、病院経営についての株式会社の参入には反対である。

当会からの委員の活躍が望まれる。

## 8. 病院の第三者機能評価機構への参加

日病としてはすでに病院機能評価マニュアルの発刊、岩崎氏による病院の質研究会への参加など病院



医療の質の向上をめざして着々と成果を上げているが、昨年から発足したこの評価機構に積極的に参加し専門家や実践者を送り込み従来のノウハウを注ぎ第三者による評価に充分に耐え得る機構を築き上げ、ひいては日病会員の発展に寄与したい。そのため、相当高額の出資をした。サーベイヤの養成・努力は多いとするが、診療内容を含んだ評価とその公表が何れ行われ、それに耐え得る病院作りが期待される。

今年1月現在評価受審申し込み病院は、200床未満の一般病院A 15、200床以上の一般病院A 3、一般病院B 21、精神病院1、計40病院に達している。

## 9. 介護保険について

(株)ニッセイ基礎研究所の発表によると、2,000年時点の在宅要介護老人数は160万人で、施設要介護老人数は107万人であるが、2010年には在宅要介護老人数が225万人となり、施設要介護老人数は151万人となるだけに、その実施が急がれる。

この保険制度創設のねらいは、

- \* 老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みを創設
- \* 社会保険方式により給付と負担の関係を明確にし、国民の理解を得られやすい仕組みを創設
- \* 現在の縦割りの制度を再編成し、利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みを創設
- \* 介護を医療保険から切り離し、社会的入院解消の条件整備を図るなど社会保障構造改革の第1歩となる制度を創設

昨年11月第139回臨時国会に介護保険関連三法案が提出されたが、12月末継続審議となり今の国会に提出されている。

当会では昨年1月25日、公的介護保険制度についての提言を行った。

## 10. ストップ・エイズのキャンペーン

引き続きエイズ予防および診療対策を打ち出した。今年度は第6回、第7回の2回、エイズ診療を推進する病院職員の意識高揚を目的としてワークショップを実施した。感染事故防止のための方策についてのレクチャーを受けた他、HIV感染者・エイズ患者受け入れのための病院内の体制作り、他病院・保健所との連携などをめぐって参加者全員によるグループ討論を行った。過去7回で医療従事者280人が参加した。

エイズ・エディケーターの養成として、一般へのエイズの正しい知識の普及・啓蒙を目的とし大学生、看護学生を対象にエディケーターの養成を行った。第1期生28人を養成し、都内の高等学校等8校で実施した。今度第2期生35人を養成する。

更に、エイズウォームラインの利用拡大のため、事務所内に専用回線を設置。エイズ診療の疑義について対処方法、処置を回答。いつでもどここの医療機関でも診療可能な体制確保を図る。毎週月・木曜の午後2時～6時まで専用電話と専用のファックスを用意し、エイズ診療の向上を図らんとするものである。3年間を経過し、年間40～50件の相談件数である。なお、エイズ薬害問題が一日も早く解決されることとともに、多数の会員が当会の企画を利用されることを望むものである。

厚生省においてもエイズ・感染症対策の強化として、行政の見直し、感染症に関する調査研究の総合的推進と感染症情報収集・提供体制の整備、エイズの治療・研究体制の強化を図るため保健医療局の組織再編を行い、国立感染症研究所の設置、エイズ治療・研究開発センター(仮称)の新設等を行うことになったのは大いに評価してよい。

以上、これらのエイズ対策事業は、インターネットの日本病院会ホームページでエイズ情報として流している。

国内累積エイズ患者報告総数は(昨年12月末現在)男性1,332人、女性115人、計1,447人(うち外国人230人)いる。この1年間で約300人増加したことになる。アメリカではエイズ患者に治療薬を投与し、死亡者の減少をみている。

なお、平成元年2月17日以降は凝固因子製剤が原因と推定されるものは法によって対象から除外してある。これらの方々へ愛の灯りを与え、職員の教育を図りたい所存である。

## 11. 准看護婦制度の発展的解消について

厚生省の准看護婦問題調査検討会は、昨年12月20日准看護婦養成課程を改善し、21世紀初頭の早い段階で看護婦養成制度への統合に努めるとの報告書をまとめた。この検討会は一昨年(1995)10月から小委員会5回、調査検討会11回を含め計16回開催されての結論である。

准看護婦制度ができたのは戦後間もない1951(昭和26年)、看護婦不足を補うため、高校進学率37%ということもあり中卒以上を対象にした2年課程の養成所がつくられたのである。その後、高校の衛生看護科(3年)で教育を受けた生徒にも都道府県知事の免許が与えられるようになったが、高校進学率の推移(37%から97%へ)や看護の質の充実、在宅看護の推移など21世紀の医療に向けての討議が高まる中、制度の見直しが急務となっていた。

少子化の影響もあって看護婦(士)養成機関を志願する18歳人口の動向が大学・短大を始め3年制コース、衛生看護科共に年々減少していること、特に准看護婦養成所生徒は2007年には統計上、志願者は0に近くなること。医学・医術・薬学・栄養学の進歩は極めて著しい。

その後の看護大学(博士・修士課程を含む)、短大、多数の3年制コース、専門看護師、認定看護師制度もできていることなど情勢は大きく変わってきている。

患者は高学歴化しているのに中卒・高卒2年の准看護婦で、果たして療養上の世話・指導・高度化した医療の補助ができるであろうか。

世界の趨勢と現在の医学・医術・薬学・医療機器・看護学の進歩、患者の高学歴化等からみて、1951(昭和26)年に看護婦不足から緊急避難に創設され46年間続いてきたこの准看護婦制度は、すでに制度疲労をおこしている。この現状から、准看護婦制度の廃止・3年制への統合は、時代の流れにそったものと思う。

## 12. 学会・セミナー等

第47回日本病院学会は本年6月12・13日、東京都において日本病院会副会長の高橋勝三先生を学会長にして『病院が変わる～明るい病院の未来像～』をメインテーマに開催される予定である。第38回日本人間ドック学会は8月21・22日広島市において伊藤千賀子広島原爆障害対策協議会健康管理・増進センター所長を学会長とし、『QOLの向上をめざして』をメインテーマにして開催される。第23回日本診療録管理学会は9月18日～19日札幌市において、日本病院会常任理事の西村昭男先生を学会長として開催される。この他にもセミナー、研修会等数多く予定されている。この研修・教育・学会の開催は本会の伝統的かつ特色を示すもので、信頼される病院造りに直結するものであり、これらの学会に多数の会員の参加を望む。

## 13. 医薬品問題

病院経営の悪化は4年前からの新薬価制度による薬価差の減少も大きく影響している。新薬価制度により大メーカー、大卸問屋は増収・増益であり、中小卸問屋、ユーザーたる病院は経営が悪化している。薬価差の縮小でメーカー・卸が高額の利益をあげ、ユーザーたる病院側の一方損であるのは不合理である。

わが国の医薬品が国際価格より高いこと、世界に通ずる新薬がほとんどないこと、MR数7万人と多

いこと、天下り役人の多いこと、保険医療の中から製薬メーカーが何故高収益をあげているのかについて、社会保険旬報96年3月21日号に6ページにわたり、私の論説を載せてあるので参考としていただきたい。

メーカー・卸が年々高収益をあげている中であって、ユーザーたる病院の多くが赤字で苦悩し、療養環境の整備もできないでいる現状は日本の医療の不可思議の最たるものである。

薬業界の矛盾を解決することに医療界は全力を傾注すべきである。

## ま と め

医療界は今や大きな改革時代に突入し、少子・超高齢社会を迎え、病院は国民から評価、選別、淘汰される時代になった。

一方、この4月からの医療費改定も微小ながら質を重視した施設認定病院機能の評価、病々連携・病診連携を重視し療養型病床群を優遇してある。

老人問題は医療のみでは処理できなく、福祉としての介護（在宅および施設入所）と結びつかなくてはならない場合が多い。国民は病気の場合診療機能の高い一般・特殊病院、専門病院と、第三者機能評価の高い病院を選択せんとする意欲の大きいものがあることを認識する必要がある。

当会はこの医療改革に対し、是は是、非は非として行政当局に折衝するのはもちろんであるが、各病院ともこれに堪え乗り切ってサバイバルを図るためには合点のいく国の医療改革の施策を取り入れるなどして、当会のめざすものに向かって一致協力して全力投球するよう望むものである。

それにしても、5月1日からの各種医療保険・老人保健法の改正は国民にのみ負担増と事務の繁雑化をもたらし、かつて国民医療費の30%を国が負担しておったのに、現在は24%と激減している。このことから、公聴会でも悪評が多く、また国会審議でも種々論議され撤回されることを望むものである。

会員各位の健全なる発展を祈って止まない。

保 文 発 第 291 号  
平 成 9 年 3 月 27 日

日 本 病 院 会 会 長 殿

厚 生 省 保 険 局 医 療 課 長

診 療 報 酬 請 求 書 等 の 記 載 要 領 等 の 一 部 改 正 に つ い て

標 記 に つ い て ， 別 添 の と お り 各 都 道 府 県 民 生 主 管 部 ( 局 ) 保 険 主 管 課 ( 部 ) 長 ， 国 民 健 康 保 険 主 管 課 ( 部 ) 長 並 び に 老 人 医 療 主 管 部 ( 局 ) 老 人 医 療 主 管 課 ( 部 ) 長 あ て 通 知 し た の で お 知 ら せ し ま す 。

保 険 発 第 44 号  
老 健 第 69 号  
平 成 9 年 3 月 27 日

都 道 府 県 民 生 主 管 部 ( 局 )  
保 険 主 管 課 ( 部 ) 長 殿  
国 民 健 康 保 険 主 管 課 ( 部 ) 長  
都 道 府 県 老 人 医 療 主 管 部 ( 局 )  
老 人 医 療 主 管 課 ( 部 ) 長 殿

厚 生 省 保 険 局 医 療 課 長  
厚 生 省 老 人 保 健 福 祉 局  
老 人 保 健 課 長

診 療 報 酬 請 求 書 等 の 記 載 要 領 等 の 一 部 改 正 に つ い て ( 通 知 )

標 記 に つ い て は ， 「 診 療 報 酬 請 求 書 等 の 記 載 要 領 等 に つ い て 」 ( 昭 和 51 年 8 月 7 日 付 け 保 険 発 第 82 号 本 職 連 名 通 知 ) に よ り 取 り 扱 わ れ て い る と こ ろ であるが，今般，健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成6年3月厚生省告示第54号）及び老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準（平成6年3月厚生省告示第72号）の一部が改正されたことに伴い，同通知の一部を下記のとおり改正し，平成9年4月診療分から適用することとしたので，その取扱いに遺漏のないよう御配慮願いたい。

記

I 「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正に関する事項

1 別紙1のIIの第1の14の(2)中「2.5対1看

護又は特3類看護の届出」を「2.5対1看護若しくは特3類看護又は一般病棟入院時医学管理(I)若しくは一般病棟入院時医学管理(II)の届出」に改める。

2 別紙1のIIの第3の2の(4)のウ中「囲むこと。」の次に「なお，公費負担医療又は老人医療の場合は，本人に該当すること。」を加える。

3 別紙1のIIの第3の2の(5)のイ中「，29理(理学診療科)」を削る。

4 別紙1のIIの第3の2の(2)のイ中「手医」を「手前」に改め，同オ中「手術前医学管理料」の次に「，手術後医学管理料」を加え，「手医，敷」を「手前，手後，敷」とし，同キ中「診療情報提供料(A),(B)又は(C)を算定した場合は，情A，情B又は情C」を「情A，情B，情C又は情D」に改め，同コ中「退院時指導料」を「退院指導料」に改め，「開放型病院共同指導料(II)」を「開放型病院共同指導料(II)又は」に改め，「情II，」を「情II又は」に改め，「入院栄養食事指導料，退院時指導料，退院時リハビリテーション指導料及び」を「入院栄養食事指導料又は」に改め，「算定を行った日」を「算定日」に改め，同(2)中クからコまでをケからサまでとし，キの次にクとして次のように加える。

ク 薬剤情報提供料を算定した場合は，薬情と表示して，回数及び点数を記載すること。

5 別紙1のIIの第3の2の(2)のイ中(シ)を削

- り、(ヌ)を(イ)とする。
- 6 別紙1のⅡの第3の2の27のイのeの〔記載例〕中「2,400×1」を「2,410×1」に改め、f中「(平成8年3月15日保険発第33号)」を「(平成9年3月17日保険発第35号)」に改め、同27中キからタまでをクからチまでとし、カの次にキとして次のように加える。
- キ HIV抗体陽性の患者に対して観血的手術を行った場合は、観血的加算を算定した旨の表示は省略すること。
- 7 別紙1のⅡの第3の2の28のオの〔記載例〕中「450」を「460」に改める。
- 8 別紙1のⅡの第3の2の30のウ中「それぞれの加算を加えた点数、寝具設備について別に厚生大臣が定める基準に適合していない施設であっては、入院環境料について所定点数の100分の90に相当する点数)、日数並びに合計点数」を「それぞれの加算を加えた点数)、日数及び合計点数」に改め、「また、寝具設備について別に厚生大臣が定める基準に適合していない場合は、寝無と看護種別欄に表示すること。」を削り、同カ中「記載すること。」の次に「なお、一般病棟入院時医学管理(Ⅰ)又は一般病棟入院時医学管理(Ⅱ)を算定している保険医療機関は、看護種別欄に「一入Ⅰ」又は「一入Ⅱ」と記載すること。」を加え、「なお、入院期間」を「また、入院期間」に改め、同ケ中「100分の90」を「100分の70又は100分の90」に改め、同ケの(ウ)中「入院治療計画加算」を「入院診療計画加算」に改める。
- 9 別紙1のⅡの第3の2の32中「〔老人再診療〕と、」の次に、「同キ中「訪問看護ステーション」とあるのは「老人訪問看護ステーション」と、32のク中「薬剤情報提供料」とあるのは「老人薬剤情報提供料」と、」を加え、同カ中「老人診療情報提供料(A)、(B)又は(C)を算定した場合は、「指導」欄に「㊦A」,「㊦B」又は「㊦C」を「老人診療情報提供料(A)、(B)、(C)又は(D)を算定した場合は、「指導」欄に「㊦A」,「㊦B」,「㊦C」又は「㊦D」」に改め、同キ中「老人退院時指導料」を「老人退院指導料」に改め、「点数を記載し、」を「点数を記載すること。また、老人退院前訪問指導料を算定した場合は、」に改め、同ツ中「記載すること。」を「記載するとともに、老人診療報酬点数表の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成8年3月8日老健第71号)の第1の2のⅡの(11)の㉔における状態のうち、当該点数を算定した患者が該当するものを「摘要」欄に記載すること。」を加える。
- 10 別紙1のⅢの第2の13の(2)中「特3類看護の届出」を「2対1看護、2・5対1看護若しくは特3類看護又は一般病棟入院時医学管理(Ⅰ)若しくは一般病棟入院時医学管理(Ⅱ)の届出」に改める。
- 11 別紙1のⅢの第3の2の16中カからクまでをキからケまでとし、オの次にカとして次のように加える。
- カ 齲蝕に罹患している患者の指導管理に係る特定療養費を支給する患者の病名の記載に当たっては、病名はC特療と記載すること。
- 12 別紙1のⅢの第3の2の22のヌ中「加算」を削る。
- 13 別紙1のⅢの第3の2の23のカの(イ)中「2歳」を「3歳」に改める。
- 14 別紙1のⅢの第3の2の24のヌの(イ)の次に(オ)として次のように加える。
- (オ) HIV抗体陽性の患者に対して、観血的処置加算又は観血的手術加算を算定した場合は、その処置又は手術の名称、加算後の点数及び回数を記載すること。
- 15 別紙1のⅢの第3の2の26のホ中「左から新製義歯調整指導料、有床義歯調整料、有床義歯調整指導料の順にそれぞれ名称、」を削り、「部位及び月日を記載する。」の次に「また、有床義歯長期調整指導料(Ⅰ)又は有床義歯長期調整指導料(Ⅱ)を算定した患者に対し、咬合機能回復困難者加算を算定した場合は(Ⅱ)の右の余白に加算点数を記載すること。」を加え、同(26)のマを次のように改める。
- マ 「その他」欄について

- (ア) HIV 抗体陽性の患者に対して、歯冠形成、支台築造又は印象採得を行った場合は、その名称、加算後の点数及び回数を記載すること。
- (イ) スルフォン樹脂有床義歯等記載の欄が示されていない各種の歯冠修復及び欠損補綴は当該欄に、それぞれ名称、点数及び回数を記載すること。
- (ウ) 歯科訪問診療時に歯牙切削器具使用加算を算定した場合は㊸と表示し、点数及び回数を記載すること。なお、同日に歯牙切削器具を使用する処置又は手術を行った場合に当該処置又は手術が主たるものであるときは「処置・手術」の「その他」欄にのみその旨を記載すること。
- (エ) 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合は、有床義歯修理の点数の100分の50に相当する点数と装着料を合算した点数を記載すること。
- 16 別紙1のⅢの第3の2の㉞のセ中「診療情報提供料(A)、(B)又は(C)を算定した場合は、㊸A、㊸B又は㊸C」を「診療情報提供料(A)、(B)、(C)又は(D)を算定した場合は、㊸A、㊸B、㊸C又は㊸D」に改め、同テ中「退院時指導料」を「退院指導料」に改め、「記載し、「摘要」欄に算定日を記載すること。」を「記載すること。」に改める。
- 17 別紙1のⅢの第3の2の㉞のア中「処置の通則「6」」を「処置の通則「7」」に改め、同スをせとし、シの次にスとして次のように加える。
- ス 社会福祉施設等で療養を行っている通院困難な患者に対し訪問して歯科診療を行った場合は、訪問先及び通院が困難な理由を記載すること。
- 18 別紙1のⅢの第3の2の㉞の中「「再診」欄、」の次に「「投薬・注射」欄」を加え、「㉞」の次に、「㉞」を加え、「この場合において、」の次に「㉞」の中「薬剤情報提供料」とあるのは「老人薬剤情報提供料」と、」を加え、同
- ㉞のイ中「記載し、「摘要」欄に算定日を記載すること。」を「記載すること。」に改め、同オ中「老人診療情報提供料(A)、(B)又は(C)を算定した場合は、全体の「その他」欄に㊸A、㊸B又は㊸C」を「老人診療情報提供料(A)、(B)、(C)又は(D)を算定した場合は、全体の「その他」欄に㊸A、㊸B、㊸C又は㊸D」に改める。
- 19 別紙1のⅣの第2の2の㉞中「10点」を「11点」に改める。
- 20 別紙1のⅣの第2の2の㉞中「「寝たきり老人訪問薬剤管理指導」と、」の次に「㉞のアの(ア)中「薬剤服用歴管理指導料」とあるのは「老人薬剤服用歴管理指導料」と、「薬剤情報提供加算」とあるのは「健康手帳老人薬剤情報提供加算、老人薬剤情報提供加算」と、「㊸」とあるのは、「㊸、㊸」と、同アの(イ)中「薬剤服用歴管理指導料」とあるのは「老人薬剤服用歴管理指導料」と、」を加え、「㉞のア」を「同ア」に改める。
- II その他の事項
- 1 「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する省令の一部を改正する省令」(平成8年12月24日厚生省令第70号。以下「改正省令」という。)による改正前の診療報酬明細書の記載については、「診療報酬明細書等の記載要領等の一部改正等について」(平成8年12月27日保険発174号、老健第319号)による改正前の記載要領によることとして差し支えないこと。したがって、同通知により新たに追加した事項については省略して差し支えないこと。
- 2 改正省令による改正前の診療報酬明細書により請求を行う場合、今般の診療報酬点数表の改正により新たに記載が必要となる事項については、本通知による改正後の記載要領によること。ただし、入院分で新たに「指導」欄及び「在宅」欄に記載することとなった事項については、「その他」欄に記載すること。

㈱日本病院会会長殿

厚生省薬務局安全課長

ヒト乾燥硬膜の使用中止及び回収措置について

医薬品等の安全対策につきまして、日頃より種々ご協力いただいているところであります。

さて、ヒト乾燥硬膜とクロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）との安全対策については、昨年 6 月と 8 月の中央薬事審議会伝達性海綿状脳症特別部会において、臨床的には安全であるとの評価を得るとともに、引き続き必要な情報収集に努めることとされてきたところであります。

今般、WHO の医薬品等に関する伝達性海綿状脳症専門家会合（3/24～26 日）が開催され、3 月 27 日付けで「ヒト乾燥硬膜については、今後使用しないこと」との勧告がなされたことを受けて、我が国においては、ヒト乾燥硬膜の使用を中止することとし、関係業者に対し、薬事法第 69 条の 2 に基づく緊急命令として、出荷停止及び回収並びに医療機関への情報伝達を命じたところであります。

つきましては貴会におかれましても貴会会員へヒト乾燥硬膜をしようしないよう周知方お願いします。

なお、当該措置に基づき、別添のとおり厚生省緊急安全性情報（緊急ファックス情報）を登録病院及び診療所に対して送付したのでご承知願います。

厚生省薬務局安全課 医薬品適正使用推進室

〒100-45 東京都千代田区霞ヶ関 1-2-2 電話 03-3595-2435 Fax 03-3508-4364

厚生省緊急安全性情報 No.2

平成 9 年 3 月 28 日（金）

ヒト乾燥硬膜の使用中止について

本年 3 月 24～26 日に開催された世界保健機関（WHO）の医薬品等に関する伝達性海綿状脳症専門家会合において、ヒト硬膜を使用しないようにとの勧告がなされました。

ついては、ヒト乾燥硬膜を使用しないようにしてください。

○ ヒト乾燥硬膜の製品

テュトプラスト デュラ

（輸入販売：㈱佐多商会 東京都港区東麻布 2-3-4 電話 03-5461-3058）

リオフィライズド・デュラ

（輸入販売：日本ビー・エス・エス㈱東京都文京区本郷 2-26-11 電話 03-5688-0247）

○ ヒト乾燥硬膜の代替品について

ヒト乾燥硬膜の代替としては患者自身の大腿筋膜を利用するほか、ゴアテックス人工硬膜の使用が

あります。ゴアテックス人工硬膜の入手については、最寄りの医療用具販売業者へお問い合わせいただくか、又は直接下記の輸入販売業者までお問い合わせください。

ジャパンゴアテックス㈱ 〒156 東京都世田谷区赤堤1-42-5

電話 03-3427-8161 (月～金曜日、9時～17時)

(なお、3月29日(土)に限り9時～17時対応)

FAX 03-3427-8094 (24時間受注対応)

○ ヒト乾燥硬膜のリスクについて

これまでに、ヒト乾燥硬膜を使用した場合に、伝達性海綿状脳症であるクロイツフェルト・ヤコブ病の発症がみられたという症例が国際的に50例以上報告されています。

○ 詳細については、各輸入販売業者から情報提供されます。

○ 貴医療機関の関係者にこの情報が確実に提供されるようにお願いします。

---

(次ページ資料参照)



# WHO

World Health Organization Press Office

## P R E S S

1211 Geneva 27 Switzerland • Telephone: 791 2111 • Cable: UNISANTE-GENEVA • Telex: 415 415 • Fax: 791 0746

Press Release WHO/27  
27 March 1997

### SPONGIFORM ENCEPHALOPATHIES: NEW RECOMMENDATIONS ON MEDICAL PRODUCTS

In the light of recent scientific information and as part of the continued monitoring of risks to public health by the World Health Organization (WHO), an international consultation of experts was convened in Geneva from 24 to 26 March 1997 on the issue of human and animal spongiform encephalopathies and medical products.

The consultation, which brought together 50 experts from 15 countries, sought in addition to examine the situation of humans and the recent observations on the nature of the causal agent, while providing an update on the situation of spongiform encephalopathies in cows and possibly in sheep.

The experts confirmed their previous conclusions and statements on transmissible spongiform encephalopathies (TSE), including the need for continued and intensified research, which remains hampered by the lack of a diagnostic test that can identify the infection early in its course before the onset of symptoms. They also concluded that the new information does not change previous recommendations regarding milk and gelatin safety, and reiterated that still no link can definitely be established between bovine spongiform encephalopathy (BSE) and the variant form of Creutzfeldt-Jakob disease (CJD) although recent findings further support the hypothesis.

The consultation has made the following recommendations:

#### Medical Products and sources of animal origin:

- ▶ Whenever possible, cattle (bovine) sources should be avoided for the preparation of medicinal products and devices; other animal species naturally affected by a TSE should likewise be avoided as an alternative source.
- ▶ If unable to avoid bovine sources, source countries should be those which have low or no BSE confirmed by an effective surveillance system among cattle, and where the possibility of contamination during the collection of



material is maintained at a minimum. In addition, inactivation and or removal procedures should be used where possible.

The consultation further recommended these guidelines should also be applied to medical products from other animal species with naturally-acquired TSE.

**Medical Products and devices of human origin:**

Although there has been no proven or even probable instance of CJD transmission from human to human by blood transfusion or blood products, observation must continue. The experts concluded that blood transfusions continue to be safe. Routine internationally recognized donor selection criteria should exclude individuals who are at risk of CJD and other familial TSE. Persons who have undergone treatment using extracts of human pituitary gland (growth hormone and gonadotropin), have received human dura mater grafts and have a family history of CJD or other familial TSE should be excluded from giving blood.

In addition, as over 50 cases of CJD have resulted from cadaveric dura mater grafts, the consultation recommended that dura mater should no longer be used.

The main conclusion of this consultation is that despite the new information available since May 1996, which has been carefully examined, the recommendations developed at the time regarding products entering the food chain still stand. Those regarding medicinal products have been updated. At the same time, additional recommendations concerning blood and blood products have been made as outlined above. WHO will continue to follow the situation, taking into consideration any new element that could modify or change its conclusions and recommendations in the area of human and animal spongiform encephalopathies.

---

For further information, journalists can contact Philippe Stroot, Media Relations, Health Communications and Public Relations, WHO, Geneva, telephone: (41 22) 791 2535, fax: (41 22) 791 4858.

All WHO Press Releases, Fact Sheets and Features can be obtained on internet on the WHO home page <http://www.who.ch/>

(仮訳)

プレスリリース WHO/27

1997年3月27日

### 海綿状脳症：医薬品及び医療機器に対する新勧告

世界保健機関（WHO）による公衆衛生リスクの継続モニタリングの一環として、最近の科学的情報を踏まえ、医薬品等に関する伝達性海綿状脳症専門家会合が、1997年3月24日から3月26日までジュネーブで開催された。

この会合には15カ国50名の専門家が参加し、ヒトの伝達性海綿状脳症の状況及びその病原体の性質についての最近の知見について検討するとともに、牛及び羊の海綿状脳症の直近の状況についても検討した。

専門家会合では、これまでの伝達性海綿状脳症（TSE）に関する結論、声明について確認するとともに、調査の継続、強化の必要性、発症前に感染を同定する診断法が欠如している問題についても確認した。さらに、新たな情報によってもミルク及びゼラチンの安全性に関する従来勧告を変更する必要がないことを結論した。また、最近の発見は関連についての仮説を支持しているものの、依然として牛海綿状脳症（BSE）と変異型クロイツフェルトーヤコブ病（CJD）との明確な関連性は確立できないことが再確認された。

本会合は次の勧告を行った。

#### 医薬品、医療用具と動物由来の原料

- ・ 牛を原料とした医薬品及び医療用具の製造は、可能な限り避けるべきである。また、同様に、TSEを自然に発症するような他の動物種についても、代替する原料品としての使用を避けるべきである。

- ・ 牛を原料とすることが避けられない場合には、BSEの出現率が低いかあるいはないことが有効な牛の防疫監視システムにより確認されているとともに、材料の収集段階で混入の可能性が最小限に維持されている国を生産国とするものとするべきである。加えて、可能な限り病原体の不活化・除去工程を行うべきである。

会合では、TSEを自然に発症するような他の動物種を原料とする医薬品についても上記ガイドラインを適用すべきであると勧告している。

#### ヒト由来の医薬品及び医療用具

輸血あるいは血液製剤によってヒトの間でCJDが伝達される可能性については、証明されていないし、その疑いのある事例もないが、引き続き調査が必要である。専門家会合は、輸血は引き続き安全であると結論した。常に行う国際的なドナー選択の基準として、CJD及び他の家族性TSEのリスクにある場合を排除すべきである。ヒト下垂体の抽出物（成長ホルモン及びゴナドトロピン）の治療歴のある場合、ヒト硬膜の移植を受けた場合、CJDの家族歴をもつ場合、他の家族性TSEの家族歴をもつ場合は、ドナーから除外されなければならない。

さらに、ヒト硬膜の移植例から50例以上のCJDが発症していることに鑑み、今後、硬膜を使用しないことを勧告した。

この会合の主な結論として、1996年5月以降得られた新しい情報を注意深く検討した結果、食物連鎖に入る製品に関して出された勧告は引き続き有効であることを確認したことである。医薬品、医療用具についての勧告は改められた。血液及び血液製剤についても上記のような勧告が追加されている。WHOは、ヒト及び動物の海綿状脳症の分野の結論、勧告について、その変更につながる如何なる新要素についても考慮しつつ、状況の把握を継続することとしている。

## 第12回精神研国際シンポジウム

Home page: [http://www.prit.go.jp/en/Inter\\_Sympo/](http://www.prit.go.jp/en/Inter_Sympo/)

テーマ：「外傷後ストレス障害（PTSD）の研究と治療」  
— 災害・犯罪・虐待などによるトラウマをめぐって —

日時：1997年10月6日（月）～7日（火）  
会場：アルカディア市ヶ谷（私学会館）・東京  
JRおよび地下鉄市ヶ谷駅・徒歩2分  
用語：英語・日本語（同時通訳付）

演者：Matthew Friedman (USA), Bonnie Green (USA), Judith Herman (USA),  
Dean Kilpatrick (USA), Alexander McFarlane (Australia)  
Robert Pynoos(USA), Bessel van der Kolk (USA), Lars Weisaeth (Norway)  
安 克昌, 太田 保之, 岡野 憲一郎, 加藤 寛, 小西 聖子, 斎藤 学,  
菅原 圭吾, 福西 勇夫, 飛鳥井 望

参加費：5,250円 懇親会（10月6日夕刻）参加費：7,000円

参加申し込み法：葉書、FAXないしE-mailにて「第12回精神研国際シンポジウム参加希望」と明記の上、氏名（和・英表記とも）、所属（和・英表記とも）、連絡先（住所および電話・FAX）、職種、懇親会参加の有無、を事務局までお送り下さい。折り返し参加費払い込み方法その他についてご案内いたします。参加費払い込み確認をもって登録完了といたします。

インターネットでの申し込みも可能です。詳細はホーム・ページをご覧ください。

申し込み期限：1997年6月30日

（定員の都合上、先着200名をもって締め切りとさせていただきます。）

主催：（財）東京都精神医学総合研究所

申込・問い合わせ先：東京都精神医学総合研究所・社会精神医学研究部門内  
第12回精神研国際シンポジウム事務局  
〒156 東京都世田谷区上北沢2-1-8  
TEL：03-3304-5701 FAX：03-3304-9396  
E-mail：symPTSD@prit.go.jp

理事長 殿  
病院長 殿  
事務長 殿  
診療録管理士 殿

社団法人 日本病院会  
会長 諸橋 芳明  
通信教育委員長 木村 明



## 診療録管理士の診療情報管理士への補講について

### 1. 補講の目的

既に診療録管理士として認定されている者に対し診療情報等新カリキュラムについて補講を行い診療情報管理士としての資質の向上を図ることを目的とする。

### 2. 合格者に付与する資格

診療情報管理士

### 3. 受講資格

社団法人日本病院会が既に診療録管理士として認定している者で補講を希望する者。

### 4. 補講、試験実施時期

平成9年6月

### 5. 補講会場

東京：社団法人 日本病院会  
〒102 東京都千代田区一番町 13-3

※会場は、都合により変更することがある。

### 6. 日時

東京：平成9年6月22日（日）09：00～17：00

※受講申込み締切り日は補講日の10日前とする。（消印有効）

### 7. 補講

(1) 09：00～12：00（3時間）

医学概論（インフォームド・コンセント、病院機能評価）（3時間）

(2) 12：30～15：30（3時間）

医療情報学（情報マネージャーに求められる情報管理の知識と技術）（3時間）

### 8. 試験

15：30～17：00（1.5時間）

(1) 課目 医学概論、医療情報学 （1.5時間）

(2) 形式 小論文 （1.5時間）

ただし、診療情報管理士への資格認定試験実施要綱第6項2号（以下「実施要綱」という。）に該当する者は、試験の1.5時間を免除することができる。

### 9. 受講料

20,000-（教材費含む）

郵便振替口座番号 00190-5-396045

社団法人 日本病院会 通信教育部

複数人で郵便振替する場合は、通信欄に個人名を記入下さい。

### 10. 教材等の準備

教材は申込受理次第配布する。受講当日は√付き計算器を持参のこと。

### 11. その他

(1) 試験の合否判定結果はその都度通知する。

(2) 認定証及び認定者名簿は補講終了後送付する。

※申込み先 ㊸日本病院会 通信教育課 〒102 東京都千代田区一番町 13-3

## 診療録管理士の診療情報管理士への資格認定試験実施要綱

### 1. 目的

既に診療録管理士として認定されている者に対し診療情報等新カリキュラム追加課程について補講及び試験を行い、合格者に「診療情報管理士」の資格を付与する。

### 2. 対象

社団法人日本病院会が既に診療録管理士として認定している者の中で「診療情報管理士」の資格取得を希望する者。

### 3. 補講、試験実施期間

- (1) 平成8年10月～平成9年6月
- (2) 補講、試験は受講者の便宜を図るため各会場とも複数回実施
- (3) 当該期間中に受験できなかった者は、診療情報管理課程スクーリング時、認定試験受験資格を付与するので認定試験を受験する。ただし、認定試験は全課目受験するものとする。

### 4. 会場

- (1) 東京・名古屋・大阪・福岡

### 5. 補講

- (1) 医学概論（インフォームド・コンセント、病院機能評価）
- (2) 医療情報学（情報マネージャーに求められる情報管理の知識と技術）

### 6. 試験

- (1) 課目 医学概論、医療情報学
- (2) 形式 小論文

ただし、次に該当する者は、試験の一部を免除することができる。

- ・診療録管理業務専従10年以上で、かつ日本診療録管理学会において演者として1回以上、共同演者であることを含め3回以上研究発表を行った者。

### 7. 受講料

20,000-（教材費含む）

## 診療録管理士の診療情報管理士への資格認定試験実施要綱内部規定

### 1. 診療録管理業務の定義

診療録管理室、診療情報管理室、病歴室等において診療録等の管理、コーディング（ICD分類等）それらに基づく疾病統計を始めとする各種医療統計作成業務をいう。（以下「診療録管理業務」という。）

### 2. 特例の審査

- (1) 実施要綱6項(2)号の業務経験については、病院長の発行する証明書を提出するものとする。
- (2) 同研究発表については、第〇回学会、発表スタイル、発表者名（共同演者名も含めて）を記載したものを提出するものとする。
- (3) 通信教育委員会前で前1、2号の内容を審査して決定を通知する。

※再試験 不合格者に対する再試験については、別途指示する。

申込み先：日本病院会通信教育課

(FAX：03-3230-2989)

受付番号

平成 年 月 日

## 診療情報管理士補講申込書

このたび診療情報管理士の補講を受講いたしたく申し込みます。

希望会場	東京・名古屋・大阪・福岡	希望日時	平成 年 月 日	
診療録管理士	認定番号	認定回数	認定年月日	
		第 回	年 月 日	
氏名	旧姓 ( ) 印		性別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日			
施設名				
所属				
施設所在地	〒			
電話番号				
自宅住所	〒			
電話番号				
郵便物等の 送付先	病院・自宅 (いずれかを○で囲んで下さい。)			

(注) (1) 受講資格について

既に診療録管理士として認定されている者

(2) 試験の免除について

実施要綱第6項2号に該当する者は、試験を免除することができる。免除を希望する者は、病院長の発行する診療録管理業務歴証明書(別紙)を提出するものとする。

(3) 受講料は、補講申込時納入するものとする。

(4) 補講申込書提出の際、受講料郵便振替納付書の(写)を添付すること。

(5) 受講料の納入は、郵便振替を利用のこと。

00190-5-396045 社団法人 日本病院会 通信教育部

※回覧等により多くの診療録管理士に読んでいただけるようお願い計らい下さい。



## 業務経験証明書 試験免除申請書

ふりがな		※男・女	診療録管理士認定番号
氏名		旧姓 ( ) 印	男・女 認定 年 月 日
年	月	職 歴 (診療録管理業務専従歴)	年 数
日本診療録管理学会での研究発表実績			
時 期	第 回日本診療録管理学会 ( 年 月 日)		
発表タイトル			
発表者名	発表者名 共同演者名		
時 期	第 回日本診療録管理学会 ( 年 月 日)		
発表タイトル			
発表者名	発表者名 共同演者名		
時 期	第 回日本診療録管理学会 ( 年 月 日)		
発表タイトル			
発表者名	発表者名 共同演者名		

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

病院名

公印

# ——診療情報管理通信教育募集要綱——

## 診療情報管理課程第3期生募集

### 診療情報管理士

診療情報管理士とは、ライブラリーとしての診療録を高い精度で機能させ、そこに含まれるデータや情報を加工、分析、編集し活用することにより医療や健康の質向上をはかる専門的職業である。

米国ではMedical Record Librarian(現在は登録病歴管理者 R. R. A. Registered medical Record Administrator と改称) という称号で1932年以来専門職として養成されている。

わが国ではまだこの種の養成は米国のような大学教育としては行われていない。しかし医療の質の向上について関心をいだいている病院にとって、診療録に含まれているデータや情報は診療上からも研究上からも病院経営からも重要な記録で、これを病院の公式記録としてしっかり管理すべきであると考える管理者が多くなってきた。

(社)日本病院会は昭和47年から基礎課程・専門課程各1年(計2年)の通信教育により、診療録管理士の養成課程を開講し、今迄に2,232名を認定してきた。平成8年からはこれを改革し、(社)日本病院会と(財)医療研修推進財団の両者で、新たに診療情報管理通信教育を実施し診療情報管理士を養成している。

### 受講資格並びに受講内容

#### 1. 基礎課程受講資格 短大卒以上で

- (1) 現在病歴室で勤務している者(当分の間、現職者は高校卒でもよい。)
- (2) 病院の病歴室以外の部門に勤務している者(将来その病院の病歴室に配置がえを予定されている者の学歴は(1)に準ずる。)
- (3) 病院勤務者でない者(年齢30歳未満)。

#### 2. 専門課程受講資格

- (1) 医師・看護婦(士)(准看護婦除く)
- (2) (社)日本病院会指定医療管理専門学校生の

うち基礎課程認定試験合格者

#### 3. 申込方法

- ・申込用紙 日本病院会備え付けのものに記入する。希望者は会に請求すれば送付する。
- ・履歴書 市販のものを使用、写真貼付のこと。その書き方は①学歴、②職歴、③診療録管理業務歴(②職歴の一部を再掲することになる)とし特に③を詳述のこと。

例えば昭和60年4月市立病院診療録管理室に勤務(病歴室主任)  
昭和61年4月病歴管理研究所病歴管理コース受講 など。

- ・申込締切日 第3期生の申込受付は平成9年6月30日までとする。

#### 4. 実施要領

- |          |         |       |
|----------|---------|-------|
| (1) 修業年限 | 基礎課程 1年 | } 計2年 |
|          | 専門課程 1年 |       |

留年期間は受講期間の倍とする。

- (2) 受講者選考 書類審査
- (3) クラス編成 毎年7月および1月に開講するので開講前月末日までの申込みをもって、クラス編成する。
- (4) 受講料 1年 70,000円  
(前・後期2回分納可)

ただし、専門課程受講者で教材不要の場合は1年60,000円とする。  
既納の受講料は返却しない。

- (5) 資格 専門課程修了者は日本病院会及び医療研修推進財団の認定診療情報管理士として登録する。

#### 5. 履修科目

- ・基礎課程科目(14単位)

医学概論	2単位
解剖学	3単位
生理学	2単位

内科学 2単位  
外科学・外傷学 3単位  
産科学(周産期含む) 2単位

・専門課程科目 (13単位)

診療録管理学通論 2単位  
分類法総論 2単位  
分類法実習 2単位  
診療録管理室運用 3単位  
医学用語 2単位  
医療情報学 2単位

病院実習(2週間)(1項2号の者の一部及び3号該当者のみ)

6. 単位修得方法

(1) 上記の履修科目の基礎課程は14単位、専門課程は13単位を修得することが必要。

この単位の修得方法は、

- ① 各テキストを読了してレポートを提出
- ② 所定のスクーリングへの出席
- ③ 各期末試験に合格することが必要

(2) レポートの作成

学習スケジュールに従って教科書とレポート問題が送付されるので、自習しながらそのレポートを作成する。それを期日までに会へ送付すると、該当科目講師によって添削され本人へ返送される。各課程の全レポートの提出のない場合は学習しなかったとみなし各期末試験はうけられない。

(3) スクーリング(面接講義)

スクーリングは1年に3日間コースを8月と2月の2回東京地区・大阪地区・福岡地区で開催する。このスクーリングは1年を単位として、前期と後期合計で6日間出席しないと期末試験を受験できない。

ただし、勤務の都合でスクーリングに出席出来なかった場合は出席日数の $\frac{1}{3}$ に限り次項の各地の研究会・セミナーへの参加をもって出席と認める。(1回2～4時間0.5日分、5時間以上1日分とする)

(4) 各地の研究会・セミナー

スクーリングの他東京(日本病院会)において半日セミナーを行う。さらに現在各地で開催されている日本診療録管理学会、北海道診療録管理研究会、宮城県診療録協会勉強会、福島県病歴管理研究会、新潟県診療録管理研究会、東海診療録管理研究会、近畿病歴管理セミナー、九州診療録管理研究会、九州診療情報研究会も、このスクーリングの一環として利用することができる。

(5) 期末試験

試験は毎年8月と2月に東京、大阪、福岡で行う。

試験は各課程の後期の終わりに受験する。(専門課程認定試験は基礎課程試験合格の1年後とする。)

(6) 合否の判定はこの試験にもとづき通信教育委員会で行う。

7. 実習

1項2号の者の一部及び3号該当者は日本病院会指定の各地の病院において2週間の病院実習を行い履修証明を提出する。ただし、当分の間、希望者のみとする。

8. 申込及び問い合わせ

日本病院会診療情報管理課程通信教育  
〒102 東京都千代田区一番町 13-3  
電話 (03) 3265-0079

郵便振替利用の場合

00190-5-396045

社団法人 日本病院会通信教育部

銀行振込利用の場合

第一勧業銀行 麹町支店

普通預金 №1101661

日本病院会通信教育部

＝日本病院会図書＝

# 勤務医師マニュアル

(社)日本病院会 医療制度委員会編

B 6判 58頁 500円(送料実費)  
(税込)

勤務医師にとって、病院活動に寄与するために常に持つべき考えと態度と行動について必須の条件とその理由を示す。

## —目次—

病院倫理綱領

このマニュアルを理解するために

第1章 医師の基本的勤務要領

第2章 近代病院の機能

第3章 診療実務

第4章 患者の権利と責任

第5章 医師の業務と院内各部門の活動

第6章 病院の活動評価

お申込みは(株)日本病院共済会

〒102 東京都千代田区一番町13-2

FAX 03-3222-0016

## お詫び

4月号掲載の看護管理研究会シンポジウム「病院におけるサービスの質を考える」の最初の司会者発言が、編集室の手違いで欠落していましたので、お詫びいたします。

## 編集後記

☆5月号は図書室、薬事関係を中心に掲載しました。牧野永城当会参与の「病院図書室の役割」で病院図書室に対する経営者の姿勢の違いがわかります。経営の苦しいこの時期、図書室関係経費の削減(購入費・人員・場所など)を考えている所もあるようです。

個人生活においても、「向上のためには、自分に投資せよ、本を買う金をケチるな」といわれますが、このことは病院経営にも当てはまるのではないのでしょうか。

☆薬事管理研究会のシンポジウム「患者への情報

(医薬品情報)の提供について」では、4月改定で薬剤情報提供料(7点)が新設されましたが、昨年からすでに薬剤情報提供加算をとっている病院の実情が紹介されていますので参考にさせていただきたいと思います。

☆〈掲示板〉には、厚生省緊急安全性情報No2「ヒト乾燥硬膜の使用中止について」(9.3.28, 149ページ)が出ております。

☆好評の「医師のための保険診療常識集」(4月号掲載)の別刷をご希望の方は、事務局までご連絡ください。(4.15 巧風記)

個別病院別227病院の職種別・職位別実態

# '97病院職種別 賃金実態資料

職種別賃金  
職位別賃金  
賃金構成  
諸手当

発行 日本病院会/企画・編集 日本病院会総務・人事労務合同研究会/制作 産労総合研究所

B5判・670頁 定価 35,000円

この職種別賃金実態資料は、日本病院会が1996年9月から10月にかけて、本会会員病院を対象に実態調査を実施したデータに基づいて分析・集計したものです。内容は、医師、看護婦等職種別、院長、診療部長、看護部長等職位別にその**実在者**の月額賃金（所定内賃金プラス所定外賃金）、年間賃金（月額賃金プラス年間賞与・一時金）の内訳とバラツキ、個別病院ごとの賃金構成・賃金体系、諸手当等の実態を掲載しています。'91年版から引続く'97年版の発刊！

好評発売中！（特別頒価 会員28,000円 非会員31,500円）

(きりとり線)

恐れいります  
が切手をおは  
り下さい

郵便はがき

102

(受取人)

東京都千代田区一番町13-2  
日本病院共済会  
行

病院名		
所在地		
氏名		
所属課		
電話		
(日本病院会会員・非会員の別)		
<input type="checkbox"/> 会員		
<input type="checkbox"/> 非会員		

(きりとり線)



# 『'97病院職種別賃金実態資料』

●職種別実在者賃金の内訳（病院計：病床計）

（単位：円）

経 験 年 数 (年)	病院数	月 額 賃 金				所 定 外 賃 金		
		(a)+(b)	(a)	(c)基本給	(d)諸手当	(b)	(e)時間外手当	(f)その他の手当
<b>医師</b>								
0	31	417,345	363,341	254,798	108,543	54,004	22,843	31,161
1	56	542,356	428,274	291,459	136,815	114,082	30,216	83,866
2	77	663,260	493,236	320,761	172,475	170,024	51,217	118,807
3	84	729,321	557,868	363,702	194,166	171,453	59,075	112,378
4	77	727,504	563,321	347,865	215,456	164,183	65,258	98,925
5	95	798,636	623,005	390,128	232,877	175,631	70,970	104,661
10	104	946,474	778,599	474,388	304,211	167,875	58,072	109,803
15	94	1,071,662	907,927	553,616	354,311	163,735	47,482	116,253
20	73	1,147,774	952,686	589,584	363,102	195,088	46,257	148,831
25	48	1,204,290	1,025,477	736,506	288,971	178,813	34,689	144,124
<b>看護婦</b>								
0	142	254,276	206,599	184,879	21,720	47,677	12,524	35,153
1	157	278,844	213,820	191,340	22,480	65,024	15,275	49,749
2	166	287,610	219,835	197,307	22,528	67,775	16,590	51,185
3	154	299,155	229,250	205,255	23,995	69,905	17,405	52,500
4	160	303,022	234,797	210,651	24,146	68,225	15,421	52,804
5	156	308,240	242,346	216,746	25,600	65,894	17,836	48,058

- ☆医師の初任給（経験0年）は、417,345円となり、その内の所定内賃金では、363,341円、所定外賃金では、54,004円となり、賃金の構成比は、所定内87.1%、所定外12.9%となった。
- ☆5年経験者の月額賃金は、798,636円で、初任給月額1.91倍、10年経験者では、946,474円、初任給の2.27倍、20年経験者では、1,147,774円で、初任給の2.75倍となった。
- ☆看護婦の初任給（経験0年）は、254,276円となり、その内の所定内賃金が206,599円、所定外賃金が47,677円となり、賃金構成比は所定内81.2%、所定外18.8%となった。
- ☆5年経験者の月額賃金は、308,240円で、初任給の1.21倍、10年経験者では、343,568円、初任給の1.35倍、20年経験者では、425,731円、初任給の1.67倍となった。
- ☆以上の職種以外には、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、栄養士、事務職のデータが集計されている。

内容見本です／この集計のほか個別200病院データも収録！

（きりとり線）

## ’97病院職種別賃金実態資料

B5判 本文670頁 定価35,000円

**特報！** このハガキにてお申込みの方に「'97病院職種別賃金実態資料」を特別割引価格にて申し受けます。お早目にご投函下さい。

※日本病院会会員病院は2割引、非会員病院は1割引です。必ず会員、非会員の別をチェック☑して下さい。

書籍申込書  
’97病院職種別賃金実態資料 冊

申し込みます 年 月 日

☆医師の初任給（経験0年）は、417,345円となり、その内の所定内賃金では、363,341円、所定外賃金では、54,004円となり、賃金の構成比は、所定内87.1%、所定外12.9%となった。

☆5年経験者の月額賃金は、798,636円で、初任給月額1.91倍、10年経験者では、946,474円、初任給の2.27倍、20年経験者では、1,147,774円で、初任給の2.75倍となった。

☆看護婦の初任給（経験0年）は、254,276円となり、その内の所定内賃金が206,599円、所定外賃金が47,677円となり、賃金構成比は所定内81.2%、所定外18.8%となった。

☆5年経験者の月額賃金は、308,240円で、初任給の1.21倍、10年経験者では、343,568円、初任給の1.35倍、20年経験者では、425,731円、初任給の1.67倍となった。

☆以上の職種以外には、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、栄養士、事務職のデータが集計されている。

（郵こてい帳）

# 日本病院会英文誌 Japan-Hospitals No.17 (July 1998)

## 原稿募集中

当会では、日本の医学・医療の実情を海外の多くの人びとに知ってもらうことを目的として、標記の英文誌を毎年1回発刊しており、**Japan-Hospitals No.17**の原稿を下記の要領で募集中です。皆様奮ってご投稿くださるようお願いいたしております。

なお、海外への送付先は、国際病院連盟（I. H. F）をはじめとして、各国の保健衛生関係官庁、主要病院・研究所、各種医療機関等の諸団体、諸施設および医師、研究者、医療従事者等と広範にわたっております。

### 記

#### 1. テーマ

日本の医学、医療、病院の実情を海外に紹介・PRするもの、およびそれと直接、間接に関連する内容のものであれば、何でも結構です。（国内既発表のもの、の翻訳で、国外未発表のものまたは国外既発表であるが表現が相当相違するものでも結構です）。例えば、日本の社会保険制度、ME機器の実態・普及状況、看護の実態等の紹介記事やオリジナルな研究報告等（ただし臨床的研究論文は除く）。

#### 2. 原稿提出締切日

平成10年3月31日（火）必着

#### 3. ご執筆の際の注意事項

- ① A4判用紙にダブルスペースで英文タイプした形を基準とします。（翻訳料、タイプ料等ご提出までに要した費用は、執筆者にてご負担願います。執筆者への謝礼は別刷50部をもって代えさせていただきます）。
- ② 上半身ないし顔写真（掲載用）1葉を添付願います。
- ③ 枚数の制限は特にいたしておりませんが、上記の要領でタイプ（1ページ27—28行）した場合、原稿2枚半がほぼ雑誌の1ページに当たりますので、これを目安にご執筆ください。
- ④ 初校の際1回執筆者においてご校閲をお願いします。

原稿提出・問い合わせ先

〒102 東京都千代田区一番町13—3

（社）日本病院会 学術委員会

電話 03—3265—0328（直通）



# HITACHI

私たちは、単に機械的なクオリティアップだけでなく、人への優しさを見据えたHEARTFUL TECHNOLOGYを追求し、形にし、「EUB-525」を誕生させました。

- 機能性を高め移動性を考慮した、横幅450mmのスリムデザイン。
- 検査効率を向上させるシンプルな操作性。
- 多機能化に合わせたオプション機器の充実。



It's New  
Ultrasound Scanner  
**EUB-525**

人への優しさが自慢です  
Simple is Beautiful



株式会社日立メディコ

〒101 東京都千代田区内神田1-1-14日立鎌倉橋別館 ☎(03)3292-8111(大代表)  
【営業所】 ■北海道(札幌)261-5651 ■東北(仙台)221-6311 ■茨城(水戸)225-5815 ■千葉225-5321 ■北関東(大宮)643-1487  
■東京3293-1651 ■官公需部3293-1666 ■東京西(立川)28-0051 ■横浜311-5601 ■静岡255-5271 ■北陸(金沢)62-3391  
■名古屋571-9106 ■京滋(京都)256-3092 ■大阪312-8091 ■神戸241-8181 ■中国(広島)243-8816 ■四国(高松)51-4508  
■九州北(福岡)713-5115 ■九州南(鹿児島)223-5721

## 糖尿病食後過血糖改善剤

指  
要指

# ベイスン錠<sup>®</sup>

## 0.2・0.3

(ボグリボース錠)

■効能・効果、用法・用量、使用上の注意(禁忌)等については、添付文書をご参照ください。

■薬価基準: 収載

# BASEN<sup>®</sup>

(資料請求先)

▲ 武田薬品工業株式会社  
〒541 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

(1995・2: BasB52-2)

