地方独立行政法人市立東大阪医療センター

令和３年度の業務実績に関する評価結果報告書

令和４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 ・・・・ 5

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 ・・・・ 8

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 ・・・・ 10

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 ・・・・ 12

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 ・・・・ 13

(2)全体的な状況 ・・・・ 21

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 ・・・・ 24

2　患者満足度の向上 ・・・・ 49

3　信頼性の向上と情報発信 ・・・・ 57

4　地域医療機関等との連携強化 ・・・・ 64

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 ・・・・ 71

2　人材の確保と育成 ・・・・ 84

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　経営基盤の確立 ・・・・ 96

2　収入の確保 ・・・・ 98

3　費用の節減 ・・・・ 102

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 ・・・・ 105

2　地域医療構想を踏まえた役割の明確化 ・・・・ 107

3　施設整備に関する事項 ・・・・ 109

第6 医療センターにおける各部局の取り組み ・・・・ 111

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 ・・・・ 131

第8 短期借入金の限度額 ・・・・ 131

第9 出資等に係る不要財産の処分に関する計画 ・・・・ 131

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 ・・・・ 131

第11 剰余金の使途 ・・・・ 132

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 ・・・・ 132

（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 ・・・・ 133

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 ・・・・ 135

はじめに

地方独立行政法人市立東大阪医療センターの令和３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３年度の全体評価の結果は、

「全体として中期目標・中期計画の達成に向けて計画通り進んでいる。」

である。

令和3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4、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。」第2の大項目は「評価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。」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、新型コロナウイルス感染症の多くの入院患者受入を行うなど感染症への対応を行った点、新型コロナウイルス感染症の影響下で一般入院患者の受入に制限がかかるなか一般入院患者の確保に努めた点及び新型コロナウイルス感染症関連の補助金の確保を図った点、それぞれ取り組んだ結果として、

「**全体として中期目標・中期計画の達成に向けて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	3	11	1		17	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		3	7			10	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		3	2			5	A
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	3			5	A
合計	2	11	23	1	0	37	

※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日に地方独立行政法人化した市立東大阪医療センターの移行後4年半における業務運営に関する目標を定めた第1期中期目標期間が令和3年3月をもって終了し、中期目標期間における業務実績は「全体として中期目標をおおむね達成した」と評価した。令和3年4月より第2期中期目標期間が始まり、医療センターが地域の中核病院としての機能を拡充させ、また、経営基盤の確立を図るため、新たな業務実績評価指標にて評価を行うこととなったが、第1期中期目標より継続する指標については第1期中期目標期間中の評価結果及び取組み内容を考慮して評価した。

令和3年度においても新型コロナウイルスは猛威を奮い続けたため、市立東大阪医療センターは地域の中核病院として新型コロナウイルス感染症対応の最前線に立ち、想定を上回る感染者数の急増等に対しても臨機応援に対応し、多数の新型コロナウイルス感染症罹患患者

の入院やコロナ外来におけるPCR検査の実施など、その役割を果たされた。さらに市が実施する新型コロナワクチン接種事業にも多くの協力をいただいた。
　また、新型コロナウイルス感染症の専用病床確保の影響で一般入院患者の受入に制限のあるなか、病床回転率を上げ新入院患者数を減らさないよう取り組まれ、新規入院患者数、入院単価ともに増となった。さらに、国や府の補助金動向を分析して、補助金を活用したICUベッドやPCR測定装置等の整備を図り、空床補償をはじめ多くの補助金の確保され、令和２年度に引き続き単年度黒字を達成することができた。他方、評価指標面では例えば救急外来経由入院患者数などが目標未達となっているが、コロナ専用病床化による一般病床減少の影響を受けたことが目標未達の主たる原因と考えられるため、令和3年度においても令和2年度に引き続き新型コロナウイルス感染症の影響を十分に考慮し、指標や各種取り組み内容を踏まえた評価を行うこととした。

　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　新型コロナウイルス感染症専用病床を確保した結果、一般病床が減少し通常の救急搬送に制限のかかるなか、発熱患者の受入、脳・循環器の急性疾患の受入体制を確保したこと。

(2)　小児医療、周産期医療　新型コロナウイルス感染症に罹患した小児や妊産婦の受け入れを積極的に行ったこと。周産期医療においては、分娩前のＰＣＲ検査及び新型コロナウイルスワクチン接種を実施するなど、安全、安心な分娩に取り組んだこと。

(3)　がん医療　新型コロナウイルス感染症の影響による受診・検診控えによりがん外科手術件数は伸び悩んだものの、前年度実績を上回っていること。また、相談支援センターの移設により患者支援体制の強化が図られたこと。

(4)　感染症への対応　最大で3病棟をコロナ病棟とし、全国トップクラスの患者受入を行ったこと。休日のPCR検査体制の確保やコロナワクチン接種事業への協力を行ったこと。

(5)　患者満足度の向上　患者満足度調査結果は高水準を維持し、外来患者待ち時間調査では自動再来受付機の追加配置等の取り組みもあり4.1ポイントの改善が見られたこと。

(6)　院内環境の快適性の向上　新型コロナウイルスの影響を受けて実施できなかった病棟を除き、病棟浴室のシャワールーム化を行ったこと。美化委員会を立上げ、更なる院内環境の向上に向けた取組みが進められたこと。

(7)　情報発信・個人情報保護　医用画像参照システムのランサムウェア感染により画像閲覧が一時的に不可となり、再撮影や予約の取り直しなどの患者対応、再発防止対策の実施などの対応が必要となったこと。

(8)　地域医療支援病院としての機能強化　病床回転率の向上に努め、地域の診療所から新型コロナ患者を含む多数の患者の受入れを行い、大半の目標を達成したこと。

(9)　病院の理念と基本方針の浸透　新しい理念と基本方針の職員への浸透程度については評価困難であること。

(10)　内部統制　法人本部の設置、規程整備等、内部統制を図る上で必要となる体制を構築したこと。

(11)　医療資源等の有効活用　新型コロナウイルス感染症による休床の影響を受けたにも関わらず、総手術件数など大半の指標で前年を上回る実績であったこと

(12)　人材の確保　過去最高の看護師採用試験受験者数を記録し、前年より看護師が増員されたこと。

(13)　経営基盤の確立　2年続けての単年度黒字を達成したが、新型コロナ関連補助金等の影響も大きく、補助金終了後の経営状況に対して懸念があること。

(14)　収入の確保　病床回転率の向上等の取組みによる入院単価等の向上が見られたが、診療報酬の臨時的取扱い終了後においても同水準を維持できるか懸念があること。

(15)　費用の節減　医療資器材価格の高騰や職員手当の支給により支出が増加したが、契約内容や職員配置の見直しを行い、目標を達成したこと。

(16)　中河内救命救急センターの運営　大阪府、東大阪市との協議により指定管理受託の継続が決定し、両者の連携による効率的な医療の提供が期待できること。

(17)　施設整備に関する事項　中長期保全計画に基づいた設備改修が行われ、(仮称)エネルギーセンター棟の基本構想策定に着手したこと。

財務内容について、入院収益は病床回転率の向上に努めたことや診療報酬の臨時的取扱いにより、外来収益は多くのコロナPCR検査外来対応によりそれぞれ増収となり経常収益は前年より31億8536万円の増となった。他方、費用面では人件費、特に材料費の増加により前年より6億8633万円の増となった。経常損益は24億9902万円良化し、29億2916万円の経常利益となり、昨年に続いて単年度黒字を達成した。また、経常収支比率は13ポイント上昇した115.3%となり、医業収支比率は2.1ポイント上昇した101.7%となった。

以上のほか、第6 医療センターにおける各部局の取り組みについては、新型コロナウイルス感染症の影響を受ける中、各指標の達成に向けて各部局が臨機応変に取り組んでいただいた点は評価できる。

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90%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)　がん医療			◎		
	(4)　4疾病に対する医療			○		
	(5)　災害時医療			○		
	(6)　感染症への対応	◎				
	(7)　その他の役割			○		
	小計	2	1	7	0	0
2 患者満足度の向上	(1)　患者満足度の向上		○			
	(2)　院内環境の快適性の向上			◎		
	小計	0	1	2	0	0
3 信頼性の向上と情報発信	(1)　医療の質・安全対策			○		
	(2)　情報発信・個人情報保護				○	
	小計	0	0	1	1	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			○		
	小計	0	1	1	0	0
合計		2	3	11	1	0
構成比率		94.1%			5.9%	

※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

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

新型コロナウイルス感染症（以下、「新型コロナ」）という。）の重点医療機関として新型コロナ専用病棟を確保したため、一般病床が減少し救急搬送受入件数、救急車受入率、救急外来経由入院患者が目標未達となった。しかし、救急受入件数は増加しており、脳・循環器の急性疾患の救急受入体制を維持されるなど、救急医療機関の役割は果たされたと判断して「3」と評価した。

なお、救急医療機能の更なる強化に努められ、中河内医療圏における救急医療体制拡充の中心的役割を果たされたい。

● 1-（2）小児医療、周産期医療

新型コロナのまん延により一般感染症が減となった影響を受けたにも関わらず多くの小児入院患者を受け入れを行った。新型コロナ罹患児や慢性疾患児の入院を積極的に受入れ、前年実績を大きく上回って目標を達成した。また、小児発熱外来の動線整備も行い、安全に来院していただける体制を整えた。

周産期医療についてはハイリスク分娩件数が目標を下回ったものの、新型コロナ罹患妊産婦の受け皿としての役割を果たしただけでなく、分娩前のＰＣＲ検査、新型コロナワクチン接種の実施など、安心、安全な分娩に取り組んだ。

これら小児・周産期医療に係る取組み実績を総合的に判断して「4」と評価した。

● 1-（3）がん医療

新型コロナによる検診・受診控えの影響を受けたのか、がん外科手術件数は大きく目標に届かなかったが、前年実績は上回っている。その他の指標においても緩和ケアチーム新規介入件数を除き、目標達成又は前年実績を上回る結果となっており、検診・受診控えが解消されれば数値の更なる改善が期待できる。

がん診療センターの設置などの患者支援体制の強化も図られており、コロナ禍においても地域医療機関との積極的な連携が図られた。

以上のことを総合的に判断して「3」と評価した。

● 1-（6）感染症への対応

最大で３病棟をコロナ病棟化し、全国トップクラスの新型コロナ患者の受け入れを行った。また、PCR検査体制の拡充を測り、市の要請に基づくPCR検査外来を平日だけでなくゴールデンウイークや年末年始等において実施した。新型コロナワクチン接種事業においても市役所本庁舎の接種会場に医師等の職員を派遣し、新型コロナ対策に大きく寄与した。

その他、院内感染防止のためのマニュアル改定や施設工事、外来診療用仮設テントの設置等の取組みを進められ、対外的にもクラスター対応指導を行うなど大きく貢献した。

以上のことを総合的に判断し「５」と評価した。

● 2-（1）患者満足度の向上

大半の項目で目標を達成しており、患者満足度調査の結果も前年より向上している。また、改善意見等を受けた際の対応や職員間の共有に係る体制も構築されている。その他、患者番号表示モニターや診療費後払いシステムが導入され、待ち時間短縮等に向けた外来のIT化が進められた。さらに、オンライン面会制度やリモート退院調整の実施など、患者に寄り添った対応を取られて来たことを総合的に判断して「4」と評価した。

● 2-（2）院内環境の快適性の向上

新型コロナ専用病棟として使用されていた病棟を除いて病棟浴室のシャワー化が図られ、入院患者に施設をより快適に利用いただけるよう施設改修が行われた。また、入院病棟だけではなく外来患者用トイレ等の改修も行われた。

また、美化委員会が立ち上げられ院内環境の更なる向上に向けた取組みが優先度を付けたうえで進められている。
以上のことを総合的に判断して「3」と評価した。

● 3-（2）情報発信、個人情報保護
個人情報保護については外部からの不正アクセス事案が発生した。情報の漏えいは免れたが、診療業務に少なくない影響が発生した。本件により露見した情報セキュリティ上の問題点に対しては早期解決に向けた取組みがなされたが、相当の時間や労力を割くこととなった。
適切な情報発信やバーコード読取システム導入など医療のIT化に備えたその他の取組みが進められたものの重大なアクシデントへの対応が必要であったこと等を総合的に判断して「2」と評価した。

● 4-（1）地域医療支援病院としての機能強化
医療センターでの稼働病床に制限があり、また連携医療機関等でのクラスター発生により退院調整が難渋した時期があったにも関わらず、病床回転率の向上等の取組みに努めた結果、地域の診療所から多数の新型コロナ疑い患者の受入れを行い、大半の指標を達成した。未達成の指標についても前年の実績を上回っており、地域の医療機関との連携の強まりが伺えること等を総合的に判断して「4」と評価した。
なお、新型コロナ終息後においても紹介患者数等を維持できるよう、地域医療支援病院運営委員会等を最大限に活用し、多岐に及ぶ分野で地域医療支援に係る中心的役割を担われたい。

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)　内部統制			◎		
	(3)　適切かつ弾力的な人員配置			○		
	(4)　医療資源等の有効活用		◎			
	小計	0	3	3	0	0
2 人材の確保と育成	(1)　人材の確保			○		
	(2)　人材の育成			○		
	(3)　人事給与制度			○		
	(4)　職員満足度の向上			○		
	小計	0	0	4	0	0
合計		0	3	7	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-（1） 病院の理念と基本方針の浸透
第2期中期目標期間の初年度に理念と基本方針の見直しを行われたことは評価できる。変更後の理念等を院内掲示や名刺サイズのカードによる全職員への周知等の取組みが行われていることを総合的に判断して「4」と評価した。
なお、理念が広く職員に浸透し、職員個々の行動に結びつくことで医療センターの利用者に「誠実な医療」が提供されるよう期待する。

● 1-（2） 内部統制
法人本部の設置やIT化への取組み、外部機関からの包括支援などにより内部統制が進められている。しかし、令和3年度当初の医療情報システムへの不正アクセス事例で見られるように適正なリスク管理や評価ができていたとは言い難い事例も発生しているため、リスクの再評価などの取組みを進められたい。
以上のことを総合的に判断して「3」と評価した。

● 1-（4） 医療資源の有効活用
新型コロナ病棟設置による影響を受け、病床稼働率や総手術件数など複数の項目で目標未達となった。休床となった病床数は前年より増加したにも関わらず、多くの指標に係る実績は前年を上回っており、医療資源の有効活用を意識し、取り組んでこられた結果であると考えらえる。
また、ダビンチ手術件数は産婦人科での運用開始もあり実績が大幅に増加している他、ダビンチ手術を行う医師の増員などの副次的効果も表れている。
以上のことを総合的に判断して「4」と評価した。

● 2-（1） 人材の確保
採用面接のオンライン化など、利便性を向上させた結果、看護師採用試験で過去最高の受験者数となり、有能な人材の採用につなげることが出来ている。全体では37名の増員となっており、他職種においても人材の確保に努められた。
新人看護師のリアリティショックもあり看護職の離職率が前年より2.4ポイント上昇しているもののトータルでは看護職員数増となっていることを総合的に判断して「3」と評価した。
なお、看護師の離職理由の分析を行い適切な対応を講じることで看護師離職率の低下及び中堅看護職員層の充実に向けた取り組みに努められたい。

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　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 経営基盤の確立			○			
	小計	0	1	0	0	0
2 収入の確保			◎			
	小計	0	2	0	0	0
3 費用の節減				◎		
	小計	0	0	2	0	0
合計		0	3	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。

（４） 評価にあたっての意見、要望等

● 1 経営基盤の確立

一般入院患者の受入に制限がかかる中、病床稼働率の向上に努めた結果、前年実績を上回ることができた。コロナ関連補助金の影響もあり昨年を上回る29億2916万円の経常利益を計上し、2年続いて単年度黒字を達成した点を高く評価できる。

しかし、医業収支比率は目標達成できておらず、コロナ終息後の収支については関連補助金交付終了、診療報酬上の臨時的取扱いの中止、ＰＣＲ検査外来収益減少等の経営上の懸念があることなどを総合的に判断して「4」と評価した。

● 2 収入の確保

一般入院患者の受入制限により新入院患者数及び入院診療収益は目標未達となったが、病床稼働率向上に努めた結果、前年度実績を上回り入院単価も大きく増加することとなった。

あわせて、診療報酬請求の精度を高める取り組みなどを進め、約3,700万円の診療報酬を遡及請求するなど収入の確保に努めたことは評価できる。

ただし、コロナ終息後においては診療報酬上の臨時的取扱いの中止やＰＣＲ検査外来実績減少等による収入悪化の懸念があることなどを総合的に判断して「4」と評価した。

● 3 費用の節減

新型コロナウイルス感染症患者対応に従事した職員に対する特別勤務手当の支給により人件費が上昇した。また、新型コロナ対応医療資器材の高騰により目標達成が困難な情勢であった。

そのような中、医師の適正配置や各種契約内容の見直し・価格交渉を進めることで経費の節減を図り、ほぼ目標を達成されたことは評価できる。

以上のことを総合的に判断して「3」と評価した。

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				◎		
	小計	0	0	2	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
3 施設整備に関する事項			◎			
	小計	0	2	0	0	0
合計		0	2	3	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 中河内救命救急センターの運営
市立東大阪医療センターが令和４年４月以降も引き続き中河内救命救急センターの運営の受託が決定したことで、両者の連携による効果的な医療が引き続き行われることが予測される。
法人の評価が妥当と判断して「3」と評価した。

● ３　施設整備に関する事項
中長期保全計画外の外来患者用トイレ等の改修も行われ、院内の美化や老朽化対策が積極的に進められている。また、（仮称）エネルギーセンター棟に係る基本構想策定に着手され、水害に対する脆弱性の解消に向けた取組みの強さが伺える。
以上のことを総合的に判断して「4」と判断した。

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４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。

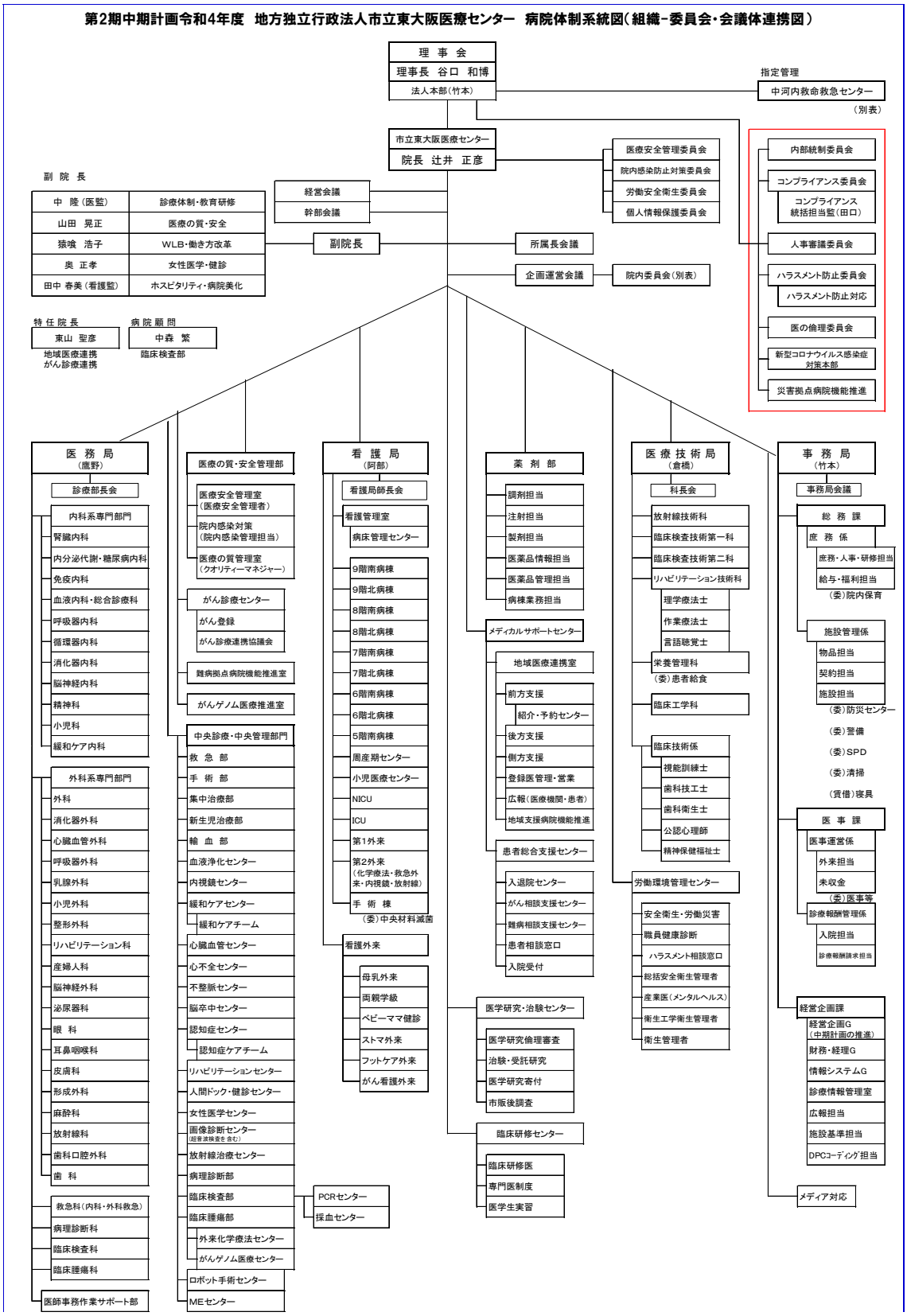
（３）沿革

平成２８年１０月　地方独立行政法人として設立
平成２９年　４月　大阪府立中河内救命救急センターの指定管理を受託
令和　元年１１月　許可病床数を５４７床から５２０床に変更

（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４年４月１日現在



（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　令和３年４月１日 至　令和 ７年３月 31 日	
副理事長	辻井　正彦	自　令和３年４月１日 至　令和 ７年３月 31 日	市立東大阪医療センター院長
理　事	江口　英利	自　令和３年４月１日 至　令和 ７年３月 31 日	大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座消化器外科学教授
理　事	嶋田　亘	自　令和３年４月１日 至　令和 ７年３月 31 日	東大阪商工会議所名誉会頭、 （株）フセラシ相談役
理　事	立花　静	自　令和３年４月１日 至　令和 ７年３月 31 日	東大阪市副市長
理　事	平本　善憲	自　令和３年４月１日 至　令和 ７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３年４月１日 至　令和 ７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　令和３年９月１日 至　令和６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　令和３年９月１日 至　令和６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４年３月３１日において 830 名（前年比 23 名増加）となっています。

（内訳）医師・歯科医師118名、看護職511名、医療技術職　150名、

事務職　51名（うち東大阪市からの派遣職員5名）

(10)患者数実績

（単位: 人）

1.入院患者数(新入院患者数・延入院患者数)　　※新型コロナ感染症患者については退院サマリー記載医師の所属科へ集計

		R2年度	R3年度	前年差	前年比率
腎臓内科	新入院患者数	451	586	135	129.9%
	延入院患者数	7,547	9,074	1,527	120.2%
内分泌代謝内科	新入院患者数	283	183	▲ 100	64.7%
	延入院患者数	4,712	2,811	▲ 1,901	59.7%
免疫内科	新入院患者数	119	112	▲ 7	94.1%
	延入院患者数	2,297	1,688	▲ 609	73.5%
総合診療科	新入院患者数	22	0	▲ 22	0.0%
	延入院患者数	358	0	▲ 358	0.0%
循環器内科	新入院患者数	1,664	1,554	▲ 110	93.4%
	延入院患者数	18,295	14,547	▲ 3,748	79.5%
消化器内科	新入院患者数	1,487	1,289	▲ 198	86.7%
	延入院患者数	15,497	11,914	▲ 3,583	76.9%
神経内科	新入院患者数	483	582	99	120.5%
	延入院患者数	10,423	10,169	▲ 254	97.6%
小児科	新入院患者数	1,586	1,948	362	122.8%
	延入院患者数	7,443	9,359	1,916	125.7%
消化器外科	新入院患者数	954	897	▲ 57	94.0%
	延入院患者数	13,868	12,244	▲ 1,624	88.3%
小児外科	新入院患者数	55	61	6	110.9%
	延入院患者数	283	234	▲ 49	82.7%
呼吸器外科	新入院患者数	341	396	55	116.1%
	延入院患者数	4,294	4,053	▲ 241	94.4%
乳腺外科	新入院患者数	147	136	▲ 11	92.5%
	延入院患者数	1,120	782	▲ 338	69.8%
整形外科	新入院患者数	654	669	15	102.3%
	延入院患者数	12,194	9,859	▲ 2,335	80.9%
脳神経外科	新入院患者数	427	396	▲ 31	92.7%
	延入院患者数	9,086	7,380	▲ 1,706	81.2%
形成外科	新入院患者数	138	113	▲ 25	81.9%
	延入院患者数	1,999	1,508	▲ 491	75.4%
眼科	新入院患者数	691	623	▲ 68	90.2%
	延入院患者数	3,701	3,254	▲ 447	87.9%
泌尿器科	新入院患者数	1,023	1,153	130	112.7%
	延入院患者数	13,067	12,041	▲ 1,026	92.1%
産婦人科	新入院患者数	1,050	1,185	135	112.9%
	延入院患者数	7,104	8,247	1,143	116.1%
産科未熟児	新入院患者数	256	254	▲ 2	99.2%
	延入院患者数	2,451	2,228	▲ 223	90.9%
耳鼻咽喉科	新入院患者数	544	544	0	100.0%
	延入院患者数	5,185	4,867	▲ 318	93.9%
皮膚科	新入院患者数	210	216	6	102.9%
	延入院患者数	2,562	2,541	▲ 21	99.2%
口腔外科	新入院患者数	553	513	▲ 40	92.8%
	延入院患者数	4,100	2,879	▲ 1,221	70.2%
心臓血管外科	新入院患者数	166	189	23	113.9%
	延入院患者数	3,567	3,355	▲ 212	94.1%
緩和ケア内科	新入院患者数	300	288	▲ 12	96.0%
	延入院患者数	7,925	6,087	▲ 1,838	76.8%
その他	新入院患者数	45	59	14	131.1%
	延入院患者数	178	528	350	296.6%
合計	新入院患者数	13,649	13,946	297	102.2%
	延入院患者数	159,256	141,649	▲ 17,607	88.9%

2.外来(紹介患者数・延外来患者数)　※PCR検査は内科に含む　(単位:人)

		R2年度	R3年度	前年差	前年比率
内科	紹介患者数	4,093	4,974	881	121.5%
	延べ外来患者数	14,124	16,152	2,028	114.4%
腎臓内科	紹介患者数	330	347	17	105.2%
	延べ外来患者数	4,001	4,951	950	123.7%
内分泌代謝内科	紹介患者数	375	378	3	100.8%
	延べ外来患者数	7,389	7,340	▲ 49	99.3%
免疫内科	紹介患者数	270	230	▲ 40	85.2%
	延べ外来患者数	7,346	7,727	381	105.2%
総合診療科	紹介患者数	352	325	▲ 27	92.3%
	延べ外来患者数	1,349	834	▲ 515	61.8%
循環器内科	紹介患者数	1,382	1,469	87	106.3%
	延べ外来患者数	14,226	14,948	722	105.1%
消化器内科	紹介患者数	2,301	2,348	47	102.0%
	延べ外来患者数	15,277	15,096	▲ 181	98.8%
呼吸器内科	紹介患者数	106	113	7	106.6%
	延べ外来患者数	1,086	1,141	55	105.1%
神経内科	紹介患者数	1,005	1,057	52	105.2%
	延べ外来患者数	8,644	8,877	233	102.7%
精神科	紹介患者数	235	182	▲ 53	77.4%
	延べ外来患者数	3,066	2,908	▲ 158	94.8%
小児科	紹介患者数	949	1,125	176	118.5%
	延べ外来患者数	14,440	16,284	1,844	112.8%
消化器外科	紹介患者数	483	518	35	107.2%
	延べ外来患者数	11,106	10,603	▲ 503	95.5%
小児外科	紹介患者数	82	76	▲ 6	92.7%
	延べ外来患者数	920	972	52	105.7%
呼吸器外科	紹介患者数	127	150	23	118.1%
	延べ外来患者数	2,083	2,570	487	123.4%
乳腺外科	紹介患者数	342	360	18	105.3%
	延べ外来患者数	5,477	5,632	155	102.8%
整形外科	紹介患者数	1,549	1,646	97	106.3%
	延べ外来患者数	15,733	14,789	▲ 944	94.0%
脳神経外科	紹介患者数	507	483	▲ 24	95.3%
	延べ外来患者数	4,419	4,884	465	110.5%
形成外科	紹介患者数	598	609	11	101.8%
	延べ外来患者数	4,749	5,000	251	105.3%
眼科	紹介患者数	1,050	1,098	48	104.6%
	延べ外来患者数	10,695	11,225	530	105.0%
泌尿器科	紹介患者数	967	1,056	89	109.2%
	延べ外来患者数	16,387	17,256	869	105.3%
産婦人科	紹介患者数	869	876	7	100.8%
	延べ外来患者数	19,382	20,526	1,144	105.9%
耳鼻咽喉科	紹介患者数	1,539	1,776	237	115.4%
	延べ外来患者数	8,188	8,842	654	108.0%
皮膚科	紹介患者数	836	973	137	116.4%
	延べ外来患者数	9,213	9,785	572	106.2%
放射線科	紹介患者数	1,688	1,847	159	109.4%
	延べ外来患者数	6,161	6,751	590	109.6%
歯科	紹介患者数	55	48	▲ 7	87.3%
	延べ外来患者数	4,237	4,409	172	104.1%
口腔外科	紹介患者数	2,171	2,229	58	102.7%
	延べ外来患者数	9,282	9,657	375	104.0%
リハビリ科	紹介患者数	0	0	0	-
	延べ外来患者数	5	0	▲ 5	-
救急科	紹介患者数	0	0	0	-
	延べ外来患者数	0	0	0	-
心臓血管外科	紹介患者数	158	197	39	124.7%
	延べ外来患者数	1,206	1,313	107	108.9%
臨床腫瘍科	紹介患者数	18	20	2	111.1%
	延べ外来患者数	1,642	1,837	195	111.9%
緩和ケア内科	紹介患者数	335	249	▲ 86	74.3%
	延べ外来患者数	2,166	1,908	▲ 258	88.1%
その他	紹介患者数	0	0	0	-
	延べ外来患者数	143	754	611	527.3%
合計	紹介患者数	24,772	26,759	1,987	108.0%
	延べ外来患者数	224,142	234,971	10,829	104.8%

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4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	13,328	固定負債	11,552
有形固定資産	13,028	資産見返負債	597
無形固定資産	263	資産見返運営費負担金	6
投資その他の資産	38	資産見返補助金	469
流動資産	11,735	資産見返寄附金	1
現金預金	7,599	資産見返物品受贈額	121
医業未収金	3,076	長期借入金	2,221
たな卸資産	70	移行前地方債償還債務	4,584
前払費用	20	長期リース債務	0
仮払金	0	引当金	4,149
未収入金	890	退職給付引当金	4,149
診療費損害未収入金	77	流動負債	4,960
その他流動資産	2	一年以内返済予定長期借入金	815
		一年以内返済予定移行前地方債償還債務	988
		短期リース債務	0
		未払金	2,409
		未払消費税等	28
		預り金	71
		仮受金	5
		引当金	644
		賞与引当金	567
		診療費損害引当金	77
		負　債　合　計	16,512
		純　資　産　の　部	金　額
		資本金	750
		資本剰余金	5,016
		利益剰余金	2,786
		純　資　産　合　計	8,552
資　産　合　計	25,063	負債純資産合計	25,063

（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（令和3年4月1日～令和4年3月31日）　　（単位　百万円）

科　　目	金　　額
営業収益	24,791
医業収益	17,317
救命救急センター事業収益	2,927
その他営業収益	4,547
営業費用	20,268
給与費	9,020
材料費	5,212
経費	2,679
研究研修費	37
減価償却費	1,180
救命救急センター事業費用	2,142
営業利益	4,523
営業外収益	197
営業外費用	996
営業外損失	▲ 799
経常利益	3,724
臨時利益	78
臨時損失	35
当期純利益	3,766

（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（令和3年4月1日～令和4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	4,567
Ⅱ　投資活動によるキャッシュ・フロー	469
Ⅲ　財務活動によるキャッシュ・フロー	▲ 1,123
Ⅳ　資金増加額	3,914
Ⅴ　資金期首残高	3,685
Ⅵ　資金期末残高	7,599

（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（令和3年4月1日～令和4年3月31日）（単位　百万円）

科　　目	金　　額
Ⅰ　業務費用	875
損益計算書上の費用	21,300
（控除）自己収入等	▲ 20,425
Ⅱ　機会費用	11
Ⅲ　行政サービス実施コスト	886

（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	20,280	24,742	4,463
医業収益	17,269	17,324	55
運営費負担金	806	840	34
救命救急センター事業収益	1,984	2,927	942
その他営業収益	220	3,651	3,431
営業外収益	192	185	▲ 7
運営費負担金	95	94	▲ 1
その他営業外収益	97	90	▲ 7
資本収入	1,661	2,034	373
運営費負担金	1,080	1,075	▲ 5
長期借入金	581	729	149
その他資本収入	0	229	229
その他の収入	1	78	77
計	22,133	27,039	4,906
支出			
営業費用	19,211	19,586	374
医業費用	16,003	16,383	379
給与費	8,164	8,268	104
材料費	5,418	5,734	316
経費	2,338	2,343	5
研究研修費	84	38	▲ 46
救急救命センター事業費	1,945	2,115	170
一般管理費	1,262	1,088	▲ 175
営業外費用	150	181	31
資本支出	2,589	2,715	126
建設改良費	358	281	▲ 77
償還金	1,882	1,852	▲ 31
その他資本支出	348	583	234
その他の支出	0	35	35
計	21,950	22,517	567
単年度資金収支（収入-支出）	182	4,522	4,339

（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６年目となる令和３年度も、新型コロナウイルス感染症（以下、「新型コロナ」という。）対応と急性期医療の両立維持に苦心した年になりました。

主な新型コロナ対応は以下のとおりです。

令和 3 年 5 月 17 日　東大阪市本庁舎で実施された新型コロナワクチン集団接種に、医師、看護師、薬剤師を派遣し、8 月 6 日までの間に 22,831 回接種

6 月 21 日　3 月から２病棟化していた専用病棟を１病棟に縮小

7 月 22 日　第 5 波による患者増加により専用病棟を２病棟に拡充

9 月 28 日　院内で妊婦等へのワクチン接種を実施し、11 月 30 日までに 78 回接種

10 月 19 日　患者減少により専用病棟を１病棟に縮小

令和 4 年 1 月 18 日　第 6 波による患者増加により専用病棟を２病棟に拡充

2 月 11 日　小児患者受入病床を 10 床に拡充

受入病床最大 82 床に（軽症中等症 78 床、重症 4 床）

3 月 17 日　患者減少により受入病床 66 床に減少

長期連休（ゴールデンウイーク、オリ・パラ期間、お盆、年末年始）に、保健所から依頼のあった日にＰＣＲ検査を実施

令和 3 年度新型コロナ延入院患者（疑似症含む）12,013 人

令和 3 年度 PCR 検査数 27,259 件

経営状況では、年間の入院患者数 141,649 人（前年度比 17,607 人減）、外来患者数 234,971 人（前年度比 10,829 人増）、入院・外来収益に新型コロナにかかる補助金等を加えた営業収益 21,864 百万円（前年度比　3,200 百万円増）となりました。

一方、職員数の増による人件費等の支出も増え、営業費用は 18,126 百万円（前年度比 681 百万円増）となりました。

営業外の収益、費用を加えた経常収支はプラス 2,929 百万円（前年度比プラス 2,499 百万円）となり、単年度黒字とともに、法人化後の累積収支も　1,991 百万円の黒字に転換しました。

なお、経常収支から新型コロナの病床確保料等を除いた場合マイナス 217 百万円となりました。

今後の課題としてアフターコロナ、ウィズコロナ期における急性期医療の提供、安定的な収支の確保に努めることが挙げられます。

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、がん医療、救急医療（小児救急を含む）及び周産期医療等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。

救急医療については、新型コロナにかかる入院患者増加の際は、救急外来を心臓・脳ホットラインと発熱患者対応に制限する期間が生じた。

小児医療（小児救急を含む）については、特に第６波において、小児の新型コロナ患者が急増し、入院・外来・検査対応に忙殺された。

周産期医療においても、約 600 件の分娩を行うとともに、新型コロナ妊産婦の入院にも対応した。

がん医療については、手術件数が前年度より減少したが、放射線治療件数、化学療法件数、及びがん登録件数が前年度実績を上回った。

心筋梗塞等心血管疾患については、ＰＣＩ（経皮的冠動脈形成術）実施件数が前年度より減少したが、心大血管手術件数は前年度実績を上回った。

脳卒中等脳血管疾患については、新型コロナの影響もあり開頭手術件数や脳卒中の救急患者受入件数が、前年度より若干減少した。

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、水害時避難確保計画に基づく机上訓練の実施、仮称エネルギーセンター棟の基本構想に着手した。

感染症対策については、新型コロナに対して、大阪府、東大阪市保健所等の要請に対し、府立中河内救命救急センターと連携し、入院、外来、検査において、最大限の受入を行った。

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概ね前年度並みを維持した。外来運用については、自動再来受付機の増設、患者番号表示モニターの設置、診療費後払いシステム、顔認証付きオンライン資格確認システムの導入など業務プロセスの見直しを行い、利便性の向上を図った。

地域医療支援病院としての取組については、新型コロナ患者を含むと紹介患者数は前年度より増加した。逆紹介については、記載率向上に努め、前年度を大きく上回った。

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開催し、令和３年度懲戒処分件数、相談窓口の運用状況について報告を行った。

職員数について、令和 4 年 4 月には 900 名になり、前年同月と比較して 37 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３年度に 64 名の退職があったものの、令和４年４月に 89 名を採用し、前年同月を上回った。

職員の人事評価については、トライアルを継続し、令和４年度から本格実施することとした。

病床稼働率については、新型コロナ対応で休床とした病床があり、88.1%（休床考慮）となり、前年度より 0.5%減少した。

手術件数については、6,794 件となり、前年度より 332 件増加し、そのうち全身麻酔下での手術については、3,031 件、前年度より 86 件増加し、初めて 3,000 件を超えた。

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新型コロナの影響で、入院患者数の大幅な減少があったものの、患者１日当たりの単価の上昇により 173.1 億円となり、前年度より 10.2 億円増加した。

入院・外来収益に新型コロナにかかる休床補償、設備整備、職員人件費等の補助金収入約 38.2 億円等を加えた営業収益は 218.6 億円となった。

費用のうち営業費用については、職員数の増、特別手当の支給による人件費の増加、手術件数の増、ＰＰＥの単価高騰などによる材料費の増があり、181.3 億円となり、前年度より 6.8 億円の支出増となった。

その結果、医業収支比率は 101.7%（目標 104.9%）、営業外の収入・費用を加えた経常収支比率は 115.3%（目標 98.8%）となり、29.3 億円の黒字となった。

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、今年度は特に新型コロナ入院患者について緊密に連絡・調整を行い、重症度に応じて円滑な受入を行った。令和３年度の新入院患者は 642 人で前年度比 150 人の減となった。

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3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 地域中核病院及び地域医療支援病院として、24 時間体制で救急患者を受け入れる「断らない救急医療」を救急隊と連携し実践していく。同じく24 時間体制で入院治療を必要とする重症救急患者の受入れ、必要な検査・治療ができるよう、対応できる医師等医療従事者及び重症救急患者のために優先的に使用できる病床又は専用病床（特定集中治療室）を確保する。本計画期間中において、以下の事項に取組む。 ・救急外来の診療施設（診察室、処置室、検査室、オーバーナイト病床等）の拡充を図る。 ・発熱患者・感染症患者と一般救急患者との動線（交差）に配慮する。 ・救急外来患者用のＣＴ検査装置を活用する。	ア 地域中核病院及び地域医療支援病院として、24 時間体制で救急患者を受け入れる「断らない救急医療」を救急隊と連携し実践していく。同じく24 時間体制で入院治療を必要とする重症救急患者の受入れ、必要な検査・治療ができるよう、対応できる医師等医療従事者及び重症救急患者のために優先的に使用できる病床又は専用病床（特定集中治療室）を確保する。 ・発熱患者・感染症患者と一般救急患者との動線（交差）に配慮する。 ・救急外来患者用のＣＴ検査装置を活用する。 ・令和２年度において、新型コロナウイルス感染症の影響により減少した受入件数、受	令和３年度は、年間を通じて新型コロナ専用にほぼ２病棟を提供していたことで、一般診療の病床数が100床以上縮小していたにもかかわらず、救急搬送受入数は前年度を上回った。 しかし、救急搬送依頼件数が前年度より増加したことで、応需率としては低下した。また、コロナ蔓延期にはICUの受入病床数も縮小したこともあり、入院患者数も減少している。 なお脳・心臓ホットラインについては、年間を通じて維持できた。	◎	2	3	新型コロナウイルス感染症（以下、「新型コロナ」）という。）の重点医療機関として新型コロナ専用病棟を確保したため、一般病床が減少し救急搬送受入件数、救急車受入率、救急外来経由入院患者が目標未達となった。しかし、救急受入件数は増加しており、脳・循環器の急性疾患の救急受入体制を維持されるなど、救急医療機関の役割は果たされたと判断して「3」と評価した。 なお、救急医療機能の更なる強化に努められ、中河内医療圏における救急医療体制拡充の中心的役割を果たされたい。

中期計画	令和3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
	入率、入院患者数の増加を図る。					
イ 中河内救命救急センターとの連携（検査体制の交流、電子カルテ端末の共有活用）をこれまで以上に強化する。超急性期脳卒中及び急性心筋梗塞、大動脈解離など心大血管疾患などについては医療センターで対応する体制を構築する。	イ 中河内救命救急センターとの連携（検査体制の交流、電子カルテ端末の共有活用）をこれまで以上に強化する。超急性期脳卒中及び急性心筋梗塞、大動脈解離など心大血管疾患などについては医療センターで対応する体制を構築する。	新型コロナについて、中河内救命救急センターと連携、役割分担することでスムーズな患者受入を実践した。				
	ウ 4 月に予定されている東京オリンピックの聖火リレーにおいて、救急患者発生時の受入れに対応する。	東京オリンピックの聖火リレーにおいて、救急患者発生時の受入にかかる対応は生じなかった。				

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
救急外来の改修整備・救急外来CTの導入・オーバーナイト病床の整備	－	一部整備	一部整備	－
救急搬送受入件数（件）	4,542	6,000	4,857	81.0%
救急車受入率（%）	65.9	80.0以上	55.4	69.3%
救急外来経由入院患者数（人）	2,988	3,500	2,706	77.3%
救急医療管理加算算定件数（件）	20,354	12,500	22,426	179.4%

（自己評価理由）
新型コロナの感染拡大時も、陽性患者・

中期計画	令和3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
		疑い患者、脳・心臓のホットライン患者受入に注力したが、救急受入件数、救急車受入率、救急外来経由入院患者数が目標を大きく下回った点から「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 （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3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 中河内医療圏における小児救急医療体制（輪番制）の中で中心的役割を担う。 水、金、日の小児初期救急医療・二次小児救急医療を継続して行う。また地域の休日診療所等とも協力する体制を継続する。 ・感染性疾患や喘息、アレルギー疾患、血液疾患などの検査・治療が必要な小児の外来及び入院医療を継続して行う。 ・発熱児と非発熱児の動線に配慮した小児科救急外来を整備する。（感染症診察室３周辺の再開発） ・長期入院する児の在宅移行におけるサポートを積極的に行うとともに、医療的ケア児の在宅療養を支えるためのレスパイト入院を引き続き行う。また、療養生活を送っている児の症状増悪に際しては、地域の医療機関や緊急対応可能な医療機関との連携のもと積極的に児を受け入れる。	ア 中河内医療圏における小児救急医療体制（輪番制）の中で中心的役割を担う。水、金、日の小児初期救急医療・二次小児救急医療を継続して行う。また地域の休日診療所等とも協力する体制を継続する。 ・感染性疾患や喘息、アレルギー疾患、血液疾患などの検査・治療が必要な小児の外来及び入院医療を継続して行う。 ・発熱児と非発熱児の動線に配慮した小児科救急外来を整備する。（感染症診察室３周辺の再開発） ・長期入院する児の在宅移行におけるサポートを積極的に行うとともに、医療的ケア児の在宅療養を支えるためのレスパイト入院を引き続き行う。また、療	ア　新型コロナを含む感染性疾患を中心とした急性疾患の入院を積極的に受け入れた。新型コロナ罹患児で点滴などの処置が必要な患者は全例入院で対応し、年間95人の入院を受け入れた。本館１階を改修し、小児発熱外来及び専用ドアを設置して発熱児と非発熱児の動線を整備した。 慢性疾患の中でも特に起立性調節障害の患者の検査および加療入院を積極的に受け入れた。看護スタッフや理学療法士の協力も得て運動療法も取り入れて環境調整を行った。 ネグレクトによる社会的入院を受け入れて医療的介入を行い観察した。必要に応じてケース会議を開き、多職種間で患者に関する情報を共有して対応を検討した。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ことは可能であったが、新型コロナの影響でレスパイト入院は制限した。 食物経口負荷試験の入院数は570人で目標の500 人/年を達成できた。新型コロナ感染が蔓延した時期においても、家族の希望があれば可能な限り食物経口負荷試験を実施した。		4	4	新型コロナのまん延により一般感染症が減となった影響を受けたにも関わらず多くの小児入院患者を受け入れを行った。新型コロナ罹患児や慢性疾患児の入院を積極的に受入れ、前年実績を大きく上回って目標を達成した。また、小児発熱外来の動線整備も行い、安全に来院していただける体制を整えた。 周産期医療についてはハイリスク分娩件数が目標を下回ったものの、新型コロナ罹患妊産婦の受け皿としての役割を果たしただけでなく、分娩前のＰＣＲ検査、新型コロナワクチン接種の実施など、安心、安全な分娩に取り組んだ。 これら小児・周産期医療に係る取組み実績を総合的に判断して「4」と評価した。

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和3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>・増加する児童虐待やネグレクトに対し組織的なサポートを各種機関と連携のもとに行い、児童と家族を見守る体制を維持する。</td><td>養生活を送っている児の症状増悪に際しては、地域の医療機関や緊急対応可能な医療機関との連携のもと積極的に児を受け入れる。
・増加する児童虐待やネグレクトに対し組織的なサポートを各種機関と連携のもとに行い、児童と家族を見守る体制を維持する。
・令和２年度において、新型コロナウイルス感染症の影響により減少した入院患者数、外来患者数の増加を図る。</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7"><table>
<tr><th>項　目</th><th>令和2年度実績</th><th>令和3年度目標</th><th>令和3年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>小児科入院患者数</td><td>7,460</td><td>8,000</td><td>9,359</td><td>117.0%</td></tr>
<tr><td>小児科外来患者数（時間内）（人）</td><td>12,451</td><td>15,000</td><td>12,858</td><td>85.7%</td></tr>
<tr><td>小児救急入院患者数（人）</td><td>244</td><td>250</td><td>327</td><td>130.8%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>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）参加施設として受入機能を充実し、安心・安全な周産期医療を提供する。母子の療養環境を整える。</td><td>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）参加施設として受入機能を充実し、安心・安全な周産期医療を提供する。母子の療養環境を整える。</td><td>イ　地域周産期母子医療センターとして、また、ＯＧＣＳ参加施設として、安心・安全な周産期医療の提供を継続した。
　周産期センターの一部に新型コロナ患者用病床を確保し、年間25人の入院を受入た。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和3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>ウ 近隣の産科病院、医院との連携をより強固にしていくことで特定妊婦の受け入れ体制を強化する。
またハイリスク妊娠や、妊婦の虐待やメンタルヘルスケアを必要とする妊産婦について院内精神科医との連携により、安心して子供を産み育てられる周産期医療体制を構築する。</td><td>ウ 近隣の産科病院、医院との連携をより強固にしていくことで特定妊婦の受け入れ体制を強化する。
またハイリスク妊娠や、妊婦の虐待やメンタルヘルスケアを必要とする妊産婦について院内精神科医との連携により、安心して子供を産み育てられる周産期医療体制を構築する。</td><td>目標値を若干下回ったが、全国的な出生数の減少を考えると、当施設の減少幅は少ないと考える。
また、令和３年９月から１１月の間に、妊産婦等へのワクチン接種を行い、延７８人への接種を行った。

（自己評価理由）
複数の指標において目標を下回ったが、他では受け入れ困難な小児・妊産婦の新型コロナ患者を多く受け入れ、市民の要望に応えた点から「４」とした。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
総分娩件数（件）	594	640	638	99.7%
ハイリスク分娩件数（件）	110	130	112	86.2%
妊産婦緊急搬送入院診療件数（件）	18	24	22	91.7%

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）がん医療

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。

中期計画	令和3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 国指定「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、外科治療・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・総合的医療を提供する。	ア 国指定「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、外科治療・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・総合的医療を提供する。	がん診療センターを立ち上げた。コロナ禍による受診や入院制限が厳しかったが、前年度に比べがん診療の実績は劣ること無く総じて維持することができた。 がんゲノムも、その対象患者を増加させることができ、加えてＨＢＯＣ患者のカウンセリング件数も増加している。 腫瘍内科医については、新たに常勤は得ることが出来なかったが、肺がん内科医を非常勤ながら増やすことができ、肺がん薬物療法のパワーアップが可能となった。	◎	3	3	新型コロナによる検診・受診控えの影響を受けたのか、がん外科手術件数は大きく目標に届かなかったが、前年実績は上回っている。その他の指標においても緩和ケアチーム新規介入件数を除き、目標達成又は前年実績を上回る結果となっており、検診・受診控えが解消されれば数値の更なる改善が期待できる。 がん診療センターの設置などの患者支援体制の強化も図られており、コロナ禍においても地域医療機関との積極的な連携が図られた。 以上のことを総合的に判断して「3」と評価した。
・国指定「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」の指定に向けて、がん拠点病院機能推進室（（仮称）がん診療センター）を新設する。	・国指定「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」の指定に向けて、がん拠点病院機能推進室（（仮称）がん診療センター）を新設する。	令和３年度の目標設定数値の算出方法が一部厳しい項目があり、コロナ禍で受診や入院制限下での実績であり、令和２年度に比べやや減少した項目があるものの概ね良好であった。				
・中河内二次医療圏唯一の「がんゲノム医療連携病院」として、がんゲノム医療拠点病院である大阪国際がんセンターと密に連携し、各がん腫に対するオーダーメイド医療に積極的に取り組む。	・中河内二次医療圏唯一の「がんゲノム医療連携病院」として、がんゲノム医療拠点病院である大阪国際がんセンターと密に連携し、各がん腫に対するオー					

中期計画	令和3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
	ダーメイド医療に積極的に取り組む。					
・腫瘍科医の確保、がんゲノム医療コーディネーターの育成、遺伝性乳がん卵巣がん症候群（ＨＢＯＣ）に対して、乳腺外科、産婦人科で協力し予防手術を含めたＨＢＯＣ患者に対する全人的医療の提供を目指す。	・腫瘍科医の確保、がんゲノム医療コーディネーターの育成、遺伝性乳がん卵巣がん症候群（ＨＢＯＣ）に対して、乳腺外科、産婦人科で協力し予防手術を含めたＨＢＯＣ患者に対する全人的医療の提供を目指す。					
・肺がんに特化した呼吸器内科の再開に向けて、理事長、院長を先頭に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、臨床腫瘍科及び内科系医師により対応する。	・肺がんに特化した呼吸器内科の再開に向けて、理事長、院長を先頭に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、臨床腫瘍科及び内科系医師により対応する。					
イ　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図りながら入院通院を問わず緩和ケア提供の更なる充実を目指す。	イ　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図りながら入院通院を問わず緩和ケア提供の更なる充実を目指す。	緩和ケアセンターの実績も、コロナ禍にも関わらず、前年度に比べ維持することが出来た。研修会や地域とのカンファレンスも、年度後半ではＷＥＢのみならずリアルでの開催も行うことができ、地域からも大変好評であった。				

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和3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>・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。

ウ がんに関する相談支援と情報提供について患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者と家族にとってより相談しやすい相談支援体制を実現する。</td><td>・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。

ウ がんに関する相談支援と情報提供について患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者と家族にとってより相談しやすい相談支援体制を実現する。</td><td>コロナ渦であるにもかかわらず、がん相談支援センターでの相談件数は増加し（前年度428件と低調であったが、令和３年度は829件）、がん相談は電話相談よりも面談相談が主を占めることから、病院１階に移動したことにより大変相談しやすい環境にあり、その効果が出ているものと考える。

（自己評価理由）
新型コロナの影響で検診控えもあり、治療介入も遅れがちとなり、実績が伸び悩んだ項目もあるが、がん内視鏡手術件数、がん外来化学療法延べ患者数、院内がん登録件数など目標を上回った項目もあり、「３」とした。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
がん拠点病院機能推進室（仮称） がん診療センターの設置	未　設　置	設　　置	設　　置	－
がん外科手術件数（件）	752	1,200	792	66.0%
がん内視鏡手術件数（件） （ESD,EMR）	268	150	237	158.0%
がん放射線治療延べ患者数（人）	5,892	6,900	6,089	88.3%
がん外来化学療法延べ患者数（人）	3,708	3,800	3,908	102.8%
院内がん登録件数（件） 「医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数」	1,743	1,510	1,744	115.5%
緩和ケアチーム新規介入件数（件）	247	240	219	91.3%

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）４ 疾病に対する医療

中期目標	４ 疾病 （脳卒中等の脳血管疾患、心筋梗塞等の心血管疾患 、糖尿病及び精神疾患）に対する医療水準の向上に努めること。

中期計画	令和3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
中河内地域の中核病院として、４ 疾病（脳卒中等の脳血管疾患、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患）の治療を中心とした高度で質の高い医療を積極的に提供する。	中河内地域の中核病院として、４ 疾病（脳卒中等の脳血管疾患、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患）の治療を中心とした高度で質の高い医療を積極的に提供する。			3	3	脳血管疾患、心血管疾患ともに目標を達成しており、脳血管疾患や心血管疾患の２４時間受入体制も維持されている。糖尿病では透析予防指導業務など新型コロナウイルス感染症の影響により実施が困難であったもの除いて目標を達成することができている。精神疾患においては目標は達成したものの年度途中で常勤医師が１名に減じるなどの課題が生じた。 全体を通して大半の目標を上回っているが昨年実績より低下している指標も複数あること等を総合的に判断して「3」と評価した。
ア 脳卒中等の脳血管疾患・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（ｔ－ＰＡ）、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脳卒中専用病床の効率化を図っていく。	ア 脳卒中等の脳血管疾患 ・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（ｔ－ＰＡ）、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脳卒中専用病床の効率化を図っていく。	救急隊と連携した「脳卒中ホットライン」は365日24時間体制で維持したが、新型コロナの影響による受け入れ困難症例が生じ、ホットラインでの受け入れ件数は若干減少した。 それに伴い超急性期の血管内治療や直達手術の緊急症例も若干の減少があった。 今後は、超急性期治療を要する疾患の救急搬送受入体制のハード面を整備していく必要がある。				

中期計画	令和3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
・脳卒中の各疾患に最適な内科治療を集中的に行い、早期の回復へ繋げる。 ・原因となる基礎疾患や血管障害の悪化因子を明らかとし、再発予防に向けた治療を行い、地域医療機関等へ情報提供を行い連携する。	・脳卒中の各疾患に最適な内科治療を集中的に行い、早期の回復へ繋げる。 ・原因となる基礎疾患や血管障害の悪化因子を明らかとし、再発予防に向けた治療を行い、地域医療機関等へ情報提供を行い連携する。					

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
24時間t-PA体制の整備の有無	継　続	継　続	継　続	-
t-PA実施件数（件）（超急性期脳卒中加算算定実績件数）	9	8	9	112.5%
脳血管内治療実施件数（件）（入院2日目までの実施件数）	22	12	20	166.7%
開頭手術（直達）件数（件）	51	40	47	117.5%
脳卒中救急患者受入れ件数（件）	209	170	192	112.9%
脳血管疾患患者の入院日数（日）	23	22	19	達　成
脳血管疾患患者の退院時情報提供数（件）	161	94	170	180.9%

イ　心筋梗塞等の心血管疾患 ・第1 期において、心臓血管外科手術を開始し、より幅広い多くの緊急性の高い患者への対応を行うことが可能となった。循環器内科と心臓血管外科が一体となり、すべての循環器疾患に対応する体制を拡充する。	イ　心筋梗塞等の心血管疾患 ・第1 期において、心臓血管外科手術を開始し、より幅広い多くの緊急性の高い患者への対応を行うことが可能となった。循環器内科と心臓血管外科が一体となり、すべての循環器疾患に対応する体制を拡充する。	心臓血管外科と協力し、心臓センターとしてより幅広い多くの緊急性の高い患者への対応を行うことが可能となり心臓センターホットラインが一定程度機能することができた。				

中期計画	令和3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
・ＩＡＢＰ(大動脈内バルーンパンピング)、ＰＣＰＳ（経皮的心肺補助)など、重篤で緊急性の高い循環器疾患患者に24時間体制で対応する。	・ＩＡＢＰ(大動脈内バルーンパンピング)、ＰＣＰＳ 経皮的心肺補助)など、重篤で緊急性の高い循環器疾患患者に24 時間体制で対応する。	・ＩＡＢＰ(大動脈内バルーンパンピング)、ＰＣＰＳ（経皮的心肺補助)など、重篤で緊急性の高い循環器疾患患者に24時間体制で対応できた。				
・内科的治療抵抗性の外科的治療を要する冠動脈、弁膜症などの心疾患の外科的治療を提供する。	・内科的治療抵抗性の外科的治療を要する冠動脈、弁膜症などの心疾患の外科的治療を提供する。	・内科的治療抵抗性の外科的治療を要する冠動脈、弁膜症などの心疾患の外科的治療を提供した。				
・急性心筋梗塞や大動脈解離などの緊急手術が必要な疾患に対して、24 時間365日対応する体制を確保する。	・急性心筋梗塞や大動脈解離などの緊急手術が必要な疾患に対して、24 時間365日対応する体制を確保する。	・冠動脈インターベンション件数は目標を上回ることができた。 ・コロナ禍であり、医師確保が不十分な中でもチーム一丸となり、急性心筋梗塞や大動脈解離などの緊急手術が必要な疾患に対して、24時間365日対応する体制（院内待機又はオンコール体制）を確保した。				

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
急性心筋梗塞及び大動脈解離の24時間診療体制	継　　続	継　　続	継　　続	達　成
緊急冠動脈インターベンション（PCI）（件）	442	350	367	104.9%
心大血管手術件数（件）	116	80	119	148.8%

ウ 糖尿病 ・二次予防・重症化予防及び三次予防に重点を置いた医療を提供する。	ウ 糖尿病 ・二次予防・重症化予防及び三次予防に重点を置いた医療を提供する。	スタッフ1名・専攻医1名の退職により常勤医は4名から2名に減じたが、退職したスタッフ1名（糖尿病専門医・内分泌専門医）に応援医師として外来担当にあてることにより、外				

中期計画	令和3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
・糖尿病性腎症の重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨を行い治療に繋げる。	・糖尿病性腎症の重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨を行い治療に繋げる。	来診療については体制をほぼ維持出来た。また外来患者数に余裕がある場合は随時初診枠を拡大することにより、他医療機関からの紹介受け入れに努めた。				
・重症化リスクの高い者に対して対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する。	・重症化リスクの高い者に対して対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する。					
・近隣医療機関で血糖コントロール・合併症で治療に難渋する症例について柔軟に受け入れを行い、各診療科・部門で協調して治療に当たる。	・近隣医療機関で血糖コントロール・合併症で治療に難渋する症例について柔軟に受け入れを行い、各診療科・部門で協調して治療に当たる。					
・併存症として糖尿病を有する各種疾患については、必要に応じて治療法の見直しの要否を検討し、近隣医療機関に情報提供を行う。	・併存症として糖尿病を有する各種疾患については、必要に応じて治療法の見直しの要否を検討し、近隣医療機関に情報提供を行う。					

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
糖尿病腎症患者数（初診）（人）	95	65	91	140.0%
糖尿病透析予防指導実施件数	21	25	19	76.0%
血糖コントロール不可例の教育入院件数（件）	15	25	28	112.0%

入院診療については新型コロナ入院診療

中期計画	令和3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
		の兼ね合いで常勤医1名で対応せざるを得ないことが時々あったこと、病床逼迫の関係で入院を制限せざるを得ない時期があった中で目標は達成できた。				
エ 精神疾患 ・精神科医２名体制で一般精神科外来診療を行っている。精神科専用病床は持たないが、身体合併症のための入院患者の心のケア、コンサルテーション（精神科リエゾン）や認知症患者の周辺症状（ＢＰＳＤ）には積極的に対応する。	エ 精神疾患 ・精神科では一般精神科外来診療を行っている。精神科専用病床は持たないが、身体合併症のための入院患者の心のケア、コンサルテーション（精神科リエゾン）や認知症患者の周辺症状（ＢＰＳＤ）には積極的に対応する。	令和３年度計画第2-1-（４）エ精神疾患の目標：認知症外来新患人数105人と第6（28）精神科の目標：認知症外来新患人数150人、で不一致があり、令和3年度の目標値を150人へ修正した。認知症外来新患人数については、常勤医師1名に減ったため、目標は未達となった。 認知症ケア加算は目標以上を達成した。				
・認知症外来診療を精神科でも開始した。これまで神経内科が主に担当してきたが、今後当科において強化していく。	・認知症外来診療を精神科でも開始した。これまで神経内科が主に担当してきたが、今後当科において強化していく。					
・依存症やその他の専門治療プログラムが必要な疾患など、医療センターで対応困難な場合には、対応可能な精神科施設を紹介する。	・依存症やその他の専門治療プログラムが必要な疾患など、医療センターで対応困難な場合には、対応可能な精神科施設を紹介する。					

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
認知症　外来新患人数（人）	105	150	114	76.0%
認知症ケア加算算定の実績件数	4,929	5,100	7,287	142.9%

中期計画	令和3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
		（自己評価理由） コロナ禍にあっても、脳血管疾患、心血管疾患、糖尿病、精神疾患にかかる指標を概ね達成した点から「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 １ 医療センターとして担うべき役割 (5) 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3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、ＢＣＰ（事業継続計画）及び災害時院内マニュアルに基づき、病院事業の継続に努め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。	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、ＢＣＰ（事業継続計画）及び災害時院内マニュアルに基づき、病院事業の継続に努め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。	・策定したＢＣＰの周知や検証、令和２年４月に導入した非常時参集・安否確認の活用を目的として、令和３年１０月２９日に災害対策本部訓練を中心とした令和３年度災害訓練を行い、訓練の反省点や検証結果を反映したＢＣＰ第３版を策定した。 ・備蓄食料や、受水槽、非常電源等の重要設備が地下にあるため、災害発生時における浸水リスクを回避するため、非常電源等を地上に移設するエネルギーセンター棟増築にかかる基本構想策定業務に着手した。 ・令和３年１２月に新たに水害時避難確保計画に基づく訓練を行った。		3	3	法人の評価が妥当と判断して「3」と評価した。
イ 医療センター及び中河内救命救急センターで共同し、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、地域の災害協力病院との連携を深めていく。	イ 医療センター及び中河内救命救急センターで共同し、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、地域の	・令和３年度は新型コロナの影響もあり、外部研修に積極的に参加することは出来なかったが、令和４年３月１５日に地域医療機関との支援体制の整備を目的とした中河内医療圏における災害時における医療情報Web研修会を実施するととも				

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和3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>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合同災害訓練の拡充を図る。
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）の機能強化を図る。</td><td>災害協力病院との連携を深めていく。
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合同災害訓練の拡充を図る。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）の機能強化を図る。</td><td>に、院内のＤＭＡＴ隊員及びＤＭＡＴチーム員のレベルアップを目的として、院内研修会を５回開催し、技能の維持に努めた。

（自己評価理由）
ＤＭＡＴ隊員の育成・訓練、救命センターとの合同災害訓練等の継続、新たに水害時避難確保計画に基づく訓練を開始した点から「３」とした。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
BCP整備・毎年見直し実施	実　施	実　施	一部実施	-
災害時院内マニュアルの整備	一部整備	整　備	一部整備	-
合同災害訓練の実施（1回/年）（中河内救急センターと共同）	実　施	継　続	実　施	-
EMIS(広域災害・救急医療情報システム）への参加	実　施	継　続	実　施	-

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）感染症への対応

中期目標	新型ウイルスによる感染症等、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3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 地域中核病院として（自治体病院）、また新型コロナウイルス感染症重点医療機関として、大阪府・東大阪市保健所等からの要請に従い、感染症専用病棟、帰国者・接触者外来、地域外来・検査センター並びに発熱外来を整備し、中河内救命救急センターと連携し、東大阪市民の期待に最大限応える体制を構築する。	ア 地域中核病院として（自治体病院）、また新型コロナウイルス感染症重点医療機関として、大阪府・東大阪市保健所等からの要請に従い、感染症専用病棟、帰国者・接触者外来、地域外来・検査センター並びに発熱外来を整備し、中河内救命救急センターと連携し、東大阪市民の期待に最大限応える体制を構築する。	・新型コロナ中等症重症一体型病院①として、大阪府の要請に従い、最大３病棟を一般成人対応の新型コロナ専用とし、別途小児・周産期用病床、重症患者用病床を確保し、大阪府下及び全国でもトップレベルの新型コロナ患者の受け入れを行った。 ・救急外来のゾーニングにより、一般患者と発熱者・陽性者の動線を分離し、機能的な外来対応システムを構築した。 ・保健所の要請により、ICTが複数の病院や高齢者施設のクラスター対応指導を行った。 令和3年度新型コロナ延入院患者数 ：12,013人（疑似症含む） 令和3年度PCR検査数 ：27,259件	◎	5	5	最大で３病棟をコロナ病棟化し、全国トップクラスの新型コロナ患者の受け入れを行った。また、PCR検査体制の拡充を測り、市の要請に基づくPCR検査外来を平日だけでなくゴールデンウイークや年末年始等において実施した。新型コロナワクチン接種事業においても市役所本庁舎の接種会場に医師等の職員を派遣し、新型コロナ対策に大きく寄与した。 その他、院内感染防止のためのマニュアル改定や施設工事、外来診療用仮設テントの設置等の取組みを進められ、対外的にもクラスター対応指導を行うなど大きく貢献した。 以上のことを総合的に判断し「５」と評価した。
イ 既存の院内感染防止対策マニュアルを見直すとともに、新たに指定感染症発生を想定したＢＣＰ（事業継続計画）を整備する。	イ 既存の院内感染防止対策マニュアルを見直すとともに、新たに指定感染症発生を想定したＢＣＰ（事業継続計画）を整備する。	・コロナ感染症対策マニュアルは、令和３年に改訂版を発出した。 ・既存の院内感染防止対策マニュアルの見直しを実施した。令和４年度の早い時期に発出予定。 ・BCPの策定に関しては、新型コロナの状況が日々刻々と変化するため、アウトラインのみ作成となっている。				

中期計画	令和3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 発熱者・感染患者（疑い患者を含む）と非発熱者、特に基礎疾患を持つ患者との動線分離に最大限配慮した、適切な救急医療を提供できる救急外来体制を構築する。	ウ 発熱者・感染患者（疑い患者を含む）と非発熱者、特に基礎疾患を持つ患者との動線分離に最大限配慮した、適切な救急医療を提供できる救急外来体制を構築する。	・発熱者、陽性者の動線分離に関して、救急外来に別途新設の出入口（自動ドア化）を設けることで、ゾーニングを確立し、感染リスクの低減に努めた。 ・地域医療機関からの新型コロナ対応依頼に対しては、新館横の仮設テントでコロナ外来を実施している。				
エ 新型コロナウイルス以外の新型ウイルス感染症に関する情報収集を継続すると共に、マニュアルや院内感染対策用の備品を整備する。	エ 新型コロナウイルス以外の新型ウイルス感染症に関する情報収集を継続すると共に、マニュアルや院内感染対策用の備品を整備する。	・新型コロナの情報はもとより、他のウイルス感染症、インフルエンザ等従前からの感染症データについては、東大阪市保健所と連携し、情報共有を実施している。 ・新型コロナウイルス感染症マニュアルは改訂版をリリースした。 ・面会用のアクリル板やリモート面会用のデバイスを拡充した。				
	オ 市民へのワクチン接種について、東大阪市の行う集団接種にスタッフを派遣する。	・市役所における市民向けワクチン接種期間において、当センターから医師・看護師・薬剤師を派遣し、最大350名／日の接種事業に協力した。				

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
院内感染防止対策マニュアルの点検・見直し	実　施	継　続	継　続	－
指定感染症発生時のBCPの整備	未	整　備	未　実　施	－
PCR検査体制の整備（大阪府・東大阪市の要請対応）	整　備	整　備	継　続	－
新型感染症にかかる外来体制の整備（大阪府・東大阪市の要請対応）	整　備	整　備	継　続	－
新型感染症にかかる入院体制の整備（大阪府・東大阪市の要請対応）	整　備	整　備	継　続	－

中期計画	令和3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
		（自己評価理由） BCP策定以外の項目に関しては、国・府・東大阪市からの要請に全職員で最大限応じ、市民ニーズに対して、ハード／ソフト両面で対応した点から「５」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
（7）その他の役割

中期目標	ア 検診、公開講座等を通じて 疾病予防の啓発を行うこと。 イ 難病患者に対する適切な医療を行い、患者・家族を支援すること 。 ウ 臨床研究を行うことにより、治療方法の開発 や病気の原因解明に取り組むこと。 エ 市が行う保健・福祉関連施策に協力し、関係部署との連携を図ること。

中期計画	令和3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 予防医療 専門性の高い領域の市民検診、市民向け公開講座の開催などを行い、特に5 疾病に対する疾病予防の啓発に努め、市民の健康維持に寄与する。（がん検診〔胃がん、子宮がん、肺がん、乳がん〕）	ア 予防医療 専門性の高い領域の市民検診、市民向け公開講座の開催などを行い、特に5 疾病に対する疾病予防の啓発に努め、市民の健康維持に寄与する。また、特色ある健診体制への見直しを進める。	外来診療部門のコロナ対策体制移行により、4月より9月末まで健診部門業務を休止した。新規項目としてマンモグラフィーを開始した。専門領域ドックの開設に向けて情報収集・議論を重ねた結果、新設・業務運営に関しては、現場の負荷が大きく、日常診療に差し障る等いくつかの大きな課題が判明した。 集会が認められない状況であるため市民公開講座の開催は見送った。 がん検診は子宮がん検診に関しては例年並み、胃がん検診に関しては減少した。		3	3	健診事業、治験実施件数、臨床研究実施件数、市民公開講座開催などは目標未達であった。女性医学外来の開設やレピラへの紹介件数では目標を達成できたが、その実績は前年より低下している。目標未達となった指標や実績が低下した指標において、その原因は新型コロナによるものと考えられるものが多く、他の何よりも新型コロナ対応や急性期医療の提供を求められる医療センターにおいて目標未達の指標が複数発生することはやむを得ない。とはいえ、可能な範囲での取組みは継続されており、指標には掲げられていないものの血液内科を再開など、地域の中核病院として多岐に渡る分野での更なる貢献に取り組まれている。 以上のことを総合的に判断して「3」と評価した。

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
市民公開講座開催（年1回以上）	実　施	継　続	未 実 施	－
がん検診の実施	実　施	継　続	実　施	－
人間ドック・健診センター体制の見直し	実　施	継　続	一 部 実 施	－

イ 難病医療 大阪府難病診療連携拠点病院として、指定難病に関する専門医療の提供、保健所や在宅医等の関係機関との連携、市民への情報提供を行うことにより、患者が住み慣れた地域	イ 難病医療 大阪府難病診療連携拠点病院として、指定難病に関する専門医療の提供、保健所や在宅医等の関係機関との連携、市民への情報提供	当院にて診療中の難病患者総数を反映すると思われる難病外来指導管理件数は令和3年度において目標に近い実績を達成することができた。症状の進行に伴って一部の患者は在宅医へ移行し当院での診察が終了となるため、難病外来指導管理件数が維持できていることは、難病患者が				

中期計画	令和3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
において身近に専門医療（難病診療連携体制）を安心して受診でき、療養を継続できる体制を構築していく。	を行うことにより、患者が住み慣れた地域において身近に専門医療（難病診療連携体制）を安心して受診でき、療養を継続できる体制を構築していく。	新たに当院へ紹介されていることが示唆される。一方、難病患者など入院診療延べ件数は、目標を下回った。難病患者の入院には、未診断時の精査及び治療の導入目的と、感染症など合併症の治療目的がある。後者が少ないことは、診療上喜ばしいことではあるが、前者については、蔓延感染防止対策による家族との面会禁止が影響している可能性が考えられる。入院期間の短縮化や拒否は少なくはなく、患者の希望や状況に合わせて、難病診療を外来で引き続き調整していく必要がある。				

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
難病患者等入院診療延べ件数（件）	2,034	3,050	1,697	55.6%
難病外来指導管理件数（件）	5,422	5,550	5,388	97.1%

ウ 治験・臨床研究の推進 ・先進的な医療や治療方法の開発に資するため、臨床研究を積極的に実施する。 ・新医薬品等の開発促進に資するため、治験実施体制を強化する。 なお、臨床研究等のための診療情報等、臨床データを利用する際は、個人が特定できない形にデータを変換するとともに、データの暗号化を行う等、厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」、「手術等で摘出されたヒト組織を用いた研究開発の在り方」等の指針を遵守する。	ウ 治験・臨床研究の推進 ・先進的な医療や治療方法の開発に資するため、臨床研究を積極的に実施する。 ・新医薬品等の開発促進に資するため、治験実施体制を強化する。 ・新型コロナウイルス感染症にかかる臨床研究、治験に参加し、より良い治療の開発に参加する。なお、臨床研究等のための診療情報等、臨床データを利用する際は、個人が特定できない形にデータを変換するとともに、	治験に関してはコロナ禍のため、世界的に進捗が滞っており、当院での実施件数は少ない。また、その中で積極的に治験案件が多数紹介されている新型コロナに関する治験では、当院では対象となる患者が集約されているにもかかわらず、中心的な診療科（感染症科、呼吸器科）がないため、この分野での治験への積極的な参加も難しいことは、残念な状況と考えている。				

中期計画	令和3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
	データの暗号化を行う等、厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」、「手術等で摘出されたヒト組織を用いた研究開発の在り方」等の指針を遵守する。					

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
治験実施件数（件）	10	15	11	73.3%
臨床研究実施件数（件）	103	90	93	103.3%

エ 保健福祉行政との連携 ・大阪府中河内保健医療協議会、東大阪市要保護児童対策地域協議会などの会議体への参画を通じて、社会・医療問題に適切に対応できるよう大阪府、東大阪市等行政機関との連携を深め、市民の健康の保持増進に寄与していくとともに、院内においても多様な相談に応じていく。 ・精神疾患の早期発見と精神保健福祉士の確保を図る。 ・東大阪市立障害児者支援センター（レピラ）との連携を図る。 リハビリテーションが必要な運動発達遅滞を有する児を積極的に紹介している。また言語発達遅滞を有する児の原因検索及びフォロー目的にて紹介し当院と連携して診療を行	エ 保健福祉行政との連携 ・大阪府中河内保健医療協議会、東大阪市要保護児童対策地域協議会などの会議体への参画を通じて、社会・医療問題に適切に対応できるよう大阪府、東大阪市等行政機関との連携を深め、市民の健康の保持増進に寄与していくとともに、院内においても多様な相談に応じていく。 ・精神疾患の早期発見と精神保健福祉士の確保を図る。 ・東大阪市立障害児者支援センター（レピラ）との連携を図る。 リハビリテーションが	・大阪府中河内保健医療協議会、東大阪市要保護児童対策地域協議会などの会議体への参加を通して、大阪府、東大阪市等行政機関との連携を含め、地域の医療体制の構築に貢献する事ができた。 ・レピラとは小児科医師を中心に連携し、患者の内容や詳細についても積極的に紹介につなげ、連携を密にしている。令和４年３月からレピラからの要請に基づき診療放射線技師の応援を行っている。				

中期計画	令和3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
う。	必要な運動発達遅滞を有する児を積極的に紹介している。また言語発達遅滞を有する児の原因検索及びフォロー目的にて紹介し当院と連携して診療を行う。					

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
東大阪市障害者支援センター（レビラ）への紹介件数（件）	37	25	30	120.0%

オ 女性医学 女性の月経困難症、更年期障害、骨粗しょう症をはじめとして、骨盤臓器脱治療、女性心身医学、女性内科、女性スポーツ医学と言った分野を扱う外来の設置に向けて準備していく。	オ 女性医学 女性の月経困難症、更年期障害、骨粗しょう症をはじめとして、骨盤臓器脱治療、女性心身医学、女性内科、女性スポーツ医学と言った分野を扱う外来の設置に向けて準備していく。	火曜日と金曜日の午後に女性医学外来を設置した。加齢と性周期に伴うホルモン環境の変化が要因となる肉体的・精神的トラブルを主訴とする紹介患者の診療を行っている。令和4年度より地域医療連携室やホームページを通じた地域への啓蒙活動を行う。				
	カ 血液内科の再開 常勤医を招聘し、悪性リンパ腫・ＭＤＳ（骨髄異形成症候群）など、血液疾患への対応を強化する。	赤血球数・白血球数・血小板数の異常、リンパ節腫大、出血傾向などの血液疾患が疑われる症状にての院内及び地域医療機関からの紹介が多数あり、白血病、悪性リンパ腫、溶血性貧血、骨髄異形成症候群、多発性骨髄腫、特発性血小板減少症など、血液内科でないと対応できない疾患を多数診療した。令和3年度は常勤医1人のため、血液内科の入院診療を開始できなかったが、診断を確定して治療については血液内科のスタッフのそろった病				

中期計画	令和3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
		院へ紹介することにより、スムーズな診療を行った。市民に対しても血液内科が再開したことを、市政だよりなどで広報を行った。				

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
「女性外来」の設置	未　設　置	設　　置	設　　置	－

（自己評価理由）
血液内科の再開、予防医療、難病医療、治験・臨床研究、保健福祉行政、女性医学について、概ね実施できた点から「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 2 患者満足度の向上 (1) 患者満足度の向上

中期目標	ア 患者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。 イ 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。 ウ 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。 エ 外来患者の 診察 ・ 検査 ・ 会計 の 待ち時間 を短縮し、院内 滞在 時間の短縮に努めること。 オ 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3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 患者満足度調査（入院・外来）を引き続き実施して、医療環境及び患者サービスの現状と課題を把握し、患者満足度の向上につなげる。	ア 患者満足度調査（入院・外来）を引き続き実施して、医療環境及び患者サービスの現状と課題を把握し、患者満足度の向上につなげる。	入院患者満足度調査は令和3年10月1日(金)～令和3年11月1日(月)に実施した。全体として当院の満足度に満足と回答された入院患者は98.5%で、令和2年度より1.2ポイント増えた。また当院を利用したいと思うと回答した入院患者は97.7%で、令和2年度より1.6ポイント増えた。入院患者満足度については目標を達成できた。 外来患者満足度調査は令和3年10月14日(木)～令和3年10月20日(水)に実施した。全体として当院の満足度に満足と回答された外来患者は97.0%で、令和2年度より0.2ポイント増えた。また当院を利用したいと思うと回答した外来患者は97.5%で、令和2年度より1.4ポイント増えた。外来患者満足度については目標を達成できた。 患者サービス医療環境向上委員会は、8月を除く全月で計11回開催した。		4	4	大半の項目で目標を達成しており、患者満足度調査の結果も前年より向上している。また、改善意見等を受けた際の対応や職員間の共有に係る体制も構築されている。その他、患者番号表示モニターや診療費後払いシステムが導入され、待ち時間短縮等に向けた外来のIT化が進められた。さらに、オンライン面会制度やリモート退院調整の実施など、患者に寄り添った対応を取られて来たことを総合的に判断して「4」と評価した。

中期計画	令和3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	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
入院患者満足度＞90%	97.3	継　　続	達成（98.5）	－
外来患者満足度＞90%	96.8	継　　続	達成（97.0）	－
患者サービス医療環境向上委員会開催（月1回以上）	継　　続	継　　続	継　続（11回開催）	－

イ 患者等のご意見及び患者満足度調査結果に対して、関係部署で迅速な改善に取り組み、対応策を院内掲示等で公表して患者サービスの向上を図る。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することに取組む。

イ 患者等のご意見及び患者満足度調査結果に対して、関係部署で迅速な改善に取り組み、対応策を院内掲示等で公表して患者サービスの向上を図る。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することに取組む。

患者等のご意見は、関係部署に提示して改善に取り組むよう促し、その内容を「ご意見に対する見解及び改善策等」に記載して委員会担当者へ提出する仕組みとしている。ご意見および改善策については、月単位で患者情報コーナーへ掲示し患者に公表している。また毎月の患者サービス医療環境向上委員会で報告された内容を、所属長会で報告して全職員に公表している。さらに局長以上の幹部職員には、毎月のご意見と改善策を回覧し、詳細を確認できるようにしている。

入院及び外来患者満足度調査の結果は、当該委員会及び所属長会で報告し、調査実施年度内に患者情報コーナーへの掲示とホームページ掲載による公表を行っている。

患者のご意見や、満足度調査結果から得られた課題については、常に迅速な改善に取り組んでいる。

職員の接遇に対する満足度は、入院患者が96%以上、外来患者が95%以上であり、職種間の連携に対する満足度も96%を超えており、全職員が常に患者や家族の立場に立った誠意のある対応に取り組んでいると評価する。

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
職員接遇研修会開催（年2回以上）	継　　続	実　　施	継　　続	－

ウ 患者総合支援センター及び

ウ 患者総合支援セン

患者総合支援センターの入退院支援部門

中期計画	令和3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
地域医療連携室の入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従又は専任の看護師、社会福祉士を配置し、入院時から患者が安心して療養に専念できるよう診療内容、入院期間、退院後の在宅療養に関する説明を行い、患者の同意（インフォームド・コンセント）を得た上で診療を開始する（入院前支援体制の充実）。	ター及び地域医療連携室の入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従又は専任の看護師、社会福祉士を配置し、入院時から患者が安心して療養に専念できるよう診療内容、入院期間、退院後の在宅療養に関する説明を行い、患者の同意（インフォームド・コンセント）を得た上で診療を開始する（入院前支援体制の充実）。	に配置されている専従看護師を中心に、専従の管理栄養士、専任の薬剤師が連携して、入院決定患者へ入院前面談を5,941件実施した。入院前面談によって患者の状況を総合的に評価し、認知機能ケアチームと206件連携した。マンパワー不足によりMSWを専従配置できなかった点が、今後の課題である。				
・患者支援窓口（医療相談窓口）において、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応する体制を充実させる。	・患者支援窓口（医療相談窓口）において、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応する体制を充実させる。	医療相談窓口では、専従の看護師と専任のMSWを中心として制度や医療費・がんを含めた疾患等に関する相談に対応した。令和3年度の医療相談件数は1,297件で、相談人数は920人、本人による相談が53.2%であった。電話による相談件数が約4割であり、対面での相談件数を増やすことが課題である。				
・入院患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で入退院支援を行う。	・入院患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で入退院支援を行う。	入院前支援体制の充実により、入院時支援実施件数(入院時支援加算件数)は3,077件となり、目標を上回った。				

中期計画	令和3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
・面会が困難な情勢・状況において、オンライン面会・遠隔面会システム、ビデオ通話（説明）等の導入を検討し、患者・家族へのサービス向上を図る。	・面会が困難な情勢・状況において、オンライン面会・遠隔面会システム、ビデオ通話（説明）等の導入を検討し、患者・家族へのサービス向上を図る。	新型コロナ感染拡大防止のため入院患者への面会禁止が継続中であり、オンライン面会やリモートでの退院調整が行える体制を整えた。				

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
入院時支援実施件数（件）	2,024	2,700	3,077	114.0%

エ 外来での院内滞在時間短縮のため、外来業務プロセス改革を継続して行う。 以下の外来運用システム（「自動再来受付機」、「患者番号表示モニター」、「診療費後払いシステム」等）の構築を図る。	エ 外来での院内滞在時間短縮のため、外来業務プロセス改革を継続して行う。 以下の外来運用システム（「自動再来受付機」、「患者番号表示モニター」、「診療費後払いシステム」等）の構築を図る。	４月３０日に外来運用システムの変更を行った。自動再来受付機は再診予約患者専用受付機として運用し、１階に２台、２階に２台（当初は３台）を増設、各診療科ブロック受付に患者番号表示モニターを設置した。当初は患者さんに戸惑いもあったが、運用説明や受診を重ねることで解消され、殆ど問題なく稼働している。また、問題点や新規の運用導入等については、外来業務プロセス改革タスクフォースで定期的にミーティングを実施している。診療費後払いシステムも浸透させるのに苦慮しており、利用促進にむけ様々な手段を講じている状況である。また、顔認証付きカードリーダーによるオンライン資格確認システムも１０月より導入しているが、診療費後払いと同様に利用者が増えない状況である。マイナンバーカードの普及活動として、１月より東大阪市役所と連携して、当センターに職員を派遣して対応している。 引き続き、令和４年度も外来業務プロセス改革を継続する。				
	・顔認証付きカードリーダーによるオンライン資格確認システムの導入を図る。					
・午前時間帯によって混雑する血液採取体制（採血室）を拡充する。	・午前時間帯によって混雑する血液採取体制（採血室）を拡充する。					

中期計画	令和3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	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
患者待ち時間アンケート調査（外来）＞80％（患者満足度調査項目）	80.8	実　施	84.9	－
自動再来受付機等の整備	未　整　備	整　備	整　備	－
診療費後払いシステムの導入	未　整　備	導　入	導　入	－

オ 上記のウと同様の入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師及び社会福祉士を配置し、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう支援する。

オ 上記のウと同様の入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師及び社会福祉士を配置し、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう支援する。

・入院後早期より長期入院や退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援看護師、社会福祉士及び関係職種（薬剤師、管理栄養士、理学療法士など）による退院支援計画書策定など、退院調整を行う体制を充実させる。

・入院後早期より長期入院や退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援看護師、社会福祉士及び関係職種（薬剤師、管理栄養士、理学療法士など）による退院支援計画書策定など、退院調整を行う体制を充実させる。

入院時支援の充実を図るために、所定の療養支援計画書を作成して発行する体制を整備し、令和3年7月から入院時支援加算1の算定が可能となった。また、入院後早期に退院困難患者を抽出して退院支援計画書を作成する体制を構築し、これを基に多職種による退院支援・調整を実施した結果、入退院支援実施件数(入退院支援加算件数)は8,226件となり、目標を概ね達成できた。

・30 日以上の長期入院患者に対して、地域かかりつけ医療機関や介護サービス事業所等との連携を推進した上で、社会福祉士及び退院支援看護師

・30 日以上の長期入院患者に対して、地域かかりつけ医療機関や介護サービス事業所等との連携を推進した上

30日以上の長期入院患者に対する退院調整を強化するため、入院25日を超える患者の状況を毎週の幹部会議で報告し、退院調整に繋げた。令和3年12月からは、DPC入院期間Ⅱ超えを想定して、入院20日

中期計画	令和3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
が介入し、早期退院または転院に向けて調整する。	で、社会福祉士及び退院支援看護師が介入し、早期退院または転院に向けて調整する。	を超える患者の報告とした。また病棟を担当する退院調整者（MSWおよび看護師）へのヒアリングを実施して、診療科による退院調整の課題収集を行うとともに、退院調整者に対して退院調整取り組み状況や工夫等の情報共有を図り、退院調整の推進に繋げた。				

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
入退院支援実施件数（件）	7,300	8,400	8,226	97.9%

カ　退院後の療養について、在宅療養担当医療機関又は介護保険施設等と共同して説明・指導の支援を行う。共同指導は対面で行うことが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて行うことも可能とする。その場合、個人情報保護のため、厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守する。	カ　退院後の療養について、在宅療養担当医療機関又は介護保険施設等と共同して説明・指導の支援を行う。共同指導は対面で行うことが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて行うことも可能とする。その場合、個人情報保護のため、厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守する。	在宅療養担当医療機関又や介護保険施設、訪問看護ステーション等とリモートによるカンファレンスや情報共有を行うことで連携を図り、共同指導や拡大カンファレンスを実施した。リモート会議においては、厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守した。 （自己評価理由） コロナ禍においても、患者・家族への丁寧な対応を行い、一定の満足度の評価であったこと、ご意見に対し出来るだけ迅速な対応・回答を行った点から「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 患者満足度の向上 (2) 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。 ウ 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3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、病棟・外来・検査室等の整理・整頓、清掃及び美化を徹底する。	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、病棟・外来・検査室等の整理・整頓、清掃及び美化を徹底する。	・老朽化した病棟浴室及び隣接する湯沸室を改修し、各病棟にシャワー室２室を整備する工事について、令和３年１月に工事を開始し、令和３年7月に工事完了したが、新型コロナの影響もあり、コロナ病棟である９南、８南病棟が未実施に終わった。	◎	3	3	新型コロナ専用病棟として使用されていた病棟を除いて病棟浴室のシャワー化が図られ、入院患者に施設をより快適に利用いただけるよう施設改修が行われた。また、入院病棟だけではなく外来患者用トイレ等の改修も行われた。 また、美化委員会が立ち上げられ院内環境の更なる向上に向けた取組みが優先度を付けたうえで進められている。 以上のことを総合的に判断して「3」と評価した。
・本計画期間中に病棟浴室のシャワールーム化（旧浴槽の撤去）を完了する。	・本計画期間中に病棟浴室のシャワールーム化（旧浴槽の撤去）を完了する。					
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ご意見箱や、患者満足度調査を通して、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 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ご意見箱や、患者満足度調査を通して、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。	・老朽化した外来トイレ及び採尿室をリニューアルする工事について、令和３年１２月に工事を開始し、令和４年３月に工事完了し、患者の利便性を向上させた。				

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和3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>ウ 患者ニーズを把握し、現在の活動に加えて新しい活動にも取り組めるよう、ボランティアの登録者数増加に努める。院内デイケア活動におけるサポート、緩和ケア病棟において患者に寄り添うことにより、不安の軽減、入院生活の質の向上に繋げていく。（ボランティア活動について、新型コロナウイルス感染症の動向を考慮し、活動の再開を進めていく。）</td><td>ウ 患者ニーズを把握し、現在の活動に加えて新しい活動にも取り組めるよう、ボランティアの登録者数増加に努める。院内デイケア活動におけるサポート、緩和ケア病棟において患者に寄り添うことにより、不安の軽減、入院生活の質の向上に繋げていく。（ボランティア活動について、新型コロナウイルス感染症の動向を考慮し、活動の再開を進めていく。）</td><td>昨年度に引き続き、コロナ禍であった為、ボランティア活動を中止し、令和３年度中は再開することができなかった。引き続き新型コロナの動向を考慮し、活動について検討していく。

（自己評価理由）
コロナ病棟以外の浴室改修、電気錠改修、美化委員会を立ち上げ、具体の院内美化の検討に取組んだ点から「３」とした。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
療養環境の改善 1）周産期病室の簡易個室化	未実施	実　　施	未実施	－
2）病棟浴室のシャワー化（浴槽の撤去）	未実施	実　　施	概ね実施	－

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 （1）医療の質・安全対策

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。

中期計画	令和3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 日本医療機能評価機構の病院機能評価の受審による医療の質改善活動の継続、卒後臨床研修評価機構の臨床研修評価の受審による臨床研修プログラムの改善、より良い医師の養成を進めていく。	ア 日本医療機能評価機構の病院機能評価の受審による医療の質改善活動の継続、卒後臨床研修評価機構の臨床研修評価の受審による臨床研修プログラムの改善、より良い医師の養成を進めていく。	・日本医療機能評価機構の病院機能評価：令和４年度の受審に向けて、機能評価対策委員会を設置し準備を進めている。 ・卒後臨床研修評価機構の臨床研修評価：医科・歯科とも令和３年度に初めて受審した。		3	3	医療センターの評価が妥当と判断して「3」と評価した。
イ 患者中心の医療（インフォームド・コンセント）を行う。	イ 患者中心の医療（インフォームド・コンセント）を行う。	・臨床倫理検討委員会：2回開催 ・「医の倫理に関すること」を事務分掌として初めて明記し（法人本部）、法人としての対応をすすめることとした。				
・各種の患者説明書及び同意書の整備	・各種の患者説明書及び同意書の整備					
・インフォームド・コンセント実施の徹底及び保存	・インフォームド・コンセント実施の徹底及び保存	・インフォームド・コンセントについては、そのあり方や記録方法を随時啓発している。				
・第三者の適時・適切な介入（相談体制の拡充、メディエーション（※）の活用、臨床倫理検討委員会の開催、倫理監督監の任命）	・第三者の適時・適切な介入（相談体制の拡充、メディエーション（※）の活用、臨床倫理検討委員会の開催、	・「身寄りのない患者さんへの対応要領」「輸血拒否（宗教的理由を含む。）への対応要領」について職員へ啓発した				

中期計画	令和3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
※メディエーション＝患者と医療者の対話を促進する仲介的立場	倫理監督監の任命） ※メディエーション＝患者と医療者の対話を促進する仲介的立場					
ウ 医療の質の向上を図る。 ・チーム医療及びクリニカルパスの充実 ・第三者による視点の活用（病院機能評価など） ・蓄積したデータの統計化に基づく経年変化の分析や他の医療機関との比較 ・ボトムアップ方式の活用（現場の意見の吸い上げ、ＴＱＭ（※）大会の開催など） ※ＴＱＭ=トータル・クオリティ・マネジメント（病院全体で医療・サービスの質を継続的に向上させること）	ウ 医療の質の向上を図る。 ・チーム医療及びクリニカルパスの充実 ・第三者による視点の活用（病院機能評価など） ・蓄積したデータの統計化に基づく経年変化の分析や他の医療機関との比較 ・ボトムアップ方式の活用（現場の意見の吸い上げ、ＴＱＭ（※）大会の開催など） ※ＴＱＭ=トータル・クオリティ・マネジメント（病院全体で医療・サービスの質を継続的に向上させること）	・医療の質・評価委員会：年３回開催、モニタリングやPDCA管理に努めた。 ・各指標の職員への見える化を進めるため、院内ポータルでの情報提供方法を改善した。 ・「脳梗塞ADL改善度」にリハビリ指標を参照するなど、各指標の抽出過程を改善した。 ・より多くの質指標を測定できるよう、データーベースを改善した。 ・課題解決のため、適宜各診療科へ依頼・連携した。（標準治療未実施症例のカルテ記載など） ・がん登録業務において院内がん登録実務中級認定者を２名採用できた。				

中期計画	令和3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
エ 医療安全管理・感染制御は法人運営や危機管理の根幹をなすものであり、これらへの高い意識と理解は組織文化として醸成される必要があることから、以下の取組を進める。	エ 医療安全管理・感染制御は法人運営や危機管理の根幹をなすものであり、これらへの高い意識と理解は組織文化として醸成される必要があることから、以下の取組を進める。	・従前は別個に業務を進めていた安全管理担当と感染制御担当の連携を強化し、積極的な研修企画や情報発信を行った。 ・また、医療安全管理・感染制御ともチェックシートによる自主点検・他施設との相互評価を通じて（若草第一病院、府立中河内救命救急センターなど）、自施設のみならず他施設の体制充実や効果的な対策につなげた。 また、近年、インシデントレポートの提出件数が、減少しているが、提出件数の少ない職種への個別研修や、部署・職種ごとのレポート件数や年度ごとの推移の全職員にフィードバックなどを通じて積極的に提出を行うよう周知した。				
・医療安全チェックシートによる自主点検、医療安全相互チェック、医療安全に関する研修、（医療安全推進週間）等を継続して実施するなど、医療安全の充実を図る。	・医療安全チェックシートによる自主点検、医療安全相互チェック、医療安全に関する研修、（医療安全推進週間）等を継続して実施するなど、医療安全の充実を図る。					
・職員への積極的な情報発信及び研修企画	・職員への積極的な情報発信及び研修企画	・医療安全研修：ＷＥＢにて実施（計11コンテンツ、間違いの仕組み・指差し呼称・ダブルチェックなど、全テスト合格者：73.8%） ・院内ラウンド：200回以上 ・職員への情報発信：定期（毎月）＋随時				
・院内で発生した事象についての報告体制及び院内ラウンド体制の強化	・院内で発生した事象についての報告体制及び院内ラウンド体制の強化					
・効果的な対策の企画と評価	・効果的な対策の企画と評価					

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和3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>オ 虐待防止（児童虐待・夫婦間での虐待、認知症高齢者への虐待）の啓発に積極的に取り組む。</td><td>オ 虐待防止（児童虐待・夫婦間での虐待、認知症高齢者への虐待）の啓発に積極的に取り組む。</td><td>・各種マニュアルを見直し、啓発を行った。
・また、虐待防止委員会を設置することとし、規程整備を行った。

<table>
<tr><th>項　目</th><th>令和2年度実績</th><th>令和3年度目標</th><th>令和3年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>日本医療機能評価機構認定病院（再掲）</td><td>認　　定</td><td>認　　定</td><td>認　　定</td><td>－</td></tr>
<tr><td>卒後臨床研修評価機構認定病院</td><td>認　　定</td><td>認　　定</td><td>認　　定</td><td>－</td></tr>
<tr><td>医療安全研修受講率（%）</td><td>74.2</td><td>80.0</td><td>73.8</td><td>92.3%</td></tr>
<tr><td>感染防止（ICT）研修受講率（%）</td><td>83.3</td><td>80.0</td><td>74.0</td><td>92.5%</td></tr>
</table>
・WEB研修という形で実施した。
・受講は強く呼びかけたが、前年度を大きく上回るコンテンツ数で実施したため、受講率は横ばいであった。

（自己評価理由）
　質の向上、安全管理、感染制御、がん登録という４大業務に概ね対応できた点から「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 3 信頼性の向上と情報発信 (2) 情報発信、個人情報保護

中期目標	ア 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。 イ 患者の権利を尊重するとともに、個人情報保護について適切に対処し、信頼性の向上に努めること。

中期計画	令和3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 ウェブサイト（ホームページ）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。 ・ホームページ広報委員会及び担当部署を立ち上げる。 ・法人の経営状況等の最新情報を職員が情報端末（タブレット等）を通じて、リアルタイムに閲覧出来るよう、院内広報システム（グループウェア）上に発信する。	ア ウェブサイト（ホームページ）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。 ・ホームページ広報委員会及び担当部署を立ち上げる。 ・法人の経営状況等の最新情報を職員が情報端末（タブレット等）を通じて、リアルタイムに閲覧出来るよう、院内広報システム（グループウェア）上に発信する。	ウェブサイトにおいて、特にコロナに関する受診案内、医療情報については、新たな情報や変更に関し、随時発信を行った。職員の陽性者発生等についても随時公表することで、地域との信頼関係構築に努めた。診療実績及び法人の経営状況等についても適時、発信を行った。 ホームページ広報委員会の立ち上げには至らなかったが、担当部署の検討、及び委員会での協議内容の整理を行い、次年度における立ち上げに繋げた。 令和3年度については、コロナ禍における半導体不足もあり、タブレットの購入にとどまった。 令和4年度でタブレットの活用方法について改めて検討し、院内情報発信の仕組みの構築を図る。		3	2	個人情報保護については外部からの不正アクセス事案が発生した。情報の漏えいは免れたが、診療業務に少なくない影響が発生した。本件により露見した情報セキュリティ上の問題点に対しては早期解決に向けた取組みがなされたが、相当の時間や労力を割くこととなった。 適切な情報発信やバーコード読取システム導入など医療のIT化に備えたその他の取組みが進められたものの重大なアクシデントへの対応が必要であったこと等を総合的に判断して「2」と評価した。

中期計画	令和3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 東大阪市個人情報保護条例に基づく医療センター個人情報保護規程を遵守する。 ・医療センターが保有する患者の個人情報を適切に取り扱うために、「診療に関する個人情報取扱マニュアル」を整備するとともに、職員に対して個人情報保護の意識啓発を行う。 ・医療センターが保有する診療情報等の個人情報については、外部に流出することがないよう、個人情報保護の重要性を周知徹底する等の対策を講じる。	イ 東大阪市個人情報保護条例に基づく医療センター個人情報保護規程を遵守する。 ・医療センターが保有する患者の個人情報を適切に取り扱うために、「診療に関する個人情報取扱マニュアル」を整備するとともに、職員に対して個人情報保護の意識啓発を行う。 ・医療センターが保有する診療情報等の個人情報については、外部に流出することがないよう、個人情報保護の重要性を周知徹底する等の対策を講じる。	新年度の入職者研修において、個人情報の取り扱いに対するレクチャーを行い、医療情報に関しては個人情報の中でも特に重要性が高いことの意識付けを啓発した。 令和３年度は外部からの不正アクセスを受けた。発生後は院内、院外関係機関等と密に連携し、被害の拡大防止、復旧措置を行った。情報管理について、院内からの流出の危険性だけでなく、不正アクセスによる流出の危険性についての認識を深めた。今後は院内における周知徹底だけでなく、外部からの侵入を防ぐためのセキュリティ強化をさらに図る。				
ウ 医療事務（保険請求・領収）への市民からの信頼性の向上を図る。 ・医療情報デジタル化推進により医療事務の効率・精度向上を図る。	ウ 医療事務（保険請求・領収）への市民からの信頼性の向上を図る。 ・医療情報デジタル化推進により医療事務の効率・精度向上を図る。	医療情報デジタル化については、手術室で使用する償還材料をバーコードで読み込むための仕組みを構築し、効率化と精度向上を図った。 DPCデータの提出及び質の担保については、職員の退職を受け、体制の変更、人員増を行い、体制強化を図った。また、データ精度の向上のための病名入力等について、医師に対する勉強会を開催した。				

中期計画	令和3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
・質が担保されたＤＰＣデータの提出及び高い精度のレセプト（診療明細）の作成により市民からの保険請求・領収への信頼性の向上を図る。	・質が担保されたＤＰＣデータの提出及び高い精度のレセプト（診療明細）の作成により市民からの保険請求・領収への信頼性の向上を図る。	前述の通り、不正アクセスを受けたことにより、電子カルテには影響しなかったものの、部門システムに侵入されたことから、外部からの侵入を防ぐためのセキュリティ強化について、新たに厚労省より発出された「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン5.2」に基づく見直しを行っている。				
なお、患者診療情報等の個人情報については、当該個人情報を保管する電子カルテシステムをインターネット環境から完全分離する等、強固なセキュリティを確保する。また、研究等のための診療情報等、臨床データを利用する際は、個人が特定できない形にデータを変換するとともに、データの暗号化を行う等、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づいた運用管理を図る。	なお、患者診療情報等の個人情報については、当該個人情報を保管する電子カルテシステムをインターネット環境から完全分離する等、強固なセキュリティを確保する。また、研究等のための診療情報等、臨床データを利用する際は、個人が特定できない形にデータを変換するとともに、データの暗号化を行う等、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づいた運用管理を図る。	（自己評価理由） ホームページ、広報誌による情報発信、新人への個人情報保護研修、データ精度向上のため医師への勉強会を行った点、医療情報システムへの外部からの不正アクセスについては、速やかに対策を講じるとともに、更なるセキュリティー強化に努めた点などから「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
(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3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 地域医療支援病院として、また地域完結型医療における高度急性期・急性期医療を担う地域の中核病院として、中河内地域で目指すべき役割を明確にした上で、効果的な地域医療連携の強化に取り組むため、患者総合支援センター及び地域医療連携室の機能向上を図る。 ・紹介患者の確実な受入れの徹底・良質な医療の提供及びかかりつけ医等への患者の逆紹介の強化 ・医療連携、特に退院調整機能及び退院時支援機能の強化 ・在宅医療の支援（在宅医療	ア 地域医療支援病院として、また地域完結型医療における高度急性期・急性期医療を担う地域の中核病院として、中河内地域で目指すべき役割を明確にした上で、効果的な地域医療連携の強化に取り組むため、患者総合支援センター及び地域医療連携室の機能向上を図る。 ・紹介患者の確実な受入れの徹底・良質な医療の提供及びかかりつけ医等への患者の逆紹介の強化 ・医療連携、特に退院調整機能及び退院時支援機能の強化 ・在宅医療の支援（在	・地域医療支援病院として、地域の医療機関からの紹介患者を受け入れるよう取り組んだ。しかし、新型コロナの入院患者数が増えて２～３病棟を専用病棟とした時期や、病棟においてクラスターが発生した時期は、紹介患者の入院受け入れが困難であった。一方で、当センターから転院調整を依頼している近隣の医療機関や施設に、複数のクラスターが発生したことから、退院調整に難渋した時期があった。退院調整ができないことで病床確保が困難となり、紹介患者の受け入れに影響した。 ・入院日数が20日を超えた患者数及び状況について毎週の幹部会議で報告を行い、退院調整による長期入院患者の減を図り、病床の回転を早くして新規入院患者の受け入れ促進に繋げる取り組みを行った。		4	4	医療センターでの稼働病床に制限があり、また連携医療機関等でのクラスター発生により退院調整が難渋した時期があったにも関わらず、病床回転率の向上等の取組みに努めた結果、地域の診療所から多数の新型コロナ疑い患者の受入れを行い、大半の指標を達成した。未達成の指標についても前年の実績を上回っており、地域の医療機関との連携の強まりが伺えること等を総合的に判断して「4」と評価した。 なお、新型コロナ終息後においても紹介患者数等を維持できるよう、地域医療支援病院運営委員会等を最大限に活用し、多岐に及ぶ分野で地域医療支援に係る中心的役割を担われたい。

中期計画	令和3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
に関する情報の提供など）の強化 ・居宅、或いは介護施設等での療養の支援・情報提供の強化 ・救急医療、特に生命にかかわる重症救急患者の受入れ救急搬送、即ＩＣＵ等入院）の強化 ・医療機器共同利用の受託実績の向上（CT、MRI、超音波、骨密度など） ・地域の医療従事者に対する研修を継続方策として、 ・紹介予約センター機能の拡充・強化により、患者の利便性を高める。 ・地域連携（情報提供）ソフトの有効活用により、地域医療機関への情報提供を強化する。 ・第2 期中期計画期間中に地域医療連携ネットワークシステムの導入を検討し、地域の医療機関との連携強化に取り組む。	宅医療に関する情報の提供など）の強化 ・居宅、或いは介護施設等での療養の支援・情報提供の強化 ・救急医療、特に生命にかかわる重症救急患者の受入れ（救急搬送、即ＩＣＵ等入院）の強化 ・医療機器共同利用の受託実績の向上（CT、MRI、超音波、骨密度など） ・地域の医療従事者に対する研修を継続方策として、 ・紹介予約センター機能の拡充・強化により、患者の利便性を高める。 ・地域連携（情報提供）ソフトの有効活用により、地域医療機関への情報提供を強化する。 ・第2 期中期計画期間中に地域医療連携ネットワークシステムの導入を検討し、 地域の医療機関との連携強化に取り組む。	・医療機器共同利用の受託件数は、2,555件で目標を上回った。 ・医療従事者への研修は13回開催し、院外からの参加は233名であった。 ・予約センターは、内科のみの運用から外科系診療科(耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、口腔外科を除く）を追加し運用している。対応時間は14:00～16:30の運用を継続して、予約変更がスムーズに行える体制を整えた。今後は、対応時間や診療科の拡大などを検討する必要がある。 ・地域連携ソフトとして令和3年8月から入退院支援クラウドを導入し、転院数403件のうち302件（74.9%）の転退院調整で活用した。クラウドに参加する連携病院は大阪府下92施設となり退院・連携強化に繋がった。 ・地域医療連携ネットワークの１つとしてデジタルサイネージを導入して患者情報コーナーに設置し、患者への情報提供に繋げた。				

中期計画	令和3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	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
紹介患者数（初診に限る）（人）	18,379	17,450	20,284	116.2%
逆紹介患者数（人）	31,963	37,000	37,271	100.7%
高額医療機器の共同利用の受託件数（件）	1,968	2,280	2,555	112.1%
紹介元医療機関への退院時診療情報提供の件数（件）	2,488	2,080	2,572	123.7%
紹介元以外の保険医療機関への退院時診療情報提供の件数（件）	4,288	5,180	5,053	97.6%
がん治療連携計画策定の件数（件）・（がん地域連携診療計画書の作成）	71	48	54	112.5%

年間の紹介患者数は20,284人（月平均1,690人）、逆紹介患者数は37,271人（月平均3,106人）であった。紹介患者数にはコロナ外来の患者が相当数含まれており、コロナ収束後も紹介患者を維持できるように機能強化を進めることが課題である。
退院時診療情報の提供は、紹介元2,572件（月平均213件）、紹介元以外5,053件(月平均421件）であった。かかりつけ医に実施したアンケートにおいて、当センターからの情報提供を重要視されているとの結果が得られており、診療情報提供書の記載率向上が課題である。

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どを通して、ニーズ把握に努め	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	地域医療機関へのアンケートによると、予約の返信の早さの重視度は91.8%であったが、そのことの満足度は75.3%と16.5%の乖離があった。返信を早くするように、情報収集方法や各診療科への確認方法を検討し満足度の向上に努める。 地域医療従事者向け研修会は13回、スクラム				

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和3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>る。
また、定期的な情報誌の発刊、ホームページ等での情報発信、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・共有を行う。</td><td>へのアンケートなどを通して、ニーズ把握に努める。
また、定期的な情報誌の発刊、ホームページ等での情報発信、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・共有を行う。</td><td>会は3回行った。新型コロナ予防のため、ハイブリット形式での開催とした。地域連携関連のイベントや市民公開講座が開催できなかったことが課題である。登録医総会については、地域医療支援病院の指定を受けてから1回も開催できていないことが課題である。
広報紙は、「つながる」を4回、「HCMCニュース」を8回、「循環器スクラム通信」を6回、院内向けの「ほすぴたるニュース」を1回発行した。
広報活動としての渉外訪問は736件行い、うち55件は医師との同行訪問であった。

（自己評価理由）
新型コロナの影響で稼働病床が少ない中で、新入院患者受入、退院支援強化を行ったこと、かかりつけ医から紹介のあった疑い患者の診療・検査を多数受け入れた点から「４」とした。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
かかりつけ医アンケート調査実施（1回/2年）	実　施	実　施	実　施	－
地域医療従事者向け研修会の開催（年12回以上）の実施	実　施	継　続	継　続	－

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	ア 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。 イ 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3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急性期病院としての役割を果たす。 ・在宅療養担当医療機関、訪問看護ステーション等との共同又はビデオ通話が可能な機器を用いて、退院時に居宅での療養について支援、患者紹介を行う。 ・地域包括支援センターや介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し、退院後導入が望ましい介護等サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護等サービス又は障害福祉サービス等について患者支援（説明・指導・ケアプラン等の作成）、	ア 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急性期病院としての役割を果たす。 ・在宅療養担当医療機関、訪問看護ステーション等との共同又はビデオ通話が可能な機器を用いて、退院時に居宅での療養について支援、患者紹介を行う。 ・地域包括支援センターや介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し、退院後導入が望ましい介護等サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護等サービス又は障害福祉サービス等	新型コロナの拡大により面会禁止であるため、家族からの情報収集や、転院に関する家族調整が困難であった。患者にとって、地域の関連機関との情報交換や情報提供は重要であることから、患者家族や地域の関連機関とのリモート面談を推進できる環境作りが課題である。 市、保健所、学校、保険薬局、関係機関に対しては、最新情報や有益な情報を提供した。		3	3	患者やその家族とのリモート面談を行える体制が整わなかったなどの事情により指標の達成率は低迷したが、市内医療機関、保健所、消防局などの関係機関とはウェブ会議で情報連携を図っており、コロナ禍における急性期病院の役割は果たせたものと考える。 以上のことを総合的に判断して「3」と評価した。

中期計画	令和3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
患者紹介を行う。	について患者支援（説明・指導・ケアプラン等の作成）、患者紹介を行う。					
・退院後の療養において、介護サービス又は福祉サービスを提供する介護保険施設等に対する情報提供を強化する。	・退院後の療養において、介護サービス又は福祉サービスを提供する介護保険施設等に対する情報提供を強化する。					
・市、保健所、学校、保険薬局及び介護・福祉関係機関に対して積極的に情報提供を行う。	・市、保健所、学校、保険薬局及び介護・福祉関係機関に対して積極的に情報提供を行う。	市内の病院連携会議（ZOOM開催）において、市内の医療機関、医師会、保健所、消防局に対し、当センターの新型コロナ及び救急の対応状況の情報提供を行った。				
イ 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。	イ 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。	新型コロナの感染拡大が影響し、退院時共同指導件数は74件、拡大カンファレンス件数は37件にとどまり、目標を達成できなかった。地域の連携機関だけでなく、患者家族とリモート面談を進めることができなかったことが課題である。				

中期計画	令和3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	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
在宅療養担当医療機関、訪問看護ステーションとの退院時共同指導及び患者紹介・情報提供の件数	124	190	112	59.0%
介護保険施設等の専門員との退院時連携指導（ケアプラン等作成支援）及び患者紹介・情報提供の件	164	340	98	28.8%

（自己評価理由）
コロナ禍において訪問が出来なかった状況下で、地域包括ケアシステムにおける、急性期病院の役割を、関係機関と連携し概ね行えた点から「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 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 、委託業者も含めた医療センターで働く全ての者が理解し、その目的達成に向け一丸となって 引き続き 取り組むこと。

中期計画	令和3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
・第１期中期計画期間における医療環境の変化、医療センターが担うべき使命と役割について再検証し、第2 期中期計画初年度に、理念及び基本方針の見直しを行う。 新理念（素案）「誠実で安全な医療」	・第１期中期計画期間における医療環境の変化、医療センターが担うべき使命と役割について再検証し、第2 期中期計画初年度に、理念及び基本方針の見直しを行う。 新理念（素案）「誠実で安全な医療」	理念及び基本方針の見直しを行い、新たな理念「誠実な医療」を地域の人々に、並びに5つの基本方針が理事会で承認され、4月からの変更に向けて職員周知、院内掲示、ホームページの修正等の準備を開始した。		4	4	第２期中期目標期間の初年度に理念と基本方針の見直しを行われたことは評価できる。変更後の理念等を院内掲示や名刺サイズのカードによる全職員への周知等の取組みが行われていることを総合的に判断して「4」と評価した。 なお、理念が広く職員に浸透し、職員個々の行動に結びつくことで医療センターの利用者に「誠実な医療」が提供されるよう期待する。
・全ての職員が理念、基本方針を共有し、継続的に実践していく組織づくりを行う。	・全ての職員が理念、基本方針を共有し、継続的に実践していく組織づくりを行う。	新理念及び基本方針を院内約100か所に掲示し、全職員に名刺サイズのカードを配布し、共有に努めた。 （自己評価理由） 独法化移行後の課題の一つであった理念及び基本方針の見直しを実施できた点から「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 （2）内部統制

中期目標	ア 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適切に運用すること。 イ 各種情報収集・分析を基にした企画 及び 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り、リスクマネジメント体制を構築すること。 ウ 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 を引き続き行うこと。

中期計画	令和3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 自治体設立の地方独立行政法人病院として、経営・運営の公共性・公平性、及び透明性を確保するとともに、ⅰ)業務の有効性と効率性、ⅱ)財務報告の信頼性、ⅲ）法令遵守、ⅳ)資産の保全、の４つの目的を達成するため、理事長を内部統制の最高責任者とし、そのリーダーシップの下、必要な規程等の整備、見直しを行うとともに、内部統制の仕組が有効に機能しているかの点検・検証、点検結果を踏まえた必要な見直しを行うなど充実・強化を図る。内部統制の構築・運用状況について、定期的に点検を行うとともに、監事の監査を受ける。また、職員一人	ア 自治体設立の地方独立行政法人病院として、経営・運営の公共性・公平性、及び透明性を確保するとともに、ⅰ)業務の有効性と効率性、ⅱ)財務報告の信頼性、ⅲ）法令遵守、ⅳ)資産の保全、の４つの目的を達成するため、理事長を内部統制の最高責任者とし、そのリーダーシップの下、必要な規程等の整備、見直しを行うとともに、内部統制の仕組が有効に機能しているかの点検・検証、点検結果を踏まえた必要な見直しを行うなど充実・強化を図る。内部統制の構築・運用状況について、定期的に点検を行うとともに、監事の監査を受ける。また、職員一人	法人本部設置、診療科名変更、育児・介護法等の改正に伴う規程の整備、改正を行った。 各部門の運営委員会において、当該部門の仕組みの点検を行い、企画運営会議及び幹部会で改善状況の報告を行った。	◎	3	3	法人本部の設置やIT化への取組み、外部機関からの包括支援などにより内部統制が進められている。しかし、令和3年度当初の医療情報システムへの不正アクセス事例で見られるように適正なリスク管理や評価ができていたとは言い難い事例も発生しているため、リスクの再評価などの取組みを進められたい。 以上のことを総合的に判断して「3」と評価した。

中期計画	令和3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
一人が内部統制の重要性を認識し、自主的に法令を遵守し、かつ高い職業倫理及び医の倫理観を持って、有効的・効率的に業務を遂行する組織風土を醸成する。	一人が内部統制の重要性を認識し、自主的に法令を遵守し、かつ高い職業倫理及び医の倫理観を持って、有効的・効率的に業務を遂行する組織風土を醸成する。					
１）業務の公共性・公平性及び透明性等の確保 ・中期目標・計画に基づく運営、業務及び財務改善を行うＰＤＣＡサイクルを繰り返す。計画・評価結果は市及び議会に報告するとともにホームページ上に公表し、透明性を確保する。	１）業務の公共性・公平性及び透明性等の確保 ・中期目標・計画に基づく運営、業務及び財務改善を行うＰＤＣＡサイクルを繰り返す。計画・評価結果は市及び議会に報告するとともにホームページ上に公表し、透明性を確保する。	月次における患者数・収支状況については、定型の報告形式で毎月理事会に報告し、決算についても6月の理事会での報告、ホームページ上に財務諸表を公表している。また、事業実績報告として東大阪市による評価結果もホームページ上に公表している。				
・診療科および各部局毎の年度目標を策定し、月次実績は毎月の理事会に報告する。	・診療科および各部局毎の年度目標を策定し、月次実績は毎月の理事会に報告する。	病院全体、診療科別、病棟別の実績と対応について、毎月の理事会で報告を行った。				
２）財務報告の信頼性の向上 ・監事への病院会計・決算及び財務報告の迅速化と監査体制の確	２）財務報告の信頼性の向上 ・監事への病院会計・決算及び財務報告の迅速化と監査体制の確	財務報告の信頼性確保について、包括支援を外部委託した。その結果を受け、指摘を受けた項目については、各部署で改善策を検討し、今後は優先順位をつけて改善していく。一方現時点で適切と評価された点に				

中期計画	令和3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
立。 ・月次の患者数・収支状況については毎月理事会に報告する。 ・毎年度、決算終了後速やかに事業実績等を理事会（監事）に報告するとともに、ホームページ上での公表その他の方法により公表することにより、業務の透明性を高める。	立。 ・月次の患者数・収支状況については毎月理事会に報告する。 ・毎年度、決算終了後速やかに事業実績等を理事会（監事）に報告するとともに、ホームページ上での公表その他の方法により公表することにより、業務の透明性を高める。	おいても、維持のための仕組みの構築を行う。				
３）コンプライアンス（法令遵守）の強化 ・職員が遵守すべき規程、マニュアル等の中央一元管理化 ・業務方法書・規程・マニュアルの整備状況の把握と定期的な点検の実施 ・職員倫理規程、個人情報保護規程、ハラスメント防止規程等に基づく法令遵守意識の涵養 ・内部通報窓口・外部通報窓口設置状況の把握と点検の実施	３）コンプライアンス（法令遵守）の強化 ・職員が遵守すべき規程、マニュアル等の中央一元管理化 ・業務方法書・規程・マニュアルの整備状況の把握と定期的な点検の実施 ・職員倫理規程、個人情報保護規程、ハラスメント防止規程等に基づく法令遵守意識の涵養 ・内部通報窓口・外部通報窓口設置状況の把握と点検の実施	業務改善委員会が中心となり、業務マニュアルの修正・整備を行い、イントラネットへの掲示、各部門への冊子配布を進めた。 コンプライアンス、ハラスメント相談件数等を、内部統制委員会に報告するとともに、次年度も相談体制を継続していくことを確認した。 今年度のハラスメント防止研修は、基本的対応、事例検討の2つの課題についてe-ラーニングで実施し、６３７名の職員が受講した。 医の倫理については、令和４年度に新設する法人本部の所掌事務のひとつとする事を決定した。 年度当初に院内・院外の通報窓口を周知した。				

中期計画	令和3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
・倫理監督者及びコンプライアンス統括担当監の設置（仕組）を継続	・倫理監督者及びコンプライアンス統括担当監の設置（仕組）を継続	倫理監督者及びコンプライアンス統括担当監の設置を継続した。				
イ 医療過誤といった医療安全上のリスク、職員の不祥事などの経営上のリスク、自然災害などの外的リスクに対し、適切に管理する仕組みを整備する。 ・リスクコントロールマトリックスの作成	イ 医療過誤といった医療安全上のリスク、職員の不祥事などの経営上のリスク、自然災害などの外的リスクに対し、適切に管理する仕組みを整備する。 ・リスクコントロールマトリックスの作成	理事会において令和３年度の懲戒処分件数等の報告を行った。				
ウ 中期計画では、具体的かつ定量的な情報に基づきモニタリング出来る環境を確保するとともに、適切な評価のしくみの検討を進める。また、毎年度の監事監査、評価委員会による評価結果を次の年度計画に反映していく。	ウ 中期計画では、具体的かつ定量的な情報に基づきモニタリング出来る環境を確保するとともに、適切な評価のしくみの検討を進める。また、毎年度の監事監査、評価委員会による評価結果を次の年度計画に反映していく。	令和３年度計画で設定した目標の達成状況の確認、監事による監査、評価委員の意見聴取を受け達成できなかった項目について、達成に向けての対応を検討した。				
エ 診療科・病棟別に具体的数値目標を設定し、達成に向けた取り組みを進める。 重要課題については、センター長、タスクフォースリーダーを任命し、効果的な運営を	エ 診療科・病棟別に具体的数値目標を設定し、達成に向けた取り組みを進める。 重要課題については、センター長、タスクフォースリーダーを任命し、効果的な運営を	診療科、各部門の年度目標を設定し、特に診療科別・病棟別実績は毎週・毎月、実績を確認し、目標を上回った理由、下回った理由を分析して対策を検討し、目標達成に向けての努力を行った。 令和２年度末から令和３年度にかけて、新型コロナワクチンタスクフォースを設置し、職員接種、集団接種会場対応を行っ				

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和3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>行う。

オ 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。</td><td>行う。

オ 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。</td><td>た。
また、外来業務プロセス改革タスクフォースを中心に、番号表示板、診療費後払いシステム、オンライン資格確認等システムを導入し、外来部門のＩＴ化による改善を行った。

<table>
<tr><th>項　目</th><th>令和2年度実績</th><th>令和3年度目標</th><th>令和3年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>医療センター業務方法書の点検</td><td>実　施</td><td>実　施</td><td>一部実施</td><td>－</td></tr>
<tr><td>内部統制（ガバナンス）体制の確立（内部統制委員会を含む）</td><td>実　施</td><td>実　施</td><td>実　施</td><td>－</td></tr>
<tr><td>内部通報窓口、外部通報窓口の設置</td><td>部分実施</td><td>部分実施</td><td>部分実施</td><td>－</td></tr>
<tr><td>病院会計及び財務報告の監査体制の構築</td><td>未実施</td><td>実　施</td><td>未　実　施</td><td>－</td></tr>
<tr><td>規程・マニュアル等の整備状況の点検</td><td>実　施</td><td>実　施</td><td>実　施</td><td>－</td></tr>
</table>

（自己評価理由）
法人本部の設置、外部の目による財務報告の信頼性の点検、診療科別・病棟別実績の点検・報告を継続して行えた点等から「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
（3） 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3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 医務局 医師の働き方改革にかかる時間外勤務縮減について、医師数の増加を図ることに加え、業務の効率化のためにシフト勤務など勤務時間帯の見直しやフレックスタイム制の導入など柔軟な勤務体制の構築を検討する。	ア 医務局 医師の働き方改革にかかる時間外勤務縮減について、医師数の増加を図ることに加え、業務の効率化のためにシフト勤務など勤務時間帯の見直しやフレックスタイム制の導入など柔軟な勤務体制の構築を検討する。	働き方改革のためには、積極的なタスク・シフティングの導入や、まずは各々の医師の意識を変えていくことが重要である。たとえば主治医制ではなく、診療科での複数主治医制の徹底とワークシェアリングを行うこと、加えて当院の使命から紹介患者や新入院患者、救急対応などを積極的に行うために、患者の逆紹介をさらに推進するなど、漫然とした一般外来機能の縮小、専門外来の拡充を図るとともに、コアタイムを設けたフレックスタイム制を導入の検討を継続する。		3	3	法人の評価が妥当であると判断して「3」と評価した。
イ 看護局 病床稼働率や病床回転率、重症度、医療・看護必要度の重症患者割合等により、看護職員の傾斜配置を検討する。また、患者数や業務内容及び診療報酬に対応出来る適正配置に努めると同時に、短時間勤務や12 時間夜勤、夜勤専従勤務等を促進し、多様で柔軟な勤務体制の構築と人員配置を検討する。	イ 看護局 病床稼働率や病床回転率、重症度、医療・看護必要度の重症患者割合等により、看護職員の傾斜配置を検討する。また、患者数や業務内容及び診療報酬に対応出来る適正配置に努めると同時に、短時間勤務や12 時間夜勤、夜勤専従勤務等を促進し、多様で柔軟な勤務体制の構築と人員配置を検討する。	令和3年度の重症度、医療・看護必要度の年間平均は、39.2%（前年比+4.7%）で診療報酬上の要件をクリアできた。 新型コロナの流行に応じて、感染症対応病床数が変化したが、感染症病棟間もしくは一般病棟間で応援体制を組み、部署間の業務量に大きな差が生じないように調整をした。年間を通して、入院基本料算定基準を維持することができた。				

中期計画	令和3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 薬剤部 医療の質を向上するべく、患者に対する薬物治療に適切な介入を行い貢献するための人員配置を行う。院内での医薬品の安全管理と適正な供給に務めるとともに、新たな診療報酬算定による収益増、患者支援拡充に必要な効率的かつ効果的 な配置を検討する。	ウ 薬剤部 医療の質を向上するべく、患者に対する薬物治療に適切な介入を行い貢献するための人員配置を行う。院内での医薬品の安全管理と適正な供給に務めるとともに、新たな診療報酬算定による収益増、患者支援拡充に必要な効率的かつ効果的な配置を検討する。	悪性腫瘍と診断された外来患者に対し薬剤師が介入を行うことで、がん患者指導管理料ハおよび連携充実加算を令和3年4月より算定開始した。さらに入院患者に対しては、薬剤総合評価調整加算と薬剤調整加算の算定開始に向け準備を進めた。 また、今後の薬剤部の計画を達成するために、効率的かつ効果的な配置である新業務体制の検討を開始した。				
エ 医療技術局 新たに就業規則に定められた、医療技術局職員の勤務時間を柔軟に活用することで、各科、係の業務形態に合わせた弾力的な人員配置を行い、効率的かつ効果的な業務運営を検討する。	エ 医療技術局 新たに就業規則に定められた、医療技術局職員の勤務時間を柔軟に活用することで、各科、係の業務形態に合わせた弾力的な人員配置を行い、効率的かつ効果的な業務運営を検討する。	診療実態に応じた弾力的な勤務編成を行い、新型コロナ診療に係る一部業務を除き各科・係の時間外業務の削減が進められた。				
オ 事務局 今後も持続可能な事務局職員の適正配置を進める。特に、医事委託業務については、業務内容を総点検し、内製化した場合の収益と費用を分析し、適正な執行体制を検討する。	オ 事務局 今後も持続可能な事務局職員の適正配置を進める。特に、医事委託業務については、業務内容を総点検し、内製化した場合の収益と費用を分析し、適正な執行体制を検討する。	令和２年度末の市職員の引き上げおよび適正配置における体制強化のため５名（R3.4.2～R4.4.1）の事務職員を採用した。経営企画課（企画財務部門・診療録管理業務）に４名、医事課（診療報酬請求業務）に１名配属した。経営企画課においては、経営部門の確立及び適切な財務会計の実施に向けて強化を図った。				

中期計画	令和3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
		（自己評価理由） 安全な医療の提供、診療報酬上必要な人員配置、体制確保のための計画的採用、弾力的な勤務編成等が行えた点から「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 業務運営体制の構築
（4） 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3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・診療科ごとの病床稼働率、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。院内改修工事により、9 室から11 室に増室された手術室の効率的な利用を行い、手術件数、全身麻酔件数の大幅な増加を目標とする。麻酔科医、手術室看護師、臨床工学技士、薬剤師等の確保を行うことにより手術診療の質と安全を担保する。また、隣接したＩＣＵの有効活用を目指し、手術後患者の利用率を高める。	ア 病棟別・診療科ごとの病床稼働率、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。院内改修工事により、9 室から11 室に増室された手術室の効率的な利用を行い、手術件数、全身麻酔件数の大幅な増加を目標とする。麻酔科医、手術室看護師、臨床工学技士、薬剤師等の確保を行うことにより手術診療の質と安全を担保する。また、隣接したＩＣＵの有効活用を目指し、手術後患者の利用率を高める。	病棟（病床）管理については、新型コロナのフェーズ変更のたびに、運用変更を行い、1人でも多くの新型コロナ患者、一般患者の受入を行い、休床を考慮すると前年度並みの稼働率を維持した。 手術室に関しては、総手術件数は増加したものの、全身麻酔件数は、初めて年間3,000件を超えたが、微増であり、目標に到達するには全身麻酔件数を増加させることが重要である。新型コロナの影響もあるが、手術件数全体の底上げが必要である。ロボット支援手術の件数は順調に増加して１台の装置がフル稼働しており、今後件数を増加させるのであれば装置の増設も考慮する必要が出てくる。	◎	4	4	新型コロナ病棟設置による影響を受け、病床稼働率や総手術件数など複数の項目で目標未達となった。休床となった病床数は前年より増加したにも関わらず、多くの指標に係る実績は前年を上回っており、医療資源の有効活用を意識し、取り組んでこられた結果であると考えらえる。 また、ダビンチ手術件数は産婦人科での運用開始もあり実績が大幅に増加している他、ダビンチ手術を行う医師の増員などの副次的効果も表れている。 以上のことを総合的に判断して「4」と評価した。
イ 電子カルテを含む病院情報システムは、病院の業務運営に欠かせない資源であり、単	イ 電子カルテを含む病院情報システムは、病院の業務運営に欠かせない資源であり、単	電子カルテについては、現在使用している機種（2018年11月更新）のメーカー保守が2030年までのため、中間である2025年での更新を検討している。またユー				

中期計画	令和3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
純に減価償却の5 年で更新するのではなく、最大限、経済性・耐久性を考慮し、有効活用を図る。他のシステムとの関係性や利便性を考慮し、適切な更新時期を検討する。加えて更新に向けた計画立案、準備を行う。また、高額医療機器の使用状況を集約し、導入効果を検証していく。	純に減価償却の5 年で更新するのではなく、最大限、経済性・耐久性を考慮し、有効活用を図る。他のシステムとの関係性や利便性を考慮し、適切な更新時期を検討する。加えて更新に向けた計画立案、準備を行う。また、高額医療機器の使用状況を集約し、導入効果を検証していく。	ザー会に参加し、後継製品を導入した医療機関に関する情報収集を行っている。 高額医療機器であるダビンチについては、令和1年度で42件、令和2年度で83件、令和3年度で132件の手術件数となっており、件数は着実に増加している。また、令和3年度には新たに産婦人科も開始し、３診療科（泌尿器科、消化器外科、産婦人科）で導入しており、ダビンチ手術を実施できる医師も異動してきているなどの影響も現れている。				
ウ 耐用年数越えを迎える放射線治療機器及び撮影機器が今後続出することを踏まえ、国指定地域がん診療連携拠点病院としてその責務を市民に果たすために、放射線治療機器のより高度な治療技術、高精度及び安全性を担保するために早期に機種選定、工事時期を計画していく。 ＭＲＩ装置についてもより高磁場化が進み、新たな撮影法も開発臨床応用されている昨今、導入後14 年を経過した1.5T-ＭＲＩの更新を3T-ＭＲＩへ更新することを検討する。また、今後の画像	ウ 耐用年数越えを迎える放射線治療機器及び撮影機器が今後続出することを踏まえ、国指定地域がん診療連携拠点病院としてその責務を市民に果たすために、放射線治療機器のより高度な治療技術、高精度及び安全性を担保するために早期に機種選定、工事時期を計画していく。 ＭＲＩ装置についてもより高磁場化が進み、新たな撮影法も開発臨床応用されている昨今、導入後14 年を経過した1.5T-ＭＲＩの更新を3T-ＭＲＩへ更新することを検討する。また、今後の画像	・機器等整備委員会において、令和2年度から令和3年度にかけて、リニアック及びＭＲＩ購入に伴う予算執行留保を検討し、令和2年度に90,000千円、令和3年度に150,000千円、合計240,000千円の予算執行留保を行い更新時期の検討を行った。				

中期計画	令和3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
診断の方向性は断層画像診断としてＣＴよりもＭＲＩの適応が広がっていくことが想定され、ＭＲＩをさらに1 台増設し、3 台体制とすることを検討していく。今後、画像診断の有効活用として、ＩＣＴへの技術導入や地域医療機関等との画像共有等を進めていき、よりスムーズな地域医療連携に寄与していく。	診断の方向性は断層画像診断としてＣＴよりもＭＲＩの適応が広がっていくことが想定され、ＭＲＩをさらに1 台増設し、3 台体制とすることを検討していく。今後、画像診断の有効活用として、ＩＣＴへの技術導入や地域医療機関等との画像共有等を進めていき、よりスムーズな地域医療連携に寄与していく。					

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
病床稼働率（%）（休床考慮）	88.6	93.6	88.1	94.1%
総手術件数（件）	6,462	7,050	6,794	96.4%
全身麻酔件数（件）	2,945	3,500	3,031	86.6%
ハイブリッド手術室稼働率（%）	67.4	63.8	68.6	107.5%
ダビンチ（ロボット支援）手術実施件数（件）	83	90	132	146.7%
強度変調放射線治療（IMRT）件数（件）	2,487	3,450	2,492	72.2%
ICU（特定集中治療室）管理件数（件）	2,403	2,900	3,125	107.8%

（自己評価理由）
新型コロナ対応の休床の影響で、病床稼働率（休床考慮）は目標には及ばなかったが、前年度並みを維持できた。
また、手術件数、全身麻酔手術件数、ＩＭＲＴ件数は、目標は達成できなかったものの、前年度実績を上回った。

中期計画	令和3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
		ハイブリッド手術室稼働率、ダビンチ手術件数、ＩＣＵ管理件数は、目標及び前年度を上回った点から「４」とした。				

第３ 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置
２ 人材の確保と育成
（1） 人材の確保

中期目標	ア 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。 イ 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3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人材の確保（量の確保）と機能充実・拡充（質の向上）を継続していく。優秀な人材を確保し、能力を発揮できる働きやすい環境を整備する。	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人材の確保（量の確保）と機能充実・拡充（質の向上）を継続していく。優秀な人材を確保し、能力を発揮できる働きやすい環境を整備する。			3	3	採用面接のオンライン化など、利便性を向上させた結果、看護師採用試験で過去最高の受験者数となり、有能な人材の採用につなげることが出来ている。全体では37名の増員となっており、他職種においても人材の確保に努められた。 新人看護師のリアリティショックもあり看護職の離職率が前年より2.4ポイント上昇しているものの トータルでは看護職員数増となっていることを総合的に判断して「3」と評価した。 なお、看護師の離職理由の分析を行い適切な対応を講じることで看護師離職率の低下及び中堅看護職員層の充実に向けた取り組みに努められたい。
・臨床研修医、専攻医及び常勤医師の確保のため、 ①研修医室の整備・拡充を図る。 ②治療ガイドライン及び論文のオンライン検索システムの導入を図る。 ③関連大学への働きかけを中心に、急性期医療を提供するうえで必要な医師を 確保する。	・臨床研修医、専攻医及び常勤医師の確保のため、 ①研修医室の整備・拡充を図る。②治療ガイドライン及び論文のオンライン検索システムの導入を図る。 ③関連大学への働きかけを中心に、急性期医療を提供するうえで必要な医師を 確保する。	研修医に関しては、3年連続して定員の6倍以上の応募があり、たすき掛けも含めて多くの研修医の受け入れを行っているが、これに甘んじることなく、臨床研修環境の整備（研修医室、シミュレータや図書室など）をさらに推進する予定である。 専攻医に関しては、大阪府内のシーリングの影響はあるものの、近隣の病院の協力を得て、多数の専攻医の受け入れを行っている。				

中期計画	令和3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
・看護職については、実習生受入れ、病院見学会、働き続けることのできる環境の整備、非常勤嘱託の活用などにより、体制維持に必要な人員確保に努める。	・看護職については、実習生受入れ、病院見学会、働き続けることのできる環境の整備、非常勤嘱託の活用などにより、体制維持に必要な人員確保に努める。	令和3年度からオンライン面接試験を導入し、遠隔地からの受験生の利便性を高めた。その結果、受験者数は過去最高の195名に達し、令和4年4月に看護師・助産師を89名採用できた。 全体の離職率は13.3％と前年より2.4%上昇した。新型コロナ対応を直接の理由とする離職者はいなかったが、昨年より急増した他職種や他業種への転職や進学が35%を占めた。また退職者における平均在職期間は、4.5年（前年比-0.1年）だっ				
・医療技術職、医療ソーシャルワーカーについては、患者支援の充実に必要な体制を確保するとともに、新たな施設基準の取得による収益増を図る。	・医療技術職、医療ソーシャルワーカーについては、患者支援の充実に必要な体制を確保するとともに、新たな施設基準の取得による収益増を図る。	医療技術職においては、薬剤師１名、リハビリ職員２名及び医療ソーシャルワーカー１名の増員（R3.4.2～R4.4.1）を行った。近年、診療報酬改正において評価されている薬剤師であるが、産育休を取得する職員が多く、安定した体制の確保が課題である。引き続き、安定した体制確保及び患者支援への積極的な介入を実施していくため、継続した採用活動を実施していく。 リハビリ職は、発症後の早期介入およびリハビリテーションの３６５日提供を実現するため、これまで積極的に職員採用を行ってきた。人員配置の少ない言語聴覚士の体制が確保されれば、３６５日リハビリテーションを提供できる見込みである。 地域連携に欠かすことのできない医療				

中期計画	令和3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
		ソーシャルワーカーは、適切な転院調整及び在宅復帰支援への積極的な介入を実施すべく増員を図った。医療技術職においては、薬剤師１名、リハビリ職員２名及び医療ソーシャルワーカー１名の増員（R3.4.2～R4.4.1）を行った。近年、診療報酬改正において評価されている薬剤師であるが、女性職員が多いことから産育休を取得する職員が多いことが課題である。引き続き、安定した体制確保及び患者支援への積極的な介入を実施していくため、継続した採用活動を実施していく。				
イ　事務職については、自ら課題解決に取り組み、将来的に病院運営の中核を担っていける人材の確保に努める。	イ　事務職については、自ら課題解決に取り組み、将来的に病院運営の中核を担っていける人材の確保に努める。	独法化後、積極的に採用している事務職員であるが、令和３年４月１日付けで管理監督職経験のある者を採用した。将来の中心的役割を担える人材として、病院勤務経験及び役職経験のある者を複数採用するなど、今後のジョブローテーションも見据えた職員採用を行っている。				

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
医師数（専攻医含む）（人）	146	144	144	100.0%
看護師離職率（%）	10.9	10%以内	13.3	-

（自己評価理由）
医師数の若干の減少、看護師離職率の増加がある一方、コロナ禍にあって看護師は過去最大の受験者数、採用数となった点から「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
２ 人材の確保と育成
（2）人材の育成

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、職員の意識改革を図る措置を講じること。

中期計画	令和3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 全体 質の高い医療の提供及び安定した経営基盤を構築するため、優秀な人材（特に医師）の確保、定着、育成について充実・強化を図るとともに、その資質の向上に努める。	ア 全体 質の高い医療の提供及び安定した経営基盤を構築するため、優秀な人材（特に医師）の確保、定着、育成について充実・強化を図るとともに、その資質の向上に努める。	医師においては、引き続き関連機関との折衝を行い、積極的な人材確保に努めている。 効果的な人材育成、モチベーション及び経営意識の向上を目指し、人事評価制度の導入に向けトライアルを実施した。令和４年度から正式に人事評価を導入する。 研修委員会では、これまで全職員対象となる研修について管理・運営してきたが、院内で実施されるあらゆる研修を一元管理すべく、当該委員会で検討を行い令和４年度から一元管理していくこととなった。これまで以上に多岐に渡る研修を評価していくことで、プログラムの改善及び充実を図り、効果的な研修を実現していく。		3	3	医療センターの評価が妥当であると判断して「3」と評価した
・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う。	・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。					
イ 医務局 医師については、臨床研修医制度及び専門医制度の動向に迅速かつ適切に対応し、若手医	イ 医務局 医師については、臨床研修医制度及び専門医制度の動向に迅速かつ適切に対応し、若手医	若手医師人材（研修医・専攻医）の確保のためには、臨床指導医の確保が必須であり、質の高い（人格に優れ、モチベーションを維持し、熱意にあふれた）指導医の育成を図らなければなら				

中期計画	令和3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
師の育成を図ることに加えて、指導医の育成も行っていく。 最新の知識・技術の取得に繋がる、学会発表や研修会の参加を促し、計画的な資格試験受験を行う。	師の育成を図ることに加えて、指導医の育成も行っていく。 最新の知識・技術の取得に繋がる、学会発表や研修会の参加を促し、計画的な資格試験受験を行う。	ない。専攻医などの若手医師が専門医等の資格がとれるような体制作りのため、さらなる病院からのバックアップ（出張等）に加えて、大学医局と密接な関係を築き、指導医の確保に努めなければならない。				
ウ 看護局 ・看護師･助産師については、新人看護職員研修やクリニカルラダー制度による継続教育を実施する。また学会発表や研修会への参加を推進する。	ウ 看護局 ・看護師･助産師については、新人看護職員研修やクリニカルラダー制度による継続教育を実施する。また学会発表や研修会への参加を推進する。	がん薬物療法看護および認知症看護の認定看護師審査に各1名が合格した。他1名が感染管理の教育課程の受講を終え、令和4年度に審査を受ける予定である。また、有資格者採用を積極的に行い、摂食嚥下障害看護認定看護師を2月に、家族看護専門看護師を令和4年4月に各1名採用できた。 　認定看護管理者教育課程については、1名が認定看護管理者の審査に合格した。他、令和4年度特定看護師教育課程を3名受験し、全員が合格した。				
・患者・家族に良質で効率的な医療を提供するチーム医療の中心的な役割を果たすとともに、医療の質の確保、地域との切れ目のないケアの推進に向け活動する必要があることから、専門・認定看護師及び認定看護管理者の育成に取り組む。また、看護師の特定行為の導入に向けて準備を進める。	・患者・家族に良質で効率的な医療を提供するチーム医療の中心的な役割を果たすとともに、医療の質の確保、地域との切れ目のないケアの推進に向け活動する必要があることから、専門・認定看護師及び認定看護管理者の育成に取り組む。また、看護師の特定行為の導入に向けて準備を進める。					

中期計画	令和3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
エ 薬剤部 薬剤師については、薬剤師研修制度の動向に迅速かつ適切に対応し、若手薬剤師の育成を図ることに加えて、専門薬剤師の育成も行っていく。また、新人薬剤師教育や実務実習生に対する教育プログラムの改善及び充実を図り、学会 発表や研修会への参加を推進する。	エ 薬剤部 薬剤師については、薬剤師研修制度の動向に迅速かつ適切に対応し、若手薬剤師の育成を図ることに加えて、専門薬剤師の育成も行っていく。また、新人薬剤師教育や実務実習生に対する教育プログラムの改善及び充実を図り、学会発表や研修会への参加を推進する。	既存の新入局薬剤師に対する部内教育プログラムの更新を続け、さらに部内でのチーム制勉強会（がん、緩和ケア、感染症、ＮＳＴ、糖尿病、循環器）の充実を図っている。薬剤部として、院内講習会を１回、学会発表を６回、地域連携勉強会を２回実施している。 さらに下記の認定を頂いている現況です。 ・日本医療薬学会　がん専門薬剤師研修施設（基幹施設） ・薬学生実務実習受入施設 ・日本病院薬剤師会　がん薬物療法認定薬剤師研修事業認定研修施設（暫定研修施設） ・日本臨床腫瘍薬学会　がん診療病院連携研修病院 ・日本薬剤師研修センター　研修会実施機関				
オ 医療技術局 医療技術局については、それぞれの領域の専門技師・認定技師等の資格取得、資格維持に繋がる各種学会や研修会の参加を促し、医療技術職として、専門的な知識と技術を高め最新の医療技術、医療機器に対応できる人材育成に取り組む。	オ 医療技術局 医療技術局については、それぞれの領域の専門技師・認定技師等の資格取得、資格維持に繋がる各種学会や研修会の参加を促し、医療技術職として、専門的な知識と技術を高め最新の医療技術、医療機器に対応できる人材育成に取り組 む。	学会発表や各種学会に積極的に参加すると共に、10月の医療技術職の業務拡大に係る法令改正においても多くの告示研修修了者を輩出した。 また、医療技術局の各種職種においては新たに専門技師・認定技師等の資格取得者が増え、専門的な知識や技術を高めることができた。				

中期計画	令和3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
カ　事務局 計画的なジョブローテーションを進め、職員のスキルアップと院内の連携強化を図り、広い視野で病院全体を見渡すことができる人材を育成する。 ・医事課については内製化した入院医療事務の充実を図る。外来医療事務については必要最低限の内製化を行い、業務委託を継続する。	カ　事務局 計画的なジョブローテーションを進め、職員のスキルアップと院内の連携強化を図り、広い視野で病院全体を見渡すことができる人材を育成する。 ・医事課については内製化した入院医療事務の充実を図る。外来医療事務については必要最低限の内製化を行い、業務委託を継続する。	これまで可能な範囲で人事異動を行ってきたが、効果的なジョブローテーションを進めるため、各所属において安定した運営及び体制の確立を図る。各所属で中心的役割を担っているキーマンが異動可能な体制を構築していくことで、将来を見据えた計画的なジョブローテーションを目指していく。 医事課について、採用から１年以上の経験を有する職員が殆どとなり、業務の質を考えて個々に応じた育成を始めた。しかし、今後も見据え計画的な育成プログラム等を構築し、ジョブローテーションができる環境を目指す。業務改革として医事課内で業務改善タスクフォースを立ち上げ、各担当者のヒアリングや業務調査を実施し、令和４年度の業務改変の準備を行った。				

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
指導医数（人）※延数（領域毎にカウント）	144	136	163	119.9%
（うち新規取得数）（人）	8	3	5	166.7%
専門、認定看護師、認定看護管理者数（人）	23	23	26	113.0%

（自己評価理由）
　臨床研修医の定数増、認定看護師の増などの点から「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
２ 人材の確保と育成
（3）人事給与制度

中期目標	ア 職員の業務や能力を適切に評価できる人事評価制度の構築を検討すること。 イ 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させること。

中期計画	令和3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 中期計画の実現に向けて、モチベーションの向上、人材育成、経営意識の向上を柱とした、人事評価制度の本格的実施に取り組む。	ア 中期計画の実現に向けて、モチベーションの向上、人材育成、経営意識の向上を柱とした、人事評価制度の実施に取り組む。令和２年度においてトライアル評価を実施したが、新型コロナウイルス感染症の影響により、充分な検証に至っておらず、令和３年度に再度トライアル評価を実施し、職員への浸透を深めていく。	令和３年度に再度トライアルを実施し、評価結果の分析を行った。概ね設計通りに運用できていたことから令和４年度から正式に人事評価制度を運用する。また、効率的かつ効果的運用していくため、人事評価委員会を設置し組織横断的に管理・運用していく。		3	3	人事評価制度の運用開始に向けたトライアル及び分析が行われ、令和４年度より導入されることが決定した。また、助産師・看護師に対する処遇改善手当の支給開始や職員表彰事業の実施など、職員の就労意欲向上の取組みが進められている。 また、長時間労働者に対する時間外縮減や年次有給休暇取得促進に係る取組みも進められ、コロナ禍で体制を確保し辛い状況であったが、年次有給休暇取得率も僅かではあるが改善している。 以上のことを総合的に判断して「3」と評価した。
イ 職員給与の適正化に向けて、同規模病院を参考に持続可能な給与制度を構築し、職員一人一人が働き甲斐を感じることができるよう経営状況や人事評価等によるインセンティブを検討する。	イ 職員給与の適正化に向けて、同規模病院を参考に持続可能な給与制度を構築し、職員一人一人が働き甲斐を感じることができるよう経営状況や人事評価等によるインセンティブを検討する。	国の補助金を活用し、令和４年２月から助産師、看護師に対し、月額４０００円の看護職員等処遇改善手当の支給を開始した。 人事評価制度の正式運用に伴い、評価結果と連動した処遇反映の実現を目指していく。 令和４年度は安定した運用とブラッシュアップの検証を行いながら、職員への浸透を更に深めていく。				

中期計画	令和3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 働き方改革の推進に向けて、有給休暇の取得推進と労働時間の適正化に向けた取組みを進める。特に、長時間労働に起因する健康障害の防止に努める。	ウ 働き方改革の推進に向けて、有給休暇の取得推進と労働時間の適正化に向けた取組みを進める。特に、長時間労働に起因する健康障害の防止に努める。	年次有給休暇 令和2年度：10.6日(53.6%) 令和3年度：10.9日(54.8%)　+0.3日 WLB促進休暇 令和2年度：6.05日(87.6%) 令和3年度：6.04日(87.2%)　△0.1日 年次有給休暇の取得率を定期的に労働安全衛生委員会に報告し、取得が進んでいない所属に対し取得促進に向けた発信を行うなど、継続した取り組みを行っている。近年、取得率は増加傾向にあり、R3年度においても微増した。 また、長時間労働が発生している所属に対して、当該委員会委員長が面談を行うなど縮減に向けた取り組みを行っており、令和４年度には医師労働時間短縮計画を策定予定である。				
エ 優秀な成績を残した所属や職員を表彰することで、組織の活性化とモチベーションの向上を促す。	エ 優秀な成績を残した所属や職員を表彰することで、組織の活性化とモチベーションの向上を促す。	臨床研修管理委員会主導で職員投票を行い、最優秀研修医（１年次・２年次）及び最優秀指導医の表彰を行った。				

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
人事評価制度の実施	一部実施	一部実施	一部実施	-

（自己評価理由）
　補助金を活用した職員手当の支給、有給休暇の計画的取得を促進した点などから「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 ２ 人材の確保と育成 (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 支援するとともに 、自己研鑽を推進ること。

中期計画	令和3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。また、子育てや介護に資する制度について、利用者だけではなく全ての職員が理解を深め、多様な働き方を認め合い、制度の利用と職場復帰がしやすい環境づくりを進める。	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。また、子育てや介護に資する制度について、利用者だけではなく全ての職員が理解を深め、多様な働き方を認め合い、制度の利用と職場復帰がしやすい環境づくりを進める。	医師の働き方改革を推進し柔軟な勤務形態に対応するため、新たな勤務時間を設定した。また、出生サポート休暇や、非常勤嘱託職員に対する産前産後休暇の有給化、育児参加のための休暇を制定した。		3	3	新たな勤務体系の設定や出生サポート休暇など複数の新た休暇を設定し、また、院内保育所の利用対象者を拡充するなど就労環境の向上が図られた。また、有給休暇については前年度より取得実績がわずかながら改善が見られ、医師の長時間労働者の割合も改善が見られる。 新型コロナ対応への疲弊もあり、職員満足度調査については前年度より満足度が低下したが、インターネット環境の整備などの取り組みも行われており、多角的な改善策が講じられていることを総合的に判断して「３」と評価した。
・優秀な医師確保の観点から、医務局・研修医室の美化と研修機器や設備を整備する。	・優秀な医師確保の観点から、医務局・研修医室の美化と研修機器や設備を整備する。	医局美化タスクフォースを立ち上げ、その整備に着手した。				
・時間内診療の効率アップ及び時間外労働時間、特に緊急医療等従事の時間を除く平日の残業時間の短縮を図る。	・時間内診療の効率アップ及び時間外労働時間、特に緊急医療等従事の時間を除く平日の残業時間の短縮を図る。	労働安全衛生委員会において、診療科の平均残業時間の多い３つの診療科の全医師の１か月間の勤務時間調査を実施し、結果に基づき診療科部長ヒアリングの実施、委員会から時間外勤務縮減に向けての指導を行った。				

中期計画	令和3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
・外来診療において国（診療報酬制度）が進めている「一般再来外来の縮小」及び「専門外来の確保」を推進し、医師等医療従事者の負担軽減を図る。	・外来診療において国（診療報酬制度）が進めている「一般再来外来の縮小」及び「専門外来の確保」を推進し、医師等医療従事者の負担軽減を図る。	・医師の負担軽減策として、医師事務作業補助者の配置の見直しと、管理体制の強化、及び人材確保・育成に努めた。さらに、医師事務作業補助者の体制変更の検討を行い、次年度での変更実施の準備に入った。				
・院内保育所の充実及び受入れ拡大を図る。	・院内保育所の充実及び受入れ拡大を図る。	院内保育所において中河内救命救急センター職員の一時利用を開始した。				
・インターネット環境及び院内ネットワーク環境の整備を図る。	・インターネット環境及び院内ネットワーク環境の整備を図る。	インターネット環境を整備し、令和4年4月1日から院内のフリーWiFiの運用を開始した。				
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。	令和３年１０月に第１回目の満足度調査を実施した。前回調査で「精神的な不安を感じずに仕事ができていますか」の項目においては、他の項目に比べて著しく低い結果であったことから、WLB等推進委員会で検討を行い、働くうえでの『精神的な不安』に関して、より詳細な内容把握と対策を検討すべく調査を実施した。 全職員に加え、関係する委員会及び部門へフィードバックを行うとともに、心理的安全性に関する研修を実施した。 令和４年３月に第２回目の調査を実施した。こちらは例年同様の項目で実施し経年比較を行ったが、半数の項目で「良い」「概ね良い」の率が前年度を下回っており、新型コロナ対応と急性期医療の両立維持の長期化による蓄積疲労に対する対策が必要性である。				

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和3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>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。</td><td>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。</td><td>保健師助産師看護師法における特定行為看護師の育成に注力し、研修受講のための支援として受講に伴う費用の貸付制度を整備した。また、令和４年度に当センターが厚生労働省指定の研修機関となるための申請準備を行っている。

<table>
<tr><th>項　目</th><th>令和2年度実績</th><th>令和3年度目標</th><th>令和3年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>三六協定の締結の有無</td><td>あ　　り</td><td>継　　続</td><td>あ　　り</td><td>－</td></tr>
<tr><td>（医師）時間外労働上限規制（年720時間）超えの医師数（%）</td><td>26.1</td><td>0.0</td><td>21.4</td><td>－</td></tr>
<tr><td>有給休暇取得日数（日）※</td><td>16.7</td><td>15.5</td><td>16.9</td><td>109.0%</td></tr>
<tr><td>職員アンケート総合満足度（60%以上）</td><td>未　達　成</td><td>達　　成</td><td>未　達　成</td><td>－</td></tr>
</table>
※年休+WLB

（自己評価理由）
　職員満足度調査の結果からは、新型コロナの感染が長期化している状況への対応が十分であると感じられていない。
一方、医師の長時間勤務・負担軽減対応、インターネット環境の整備、特定行為看護師を目指す者への支援開始、有給休暇取得日数の増加などから判断し、「３」とした。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

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 経営基盤の確立

中期目標	ア 毎年度の経常収支比率を改善すること。 イ 業務運営に必要な資金を安定的に確保すること。

中期計画	令和3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、第1期中期計画期間中に整備した人的及び物的な医療資源を最大限有効活用し、早期の黒字化を目指す。	ア 医療センターに求められる政策医療、急性期医療を継続的に安定して提供しつつ、第1 期中期計画期間中に整備した人的及び物的な医療資源を最大限有効活用し、早期の黒字化を目指す。	令和３年度も新型コロナ患者および疑似症患者の受入を行いながら、通常の急性期医療も実施してきた。しかし、コロナ専用病棟を増やさざるを得ない状況や、発熱外来を行っているために救急外来で患者の受入ができないケースが増え、急性期医療に該当する患者受入の機会損失が生じた。 一方、新型コロナ患者を受け入れていることから、空床補償を始めとする補助金が入っており、急性期医療と新型コロナ対応を両立させたことで、令和３年度は昨年度に続き単年度黒字となった。		5	4	一般入院患者の受入に制限がかかる中、病床稼働率の向上に努めた結果、前年実績を上回ることができた。コロナ関連補助金の影響もあり昨年を上回る29億2916万円の経常利益を計上し、2年続いて単年度黒字を達成した点を高く評価できる。 しかし、医業収支比率は目標達成できておらず、コロナ終息後の収支については関連補助金交付終了、診療報酬上の臨時的取扱いの中止、ＰＣＲ検査外来収益減少等の経営上の懸念があることなどを総合的に判断し「4」と評価した。
イ 資金計画に基づき業務運営に必要な資金を安定的に確保する。	イ 資金計画に基づき業務運営に必要な資金を安定的に確保する。	令和３年度も新型コロナに関連し、予算外支出が発生していたため、収入を見ながら運用資金の確保に努めた。				

項　目	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
経常収支比率（%）	102.3	98.8	115.3	116.7%
医業収支比率（%）	99.6	104.9	101.7	97.0%

令和3年度は前述の通り、急性期医療と新型コロナ対応の両立により、前年度を上回る収入約218.6億円の確保に加え、空床

中期計画	令和3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
		補償等の補助金収入が約38億円に上り、経常収支比率が大きく目標を上回った。 （自己評価理由） 令和3年度は空床補償等の補助金収入が約38億円に上り、経常収支比率が大きく目標を上回った点から「５」とした。				

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 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 地域医療機関からの新規紹介患者の増加を図り 、 新規入院患者の増加及び病床利用率の向上による増収を目指すこと。 ウ 医療事務の電子化と精度向上を図り、 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3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 ２年毎の診療報酬制度改定に的確、適正に対応するとともに、常に施設基準・管理加算等の要件の変更などに細心の注意を払いつつ、必要な人材の確保を図るなど、収益向上に有効な対策を講じる。 ・第2 期中期計画期間中に上位基準のＤＰＣ特定病院群を目指す。要件資格を持った認定看護師等を確保し、総合体制加算２を取得する。機能評価係数Ⅱのうちの、特に全国平均を下回る複雑性係数、救急医療係数の向上を図るため、各係数において75～80パーセンタイルを目標値に設定する。	ア ２年毎の診療報酬制度改定に的確、適正に対応するとともに、常に施設基準・管理加算等の要件の変更などに細心の注意を払いつつ、必要な人材の確保を図るなど、収益向上に有効な対策を講じる。 ・要件資格を持った認定看護師等を確保し、総合体制加算２を取得する。機能評価係数Ⅱのうちの、特に全国平均を下回る複雑性係数、救急医療係数の向上を図る。	新型コロナ患者受入に伴い、限られた病床数で一般急性期医療も継続することを余儀なくされたため、長期入院患者の早期退院・転院を促進しつつ、新入院患者数の維持に努めた。その結果、患者数は1割減となったものの、患者一人当たり単価が上がり、稼働病床数減・患者数減にもかかわらず、前年度と変わらない程度の収入の確保につながった。 また、総合入院体制加算２は年度初めにすぐに取得に至り、収入確保につながった。機能評価係数向上に向けた取り組みとして、タスクフォースによる活動を開始している。 精度の高い診療報酬請求に繋げるためには、適正なDPCコーディングに繋がるカルテ入力が必要であり、職員に対し、そのための勉強会を実施するなど啓蒙に努めた。	◎	4	4	一般入院患者の受入制限により新入院患者数及び入院診療収益は目標未達となったが、病床稼働率向上に努めた結果、前年度実績を上回り入院単価も大きく増加することとなった。 あわせて、診療報酬請求の精度を高める取り組みなどを進め、約3,700万円の診療報酬を遡及請求するなど収入の確保に努めたことは評価できる。 ただし、コロナ終息後においては診療報酬上の臨時的取扱いの中止やＰＣＲ検査外来実績減少等による収入悪化の懸念があることなどを総合的に判断し、「4」と評価した。

中期計画	令和3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
・種々の入院料等加算、医学管理料等加算等を漏れなく入力・算定し、正確なレセプトの作成、精度の高い診療報酬請求に繋げる。医学管理料ナビ、診療報酬算定補助ソフト等を有効活用する。	・種々の入院料等加算、医学管理料等加算等を漏れなく入力・算定し、正確なレセプトの作成、精度の高い診療報酬請求に繋げる。医学管理料ナビ、診療報酬算定補助ソフト等を有効活用する。					
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努めるとともに、退院支援の強化による病床回転率の向上を図る。また、入院単価の向上、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。	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努めるとともに、退院支援の強化による病床回転率の向上を図る。また、入院単価の向上、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。	新型コロナ患者受入に伴い一般病床数が減少していたが、退院支援の強化により病床回転率の向上を図り、新入院患者の受入に努めた。その結果、新入院患者数については前年度を上回った。限られた病床数の下、延患者数は前年対比で1割減となったものの、新入院患者数の増加と退院支援の強化で入院単価は1割増となり、収入の確保に大きく寄与した。診療科によってはクリニカルパスを見直し、新入院受入のための病床数確保に取り組んだ。また、所属長会議において診療科別の新入院患者および新患数の達成状況を公開し、経営への意識向上を図った。				
ウ 医療事務の電子化及び院内での研修やチェック体制の強化を通じて精度向上を図る。算定控えとならないよう留意する。 ・「ＤＰＣ包括範囲出来高点数情報」入力の精度向上を図り、病院機能評価係数	ウ 医療事務の電子化及び院内での研修やチェック体制の強化を通じて精度向上を図る。算定控えとならないよう留意する。 ・「ＤＰＣ包括範囲出来高点数情報」入力の	前年度における新型コロナ患者に関する算定について、ハイケアユニット入院料での算定を遡及して行った結果、差額約3,700万円の増収につながった。また、コロナ関連で随時発信される疑義照会に対し、適時マスタ変更等実施し、漏れ防止に努めた。 「ＤＰＣ包括範囲出来高点数情報」入				

中期計画	令和3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
Ⅱの向上につなげる。	精度向上を図り、病院機能評価係数 Ⅱの向上につなげる。	力の精度向上のために、職員に対し勉強会を実施するなど啓蒙に努めた。				
エ 医業未収金の適切な回収 ・患者に対する入院時の説明の徹底や院内連携により、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は、定期的な督促や滞納者からの承認書の徴取等、債権の法的保全措置を執り、適切に回収を行うことにより、医業未収金比率（医業収益に対する個人未収金の割合）の低減に取組む。	エ 医業未収金の適切な回収 ・患者に対する入院時の説明の徹底や院内連携により、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は、定期的な督促や滞納者からの承認書の徴取等、債権の法的保全措置を執り、適切に回収を行うことにより、医業未収金比率（医業収益に対する個人未収金の割合）の低減に取組む。	未収担当者以外にも病棟担当者との連携、関係部署との連携も強化したが、未収金の逓減には至らなかった。その中でも、新型コロナのPCR検査料金の未収が増加している。感染予防のため、その場での精算はしておらず、銀行振込にしていることも増加の要因である。また、未収金回収対策として、提携弁護士との更なる強化が必要である。				
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。	室料差額については、来年度に補修工事、調度品等の見直しを行うため、その時期での料金改定を予定している。また、診断書料金は大阪府下の自治体病院等に調査を行い、料金改定を実施した。今後も自費料金等は定期的な調査し、見直しを行う。				

中期計画	令和3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	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
入院診療収益（百万円）	11,149	12,130	11,564	95.3%
外来診療収益（百万円）	4,815	4,782	5,424	113.4%
入院単価（円/日）	70,008	68,301	81,640	119.5%
外来単価（円/日）	21,480	20,728	23,084	111.4%
新入院患者数（人）	13,649	14,965	13,946	93.2%
外来新患者数（人）	30,256	31,590	35,149	111.3%

いずれの項目も前年度を超える実績となった。目標に対しては、入院収益および新入院患者数が目標達成には至らなかったが、その他の項目はいずれも110％以上の達成率であった。入院単価については、新入院の確保と退院支援の強化により、大幅な単価増となった。外来単価については、化学療法や在宅医療における高額薬剤の使用、新型コロナのPCR検査への紹介増、眼科手術や消化器内科のポリペクの外来への移行などによる影響に増加した。外来新患数は新型コロナのPCR検査への紹介増はあるが、一方で一般急性期の患者についても維持してきた結果と言える。

　全般的に新型コロナ患者を積極的に受け入れながら、一般急性期医療についても維持してきたことが、収入の確保につながったと言える。

（自己評価理由）

　空床補償での多額の補助金収入はあった一方で、使用できる病床に制限があった。延入院患者数が減少する中で、退院支援、平均在院日数の適正化での入院単価向上による入院収益確保、多数のＰＣＲ検査での外来収益確保を行った点から「４」とした。

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 3 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 診療材料等の調達コストの削減を図ること。 エ 各種契約の見直し（仕様の見直し、複数年契約等）により、経費の削減を図ること。

中期計画	令和3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 第2 期中期計画期間における診療収入の確保見込、職員数及び人件費支出見込に基づき、人件費比率を算出し適正な水準を目指していく。人件費比率について、委託等の間接人件費を総人件費の中に入れて評価する。経費節減について、理事長の強い指導力の下で、事務内容、予算配分及び人員配置等を弾力的に対応できる機動的かつ効率的な業務運営体制を確立する。 ・外来受付業務プロセス等を改革し、医事等委託費の適正化を図る。	ア 第2 期中期計画期間における診療収入の確保見込、職員数及び人件費支出見込に基づき、人件費比率を算出し適正な水準を目指していく。人件費比率について、委託等の間接人件費を総人件費の中に入れて評価する。経費節減について、理事長の強い指導力の下で、事務内容、予算配分及び人員配置等を弾力的に対応できる機動的かつ効率的な業務運営体制を確立する。 ・外来受付業務プロセス等を改革し、医事等委託費の適正化を図る。	新型コロナ対応に伴い、特別手当および一時金など予算外の支出が発生したものの、それに見合う補助金収入もあったことで人件費率は52.1%となった。 令和３年度は特に新型コロナ関連の支出が多く、弾力的に対応した。また、外来受付業務プロセスの改善を受け、医事委託費においても委託業務の見直しを行い、委託費の適正化に努めた。	◎	3	3	新型コロナウイルス感染症患者対応に従事した職員に対する特別勤務手当の支給により人件費が上昇した。また、新型コロナ対応医療資器材の高騰により目標達成が困難な情勢であった。 そのような中、医師の適正配置や各種契約内容の見直し・価格交渉を進めることで経費の節減を図り、ほぼ目標を達成されたことは評価できる。 以上のことを総合的に判断して「3」と評価した。
イ 切り替え可能な薬品について、原則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	イ 切り替え可能な薬品について、原則的に後発医薬品を採用していく。	後発医薬品の新規承認に合わせて、当院採用の先発医薬品を後発医薬品に切り替えていく体制を整えています。薬事委員会では、薬剤部が能動的に各診療科と連				

中期計画	令和3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
ものが多く、切替えにより患者負担軽減及び病院の薬品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。	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品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。	携を図りながら、可能な限り後発医薬品への切り替えを進めています。 また、後発医薬品が販売されている抗悪性腫瘍剤に関しても、全て切り替え完了に至った。				
ウ 医薬品、診療材料、医療機器の購入について、引き続きベンチマークシステムを活用した折衝を行い調達コストの節減を図る。 ・診療材料について、採用品目の見直しを行い費用の節減を図る。	ウ 医薬品、診療材料、医療機器の購入について、引き続きベンチマークシステムを活用した折衝を行い調達コストの節減を図る。 ・診療材料について、採用品目の見直しを行い費用の節減を図る。	・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、診療材料委員会において、都度採用品目の見直しを行いつつベンチマークによる価格交渉することで、コスト削減を行った。				
エ 人的業務の委託契約及び機器・設備の保守委託契約について、仕様の見直しを行うことで効率化を図り、委託費の節減を図る。	エ 人的業務の委託契約及び機器・設備の保守委託契約について、仕様の見直しを行うことで効率化を図り、委託費の節減を図る。	・医事業務等委託契約について、デジタル化・システム導入による業務の省力化、マルチタスク等の推進による業務の効率化を基本とし、患者サービスの質を低下させることなく、人工数、金額について削減を行った。				
オ 外来、手術、当直等の応援医師の配置について精査し、報償費の適正化を図る。	オ 外来、手術、当直等の応援医師の配置について精査し、報償費の適正化を図る。	応援医師の配置が必要な診療科においては、 勤務医の負担軽減のため積極的に活用し、一定の充足がみられた診療科においては、縮小の見直しを図った。				

中期計画	令和3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	令和2年度実績	令和3年度目標	令和3年度実績	達成率
医業収益対人件費比率（%）	54.9	51.9	52.1	99.6%
医業収益対材料費比率（%）	29.4	28.6	30.1	94.8%
医業収益対経費比率（%）	15.7	15.2	15.5	98.0%

（自己評価理由）
　目標値をやや下回る結果とはなったが、新型コロナ関連の支出が増加したにも関わらず、令和２年度実績（収益の増と相関関係のある材料費率を除く）を上回った点から「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 １ 中河内救命救急センターの運営

中期目標	ア 現在の指定管理期間満了となる令和4年4月以降の運営について、本市とともに大阪府と十分な協議を行い方向性を決定すること。 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3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 三次救急は大阪府の責務であるとの認識のもと、指定管理期間が満了となる令和４年度以降の運営について、大阪府、東大阪市と協議のうえ決定していく。	ア 三次救急は大阪府の責務であるとの認識のもと、指定管理期間が満了となる令和４年度以降の運営について、大阪府、東大阪市と協議のうえ決定していく。	令和４年度以降の運営について、大阪府、東大阪市及び当法人で協議を行い、大阪府の選定委員会、議会の議決を経て、引き続き令和４年度から５年間、指定管理を継続することを決定した。	◎	3	3	市立東大阪医療センターが令和４年４月以降も引き続き中河内救命救急センターの運営の受託が決定したことで、両者の連携による効果的な医療が引き続き行われることが予測される。 法人の評価が妥当と判断して「3」と評価した。
イ 新型コロナウイルス感染症対応をはじめ、府民の命を守るために、中河内救命救急センターと医療センターが連携して救急患者に対し，より安全でレベルの高い医療対応を行う。	イ 新型コロナウイルス感染症対応をはじめ、府民の命を守るために、中河内救命救急センターと医療センターが連携して救急患者に対し，より安全でレベルの高い医療対応を行う。	令和３年度も救命センターと医療センターが連携し、新型コロナ患者の重症度に応じた入院患者受入を行った。				
ウ 毎月・毎年度の収支状況に基づき、大阪府との十分な調整を継続していく。	ウ 毎月・毎年度の収支状況に基づき、大阪府との十分な調整を継続していく。	令和３年度の新型コロナ病床確保料について、年度内に執行されなかった残額の取扱いについて大阪府と協議を行い、翌年度への繰越、執行時の手順を決定した。				

中期計画	令和3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
		（自己評価理由） 大阪府、東大阪市と協議を行い、次期指定管理を決定した点、両センターが連携し、患者の重症度に応じた新型コロナ対応を行った点から「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3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 地域医療構想において、医療センターは高度急性期・急性期医療を提供する地域中核病院の役割を担う。	ア 地域医療構想において、医療センターは高度急性期・急性期医療を提供する地域中核病院の役割を担う。	地域医療構想における高度急性期・急性期医療の役割を継続するとともに、新型コロナ対応においても、東大阪市及び中河内二次医療圏での中心的役割を担った。		3	3	法人の評価が妥当であると判断して「3」と評価した。
イ 中河内医療圏における地域完結型医療を遂行するために、高度な急性期医療を必要とする入院診療に注力する医療機能分化と、地域の介護・保健・医療機関、医師会、行政機関との連携を推進し、市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。	イ 中河内医療圏における地域完結型医療を遂行するために、高度な急性期医療を必要とする入院診療に注力する医療機能分化と、地域の介護・保健・医療機関、医師会、行政機関との連携を推進し、市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。	地域完結型医療における急性期医療を中心とする入院診療に注力した。 当センターを含む市内の全医療機関、３医師会役員、東大阪市保健所・消防局とで、新型コロナに関する情報共有、今後の対応の検討を中心とするｗｅｂ会議を計６回開催し、連携強化に努めた。				
ウ 外来診療においては、紹介患者の受入を主体とする専門外来の確保・拡充及び一般再	ウ 外来診療においては、紹介患者の受入を主体とする専門外来の	紹介患者の受入を主体とする専門外来の確保・拡充及び一般再来外来の縮小に向けての取り組みを継続して行った。				

中期計画	令和3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
来外来の縮小を図っていく。	確保・拡充及び一般再来外来の縮小を図っていく。	（自己評価理由） コロナ禍においても、中河内二次医療圏において、「病診連携」、「病病連携」を継続し、高度急性期・急性期医療の提供を継続した点から「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 3 施設整備に関する事項

中期目標	ア 建築から 20 年以上経過した 施設 ・設備について、計画的に適切な点検・改修・更新を行い、長寿命化を進めること。 イ 従来の想定を超える災害発生時に対応できるよう、施設の強靭化について 検討し、取組を進めること。

中期計画	令和3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 施設の長寿命化 築20 年以上が経過し老朽化した施設・設備について、これまで以上に病院全体の美化の徹底、適切な点検を実施するとともに、中期保全計画に基づき計画的に改修を行い、長寿命化を図る。	ア 施設の長寿命化 築20 年以上が経過し老朽化した施設・設備について、これまで以上に病院全体の美化の徹底、適切な点検を実施するとともに、中期保全計画に基づき計画的に改修を行い、長寿命化を図る。	・令和３年度は中長期保全計画に基づき、開院以来、更新がされていない自火報・防排煙制御設備や電気錠制御設備、医療ガス設備マニホールド等の重要設備の更新や、外来トイレのリニューアルなど、劣化した設備に対する維持補修を計画的に行った。 また、災害時における対策として、浸水リスクのある地下インフラ設備を地上化する検討作業を開始した。	◎	4	4	中長期保全計画外の外来患者用トイレ等の改修も行われ、院内の美化や老朽化対策が積極的に進められている。また、（仮称）エネルギーセンター棟に係る基本構想策定に着手され、水害に対する脆弱性の解消に向けた取組みの強さが伺える。 以上のことを総合的に判断して「4」と判断した。
・病院（療養環境・職場環境）の美化 これまでの補修・修繕計画にとらわれずに、病院全体の美化を徹底して行う。	・病院（療養環境・職場環境）の美化 これまでの補修・修繕計画にとらわれずに、病院全体の美化を徹底して行う。					
イ 災害対応 従来の想定を超える自然災害の際、患者の生命及び病院機能を守るため、地下一階の電力・ガスを含むエネルギー供給設備の地上化（「エネル	イ 災害対応 従来の想定を超える自然災害の際、患者の生命及び病院機能を守るため、地下一階の電力・ガスを含むエネル	・エネルギーセンター棟増築にかかる基本構想策定業務について、令和３年１２月から、業務に着手し、エネルギー棟建設場所や、インフラを含むエネルギー供給設備等の重要設備を地上化するための様々な検討を行い、基本構想の策定を進				

中期計画	令和3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
ギー棟」建設）を計画する。	ギー供給設備の地上化（「エネルギー棟」建設）を計画する。令和３年度において、基本構想の策定に取り組む。	めた。 （自己評価理由） 経年劣化した設備補修の実施、仮称「エネルギーセンター棟」の基本構想に着手した点から「４」とした。				

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（1）腎臓内科	（1）腎臓内科
①令和2 年8 月に腹膜透析を開始したことにより導入、外来患者実績を増やし腎代替療法の選択に幅をもたせるようにする。現状の血液透析導入約70 人/年の1 割増として7-10 人/年の新規導入を目標とする。また看護師教育を行うなど腹膜透析医療のレベルアップを図る。最終的には地域の医師と連携し腹膜透析による在宅医療を充実させる。 ②地域連携パスの導入数が減少し、また外来紹介患者数も頭打ちとなっていたため地域医療機関を訪問し聞き取りを行い、パスの煩雑さやバリアンスに対する指標のわかりづらさにつきご指摘を頂いた。それを活かし地域連携パスに改良を加え少なくともいままでで一番導入の多かった約30 件/年を超える件数のパスを使用する。 ③厚生労働省のデータ（標準化レセプト出現比）によると東大阪市の尿タンパク、Crといった慢性腎臓病（CKD）に関わる測定頻度は他の大阪府内の平均と比べ低く東大阪市の医療機関におけるCKD に対する認識は依然低いと考えられ啓蒙が重要と考えられる。そのため新型コロナウイルスの影響で進捗が遅れている地域のクリニックとの勉強会を開催する。	①令和3年6月に腎代替療法選択外来を設立し、患者一人一人に適切な腎代替療法の選択肢を提供することで腹膜透析患者の導入も8人/年と透析導入全体の1割となっており目標を満たしている。対外的な実習も利用しつつ看護師教育も引き続き行い、当院での腹膜透析医療のレベルアップを今後も図っていく。 ②地域連携パスの煩雑さやパス使用時のオーダーの簡便化を図り、年間で25例/年ほどのパス導入が実施できている。連携パスの有用性を地域医療機関にも理解いただきつつ、汎用性を広げていく。 ③新型コロナの影響で進捗が遅れている地域との連携の会について、媒体としてWeb講演も利用して年間25回ほど実施し、CKDに対する認識を拡大できている。今後、多職種連携や行政との連携の会も企画していく。
（2）免疫内科	（2）免疫内科
第1 期中期計画で実現できなかった、複数専門医による診療体制を確立し、適切な医療を提供する。	常勤医が1名増え2名となったが、公務災害等による長期離脱もあり、外来受診待ち日数は短縮できなかった。
（3）内分泌代謝内科	（3）内分泌代謝内科
高度専門医療を提供するために必要なスタッフ・機器の維持拡大に努める。また地域の需要に即した病診連携体制を構築する。	スタッフ1名・専攻医1名の退職により常勤医は4名から2名に減じたが、退職したスタッフ1名（糖尿病専門医・内分泌専門医）に応援医師として外来担当にあてることにより、外来診療については体制をほぼ維持出来た。また外来患者数に余裕がある場合は随時初診枠を拡大することにより、他医療機関からの紹介受け入れに努めた。
（4）総合診療科	（4）総合診療科
地域医療機関が医療センターへ患者を紹介する際に、臓器別診療科の選定が難しい場合の窓口を担い、適切な診療・加療の後、必要であれば専門診療科へ再紹介を行う。 また、医療センターの総合診療力を向上させ、主に外来診療における臨床研修医の教育指導を担う。	地域医療機関が医療センターへ患者を紹介する際に、不明熱、全身倦怠感、食思不振、体重減少などは実際問題として臓器別診療科の選定はできないので、まずは総合診療科で受け入れ、精査の結果より各臓器別診療科へ院内紹介を行うなどの対応をした。 臨床研修医の外来診療研修の教育指導も担当した。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（5） 循環器内科	（5） 循環器内科
①経皮的冠動脈インターベンション（PCI)350 件／年を目標とし、開業医と中河内地区救急隊からの急性冠症候群の取り込みを行う。 ②カテーテルアブレーション100 件/年を確実にこなし、不整脈専門医の育成に取り組む。 ③心臓血管外科と協力して中河内地区の循環器疾患センターとしての役割を確立する。 ④下肢インターベンションの70 件／年を目指す。	①経皮的冠動脈インターベンション（PCI)394 件／年を達成し、開業医と中河内地区救急隊からの虚血性心疾患の取り込みを行った。 ②カテーテルアブレーション150 件/年を達成し、若手医師の育成に取り組んだ。 ③心臓血管外科と協力して中河内地区の循環器疾患センターとしての役割を確立する。 ④下肢インターベンションの45件／年でありコロナの影響もあり紹介が伸び悩んだ。
（6） 消化器内科	（6） 消化器内科
①外来でのcold snare polypectomy を増やし、ポリペク件数の年間350 件程度から500 件程度への増加を目指す。 ②ESD 症例の年間100 件以上を維持する。 ③ERCP 件数年間500 件以上を目指す。 ④ ①-③を同時に達成するため、内視鏡検査室の改修を図る。	①大腸ポリペクトミーの総数は、2021年度は397件であり、目標に到達できなかった。昨年度の419件より5%程度減少していた。大腸内視鏡の総数も、2020年度1640件から本年度1535件と5%程度減少していた。やはり新型コロナウィルスの影響が考えられる。 ②ESD症例は、90件であり、目標は達成できなかった。2020年度の86件より紹介は増加していた。 ③ERCPは330件であり、目標値に到達できなかった。2019年度の364件に比べても減少していた。
（7） 神経内科	（7） 神経内科
①中河内医療圏唯一の神経内科教育病院として、市の保健・福祉機関と協力し、神経筋難病疾病に関する情報発信を行う。 ②脳卒中など神経救急を幅広く受け入れるために、地域かかりつけ医からの受け入れシステムを単純化し、診断までの時間が短縮出来るよう目指す。急性期脳卒中の診療体制としてＳＣＵ（Ｓｔｒｏｋｅ Ｃａｒｅ Ｕｎｉｔ）開設を目指す。	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19件行った。2018年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、2021/9/7 難病診療拠点病院・分野別拠点病院会議、2022/3/4 大阪難病医療ネットワーク研修会に参加した。 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24時間の救急対応をしている。
（8） 皮膚科	（8） 皮膚科
①地域医療支援病院の皮膚科として、地域医療機関との役割分担と連携を一層強化する。 ②新入院患者数を令和元年度比３％の増加を目指す。	①令和３年度外来は9,785人、入院は2,541人であった。 外来で新規に生物学的製剤を導入したのは13人であった。 ②紹介新患数は895人、新入院は216人であった。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（9）小児科	（9）小児科
①感染性疾患を中心とした急性疾患において年間1,000 人以上の入院を目指す。点滴による補液が必要な患者を全例入院管理とする方針とする。 ②慢性疾患（腎疾患・起立性調節障害・不登校・肥満・てんかんなど）児の受け入れを強化し入院数の増多を図る。 ③今後増えると予想される、ネグレクトによる体重増加不良などの影響を認める児を積極的に入院させ医療的介入を行い観察する。 ④食物経口負荷試験の入院数を500 人/年を目標とする。 ⑤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。 ⑥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90 例である。	①新型コロナを含む感染性疾患を中心とした急性疾患において年間1,000 人以上の入院を達成できた。新型コロナ罹患児で点滴などの処置が必要な患者は全例入院で対応した。 ②慢性疾患の中でも特に起立性調節障害の患者の検査および加療入院を積極的に受け入れた。看護スタッフや理学療法士の協力も得て運動療法も取り入れて環境調整を行った。 ③ネグレクトによる社会的入院を受け入れて医療的介入を行い観察した。必要に応じてケース会議を開き、多職種間で患者に関する情報を共有して対応を検討した。 ④食物経口負荷試験の入院数は570人で目標の500 人/年を達成できた。新型コロナが蔓延した時期においても、家族の希望があれば可能な限り食物経口負荷試験を実施した。 ⑤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ことは可能であったが、新型コロナの影響でレスパイト入院は制限した。 ⑥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ことができた。入院数は95人/年であり目標の90人/年を上回る結果となった。
（10）心臓血管外科	（10）心臓血管外科
①心臓大血管手術 120 例/年を目標とする。 ②末梢血管手術症例 50 例/年を目標とする。 ③緊急手術症例については全て応需を目標とする。	令和3年度の心臓大血管手術症例数は125例であり、目標値を達成。末梢血管手術も100例越えた。また近隣病院、救急隊からの緊急手術症例はすべて応需した。
（11）消化器外科	（11）消化器外科
①消化器外科癌手術症例数 300 件/年とする。 ②肝胆膵高度進行癌症例に対応するために、肝胆膵外科高度技能専門医取得を目指す。 ③低侵襲手術への積極的取り組みとして、腹腔鏡手術並びにロボット支援下手術の導入をするために、腹腔鏡下手術技術認定医の取得を目指す。 ④良性疾患では、腹腔鏡下胆嚢摘出術は100 例/年、腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術は60例/年を目標とする。 ⑤学術活動としては、学会発表は80 件/年、論文発表は10 編/年を目標とする。	①消化器外科癌手術症例数は270件/年であった。 ②肝胆膵外科高度技能専門医取得は、2022年6月発表予定のため、現時点では未定である。 ③腹腔鏡下手術技術認定医の取得を目指して様々な取り組みを行ったが、2021年度は残念ながら合格者を出すことはできなかった。 ④良性疾患では、腹腔鏡下胆嚢摘出術は98例/年、腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術は63例/年を達成した。（加えてロボットTAPP_鼡径ヘルニア修復術が9例であった） ⑤学術活動としては、学会発表は51 件/年にとどまり、論文発表は15 編/年を達成した。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（12）呼吸器外科	（12）呼吸器外科
①年間肺悪性腫瘍の手術数については50 例以上を目標とする。 ②年間原発性肺癌の治療例（手術と内科的治療例の合計）を100 例以上に増やす。 ③年間呼吸器外科手術総数100 例以上を目標とする。 ④ダビンチへの移行を視野に肺癌に対する胸腔鏡手術の年間目標を50 例以上を目標とする。	①肺癌（原発性と転移性の合計）の手術数は79例（原発性63 転移性16） ②原発性肺癌の治療例（手術と内科的治療例の合計）は123例に増えた（手術63，薬物60）。 ③呼吸器外科手術総数は106例で目標を達成した。 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対象例は79例で、内76例は完遂できた（完遂率96％）。 前年度に引き続いて新型コロナに因る診療制限等があったにもかかわらず、いずれの項目も症例数の増加を認め、当初の計画目標を十分にクリアできた。
（13）乳腺外科	（13）乳腺外科
①原発乳癌手術数目標110 から120 例を目標とする。 ②全麻手術症例を1 日で2 例から3 例目標とする。 ③年間12 例のパネル検査を目標とする。 ④遺伝性乳癌卵巣癌症候群(HBOC)、BRCA 陽性患者、家族に当院で対応できるよう診断、資格案件などを調整している。令和4 年には未発症のHBOC 患者に予防的リスク軽減乳房切除/卵巣切除を開始できるよう、産婦人科部長と協力体制を整備する。	①原発乳癌手術数目標105例だった。今後当科枠外に臨時手術の形で行えないか検討。 ②全麻手術症例を1 日3 例行っている。 ③年間12 例以上の遺伝子検査を行った。 ④遺伝性乳癌卵巣癌症候群(HBOC)、BRCA 陽性患者、に当院で予防的リスク軽減乳房切除/卵巣切除を開始した。今後も病院として婦人科腫瘍専門医の確保が必須。
（14）小児外科	（14）小児外科
コロナ禍の影響により下方修正に陥った業績の早期挽回をまず図る。小児外科教育関連施設として親施設(大学)からの支援をより強力に要請し、認定施設への将来的昇格を目指す。 ①年間手術件数が安定的に90 例以上を目指す。 ②令和6 年度までに年間手術件数100 例到達を目指す。 ③令和3 年度までに鏡視下手術件数30 例以上を目指す。 ④緊急手術年間15 例以上の恒常的応需を目指す。	①年間手術件数は65例.収束しないｺﾛﾅ禍の影響から脱却できず、昨年度同様に目標値を大きく割り込んだ。 ②ただし、小児外科教育関連施設Bの標榜継続要件としての件数は維持確保した。 ③鏡視下手術件数は17例.対象例に乏しく最近2年間維持してきた目標数に達しなかった。 ④緊急手術･処置対応は11例(うち手術9例)、全例応需したが例年の件数に届かなかった。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（15）泌尿器科	（15）泌尿器科
ロボット支援下手術症例の拡大（40 例/年）を目指す。	ロボット支援下手術症例数は計76例。（前立腺全摘 56例，腎部分切除 12例，膀胱全摘 8例）
（16）脳神経外科	（16）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365 件（中河内救命救急センター症例も含めて）を目指す。 ②血管内治療の件数80 件を目標とする。 ③他医療圏に流出する中河内医療圏の急性期脳卒中患者を当院で獲得できるよう救急隊との連携を図る。 ④地域住民向け市民講座、近隣救急隊向けの脳卒中ホットラインの実績報告などを行う。 ⑤内因性頭蓋内疾患に対する中河内救命救急センターとの連携は強化されたが、今後は外傷性疾患に対し、より当院からの協力体制を強化し、中河内救命救急センターの実績向上にも貢献する。 ⑥脳卒中学会の血栓回収センター認定を目指す。	① 手術件数に関しては年間339件（中河内救命ｾﾝﾀｰ症例も含む）と当初の目標を下回る結果となった。 全国的に脳神経外科の手術件数は減少したことが学会でも報告されているが　新型コロナを扱わない脳神経外科専門病院に救急を含め患者が流れた影響が考えられる。 ②　血管内手術は61件と当初の目標を下回る結果となった。超急性期血栓回収症例の緊急症例が新型コロナを扱わない専門病院に流れた影響が考えられる。 ③　定期手術数は139件（中河内救命ｾﾝﾀｰ症例も含む）と2020年に比べ10件程度増加しているものの　総数でさほどの増加は見られないのは緊急症例の増加が得られなかったことである。救急隊には講演会・勉強会で啓蒙を行ったが　他施設に流れる症例を獲得するには至らなかった、もしくは手術（血管内治療を含む）症例となるような症例自体が、減少したことが原因と考えられる。ホットライン症例はやや減少しているが　年間を通じて時期によって大きく数に違いがあり　新型コロナの情勢に影響されたと考えられる。 ④　市民講座は　新型コロナの関係で　開催はできなかった。　救急隊への講演会・勉強会は循環器内科・心臓血管外科とともに行った。 ⑤　中河内救命センターとの連携は　すでにシステムを構築しているが　中河内救命センターへの頭部疾患（外傷を含め）の搬送そのものが激減していた。 ⑥　脳卒中学会認定の脳卒中コアセンター認定は　施設の体制と血管内治療医の数から不可能であった。
（17）整形外科	（17）整形外科
ほぼ全ての運動器疾患の急性期医療に対応し、年間手術件数1000 例以上を目指す。中河内地域の運動器疾患急性期治療の中核を担うべく、地域の医療施設と連携を強化する。	令和3年度の手術件数は837件で前年度の787件より50件増加したが、目標の1000件には届かなかった。病院全体の病床数をコロナ用に減少させていた5月、6月、9月の手術数が少なかった。
（18）形成外科	（18）形成外科
①緊急疾患の受け入れを充実する。 ②難治性皮膚潰瘍の受け入れ及び手術については年間40 例以上を目標とする。 ③全手術数については530 例以上を目標とする。 ④外傷については50 例以上を目標とする。	難治性潰瘍手術は４５例となり目標達成した。全手術数は５７７例で目標達成した。外傷は３９例と目標に達しなかった。緊急時のコロナPCR（＋）の患者にも対応できた。
（19）眼科	（19）眼科
地域の眼科では対応困難なメディカル、サージカル両方の網膜疾患の紹介患者の積極的受け入れを継続する。水晶体疾患の日帰り～１泊入院手術を増加する。	R4.１月から、新型コロナによる入院白内障手術困難となった影響もあり、水晶体疾患の日帰り手術は徐々に増加傾向である。①硝子体切除術　１００例　②加齢黄斑変性、網膜静脈閉塞症の硝子体注射　９２１例　　③白内障手術　１０４５例 新型コロナの緩和の影響で、白内障手術、硝子体手術、硝子体注射件数は、前年度に比較して増加した。ただ新型コロナの影響する前には達していない。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（20）耳鼻咽喉科	（20）耳鼻咽喉科
①総手術数の増加を図る。 ②鼓室形成術年間75 件。 ③紹介患者数の増加を図る。 ④新入院患者数の増加を図る。 ⑤入院診療単価については基準値超えの維持を目指す。	１　総手術数は増加した ２　鼓室形成術は増加したものの70件であった ３　紹介患者数は増加した（令和3年度1,776人） ４　新入院患者数は前年とほぼ同数であった（令和3年度544人） ５　入院単価の増加をみた、基準値超えを達成できた
（21）産婦人科	（21）産婦人科
①全国的な潮流である周産期センターへの分娩の集約化に対応すべく、また婦人科領域も良性・悪性腫瘍から女性ヘルスケアまで多岐にわたる範囲を対応すべく、医局員の2 名程度の増員を図る。 ②年間100 例の内視鏡手術を行う。 ③ロボット手術の導入を検討する。 ④婦人科内視鏡学会認定施設及び婦人科腫瘍学会認定施設の取得。	①医局員1名の増員がはかれた。 ②年間60 例の内視鏡手術にとどまる。 ③ロボット手術の導入はできた。 ④婦人科内視鏡学会認定施設は認可されたが、婦人科腫瘍学会認定施設の取得は症例数の不足より不可であった。
（22）放射線科	（22）放射線科
①地域診療の拡充を目指し、近隣医院との「画像連携」を強化する。 ・病診連携検査枠を増やす。 ・画像共有の迅速化（CDR の運用改善、クラウド化などの新システム導入、中河内救命救急センターとの画像共有方法の模索）を検討する。 ②IVR の拡充を行う。 ・症例の増加を図る。 ・時間外手技を減少させるためのIVR1-3 室の効率的運用を目指す。 ③高精度放射線治療、定位照射症例数の維持と機器更新に向けての人員確保、環境整備、臨床科とのカンファレンスなど連携強化を図る。	①地域診療の拡充を目指し、近隣医院との「画像連携」。 ・病診連携検査枠：検査枠を増やし、CT、MRＩ、RIの画像連携検査はいずれも増加した。 ・画像共有の迅速化：当日緊急検査の受け入れを開始した。希望されれば当日CDRの持ち帰りも可能とした。検査結果の翌診療日までのFAX返信を徹底した。 ・クラウド化はランサムウエア感染などにより取り組みは中断している。また、中河内救命救急センターとの連携についても今後引き続き検討課題。 ②IVRの拡充を行う。 ・症例は増加。 ・IVRI-3室は各科が検査によらず使用し、効率的運用が行われている。 ③高精度放射線治療 ・人員確保：引き続き尽力する ・機器更新に向けての環境整備：放射線治療装置更新について協議を定期的に開始。 ・臨床医とのカンファレンス：従来のカンファレンスに加え、新たに骨転移癒例など緩和チームとともにカンファレンス立ち上げ。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（23）麻酔科	（23）麻酔科
麻酔科管理手術件数の増加に応じた人員の確保を図る。特に時間外緊急手術に対応可能な麻酔科医が4 人以上揃うことを目標とする。そのうえで集中治療部へも積極的に介入できるようになることを目指す。	時間外緊急手術に対応可能な麻酔科医は令和2年12月から名目上は4人となったが、休職等の事情があり令和3年度計画が達成されたとは言えない。 集中治療部への介入も週1回のICU当直や術後入室患者の呼吸器設定等にとどまった。
（24）病理診断科	（24）病理診断科
①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。 ②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。 ③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。 ④ゲノム医療に関連した病理組織の取扱い、診断、判定に精通する。	①、②ともに達成した。②に関して、当院には無い免疫染色の抗体での染色が必要な際は、大阪国際がんセンター、兵庫医科大学に依頼した。 ③に関しては診断困難例は国立がん研究センターの病理コンサルテーションシステムを利用した。 ④は達成した。
（25）緩和ケア内科	（25）緩和ケア内科
①地域がん診療連携拠点病院として必要な緩和ケア要件を満たす。 目標値： ・緩和ケアチーム介入件数 250 件/年以上を目指す。 ・地域連携カンファレンス 10 回/年を目指す。 ・緩和ケア研修会 6 回/年の開催を目指す。 ②緩和ケア病棟におけるケアの充実 ・緩和ケア病棟加算１（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）の維持。 ・病床稼働率 80％以上を目指す。 ③緩和ケアセンターの活動の充実を図る。緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟の有機的な連携を促進する体制の構築（苦痛スクリーニング・がん看護外来・各病棟・外来でのカンファレンスの開催）を目指す。	①目標　・緩和ケアチーム介入件数　219人 ・地域連携カンファレンス ・5 回（緩和ケア研修会を含める） ②緩和ケア病棟年間入院患者数　397人、年間在院患者延べ数5482人、年間予約外入院171人、緊急入院加算　22人、年間退院患者数　397人、年間死亡患者数　211人、在宅退院33.8 ％、病床稼動率　64.4％ ③苦痛スクリーニング　2772件（外来996件・病棟　1776件）、がん看護外来　算定イ261件　ロ381件）、病棟カンファレンス　435回、外来カンファレンス　23回
（26）歯科	（26）歯科
①周術期口腔機能管理をはじめ、入院患者の口腔管理の強化を図る。 ②周術期口腔機能管理件数の増加、またその他の口腔管理が必要な症例についても管理件数の増加を目指す。 ③多職種との連携を強化し、より充実した口腔管理を目指す。 ④退院時に地域の医院への逆紹介を行い、スムーズな治療の移行など地域連携の強化を図る。	①引き続き周術期口腔機能管理をはじめ、入院患者の口腔管理への積極的な取り組みを継続している。 ②他職種との連携を強化し、またＮＳＴのメンバーとしても、より充実した口腔管理に取り組んでいる。 ③口腔管理の連携を含め、引き続き地域の歯科医院との連携を強化している。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（27）口腔外科	（27）口腔外科
①前年度から引き続き口腔外科に割り振られている予定手術枠の100%利用を継続維持する。 ②手術件数に関しては前年度実績を維持する。特に癌治療に関しては、他科診療科と協力して癌化学放射線療法を積極的に取り入れた先端治療を推進する。 ③緊急対応が必要な症例、他医療機関からの急患は病院の掲げる「断らない救急」に沿って、引き続き積極的に受け入れていく。 ④病院全体で進めている働き方改革に関して、当科医師も積極的に取り組み、効率的な業務遂行を図る。 ⑤口腔外科外来の診察処理を効率化するため、外来診療室の診療ユニット増設、レイアウト変更を行う。この変更を活用し診療効率を改善向上させ、外来手術件数の増加を図る。	①手術枠使用は計画通り100%使用を達成した。 ②手術件数は393件（前年度401件）と前年度水準を達成した。また、入院癌治療では放射線科の協力を得て、先進的な選択的動注化学療法を引き続き取り入れることが可能であった。引き続き放射線科との連携で推進する。 ③「断らない救急」の方針に沿って、すべての時間外対応を受け入れた。 ④働き方改革の推進に沿って、常勤、非常勤を含め全員がWLB有給休暇の完全取得が可能であった。 ⑤口腔外科外来のレイアウト変更を完了できた。
（28）精神科	（28）精神科
①地域医療・地域保健や福祉に貢献できる精神科診療を実施する（紹介外来患者数の増加、東大阪市内で開かれる精神保健福祉等に関する会議等への参加、保健センター等行政との連携などを図る。）。 ②地域からのニーズの高い認知症専門外来を増枠し、拡充する（新規患者年間150 名程度）。 ③院内認知症ケアチームの組み入れ患者数の拡大を図る（年間200 名程度）。 ④院内リエゾン診療をさらに充実させる（年間300 名程度）。 ⑤市内の認知症初期集中支援チームに参画し、認知症診断の側面からも支援する。 ⑥専門医研修施設認定の拡充を図る（現行1 プログラムを2 プログラム以上にする）。	①計画通り遂行した。東大阪市の自殺者対策事業にも協力した。（普及・啓発） ②常勤医師不足の影響で認知症専門外来の増枠ができず114名にとどまったが、前年105名から増加した。 ③認知症ケアチーム対象患者は、看護局の協力、認定看護師・精神保健福祉士の尽力により計画を大幅に上回り、増加した。（年間200名程度→635名と計画比3倍以上となった） ④年間324名の依頼があり、計画通りとなった。 ⑤河内医師会主催のチーム会議への参加を図り、年間10回程度参加することができた。チームからの依頼で当科外来で診察を行うなどの連携も図れた。 ⑥専門医研修施設として新たに、老年精神医学会専門医認定研修施設となった。
（29）臨床腫瘍科（外来化学療法センター）	（29）臨床腫瘍科（外来化学療法センター）
①外来化学療法室に専従専門医1 名が専従する体制を整備する。 ②化学療法を時間単位で予約するように改善し、外来化学療室延べ人数も4,200 人を目指す。 ③高度で安全な治療を継続するために、ナースサポーター（月曜日－金曜日）、ドクターズクラーク（木曜日、金曜日の午前中）の確保を行う。毎週水曜日、腫瘍内科医1 名を応援に迎え、肺キャンサーボードを行う体制を維持する。令和元年度末から癌遺伝子パネル検査を開始しており、継続して医師会や各地域病院に働きかけ、対象症例の受け入れを推進する。年間12 例のパネル検査を目標とする。	①外来化学療法室に専従専門医1 名が専従している。 ②化学療法を時間単位で予約するように改善した。外来化学療室延べ件数は3,908人でした。 ③ナースサポーターは内視鏡室から1度来たのみだった。毎週水曜日、腫瘍内科医2名を応援に迎え、肺キャンサーボードを行う体制を維持している。年間12 例のがん遺伝子パネル検査を行っている。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
2.中央診療部門等	2.中央診療部門等
（1）集中治療部	（1）集中治療部
①ICU10 床の運用を開始し、院内重症患者、外科手術後患者、地域の高度急性期医療が必要な重症患者の集中治療管理を行う。 ②集中治療専従医、看護師、臨床工学技士、薬剤師等の体制を確立し、特定集中治療室管理料1 の申請を行う。 ③働き方改革に準じたICU 当直体制を維持する。 ④外科術後患者のICU 利用率を高め、病床の有効利用（満床運用）を図る。 ⑤適宜応援医師の派遣要請を行う。	①ICUは8床で運用され、新型コロナ患者が入室時には6床運用になった。集中治療専従医と看護スタッフの量的質的強化を図り10床運用に向けて体制を整えつつある。 ②集中治療専従医、看護師、臨床工学技士、薬剤師等の体制を確立し、特定集中治療室管理料1 の運用が開始された。 ③各診療科、応援医師の援助を受け、働き方改革に準じたICU当直体制は維持できている。 ④外科術後患者の入室は適宜行っているが、病床の満床運用には至っていない。 ⑤平日の日勤帯の常勤専従医は確保されたが、休日夜間は一部応援医師に頼っている。
（2）がん拠点病院機能推進室（（仮称）がん診療センター）	（2）がん拠点病院機能推進室（（仮称）がん診療センター）
国指定「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様々な種類のがん患者に対し、外科治療・放射線治療・薬物療法・緩和医療を提供し、さらにこれら治療法を組み合わせた集学的治療にも取り組み、中河内二次医療圏で随一の診療実績を示してきたが、今後は国指定「高度型地域がん診療連携拠点病院」の指定を視野に、良質で安全で患者満足度が高いがん診療を提供できるように、以下の診療体制の構築を図りたい。 ①局所限局型がんに対する早期治療、低侵襲治療の取り組み ・検診センターや人間ドック等の施設との連携を密に行い、放射線診断医、内視鏡医による早期病変に対する確実な診断と、安全かつ低侵襲でしかも根治性を重視した質の高い内視鏡治療、外科治療（鏡視下手術、ロボット支援手術など）、放射線治療（高精度放射線治療など）を推進する。 ②進行がんに対する集学的治療・先進的治療の取り組み ・最新の標準的薬物療法を安全に行えるように、腫瘍内科医、がん化学療法看護認定看護師、がん看護専門看護師、がん専門薬剤師などの人材確保のもと、充実した診療体制を整備する。 ・標準療法を終えたがん患者に対し、臨床試験や治験など最先端の薬物療法も行える体制を整える。 ・肺がん診療については、肺がんを専門とする呼吸器内科による診療再開に向けて、理事長、院長を先頭に大学への人材確保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、臨床腫瘍科、放射線科及び内科系医師により、肺がん診療に特化した呼吸器グループによる診療体制を整える。 ・中河内二次医療圏唯一の「がんゲノム医療連携病院」として、がんゲノム医療拠点病院である大阪国際がんセンターと密に連携しながら、各がん腫に対する新しいオーダーメイド医療（がんゲノム医療）を提供できる体制を積極的に構築する。 ③緩和医療の更なる充実 ・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図りながら入院通院を問わず、安全で患者・家族にとって満足度の高い緩和ケア提供の更なる充実を目指す。 ・地域医療連携室と共同で、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。	2021年度よりがん診療センターとしてがん診療実績件数を増やし、各種がん診療の充実を図った。代表的がん腫について、以下の診療実績を残すことが出来た。 診療実績： 手術件数については、消化器がん、肺がん、泌尿器がん、婦人科がん、乳がんなどでは、計792件で前年度にくらべ40件増加しし、特に肺がん、泌尿器がん、大腸がんで顕著に増加した。一方、消化器がんの内視鏡切除は計237件と前年度に比べ29件ほど減少し、コロナ禍による早期癌発見減少の影響を受けた。 放射線治療では、延べ件数6089件、新規照射数311件と、高精度放射線治療を積極的に導入しながら前年度よりいずれも増加した。 外来薬物療法では、延べ件数3098件、新規件数222件と同様に前年度よりいずれも増加した。その結果、院内がん登録件数は1744件と前年度の1743件にくらべかろうじて増加させることが可能であった。（コロナ禍での全国的な早期がん減少にもかかわらず、総じて、診療件数を増やすことが出来た） 人材確保： 常勤腫瘍内科医や呼吸器内科医の増員は叶わなかったが、非常勤でかろうじて薬物療法の増加に対応した。主ながん診療に関わる認定・専門看護師や専門薬剤師もかろうじて維持できているが、以前から不在であったがん放射線専門看護師を獲得することができ、次年度からは緩和薬剤療法認定看護師も得られる予定である。 2023年度から始まる「新しいがん診療連携拠点病院の整備指定要件」に対応出来るように、2022年度はさらに診療実績の増加と体制作りを行なうように、各がん診療部署に働きかけている。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
2.中央診療部門等	2.中央診療部門等
（2）がん拠点病院機能推進室（（仮称）がん診療センター）続き ④チーム医療によるがん診療支援部門の充実 ・がん診療における支援部門として、多職種からなるチーム医療（ir-AE、NST、認知症ケア、リハビリ、褥瘡、口腔ケアなど）を整備し、その積極的な介入を推進する。 ・がん診療に特化した専門・認定看護師（がん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、がん放射線療法看護認定看護師など）を育成し、「がん専門看護外来」などによる診療支援外来を整備する。 ⑤がん患者への情報提供・相談支援の更なる充実 ・がんに関する相談支援と情報提供；患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者と家族にとってより相談しやすい相談支援体制を実現する。 ⑥地域連携、在宅療法の推進 ・地域のかかりつけ医と積極的にがん診療の連携を図り、がん患者・家族のニーズに応じながら安心で満足度の高い在宅医療を推進する。 ・地域のかかりつけ医とのがん診療の機能分化を明確にし、外来におけるがん診療の標準化を図るため、「がん地域連携パス」を積極的に導入する。 ⑦その他 ・院内がん登録部門におけるがん診療情報の収集及び管理方法をより体系化し、その機能を強化する。 ・最新のブラッシュアップされた質の高いがん診療を常時提供できるように、医療従事者の教育・研修を、継続的に実施する。 ・キャンサーボードと拡大キャンサーボード；5 大がんを始めとする主たるがん腫については、当該診療科医師、放射線医、病理医、緩和医、看護師、薬剤師、理学療法士、MSW 等の多職種のメンバー構成からなる「キャンサーボード」を定期的に開催し、外来、入院を問わずがん患者の診断・治療の方針等について横断的・総合的な検討を行う。さらに複数診療科に関わるがん患者、多岐にわたる併存症をもつがん患者、医学的・社会的・精神的に治療に難渋するがん患者の治療方針については、院内の全医療従事者参加による「拡大キャンサーボード」を開催する。 ・がんゲノム医療コーディネーターを育成し、遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）に対して、乳腺外科、産婦人科で協力し予防手術を含めたHBOC 患者に対する全人的医療が提供できるように整備する。	

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
2.中央診療部門等	2.中央診療部門等
（3）がんゲノム医療推進室	（3）がんゲノム医療推進室
（3）がんゲノム医療推進室 ①中河内地域で唯一のがんゲノム医療連携病院として、国立がん研究センター、遺伝子情報管理センター（C-CAT）とvirtual private network で綿密に連携していく。大阪国際がんセンターとエキスパートパネルをウェブ会議で行っていく。 ②医療センター以外の癌患者についても、標本の保存状態、臨床情報が入手可能等の条件が揃えば、医療センターでがんパネル検査を行い、地域全体にprecision medicine を届けられるように努力する。 ③地域医療連携室等で他の医療機関からの依頼を受けるためには、がんゲノム医療について研修を受けた看護師、事務職等を育てる事が急務である。 ④遺伝子情報は究極の個人情報であり、ID の管理などプライバシー保護に万全を期するため、入退室を管理できるがんゲノム医療センター室の確保に努める。	①中河内地域で唯一のがんゲノム医療連携病院として、大阪国際がんセンターとエキスパートパネルをウェブ会議で行っている。 ②医療センター以外の癌患者についても、標本の保存状態、臨床情報が入手可能等の条件が揃えば、医療センターでがんパネル検査を行い、地域全体にprecision medicine を届けられるように努力している。 ③地域医療連携室等で他の医療機関からの依頼を受けるためには、がんゲノム医療について研修を受けた事務職1名が入職した。 ④入退室を管理できるがんゲノム医療センター室は確保できていない。
（4）患者総合支援センター	（4）患者総合支援センター
センター内の各所に散在していた患者対応・相談・手続きなどを行う部門を患者総合支援センターに集約することで、入院受付や入退院センター、かかりつけ医紹介、がん相談支援センター、地域医療連携室など、患者への支援をより強化していく。また、病院内の職種間連携を今まで以上に短時間で行い、病院外の医療職・介護職などとの連携についても、よりスムーズに行えることを目指す。	患者総合支援センターを利用される患者の利便性を考慮して、受付番号発券機を設置した。発券機の設置により、患者が受付窓口の選択間違いをすることが少なくなり、受付順に患者支援を受けられるため、待ち時間の短縮にも繋がった。一方、発券機の選択間違いをされる患者がいることから、発券機後方に各カウンターで実施している支援内容を記載した特大掲示を行い、コンシェルジュの代用とした。 それぞれの窓口は、時間帯によって対応患者数が異なることから、相互に窓口を譲り合う連携を行った。これにより最も患者待ちが多い窓口を増やして対応することができ、待ち時間の短縮に繋がった。 入退院センターでは、患者が看護師・薬剤師・管理栄養士による入院前支援を効率よく受けられるよう、３職種における連携を図った。また、各職種が入院を決定した医師からの指示等を適切に情報収集できるように、入院決定画面の内容改変を担当委員会へ依頼した。入院前支援によって得られた情報の共有が図れるよう、患者基本画面の利用促進を院内発信した。 患者総合支援センター・地域医療連携室ジョイント委員会において、患者総合支援センターの運営上の課題を共有し、課題解決に取り組んだ。
（5）医師事務作業サポート部	（5）医師事務作業サポート部
①医師の働き方改革を推進する目的で医師の事務作業負担を軽減するため、医師事務作業補助者（ドクターズクラーク）の15 対1 配置を目指す。 ②クラークを診療科単位で配置することで、外来業務のみならず病棟での医師の事務作業の負担軽減を図るとともに、医療収益の向上も目指す。 ③クラークが数年毎に担当診療科をローテーションすることで、クラーク業務の標準化を図る。	①2021年度は４名入職、１名退職し、2022年3月31日時点で32名体制、25：1配置となっている。 15：1配置となるには最低35名必要であり、引き続き今年度も採用を増やすよう努めていく。 ②2021年1月より診療科単位での配置を開始したが、8月に業務についてのヒアリングを行ったところ、業務の効率化の観点から診療科グループを作って配置した方が良いと思われたので、診療科グループ単位での編成を調整している。 ③診療科グループでの配置とすることで、各クラークが複数診療科を担当することとになり、ローテーションを行わなくても業務の標準化がすすんでいる。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
3.看護局	3.看護局
看護局	看護局
①質の高い看護・助産及び重症患者への看護が提供できる看護体制とする（急性期入院基本料１、重症度､医療･看護必要度Ⅱ29%以上、急性期看護補助体制加算1-1(25対1､看護補助者5 割以上、夜間100 対1)、看護職員夜間配置加算1（12 対1）を維持する）。 ②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%以内を目指す）。 ③実践力の承認として、クリニカルラダーの取得促進と、管理職の育成を行う(承認率：ラダーⅠ･Ⅱ 60%以上、ラダーⅢ 50%、ラダーⅣ･Ⅴ 30%、1 看護単位に2 名以上の副看護師長配置を目指す)。 ④入院患者数の確保に努め、病院経営に貢献する。（病床利用率 90%以上） ⑤スペシャリストの育成と活用によって医療の質向上に貢献する（専門看護師 3 名、認定看護師 18 名、特定行為研修終了者 2 名を維持する）。 ⑥520 床の病床稼動率及び病床利用率について病院目標を達成できる病床管理を行う。	・令和3年度の常勤職員は最大535名を確保し、急性期一般入院基本料１の算定を維持できた。重症度・医療看護必要度の年間平均は、39.2%（前年比+4.7%）で診療報酬上の要件をクリアできた。 ・新採用者の離職率は15.6%で目標の10%以内を上回った。離職理由の6割が急性期医療への適応困難だった。全体の離職率は13.3%と前年より2.4%上昇した。COVID-19対応を直接の理由とする離職者はいなかったが、昨年より急増した他施設や他業種への転職や進学が35%を占めた。また退職者における平均在職期間は、4.5年（前年比-0.1年）だった。 ・ICUの看護師は平均38.6人（前年比+5.8人）配置した。そのうち3名新規採用の既卒看護師はICUに従事した経験のあるものだったが、キャリア初期の看護師が半分以上を占めており、10床運用には至らなかった。 ・手術棟の看護師は平均39.2人で前年度より2.0人減員となったが、非常勤看護師の採用や看護補助者の増員で体制の維持は図れた。 ・クリニカルラダー制度を活用した継続教育の充実に努めた。 各段階における承認率は概ね上昇したが、ラダーⅤのみ0.8%下降した。 ラダーⅠ:64.1%(前年比+9.6%) ラダーⅡ:71.4%(前年比+12%) ラダーⅢ:35.2%(前年比+8.6%）、 ラダーⅣ:14.3%(前年比+5.0%) ラダーⅤ:19.2%(前年比-0.8%) ・看護補助者は平均67.8人を確保し、急性期看護補助体制加算(25対1)①の新規取得、夜間100対1を維持した。診療報酬算定要件である院内研修を実施した。 ・がん薬物療法看護および認知症看護の認定審査に各1名が合格した。1名が感染管理の教育課程の受講を終え、令和4年度に審査を受ける予定である。また、家族看護専門看護師および摂食嚥下障害看護認定看護師を各1名採用した。令和4年度の特定看護師教育課程を3名が受験し合格した。 ・新型コロナの専用として最大3病棟を運用したが、他病棟で予定入院患者を全て受け入れる病床管理を行った。 ・看護師及び助産師一人あたりの年次有給休暇取得数は10.6日で目標を達成できた。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
4.薬剤部、医療技術局等	4.薬剤部、医療技術局等
（1）薬剤部	（1）薬剤部
薬剤管理指導件数は1,800 件、後発医薬品使用率（数量ベース）は90％台を維持する。他の診療報酬上の算定可能なものについては体制を整え、積極的に取得していく。	薬剤管理指導件数は1,654 件/月であった。目標は1,800件/月であったが、令和３年度は複数病棟がコロナ専用病棟となり、薬剤管理指導対象患者が、著しく減少したことで、達成には至らなかった。しかしながら、産休育休等により薬剤師のマンパワーが大幅に減少したことなど鑑みると、一定の件数を達成できたと考える。後発医薬品への切り替えも積極的に提案した結果、使用率（数量ベース）は90％台を維持している。
（2）臨床検査部（臨床検査科＋臨床検査技術第一、二科）	（2）臨床検査部（臨床検査科＋臨床検査技術第一、二科）
患者満足度向上に寄与する。 臨床支援業務に参画する。 職員の知識・技術の向上。 中河内救命救急センターとの業務連携。 ①検体検査 ・過去の実績にとらわれず、同規模の地方独立及び独立行政法人等を参考にし、採血業務体制の拡充を図る。 ・自動分析装置の更新 新技術を導入し、患者ケアの向上及び財務状況の改善に資する。 ・ＴＡＴ（結果報告までの時間）短縮へ向けた取り組みの継続 患者と臨床への満足度を向上し、安全面強化をおこなう。 ・患者負担軽減の取り組みの継続 検査に用いる血液必要量を見直し、患者負担の軽減をおこなう。 ②細菌検査 ・質量分析装置による結果報告日数の短縮と経費削減。 ・認定臨床微生物検査技師取得へ向けた人材育成。 ③病理検査 ・がんゲノム医療に携わる検査技師として、病理組織検体の取り扱いをはじめとするがんゲノム医療に関する知識の習得に努め、がんゲノム医療連携病院としての役割に貢献する。 ・正診率の向上や細胞検査士の養成などの人材育成に取り組む。 ・労働環境の安全向上の取り組みを継続して行う。	① 検体検査 ・採血業務体制の拡充 1）14名の研修が完了し，業務担当者の増員をおこなった. 2）採血担当を増枠（午前：2枠・繁忙時3枠，午後：1枠） 3）2021年3月，採血呼び出しシステム導入・採血台増設（5台→6台） 担当者増員および患者呼び出しの簡略化・採血台増設により，患者待ち時間短縮へ貢献. ・自動分析装置の更新 全自動遺伝子検査装置Cobas5800 System（Roche）導入 ・ＴＡＴ（結果報告までの時間）短縮へ向けた取り組み 1）課題抽出として，採血・搬送・前処理・測定・結果報告の一連の業務において，各分野の業務調査をおこなった．搬送および前処理の効率化が課題となった. 2）外部委託検査を院内導入し，結果報告の短縮をおこなった. KL-6（2～3日→当日報告） ・患者負担軽減の取り組み マスタ設定（分注量マスタ）を見直し，血液必要量を減らすことで患者負担の軽減をおこなった.（最大30％削減） ②細菌検査 ・新型コロナ関連の検査を新規で実施することとなったため、細菌検査室としての試薬費は前年度と比較すると増加した。 ・認定臨床微生物検査技師取得へ向け、受験候補者は学会発表を行った。 ③病理検査 ・ゲノム診療用病理組織検体取り扱い規程に基づき、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の共有などを継続して行っている。必要に応じて機器の設定や処理工程の変更を行った。 ・業務の各工程で想定されるリスク項目を洗い出し、リスク回避できるような対策の検討を行い、技師間で共有し、業務に生かしている。 ・細胞検査士１名合格。認定病理検査技師1名合格。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
4.薬剤部、医療技術局等	4.薬剤部、医療技術局等
（2）臨床検査部（臨床検査科＋臨床検査技術第一、二科）の続き ④生理検査 ・ホルター心電図の検査予約枠を拡大することで検査件数の増加を図る。目標 700 件/年。 ⑤超音波検査 ・過去の実績にとらわれず、主に同規模の地方独立及び独立行政法人病院等のデータを参考にし、予約枠の拡大等により検査件数の増加を図る。 - 34 - ・検査手順と装置運用を見直し、検査所要時間と患者待ち時間の短縮を図る。 ・他領域に対応できる技師を育成する。 ⑥輸血検査 ・安全な輸血運営を第一に、インシデント防止対策及び血液製剤の保管管理を徹底する。 ・認定輸血検査技師取得のための人材育成に取り組む。 ・貯血式自己血輸血管理体制加算取得に向けての取り組みを行う。 ⑦ＰＣＲセンター ・検査体制の維持 ・技術者の育成	（2）臨床検査部（臨床検査科＋臨床検査技術第一、二科）の続き ・令和2年度ホルター心電図年間件数670件であった。 目標には届かなかったが、令和2年度の年間件数は540件であり、130件の大幅な件数増となった。 可能な限り検査枠を増枠し、令和4年度は目標達成を目指す。 ⑤超音波検査 ・心臓超音波、腹部超音波の検査枠（病診連携を含む）の増枠を行った。 週7枠程度、引き続き件数の増加を図る。 ・産婦人科胎児エコースクリーニング検査を新規に開始した。 週10枠を新規に開設した。 検査対応可能な新たな技師の育成や検査数増加、医師の業務軽減に引き続き取り組む。 ・多領域に対応できる技師の育成に引き続き取り組み、患者待ち時間の短縮を図る。 ⑥ 輸血検査 ・インシデント防止対策の対応及び製剤の保管管理の徹底を継続的におこなった。 ・輸血検査項目（直接クームス検査）を新たに自動化し業務軽減できた。 ・認定輸血検査技師取得のための知識・技術の向上を継続的におこなった。 ⑦PCRセンター ・第5波、第6波では急激な検査枠増枠の要求に応え、月3000件を超える検査が実施できる体制を維持した。加えて、院内感染が疑われた時には一斉検査を実施し、早期収束に寄与した。 ・PCR担当者10名体制で365日稼動を持続したが、年度末に全自動PCR機器が導入され、今後さらにPCR検査を担当できる人員の増員を図る。
（3）放射線技術科	（3）放射線技術科
被曝相談に応じる体制を図り、患者の被曝低減のために、診断の質を落とさずに診断参考レベル(DRL)を下回る線量設定を計画する。 ①被曝相談：平日午後に完全予約制で実施 ②被曝低減：全ての放射線撮影装置で下回る。	PACSのサーバー攻撃を受け、被ばく線量管理システムの稼働に遅れが生じた。令和4年3月から設定を開始し、試験的な稼働を行った。 ①患者からの被ばく相談を受けた際、説明及び認識を統一するため、科員に対する「被ばく説明マニュアル」を作成した。全ての準備に関し遅れが生じたため、患者に対する「被ばく相談」窓口を開設するに至らなかった。 ②被ばく線量管理システム稼働の遅れにより、当院における被ばく線量を正確に把握することが出来なかった。そのため、診断参考レベル（DRL）と比較することが出来ず、線量設定の計画にまでは至らなかった。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
4.薬剤部、医療技術局等	4.薬剤部、医療技術局等
（4）リハビリテーション技術科	（4）リハビリテーション技術科
①急性期医療に合わせた急性期リハビリを中心に実施していくため、初期・早期加算の実施率を増加させる。 令和元年度実績 初期加算43%、早期加算73%(加算算定可能の疾患のみで算出) 令和6 年度までに初期加算7%・早期加算7%の単位数増加 令和6 年度目標、初期50%早期80% ②患者に適切なリハビリテーションサービスを提供するために、技師教育の推進及び専門的知識を有するリハビリ認定取得者数の増加。 ③総合的に充実したリハビリ介入を実現するため、各専門職（ＰＴ、ＯＴ、ＳＴ）の適切な人員の確保。 ※PT=理学療法士、OT=作業療法士、ST=言語聴覚士 ④休日の切れ間のないリハビリ実施介入の実現。	①令和3年度は急性期リハビリに対して選択集中的に介入した結果、年度比較で 令和2年度 初期加算33,883単位、早期加算52,394単位から 令和3年度 初期加算42,716単位、早期加算62,767単位と増加がみられた 実施率は初期加算54% 早期加算85%(加算算定可能の疾患のみで算出)で令和6年度までの目標を達成した。 ②積極的にweb研修の参加及び専門認定取得を促した結果、令和3年度は呼吸認定療法士1 名、心不全療養指導士1名、心臓リハビリ指導士1名、がんのリハビリ研修修了者8名と専門的知識を有する技師が増加した。 ③令和3年度人員は、PT16名、OT5名、ST2名であった。 STの人員確保に関しては、ST実習生の受け入れ、学校訪問などリクルート活動を積極的に実施した。令和3年度の活動を令和4年度の採用に結びつけたい。 ※PT=理学療法士、OT=作業療法士、ST=言語聴覚士 ④土曜もしくは日曜・祝日のリハビリ介入を3人体制で安定させたことで、初期・早期加算の算定増加のコスト面のみならず、患者早期離床によるADL向上やリハビリ実施の安全性も獲得できた。
（5）栄養管理科	（5）栄養管理科
①病棟への管理栄養士常駐配置を拡充。 適切な食事提供により、特別食の提供、入院栄指導件数増加、欠食の減少、入院時食事療養（Ｉ）の算定増加。栄養管理の充実による患者満足度向上を目指すとともに、医師、病棟スタッフの負担軽減に貢献する。 ②他職種連携業務を充実させる。 ・栄養サポートチーム（ＮＳＴ）による栄養介入の充実。 ・その他のチーム医療への関わりを強化し栄養管理に貢献する。 ③研修や学会への積極的な参加、情報収集を行い、職員のスキルアップに繋げるとともに、得た知識を共有し適切な栄養管理が行えるよう取り組む。	①入退院センターでの栄養評価対応件数、小児アレルギー聞き取り件数は増加し、入院時から適切な食事提供に対応できた。ｾﾝﾀｰでの栄養評価が対応できることにより、入院時病棟での栄養評価取業務が不要となるため、入院後の医師や病棟スタッフの負担軽減に貢献できている。 入退院センター栄養評価面談対応件数：令和2年度　3,747件　→　令和3年度　5,629件 特別食加算比率に関して、令和2年度41%→令和3年度42% ②他職種連携、チーム医療の充実 ・心不全チームに関して、循環器内科医師主導のもと地域連携スタッフ、病棟看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士でチームを構成し、「心不全地域連携ｸﾘﾆｶﾙﾊﾟｽマニュアル」作成に係わった。令和3年度でマニュアルは完成したため、次年度以降は介入患者増加に向けて動いていく。　介入件数　令和2年度　12件　→　令和3年度　33件 ・NSTチーム活動の充実に向けて取り組んだ。週1回の回診（算定）と、外科系ＮＳＴｶﾝﾌｧﾚﾝｽ（非算定）を実施している。令和4年度から週2回（外科系・内科系）の回診に対応できるようＮＳＴ委員会を通して体制確保について各部門へ働きかけ対応してもらえることとなった。令和4年度から週2回の回診を行っていく。（医師・看護師・薬剤師・管理栄養士を週2回の回診に配置） ＮＳＴ介入件数　令和2年度1,263件→令和3年度1,188（コロナの影響あり減少） ③学会、研修会へも積極的に参加できた。資格更新に関連する研修受講もできた。（ＮＳＴ専門療法士・癌病態栄養専門管理栄養士・ＴＮＴ-Ｄ専門管理栄養士・糖尿病療養指導士）

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
4.薬剤部、医療技術局等	4.薬剤部、医療技術局等
（6）臨床工学科	（6）臨床工学科
①当科の課題は当直体制の問題とＭＥセンター業務の充実である。引き続き人員確保、 効率運用に努める。 ※ME=メディカル・エンジニア ②臨床業務は、技術継承も含め順調に推移している。機器管理業務としてのＭＥセンターにおけるＭＥ機器の保守、効率運用の課題に取り組む。当直体制を検討し進めていく。 ③より高度な知識・技術の会得に尽力し、臨床工学科の更なる発展を目指す。 ④臨床業務、ＭＥ機器管理業務の安定の為、人員配置、人員育成を進める。	①人員確保は達成できていない。 　当直体制は外部応援を利用している。 ②臨床業務は計画通りに実施できた。 　機器管理業務は、CEIA導入による効果が顕著であり、保守・効率運用に貢献できた。 　一部ME中央管理の必要な機器は中央管理できていない。 　当直業務は外部応援時の対応に課題がある。 ③前年度より、学会参加、認定取得も増えた。 ④人員育成は、ME危機業務、・人工透析・心臓カテーテル業務は完了した。 　人工心肺・ABLなどの難易度の高い業務は順調に行えているものの更なる研鑽が必要である。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
4.薬剤部、医療技術局等	4.薬剤部、医療技術局等
（7）臨床技術係	（7）臨床技術係
①視能訓練士 ・検査手順の見直し、最適化により、検査の効率化を図り、外来待ち時間を減らす。 ・インシデント防止対策を強化する。 a）検査時の安全な動線を確保する。 b）検査器械の配置を見直す。 ・紹介患者や緊急患者がより多くの緊急検査に対応できるように業務改善を行う。 ・術前,術後検査 140 件/月を目指す。各検査が迅速に行えるように検査体制を整える。 ②歯科技工士 ・デンチャー修理にかかる時間をできる限り短くする。 ③歯科衛生士 ・経験年数にかかわらず、知識・技術の向上を目指し、能力に応じた役割を積極的に担う。 ・診察前に可能な限り症状等の聞き取り、診察の準備等を事前に行うことでチェアー使用時間の短縮とスムーズな診察の流れを作っていく。 ・歯科衛生業務のみならず、患者との関わりの中で苦痛や摂食に関する思いを傾聴し、悩みや症状の改善を図れるよう努める。 ・マンパワー不足を解消し、有給休暇の取得率を上げる。 ④公認心理師 ・心理検査及び心理面接の実施総数 1,950 件／年を目標とする。 ・高次脳機能検査、知能検査、その他の心理検査の精度を上げ、様々な精神疾患・神経疾患の鑑別のサポートに尽力する。 ・心のケアについて期待される院内のニーズに可能な限り応じていく。 ⑤精神保健福祉士 ・新規介入ケース 55 件／月を目標とする。 ・精神科診療に必要な情報収集を行い、患者が主体的に治療に取り組めるよう支援する。また介護保険や精神保健分野に関する制度活用をスムーズに行うことができるよう、患者サービスの向上と家族支援に取り組む。 ・精神疾患合併症患者に対する適切な医療の提供のため、医療情報について院内連携をとり、地域の精神科医療機関を含めた関連機関との連携を強化する。 ・医療センター精神科の精神保健福祉士として、月1 回の東大阪市こころの健康推進連絡協議会実務担当者会議等の会議体へ積極的に参加し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築」に向けた地域の精神保健福祉における諸問題を把握し、支援体制の機能分化を図る。	①視能訓練士 ・インシデント防止対策により本年度も転倒事故の発生は０件にすることができた。 目標にしていた検査件数は概ね達成することができた。 ②歯科技工士 ・事前に準備できる物に関しては、できる限り準備することにより、時間短縮に心がける事ができた。 ③歯科衛生士 ・各個人の技術向上の結果業務をスムーズに行うことができ、お互いの負担を補え合える事ができるようになったため、チェアータイムの短縮と有給休暇取得率の向上を図ることができた。 ④公認心理師 ・心理検査及び心理面接の実施総数 2,082 件／年を実施した。 ・高次脳機能検査、知能検査、その他の心理検査の精度を上げ、心のケアについて期待される院内のニーズに可能な限り対応した。 ⑤精神保健福祉士 ・介入件数は月85件と目標達成でき、継続相談としても専門性を活かした個別対応、関係機関との連携支援が可能となっている。 東大阪市の会議体についても、令和3年度は2回開催され継続し出席できている。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
5.地域医療連携室、医療の質・安全管理部、事務局	5.地域医療連携室、医療の質・安全管理部、事務局
（1）地域医療連携室	（1）地域医療連携室
①地域包括ケアシステム構築に貢献する体制を構築する。 ②地域医療支援病院としての役割機能を充実させる。 ③各関係機関との連携強化の推進（ＩＣＴ活用）を更に進める。	①新型コロナの拡大により面会禁止であるため、家族からの情報収集や、転院に関する家族調整が困難であった。患者にとって、地域の関連機関との情報交換や情報提供は重要であることから、患者家族や地域の関連機関とのリモート面談を推進できる環境作りが課題である。 　市、保健所、学校、保険薬局、関係機関に対しては、最新情報や有益な情報を提供した。 ②地域医療支援病院として、地域の医療機関からの紹介患者を受け入れるよう取り組んだ。しかし、新型コロナの入院患者数が増えて2病棟を専用病棟とした時期や、病棟においてクラスターが発生した時期は、紹介患者の入院受け入れが困難であった。一方で、当センターから転院調整を依頼している近隣の医療機関や施設に、複数のクラスターが発生したことから、退院調整に難渋した時期があった。退院調整ができないことで病床確保が困難となり、紹介患者の受け入れに影響した。 入院日数を20日超えた患者数および状況について毎週の会議で報告を行い、退院調整による長期入院患者の減を図り、病床の回転を早くして新規入院患者の受け入れ促進に繋げる取り組みを行った。 医療機器共同利用の受託件数は、2,555件で目標を上回った。 医療従事者への研修は13回開催し、院外からの参加は233名であった。 予約センターは、内科のみの運用から外科系診療科(耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、口腔外科を除く）を追加し運用している。対応時間は14:00～16:30の運用を継続して、予約変更がスムーズに行える体制を整えた。今後は、対応時間や診療科の拡大などを検討する必要がある。 ③地域連携ソフトとして令和3年8月から入退院支援クラウドを導入し、転院数403件のうち302件（74.9%）の転退院調整で活用した。クラウドに参加する連携病院は大阪府下92施設となり退院・連携強化に繋がった。 地域医療連携ネットワークの１つとしてデジタルサイネージを導入して患者情報コーナーに設置し、患者への情報提供に繋げた。
（2）医療の質・安全管理部	（2）医療の質・安全管理部
質の向上、安全管理、感染制御、がん登録という四大業務を安定的に遂行するとともに、部門横断的課題の解決や突発的事象に積極的に対応する。	業務の見直し、平準化及び見える化を行い、各担当者が四大業務に横断的に対応できる体制を構築した。 突発的事象についても、他部署との適切な役割分担や迅速な共有を通じて、部門横断的に対応できた。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
5.地域医療連携室、医療の質・安全管理部、事務局	5.地域医療連携室、医療の質・安全管理部、事務局
（3）事務局総務課	（3）事務局総務課
①医療センター職員が働きやすい職場環境の整備を進める。 ②採用試験を計画的に実施し、適切な職種別職員数の確保を行う。 ③インフラ設備の更新、施設の長寿命化を進める。 ④材料費、委託費の節減に継続して取り組む。	・出生サポート休暇や、非常勤嘱託職員に対する産前産後休暇の有給化、育児参加のための休暇を制定した。 ・新型コロナ対応に従事する看護職員を対象としてメンタルヘルスカウンセリングを定期的に実施した。 ・時間外労働の縮減 、年次有給休暇及びワークライフバランス休暇の取得を促進するため、労働安全衛生委員会へ報告し、各所属へ適正な管理を依頼した。 ・各所属からの要望、理事長・院長ヒアリングに基づき採用計画の立案、試験実施、人材確保を行った。 ・令和３年度は中長期保全計画に基づき、開院以来、更新がされていない自火報・防排煙制御設備や電気錠制御設備、医療ガス設備マニホールド等の重要設備の更新や、外来トイレのリニューアルなど、劣化した設備に対する維持補修を計画的に行った。また、災害時における対策として、浸水リスクのある地下インフラ設備を地上化する検討作業を開始した。 ・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、診療材料委員会において、都度採用品目の見直しを行いつつベンチマークによる価格交渉することで、コスト削減を行った。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和3年度計画	令和3年度実績（取組）報告
5.地域医療連携室、医療の質・安全管理部、事務局	5.地域医療連携室、医療の質・安全管理部、事務局
（4）事務局医事課	（4）事務局医事課
①診療報酬に関して、法令に基づき適切でかつきめ細やかな請求を行う。収入の確保の観点からも、積極的な請求、請求漏れの防止や査定減に対しての対策、査定への再審査請求を徹底して行なう。 （査定率：令和2 年度 0.43%→令和3 年度 0.35%→令和4 年度 0.3%→令和5 年度 0.25%→令和6 年度 0.20%） ②施設基準の新規届出や継続、変更等に対して、センター内部署間での連携を充実させ、人事や機器等の情報を共有する体制を強化する。 ③未収金の発生防止の更なる取り組みを行う。院内連携により早期情報の共有、職員を含め外部業者による早期の督促、法的措置を強化及び継続して行う。	事務局組織的に医事課は医事運営係（主に外来）・診療報酬管理係（主に入院）の二係制となり、所掌業務についても、経営企画課に施設基準管理及び様式１の入力業務が移管となった。人員的にも、４月に１名（業務移行のため、１０月より配置）、９月に１名の増員があり、当初の予定人員を確保することができた。業務としては、４月に外来運用システムの変更があり、それに伴い外来に患者番号表示モニターの設置・自動再来受付機の造設・診療費後払いシステム・オンライン資格確認システム、救急外来に自動精算機を増設等を順次導入した。また、９月には医事課内で業務改善タスクフォースを立ち上げ、業務調査を実施し、令和４年度業務改変を予定している。また、医事課及び経営企画課で診療報酬改定タスクフォースを立ち上げ、令和４年度改定に取り組んでいる。 ①診療報酬請求に関しては、診療稼働額が７１，５８５円（令和２年度）から８０，４０５円（令和３年度）と増額しているが、ＤＰＣのコーディングの精度については、改善の余地があり、業務の改善及び経営企画課との連携強化が必要となる。また、査定に関しても、目標の０．３５％には大きく届かず、０．４３％の結果であった。一人一人のスキルアップは必須であるが、医師へのフィードバックの手段を確立できるよう取り組みを行っているところである。 ②施設基準は経営企画課に移管されたが、診療報酬請求において重要なものであり、漏れのないよう連携強化を行った。 ③入院患者においては、未収担当者以外にも入院請求担当者と連携するよう、医事課全体で取り組むめるようになった。未収金も経営企画課と連携してＩＢＡＲＳからのデータ利用を取り組み始めた。
（5）事務局経営企画課	（5）事務局経営企画課
①経営面において、収入の増大及び費用抑制を図り、黒字化を目指す。 ②経営層による適切な経営判断を可能にするための情報提供を行い、経営への提言を行うために財務業務の改善に努める。 ③診療録の質の向上を図り、診療の質の向上に貢献する。さらにそこから得られる診療情報を経営にも活用できるように運用の構築を目指す。 ④院内における情報基盤の確立を図り、院内情報共有化の仕組みを改善する。また、経営への活用を念頭に各種データの活用および精度向上を図る。	①新型コロナ患者受入により、病床数が減少している中、回転数を上げることで新入院の確保に努めた。その結果、患者数は1割減少したものの、単価が上がり、稼働額は昨年対比で99%と減少額は最小限にとどめた。それに加え、新型コロナ患者受入に対する空床補償が入ったことで、昨年に続き黒字となった。 ②補助金に頼らない経営を目指し、経営層には補助金を除いた収支を示すことで、本業での赤字を意識させるよう努めた。 ③新たに診療情報管理士を採用し、診療録管理委員会を通じて新たな情報発信に着手した。また、質的監査の見直しを図り、次年度より開始する準備を進めた。経営に活用できる運用の構築には至らなかった。 ④院内指標を月次で抽出する仕組みの構築に着手したものの、今年度では確立には至らなかった。次年度に引き続き行う。

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3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3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3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3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	3,977	2,572	6,549
長期借入金償還債務	3,417	4,837	8,254

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3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。