地方独立行政法人市立東大阪医療センター

令和６年度の業務実績に関する評価結果報告書

令和７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 ・・・・ 26

2　患者満足度の向上 ・・・・ 52

3　信頼性の向上と情報発信 ・・・・ 61

4　地域医療機関等との連携強化 ・・・・ 69

第3 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置

1　業務運営体制の構築 ・・・・ 76

2　人材の確保と育成 ・・・・ 91

第4 財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置

1　経営基盤の確立 ・・・・ 103

2　収入の確保 ・・・・ 105

3　費用の節減 ・・・・ 109

第5 その他の業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置

1　中河内救命救急センターの運営 ・・・・ 112

3　施設整備に関する事項 ・・・・ 114

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 ・・・・ 147

第8 短期借入金の限度額 ・・・・ 147

第9 出資等に係る不要財産の処分に関する計画 ・・・・ 147

第10 第9の財産以外の重要な財産を譲渡し、又は、担保に供する計画 ・・・・ 147
第11 剰余金の使途 ・・・・ 148
第12 料金に関する事項 ・・・・ 148
第13 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 ・・・・ 149

（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 ・・・・ 150
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 ・・・・ 152

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６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６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6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。」、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C 中期目標・中期計画の実現のためにはやや遅れている。」と判断した。

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勘案した結果、救急搬送受入件数は地独化後最高の件数を記録し、中期計画期間の目標を達成したこと、近隣医療機関との連携により、下り搬送を実施したことで地域医療構想にかかる機能分化の促進に寄与したこと、前年度に引き続き、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について評価した。財務内容の改善に関する目標については課題が残るものの、業務運営に必要な資金については確保できたことから、

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

大項目	小項目評価数						大項目評価
	評価5	評価4	評価3	評価2	評価1	合計	
第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置		6	11	1		18	B
第3　業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置		2	8			10	A
第4　財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置			1	3		4	C
第5　その他の業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置		2		1		3	C
合計	0	10	20	5	0	35	

※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。

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　院内がん登録件数及び手術件数が増加傾向であること。がん相談支援センターについて直接外来での相談支援を開始したこと。

(3)　災害時医療　職員への災害訓練を定期的に行い、災害対策に関する意識向上に努めたこと。BCP、災害時院内マニュアル等の整備を実施したこと。

(4)　地域医療構想を踏まえた役割の明確化　令和6年度の診療報酬改定で導入された「救急患者連携搬送料」（いわゆる「下り搬送」）について、近隣の医療機関と提携し、早期に転院可能な患者を転送するシステムを院内外で整備したこと。

(5)　院内環境の快適性の向上　外来エリアのリニューアル工事、院内のLED化が完了し、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　ホームページをリニューアルし、利用者への情報発信に努めたこと。サイバーセキュリティ強化にかかる取り組みを進めたこと。

(7)　地域医療支援病院としての機能強化　地域の医療機関と連携し、下り搬送を実施したことで機能分化と後方病院との役割分担が進んだこと。

(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)　医療資源等の有効活用　令和6年11月に2台目の手術支援ロボットを導入したことから手術件数が増加し、ハイブリッド手術稼働率も計画値を超えたこと。

(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、看護師の採用数確保の取組みに努められたこと。

(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、医業収支比率ともに計画値を達成できず、約12億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　入院単価及び新入院患者・延べ入院患者数の増加が要因となり、医業収益が前年度より伸びたが入院診療収益及び外来診療収益ともに計画値を達成していないことからさらなる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)　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が収支状況の見込みが想定以上に悪化したことによる損失補填の調整が十分に行えなかったこと。

(16)　施設整備に関する事項　これまでエネルギー棟の建設について進めてきた結果、既存施設の一部改修により基準を達成できることから建設コストを大幅に削減できたこと。

財務内容について、令和6年度は特に救急医療を中心に患者の受入や手術を積極的に行った結果、前年度に比べ医業収益が約7億円の増収となった。しかし、人件費や材料費、エネルギー価格の上昇の影響により営業費用は約6億円の支出増となった。また、リニアックやPET-CTの更新、2台目の手術支援ロボットを導入するなど、高度医療機器の購入による控除対象外消費税の増加による負担が大きくなった結果、約12億円の経常損失となり、前年度と比較すると約4億6千万円、収支が悪化し、2年連続の赤字運営となった。

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、各指標の達成に向けて各部局が臨機応変に取り組んでいただいた点は評価できる。

第２項　項目別評価

１．大項目評価

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

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

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

（２）判断理由及び考慮した事項

(3)小項目評価の集計結果の評価3以上の割合が9割以上であること及び(4)評価にあたっての意見、要望等を総合的に評価した結果、「B　おおむね計画どおり進んでいる」と判断した。

（３）小項目評価の集計結果

項目名		小項目評価数				
		評価5	評価4	評価3	評価2	評価1
1 医療センターとして担うべき役割	(1)　救急医療		◎			
	(2)　小児医療、周産期医療				○	
	(3)　がん医療			◎		
	(4)　4疾病に対する医療			○		
	(5)　災害時医療			○		
	(6)　感染症への対応			○		
	(7)　地域医療構想を踏まえた役割の明確化		◎			
	(8)　その他の役割			○		
	小計	0	4	6	1	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	2	0	0
4 地域医療機関等との連携強化	(1)　地域医療支援病院としての機能強化		◎			
	(2)　地域包括ケアシステム構築への貢献			○		
	小計	0	2	1	0	0
合計		0	6	11	1	0
構成比率		94.4%			5.6%	

※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
※公立病院経営強化プランを令和5年度末に策定したことに伴い、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を第５項から第２項へ移行している。

	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
前年度に続き、救急車受入率については、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努めたが、それ以上に救急搬送依頼件数が増加したため、計画値を超えることができなかった。しかし救急搬送受入件数は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1,000件以上増加し、第2期中期目標・中期計画期間最終年度に地独化後最高値を記録した。また、救急外来経由入院患者数、救急医療管理加算算定件数も前年度より大幅に増加している。令和6年度末には救急医療体制の拡充に向けた施設整備のため、敷地内に別館を設置した。以上のことから評価を「４」とした。

● 1-（2） 小児医療、周産期医療
小児医療にかかる指標項目では全て前年度実績を下回り、その中で小児科入院患者数と小児科外来患者数は計画未達であった。周産期医療にかかる指標項目では総分娩件数とハイリスク分娩件数は前年度実績より増加したが、妊産婦緊急搬送入院診療件数は減少し、いずれの項目も計画未達であった。令和5年度は産婦人科医の欠員により分娩予約の一時的な制限があったことで各指標項目の目標が未達であったが新たな大学医局の関連病院となり医師派遣の確保をしたことを評価して「３」とした。しかし、令和6年度は多くの項目で実績値が伸びておらず計画値を達成していない項目が多いことから評価を「２」とした。

● 1-（3） がん医療
がん手術件数及びがん放射線治療延べ患者数が計画未達であったが、要因については医療技術の向上によってがん放射線の照射回数が減少したことによるものである。また、機器更新によって半年以上放射線治療が出来なかったことによりがん放射線治療延べ患者数は前年度より大幅に減少した。ただし、他の項目においては概ね計画を達成していることから評価を「３」とした。

● 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、心血管疾患は前年度実績より増加傾向であったが、脳血管疾患は医師をはじめスタッフの減少に伴い、指標項目のうち多くの項目で前年度より実績値が減少した。しかし、開頭手術件数については計画値を大きく超えたことを評価し「３」とした。急性期・高度急性期医療を中心とした地域医療を担う公立病院として高度専門医療の充実に取り組むため、医師体制の確保に引き続き努めていただきたい。

● 1-（5） 災害時医療
職員への災害研修を定期的に行い、災害対策に関する意識向上に努めた。また、合同災害訓練についても府立中河内救命救急センターと連携して実施し、災害拠点病院としての役割分担が適切に行えたことから災害時医療にかかる全体的な評価を「３」とした。

● 1-（7） 地域医療構想を踏まえた役割の明確化
法人評価のとおり、高度急性期・急性期医療の役割を担う医療機関として、病床の一部をＨＣＵ等の高度急性期病床に転換するための具体的な検討を開始した。「救急患者連携搬送料」（いわゆる「下り搬送」）について、近隣の医療機関と提携し、早期に転院可能な患者を転送するシステムを院内外で整備した。これにより当センターが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を促進させ、後送の医療機関との連携も推進させた。このことからも評価を「４」とした。

● 3-（2） 情報発信、個人情報保護
サイバーセキュリティ強化にかかる取り組みについて、令和6年度厚生労働省「医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業」に参加し、一定の評価を得ることができた。また、診療費後払いシステム利用を促進することで会計待ち等の負担軽減に寄与できるよう努めたことから評価を「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計画値を上回った結果、退院時診療情報提供件数を除く項目で計画達成ができた。また、令和6年度は救急患者連携搬送料について近隣の医療機関と提携し、早期転院にかかるシステムを整備したことにより、地域医療支援病院として機能強化が図られた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	2	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	2	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
各指標項目については実施されており、医療安全上のリスクに対しては適切に対応していることや職員の処分案件は発生していない報告を受けていることから評価は「３」とした。

● 1-（4） 医療資源等の有効活用
強度変調放射線治療件数は機器の更新に伴い減少したが、令和6年11月に2台目のダヴィンチ（手術支援ロボット）を導入したことから手術件数は増加した。また、ハイブリッド手術稼働率に関しても前年度は目標未達であったが、今年度は大幅に増加し、計画値も超えることが出来たため、評価を「４」とした。

● 2-（1） 人材の確保
専攻医については前年度に引き続き、関連大学への働きかけや広報を強化し、医師数の確保に取組んだ結果、計画値を達成することができた。看護師については、離職率は微増であるものの採用試験の時期を見直す等の手法を取り入れ、採用数確保に努めことから評価を「３」とした。

● 2-（4） 職員満足度の向上
男性育休取得率及び院内保育所受入人数が前年度より増加している点、有給休暇取得日数及び職員アンケート総合満足度において計画値を達成している点を評価し、「３」とした。なお、有給休暇取得率も73.1％となり、前年度の72.9％より増加している。

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	1	0	0
合計		0	0	1	3	0
構成比率		25.0%			75.0%	

※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
前年度と同じく、経常収支比率、医業収支比率ともに計画を達成することができず、約12億円の経常損失となったため、法人評価と同じく「２」とした。

● 2 収入の確保

入院単価及び新入院患者・延べ入院患者数の増加が要因となり、医業収益が前年度より約7億円増加した。また、未収金においても未収対策の効果もあり、改善している状況であるが入院診療収益及び外来診療収益ともに計画を達成していないことから評価は前年度と同じく「２」とした。

● 3 費用の節減

人件費や材料費が依然高騰している状況であるが、委託業務の見直しや光熱水費の削減に努めている。また、公立病院経営強化プランの策定に伴い、令和6年度から新たな指標項目となった修正医業収益比率においては全て計画を達成していることから評価を「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

（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 中河内救命救急センターの運営					○	
	小計	0	0	0	1	0
2 施設整備に関する事項			◎			
	小計	0	2	0	0	0
合計		0	2	0	1	0
構成比率		66.6%			33.4%	

※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
※公立病院経営強化プランを令和5年度末に策定したことに伴い、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を第５項から第２項へ移行している。

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、令和9年度以降の運営に関しても府・市と協議を行った。しかし、収支状況の見込みが想定以上に悪化したことで損失補填の調整を府と十分に行えなかったことにより法人の留保金の取り崩しに至ったことから不必要な費用の増加に繋がった。以上のことを勘案し、評価を「２」とした。

●　2　施設整備に関する事項
公立病院経営強化プランの策定に伴い、令和6年度から新たに指標項目となった施設整備の項目については順調に達成している。また、これまでエネルギー棟の建設について進めてきた結果、既存施設の一部改修により基準を達成できることから建設コストを大幅に削減する見込となった。このことからも評価を「４」とした。

２．小項目評価

（１） 地方独立行政法人市立東大阪医療センターの概要

Ⅰ　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、医師の働き方改革に伴う情勢変化により、当センター産婦人科においても、大学医局より医師派遣を終了したいとの意向が示され、産婦人科存続の危機に直面しました。しかし、令和 6 年 4 月より大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学教室から医師を派遣していただくこととなり、無事難を乗り越え、令和 6 年度より新たな体制で診療を継続することが出来ました。また、新興感染症への平時からの備えと、切れ目ない医療提供が求められており、令和 6 年度以降も大阪府との新興感染症に係る協定締結医療機関として、新興感染症対応に参画しています。

令和 6 年度の主な整備・成果は以下のとおりです。
・ＰＥＴ－ＣＴの更新（アミロイドＰＥＴ）
・手術支援ロボット 2 台目導入
・リニアック（放射線治療機器）の更新
・別館増築工事（救急外来拡張事前工事）
・外来中待合および病棟エリアのサインをリニューアル
・電子処方箋の導入

患者数は以下のとおりです。

・新入院患者数：年間 15,594 人（前年度比＋734 人）
・延べ入院患者数：年間 156,364 人（前年度比＋6,287 人）
・外来紹介数：年間 27,308 人（前年度比+1,262 人）
・延べ外来患者数：年間 217,700 人（前年度比△3,049 人）

延べ外来患者数は減少しましたが、新入院患者数、延べ入院患者数、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）：7,647 件（前年度比＋181 件）※過去最高
・全身麻酔手術件数：3,807 件（前年度比＋228 件）※過去最高

緊急手術件数は 713 件(前年度比＋147 件)と増加し､急性期充実体制加算の要件も満たし、対象となる施設基準を維持しました。

経営状況（市立東大阪医療センター単独の損益計算ベース）は、以下のとおりです。

・医業収益：18,914 百万円（前年比 724 百万円増)、
・営業収益：19,581 百万円（前年比 355 百万円増）
・営業損益：△240 百万円
・営業外損益：△962 百万円（主に控除対象外消費税）
・経常損益：△1,202 百万円（前年比 460 百万円減）

令和 4 年度まで 3 年連続黒字でしたが、令和 5、6 年度で 2 年連続の赤字に転落しました。赤字の要因は、

・一部の診療科における新入院患者数および収益の計画未達（医師数減が主な要因）
・賃金増および人的委託費の増、手術件数増および物価上昇による影響での材料費の増、補助金打ち切りに伴う光熱費の単価増

などで、計画収支を大きく下回り、赤字となりました。

令和 7 年度の取組みについて

・救急医療体制強化に向けたさらなる医師の確保
・「断らない救急」実践のため救急外来の拡張（前年度からの継続事項）
・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）設置による新入院増および「下り搬送」を含む転退院強化
・これまで投資した設備の効率的利用による患者数増
・高度急性期病床増床（移行）に伴い、ハイケアユニット等の整備

最後に、令和 7 年度より理事長を引き継ぎ、新たな体制で病院を運営してまいります。地域医療構想の中でも、現在より 3 病棟 153 床について急性期から高度急性期への病床転換を大阪府に承認を得ており、その実現に向け設備改修も計画してまいります。

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積極的に取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　辻井正彦

１．現況（令和７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。

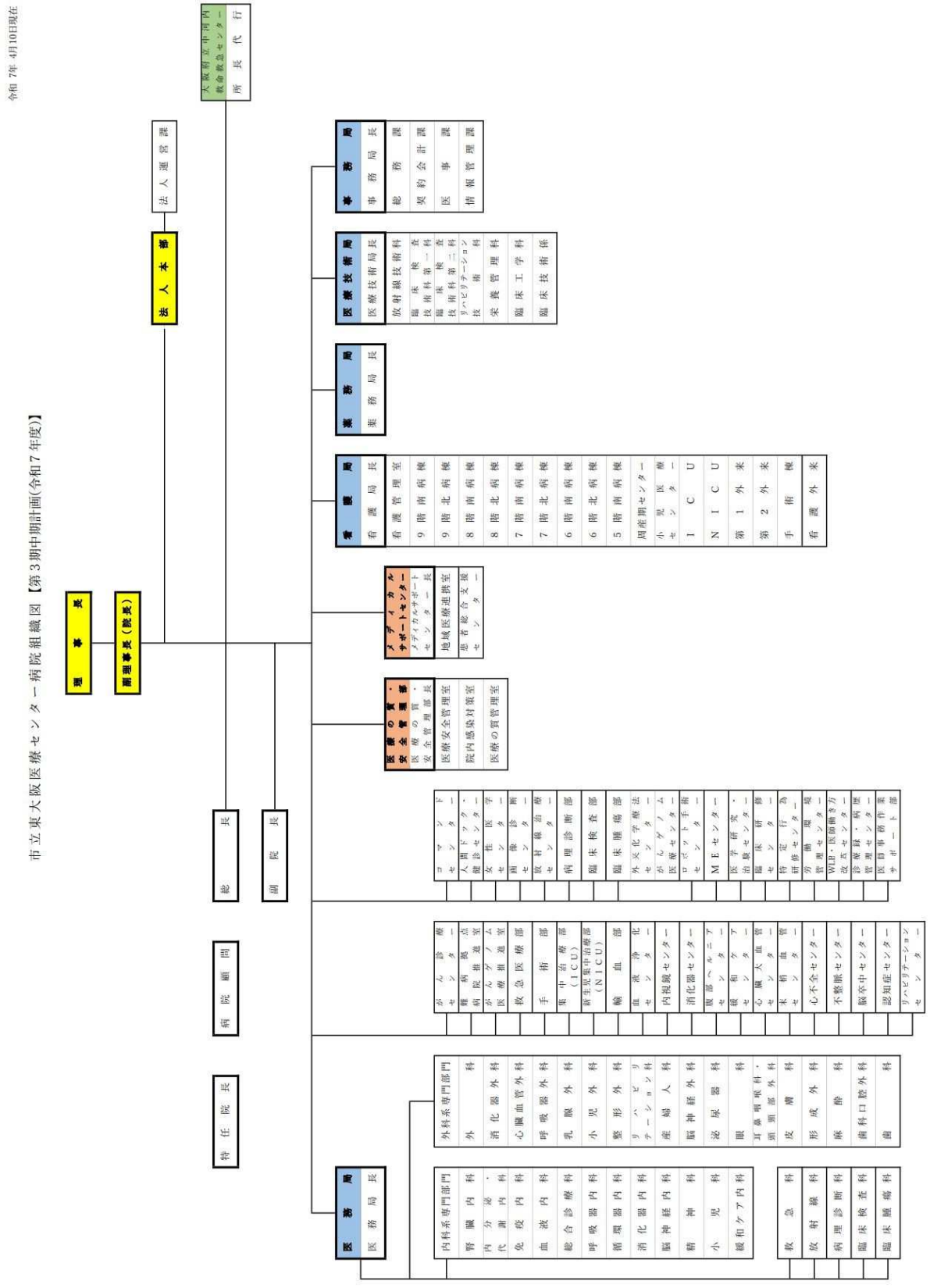
（３）沿革

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　令和７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７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	M＆Ｊ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７年３月３１日において８６６名（前年比３名増加）となっています。

（内訳）医師・歯科医師１２３名、看護職５２６名、医療技術職１６５名、

事務職５２名（うち東大阪市からの派遣職員６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）

		R5 実績	R6 実績	前年差	前年比率
腎臓内科	新入院患者数	729	721	▲ 8	98.9%
	延入院患者数	10,847	11,880	1,033	109.5%
内分泌代謝内科	新入院患者数	307	277	▲ 30	90.2%
	延入院患者数	4,160	4,182	22	100.5%
免疫内科	新入院患者数	127	183	56	144.1%
	延入院患者数	2,987	3,286	299	110.0%
血液内科	新入院患者数	―	7	7	―
	延入院患者数	―	78	78	―
循環器内科	新入院患者数	1,320	1,222	▲ 98	92.6%
	延入院患者数	12,775	12,441	▲ 334	97.4%
消化器内科	新入院患者数	1,234	1,551	317	125.7%
	延入院患者数	12,241	14,528	2,287	118.7%
脳神経内科	新入院患者数	782	983	201	125.7%
	延入院患者数	12,146	13,975	1,829	115.1%
小児科※	新入院患者数	2,077	2,384	307	114.8%
	延入院患者数	8,260	9,593	1,333	116.1%
消化器外科	新入院患者数	1,311	1,490	179	113.7%
	延入院患者数	17,733	18,818	1,085	106.1%
小児外科	新入院患者数	82	81	▲ 1	98.8%
	延入院患者数	248	308	60	124.2%
呼吸器外科	新入院患者数	377	357	▲ 20	94.7%
	延入院患者数	4,013	3,209	▲ 804	80.0%
乳腺外科	新入院患者数	158	172	14	108.9%
	延入院患者数	981	1,253	272	127.7%
整形外科	新入院患者数	747	728	▲ 19	97.5%
	延入院患者数	11,909	10,753	▲ 1,156	90.3%
皮膚科	新入院患者数	282	259	▲ 23	91.8%
	延入院患者数	3,302	2,919	▲ 383	88.4%
脳神経外科	新入院患者数	462	378	▲ 84	81.8%
	延入院患者数	7,921	7,162	▲ 759	90.4%
泌尿器科	新入院患者数	1,225	1,274	49	104.0%
	延入院患者数	11,946	10,730	▲ 1,216	89.8%
形成外科	新入院患者数	155	141	▲ 14	91.0%
	延入院患者数	1,762	2,111	349	119.8%
産婦人科※	新入院患者数	892	615	▲ 277	68.9%
	延入院患者数	6,233	5,592	▲ 641	89.7%
眼科	新入院患者数	891	890	▲ 1	99.9%
	延入院患者数	3,570	3,528	▲ 42	98.8%
耳鼻咽喉科	新入院患者数	622	688	66	110.6%
	延入院患者数	4,739	4,888	149	103.1%
緩和ケア内科	新入院患者数	285	248	▲ 37	87.0%
	延入院患者数	6,292	7,016	724	111.5%
口腔外科	新入院患者数	607	672	65	110.7%
	延入院患者数	2,935	3,196	261	108.9%
心臓血管外科	新入院患者数	188	269	81	143.1%
	延入院患者数	3,077	4,918	1,841	159.8%
総計	新入院患者数	14,860	15,594	734	104.9%
	延入院患者数	150,077	156,364	6,287	104.2%

※R6年5月より未熟児の入院診療科が産婦人科から小児科に変更

2.外来患者数（新患数・延外来患者数）　　（単位：人）

		R5 実績	R6 実績	前年差	前年比率
内科	新患数	3,614	3,391	▲ 223	93.8%
	延外来患者数	5,636	5,480	▲ 156	97.2%
腎臓内科	新患数	241	260	19	107.9%
	延外来患者数	5,620	5,922	302	105.4%
内分泌代謝内科	新患数	278	302	24	108.6%
	延外来患者数	7,660	8,028	368	104.8%
免疫内科	新患数	143	170	27	118.9%
	延外来患者数	8,060	8,308	248	103.1%
血液内科	新患数	60	52	▲ 8	86.7%
	延外来患者数	881	1,061	180	120.4%
総合診療科	新患数	266	296	30	111.3%
	延外来患者数	1,357	1,374	17	101.3%
循環器内科	新患数	967	905	▲ 62	93.6%
	延外来患者数	14,730	13,541	▲ 1,189	91.9%
消化器内科	新患数	1,524	1,666	142	109.3%
	延外来患者数	14,187	15,071	884	106.2%
呼吸器内科	新患数	72	103	31	143.1%
	延外来患者数	1,010	1,039	29	102.9%
脳神経内科	新患数	889	911	22	102.5%
	延外来患者数	9,523	10,660	1,137	111.9%
精神科	新患数	202	216	14	106.9%
	延外来患者数	3,657	4,433	776	121.2%
小児科	新患数	5,744	5,029	▲ 715	87.6%
	延外来患者数	15,534	14,148	▲ 1,386	91.1%
消化器外科	新患数	421	420	▲ 1	99.8%
	延外来患者数	13,736	13,189	▲ 547	96.0%
小児外科	新患数	132	172	40	130.3%
	延外来患者数	999	1,123	124	112.4%
呼吸器外科	新患数	100	120	20	120.0%
	延外来患者数	3,211	3,023	▲ 188	94.1%
乳腺外科	新患数	382	396	14	103.7%
	延外来患者数	6,090	6,411	321	105.3%
整形外科	新患数	1,091	1,061	▲ 30	97.3%
	延外来患者数	12,754	12,514	▲ 240	98.1%
脳神経外科	新患数	415	364	▲ 51	87.7%
	延外来患者数	4,449	4,060	▲ 389	91.3%
形成外科	新患数	697	637	▲ 60	91.4%
	延外来患者数	5,074	4,845	▲ 229	95.5%
皮膚科	新患数	1,066	1,033	▲ 33	96.9%
	延外来患者数	11,539	10,877	▲ 662	94.3%
泌尿器科	新患数	866	941	75	108.7%
	延外来患者数	17,055	16,743	▲ 312	98.2%
産婦人科	新患数	712	1,160	448	162.9%
	延外来患者数	10,858	11,858	1,000	109.2%
眼科	新患数	972	974	2	100.2%
	延外来患者数	12,080	11,233	▲ 847	93.0%
耳鼻咽喉科	新患数	1,354	1,369	15	101.1%
	延外来患者数	8,450	7,981	▲ 469	94.4%
放射線科	新患数	1,724	1,796	72	104.2%
	延外来患者数	7,052	4,546	▲ 2,506	64.5%
歯科	新患数	738	726	▲ 12	98.4%
	延外来患者数	4,770	4,850	80	101.7%
口腔外科	新患数	2,655	2,653	▲ 2	99.9%
	延外来患者数	10,838	10,950	112	101.0%
心臓血管外科	新患数	173	247	74	142.8%
	延外来患者数	2,032	2,753	721	135.5%
臨床腫瘍科	新患数	9	18	9	200.0%
	延外来患者数	695	1,121	426	161.3%
緩和ケア内科	新患数	252	287	35	113.9%
	延外来患者数	1,212	558	▲ 654	46.0%
総計	新患数	27,759	27,675	▲ 84	99.7%
	延外来患者数	220,749	217,700	▲ 3,049	98.6%

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7年3月31日）　　（単位　百万円）

資　産　の　部	金　額	負　債　の　部	金　額
固定資産	13,469	固定負債	8,384
有形固定資産	13,037	資産見返負債	322
無形固定資産	193	資産見返運営費負担金	1
投資その他の資産	239	資産見返補助金	220
流動資産	11,153	資産見返寄附金	0
現金預金	7,343	資産見返物品受贈額	102
医業未収金	3,465	長期借入金	2,130
たな卸資産	118	移行前地方債償還債務	1,620
前払費用	9	引当金	4,307
未収収益	8	退職給付引当金	4,307
仮払金	0	資産除去債務	5
未収入金	128	流動負債	4,564
診療費損害未収入金	77	一年以内返済予定長期借入金	508
その他流動資産	5	一年以内返済予定移行前地方債償還債務	952
		未払金	2,278
		未払費用	6
		未払消費税等	11
		前受金	16
		預り金	36
		仮受金	1
		引当金	757
		賞与引当金	680
		診療費損害引当金	77
		負　債　合　計	12,948
		純　資　産　の　部	金　額
		資本金	750
		資本剰余金	8,028
		利益剰余金	2,896
		純　資　産　合　計	11,674
資　産　合　計	24,622	負債純資産合計	24,622

（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6年4月1日～令和7年3月31日）　　（単位　百万円）

科　　目	金　　額
営業収益	21,367
医業収益	18,914
救命救急センター事業収益	1,786
その他営業収益	667
営業費用	21,684
給与費	9,697
材料費	6,102
経費	2,965
研究研修費	57
減価償却費	1,001
救命救急センター事業費用	1,863
営業利益	▲ 317
営業外収益	157
営業外費用	1,107
営業外損失	▲ 950
経常利益	▲ 1,267
臨時利益	52
臨時損失	15
当期純損失	▲ 1,230

（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6年4月1日～令和7年3月31日）　（単位　百万円）

科　　目	金　　額
当期首残高	11,981
Ⅰ　資本金の当期変動額	0
Ⅱ　資本剰余金の当期変動額	923
Ⅲ　利益剰余金(又は繰越欠損金)の当期変動額	▲ 1,230
当期変動額合計	▲ 307
当期期末残高	11,674

（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6年4月1日～令和7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	98
Ⅱ　投資活動によるキャッシュ・フロー	▲ 1,110
Ⅲ　財務活動によるキャッシュ・フロー	▲ 801
Ⅳ　資金増加額	▲ 1,813
Ⅴ　資金期首残高	9,156
Ⅵ　資金期末残高	7,343

（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6年4月1日～令和7年3月31日）　（単位　百万円）

科　　目	金　　額
Ⅰ　損益計算書上の費用	22,806
Ⅱ　その他行政コスト	0
Ⅱ　行政コスト	22,806

（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	22,503	21,311	▲ 1,193
医業収益	19,932	18,923	▲ 1,009
運営費負担金	494	498	4
救命救急センター事業収益	1,993	1,790	▲ 203
その他営業収益	85	100	15
営業外収益	193	164	▲ 29
運営費負担金	52	52	0
その他営業外収益	141	112	▲ 29
資本収入	1,653	1,647	▲ 6
運営費負担金	927	923	▲ 4
長期借入金	726	724	▲ 2
その他資本収入	0	0	0
その他の収入	1	1	0
計	24,350	23,122	▲ 1,229
支出			
営業費用	22,105	21,495	▲ 610
医業費用	18,656	18,384	▲ 273
給与費	8,960	9,031	71
材料費	6,960	6,711	▲ 248
経費	2,669	2,583	▲ 86
研究研修費	68	58	▲ 9
救急救命センター事業費	1,954	1,863	▲ 91
一般管理費	1,494	1,248	▲ 246
営業外費用	80	80	0
資本支出	3,608	3,447	▲ 161
建設改良費	2,029	1,919	▲ 110
償還金	1,572	1,524	▲ 48
その他資本支出	7	4	▲ 3
その他の支出	0	13	13
計	25,793	25,035	▲ 758
単年度資金収支（収入-支出）	▲ 1,442	▲ 1,913	▲ 471

（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９年目となる令和６年度は、医療センター産婦人科への医師派遣について大阪大学が後継いただけることとなり、令和 6 年 4 月より新たな体制で診療を継続している。

前年度、ＭＲＩの更新を行ったが、今年度はさらにＰＥＴ－ＣＴの更新を行った。これによりアミロイドＰＥＴが可能となり、認知症の早期発見・早期治療に役立てることとなった。

さらに 2 台目の手術支援ロボットを導入し、今年度より婦人科領域でのロボット支援下手術も再開し、さらなるロボット支援下手術の増にも対応できる体制を整えた。上記のことも含み、外科系診療科においては、手術室実施の手術件数は前年対比でプラス 181 件の 7,647 件、全身麻酔手術件数はプラス 228 件の 3,807 件となった。

経営状況では、年間の入院患者数 156,364 人（前年度比 6,287 人増）、外来患者数 217,700 人（前年度比 3,049 人減）、入院・外来収益は補助金等を加えた営業収益 19,581 百万円（前年度比 355 百万円増）となった。

一方、社会情勢を受けて給与費、材料費、委託費等の増により、営業費用は 19,821 百万円（前年度比 669 百万円増）となった。

営業外の収益、費用を加えた経常収支はマイナス 1,202 百万円（前年度比 460 百万円減）となり、2 年連続の赤字となった。次年度以降も補助金に依存しない経常収支の健全化に努める。

令和６年度は第 2 期中期計画の最終年度であった。中期計画期間の前半は高度急性期・急性期医療との両立を図りながらコロナ禍への対応も積極的に行い黒字化したが、後半はアフターコロナで引き続き高度急性期・急性期医療を行ってきたが、2 年連続の赤字となってしまった。次期第 3 期中期計画策定においては、高度急性期・急性期医療をさらに充実させるための体制強化並びに施設・設備面の強化を図る。

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、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、重点目標の 1 つとしていた新入院患者数が計画値を 358 人下回る実績となったこと、加えて延べ入院患者数も計画に達しなかったこともあり、2 年連続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・維持し、高度な医療を提供する施設であることを示すことができた。さらに新たな診療報酬「救急患者連携搬送料」、いわゆる「下り搬送」を積極的に行い、国が進める機能分化・連携に寄与すると共に、市民にとっても適切な医療機関で入院医療を受けられる地域医療構想を踏まえた体制の維持・構築に努めた。

救急医療については、平日日中における応援の救急医を確保し、救急搬送受入および救急外来からの新入院確保に努めた。その結果、救急搬送受入件数は地独化後、過去最高の件数だった前年度をさらに上回る件数を記録した。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、新たな大学医局からの医師派遣でスタートし、分娩数の早期復調を図るとともに、産科危機的出血などへの対応についても受入れ体制の整備を図ってきた。

がん医療については、放射線治療機器の入れ替えで半年以上、放射線治療を行えなかったが、他施設との連携により患者への治療継続に努めた。一方，がん手術については前年度を大きく上回った。その結果、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、脳卒中救急患者受入れ件数は大きく伸びたものの、ｔ－PA の件数は伸びず、また、医師数減により脳外科的直達手術並びに脳血管内手術も減少する結果となった。

心筋梗塞については、24 時間受入れの体制を維持し、急性心筋梗塞患者への対応数は大幅に増加し、心大血管手術件数も伸びた。TAVI も循環器内科と心臓血管外科の合同で月 2 回のペースで実施している。

また認知症について、年度途中からリエゾン加算の算定を開始することで、併算定できない認知症ケア加算算定数に影響を及ぼしたが、97％の計画達成率であった。また令和６年度は、アミロイドＰＥＴ－ＣＴを導入し、認知症の新たな診断にも対応している。

災害拠点病院としては、令和６年能登半島地震被災地支援としてのＤＭＡＴ隊員派遣のような対応はなかったが、引き続き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。

新興感染症対策については、大阪府と新興感染症に係る協定を締結している。令和 6 年度は有事の際の要請はなかったが、院内において一時コロナによる病棟隔離（新入院受入停止、他病棟との連携等）が生じた。これにより有事の際にも急性期医療との両立について、対応可能な体制を維持できていると言える。

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。前年度に引き続き外来中待合および病棟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、病棟内の安全性や快適性向上のため、手すりや壁の補修を３ヶ年計画で段階的に実施した。

業務の質の向上について、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、卒後臨床研修評価機構（JCEP）による臨床研修評価を受審し、引き続き認定を受けた。

地域医療支援病院としての取組について、紹介患者数、逆紹介患者数、がん治療連携計画策定件数は、前年度からさらに増えて計画値も達成した。高度医療機器の共同利用の受託件数は、前年度を超えることはできなかったが、計画値を達成することができた。さらに令和 6 年度も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・公表の一連の流れ、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 年度以降、第 1 期生 6 名、第 2 期生 8 名、第 3 期生 5 名を輩出した。

病床稼働率については、82.4%となり、前年度より 3.8 ポイント増加した。また、手術室手術件数については、7,647 件となり、前年度より 181 件増加し、そのうち全身麻酔下での緊急手術は 434 例となり、前年度より 42 件増加し、令和 5 年度に取得した急性期充実体制加算の要件を満たし、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、計画には達しなかったが、入院収益は 129.4 億円、外来収益は 58.2 億円で、前年度対比 7 億円以上の増となった。入院・外来収益に市からの運営費負担金等を加えた営業収益は 195.8 億円となった。

費用のうち営業費用については、賃金増および人的委託費の増、手術件数増および物価上昇による材料費の増、補助金打ち切りに伴う光熱費の単価増により、198.2 億円となり、前年度より 6.７億円の増となった。

その結果、医業収支比率は 101.9%（目標 106.5%）、営業外の収入・費用を加えた経常収支比率は 94.4%（目標 97.2%）となり、11.7 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のさらなる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医療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医療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。しかし、年度後半の予想外の患者数減による収益減に対し、大阪府との調整を適切に図ることが出来ず、留保金の切り崩しをせざるを得なくなった。

次に地域医療構想については、すでに大阪府に高度急性期病床を 283 床まで移行により増床する計画が承認されているが、まだ移行には及んでいない。一方、高度急性期病床数増床に伴う HCU 設置の検討は開始している。また、地域完結型医療の遂行に向け、登録医総会を引き続き開催し、地域の医師との関係強化に努めた。

施設の長寿命化については、狭隘化していた医務局の改修を実施。また、災害対応について、エネルギー棟の建設は、東大阪市防災ハザードマップが改定され、当初想定していた水害リス

クが下回ることに伴い、抜本的な見直しによりエネルギー棟を増築しなくても良い方策へと方針を転換し、基本設計を進めている。

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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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）を引き続き確保し、救急搬送受入件数、受入率を引き上げる。救急外来拡充に向けて改修設計に着手する。	ア　救急搬送受入件数は計画を達成し、前年度を600件近く上回る過去最高件数となった。入院患者数も計画を達成できたが、受入率は年度計画並びに前年度実績を下回った。これは救急搬送依頼件数が増加していることによるが、受入件数を増やしていくためには救急外来の改修が必要であり、今年度において、おおまかな改修図を作成した。この改修図を元に令和７年度には具体的な設計に取り掛かり、令和８年度の完成を目指す。	◎	4	4	前年度に続き、救急車受入率については、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努めたが、それ以上に救急搬送依頼件数が増加したため、計画値を超えることができなかった。 しかし救急搬送受入件数は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1,000件以上増加し、第2期中期目標・中期計画期間最終年度に地独化後最高値を記録した。また、救急外来経由入院患者数、救急医療管理加算算定件数も前年度より大幅に増加している。 令和6年度末には救急医療体制の拡充に向けた施設整備のため、敷地内に別館を設置した。以上のことから評価を「４」とした。

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（医師の応援体制、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の連携においては、これまでの連携に加え、新たに産科救急の受入れに関する連携を検討している。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6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	改修設計	改修基本計画策定	－
救急搬送受入件数（件）	6,753	7,000	7,334	104.8%
救急車受入率（%）	59.1	80.0	57.8	72.3%
救急外来経由入院患者数（人）	3,520	4,200	4,248	101.1%
救急医療管理加算算定件数（件）	23,646	22,000	25,338	115.2%
地域貢献率（%）	(12.6)	12.9	13.5	104.7%

（自己評価理由）
救急搬送受入件数は、過去最高だった前年度をさらに上回る件数を受入れ、過去最高を更新した。
一方、搬送依頼件数が受入件数を上回る率で伸びたため救急車受入率は前年度を下回った。
救急外来経由入院患者数は計画値を超え、急性期充実体制加算の維持にもつながっている。
中河内救命救急センターとは、新たな連携を実現していることも踏まえ、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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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）	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。	ア 小児科入院患者数の達成率が下降しているのは、救急入院患者数の減少ではなく慢性疾患の患者数の減少であるため、今後受け入れ可能な慢性疾患の内容を吟味し更にどのような患者の受け入れが可能であるかを明確にして地域の開業医に提示する。昨今増加傾向にある要支援家庭への介入を増やすことで紹介患者数の増加を図った。母親の育児環境を支えるために行政や訪問看護ステーションと連携して受診の回数を増やすことで、母親が現在抱えている問題を把握した。その問題をかかりつけ医と共有して見守り体制を強化することで虐待やネグレクトを予防したいと考えている。		3	2	小児医療にかかる指標項目では全て前年度実績を下回り、その中で小児科入院患者数と小児科外来患者数は計画未達であった。周産期医療にかかる指標項目では総分娩件数とハイリスク分娩件数は前年度実績より増加したが、妊産婦緊急搬送入院診療件数は減少し、いずれの項目も計画未達であった。令和5年度は産婦人科医の欠員により分娩予約の一時的な制限があったことで各指標項目の目標が未達であったが新たな大学医局の関連病院となり医師派遣の確保をしたことを評価して「３」とした。しかし、令和6年度は多くの項目で実績値が伸びておらず計画値を達成していない項目が多いことから評価を「２」とした。

・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。	・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。					
・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。	・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。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
小児科入院患者数	8,260	9,430	8,207	87.0%
小児科外来患者数（時間内）（人）	10,884	12,000	10,361	86.3%
小児救急入院患者数（人）	364	350	352	100.6%

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　大阪大学大学院産科学婦人科学教室からの医師派遣により、産婦人科の体制をより強固にしていく。
それにより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、安心・安全な周産期医療を提供する。

イ　８名の新任医師のみで当院での外来、入院、分娩、手術等を滞りなくこなせるよう体制を調整し、患者受入と安心・安全な周産期医療提供に努めた。

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 分娩総数や、ハイリスク分娩、搬送依頼など、できる限りの症例を断ること無く対応できた。引き続き当院での分娩を希望される妊婦の要望に応えられるよう継続していく。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
総分娩件数（件）	356	400	380	95.0%
ハイリスク分娩件数（件）	46	100	58	58.0%
妊産婦緊急搬送入院診療件数（件）	11	20	9	45.0%

（自己評価理由）
　産婦人科の医局が交代し、移行について適切に行い、その後の患者も断ることなく周産期の体制を維持した。医局の変更という大きな動きにもかかわらず、前年度の件数を超える分娩数となっている。
　小児については、患者数が減ったものの、慢性期の患者数減であり、救急入院患者数は増えていることから、当センターの役割としては適切に対応したといえる。
　以上のことから自己評価を「３」とした。

第２ 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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、主な８つの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6年度の実績は、院内がん登録件数や手術件数はやや増加であった一方、内視鏡手術件数や外来化学療法数はやや減少した。しかし総じて令和5年と比べ概ね同じ程度の実績であった(放射線治療以外)。外科手術では、上部消化器がん(胃がんなど)に減少傾向を認めたが、それ以外のがん手術は増加傾向にあり、このような実績となった。内視鏡手術では、EMR件数がやや減少傾向にあり、早期胃がんなどの減少と関連があると推察される。	◎	3	3	がん手術件数及びがん放射線治療延べ患者数が計画未達であったが、要因については医療技術の向上によってがん放射線の照射回数が減少したことによるものである。また、機器更新によって半年以上放射線治療が出来なかったことによりがん放射線治療延べ患者数は前年度より大幅に減少した。ただし、他の項目においては概ね計画を達成していることから評価を「３」とした。

・腫瘍科医の確保、がんゲノム医療コーディネーターの育成、遺伝性乳がん卵巣がん症候群（ＨＢＯＣ）に対して、乳腺外科、産婦人科で協力し予防手術を含めたＨＢＯＣ患者に対する全人的医療の提供を目指す。	・腫瘍科医の確保、がんゲノム医療コーディネーターの育成、遺伝性乳がん卵巣がん症候群（ＨＢＯＣ）に対して、乳腺外科、産婦人科で協力し予防手術を含めたＨＢＯＣ患者に対する全人的医療の提供を目指す。					
・肺がんに特化した呼吸器内科の再開に向けて、理事長、院長を先頭に大学への働きかけを強化するとともに、再開までの間、呼吸器外科、臨床腫瘍科及び内科系医師により対応する。	・肺がんに特化した呼吸器内科の再開に向けて、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。 ・導入後10年以上経過している放射線治療装置について、正常組織の被ばく量を最小限に抑え、腫瘍部分に集中して放射線照射が可能な最新機種への更新を行うとともに、ロボット支援手術について、現在実施している下部消化管、泌尿器領域に加え、上部消化管、呼吸器、婦人科領域での実施に取り組むとともに、２台目の手術支援ロボットの導入を図る。					

イ 多職種からなる緩和ケアセンターの体制を整備し、緩和ケア外来・緩和ケア病棟・緩和ケアチームの統括を行い、効率的に情報共有を図りながら入院通院を問わず緩和ケア提供の更なる充実を目指す。	イ 多職種からなる緩和ケアセンターの体制を整備し、緩和ケア外来・緩和ケア病棟・緩和ケアチームの統括を行い、効率的に情報共有を図りながら入院通院を問わず緩和ケア提供の更なる充実を目指す。	イ　緩和ケア内科医師の退職があったが、院内の医師によりカバーし、緩和ケア医療提供体制を維持することが出来た。また、令和7年度の緩和ケア内科常勤医師も確保することが出来た。			
・研修会、カンファレンスの開催により、地域の緩和ケアをリードし、在宅緩和ケア体制を支援する。	・研修会、カンファレンスの開催により、地域の緩和ケアをリードし、在宅緩和ケア体制を支援する。				
ウ がんに関する相談支援と情報提供について患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者と家族にとってより相談しやすい相談支援体制を実現する。	ウ がんに関する相談支援と情報提供について患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者と家族にとってより相談しやすい相談支援体制を実現する。	ウ がん相談支援センターにより、相談支援体制を実現している。令和６年度は、直接外来での相談支援も開始した。			

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6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）	747	1,100	859	78.1%
がん内視鏡手術件数（件） （ESD,EMR）	231	300	218	72.7%
がん放射線治療延べ患者数（人）	5,288	3,000	1,936	64.5%
がん外来化学療法延べ患者数（人）	4,850	4,200	4,342	103.4%
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」	1,664	1,700	1,771	104.2%
緩和ケアチーム新規介入件数（件）	446	250	238	95.2%

		（自己評価理由） 　がん外科手術件数及び院内がん登録件数については、昨年度を上回る結果となった。 　放射線治療は機器更新で半年以上ストップしていたため、減少については想定しており、また、それに伴い化学療法も減ることが想定されていたが、化学療法は目標値を達成することが出来た。緩和ケア医療については、医師の退職という不測の事態があったが、院内医師の協力で、緩和ケア医療を止めることなく、維持することが出来た。 　一部、件数が減少したところはあるが、機能としては維持できたことから自己評価を「３」とした。				

第２ 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置 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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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、心血管疾患は前年度実績より増加傾向であったが、脳血管疾患は医師をはじめスタッフの減少に伴い、指標項目のうち多くの項目で前年度より実績値が減少した。しかし、開頭手術件数については計画値を大きく超えたことを評価し「３」とした。急性期・高度急性期医療を中心とした地域医療を担う公立病院として高度専門医療の充実に取り組むため、医師体制の確保に引き続き努めていただきたい。
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 血管内治療専門医のスタッフ減少に伴い血管内治療数が減じる結果となった（緊急も定期も）。血管内治療専門医1名で総スタッフ数4名の現状では 現在の手術数（直達＋血管内）が限界ではないかと思われる。				

・脳卒中の各疾患に最適な内科治療を集中的に行い、早期の回復へ繋げる。

・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。

回復期リハビリなどへの転院を除き、退院時近医に紹介することがなかなかできていない。患者サイドにも理解を得て退院後は近医でのフォローを基本とする方向にもっていきたい。

・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5年度実績	令和6年度計画	令和6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）	5	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）	50	30	24	80.0%
開頭手術（直達）件数（件）	170	70	117	167.1%
脳卒中救急患者受入れ件数（件）	271	210	178	84.8%
脳血管疾患患者の入院日数（日）	18	16	19	81.3%
脳血管疾患患者の退院時情報提供数（件）	212	200	153	76.5%

イ　心筋梗塞等の心血管疾患

イ　心筋梗塞等の心血管疾患

・令和5年11月に取得したＴＡＶＩ（経カテーテル的大動脈弁置換術）の施設基準を維持する。

イ　月2回のペースでＴＡＶＩを循環器内科と心臓血管外科が合同で実施できている。

・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。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互いに連絡を密にし治療の妨げがない体制を作れている。 ・循環器内科とともに緊急手術対応を２４時間３６５日対応した。				
・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、ＰＣＰＳの補助循環は十分に２４時間体制で実施できている。				
・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。					
・急性心筋梗塞や大動脈解離などの緊急手術が必要な疾患に対して、24 時間365日対応する体制を確保する。	・急性心筋梗塞や大動脈解離などの緊急手術が必要な疾患に対して、２４時間 ３６５日対応する体制を確保する。	・急性心筋梗塞に２４時間３６５日対応できる体制を維持している。 総評として、PCIに関しては計画値には及ばなかったが、令和5年度より増加。さらに、急性心筋梗塞患者の対応数は大幅に増加した。				

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6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	－
緊急冠動脈インターベンション（PCI）（件）	259	300	282	94.0%
心大血管手術件数（件）	117	100	118	118.0%

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。 ・糖尿病性腎症の重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨を行い治療に繋げる。 ・重症化リスクの高い者に対して対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する。 ・近隣医療機関で血糖コントロール・合併症で治療に難渋する症例について柔軟に受け入れを行い、各診療科・部門で協調して治療に当たる。 ・併存症として糖尿病を有する各種疾患については、必要に応じて治療法の見直しの要否を検討し、近隣医療機関に情報提供を行う。	ウ 糖尿病 ・二次予防・重症化予防及び三次予防に重点を置いた医療を提供する。 ・糖尿病性腎症の重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨を行い治療に繋げる。 ・重症化リスクの高い者に対して対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する。 ・近隣医療機関で血糖コントロール・合併症で治療に難渋する症例について柔軟に受け入れを行い、各診療科・部門で協調して治療に当たる。 ・併存症として糖尿病を有する各種疾患については、必要に応じて治療法の見直しの要否を検討し、近隣医療機関に情報提供を行う。	ウ　件数が非常に少ない。積極的に働きかけを行うべきと考えるが、栄養士、看護師、医師の3者同日診察指導が不可欠であり、専用の診察枠を設定し活用しない限り、指導に必要な人的体制の確保は難しい。外来看護師の人的余裕があることが望ましいが難しい場合は外来師長との調整が必要となる。			

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
糖尿病腎症患者数（初診）（人）	55	100	72	72.0%
糖尿病透析予防指導実施件数	6	20	2	10.0%
血糖コントロール不可例の教育入院件数（件）	25	25	35	140.0%

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　認知症外来は紹介数が想定を下回ったため、計画が未達となった。他院からの紹介予約制で、十分に紹介枠が埋まらないこともあるが、脳神経内科でも認知症外来を実施しており、当科と併せて地域の需要を全て満たしていると考えられる。認知症ケア加算算定については概ね計画通りであった。計画値を前年より低く設定していたのは、年度途中より精神科リエゾンチームを立ち上げる予定があり、従来認知症ケア加算でフォローしていた患者の一部がリエゾンチームに流れることが予想されたためであった。			
・認知症外来診療を精神科でも開始した。これまで神経内科が主に担当してきたが、今後当科において強化していく。	・認知症外来診療を継続していく。令和5年9月にアルツハイマー病の原因物質に直接働きかける新薬レカネマブが正式承認された事、令和６年度の診療報酬改定でアルツハイマー病診断が保険収載された事を受け、PET-CTの更新を行う。				
・依存症やその他の専門治療プログラムが必要な疾患など、医療センターで対応困難な場合には、対応可能な精神科施設を紹介する。	・依存症やその他の専門治療プログラムが必要な疾患など、医療センターで対応困難な場合には、対応可能な精神科施設を紹介する。				

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
認知症　外来新患人数（人）	152	200	147	73.5%
認知症ケア加算算定の実績件数	8,110	7,500	7,319	97.6%

		（自己評価理由） 脳血管疾患については、医師数減により全般的に件数が減ったものの、開頭手術は計画値を大きく超えた。 心血管疾患については、PCIは令和５年度より増加、さらに、急性心筋梗塞患者の対応数が増加し、心大血管手術も計画を大きく超えた。新たに導入したTAVIも月２回実施している。 糖尿病については、患者数が少ないが、初診は前年を上回り、教育入院は計画を上回った。 精神疾患について、認知症の新患は増えなかったが、認知症ケア加算は併算定不可のリエゾン加算の開始にもかかわらず、ほぼ計画に近い件数となった。 以上より医師減により件数減となった脳疾患を除き、概ね前年同様もしくはそれ以上として自己評価を「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 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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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　令和6年度は、消防計画に基づく消防避難訓練を2回（6月・1月）、水害時における避難確保計画に基づく実地訓練を1回（10月）、府立中河内救命救急センターとの合同災害訓練を1回（11月）、職員に対する安否確認サービス入力訓練を2回（9月、11月）、毎月の安否確認メールの配信を、災害対策委員会および下部チームによって実施した。加えて「防火・防災に係る消防計画書」、「水害時の避難確保計画」、「ＢＣＰ事業継続計画書」」をそれぞれ改訂し、この3冊をまとめて『災害関連マニュアル』として各部署に更新配備した。		3	3	職員への災害研修を定期的に行い、災害対策に関する意識向上に努めた。また、合同災害訓練についても府立中河内救命救急センターと連携して実施し、災害拠点病院としての役割分担が適切に行えたことから災害時医療にかかる全体的な評価を「３」とした。

イ 医療センター及び中河内救命救急センターで共同し、中河内医療圏唯一の災害拠点病院として、他の災害拠点との連携、地域の災害協力病院との連携を深めていく。
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。

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、令和6年1月の能登半島地震と同様の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。

イ　合同災害訓練は、災害拠点病院として参加した「大阪府主催の令和6年度近畿地方ＤＭＡＴブロック訓練」と合わせて2日間実施し、1日目は災害対策本部の立ち上げと事業計画継続の方向性決定までを行い、2日目は立ち上げた指揮所を中心とした外部からの傷病者受け入れ及び、他府県からのＤＭＡＴ隊受け入れ訓練を行った。
　災害拠点病院としてＤＭＡＴ隊の整備と維持が必須であるが、医師のＤＭＡＴ隊員が1名のみであり、チーム（医師1名、看護師2名、調整員1名）によるＤＭＡＴ訓練への参加に難渋している点が課題である。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
BCP整備・毎年見直し実施	実　施	継　続	実　施	－
災害時院内マニュアルの整備	実　施	実　施	実　施	－
水害時避難計画の整備	―	継　続	実　施	－
合同災害訓練の実施（1回/年）（中河内救命センターと共同）	実　施	1 回 / 年	実　施	－
EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加	実　施	継　続	実　施	－

（自己評価理由）
ＢＣＰ、災害時院内マニュアル等の整備を実施し、災害拠点病院として参加した「大阪府主催の令和6年度近畿地方ＤＭＡＴブロック訓練」含め合同災害訓練も適切に実施した点から自己評価は「３」とした。

第２ 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
１ 医療センターとして担うべき役割
（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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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 「第8次大阪府医療計画（案）」を受けて、大阪府と病床確保等について締結した協定に基づき、有事の際は確保病床での受入、発熱外来の開設、他の医療機関・福祉施設等への感染症専門医・看護師の派遣を行う。	ア 大阪府と新興感染症等にかかる協定を締結している。令和６年度は有事は発生しなかったことから、病床確保や講師派遣の必要性は生じなかったが、体制は確保できていた。		3	3	法人評価のとおり、大阪府と新興感染症等にかかる協定に基づき、健康危機事象発生時の体制確保に努めたため、評価を「３」とした。
イ 既存の院内感染防止対策マニュアルを見直すとともに、新たに指定感染症発生を想定したＢＣＰ（事業継続計画）を整備する。	イ 既存の院内感染防止対策マニュアルを見直すとともに、新興感染症発生を想定したＢＣＰ（事業継続計画）を整備する。	イ マニュアルは点検・見直しをし、一部改訂は行っており、次年度も引き続き、新しい情報にUpdateしていく予定である。 新興感染症発生時のＢＣＰは一部追記など行えば、一旦は整備完了（もちろん時勢に合わせて改編必要）となる。				

ウ 発熱者・感染患者（疑い患者を含む）と非発熱者、特に基礎疾患を持つ患者との動線分離に最大限配慮した、適切な救急医療を提供できる救急外来体制を構築する。	ウ 新型コロナウイルス以外の新興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。	ウ ＰＣＲ検査体制については、コロナが５類になったことや、新規試薬の登場などにより、ＰＣＲ検査の運用自体が変化しているので、一旦休止としている。新たな感染症の発生時にＰＣＲ検査が必要になれば、再稼働可能な状態である。 外来体制については、救急外来の改装が計画されており、その際に患者導線など再構築が必要である。 入院体制については、外来と同様。（新規感染症の発生時には病棟単位での感染症病棟の構築を検討する。）				
エ 新型コロナウイルス以外の新型ウイルス感染症に関する情報収集を継続すると共に、マニュアルや院内感染対策用の備品を整備する。	エ 感染症拡大にも対応できるよう、常勤の呼吸器内科医の確保、感染制御にかかる医師・看護師の育成にとりくんでいく。	エ 院内でのコロナ発生に伴い、隔離、新入院の受入れ一時中止などの実施により、医師・看護師の育成につながった。				

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6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	整備案策定	見　直　し	点検・見直し	－
PCR検査体制の整備（大阪府・東大阪市の要請対応）	協 定 締 結	見　直　し	点 検 ・ 維 持	－
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）	協 定 締 結	見　直　し	点 検 ・ 維 持	－
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）	協 定 締 結	見　直　し	点 検 ・ 維 持	－

（自己評価理由）
新興感染症については、大阪府と協定を締結しており、必要に応じて対応可能な状態を維持していることから評価を「３」とした。令和６年度は要請はなかったものの、院内的にはコロナの院内発生により隔離、新入院の受入れ一時中止などの対応を実施した。

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）地域医療構想を踏まえた役割の明確化

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

中期計画	令和6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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 高度急性期・急性期医療の役割を担う当センターとして、病床の一部をＨＣＵ等の高度急性期病床に転換するための具体的な検討を開始した。	◎	4	4	法人評価のとおり、高度急性期・急性期医療の役割を担う医療機関として、病床の一部をＨＣＵ等の高度急性期病床に転換するための具体的な検討を開始した。「救急患者連携搬送料」（いわゆる「下り搬送」）について、近隣の医療機関と提携し、早期に転院可能な患者を転送するシステムを院内外で整備した。これにより当センターが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を促進させ、後送の医療機関との連携も推進させた。 このことからも評価を「４」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 令和６年度の診療報酬改定で導入された「救急患者連携搬送料」（いわゆる「下り搬送」）について、近隣の医療機関と提携し、早期に転院可能な患者を転送するシステムを院内外で整備した。これにより当センターが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を促進させ、後送の医療機関との連携も推進させた。				
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 外来診療については、紹介患者の受入体制をより強化し、不応需件数を減少させた。その結果、紹介患者数は26,046人から27,308人に増えた。一方、延外来患者数は220,749人から217,700人へと、一般再来外来の縮小も図れた。				

エ 市内の病院、医師会、保健所、消防局、訪問看護ステーション等と、定期的に 会議を行い、情報共有、課題解決に取組む。	エ 市内の病院、医師会、保健所、消防局、訪問看護ステーション等と、定期的に会議を行い、情報共有、課題解決に取り組む。 オ 高度急性期・急性期の病床機能を担う医療機関として、高度急性期の増床転換（106床）の実現に向け、必要な人材の確保・育成を含めた体制構築を図る。	エ　地域運営会議を始め定期的な会議にて情報共有や課題解決に取り組んでいる。また、消防局とは院内ワークステーションを令和８年度からの設置に向け検討を開始した。 オ　令和６年度は看護師を十分に確保出来ず、2025年に目指している高度急性期の病床数に対し、病床機能報告における大阪府基準では３病棟分不足した。しかし、それ以外の項目は基準を満たしており、また、令和７年度新規採用者も確保出来たので、次年度での体制構築を図る。 （自己評価理由） 　令和７年度の新人看護師採用試験の時期を早めるなどの取り組みにより、高度急性期病床の配置基準を満たす人数を確保することが出来、次年度の高度急性期病床移行への目途が立った。 　「下り搬送」の実施、一般再来外来の縮小、ＨＣＵ整備の具体的な検討開始など、高度急性期としての役割実施を進めてきたことから「４」と評価した。				

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 （8）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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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 市民公開講座を令和６年度は２回実施し、がん健診も引き続き実施した。人間ドック・健診センターについては、担当する医師の体制見直しを図り、疾病予防に努めた。		3	3	市民公開講座はコロナ禍以降実施できていなかったが令和6年度において2回実施することができた。難病医療や臨床研究、保健福祉行政との連携にかかる指標項目においても前年度実績より増加していることからも評価を「３」とした。

項 目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
市民公開講座開催（年1回以上）	未 実 施	1回/年以上	2 回	－
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	－

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	イ 難病患者等入院診療延べ件数は計画は下回ったものの、前年度実績よりは254件の増となった。また、難病外来指導管理件数は前年度実績を超え、計画も達成した。今後もできるだけ多くの地域の難病患者さんに入院・外来とも対応していきたい。				

る体制（難病診療連携体制）を院内の難病診療委員会として構築していく。その他達成のため、医師のみならず、多職種の協働が必要であることから各職種での人材を育成していく。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
難病患者等入院診療延べ件数（件）	1,854	2,300	2,108	91.7%
難病外来指導管理件数（件）	5,479	5,550	5,778	104.1%

ウ 治験・臨床研究の推進
・先進的な医療や治療方法の開発に資するため、臨床研究を積極的に実施する。

・新医薬品等の開発促進に資するため、治験実施体制を強化する。

なお、臨床研究等のための診療情報等、臨床データを利用する際は、個人が特定できない形にデータを変換するとともに、データの暗号化を行う等、厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」、「手術等で摘出されたヒト組織を用いた研究開発の在り方」等の指針を遵守する。

ウ 治験・臨床研究の推進
・先進的な医療や治療方法の開発に資するため、臨床研究を積極的に実施する。

・新医薬品等の開発促進に資するため、治験実施体制を強化する。

・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「人を対象とする生命科学・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　臨床研究は計画を上回ったが、治験実施件数は計画の20%にしか達しなかった。依頼件数が減少していることが要因として考えられる。治験実施を積極的に行うよう引き続き努めていく。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
治験実施件数（件）	0	5	1	20.0%
臨床研究実施件数（件）	54	90	90	100.0%

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。	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。	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、大阪府、東大阪市主催の会議に参加し、行政機関との連携を深め、地域の医療体制構築に貢献した。
・精神疾患の早期発見と精神保健福祉士の確保を図る。	・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。	・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。	・引き続き東大阪市立障害児者支援センター（レピラ）との連携を図り紹介を実施した。また、放射線技師の応援も継続して行っている。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6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）	26	40	45	112.5%

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。 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。	オ　手術を要する骨盤臓器脱は近医より積極的に紹介をいただき当院で対応している。 近隣のクリニックで対応が困難な更年期症状などの女性医学に関する症例についてはできる限り当院で対応し、落ち着いた段階で元医での治療を継続していただくよう勧めている。 カ　悪性リンパ腫の標準治療の抗がん剤レジメンを作成した。 骨髄異形成症候群の骨髄不全型への外来治療体制を整えた。				

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
「女性外来」の設置	設　　置	継　　続	継　　続	－

（自己評価理由）
　機器更新の放射線治療を除き、昨年度計画達成できなかった予防医療、難病医療に関しても令和６年度は計画に達している、もしくは９割以上で概ね達成していることから、自己評価を「３」とした。

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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　患者サービス医療環境向上委員会において、入院患者満足度調査を全病棟で１ヶ月間実施し、外来患者満足度調査は5日間（月～金の全曜日）実施し、どちらも患者の満足度は指標を上回った。Free Wifiについては病棟・外来の接続状況を委員会で確認し、トラブル時の対応を行った。院内各所の掲示物については「掲示物の管理に関する規程」の見直しと新しい運用を院内周知し、入院患者用の掲示板を新設する一方、外来の掲示物はデジタル化を図った。患者・家族から寄せられるご意見への対応、病院各所の清掃評価を継続して行っており、患者サービスと医療環境の向上に努めている。		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ったが、その他の項目は概ね満足という結果であった。入院時支援実施件数は前年度実績を超え、計画を達成していることから評価を「３」とした。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
入院患者満足度＞90％	達成（99.1）	達成（＞90.0）	達成（98.1）	-
外来患者満足度＞90％	達成（97.2）	達成（＞90.0）	達成（96.0）	-
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	-

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。 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　年１回実施する患者満足度調査は、患者サービス医療環境向上委員会で集計とまとめを行い、その結果は所属長会議で報告して院内周知を図るとともに、ウェブサイトへの掲載と患者情報コーナーへの拡大ポスター掲示を行い、患者や病院利用者へ公表している。 患者等からのご意見は、病棟各階のデイルームと1階総合案内に設置されたご意見箱への投函、メールによるものを収集し、一つひとつのご意見に対して関係部署へ見解と改善措置等の対応を依頼している。これらのご意見は月単位で集計して所属長会議にて報告し、院内周知をすると同時に、個別対応が難しいご意見については1階エントランスの患者情報コーナーへ掲示して、患者等へ公表している。 病院敷地内禁煙については、患者サービス医療環境向上委員会においてポスター掲示、各種印刷物への表示、館内放送を行い、委員による敷地内の禁煙ラウンドを毎月行って病院周辺での喫煙者への禁煙要請を行っている。また、職員が禁煙バッチを装着することで禁煙広報の一端を担う体制としつつ、職員へは年１回の禁煙教育を必須受講として喫煙率低下の取り組みとしている。			

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6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	－

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・MSWが連携をして実施しており、適切な食事の提供や、正確な内服状況など退院支援に繋がる支援を行っている。また、入退院支援センターでは退院支援が予測される緊急入院患者に対して、早期に包括的な支援を実施し、積極的に救急外来や外来へ出向いて面談を強化したことが件数増加に繋がっていると考える。				
・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。	・患者サポートセンター（医療相談窓口）において、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応する体制を充実させる。					
・入院患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で入退院支援を行う。	・入院患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で入退院支援を行う。					

・面会が困難な情勢・状況において、オンライン面会・遠隔面会システム、ビデオ通話（説明）等の導入を検討し、患者・家族へのサービス向上を図る。

・面会の予約制を廃止し、患者・家族へのサービス向上を図る。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
入院時支援実施件数（件）	7,254	4,000	7,334	183.4%

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 外来のスマートホスピタル化のため、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。

・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。

・電子処方箋を導入し、薬局との情報共有、患者の利便性向上を図る。

エ　外来患者満足度調査による待ち時間の満足度は、診察までが68.3%、検査までが97.1%、会計までが76.2%で全体としての待ち時間満足度は76.7%だった。

・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。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6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（75.7）	実施（>80.0）	実施（76.7）	-
自動再来受付機等の整備	整　備	継　続	継　続	-
診療費後払いシステムの導入	整　備	継　続	継　続	-

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。 ・入院前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調整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及び地域医療連携室において、退院支援が必要な患者に対する早期介入を継続実施し、退院支援看護師やMSW等、多職種が連携し、支援してきたが計画達成に至らなかった。令和7年度は、救急外来からの緊急入院に早期介入し、退院困難となる要因の把握をすることでより効果的かつ円滑な退院支援につなげていきたい。					

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
入退院支援実施件数（件）	10,488	5,200	5,047	97.1%

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　退院後の療養に向け、在宅療養担当者による説明や指導を継続して実施した。面会制限緩和以降は、直接対面による共同指導の機会が増加した。また、患者・家族の理解促進のために、ZOOMを活用した説明や指導は今後も継続していく。 今後も円滑な退院支援促進のため、対面・オンライン両面での支援体制を強化していく。 （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と職員へのフィードバック、掲示物のデジタル化を含めた整理等、患者満足度向上に努めている。入院患者への支援として、特に退院支援が必要となりうる緊急入院患者に対し、早期介入をするようにした。 　一方、待ち時間調査結果は、昨年度よりは向上したもののまだ計画には達していない。以上のことから自己評価は「３」とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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。 ・本計画期間中に病棟浴室のシャワールーム化（旧浴槽の撤去）を完了する。 イ 患者や来院者に、より快適な環境を提供するため、院内設備について計画的に維持補修を行うとともに、院内に設置しているご意見箱や、患者満足度調査を通して、患者や市民の意見を収集し、より一層の環境整備に努める。	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。 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。	アイ　患者や来院者に快適な環境を提供するため、特別室のリニューアル検討を進め、モデルルームを1室整備したほか、安全で利用しやすい療養環境を提供するため、第2期LED化工事や、外来中待合および病棟エリアの案内サインの統一リニューアル、病棟内の壁・手すりの補修も計画的に実施した。		3	3	法人評価のとおり、外来エリアのリニューアル工事、院内のLED化が完了し、院内の利便性及び視認性の向上、電力消費量の抑制に寄与したと考えられるため、評価を「３」とした。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
療養環境の改善 1）周産期病室の簡易個室化	未　実　施	実　　施	再　検　討 未　実　施	－
2）病棟浴室のシャワー化（浴槽の撤去）	実　　施	―	― （　完　了　）	－

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、活動の再開を進めていく。	ウ　ボランティア活動は、緩和ケア病棟のティーサービスと季節毎の催し会の支援やがん相談支援センターの催事の支援をおこなった。今年度新たに、患者総合支援センターにおいて来院された外来患者の案内と緩和ケア病棟の患者を対象にアロママッサージの活動を開始した。ボランティアの登録者数については、1名の新規登録はあったが、依然として少ない状況であるため、登録者数を増やす活動を継続する。				
	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向けて、コンサルタントを含む美化委員会により継続的な検討が行われ、一部個室をモデルルームとして1室に改修した。今後は、関係部署との連携や、患者満足度・快適性向上を意識した設計・設備の導入など、全体改修に向けた改善点を洗い出し、他の病室への段階的な展開の計画的に進める。				
	オ 院内の照明の第２期ＬＥＤ化を行う。	オ　院内の照明について、第2期LED化工事を令和7年3月31日をもって完了した。これにより、院内に設置されているほぼすべての照明器具がLED照明へと更新され、施設全体の明るく改善した。さらに、LED照明の導入により、電力消費量の削減が図られ、光熱水費の抑制にも繋がった。				

	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　外来エリアにおけるすべての案内板およびサインのリニューアルが完了した。今回の更新では、内科系・外科系の分類や表示方法に統一性を持たせることで、患者にとってより分かりやすい案内を実現した。また、視認性や案内精度の向上を目的として、従来の掲示に加えデジタルサイネージを導入し、リアルタイムでの情報発信が可能となった。これにより、院内の利便性および認識性が向上した。				
	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　病棟内の安全性および快適性向上を目的として、手すりや壁の老朽化・破損箇所に対する全面補修を、3か年計画に基づいて段階的に実施し、改修した。特に高齢患者や歩行補助を必要とする方々に配慮し、壁面についても耐久性と清掃性に優れた素材を採用した。これにより、患者の転倒リスクの軽減や職員の安全確保につながる環境が整備され、病棟全体の安心感と清潔感が向上した。 （自己評価理由） 外来エリアの案内板およびサインのリニューアル、加えてLED照明化が完了した。病棟の手摺りや壁の補修を3年計画の2年目として実施している。 また、デジタルサイネージの導入など、従来の掲示に加え、情報伝達のリアルタイム化を図ってサービス向上に努めている。 以上のことから自己評価は「３」とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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、令和7年度には期中の報告として、改善の途中経過を報告する予定で、継続的に提供する医療の質を高めている。令和8年度には次回受審に向けた、委員会の立ち上げを予定している。 また、令和6年10月に卒後臨床研修評価機構（JCEP）による臨床研修評価を受審し、臨床研修医教育上の課題やプログラムの改善・拡充に取り組み、より良い医師の養成を進めている。令和7年度から、地域研修先の協力病院として、松前病院（北海道）、妙高病院（新潟県）、同仁病院（沖縄県）を新たに加え、精神科研修の協力病院として寝屋川サナトリウムにご協力を取り付けた。また、これまでの取り組みの成果として、基幹型研修医の採用人数が7名から8名に1名増員することが近畿厚生局より許可された。		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　医療サービス提供における説明と同意については、有害事象発生を契機に、医療の質・安全管理部が診療部門と協議を行い、説明・同意書類の鋭意見直し・更新を行った。				

・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	また、診療録を扱う情報管理部門とも連携を行い、説明や医療行為を診療録に記録・保存する事の重要性について啓発も行っており、令和6年度は、年2回の医療安全研修についてもテーマを「診療録の記載」と「インフォームド・コンセント」について、法的な意味合いや重要性についての構成とした。患者相談対応における第三者の適時・適切な介入についても、医療相談窓口と連携を継続しながら行う事ができた。メディエーションの平準化についても、対応の平準化に向けた摺り合わせは事案毎にできたが、ボトムアップのためのメディエーターの資格取得斡旋までには至っておらず、令和7年度の予算範囲内で継続して行っていく。					
ウ 医療の質の向上を図る。	ウ 医療の質の向上を図る。	ウ　全国の自治体病院との比較を元に自施設の状況把握及び改善に向けた院内協議を継続して行うことができた。					
・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） ・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　医療安全相互評価については、中河内医療安全対策連携協議会にて毎年異なる施設との連携を行っており、そこで共有できた取組を自施設に還元する事で患者安全に資する活動ができた。（令和6年度相互評価実績：八尾徳洲会総合病院、八尾市立病院、東朋八尾病院、ながはら病院）また、これまで流動的に行ってきたカンファレンスの固定化を図り、そこで協議を行ってから、改善計画立案、各部署へのフィードバック、職員全体への事案共有と提言までが一連で行えるような仕組み（定期広報誌の発行）を構築する事ができた。				
・医療安全チェックシートによる自主点検、医療安全相互チェック、医療安全に関する研修、（医療安全推進週間）等を継続して実施するなど、医療安全の充実を図る。	・医療安全チェックシートによる自主点検、医療安全相互チェック、医療安全に関する研修、（医療安全推進週間）等を継続して実施するなど、医療安全の充実を図る。					
・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 ・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。	・院内で発生した事象についての報告体制及び院内ラウンド体制の強化 ・効果的な対策の企画と評価 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。	オ　児童虐待についての研修を行い、虐待防止の啓発に努めた。				

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
日本医療機能評価機構認定病院（再掲）	認　定	認　定	認　定	－
卒後臨床研修評価機構認定病院	認　定	認　定	認　定	－
医療安全研修受講率（%）	100.0	100.0	100.0	100.0%
感染防止（ICT）研修受講率（%）	100.0	100.0	100.0	100.0%

（自己評価理由）
　卒後臨床研修評価機構（JCEP）による臨床研修評価を受審し、引き続き認定を受けた。また、説明と同意についての研修、並びに書類の見直しを行い、記録についての重要性の啓発も行った。
　二次医療圏内で実施している医療安全相互評価についても適切に実施し、定期的な情報発信や研修を実施していることから自己評価を「３」とした。

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置 3 信頼性の向上と情報発信 (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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア ウェブサイト（ホームページ）等により、受診案内、医療情報、診療実績及び法人の経営状況等を積極的に発信することで患者や地域との信頼関係を築き、選ばれる病院となるよう努める。 ・ホームページ広報委員会及び担当部署を立ち上げる。 ・法人の経営状況等の最新情報を職員が情報端末（タブレット等）を通じて、リアルタイムに閲覧出来るよう、院内広報システム（グループウェア）上に発信する。	ア ウェブサイト（ホームページ）等により、受診案内、医療情報、診療実績及び法人の経営状況等を積極的に発信することで患者や地域との信頼関係を築き、選ばれる病院となるよう努める。 ・ホームページ・ソーシャルネットワークシステム管理委員会を中心に、YouTubeでの病院紹介、職員募集の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を通じて、リアルタイムに閲覧出来るよう、院内広報システム（グループウェア）上に発信する。	ア　医療センターウェブサイト（ホームページ）については、地方独立行政法人移行時に作成してから8年経過し、病院利用者等のニーズ・コンテンツ等の多様化に伴い、サイト内の構成が複雑化していた。そのため、当センターの医療体制、医療技術、診療科の特徴など効果的な情報発信、並びにサイト利用者が必要とする情報が容易に取得できるユニバーサル・デザインを採用したホームページに更新をおこなった。 また、各部門長に対して情報端末の配布を行い、病院経営情報の閲覧だけでなく、ハイブリット型会議開催ができる体制を構築した。		3	3	サイバーセキュリティ強化にかかる取り組みについて、令和6年度厚生労働省「医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業」に参加し、一定の評価を得ることができた。また、診療費後払いシステム利用を促進することで会計待ち等の負担軽減に寄与できるよう努めたことから評価を「３」とした。

イ　東大阪市個人情報保護条例に基づく医療センター個人情報保護規程を遵守する。 ・医療センターが保有する患者の個人情報を適切に取り扱うために、「診療に関する個人情報取扱マニュアル」を整備するとともに、職員に対して個人情報保護の意識啓発を行う。 ・医療センターが保有する診療情報等の個人情報については、外部に流出することがないよう、個人情報保護の重要性を周知徹底する等の対策を講じる。	イ　改正された個人情報保護法に基づき、改訂した医療センター個人情報保護規程を遵守する。 ・医療センターが保有する患者の個人情報を適切に取り扱うために、「診療に関する個人情報取扱マニュアル」を整備するとともに、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、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。	イ　全職員（委託業者も含む）に対して他病院の個人情報漏洩事案等を踏まえ、業務上、常日頃から個人情報を扱っていること、個人情報保護法を初めとした法令遵守、情報漏洩に関する意識を高く持つよう通知を行った。				
ウ　医療事務（保険請求・領収）への市民からの信頼性の向上を図る。	ウ　医療事務（保険請求・領収）への市民からの信頼性の向上を図る。	ウ　マイナ保険証の利用を勧めることで、診察時に薬剤情報や診療情報が確認でき、より良い医療の提供に繋がった。また保険資格の即確認、限度額申請の不要など、患者の利便性向上にも繋がった。しかしマイナ保険証機器の設置数や場所が限られており利用しづらいとの意見があり、台数増加や設置場所の検討が必要である。また診療費後払いシステムの利用者が増え、会計待ちの患者が減少した。今後も利用者増加に向けて案内や設置場所を検討し、更なる会計待ち時間が減少出来るようにする。 レセプトチェックシステムによるチェック体制で、効率性とレセプト精度が向上した。				

・医療情報デジタル化推進により医療事務の効率・精度向上を図る。	・医療情報デジタル化推進により医療事務の効率・精度向上を図る。 ・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。						
・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。						
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　従前から、病院情報システム等のサイバーセキュリティに取り組んでいたが、これまでの当センターの取組内容を評価するため、令和6年度厚生労働省「医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業」に参加した。本事業は、現地調査、脆弱性診断等があり、概ねこれまでの当センターの取組内容が妥当であることが確認できた。				

	オ 本計画は公立病院経営強化プランとして位置づけされており、想定段階での説明、策定後も年1回以上の点検をホームページで公表を行い、市民の理解を得るよう努めていく。	オ　令和6年度は、第2期中期計画最終年度でもあることから、令和3年からの当センターの取組事項等を記載した「第2期中期目標期間（見込）における業務の実績に関する評価結果報告書」令和6年8月に公表した。 （自己評価理由） 　ホームページ（ウェブサイト）をリニューアルし、利用者が情報を得やすくした。また、情報発信に加え、診療費後払いシステム利用促進などで会計待ち時間を削減するなど、選ばれる病院となるよう努めている。 　個人情報保護については、委託業者を含め他院の漏洩事案から注意喚起するなど適切に対処した。また、システムのセキュリティーについても第3者による評価を受け、その妥当性を確認し、信頼性の向上に努めた。 　以上のことから自己評価は「３」とした。				

第2　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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 総長の陣頭指揮のもと、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関として、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。	ア　紹介患者数、逆紹介患者数、がん治療連携計画作成の件数については、計画を上回る実績となり、地域の医療機関との連携が進んでいる。今後も、より多くの患者の紹介・逆紹介を通じて医療機関との連携を強化していく。退院時の診療情報提供の件数については、計画値を下回る実績となったが、地域の医療機関との信頼関係・連携の強化を進めるため、引き続き診療情報提供書の記載率向上に取り組む。	◎	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計画値を上回った結果、退院時診療情報提供件数を除く項目で計画達成ができた。また、令和6年度は救急患者連携搬送料について近隣の医療機関と提携し、早期転院にかかるシステムを整備したことにより、地域医療支援病院として機能強化が図られた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					
・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入退院時支援機能の強化					

・在宅医療の支援（在宅医療に関する情報の提供など）の強化	・在宅医療の支援（在宅医療に関する情報の提供など）の強化					
・居宅、或いは介護施設等での療養の支援・情報提供の強化	・居宅、或いは介護施設等での療養の支援・情報提供の強化					
・救急医療、特に生命にかかわる重症救急患者の受入れ救急搬送、即ＩＣＵ等入院）の強化	・救急医療、特に生命にかかわる重症救急患者の受入れ（救急搬送、即ＩＣＵ等入院）の強化					
・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）					
・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。 ・昨年度リニューアルした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）。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
紹介患者数（初診に限る）（人）	17,855	18,000	19,049	105.8%
逆紹介患者数（人）	47,524	45,000	47,762	106.1%
高額医療機器の共同利用の受託件数（件）	3,265	3,000	3,073	102.4%
紹介元医療機関への退院時診療情報提供の件数（件）	5,195	6,000	5,128	85.5%
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）	3,488	4,000	3,251	81.3%
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）	90	80	99	123.8%

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　紹介患者数増加のために各診療科医師と地域医療連携室で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、登録医総会、診療案内をはじめとする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　地域医療従事者向け研修会については、東大阪医療連携スクラム会を４回、登録医総会を１回実施するとともに、ＨＣＭＣニュースを毎月発刊するなど、地域の医療機関との連携強化に取り組んだ。引き続き医療機関との連携を進めていくため取り組みを強化していく。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
かかりつけ医アンケート調査実施（1回/2年）	実　施	令和５年度実施	令和５年度実施	－
地域医療従事者向け研修会の開催（年12回以上）の実施	継　続	継　続	継　続	－

（自己評価理由）
　紹介・逆紹介は前年度より増え、さらに令和６年度の計画も大きく超えた。登録医総会を継続して行い、かかりつけ医との役割分担、連携強化に努めている。いわゆる「下り搬送」も開始し、高度急性期・急性期医療を担う医療センターの役割を明確化するとともに機能分担に務めた。
　地域医療従事者向け研修会および登録医総会、毎月発行しているHCMCニュースを通じて、情報提供や連携強化に努めている。
　以上のことから自己評価は「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 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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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高度急性期・急性期病院機能の充実をはかる。	ア　令和5年9月より退院支援が必要と予測される患者のみに退院支援計画書を発行し、介入という運用へ変更した。そのため状態変化なく短期での退院患者に関してカウントはせず急性期病院としての役割を果たすべくADL変化が予測される患者に対して早期に介入し、地域多職種との連携を強化してきた。計画達成に向けて、引き続き推進していく。		3	3	法人評価のとおり、「下り搬送」導入により、後方病院との役割分担及び連携も強化されていることから評価を「３」とした。
	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高度急性期・急性期病院としての役割を果たす。	イ　地域包括ケアシステムにおける高度急性期・急性期病院としての役割を果たすために、入院前からの退院支援を進めてきた。同時に、円滑な転院、在宅調整の連携強化を更に推進すべく、介護・福祉サービスを提供する施設等への情報提供を行った。				
・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。					

・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。					
イ　医療・介護・福祉機関等とのネットワークづくりに貢献していくとともに、地域の関係者との信頼関係を深めて連携を強化し、急性期病院として診断から治療、在宅へと地域全体で医療・保健・福祉サービスを切れ目なく提供していくことで在宅復帰につなげていく。	ウ 緩和ケア病棟等を退院後の患者に、T（チーム医療）カードを発行し、急変時にはカードの提示により、休日・夜間でも必ず受入を行い、退院後も患者・家族が安心して在宅療養を行える環境を継続する。 また、在宅療養支援病院を後方支援する、在宅療養後方支援病院となることを検討する。	ウ　Tカード提示による急変時受入れの運用を継続し、緩和ケア病棟等退院後の患者・家族の安心につなげた。 　また、在宅療養後方支援病院となることについては、現時点では考慮していない。				

エ 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る。

エ　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、医療・介護・福祉期間等とのネットワーク構築に貢献している。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
在宅療養担当医療機関、訪問看護ステーションとの退院時共同指導及び患者紹介・情報提供の件数（件）	266	190	224	117.9%
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	203	200	173	86.5%

（自己評価理由）
　介護保険施設等の専門員との退院時連携指導の件数が計画達成しなかったものの、退院時共同指導は計画を大きく上回り、また「下り搬送」導入により、後方病院との役割分担および連携も強化されていることから自己評価「３」とした。

第３ 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置
１ 業務運営体制の構築
（1）病院の理念と基本方針の浸透

中期目標	医療センターの理念と基本方針を 、委託業者も含めた医療センターで働く全ての者が理解し、その目的達成に向け一丸となって 引き続き 取り組むこと。

中期計画	令和6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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	前年同様、ウェブサイトや病院紹介動画への掲載、院内各所への掲示、新規採用職員への名刺サイズカードの配布等により、市民・患者・職員（委託業者含む）への周知を行った。 また、各種委員会からの提案などを上位の会議で検討する仕組みを通じて、ボトムアップ提案型への転換も図っている。		3	3	法人の評価を妥当とし、評価を「３」とした。

・全ての職員が理念、基本方針を共有し、継続的に実践していく組織づくりを行う。	・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。 ・「現状維持病」からの脱却を加速化し、病院経営に関しては「トップダウン指示型」から「ボトムアップ提案型」への転換を図る。	（自己評価理由） 理念及び基本方針の周知については、上記の方法により、院内外への周知を図った。また、委託業者に関しても、委員会や定例会議などを通じて、協働して病院運営を進めている。また、「ボトムアップ提案型」に関しても委員会からの提案が挙がる仕組みも確立していることから自己評価は「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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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。	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。	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との連携強化のための人事交流（異動）をさらに実施した。また、令和7年度からの第3期中期計画を策定するとともに、第2期中期目標期間の見込事業報告書及び令和5年度の事業報告書を作成し、進行管理を行った。さらに、監事からのマネジメントレターに対し、該当部署における今後の対応方針をまとめ、最終的な結果報告を年度末に行うことで、内部監査の仕組みを確立している。医の倫理及びコンプライアンスについても必要時に該当する委員会を開催し、適切に対応した。	◎	3	3	各指標項目については実施されており、医療安全上のリスクに対しては適切に対応していることや職員の処分案件は発生していない報告を受けていることから評価は「３」とした。

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効率的に業務を遂行する組織風土を醸成する。 本計本計画は、公立病院経営強化プランとして位置づけされており、策定段階での説明、策定後も年1回以上の点検をホームページ等で公表を行い、住民の理解を得るよう努めていく。	イ　理事長、総長、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。	イ　第2期中期目標期間の見込事業報告書及び令和5年度の事業報告書、財務諸表を作成し、監事監査、理事会を経て、市に提出し、評価委員会の意見聴取、市議会への報告、ウェブサイトへの公表と透明性を確保している。 　法人の意思決定については、経営会議・幹部会議で実施されており、ボトムアップで企画運営会議から挙がってきた事項も幹部会議で審議している。それでもなお審議が必要と思われる事項は、最終的に理事会の審議事項としている。 診療科や各部局の年度目標については年度計画内に掲載し、毎月の理事会の統計資料で月次実績を報告した。				

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）第2期中期目標期間の見込事業報告書及び令和5年度の事業報告書、財務諸表を市に提出する過程で、評価委員会の意見聴取や、市議会への報告、ウェブサイトへの公表を行い透明性を確保している。 　法人の意思決定についても、前述の通り、経営会議・幹部会議でボトムアップ含め審議し、決定している。 　また、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、所属長会議で報告し、年に2回診療部長ヒアリングを行い、達成状況の確認や対策の検討等を行った。				
	・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。	2）監事への病院会計・決算及び財務報告等については、年々迅速化を図っており、月次の患者数・収支状況等についても毎月の理事会に統計資料として報告した。また、令和５年度の決算報告についても適切に理事会・市に報告し、実績報告書をウェブサイトにも公表した。				
・月次の患者数・収支状況については毎月理事会に報告する。	・月次の患者数・収支状況については毎月理事会に報告する。					

・毎年度、決算終了後速やかに事業実績等を理事会（監事）に報告するとともに、ホームページ上での公表その他の方法により公表することにより、業務の透明性を高める。	・毎年度、決算終了後速やかに事業実績等を理事会（監事）に報告するとともに、ホームページ上での公表その他の方法により公表することにより、業務の透明性を高める。						
３）コンプライアンス（法令遵守）の強化	3）医の倫理及びコンプライアンスの強化 ・医の倫理基準の遵守意識の啓発	3）業務改善委員会において業務マニュアルの点検、改定、周知を実施した。また、個人情報保護規程の一部修正等、必要に応じた改定を実施した。					
・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						

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 医療安全上のリスクについては、医療の質・安全管理部においての管理、職員の処分案件については、人事審議委員会で審議し、適切に内部統制委員会に報告された。				
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 第2期中期計画最終年度であったことから、次の第3期中期計画策定の際に、これまで評価委員会でいただいた意見を参考に評価項目の一部見直しを実施した。				
エ 診療科・病棟別に具体的数値目標を設定し、達成に向けた取り組みを進める。 重要課題については、センター長、タスクフォースリーダーを任命し、効果的な運営を行う。	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、手術件数などの計画値を設定し、毎週の経営会議で検討、計画達成に向け半年に一度診療部長ヒアリングを実施した。				
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。	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。	カ　内部統制の不備による重大な事象は発生していない。				

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
医療センター業務方法書の点検	実　施	実　施	実　施	－
内部統制（ガバナンス）体制の確立（内部統制委員会を含む）	実　施	実　施	実　施	－
内部通報窓口、外部通報窓口の設置	実　施	実　施	実　施	－
病院会計及び財務報告の監査体制の構築	実　施	実　施	実　施	－
規程・マニュアル等の整備状況の点検	実　施	実　施	実　施	－

（自己評価理由）
　中河内救命救急センターとの連携強化・人事交流を実施し、両センター間の内部統制の強化に努めた。また、監事からのマネジメントレターへの回答を通じ、財務の業務統一化や効率化と、マニュアル化を図った。今年度は通常の年度報告に加え、第2期中期計画の中間報告もあわせて実施しており、適切に報告・監査・提出・公表を実施したことから自己評価を「３」とした。

第３ 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置
１ 業務運営体制の構築
（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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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 今年度から施行される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とともに、他の医療機関での勤務時間を含めた個人別・月別の時間外勤務の把握、医師間のタスクシェア、多職種へのタスクシフト、当直許可申請、36協定の締結、市民・患者への働き方改革への協力依頼等を進めていく。 引き続き勤務環境の改善、時間外勤務削減の取組を推し進め、時間外・休日勤務が、年間960時間を超える医師は生じないように取組	ア 医務局 医師の時間外・休日労働の上限規制の開始に伴い36協定を見直し、緊急医療（手術、麻酔、検査等）に従事する医師については、時間外労働の上限時間をA水準である960時間に変更した。当センターの医師173名（臨床研修医を含む）の時間外勤務について、通常の年間上限である720時間を超過した医師は13名であるが、いずれも緊急医療に従事する医師でありA水準の960時間を超過した医師は0名であった。		3	3	法人の評価を妥当とし、評価を「３」とした。

	を進め、都道府県知事への特定労務管理対象期間としての指定申請は行わない。 また、医師の他病院への派遣について、圏域において派遣ニーズが無いため実施していないが、今後の状況に応じて検討する。					
イ 看護局 病床稼働率や病床回転率、重症度、医療・看護必要度の重症患者割合等により、看護職員の傾斜配置を検討する。また、患者数や業務内容及び診療報酬に対応出来る適正配置に努めると同時に、短時間勤務や12 時間夜勤、夜勤専従勤務等を促進し、多様で柔軟な勤務体制の構築と人員配置を検討する。	イ 看護局 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や応援体制を検討する。また、患者数や業務内容及び診療報酬に対応出来る適正配置に努めると同時に、短時間勤務や12時間夜勤、夜勤専従勤務等を促進し、多様で柔軟な勤務体制の構築と人員配置を検討する。	イ 看護局 令和６年度の重症度、医療・看護必要度の年間平均（令和6年6月～令和7年3月）は、基準１では30.4%、基準2では39.4%であり、診療報酬上の要件はクリアできた。看護師配置に関しても年間を通じて、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。多様で柔軟な勤務体制では、12時間夜勤は1病棟増やすことができ、夜勤専従勤務者は、年間を通じて7名程度が勤務している。				
ウ 薬剤部 医療の質を向上するべく、患者に対する薬物治療に適切な介入を行い貢献するための人員配置を行う。院内での医薬品の安全管理と適正な供給に務めるとともに、新たな診療報酬算定による収益増、患者支援拡充に必要な効率的かつ効果的 な配置を検討する。	ウ 薬務部 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 薬務部 令和６年度は9名の産休・育休職員が在籍した状況下において、患者に対する薬物治療に適切な介入を行い、貢献するための効率的かつ効果的な人員配置を実施した。しかし、そのような状況下のため、新たな診療報酬算定による収益増には及ばなかったが、既存の診療報酬算定に注力しほぼ計画を達成することができた。医薬品の安定供給が難しい社会情勢の中、適切な医療を妨げることなく医師と協働しながら院内での医薬品の安全管理と適正な供給に努めた。				

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　医療技術局 リハビリや栄養管理、臨床工学業務などは経営、運営効率を上げるために時間外業務を計画的に進めることができた。 　一方で、属人化している放射線治療業務については効果的な立案、管理ができずに不十分な結果となった。				
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 事務局内及び中河内救命救急センター事務との人事交流をさらに実施した。また、医事業務や医師事務作業補助業務に関して、人員不足やそれに伴う残業増に対し、派遣職員の導入など柔軟に対応し、改善に努めた。 病院事務の根幹を形成する医事業務については、引き続き、体制強化と人材育成を目的とした人員配置を行っていく。 （自己評価理由） 　医師のいわゆるA水準と言われる時間外上限に達する医師はいない。看護局においても夜勤専従を増やすなどの多様化、薬務部や事務局においては派遣も活用し、柔軟に対応して人員配置の適正化に努めている。以上より自己評価を「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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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　毎週の経営会議において、手術実績を確認してきた。前年対比で手術総件数の増、それ以上に全身麻酔件数の増となった。急性期充実体制加算要件の全身麻酔下での緊急手術件数についても安定的に確保でき、要件を達成できた。	◎	4	4	強度変調放射線治療件数は機器の更新に伴い減少したが、令和6年11月に2台目のダヴィンチ（手術支援ロボット）を導入したことから手術件数は増加した。また、ハイブリッド手術稼働率に関しても前年度は目標未達であったが、今年度は大幅に増加し、計画値も超えることが出来たため、評価を「４」とした。

イ 電子カルテを含む病院情報システムは、病院の業務運営に欠かせない資源であり、単純に減価償却の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、令和7年度の更新に向けて準備を進める。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　電子カルテについて、7年使用し令和7年9月の更新に向け、「次期電子カルテシステム導入委員会」を通じ、コンサル事業者を含めて更新に向けた計画を策定し、準備を進めてきた。モニター・キーボード等の有効活用や、発注方法も従来方式から分割発注方式に変えるなど、費用の抑制に努めながら、必要な機器の導入を図った。				
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	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。 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。	ウ　国指定地域がん診療連携拠点病院としてその責務を果たすべく、放射線治療機器（リニアック）及びＰＥＴ-ＣＴを更新し、より高度な治療が実施可能な体制を確立した。9月にＰＥＴ撮影を再開、12月には新たなアミロイドＰＥＴ撮影も開始し、放射線治療は令和7年4月から再開することとなった。				

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 新たな医療情報ＤＷＨシステムを導入、活用を開始し、各部署でもデータ抽出が簡便となる体制を構築した。今後さらなる活用及びデータベース構築に向け、情報提供等を促進していく。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
病床稼働率（%） ※許可病床ベース	78.9	88.0	82.4	93.6%
総手術件数（件）	7,466	7,500	7,647	102.0%
全身麻酔件数（件）	3,602	3,600	3,849	106.9%
ハイブリッド手術室稼働率（%）	62.8	70.0	72.2	103.1%
ダビンチ（ロボット支援）手術実施件数（件）	238	200	322	161.0%
強度変調放射線治療（IMRT）件数（件）	3,142	2,000	1,066	53.3%
ICU（特定集中治療室）管理件数（件）	2,576	2,920	2,667	91.3%

		（自己評価理由） 　パスの見直しや、新たに「下り搬送」を開始したこともあり、病床稼働率は達成することが出来なかったが、手術室での手術件数、とくに全身麻酔下手術の件数が増え、ハイブリッド手術室の稼働率も計画を達成した。ダビンチ手術実施件数が増え、さらに産婦人科もダビンチ手術を実施することから、11月に2台目を導入し、さらに件数増となった。 　ＩＭＲＴ件数は、リニアック更新により件数は伸びなかった。 　ＩＣＵの管理件数は計画達成には至らなかったが、昨年度の件数を上回ることは出来た。 　前年度以上に高度急性期・急性期医療の手術件数が増加していることから自己評価を「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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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、高度急性期・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・臨床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、高度急性期・急性期医療を提供するうえで必要な医	ア　研修医室に引き続き、医局の改修も行いリニューアルが完成した。研修医の応募件数は70件（前年81件）と前年は下回ったものの引き続き多くの応募があり、研修医の枠増員（7名→8名）にもつながった。	◎	3	3	専攻医については前年度に引き続き、関連大学への働きかけや広報を強化し、医師数の確保に取組んだ結果、計画を達成することができた。看護師については、離職率は微増であるものの採用試験の時期を見直す等の手法を取り入れ、採用数確保に努めことから評価を「３」とした。

師を確保する。
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、看護インターンシップなどを開催し、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、令和6年度の新規採用者が予定数を確保できなかったことを受け、採用試験の時期を早めるなどの取組を行い、令和7年度新規採用者は予定数を確保することが出来た。

・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、将来を見据えた体制構築を図る観点から、若年層をターゲットに採用活動を行い、年間を通じて中途採用試験を実施した。結果として、令和７年度新規採用１名のみであった。残念ながら退職者も出たため、次年度の新規採用含め、引き続き採用活動を継続する。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
医師数（専攻医含む）（人）	155	148	165	111.5%
看護師離職率（%）	10.5	10.0%以内	11.0	-

		（自己評価理由） 　昨年に引き続き、研修医の応募多数を維持するなど、優秀な人材確保につながっている。また昨年度、予定数の確保に至らなかった新規採用の看護師も、採用試験の早期化などの工夫もあり、次年度予定数の確保につながった。人員の確保が出来なかった薬剤師、事務職員については、引き続き派遣を活用して体制を維持した。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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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　質の高い医療の提供のため優秀な人材確保、定着、育成に引き続き努めた。研修医から当センターの専攻医になった者も2名おり、定着につながっている。また、看護師採用においても、当センターの研修制度や、見学等で後輩を指導する現場を見て魅力を感じ、募集してくる者が多いことからも、看護師の研修制度は評価されていると言える。		3	3	人材育成にかかる各指標項目については概ね達成できており、看護局のラダーⅡ以上の割合も前年度より上回っていることから計画を順調に達成していると判断し、評価を「３」とした。

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　今年度の指導医数（延数）は計画に1名届かなかったが、新規取得数は計画を1名上回った。専門医機構のシーリング対象となっている診療科は複数あり、専攻医の採用を進めていく上でも、指導医の育成、増員に引き続き取り組んでいく。				
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	ウ 看護局 ・看護師･助産師については、新人看護職員研修やクリニカルラダー制度による継続教育を実施する。また学会発表や研修会への参加を推進する。 ・患者・家族に良質で効率的な医療を提供するチーム医療の中心的な役割を果たすとともに、医療の質の確保、地域との切れ目のない	ウ　看護師・助産師の看護実践力向上につなげる方策のひとつとして、継続教育を企画・運営し、年間を通じて滞りなく実施した。ラダーⅡ（リーダ役割が担えるレベル）以上の取得率は、68.7%で前年度より9.3ポイント上回った。認定看護師の育成では、皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程を1名修了した。特定看護師は、25名在籍しており、各部署・部門で活躍している。引き続き特定看護師の育成を行い、各部署5名程度の特定看護師を配置できるように計画していく。				

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。	ケアの推進に向け、専門・認定看護師、特定看護師及び認定看護管理者の育成に取り組む。また、新設された大学院進学制度を活用し、人材の育成に努める。						
エ 薬剤部 薬剤師については、薬剤師研修制度の動向に迅速かつ適切に対応し、若手薬剤師の育成を図ることに加えて、専門薬剤師の育成も行っていく。また、新人薬剤師教育や実務実習生に対する教育プログラムの改善及び充実を図り、学会発表や研修会への参加を推進する。	エ 薬剤部 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　令和６年度は新卒者３名と既卒者１名を採用し、薬剤師育成に注力した。また学会発表や研修会への参加推進を継続しつつ、日本静脈経腸栄養学会 栄養サポートチーム専門療法士（薬剤師）と日本化学療法学会 抗菌化学療法認定薬剤師の資格をそれぞれ1名が取得した。					
オ 医療技術局 医療技術局については、それぞれの領域の専門技師・認定技師等の資格取得、資格維持に繋がる各種学会や研修会の参加を促し、医療技術職として、専門的な知識と技術を高め最新の医療技術、医療機器に対応できる人材育成に取り組む。	オ 医療技術局 それぞれの領域の専門技師・認定技師等の資格取得、資格維持に繋がる各種学会や研修会の参加を促し、医療技術職として、専門的な知識と技術を高め最新の医療技術、医療機器に対応できる人材育成に取り組む。今年度は業務タスクシフトを行うことを前提に、学術研修旅費の増額を行い更なる技術向上を図る。	オ　業務拡大に係る告示研修が計画通りに実施でき、業務タスクシフトを推し進められた。 　また、各種専門技師、認定技師の資格取得者が増え、属人化していた業務がローテーションできるようになった。					

カ　事務局
計画的なジョブローテーションを進め、職員のスキルアップと院内の連携強化を図り、広い視野で病院全体を見渡すことができる人材を育成する。
・医事課については内製化した入院医療事務の充実を図る。外来医療事務については必要最低限の内製化を行い、業務委託を継続する。

カ　事務局
計画的なジョブローテーションを進め、職員のスキルアップと院内の連携強化を図り、広い視野で病院全体を見渡すことができる人材を育成する。

カ　管理職含め、人事異動によりジョブローテーションと体制強化を図った。また、全国自治体病院学会での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。
若年層の職員の育成を目的として課を跨ぐジョブローテーションを積極的に行うとともに、重点施策を担う所属は人員の増員を図った。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
指導医数（人）※延数（領域毎にカウント）	170	170	171	100.6%
（うち新規取得数）（人）	7	3	3	100.0%
専門、認定看護師、認定看護管理者数（人）	28	28	26	92.9%

（自己評価理由）
　指導医の延数は計画を1名上回り、看護局のラダーⅡ以上の割合は前年度9.3ポイント上回った。薬務部においても新たな資格取得者2名、医療技術局も資格取得者が増えたことでタスクシフトとジョブローテーションにつながっている。事務局においても学会発表、研修参加によるスキルアップとジョブローテーションを積極的に行っている。全職種において人材育成を着実に行っていることから自己評価は「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
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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
	ア 令和6年度診療報酬改定の重点項目である、各職種への処遇改善について、制度に基づき実施する。看護補助者については、令和6年2月から5月については、補助金制度により先行して処遇改善を実施する。	ア 「令和６年度診療報酬改定における賃上げ（ベースアップ評価料）」を活用し、令和６年４月に遡及して医療従事者の賃上げを実施した。看護補助者については、「看護補助者処遇改善事業」の補助金を財源として令和６年２月から５月に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。進捗の遅れが見られると、本人及び所属長に連絡しスケジュール通り進むよう努めた。				
イ 職員給与の適正化に向けて、同規模病院を参考に持続可能な給与制度を構築し、職員一人一人が働き甲斐を感じることができるよう経営状況や人事評価等によるインセンティブを検討する。	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、「令和６年度診療報酬改定における賃上げ（ベースアップ評価料）」を活用し、令和６年４月に遡及して医療従事者の賃上げを実施した。インセンティブについては令和９年度に処遇反映できるよう人事評価委員会で検討を行った。				

ウ 働き方改革の推進に向けて、有給休暇の取得推進と労働時間の適正化に向けた取組みを進める。特に、長時間労働に起因する健康障害の防止に努める。	エ 働き方改革の推進に向けて、有給休暇の取得推進と労働時間の適正化に向けた取組みを進める。特に、長時間労働に起因する健康障害の防止に努める。	エ　年次有給休暇の取得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。長時間労働が見込まれる職員に対しては医療法に基づき面接指導を実施した。			
エ 優秀な成績を残した所属や職員を表彰することで、組織の活性化とモチベーションの向上を促す。	オ 優秀な成績を残した所属や職員を表彰することで、組織の活性化とモチベーションの向上を促す。	オ　臨床研修管理委員会主導で投票を行い、最優秀研修医（１年次・２年次）及び最優秀指導医の表彰を行った。また診療録管理委員会よりベストカルテ表彰を実施した。			

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
人事評価制度の実施	実　　施	実　　施	実　　施	－

（自己評価理由）
診療報酬改定に伴う賃上げの実施、および処遇改善手当の支給を行った。人事評価制度については、制度の浸透を図るとともに、インセンティブについても令和９年度での処遇反映を目標とすることを人事評価委員会で検討した。
上記の通り賃上げとともに人事評価との連動についても検討を進めていることから自己評価を「３」とした。

第３ 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置 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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア ワークライフバランスに配慮した、働きやすく、働きがいのある職場環境の実現に向け、就労環境の向上を図る。また、子育てや介護に資する制度について、利用者だけではなく全ての職員が理解を深め、多様な働き方を認め合い、制度の利用と職場復帰がしやすい環境づくりを進める。	ア ワークライフバランスに配慮した、働きやすく、働きがいのある職場環境の実現に向け、就労環境の向上を図る。また、子育てや介護に資する制度について、利用者だけではなく全ての職員が理解を深め、多様な働き方を認め合い、制度の利用と職場復帰がしやすい環境づくりを進める。	ア　職員の仕事と育児・介護を両立できる職場環境を整備するため、育児・介護休業法等が改正されたことに伴い、規程および就業規則の改正をおこなった。		3	3	男性育休取得率及び院内保育所受入人数が前年度より増加している点、有給休暇取得日数及び職員アンケート総合満足度において計画値を達成している点を評価し、「３」とした。なお、有給休暇取得率も73.1%となり、前年度の72.9%より増加している。
・優秀な医師確保の観点から、医務局・研修医室の美化と研修機器や設備を整備する。	・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。	・医師執務室である医務局を改修し、美化の向上、職場環境の改善をおこなった。				
・時間内診療の効率アップ及び時間外労働時間、特に緊急医療等従事の時間を除く平日の残業時間の短縮を図る。	・時間内診療の効率アップ及び時間外労働時間、特に緊急医療等従事の時間を除く平日の残業時間の短縮を図る。	・医師の働き方改革による時間外の上限規制適用にともない、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を発出した。				

・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。	・令和６年度の新規申込件数は25件と、前年度の22件を上回った。2か月に1回の定例会議を実施し、保育所の運営状況について情報共有を行った。				
・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。					
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　調査結果を前年度と比較し、委員会にて協議検討を行い、特に調査結果が下がっている項目については、各所属においても検討し改善策を実施した。				
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　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」を継続して支給した。				

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
三六協定の締結の有無	継　　続	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（%）	6.0	0.0	7.5	-
有給休暇取得日数（日）※	20.3	17.0	20.1	118.2%
職員アンケート総合満足度（60%以上）	未　達　成（　56%　）	達　　成	達　　成（ 63 % ）	-

※年休+WLB

		（自己評価理由） 　医師の時間外については、緊急対応に限り960時間まで認める運用にしたことで、720時間超が増えたものの、一定時間に達した医師へのアラートを適時発出するようにしたこと、有給取得日数が計画値を超え、職員アンケートの満足度も計画値に達したことを受け、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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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　令和5年度に比べ8億円弱の収益増となったものの、人件費や物価の高騰とそれに伴う委託費・消費税増、さらに新たな機器導入に伴う保守料（委託費）や減価償却費の発生など、収益増を超える費用負担増により、結果的に11億円を超える赤字となった。昨年度も大阪府下の公立病院や他の地独病院と比べると、むしろ良い状況ではあったが、赤字へと転落し、令和6年度はそれをさらに下回る結果となった。 　これまでのように収益増を優先するだけでは、黒字が見通せなくなってきており、科別の収支も算出、検討する必要性が出てきている。		2	2	前年度と同じく、経常収支比率、医業収支比率ともに計画を達成できず、約12億円の経常損失となったため、評価は前年度と同じく「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　新たな高額機器の導入（ＰＥＴ-ＣＴ、ダビンチ2台目、リニアック）もあり、また、長期借入金の借入れが年度を跨いだことなどにより、医療センター単独ベースのキャッシュフローにおいて、17.8億円の減少となったが、期末残高は、なお57.6億円を確保している。				

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
経常収支比率（%）	96.3	97.2	94.4	97.1%
医業収支比率（%）	101.1	106.5	101.9	95.7%
修正医業収支比率（%）※	―	99.5	96.2	96.7%

※公立病院経営強化プランを兼ねるに当たり追加

（自己評価理由）
　前年度に比べ、収益は大きく伸ばしたものの、人件費増大や材料費をはじめとする物価高騰の影響により、各収支比率は計画に届かなかった。
　しかし令和５年度の地独病院との比較においては、当センターは上位にあり、令和６年度も各比率の達成率としては95%を超えている。また、現預金も令和６年度は減少はしたものの、年度末において資金残高は法人全体で73億円であり、危険水域ではないが、収益ベースで12億円もの赤字となったことや経常収支比率が悪化したことなどを踏まえ、自己評価は「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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア ２年毎の診療報酬制度改定に的確、適正に対応するとともに、常に施設基準・管理加算等の要件の変更などに細心の注意を払いつつ、必要な人材の確保を図るなど、収益向上に有効な対策を講じる。 ・第2 期中期計画期間中に上位基準のＤＰＣ特定病院群を目指す。要件資格を持った認定看護師等を確保し、総合体制加算２を取得する。機能評価係数Ⅱのうちの、特に全国平均を下回る複雑性係数、救急医療係数の向上を図るため、各係数において75～80パーセンタイルを目標値に設定する。	ア 令和6年度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。 ・機能評価係数Ⅱのうちの、特に全国平均を下回る複雑性係数、救急医療係数の向上を図る。	ア 令和5年度9月までの結果および新たな施設基準取得を受けて、DPC係数は1.5518まで上昇した。さらに、経営に大きく影響する急性期充実体制加算を継続するために、要件のうち注視が必要な項目については毎週、毎月確認することで、令和７年度も継続して取得することにつながった。 また、パスの見直しを行うなど、効率化係数を上げるための取組や、救急医療係数を上げるための取組も実施し、次年度以降のDPC係数向上を図り、取り組んだ。さらにレセプト点検ソフトを活用し、算定漏れ防止対策を行っている。地味ではあるが入力者とレセプトチェック者とのダブルチェック体制で収益向上を図っている。	◎	2	2	入院単価及び新入院患者・延べ入院患者数の増加が要因となり、医業収益が前年度より伸びた。また、未収金においても未収対策の効果もあり、前年度より改善している状況であるが入院診療収益及び外来診療収益ともに計画を達成していないことから評価は前年度と同じく「２」とした。

・種々の入院料等加算、医学管理料等加算等を漏れなく入力・算定し、正確なレセプトの作成、精度の高い診療報酬請求に繋げる。医学管理料ナビ、診療報酬算定補助ソフト等を有効活用する。	・種々の入院料等加算、医学管理料等加算等を漏れなく入力・算定し、正確なレセプトの作成、精度の高い診療報酬請求に繋げる。医学管理料ナビ、診療報酬算定補助ソフト等を有効活用する。					
イ 地域の医療機関との連携強化や救急医療体制の強化により、新入院患者数の増加に努めるとともに、退院支援の強化による病床回転率の向上を図る。また、入院単価の向上、クリニカルパスの適正化など、部門ごとに具体的な目標を設定し、その達成状況を適宜確認するなど経営管理を徹底する。	イ 地域の医療機関との連携強化や救急医療体制の強化により、新入院患者数の増加を最重要課題とし、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。また、病床管理司令室（コマンドセンター）を設置し、病床空き状況のリアルタイム把握化、重症患者の受け入れ迅速化、後送病院への転院連携の円滑化を図り、地域のニーズに応えるとともに稼働率の向上を目指す。	イ　診療報酬改定で新たに導入された「救急患者連携搬送料」を取得するべく、搬送車の整備と、近隣医療機関との提携強化（協定締結）を行い、いわゆる「下り搬送」の実施を開始した。最重要課題としてきた新入院患者数も延べ入院患者数も増加し、クリニカルパスの適正化を促進し、入院単価も昨年度を上回った。また、ＤＰＣⅡ期以内の退院促進にも努めてきた結果、平均在院日数が短縮されたことにより、病床稼働率は想定ほど伸びなかった。なお、コマンドセンターは令和７年度に運用開始となる。				

ウ 医療事務の電子化及び院内での研修やチェック体制の強化を通じて精度向上を図る。算定控えとならないよう留意する。 ・「ＤＰＣ包括範囲出来高点数情報」入力の精度向上を図り、病院機能評価係数Ⅱの向上につなげる。	ウ 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。 ・昨年導入したRFID管理システムの活用により、使用材料の請求漏れ防止、職員の負担軽減を図る。	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、その都度設定変更を行い、適正に対処、精度の高い診療報酬に結びつけている。 昨年度に導入したＲＦＩＤ管理システムについては、さらにカテーテル室での配置を検討している。				
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　マイナンバーカードによるオンライン資格確認や救急等の無保険患者への早期対応（介入）を行うことで未収金の防止や早期対応を行った。発生した未収金については、マニュアルに沿って、定期的な督促等行い、医業未収金回収業者とも連携し対応している。未収金額については、令和５年度より入院外来とも減少している。				

オ 室料差額、診断書料金などについて、常に原価を意識し、周辺病院との均衡を考慮したうえで料金改定を行う。	オ 室料差額、診断書料金などについて、常に原価を意識し、周辺病院との均衡を考慮したうえで料金改定を行う。	オ　室料差額や診断書等は、周辺の医療機関の自費料金と比較している。令和７年４月より出産費用について改訂すべく、地域の医療機関の状況を確認し適正な料金を提示し、了承された。			

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
入院診療収益（百万円）	12,150	13,768	12,941	94.0%
外来診療収益（百万円）	5,870	5,885	5,822	98.9%
入院単価（円/日）	80,672	82,408	82,715	100.4%
外来単価（円/日）	26,710	25,356	26,636	105.0%
新入院患者数（人）	14,860	15,952	15,594	97.8%
外来新患者数（人）	27,759	29,550	27,675	93.7%

（自己評価理由）
　前年度より入外収益で7億円以上増加している。単価は計画を超えており、新入院・延べ入院患者数についても、前年度を大きく上回った。未収金についても適切に防止策を講じており、前年度より未収金額を減少させている。出産費用についても適正化を図った。
　前年度に比べ大きく増収し、収入の確保に努めたものの、収益の計画値には至らなかったことから、自己評価は「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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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。	ア　前年度対比で職員数は大きく変わらなかったが、人事院勧告に準じた給与改定を実施したことが大きく影響し、給与費は前年度より約2億6千万円増加した。 一方、医業収益が7億円以上伸びたことで、医業収益に対する人件費比率は51.3%で、前年度よりは0.6ポイント改善する結果となった。 　また、今回からの新たな指標である修正医業収益に対する人件費比率は、計画よりも1.6ポイント抑えられる結果となった。		3	3	人件費や材料費が依然高騰している状況であるが、委託業務の見直しや光熱水費の削減に努めている。また、公立病院経営強化プランの策定に伴い、令和6年度から新たな指標項目となった修正医業収益比率においては全て計画を達成していることから評価を「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	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抑制につながる一方で、安全性・有効性の問題	イ　抗悪性腫瘍剤をはじめとする高額薬剤について、順次後発医薬品への切り替えを推進し、薬剤購入費用の節減に努めた。特に4品目の薬剤については、同等の有効性・安全性を確認したうえで後発品へ切り替えを実施し、年間で約400万円のコスト削減を達成した。 これらの取り組みは、薬剤費の効率的な管理にとどまらず、持続可能な医療提供体制の構築にも寄与するものであり、今				

検討していく。	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。	後も他施設の動向や臨床的な安全性情報を踏まえながら、継続的な見直しと適切な切り替えの検討を進める。				
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、医療機器の調達においては、引き続きベンチマークシステムを活用した価格交渉やコストチェックを行い、調達コストの節減に努めた。診療材料については、委員会による採用品目の見直しとベンチマークデータを活用した価格交渉により、約3,000万円のコスト削減を達成した。さらに、年間20品目の見直しで約300万円、眼内レンズにおける後精算方式による価格調整の取り組みで約1,000万円、ベンチマーク交渉で約3,000万円の削減を実現し、合計で約4,000万円のコスト削減につなげた。医薬品については、薬価より13.46%の削減を実現し、約8,000万円の大幅なコスト削減につながった。また、医療機器の購入に際しても、ベンチマークシステムを用いて予定価格を適正に設定することで、無駄な支出の抑制と費用の最適化を図った。				
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　委託契約の見直しにあたり、人的業務（職員健康診断業務、情報システム運用管理等業務、退職給付債務算定業務）について仕様の見直しおよび入札を実施し、コスト抑制に努めた。結果として、人件費および物価の高騰により契約金額の削減には至らなかったが、価格上昇を最小限に抑えることができた。 また、医療機器保守業務については、一部保険による補償を活用するなど契約内容の見直しを通じて、2件の保守契約について合計約90万円の削減を実施した。				
オ 外来、手術、当直等の応援医師の配置について精査し、	オ 外来、手術、当直等の応援医師の配置に					

報償費の適正化を図る。

ついて精査し、報償費の適正化を図る。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
医業収益対人件費比率（%）	51.9	46.6	51.3	89.9%
医業収益対材料費比率（%）	31.9	31.8	32.3	98.4%
医業収益対経費比率（%）	15.2	16.8	15.7	106.5%
修正医業収益対人件費比率（%）※	－	48.1	46.5	103.3%
修正医業収益対材料費比率（%）※	－	31.6	29.2	107.6%
修正医業収益対経費比率（%）※	－	15.8	14.2	110.1%

※公立病院経営強化プランを兼ねるに当たり追加

（自己評価理由）

人件費比率について、人事院勧告に準じた給与改定に伴う増があったが、医業収益の伸びもあり、前年度よりは若干改善した。

調達コストの削減は実施したが、手術件数増等により材料費比率は上がる結果となった。一方経費については、人件費高騰による委託費への影響があったが、仕様変更や入札効果で最小限に抑え、経費比率は計画より1ポイント以上低く抑えている。

以上の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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	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、人事異動による更なる人事交流、毎週の法人本部会議および毎月の理事会で運営報告を実施し、着実な運営管理に努めた。		2	2	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、令和9年度以降の運営に関しても府・市と協議を行った。しかし、収支状況の見込みが想定以上に悪化したことで損失補填の調整を府と十分に行えなかったことにより法人の留保金の取り崩しに至ったことから不必要な費用の増加に繋がった。以上のことを勘案し、評価を「２」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期目の指定期間が満了となる令和9年度以降の運営方法について、大阪府、東大阪市と協議を進める。	イ 大阪府との協議を行うに当たり、コンサル事業者を入れて、移管による両者のメリット・デメリットを整理した。今後さらに具体的な協議につなげる。				
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 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 医療センターの産婦人科医局の変更に伴い、危機的出血等の緊急性の高い妊婦受入も視野に連携方法について協議している。実際に12月には、連携して緊急性の高い妊婦の救命につながった。				

	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・毎年度の収支状況を大阪府、理事会に報告してきたが、予想外の収支状況の悪化について、大阪府との調整が十分に行えず、留保金の切り崩しを行う結果となった。 （自己評価理由） 　人事異動による更なる人事交流および会議への参加機会増による運営管理を促進させた。 　令和9年度以降の運営に関し、移管による府・市に対する影響を整理し、今後のさらなる検討につなげた。 　また、新たに産科救急における連携も検討・実施された。 　一方、収支状況の予想外の悪化について、府との調整が十分には図れず、赤字補填が一部のみで、全ての赤字補填には至らなかった。 　以上のことから自己評価は「２」とした。				

第５ その他の業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置
２ 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6年度計画	法人の自己評価			市の評価	
		評価の判断理由（業務実績等）	ウエイト	評価	評価	評価の判断理由、コメント等
ア 施設の長寿命化 築20 年以上が経過し老朽化した施設・設備について、これまで以上に病院全体の美化の徹底、適切な点検を実施するとともに、中期保全計画に基づき計画的に改修を行い、長寿命化を図る。	ア 施設の長寿命化 建築後約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。	ア 病院全体の美化と職場環境の改善に向けた取組の一環として、狭隘化していた医務局を改修した。これにより、医療従事者の執務環境が大きく改善され、働きやすい職場づくりや人材確保に資する整備を実現した。	◎	4	4	公立病院経営強化プランの策定に伴い、令和6年度から新たに指標項目となった施設整備の項目については順調に達成している。また、これまでエネルギー棟の建設について進めてきた結果、既存施設の一部改修により基準を達成できることから建設コストを大幅に削減する見込となった。このことからも評価を「４」とした。
・病院（療養環境・職場環境）の美化 これまでの補修・修繕計画にとらわれずに、病院全体の美化を徹底して行う。	・病院（療養環境・職場環境）の美化 これまでの補修・修繕計画にとらわれずに、病院全体の美化を徹底し、狭隘化した医局の改修を始め人材確保に繋ぐ投資的整備を行う。					

イ　災害対応
従来の想定を超える自然災害の際、患者の生命及び病院機能を守るため、地下一階の電力・ガスを含むエネルギー供給設備の地上化（「エネルギー棟」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。

ウ　施設改修、施設整備、医療機器更新、デジタル化対応を行う項目及び費用は以下の通り。

イ　基本構想では、災害時におけるエネルギー供給の安定化を図るため、電力・ガスを含むエネルギー供給設備の地上化を目的とした「エネルギー棟」の基本設計を進めてきたが、東大阪市防災ハザードマップが改定され、当初想定していた水害リスクが下回ることが判明。また、東大阪市上下水道局との協議にも進展が見られたことから、排水ポンプなど水害時の対策に取り組むことで、エネルギーセンター棟を増築しなくとも災害拠点病院としての基準をクリアできるものと判断し、エネルギー棟の建設は取り止めとなった。その代替措置として、4階庭園部分に電気・空調設備を設置する方針とし、災害時にも病院機能を維持できるよう設備の配置・機能の強化を図り基本設計を進めている。

項　目	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	達成率
設備改修　：　内装改修工事	161	185	227	77.3%
設備整備　：　電気・空調・衛性などの設備更新	54	306	141	153.9%
医療機器導入・更新　：　高度医療機器	659	1,154	1,373	81.0%
デジタル化対応　：　システムの導入・更新	96	136	74	145.6%
合　　計	970	1,781	1,815	98.1%

※上記表は公立病院経営強化プランを兼ねるに当たり追加（単位：百万円）

		（自己評価理由） 　狭隘化していた医務局を改修し、職場環境の改善を行った。 　また、「エネルギー棟」の基本設計を進めてきたが、東大阪市防災ハザードマップが改定されたことを受け、「エネルギー棟」構想自体を見直し、災害拠点病院としての機能維持と、建設コストを大幅削減するための基本設計見直しを行った。以上のことから自己評価を「４」とした。				

第６　医療センターにおける各部局の取り組み

令和6年度計画	令和6年度実績（取組）報告
1.診療科部門	1.診療科部門
（1）腎臓内科	（1）腎臓内科
①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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）300 新入院患者数　700 入院単価（１日あたり）59,782 腎代替療法選択外来患者数60 腹膜透析新規導入患者数（再掲）6	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）：２６０人 ⅱ）新入院患者数：７２１人 ⅲ）入院単価：５８，２４７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）：１０人
（2）免疫内科	（2）免疫内科
①適切な医療が提供出来る様に、診療体制を確立する。 ②関節エコーを活用し、個別化医療を推進する。 ③チーム医療を推進する。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）210 延べ外来患者数8,100 新入院患者数160 延べ入院患者数3,699 平均在院日数23.1	延べ外来患者数は目標達成出来たが、外来新患数令和5年度よりも増加したものの目標には達しなかった。新入院患者数は令和6年度は大幅に増加し目標達成出来たが、平均在院日数がやや短くなったためか延べ入院患者数は目標に達しなかった。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１７０人 ⅱ）延べ外来患者数：８，３０８人 ⅲ）新入院患者数：１８３人 ⅳ）延べ入院患者数：３，２８６人 ⅴ）平均在院日数：２２．１日

(3) 内分泌代謝内科	(3) 内分泌代謝内科
【計画】 外来新患数（紹介患者数）270 新入院患者数290 糖尿病教育入院（血糖コントロール不良症例）（再掲）30	入院患者数が減少していたため1人スタッフも入ったことで増やしていきたい。外来は地域の先生方からも紹介枠を増やしてほしいとの希望があるため枠の余裕があれば外来枠を増やして他院からの紹介および逆紹介を増やしていきたい。 ただし、入院患者の中には他科共観患者が多く、実績に反映されていない。どの病院も同じ訴えがあるため、今後共観の数が増えるようであれば外来扱いとするか閾値を考慮していく必要があると考える。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：３０２人 ⅱ）新入院患者数：２７７人 ⅲ）糖尿病教育入院（血糖コントロール不良症例）（再掲）：３５人
(4) 総合診療科	(4) 総合診療科
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臨床研修医の一般外来における指導を行う。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）170 延べ外来患者数1,500	外来新患数が増加したのは、紹介患者を断らないことを実践した結果と考えられた。 延べ外来患者数が減少したのは、当院での精査が終了し状態が安定した患者を紹介元に逆紹介した結果と考えられた。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：２９６人 ⅱ）延べ外来患者数：１，３７４人
(5) 血液内科	(5) 血液内科
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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）100 延べ外来患者数900	外来新患数が減少したのは、内科専攻医は血液内科の所属ではないので入院を前提として血液内科患者を受け入れることができなかったためと考えられた。 延べ外来患者数が増加したのは、紹介元では維持できない血液疾患患者を当院で外来維持したためと考えられた。 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：５２人 ⅱ）延べ外来患者数：１，０６１人

(6) 循環器内科	(6) 循環器内科
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自立できる医師の育成を図る。 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の稼働及びＴＡＶＩ継続にむけて心エコー読影医・多職種のハートチーム人材の育成。 ④CPXを中心とした心臓リハビリテーションの充実。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）1,000 新入院患者数1,380 経皮的冠動脈インターベンション（再掲）300 カテーテルアブレーション（再掲）130 下肢インターベンション（再掲）50 急性心筋梗塞（ＡＭＩ）症例数（再掲）68	①少しずつではあるが、若手医師が各分野での技術習得はできている。 ②カテーテル・アブレーションを独立して施行可能な医師が1名→2名へ増員できてきつつある。 ③心臓MRIは稼働できるようになった。心エコー（SHD:Structure Heart Disease）認証医が2名資格取得できた。 ④CPXが入院患者において週1回1-2名をルーチンで施行できる体制はできてきた。心臓リハビリテーション指導士が医師1名、理学療法士1名資格取得できた。 総評として、医師は常勤医師3名減であったため新入院患者数は目標に未達であるが、PCIは前年度より増加、急性心筋梗塞患者も大幅増となり重症患者に多数対応した。カテーテル・アブレーション、下肢インターベンションは目標を達成できた。更なる重症患者に対応できるように若手医師の育成に取り組む。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：９０５人 ⅱ）新入院患者数：１，２２２人 ⅲ）経皮的冠動脈インターベンション（再掲）：２８２件 ⅳ）カテーテルアブレーション（再掲）：１５６件 ⅴ）下肢インターベンション（再掲）：５１件 ⅵ）急性心筋梗塞（ＡＭＩ）症例数（再掲）：７８例
(7) 消化器内科	(7) 消化器内科
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 【計画】 外来新患数（紹介患者数）1,600 新入院患者数1,630 大腸ポリペクトミー（EMR含む）実施件数700 消化管内視鏡手術（急性期充実体制加算）600	達成できなかった項目もあるが、最大の目標は内視鏡手術の急性期充実加算を達成することであり、この項目は達成できた。 次年度は、全ての項目を達成できるように努力する。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，６６６人 ⅱ）新入院患者数：１，５５１人 ⅲ）大腸ポリペクトミー（EMR含む）実施件数：６５２件 ⅳ）消化管内視鏡手術（急性期充実体制加算）：６０３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。

(8) 脳神経内科	(8) 脳神経内科
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、てんかん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。また、急性期脳卒中の診療体制としてＳＣＵ（Ｓｔｒｏｋｅ Ｃａｒｅ Ｕｎｉｔ）開設を目指す。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）900 新入院患者数900 ｔ-ＰＡ実施件数（再掲）16 脳卒中平均入院日数（再掲）14.0	入院、外来とも前年度より実績が上がったのは、脳神経内科のスタッフ数が増えたことだけでなく、地域から当科に対する評価が上がったのではないかと思われる。以前からｔ-ＰＡ実施件数が伸びないことの対策として、脳外科と定期的にカンファレンスを行い、ｔ-ＰＡ適応症例を増加させるよう話し合っている。脳卒中の入院日数が延長していることについては、内科専門医制度のため1年毎に４-５名の若手スタッフが交代することが影響していると予想されるので、年度途中に複数回フィードバックが必要。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：９１１人 ⅱ）新入院患者数：９８３人 ⅲ）ｔ-ＰＡ実施件数（再掲）：５件 ⅳ）脳卒中平均入院日数（再掲）：１９．２
(9) 皮膚科	(9) 皮膚科
①地域医療支援病院の皮膚科として、地域医療機関との役割分担と連携を一層強化する。 ②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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）1,300 延べ外来患者数11,500 新入院患者数300 平均在院日数11.0	外来新患数・新入院患者数とも計画を達成できなかったが、乾癬患者の生物学的製剤導入目的の紹介や、アトピー性皮膚炎に対する紹介は徐々に増えてきている。入院となるような患者さんを紹介いただけるよう、引き続き地域のクリニックにむけてアピールしていきたい。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）　（再掲）：１，０３３人 ⅱ）延べ外来患者数：１０，８７７人 ⅲ）新入院患者数（再掲）：２５９人 ⅳ）平均在院日数：１１．６日
(10) 小児科	(10) 小児科
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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）6,500 延べ外来患者数15,500 新入院患者数2,300 延べ入院患者数9,430 急性疾患入院（再掲）1,000 食物経口負荷試験入院（再掲）750 レスパイト入院20 小児科救急外来よりの入院（再掲）350	小児科新患紹介患者数は目標値に達することができなかったため、地域の開業医との連携を強化し新患患者数の獲得を目指す。具体的にどのような疾患で紹介可能かを明確にして地域の小児科医師との勉強会や情報交換の会で提示する。新入院患者数に関しては、次年度１００％を超えることができるように現在の急性疾患への対応や慢性疾患の幅を広げる方針で小児科医師に伝達する。食物経口負荷試験入院数の増多も今後の課題として積極的に取り組み地域の開業医との連携を更に強化する。レスパイト入院は医療ケアを要する児の増多に伴い増えているため、入院前訪問が可能な家庭は訪問を行うことにより家族との連携を円滑にして安心してレスパイト入院を行うことができるように努める。その反面、レスパイト入院を希望しないご家族もあるため個々の家族のスタイルやニーズに寄り添う形で今後目標値を設定する。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：５，０２９人 ⅱ）延べ外来患者数：１０，３６１人 ⅲ）新入院患者数：２，１７４人 ⅳ）延べ入院患者数：８，２０７人 ⅴ）急性疾患入院（再掲）：９７１人 ⅵ）食物経口負荷試験入院（再掲）：６０８件 ⅶ）レスパイト入院：２１件 ⅷ）小児科救急外来よりの入院（再掲）：３７９件

（11）心臓血管外科	（11）心臓血管外科
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）の件数増加に取り組む。 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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）100 新入院患者数190 心大血管手術100 弁膜症手術（再掲）40	手術件数は目標にとどかなかったが、2024年1月から12月の統計では心臓胸部大血管手術および弁膜症手術件数ともに目標達成できている。緊急手術のみならず待機手術を増やす必要がある。 低侵襲手術としてのTAVIは増加した。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：２４７人 ⅱ）新入院患者数：２６９人 ⅲ）心大血管手術：９１人 ⅳ）弁膜症手術（再掲）：３０人
（12）消化器外科	（12）消化器外科
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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）500 新入院患者数1,325 年間総手術件数1,000 消化器がん手術（再掲）330 腹腔鏡下胆嚢摘出術（再掲）100 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（再掲）100 ロボット手術実施件数（再掲）100	①肝胆膵外科高度技能専門医については当科の中島慎介医師が本年合格した。 ②腹腔鏡下手術技術認定医については当科の石田智医師が本年合格した。 ③学術活動についても学会発表74件・論文発表12件とほぼ目標を達成した。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：４２０人 ⅱ）新入院患者数：１，４９０人 ⅲ）年間総手術件数：１，０７８件 ⅳ）消化器がん手術（再掲）：３０３件 ⅴ）腹腔鏡下胆嚢摘出術（再掲）：１４２件 ⅵ）腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（再掲）：１５１件 ⅶ）ロボット手術実施件数（再掲）：１６３件
（13）呼吸器外科	（13）呼吸器外科
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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）100 新入院患者数382 年間総手術件数120 肺がん手術数（再掲）60 原発性肺がん治療件数（手術＋化学療法）（再掲）100 胸腔鏡手術（再掲）100	スタッフ減少の中、治療総数を大きく減少させることなく、治療体制をなんとか維持できたと思う。 【実績】 ⅰ）外来新患数：１２０人 ⅱ）新入院患者数：３５７人 ⅲ）年間総手術件数：９５件 ⅳ）肺がん手術数（再掲）：６３件 ⅴ）原発性肺がん治療件数（手術＋化学療法）（再掲）：９８件 ⅵ）胸腔鏡手術（再掲）：８３件

（14）乳腺外科	（14）乳腺外科
①原発乳癌手術数目標１１０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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）400 新入院患者数140 年間総手術件数140 原発性乳がん手術　（再掲）110 ＢＲＣＡ1/2遺伝子検査件数25	概ね計画を達成できたと考える。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：３９６人 ⅱ）新入院患者数：１７２人 ⅲ）年間総手術件数：１５７件 ⅳ）原発性乳がん手術　（再掲）：１１７件 ⅴ）ＢＲＣＡ1/2遺伝子検査件数：４２件
（15）小児外科	（15）小児外科
①年間新患数（紹介患者数）として　１７０例の確保に取組む ②年間手術件数　１００例 の確保に取組む ③鏡視下手術数　３０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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）170 新入院患者数115 年間総手術件数100 鏡視下手術数（再掲）30	外来紹介新患数は、ｺﾛﾅ禍からの脱却を背景に、影響を受けておられた。諸施設(小児科医院)からの紹介が復調して、堅調に増加した。この傾向を予測して目標値を前年度より3割増に設定していたが、それでも目標越え達成率101.2%を計上できた。紹介新患数の増加に呼応して年間手術件数としても着実に増加した。ただ、目標値を前年度の20%増に据えた昨年度よりさらに10%も引き上げていたことが影響し、目標達成率としては90%未満にとどまった。ちなみに、昨年度目標値換算での達成率は95%以上である。人口動態推移(出生数低下)等の現実的な趨勢も踏まえつつ、次年度はより適正かつ実際的な計画値を設定する方針である。鏡視下手術件数は、予定対象疾患(主に鼡径ヘルニア)の堅調な患者獲得とともに、適用対象をupdateしたことが奏効して、目標施行件数に到達した。なお、小児外科教育関連施設Bの標榜継続要件となる必要手術件数としては、各年を通じて維持している。緊急手術･処置対応は、全例応需のもと 年間19例、うち全麻手術件数は12例(虫垂炎他)で、例年度の水準(年間緊急手術10例以上)を維持した。なお、当科新入院は手術目的が殆どであり、非手術症例は小児科入院での連携が基調、それ以外の非手術計画外入院(ex.手術合併症)も稀であることら、手術件数を上回る新入院患者数を見込めないのが現状である。次年度より目標値設定の現実的適正化を図る予定である。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）（再掲）：１７２人 ⅱ）新入院患者数：８１人 ⅲ）年間総手術件数（再掲）：８７件 ⅳ）鏡視下手術数（再掲）：３０件

（16）泌尿器科	（16）泌尿器科
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 【計画】 外来新患数（紹介患者数）900 新入院患者数1,210 年間総手術件数695 泌尿器がん手術件数（再掲）250 ロボット手術実施件数（再掲）60 ＴＵＬ実施件数（再掲）100 ＴＵＲＢＴ実施件数（再掲）150 前立腺生検実施件数200	当科が医療人材を集約させるに相応しい施設である事を、人材の派遣元である大阪大学泌尿器科学教室に示すことが何よりも大事である。このために上記目標を設定した。 手術数については上記に通り概ね達成された。 学術的業績であるが、発表論文は2編と目標達成出来たが、学会発表は2件と目標を達成することが出来なかった。これは、一人しかいない後期研修医が妊娠・出産したことも大きな理由で、これに関しては大学医局も充分に理解をしていただけた。 また、不定期ではあるが、大学より野々村教授に手術等の御指導もいただくことが出来、当院の様子も理解していただけたと考える。 ロボット手術の術者認定資格を取得していない医師1名が派遣されたが、野々村教授の尽力もあり、通常よりかなり早く資格を取得することが出来、実際に術者としての手術を開始することが出来た。 以上の結果、令和7年は大学より8名の泌尿器科医を派遣されることとなった。つまり、令和6年の当科の主たる目標は充分に達成されたと考えられる。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：９４１人 ⅱ）新入院患者数：１，２７４人 ⅲ）年間総手術件数：８７８件 ⅳ）泌尿器がん手術件数（再掲）：２５５件 ⅴ）ロボット手術実施件数（再掲）：８４件 ⅵ）ＴＵＬ実施件数（再掲）：１９４件 ⅶ）ＴＵＲＢＴ実施件数（再掲）：１４３件 ⅷ）前立腺生検実施件数：２４２件
（17）脳神経外科	（17）脳神経外科
①手術件数に関しては日本脳外科学会への報告様式にて年間３６５件（中河内救命救急センター症例も含めて）を目指す。 ②血管内治療の強化 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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）460 新入院患者数490 年間総手術件数365 開頭手術（直達）手術件数（再掲）110 脳血管内治療実施件数（再掲）90	１）　新規外来患者数及び新規入院患者数に関しては　スタッフの減少にて予想より減じてしまう結果となった。スタッフ減に対し、効率化を図り新規患者獲得を目指す。 ２）　全体の手術数における血管内治療の割合いに関しては現状が当院の形態としてはベストであると考える（直達手術＞血管内手術　を当院のスタイルとしているため。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：３６４人 ⅱ）新入院患者数：３７８人 ⅲ）年間総手術件数：２１９件 ⅳ）開頭手術（直達）手術件数　（再掲）：１１７件 ⅴ）脳血管内治療実施件数（再掲）：７６件

（18）整形外科	（18）整形外科
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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）1,150 新入院患者数950 年間総手術件数900 ＤＰＣⅡ期以内退院患者比率（%）70.0	全ての項目で目標に至らなかった。特に新入院患者数の確保が必要であり、令和7年度は目標達成に向け取り組む。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，０６１人 ⅱ）新入院患者数：７２８人 ⅲ）年間総手術件数：８７８件 ⅳ）ＤＰＣⅡ期以内退院患者比率：６７．０％
（19）形成外科	（19）形成外科
①緊急疾患の受け入れを充実する。 ②難治性皮膚潰瘍の受け入れ及び手術については年間５０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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）750 延べ外来患者数5,000 新入院患者数150 年間総手術件数（再掲）500 難治性皮膚潰瘍症例（再掲）50 外傷（再掲）60	おおむね目標を達成することができた。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：６３７人 ⅱ）延べ外来患者数：４，８４５人 ⅲ）新入院患者数：１４１人 ⅳ）年間総手術件数：６５３件 ⅴ）難治性皮膚潰瘍症例（再掲）：７０例 ⅵ）外傷（再掲）：５５例
（20）眼科	（20）眼科
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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）950 延べ外来患者数11,000 新入院患者数850 年間総手術件数1,450 白内障手術件数（再掲）1,400 硝子体手術件数（再掲）125 眼内注射実施件数1,100 平均入院単価（日）111,000	令和６年９月に医師数が５名から４名に減少したにもかかわらず、外来、入院の患者数は維持できている。特に硝子体切除術の件数は大きく増加しており、健闘したと考える。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：９７４人 ⅱ）延べ外来患者数：１１，２３２人 ⅲ）新入院患者数：８９０人 ⅳ）年間総手術件数：１，５４５件 ⅴ）白内障手術件数（再掲）：１，４１７件 ⅵ）硝子体手術件数（再掲）：１８８件 ⅶ）眼内注射実施件数：１，２２１件 ⅷ）平均入院単価（日）：１１０，０５９円

(21) 耳鼻咽喉科	(21) 耳鼻咽喉科
①総手術数の増加を図る。 ②鼓室形成術年間６０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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）1,500 新入院患者数640 年間総手術件数360 鼓室形成術（年間）（再掲）60 ＥＳＳ手術件数（再掲）80 入院診療単価78,000	外来新患者数は目標に及ばないものの新入院患者数は目標を超えた。 耳手術は目標に及ばないものの鼻手術では達成し、総手術数も増加した。 総じて年度の目標を達成できたと考える。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，３６９人 ⅱ）新入院患者数：６８８人 ⅲ）年間総手術件数：４１３件 ⅳ）鼓室形成術（年間）（再掲）：５３件 ⅴ）ＥＳＳ手術件数（再掲）：８５件 ⅵ）入院診療単価：７７，６６２円
(22) 産婦人科	(22) 産婦人科
①分娩数目標（４００例）。 ②年間１００例の内視鏡手術を行う。 ③婦人科手術の増加（２００例）。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）1,000 延べ外来患者数20,500 新入院患者数800 年間分娩数（再掲）400 婦人科年間総手術件数（再掲）200 婦人科がん手術件数（再掲）20 内視鏡手術実施件数（再掲）100	新任医師８人で新たに診療体制を構築し診療にあたったため計画を立てることが困難を要した。この一年間での診療実績を次年度に増加させるに当たっては医師数の増加が必須と考えている。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１、１６０人 ⅱ）延べ外来患者数：１１，７０５人 ⅲ）新入院患者数：６１５人 ⅳ）年間分娩数（再掲）：３８７件 ⅴ）婦人科年間総手術件数（再掲）：３６９件 ⅵ）婦人科がん手術件数（再掲）：６１件 ⅶ）内視鏡手術実施件数（再掲）：１２１件

(23) 放射線科	(23) 放射線科
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数の維持（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学会登録件数の維持（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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）1,630 延べ外来患者数4,100 年間ＩＶＲ総件数（再掲）550 年間ＣＴ検査件数25,500 年間ＭＲ検査件数9,000 地域連携画像診断検査件数（ＵＳ含む）（再掲）1,900	延べ外来患者数は前年度より減少したが、放射線治療装置更新の影響であり、計画は達成できた。CT・MRI・IVRの検査数はいずれも前年度から増加しており、計画値を達成できた。IVRについては大幅に増加しているが、特定の手技が増えたというよりは、いずれの手技も全体的に増えた印象である。各科からの依頼に大きな遅延なく対応できていると考える。ただ、現在の人員・装置の台数では、検査数は上限に近づいていると考える。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：１，７９６人 ⅱ）延べ外来患者数：４，５４６人 ⅲ）年間ＩＶＲ総件数（再掲）：９０９件 ⅳ）年間ＣＴ検査件数：２８，７０１件 ⅴ）年間ＭＲ検査件数：９，２６８件 ⅵ）地域連携画像診断検査件数（ＵＳ含む）（再掲）：２，３４６件
(24) 麻酔科	(24) 麻酔科
①今年度も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３，６００例、麻酔科管理症例４，２００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。今年度も前年同様平日週3日、日曜日、祝日を常勤麻酔科医でオンコール対応する。 【計画】 麻酔科管理 手術麻酔症例4,200 麻酔科管理 全身麻酔症例3,600	麻酔科管理症例、全身麻酔症例ともに目標を達成した。 【実績】 ⅰ）麻酔科管理 手術麻酔症例：４，２４６件 ⅱ）麻酔科管理 全身麻酔症例：３，８４４件
(25) 病理診療科	(25) 病理診療科
①最新の診断基準や取り扱い規約に精通し、正確な病理診断を心がける。 ②診断精度を高めるため症例に応じて、免疫組織学的検討を行う。 ③診断困難例に対する対応として大阪大学を含め他施設との連携を強化する。 ④ゲノム医療に関連した病理組織の取扱い、診断、判定に精通する。 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。	

(26) 緩和ケア内科	(26) 緩和ケア内科
①地域がん診療連携拠点病院として必要な緩和ケア要件を満たす。 ・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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）250 新入院患者数310 病床稼働率（％）80 緩和ケアチーム介入件数（再掲）250	年度後半にマンパワー不足があったが、比較的良好な結果であったと考える。 【実績】 ⅰ）外来新患数（新規紹介患者数）：２８７人 ⅱ）新入院患者数：２４８人 ⅲ）病床稼働率（再掲）：７６．９％ ⅳ）緩和ケアチーム介入件数（再掲）：２３８件
(27) 歯科	(27) 歯科
①周術期口腔機能管理件数の増加１割増を目指す。 ②他職種との連携を強化し、より充実した口腔管理を目指す。 ③外来新患数の増加を図る 院内他科からの紹介（周術期やその他口腔管理が必要な症例について）増加を図る。 ④口腔管理を行った患者に対し、退院時に地域の医院への逆紹介を行い、スムーズな治療移行など地域連携の強化を図る。 ⑤嚥下ケアチームの立ち上げを目指す。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）780 延べ外来患者数5,000 周術期口腔機能管理件数700	計画値には未達成ではあったものの、令和5年度より延べ外来患者数、周術期口腔機能管理件数の増加はみられた。 摂食嚥下支援チームを立ち上げ、活動開始した。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：７２６人 ⅱ）延べ外来患者数：４，８５０人 ⅲ）周術期口腔機能管理件数：６４５件

(28) 口腔外科	(28) 口腔外科
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。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。 【計画】 外来新患数（紹介患者数）2,500 延べ外来患者数10,000 新入院患者数610 延べ入院患者数3,111 年間入院手術件数470 年間外来手術件数1,600	①　口腔外科の定期手術枠については100%使用し、昨年度より全麻手術件数を増加させることができた。 ②外来手術件数に関しても大学からの手術応援医師を受け入れたこともあり、増加させることができた。手術待機期間の短縮にもつながった。 ③病院の方針に基づき、断らない救急を実践している。診療依頼は全て受け入れる方針を継続維持する。 ④口腔外科に従事する医師が常勤３名であり、手術件数の増加、業務の複雑化、患者数増加により勤務時間の延長が認められる。働き方を工夫し、健全な勤務時間を遵守するよう今後も努力する。 ⑤歯科衛生士の新規採用、増員があり、今後は外来業務のスムーズな運営に寄与できると考えられる。 【実績】 ⅰ）外来新患数（紹介患者数）：２，６５３人 ⅱ）延べ外来患者数：１０，９４３人 ⅲ）新入院患者数：６７２人 ⅳ）延べ入院患者数：３，１９６人 ⅴ）年間入院手術件数：５１３件 ⅵ）年間外来手術件数：１，９２０件
(29) 精神科	(29) 精神科
①地域医療・地域保健や福祉に貢献できる精神科診療を実施する（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２４０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７００名程度）。 ④院内リエゾンチームを立ち上げ、診療をさらに充実させる（年間５００名程度）。 【計画】 外来新患数（再掲）240 延べ外来患者数4,000 院内リエゾン診療実施件数（再掲）500 院内認知症ケアチーム関与・介入件数700 認知症ケア加算算定件数（再掲）8,000	院内からのリエゾン診察依頼は計画を上回った。主な紹介はせん妄であり、認知症や不眠症がそれに続いた。認知症ケアチームについては、精神科リエゾンチームを年度途中に立ち上げた影響もあり、計画値を下回った。 【実績】 ⅰ）外来新患数（再掲）：２１６人 ⅱ）延べ外来患者数：４，４３３人 ⅲ）院内リエゾン診療実施件数　（再掲）：５１５件 ⅳ）院内認知症ケアチーム関与・介入件数（再掲）：５６２件 ⅴ）認知症ケア加算算定件数（再掲）：７，３１９件

（30）臨床腫瘍科	（30）臨床腫瘍科
①外来化学療法室に専従専門医1名が専従する体制を整備する。 ②化学療法を時間単位で予約するよう改善し、外来化学療法室延べ人数も ４，９００人を目指す。 ③がん薬物療法指導医を目指す。 外来化学療法新規患者数260 外来化学療法延べ患者数（再掲）4,900 がん遺伝子パネル検査（再掲）35	2025年4月1日に家出清継が、がん薬物療法指導医に認定されました。外来化学療法室にがん薬物療法専門医・指導医が専従する体制で、安全な外来化学療法が実施できており、外来化学療法の件数も年々増加傾向です。また、がん遺伝子パネル検査にも積極的に取り組んでおり、年々増加傾向にあります。他診療科との連携も重視しており、臨床腫瘍科からだけでなく、消化器外科・乳腺外科など他診療科からも、積極的にがん遺伝子パネル検査が施行されており、病院全体として飛躍的に件数が増加しております。十分に目標が達成されていると考えております。 【実績】 ⅰ）外来化学療法新規患者数：２４３人 ⅱ）外来化学療法延べ患者数（再掲）：４，３４２人 ⅲ）がん遺伝子パネル検査（再掲）：５８人

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和6年度計画	令和6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。 【計画】 年間ＩＣＵ新入室患者数750 年間ＩＣＵ平均稼働率（%）100 年間ＩＣＵ平均利用率（%）90 年間ＩＣＵ平均算定率（%）80 年間ＩＣＵ平均在室日数　3	新入室患者数、平均稼動率は計画を上回り、目標達成ができたが、平均利用率、平均算定率は計画を下回った。算定日数越えの長期入室患者や算定できない短期患者が一定の割合出るのはやむを得ない面もあるが、ベッドコントロールを円滑にして平均利用率の向上を目指す必要がある。 多職種連携では、薬剤師、管理栄養士、理学療法士についてはほぼ専従配置できており、医療機器を多数扱うＩＣＵへ臨床工学士の専従配置も図りたい。 【実績】 ⅰ）年間ＩＣＵ新入室患者数：７６６人 ⅱ）年間ＩＣＵ平均稼働率：１０４．７% ⅲ）年間ＩＣＵ平均利用率：８３．４% ⅳ）年間ＩＣＵ平均算定率：６９．３% ⅴ）年間ＩＣＵ平均在室日数：４．７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

（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）
令和６年度も継続して「地域がん診療連携拠点病院」として、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。 【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。 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。 【計画】 がん患者登録数（院内がん登録者数）1,500 がん手術件数（再掲）800 がん放射線治療件数（新規患者）150 がん放射線治療延べ患者数（再掲）3,000 がん薬物療法レジメン件数　1,100 がん化学療法延べ患者数（再掲）3,500 緩和ケアチーム新規介入件数（再掲）250	① ②について 今年度は放射線治療が半年以上にわたって機器更新のため施行できず、早期がんに対する放射線治療や進行再発期における放射線治療を含む集学的治療が不十分とならざるを得なかった。この間、他施設への治療依頼や代替療法などで対応した。放射線治療が出来なかったことが、がん診療全体にそれほど大きなマイナス数値として現れなかったのは幸いであった。がん手術では目標値以上の実績を残せた要因として、鏡視下手術やロボット手術の機器更新や補充購入が行われて低侵襲化治療が一層強化されたこと、上部消化管がん以外の手術で件数増加を得たことなどがあげられる。薬物療法は年々新しい薬物が開発導入され、その適応も様々ながん種に拡大も進んだため、件数増加の実績を得たものと思われる。このような新薬やその適応拡大に対して、安全に薬物療法が行われるためには認定専門看護師や専門薬剤師の担う業務が一層重要となるため、そのマンパワーや体制の充実化が必要である。がんゲノム医療のための検査も少しずつながら増えており、ゲノム医療の推進も図られているように思われる。 ② について R6年度は緩和ケア医不足状態になったが、他科の医師の協力により緩和ケアチームや看護外来などの機能を落とさずに何とか乗り切ることができた。さらに緩和放射線治療がR6年度の後半は困難となり、他施設へ依頼して患者療養の質を下げることなく乗り切れたように思われる。今年度は緩和ケア専従医師も正式に参加でき、放射線治療も新機器による再開となるため、機能強化を図る必要がある。 ③ ～⑥について 多職種によるがんチーム医療やがん支持療法に関わる診療科の協力体制は、当施設ではかなり充実しており、令和6年度も様々な分野での活躍が推進されたように思う。特にがん免疫療法のニーズ増加に伴う「irAEチーム」による介入強化や、「骨メタカンファレンス」、「AYA世代患者支援」、「妊孕性がん治療」など新しいがん診療支援体制が必要となり、その構築をなんとかできたように思われる。今年度は「がんリハ」や「がん栄養」の積極的支援介入が新たに求められることとなっており、多職種からなるチーム医療の一層の活躍が必要となっている。地域医療連携や在宅医療はコロナ禍以降一気に回復し、今後も一層の推進を図ることとなっている。 ⑦について 院内がん登録部門やがん情報管理についてはR6年度にかなり環境充実が図られたが、今後も各機能が十分に果たせるように推し進めることが必要である。

（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）
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。	前ページに記載

（3）がんゲノム医療推進室	（3）がんゲノム医療推進室
①中河内地域で唯一のがんゲノム医療連携病院として、国立がん研究センター、遺伝子情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）とｖｉｒｔｕａｌ　ｐｒｉｖａｔｅ　ｎｅｔｗｏｒｋで綿密に連携していく。大阪国際がんセンターとエキスパートパネルをウェブ会議で行っていく。 ②医療センター以外の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。	当センターにおける固形癌のがん遺伝子パネル検査実施数は2024年度で35件と順調に伸びている。消化器外科、乳腺外科、泌尿器科、婦人科、などが中心だが、今後は消化器内科など癌を扱う科で実施されるよう院内レクチャーを年2回行う予定である。 入力に手間のかかる医療履歴を医療情報課で入力し、エキスパートパネルの行えるWebexオンライン会議可能な個室を毎月2回確保する必要があり、入退室を管理できるがんゲノム医療センター室が必要と考える。

（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）
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。 【計画】 入退院支援加算 算定件数5,200 入院時支援加算１又は２ 算定件数2,600 地域連携診療計画加算100 退院時共同指導料２200 介護支援等連携指導料200 患者サポート体制充実加算14,800 地域医療体制確保加算14,800 医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）等介入転・退院調整件数8,000 医療相談件数（実人数）1,600	介入件数：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への介入に運用の変更を行ったこともあり、目標は達成出来なかった。 医療相談件数：令和５年度と比較するとがん診療連携パス対象患者さんの増加また、令和６年度より開始となった腎代替療法選択外来での説明など医療相談窓口での対応が増加した結果、目標値を大幅に上回った。 【実績】 ⅰ）入退院支援加算　算定件数：５，４０３件 ⅱ）入院時支援加算１又は２ 算定件数：１，６７５件 ⅲ）地域連携診療計画加算：１０４件 ⅳ）退院時共同指導料２：２２５件 ⅴ）介護支援等連携指導料：１７２件 ⅵ）患者サポート体制充実加算：１４，０８０件 ⅶ）地域医療体制確保加算：１４，５６１件 ⅷ）医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）等介入転・退院調整件数：５，０２９件 ⅸ）医療相談件数（実人数）：１，９９５件
（5）医師事務作業サポート部	（5）医師事務作業サポート部
①医師の働き方改革を推進する目的で医師の事務作業負担を軽減するため、医師事務作業補助者（ドクターズクラーク）の１５対１配置を目指す中期計画達成に向けて、令和６年度は２３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。	今年度は医師事務作業補助者（ドクターズクラーク）の人員増を図るため派遣職員の採用も行った結果、新規入職者は8名（うち派遣職員3名）あった。退職者が3名（うち派遣職員1名）あったため、合計5名の増員となった。3月31日時点で総数30名となっているが、時短勤務や産休中の職員も複数いることから、20対１配置を行うには至っていない。

（6）内視鏡センター（内視鏡室）	（6）内視鏡センター（内視鏡室）
①内視鏡洗浄室の整備 ②内視鏡室ＴＶ装置の更新 【計画】 年間消化管内視鏡検査総数6,700 上部消化管内視鏡検査総数3,000 下部消化管内視鏡検査総数2,000 ＥＳＤ実施件数（再掲）100 大腸ＥＭＲ実施件数（再掲）500 ＥＲＣＰ実施件数（再掲）400	内視鏡の全体的な件数は目標に達しなかったが、ＥＳＤ、ＥＭＲ、ＥＲＣＰと当院が取り組まなければならない内視鏡手術件数は達成できた。 次年度は、全ての項目を達成できるように努力していく。 【実績】 ⅰ）年間消化管内視鏡検査総数：５，８１７件 ⅱ）上部消化管内視鏡検査総数：２，９４６件 ⅲ）下部消化管内視鏡検査総数：１，８８０件 ⅳ）ＥＳＤ実施件数（再掲）：１０８件 ⅴ）大腸ＥＭＲ実施件数（再掲）：６５２件 ⅵ）ＥＲＣＰ実施件数（再掲）：４９５件

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和6年度計画	令和6年度実績（取組）報告
3.看護局	3.看護局
看護局	看護局
①質の高い看護・助産及び重症患者への看護が提供できる看護体制とする（急性期入院基本料１、重症度､医療･看護必要度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新クリニカルラダーの取得促進と、管理職の育成を行う。 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、タイムリーで質の高い医療を提供する。 ⑦多職種連携を促進し、退院支援の充実を図る。 【計画】 新採用者離職率≦10％ 全体離職率≦10％ クリニカルラダーⅢ以上の看護師・助産師割合≧63％ 転倒・転落３ｂ以上発生件数≦10件 せん妄ハイリスクケア加算算定率≧85％ ＤＰＣ２期以内の退院率≧80％ 看護師特定行為の実績部署12部署 平均退院患者数/日44.5/日	質の高い看護・助産を提供するための看護体制では、診療報酬の算定はできた。 離職率は横ばいであるが、働き方の選択、生涯学習支援、新人看護職員研修の工夫などを 行った。クリニカルラダーの取得では、ラダーⅡ（リーダ役割が担える）以上が 68.7％ と前年度より9.3％増加した。退院支援では、退院患者数を見える化し、看護師長の意 識改革を行った。せん妄や転倒転落の予防では、多職種と連携し安全な療養環境の調整 を行ったが、3b以上の転倒転落は昨年と変化がなかった。特定看護師の育成では、20名以上の特定看護師が合計1300件以上の特定行為を実施した。 【実績】 新規離職率：１１．４％ 全体離職率：１１．０％ クリニカルラダーⅢ以上の看護師・助産師割合：６８．７％ 転倒・転落３ｂ以上発生件数：１０件 せん妄ハイリスクケア加算算定率：８８．５％ ＤＰＣ２期以内の退院率：６７．７％ 看護師特定行為の実績部署：７部署

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和6年度計画	令和6年度実績（取組）報告
4.薬務部、医療技術局等	4.薬剤部、医療技術局等
（1）薬務部	（1）薬務部
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。 【計画】 薬剤管理指導料21,600 病棟薬剤業務実施加算１26,000 病棟薬剤業務実施加算２2,500 退院時薬剤情報管理指導料3,000	令和６年度は９名の産休・育休職員が在籍した状況下において、新たな診療報酬算定による収益増には及ばなかったが、既存の診療報酬算定に注力しほぼ目標を達成することができた。未達成の薬剤管理指導料については、特に安全管理が必要な医薬品が処方されている患者への管理指導を、さらに意識して実施する必要があると考えている。 【実績】 ⅰ）薬剤管理指導料：２０，８８３件 ⅱ）病棟薬剤業務実施加算１：２８，０２９件 ⅲ）病棟薬剤業務実施加算２：２，６６５件 ⅳ）退院時薬剤情報管理指導料：３，２９５件
（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専門分野別での認定資格取得に向けた取り組みを行う。 ②患者数（入院・外来）の前年比率を上回る検査件数の増加率 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 ・病棟ポータブル検査体制の強化 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 ・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 ・輸血製剤の適正使用を促し、廃棄率低下に努める ⑥細菌検査 ・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	胎児エコーは9月より専用ブースでの運用を開始し、計画値を大きく上回る実績を上げました。心エコーは、過去3年間の達成率は常に110%を超えており、安定した成果を維持しています。 病理判定不能率に関しては、CTガイド下生検は細胞検査士全員が対応し、EUS-FNAについては4名の担当者が対応し、精度向上に取り組みました。 計画値を下回った項目に関しては、関連部署との連携強化、研修・体制強化を図ることで、計画値を上回る成果に向けて改善を進めます 【実績】 ⅰ）ホルター―心電図検査件数：６００件 ⅱ）腹部エコー検査件数：３，９３６件 ⅲ）心エコー検査件数：７，２７０件 ⅳ）泌尿器エコー検査件数：２，５３５件 ⅴ）産婦人科胎児エコースクリーニング検査：８９８件 ⅵ）病理判定不能率（％）：≦４．９％ ⅶ）認定ライセンス取得者数（名）：３名

（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 【計画】 ホルター心電図検査件数700 腹部エコー検査件数4,000 心エコー検査件数6,150 泌尿器エコー検査件数2,750 産婦人科胎児エコースクリーニング検査400 病理判定不能率（%）≦7% 認定ライセンス取得者数（名）5名	前ページに記載
（3）放射線技術科	（3）放射線技術科
被曝相談に応じる体制を図り、患者の被曝低減のために、診断の質を落とさず診断参考レベル(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）で実施する。 ②被曝低減：全ての放射線撮影装置で診断参考レベル(ＤＲＬ)を下回る。 ③地域枠ＣＴ・ＭＲ検査件数の増を図る。 【計画】 地域枠ＣＴ検査件数1,350 地域枠ＭＲ検査件数1,100	①被曝相談に関して、令和7年度に線量管理システムの変更になることが決定し、既存 システム構築が遅れ患者相談実施まで至らなかった。 ②被曝低減に関して、一部患者（体格が大きい・BMIが高い）を除き診断参考レベル（DRL）を下回る撮影条件設定となった。 ③地域枠CT、MRIに関して計画を下回ったが、CT・MRI共に院内の件数の増加に伴い待ち日数が延長したこと、また単純CT検査は当日撮影も可としているが、周知不足が原因のひとつと考える。 【実績】 ⅰ）地域枠ＣＴ検査件数（土日祝実日）：１，２３６件 ⅱ）地域枠ＭＲ検査件数（土日祝実日）：１，００１件

（4）リハビリテーション技術科	（4）リハビリテーション技術科
①リハビリ単位数の増加 ・理学療法、作業療法部門：各療法士一人あたり 週90単位の介入 ・言語聴覚部門：療法士一人あたり 週80単位の介入 ②心大血管リハビリの質向上 ・心肺負荷試験装置（ＣＰＸ）の件数年間60件を目指す ③急性期リハビリの積極的な介入 ・初期加算・早期加算単位率（初期50％早期80％） ・急性期リハビリ加算の取得 ・集中治療室早期離床リハビリ加算の取得 ④専門性の育成 ・急性期リハビリに必要な各種資格取得者の増加 ⑤休日の切れ間のないリハビリ介入 ・土日祝日のリハビリ介入の実施 ・リハビリ・栄養・口腔連携加算の取得 【計画】 退院時リハビリテーション指導件数1,200 急性期リハビリ（初期加算）比率50％以上 急性期リハビリ（早期加算）比率80％以上 CPX実施件数60件 リハビリ・栄養・口腔連携加算 取得を目指す	①リハビリ単位数の増加 単位数に関しては各職種で目標を達成した。 理学療法士：19.4/日　心リハ：22.1/日 作業療法士：19.4/日 言語聴覚士：16.9/日 ②心大血管リハビリの質向上 今年度は45件で未達成であった。要因は循環器病棟のクラスター（インフルエンザ・COVID19）に伴う件数の減少、及び対象患者が少なかった事が考えられる。 今後は外来も視野に入れたCPX運用を行い対象患者の増加を試みる。 ③急性期リハビリの積極的な介入 各種急性期リハビリに関係する積極的な介入を行い加算取得ができた。 初期加算65%　　早期加算90% 急性期加算：12,885単位　644,250点 集中治療室早期離床リハビリ加算：1,107,000点 ④専門性の育成 令和6年度、有資格者の増加がみられた。 心臓リハビリテーション指導士2名（リハ技術科1名・リハビリ科1名）、 3学会合同認定呼吸療法士1名 、急性期ケア専門士4名 ⑤休日の切れ間のないリハビリ介入 令和6年度、土日祝日3名（PT、OT、ST）の勤務体制で365日切れ間のない介入 を実現した。引き続きシームレスなリハビリテーションサービスの提供を目指す 令和6年度は実施可能病棟及び他院調査を行った 引き続き取得条件等に関しての精査を行っていく 【実績】 ⅰ）退院時リハビリテーション指導件数：２，１８２件 ⅱ）急性期リハビリ（初期加算）比率：６５％ ⅲ）急性期リハビリ（早期加算）比率：９０％ ⅳ）CPX実施件数：４５件 ⅴ）リハビリ・栄養・口腔連携加算：調査の実施

（5）栄養管理科	（5）栄養管理科
①管理栄養士の４病棟常駐配置を目指し人員増を図る。 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での栄養管理である早期栄養介入加算を堅持する。 ③研修や学会への積極的な参加、情報収集を行い職員のスキルアップに繋げる。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。関連栄養学会での演題発表３題以上を目指す。 【計画】 入院栄養食事指導件数5,000 周術期栄養管理実施加算件数1,200 早期栄養介入管理加算件数1,600 外来栄養食事指導料件数1,400 リハビリ・栄養・口腔管理体制加算 取得を目指す	① 管理栄養士の増員には至らなかったが、業務効率を上げる工夫を行い（クリスタを利用しての患者抽出など）、業務配置の変更などにより現状3病棟での常駐配置を維持しつつ、プラス常駐以外の病棟において栄養管理業務を行う時間を増やすことができた。特別食提供食数増加（140,973食→151,769食）し、入院時食事療養費収益増加、また、術前術後の栄養評価に注力でき、周術期栄養管理実施加算の算定件数増加（1,289件→1,995件）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。外来化学療法室へのがん病態栄養専門管理栄養士の配置日数を週１回から週2回へ増枠し栄養指導介入患者数の増加（271人→382人）となった。ＩＣＵでは専従の管理栄養士の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は増加しており早期栄養介入加算算定の増収に繋がった。 ③ 学会への参加、前年に続き発表に向けてのデータ収集に取り組み、７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：４，１３１件 ⅱ）周術期栄養管理実施加算件数：１，９９５件 ⅲ）早期栄養介入管理加算件数：１，６６７件 ⅳ）外来栄養食事指導件数：１，５３２件 リハビリ・栄養・口腔管理体制加算：取得を目指す
（6）臨床工学科	（6）臨床工学科
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、３チーム運用を確保でき、緊急手術にも対応できた。 心臓アブレーション術は、２チーム確保できていない。 ②手術部、ICUの機器管理は開始できた。 ③中途採用者を除き研修を終えた。 ④増員、人材育成は進められている。

（7）臨床技術係	（7）臨床技術係
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 ・より適正なの作成。患者満足度を上げる。 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５％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：全体件数で3.8%減少した（2024年度と2023年度の比較）。他の質的目標は概ね達成できている。 ② 歯科技工士：質的目標は概ね達成できている。数値目標を設定すべく、統計作成中。 ③ 歯科衛生士：質的目標は概ね達成できている。数値目標を設定すべく、統計作成中。 ④ 公認心理師：質的目標は概ね達成できている。数値目標を設定すべく、統計作成中。 ⑤ 精神保健福祉士：質的目標は概ね達成できている。数値目標を設定すべく、統計作成中。

第６ 医療センターにおける各部局の取り組み

令和6年度計画	令和6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
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。 【計画】 介入した入院患者の在院日の短縮 12日	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対して介入を行った。その結果介入した患者の在院日数の平均値があがり、目標達成に至らなかった。引き続き入院の長期化を防ぐために早期介入のシステムを整え、新体制を構築していく。 【計画】 介入した入院患者の在院日の短縮：１８．４９日
（2）医療の質・安全管理部	（2）医療の質・安全管理部
質の向上、安全管理、感染制御、がん登録という四大業務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。	医療安全については、突発的事象への対応内容の振り返りを随時行う事で対応の平準化を図る事ができた。また、部署毎の対応についても責任者からの情報共有、連携を密に図り、効果的な助言を行う事で一定の平準化、底上げができたと考えている。部門横断的課題の解決については、これまで流動的に行ってきたカンファレンスの固定化を図り、看護師、作業療法士、薬剤師、システム担当者、医療安全管理者からなるメンバーで協議を行った事によって、改善計画立案から各部署へのフィードバックをスムーズに行える仕組みを構築する事ができた。 感染制御については、感染対策委員会と連携し、委員会にて承認された活動の実務・庶務や窓口業務を適正に行うことができた。 （なお、がん登録については現在、情報管理課にて所管されている。）

（3）事務局総務課	（3）事務局総務課
①医師等の働き方改革を推進する。医務局と連携し他の医療機関での勤務時間を含めた時間外・休日労働の上限がＡ水準（年間９６０時間）を超える医師が生じないように取組を行う。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とともに、月１００時間以上となることが見込まれる医師に対して適切に面接指導を実施する。 ②令和6年度診療報酬改定に基づき、各職種の処遇改善を実施する。 ③人事評価制度の理解と定着を促進し、処遇反映への検討を行う。 ④働き方改革に対応した労務管理をより効率的に行えるよう他の出退勤システムの検討を行う。 ⑤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。 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。 【計画】 医師）時間外労働年間960時間超えの医師数（%）0% 人事評価実施率100% 100%	①令和６年６月より36協定を一部変更し、緊急医療に従事した場合の上限時間を９６０時間に引き上げた。打刻の徹底と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、注意喚起を徹底した。月１００時間以上となることが見込まれる医師に対して適切に面接指導を実施した。 ②「令和６年度診療報酬改定における賃上げ（ベースアップ評価料）」を活用し、令和６年４月に遡及して医療従事者の賃上げを実施した。 ③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。進捗の遅れが見られると、本人及び所属長に連絡しスケジュール通り進むよう努めた。 ④出退勤システムの入れ替えを決定し、令和７年５月にプロポーザルを実施予定である。 ⑤④の出退勤システム更新において、業務効率化を図る予定である。 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。
（４）事務局契約会計課	（４）事務局契約会計課
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狭隘な施設状況を踏まえ、更なる病院機能向上（救急外来機能拡充等）を目指し、別館建築に着手する。 ③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の更新を行う。 ④超高齢化社会に伴うアルツハイマー型認知症に対応するため、PET（陽電子放出断層撮影装置）更新を行う。 ⑤病院機能向上に伴う高額な医薬品、診療材料購入が増えていることを踏まえ、引き続きベンチマークシステムを活用し、費用削減（対値引率0.3ポイントの削減）に取り組む。 【計画】 医薬品・材料費削減　対値引率0.3ポイント削減	①主要インフラ設備の更新に向け、地下設備の一部地上化を含む基本設計に着手し、引き続き基本設計策定に向けた設計作業を継続している。 ②狭隘な施設状況を踏まえ、更なる病院機能向上を目的として着手した、別館建築が完了した。 ③地域のがん診療機能を維持・強化するため、高エネルギー放射線治療装置の更新を完了し、より質の高い放射線治療の提供が可能となった。 ④アルツハイマー型認知症の早期診断体制の充実を図るため、PET装置の更新を行い、高度な診断機能による早期診断および治療計画支援の体制を整備した。 ⑤医薬品および診療材料費について、ベンチマークシステムを有効に活用し、暫定価格と比較して、医薬品で約8,000万円、診療材料費で約4,000万円の費用節減を達成した。

（5）事務局医事課	（5）事務局医事課
①診療報酬制度・ＤＰＣ制度の理解を深め、精度の高いＤＰＣコーディングを行う。 ＤＰＣ機能評価係数Ⅱの向上に取り組む。 効率性係数：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 救急補正係数：包括範囲出来高項目の算定漏れを無くし、救急医療管理加算１と２の算定精度の改善 診療密度：カルテ記載とレセプト請求を紐付け、カルテ記載の充実を図り診療密度を向上させる 目標：ＤＰＣ特定病院群の取得 ②患者サービスの向上に取り組む 診療費後払いサービス（入院・外来）を更にすすめて、会計待ち時間短縮に努める。 マイナンバーカード等の利用を促し、資格喪失の確認や限度額適応認定の早期対応を行う。 電子処方せんの導入に取り組む。 ③未収金の発生防止、早期督促を徹底する 目標未収金額：入院25,000,000円以下・外来5,000,000円以下） ④業務の効率化を図る ＲＰＡ等活用し、残業等の短縮に繋げる。 ⑤職員に対する教育体制を構築する 新入職員等に実務指導者やＯＪＴトレーナーを設け、職場内における育成の風土づくりを行う。 【ＤＣＰ病院係数計画】 効率性係数0.02153 複雑性係数0.02322 救急補正係数0.0206 診療密度2537.96 （基準値）	① 診療報酬・ＤＰＣ制度について院内勉強会や委員会等で情報共有を行い精度の高い診療報酬請求に努めた。しかし効率性係数は平均約３２％と目標には至らなかった。また、特定内科疾患数などが少なく特定病院群の取得に至らなかった。引き続き精度の高い診療報酬請求（ＤＰＣ）を行えるよう取り組む ② マイナンバーカードで保険証確認が出来る端末を設置し患者さんへ利用を勧めることで、利便性向上と電子処方せんの利用に繋がった。しかし設置端末場所が限られており利用しづらい等の意見があり、台数増加などの検討が必要である。また診療費後払いシステムも利用者が増え、システムを利用しない他の会計待ち患者さんの短縮にも繋がった。 ③ オンライン資格確認の利用で保険証や限度額認定の即確認を行い、未収金の発生防止、退院後の早期連絡等を徹底することで、目標達成することが出来た。しかし未収金は０ではないため、更なる未収金の削減出来るようにする。 ④ ＲＰＡの導入には至ってないが、レセプトチェッカーやオンライン資格確認、レセプト返戻提出のオンライン化等行い、医事業務を効率化することができた。 ⑤ 新入職員に対しＯＪＴトレーナー等、設けていたが退職となるケースがあった。また医事課全体の残業時間は減っているが、一部の職員による残業が多いため委員会等を含めた医事課の業務体制を見直して行く必要がある。

（６）事務局情報管理課	（６）事務局情報管理課
①経営面において、収入の増大を図る。 所属長の経営意識向上のために、院内における経営情報（新入院数や計画に対する進捗等）の見える化、及び期中での診療部長ヒアリングの実施を継続し、経営意識を醸成する。また、地域における医療ニーズを収集し、当センターの役割として求められる医療提供を検討する。院内においては、EVEを用いて提供している医療の分析、及び計画管理を行う。 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。 新たなDWHを活用し、必要な数字をダッシュボードとして提供出来るようにする。また、所属長に端末を配布し、イントラネットで共有化できる環境を構築する。 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への対応策について、現場での障害時マニュアルの整備と運用確認を行う。電子カルテ更新に向け業者選定を行い、更新計画の実施に着手する。 ④診療録の充実及び診療情報抽出の機能拡充を図り、医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。新たに業務として加わったNCDの登録について、拡充と運用の確立を行う。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。Clista!を用いた診療情報の抽出方法を構築する。 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。新制度導入に伴う医師事務作業補助者の業務評価方法を検討する。 ・収益：入外収益196億円、新入院15,670人、新患34,405人、EVEを活用した診療科分析と計画管理の運用構築、 ・院内情報共有化：ダッシュボードを含む情報共有の運用構築 ・電子カルテ更新準備：業者選定と更新業務への着手 ・診療録の質の向上：CITA、Clista!活用による診療情報業務の見直し ・医師事務作業補助：人事新制度導入に伴う運用構築	①総長、院長同席の上、令和6年8月、令和7年2月と2回の診療科部長ヒアリングを実施。ヒアリング内容については、病院幹部と共有し、目標達成状況、各診療科の課題等の確認を行った。 ②新たなDWH活用については、院内研修会を複数開催し、職員誰でもデータ抽出できるよう取り組んだ。また、所属長に専用端末を配布することで、病院経営情報の閲覧だけでなく、ハイブリッド型会議開催できる体制とした。 ③電子カルテ等の障害発生に備え、障害時マニュアルの作成を行った。また、電子カルテ更新に向け、院内デモ等を複数回実施し、院内関係部門等と協議を行った上で、業者選定を行った。現在、令和7年9月の更新に向け、システム等構築中である。 ④新たなDWH（Clista!）活用については、院内研修会を複数開催し、職員誰でもデータ抽出できるよう取り組んだ。 ⑤医師事務作業補助者については、年度当初から複数名の退職者がでたことから、施設基準の維持を最優先とし、近隣駅、商業施設への採用ポスター掲示、複数回の新聞折り込み広告など採用活動に取り組んだ。引き続き、安定的な人員確保に向け制度構築の検討を進めていく。

（７）法人本部	（７）法人本部
①法人運営に係る第2期中期計画の見込み評価、第3期中期計画の策定等総合的な調整を行う。 ②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の運営、検証をしてきたが、より具体的な検討を進める。 ③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検討する。 ④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。 ⑤法人として、監査を含む内部統制を強化・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引き続き行う。	①第２期中期計画の見込評価を実施、および第３期中期計画を大阪府、東大阪市と調整を図り策定した。 ②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の移管について、大阪府と協議を行った。 ③中河内救命救急センターと医療センターの各課長を召集し、本部会議を開催して、情報共有と課題解決に努めた。 ④ハラスメントやコンプライアンスに関する課題は、該当する委員会で適切に検討、対応することで、職員の安心につなげた。 ⑤内部統制についても、前述の通り中河内救命救急センター事務局との人事交流のさらなる実施と、会議による連携を図ってきた。また、内部統制委員会での検討に加え、監事からのマネジメントレターを受けた対応策を策定し、半年後の進捗報告を行うことで、内部統制を強化した。

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6年度計画	令和6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6年度計画	令和6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6年度計画	令和6年度実績
なし	なし	なし

第11　剰余金の使途

中期計画	令和6年度計画	令和6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、教育・研修体制の充実、将来の資金需要に対応するための預金および借入期金の償還等に充てる。	実績なし

第12 料金に関する事項

中期計画	令和6年度計画	令和6年度実績
１　料金 医療センターの料金については、次に定める額とする。 （１）　健康保険法（大正１１年法律第７０号）第７６条第２項の規定により厚生労働大臣が定める算定方法及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和５７年法律第８０号）第７１条第１項の規定により厚生労働大臣が定める療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準（診療報酬算定）により算定した額。 （２）　健康保険法第８５条第２項及び第８５条の２第２項並びに高齢者の医療の確保に関する法律第７４条第２項及び第７５条第２項の規定により厚生労働大臣が定める基準（食事療養及び生活療養費用算定基準）により算定した額。 （３）　特別室又は個室に入院する者から徴収する入院料加算額及び診断書等の交付手数料については、理事長が定める。 （４）　消費税法（昭和６３年法律第１０８号）の規定による消費税及び地方税法（昭和２５年法律第２２６号）の規定による地方消費税が課されるものについては、これらの規定による消費税の額及び地方消費税の額に相当する額（これらの額の合計額に１０円未満の端数があるときは、その端数を四捨五入する。）を加算して徴収する。	１　料金 医療センターの料金については、次に定める額とする。 （１）　健康保険法（大正１１年法律第７０号）第７６条第２項の規定により厚生労働大臣が定める算定方法及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和５７年法律第８０号）第７１条第１項の規定により厚生労働大臣が定める療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準（診療報酬算定）により算定した額。 （２）　健康保険法第８５条第２項及び第８５条の２第２項並びに高齢者の医療の確保に関する法律第７４条第２項及び第７５条第２項の規定により厚生労働大臣が定める基準（食事療養及び生活療養費用算定基準）により算定した額。 （３）　特別室又は個室に入院する者から徴収する入院料加算額及び診断書等の交付手数料については、理事長が定める。 （４）　消費税法（昭和６３年法律第１０８号）の規定による消費税及び地方税法（昭和２５年法律第２２６号）の規定による地方消費税が課されるものについては、これらの規定による消費税の額及び地方消費税の額に相当する額（これらの額の合計額に１０円未満の端数があるときは、その端数を四捨五入する。）を加算して徴収する。	左記のとおり

（５） 前各号に定める以外の診療料金等については、理事長が定める。 ２ 減免 理事長は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、診療料金等を減額し、又は免除することができる。 （１） 診療料金等を納付する資力がないと認めるとき。 （２） 前号のほか、特別の理由があると認めるとき。	（５） 前各号に定める以外の診療料金等については、理事長が定める。 ２ 減免 理事長は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、診療料金等を減額し、又は免除することができる。 （１） 診療料金等を納付する資力がないと認めるとき。 （２） 前号のほか、特別の理由があると認めるとき。	

第13 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	令和6年度計画	令和6年度実績
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	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	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。