200835004B

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

「学習処方箋」を用いた病院図書室機能の活性化と協働の医療推進に関する研究

平成18年度～20年度　総合研究報告書

研究代表者　郡司　篤晃

平成21(2009)年　3月

別添２

目　　次

Ⅰ．総合研究報告

「学習処方箋」を用いた病院図書室機能の活性化と協働の医療推進に関する研究

（H18-医療-　一般-004）

郡司　篤晃 ---------- 1

（資料1 ）学習処方箋 ---------- 4

（資料2 ）糖尿病クイズ　チャレンジクイズ設問別分析 ---------- 5

II．研究成果の刊行に関する一覧表 ---------- 8

III．研究成果の刊行物 ---------- 9

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

（総合）研究報告書

「学習処方箋」を用いた病院図書室機能の活性化と協働の医療推進に関する研究

研究代表者　郡司　篤晃　特定非営利活動法人医療の質に関する研究会

研究要旨

国民に消費者主権の意識が浸透し、国民に医療に関する情報要求は高まっている。また、慢性疾患の管理には患者自身のHealth Literacyの向上が必須である。従って、医療はますます説明の質と効率の向上が求められるようになった。患者は医師の説明を理解することは容易ではない。自らも情報を収集したいというニードは高い。しかし、これらのニードに答える仕組みがわが国の医療の中に欠けていた。

そこで、我々は病院内の患者図書室を設置し、その機能を活性化によってこれらのニードに答えることがどこまで可能であるかを検証しつつ、その普及に努めてきた。

まず、医師・患者関係の研究をリビューし、医師の説明を患者の理解がいかに食い違っているかを明らかにした。

平成18年より、実際に、東京都内の総合病院に患者用の図書室を開設し、運営しつつ諸々の研究開発を行った。病院の協力を得て、図書室構築のプロセスを評価しつつ、3年間の活動を行なった。図書室は開設以来、平均して約20名の来室者があり、特に団塊の世代より若い世代の利用者が多かった。また、図書室に対する利用者からの評価結果は極めて好評であった。

現在インターネット上にはさまざまな医療情報があふれているが、そのどれもが患者さんにとって信頼できる有効なものとは限らない。そこで、患者用医療情報サイトに関する評価研究を行い、表現、情報量、信頼度、対象層などについて評価をし、総合評価点や評価コメントをつける研究を行った。

慢性疾患の管理は患者自身が医療資源であり、患者のヘルスリテラシーがケアの質そのものである。そこで、患者との協働的パートナーシップが不可欠であるという観点から、患者のinsider perspectiveに着目し、患者が自己管理の現状についてどのように評価しているか、そして医療者との関係をどのように捉えているのかについて探り、インタビュー調査を行った。その結果、不良群では、血糖コントロールは維持出来ていないものの、自己管理にそれなりに努力していることや、患者が抱える自己管理上の問題が語られた。このような対象者の自己管理への苦労をまずは共感的に理解し受け止めることが、長期に渡る自己管理維持の促進につながることが考えられた。

糖尿病を対象に「学習処方箋」を用いて図書室での自己学習システムを構築し、その評価を行った。評価の結果、患者の疾病や治療に関する知識は20%ほど向上していたが、外来患者では向上はさほど顕著ではなかった。クイズ自体の評価を、正解率と識別力を求めて評価した。今後の継続的な改善につなげることによって、糖尿病に関するヘルスリテラシーの評価尺度となりうることが期待された。

糖尿病の管理では栄養管理が重要であるが、その失敗例は極めて多い。そこで、患者の日常生活の中で、栄養管理を身に着けるためのITを使ったコーチング・システムの構築を目指し、その基礎研究として、携帯電話カメラでの撮影と伝送による食事の映像によるエネルギー量がどの程度の精度で行えるのか、また精度に影響する諸要因として、カメラ、ランチョンマット栄養士従事年数について実証的に検討し、多くの知見を得た。

我々の活動は、企業からCSR活動として支援の申し出を受け、今後5年間に50病院に患者図書室を建設することになった。50病院が密に連携を取りつつ、知恵を出し合い、図書室機能を活用して「協働の医療」の推進をしていこうとしている。

山崎喜比古（東京大学大学院健康社会学分野准教授）
福井次矢（聖路加国際病院院長）
洲之内廣紀：河北総合病院院長
小西敏郎（NTT 東日本関東病院副院長）
本田佳子（女子栄養大学教授）

A．研究目的

患者図書室を拠点として「協働の医療」を推進する。実際に患者図書室を運営しつつ、諸々の調査研究・開発・評価を行いつつ、図書室の利用の拡大をしていく。慢性疾患の一例として糖尿病を選び、インタビュー調査により、患者の実像を知るとともに、「学習処方箋」を用いた糖尿病の患者教育システムの研究開発・評価を実施する。

また、携帯電話による撮影と伝送による食事のコーチングシステムを開発・評価を行なう。

今後の 5 年間に 50 病院に患者図書室を建設し、これらが密接に交流しながら、協働の医療を推進していく。

B．研究方法

分担研究者がそれぞれの課題に取り組んだ。洲之内廣紀氏の死去に伴い、総括研究者が代行した。

（倫理面への配慮）

研究は各対象施設内の倫理委員会で承認を得て実施した。研究協力の依頼にあたり、研究目的、研究方法、研究への参加は強制ではなくいつでも中止が可能であること、同意しない場合も不利益を被らないこと、今後の診療に影響しないこと、個人のプライバシーの保護、研究成果の公表について書面および口頭で説明し、書面にて同意を得た。

C．研究結果

医師から患者・家族への説明がどの程度理解されているかに関する実証研究のリビューを行った。その結果、医師の説明内容を、患者は予想以上に理解していないことが明らかにされた。また、患者の理解の程度や正確さを、医師が確認することは効果的であるにも関わらず、診察の間に行うことは、医師も患者も現状の医療制度下では困難であり、何らかのサポート体制を広く社会で考えていくべきであるが、その重要な一つが病院内の患者図書室機能であることを確信させるものである（福井次矢、H20年分担報告）。

我々は、平成18年に河北総合病院内に患者図書室を設立し、実際に運営しつつ、そこを拠点として実践的な研究と開発に取り組んできた。図書室は月曜日から土曜日まで、午前10時から午後4時まで開館し、一日平均ほぼ20名の患者が利用した。

平成18年に入院及び外来患者を対象に医療情報に関するニーズ調査を行った。その結果、患者が医師の説明に納得し、聞きたいことは全て聞いていると思っているものは約30%であり、約60%の患者はまあまあと答えた。つまり、大多数の患者は、医師からの説明に必ずしも十分納得しているわけではなかった。

平成20年12月、図書室の利用状況について調査を行った。入院患者の年齢分布と異なり、65歳以下の患者が圧倒的に多かった。自ら学ぼうとする患者は、この世代であることが示されたことは興味深く、今後の患者図書室の意義に大きな示唆を与えた。

慢性疾患においては、患者は医療の消費者であるばかりでなく、医療資源であり、患者のヘスルリテラシーのレベルが医療の質の大きな決定要因であることから、糖尿病患者を選び、患者図書室において、学習処方箋を用いた教育システム（糖尿病Expert Patient Project）の研究・開発に取り組んできた。

本年度は、学習処方箋による患者教育システムの教育の効果を評価するために、50問のクイズを用いて教育の前と後で2回実施し、比較分析を行った。また、クイズ133問を、正解率、識別力で評価した。今後、改善を継続し、糖尿病の知識レベルの評価尺度としていきたい。また、交換表のe-learningシステムを作成したので、とりあえず教育入院の副教材として使う予定である。

栄養指導は糖尿病の管理には中心的に重要であるので、日常生活の中でも十分な精度で栄養コーチングができるシステムを構築するため、携帯電話やデジタルカメラの映像による栄養指導システム作成のための基礎的な研究を行った。撮影の画質、ランチョンマット、栄養士の経験年数が有意に関係すること、料理の諸特性が、精度と偏りに影響することがわかった。

糖尿病の患者会を開催し、図書室の利用の現状、将来の利用意向を調査した（2009年3月7日）。その結果、参加者53名のうち、38%が既に患者図書室を利用していた。また、72%が今後利用したいと答えた。CDSMの準備として小グループの話し合いを試みたが、その効果の評価は今後の課題である。

D．考察

戦後世代は、豊かな市場から自分の納得いくものを購入する経験をつんできた。しかし、健康を害してみると、現状のわが国の医療システムでは、どこで、どのようなケアを受けるべきかについて消費者主権を発揮することができない。

患者は医療者からの説明を望んでおり、また説明を受けたと感じているものは多いが、必ずしも十分納得しているわけではない。そこから、不信が生じ、摩擦が生ずる可能性が生じることになる。

慢性疾患においては、患者のヘルスリテラシーはケアの質そのものであり、患者は重要な医療資源で

ある。しかし、現在の医療サービス体制の中には、患者がみずから主体的に疾病を学び、ケア提供者と協働するためのシステムがない。

NPO質研は、研究機関や行政でも研究できない、実践的な諸々の研究・開発を行うことを自らの使命としてきた。2007年より、河北総合病院内に患者図書室を設置し、病院と共同して運営をしつつ、多面的な研究・開発に従事してきた。

その結果、患者図書室は患者に利用され、高く評価されてきた。また、慢性疾患の一例として、2型糖尿病患者に対して医師が「学習処方箋」で指示した内容の学習を図書室で行うことによって、ケア提供者の説明と効率の向上に寄与すると同時に、患者のヘルスリテラシーが改善することが示された。

糖尿病の患者は、管理不良の者、中断者が多い。インタビュー調査の結果は、患者の内的な心理や思いは医療者の想定とはかなりずれていることが明らかになった。このことは、従来のコンプライアンス、オドヒアレンス・モデルではなく協働的パートナーシップの重要性を示している。

教育入院等が疾病管理に有効であることは明らかであるが、その効果を持続させることが課題である。中でも栄養管理が重要であるが、食生活は生活習慣の中で最も変化しにくいものである。原理原則を学ぶだけでは、不規則な生活や外食が多いなど、現在の食生活での実践は困難である。IT技術を用いたコーチングのシステムを構築し、その有効性を評価すべきである。しかし、画像によるエネルギーなどの栄養素の推定がどの程度の精度で可能なのかを実証的に明らかにしておく必要がある。

本田らの実証研究結果は、ランチョンマットを用いて、一定の撮影条件であれば、エネルギー量の推定は可能であることを示した。ただし、料理や盛り付けの条件によっては偏りやばらつきが大きくなるので、別のアプローチが必要となろう。

このようなコーチングシステムが実現できれば、スタッフとして栄養士を確保しにくいプライマリーケアの場でも質と効率の高いケアの提供が可能となるであろう。

しかし、患者図書室は病院にとっては不採算部門であり、建設のコスト及び人を配置することが困難である。医療事務の補助者の延長として、何らかの政策的な支援が望まれる。

E．結論

病院内の患者図書室は患者に利用され、特に若い世代の患者に好んで利用され、協働の医療の促進に資する。患者図書室の機能は地域における慢性疾患の管理にも用いられる可能性がある。

しかし、患者図書室は病院にとっては不採算部門であり、建設のコスト及び人を配置することが困難である。医療事務の補助者の延長として、何らかの政策的な支援が望まれる。

G．研究発表

1. 論文発表
   1) 鷲岡雅誉「２型糖尿病外来患者における自己管理と医療者との協働の実態及び意識に関する研究」東京大学医学部健康科学看護学科修士論文、2009.
   2) 田中かおり「デジタル画像によるエネルギー推定に関わる要因の検討」女子栄養大学大学院修士論文、2009.
   3) 郡司篤晃「NPO医療の質に関する研究会の患者図書室プロジェクトについて：協働の医療を築く：患者図書室機能の新たな展開、病院図書館、28(3):113-118,2008.
2. 学会発表
   1) 郡司篤晃、河北博文、山崎　敏「河北総合病院における「患者図書室」の目的・実績・評価、全日病学会（2008、東京）
   2) 田尾一郎、佐々木純子、武田朝子、中北由美、小林仁、郡司篤晃、角田圭子、吉田勢津子、「Expert　Patient　育成を目指した当院の取りくみ」、日本糖尿病学界（2008.5.24）
   3) 田中かおり、本田　佳子、郡司篤晃「デジタル画像におけるエネルギー推定に関わる要因」第12回日本病態栄養学会（2008、岐阜）

H．知的財産権の出願・登録状況

なし

資料 1

糖尿病「学習処方箋」

受付番号

年　　月　　日

河北総合病院　内科＿＿＿＿＿＿＿＿

健康図書室（下記案内図を参照ください）へおいでいただき
糖尿病およびその治療に関するクイズに挑戦ください。
その後それぞれのビデオまたはパンフレットをご覧いただき、
クイズ内容の確認をしてください
１科目につきクイズ５分、ビデオ視聴 15 分程度となります。

＊健康図書室へお越しになる際は、「学習処方箋」「糖尿病手帳」をお持ちください。
＊ クイズ内容に関するご質問は主治医へご確認いただくかまたは健康図書室の書籍などでお調べいただけます。

＜必須科目＞全員の方が対象です			
指示	No.	科目名	資料
	0	ﾁｬﾚﾝｼﾞｸﾞｲｽﾞ	なし
	1	糖尿病とは	ビデオ
	2	糖尿病の食事療法	ビデオ
	3	糖尿病の運動療法	ビデオ
	4	低血糖とは	ビデオ
	5-1	糖尿病の合併症	ビデオ
	5-2	糖尿病性腎症	ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ
	5-3	糖尿病性網膜症	ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ
	5-4	脳梗塞と心筋梗塞	ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ
	5-5	神経障害	ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ
	6	病気になった時	ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ
	7	糖尿病と高血圧	ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ
	8	足の病変	ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ
	9	糖尿病とストレス	ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ
	10	ﾁｬﾚﾝｼﾞｸﾞｲｽﾞ	なし
＜選択科目＞医師の指定がある場合のみ			
	1	糖尿病の薬物療法	ビデオ
	2	インスリン療法	ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ

＜健康図書室の場所＞

河北総合病院　本院　本館１階
健康図書室（内線３１３０）
＜開館時間＞
月曜日～土曜日　午前 10 時～午後４時
日曜日・祝日は閉館日です

資料 2

糖尿病チャレンジクイズ設問別分析

2009.01 末

		誤答数			誤答率(%)			識別力		
No	(正・誤)番号. 設 問	前	後	差	前	後	差	前	後	
1	(○)1. 糖尿病が悪くなると「のどが渇く」「尿の量や回数が多くなる」「体重が減る」などの症状がでる	1	0	1	1.4	0.0	1.4	0.09	0.00	*
2	(×)2. 糖尿病ではいくらのどが渇いても，水を飲まないほうが良い	3	6	−3	4.1	8.1	−4.1	0.32	0.25	
3	(○)3. 糖尿病はインスリンの作用不足が原因で起こる病気である	6	5	1	8.1	6.8	1.4	0.10	0.13	*
4	(○)4. 2型の糖尿病は遺伝的に糖尿病になりやすい体質にくわえて，食べ過ぎ運動不足などの生活要因が加わったことによって発症する	10	5	5	13.5	6.8	6.8	0.28	−0.05	
5	(×)5. インスリンの分泌が少なくなると，体は太ってくる	28	30	−2	37.8	40.5	−2.7	0.33	0.47	
6	(×)6. インスリンは肝臓から出るホルモンで血糖を上げる働きがある	20	6	14	27.0	8.1	18.9	0.52	0.11	
7	(×)7. 糖尿病の採血はいつも食前に行うのが良い	48	47	1	64.9	63.5	1.4	0.37	0.48	
8	(×)8. 病院で測ってもらった血糖値が低ければ心配ない	24	18	6	32.4	24.3	8.1	0.39	0.35	
9	(×)9. 症状がなくなり，ヘモグロビンA1cも正常範囲になったら病院に通院はしなくて良い	19	7	12	25.7	9.5	16.2	0.46	0.35	
10	(○)10. 糖尿病の人はヘモグロビンA1c値が6.5%未満になるとコントロール良といえる	21	15	6	28.4	20.3	8.1	0.18	0.01	*
11	(×)11. ヘモグロビンA1cでは採決日の血糖のコントロール状態がわかる	38	31	7	51.4	41.9	9.5	0.31	0.46	
12	(×)12. ヘモグロビンA1cは食前に採血した時と食後に採血した時とでは結果が変化する	49	39	10	66.2	52.7	13.5	0.35	0.44	
13	(×)13. 糖尿病の食事療法は，甘いものを食べないようにすることだけに気をつけていればよい	2	0	2	2.7	0.0	2.7	0.42	0.00	
14	(×)14. 食事療法がどうしてもつらくてできない人は，内服薬をのんで血糖を下げればよい	6	8	−2	8.1	10.8	−2.7	0.31	0.21	
15	(○)15. 嫌いな食べ物がある場合は，食品交換表の同じ表の中の食品と交換してかまわない	15	3	12	20.3	4.1	16.2	0.31	0.16	
16	(○)16. 食事療法がうまくいっているかどうかは，標準体重が維持できていることが目安になる	21	17	4	28.4	23.0	5.4	0.20	−0.05	*
17	(×)17. てんぷらやフライなどに使う油は，指示されている食事の中に数えなくてよい	8	3	5	10.8	4.1	6.8	0.52	0.11	
18	(×)18. 三大栄養素(炭水化物、タンパク質、脂質)のうち最も高エネルギーなのは炭水化物である	34	41	−7	45.9	55.4	−9.5	0.32	0.36	
19	(×)19. 運動療法でエネルギーを消費すれば，食事療法はしなくても良い	4	1	3	5.4	1.4	4.1	0.27	0.02	
20	(×)20. 運動療法は早朝や夕方の食事前に行うのが最も効果的である	29	8	21	39.2	10.8	28.4	0.36	0.33	
21	(○)21. 血糖コントロール不良なときには，運動はしない方がよいこともある	21	12	9	28.4	16.2	12.2	0.47	0.33	
22	(×)22. 合併症が進んでいる人でも，運動はぜひ行うべきである	37	25	12	50.0	33.8	16.2	0.35	0.48	
23	(×)23. 糖尿病で視力が悪くなったのでメガネなどを作り変えた	39	28	11	52.7	37.8	14.9	0.37	0.41	

24	(○)24. 糖尿病性網膜症は，眼底の血管にいろいろな病変が起こってくる病気で，当初自覚症状がなくても，やがては視力が落ちて失明にいたることがある	2	0	2	2.7	0.0	2.7	0.32	0.00	
25	(×)25.むくみが出てきたら糖尿病性腎症が始まってきたと考える	64	68	−4	86.5	91.9	−5.4	0.14	0.21	*
26	(○)26.日本の透析導入の原因の第一位は糖尿病性腎症である	17	1	16	23.0	1.4	21.6	0.47	−0.06	
27	(○)27. 糖尿病性神経障害では，手や足の先がしびれたり痛くなることがある	3	1	2	4.1	1.4	2.7	0.15	0.05	*
28	(×)28. 糖尿病性神経障害の人は足が冷えるので，素足で湯たんぽやストーブであたためると良い	28	13	15	37.8	17.6	20.3	0.44	0.35	
29	(×)29. 糖尿病で立ちくらみや排尿障害などが起こることはない	15	8	7	20.3	10.8	9.5	0.42	0.08	
30	(×)30. 血糖のコントロールに影響を及ぼすのは内臓脂肪ではなく皮下脂肪である	18	9	9	24.3	12.2	12.2	0.55	0.60	
31	(○)31. 糖尿病の人は，心筋梗塞や脳卒中など，血管に関係する病気にかかる確率が高い	2	0	2	2.7	0.0	2.7	0.15	0.00	*
32	(○)32. 食後の高血糖は心筋梗塞や脳梗塞の起き易さと強い関係がある	11	0	11	14.9	0.0	14.9	0.26	0.00	
33	(×)33. 血圧が高いことが糖尿病の合併症の進行を早めることはない	10	3	7	13.5	4.1	9.5	0.53	0.31	
34	(×)34. 悪玉コレステロール(LDLコレステロール)の管理目標値は、糖尿病の人とそうでない人と同じである	38	27	11	51.4	36.5	14.9	0.32	0.48	
35	(○)35. 糖尿病の人は，靴ずれ，タコ，ウオノメ，深爪など足の傷やできものに気をつけ，できてしまったときは外科や皮膚科にかかって正しい治療を受けることが大切である	6	2	4	8.1	2.7	5.4	0.28	0.19	
36	(○)36. 糖尿病のコントロールが悪いと膀胱炎や胆のう炎にかかり易くなる	24	5	19	32.4	6.8	25.7	0.23	0.03	
37	(×)37. 低血糖発作は，インスリンで治療している人では注意が必要だが、内服薬で治療している人では心配ない	11	3	8	14.9	4.1	10.8	0.46	0.31	
38	(×)38. 低血糖が起こったときでも，カロリーの取り過ぎに注意が必要なので，さとうではなく人工甘味料などを使用する方がよい	39	13	26	52.7	17.6	35.1	0.47	0.23	
39	(×)39. 低血糖が起きて冷や汗をかいているが、あと3分で家につくので我慢して車を運転した	4	1	3	5.4	1.4	4.1	0.54	0.02	
40	(×)40.インスリンで治療中の糖尿病患者よりも内服薬で治療中の患者の方が軽症である	37	29	8	50.0	39.2	10.8	0.27	0.16	
41	(×)41. 糖尿病の薬を飲み忘れたら気づいた時点ですぐ飲むことが大切である	40	14	26	54.1	18.9	35.1	0.39	0.32	
42	(×)42. インスリンの注射をいったん始めると，どんな人でも一生やめることはできない	25	10	15	33.8	13.5	20.3	0.52	0.48	
43	(×)43. 糖尿病の人はかぜなどほかの病気で食欲がなくなって食事がとれないときや，嘔吐・下痢がひどいときでも，インスリンや内服薬はがいつもどおり使用した方がよい	27	13	14	36.5	17.6	18.9	0.46	0.21	
44	(×)44. ほかの病気になったり，けがをしたりしたときには栄養をつけないといけないので，いつもより多く食べる方がよい	12	1	11	16.2	1.4	14.9	0.55	0.02	
45	(○)45. 多くの糖尿病は完全には治らないので，入院したり通院したりしている間だけではなく，	8	4	4	10.8	5.4	5.4	0.34	−0.01	

	今後もずっと養生を続けなくてはならない									
46	(○)46. 糖尿病であっても，食事療法・運動療法・薬物療法で血糖値のよい状態が続けば，健康人と変わらない日常活動ができる	3	0	3	4.1	0.0	4.1	−0.03	0.00	*
47	(×)47. 糖尿病の合併症と喫煙は関係がない	12	1	11	16.2	1.4	14.9	0.48	0.36	
48	(×)48. 血糖値がよければ，太りすぎていてもよい	7	2	5	9.5	2.7	6.8	0.63	0.33	
49	(○)49. 糖尿病がある人は，体重、腹囲、一日の運動量、摂取カロリー、血圧等を自分で測って自分で管理することが必要である	4	0	4	5.4	0.0	5.4	0.38	0.00	
50	(○)50. 自己血糖測定は糖尿病コントロールを改善させるためには有効な手段である	2	0	2	2.7	0.0	2.7	0.51	0.00	
	不正解	19	12	7	25.7	15.8	10.0			
	正答数(%)	31	38	7	74.3	84.2	10.0			

＊は識別力が 20%以下の設問

別添4

II. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
鶴岡雅誉	「２型糖尿病外来患者における自己管理と医療者との協働の実態及び意識に関する研究」	東京大学医学部健康科学看護学科修士論文				2009	
田中かおり	「デジタル画像によるエネルギー推定に関わる要因の検討」	女子栄養大学大学院修士論文				2009	
郡司篤晃	「河北総合病院における健康図書室の試み」	NPO医療の質に関する研究会シンポジウム				2007.2.10	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
郡司篤晃	「NPO医療の質に関する研究会の患者図書室プロジェクトについて：協働の医療を築く：患者図書室機能の新たな展開	病院図書館	28（3）	113-118	2008

郡司篤晃「NPO 医療の質に関する研究会の患者図書室プロジェクトについて：協働の医療を築く：患者図書室機能の新たな展開、病院図書館、28(3):113-118,2008.

NPO「医療の質に関する研究会」の患者図書室プロジェクトについて
「協働の医療」を築く：患者図書室機能の新たな展開

NPO 医療の質に関する研究会　副理事長

郡司篤晃

I. はじめに

「医療の質に関する研究会」（以下「質研」）はこれまで医療の質向上のために研究開発事業を行ってきましたが、医療の質向上の最後の道程として Health Literacy の問題と取り組むことになりました。この問題をさらに広い視野とわが国の歴史の文脈からとらえなおして、病院図書室機能の展開を考えています。以下、その経緯とプロジェクトの概要について述べます。

II.「質研」のこれまでの活動

特定非営利活動法人医療の質に関する研究会は、1987 年、東京都病院会の青年部会の中に、「JCAHO 研究会」として発足しました。当初はその名が示すとおり、アメリカの病院の第三者評価機構である JCAHO の活動を勉強して、日本にも同様のものをつくろうという、東京都内の病院の若手の院長・婦長をはじめ関係者の実践的な研究会でした。筆者は当時、東京大学医学部の保健管理学教室を担当していましたが、同部会の会長の河北博文氏から支援を依頼され、教室をあげてその活動を支援することになりました。その後、この研究会は、全国 60 ほどの病院の参加を得て、1990 年には名称を「医療の質に関する研究会」としました。

病院の第三者による評価のための評価基準や採点基準などの道具をつくり、評価者を教育して評価システムを作っていく作業は、この高速交通機関の発達した時代に一歩々々歩いていくような作業でしたが、一応の使えるようなシステムができました。その結果、1995 年に、日本医療機能評価機構が発足し、第三者評価を実施する機能は評価機構に移行しました。

一方、私たちは構造による評価には満足できず、プロセスや結果による評価の研究に取り組んでいました。そこで注目したのがクリティカル・パス[1]でした。これは医療の内容の標準化による質と効率の改善の有望な手法であると思い、その研究と普及に努めました。その結果、「パス法」は燎原の火のごとく医療界に受け入れられ、学会ができ、ここのところ毎年 3000 以上の医療職の人々が集い交流をするまでになりました。

パス法は「患者用のパス」を作ります。近年、全ての医療施設において侵襲の大きな検査や手術については必ずインフォームド・コンセントが行われていますが、患者用パスはいうならば医療の全プロセスについてのインフォームド・コンセントです。パス法の評価研究をしていて気がついたことは、「患者用パス」によって患者も含めたチーム医療が実現する、患者と医療者の「協働の医療」が実現する可能性があるということでした。しかし、真の協働が可能になるためには、患者家族と医療者間の良質なコミュニケーションが必須です。医療者が説明しても、患者・家族の側に基礎的な知識が欠けていてはその意味を理解することはできません[2]。

そのころ、アメリカ医師会の委員会の報告書 Health Literacy[3] に出会いました。そこには「Health Literacy は医療の質向上の最後の道程

---

[1] クリティカル・パスは古い工程管理のソフトで、医療では critical といえば重症を意味し、path は小道なので、医療の世界では良い意味ではありません。そこで、Clinical Pathway などと呼ぶことが多くなってきたので、私たち質研は「パス法」と呼ぶことにしました。郡司篤晃（2000）「パス法:その原理と導入・評価」へるす出版

[2] 河北総合病院での調査では、「医師から情報を十分に得られていますか？」、「十分納得していますか？」、「主治医に十分質問していますか？」という問いに、「十分」と答える人は 30%強、「ある程度」と答える人が 60%強でした。松本佳子、他（2006）「健康図書室解説・評価のための Formative Research」民族衛生学会

[3] AMA(2004), *Health Literacy*, IOM

(final path) である」とありました。

我々は、より広い視野とわが国の制度史という文脈から、Health Literacy の問題は特にわが国においては重要だと考えて、質研としてこの問題に取り組むことにしました。

III. より広い視野と歴史的文脈から

1. 「医療崩壊」と文化摩擦

「医療崩壊」[4]という言葉が流行していますが、それは多くの人々が、特に医療者が、ある種の妥当性を感じるからでしょう。それは信頼関係の崩壊です。そしてそれは決して最近起こった現象ではなく、大きな流れです。象徴的な出来事が起こると、その出来事を通して突然人々はその流れを実感させられるのです。

医療者と患者の関係は古来の人間関係であり、医学・医療技術が進歩した現在でもその本質は変わっていません。医療はその効用が「不確実」であるため、結果について契約することができません。医療者と患者は信頼に基づいて医療技術を使って病を克服するために協働する、つまり可能性にかけて挑戦するのです。

しかし、この古い人間関係には、患者側にも変化が生じてきました。戦争中から戦後にかけて、日本では多くの人々が肺結核でその命を奪われました。結核になると患者は長い療養生活を強いられました。その時代、結核になるのは運命的な出来事であり、医師は長い闘病生活の心強い共闘者であったので、患者にもおのずと医師にたいする畏敬の念が生じました。

医学・医療技術が発達し、病気が治るようになると、人々の医療に対する見方に微妙な変化が生じました。人々の間に次第に病気とは治って当然であるという誤解が広がりました。人々は医療を単なる修繕の技術のように思い始めました。単なる修繕であれば、うまく行かなければ依頼者としては不満が生じます。こうして、患者の側にも医師・患者関係を変質させるものが育ちました。

また、戦後、わが国の経済が成長し、豊かな市場経済の中で、人々は自分の好みにあった買い物をする訓練を受けて、消費者主権の意識を持った立派な消費者に成長しました。

人々は長生きになり、自分も当然長生きすると思っています。一方、人はいつかは病気になり、死を迎えることは当然なのに、なぜか病気になった時の準備をすることができません。病気になってはじめて、どこへ行ったらよいか、どのようなケアを受けるべきかわからず、消費者主権は全く発揮できないことに気がつきます。そして、強い情報ニードが生じます[5]。納得が得られないと不満が生じます。さらにその背後には自分の不運に対する不満があるはずですから不満の解消は困難です[6]。

そのような変化に対して、我々の社会、特に医療者の対応が遅れてきたように思われます。医療者の心の底にはまだ「知らしむべからず、よらしむべし」という気持ちが残っているのではないでしょうか[7]?

これは医学・医療技術が引き起こす社会との文化摩擦ですから、医療が進歩したら人々の医療に対する満足度は向上し、患者・家族と医療者の間の摩擦は解消するのではないかと考えがちですが、むしろそれは逆でしょう。医学・医療技術の発達はこの文化摩擦をむしろ大きくするのです。

2. 医療制度の影響

わが国において、この変化に対する対応を遅れさせた要因は医療制度の中にもあります。特に、医療費の支払い制度である項目別出来高払い制度の影響が大きいと思われます。

戦後の健康保険制度ができ、医師および医療施設に対する医療費の支払いはいわゆる項目別出来高払い制度で行われていきました。この制度は広く世界的にも医師に好まれてきた支払い制度ですが、次第にその欠点が現れてきました。

その欠点の一つは、説明を経済的に評価しにくいということです。説明に点数をつけると、説明したとして多くの請求が上がってきてしまいます。したがって、出来高払いの欠点の一つは、評価は「もの」に偏るということです。この経済評価の仕組みはいわば性悪説になっているということです。

もう一つは、出来高払いはサービスの量を増やします。それに加えて、政府が医療費を抑制するために、政策的に項目の点数(単価)を切り下げて

---

[4] 小松英樹「医療崩壊:立ち去り型サボタージュとは何か」朝日新聞社

[5] 大きく分ければ、①施設の選択、②治療の選択、③障害が残る場合には生活の場などの選択です。

[6] 患者の満足度に影響を及ぼす因子は多くあるが、現在の健康状態は大きな因子です。郡司篤晃(2002)「医療システム研究ノート」丸善プラネット

[7] 実はその根はさらに深い。ケア提供者は、利他的な人ほどその受け手は受動的であるべきだと思っているようです。Le Grand J (2003) *Motivation, Agency, and Public Policy*, Oxford. (郡司ら訳「公共政策と人間」聖学院大学出版会、2008.

きましたが、そうすると医療施設には収入を確保するためにさらにサービスを増やさなければというインセンティブが働きます。つまり薄利多売です。サービスを増やすと資材を多く使うことになり、せっかく医療施設に支払われた医療費は医療資源を提供する企業側に多くが支払われていき、結果としては医療施設には少ししか残らないことになります。

医療における費用で最大の項目は人件費ですから、医療施設は人を増やすことは極めて難しくなります。特に、非採算部門には人を振り向けることはできません。ですから、医療施設で働く人々はますます忙しくなり、説明の時間も制約を受けざるを得ないでしょうし、図書室などの非採算部門を設けること、そこに人を配置することはきわめて困難な構造になっています。

現在の政府支出の半分強が公債関係と社会保障支出で、中でも医療費の伸びが特に多いのです。投資とサービスの消費を完全に医療提供者と患者に任せ、その費用を公費でまかなう経済の構造が破綻しようとしています。この閉塞感が医療崩壊の妥当性を感じさせているのです。

IV. 患者中心主義と新たな健康教育

しかし、以上のような厳しい状況にもかかわらず、いやむしろだからこそ、我々は医療の質と効率向上に努めなければなりません。医療者の患者に対する説明の目的は患者が納得することです。告知と患者の納得とは切り離せません。患者・家族に説明を求められたら説明しなければなりません。しかし、医療者からの説明に患者・家族が完全に納得するために医療者が提供すべき必要な情報量、そのための努力は、膨大なものとなるでしょう。ですから、医療者側からの説明や情報提供にも質と効率の向上が求められているのです。

また、患者・家族も自分で調べてみたいこともあるでしょうし、協働者として自らも学ぼうとする努力も必要でしょう。思えば、現在のわが国の医療サービス体制の中には、患者・家族に医療情報を提供する明示的な仕組みが欠けていた、それを作ってこなかったのではないでしょうか。

古くは医師と患者の人間関係は「包括的信頼」[8]だといわれてきましたが、近年は「患者中心の医療へ」と進化してきました。しかし、M Stewart ら[9]の言うように医師が患者のレベルに下りていくというのは父権主義的（paternalistic）であり、むしろ相互性（mutuality）が重要だという批判もあります[10]。これは我々が考えていた「協働」と近い考え方です。

特に、慢性疾患の管理を考えると Health Literacy[11]の向上はそのままケアの質向上であり、また患者自身が管理者、さらに患者自身が「貴重な医療資源である」と言う見方[12]も正しいでしょう。

Health Literacy とは、ただ医学的な知識があるとか技術があるというだけではなく、それを実行する力を得ること（empowerment）が重要であると考えられています。その鍵になるのが自己効力感（self-efficacy）[13]だといわれています。さらに、患者が互いに励ましあい、経験を交流することによって、療養生活の不安を自信に変えることができるというのです[14]。

これらは従来の健康教育の考え方を根本から変え、消費者の主体性を尊重し、それを励ます新たな考え方であり[15]、今後色々な場面でのその有効性や妥当性を検証していくとともに、重要な活動として推進していく必要があるでしょう。将来、質研の患者図書室をそのような活動の場としていきたいと考えています。

V. シンポジウム：「ヘルスリテラシーと図書室機能の新たな展開」の開催

2006 年 4 月、質研は副理事長の河北博文氏が

---

[8] Parsons T.(1964, 1973). 12 章「医療社会学の領域に関する若干の理論的考察. In:「社会構造とパーソナリティ」、新泉社

[9] Stewart M, et al. (2003), *Patient-Centered Medicine*: Transforming the Clinical Method (2nd Edition), Radcliff Medical Press.

[10] Roter D (2000), The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship, *Patient Education and Counselling* 39(5): 5-15.

[11] Health Promotion における Health Literacy は、「健康を維持増進するために情報へアクセスし、理解し、活用する動機づけと能力を決定する認知的、社会的スキル」（WHO 1998）

[12] Department of Health (1999), *The Expert Patient:* A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century.
（http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/MinistersandDepartmentLeaders/ChiefMedicalOfficer/ProgressOnPolicy/ProgressBrowsableDocument/DH_4102757）

[13] Bandura A (1997) *Self-Efficacy*: The Exercise of Control, W H Freeman & Co.

[14] Lorig Ket al (2000, 2nd), *Living a Healthy Life with Chronic Conditions*: Self-management of Heart Disease, Arthritis, Diabetes, Asthma, Bronchitis, Emphysema, and others, Bull Publishing Company. (近藤房江訳（2001）「慢性疾患自己管理ガイダンス：患者のポジティブライフを援助する」日本看護協会出版会)

[15] 例えば、糖尿病の患者教育においては、'adherence' とか 'compliance' を高めるという従来の考え方を完全に捨て去ることが重要である、という。Funnel MM, Anderson RM, et al (2002) , *101 Tips for Diabetes Self-Management Education*, ADA. 門脇孝監訳、大橋健訳（2006）「糖尿病セルフマメジネント教育 101 のコツ」医師薬出版

河北総合病院内に患者図書室を建設し、以上のような概念の具体化の研究・開発に着手しました。

2007年2月10日、質研はその妥当性を広く検討するために、「ヘルスリテラシーと図書室機能の新たな展開」というシンポジウムを開催しました。また、アメリカのPlanetree Allianceの会長のSusan Frampton氏を招いて、同グループの基本的な考えやその具体的な取り組みについての講演をお願いしました[16]。

アメリカのPlanetree Allianceは、1978年、ある女性患者の主張により患者図書室を建設したことから出発し、患者中心の医療を単に研究としてではなく、実践活動とし推進している病院のグループです[17]。現在、アメリカを中心としてカナダ、ヨーロッパを合わせて100数十病院が加盟しています。

シンポジウムも実り多いものでした。例えば、その質疑の中で明らかになったことですが、聴衆の多くがPlanetreeの病院にはたくさんのスタッフが贅沢に配置されていることに驚いて、どこからそのような財源を得ているのかと質問しました。すると、実はその多くの人々がボランティアで、その200床の病院には400人のボランティアが奉仕しているという答えが帰ってきました。医療が医師のビジネスではなく、地域の社会資本と考えられていることの表れでしょう。

京都南病院の山室真知子氏からは「患者図書室の歩みと展望」が報告されました[18]。生物学には「個体発生は系統発生を繰り返す」という法則があります。母体の中で卵子から個体が発生して行く過程は、その生物の進化のプロセスを再現しているというのです。個体である一病院の患者図書室建設の努力と発展の歴史は、患者図書室が医療の重要な仕組みの一つとして大きく発展することを確信させるものでした。

シンポジウムにはもう一つの大きな反響がありました。それは、ある国際企業[19]が企業のCSR(Corporate Social Responsibility)の活動として、質研の患者図書室活動を広めることを支援したいという申し出があったことです。

VI. 質研の患者図書室プロジェクト

寄付の申し出により、2007年度より質研の患者図書室プロジェクトが発足しました。

医療およびその周辺においては、従来から多様な図書室活動が進められてきました。従来の病院図書室はスタッフの診療、教育、研究の支援が主な目的[20]であり、まだ患者・家族に公開されているところは多くはないようです。そのような目的のため、場所も医局の近くなどの比較的奥まったところにあり、患者の行きやすいところにはないのが一般的のようです。司書がいる図書室もありますが、通信技術・データベースの発達により、文献検索などはスタッフが自分で行うことが増えてきており、患者・家族の情報ニードの高まりを考えると、薬剤師や栄養士と同様に、病院司書も直接患者・家族にサービスをする方向に向かうべきではないでしょうか。

また、従来の患者図書室は、「入院中でも本による教養・娯楽書による楽しみを届けることで、患者さんの精神的支援を行う活動」でしたが、最近は健康・医療情報を提供するところも増えてきているようです[21, 22]。

公立の図書館は今後大いに医療・福祉関係の情報の充実が望まれます。医療施設の選択に関する情報や施設を受診するための情報を調べるためにはなくてはならない情報源でしょう。しかし、医師からの説明や手わたされたメモについてさらに調べたいというような場合には、ほしい情報に行き着くのは大変かもしれませんし、体調の優れない患者にとっては遠すぎるかもしれません。

以上のような考えから、NPO質研はHealth Literacyの向上と協働の医療の推進を目的として患者図書室プロジェクトを推進しています。プロジェクトの詳細はプロジェクトのサイト[23]を参照してほしいと思いますが、その概要は以下のようなものです。今後、5年間に50病院を対象に患者図書室を寄贈する計画です。河北総合病院の患者図書室を雛形として、2007年度は昭和大学病院に寄付第1号の図書室が完成しました。また、先日、日鋼記念病院にも完成しました。

寄贈するものは図書（患者用の医学書が中心）、書架と家具、事務ソフトと運営マニュアル、それと部屋の内装にあたる部分の改装が主なものです。

---

[16] NPO質研（2007.2.10）講演「Planetree病院のビジョンと活動」、シンポジウム「ヘルスリテラシーと図書室機能の新たな展開」（後援：東京都病院協会、日本製薬工業会、日本図書館協会、日本医学図書館協会、日本病院ライブラリー協会）。講演とシンポジウムは質研のホームページからストリーミングで視聴することができる。

[17] Susan Frampton et al (2006) *Putting the Patient First.* Jossey-Bass

[18] 山室真知子「患者図書室の歩みと展望、In: NPO質研（2007.2.10）シンポジウム記録、p.64-72

[19] 企業はアストラ・ゼネカ社。2005年以来、同社はNews Week誌による世界のCSRランキングで1～2位。日本語版ニューズ・ウィーク（2005年6月15日号で1位、2006年6月21日号で2位、2007年7月4日号で1位）

[20] http://jhla.org/about.php

[21] 全国患者図書サービス連絡会：http://kanjatosho.jp/seturitu.html

[22] 和田ちひろ(2006)、「患者の自己学習環境の整備状況に関する研究報告書」http://www.e7station.com/html/library/report2006.pdf

[23] 詳細はプロジェクトのサイトを参照してください：http://www.kanjatoshoshitsu.org/

質研のプロジェクトの最大の課題の一つは、優れたスタッフをどのようにして確保するかということです。また、「がん」などの重症な疾患の患者・家族の情報ニードは極めて詳細で深いものですから、患者用の医学書レベルでは明らかに不十分です。従って、病院図書室の機能との間をどうしたらシームレスにつなぐことができるかも大きな課題です。

さらにまた、臨床スタッフとの連携、書籍の分類[24]や選書のあり方[25]、医科大学や公立図書館などとの連携のあり方なども、各方面と相談しながら進めなければなりません。

我々は多くの先進事例[26]に学びながら、その支援を受けながら、また質研の患者図書室とも経験を交流しながら、プロジェクトを推進していきたいと考えています。そして、これまでの病院や公立図書館などの色々な活動の流れが合流し、さらに質研の流れも合流して、次第に大きな流れになって、わが国の医療の文化を変える力になって行きたいと思います。

文献

1 郡司篤晃 (2000)「パス法:その原理と導入・評価」へるす出版
2 松本佳子、他 (2006)「健康図書室解説・評価のための Formative Research」民族衛生学会
3 AMA(2004), Health Literacy, IOM
4 小松英樹 (2006)「医療崩壊:立ち去り型サボタージュとは何か」朝日新聞社
5 郡司篤晃 (2002)「医療システム研究ノート」丸善プラネット
6 Le Grand J (2003) Motivation, Agency, and Public Policy, Oxford. (郡司ら訳「公共政策と人間」聖学院大学出版会、2008.
7 T. Parsons (1964, 1973).「社会構造とパーソナリティ」12 章医療社会学の領域に関する若干の理論的考察、新泉社
8 Stewart M, et al. (2003), Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method (2nd Edition), Radcliff Medical Press.
9 Roter D(2000), The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship, Patient Education and Counselling 39(5): 5-15.
10 Department of Health (1999), The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century. (http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/MinistersandDepartmentLeaders/ChiefMedicalOfficer/ProgressOnPolicy/ProgressBrowsableDocument/DH_4102757)
11 Bandura A (1997) Self-Efficacy: The Exercise of Control, W H Freeman & Co.,
12 Lorig K, et al (2000, 2nd), Living a Healthy Life with Chronic Conditions: Self-management of Heart Disease, Arthritis, Diabetes, Asthma, Bronchitis, Emphysema, and others, Bull Publishing Company. (近藤房江訳 (2001)「慢性疾患自己管理ガイダンス:患者のポジティブライフを援助する」日本看護協会出版会)
13 Funnel MM, Anderson RM, et al (2002), 101 Tips for Diabetes Self-Management Education, ADA. 門脇孝監訳、大橋健訳 (2006)「糖尿病セルフマメジネント教育 101 のコツ」医師薬出版
14 NPO 質研 (2007.2.10) 講演「Planetree 病院のビジョンと活動」、シンポジウム「ヘルスリテラシーと図書室機能の新たな展開」(後援:東京都病院協会、日本製薬工業会、日本図書館協会、日本医学図書館協会、日本病院ライブラリー協会)
15 Frampton S et al (2006) Putting the Patient First. Jossey-Bass
16 山室真知子「患者図書室の歩みと展望、In: NPO 質研 (2007.2.10) シンポジウム記録、p.64-72
17 日本語版ニューズ・ウィーク(2005年6月15日号)
18 http://jhla.org/about.php
19 全国患者図書サービス連絡会: http://kanjatosho.jp/seturitu.html
20 和田ちひろ(2006)、「患者の自己学習環境の整備状況に関する研究報告書」http://www.e7station.com/html/library/report2006.pdf
21 http://www.kanjatoshoshitsu.org/
22 「市民への健康情報サービスのための基本図書およびWEB情報源リスト」を作成する会 (2007)「公共図書館のための『健康情報の本』選定ノート」
22 奈良岡功 (2004)「患者への医学情報の提供」医学図書館 51(4): 317-329.

---

[24] 質研では現在 Planetree の分類に準拠していますが、さらに検討が必要です。

[25] 市民への健康情報サービスのための基本図書およびWEB情報源リスト」を作成する会 (2007)「公共図書館のための『健康情報の本』選定ノート」は一般の人を対象とした基本的な医学書の選書(評価)のあり方やその結果を示していますが、このほかにも患者向けの医学書は増えています。また、企業の提供するパンフレットなども評価する必要があるでしょう。

[26] 奈良岡功 (2004)「患者への医学情報の提供」医学図書館 51(4): 317-329.