

令和7年度第1回地方独立行政法人市立東大阪医療センター評価委員会 議事録

- 開催日時 令和7年8月5日（火） 午後6時から午後7時15分
- 開催手法 現地及びZOOMミーティングによるハイブリッド開催
- 現地開催場所 市立東大阪医療センター 本館3階A会議室
- 現地出席委員 津森 孝生 喜馬 通博（敬称略）
- ZOOM出席委員 北野 恵子 塩尻 明夫 田中 崇公 弘川 摩子（敬称略）
- 会議に出席した関係者
辻井理事長 中副理事長 三田総長 松本理事 山田副院長
猿喰副院長 鷹野副院長・医務局長 藤本副院長
小野副院長・医務局長補 東山特任院長 田中副院長・看護監
明渡看護局長 倉橋医療技術局長 高垣薬務部長
竹本法人本部長兼事務局長 岩崎法人副本部長 梅原法人本部長次長
内山計画推進担当官 宮尾事務局総務課長
小峠事務局医事課長 三田事務局契約会計課長
藤田事務局情報管理課長 岸本府立中河内救命救急センター事務長
- 事務局出席者
田中理事（健康部長） 松本保健所長 堀川健康部次長
松本地域健康企画課長 伊藤地域健康企画課総括主幹
- 案 件
1. 開会
2. 議事
(1) 財務諸表の確認について
(2) 積立金の処分にかかる確認について
(3) 令和6年度の実績に関する評価結果報告書について
(4) 第2期中期目標期間に関する評価結果報告書について
(5) その他
3. 閉会
- 会議の内容
次のとおり

議事録

1. 開会

○委員長 挨拶

○理事長 挨拶

2. 議事

(1)財務諸表の確認について

(2)積立金の処分にかかる確認について

○(1)(2)を併せて議題とすることについて承諾を得た後、資料1～6について、事務局から説明

○以下、質疑等

委員長：何か意見等ございますでしょうか。

委員：地方独立行政法人法第40条第4項の適用に評価委員が問題ないと意見すると承認をする流れなのかと思いますが逆に承認をしないというケースはどういうものがあるのか。

事務局：各都道府県等が設置されている地方独立行政法人につきましてはその設置者が最終的に承認をするということになります。本議案については内容について評価委員への意見照会になりますので助言等の意味合いが強いのかなと考えております。

委員：質問の趣旨をもう少し言うと第40条第4項について市長が承認してはいけないというのがどういう場合なのか。私たち評価委員は問題ないですよ意見を出す役割もあるし、この状態ではいけませんよと受け取る場合もあるかもしれない。

事務局：今回の場合でいいますと積立金という性質上、それを今後こういうものに使っていきたいのですがどうですかという提出内容だと思っています。説明させていただいた通り、医療センターの状況については運営上非常に厳しいものがありますので今回の積立金については今後第3期中期目標期間に出る欠損金を補うために使いたいというものです。もし支障があれば他にこういう使い道があるのではないかと仮にそういった意見をいただくというのも1つかなと思います。

委員：ありがとうございました。よくわかりました。

委員長：各委員の意見も参考に踏まえながらこの内容で了承してもよろしいでしょうか。

＜各委員の了承を得た＞

(3) 令和6年度の実績に関する評価結果報告書について

○資料7～10について、事務局から説明

○以下、質疑等

委員長：小項目の進行として、ウエイト項目や医療センターと市とで評価が異なった項目等を中心に議論させていただきます。

その後、委員が特にご意見をお持ちの項目について、議論させていただきます。小項目評価の議論が終われば、資料9を基に大項目評価と全体評価に移りたいと思います。

特にご意見等がない項目につきましては、評価委員会として、市の評価は適正であったと判断させていただきます。

委員：周産期医療ですが大阪府でかなり困難な出産を受け入れできる場所は大阪母子医療センターだけだと思います。現在の産科であったり小児科であったり麻酔科であったり、その辺のところのバックアップ体制が取れていない状況で周産期医療をやるとかなりリスクな状況だと思っています。私は医療センターの置かれた状況を考えると市の評価「2」ですがやろうと思ってもできない状況ですので本来なら「3」でいいのかなと思っています。

委員長：ありがとうございます。これについて委員何かご意見はありますか。

委員：内容的には東大阪医療センターにおいて「2」という評価は結果できなかったということで人員的な問題もあるので継続することが難かったのではないかとそういう意味だったのでしょうか。

委員：現在の小児医療、小児科、それから産科等々含めて困難な事例があり対応できなかったりということがよくあります。今大阪では母子医療センターが困難症例を扱えるところだと思いますので東大阪市が周産期医療を充実させるというのは物理的にはかなり困難な状況の中、評価するのは少し厳しいというのが私の意見です。

委員：どうもありがとうございます。事前説明のときに大阪府の中で産科をどう増やすのかというところで東大阪市の周産期の集約状況について医療センターがどういう役割を担うのか、その辺りについてしっかりと方針が明確になっているかという質問をさせていただ

いたときにリスクの高い妊産婦の受入れができる体制を作っていくという回答がありました。東大阪の周産期の集約化っていうのがどうなるのか見えない中で果たして努力でできることなのか懸念しています。

委員長：これについては医療センターのほうが産婦人科の人員マンパワーについて私も間接的には増員されていると思いますが今日産科担当している先生はいらっしゃいますか。

医療センター：今日は不在のため、私から説明をさせていただきます。産婦人科の方は昨年の1月から2名入りまして4月から阪大の産婦人科から入りまして合計8名で新しい体制を組みました。元々産婦人科は阪大のほうから来るということで中河内救命救急センターと一緒にハイリスクの妊婦の出産それから死産期帝王切開、そういったものにも対応できるように体制を作るようにと言われてそれを目指してやっております。ただハイリスク分娩やそれ以外の分娩数は前の状態まで戻っておりませんので症例数は低いまま前年度は経過しております。

委員長：ありがとうございます。分娩数自身は若干数回復してますね。

医療センター：分娩数も最初予約数を絞っていましたのでその影響で以前ほど戻っていない状況です。ただ今は完全にオープンにしていますので次第に分娩数が増えてくることを期待しています。

委員長：東大阪で出産できる産婦人科というのは本当に限られていますので集約化せざるを得ない状態になりつつあると思うのですがその中で周産期のハイリスクの分娩を今後より充実して対応していただきたいと思います。

委員：特に評価が下がっていることが悪いと思っていませんが産婦人科に対してはそこまで医療センターが市民から期待されているとは思っておりません。小児科に関しては住みよい市を目指すということであればやはりお子さんをお持ちのご家庭を考え、受入体制がもっと充実していればいいのかと思っておりますので評価を下げた市の気持ちは少しわかる気がしています。

委員長：ありがとうございます。今日は小児科の部長さんは来られていますか。

医療センター：すいません。小児科も来ていないので私の方で説明します。小児科のほうは入院患者数は前年度に比べると下がっていますが2次救急の患者の受入（入院）件数は前年度より上回っていますのでそういう意味では小児科の当院の役割は果たしているのではな

いかと思っています。産婦人科が期待されていないというご意見についてはそうかなと思うのですが通常の分娩については近隣の医療機関で受けられるので当院が果たすべきところは以前に派遣していただいていた大学病院からも言われていたとおりハイリスク分娩をしっかり受け入れていかななくてはならないと思っています。それから婦人科の手術につきましてもダヴィンチを導入し、ダヴィンチを使った婦人科手術に代用していき、腹腔鏡に関しましても十分に対応できていると感じています。

委員長：ありがとうございます。小児のドクターの数というのは限られていますので十二分ではないというふうに考えていますが何とか2次、3次救急含めて対応いただきたいと思っています。

委員：私は結構悩ましいなと思ってまして、年度計画自体は定性的なものなので今の理事長のお話を聞いていてもそれなりの役割を果たされるのではないかと思います。指標項目のところで年度計画を大きく未達しているのはどうしても目についてしまうのでそういう意味では年度計画でそれを図るための指標が必ずしも適切でないところもあるのかなと思います。

委員長：ありがとうございます。他にご意見ありますか。

委員：地域医療構想のところですが、6月に政府が骨太の方針を出しました。地域医療構想そのものは高度急性期、急性期、回復期、療養というふうに分かれてますがもう既にこの概念が崩れております。政府は急性期を一体ものとして見ようとしています。急性期の中の高度医療を補うように医療センターは高齢者の入院も多く救急も1,000件以上増えています。基本的には高齢者救急というのはどこかが受けないといけないのですが高度機能病院（高度急性期）は3次救急なのかなと思っています。医療センターも東大阪の中では3次救急を担う病院かなと考えています。なぜなら救急の3割は市内に流れていることを考えれば医療センターがやはり重度の方を受け入れる体制を作るべきだろうと思っています。そうすると一般急性期を受けるとというのが果たして医療センターの役割なのだろうかと思います。おそらく今後来年の診療報酬改定に向かってかなり具体的な制度設計が出てくると思います。例えば救急であれば救急の管理加算であるとか、それがもっと減額されて軽い患者を受けると高度急性期とは認めないという方向、それ以外の一般急性期のところはむしろ高齢者を中心とした、いわゆるコモンディジーズを受ける病院というふうな枠組みになって回復期ですらもうすでにご存じのように昨年の改定で地域包括医療病棟ができましたけどこれはもうほとんど急性期、一般急性期の4に相当する人員基準に入っています。基本的には政府の言う軽症中等症の患者さんを受け入れるということですから地域包括医療病棟は回復期に入っているわけですけども実際これはもう急性期のカテゴリーがかなり広く

なると同時にその役割がかなり集約化されてきている状況なのかなと考えています。医療センターの役割としてはやはり高度医療を受けるべき病院だというふうに思いますし、そこで役割の明確化の中で医療センターでは昨年の診療報酬改定から下り搬送件数が救急搬送の件数に比して圧倒的に少ない。そうするとやはり本来医療センターが見るべきでない患者さんを受けざるを得ない。マンパワーの問題で夜間は仕方がない。しかし、下り搬送というものは当日ないしは言っても3日以内に搬送してくれというところで来年の診療報酬改定では受ける側の病院にも点数がつきそうです。それは何かというとやはり双方で連絡を取りながら救急のそれぞれの役割分担を明確にする。すべてを医療センターが受けてつという形ではなかなか難しいのですができるだけ医療センターが本来見るべき患者さんをしっかり見てもらう。その高度急性期医療については明確にして脳血管、心臓血管、がん、この3つです。それ以外のいわゆる一般の手術であったり一般の内科治療だったりそういうような患者は高度急性期病院では受ける必要がないと考えています。そこには急性期充実体制加算や入院の救急管理加算が厳格化されるというのはそういう意味です。そうすると必然的に医療センターの日当はもっと上がると思います。今は8万点あまりですがこれを9万、10万としていくためには軽い患者を受けないようにして重度の人に特化していく。そうすると3割ほどの医療圏外への搬送患者さんが東大阪市内で関係する可能性が高くなると思います。そうすると医療センターの収益も良くなり、スタッフの負担についても、やはり1人入院させると大体ドクター、ナースの対応が70分から120分ほどかかってきます。軽い患者であったり、その3分の1で済むというわけではなくて一定の様々な事務業務も含めて相当負荷がかかります。だから医療センターでしか見れない患者さん、そういう疾患に特化することによって役割分担の明確化、地域医療構想の中で今までの漠然とした急性期の中からもっと明確に高度急性期と地域の一般急性期、カテゴリーは少し違うのですが、厚労省はそういう風に言っています。地域医療構想そのものについて4つの概念という考え方が崩れて来てますので医療センターもそういう中でもっと医療センターでしか受けられない、受けなければならない患者さんを受けることで経営の安定化、職員のモチベーションが改善していくのではないかと考えています。

委員長：ありがとうございます。地域医療構想については課題も非常に多いのですが医療センターと各病院との連携で実施されている下り搬送について少し教えていただけませんか。

医療センター：下り搬送については3日までの間に搬送すれば点数がついて、まずは急性期の基幹となる病院で救急患者を受け入れてほしいという中で全てを受け入れることはできないのでさほど医療資源を導入しなくていい患者さんは周辺の病院へ誘導して診てもらうことで保険点数をつけるとなります。当院は約20医療機関と連携するところから始めました。3割の圏域外へ流出している患者さんも中河内で受け入れるということで受けた病院がパンクしないということを目指しています。

委員：下り搬送の件数が少ないというのは私もドクターなのでよく分かるのですが診た患者を送ったときに本来こちらが受けるべき患者さんだったのに送ってしまったということがリスクとして考えられます。やっぱり 1 日 2 日でトリアージできるとは限りませんし、それをドクターも当然安全管理してリスクをできるだけ減らそうとするので結局自分のところで受けてしまう。実際にうちに送られてきた患者さんであっても本当にこれはうちで大丈夫という話はありません。ですから今の国が進めている状況を考えたらそのリスクを取ろうとすると下り搬送は進みません。これはお互いの病院それぞれの機能もあると思いますが送る側（医療センター側）のドクターを中心とした医療側がある程度で初見で送り、送られた側がこれは受けられないというものであったら逆に上り搬送で再度受けてもらうというキャッチボールができるような形にしないとなかなか難しいので件数が伸びず、社会的入院と言われる方々が増えてしまう温床になりかねないと思います。それを減らすために下り搬送という名前を付けて診療報酬上の仕組みを作ったわけでそれをやるためには医療センター側がある程度強引に送るということをしないと下り搬送はなかなか増えないのではないかなと思います。

医療センター：実際には体制を組むようになってからは職員の方々に浸透してきて、強引に下り搬送をする形で進むようになっていきます。ただどうしても送られた先で急に亡くなられたりしますとこういう人は送らないでほしいと言われ、トリアージにやっぱり時間がかかってしまうところがあるのでお互いに下り上りと言うようにうまくやればいいかなと思います。

委員：当然医療センターのドクターの強引さが必要だということと同じように受け手の病院もある程度包括的に受けないといけない。自分たちの安全のためにその患者さんだけ受けますという形にすると自分たちの安全のマージンばかり多くなってそのしわ寄せも医療センターにいくと思います。ですから各病院と医療センターが膝を突き合わせてトップ同士、ドクター同士、診療科同士で話をしないといつまで経っても医療センターはキャパが大きいということもあり進まないと思います。

医療センター：両方で受けれるような体制というかマインドを作っていないと今までは治療が終わってあとは療養だけという形になって転院していくことが多かったんですがとにかく入った段階で大体のトリアージが終わってすぐに送るということが浸透してくると思いますのでもう少しお待ちいただきたい。

委員長：ありがとうございます。この問題についてはまだまだ試みもしていき、数も増やして実績も作っていただければと思いますがもう一つは患者の家族とその感情的な、医学的に

はそれで成立していてもその辺は今のところどうなのでしょう。転院したくないということと言われる方もいるかと思います。

医療センター：転院したくないということと言われる方もおられます。ここで診てくれると思って来たというふうと言われる方もいますが、ただ数は思っていたより少ないです。

委員：状況は変わると思います。もう皆さんご存じかもしれませんが、自治体病院の閉鎖がどんどん進んでおります。民間病院も約7割が赤字で逆に急性期病床は全体で11万床減らそうという状況で動いています。このままいくとざっくり計算しても1,500～2,000病院近く病院が減っていく。おそらくこれは間違いない。前から3年～5年以内で起こるのではないかと言われていたんですが、直近の色々な人の話を聞くと3年以内に起きるのではないかと思っています。そうするとあとで気づいたときに周りに病院がない。これはおそらく地方から起こってますから、すでに新潟の県立病院はなくなりましたし、藤井寺の市民病院も閉鎖となりました。そのうち都市部も閉鎖が始まっていき、当然自治体病院のほうの経営環境が厳しいですからそういうところも閉鎖していくことになります。病院がなくなってくると開業医の先生方も外来を含めて厳しくなってきます。高齢化も進んでいますし、そうすると病院もない、クリニックもないという状況に当然気がつくわけです。いつでも診てもらえるような医療環境にはこれからなっていくのは明確でもっと加速度的に進んでくることになります。委員長が危惧するように心配される家族の方っていうもの当然あると思いますが世の中の空気感が変わってくるのを待つしかないかなと思います。例えばフランスも以前胃ろうと気管切開ばかりでした。あるときに国民が嫌がっているという動きが出たときに急速になくなったんですね。同じように早晩なっていくのではないかと思います。

委員長：ありがとうございます。非常に難しい問題ですが他の評価委員の皆さんいかがですか。

委員：専門ではないのですが一般的に下り搬送というものは一応理解をしているのですが下り搬送という言葉は法令上、正式名称でしょうか。

委員：正式と言われると私も分からないのですが診療報酬上、明らかに下り搬送という言葉が書かれています。

委員：何が言いたいかというと下り搬送という言葉が下に下がるというイメージがありまして、おそらく法令上でいう正式な文書では使っていなかったのではないかと思います。もちろん医療機関の中では悪い意味で使っているのではないと思うのですが普及させ

るためには下りとなるのであまりいいイメージがないと私は思っています。

委員：前も理事長にお話したのですが実は医療センターが本来は一番下なんです。一番上は私は在宅だと思っています。在宅で患者さんというか市民の方にとっては一番いい状態で一番上ですよね。一番悪い状態が一番下ですね。患者さんが病気になったり、ケガをすると一般の病院で受けれたら受けますけど受けれない患者さんが多くいる中で患者さんにとっては最後に来るのが医療センターになります。一番下というのは上下の下というのではセーフティネットという意味です。ただ医療センターはそういう人達を在宅に返すだけの機能を持っていないのです。だから早急に在宅にいけるような取り組みをしている施設なり病院なり、クリニックへ患者さんを上げていくという状況だと理解しています。

委員長：ありがとうございます。この問題については議論しますと永遠に続くと思いますので、また機会があればまたそういった議題に対して意見を求めたいと思います。他に意見がなければ、人材の確保であったり、職員満足度の向上についてなどいかがでしょうか。

委員：私のほうからは地域医療構想に関しては高齢者救急を担う医療機関が東大阪ではどれくらいあるのかなというところでそういう方々はそちら（高齢者救急を担う医療機関）に移行するとなると東大阪医療センターの役割も明確になってくるとは思います。高度急性期医療を担う看護師の確保が問題になってきます。看護師の確保ができないという前提で考えなくてはいけなくなるとどういう高度急性期の医療を提供するのか、ある程度そういう規模についても検討しなくてはいけない時期になってくるかなと思っています。

委員長：看護師の人材確保について、看護部長何かご意見ありますか。

医療センター：看護師確保については今年度は順調だったのですが今後のことを考えますとかなり厳しい状況が続くかなと思っています。委員が仰るように人材だけはない方法を考え、あとは環境事体の変更が必要かなと思っています。

委員：1点質問ですが、今国が進めているタスクシフトに関して特に特定看護師について、医療センターの看護師は積極的に取り組んでいるのでしょうか。

医療センター：現在、特定看護師は26名存在しておりますが毎年特定行為研修センターで8名の特定看護師の育成を進めております。

委員：何かインセンティブは付けていますか。

医療センター：インセンティブは付けております。

委員：希望者は多いですか。

医療センター：はい。

委員：一般的には看護師さんは大体嫌がります。誰が責任を取ることになりますのでどうしても重い状況を依頼されるとメンタルも負担がかかりますが大丈夫ですか。

医療センター：特定看護師になりたいという人はたくさんいるのですが、今ではなく将来的にという人が多くて、今定数が8名のところ、8名までいかずとも5名から8名程度で毎年育成をしております。

委員長：この問題も医療の分担というところで色々あるかと思いますが論議していただいてありがとうございました。これで小項目評価を終了したいと思います。続きまして、資料9の令和6年度の業務実績に関する評価結果報告書案について事務局から説明をお願いします。

○評価結果報告書の案について事務局から説明

委員長：基本的には先程の小項目評価の内容を集約したものとなりますのでこれで問題ないかと思いますがご意見ありますか。

<各委員：特に意見なし>

委員長：それでは議論をしていただきました評価結果報告書案に資料10の評価結果報告書に対する意見書案を添付して市長に報告いたします。こちらの中身で修正なしでよろしいでしょうか。

<各委員の了承を得た>

○令和6年度の実績に関する評価結果報告書の今後の取り扱いについて、事務局から説明

(4) 第2期中期目標に関する評価結果報告書について

○資料11,12について、事務局から説明

○以下、質疑等

委員長：ただいま事務局からご説明がありましたが、昨年度に第２期中期目標の見込評価をしましたので今回提出していただいている資料は令和６年度の業務実績を新たに反映した最終の評価結果報告書になります。基本的にはこれまでの評価委員会で議論した内容を集約したものとなりますが、それを踏まえまして、何かご意見ありますでしょうか。

<各委員：特に意見なし>

委員長：それでは議論していただきました評価結果報告書案に資料１２意見書案を添付して市長に報告します。この内容でよろしかったでしょうか。

<各委員の了承を得た>

○第２期中期目標に関する評価結果報告書の今後の取り扱いについて、事務局から説明

(５) その他について

○令和７年度評価委員会スケジュール及び評価委員の委嘱の更新について、事務局から説明

委員：今医療センターのほうでマイナ保険証を使っている患者は全体の何パーセントですか。

医療センター：大体３５％ぐらいです。

委員：全国平均ぐらいですね。

委員長：診療所は悪いですね。毎月私が増やそうと努力はしていますが２０％いってないかなと思います。増やしていくにつれ、トラブルや混乱も起こるかもしれませんがこの時代やむを得ないですね。

委員：医療DXということでデータの収集をして、それをさらに診療報酬や社会保障に使っていこうという考えですから医療センターで３５％ということは我々も仕方ないです。市のほうは広報とかしているのですか。

事務局：前任が市民生活部長でしたのでマイナ保険証、マイナンバーの普及をしておりました。なかなか手続きが硬くて本人が取りに來れないなどの問題もあります。東大阪市では布

施のほうに新しく窓口を作りまして、市民の方々には荒本と布施の 2 か所で取っていただくことができます。これから増えていくと思いますが、マイナンバー自体の普及率が 6 割、7 割の状況ですのでまだまだ難しいところです。我々保健行政としても、医療 DX ということで普及していくと様々エビデンスに基づいた事業ができるような環境が整っていくと思うのですが、国が言うようには進んでいないのが現状です。

委員：国は実際の保険証の中に個人の医療データを入れようとしていますし、そうすると保険証を持っていけばどこに行ってもデータが共有できるというところに持っていきたいと考えておられるので補助金を付けるなり、強力に進めてくると思います。

委員長：あともう 1 点ですが以前あったサイバー攻撃に対する病院側の対応はどうなっているのですか。

医療センター：サイバー攻撃に対する対策としましてはソフト面でいくつか入れさせていただいております。外部からの接続で不正な通信を検知した場合はすぐ遮断できるようなものを入れてます。あとは USB につきましても、病院から許可されたものでしか接続できないような形で、パソコン側の方ではじくといったようなシステムの構築をさせていただいております。今年度電子カルテの更新の方を予定させていただいております。そういった不正通信のところをすべて個別にシャットダウンするような形で穴を開けないということコンセプトに現在構築しております。

委員：電子カルテの更新の話ですが、今国はクラウド型の電子カルテを開発するよう勧めています。もう 200 床ぐらいの病院というのは、クラウドネイティブのアプリがほぼでき上がっています。多分、500 床規模の病院だと、あと数年かかるだろうと言われています。電カルを導入を多額の費用をかけて今入れるのはいかがなのかなと思います。クラウド云々の中に電カルが入ると、費用がいつぺんに上がります。クラウドネイティブな電子カルテの導入を視野に入れられたほうがいいんじゃないかなというふうに思います。

医療センター：委員仰る通り、今年度、更新させていただく理由としましては、サーバーの機器のいわゆる物理的な機械的な保証、部品の供給が止まってしまう状況になりかねないところまできておりますので、更新させていただいております。今回更新するにあたって委員仰っていただいたようなクラウド型のものについても検討しましたがランニング費用等々いろんなことを確認すると、まだ 500 床以上のものについては、クラウドの方が高いところと、すべての機能等が乗らない状況のものがあつたので、断念しました。

委員：まだ医療センターの規模だとアプリが開発されてないんです。補助金も出ると思いま

すのでご検討ください。

3. 閉会