地方独立行政法人市立東大阪医療センター

令和５年度の業務実績に関する評価結果報告書

令和６年８月

東　大　阪　市

目次

はじめに ・・・・ 1

第1項　全体評価 ・・・・ 2

第2項　項目別評価

1.大項目評価

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

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

第4 財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置 ・・・・ 9

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

2.小項目評価

(1)地方独立行政法人市立東大阪医療センターの概要 ・・・・ 12

(2)全体的な状況 ・・・・ 22

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 ・・・・ 25

2　患者満足度の向上 ・・・・ 50

3　信頼性の向上と情報発信 ・・・・ 59

4　地域医療機関等との連携強化 ・・・・ 67

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 ・・・・ 75

2　人材の確保と育成 ・・・・ 90

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 ・・・・ 103

2　収入の確保 ・・・・ 104

3　費用の節減 ・・・・ 108

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 ・・・・ 111

2　地域医療構想を踏まえた役割の明確化 ・・・・ 113

3　施設整備に関する事項 ・・・・ 115

第6 医療センターにおける各部局の取り組み ・・・・ 117

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 ・・・・ 149

第8 短期借入金の限度額 ・・・・ 149

第9 出資等に係る不要財産の処分に関する計画 ・・・・ 149

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 ・・・・ 149

第11 剰余金の使途 ・・・・ 150

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 ・・・・ 150

（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 ・・・・ 151

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 ・・・・ 153

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５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５年度の全体評価の結果は、

「全体として中期目標・中期計画の達成にはおおむね計画通り進んでいる。」

である。

令和5年度の業務実績に関する評価については、4ページ以降に示すように、第2から第5までの4つの大項目のうち、第2の大項目は「評価A 中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる。」、第3の大項目は「評価A 中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる。」、第4の大項目は「評価C 中期目標・中期計画の実現のためにはやや遅れている。」、第5の項目は「評価A 中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる。」と判断した。

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が5類感染症に移行した後も多くの救急搬送患者の受け入れを行ったこと、多くの手術を行い、4疾病に対する医療水準の向上に努めたこと、医師の働き方改革にかかる時間外勤務縮減の取り組みを進めたこと、それぞれ取り組んだ結果として、

「**全体として中期目標・中期計画の達成にはおおむね計画通り進んでいる。**」と判断した。

大項目	小項目評価数						大項目評価
	評価5	評価4	評価3	評価2	評価1	合計	
第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置		4	14			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		1	8			9	A
第4　財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置			2	3		5	C
第5　その他の業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置			4			4	A
合計	0	5	28	3	0	36	

※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5年5月8日には新型コロナウイルス感染症が5類感染症へ移行したが引き続き、新型コロナウイルス感染症重点医療機関として感染症患者の受け入れを積極的に行い、これまでの特定の病棟での受け入れから複数の病棟で受け入れるなど柔軟な受入体制を整備し、他の急性期医療との両立を図った。

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、救急搬送受入件数が地独化後、過去最高の件数を記録したこと。

(2)　がん医療　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。国指定の「地域がん診療連携拠点病院」の要件を満たしたこと。

(3)　4 疾病に対する医療　脳血管疾患患者の治療件数や開頭手術件数が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。

(4)　患者満足度の向上　メディカルサポートセンターの患者総合支援センター及び地域医療連携室に入退院支援や地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師・社会福祉士を配置して患者・家族への支援に努めたことで入退院支援実施件数が着実に増加していること。

(5)　院内環境の快適性の向上　病棟浴室のシャワールーム化の工事が完了したことや院内のLED化、外来エリアのサイン見直し等、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。

(6)　情報発信・個人情報保護　医療情報のデジタル化やペーパーレス化などＤＸの推進が図られたこと。医療情報の発信及び個人情報の保護が適切に遂行されたこと。

(7)　地域医療支援病院としての機能強化　紹介患者数、逆紹介患者数、高額医療機器の共同利用の受託件数及びがん治療連携計画策定件数が目標値を上回ったこと。

(8)　地域包括ケアシステム構築への貢献　退院時共同指導及び患者紹介・情報提供、退院時連携指導及び患者紹介・情報提供の件数は前年度より飛躍的に増加し、目標を達成したこと。

(9)　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中心に、内部統制の取り組みに努められたこと。

(10)　人材の確保　地域の中核病院として、急性期医療を提供するために必要な医師数の確保に努められたこと。また、看護師離職率の低下に努められたこと。

(11)　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。

(12)　経営基盤の確立　経常収支比率、医業収支比率が悪化し、約7億円の経常損失となったため、経営改善に努められたいこと。

(13)　収入の確保　新入院患者数及び外来新患者数が伸び悩んだこと。医業収益の増加に向けた取り組みについて検討されたいこと。

(14)　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。

(15)　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も着実に進んでいること。

財務内容について、令和5年5月8日以降も新型コロナ患者を受け入れ、10月以降は各病棟でも通常受入体制により、急性期医療との両立に努めたが、令和4年度の医業収益に対し、約2億円の減収となった。一方、営業費用については職員数の増、抗がん剤等の高額薬剤の使用料増による材料費の増加はあったものの、光熱費の単価や使用料が減少したことも要因となり、約6千万円の支出減となった。新型コロナ関連の補助金収入も大幅に減少した結果、約7億4,100万円の経常損失となり、令和4年度までは3年連続の黒字化を達成していたが、令和5年度においては赤字による病院運営となった。

以上のほか、第6 医療センターにおける各部局の取り組みについては、新型コロナウイルス感染症の5類移行後においても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	0	2	8	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	0	3	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	2	1	0	0
合計		0	4	14	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

新型コロナウイルスが5類感染症に移行した後も救急搬送依頼件数は前年度と同水準で推移していたことで救急車受入率については目標達成率が7割程度に落ち込んだ。しかし、中河内救命救急センターと連携し、２４時間体制で救急患者の受入に尽力された結果、救急搬送受入件数は前年度より大きく増加し、コロナ禍前である令和元年度実績の6,288件と比較しても上回っている。また、救急外来経由入院患者数についても前年度より増加していることを評価し、「４」とした。今後も中河内救命救急センターとの密な連携により安心安全な救急医療体制の構築に努めていただきたい。

● 1-（2） 小児医療、周産期医療

周産期医療については、産婦人科医の欠員により令和５年８月から分娩予約の一時的な制限があったことにより各指標項目は目標を達成できなかった。しかし、現派遣元大学医局の医師引き上げの危機に対し、全国的に産科の集約化が進む中で、新たな大学医局の関連病院となり医師派遣を確保したことは大きな評価に値する。一方、小児医療については、新型コロナウイルスの感染者が減少したことで外来患者数が減少するものの、５類感染症に移行となったことにより入院受入を増やした結果、救急入院患者数が増加した。以上のことを総合的に勘案し、評価を「３」とした。公的病院としての役割を果たすため、令和６年度以降も目標達成に向けた取り組みに尽力していただきたい。

● 1-（3） がん医療

令和５年度は、前年度と比べがん外科手術件数及びがん放射線治療延べ患者数が減少しているが、このことについてはこれまでより、がん放射線の照射回数を減らし、患者負担を軽減できたことが要因である。上記以外の項目では前年度実績を超えることができた。また、がん遺伝子パネル検査においては、検査を始めた令和２年度の１０件から令和５年度は３７件と大幅に増加している。以上のことを総合的に勘案し、評価を「３」とした。
しかし、前年度評価においても指摘しているが呼吸器内科の確保に向けた取り組みについてはより一層努めていただきたいと思う。

● 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、脳血管疾患はt-PA実施件数を除き、目標値を大幅に増加して達成している。また、認知症に関する項目も外来新患人数は前年度実績より増加、認知症ケア加算算定の実績件数は目標を達成している。しかし、糖尿病における指標は令和５年度においても目標を達成することが出来ず、引き続き課題であることからも評価は前年度と同様に「３」とした。

● 1-（5） 災害時医療

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てきた。災害対策に関する平時からの取り組みを継続してきた結果、令和６年１月１日に発生した能登半島地震に際してはＤＭＡＴ隊員を派遣し、被災地支援に貢献したことにも繋がり、災害時医療にかかる全体的な評価としては「３」とした。

● 1-（6） 感染症への対応

新型コロナウイルスの５類感染症移行後も院内感染対策を継続し、感染症対策にかかる各種マニュアルを整備した。
平時からの取り組みについて、感染症に対する情報収集や防護具等の備蓄にも努めたということであるが総合的な評価としては、評価基準のとおり年度計画を順調に実施し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
法人評価のとおり、医療情報のデジタル化やペーパーレス化などＤＸの推進が図られた。また、令和３年度に起こったサイバー攻撃がきっかけとなり、セキュリティ強化にかかる様々なシステム導入が行われ、新たな運用が令和５年度から本格実施されたことにより、医療情報の発信及び個人情報の保護が適切に遂行されたことから、評価を「３」とした。

● 4-（1）地域医療支援病院としての機能強化
紹介患者数、逆紹介患者数、高額医療機器の共同利用の受託件数及びがん治療連携計画策定件数が目標値を上回った結果、退院時診療情報提供件数を除く全ての項目で目標を達成した。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の機能強化が図られていることからも法人の自己評価と同じく「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）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	1	4	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	1	8	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-（2） 内部統制
各指標の項目が実施されており、法人本部を中心に内部統制に関する取り組みも適切に対応されていることから評価は「３」とした。

● 2-（4） 職員満足度の向上
男性育休取得者は５名となり取得率は２０％で推移している点、院内保育所受入人数が前年度より増加している点、有給休暇取得日数において前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。以上のことから評価を「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　C　中期目標・中期計画の実現のためにはやや遅れている。

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

（２）判断理由及び考慮した事項

(3)小項目評価の集計結果の評価3以上の割合が9割未満であること及び(4)評価にあたっての意見、要望等を総合的に評価した結果、「C　やや遅れている」と判断した。

（３）小項目評価の集計結果

項目名		小項目評価数 評価5	評価4	評価3	評価2	評価1
1 経営基盤の確立					○	
	小計	0	0	0	1	0
2 収入の確保					◎	
	小計	0	0	0	2	0
3 費用の節減				◎		
	小計	0	0	2	0	0
合計		0	0	2	3	0
構成比率		40.0%			60.0%	

※ウエイト設定した小項目は◎で表記し、項目数を「２」としている

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

（４）評価にあたっての主な意見、要望等

●　１ 経営基盤の確立
新型コロナ関連補助金による収益が大幅に減少したことが要因であるが経常収支比率、医業収支比率ともに目標を達成する事ができず、約７億円の経常損失となった。そのため法人評価と同じく「２」とした。

● 2 収入の確保

入院単価及び外来単価は伸びているものの新入院患者数及び外来新患者数は伸び悩み、令和5年度の目標値を達成することができず、医業収益も落ち込んだ。新型コロナ関連補助金が減少し、今後も厳しい病院経営を強いられることが想定されるため、医業収益の増加に向けた取り組みを着実に進めていただきたい。以上のことから法人の評価と同じく、評価を「２」とした。

● 3 費用の節減

人件費や材料費が高騰していることから費用が増加している傾向にあるが、委託業務の見直しや光熱水費の節減に努めたことから、営業費用については、前年度より約６千万円減少した。以上のことから総合的に勘案し、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）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	0	2	0	0
合計		0	0	4	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　中河内救命救急センターの運営
効率的・効果的な業務運営の一環として、人事交流や医事業務を医療センターと連携して行ってきた。また、救急患者の受入体制を医療センターと連携強化した結果、救急患者の応需件数及び応需率が増加し、安心安全な救急医療体制が構築できたことを評価し、「３」とした。

● ３　施設整備に関する事項
施設・設備について、計画的に適切な点検・改修・更新を行っており、法人の評価を妥当とし、評価を「３」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、平成 28 年 10 月に地方独立行政法人病院に移行しました。中河内医療圏の地域医療支援病院として、地域医療の第一線を担い、かかりつけ医や歯科医、地域の病院・施設と連携し、市民が慣れ親しんだ地域で高度な医療を受けられるよう努めています。命と健康を守る「最後の砦」としての役割を果たすべく、令和 4 年度より病院理念を「誠実な医療を地域の人々に」に変更しました。

これまで、紹介患者の医療提供や医療機器等の共同利用などを通じて、地域の医療機関を支援してまいりました。その機能をさらに向上させ、どんな時でも、どんな状況でも「断らない紹介医療」と「断らない救急医療」を実現できる体制づくり、そしてインフラ整備に注力してまいります。

令和 5 年度、新型コロナウイルス感染症は 5 月 8 日より 5 類感染症へ移行しました。いわゆるポストコロナ時代において、新興感染症への平時からの備えと、切れ目なくより質の高い医療提供を目指し、医療におけるデジタル・トランスフォーメーション（医療 DX）が求められています。当センターもこの対応に努めており、令和 6 年度以降も大阪府との協定締結医療機関として、新興感染症対応に参画してまいります。

一方、医師の働き方改革に伴い、大学医局でも医師の確保が難しくなっております。当センター産婦人科につきましても、令和 6 年 3 月をもって医師派遣を終了したいとの意向が、大学医局より令和 5 年 2 月に示されました。医師派遣継続を強く依頼しましたが叶わず、産婦人科存続の危機に直面しました。

この状況を受け、新たな医師派遣医局として、大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学教室に、現状と当センターの役割からその必要性を訴え、根気強く協力を依頼したところ、ご理解いただき、令和 6 年 4 月からの医師派遣を許諾していただくことになりました。これにより、市民の不安を最小限に抑え、地域周産期母子医療センターとしての存続と、市民の安心・安全な分娩を継続することが可能となり、令和 6 年度より新たな体制で産婦人科診療を継続することができました。

令和 5 年度の主な整備・成果は以下のとおりです。

・特定行為研修指定研修機関として、第 1 期生 6 名、第 2 期生 8 名を輩出
・外来エリアのサインをリニューアル
・本館 3 階管理部門エリアを改修（幹部室・会議室を整備、スタッフラウンジを設置）

・MRI（３テスラ）の更新

患者数は以下のとおりです。

・新入院患者数：年間 14,860 人（前年比+637 人）

・延入院患者数：年間 150,077 人（前年比-59 人）

・外来紹介数：年間 26,046 人（前年比+316 人※令和 4 年度コロナ紹介患者は除く）

・延べ外来患者数：年間 220,749 人（前年比-22,064 人）

延べ入院患者数は減少したが、新入院患者数と外来紹介患者数は増加し、地域医療への貢献を果たしました。

・年間総手術件数（手術室）：7,466 件（前年比＋34 件）※過去最高

・全麻手術件数：3,579 件（前年比＋63 件）※過去最高

緊急手術件数は 590 件（前年比-24 件）と減少しましたが、急性期充実体制加算の要件を満たし、施設基準を維持しました。

経営状況（損益計算ベース）は、以下のとおりです。

・医業収益：18,190 百万円（前年比 203 百万円減）、

・営業収益：19,226 百万円（前年比 2,014 百万円減）

内訳：医業収益、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

・営業損益：プラス 74 百万円

・営業外収益：199 百万円

・営業外費用：1,015 百万円

・営業外損益：－816 百万円

・経常損益：－742 百万円（前年比 1,947 百万円減）

前年度まで３年連続黒字でしたが、7 億円強の赤字に転落してしまいました。赤字の要因は、

・産婦人科の医局変更に伴う分娩予約の制限

・医師の体制不十分に伴う心臓ホットラインの部分休止

などで、計画収益を大きく下回り、赤字となりました。

令和 6 年度の取組みについて

・さらに医師を確保

・「断らない救急」実践のため救急外来を改修

・地域関係機関との連携強化のため病床管理指令室（コマンドセンター）を設置

最後に、地域医療構想の 2025 年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への病床転換、中河内二次医療圏において高度急性期・急性期を主とする医療提供をしていく役割を示し、大阪府に了承いただきました。

今後も、市民の皆様に安心・安全かつ信頼していただける「誠実で安全な医療を地域の人々に」提供するとともに、その基盤となる経営改善にも積極的にとり組んでまいります。

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。

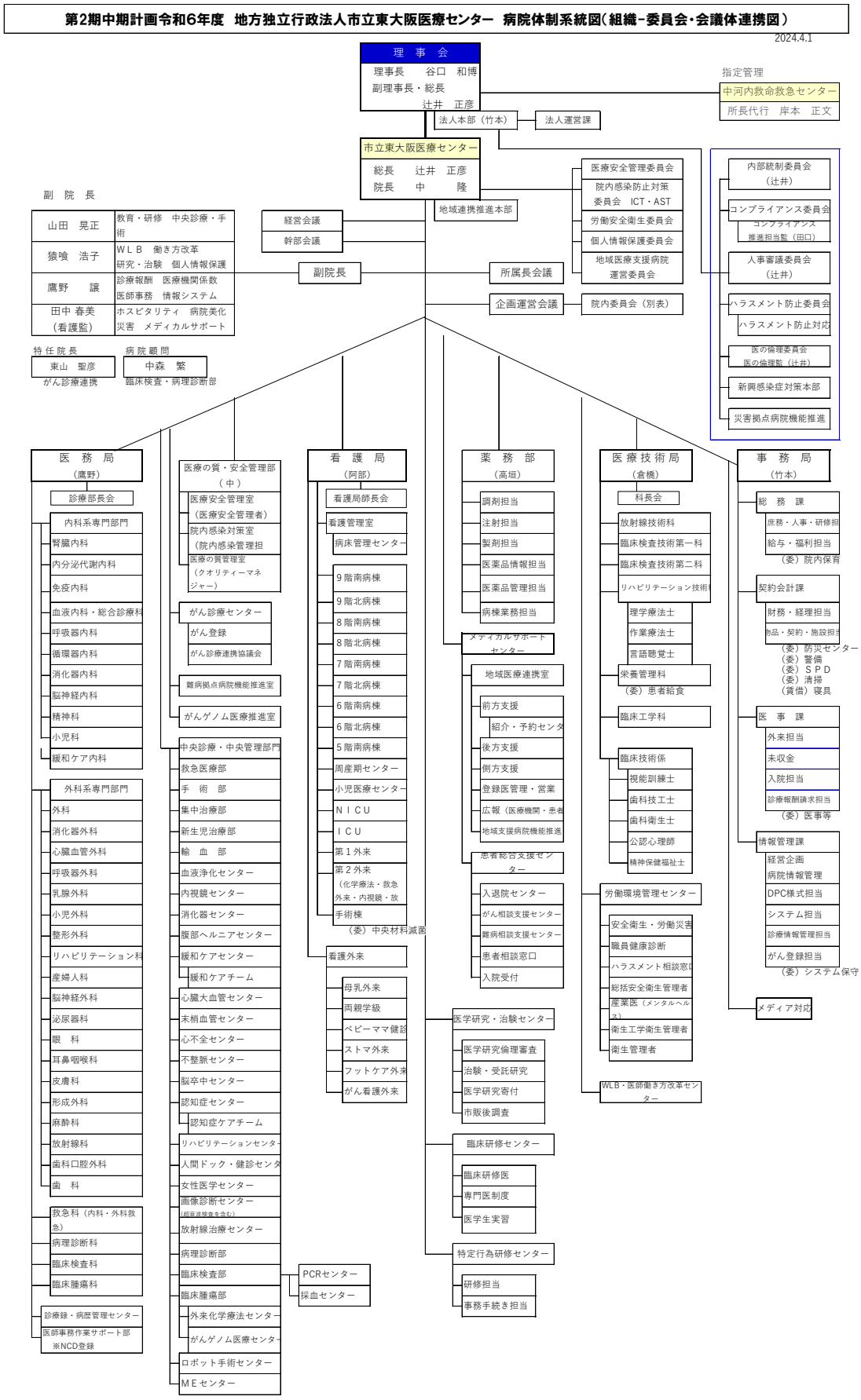
（３）沿革

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６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６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総長
理　事	中　隆	自　令和５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	嶋田　亘	自　令和３年４月１日 至　令和７年３月31日	東大阪商工会議所常任顧問名誉会頭、（株）フセラシ相談役
理　事	平本　善憲	自　令和３年４月１日 至　令和７年３月31日	東部大阪経営者協会専務理事
理　事	安部　麻記	自　令和５年４月１日 至　令和７年３月31日	安部麻記社会保険労務士事務所
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６年３月３１日において８６３名（前年比１４名増加）となっています。

（内訳）医師・歯科医師１１９名、看護職５４１名、医療技術職１５３名、

事務職５０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）

		Ｒ４年度	Ｒ５年度	前年差	前年比率
腎臓内科	新入院患者数	452	729	277	161.3%
	延入院患者数	8,287	10,847	2,560	130.9%
内分泌代謝内科	新入院患者数	261	307	46	117.6%
	延入院患者数	4,207	4,160	▲ 47	98.9%
免疫内科	新入院患者数	125	127	2	101.6%
	延入院患者数	2,918	2,987	69	102.4%
循環器内科	新入院患者数	1,356	1,320	▲ 36	97.3%
	延入院患者数	13,984	12,775	▲ 1,209	91.4%
消化器内科	新入院患者数	1,226	1,234	8	100.7%
	延入院患者数	12,592	12,241	▲ 351	97.2%
脳神経内科	新入院患者数	611	782	171	128.0%
	延入院患者数	12,075	12,146	71	100.6%
小児科	新入院患者数	1,892	2,077	185	109.8%
	延入院患者数	8,407	8,260	▲ 147	98.3%
消化器外科	新入院患者数	1,169	1,311	142	112.1%
	延入院患者数	15,324	17,733	2,409	115.7%
小児外科	新入院患者数	62	82	20	132.3%
	延入院患者数	232	248	16	106.9%
呼吸器外科	新入院患者数	374	377	3	100.8%
	延入院患者数	3,768	4,013	245	106.5%
乳腺外科	新入院患者数	144	158	14	109.7%
	延入院患者数	841	981	140	116.6%
整形外科	新入院患者数	713	747	34	104.8%
	延入院患者数	10,764	11,909	1,145	110.6%
脳神経外科	新入院患者数	489	462	▲ 27	94.5%
	延入院患者数	8,787	7,921	▲ 866	90.1%
形成外科	新入院患者数	148	155	7	104.7%
	延入院患者数	1,768	1,762	▲ 6	99.7%
眼科	新入院患者数	614	891	277	145.1%
	延入院患者数	2,591	3,570	979	137.8%
泌尿器科	新入院患者数	1,327	1,225	▲ 102	92.3%
	延入院患者数	12,991	11,946	▲ 1,045	92.0%
産婦人科	新入院患者数	1,082	713	▲ 369	65.9%
	延入院患者数	7,956	4,953	▲ 3,003	62.3%
産科未熟児	新入院患者数	275	179	▲ 96	65.1%
	延入院患者数	2,170	1,280	▲ 890	59.0%
耳鼻咽喉科	新入院患者数	621	622	1	100.2%
	延入院患者数	5,059	4,739	▲ 320	93.7%
皮膚科	新入院患者数	204	282	78	138.2%
	延入院患者数	2,414	3,302	888	136.8%
口腔外科	新入院患者数	583	607	24	104.1%
	延入院患者数	3,076	2,935	▲ 141	95.4%
心臓血管外科	新入院患者数	172	188	16	109.3%
	延入院患者数	3,048	3,077	29	101.0%
緩和ケア内科	新入院患者数	293	285	▲ 8	97.3%
	延入院患者数	6,803	6,292	▲ 511	92.5%
その他	新入院患者数	30	0	▲ 30	0.0%
	延入院患者数	74	0	▲ 74	0.0%
合計	新入院患者数	14,223	14,860	637	104.5%
	延入院患者数	150,136	150,077	▲ 59	100.0%

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）
		Ｒ４年度	Ｒ５年度	前年差	前年比率
内科	紹介患者数	2,518	159	▲ 2,359	6.3%
	延外来患者数	12,525	5,636	▲ 6,889	45.0%
腎臓内科	紹介患者数	384	393	9	102.3%
	延外来患者数	5,361	5,620	259	104.8%
内分泌代謝内科	紹介患者数	372	386	14	103.8%
	延外来患者数	7,287	7,660	373	105.1%
免疫内科	紹介患者数	245	197	▲ 48	80.4%
	延外来患者数	8,045	8,060	15	100.2%
総合診療科	紹介患者数	303	367	64	121.1%
	延外来患者数	1,208	1,357	149	112.3%
循環器内科	紹介患者数	1,521	1,579	58	103.8%
	延外来患者数	14,876	14,730	▲ 146	99.0%
消化器内科	紹介患者数	2,478	2,433	▲ 45	98.2%
	延外来患者数	15,450	14,187	▲ 1,263	91.8%
呼吸器内科	紹介患者数	93	107	14	115.1%
	延外来患者数	948	1,010	62	106.5%
脳神経内科	紹介患者数	1,096	1,212	116	110.6%
	延外来患者数	9,110	9,523	413	104.5%
精神科	紹介患者数	253	274	21	108.3%
	延外来患者数	3,262	3,657	395	112.1%
小児科	紹介患者数	1,173	1,401	228	119.4%
	延外来患者数	17,741	15,534	▲ 2,207	87.6%
消化器外科	紹介患者数	644	569	▲ 75	88.4%
	延外来患者数	12,959	13,736	777	106.0%
小児外科	紹介患者数	84	104	20	123.8%
	延外来患者数	1,062	999	▲ 63	94.1%
呼吸器外科	紹介患者数	143	132	▲ 11	92.3%
	延外来患者数	2,937	3,211	274	109.3%
乳腺外科	紹介患者数	376	376	0	100.0%
	延外来患者数	5,790	6,090	300	105.2%
整形外科	紹介患者数	1,514	1,542	28	101.8%
	延外来患者数	14,253	12,754	▲ 1,499	89.5%
脳神経外科	紹介患者数	502	515	13	102.6%
	延外来患者数	4,767	4,449	▲ 318	93.3%
形成外科	紹介患者数	707	714	7	101.0%
	延外来患者数	5,103	5,074	▲ 29	99.4%
眼科	紹介患者数	1,268	1,305	37	102.9%
	延外来患者数	11,977	12,080	103	100.9%
泌尿器科	紹介患者数	1,112	1,170	58	105.2%
	延外来患者数	18,333	17,055	▲ 1,278	93.0%
産婦人科	紹介患者数	816	789	▲ 27	96.7%
	延外来患者数	20,816	10,858	▲ 9,958	52.2%
耳鼻咽喉科	紹介患者数	1,881	1,696	▲ 185	90.2%
	延外来患者数	9,043	8,450	▲ 593	93.4%
皮膚科	紹介患者数	1,097	1,193	96	108.8%
	延外来患者数	10,973	11,539	566	105.2%
放射線科	紹介患者数	2,434	2,287	▲ 147	94.0%
	延外来患者数	7,625	7,052	▲ 573	92.5%
歯科	紹介患者数	42	41	▲ 1	97.6%
	延外来患者数	4,260	4,770	510	112.0%
口腔外科	紹介患者数	2,405	2,426	21	100.9%
	延外来患者数	10,893	10,838	▲ 55	99.5%
心臓血管外科	紹介患者数	219	402	183	183.6%
	延外来患者数	1,496	2,032	536	135.8%
臨床腫瘍科	紹介患者数	14	9	▲ 5	64.3%
	延外来患者数	1,533	695	▲ 838	45.3%
緩和ケア内科	紹介患者数	221	325	104	147.1%
	延外来患者数	2,357	1,212	▲ 1,145	51.4%
その他	紹介患者数	93	55	▲ 38	59.1%
	延外来患者数	823	881	58	107.0%
合計	紹介患者数	26,008	24,158	▲ 1,850	92.9%
	延外来患者数	242,813	220,749	▲ 22,064	90.9%

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6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	12,653	固定負債	9,245
有形固定資産	12,252	資産見返負債	413
無形固定資産	186	資産見返運営費負担金	2
投資その他の資産	214	資産見返補助金	303
流動資産	13,350	資産見返寄附金	0
現金預金	9,156	資産見返物品受贈額	108
医業未収金	3,858	長期借入金	1,980
たな卸資産	103	移行前地方債償還債務	2,572
前払費用	29	引当金	4,280
未収収益	0	退職給付引当金	4,280
仮払金	2	流動負債	14,023
未収入金	117	一年以内返済予定長期借入金	445
診療費損害未収入金	77	一年以内返済予定移行前地方債償還債務	1,013
未収消費税等	3	未払金	2,530
その他流動資産	4	未払費用	7
		預り金	82
		仮受金	1
		引当金	699
		賞与引当金	622
		診療費損害引当金	77
		負　債　合　計	14,023
		純　資　産　の　部	金　額
		資本金	750
		資本剰余金	7,105
		利益剰余金	4,126
		純　資　産　合　計	11,981
資　産　合　計	26,003	負債純資産合計	26,003

（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5年4月1日～令和6年3月31日）　　（単位　百万円）

科　　目	金　　額
営業収益	21,102
医業収益	18,190
救命救急センター事業収益	1,877
その他営業収益	1,036
営業費用	20,959
給与費	9,438
材料費	5,802
経費	2,768
研究研修費	54
減価償却費	1,091
救命救急センター事業費用	1,807
営業利益	144
営業外収益	199
営業外費用	1,009
営業外損失	▲ 810
経常利益	▲ 666
臨時利益	10
臨時損失	17
当期純損失	▲ 673

（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5年4月1日～令和6年3月31日）　（単位　百万円）

科　　目	金　　額
当期首残高	11,640
Ⅰ　資本金の当期変動額	0
Ⅱ　資本剰余金の当期変動額	1,014
Ⅲ　利益剰余金(又は繰越欠損金)の当期変動額	▲ 673
当期変動額合計	341
当期期末残高	11,981

（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5年4月1日～令和6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	1,316
Ⅱ　投資活動によるキャッシュ・フロー	407
Ⅲ　財務活動によるキャッシュ・フロー	▲ 1,245
Ⅳ　資金増加額	478
Ⅴ　資金期首残高	8,678
Ⅵ　資金期末残高	9,156

（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5年4月1日～令和6年3月31日）　（単位　百万円）

科　　目	金　　額
Ⅰ　損益計算書上の費用	21,985
Ⅱ　その他行政コスト	0
Ⅱ　行政コスト	21,985

（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	22,255	21,036	▲ 1,219
医業収益	19,616	18,216	▲ 1,400
運営費負担金	581	596	15
救命救急センター事業収益	1,976	1,877	▲ 99
その他営業収益	82	347	265
営業外収益	150	208	59
運営費負担金	66	66	0
その他営業外収益	84	142	59
資本収入	1,563	1,485	▲ 78
運営費負担金	1,029	1,014	▲ 15
長期借入金	534	469	▲ 65
その他資本収入	0	2	2
その他の収入	1	1	0
計	23,968	22,730	▲ 1,239
支出			
営業費用	21,261	20,721	▲ 540
医業費用	18,053	17,743	▲ 310
給与費	8,740	8,889	149
材料費	6,574	6,385	▲ 189
経費	2,666	2,414	▲ 252
研究研修費	73	55	▲ 18
救急救命センター事業費	1,937	1,825	▲ 112
一般管理費	1,271	1,154	▲ 117
営業外費用	108	101	▲ 7
資本支出	3,051	2,689	▲ 361
建設改良費	1,324	971	▲ 353
償還金	1,718	1,714	▲ 4
その他資本支出	9	5	▲ 4
その他の支出	0	15	15
計	24,420	23,527	▲ 893
単年度資金収支（収入-支出）	▲ 451	▲ 797	▲ 346

（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８年目となる令和５年度は、５月８日より新型コロナウイルス感染症が感染症５類に移行され、アフターコロナの通常医療へとシフトしていった。これまでは特定の病棟でコロナ患者を受けていたが、１０月以降は各病棟でも受入を行う体制をとり、急性期医療との両立に柔軟に対応した。

一方、産婦人科に医師を派遣していただいていた大学医局から、当センター産婦人科への医師派遣の引き上げが表明されたため、地域周産期母子医療センターである当センターの産婦人科存続が危ぶまれたが、大阪大学が後継いただけることとなり、地域周産期母子医療センターとして、令和６年度以降も継続することが決定した。しかし、令和５年８月より産婦人科医師の不足もあり、分娩予約の受付には制限がかかり、地域の産科診療所・病院、助産院、引いては市民に対し、負担を強いることとなってしまった。令和６年４月からは新たな体制で診療を実施している。

外科系診療科においては、手術に関して患者数を確保し、前年対比で手術室実施件数はプラス 34 件の 7,466 件、全身麻酔手術件数はプラス 80 件の 3,579 件となった。

経営状況では、年間の入院患者数 150,077 人（前年度比 59 人減）、外来患者数 220,749 人（前年度比 22,064 人減）、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 19,226 百万円（前年度比 2.014 百万円減）となった。

一方、職員数の増や、抗がん剤等の高額薬剤の使用量増による材料費の増はあったものの、電気・ガスの使用量減により、営業費用は 19,152 百万円（前年度比 63 百万円減）となった。

営業外の収益、費用を加えた経常収支はマイナス 742 百万円（前年度比 1,947 百万円減）となり、赤字となった。次年度以降も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。しかし、目標の１つとしていた新入院患者数が計画値を 810 人下回る実績となり、今回の赤字の大きな要因となった。一方、施設基準においては令和５年度から急性期充実体制加算を取得したが、令和６年度も維持することができ、市民に対しより高度な医療を提供する施設であることを示し、それに伴う診療収入を得られることが維持できた。

救急医療については、新型コロナウイルス感染症が５類に移行されてからも、新型コロナウ

イルス感染症患者と緊急入院を要する重症患者の受入の両立を実践した結果、地独化後、過去最高の件数を記録した。また、緊急全身麻酔手術の件数も急性期充実体制加算の要件を満たし、当該施設基準を維持した。

小児医療（小児救急を含む）については、外来患者数が減る中、救急入院患者数については計画値を達成した。

周産期医療においては、大学医局からの医師派遣が令和６年３月までで終了することを受け、新たな派遣元医局として大阪大学に協力を依頼し、令和６年度以降の医師派遣を確保することができた。しかし令和５年度は、産婦人科医師数減もあり、すべての項目で計画値を大きく下回った。

がん医療については、産婦人科の縮小の影響はあったが、他施設との連携，及び院内の多職種連携専門チームでがん診療を行った結果、国指定の「地域がん診療連携拠点病院」の要件を十分満たした。

脳卒中については、ｔ－PA の件数は伸びなかったものの、脳外科的直達手術並びに脳血管内手術が大きく増加した。

心筋梗塞については、24 時間受入れの体制を維持できない期間があったが、TAVI の施設基準を取得・開始し、心大血管手術件数も大きく伸びた。

また認知症についても認知症ケア加算算定数の計画を達成した。次年度についてはアミロイドＰＥＴ－ＣＴを導入し、認知症の新たな診断にも対応する予定である。

災害拠点病院としては、令和６年能登半島地震での被災地支援として、中河内救命救急センターと合同でＤＭＡＴ隊員を派遣した（令和６年１月２９日～２月１日）。また、ＢＣＰ（事業継続計画）に基づく訓練の実施、水害時避難確保計画に基づく訓練を実施した。

感染症対策については、新型コロナウイルス感染症が５類移行後も、引き続き新型コロナウイルス感染症患者の受入れを積極的に行い、他の急性期医療との両立を実施してきた。

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。外来において、外来エリアのサインの見直しなど、来院者が利用しやすい環境の整備を実施した。

厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）に加え、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）に参加し、医療の質の向上に努めた。また、病院紹介動画及び各部門採用動画を作成するなど積極的な情報発信に務めた。

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、がん治療連携は計画値を達成することができた。さらに今回新たに登録医総会を開催し、連携医療機関との交流を図った。

第３ 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置

令和 4 年度に設置した法人本部の下、中河内救命救急センターとの連携強化・人事交流、年度計画の策定及び進行管理などを実施し、両センター間の内部統制に務めた。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。

医師の働き方改革が求められる中、いわゆる A 水準と言われる時間外の上限よりさらに厳しい時間外上限を設定し、時間外縮減に務め、かつ安全な医療の提供、診療報酬上必要な人員配

置、弾力的な運用を行えた。

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、令和 5 年度に第 1 期６名、第 2 期生８名を輩出した。

病床稼働率については、78.9%となり、前年度より 0.2 ポイント減少した。一方、手術室手術件数については、7,466 件となり、前年度より 34 件増加し、そのうち全身麻酔下での緊急手術は 392 例となり、前年度より 9 件減少したものの、令和４年度に取得した急性期充実体制加算の要件は満たし、施設基準は維持できた。

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、新入院・新患の確保に努めたが、入院患者数および入院単価が計画に届かず、入院収益は 121.5 億円となり、前年度より 1.5 億円減少した。

入院・外来収益に新型コロナ感染症にかかる空床補償等、設備整備、職員人件費等の補助金収入約 3.5 億円（前年比マイナス 18.1 億円）等を加えた営業収益は 192.3 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、抗がん剤等の高額薬剤使用量の増があるが、特殊勤務手当（コロナ）の減、水熱源ヒートポンプマルチエアコンへの更新による影響での光熱水費の減などにより、191.5 億円となり、前年度より 0.6 億円の支出減となった。

その結果、医業収支比率は 101.1%（目標 100.3%）、営業外の収入・費用を加えた経常収支比率は 96.3%（目標 103.7%）となり、7.4 億円の赤字となった。

今後の課題として、新入院・入院患者数の増と入院単価上昇による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、さらなる人事交流、医事委託の事業者を当センターと統一するなどの効率化、毎週・毎月の会議による運営管理に努めた。救急患者についても医師増と当センターとの連携での受入体制を強化し、前年度より 204 件増の 1,106 件、応需率も 20.2 ポイント増の 70.5%まで上がった。

次に地域医療構想については、前年度大阪府に示した 106 床を高度急性期病床に移行する計画が承認された。また、地域完結型医療の遂行の向け、登録医総会を初めて開催し、地域の医師との関係強化に努めた。

施設の長寿命化、災害対応については、新型コロナウイルス感染症の影響で改修できていなかった病棟の工事完了。また、老朽化していたＭＲＩの更新実施、高エネルギー放射治療器（リニアック）の更新にも着手した。そのほか３階管理部門エリアの改修を行った。また、エネルギー棟の建設について、市の財政当局との協議を整え、令和６年度に基本設計に着手する。

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5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。 コロナ禍で減少した救急搬送受入件数、受入率を引き上げる。	ア　救急搬送受け入れ件数は、地独化後最高の件数を記録した結果、救急外来経由入院患者数、加算算定件数は目標を達成できた。これに対し受入率は、昨年度に比して改善はしているが、目標には及ばなかった。これは、救急搬送依頼件数が今までに比べて著しく増加していることが要因で、別途方策が必要と思われる。	◎	4	4	新型コロナウイルスが5類感染症に移行した後も救急搬送依頼件数は前年度と同水準で推移していたことで救急車受入率については目標達成率が7割程度に落ち込んだ。しかし、中河内救命救急センターと連携し、２４時間体制で救急患者の受入に尽力された結果、救急搬送受入件数は前年度より大きく増加し、コロナ禍前である令和元年度実績の6,288件と比較しても上回っている。また、救急外来経由入院患者数についても前年度より増加していることを評価し、「４」とした。今後も中河内救命救急センターとの密な連携により安心安全な救急医療体制の構築に努めていただきたい。

中期計画	令和5年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
イ 中河内救命救急センターとの連携（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 中河内救命救急センターと、当医療センターで受け入れ可能な患者様態を整理し、救急隊に周知することで、適切な患者搬送と受入れにつなげるようにした。その結果、救急外来経由入院患者数が増加し、特に脳血管内治療および開頭手術と心大血管手術は大きく増加した。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5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）	6,155	7,000	6,753	96.5%
救急車受入率（%）	49.9	80.0	59.1	73.9%
救急外来経由入院患者数（人）	2,886	3,500	3,520	100.6%
救急医療管理加算算定件数（件）	30,030	20,000	23,646	118.2%

（自己評価理由）
新型コロナウイルス感染症が５類に移行されてからも、新型コロナウイルス感染症患者と緊急入院を要する重症患者の受入の両立を実践した結果、救急搬送受入件数は、地独化後、過去最高の件数を記録した。また、緊急全身麻酔手術の件数も392件と急性期充実体制加算の要件（350件/年）を満たし、当該施設基準を維持したことから自己評価を「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5年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア 中河内医療圏における小児救急医療体制（輪番制）の中で中心的役割を担う。 水、金、日の小児初期救急医療・二次小児救急医療を継続して行う。また地域の休日診療所等とも協力する体制を継続する。 ・感染性疾患や喘息、アレルギー疾患、血液疾患などの検査・治療が必要な小児の外来及び入院医療を継続して行う。 ・発熱児と非発熱児の動線に配慮した小児科救急外来を整備する。（感染症診察室３周辺の再開発） ・長期入院する児の在宅移行におけるサポートを積極的に行うとともに、医療的ケア児の在宅療養を支えるためのレスパイト入院を引き続き行う。また、療養生活を送っている児の症状増悪に際しては、地域の医療機関や緊急対応可能な医療機関との連携のもと積極的に児を受け入れる。	ア 中河内医療圏における小児救急医療体制（輪番制）の中で中心的役割を担う。水、金、日の小児初期救急医療・二次小児救急医療を継続して行う。また地域の休日診療所等とも協力する体制を継続する。 ・感染性疾患や喘息、アレルギー疾患、血液疾患などの検査・治療が必要な小児の外来及び入院医療を継続して行う。 ・発熱児と非発熱児の動線に配慮した「小児発熱外来」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。	ア 令和５年５月から新型コロナウイルス感染症が５類に移行となり専用病床の確保が不要となった。これにより満床による入院受け入れ不可のケースが減少し、救急入院患者数の増加につながった。		2	3	周産期医療については、産婦人科医の欠員により令和５年８月から分娩予約の一時的な制限があったことにより各指標項目は目標を達成できなかった。しかし、現派遣元大学医局の医師引き上げの危機に対し、全国的に産科の集約化が進む中で、新たな大学医局の関連病院となり医師派遣を確保したことは大きな評価に値する。一方、小児医療については、新型コロナウイルスの感染者が減少したことで外来患者数が減少するものの、５類感染症に移行となったことにより入院受入を増やした結果、救急入院患者数が増加した。以上のことを総合的に勘案し、評価を「３」とした。公的病院としての役割を果たすため、令和６年度以降も目標達成に向けた取り組みに尽力していただきたい。

中期計画	令和5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。	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。 ・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、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。					

中期計画	令和5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4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
小児科入院患者数	8,407	10,534	8,260	78.4%
小児科外来患者数（時間内）（人）	12,915	15,000	10,884	72.6%
小児救急入院患者数（人）	286	330	364	110.3%

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。	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，地域医療機関からの受入を充実させることにより、安心・安全な周産期医療を提供する。	イ　産婦人科医局交代に伴う産婦人科医の退職および病欠等により、一時的に分娩予約に制限をかけざるを得ない状況が生じた結果、分娩数は目標に達しなかった。				
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。	ウ　保健所等の行政機関との連携をより強固にしていくことにより特定妊婦等の社会的ハイリスク症例の受け入れ体制を強化する。 また虐待等によりメンタルヘルスケアを必要とする母児に対し，医療機関・行政機関の連携により安心して出産・育児ができる医療体制を構築する。	ウ　前述のとおり、産婦人科医師の体制縮小により、ハイリスク症例についても十分に受けることができず、目標を達成することが出来なかった。				

中期計画	令和5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4年度実績 / 令和5年度目標 / 令和5年度実績 / 達成率 総分娩件数（件） / 608 / 500 / 356 / 71.2% ハイリスク分娩件数（件） / 117 / 120 / 46 / 38.3% 妊産婦緊急搬送入院診療件数（件） / 13 / 24 / 11 / 45.8% （自己評価理由） 小児医療については、外来患者数が減少する中、救急入院患者数については目標値を達成した。一方、産婦人科については、大学医局からの医師派遣が令和６年３月までで終了することを受け、新たな派遣元医局として大阪大学に協力を依頼し、令和６年度以降の医師派遣を確保した。 しかし、周産期医療に関して、医師数減もあり、すべての項目で目標値を大きく下回ったことから自己評価は「２」とした。				

第２ 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
１ 医療センターとして担うべき役割
（3）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5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。 ・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年度のがん診療の実績数では、手術件数、放射線治療延べ数の減少が目立った。婦人科がん、泌尿器科がん、消化管がんの手術件数が減少しているが、医師数の減少に伴うものが主で、今後は医師確保に努める。院内がん登録数、緩和ケア介入数、化学療法件数は増加傾向を認めたことから、ポストコロナのがん患者動向にマッチした、がん診療に取り組んでいく。 大阪国際がんセンターとのエキスパートパネル（がん遺伝子パネル検査の結果を医学的に解釈するための多職種による検討会）をオンラインで実施している。遺伝子パネル検査については過去最高の37例に上った。	◎	3	3	令和５年度は、前年度と比べがん外科手術件数及びがん放射線治療延べ患者数が減少しているが、このことについてはこれまでより、がん放射線の照射回数を減らし、患者負担を軽減できたことが要因である。上記以外の項目では前年度実績を超えることができた。また、がん遺伝子パネル検査においては、検査を始めた令和２年度の１０件から令和５年度は３７件と大幅に増加している。以上のことを総合的に勘案し、評価を「３」とした。 しかし、前年度評価においても指摘しているが呼吸器内科の確保に向けた取り組みについてはより一層努めていただきたいと思う。

中期計画	令和5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。	腫瘍科医については、一人確保できた。がんゲノムコーディネーターの育成は国の研修事業が休止している状況。ＨＢＯＣ患者への全人的医療提供については、産婦人科の体制確保ができていない。				
・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、また、新興感染症対応を強化するうえで必要な医師について、理事長、院長を先頭に大学への働きかけを強化する。	呼吸器内科医の招へいについては、継続して行っているが、医師派遣には至っていない。				
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　多職種からなる緩和ケアセンターの体制を維持し、さらなる充実を目指すことで、緩和ケアチームの介入件数は目標を大幅に上回った。				

中期計画	令和5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
・研修会、カンファレンスの開催により、地域の緩和ケアをリードし、在宅緩和ケア体制を支援する。 ウ がんに関する相談支援と情報提供について患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者と家族にとってより相談しやすい相談支援体制を実現する。	・研修会、カンファレンスの開催により、地域の緩和ケアをリードし、在宅緩和ケア体制を支援する。 ウ がんに関する相談支援と情報提供について患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者と家族にとってより相談しやすい相談支援体制を実現する。	ウ がん相談支援センターにより、相談支援体制を実現している。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5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）	823	1,100	747	67.9%
がん内視鏡手術件数（件） （ESD,EMR）	232	270	231	85.6%
がん放射線治療延べ患者数（人）	6,226	6,500	5,288	81.4%
がん外来化学療法延べ患者数（人）	4,458	4,200	4,850	115.5%
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」	1,598	1,700	1,664	97.9%
緩和ケアチーム新規介入件数（件）	288	250	446	178.4%

（自己評価理由）
産婦人科の縮小の影響はあったが、他施設との連携，及び院内の多職種連携専門チームでがん診療を行った結果、国指定の「地域がん診療連携拠点病院」の要件を十分満たしたため自己評価は「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5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。	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、脳血管疾患はt-PA実施件数を除き、目標値を大幅に増加して達成している。また、認知症に関する項目も外来新患人数は前年度実績より増加、認知症ケア加算算定の実績件数は目標を達成している。しかし、糖尿病における指標は令和５年度においても目標を達成することが出来ず、引き続き課題であることからも評価は前年度と同様に「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 脳卒中等の脳血管疾患 ・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 脳卒中ホットラインの体制を維持し、２４時間３６５日脳卒中患者の受け入れ、開頭手術、血管内手術件数の増加に努めた。				

中期計画	令和5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。	・脳卒中の病態と患者の状態に応じた最新かつ最適な外科治療・内科治療、それと平行して機能回復を目指した急性期理学療法を集中的に行い、回復期リハビリ施設とも連携を図り 早期回復へ繋げる。					
・原因となる基礎疾患や血管障害の悪化因子を明らかとし、再発予防に向けた治療を行い、地域医療機関等へ情報提供を行い連携する。	・原因となる基礎疾患や血管障害の悪化因子を明らかとし、再発予防に向けた治療を行い、地域医療機関等へ情報提供を行い連携する。					

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5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	16	5	31.3%
脳血管内治療実施件数（件）（入院2日目までの実施件数）	31	30	50	166.7%
開頭手術（直達）件数（件）	85	50	170	340.0%
脳卒中救急患者受入れ件数（件）	299	210	271	129.0%
脳血管疾患患者の入院日数（日）	24	16	18	87.5%
脳血管疾患患者の退院時情報提供数（件）	192	180	212	117.8%

中期計画	令和5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 心筋梗塞等の心血管疾患	イ　心筋梗塞等の心血管疾患					
	・ＴＡＶＩ（経カテーテル的大動脈弁置換術）の施設基準取得	ＴＡＶＩ（経カテーテル的大動脈弁置換術）の施設基準取得および開始することができた。				
・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。	・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メリットと活かし、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。	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ことができた。				
・ＩＡＢＰ(大動脈内バルーンパンピング)、ＰＣＰＳ（経皮的心肺補助)など、重篤で緊急性の高い循環器疾患患者に24時間体制で対応する。	・ＩＡＢＰ(大動脈内バルーンパンピング)、ＰＣＰＳ（経皮的心肺補助)など、重篤で緊急性の高い循環器疾患患者に２４時間体制で対応する。	ＩＡＢＰ(大動脈内バルーンパンピング)、ＰＣＰＳ（経皮的心肺補助)など、重篤で緊急性の高い循環器疾患患者に２４時間体制で対応することができた。				
・内科的治療抵抗性の外科的治療を要する冠動脈、弁膜症などの心疾患の外科的治療を提供する。	・内科的治療抵抗性の外科的治療を要する冠動脈、弁膜症などの心疾患の外科的治療を提供する。	内科的治療抵抗性の外科的治療を要する冠動脈、弁膜症などの心疾患の外科的治療を提供することができた。				

中期計画	令和5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
・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。	診療体制不足により、心臓センターホットラインを一定期間受け入れ体制を縮小した。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5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）	281	300	259	86.3%
心大血管手術件数（件）	115	90	117	130.0%

ウ 糖尿病 ・二次予防・重症化予防及び三次予防に重点を置いた医療を提供する。	ウ 糖尿病 ・二次予防・重症化予防及び三次予防に重点を置いた医療を提供する。	ウ 糖尿病腎症患者（初診）については、市民や各診療機関への啓発を行い、患者の増加に努めたがポストコロナの影響により前年度実績を下回った。				
・糖尿病性腎症の重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨を行い治療に繋げる。	・糖尿病性腎症の重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨を行い治療に繋げる。					
・重症化リスクの高い者に対して対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する。	・重症化リスクの高い者に対して対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する。					

中期計画	令和5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
・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。	・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。					

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
糖尿病腎症患者数（初診）（人）	67	100	55	55.0%
糖尿病透析予防指導実施件数	11	25	6	24.0%
血糖コントロール不可例の教育入院件数（件）	31	30	25	83.3%

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　認知症診療に関しては紹介数が前年から横ばいであり、ほとんど増加しなかった。脳神経内科でも認知症外来を実施しており、当院は既に地域全体の需要に対応できている可能性も考えられる。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。				

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和5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>・認知症外来診療を精神科でも開始した。これまで神経内科が主に担当してきたが、今後当科において強化していく。

・依存症やその他の専門治療プログラムが必要な疾患など、医療センターで対応困難な場合には、対応可能な精神科施設を紹介する。</td><td>・認知症外来診療を継続していく。

・依存症やその他の専門治療プログラムが必要な疾患など、医療センターで対応困難な場合には、対応可能な精神科施設を紹介する。</td><td>認知症外来の新患数は152人で前年度より増加したが、目標を達成することはできなかった。しかし、認知症ケア加算の算定実績は目標を達成することが出来た。

（自己評価理由）
脳血管疾患関係では前年度に引き続き、目標値を上回る実績を残した。
心血管疾患については、24時間365日の体制を維持できない期間もあったが、TAVI（経カテーテル的大動脈弁置換術）の施設基準も取得し開始することができた。
しかし、自己評価としてはｔ－PA、PCI、糖尿病関連が目標を達成していないことから「３」とした。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
認知症　外来新患人数（人）	144	200	152	76.0%
認知症ケア加算算定の実績件数	9,566	7,500	8,110	108.1%

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5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４版に基づき、令和５年１１月１７日(金)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５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５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、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５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５年１０月２３日(月)に外来部門の看護師・技師・事務員・及び委託業者、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実施した。浸水対策としてのアクアブロックの設置、垂直避難のルートと方策の検証を行い、検証結果を基に水害時の避難確保計画第４版を策定した。		3	3	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てきた。災害対策に関する平時からの取り組みを継続してきた結果、令和６年１月１日に発生した能登半島地震に際してはＤＭＡＴ隊員を派遣し、被災地支援に貢献したことにも繋がり、災害時医療にかかる全体的な評価としては「３」とした。

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和5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 令和６年能登半島地震での被災地支援として、中河内救命救急センターと合同でＤＭＡＴ隊員を派遣した（令和６年１月２９日～２月１日）。院内報告会を中河内救命救急センターと合同で令和６年３月２５日に実施した。
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。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="5"><table>
<tr><th>項　目</th><th>令和4年度実績</th><th>令和5年度目標</th><th>令和5年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>BCP整備・毎年見直し実施</td><td>実　施</td><td>実　施</td><td>実　施</td><td>－</td></tr>
<tr><td>災害時院内マニュアルの整備</td><td>実　施</td><td>実　施</td><td>実　施</td><td>－</td></tr>
<tr><td>合同災害訓練の実施（1回/年）
（中河内救命センターと共同）</td><td>実　施</td><td>実　施</td><td>実　施</td><td>－</td></tr>
<tr><td>EMIS(広域災害・救急医療情報システム）への参加</td><td>実　施</td><td>実　施</td><td>実　施</td><td>－</td></tr>
</table>
（自己評価理由）
　災害時院内マニュアル（ＢＣＰ、水害時の避難確保計画、防火・防災管理に係る消防計画）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の訓練、および水害時の訓練も新たに実施した。そのほか石川県へのＤＭＡＴ派遣を実施した点などから自己評価は「３」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 （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5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 新型コロナウイルス感染症が感染症法上の５類に移行する５月７日までの間、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運用し、中河内救命救急センターと連携し、患者受入を行うとともに、５類移行準備を進める。	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　５月７日まで新型コロナウイルス感染症中等症・重症病院として、その後も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、感染症病床を確保した。 　新型コロナウイルス感染症が５類に移行した後も大阪府の要請に対応し、感染症病床を確保した。	◎	4	3	新型コロナウイルスの５類感染症移行後も院内感染対策を継続し、感染症対策にかかる各種マニュアルを整備した。 平時からの取り組みについて、感染症に対する情報収集や防護具等の備蓄にも努めたということであるが総合的な評価としては、評価基準のとおり年度計画を順調に実施していることから評価を「３」とした。

中期計画	令和5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マニュアルの見直しを行うとともに、「新興感染症に関するＢＣＰ」（案）を作成した。				
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 新型コロナウイルス感染症以外の感染症に関する情報収集を継続すると共に、マニュアルや院内感染対策用の備品を整備する。	エ　新型コロナウイルス以外の感染症に関する情報収集を行うとともに、防護具についても必要数の備蓄を行っている。				
エ 新型コロナウイルス以外の新型ウイルス感染症に関する情報収集を継続すると共に、マニュアルや院内感染対策用の備品を整備する。						

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5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	策　　定	整　　備	整備案策定	－
PCR検査体制の整備（大阪府・東大阪市の要請対応）	整　　備	見　直　し	協 定 締 結	－
新型感染症にかかる外来体制の整備（大阪府・東大阪市の要請対応）	整　　備	見　直　し	協 定 締 結	－
新型感染症にかかる入院体制の整備（大阪府・東大阪市の要請対応）	整　　備	見　直　し	協 定 締 結	－

中期計画	令和5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が５類移行後も、引き続き新型コロナウイルス感染症患者の受入れを積極的に行ってきた。これまでの特定の病棟での受入れから、一般病棟でも受入れ可能な体制をとり、複数の病棟で柔軟に受け入れることで、他の急性期医療との両立を実施してきた点から自己評価は「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
（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5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 市民への啓発のための講座についてOn siteに限らずWebでの開催も検討したが、体制面での課題があり、実施には至らなかった。 人間ドック・健診センターについては、体制を維持し疾病予防に努めた。		3	3	市民公開講座や治験については、これまで新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、実施を縮小していた項目であったが５類感染症移行後においても実施することが出来なかった。また、臨床研究実施件数も前年度と比較し、半数程度となっている。しかし、難病医療や保健福祉行政との連携については、着実に実施していることから総合的に判断し、評価を「３」とした。

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5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	実　　施	継　　続	実　　施	－

中期計画	令和5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機関に安心して受診でき、療養を継続できる体制（難病診療連携体制）を構築していく。	イ 難病については、入院延件数は目標を下回ったが、外来診療実績を示す指導管理件数はほぼ目標を達成した。引き続き関連各科での講座の配信など難病に関する情報の発信に努め、難病患者の診療（新患・入院）につながる啓発を進めていく。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
難病患者等入院診療延べ件数（件）	2,154	2,300	1,854	80.6%
難病外来指導管理件数（件）	5,470	5,550	5,479	98.7%

中期計画	令和5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。 ・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 治験に関してはＳＭＯ（治験案件紹介及びＣＲＣ派遣業務）の体制不足もあり、令和５年度の治験は全く実施出来なかった。 引き続き依頼者等から当センターが選定してもらえる人員体制の構築に努める。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
治験実施件数（件）	3	15	0	0.0%
臨床研究実施件数（件）	110	90	54	60.0%

中期計画	令和5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　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。 　引き続きレピラ（東大阪市立障害児者支援センター）とも連携し、運動発達遅滞を有する児や言語発達遅滞を有する児を紹介し当院と連携して診療を行っている。令和４年度はレピラの体制の問題で紹介件数が大きく減ったが、令和５年度は紹介可能となり増加した。なお、放射線技師の応援は引き続き行っている。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5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）	7	30	26	86.7%

中期計画	令和5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 月経に関する様々な身体症状・更年期症候群などの女性ホルモンが関与する疾患をはじめ、骨粗しょう症・骨盤臓器脱などの加齢変化、社会環境の変容に伴う女性心身医学など、女性医学に関する診療体制を充実させる。	オ　産婦人科の体制の変化があり、積極的な診療体制の充実には至っていない。ただし、外来枠を確保して女性医学外来の診療は維持した。				
	カ 血液内科の充実 悪性リンパ腫・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　悪性リンパ腫・骨髄異形成症候群などの診断を外来にて実施した。急性白血病など緊急性が必要と思われる場合や入院が必要と思われる場合は、入院可能な医療機関を提示・紹介した。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5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・臨床研究の推進については、人員不足もあり目標値を達成できなかった。
保健福祉行政との連携、血液内科については、概ね達成できた。
女性医学については、産婦人科の医師派遣が令和６年３月で終了することもあり積極的な取組は行えなかったが、必要な医療は提供してきた点から自己評価を「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 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5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 入院患者満足度調査を全病棟で実施し、令和４年度を上回る結果を得た。外来患者満足度調査結果も同様で、入院および外来患者の満足度は目標を達成した。患者サービス医療環境向上委員会において、令和5年度は入院患者への案内に加えて外来患者への受診案内を発行し、病院内におけるFree Wi-Fiの利用広報、清掃評価を行うなど、医療環境及び患者サービスの現状と課題を把握し、対応に努めている。		3	3	患者満足度調査については前年度と同様に外来患者の待ち時間に対する不満があり、目標を達成することが出来ず、受付から診察・検査・会計までにおけるオペレーションや各種システム整備も含めて改善の検討が必要と思われる。しかし、他の項目では目標値または前年度実績を超えており、結果としては良好であったと判断し、法人の評価と同じく「３」とした。

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
入院患者満足度＞90%	達成（98.3）	達成（＞90.0）	達成（99.1）	-
外来患者満足度＞90%	達成（98.0）	達成（＞90.0）	達成（97.2）	-
患者サービス医療環境向上委員会開催（月1回以上）	年12回実施	年10回実施	年12回実施	-

中期計画	令和5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　患者等のご意見及び患者満足度調査結果に対して、関係部署で迅速な改善に取り組み、対応策を院内掲示等で公表して患者サービスの向上を図る。普段から接遇の大切さを浸透させ、全職員が常に患者や家族の立場に立ち、誠意を持った対応をすることに取組む。	イ　患者等のご意見及び患者満足度調査結果に対して、関係部署で迅速な改善に取り組み、対応策を院内掲示等で公表して患者サービスの向上を図る。委託業者を含む全職員に接遇の大切さを浸透させ、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。 また、コロナ禍において、原則禁止していた家族の面会について、感染対策に配慮しつつ再開の準備を進める。敷地内禁煙の取組及び職員への禁煙啓発を継続して行う。	イ　患者等のご意見および改善措置等は、月単位で委員会内における共有を図ると同時に病院１階の患者情報コーナーへ掲示し公表している。また幹部職員への回覧、所属長会での報告と資料配信により、職員への周知を図っている。 　患者家族の面会については、病棟運営委員会および医事課により予約制の対面面会が再開され、オンライン面会と併せて家族面会の機会が増えている。このような現状を踏まえて、患者サービス医療環境向上委員会では感染対策を考慮した荷物の受け渡し方法について検討している。 　敷地内禁煙については、患者サービス医療環境向上委員による毎月の禁煙ラウンド、職員による禁煙バッヂの装着及び禁煙ポスター掲示に加えて、患者に配布する各種印刷物への禁煙表示と館内放送にて、敷地内禁煙を啓発している。令和5年度から、職員への禁煙教育としてe-ラーニングによる禁煙研修を実施した。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
職員接遇研修会開催（年2回以上）	実　施	実　施	実　施	－

中期計画	令和5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）。	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）。	ウ 患者総合支援センターの入退院センターにおける入院前支援は、主に看護師・薬剤師・管理栄養士により面談方式で実施している。特に予定入院患者の約9割は入退院センターでの入院前支援を受けており、療養や入院生活における不安の解消や、入院診療に応じた服薬・休薬、適切な食事の提供に繋がっている。また退院困難が予測される患者については看護師とＭＳＷの連携により入院前の退院支援介入を行っている。				
・患者支援窓口（医療相談窓口）において、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応する体制を充実させる。	・患者支援窓口（医療相談窓口）において、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応する体制を充実させる。	患者総合支援センターの患者サポートセンターにおいては、看護師及びＭＳＷが相談者から相談内容を聞き取り、必要に応じて医事課やがん相談支援センター、医療安全管理室と連携を行い相談に対応している。				
・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。					

中期計画	令和5年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
・面会が困難な情勢・状況において、オンライン面会・遠隔面会システム、ビデオ通話（説明）等の導入を検討し、患者・家族へのサービス向上を図る。	・面会が困難な状況の間は、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4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
入院時支援実施件数（件）	4,230	3,900	7,254	186.0%

エ 外来での院内滞在時間短縮のため、外来業務プロセス改革を継続して行う。 以下の外来運用システム（「自動再来受付機」、「患者番号表示モニター」、「診療費後払いシステム」等）の構築を図る。	エ 外来での院内滞在時間短縮のため、外来業務プロセス改革を継続して行う。以下の外来運用システム（「自動再来受付機」、「患者番号表示モニター」、「診療費後払いシステム」等）の更なる運用の充実と周知徹底。	エ　外来業務プロセス改革について、紹介状窓口の移設を行い、紹介患者の待機場所を広い場所に移すことで、患者ストレスフリーを目指す環境整備につなげた。引き続き「診療費後払いシステム」活用の誘導を行っているが、使用率は微増に留まった。				
	・顔認証付きカードリーダーによるオンライン資格確認システムの活用。	オンライン資格確認システムは、引き続き有効に活用している。				
・午前時間帯によって混雑する血液採取体制（採血室）を拡充する。	・午前時間帯によって混雑する血液採取体制（採血室）を拡充する。	・他の改修工事との兼ね合いで、今期採血室の拡充工事は行えていない。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
患者待ち時間アンケート調査（外来）＞80%（患者満足度調査項目）	実施（76.1）	実施（＞80.0）	実施（75.7）	－
自動再来受付機等の整備	整　備	整　備	整　備	－
診療費後払いシステムの導入	整　備	整　備	整　備	－

中期計画	令和5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 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。 ・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。	オ 上記のウと同様の入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師及び社会福祉士を配置し、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう支援する。 ・入院後早期より長期入院や退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援看護師、社会福祉士及び関係職種（薬剤師、管理栄養士、理学療法士など）による退院支援計画書策定など、退院調整を行う体制を充実させる。 ・入院患者に対して、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入院初期より介入し、早期退院または転院に向けて調整する。	オ メディカルサポートセンターの患者総合支援センターおよび地域医療連携室に、入退院支援や地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師・社会福祉士を配置して患者・家族への支援に努めたことにより、令和４年度を超える入退院支援が実施できた。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
入退院支援実施件数（件）	9,521	12,000	10,488	87.4%

中期計画	令和5年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
カ 退院後の療養について、在宅療養担当医療機関又は介護保険施設等と共同して説明・指導の支援を行う。共同指導は対面で行うことが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて行うことも可能とする。その場合、個人情報保護のため、厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守する。	カ 退院後の療養について、在宅療養担当医療機関又は介護保険施設等と共同して説明・指導の支援を行う。共同指導は対面で行うことが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて行うことも可能とする。その場合、個人情報保護のため、厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守する。	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・指導の支援を行った。新型コロナウイルス感染症が感染症分類５類になったこともあり、対面での共同指導が増えつつあるが、感染対策だけでなく遠隔地の家族等の参加を促す手段として、Zoomによる対面指導が増えている。 （自己評価理由） 患者満足度のモニタリングやご意見を受けての改善など、患者満足向上に努めている。また、多職種連携による入院時支援実施件数の大幅増など、急性期医療機関としての役割を果たすべく取り組んでいる。これらのことから、患者満足度を得たと判断し、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 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5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　外来サインのリニューアルおよび駐輪場におけるサイクルポートの改修を行い、環境整備と照明ＬＥＤ化を同時に行い利用者の利便性の向上を図った。		3	3	院内環境の快適性の向上にかかる施設整備については、外来エリアのサイン見直しなど一部未完了の部分もあるが、病棟浴室のシャワールーム化が令和５年５月に完了し、入院患者の生活環境の向上に寄与することが出来たことから評価基準に基づき、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。	新型コロナウイルス感染症患者受入のため、工事が出来ていなかった病棟についても、５類移行に伴い、シャワールームの工事を完了することが出来た。				
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　院内Free Wi-Fiについて、一部電波の弱い個所があるとのご意見をいただいていたこともあり、院内のWi-Fi環境を調査のうえ、アクセスポイントを増設し、改善を図った。				

中期計画	令和5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見極め、活動の再開を進めていく。	ウ　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５類移行を受け、ボランティア活動を１２月から再開した。しかし、ボランティア登録者の人数が減っており、緩和病棟でのティーサービス、患者相談支援センターの催し物の支援に留まっており、今後、登録者数増大が課題となっている。				
	エ 特別室のリニューアルに向けて、コンサルタントを交えて方向性を検討する。	エ　特別室のリニューアルにおいては、コンサルタント業者をいれて、病院美化委員会において検討している。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5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	整　　備	未　実　施	－
2）病棟浴室のシャワー化（浴槽の撤去）	概ね実施	整　　備	実　　施	－

中期計画	令和5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　省エネに関する取り組みの一環として、薬剤部や中央滅菌材料室、本館１階エリア、地下１階栄養室（厨房含む）、３階リハビリ室のLED化を完了した。				
	カ 外来エリアにおいて、案内板等のサインをリニューアルし、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　センター内美化および利便性・視認性の向上を目的とした外来エリアサインのリニューアルは、本館地下1階から３階の一部において、統一された色調やデザインのサイン施工を完了し、来院者への誘導が向上した。				
	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。	キ　病棟における手摺や壁の補修等については、順次実施し、残り３病棟を令和６年度に実施する予定。 （自己評価理由） 新型コロナウイルスの影響でシャワー化が実施できていなかった病棟についても、改修が完了した。さらに外来エリアのサインの見直しなど、来院者が利用しやすい環境の整備を実施した。また、ボランティアの活動についても一部再開し始めたことなどから、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5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 令和5年２月に受審した日本医療機能評価機構の病院機能評価において課題となった点の改善を図り、提供する医療の質を高めていく。また、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　令和５年２月に受審した病院機能評価について、「認定」を受けた。 また、卒後臨床研修評価機構の臨床研修評価も「認定」を受けている。令和５年度に実施した研修医募集に対しては、地独化後最高の81件の応募があった。		3	3	法人の評価を妥当とし、評価を「３」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 インフォームド・コンセントについては、そのあり方や記録方法を随時啓発している。				

中期計画	令和5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） ※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	第三者の介入として、臨床倫理検討委員会を年２回開催した。				
ウ　医療の質の向上を図る。	ウ　医療の質の向上を図る。	ウ　医療安全において、近隣の加算Ⅰ・Ⅱを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。				
・チーム医療及びクリニカルパスの充実	・チーム医療の充実					
・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					
・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5年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
	・質改善活動の中核となる人物（QM：クオリティ マネージャー）の育成					
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 医療安全では、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、心理的安全性な職場風土の醸成に取り組んでいる。 「医の倫理に関すること」を事務分掌として明記し（法人本部）、法人として対応をすすめている。 「身寄りのない患者さんへの対応要領」「輸血拒否（宗教的理由を含む。）への対応要領」について職員へ啓発した ICT研修については、当院の感染対策に即したオリジナル研修動画を作成し、WEB研修を実施した。受講対象者全ての方に受講してもらえるようフォローを行った。				
・医療安全チェックシートによる自主点検、医療安全相互チェック、医療安全に関する研修、（医療安全推進週間）等を継続して実施するなど、医療安全の充実を図る。	・医療安全チェックシートによる自主点検、医療安全相互チェック、医療安全に関する研修、（医療安全推進週間）等を継続して実施するなど、医療安全の充実を図る。					
・職員への積極的な情報発信及び研修企画	・職員への積極的な情報発信及び研修企画					
・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					

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和5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>・効果的な対策の企画と評価

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>・効果的な対策の企画と評価

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。

<table>
<tr><th>項　目</th><th>令和4年度実績</th><th>令和5年度目標</th><th>令和5年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>日本医療機能評価機構認定病院（再掲）</td><td>認　　定</td><td>認　　定</td><td>認　　定</td><td>－</td></tr>
<tr><td>卒後臨床研修評価機構認定病院</td><td>認　　定</td><td>認　　定</td><td>認　　定</td><td>－</td></tr>
<tr><td>医療安全研修受講率（%）</td><td>87.9</td><td>100.0</td><td>100.0</td><td>100.0%</td></tr>
<tr><td>感染防止（ICT）研修受講率（%）</td><td>100.0</td><td>100.0</td><td>100.0</td><td>100.0%</td></tr>
</table>

（自己評価理由）
医療安全において近隣の医療機関と相互カンファレンスを実施するなどして、第三者の意見を取り入れ業務改善に努めている。また、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）に加え、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）に参加している。
医療安全研修、感染防止（ＩＣＴ）研修は独自に研修資料を作成し、徹底した後追いにより受講率１００%を達成したことなどから自己評価を「３」とした。</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

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

中期目標	ア ウェブサイト等により、受診案内、医療情報、診療実績及び法人の経営状況等を積極的に発信することで患者や地域との信頼関係を築き、選ばれる病院となるよう努めること。 イ 患者の権利を尊重するとともに、個人情報保護について適切に対処し、信頼性の向上に努めること。

中期計画	令和5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　昨年度立ち上げた「ホームページ・ソーシャルネットワークシステム管理委員会」において、病院紹介動画及び各部門採用動画（医務局、看護局、薬剤部、医療技術局（リハビリテーション技術科、栄養管理科、臨床技術係、放射線技術科、臨床検査技術科、臨床工学科）、事務局・地域医療連携室）を作成し、HP及びYouTubeにて公開した。	◎	3	3	法人評価のとおり、医療情報のデジタル化やペーパーレス化などＤＸの推進が図られた。また、令和３年度に起こったサイバー攻撃がきっかけとなり、セキュリティ強化にかかる様々なシステム導入が行われ、新たな運用が令和５年度から本格実施されたことにより、医療情報の発信及び個人情報の保護が適切に遂行されたことから、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・ソーシャルネットワークシステム管理委員会を中心に、動画配信などの広報に取組む。					
・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。	・経営情報を広く職員へ周知するため、所属長会出席者に配布していた資料をペーパレス化するとともに、資料をグループウェア上に公開した。				

中期計画	令和5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 個人情報保護法の改正に伴う院内規程の改正を行うとともに委託業者を含む職員に対して、個人情報保護の取り扱いについてアンケートを実施するなど啓蒙活動を実施した。				
・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、委託業者を含む職員に対して個人情報保護の意識啓発を行う。					
・医療センターが保有する診療情報等の個人情報については、外部に流出することがないよう、個人情報保護の重要性を周知徹底する等の対策を講じる。	・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、委託業者も含む全ての職員に対し、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。					
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 手術室で使用する多様な材料の請求漏れを防ぐ観点から、RFIDタグを活用した診療録への記録、請求情報の医事連携を実施し、精度向上および医療情報のデジタル化の推進を行った。				
・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。					

中期計画	令和5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
	・レセプトチェックシステムを活用し、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。	レセプトチェックソフトの導入や手術材料等のRFID導入により診療報酬の精度向上に努めている。				
・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。	・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。	診断群分流医包括評価（DPC）調査（厚生労働省）の基準に基づき、適切なDPCデータを提出した。				
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、サイバー攻撃の対策を講じ、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　サイバー攻撃に対応するため、令和４年度末には、現行のバックアップシステムのみならず、早期診療再開に向け新たにＶＮＡ（Vendor neutral Archive）システムを導入し、さらにＶＮＡシステムでカバーできない診療関連情報を保管管理するＤＷＨ（Data Ware House）システムを令和５年度に導入した。更に、病院情報システム系ネットワークのみならず、事務系ネットワークにおいても同様のセキュリティ対策を順次適応を行った。また、新たに厚生労働省から出された「医療情報システムの安全管理に関するガイドラインVer.6.0」に準じてＣＳＩＲＴ（Computer Security Incident Respons Team）の体制を明確化した。				

中期計画	令和5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） 病院ホームページ・ソーシャルネットワークシステム管理委員会により病院紹介動画及び各部門採用動画を作成するなど積極的な情報発信に務めた。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5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 今年度新たに設けた総長の陣頭指揮のもと、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。 以下の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。	年間紹介患者数は17,855人（月平均1,488人）、逆紹介数は47,524人（月平均3,960人）で、令和５年度の目標を達成することができた。コロナ外来が終了となり紹介患者数は令和４年度より減少したが、逆紹介患者数は令和４年度より増加した。		4	4	紹介患者数、逆紹介患者数、高額医療機器の共同利用の受託件数及びがん治療連携計画策定件数が目標値を上回った結果、退院時診療情報提供件数を除く全ての項目で目標を達成した。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の機能強化が図られていることからも法人の自己評価と同じく「４」とした。
・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	入院日数がＤＰＣⅡ期超かつ20日を超えた患者数及び状況について毎週の幹部会議で報告を行い、退院調整による長期入院患者の減を図り、病床の回転を早くして新規入院患者の受け入れ促進に繋げる取り組みを継続した。				
・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					

中期計画	令和5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					
・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）	MRI更新のため１台しか稼働出来ない期間があり、令和４年度より件数が減少した。また、PET-CTは修理が必要な状態となり、１１月以降は検査ができていない状況であるが、共同利用の件数目標は達成することができた。				

中期計画	令和5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 具体的には以下の方策を進める。 ・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。 ・毎年発行している、診療案内を大幅に見直しより詳細な内容へ更新する。上記の診療案内を有効利用し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発信）。	退院時診療情報提供件数は令和４年度末に新システムを導入し、紹介元医療機関への件数は令和４年度より増加しているが、目標件数には達していない。医師および医師事務作業補助者との協働により、取り組みをさらに進めていく必要がある。				

中期計画	令和5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4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
紹介患者数（初診に限る）（人）	19,696	16,500	17,855	108.2%
逆紹介患者数（人）	45,303	45,000	47,524	105.6%
高額医療機器の共同利用の受託件数（件）	3,337	3,000	3,265	108.8%
紹介元医療機関への退院時診療情報提供の件数（件）	4,492	7,200	5,195	72.2%
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）	3,617	2,400	3,488	145.3%
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）	64	48	90	187.5%

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　当センターにおける診療およびチーム医療を地域の医療機関へ広く周知し、登録医など連携する医療機関で活用していただくために、診療案内の装丁を一新するとともに内容、構成、写真等を見直し、各診療科だけでなく中央診療部門である各センターや部局の紹介を含めた診療案内を発行した。
医療従事者向け研修会は13回、スクラム会は５回開催し、計209名の参加があった。広報誌は4種類を15回発行し、診療科紹介、研修案内・報告、新たな取り組み等を掲載した。
新しく結成されたセンターの冊子、チラシ等も作成し、広報資料とした。
令和５年度は、地域医療支援病院の認定を受けてから初めての第1回地域医療連携登録医総会を開催し、登録医療機関への医療連携表示プレートの贈呈や特別講演、情報交換会に188名の参加を得て、当センターと連携医療機関との交流を図った。

中期計画	令和5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4年度実績	令和5年度目標	令和5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）	令和５年度実施	実　施	実　施	－
地域医療従事者向け研修会の開催（年12回以上）の実施	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大幅に上回り達成した。かかりつけ医アンケートの実施、研修会も１３回実施し、さらに地独化後、初めて登録医総会を実施し、地域との連携強化をさらに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5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　新型コロナウイルス感染症が5類に移行され、面会制限が緩和されたこともあり、患者の関係者が来訪する機会が増え、退院時共同指導及び患者紹介・情報提供、退院時連携指導及び患者紹介・情報提供の件数は、大幅に増え、目標を達成した。 イ　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ために、入院前からの退院支援を進めると同時に、円滑な転院、在宅調整の連携強化を更に推進する。		3	3	令和５年度は新型コロナウイルスが５類感染症に移行されたことにより患者やその家族との面会制限が緩和され、退院時共同指導及び患者紹介・情報提供、退院時連携指導及び患者紹介・情報提供の件数は前年度より飛躍的に増加し、目標値を大きく上回った。また、高度急性期・急性期病院の役割について関係機関との連携強化を進めたことも評価し、法人の自己評価と同じく「３」とした。
・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。					

中期計画	令和5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。					
・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。					

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和5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・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。</td><td>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。</td><td>ウ　地域医療支援病院運営委員会をはじめ、当センターが引き続き中心的な役割を担い、ネットワーク構築に貢献している。

<table>
<tr><th>項　目</th><th>令和4年度実績</th><th>令和5年度目標</th><th>令和5年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>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</td><td>132</td><td>190</td><td>266</td><td>140.0%</td></tr>
<tr><td>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</td><td>105</td><td>150</td><td>203</td><td>135.3%</td></tr>
</table>

（自己評価理由）
新型コロナウイルス感染症の５類移行後、患者関係者の来院機会が増え、退院時共同指導および患者紹介・情報提供の件数も伸び、目標を達成したなどから自己評価を「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
（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5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」	令和４年度に見直した理念及び基本方針に基づく病院運営を進めていく。 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	令和４年度に見直した理念及び基本方針に基づく病院運営を進めていくに当たり、昨年同様、ホームページ、院内各所への掲示、刊行物への掲載、新入職員に対する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。	◎	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5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
・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。	・委託業者を含む全ての職員が理念、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。 （自己評価理由） 理念及び基本方針の周知については、事務局で唱和の励行などを図った。また、委託業者に関しても委員会等への参加により目的達成に向けた取組を協働して行ってきた点から自己評価は「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
（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5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。	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ために設置した法人本部を中心に、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 理事長、新総長、新院長の体制のもとで、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。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	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、法人本部を令和４年に設置した。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 法人本部会議を毎週開催し、内部統制の構築・運用について適宜議論し、業務の適切な執行に努めた。	◎	3	3	各指標の項目が実施されており、法人本部を中心に内部統制に関する取り組みも適切に対応されていることから評価は「３」とした。

中期計画	令和5年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
また、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。	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。	1）2）令和４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、毎週の経営会議、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5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
	・法人の意思決定プロセスにおいて、トップダウンとボトムアップを適切に組み合わせるとともに、過程の透明性を確保する。					
・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。	・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。					

中期計画	令和5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
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	3）業務改善委員会を活用しながら入院・外来等の業務マニュアルなどの点検、改定、周知を行った。				
	・医の倫理基準の遵守意識の啓発					
・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5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その内容は内部統制委員会、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。 再発防止（未然防止）に向け、職員に注意喚起をした。				
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４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。				
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５年度は救急外来改修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5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>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。

<table>
<tr><th>項　目</th><th>令和4年度実績</th><th>令和5年度目標</th><th>令和5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>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>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>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）
　令和４年度に設置した法人本部の下、中河内救命救急センターとの連携強化・人事交流、年度計画の策定及び進行管理などを実施し、両センター間の内部統制に努めた。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5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、当直許可申請、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　医師全体としては、時間外勤務は昨年度に比して減少したが、一部診療科では医師数減少に伴い時間外勤務の増加となった。引き続き医師数の増加を図ることで医師の負担を軽減し時間外勤務を縮減できるよう取り組んでいく。		3	3	法人の評価を妥当とし、評価を「３」とした。
イ 看護局 病床稼働率や病床回転率、重症度、医療・看護必要度の重症患者割合等により、看護職員の傾斜配置を検討する。また、患者数や業務内容及び診療報酬に対応出来る適正配置に努めると同時に、短時間勤務や12 時間夜勤、夜勤専従勤務等を促進し、多様で柔軟な勤務体制の構築と人員配置を検討する。	イ 看護局 病床稼働率や病床回転率、重症度、医療・看護必要度の重症患者割合等により、看護職員の傾斜配置を検討する。また、患者数や業務内容及び診療報酬に対応出来る適正配置に努めると同時に、短時間勤務や１２時間夜勤、夜勤専従勤務等を促進し、多様で柔軟な勤務体制の構築と人員配置を検討する。	イ　令和５年度の重症度、医療・看護必要度の年間平均は、35.5%で診療報酬上の要件をクリアできた。新型コロナウイルス感染症の５類移行に伴う病棟再編に従い、看護職員の異動を行った。年間を通じて急性期一般入院基本料１の算定基準を満たすことができた。 また、昨年より配置している病床管理専従看護師長が、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、ＮＩＣＵ以外に12時間夜勤導入はなかった。				

中期計画	令和5年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ウ 薬剤部 医療の質を向上するべく、患者に対する薬物治療に適切な介入を行い貢献するための人員配置を行う。院内での医薬品の安全管理と適正な供給に務めるとともに、新たな診療報酬算定による収益増、患者支援拡充に必要な効率的かつ効果的 な配置を検討する。	ウ 薬剤部 医療の質を向上するべく、患者に対する薬物治療に適切な介入を行い貢献するための人員配置を行う。院内での医薬品の安全管理と適正な供給に務めるとともに、新たな診療報酬算定による収益増、患者支援拡充に必要な効率的かつ効果的な配置を検討する。	ウ　勤務できる薬剤師人数が限られた中、特に対人業務である薬剤管理指導、退院時薬剤情報管理指導、連携充実加算、がん患者指導管理等に注力した結果、僅かではあるが昨年を上回る算定となった。さらに、新たに退院時薬剤情報連携加算の算定を開始し薬物療法の充実を図った。また、医薬品の供給制限等からくる様々な対応に多くの労力が費やされ、調剤業務とあわせて全体で対応し、対物業務に対して引き続きその見直しや業務のすみ分け等を行い、効率的な体制構築に務めた。				
エ 医療技術局 新たに就業規則に定められた、医療技術局職員の勤務時間を柔軟に活用することで、各科、係の業務形態に合わせた弾力的な人員配置を行い、効率的かつ効果的な業務運営を検討する。	エ 医療技術局 就業規則に定められた職員の勤務時間を見直し、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　休日リハビリの重要性が唱えられるなか、弾力的な勤務編成を行い、積極的に介入することができた。また、一部で二交代制勤務を取り入れることで、夜間勤務の時間外勤務を縮減することができた。				
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・委託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　事務局内及び中河内救命救急センター事務との異動を実施した。特に当センターからは課長を異動させ、事務室の組織体制を強化した。また、医事委託業務においては全面的に見直しを行い、令和6年度からの業務変更の準備及び体制を構築した。				

中期計画	令和5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） 　医師の働き方改革が求められる中、いわゆるA水準と言われる時間外の上限よりさらに厳しい時間外上限を設定し、時間外縮減に務め、かつ安全な医療の提供、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5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。 増室し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。 特に、急性期充実体制加算の要件の一つである、全身麻酔下での緊急手術件数３５０件/年について、毎月３０件以上を目標に管理していく。 また、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　毎週、手術実績統計を作成し、病院幹部のみならず各診療科へも情報共有を行ったことで、急性期充実体制加算の要件である全身麻酔下での緊急手術件数を達成した。		4	4	総手術件数や全身麻酔件数は目標を達成しており、ダビンチ（ロボット支援）手術実施件数は前年度を大幅に超えた。このことからも高度急性期医療を担う医療センターとしての役割を十分に果たしていることから、評価を「４」とした。

中期計画	令和5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　次期電子カルテシステム更新に向けて「次期電子カルテシステム導入委員会」を発足させ、コンサル事業者を含めて精力的に検討を行った。また、他病院の導入実績を検証するため視察を行い、各システムのメリット・デメリットの精査を行った。				
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	耐用年数越えを迎える放射線治療機器及び撮影機器が今後続出することを踏まえ、国指定地域がん診療連携拠点病院としてその責務を市民に果たすために、放射線治療機器のより高度な治療技術、高精度及び安全性を担保するために早期に機種選定、工事時期を計画していく。 ＭＲＩ装置についてもより高磁場化が進み、新たな撮影法も開発臨床応用されている昨今、導入後１４年を経過した１．５T-ＭＲＩを、今年度３T-Ｍ	ウ　放射線治療機器については、より安全・高精度の治療が出来る機器導入に向け、検討を行った。また、放射線治療機器については、海外製であり為替レートの影響が大きいこと、原子力規制委員会への届出など導入工事以外のスケジュール等を考慮し、令和５年１１月に入札を実施し、導入機器を決定した。令和７年３月から稼働予定 令和５年度において、導入後14年経過した1.5T－MRIの更新を行った。MRI３台体制については、他の高額医療機器の更新も控えており、引き続き検討を行う。				

中期計画	令和5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
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。	ＲＩへ更新する。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年先を見据えたデータベースを構築し、臨床研究及び経営分析に活用する。	エ　医療情報DWHシステム導入については、データベースとしての役割は当然のことながら、サイバー攻撃の際のバックアップデータとしての有効活用も視野に導入の検討を行い、連携する部門システムについて再検討を行い、連携範囲を拡大し令和５年度末に導入した。今後、順次統計資料等について、簡便な方法で抽出出来るよう対応していく。				

中期計画	令和5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4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
病床稼働率（%） （休床考慮稼働率）	79.1 (85.0)	87.5	78.9	90.2%
総手術件数（件）	7,432	7,225	7,466	103.3%
全身麻酔件数（件）	3,516	3,500	3,602	102.9%
ハイブリッド手術室稼働率（%）	67.1	70.0	62.8	89.7%
ダビンチ（ロボット支援）手術実施件数（件）	166	170	238	140.0%
強度変調放射線治療（IMRT）件数（件）	3,809	3,450	3,142	91.1%
ICU（特定集中治療室）管理件数（件）	2,362	2,928	2,576	88.0%

（自己評価理由）
病床稼働率は目標値に届かなかったものの、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の総件数・全身麻酔件数は目標値を達成し、特にロボット支援手術件数は目標を大幅に超えたことなどから自己評価を「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5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。 ・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。	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。 ・臨床研修医、専攻医及び常勤医師の確保のため、 1）医局・初期研修医室の美化及びリニューアルを継続する。 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目的に導入した「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	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。 研修医、専攻医募集の動画を作成し、ホームページに掲載した。研修医の応募件数は地独化後最大の８１件（前年４９件）を記録した。引き続き関連大学の医局などに働きかけ、医師数の確保、増加に努める。		3	3	医師数については関連大学への働きかけや広報を強化した結果、医師数の確保に繋がった。看護師については前年度より採用者数は減少したが、一方で離職率は低下していることからも評価は「３」とした。

中期計画	令和5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。 4）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。	看護職の体制確保に向け、精力的に募集活動を行ったが、採用試験受験者数は95名と昨年より57名減少し、新卒採用者数は35名となった。また、離職者を減少させるため、教育や労務環境の改善などに取り組んできたこともあり、離職率は前年度と比べ1.1%減少した。しかし退職者の46.6%が在籍期間3年未満であることから、その要因をさらに分析する必要があ				
・医療技術職、医療ソーシャルワーカーについては、患者支援の充実に必要な体制を確保するとともに、新たな施設基準の取得による収益増を図る。	・医療技術職、医療ソーシャルワーカーについては、患者支援の充実に必要な体制を確保するとともに、新たな施設基準の取得による収益増を図る。					
イ　事務職については、自ら課題解決に取り組み、将来的に病院運営の中核を担っていける人材の確保に努める。	イ　事務職については、自ら課題解決に取り組み、将来的に病院運営の中核を担っていける人材の確保に努める。	イ　事務職については、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ターゲットに採用活動を行い３名の職員を採用した。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
医師数（専攻医含む）（人）	148	148	155	104.7%
看護師離職率（%）	11.6	10.0%以内	10.5	-

中期計画	令和5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） 　研修医の応募件数が地独化後最大を記録するなど、優秀な人材確保につながっている。今後も大学医局へ働きがけ、医師の確保に努める。看護師については、次年度の予定数の確保につながらなかったが、オンライン面接実施など、受験者の利便性を考慮した採用試験を継続している。薬剤師や事務職は派遣を活用して必要な体制を維持した。以上の点から自己評価を「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 (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5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。 ・先輩が後進の指導育成を積極的に行う体制、風土の醸成に継続して取り組む。	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	各指標の項目が目標を達成していることから順調に実施できていると判断し、評価は「３」とした。

中期計画	令和5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。 ・昨年度充実させたシミュレーターを活用し、研修の質向上を図る。	イ 中河内救命救急センターの医師の協力を得て、内科専門研修プログラムのJMECC講習会を、初めて院内で開催することができた。引き続き若手医師の育成を図るとともに、研修会などを通じて、地域の医療の向上にも貢献していく。				
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	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	ウ 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、継続教育を企画・運営し、年間を通じて滞りなく実施した。看護師・助産師として「一人前」と見なすラダー3以上の取得率は、59.4％で令和4年度の57.1％を2.3%上回った。 新たな認定看護師の確保には至らなかったが、令和6年度皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程に1名合格した。 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た。9月末に7名、3月末に8名の看護師が研修を修了した。また、次年度の研修受講者として5				

中期計画	令和5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
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。	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、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、昨年度研修施設に指定された特定行為に係る看護師の育成を行っていく。	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　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推奨を促し、専門資格の取得につながるよう継続的に教育体制を強化・構築した。また早期から基本的な調剤業務だけでなく化学療法業務等にも従事させ、より専門的な知識やスキル習得への意識を高めるよう教育を行っている。 実務実習生については継続的な受け入れを行い、より一層病棟薬剤業の実践のため入院から退院までの一連の流れやチーム医療への参画を進めている。				
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	オ 医療技術局 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	オ　各職種により、以下の認定専門士の資格維持に努める。もしくは、取得を目指し研鑽中である。 ①視能訓練士：日本視能矯正学会認定視能訓練士 ②歯科衛生士：日本口腔リハビリテーション学会認定歯科衛生士 ③公認心理師：日本老年精神医学会認定専門心理士 ④精神保健福祉士：日本認知症ケア学会認知症ケア専門士				

中期計画	令和5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
育成に取り組む。 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。	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。 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　学会発表や各種研修会に積極的に参加し、職員のモチベーション向上とスキルアップを図った。令和６年４月に管理職の一部人事異動を行い体制強化を図った。 医事課は、複数名の退職者や産休等により、一時的に派遣職員を導入した。また職員体制を見直し、業務を行っている。 入院医療事務はレセプトチェックソフトの導入や手術材料等のRFID導入により診療報酬の精度向上や残業削減等に取り組んでいるが、新入職者育成に時間を要している。 外来医療事務は、労災や自賠責業務を委託し、還付金等の業務を内製化するなど、業務内容の見直しを行った。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
指導医数（人）※延数（領域毎にカウント）	166	170	170	100.0%
（うち新規取得数）（人）	4	3	7	233.3%
専門、認定看護師、認定看護管理者数（人）	27	28	28	100.0%

中期計画	令和5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） 　臨床研修指導医5名、指導医2名の増、看護局においてはラダー教育の継続、および特定行為看護師合計21名が研修終了（他施設受講含む）、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・認定資格取得への取組、事務局では年間を通じて事務長塾への参加など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5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を継続する。	ア　看護職員に対しては診療報酬の看護職員処遇改善評価料により、引き続き処遇改善手当を支給した。		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、人事評価制度を浸透させていく。	イ　令和４年度に本格導入した人事評価制度の定着と浸透を図りながら、制度の運用を継続している。実施率が低かった医務局各科に制度説明を実施するなど、令和４年度には実施率が70%台であったが、90%台にまで向上した。職員の働き甲斐が向上するよう処遇反映（インセンティブ）を見据えて検討していく。				
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　物価高騰および民間給与の水準を踏まえながら、正職員及び非常勤職員の賃金引き上げを実施した。緊急医療に従事した医師に対して緊急医療従事手当を引き続き支給した。看護補助者処遇改善事業を活用し、看護補助者への処遇改善手当を新設した。中期計画・年度計画の達成及び医師の働き方改革による適正な労働時間の管理に対する処遇改善として医師の管理職手当の引き上げを行った。				

<table>
<tr><th rowspan="2">中期計画</th><th rowspan="2">令和5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 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 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。</td><td>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。

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。</td><td>エ　年次有給休暇の取得日数を労働安全衛生委員会及びワーク・ライフ・バランス等推進委員会に報告し取得促進に努めた結果、有給休暇取得日数が上昇した。長時間労働の職員に対しては産業医面談の受診を勧奨している。

オ　臨床研修管理委員会主導で投票を行い、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。

<table>
<tr><th>項　目</th><th>令和4年度実績</th><th>令和5年度目標</th><th>令和5年度実績</th><th>達成率</th></tr>
<tr><td>人事評価制度の実施</td><td>実　　施</td><td>実　　施</td><td>実　　施</td><td>－</td></tr>
</table>

（自己評価理由）
　診療報酬制度に基づく処遇改善手当の継続、物価高騰等を踏まえ正職員及び非常勤職員の賃金引き上げを実施。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。</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 (4) 職員満足度の向上

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

中期計画	令和5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　女性活躍推進法及び次世代育成法に基づく一般事業主行動計画を更新するため、ワーク・ライフ・バランス等推進委員会において令和6年度以降の計画内容を検討し更新した。		3	3	男性育休取得者は５名となり取得率は２０％で推移している点、院内保育所受入人数が前年度より増加している点、有給休暇取得日数において前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。以上のことから評価を「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、研修機器や設備の整備を継続する。	臨床研修センター及び特定行為研修センターでシミュレータの管理と運用を整備し、臨床における知識・技術の向上を図った。本館３階の管理区域を改装し、職員ラウンジを設けるなどハード面での環境整備を実施した。				
・時間内診療の効率アップ及び時間外労働時間、特に緊急医療等従事の時間を除く平日の残業時間の短縮を図	・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	医師の働き方改革により令和６年度から労働時間の上限規制が設けられることを踏まえ、36協定の遵守および医師の意識改革を図るため、一定の時間外時間に達した職員を対象に、月途中と月初めに時				

中期計画	令和5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。	る。	間外アラート発出した。令和4年度と比較すると720時間超の割合は減少した。				
・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。	一時保育を含め可能な限り受入れを行った。				
・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。	院内のWi-Fi環境を調査のうえ、アクセスポイントを増設し、改善を図った。				
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　職員満足度を実施し結果はほぼ横ばいであった。結果に対する取り組みについて各部署で協議してもらい職場環境の改善に努めた。				
ウ 専門性向上のための資格取得に対する支援制度を設け、各職種の専門、認定資格取得を促進し、患者に質の高い医療を提供できる体制を整備する。	ウ 専門性向上のための資格取得に対する支援制度を設け、各職種の専門、認定資格取得を促進し、患者に質の高い医療を提供できる体制を整備する。	ウ　医療職給料表（二）の適用を受ける職員が、より専門的な技術の取得や知識の向上を目的として取得した専門・認定資格に対し、「資格業務手当」を支給した。				

中期計画	令和5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4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
三六協定の締結の有無	あ　　り	継　　続	継　　続	-
（医師）時間外労働上限規制（年720時間）超えの医師数（%）	21.3	0.0	6.0	-
有給休暇取得日数（日）※	18.2	17.0	20.3	119.4%
職員アンケート総合満足度（60%以上）	未　達　成 （　56%　）	60 % 以 上	未　達　成 （　56%　）	-

※年休+WLB

（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目標を達成でき、労働安全衛生委員会が主体となり医師の時間外縮減に取り組み、720時間超の人数を大幅に減らしたことから自己評価を「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 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5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　４年連続の黒字化に向け、新入院・新患の確保に焦点を当て、収益の確保に努めてきた。外来収益は目標を達成したものの、入院収益が目標値を大きく下回った。結果として７億円以上の赤字を計上した。		2	2	新型コロナ関連補助金による収益が大幅に減少したことが要因であるが経常収支比率、医業収支比率ともに目標を達成する事ができず、約７億円の経常損失となった。そのため法人評価と同じく「２」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　赤字にはなったものの、これまでの黒字の影響もあり、業務運営に必要な資金については確保できた。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
経常収支比率（%）	108.5	99.1	96.3	97.2%
医業収支比率（%）	102.0	107.0	101.1	94.5%

（自己評価理由）
　経常収支比率、医業収支比率ともに目標値を達成する事ができず、３年連続の黒字から赤字となってしまった。そのため自己評価を「２」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5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。	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、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。	ア 令和５年度より急性期充実体制加算の施設基準を取得し、単価の上昇に寄与した。令和５年度も緊急手術のうちの全身麻酔件数に着目・管理し、次年度も施設基準を継続できることとなった。また、リハビリ療法士の増員・育成および看護師との多職種協働により実績要件を満たしたことから、令和６年度からの「ICUの早期離床・リハビリテーション加算」の取得につなげることが出来た。	◎	2	2	入院単価及び外来単価は伸びているものの新入院患者数及び外来新患者数は伸び悩み、令和5年度の目標値を達成することができず、医業収益も落ち込んだ。新型コロナ関連補助金が減少し、今後も厳しい病院経営を強いられることが想定されるため、医業収益の増加に向けた取り組みを着実に進めていただきたい。以上のことから法人の評価と同じく、評価を「２」とした。
・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。	・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。	ＤＰＣ係数の救急医療係数、複雑性係数、ＤＰＣ包括範囲出来高点数等について係数は上がっているが、複雑性係数やＤＰＣ包括範囲出来高点数は、まだ低い状況である。				

中期計画	令和5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。	指導管理料等の加算も、システムの内容を見直し算定に結びつけている。				
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を最重要課題とし、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　新入院の確保に努めたものの、医師の退職等の要因により、いくつかの診療科で目標値を大きく下回り、結果として稼働率については目標より１割減となった。必要な患者層の獲得のために、更なる地域連携の強化を図っていく必要がある。一方、クリニカルパス委員会で適正化が必要なクリニカルパスの見直しを行い、一部の診療科の単価向上に寄与した。				
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とともに、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　レセプト補助システムについて、新たな算定項目が増えた場合、その都度設定変更し精度の高い診療報酬に結びつけている。医療事務の電子化について、ＲＦＩＤを導入し、入力時間の短縮、入力漏れを減らし精度向上を図っている。				

中期計画	令和5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。	エ　医業未収金については、発生の防止ため、救急来院時に受付と連携し保険証の確認や限度額の申請、福祉による対応等を行っている。また未収金については債権回収業者を見直したことで、前年度より、医業未収金は低減となった。				
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　室料差額等について、周辺病院と比較し、料金設定をしている。来年度は金額変更を行う予定である。				

項　目	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	達成率
入院診療収益（百万円）	12,300	13,507	12,150	90.0%
外来診療収益（百万円）	5,874	5,798	5,870	101.2%
入院単価（円/日）	80,565	81,364	80,672	99.1%
外来単価（円/日）	24,694	24,483	26,710	109.1%
新入院患者数（人）	14,223	15,670	14,860	94.8%
外来新患者数（人）	35,155	34,405	27,759	80.7%

中期計画	令和5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） 　外来診療収益と外来単価を除き、目標値を達成することが出来なかった。特に新入院患者数の未達の影響で、入院診療収益が大きく減収となったことが赤字の大きな要因となったため自己評価を「２」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5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、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継続して進める。	ア 従来、経費計上していた報償費（応援医）より源泉徴収対象者増に伴い人件費へ科目を移管したことによる106,140千円増、また退職制度改正（定年60歳→65歳）に伴い退職給付費用が対前年度比121,855千円の減となったが、医業収益減により人件費比率は51.9%（対前年度比：＋0.4ポイント）となった。 一方、ガス・電気の単価減、また昨年度に水熱源ヒートポンプマルチエアコンを更新したことでエアコン効率が上昇し、電気の使用量減（対前年度比78,157千円の経費削減）となり、経費率は15.2%（対前年度比：－0.3ポイント）となった。	◎	3	3	人件費や材料費が高騰していることから費用が増加している傾向にあるが、委託業務の見直しや光熱水費の節減に努めたことから、営業費用については、前年度より約６千万円減少した。以上のことから総合的に勘案し、評価は「３」とした。
イ 切り替え可能な薬品について、原則的に後発医薬品を採用していく。 抗悪性腫瘍剤は非常に高価なものが多く、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 抗悪性腫瘍剤等の高価医薬品の切り替えについては、数多くの施設が切り替えに至っていないことから、引き続き他施設の状況も鑑みて検討していく。				

中期計画	令和5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　医薬品、診療材料、医療機器の購入に際しては、ベンチマークシステムによるコストチェックを活用することで、調達コストを削減することができた。診療材料については採用品目を2か月に１回診療材料委員会において見直すことで費用の節減を図った。				
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　人的業務の委託契約について、医事業務、清潔環境維持業務、物品管理業務委託、患者給食業務、施設維持管理業務及び寝具等の供給及び洗濯業務の６契約の仕様等の見直し、入札を実施した。人件費及び物価高騰による値上げがあり、削減には至らなかったものの経費の削減に向け取り組んだ。				
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。				

中期計画	令和5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4年度実績 / 令和5年度目標 / 令和5年度実績 / 達成率 医業収益対人件費比率（%） / 51.5 / 48.4 / 51.9 / 92.8% 医業収益対材料費比率（%） / 30.9 / 30.6 / 31.9 / 95.8% 医業収益対経費比率（%） / 15.5 / 15.1 / 15.2 / 99.3% （自己評価理由） 医業収益が目標に対して大きく減少し、人件費及び物価が高騰する中、人的業務委託の見直しによる、委託費高騰の抑制、光熱費等については効率化を実施し経費削減につなげたことから自己評価は「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5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年度からの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 指定管理者として、人事異動によるさらなる人事交流、医事委託の事業者の統一などの効率化、毎週の事務の会議及び毎月の理事会等での運営管理に努めた。		3	3	効率的・効果的な業務運営の一環として、人事交流や医事業務を医療センターと連携して行ってきた。また、救急患者の受入体制を医療センターと連携強化した結果、救急患者の応需件数及び応需率が増加し、安心安全な救急医療体制が構築できたことを評価し、「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 ２期目の指定期間満了後の運営方法について、大阪府、東大阪市と協議を進める。	イ 指定管理者として、効率的・効果的な業務運営を目指し、大阪府及び東大阪市と協議をしてきた。また、令和６年度からは、府立中河内救命救急センターの移管について協議をする。				
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 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。	ウ 救急患者の状態により、河内救命救急センターと医療センターが連携して、救急患者を受け入れる体制を強化した。医師数増もあり、中河内救命救急センターでの救急患者応需件数は、前年度より204件増の1,106件、応需率も20.2ポイント増の70.5％まで上がった。				

中期計画	令和5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 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。	エ　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、臨時の支出等について大阪府との調整を図った。 （自己評価理由） 　救急患者の状態により、両センターが連携し患者を受け入れた。また、医事委託の事業者の統一など効率化を図った。中河内救命救急センターのあり方について、大阪府及び東大阪市と協議することができ、令和６年度はさらに大阪府より移管することについて協議を開始する。上記の点から自己評価を「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5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、さらに地域医療構想で高度急性期病床を増床（移行）する計画が大阪府より承認された。		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。 また、登録医総会を開催し、地域の医療機関、医師会、行政機関との連携強化を図った。				
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5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、さらに地域医療構想における高度急性期病床増床（移行）についても大阪府より承認され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 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5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。 ・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。	ア 施設の長寿命化 築２５年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。 ・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。	ア　職場環境の改善や美化を目的として、３階管理部門エリアのリニューアル工事を実施し、職場環境の向上を図るとともに、スタッフラウンジの開設や会議室の増設も行い、より良い職場環境の整備を行った。 　また、長年未着手であった、駐輪場におけるサイクルポートの改修を行い、環境整備と照明LED化を同時に行うことで、利用者の利便性の向上を図った。	◎	3	3	施設・設備について、計画的に適切な点検・改修・更新を行っており、(仮称)エネルギーセンター棟の建設に向けた取り組みも着実に進んでいることから法人の評価を妥当とし、評価を「３」とした。

中期計画	令和5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）の基本設計に着手する。	イ　エネルギー棟の建設においては、予算および方針について、財政当局との協議が整い、令和６年度に基本設計に着手する。 （自己評価理由） 本館管理部門をはじめ経年劣化した設備改修の実施に加え、市との協議のうえ次年度にエネルギー棟建設の基本設計に入ること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5年度計画	令和5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９０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）：３００人 ⅱ）新入院患者数：６３０人 ⅲ）入院単価：５１，０００円 ⅳ）腎代替療法選択外来患者数：６０人 ⅴ）腹膜透析新規導入患者数（再掲）：６人	昨年度に続き、CKD診療の地域連携を推進し、概ねの目標を達成することができた。引き続き、地域完結型の腎疾患診療を提供していく。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：２４１人 ⅱ）新入院患者数：７２９人 ⅲ）入院単価：５７，２７８円 ⅳ）腎代替療法選択外来患者数：６５人 ⅴ）腹膜透析新規導入患者数（再掲）：９人
(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）：２２０人 ⅱ）延べ外来患者数：８，２００人 ⅲ）新入院患者数：１４０人 ⅳ）延べ入院患者数：２，８１４人 ⅴ）平均在院日数：２０．０日	令和4年4月に主任医長が着任し、令和5年度は関節エコーをはじめ、免疫内科に必要な医療体制をある程度定着させる事ができ、診療の質を向上させることができた。延べ入院患者数は目標達成できたが、延べ外来患者数・新入院患者数・平均在院日数については昨年より改善したが目標達成には至らなかった。外来新患数は減少傾向となった。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１４３人 ⅱ）延べ外来患者数：８，０６０人 ⅲ）新入院患者数：１２７人 ⅳ）延べ入院患者数：２，９８７人 ⅴ）平均在院日数：２２．４日

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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）：２７０人 ⅱ）新入院患者数：２７０人 ⅲ）糖尿病教育入院（血糖コントロール不良症例）（再掲）：３０人	外来新患数（紹介患者数）、新入院患者数は概ね目標通りとなった。糖尿病教育入院については引き続き患者に対する啓発を行うとともに、入院日数等患者が入院しやすい体制を構築するようにしていく。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：２７８人 ⅱ）新入院患者数：３０７人 ⅲ）糖尿病教育入院（血糖コントロール不良症例）（再掲）：２５人
（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）：１００人 ⅱ）延べ外来患者数：９００人	地域医療機関からの紹介ご依頼の時点で、急性白血病など緊急対応を要求される疾患が疑われる場合には、当科受診後の転院では時間のロスを生じて危険なので、当科を経ずに血液内科入院診療の可能な病院を提示しているので、その分実績は伸びないのかも知れないと考えます。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：６０人 ⅱ）延べ外来患者数：８８１人
（5）総合診療科	（5）総合診療科
【取組み】 ①地域医療機関が当センターへ患者を紹介する際に、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。 ②臨床研修医の初診外来における指導を行う。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１７０人 ⅱ）延べ外来患者数：１，１００人	地域医療機関からのご紹介は可及的にお受けしているので、結果として実績が伸びていると考えます。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：２６６人 ⅱ）延べ外来患者数：１，３５７人

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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：１，３７５人 ⅲ）経皮的冠動脈インターベンション（再掲）：３００件 ⅳ）カテーテルアブレーション（再掲）：１５０件 ⅴ）下肢インターベンション（再掲）：５０件 ⅵ）急性心筋梗塞（ＡＭＩ）症例数（再掲）：６８例	心臓センターホットラインの休止時期があったことと、術者のマンパワー不足のためにPCIの件数は減少した。カテーテルアブレーションは術者育成中であったため、今年度は過渡期と考える。下肢インターベンションは、末梢血管センター開設に伴う増加が今後見込まれるし、実際入院患者は増加している。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：９６７人 ⅱ）新入院患者数：１，３２０人 ⅲ）経皮的冠動脈インターベンション（再掲）：２５９件 ⅳ）カテーテルアブレーション（再掲）：１２３件 ⅴ）下肢インターベンション（再掲）：６０件 ⅵ）急性心筋梗塞（ＡＭＩ）症例数（再掲）：５８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）：１，６００人 ⅱ）新入院患者数：１，６００人 ⅲ）大腸ポリペクトミー（EMR含む）実施件数：６００件 ⅳ）消化管内視鏡手術（急性期充実体制加算）：６００件 ※消化管内視鏡（旧聖域充実体制加算）：厚生労働省告示大五十四号で定める急性期充実体制加算の消化管内視鏡による手術を対象とする。	目標に対して達成率100%は満たしていないが、医師の人数が令和4年は12人であったのが、令和5年には8人に低下しているのに対して、すべての項目が前年度実績を上回っている。特に急性期充実加算は、緊急の対応の必要なものが多く含まれており、人員低下の中で100件以上増加させている。 消化管、胆膵疾患のどちらも内視鏡治療の強化を図っており、件数の増加に結びついている。肝障害に対しても、C型肝炎患者の拾い上げを行い、予防・早期治療介入に結びつけている。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，５２４人 ⅱ）新入院患者数：１，２３４人 ⅲ）大腸ポリペクトミー（EMR含む）実施件数：５９２件 ⅳ）消化管内視鏡手術（急性期充実体制加算）：４８４件 ※消化管内視鏡（急性期充実体制加算）：厚生労働省告示大五十四号で定める急性期充実体制加算の消化管内視鏡による手術を対象とする。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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）：８４０人 ⅱ）新入院患者数：６００人 ⅲ） ｔ-ＰＡ実施件数（再掲）：１６件 ⅳ）脳卒中平均入院日数（再掲）：１６日以内	外来、入院診療とも年度計画を達成することができ、満足できる結果といえる。一方で、t-PA実施件数が少なく、次年度の実施件数増加に向けて対策が必要と考えられる。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：８８９人 ⅱ）新入院患者数：７８２人 ⅲ） ｔ-ＰＡ実施件数（再掲）：５件 ⅳ）脳卒中平均入院日数（再掲）：１８．０
（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）：１，２５０人 ⅱ）延べ外来患者数：１１，５００人 ⅲ）新入院患者数（再掲）：２５０人 ⅳ）平均在院日数：１０．５日	①2023年度の紹介患者数は目標値の85％達成であり、目標に到達しなかったが、新入院数については目標値112％と上回ることができた。令和５年度は高齢者の感染症、水疱症、冬季には重症虚血肢の患者が多く入院した。 ②生物学的製剤を使用中の乾癬患者は50人であった。アトピー性皮膚炎に対する紹介数が増えているため、地域の医療機関とさらに連携をとっていきたい。 ③学会発表は６件/年、論文発表は2編/年と前年より多く発表することができた。次年度は学会発表を増やしたい。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）（再掲）：１，０６６人 ⅱ）延べ外来患者数：１１，５３９人 ⅲ）新入院患者数（再掲）：２８２人 ⅳ）平均在院日数：１１．５日

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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６００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）：７，５００人 ⅱ）延べ外来患者数：２０，０００人 ⅲ）新入院患者数：２，２９０人 ⅳ）延べ入院患者数：１０，５３４人 ⅴ）急性疾患入院（再掲）：１，０００人 ⅵ）食物経口負荷試験入院（再掲）：６００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	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させることができた。新型コロナウイルスによる制限が解除され新入院患者数が増加したが、目標達成には至らなかった。引き続き地域開業医からの入院依頼や救急搬送患者を積極的に受け入れる 地域のニーズにあった医療を提供することで外来患者数および入院数の増加に努める。現在のところは起立性調節障害の環境調整入院の拡大や過敏性胃腸症候群などによる登校不可児への対応など、小児科で現在問題となっている不登校児のケアを行うことと、アレルギー疾患の増加に対応して引き続き食物経口負荷試験の入院数を維持することを具体的な目標とする。また低身長に対する精査入院を以前よりも短い間隔で行うことにより、成長ホルモンの補充のタイミングを逃さないようにして低身長の児に対する適切なケアを行う。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：５，７４４人 ⅱ）延べ外来患者数：１５，５３４人 ⅲ）新入院患者数：２，０７７人 ⅳ）延べ入院患者数：８，２６０人 ⅴ）急性疾患入院（再掲）：１，０２０人 ⅵ）食物経口負荷試験入院（再掲）：６７７件 ⅶ）レスパイト入院：２３件 ⅷ）小児科救急外来よりの入院（再掲）：３６４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、経カテーテル大動脈弁治療（ＴＡＶＩ）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）：１００人 ⅱ）新入院患者数：２００人 ⅲ）年間総手術件数：２５０件 ⅳ）冠動脈バイパス手術（再掲）：１０件 ⅴ）弁膜症手術（再掲）：４０件 ⅵ）大動脈瘤手術（再掲）：１５件 ⅶ）末梢血管手術（シャント造設術を含む）（再掲）：１００件 ⅷ）急性大動脈解離（ＡＡＤ）症例数（再掲）：１０例	臨床診療に関しては概ね達成可能であった。弁膜症手術症例分を大動脈解離症例および冠動脈バイパス手術でカバーした。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１７３人 ⅱ）新入院患者数：１８８人 ⅲ）年間総手術件数：２５１件 ⅳ）冠動脈バイパス手術（再掲）：１９件 ⅴ）弁膜症手術（再掲）：２６件 ⅵ）大動脈瘤手術（再掲）：６５件 ⅶ）末梢血管手術（シャント造設術を含む）（再掲）：７４件 ⅷ）急性大動脈解離（ＡＡＤ）症例数（再掲）：２１例

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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）：６００人 ⅱ）新入院患者数：１，３００人 ⅲ）年間総手術件数：１，０００件 ⅳ）消化器がん手術（再掲）：３３０件 ⅴ）腹腔鏡下胆嚢摘出術（再掲）：１００件 ⅵ）腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（再掲）：１００件 ⅶ）ロボット手術実施件数（再掲）：７０件	1.紹介患者数がまだ少ない→がん手術件数が目標に到達できていない 2.緊急手術件数が伸び悩んでいる 3.ヘルニア・ロボット手術については目標を大幅に超えている 4.肝胆膵外科高度技能専門医の取得は未達 5.内視鏡外科技術認定医の取得も未達 6.学術活動については学会発表９１・論文１３と目標達成している 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：４２１人 ⅱ）新入院患者数：１，３１１人 ⅲ）年間総手術件数：９４０件 ⅳ）消化器がん手術（再掲）：２６２件 ⅴ）腹腔鏡下胆嚢摘出術（再掲）：１０５件 ⅵ）腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（再掲）：１２１件 ⅶ）ロボット手術実施件数（再掲）：１５７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１００例以上に増やす。 ③年間呼吸器外科手術総数１２０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１００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：４５０人 ⅲ）年間総手術件数：１２０件 ⅳ）肺がん手術数（再掲）：６０件 ⅴ）原発性肺がん治療件数（手術＋化学療法）（再掲）：１００件 ⅵ）胸腔鏡手術（再掲）：１００件	呼吸器外科診療や肺がん診療においては、前年度に比べ実績件数を増やすことができたが、手術件数などは目標値には及ばなかった。特に令和５年度の手術患者では、高齢者の増加のため困難な症例や開胸を要する症例も経験され、胸腔鏡のみの症例はやや減少した。なお入院患者数が目標値には届いていないのは、可能な限り外来下での化学療法を進めているためである。 【実績】 ⅰ）外来新患数：１００人 ⅱ）新入院患者数：３７７人 ⅲ）年間総手術件数：１０１件 ⅳ）肺がん手術数（再掲）：５７件 ⅴ）原発性肺がん治療件数（手術＋化学療法）（再掲）：１１９件 ⅵ）胸腔鏡手術（再掲）：６９件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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：１４０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：１０例	手術件数、原発性乳癌手術の目標が達成できました。外来新患数は目標を下回りましたが、前者の達成が重要ですので問題ないと考えます。 新規HBOC症例は当科の乳癌件数から考えると年間1-2件程度になることが予想されます。今後の目標値はそれにあわせます。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：３８２人 ⅱ）新入院患者数：１５８人 ⅲ）年間総手術件数：１５０件 ⅳ）原発性乳がん手術 （再掲）：１２５件 ⅴ）がん遺伝子パネル検査件数（再掲）：３７件 ⅵ）新規ＨＢＯＣ症例：２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 １２５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 ２５例 の確保に取組む ④小児外科と小児科による合同勉強会（研修会）を年２回行う。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）（再掲）：１２５人 ⅱ）新入院患者数：９０人 ⅲ）年間総手術件数（再掲）：９０件 ⅳ）鏡視下手術数（再掲）：２５件	ｺﾛﾅ禍からの脱却傾向に呼応するごとく、外来紹介新患数,新入院患者数,年間手術件数,いずれも総じて増加した。昨年度来の回復基調を見越して、年間手術件数の目標値を昨年度より20%引き上げて(新入院患者数と同数)臨んだところ、ともに目標件数には及ばなかったものの 昨年度と同ﾚﾍﾞﾙの達成率91.1%を計上できた。外来紹介新患数は、ｺﾛﾅ禍の影響を依然受ける紹介医(小児科医院)の視点に立ち、昨年度と同程度かと予測して 維持を堅守すべく同数の目標値を掲げたが、実際には減少させることなく むしろ増加して、目標越え達成率105.6%を計上できた。なお、保有している小児外科教育関連施設Bの標榜継続要件としては、各年通じて必要手術件数を優に満たしている。緊急手術･処置対応は、全例応需のもと 年間20例、うち全麻手術件数は13例(虫垂炎他)で、昨年の件数を7例上回って 例年の水準を維持した。鏡視下手術件数は、対象となる予定症例数の紹介数増加(主に鼠径ヘルニア)を反映し、目標施行件数に到達し得た。ｺﾛﾅ禍も沈静化した次年度には、各目標ともにさらなる増加が期待しうる、と考える。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）（再掲）：１３２人 ⅱ）新入院患者数：８２人 ⅲ）年間総手術件数（再掲）：８２件 ⅳ）鏡視下手術数（再掲）：２６件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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 ①手術数の維持(ロボット手術 ６０件/年、ＴＵＬ １００件/年、ＴＵＲＢＴ １５０件) ②学術的業績（学会発表３件以上，論文２編以上） ③大学からの当院への手術指導の維持 ④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（再掲）：２５０件 ⅴ）ロボット手術実施件数（再掲）：１００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：２００件	コロナ明けの厳しい時期ではあったが、例年と同等の診療体制を維持できた。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：８６６人 ⅱ）新入院患者数：１，２２５人 ⅲ）年間総手術件数：８７６件 ⅳ）泌尿器がん手術件数（再掲）：２８０件 ⅴ）ロボット手術実施件数（再掲）：８１件 ⅵ）ＴＵＬ実施件数（再掲）：１５４件 ⅶ）ＴＵＲＢＴ実施件数（再掲）：１４４件 ⅷ）前立腺生検実施件数：２５３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。 ②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、近隣開業医や市民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。 ⑥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）：４６０人 ⅱ）新入院患者数：４８５人 ⅲ）年間総手術件数：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（再掲）：８０件	手術数は増加している。 少なくとも現状の維持、またより増加を目指すには、スタッフ数の増加と重症患者を受け入れてくれる後方病院の確保が必要である。 また　手術数が増加している状況であり　SCU開設は収益の増加のつながると思われ、早期の開設を目指す。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：４１５人 ⅱ）新入院患者数：４６２人 ⅲ）年間総手術件数：３８１件 ⅳ）開頭手術（直達）手術件数 （再掲）：１７０件 ⅴ）脳血管内治療実施件数（再掲）：１０２件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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：１，４００人 ⅲ）年間総手術件数：１，０００件 ⅳ）ＤＰＣⅡ期以内退院患者比率：７０％	DPCⅡの期間の達成率と同程度を目指します。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，０９１人 ⅱ）新入院患者数：７４７人 ⅲ）年間総手術件数：８７７件 ⅳ）ＤＰＣⅡ期以内退院患者比率：６６．４％
（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６０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：１５０人 ⅳ）年間総手術件数：５００件 ⅴ）難治性皮膚潰瘍症例（再掲）：４２例 ⅵ）外傷（再掲）：４５例	今年度は外来新患数は目標とは至らなかったが、総患者数、新入院患者数、手術件数は目標を達成することが出来た。次年度は外傷60例の達成を目指す。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：６９７人 ⅱ）延べ外来患者数：５，０７４人 ⅲ）新入院患者数：１５５人 ⅳ）年間総手術件数：５５７件 ⅴ）難治性皮膚潰瘍症例（再掲）：６０例 ⅵ）外傷（再掲）：５８例
（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）：９５０人 ⅱ）延べ外来患者数：１１，０００人 ⅲ）新入院患者数：７５０人 ⅳ）年間総手術件数：１，３５０件 ⅴ）白内障手術件数（再掲）：１，２００件 ⅵ）硝子体手術件数（再掲）：１１０件 ⅶ）眼内注射実施件数：１，０５０件 ⅷ）平均入院単価（日）：１１１，０００円	年間総手術件数、特に紹介手術の増加が顕著となっている。紹介患者の積極的受け入れを行い、地域に認められてきた結果と考える。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：９７２人 ⅱ）延べ外来患者数：１２，０８０人 ⅲ）新入院患者数：８９１人 ⅳ）年間総手術件数：２，１８４件 ⅴ）白内障手術件数（再掲）：１，４７２件 ⅵ）硝子体手術件数（再掲）：１７４件 ⅶ）眼内注射実施件数：１，２２２件 ⅷ）平均入院単価（日）：１１０，４８０円

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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７０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）：１，５５０人 ⅱ）新入院患者数：６５０人 ⅲ）年間総手術件数：３６０件 ⅳ）個室形成術（年間）（再掲）：７０件 ⅴ）ＥＳＳ手術件数（再掲）：８０件 ⅵ）入院診療単価：７２，５００円	手術数の増加と、入院単価の目標は達成された 耳の手術数が少ないが鼻の手術が大幅に増えている 紹介数の割に新入院数が維持できているのは効率がよいと考える 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，３５４人 ⅱ）新入院患者数：６２２人 ⅲ）年間総手術件数：３９２件 ⅳ）個室形成術（年間）（再掲）：４３件 ⅴ）ＥＳＳ手術件数（再掲）：１０４件 ⅵ）入院診療単価：７６，０７６円
(22) 産婦人科	(22) 産婦人科
【取組み】 ①分娩数目標（５００例）。 ②年間５０例の内視鏡手術を行う。 ③婦人科手術の増加（２５０例）。 【目標】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，２００人 ⅱ）延べ外来患者数：２０，５００人 ⅲ）新入院患者数：１，３５０人 ⅳ）年間分娩数（再掲）：５００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（再掲）：３５件 ⅶ）内視鏡手術実施件数（再掲）：５０件	昨年度は診療体制が大きく変化した年度であり、目標達成には至らなかった。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：７１２人 ⅱ）延べ外来患者数：１０，７４６人 ⅲ）新入院患者数：７１３人 ⅳ）年間分娩数（再掲）：３５６件 ⅴ）婦人科年間総手術件数（再掲）：２９５件 ⅵ）婦人科がん手術件数（再掲）：３６件 ⅶ）内視鏡手術実施件数（再掲）：52件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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。 ②ＩＶＲ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（５５０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）：５５０件 ⅳ）年間がん放射線治療延べ件数：６，１００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：２５，５００件 ⅶ）年間ＭＲ検査件数：７，７５０件 ⅷ）地域連携画像診断検査件数（ＵＳ含む）（再掲）：１，９００件	がん放射線治療延べ件数は減少していますが、定位・強度変調放射線治療が大幅に増加しており、より高精度なピンポイント照射で治療回数を減らす方向に放射線治療が移行しているためと考えます。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，７２４人 ⅱ）延べ外来患者数：７，０５２人 ⅲ）年間ＩＶＲ総件数（再掲）：６０８件 ⅳ）年間がん放射線治療延べ件数：５，２８８件 ⅴ）定位・強度変調放射線治療（再掲）：２９５件 ⅵ）年間ＣＴ検査件数：２７，８７８件 ⅶ）年間ＭＲ検査件数：８，７１８件 ⅷ）地域連携画像診断検査件数（ＵＳ含む）（再掲）：２，４１５件
（24）麻酔科	（24）麻酔科
【取組み】 ①定期手術症例はコロナ禍前より増加しており、引き続き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３，５００例、麻酔科管理症例３，８００例を目標とする。 ②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）：３，８００件 ⅱ）麻酔科管理 全身麻酔症例（再掲）：３，５００件 ⅲ）ⅱ）のうち常勤麻酔科医管理 全身麻酔症例：１，７５０件 ⅳ）ⅱ）のうち非常勤麻酔医管理 全身麻酔症例：１，７５０件	①令和５年度に麻酔科医が管理した手術症例は４０００件を超え、そのうち全身麻酔も約３６００件と年度計画の目標数に到達した。 ②緊急手術については令和４年度より、常勤麻酔科医によるオンコール対応を平日週３日、日曜祝日（年末年始休業期間を含む）に行っている。今年度もこの体制を維持しえた。それに加え、オンコール日以外でも一部の特殊な事例については志ある常勤スタッフが対応することもあった。 【実績】 ⅰ）麻酔科管理 手術麻酔症例（再掲）：４，０３４件 ⅱ）麻酔科管理 全身麻酔症例（再掲）：３，６０７件 ⅲ）ⅱ）のうち常勤麻酔科医管理 全身麻酔症例：１，８７０件 ⅳ）ⅱ）のうち非常勤麻酔医管理 全身麻酔症例：１，７３７件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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、上記の目標に向かって取り組めていたと思う。 手術検体が増え、治療に直結するコンパニオン診断も増加し、遺伝子パネル検査への提出検体も増えており、業務が多忙になっているが、今年度も同じ目標で取り組んでいきたいと思う。
（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 １０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：２５０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	病床稼働率以外は目標を達成できていた。次年度は病床稼働率についても計画の達成を目指す。 【実績】 ⅰ）外来新患数（新規紹介患者数）：２５２人 ⅱ）新入院患者数：２８５人 ⅲ）病床稼働率（再掲）：６８．８% ⅳ）緩和ケアチーム介入件数（再掲）：４４６件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（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。 39 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：４５０件	一番の目標としていた周術期口腔機能管理件数の目標値以上の増加を図れた。また、外来新患者数も増加達成できた。延べ外来患者数は目標値に到達できなかったが周術期口腔機能管理の件数は増加できていることから、充実した診療体制になってきていると考える。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：７３８人 ⅱ）延べ外来患者数：４，７７０人 ⅲ）周術期口腔機能管理件数：５４８件
（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５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：６００人 ⅳ）延べ入院患者数：３，３６０人 ⅴ）年間入院手術件数：４２０件 ⅵ）年間外来手術件数：１，９００件	①口腔外科に提供された全身麻酔手術枠は全て有効に消化できた。 ②外来初診患者数も年度計画を達成できた。 ③病院の「断らない救急」の方針に沿って、当科に紹介があった時間外対応症例については全て受け入れた。 ④働き方改革に沿った当科の運営については、更なる対応を要する結果となった。常勤医師３名で10名以上の入院手術患者、外来手術、初診受入、、、全てを時間内に消化することは不可能であるが、労働時間制限の遵守も求められており、労務管理が極めて困難な状況にある。 ⑤大学関連の業務応援は例年と同じ程度に継続可能であり、外来初診数の維持や外来手術件数の維持、増加に貢献できた。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：２，６５５人 ⅱ）延べ外来患者数：１０，８２４人 ⅲ）新入院患者数：６０７人 ⅳ）延べ入院患者数：２，９３５人 ⅴ）年間入院手術件数：４７６件 ⅵ）年間外来手術件数：１，６８７件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（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２００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）。 【目標】 ⅰ）外来新患数（再掲）：２００人 ⅱ）延べ外来患者数：４，０００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）：７，０００件	外来新患数はほぼ目標通りとなった。数値を示していないが、院内紹介などを含む当科ベースの新患者数は358名と過去最高人数となった。延べ外来患者数は増加がみられたものの、新患において再診につながりにくい認知症患者の割合が高いため、目標を達成できなかった。 院内業務ではリエゾン患者数は過去最高の417名の紹介数となった。認知症ケアチームの介入件数は目標値の2倍の708件となったが、前年713件をわずかに下回っており、そもそも目標値が過小だった可能性が考えられた。また、同加算件数については、前年9,300件超から1,000件以上減らす結果となり、入院患者の早期退院傾向が影響していると思われた。 【実績】 ⅰ）外来新患数（再掲）：２０２人 ⅱ）延べ外来患者数：３，６５７人 ⅲ）院内リエゾン診療実施件数 （再掲）：４１７件 ⅳ）院内認知症ケアチーム関与・介入件数（再掲）：７０８件 ⅴ）認知症ケア加算算定件数（再掲）：８，１１０件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5年度実績（取組）報告
2. 中央診療部門等	2. 中央診療部門等
（1）集中治療部	（1）集中治療部
①ＩＣＵ１０床の運用を継続し、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。 ④外科術後患者のＩＣＵ利用率を高め、病床の有効利用（満床運用）を図る。 ⑤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。 ⑥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。 ⑦多職種によるチーム医療の充実を目指す。薬剤師、管理栄養士に引き続き、臨床工学技士、理学療法士の専従配置を図る。 【目標】 ⅰ）年間ＩＣＵ新入室患者数：７５０人 ⅱ）年間ＩＣＵ平均稼働率：１００％ ⅲ）年間ＩＣＵ平均利用率：９０％ ⅳ）年間ＩＣＵ平均算定率：８０％ ⅴ）年間ＩＣＵ平均在室日数：４日 ※稼働率：24時時点の利用率（当日の転室患者を含む） ※利用率：24時時点の利用率（当日の転室患者は含まない） ※算定率：特定集中治療室管理料１の算定率	ＩＣＵ入室患者数は、目標を上回る７８０人となり、平均稼働率も９４．５％でＩＣＵ１０床の運用はスムーズに行えている、ただし、平均利用率、平均算定率が目標を下回っており、入室基準を満たす患者の受け入れについて検討が必要と考える。外科術後患者については、麻酔科と連携しハイリスク患者を受け入れる体制をさらに強化したい。必要度Ⅱの患者が７０％以上を占める制約があり、術後患者の割合が多すぎると基準を満たせないため、配慮が必要である。 救急外来や中河内救命救急センターからの入院受け入れはほぼできていたので、引き続きこの体制を維持する、１４日を超過する長期入室患者は、前年度より減少できており、やむをえない患者を除いて一般病棟との連携で長期重症患者を見ていく必要があると考える。多職種連携では、今年度は理学療法士の専任配置により、理学療法が質的量的に充実してきており評価できる。 【実績】 ⅰ）年間ＩＣＵ新入室患者数：７８０人 ⅱ）年間ＩＣＵ平均稼働率：９４．５％ ⅲ）年間ＩＣＵ平均利用率：７４．３％ ⅳ）年間ＩＣＵ平均算定率：７０．９％ ⅴ）年間ＩＣＵ平均在室日数：４．４日 ※稼働率：24時時点の利用率（当日の転室患者を含む） ※利用率：24時時点の利用率（当日の転室患者は含まない） ※算定率：特定集中治療室管理料１の算定率

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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５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、以下の目標値を掲げ、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、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 ⅱ）がん手術件数（再掲）：１，１００件 ⅲ）がん放射線治療件数（新規患者）：３２０件 ⅳ）がん放射線治療延べ患者数（再掲）：６，５００人 ⅴ）がん薬物療法レジメン件数：１，１００件 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た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。	①比較的早期のがんに対する局所治療としての手術や放射線治療の件数は増加しておらず、ポストコロナのがん患者の動向を注視しながら、増加に転じるように早期発見、検診施設との連携などを図りたい。 ②・③進行がんの増加は明らかで、薬物療法、緩和体制、在宅医療の充実が今後も求められる。 ④～⑥ ②・③で述べたとように進行がん患者に対する診療サポートに関わる部署（各種チーム医療、情報提供・相談支援、地域医療連携・在宅医療連携など）のニーズはますます増加することから、その充実を図りたい。 ⑦がん患者の増加はがん登録部門の業務にも影響を与えることから、そのニーズに応じた体制の充実が必要である キャンサーボード（骨転移など）、拡大キャンサーボードなど横断的臨床検討会は定期的に行われており、今後も活動を推進していく予定である がん遺伝子検査やがんゲノム医療に関わる検査や臨床的対応も件数が増加しており、そのニーズに応じるためにさらにその推進していく予定である。

第６　医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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）
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5年度計画	令和5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がん患者についても、標本の保存状態、臨床情報が入手可能等の条件が揃えば、医療センターでがんパネル検査を行い、地域全体にｐｒｅｃｉｓｉｏｎ ｍｅｄｉｃｉｎｅを届けられるように努力する。 ③地域医療連携室等で他の医療機関からの依頼を受けるためには、がんゲノム医療について研修を受けた看護師、事務職等を育てる事が急務である。 ④遺伝子情報は究極の個人情報であり、ＩＤの管理などプライバシー保護に万全を期するため、入退室を管理できるがんゲノム医療センター室の確保に努める。	①大阪国際がんセンターとのオンライン　エキスパートパネルは火曜日に臨床腫瘍科、病理医、担当医、で行っている。癌遺伝子パネル検査（以下CGP）は同意書を含めた説明やがん治療歴の確認と入力に時間と労力が必要、現在では癌転移に対する標準治療終了後に一生で１回しかCGPが行えず、適応が困難、総額56万円と高価な医療資源である。しかし情報管理課の事務職・診療情報管理士らの協力があり、当センターで2023年度に施行したCGPは過去最高の35例となった。 ②、③2023年末から保険適応のあるCGPが5種類に増加し、同じ次世代シークエンサーを用いた組織のパネル検査をコンパニオン診断として行う、呼吸器外科、消化器外科（大腸癌、肝胆膵癌）、泌尿器科、らも症例数が増加している。今後は乳腺外科もコンパニオン診断としてのCGPが2024年中に増加すると考えられ、病理部・検査部の負担増＋ゲノム用組織標本作製の設置スペース、等への対処が喫緊の課題である。リキッドバイオプシも含めて、今後もゲノム医療が減少する事は考えにくく、事務職・医療技術員の増員、看護職のがんゲノム医療参加が必要である。 ④当センター本館も2024年5月20日から医局などのICカードによる入退室管理が始まるが、いまだがんゲノム医療センター室は確保できていない。国立がん研究センターとつながるコンピュターは、事務局情報管理課と病理室に散在している状況は、さらなる人材の確保と共に早急に是正する必要がある。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5年度実績（取組）報告
2. 中央診療部門等	2. 中央診療部門等
（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：７，２００件 ⅱ）入院時支援加算１又は２ 算定件数：４，０００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：８，０００件 ⅸ）医療相談件数（実人数）：１，４００件	入退院支援加算、入院時支援加算は、令和5年度から全患者のスクリーニングを行い、退院困難な要因に該当するかを精査したうえで退院支援が必要な患者に退院支援計画書を発行する運用に変更を行ったこともあり、目標は達成出来なかった。 【実績】 ⅰ）入退院支援加算　算定件数：７，０１１件 ⅱ）入院時支援加算１又は２ 算定件数：２，８７５件 ⅲ）地域連携診療計画加算：１０５件 ⅳ）退院時共同指導料２：１７２件 ⅴ）介護支援等連携指導料：１６７件 ⅵ）患者サポート体制充実加算：１３，４２２件 ⅶ）地域医療体制確保加算：１３，７７５件 ⅷ）医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）等介入転・退院調整件数：７，４０５件 ⅸ）医療相談件数（実人数）：１，９１３件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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２０対１配置を目指す中期計画達成に向けて、令和５年度は５名の医師事務作業補助者の増員を図る。 ②診療科グループ単位での配置とすることより、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維持する。 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。	医師事務作業補助者の入職もあったが退職者の方が多く、２５対１配置の維持も難しくなってきている。人数減少に伴い一部業務の縮小を余儀なくされ、医師の業務に支障を来している。医師事務作業補助者の増員を図るため抜本的な取り組みが必要と思われる。
（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内視鏡室TV装置の更新 【目標】 ⅰ）年間消化管内視鏡検査総数：６，７００件 ⅱ）上部消化管内視鏡検査総数：４，２００件 ⅲ）下部消化管内視鏡検査総数：２，１００件 ⅳ）ＥＳＤ実施件数（再掲）：１００件 ⅴ）大腸ＥＭＲ実施件数（再掲）：５００件 ⅵ）ＥＲＣＰ実施件数（再掲）：４００件	目標に対して達成率100%は満たしていない項目を認めるが、医師の人数が令和4年は12人であったのが、令和5年には8人に低下しているのに対して、上部消化管内視鏡検査以外は前年実績を上回っている。洗浄機は整備進行中で、内視鏡室TV装置の更新は完了した。 【実績】 ⅰ）年間消化管内視鏡検査総数：５，３４２件 ⅱ）上部消化管内視鏡検査総数：３，４１２件 ⅲ）下部消化管内視鏡検査総数：１，８８８件 ⅳ）ＥＳＤ実施件数（再掲）：１００件 ⅴ）大腸ＥＭＲ実施件数（再掲）：５９２件 ⅵ）ＥＲＣＰ実施件数（再掲）：３７１件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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Ⅱ、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。 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。 45 ④医師や他職種と連携した適切な退院支援や病床マネジメントを行い、病院経営に貢献する。 ⑤せん妄や転倒転落の予防に努め、安全な療養環境を提供する。 ⑥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２名、認定看護師１８名を維持する）。 ⑦特定行為を修了した看護師の育成と実践により、タイムリーな質の高い医療を提供する。 【目標】 ⅰ）新採用者離職率：≦１０％ ⅱ）全体離職率：≦１０％ ⅲ）クリニカルラダーⅢ以上の看護師・助産師割合：≧６０％ ⅳ）転倒・転落３ｂ以上発生件数：≦１０件 ⅴ）せん妄ハイリスクケア加算算定率：≧８０％ ⅵ）ＤＰＣⅱ期以内の退院率：≧８０％ ⅶ）看護師特定行為の実績部署：１１部署	離職率に関しては、目標達成には至らないが、改善傾向にある。 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、継続教育を企画・運営し、年間を通じて滞りなく実施した。今年度も、指導力向上をねらいに延23名が看護大学の学内演習に参加した。看護師・助産師として「一人前」と見なすラダー3以上の取得率は59.4％で、令和4年度を2.4％上回った。引き続き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。 せん妄ハイリスク患者を洗い出し、そのケアに注力したが、転倒・転落3b以上の発生状況は前年同様だった。 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、令和6年3月末で特定看護師が21名（含：他施設履修3名・認定看護師B課程3名）になった。 小児・周産期・外来部門を除く全ての一般病棟で看護師特定行為が行われ、総行為件数は、672件だった。教育・実習支援チームの特定看護師は、ラダーレベルの低い部署を継続的に支援した。また、特定行為研修を修了したクリティカルケア認定看護師は、院内迅速対応チームとして一年間活動を継続した。いずれも、必要時、速やかに特定行為を行い医師と連携を図った。これらの活動は、看護師特定行為の認知度を高め、看護実践能力の向上に寄与した。 【実績】 ⅰ）新採用者離職率：１６．４％ ⅱ）全体離職率：１０．５％ ⅲ）クリニカルラダーⅢ以上の看護師・助産師割合：５９．４％ ⅳ）転倒・転落３ｂ以上発生件数：１０件 ⅴ）せん妄ハイリスクケア加算算定率：８４．７％ ⅵ）ＤＰＣⅱ期以内の退院率：６８．５％ ⅶ）看護師特定行為の実績部署：１２部署

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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月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：２１，６００件 ⅱ）病棟薬剤業務実施加算１：２６，０００件 ⅲ）病棟薬剤業務実施加算２：２，３６０件 ⅳ）退院時薬剤情報管理指導料：３，４００件	令和5年度も引き続き産休育休等が重なり、年間を通して薬剤師のマンパワーが大幅に減少したが、全ての新入院患者に対し薬剤管理指導を実施するという考えのもと、ほぼ目標は達成できたと考える。また在宅等での薬剤管理の重要性を意識し、退院時における積極的な薬学的管理指導支援により、退院時薬剤情報管理指導料は計画を上回ることができた。 【実績】 ⅰ）薬剤管理指導料：２１，４３７件 ⅱ）病棟薬剤業務実施加算１：２６，９３２件 ⅲ）病棟薬剤業務実施加算２：２，５７４件 ⅳ）退院時薬剤情報管理指導料：３，６９０件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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）
①患者数（入院・外来）の前年比率を上回る検査件数の増加率 ②生理検査 ・ホルター心電図検査件数を昨年度の５％増を実現する ③超音波検査 ・年間超音波検査件数を参考に、検査枠の調整と検査件数の増加を図る ・超音波検査担当技師増員に向けての育成強化 ・地域連携からのシャントエコー受け入れ体制の強化 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 一般検査業務の効率化および改善 ・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継続して行う ・Rh（D）陰性確認試験の自動化を行う ⑥細菌検査 ・新型コロナ検査で導入した遺伝子検査機器のその他検査項目での活用 ・感染制御学を絡めた微生物検査結果の解釈・説明ができる技師の育成	①患者数（入院・外来）の前年比率を上回る検査件数の増加率 ・約7％の増加となった ②生理検査 ・ホルター心電図検査は令和4年度と比較してほぼ横ばいであった。 今年度は診療側にアピールしオーダー依頼をする ③超音波検査 ・エコー総件数は令和4年度17,484件に対し、令和5年度は19,286件と増加した ・エコー未経験者を2名育成し、円滑な業務体制を実現した ・シャント外来にシャントエコー担当技師が出向し診療に貢献した ④検体検査 ・費用対効果を鑑みた新規項目の導入 1. 感染症遺伝子検査（HBV-DNA定量検査、HCV-RNA定量検査） 2. 内分泌関連検査（ACTH） 3. 生体微量金属検査（Mg） ・ＴＡＴ（結果報告までの時間）短縮へ向けた取り組み 1. 全自動尿分析装置の更新（2023年9月） 作業効率化（検体搬送・前処理）による他業務のバックアップ体制強化 およびランニングコスト削減 ・患者負担軽減の取り組み 1. 検査マスタ設定の再構築 ・精度保証の向上、効率化 1. 採血管在庫管理のSPD化再構築 2. 紙媒体依頼（外部委託検査）ペーパーレス化（電子カルテオーダー対応） 3. 時間外検査マニュアルの改定 ⑤輸血部 ・安全な輸血療法の継続および血液製剤の保管管理を徹底できた。 ・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検討を継続して行った。 ・Rh（D）陰性確認試験を自動化に切り替え業務軽減ができた。 ⑥細菌検査 ・新型コロナ検査で導入した機器を用いて、抗酸菌PCR（TB-PCR・MAC-PCR）を外注から院内実施へ切り替え、当日報告を可能とした ・2024年度より、ICTメンバーを細菌検査室からは2名とし、院内感染対策業務への参加を通じ、教育を行っていく

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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）
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、検査の特性や病理学的知識を積極的に習得し、判定不能例の削減や適切な検査の提出に貢献する ・コンパニオン診断の院内導入や運用に関し、関係部署と連携し、病院として組織的に行う体制を構築する ・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検査やCTガイド下生検等のコンパニオン診断やがんゲノム検査に必要な組織量の判断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：６，１５０件 ⅳ）泌尿器エコー検査件数：２，７５０件 ⅴ）産婦人科胎児エコースクリーニング検査：４００件	⑦病理検査 ・CTガイド下生検、EUS-FNA、ROSEなどの組織量の判定を行った検体について、組織診断の判定不能症例は90件中0件であった。また、肺癌AmoyDxでの判定不能例は96件中DNAは0件、RNAは4件4.3%と品質も良好であった。 ・今年度CTガイド下生検における必要採取量の判定が出来る技師の研修対象者4名のうち3名が研修を終了し、残る1名も2024年度上半期には終了予定である。 ・がんゲノム検査やコンパニオン診断検査の院内導入や運用について遺伝子診療委員会と連携していく方針となった。 【実績】 ⅰ）ホルター心電図検査件数：６４３件 ⅱ）腹部エコー検査件数：３，６９６件 ⅲ）心エコー検査件数：６，８０３件 ⅳ）泌尿器エコー検査件数：２，６８８件 ⅴ）産婦人科胎児エコースクリーニング検査：２２６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）：１，４００件 ⅱ）地域枠ＭＲ検査件数（土日祝実日）：１，１００件	①に関して、システムを構築中。 ②に関して、体格の大きい方を除き診断参考レベルを下回った。 ③に関して、CT検査は昨年と同程度で目標を下回り、 MRI検査に関しては装置更新の為、約3ヶ月間1台体制となり目標を下回った。 【実績】 ⅰ）地域枠ＣＴ検査件数（土日祝実日）：１，１３１件 ⅱ）地域枠ＭＲ検査件数（土日祝実日）：９９８件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

<table>
<tr><th>令和5年度計画</th><th>令和5年度実績（取組）報告</th></tr>
<tr><td>4.薬剤部、医療技術局等</td><td>4.薬剤部、医療技術局等</td></tr>
<tr><td>（4）リハビリテーション技術科</td><td>（4）リハビリテーション技術科</td></tr>
<tr><td>【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の為、理学療法士（ＰＴ）・作業療法士（ＯＴ）の更なる拡充を図る。
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：１，２００件
ⅱ）急性期リハビリ（初期加算）比率：５０％以上
ⅲ）急性期リハビリ（早期加算）比率：８０％以上</td><td>①「言語聴覚部門の拡充」について
ST人員については、令和5年9月に1名の増員で、令和5年度下半期はST５名（実働4名）体制となり、ST室増設も完了したことで嚥下訓練のみならず高次脳機能訓練も実施できている。
<table><tr><td>令和5年度</td><td>4月～6月</td><td>7月～9月</td><td>10月～12月</td><td>1月～3月</td></tr><tr><td>高次訓練延べ件数</td><td>562</td><td>493</td><td>503</td><td>516</td></tr></table>
②「心大血管リハビリの拡充」について
令和5年8月の心肺運動負荷試験装置（CPX）導入により、毎週水曜日14:00（令和6年より木曜日）に医師1名、PT1～2名体制で検査実施ができている。
以下実績（リハビリ疾患別単位数で算定）
<table><tr><td></td><td>8月</td><td>9月</td><td>10月</td><td>11月</td><td>12月</td><td>1月</td><td>2月</td><td>3月</td></tr><tr><td>件数</td><td>2</td><td>1</td><td>6</td><td>7</td><td>5</td><td>5</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>単位数</td><td>6</td><td>3</td><td>18</td><td>21</td><td>15</td><td>15</td><td>12</td><td>15</td></tr><tr><td>取得点数</td><td>1680</td><td>840</td><td>5040</td><td>5880</td><td>4200</td><td>4200</td><td>3360</td><td>4200</td></tr></table>
③「急性期を中心としたリハビリ介入」について
令和４年度 初期加算42,270単位、早期加算63,323単位
令和５年度　初期加算52,750単位、早期加算74,453単位
年度対比で初期加算10,480単位、早期加算11,130単位の増加
令和５年度、実施率は初期加算62%早期加算88％
(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。
④「専門性の育成」について
令和5年度は各有資格者の増加がみられた。
3学会合同呼吸療法認定士1名、心不全療養指導士1名、がんのリハビリ研修修了4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6名、転倒転落予防指導士1名、ロコモコーディネーター1名、急性期ケア専門士1名。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
令和5年度、療法士（PT2名、OT1名、ST１名）増員により土日連日のリハビリ介入及び、大型連休に関しては連休にならない介入を実施している。今後更なる療法士による切れ間のない介入をすすめていく。
⑥「退院時リハビリ指導件数の増加を図る」について、
リハビリ技術科全体に積極的な退院時指導料算定取得を促したことで、1,985件と昨年度より239件の増加がみられ、目標を達成できている。</td></tr>
</table>

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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管理栄養士の３病棟常駐配置を堅持する。 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。 週２回の加算算定を堅持する。 ・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：４，５００件 ii）周術期栄養管理実施加算件数：６００件 iii）早期栄養介入管理加算件数：１，６００件 iv）外来栄養食事指導件数：１，１５０件	①管理栄養士の３病棟常駐配置を維持できた。積極的な栄養介入を行い欠食率減少（年度平均18.4%→16.5%）、特別食提供食数増加（128,115食→140,973食）により入院時食事療養費収益増加（228,278,560円→233,298,501円）に繋がった。 ②多職種連携業務では、栄養サポートチーム（ＮＳＴ）週２回の加算算定を堅持した。患者給食では、がん患者や食思不振患者に対する個別対応として付加食品の種類を増やし食事内容の充実に取り組んだ。外来化学療法室へは、がん病態栄養専門管理栄養士を配置（週１回午前中）し、より専門的な栄養介入を開始した。ＩＣＵでも積極的な栄養管理により48時間以内の経腸栄養開始患者の比率が増え早期栄養介入加算算定の増収（5,173,500円→5,612,000円）に繋がった。 ③学会への参加を積極的に行うとともに、発表に向けてのデータ収集にも取り組み、5題の学会発表に繋げることが出来た。 【実績】 ｉ）入院栄養食事指導件数：４，６７６件 ii）周術期栄養管理実施加算件数：１，２８９件 iii）早期栄養介入管理加算件数：１，６７３件 iv）外来栄養食事指導件数：１，２９８件
（6）臨床工学科	（6）臨床工学科
【取組み】 ①臨床業務は医師の業務負担軽減を目的に、心臓外科手術、心臓アブレーション業務の対応を十分にする。 ・心臓外科手術は３チーム運用を確保する。 ・心臓アブレーション術は２チーム運用を確保する。 ②機器管理業務は医療機器管理システムによる運用を全病棟に拡充させる。 ・手術室の管理を開始する。 ・ＩＣＵの管理を開始する。 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心臓外科手術は２チーム。心臓アブレーション術は１チームの確保にとどまり、未達成である。 ②手術室は未達、ICUは達成した。 ③当初３年計画の２年目で、計画通りに達成できた。 ④他局からも人員増の要望がある。計画通り人員数増できた。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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。 ・検査件数前年度比５％増を目指す。 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２，０７０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。 ・高齢者福祉・精神保健分野に関する制度に対する情報提供を適切に行い、患者サービスの向上と家族支援に取り組む。 ・相談件数84件/月(前年度比5%増)を目標とし、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、地域精神保健福祉活動への参加に尽力する。	①視能訓練士 ■インシデント対策について 背もたれがある椅子を外来に設置した。背もたれがない従来の椅子と比較して、事故防止に役立っていると感じている。引き続きインシデント対策に取り組み、今後も転倒事故防止に継続して取り組む。 ■検査件数前年度比５％増を目指す 前年度と同等数の項目もあったが、５％を大きく超えて検査数が増加した項目もあった。次年度においては目標を達成できるように目指す。 ②歯科技工士 技工物５１５件を、作製した。（内訳：義歯修理　７７、線鉤二腕鉤　８１、線鉤双子鉤　２０、線鉤単鉤　３、鋳造鉤二腕鉤　３、鋳造鉤双子鉤　６、鋳造バー　２、個人トレー　３２、咬合床　３５、人工歯排列　３５、部分床義歯　３１、全部床義歯　２、コア　８、TEK　１２、FMC　２４、In　５、前装冠　３、CAD/CAM　４、保護床　１６４、マウスピーズ　１０３、止血床　１６、スプリント　８、SAS OAp　４、口蓋床　１、補助床　２、補強線　２） ③歯科衛生士 各々が正しく病態を理解している事により、チェアータイムの短縮を図れたと同時に、効率良く検査等に案内することができるようになったため、待ち時間の削減につながった。 ④公認心理師 ・心理検査及び心理面接の実施総数２，３５９件／年（前年度比６％増）を達成し、目標を超えることができた。 ・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、可能な限り応じていくことができた。 ⑤精神保健福祉士 ・精神科外来やリエゾン、認知機能ケアチームにおいて、必要なインテークをとり病棟と共有することで治療やケア方針の継続性をサポートした。 ・認知症ケア専門士取得後、認知症ケア学会へ参加や地域研修での講演など認知機能ケアチームの構成員として、自己研鑽の機会を積極的にもうけることができた。 ・チーム活動を除いた精神科リエゾンと認知症外来を含め、症例としての介入件数は月平均９５件であり、目標数値を１１％上回った。本年度の診療報酬改定と精神保健福祉法改正に伴い、総合病院精神科として求められる役割を把握し院内外の連携業務を強化していきたい。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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）ＤＰＣⅡ期間越え割合（対象：入院期間２０日以上）：≧９．０％	入院期間20日以上でDPCⅡ期超え患者の割合は10.3％で、目標を達成できなかった。 全入院患者数の約55％は予定入院であり、入退院センターで入院前面談から介入しているが、退院困難事例の多くは緊急入院であり、入院前面談が難しい状況での入院である。緊急入院患者への早期介入として、退院調整者（看護師およびＭＳＷ）が、医師の説明に同席し、家族を含め急性期病院の役割を説明する取り組みをより一層進めたい。 【実績】 ｉ）ＤＰＣⅡ期間越え割合（対象：入院期間２０日以上）：１０．６％
（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。	医療の質・評価委員会を定期的に開催し、モニタリングやPDCA管理に努めた。 感染制御に関しては、院内感染対策の質の評価として院内でのデータ管理のみに留まらず、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）に加え、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）に参加している。 医師会、東大阪市保健所、連携病院・診療所と定期的なカンファレンスの実施や訪問ラウンド・指導を行い、地域の感染対策向上に取り組んでいる。 感染対策に必要な機器の更新が滞っており、保守点検が期限切れとなっている機器がある。計画的な機器の更新を行い、感染対策の質の維持をしていく必要がある。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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。すべての医師の時間外労働を月60時間以内に収め、かつ他院応援を含めた総時間外労働の上限をＡ水準とする。当月中旬及び月末に集計を行い、時間外の多い医師及び診療科部長へ時間外勤務の原因の解消を依頼する。また、慢性的に超過勤務の多い診療科については年間改善計画書を提出させ、モニタリング及び時間外勤務状況の共有を本人、診療科部長と行う。 ②総務課業務の改善を図り、時間外労働時間を10%削減する。下記④～⑥の目標と合わせて根本的な業務改善ミーティングを週1回実施し、ＰＤＣＡサイクルに基づき見直しを進める。 ③人事評価制度の理解と定着を促進し、人材の育成と経営意識の向上を図る。 定着率の低い部門に上記説明会を実施する。 ④業務効率化を進める為、ＲＰＡの導入を検討する。業務改善ミーティングにおいて、繰り返し実施する作業のピックアップを進める。 ⑤総務課への手続き書類の10％のペーパーレス化を進めていく。 まずはサイボウズ等を利用した手続きを進め、各会議・委員会議事録等の電子決裁化の検証を進める。 ⑥総務課関連業務に係る学会発表・研修会への参加を促し、基礎知識の向上と業務レベル向上を図る。1人２回/年の研修会への参加及び知識の習得を目標とする。 【目標】 ⅰ）（医師）時間外労働月日金６０時間越えの医師数（％）：０％ ⅱ）総務課の時間外労働時間の縮減：１０％縮減 ⅲ）業務改善ミーティング回数（課内定例会議を含む）：４０回以上 ⅳ）人事評価実施率１００％：１００％	①「医師労働時間短縮計画」及び「医師労働時間短縮計画」に基づき医師等の働き方改革に取り組んだ。36協定の遵守および医師の意識改革を図るため、一定の時間外時間に達した職員を対象に、月途中と月初めに時間外アラート発出した。令和4年度と比較すると720時間超の割合は減少した。 ②課員の能力向上および総務課業務の安定と属人化を解消するため課内で４名のジョブローテーションを実施した。しかし、変更後の担当業務の習得に時間を要したことや全公連事務局など新たな業務負担があったことから時間外時間は縮減できなかった。 ③実施率が低かった医務局各科に制度説明を実施し理解と定着を図り、実施率は96％台にまで向上した。 ④事務局でワーキングチームをつくり定期的に検討を重ね、総務課業務のうちRPA化できる作業を洗い出しチームと共有した。今後はデモに向けたシステム選定を行い本格導入に向けた検討をすすめていく。 ⑤経営会議、幹部会議、企画運営会議、所属長会議においてペーパーレス化を実現した。 ⑥１名が全国自治体病院学会で発表を行った。研修会は可能な限り参加し知識の向上に努めた。 【目標】 ⅰ）（医師）時間外労働月日金６０時間越えの医師数（％）：６．０％ ⅱ）総務課の時間外労働時間の縮減：２７．５％増 ⅲ）業務改善ミーティング回数（課内定例会議を含む）：未実施 ⅳ）人事評価実施率１００％：行動９８．６％（目標９４．４％）
（４）事務局契約会計課	（４）事務局契約会計課
【取組み】 ①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、主 要インフラ設備の更新（地下設備の一部地上化）にかかる基本設計に着手する。 ②老朽化に伴う各種設備（ＭＲＩ等）の計画的更新を行い、施設の長寿命化に取組むとともに、案内板等のサインを更新しわかりやすい表示とする。 ③狭隘な施設を有効活用するため、クックチルの導入を検討する。 ④国指定地域がん診療連携拠点病院として、地域のがん診療機能を維持するため、高エネルギー放射線治療装置更新に着手する。 ⑤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、費用節減（対医業収益割合0.1%削減）に取り組む。 ⑥支出・収入にかかる経理処理を適切かつ効率的に行うとともに、ＤＸ化に取り組む。 【目標】 １）医薬品・材料費削減：対医業収益割合０．１％削減 ⅱ）ＤＸ化の取り組み：インボイス制度に対応したシステム導入	①主要インフラ設備の更新（地下設備の一部地上化）にかかる基本設計を進めるにあたり、最適な事業スキーム・工事手法及び事業費とするため、サウンディング型市場調査を行った。 ②老朽化する高額放射線機器（ＭＲＩ）の更新を行った。 ③クックチルの導入を検討したが、狭隘な施設を有効活用できるほどのスペース確保が困難であったことから、見送ることとなった。 ④高エネルギー放射線治療装置更新に着手し、機器選定および装置の調達を実施した。 ⑤医薬品、診療材料の購入について、ベンチマークシステムを活用し、医薬品は、暫定価より約1.4億円、診療材料は、3,000万円の費用節減を行った。 ⑥インボイス制度の運用が始まり、業務の効率化、ペーパーレス化かつ電帳法にも対応するシステムの導入を行った。 【実績】 １）医薬品・材料費削減：対医業収益割合１．０％増加 ⅱ）ＤＸ化の取り組み：インボイス制度に対応したシステム導入：実施

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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）事務局医事課	（5）事務局医事課
【取組み】 ①入院業務を見直し、ＤＰＣ制度・診療報酬の理解を深め、係数や診療密度を上げて精度の高いＤＰＣコーディングを行う。目標：ＤＰＣ特定病院群の取得 効率性係数：パスを見直し、入院期間Ⅱ越えのＤＰＣコーディング３０％以下へ 複雑性係数：包括範囲出来高項目の算定漏れを無くし、副傷病名の有無、ＤＰＣコーディングの確認を行う 救急医療係数：救急医療管理加算の算定、包括範囲出来高の算定を増加へ ②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、再審査請求を行う。（目標査定率：０．３％以下） ③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、再構築した未収金管理方法を徹底し取り組む。 目標未収金額：入院30,000,000円以下・外来10,000,000円以下） ④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。 ⑤業務の効率化を図る レセプトチェッカーソフトを導入し、レセプトチェックの精度を上げ、時間の短縮に繋げる。 ＲＦＩＤ管理システムを導入し、電子カルテオーダシステムへ変更する。 【目標】 ⅰ）効率性係数：０．０２２００ ⅱ）複雑性係数：０．００９９６ ⅲ）救急医療係数：０．０１６９２ ⅳ）診療密度：２５４４．４９	①ＤＰＣ係数はすべて上がったが、特定病院群の取得には至らなかった。引き続き、複雑性係数の向上、ＤＰＣ包括範囲出来高点数の向上に取り組む。 ②査定率は、上がっており、目標の０．３％以下とはなっていない。来年度も、査定率は見ていくが、消極的な診療報酬算定とはならないように、算定に取り組む。 ③医業未収金については、発生の防止のため､緊急入院時、直ちに対応し保険証の確認や限度額の申請、福祉での対応に務め、債権回収業者を見直し連携を密にすることで、医業未収金の低減が図れた。 ④医事システムを見直し、毎月、財務と連携出来るように調整した。 ⑤レセプトチェックソフト、ＲＦＩＤの導入により、業務の効率化に繋がっている。今後はＲＰＡ等のＤＸ化を検討し、更なる効率化を目指す。 【実績】 ⅰ）効率性係数：０．０２６２８ ⅱ）複雑性係数：０．００８７５ ⅲ）救急医療係数：０．０２２７０ ⅳ）診療密度：２４９０．８７

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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
（６）事務局情報管理課	（６）事務局情報管理課
【取組み】 ①経営面において、収入の増大を図る。 アフターコロナにおいて、所属長の経営意識向上のために、院内における経営情報（新入院数や目標に対する進捗等）の見える化・共有化の仕組みの改善を図る。また、DPCの精度向上を図り、経営分析に必要な情報収集や情報発信を行う。 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。 導入するDWHを活用するにあたり、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と電子カルテ更新準備を行う。 「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さらなる強化と運用構築を図る。電子カルテ更新に向け、社会情勢を踏まえ、第3者意見を取り入れた更新計画を策定する。 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。 次の世代を見据えた診療情報管理業務の体制構築、CITAを用いた診療録の活用提案を行う。量的・質的点検については項目の見直し含め、可視化とさらなる改善を行う。 委託業務の業務内容、管理体制についても見直しを図る。 ⑤医師事務作業補助の上位施設基準取得を目指し、運営体制の見直しを図る。 医師事務作業補助者の安定的確保に向けて、新たな制度構築を図る。医師事務作業補助者の業務評価方法を検討する。 【目標】 ⅰ）収益：入外収益１９３億円、新入院１５，６７０人、新患３４，４０５人、ＥＶＥを活用した診療科分析と目標管理の運用構築 ⅱ）院内情報共有化：ＤＷＨ導入に伴うデータ抽出の運用構築 ⅲ）電子カルテ更新準備：方針決定及び次年度予算への概算計上 ⅳ）診療録の質の向上：ＣＩＴＡ活用による診療録整備 ⅴ）医師事務作業補助：人事新制度の構築	①新入院の確保に努めたものの、医師の退職等の要因により、いくつかの診療科で目標値を大きく下回り、結果として稼働率については計画より1割減となった。必要な患者層の獲得のために、更なる地域連携の強化を図っていく必要がある。一方、クリニカルパス委員会で適正化が必要なクリニカルパスの見直しを行い、一部の診療科の単価向上に寄与した。 ②医療情報DWHシステム導入については、データベースとしての役割は当然のことながら、サイバー攻撃の際のバックアップデータとしての有効活用も視野に導入の検討を行い、連携する部門システムについて再検討を行い、連携範囲を拡大し令和５年度末に導入した。今後、順次統計資料等について、簡便な方法で抽出出来るよう対応していく。 ③医療情報DWHシステム導入については、データベースとしての役割は当然のことながら、サイバー攻撃の際のバックアップデータとしての有効活用も視野に導入の検討を行い、連携する部門システムについて再検討を行い、連携範囲を拡大し令和５年度末に導入した。今後、順次統計資料等について、簡便な方法で抽出出来るよう対応していく。 次期電子カルテシステム更新に向け、コンサル会社を活用し、現行ベンダーに固執せず、同規模病院で使用されている病院情報システムの情報収集を行うとともに、現行ベンダーに対して、保守期間延長を含めた交渉を行った。令和7年度中に電子カルテを含む病院情報システムの更新を予定している。 ④診療情報管理士1名を採用し、体制の維持、質の向上に努めた。委託業務については、業務内容を整理・精査した上で、入札を行うとともに、狭隘な施設環境を踏まえ、過去の診療録（紙媒体）について外部倉庫保管へ変更することで、診療録の管理体制等の見直しを行った。 CITAについては、複数の診療記録を同時表示することなどから、退院時サマリー等の作成・内容確認などに活用している。 ⑤医師事務作業補助者の人員確保に向け、正規職員化を含め検討を開始した。同規模病院のみならず、多施設の雇用状況（処遇面のみならず業務内容を含む）を調査した。また、同一労働同一賃金の観点からも、業務内容の整理、処遇面の整理が必要であり、制度検討を行っている。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和5年度計画	令和5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
（７）法人本部	（７）法人本部
【取組み】 ①法人運営に係る中期計画・年度計画等総合的な調整を行う。 ②理事会を円滑に運営できるよう、会議形態及び事前レクチャーの運用について、さらなる見直しを行う。 ③指定管理となっている、大阪府立中河内救命救急センターとの連携調整をさらに推進する。令和4年度から取り組んでいる人事交流を始めとして、救急の受け入 54 れ、病床の有効利用等病院機能の連携、互いの会議や委員会の共有を含めた連携強化を行う。 ④法人を円滑に運営できるよう、市立東大阪医療センター、大阪府立中河内救命救急センターの組織及び会議体制の改編を行う。 ⑤法人として関係部署と連携し、ハラスメント防止、コンプライアンス遵守に取り組み、職員が働きやすい職場環境を整える。 ⑥法人として、監査を含む内部統制に関して、更なる強化を推進する。特に互いの事務部門で組織体制の構築、会議や人事交流での情報共有等で連携強化を行う。 【目標】 ⅰ）救急患者受入の連携：両センターのタスクフォースの立ち上げ、定期的にミーティングを実施する（２月／１回） ⅱ）病床運用の連携両センターのタスクフォースの立ち上げ、定期的にミーティングを実施する（２月／１回） ⅲ）病病連携強化：両センターのタスクフォースの立ち上げ、定期的にミーティングを実施する（２月／１回） ⅳ）会議体制の見直し：幹部会・経営会議・企画運営会議体制を見直し、令和５年度以内に運用を開始する。	①情報管理課・契約会計課等、関係部署との連携・調整を行い、進捗及び実績の把握の管理が昨年度よりも若干早期にできた。 ②会議全体の形態を見直すことはできなかったが、幹部及び経営会議に中河内管理者を出席させるようにした。事前レクチャーに関しては、現場及びZoom等、特任次長が行っていたが、事務局各課長が同席、内容により課長からレクチャーするよう始めた。 ③コロナ患者の転退院については、昨年度より引き続き連携をすることができた。救急患者は両センターの受け入れ患者を明確にして、スムーズな診療を行えるよう取り組んだ。なお、災害・感染等の委員会の一部の連携強化はできたが、全体的な共有までには至らなかった。 ④一部の連携強化はできているが、両センター共に別の施設になっているため、それぞれに設置しなければいけない委員会も少なくなく、合同開催できるものの整理ができていなかった。 ⑤ハラスメント窓口を職員に周知することができ、特に中河内に関しては。事例の相談案件が多くなった。 ⑥法人に係る中河内での決裁文書の確認を行った。また、人事に関しても、看護局では現場の応援態勢・合同研修の開催、事務局では相互間の人事異動を行った。

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５年度計画	令和５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５年度計画	令和５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５年度計画	令和５年度実績
なし	なし	なし

第11　剰余金の使途

中期計画	令和５年度計画	令和５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５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５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。