

令和6年度の業務実績に関する評価結果の概要 (評価委員会用資料)

健康部

大項目 (4項目)	小項目(27項目)	報告書 ページ	ウエイト 項目	評価		
				R5	R6法人	R6市
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	P26	◎	4 →	4 →	4
	(2)小児医療、周産期医療	P28		3 →	3 	2
	(3)がん医療	P32	◎	3 →	3 →	3
	(4)4疾病に対する医療	P36		3 →	3 →	3
	(5)災害時医療	P42		3 →	3 →	3
	(6)感染症への対応	P44		3 →	3 →	3
	(7)地域医療構想を踏まえた役割の明確化	P46	◎	3 	4 →	4
	(8)その他の役割	P48		3 →	3 →	3
2 患者満足度の向上						
	(1)患者満足度の向上	P52		3 →	3 →	3
	(2)院内環境の快適性の向上	P58		3 →	3 →	3
3 信頼性の向上と情報発信						
	(1)医療の質・安全対策	P61		3 →	3 →	3
	(2)情報発信・個人情報保護	P65		3 →	3 →	3
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	P69	◎	4 →	4 →	4
	(2)地域包括ケアシステム構築への貢献	P73		3 →	3 →	3

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	P76		3	⇒	3	⇒ 3
(2) 内部統制	P78	◎	3	⇒	3	⇒ 3
(3) 適切かつ弾力的な人員配置	P84		3	⇒	3	⇒ 3
(4) 医療資源等の有効活用	P87	◎	4	⇒	4	⇒ 4
2 人材の確保と育成						
(1) 人材の確保	P91	◎	3	⇒	3	⇒ 3
(2) 人材の育成	P94		3	⇒	3	⇒ 3
(3) 人事給与制度	P98		3	⇒	3	⇒ 3
(4) 職員満足度の向上	P100		3	⇒	3	⇒ 3
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	P103		2	⇒	2	⇒ 2
2 収入の確保	P105	◎	2	⇒	2	⇒ 2
3 費用の節減	P109		3	⇒	3	⇒ 3
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	P112		3		2	⇒ 2
2 施設整備に関する事項	P114	◎	3		4	⇒ 4

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第2 1	第2 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置						
	1 医療センターとして担 うべき役割 (1)救急医療	◎	4	4	4	【ア:救急体制の継続・充実】 ○ 救急外来経由入院患者数、救急医療管理加算算定件数は計画達成 ○ 救急搬送受入件数は計画達成したが、救急車受入率は計画未達 ○ 救急外来の改修に向けた準備に着手 【イ:中河内救命救急センターとの連携】 ○ これまでの連携に加え、新たに産科救急に関する連携を検討 (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目標値を超え、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。	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。

【ア:救急体制の継続・充実】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6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)	96.5%	6,753	7,000	7,334	104.8%
救急車受入率(%)	73.9%	59.1	80.0以上	57.8	72.3%
救急外来経由入院患者数(人)	100.6%	3,520	4,200	4,248	101.1%
救急医療管理加算算定件数(件)	118.2%	23,646	22,000	25,338	115.2%
地域貢献率(%)	—	12.6	12.9	13.5	104.7%

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第2 1	(2)小児医療、周産期医療		3	3	2	【ア:小児医療】 ○ 小児救急入院患者数は計画達成 ○ 小児科入院患者数、小児科外来患者数は計画未達 ○ 虐待やネグレクト予防への対策強化 【イ:周産期医療】 ○ 安心・安全な周産期医療の提供を継続 【ウ:特定妊婦の受入】 ○ いずれの項目も目標未達 ○ 産婦人科の医局交代及び移行し、周産期の体制を維持 (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。	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。

【ア:小児医療】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
小児科入院患者数	78.4%	8,260	9,430	8,207	87.0%
小児科外来患者数(時間内)(人)	72.6%	10,884	12,000	10,361	86.3%
小児救急入院患者数(人)	110.3%	364	350	352	100.6%

【ウ:特定妊婦の受入】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
総分娩件数(件)	71.2%	356	400	380	95.0%
ハイリスク分娩件数(件)	38.3%	46	100	58	58.0%
妊産婦緊急搬送入院診療件数(件)	45.8%	11	20	9	45.0%

小項目(27項目)		ウ エ イ ト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第2 1	(3)がん医療	◎	3	3	3	【ア:集学的・総合的医療の提供】 ○ 放射線治療にかかる項目は機器更新のため、件数が減少 ○ 院内がん登録件数や手術件数は増加傾向 【イ:緩和ケアセンターの体制整備】 ○ 緩和ケア医療提供体制の医師確保 【ウ:相談支援】 ○ がん相談支援センターで相談支援体制を強化 (直接外来での相談支援を開始)	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。今年度については実績値の確保が見込まれることや他の項目においても概ね計画を達成していることから評価を「3」とした。
						(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。	

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6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)	67.9%	747	1,100	859	78.1%
がん内視鏡手術件数(件)(ESD,EMR)	85.6%	231	300	218	72.7%
がん放射線治療延べ患者数(人)	88.3%	5,288	3,000	1,936	88.3%
がん外来化学療法延べ患者数(人)	115.5%	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」	97.9%	1,664	1,700	1,771	104.2%
緩和ケアチーム新規介入件数(件)	178.4%	446	250	238	95.2%

小項目(27項目)		ウ エ ィ ト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第 2 ― 1	(4)4疾病に対する医療	3	3	3	【ア:脳血管疾患】【イ:心血管疾患】 ○ t-PA実施件数は前年度と同様に実施件数が少なく、計画未達 ○ 開頭手術件数、心大血管手術件数のみ数値の計画達成 ○ TAVI(経カテーテル大動脈弁置換術)施設基準を取得 【ウ:糖尿病】 ○ 教育入院件数は前年度より微増であるが計画達成 ○ 糖尿病腎症患者数及び糖尿病透析予防指導実施件数は計画未達 【エ:精神疾患】 ○ 認知症外来新患者、認知症ケア加算算定件数は前年度より減少し、計画未達	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きたい。	
					(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、開頭手術は目標値を大きく超えた。 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、ほぼ目標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。		

【ア:脳血管疾患】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6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)	31.3%	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)	166.7%	50	30	24	80.0%
開頭手術(直達)件数(件)	340.0%	170	70	117	167.1%
脳卒中救急患者受入れ件数(件)	129.1%	271	210	178	84.8%
脳血管疾患患者の入院日数(日)	未達成	18	16	19	未達成
脳血管疾患患者の退院時情報提供数(件)	117.8%	212	200	153	76.5%

【イ:心血管疾患】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
急性心筋梗塞及び大動脈解離の24時間診療体制	達成	継 続	継 続	継 続	達成
緊急冠動脈インターベンション(PCI)(件)	86.3%	259	300	282	94.0%
心大血管手術件数(件)	130.0%	117	100	118	118.0%

【ウ:糖尿病】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
糖尿病腎症患者数(初診)(人)	55.0%	55	100	72	72.0%
糖尿病透析予防指導実施件数	24.0%	6	20	2	10.0%
血糖コントロール不可例の教育入院件数(件)	83.3%	25	25	35	140.0%

【エ:精神疾患】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
認知症 外来新患人数(人)	76.0%	152	200	147	73.5%
認知症ケア加算算定の実績件数	108.1%	8,110	7,500	7,319	97.6%

小項目(27項目)		ウ エ ィ ト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第 2 1	(5)災害時医療		3	3	3	【ア:災害時医療の提供】 ○ 中河内救命救急センターと合同で災害訓練を実施し、BCP計画等を更新配備 【イ:災害拠点病院の機能】 ○ 他府県からのDMAT受け入れ訓練を実施	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。
		(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。					

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
BCP整備・毎年見直し実施	-	実 施	実 施	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	実 施	実 施	-
EMIS(広域災害・救急医療情報システム)への参加	-	実 施	実 施	実 施	-

小項目(27項目)		ウ エ ィ ト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント(例)
			R5	R6法人	R6市		
第2 1	(6)感染症への対応	3	3	3	【ア:新興感染症への体制構築】 ○ 大阪府との新興感染症にかかる協定継続 年度計画のあり方を検討 【イ:関係機関との連携】 ○ 新興感染症発生時のBCPの整備完了 【ウ:院内感染対策】 ○ PCR検査体制の一旦休止 ○ PCR検査が必要ときに備えて再稼働可能な状態を維持 【エ:医師・看護師育成】 ○ 院内でのコロナ発生に伴う隔離、新入院の受入れ一時中断	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。	
					(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。		

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6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	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	見 直 し	-
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	見 直 し	-
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	見 直 し	-

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第 2 1	(7)地域医療構想を踏まえた役割の明確化	◎	3	4	4	【ア:地域中核病院の役割】 ○ 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 【イ:地域医療における役割】 ○ 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 【ウ:専門外来の確保・拡充】 ○ 専門外来の確保・拡充の取組み ○ 外来診療について、紹介患者の受入体制を強化し、不応需件数を減少 ○ 一般再来外来の縮小 【エ:地域医療機関等との情報共有】 ○ 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 ○ 消防局と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 【オ:高度急性期の増床転換】 ○ 看護師の確保に向けた体制構築	法人評価のとおり、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。「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。 このことから評価を「4」とした。
						(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。	

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第2 1	(8)その他の役割		3	3	3	【ア:予防医療】 ○ 市民公開講座は2回実施 ○ 人間ドック・健診センターは体制見直し 【イ:難病医療】 ○ 外来指導管理件数は計画達成したが、入院診療件数は計画値の9割程度の実績に留まった 【ウ:治験・臨床研究の推進】 ○ 治験実施件数は1件 ○ 臨床研究の件数に関して計画達成 【エ:保健福祉行政との連携】 ○ レピラとの連携により、発達障害児の診療 ○ レピラへの診療放射線技師の応援派遣の継続 【オ:女性医学】 ○ 近隣医療機関で対応困難な症例に対する診療を継続 【カ:血液内科の充実】 ○ 骨髄異形形成症候群の骨髄不全型への外来診療体制の整備	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評価を「3」とした。
		(自己評価理由) 機器更新の放射線治験を除き、昨年度目標達成できなかった予防医療、難病医療に関しても令和6年度は目標に達している、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。					

【ア:予防医療】	項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6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】	項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
	難病患者等入院診療延べ件数(件)	80.6%	1,854	2,300	2,108	91.7%
	難病外来指導管理件数(件)	98.7%	5,479	5,550	5,778	104.1%

【ウ:治験・臨床研究の推進】	項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
	治験実施件数(件)	0.0%	0	5	1	20.0%
	臨床研究実施件数(件)	60.0%	54	90	90	100.0%

【エ:保健福祉行政との連携】	項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
	東大阪市障害児者支援センター(レピラ)への紹介件数(件)	86.7%	26	40	45	112.5%

【オ:女性医学】	項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
	「女性外来」の設置	-	設 置	継 続	継 続	-

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第 2 2	2 患者満足度の向上					【ア:患者満足度調査】 ○ 入院・外来ともに計画値を上回り、患者サービスと医療環境の向上に寄与 【イ:患者サービスの向上】 ○ 患者からの意見に対する改善策を情報共有し、患者情報コーナーへ掲示・公表 【ウ:入院支援】【オ:退院支援】 ○ 入院時支援実施件数は計画達成、入退院支援実施件数は計画未達 ○ 退院支援が必要となる緊急入院患者へ早期介入 【エ:院内滞在時間の短縮】 ○ 自動再来受付機の追加設置や診療費後払いシステムの推奨 【カ:在宅療養担当医療機関との連携】 ○ 在宅療養担当医療機関等とリモートで連携	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。
	(1)患者満足度の向上	3	3	3	(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目標には達していない。以上のことから自己評価は「3」とした。		

【ア:患者満足度調査】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6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:患者サービスの向上】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
職員接遇研修会開催(年2回以上)	-	実施	実施	実施	-

【ウ:入院支援】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
入院時支援実施件数(件)	186.0%	7,254	4,000	7,334	183.4%

【エ:院内滞在時間の短縮】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6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	-

【カ:在宅療養担当医療機関との連携】

項 目	R4達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
入退院支援実施件数(件)	87.4%	10,488	5,200	5,047	97.1%

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第 2 2	(2)院内環境の快適性の 向上	3	3	3	【ア:療養環境の改善】 ○ 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 ○ 周産期病室の簡易個室化については未実施 【イ:院内設備の整備】 ○ LED化工事、外来中待合および病棟エリアの案内サインリニューアル 【ウ:入院生活の質の向上】 ○ アロママッサージの活動を開始	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。	
					(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年計画で実施している。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。		

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
療養環境の改善	-	未 実 施	整 備	未 実 施	
1)周産期病室の簡易個室化	-	実 施	—	(完 了)	
2)病棟浴室のシャワー化(浴槽の撤去)	-				

小項目(27項目)	ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R5	R6法人	R6市		
第 2 3	3. 信頼性の向上と情報発信					法人の評価を妥当とし、評価を「3」とした。
	(1)医療の質・安全対策	3	3	3	【ア:医療の質の改善】【ウ:医療の質の向上】 ○ 日本医療機能評価機構の病院機能評価の課題改善 ○ 卒後臨床研修評価機構による臨床研修評価を受審 【イ:医療安全対策・インフォームドコンセント】 ○ 医療サービス提供における説明と同意について、書類の見直し・更新 【エ:医療安全管理・感染制御】 ○ 医療安全相互評価について、流動的に行ってきたカンファレンスの固定化 【オ:虐待防止】 ○ 虐待防止において院内連携体制の継続及び積極的早期介入	
					(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。	

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6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(%)	109.9%	100.0	100.0	100.0	100.0%
感染防止(ICT)研修受講率(%)	125.0%	100.0	100.0	100.0	100.0%

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第2 3	(2)情報発信、個人情報保護		3	3	3	【ア:情報発信】 ○ ユニバーサルデザインを採用したホームページへの更新 ○ ハイブリッド型会議の開催ができる体制構築 【イ:個人情報保護】 ○ 個人情報保護に係る院内研修の実施 ○ USBメモリ運用規程の実施によるセキュリティ強化 【ウ:医療事務の信頼性】 ○ マイナ保険証利用の勧奨 【エ:サイバー攻撃対応】 ○ 「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 (自己評価理由) ホームページをリニューアルし、利用者が情報を得やすくなった。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務めている。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。	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。

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第2 4	(1)地域医療支援病院としての機能強化	◎	4	4	4	【ア:地域医療支援病院としての役割】 ○ 紹介・逆紹介患者共に計画達成 ○ 紹介元・紹介元以外の医療機関への退院時診療情報提供件数は計画未達 ○ がん治療連携計画策定件数は計画達成 ○ 高額医療機器の共同利用実績は、計画達成 【イ:地域医療機関との連携】 ○ 東大阪医療連携スクラム会を4回実施 ○ 地域医療連携登録医総会を開催 (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年度の目標も大きく超えた。登録医総会を継続して行い、かかりつけ医との役割分担、連携強化に務めている。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。	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法人の自己評価と同じく「4」とした。

【ア:地域医療支援病院としての役割】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
紹介患者数(初診に限る)(人)※1	108.2%	17,855	18,000	19,049	105.8%
逆紹介患者数(人)※2	105.6%	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)	108.8%	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)	72.2%	5,195	6,000	5,128	85.5%
紹介元以外の保健医療機関への退院時診療情報提供の件数(件)	145.3%	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)	187.5%	90	80	99	123.8%

【イ:地域医療機関との連携】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6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	-

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第 2 4	(2)地域包括ケアシステム 構築への貢献	3	3	3	【ア:急性期病院との役割】 ○ 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 ○ 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 【イ:関係機関との連携】 ○ 転院、在宅調整について関係機関との連携強化	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。	
					(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目標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。		

【イ:関係機関との連携】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6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)	140.0%	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	135.3%	203	200	173	86.5%

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第 3 1	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執るべき措置						
	1 業務運営体制の構築					【理念及び基本方針】 ○ 令和4年度に見直した理念と基本方針を市民・患者・職員へ周知 ○ 全職員が理念、基本方針に基づき実践していく組織づくりを継続	法人の評価を妥当とし、評価を「3」とした。
	(1)病院の理念と基本方針の浸透	3	3	3			
	(自己評価理由) 理念及び基本方針の周知については、上記に加え、引き続き事務局で唱和の励行等を図った。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。						

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第3 1	(2) 内部統制	◎	3	3	3	【ア:内部統制体制の構築】 ○ センター間の連携強化・人事交流、年度計画の策定及び進行管理、業務・契約統合・統一化の検討、コンプライアンス・ハラスメント防止対応、内部監査実施に向けての取り組みを充実 【イ:コンプライアンス強化】 ○ 業務の適切な執行を行った 【ウ:取組みの評価】【エ:取組みの推進】 ○ 診療科別目標を設定し、達成状況の確認・対策 ○ 市、評価委員会からの指摘を院内で共有し、対策強化 ○ 各種委員会の審議による情報共有 【オ:再発防止体制】 ○ 内部統制不備による重大事象の発生なし (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。	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。

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
医療センター業務方法書の点検	-	一部実施	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	-

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第3 1	(3) 適切かつ弾力的な人員配置		3	3	3	【ア:医務局】 ○ A水準の960時間を超えた医師数は0名 【イ:看護局】 ○ 重症度、医療・看護必要度の診療報酬要件達成 ○ 看護師配置について一般入院基本料1の算定基準をクリア 【ウ:薬剤部】 ○ 産休、育休職員が多い中で患者に対する薬物治療に適切な介入を行った 【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、運営効率の改善努力 【オ:事務局】 ○ センター間の人事交流を実施 (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。	法人の評価を妥当とし、評価を「3」とした。

小項目(27項目)		ウ エ ィ ト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第 3 1	(4) 医療資源等の有効活用	◎	4	4	4	【ア:施設の効果的な活用】 ○ 病床稼働率、IMRT件数、ICU管理件数は計画未達 ○ 総手術件数、全身麻酔件数、ハイブリッド手術室稼働率、ダビンチ手術件数は計画達成 【イ:病院情報機器の更新計画】【ウ:医療機器の更新計画】 ○ 次期電子カルテシステム更新に伴う導入委員会で更新計画策定・準備 ○ 放射線治療機器(リニアック)及びPET-CTを導入	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。
						(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つ たが、昨年度の件数を上回ることが出来た。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。	

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
病床稼働率(%) (休床考慮)	90.2%	78.9	88.0	82.4	93.6%
総手術件数(件)	103.3%	7,466	7,500	7,647	102.0%
全身麻酔件数(件)	102.9%	3,602	3,600	3,849	106.9%
ハイブリッド手術室稼働率(%)	89.7%	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)	140.0%	238	200	322	161.0%
強度変調放射線治療(IMRT)件数(件)	91.1%	3,142	2,000	1,066	53.3%
ICU(特定集中治療室)管理件数(件)	88.0%	2,576	2,920	2,667	91.3%

小項目(27項目)		ウ エ ィ ト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第3 2	2 人材の確保と育成	◎	3	3	3	【ア:医療職】 ○ 専攻医を含む医師数は前年度より10名増加 ○ 看護職の令和7年度新規採用者は予定数を確保 ○ 看護師の離職率は11.0%となり、前年度より0.5ポイント悪化 【イ:事務職】 ○ 事務局の活性化および将来を見据えた体制構築を図る観点から、新規学卒者や若年層を対象に採用活動を行い、1名採用	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、医師数の確保に取り組んだ結果、計画値を達成することができた。看護師については、離職率の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、採用数確保に努めたことから評価を「3」とした。
	(1) 人材の確保					(自己評価理由) 昨年に引き続き、研修医の応募件数が地独化後最大となるなど、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。	

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
医師数(専攻医含む)(人)	104.7%	155	148	165	111.5%
看護師離職率(%)	-	10.5	10.0%以内	11.0	-

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第 3 2	(2)人材の育成		3	3	3	○ 指導医の育成、増員 ○ ラダー2以上の取得率は前年度より9.3%増加 ○ 特定看護師は25名在籍し、各部署5名程度の配置を計画 ○ 薬剤師育成に注力 ○ 各職種の認定専門士の取得維持 ○ 学会発表や各種研修会への積極的な参加	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。
						(自己評価理由) 指導医の新規取得数は計画を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進めていることから自己評価は「3」とした。	

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
指導医数(人)※延数(領域毎にカウン うち新規取得数)(人)	100.0% 233.3%	170 7	170 3	171 3	100.6% 100.0%
専門、認定看護師、認定看護管理者数	100.0%	28	28	26	92.9%

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第 3 2	(3)人事給与制度		3	3	3	【ア:看護職員手当支給】 ○ 看護補助者に処遇改善手当を支給 【イ:人事評価制度の見直し】 ○ 人事評価委員会を設置し組織横断的に管理・運用 【ウ:処遇改善】 ○ 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 【エ:働き方改革】【オ:モチベーションの向上】 ○ 最優秀研修医、最優秀指導医の表彰実施	法人の評価を妥当とし、評価を「3」とした。
						(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。	

【ア:人事評価制度の導入】

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
人事評価制度の実施	-	実 施	実 施	実 施	-

小項目(27項目)		ウェイト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第3 2	(4)職員満足度の向上		3	3	3	【ア:就労環境の整備】 ○ 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 ○ 医務局改修により美化の向上、職場環境を改善 【イ:職員満足度調査】 ○ 職員満足度アンケート調査結果の総合満足度は計画達成 【ウ:資格取得促進体制】 ○ より専門的な技術が必要な専門・認定資格に対し、「資格業務手当」を継続支給 (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。	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。

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6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)	118.2%	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 %)	-

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
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		2	2	2	○ 前年度と比較し、8億円弱の収益増となったが、人件費や物価高騰による影響で結果的に11億円を超える経常損失を計上 ○ 経常収支比率は前年度より悪化し、医業収支比率とともに計画未達 (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を踏まえ、自己評価は「2」とした。	前年度と同じく、経常収支比率、医業収支比率とともに計画を達成ができず、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。

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
経常収支比率(%)	97.2%	96.3	97.2	94.4	97.1%
医業収支比率(%)	94.5%	101.1	106.5	101.9	95.7%

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第 4	2 収入の確保	◎	2	2	2	【ア:収益向上対策】 ○ 入院診療収益、外来診療収益ともに計画未達 ○ 新入院患者数、外来新患者数ともに計画未達 【イ:病床回転率の向上】 ○ 搬送車の整備と近隣医療機関との提携強化により、下り搬送を実施 【ウ:適切な診療報酬請求】 ○ RFID管理システムについてカテーテル室での配置検討 【エ:医業未収金】 ○ 債権回収業者を見直し、医業未収金の低減 【オ:診療報酬外の料金改定】 ○ 室料差額等について料金の見直し	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。
						(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。	

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
入院診療収益(百万円)	90.0%	12,150	13,768	12,941	94.0%
外来診療収益(百万円)	101.2%	5,870	5,885	5,822	98.9%
入院単価(円/日)	99.2%	80,672	82,408	82,715	100.4%
外来単価(円/日)	109.1%	26,710	25,356	26,636	105.1%
新入院患者数(人)	94.8%	14,860	15,952	15,594	97.8%
外来新患者数(人)	80.7%	27,759	29,550	27,675	93.7%

小項目(27項目)		ウ エ イ ト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
第4	3 費用の節減	3	3	3	【ア:人件費比率の適正化】 ○ 人事院勧告に準じた給与改定により人件費が増加 【イ:後発医薬品の採用】 ○ 抗悪性腫瘍剤等の高価医薬品の切り替えにより年間400万円の削減 【ウ:診療材料調達コストの節減】 ○ ベンチマークシステムによるコストチェックを活用 【エ:契約の見直し】 ○ 委託業務の仕様等について見直し 【オ:応援医師の配置】 ○ 応援医師の配置が必要な診療科においては積極的に活用	人件費や材料費が依然高騰している状況であり、経営努力だけでは厳しい状況である中、委託業務の見直しや光熱水費の削減に努めた。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。	
					(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、経費比率は目標より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。		

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6達成率
医業収益対人件費比率(%)	92.8%	51.9	46.6	51.3	89.9%
医業収益対材料費比率(%)	95.8%	31.9	31.8	32.3	98.4%
医業収益対経費比率(%)	99.3%	15.2	16.8	15.7	106.6%
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%

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R5	R6法人	R6市		
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							
第5	1 中河内救命救急センターの運営		3	2	2	【ア:運営方向性】 ○ 事務的な部分は法人本部が中心となり業務効率化・契約統合・人事交流 【イ:医療センターとの連携】 ○ 救命救急センターのあり方について、大阪府及び東大阪市と協議 【ウ:府との調整】 ○ 毎月及び年間の収支状況を、大阪府、理事会に報告し、臨時の支出等については府との調整を行った	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。
		(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、損失補填が一部のみで、全ての損失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。					
	2 施設整備に関する事項	◎	3	4	4	【ア:施設の長寿命化】 ○ 狭隘化していた医務局を改修 【イ:災害対応】 ○ (仮称)エネルギーセンター棟の建設取り止めによる代替措置を決定 ○ 代替措置にかかる基本設計	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。このことから評価を「4」とした。
		(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5-2 施設設備に関する事項 (単位: 百万円)

項 目	R5達成率	令和5年度実績	令和6年度計画	令和6年度実績	R6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・衛生などの設備更新	—	54	306	141	153.9%
医療機器導入・更新:高度医療機器	—	659	1154	1373	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	1781	1815	98.1%