

### 指標の意義

- 死亡退院した患者の症例から、診療の過程が妥当であったか、社会的問題がなかったかなどを検討し、診療内容の質向上を目指す

### 指標の計算式、分母・分子の解釈

・収集期間：1ヶ月毎

各指標の計算式と分母・分子の項目名		分母・分子の解釈
分子	死亡退院患者数-入院後48時間以内死亡	精死亡率(死亡退院患者数-入院後48時間以内死亡)、緩和ケア病棟含む
分母	退院患者数	

### 考察

【2012年数値】

最小値0.00% 25%値4.10% 中央値5.84% 75%値7.20% 最大値18.40%

【考察・分析】

病院の規模や入院患者層が異なるため、この指標から直接医療の質を他の病院と比較することはできません。個々の病院別にみると1%未満から18%以上まで大きな開きがあります。

病院の機能を反映した見方をするために病床数別に表示しています。100床未満7.34%、100～199床5.68%、200～299床6.24%、300床以上4.83%でした。100床未満が高く、300床以上が低く、100～199床と200～299床がその中間という結果でした。

2011年の結果と同様で、病床数が少ない病院は内科中心で高齢者が多くADLが低い死リスクが高い入院患者を受け入れている(指標の分子)こと、病床数が多い病院は死亡リスクが低い検査、手術、分娩そのための入院が多数ある(指標の分母)ための結果と推測されます。また、病床数が多い病院では治療を終えたら他の病院に転院するケースが多いことも関連している可能性もあります。しかし、100～199床と200～299床の比較では、

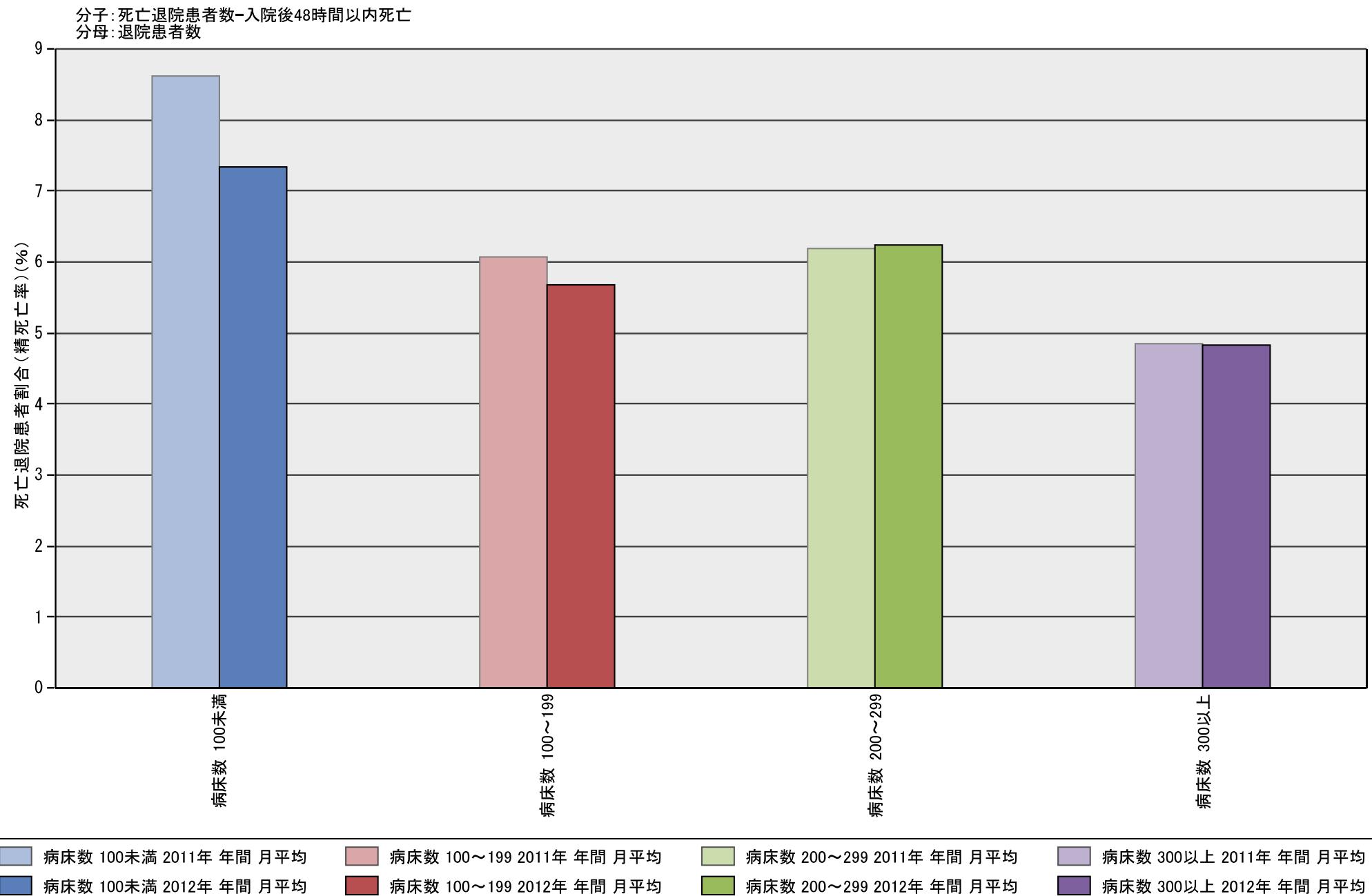
2011年と2012年ともに200～299床の方が死亡割合が高くなっています。

当然ながら病床数が多いほど死亡退院患者の絶対数は多くなっています。病床数が少ない病院は死亡退院患者の絶対数が少ないので、月別の死亡率に大きな変動があるため、月別の数字で判断せず半期または1年間の結果で判断すべきと思われます。同じ病床規模の中で比較し自分の病院の死亡割合が中央値から開きがある場合は、入院患者と死亡退院患者の担当科・入院目的・年齢・ADL・死因などを分析することによって地域における役割を再認識することができると思われます。

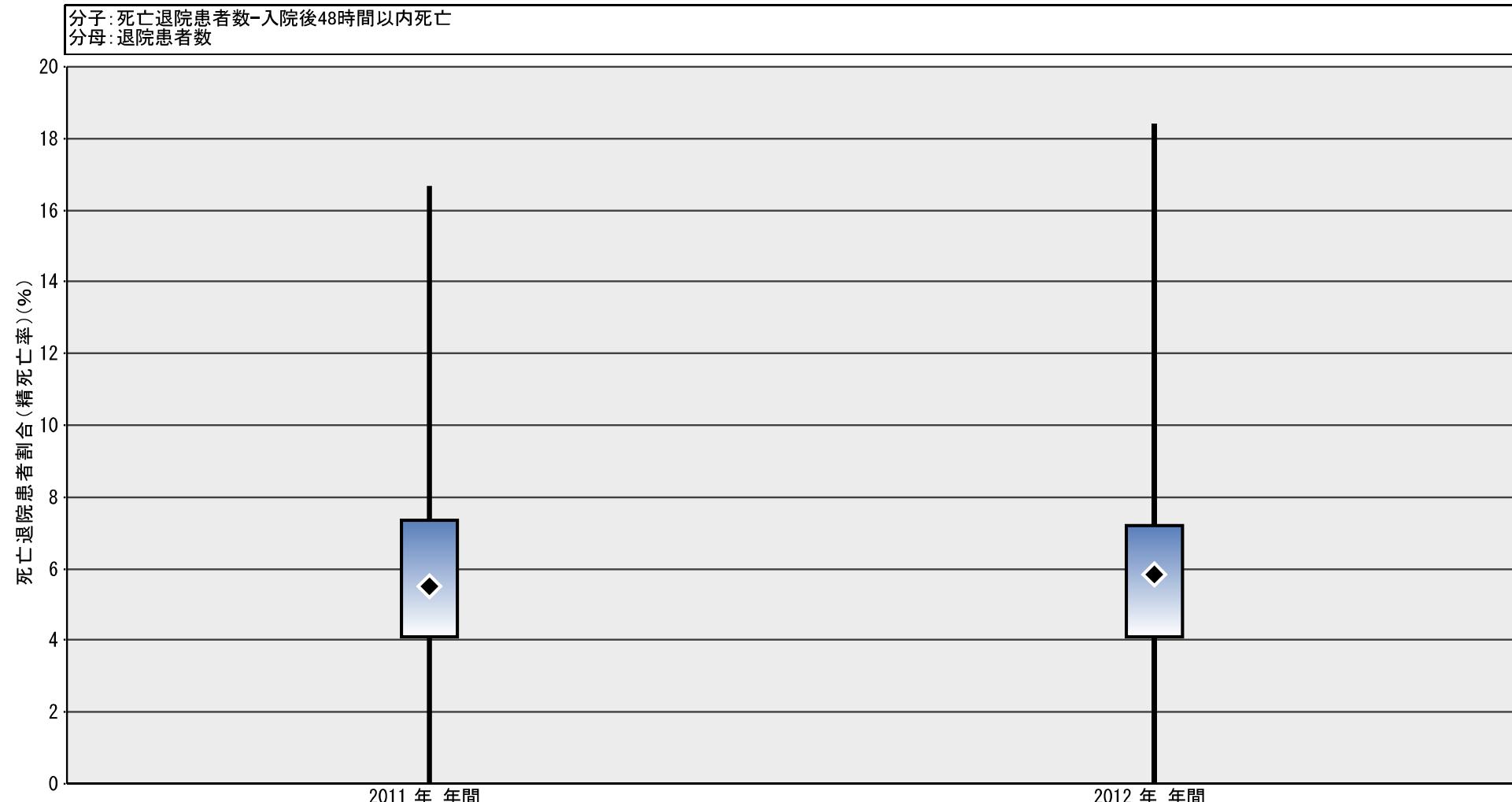
以上の見方を前提にしつつも、死亡率を下げるための取り組みに結びつけるためには、同じ病床規模で患者死亡に関連する可能性がある他の指標を比較し改善の検討を行う方法がありうるのではなかろうか。

指标6	D)退院患者数		死亡退院患者数-入院後48時間以内死亡		死亡退院患者割合 (精死亡率)	
	2011年	2012年	2011年	2012年	2011年	2012年
病床数 100床未満	1345	4334	116	318	8.62	7.34
病床数 100~199床	46748	61710	2836	3503	6.07	5.68
病床数 200~299床	52331	56407	3237	3519	6.19	6.24
病床数 300床以上	89818	97911	4357	4733	4.85	4.83
	人	人	人	人	%	%

## 指標6：死亡退院患者割合(精死亡率)



## 指標6：死亡退院患者割合(精死亡率)



死亡退院患者割合(精死亡率)	
最小値	0.00
25%値	4.10
◆中央値	5.51
75%値	7.35
最大値	16.67
●自病院	(なし)