第１２回　愛知クリニカルパス研究会プログラム

期日：２００７年6月２３日（土）　１３：００～１７：００
会場：愛知県がんセンター中央病院　国際医学交流センターメインホール
当番世話人：トヨタ記念病院　岡本泰岳

（Ⅰ）会場受付（演題発表者）１１：３０～　演者受付にて
（一般参加者）１２：００～　一般受付にて
（Ⅱ）研究発表会　１３：００～１７：００　（発表時間７分、質疑３分）
（Ⅲ）世話人会　１２：００～１２：４５（受付　１１：３０～　場所：大会議室）

＜開会の辞＞　１３：００～１３：０５

１３：０５～１３：１５
【愛知県クリニカルパスアンケート調査結果報告】
トヨタ記念病院　岡本　泰岳

セッション－１　１３：１５～１４：３５
主題演題「クリニカルパスの院内普及のために」
座長　名古屋大学附属病院　吉田　茂

１．愛知県がんセンター中央病院のクリニカルパスの現状
愛知県がんセンター中央病院　クリニカルパス推進委員会　駒野星子

２．パス普及のための取り組み
－院内ウェブ上に構築したパス情報システムを中心に－
名古屋第二赤十字病院　クリニカルパス活用委員会　岸　真司

３．みんなでつくるクリニカルパス
名古屋大学付属病院　呼吸器内科　岩田　晋

４．院内クリニカルパス研修会を開催して
トヨタ記念病院　クリニカルパス分科会　佐野マスミ

５．当院看護局におけるクリニカルパス委員会活動と今後の課題
社会保険中京病院　看護局　山田絹代

６．総合討論
「クリニカルパスの院内普及のために：目的は？何が必要？どうしたらいいの？」
司会　名古屋大学付属病院　吉田　茂　　トヨタ記念病院　岡本泰岳

＜休憩＞１４：３５～１４：４５

特別講演　１４：４５～１５：５０
「クリティカルパスを質向上のツールとして使いこなそう！」

講師　福井総合病院　副院長　勝尾　信一　先生

座長　トヨタ記念病院　岡本泰岳

＜休憩＞１５：５０～１６：００

セッション－２　一般演題　　１６：００～１７：００

座長　トヨタ記念病院　石木　良治

１．中京病院外科におけるクリニカルパスの運用状況
－平成 18 年度のバリアンス分析を通じて－
社会保険中京病院　外科　大城泰平

２．経尿道的前立腺切除術（TURP）のクリニカルパス使用と施設側背景との関連
国立長寿医療センター　泌尿器科　岡村菊夫

３．肺癌術後パスのエビデンスに基づいた改定
名古屋大学付属病院　３Ｅ病棟　深谷由佳子

４．脳出血症例リハビリテーション連携パスの作成と運用を通して
豊川市民病院　脳神経外科　松本　隆

５．がん化学療法の医療安全を目的としたクリニカルパス
－オプションパスを利用した試み－
名古屋第二赤十字病院　がん化学療法検討委員会　木全　司

６．さらなる事故防止・安全管理に向けて
－手術室全身麻酔クリニカルパス－
社会保険中京病院　中央手術室　持永有理

＜閉会の辞＞１７：００～１７：０５

愛知県がんセンター中央病院のクリニカルパスの現状

愛知県がんセンター中央病院　クリニカルパス推進委員会
駒野　星子

日本にクリニカルパス（以下パス）が導入されたのは 1990 年代半ば、愛知県がんセンター中央病院では、1998 年よりパスが導入された。したがって当院でパスが活用されるようになった期間は長い。このパスを運営するにあたり当院にはクリニカルパス推進委員会がある。導入当初、パスとは何かという十分な知識も無いままの見切り発車であったが、各科持ち回りでパスを作成し、クリニカルパス大会が定期的に開催されるようになった。これに加え年一回のパスに関する特別講演も外部講師を招き開催している。現在、パスの種類は６２種類ある。使用数も昨年度は５０００例を越した。しかしパスの様式や内容は各科によって差があり、統一性がなく、せっかく作ったパスがその力を発揮できずに、消滅してしまったものもある。そのため、昨年度からは新しいパスの発表に加え内容を重視したパスの修正をしてもらうようにした。

本来パスは医師が中心となって作成するものであるが、当院は看護師が中心となって成している。理由として、看護師に比べ医師はパスを作成しても仕事量が増えただけでメリットが得られないということが挙げられる。その背景にはオーダーリングシステムを導入しているが、パスと連動していないというシステム上の問題がある。また、入院コストもどれほど削減されたか、入院期間が短縮されたかも立証されていない。

がん治療の拠点病院として地域連携パスを作成するためにも、今年度は問題解決に向けて取り組んでいきたい。

パス普及のための取り組み
-院内ウェブ上に構築したパス情報システムを中心にー

名古屋第二赤十字病院　クリティカルパス活用委員会[1)]、医療情報部[2)]
○岸　真司[1)2)]、餅井美愛[1)2)]、服部育男[1)]、安井敬三[1)]、根本　聴[1)]、法水信治[1)]、横江正道[1)]、中村正史[1)]、石黒泰男[1)]、古城敦子[1)]、倉田良子[1)]、小林俊之[1)]、永野泰之[2)]、沢田 潔[2)]、浅井　広[2)]、井嶋廣子[1)]、安藤恒三郎[1)]

【院内活動と体制】

■クリティカルパス発表会：パス普及活動の中心である。1 年間に 3 回、各回 4〜5 題の発表を得て開催している。

■クリティカルパス推進委員：診療現場におけるパスの作成と利用の中心的役割を担う。現在は 100 名(医師 25 診療科 31 名、看護師 28 単位 60 名、その他 8 部署 9 名)。

■クリティカルパス活用委員会：14 名体制(医師 6 名、看護師 4 名、薬剤師、栄養士、医事課、企画課)。月 1 回の定例会で院内統一書式の検討、パス発表会のテーマ設定、発表部署の選定、リハーサル等を行った。

■情報システム：下記の機能を持つシステムを院内ウェブ上に開発した。

・パス推進委員は、パスシート(エクセルファイル)をアップロードできる。

・職員は、常に最新版のパスシートをダウンロードできる。

・パスシートをダウンロードする画面で患者 ID を入力すれば利用実績として記録されるほか、患者情報をオーダシステムから取得してパスシート上に表示できる。

・オーダシステムから本システムを呼び出すことができ、その場合は患者 ID および利用者情報を引き継いで本システムが起動する。

・パスの利用実績を集計表示する機能を持つ。

　・パス一覧画面に、パスごとの利用患者総数を表示する。

　・パス単位で、使用した患者の一覧を表示する。

　・１ヶ月間にパスを利用した患者数をパス単位で集計して、診療科ごとにまとめて表示する。

　・１ヶ月間の全退院患者に対するパス利用患者の割合を診療科単位で表示する。

【結果と課題】

2004 年以降、パス発表会のテーマを「アウトカムを意識したパス作り」とした。3 年間で全診療科からの発表を得た。2007 年 4 月の 1 ヶ月間では、163 種類のパスが使われ、退院患者に対するパス利用患者の割合は 37.6%であった。パスの監査を行って、書式および運用上の問題点を明確にすることが現在の課題である。

みんなでつくるクリニカルパス

名古屋大学医学部呼吸器内科
岩田　晋

この１０年あまりの間にクリニカルパスは全国の病院で展開され、活用されるようになった。確かにこの仕組みによって医療の効率化が進み、便利になったように見える。

しかし一方でパスの形だけが一人歩きをし続け、押し付けられた格好となってしまった場合、この仕組みについてかえって反発をもたれてしまう場合もしばしば見受けられる。

我々医療従事者にとってクリニカルパスの位置づけとはどのようなところにあるのか？また、この中で本当に必要なものは一体何なのだろうか？今回、我々のクリニカルパスへの取り組みを紹介する事でこの解に近づきたいと思う。

当院呼吸器内科では、平成１５年１月より「パス委員会」と称する組織を独自に結成している。そこに参加するメンバーの職種は医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士と様々で、それぞれの異なる意見を取り入れたクリニカルパスを作成できる事が最大の特徴である。それにとどまらず、状況に合わせていつでも見直しをできる体制を整えることでいつも進化を続けている。

大学病院の特性上、診療現場には様々なバックグラウンドを持った医療従事者が頻繁に出入りする事が避けられない。そういったいわば寄り合い所帯のなかで、我々のグループでは職種間の壁を感じる事なく、各々の意思を統一化し、スムーズに意見を診療に反映させることに成功している。実はこれがクリニカルパスの大きな効能の一つなのかもしれない。

院内クリニカルパス研修会を開催して

トヨタ記念病院　クリニカルパス分科会
佐野マスミ　神村有希　岡本泰岳　石木良治　鵜飼　潤

【はじめに】当院は 2003 年に電子カルテが導入され、2004 年よりクリニカルパス（以下、パス）の電子化を開始した。特に 2005 年度からは、パスの種類とともに入院患者に占める適用率も大きく増大した。そのような背景の中、パス分科会からは「アウトカム志向パスの正しい運用を浸透させたい」、臨床現場のスタッフからは「パスの作成や運用に関して系統的に学びたい」という要望が出された。そのため 2006 年度の試みとして系統的なパス教育を目的とした研修会を開催した。

【方法】テーマと研修目標を設定し、テーマ別に「パス総論」「アウトカム設定と評価」「パスと（看護）記録」「バリアンス分析」「パス作成演習」の 5 回を開催した。開催は月 1 回（7 月～11 月）、研修時間は約 1～2 時間とした。講師はパス分科会委員が務めた。研修会参加は自由参加を原則としたが、看護師の一部は残業扱いとし上司の指示にて参加を必須とした。各研修後は、学習効果の把握と研修会に対する意見集約のため参加者全員にアンケート調査（5 段階評価と自由意見記入）を行った。

【結果】参加人数は 33～66 人（平均 50 人）、各テーマとも 4 以上の評価点であり、学習効果はあったと考えられた。自由意見からは、研修内容のレベルや開催間隔に関する具体的な要望とともに、同様な研修会の継続開催を希望する意見が多く聞かれた。

【考察】当院ではこれまで単発の勉強会や外部講師による講演会、院内パス大会などを通して、パスの教育・啓蒙を行ってきた。しかし、電子パスの種類・適用率の増大（2007 年 3 月現在、電子パスは約 150 種類、適用率は約 50%に達した）に伴い、アウトカム志向パスの正しい理解と運用が強く求められた。系統的なパス教育研修会は学習効果が高く、パスの正しい運用の浸透に有効な手段と考えられる。今後も臨床現場のニーズを把握しながら継続的に研修会を開催して行きたい。

「当院看護局におけるクリニカルパス委員会活動と今後の課題」

社会保険中京病院　看護局
山田絹代

【はじめに】当院では平成10年にクリニカルパス推進委員会（以後パス推進委員会）を発足し、翌年11月に第１回パス大会を開催した。以後、平成19年５月までに第31回パス大会を行うに至った。クリニカルパス推進委員会の下にパス拡大委員会が設置され、各科の医師、各部署の看護師で構成されている。また、看護局の委員会活動は、看護業務運営に大きく影響を与える。従って、クリニカルパス委員会も毎年目標を設定し活動を行っている。今回、委員会活動の状況と今後の課題について報告する。

【活動】看護局のクリニカルパス委員会は、月１回の委員会を開催し、各部署でパスが浸透、普及してくよう学習会の開催、パス推進委員会への問題提起など行い、各部署の委員がそれぞれの部署で活動できるよう支援している。各科・各部署のパスの取組状況は、院内のパス大会でその成果を見ることもできる。パス大会はパス推進委員会が全科発表できるよう企画・運営している。パス大会のテーマは、当初より順に「パスの紹介」「パスの標準化」「バリアンス分析」「DPC とパス」「オーダリング導入とパス」今年は「医療安全とパス」である。発表は各科の医師、看護師が共同で行っている。「DPC とパス」では、薬剤師、医事課職員の立場からも発表された。パス大会は各部署でのパスに対する取組み、使用状況、運用上の工夫など多くのことが発表され職員の共通認識の場となっている。このことは、発表までの過程で、各部署の委員が中心となり、パスの運用、修正、新規パスの作成など中心となって行っていることが成果に結びついていると言える。

【課題】バリアンス収集の方法、アウトカムの用語の標準化、地域連携パス等さまざまな課題が山積しているが、今後もパスに対する理解を深め浸透・普及させるために、クリニカルパス推進委員会と連動し、委員会活動を継続していく必要がある。

中京病院外科におけるクリニカルパスの運用状況

－平成 18 年度のバリアンス分析を通じて－

大城泰平　弥政晋輔　澤崎直規　京兼隆典　東島由一郎
後藤秀成　渡辺博行　久納一輝　田中征洋　松田眞佐男

中京病院では平成 11 年よりクリニカルパスを導入し、パスの啓蒙、普及活動の実践としてパス委員会活動、院内パス大会が毎月開催されている。外科では入院手術症例において 9 種のパスを運用している。さらに、平成 18 年よりオーダリングシステムが導入され、入院期間中のオーダー入力から経過観察記録、バリアンス発生の有無、入院サマリーの記入などが電子化されている。

平成 18 年度は腹腔鏡下胆嚢摘出術 89/91（97.8%パス適応率）、ソケイヘルニア手術 83/92（90.2%）、小児鼠径ヘルニア手術 9/9（100%）、乳腺腫瘍手術 63/66（95.5%）、胃切除術 37/44（84.1%）、胃全摘術 20/30（66.7%）、結腸切除術 44/59（74.6%）、直腸切除術 17/32（53.1%）、下肢静脈瘤手術 4/10（40.0%）で合計 366 件のパスが運用された。バリアンス分析ではラパコレ、ヘルニア、乳腺手術では早期退院(正のバリアンス)が多く発生しパス逸脱もそれぞれ14/89(パス逸脱患者数/パス適応患者数)、8/83、10/63 と少なかったが、消化管手術では術前より合併症を抱える患者も多くパス適応率も低い傾向が見られた。また、直接の手術合併症以外のバリアンスも多く発生し胃切除術では 15/37 症例、胃全摘手術 9/20 症例、結腸手術では 22/44 症例がパス逸脱していた。

オーダリングシステムの導入によりバリアンスの集計が簡便化すると考えられたが、各症例の記入の不備やシステム上の問題も多く、そちらについても検討が必要と考えられた。

平成 18 年度のパス運用実績とバリアンス分析を行い今後のパス運用に役立てるとともに、当院の現在のシステムの問題点について考察を行った。

経尿道的前立腺切除術(TURP)のクリニカルパス使用と施設側背景との関連

岡村菊夫[1)]，副島秀久[2)]，野尻佳克[1)]，玉腰暁子[3)]
国立長寿医療センター泌尿器科[1)]，済生会熊本病院泌尿器科[2)]
国立長寿医療センター治験管理室[3)]

背景

全国の泌尿器科教育施設に対して施設背景（地域、経営母体、病院病床数、泌尿器科常勤医数、泌尿器科病床数、ICU・麻酔科の有無、電子システム、年間 TURP 件数)、パス使用、TURP 周術期管理の各種設定に関するアンケート調査（回収率：722/1213）を行った。持続点滴終了日、カテーテル抜去日、予防的抗生剤使用期間、術後退院日にはかなりの施設間差が認められた。

方法

背景因子とパス使用率、パス使用と周術期管理の設定との関連を検討した。

結果

ANOVA 上、地域では東海北陸地方と中国四国地方で、経営母体では国立、公的病院で有意にパス使用率が高く、病院病床数では 200 床までの病院で、泌尿器科病床数では 10 床までの病院で有意に低く、泌尿器科医数では 1 人と 7 人以上の病院で、オーダーリングも電子カルテも導入していない病院で、ICU・麻酔科のない病院で有意に使用率が低かった。年間 TURP 件数が 20 件以下、21～30 件、31 件以上と多くなるに従い、有意にパス使用率が上昇していた。因子分析では、背景因子は 1)地域、2)泌尿器科の能力（泌尿器科医数と泌尿器科病床数)、3)病院の能力（電子システム、ICU、麻酔科保有)、4)TURP 関連（手術件数とパス使用）の 4 つの成分に再分類可能であった。ロジスティック回帰分析では、地域、年間 TURP 件数、電子システム、ICU の 4 つがパス使用率と有意に関連していた。一方、パス使用は、統計学的には術前入院日、点滴期間、カテーテル抜去時期に影響を与えていたが、臨床的な意義があるとは考えられなかった。

考察

パスを使用するだけでは、全国レベルの標準化は得られそうにない。全国レベルの標準化を推し進めるには、1)全国的なアンケート調査を定期的に行う、2)多施設共通パスを作成する、3)周術期管理のガイドラインを発行する、4)多施設でアウトカムのベンチマーキングを行う事などが考えられる。

肺癌術後パスのエビデンスに基づいた改定

名古屋大学医学部附属病院　３Ｅ病棟
深谷由佳子、中道朝香、伊藤志門

【はじめに】クリニカルパス（以下パス）が業務改善のツールとして有用となるためには、仮説の作成と検証を繰り返すことが必要である。看護面での業務改善を目標として、現在のパスを改定するにあたり検証を行った。

【目的】肺癌の術後管理において適切な蓄尿期間とバイタル測定回数を検討し、現在の設定を変更する。

【方法】2005 年 1 月から 2007 年 3 月に肺癌術後パスを使った 232 例を対象とした。術後 2 日目から 7 日目までの 1 日 3 回のバイタルサイン値（体温・脈拍・血圧・SaO_2）と体重・利尿剤投与状況を収集し解析した。

【結果】体重変化ピークの 70.6%は術後２～3 日目の間にあり、2kg以上の体重増加は 16.8%に認めた。利尿剤投与は 68 例（32%）に行われており、投与の判断は主に体重変化によって決定され、術後 3 日目からは利尿不良による利尿剤投与はなかった。各バイタルサインが基準値を逸脱する割合が 1%以下となるのは、体温（38 度未満）と脈拍（50～130 回/分）が術後 4 日目、収縮期血圧（80～180mmHg）が術後 3 日目であった。発熱（37 度以上）とSaO_2（酸素なし 95%以上）は術後 7 日目まで逸脱率が１％以下になることはなかった。

【考察】蓄尿は患者にとっての不快感が強く、バイタルサインの回数は看護業務において効率化が望まれていた。今回の検討では、蓄尿量は術後 3 日目までの利尿の目安となるが 4 日目以降は体重変化による利尿剤投与の判断が行われていた。適切な蓄尿期間は術後 3 日目までと考え改定した。血圧・脈拍の測定は術後 3 日以降、1 検で良い。ただし退院基準でもある発熱と酸素化に関しては、術後 7 日目までの 3 検が望ましい。

【まとめ】肺癌術後管理における蓄尿とバイタルチェックに関してこれまでの情報を元に解析し、新しい仮説としてのパスを作成し運用することで患者満足度ならびに看護業務の改善が可能であった。

脳出血症例リハビリテーション連携パスの作成と運用を通して

豊川市民病院　脳神経外科　松本　隆　　C2 病棟　早川　繁子、平野　美紀
リハビリテーション科　伊藤　淳、田中　克
医療相談室　佐々木　直子、飯星　睦生
第二成田記念病院　　井上　紀樹、山本　百合子、後藤　健一
可知病院　　可知　裕章、縄田　昌子

【研究要旨】大腿骨頚部骨折地域連携パスの保険適応を期に地域連携パスによるシームレスケアという概念が知られるようになった。脳卒中領域でも、脳梗塞に関するリハビリテーションを中心とした地域連携パスの運用が開始されている。しかし、脳出血に関する地域連携パスの作成・運用は、全国的に見てもほとんど行われていない。今回わたしどもは、豊川市民病院を急性期病院とし、第二成田記念病院、可知病院を回復期リハビリ病院とした３病院による脳出血症例に関する地域連携パスを作成し、運用を開始した。作成・運用の実際、現時点における本パス使用のメリット・デメリットにつき報告する。

【研究目的】
当科では、以前より脳出血の血腫除去術に関するパスを作成・運用していた。今回、本パスの改訂に際しこれを発展的に解消し、当該地区の回復期リハビリ病院と連携することにより、“脳出血症例リハビリテーション連携パス”の作成を試みた。今回の研究は、作成・運用の実際を示すと共に、今後の課題を検討することを目的とした。

【研究方法】
平成 18 年春より、院内各部署での本パス作成のコンセンサスを得るとともに、当該地区の回復期リハビリ 2 病院に、本パスへの参加の依頼を行った。実際には、院内で本連携パス作成のためのワークショップを、医師、看護部、リハビリ科、医療相談室の 4 部門合同で計 4 回行った。これに平行する形で、3 病院合同の連携パス情報交換会を計 3 回行った。これらの会議を通して、本連携パスの第一版を作成し、18 年 9 月より運用を開始した。開始約 6 ヵ月後の、平成 19 年 3 月に、3 病院合同で情報交換会を行い、運用の現状、利点・問題点の抽出を行った。

【研究結果】
平成 19 年 5 月現在、11 例（第二成田記念病院 6 例、可知病院 5 例）において、本連携パスによる、急性期から回復期リハビリまでのシームレスケアを行うことが出来た。3 病院合同での情報交換会で、①MSW の意見として、早期に医師より急性期から亜急性期への一連の流れが家族に説明されており、通常のケースより家族への説明がしやすかった。②定期的に３病院合同での conference を開くことにより、亜急性期を過ぎた後の患者さんの状況を、急性期病院の医療スタッフが知ることが出来た。③定期的な、多職種、多病院のスタッフが一同に介して定期的に conference を開くことは、それ自体が有用であった。などがメリットとして挙げられた。デメリットとしては、①超急性期の説明に、患者本人が参加できない場合が多く、亜急性期に入ってから患者さん本人からの不満が出る可能性がある。②急性期病院の MSW が、発症 10 日目前後に連携パスの説明をし、その資料を渡しているが、これにより転院先が連携病院に偏る可能性が指摘された。

【結語】
今後、回復期リハビリ病院を退院した後の、在宅・施設・福祉等との連携も模索し、真の意味での脳出血患者のシームレスケアの確立を目指して行きたい。また、近い将来電子カルテとなった場合に、いかに電子カルテと多病院間連携パスとの調和・整合性を取っていくかということも、大きな課題と考えている。

がん化学療法の医療安全を目的としたクリニカルパス
―オプションパスを利用した試み―

名古屋第二赤十字病院　がん化学療法検討委員会[1)]、クリティカルパス活用委員会[2)]
○ 木全　司[1)]、岸　真司[2)] 、林　勝男[1)]、小笠原智彦[1)]、横井圭介[1)]、石井睦夫[1)]、
山室　理[1)]、坂本英至[1)]、小山新一郎[1)]、尾山　卓[1)]、黒木朝子[1)]、松浦美聡[1)]、
河内　彩[1)]、箕浦伸一[1)]、松井謙佳[1)]、田宮真一[1)]、徳井健志[1)]、井嶋廣子[2)]、
安藤恒三郎[2)]、長谷川　洋[1)]、小椋美知則[1)]

【背景】がん化学療法においては、新薬の増加に伴う新規レジメン数の増加、用法・用量の多様性などから、誤処方に伴う重篤な医療事故をいかに予防・軽減するかが大きな問題となっている。今回、化学療法施行全例に対してオプションパスを利用したがん化学療法計画書作成を院内取り決めとし、平成 18 年 12 月より、その試験運用を開始したので報告する。

【方法】平成 17 年 9 月、がん化学療法検討委員会を発足させ、委員会で検討・承認されたレジメンのみを計画書として院内パスシステムに登録した。計画書は、エクセルマクロを用いて、患者基本情報、登録レジメン内容、投与量算出欄、投与予定表で構成し、3 部の計画書と 1 部の患者用説明書が同時に出力され、医療スタッフ、患者で情報を共有する運用とした。医師の入力操作を省力化するため、患者氏名、年齢、身長、体重、血清クレアチニン値などの患者情報をオーダシステムから参照表示し、推奨投与量を自動算出、極量を超えての入力が不可能となる仕組みとした。さらに、患者にも分かり易くするため、投与予定表をカレンダー方式で表現した（オプションパス）。

【結果】医師の書類作成業務の省力化を考慮した仕組みのため、入院化学療法においては良好に運用されている。薬剤部では、計画書の提出により、現在まで 5 件の疑義照会事例が発生しており、計画書の有用性をあらためて示す結果を得た。

【結論】医療事故防止をマネジメントするためには、医療スタッフだけでなく、患者を交えた情報共有が重要である。オプションパスを利用したがん化学療法計画書は、分かり易さと扱い易さを兼ね備えたツールであり、医療事故防止への寄与が大きいと考えている。

さらなる事故防止・安全管理に向けて
－手術室全身麻酔クリニカルパス－

社会保険中京病院　中央手術室
〇持永有理・森川千恵美・浅井玲子

【はじめに】
当手術では平成 13 年より、ケアの標準化を図る目的で、術式別クリニカルパスの作成に取り組み、活用してきた。平成 18 年 4 月からは、さらに安全と効率のよい看護の提供を目的に、全身麻酔および硬膜外麻酔併用のパス（以下全麻パスと称する）を作成し、活用してきた。今回、誤認手術防止などの安全管理を重視した項目を組み込んだパスの作成に取り組んだので、ここに報告する。

【目　的】
全麻パスを使用することで、標準化した看護を実践し事故防止と安全管理ができる。

【経　過】
平成 18 年 4 月より全麻パスを使用。「入室から手術開始」「手術開始から終了」「手術終了から退室」までそれぞれ経過の中で①麻酔・手術②安全・確認③処置④観察⑤特記事項に分類し、必要な援助と安全管理のチェック項目を設けた。チェック項目を確認することで看護・処置が統一して提供できるようにした。同年 12 月より誤認手術防止に向けてタイムアウトを導入に伴い、さらに安全面を重視し、内容の追加・修正を行なった。

【結　果】
全麻パスを医療安全の視点から振り返り、まず安全確認の必要性を意識付けることができ、安全・確認の項目の統一が可能となった。タイムアウトを通して医師・その他のスタッフ間で患者情報の共有・コミュニケーションを図ることができ、連絡・伝達が間違いなく円滑に行なえるようになった。また、全麻パス使用以降、安全確認項目を明確に出来たことで、転倒・転落・画像データの間違い、ライン類の誤抜去などの症例報告がなくなった。今後は、更なる事故防止・安全管理に向けてバリアンス分析を行い、全麻パスの改良に取り組んでいきたいと考える。