

院内研究大会 第11回医療マネジメント大会

2010年 1月14日

6-2病棟におけるクリティカルパスの バリエーションシート集計結果

6-2病棟 望月益江

I. はじめに

6-2病棟は、泌尿器科、胸部外科、心臓血管外科、婦人科の混合病棟として、各科手術目的の入院比率が多く、クリティカルパス（以下パスとする）も多く利用している。

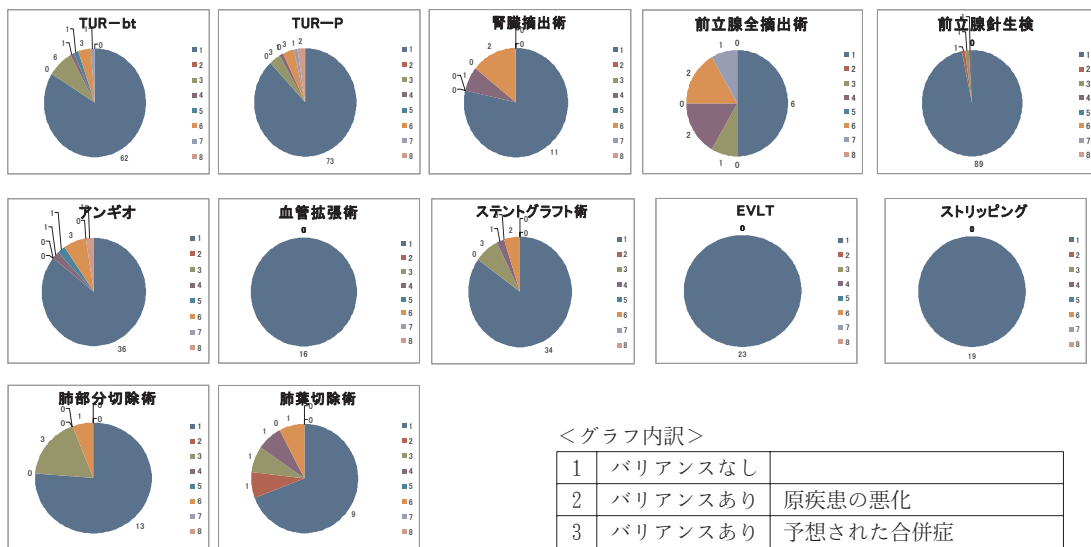
そのパスに対し平成20年6月から当院パス委員会作成のバリエーションシートによるチェックを開始しており今回、各科の使用頻度が多いパスのバリエーションシートの集計結果をまとめたので報告する。

II. 集計方法の実際

平成20年6月5日から平成21年5月31日までの総バリエーションシート数は497枚であった。この中でバリエーション評価の記載が出来ている482枚中、1年間に10例以上使用したパスのバリエーションシート446枚を対象とし集計した。

III. 結果

円グラフを参照



<グラフ内訳>

1	バリエーションなし	
2	バリエーションあり	原疾患の悪化
3	バリエーションあり	予想された合併症
4	バリエーションあり	予想外の合併症
5	バリエーションあり	患者・家族の理解得られず
6	バリエーションあり	その他
7	バリエーションあり	医療者要因
8	バリエーションあり	病院システム要因

IV. ま と め

パスによって医療の標準化や質の向上が得られるがその適正の評価と修正を確立するためにバリエーション分析が必要となる。今回、バリエーションシートの集計で各科共バリエーション発生要因は、「患者要因」がほとんどでありその中で〈予想された合併症〉が多くを占めていた。

これらはパスの修正や見直しを必要とするほどのアウトカムの逸脱とはならず回復している。

「医療者要因」は1例のみで、「病院システム要因」「地域・社会要因」はみられなかった。

治療結果に影響を及ぼさない薬剤・処置の変更などをバリエーションとして捉えていない場合もあり個人の判断の相違がみられた。

V. 今後の課題

現在のバリエーションシートはマイナスの評価になっているがプラスのバリエーションも評価されるとよい。バリエーションの判断基準の指標となるものがなく個人の判断に任されている。その為評価基準を統一化し、だれでも、適切なチェックができる方法の検討が必要と感じた。

移植法改正後の臓器移植 「どうなる日本の臓器移植」

院内移植コーディネーター 田形 勝 至

院内移植コーディネーターの役割のひとつに、職員に対しての臓器移植推進のための啓発活動がある。年に一度、医療マネジメント大会の場を借りて解説を行う。今回も、昨年改正され今年7月から施行される臓器移植法について、わかりやすく解説を行った。

今回大きく改正された点は、本人の意思表示の書面がなくても家族の同意があれば脳死下での臓器提供が可能になる点、15歳以上という年齢制限の廃止、死のあり方として脳死提供をする場合のみ、人の死を脳死と位置付けていたが改正後は、一律に日本における人の死はすべて脳死と決めたことである。

施行まで半年ほどであるが、この改正案で大きな問題が残されている。年齢制限を廃止したことで小児の臓器移植が可能になるが、小児の場合は脳死類似状態からの回復力が高く、たとえ脳死になっても心肺機能が長く保続するなど、小児に対

する脳死判定の難しいことが挙げられる。死生観に対しても日本では昔から人の死は心臓死と考えられてきた。法律的に人の死を脳死と定めても、死の宣告を行う現場では改正後も臓器移植のための脳死ということは変わらないと思われる。しかしこのことで日本宗教連盟がノドナーカードを100万枚発行するなど波紋を呼んでいる。

提供臓器の不足やWHOが発表した海外に渡航して受ける臓器移植の自粛を求める指針案を基に臓器移植法が改正され、少なからず今よりは臓器提供が増えると思われるが、当院においては、いまだに積極的に移植を進める体制は整っていないのが現状である。

意思表示カードの提出や家族の申し出があった時に、患者さん本人や家族の意思が尊重されるように、その気持ちをしっかりと受け止めて速やかに対応出来る様な体制作りなどの活動を行っていきたいと思う。