

令和 8 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 議事要旨

- 開催日時 令和 8 年 8 月 4 日（火） 午後 6 時から午後 7 時
- 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）
- 出席関係者
辻井理事長 中副理事長 三田理事兼総長 松本理事兼法人本部長 山田院長
猿喰副院長 鷹野副院長兼医務局長 藤本副院長 小野副院長兼医務局長補
明渡看護局長 倉橋医療技術局長 高垣薬務局長 岩崎法人事務局長兼法人副本部長
林法事務局次長 梅原医療支援室長 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長代行 岡田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（健康部長事務取扱） 松本保健所長 堀川健康部次長
松本地域健康企画課長 松井地域健康企画課主査
- 案 件 1. 開 会
2. 議 事
(1) 財務諸表の確認について
(2) 令和 7 年度の実績に関する評価結果報告書について
(3) その他
3. 閉 会
- 会議の内容 次頁以降のとおり

議事要旨	
委員長	(開会挨拶)
理事長	(開会挨拶)
事務局	【議事(1)財務諸表の確認について】 資料 1～4 について、事務局から概要説明
委員長	ご意見ある委員方、お願いいたします。少し赤字幅が大きいですが、このあたりのことに関して、何か提案、質問はございますでしょうか。
委員	先ほど事務局からありましたように、今現在、病院は 75%が民間、公立も入れて赤字の状態、公立はもう 9 割をはるかに超えてる状態です。これは国も認めておりまして、急性期をやればやるほど赤字になるというのが、今の診療報酬体系だと思う。ですから、この現在の財務諸表のこの赤字の拡大は、1 つはコロナの時に補助金がありましたけど、それで持ってた状況ですし、必ずしも理事長の責任というわけでは決してないかなというふうに思います。今後出てくるでしょうけども、今年の 6 月から施行されました、新しい診療報酬体系と同時に骨太の方針とともに出されました新しい新地域医療構想、そういう中で医療センターの立つべき位置というのは、かなり相当明確になってきてるんじゃないかなというふうに感じております。財務諸表に関しましては先ほど申しましたように、今、業界全体で 76%が赤字のような状況の中で、やればやるほど赤字になるという状況ですから、これは必ずしも医療センターを責めるべきものではないかなというふうには感じています。
委員長	既にお耳にされていると思いますが、今年診療報酬の改定があって、3.08%の上乗せというのが決まって、今までにない大きな額なんです、そのうちの 3.07%が病院対応で、0.1%が診療所対応という内訳になっております。3.07 という数字が大きいように見えても、そのほとんどは別則加算や物価高騰対策、建設費、改築費、そういうものに充てられているようでございまして、まだまだ厳しい状態が続いてるわけですが、何かご意見ございますか。
委員	はい、全国的にそういう状況になってるっていうのはよく伺っております。入院の患者数を増やすというところの対応をこれから具体的に進めていくのは 1 つの策とは思ってますが限界がございますので、財務諸表に関しましては特にご意見ございません。
委員長	確かに私も事前レクを受けたときに、病床稼働率が結構まだ行き届いてないなという感じがするんですけど、もう 5%、数%上がれば、外来だけではなかなか収益改善しないと思うんですけど、その辺何か病院の方、お考えございますか。

医療センター	4月、5月、6月と比較的病床稼働率の方はキープされたんですけども、7月、8月とすごく病床稼働率の方が悪くなりまして、平均在院日数も短くなってしまいまして、その辺をもう少し対策すべきだったなというふうに反省しております。9月から病床稼働率の方も注視しながら運用するようにしております。前理事長の時は、新入院がKPIだったので、新入院を注視してたんですけども、それだけでいくと、こうなるんだなというふうに思いまして、病床稼働率の方も注視するようにしております。
委員長	投資効果というのはどういうことをおっしゃっているのでしょうか。
委員	いろんな機能更新とかのお話を伺ったので、そういうものが今後どんなふうに生きてくるのかなというのを伺いました。ご回答で納得しております。
委員長	最先端の医療機器や新しい電子カルテ等も考えて導入しているようですが、病院では今後それがプラス効果になってくるとお考えなんでしょうか。
医療センター	電子カルテは一定期間経てば更新するということになっておりますので、スムーズに移行できるように、同じ会社の、NECの同じバージョンのHRというバージョンを入れまして、移行できたというふうに思っております。全く同じといっても、やはりそこで一度更新しておりますので、アップスペックにはなります。それから医療機器に関しましては、ペット、ダヴィンチそれから整形外科のロボット手術のうち、中河内圏域におきましては、あまり整形のロボット手術とかは導入されてなかったんですけども、大阪市内ではかなりの病院で導入されているので、常に負けないように追いつくように要求したのは間違いがなかったんじゃないかというふうに思っています。
委員長	その他、委員方からご質問はないでしょうか。
委員	先進医療については投資というよりも、センターの役割を明確にするのに必要ないわゆる設備投資だというふうに思います。ただ1点、電子カルテの更新について、医療センターでは減価償却が終わったら更新という、そういう立ち位置で今まで更新されてきましたが、これについては以前からも何度か医療センターにもお伝えしてるんですけども、今特に電子カルテはクラウドネイティブの方へどんどんシフトしてきています。特に500床以上の病院が多く、電子カルテに関しては、クラウドネイティブがかなりの状況で進んでいます。ですから、現状NECのクラウドリフトの電子カルテなのであれば、やはり今後の展開を考えたときに、かなり重たくなる可能性があるんじゃないかというふうに思います。

	し、なにより莫大な設備投資になりますから、我々民間はもっと使っているわけです。今、民間の 200 床前後の病院での電子カルテの更新に関しては、まだクラウドネイティブは完全にはできてないんですね。ただそれでも、やはり更新しようということで今度、この 1 年 2 年更新するんですけども、大病院のクラウドネイティブの電子カルテの状況はかなり相当進みますから、そちらを一度検討、これも昔申し上げたと思うんですけども、6 年で減価償却がきたから更新すると、やはりその明らかに電カルに例えば AI の導入が相当進んでるとか、本当にドラスティックな変化があるならやってもいいと思うんですよ。ただそれを単に償却時期が来たから更新するという考えですと、業者を喜ばすだけでスタッフの負担とかありますし、ランニングコストも変わるわけですから、十分検討していただいて、更新の時期を考え直してもらった方がいいんじゃないでしょうかね。行政はどうしても公的なところは償却終われば更新という杓子定規なとらえ方をしますが、民間はやっぱりその使えるものは使うし、大きな変化が起これば、それは当然、新しいものを取り入れていくという方針で動いていますので、ぜひそういうところを一考していただければと思います。
委員長	今の委員のご説明を提言、要望という形で参考にしていただければと思いますが、それでよろしいでしょうか。それではこの意見書案の内容で市長に回答することといたしますが、よろしいでしょうか。
委員	財務諸表についてなんですけれども、もう今完全にその病院というのは、診療報酬の改定があっても赤字があるということが本当に構造的な問題になってますので、この後に議論される、実績の評価についても、不可抗力のところなのか、病院の経営努力に関するものかということ等を常に評価される側もする側も意識をしてみていくということを試みていただきたいなと思ってます。悪い努力をされている、努力が足りなかったということでは全然ないとは思うんです。そこを明確に常に判断しながら、どうしても不可抗力でこうしかないということに関して、やはり政治的なところまで力を入れて、天秤に入れるかというところだと思っております。今回そういうことが如実に出た決算だというふうに認識しております。
委員長	この問題については消費税問題もございまして、特に投資、医療機器、建物等について、そういう意味で今病院は特に負担が大きいですね。課税という意見も一応出てきてるんですけど、現在まだ議論されてはいるものの、そこまでには至ってないので、今後の問題かなというふうに考えております。それでは、財務諸表についてはこの内容でご報告させて

	いただきたいと思います。
	<財務諸表の内容及び意見書について各委員の了承を得た>
事務局	【議事（2）令和7年度の実績に関する評価結果報告書について】 資料5～8について、事務局から概要説明
委員長	自己評価については委員方からも、少し低すぎるのでは、これは高いのではというご意見いただいているようでございますが、いかがですか。
委員	救急の受入件数ですけども、今回の診療報酬改定でも明確に出されましたけれども、やはりその数ではなくて質というところで、例えば、高度急性期病院であれば、高度急性期病院にふさわしい患者を受ける。そうでなければ、実際救急の7割8割近くは高齢者救急が多いわけですから、そういう高齢者救急を何でも受けろというのは国の方針というか、新しい地域医療構想の中では違うんじゃないかなと。ただ、数で達成率が前年度を上回った、下回ったというよりも、むしろ質を問うような指標に変えていくべきではないかなと。数字じゃなくてクオリティや内容で差別していこう、区別していこうという考え方ですから、医療センターは現在急性期のAを取っておられますけども、実際は中河内には大学病院がないわけですね。高度急性期病院のA、Bについて、大学病院、循環器センター、がんセンターはもう全部Bなわけですね。そういう状態からするとまず本来のセンターは高度急性期のカテゴリーに入らなければならない。大学病院や特殊なセンターがないわけですから、総合的な病院としては高度急性期のカテゴリーに入るような、そういう患者さんを受け入れるという方向性を明確に出されて、今までの市民病院の継続性のあるような、そういう考え方でやるべきではない。もう今は地域医療構想も「新」という名前がついたぐらいですから、医療センターを中心に、医療センターを高度急性期病院として、周りの民間の病院の先生方とそういうチームで、地域で、面で支えるというふうにこの評価の指標のあり方も少し市の方で考えていただいたほうがいいのかなというふうに思います。
委員長	多分この小児医療、周産期医療というのはやればやるほど赤字が出る。だから上げるのではなく、中身が大事というのが委員のご意見だと思いますけど、これに対して病院、何かご意見ございますか。
医療センター	今、委員がおっしゃった、確かにどれだけ高度急性期の高度の救急を受けるかというところがすごく大事だというふうに思っております。年度の途中からなんですけども、循環器内科と心臓血管外科が24時間365日、心筋梗塞や急性期の肺炎といった症例は、残らず対応するというふうに始めて、症例数も増えている。だからそういう数を評価するよう

	にしないといけないかなというのはおっしゃる通りだと思う。院内の設備におきまして、HCUを8床作るということにしまして、これまでICUの10床で対応してたんですけども、やはりこの520床の病院にICUが10床というのは少ないと思いますので、これからは18床と、それから脳卒中に対しましては4床のSCUに匹敵する病床がありますので、そのスタッフを整えてHCUを作ることで、より高度の救急に対応できるかなというふうに思っています。それから中河内に関して言えば、夜間の救急、高齢者の救急なんですけども、高齢者救急に十分に対応できる救急の体制が整っていないところもありますので、当院でまず受けて、他の病院で診ていただけるようだったら、連携搬送を開始して、できるだけ早く速やかに患者さんは対応していただける病院に、まず当院で受けてそれから連携搬送病院の方をお願いできるという体制を今もとって動かしてるんですけども、それをさらに円滑にやっていきたいというふうに考えています。
委員	がんと脳と心臓、この3つが高度急性期としてやるべき仕事で、それ以外は周りの一般急性期もしくは地域急性期の方に振れと。極端に言えば、回復期、新しい地域医療を用いる病棟ができましたから、そういうものに積極的に、高齢者救急が増えて、下り搬送ももっと積極的にやるような、以前は送り先だけだったんですけど、今度は受ける側も加算がつくようになったと、点数がつくようになったということで、東大阪市は基幹病院が医療センターしかないんですよ。ですから、東大阪市が夜の救急を受けざるを得ないと思うんです。民間病院は全部受けるだけのスペックを持った病院はほぼないですから。そうすると夜は医療センターに診ていただいて、これは我々の方の患者さんじゃないということであれば、半強制的とは言いませんが、積極的に周辺の病院との連携をとっていただいて、そこへ搬送を積極的にやっていくと。国はもう今、高度急性期病院はベッド数をもっと減らしていいというふうに言い出してますから、実際密度を濃くすると、1つのベッドに対する医療資源の集中を多くしないとケアできないんですよ。ですから、当然そういうことも含めて、もちろん医療センターは周産期もそうですけど、総合病院としてやらねばならないことが絶対あると思います。しかしそこはどれだけ力を入れるか、加重平均を考えていただいて、やはりがん、脳、心臓、この3つにできるだけ多くの資源を割くような方向を取っていただければいいのかなと。救急に関しては、我々民間の病院も、当然医療センターに協力しますから、そういう形で医療センターの方も減らしながら、本来の中核病院としてのあり方もしっかりとやっていただくということ

	かなと思います。
委員	評価の際のラインというところで、今回小児医療について、延入院患者数を、救急患者数を計画未達ということで評価をされていらっしゃるんですけど、ちゃんと見てらっしゃるところはあるんですけど、例えば中期目標にある小児救急医療体制の充実を図るところの、指標でない本来のところに立ち戻って評価をしていただくっていうことが、もうちょっとあるとありがたいです。非常に厳しい環境ですので、KPI、指標に絡むところだけで評価してしまうと、実態が見えてこない。私たちのような完全に素人のところだと実態が見えてこないところがありますので、過剰に良い評価をするというのはもちろん避けないといけないんですけども、実態が見える、本質的なところに踏み込んだところもう少し見ていただくとありがたいかなと。そういうところで、今回評価2が低すぎるんじゃないかなっていう意見が出たんじゃないかなと思います。そういうところを見ていただくとありがたいなと思います。
委員	私も事前レクの時、小児医療については自己評価が低いのではないかなと思った者の1人でございまして、ご説明いただきましたので、おっしゃるようにKPIを重視するのであれば、未達であるということに関して、評価が2っていうのはいたしかたないのかなと思いますけれども、私たちがサラリーマンをやってますと、個人評価があったときに、未達成があるがために評価が低いっていうことがあると。他のところでこういうふうに努力してるとか工夫したのについていうところが評価されないという部分に関しては、ちょっと残念な気持ちになることがあるので、少なからず私に関しては、ここはちょっと厳しいかな、2は低いのかなというふうには感じました。意見ということではないですけど、先ほどからお話を伺っておりまして、私は東大阪市民でございまして、しかも今年還暦を迎えまして、老人の域に達していくので、もちろん一番近い病院が東大阪医療センターということになっておりますので、高齢者が多い市ということで、さっきの先生たちのご意見はちょっと寂しいなっていうふうに感じました。それは感想でございまして。
委員	皆さんの意見、それぞれ最もだと思ってまして。指標だけではなくて、きちっと実施しようというところはもちろんそうだと思う一方で、前も同じような議論したと思うんですけど、やはり指標を設けた以上は、その数字というのは、無視できないところがあってそれが自己評価になっていると思いますので、指標自体を適時適切にどンドン見直していくということとか、その数値目標をそれに伴って見直すっていう作業をしつつ、やはり指標自体はそれなりに達成率みたいなものは重視しないと評

	価がぶれてしまうんじゃないかなというふうには思っています。以上です。
委員長	委員方の多くは、自己評価が低すぎるのではないかと思います、次回に3とか4がつくことを期待して、今回は2ということで、皆様よろしいですか。では、小項目についてはご意見いただきましたけども、この通りの判断とさせていただきます。
	<小項目評価について各委員の了承を得た>
委員長	資料7の令和7年度の業務実績に関する評価結果報告書について、事務局から説明をお願いいたします。
事務局	【資料7について、事務局より説明】
委員長	ただいま説明がありましたけど、各委員方から少し質問等をいただいておりますので、少しそれについてお聞きしたいと思います。いくつかコメントいただいておりますが、新人の看護婦等についての出身校について、何かご意見をもって質問されてるんでしょうか。
委員	1つ興味ということもあったんですけど、私の実家の近くにアナン学園があって、高校からの5年間の一貫校っていうところで、近くの、同じ市の学校の看護学科から取ってくださっているのかなっていうのは気になったのでお尋ねをいたしましたところ入ってましたので、東大阪市は教育のまち、みたいなところがあり、教育があって、そういった職場もあってということでもいいなと思いました。
委員長	これは看護部どうですか。そちらから何人か来られてるんですかね。
医療センター	東大阪市内の看護学校、先ほど説明があったアナン学園高等学校に関しましても、採用している実績がございます。
委員長	市民公開講座を積極的によくやられてるようですけども、受講者はどんなものなののでしょうか。腎臓病とか脳卒中とか糖尿病とかそういうことについてどうでしょうか、病院、何かご意見ございますか。
医療センター	昨年度は市民公開講座イコラムホールで行われておりまして、会場に90名、ウェブでも10名に参加をいただいております。また脳卒中の予防に関しましても、こちらは当センターのC会議室の方で行いまして33人のご参加をいただいたというところで、ご質問の中身としましては市民公開講座を開くだけではなくて、多く参加していただくようにご意見いただいておりますので、今申しました回答とさせていただきます。
委員長	続きまして、インフォームドコンセントについて手術等でのクレームは減りましたかというご質問がございましたけど、いかがですか。
医療センター	こちら事前にご質問いただきまして、これに対しては明確にこう減っ

	たというふうな結果にはまだ結びついてはおりません。しかしながら、当センターの中で今医師に対して説明と同意の必要性、それからカルテへの記載等で意識づけに今活用しているということで回答させていただいております。
委員長	病院に勤務する薬剤師の先生方の数が非常に少ない、減っていると聞いてるんですが、こういうことに関して、現状はどうでしょうか。
医療センター	定員の人数が少ないというよりは、現状といいますか、数年前から産育休の取得が非常に集中しておりまして、そういった意味で少ないというところで、病院の方の求人としての採用は積極的にしてもらってるという状況です。
委員	1 点お聞きしたいんですけど、今改定で、この前の改定からそうですけど、門前薬局に対する相当厳しい改定が行われてますよね。今医薬業界は調剤薬局の再編がどんどん起こってきてるんですね。そうすると当然調剤薬局の方で大量に雇用されてる薬剤師の先生方が病院に流れてくるんじゃないかとずっと言われてるんですけど、医療センターではそういう感覚はお持ちでしょうか。
医療センター	正直そういう感覚はまだ感じております。
委員長	ドクターの時間外勤務 720 時間でございますが、これらの医師の数や面談とかそういうことについて、ご質問いただいておりますが、いかがですか。
医療センター	720 時間超の医師につきましては、6 年度、7 年度は 13 名ということで人数的には変化はございませんが、医師そのものの母数が増加していることもありまして、パーセント的には少し減少している状況です。産業医面談につきましては、適正に長時間労働が見込まれる医師に対しては、面談を適宜行っているところでございます。以上でございます。
委員長	続きまして、ACP について今後の進め方、参加する職種、看護師等への研修実施等の内容について、ご質問出てるんですけど、いかがでしょうか。
医療センター	こちらも事前にご質問を受けておりましたので、まず職種に関しては、前年度から各病棟で ACP カンファレンスは新たに取り組んでいくという状況で、いろんな職種とリハビリであったり、栄養士、薬剤師といった方々も必要に応じて参加して、患者さんの意思決定を支援するという動きをしているということで回答させていただいております。以上です。
委員長	それから病診連携だけではなくて、介護施設等の連携等について何か病院側としてはとられてますかということで、ご質問いただいておりますが。

医療センター	こちらに関しては、今積極的に介護施設と直接連携というふうな形にはなっておりません。当センターとしましては、どちらかというと後方支援というところで、救急で必要な場合には対応するというスタンスであります。
委員	ACP は当然連携がいるんですけども、脳卒中の地域連携パス会議に 10 何年ずっとおりましたけど、結局何もできなかったんですよね。結局連携するのに情報が一元化できない。特に病院の方は電子カルテがそうなんので、病院はある程度帳簿は出せるんですが、逆に出す方の介護ケアや療養、在宅施設、そういうところの電子化がほぼ進んでない状況ですので、これを取り入れた ACP を作るというのは、かなり相当無理筋かなというふうには思っています。それは当然情報が本当にスムーズに電子上で、ICT の中でやりとりできるならば、僕は可能だと思いますけども、現状では病院側は、一応国では全病態 90%以上電子カルテ導入と言って、突然前言翻しましたからね。それはマストではないと。もしマストにすると、莫大な補助金をつけないとできないんですよね。ですからこれはあくまでも、そうなったらいいなというふうに、簡単に前言翻しましたから、病院でさえそうですから。しかも急性期以外の療養や在宅とか施設とかとなると、なかなか難しいんじゃないかなと。だから ACP にあまり医療センターは過重なその負荷をかけずに、あくまでも、そういうふうな方向性というふうなスタンスで取り組まれた方が、特にドクター、ナースに対する負荷がかなり多いと思いますね。それは当然コメディカルが中心となって、治療計画の上にケアプランをのっけていくわけですから、それはなかなかコメディカルにも負担が多いですし、当然、急性期のコメディカルの皆さんというのは、施設や在宅のことはほとんどご存じないですから、そこにはかなり情報の交流がないと、ケアプランとして成立しないということがもう明々白々です。なぜかという、脳卒中に関する地域連携パス会議をやってきたのに、結局形に何もならなかった、というのがあくまでも連携の姿ということとはご理解していた方がいいかなと思います。
委員長	病院からのお考えはありますか。
医療センター	委員からご紹介いただいたので、コメントさせていただきます。おっしゃるように脳卒中、大腿骨近位部骨折のパスについては、診療報酬上点数がついたので、何とかやろうということで、保健所からも力入れていただきましたし、やっていたわけなんですけれども、なかなかやはり情報の共有というのが立ち位置が、急性期病院、今ではあるんですけど、そこから病診連携とか、介護施設というところになると、なかなか難し

	かったというのが、本当に感想です。先生がおっしゃるアドバンスケアプランニングについては、あくまで病院の考えてる、本当に緩和ケアのところで言うと、アドバンスの問題っていうことを考えていくことになるんですが、私どもの方で考えてる ACP というのは、やはり IC、インフォームドコンセントに基づいた、患者さん、それから家族の人の要望を聞いていきながら、説明と同意を得ながら進めていくという意味で、ACP というのを考えておりまして、それは非常に重要なことではないかというふうに考えております。
委員	おっしゃるように、ACP に関しましては急性期の中ではなかなか難しいところがあるということは現場の方から聞いています。でもやはり連携という形では、看護サマリーなどでの意志や要望をつなげていくところからまずスタートしていくということで、それぞれの地域でやり始めており、訪問看護ステーション協会との繋がりをつなげていくということでは、少しずつ進んでるところになりますので、今の東大阪の取り組みに関しては非常によろしいかなと思って評価させていただいております。以上です。
委員長	いろいろご意見いただきましたので、これもまたご参考にしていただいて、今後取り組んでいただければいいと思います。ただいま言われました意見等を踏まえまして、評価結果報告書（案）を市長に提出する形にさせていただきます。よろしくお願いします。
	<評価結果報告書（案）及び意見書について各委員の了承を得た>
事務局	【令和 7 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】
事務局	【議事（3）その他】 資料 9 について、事務局から説明
院長	（院長就任挨拶）
事務局	（閉会挨拶）
事務局	（閉会）