規制緩和政策のもとでのオーストラリアの病院図書館

木幡 洋子 *

愛知県立大学

I. はじめに

1980年代に深刻な経済危機に陥ったオーストラリアでは、経済政策の転換を余儀なくされ、1996年には労働党から自由党へと連邦の政権は移っていった。それに伴い、各州及び準州は、競争原理をもとにした経済の復興と発展を目指すことになったが、その大きな柱の一つに公共事業の民営化があった。無料の医療を支えていた公立病院もその対象となり、統廃合と民営化という再編が進められ、それに伴って病院図書館も再編が進められていった。

本稿では、こうした経済政策の歴史的転換のもとでのオーストラリアの病院図書館の90年代後半から現在までの変化について、筆者が2006年3月－4月にかけて滞在したメルボルンの病院図書館をもとに、政策の背景を踏まえて報告する。

II. オーストラリアの競争法とビクトリア州の病院再編

連邦において、1983年に政権を労働党に譲った自由党は、その後、現政権のハワード政権まで政権の座につくことはできなかった。もっとも、80年代の経済的危機の中で、世論として経済改革の声が高まっていき、1993年には自由競争と民営化こそが経済成長の源であるとする連邦競争政策報告書が政府に提出され、1994年には閣議決定によりこの政策を採用することとなった。そして、翌年の1995年には競争政策を州及び準州が実施することを約束するための3つの協定が連邦と州及び準州との間で取り交わされることになった。協定とは、Competition Principles Agreement, Conduct code Agreement, Agreement to Implement National Competition Policy and Related Reformsであり、これらの協定によっ

て、州及び準州は、競争政策を推進するための措置をとらなければならない。競争による経済成長を基本的枠組みとした新自由主義的構造改革が進められていくことになった。この改革の枠組みは、1996年にハワードが労働党政権に代わって自由党政権を連邦において樹立して以来、今日の第4次ハワード政権（2004年～）に至るまで維持されている。

構造改革の大きな柱として、公共事業の民営化がある。公共事業に競争を導入することで、時代にみあった新たな事業展開と低価格が実現され、消費者には選択の幅が広がると考えられ、電気、ガス、水道、交通機関などの民営化が進められていくこととなった。また、公立学校と公立病院においては、直接的な民営化政策はとられなかったものの、経営重視の運営形態がとられ、統廃合が進められていくことになった。

ビクトリア州においては、連邦レベルのこうした経済政策転換の動向と軌を一にして、1982年から1992年まで続いた労働党政権がケネット自由党に選挙で敗北した。以降、1999年まで、全豪州において最も過酷だと評される民営化と自由競争政策が、例外を許さないという強い姿勢で推し進められていくこととなった。病院に関しては、『ビクトリアにおける2050年の医療』¹⁾ (1995)というビジョンが策定され、同時に、病院計画委員会も設置されてこのビジョン実現に向けての具体的な実施計画が作成された。その計画に基づき、メルボルン周辺の病院は、Western Health Care Network, North Eastern Health Care Network, Peninsula Health Care Network, Southern Health Network, Inner & Eastern Health Care Networkという5つの地域ネットワークと、Women's & Children's Health Networkという2つの病院からなる特殊なネットワーク1つからなる、合計6つのネットワークとして再編されることとなった。

III. ビクトリア州の病院ネットワーク

1996年に政権が自由党のケネットに移って以降、急

*Yoko KOWATA : 〒480-1198 愛知県愛知郡長久手町大字熊張字 茨ヶ廻間1522-3. Tel.0561-64-1111 (内線1512)
kowa_yoko@yahoo.co.jp (2006年6月14日 受理)

変を伴う改革がビクトリア州において断行されていったが、病院に関しては先の『ビクトリアにおける2050年の医療』をもとに、新たに設置された病院計画委員会が1995年4月に『中間報告』を、同年6月には『第一段階のための報告』²⁾を提出し、病院は段階的にネットワーク形成のために統廃合されていくこととなった。この計画の実施により、メルボルン周辺の36の病院は6つのネットワークへと再編され、運営も従来の地区病院運営委員会に代わって新たなネットワーク運営委員会が設置された。従来に比べて委員の人数は減少し、有給の経営トップとして、医療を消費者と提供者の間で成立するサービスとして捉え、市場における競争的運営という市場モデルによって経営することが求められるようになった。この後も、『21世紀のメルボルンの医療ネットワーク (Taking Melbourne's health care networks into the 21st century)』(1995年)、『より健康な未来へ (A healthier future)』(1996年)というネットワーク化へ向けての具体的な計画が策定され、これらに基づき変革は進められていった。

もっとも、この変革が目的としたことを実現することは実質的には困難なものであった。ネットワーク化により期待されていた効率的で低コストの経営は、現実には、縮小された予算で病院を機能させることに手一杯のそれぞれの病院が、連携よりも限られた予算で自分を守ることに専念するという現象をもたらしつていった。こうした現象は、コスト意識の強い病院理事たちによって、ネットワーク事業に関わるより、施設内でのコスト削減を実施した方がコストに直結するという考えがとられたことによっていた。こうしたことの結果、政権が代わる1999年の時点において、6つのネットワークのうち2つが機能するにとどまることになった。その後、1999年には州民の選択として政権が労働党に交代するが、それに伴い、効率を重視したネットワーク化ではなく、住民に必要な医療を提供する政策へと代わり、ネットワーク政策は放棄されることになった。

もっとも、政策が変更されるまでのネットワーク編成のための変転は目まぐるしく、病院とそれに附属する図書館は嵐の中に放り込まれていた。1年の間に、病院が合併され、さらに分離されるという目まぐるしい経験をした病院もあり、36の病院のうち4つの病院が完全に閉鎖された。また、図書館においても、2つの図書館が附属していた病院に向けた入り口を閉ざしながらネットワークのために運営されるということも生じていった。図書館の閉鎖は、病院全体としての経費削減が必要であ

るという事情に加えて、各部署において資料が増えてきているということも理由としていた。また、該当資料を保有する病院が他の病院を支援するための無料リクエスト制度を、図書館スタッフの時間が取られ、病院にとっての利益に反するという経営陣の判断により、中止した病院もみられた。こうしたネットワークに消極的な病院の動きに対し、病院ネットワークの構築に伴い、新たな図書館が2館設置されるということも起きているが、それは後述する大学による研修病院への支援によってのものであり、積極的な病院の計画によるものではなかった。

IV. 病院ネットワークと図書館

病院のネットワーク化により、それぞれのネットワーク内における図書館には、資料の共有、大規模病院から小規模病院への技術支援、地域病院へのサービスなどが期待されていたが、現実には機能することができたのは Southern Health Network と Women's & Children's Health Network の2つだけであった。もっとも、ネットワーク形成の頃から、ネットワーク内の図書館はコンソーシアム会議を持つようになっており、そこでは、資料の合理化のために、雑誌購入のよりよい方法や資料の相互貸借、図書館ネットワークのマスタープラン策定、政府主導事業のオンライン・データベース・アクセス・プロジェクトなどについての話し合いが持たれている。この会議は、混乱の時期においてネットワークに反対する司書であってもその意義を認めていたものであり、定期的に同じ悩みを共有する司書が集まる場合は、今日に至るまで、司書たちの精神的な支えとして重要な役割を担ってきている³⁾。

ネットワークとして成功している地域では、それまで独立していた病院図書館がネットワーク内の図書館として再編されているが、ネットワークのあり方はそれぞれ異なっている。Southern Health Network における図書館サービスは、かつては5つの独立した図書館によって構成され、6つの病院、モナシュ大学の調査機関そしてコミュニティ医療サービスと精神科治療に関する地域医療サービスに対してサービスを提供していたものが一つのネットワーク図書館として再編されている。Women's & Children's Health Network においては、ネットワークに属する2つの病院はそれぞれ独自の図書館予算を持ち、スタッフは両方の図書館を移動して働くという方法を採用している。いずれにおいても、主任司書及び副司書は3日あるいは2日は2つの図書館を行き来して働くという状況が続いている。ネットワーク化により削減された人員の補填がない限り、こうした状

況は続き、その仕事量は「ネットワーク化前の4倍にもなっている」ともいわれている⁴⁾。

ネットワーク化された図書館サービスにおいて集中された機能は、資料の購入／収集、ネットワークアクセスのための目録作成、そしてネットワーク図書館委員会の組織などのようないくつかの運営機能であった。また、いずれのネットワークサービスにおいても、ネットワーク主任司書が管轄地内におけるサービスの計画と発展に対して責任を負っている。そのため、主任司書は、予算交渉、新たな技術を導入する計画の策定とその実施、そして新たな資料の選定と収集などの幅広い業務を行わなければならない、日々忙殺されている。任期は1年であるため、任期が更新されるためにも実績をつくらなければならないという意識は強い。また、定年は58歳と早く、そのため後継者を早期に養成することがネットワークを円滑に機能させるためには重要であり、Southern Health Library Network（以下 SHLN）の主任司書である Andrew Rooke 氏は副司書の養成も計画的に行っている。こうしたマネージャーとしての働きが円滑に進んでいないネットワークでは、ネットワーク図書館サービスは形骸化しているのが実情である。

V. 病院図書館基準とその水準の維持

オーストラリアにおいては、病院図書館についての法定された施設・設備基準というものはない。けれども、ガイドラインとしての The Equip Guide が連邦政府によって作成されており、このガイドラインをもとに監査が行われるため事実上の強制力が働いている。また、一般的な基準については、オーストラリア図書館・情報協会（Australian Library and Information Association : ALIA）が1988年に採択した Health Library 基準がその後2度の改訂を経て、今日では2000年改訂版として専門的な基準として参照されている⁵⁾。法的な強制力はないものの、事実上、これらの水準は現場の司書によって維持されてきている。

もっとも、病院のコスト削減に伴って削減された図書館予算の減少は、新たな問題を引き起こしている。予算削減により減少した資料は、ネットワークによる資料の共有によって補充されるため、資料の量的水準の維持はある程度成功している。けれども、ネットワーク化による仕事の増加を想定しないで作成されたガイドラインによるスタッフの数では、増加した仕事量をこなさなければならないスタッフにとってその仕事量は過重なものとなっている。この点、筆者が滞在していた Southern

Health Care Network に所属する病院図書館でつくられている SHLN を統括する Monash Medical Center Library の Rooke 氏は、戦火のザンビアにおいて図書館を守るために働いた経験があり、マネジメント力と交渉力において高い資質を持っているため新しい事態への適応が早かったという特殊な事情があった。また、それが、基準の混乱や予算の減少という困難な事態においても図書館ネットワークを成功させた一因でもあることを同氏の口から聞くことができた。それにしても、単館のみのマネジメントから5館を統括しなければならなくなったことからくる仕事量の増大が相当なものであろうことは、司書ではない筆者にも想像は難くない。

Southern Health Care Network: 凡例 +病院, ●地域医療センター
(2006年7月現在の状況であり、これらを統括する事務局としての Southern Health は Monash Medical Center の建物内にある。)

図書館ネットワークを構築することができていない4地域においては、競争政策の一環である中立政策によって、図書館機能の一部あるいは全部が民営化され、統御を失っていった図書館も見受けられた。中立政策とは、公共施設内の機能であっても、清掃や警備、保守点検、フードサービスなど、公共目的の本質とは無関係な部門においては民間業者が競争入札によってその部門を担当するというものであるが、病院図書館サービスを私立病院に下請けに出したり、競争入札によって業者に委託するということも生じていった。もっとも、これは例外的なことであり、ほとんどのネットワークでは図書館は競争政策の対象外となっている。ただし、現実としてコスト削減はすべての図書館を直撃しており、サービスの維持が困難であるという共通の悩みを抱えている。

VI. 病院図書館スタッフ資格ならびに配置基準

ここでは、規制緩和政策以降の病院図書館の実情を

わかりやすいものとするため、前述の ALIA による医学図書館ガイドライン (Guidelines for Australian Health Libraries) について概説し、さらにそれぞれの図書館規模に応じた最低基準としてのスタッフ配置基準を紹介することにする。

ガイドラインは、「計画と発展」「組織と運営」「資源の活用」「情報とサービス提供」という4つの領域によって構成されている。第1領域の「計画と発展」では、図書館の任務と利用者の特性と必要な情報の性質が定義され、それによって導き出される戦略と図書館の目的と目標について言及されている。なお、この領域においても、「利用者のニーズに応えることができるだけの十分な有資格スタッフ」が必要であることがあげられている。第2領域の「組織と運営」では、図書館は組織として上層の運営チームと直結していること、また、サービスについての構想や発展に対して責任を負うこと、現行の図書館業務を維持し、法の遵守と専門家としての職責における倫理が求められることが述べられている。第3領域の「資源の活用」では、有資格スタッフが図書館における最も基本的な資源だということを前提に、そうした重要な資源である専門家としてのスタッフには、ニーズの評価、一定のサービスの維持、有効なサービス提供、仕事量の計測、コストを効果的に消費する能力などが、最低限必要な能力として求められている。第4領域の「情報とサービス提供」では、情報検索から情報入手までに必要な事項が整理されおり、利用者がこれらの各段階で情報を利用することができるよう、図書館が積極的に教育と訓練を行うことが求められている。

スタッフ配置についての詳細なガイドラインは、付記としての Appendix one において、下記の病院図書館分類に従い、次のように定められている。なお、この基準は、主任司書でもある図書館マネージャーの経験をもとにした最低基準として定められている。

病院図書館分類

- a. 外部教育機関との公的連携図書館
- b. インターンシップ、レジデンス、その他の基礎訓練認定図書館
- c. 医学研究プログラム実施機関図書館
- d. 地域医療あるいは緊急医療提供病院図書館。連携専門機関へのサービスも含む。
- e. 施設内専門職員用図書館

この基準に照らした時、前述の Monash Medical Center Library は、ネットワーク前に比べて担当館が自館のみから他の4つのネットワーク図書館を管轄することになり⁶⁾、

病院図書館最低スタッフ配置基準 (ALIA 基準)

図 書 館 分 類	最低スタッフ配置基準
第1分類：a-d 全てに該当 かつ専門スタッフ数1000人以上	主任司書 1 副司書 1 基本業務担当司書 1 技術者 2 事務職員 2
第2分類：a-d 全てに該当 かつ専門スタッフ数1000人未満	主任司書 1 副司書 1 基本業務担当司書 1 技術者 1 事務職員 1
第3分類：a-d のうち3つに該当 かつ専門スタッフ数1000人以上	主任司書 1 副司書 1 基本業務担当司書 1 (あるいは技術者 1) 事務職員 1.5
第4分類：a-d のうち3つに該当 かつ専門スタッフ数1000人未満	司書 1 司書あるいは技術者 1 事務職員 1
第5分類：a-d のうち2つに該当 かつ専門スタッフ数300人以上	司書 1 技術者 1 (あるいは事務職員 1)
第6分類：a-d のうち2つに該当 かつ専門スタッフ数300人未満	司書 0.5 事務職員 1
第7分類：a-d のうち少なくとも1つに該当	地域図書サービス館 司書 1 非地域図書サービス館 技術者あるいは 事務職員 1

統括館としての負担は数倍に増えているにも関わらず、技術者1名、事務職員1名であり、単館としての基準すら充足していない。このため、3名のボランティアが、それぞれ週半日の割り当てで支援のための業務を行っている。こうした状況のもとで、司書は8時半から5時半までの勤務時間内に仕事を終了することはほとんどない。開館は24時間で、夜間に利用された図書を開館と同時に整理して棚に戻すことから一日が始まり、予算や新規事業についての交渉、ネットワーク館の巡回、管轄内における会議、窓口業務など、マネージャー・指導者・利用者サービス担当と、目まぐるしく動き、かつ頭脳を使っている。

同館とそのネットワーク傘下の病院図書館では、司書達がマネージメント能力を維持するために、医学図書館に関する種々の研究調査を行ってきた。けれども、この数年は、副司書の入れ替わりやネットワーク系列病院の変化などが重なり、各司書の業務は多忙をきわめ、チー

ムとしての研究ができなくなっているという。現在は、副司書の Marijana Bacic 氏が閉館後数時間を研究に費やし、ウェブ利用と図書館の関係を調査している。この成果は2006年6月のカナダ図書館協議会大会で報告されたが、上司である Rooke 氏によって研究が奨励されるため、Bacic 氏が多忙な中を縫いながら精力的に研究を行うことができた結果でもある。彼らと筆者の3人で、閉館後の執務室で現在のオーストラリアにおける病院図書館の現状と課題についてよく語り合ったが、困難な状況のもとで、それを打破しようとする前向きな姿勢がもたらす研究心には常に感銘を受けた。もっとも、これは、図書館が組織の中で重要な部門として位置づけられ、運営についての発言力を持ち、また経営を委ねられていることによるものだとも思われる。

こうした重責を担う司書として、主任司書や副司書の多くは、大学院において図書館情報学の修士号を取得している。これは、就業当初から取得している場合もあるが、ビクトリア州の主要病院である Royal Melbourne Hospital の主任司書である Majella Puyh 氏のように、執務を始めて必要性に駆られて大学院に社会人入学をし、研修時間制度を利用して取得したという例もある。

同州には、ALIA とは別に、Health Library Inc. という病院図書館司書を中心にした団体もあり、機関紙発行や研究会開催を行い、仲間意識と研究意欲は旺盛である。その中での専門職者同士の仲間意識と助け合いの次のような好例を、最近、知ることができた。

メルボルン滞在中に行ったインタビューの中に、Department of Human Services 附属の図書館主任司書 Virginia Staags 氏がおられた。同氏のもとに、電子情報化が進み、ジャーナルの多くがすでに電子ジャーナルとして整備され、また Clinicians Health Channel (以下、CHC) という州の事業として構築されたウェブサイトも整備されていることを理由として、図書館には7台のコンピューターのみを残し、図書、雑誌は廃棄の上、それらのスペースは会議室にするという連絡が、2006年6月6日に突如としてもたらされた。これに対し、Health Library Inc. の会長 David Lloyds 氏は、同日の内に、行き場を失う図書や雑誌を会員の図書館で引き取ってくれるよう呼びかけ、貴重な資料の廃棄を会員の協力で防ぐことが決まっていた。Lloyds 氏は、メルボルンから車で1時間のベンディゴ病院図書館司書であるが、トラックを借りて会員の図書館を回って資料の移転を行う計画だという。こうした判断の迅速さと実行力が、現在の病院図書館が経験している受難の時に於いて、医学図書館の図書館としてのレベル

低下を押しとどめているように思えて仕方がない。まさに、図書館は「人」であるということの証明である。

同様の司書の努力は、今回の図書館縮小の要因となった CHC に対してもいえる。司書たちは、司書不在で CHC が構築されることは間違いであることを主張し、司書が関与することをビクトリア州に認めさせている。今日においても司書の関いは続いており、予算の増加、電子情報時代における紙媒体の意義、コンピュータ時代における司書の役割などが社会的に認められるよう、情報の専門家として論陣を張り、図書館とそこに所蔵される非電子資料を守るための動きが起きつつある。

VII. 研修病院図書館と大学からの支援

医師や看護師などを養成するための研修病院に対しては、1965年から、連邦政府の「研修病院助成」のプログラムの一環として助成が行われている。もっとも、助成は、研修病院に直接ではなく大学に対して行われている。大学は、連邦から交付された助成金をもとに研修病院に対して助成を行い、助成対象費目は、名誉職への支払い、運営費用、維持とサービスにかかる費用、そして研修病院内の図書館が改善されていくための費用など多様である。連邦は1984年からは運営費交付を中止したが、以降は、それまでの配分と同額のもので維持助成として交付され、助成の名目は変更されているが実質は変わっていない。2001年には、総額にして51億6800万ドルが全国の10の大学に配分されている。

この大学への助成は、研修病院に大学が交付する義務があるものだが、実際の交付方法については、連邦は何のガイドラインも示していない。このため、交付額や交付方法は大学によって異なっている。こうしたガイドラインの不在と交付実務の多様さから、大学と病院の職員の双方が交付金の意味を明確に把握することができないことも生じている。交付先である病院の経理職員が、一体何のために交付されているかを知っていない場合には、病院図書館が十分に監視をしていないなら、交付金は病院財源のブラックホールに吸収され、図書館のために用いられないまま霧散してしまう可能性があることが指摘されている⁷⁾。

筆者はモナシュ大学医学図書館とその研修病院司書が行っている2006年4月の定例会を傍聴させてもらったが、その際にも、大学図書館が交付した交付金について、病院経営者がその全額を図書館に配分していないことが問題となっていた。2004－2005会計年度（2004年7月～2005年6月）までは大学図書館が図書館に直接交付

していたものが、新年度の交付が病院経営者に交付されたために生じた新たな問題だということであった。なお、こうした大学と研修病院司書との定例会は、モナシュ大学医学図書館とその研修病院において実施されているのが唯一の例だとのことである。

モナシュ大学医学図書館における研修病院司書との定例会
(2006年3月)

VII. おわりに

脱稿直前に、ビクトリア州の Department of Human Services 付属図書館が実質的に閉鎖されることになったという連絡を受けた。90年代の規制緩和政策は、教育や福祉に暗い影を落としながら、それが国民生活の向上にとって真に実効があったのか、他に代替的な方法がなかったのかなど疑問が多い中で、いまだそれらに対する検証はなされていない。その一方で、格差の拡大や、競争至上主義からくるモラルの低下などが指摘されているが、一度立てられた爪あとが病院図書館にくっきりと残っていることは司書以外の人々にはあまり自覚されていない。民営化や競争の導入の弊害に対し、連邦や州が責任を持たなければならない「公共の利益」とは何かという議論が行われており、医療や教育を典型とするこの領域は、民営化や競争の立ち入らない領域だと理解されている。図書館がこの領域に入るかについての理解は分かれているが、図書館において歴史的に維持されてきた「無償」の原則を想起すると同時に、図書館が重要な教育施設であり、教育権を保障する場であることは忘れられてはならない。ところで、Patient Education という科目が医学生必修科目であるオーストラリアでは、医師の重要な能力として患者への説明能力が求められてい

る。このため、病院図書館を充実・整備することは、医師による患者教育と患医療情報提供を豊かなものにし、患者の自己決定権を守ることにもなる。こう考えると、病院図書館は「公共の利益」が妥当する領域であり、その利益を守ることが競争政策に優先されると考えるべきだと思われる。厳しい財政難の中、筆者のこうした考えがどこまで妥当するかについての検討は、オーストラリアのみならず、日本の現状を振り返ったときにも研究課題とすべきことであろう。

注釈

- 1) Victoria Dep. of Health and Community Services, Victoria's Health to 2050: Developing Melbourne's Hospital Network, Melbourne: VGPO, 1995.
- 2) Metropolitan Hospitals Planning Board, Developing Melbourne's Hospital Network: Phase I Report, Melbourne, The Board, 1995.
- 3) Andrew Rooke & Sue Cawthorn. The impact of hospital networks on hospital libraries in Melbourne, 1995-1999[internet]. <http://conferences.alia.org.au/shllc1999/papers/rooke.html> [accessed 2006-05-20]
- 4) 実際、筆者が滞在した、Southern Health Library Networkの拠点であるMonash Medical Center Libraryの司書たちは通常8時から6時過ぎまで働き、その間にネットワーク内の図書館を週1～2回巡回している。職員は、主任司書1名、副司書1名、司書1名、図書館技術者(目録作成・図書整理)1名、ボランティア3名で、主任司書と副司書はネットワーク内の他の3図書館を巡回している。なお、かつてはもう一館あり、スタッフ数は変わっていないため、結果的に増員となっている。司書は、ネットワーク内図書館の構想、予算交渉、図書の整理、貸し出しなど、マネジャーと図書館日常業務を兼務している。主任司書と副司書は図書館情報学の大学院修士卒である。
- 5) オーストラリア図書館協議会. Guidelines for Australian Health Libraries[internet]. <http://www.alia.org.au/policies/health-libraries.html> [accessed 2006-04-20]
- 6) もっとも、現在は1館がネットワークから外れ、司書の仕事量は軽減されたが、予算や資料の点ではネットワーク全体にとって減少となっている。
- 7) Barbara Jacoby & Andrew Rooke. University funding for Australian teaching hospital libraries, 1993 to 2001[internet]. <http://conferences.alia.org.au/shllc2001/papers/jacoby.rooke.html> [accessed 2006-05-20] 本論文の翻訳は、次の拙稿参照。木幡洋子. オーストラリアの競争政策と医学情報図書館. 社会福祉研究 2006;8:57-64.

Effect of National Competition Policy on Hospital Libraries in Australia

Yoko KOWATA

Aichi Prefectural University, 1522-3 Ibaragahazama, Kumabari, Nagakute-cho, Aichi-gun, Aichi-prefecture 480-1198, Japan

Abstract: Australia suffered from an economic crisis during the 1980s and subsequently adopted the National Competition Policy in 1994 to escape from this crisis. As a result of this policy, hospitals were organized into networks to reduce management costs. Consequently, some hospital libraries were obliged to close or downsize in response to budget cuts by hospital administrations. Even under these severe circumstances, however, hospital librarians continued to serve their clients. In Victoria, health librarians, including hospital and medical librarians, established Health Libraries Inc. for the purpose of cooperation and exchanging information to make libraries better, however, obtaining sufficient funding was difficult. So, teaching hospital libraries negotiate with university about funding them to serve university students and staff.

However, because hospital administrators and officers are often oblivious to the need for library funding, health libraries are often neglected in delivering the money from university, if librarians do not keep their eyes on the flow of money. In Australia, librarians are usually required to be qualified not by law, but by history; and this circumstance seems to have enabled the quality of health libraries to be maintained despite the harsh situation that has resulted from a competition policy.

Key words: Hospital Library; Health Library; Teaching Hospital Library; University Funding; National Competition Policy

(*Igaku Toshokan* 2006;53(3):290-296)