2023年度クリニカルパス教育セミナー「楽しく学ぼうクリニカルパス　～知ろう！作ろう！使いこなそう！～2023」　Ｑ＆Ａ集

	質　問	回答者	回　答
1	クリティカルインディケーターの例で…呼吸器をつけた等の処置が必要になった事例のような、パス中止の事例のみがクリティカルインディケーターで、それ以外の場合（バリアンス）で対応した場合には、クリティカルインディケーターではないように誤解する人がいるように思ったのですが…あくまでもこの事例のクリティカルインディケーターは、「呼吸状態が安定している」という理解でよいですよね？	森影	説明がわかりにくくすみません。この場合のクリティカルインディケーターは、「呼吸状態が安定している」となります。呼吸器をつけた場合ではなく、あくまでも「呼吸状態が安定している」というアウトカムが達成できず、今後の治療に影響を及ぼすこととなる状態であることを指しています。
2	演者のご施設の電子カルテでは、パスと非パスの観察項目を入力する場所は１つでしょうか？	森影	当院では富士通を使用しております。観察項目を入力する場所は経過表とアウトカム評価画面にあります。パスと非パスの観察項目を同時に入力する場合は経過表からの入力を行なっています。
		高志	同一です。
3	パスの作成にあたって「平均入院日数やDPCを参考に設定」とおっしゃっていましたが、DPCはⅠ、Ⅱ、Ⅲのどこまでの期間を参考にされているか教えて下さい。	森影	当院ではDPCⅡで設定しています。施設内で医事課や診療情報管理室などとご検討いただくといいかと思います。
4	1つのアウトカムに複数の観察項目があった場合、アウトカムの達成/未達成はどのように決められるのでしょうか？たとえば観察項目の未達成の数など、アウトカムごとに決めて良いのでしょうか？	森影	基本的に1つのアウトカムに複数の観察項目（アセスメント）があった場合、観察項目（アセスメント）が１つでも未達成があればアウトカムは未達成としバリアンス登録をしています。未達成の数よりも、観察項目（アセスメント）を必要なものに絞ってもよいかもしれません。
		高志	一つでも適正値から外れていればアウトカムは未達成です。
5	当院では、アウトカムに対してアセスメントを1つに設定しているが、資料では、複数アセスメントを選択されていましたが、可能なのですか？	森影	当院での施設ではアウトカムに対してアセスメントを３つ程度で作成しています。施設によって基準が違うとは思いますが、作成上は可能かと思います。
6	パスの中止を判断するのは誰になりますか。 バリアンスが発生して、パスの脱落の時は、医師がパスを終了させていますか？	勝尾	パスの中止は、パスの適用と同じく医師の判断・権限になりますが、指示が明確であれば医師事務作業補助者が代行で行うことも可能です。予め脱落基準を明示しておき、現場スタッフ（もっぱら看護師ですが）が判断して医師に中止を進言するのもよいと思います。
		森影	バリアンスの中止を判断するのは医師です。医師の指示をもとに看護師がパスを終了する場合もあります。
		丸岡	当院でパスの中止を判断しているのは医師です（しかし、パスの継続が困難と思われる状態に陥った時やパスの中止と相関するバリアンスが発生した時などは医師以外の医療スタッフがパスの中止を医師に進言しても良いはずです、質問者が言う「判断」にそういったことも含まれているのであれば全ての職種になるかもしれません）。 原則、当院ではバリアンスが発生してパスの脱落時のパス終了は医師が行います。 なお、多職種への権限付与を検討されているのであれば「電子クリニカルパス操作における事務職（医師事務作業補助者・クラーク）の代行操作に関する指針」や「クリニカルパス実践テキスト第二版.電子クリニカルパスの代行入力の留意点（p132）」をご一読いただければ、より理解が深まると思います。
		高志	継続・中止の判断は医師のみです。
7	バリアンス分析を行なうのに必要な症例数ならびにその根拠となる文献を教えてください。	勝尾	20症例（脱落症例も含めて）が基本ですが、あくまでも経験則であり、根拠は特にありません。
8	パス作成時に組み込まれている指示簿指示を使用した場合は、未達成となりバリアンスになるのでしょうか？ 指示簿の薬剤を使用してアウトカムを達成しているような状況では、バリアンス発生（変動）となりますか。それともアウトカム達成と評価すればいいでしょうか。	勝尾	ゲートウェイ方式をとっているのであれば、バリアンスとなりませんが、オールバリアンス方式をとっているのであればバリアンスとします。あまりに頻繁に発生するようであれば改善の余地があるからです。ただし、病院の取り決めとして、指示簿指示実施はバリアンスとしないとしてしまうことも可能です。
		森影	指示簿の薬剤を使用してアウトカムを達成している状況ならば、使用することを前提にパスを作成しておりますので、バリアンスとは判断していませせん。使用後の評価を実施して観察項目（アセスメント）を入力して良いと思います。
		丸岡	バリアンスにするorしないはそれぞれの施設で決めて良いと思います。 これまで当院ではバリアンスとしてきませんでしたが、今年からバリアンスにする方針を変更しました。その理由は、バリアンスにすることで指示簿指示（必要時指示）の使用状況をNECの実装システムから抽出できるようになることから、分析が容易になると考えたからです（例：痛みと入院期間など）。
		高志	そもそも、バリアンスとなるような観察項目の異常が指示簿指示(当院では必要時指示といいますが)を使うきっかけではないかと思いますので、バリアンス発生だと思います。

	質　問	回答者	回　答
9	勝尾先生の事例でお示しいただいたL氏（70歳）とT氏（58歳）を比較した場合、クリティカルインディケーターに影響を与えた背景要因（年齢等では逆の結果が予測されますが）への対応は、チーム医療での個別的なアプローチの腕の見せ所のようにおもいますが…差支えない範囲で具体的に検討された内容があれば教えて頂きたいです。	勝尾	確かに個別対応の腕の見せ所ですね。今回特に検討はしてませんが、年齢・認知症・術前のADLなどに分けて分析してみれば、新たな知見が得られるかと思います。
10	当院でも富士通です。バリアンスコードを使用していますが、どのように集計できるのですか？	今田	富士通でバリアンス分析をする場合 ①アウトカムの未達成をバリアンスとしてこれを収集分析する方法と②処方オーダや検査オーダの追加をこれに加えて収集分析する方法に分かれます。これはクリニカルパス用語集で記されている「ゲートウェイ」「センチネル」「オールバリアンス」とは異なる分類なので注意が必要です。また②においてはパス画面から追加オーダしたものしかバリアンスとしてピックアップされませんのでパス患者における追加オーダの運用ルールを徹底する必要があります。 ①の場合は、アウトカムの未達成があった場合（狭義のバリアンス）、この理由（あらかじめ登録したバリアンス発生要因コード）を登録することをパス症例できちんと行うと、パス集計画面では、パスごとに設定期間内の「パス使用数・中止数・使用率」「バリアンス発生総数」「バリアンス発生理由」「パス日数ごとのバリアンス発生数」が表示されます。さらに、「パスの何日目のどのアウトカムが多く未達成になっているか」が表示されますので、これを基に日数延長や最終アウトカム未達成との関連性を検討することができます。
11	2週間で退院の圧迫骨折保存療法のパス。パス通りすすむ患者は10%程度。その他は1～２週退院日延期のバリアンス。パス作成医師に確認しても、想定内なのでこれで良いと。 疾患的にも受傷前のADLが大きく左右することは明らかです。元のADLをベースにした退院日数のパスを２通りあればと感じているのですが、どうしたらよいものでしょうか。	勝尾	現在のパスでそれなりの症例数がたまれば、バリアンス分析してみましょう。受傷前のADLや認知症などで在院日数に差が出てくるようなら、適用基準を明示して2-3種類のパスに分けるのがよいと思います。
12	回復期リハビリテーション病棟でのパスの活用は難しいでしょうか。特に脳卒中の患者は程度がそれぞれなので、使いにくいと言われました。	勝尾	回復期リハに入る患者は、何らかの不自由が残る場合が多いので、患者状態（ADL）をアウトカムに設定してパスを作成するのは困難です。ただし、入院（転棟）早期に行うタスク（評価やカンファレンス・入院時の手続き）、回復がプラトーに達したときの退院先の調整（家族面談や家屋評価・介護保険手続き）、退院間際に行うタスク（最終評価や退院後の調整）などを、フェーズ（プロセス）別パスとして取り込む用意ようにすることは可能です。タスクの漏れが減り、在院日数が少し短くなるはずです。
13	当院はオールバリアンス分析をしているのですが分析方針表はベンダーに依頼して作成するものなのでしょうか？それとも診療情報管理課と相談して病院独自で作成するものなのでしょうか？	勝尾	分析方針表を独自に作成するのは困難です。講演で提示したバリアンスコードと分析方針表は、クリティカルパスライブラリー（日本医療マネジメント学会が運営していますが、誰でも入れます）に公開してますので、そこからダウンロードしてそのままあるいは修正して使用して下さい。ベンダーは電子カルテ内に取り込む作業しかしてくれません。
14	つくし野病院でパスを始められた時に医療者用パスではなく患者用パスの使用からはじめられたのはどうしてですか？	勝尾	患者用パスを使っている患者を見て、看護師が興味を持ってくれればよいと考えたからです。全くパスが入っていない病院ならではの苦肉の策です。医療者用パスを電子カルテに組み込むのがかなり大変（ベンダーもパスのことを知らないので）ということもあり、患者用パスなら紙運用ですぐに可能だったからもあります。
15	適切なアウトカムを設定したいのですが、アウトカムマスタに登録がなく、不本意なアウトカム設定をしています。フリー入力でアウトカムを設定することも可能ですが、その場合バリアンス分析ができないといわれました。よい解決方法はありますか。	森影	BOMを参考にアウトカムマスタを設定してみてはいかがでしょうか？当院ではフリー入力でアウトカムを設定は禁止しており、院内のクリニカルパス委員会でアウトカムマスタを管理しております。可能であれば、アウトカムをクリニカルパス委員で管理され、バリアンス分析ができるアウトカムの使用ができるとよいかと思います。
		今田	ファストフードのハンバーガー屋さんのレジではあらかじめ選択肢（マスター）があってそれをクリックすることで計算し、売上集計でどのメニューがいくつ売れたかを集計することができます。メニューにないものを作って売ったとしてもボタンがないので集計表には上がりませんし、もし「その他」というメニュー作ったとしてそこをクリックすることにしたとしてもその他の中に複数のものが出てきた場合にはその集計はできません。これと同じです。フリーテキストを用いてアウトカムを設定した場合には、フリーテキストを用い設定したことがわかるタグをつけてまずは半年～１年間使ってみてはどうでしょう。その上で１年経った時に　フリーテキストで追加したパス症例をまとめてみて、その追加したものが最終アウトカムや日数に関連すると判断された場合には元のパスに新たなアウトカムとして電子パスのマスターに追加登録し、パスのバージョンを変えて登録すればよいと思います。これは、まさにパスの改善作業です。最初に作ったパスなんてとてもベストプランにはなっていないのでこのように改善していくことが重要です。また、BOMも完全なものではないので自院で使用するアウトカム（つまり自院の電子パスにマスター登録するアウトカム）をBOMの中からしか選んじゃいけないということはありません。

	質　問	回答者	回　答
16	集計、分析は医療情報部が全て実施しているのでしょうか？	勝尾	集計のほとんどは診療情報管理士が行っていますが、最終的な分析はもっぱら現場スタッフです。
		森影	バリアンス集計・分析ともに看護師が実施しています。その上で医療情報部（診療情報管理士）とDPCや平均在院日数、薬剤が適正に使用されているかなどについての情報を共有し、パス改訂に向けて話し合いを進めています。
		丸岡	当院では領域・内容別に分担して行っております。 集計：日々のアウトカムは兼任/専任ナース、分析に必要な患者情報および医事情報はパス委員会の事務局、領域ごとのデータは各部門の多職種パス委員（例：パスに無い薬剤の処方状況および必要時指示の使用状況などの薬剤に関するデータ収集は薬剤師） 分析：当該パスに関わる職種で行うように心掛けています。一堂に会しての分析は難しい為、リンクナースを通じて多職種に分析を振り分けてもらうようにしています（重要案件などは委員会から当該部門へ分析を依頼することもあります）。
		高志	パス大会などでは、集計したデータを診療科や病棟スタッフに渡し、それぞれの視点で分析してもらっています。
17	パス使用中の普段の看護記録はどうしてますか?	森影	観察項目（アセスメント）に判定基準があるものに関しては基本的に看護記録は不要と思っています。ただし、観察項目に判定基準がないもの（例えば指導に関するもの）に関しては、看護記録がないと判定できない場合などは積極的に記録に残しています。またバリアンスが発生する場合も看護記録は必要になります。
18	発表の中にありましたバリアンス発生率という言葉を不勉強で知りませんでした。バリアンス発生率とは、母数は何にあたるのでしょうか？ 総アウトカム、総タスクの総数の中で、バリアンスを生じた割合のことでしょうか？	高志	場面によって異なる定義を用いています。 疼痛バリアンスの経過日ごとの発生率は、分母は患者数で分子は1度でも疼痛バリアンスが生じた患者数であり、パス改訂の判断材料とするバリアンス発生率は、分子が全患者のバリアンス総数(未達成のアウトカム数)で、分母が患者数×パスの設定日数ですので、ざっとそのパスを使用する患者一人当たりの1日のバリアンスとなるアウトカムの数と定義しています。
19	当院は外科系のパスは医師の協力もあり、パス数も多く活発にパス使用していますが内科の医師がなかなか協力してくれず現在の困りごととして「誤嚥性肺炎」のパスが使用されていません。パス委員会メンバーに内科の医師がいないことも要因だとは思いますがどうしたら内科の医師が誤嚥性肺炎のパスを使用してくれるのか？良いアドバイスがあれば教えていただきたいです。よろしくお願いします。	勝尾	成人市中肺炎のパスは運用されているのでしょうか。内科医師をパス委員会のメンバーに入れるのが手っ取り早いですが、成人市中肺炎のパスを運用しているのであれば、成人市中肺炎のパスを1番たくさん使用している先生に誤嚥性パスも使ってもらえるように相談するのがよいと思います。運用していないのであれば、そっちが先でしょう。
		森影	内科の医師をます委員会メンバーに招待してみてはどうでしょうか？もしくは作成時に内科の医師も含め作成してみてはいかがでしょうか？
		丸岡	外科系よりも内科系でのパスの使用は難しいとされています。 医師もパスの意義や効果などを実感すればパスを使用したくなるはずですので啓発・教育が重要です。そして、使用したくない理由などを当該医師に直接聞き、対応策を考えていくことも必要です（近年、現場の問題やニードを把握する方法としてパスノートやパスラウンドなどが有用との報告があります）。 また、成功法ではありませんが、パスを使用した場合としなかった場合で分析し、経営的・臨床的・患者満足度といった視点からパス使用のメリットをデータで示すのは如何でしょうか？（外部データを用いればパス適用率と入院期間・医療資源の投入を比較できます）。また、適用率の低い医師や診療科に対して病院長に指摘してもらうこともドライビングフォースの1つになるかもしれません。
		高志	当院での経験ですが、「先生がパスを適用してくれるだけで、先生以外のスタッフが楽になります。」というのも響くそうです。この台詞の前に、パスを使用すると、看護師が個別に観察項目を選んで設定する必要がなく、誰でも適切な観察ができるというデータを示したり、口腔ケアの介入が早くできるようになったり、メディカルスタッフの介入がより速くなったりするメリットがあるというデータを示します。 医師を納得させるデータがあるかどうかだと思います。ちなみに当院にはそういうデータがあります。
20	輸血療法のみのクリニカルパスは可能でしょうか。	勝尾	可能です。福井総合病院では輸血パスを使っていましたし、ほぼ同じ内容の抗菌剤投与のパスは多くの病院で使用されています。事故防止が目的のパスになります。通常のパスの形式ではなく、オプションパスの形式で使用していました。
21	入院時（転倒転落アセスメントや褥瘡管理など・・）のみに一式を盛り込む形の入院時パスなど、運用されていますでしょうか。	勝尾	前任の福井総合病院では使用していませんでした。チェックリストで運用していました。
		森影	当院では入院時パスはアウトカムの設定が不可能であるためは作成しておりません。基本的に疾患や治療に結びついたパスに、転倒アセスメントや褥瘡管理のアウトカムやタスクを盛り込んでいます。
		丸岡	当院にはありません（当院で盛り込まない理由の一つに電子パスの適応に時間を要するためです）。 また、病院で画一された業務フローがある場合は必ずしもパスに盛り込む必要は無いと考えます。ただし、ご指摘の転倒転落や褥瘡について分析したい場合、電子パスに盛り込むことでバリアンスデータが抽出し易くなり分析が容易になることもあると思います（脳神経外科のパスや長期臥床が懸念されるパスなど）。
		高志	患者アウトカムのないタスクのリストをパスと呼ぶかどうかの問題とも思いますが、システムよっては「パス」のシステムを用いないと作れないという事情もあると思います。

	質　問	回答者	回　答
22	パスなのに、皮膚、転倒、急性混乱、排尿などハイリスクものは立案もしています。どのようにしたら立案しなくて済む、パスが作成できるのでしょうか。	森影	急性混乱についてはDST評価を実施し、該当がなければパスでの運用としています。皮膚障害リスクに関してもアセスメントをした上で該当がなければパスでの運用としています。ただし、各評価を実施してハイリスクに該当するのであれば、看護計画を立案しています。それぞれに適切な評価があると思いますので施設で基準を決めてみてはいかがでしょうか？他施設ではハイリスク群に該当する場合は、セットパスを使用している施設もあるそうです。
23	心臓外科のバイパスのオペのパスを作成したのですが、なかなか医師に使ってもらえず修正しようと相談したところ、指示簿指示や点滴や検査のオーダーは全て削除して、そこはその都度入力するといわれました。それでもパスとして成り立ちますか？	高志	日々の達成すべきアウトカムが明確で、観察項目が紐付いており、適応基準、除外基準、退院基準(ゴール)が設定されていれば、医師のタスクがなくともパスで良いと思います。ですが、そのようなパスを医師は使おうと思わないでしょう。 そもそも、タスクの標準化ができないということは、バイパス術を受ける患者のなかでもどんな患者がパスに沿って治療できるか医師がイメージできていないことの証明であり、おそらく、理想とする患者状態も描けていないのだと思います。 クリニカルパスによる標準化を理解されていない（標準化と画一化を混同している）医師には、クリニカルパス使用も作成も無理だと思います。
24	パス作成に関わる後継者育成に関して、専門の先生方の病院ではどのような工夫がされていくのか、教えていただきたいです。	勝尾	パスの作成や見直しの研修を定期的に開催し、多くの職員に定着させると同時に、コアメンバーに研修の指導者をさせることがさらなるスキルアップにつながります。
		森影	看護師は各病棟にリンクナースを配置して、継続したパス作成・バリアンス分析が実施できるようクリニカルパス委員でサポートしています。またリンクナースに向けての研修を実施しております。
		丸岡	当院では特別な工夫はなく、リンクナースと多職種パス委員に対しては実践教育が中心です。パスはリンクナース中心に作成し、作成したパスの委員会審査の場で多職種パス委員には積極的に発言して貰うようにしています（進行します）。作成に不安を感じるスタッフには、委員会が主催するパス作成会（診療科医師と関係スタッフに集まってもらいパス作成に長けた委員会スタッフと共同してパスを作成する）で教育を兼ねてパスを作成して貰っています。そして、実践の中で秀でたスタッフを兼任ナースや委員会のコアメンバーとし任命し、病院の助成のもとで学会や他施設が主催する教育研修会などに参加してもらい、知識・技術を身に着け後に啓発・教育を担当してもらいます。
		高志	常に新しい人を巻き込みながら、複数で作成や分析、改訂に取り組んでいます。
25	整形外科病院で理学療法士をしております。先生方のご講義、大変勉強になりました。当院では次年度に向けてリハビリテーションに関するアウトカムを設定しようと計画しています。各時期のアウトカムを設定していく上で、主観的な設定になりがちです。どの程度エビデンス（後方視的なデータ分析・客観的指標）を用いるべきかを教えていただきたいです。また、その方法についても教えていただけると幸いです。	勝尾	同一手術20症例のデータをまず出してみましょう。車椅子移乗や杖歩行自立などを、順調に経過した症例あるいは全体の6割程度が達成した日に設定していきましょう。またPTだけではなく、OTも巻き込んでトイレ動作自立などのADLなども盛り込むのがお勧めです。
		高志	自施設でデータをとっているなら100%それを根拠とすべきです。 「当院でこの時期にこのアウトカムを達成できている人が80%以上です」といったデータがあれば、医師も納得すると思います。 学会などがガイドラインを出していたり、医師が強く主張することがあるなら、まずはそれに沿った物をつくり、運用結果を基に改善を図っていくのがよいと思います。
26	バリアンス収集方法として退院時、センチネル、ゲートウェイ、オールバリアンスとありますが、全職員が統一した認識を持っていなければ質の高いバリアンス分析にならないと感じています。病院としてバリアンス収集方法はどのように決めたのか、職員にはどのように説明したのか、経験を教えていただきたいです。	勝尾	委員会のコアメンバーで決めましょう。パス活動は病院全体のプロジェクトですから、病棟や診療科ごとに運用方法（バリアンスの収集方法も含みます）が異なっては困ります。職員には決めた方法だけを説明すればいいです。全職員が4種類のバリアンス収集方法を知っている必要はありません。
27	手術室でBOMの選定に難渋していますが、手術室内でのパス作成時に新規項目を作成してもよいのでしょうか？	今田	まず「手術室パス」は　通常の「●●手術パス」や「〇〇疾患治療パス」と異なり、手順や確認項目のチェックリストに近いものであることを認識しなければなりません。「手術室パス」をパスの範疇に入れるかも議論があります。 BOMは「患者状態」のアウトカムなので、手術室パスのように手順や確認項目のチェックリストに近いものに使用される確認項目は入っていません。電子パス機能を使うのであれば　必要なチェック項目をアウトカムとして設定するか、「身体的準備ができている」の観察項目に必要なものを新規設定するか、ですが、「書類がそろっている」、「タイムアウト」などといった、患者状態ではないものは入っていませんのでこれらは病院独自の新規項目で入れることになります。しかしそれで作成したパス画面の利便性は課題です。これまで報告されている「手術室パス」は　紙ベースもしくは電子ベースの場合ではエクセルチャートやテンプレート機能のものと合わせたものの発表が多く、パッケージの電子パス機能のみでの作成運用した報告は見当たりません。「チェックリスト」と呼び変えることができるものをパスにする場合は、その利便性、運用の際の安全性、空間同一性（離れた場所にいるスタッフが同時にパスを閲覧できるという電子パスの利便性）が必要か、ということを考え、パスという名称を付けたものを全て電子パス機能で運用するかどうかを検討すべきと考えます。

	質　問	回答者	回　答
28	外来でクリニカルパスを運用するにあたってどのようなものが作成しやすいでしょうか？実際運用しているのもはあれば具体例を教えてください。	勝尾	タスクや観察項目の多いものはパスがお勧めです。胃カメラや大腸内視鏡、透析もよい適応です。化学療法をパスにしている施設もあります。
		森影	当院では外来に特化しているパスは使用しておりません。継続した疾患の管理を行う場合は、地域連携パスを作成してみてはいかがでしょうか。
		丸岡	当院では過去に手術前の血圧や血糖の管理やリハビリなどを盛り込んだ手術支援パスについて検討したことがありますが、紙パス運用はしない方針と外来電子パスを実装できない電子カルテの仕様から外来パスは断念しました。
		高志	当院では、整形外科の人工股関節置換術の術前などに自己血貯血を行っていますが、このパスがあります。 しかし、正直使いづらいです。NECのパスシステムは、日にちが連続しているパスしか作れませんので、一週間おきにくる外来患者のパスというのには不向きです。
29	パスを作成すると個別性がなくなるから、看護の質が下がると言われ、専門看護師にパス作成を拒否されています。パス作成すれば病棟としては医師も看護師も助かるのですが、看護の質は低下するのでしょうか？	勝尾	標準を定めることで、より個別性が際立つので、そこに集中して看護を提供すれば全体の質は上がります。見逃しのリスクも減りますし、タスクの未実施も減ります。ネックとなっている看護師に、パスのテキストや教育セミナー基礎編を見ていただいてはいかがでしょうか。
		森影	看護の質は低下しません。標準からの逸脱を早期に発見することで、より充実したアプローチが可能になると思います。また新人看護師を対象にパスを用いて治療・疾患の教育も行えますので、看護の質は低下しないと考えております。
		丸岡	質の低下は無いと思います。 専門看護師が懸念する看護の質を行動レベルまで掘り下げて具体的に列挙して貰い、それを可視化してパスに盛り込めば新人でも漏れなく実践できるようになり看護の質は上がると思います。 懸念されているのは「考えなくなる（アセスメントしなくなる）」などでしょうか？できるようになるには「知る」ことから始まり、理解→納得→実践→定着が必要です。知ることにおいて、パスは可視化されたアセスメントやタスクなどを通して、疾患や治療に必要な看護を知ることができ、経験したパスの分だけ技術や知識は増えます。少なくとも新人や若手を対象にすれば看護の質はむしろ上がると思います。パスの意義や効果を知ってもらうためにもその専門看護師にはパス委員になってもらいましょう。
		高志	看護の質の指標は何でしょうか？ 必要な時に必要なケアを適切に提供することが看護の質であれば、パスを使用した方が平均的な質は上がると思います。看護師一人一人が提供できるケアの質を高めるのは、個人の努力だと思いますが、一人のエキスパートナースが提供できるケアの量には限界があります。
30	パス委員を１０年ほどしている看護師です。以前に比べ医師の協力は得られやすくなりました。若い先生方はパスが当たり前にある状況ですのでパスを新規で作ったことがない方が多く、そのサポートを依頼されることも多いあります。どう先生方にパスの理解をしてもらえば良いでしょうか？職種が違うとなかなか介入が難しく感じます。	勝尾	医師だからといって特に気を遣う必要ありません。ベテランが若手に職種を超えて指導することは病院では良くあることでしょう。多職種でパス作成のグループワークなどが出来ると最高ですね。
		森影	施設に作成のマニュアルなどがあれば積極的に使用してもらうといいでしょう。パス学会ホームページにも会員（施設会員も含む）向けに教育セミナー基礎編の動画がありますので試聴してもらうのも一つの手です。
31	以前から委員会はありましたが、パス活動は縮小傾向でした。作成のサポートもあまりなく、現場が直接電子カルテに入力し、作成したパス、見直ししたパスを承認する段階で介入しています。タスクシェア、働き方改革の一環で今年から専任看護師が設置されました。まず、何から介入したらよいでしょうか。	勝尾	専任を設置してもらったとは素晴らしいですね。何から介入するかよりも、現場に足を運んで何を困っているか聞くことから始めてはいかがでしょうか。専任の先駆者たちがその足取りを論文にしています。それらを参考にするのもいいでしょう。活躍を期待します。
		森影	困っていることがない各病棟に聞いてみてもいいかもしれません。もしくは専任看護師として何を期待しているかを各病棟に聞いてみるのはいかがでしょうか？
		丸岡	仲間を増やすことから始めるのが良いと思います。可能ならば病院幹部を引き込みドライビングフォースとなるような具体的な数値目標を発信してもらえると良いです。 そのためには、パスの意義・効果を病院スタッフ全員にプレゼンする必要があり、自院で難しいのであれば外部講師を呼んで実践例などを講演してもらうのも良い方法と思います。
		高志	どこでどのパスがどれだけ使われているかを把握するだけでも大変そうですが、個々のパスをチェックできる段階になったら、アウトカム志向かどうかをチェックすることでしょうか。
32	看護部のパス活動が消極的です。どのようにアプローチしたら、積極的に参加してもらえるようになるでしょうか？何かアドバイスをいただけますと幸いです。	勝尾	病院長から看護部長に一声かけてもらうのが最も効果的と思います。
		森影	現場で何が問題となっているかを聞いてみて、興味のある内容について研修などを行なってみてはどうでしょうか？当院では研修内容を見直すことで、積極的なバリアンス分析に取り組めるようになりました。
33	丸岡先生に質問です。ご発表スライドの最後から3枚目に「資料提供を希望される方はお問合せ下さい」とあります。どちらへ問合せをすればよいでしょうか？学会事務局でよいのでしょうか？	丸岡	前橋赤十字病院クリニカルパス委員会事務局にお問い合わせ下さい。

	質　問	回答者	回　答
34	パスの記録ですが、患者の反応を記載しなくてもよいのでしょうか。	森影	観察項目に判定基準がないもの（例えば指導に関するもの）に関しては、看護記録がないと判定できない場合などは記録を残して判定するとよいかと思います。
35	クリニカルパスもどきを使っていて、看護師のみの関わりしかありません。来年電子カルテになるので、パス作成をしたいのですが、採用する電子カルテのベンダーから、パスの作成のマスターが搭載されていないとのことで、どうしたらよいのか困っています。作成ツールのようなものあるのでしょうか。	今田	電子カルテのベンダーによりパス機能にはかなり大きな差があります。同じベンダーを採用している病院でパスを運用しているところの実例を教えて頂くのが一番良いと思います。日本クリニカルパス学会のメーリングリストに入ると全国のパス病院の方から回答が得られるのでぜひ利用してみてください。 「パスの作成のマスターが搭載されていない」との意味がわからないのですが　パスの機能はあるけれどマスターがないということでしょうか？マスターとはあらかじめ作成しておく選択肢のことですが、電子パスのマスターには「①パスのフレームのマスター（オーバービューパスの横軸を一列一日分のするか、術前術後など２列分にするか、などのパターンのマスター）」「②アウトカムのマスター」「③観察項目のマスター」「④バリアンス発生理由のマスター」「⑤バリアンスのカテゴリーマスター」「⑥バリアンスの程度のマスター」などなど色々なマスター（選択肢）のマスターが必要です。①以外はすべて病院側で作成するものであり電子カルテベンダーから提供されるものではありません。 ②、③については　パス学会で作成頒布している「Basic Outcome Master®（BOM）」を使えば作成する手間は省けます。また、同じ電子カルテベンダーであるパス運用病院から提供して頂くという方法もありますが、作成物には版権があるので、病院と病院で提供してもらえるかどうかの交渉が必要です。この交渉には電子カルテベンダーが仲介することはできません。使用してもよいということになればベンダーの方に伝えればマスターを複写して組み込むことができます。但し前述したように　マスターは学会や各病院の著作物なので複写させてもらうにあたって有償になる場合も少なくありません。むしろそのほうが適切と考えます。単なる口約束ではなく病院の院長や事務長同士のきちんとした交渉が必要です。

敬称略