

Quality Indicator 2025年度データ



医療法人社団城東桐和会
タムス市川リハビリテーション病院

クオリティインディケーター 2025年度について

当院は2019年4月より市川市立病院から病院機能を引継ぎ、新たなリハビリテーション専門病院としてスタートを切りました。私たちが目指すものは、こまやかな医療と看護、リハビリテーションを個々の患者さんに提供していくことすなわち「オーダーメイド・リハビリテーション」であります。

回復期リハビリテーション病院では、日曜日、祝日を含む365日、十分な医学的管理を行いながら再発や合併症の併発を予防・治療し、チームアプローチにより運動・生活機能向上と改善を図ります。また、退院に向けて、地域と連携を降りながら可能な限り家庭・社会復帰を支援することをしっかりと行ってまいります。

常に最高のリハビリテーションを提供できるようにするためには、質向上は欠かせないと考えており、2024年4月には日本病院機能評価機構の第三者評価（3rdG:Ver.3.0）を受審し審査に向けて病院職員一丸となって質改善に取り組んでおります。

質向上には様々な視点があり、その中でも臨床的な指標については重要課題と認識しております。今回クオリティインディケーターとして病院内の可視化を図り課題を明確にすることを取り組みました。今後もデータを抽出し継続的な質改善に努めていきたいと考えております。

医療法人社団城東桐和会
タムス市川リハビリテーション病院
院長 小宮山 剛平

クオリティインディケーターとは

欧米では一般的に医療の質指標としてクオリティインディケーター（QI:Quality Indicator）と呼ばれており、ドナベディアン(Dona-bedian,A.1919-2000)が提唱している医療におけるストラクチャー（Structure）プロセス（Process）アウトカム（Outcome）の3つ指標を用いた質改善のためのツールです。

ストラクチャー（Structure）指標は、病院建物や設備、医療従事者の人員数、プロセス（Process）指標は、治療の適切性、技術のレベル、アウトカム（Outcome）指標は、健康上の結果、患者満足度など用います。「質」とは絶対的なものではなく、相対的なものです。構造→過程→結果の流れがあり、目的達成するために先に述べた3つの指標に適合させていくかが質向上のためには必要です。

別の呼び方としてクリニカルインディケーター（CI:Clinical Indicator）があり、クリニカル（Clinical）とは「臨床」インディケーター（Indicator）とは「指標」という意味から「臨床指標」と呼ばれいますが、医療の質を定量的に評価するものであることにQIもCIも変わりはありません。当院では臨床的な質以外にも「質向上」にかかる指標は多く存在すると認識しており、クオリティインディケーター（以下、QI）として評価するものとなりました。

医療の質指標は医療機関の格付け等に用いるものではなく、定量的な数字により課題を見出し改善の取り組みに用いることが大切です。自院の数字を経年的比較をしていくことでPDCAを回していく組織的な努力が必要となっています。

	構造	過程	結果
構造	医療従事者の人数 医療従事者の配置 医療設備の質・量 医療機器の質・量 など	治療計画の妥当性 治療の適切性 技術のレベル 説明と同意 など	治療の結果 状態の変化 生活の質向上 患者満足度 など
過程			
結果			

目次

1 構造 (Structure)

- ① リハビリテーション室の平米数 1
- ② リハビリテーション治療で用いられる治療機器 2
- ③ 退院患者の年齢構成および疾患割合 3
- ④ 患者住所 4

2 過程 (Process)

- ① 重症患者受入割合 5
- ② 患者 1 人1日当たりのリハビリ提供単位数 6
- ③ 疾患別リハビリ提供単位数 7
- ④ 経管栄養離脱率 8
- ⑤ 膀胱カテーテルの離脱率 9
- ⑥ 転倒転落発生率 10
- ⑦ インシデント・アクシデント報告件数 11
- ⑧ 退院前カンファレンス実施件数 12
- ⑨ 家屋調査等の家庭訪問件数 13
- ⑩ 退院患者の生活期リハ（法人内 外来・訪問）移行件数 . 14
- ⑪ 栄養指導件数 15
- ⑫ 褥瘡発生率 16
- ⑬ CT・MRI読影件数 17

3 結果 (Outcome)

- ① 退院患者の退院先 18
- ② 栄養状態の割合の変化 19
- ③ リハビリテーション実績指数 20
- ④ FIM改善度 21
- ⑤ 重症者改善度 22
- ⑥ 疾患別平均在院日数 23
- ⑦ 在宅復帰率 24
- ⑧ 患者満足度（結果） 25

1-① リハビリテーション室の平米数

当院のリハビリテーション室は600㎡以上あり、施設基準を大きく上回るリハビリテーション室を有しています。また、リハビリテーション室とは別にシミュレーション棟を有しており、自宅退院を見据えたシミュレーションを実施して患者さんの不安解消や円滑な退院支援に繋がっていると考えおります。

【リハビリテーション室】総面積 794㎡



【シミュレーション棟】



【スロープやレール架台】



【玄関】靴の脱ぎ履き



【手すり】手すり選定



【把手の選定】



【台所】

1-② リハビリテーション治療で用いられる治療機器

- IVES+ 2 台 2022年6月導入
随意運動による筋活動電位に比例した電気刺激をフィードバックし運動をアシストします
- バイタルシステムプラス 1 台 2021年10月導入
電気刺激と表面筋電位バイオフィードバックが同時に行え、筋活動を高められます。
- ジェントルシステム 2 台 2021年10月導入
痛みの少ない干渉波刺激が神経に作用し、摂食嚥下障害に対するリハビリテーションをサポートします。

タムスグループでは、上記の治療機器を標準導入しております。
最新の治療機器を備えていくことは、リハビリテーションの効果を高めていく視点から重要と捉えています。



IVES+
タムスグループ導入標準化



バイタルシステムプラス

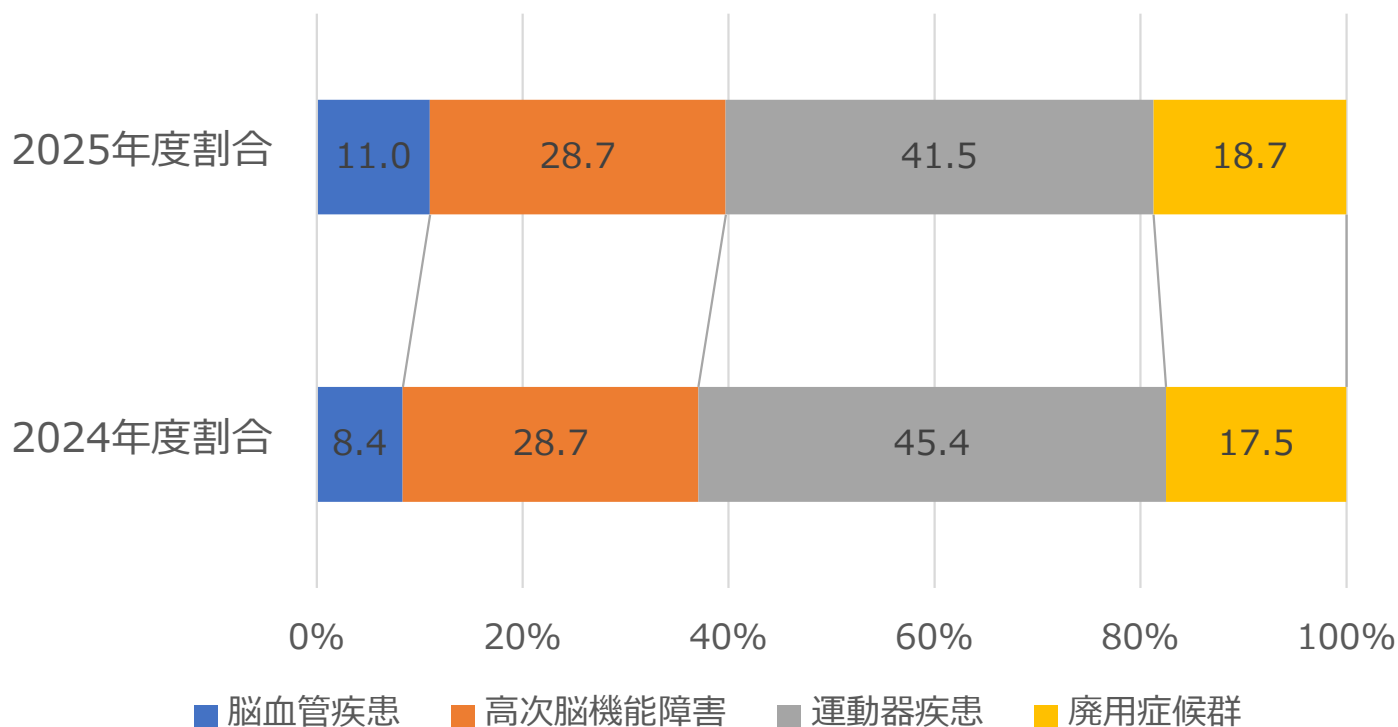


ジェントルシステム

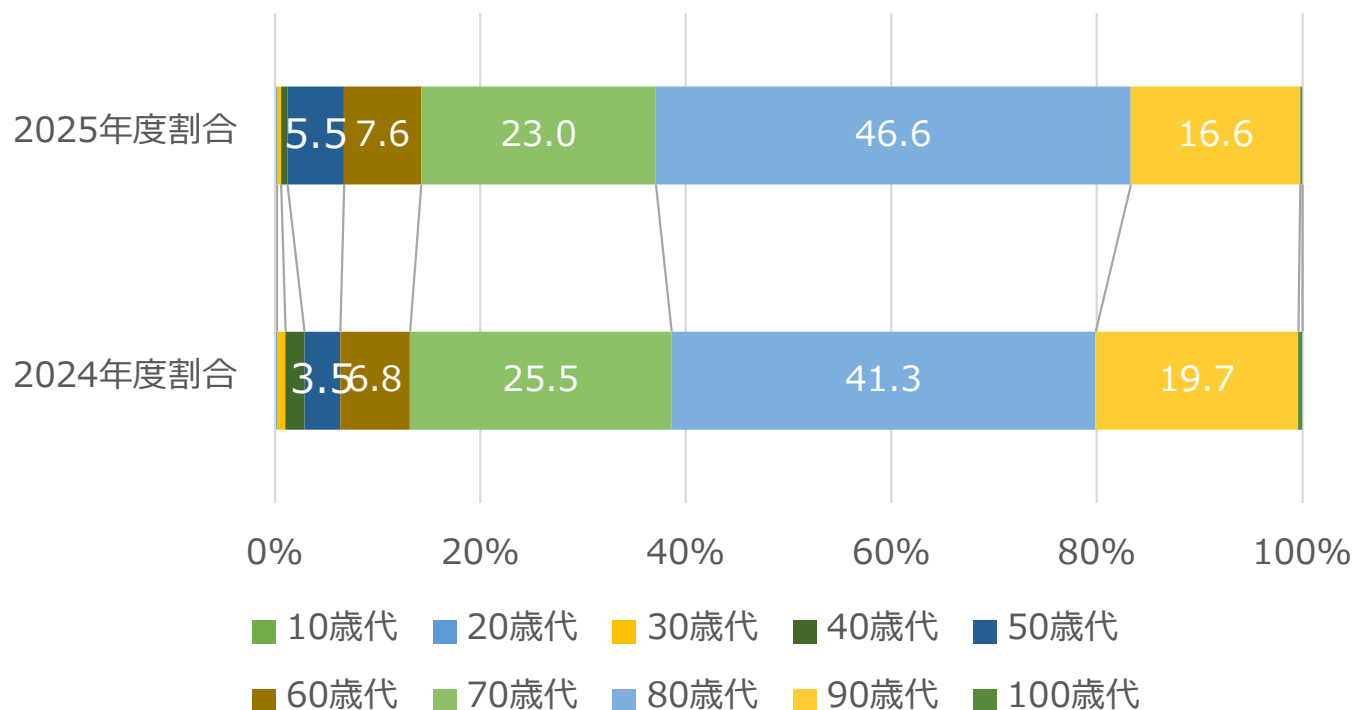
1-③ 退院患者の年齢構成および疾患割合

退院患者さんの年齢構成および疾患割合は経年的に大きな変化はありません。高齢化が進んでおり高齢者のリハビリテーションを軸として医療・ケアの提供を行っていきます。

退院患者の疾患割合（％）



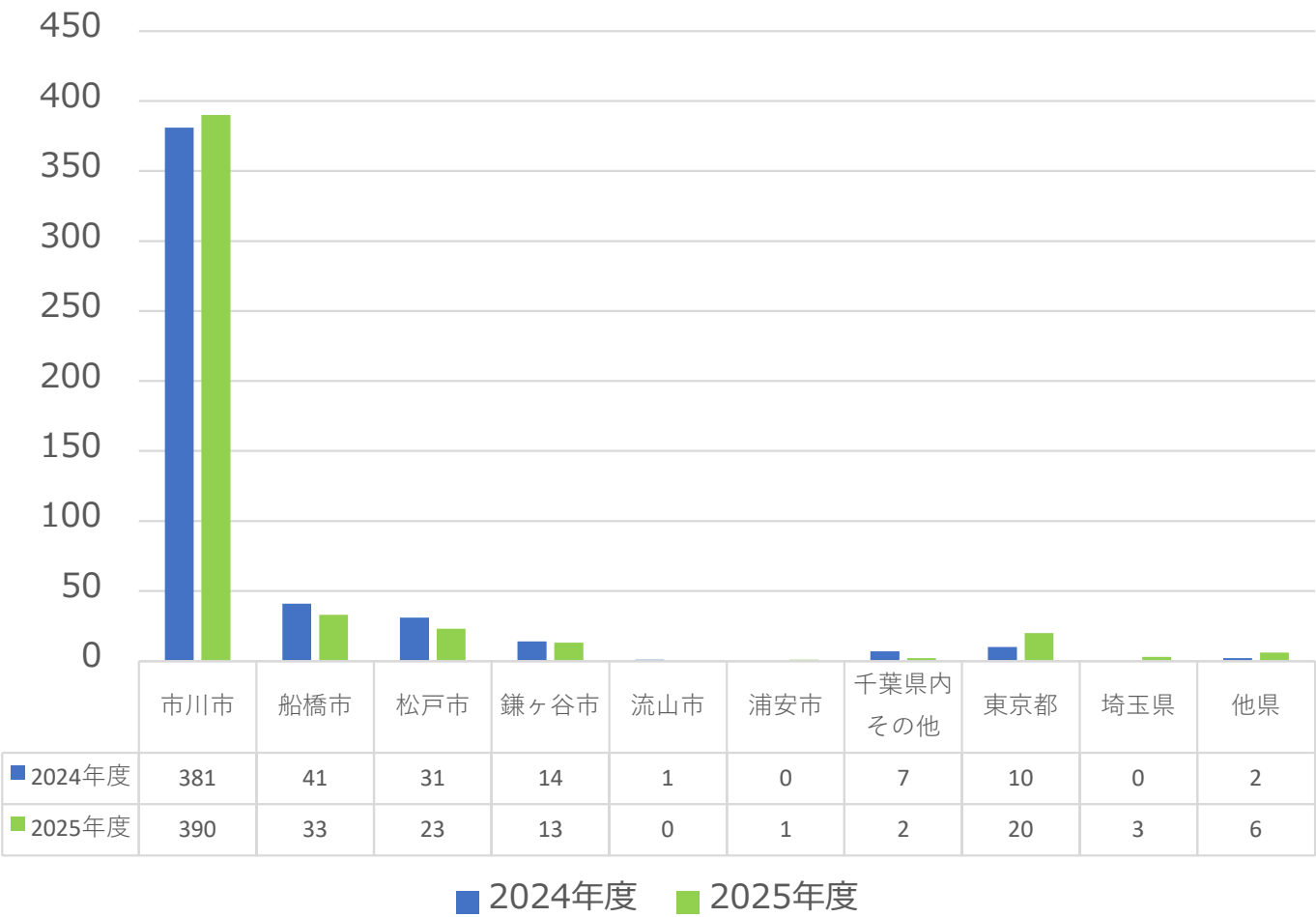
年齢構成（％）



1-④ 患者住所

患者さんは市川市を中心として近隣市区の医療機関からの紹介により入院されておられます。一方近隣市区以外の遠方からの紹介もあり入院受入を行っております。

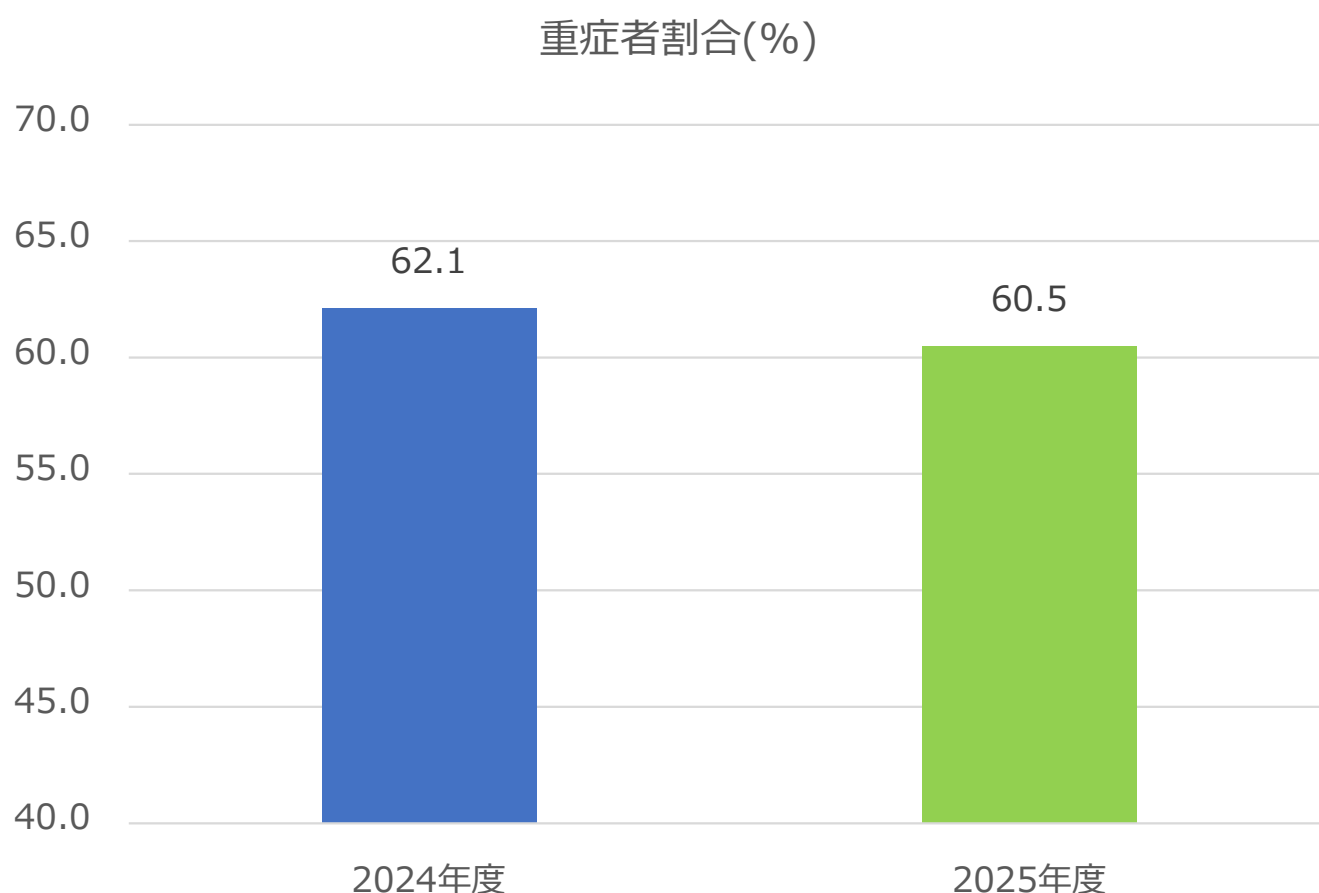
退院患者住所（人）



2-① 重症患者受入割合

重症者の定義は、日常生活機能評価が10点以上またはFIM55点以下です。回復期リハビリテーション病棟における施設基準の一つとなっております。

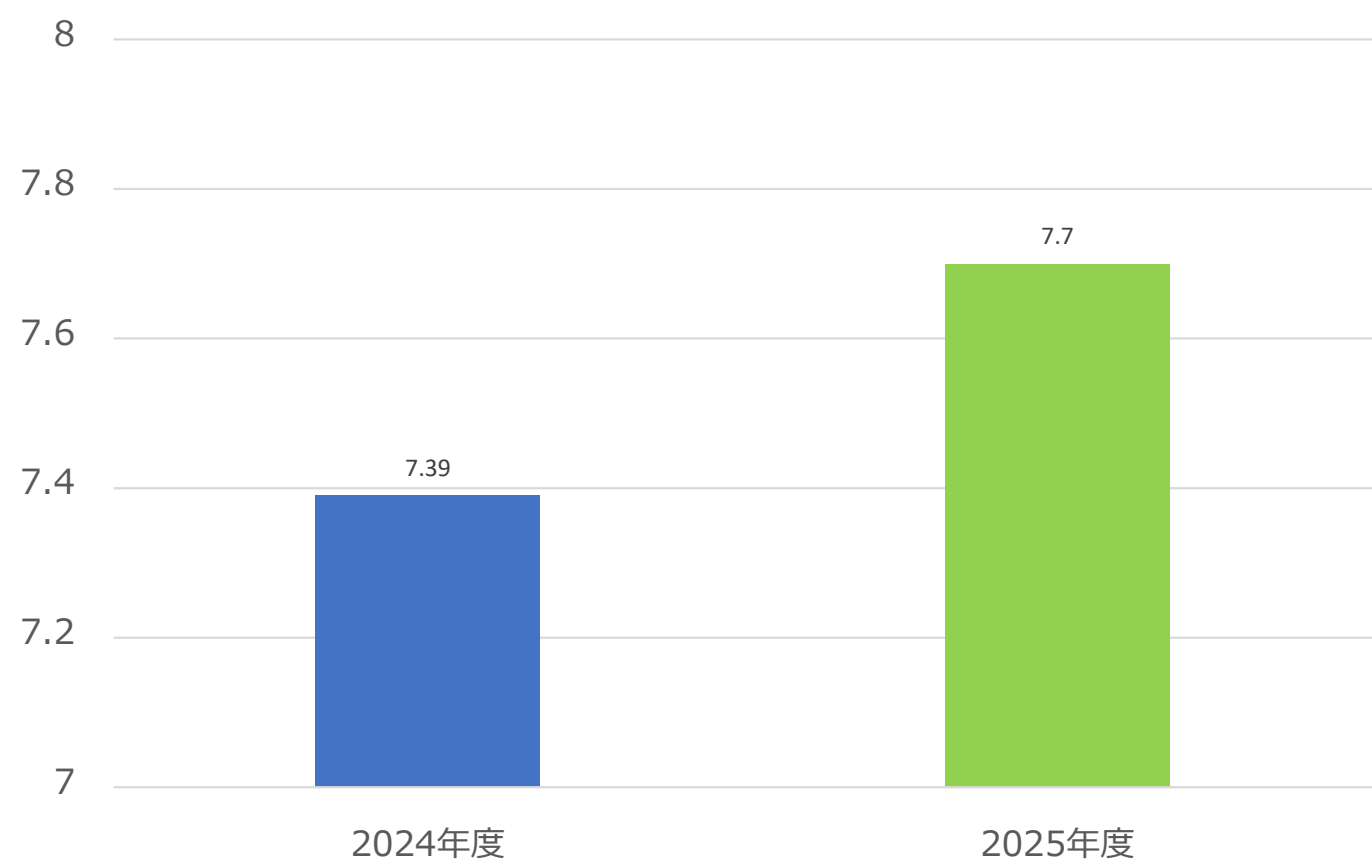
上記の定期に当てはまる入院患者さんの割合を示したものです。2024年診療報酬改定後の施設基準は40%以上となりより厳格に要件化されています。重症患者さんを受け入れるためには、リハビリテーション医療を提供する上で体制整備が不可欠であり、各職種の連携とチームアプローチが求められます。



2-② 患者1人1日当たりのリハ提供単位数

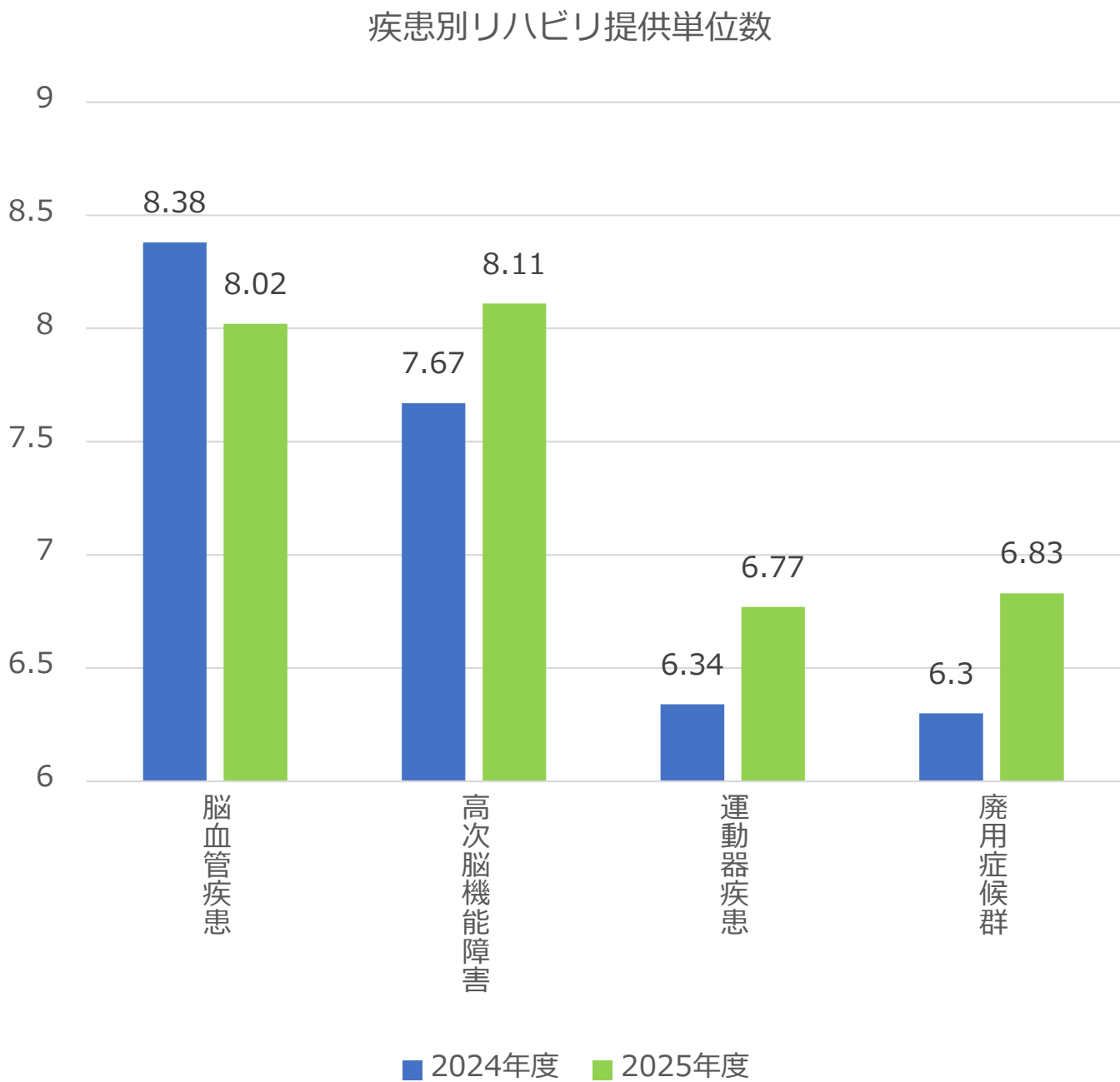
リハビリ単位数とは、20分を1単位として設定されています。回復期リハビリテーションにおいては、診療報酬の定めにより患者さん1人1日あたり最大9単位が上限となっています。定められた単位数をできる限り提供することは、リハビリテーションの中で重要な要素の一つです。予定として9単位を計画していてもご体調等により提供単位数が満たないことはあります。

患者1人1日当たりのリハビリ提供単位数（単位）



2-③ 疾患別リハビリ提供単位数

疾患別で患者1人1日あたりのリハビリ提供単位数を示しています。



2-④ 経管栄養離脱率

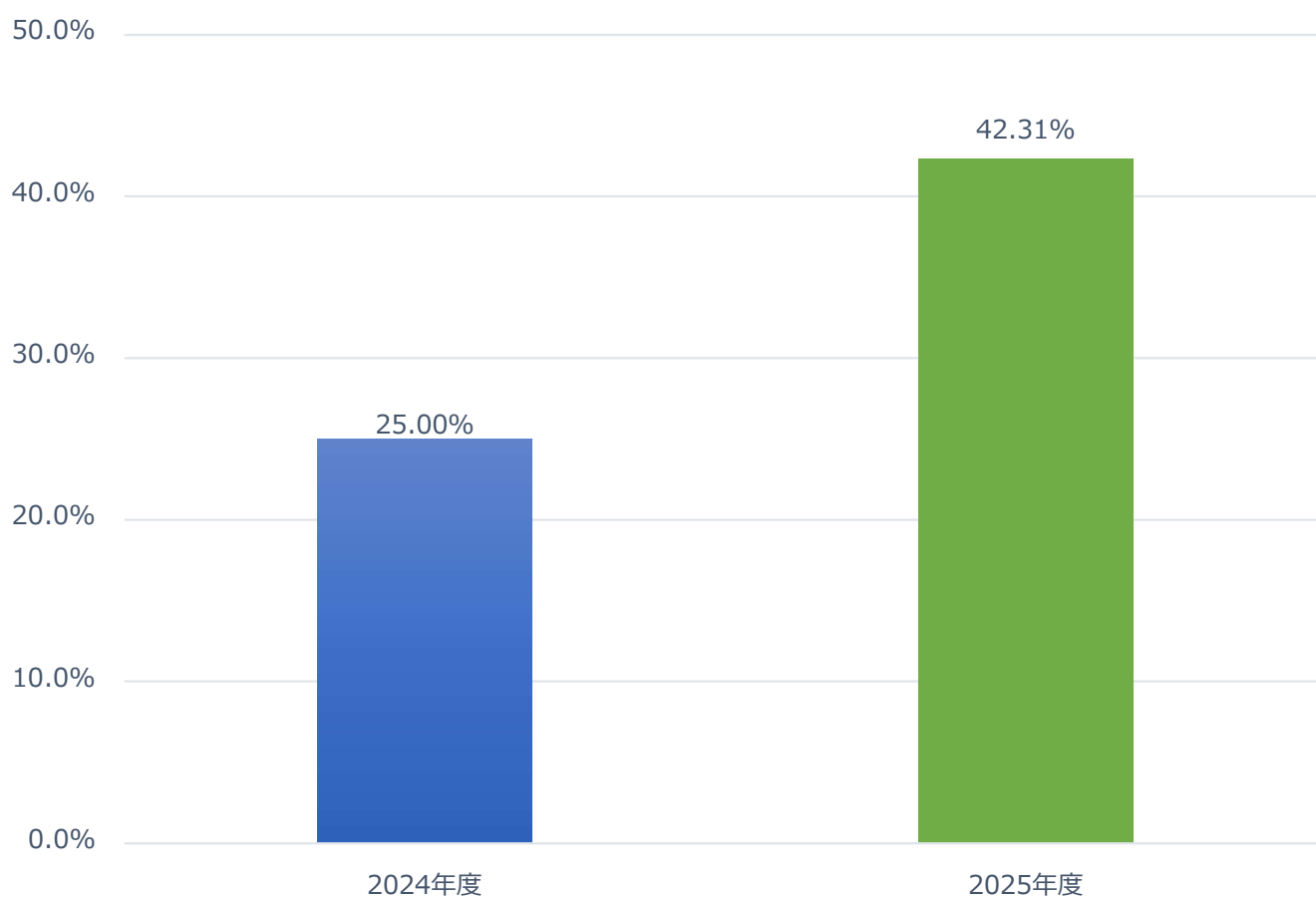
口から食事が食べられずに経管栄養が必要な状態で入院された患者さんのうち、1日3食すべての食事に対して経口摂取に移行した患者さんの割合を示しています。

【参考値】

回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書（2025年）

全国離脱率（推定）28.9%

経管栄養離脱率



2-⑤ 膀胱カテーテルの離脱率

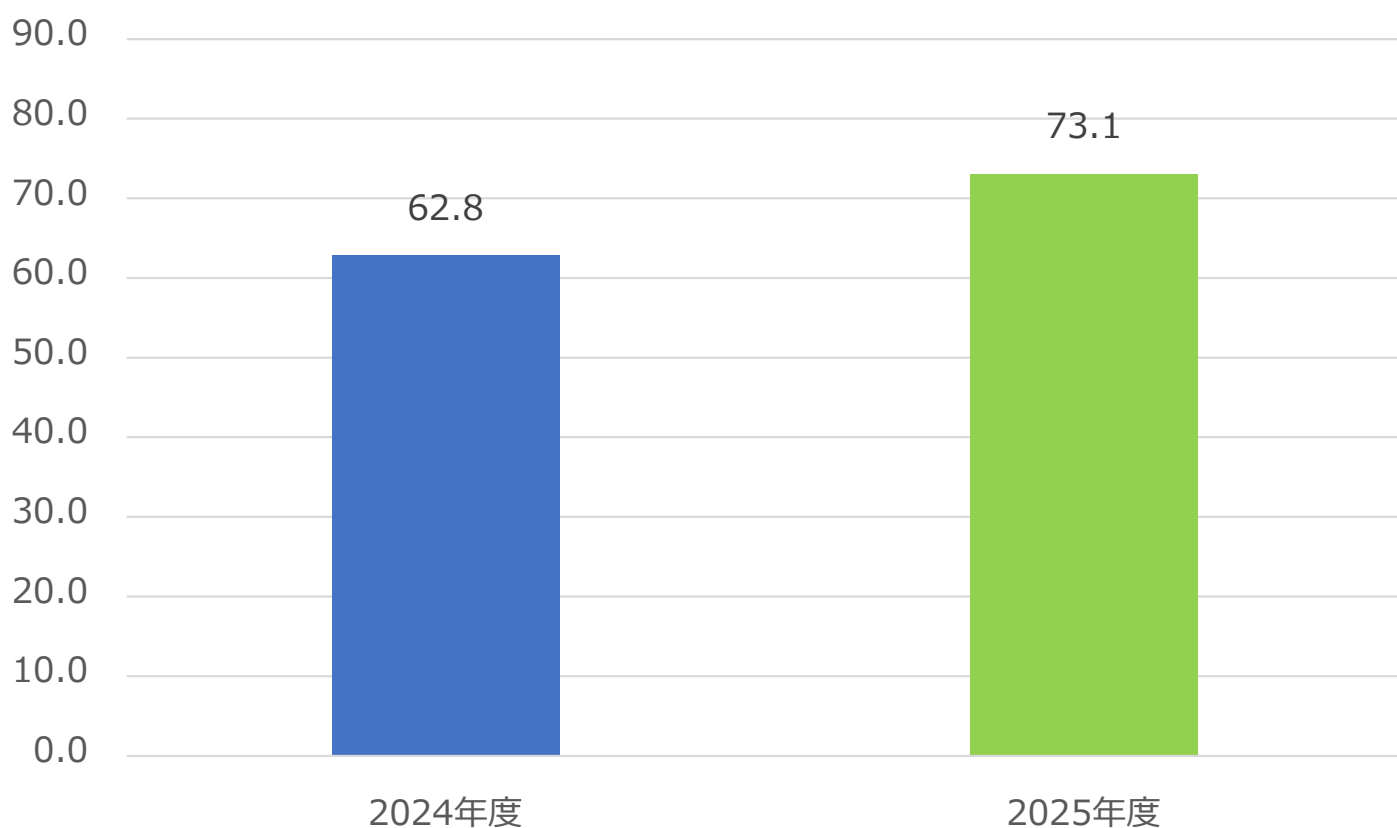
膀胱留置カテーテルは、患者さんのQOLに大きく左右される医療的処置です。疾病や障害によりやむを得ず膀胱カテーテルを留置することはありますが、可能な限り離脱し自排尿の状態で退院されることが望ましいです。

【参考値】

回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書（2025年）

全国離脱率（推定）51.1%

膀胱カテーテルの離脱率（%）



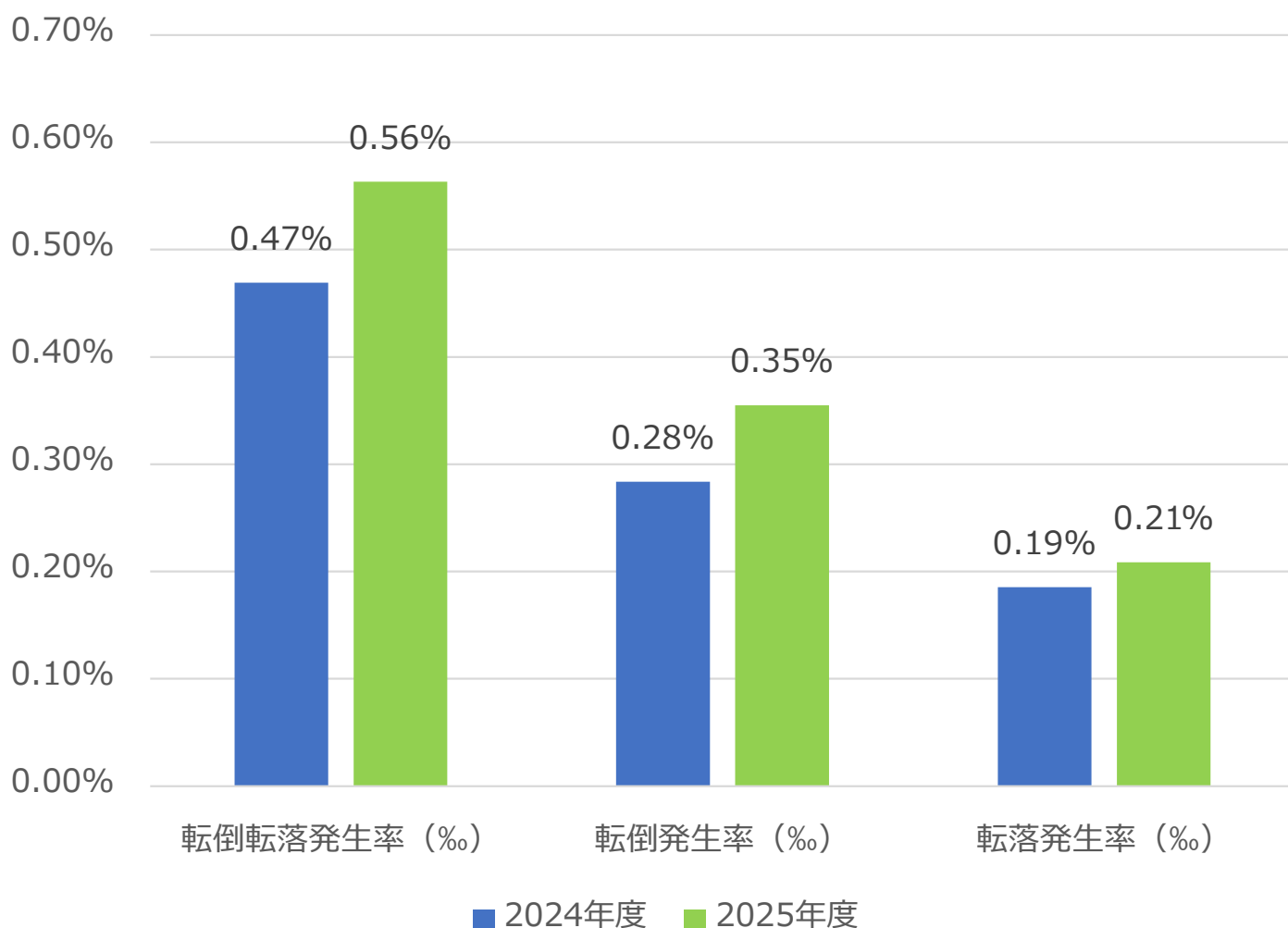
2-⑥ 転倒転落発生率

【分子】転倒転落発生件数（転倒または転落発生件数）

【分母】入院述べ患者数

リハビリテーションや入院生活を過ごす上で転倒転落は、骨折や頭部外傷をきたすリスクの一つです。患者さんの状態把握や危険予知トレーニングを通じて可能な限り発生割合を軽減させていく取り組みが必要となります。

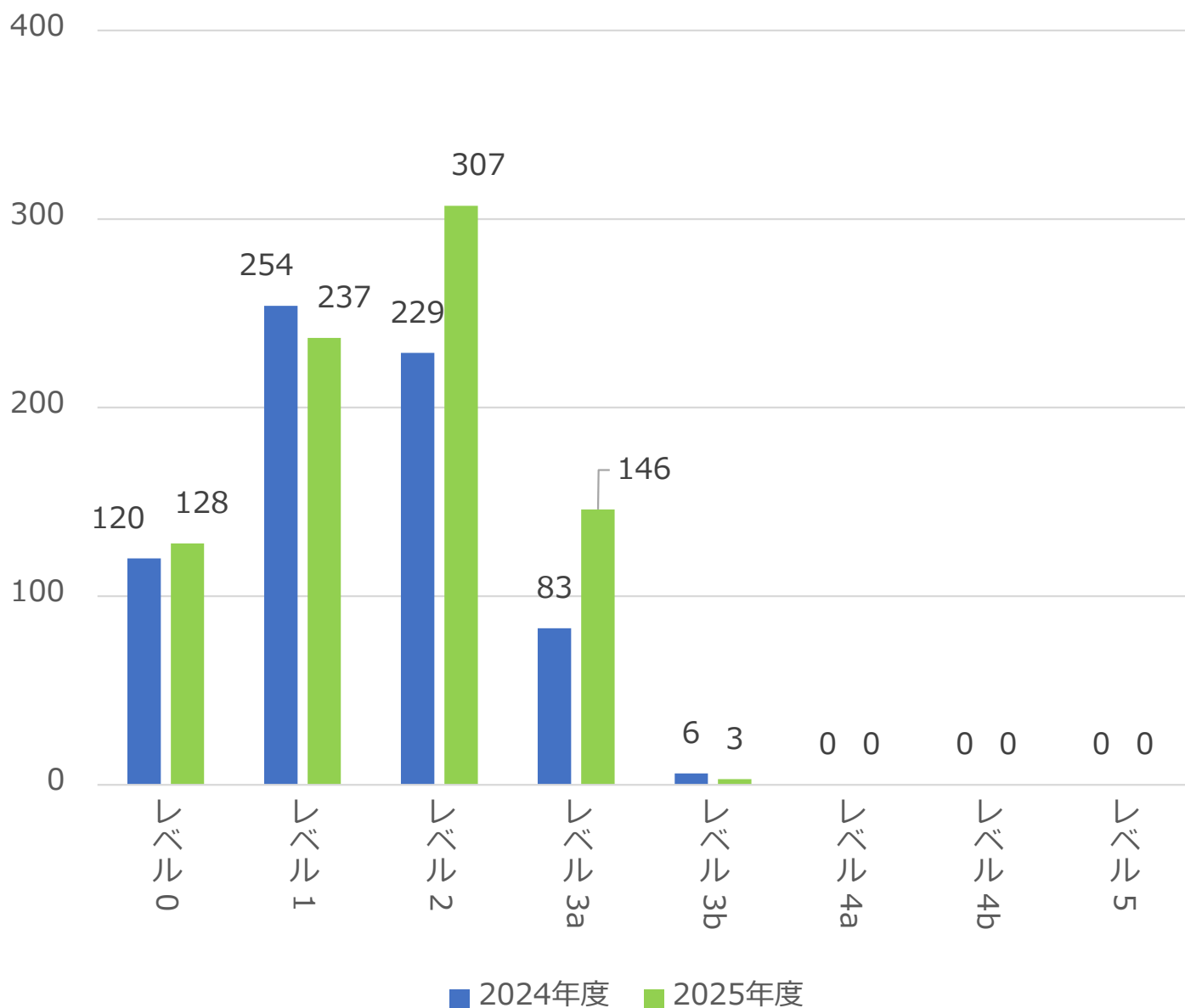
転倒転落発生率（‰）



2-⑦ インシデント・アクシデント報告件数

インシデント・アクシデント報告件数を示しています。レベルは下表にて分類しており、当院では4a以上のアクシデントは発生しておりません。

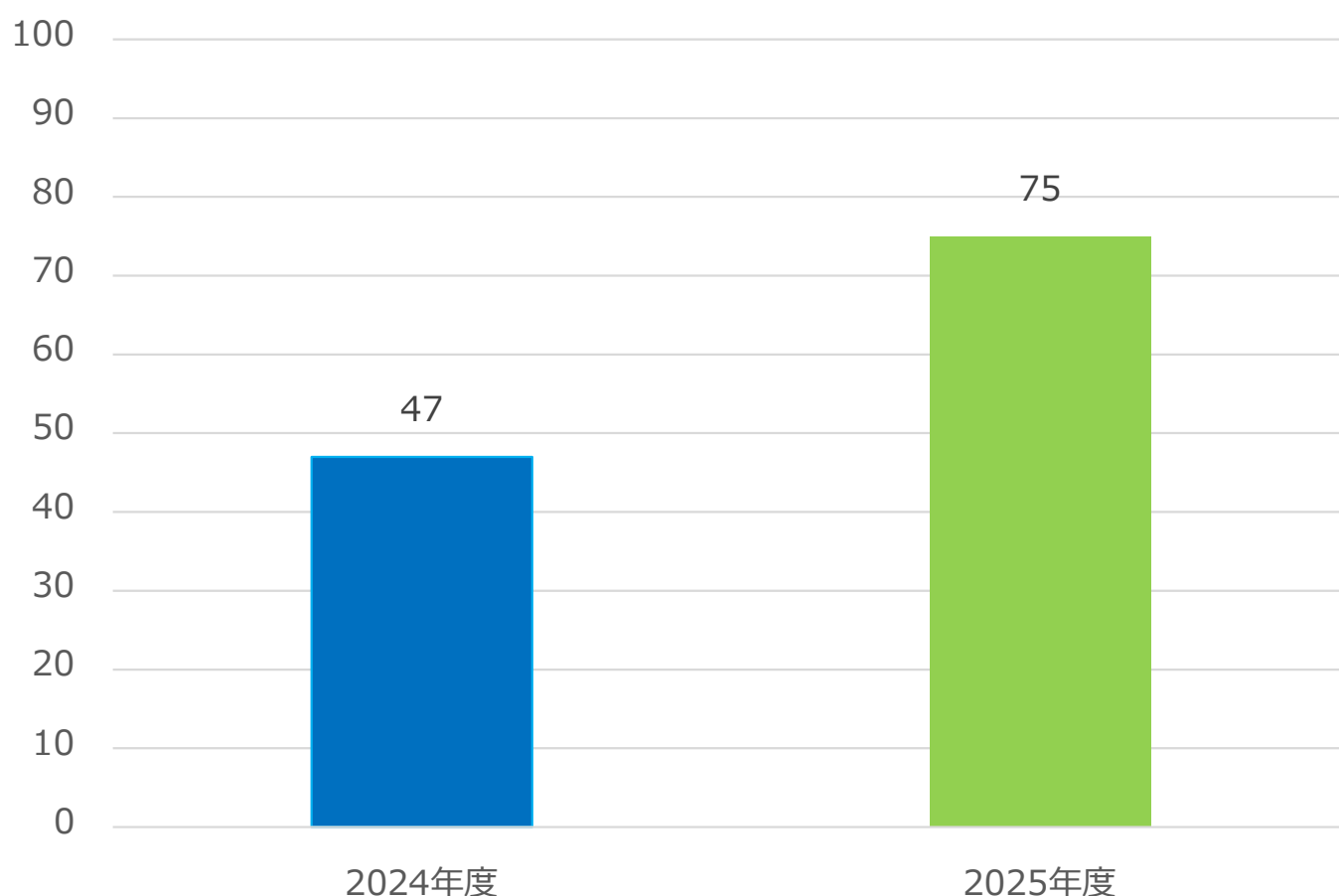
インシデント・アクシデント件数



2-⑧ 退院前カンファレンス実施件数

退院前カンファレンスは、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、管理栄養士、外部のケアマネジャーや福祉用具専門業者の方が一堂に会して行われるカンファレンスのことです。退院前に他職種が集まり話し合いの場を設けることで患者さんが退院に向けての不安を解消し、退院後に生活に支障をきたさないように検討していくことは重要と認識しており、できる限り積極的に開催をしてまいります。

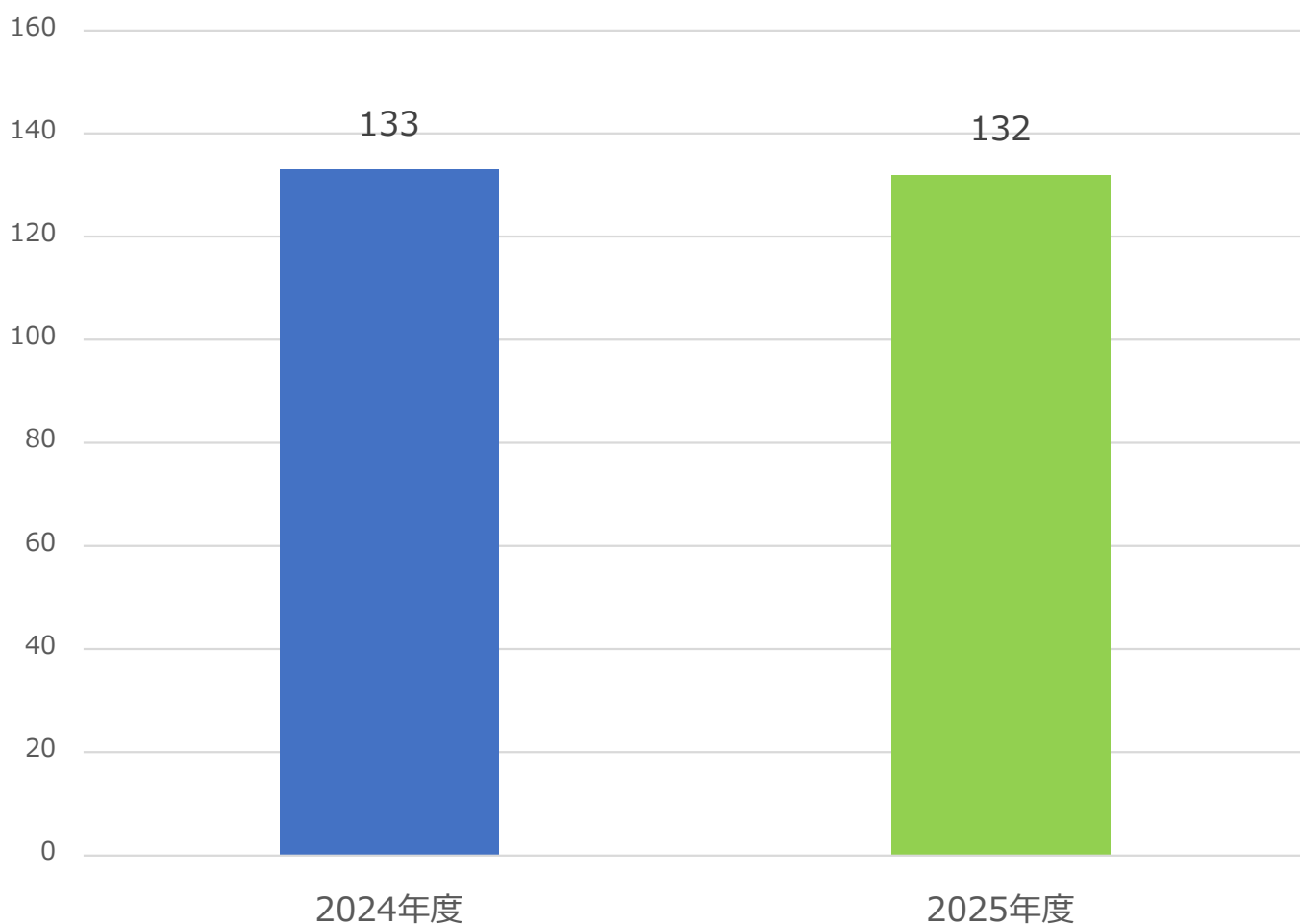
退院前カンファレンス実施件数



2-⑨ 家屋調査等の家庭訪問件数

家屋調査等の家庭訪問件数を示したものです。リハビリテーションを進めていく過程で自宅の家屋構造を把握しておくことはリハビリテーションプログラムを立案する上で不可欠な情報です。また、退院に向けて必要な住宅改修を計画し準備していくことは、患者さんが不安なく退院が可能となる一つの手段と考えています。

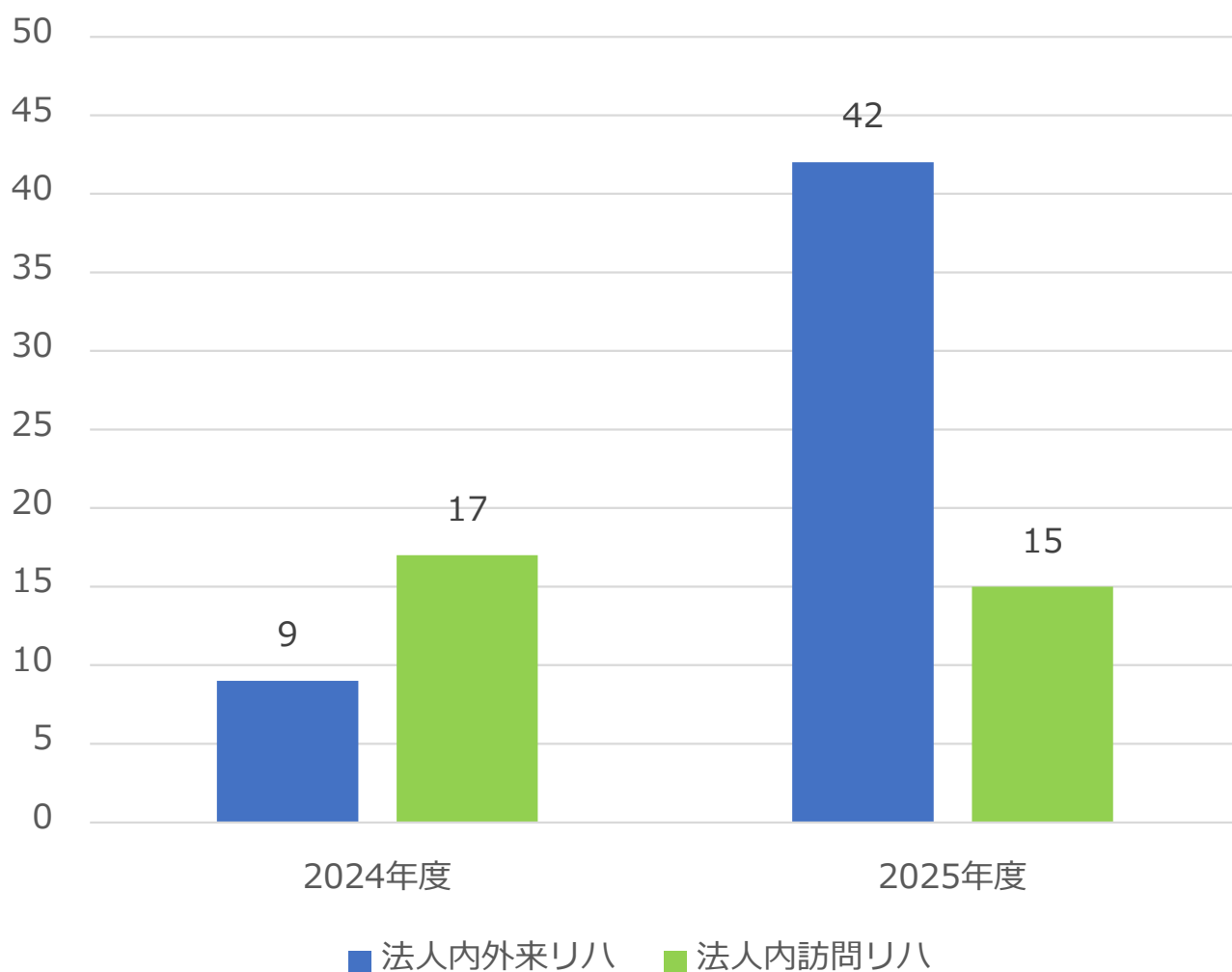
家屋調査等の家庭訪問件数



2-⑩ 退院患者の生活期リハ（法人内 外来・訪問）移行割合

退院患者さんのうち、外来リハビリテーションや訪問リハビリテーションに移行して継続的にリハビリテーションを継続する必要性のある患者さんは一定数おられます。当院ではリハビリテーションがシームレスな形で提供できるよう体制を整えております。

退院患者の生活期リハ移行件数

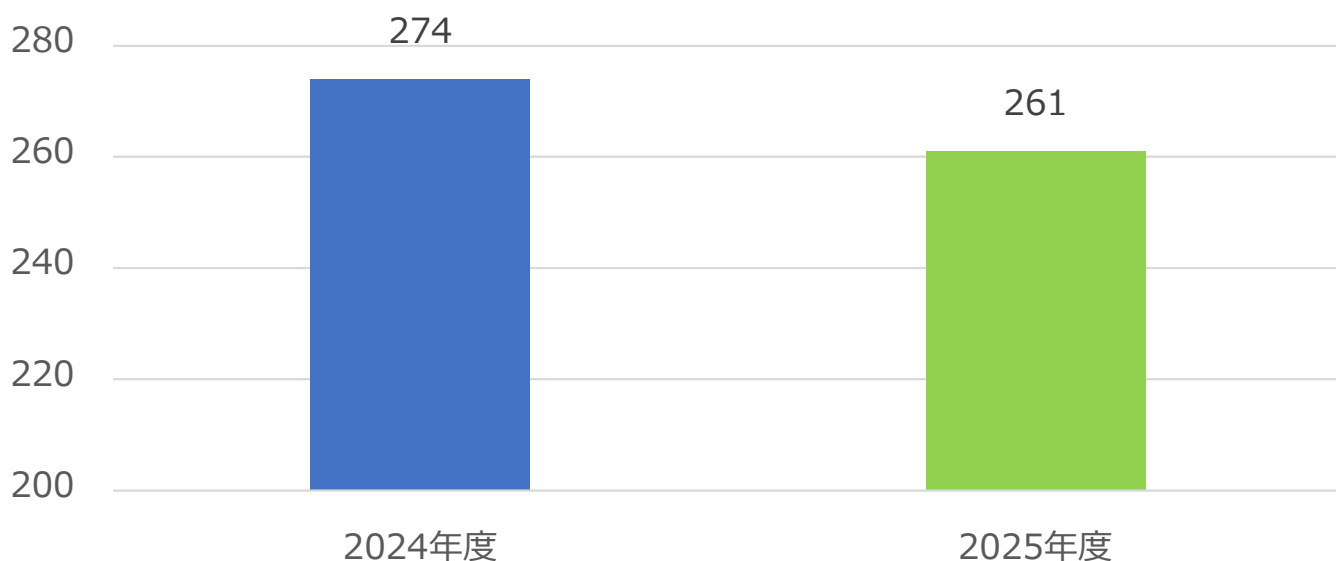


2-⑪ 栄養指導件数

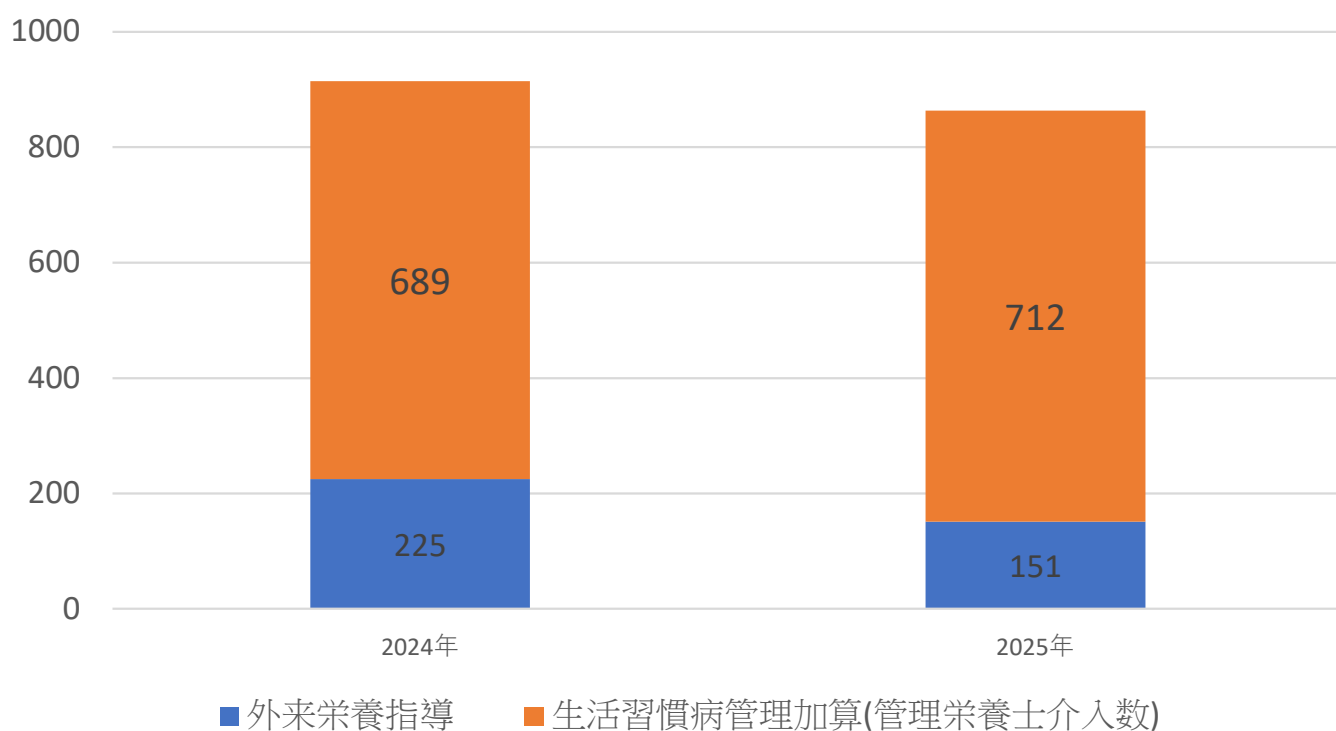
リハビリテーションを実施する上で患者さんの栄養状態はとても重要な項目です。合併症をお持ちの患者さんには状態悪化を防ぐためにも、入院時から食事に関するお話をさせていただいております。

また退院後、外来受診時には改めて管理栄養士とお話しをする機会を設けています。生活習慣病悪化予防、改善を目指して継続的に管理栄養士が介入しています。

入院期間中の栄養指導件数



外来における栄養士介入数



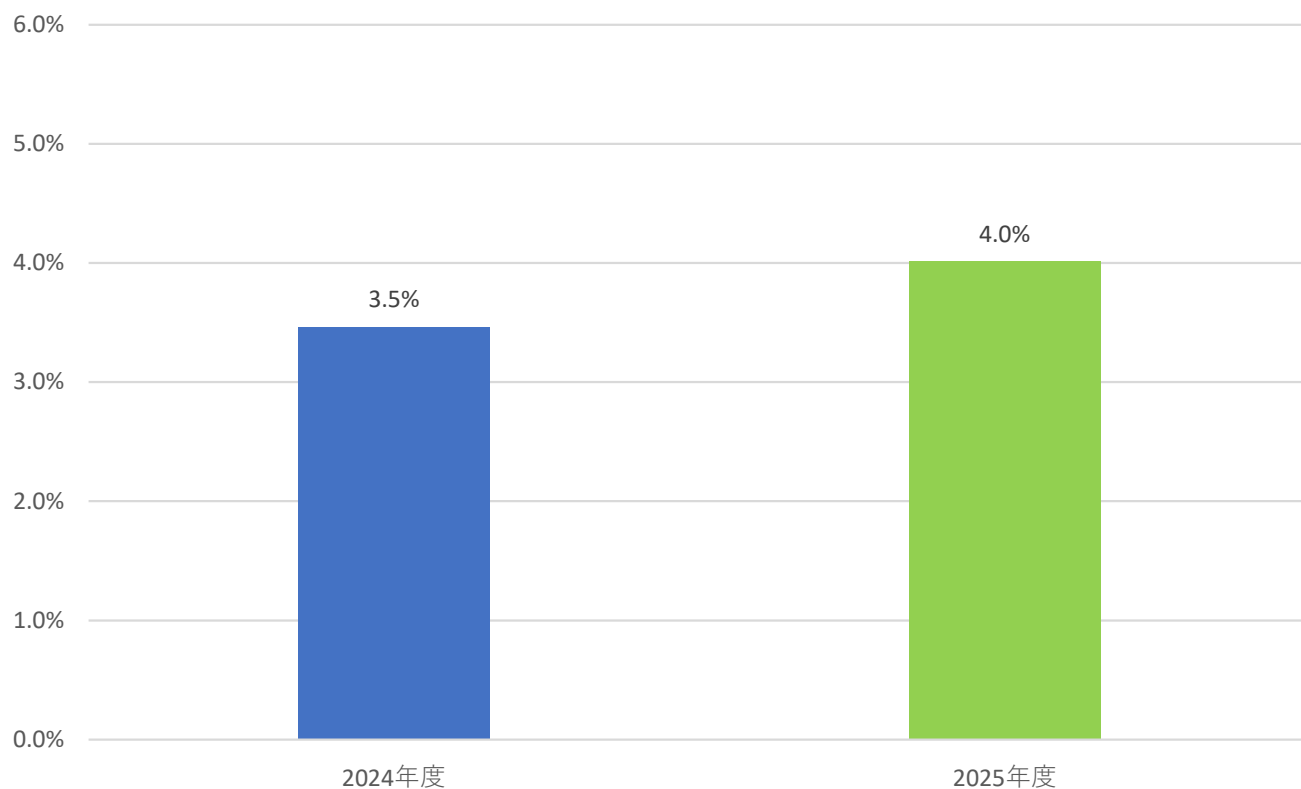
2-⑫ 褥瘡発生率

【分子】調査期間における分子対象患者のうちd 2以上の褥瘡の院内発生件数

【分母】入院実患者数

看護ケアの質評価の重要な指標となっています。褥瘡は患者さんのQOLの低下をきたし、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。褥瘡予防対策は、患者さんに提供されるべき医療の重要な項目です。当院では経年的に数字を計測して注視してまいります。

褥瘡発生率

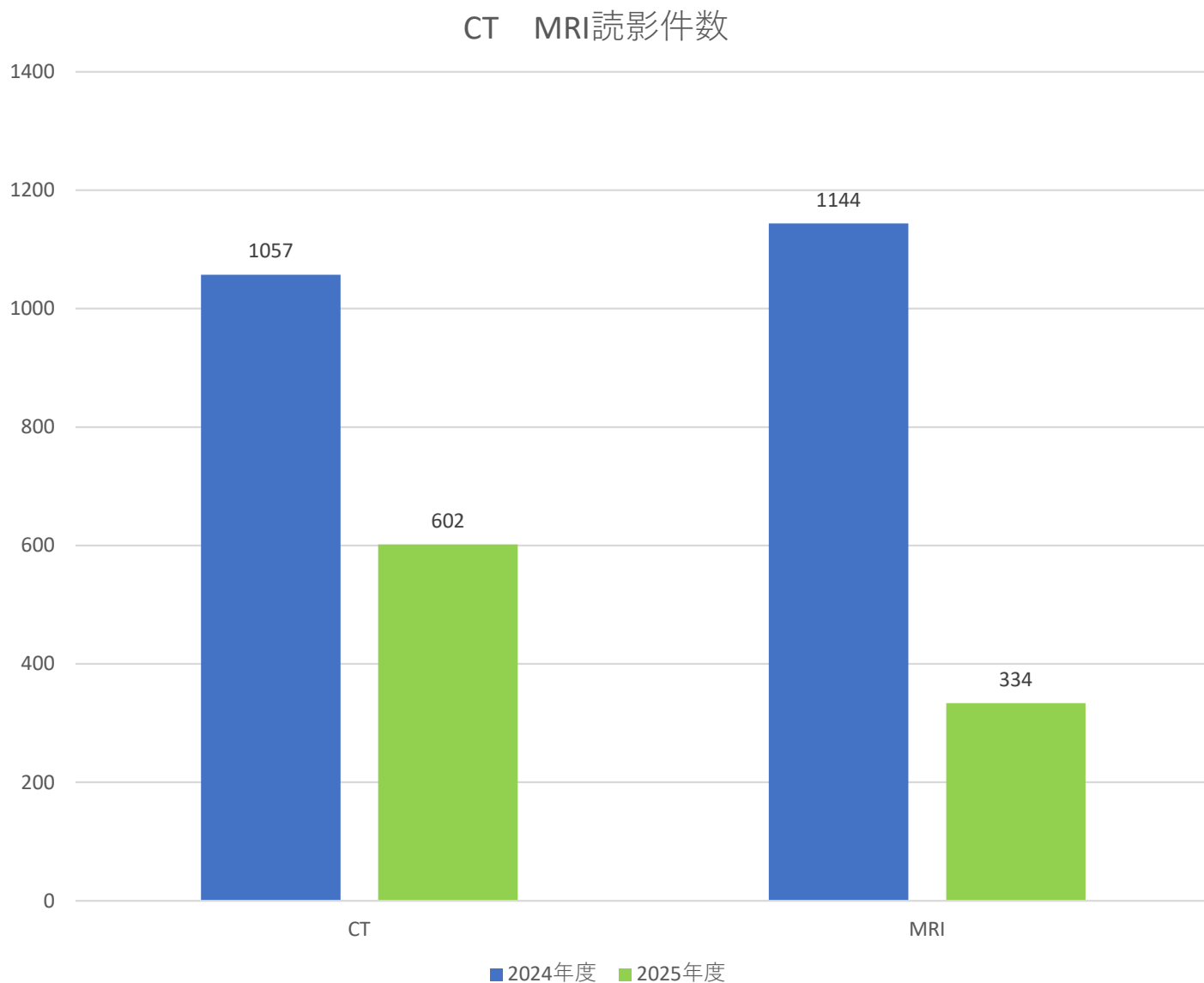


褥瘡発生件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
2025年度	11.00	3.00	2.00	3.00	4.00	9.00	15.00	4.00	5.00	7.00	2.00	3.00
2024年度	0.00	7.00	4.00	2.00	7.00	6.00	5.00	8.00	6.00	2.00	6.00	5.00

2 - ⑬ CT MRI読影件数

CTおよびMRIの画像診断医師による読影件数を示しています。
当院はグループの強みを活かして、遠隔読影を実施して読影の質を高めています。



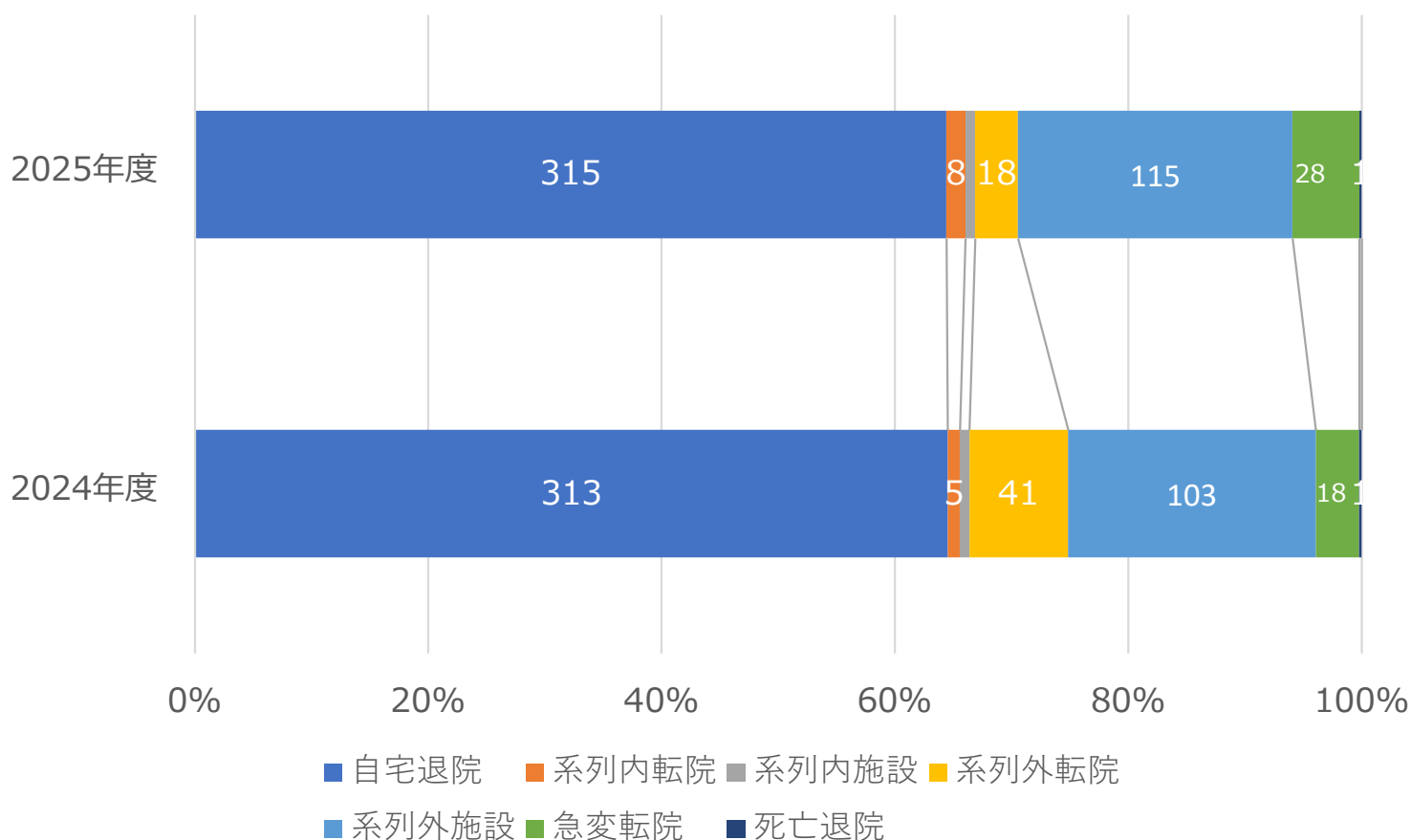
3-① 退院患者の退院先

回復期リハビリテーションを経て退院された患者さんがどちらに退院したかを示すものです。自宅退院されることが理想ではありますが、様々な要因にて自宅退院できないケースもあります。

同じ条件で比較することは難しいですが、2025年度は自宅退院される割合が増加しています。なお、当院はグループの強みを活かして特別養護老人ホーム等の施設へのシームレスな連携が可能となっています。

また、2024年度と2025年度を比較して、当院では対応できない予期せぬ急変転院が増加しています。合併症等の急性増悪が主な要因ではありますが、症例検討を重ねて未然に防ぐことができなかったかを検証しております。

退院患者の退院先

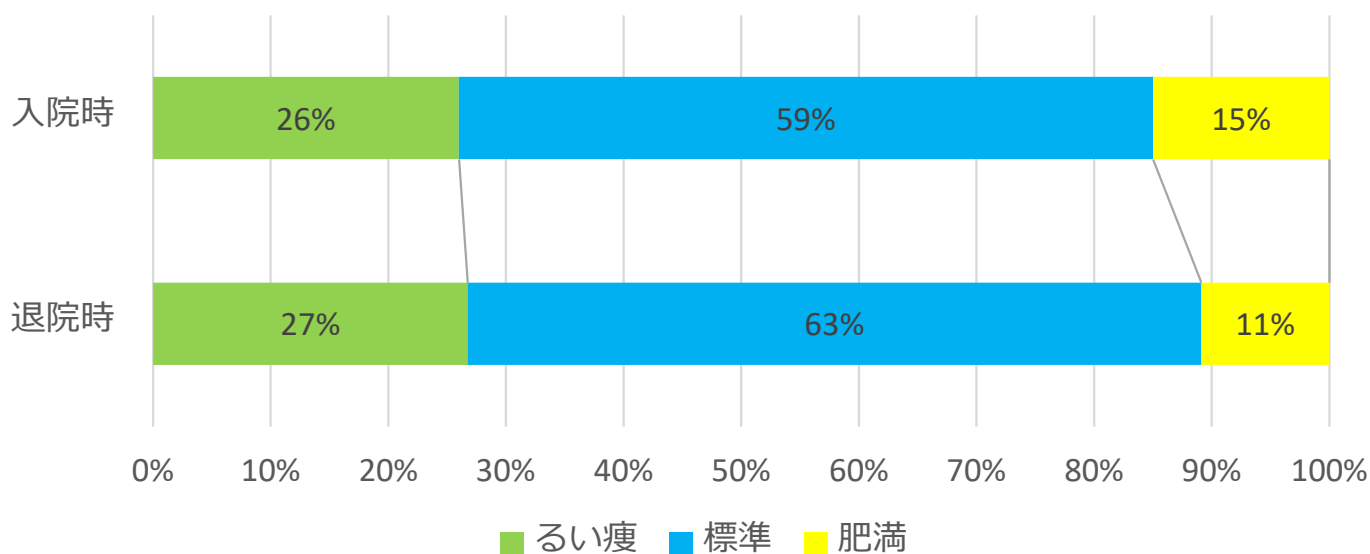


3-② 栄養状態の割合の変化

リハビリテーションを提供する上で栄養状態を評価して対応することは重要な要素です。BMI（Body Mass Index：体格指数）を用いた評価を行い、18.5未満の低栄養状態の割合は、入院時22%から退院時25%に増加しました。また、25以上の肥満の方の割合は入院時24%から退院時18%に減少しました。（全体数は n = 341）

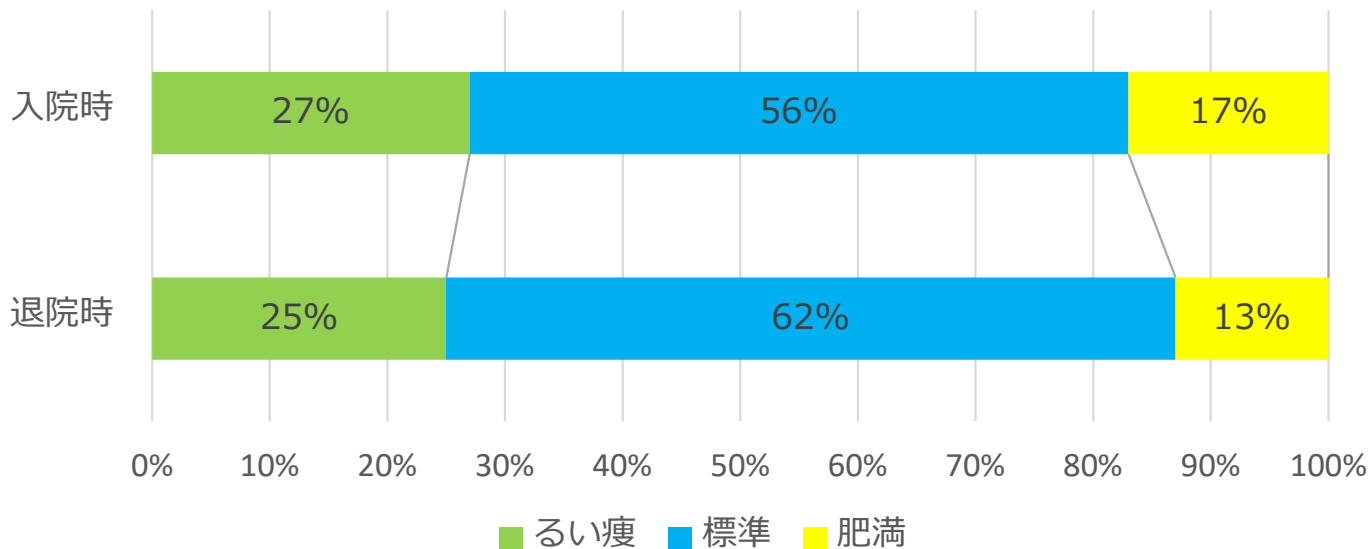
入院中の体重の変化

2025年度



入院中の体重の変化

2024年度



3-③ リハビリテーション実績指数

リハビリテーション実績指数とは、入院期間にどれだけ効率的に日常生活を改善できたかを示す指標です。

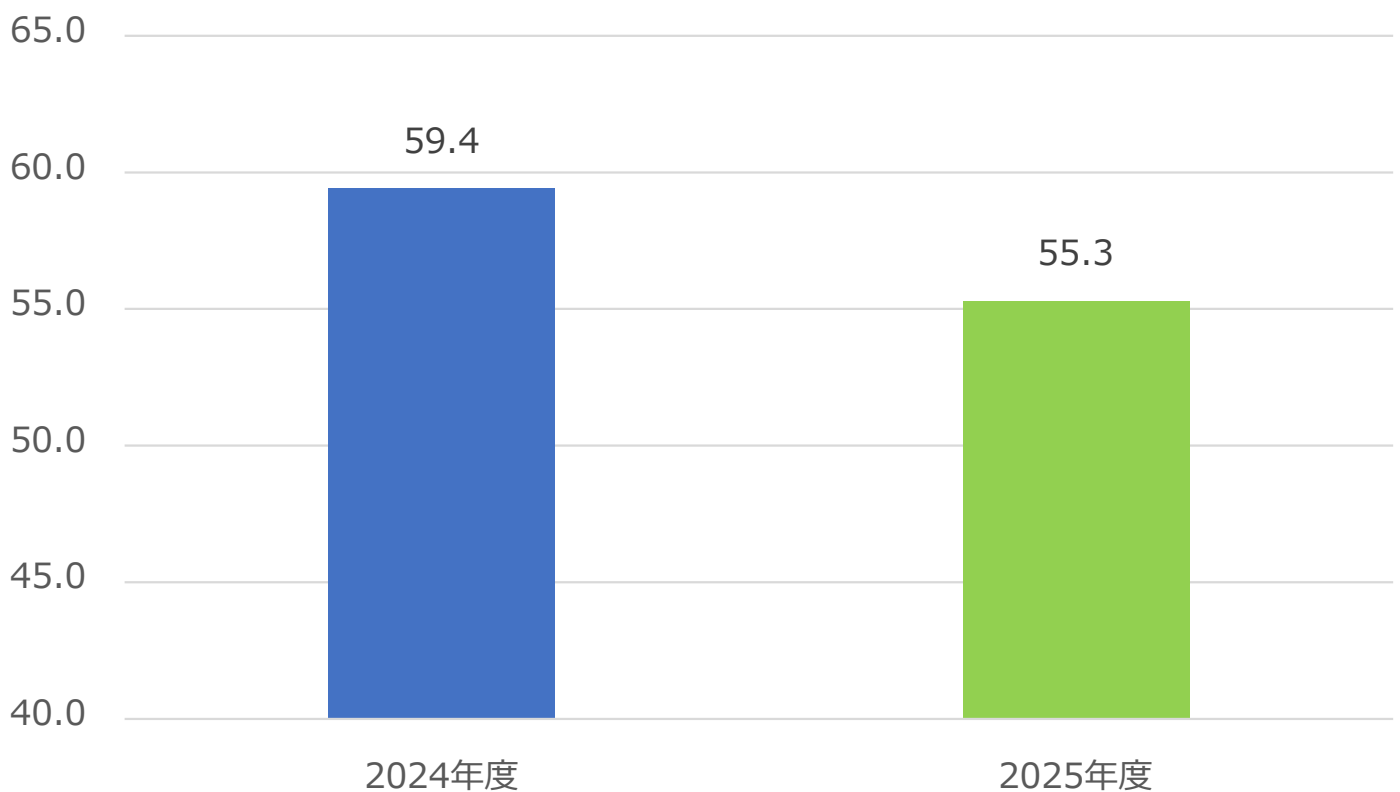
【分子】FIM運動項目の入退院時の得点差

【分母】入院日数をリハビリ算定日数上限で割った値

FIMとは、機能的自立度評価表（Functional Independence Measure）の略語で、日常生活活動を点数化したものです。

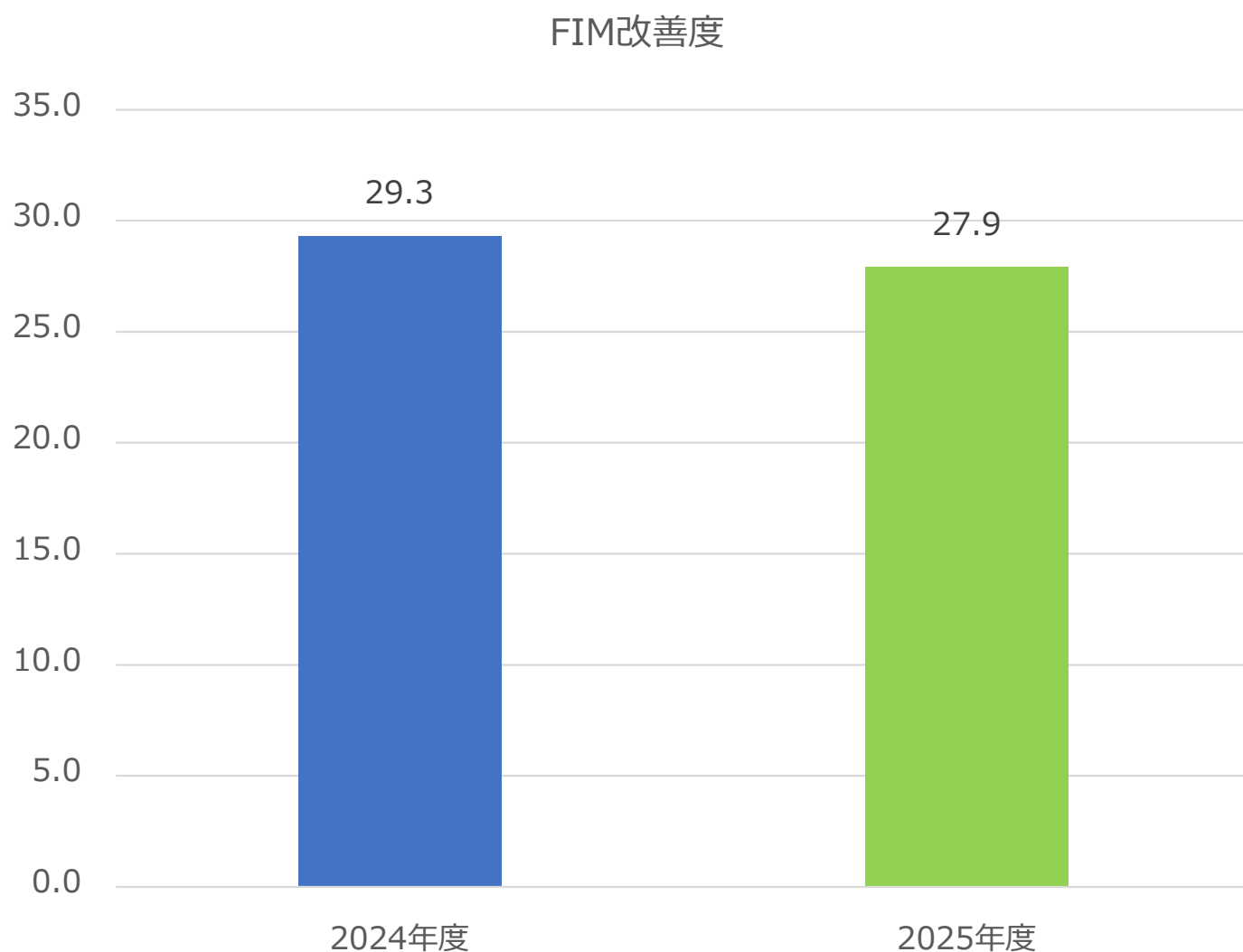
回復期リハビリテーション病棟入院料1算定要件は42以上（6ヶ月平均）となっています。

リハ実績指数



3-④ FIM改善度

回復期リハビリテーション病棟における施設基準の一つとなっております。FIMとは機能的自立度評価法（functional independence measure）でADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）を評価するものです。

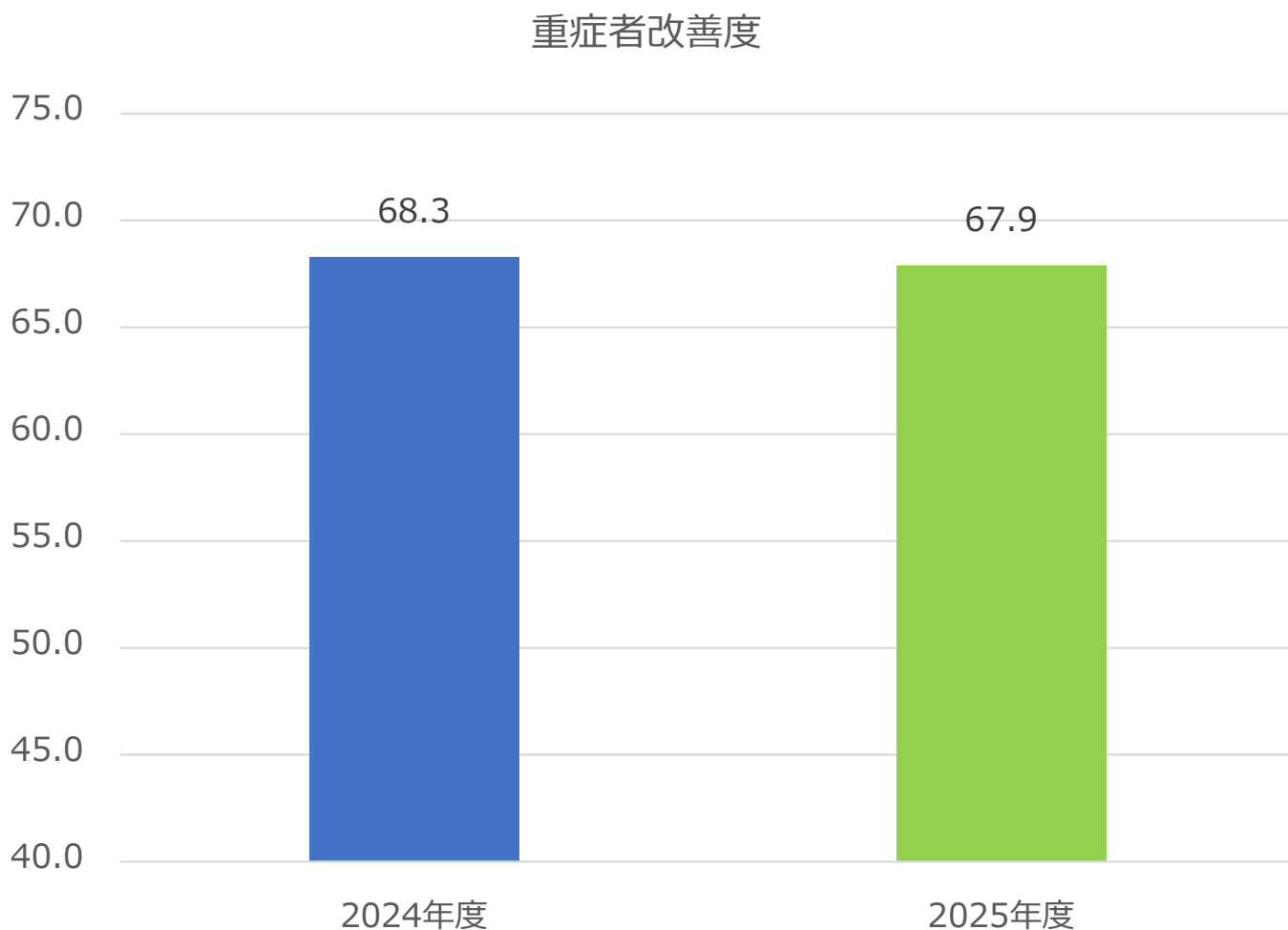


3-⑤ 重症者改善度

重症者の定義は、日常生活機能評価が10点以上またはFIM21点以上55点以下、または高次脳機能障害・脊髄損傷患者です。回復期リハビリテーション病棟における施設基準の一つとなっており、重症患者のうち30%以上の患者さんの改善が求められています。

【分子】 分母のうち、FIM点数が16点以上改善した患者数

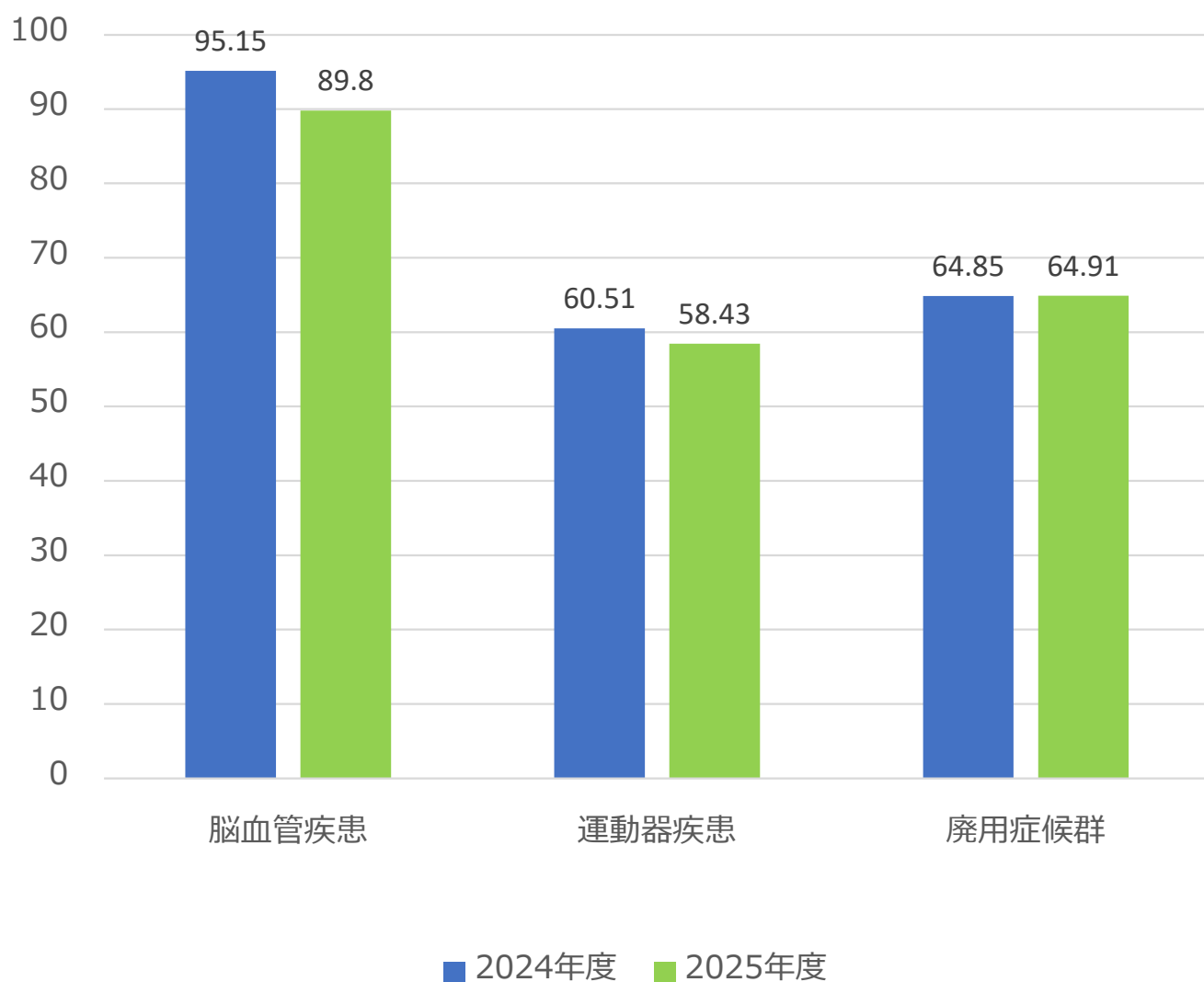
【分母】 日常生活機能評価が10点以上またはFIM55点以下の患者数



3-⑥ 疾患別平均在院日数

疾患別リハビリテーションにおける平均在院日数を示したものです。概ね逸脱して長期入院や早期退院にはなっておらず、診療報酬で定める疾患別の入院期間上限内で退院がされています。

疾患別平均在院日数

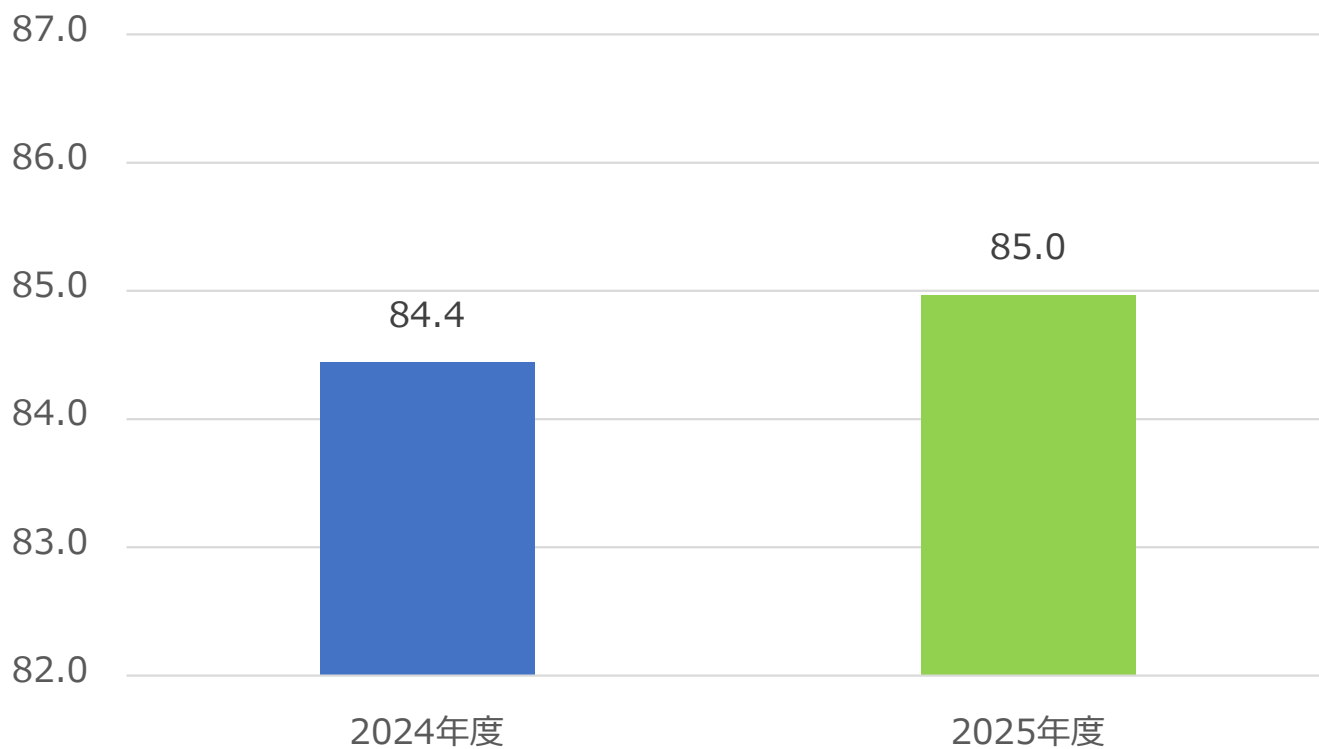


3-⑦ 在宅復帰率

在宅復帰率は、回復期リハビリテーション病棟の施設基準の要件となっており、入院料1の場合70%以上が基準となっています。

ADL（日常生活動作）の向上による、在宅復帰を目指すという回復期リハビリテーション病棟の本来の役割を果たせるよう、多職種で共同しチームアプローチを実践し、カンファレンス等を通じて患者さんができる限り在宅復帰ができるよう支援しております。

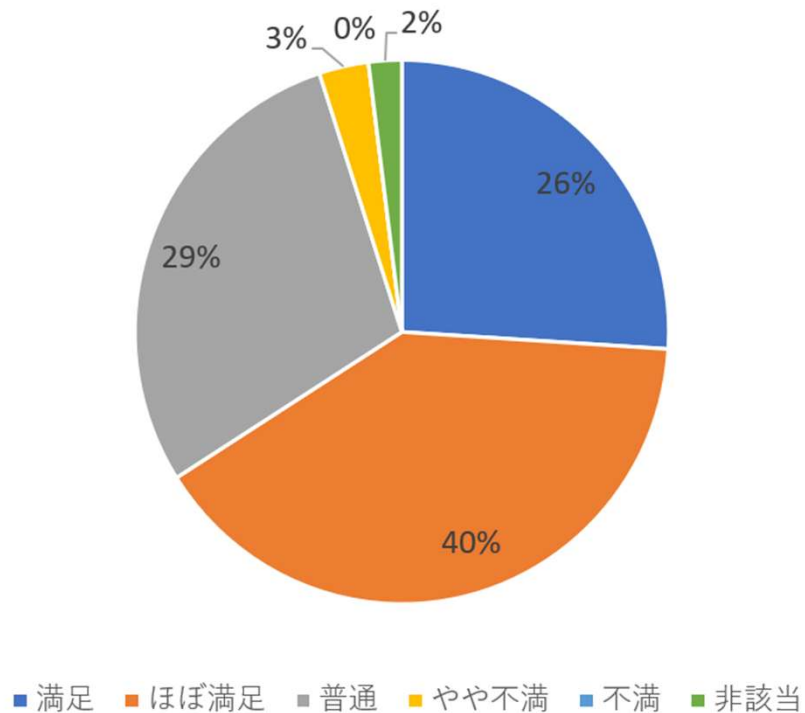
在宅復帰率(%)



3-⑧ 患者満足度(2025年度)

2025年度（8月）に実施した患者満足度調査（入院・外来）の結果です。大変満足・満足を含わせて入院は66%、外来は87%の結果となっております。普通と回答された方が満足して頂けるよう、質の向上に努めてまいります。

入院



外来

