

令和6年度

自治医科大学附属病院  
病院独自指標



# 目次

1	放射線治療全患者のうち高精度放射線治療を行った患者の割合	放射線治療科	02
2	反復経頭蓋磁気刺激（rTMS）療法の新規導入実績	精神科	03
3	四肢骨転移、脊椎転移に対する整形外科手術件数	整形外科	04
4	リハビリテーション実施件数	リハビリテーションセンター	05
5	早期離床リハビリテーション実施件数	リハビリテーションセンター	06
6	病理診断のTAT（Turn-Around-Time）	病理診断部／科	07
7	外来手術件数	歯科口腔外科・矯正歯科	08
8	専門外来（嚥下障害および口蓋裂外来）への再診患者数	小児歯科口腔外科	10
9	他科コンサルト数	子どもの心の診療科	11
10	極低出生体重児の生存退院率・侵襲的人工呼吸器管理率	新生児集中治療部	12
11	STEMI症例のDoor to balloon time <90分達成率	循環器内科	13
12	手術支援ロボットを用いた脳神経外科手術件数	脳神経外科	14
13	肝移植手術数からみる今後の診療戦略	移植外科	15
14	全身麻酔下手術に占める 悪性腫瘍手術の割合	婦人科	16
15	当院における小児整形外科手術件数と側弯症手術の割合	小児整形外科	17
16	先天性心疾患に対する心臓血管手術死亡率（NCDフィードバックデータ）	小児・先天性心臓血管外科	18
17	超重症児・準超重症児の入院延べ人数	小児科	19
18	疾患別患者の件数と割合	小児リハビリテーション部	20
19	他院からの転院患者数	アレルギー・リウマチ科	21
20	意思決定支援に対するIC同席日当日の記録件数	看護部	22
21	看護の質向上に対するチーム目標達成率A評価の割合	看護部	23
22	治療と仕事の両立に関する出張相談会開催回数	患者サポートセンター	24

# 放射線治療全患者のうち高精度放射線治療を行った患者の割合

部署名：放射線治療科

放射線治療技術の発展に伴い、よりピンポイントな治療が可能なIMRTや定位放射線治療といった高精度放射線治療が普及してきています。高精度放射線治療は、治療成績の向上が期待される画期的な治療法であり、その割合が高いことは、より高度な治療を提供していることを意味しています。

	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年
高精度放射線治療割合	21%	28%	32%	34%	31%
高精度放射線治療患者数 / 全放射線治療患者数	218 / 1057	284 / 1009	298 / 930	353 / 1035	436 / 1387

単位：人

## 【コメント】 目標値：50%

放射線治療器の更新に伴い、高精度放射線治療件数を増加させ、より多くの患者さんに優れた治療を提供する体制が整いつつあります。経年的に高精度放射線治療割合を確認することは、放射線治療部門における質改善の指標になると考えます。

## 【目標達成に向けて取り組んでいること】

高精度放射線治療の対象疾患を増やし件数を増加させるためには、その技術や治療効果への理解を深める必要があります。学会参加・論文の確認・先行施設への見学を通して、高精度治療の技術を習得し、安全に患者さんへ提供できるように取り組んでいます。

# 反復経頭蓋磁気刺激(rTMS)療法の新規導入実績

部署名：精神科

rTMS療法は治療抵抗性うつ病に対する新規治療法であり、2019年6月に保険収載された。

当院精神科では2021年1月より保険適応機種が導入され、診療を開始している。

1月～12月実績

2021年	2022年	2023年	2024年
4	7	15	11

単位：件

【コメント】 目標値：12件（先進医療B：6件）

rTMSはコストの問題から導入医療機関が限定されている（栃木県内で二箇所）。また、当科では2024年より先進医療BとしてrTMSによる治療抵抗性うつ病の維持療法も行っている（2024年実績3件）。

rTMSの新規導入実績は治療抵抗性うつ病の治療実績、近隣医療機関からの紹介実績を反映すると考えられる。

【目標達成に向けて取り組んでいること】

専門外来としてr-TMS治療外来を設置し、治療希望者や治療適応者を効率よくリクルートできるよう取り組んでいる。

# 四肢骨転移、脊椎転移に対する整形外科手術件数

部署名：整形外科

がん患者の生存率が向上する中、四肢骨や脊椎への転移によるADL低下への対応が迫られている。

当科としては骨転移カンサーボードを立ち上げにより、各診療科・各部署との良好な連携が築かれてきている。

この結果、確実に増加する骨転移患者に対して迅速かつ適切な対応が迫られている。

そういった当科に求められた役割に適切に対応できているかどうかを測る一つの指標である。

2021年度	2022年度	2023年度
31	28	28

単位：件

【コメント】 目標値：30件

複数診療科の連携により、手術が必要な骨転移症例を見逃さないこと、手術が必要な症例に対して、適切な時期に手術を施行することが重要である。

【目標達成に向けて取り組んでいること】

- ・骨転移カンサーボードなどで各科に啓発活動を行う
- ・関連病院にも周知を行い、迅速に対応するように促している
- ・手術時期の決定が困難であり各診療科と連携し適切な時期に治療介入できるようにしている

# リハビリテーション実施件数

部署名：リハビリテーションセンター

入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害は、入院関連機能障害と呼ばれ、全入院患者の30～40%に発生すると言われている。リハビリテーションは在宅復帰・ADL改善を目的としており、実施件数はその予防への取り組みと考える。

2019	2020	2021	2022	2023	2024
54,363	56,500	57,270	58,215	60,240	61,359

単位：件

※2024年度データ

【コメント】 目標値：62,000件  
病院におけるADL改善・早期退院の一つの質改善指標になると考えられる。

【目標達成に向けて取り組んでいること】  
入院早期から廃用症候群予防および在宅復帰・職業復帰・ADL改善に向けて早期離床・トイレ動作の獲得に取り組んでいる。

# 早期離床リハビリテーション実施件数

部署名：リハビリテーションセンター

早期離床リハビリテーションは、48時間以内の介入と多職種での計画書作成が義務付けられており、実施によって、生命予後やADL改善・在院日数の短縮が報告されている。早期離床の取り組みの少なさは、ADLや在院日数に影響すると考える。

2019	2020	2021	2022	2023	2024
1,124	1,687	2,132	3,164	3,533	4,238

単位：件

※2024年度データ

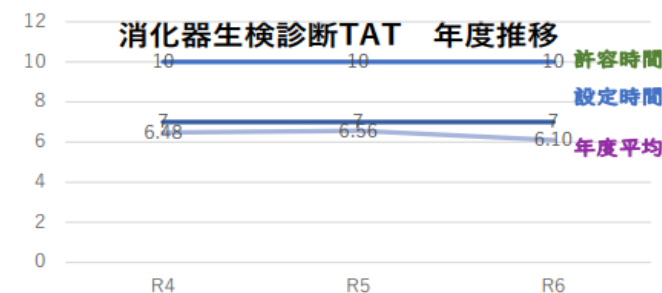
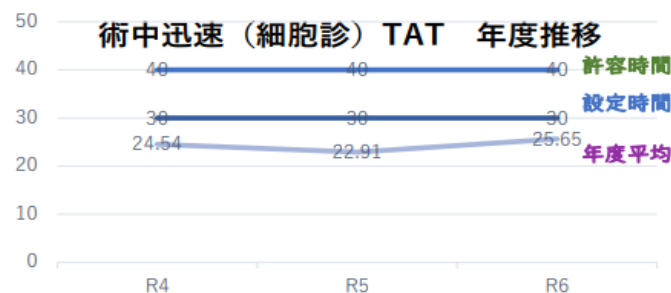
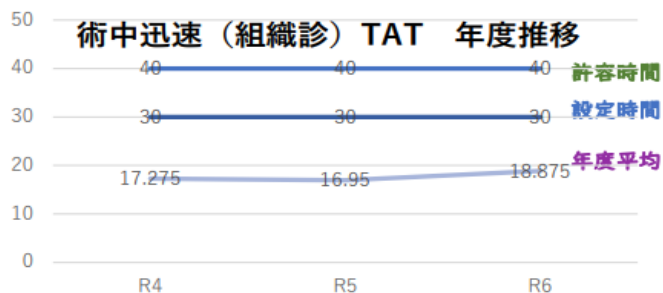
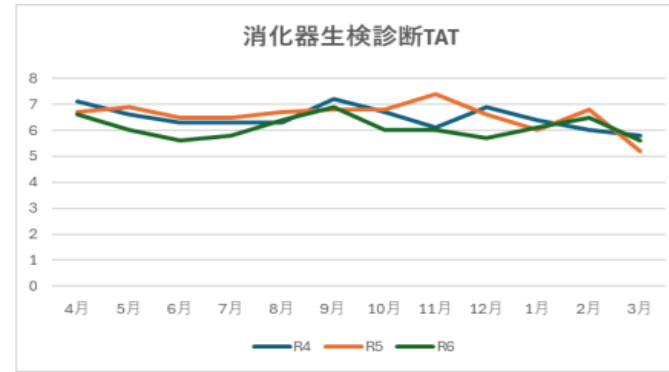
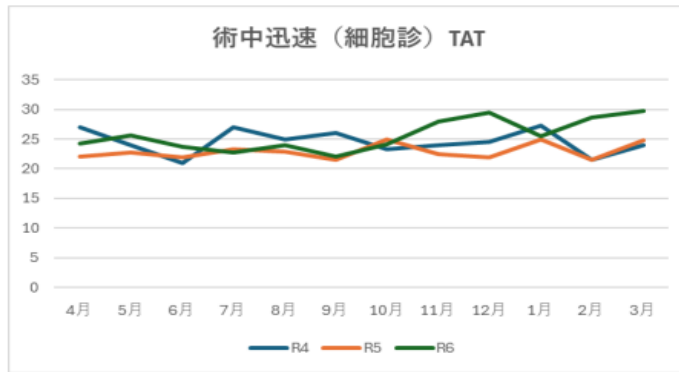
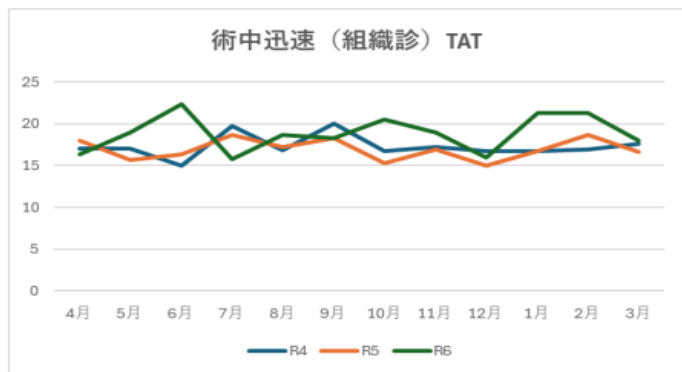
**【コメント】** 目標値：4,500件  
病院におけるADL改善・早期退院・チーム医療推進の一つの質改善指標になると考えられる。

**【目標達成に向けて取り組んでいること】**  
医師・看護師とチームを組み、各集中治療室ごとにプロトコルを作成し早期離床に取り組んでいる。

# 病理診断のTAT(Turn-Around-Time) R4~R6

部署名：病理診断部／科

病理診断は、その報告の質に加え、早さも要求されており、診断報告の遅延は診療の遅延につながる。今回は、特に診断報告の要求スピードが高いものについてTAT(turn-around-time；検体受付から報告までの時間)を抽出した。



※1：許容値：設定（所要）時間+10分

【コメント】目標値：術中迅速（組織・細胞診）30分、生検診断 7日  
 今回抽出した検査、診断項目に関しては、すべての月で許容範囲内に収めることができている。いずれも微変動の範囲ではあるが、消化器生検診断は、R6年は、前年までより半日ほど時間短縮できていた。

【目標達成に向けて取り組んでいること】  
 術中迅速診断のこれ以上の時間短縮は難しく、むしろ質の担保（専門医のダブルチェック）を重視しているが、時間短縮の方策としては、他の作業中に行う必要があるため、迅速標本が届いたら他の作業の手を止めて、診断報告まで行うようにしている。生検診断のTAT短縮は、専攻医の一次診断の状況を常に確認し、難解症例については必要に応じてすぐに専門医が一緒に対応するようにしている。

# 病理診断のTAT(Turn-Around-Time)

部署名：病理診断部／科

検査項目名	設定時間	許容時間		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
術中迅速	30分	40分	R4	17	17	15	19.7	16.8	20	16.7	17.2	16.7	16.7	16.9	17.6
(組織診)			R5	18	15.7	16.3	18.7	17.2	18.3	15.3	16.9	15	16.7	18.7	16.6
(分)			R6	16.3	19	22.3	15.8	18.7	18.3	20.5	19	16	21.3	21.3	18.0
術中迅速	30分	40分	R4	27	24	21	27	25	26	23.3	24	24.5	27.2	21.5	24
(細胞診)			R5	22.1	22.7	21.9	23.3	22.9	21.5	24.9	22.5	21.9	24.9	21.5	24.8
(分)			R6	24.3	25.6	23.7	22.7	24	22.1	24.1	27.9	29.5	25.5	28.6	29.8
消化器生検	7日	10日	R4	7.1	6.6	6.3	6.3	6.3	7.2	6.7	6.1	6.9	6.4	6	5.8
(日)			R5	6.7	6.9	6.5	6.5	6.7	6.8	6.8	7.4	6.6	6	6.8	5.2
			R6	6.6	6	5.6	5.8	6.4	6.9	6	6	5.7	6.1	6.5	5.6

# 外来手術件数

部署名：歯科口腔外科・矯正歯科

口腔外科外来手術件数は、低侵襲・低コストならびに短期間での治療施行による患者負担軽減の指標になる。

2022	2023	2024
1,518	1,299	1,526

単位：件

【コメント】 目標値：1,500件

診療時の必要物品や診療体制の再検討を行い、効率の良い診療を実現し、患者数の増加に繋がった。  
今後も効率と質を上げ、患者満足度の高い診療を目指していく。

【目標達成に向けて取り組んでいること】

それぞれの処置に応じた必要物品を事前に準備することで、処置間の時間短縮につなげ、外来手術稼働数の増加に努めている。また、当直への引継ぎを綿密に行い、外科処置の内容を考慮したうえで、外科処置枠（曜日や時間帯）の拡大も行っている。

# 専門外来(嚥下障害および口蓋裂外来)への再診患者数

部署名：小児歯科口腔外科

摂食嚥下や口蓋裂外来の患者様は乳幼児期から成人になるまで症状や年齢に応じて必要な処置を必要なタイミングで行っていくため、患者・家族の治療に対する理解とラポールの形成が非常に重要となる。

1月～12月実績

	2022	2023	2024
摂食嚥下	321	338	285
口蓋裂	606	603	547

単位：件

【コメント】 目標値：摂食嚥下 300件 口蓋裂 600件  
祝祭日が重なることが多く、2023年に比較して患者減少が認められた。長期的に動向を観察し、診療の質や患者・家族との信頼関係と患者数との関係を考える必要がある。  
【目標達成に向けて取り組んでいること】  
次回予約を確実に取得し、定期的な受診の重要性と治療に対するモチベーションの維持を図っている。

# 他科コンサルト数

部署名：子どもの心の診療科

子どもの心の問題は、自傷・拒食・過量服薬などしばしば身体症状を合併するため、小児科等の身体科と連携しながら治療に当たる必要がある。コンサルテーション・リエゾンは、センターにおける当科の重要な役割の一つである。

1月～12月実績

2022年	2023年	2024年
71	76	67

単位：件

【コメント】 目標値：75件

年間75件を目標としており、目標値を下回った。子ども医療センター内の他科との連携を推進していく。またコンサルトの手順を明確化し、他科が依頼しやすい仕組みを構築する。必要に応じてワーカーが仲介し、連携を円滑化する。

【目標達成に向けて取り組んでいること】

通常の前診枠に加えて、他科コンサルト枠を設置し、ニーズに速やかに対応できるよう取り組んでいる。子ども医療センター内の他部署のカンファレンス・勉強会等に参加し、平時より円滑な連携に努めている。

# 極低出生体重児の生存退院率・侵襲的人工呼吸器管理率

部署名：新生児集中治療部

- 出生体重群別の生存退院率は新生児医療の質の総合的指標として広く用いられる。
- 人工呼吸管理率は重症度を示す指標である。

	2020	2021	2022	2023	2024
極低出生体重児*の 生存退院数/入院数 (生存退院率%)	44/46 (95.7)	31/33 (93.9)	31/31 (100)	33/33 (100)	46/49 (93.9)

\*出生体重1,500g未満の児。2022年出生の日本新生児ネットワーク登録3212例の生存退院率は94%。  
2024年死亡3例中2例は重篤な先天異常の合併例。

	2020	2021	2022	2023	2024
侵襲的人工呼吸管理数 /総入院数 (%)	108/349 (30.9)	94/384 (24.5)	133/367 (36.2)	88/328 (26.8)	91/395 (23.0)

近年、デバイスの改良により、非侵襲的管理(nasal-CPAP、high flow therapy)が増加している

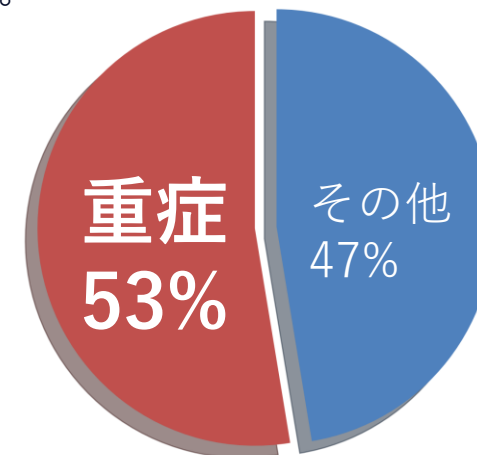
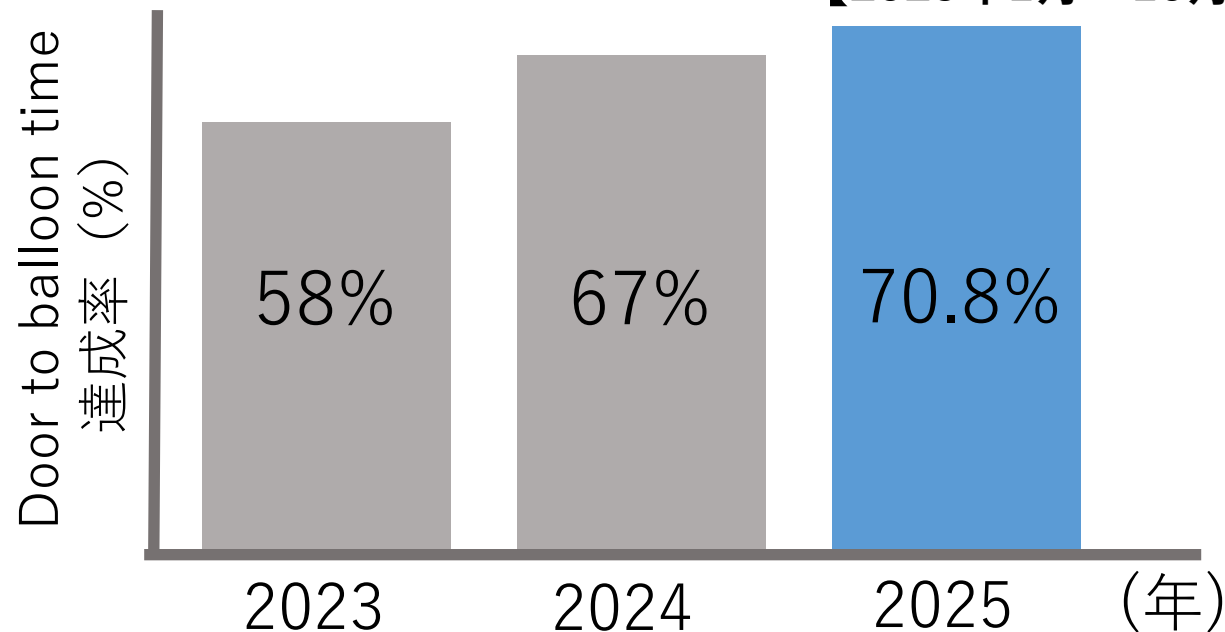
【コメント】 極低出生体重児の生存退院率目標：95%以上  
集中治療を必要とする極低出生体重児の生存退院率の向上は診療の質改善の指標となる。  
【目標達成に向けて取り組んでいること】  
入院児の重症度に応じた適切な人員配置により、24時間体制での集中治療を行う。  
こども医療センターの関連各科との連携を強化する。  
非侵襲的な呼吸管理を積極的に取り入れて患者への負荷を軽減し、診療の質改善をめざす。

# STEMI症例のDoor to balloon time <90分達成率

部署名：循環器内科

急性心筋梗塞（STEMI）患者の予後は、再灌流までの時間短縮によって大きく改善することが数多くのエビデンスで示されています。そのため、病院到着からバルーン拡張までの時間（Door to Balloon Time）は、循環器救急医療の質を示す代表的な国際指標の一つとされています。当院でも24時間365日の受け入れ体制を維持し、救急外来・検査部門・カテーテル室・看護部門など多職種が連携して迅速な治療を行っており、地域の急性心筋梗塞患者を断らない体制を継続的に評価・改善する目的で本指標を設定しています。

【2025年1月～10月実績(n=65)】



## 未達成症例(n=19)の内訳

- ・未達成症例の約半数が重症例であり、主要因は救命処置に伴う時間延長でした。
- ・未達成例のうち、90～100分で再灌流に至った症例が26%でした。

【コメント】 目標値：75%

Door to balloon time達成率は年々改善傾向を認めます。

時間外の緊急PCIでも達成率の低下は認めず(76%)、夜間体制も良好に機能していました。

【目標達成に向けて取り組んでいること】

- ・ショック対応例の迅速補助循環導入プロトコルの明確化
- ・院内発症例・CPA蘇生後STEMI症例への早期コール体制の強化
- ・Door to balloon timeを意識し、初期対応から再灌流までの時間短縮を継続的に推進

# 手術支援ロボットを用いた脳神経外科手術件数

部署名：脳神経外科

2020年に手術支援ロボットを用いた頭蓋内電極植込術が保険適用となりました。従来の方法と比べ、より低侵襲に精度の高いてんかん焦点診断を行うことが可能です。てんかん診療のレベルアップと先端技術導入による教育的効果は、大学病院における医療の質改善に大きく貢献すると考えます。

2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
1	4	1	8

単位：件

【コメント】 目標値：20件

2024年に高難度新規医療技術評価委員会の審査を通過し、順調に症例を増やしています。患者さんの多くは、治療的手術に進むことができます。

【目標達成に向けて取り組んでいること】

- ・ 院内てんかんカンファレンスの定期開催による院内連携の強化
- ・ 地域の医療関係者、学校関係者、一般市民への啓発活動（講演会や市民公開講座の開催）
- ・ 県内外への出張てんかん外来の実施

# 肝移植手術数からみる今後の診療戦略

部署名：移植外科

当科はこれまで小児肝移植を中心に診療を行ってきたが、2019年に診療科長が交代後は成人肝移植にも積極的に取り組んできた。学会や近隣施設で広報活動を行う事で、成人だけではなく肝移植症例数が全体的に増加傾向にある。

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
肝移植 手術総数	13	16	11	16	11	20	21	21	21
小児 肝移植	11	9	7	7	6	13	3	4	1

単位：件

## 【コメント】目標値：25 件/ 年

診療体制変更直後の2020年は年間11例と移植症例数も減少したが、その後紹介症例も増え2021年以降は20例以上の肝移植を行う事ができた。一方、少子化などを理由に小児の肝移植症例数は減少傾向である。今後は、さらに成人の肝移植に力を入れていくとともに、当科の目玉である小児肝移植までバランスよく診療科が行えるよう心掛けていく。

また、昨年より1型糖尿病に対する膵臓移植も開始することができた。現在、関東圏内での実施施設が少なく、この領域にも力を入れていきたい。

## 【目標達成に向けて取り組んでいること】

北関東全域へのプロモーション活動（当科のパンフレットの配布）。肝臓、膵臓移植講演を年に1回企画し、パンフレット同様北関東全域に告知している。

# 全身麻酔下手術に占める 悪性腫瘍手術の割合

部署名：婦人科

自治医科大学病院は地域がん診療連携拠点病院であり、地域のがん診療の中心的役割を果たす必要がある。特に悪性腫瘍の手術はスタッフや設備が整わないと難しいため、悪性腫瘍をどのくらい行っているかを評価することで地域における当院の診療意義や信頼指標が評価できる

年度	2021年	2022年	2023年	2024年
全身麻酔下手術に占める悪性腫瘍手術の割合 ※	50.5% (219/434)	52.9% (238/450)	57.0% (246/432)	54.0% (243/450)

単位：％・件

※境界悪性卵巣腫瘍含む、上皮内癌は除外

【コメント】 目標値：55%

悪性腫瘍の手術を多く担当することで、地域でのがん診療拠点病院としての役割を果たしているかどうかを評価できる。

【目標達成に向けて取り組んでいること】

がん診療拠点病院としての役割を果たすため、検査をできるだけ早急にすすめ、悪性腫瘍の手術を優先的に行うようにしている。

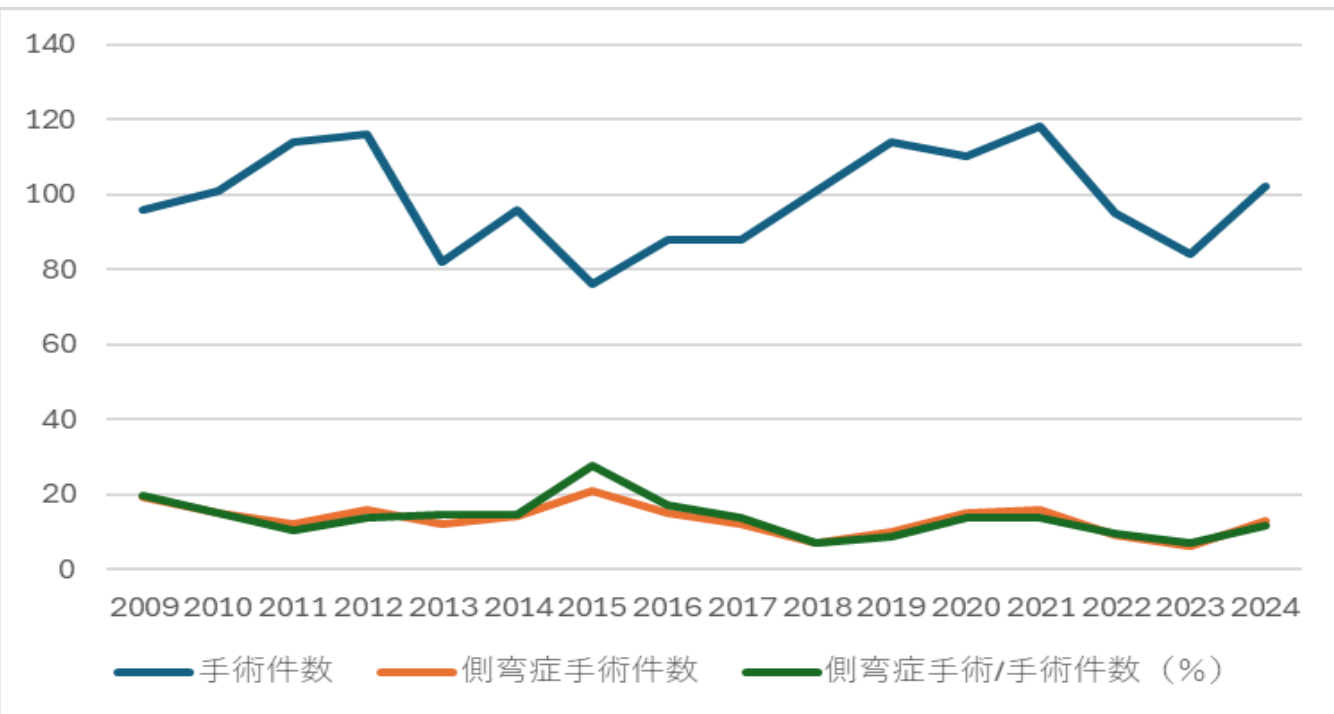
# 脊柱側弯症に対する手術の件数と割合

部署名：小児整形外科

小児整形外科疾患には、一般病院でも対応可能な小手術が多く含まれますが、一方で、側弯症手術に代表されるような大手術は、大学病院で対応すべき重要な疾患です。このような大手術の実施件数を増やすことは、大学病院で勤務する我々にとっての課題であり、また、病院における医療の質改善を示す一つの指標になる。

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
手術件数	96	101	114	116	82	96	76	88	88	101	114	110	118	95	84	102
側弯症手術件数	19	15	12	16	12	14	21	15	12	7	10	15	16	9	6	13
側弯症手術/手術件数 (%)	19.8	14.9	10.5	13.8	14.6	14.6	27.6	17	13.6	6.9	8.8	13.6	13.6	9.5	7.1	11.7

(件と%)



**【コメント】** 目標値：全手術件数の10%以上  
 今後、側弯症手術に代表される大手術の割合を増やすことは、大学病院における一つの質改善指標になる。

**【目標達成に向けて取り組んでいること】**  
 関連施設への働きかけに加え、県内の他施設でも積極的に外来診療を行い、適応となる患者を当院へ紹介している。

# 先天性心疾患に対する心臓血管手術死亡率(NCDフィードバックデータ)

部署名：小児・先天性心臓血管外科

全国平均 1.40% 胸部外科学会2023年学術調査

2021年	2022年	2023年	2024年
0% (0/74)	1.13% (1/79)	0% (0/76)	0% (0/71)

単位：%

※各年1月-12月でデータ抽出

**【コメント】** 目標値：0%

全国的にもトップクラスの手術成績を誇る。引き続き手術死亡率0%を継続する。

**【目標達成に向けて取り組んでいること】**

外科医だけでなく他科やコメディカルとの連携を大切にし、高いチーム力を維持している。

# 超重症児・準超重症児の入院延べ人数

部署名：小児科

子ども医療センター小児科は超重症・準超重症な子どもたちの入院先として機能し、県からの委託に答える必要がある。

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
超重症児 (6歳未満) (人)	29	61	73	146	66	25	44	43	103	59	51	70
超重症児 (6歳以上) (人)		19	69	64	120	80	33	39	43	121	75	65
準超重症児 (6歳未満) (人)	64	90	12	60	14	52	90	99	69	13	50	95
準超重症児 (6歳以上) (人)	125	126	103	166	160	112	134	145	137	68	69	21

【コメント】 目標値：超重症児(6歳未満) 月平均50名、超重症児(6歳以上) 月平均40名  
準超重症児(6歳未満) 月平均40名、準超重症児(6歳以上) 月平均80名

超重症児・準超重症児の入院数は重症な子どもたちのニーズに答えながら、医療の質の水準の高さを示す指標になる。

また同時に県の付託にも責任を果たしている事を示す。

\* 「超重症児」の判定基準は、①運動機能は座位まで、②呼吸管理、食事機能、胃・食道逆流の有無、補足項目(体位変換、定期導尿、人工肛門など)の各々の項目のスコアを合計し、それが6カ月以上続く場合を「超重症児」と判定する。「準超重症児」は、それに準じるものである。

\* 栃木県の医療的ケア児は約400名(その多くが超重症児あるいは準超重症児)である。その約400名のほとんどの子どもたちは小児科でフォロー、特に在宅人工呼吸器の子どもたちの90%は当院小児科でフォローしている。

【目標達成に向けて取り組んでいること】

入院児の重症度に応じた適切な人員配置、勤務体制の構築により、24時間体制での集中治療を行う。

子ども医療センターの関連各科、特にPICUとの連携を強化する。

医局関連病も含めて、栃木、茨城、群馬の超重症児・準重症児の積極的受け入れを行う。

# 疾患別患者の件数と割合

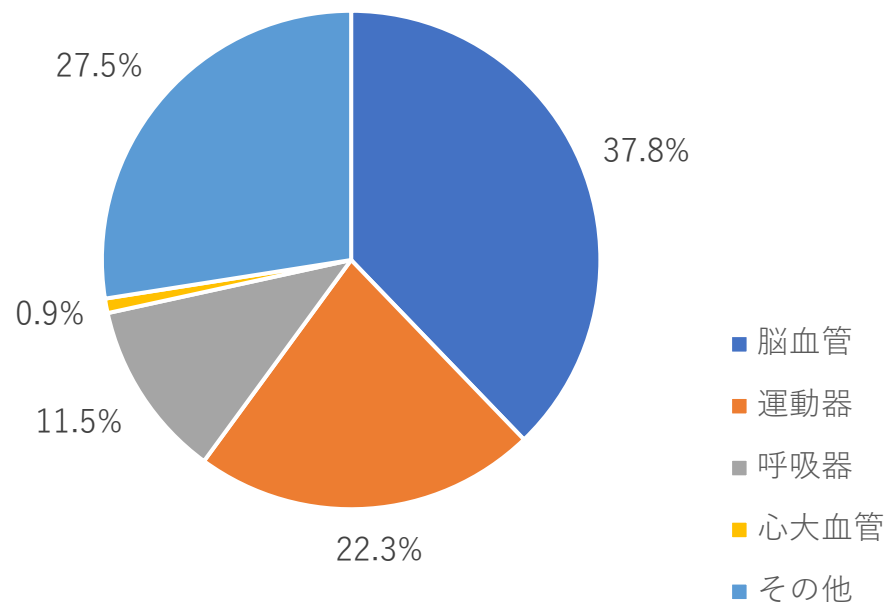
部署名：小児リハビリテーション部

小児リハビリテーションの疾患には、一般病院でも対応可能なリハビリテーションが多く含まれますが、一方で、リハビリテーション施設基準1になりうる下記疾患は、大学病院で対応すべき重要な疾患です。このような疾患件数を増やすことは、大学病院で勤務する我々にとっての課題であり、また、病院における医療の質改善を示す一つの指標になる。

疾患	脳血管疾患	運動器疾患	呼吸器疾患	心大血管疾患	その他
割合 (各症例数/全症例数)	37.8% (282/746)	22.3% (166/746)	11.5% (86/746)	0.9% (7/746)	27.5% (205/746)

疾患別症例割合

単位：%



**【コメント】目標値：全疾患症例数の10%以上\***  
**\*脳血管または運動器または呼吸器または心大血管症例数/全症例数**  
今後、上記に代表される疾患のリハビリテーションの症例を増やすことは、大学病院における一つの質改善指標になる。  
**【目標達成に向けて取り組んでいること】**  
関連施設への働きかけに加え、子ども医療センターに入院となり適応となる患者を当科へ積極的に紹介してもらえるように他科へ働きかける。

# 他院からの転院患者数

部署名：アレルギー・リウマチ科

膠原病は比較的有病率の低い疾患だが、多臓器に障害をきたし他科との連携が必要となることも多く入院での加療が可能な医療機関は限られている。他院からの転院を受け入れることで、膠原病患者がより専門的な治療を受けることができる。

2022	2023	2024
19	9	16

単位：件

【コメント】 目標値：20件

他院では対応が難しい膠原病患者を多数受け入れている状況から、専門性の高い大学病院としての役割を果たしていることを評価できると考えられる。

【目標達成に向けて取り組んでいること】

目標達成のため、関連病院での当科医師の外来枠の増加、栃木リウマチネットワークでの地域医療機関との交流を通じて転院の相談がしやすい体制づくりを行っている。

# 意思決定支援に対するIC同席日当日の記録件数

部署名：看護部

医療者側同席基準の「有」に対し、

- ①看護師が医師のICに同席し、IC当日に患者・家族の反応を看護記録に残した件数、
  - ②同席できなかった場合であってもIC当日に患者・家族に理解納得状況の確認をして看護記録に残した件数、の割合である。
- 意思決定支援として看護師がIC日当日に患者・家族に介入していることを示す指標。

	2022年度	2023年度	2024年度
IC日当日の看護記録件数	2,509	3,191	3,845
医療者側同席基準「有」の件数	3,535	4,543	5,097
割合	71.0	70.2	75.4

IC日当日の看護記録件数  
医療者側同席基準「有」の件数  
単位：%

## 【コメント】目標値：80%以上

高度な医療や看護を提供する上で、十分な説明と同意は重要である。さらに、患者・家族が理解・納得し意思決定できるような看護師のかかわりも重要となる。患者・家族に継続的にかかわるためにも、実施したことをタイムリーに記録に残す必要があり、取り組んでいる。このことは、患者・家族の意思決定支援の質改善指標になると考えられる。今後はスクリーニングシートなどを活用して、ICに同席できなかった場合でも早期に介入し患者・家族の理解納得状況の確認をして意思決定支援が行えるよう取り組んでいく。

## 【目標達成に向けて取り組んでいること】

看護部の戦略目標にあげ、各部署が目標をもって取り組んでいる。看護部看護基準委員会では、意思決定支援「IC同席」向上のための取り組みシートを各部署に配付し、現状分析に基づく目標設定や取り組みを計画的に進められるよう支援している。

# 看護の質向上に対するチーム目標達成率A評価の割合

部署名：看護部

継続的な質の高い看護を提供するために、看護提供方式として『固定チームナーシング』を導入している。年度初めに部署の現状分析から看護の課題を抽出し、チーム毎に目標およびKPI、活動計画を立案して取り組んでいる。チーム目標達成率は、課題達成に向けて取り組んだ成果である。目標達成率が高い程、部署における看護の質向上につながる。チーム目標達成率は、年度末に各チームがKPIの達成率を評価をしており、80%以上達成できた場合がA評価となる。

	2020	2021	2022	2023	2024
チーム総数	94	91	92	89	93
A評価のチーム数	87	85	88	84	84
<b>A評価のチームの割合</b>	<b>92.6</b>	<b>93.4</b>	<b>95.7</b>	<b>94.4</b>	<b>90.3</b>

単位：%

【コメント】 目標値：A評価のチームの割合が90%以上

特定機能病院・大学病院としての使命と医療ニーズに基づく救急・高度集中領域の強化や医療の効率化が求められる中、高齢化に伴う独居高齢者や高齢者世帯、複合疾患や認知症をもつ患者などが増加し患者・家族ニーズも変化している。現状分析から患者・家族のニーズに応じた看護の質の向上を図るための課題に取り組むことは重要である。

【目標達成に向けて取り組んでいること】

固定チームナーシング検討会を設置し、部署における現状分析、目標設定、活動状況を確認しながら助言や提案を行い、取り組みを支援を行っている。また、部署間で、互いの取り組みや成果を共有し、活用していけるよう年度末に成果発表会を行っている。

# 治療と仕事の両立に関する出張相談会開催回数

部署名：患者サポートセンター

2017年度より『治療と職業生活の両立等支援対策事業（厚生労働省委託事業）』が開始され、罹患患者の就労等の社会参画継続（求職・休職・復職）にむけてハローワーク宇都宮、栃木産業保健総合支援センターと協働して相談会を開催している。

2019年度のCovid-19流行以降は、それまでの対面面接からweb面接に切り替え月間複数回の開催ができる体制とした。5類感染症移行後（2023年度）は対面面接を再開し、web面接と併用するなど臨機応変に対応することで患者のニーズに応じている。

2020	2021	2022	2023	2024
17(31)	16(28)	16(28)	13(16)	19(45)

単位：回（実人数）

【コメント】 目標値：20回

Covid-19の流行前までは月1回程度の開催であった。（2017年:10回、2018年:12回、2019年:13回）

今後もハローワーク宇都宮や栃木産業保健総合支援センターと協働し、対面やWEBなど臨機応変に開催していく。

【目標達成に向けて取り組んでいること】

ポスターやチラシなど院内での掲示や院外への情報発信はもとより、院内スタッフへの周知にも取り組んでおり、診察時等で患者から治療と仕事に関する不安の訴えがあれば相談できる窓口があることを紹介し、連携できる体制をとっている。相談会への参加希望者を増やし、開催回数に反映させていきたい。