地方独立行政法人市立東大阪医療センター

令和４年度の業務実績に関する評価結果報告書

令和５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 ・・・・ 23

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 ・・・・ 26

2　患者満足度の向上 ・・・・ 52

3　信頼性の向上と情報発信 ・・・・ 60

4　地域医療機関等との連携強化 ・・・・ 68

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 ・・・・ 76

2　人材の確保と育成 ・・・・ 91

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 ・・・・ 104

2　収入の確保 ・・・・ 105

3　費用の節減 ・・・・ 109

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 ・・・・ 112

2　地域医療構想を踏まえた役割の明確化 ・・・・ 114

3　施設整備に関する事項 ・・・・ 116

第6 医療センターにおける各部局の取り組み ・・・・ 118

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 ・・・・ 147

第8 短期借入金の限度額 ・・・・ 147

第9 出資等に係る不要財産の処分に関する計画 ・・・・ 147

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 ・・・・ 147

第11 剰余金の使途 ・・・・ 148

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 ・・・・ 148

（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 ・・・・ 149

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 ・・・・ 151

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４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４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4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つの大項目の全てにおいて「評価A 中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる。」と判断した。

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患者の受入に制限がかかるなか一般入院患者、外来患者の確保に努めた点、施設整備に関して院内環境の快適性の向上を図った点、情報発信・個人情報保護に関する取組みの強化に努めた点、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	4	12			18	A
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	2	1	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	2			4	A
合計	4	10	23	0	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4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変に対応し、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。

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、新規入院患者数の増加、入院単価を維持した結果となった。手術件数についても前年度と比べ年間総手術件数、全麻手術件数、緊急手術件数が増えた結果、過去最高の手術数ならびに手術室収益を記録した。さらに、内視鏡センターの整備、検査ブースの増設、画像診断センター受付の自動改札化等を行い、病院の高機能化に努めた。他方、評価指標面では例えば救急車受入率などが目標未達となっているが、受入件数以上に救急受入依頼件数が増加したことによる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4年度においても令和3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　「断らない救急医療」を掲げ24時間体制で救急患者の受入に尽力した結果、新型コロナ患者、重症患者の受入、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、OGCS参加施設として分娩前の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　国指定がん拠点病院について問題なく更新できたこと。呼吸器内科医の確保に向けた手法を検討すること。がん相談支援体制や情報提供についても、webや電話での対応体制を強化したこと。

(4)　4 疾病に対する医療　脳血管疾患患者の受け入れや開頭手術件数は飛躍的に増加したことで医療水準の向上に一定寄与したこと。

(5)　感染症への対応　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継続し、院内感染防止マニュアルを見直して中河内救命救急センターと連携した新型コロナ感染拡大の防止に貢献したこと

(6)　院内環境の快適性の向上　病棟浴室のシャワールーム化や施設内の病棟壁・手すりの改修等、院内環境の快適性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　異常検知システム導入やバックアップシステムの冗長化等を図ったこと。タブレットの有効的な活用について検討され、院内情報発信と会議の場で使用することでＤＸ推進やペーパーレス化を図ったこと。

(8)　地域医療支援病院としての機能強化　紹介患者数においては、昨年度実績より増加し、目標を達成できたこと。

(9)　地域包括ケアシステム構築への貢献　患者やその家族とのリモート面談を行える体制が整い退院時指導及び患者紹介・情報提供を行ったこと。

(10)　内部統制　市立東大阪医療センターと府立中河内救命救急センターを統括する法人本部を設置し、内部統制等の強化に努められたこと。

(11)　人材の確保　オンライン試験を継続し、既卒者の随時採用を行い、看護師等の確保に努められたこと。

(12)　職員満足度の向上　更なるワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境の整備に努められたいこと。

(13)　経営基盤の確立　新型コロナの5類移行後においても同水準を維持できるか懸念があること。

(14)　収入の確保　新型コロナの5類移行後においても同水準を維持できるか懸念があること。未収金の管理や回収強化については今後も努められたいこと。

(15)　費用の節減　物価高騰による材料費や光熱費等の高騰に対して、経費削減に取り組まれたこと。

(16)　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建設に向けた取り組みにも着手したこと。

財務内容について、入院収益は新型コロナ患者の受け入れに努めたことや高度急性期医療（特に緊急手術症例の確保）の取り組みにより、外来収益は多くのコロナPCR検査外来対応及びがん診療の取り組みにより212億3,987万円の営業収益を確保した。他方、営業費用においては人件費の増加、材料費等の高騰による影響で前年度より10億8,812万円の増となった。結果としてコロナ関連補助金収益の減少も響き、経常利益は前年度より17億2,424万円下がったが、12億492万円の経常利益を確保したことで3年連続の単年度黒字化を達成した。

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　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全てが評価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 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	2	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	0	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	1	2	0	0
4 地域医療機関等との連携強化	(1)　地域医療支援病院としての機能強化		○			
	(2)　地域包括ケアシステム構築への貢献			○		
	小計	0	1	1	0	0
合計		2	4	12	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

	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） 評価にあたっての主な意見、要望等

● 1-（1） 救急医療
「断らない救急医療」を掲げ、２４時間体制で救急患者の受入に尽力された結果、救急搬送受入件数や救急医療管理加算算定件数が昨年度実績及び目標を上回ったが救急車受入率は令和４年度実績において昨年度実績より５．５ポイント減少し、目標達成に至らなかった。救急外来経由入院患者については救急外来を介さず直接病棟へ入院する症例が多かった結果、実績が伸び悩み、目標達成できなかった。しかし、新型コロナの影響を大きく受けた項目であることから評価は「４」とした。今後は医師の働き方改革の方針に基づき安定した救急医療体制の構築に努められたい。

● 1-（2） 小児医療、周産期医療
周産期医療については、新型コロナ感染症の影響下、少子化・常勤医師の退職に伴う医療体制にも関わらず総分娩件数が令和４年度目標に達したことは評価に値する。また、血友病包括外来を立ち上げたことにより小児血友病患者のQOLの向上に寄与した。しかし、小児救急受入体制に関する項目については、いずれも目標に届かなかったため、計画を上回って実施しているとは言えず、評価を「３」とした。

● 1-（3） がん医療
国指定がん拠点病院について問題なく更新できたことは評価に値するが呼吸器内科医の確保に至らなかった原因究明と確保に向けた手法の検討は必要であり、課題解決に取り組んでいただきたい。
がん診療機能に努められた結果、昨年度実績と比較し、横ばいもしくは微増であるため、評価を「３」とした。
令和５年度は入院制限が解除されていることもあり、今後の診療実績に期待したい。

● 1-（4） 4 疾病に対する医療
４疾病に関する評価項目について、一部昨年度実績または目標を下回る項目もあったが、脳血管疾患患者の受け入れや開頭手術件数は飛躍的に増加したことで医療水準の向上に一定寄与したと考える。
一方、糖尿病透析予防指導実施件数については重症化リスクの高い対象患者に対し保健指導を実施したものの計画値を達成することは出来なかったことで腎臓内科と各診療部門との連携強化には課題も残ることを勘案し、評価を「３」とした。

● 1-（6） 感染症への対応
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継続し、院内感染防止マニュアルを見直して中河内救命救急センターと連携した新型コロナ感染拡大の防止に貢献したことから評価を「５」とした。

● 2-（2） 院内環境の快適性の向上
病棟浴室についてシャワールーム化の工事は新型コロナウイルスの影響もあり、令和４年度中の完成が出来なかった。令和５年５月に工事が完了し、使用できることから入院患者の生活環境の改善が向上すると考えられる。
その他施設内の手すりや破損部の修繕も適切に行っていることから評価を「３」とした。

● 3-（2）情報発信、個人情報保護

個人情報保護については令和３年度に外部からのサイバー攻撃により診療業務に影響が出たことから令和４年度にかけてセキュリティの強化について、異常検知システム導入やバックアップシステムの冗長化等を図った。また、タブレットの有効的な活用について検討され、院内情報発信と会議の場で使用することでＤＸの推進やペーパーレス化に大きく寄与した。セキュリティ強化にかかる新たな運用については令和５年度から開始が見込まれているため、年度計画を順調に実施していると判断し、評価を「３」とした。

第３　業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置

（１）評価結果　A　中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる。

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

（２）判断理由及び考慮した事項

(3)小項目評価の集計結果の全てが評価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） 評価にあたっての主な意見、要望等

● 1-（1）病院の理念と基本方針の浸透
法人の評価を妥当とし、評価を「４」とした。

● 1-（2）内部統制
令和４年度に市立東大阪医療センターと府立中河内救命救急センターを統括する法人本部を設置し、内部統制等の強化に努められたことから評価を「３」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

（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。

	S	A	B	C	D
評価結果	特筆すべき進捗状況にある。	計画どおり進んでいる。	おおむね計画どおり進んでいる。	やや遅れている。	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全てが評価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	2	0	0	0	0
3 費用の節減				◎		
	小計	0	0	2	0	0
合計		2	1	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

	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） 評価にあたっての主な意見、要望等

● １ 経営基盤の確立
経常収支比率、医業収支比率ともに計画値を達成する事ができ３年連続の黒字決算、また資金を確保できた点については評価ができるが、黒字化には新型コロナ補助金による影響が大いにある。翌年度以降の収支には令和４年度と同等の新型コロナ補助金の確保が見込めないことも想定されるが、年度業務実績の評価方法に基づき、計画値を上回っているため評価を「４」とした。

● 2 収入の確保
収益についてはコロナ補助金に依存している点も大いにあるがいずれの項目も目標を達成できたことにおいては、十分評価に値すると考える。また、未収金の管理や回収強化に努められていることから評価を「５」とした。令和５年度には未収金回収業者を見直すことも含め、対策を強化するということであるが迅速な対応を求めておきたい。

● 3 費用の節減
いずれの項目も概ね目標を達成できたことを踏まえ、法人評価と同じく評価を「３」とした。今後も物価高騰による材料費の高騰や光熱費等の単価も上昇していることから後発品への切り替えやＬＥＤ化への工事も含め、経費削減できるところについては契約方法を含め、対応手法について検討されたい。

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全てが評価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	1	0	0
2 地域医療構想を踏まえた役割の明確化				○		
	小計	0	0	1	0	0
3 施設整備に関する事項			◎			
	小計	0	2	0	0	0
合計		0	2	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）評価にあたっての主な意見、要望等

● ３　施設整備に関する事項
中期保全計画に基づき、水熱源ヒートポンプビルマルチエアコン更新工事、内視鏡センター改修拡張工事、病棟浴室改修工事等を行いつつ、病院美化として病棟共有部の手すり・壁の改修工事を行ったほか、職場環境の向上を目的に、大会議室A・B・Cの改修を完了したことから計画的な改修が進んでいると判断し、評価を「４」とした。

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

法人の長によるメッセージ
～「誠実な医療」を地域の人々に～

平素は市民の皆さま、地域の医療機関ならびに関係機関の皆さまには、温かいご声援・ご支援を賜わり心より感謝申し上げます。

市立東大阪医療センター（旧東大阪市立総合病院）は 2016 年 10 月に地方独立行政法人病院となり、以来、制度の基本理念である業務の公共性、透明性および自主性の確保、ならびに財務の改善に努めるとともに、適切かつ効率的に病院運営を行うことを旨とし、これまで中河内医療圏における「地域完結型医療」の中核病院として、地域の人々に高度急性期および急性期医療を提供してまいりました。

当センターは地域医療支援病院として、第一線の地域医療を担う、かかりつけ医およびかかりつけ歯科医の先生方や、地域の病院・施設の皆様と強く連携し、市民が慣れ親しんだ地域で高度の医療を受けられる、地域医療における、命と健康をまもる「最後の砦」の病院でありたいと願っています。令和４年度より病院理念を“「誠実な医療」を地域の人々に”と変更しました。

これまでも、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、地域の医療機関を支援してまいりましたが、その機能をさらに向上させ、どんな時でも、どんな状況においても「断らない紹介医療」、「断らない救急医療」を実践できる体制づくり、またインフラ整備に注力してまいる所存です。

令和４年度初め、病院の事業目標として、１）病院の高機能化（DPC 特定病院群の認定）、２）病院の現代化（デジタル化/インテリジェント化）、３）病院の美化－の３つを掲げ、これらを念頭に事業をすすめることとしました。

組織に関しては、昨年８月に市立東大阪医療センターと府立中河内救命救急センターを統括する法人本部を設置し、より一体的な医療提供、経営の効率化への取り組みを始めました。

昨年度の主な整備・成果としては、▽特定行為研修指定研修機関に指定されたこと、また▽内視鏡センターの整備・検査ブースの増設、▽画像診断センター受付自動改札化、▽病棟の全面補修の着手、▽研修医ルーム（ホットデスキング）の整備、▽図書室の移転・整備などを行い、また一昨年の外部からの不正アクセスによるシステム障害を契機に、▽電子カルテシステ

ムのセキュリティ強化策として VNA 及び監視システムの導入、▽バックアップ強化策として DACS の導入なども行いました。

患者数（コロナ関係を含む）については、年間の新入院患者数は 14,223 人（+277 人）、延入院患者数 150,136 人(+8,487)、外来紹介数 26,008 人(−751)、延外来患者数 242,813 人(+7,842)。新型コロナウイルス感染症については、延入院患者数 9,075 人（−2,938）を受入れました。

手術件数については、前年度（令和３年度）と比べ、年間総手術件数が 6,794 件から 7,432 件（＋638 件)、全麻手術件数は 3,031 件から 3,516 件（＋485 件)、また緊急手術は 425 件から 590 件（＋165 件）と顕著に増え、過去最高の手術数ならびに手術室収益（限界利益）を記録しました。結果、本年度 4 月より、昨年度新設された急性期充実体制加算を算定できることとなりました。

経営状況（損益計算ベース）については、医業収益は 18,393 百万円（前年比 1,075 百万円増)、入院・外来収益に新型コロナウイルス感染症にかかる補助金・市からの繰入金等を加えた営業収益は 21,240 百万円（前年比 625 百万円減)。営業損益はプラス 2,025 百万円。営業外収益は 180 百万円、営業外費用は 1,000 百万円で、営業外損益はマイナス 820 百万円。最終的な経常収支はプラス 1,205 百万円（前年比 1,724 百万円減）となり、３年連続となる経常収支比率 100%以上を達成いたしました。

最後に、地域医療構想に関しては、2025 年の病床数計画について、現在より２病棟 106 床を急性期から高度急性期の病床への転換を目指すことを報告し、中河内二次医療圏において、高度急性期・急性期の医療を提供していく役割を示しました。

引き続き、市民がより安心かつ信頼できる誠実で安全な医療の提供とその基盤となる経営改善にとり組んでまいります。
今後とも皆様からのご指導とご鞭撻をお願い申し上げます。

地方独立行政法人 市立東大阪医療センター
理事長　谷口和博

１．現況（令和５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。

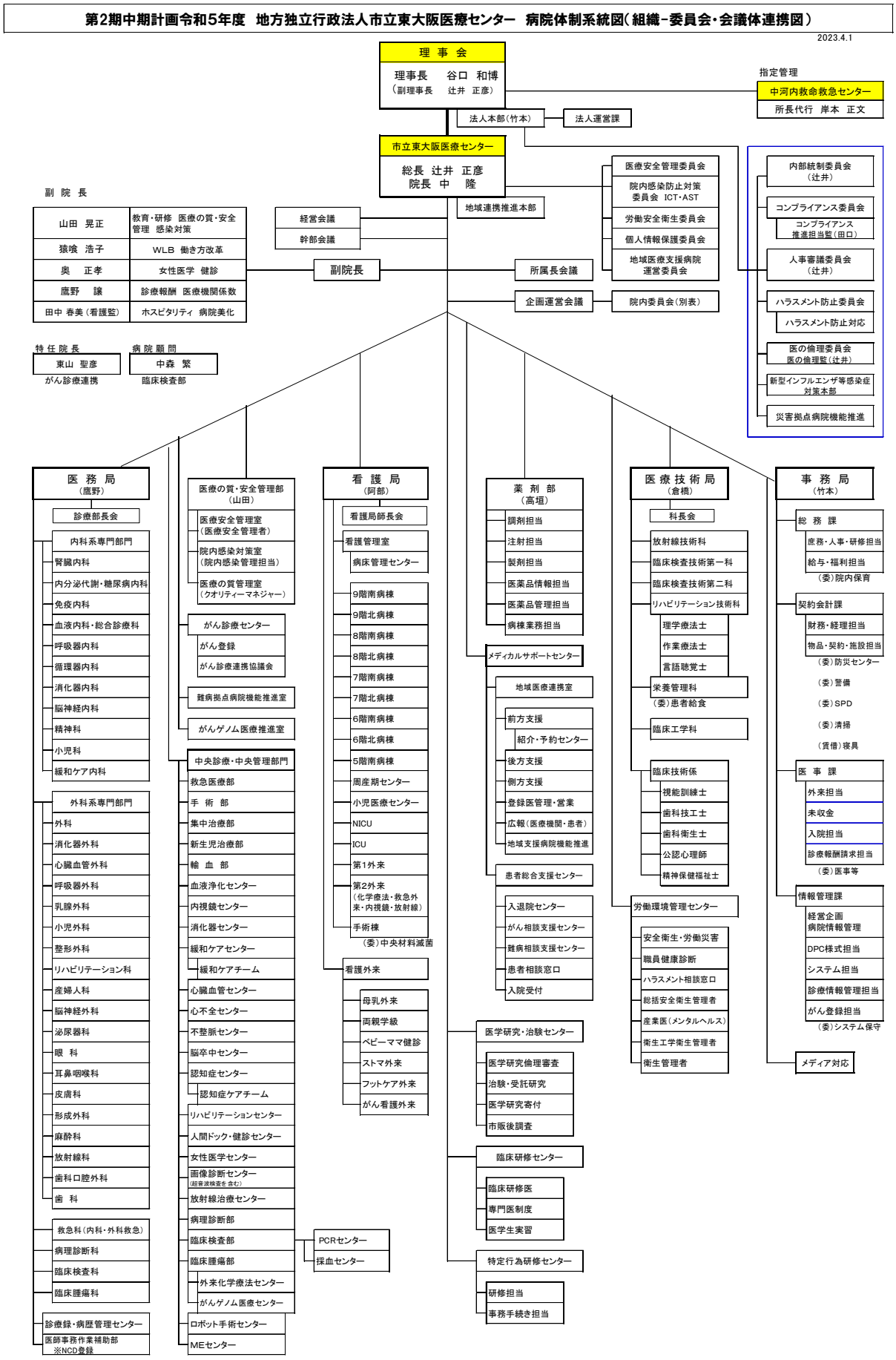
（３）沿革

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５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　（令和５年３月３１日現在）

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顧問名誉会頭、（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
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５年３月３１日において８４９名（前年比１９名増加）となっています。

（内訳）医師・歯科医師１１７名、看護職５２９名、医療技術職１４７名、

事務職４８名（うち東大阪市からの派遣職員４名）

（10）患者数実績

1，入院患者数（新入院患者数・延入院患者数）　　（単位：人）

		R３年度	R４年度	前年差	前年比率
腎臓内科	新入院患者数	586	452	▲ 134	77.1%
	延入院患者数	9,074	8,287	▲ 787	91.3%
内分泌代謝内科	新入院患者数	183	261	78	142.6%
	延入院患者数	2,811	4,207	1,396	149.7%
免疫内科	新入院患者数	112	125	13	111.6%
	延入院患者数	1,688	2,918	1,230	172.9%
総合診療科	新入院患者数	0	0	0	－
	延入院患者数	0	0	0	－
循環器内科	新入院患者数	1,554	1,356	▲ 198	87.3%
	延入院患者数	14,547	13,984	▲ 563	96.1%
消化器内科	新入院患者数	1,289	1,226	▲ 63	95.1%
	延入院患者数	11,914	12,592	678	105.7%
脳神経内科	新入院患者数	582	611	29	105.0%
	延入院患者数	10,169	12,075	1,906	118.7%
小児科	新入院患者数	1,948	1,892	▲ 56	97.1%
	延入院患者数	9,359	8,407	▲ 952	89.8%
消化器外科	新入院患者数	897	1,169	272	130.3%
	延入院患者数	12,244	15,324	3,080	125.2%
小児外科	新入院患者数	61	62	1	101.6%
	延入院患者数	234	232	▲ 2	99.1%
呼吸器外科	新入院患者数	396	374	▲ 22	94.4%
	延入院患者数	4,053	3,768	▲ 285	93.0%
乳腺外科	新入院患者数	136	144	8	105.9%
	延入院患者数	782	841	59	107.5%
整形外科	新入院患者数	669	713	44	106.6%
	延入院患者数	9,859	10,764	905	109.2%
脳神経外科	新入院患者数	396	489	93	123.5%
	延入院患者数	7,380	8,787	1,407	119.1%
形成外科	新入院患者数	113	148	35	131.0%
	延入院患者数	1,508	1,768	260	117.2%
眼科	新入院患者数	623	614	▲ 9	98.6%
	延入院患者数	3,254	2,591	▲ 663	79.6%
泌尿器科	新入院患者数	1,153	1,327	174	115.1%
	延入院患者数	12,041	12,991	950	107.9%
産婦人科	新入院患者数	1,185	1,082	▲ 103	91.3%
	延入院患者数	8,247	7,956	▲ 291	96.5%
産科未熟児	新入院患者数	254	275	21	108.3%
	延入院患者数	2,228	2,170	▲ 58	97.4%
耳鼻咽喉科	新入院患者数	544	621	77	114.2%
	延入院患者数	4,867	5,059	192	103.9%
皮膚科	新入院患者数	216	204	▲ 12	94.4%
	延入院患者数	2,541	2,414	▲ 127	95.0%
口腔外科	新入院患者数	513	583	70	113.6%
	延入院患者数	2,879	3,076	197	106.8%
心臓血管外科	新入院患者数	189	172	▲ 17	91.0%
	延入院患者数	3,355	3,048	▲ 307	90.8%
緩和ケア内科	新入院患者数	288	293	5	101.7%
	延入院患者数	6,087	6,803	716	111.8%
その他	新入院患者数	59	30	▲ 29	50.8%
	延入院患者数	528	74	▲ 454	14.0%
合計	新入院患者数	13,946	14,223	277	102.0%
	延入院患者数	141,649	150,136	8,487	106.0%

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

		Ｒ３年度	Ｒ４年度	前年差	前年比率
内科	紹介患者数	4,974	2,518	▲ 2,456	50.6%
	延外来患者数	16,152	12,525	▲ 3,627	77.5%
腎臓内科	紹介患者数	347	384	37	110.7%
	延外来患者数	4,951	5,361	410	108.3%
内分泌代謝内科	紹介患者数	378	372	▲ 6	98.4%
	延外来患者数	7,340	7,287	▲ 53	99.3%
免疫内科	紹介患者数	230	245	15	106.5%
	延外来患者数	7,727	8,045	318	104.1%
総合診療科	紹介患者数	325	303	▲ 22	93.2%
	延外来患者数	834	1,208	374	144.8%
循環器内科	紹介患者数	1,469	1,521	52	103.5%
	延外来患者数	14,948	14,876	▲ 72	99.5%
消化器内科	紹介患者数	2,348	2,478	130	105.5%
	延外来患者数	15,096	15,450	354	102.3%
呼吸器内科	紹介患者数	113	93	▲ 20	82.3%
	延外来患者数	1,141	948	▲ 193	83.1%
脳神経内科	紹介患者数	1,057	1,096	39	103.7%
	延外来患者数	8,877	9,110	233	102.6%
精神科	紹介患者数	182	253	71	139.0%
	延外来患者数	2,908	3,262	354	112.2%
小児科	紹介患者数	1,125	1,173	48	104.3%
	延外来患者数	16,284	17,741	1,457	108.9%
消化器外科	紹介患者数	518	644	126	124.3%
	延外来患者数	10,603	12,959	2,356	122.2%
小児外科	紹介患者数	76	84	8	110.5%
	延外来患者数	972	1,062	90	109.3%
呼吸器外科	紹介患者数	150	143	▲ 7	95.3%
	延外来患者数	2,570	2,937	367	114.3%
乳腺外科	紹介患者数	360	376	16	104.4%
	延外来患者数	5,632	5,790	158	102.8%
整形外科	紹介患者数	1,646	1,514	▲ 132	92.0%
	延外来患者数	14,789	14,253	▲ 536	96.4%
脳神経外科	紹介患者数	483	502	19	103.9%
	延外来患者数	4,884	4,767	▲ 117	97.6%
形成外科	紹介患者数	609	707	98	116.1%
	延外来患者数	5,000	5,103	103	102.1%
眼科	紹介患者数	1,098	1,268	170	115.5%
	延外来患者数	11,225	11,977	752	106.7%
泌尿器科	紹介患者数	1,056	1,112	56	105.3%
	延外来患者数	17,256	18,333	1,077	106.2%
産婦人科	紹介患者数	876	816	▲ 60	93.2%
	延外来患者数	20,526	20,816	290	101.4%
耳鼻咽喉科	紹介患者数	1,776	1,881	105	105.9%
	延外来患者数	8,842	9,043	201	102.3%
皮膚科	紹介患者数	973	1,097	124	112.7%
	延外来患者数	9,785	10,973	1,188	112.1%
放射線科	紹介患者数	1,847	2,434	587	131.8%
	延外来患者数	6,751	7,625	874	112.9%
歯科	紹介患者数	48	42	▲ 6	87.5%
	延外来患者数	4,409	4,260	▲ 149	96.6%
口腔外科	紹介患者数	2,229	2,405	176	107.9%
	延外来患者数	9,657	10,893	1,236	112.8%
心臓血管外科	紹介患者数	197	219	22	111.2%
	延外来患者数	1,313	1,496	183	113.9%
臨床腫瘍科	紹介患者数	20	14	▲ 6	70.0%
	延外来患者数	1,837	1,533	▲ 304	83.5%
緩和ケア内科	紹介患者数	249	221	▲ 28	88.8%
	延外来患者数	1,908	2,357	449	123.5%
その他	紹介患者数	0	93	93	―
	延外来患者数	754	823	69	109.2%
合計	紹介患者数	26,759	26,008	▲ 751	97.2%
	延外来患者数	234,971	242,813	7,842	103.3%

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5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	12,884	固定負債	10,382
有形固定資産	12,456	資産見返負債	507
無形固定資産	200	資産見返運営費負担金	4
投資その他の資産	227	資産見返補助金	387
流動資産	13,875	資産見返寄附金	0
現金預金	8,678	資産見返物品受贈額	115
医業未収金	3,712	長期借入金	1,999
たな卸資産	77	移行前地方債償還債務	3,585
前払費用	19	長期リース債務	0
未収収益	1	引当金	4,291
未収入金	1,307	退職給付引当金	4,291
診療費損害未収入金	77	流動負債	4,738
その他流動資産	4	一年以内返済予定長期借入金	671
		一年以内返済予定移行前地方債償還債務	999
		短期リース債務	0
		未払金	2,305
		未払費用	8
		未払消費税等	8
		前受金	9
		預り金	67
		仮受金	1
		引当金	668
		賞与引当金	591
		診療費損害引当金	77
		負　債　合　計	15,119
		純　資　産　の　部	金　額
		資本金	750
		資本剰余金	6,091
		利益剰余金	4,799
		純　資　産　合　計	11,640
資　産　合　計	26,759	負債純資産合計	26,759

（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4年4月1日～令和5年3月31日）　　（単位　百万円）

科　　目	金　　額
営業収益	23,580
医業収益	18,393
救命救急センター事業収益	2,340
その他営業収益	2,847
営業費用	20,912
給与費	9,466
材料費	5,688
経費	2,852
研究研修費	45
減価償却費	1,164
救命救急センター事業費用	1,697
営業利益	2,667
営業外収益	180
営業外費用	985
営業外損失	▲ 805
経常利益	1,862
臨時利益	172
臨時損失	21
当期純利益	2,013

（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純資産変動計算書（令和4年4月1日～令和5年3月31日）　（単位　百万円）

科　　目	金　　額
当期首残高	8,552
Ⅰ　資本金の当期変動額	0
Ⅱ　資本剰余金の当期変動額	1,075
Ⅲ　利益剰余金(又は繰越欠損金)の当期変動額	2,013
当期変動額合計	3,088
当期期末残高	11,640

（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キャッシュ・フロー計算書（令和4年4月1日～令和5年3月31日）（単位　百万円）

科　　目	金　　額
Ⅰ　業務活動によるキャッシュ・フロー	1,881
Ⅱ　投資活動によるキャッシュ・フロー	552
Ⅲ　財務活動によるキャッシュ・フロー	▲ 1,354
Ⅳ　資金増加額	1,079
Ⅴ　資金期首残高	7,599
Ⅵ　資金期末残高	8,678

（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。

⑤行政コスト計算書（令和4年4月1日～令和5年3月31日）　（単位　百万円）

科　　目	金　　額
Ⅰ　損益計算書上の費用	21,919
Ⅱ　その他行政コスト	0
Ⅲ　行政コスト	21,919

（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	22,679	23,609	930
医業収益	17,966	18,422	456
運営費負担金	619	592	▲ 27
救命救急センター事業収益	1,959	2,340	381
その他営業収益	2,135	2,255	120
営業外収益	198	186	▲ 12
運営費負担金	81	81	0
その他営業外収益	117	105	▲ 11
資本収入	1,573	1,572	0
運営費負担金	1,083	1,075	▲ 8
長期借入金	490	490	0
その他資本収入	0	8	8
その他の収入	1	172	172
計	24,451	25,539	1089
支出			
営業費用	20,644	20,401	▲ 243
医業費用	17,432	17,552	120
給与費	8,629	8,743	114
材料費	6,205	6,258	53
経費	2,541	2,505	▲ 36
研究研修費	57	47	▲ 10
救急救命センター事業費	1,920	1,691	▲ 229
一般管理費	1,292	1,157	▲ 135
営業外費用	127	125	▲ 3
資本支出	2,487	2,440	▲ 47
建設改良費	158	134	▲ 25
償還金	1,844	1,844	0
その他資本支出	485	463	▲ 23
その他の支出	0	22	22
計	23,258	22,988	▲ 271
単年度資金収支（収入-支出）	1,192	2,552	1,359

（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７年目となる令和４年度も、新型コロナウイルス感染症第７波及び第８波対応と、急性期医療の両立維持に苦心したが、年度末には５類移行の方針が示され、アフターコロナに向けて舵を切ることが出来た。

主な新型コロナウイルス感染症対応は以下のとおり。

・第７波、令和４年６月２５日～９月２６日

ピーク時７０床を確保し、１日最大６９人の入院を受入

小児患者（発熱・疑い患者含む）が激増し、小児医療センターの入院患者が１日最大１１人、平日日中の小児発熱外来、輪番制の夜間小児救急が危機的状況に陥った。

また、職員、家族の家庭内での感染が拡大し、患者増加時に職員の欠勤が重なり、受入体制の確保が困難な時期があったが、各部署が協力し困難な状況を乗り越えた。

・第８波、令和４年９月２７日～令和５年３月２日

ピーク時７２床を確保し、１日最大５２人の入院を受入

国・大阪府等が、入院対象者を原則、中等症Ⅱ以上又は高齢者、小児、妊産婦、透析患者等との周知が行われた事から、年末年始を含めて医療体制を維持できた。

令和４年度コロナ延入院患者（疑似症含む）９，０７５人

令和４年度コロナＰＣＲ等（ＰＣＲ、ＴＲＣ、抗原含む）検査数 ４１，２５３件

経営状況では、年間の入院患者数１５０，１３６人（前年度比８，４８７人増）、外来患者数２４２，８１３人（前年度比７，８４２人増）、入院・外来収益に新型コロナウイルス感染症にかかる補助金等を加えた営業収益２１，２４０百万円（前年度比６２５百万円減）となった。

一方、職員数の増による人件費の増、抗がん剤、手術材料の使用量増による材料費の増、電気・ガス代の高騰による経費支出の増などにより営業費用は１９，２１５百万円（前年度比１，０８８百万円増）となった。

営業外の収益、費用を加えた経常収支はプラス１，２０５百万円（前年度比マイナス１，７２４百万円）となり、３年連続での黒字となった。

しかし、経常収支から新型コロナの病床確保料等を除いた収支は、マイナス８９５百万円となったことから、次年度以降は補助金に依存しない医業収支の健全化に努める。

２．大項目ごとの主な取り組み

第１ 年度計画の期間

特になし

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

医療センターとして担うべき医療について、新型コロナ医療と急性期医療の両立維持を掲げ、高度医療、救急医療（小児救急を含む）、がん医療、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。重点目標の１つとしていた新入院患者数も計画値を満た

した。また施設基準においては、全身麻酔下での緊急手術症例が年間３５０例以上等の要件を全て満たし、令和４年度の総合入院体制加算２から令和５年度は急性期充実体制加算に移行する事が出来、市民に対しより高度な医療を提供する施設であること、それに伴う診療収入を得られることになった。

救急医療については、新型コロナ感染症患者（疑い患者含む）増加の際は、市民から救急隊への要請件数が増加し、当センターにおいても応需率が低下した。市内医療機関、医師会、救急隊、保健所と定期的にＷＥＢ会議を行い、情報共有、対策検討を行った。

小児医療（小児救急を含む）については、特に第７波において、多数の小児コロナ患者の入院・外来受入と、職員の欠勤、夏期の暑さが重なり、危機的な状況となったが、各部署が協力し乗り越えた。

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、がん登録件数こそ前年度より減少したが、手術件数、放射線治療件数、化学療法件数は前年度実績を上回った。

地域がん診療連携拠点病院については、指定要件を満たし更新できたが、目指していた「高度型」については、制度が廃止された。

脳卒中については、ホットライン件数は前年度より１００件以上増加。脳外科的直達手術並びに脳血管内手術も大きく増加した。

心筋梗塞については、ＰＣＩ（経皮的冠動脈形成術）実施件数は前年度と比べて減少したが、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の２４時間対応体制は維持した。

災害拠点病院としての取組は、ＢＣＰ（事業継続計画）に基づく訓練の実施及びＢＣＰの改訂、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を策定した。

感染症対策については、新型コロナ感染症に対して、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。

また、令和５年５月８日の５類移行以後の患者受入体制、感染対策について、院外の関係機関、院内各部署での検討を行った。

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。外来待ち時間については目標達成に向けて、内科の紹介予約制、採血室ブースの増等の改善に取り組んだ。

令和５年２月の病院機能評価受審に向けて、マニュアル整備・院内共有を図り、提供する医療の質の向上に努めた。受審時の指摘・アドバイスを踏まえ、更なる改善に努めます。

地域医療支援病院としての取組については、紹介患者数並びに逆紹介患者数、高度医療機器の共同利用の受託件数は計画値を達成することができた。

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

市立東大阪医療センターと府立中河内救命救急センターの連携強化、業務効率化等を目的とする法人本部を設けた。内部統制規程に基づく内部統制委員会を開催し、令和４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５年３月には８４９名になり、前年同月と比較し１９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４年度に６２名の退職があったものの、令和５年４月までに７１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、令和４年度から本格的に開始した。

令和４年１０月に市立東大阪医療センター特定行為研修センターを開設し、６名が受講を開始し、また令和５年度の受講者８名を選考した。

病床稼働率については、新型コロナウイルス感染症対応で休床とした病床があり、７９．１％となり、前年度より４．５ポイント増加した。

手術室手術件数については、７，４３２件となり、前年度より６３８件増加し、そのうち全身麻酔下での緊急手術が４０１例となり、令和４年度計画の重点項目の１つである、急性期充実体制加算の要件を満たす事が出来た。

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病床確保の影響で、入院患者数は伸び悩んだが、患者１日当たりの単価の上昇により１２３．０億円となり、前年度より７．４億円増加した。

入院・外来収益に新型コロナ感染症にかかる休床補償、設備整備、職員人件費等の補助金収入約２１．６億円等を加えた営業収益は２１２．４億円となった。

費用のうち営業費用については、職員数の増、抗がん剤使用量の増、手術件数の増などによる材料費の増、電気・ガス代の高騰による経費支出の増などにより、１９２．２億円となり、前年度より１０．９億円の支出増となった。

その結果、医業収支比率は１０２．０％（目標１００．３％）、営業外の収入・費用を加えた経常収支比率は１０８．５％（目標１０３．７％）となり、１２．０億円の黒字となった。

今後の課題として、補助金に依存しない収益の確保が重要である。

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、新型コロナ重症患者の入院は減少し１７人を受入れた。令和４年度の新入院患者は５７８人で前年度比６４人の減となった。

新型コロナ第７波、第８波において、救急隊への発熱患者等からの救急要請が増加し、二次救急医療機関での受入困難者に関する受入要請が増加し、応需件数が増加しても応需率が下がる状況が続いた。

地域医療構想については、２０２５年の病床数計画は、２病棟１０６床を急性期から高度急性期の病床への転換を目指し、中河内二次医療圏において高度急性期・急性期の医療を提供する役割を示した。

施設の長寿命化、災害対応については、地下にある発電・貯水設備の地上化にかかる基本構想の策定を行った。

Ⅳ　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４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）を引き続き確保する。 ・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。 ・新型コロナウイルス感染症の感染急拡大時における一般救急医療	ア　令和４年度の救急外来は、新型コロナウイルス感染症による発熱症例を優先的に受け入れるのではなく、発熱症例も一般救急医療も同様に受け入れる、新型コロナウイルス感染症と一般救急医療を両立する方針での運用を図った。 結果として、救急搬送受入件数は、令和４年度計画を達成するに至った。 にもかかわらず、救急外来経由入院患者数が計画を下回ったのは、フォローアップセンターなどから救急外来を介さずに直接病棟へ入院する症例（新型コロナウイルス感染症患者）も積極的に受け入れた結果であり、救急外来のみならず病院全体として２４時間体制で入院治療を要する重症救急患者の受入体制を維持した。このことは後述する急性期充実体制加算の施設基準取得に必要な緊急全身麻酔手術の増加に繋がった。 一方、応需率の低下は、受入件数以上に依頼件数が増加したことによるものであり、更なる受入体制の強化が課題である。 救急医療管理加算算定件数は、令和４年度も新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上臨時的取り扱いが継続されたこともあり目標値を上回った。	◎	4	4	「断らない救急医療」を掲げ、２４時間体制で救急患者の受入に尽力された結果、救急搬送受入件数や救急医療管理加算算定件数が昨年度実績及び目標を上回ったが救急車受入率は令和４年度実績において昨年度実績より５．５ポイント減少し、目標達成に至らなかった。救急外来経由入院患者については救急外来を介さず直接病棟へ入院する症例が多かった結果、実績が伸び悩み、目標達成できなかった。しかし、新型コロナの影響を大きく受けた項目であることから評価は「４」とした。今後は医師の働き方改革の方針に基づき安定した救急医療体制の構築に努められたい。

中期計画	令和４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
	の継続と、新型コロナ救急医療の両立維持を図る。					
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。	イ　新型コロナウイルス感染症等について、中河内医療センターと検査の相互依頼、電子カルテ端末の共有などの連携、役割分担を実施・継続し患者受入を実践した。 超急性期脳卒中及び急性心筋梗塞、大動脈解離などの心大血管疾患に対しては、２４時間緊急手術対応が可能な体制を維持した。				

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4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	一部整備	-
救急搬送受入件数（件）	4,857	6,000	6,155	102.6%
救急車受入率（%）	55.4	80.0以上	49.9	62.4%
救急外来経由入院患者数（人）	2,706	3,500	2,886	82.5%
救急医療管理加算算定件数（件）	22,426	20,000	30,030	150.2%

（自己評価理由）
新型コロナウイルス患者、緊急入院を要する重症患者の受入の両立を実践し救急搬送困難事例が増加した中、救急搬送受入件数の年度計画値を上回る６，１５５件を達成し、緊急全身麻酔手術の増加に繋がった点等から自己評価を「４」とした。

第２ 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置 １ 医療センターとして担うべき役割 （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4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。 ・令和３年度に開設した発熱児と非発熱児の動線に配慮した「小児発熱外来」の運営をより確立させていく。 ・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 新型コロナ流行期（第７・８波）においては、小児の陽性患者が急増したため最大１２床を確保して受け入れた。そのため他の疾病病床が不足し、輪番日においても地域開業医からの入院依頼に応需できないことが多かった。救急入院患者数を増やすにあたり、夜間救急輪番日はベッドコントロールで満床を回避し、救急外来からの入院を受け入れられるように努めた。また日中の小児発熱外来、夜間小児救急には市外、圏域外からの患者が殺到したところに、夏の暑さ、職員とその家族の感染による欠員も重なり危機的な状況もあったが、院内の協力も得て乗り切ることができた。 地域のアンメットニーズを探り、ニーズにあった医療を新規提供することで外来患者数および入院数の増加に努めた。 令和５年度は地域の開業医からの入院依頼を積極的に受け入れ、新型コロナウイルスの流行で停止していたレスパイト入院や病児入院を再開（令和４年度は新型コロナウイルス感染症対策のため中止していた。）し新規入院患者数の増加に努める。		4	3	周産期医療については、新型コロナ感染症の影響下、少子化・常勤医師の退職に伴う医療体制にも関わらず総分娩件数が令和４年度目標に達したことは評価に値する。また、血友病包括外来を立ち上げたことにより小児血友病患者のQOLの向上に寄与した。しかし、新型コロナ感染症の感染拡大を受け、小児救急受入体制に関する項目については、いずれも目標に届かなかったため、計画を上回って実施しているとは言えず、評価を「３」とした。

中期計画	令和4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
・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。	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。 ・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引き続き図っていく。また、併せて新型コロナウイルスにより度重なる休校が生活リズムを乱し、子ども達の自律神経等に悪影響をもたらしており、その一つである「起立性調節障害」に対し、広報や市政だより等を通じて周知を図り、地域医療機関と連携し、必要に応じて入院加療等で対応していく。 ・血友病地域中核病院として血友病に関連する院内他科との連携を強め、血友病包括外来を立ち上げる。また患者家族(保因者含む)を多方面からサポートする。					

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和4年度計画</th><th colspan="3">法人の自己評価</th><th colspan="2">市の評価</th></tr>
<tr><th>評価の判断理由（業務実績等）</th><th>ウエイト</th><th>評価</th><th>評価</th><th>評価の判断理由、コメント等</th></tr>
<tr><td></td><td>・新型コロナ感染症の拡大期においては、確実な小児医療体制の確保を図る。</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3年度実績</th><th>令和4年度目標</th><th>令和4年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>小児科入院患者数</td><td>9,359</td><td>10,500</td><td>8,407</td><td>80.1%</td></tr>
<tr><td>小児科外来患者数（時間内）（人）</td><td>12,858</td><td>15,000</td><td>12,915</td><td>86.1%</td></tr>
<tr><td>小児救急入院患者数（人）</td><td>327</td><td>330</td><td>286</td><td>86.7%</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。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></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>ウ　総分娩件数に関しては、少子化・常勤医師３名の退職があったが、令和４年度の計画値は達成することが出来た。
　他の指標の計画値を達成することは出来なかったが、マンパワーが減少した中でも院内精神科医等との連携をより強化しハイリスク分娩件数は令和３年度１１２件に対し、令和４年度１１７件と実績を伸ばすに至った。</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4年度計画</th><th colspan="3">法人の自己評価</th><th colspan="2">市の評価</th></tr>
<tr><th>評価の判断理由（業務実績等）</th><th>ウエイト</th><th>評価</th><th>評価</th><th>評価の判断理由、コメント等</th></tr>
<tr><td></td><td>・新型コロナ感染症の拡大期においては、確実な周産期医療体制の確保をはかる。</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3年度実績</th><th>令和4年度目標</th><th>令和4年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>総分娩件数（件）</td><td>638</td><td>600</td><td>608</td><td>101.3%</td></tr>
<tr><td>ハイリスク分娩件数（件）</td><td>112</td><td>140</td><td>117</td><td>83.6%</td></tr>
<tr><td>妊産婦緊急搬送入院診療件数（件）</td><td>22</td><td>24</td><td>13</td><td>54.2%</td></tr>
</table>
（自己評価理由）
目標値については６項目中、１項目のみの達成にとどまったが、下半期に産婦人科医師３名の退職があった中、総分娩件数は６００件を超えることができた。
また、小児・周産期ともに受入施設が少ない中で第７・８波において新型コロナ患者を最大限受け入れた点などから自己評価は「４」とした。
</td></tr>
</table>

第２ 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
１ 医療センターとして担うべき役割
（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4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。 ・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。 ・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。	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。 ・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。 ・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。	ア　令和５年４月の国指定がん拠点病院の更新については、前々年度の実績および令和４年度のがん診療体制に関する指定要件を十分に満たすことが出来、問題なく更新することができた。なお、当センターが目指していた「高度型」については制度が廃止とされたため指定されなかった。 前年度に引き続き、令和４年度もコロナ渦による影響があり、がん診療の実績は計画値には届かなかったが前年度に比べ劣ることのない実績を維持することができた。	◎	3	3	国指定がん拠点病院について問題なく更新できたことは評価に値するが呼吸器内科医の確保に至らなかった原因究明と確保に向けた手法の検討は必要であり、課題解決に取り組んでいただきたい。 がん診療機能に努められた結果、昨年度実績と比較し、横ばいもしくは微増であるため、評価を「３」とした。 令和５年度は入院制限が解除されていることもあり、今後の診療実績に期待したい。

中期計画	令和4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
・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。	令和４年度も常勤の呼吸器内科医を得ることが出来ず、応援医師による外来診療にとどまった。 外来化学療法については消化器外科、呼吸器外科、臨床腫瘍科で多くの症例に対応した。				
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。	イ　研修会やカンファレンスについては、コロナ禍３年目でもあり院内では感染対策を考慮の上、ｗｅｂ、ハイブリッドまたは会合式で施行され、コロナ前に遜色なく実施することができた。				
・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。	・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。					

中期計画	令和4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 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。	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。	ウ　がん相談支援体制や情報提供についても、ｗｅｂや電話での対応体制を強化した取り組みを実施した。				

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4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	設　置	設　置	設　置	－
がん外科手術件数（件）	792	1,100	823	74.8%
がん内視鏡手術件数（件）（ESD,EMR）	237	270	232	85.9%
がん放射線治療延べ患者数（人）	6,089	6,900	6,226	90.2%
がん外来化学療法延べ患者数（人）	3,908	4,200	4,458	106.1%
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」	1,744	1,700	1,598	94.0%
緩和ケアチーム新規介入件数（件）	219	250	288	115.2%

指標について
令和4年度目標について：実績は概ね前年度と同程度であった。長引くコロナ禍による患者の受診控えなどは「がん登録件数」の減少を示すものである。さらに入院下の治療（手術件数など）については明らかに件数が伸びなかったが、その一因としてコロナ禍による入院病床数の制限の影響であり、一方では、外来で行える化学療法、放射線治療はむしろ増加し、がん治療を外来で行えるように工夫した結果である。令和５年度は入院制限が解除されることもあり、診療実績の増加に努める。

中期計画	令和4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） 国指定の「がん診療連携拠点病院」については問題無く更新する事ができた。 コロナ渦での受診控えの影響が未だ続き計画値を達成できなかった項目が多かったが、外来での化学療法、放射線治療件数は増加している点から自己評価は「３」とした。				

第２ 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置 １ 医療センターとして担うべき役割 （4）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4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。	引き続き４疾病に対する質の高い医療の提供を行った。	◎	3	3	４疾病に関する評価項目について、一部昨年度実績または目標を下回る項目もあったが、脳血管疾患患者の受け入れや開頭手術件数は飛躍的に増加したことで医療水準の向上に一定寄与したと考える。 一方、糖尿病透析予防指導実施件数については重症化リスクの高い対象患者に対し保健指導を実施したものの計画値を達成することは出来なかったことで腎臓内科と各診療部門との連携強化には課題も残ることを勘案し、評価を「３」とした。
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 脳神経外科と脳神経内科で協力し、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 コロナの情勢に左右される時期もあったが、脳神経外科・脳神経内科が共同して脳卒中当直を行い２４時間３６５日体制を維持した。 脳卒中救急患者受入れ件数も前年度を１００件以上上回り、脳外科的直達手術並びに脳血管内手術も計画値を達成することができた。				

中期計画	令和4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。	・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。	・血管内治療医の増員に伴い、超急性期を含めた血管内治療は増加傾向である。ｔ－Ｐａ実施件数は横這いだが、これは搬送までの時間に左右される部分があり緊急対応可能な体制（脳ホットライン２４時間対応）を維持する。				
・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。	・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。	・在院日数の更なる適正化に向けて、地域他施設との更なる連携の強化が必要であり、また、超急性期治療の更なる増加には、地域住民への脳卒中への認識強化のための啓蒙が必要である。				

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4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	15	9	60.0%
脳血管内治療実施件数（件）（入院2日目までの実施件数）	20	30	31	103.3%
開頭手術（直達）件数（件）	47	50	85	170.0%
脳卒中救急患者受入れ件数（件）	192	210	299	142.4%
脳血管疾患患者の入院日数（日）	19	19	24	未達成
脳血管疾患患者の退院時情報提供数（件）	170	180	192	106.7%

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	イ　循環器内科と心臓血管外科が一体となり、血管内治療・開心術等すべての循環器疾患に対応可能な体制を維持した。				

中期計画	令和4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
	を拡充する。					
・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時間体制の対応を実施した。				
・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する体制を維持した。 　また、更なる外科的治療の提供に向けＴＡＶＩ（経カテーテル大動脈弁置換術）導入に向けて症例を積み申請要件を満たし、現在申請中である。				
・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。	・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した。医師の働き方改革に向けて人員確保に努める。 　ＰＣＩ（冠動脈インターベンション）件数は令和４年度は担当する人員の減少の影響があり２８１件となったが重症度は上がっていた。 　令和５年度はＰＣＩ（冠動脈インターベンション）３００件を目標とし、更なる研鑽に努める。				

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4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）	367	360	281	78.1%
心大血管手術件数（件）	119	90	115	127.8%

中期計画	令和4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 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。 ・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。 ・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。 ・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。	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。 ・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。 ・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。 ・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。	ウ 教育入院については計画値を達成することが出来た。 その一方で、糖尿病性腎症患者数・糖尿病透析予防指導実施件数については重症化リスクの高い対象患者に対し保健指導を実施したが計画値を達成することは出来なかった。 今後、腎臓内科をはじめとした各部門との連携を一層強化し二次予防・重症化予防及び三次予防に重点を置いた医療の提供に努める。				

中期計画	令和4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3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
糖尿病腎症患者数（初診）（人）	91	100	67	67.0%
糖尿病透析予防指導実施件数	19	25	11	44.0%
血糖コントロール不可例の教育入院件数（件）	28	30	31	103.3%

中期計画	令和4年度計画	法人の自己評価
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。	エ　外来新患者数は３３３名で、外来診療枠を最大限使用して診療を継続することができた。 　また、入院患者のコンサルテーションに関しても積極的な対応を継続した。
・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。これまで脳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。	・認知症外来は１４４名、ほぼ計画値の患者を診療することができた。
・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3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
認知症　外来新患人数（人）	114	150	144	96.0%
認知症ケア加算算定の実績件数	7,287	4,800	9,566	199.3%

中期計画	令和4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） 脳血管疾患は目標値を大きく上回る実績を達成。また他の項目も目標値を概ね達成しており自己評価は「３」とした。				

第２ 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置 １ 医療センターとして担うべき役割 (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4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　災害拠点病院として、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。医薬品、食料等の備蓄、非常用電源の確保を継続する。 また、水防法に基づく水害時の避難確保計画の定期的な見直し、計画に基づく訓練を実施し、不測の事態に備える。	ア　ＢＣＰ第３版に基づき、令和４年１１月２４日(木)に府立中河内救命救急センターと合同で災害訓練を行った。 　令和４年度の合同災害訓練では、南海トラフ地震が発生し東大阪市域は震度６強想定とし発災から本部立ち上げ、及び本部による当センター事業継続の決定、傷病者の受け入れ指示発信を行い、３年ぶりに指揮所の立ち上げと患者の受け入れ訓練を実施した。また、訓練に先んじて職員へ災害時参集手段の調査を実施し、職員の非常時参集と安否確認手段を確認した。これら災害訓練の検証結果を基に、ＢＣＰ第４版を策定した。 ・水害時における避難確保計画に基づき、令和４年１０月２５日(火)に災害対策委員及び下部チームメンバーを対象に水害時避難訓練を机上にて実施した。患者や職員の避難に加えて水害時の被害想定、事業継続のための設備維持・物資確保などを検証し、水害時の避難確保計画第3版を策定した。		3	3	令和４年度は災害訓練の実施を経てＢＣＰや避難確保計画の改訂に取り組んだことで防災機能の強化に寄与したことは評価に値する。また、令和４年度から職員への災害研修を実施しており、災害時医療派遣チームの機能評価を図ったことから年度計画を順調に実施していると判断し、評価を「３」とした。

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和4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>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。
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>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。
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>イ　災害拠点病院として、職員が災害医療の知識と対応を理解出来ることを目的に、令和４年度より３カ年計画で職員への災害研修を実施中である。
　災害時医療派遣チーム（ＤＭＡＴ）に関しては、八尾ＳＣＵでの訓練に参加（令和４年６月１日、令和５年２月１日）。また備蓄品の点検を実施した。

（自己評価理由）
　ＢＣＰ整備、災害時院内マニュアルの整備を実施した。また中河内救命救急センターと合同で訓練を実施した点などから自己評価は「３」とした。</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
BCP整備・毎年見直し実施	一 部 実 施	継　　続	実　　施	－
災害時院内マニュアルの整備	一 部 整 備	点検・実施	実　　施	－
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	１ 回 / 年	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４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　令和６年度からの国の第8次医療計画策定において、従来の５疾病・５事業に新興感染症等への対応を加えて、５疾病・６事業とされる予定を踏まえた対応を検討していく。 イ　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中等症・重症一体型病院１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　第８次医療計画を見据えて今後の医療センターの中期計画、年度計画のあり方を検討した。 イ　新型コロナウイルス感染症中等症・重症病院として、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継続。また中河内救命救急センターと連携し、重症入院患者の受入を実施した。 　特に第７波での小児患者の急増、第７・８波での職員・家族の感染により多数の欠勤者が生じた際は、関係部署がお互いに協力し難局を乗り切った。また、市内の病院、医師会、保健所、救急隊、訪問看護ステーションの代表で定期的にｗｅｂミーティングを行い情報共有、対応協議を行った。	◎	5	5	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継続し、院内感染防止マニュアルを見直して中河内救命救急センターと連携した新型コロナ感染拡大の防止に貢献したことから評価を法人評価と同等の「５」とした。

中期計画	令和４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 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。	ウ　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。	ウ　既存の院内感染防止対策マニュアルの見直しを行うとともに、感染症版のＢＣＰ策定に着手した。				
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。	エ　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。	エ　患者動線に配慮して外来・入院ともに即応できる体制を維持した。				
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。	オ　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。	オ　新型コロナ以外の新興感染症も見据えたＢＣＰを策定中である。また防護具についても必要数の備蓄を行っている。				

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4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	継　続	継　続	継　続	－
指定感染症発生時のBCPの整備	未　実　施	整　備	策　定	－
PCR検査体制の整備（大阪府・東大阪市の要請対応）	継　続	整　備	整　備	－
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）	継　続	整　備	整　備	－
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）	継　続	整　備	整　備	－

中期計画	令和４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） 　新型コロナウイルス感染症中等症・重症病院として多数の入院受入を行い、中でも他院では受け入れ困難な小児・妊産婦・透析を要するコロナ患者も積極的に受入を行った。外来においても自宅待機中の陽性患者の体調悪化、かかりつけ医から紹介のあった疑い患者のＰＣＲ検査を多数受け入れた。 　また第７・８波において多数の職員の欠勤が生じた中でも工夫を行い体制を維持し受入を行った点から自己評価は「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４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。	ア　予防医療 コロナ禍により市民公開講座の開催は見送った。子宮癌検診は週に４回、乳癌検診は週に１回予約制で実施した。認知症の検診を含めた脳ドックの新設に向けて準備を行い令和５年度中に開設予定である。		3	3	昨年度に引き続き、目標に達成できなかった項目は市民公開講座の開催、治験等の実施件数があった。これらについてはコロナ禍の影響を大きく受けているものであるため、一定理解ができるものである。また、難病患者等の入院診療件数について令和４年度は目標の７割程度に留まっているが昨年度より件数が伸びている。以上のことを総合的に勘案した結果、評価を「３」とした。 なお、令和５年度中に開設予定の認知症健診を含めた脳ドックの実施による予防医療の推進に大いに期待する。

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
市民公開講座開催（年1回以上）	未　実　施	年１回以上	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	一 部 実 施	継　　続	実　　施	－

中期計画	令和４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　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。	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。	イ　難病医療 難病患者の入院及び外来診療とも、令和４年度は３年度より実績が上がっており、大阪府難病診療連携拠点病院として地域の難病医療に貢献できたと。だが令和４年度の計画値には達しなかったので、より一層、外来の段階で早期に難病の可能性のある患者を精査加療へつなげていく。				

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
難病患者等入院診療延べ件数（件）	1,697	3,050	2,154	70.6%
難病外来指導管理件数（件）	5,388	5,550	5,470	98.6%

中期計画	令和４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 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、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 治験に関しては大幅に目標を下回った。 近年の治験はがん関連のものが多く、またhigh volume centerに依頼が集中しており、当院での実施には至っていない。 まずはがん等で診療実績を積み重ね、治験実施者の期待に応えられるような体制を整えるよう努める。 一方で臨床研究の件数に関しては充分な件数を実施できており、当初の目標を上回ることができた。				

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
治験実施件数（件）	11	15	3	20.0%
臨床研究実施件数（件）	93	90	110	122.2%

中期計画	令和４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 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う。	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う。	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への参加を通じて、大阪府、東大阪市等の行政機関との連携を深め、地域の医療体制の構築に貢献した。 運動および言語発達遅滞を意識して診療し、発達支援が必要な患者を東大阪市立障害児者支援センター(レピラ)へ積極的に紹介している。しかしレピラの医師の都合により令和４年度は患者受け入れが制限されていたため対象の患者は他の医療機関（森之宮病院や大阪市立総合医療センター）に紹介した。そのためレピラへの紹介数は計画を大幅に下回ったが、発達支援が必要な患者は適宜紹介をおこなった。今後もレピラや他施設との病-病連携を強化し、発達支援が必要な患者紹介数の増加に努める。なお、レピラの医師確保、放射線技師応援などの協力を行った。				

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
東大阪市立障害児者支援センター（レピラ）への紹介件数（件）	30	30	7	23.3%

中期計画	令和４年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
オ 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。	オ　女性医学 女性医学外来で対象となる紹介患者を、毎週金曜日午後の専門外来（女性医学外来）にて診療を実施した。				
	カ　血液内科の充実 悪性リンパ腫・ＭＤＳ（骨髄異形成症候群）など、血液疾患への外来診療の対応を強化する。	カ　血液内科の充実 悪性リンパ腫・骨髄異形成症候群などの診断を外来にて多数実施した。また現状（血液内科医師数１名）では入院診療は対応が困難であるため、血液内科の入院診療の行える病院への転院が円滑に行える体制を構築し対応した。				

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
「女性外来」の設置	設　　置	設　　置	設　　置	－

（自己評価理由）
予防医療、難病医療、治験・臨床研究の推進、保健福祉行政との連携、女性医学、血液内科について、概ね実施できた点より自己評価を「３」とした。

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
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４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。	ア　令和４年１０月に入院患者に対しては約１ヶ月、外来患者に対しては１週間の期間、患者満足度調査を実施した。調査結果は患者サービス医療環境向上委員会で検討した後、病院職員で共有し、患者等病院利用者に対しては患者情報コーナーへの掲示と病院ホームページへ掲載して公表した。患者満足度調査で得られた改善を要する課題については、当該委員会のみでなく関係部署・委員会へ情報を提供して課題解決を図った。		3	3	多くの項目で目標を達成しており、入院時や入退院実施件数も昨年度より大きく増加している。 一方、患者満足度調査の項目中、外来患者の待ち時間に対する不満もあり課題があった。しかし、得られた課題については院内で情報共有しながら解決に取り組まれたことから評価を「３」とした。

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
入院患者満足度＞90%	達成（98.5）	継　　続	達成（98.3）	－
外来患者満足度＞90%	達成（97.0）	継　　続	達成（98.0）	－
患者サービス医療環境向上委員会開催（月1回以上）	継　続（11回 開 催）	年10回以上	年12回実施	－

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和４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>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。</td><td>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。</td><td>イ 患者等からのご意見については、当該委員会から関係部署へ改善策の提出を求め、その内容は毎月の委員会、所属長会、病院幹部で共有するとともに、患者情報コーナーへ掲示し公表した。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7"><table>
<tr><th>項　目</th><th>令和3年度実績</th><th>令和4年度目標</th><th>令和4年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>職員接遇研修会開催（年2回以上）</td><td>実　　施</td><td>継　　続</td><td>実　　施</td><td>－</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ウ 患者総合支援セン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）。</td><td>ウ 患者総合支援セン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）。</td><td>ウ 令和４年度は、紹介患者など外来患者へのサービス充実を目的として外来受診案内の冊子を作成し、紹介状受付や初診窓口、再来受付機、総合案内に設置・配布した。入院患者に対しては、オンライン面会システムの案内文書を作成して、入院案内とともに配布・周知した。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

中期計画	令和４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。					
・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。					
・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）等を活用し、患者・家族へのサービス向上を図る。					

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
入院時支援実施件数（件）	3,077	2,700	4,230	156.7%

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）の更なる運用効率の充実。	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として患者番号表示モニターと連動し通知可能なApplication（Sma-pa）を導入した。 　また診療費後払いシステムの更なる拡充のため、対応可能な範囲を拡大する予定である。				

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和４年度計画</th><th colspan="3">法人の自己評価</th><th colspan="2">市の評価</th></tr>
<tr><th>評価の判断理由（業務実績等）</th><th>ウエイト</th><th>評価</th><th>評価</th><th>評価の判断理由、コメント等</th></tr>
<tr><td></td><td>・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活用。</td><td>・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運用は継続し行っているが、利用者の増加は限定的であり浸透にむけた活動を継続していく。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>・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。</td><td>・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。</td><td>・時間帯により混雑する血液（検体）採取対策として、採血室に自動受付機を導入した。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7"><table>
<tr><th>項　目</th><th>令和3年度実績</th><th>令和4年度目標</th><th>令和4年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>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）</td><td>84.9</td><td>継　　続</td><td>76.1</td><td>－</td></tr>
<tr><td>自動再来受付機等の整備</td><td>整　　備</td><td>継　　続</td><td>整　　備</td><td>－</td></tr>
<tr><td>診療費後払いシステムの導入</td><td>導　　入</td><td>継　　続</td><td>整　　備</td><td>－</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>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。</td><td>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。</td><td>オ　入退院支援実施件数は目標値とはいかなかったが、令和３年度より１，２９５件増となった。
　次年度は患者の立場にたった視点をより大切にし、入院早期より多職種（医師、社会福祉士、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等）で連携し病状の回復に専念できる快適な環境を提供する。
　また多職種連携により退院後の療養・生活も考慮した包括的な実施した。</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４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>・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が介入し、早期退院または転院に向けて調整する。</td><td>・20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が介入し、早期退院または転院に向けて調整する。</td><td>・コロナの感染拡大で転退院が困難となり、入院２０日を超える患者が一時的に６０名を超えた。そのため、１０月から転退院タスクフォースを開始した。医師、病棟師長、多職種でカンファレンスを行い、転退院が困難な状況を共有し、早期から支援や調整を開始した。また他施設とリモートカンファレンスや情報交換を定期的に行い、短期間で円滑に転退院がすすむように取り組みを実施した。

<table>
<tr><th>項　目</th><th>令和3年度実績</th><th>令和4年度目標</th><th>令和4年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>入退院支援実施件数（件）</td><td>8,226</td><td>12,000</td><td>9,521</td><td>79.3%</td></tr>
</table></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>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。</td><td>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。</td><td>カ　在宅療養担当医療機関又は介護保険施設、訪問看護ステーション等とリモートによる情報共有やカンファレンスを実施した。その場合は、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）
患者・家族への丁寧な対応を行い、コロナ渦において感染対策の観点から制限される面会に関してもオンライン面会にて対応するなどの活動を行い、一定程度の患者満足度を得たと判断し、自己評価は「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
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4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。	ア　引き続き療養環境の改善、美化に努めた。		3	3	病棟浴室についてシャワールーム化の工事は新型コロナウイルスの影響もあり、令和４年度中の完成が出来なかった。令和５年５月に工事が完了し、使用できることから入院患者の生活環境の改善が大幅に向上すると考えられる。 また、その他施設内の手すりや破損部の修繕も適切に行っていることから評価を「３」とした。
・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。	・病棟浴室のシャワールーム化については、新型コロナウイルス感染拡大に伴い、当初予定より着工時期の遅れはあったものの、令和５年度５月には工事が完了する。				
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。	イ　患者や来院者に、より快適な環境を提供するための院内整備として、病棟壁・手すりの改修。内視鏡センターのブース造設の際に検査終了後の鎮静覚醒までの間をより快適な環境を提供できるようリクライニングソファーを設置。また新型コロナＰＣＲ検査用のプレハブを設置し風雨の時でも患者がより安全に、且つ快適にお待ちいただけるよう環境整備に努めた。				

中期計画	令和4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 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。）	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。）	ウ　令和４年度もコロナ渦であり、感染症対策の観点からボランティアは再開としなかった。 令和５年５月８日、コロナウイルス５類移行となり、感染症の動向も注視しつつ活動についてボランティア代表とともに検討していく予定である。				

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4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）	概ね実施	実　　施	概ね実施	－

	エ　今年度計画において特別室のリニューアル工事を行う。患者の療養環境の大きな改善を図るため、床材の貼り替え及び設備品（応接セット等）の家具等見直しにコーディネーターを活用しサービスの向上を図る。	エ　病棟共有部の手すりや壁の老朽化や破損については、新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを継続しつつ、適切に更新を行った。今後、病室内の壁紙等の更新も検討予定である。 周産期病室の簡易個室化については、入札を行うも業者からの提案が基準点に届かなかったため、再度仕様等を検討予定である。				

中期計画	令和4年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
	オ　院内の照明の第２期ＬＥＤ化を行う。	オ　電気料等高騰に伴い、更なる範囲のＬＥＤ化実施すべき工事範囲の見直し（院内全て）を行い、令和５年度に実施予定である。				
	カ　外来エリアにおいて、案内板等のサインの見直しを行い、内科系・外科系等統一性をもたせ、患者に分かりやすい表示とする。（利便性・認識性の向上。）	カ　外来エリアサインについては、再入札実施の影響から、当初の計画からの遅れはあるものの基本計画作成に着手し、令和５年度中には改修完了の予定である。				
	キ　病棟における手すりや壁の老朽化や破損について、３か年計画で全面補修を行う。	（自己評価理由） 計画の一部は令和５年度に持ち越しとなったが、新型コロナウイルス感染症患者の入院診療・外来診療を継続した中で、適宜改修を行い院内環境の快適性向上に努めことから、自己評価を「３」とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置 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４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。	ア　日本医療機能評価機構の病院機能評価を令和５年２月に受審した。今回は本審査に加え、初めて副機能として緩和ケア部門についても受審した。（令和５年度に「認定」の連絡を受けた。） 　積極的に医療の質改善活動を病院スタッフ一丸となって取り組んだ成果であり、５年後の受審に向けて更なる改善活動に尽力していく。 ・卒後臨床研修医の働き方や働き易さを中心に環境を整えた。今後も研修医育成に積極的に取り組んでいく。		4	4	法人の評価が妥当とし、評価を「４」とした。
イ 患者中心の医療（インフォームド・コンセント）を行う。 ・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　患者中心の医療（インフォームド・コンセント）を行う。 ・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　患者中心の医療 ・臨床倫理委員会：５回開催 ・「身寄りのない患者さんへの対応要領」等は整備しているが、要領等では対応困難な事例に対しては適宜、臨床倫理委員会を開催し対応を行った。 ・インフォームド・コンセントの観点から各種の患者説明書、同意書の整備を行った。				

中期計画	令和４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） ※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	・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） ※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。	ウ　医療の質の向上を図る。	ウ　医療の質の向上を図る。 ・特定行為看護師を配置し、医師の負担軽減、チーム医療の充実を強化した。 ・日本医療機能評価機構の病院機能評価を受審した。（再掲）				
・チーム医療及びクリニカルパスの充実	・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）	・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	・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	・蓄積したデータ利活用として「厚生労働省：医療の質向上のための体制整備事業　医療の質可視化プロジェクト」に参画し指標データを提出。フィードバックデータを用いて分析を行い、医療の質を向上させる活動を継続している。				
・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）	・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）					

中期計画	令和４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。	エ　医療安全管理・感染制御 ・感染制御においては、保健所及び地域の医師会と連携し近隣の感染対策向上加算Ⅱ・Ⅲ取得した医療機関と合同で年４回の院内感染対策に関するカンファレンスを行った。 ・医療安全においても近隣の感染対策向上加算Ⅰ・Ⅱ取得した医療機関と相互カンファレンスを実施し、有益な情報交換ができた。				
・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。	・医療安全と感染制御においては、相互協力し、創造性ある研修企画、職員教育をおこない安全文化、心理的安全性のある職場風土の醸成に取り組んでいく。 ・ＩＣＴが主導的役割を担い、新型コロナ対策をはじめとした情報発信、クラスター対応を実施した。また院内ラウンドを積極的に行い感染制御に努めた。 ・手指衛生ライセンス研修を令和４年度は２０回開催。（新規ゴールド取得者には表彰を実施） ゴールド：６回（新規取得者数１７名：計８２名） シルバー：４回（新規取得者数７０名：計３３３名） ブロンズ：１０回（新規取得者数６７名：計３７７名）				
・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					
・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４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>オ　虐待防止
虐待防止において院内連携体制は確立しており、被害者安全確保のため今後も積極的に早期介入していく。

（自己評価理由）
　日本医療機能評価機構：病院機能評価の受審。また医療安全（医療安全研修受講率８７．９%）、感染対策（ＩＣＴ研修受講率１００%）においても積極的な活動を行う事ができたため自己評価を「４」とした。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
日本医療機能評価機構認定病院（再掲）	認　　定	認　　定	認　　定	－
卒後臨床研修評価機構認定病院	認　　定	認　　定	認　　定	－
医療安全研修受講率（%）	73.8	80.0	87.9	109.9%
感染防止（ICT）研修受講率（%）	74.0	80.0	100.0	125.0%

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４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。	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。	ア　病院ＨＰ・ＳＮＳ委員会が発足し、病院としての検討の場が確保され、現ＨＰの課題抽出および抜本的な見直しに着手した。	◎	3	3	個人情報保護については令和３年度に外部からのサイバー攻撃により診療業務に影響が出たことから令和４年度にかけてセキュリティの強化について、異常検知システム導入やバックアップシステムの冗長化等を図った。また、タブレットの有効的な活用について検討され、院内情報発信と会議の場で使用することでＤＸの推進やペーパーレス化に大きく寄与した。セキュリティ強化にかかる新たな運用については令和５年度から開始が見込まれているため、年度計画を順調に実施していると判断し、評価を「３」とした。
・ホームページ広報委員会及び担当部署を立ち上げる。	・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。	・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。	・情報端末（タブレット）を導入し、法人の経営状況等の最新情報を幹部職員が閲覧できる体制を構築した。また院内情報システム（掲示板）にも接続可能であり、一部会議等においても情報端末（タブレット）を利用している。				
	・ＳＮＳ等を活用した情報発信の方法について検討を進める。	・ＳＮＳを活用した動画配信について検討を進めている。				

中期計画	令和４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。	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。	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した。				
・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。	・「診療に関する個人情報取扱マニュアル」を整備し、また全職員を対象に個人情報取扱に関する院内研修を実施した。				
・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。	・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。	・個人情報の外部流出がないよう全職員への周知と、対策の一つとしてＵＳＢメモリ運用規程を定めパスワード管理を実施した。				
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。	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。	ウ　遅滞の無い、保険請求・領収を心がけ、信頼性の向上に繋がるよう医事業務を遂行した。				
・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推進により医療事務の効率・精度向上を図る。	・書画カメラ導入、医療材料のＪＡＮコード連携を推進。またデジタル化委員会においても改善を継続中である。				

中期計画	令和４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
	・今年度はレセプトチェックシステムを導入し、より精度・信頼性の高いレセプト作成が出来る体制を図る。	・医療事務においては、新たなレセプトチェックシステムを導入し、精度向上への取り組みを開始した。				
・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。	・診断群分類包括評価（以下ＤＰＣと記載）調査（厚生労働省）の基準に基づき、適切なＤＰＣデータ提出を実施した。				
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。	エ　患者診療情報等の個人情報について、令和３年度に起こったサイバー攻撃の対策を検討し、病院情報システムの強固なセキュリティ強化を行う。当該個人情報を保管する電子カルテシステムのバックアップシステムを確保する。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。	エ　令和３年度に外部からの不正アクセスにより、画像を参照できない事態が生じた。これを受け、セキュリティの観点から、主に予防のためのシステム導入とバックアップのさらなる強化に注力した。予防については、ネットワーク通信を監視し、異常検知した際に不正な通信を自動遮断する仕組みを導入した。また、バックアップ強化については、これまでの電子カルテデータのバックアップ遠隔地保存に加え、電子カルテシステムの障害時における別システムによる参照環境の構築により、診療継続を可能にするための体制を強化した。また、院内におけるデータ抽出においても、新たな運用の確立と使用するＵＳＢのセキュリティ強化を実施した。				

中期計画	令和４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） 病院ＨＰ・ＳＮＳ委員会を発足。サイバーセキュリティ強化、医療情報デジタル化、ＤＰＣ調査（厚生労働省）の基準に基づいた適切なＤＰＣデータ提出を実施。概ね達成したため自己評価を「３」とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
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４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。	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。	ア　地域医療支援病院として、地域の医療機関からの紹介による、ＰＣＲ検査、中等症・重症患者を受け入れた。また他院で受入困難な小児、妊産婦、透析を要する新型コロナ陽性患者を受け入れた。しかし、新型コロナ陽性患者の感染拡大とクラスター、職員の陽性者が増えたこと、同時期には地域の医療機関や施設でも陽性患者が増え、クラスターにより転退院が停滞した。その影響で紹介患者の受入が困難な時期があった。 　そのため入院日数が２０日を超える患者が増えたため、転退院タスクフォースの開始、他施設とリモートカンファレンスや情報交換を定期的に行った。 年間紹介件数は１９，６９６人（月平均１，６４１人）、逆紹介４５，３０３人（月平均３，７７５人）で目標を達成できた。ただしコロナ外来の患者が含まれており、５類感染症へ移行後に紹介数を維持できるように連携強化に努める。		4	4	紹介患者数においては、昨年度実績より増加し、目標を達成できた。同じく、高額医療機器の共同利用の受託件数やがん治療連携計画策定件数も着実に増えている。一方、診療情報提供件数については、目標の５０％に達成できていない項目があるが昨年度実績より大幅に増加したことも勘案し、評価を「４」とした。新型コロナ終息後においても紹介患者数を維持できるよう多岐に及ぶ分野で地域医療支援に係る中心的な役割を担われたい。

中期計画	令和４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
・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	・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	・退院時診療情報提供の件数は、昨年より１，９２０件増えたが、目標の５０%にも達していない。紹介元以外の提供件数は、昨年より１，４３６件減った。地域の医療機関との連携強化のため、紹介元と紹介元以外の情報を共に入院時に把握し、情報提供が容易となる対策を開始した。しかし目標を達成することができなかったため、今後は随時作成状況を確認し情報提件数の増加を目指す。 ・在宅医療、介護施設等での療養の支援・情報提供の取り組みとして、令和４年１２月１３日に地域連携研修会を開催した。（ｗｅｂ参加併用のハイブリッド開催）				
・医療連携、特に退院調整機能及び退院時支援機能の強化	・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（在宅医療に関する情報の提供など）の強化	・在宅医療の支援（在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	・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	・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	・急性心筋梗塞や大動脈解離、急性期脳卒中に対し緊急手術対応可能な体制を維持し受入を継続した。				
・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）	・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）	・高額医療機器の共同利用は、検査依頼を積極的に受入、依頼当日での対応も開始し、目標より１，０５２件増え３，３３７件となった。				

中期計画	令和４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。	・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。 ・毎年、診療科案内（診療科の医師の配置状況及び特色、診療枠の案内）を冊子化して発行している。今年度は大幅に見直し、より詳細で有意な内容へ更新する。その冊子をもってメディカルサポートセンターの活動を活発化し、紹介患者の増加につなげていく（地域医療機関への更なる情報の公開）。	・地域医療従事者向け研修会は１３回、東大阪医療連携スクラム会は２回開催した。コロナ禍での研修のため、ハイブリッド形式とし、対面でのイベントや市民公開講座は見送った。その中で文化創造館で開催したがんシンポジウムには１００名超の参加があった。 ・診療科案内の早期発行の取り組みとして、専門性の高い企業と連携し一部をアウトソーシングとし早期に発行可能な体制とした。				

中期計画	令和４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3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
紹介患者数（初診に限る）（人）	20,284	18,000	19,696	109.4%
逆紹介患者数（人）	37,271	37,000	45,303	122.4%
高額医療機器の共同利用の受託件数（件）	2,555	2,285	3,337	146.0%
紹介元医療機関への退院時診療情報提供の件数（件）	2,572	12,000	4,492	37.4%
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）	5,053	4,000	3,617	90.4%
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）	54	48	64	133.3%

中期計画	令和４年度計画	法人の自己評価 評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	市の評価 評価	市の評価 評価の判断理由、コメント等
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。	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。	イ　かかりつけ医へのアンケートは、令和５年度実施予定で、設問内容について検討中である。 広報誌は、「つながる」４回、「ＨＣＭＣ」８回、「スクラム通信」６回、「ほすぴたるニュース」１回、発行し当センターの診療科の紹介や、研修案内・報告、新たな取り組み等を掲載した。 広報活動として、７１１件にカレンダー配布による広報と渉外訪問を行った。				

中期計画	令和４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3年度実績 / 令和4年度目標 / 令和4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 / 令和５年度実施 / 令和５年度実施 / － 地域医療従事者向け研修会の開催（年12回以上）の実施 / 継続 / 継続 / 継続 / － （自己評価理由） 紹介患者数、逆紹介患者数、高度医療機器の共同利用の受託件数、がん治療連携は目標値を達成。コロナ渦の影響で稼動病床に制限がある中でかかりつけ医からのＰＣＲ検査依頼、府フォローアップセンター及び市保健所からの陽性患者、特に小児・妊産婦・透析患者受入などの地域連携の強化を行った点から自己評価を「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 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４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。	ア　病院完結型の医療から地域完結型の医療への適切な移行及び地域包括ケアシステムの中での急性期病院機能の充実をはかる。 イ　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。	ア　地域包括ケアシステムの中で高度急性期・急性期病院機能の役割を果たすため積極的に高度急性期・急性期患者の受け入れを行った。 イ　医療・介護・福祉施設、大阪府・東大阪市と連携し地域包括ケアシステムにおける高度急性期・急性期病院としての役割を継続して行った。		3	3	令和４年度は患者やその家族とのリモート面談を行える体制が整い退院時指導及び患者紹介・情報提供を行ったが結果としては目標の５０％に達成できなかった項目があった。しかし、地域包括ケアシステムにおける、高度急性期・急性期病院の役割についてｗｅｂ会議等を活用し関係機関と密に連携し活動を継続したことを評価し、「３」とした。

中期計画	令和４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
・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。	・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。	・コロナ渦の影響で他事業所との対面によるカンファレンスが困難な中、リモートカンファレンスを導入し積極的に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）等との連携を行った。 結果として令和３年度実績を上回ることができたが、令和４年度の目標値には届かなかった。退院後の生活に患者や家族が安心できるように、地域の医療機関と途切れない情報交換の更なる強化に努める。				
・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）、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）、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。					

中期計画	令和４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
・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を年７回開催し、市内の全病院、3医師会、訪問看護ステーション代表　保健所、消防局と、各病院の新型コロナ及び救急対応状況の情報共有、対策検討を行った。				
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。	ウ　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。					

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4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（件）	112	190	132	69.5%
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・情報提供の件数	98	340	105	30.9%

（自己評価理由）
　２つの指標は目標に達しなかったが、コロナ渦において地域包括ケアシステムにおける、高度急性期・急性期病院の役割を、ｗｅｂ会議等を活用し関係機関と密に連携し活動を継続したことから自己評価を「３」とした。

第３ 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置
１ 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４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」	理　　念： 「誠実な医療」を地域の人々に 基本方針： １.市民に信頼される、安全・安心な質の高い医療を提供します ２.患者さんを中心とした多職種協働を実践・推進します ３.地域の医療・保健・福祉等の機関と連携し、地域医療の充実に貢献します ４.豊かな人間性と確実な技能をもった医療人を育成します ５.透明性の高い、効率的な病院経営に努めます	理念及び基本方針を約１０年ぶり、地独化して初めての改訂を行い、ホームページ、院内各所への掲示、刊行物への掲載、全職員に対するメール・名刺サイズカードの配布等により、市民・患者・職員への周知を行った。	◎	4	4	法人の評価を妥当とし、評価を「４」とした。
・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。	・全職員が理念、基本方針に基づき実践していく組織づくりを継続する。				

中期計画	令和４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） 地独化後初めて理念及び基本方針の改訂・周知を行った点から自己評価は「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４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 市立東大阪医療センターと、指定管理を受託している府立中河内救命救急センターを統括する、法人本部を設置し、業務の総合調整、計画策定及び進行管理、医の倫理及びコンプライアンス、内部監査等を充実させる。 イ 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	ア 市立東大阪医療センターと、府立中河内救命救急センターを統括する、法人本部を設置し、センター間の連携強化・人事交流、年度計画の策定及び進行管理、業務・契約の統合・統一化の検討、コンプライアンス・ハラスメント防止対応、内部監査実施に向けての取り組みを充実させた。 イ 職員の処遇改善のための６度の給与規程改正をはじめに、就業規則、旅費規程、組織規程、料金規程、会計規程、会計実施規程、契約規程、たな卸資産管理規程、施設管理規程の改正を行い、業務の適切な執行に努めた。	◎	3	3	令和４年度に市立東大阪医療センターと府立中河内救命救急センターを統括する法人本部を設置し、内部統制等の強化に努められたことから評価を「３」とした。

中期計画	令和４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。	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。	令和３年度計画の事業実績報告書、財務諸表を作成し、監事監査、理事会決定、東大阪市への提出、評価委員の意見聴取、市議会への報告、ホームページ公表を行い、透明性を確保するとともに、ＰＤＣＡサイクルを回した。 ・診療科別目標を設定し、毎週の幹部会、毎月の理事会、所属長会で達成状況の確認、対策の検討を行った。				

中期計画	令和４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。					
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立。	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。	・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。	・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。					
３）コンプライアンス（法令遵守）の強化	３）医の倫理及びコンプライアンスの強化 ・医の倫理基準の遵守意識の啓発	医の倫理監を設け、担当者として筆頭副院長を指名した。 令和５年２月の病院機能評価受審に向けて、入院・外来等の業務マニュアルなどの点検、改定、周知を行った。				

中期計画	令和４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
・職員が遵守すべき規程、マニュアル等の中央一元管理化	・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	・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	・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	・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					
・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					

中期計画	令和４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 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	ウ　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	ウ　職員の処分案件については、法人として統合した人事審議委員会で審議を行い結果は内部統制委員会、理事会に報告するとともに、職員に対する注意喚起の通達を発出した。				
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。	エ　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。	エ　令和３年度の事業実績報告書では、定量的な指標を中心に法人の自己評価、東大阪市の評価を進めた。 　東大阪市、評価委員会からの指摘を院内で共有し、情報セキュリティ強化など今後の改善につなげた。				
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、効果的な運営を行う。	オ　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、効果的な運営を行う。	オ　診療科別の入院・外来患者数、手術件数などの目標値を設定し、毎週の経営会議で検討、毎月の理事会、所属長会で報告を行った。 　令和４年度は２０日超入院患者の転退院調整のタスクフォースを立ち上げ対応を検討した。				

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和４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 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>カ　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>
<table>
<tr><th>項　目</th><th>令和3年度実績</th><th>令和4年度目標</th><th>令和4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>一 部 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>実　　施</td><td>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>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）
　法人本部設置、事業報告・監査・提出・公表のＰＤＣＡ、診療科別・病棟別実績の報告検討を継続して行えた点等から自己評価を「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４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。	ア 医務局 医師数の増加については、令和３年度に比し４名増と令和４年度計画を達成したが、内訳は専攻医が１３人増えたにもかかわらず常勤医は９名減少となっており、常勤医の確保が今後の課題である。 シフト勤務やフレックスタイム制の導入については、一部の診療科で取り組みが行われているが、今後も引き続き検討を行う。		3	3	法人の評価を妥当とし、評価を「３」とした。

中期計画	令和４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 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。	イ　看護局 令和４年度の重症度、医療・看護必要度の年間平均は、３７．４％（前年比▲１．８％）で診療報酬上の要件を満たした。COVID-19の流行に応じて感染症対応病床数が変化したが、感染症対応病棟間、もしくは一般病棟間で応援体制を組み、ケアの量や質が低下しないように努めた。しかし、看護職員や家族のCOVID-19感染により、長期に渡り体制維持に難渋した。看護師長の細やかな采配により辛うじて体制の維持が図れ、年間を通じて急性期一般入院基本料１の算定基準を満たした。 また、令和４年５月より、病床管理専従看護師長を配置し、専門性や業務量を勘案した入院調整に努めた。 夜勤体制に於いては、ＩＣＵ、緩和ケア病棟に続き、ＮＩＣＵも１２時間夜勤を開始した。				
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。	ウ　薬剤部 対物業務の調剤業務の見直しを行い、必要最低限の人員配置に調整することで、対人業務の薬剤管理指導と病棟薬剤業務実施加算を残さず算定可能にすべく、服薬指導室の人員配置を進めた。 さらに、連携充実加算、がん患者指導管理料ハ、薬剤総合評価調整加算及び、薬剤調整加算の算定にも注力し、薬剤師の算定可能な診療報酬を積極的に算定した。 また、医薬品の供給不安に対応すべく、情報を院内共有し、適正な供給に継続的に努めた。				

中期計画	令和４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 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 新型コロナ診療応需の状況下においても弾力的な勤務編成を行い、リハビリテーションのように今後積極的に増加を目指す業務や放射線治療の一部の専門業務を除き各科・係の時間外業務の削減を進めた。				
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。	オ　事務局 令和４年４月に市職員３名の交代、新たに設置した法人本部や事務局の幹部へ配置し、令和４年８月には、法人本部の下に法人運営課を設置し、事務局を総務課、契約会計課、医事課、情報管理課に組織再編すると共に人事異動を行い重要課題に対応するための体制強化を行った。 （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、弾力的な運用を行えた点から自己評価を「３」とした。				

第３ 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置
１ 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４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。	ア　総手術件数および全身麻酔件数の令和４年度実績値は計画値を上回る成績を達成できた。 また、ロボット支援下手術も実績値が計画値を上回った。 ＩＣＵ管理件数に関しては、令和４年度上半期はコロナ対応で、下半期に関しては薬剤耐性緑膿菌のアウトブレイクのため、入室管理数を制限していた期間があり、計画値には達しなかった。（令和５年２月以降、アウトブレイクへの対策案の実施し入室制限は解除されている。）		4	4	新型コロナ対応及び緑膿菌のアウトブレイクによる影響で病床稼働率やＩＣＵ管理件数は目標に達しなかった。しかし、手術や全身麻酔件数が大きく伸びたことで効率的・効果的な運営ができたと考えられることから評価を「４」とした。

中期計画	令和４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 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。	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。	イ　病院情報システムは平成３０年１１月の更新から令和５年１１月で５年を迎えるが、更新の時期については、システム保守が最大延長できる令和７年で検討している。ウクライナ情勢の影響による半導体枯渇や国の電子カルテ規格を国際標準規格（ＨＬ７ＦＨＩＲ）に統一化する動向など、社会情勢による影響も踏まえ、円滑な導入および当センターにとっての最適化のためにコンサル導入を決定した。次年度はコンサル業者の決定並びに当センターの方針検討、翌年度以降の予算確保を進める。 高額医療機器の使用状況については、コロナ禍で稼働率が苦しい状況でありながらも、ダビンチやＩＭＲＴの件数は計画値を超えており、特に手術件数・全麻件数の増大は収益確保に寄与した。また全身麻酔下での緊急手術数症例数が年間３５０件を超えたことから、次年度（令和５年４月）に急性期充実体制加算の申請を行うことができた。				
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	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	ウ　高額医療機器については機器選定委員会で審査を行い、幹部会に提案し承認した。 　放射線治療機器の更新については、院内で検討を行うとともに、予算確保等の整理を行った。令和５年度において、契約手続、令和６年度に新機種の稼働を予定している。 　ＭＲＩについては翌年度の更新を決定した。				

中期計画	令和４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
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。	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。 エ　医療情報ＤＷＨシステムの強化を行い、電子カルテ及び医事以外の部門システムと接続し、経営分析判断に活用できる定義を決定し、５～１０年先を見据えたＤＢを作成する。（臨床研究及び経営分析に活用）	エ　医療情報ＤＷＨシステムについては、他院におけるサイバー攻撃による診療機能低下の情報を受け、単に経営分析目的ではなく、バックアップとしての活用を加味したうえでの導入に切り替え、さらなる有効活用につなげた。				

中期計画	令和４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3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
病床稼働率（%） （休床考慮稼働率）	74.6 (88.1)	92.8 -	79.1 (85.0)	85.2% -
総手術件数（件）	6,794	7,040	7,432	105.6%
全身麻酔件数（件）	3,031	3,200	3,516	109.9%
ハイブリッド手術室稼働率（%）	68.6	70.0	67.1	95.9%
ダビンチ（ロボット支援）手術実施件数（件）	132	140	166	118.6%
強度変調放射線治療（IMRT）件数（件）	2,492	3,450	3,809	110.4%
ICU（特定集中治療室）管理件数（件）	3,125	2,900	2,362	81.5%

（自己評価理由）
新型コロナ対応の休床の影響で、病床稼働率は目標値には届かなかった。しかし当センターの使命である高度急性期・急性期医療である手術実績（全身麻酔件数、ロボット支援手術件数）は目標及び前年度実績を上回った点から自己評価を「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４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。	ア　地域の中核病院として高度急性期・急性期医療を提供するために必要な人材確保、労務環境の整備を継続して行った。		3	3	新型コロナ感染症の影響下、オンライン試験を継続し、既卒者の随時採用を行い、看護師等の確保に努められたが既卒者の採用数が３名に留まった。新人（在職期間３年未満）の退職者数が依然多い傾向が続いているが全体の看護師離職率はわずかに減少していることから評価を「３」とした。看護職の離職防止に向けた新たな取り組みが必要であると考える。
・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。	・臨床研修医、専攻医及び常勤医師の確保のため、 ①今年度については医局・初期研修医室の美化及びリニューアルを図る。 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充実を図る。令和2年度において導入した「今日の臨床サポート」について更なる有効活用を図る。 ③関連大学への働きか	①の初期研修医室と④の図書室のリニューアルについては、計画通り実施した。 　初期研修医室はフリーアドレスが採用され、快適な空間に充分な電子カルテも配置されており、カンファレンスなどにも有効に利用できた。 　医師の確保については、専攻医は増えたが専攻医を除いた常勤医は減少しており、関連大学への継続した働きかけを継続していく。				

中期計画	令和４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
	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。 ④図書室のリニューアルを図る。 ⑤研修医・専攻医募集専門のホームページの更なる充実及び広報活動の活発化					
・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。	・看護職についてはCOVID-19感染状況に配慮し、遠隔地の方についてはオンライン面接試験を継続した。既卒者の随時採用を行ったが、今年度の採用試験受験者は１５２名（前年比４３名減）に減少した。令和４年度は、中途採用を含め７０名（前年比２２名減）の看護師・助産師の確保に留まった。特に既卒者に関しては、わずか３名で、看護職のラダー構成を考えるとより一層の確保への努力が必要である。 　定年退職者（３名）を除く看護師離職率は、１１．６％と前年よりわずかに減少した。新人の離職率が２０％（前年比△３．３％）、退職者の５３%が在職期間３年未満で平均在職期間４．７年（前年比０．２年増）と昨年同様であった。 COVID-19を直接の理由にした離職者はいなかったが、キャリア初期の退職が多い傾向が継続しており、教育体制や労務環境など今後の課題である。				

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和４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>・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。

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。</td><td>・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。

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。</td><td>・医療技術職については、患者支援の充実に必要な体制を継続し、診療報酬改定で新設された施設基準（感染対策向上加算１、緊急整復固定加算、周術期栄養管理実施加算、等）を取得し収益増を図った。

イ　事務職について
地方独立行政法人化後の体制強化を迅速に行うため、これまでは積極的に経験者を採用してきたが、令和４年度は、事務局の活性化および将来を見据えた体制構築を図る観点から、新規学卒者や若年層を対象に採用活動を行い、令和５年４月に２名の新規学卒者を採用した。

<table>
<tr><th>項　目</th><th>令和3年度実績</th><th>令和4年度目標</th><th>令和4年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>医師数（専攻医含む）（人）</td><td>144</td><td>146</td><td>148</td><td>101.4%</td></tr>
<tr><td>看護師離職率（%）</td><td>13.3</td><td>10%以内</td><td>11.6</td><td>－</td></tr>
</table>

（自己評価理由）
専攻医を含めた医師数は増加。看護師は若干の増にとどまったが、医療技術者については患者支援の充実に必要な体制は維持した点から自己評価を「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
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４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。 ・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。	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。 ・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。	ア　質の高い医療提供のため優秀な人材の確保、定着、育成に引き続き努めた。		3	3	法人の評価を妥当とし、評価を「３」とした。

中期計画	令和４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　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。	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。 ・ヒトを対象とする医学研究（医師主導治験）等に積極的に参加する。 ・アカデミックマインドを持つ医師を育成する。 ・研修医の質向上等につながることからシミュレーターを導入する。	イ　医務局 専門医数は、令和３年度の８９人から令和４年度は８７人と２名減少した。 学会発表件数も、令和３年度１４３件から令和４年度は１３７件と減少、治験数も増えておらず、新型コロナウイルス感染症による移動の制限等の影響が大きかった。 各種シミュレーターについては、年度内に導入は終了しており、次年度からの運用開始予定である。				

中期計画	令和４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 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。 ・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。	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。 ・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、特定行為に係る看護師の研修制度及び指定研修施設の指定に向けて準備を進める。	ウ　看護局 　看護師・助産師の看護実践力向上に繋げる方策の一つとして、教育関連研修、認定関連研修、専門関連研修を継続教育として企画・運営し、年間を通じて滞りなく実施した。看護師として「一人前」と見なすラダー３以上の取得率は５７．１％で令和３年度の５８．６％をわずかに下回った。今年度は、指導力向上を目的に延べ３３名が看護大学の学内演習に参加した。急性期医療を実践できる看護師の育成が急務であり、今後とも教育のリソースを有効活用する必要がある。 　令和４年度は、新たに感染管理認定看護師と認定看護師が資格を取得した。看護師特定行為に関しては、３名の看護師が他教育機関の研修を受け、令和５年３月に修了した。 　令和４年１０月に市立東大阪医療センター特定行為研修センターが開設され、６名の看護師が選考に合格し受講を開始した。また、次年度の研修受講者として８名が選考に合格した。				
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。	エ　薬剤部 　新人薬剤師教育については、院内勉強会の開催や、院外勉強会の参加奨励を行い、継続的に教育体制を強化した。チーム勉強会（がん、緩和ケア、感染、循環器など）の活動を継続し、専門資格の取得につながるように教育体制を構築した。 実務実習生の受け入れを継続的に対応し、指導する立場の薬剤師も、ＯＪＴを含めた教育に携わることで、自分自身のスキルアップに繋げた。				

中期計画	令和４年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
オ 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。今年度は業務タスクシフトを行うことを前提に、学術研修旅費の増額を行い更なる技術向上を図る。	オ　医療技術局 学会発表や各種学会に積極的に参加すると共に、令和４年度も業務拡大に係る告示研修修了者を多く輩出し、採血やRI静注などの業務タスクシフトを推し進めた。 また、医療技術局の各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。				
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。	カ　事務局 効果的な人員配置及び連携強化を図るため令和５年４月に中河内救命救急センターを含めたジョブローテーションを行った。今後も計画的にジョブローテーションを行うとともに、管理職研修及び主任・主査研修を継続して行い、将来的な事務職員の中核を担う人材の育成に努める。				

中期計画	令和４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3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
指導医数（人）※延数（領域毎にカウント）	163	139	166	119.4%
（うち新規取得数）（人）	5	3	4	133.3%
専門、認定看護師、認定看護管理者数（人）	26	23	27	117.4%

（自己評価理由）
　専門医の減少、コロナの影響による医師の学会発表件数の低下があったが、特定行為研修指定研修機関としての認定を取得したの点、薬剤部では院内勉強会の開催、医療技術局では学会発表・新たな専門・認定資格取得に取り組んだ点から自己評価を「３」とした。

第３ 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置
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４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　看護職員等処遇改善事業補助金を活用して看護職員への手当支給、新型コロナウイルス感染症にかかる病床確保料を活用して看護職員以外の職員に対する手当支給を実施する。看護職員については恒久的措置として、その他の職員については臨時的措置として実施する。	ア　看護職員に対しては、令和４年９月までは看護職員等処遇改善事業補助金を活用、令和４年１０月からは診療報酬において看護職員処遇改善評価料を取得し手当支給を継続し、看護職員以外の職員に対しては、新型コロナウイルス感染症にかかる病床確保料を活用して令５年３月まで手当を支給した。		3	3	法人の評価を妥当とし、評価を「３」とした。
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。	イ　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年度および令和３年度に実施したトライアル評価の結果を踏まえ、適正かつ効果的な人事評価制度となるよう評価表等の見直しを行い、令和４年度から本格的に運用を開始す	イ　２年間のトライアルを経て令和４年度から人事評価制度の本格運用を開始した。効率的かつ効果的に運用していくため、人事評価委員会を設置し組織横断的に管理・運用している。制度への理解を深め定着させることが課題である。				

中期計画	令和４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
	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。	ウ　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。	ウ　中河内地域における中核病院として緊急医療や救急医療をより充実させるため令和４年7月に緊急医療等従事手当の支給要件を見直し、これらに従事している医師、看護師、助産師の処遇改善を行った。また、新型コロナ感染症に従事した職員に対し令和４年９月及び令和５年３月に特別手当を支給した。 　国家資格にプラスアルファの専門・認定資格を有し、より高度でより安心な医療提供を行っている職員に対して、次年				
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。	エ　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。	エ　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。長時間労働をおこなっている職員に対しては産業医面談の受診を勧奨している。				
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。	オ　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。	オ　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。 　また診療録管理委員会よりベストカルテ表彰を実施した。				

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
人事評価制度の実施	一部実施	実　　施	実　　施	－

（自己評価理由）
　緊急医療従事者手当の見直し、特別手当の支給、新規手当の創設、人事評価制度の本格運用開始。また有給休暇の計画的取得を促進した点から自己評価を「３」とした。

第３ 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置 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 、自己研鑽を推進すること。

中期計画	令和４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。	ア 職員の妊娠、出産、育児・介護と仕事の両立支援のための措置として、育児休業制度の改正、育児参加のための特別休暇の改正を行った。男性育休についても、令和４年度は８名が取得し５７．１％の取得率であった。		3	3	男性育休取得者は８名となり取得率も５７．１％に上昇したことや有休休暇取得日数においても昨年度実績より着実に増えて目標を達成していることは評価できるものの、職員満足度調査では５６％に留まり目標未達であったことから更なるワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境の整備に努めていただきたいことから評価を「３」とした。
・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。	・研修医室を新たに整備し、若手医師の労働・学習環境の整備を行った。				
・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、診療科別の時間外労働時間の把握を行い、時間数の多い診療科に対し指導、担当者への産業医面談を行った。				

中期計画	令和４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。	・医療従事者負担軽減委員会において、医療従事者負担軽減計画を策定しタスクシフトを推進、ＰＤＣＡサイクルにより改善を図った。				
・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。	・可能な限り受入れを行ったが、園児が新型コロナの陽性者となりやむを得ず閉園となった時があった。				
・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。	イ　令和４年９月に職員満足度調査を実施した。前年度と比較して、問１０「当院での受診を知人にすすめるか」、問１４「昨年度と比較して労働環境の改善が進んでいるか」を除き、全ての項目で改善がみられた。各所属内で職員満足度調査の結果に対する協議を行い、協議事項や取組み内容を令和５年１月の委員会でフィードバックを行った。				

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和４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>ウ　令和４年８月３０日付で「特定行為研修指定研修機関」として指定され、特定行為１５区分、４領域のパッケージ研修が認定された。令和４年１０月から特定行為研修を開始し、特定行為を行う看護師の育成を開始した。

（自己評価理由）
職員満足度は目標値を達成できなかった。一方、有給休暇取得日数は計画を達成でき、研修医室の改修、労働安全衛生委員会、医療従事者負担軽減委員会が主体となり医療従事者の負担軽減に取り組んだ点から自己評価を「３」とした。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
三六協定の締結の有無	あ　り	継　続	あ　り	-
（医師）時間外労働上限規制（年720時間）超えの医師数（%）	21.4	0.0	21.3	-
有給休暇取得日数（日）※	16.9	16.0	18.2	113.8%
職員アンケート総合満足度（60%以上）	未　達　成	達　成	未　達　成 （　56%　）	-

※年休+WLB

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４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、毎年度の経常収支の黒字化を目指す。	ア 継続的に安定した医療提供を行えるよう、令和４年度も経常収支の黒字化を目指した。 結果として新型コロナ補助金を含んだ経常損益は約１２億となり計画を達成できた。		4	4	経常収支比率、医業収支比率ともに計画値を達成する事ができ３年連続の黒字決算、また資金を確保できた点については評価ができるが、黒字化には新型コロナ補助金による影響が大いにある。翌年度以降の収支には令和４年度と同等の新型コロナ補助金の確保が見込めないことも想定されるが、年度業務実績の評価方法に基づき、計画値を上回っているため評価を「４」とした。
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。	イ ３年連続の黒字達成もあり業務運営に必要な資金を確保した。				

項 目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
経常収支比率（%）	115.3	103.7	108.5	104.6%
医業収支比率（%）	101.7	100.3	102.0	101.7%

（自己評価理由）
経常収支比率、医業収支比率ともに計画値を達成する事ができ３年連続の黒字決算、資金的にも十分確保できた点から自己評価を「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 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４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を継続する。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。	ア ポストコロナを見据え、コロナ補助金に依存せず、医業収益での黒字化を目指したが、コロナ補助金を除いた医業収益では黒字には至らなかった。 しかし入院・外来単価増もあり、入院診療収益・外対診料収益ともに令和４年度の計画値を上回った。 また、診療報酬改定で新たに設置された施設基準「急性期充実体制加算」の取得を目指し、１年を通じて緊急手術のうちの全身麻酔手術件数について年間３５０件の必要件数に対し、４０１件の実績を残し令和５年度からの取得につなげることができた。	◎	5	5	収益についてはコロナ補助金に依存している点も大いにあるがいずれの項目も目標を達成できたことにおいては、十分評価に値すると考える。また、未収金の管理や回収強化に努められていることから評価を「５」とした。令和５年度には未収金回収業者を見直すことも含め、対策を強化するということであるが迅速な対応を求めておきたい。

中期計画	令和４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。	イ　年間通じて、入院期間２０日超えの患者の転退院促進を図ってきた。地域医療連携室主導で２０日超患者が多い診療科のカンファレンスに介入し、転退院を進めて、毎週幹部会議でその進捗を確認し、管理に努めた。				
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Ⅱの向上につなげる。	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Ⅱの向上につなげる。	ウ　レセプトチェックソフトを使用し、チェック項目の自動化を行い、精度の向上、時間短縮を図った。病院機能評価係数Ⅱの向上については、救急医療係数や効率性係数、複雑性係数を意識し、算定に結び付けた。特に救急医療管理加算の算定控えとならないように対応した。詳細な病名や副症病名の算定も意識し、包括範囲の検査等も適切に入力したことで、診療密度、複雑性係数の向上へつなげた。 令和３年度より係数は上がっているが、複雑性、救急医療係数は、まだ低いた				

中期計画	令和４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。	め、更なる向上に向けて、取り組む。 エ　前日退院の未収金の管理については、早期連絡を行う等により、強化した。しかしコロナ関連（外来）については、振り込み対応とした患者が多く、未収金が比例して増加したことにより、未収の減少には至らなかった。令和５年度では、更なる強化を図るため、未収金回収業者を見直し、コロナ関連の未収も含め迅速に対応していく。				
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。	オ　近隣病院と比較し、診断書の金額の比較を行った。また産科料金の比較も行い、料金の見直しを行った。				

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
入院診療収益（百万円）	11,564	11,972	12,300	102.7%
外来診療収益（百万円）	5,424	5,783	5,874	101.6%
入院単価（円/日）	81,640	80,509	80,565	100.1%
外来単価（円/日）	23,084	23,704	24,694	104.2%
新入院患者数（人）	13,946	14,197	14,223	100.2%
外来新患者数（人）	35,149	34,635	35,155	101.5%

中期計画	令和４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） 　入院・外来診療収益、入院・外来単価、新入院患者数、外来新患者数、全ての計画値を達成した点から自己評価を「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 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４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。	ア 前年度に引き続き新型コロナ感染症の対応に伴い、特別手当及び一時金の支出が発生したものの、それに見合う補助金収入を確保したことで人件費比率は５１．５％となった。	◎	3	3	いずれの項目も概ね目標を達成できたことを踏まえ、法人評価と同じく評価を「３」とした。今後も物価高騰による材料費の高騰や光熱費等の単価も上昇していることから後発品への切り替えやＬＥＤ化への工事も含め、経費削減できるところについては契約方法を含め、対応手法について検討されたい。
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	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ものが多く、切	イ 抗悪性腫瘍剤は、後発医薬品の発売があれば、すみやかに変更し、現在は全て後発医薬品に変更出来ている。その他の医薬品も、医薬品の供給状況に応じて、同様に後発医薬品にすみやかに変更出来るように継続的に取り組んでいる。				

中期計画	令和４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
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。	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。					
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。	ウ　令和４年度も引き続き新型コロナ感染症関連に対応しながら、抗癌剤治療・ロボット支援下手術などの高度急性期医療が増加たことで、材料費も増加している。また、物価上昇に対して、仕様書の見直し等に取り組んだものの、ロシアによるウクライナ侵攻の影響等による物価上昇、特に光熱費単価の高騰により、昨年度よりも電気使用量は減少したものの経費増となった。				
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。	エ　ＳＲＬ（検体検査、検査試薬）との契約見直しを行った。				
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。	オ　常勤医師の働き方改革の推進や、困難な手術症例に対応するため、応援医師の配置が必要な診療科においては積極的に活用し、勤務医の負担軽減に努めた。				

項　目	令和3年度実績	令和4年度目標	令和4年度実績	達成率
医業収益対人件費比率（%）	52.1	52.7	51.5	102.3%
医業収益対材料費比率（%）	30.1	31.5	30.9	101.9%
医業収益対経費比率（%）	15.5	16.0	15.5	103.1%

中期計画	令和４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） 　概ね各目標を達成できた点から自己評価は「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４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、令和４年度から２期目５年間の指定管理者として着実な運営を行っていく。	ア　指定管理者２期目の初年度として、事務的な部分は法人本部が中心となり業務効率化・契約統合・人事交流などに取り組んだ。		3	3	指定管理者２期目として、業務効率化・契約統合・人事交流に取り組まれた結果、重症度に応じた患者治療に繋がることになったことを評価し、評価を「３」とした。
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。	イ　医療面では、引き続き両センターが連携し、新型コロナウイルス感染症対応をはじめとする救急患者の受入を行った。				
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。	ウ　毎月及び年間の収支状況を、大阪府、理事会に報告するとともに、新型コロナにかかる病床確保料の取り扱いについて協議した。				

中期計画	令和４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） 　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実施できた点から自己評価を「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４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。	ア　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し急性期充実体制加算の実績要件を満たした。また新型コロナ対応においても、東大阪市及び中河内医療圏での中心的役割を担った。		3	3	法人の評価を妥当とし、評価を「３」とした。
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。	イ　地域完結型医療における高度急性期・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医療機関、医師会（布施・河内・枚岡：３医師会）、保健所、消防局とｗｅｂ会議で情報共有・意見交換を行い、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・拡充及び一般再来外来の縮小を図っていく。	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・拡充及び一般再来外来の縮小を図っていく。	ウ　紹介患者の受け入れ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た取り組みを継続して行った。				

中期計画	令和４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） 　中河内医療圏において「病病・病診連携」を継続し、高度急性期・急性期医療の提供体制を維持した点から「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4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。	ア　令和４年度は、中長期保全計画に基づき、水熱源ヒートポンプビルマルチエアコン更新工事、内視鏡センター改修拡張工事、病棟浴室改修工事等を行いつつ、病院美化として病棟共有部の手すり・壁の改修工事を行ったほか、職場環境の向上を目的に、大会議室A・B・Cの改修を完了した。	◎	3	4	中期保全計画に基づき、水熱源ヒートポンプビルマルチエアコン更新工事、内視鏡センター改修拡張工事、病棟浴室改修工事等を行いつつ、病院美化として病棟共有部の手すり・壁の改修工事を行ったほか、職場環境の向上を目的に、大会議室A・B・Cの改修を完了したことから計画的な改修が進んでいると判断し、評価を「４」とした。
・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。					

中期計画	令和4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　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（「エネルギー棟」建設）を計画する。	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（「エネルギー棟」建設）を計画する。令和4年度において、基本構想に基づく基本設計に着手する。	イ　災害時における対策として、浸水リスクのある地下一階の電力・ガスを含むエネルギー供給設備の地上化に向け、基本構想を踏まえた基本設計の前段階として、他施設の設備導入状況、予算規模等の比較検討を行い、東大阪市の財政当局と協議を行った。 （自己評価理由） 経年劣化した設備改修の実施、エネルギー棟の検討、市との協議を開始した点などから自己評価を「３」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４年度計画	令和４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
【取組み】 ①慢性腎臓病(ＣＫＤ)の診療において、地域連携パスを運用しつつ、地域の先生方との連携を深める(年間３０例ほどの地域連携パスの導入を目標)。 ②地域における講演会などの開催や医療関係者を対象とした研修などを行い、広くＣＫＤに関する正しい知識の普及、ＣＫＤ対策に必要な人材の育成を図る。 ③腹膜透析の新規導入数として透析導入全体の１割に当たる６人/年を目標とする。 腎代替療法選択外来についても積極的に運用し、患者に適切な情報提供を行う。 ④心臓血管外科、放射線科、形成外科と連携して、可能な範囲で透析関連ブラッドアクセスの造設やトラブルに対処できる体制を構築していく。 ⑤ＣＯＶＩＤ－１９の感染状況に応じて、大阪府から透析患者の受け入れ要請がある場合は可能な範囲で円滑な受け入れを継続していく。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：２５０人 ⅱ）新入院患者数：５７０人 ⅲ）腎代替療法選択外来患者数：６０人 ⅳ）腹膜透析新規導入患者数（再掲）：6件	1. 慢性腎臓病(ＣＫＤ)診療において地域完結型医療を目指すべく、ＣＫＤ地域連携パスを効率的に運用し、地域の医療機関との連携を深めた。 2. 地域における研修や講演会、および行政機関や医師会との連携を行い、ＣＫＤ対策の推進を行った。 3. 腎代替療法選択に携わるスタッフ各々が療法選択の最適化を実践し、腎代替療法選択外来のさらなる充実化を行った。 4. 血液透析のブラッドアクセス造設やアクセストラブルに対し、心臓血管外科・放射線科と協同してタイムリーな治療を行った。 5. COVID-19の透析症例に関して、可能な範囲で積極的に受け入れを行った。 6. 令和５年度の腎臓リハビリテーションの開始に向けて、体制を構築した。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：２６５人 ⅱ）新入院患者数：４５２人 ⅲ）腎代替療法選択外来患者数：５４人 ⅳ）腹膜透析新規導入患者数（再掲）：7件
(2) 免疫内科	(2) 免疫内科
【取組み】 ①適切な医療が提供出来る様に、診療体制を確立する。 ②関節エコーを導入し、個別化医療を推進する。 ③チーム医療を推進する。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：２５０人 ⅱ）延べ外来患者数：７，４００人 ⅲ）新入院患者数：１２０人 ⅳ）延べ入院患者数：２，０００人 ⅴ）平均在院日数：１６．７日	令和4年度は新医長の着任もあり、関節エコーをはじめ、免疫内科に必要な医療体制がある程度構築する事ができた。延べ外来患者数・延べ入院患者数・新入院患者数は目標達成できたが、外来新患数・平均在院日数については目標達成できなかった。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１７７人 ⅱ）延べ外来患者数：８，０４５人 ⅲ）新入院患者数：１２５人 ⅳ）延べ入院患者数：２，９１８人 ⅴ）平均在院日数：２４．２日

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
(3) 内分泌代謝内科	(3) 内分泌代謝内科
【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：３５０人 ⅱ）糖尿病性腎症患者数（初診）：１００人 ⅲ）新入院患者数：３１０人 ⅳ）糖尿病教育入院（血糖コントロール不良症例）：３０人 ⅴ）糖尿病透析予防指導実施件数：２５件	教育入院についてはほぼ目標通りであった。新入院患者数については紹介患者数を増やす必要があり、今後近隣医療機関が紹介して頂きやすいような外来紹介枠の設定を行うよう留意する。糖尿病性腎症患者数・糖尿病透析予防指導実施件数については今後腎臓内科や各部門との連携を強化して行きたい。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：２５７人 ⅱ）糖尿病性腎症患者数（初診）：６７人 ⅲ）新入院患者数：２６１人 ⅳ）糖尿病教育入院（血糖コントロール不良症例）：３１人 ⅴ）糖尿病透析予防指導実施件数：１１件
(4) 血液内科	(4) 血液内科
【取組み】 ① 地域医療機関に広報し、院内各診療科に周知し、血球数異常やリンパ節腫大について、症例の紹介、受入強化・精査をし診断を行う。 ② 治療に関しては、薬剤やプロトコールの導入を推進する。 ③ 内科専攻医を指導して入院体制を整備する。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１２０人 ⅱ）延べ外来患者数：８００人	①血液内科は、令和4年11月より総合診療科の応援医師が２名追加になったことにより午前の外来診察室の空きがなくなりすべて午後の診察となった。初診患者は当日中に多くの検査の結果を得る必要があり午後診では対応できない場合が多く、血液内科部長の総合診療科外来で診察することが多くなった。そのため、血液内科外来新患数は目標値を下回ったが、その分は総合診療科外来新患数の上乗せとなった。 ②血液疾患治療薬剤の導入は順次進めた。 ③内科専攻医２名に対して血液疾患の入院診療の指導を行った。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：６６人 ⅱ）延べ外来患者数：８２３人
(5) 総合診療科	(5) 総合診療科
【取組み】 地域医療機関が当センターへ患者さんを紹介する際に、各専門診療科の選定が困難な場合の窓口を担い、診断ならびに治療のため、必要に応じて各専門診療科へ院内紹介を行う。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１５０人 ⅱ）延べ外来患者数：９００人	総合診療科は令和４年１１月より応援医師を２名追加し、外来の一層の充実を図ることができた。外来患者数の増加および血液内科初診患者の総合診療科への移行による上乗せにより、目標値を上回った。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１９９人 ⅱ）延べ外来患者数：１，２０８人

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
1. 診療科部門	1. 診療科部門
（6） 循環器内科	（6） 循環器内科
【取組み】 ①経皮的冠動脈インターベンション、不整脈、下肢インターベンション等の専門医の育成を図る ②カテーテルアブレーション治療を推進し、不整脈専門医の育成に取り組む。 ③心臓ＭＲＩの読影医の育成及びＴＡＶＩ開始にむけて心エコー専門医・ハートチーム人材の育成 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：９７０人 ⅱ）新入院患者数：１，７１０人 ⅲ）経皮的冠動脈インターベンション（再掲）：３６０件 ⅳ）カテーテルアブレーション：１２０件 ⅴ）下肢インターベンション：５０件 ⅵ）急性心筋梗塞（ＡＭＩ）症例数：８０例	令和４年度は年度途中で２名の退職があり、全体的に入院患者数及びカテーテル件数が減少した。しかし、カテーテル術者に関しては、若手の育成に注力し少しずつ成長を遂げていることが見受けられる。ＴＡＶＩ（経カテーテル大動脈弁置換術）に関しては、心臓血管外科と協力し施設認定がほぼ可能な状態にきており、令和5年度には開始が見込まれる。 若手医師が多いため、着実な技術の向上と働き方改革へ向けての更なるチームワークの向上に努める。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：９４４人 ⅱ）新入院患者数：１，３５６人 ⅲ）経皮的冠動脈インターベンション（再掲）：２８１件 ⅳ）カテーテルアブレーション：１１９件 ⅴ）下肢インターベンション：４７件 ⅵ）急性心筋梗塞（ＡＭＩ）症例数：６３例
（7） 消化器内科	（7） 消化器内科
【取組み】 ①消化管癌の早期発見と内視鏡治療体制の強化 ②胆膵疾患に対する内視鏡検査治療体制の整備と拡大 ③慢性肝障害からの発癌に対する予防と早期治療介入 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，８１０人 ⅱ）新入院患者数：１，７１０人 ⅲ）大腸ポリペクトミー実施件数：６００件 ⅳ）粘膜下剥離術（ＥＳＤ）実施件数：１００件 ⅴ）粘膜切除術（ＥＭＲ）実施件数：１７０件 ⅵ）ＥＲＣＰ実施件数：４００件	今回の成績は全ての項目において目標を下回る結果となりました。その要因の一つとしてはコロナ渦の影響があると思われますが、中でも外来新患数と新入院患者数が伸び悩んだ結果となりました。今後の対策としては地域連携にて開業医さんとのつながりを強化し患者数と内視鏡治療件数の増加のため研鑽してまいります。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，５０８人 ⅱ）新入院患者数：１，２２６人 ⅲ）大腸ポリペクトミー実施件数：５７４件 ⅳ）粘膜下剥離術（ＥＳＤ）実施件数：８０件 ⅴ）粘膜切除術（ＥＭＲ）実施件数：１５６件 ⅵ）ＥＲＣＰ実施件数：２９５件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
1. 診療科部門	1. 診療科部門
（8）脳神経内科	（8）脳神経内科
【取組み】 ①中河内医療圏唯一の脳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。 ③急性期脳卒中の診療体制としてＳＣＵ（Ｓｔｒｏｋｅ Ｃａｒｅ Ｕｎｉｔ）開設を目指す。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：８１０人 ⅱ）新入院患者数：６００人 ⅲ） ｔ-ＰＡ実施件数（再掲）：１５件 ⅳ）脳卒中平均入院日数（再掲）：１９日以内	外来患者数（紹介患者数）８２９人、新入院患者数６１１人となり令和4年度計画値を達成することができた。しかし、ｔ-ＰＡ実施件数は１０件で令和３年度と同件数にとどまり、また脳卒中平均入院日数も２１．３日と計画値を達成することができなかったため、令和５年度は達成できるように努める。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：８２９人 ⅱ）新入院患者数：６１１人 ⅲ） ｔ-ＰＡ実施件数（再掲）：１０件 ⅳ）脳卒中平均入院日数（再掲）：２１．３日
（9）皮膚科	（9）皮膚科
【取組み】 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生物学的製剤を用いた乾癬・アトピー性皮膚炎の治療を推進する。 ③学術活動として、学会発表は8件/年、論文発表は2編/年を目標とする。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）（再掲）：１，０４０人 ⅱ）延べ外来患者数：１０，０００人 ⅲ）新入院患者数（再掲）：２９０人 ⅳ）平均在院日数：９．６日	①令和４度の紹介患者数は１，０９７件で、延べ外来患者数も１０，９７３件と目標を上回ることができた。これに対して新入院患者数が計画値に達せず、次年度は入院基準につきやや幅広く考える必要がある。 ②生物学的製剤の新規導入は１３件であった。地域の医療機関にさらにアピールし、適応患者を紹介していただき、導入件数を増やしたい。 ③学会発表は２回、論文は２編と、発表数が目標を大きく下回った。次年度は発表数を増やしたい。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）（再掲）：１，０９７人 ⅱ）延べ外来患者数：１０，９７３人 ⅲ）新入院患者数（再掲）：２０４人 ⅳ）平均在院日数：１２．０日

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（10）小児科	（10）小児科
【取組み】 ① 感染性疾患を中心とした急性疾患と慢性疾患児の受け入れを強化し入院数の増多を図る。 ② 食物経口負荷試験の入院数を５００人/年を目標とする。 ③血友病地域中核病院として他科との連携を強め、血友病包括外来を立ち上げる。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：５，０１０人 ⅱ）延べ外来患者数：１７，５００人 ⅲ）新入院患者数：２，２９０人 ⅳ）延べ入院患者数（再掲）：１０，５００人 ⅴ）急性疾患入院：１，０００人 ⅵ）食物経口負荷試験入院（再掲）：５００件 ⅶ）レスパイト入院：１０件 ⅷ）小児科救急外来よりの入院（再掲）：３３０件	令和4年夏の新型コロナウイルス第７波における救急患者数増により、外来新患数および延べ外来患者数における目標を達成することができた。引き続き、救急診療に力を入れ「断らない救急」の実践に努める。 入院者数は目標に届かなかった。令和５年度は地域医療機関からの患者受け入れを強化し、新型コロナウイルスの流行で停止していた病児入院を再開させることで入院数の増加を図る。また、地域のアンメットニーズを探り、ニーズにあった医療を新規提供することで外来患者数および入院数を増加させ、目標を達成できるように努める。 食物経口負荷試験は目標を達成できた。今後も本分野における地域のニーズに応えられるように努める。 レスパイト入院はコロナ病床確保の影響を受け休止していたが、令和５年度から再開した。目標の達成に努める。 令和４年度に血友病包括外来を立ち上げた。今後も血友病地域中核病院として他科との連携を強め、血友病患者様によりよい医療サービスを提供できるように努める。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：６，８２３人 ⅱ）延べ外来患者数：１７，７４１人 ⅲ）新入院患者数：１，８９２人 ⅳ）延べ入院患者数（再掲）：８，４０７人 ⅴ）急性疾患入院：１，０２９人 ⅵ）食物経口負荷試験入院（再掲）：５２７件 ⅶ）レスパイト入院：０件 ⅷ）小児科救急外来よりの入院（再掲）：２８６件
（11）心臓血管外科	（11）心臓血管外科
【取組み】 ①心臓血管外科領域の高度専門治療に対応するために、心臓血管外科専門医、修練指導者の育成、取得をめざす。 ②低侵襲手術の積極的取り組みとして、胸腔鏡下小切開心臓手術を開始する。 ③学術活動としては、学会発表10件/年、論文発表5編/年を目標とする。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１１０人 ⅱ）新入院患者数：２５０人 ⅲ）年間総手術件数：２５０件 ⅳ）冠動脈バイパス手術：１０件 ⅴ）弁膜症手術：４０件 ⅵ）大動脈瘤手術：１５件 ⅶ）末梢血管手術（シャント造設術を含む）：１００件 ⅷ）急性大動脈解離（ＡＡＤ）症例数：１０例	紹介患者・新入院患者は目標値には届かなかったが、ＣＡＢＧ（冠動脈バイパス術）・心臓弁手術・大動脈瘤手術は目標を達成する事ができた。特にＣＡＢＧは目標値１０件に対し実績は２３件、大動脈瘤手術（ＴＥＶＡＲ・ＥＶＡＲ含む）は目標１５件に対し実績５４件と大きく目標を上回る実績となった。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：８９人 ⅱ）新入院患者数：１７２人 ⅲ）年間総手術件数：２０７件 ⅳ）冠動脈バイパス手術：２３件 ⅴ）弁膜症手術：４１件 ⅵ）大動脈瘤手術：５４件 ⅶ）末梢血管手術（シャント造設術を含む）：７６件 ⅷ）急性大動脈解離（ＡＡＤ）症例数：１５例

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（12）消化器外科	（12）消化器外科
【取組み】 ①肝胆膵領域の高度進行癌症例に対応するため、肝胆膵外科高度技能専門医の取得を目指す。 ②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。 ③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。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：５５０人 ⅱ）外来化学療法（延患者数）：３，０００人 ⅲ）新入院患者数：１，１００人 ⅳ）年間総手術件数：７３０件 ⅴ）消化器がん手術：３００件 ⅵ）腹腔鏡下胆嚢摘出術：１００件 ⅶ）腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術：６０件 ⅷ）ロボット手術実施件数：４０件	新入院患者数・年間総手術件数・胆嚢摘出術・鼠径ヘルニア手術件数・ロボット手術件数は、目標を達成した。 紹介患者数・外来化学療法件数・消化器がん手術件数が、目標を下回っている。 地域連携をさらに密にし、開業医の先生方からのがん患者の紹介数を増やしていく必要がある。連携パスの運用数を増やしたり、地域の先生方との顔の見える関係作りをして、信頼関係を構築していく。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：４８１人 ⅱ）外来化学療法（延患者数）：２，８３６人 ⅲ）新入院患者数：１，１６９人 ⅳ）年間総手術件数：９１７件 ⅴ）消化器がん手術：２７５件 ⅵ）腹腔鏡下胆嚢摘出術：１１１件 ⅶ）腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術：１１４件 ⅷ）ロボット手術実施件数：８４件
（13）呼吸器外科	（13）呼吸器外科
【取組み】 ①年間肺悪性腫瘍の手術数については６０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７５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。 【目標】 ⅰ）外来新患数：１００人 ⅱ）新入院患者数：３９０人 ⅲ）年間総手術件数（再掲）：≧１００件 ⅳ）肺がん手術数：≧５０件 ⅴ）原発性肺がん治療件数（手術＋化学療法）（再掲）：７５件 ⅵ）胸腔鏡手術：≧５０件	コロナ禍による受診控え、入院病床数の制限などのため、入院治療や外来紹介数は10-20%減となってしまった。一方、がん薬物療法件数などは増加し、進行肺がん患者の治療件数は増加し、肺がんに対する全体の治療件数は増加傾向がみられた。（例えば、緩和ケア患者も増えた） コロナ禍開けの令和５年度は回復に努める。 【実績】 ⅰ）外来新患数：７９人 ⅱ）新入院患者数：３７４人 ⅲ）年間総手術件数（再掲）：９０件 ⅳ）肺がん手術数：５２件 ⅴ）原発性肺がん治療件数（手術＋化学療法）（再掲）：１０５件 ⅵ）胸腔鏡手術：７７件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（14）乳腺外科	（14）乳腺外科
【取組み】 ①原発乳癌手術数目標１２０例を目標とする。 ②全麻手術症例を１日で３例目標とする。 ③年間２０例のパネル検査を目標とする。 ④遺伝性乳癌卵巣癌(ＨＢＯＣ)カンファレンスを産婦人科と毎月行う。 ⑤ＨＢＯＣ外来開始を調整中。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：４００人 ⅱ）新入院患者数：２００人 ⅲ）年間総手術件数：１４０件 ⅳ）原発性乳がん手術 （再掲）：１２０件 ⅴ）がん遺伝子パネル検査件数（再掲）：２０件 ⅵ）新規ＨＢＯＣ症例：２例	未だ続くコロナ禍ではあったが手術件数、遺伝子パネル検査件数は目標値を達成することができた。全ての項目を達成することはできなかったので、令和５年度はコロナ禍開けを見据えての取り組みを行うように努める。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：３９８人 ⅱ）新入院患者数：１４４人 ⅲ）年間総手術件数：１４３件 ⅳ）原発性乳がん手術 （再掲）：１０５件 ⅴ）がん遺伝子パネル検査件数（再掲）：３５件 ⅵ）新規ＨＢＯＣ症例：３８例
（15）小児外科	（15）小児外科
【取組み】 ①年間新患数（紹介患者数）として　１２０例の確保に取組む ②年間手術件数　７５例 の確保に取組む ③鏡視下手術数　３０例 の確保に取組む 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）（再掲）：１２０人 ⅱ）新入院患者数：９０人 ⅲ）年間総手術件数（再掲）：７５件 ⅳ）鏡視下手術数（再掲）：３０件	令和４年度は手術件数等の目標が達成に至らなかった。令和５年度は目標の達成に努める。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）（再掲）：１２５人 ⅱ）新入院患者数：６２人 ⅲ）年間総手術件数（再掲）：６９件 ⅳ）鏡視下手術数（再掲）：１９件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（16）泌尿器科	（16）泌尿器科
【取組み】 大学より派遣されるスタッフ数を確保したい（現在育児休暇スタッフを含めて７名）。そのために必要なこと ・手術数の維持(ロボット手術　６０件/年、ＴＵＬ　１００件/年、ＴＵＲＢＴ　１５０件) ・学術的業績（学会発表３件以上，論文２編以上） ・大学からの当院への手術指導の維持 ・後期研修医のロボット手術認定資格の取得 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，０６０人 ⅱ）新入院患者数：１，１６０人 ⅲ）年間総手術件数：６６０件 ⅳ）泌尿器がん手術件数：２５０件 ⅴ）ロボット手術実施件数（再掲）：６０件 ⅵ）ＴＵＬ実施件数（再掲）：１００件 ⅶ）ＴＵＲＢＴ実施件数（再掲）：１５０件 ⅷ）前立腺生検実施件数：１７０件	ダビンチ等の技術の進歩が、周辺医療機関や患者層へ認識されて来るにつれて、入院・手術の患者が増加しており件数増となっている。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：８８２人 ⅱ）新入院患者数：１，３２７人 ⅲ）年間総手術件数：９０３件 ⅳ）泌尿器がん手術件数：２７０件 ⅴ）ロボット手術実施件数（再掲）：７８件 ⅵ）ＴＵＬ実施件数（再掲）：１３４件 ⅶ）ＴＵＲＢＴ実施件数（再掲）：１７４件 ⅷ）前立腺生検実施件数：２６４件
（17）脳神経外科	（17）脳神経外科
【取組み】 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。 ③ 血管内治療の強化 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に獲得するため救急隊との連携を図る。 ④近隣救急隊向けの教育講演、近隣開業医への講演会などを企画して連携を強化する。 ⑤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。 ⑥ＳＣＵを立ち上げる。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数・救急搬送）：４６０人 ⅱ）新入院患者数：４６０人 ⅲ）年間総手術件数（再掲）：３６５件 ⅳ）開頭手術（直達）手術件数 （再掲）：５０件 ⅴ）脳血管内治療実施件数：８０件	①　外来患者、入院患者の確保に関しては　コロナの影響で時期的に著明に減少する月も見られたものの目標は達成できた。 ②　開頭手術・血管内手術数も目標は達成できた。 ③　年間手術数に関しては　１つは中河内救命センターでも外傷関連の症例が　同センターの体制的にコロナの影響で厳しかったこと、全体的に外傷症例が減少したことも影響しかなり件数が減ったことが影響している。現在、徐々に同センターでの外傷症例は増加傾向にあり　令和５年度は症例数は増えると見込まれる。 ④　市民講座などの地域住民や開業医への啓蒙に関しては　コロナの感染問題のためなかなか困難であった。状況も変化しつつあり令和５年度には達成したい。 ⑤　ＳＣＵの立ち上げは悲願であり当直体制も整っているが達成できていない。関係各所に協力を依頼しハード面を更に強化して　是非ともＳＣＵを立ち上げたい。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数・救急搬送）：４８９人 ⅱ）新入院患者数：４８９人 ⅲ）年間総手術件数（再掲）：３０３件 ⅳ）開頭手術（直達）手術件数 （再掲）：８５件 ⅴ）脳血管内治療実施件数：９４件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（18）整形外科	（18）整形外科
【取組み】 ①中河内医療圏の整形外科急性期治療の中核としての役目を果たすべく、地域の医療機関と連携を密にし、高度な整形外科治療を供給することを目指す。 ②関節外科、脊椎外科、手外科領域の最先端の治療を供給するとともに、骨折などで外傷疾患の受け入れならびに治療にも注力する。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，５１０人 ⅱ）新入院患者数：８００人 ⅲ）年間総手術件数：１，０００件以上 ⅳ）ＤＰＣⅡ期以内退院患者比率：７０％以上	在院日数の短縮（ＤＰＣⅡ期間以内退院患者巣比）に関しては目標を達成することができたが、手術件数等は目標には至らなかった。令和５年度は目標達成に向け取り組む。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，１３１人 ⅱ）新入院患者数：７１３人 ⅲ）年間総手術件数：９０２件以上 ⅳ）ＤＰＣⅡ期以内退院患者比率：７５．３％以上
（19）形成外科	（19）形成外科
【取組み】 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４２例以上を目標とする。 ③全手術数については５００例以上を目標とする。 ④外傷については４５例以上を目標とする。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：７５０人 ⅱ）延べ外来患者数：５，０００人 ⅲ）新入院患者数：２００人 ⅳ）年間総手術件数（再掲）：５００件以上 ⅴ）難治性皮膚潰瘍症例（再掲）：４２例以上 ⅵ）外傷（再掲）：４５例以上	新入院患者数は目標値には届かなかったが、手術件数をはじめ他の項目は全て目標を上回る実績を達成することができた。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：７６６人 ⅱ）延べ外来患者数：５，１０３人 ⅲ）新入院患者数：１４８人 ⅳ）年間総手術件数（再掲）：６６０件以上 ⅴ）難治性皮膚潰瘍症例（再掲）：４３例以上 ⅵ）外傷（再掲）：７８例以上
（20）眼科	（20）眼科
【取組み】 ①地域の眼科では対応困難なメディカル、サージカル両方が必要となる網膜疾患の紹介患者の積極的受け入れを継続する。 ②水晶体疾患の日帰り～１泊入院手術を推進する。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：９３０人 ⅱ）延べ外来患者数：１１，０００人 ⅲ）新入院患者数：１，０００人 ⅳ）年間総手術件数：１，９５０件 ⅴ）白内障手術件数：１，０００件 ⅵ）硝子体手術件数：１００件 ⅶ）眼内注射実施件数：８５０件	コロナ感染症の影響があり白内障手術を外来手術へ移行、眼内注射を一部外来処置室へと移行した。その影響もあり新入院患者数は目標値とはならなかったが、他の実績は全て目標値を達成する事が出来た。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：９６１人 ⅱ）延べ外来患者数：１１，９７７人 ⅲ）新入院患者数：６１４人 ⅳ）年間総手術件数：２，１１２件 ⅴ）白内障手術件数：１，３４２件 ⅵ）硝子体手術件数：１１９件 ⅶ）眼内注射実施件数：７５５件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
(21) 耳鼻咽喉科	(21) 耳鼻咽喉科
【取組み】 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。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，５２０人 ⅱ）延べ外来患者数：９，０００人 ⅲ）新入院患者数：７００人 ⅳ）年間総手術件数：４２０件 ⅴ）鼓室形成術（年間）（再掲）：７５件 ⅵ）入院診療単価：６７，０００円	紹介患者数、外来数、入院単価については概ね目標超えかそれに近い実績であったが、新入院数と手術については改善の余地がある。年度初旬の手術数減少（新型コロナによる影響）が響いている。 今後は単価の高い耳や鼻の手術数、入院数を伸ばしたい。同時に、地域連携の強化により、急性炎症や麻痺系の入院数増加について、引き続き心がけていきたい。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，４８８人 ⅱ）延べ外来患者数：９，０４３人 ⅲ）新入院患者数：６２１人 ⅳ）年間総手術件数：３６３件 ⅴ）鼓室形成術（年間）（再掲）：６１件 ⅵ）入院診療単価：７０，３０８円
(22) 産婦人科	(22) 産婦人科
【取組み】 ①分娩数の維持（６００例）。 ②年間１００例の内視鏡手術を行う（ロボット手術　１０例含む）。 ③婦人科手術の増加（２５０例）。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，５２０人 ⅱ）延べ外来患者数：２０，５００人 ⅲ）新入院患者数：１，５００人 ⅳ）年間分娩数（再掲）：＞６００件 ⅴ）婦人科年間総手術件数（再掲）：２５０件 ⅵ）婦人科がん手術件数：３０件 ⅶ）内視鏡手術実施件数（ロボット手術１０例含む）（再掲）：１００件	９月から１１月にかけて３名の医師が退職したことで、マンパワーを必須業務に集約化するため、業務内容の大幅な見直しを施行しました。 具体的には、分娩数と手術件数の減少を最小限に食い止めるため、紹介予約制導入による予約患者の選択・再診患者の地域医療機関への逆紹介により医療資源の温存を促進した。 紹介患者数・新入院患者数は計画値に至りませんでしたが、年間分娩数・婦人科年間手術件数・婦人科がん手術件数に関しては計画値を上回ることができた。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，２８５人 ⅱ）延べ外来患者数：２０，８１６人 ⅲ）新入院患者数：１，０８２人 ⅳ）年間分娩数（再掲）：６０８件 ⅴ）婦人科年間総手術件数（再掲）：２６５件 ⅵ）婦人科がん手術件数：７１件 ⅶ）内視鏡手術実施件数（ロボット手術１０例含む）（再掲）：１７８件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
(23) 放射線科	(23) 放射線科
【取組み】 ① 地域診療の拡充をさらに強化する。 ・病診連携検査：ＵＳを含む放射線科担当画像検査の１０%増加（１，９００件/年） ・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）を引き続き検討する。 ② ＩＶＲの拡充を行う。 ・症例の増加を図る。年間ＩＶＲ学会登録件数の１０%増加（５００件/年） ・時間外手技を減少させるためのＩＶＲ１室の効率的運用を目指す。 ③ 高精度放射線治療 ・定位・強度変調放射線治療の維持、増加を目指す（１５０件/年）。 ・適切な放射線治療機器更新に向けてのワーキングを続行。 ・治療専任の人員確保、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。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，６３０人 ⅱ）延べ外来患者数：６，７００人 ⅲ）年間ＩＶＲ総件数（再掲）：５００件 ⅳ）年間がん放射線治療延べ件数：６，９００件 ⅴ）定位・強度変調放射線治療（再掲）：１５０件 ⅵ）年間ＣＴ検査件数：２３７，０００件 ⅶ）年間ＭＲ検査件数：７，７４０件 ⅷ）地域連携画像診断検査件数（ＵＳ含む）（再掲）：１，９００件	令和４年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、前年度に続いて病棟の制限や検診の減少・がん診療の停滞を背景に放射線業務にあたった一年であった。 そんな中、継続的に目標としてきた放射線診断領域の業務向上、地域連携の拡充に関して、十分な結果が得られたと考える。 ＣＴやＭＲＩ検査の増加は病診連携による紹介患者の検査数増加によるところが大きい。また、放射線科が担当するＩＶＲは著しく増加しており、各臨床科にとってより高度で適切な医療体制を整える上で十分な役割を果たせたと考える。 放射線治療に関しては、前述の通り、病棟の制約、全国的ながん診療の停滞を反映して、延べ照射件数は少なくなっているが、逆に専門性が高く、加算項目である定位放射線治療は増加しており、放射線治療の収支はむしろ増加した。 ＩＶＲの増加に伴い、効率的な検査室の利用を進めているもののすでに検査室の待ち時間による業務時間超過が生じつつある。 一方で、老朽化による業務遅延が問題となっているＭＲＩは令和５年度、放射線治療も令和６年度に更新の予定としている。令和５年度はその工事期間に病院機能への影響を最小限に遅滞なく適切な診療の提供をすべく対策に努める。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，９２３人 ⅱ）延べ外来患者数：７，６２５人 ⅲ）年間ＩＶＲ総件数（再掲）：６６９件 ⅳ）年間がん放射線治療延べ件数：６，２２６件 ⅴ）定位・強度変調放射線治療（再掲）：１５６件 ⅵ）年間ＣＴ検査件数：２６，０６２件 ⅶ）年間ＭＲ検査件数：８，５３０件 ⅷ）地域連携画像診断検査件数（ＵＳ含む）（再掲）：２，６１９件
(24) 麻酔科	(24) 麻酔科
【取組み】 ・コロナ感染症蔓延のため定期手術症例は減少傾向であるが、外科系診療科の手術希望には手術枠の範囲内で全て応需できる体制を維持する。全身麻酔症例３，２００例、麻酔科管理症例３，５００例を目標とする。 ・緊急手術に対しても可能な限り常勤麻酔科医で対応することを目指す。今年度は平日週３日全科対応、週７日産科オンコール対応をできることを目標とする。 【目標】 ⅰ）麻酔科管理 手術麻酔症例（再掲）：３，５００件 ⅱ）麻酔科管理 全身麻酔症例（再掲）：３，２００件 ⅲ）ⅱ）のうち常勤麻酔科医管理 全身麻酔症例：１，６００件 ⅳ）ⅱ）のうち非常勤麻酔医管理 全身麻酔症例：１，６００件	麻酔科管理手術症例および全身麻酔症例はともに目標を超える数値を達成した。 常勤麻酔科医の全身麻酔症例は目標を下回ったため、次年度も引き続き目標を超えるよう体制を整備していきたい。 平日時間外、土日祝日の緊急対応について、平日は週３日の全科対応を行い、新たに日曜、祝日を常勤スタッフで全科対応とすることとした。これにより緊急手術麻酔およびオンコール待機を外部委託する比率を減らすことができた。 【実績】 ⅰ）麻酔科管理 手術麻酔症例（再掲）：３，８１９件 ⅱ）麻酔科管理 全身麻酔症例（再掲）：３，４９５件 ⅲ）ⅱ）のうち常勤麻酔科医管理 全身麻酔症例：１，５２１件 ⅳ）ⅱ）のうち非常勤麻酔医管理 全身麻酔症例：１，９７４件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
(25) 病理診療科	(25) 病理診療科
【取組み】 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。 ⑤解剖症例はできるだけＣＰＣを行う。 ⑥研修医のための病理カンファレンスを可能な限り行う。 ⑦他院への病理関連の協力を行う。中河内救命救急センターからの病理解剖、臓器移植関係での協力、恵生会病院からの術中迅速診断の協力等。	不十分な部分もあったが、概ね、年度目標に向かって取り組みをすすめた。
(26) 緩和ケア内科	(26) 緩和ケア内科
【取組み】 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。 ・緩和ケアチーム介入件数　２５０件以上 ・地域連携カンファレンス　４回以上 ・緩和ケア研修会　４回以上 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の基準を満たす（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） ・病床稼働率　８０％以上 ③緩和ケアセンターの活動を維持し、院内外での緩和ケアの普及・充実をはかる。 【目標】 ⅰ）外来新患数（新規紹介患者数）：２５０人 ⅱ）新入院患者数：３００人 ⅲ）病床稼働率（再掲）：８０%以上 ⅳ）緩和ケアチーム介入件数（再掲）：２５０件以上	外来新患数の増加は認めたものの、コロナ禍が続いているなかでの、家庭環境の変化や病院の面会制限などの影響から入院よりも在宅療養を希望される患者が増えたため、新入院患者数は若干減少した。定期的に地域連携カンファレンスや緩和ケア研修会を行うことができたので次年度も継続していきたい。 【実績】 ⅰ）外来新患数（新規紹介患者数）：２８９人 ⅱ）新入院患者数：２９３人 ⅲ）病床稼働率（再掲）：８４．８%以上 ⅳ）緩和ケアチーム介入件数（再掲）：２８８件以上
(27) 歯科	(27) 歯科
【取組み】 ①周術期口腔機能管理件数の増加　１割増を目指す。 ②他職種との連携を強化し、より充実した口腔管理を目指す。 ③外来新患数の増加を図る 　院内他科からの紹介（周術期やその他口腔管理が必要な症例について）増加を図る。 ④口腔管理を行った患者に対し、退院時に地域の医院への逆紹介を行い、スムーズな治療移行など地域連携の強化を図る。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：７００人 ⅱ）延べ外来患者数：５，０００人 ⅲ）周術期口腔機能管理件数：４００件	コロナ禍による受診控えの影響が未だ続き、外来に関しては目標値とはならなかった。入院患者等に対する周術期口腔機能管理は積極的な取り組みを行い目標値を大きく違和回る実績となった。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：６１９人 ⅱ）延べ外来患者数：４，２６０人 ⅲ）周術期口腔機能管理件数：５２６件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（28）口腔外科	（28）口腔外科
【取組み】 ①口腔外科に割り振られている入院手術枠の１００％利用を引き続き継続維持する。 ②口腔外科の特性として、手術件数は外来紹介初診患者数に大きく依存する。更に積極的に外来紹介を受け入れ、コロナ禍で減少した受診患者数の回復を図ることで手術件数を維持したい。 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外来手術待機期間が2月に及んでおり患者サービスの観点からも手術待機期間の短縮が急務であった。令和4年度は外来診療室診療ユニット増設、大学からの処置Ｄｒ応援、歯科衛生士の新規採用および研修医増員を得て外来手術増加を達成する。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：２，５００人 ⅱ）延べ外来患者数：１０，０００人 ⅲ）新入院患者数：５９０人 ⅳ）延べ入院患者数：４，０００人 ⅴ）年間入院手術件数：４２０件 ⅵ）年間外来手術件数：２，３００件	積極的な受け入れを継続し、概ね目標の達成することができた。特に入院手術は目標値より１割増の４６２件を達成することができた。令和５年度もアフターコロナを見据え積極的な受入を継続していく。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：２，６９４人 ⅱ）延べ外来患者数：１０，８９３人 ⅲ）新入院患者数：５８３人 ⅳ）延べ入院患者数：３，０７６人 ⅴ）年間入院手術件数：４６２件 ⅵ）年間外来手術件数：１，５３９件
（29）精神科	（29）精神科
【取組み】 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（医師会との連携、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）。 ②地域からのニーズの高い認知症専門外来を維持する（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３５０名程度）。 ④院内リエゾン診療をさらに充実させる（年間３３０名程度）。 ⑤減少している精神科医師を確保する。（１名を２名に増員する） 【目標】 ⅰ）外来新患数・認知症専門外来（再掲）：１５０人 ⅱ）延べ外来患者数：３，０００人 ⅲ）院内リエゾン診療実施件数 （再掲）：３３０件 ⅳ）院内認知症ケアチーム関与・介入件数（再掲）：３５０件 ⅴ）認知症ケア加算算定件数（再掲）：４，８００件	認知症専門外来は１４４人で計画値を達成することはできなかったが、外来延べ患者数・リエゾン診療実績は計画値を達成した。また認知症ケアチームの活動を積極的に取り組み、介入件数７１３件、認知症ケア加算算定件数９，３５６件と計画値を大きく上回る実績を達成することができた。 【実績】 ⅰ）外来新患数・認知症専門外来（再掲）：１４４人 ⅱ）延べ外来患者数：３，２６２人 ⅲ）院内リエゾン診療実施件数 （再掲）：３５２件 ⅳ）院内認知症ケアチーム関与・介入件数（再掲）：７１３件 ⅴ）認知症ケア加算算定件数（再掲）：９，３５６件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
1. 診療科部門	1. 診療科部門
（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）
【取組み】 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。 【目標】 ⅰ）外来化学療法新規患者数：２１０人 ⅱ）外来化学療法延べ患者数（再掲）：４，２００人 ⅲ）がん遺伝子パネル検査（再掲）：１２人	コロナ禍が続く中、化学療法の件数維持に取り組み、目標値を達成することができた。 【実績】 ⅰ）外来化学療法新規患者数：２５７人 ⅱ）外来化学療法延べ患者数（再掲）：４，４５８人 ⅲ）がん遺伝子パネル検査（再掲）：３５人

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４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
【取組み】 ①ＩＣＵ１０床の運用を継続し、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、理学療法士等の体制を確立し、特定集中治療室管理料1を維持する。 ③働き方改革に準じたＩＣＵ当直体制を維持する。 →院内と応援医師の協力で目標達成 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。 →循環器、脳神経の緊急入室に対応するため十分にできていない。ＩＣＵベッドに余裕がある場合は、手術後で入室基準を満たす患者を積極的に受け入れる。 ⑤応援医師の派遣要請を行う。 →人員不足に対し、適宜応援医師を派遣していただいている。 ⑥個室化、陰圧管理を活用して、重症の感染症患者の入室に対し、積極的に対応する。 ⑦臨床研修医、看護師教育を進め、重症集中治療ケアのレベルアップを図る。 【目標】 ⅰ）年間ＩＣＵ新入室患者数：７５０人 ⅱ）年間ＩＣＵ在室延べ患者数：３，０００人 ⅲ）年間ＩＣＵ平均稼働率：９０％ ⅳ）年間ＩＣＵ平均在室日数：４日	今年度は、COVID-19感染症重症患者の入室が減少し、入室制限が緩和されたことにより、通常のICU運営が可能になった。新入室患者の目標は到達できなかったが、延べ患者数は目標値を上回っている。原因としては、長期入室患者が多く、平均在院日数と延べ患者数が増加したことが考えられる。スタッフの負担は延べ患者数に反映されているが、算定できない短期入室患者や１４日越えの長期入室患者が多いことが考えられ、経営的には好ましくない状況である。 今後は、新入室患者を増加させ、各診療科の要望に応えることと、１４日越えの長期入室患者の割合を減少させ、ベッドの有効利用を図ることを目標としていきたい。 将来的な展望として、長期療養を必要とし重症度の高い患者を収容するＨＣＵの必要性も含め検討していく。 【実績】 ⅰ）年間ＩＣＵ新入室患者数：６７２人 ⅱ）年間ＩＣＵ在室延べ患者数：３，５９３人 ⅲ）年間ＩＣＵ平均稼働率：９８．４％ ⅳ）年間ＩＣＵ平均在室日数：４．３日

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４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（がん診療センター）	（2）がん拠点病院機能推進室（がん診療センター）
【取組み】 令和４年度も継続して国指定「高度型地域がん診療連携拠点病院」の指定を視野に、以下のイ～二の目標値を掲げ、コロナ禍に屈しない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、以下の目標と各診療体制の構築を図る。 【目標】 ⅰ）がん患者登録数（院内がん登録者数）：１，７００件以上 ⅱ）がん手術件数（再掲）：１，１００件以上 ⅲ）がん放射線治療件数（新規患者）：３００件以上 ⅳ）がん放射線治療延べ患者数（再掲）：６，９００人 ⅴ）がん薬物療法レジメン件数：１，１００件以上 ⅵ）がん化学療法延べ患者数（再掲）：４，２００人 ⅶ）緩和ケアチーム新規介入件数（再掲）：２５０件 【各診療体制における取組み】 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 ・コロナ禍のため低迷している検診センターや人間ドック等の施設との連携を強化し、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）の症例増加を図る。 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提供できる体制を整える。 ・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。	コロナ禍によるがん患者の受診控えや入院病床数の制限があり、明らかに入院治療（例えば手術件数）の件数が減少してしまった。一方、外来レベルでのがん診療はある程度件数をキープできており、放射線治療や薬物療法は同等かむしろ増加の結果であった。またがん患者の受診控えか、進行がんが多く、緩和ケア介入の件数も結果的に増えてしまったと思われる。 各論では、 ⅰ）・ⅱ）は、件数は微減のところもあるが、基本的には問題なく出来ている ⅲ）からⅵ）までは、コロナ禍の制限下のため十分な体制で行えなかったところもあるが、令和５年度はアフターコロナを見据えた取り組みに努める。 ⅶ）は、予定通り問題なく実行されている。 【実績】 ⅰ）がん患者登録数（院内がん登録者数）：１，５９８件以上 ⅱ）がん手術件数（再掲）：８２３件以上 ⅲ）がん放射線治療件数（新規患者）：３４７件以上 ⅳ）がん放射線治療延べ患者数（再掲）：６，２２６人 ⅴ）がん薬物療法レジメン件数：１，０６９件以上 ⅵ）がん化学療法延べ患者数（再掲）：４，４５８人 ⅶ）緩和ケアチーム新規介入件数（再掲）：２８８件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４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緩和医療の充実 ・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、コロナ禍に対応した在宅緩和ケア体制を推進する。 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継続する。 ・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。 ・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。加えて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」を継続して開催する。 ・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の提供を推進する。	

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４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
【取組み】 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。	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の連携を行った。また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にて実施した。
（4）患者総合支援センター（メディカルサポートセンター）	（4）患者総合支援センター（メディカルサポートセンター）
【取組み】 患者総合支援センターにおける患者へのきめ細やかな支援をより一層充実させるために、予定入院患者の８割が入退院支援センターを受診できる体制を作るとともに、当センターにおける医療の提供が患者にとって地域完結型医療となるように、東大阪市内および中河内医療圏を中心とした地域連携を推進する。 【目標】 ⅰ）入退院支援加算　算定件数：１２，０００件 ⅱ）入院時支援加算１又は２ 算定件数：２，４００件 ⅲ）地域連携診療計画加算：１００件 ⅳ）退院時共同指導料２：１８０件 ⅴ）介護支援等連携指導料：１２０件 ⅵ）患者サポート体制充実加算：１４，４００件 ⅶ）地域医療体制確保加算：１４，４００件 ⅷ）医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）等介入転・退院調整件数：８，７００件 ⅸ）医療相談件数（実人数）：１，４００件	新入院数は１４，２２３人で、そのうち７，６３１人が予定入院であり予定入院の割合は５３．７％であった。予定入院患者の６，７０７人（８９．７％）に対して、入退院センターで入院前面談を行い、入院時支援加算件数は目標を達成した。入退院支援加算は退院困難な要因から支援に繋げる加算であり、検査入院患者や教育入院患者等は対象に該当しない場合も多く算定件数は目標値とはいかなかったが、患者支援を第一に考え積極的な取り組みを実施した。令和５年度は更なる院内連携を推進し、退院困難患者への支援充実に注力したい。 コロナ禍の影響で関係医療機関への連携が難しく、在宅退院に関連する加算件数が増えなかった。一方、退院患者１４，２２５人のうち１０，３６８人（７２．９％）に対してＭＳＷおよび退院調整看護師等が介入や退院調整を行った。 患者サポートセンターでは、各種の相談に対して看護局・医事課・医療の質安全管理部など関係する部局と連携を行い、患者のニーズに対応するとともにかかりつけ医紹介においては地域医療連携室が対応を行った。 患者が安心して住み慣れた地域で過ごせるように、入院前からの多職種による面談や、転院もしくは在宅医療に対する入院中の早期退院調整支援等に取り組み、地域の関連保健医療福祉機関との連携強化を図ることで、当センターが目指す地域完結型医療の提供に資するよう取り組みを継続する。 【実績】 ⅰ）入退院支援加算　算定件数：９，５２５件 ⅱ）入院時支援加算１又は２ 算定件数：４，２２６件 ⅲ）地域連携診療計画加算：７４件 ⅳ）退院時共同指導料２：１３４件 ⅴ）介護支援等連携指導料：１０１件 ⅵ）患者サポート体制充実加算：１２，８９０件 ⅶ）地域医療体制確保加算：１３，１０６件 ⅷ）医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）等介入転・退院調整件数：１０，３６８件 ⅸ）医療相談件数（実人数）：１，８１３件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
2. 中央診療部門等	2. 中央診療部門等
（5）医師事務作業サポート部	（5）医師事務作業サポート部
【取組み】 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配置を目指す中期計画達成に向けて、令和４年度は５名の医師事務作業補助者の新規採用を行う。 ②現在の診療科単位でのクラークの配置を、診療科グループ単位での配置とすることで、急な欠勤の際でも互いの業務をカバーできるようにして、医師の業務に支障のでない体制構築を目指す。 ③毎月、クラーク全員が集まるミーティングと医師事務作業補助者管理ワーキングを行うことで、現場での問題点を速やかに汲み上げ解決をはかるとともに、病院からの通達を確実に行い、クラーク業務の透明化、標準化を図る。	①　計画より１名少ない４名の新規採用を行ったが、９名の退職者があり、２７名体制となった。年間を通じて２５対１配置の運用となった。 ②　５つの診療科グループに分けて配置を行い、コロナなどで急な欠勤が続いた際にも互いに業務をカバーすることで、医師の業務への支障を最小限にとどめることが可能であった。 ③　毎月第１木曜日に医師事務作業補助者管理ワーキングを行うことで、現場での問題点や医師からの新規業務依頼についての対応などを行った。毎月第４木曜日にクラーク全員が集まるミーティングを行って、現場からの問題点を汲み上げたり、ワーキングや病院からの通達を行った。
（6）内視鏡センター（内視鏡室）	（6）内視鏡センター（内視鏡室）
【取組み】 ①内視鏡洗浄室の整備 ②内視鏡検査ブースを３室から４室に拡充する ③内視鏡室TV装置の更新 【目標】 ⅰ）年間消化管内視鏡検査総数：６，６７０件 ⅱ）上部消化管内視鏡検査総数：４，０００件 ⅲ）下部消化管内視鏡検査総数：２，０００件 ⅳ）ＥＳＤ実施件数（再掲）：１００件 ⅴ）ＥＭＲ実施件数（再掲）：１７０件 ⅵ）ＥＲＣＰ実施件数（再掲）：４００件	【実績】 ⅰ）年間消化管内視鏡検査総数：５，２８０件 ⅱ）上部消化管内視鏡検査総数：３，４６７件 ⅲ）下部消化管内視鏡検査総数：１，７６２件 ⅳ）ＥＳＤ実施件数（再掲）：８０件 ⅴ）ＥＭＲ実施件数（再掲）：５７９件 ⅵ）ＥＲＣＰ実施件数（再掲）：２８７件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４年度実績（取組）報告
3.看護局	3.看護局
看護局	看護局
【取組み】 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 ８０％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５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。 ⑦特定行為にかかる看護師（特定行為ナース）の研修制度指定研修施設の指定に向けて準備を開始する（再掲）。	・令和４年度の常勤看護職員は平均５４９名で、急性期一般入院基本料１の算定を維持できた。また、看護補助者は平均６９名で、急性期看護補助体制加算(２５対１)①、夜間１００対１を維持した。重症度・医療看護必要度の年間平均は、３７．４％（前年比▲１．８％）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２０％で目標の１０％以内を大きく上回った。離職理由の約半数が急性期医療への適応困難だった。定年退職者（３名）を除く全体の離職率は、１１．７％と前年よりわずかに減少した。退職者の５３%が在職期間３年未満で 平均在職期間４．７年（前年比０．２年増）とほぼ昨年同様だった。 ・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。 ラダー１：５９．４%（前年比-４．７%） ラダー２：７７．０%（前年比+５．６%） ラダー３：２６．０%（前年比-９．２%） ラダー４： ８．７%（前年比-５．６%） ラダー５：１３．９%（前年比-５．３%） ラダー２を除き、全体的にラダー取得率は下降し、特にラダー３の育成が課題となった。 ・令和４年度は、感染管理認定看護師が新たに資格取得し、専門看護師２名、認定看護師１９名となった。ラダー教育を含む院内外の指導教育に努め、実践能力向上に貢献した。１０月に市立東大阪医療センター特定行為研修センターが開設され、７名の看護師が受講を開始し、次年度の研修受講者として８名が選考に合格した。また、３名の看護師が他の教育機関で特定行為研修を修了した。 ・COVID-19の専用病棟として最大２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た。５月下旬より、病床管理専従看護師長制度を導入し、効率的で柔軟な病床管理に努めたが、病床稼働率は７９．１%に留まった。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４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
【取組み】 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。 【目標】 ⅰ）薬剤管理指導料 算定件数：１，８００件 ⅱ）薬剤管理指導料（ハイリスク薬）算定件数：５５７件 ⅲ）特定薬剤治療管理料１ 算定件数：８０件 ⅳ）退院時薬剤情報管理指導料　算定件数：２６８件	令和４年度はコロナ専用病棟化もあり薬剤管理指導対象患者が減少したことで、算定件数は月平均１，７７３件/月となり計画の１，８００件/月には至らなかった。ただ、薬剤部で新型コロナウイルス陽性者や濃厚接触者が頻発したことに加え、産休育休等が５～７名と重なり年間を通して薬剤師のマンパワーが大幅に減少したことなどを鑑みると、1人あたりの残業時間は増加となったが一定の件数を達成できた。 また、薬剤管理指導料（ハイリスク薬）件数は、対象となる全ての新入院患者への薬剤管理指導を徹底するとともに「特に管理が必要な医薬品」の指導に重点を置いたことで、算定件数は月平均６６７件/月となり計画の５５７件/月を上回る実績となった。 特定薬剤治療管理料１および退院時薬剤情報管理指導料については積極的な介入および適切な薬学的管理指導の支援の結果、計画を達成できた。 【実績】 ⅰ）薬剤管理指導料 算定件数：１，７７３件 ⅱ）薬剤管理指導料（ハイリスク薬）算定件数：６６７件 ⅲ）特定薬剤治療管理料１ 算定件数：８７件 ⅳ）退院時薬剤情報管理指導料　算定件数：２７９件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４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）	（2）臨床検査部（臨床検査科＋臨床検査技術第一、二科）
【取組み】 ①患者数（入院・外来）の前年比率に対して検査件数を５％程度増加する。 ②生理検査 ・ホルター心電図検査件数を昨年度の１０％増を実現する。 ③超音波検査 ・腹部エコーの病診枠を倍増し、地域医療に貢献する。 ・検査技師による、産婦人科胎児エコースクリーニング検査を安定稼働し、人材育成に取り組む。 ・他施設の年間超音波検査件数を参考に、検査枠・検査件数の増を図る。 ・超音波検査（地域連携枠）を増やし、検査待ち日数の短縮を図る。 ④検体検査 ・費用対効果を鑑みた新規項目の導入 ・ＴＡＴ（結果報告までの時間）短縮へ向けた取り組みの継続。検体前処理方法の効率化、検査マスタ再構築 ・患者負担軽減の取り組みの継続。検体必要量の自動算出・検査マスタ設定 ⑤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。 ・製剤供給までの時間を短縮するために、コンピュータークロスマッチ導入に向けての検討を行う。 ・認定輸血検査技師取得のための人材育成に取り組む。 ⑥細菌検査 ・アフターコロナを見据えた遺伝子検査機器の活用方法の検討 ・感染制御学を絡めた微生物検査結果の解釈ができる技師の育成 ・認定臨床微生物検査技師資格取得へ向けた人材育成	①患者数 概ね達成している。 ②生理検査 目標の件数には届かなかった。 ③超音波検査 概ね達成している。 ④検体検査 ・費用対効果を鑑みた新規項目の導入 ＫＬ－６、Ｍｇ（マグネシウム）、ＰＴＨ－ＩＮＴＡＣＴ ・ＴＡＴ（結果報告までの時間）短縮へ向けた取り組みの継続 検体前処理方法の効率化、検査マスタ再構築 採血・採尿受付機、尿検体情報管理システム導入 ・患者負担軽減の取り組みの継続 検体必要量の自動算出・検査マスタ再構築 ⑤輸血検査 コンピュータークロスマッチは検討中であるが、認定輸血検査技師の資格を１名が取得し、その他は、概ね達成している。。 ⑥細菌検査 ・新型コロナウイルスＰＣＲ検査で導入した遺伝子検査機器を使用し、抗酸菌ＰＣＲ検査を外注から院内実施へ切り替え ・認定臨床微生物検査技師受験資格取得に向け学会発表の実施

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４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病理検査 ・コンパニオン診断やゲノム医療が推進される中、病理組織検体の扱いについて適切な処理が行える技量の習得と、病理学的知識を積極的に習得し、判定不能例を１０％削減する。 ・コンパニオン診断やがんゲノム検査など提出までの工程が煩雑な項目の新規受託や提出件数増加に速やかに対応できる体制の確保。 ・ＲＯＳＥやＥＵＳ－ＦＮＡなど検体処理の迅速性と診断精度が求められる迅速細胞診検査に対応出来る技師の育成。 【目標】 ⅰ）ホルター―心電図検査件数：７００件 ⅱ）腹部エコー検査件数：４，０００件 ⅲ）心エコー検査件数：５，６００件 ⅳ）泌尿器エコー検査件数：２，７００件 ⅴ）産婦人科胎児エコースクリーニング検査：３５０件	⑦病理検査 概ね達成している。 ホルター心電図検査の件数のみ少し届かなかったが、他の目標値は全て達成することができた。 【実績】 ⅰ）ホルター―心電図検査件数：６６９件 ⅱ）腹部エコー検査件数：５，５６８件 ⅲ）心エコー検査件数：６，２５３件 ⅳ）泌尿器エコー検査件数：２，７３０件 ⅴ）産婦人科胎児エコースクリーニング検査：３９０件
（3）放射線技術科	（3）放射線技術科
【取組み】 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（１人３０分程度１日４枠）で実施 ②被曝低減：全ての放射線撮影装置で下回る。 ③地域枠ＣＴ・ＭＲ検査件数の増を図る。 【目標】 ⅰ）地域枠ＣＴ検査件数（土日祝実日）：１，２５０件 ⅱ）地域枠ＭＲ検査件数（土日祝実日）：１，０００件	①被曝線量システムを構築中で、患者へのフィードバック方法を検討中。 ②ＣＴでは、全てのプロトコルにおいてＤＲＬを下回っており、さらにプロトコルの見直しも行っている。 核医学・血管造影については検討中である。 ③令和４年度は、ＣＴ・ＭＲＩともに目標を上回った。 【実績】 ⅰ）地域枠ＣＴ検査件数（土日祝実日）：１，３１０件 ⅱ）地域枠ＭＲ検査件数（土日祝実日）：１，０９３件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４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
【取組み】 ①「言語聴覚部門の拡充」 ・言語聴覚士（ＳＴ）人員確保、ＳＴ室増設などの拡充整備を行い、現在実施している嚥下リハビリのみではなく、言語訓練、高次脳機能訓練といった一般的な言語聴覚療法の実施を実現する。 ②「心大血管リハビリの拡充」 ・心肺負荷試験装置（ＣＰＸ）の導入による心大血管リハビリの質向上を目指す。 ③「急性期を中心としたリハビリ介入」 （初期加算・早期加算）実施単位数の増加（初期５０％早期８０％） ④「専門性の育成」 ・各種資格取得の支援を行い、資格取得者をリハビリ技師総人数の半数を目標とする。 ⑤「休日の切れ間のないリハビリ実施介入の実現」 ⑥　退院時リハビリテーション指導件数の増を図る 【目標】 ｉ）退院時リハビリテーション指導件数：リハビリ技術科で６００件/年	①「言語聴覚部門の拡充」について ＳＴ人員については、令和４年４月に１名、令和５年１月に１名の合計２名の人員確保で、令和４年度はＳＴ実働２．２５人となった。また、ＳＴ室ハード面の調整も進んでおり、令和５年度には増設予定である。また、令和５年４月より高次脳機能訓練の再開（介入制限付き）も実現できている。 ②「心大血管疾患リハビリの拡充」について 心肺運動負荷試験装置（ＣＰＸ）の導入に関しては、令和４年度に学習会及び業者説明会、デモ機を用いてのシミュレーションも済んでおり、医師との連携も出来ている。また、循環器内科・心臓血管外科、リハビリテーション科の連名で令和５年度の機器予算取得ができている。今後は機器導入次第、各関係部署と連携し運用を開始する。 ③「急性期を中心としたリハビリ介入」については、年度比較で 令和３年度 初期加算４２，７１６単位、早期加算６２，７６７単位 令和４年度　初期加算４２，２７０単位、早期加算６３，３２３単位 と初期加算は若干の減少であったが、実施率は初期加算５７%早期加算８５％(加算算定可能の疾患のみで算出)で目標を達成できている。今後も急性期リハビリ介入を積極的に行っていく ④「専門性の育成」について 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４年度は３学会合同呼吸療法認定士３名、日本離床学会離床アドバイザー１名、スピリチュアルケア研修修了１名、腎臓リハビリガイドライン講習会修了３名の専門的知識を有する技師が増加した。現在技師の半数以上が各種資格を有している。 ⑤「休日の切れ間のないリハビリ実施介入」について 電子カルテ・部門システムを使用した病棟で実施できるリハビリプログラムを各病棟とリハビリ科で連携するシステムを構築し、休日の廃用予防が可能となった。今後技師人数及び運用等体制強化を行い、療法士による切れ間のない介入の運用をすすめていく。 ⑥「退院時リハビリ指導件数の増加を図る」について、電子カルテ文書システムを活用して指導内容記載を利便化したことと、リハビリ科全体での退院時指導料算定の意識改革により、目標を上回る結果となった。 【実績】 ｉ）退院時リハビリテーション指導件数：リハビリ技術科で１，７４６件/年

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４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
（5）栄養管理科	（5）栄養管理科
【取組み】 ① 病棟への管理栄養士常駐配置を拡充。現在２病棟で常駐→３病棟常駐を目指す。患者さんの病態に応じた栄養管理を実施する。きめ細やかな栄養介入を行うことで食事摂取量の維持、必要栄養量の確保ができるようにサポートし、患者の栄養状態維持・改善に貢献する。早期に食思不振患者への対応を行い欠食患者減少と入院時食事療養（Ｉ）の算定増加、適切な特別食の提供による特別食加算算定増加と栄養指導件数増加を目指し病院収益増加に繋げる。病棟におけるチーム医療の一員として活動し、患者満足度向上と医師、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。 現状週１回の加算算定であるが、週２回の加算算定を目指す。 ・チーム医療のなかで管理栄養士として他職種との連携を強化し、栄養管理の充実と患者満足度向上に貢献する。（がん患者・食思不振患者に対するアラカルトメニューの新設、外来化学療法室での栄養指導の充実） ・ＩＣＵでの栄養管理を充実させ、早期栄養介入加算算定に繋げる。 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。各分野やチーム医療の一員としてより専門的な栄養管理が行えるように専門性を強化していく。 【目標】 ｉ）入院栄養食事指導件数：３，５００件	① 病棟常駐配置の拡充を行った。 新たに１病棟（ＩＣＵ）へ、午前中半日の管理栄養士の常駐配置を行った。 ② 他職種連携業務の充実を目標とした取り組みの中で、昨年度は下記２点について強化できた。 １． 栄養サポートチーム（ＮＳＴ）による栄養介入の充実に着手した。 週１回から週２回の回診回数を増やすことができ、加算件数も増加した。 介入件数：令和３年度１，１８８件 → 令和４年度１，９５３件 ２． ＩＣＵへ管理栄養士を配置し栄養管理の充実を図り、早期栄養介入加算の算定を開始した。 ③ 学会や研修会への参加や、発表を目標として取り組んだ。 日本臨床栄養代謝学１件、日本臨床栄養代謝学会近畿支部会発表１件 日本集中治療学会発表１件 資格更新に関連する研修受講を実施。（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） 【実績】 ｉ）入院栄養食事指導件数：４，３８７件
（6）臨床工学科	（6）臨床工学科
【取組み】 ①臨床業務では、緊急時の心臓外科手術、心臓アブレーションの業務が課題である。 ・心臓外科手術は緊急時に備えるため３チーム運用を確保する。 ・心臓アブレーション業務は２チーム運用を確保する。 ・手術室に１名を配置する。 ・当直月２回の他院サポートの自前での運用を目指す。 ②機器管理業務は、医療機器管理システムＣＥＩＡにおける運用を拡充させる。 ・手術室機器の管理を始める為に、手術室に常時１名を配置する。 ・実績管理を行う。 ③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。 ・『業務範囲追加に伴う厚生労働大臣指定による研修』に年４名の参加、３年で の研修終了を目指す。 ④臨床工学科の安定した事業継続のため、増員ならびに人員育成を進める。	①年度途中に１名の退職があり、両チーム数共に人員増とはならなかった。 但し、取り組みは順調に進んでおり、年度途中での採用もあり、改善の方向に進んでいる。 手術室１名配置は未達である。 当直は、一時的に１名あたりの月当直日数の上限を上げることで自前運用ができた。 ②ＣＥＩＡ（医療機器管理システム）の運用拡大を進めることができたが、手術室へのスタッフ常駐はできず、手術室は機器の情報管理、修理・点検などのメンテナンス管理を強化し、連絡あればすぐに対応できる体制を整えた。実績管理は自動算出を進めている。 ③『業務範囲追加に伴う厚生労働大臣指定による研修』は４名の受講が修了し、計画通り進んでいる。 ④中途退職による欠員があったが、中途採用もあり、人員育成を進めている。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４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
【取組み】 ①視能訓練士 ・検査の効率化に継続して取り組み、外来待ち時間を減らす。 ・インシデント対策を強化し、暗室検査等での転倒事故防止に努める 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。 ・予約枠以外の検査にも対応できるように業務改善を行う。 ・蛍光眼底造影検査　検査件数前年度比５％増を目指す。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 ・ワイヤークラスプをきれいに曲げる。 ③歯科衛生士 ・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。 ④公認心理師 ・心理検査及び心理面接の実施総数２，０１０件／年（前年度比3%増）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。 ・心理的問題への対応について期待される様々な要望に、可能な限り応じていく。 ⑤精神保健福祉士 ・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み地域生活を継続できるよう支援する。相談件数８０件/月を目標とし、適切な診療と高齢者福祉・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。 ・院内外の精神科医療及び精神保健福祉に関する相談に対し、専門的知識をもって対応する。 ・「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、精神疾患患者の地域定着にむけた包括的支援マネジメントと地域精神科医療の機能分化を図る。	①視能訓練士 検査件数は目標に達しなかった。次年度は達成できるように目指す。 ②歯科技工士 目標は達成できた。 ③歯科衛生士 ・知識、技術の向上を目指して能力に応じた役割を積極的に担えたと考えており、今後も引き続きそのように取り組んでいく。 ・診察前に症状等の聞き取りや診察準備を行い、チェアータイムの短縮やスムーズな診察の流れを作っていくことを目標としていたが、人員が不足しておりなかなか達成できなかった。 ・歯科衛生士業務のみならず、患者との関わりの中で思いを傾聴し、悩みの改善や症状の改善を図れるようにあまり努められなかった。 上記２点について今年度は人員増加したのでみんなで協力して積極的に取り組み、目標達成を目指す。 ④公認心理師 ・心理検査及び心理面接の実施総数について、計画では前年度比３％増を目標としていたが、精神科医師数の増加により、前年度比７．５％増となり、増加した。 ・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、様々な精神疾患・神経疾患の鑑別のサポートに尽力した。 ・心理的問題への対応について期待される様々な要望に、可能な限り応じたと考えられる。 ⑤精神保健福祉士 ・精神科医師の増員に伴い予診、調整業務の増加に対応し全体の相談件数前年度比5%増となった。引き続き適切な診療と高齢者福祉・精神保健分野に関する制度活用をスムーズに行い、患者が主体的に治療に取り組み地域生活を継続できるよう支援する。 ・東大阪市の精神保健福祉に関する会議への参加を継続し、精神障がい者の地域定着にむけた包括的　支援マネジメントについて情報の更新、共有を行い各関係機関との連携に取り組んだ。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４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、法人本部
（1）地域医療連携室	（1）地域医療連携室
【取組み】 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。 【目標】 ｉ）医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）等介入転・退院調整件数:８，７００件	地域包括ケアシステムとして、急性期医療を担う当センターは、治療が終了すると同時に転院や退院ができるように入院中から準備を進めた。新入院患者１４，２２３人のうち１０，３６８人、７２．８%に介入し退院調整や支援を行った。 コロナ禍においては、保健所やフォローアップセンターからの依頼、医療機関からの依頼など、重症を含めＩＣＵからコロナ病棟で対応した。 ＩＣＴについては、後方支援病院へ円滑な転院のために入退院支援クラウドを活用している。地域連携を強化という点では、診療情報や検査結果の参照、インターネットで、診察や予約について地域医療連携ネットワークシステムの活用を検討していく。 【実績】 ｉ）医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）等介入転・退院調整件数:１０，３６８件
（2）医療の質・安全管理部	（2）医療の質・安全管理部
【取組み】 質の向上、安全管理、感染制御、がん登録という四大業務の品質管理しながら安定的に遂行し、自立連携型チーム医療の実践、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。	質の向上、医療安全、感染管理の更なる向上に努めた。また厚生労働省補助事業　医療の質向上のための体制整備事業である「医療の質可視化プロジェクト」へ参加、指標計測の時系列推移等を比較し、医療の質に関する状況を可視化する取り組みを実施した。
	※令和４年８月に、事務局の体制を「総務課」「医事課」「情報管理課」「契約会計課」とした。
	※法人本部
	市立東大阪医療センターと、府立中河内救命救急センターを統括する、法人本部を設置し、センター間の連携強化・人事交流、年度計画の策定及び進行管理、業務・契約の統合・統一化の検討、コンプライアンス・ハラスメント防止対応、内部監査実施に向けての取り組みを充実させた。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４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、法人本部
（3）事務局総務課	（3）事務局総務課
【取組み】 ①医師等の働き方改革を推進するとともに、医務局、研修医室の美化及びリニューアルを推進し、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人事評価制度を本格的に実施し、人材の育成と経営意識の向上を図る。 ④従来の想定を超える自然災害に対し、患者の生命及び病院機能を守るため、エネルギーセンター棟増築（地下設備の地上化）にかかる基本構想を上半期に完成させ、下半期より基本設計に着手する。 ⑤外来各所において冷暖房機能を担っている「水熱源ヒートポンプビルマルチエアコン」について一斉更新を行い、施設の長寿命化を図るとともに、病棟部における特別室リニューアル、手摺・壁面等の補修を計画的に進め、療養環境の向上を図る。 ⑥内視鏡センターについて、診療室のリニューアル及び増設、洗浄室機能の改善工事を行うことで、患者さん、職員双方にとって安全かつ快適な環境づくりを進める。 ⑦医薬品、診療材料の購入について、引き続きベンチマークシステムを活用した折衝を行い、参加施設の上位１０％内順位を維持する。	①労働安全衛生委員会において「医師労働時間短縮計画」を策定し、医療従事者負担軽減委員会において「医療従事者負担軽減計画」を策定し医師等の働き方改革に取り組んだ。研修医室を新たに整備し環境の整備を行った。 ②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。 ③令和４年度から人事評価制度の運用を開始した。効率的かつ効果的に運用していくため、人事評価委員会を設置し組織横断的に管理・運用している。制度への理解を深め定着させることが課題である。
（4）事務局医事課	（4）事務局医事課
【取組み】 ①診療報酬に関して、適切かつ積極的な請求、請求漏れの防止、査定の対策、再審査請求を徹底する。（目標査定率：０．３％） ②未収金の発生防止、関連部署との早期連携、法的措置を踏まえた早期督促を徹底する。また、未収金管理方法を再構築する。 ③医事的財務管理について、業務の見直しと関連部署との連携で正確かつ、効率的な運用システムを再構築する。 ④課員に対する教育プログラムを作成する。	① 診療報酬については、救急医療管理加算等、積極的な請求を行い一定の増加に繋げることができた。また再審査請求を行い、点数が復活した項目もあった。しかし査定率は、目標以下には至らなかった。令和５年度も更なる適切かつ積極的な請求を行うと同時に、目標査定率の維持に努める。 ② 退院後の未収金については、早期に連絡を行う事により回収に繋げた。しかしコロナ関連については、振り込み対応とした患者が多く、未収金が比例して増加したことにより、未収の減少には至らなかった。令和５年度からは、更なる強化を図るため、未収金回収業者を見直し、コロナ関連の未収も含め迅速に対応していく。 ③ 財務連携のシステム改修を行い、また収入マニュアルを見直し、業務の徹底を行うことで、日々の未収金額、入金額の管理を行ったが、さらなる精査や管理が必要である。 ④ 各個人の目標の設定及び面談を行ったが、具体的な年度計画策定までに至らなかった。令和５年度からは、新入職員も入り、計画をたて対応している。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和４年度計画	令和４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、法人本部
（5）事務局経営企画課	※事務局情報管理課
【取組み】 ①経営面において、収入の増大及び費用抑制を図り、黒字を維持する。所属長の経営意識向上のために、院内における経営情報の見える化・共有化の仕組みを構築する。 ②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。 必要な数字の抽出元、抽出方法を見直し、イントラネットで共有化できる仕組みを構築する。 ③情報セキュリティの強化を図る。 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）を参考にサイバー攻撃を含む不正アクセスに対する予防策およびバックアップ体制の構築を図る。 ④診療録の質の向上を図り、診療の質の向上に貢献する。診療情報関連業務の見直しを図る。 分散している診療情報関連業務を集約化し、業務および分担を見直し、改めて業務の確立を図る。診療情報に関する情報発信を院内外に行えるようにする。 ⑤財務業務の見直しを行う。 財務会計システム更新とともに財務業務自体の見直しを行い、業務の効率化と他部署との連携を強化する。	①経営面において、収入の増亜大を図り黒字を維持した。 ②院内における情報基盤、院内情報共有化に着手した。 ③情報セキュリティの強化として、ネットワーク通信を監視し、異常検知した際に不正な通信を自動遮断する仕組みを導入。バックアップ強化として電子カルテシステムの障害時を想定した別システムによる参照環境の構築に着手した。 ④診療録の質の向上を図り、積極的な診療情報に関する院内情報発信を行った。
	※事務局契約会計課
	【取組み】 院内設備の更新・美化として ・医局初期研修医室の改修工事　・「病棟共有部の壁・手すり」の更新 ・「内視鏡センター」の拡張整備　・「本館３階会議室」の更新　　を実施した。 新型コロナウイルス感染症への対応として、 ・ＰＣＲ検査用プレハブの設置　・「コロナ専用病棟」の浴室改修工事　を実施した。 【エネルギーセンター構想基本方針】 平成１０年の開院から２０年余りが経過し、施設の老朽化及び災害拠点病院として新たなハザードマップに対応するため本館地階に集中設置されている主要インフラ設備を更新するとともに、地上階へ移設する基本構想を策定しました。今後、高額な設備更新に向けた具体的な基本設計、詳細設計を行うとともに市財政当局とも相談を行い予算確保に努める予定です。

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４年度計画	令和４年度実績
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４年度計画	令和４年度実績
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４年度計画	令和４年度実績
なし	なし	なし

第11　剰余金の使途

中期計画	令和４年度計画	令和４年度実績
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４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

令和４年度実績

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。