QI活動報告

2023年度

クリニカルパス適用率の向上と
バリアンス分析に基づくパスの改訂

クリニカルパス推進室

QI；クリニカルパス適用率の向上とバリアンス分析に基づくパスの改訂

Plan

目標設定・改善計画の立案

<2020年度目標>
パス適用率： 65%
<2021年度目標>
パス適用率：65%以上
<2022年度目標>
パス適用率：65%以上

Do

具体的な改善策の実施

<2020年度>
DPC上位20症例の標準化促進
<2021年度>
各診療科で目標を挙げて新規パス作成促進
<2022年度>
各診療科で目標を挙げて新規パス作成促進



Action

標準化の徹底・改善策の見直し

パス委員会目標に掲げ、院内全体で取り組む
<2020年度>
パス委員会全体でパスの活用を促進
<2021年度>
科別・部門別目標を掲げてパス作成促進
手術室パス、入退院支援パスの活用促進
<2022年度>
科別・部門別パス作成・活用促進
バリアンスとパス改訂に関する教育

Check

改善策の効果確認

パス推進の実績を確認するため、データを集計し公表
<2020年度>
登録数：240、適用率：75% 、改訂率：40%
<2021年度>
登録数：261、適用率：84%、改訂率：49%
<2022年度>
登録数：280、適用率：83%、改訂率：58%
パス別のバリアンス集計開始

【クリニカルパス推進室これまでの実績】

継続的質改善のための
サイクルを回し、質の向上に
取り組んでいます

目標設定・改善計画の立案

1．各領域におけるDPC上位疾患の、医療の標準化を促進する
（新規パスの作成）

2．パスの積極的な作成及び、活用（適用率の向上）

3．バリアンスデータ収集とパス毎のバリアンス数・バリアンス内容の可視化

4．バリアンスデータを活用し、バリアンス分析によるパス改訂を促進する

5．バリアンスデータのモニタリング
（継続的にバリアンスデータを把握し、問題点の明確化と継続的質改善の促進）

具体的な改善策の実施

1．医療の標準化を促進：新規パスの作成支援。
パス適用率70%未満の診療科を対象にヒアリングを実施し、
適用率改善計画を立て、実行する。

2. パス作成および活用の促進：DPC上位疾患のパス作成、緊急入院患者へ活用できる
パスの使用を推進する。

3. 科別パス適用数・適用率のデータ収集、院内全体での共有：
推進委員を通して各診療科へフィードバック・部長会資料提出・院内ポータルへ掲載。(毎月)

4. バリアンスデータの収集・可視化：パス別バリアンス数・バリアンス内容を収集し、各科・各病棟
へフィードバックする。(毎月)

5. バリアンス分析：バリアンスの多いパスを選択し、診療科チームへ介入・バリアンス分析・
パス改訂を行う。

6. バリアンスデータのモニタリング：改訂後のパスについても継続的にバリアンスデータを把握し、
継続的質改善（PDCA）を促進する。



標準化の徹底・改善策の見直し

改善策の効果確認

1：ヒアリングを実施し適用率改善策を立てるとともに、パス推進委員会や病院部長会で
データを提示しパスの積極的な使用を発信した。12月迄に14パスが新規登録された。

2：科別パス運用率を毎月提示し、パス適用を推進した。
パス適用率：８月まで66～69%、９月以降70%

3：毎月、パス別バリアンス数・バリアンス記録を収集し、推進委員や看護師主任を通じて
各診療科チームへフィードバックしている。

4：バリアンスデータを基に、現時点で67.9%のパスが改訂された。(パス登録数：294)
主な改訂内容は、アウトカム、アウトカム評価判断基準、評価の根拠となるケア項目、
リハビリプログラムの見直しと改善、医療安全の視点でパス適応基準・除外条件の修正、
薬剤の見直しであった。

5：パス改訂後も継続的にバリアンスデータを把握し、継続的質改善(PDCA)を促進する。

2023年度　QI
パス適用率の向上とバリアンスデータを基にしたパスの改訂

目標設定・改善計画の立案

1．DPC上位疾患の医療の標準化を促進

2．パスの積極的な作成、パスの活用 ➡ パス適用率：70%以上

3．バリアンスデータ収集とバリアンス内容の可視化

4．バリアンス分析によるパス改訂を促進

5．継続的にバリアンスデータをモニタリング



具体的な改善策の実施

1. 医療の標準化を促進：新規パスの作成支援。
   パス適用率70%未満の診療科を対象にヒアリングを実施し、
   適用率改善計画を立て、実行する。

2. パス作成および活用の促進：DPC上位疾患のパス作成、院内で登録されている
   パスの使用を推進する。

3. 科別パス適用数・適用率のデータ収集、院内全体での共有(毎月)：
   各診療科へフィードバック・部長会資料提出・院内ポータルへ掲載。

4. バリアンスデータの収集・可視化(毎月)：
   パス別バリアンス数・バリアンス内容を収集し、各科・各病棟へフィードバックする。

5. バリアンス分析：バリアンスの多いパスを選択し、診療科チームへ介入・バリアンス分析・
   パス改訂を行う。

6. バリアンスデータのモニタリング：改訂後のパスも継続的にバリアンスデータを把握し、
   継続的質改善（PDCA）を促進する。

改善策の効果確認　(2023年12月時点)

1：適用率改善策を立案し実行 ➡ 14パスが新規登録

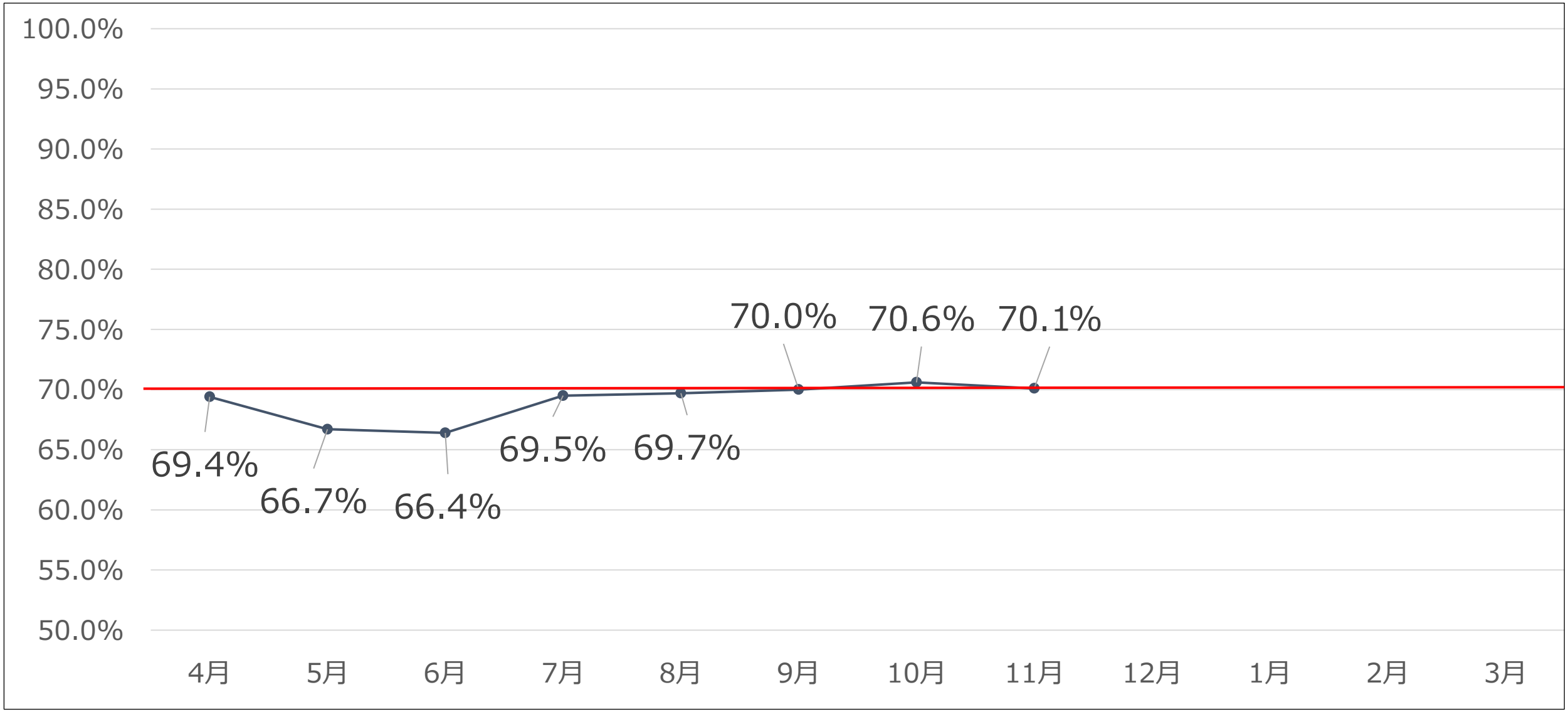
2：パス適用率(全体) 8 月までは66～69% ➡ 9 月以降 70%

3：毎月、パス別バリアンスデータを各チームへフィードバックし共有

4：バリアンスデータを基に、パスを改訂 ➡ 改訂率 67.9% (パス登録数：294)

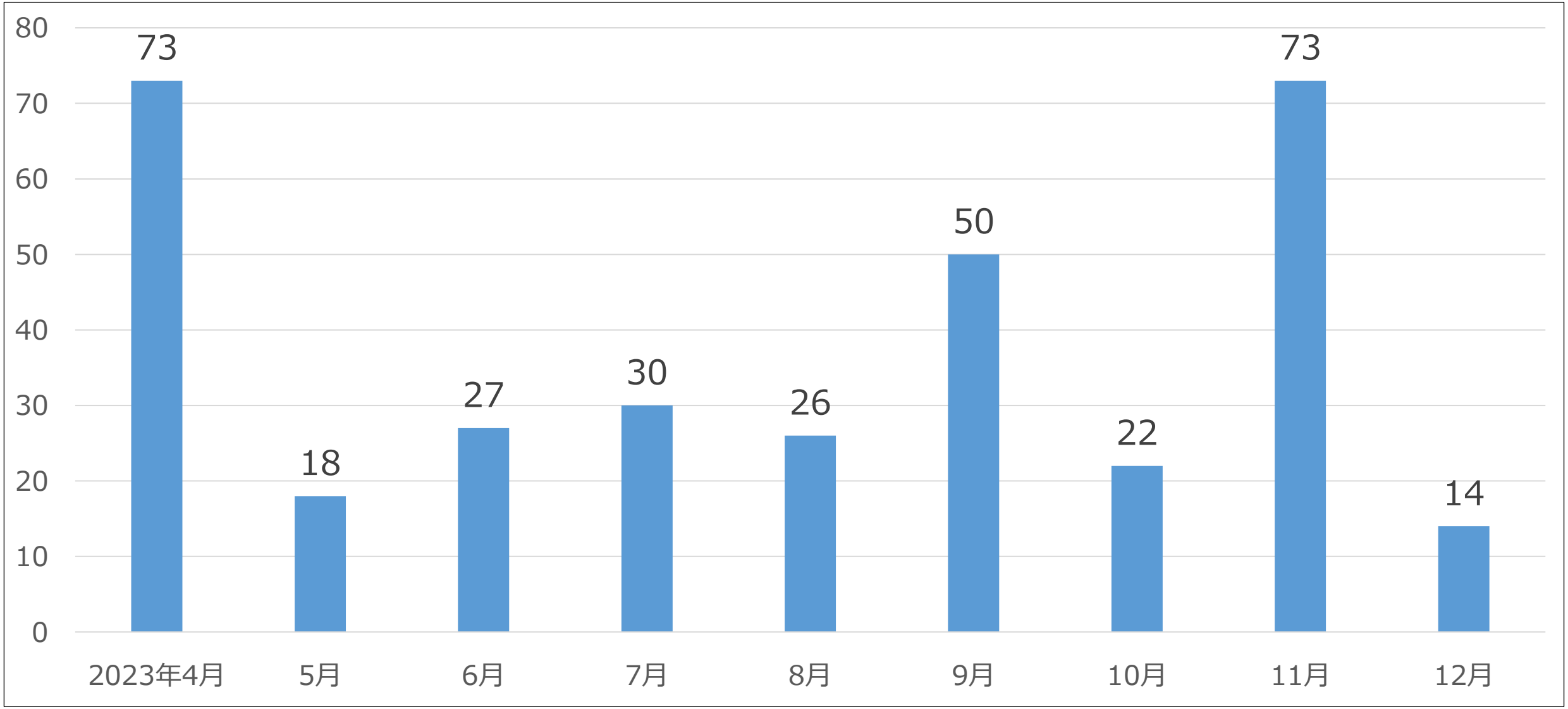
5：継続的にバリアンスデータを把握し、継続的質改善(PDCA)を促進

「パス適用率」 ＊2023年～ パス適用率：パス使用患者数／新入院患者数

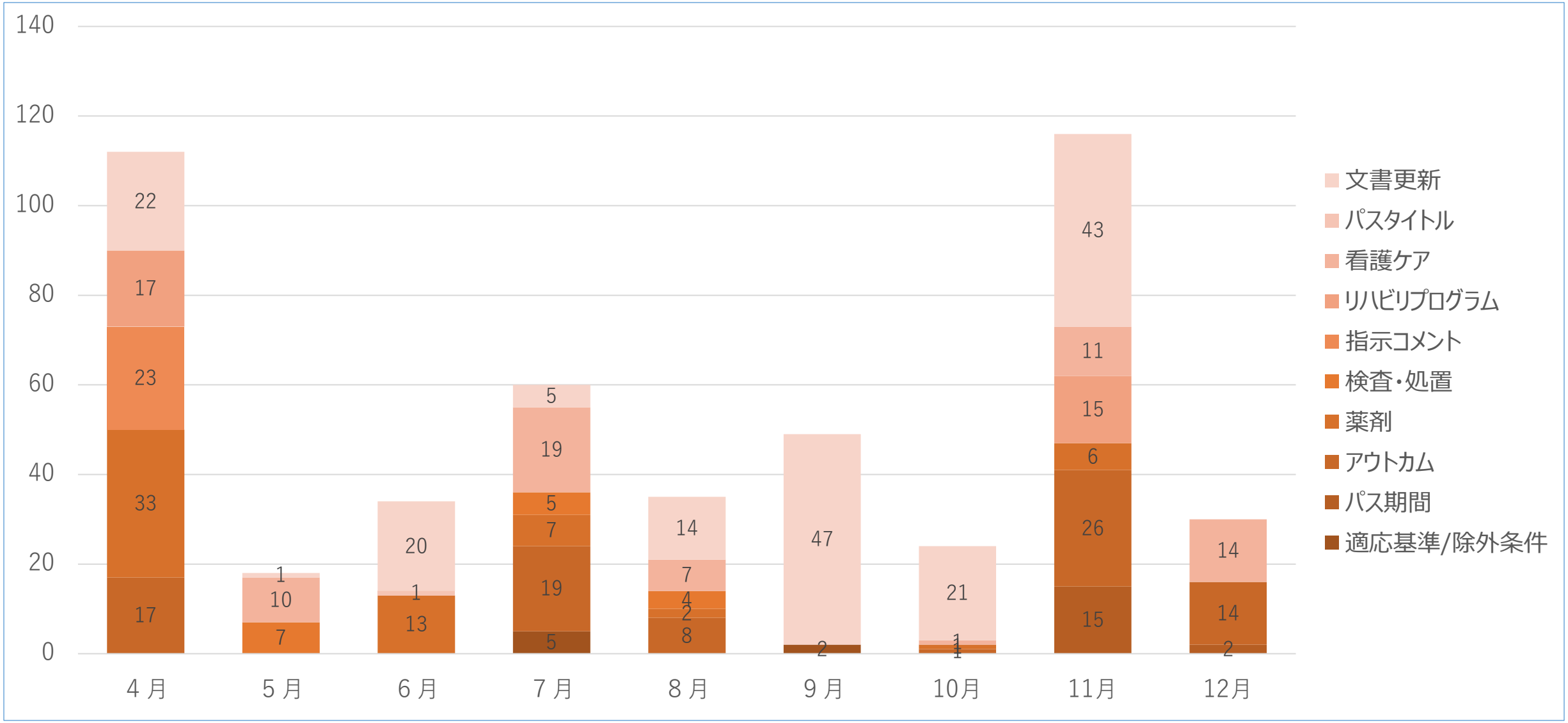


月別「パス改訂数」

パス改訂率：67.9%(2023年12月時点)



月別「改訂数・内容」＊１つのパス改訂で複数内容あり



標準化の徹底・改善策の見直し

パスを正しく使用し、正しく評価をする。
バリアンス発生時は記録を残すことで、パスのデータを2次利用し、
改善の為に有効活用が出来る。



そのためには、パスを正しく運用することが重要 !!

1. マニュアルに沿った、正しいパスの運用

2. 継続的な医療の質改善(PDCA)に向けて、
   バリアンス分析➡パス改訂を定着していく