

精神科病院の IT 導入

独立行政法人 国立病院機構
菊池病院

田中 亨治

はじめに

本発表は、
前任地
(医療法人横田会 向陽台病院)
における経験について
述べたものです

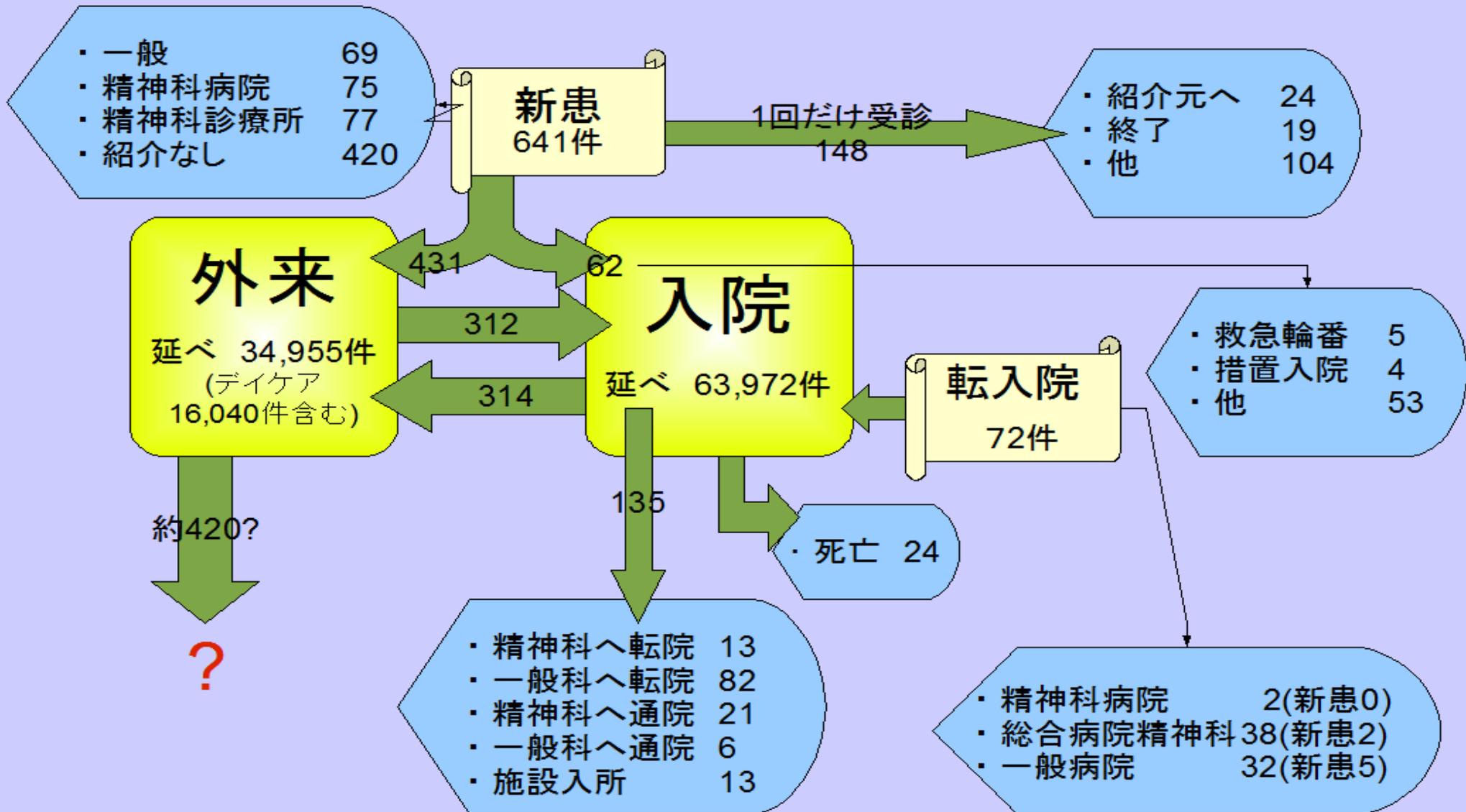
病院と地域の概要

- 220 床の単科精神科病院 (2010 年 3 月当時)
 - 医師 11 名 (常勤 6、非常勤 5)
- 立地
 - 熊本県鹿本郡植木町 (現熊本市植木町)
鹿本郡 (当時) では唯一の精神科病院
 - 近隣に精神科クリニックが 1 件
- 診療の守備範囲
 - 薬物依存を除く精神科ほぼ全般
 - 摂食障害、児童思春期やや多め
 - 措置入院 (自傷他害のおそれあり) も受けている

最近の病院の写真 (ホームページより)



2008 年度患者動態



お話しする範囲

- システムについて
 - 電子カルテシステム
- 業務について
 - 精神医療特有の問題
- 改良プロセスについて
 - 改良遍歴、電子カルテ委員会の活動
- 時期
 - 2004 年の導入前後 (当時は非常勤医師)
 - 2007 ~ 2010 年、演者が常勤医師として関わった時期

向陽台病院の情報システム

- 電子カルテシステム (2004 年 6 月～)
- 医事システム (同時に導入)
- 他の部門システム
 - 薬局 2006 年頃、自動分包機導入時
 - 栄養科 (スタンドアロン)

精神科医療の特殊性 (1)

- 強制的な治療がある
 - 精神保健福祉法を根拠とする治療
 - さまざまな入院形態：
任意入院、医療保護入院、措置入院、
緊急措置入院、応急入院、その他・・・
 - 治療を行う場合、正しく法に基づいて行っていることを
証拠として残す必要がある

精神科医療の特殊性 (2)

- 特殊な治療
 - 例えば、修正型 ECT、認知行動療法・・・
 - 医事的には通院精神療法、入院精神療法、精神科作業療法、その他・・・
- 処置が少なく、手術はない
- 検査は
 - 画像検査や臨床検査は少ない
(多い医療機関もある)
 - 心理検査が多い

精神科医療の特殊性 (3)

- 入院、外来以外のサービス (特にデイケア)
- 病院の規模に比べて、職種が多い
 - 医師、看護師、心理士、ソーシャルワーカー、作業療法士、事務職員 (病棟クレーク含む)...
- 医師や看護師が少ない
 - 220 床を 6 人の常勤医師 (院長、副院長を含む) で担っていた
 - 看護基準 急性期でも 13:1、療養は 30:1

精神科病院用電子カルテの必要性

- 総合病院用パッケージは、そのままでは使えない
 - 必要な機能が満たされない
 - 不要な機能が多い
- 業界全体の傾向として、
人不足で、経営基盤も貧弱なので、情報技術に
コストをかけられない
 - 複雑なカスタマイズは避けたい

精神科に特有な業務の例

- 医療保護入院

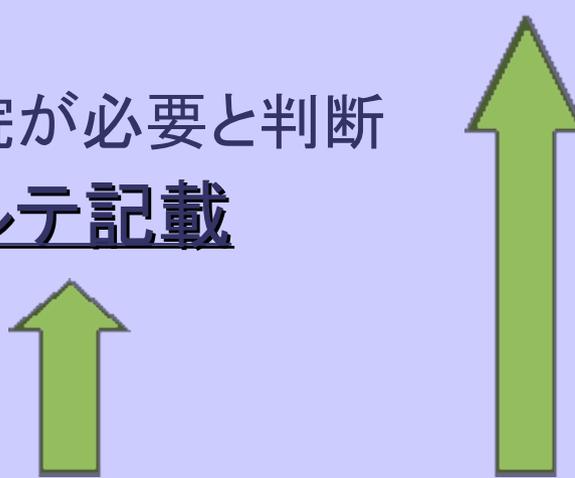
- 本人から同意が得られない状況で、保護者から同意を得て、患者さんを入院させる

- 指定医による診察 …… 診察結果をカルテ記載

- 精神障害者であり、かつ、
- 医療及び保護のための入院が必要と判断

- 手続き …… それぞれカルテ記載

- 指定医診察
- 保護者から同意を取得
- 入院を告知



ここで定型文が使われる

デモ

電子カルテ導入前夜

- もちろん紙カルテ
- オーダはすべて伝票
- LAN なし
- 病棟には黒電話
 - そろそろFAXが欲しいと思っていた
- 事務所にスタンドアロンの医事コン

電子カルテ導入直後

- 基本的には、道具に人を合わせる運用
 - 統制の強い企業風土
 - 「電子カルテなんか使わない」、「入力しない」と言うような医者はいない
 - 高齢の医師には、アシスタントの事務職員をつけた
 - カスタマイズは、ほとんどなし
(マスターテーブルをちょっといじる程度)
 - 医事システムも、カルテと同じベンダー

導入から 1~2 年

- 記事の入力
 - 定型文・精神保健福祉法に準拠した記述
 - 入退院や ECT の定型文は重宝する
 - デフォルトの定型文は癖が強い
(手直したいが、カスタマイズ機能を使いこなせない)
→ ひたすらフリーテキストを入力するスタイルが定着
- 処方など指示の省力化
 - 薬切れによる電話呼び出しは、ほとんど無くなった
- 記事参照は圧倒的に楽
 - 当時は記事本文の全文検索ができなかったが、それでも急患対応に重宝

3年後(2007年4月)の状況

- 異常停止は非常に少ない
 - 2006年の台風で1度止まった
 - 不具合時の対応も迅速で誠実
- 医事や法改正への対応は抜かりない
- 字の汚い医者の方が読めるようになった

素晴らしい!!!

とはいえ、

- GUIに改良らしい改良はほとんどなし
- 紙カルテや紙処方箋の混乱が、そのまま電子化
 - 誰にも手をつけられないまま放置
- ベンダーとのコミュニケーションも不調
 - そもそも病院側が、問題点や要求事項を集約してベンダーに提示できていない
 - ただただ、不満が募る..

電子カルテの改善プロセス

- 電子カルテ委員会
 - 情報管理室専属職員 1 名 (委員長)
 - 各部署 (病棟、外来、栄養科、コメディカル部、診療部) から 1~2 名ずつ
- 基本的には、電子カルテシステムだけを扱う
 - 当初は導入準備委員会だった
 - 現在は月次の定例会を開いている
- 電子カルテ委員会の月次定例会
 - 議題に沿って結論を出し、管理者に「助言」「提案」を行う

ベンダーとのコミュニケーション

- 相手に要望を伝える前に
 - 自分たちの要望を収集、集約しないといけない
 - 思い付きで小出しに意見や要望を出しても相手が困る
- 相手をやり込めても意味がない
- 相手の都合に合わせすぎてもいけない
 - 敬意を払いながら、率直な議論をする

身内とのコミュニケーション

- 会議が愚痴を披露する場にならないようにする
 - アジェンダを作る
 - 建設的な意見を盛り上げる
 - 努めて雰囲気明るくする
 - 愚痴や皮肉は冷たくあしらう
 - 議事録をきちんと残す
- 実際にやったこと …

上の人とのコミュニケーション

- 実はこれが一番厄介
 - 情報技術に関する知識と関心の乏しさ
 - 採算性に大きくシフトした思考パターン
 - 気紛れと思いつき
 - 彼らを動機づけできるキーワードは、「病院機能評価」「医事の改訂」「法改正」などの外的要因

バージョンアップ等 (1)

- 2008年1月、メジャーバージョンアップ
 - 日誌類の拡張
 - 処方薬セットの並べかえ
 - 検査の一括オーダー
 - 病床管理機能の追加
- 外注の臨床検査業者に、オーダー情報を渡す箇所を電子化
 - 伝票書きの不要化
- 臨床検査の項目セット再編成
 - 導入当初のセットは、必要な項目を見つけにくかった

バージョンアップ等 (2)

- 2010年2月、準メジャーバージョンアップ
 - 検索機能の充実
 - 診察記事の検索が可能に
 - 患者検索の条件を追加 (性別、担当医、入院外来区分など)
 - 併用薬の相互作用の警告
 - GUI 改良
 - 体温表からの入力機能追加
 - 処方画面の改良
 - 病院機能評価対策
 - 薬歴簿の実装
 - 指示簿

もっともうまくいった方法

- 3年間、ベンダーや身内とのコミュニケーション方法をいろいろ試した
- 最もうまく行ったのは、最後の準メジャーバージョンアップだった
 - カルテ委員を通して、現場からできるだけたくさん要望を吸い上げる
 - カルテ委員が要望のリストを作る
 - 読み返して、意味がわかるように書き直す
 - リストをベンダーに渡して、話し合いの日を決める
 - リストについて、ベンダーとカルテ委員で話し合う（だいたい半日ほどかかる）

運用だけで解決した問題の例

- 問題：病床管理機能が1年間使われずに放置
 - 解決：
病棟にクラークを配置して、入力者を明確化した
- 問題：当直に来る非常勤医師の入力
 - 解決：
病院で、独自にインストラクションマニュアルを自作し、情報管理室長が当直医に使い方を解説した
さらにまごつく場合は、医局秘書が質問に答え、操作方法を解説した

課題

- 情報の後利用、標準化は、まだ夢の世界
 - 5~6年前の学会での議論にすら、たどり着いていない
- 定型文の使いこなし、手直し
 - みんなプレーンテキストを打つので精一杯
- マニュアルの充実
- ハード/ソフトウェア（開発プラットフォームも）の陳腐化
 - 今はIE6 + ASP。これからどうするか。
- 福祉事業部は、電子カルテのスコープ外
 - 名簿管理も全く別扱い

まとめ

- 精神科単科病院において、6年間電子カルテを運用中
 - ほとんどカスタマイズせずに使えているのは、精神科専用カルテならではの事
- 「現場が実感できる改良」の実現に努めた
- 3つのコミュニケーション
 - 対 ベンダー
 - 対 電子カルテ委員および医療現場
 - 対 病院上層部
- 相手に要望を伝えるためには、病院側が自ら要望をまとめる能力が求められる