地方独立行政法人市立東大阪医療センター

令和元年度の業務実績に関する評価結果報告書

令和２年８月

東　大　阪　市

目次

はじめに ・・・・ 1

第1項　全体評価 ・・・・ 2

第2項　項目別評価

1.大項目評価

第2 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置 ・・・・ 4

第3 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置 ・・・・ 7

第4 財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置 ・・・・ 9

第5 その他の業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置 ・・・・ 11

2.小項目評価

(1)地方独立行政法人市立東大阪医療センターの概要 ・・・・ 12

(2)全体的な状況 ・・・・ 20

第2 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置

1　医療センターとして担うべき役割 ・・・・ 22

2　患者・市民満足度の向上 ・・・・ 40

3　信頼性の向上と情報発信 ・・・・ 52

4　地域医療機関等との連携強化 ・・・・ 55

第3 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置

1　業務運営体制の構築 ・・・・ 61

2　人材の確保と育成 ・・・・ 65

3　効率的・効果的な業務運営 ・・・・ 70

4　職員満足度の向上 ・・・・ 77

第4 財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置 ・・・・ 79

1　収入の確保 ・・・・ 80

2　費用の節減 ・・・・ 84

第5 その他の業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置

1　中河内救命救急センターの運営受託（受託決定後） ・・・・ 87

2　地域医療構想を踏まえた役割の明確化 ・・・・ 88

第6 医療センターにおける専門医療の取組み ・・・・ 90

第7 予算（人件費の見積もりを含む。）、収支計画及び資金計画 ・・・・ 105

第8 短期借入金の限度額 ・・・・ 105

第9 出資等に係る不用財産の処分に関する計画 ・・・・ 105

第10 第9の財産以外の重要な財産を譲渡し、又は、担保に供する計画 ・・・・ 105

第11 剰余金の使途 ・・・・ 106

第12 地方独立行政法人市立東大阪医療センターの業務運営に並びに財務及び会計に関する規則で定める業務運営に関する事項 ・・・・ 106

参考資料
地方独立行政法人市立東大阪医療センター　業務実績評価の基本方針 ・・・・ 107
地方独立行政法人市立東大阪医療センター　年度評価実施要領 ・・・・ 109

はじめに

地方独立行政法人市立東大阪医療センターの平成30年度における業務実績に係る評価については、市立東大阪医療センター業務実績評価会議設置要綱に基づき設立団体の長が評価するにあたり、地方独立行政法人市立東大阪市医療センター評価委員会から事前に業務実績評価全体に対して意見を聴取し、総合的に評価を実施した。

評価に際しては、平成30年4月1日に決定した「地方独立行政法人市立東大阪医療センター　業務実績評価の基本方針」及び「地方独立行政法人市立東大阪医療センター　年度評価実施要領」に基づき評価を行った。

第１項　全体評価

１．評価結果及び判断理由

地方独立行政法人市立東大阪医療センターにおける令和元年度の全体評価の結果は、

「全体として中期目標・中期計画の達成にはおおむね計画通り進んでいる。」

である。

令和元年度の業務実績に関する評価については、第2から第5までの4つの大項目のうち、第3、第5の大項目は「評価Ａ 中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる。」と判断し、第2の大項目は「評価Ｂ 中期目標・中期計画の実現のためにはおおむね計画どおり進んでいる。」と判断し、第3の大項目は「評価Ｃ 中期目標・中期計画のためにはやや遅れている。」と判断した。さらに2. 全体評価にあたって考慮した内容、意見及び要望などを総合的に考慮した結果、前年度に比べて人件費や材料費が増加し、計画していた収支見込とはならなかったものの、経常損益の推移をみると赤字額は減少傾向にある。これは、入院患者数の増などに取り組んだ結果、医業収益の入院収益、外来収益ともに昨年度に比べて増加したことも大きい。以上のことから、「**全体として中期目標・中期計画の達成にはおおむね計画通り進んでいる。**」と判断した。

大項目	小項目評価数						大項目評価
	評価 5	評価 4	評価 3	評価 2	評価 1	合計	
第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置		2	16	1		19	B
第3　業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置			15			15	A
第4　財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置			2	3		5	C
第5　その他の業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置			2			2	A
合計		2	35	4		41	

※上記に掲げる数字については、ウエイト項目の項目数を２倍と算定し、他の項目と合計した数字を表記しています。

２．全体評価にあたって考慮した内容、意見及び要望

平成28年10月1日に市立東大阪医療センターが地方独立行政法人化し、4年目となる令和元年度において、年度計画にある数値目標やその取り組みまた、財務諸表等について実績を確認した。

中期計画の重点項目として掲げられている心臓血管外科の新設については、令和元年８月より心臓血管外科手術を開始して、より重篤な患者の受入も可能となった。また、精神科の再開については常勤医師体制の確保により、認知症や精神疾患のある患者への対応が可能となり、５疾病に対応した体制づくりが進められた。さらに、呼吸器内科の再開については、常勤医師体制とはなっていないものの、外来患者数の受入を行っている。

令和元年度は、急性期医療を提供するうえで必要な施設設備の改修に取り組み、ハイブリッド手術室、ＩＣＵの増床などを行い病棟の再編を行った。

なお、昨年度は臨時的な要因もあって単年度黒字を達成した収支状況については、令和元年度は赤字となった。ただし、手術件数の増など収入の確保に積極的に取り組んでいただいており、収支の改善は行われている。
また、令和元年度より新型コロナウイルス感染症について接触者外来を行うなど、本市と連携して感染症への対応をしていただいている。

個別の項目で、評価にあたって考慮した主な内容、意見及び要望は、次のとおりである。

(1) 救急医療　施設改修工事期間中の利用可能な病床数の減となったことにより、救急搬送患者入院率は、目標未達となったものの、救急搬送件数は増となったこと。

(2) 小児医療、周産期医療　ハイリスク分娩を積極的に受け入れたが、小児科入院患者数、小児救急入院患者数が低調であること。
(3) 4疾病に対する医療水準の向上　がんは、緩和ケア病棟病床利用率は、目標未達のうえ昨年度を下回ったが、放射線治療件数、レジメン件数及びがん登録件数は目標達成したこと。脳卒中は、脳卒中ホットライン件数が目標未達のうえ昨年度を下回ったが、手術件数は目標達成したこと。糖尿病は、糖尿病教室参加者数が目標未達となったこと。
(4) 感染症への対応　新型コロナウイルス感染症について接触者外来を開始するなど保健所や大阪府と連携して取り組んでいただいたこと。
(5) 予防医療　人間ドック受検者数は新型コロナウイルス感染症の影響があり目標未達となったものの、PET-CT健診受検者数は目標達成したこと。
(6) 院内環境の快適性の向上　ＩＣＵ全面改修工事、全病室のウォシュレット化改修工事を行ったこと。患者総合支援センターの新設工事に着手したこと。
(7) 地域医療支援病院としての機能強化　紹介患者数は昨年度を上回ったものの、新型コロナウイルス感染症の影響もあり目標未達となったが、逆紹介者数、紹介率や逆紹介率については、目標を上回ったことなど地域医療支援病院としての機能は果たしていること。
(8) 内部統制　内部統制委員会を開催し、リスク検討と業務改善に取り組んだこと。

(9) 医療専門職の確保　看護師の離職率については、昨年度同様に10%を超えているものの、医師、看護師及び医療技術職の正職員数については、いずれも目標達成したこと。

(10) 職員の育成　学会発表件数、認定看護師数については目標未達となったものの、認定看護師数については昨年度に比べ増となったこと。また、新たな人事評価制度の構築を進めるなど、職員の人材育成面で積極的に取り組んだこと。

(11) 医療資源等の有効活用　麻酔科医が不足したこともあり、手術室稼働率は目標を下回り、手術件数は昨年度より増となったものの目標をやや下回ったが、全身麻酔が必要な手術を積極的に行っており、全身麻酔件数が増となっていること。

(12) 職員満足度の向上　平均年休取得日数は休暇取得を推進した結果、昨年度より増、目標達成したこと。また、職員満足度調査の結果も昨年度より良化したこと。

財務内容については、昨年度と比較して、入院収益等の増加により収益の増加額が13億4,733万円で、費用が人件費、材料費の増加により14億6,127万円の増加額となったため経常損益が、1億7,558万円悪化し、1億5,363万円の経常損失となった。医業収支比率は104.8%となり、昨年度の106.1%より1.3%下落し、経常収支比率は99.1%となり、昨年度の100.2%より1.1%下落した。中期計画の重点項目の1つである単年度黒字化に向けて、引き続き収支改善に努められたい。
以上のほか、第6 医療センターにおける専門医療の取り組みについては、令和元年8月より心臓血管外科手術が開始され、手術件数の増につながった。また、内分泌代謝内科において、昨年度に引き続き常勤医体制を確保した結果、入院・外来患者数も昨年度に比べ増となった。いずれも医業収益の確保面からも評価できる。
これまで急性期医療を行ううえで必要な施設改修、医療機器の導入などを行ってきたが、その投資に見合った運営を引き続きおこなっていただきたい。

第２項　項目別評価

１．大項目評価

第２　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置

（１）評価結果　B　中期目標・中期計画の実現に向けておおむね計画どおり進んでいる。

評価結果	S 特筆すべき進捗状況にある。	A 計画どおり進んでいる。	B おおむね計画どおり進んでいる。	C やや遅れている。	D 重大な改善すべき事項がある。

（２）判断理由及び考慮した事項

(3)小項目評価の集計結果の94.7%が評価3以上であること及び(4)評価にあたっての意見、要望等を総合的に評価した結果、「B　おおむね計画どおり進んでいる」と判断した。

（３）小項目評価の集計結果

項目名		小項目評価数				
		評価5	評価4	評価3	評価2	評価1
1 医療センターとして担うべき役割	(1)　救急医療			◎		
	(2)　小児医療、周産期医療				○	
	(3)　4疾病に対する医療水準の向上			◎		
	(4)　災害時医療			○		
	(5)　感染症への対応		○			
	(6)　予防医療			○		
	(7)　保健福祉行政との連携			○		
	小計	0	1	7	1	0
2 患者・市民満足度の向上	(1)　患者・市民満足度のモニタリング			○		
	(2)　職員の接遇向上			○		
	(3)　患者満足度の向上			○		
	(4)　院内環境の快適性の向上		○			
	(5)　ボランティアとの協働			○		
	小計	0	1	4	0	0
3 信頼性の向上と情報発信				○		
	小計	0	0	1	0	0

4 地域医療機関等との連携強化	(1) 地域医療支援病院としての機能強化			◎		
	(2) 地域包括ケアシステム構築への貢献			○		
	(3) 地域の医療ネットワーク構築の推進			○		
	小計	0	0	4	0	0
合計		0	2	16	1	0
構成比率		94.7%			5.3%	

※ウエイト設定した小項目は◎で表記し、項目数を「２」としている

小項目評価結果	5 年度計画を大幅に上回って実施している。	4 年度計画を上回って実施している。	3 年度計画を順調に実施している。	2 年度計画を十分に実施できていない。	1 年度計画を大幅に下回っている。

（４） 評価にあたっての意見、要望等

● 1-（1）救急医療
改修工事期間中に利用できる病床数が減少した影響もあり救急搬送患者入院率については、目標未達となったものの、市消防局との連携強化に努めていただいた結果、救急搬送件数及び救急車受入率は昨年度に比べ増加した。
また、中河内救命救急センターとの連携も進んでおり、新型コロナウイルス感染症発生時には医療連携を進めていただいた。
総合的に判断して、評価を３とした。

● 1-（2）小児医療、周産期医療
ハイリスク分娩について、病病連携を進めていただいた結果、目標を上回る受入件数となった点は評価できる。
しかし小児救急について、小児科入院患者数、小児救急入院患者数はいずれも目標未達のうえ昨年度を下回っている点から評価「２」とした。

● 1-（3）4疾病に対する医療水準の向上
がんについては、放射線治療件数、レジメン件数やがん登録件数が目標を上回った一方で、緩和ケア病棟病床利用率については、目標及び昨年度数値を下回っている。
脳卒中については、脳卒中ホットライン件数は目標未達のうえ昨年度に比べ減となっているが、手術件数は目標達成した。
糖尿病については、目標指標である糖尿病教室参加者数について、昨年度から目標値を下げたが目標未達となった。ところが、参考指標である内分泌代謝内科の入院患者数、外来患者数はともに昨年度に比べて上回った。
以上のことから総合的に判断して評価「３」とした。

● 1-（5）感染症への対応
従来からの感染症対策のみならず、新型コロナウイルス感染症に関して、令和元年度中に接触者外来を開始するなど保健所や大阪府と連携して取り組んでいただいた点は評価できる。
令和2年度も引き続き、保健所や地域医療機関と連携して取り組みを進めていただきたい。

● 1-（6）予防医療
PET-CT健診受検者数は昨年度に比べ増となり、目標達成した。
また、人間ドック受検者数が目標未達となったが、新型コロナウイルス感染症の影響により令和2年3月に中止となった影響がある。
総合的に判断して評価を３とした。

● 2-（4）院内環境の快適性の向上

ＩＣＵ全面改修工事を実施した点、全病室のウォシュレット化改修工事を行った点、患者総合支援センターの新設工事に着手した点など療養環境の整備面で評価できることが多い。

次年度へ延期となった病院外部の目地の劣化による再防水工事、吹き抜け部分のシール補修工事についても引き続き進めていただきたい。

● 4-（1）地域医療支援病院としての機能強化

紹介患者数は昨年度を上回ったものの、新型コロナウイルス感染症の影響もあり目標未達となったが、逆紹介者数、紹介率や逆紹介率については、目標を上回っている。

また、地域医療機関訪問回数についても、新型コロナウイルス感染症による訪問差し控えの影響もあり目標未達となった。

法人の自己評価どおり、地域医療支援病院としての機能を果たした点を評価して、評価を３とした。

第３　業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置

（１）評価結果　A　中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる。

評価結果	S 特筆すべき進捗状況にある。	A 計画どおり進んでいる。	B おおむね計画どおり進んでいる。	C やや遅れている。	D 重大な改善すべき事項がある。

（２）判断理由及び考慮した事項

(3)小項目評価の集計結果の100%が評価3以上であること及び(4)評価にあたっての意見、要望等を総合的に評価した結果、「Ａ　計画どおり進んでいる」と判断した。

（３）小項目評価の集計結果

項目名		小項目評価数				
		評価5	評価4	評価3	評価2	評価1
1 業務運営体制の構築	(1)　病院の理念と基本方針の浸透			○		
	(2)　経営基盤を支える組織体制の整備			○		
	(3)　内部統制			◎		
	小計	0	0	4	0	0
2 人材の確保と育成	(1)　医療専門職の確保			◎		
	(2)　法人職員の確保			○		
	(3)　職員の育成			○		
	小計	0	0	4	0	0
3 効率的・効果的な業務運営	(1)　適切かつ弾力的な人員配置			○		
	(2)　予算執行の弾力化			○		
	(3)　人事給与制度			○		
	(4)　契約の見直し			○		
	(5)　医療資源等の有効活用			◎		
	小計	0	0	6	0	0
4 職員満足度の向上				○		
	小計	0	0	1	0	0

合計	0	0	15	0	0
構成比率	100.0%			0.0%	

※ウエイト設定した小項目は◎で表記し、項目数を「２」としている

小項目評価結果	5 年度計画を大幅に上回って実施している。	4 年度計画を上回って実施している。	3 年度計画を順調に実施している。	2 年度計画を十分に実施できていない。	1 年度計画を大幅に下回っている。

（４） 評価にあたっての意見、要望等

● 1-（3）内部統制

内部統制委員会を開催し、リスク検討と業務改善に取り組まれた点について、引き続き次年度以降も業務改善に取り組んでいただきたい。

● 2-（1）医療専門職の確保

医師、看護師、医療技術職のいずれも目標を達成しており、多くの人材を確保できたが、看護職の離職率については昨年度同様目標達成とはならず10%を超えている。
職場環境の改善などに取り組まれているが、新規採用看護師の離職率が高い点からも、看護師の職場内教育やメンタルケアに努めていただきたい。

● 3-（5）医療資源等の有効活用

麻酔科医が不足したこともあり、手術室稼働率は目標を下回り、手術件数は昨年度より増となったものの目標をやや下回った。
ただし、全身麻酔が必要な手術を積極的に行っており、全身麻酔件数が増となっている点は評価できる。総合的に評価して３とした。

● 4 職員満足度の向上

平均年休取得日数は休暇取得を推進していただいた結果、昨年度数値を上回り目標を達成した。
また、職員満足度調査では、目標をやや下回るものの昨年度より数値は良くなっている。
ただ、職場環境に不安を感じる職員へ今後どう対応していくかという課題について、引き続き取り組んでいただき、相談しやすい環境づくりに努めていただきたい。

第４　財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置

（１）評価結果　C　中期目標・中期計画の実現のためにはやや遅れている。

評価結果	S 特筆すべき進捗状況にある。	A 計画どおり進んでいる。	B おおむね計画どおり進んでいる。	C やや遅れている。	D 重大な改善すべき事項がある。

（２）判断理由及び考慮した事項

(3)小項目評価の集計結果の40.0%が評価3以上であること及び(4)評価にあたっての意見、要望等を総合的に評価した結果、「C　やや遅れている」と判断した。

（３）小項目評価の集計結果

項目名		小項目評価数				
		評価 5	評価 4	評価 3	評価 2	評価 1
財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置					○	
	小計	0	0	0	1	0
1 収入の確保				◎		
	小計	0	0	2	0	0
2 費用の節減					◎	
	小計	0	0	0	2	0
合計		0	0	2	3	0
構成比率		40.0%			60.0%	

※ウエイト設定した小項目は◎で表記し、項目数を「２」としている

小項目評価結果	5 年度計画を大幅に上回って実施している。	4 年度計画を上回って実施している。	3 年度計画を順調に実施している。	2 年度計画を十分に実施できていない。	1 年度計画を大幅に下回っている。

（４）評価にあたっての意見、要望等

●　財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置

昨年度に比べて経常損益は176,112千円悪化し、154,162千円の経常損失となった。ただ、第1期中期目標期間における経常損益の推移をみると、赤字額は改善傾向にあると言える。

次年度は、新型コロナウイルス感染症が収入面に及ぼす影響について不透明なところはあるが、引き続き収入の確保、費用の節減に取り組んでいただきたい。

評価については、経常収支比率が目標未達である点などから、法人の自己評価どおり２とした。

● 1 収入の確保

新入院患者数、病床利用率及び入院単価については、目標未達も昨年度に比べ増となった。薬剤管理指導件数、入院栄養食事指導件数、リハビリ取得単位件数は目標達成となり、全体として収入の確保につながる結果となっている点から、評価を３とした。

● 2 費用の節減

医業収益対人件費比率は、目標達成した。これは、職員を確保したことによる人件費増以上に、入院患者の受入を積極的に行ったことによる。
一方で医業収益対材料費比率や医業収益対経費比率では目標未達となっている。引き続きコスト意識を持った病院運営を行っていただき、目標達成となるよう努めていただきたい。

目標指標が市立東大阪医療センターの財政運営における重要な指標である点から、評価を２とした。

第５　その他の業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置

（１）評価結果　**A**　中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる。

評価結果	S 特筆すべき進捗状況にある。	A 計画どおり進んでいる。	B おおむね計画どおり進んでいる。	C やや遅れている。	D 重大な改善すべき事項がある。

（２）判断理由及び考慮した事項

(3)小項目評価の集計結果の100%が評価3以上であること等を総合的に評価した結果、「A　計画どおり進んでいる」と判断した。

（３）小項目評価の集計結果

項目名		小項目評価数 評価5	評価4	評価3	評価2	評価1
1 中河内救命救急センターの運営受託				○		
	小計	0	0	1	0	0
2 地域医療構想を踏まえた役割の明確化				○		
	小計	0	0	1	0	0
合計		0	0	2	0	0
構成比率		100.0%			0.0%	

※ウエイト設定した小項目は◎で表記し、項目数を「２」としている

小項目評価結果	5 年度計画を大幅に上回って実施している。	4 年度計画を上回って実施している。	3 年度計画を順調に実施している。	2 年度計画を十分に実施できていない。	1 年度計画を大幅に下回っている。

２．小項目評価

（１）　地方独立行政法人市立東大阪医療センターの概要

１．現況（令和２年３月３１日現在）

（１）目的

地方独立行政法人市立東大阪医療センターは、地方独立行政法人法（ 平成１５年法律第１１８号。以下「法」という。）に基づき、医療の提供、医療に関する調査及び研究並びに医療に従事する者に対する研修、地域医療の支援等の業務を行うことにより、東大阪市の医療施策として求められる救急医療及び高度医療等を提供し、医療水準の向上を図り、市民の健康の維持及び増進に寄与することを目的としています。（地方独立行政法人市立東大阪医療センター定款第１条）

（２）業務内容

当院は、地方独立行政法人市立東大阪医療センター定款第１条の目的を達成するため、以下の業務を行います。

① 医療を提供すること。
② 医療に関する調査及び研究を行うこと。
③ 医療に従事する者に対する研修を行うこと。
④ 医療に関する地域への支援を行うこと。
⑤ 人間ドック、健康診断等の予防医療を提供すること。
⑥ 前各号に掲げる業務に附帯する業務を行うこと。

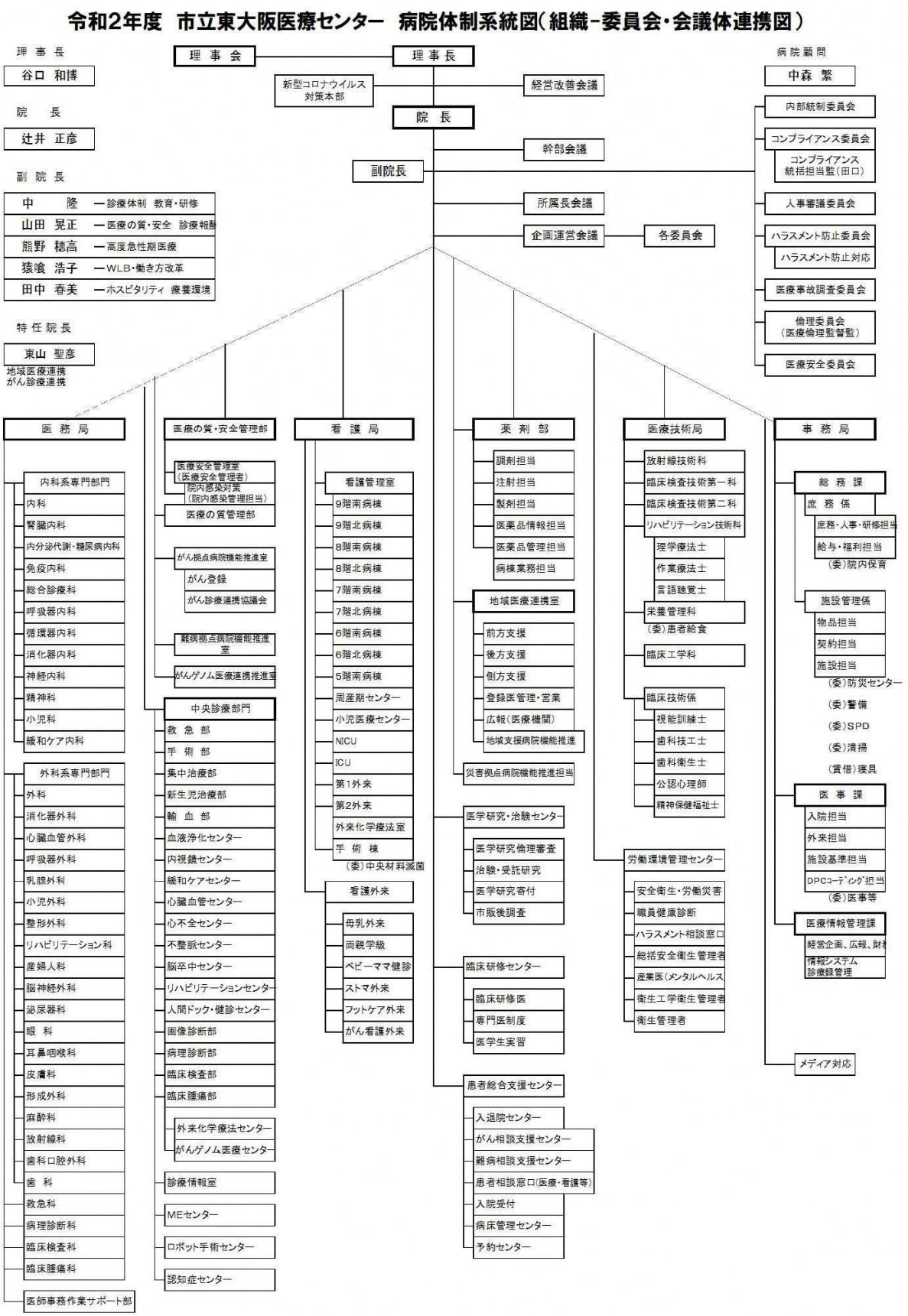
（３）沿革

平成２８年１０月　地方独立行政法人として設立

（４）設立根拠法

地方独立行政法人法（平成１５年法律第１１８号）

（５）組織図（体制系統図）


令和2年度　市立東大阪医療センター　病院体制系統図(組織-委員会・会議体連携図)
理事長
谷口 和博
院長
辻井 正彦
副院長
中　隆　―診療体制 教育・研修
山田 晃正　―医療の質・安全 診療報酬
熊野 穂高　―高度急性期医療
猿喰 浩子　―WLB・働き方改革
田中 春美　―ホスピタリティ 療養環境
特任院長
東山 聖彦
地域医療連携
がん診療連携
理事会
理事長
新型コロナウイルス対策本部
経営改善会議
院長
幹部会議
副院長
所属長会議
企画運営会議
各委員会
病院顧問
中森 繁
内部統制委員会
コンプライアンス委員会
コンプライアンス統括担当監(田口)
人事審議委員会
ハラスメント防止委員会
ハラスメント防止対応
医療事故調査委員会
倫理委員会
(医療倫理監督監)
医療安全委員会
医務局
内科系専門部門
内科
腎臓内科
内分泌代謝・糖尿病内科
免疫内科
総合診療科
呼吸器内科
循環器内科
消化器内科
神経内科
精神科
小児科
緩和ケア内科
外科系専門部門
外科
消化器外科
心臓血管外科
呼吸器外科
乳腺外科
小児外科
整形外科
リハビリテーション科
産婦人科
脳神経外科
泌尿器科
眼科
耳鼻咽喉科
皮膚科
形成外科
麻酔科
放射線科
歯科口腔外科
歯科
救急科
病理診断科
臨床検査科
臨床腫瘍科
医師事務作業サポート部
医療の質・安全管理部
医療安全管理室
(医療安全管理者)
院内感染対策
(院内感染管理担当)
医療の質管理部
がん拠点病院機能推進室
がん登録
がん診療連携協議会
難病拠点病院機能推進室
がんゲノム医療連携推進室
中央診療部門
救急部
手術部
集中治療部
新生児治療部
輸血部
血液浄化センター
内視鏡センター
緩和ケアセンター
心臓血管センター
心不全センター
不整脈センター
脳卒中センター
リハビリテーションセンター
人間ドック・健診センター
画像診断部
病理診断部
臨床検査部
臨床腫瘍部
外来化学療法センター
がんゲノム医療センター
診療情報室
MEセンター
ロボット手術センター
認知症センター
看護局
看護管理室
9階南病棟
9階北病棟
8階南病棟
8階北病棟
7階南病棟
7階北病棟
6階南病棟
6階北病棟
5階南病棟
周産期センター
小児医療センター
NICU
ICU
第1外来
第2外来
外来化学療法室
手術棟
(委)中央材料滅菌
看護外来
母乳外来
両親学級
ベビーママ健診
ストマ外来
フットケア外来
がん看護外来
薬剤部
調剤担当
注射担当
製剤担当
医薬品情報担当
医薬品管理担当
病棟業務担当
地域医療連携室
前方支援
後方支援
側方支援
登録医管理・営業
広報(医療機関)
地域支援病院機能推進
災害拠点病院機能推進担当
医学研究・治験センター
医学研究倫理審査
治験・受託研究
医学研究寄付
市販後調査
臨床研修センター
臨床研修医
専門医制度
医学生実習
患者総合支援センター
入退院センター
がん相談支援センター
難病相談支援センター
患者相談窓口(医療・看護等)
入院受付
病床管理センター
予約センター
医療技術局
放射線技術科
臨床検査技術第一科
臨床検査技術第二科
リハビリテーション技術科
理学療法士
作業療法士
言語聴覚士
栄養管理科
(委)患者給食
臨床工学科
臨床技術係
視能訓練士
歯科技工士
歯科衛生士
公認心理師
精神保健福祉士
労働環境管理センター
安全衛生・労働災害
職員健康診断
ハラスメント相談窓口
総括安全衛生管理者
産業医(メンタルヘルス)
衛生工学衛生管理者
衛生管理者
事務局
総務課
庶務係
庶務・人事・研修担当
給与・福利担当
(委)院内保育
施設管理係
物品担当
契約担当
施設担当
(委)防災センター
(委)警備
(委)SPD
(委)清掃
(賃借)寝具
医事課
入院担当
外来担当
施設基準担当
DPCコーディング担当
(委)医事等
医療情報管理課
経営企画、広報、財務
情報システム
診療録管理
メディア対応

（６）病院の所在地

大阪府東大阪市西岩田三丁目４番５号

（７）資本金の状況　　（単位　百万円）

区分	期首残高	当期増加額	当期減少額	期末残高
資本金	750	0	0	750

（８）役員の状況

役職	氏名	任期	備考
理事長	谷口　和博	自　平成 28 年 10 月 1 日 至　令和 2 年 9 月 30 日	
副理事長	辻井　正彦	自　平成 30 年 10 月 1 日 至　令和 3 年 3 月 31 日	市立東大阪医療センター院長
理　事	嶋田　亘	自　平成 30 年 10 月 1 日 至　令和 3 年 3 月 31 日	東大阪商工会議所会頭
理　事	立花　静	自　平成 30 年 10 月 1 日 至　令和 3 年 3 月 31 日	東大阪市副市長
理　事	土岐　祐一郎	自　平成 30 年 10 月 1 日 至　令和 3 年 3 月 31 日	大阪大学大学院　外科学講座消化器外科学教授
理　事	平本　善憲	自　平成 30 年 10 月 1 日 至　令和 3 年 3 月 31 日	東部大阪経営者協会専務理事
理　事	山村　仁	自　令和 2 年 3 月 1 日 至　令和 3 年 3 月 31 日	大阪府立中河内救命救急センター所長
監　事	岡本　好洋	自　平成 30 年 10 月 1 日 至　令和 2 年度の財務諸表承認日	税理士法人陽光　公認会計士・税理士
監　事	小島　崇宏	自　平成 30 年 10 月 1 日 至　令和 2 年度の財務諸表承認日	大阪Ａ＆Ｍ法律事務所　弁護士・医師

（９）常勤職員の状況

常勤職員は令和２年３月３１日において 776 名（前年比 40 名増加、5.4%増）となっています。

（内訳）医師・歯科医師112名、看護職481名、医療技術職133名、
事務職50名（うち東大阪市からの派遣職員12名）

(10)患者数実績

1.入院患者数(新入院患者数・延入院患者数)　　(単位: 人)

		H30年度	R1年度	前年比
腎臓内科	新入院患者数	455	435	▲ 20
	延入院患者数	8,860	9,124	264
内分泌代謝内科	新入院患者数	195	261	66
	延入院患者数	4,049	5,461	1,412
免疫内科	新入院患者数	56	110	54
	延入院患者数	1,647	2,456	809
総合診療科	新入院患者数	100	122	22
	延入院患者数	1,427	2,462	1,035
循環器内科	新入院患者数	1,239	1,317	78
	延入院患者数	15,864	17,150	1,286
消化器内科	新入院患者数	1,573	1,730	157
	延入院患者数	18,448	19,912	1,464
神経内科	新入院患者数	577	489	▲ 88
	延入院患者数	12,117	11,023	▲ 1,094
小児科	新入院患者数	2,112	1,812	▲ 300
	延入院患者数	10,120	8,879	▲ 1,241
消化器外科	新入院患者数	1,071	1,083	12
	延入院患者数	16,869	17,353	484
小児外科	新入院患者数	85	86	1
	延入院患者数	417	459	42
呼吸器外科	新入院患者数	244	311	67
	延入院患者数	3,946	3,828	▲ 118
乳腺外科	新入院患者数	132	158	26
	延入院患者数	1,153	1,207	54
整形外科	新入院患者数	779	733	▲ 46
	延入院患者数	17,620	16,402	▲ 1,218
脳神経外科	新入院患者数	394	372	▲ 22
	延入院患者数	8,758	8,873	115
形成外科	新入院患者数	175	154	▲ 21
	延入院患者数	2,121	1,898	▲ 223
眼科	新入院患者数	1,117	928	▲ 189
	延入院患者数	5,481	4,633	▲ 848
泌尿器科	新入院患者数	927	936	9
	延入院患者数	12,251	13,692	1,441
産婦人科	新入院患者数	1,020	1,113	93
	延入院患者数	8,092	8,431	339
産科未熟児	新入院患者数	248	244	▲ 4
	延入院患者数	1,687	1,922	235
耳鼻咽喉科	新入院患者数	557	663	106
	延入院患者数	6,928	6,576	▲ 352
皮膚科	新入院患者数	243	254	11
	延入院患者数	2,703	2,989	286
口腔外科	新入院患者数	553	568	15
	延入院患者数	3,649	4,752	1,103
心臓血管外科	新入院患者数	—	128	128
	延入院患者数	—	2,566	2,566
緩和ケア内科	新入院患者数	264	228	▲ 36
	延入院患者数	7,290	7,092	▲ 198
合計	新入院患者数	14,116	14,235	119
	延入院患者数	171,497	179,140	7,643

2.外来(紹介患者数・延外来患者数)　　(単位:人)

		H30年度	R1年度	前年比
内科	紹介患者数	39	79	40
	延べ外来患者数	7,266	8,427	1,161
腎臓内科	紹介患者数	390	374	▲ 16
	延べ外来患者数	4,294	4,432	138
内分泌代謝内科	紹介患者数	366	408	42
	延べ外来患者数	6,991	7,598	607
免疫内科	紹介患者数	216	280	64
	延べ外来患者数	6,696	7,013	317
総合診療科	紹介患者数	342	428	86
	延べ外来患者数	2,134	2,266	132
循環器内科	紹介患者数	1,612	1,458	▲ 154
	延べ外来患者数	15,030	14,815	▲ 215
消化器内科	紹介患者数	2,603	2,626	23
	延べ外来患者数	18,478	19,187	709
呼吸器内科	紹介患者数	85	108	23
	延べ外来患者数	910	979	69
神経内科	紹介患者数	1,130	1,104	▲ 26
	延べ外来患者数	9,808	9,732	▲ 76
精神科	紹介患者数	171	230	59
	延べ外来患者数	1,074	2,195	1,121
小児科	紹介患者数	1,321	1,320	▲ 1
	延べ外来患者数	21,984	21,000	▲ 984
消化器外科	紹介患者数	547	513	▲ 34
	延べ外来患者数	12,456	12,302	▲ 154
小児外科	紹介患者数	122	91	▲ 31
	延べ外来患者数	1,297	1,107	▲ 190
呼吸器外科	紹介患者数	95	71	▲ 24
	延べ外来患者数	2,493	1,784	▲ 709
乳腺外科	紹介患者数	394	387	▲ 7
	延べ外来患者数	5,518	5,836	318
整形外科	紹介患者数	1,953	1,853	▲ 100
	延べ外来患者数	17,443	17,924	481
脳神経外科	紹介患者数	530	525	▲ 5
	延べ外来患者数	4,253	4,319	66
形成外科	紹介患者数	660	684	24
	延べ外来患者数	4,899	5,011	112
眼科	紹介患者数	1,422	1,296	▲ 126
	延べ外来患者数	11,635	11,491	▲ 144
泌尿器科	紹介患者数	1,039	1,086	47
	延べ外来患者数	17,606	16,857	▲ 749
産婦人科	紹介患者数	797	1,030	233
	延べ外来患者数	21,238	20,976	▲ 262
耳鼻咽喉科	紹介患者数	1,442	1,687	245
	延べ外来患者数	8,572	9,717	1,145
皮膚科	紹介患者数	946	975	29
	延べ外来患者数	11,000	10,575	▲ 425
放射線科	紹介患者数	2,046	1,796	▲ 250
	延べ外来患者数	6,156	6,410	254
歯科	紹介患者数	42	42	0
	延べ外来患者数	5,553	5,393	▲ 160
口腔外科	紹介患者数	2,298	2,525	227
	延べ外来患者数	9,258	10,466	1,208
リハビリ科	紹介患者数	0		0
	延べ外来患者数	318	3	▲ 315
救急科	紹介患者数	0	0	0
	延べ外来患者数	425	1	▲ 424
心臓血管外科	紹介患者数	37	97	60
	延べ外来患者数	326	716	390
臨床腫瘍科	紹介患者数	12	20	8
	延べ外来患者数	580	1,262	682
緩和ケア内科	紹介患者数	256	254	▲ 2
	延べ外来患者数	2,543	2,241	▲ 302
その他	紹介患者数	12	1	▲ 11
	延べ外来患者数	49	89	40
合計	紹介患者数	22,913	23,348	435
	延べ外来患者数	238,283	242,124	3,841

2　財務状況

（１）財務諸表の要約　　法人全体（市立東大阪医療センター+中河内救命救急センター）

①貸借対照表（令和2年3月31日）　　（単位　百万円）

資　産　の　部	金　額	負　債　の　部	金　額
固定資産	13,959	固定負債	13,366
有形固定資産	13,388	資産見返負債	160
無形固定資産	535	資産見返補助金	11
投資その他の資産	36	資産見返寄附金	1
流動資産	5,932	資産見返物品受贈額	148
現金預金	2,883	長期借入金	2,943
医業未収金	2,810	移行前地方債償還債務	6,549
たな卸資産	76	長期リース債務	1
前払費用	2	引当金	3,714
仮払金	0	退職給付引当金	3,714
未収入金	149	流動負債	4,176
その他流動資産	11	一年以内返済予定長期借入金	744
		一年以内返済予定移行前地方債償還債務	1,008
		短期リース債務	0
		未払金	1,654
		未払消費税等	31
		預り金	42
		仮受金	1
		引当金	696
		賞与引当金	588
		診療費損害引当金	107
		負　債　合　計	17,543
		純　資　産　の　部	金　額
		資本金	750
		資本剰余金	2,904
		繰越欠損金	▲ 1,306
		純　資　産　合　計	2,348
資　産　合　計	19,891	負債純資産合計	19,891

（注）計数はそれぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と一致しないものがあります。

②損益計算書（平成31年4月1日～令和2年3月31日）　　（単位　百万円）

科　　目	金　　額
営業収益	18,991
医業収益	16,294
救命救急センター事業収益	1,806
その他営業収益	891
営業費用	18,444
給与費	8,495
材料費	4,471
経費	2,558
研究研修費	56
減価償却費	1,059
救命救急センター事業費用	1,806
営業利益	546
営業外収益	273
営業外費用	966
営業外損失	▲ 693
経常損失	▲ 146
臨時利益	94
臨時損失	93
当期純損失	▲ 146

（注）計数はそれぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と一致しないものがあります。

③キャッシュ・フロー計算書（平成31年4月1日～令和2年3月31日）　（単位　百万円）

科　　目	金　　額
Ⅰ　業務活動によるキャッシュ・フロー	1,015
Ⅱ　投資活動によるキャッシュ・フロー	▲ 1,081
Ⅲ　財務活動によるキャッシュ・フロー	14
Ⅳ　資金増加額	▲ 52
Ⅴ　資金期首残高	2,936
Ⅵ　資金期末残高	2,883

（注）計数はそれぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と一致しないものがあります。

④行政サービス実施コスト計算書（平成31年4月1日～令和2年3月31日）（単位　百万円）

科　　目	金　　額
Ⅰ　業務費用	1,157
損益計算書上の費用	19,503
（控除）自己収入等	▲ 18,346
Ⅱ　機会費用	1
Ⅲ　行政サービス実施コスト	1,158

（注）計数はそれぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と一致しないものがあります。

（２）予算及び決算の概要

（単位　百万円）

科　　目	予算額	決算額	差額
収入			
営業収益	19,194	19,012	▲ 182
医業収益	16,385	16,318	▲ 67
運営費負担金	809	810	1
救命救急センター事業収益	1,945	1,806	▲ 139
その他営業収益	54	78	24
営業外収益	244	282	38
運営費負担金	123	122	▲ 1
その他営業外収益	121	160	39
資本収入	2,878	2,501	▲ 377
運営費負担金	887	887	0
長期借入金	1,991	1,597	▲ 394
その他資本収入	0	16	16
計	22,317	21,794	▲ 523
支出			
営業費用	17,915	17,783	▲ 132
医業費用	14,918	14,894	▲ 24
給与費	8,219	7,758	▲ 461
材料費	4,485	4,872	387
経費	2,134	2,206	72
研究研修費	80	58	▲ 22
救急救命センター事業費	1,906	1,819	▲ 87
一般管理費	1,091	1,071	▲ 20
営業外費用	194	225	31
資本支出	3,649	3,496	▲ 153
建設改良費	1,336	1,197	▲ 139
償還金	1,583	1,584	1
その他資本支出	730	715	▲ 15
計	21,758	21,504	▲ 254
単年度資金収支（収入-支出）	558	290	▲ 269

（注）計数はそれぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と一致しないものがあります。

＊損益計算書の計上額と決算額の集計区分等の相違の概要は、以下のとおりです。

（１）損益計算書において計上されている現金収入を伴わない収益及び現金支出を伴わない費用を含んでおりません。

（２）医業費用の給与費及び一般管理費に退職金及び賞与支払額を決算額に含めております。

（３）上記数値は消費税等込みの金額を記載しております。

（２）　全体的な状況

１．法人の現状と課題

地方独立行政法人として４年目となる令和元年度は、年度計画及び予算に基づき理事会、幹部会での議論を踏まえ以下の取組を行った。

４月から５月にかけての１０連休については、市民・患者への影響を考慮し、期間中において２日間の外来診療を行った。

前年度から改修に取り組んでいた、４階及び５階の改修については、令和元年７月に心臓血管外科手術等に対応できるハイブリッド手術室、眼科専用手術室の増設、ＩＣＵ（集中治療室）が完成し運用を開始した。また１０月にはＮＩＣＵ（新生児集中治療室）の移転改修、ＭＥ（メディカルエンジニア）センターが完成し、全ての工事が完了し、１１月１日付で許可病床数を５２０床に変更した。

今年度の重点として取り組んだ療養環境の改善については、床頭台（テレビ・冷蔵庫・セーフティーボックス付き）の更新、全てのトイレへの洗浄機付き便座設置、照明のＬＥＤ化、２階トイレの改修などを行った。

また、１階北側玄関横に、患者さんの利便性向上に向けて、入退院センター、地域医療連携室などを一体的に運営する「患者総合支援センター」の開設にむけて、改修を開始した。

経営状況では、年間の入院患者数 179,140 人（前年度比 7,643 人増）、外来患者数 242,124 人（前年度比 3,841 人増）、医業収益 16,293 百万円（前年度比 1,323 百万円増）となり改善した。一方、患者数増による材料費等の支出も増え、営業費用は 16,638 百万円（前年度比 1,461 百万円増）となった。営業外の収益、費用を加えた経常収支はマイナス 154 百万円（前年度比マイナス 180 百万円）となり、単年度黒字は達成できなかった。

令和元年度末から令和２年度にかけて、新型コロナウイルス感染症の影響により、入院・外来患者数が減少しており、令和２年度の収入が大きく落ち込み、収支が悪化することが懸念される。

２．大項目ごとの主な取り組み

第１ 年度計画の期間

特になし

第２ 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置

医療センターとして担うべき医療について、急性期医療、高度医療、救急医療及び周産期医療の提供を中心に地域の中核病院として必要な医療を提供した。

また、Ｇ２０サミット、ラグビーワールドカップといった、世界的イベントについての、救急体制への協力を行った。

がん医療については、手術件数、放射線治療件数、レジメン件数、がん登録件数が前年度実績を上回った。

心筋梗塞については、ＰＣＩ（経皮的冠動脈形成術）実施件数が前年度と比べて大きく増加した。

脳卒中については、ホットライン件数が前年度と比べ大幅に減少したが、脳神経外科手術件数は前年度並みの件数を維持した。

災害拠点病院としての取組は、ＢＣＰ（事業継続計画）に基づく訓練の実施及びＢＣＰの改訂、非常時参集・安否確認システムの導入に向けた検証を行った。

感染症対策については、2019 年の年末から全世界的に流行した、新型コロナウイルス感染症に対して、東大阪市保健所等と連携し、ＰＣＲ検査を開始するとともに、入院患者の受け入れ準備を行った。

患者ニーズの把握・改善にかかる、入院・外来患者満足度調査において、入院・外来ともに総合満足度は上昇した。外来待ち時間については目標達成に向けて、採血室等で改善に取り組んだ。

地域医療支援病院としての取組については、紹介患者数が目標に届かなかったものの、紹介患者数・逆紹介患者数ともに前年度より増加した。

第３ 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置

内部統制規程に基づく内部統制委員会を２回開催し、事務局３課、３つの委員会からリスクの把握、対応等についての自己点検結果の報告を、また、コンプライアンス統括担当監から電子カルテへの不要なアクセスの禁止について報告を行った。

職員数について、令和 2 年 4 月には 839 名になり、前年同月と比較して 25 名の増員ができた。そのうち看護職（助産師・看護師）については、令和元年度に 54 名の退職があったものの、令和２年４月に 67 名を採用し、前年同月を上回った。

労働関連法の改正にかかる対応として、年休１０日以上付与者の５日以上取得に取組むとともに、夏期休暇を職員のワークライフバランスに配慮したＷＬＢ促進休暇に変更し、有給休暇の取得促進に取り組んだ。また、令和２年４月に施行される同一労働同一賃金対応についても、他の独法病院等の動向を注視し、労働組合とも協議を重ね、賞与の支給、休暇の拡充など一定の改善を行った。

病床利用率については、院内改修で使用できない病床があった中で、入退院の調整を行った結果 91.4%となり、前年度より 5.5 ポイント上昇した。

（参考）許可病床数：令和元年 10 月 31 日まで 547 床、令和元年 11 月 1 日から 520 床。

第４ 財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置

収入のうち医業収益については、がん診療、地域医療連携の取組強化などによる入院患者数の増、病床稼働率の上昇、患者の１日当たり単価の上昇などにより 162.9 億円となり、前年度より 13.2 億円の増収となった。

費用のうち営業費用については、清掃業務の仕様見直しによる減などがあったものの、職員数の増、患者数の増及び高額な薬品・診療材料の使用による材料費の増があり 166.4 億円となり、前年度より 14.6 億円の支出増となった。

その結果、医業収支比率は 104.8%（目標 106.4%）、経常収支比率は 99.1%（目標 100.1%）となり、単年度黒字は達成できなかった。

第５ その他業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置

中河内救命救急センターについては、平成２９年４月の指定管理受託後も大阪府と緊密に連絡・調整を行い、円滑な業務遂行に努めた。令和元年度の新入院患者は 811 人で前年比 165 人の増となった。

Ⅲ　項目別の状況

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置

1　医療センターとして担うべき役割

(1) 救急医療

中期目標	ア　24時間365日の救急医療体制の維持・充実を図ること。 イ　中河内救命救急センターとの連携を強化することにより、救急医療の充実に努めること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　２４時間３６５日救急患者を受け入れる体制の維持、充実を進め、「断らない救急医療」に努めるとともに、地域医療機関及び市消防本部との密接な連携を図り、公的病院としての役割を担う。 重症度の高い患者受け入れにあたり、外科系救急の整備、医療従事者の体制、設備面の強化を行うとともに、救急部門、手術部門、病棟部門の職員間での連携を強化する。	ア　２４時間３６５日救急患者を受け入れる体制の維持、充実を進め、「断らない救急医療」に努める。救急搬送応需率を向上させるため「断らない救急タスクフォース」を創設しており、市消防局との連携強化に努め、受入れ件数の増加を図るとともに救急搬送患者入院率の向上にも努める。 ICUの拡張にともない重症度の高い患者の受け入れ増大を図るため、救急部門と手術部門、病棟部門の職員間での連携を強化する。	ア　目標には達しなかったが平成30年度に比し救急搬送受入件数は増加し、救急車受入率は変わらず、救急搬送患者入院率は低下した。これは、病棟・手術室の改修工事により498床の制限の中で病床稼働率が上昇したことにより、満床のため救急搬送依頼に対して応需できない症例が増加したことや年度末は新型コロナウイルスの影響が主たる要因であった。 ・救急搬送件数:　6,288　件 （前年度:　5,886　件） ・応需率：　77.8　%（前年度　77.3　%） ・救急外来の受診者総数:　16,554　人 （内訳）　内科　8,766 人、小児科　6,256 人 外科　845 人、その他　687 人 (参考)前年度受診者総数:　16,026　人 内科　8,341 人、小児科　6,642 人 外科　405 人、その他　638 人	◎	3	3	改修工事期間中に利用できる病床数が減少した影響もあり救急搬送患者入院率については、目標未達となったものの、市消防局との連携強化に努めていただいた結果、救急搬送件数及び救急車受入率は昨年度に比べ増加した。 また、中河内救命救急センターとの連携も進んでおり、新型コロナウイルス感染症発生時には医療連携を進めていただいた。 総合的に判断して、評価を３とした。

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
救急搬送受入件数（件）	5,886	6,800	6,288	92.5%
救急車受入率（%）	77.3	81.0	77.8	96.0%
救急搬送患者入院率（%）	35.3	35.0	31.0	88.6%

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
イ　中河内救命救急センターとの連携を強化することで、多数の二次・三次救急患者を受け入れ、重症度、緊急度に応じた適切な医療を提供する体制の確保を図る。	イ　　中河内救命救急センターとの連携を強化するため、現場レベルでの交流を増やすことで、多数の二次・三次救急患者を受け入れ、重症度、緊急度に応じた適切な医療を提供する体制の確保を図る。	イ「東大阪-中河内医療連携ワーキング」を定期的に開催し、それぞれの職種ごとに、医療連携を行っていく上での問題点や課題の抽出を行った。解決していない点もあるが、この取り組みもあり、現在の「新型コロナ感染症」に対して中等症（市立東大阪医療センター）と重症（中河内救命救急センター）の転院を含めた医療連携は、比較的うまく行われていると思われる。 （自己評価理由） 救急受入件数及び受入率とも目標値を達成出来なかったが、前年比400件増加した点及び新型コロナウィルス対応にかかる両センターの連携の点で「3」とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
1　医療センターとして担うべき役割
（2）小児医療、周産期医療

中期目標	ア　小児救急病院として、小児救急医療体制の充実を図ること。 イ　地域周産期母子医療センターとして、受入機能の充実に努めること。 ウ　公的病院として特定妊婦を受け入れ、出産・育児へのケアを行うこと。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　小児救急について病院群輪番制度のもと、初期及び二次救急医療機関としての受入体制を維持していく。 地域周産期母子医療センターとして地域医療機関と連携し、入院による集中治療を必要とする小児を積極的に受け入れ、治療、退院後はかかりつけ医、医師会、保健所と連携し育児へのサポートをしていく。 また、アレルギー疾患や重症心身障害児への対応など、地域のニーズが高まっている分野における医療も提供を行い、地域における中心的な役割を担う。	ア　小児救急について病院群輪番制度のもと、初期及び二次救急医療機関としての受入体制を維持していく。 地域周産期母子医療センターとして５階に周産期センターを開設し、また夏にはＮＩＣＵを改修し、充実した設備のもと、小児患者を積極的に受け入れ、治療、退院後はかかりつけ医、医師会、保健所と連携し育児へのサポートをしていく。 また、アレルギー疾患や重症心身障がい児への対応など、地域のニーズが高まっている分野における医療も提供を行い、地域における中心的な役割を担う。	ア　小児救急について病院群輪番制度のもと、初期及び二次救急医療機関としての受入体制を維持した。 ・中河内医療圏の輪番制で小児夜間救急外来を週3日維持した。救急患者数は目標の400例/年に届かず、312例/年の受け入れにとどまった。特に救急日を減らしてはいないが小児の受診数が減っている点や小児科医師の産休などが続き減員となったことも原因のひとつであるかと考えられる。 （アレルギー疾患・重症心身障がい児） ・食物経口負荷試験の入院数は405人で目標の500人/年に届かなかった。次年度の目標としては400人以上を維持できるようにしたい。 ・在宅医療を必要とする重症心身障害児の体調不良時の加療を行うとともに、介護者の負担を軽減する目的でのレスパイト入院を積極的に受入れた。 また心理カウンセリングを必要とする児を受け入れ、症状や状態に応じて必要であれば児童精神科に紹介し、当院でフォロー可能である児は当院にて経過観察を行った。 食物経口負荷試験入院：　405人 レスパイト入院　　：　49 人		2	2	ハイリスク分娩について、病病連携を進めていただいた結果、目標を上回る受入件数となった点は評価できる。 しかし小児救急について、小児科入院患者数、小児救急入院患者数はいずれも目標未達のうえ昨年度を下回っている点から評価「２」とした。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
		（前年度） 食物経口負荷試験入院：　530人 レスパイト入院　　：　47人 ・地域の開業医からの緊急入院はすべて受け入れた。 新入院数：1,812人 （前年度：2,112人）				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
小児科患者数・入院（人）	10,120	11,500	8,879	77.2%
小児救急入院患者数（人）	352	400	312	78.0%

イ　地域周産期母子医療センターであるとともに、産婦人科診療相互援助システム（OGCS）参加施設として、安心・安全な周産期医療を提供し母子の育児環境を整える。	イ　地域周産期母子医療センターである当センターは、産婦人科診療相互援助システム（OGCS）、新生児診療相互援助システム（NMCS）参加施設として、安心・安全な周産期医療を提供し母子の育児環境を整える。	イ　地域周産期母子医療センターであるとともに、新生児診療相互援助システム（NMCS）参加施設として、安心・安全な周産期医療を提供し母子の育児環境を整え、具体的な入院目標は年間70例であったが、小児科医師の人員不足により一時縮小したため、58人にとどまった。 ・周産期医療：NICU入院　　：　58　件 （前年度：　　：　59　件） ・産婦人科診療相互援助システム（OGCS）を介する母体搬送受け入れ件数 ：　52　件 （うちハイリスク妊婦　：　27　件） （前年度）OGCS受け入れ件　：　55　件 （うちハイリスク妊婦　：　34　件） ・救急隊からの緊急手術を要する患者受け入れ件数　：　17　件（前年度　23　件）				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
ハイリスク分娩件数（件）	125	120	128	106.7%
総分娩件数（件）	582	630	609	96.7%

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ウ　近隣の産婦人科病院、医院との棲み分け・連携を明確にし、特定妊婦、ハイリスク妊娠、メンタルヘルスケアを必要とする妊産婦の受入体制を強化することにより、安心して子供を産み育てられる周産期医療圏を構築する。	ウ　近隣病院や保健所との連携を高め、社会的ハイリスク症例などの当センターで完結する症例を積極的に受け入れる。	ウ　小阪産病院・恵生会病院・河内総合病院との病病連携が機能するようになり、各種合併症妊婦や社会的に問題を有する症例が当院に集約された結果、ハイリスク分娩件数は目標を達した。 ・近隣のクリニックにおいて妊娠後期まで妊婦健診を行うセミオープンシステムを推奨した結果、午後診や土曜日の健診を希望する妊婦も当院において分娩可能となり、昨年度より分娩件数は増加した。しかし結果としては目標値を達成出来なかった。来期は入院患者より指摘されていた浴室や病室のアメニティを改装の上、ホームページをリニューアルすることで、帰省分娩妊婦の獲得に努める予定である。 ・緊急母体搬送・消防からの緊急患者の受け入れ件数は、年度目標を達成し、ハイリスク分娩の受け入れ件数も目標を超えることが出きた。 分娩数：609 件(うち帝王切開 214 件) （前年度：582 件(うち帝王切開 215 件) （自己評価理由） 小児科入院患者数・小児救急入院患者数が達成できなかった点及びハイリスク分娩件数は目標を達成したものの、総分娩件数は増加したが目標に届かなかった点から「２」とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
1　医療センターとして担うべき役割
（3）4疾病に対する医療水準の向上

中期目標	国指定の地域がん診療連携拠点病院としてがん診療機能を強化することはもとより、心筋梗塞、脳卒中、糖尿病を含めた4疾病に対する医療水準の向上に努めること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　中河内地域の中核病院として、４疾病（がん治療、心筋梗塞、脳卒中、糖尿病）の治療を中心とした高度で先進的な医療を積極的に提供する。 〔がん〕 ・地域がん診療連携拠点病院として、５大がんをはじめとするがん患者に、手術・放射線治療・化学療法及び緩和医療を効果的に組み合わせた集学的治療を提供する。 ・呼吸器内科の再開に向けて、理事長、院長を先頭に複数の大学への働きかけを強化するとともに、再開までの間、呼吸器外科及び内科系医師により、肺がんなどの呼吸	ア 中河内地域の中核病院として、４疾病（がん治療、心筋梗塞、脳卒中、糖尿病）の治療を中心とした高度で先進的な医療を積極的に提供する。 〔がん〕 ・地域がん診療連携拠点病院として、５大がんをはじめとする全てのがん患者に、手術療法・放射線治療・化学療法および緩和医療を効果的に組み合わせた集学的治療を提供する。 ・呼吸器内科の再開に向けて、理事長、院長を先頭に複数の大学への働きかけを強化するとともに、再開までの間、呼吸器外科および	ア　がん手術件数は、ごくわずか目標値に達しなかったが、平成３０年度実績を上回った。がん登録件数は、がん登録に係わる人員の補充により、登録までのタイムラグが減少したこともあり、令和元年度目標および平成３０年度実績を上回った。 〔がん〕 ・がん手術件数：1,040件　※下表参照 （前年度：964件） 【参考】がん手術実績のうち５大がん ※医事算定ベース ・呼吸器内科実績 （外来患者数：　979　人） （前年度：　910　人） ・放射線治療件数　6,889　件） （前年度：　6,488　件）	◎	3	3	がんについては、放射線治療件数、レジメン件数やがん登録件数が目標を上回った一方で、緩和ケア病棟病床利用率については、目標及び昨年度数値を下回っている。 脳卒中については、脳卒中ホットライン件数は目標未達のうえ昨年度に比べ減となっているが、手術件数は目標達成した。 糖尿病については、目標指標である糖尿病教室参加者数について、昨年度から目標値を下げたが目標未達となった。ところが、参考指標である内分泌代謝内科の入院患者数、外来患者数はともに昨年度に比べて上回った。 以上のことから総合的に判断して評価「３」とした。

	R01年(1－12月)	H30年(1－12月)
胃　が　ん	123	101
大腸がん	502	395
肝臓がん	67	100
乳　が　ん	234	111
肺　が　ん	34	37

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
器疾患に対応する。 ・多職種からなる緩和ケアセンターの体制を整備し、緩和ケア外来・緩和ケア病棟・緩和ケアチームの統括を行い、効率的に情報共有をはかりながら入院通院を問わず緩和ケア提供の充実を目指すとともに、研修会、カンファレンスの開催により、地域の緩和ケアをリードし、在宅緩和ケア体制を支援する。	臨床腫瘍科医師を中心に、肺がんなどの呼吸器系悪性疾患に対応する。 ・緩和ケアセンターの体制を整備・確立し、センター長の元、ジェネラルマネージャーを配置し、緩和ケア外来・緩和ケア病棟・緩和ケアチームの統括を行い、多職種間の効率的な情報共有をはかる。また、入院・外来を問わず緩和ケア提供の充実を目指すとともに、研修会、カンファレンスの開催により、地域の緩和ケアをリードし、在宅緩和ケア体制を支援する。 ・５大がんをはじめとして、主な癌腫についてのクリニカル・インディケーターとして、治療実績（手術・処置件数）をアップデートし、５年生存率を年度毎更新ができるシステムを構築する。	放射線治療件数は、目標を達成。前年度より400件以上大幅に増加した。 ・レジメン件数は平成30年度実績より114件増と大幅に増加した。 ・緩和ケア病棟病床利用率　77.5％ （前年度:79.9%） 緩和ケア病棟病床利用率については、前年度より若干低下し、目標には届かなかったが在宅医からの緊急入院にも対応した。 ・緩和ケア研修会　：　1　回 ・中河内緩和ケアカンファレンス　：　3　回 ・なにわ緩和ケアカンファレンス　：　4　回 ・河内医師会緩和ケアカンファレン　：　3　回 ・東大阪緩和ケア地域連携 カンファレンス　：　7　回				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
がん手術件数（件）	964	1,050	1,040	99.0%
放射線治療件数（件）	6,488	6,100	6,889	112.9%
レジメン件数（件）	814	850	928	109.2%
がん登録件数（件）	1,391	1,350	1,469	108.8%
緩和ケア病棟病床利用率（%）	79.9	80.0	77.5	96.9%

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和元年度計画</th><th colspan="3">法人の自己評価</th><th colspan="2">市の評価</th></tr>
<tr><th>評価の判断理由（業務実績等）</th><th>ウエイト</th><th>評価</th><th>評価</th><th>評価の判断理由、コメント等</th></tr>
<tr><td>〔心筋梗塞〕
・当院はアンギオ装置、マルチスライスCT、MRIを整備しており、狭心症や心筋梗塞の治療に対して十分な設備を有している。また、IABP(大動脈内バルーンパンピング)、PCPS(経皮的心肺補助)など、より重篤で緊急性の高い循環器疾患患者へも対応が可能である。今後、循環器内科を充実させ、また、心臓血管外科を開設し、より多くの緊急性の高い患者への対応を行う。</td><td>〔心筋梗塞〕
・当院はアンギオ装置、マルチスライスCT、MRIを整備しており、狭心症や心筋梗塞の治療に対して十分な設備を有している。また、心臓血管外科医が着任することにより、IABP(大動脈内バルーンパンピング)、PCPS(経皮的心肺補助)など、より重篤で緊急性の高い循環器疾患患者へも対応が拡大され、心臓センターとして、高度でより多くの緊急性の高い患者への対応を行う。</td><td>〔心筋梗塞〕
・経皮的冠動脈インターベンション(PCI)346件／年と大幅にPCIの件数は増加した。令和元年4月以降積極的に救急患者の取り組みをおこなった。

令和元年度　緊急PCI　119 件
待機PCI　227 件
前年度　緊急PCI　78 件
待機PCI　188 件</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3"><table>
<tr><th>項　目</th><th>平成30年度実績</th><th>令和元年度目標</th><th>令和元年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>経皮的冠動脈形成術件数（件）</td><td>266</td><td>270</td><td>346</td><td>128.1%</td></tr>
</table></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>〔脳卒中〕
・脳神経外科と神経内科で協力し、救急隊員からの「脳卒中ホットライン」の２４時間３６５日体制を継続し、超急性期血栓溶解療法、脳外科的直達手術並びに脳血管内手術を増加させるとともにSCU（Stroke Care Unit）の開設を進めていく。</td><td>〔脳卒中〕
・脳神経外科と神経内科で協力し、救急隊員からの「脳卒中ホットライン」の２４時間３６５日体制を継続し、超急性期血栓溶解療法、脳外科的直達手術並びに脳血管内手術を増加させるとともにＩＣＵの増床による緊急搬送件数の増加を見込み、症例数の増加を図る。</td><td>〔脳卒中〕
・昨年に引き続き、脳神経外科と神経内科で協力し、救急隊員からの「脳卒中ホットライン」の24時間365日体制を継続し、現状の取り組みを維持した。
手術数の減少月とホットライン数減少月に一致がある。
病院満床状態、あるいは重症受け入れ困難空床状況で受け入れが困難であった症例もある。
脳卒中センターの役割を明確化し、常に脳卒中患者を管理可能な病床を確保しておくことが望まれる。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
		・中河内救命救急センターからの依頼についても対応している。				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
脳卒中ホットライン件数（件）	115	140	73	52.1%
脳神経外科手術件数（件）	356	355	355	100.0%

〔糖尿病〕
・当院は中河内医療圏で唯一の日本糖尿病学会認定教育施設として、これまで糖尿病の診療と患者指導、地域の住民や医療機関に向けた糖尿病教室を開催してきた。今後も地域の糖尿病に対する知識と技術の向上のために貢献すると共に、医師だけでなく管理栄養士、看護師、薬剤師等が連携したチーム医療を一層推進していく。また、インシュリン外来を実施することでより多くの患者への治療、指導の充実を図る。

〔糖尿病〕
・当院はこれまで糖尿病の診療と患者指導、地域の住民や医療機関に向けた糖尿病教室を開催してきた。今後も地域の糖尿病に対する知識と技術の向上のために貢献すると共に、医師だけでなく管理栄養士、看護師、薬剤師等が連携したチーム医療を一層推進していく。また、インシュリン外来を実施することでより多くの患者への治療、指導の充実を図る。

〔糖尿病〕
新たに診断された糖尿病患者については糖尿病についての基礎知識を習得して頂くため糖尿病教室参加が望ましいところであるが、来院可能な日と教室開催日が合わない方が多く、目標には達しなかった。個別栄養指導・フットケアを通じて知識を習得して頂くべく、個別栄養指導・フットケアにあわせて再診日を設定する様にした。
・内分泌代謝内科　入院患者数　5,461人
（前年度:4,049人）
外来患者数　7,594人
（前年度:6,991人）

(入院)
・栄養指導件数:6,169件
（前年度:4,766件）
(外来)
・栄養指導件数:975件
（前年度:1,092件）

（参考）糖尿病合併症管理料　29件
（前年度：20件）

（参考）
在宅自己注射指導管理料：4,089件
（前年度：3,709件）

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
糖尿病教室参加者数（人）	91	100	85	85.0%

（自己評価理由）
がん・心筋梗塞について、概ね目標を達成した。脳卒中についてはホットラインが減少したものの、手術件数は目標を達成した。また、内分泌代謝内科においては糖尿病教室の参加者数は伸びなかったが、入院患者数、入院栄養指導件数は大幅に増加した。4疾病にかかる自己評価は「３」とした。

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
1　医療センターとして担うべき役割
(4) 災害時医療

中期目標	ア　市の定める地域防災計画に基づき、災害や事故の発生に備えると共に、災害時においては、市域の医療提供体制の中心的役割を担うこと。 イ　災害拠点病院として求められる機能の維持・向上に努めること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　災害その他緊急時には、東大阪市地域防災計画に基づき、東大阪市長からの求めに応じて適切に対応するとともに、法人自らの判断で医療救護活動を行う。また、医薬品、食料等の備蓄、非常用電源の確保を継続する。 イ　中河内医療圏唯一の災害拠点病院として、他の災害拠点との連携や、地域の災害協力病院との連携を深めていく。中河内救急救命センターと協働し、災害医療の知識、技術の向上、災害時対応システムの構築、地域医療機関と連携した災害合同訓練の拡充を図る。また、大規模災害発生時の援助要請に応えるため、災害時医療派遣チーム（ＤＭＡＴ）を整備する。	策定したＢＣＰに基づき、職員教育及び訓練を実施するとともに、災害時医療体制の強化に取り組む。 １）災害対策委員会の下部チームとして設置した災害対策チームを中心に策定したＢＣＰの改訂および職員の非常時参集・安否確認システムの導入を進める。 ２）災害対策委員会の下部チームとして設置したＤＭＡＴチームを中心に、計画的に技能維持訓練やＤＭＡＴ養成研修に参加することで、災害その他緊急時に対応できる人員を育成する。 ３）災害対策委員会の下部チームとして設置	１）大規模災害時患者受入訓練にあわせ、策定したＢＣＰを用いた院内訓練を行い、検証結果をもとに改訂を進めるとともに、非常時参集・安否確認システムの検証を終え、令和２年４月から運用開始することとした。また、令和２年１月３０日付で「水害時の避難確保計画」を策定し、更なる体制強化に努めている。 2)看護師2名、調整員2名を日本DMAT隊員として、調整員1名を大阪DMAT隊員として、新たに増員するとともに、6月6日に行われた技能維持訓練にチームで参加するなど、人材の育成に努めた。 3)例年病棟で実施していた消防避難訓練について、外来部門での検証を行うため、令和		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
	した消防・避難訓練チームを中心に、平時および災害時に火災が発生した場合の消防避難訓練を実施し、消防計画の改訂を行う。	元年7月4日に検査部門で、令和2年2月19日に救急外来で訓練を行うとともに、令和2年3月に消防計画の改訂を行った。				
	４）災害発生時に必要な物品および備蓄すべき医薬品・食料・水・燃料等の確保、非常電源等の整備を継続して行う。	4)ヘルメット、メガホンなど災害時に必要となる物品を防災リュックに入れ、院内23部門に配備した。				
	５）中河内救急救命センターと協働し、地域医療機関に向けた研修会の開催や、災害訓練における連携強化などを検討する。	5)大阪府立中河内救命救急センターと合同で、大規模災害を想定した患者受け入れ訓練を令和元年11月19日に実施し、災害協力病院および東大阪市保健所・東大阪市消防局等からの見学者35名を受け入れた				
	６）今年度開催されるＧ２０大阪サミットにおける救急、災害医療体制にかかる協力を行う。	6)G20大阪サミットにおける医療体制として、開催期間中、1隊の日本DMATを常時出動できる体制を確保した。				
		（自己評価理由） 地域防災計画に基づき、災害や事故の発生に備えると共に、災害拠点病院として求められる機能の維持・向上に努めているため、概ね計画通りであるとし、評価点数を３とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
1　医療センターとして担うべき役割
（5）感染症への対応

中期目標	新型インフルエンザ等協力医療機関としての機能と同様に、感染症の発症等、健康危機事象が発生した時は市の担当部署等と連携してその対応を講じ、公的病院としての役割を果たすこと。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　新型インフルエンザなどの新型感染症の情報収集、発生時マニュアルの充実、院内感染対策備品を整備する。ハイリスク患者の外来診療、感染地域からの帰国者、接触者外来の開設、発熱外来、入院医療機関として必要な医療を提供するための施設・設備を整備する。 　また、保健所と連携し、新型感染症患者輸送、診療計画の策定、模擬訓練の実施、予防接種の拡大を行う。	ア　引き続きインフルエンザなどの流行感染症の情報収集を行うとともに、院内感染対策備品の整備を継続する。ハイリスク患者の外来診療、感染地域からの帰国者、接触者外来の開設、発熱外来、入院医療機関として必要な医療を提供するための施設・設備を整備する。 また、保健所と連携し、新型感染症患者輸送、診療計画の策定、模擬訓練の実施、予防接種の拡大を行う。次シーズンの流行傾向を予想するために、定点観測施設として、インフルエンザおよびRSウイルス（小児）の検体採取を保健所の協力のもと実施する。	ア　東大阪市保健所及び地域医療機関と連携を行い、基幹定点インフルエンザ検査や麻疹・風疹疑い患者、感染地域からの発熱した帰国者の対応等を行った。また、大阪府内での麻疹の流行に伴い、接触者や疑い患者の対応が迅速に行えるよう、全職員の抗体価検査の実施と診療設備、システムを構築し、ワクチンプログラムを実施した。インフルエンザ、麻疹の流行期に院内掲示やホームページで注意喚起を行った。また、季節性インフルエンザ流行期には病院入り口等に手指消毒液を設置した。 ・新型コロナウイルス感染症に対して、3月初旬に対策本部を設置。大阪府及び東大阪市保健所と密に連携を行い、PCR検査機器の購入及び院内感染対策の強化・資材の確保の努力及び診療体制（接触者外来）を設置し対応を開始した。 （院内感染防止対策委員会及びICT委員会を中心とする各種活動について） ・月1回会議を開催し、院内の感染症（ＭＲＳＡ・結核）や抗菌薬の適正使用、環境のラウンドチェック等の報告を行った。		4	4	従来からの感染症対策のみならず、新型コロナウイルス感染症に関して、令和元年度中に接触者外来を開始するなど保健所や大阪府と連携して取り組んでいただいた点は評価できる。 令和2年度も引き続き、保健所や地域医療機関と連携して取り組みを進めていただきたい。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
		・ICT/ASTカンファレンスを週１回開催 ・手指衛生のライセンス制度 　ブロンズ、シルバー、ゴールドの各階級ごとにICTメンバーによる講義及び実技試験を実施。認定者にはシール（ゴールドはバッジ）を付与し、全職員を対象として意識啓発した。 　ブロンズ講義 10回 　シルバー講義　5回 　ゴールド講義　2回　開催 　　※取得率69％（全体） ・感染教育（年2回以上のICT講習会）を実施 ①令和元年8月「海外からの輸入感染症にどう対応する？」りんくう総合医療センターより講師を招聘し開催 ②「インフルエンザの予防と対応/インフルエンザの薬の使い分け」 ・職業感染予防としての予防接種を実施 ①HBワクチン・・・当年度新採用者及び前年度新採用者でHBｓ抗体価が陰性の者を対象に接種実施した。 ②インフルエンザワクチン・・・常駐委託業者職員を含む当院従事スタッフを対象に接種実施した。 ③麻疹・水痘・ムンプス・風疹抗体価不明者の抗体価測定を決定（外来スタッフ先行実施）、実施した。 （自己評価理由） 感染症の対応について目標どおり実施できたことに加え、新型コロナウィルス対策に総力を挙げて対応したことから「4」とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
1　医療センターとして担うべき役割
（6）予防医療

中期目標	人間ドック、その他検診等の疾病予防の取組みを行うこと。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　人間ドック受検者の受検後のフォロー及びドック受検者向けの4疾病等の講演会を実施していく。また、人間ドックのオプションについて、乳がん検診を再開するためのスタッフの確保を検討する ・　がん検診については、ＰＥＴ－ＣＴに腫瘍マーカーを追加して拡充を検討する。 ・　市民の健康増進に寄与するため、市民向けの公開講座の開催などを行い、受診率向上、疾病の早期発見の啓発に努める。	ア　引き続き人間ドック受検者の受検後のフォローを実施する。講演会については人間ドック単体ではなく、がん拠点病院としての講演会、スクラム会、そしてWebでの発信を通じて、啓発を図る。また、人間ドックのオプションについては、乳がん検診としてのマンモグラフィー検診を実施できる体制作りを検討する。 ・受検日当日の結果説明をできる限り実施するようにし、受検者の満足度を高める。 ・ＰＥＴ－ＣＴについては、昨年度東大阪市のふるさと納税の商品として人間ドックとセットとして取り組んだところであり、ふるさと納税サイトからの	（４大疾病等の講演会） ・がん、糖尿病に関する患者講演会を実施した。 がん市民公開講座：9月28日　70名 糖尿病教室　　：2回/月 85名（再掲） 糖尿病フェア開催：　11月27日 ※今年度は1回のみ開催 参加者数：　31名 （昨年度：　182名） （検診） ・公的機関として、必要な検診業務を実施し、下記のがん検診についても件数が増加した。 （実績）※東大阪市がん検診 乳がん検診　：　66　件（前年度　31　件） 子宮がん検診：　96　件（前年度　84　件） 胃がん検診　：　56　件（前年度　17　件） （人間ドック） 病院全部門の協力を得て、限られたハードの中で、当センターの使命の1つである予防医療の観点から人間ドックを実施していたが、COVID-19問題により、3月の人間ドックはやむを得ず休止した。 ・PET－CTについては、機器の老朽化に伴		3	3	PET-CT健診受検者数は昨年度に比べ増となり、目標達成した。 また、人間ドック受検者数が目標未達となったが、新型コロナウイルス感染症の影響により令和2年3月に中止となった影響がある。 総合的に判断して評価を３とした。

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和元年度計画</th><th colspan="3">法人の自己評価</th><th colspan="2">市の評価</th></tr>
<tr><th>評価の判断理由（業務実績等）</th><th>ウエイト</th><th>評価</th><th>評価</th><th>評価の判断理由、コメント等</th></tr>
<tr><td></td><td>普及を図る。

・市民の健康増進に寄与するため、市民向けの公開講座の開催や市政だよりの活用などを行い、受診率向上、疾病の早期発見の啓発に努める。</td><td>い更新が必要であるが、費用対効果を鑑み、病院として更新を行わないこととした。よって昨年度より実施したふるさと納税等の積極的な運用は中止した。

・昨年に引き続き、ホームページおよび市政だよりで広報を行い普及を図った。
(参考)毎月15日号に病院情報を掲載

<table>
<tr><th>項　目</th><th>平成30年度実績</th><th>令和元年度目標</th><th>令和元年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>人間ドック受検者数（人）</td><td>542</td><td>550</td><td>524</td><td>95.3%</td></tr>
<tr><td>PET-CT健診受検者数（人）</td><td>10</td><td>12</td><td>17</td><td>141.7%</td></tr>
</table>

(自己評価理由)
　人間ドックの人数が若干目標に達しなかったが、がん検診の件数は大きく増加したので「3」とした。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
1　医療センターとして担うべき役割
（7）保健福祉行政との連携

中期目標	市立の医療センターとして、市が行う保健・福祉関連施策に協力し、及び関係部署との連携を図ること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　これまで、大阪府中河内保健医療協議会、中河内二次医療圏域ケア連絡会議、東大阪市要保護児童対策地域協議会、東大阪市ドメスティック・バイオレンス対策連絡会議、神経難病地域ケア会議など数多くの市が開催する保健・福祉関連施策に積極的に参加してきた。 今後も市との連携を深め、社会・医療問題に適切に対応できるよう各種関係機関との連携を図り、市民の健康の保持増進に寄与するとともに、院内においても引き続き多様な相談に応じていく。	ア　これまで、大阪府中河内保健医療協議会、中河内二次医療圏域ケア連絡会議、東大阪市要保護児童対策会議、東大阪ドメスティック・バイオレンス対策連絡会議、神経難病地域ケア会議、東大阪市国民保護協議会、東大阪市防災会議など、数多くの市が開催する保健・福祉関連施策に積極的に参加してきた。また、市および市の関連団体が主催する行事に、救護のための看護師を派遣してきた。 今後とも市との連携を深め、社会・医療問題に適切に対応できるよう各種関係機関との連携を図り、市民の健康の保持増進に寄与するとともに、院内においても引き続き多様な相談に応じていく。 今年度開催される、ラ	ア　中河内二次医療圏域ケア連絡会議、東大阪市要保護児童対策会議、東大阪ドメスティク・バイオレンス対策連絡会議、神経難病地域ケア会議など、大阪府および東大阪市が開催する会議に積極的に出席した。加えて、東大阪市社会福祉審議会に臨時委員が出席し、新設された東大阪市手話施策推進方針協議会に選出された委員が出席した。また、東大阪市保健所および保健センターと当センターにおいて看護職連携会議を定期的に開催して、特定妊婦への対応や要養育支援対象母児への関わり、産後ケア事業対象者について情報共有および連携の強化に取り組んだ。 《活動実績》 （協議会への参加） ・東大阪市要保護児童対策地域協議会に看護師長が参加した。(5月29日) （研修依頼） ・東大阪市保健師現任臨床研修を当院で行った。 （依頼元：東大阪市保健所） （看護師派遣依頼） ・東大阪市老人スポーツレクリエーション大会		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
	グビーワールドカップにおける救護班として協力を行う。	に、救護班として看護師を2名派遣した。（依頼元：東大阪市老人クラブ連合会） ・東大阪市ダイヤモンド婚・金婚夫婦のつどいに、救護班として看護師を2名派遣した。 （依頼元：東大阪市福祉部） ・東大阪グリーンフェスタに、救護班として看護師を1名派遣した。 （依頼元：東大阪市都市整備部） （職業体験） ・市立中学校の職業体験を7校、20名の受け入れを行った。 （依頼元：東大阪市立の各中学校） （自己評価理由） 保健福祉行政との連携については、計画どおり出来ているとし「3」とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
2　患者・市民満足度の向上
（1）患者・市民満足度のモニタリング

中期目標	患者・市民満足度を向上させることは、経営の健全化にも繋がる重要な要素であることから、定期的にアンケートを行うなど、患者・市民の満足度のモニタリングを行い、満足度の向上に努めること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　患者・市民の意見を反映し、よりよい医療体制を整えるため、患者アンケートを引き続き実施し、問題点の把握と迅速な改善により満足度の向上を図るとともに、対応結果を院内掲示により公表し患者サービスの向上を図る。	ア　患者・市民の意見を医療環境の向上に反映させるために、患者満足度調査を継続して実施して課題を把握し、用紙によるご意見と併せて迅速な改善を図るとともに、対応結果を院内表示やホームページで公表し、患者サービスの向上を図る。	ア　患者満足度調査の結果については、病院職員に周知するとともに院内掲示およびホームページで公表した。 ・（入院患者満足度） 入院患者の満足度は前年度より1.1％高くなり目標を上回った。病室トイレをすべてウォシュレットに替え、床頭台を冷蔵庫付きとしテレビをデジタル化した。また各階のデイルームに飲料の自動販売機を設置するなど入院環境を整備したことに加えて、病院職員全体でのチーム医療が機能したことが大きいと考える。 （良かった点） ・職員の対応や医療サービスについては、「親切な対応で安心感があり、医療職の連携がとれていて信頼できた。」、「心のケアに気を配った対話をされていると思った。」など。 ・食事については、「お祝い膳(周産期センター)があり、入院時の楽しみが増えて良かった。」、「おいしくいただいています。」などである。 ・環境や設備については、「病室やシャワー室がきれいで、トイレにウォシュレットがついた。」、「入院したフロアに自販機があるのは良い。」、「病棟や病院がとてもきれいで安心出来た。」などである。		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
		(改善点) ・職員の対応や医療サービスについては、「患者対応において、もう少しわかりやすく説明して欲しい。」、「マナー改善を徹底して欲しい。」などである。 ・食事については、「食材が偏っているように思う。もう少し色々なものがあれば良いと思う。」などである。 ・環境や設備については、「病院全体が暗い感じがする。」、「トイレに除菌クリーナーを設置して欲しい。」、「シャワー室の増設を希望する。」などである。				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
入院患者アンケート総合満足度（%）	97.4	98.0	98.5	100.5%
外来患者アンケート総合満足度（%）	88.3	95.0	95.0	100.0%

(外来患者満足度)
外来患者の満足度は前年度より6.7%上昇し、目標を達成できた。医師、看護師、職員の対応が丁寧であることや、会計が速くなったことなど、病院全体での取り組みが高い評価に繋がった。
(良かった点)
・職員の対応や医療サービスにおいては、「わかるまで教えてくれた。丁寧でした。」、「医師、看護師、職員の対応が良い。」、「会計が速くなった。」などである。
・環境については、「病院が静かで落ち着く。」などである。

(改善点)
・職員の対応や医療サービスについては、「医師の対応が事務的で指導やアドバイスがない。」、「待ち時間が長すぎる。」「受付を

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
		もっと効率よくして欲しい。」などである。 ・環境や設備については、「トイレをリニューアールして欲しい。」、「駐輪場が狭い。」、「建物外部での喫煙をやめさせて欲しい。」などである。 （自己評価理由） 入院・外来ともに満足度は前年度を上回り、目標値も達成した点から概ね計画通りとし「3」とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
2　患者・市民満足度の向上
(2) 職員の接遇向上

中期目標	院内で働く全ての職員一人ひとりが接遇の重要性を認識し、研修等により日々向上に努めること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　職員研修会を継続するとともに、今後接遇リーダーを育成し、普段から接遇の大切さを浸透させ、全職員が常に患者さんや家族の立場に立ち、誠意を持った対応をすることに取組む。	ア　職員研修会を継続するとともに、今後接遇リーダーを育成し、普段から接遇の大切さを浸透させ、全職員が常に患者や家族の立場に立ち、誠意を持った対応を継続する。	ア　患者の接遇満足度調査結果については、病院職員に周知するとともに院内掲示およびホームページで公表した。 ・入院患者の接遇満足度は前年度より0.9%上昇し、目標を上回った。事務職員および清掃員以外の職種は、すべて97%以上の満足度であった。 ・外来患者の接遇満足度は前年度より0.5%下がり、目標を達成できなかった。不満な点は「説明をわかりやすくしてほしい。」と「言葉遣いなど接遇を改善して欲しい。」であった。 ・職員向け接遇研修として「医療機関等における接遇の意義を理解する接遇マナー研修」を令和2年1月15日に実施し、接遇向上に取り組んだ。		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
入院患者アンケート接遇満足度（%）	97.2	98.0	98.1	100.1%
外来患者アンケート接遇満足度（%）	95.0	98.0	94.5	96.4%

（自己評価理由）
概ね目標どおりとし「3」とした。

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
2　患者・市民満足度の向上
(3) 患者満足度の向上

中期目標	ア　入院患者を中心としたきめ細やかな配慮を行うことで、入院中の生活面での不安を取り除き、病状の回復に専念できる快適な環境を提供すること。 イ　外来患者の受診待ち時間及び検査の待ち時間を短縮し、院内に留まる時間全体の短縮に努めること。 ウ　急性期の医療機関として、退院後の生活をも見据えた診療計画と医療を提供すること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　患者が安心して療養に専念できるよう診療内容だけでなく、入院期間、退院後の在宅に移るまでに関しての説明を詳細に行い、患者の同意を得た上での診療を始める。また、がんに関する患者の不安を除くために、がん相談支援センターの医療ソーシャルワーカーが積極的に研修に参加し、がん相談の資格取得することで、より専門的な対応ができる体制の強化を図る。	ア　患者が安心して療養に専念できるよう入院前から情報を収集し、診療内容だけでなく、入院期間、退院後の在宅に移るまでに関しての説明を詳細に行い、患者の同意を得た上での診療及び関係職種と連携して支援を始める。また、がんに関する患者の不安軽減のために、がん相談支援センターの医療ソーシャルワーカーが積極的に研修に参加し、認定がん専門相談員の資格取得することで、より専門的な対応ができる体制の強化を図る。	ア　がん相談件数は目標値を下回ったが、平成３０年度の電子カルテ更新に伴い集計方法を見直し変更したことや医療ソーシャルワーカー２名の退職後の補充がないことも影響したと思われる。がん相談支援では、より専門性が高い支援を行えるように認定がん専門相談員の資格を１名が取得し、就労支援やがん患者会の支援を毎月定期的に開催した。また、がん領域の専門看護師や認定看護師が診断早期から介入し、患者･家族に寄り添い支援を行っている。 次年度に向けて現在新館４階にある医療相談室やがん相談支援センターを本館１階正面玄関へ移動し、入院前から退院支援を行う退院支援チームや入院受付、かかりつけ医の紹介受付等を統合した「患者総合支援センター」を新設するため、関係各署と打ち合わせ及び工事業者の入札を行い、1月より着工した。 がん相談件数　674件 （前年度　1,273件） ※電子カルテシステムの更新時(H30)に集計方法を国基準に変更		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
		・引き続き、敷地内禁煙を徹底した。患者サービス医療環境向上委員会が月2回定期的に禁煙ラウンドを行った。入院患者については、禁煙誓約書の提出を継続した。 ・入院患者満足度調査において、医療ソーシャルワーカーの対応について、満足81.8%、やや満足16.8%であった。 （前年度：満足78.6%、やや満足18.7%）				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
医療相談件数（件）	19,323	20,100	18,519	92.1%

イ　かかりつけ医からの紹介予約による待ち時間の短縮を進めており、より多くの患者に紹介予約で来ていただけるように、予約方法やメリットに関して情報発信を行う。 　土曜日午前のＦＡＸ予約対応など、かかりつけ医からの診療依頼に迅速かつ幅広く対応する体制を築く。土曜日の日勤帯に予約ＭＲＩ検査を開始したことで、平日に来院できない患者の需要に対応しており、今後の拡充について検討する。	イ　かかりつけ医からの紹介予約による待ち時間の短縮を進めており、より多くの患者に紹介予約で来ていただけるように、予約方法やメリットに関して関係機関並びに市民へ情報発信を行う。 　また、紹介状受付コーナーの業務を見直し、紹介患者の外来診療受付を迅速に進めることができるように業務や患者導線を考慮した配置・システムを構築する。「予約センター」運用で外来予約受付窓口を集約し、可能な診療科は紹介状のある患者からも直接予約が取れるようなシステムを検討していく。	イ　かかりつけ医からの紹介予約取得にかかる時間短縮に努め、待ち時間の問い合わせや苦情が減少した。紹介患者の外来診療受付を迅速に進めることができるように関連業務や患者動線を考慮した配置・システムを構築するための準備を進めている。 　外来患者満足度調査の待ち時間については目標達成には及ばなかったが、外来患者数が昨年より増えているにも関わらず、満足度が若干上がった。特に検査までの待ち時間において満足度が上昇しており、昨年度から取り組んだ採血室の待ち時間短縮に向けた改善が功を奏した結果となった。 （一部抜粋） 診察までの待ち時間満足度　70　% （前年度：　67　%） 検査までの待ち時間満足度　83　% （前年度：　75　%） 会計までの待ち時間満足度　77　% （前年度：　72　%）				

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和元年度計画</th><th colspan="3">法人の自己評価</th><th colspan="2">市の評価</th></tr>
<tr><th>評価の判断理由（業務実績等）</th><th>ウエイト</th><th>評価</th><th>評価</th><th>評価の判断理由、コメント等</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>・昨年同様に引き続き土曜日の午前に地域医療機関からの予約対応を行った結果、利用者が増加した。
土曜予約対応受付件数
（実　績:1,310件）
（前年度:1,282件）

・引き続き土曜日に予約MRI検査を実施し、平日に来院できない患者にも対応できるようにサービス向上に取り組んだ。
土曜MRI予約件数
（MRI　175件/実日数48日）
（前年度: 117件/実日数46日）

<table><tr><th>項　目</th><th>平成30年度実績</th><th>令和元年度目標</th><th>令和元年度実績</th><th>達成率</th></tr><tr><td>外来患者アンケート待ち時間満足度（%）</td><td>70.9</td><td>89.0</td><td>76.8</td><td>86.3%</td></tr></table></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ウ　医療ソーシャルワーカーや退院支援看護師の病棟担当体制を充実させることで、入院患者へ迅速かつ丁寧な相談対応を行う。診療においては入院早期から退院後の生活を見据えたリハビリテーションをはじめとしたチーム医療の推進を図ることで、急性期を脱したら遅滞なく退院できるように努める。回復期へ移行する患者に対し、地域の医療機関等との連携を強化し、スムーズに転院できるよう支援をおこなう。</td><td>ウ　医療ソーシャルワーカーや退院支援看護師の病棟担当体制を充実させることで、入院患者へ迅速かつ丁寧な相談対応を行う。診療においては入院早期から退院後の生活を見据えたリハビリテーションをはじめとしたチーム医療の推進を図ることで、急性期を脱したら遅滞なく退院でき、かかりつけ医をはじめ関係機関と連携してスムーズに在宅医療が継続できるように努める。回復期へ移行する患者に対し、地域の医療機関等との連携を強化し、スムーズに転</td><td>ウ　医療ソーシャルワーカーや退院支援・調整看護師の病棟担当体制を充実させ、さらに今年度より看護局から退院支援リンクナースコア委員を選出し、患者が急性期医療を終えた後でも安心して適切な療養環境のもとへと繋げることができるように看護局委員会を立ち上げた。診療においては入院早期から退院後の生活を見据えリハビリテーションをはじめとしたチーム医療の推進を図ることで、急性期を脱したら遅滞なく退院でき、かかりつけ医をはじめ関係機関と連携してスムーズに在宅医療が継続できるように多職種でのカンファレンス開催に努め目標を上回った。今後も回復期へ移行する患者に対し、地域の医療機関等との連携をさらに強化し、スムーズに安心して転院できるよう支援をおこなう。

・医療相談件数：　18,519　件
（前年度:　19,323　件）
※電子カルテシステムの更新時(H30)に集計方法を国基準に変更</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
	院できるよう支援をおこなう。	・退院支援計画書発行件数：9,299件 （前年度：8,458件） ・退院支援加算件数：7,943件 （前年度：4,228件） ・退院時共同指導算定件数： 134件 （前年度： 95件）				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
退院支援計画書発行件数（件）	8,458	8,900	9,299	104.5%

（自己評価理由）
待ち時間満足度は目標を達成できなかったが、入退院センターの稼働により退院支援計画書や退院支援加算件数の増加に好影響を与えた。また、敷地内禁煙の取り組みを継続した点から「3」とした。

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
2　患者・市民満足度の向上
(4) 院内環境の快適性の向上

中期目標	ア　患者や来院者に、より清潔で快適な療養環境を提供するため、院内の整理、整頓及び美化に努めること。 イ　施設の維持補修を計画的に行うと共に、誰もが利用しやすい環境を整備すること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　患者や来院者により快適で安全な療養環境を提供するため、院内整理・清掃を徹底する。 玄関や受付での案内の充実、病院内の案内表示板を増設するなど、患者の利便性の向上に取り組む。	ア　老朽化した床頭台およびテレビ、各ベッドサイドの保冷庫設置、全病室ウォッシュレット化改修を行うことで、より快適な療養環境を提供する。レストラン跡地を改修し、患者相談窓口や入退院センターを1階ロビー入口付近に集約することで、患者案内、利便性の向上を図る。	ア　計画に掲げた床頭台および付属するテレビ、ベッドサイド保冷庫の更新を令和元年１０月に、全病室のウォシュレット化改修を令和元年９月に完了するとともに、令和元年１２月から令和２年２月にかけて院内照明約３，５００台をＬＥＤ化することで、より快適な療養環境の提供に努めた。また、患者支援、利便性の向上を図るため、本館１階ロビー入口付近に「患者総合支援センター」を新設する改修工事について、令和元年６月より設計を開始し、令和２年１月に着工し、6月オープン予定としている。		4	4	ＩＣＵ全面改修工事を実施した点、全病室のウォシュレット化改修工事を行った点、患者総合支援センターの新設工事に着手した点など療養環境の整備面で評価できることが多い。 次年度へ延期となった病院外部の目地の劣化による再防水工事、吹き抜け部分のシール補修工事についても引き続き進めていただきたい。
イ　患者や来院者に、より快適な環境を提供するため、院内設備について計画的に維持補修を行うとともに、院内に設置している意見箱や、患者アンケートを通して、患者や市民の意見を収集し、より一層の環境整備に努める。	イ　昨年度からの継続事業である４階改修工事（ハイブリット手術室・眼科専用手術室・ICU・NICU）を完了させ、高度医療の診療事業を早急にスタートさせる。施設の老朽化に伴う外来トイレの改修や、病院外部の目地の劣化による再防水工事、吹き抜け部分のシール補修工事など、計画的な維持補修を進	イ　昨年度からの継続事業である病棟改修工事について、高度医療の提供及び経営面から早期竣工が必要であった手術室・ＩＣＵエリアを第１期工事として令和元年７月に、残るＮＩＣＵ及びＭＥセンターを第２期工事として令和元年１０月に竣工させた。また、施設の老朽化に伴う本館２階外来トイレのリニューアル工事や、受変電設備の部品交換について令和２年３月に完了させた。なお、病院外部の目地の劣化による再防水工事、吹き抜け部分のシール補修工事については、入札を行うもオリンピック等の影響もあり、思うような入札者が得られず入				

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
	める。	札不調となったため、次年度に再公告の予定としている。 （自己評価理由） 4階・5階の大型改修の完成、全病室のウォシュレット化、受変電設備の更新及び患者総合支援センターの設置事業等に積極的に取り組んだ点から「４」とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
2　患者・市民満足度の向上
(5) ボランティアとの協働

中期目標	ボランティアの受け入れを推進し、病棟など多様な分野へのボランティア活動の拡充を図ること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　患者のニーズを把握し、現状の活動を維持しながら、新しい活動にも取り組めるように登録者数を増やしていく。ボランティア担当者を複数名にし、ボランティアを組織としてバックアップする。院内デイケアでの活動を行い、認知症高齢患者さんへのサポートを推進する。緩和ケア病棟においては、医療者でないボランティアが患者に寄り添うことによって、患者がもつ不安を軽くして入院生活の質の向上に繋がる活動を行う。	ア　患者のニーズを把握し、現状の活動を維持しながら、新しい活動にも取り組めるように病院としてバックアップする。医療者ではないボランティアが患者に寄り添うことによって、患者・家族がもつ不安を軽減するなど病院環境の質向上に繋がるように、入退院患者へのサポート活動や院内デイケアでの活動・緩和ケア病棟での活動をバックアップする。登録者数の維持を念頭に、病院ボランティアの広報・周知を図りながら、登録への応募呼びかけ範囲拡大について検討する。	ア　ボランティアの募集を、病院ホームページ、東大阪市市政だよりを用いて行い、3名の方が「ボランティア活動の説明を聞きたい。」と来院され、活動の説明と見学を行ったが、ボランティアの登録には至らなかった。人数の増員はなかったが、病院内で様々な活動に取り組み、ボランティア活動1,000時間を1名が達成して、日本ボランティア協会から表彰されるなど、活発に活動している。 (昨年度に引き続き継続) （緩和ケア病棟でのサポート） ・毎週金曜日にティーサービスを実施し、ひな祭り、夏祭り、クリスマス会を実施した。 ・月1回のアロママッサージを行っている。 （認知機能が低下した患者へのサポート） ・認知症看護認定看護師を中心に、看護師や理学療法士とボランティアが協働して、認知機能が低下している入院患者さんへの院内デイケアを週2回行っている。 （入院患者へのサポート） ・入院受付が終わった患者さんを入院病		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
		棟のデイルームまで案内している。 ・家族の支援がない患者の洗濯物を預かり、コインランドリーで洗濯をしている。 （病院環境整備へのサポート） ・病院4階の庭園で、草刈りや水やり、英の植え替えなどを行っている。 （今年度の新規活動） ・消防避難訓練参加者用ゼッケンを、病院からの依頼で53枚作成し完納した。				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
ボランティア登録人数（人）	27	28	27	96.4%

（自己評価理由）
増員はできなかったが、概ね目標達成できた点から「3」とした。

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
3　信頼性の向上と情報発信

中期目標	ア　安全・安心で質の高い医療を効率的に提供できているか第三者による評価を受け、継続的に業務改善活動に取り組むこと。 イ　医療安全対策やインフォームド・コンセントを徹底すること。また、個人情報の保護を適切に実施することで、信頼性の向上に努めること。 ウ　ウェブサイト等により、受診案内、医療情報、診療実績及び法人の経営状況等を積極的に発信することで患者や地域との信頼関係を築き、選ばれる病院となるよう努めること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　病院機能評価の更新認定の受審を行い、第三者による評価に基づき改善すべき点を認識し、安心・安全な医療サービスを提供するために必要な、業務改善や効率化を継続していく。	ア　昨年、病院機能評価を受審し更新は出来たが、評価の低かった項目については職員全員が一丸となって速やかに取り組み、医療の質をより高め、市内はもとより市外の患者からも選ばれる『医療界の３つ星病院』を目指していく。	ア　病院機能評価の中間報告について、前回、B評価だった11項目については、改善を図りA評価として報告できるように取り組んだ。 　また情報発信としては、ロボット支援手術の機器導入に伴い、ポスターはじめ地域への発刊物を通して積極的に情報提供を実施した。さらに心外手術開始に向けたハイブリッド手術室への改修、および心外手術に関する情報提供を積極的に行った。 選ばれる病院としては紹介件数が一つの指標と言えるが、コロナによる影響で3月には前年対比で400件と大きな落ち込みがあったものの、年度全体で昨年度よりも159件増であった。		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。
イ　医療事故及び医療事故につながる要因に関する情報の収集及び分析を行い、予防及び再発防止のため、医療安全対策を企画及び実施するとともに、全職員の医療安全への意識と理解の向上を高め、組織として医療安全と医療の質の向上に取り組む。院内感染	イ、医療安全に関する研修会やイントラネットによる周知を充実させ、全職員の医療安全への意識と理解の向上を高めていく。医療安全対策を企画及び実施し、再発防止と医療安全の確保を徹底する。	イ 昨年度から開始した個別の患者への緻密な介入を継続するとともに、理学療法士との連携も開始することにより、高齢化や病床稼働率の増のなかにあっても、昨年度より低下させることができ、目標を達成することができた。 (次のとおり領域ごとに述べる) ①医療安全				

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
の予防対策として、マニュアルの整備、研修会やイントラネットによる周知を充実する。医療事故調査制度の主旨を理解し、透明かつ公正な院内調査を実施し、再発防止と医療安全の確保を徹底する。 患者中心の医療を常に実践し、インフォームド・コンセントを徹底し、患者の権利を尊重し、信頼と満足を得られる医療を提供する。 東大阪市個人情報保護条例の実施機関として、個人情報を適正に取り扱うとともに、患者等への情報公開を適正に行う。	患者中心の医療を常に実践するため、インフォームド・コンセントの徹底、患者の権利を尊重、信頼と満足を得られる医療を提供する。 東大阪市個人情報保護条例の実施機関として、個人情報を適正に取り扱うとともに、患者等への情報公開を適正に行う。	・院外の情報、インシデントの分析結果、緊急ニュース、毎月の活動報告をイントラネットで計画的かつ積極的に発信した ・満足度指標やアンケートに基づく研修を実施するとともに（詳細は第6-2-コ）、ビデオ撮影した研修内容をイントラネットで閲覧できる環境を整えた。 ・RRS（ラピッド・レスポンス・システム＝院内緊急対応システム）の対象病棟を拡大し（2→4）、試験運用をいっそう本格化させた。 ・医療安全文化にかかる調査を行い、他院と比較することで、当院の強みや弱みを顕在化させ、年間計画の策定につなげた。 ②患者中心の医療 ・診療録の量的点検を月約1200件、質的評価を毎月10例実施し、医師への指導に努めている。 ・臨床倫理検討委員会と連携し、意思決定支援のため臨時臨床倫理検討会7回開催。 ・宗教的理由等により輸血を拒否する患者への対応マニュアルを整備した。 ③個人情報保護関連 ア）個人情報の適正取扱 ・個人情報保護に関する研修を開催した。 ・電子カルテの閲覧履歴に関する調査を行った。 ・FAX等の宛先間違いについても厳しく報告を求め、統計化し必要な対策を行った。 イ）患者等への情報公開 ・計84件のカルテ開示を行った。				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
転倒・転落発生率（%）	0.122	0.120	0.120	100.0%

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ウ　ＤＰＣ病院の目指すべき医療の透明化、質と効率の向上にむけてデータの整備を行い、適時データが作成できる体制を構築する。整備したデータに関してはホームページ上で公開し、患者が当院での実績をいつでも確認できるように整備する。地域医療機関への訪問を充実させ、情報交換を密に行い、信頼関係をより高めていく。	ウ　ＤＰＣ病院の目指すべき医療の評価として、指標の１つである医療機能係数があるが、より多くの患者により質の高い医療を提供することでこの係数を向上させる。また、病院の診療統計をホームページ上で公開し、患者が当院の実績をいつでも確認出来るように情報を提供していく。地域医療機関への訪問を充実させ、当院の特長（医療ロボット〝ダヴィンチ〟や心臓血管外科のハイブリット手術などの高度医療）をアピールし情報交換を密に行い、より多くの医療機関と信頼関係を高めていく。	ウ　入院請求業務を病院職員化を行い精度向上とDPCデータの整備を進めた。9月、ホームページに臨床指標データを更新し、実績をいつでも確認できるように整備した。 地域医療連携の強化として、医師と同行し地域医療機関への訪問・実績アピールと広報活動を下記の通り積極的に行った。 ・ダヴィンチについては特設ホームページ・特大ポスター・チラシ等を作成、広報誌に掲載等を行った。7月には地域医療機関向けに症例発表会を開催した（参加医師26名）。 ・心臓血管外科に関しては、理事長、院長、心臓血管外科部長が近隣の医療機関に積極的に訪問を行い、症例の獲得に尽力した。 （自己評価理由） 概ね計画どおりであるとし「3」とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
4　地域医療機関等との連携強化
（1）地域医療支援病院としての機能強化

中期目標	ア　急性期病院である医療センターの機能を果たすために、地域の医療機関や市の関係部局と連携しつつ「かかりつけ医」を持つことの啓発を行い、病状に応じた紹介及び逆紹介により、地域で必要とされる専門的な医療、入院医療、救急医療を積極的に行い、機能分担を進めること。 イ　院内の施設・設備を地域に開放し共同診療を行うほか、地域医療確保のための研修会の開催を行うこと。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　地域完結型医療の中心的な役割を担う病院として、また急性期病院としての役割を担うため、地域の医療機関との役割分担と連携を一層強化する。 紹介患者の確実な受入れと患者に適した医療機関への紹介や在宅復帰が円滑にいくように地域医療支援病院としての機能を強化・拡充する。	ア、地域完結型医療の中心的な役割を担う病院として、また急性期病院としての役割を担うため、地域の医療機関との役割分担と連携を一層強化する。紹介患者の確実な受入れと患者に適した医療機関への紹介や在宅復帰が円滑にいくように地域医療支援病院としての機能を強化・拡充する。	ア　紹介患者数は新型コロナウイルス感染症の風評被害で影響を受け２月、３月が前年度同月比で３桁のマイナス数となった。実績が前年度よりは上回ったものの目標値には至らなかった。次年度も引き続き新型コロナウイルス感染症による影響は大きいと思われる。 急性期を脱した患者に適した医療機関へ紹介・情報提供をしっかりとおこなえるようになってきたことで逆紹介数が目標値を上回った。 (紹介･逆紹介の実績) ･紹介率　：　84.7%(前年度86.0%) ･逆紹介率: 131.0%(前年度122.1%) (救急医療の提供)再掲 ･搬送件数: 6,288件 （前年度:5,886件） ･救急外来受診者総数:16,554人 （前年度:16,026人） ･応需率:77.8%(前年度:77.3%) (医療機器等共同利用) ･共同利用件数:2,582件 （前年度:2,032件）	◎	3	3	紹介患者数は昨年度を上回ったものの、新型コロナウイルス感染症の影響もあり目標未達となったが、逆紹介者数、紹介率や逆紹介率については、目標を上回っている。 また、地域医療機関訪問回数についても、新型コロナウイルス感染症による訪問差し控えの影響もあり目標未達となった。 法人の自己評価どおり、地域医療支援病院としての機能を果たした点を評価して、評価を３とした。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
		（登録医療機関等） ・登録医数　498人（前年度：487人） （内訳）医科：306人（前年度：293人） 歯科：192人（前年度：194人） ・開放型病床利用件数：20件 （前年度：9件） （地域連携パス等）※中河内地域連携パス ・地域連携パス件数　：78件（154件） （内訳）脳卒中　：53件（107件） 大腿骨頸部骨折：25件（47件） （前年度） ・地域連携パス件数　：89件（339件） （内訳）脳卒中　：71件（283件） 大腿骨頸部骨折：18件（56件） ※昨年度までは（）内の症例発生件数で表記していたが、本年度より実際にパスを繋いだ件数も併せて表記する。 ・がん連携パス件数：90件 （前年度：81件）				
		項　目 / 平成30年度実績 / 令和元年度目標 / 令和元年度実績 / 達成率 紹介患者数（人） / 22,913 / 24,500 / 23,348 / 95.3% 逆紹介患者数（人） / 33,197 / 34,000 / 36,109 / 106.2% 紹介率（%） / 86.0 / 80.0 / 84.7 / 105.9% 逆紹介率（%） / 122.1 / 113.0 / 131.0 / 115.9%				
イ　各診療科医師と地域医療連携室で紹介件数の増加のために地域医療機関への訪問を定期的に行うとともに、地域医療支援病院運営委員会や地域医療機関へのアンケートな	イ　各診療科医師と地域医療連携室で紹介件数の増加のために地域医療機関への訪問を定期的に行うとともに、地域医療支援病院運営	イ　新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、3月に企画していた研修会や講演会等は中止となったが目標値は上回った。地域訪問に関しては感染拡大状況を鑑み2月末頃より積極的な訪問は意図的に控えるようにしたため目標値には及ばなかった。広報紙や				

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
どを通して、ニーズ把握に努める。また、地域研修会、懇話会、連携会議等を通して顔の見える関係づくりや情報発信・共有に積極的に取り組む。	委員会や地域医療機関へのアンケート結果、渉外活動等などを通して、把握したニーズや課題解決に向けて検討していく。引き続き地域研修会、懇話会、連携会議等を通して顔の見える関係づくりや情報発信・共有に積極的に取り組む。	ホームページ等の活用は積極的におこない情報発信した。				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
地域医療機関向け研修開催回数（回）	16	15	21	140.0%
地域医療機関向け研修参加人数（人）	2,096	1,500	1,570	104.7%
地域医療機関訪問回数（回）	1,313	1,200	1,185	98.8%

	ウ　地域のかかりつけ医と当センター主治医等との複数主治医制をはかり、共同診療や診療情報提供書などを活用して医療連携の強化に努めるとともに、地域研修会や退院後訪問、難病訪問を行い、地域医療の質向上に貢献する。	ウ　院内外多職種でおこなうカンファレンス等の件数は増加傾向にあり（前年比＋9件） 年々連携が深まってきている。 患者宅への訪問は大阪府からの事業委託が今年度は遅く11月であったことや、2月頃からコロナウイルス感染症拡大で訪問を遠慮される機関も多く、ほとんど行くことができなかった。 （自己評価理由） 紹介実績は患者数において目標を達成できなかったが前年度より増加し、紹介率は目標を達成した。また、逆紹介率は件数・率とも目標を達成し、地域医療支援病院としての機能を果たした点から「3」とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
4　地域医療機関等との連携強化
(2) 地域包括ケアシステム構築への貢献

中期目標	医療・介護・福祉施設や市と連携し、地域包括ケアシステムにおける役割を果たすこと。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどと、更に連携強化を図り、医療・介護・福祉機関等とのネットワークづくりに貢献していくとともに、地域の関係者との信頼関係を深めて連携を強化し、急性期病院として診断から治療、在宅へと地域全体で医療・保健・福祉サービスを切れ目なく提供していくことで在宅復帰につなげていく。	ア　訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどと、更に連携強化を図り、医療・介護・福祉機関等とのネットワークづくりに貢献していくとともに、地域の関係者との信頼関係を深めて連携を強化し、急性期病院として診断から治療、在宅へと地域全体で医療・保健・福祉サービスを切れ目なく提供していくことでシームレスな在宅復帰につなげていく。	ア　従来からの連携は継続して図りつつ、今年度は、東大阪市主体で医師や福祉関係者等の有志で“東大阪市認知症本人活動支援推進ワーキンググループ”が立ち上がり当センター（地域医療連携室）からも活動に参加した。また、当センター主催で東大阪緩和ケア地域連携カンファレンスや多職種ねっとわーく会を開催し、院内外の多職種でネットワークをつくり連携強化をはかっている。 ・病病連携、地域包括の役割として、MSWによる慢性期病院への転院、介護施設への転所を積極的に行った。 病院への転院：766件（前年度：748件） 施設への転所：353件（前年度：343件） （自己評価理由） 概ね計画どおりであるとし「3」とした。		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
4　地域医療機関等との連携強化
（3）地域の医療ネットワーク構築の推進

中期目標	医療ネットワーク構築に関する協議会等において、地域の中核病院としての役割を担うこと。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　地域医療機関と連携し機能分化を進めるため、かかりつけ医を持つことを推進するとともに、地域医療研修会や症例検討会などの実施、中河内のがん診療ネットワーク協議会を地域がん診療連携拠点病院として運営し、各種会議、研修会、懇親会など、あらゆる機会を活用して地域の医療ネットワークづくりに努める。	ア　地域医療機関と連携し機能分化を進めるため、かかりつけ医を持つことを推進するとともに、地域医療研修会や症例検討会などの実施、中河内のがん診療ネットワーク協議会を地域がん診療連携拠点病院として運営し、各種会議、研修会、懇親会など、あらゆる機会を活用して地域の医療ネットワークづくりに努める。また、Ｈ３０年度から指定された難病診療連携拠点病院としてネットワーク構築に努め役割機能を発揮していく。	ア　・難病診療連携拠点病院のネットワークが令和元年度にスタートし、当センターは中河内医療圏の拠点病院として活動を継続。同行訪問事業として、医師や看護師が難病患者さんの療養の場や、かかりつけ医の診療の場に赴き情報共有を図った。研修事業に関しては例年通り医療・介護従事者向けに難病研修会を開催する予定であったが、新型コロナウイルス対策にかかる感染予防として大阪府より研修会中止の要請があり中止した。また、今年度は新たに難病統計事業や難病毎の対応可能診療科リストを作成、大阪府下拠点病院で共有するとともに、当センターに相談に来られた難病患者にスムーズに適切な診療科へ繋げていくことが可能となった。今後、難病診療に関して中河内医療圏における中心的役割をより一層果たしていけるように連携の輪を広げていく。 ・中河内がん診療ネットワーク協議会の下で中河内緩和ケア部会を立ち上げ、会議を２回開催し、ＡＣＰ（アドバンスドケアプランニング）の啓蒙のために導入ツールとして冊子を作製し、中河内医療圏のがん診療連携拠点病院に配布した。		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
		また、令和２年２月に八尾市で開かれた「中河内医療圏がん診療ネットワーク協議会シンポジウム」（八尾プリズムホール）に参加し、圏域住民にがんに関する啓蒙活動を行った。 （地域医療機関との機能分化） ・逆紹介の推進 ・医療連携スクラム会（3回） ・地域研修会21回開催（再掲） （国指定地域がん診療連携拠点病院としての活動） ・中河内地区のがん相談支援センターとして、がん専門相談員を4名配置 （がん相談件数：674件）※ 前年度：1,273件 ※電子カルテ更新時に集計方法を国基準に変更 ・市民向けに出前講座を継続（4回） ・市民向けがんシンポジウムを開催 （担当：八尾市立病院） 特別講演にマッハ文朱氏を招き、講演を行った （中河内がん診療ネットワーク事業） （自己評価理由） 概ね計画どおりとし「3」とした。				

第3　業務運営の改善及び効率化に関する事項
1　業務運営体制の構築
（1）病院の理念と基本方針の浸透

中期目標	医療センターの理念と基本方針を明確化すると共に、委託業者も含めた医療センターで働く全ての者がその理念と基本方針を理解し、その目的達成に向け一丸となって取り組む仕組みを構築すること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　全ての職員が病院の理念、基本方針、経営状況や課題を共有し、自律的に運営を行う組織風土を醸成し、業務の改善及び効率化を図る。	ア　全ての職員が病院の理念、基本方針、経営状況や課題を共有し、自律的に運営を行う組織風土を醸成し、業務の改善及び効率化を図る。	ア　理事会で決定された年度計画を所属長会議において幹部に周知し、イントラネットにより全職員に周知を行った。また、新規採用職員研修において中期計画の冊子を配布し、周知を継続して行った。 （自己評価理由） 概ね計画どおりとし「３」とした。		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

第3　業務運営の改善及び効率化に関する事項
1　業務運営体制の構築
（2）経営基盤を支える組織体制の整備

中期目標	ア　各種情報収集・分析を基にした企画、院内・院外への広報や連絡調整といった、組織横断的な経営企画機能の強化を図ること。 イ　明確な役割分担と適切な権限付与により、効率的・効果的な運営体制を構築すること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　各部門が専門性を発揮し、医療環境の変化に的確かつ迅速に対応できるよう、病院組織を整備し、運営管理体制を構築する。特に、経営企画部門、医事部門の強化を図るため、事務局の体制を再編する。	ア　各部門が専門性を発揮し、医療環境の変化に的確かつ迅速に対応できるよう、病院組織を整備し、運営管理体制を構築する。	ア　３月に理事長を本部長、院長を副本部長とする、新型コロナウイルス対策本部を立ち上げ、新型コロナにかかる入院、外来、PCR検査、防護具の備蓄等の対策を進めた。 医療技術局の臨床検査技術科を臨床検査技術第一科と臨床検査技術第二科に再編し、役割分担を進めた。		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。
イ　理事会に諮る案件を集約し、必要な経営情報を管理する部署を明確にする。 理事会決定事項を着実に実行するために、院内の役割分担を明確にする。 中期計画の進捗管理を担当する部署を明確にする。中河内救命救急センターの指定管理も視野に入れ、理事会直轄の経営本部の設置を検討する。	イ　理事会決定事項を着実に実行するために、役割分担と適切な権限付与により、効率的・効果的に病院運営を進める。	イ　理事会定例報告の内容見直し、更なるグラフ化・カラー化を行い、理事会・幹部会・所属長会で目標・進捗状況の共有を図った。 　院内組織、各委員会、各センター等の関連性を表す体系図の見直しを行い、役割分担・権限付与を行った。 （自己評価理由） 概ね計画どおりとし「３」とした。				

第3　業務運営の改善及び効率化に関する事項
1　業務運営体制の構築
（3）内部統制

中期目標	地方独立行政法人に求められる内部統制の目的に留意し、当該中期目標に基づき法令等を遵守しつつ業務を行い、医療センターの設立目的を有効かつ効率的に果たすための仕組みを構築すると共に適切な運用に努めること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　市から独立した組織として、自ら「業務の有効性と効率性」、「財務報告の信頼性」、「法令遵守」、「資産の保全」の４つの目的を達成するため、理事長を最高責任者とした内部統制体制を構築するとともに、職員一人一人が上記の目的を認識し、自主的に法令を遵守し、かつ有効的・効率的に業務を遂行する組織風土を確立する。 　なお、体制を構築するにあたっては、法令違反等の早期発見と未然防止を目的とした、内部通報窓口を設置する。	ア　市から独立した組織として、自ら「業務の有効性と効率性」、「財務報告の信頼性」、「法令遵守」、「資産の保全」の４つの目的を達成するため、理事長を最高責任者とした内部統制体制のもと、職員一人一人が上記の目的を認識し、自主的に法令を遵守し、かつ有効的・効率的に業務を遂行する組織風土を確立する。	ア　内部統制委員会を10月と２月に開催し、事務局３課と３つの委員会からリスクの検討とその対策の実施、自己点検、改善の取組みを報告した。 　また、コンプライアンス担当監から、不正または不要な電子カルテへのアクセスについて、厳格に取り扱うよう報告された。 　報告内容を３月の責任者連絡会議で報告し、責任者間での共有を行った。 また、職員の懲戒処分を２件行った。	◎	3	3	内部統制委員会を開催し、リスク検討と業務改善に取り組まれた点について、引き続き次年度以降も業務改善に取り組んでいただきたい。
イ　内部統制の運用にあたっては、マニュアル等による文書化によって職員間での情報	イ　内部統制の運用にあたっては、各部門に配置した責任者を中心にリスクの検討とその	イ　災害時におけるＢＣＰ（事業継続計画）を改訂し、計画に基づく訓練を実施した。 ・コンプライアンス担当監による研修を				

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
共有を図るとともに、各部門における責任者を明確にし、その責任者を中心にリスクの検討とその対策の実施、自己点検、改善の取組みを継続的に行い、内部統制の充実・強化に努める。	対策の実施、自己点検、改善の取組みを自己点検結果報告書として集約・周知し、内部統制の充実・強化を行う。	実施し、リスクの点検・改善に向けて意識付けを行った。				
ウ　内部統制の不備により重大な事象が発生した場合は、各種専門家で構成された独立した第三者による検証組織を設置し、原因の究明と再発防止策の策定を行う。	ウ　地方独立行政法人法の改正により、業務方法書に追加した項目について、規程・会議体の整備などを着実に実施する。	ウ　地方独立行政法人法の改正に基づく、役員の損害賠償責任及び一部免除について、業務方法書の改正を行った。 （自己評価理由） 概ね目標どおりとし「３」とした。				

第3　業務運営の改善及び効率化に関する事項
2　人材の確保と育成
（1）医療専門職の確保

中期目標	医療センターが提供する医療水準を向上させるため、優秀な医師、看護師及び医療技術職員の安定確保に努めること。特に休診中である呼吸器内科などの診療科の医師の確保には、最大限努めること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　地域の中核病院として、急性期医療を提供するために必要な医療専門職の確保に尽力する。 医師については、関連大学への働きかけを中心に、休止中の呼吸器内科・精神科の再開、急性期医療を提供するうえで必要な増員を行う。看護師については、実習受入校の拡大などの工夫により採用増加を図るとともに、離職防止策の強化、非常勤嘱託、派遣職員の活用を継続する。医療技術職、医療ソーシャルワーカーについては、新たな施設基準の取得による収益増、退院支援の充実に必要な体制を確保していく。	ア　地域の中核病院として、急性期医療を提供するために必要な医療専門職の確保に尽力する。 医師については、関連大学への働きかけを中心に、休止中の呼吸器内科の再開、急性期医療を提供するうえで必要な増員を行う。看護師については、実習受入校の拡大などの工夫により採用増加を図るとともに、離職防止策の強化、非常勤嘱託職員の活用を継続する。医療技術職については、患者の離床促進の観点から、発症後迅速に間隔をあける事なくリハビリテーションを提供できる体制を確保していく。医療ソーシャルワーカーについては、入退院支援の充実に必要な体制を確保	ア　理事長、院長、事務局長を筆頭に大阪大学・奈良県立医科大学を訪問し、医師の増員要請を行った結果、医師を増員できた。 また、「地方独立行政法人市立東大阪医療センターにおける65歳以上の医師の雇用に関する特例を定める規程」に基づき、検体検査管理加算に必要な常勤医師１名を確保した。強化に努めてきた心臓血管外科についても増員でき３名体制となった。 ・働き方改革における時間外勤務縮減と急性期医療を提供するために必要な医療専門職の確保を両立させるため、応援医師を積極的に採用した。 ・助産師、看護師については、定期的に採用試験を実施し、令和2年4月に67名を採用でき、目標を大きく上回った。 ・看護師離職率については、令和元年度の総退職者数は54名（離職率10.8%）で、目標達成はできなかった。新規採用者の退職数は19名（離職率22.6%）で例年以上に新規採用者の離職が目立った。 ・病棟の導線の効率化、休憩室を増設するなど働きやすい就労環境の改善に努めた。	◎	3	3	医師、看護師、医療技術職のいずれも目標を達成しており、多くの人材を確保できたが、看護職の離職率については昨年度同様目標達成とはならず10%を超えている。 職場環境の改善などに取り組まれているが、新規採用看護師の離職率が高い点からも、看護師の職場内教育やメンタルケアに努めていただきたい。

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和元年度計画</th><th colspan="3">法人の自己評価</th><th colspan="2">市の評価</th></tr>
<tr><th>評価の判断理由（業務実績等）</th><th>ウエイト</th><th>評価</th><th>評価</th><th>評価の判断理由、コメント等</th></tr>
<tr><td></td><td>する。また心臓血管外科の手術開始や特定集中治療室管理料をはじめとする新たな施設基準の取得に向け必要な体制を確保していく。</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>項　目</th><th>平成30年度実績</th><th>令和元年度目標</th><th>令和元年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>正職員数　医師（人）</td><td>117</td><td>114</td><td>118</td><td>103.5%</td></tr>
<tr><td>正職員数　看護職（人）</td><td>517</td><td>505</td><td>532</td><td>105.3%</td></tr>
<tr><td>正職員数　医療技術職（人）</td><td>131</td><td>133</td><td>140</td><td>105.3%</td></tr>
<tr><td>看護師離職率（%）</td><td>10.5</td><td>9.6</td><td>10.8</td><td>88.9%</td></tr>
</table>
（自己評価理由）
医師数、看護師数・医療技術職ともに目標を達成できたが、看護師離職率が目標に到達できなった点から「3」とした。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

第3　業務運営の改善及び効率化に関する事項
2　人材の確保と育成
（2）法人職員の確保

中期目標	法人職員の採用や研修の充実等により、病院特有の事務に精通した職員を確保し、事務部門の職務能力の向上を図ること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　診療報酬改定等の医療環境の変化や患者の動向等を迅速かつ的確に把握・分析し、効果的な経営戦略を企画・立案できる事務部門を構築するため、専門的な知識・経験を有する者等を法人の事務職員として計画的に採用するとともに、その育成に取り組む。	ア　老朽化した施設の改修工事の実施や業務委託契約の効率的な見直し、また地域に向けた広報活動を実施するため専門的な知識・経験を有する者等を法人の事務職員として採用していくとともに、採用した職員に対して計画的な研修を実施して育成に取り組む。	ア　今年度の採用試験では持続可能な事務局体制を構築するために、初めて新卒採用枠を設けて実施した。 その結果、総務課（庶務係、施設管理係）、医事課、医療情報管理課、医療の質・安全管理室に新たな職員を配置した。 また、地方独立行政法人化後３年が経過する中で、事務局内の横のつながりを強化すべく人事異動を積極的に行い、令和２年４月付で管理職を含む６名が部署異動となった。 市からの派遣職員については、令和２年３月末で５名の派遣解除、２名の新たな派遣があり、令和２年４月１日時点で９名となった。		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
正職員数　法人採用事務職（人）	22	36	36	100.0%

（自己評価理由）
人員確保に苦労しているが、おおむね計画通りであることから「3」とした。

第3　業務運営の改善及び効率化に関する事項
2　人材の確保と育成
（3）職員の育成

中期目標	職員の職務能力・コミュニケーション能力の向上など役割に応じた多様な研修による人材育成を戦略的・計画的に行うこと。特に、地方独立行政法人に移行し、医療センターとして新たなスタートを切ることを契機として、職員の意識改革を図る措置を講じること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　医師については、新専門医制度の動向を注視し、後期研修を実施する。 職員の大半が専門職であるという特殊性に鑑み、研修プログラムの改善及び充実を図り、人材育成を戦略的・計画的に行うため、研修計画の策定及び効果の検証を行う。 また、最新の知識・技術の取得に繋がる、学会発表や研修会への積極的な参加を促進する。	ア　医師については、新専門医制度の動向を注視し、後期研修を実施する。 職員の大半が専門職であるという特殊性に鑑み、研修プログラムの改善及び充実を図り、人材育成を戦略的・計画的に行うため、研修計画の策定及び効果の検証を行う。 また、最新の知識・技術の取得に繋がる、学会発表や研修会への積極的な参加を促進する。	ア　医師については、新専門医制度の動向を注視し、後期研修を実施した。 職員の大半が専門職であるという特殊性に鑑み、研修プログラムの改善及び充実を図り、人材育成を戦略的・計画的に行うため、研修計画の策定及び効果の検証を行った。 また、最新の知識・技術の取得に繋がる、学会発表や研修会への積極的な参加を促進した。 人材育成については、効果的・効率的な研修を計画的に行うため、プロポーザルにより委託業者を選定し、医師を除く管理・監督職向けに主任以上を対象に基本研修を実施し、管理能力の向上、医療センターおよび所属におけるガバナンスの強化、次代を担う部下育成に繋げた。今後は、係員クラスにも実施していくなど対象を拡大しより効果的な研修が実施できるよう取り組んでいく。 また中期計画に基づく人材育成・給与制度を実現すべく、人事評価制度の構築に向けコンサル業者と委託契約を締結し令和３年度の本格導入に向け構築に取り組んでいる。 令和元年度は、ワーキングチームにより評価体系の構築を行った。令和２年度よりトライアルを実施する予定であり、課		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
		題を解決しながら本格導入を目指していく。 （自己評価理由） 前年度と同じ水準で推移していたが、新型コロナ感染拡大による影響で参加控えが影響したが、概ね計画どおりとし「3」とした。				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
医師の学会発表件数（件）	235	230	191	83.0%
認定看護師数（人） （看護管理者含）	14 (20)	20	16 (22)	80.0%

第3　業務運営の改善及び効率化に関する事項
3　効率的・効果的な業務運営
（1）適切かつ弾力的な人員配置

中期目標	各診療科や入院・外来の人員配置を適切に行い、効率的・効果的な業務運営に努めること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　重症度、医療・看護必要度、緊急入院の受入件数、病床利用率等により、看護職員の傾斜配置を検討する。また、呼出で対応している部門の勤務のあり方の見直しを行う。短時間勤務制度、勤務時間帯の見直しなど、柔軟な勤務体制の構築を検討する。	ア　重症度、医療・看護必要度、緊急入院の受入件数、病床利用率等を勘案し、看護職員の傾斜配置を引き続き検討する。また、「働き方改革」を推し進め勤務のあり方の見直しを行い、職員の待遇改善を図り、短時間勤務制度、勤務時間帯の見直しなど、柔軟な勤務体制の構築を検討し、職員が安定的に働き続けられるよう努める。	ア　令和元年度における重症度、医療・看護必要度の平均は必要度Ⅰで33.3%であり、急性期入院基本料1の算定要件である30%以上の基準を上回った。必要度Ⅱによる評価の準備として、必要度Ⅱ評価を実施している電子カルテベンダーが同じ施設で見学を行うと同時に、看護局と事務局医療情報管理課、医事課が協働してベンダーとの協議を行った。 ・病床利用率は前年度より5.5%上昇し、一日入院患者数の平均は19.6人増加する中、看護職員の傾斜配置を行い、一般病棟における7対1看護配置が維持できた。また、50対1急性期看護補助体制加算、および看護職員夜間12対1配置加算1の看護配置が行えた。 ・働き方改革の推進として、令和元年度から祝日勤務を時間外勤務扱いではなく、就業規則どおりに原則として代休振り替えとした。すべての職員が、勤務をした祝日を代休に振り替えることはできなかったが、時間外勤務時間数の縮減に繋がった。 ・16時間夜勤である変則二交代に加えて、12時間夜勤制度を導入し、2部署が12		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
		時間夜勤に変更した。従来の3交代夜勤は、深夜勤務前の日勤業務を休日もしくは半日勤務として、勤務間インターバルを11時間以上確保した。 （自己評価理由） 概ね目標を達成したとし「３」とした。				

第3　業務運営の改善及び効率化に関する事項
3　効率的・効果的な業務運営
(2) 予算執行の弾力化

中期目標	予算科目や年度間で弾力的に運用できる会計制度を活用した予算執行を行い、効率的・効果的な業務運営に努めること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　中期計画の枠の中で、予算科目や年度間で弾力的に運用できる会計制度を活用した予算執行を行うことにより、変動する医療環境に効率的かつ効果的に対応できる業務運営に努める。	ア　中期計画の枠の中で、予算科目や年度間で弾力的に運用できる会計制度を活用した予算執行を行うことにより、変動する医療環境に効率的かつ効果的に対応できる業務運営に努める。	施設改修、設備充実に関して以下の事業について年度をまたぐ弾力的な運用を行った。 ア 手術室の増設・改修および高機能ICU・NICUの整備、病棟スタッフステーション改修および看護師休憩室の増設など、当院の機能を高めるための改修や、職員の業務効率を上げるための改修にも柔軟に対応した。 （自己評価理由） 概ね計画どおりとし「３」とした。		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

第3　業務運営の改善及び効率化に関する事項
3　効率的・効果的な業務運営
(3) 人事給与制度

中期目標	ア　職員の給与は、当該職員の勤務成績や法人の業務実績を考慮し、かつ、社会一般の情勢に適合すること。 イ　職員の業績や能力を適切に評価できる制度を構築し、職員の意欲を引き出す人事給与制度を構築すること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　職員の職務、職責、勤務成績や法人の業務実績等に応じた給与制度の検討など、職員が働きがいを実感できる仕組みづくりを進めるとともに、職員の給与は常に社会一般の情勢に適合したもので、かつ、優秀な職員の確保に繋がるものとする。 イ　職員の努力と成果が報われるような、昇任、昇格制度、表彰制度またはインセンティブ支給などの特色をだし、職員個々が業務に対するモチベーションの向上を促すよう制度を整備する。また。法人の経営成績に応じた報酬等の制度をもうけることで職員が一丸となって病院の目標を達成するよう努めることを促す。	ア　職員の職務、職責、勤務成績や法人の業務実績等に応じた給与制度の検討など、職員が働きがいを実感できる仕組みづくりを進めるとともに、職員の給与は常に社会一般の情勢に適合したもので、かつ、優秀な職員の確保に繋がるものとする。 イ　職員の努力と成果が報われるような、昇任、昇格制度、表彰制度またはインセンティブ支給などの特色をだし、職員個々が業務に対するモチベーションの向上を促すよう制度を整備する。また、法人の経営成績に応じた報酬等の制度をもうけることで職員が一丸となって病院の目標を達成するよう努めることを促す。	ア　令和2年4月1日より施行される同一労働同一賃金の導入に向け制度の見直しを行い、非正規職員にかかる就業規則と給与規程の改定を行った。 ・昨年度の法人の業務実績に応じて給与規程の改定を行い、初任給の引き上げとそれに伴い30代半ばまでの職員が在籍する号給について改定を行った。 イ　昨年に引き続き、優秀研修医、優秀指導医の表彰を行った。 ・職員の意欲を高め弾力的な人事制度を運用するため、職員給与規程の一部改正を行い主任・主査へ昇格する際の昇格メリットを設けた。 ・働き方改革関連法の施行により、年次有給休暇5日間の取得が義務付けられたことにあわせ、従前の夏期休暇を見直し、健康で豊かな生活のための時間を確保でき、多様な働き方・生き方の選択を可能にする環境づくりを推進するため、ワークライフバランス促進休暇を創設した。 （自己評価理由） 概ね計画どおりであるとし、評価点数を「３」とした。		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

第3　業務運営の改善及び効率化に関する事項
3　効率的・効果的な業務運営
（4）契約の見直し

中期目標	ア　地方自治法に縛られない民間的手法を取り入れ、各種契約の合理化を図ること。 イ　高額医療機器を購入する際など、医療面での必要性の議論のみならず、持続的な経営を担保するため、費用対効果や収益性など財務面での定量的な検討も行うこと。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　複数年契約や複合契約等、多様な契約手法を活用し、費用の節減及び業務量の削減を図る。	ア　業務委託に関しては、契約手法や業者の選定や、更新時に業務仕様の見直しを行い、経費の削減を図る。	ア　昨年度に引き続き、継続的・反復的な契約について自動更新条項を契約書に明記し、契約事務の合理化を図るとともに、更新時における業務仕様の徹底した見直しを行い、清掃業務については年間約１，８００万円の経費の削減を達成した。		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。
イ　医療機器の整備について、ベンチマークシステム等を活用した購入費用の節減に努めるとともに、費用対効果を踏まえた機器の整備や、医療の質の維持・向上につながる機器の整備を図るなど、効率的、効果的な運営に努める。	イ　医療機器の整備について、引き続きベンチマークシステムを活用した価格交渉を継続し、購入費用の節減に努める。費用対効果を踏まえた機器の整備や、医療の質の維持・向上につながる機器の整備を図るなど、効率的、効果的な運営に努める。	イ　医療機器の購入に際しては、ベンチマークシステムによるコストチェックを経て予定価格を設定することで、購入費用の節減に努めた。また、心臓血管外科開設に伴う人工心肺装置の調達、ＩＣＵ増床に伴うモニタリングシステムの調達に際しては、プロポーザル方式による契約手法を採用し、コスト削減を達成しつつ、医療の質の維持・向上につながる機器整備を行った。 （自己評価理由） 概ね目標どおりとし「３」とした。				

第3　業務運営の改善及び効率化に関する事項
3　効率的・効果的な業務運営
(5) 医療資源等の有効活用

中期目標	ア　病床、手術室の稼働状況に注視し、その効果的な活用に努めること。 イ　医療機器の購入後は、投資に見合った活用ができているか継続的に確認し、必要に応じて見直しを図ること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　病棟別・診療科ごとの病床利用率、曜日別・時間帯ごとの手術室の使用率を検証し、効果的な活用を行う。 手術室の完全２交替勤務、第２外来の３６５日一人夜勤体制の導入を検討するとともに、 第１外来の常勤職員比率を上げ、手術室および外来の業務運営の効率化を図るとともに看護の質を担保する。	ア　病棟改修に伴い病床数が減少するが、より多くの患者を受け出来るように診療科の配分を見直す。また、手術室もハイブリット手術室、ロボット支援手術、眼科専用手術室を設けることで高度な医療を提供し効率よく手術室を運用し、手術件数の増加を図る。	ア　8月より心外手術を開始し、心臓血管外科の新たな患者の獲得につなげている。また、手術室を増築したことで、効率的な手術室運用を可能とし、手術件数増につながっている。ただし、麻酔科医不足が手術件数増の足かせになっていることから、次年度に向けた麻酔科医の確保に経営層が注力し、新年度からの麻酔科医の確保を実現した。	◎	4	3	麻酔科医が不足したこともあり、手術室稼働率は目標を下回り、手術件数は昨年度より増となったものの目標をやや下回った。 ただし、全身麻酔が必要な手術を積極的に行っており、全身麻酔件数が増となっている点は評価できる。総合的に評価して３とした。
イ　電子カルテを含む病院情報システムの導入以降、職員間で情報共有が効率化された。情報システムにより共有される情報を最大限に活用し、投資対効果を見える化できる体制を構築し適時評価を行う。	イ　昨年度に更新を行った電子カルテを含む病院情報システムについて、より一層作業の効率を上げるとともに、電子カルテにおいてはペーパーレス化を進め、無駄を省きスリム化を図る。	イ これまで紙カルテの運用が残っていた産婦人科についても電子カルテ運用とすることで、ペーパーレス化を進めるとともに事前のカルテ準備作業の削減につながっている。さらに紙カルテの整理を進め、保管場所を移し替えることで、旧病歴室のスペースの有効利用(部長室改修)につなげた。 病床利用率 91.4%（前年度85.9%） 延べ入院患者数 179,140人/年 (前年度 171,497人/年) ※病床利用率については年度途中に病床数の変更を行った。計算根拠については以下の通り。				

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
		計算式:延入院患者数(179,140名)/196,098床(4月～10月(547床)×暦日数)+(11月～3月(520床)×暦日数)) （手術の効率的運用） ・手術室稼働率（※下表） 手術件数　　（※下表） 全身麻酔件数：2,920件 （前年度：2,659件）				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
手術室稼働率（%）	53.4	56.0	52.4	93.6%
手術件数（件）	6,550	6,800	6,788	99.8%

（自己評価理由）
病床の有効活用については改修のため利用できない病床がある中で、入退院のコントロールを行い、利用率を大幅に上昇させることができた。また、手術室稼働率は部屋を2室増設したが、麻酔医の手配に苦心し、増設した枠での目標利用率は達成できなかった。しかし、手術件数は目標をほぼ達成し、全身麻酔件数も前年度を大幅に上回った点から「4」とした。

第3　業務運営の改善及び効率化に関する事項
4　職員満足度の向上

中期目標	ア　ワークライフバランスに配慮した働きやすい就労環境の整備に努めること。 イ　職員が満足して働くことができているか定期的に測定し、適切に評価すること。また、その結果を現場にフィードバックし、結果の有効活用を図ること。 ウ　職員が明確なキャリアプランを描けるよう、自己研鑽を推進すること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　ワークライフバランスに配慮した、働きやすく、働きがいのある職場環境の実現に向け、就労環境の向上を図る。	ア　ワークライフバランスに配慮した、働きやすく、働きがいのある職場環境の実現に向け、就労環境の向上を図る。年休５日付与義務化について、計画的な対応を行う。	ア　令和元年度、年次有給休暇の平均取得日数は8.9日、取得率は45.1％であった。 （WLB休暇+年休＝14.9日　年休取得5日未満16名） WLB等推進委員会において、女性活躍推進法に基づく一般事業主行動計画を作成し、次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画と同様、時間外労働の縮減、年休取得の促進等を目標にしたことに加え、育休等による職員の職場復帰に関する支援や、短時間労働であっても自らの能力を伸ばし発揮してもらうための支援などを目標に掲げ、就業を継続してもらえる取り組みを進めた。		3	3	平均年休取得日数は休暇取得を推進していただいた結果、昨年度数値を上回り目標を達成した。 また、職員満足度調査では、目標をやや下回るものの昨年度より数値は良くなっている。 ただ、職場環境に不安を感じる職員へ今後どう対応していくかという課題について、引き続き取り組んでいただき、相談しやすい環境づくりに努めていただきたい。

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
平均年休取得日数（日）	7.5	8.0	8.9	111.3%

イ　職員満足度調査を定期的に実施し、職員の意見、要望をより的確に把握して、その結果の有効活用を図る。	イ　職員満足度調査を定期的に実施し、職員の意見、要望をより的確に把握して、その結果の有効活用を図る。	イ　令和元年度に行った職員満足度調査では、職場の雰囲気が良い、仕事にやりがいがあるの項目は７割近い満足度であった。一方、精神的な不安を感じずに仕事ができる、当院を職場として勧めようと思うが４割を切る結果となった。 　自由意見欄に不満、不安を長文で書か				

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
		れている職員が複数おり、いただいた意見を今後の施策に反映していかなければならない。				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
職員アンケート総合満足度（%）	50.0	55.0	53.4	97.1%

ウ　専門性向上のための資格取得に対する支援制度を設け、各職種の専門、認定資格取得を促進し、患者に質の高い医療を提供できる体制を整備する。	ウ　専門性向上のための資格取得に対する支援制度を設け、各職種の専門、認定資格取得を促進し、患者に質の高い医療を提供できる体制を整備する。	ウ　認定看護師が離職することにより、医療の質が低下することはもとより、診療報酬の施設基準が満たせず経営的ダメージも懸念される。 専門性向上のための資格取得に対する支援制度を利用し、１名が認定看護師取得に向けた研修に参加した。 （自己評価理由） 職員満足度調査において一部不満・不安が残る結果となったが、反面、職場の雰囲気ややりがいにおいて7割近い満足度が得られていること、有給休暇取得日数が目標を達成できたことから「３」とした。				

第4　財務内容の改善に関する事項

中期目標	地方独立行政法人の趣旨に沿った基準による適切な運営費負担金のもと、収入確保及び費用の節減、その他中期目標に定める種々の経営改善に取り組み、中期目標期間内に医業収支の改善及び経常収支比率100%以上を達成すること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
医療センターに求められる政策医療、急性期医療を継続的に安定して提供しつつ、平成３０年度までに経常収支比率を１００％以上にすることを目指すとともに、計画期間全体での黒字化を目指す。	ア　医療センターに求められる政策医療（救急、周産期など）については、市民が安心して生活するためには不可欠であり、採算性だけでは事業は成り立たないが、病院全体で収入を上げ、費用を削減しカバーすることで、経常収支を改善させ黒字化を図る。	ア　令和元年度は心臓血管外科のハイブリッド手術室・眼科手術室の増設、及びICUの拡張増床のための改修、NICUの改修など、高度医療提供のための設備の整備を実施した。そのため、工事費による多額の支出が発生したが、患者数増・単価増により収入も前年度に比べさらに13億円増収した。これにより医業収支比率は100％を超えたが、経常収支比率は100％には届かなかった。収入は目標に近い数値になっているものの、材料等の費用増大が課題となっている。引き続きベンチマークによる価格交渉を行い、費用抑制に努める。		2	2	昨年度に比べて経常損益は176,112千円悪化し、154,162千円の経常損失となった。 ただ、第1期中期目標期間における経常損益の推移をみると、赤字額は改善傾向にあると言える。 次年度は、新型コロナウイルス感染症が収入面に及ぼす影響について不透明なところはあるが、引き続き収入の確保、費用の節減に取り組んでいただきたい。 評価については、経常収支比率が目標未達である点などから、法人の自己評価どおり２とした。

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
医業収支比率（%）	106.1	106.4	104.8	98.5%
経常収支比率（%）	100.2	100.1	99.1	99.0%

（自己評価理由）
患者数増・単価増により収入は前年度比13億円増収したが、費用の増加もあり、医業収支比率・経常収支比率とも目標を達成できなかった点から「２」とした。

第4　財務内容の改善に関する事項
1　収入の確保

中期目標	ア　法改正や診療報酬改定に対して迅速に対応し、新たな基準・加算の取得などにより収益を確保すること。 イ　新規入院患者の増加、入院日数の適正化、病床利用率の向上による増収を目指すこと。 ウ　適切な診療報酬の請求に努めること。 エ　未収金の未然防止対策及び早期回収に努めること。 オ　診療報酬によらない料金の設定については、原価や周辺施設との均衡などを考慮し、適時、適切な改定に努めること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　病棟薬剤業務実施加算の取得、検体検査の自主運営による上位の加算の取得など、診療報酬制度の改定等に的確に対応するとともに、人材の弾力的な配置を図るなど、収益向上に有効な対策を講じる。	ア　薬剤管理指導件数については、積極的な継続指導を実施することで１，５００件/月を達成する。管理栄養士の病棟常駐を拡大し、１病棟年間約５０件の入院栄養指導件数増を目指す。心臓血管外科・ＩＣＵの増設にあわせて、急性期リハの熟練度を上げるために技師教育、外部研修等の教育を進めていき、休日リハビリを開始する。	ア　薬剤管理指導については、薬剤部における入院初日からのアプローチの指導および患者数増への対応もあり、件数は着実に増えている。入院栄養食事指導件数については、病棟専従管理栄養士を1名増員配置したことにより、大幅な件数増につなげた。リハビリについては増員及び土曜リハの開始、さらに複数人（4人まで）同時に実施可能な心疾患リハの増など、効率的なリハビリ実施により件数を大きく伸ばす結果となった。	◎	3	3	新入院患者数、病床利用率及び入院単価については、目標未達も昨年度に比べ増となった。薬剤管理指導件数、入院栄養食事指導件数、リハビリ取得単位件数は目標達成となり、全体として収入の確保につながる結果となっている点から、評価を３とした。

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
薬剤管理指導件数（件）	18,786	18,000	19,487	108.3%
入院栄養食事指導件数（件）	4,766	4,800	6,169	128.5%
リハビリ取得単位件数（件）	55,718	70,560	74,603	105.7%

イ　地域の医療機関との連携強化や救急医療体制の強化により、新入院患者数の増加に	イ　地域からの紹介患者や救急患者の受入れ体制を強化し、入院患	イ　紹介件数は、3月に新型コロナによる影響で約400件もの減少があったものの、年間では150件以上のプラスになってい				

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
努めるとともに、退院支援の強化による平均在院日数の適正化を図る。また、日当点の観測、クリニカルパスの適正化など、部門ごとに具体的な目標を設定し、その達成状況を適宜確認するなど経営管理を徹底する。	者の確保に努める。クリニカルパスの活用を促進し、医療の標準化と効率化を図り、より多くの患者を受け入れる体制を構築する。	る。 救急患者の受入については、「断らない救急医療推進タスクフォース」を継続し、応需の向上に努めた。応需率の伸びはなかったが、応需自体の件数は伸びている。 ・地域医療支援病院として、昨年に引き続き病診連携の強化を図り、診療情報提供書の記載率アップに取り組んだが患者増の影響もあり、記載作業に若干の遅れが出ている。 記載率　：　入院44.7%、外来10.3% （前年度　：　入院48.4%、外来11.3%）				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
新入院患者数（人）	14,116	15,000	14,235	94.9%
病床利用率（%）※	85.9	96.0	91.4	95.2%
入院単価（円）	60,296	64,000	63,126	98.6%
平均在院日数（日）	11.2	11.5	11.6	99.1%
DPCⅡ期間以内の患者割合（%）	58.9	69.0	57.2	82.9%

※病床利用率については年度途中に病床数の変更を行った。計算根拠については以下の通り。
計算式：延入院患者数（179,140名）／ 196,098床（4月～10月（547床）×暦日数）
+（11月～3月（520床）×暦日数））

ウ　院内での研修、チェック体制の強化などを通じて、適切できめ細かな診療報酬請求を行い、請求漏れの防止、査定減に対する積極的な再審査請求を徹底する。	ウ 診療報酬に関しては、完全職員化に向け平成30年度より取り組みを開始しているところである。院内外研修や課内での教育体制を強化して人材育成に取り組む。請求漏れの防	ウ　平成30年10月より、入院診療報酬業務を病院職員（非常勤嘱託職員含む）へ変更しており、一部委託職員も配置した体制で令和元年度をむかえた。令和元年10月には委託職員から病院職員へ完全に移行したが、人数的にはまだ充足できていない状況であった。また、昨年度と同様に医事経験の浅いスタッフや入院診療				

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
	止や査定に関しては一つ一つの事例を分析して対応する。	報酬業務が未経験のスタッフもいるため、教育に取り組みながらの業務運営が続いている状況である。 前年度は毎日の業務に追われることが多くあったが、本年度は業務の質にも少しではあるが取り組み始めることができた。しかし今後も全体的な業務の質の底上げが必要であり、教育体制の確立が急務である。 　査定に関しては、前年と比較して減少傾向になっているが、内容的にもまだまだ対応すべき所は多いと考えており、 個々のスキルアップは勿論であるが、全体的な共通チェックの確立に取り組むことが必要である。 また、診療単価は診療稼働額ベースで昨年度よりも増額しているが、まだまだ対応できることも多いと考えており、査定と同様に今後も漏れのない請求及び適切なＤＰＣコーディングを実施できるよう取り組む。なお、外来については委託しているが、病院職員も関わり、対応するよう取り組みを始める予定にしている。 【査定額 入外分】 令和元年度　69,565,670円 前年度　73,435,880円 △3,870,210円 【査定率 入外分】 令和元年度　0.435％ 前年度　0.512％ △0.077％				
エ　患者に対する入院時の説明の徹底や院内連携により、	エ 未収金を入院時・継続入院・退院時に医	エ　この業務についても完全職員化（非常勤嘱託職員含む）し、目標である業務				

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
未収金の発生の防止に努めるとともに、発生した未収金について早期回収のための督促に加え、法的措置の対応も引き続き行う。	事課及び他部署との連携を強化して防止に努める。また、未収金が発生した場合にも、早期回収できるよう、督促及び法的措置の対応も引き続き行う。	運用については、人的ではあるが対応することができた。令和2年度には患者総合支援センターが新設され、その運用に支払い困難患者等の対応を組み込むことにより、さらなる未収金の減少に取り組む。また、未収金回収業務を専門業者へ委託しているが、思うように回収が進まないため、来年度以降に専門業者変更も視野に入れて取り組む必要がある。				
オ　室料差額、診断書料金などについて、常に原価を意識し、周辺病院との均衡を考慮したうえで料金改定を行う。	オ 室料差額・診断書料金等は引き続き周辺病院との均衡を考慮して料金改定を行う。また、様々な項目の見直しを行い、自費料金の改定にも着手する。	オ　今年度も昨年度と同様に室料差額や文書料金の料金改定までは至っていない状態である。なお、分娩料金については周産期センターの改修、お祝い膳、記念品セット等の充実を考慮した改定を予定している。 （自己評価理由） 概ね目標どおりとし「３」とした。				

第4　財務内容の改善に関する事項
2　費用の節減

中期目標	ア　人件費比率の適正化を図ること。 イ　後発医薬品採用の更なる促進を図ること。 ウ　医薬品、診療材料の在庫管理の適正化を図ること。 エ　診療材料等の調達コストの削減を図ること。 オ　各種契約の見直し（複数年契約、契約の統合等）により、経費の削減に努めること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　職員を積極的に確保する一方で、診療収入の確保状況、給与制度の検討を行い、人件費比率を適正な水準にしていく。	ア　『働き方改革』の１つである時間外労働の縮減、給与制度の検討を行い人件費率を適正な水準にしていく。	ア　医事経験者の職員採用を積極的に行い、入院請求業務の直営化による強化を行った。 ・人件費比率については、職員数の増により増加したものの目標は達成できた。	◎	2	2	医業収益対人件費比率は、目標達成した。これは、職員を確保したことによる人件費増以上に、入院患者の受入を積極的に行ったことによる。 一方で医業収益対材料費比率や医業収益対経費比率では目標未達となっている。引き続きコスト意識を持った病院運営を行っていただき、目標達成となるよう努めていただきたい。 目標指標が市立東大阪医療センターの財政運営における重要な指標である点から、評価を２とした。

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
医業収益対人件費比率（%）	52.0	54.4	52.1	104.4%

イ　切り替え可能な薬剤について、積極的に後発医薬品を採用していく。抗悪性腫瘍剤は非常に高価なものが多く、切替えにより患者負担軽減及び病院の薬剤費抑制につながる一方で、安全性・有効性の問題から切替えが実施できていないものがあるが、他施設の状況も鑑みて検討していく。	イ　引き続き、後発医薬品に切り替え可能な薬剤について、積極的に採用していく。抗悪性腫瘍剤については、エビデンスを基に安全性を第一に患者の身体にも経済的にも負担を軽減できることを目標に取り組む。	イ　令和元年度の後発医薬品平均使用率（数量ベース）は93.1%であり年度目標値の90%をクリア出来たが、今後も進めていく。				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
後発医薬品使用率（数量ベース）（%）	92.2	90.0	93.1	103.4%

ウ　医薬品、診療材料について同種、同効能の製品につい	ウ　高額薬品の使用増により薬品費の支出が	ウ　診療材料について、物流システムを用いた定数削減を４ヶ月に１度、全部門				

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
て統一化を進め、在庫をスリム化することにより、在庫の適正化及び費用の節減を図る。 ペースメーカー関連材料について、契約の集約化及び競争原理を導入し、費用節減を図る。 棚卸しに関する規程及び実務マニュアルを整備し、院内在庫を適切に管理できるよう検討を進める。また、診療材料における在庫管理のシステム化を進め、棚卸資産として計上をする。	増加傾向にあるが、昨年度にＳＰＤ業者を切替え、新たに導入した物流システムにより、部門消費の管理や、不動在庫、回転率の把握が容易となったため、各種データに基づいた定数削減の提案や、一部商品の院外倉庫化を行うことで、院内における在庫管理の適正化を図る。	に対して提案するとともに、現場定数の棚卸について、令和元年６月より、半年に１度実施していたものを２ヵ月に１度に変更するなど、在庫管理の適正化に努めた。				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
医業収益対材料費比率（％）	25.4	25.2	27.4	92.0%

エ　複数の契約の集約化や、同種、同効能の製品について統一化を進めるとともに、インプラント等の手術材料やカテーテル関連材料など、購入金額が大きいものについて、ベンチマークシステムを活用した価格交渉を引き続き実施することにより、調達コストの節減を図る。	エ　秋に予定されている消費税増税に伴う改訂に向け、昨年度に大きな成果が得られた外部コンサルタント業者の活用について引き続き検討するとともに、ベンチマークシステムを活用した価格交渉を継続する。また診療材料の調達代行を委託化したＳＰＤ業者より価格削減提案を求めることで、更なるコスト削減を図る。	エ　昨年度に引き続き、コンサルタント業者と協同で価格交渉を行い、年間試算で医薬品について約５，０００万円、診療材料について約２，６００万円の削減効果が得られた。また、ＳＰＤ業者の持ち物である診療材料の院内在庫 約３，５００万円分について、消費税増税前に所有権を当センターに移転することで、２％の費用節減に努めるなど、コスト削減を意識した業務運営を行った。 しかし、削減努力にもかかわらず、高単価医薬品（主に抗がん剤・難病関連）及び診療材料（主に心臓血管外科・循環器内科）の使用が増え、材料費支出額が前年度を大きく上回った。				

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
オ　地方独立行政法人化を契機とし、業者の見直しの機会や新規委託業務について、複数年契約を前提に委託することで、受注業者にとっても長期的な収入予測やコストの見積りが可能となり、参入業者の拡大及び委託費用の節減を図る。 また、案件により契約当事者の合意を前提とした、契約期間の自動更新スキームを取り入れることで事務の効率化を図る。複数年契約や契約期間の自動更新などといった新たな契約手法を取り入れ、積極的に各種契約の合理化を進め、効率的かつ効果的な業務運営を図る。	オ　人件費の増加に伴う費用拡大に対抗すべく、契約手法や業者の見直しに加えて、ベースとなる業務仕様を見直していくことで、経費の削減を図る。	オ　清掃業務について、契約更新時に業務仕様の徹底した見直しを行い、年間約１，８００万円の経費削減を達成した。				

項　目	平成30年度実績	令和元年度目標	令和元年度実績	達成率
医業収益対経費比率（%）	17.4	14.7	15.7	93.6%

（自己評価理由）
材料費の支出増加などにより、費用の節減が目標に届かなかった為「２」とした。

第5　その他の業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置
1　中河内救命救急センターの運営受託（受託決定後）

中期目標	ア　中河内救命救急センターの運営が滞ることの無いよう、円滑に引き継ぐこと。 イ　医療センターと中河内救命救急センターの連携強化による効率化など、相乗効果を発揮すること。 ウ　事業運営に当たっては収支状況に注視し、管理運営事業の委託者である大阪府と十分な調整を図ること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　二次、三次の救急医療を一体的に提供できる医療体制を構築することで、医師等の人材確保における優位性につなげ、市民の救急医療に対する安心に寄与し、ひいては中河内の中核病院としての役割を担うことのできる指定管理の受託を目指す。	ア　二次、三次の救急医療を一体的に提供できる医療体制を構築することで、医師等の人材確保における優位性につなげ、市民の救急医療に対する安心に寄与し、ひいては中河内の中核病院としての役割を担うことのできる管理を行う。	ア　二次、三次の救急医療を一体的に提供できる医療体制を構築するため、医療・連携部会を毎月開催し、双方の医療資源を積極的に活用できるよう調整を図ることで救急部門の強化に努めた。 令和元年度の新入院患者数は、811人で前年度より165人増加した。 新型コロナウイルスにかかる対応については、医療センターで患者への挿管時の救命センターからの応援、防護具等の相互間の提供など連携を行った。		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。
イ　経営努力の上でもなお発生する不採算部分について、三次の救急医療が大阪府の責務であることの認識のもと、本市に新たな負担が発生しないことを前提に管理運営業務を行う。	イ　経営努力の上でもなお発生する不採算部分について、三次の救急医療が大阪府の責務であることの認識のもと、本市に新たな負担が発生しないことを前提に管理運営業務を行う。	イ　中河内救命救急センターの収支については概ね適正であり、指定管理委託料に不足は生じなかった。なお、管理運営に関する業務契約において、委託料の適切な執行にもかかわらず不足が生じる場合は、双方協議の上、大阪府が処理するもの。 （自己評価理由） 概ね計画どおりであるとし「３」とした。				

第5　その他の業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置
　　2　地域医療構想を踏まえた役割の明確化

中期目標	中期目標に定めたものの他、地域医療構想を踏まえ、医療センターとして果たすべき役割を明確化し、その実現に向けた具体的取組みを実行すること。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア　地域医療構想を踏まえ、医療センターは中河内医療圏における４疾病４事業を、地域で完結するための急性期部分を担当し、より多くの重篤な入院患者を受け入れ、早期に急性期を脱するための診療を行うともに、患者の転院、在宅復帰への支援を充実させていく。 　また、高齢化に伴い増加中の認知症や精神疾患を併せ持つ患者のために精神科医師の招聘、精神科病床の設置を検討し、５疾病に対応できる体制を構築する。 　今後、地域医療機関、医師会、住民、行政機関などと機能分化と医療連携を進め、住民にとって住みよい安全なまちづくりの基礎となる地域包括ケアシステムの一角を担っていく。	ア　地域医療構想を踏まえ、医療センターは中河内医療圏における４疾病４事業を、地域で完結するための急性期部分を担当し、より多くの重篤な入院患者を受け入れ、早期に急性期を脱するための診療を行うともに、患者の転院、在宅復帰への支援を充実させていく。 また、高齢化に伴い増加中の認知症や精神疾患を併せ持つ患者のために精神科医師の着任により、５疾病に対応できる体制を構築する。 今後、地域医療機関、医師会、住民、行政機関などと機能分化と医療連携を進め、住民にとって住みよい安全なまちづくりの基礎となる地域包括ケアシステムの一角を担ってい	ア　大阪府地域医療構想において当センターは引き続き高度急性期及び急性期医療を担当し、令和元年度の延べ入院患者数は前年度より7,643人増加した。 ・５疾病に対応できる体制の構築については、令和２年４月には、再び精神科常勤医師２名体制となり、高齢化に伴い増加している認知症や精神疾患を併せ持つ患者対応を継続していく。 ・地域包括ケアシステムについて、退院された患者の急変時の再入院受け入れを継続した。 （５大がんパス連携や在宅患者緊急入院診療など）		3	3	法人の自己評価が妥当と判断した。

中期計画	令和元年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
	く。	（自己評価理由） 概ね計画どおりであるとし「3」とした。				

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
ア　心臓血管外科 ①　ハイブリット手術室を増設し、常勤医師を招聘し、心臓手術を開始する。 （開心術：50例/年） ②　緊急症例をすべて応需する。	**ア　心臓血管外科** 令和元年8月13日より心臓血管手術が開始され、令和2年3月31日までに心臓大血管手術61例、その他血管手術62例施行。緊急手術も11例応需した。
イ　免疫アレルギー・呼吸器内科 ① 免疫内科の常勤医の早期派遣を引き続き大学に要請し、危機的状況にある入院診療体制を立て直す。 ② 呼吸器内科の常勤医の派遣を引き続き大学に要請し、入院患者の呼吸器合併症に随時対応出来る体制を整える。	**イ　免疫アレルギー・呼吸器内科** ①免疫内科・・・常勤医は引き続き派遣されなかった。 外来実績　新患数　197人　延べ患者数　7009人 入院実績　新入院　110人　延べ患者数　2467人 ②呼吸器内科・・・常勤医は引き続き派遣されなかった。 ・応援医師による外来実績 新患数　　67人（前年度　56　人） 延べ患者数　979人（前年度　910人）
ウ　腎臓内科 ① 地域連携パス第一弾の運用の継続。 ② 市民公開講座の開催予定。 ③ 糖尿病ケア外来の患者を増やし、腎不全患者の糖尿病管理、栄養指導を行っていく。 ④ 今後腹膜透析の患者も導入していく方向で、看護師教育を行う。	**ウ　腎臓内科** ①地域連携パスを運用し、患者数の増加に取り組んだ。 ②糖尿病ケア外来により、糖尿病患者の栄養指導や患者のとりこみを行った ③OCKD-I（大阪腎疾患研究会）により腎不全の啓発活動を行った。 ④市民公開講座を行った。
エ　内分泌代謝内科 ① 引き続き月曜日・火曜日の患者受け入れを積極的に行うとともに、他の曜日についても地域の需要に応じて受け入れ時間帯の見直しを行う。	**エ　内分泌代謝内科** 地域医療連携室を通じた予約患者に加えて、地域医療連携室を通さない緊急性の高い紹介患者についても可能な限り受け入れ、必要な医療を提供した。
オ　総合診療科 ① 現在5床の目標病床数を6床に増加させる。 ② 外来紹介患者 35名/月を目標とする。 ③ 研修医教育として、他施設と合同の症例カンファレンスの定期開催を目指す。 ④ 各種学会発表、研究発表について積極的に参加する。	**オ　総合診療科** ①延新入院患者数は平成30年度 100人から118人と約2割増加した。 ②外来紹介患者 36名/月と目標を達成した。 ③他施設と合同カンファレンスは開催できなかったが、ミニレクチャーや一般外来診療研修、入院症例カンファレンスを通じて研修医教育を行った。 ④令和2年3月 第227回内科学会近畿地方会にて発表予定であった(新型コロナウイルスにより中止)。
カ　循環器内科 ①　経皮的冠動脈インターベンション（PCI)270件／年にむけ今年度はより開業医と救急隊からの急性冠症候群のとりこみを行う。 ② カテーテルアブレーション100件/年以上を目指す。 ③ 心外科の症例確保のため大動脈疾患も含めて近隣医療機関へ広報を行う。	**カ　循環器内科** ①　経皮的冠動脈インターベンション（PCI)346件／年と大幅にPCIの件数は増加した。4月以降積極的に救急患者の取り組みを行った。 ②カテーテルアブレーション106件/年と目標は達成した。 ③かかりつけ医との連携を強化し、地域の頼れる循環期内科をめざした。 ④ロータブレーター、両心室ペーシング、植え込み型除細動器、浅大腿動脈ステントグラフト術の施設認定をとった。

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
キ　消化器内科 ① ESD症例上部、大腸合わせて100件を目指す。（H30年度見込み：85件） ② 地域医療連携室を介しての紹介患者を月平均80人以上を目指す（病診連携の強化）（現在平均77．4人,昨年度74．8人） ③ 大腸ポリペク入院待ち期間の短縮。現在3ヶ月待ちになっている大腸ポリペク入院を、2ヶ月以内にするよう、ポリペク枠を増設する。	キ　消化器内科 ①ESDは胃65件、食道16件、大腸29件の、計110件で、目標を十分達した。 ②地域医療連携室を介しての紹介患者数は、1年間で1947件、月平均162件であり、目標を大幅に上回った。 ③大腸ポリペクは、現在1ヶ月待ちで、目標を達したかに見えるが、現在はCOVID-19の蔓延のためキャンセルが相次いでいる時期であり、正確な評価はできない。
ク　神経内科 ① 難病診療連携拠点病院として、引き続き難病患者の診療を積極的に行う。情報の普及のため研修会を定期的に行い地域と連携していく。神経筋難病地域ケア研究会は例年通り計3回開催予定。 ② 急性期脳卒中の診療体制としてSCU（Stroke Care Unit）開設を目指す。	ク　神経内科 ①かかりつけ医との連携を深めるため、神経内科として同行訪問を6件行った。昨年度から大阪府から指定されている難病診療連携拠点病院として全体で活動できるよう、「難病診療委員会」へ参加した。 ②令和2年2月から脳当直を開始することにより、院内院外の脳血管障害など神経疾患・神経症候に対し、脳神経外科と連携した24時間の救急対応ができるようになった。
ケ　皮膚科 ① 難治性水疱症の診断と治療、薬疹、感染を合併した褥瘡の治療など、当院での加療が必要とされる皮膚科的疾患に対して、引き続き近隣のクリニックなどと連携をはかりつつ対応していく。 ② 外来では乾癬治療に対してバイオ導入を積極的に行なっていく。 ③ 紹介患者と新入院患者を確保する。	ケ　皮膚科 ①難治性水疱症は21人、重症薬疹は11人、感染褥瘡は6人であった。 ②外来では乾癬に対して生物学的製剤による治療を行っている患者は30人であった。 ③紹介患者数965人、新入院数254人であった。
コ　小児科 ①地域の開業医と連携し、感染性疾患で1000人の入院を目指す。感染症以外の疾患でも院内学級が必要な慢性疾患の児の受け入れを強化する。現在は腎疾患などの慢性疾患に限られるが起立性調節障害があり登校できない症例や肥満があり減量を要する症例などに焦点をあてて入院患者の増加を目指す。また心理カウンセリングを必要とする児を受け入れ症状や状態に応じて必要であれば児童精神科に紹介し当院でフォロー可能である児は当院にて経過観察する。 ②食物経口負荷試験の入院数を500人/年を目標とする。 ③在宅医療を必要とする重症心身障害児の体調不良時の加療を行うとともに、介護者の負担を軽減する目的でのレスパイト入院を積極的に受入れる。 ④地域周産期母子医療センターであるとともに、新生児診療相互援助システム（NMCS）参加施設として、安心・安全な周産期医療を提供し母子の育児環境を整える。具体的な入院目標は年間70例である。	コ　小児科 ①地域の開業医との連携のもと、感染性疾患およびそれ以外の疾患で1000人の入院達成することが可能であった。しかし感染症の流行の度合いに左右されるため、感染症のみでの1000人以上の入院の達成は難しかった。 院内学級が必要な慢性疾患の児の受け入れは積極的に行ったと評価している。次年度は腎疾患などの慢性疾患および起立性調節障害があり登校できない症例や肥満があり減量を要する症例などに焦点をあてて入院患者の増加を目指す。 また心理カウンセリングを必要とする児を受け入れ症状や状態に応じて必要であれば児童精神科に紹介し当院でフォロー可能である児は当院にて経過観察を行った。 ②食物経口負荷試験の入院数は405人で目標の500人/年に届かなかった。次年度の目標としては400人以上を維持できるようにしたいと考えている。 ③在宅医療を必要とする重症心身障害児の体調不良時の加療を行うとともに、介護者の負担を軽減する目的でのレスパイト入院を積極的に受入れた。 ④地域周産期母子医療センターであるとともに、新生児診療相互援助システム（NMCS）参加施設として、安心・安全な周産期医療を提供し母子の育児環境を整え具体的な入院目標は年間70例でったが、小児科医師の人員不足により一時縮小したため、58人にとどまることとなった。

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
サ　消化器外科 ① 消化器癌手術件数　255件/年、紹介数増加を目指し、地域医療機関訪問を30件/年とする。 ② 腹腔鏡手術の割合を高める。大腸癌65％、胃癌55％を目指す。日本内視鏡外科技術認定医の取得を目指す。 ③ 腹腔鏡下胆嚢摘出術105例。 ④ 腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術60例、学術活動として、学会発表80件以上、論文発表12編。 ⑤ ロボット手術の導入。	サ　消化器外科 ①消化器癌手術件数299件、地域医療機関訪問数15件。 ②腹腔鏡手術割合は、大腸癌59.2%，胃癌44.6%であり、新規日本内視鏡外科学会技術認定医はなし。 ③腹腔鏡下胆嚢摘出術は92例。 ④腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術は71例。学会発表81件、論文発表16編。 ⑤ロボット直腸癌手術を開始19例施行。
シ　呼吸器外科 ① 肺癌（原発性と転移性の合計）の手術数を40例。 ② 原発性肺癌の治療例（手術と内科的治療例の合計）を65例に増やす。 ③ 呼吸器外科手術総数70例を目標とする。 ④ ダヴィンチへの移行を視野に肺癌に対する胸腔鏡手術を年間20例を目標とする。	シ　呼吸器外科 ①肺癌（原発性と転移性の合計）の手術数は39例と増加した。 ②原発性肺癌の治療例（手術と内科的治療例の合計）は手術症例30例、内科的治療44例の計74例と前年度と比較して大幅に増加した。 ③呼吸器外科手術総数は69例であり、前年度と比較して減少したものの、ほぼ目標通りの結果であった。 ④肺癌に対する完全胸腔鏡下手術は20例であり、目標通りの結果であった。
ス　乳腺外科 ① 原発乳癌手術数目標100から120例 に増やす 。 ② 平成 29 年 4月から 外来日週 3日から5 日に増え、平成 31 年 4 月から応援医師または 常勤医師 1 名を加え、3 人体制にする。	ス　乳腺外科 ①令和元年に行った原発乳癌手術は107例だった。 ②乳腺外科の外来は週5日行っており、火曜日午前のみ大阪大学乳腺外科から応援医師を派遣されている。乳腺外科2名と、乳腺専門医を目指す専攻医1名で診療を開始した。 ③癌パネル検査はシスメックス社オンコガイドを採用し、12名の患者に施行済み。
セ　小児外科 ① 年間手術件数 90 例以上の安定的確保（平成 30 年は 91 例）。 ② 平成 32 年度までに年間手術件数 100 例到達 。 ③ 鏡視下手術件数 25 例以上の安定的確保（平成 30 年は 17 例） ④ 小児外科的 Major 手術や新生児手術に対する 基盤構築 小児外科認定施設（教育関連施設） を 目指す 。 ⑤ 地域 への 広報活動 を行う。	セ　小児外科 ①手術件数は84例.目標値未満だが昨年度より微増した. ②入院患者数は459名.昨年度＋42例,一昨年度+117例 と漸増した. ③鏡視下手術件数は32例で 目標値に到達した. ④安定した年間手術件数が評価されて、小児外科教育関連施設Bを取得した.親施設指導医支援で鏡視下手術の適応を拡げた. ⑤地域広報活動は継続課題として模索中. 緊急手術・処置には23例対応した.
ソ　泌尿器科 ① ロボット支援下手術の適応の拡大 。（腎部分切除、膀胱全摘）	ソ　泌尿器科 ①腎部分切除に対するロボット支援下手術を開始した（17例）。膀胱全摘への適応は出来なかった。次年度の課題と考えられる。

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
タ　脳神経外科 ① 手術件数に関しては日本脳外科学会への報告様式にて年間350件（中河内救命センター症例も含めて）を目指す。 ② 血管内治療の件数70件を目標とする。 ③ 救急患者の受け入れを積極的に行い、安定した手術件数を確保するために予定手術件数年間150件を目指す。 ④ 地域住民向け市民講座などを行う。 ⑤ 中河内救命センターとの連携を強化し、脳疾患（外傷を除く）の診療体制を構築する。 ⑥ 脳卒中学会の血栓回収センター認定を取得　さらに2020年には包括的脳卒中センターの認定を目指す。	タ　脳神経外科 ①手術件数に関しては日本脳外科学会への報告様式にて年間355件（中河内救命センター症例も含めて）を達成。 ②血管内治療の件数52件。 ③救急患者の受け入れを積極的に行い、安定した手術件数を確保するために予定手術件数年間150件は達成。 ④地域住民向け市民講座は機会なく達成できず。 ⑤中河内救命センターとの連携を強化し、脳疾患（外傷を除く）の診療体制を構築、症例も増えつつある。 ⑥脳卒中学会の血栓回収センター認定は血管内治療専門医の確保困難で取得は困難（学会としても現在pending中）。
チ　整形外科 ① 書面の送付や直接挨拶を行い、更なる地域医療機関との連携により症例数の増加を図る。 ② 中河内救命センターとの手術協力、空床の利用等での連携が出来るようになったが、今後も更に一層の連携を図っていく。 ③ 紹介患者、救急患者の増加により、手術症例も増えているため、それに対応出来るよう、大学医局に常勤医の増員を依頼していく。	チ　整形外科 ①地域の先生方との連携をはかり手術件数は前年度より21件増加し、897件となった。 ②中河内救命センターでの整形外科手術後の経過観察を当院にて行い、追加手術があれば当院にて協力して行うことができた。 ③現在常勤医8名でそれぞれの専門性をいかした診療を行っている。増員に関しては継続して大学に依頼している。
ツ　形成外科 ① 難治性皮膚潰瘍の受け入れ、10例目標。 ② 手術数500例以上目指す	ツ　形成外科 難治性皮膚潰瘍の受け入れは　22名で目標を達成している。皮膚潰瘍の手術数は　同じ人に数回手術するので　52例となっている。　全体の手術数は530例と目標を達成できた。
テ　眼科 ① 硝子体切除術　160例／年 ② 加齢黄斑変性、網膜静脈閉塞症の硝子体注射　820例／年 ③ 白内障手術　1，200例／年	テ　眼科 ①硝子体切除術　129例。 ②加齢黄斑変性、網膜静脈閉塞症の硝子体注射　786例（外来での施行例を含むと1034例）。 ③白内障手術　1266例。 硝子体注射と白内障手術は計画を達成できた。硝子体切除術は129例であったが、前任の医師が赴任した2018年は126例であった為、後任の医師が健闘していると考えている。
ト　耳鼻咽喉科 ① 耳鼻科入院患者平均20人/日。 ② 外来紹介患者数の増加。 ③ 鼓室形成術50件。	ト　耳鼻咽喉科 ①　平均入院患者数　17．96人/日で若干目標に足らず。 ②　紹介患者数は前年比　222人増加し、1670人となった。 ③　鼓室形成術（耳）　59件で目標は達成。

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
ナ　産婦人科 ① スマホにも対応した魅力あるホームページ作成を事務局とともに検討する。 ② 近隣病院や保健所との連携を高め、社会的ハイリスク症例などの当科で完結する症例を積極的に受け入れる。 ③ 鏡視下手術の指導医・東洋医学学会指導医などの資格獲得に向け、各医師が協力し研鑽する。	ナ　産婦人科 ①スタッフの努力により内視鏡手術が軌道にのった。1年間で悪性腫瘍を含め47件施行した。 ホームページ作成に関しては、年度末に予算化されたので、全体の構成とコンセプトを整理している段階である。 ②NICU入室を要する緊急母体搬送の受け入れは減少したが、待機できる症例に関しては積極的に受け入れるようにした結果、大きな減少には至らなかった。 ※河内総合病院が12月末で分娩の取り扱いを休止した事に伴い、今後分娩数の増加が見込まれる。
ニ　放射線科 ① 強度変調放射線治療を用いた高精度治療化が理想的に進んでおり、現時点で安全に施行できており、さらに積極的に適応拡大に取り組む。 ② 肺や肝腫瘍への体幹部定位照射の精度を、マーカー留置や呼吸停止下照射などの手法を用いて向上させ、症例増加を目指す。また、これらの経験を学会や論文で発表する。 ③ 前立腺癌へのスペーサー挿入を早期に定着させ、直腸出血の合併症低減を実現させることとともに、地域へ最先端の方法で照射していることをアピールしていく。	ニ　放射線科 ①放射線治療の新規件数や照射総件数も増加しつつ、その中に占める強度変調放射線治療などの高精度照射の割合も、50%近くまで増加しており、当初の予定を上回るペースでの高精度化が進んでいる。 ②体幹部定位照射に関しては、当院では重点的に取り組んでおり、肺や肝臓への照射が着実に増加している。それ以前は、5件/年程度であったが、20件/年程度まで増加した。今後さらなる症例増加を図り、研究報告なども積極的に行っていきたい。 ③前立腺のスペーサーを用いた外部照射は、すでに施設基準や機材の納入は完了している。COVID-19に伴う感染防止対策の一貫で、他職種との接触を控えているため、保留されているが、収束の目処が立てば、早急に再開したい。
ヌ　麻酔科 ① 全身麻酔件数は2，700件／年を目標とする。 ② 麻酔科管理件数は3，000件／年を目標とする。 ③ 安全で質の高い麻酔管理を行うため、麻酔科スタッフの増員や麻酔科応援医師の増員を図る。 ④ 特に心臓血管外科の麻酔に対応する体制を整備する。	ヌ　麻酔科 ①全身麻酔件数：2916件/年　目標達成を達成した。 ②麻酔管理件数：3211件/年　目標達成を達成した。 ③麻酔科スタッフの数は変化なく、令和2年1月より週3日勤務の麻酔科日勤応援医師が2名採用となった。 ④大阪大学病院、桜橋渡邉病院の麻酔科医の指導で当院スタッフによる心臓手術麻酔を行った。
ネ　病理診断科 ① 診断精度を高めるため症例に応じて、免疫組織学的検討を行う。 ② 診断困難例に対する対応として大阪大学を含め他施設との連携を強化する。 ③ 最新の診断基準や取り扱い規約に精通し、正確な病理診断を心がける。	ネ　病理診断科 ①②③とも達成出来たと考える。 ①は免疫染色で非特異的な染色や染色がうまくいかないものに関しては染色の条件を変えてみるなど、都度調整している。 ②に関しては阪大や国立がん研究センターの病理診断コンサルテーションを利用している。 ③は希少な腫瘍などにはまだ精通していない部分があるが、最新のWHO分類、取扱い規約に精通するように努力している。

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
ノ　緩和ケア内科 ① 地域医療機関とのケースカンファレンスの実施を行う。退院後の療養の様子を訪問診療、訪問看護から学び、在宅療養を支援する病棟としての機能を高め、地域にもアピールする。 ② 緩和ケアセンターを組織し、がん患者が診断から治療、治療終了後まで安心して医療を受けていただける体制を作る。 ③ 平均在院日数30日以内。在宅退院15％以上、入院待機期間14日以内を維持する。 ④ 目標稼働率　80％。	ノ　緩和ケア内科 ①東大阪緩和ケア地域連携カンファレンスを、7月より開始した。月1回、訪問診療、訪問看護、訪問介護のスタッフと協働して、ケースカンファレンスを開催した。12月までに5回行ったが、それ以降は新型肺炎対策で休会となっている。 ②4月より緩和ケアセンターを開設し、緩和ケア外来、緩和ケア病棟、緩和ケアチームを総括している。がん看護外来も軌道に乗り、診断から治療期、終末期まで、どのような時期であっても患者さん、ご家族の苦しみ、希望に対応できることを目標に活動している。毎週1回、緩和ケアセンター会議を開催。 ③平均在院日数19.4日、在宅退院　29%、入院待機期間　1.58日。 ④稼働率　77.5％。
ハ　歯科 ① 周術期口腔機能管理の推進 院内に周知啓蒙を図るとともに、周術期管理件数の増加を図る。 ② 地域連携の強化 かかりつけ医を持たない患者も多く、周術期管理の依頼などがきっかけで当科受診した患者を地域の歯科医院へ逆紹介を図っていく。 ③ 電子カルテ上の病院内で共有可能な口腔管理のシステムの構築 歯科での口腔内の評価が他科や他職種とも共有可能な電子カルテ上のページの作製を試みる。	ハ　歯科 ①周術期口腔機能管理の推進 積極的に周術期口腔機能管理に取り組み、管理件数の増加がみられている。地域の歯科医院との連携での管理も強化しているところである。 ②地域連携の強化 上記の周術期口腔機能管理の連携を含め、地域の歯科医院との連携の強化を図っている。 ③病棟看護師など他職種との共有可能な電子カルテ上の口腔管理の方法について検討中である。
ヒ　口腔外科 ①引き続き、口腔外科に割り振られている木曜日全日、金曜日午後の手術枠の100%使用を継続する。 ②口腔外科手術待機期間を可及的に短縮するため、金曜日午前のフリー手術枠を積極的に利用を進める。前年度で掲げた手術方針決定から手術実施までの期間を概ね1月とするという目標を継続する。 ③他医療機関から依頼のある急性期症状を有する患者は全日を通じて全例受け入れていく。 ④口腔外科入院手術を受ける患者さんの周術期口腔ケア達成率を引き続き100%目標とする。 ⑤平成31年度から口腔外科の人員補強が予定されており、口腔外科外来手術件数を年間10％増加させる。	ヒ　口腔外科 ①口腔外科に割り振られている手術枠は100％使用。効率的な手術計画により平成元年度における全身麻酔下の手術件数は387件（+28件）と前年度より増加している。 ②口腔外科手術待機期間は1～2ヶ月となっている。緊急性の高い悪性腫瘍や外傷に関しては、遅滞なく手術を実施している。 ③他の医療機関からの緊急性の高い症例は地域医療連携室の協力により、依頼のあった全ての症例で迅速に受診受付、治療開始となっている。 ④歯科および紹介元医療機関の協力により、全身麻酔下の予定手術前における周術期口腔ケアは全例において実施されている。 ⑤前述の通り、令和元年度の外来手術件数は診療日ﾍﾞｰｽで1～2件の増加あり。令和2年度から口腔外科人員は（－1）となっているが、引き続き効率的な運営で手術数増加を継続達成したい。

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
フ　精神科 ① 入院患者の精神的問題の解決のため、介入・対応を行う。	フ　精神科 ①精神保健福祉士を採用し、院内・院外連携を深めることが出来た。特に、精神疾患合併症患者の受け入れがスムーズになった。 ②認知機能ケアチームを効率よく運営することができ、週1回のカンファレンスや病棟回診などを実施することが出来た。 ③認知症外来を立ち上げ、専門的な診療を開始し、地域の医療機関からの紹介を引き受けることが出来た。 ④入院中患者に関する各科からの紹介を受け、リエゾン診療に注力することが出来た。 ⑤初期臨床研修医に対して、教育・指導を行うことが出来た。
へ　集中治療部 ① 細菌同定検査機器の更新計画に基づき検査の迅速化を行い、臨床へすみやかに還元するとともにコストカットを勧める。 ② 現在の臨床検査精度管理レベルの維持に務める。 ③ 生理検査室と内視鏡室の連携を進め、窓口の一本化を行い、効率化を行う。 ④ 心臓センター設立にむけて検査機器の整備（3Dエコー）と診断技術の向上を進める。	へ　集中治療部 ①4階改修工事の完成に伴い、新ICUの運用を開始。 ②特定集中治療管理料3の申請を行い、ICU6床から開始し、現在はICU8床として運用している。 ③集中治療部運営マニュアルを整備し、主科医師、集中治療部医師、看護師、多職種の連携により患者管理を行う体制となる。 ③ICU当直体制の確立（応援医師を含む）。 ④院内医師で集中治療部専従医師を充当し、不可能な場合は補助的に応援医師を招請。

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
ホ　臨床検査科 ① 細菌同定検査機器の更新計画に基づき検査の迅速化を行い、臨床へすみやかに還元するとともにコストカットを勧める。 ② 現在の臨床検査精度管理レベルの維持に務める。 ③ 生理検査室と内視鏡室の連携を進め、窓口の一本化を行い、効率化を行う。 ④ 心臓センター設立にむけて検査機器の整備（3Dエコー）と診断技術の向上を進める。	**ホ　臨床検査部（臨床検査科＋臨床検査技術科）** ①細菌同定検査機器は3月末に導入した。翌日の細菌同定が可能となり報告日数が1日短縮された。検査手順と試薬変更に伴う費用削減効果の報告は次年度へ持ち越す。 ②日本医師会など計4団体の外部制度管理において良好な成績であった。 ③2階受付窓口の集約化による患者満足度の向上は、病院の重点取り組み計画でもあり、実現に向け引き続き協力していく。 ④3D心エコー装置は導入した。診断技術の向上は次年度も継続して行う。 ・標準作業手順書は概ね完成した。今後も随時見直し標準化と効率化を図る。 ・学会発表は6部署中2部署であった。次年度も継続して職員の意識改革を促す。 1．検体検査 1）出現実績ZONE法による再検率は約1％減少に止まった。適応項目の拡充が次年度の課題であり、継続検討が必要である。 2）超高速凝固採血管導入は費用対効果を鑑み次年度の課題とした。検体前処理業務（遠心、血清分離）を効率化したことで、若干ではあるが短縮傾向を示した。（全体で2分前後短縮） 3）査定上位5項目（①PCT、②NT-proBNP、③TSH、④FT4、⑤FDP定量）を重点項目とし、医事課、外部委託業者と連携し、症状詳記の依頼や病名漏れ確認作業などを行った。（2018年12月（0.29％）→2019年11月（0.21％）） 2．細菌検査 年度末に質量分析装置の導入が完了した。検体提出の翌日には同定菌名の報告が可能となり、機器更新により報告日数が1日短縮された。 検査手順および試薬等も変更されたため、経費削減効果は次年度に持ち越しとする。 3．輸血検査 インシデントや製剤の保管管理に問題はなく、安全な輸血運営を行うことができた。中河内救命救急センターとの製剤共有については、輸血運営委員会の承認は得ているが、まだ開始できていない状況であり次年度に持ち越しとする。 4．ゲノム診療用病理組織検体取り扱い規定に基づき、手技の再確認や、原理について知識向上に努めている。コンパニオン診断やゲノム検査の結果を解析し、原因についての考察や病理検査室内で情報を共有し、機器の設定や処理工程の変更を行い、2019年10月以降に提出された検体における病理工程が原因での検査不能は0であった。

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
	ホ　臨床検査部（臨床検査科＋臨床検査技術科）（続き） 5. 生理検査・超音波検査 1）マニュアル改訂・標準作業手順書は概ね完了した。今後も更に改良を重ね業務の効率を図る。 2）神経生理検査はタスクシフトにより、至急検査への柔軟な対応と大幅な件数増加を達成した。2018年度 2751件→2019年度 3440件（神経数） 3）ペースメーカ外来時のペースメーカチェックについては臨床工学技士が多忙のため達成されず次年度へ持ち越しとなった。 4）超音波検査装置の保守契約を見直し、年間350万円の委託費用を節減した。
マ　臨床腫瘍科 ① 平成30年からBRCAコンパニオン診断を開始した。平成31年4月からオンコマインでがんゲノム医療を実装し、周囲の医療機関に周知する。	**マ　臨床腫瘍科** ①家出医師の外来化学療法施行数は1年で88例だった。また、臨床腫瘍科としての主治医入院患者延べ数は65例だった。Oncoguideパネル検査も12例完遂した。

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
ア　看護局 ① 急性期一般入院基本料1の算定を前提とした看護体制を維持する。（看護要員の確保、夜勤時間と勤務時間の確保、重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱへの対応等） ② 急性期看護補助体制加算50対1、夜間100対1を維持する。（看護補助者の確保、重症度、医療・看護必要渡評価、院内研修等） ③ 周産期センターおよび小児医療センターの運用を安定させ、協働体制を図る。 ④ 手術室の拡大と、心臓血管外科手術開始に伴う手術棟の看護体制を整備する。 ⑤ 病床の増床に伴うICUの看護体制を整備する。 ⑥ 循環器内科および心臓血管外科の混合となる8階北病棟の看護体制を整備する。 ⑦ 新採用看護師・助産師の教育・育成と、定着を図る。（新採用者離職率10％以内、全体の離職率10％以内） ⑧ 継続教育を充実させてラダー1および2の看護職員を育成し、併せてラダー3・4・5の取得促進と、管理職の育成を図る。 ⑨ 認定看護師および専門看護師の育成と採用を促進する。 ⑩ 特定行為研修を受けた看護師の役割と業務内容について看護局を含む院内全体で周知を図り、養成に向けた準備を行う。 ⑪ 看護師および助産師一人あたりの年次有給休暇取得目標を10日とする。 ⑫ 看護職の働き方改革として、16時間夜勤の12時間短縮と、祝休日勤務の振替について検討する。	**ア　看護局** ・看護職員を確保し、夜勤時間と勤務時間の確保を行い、令和元年度は年間を通して「急性期一般入院基本料1」の算定が維持できた。令和元年度における重症度、医療・看護必要度の平均は33.3％であり、30％以上の基準を上回った。令和2年度からの必要度Ⅱによる評価の準備にも取り組んだ。 ・急性期看護補助体制は50対1、および夜間100対1を維持した。 ・周産期センターおよび小児医療センターは、部署の改修と病床数の減少に対応し、いずれも外来との一元化に取り組んだ。周産期センターの助産師は妊婦健康審査や、産褥健診などに従事し、妊産褥婦・新生児への継続したケアを行った。小児医療センターの看護師は、小児外来や小児救急での業務に従事して病棟以外での小児看護を行った。 ・手術棟では令和元年8月から開始された心臓血管外科手術に対応し、当該科の手術対応ができる看護師数を増やすことに取り組んだ。 ・ICUは4床運用から開始して6床、8床と順調に運用病床数を増やすことができた。10床運用の看護配置は行えなかった。 ・8階北病棟では従来の内科対応だけでなく、周術期を含む循環器専用病棟として運用が安定した。心臓リハビリテーションへの取り組みが課題である。 ・令和元年度採用者84名中、新卒者16名、既卒者3名の計19名が退職し、新採用者の離職率は22.6％であった。看護局全体の退職者数は54名、離職率は10.8％で前年度より0.3％増えた。 ・継続教育の充実に取り組み、看護実践力の承認ツールであるクリニカルラダーの取得は少しずつ進んでいるが、部署間での取り組み差が課題である。 ・集中看護認定看護師の教育課程および、認定看護管理者教育課程サードレベルを各1名が修了し、認知症看護認定看護師および、がん化学療法看護認定看護師教育課程を各1名が受験し合格した。令和2年度に受講予定である。 ・2部署が12時間夜勤を導入した。 ・年次有給休暇の平均取得日数は7.6日で法定以上であった。
イ　薬剤科 ①薬剤管理指導件数1，500件/月を維持する。 ②後発医薬品使用率（数量ベース）については機能評価係数ⅡからⅠへの変更等による影響を最小限に抑え、高い数量ベースを維持できるよう品目ベースについても増加を図る。	**イ　薬剤部** ①薬剤管理指導件数は1623件／月で目標を達成できた。また、より質の高い薬物療法を実施した結果、ハイリスク薬の算定が増加している。 ②後発医薬品使用率（数量ベース）についても安定して90％台を維持することができた。

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
<u>ウ　放射線技術科</u> ①「脳卒中ホットライン」や時間外緊急検査の即時対応を目指す。そのため全日夜間の2名勤務を目指す。 ②人間ドックのマンモグラフィのオプション受付開始を目指す。 ③手術室設置更新工事に伴うハイブリッド手術室の導入に備え、技師教育、外部研修を開始する。 ④待ち時間の状況を見える化し、待ち時間縮小を目指す。	<u>ウ　放射線技術科</u> ①全日夜間の2名勤務体制を達成し、「脳卒中ホットライン」や時間外緊急検査の即時対応が可能となった。 ②人間ドックのマンモグラフィのオプション受付開始は出来なかったが、乳がん市民健診の受入に対する市民の認識向上が認められ、件数が増加している。 ③ハイブリッド手術室の技師教育が順調に行え、ローテーション勤務が可能となった。 ④待ち時間の状況を見える化が一部達成できた。継続して見える化を行っている。また、待ち時間縮小の施策も一部実施できた。
<u>エ　臨床検査技術科</u> ① 各検査室において、標準作業手順書を作成し業務の標準化と効率化を図る。 ② 各検査室において、年1回以上の学会発表や論文投稿を行うことで、能力開発と意識改革を促し、良質な検査結果を迅速に提供できるよう全力で取り組む。 ③ 検体検査 1．システム更新時に導入した検査結果検証法（出現実績ZONE法）を完成させ、再検査を減少させることにより、試薬費用の5％を節減する。 2．超高速凝固採血管を導入し、緊急検査の所要時間を10分短縮する。 3．検査セットの見直し等、査定対象となる検査項目の是正と適正化に取り組む。 ④ 細菌検査 1．検査手順を改良し、試薬や培地等の見直しを行うことで、経費削減と結果報告所要日数を短縮する。 ⑤　輸血検査 1．安全な輸血運営を第一に、インシデント防止対策の強化と血液製剤の保管管理を徹底する。 2．中河内救命センターとの血液製剤の共有体制を構築し、廃棄率の低下に取り組む。 ⑥　病理検査 1．積極的に学会や講習会に参加することで、ゲノム医療連携病院に必要な遺伝子検査領域の技術と知識の習得に努める。 2．意識改革と標準化によるインシデント抑制とリスクマネジメント管理に努める。 ⑦　生理検査・超音波検査 1．検査マニュアルを改訂し、標準化と効率化を図ることで、患者待ち時間と拘束時間の短縮による患者満足度の向上を図る。 2．神経生理検査を細分化し、従来、医師と共同または医師のみで施行していた検査の一部を、技師のみで施行する事により医師の業務軽減を図る。 3．ペースメーカ外来時のペースメーカチェックを臨床工学技士と連携することで、業務委託費用を削減する。 4．一部の超音波検査機器について、臨床検査技師が作業前後の点検を行うことで、業務委託費用を削減する。	<u>ホ　臨床検査部へ統合</u>

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
オ　臨床技術科 ① （目標）70，560単位/年（H30年度目標：51，840単位、H29年度実績：49，665単位） ② 「脳血管Ⅰ」の安定した施設基準維持のため、作業療法士の増員を図る。 ③ 心臓血管外科・ICUの増設に合わせて、急性期リハの熟練度を上げるための技師教育、外部研修等の教育推進を継続していく ④ 初期・早期加算のついた患者オーダー増加のため、機会を見つけては処方医と連携していく（急性期リハに特化していく） ⑤ 休日リハ実施のため土曜日のリハ実施を基本にして、3連休以上の大型連休時は、連休にならないようにシフトを組んでいく	**オ　リハビリテーション技術科** ①令和元年度は74,603単位を取得し、目標の70,560単位を達成した。 ②令和元年度、想定外の作業療法士1名退職に伴い、令和2年度も施設基準が不安定な状態が継続されている。再度、作業療法士の増員を図る。 ③新人教育の実施、外部研修学習により、心臓血管外科・ICUへの超急性期からのリハビリ介入は、問題無く実施できている。引き続き技師教育及び教育推進を実施していく ④各カンファレンスの参加、主治医及び看護師との連携により、急性期リハビリを中心としたリハビリオーダー数の増加がみられた。継続して他職種との連携を実施していく ⑤「連休にならないリハビリ」を技師2名体制、大型連休は5名体制で実施した結果、離床の遅れに伴うADL低下の防止及び急性期リハビリ実施件数の増加に繋がった。 急性期リハビリ（初期・早期加算件数） H30年度初期加算18,605件→R元年度初期加算21,665件 H30年度早期加算31,785件→R元年度早期加算35,932件
カ　栄養管理科 ① 管理栄養士の病棟常駐を拡大し、1病棟年間約50件の入院栄指導件数増を目指す。 ② 特別食該当患者が入院初日から適応疾患の特別食がオーダーされるよう積極的に医師へ提案し特別食加算増と栄養指導件数増に繋げる。	**カ　栄養管理科** ①令和元年5月から新規で6階北病棟へ管理栄養士の常駐を開始し、入院栄養指導件数は増加した。 [常駐前　36件/月　→　常駐後　50件/月　算定・非算定合計] ②入退院センターへ管理栄養士を配置したことで（現行週2日午前中、センター開設後は常駐を予定）、入院前から治療食適応患者を把握し入院初日から治療食オーダーが可能（主治医許可のうえ）となり特別食加算比率が増加した。 [特別食加算比率：平成30年度35.8%　→　令和元年度37.3%] また、入院栄養指導件数増加にも繋がった。 [平成30年度　4,766件　→　令和元年度　6,169件（算定・非算定合計）]
キ　臨床工学科 ① 現在、当科の職員数は8名となっており、2月に1名、4月に1名の計10名の運用となる。増員は人工心肺業務の増などの理由があり、当直体制を組むには非常に厳しい状況である。業務の遂行、（呼吸器管理を含む）当直体制の確立の為の人員確保を行う。 ② 臨床業務としては前年度実績に加え、人工心肺業務、ダヴィンチ業務が増え、MEセンターにおける中央管理システムの拡充を行わなければならない。そのためにより高度な知識・技術の習得ならびにより円滑なME業務の運営を行っていく。 ③ 従来業務、ICUの改修、心臓外科手術への対応、ME中央機器管理への対応を考え、人員配置を考えた整備・意思の疎通を進める。	**キ　臨床工学科** ①臨床業務はほぼ順調に進んでいる状況である。ME機器管理業務はME管理システム導入を見込み、新たなシステムへの転換へ向け移行に専念している状況である。 ②臨床業務は、人工透析・心臓カテーテル・人工心肺・アブレーション・DaVinciは順調に推移している。PM外来、PM遠隔業務の用意中である。 ③人員配置の安定に努め、業務に必要な人員確保、人材教育の充実に努めた。

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
ク　事務局 ① 総務課 ・ハラスメント防止、コンプライアンスの徹底を継続して行い、時間外勤務の縮減を図り、働きやすい職場環境の整備を進める。 ・老朽化に伴う改修工事に加え、療養環境、職場環境の付加価値を高める改修・設備投資を計画的に実施するとともに、財源となる経費節減に継続して取り組む。 ② 医事課 ・医事課経験を有する職員を採用したが、人員的には人数を満たしておらず、今年度も採用にむけ取り組みを継続する。診療報酬に関する請求及び査定等については精度向上をはじめ、これらのことをシステム化できるよう業務構築する。また、未収金等に関しても、初期・継続対応についてシステム化できるよう業務構築する。 ③ 医療情報管理課 ・診療録の質を管理し、精度の向上を図り、診療統計を整備する。 ・昨年度、医療情報システムの更新が終わり、IT化を推し進め、統計データ抽出の自動化やシステム委託費の見直しを行う。 ・支出・収入にかかる経理処理を適切かつ効率的に行う。財務会計だけでなく、管理会計の側面も加味した会計業務を行う。 ・経営面では、病床稼働は勿論のこと医療用ロボット『ダヴィンチ』や心臓血管外科手術『ハイブリット手術』、などの新たな高度医療の稼働を高い水準に持っていくため、データを基に各科にアプローチを行う。	**ク　事務局** ①（総務課）ハラスメント防止規程及びコンプライアンス推進規程を改めて通知し周知徹底を図るとともに、全職員向けにハラスメント防止研修を実施した。また、働き方改革を推進するためワークライフバランス促進休暇を創設した。 ・高度急性期医療推進の観点から、平成30年度から実施しているハイブリッド手術室の新設並びにICUの増床を含む4階・5階エリアの病棟改修事業が完了した。 ・療養環境の改善として、2階外来トイレのリニューアル、院内全トイレの温水洗浄便座設置を行った。老朽化した床頭台を全台更新し、据付TVやセーフティボックスの仕様を変更することで、入院患者の利便性・快適性を向上させた。院内照明約3,500台をLED化し、省電力を図りながら、明るく快適な環境を作り出した。 ・職場環境の改善として、各病棟階に看護師休憩室を増設するとともに、平成30年度から実施している病棟スタッフステーションのリニューアルについて全病棟の整備が完了した。 ・経費節減として、清掃委託における業務仕様の徹底した見直しを行い、年間約1,800万円の費用削減を、コンサルタントと協同で実施している薬品費・診療材料費の価格交渉において、年間試算で医薬品 約5,000万円、診療材料 約2,600万円の削減を達成した。また、床頭台更新にかかる財源を補てんするため、テレビカード運用の一部変更を行い、テレビカードの売上を1月あたり約170万円増収させた。（R01.11～R02.03実績） ②（医事課） 入院診療報酬業務は令和元年10月に完全職員化することができたが、人員的には当初の予定からは欠員が続いている状態である。また、初心者から経験者の個々のスキルがバラついているため、スムーズな業務運用ができず休日出勤や超過勤務が少なくならない状態である。来年度はこのことを踏まえ、若干名の採用と教育体制の充実で、業務と人的な質の向上を目指す。 未収金に関しても、人的ではあるが未収金防止の業務構築ができ、システム化できるよう ③（医療情報管理課） これまで委託の範疇で実施していた診療録の最終確認業務について、委託費削減および質の向上を目指し、一人嘱託職員を増員し職員で実施することとした。加えて大々的なカルテの整理を行い、診療録のアリバイ整理の実施と院内スペース確保に努めた。 システム業務経験者を中途採用することで、市からの派遣職員解除にも対応できる体制強化を図った。一方で、データ抽出に関する業務について改善を進めるとともに、委託業務からの切り離しを実施した。これにより、9月より電算室業務における人員を削減し、システム委託費削減を実現した。

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
	ク　事務局（続き） 　経営面ではダビンチ手術および心臓血管外科手術について、積極的に広報を行い、患者確保につなげた。特に心外手術は大きな収入源となっており、毎月5千万以上の売上増につながっている。また、各診療科については、毎週の幹部会議の資料を配布し、患者数等データの意識付けを行うことで、高い稼働の実現につながった。 　昨年指摘を受けた退職給付引当金について、次年度以降5年の分割に運用変更することで、管理会計の視点から、単年度への大きな影響を回避することとした。
ケ　地域医療連携室 ① 地域医療連携室の体制を再編し、地域連携部門、福祉・医療相談部門、入退院支援部門に分け、効率的・効果的に役割が遂行しやすいように構築する。 1．患者・家族等が気軽に相談しやすく、情報をとりやすい環境並びに医療・介護・福祉等関係機関と連携しやすい環境の設備整備をおこなう（地域医療連携室・相談室・情報コーナーを1Fに移転する） 2．入退院センターと退院調整部門（地域医療連携室の退院調整部門）の統合。 3．地域医療連携室の予約受付業務と外来予約受付窓口業務を集約する。また可能な診療科は紹介状のある患者からも直接予約が取れるシステムを検討する。（予約センターの新設） ② 渉外活動や地域の医療機関へのアンケート結果から課題解決に向けて取り組む。（かかりつけ医への積極的な情報提供、断らない救急医療、スムーズな予約受付、退院カンファレンスの充実、当センターの役割機能の見える化等） ③ 医療連携強化と地域包括ケアシステム・地域医療への貢献 1．地域医療連携室だけではなく、院内の専門職が院外に赴き、市民や地域の医療・介護・福祉等の関係者と交流を深めながら顔の見える関係づくりと地域医療の貢献に努める（自治会での研修会、施設や退院前・後の訪問等） 2．市民が当センターをより身近に頼って貰えるよう病院の魅力や機能に実際にふれあえるイベントを病院全体で企画する。	**ケ　地域医療連携室** 1)令和2年6月予定の地域医療連携室及び医療相談・がん相談支援センターが1階正面玄関へ移動し、入院受付窓口、入退院センター、かかりつけ医紹介窓口等が統合し、「患者総合支援センター」の開設に向けて準備を進めた。 ①患者情報コーナーも1階へ移設予定だが、デジタルサイネージ設置とあわせた具体的な計画までは至らず。その他は計画通りである。 ②入退院センターと退院調整部門との組織統合には至らなかったが、患者総合支援センター管轄として統合された。 ③地域医療連携室組織下から予約受付業務を外して外来予約受付業務と合わせた新しい『予約センター』を新設する構想であったが至らず。 2）地域医療機関からの意見や課題に対して取り組み、予約取得に要する時間短縮に努めた。下半期評価では待ち時間の苦情はない。地域医療機関や市民（通院患者）に向けた広報を計画通りおこなった。今後も当センターの役割機能が十分発揮できる様に、提供する医療情報は引き続きリアルタイムに広報していく。 3）地域包括ケアシステム構築に向けて医療連携強化に努めた。 ①渉外活動、会議や研修会等を通して積極的に地域へ赴き関係づくりをおこなった。 （例：新診療科の部長訪問、八尾市への進出） ②オープンホスピタルを発案するがメンバー集まらず。今年度は断念。次年度はコロナの状況を見ながらも企画にあげていく。

第6　医療センターにおける専門医療の取組　（又は 各局等における取り組み）

令和元年度計画	令和元年度実績（取り組み）報告
コ　医療の質・安全管理室 ① 当室で管理しているデータの可視化、分析、委員会などを通して多職種と協働しながらPDCAサイクルを回し医療の質の向上を図っていく。 ② 職員教育の充実（参加人数の増加、関心ある勉強になる心に響くテーマの選出、楽しく学べる工夫） ③ インシデント入力項目の変更が課題、引き続き取り組む。 ④ 転倒転落については、データ分析を積み重ねていき、多職種と共により患者状態に応じた対策を講じていく。	**コ　医療の質・安全管理部** ①医療の質評価委員会年4回開催：指標推移を分析し改善すべき質指標の取り組みによって改善を図った。 例）・がん患者サポート率増（昨年2.5%→今年14.8%：全自協500床以上の施設TOP5） ・放射線科による読影レポート作成24時間以上かかった件数の減少（昨年度18.1%、今年度9.7%：画像管理加算2取得条件20%以下） ・新入院患者紹介率、脳梗塞入院1週間以内リハビリ強度と定義に沿った精度高い算出方法を構築した。TAT測定の簡便化を図った。 ②医療安全研修 ・「トラブルを避けるためのカルテの書き方」252名、満足度4.16/5ポイント、カルテの書き方や患者対応について関心のあるテーマであり好評であった。（満足度4.16/5ポイント）このテーマは毎年開催予定とする。 ・「患者とのよりよい対話のためのノウハウ～カチンとこない/させないために～）」178名、講義とロールプレイでわかりやすく楽しい研修が提供できた。（満足度4.53/5ポイント）その他、認知機能ケア委員会と共催し、身体拘束についての研修を実施し、患者さんの安全や人権についての意識と理解を確認する機会を設けた。 ③インシデント報告件数：前年度比322件減だが、職種・所属・内容で比較分析をし、効を奏した対策の評価を行った。 ④第2-3参照

第7　予算（人件費の見積りを含む。）、収支計画及び資金計画

※財務諸表及び決算報告書を参照

第8　短期借入金の限度額

中期計画	令和元年度計画	実績
１　限度額　　１，０００百万円 ２　想定される短期借入金の発生事由 ア　賞与の支給等による一時的な資金不足への対応 イ　予定外の退職者の発生に伴う退職手当の支給等、偶発的な出費への対応	１　限度額　　１，０００百万円 ２　想定される短期借入金の発生事由 ア　賞与の支給等による一時的な資金不足への対応 イ　予定外の退職者の発生に伴う退職手当の支給等、偶発的な出費への対応	実績なし

第9　出資等に係る不要財産の処分に関する計画

中期計画	令和元年度計画	実績
なし	なし	なし

第10　第9の財産以外の重要な財産を譲渡し、又は担保に供する計画

中期計画	令和元年度計画	実績
なし	なし	なし

第11　剰余金の使途

中期計画	令和元年度計画	実績
決算において剰余が生じた場合は、病院施設の整備又は医療機器の購入等に充てる。	決算において剰余が生じた場合は、病院施設の整備又は医療機器の購入等に充てる。	実績なし

第12　地方独立行政法人市立東大阪医療センターの業務運営並びに財務及び会計に関する規則で定める業務運営に関する事項

中期計画

1　中期目標の期間を超える債務負担　（単位：百万円）

項　　目	中期目標期間償還額	次期以降償還額	総債務償還額
移行前地方債償還債務	5,212	6,549	11,761
長期借入金償還債務	1,939	4,402	6,341

2　積立金の処分に関する計画
　なし

3　前２号のほか、法人の業務運営に関し必要な事項
　なし

令和元年度計画

1　積立金の処分に関する計画
　なし

2　前号のほか、法人の業務運営に関し必要な事項
　なし

実績

1　積立金の処分に関する計画
　なし

2　前号のほか、法人の業務運営に関し必要な事項
　なし

地方独立行政法人市立東大阪医療センター
業務実績評価の基本方針

平成３０年４月１日
東大阪市　健康部

地方独立行政法人市立東大阪医療センター（以下「法人」という。）の設立団体の長（以下「市長」という。）が、地方独立行政法人法（平成15年法律第118号）第28条第1項の規定に基づき、法人の業務の実績に関する評価（以下「評価」という。）を実施するに当たっては、以下の方針に基づき行うものとする。

１　基本方針

（１）評価は、法人が中期目標を達成するために、業務運営の改善及び効率化が進められること及び法人の質的向上に資することを目的として行うものとする。

（２）評価は、中期計画及び年度計画の実施状況について確認及び分析を行い、特に中期目標達成に向けた取り組みを考慮し、法人の業務運営等について総合的に判断して行うものとする。

（３）評価を通じて、中期目標及び中期計画の達成に向けた取組状況等を市民にわかりやすく示すものとする。

（４）業務運営改善や効率化等の特色のある取組や様々な工夫を積極的に評価する。

（５）評価方法については、法人を取り巻く環境変化などを踏まえ、柔軟に対応するとともに、必要に応じて見直しを行うものとする。

２　評価方法

評価は、各事業年度終了後に実施する「年度評価」、中期目標の期間の最後の事業年度の直前の事業年度終了後に実施する「中期目標期間見込評価」及び中期目標期間の最後の事業年度終了後に実施する「中期目標期間評価」とする。

それぞれの評価に係る基準の詳細については、別途実施要領で定めるものとする。

3 評価の進め方

（1）報告書の提出

法人は、年度評価、中期目標期間見込評価及び中期目標期間評価に関する報告書について該当する年度終了後3か月以内に、市長に提出するものとする。

（2）評価の実施

市長は、提出された報告書をもとに、法人からのヒアリング及び評価委員会の意見聴取等を踏まえて業務実績を確認及び分析し、総合的な評価を行う。

（3）意見申立て機会の付与

市長は、評価結果の決定に当たり、法人に対し評価結果（案）に対する意見申立ての機会を付与する。

4 評価結果の活用

（1）法人は、評価結果を中期計画及び年度計画並びに業務運営の改善に適切に反映させ、その状況を市長に報告するとともに、毎年度、当該評価の結果の反映状況を公表するものとする。

（2）市長は、法人の業務継続又は組織の存続の必要性その他その業務及び組織の全般にわたる検討、次期中期目標の策定及び次期中期計画の作成に関して、評価委員会の意見を聴くにあたっては、年度評価及び中期目標期間見込評価を適切に示した上で意見を求めるものとする。

地方独立行政法人市立東大阪医療センター年度評価実施要領

（趣旨）

第１条 この要綱は、地方独立行政法人法（平成１５年法律第１１８号）（以下「法」という。）第２８条第１項第１号及び第２号の規定する地方独立行政法人市立東大阪医療センター（以下「法人」という。）の各事業年度に係る業務実績に関する評価（以下「年度評価」という。）の手続きについて定めるものである。

（評価方法）

第２条 市長は、毎事業年度の終了後、年度評価を実施するに当たっては、評価委員会の意見を聴いた上で、「項目別評価」と「全体評価」により行う。

（項目別評価の具体的方法）

第３条 市長は、前条に定める項目別評価を実施するに当たっては、年度計画に定めた小項目及び大項目ごとにその実施状況を確認し、以下に掲げる方法で評価する。

但し、年度計画に掲げる法人独自の計画（第６）については、当該年度の業務実績のみ記載し、全体評価を行う際に考慮する。

(1) 法人による自己評価

ア　法人は、中期目標達成のための小項目にあらかじめウエイト（以下ウエイト小項目）の設定を行い、小項目ごとの進捗状況について、次の５段階で自己評価を行う。

５・・・年度計画を大幅に上回って実施している。

４・・・年度計画を上回って実施している。

３・・・年度計画を順調に実施している。

２・・・年度計画を十分に実施できていない。

１・・・年度計画を大幅に下回っている。

イ　法人は、業務実績報告書を作成する際には、市長及び評価委員会が業務の実施状況を客観的かつ適正に判断し評価できるよう、小項目ごとの実施状況をできる限り定量的かつ正確な記述により業務実績が分かるよう工夫し、自己評価の結果と判断理由を記載する。

ウ　業務実績報告書には、特記事項として、特色ある取り組み、法人運営を円滑に進めるための工夫、今後の課題などを記載した報告書を作成する。

(2)市長による小項目評価

ア　市長は、法人の自己評価及び目標設定の妥当性などを総合的に検証し、小項目ごとの進捗状況について、法人の自己評価と同様に１～５の５段階による評価を行う。

イ　市長の評価と法人の自己評価が異なる場合は、市長が評価の判断理由等を示す。

ウ　その他必要に応じて、特筆すべき点や遅れている点についてコメントを付す。

(3)市長による大項目評価

市長は、小項目評価の結果割合やウエイト小項目の評価結果、特記事項の記載内容などを考慮し、大項目ごとに中期目標及び中期計画の達成に向けた業務の進捗状況について、次の５段階による評価を行う。

また、評価結果とその判断理由を評価結果報告書に記載する。

なお、評価にあたり小項目評価の結果割合は目安であり、市長は、小項目における評価の構成割合やウエイト小項目の評価結果などを総合的に判断して評価を定める。

Ｓ：中期目標・中期計画の実現に向けて特筆すべき進捗状況にある。

（すべての小項目が３～５かつ市長が特に認める場合）

Ａ：中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる。

（すべての小項目が３～５）

Ｂ：中期目標・中期計画の実現に向けておおむね計画どおり進んでいる。

（３～５の小項目の割合がおおむね９割以上）

Ｃ：中期目標・中期計画の実現のためにはやや遅れている。

（３～５の小項目の割合がおおむね９割未満）

Ｄ：中期目標・中期計画の実現のためには重大な改善すべき事項がある。

（市長が特に認める場合）

（全体評価の具体的方法）

第４条 市長は､項目別評価の結果やウエイト小項目の評価結果また法人独自の取組みを踏まえ、年度計画の実施状況及び中期計画の全体的な進捗状況、その他業務運営全体について、記述式による評価を行う。

２　全体評価においては、法人化を契機とした病院改革の取り組み（法人運営における自

律性・機動性発揮、財務内容の改善など）を積極的に評価する。

3　市長は、法人に対して、業務運営の改善すべき事項への指摘について、評価委員会の意見を聴いた上で、評価結果報告書に記載することとする。

附　則

この要領は、平成３０年４月１日から施行する。