

指標の意義

- ・どの病院でも診察する機会が多く、その病院の治療効果を測る指標である。

指標の計算式、分母・分子の解釈

	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	市中肺炎患者死亡患者数(成人):A) 軽症、B) 中等症、C) 重症、D) 超重症	その月に死亡した件数を入力する
分母	退院した市中肺炎患者発生患者数(成人):A) 軽症、B) 中等症、C) 重症、D) 超重症	市中肺炎で入院し退院した患者件数を重症度別に算出する。 ○使用する指標:①男性70歳以上、女性75歳以上、②BUN21mg/dL以上または脱水あり、③SpO ₂ 90%以下(PaO ₂ 60Torr以下)、④意識障害、⑤血圧(収縮期)90mmHg以下。 ○重症度分類:軽度:上記5つの項目の何れも満足しないもの、中等症:上記項目の1つまたは2つを有するもの、重症:上記項目の3つを有するもの、超重症:上記項目の4つまたは5つを有するもの。ただし、ショックがあれば1項目のみでも超重症とする。 ○他の病院:施設から転院してきた患者は除く。 ○重症度の判定は入院時とする。 ○ICDコードJ13\$~J18\$を対象(15歳以上で、入院前1ヶ月以内の入院歴、療養病院・施設滞在者を除く)とします(040070 インフルエンザ、ウィルス性肺炎=ICD: J10\$, J11\$, J12\$は除きます)。
収集期間	1ヶ月毎	
調整方法	日本呼吸器学会「呼吸器感染症に関するガイドライン」市中肺炎の診断基準を満たすもの、重症度別	・肺炎は民医連のDPC病院ではいずれもトップの診断群。No.6の全体の死亡率だけでは、疾患構成やその重症度も異なり、評価が難しい側面がある。2010年度から、DPCの様式1で入力必須項目に加わったこともあり、とりくみやすい項目と考える。

考察

【2014年年間数値報告】

標準化死亡比:最小値0.00、25%値0.63、中央値0.82、75%値1.37、最大値3.26

回答病院 67病院 <登録病院 85病院>

【考察・分析】

2014年の重症度別死亡率は、「未回答」ないし肺炎患者が「0」であった18病院を除く67病院の集計で[軽症20/1280=1.56%、中等症345/5455=6.32%、重症196/1258=15.58%、超重症211/569=37.08%]となり、全死亡率は772/8562=9.02%でした。ちなみに「市中肺炎」全死亡率は、集計を始めた2011年9.18%から2012年9.17%、2013年8.93%と9%前後で推移しています。

定義は違いますが参考になる数値として、全日本病院協会の「肺炎死亡率」は2013年度分を集計すると7.64%(669/8754)となり、また、聖隷浜松病院は2012年「肺炎入院患者の死亡率」を9.1%(43/471)と公表しています。病棟構成や地域状況により市中肺炎の受け入れには相当のバラつきがあり、分母が少ない場合には1例の変化で数値が大きく変わります。たとえば2013年の標準化死亡比(66病院の集計で最小値0.00、25%値0.53、中央値0.83、75%値1.60、最大値5.27)で最大値となったのは「重症」の1例が入院し死亡、ほかには肺炎患者の入院がなかった病院でした。2014年の標準化死亡比のグラフを見ると少なくない病院で前年に比較して倍化あるいは半減など大きく変化していますが、分母の患者数の規模に注意が必要です。

外部委員によるロジスティック回帰分析から「病床数300以上の病院でも100未満の病院と死亡率は同様」だが「同じ重症度、病床数、療養・精神病床でも肺炎死亡率は、DPC病院、基幹型臨床研修病院で少ない」ことが語られ、この「違いの理由」を探ること、特に「診療ガイドラインで強く推奨する」事項に沿ったプロセスの検討が必要との指摘をいただいています。各病院で診療プロセスを見直し、改善をはかりましょう。

改善事例

- ・データの精度を上げるため、感染管理者からの助言を受け、重症度分類についてカルテからの情報抽出の仕方を再構築した。
- ・入院中に嚥下の評価を行い、経口摂取困難な場合は胃ろうやCVでの栄養管理をすすめている。