# 地方独立行政法人市立東大阪医療センター

# 令和７年度の業務実績に関する評価結果報告書

令和８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 ・・・・ 21

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 ・・・・ 24

2　患者満足度の向上 ・・・・ 53

3　信頼性の向上と情報発信 ・・・・ 59

4　地域医療機関等との連携強化 ・・・・ 66

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 ・・・・ 72

2　人材の確保と育成 ・・・・ 79

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 ・・・・ 92

2　収入の確保 ・・・・ 94

3　費用の節減 ・・・・ 97

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 ・・・・ 100

2　施設整備に関する事項 ・・・・ 102

第6 予算（人件費の見積もりを含む。）、収支計画及び資金計画 ・・・・ 104

第7 短期借入金の限度額 ・・・・ 104

第8 出資等に係る不要財産の処分に関する計画 ・・・・ 104

第9 第8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 ・・・・ 104

第10 剰余金の使途 ・・・・ 105

第11 料金に関する事項 ・・・・ 105

第12 地方独立行政法人市立東大阪医療センターの業務運営に並びに財務及び会計に関する規則で定める業務運営に関する事項 ・・・・ 106

（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 ・・・・ 107

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 ・・・・ 109

# 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７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７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7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。」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、大阪府基準の高度急性期病床数を大幅に増やしたこと、ハイケアユニット開設の準備を進めたこと、24時間365日の心臓ホットライン体制を再開したこと、消防局救急ワークステーション開設に向けた準備を進めたこと、中河内救急救命センターと連携して「両センター連携運営CFT」を立ち上げたこと、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をはじめとする働きやすい職場環境の整備を進めたこと等について評価した。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 | 12 | 1 | | 19 | 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 | | 4 | 4 | | | 8 | 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 | A |
| 合計 | 0 | 12 | 18 | 4 | 0 | 34 | |

※上表の数字は、ウエイト項目の項目数を２倍で算定し、他の項目と合計した数字を表記

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、第1期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概ね達成した」と評価した。

令和3年4月から令和7年3月までの第2期中期目標期間においては、第1期中期計画期間に整備した経営基盤を土台に、さらなる効率的な病院運営を行い、長期的に安定した経営基盤確立を目指し、第2期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概ね達成した。」と評価した。

令和7年4月より第3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、さらなる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2期中期目標より継続する指標については第2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)　地域医療構想を踏まえた役割の明確化　大阪府基準の高度急性期病床数を大幅に増やしたこと。ハイケアユニット開設の準備を進めたこと。24時間365日の心臓ホットライン体制を再開したこと。

(2)　救急医療　救急外来の拡充や消防局救急ワークステーション開設に向けた準備を進めたこと。

(3)　がん医療　がん手術件数、がん放射線治療新患数が計画目標値を上回ったこと。がんゲノム医療連携病院として、遺伝子パネル検査を増やす取組みや人材育成、がんに関する相談支援体制の充実を図ったこと。

(4)　災害時医療　中河内救急救命センターと連携した職員への災害訓練を行い、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。

(5)　院内環境の快適性の向上　一部未実施となったが、順次改修整備を進めていること。新たな試みとして、高校生のボランティアを受け入れたこと。

(6)　情報発信・個人情報保護　研修や合同災害訓練のショート動画の公開、広報誌の創刊等、多角的に発信する体制を新たに構築したこと。

(7)　地域医療支援病院としての機能強化　登録医総会、かかりつけ医アンケート、研修会の実施等により、紹介患者数の増加に努め、計画目標値を達成したこと。

(8)　地域包括ケアシステム構築への貢献　地域医療支援病院運営会議を通じて連携の強化を図り、新たに消化器ホットラインを地域医療機関との間に構築したこと。

(9)　医療資源等の有効活用　ダビンチによる手術実施件数が前年度に比べて大きく増加したこと。次世代型システムへの更新を視野に入れて電子カルテシステムを更新したこと。放射線治療機器について、外部との画像共有を可能とするシステムを導入したこと。

(10)　人材の確保　医師数、看護師離職率が計画目標値を達成したこと。産休育休により不足がちとなる薬剤師についても増員したこと。

(11)　職員満足度の向上　時間外労働年720時間超えの医師数、有給休暇取得率が計画目標値を達成し、働きやすい職場環境の整備に努めたこと。

(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、経常損益は計画より3億円以上の悪化となったことから、経営改善に努められたいこと。

(13)　収入の確保　患者数減少により入院診療収益は減少して計画目標値を達成できなかったが、外来診療収益は増加して計画目標値を達成し、医療収益としては増収となった一方、経常損益は悪化したことから、さらなる増収に向けた取組みを検討されたいこと。

(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、経費削減に取り組んだこと。

(15)　中河内救命救急センターの運営　両センター間の連携強化のために新たに「両センター連携運営CFT」を立ち上げ、課題抽出と解決に向けた協議を開始したこと。

(16)　施設整備に関する事項　災害対策の強化に向けた設備インフラの更新について、当初のエネルギー棟増設によらない方策での基本設計を完了、実施設計に着手したこと。高度医療機器や電子カルテシステムの導入に際して計画を下回る金額で導入したこと。

　財務内容について、令和7年度は患者数減少により大幅に入院収益が減少したものの、外来収益の増加等により医業収益は約6千万円の増収となった。しかし、医療体制の充実に向けた看護師等の正職員増員や給与改定による人件費の増加、電子カルテの更新やリニアック稼働に伴う減価償却費の増加等により、営業費用は約14億円の支出増となった。また、営業外費用や消費全の増加等も影響し、約20億9千万円の経常損失となり、前年度と比較すると約8億9千万円収支が悪化し、2年連続の赤字運営となった。

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<br>特筆すべき進捗状況にある。 | A<br>計画どおり進んでいる。 | B<br>おおむね計画どおり進んでいる。 | C<br>やや遅れている。 | D<br>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)　地域医療構想を踏まえた役割の明確化 | | ◎ | | | |
| | (2)　救急医療 | | | ◎ | | |
| | (3)　小児医療 | | | | ○ | |
| | (4)　周産期医療 | | | ○ | | |
| | (5)　がん医療 | | | ◎ | | |
| | (6)　高度・専門医療 | | ○ | | | |
| | (7)　災害時医療 | | ○ | | | |
| | (8)　新興感染症への対応 | | | ○ | | |
| | (9)　その他の役割 | | ○ | | | |
| | 小計 | 0 | 5 | 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 | 1 | 1 | 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 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| 合計 | | 0 | 6 | 12 | 1 | 0 |
| 構成比率 | | 94.7% | | | 5.3% | |

※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<br>年度計画を大幅に上回って実施している。 | 4<br>年度計画を上回って実施している。 | 3<br>年度計画を順調に実施している。 | 2<br>年度計画を十分に実施できていない。 | 1<br>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）地域医療構想を踏まえた役割の明確化
高度急性期病床数の増加やハイケアユニット整備など、高度急性期医療の提供を担う施設としての取組みを着実に進めた。また、外来患者数は前年に比べて減少しているものの、消化器ホットラインの開設や２４時間３６５日の心臓ホットライン体制の再開、救急ワークステーションの開設準備、さらに救急患者連携搬送（下り搬送）などにより、地域の医療機関との連携強化と機能分化に努めた。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「４」とした。

● 1-（2）救急医療
全ての指標が計画目標値また令和６年度実績をわずかに下回ったが、搬送依頼件数そのものの減少が要因であり応需率は改善した。一方で救急外来の拡充に向け、消防局の救急ワークステーション開設に向けた準備を進めており、中河内救命救急センターとの連携については、新たな取組みとして「両センター連携運営ＣＦＴ」を開始した。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。

● 1-（3）小児医療
指標である小児科延入院患者数、小児科救急患者数について、救急車の応需強化や地域の開業医への渉外活動等、増加のために取り組んだものの、計画目標値を達成しておらず、小児救急患者数は目標値を大きく下回った。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「２」とした。

● 1-（4）周産期医療
全ての指標が計画目標値を達成しておらず、ハイリスク分娩件数は目標値を下回っているが、昨年度の実績を上回り、地域の分娩機関としての実績を伸ばしている。紹介患者の受入れ対応や中河内救命救急センターと連携した超緊急帝王切開の実施などの取り組みを進めている。
以上より、評価を「３」とした。

● 1-（5）がん医療
４つの指標のうち、がん手術件数、がん放射線治療新患数は計画目標値を上回り、がん外来薬物療法（化学療法）延患者数も概ね計画目標値を達成した。院内がん登録数は計画値を達成できなかったが、がんゲノム医療連携病院として、遺伝子パネル検査を増やす取組みや人材育成、がんに関する相談支援体制の充実を図った。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。

● 1-（6）高度・専門医療
８つの指標のうち、５つが計画目標値を達成、３つが未達成となった。糖尿病の指標である教育入院件数と精神疾患の指標である抗アミロイドβ抗体薬導入件数は倍増以上となった。脳ホットライン受入件数については計画目標値を達成できなかったものの前年度比では増加しており、また２４時間３６５日心臓ホットライン体制を再開した。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「４」とした。

● 1-（7）災害時医療
指標である災害関連マニュアルの点検・見直しや中河内救命救急センターと連携した合同災害訓練については実施しており、日本ＤＭＡＴ隊員の養成・維持、災害支援ナースの養成・維持についても計画目標値を上回った。また、中河内救急救命センターとは合同災害訓練以外にも各種訓練を実施し、中河内の協力病院等との連携のための企画を新たに試みた。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「４」とした。

● 2-（2）院内環境の快適性の向上
指標のうち、周産期の病室の簡易個室化は一旦保留、未実施となっているものの、その他の改修整備については順次進めている。またボランティアとして高校生を受け入れるという新たな試みを実施した。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価は「３」とした。

● 3-（2）情報発信、個人情報保護
指標である個人情報保護研修は実施しており、情報発信に関しては研修や合同災害訓練のショート動画の公開、広報誌の創刊等、多角的に発信する体制を新たに構築した。
以上より、法人の評価のとおりとし、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
６つの指標のうち、４つは実施・計画目標値を上回って達成、１つが未達成となった。逆紹介患者数については算定方法を変更しているため、計画目標値の見直しも含めた適正な評価が今後の検討課題である。
以上より、法人の評価のとおりとし、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）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<br>特筆すべき進捗状況にある。 | A<br>計画どおり進んでいる。 | B<br>おおむね計画どおり進んでいる。 | C<br>やや遅れている。 | D<br>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)　内部統制 | | | ○ | | |
| | (2)　医療資源等の有効活用 | | | ◎ | | |
| | 小計 | 0 | 0 | 3 | 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 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| 合計 | | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| 構成比率 | | 100.0% | | | 0.0% | |

※ウエイト設定した小項目は◎で表記し、項目数を「２」としている

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 小項目評価結果 | 5<br>年度計画を大幅に上回って実施している。 | 4<br>年度計画を上回って実施している。 | 3<br>年度計画を順調に実施している。 | 2<br>年度計画を十分に実施できていない。 | 1<br>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）内部統制
３つの指標は全て達成している。リスクマネジメントにおいて、個人情報保護やコンプライアンス、各種ハラスメント対策など、内部・外部にも働きかけを行っている。外部通報窓口については、見直しを行い、さらにコンプライアンスに対しての法的な対応力強化のために弁護士を非常勤で雇うための準備を講じた。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。

● 1-（2）医療資源等の有効活用
患者数の確保に苦労しており、受入れのための施策を講じたものの手術件数等も前年度を下回ることとなった。ただ、ダビンチによる手術実施件数は前年度より大きく増加した。また、電子カルテシステムについて、将来的な次世代型システムへの更新を視野に入れ、カスタム化を極力抑えた更新を行った。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。

● 2-（1）人材の確保
指標である医師数、看護師離職率については計画目標値を達成しており、産休育休により不足がちとなる薬剤師について増員し、事務職も２名増員した。また、人員配置についてはコマンドセンター導入により、看護師の適正配置につなげた。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「４」とした。

● 2-（2）人材の育成
指標のうち、指導医の延数は計画目標値をわずかに達成できなかったものの前年度比では増加し、新規取得数は計画目標値を達成した。もう１つの指標である診療看護師、専門・認定看護師、認定看護管理者、特定行為看護師の数は計画目標値を達成した。また、ジョブローテーションの実施や学会・研修会への参加促進等、職種に応じた人材育成を行った。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「４」とした。

● 2-（4）職員満足度の向上
指標は全て計画目標値を達成または上回った。また、職員満足度調査で収集した課題を所属長にフィードバックして改善を促し、専門性向上のための「資格業務手当」を継続した。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「４」とした。

第４　財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置

（１）評価結果　C　中期目標・中期計画の実現のためにはやや遅れている。

| 評価結果 | S<br>特筆すべき進捗状況にある。 | A<br>計画どおり進んでいる。 | B<br>おおむね計画どおり進んでいる。 | C<br>やや遅れている。 | D<br>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<br>経営基盤の確立 | | | | | ○ | |
| | 小計 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 2<br>収入の確保 | | | | | ◎ | |
| | 小計 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 3<br>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<br>年度計画を大幅に上回って実施している。 | 4<br>年度計画を上回って実施している。 | 3<br>年度計画を順調に実施している。 | 2<br>年度計画を十分に実施できていない。 | 1<br>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
指標について、経常収支比率、医業収支比率ともに計画を達成できず、経常損益は予算より３億円以上、前年度比で約８億９千万円の悪化となった。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「２」とした。

● 2 収入の確保
指標について、入院診療提供額は計画目標値を達成しなかったが、外来診療提供額は計画目標値を上回り、医業収益としては約６千万円の増収となった。新規加算算定のための人員配置や医学管理料の算定漏れ防止のための運用フローの見直し、室料差額や文書料の見直しを実施した。また未収金についても発生防止と発生した未収金への対応に取り組んでいるものの、令和７年度は前年度より収支悪化する結果となった。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「２」とした。

● 3 費用の節減
指標である修正医業収益対人件費比率、材料費比率、経費比率はすべて計画目標値を下回ったが、後発薬品への切り替えや医療機器の調達におけるベンチマークによる価格交渉、医薬品の一括調達等により材料費や経費削減に引き続き取り組んだ。
以上より、法人の評価のとおりとし、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　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<br>特筆すべき進捗状況にある。 | A<br>計画どおり進んでいる。 | B<br>おおむね計画どおり進んでいる。 | C<br>やや遅れている。 | D<br>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<br>中河内救命救急センターの運営 | | | | ○ | | |
| | 小計 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 2<br>施設整備に関する事項 | | | ◎ | | | |
| | 小計 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | | 0 | 2 | 1 | 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<br>年度計画を大幅に上回って実施している。 | 4<br>年度計画を上回って実施している。 | 3<br>年度計画を順調に実施している。 | 2<br>年度計画を十分に実施できていない。 | 1<br>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
大阪府・東大阪市との協議により、令和9年度以降については指定管理を継続することとなったが、両センター間の連携強化のために新たに「両センター連携運営ＣＦＴ」を立ち上げ、課題抽出と解決に向けた協議を開始した。また、事業運営に関し、中河内救命救急センターも収支悪化を見越して、早期に大阪府への報告と調整を依頼することにより、年度末の補正予算を受けるに至った。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価は「３」とした。

● ２　施設整備に関する事項
施設改修等にあたり、社会情勢の影響を受けた資材調達の遅れ等により年度内に終了しなかった改修工事があった。一方で災害対策について、当初のエネルギー棟増設によらない方策での基本設計を完了、実施設計に着手しており、高度医療機器や電子カルテシステムの導入に際して計画を下回る金額で導入した。
以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。

２　小項目評価

（１）地方独立行政法人市立東大阪医療センターの概要

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、温かいご支援を賜り、心より感謝申し上げます。

市立東大阪医療センターは、中河内医療圏の地域医療支援病院として、「誠実な医療を地域の人々に」を理念に掲げ、市民の皆さまが住み慣れた地域で安心して高度な医療を受けられるよう、日々努めております。

令和７年度は、新入院患者数 15,290 人（前年度比 304 人減）、延べ入院患者数 150,653 人（前年度比 5,711 人減）、延べ外来患者数 215,119 人（前年度比 2,581 人減）、年間総手術件数 7,559 件（前年度比 88 件減）となりました。

患者数や手術件数の一部指標は前年度を下回りましたが、全身麻酔手術件数、緊急手術件数、心臓カテーテル治療件数、化学療法実施件数、心臓・胸部大血管手術件数は増加し、急性期充実体制加算の施設基準を達成することができました。また、救急医療においては、救急隊からの搬送依頼件数が減少するなかでも、救急搬送の応需率は 77.3％となり、前年度を 8.6 ポイント上回りました。

これらは、当センターが地域における高度急性期・急性期医療の中核病院として、医療機能の強化に取り組んできた成果であると考えております。

一方で、全国の公立病院と同様に、当センターを取り巻く経営環境は依然として厳しい状況にあります。人件費や物価の上昇、医療需要の変化などに対応しながら持続可能な医療提供体制を維持するためには、医療の質の向上と経営改善の両立が不可欠です。今後も効率的な病院運営に努めながら、中河内二次医療圏における中核病院として求められる機能を強化するため、令和７年度より始まった第３期中期計画のもと、以下の取り組みを行いました。

地域医療支援病院として、かかりつけ医や地域医療機関との連携を強化すべく、消化器ホットラインの開設や心臓ホットラインの 24 時間 365 日体制での運用再開など、緊急性の高い患者を迅速に受け入れる体制整備を進め、「断らない紹介医療」「断らない救急医療」を実践してまいりました。

さらに、整形外科領域における手術支援ロボットの導入、電子カルテシステムおよび各部門システムの更新を行うとともに、救急外来の拡充やＨＣＵ（ハイケアユニット）の整備に着手するなど、将来の地域医療需要を見据えた基盤整備にも取り組みました。

医療は一つの病院だけで完結するものではなく、地域の医療機関、介護・福祉施設、行政、そして市民の皆さまとの信頼と連携によって支えられています。当センターは、地域医療をつなぐ中核病院として、それぞれの役割を結び、必要な方に必要な医療を届ける使命を果たして

まいります。

これからも地域の皆さまの命と健康を守る最後の砦として、安全・安心で質の高い医療を提供するとともに、将来にわたり持続可能な地域医療体制の構築に取り組んでまいります。

今後とも、皆さまのご理解とご支援を賜りますよう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 8 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する。（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、以下の業務を行う。

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。

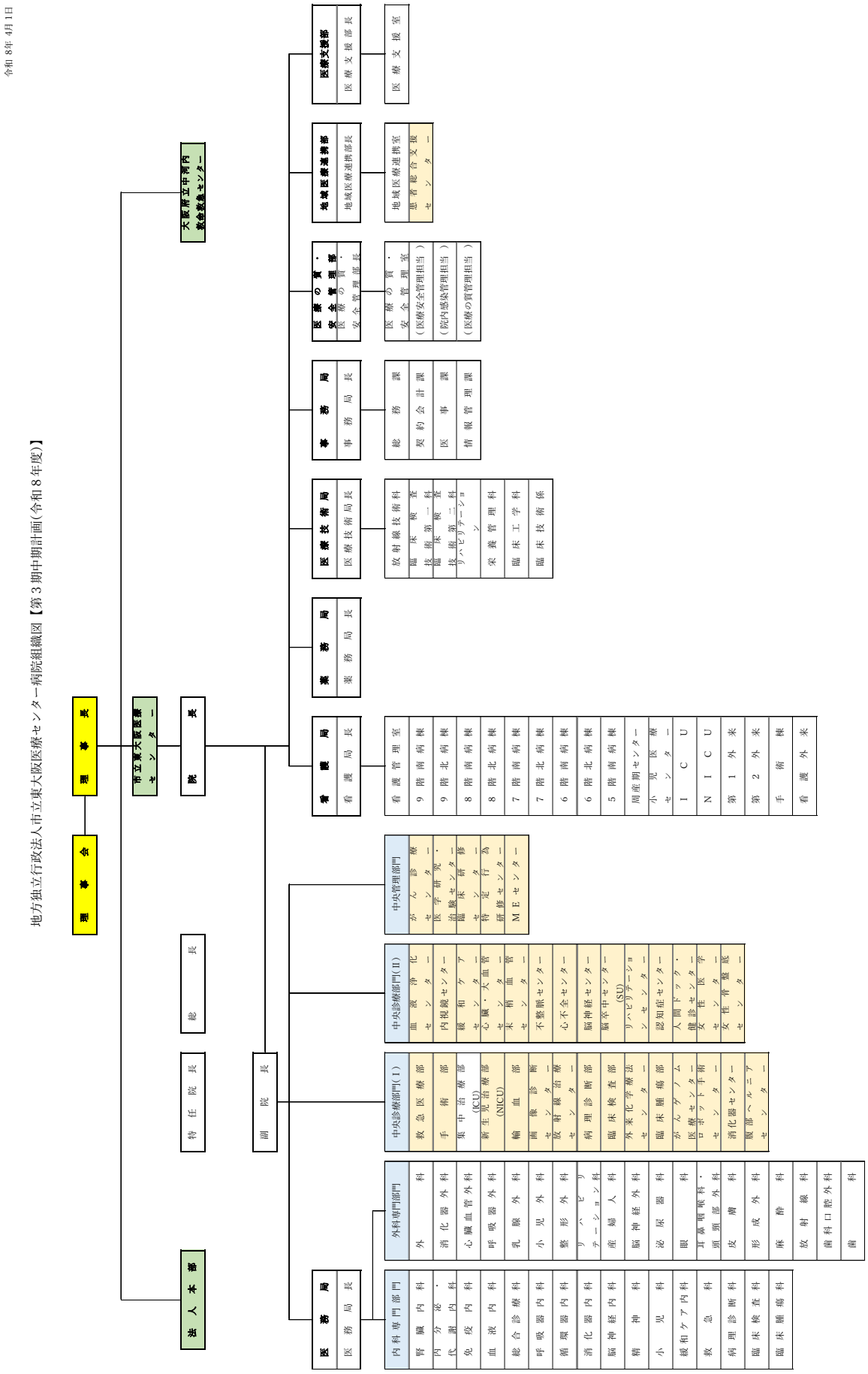
（3）沿革

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８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 8 年 3 月 31 日現在）

| 役職 | 氏名 | 任期 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 理事長 | 辻井　正彦 | 自　令和 3 年 4 月 1 日<br>至　令和 8 年 3 月 31 日 | |
| 副理事長 | 中　隆 | 自　令和 5 年 4 月 1 日<br>至　令和 8 年 3 月 31 日 | 市立東大阪医療センター院長 |
| 理　事 | 三田　英治 | 自　令和 7 年 4 月 1 日<br>至　令和 8 年 3 月 31 日 | 市立東大阪医療センター総長 |
| 理　事 | 嶋田　亘 | 自　令和 3 年 4 月 1 日<br>至　令和 8 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<br>至　令和 8 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<br>至　令和 8 年 3 月 31 日 | 安部麻記社会保険労務士事務所 |
| 理　事 | 松本　恭一 | 自　令和 7 年 5 月 1 日<br>至　令和 8 年 3 月 31 日 | |
| 監　事 | 岡本　好洋 | 自　令和 7 年 9 月 1 日<br>至　令和 10 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 7 年 9 月 1 日<br>至　令和 10 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 8 年 3 月 31 日において 935 名（前年比 69 名増加）。

（内訳）医師・歯科医師133名、看護職576名、医療技術職169名、
事務職57名（うち東大阪市からの派遣職員5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）

| | | R6実績 | R7実績 | 前年差 | 前年比率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 腎臓内科 | 新入院患者数 | 721 | 668 | ▲ 53 | 92.6% |
| | 延入院患者数 | 11,880 | 10,542 | ▲ 1,338 | 88.7% |
| 内分泌代謝内科 | 新入院患者数 | 277 | 321 | 44 | 115.9% |
| | 延入院患者数 | 4,182 | 4,211 | 29 | 100.7% |
| 免疫内科 | 新入院患者数 | 183 | 150 | ▲ 33 | 82.0% |
| | 延入院患者数 | 3,286 | 2,662 | ▲ 624 | 81.0% |
| 血液内科 | 新入院患者数 | 7 | 3 | ▲ 4 | 42.9% |
| | 延入院患者数 | 78 | 71 | ▲ 7 | 91.0% |
| 循環器内科 | 新入院患者数 | 1,222 | 1,321 | 99 | 108.1% |
| | 延入院患者数 | 12,441 | 11,969 | ▲ 472 | 96.2% |
| 消化器内科 | 新入院患者数 | 1,551 | 1,381 | ▲ 170 | 89.0% |
| | 延入院患者数 | 14,528 | 11,584 | ▲ 2,944 | 79.7% |
| 脳神経内科 | 新入院患者数 | 983 | 1,013 | 30 | 103.1% |
| | 延入院患者数 | 13,975 | 15,734 | 1,759 | 112.6% |
| 小児科 | 新入院患者数 | 2,174 | 2,237 | 63 | 102.9% |
| | 延入院患者数 | 9,593 | 8,706 | ▲ 887 | 90.8% |
| 消化器外科 | 新入院患者数 | 1,490 | 1,585 | 95 | 106.4% |
| | 延入院患者数 | 18,818 | 20,443 | 1,625 | 108.6% |
| 小児外科 | 新入院患者数 | 81 | 71 | ▲ 10 | 87.7% |
| | 延入院患者数 | 308 | 281 | ▲ 27 | 91.2% |
| 呼吸器外科 | 新入院患者数 | 357 | 334 | ▲ 23 | 93.6% |
| | 延入院患者数 | 3,209 | 3,196 | ▲ 13 | 99.6% |
| 乳腺外科 | 新入院患者数 | 172 | 189 | 17 | 109.9% |
| | 延入院患者数 | 1,253 | 1,542 | 289 | 123.1% |
| 整形外科 | 新入院患者数 | 728 | 767 | 39 | 105.4% |
| | 延入院患者数 | 10,753 | 10,538 | ▲ 215 | 98.0% |
| 脳神経外科 | 新入院患者数 | 378 | 352 | ▲ 26 | 93.1% |
| | 延入院患者数 | 7,162 | 6,571 | ▲ 591 | 91.7% |
| 形成外科 | 新入院患者数 | 141 | 150 | 9 | 106.4% |
| | 延入院患者数 | 2,111 | 1,948 | ▲ 163 | 92.3% |
| 眼科 | 新入院患者数 | 890 | 916 | 26 | 102.9% |
| | 延入院患者数 | 3,528 | 3,514 | ▲ 14 | 99.6% |
| 泌尿器科 | 新入院患者数 | 1,274 | 1,124 | ▲ 150 | 88.2% |
| | 延入院患者数 | 10,730 | 9,893 | ▲ 837 | 92.2% |
| 産婦人科 | 新入院患者数 | 615 | 700 | 85 | 113.8% |
| | 延入院患者数 | 5,592 | 5,655 | 63 | 101.1% |
| 耳鼻咽喉科 | 新入院患者数 | 688 | 581 | ▲ 107 | 84.4% |
| | 延入院患者数 | 4,888 | 4,040 | ▲ 848 | 82.7% |
| 皮膚科 | 新入院患者数 | 259 | 239 | ▲ 20 | 92.3% |
| | 延入院患者数 | 2,919 | 2,399 | ▲ 520 | 82.2% |
| 口腔外科 | 新入院患者数 | 672 | 650 | ▲ 22 | 96.7% |
| | 延入院患者数 | 3,196 | 2,734 | ▲ 462 | 85.5% |
| 心臓血管外科 | 新入院患者数 | 269 | 260 | ▲ 9 | 96.7% |
| | 延入院患者数 | 4,918 | 5,182 | 264 | 105.4% |
| 緩和ケア内科 | 新入院患者数 | 248 | 278 | 30 | 112.1% |
| | 延入院患者数 | 7,016 | 7,238 | 222 | 103.2% |
| 総計 | 新入院患者数 | 15,594 | 15,290 | ▲ 304 | 98.1% |
| | 延入院患者数 | 156,364 | 150,653 | ▲ 5,711 | 96.3% |

2.外来患者数（新患数・延外来患者数）　　（単位：人）

| | | R6実績 | R7実績 | 前年差 | 前年比率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 内科 | 新患数 | 3,391 | 3,035 | ▲ 356 | 89.5% |
| | 延外来患者数 | 5,480 | 5,083 | ▲ 397 | 92.8% |
| 腎臓内科 | 新患数 | 260 | 305 | 45 | 117.3% |
| | 延外来患者数 | 5,922 | 5,711 | ▲ 211 | 96.4% |
| 内分泌代謝内科 | 新患数 | 302 | 335 | 33 | 110.9% |
| | 延外来患者数 | 8,028 | 9,088 | 1,060 | 113.2% |
| 免疫内科 | 新患数 | 170 | 201 | 31 | 118.2% |
| | 延外来患者数 | 8,308 | 8,372 | 64 | 100.8% |
| 血液内科 | 新患数 | 52 | 70 | 18 | 134.6% |
| | 延外来患者数 | 1,061 | 1,125 | 64 | 106.0% |
| 総合診療科 | 新患数 | 296 | 244 | ▲ 52 | 82.4% |
| | 延外来患者数 | 1,374 | 1,230 | ▲ 144 | 89.5% |
| 循環器内科 | 新患数 | 905 | 910 | 5 | 100.6% |
| | 延外来患者数 | 13,541 | 12,988 | ▲ 553 | 95.9% |
| 消化器内科 | 新患数 | 1,666 | 1,466 | ▲ 200 | 88.0% |
| | 延外来患者数 | 15,071 | 14,233 | ▲ 838 | 94.4% |
| 呼吸器内科 | 新患数 | 103 | 84 | ▲ 19 | 81.6% |
| | 延外来患者数 | 1,039 | 978 | ▲ 61 | 94.1% |
| 脳神経内科 | 新患数 | 911 | 914 | 3 | 100.3% |
| | 延外来患者数 | 10,660 | 11,624 | 964 | 109.0% |
| 精神科 | 新患数 | 216 | 184 | ▲ 32 | 85.2% |
| | 延外来患者数 | 4,433 | 4,289 | ▲ 144 | 96.8% |
| 小児科 | 新患数 | 5,029 | 4,261 | ▲ 768 | 84.7% |
| | 延外来患者数 | 14,148 | 13,069 | ▲ 1,079 | 92.4% |
| 消化器外科 | 新患数 | 420 | 470 | 50 | 111.9% |
| | 延外来患者数 | 13,189 | 13,491 | 302 | 102.3% |
| 小児外科 | 新患数 | 172 | 153 | ▲ 19 | 89.0% |
| | 延外来患者数 | 1,123 | 1,147 | 24 | 102.1% |
| 呼吸器外科 | 新患数 | 120 | 100 | ▲ 20 | 83.3% |
| | 延外来患者数 | 3,023 | 2,867 | ▲ 156 | 94.8% |
| 乳腺外科 | 新患数 | 396 | 341 | ▲ 55 | 86.1% |
| | 延外来患者数 | 6,411 | 6,281 | ▲ 130 | 98.0% |
| 整形外科 | 新患数 | 1,061 | 1,093 | 32 | 103.0% |
| | 延外来患者数 | 12,514 | 12,546 | 32 | 100.3% |
| 脳神経外科 | 新患数 | 364 | 281 | ▲ 83 | 77.2% |
| | 延外来患者数 | 4,060 | 3,853 | ▲ 207 | 94.9% |
| 形成外科 | 新患数 | 637 | 649 | 12 | 101.9% |
| | 延外来患者数 | 4,845 | 4,612 | ▲ 233 | 95.2% |
| 眼科 | 新患数 | 974 | 950 | ▲ 24 | 97.5% |
| | 延外来患者数 | 11,233 | 10,116 | ▲ 1,117 | 90.1% |
| 泌尿器科 | 新患数 | 941 | 817 | ▲ 124 | 86.8% |
| | 延外来患者数 | 16,743 | 15,436 | ▲ 1,307 | 92.2% |
| 産婦人科 | 新患数 | 1,160 | 1,053 | ▲ 107 | 90.8% |
| | 延外来患者数 | 11,858 | 11,630 | ▲ 228 | 98.1% |
| 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 | 新患数 | 1,369 | 1,308 | ▲ 61 | 95.5% |
| | 延外来患者数 | 7,981 | 6,901 | ▲ 1,080 | 86.5% |
| 皮膚科 | 新患数 | 1,033 | 1,080 | 47 | 104.5% |
| | 延外来患者数 | 10,877 | 10,875 | ▲ 2 | 100.0% |
| 放射線科 | 新患数 | 1,796 | 2,004 | 208 | 111.6% |
| | 延外来患者数 | 4,546 | 6,722 | 2,176 | 147.9% |
| 歯科 | 新患数 | 726 | 663 | ▲ 63 | 91.3% |
| | 延外来患者数 | 4,850 | 5,001 | 151 | 103.1% |
| 口腔外科 | 新患数 | 2,653 | 2,686 | 33 | 101.2% |
| | 延外来患者数 | 10,950 | 11,221 | 271 | 102.5% |
| 心臓血管外科 | 新患数 | 247 | 209 | ▲ 38 | 84.6% |
| | 延外来患者数 | 2,753 | 2,737 | ▲ 16 | 99.4% |
| 臨床腫瘍科 | 新患数 | 18 | 17 | ▲ 1 | 94.4% |
| | 延外来患者数 | 1,121 | 1,207 | 86 | 107.7% |
| 緩和ケア内科 | 新患数 | 287 | 310 | 23 | 108.0% |
| | 延外来患者数 | 558 | 676 | 118 | 121.1% |
| 総計 | 新患数 | 27,675 | 26,193 | ▲ 1,482 | 94.6% |
| | 延外来患者数 | 217,700 | 215,119 | ▲ 2,581 | 98.8% |

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8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 | 14,671 | 固定負債 | 9,676 |
| 有形固定資産 | 13,440 | 資産見返負債 | 250 |
| 無形固定資産 | 999 | 資産見返運営費負担金 | 1 |
| 投資その他の資産 | 232 | 資産見返補助金 | 154 |
| 流動資産 | 10,468 | 資産見返寄附金 | 0 |
| 現金預金 | 6,468 | 資産見返物品受贈額 | 95 |
| 医業未収金 | 3,532 | 長期借入金 | 4,320 |
| たな卸資産 | 117 | 移行前地方債償還債務 | 716 |
| 前払費用 | 51 | 引当金 | 4,385 |
| 未収収益 | 2 | 退職給付引当金 | 4,385 |
| 未収入金 | 217 | 資産除去債務 | 5 |
| 診療費損害未収入金 | 77 | 流動負債 | 5,039 |
| その他流動資産 | 4 | 一年以内返済予定長期借入金 | 1,080 |
| | | 一年以内返済予定移行前地方債償還債務 | 904 |
| | | 未払金 | 2,152 |
| | | 未払費用 | 8 |
| | | 未払消費税等 | 11 |
| | | 前受金 | 16 |
| | | 預り金 | 38 |
| | | 仮受金 | 1 |
| | | 引当金 | 829 |
| | | 賞与引当金 | 752 |
| | | 診療費損害引当金 | 77 |
| | | 負　債　合　計 | 14,715 |
| | | 純　資　産　の　部 | 金　額 |
| | | 資本金 | 750 |
| | | 資本剰余金 | 9,061 |
| | | 利益剰余金 | 613 |
| | | 純　資　産　合　計 | 10,423 |
| 資　産　合　計 | 25,138 | 負債純資産合計 | 25,138 |

（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場合がある。

②損益計算書（令和7年4月1日～令和8年3月31日）　（単位　百万円）

| 科　　目 | 金　　額 |
|---|---|
| 営業収益 | 22,052 |
| 医業収益 | 18,976 |
| 救命救急センター事業収益 | 1,868 |
| その他営業収益 | 1,208 |
| 営業費用 | 23,174 |
| 給与費 | 10,418 |
| 材料費 | 6,291 |
| 経費 | 3,143 |
| 研究研修費 | 49 |
| 減価償却費 | 1,329 |
| 救命救急センター事業費用 | 1,944 |
| 営業利益 | ▲ 1,123 |
| 営業外収益 | 148 |
| 営業外費用 | 1,193 |
| 営業外損失 | ▲ 1,045 |
| 経常利益 | ▲ 2,168 |
| 臨時利益 | 2 |
| 臨時損失 | 118 |
| 当期純損失 | ▲ 2,284 |

（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場合がある。

③純資産変動計算書（令和7年4月1日～令和8年3月31日）　（単位　百万円）

| 科　　目 | 金　　額 |
|---|---|
| 当期首残高 | 11,674 |
| Ⅰ　資本金の当期変動額 | 0 |
| Ⅱ　資本剰余金の当期変動額 | 1,033 |
| Ⅲ　利益剰余金（又は繰越欠損金）の当期変動額 | ▲ 2,284 |
| 当期変動額合計 | ▲ 1,251 |
| 当期期末残高 | 10,423 |

（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場合がある。

④キャッシュ・フロー計算書（令和7年4月1日～令和8年3月　（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 | ▲ 922 |
| Ⅱ　投資活動によるキャッシュ・フロー | ▲ 1,764 |
| Ⅲ　財務活動によるキャッシュ・フロー | 1,810 |
| Ⅳ　資金増加額 | ▲ 875 |
| Ⅴ　資金期首残高 | 7,343 |
| Ⅵ　資金期末残高 | 6,468 |

（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場合がある。

⑤行政サービス実施コスト計算書（令和7年4月1日～令和8年　（単位　百万円）

| 科　　目 | 金　　額 |
|---|---|
| Ⅰ　損益計算書上の費用 | 24,485 |
| Ⅱ　その他行政コスト | 0 |
| Ⅲ　行政コスト | 24,485 |

（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場合がある。

（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 | 22,569 | 21,990 | ▲ 579 |
| 医業収益 | 19,499 | 18,982 | ▲ 517 |
| 運営費負担金 | 730 | 733 | 3 |
| 救命救急センター事業収益 | 2,000 | 1,868 | ▲ 132 |
| その他営業収益 | 340 | 406 | 66 |
| 営業外収益 | 162 | 155 | ▲ 7 |
| 運営費負担金 | 46 | 44 | ▲ 2 |
| その他営業外収益 | 116 | 111 | ▲ 5 |
| 資本収入 | 2,740 | 4,600 | 1,860 |
| 運営費負担金 | 1,033 | 1,033 | 0 |
| 長期借入金 | 1,707 | 3,567 | 1,860 |
| その他資本収入 | 1 | 1 | 0 |
| 計 | 25,472 | 26,745 | 1,273 |
| 支出 | | | |
| 営業費用 | 22,761 | 22,754 | ▲ 7 |
| 医業費用 | 19,376 | 19,511 | 135 |
| 給与費 | 9,812 | 9,777 | ▲ 35 |
| 材料費 | 6,717 | 6,920 | 203 |
| 経費 | 2,778 | 2,765 | ▲ 13 |
| 研究研修費 | 69 | 50 | ▲ 19 |
| 救急救命センター事業費 | 1,982 | 1,944 | ▲ 38 |
| 一般管理費 | 1,403 | 1,299 | ▲ 104 |
| 営業外費用 | 82 | 71 | ▲ 11 |
| 資本支出 | 6,329 | 4,643 | ▲ 1,686 |
| 建設改良費 | 4,570 | 2,881 | ▲ 1,689 |
| 償還金 | 1,756 | 1,756 | 0 |
| その他資本支出 | 3 | 6 | 3 |
| その他の支出 | 0 | 21 | 21 |
| 計 | 29,172 | 27,489 | ▲ 1,683 |
| 単年度資金収支（収入-支出） | ▲ 3,700 | ▲ 744 | 2,956 |

（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場合がある。

＊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

（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まない。

（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る。

（３）上記数値は消費税等込みの金額である。

（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10年目となる令和7年度は、第3期中期計画初年度の年であり、新たな役員、幹部体制でスタートした。

全国の公立病院を取り巻く状況は総務省発表によると、令和6年度における公立病院の赤字割合は83.3%であり、そのうち500床以上の病院では92.3%が赤字であった。令和7年度も同様の状況が続くと見込まれているが、当医療センターも令和5年度より赤字に転じて以降、人件費の上昇、物価高騰の影響を受け、経営は益々厳しさを増している。

加えて、紹介患者数、救急搬送件数が減少するなどにより、令和7年度の入院・外来延べ患者数は前年度を下回った。

そのような状況下ではあるが、地域医療構想において位置づけられた高度急性期・急性期医療を担う医療機関としての役割を果すため、令和7年度においても高度医療機器の導入や、救急外来の改修、ハイケアユニットの整備などを推し進めた。

2．大項目ごとの主な取組み

第1 年度計画の期間

令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間とする。

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

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っている。令和7年度は看護師数確保により、大阪府基準の高度急性期病床数を大幅に増やし、また、令和8年度ハイケアユニット開設に向けた準備を着実に進めるなど、高度急性期医療の提供および医療の質向上の実現に取り組んだ。さらに消化器ホットラインを開設し、かかりつけ医からの相談・紹介への対応を強化するなど、地域医療連携の強化と機能分化にも努めた。心臓ホットラインの24時間体制再開、救急患者連携搬送の継続、令和8年度救急ワークステーション開設準備など、さらに役割の明確化を推し進めた。

救急医療については、搬送依頼件数の減少により救急搬送件数の達成率は 93.7%にとどまったが、引き続き「断らない救急医療」の実践に向け、救急外来拡充や救急ワークステーション開設の準備を着実に進めた。また、中河内救命救急センターと患者の相互紹介、転送を促進するための会議を開始するなど、両センターの連携強化による救急医療の充実に努めた。

小児医療、周産期医療については、延入院患者数や総分娩数が計画未達となった。

がん医療については、外来薬物療法は計画値をやや下回ったが、がん手術件数、がん放射線治療新患数は計画を大きく上回った。また、がんゲノム医療連携病院として遺伝子パネル検査を積極的に実施した。

高度・専門医療については、脳ホットライン、心臓ホットラインは可能な限り患者を受け入れ、心臓疾患に関しては、冠動脈インターベーション、心臓胸部大血管手術件数は計画を達成した。また、ＩＭＰＥＬＬＡ（心内留置型ポンプカテーテル）という新たな医療技術も導入した。糖尿病に関しては教育入院件数を倍増させ、精神疾患、高齢者医療に関しては、認知症ケ

ア加算算定件数、抗アミロイドβ抗体薬導入件数は計画を達成した。

災害時医療については、中河内救命救急センターと連携した合同災害訓練の実施、日本ＤＭＡＴ隊員や災害支援ナースの養成・維持も計画値を達成するなど、災害拠点病院としての機能維持、向上に努めた。

新興感染症への対応については、大阪府との新興感染症に係る協定に基づき、必要に応じて対応可能な状態を維持している。また、院内感染防止対策マニュアル等の見直し、手指衛生ライセンス制度による人材育成を実施した。

その他の役割について、引き続きがん検診や市民公開講座による疾病予防啓発を実施した。難病患者等入院診療延件数、臨床研究新規実施件数、障害者支援センター「レピラ」への紹介件数はいずれも計画値を超え、ＡＣＰ（アドバンス　ケア　プランニング）についても、新たに病棟でカンファレンスを実施し、患者・家族への啓発を実施した。

患者満足度の向上について、入院・外来患者満足度調査の結果、入院・外来ともに高い満足度を維持した。また、予定入院だけでなく、緊急入院患者に対しても包括的な支援ができるよう早期介入を行い、入院時支援実施件数を伸ばし、計画を達成した。

院内環境の快適性の向上については、病棟個室の改修、外来待合室の椅子のリニューアルなど計画に沿って順次進めている。また、ボランティアについては、新たに高校生を受け入れ、登録者数を増やすとともに、活性化につなげた。

医療の質・安全対策については、日本医療機能評価機構による期中の確認に対し、自己評価を実施・報告した。また、「説明と同意」（インフォームドコンセント）ついての見直し、さらに中河内医療安全対策連携協議会にて他の医療機関と相互評価を行った。計画指標である医療安全研修および感染対策研修の受講率は 100％を維持した。

情報発信については、新たに研修や合同災害訓練のショート動画を公開、新たな広報誌を創刊するなど、当センターの強みを多角的に発信した。個人情報保護に関しては、個人情報保護研修、情報セキュリティ研修を通じて啓発を行った。

地域医療支援病院としては、紹介患者数は計画達成、高額医療機器の共同利用の受託件数は計画をやや下回ったが前年より増加した。登録医総会、かかりつけ医アンケート調査、地域医療従事者向け研修会を計画どおり実施した。

地域包括ケアシステム構築への貢献としては、地域の医療機関や介護機関、ケアマネージャーと退院調整・退院前カンファレンスを行い、円滑な在宅支援を実践し、地域包括ケアシステムにおける役割を果たした。

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

内部統制については、法改正を受けカスハラ予防の啓発や、外部通報窓口の見直しを行い、さらにコンプライアンス強化に向け、令和 8 年度の非常勤弁護士採用の準備を行った。

医療資源等の有効活用について、病床稼働率、総手術件数などいずれの指標も計画値を下回ったが、新たに投資した高額医療機器に関して、ダビンチは婦人科手術の再開もあり、ほぼ計画どおりの実施件数となった。放射線治療機器（リニアック）、アミロイドＰＥＴでの新規患者数は計画値を超え、電子カルテシステムも重大なトラブルなく計画どおり更新した。

人材の確保に関しては、医師数は計画値を超え、看護師の離職率も 10％を下回り、計画を達成した。また、人材育成に関しても、専門・認定看護師、特定行為看護師などが前年度より 3 名

増加するなど計画を達成した。

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

外来収益の増収や国の補正予算で措置された物価上昇等に対する支援補助金などの増収要因はあったものの、患者数減少による入院収益の大幅な落ち込みにより、営業収益は計画を 3.3 億円下回り 220.5 億円となった。一方、給与費、材料費、その他経費において、いずれも人件費や物価の高騰により上昇し、営業費用は 231.7 億円となった結果、営業損益は 11.2 億円の赤字となった。さらに営業外損益を加えた経常損益は計画より 3.8 億円悪化し、21.7 億円の赤字となった。また、このような収支状況を反映し、経常収支比率、医業収支比率など、いずれの経営指標も計画未達となった。

今後は充実させた医療体制を活かし、高度医療を必要とする患者や救急患者を積極的に受け入れ、入院収益の回復を図るとともに、引き続き徹底した経費削減等の効率化を推進し、財務内容の改善に努める。

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、大阪府・東大阪市との協議により、令和 9 年度以降も指定管理を継続する方針となった。また、両センター間の連携強化のために新たに「両センター連携運営ＣＦＴ」を立ち上げ、連携強化を図った。患者数の減少により収益が悪化し、指定管理委託料の不足が予想されたが、早期に大阪府と調整を図ることで補正予算措置がなされた。

施設整備に関しては、人手や資材の不足などにより一部の事業が年度内に完了しなかったが、施設設備の長寿命化、美化、環境整備を目的に外来・病棟の改修工事を保全計画に基づき実施した。また、災害対策の強化に向けた設備インフラの更新事業についても基本設計を完了し、実施設計に着手した。

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）　地域医療構想を踏まえた役割の明確化

| 中期目標 | 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7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。<br><br>イ 地域医療について、圏域内完結率向上のために、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、地域包括ケアシステムを支える役割を担っていく。<br><br>ウ 外来診療においては、地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関として、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。 | 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。<br><br>イ 地域医療について、圏域内完結率向上のために、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、地域包括ケアシステムを支える役割を担っていく。<br><br>ウ 外来診療においては、地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関として、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。 | ア　新規採用看護師を概ね計画どおり確保できたことなどにより、大阪府の病床機能基準による高度急性期病床数において、年度計画を達成できた。<br>　ＨＣＵ病棟の整備にかかる実施設計を完了した。<br><br>イ　地域の医療機関（かかりつけ医等）との消化器ホットラインの開設や、消防隊と24時間365日対応する心臓ホットラインの再開、適切な救急患者連携搬送（下り搬送）などにより、圏域内完結率の向上、地域内医療の機能分化に努め、地域包括ケアシステムの推進を図った。<br><br>ウ　外来患者数は前年に比べ2,581人減少しているが、消化器ホットライン開設とその受付時間延長により、かかりつけ医からの相談、紹介を増やす取組みを拡充した。耳鼻咽喉科も令和8年度からの診療時間延長に向けた準備とかかりつけ医への広報活動を行った。 | ◎ | 4 | 4 | 高度急性期病床数の増加やハイケアユニット整備など、高度急性期医療の提供を担う施設としての取組みを着実に進めた。また、外来患者数は前年に比べて減少しているものの、消化器ホットラインの開設や２４時間３６５日の心臓ホットライン体制の再開、救急ワークステーションの開設準備、さらに救急患者連携搬送（下り搬送）などにより、地域の医療機関との連携強化と機能分化に努めた。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「４」とした。 |

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、課題解決に取組む。

エ　地域医療支援病院運営委員会や救急外来・時間外診療体制委員会の定期的な開催により、情報共有や課題解決に取り組んだ。
また、救急ワークステーション開設の準備を進め、令和8年4月に開設した。

機能別病床数及び今後検討している病床数

| | 2024年度実績 | 2025年度検討 | 2025年度実績 |
|---|---|---|---|
| 高度急性期病床 | 130 | 283 | 395 |
| 急性期病床 | 390 | 237 | 125 |
| 合計 | 520 | 520 | 520 |

前述の役割を担う高度な医療を提供する施設として、さらなる質の向上を目指し、以下の施設認定・施設基準の新規取得・継続に取り組んでいく。特に、ＤＰＣ特定病院認証を取得し、データに基づいた医療提供体制を強化することで、患者中心の医療の実現を目指す。また、高度急性期病床の増床に伴い、ハイケアユニットの整備を行う。

前述の役割を担う高度な医療を提供する施設として、さらなる質の向上を目指し、以下の施設認定・施設基準の新規取得・継続に取り組んで いく。特に、ＤＰＣ特定病院認証を取得し、データに基づいた医療提供体制を強化することで、患者中心の医療の実現を目指す。また、高度急性期病床の増床に伴い、ハイケアユニットの整備を行う。

高度急性期病床数の増加やハイケアユニット整備など、高度急性期医療の提供を担う施設としての取組みを着実に進めた。
なお、ＤＰＣ特定病院群の認定には至っていないが、令和8年6月からＤＰＣ係数が0.0683ポイントアップするなど、これまでの取組みが高度な医療提供や医療の質の向上につながった。

【新規取得、継続 、 高次を目指す施設認定】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|---|---|
| （国）地域がん診療連携拠点病院 | 指定 | 継続 | 継続 | 継続 |
| （国）がんゲノム医療連携病院 | 指定 | 継続 | 継続 | 継続 |
| （国）臨床研修病院（基幹型） | 指定 | 継続 | 継続 | 継続 |
| （国）特定行為研修指定研修機関 | 指定 | 継続 | 継続 | 継続 |
| （府）地域医療支援病院 | 指定 | 継続 | 継続 | 継続 |
| （府）災害拠点病院 | 指定 | 継続 | 継続 | 継続 |
| （府）地域周産期母子医療センター | 指定 | 継続 | 継続 | 継続 |
| （府）難病診療連携拠点病院 | 指定 | 継続 | 継続 | 継続 |
| （府）救急告示医療機関（二次救急） | 指定 | 継続 | 継続 | 継続 |
| 日本医療機能評価機構認定病院 | 指定 | 継続 | 継続 | 継続 |
| 卒後臨床研修評価機構認定病院 | 指定 | 継続 | 継続 | 継続 |
| ＤＰＣ（診断群分類包括評価）対象病院 | 標準病院群 | 特定病院群 | 特定病院群<br>（令和8年4月～） | 標準病院群 |

【新規取得、継続 、 高次を目指す施設基準・体制加算】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|---|---|
| 急性期充実体制加算 | 取得済 | 継続 | 継続 | 継続 |
| 医師事務作業補助体制加算１ | 25対1 | 15対１ | 20対１ | 25対１ |
| 急性期看護補助体制加算（25 対1）（看護補助5割以上） | 取得済 | 継続 | 継続 | 継続 |
| 医療安全対策加算１ | 取得済 | 継続 | 継続 | 継続 |
| 医療安全対策地域連携加算1 | 取得済 | 継続 | 継続 | 継続 |
| 感染対策向上加算１ | 取得済 | 継続 | 継続 | 継続 |
| 特定集中治療室管理料１ | 取得済 | 継続 | 継続 | 継続 |
| ハイケアユニット入院医療管理料１ | － | 取得 | 取得に向けた準備 | 取得に向けた準備 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | （自己評価理由）<br>高度急性期病床数の大幅増、ハイケアユニット整備の着実な推進など、高度急性期医療の提供、医療の質の向上を実現できた。<br>また、消化器ホットラインの開設、救急患者連携搬送（下り搬送）の継続などにより、地域の医療機関との連携強化と機能分化にも努めた。<br>さらに24時間365日心臓ホットラインの再開、救急ワークステーションの開設準備により、地域の医療機能分化における当センターの役割を明確化できたため「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）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。<br>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7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、２４時間３６５日体制で救急患者を受け入れる「断らない救急医療」を推進していく。救急医療のさらなる充実を図るため、以下の施設整備、体制構築（救急科医師の確保含む）を行う。<br><br>・救急外来（小児科外来を含む）の改修：救急患者の急増に対応するため、救急外来を全面改修し、診察室及び初療室を増設、また専用病床を新設する。小児患者への配慮として、キッズスペース等、温かみのある空間を提供する。<br><br>・救急患者用ＣＴ検査装置整備：救急外来に隣接してＣＴ検査装置を設置し、迅速な診断と治療を可能とする。 | ア 地域医療支援病院として、２４時間３６５日体制で救急患者を受け入れる「断らない救急医療」を推進していく。救急医療のさらなる充実を図るため、以下の施設整備、体制構築（救急科医師の確保含む）を行う。<br><br>・救急外来（小児科外来を含む）の改修救急患者の急増に対応するため、救急外来を全面改修し、診察室及び初療室を増設、また専用病床を新設 する。小児患者への配慮として、キッズスペース等、温かみのある空間を提供する。<br>・救急患者用ＣＴ検査装置整備：救急外来に隣接してＣＴ検査装置を設置し、迅速な診断と治療を可能とする。 | ア 救急搬送の受入件数、入院患者数は年度計画を未達かつ令和6年度実績をも下回ったが、救急搬送依頼件数が令和6年度に比べて減少したことが要因であり、応需率は改善している。<br>東大阪市消防局の救急ワークステーションの開設準備を順調に進め、令和8年4月に開設した。<br>また、救急外来の拡充に向けた設計業務、及びＣＴ検査装置の移設工事を完了した。 | ◎ | 3 | 3 | 全ての指標が計画目標値また令和６年度実績をわずかに下回ったが、搬送依頼件数そのものの減少が要因であり応需率は改善した。<br>一方で救急外来の拡充に向け、消防局の救急ワークステーション開設に向けた準備を進めており、中河内救命救急センターとの連携については、新たな取組みとして「両センター連携運営ＣＦＴ」を開始した。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ・患者動線への配慮：発熱患者・感染症患者と一般救急患者との動線が交差しないよう配慮する。<br><br>・東大阪市消防局との連携強化: 東大阪市消防局の救急ワークステーションを設置し、救急隊員の教育・訓練を支援するとともに、救急搬送患者の受け入れ体制を強化する。<br><br>・下り搬送体制の構築：救急患者の約半数をしめる軽症中等症患者、特に誤嚥性肺炎の高齢者に対して、救急専用病床を活用し、高度な医療が必要な重症患者へのベッドの空きを確保する。また、夜間に入院が必要な軽症中等症患者の適切な治療と、翌日又は3日以内の円滑な転院を促し、効率的な『下り搬送体制』を整備する。専門的な看護師や事務職を配置し、医師の負担を軽減することで、より効率的な医療を提供するとともに、地域の医療機関との連携を強化し、患者情報の共有やスムーズな転院手続きを行うことで、円滑な運用を目指す。 | ・患者動線への配慮：発熱患者・感染症患者と一般救急患者との動線が交差しないよう配慮する。<br>・東大阪市消防局との連携強化 東大阪市消防局の救急ワークステーションを設置し、救急隊員の教育・訓練を支援するとともに、救急搬送患者の受け入れ体制を強化する。<br><br>・下り搬送体制の構築：救急患者の約半数をしめる軽症中等症患者、特に誤嚥性肺炎の高齢者に対して、救急専用病床を活用し、高度な医療が必要な重症患者へのベッドの空きを確保する。また、夜間に入院が必要な軽症中等症患者の適切な治療と、翌日又は３日以内の円滑な転院を促し、効率的な『下り搬送体制』を整備する。専門的な看護師や事務職を配置し、医師の負担を軽減することで、より効率的な医療を提供するとともに、地域の医療機関との連携を強化し、患者情報の共有やスムーズな転院手続きを行うことで、円滑な運用を目指す。 | | | | | |

イ　中河内救命救急センターとの連携を深め、地域全体の救急医療を強化する。検査結果、治療経過、薬剤情報などをリアルタイムに共有し、円滑な患者搬送を実現する。医師の応援体制を構築し、人員不足時の医療提供を支援する。超急性期脳卒中や急性心筋梗塞、大動脈解離などの重症患者に対しては、医療センターで緊急対応する体制を強化し、産科周産期三次救急については、中河内救命救急センターにおいて、緊急対応体制を構築する。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|
| 救急搬送件数（件） | 7,334 | 7,400 | 6,932 | 93.7% |
| 救急搬送入院患者数（人） | 3,196 | 3,300 | 3,107 | 94.2% |
| 地域救急貢献率（%）（圏域内） | 13.5 | ＞13.5 | 12.7 | 94.1% |

イ　中河内救命救急センターとの連携を深め、地域全体の救急医療を強化する。検査結果、治療経過、薬剤情報などをリアルタイムに共有し、円滑な患者搬送を実現する。医師の応援体制を構築し、人員不足時の医療提供を支援する。超急性期脳卒中や急性心筋梗塞、大動脈解離などの重症患者に対しては、医療センターで緊急対応する体制を強化し、産科周産期三次救急については、中河内救命救急センターにおいて、緊急対応体制を構築する。

イ　中河内救命救急センターとの連携をより一層推進する目的で、両センター連携運営ＣＦＴを発足した。両センター間での患者紹介、転送などについて、実際の症例を挙げて、問題点や改善点などを検討している。

（自己評価理由）
救急搬送に関する指標は、搬送依頼件数の減少により93～94%の達成率となったが、救急外来の拡充や消防局救急ワークステーション開設に向けた準備を着実に進めることができた。
また、中河内救命救急センターとは両センター連携運営ＣＦＴを開始し、両センター間での患者紹介、転送を促進していることから、救急医療全体の評価としては「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
（3）小児医療

| 中期目標 | 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。 |
|---|---|

| 中期計画 | 令和7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 |
| 圏域における小児救急医療体制（輪番制）の中で小児地域医療センターとして中心的役割を担う。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。<br><br>・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。<br><br>・発熱児と非発熱児の動線に配慮した小児発熱外来・小児科外来を整備する。（現小児発熱外来周辺の改修） | 圏域における小児救急医療体制（輪番制）の中で小児地域医療センターとして中心的役割を担う。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。<br><br>・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。<br><br>・発熱児と非発熱児の動線に配慮した小児発熱 外来・小児科外来を整備する。（現小児発熱外来周辺の改修） | 小児救急患者の受け入れに関しては、救急車の応需を強化したが目標値に達することができなかった。一方、地域の開業医からの入院依頼増加のために、部長が地域の開業医に向けての渉外活動を行い、患者紹介状況を確認し、当院で受け入れを強化している疾患群を再認識して幅広い疾患に関する紹介を促した。その結果、延入院患者数は計画値には達しなかったものの、96.7%の達成率まで伸びた。 | | 2 | 2 | 指標である小児科延入院患者数、小児科救急患者数,について、救急車の応需強化や地域の開業医への渉外活動等、増加のために取り組んだものの、計画目標値を達成しておらず、小児救急患者数は目標値を大きく下回った。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、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。

・増加する児童虐待（ネグレクト含む）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。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 小児科延入院患者数（人） | 9,593 | 9,000 | 9,000 | 8,706 | 96.7% |
| 小児科救急患者数（人） | 5,681 | 6,500 | 6,500 | 4,500 | 69.2% |

・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（ネグレクト 含む）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。

（自己評価理由）
小児医療、小児救急医療に関する指標はいずれも計画未達となっているが、小児医療については、薬剤の進歩により入院が減少傾向であり、今回の評価は「2」とするが、小児救急患者数は感染症の流行の影響を受けやすいため、次期計画においては計画値の見直しも視野に入れたい。
なお、当センターが小児科専門医の基幹施設になるために、奈良医大に申請を行った。

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) 周産期医療

| 中期目標 | ア 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。<br>イ 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7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（産科危機的出血、妊婦心停止・死戦期帝王切開、超緊急帝王切開、新生児蘇生などへの緊急対応含む）を充実し、安心・安全な周産期医療を提供する。また、少産時代の妊産褥婦が求める快適な生活環境を提供し、母児同室における親子の生活リズムを整える一環として入院居室の簡易個室化による母子の療養環境を整える。 | ア 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（産科危機的出血、妊婦心停止・死戦期帝王切開、超緊急帝王切開、新生児蘇生などへの緊急対応含む）を充実し、安心・安全な周産期医療を提供する。また、少産時代の妊産褥婦が求める快適な生活環境を提供し、母児同室における親子の生活リズムを整える一環として入院居室の簡易個室化による母子の療養環境を整える。 | ア 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、紹介患者の受入れに対応してきた。総分娩数、ハイリスク分娩数ともに前年度実績を上回ったものの、計画値には達していない。中河内救命救急センターの協力を得て、超緊急帝王切開手術も実施したが、さらなる受入れ機能の向上のため、当直2人体制も見据え、産婦人科医の増員が不可欠と考える。<br>安心・安全な周産期医療提供として、産後ケアの拡充を行った。 | | 2 | 3 | 全ての指標が計画目標値を達成しておらず、ハイリスク分娩件数は目標値を下回っているが、昨年度の実績を上回り、地域の分娩機関としての実績を伸ばしている。紹介患者の受入れ対応や中河内救命救急センターと連携した超緊急帝王切開の実施などの取り組みを進めている。<br>以上より、評価を「３」とした。 |

イ 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、妊婦への虐待、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。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|
| 総分娩件数（件） | 380 | 450 | 416 | 92.4% |
| ハイリスク分娩件数（件） | 58 | 90 | 67 | 74.4% |
| 地域分娩貢献率（%）（圏域内） | 7.9 | 9.1 | 8.6 | 94.5% |

イ 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、妊婦への虐待、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。

イ　紹介していただいた患者はできる限り対応しており、引き続き連携と受入れ体制の強化を継続していく。

（自己評価理由）
総分娩数、ハイリスク分娩件数ともに前年度の実績を上回ったものの、計画達成には至っておらず、特にハイリスク分娩件数が計画を大きく下回ったため、評価は「2」とした。しかし、超緊急帝王切開も中河内救命救急センターの支援を受け実施するなど、前年度に引き続き連携して取り組むことができた。

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）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7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、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。<br><br>・圏域唯一の「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。<br><br>・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。 | 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。<br>・圏域唯一の「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。<br>・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。 | ア 概ね目標を達成できたが、院内がん登録件数が計画をかなり下回った。今後は当センターにおけるがん治療を広く周知する必要がある。<br><br>・大阪国際がんセンターや大阪大学医学部とは常に連携し各がん腫に対して取り組んでいる。<br>・当センターで行ったがん遺伝子パネル検査は49例で、患者の体の負担の少ないリキッドバイオプシーが増加傾向にある。リキッドバイオプシーは、3年以内に採取した組織標本が不要であり、状況に応じた判断が今後重要になる。<br>・人員確保・育成の点では、医師の増員には至っていない。また人事異動で院内のがん遺伝子パネル検査にかかわる事務員が減少し憂慮される。しかし、薬務局の2名が、がん遺伝子コーディネーター資格を取得し、今後も啓発活動を継続する。 | ◎ | 3 | 3 | ４つの指標のうち、がん手術件数、がん放射線治療新患数は計画目標値を上回り、がん外来薬物療法（化学療法）延患者数も概ね計画目標値を達成した。院内がん登録数は計画値を達成できなかったが、がんゲノム医療連携病院として、遺伝子パネル検査を増やす取組みや人材育成、がんに関する相談支援体制の充実を図った。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ・医師派遣に向けて経営幹部による大学への働きかけを強化するとともに、呼吸器については、呼吸器外科、臨床腫瘍科及び内科系医師により対応しつつ、肺がんに特化した呼吸器内科の再開を目指す。 | ・医師派遣に向けて経営幹部による大学への働きかけを強化するとともに、呼吸器については、呼吸器外科、臨床腫瘍科及び内科系医師により対応しつつ、肺がんに特化した呼吸器内科の再開を目指す。 | | | | | |
| ・手術支援ロボットについて、２台の効率的活用を図るとともに、現在実施している泌尿器、上部・下部消化管、婦人科領域に加え、呼吸器領域での実施に取り組む。 | ・手術支援ロボットについて、２台の効率的活用を図るとともに、現在実施している泌尿器、上部・下部消化管、婦人科領域に加え、呼吸器領域での実施に取り組む。 | | | | | |
| ・新たなリニアック導入で、これまでより難易度の高い照射が可能となり、患者負担の軽減と高単価の放射線治療を行う。 | ・新たなリニアック導入で、これまでより難易度の高い照射が可能となり、患者負担の軽減と高単価の放射線治療を行う。 | | | | | |
| ・分子標的薬や免疫チェックポイント阻害剤の増加により、抗がん剤治療は減る傾向にあるが、薬物療法の一定数の確保に努める。 | ・分子標的薬や免疫チェックポイント阻害剤の増加により、抗がん剤治療は減る傾向にあるが、薬物療法の一定数の確保に努める。 | | | | | |

・多職種からなる緩和ケアセンターが、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。

・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。

イ 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支援体制を実現する。

【指標】

・多職種からなる緩和ケアセンターが 、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。
・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。

イ　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上げ、患者と家族にとってより相談しやすい支援体制を実現する。

イ　がん相談支援センターにおいて、患者とその家族の悩みや不安を早期に把握し、必要な支援につなげる相談支援体制の充実を図った。相談窓口の周知やアウトリーチ活動による相談機会の拡大、がんに関する情報提供、患者会の開催等を通じて、相談しやすい環境づくりと支援体制の強化に取り組んだ。

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|
| がん手術件数（件） | 859 | 800 | 879 | 109.9% |
| がん放射線治療新患者数（人） | | 280 | 373 | 133.2% |
| がん外来薬物療法（化学療法）延患者数（人） | 4,342 | 4,200 | 4,127 | 98.3% |
| 院内がん登録件数（件） | 1,771 | 1,700 | 1,559 | 91.7% |

（自己評価理由）
がん手術件数、がん放射線治療新患数は計画を大きくクリアし、がん化学療法も概ね達成した。院内がん登録数のみ伸びなかったが、がんゲノム医療連携病院として、遺伝子パネル検査も増やし、人材育成も進めている。指標での計画値クリアが半々であったことから、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
（6）高度・専門医療

| 中期目標 | 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を中心とした高度で質の高い専門医療の提供に努めること。 |
|---|---|

| 中期計画 | 令和7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 |
| 圏域の中核病院として、５疾病のうち上述のがん医療以外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）及び超高齢社会における高齢者に対する治療を中心とした高度で質の高い専門医療を積極的に提供する。<br><br>ア 脳卒中等の脳血管疾患<br><br>・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。あわせて体制強化のための医師確保に努める。 | 圏域の中核病院として、５疾病のうち上述のがん医療以外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）及び超高齢社会における 高齢者に対する治療を中心とした高度で質の高い専門医療を積極的に提供する。<br>ア 脳卒中等の脳血管疾患<br>・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。 あわせて体制強化のための医師確保に努める。 | ア　脳卒中ホットラインによる搬送依頼に対しては、救急外来の状況が許す限り応需し、脳神経内科と脳神経外科が連携し、ｔ－ＰＡ、超急性期血栓回収、脳出血やくも膜下出血に対する血管内及び直達手術など、最適な急性期治療を昼夜を問わず実施した。<br>また、地域住民への啓発として市民講座も開催し好評を得た。 | | 4 | 4 | ８つの指標のうち、５つが計画目標値を達成、３つが未達成となった。糖尿病の指標である教育入院件数と精神疾患の指標である抗アミロイドβ抗体薬導入件数は倍増以上となった。脳ホットライン受入件数については計画目標値を達成できなかったものの前年度比では増加しており、また２４時間３６５日心臓ホットライン体制を再開した。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「４」とした。 |

・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。

・原因となる基礎疾患や血管障害の悪化因子を明らかにし、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。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|
| 脳ホットライン受入件数（件） | 277 | 280 | 233 | 83.2% |

イ　心筋梗塞等の心血管疾患

・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。あわせて体制強化のための医師確保に努める。

・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。

・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。

・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。
・原因となる基礎疾患や血管障害の悪化因子を明らかにし、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。

イ　心筋梗塞等の心血管疾患
・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。あわせて体制強化のための医師確保に努める。

・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。

・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。

イ　心臓胸部大血管担当医が1名増員となり心大血管手術件数は計画を達成した。
また、11月より循環器内科と心臓血管外科の医師で毎日院内当直するようになったことで、24時間365日心臓ホットライン体制を再開したことにより、循環器疾患の救急対応が強化され搬送件数も増加した。
また、緊急冠動脈インターベンションの件数についても計画を達成した。
・ＩＡＢＰ、ＰＣＰＳだけでなく2025年11月よりＩＭＰＥＬＬＡが導入され、内科外科一体となって取り組んだことで、重症急性冠症候群の治療が進歩した。

・弁膜症、冠動脈外科的治療の提供を継続してできている。また大動脈解離の緊急体制も、麻酔科、集中治療部とともに行えている。ＴＡＶＩの施設基準維持に努力している。

・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。

・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。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|
| 冠動脈インターベーション(PCI)(件) | 282 | 300 | 327 | 109.0% |
| 心臓胸部大血管手術件数（件） | 118 | 100 | 104 | 104.0% |

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して、市と連携し市民への広報等を通じて受診勧奨を行い、かかりつけ医での治療に繋げる。

・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。

・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。

・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。

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して、市と連携し市民への広報等を通じて受診勧奨を行い 、かかりつけ医での治療に繋げる。

・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。

ウ　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の入院数は倍増しており、計画を達成できた。共観患者においても必要な患者に関して薬剤調整を行っている。
腎、血管（特に下肢）において、紹介受診時ですでに進行している例が多く、周辺医療機関への啓発や透析予防、フットケアなどが必要である。
注射指導等を外来看護師が行っているが、看護師数と外来ブースが足りないため、週に2枠しか確保できず、現時点では枠増加は厳しい。

・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。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|
| 血糖コントロール不可例の教育入院件数（件） | 35 | 30 | 66 | 220.0% |
| 市民公開講座開催（年１回以上） | 実施 | 実施 | 未実施 | × |

エ 精神疾患

・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。

・認知症外来診療を引き続き脳神経内科及び精神科で行う。これまでの精神科での「もの忘れ外来」に加え、認知機能検査外来も開始し、アミロイドＰＥＴなど高度な画像診断の要件となる認知症機能検査を積極的に実施し、認知症外来診療を強化していく。

・依存症やその他の専門治療プログラムが必要な疾患など、医療センターで対応困難な場合には、対応可能な精神科施設を紹介する。

・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。

エ 精神疾患

・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。

・認知症外来診療を引き続き脳神経内科及び精神科で行う。これまでの精神科での「もの忘れ外来」に加え、認知機能検査外来も開始し、アミロイドＰＥＴなど高度な画像診断の要件となる認知症機能検査 を積極的に実施し、認知症外来診療を強化していく。

・依存症やその他の専門治療プログラムが必要な疾患など、医療センターで対応困難な場合には、対応可能な精神科施設を紹介する。

エ　令和7年度について年度途中の10月に医師1名が退職したため、外来患者数は目標を達成できなかった。認知症ケア加算については、退職医師とは無関係のため、目標を達成することができた。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|
| 外来延患者数（精神科）（人） | 4,433 | 5,000 | 4,289 | 85.8% |
| 認知症ケア加算算定の実績件数（件）※ | 7,319 | 7,500 | 7,844 | 104.6% |

※新たに開始したリエゾン加算との併算定不可のため件数は抑制される。

オ 高齢者医療
・超高齢社会において、今後も増加が予想される認知症及び軽度認知障害（ＭＣＩ）患者に対し、精神科による認知症外来診療（もの忘れ外来）、脳神経内科による認知症治療を積極的に行い、地域包括ケアシステムの一環としての多職種連携の推進を図る。

・軽度認知障害（ＭＣＩ）に対するアミロイドＰＥＴなど高度な画像診断機器によるアルツハイマー病早期診断、そのための認知機能検査外来（精神科）及び保険適用になった治療薬の抗アミロイドβ抗体薬投与についても積極的に行う。そのための精神科と脳神経内科の連携強化を図る。

オ 高齢者医療
・超高齢社会において、 今後も増加が予想される認知症 及び軽度認知 障害 ＭＣＩ）患者に対し、 精神科による認知症外来診療 （もの忘れ外来、 脳神経内科による認知症治療 を 積極的に行 い、 地域包括ケアシステムの一環としての多職種連携の推進を図る。
・軽度認知障害（ＭＣＩ）に対するアミロイド ＰＥＴ など高度な画像診断機器によるアルツハイマー病早期診断 、そのための認知機能検査外来（精神科） 及び保険適用になった 治療薬 の抗アミロイドβ抗体薬投与についても積極的に行う。そのための精神科と脳神経内科の連携強化を図る。

オ　当センターでは精神科・脳神経内科とも、それぞれ診療と治療を行っている。多職種連携・診療科内の役割分担により、認知症診療を円滑に行えている。認知症診療の要望は今後増加すると予測され、地域連携、地域の医療機関の協力を得る必要がある。
令和7年度の抗アミロイドβ抗体療法について精神科では、7例にレカネマブ（抗アミロイドβ抗体薬）の投与を開始した。既に投与中の患者を含めて軽微な副作用も含めて認めていない。脳神経内科においても2種類の抗アミロイドβ抗体薬で26例に投与を開始した。

・今後も増加することが予想される高齢者の大腿骨骨折に対し、対応のための強化を図る（最新の整形外科治療法の導入含む）。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|
| 抗アミロイドβ抗体薬導入件数 | 13(11-3月) | 15 | 33 | 220.0% |

・今後も増加することが予想される高齢者の大腿骨骨折に対し、対応のための強化を図る（最新の整形外科治療法の導入含む）。

・整形外科においてもロボット支援手術を開始した。

（自己評価理由）
脳ホットライン、心臓ホットラインは可能な限り受けている。心疾患に関しては、2025年11月よりＩＭＰＥＬＬＡ（心内留置型ポンプカテーテル）という新たな医療技術も導入した。
糖尿病に関して、他科の市民公開講座との関係で次年度実施となったが、教育入院は倍増している。
精神科は医師の退職により外来延患者数は計画未達ではあるが、認知症ケア加算算定件数は計画をクリアしている。
軽度認知障害（ＭＣＩ）について、脳神経内科と精神科の2科で扱っており、新たに導入されたアミロイドＰＥＴの件数は増え、抗アミロイドβ抗体薬導入件数も計画値を大きく上回っている。今回、計画達成数（5）が未達成数（3）を2上回っていることから、評価は「4」とした。

第２ 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
１ 医療センターとして担うべき役割
（7）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。<br>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7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）、水害時避難確保計画及び防火・防災管理に係る消防計画など災害関連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）、水害時避難確保計画及び 防火・防災管理に係る消防計画など 災害 関連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 中河内救命救急センターと連携した合同災害訓練を実施し、指揮命令系統、情報伝達手順、患者受入体制等の実効性を検証した。また、水害時避難確保計画に基づく避難訓練を実施し、浸水想定時における患者・職員の安全確保および避難誘導手順の確認を行った。さらに、消防計画に基づく消防避難訓練を計画的に実施し、初期消火、通報、避難誘導等の一連の対応手順について職員の理解と対応能力の向上を図った。 | | 4 | 4 | 指標である院内感染防止マニュアルの点検・見直し、新興感染症発生時のＢＣＰの点検・見直しは実施した。新興感染症について、前年度は大阪府・東大阪市から要請はなかったものの、必要に応じて対応可能な状態を維持している。<br>ＢＣＰについては見直しを一旦実施したものの根本的な見直しが必要となっている。また、救急外来の改装に伴う感染症患者の受け入れ体制の再考や感染対策の新規技術の導入等に取り組んだ。さらに東大阪市と連携し、感染症対策を実施した。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、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、圏域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）・災害支援ナースの養成と維持及び機能強化を図る。

イ 医療センター及び中河内救命救急センターで共同し、圏域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）・災害支援ナースの養成と維持及び機能強化を図る。

イ　地域の各機関と協力して災害時の医療体制の構築と連携方法を検討できるように、新たな試みとして、中河内の災害協力病院や消防署・保健所等との研修会を次年度に開催する計画を立て、その準備を行った。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|---|
| 災害関連マニュアル（ＢＣＰ、水害時避難確保計画、防火・防災管理に係る消防計画）の点検・見直し | 実施 | 実施 | 実施 |
| 中河内救命救急センターとの合同災害訓練の実施（１回/年） | 実施 | 実施 | 実施 |
| 日本ＤＭＡＴ隊員の養成・維持 | 14名 | 12名以上 | 15名 |
| 災害支援ナースの養成・維持 | 2名 | 2名以上 | 5名 |

（自己評価理由）
　中河内救命救急センターと連携した合同災害訓練をはじめ、各種訓練を計画的に実施している。災害関連マニュアルについても、毎年、見直しを実施している。また、次年度からは中河内の災害協力病院等との連携のための企画を新たに検討している。また、日本ＤＭＡＴ隊員や災害支援ナースの養成・維持についても計画値を超えていることもあり、評価は「4」とした。

第２ 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置
１ 医療センターとして担うべき役割
（8）新興感染症への対応

| | |
|---|---|
| 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7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 自治体立の地域中核病院として、また新興感染症に係る協定締結医療機関として、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 自治体立の地域中核病院として、また新興感染症に係る協定締結医療機関として、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、市民の期待に最大限応える体制を構築する。 | ア 大阪府・東大阪市からの要請を受ける準備は整っているが、令和７年度は要請はなかった。また、中河内救命救急センターとは、役割分担ができており、必要に応じて重症患者の転院を受けてもらう体制となっている。 | | 3 | 3 | 指標である院内感染防止マニュアルの点検・見直し、新興感染症発生時のＢＣＰの点検・見直しは実施した。新興感染症について、前年度は大阪府・東大阪市から要請はなかったものの、必要に応じて対応可能な状態を維持している。ＢＣＰについては見直しを一旦実施したものの根本的な見直しが必要となっている。また、救急外来の改装に伴う感染症患者の受け入れ体制の再考や感染対策の新規技術の導入等に取り組んだ。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。 |
| イ 既存の院内感染防止対策マニュアル及び新興感染症発生を想定したＢＣＰ（事業継続計画）を定期的に見直し、整備する | イ 既存の院内感染防止対策マニュアル及び新興感染症発生を想定したＢＣＰ（事業継続計画）を定期的に見直し、整備する。 | イ 院内感染防止対策マニュアルを令和7年12月に改訂。フローチャート更新と内服薬の変更を行った。ＢＣＰについては、これまでの策定必須が変更されていることもあり、根本的に見直しが必要だが、対応できてない。 | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 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　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を行い、入口や診察室を完全に区切る運用を継続している。また、救急外来の改修についても、感染症患者の受入体制について、感染部門が事前打ち合わせから介入し、感染症患者の受け入れが滞りなく行えるような体制整備に取り組んでいる。 | |
| エ 新型コロナウイルス及びその他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。 | エ 新型コロナウイルス 及びその他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。 | エ　新型コロナウイルス及びその他の新興感染症について、マニュアルや院内感染対策の見直しは継続して行えている。医療者、患者の感染対策として、洗浄作業が不要で飛散接触リスクの低い使い捨て便器のマセレーター、カテーテル感染を起こしにくいミッドラインカテーテルを新規で導入した。 | |
| オ 人材面において感染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・看護師の育成に取り組んでいく。 | オ 人材面において 感染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・看護師の育成に取り組んでいく。 | オ　常勤の呼吸器内科医の確保には至っていないが、感染制御に係る医師・看護師の育成は、定期的な教育研修や医療現場でのＯＪＴ（実地指導）を含め継続して行うことができた。特に一番重要な手指衛生についてはライセンス制度を導入しており、令和7年度は、260名の職員がこの制度に参加し、ライセンス取得ができた。 | |

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|---|
| 院内感染防止対策マニュアルの点検・見直し | 実施 | 実施 | 実施 |
| 新興感染症発生時BCPの点検・見直し | 実施 | 実施 | 実施 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | （自己評価理由）<br>　新興感染症については、大阪府との協定締結医療機関であり、必要に応じて対応可能な状態を維持している。院内感染防止対策マニュアルの見直しは継続して実施しているが、ＢＣＰについては、策定必須から変更されたこともあり、根本的な見直しが必要となっている。救急外来の改装に伴う感染症患者の受入体制の再考、感染対策の新規技術導入、感染制御に係る医師・看護師の育成を継続していることから評価を「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
(9) 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。<br>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。<br>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。<br>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7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<br>専門性の高い領域の市民検診（がん検診〔胃がん、子宮がん、肺がん、乳がん〕）、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。<br><br>【指標】 | ア 予防医療<br>専門性の高い領域の市民検診（がん検診〔胃がん、子宮がん、肺がん、乳がん〕）、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。 | ア がん検診を引き続き実施し、市民公開講座についても令和７年度は２回実施（主催）し、市民への疾病予防啓発に努めた。 | | 4 | 4 | 全ての指標について、実施または計画目標値を上回った。大阪府や東大阪市が主催する会議体に参加し、行政機関との連携を深めており、レピラの体制維持にも貢献した。また、ＡＣＰについても、病棟で新たにカンファレンスを実施し、患者・家族への啓発も実施した。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「４」とした。 |

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|---|
| 市民公開講座開催（年１回以上） | 実施 | 実施 | 実施（2回） |
| がん検診の実施 | 実施 | 実施 | 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）を安心して受けることができ、療養を継続できる体制を院内の難病診療委員会を中心として構築していく。その達成のため、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。

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）を安心して受けることができ、療養を継続できる体制を院内の難病診療委員会を中心として 構築していく。その達成のため、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。

イ　神経筋難病患者の早期診断、早期治療を円滑に行うことができている。
今後、パーキンソン病のデバイス治療や神経・筋免疫疾患の生物学的製剤など最新の治療を積極的に導入し、地域の訪問看護師や往診医などへ情報を発信する必要があると考える。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|
| 難病患者等入院診療延件数（件） | 2,108 | 2,200 | 3,282 | 149.2% |

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。

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。

ウ　令和7年度は臨床研究新規実施件数計画を達成できた。今後も引き続き臨床研究を積極的に実施していく。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|
| 臨床研究新規実施件数（件） | 90 | 60 | 72 | 120.0% |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| エ 保健福祉行政との連携<br><br>・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<br>・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を適切に図っている。<br>・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や東大阪市が主催する会議体に参加し、行政機関との連携を深め、地域の医療体制確保に努めた。 | | | | |
| ・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に対し積極的な紹介を継続する。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に対し 積極的な紹介を継続する。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）との連携を図り、継続して紹介を実施している。また、放射線技師の応援についても引き続き実施し、レピラの体制維持にも貢献している。 | | | | |
| ・国・大阪府・東大阪市が推奨する「人生会議（ＡＣＰ：アドバンス ケア プランニング）」について、啓発するとともに、医療従事者として必要なサポートを行えるよう院内教育も行っていく。 | ・国・大阪府・東大阪市が推奨する「人生会議（ＡＣＰ：アドバンス ケア プランニング） 」について、啓発 するとともに、医療従事者として必要なサポートを行えるよう院内教育も行っていく。 | ・病棟でＡＣＰ（アドバンス　ケア　プランニング）カンファレンスを行い、啓発にも努めた。また、院内研修の題材としてもＡＣＰを扱い、院内教育にも努めた。 | | | | |

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 令和7年度計画 | 令和7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） | 45 | 30 | 33 | 110.0% |

（自己評価理由）
がん検診、市民公開講座を実施し、予防・啓発に努めている。
難病患者等入院診療延件数、臨床研究新規実施件数、レピラへの紹介件数いずれも計画値を超えている。
ＡＣＰについても、新たに病棟でカンファレンスを実施し、患者・家族への啓発も実施している。
いずれも適切に実施、計画値も超えていることから「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
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。<br>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。<br>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。<br>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めること。<br>オ 高度急性期・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7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。<br>【指標】 | 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、外来患者満足度調査を1週間実施した。入院患者の満足度はやや低下、外来患者の満足度はやや上昇した。 | | 3 | 3 | ６つの指標のうち、４つは達成または計画目標値を上回り、２つは未達成となった。患者満足度調査について、全体として入院・外来ともに高い満足度を維持しており、職員患者等からの意見については、職員接遇研修の実施継続につなげた。<br>ただ、入退院支援実施件数は計画を大きく下回ることとなった。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。 |
| 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。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・家族から寄せられるご意見を真摯に受け止め、患者サービスと医療環境の向上に努めている。令和7年度のご意見は、89名の方から130件のご意見をいただいた。主なご意見の内訳は施設・設備関係が39件、謝意が33件、職員の接遇・態度関係が31件であった。 | | | | |

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 入院患者満足度＞90% | 達成（98.1） | 継続 | 継続 | 達成（96.7） | ○ |
| 外来患者満足度＞90% | 達成（96.0） | 継続 | 継続 | 達成（97.8） | ○ |

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|---|---|
| 職員接遇研修会開催（年2回以上） | 実施 | 継続 | 継続 | 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、薬剤師、管理栄養士、社会福祉士を配置し、入院前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）。

・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。

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、薬剤師、管理栄養士、社会福祉士を配置し、入院前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）。

・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。

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、医療ソ―シャルワーカー（ＭＳＷ）が連携して実施しており、療養環境について、適切な食事の提供や、正確な内服状況など退院支援につながる支援を行っている。また、入退院センターでは、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（面談）を救急外来や外来へ出向いて実施したことで、件数増加につながっている。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 入院時支援実施件数（件） | 7,334 | 7,500 | 7,500 | 8,384 | 111.8% |

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。

・患者満足度調査で実態を調査する。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 患者待ち時間アンケート（外来）＞80%（患者満足度調査項目） | 未達成（76.7） | 達成 | 達成 | 未達成（76.0） | × |

オ 上記のウと同様の入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師及び社会福祉士を配置し、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう支援する。

・入院後早期より長期入院や退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援看護師、社会福祉士及び関係職種（薬剤師、管理栄養士、理学療法士など）による退院支援計画書策定など、退院調整を行う体制を充実させる。

・入院患者に対して、地域かかりつけ医療機関や介護サービス事業所等との連携を推進した上で、社会福祉士及び退院支援看護師が介入し、早期退院または転院に向けて調整する。

エ 外来での院内滞在時間短縮のため、外来業務プロセス改革を継続して行う。
・患者満足度調査で実態を調査する。

オ 上記のウと同様の入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師及び社会福祉士を配置し、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう支援する。
・入院後早期より長期入院や退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援看護師、社会福祉士及び関係職種（薬剤師、管理栄養士、理学療法士など）による退院支援計画書策定など、退院調整を行う体制を充実させる。
・入院患者に対して、地域かかりつけ医療機関や介護サービス事業所等との連携を推進した上で、社会福祉士及び退院支援看護師が介入し、早期退院または転院に向けて調整する。

エ　外来患者満足度調査において待ち時間の満足度は76%で前年度より0.7ポイント低下した。内訳は診察では1.2ポイント低下、検査は4.3ポイント低下、会計は0.6ポイント上昇した。

オ　患者総合支援センターおよび地域医療連携室において、全入院患者に対し退院困難な要因に該当するものがあるかスクリーニングを行い、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・調整看護師や医療ソーシャルワーカー(ＭＳＷ)など多職種が連携し、支援してきたが目標達成に至らなかった。
8月から救急外来からの緊急入院に対し、ソーシャルハイリスクのスクリーニングを作成し、退院困難となる要因を把握し、早期介入することでより効果的、かつ円滑な退院支援の取組みを開始した。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 入退院支援実施件数（件） | 7,334 | 14,000 | 11,000 | 5,676 | 51.6% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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。 | 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。 | 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。直接対面による共同指導が標準体制として運用できている。今後も円滑な退院支援促進のため、必要時にはオンラインで支援できる環境は継続しておく。<br><br>（自己評価理由）<br>患者満足度調査においては、入院・外来ともに高い満足度を維持している。患者等のご意見に対しても真摯に受け止め、接遇への意見を受け、接遇研修の実施を継続している。<br>また、昨年に引き続き、緊急入院の患者に対しても、包括的な支援ができるよう早期介入を行い、入院時支援実施件数を伸ばしている。一方、入退院支援実施件数に関しては、退院困難な要因を有する患者への支援に注力しており、目標の数値には至らなかった。今後は計画値の見直しも検討が必要と思われる。以上の内容から評価は「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。<br>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。<br>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7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。<br><br>・病棟は有料個室及び、廊下・天井等の共有部分を改修する。外来は２階中待合いを中心に、各階の待合い場所を整備する。<br><br>・駐輪場の適正利用を推進し、利用状況に応じた運用を行う。<br><br>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。<br><br>・病棟は有料個室及び、廊下・天井等の共有部分を改修する。外来は２階中待合いを中心に、各階の待合い場所を整備する。<br><br>・駐輪場の適正利用を推進し、利用状況に応じた運用を行う。<br><br>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　病棟改修工事は、三角個室のリニューアル、天井、廊下、スタッフステーション床の補修を順次進めた。外来については、中待合室の椅子のリニューアル、外来エリアの医師ネームプレート、2階サービスカウンターの再整備を進めた。西側職員駐輪場の運用について検討を行った。<br><br>イ　患者・家族から寄せられるご意見を真摯に受け止め、患者サービスと医療環境の向上に努めている。令和7年度のご意見は、89名の方から130件のご意見をいただいた。主なご意見の内訳は、施設・設備関係が39件、謝意が33件、職員の接遇・態度関係が31件であった。 | | 3 | 3 | 指標のうち、周産期の病室の簡易個室化は一旦保留、未実施となっているものの、その他の改修整備については順次進めている。またボランティアとして高校生を受け入れるという新たな試みを実施した。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価は「３」とした。 |

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。

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。

ウ　ボランティア活動について、令和7年度より高校生の受入れを開始し、ボランティアの登録者数を増やすことができた。高校生の参加により多様な活動の幅を広げ、現任のボランティアの方々との交流も深まり良い雰囲気の中で、緩和ケア病棟の患者に寄り添うことができた。今後も、ボランティア活動の充実を図り、登録者数の増加に努める。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|---|---|
| 療養環境の改善1<br>1）周産期病室の簡易個室化 | 再検討<br>未実施 | 実施 | 実施 | 未実施 |
| 2）病棟の個室及び老化等共用部分の改修 | － | 実施 | 実施 | 実施中 |
| 3）外来待合の改修等整備 | － | 実施 | 実施 | 実施 |

（自己評価理由）
周産期の病室の簡易個室化は一旦保留としているが、その他の改修整備については、順次進めている。
また、ボランティアの受入れについては、高校生を受け入れるという新たな試みを実施し、活動の活性化にもつながっていることから、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。<br>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7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、<br>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。<br><br>イ 患者中心の医療を行う。<br><br>・各種の患者説明書及び同意書の整備<br><br>・インフォームド・コンセント（※）実施の徹底及び保存<br>※インフォームド・コンセント＝医療提供前の十分な説明と同意 | 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。<br><br>イ 患者中心の医療を行う。<br><br>・各種の患者説明書及び同意書の整備<br><br>・インフォームド・コンセント 実施の徹底及び保存<br>※インフォームド・コンセント＝ 医療提供前の十分な説明と同意 | ア　日本医療機能評価機構の期中の確認に対し、自己評価を実施し、報告を行った。<br><br>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、診療部門と協議を行い、見直し・更新を行った。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・保存することの重要性について、院内啓発を行っている。患者相談対応における第三者の適時・適切な介入に関しても、医療相談窓口と連携を継続しながら行うことができた。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ごとにできたが、ボトムアップを図るため、メディエーターの資格支援を強化していく。 | | 4 | 4 | 全ての指標が計画目標値を達成した。医療提供サービスにおける「説明と同意」について、診療部門と協議し、見直し・更新を行い、院内啓発を行った。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での連携を通じて患者安全に資する活動をした。また、カンファレンスを固定化することで、改善計画立案から職員全体への事案共有を一連で行える仕組みを構築し、虐待防止としてe-ラーニングによる研修を年２回実施した。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「４」とした。 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ・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）<br>※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、倫理監督監の任命）<br>※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 | | | | | |
| ウ 医療の質の向上を図る。<br><br>・チーム医療及びクリニカルパスの充実<br>・第三者による視点の活用（病院機能評価など）<br><br>・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<br><br>・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）<br>※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） | ウ 医療の質の向上を図る。<br>・チーム医療及びクリニカルパスの充実<br>・第三者による視点の活用（病院機能評価など）<br>・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<br>・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）<br>※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） | 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協議を継続して行うことができた。 | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 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。<br><br>・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。<br><br>・職員への積極的な情報発信及び研修企画<br>・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<br><br>・効果的な対策の企画と評価 | 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。<br>・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。<br>・職員への積極的な情報発信及び研修企画<br>・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<br>・効果的な対策の企画と評価 | 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で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みを自施設に還元することで患者安全に資する活動ができた。（令和７年度相互評価実績：中河内救命センター、喜馬病院、池田病院）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を構築することができた。（定期広報誌の発行） |
| オ 虐待防止（児童虐待、妊婦への虐待、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 虐待防止（児童虐待 、妊婦への虐待、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　虐待防止委員会が主催で、e-ラーニングによる研修を年2回実施し、啓発に取り組んだ。また、相談支援記録のテンプレート化や多職種での情報共有方法など、委員会で検討した。 |

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 医療安全研修受講率（%） | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0% |
| 感染対策（ＩＣＴ）研修受講率（%） | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0% |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | （自己評価理由）<br>機能評価については、期中の確認で、自己評価・報告を行った。<br>「説明と同意」について、診療部門と協議を行い、見直し・更新を行うとともに、カルテへの記録とその重要性について啓発を行っている。<br>また、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で毎年異なる施設との連携を行っている。<br>指標である医療安全研修および感染対策研修についても、受講率100％を達成したことからも評価は「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
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。<br>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7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。<br><br>・ホームページ・ＳＮＳ管理委員会を中心に、ホームページのリニューアルを行う。<br><br>・地域医療連携室を中心に、診療案内を充実させる。 | 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。<br><br>・ホームページ・ＳＮＳ管理委員会を中心に、ホームページのリニューアルを行う。<br>・地域医療連携室を中心に、診療案内を充実させる。 | ア　令和6年度に当センターウェブサイト（ホームページ）を全面的にリニューアルし、情報検索の容易性を高めるとともに、医療体制や医療技術、診療科の特徴など最新情報を網羅的に更新した。また、研修や合同災害訓練のショート動画を公開するなど、視覚的な情報発信を通じて院内活動の可視化を図った。さらに、広報誌「ねじねじ通信」を創刊し、救急・災害医療から高度急性期医療に至るまで、当センターの強みを多角的に発信する体制を構築した。 | | 3 | 3 | 指標である個人情報保護研修は実施しており、情報発信に関しては研修や合同災害訓練のショート動画の公開、広報誌の創刊等、多角的に発信する体制を新たに構築した。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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改正された個人情報保護法に基づき適切に対処し、信頼性の向上に努める。<br><br>・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。<br><br>・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、電子カルテシステム等のセキュリティ強化、バックアップ強化を行うとともに、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 患者の権利を尊重するとともに、個人情報保護について改正された個人情報保護法に基づき適切に対処し、信頼性の向上に努める。<br>・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。<br>・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、電子カルテ システム等のセキュリティ強化、バックアップ強化を行うとともに、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　全職員を対象に、行政機関等との情報連携における基本的な考え方や実務上の留意点について、具体的事例を用いた研修を実施したことで、日常業務において判断に迷いやすい情報提供の可否や範囲についての基礎知識が整理できた。これにより、改正個人情報保護法に基づく適切な対応力の底上げと、患者の権利尊重に向けた意識啓発の推進につながった。<br>また、令和7年9月の電子カルテ更新の際、「医療情報システムの安全管理に関するガイドラインVer6.0」に対応したセキュリティ（2要素認証の導入）等の強化を行うとともに、新規採用者オリエンテーション並びに全職員対象の情報セキュリティ研修を開催し、情報漏洩対策の重要性を周知した。 | | | | |
| 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。<br><br>・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。あわせてマイナ保険証の利用促進を引き続き行っていく。 | 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。<br>・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。あわせてマイナ保険証の利用促進を引き続き行っていく。 | ウ　デジタルサイネージを導入し、マイナ保険証の仕組みや利用方法について分かりやすく情報提供を行った。また、マイナ保険証確認ブースを増設し、窓口での案内や操作支援を強化したことで、利用促進につなげることができた。その結果、マイナ保険証の利用率は令和8年3月現在で73％となっている。保険請求については、一部紙による運用を見直し、オーダリングシステムへ変更したことで、請求業務の効率化とレセプト精度の向上を図った。 | | | | |

・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。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 個人情報保護研修 | 実施 | 継続 | 継続 | 実施 | ○ |

・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。

（自己評価理由）
令和6年度の医療センターウェブサイト（ホームページ）リニューアルに続き、研修や合同災害訓練のショート動画を新たに公開、広報誌「ねじねじ通信」の創刊、当センターの強みを多角的に発信した。
個人情報保護に関しても個人情報保護研修、情報セキュリティ研修を通じて啓発を行ったことから評価は「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 高度急性期・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。<br>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7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、また高度急性期・急性期医療を担う地域の中核病院として、圏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。<br><br>・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<br><br>・医療連携、特に下り搬送を含む退院調整機能及び退院時支援機能の強化<br><br>・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<br>・居宅、或いは介護施設等での療養の支援・情報提供の強化 | ア 地域医療支援病院として、 また 高度急性期・急性期医療を担う地域の中核病院として、圏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。<br>・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<br>・医療連携、特に下り搬送を含む退院調整機能及び退院時支援機能の強化<br>・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<br>・居宅、或いは介護施設等での療養の支援・情報提供の強化 | ア　紹介患者数は計画を達成しているが、逆紹介患者数は今年度より算定方法を変更したため大幅に減少している。共同利用の受託件数は前年度よりも増加したものの、計画値には至らなかった。今後も渉外訪問などを通じて地域の医療機関との連携を深めていく。 | ◎ | 3 | 3 | ６つの指標のうち、４つは実施・計画目標値を上回って達成、１つが未達成となった。逆紹介患者数については算定方法を変更しているため、計画目標値の見直しも含めた適正な評価が今後の検討課題である。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価は「３」とした。 |

・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

・高額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
・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。

・地域医療連携ネットワークシステムの導入を引き続き検討し、地域の医療機関との連携強化に取り組む。

・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
・高額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
・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。
・地域医療連携ネットワークシステムの導入を 引き続き検討し、地域の医療機関との連携強化に取り組む。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 紹介患者数（初診に限る）（人） | 19,049 | 21,000 | 18,500 | 18,667 | 100.9% |
| 逆紹介患者数（人）　※下の括弧内の数値は算定方法変更後の実績 | 47,762<br>(18,014) | 48,000 | 48,000 | —<br>(18,301) | — |
| 高額医療機器の共同利用の受託件数（件） | 3,073 | 3,400 | 3,400 | 3,279 | 96.4% |

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、共同診療や研修会に活用する。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、登録医総会、地域研修会、懇話会、連携会議等を通して顔の見える関係づくりや情報発信・共有を行う。

イ 各診療科医師と地域医療連携室で紹介件数の増加のために地域医療機関への訪問を定期的に行うとともに、地域医療支援病院運営委員会や地域医療機関へのアンケートなどを通して、ニーズ把握に努め、共同診療や研修会に活用する。
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、登録医総会、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 登録医総会、かかりつけ医アンケート、研修会については、予定通り実施した。引き続き計画を達成できるよう取組みを進めていく。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|---|---|
| 登録医総会実施（1回/年） | 実施 | 継続 | 継続 | 実施 |
| かかりつけ医アンケート調査実施（1回/2年） | 令和5年度実施 | 継続 | 継続 | 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 | 実施 |

（自己評価理由）
紹介患者数は計画達成、高額医療機器の共同利用についても前年度より増え、概ね計画値に近くなった。逆紹介については、算定方法を変えたことにより、計画値自体の見直しが必要と思われる。また、登録医総会、2年に一度実施のかかりつけ医アンケート調査、地域医療従事者向け研修会については、予定通り実施したことから評価は「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
(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。<br>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7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高度急性期・急性期病院としての役割を果たす。<br><br>・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。<br><br>・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サービス又は障害福祉サービスや退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービスについて患者支援（説明・指導・ケアプラン等の作成）、患者紹介を行う。 | 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 高度急性期・ 急性期病院としての 役割を果たす 。<br>・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。<br>・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サービス又は障害福祉サービスや退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービスについて患者支援（説明・指導・ケアプラン等の作成）、患者紹介を行う。 | ア　地域の中核病院として多職種連携を強化し、地域包括システムに貢献した。地域の医療機関や介護機関、ケアマネージャーと退院調整し、退院前カンファレンスを行い、円滑な在宅支援を実践した。また、病棟看護師による退院後訪問を開始し、切れ目のない支援体制を構築した。<br>急性期病院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た。目標達成には至らなかったが、引き続き推進していく。 | | 3 | 3 | 指標について、在宅療養担当医療機関等との退院時共同指導件数は計画値を達成しなかったものの、介護保険施設等の専門員との退院時連携指導のは計画値を上回っている。また新たに消化器ホットラインを地域医療機関との間に構築した。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ・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<br><br>・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。 | ・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。<br>・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、高度急性期・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。 | 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、高度急性期・ 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。 | イ　24時間365日受入れ体制の脳卒中ホットラインは継続運用し、今年から心臓ホットラインも24時間365日受け入れる体制を再構築した。<br>地域の医療機関からの消化器ホットラインも新たに構築し運用している。 | | | | |
| ・地域の他の病院との役割分担の中で、高度急性期・急性期を担う病院として、急変時の受入体制の構築について検討する。 | ・地域の他の病院との役割分担の中で、高度急性期・急性期を担う病院として、急変時の受入体制の構築について検討する。 | | | | | |

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し、さらに在宅療養後方支援病院となることを検討する。

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し、さらに 在宅療養後方支援病院となることを検討する。

ウ　急性期病院から在宅医療・保健・福祉サービスが切れ目なく提供されるように、在宅療養担当医療機関等への情報提供を積極的に行ったが、目標は達成できなかった。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7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） | 224 | 270 | 270 | 190 | 70.4% |
| 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（件） | 173 | 220 | 205 | 220 | 107.3% |

（自己評価理由）
地域の医療機関や介護機関、ケアマネージャーと退院調整・退院前カンファレンスを行い、円滑な在宅支援を実践し、地域包括ケアシステムにおける役割を果たした。また、地域医療支援病院運営会議を通じて、連携の強化を図り、さらに、新たに消化器ホットラインを地域医療機関との間に構築したことから、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
（1）内部統制

| | |
|---|---|
| 中期目標 | ア 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。<br>イ 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。<br>ウ 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。<br>エ 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7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 内部統制の基盤である統制環境として、病院の理念と基本方針を策定・浸透させる。<br><br>・当センターの理念及び基本方針を委託業者も含めた全職員に浸透させ、実践に向け一丸となって取り組む。 | ア 内部統制の基盤である統制環境として、病院の理念と基本方針を策定・浸透させる。<br><br>・当センターの理念及び基本方針を 委託業者も含めた全職員に浸透させ、実践に向け一丸となって取り組む。 | ア 当センターの理念と基本方針について、引き続き、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を実施し、市民・患者・職員（委託業者を含む）への周知を行い、浸透を図った。 | | 3 | 3 | ３つの指標は全て達成している。リスクマネジメントにおいて、個人情報保護やコンプライアンス、各種ハラスメント対策など、内部・外部にも働きかけを行っている。外部通報窓口については、見直しを行い、さらにコンプライアンスに対しての法的な対応力強化のために弁護士を非常勤で雇うための準備を講じた。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。 |
| イ 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、及び透明性を確保し、内部統制の仕組みが有効に機能しているかの点検・検証、その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 | イ 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、及び透明性を確保し 、内部統制の仕組みが有効に機能しているかの点検・検証、その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 | イ 経営・運営の公共性・公平性、及び透明性の確保については、以下の1）2）に、内部統制の構築・運用状況については以下の3)に記載した。また、第3期中期計画は公立病院経営強化プランとして位置づけされていることを受け、計画の変更については、事前に大阪府に確認のうえ行っている。 | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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。<br>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。<br>1）業務の公共性・公平性及び透明性等の確保<br>・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・事業実績は市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。<br><br>・診療科及び各部局毎の年度計画を策定し、月次実績及び収支状況は理事会に報告する。 | 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。<br>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。<br>1）業務の公共性・公平性及び透明性等の確保<br>・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・事業実績 は市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。<br>・診療科及び各部局毎の年度 計画を策定し、月次実績及び収支状況は理事会に報告する。 | 1）業務及び財務改善のＰＤＣＡサイクルとして、第2期中期目標期間の実績報告書及び令和6年度の実績報告書、財務諸表を作成し、監事監査、理事会を経て市に提出した。市の評価委員会での意見聴取、市議会への報告を経て、ウェブサイトへの公表を通じ、透明性を確保している。また、診療科及び各部局ごとの年度計画を別冊で策定し、部長ヒアリングを行い達成状況の確認や対策の検討を実施している。月次実績及び収支状況についても、毎月理事会に報告し、透明性の確保に努めている。 | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ・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。 | | | | | |
| 2）財務報告の信頼性の向上<br>・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。<br>・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。 | 2）財務報告の信頼性の向上<br>・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。<br>・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。 | 2）監事への病院会計・決算及び財務報告について、さらに迅速化は図れたものの、決算を始める準備段階での遅れを指摘されている。<br>月次の患者数・収支状況については、毎月の理事会に統計資料として報告した。 | | | | |
| 3）コンプライアンス（法令遵守）の強化<br><br>・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徹底<br>・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<br>・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<br>・倫理監督者及びコンプライアンス統括担当監の設置（仕組み）を継続 | 3）コンプライアンス（法令遵守）の強化<br><br>・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徹底<br>・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<br>・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<br>・倫理監督者及びコンプライアンス統括担当監の設置（仕組み）を継続 | 3）個人情報保護委員会、ハラスメント防止委員会を通じて、必要な報告・検討を行った。令和7年度においては、法改正を受け、患者・市民へのカスハラ予防の啓発をポスター掲示により実施した。<br>また、外部通報窓口については、大阪府弁護士会の協力を得て、見直しを行った。 | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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。 | 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。 | ウ　医療安全上のリスクへの対応は、医療の質・安全管理部を中心として継続的な管理体制を構築している。<br>経営上のリスクへの対応は、コンプライアンス及びハラスメント対応に関し、内部統制機能を強化するために、法人本部に弁護士を配置する準備を進めた。<br>自然災害等の外的リスクへの対応は、事業継続計画（ＢＣＰ）及び各種災害対応マニュアルを整備し、有事においても医療提供機能を維持できる体制の構築を進めている。また、定期的な訓練やマニュアルの見直しを実施するとともに、関係行政機関や地域医療機関との連携体制を確保している。 | | | | |
| エ 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。 | エ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。 | エ　第三者による検証組織を設置するような重大な事象は発生していない。 | | | | |
| 【指標】 | | | | | | |

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 継続 | 継続 | 実施 |
| 病院会計及び財務報告の監査体制の構築 | 実施 | 継続 | 継続 | 実施 |
| 規程・マニュアル等の整備状況の点検 | 実施 | 継続 | 継続 | 実施 |

（自己評価理由）
法改正を受けカスハラ予防の啓発を行うなど、これまでの内部への働き掛けだけではなく、外部への働き掛けを行うことでのリスクマネジメントも実行した。また、外部通報窓口については、見直しを行い、さらにコンプライアンスに対しての法的な対応力強化のために弁護士を非常勤で雇うための準備を講じ、令和8年度からの実施につなげたことから、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) 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。<br>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7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。手術室１１室の効率的な利用を行い、手術件数、全身麻酔件数の増加を目標とする。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の有効活用を目指す。 | 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。<br>手術室１１室の効率的な利用を行い、手術件数、全身麻酔件数の増加を目標とする。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の有効活用を目指す。 | ア　毎週の経営幹部会議で病床稼働率や手術実績等について、確認・検証を行った。手術件数については、全体では件数が下がる結果となったが、全身麻酔の件数はほぼ同程度を維持した。また、急性期充実体制加算の対象となる全身麻酔かつ緊急手術や胸部大血管手術の件数についても、前年度を上回った。 | ◎ | 3 | 3 | 患者数の確保に苦労しており、受入れのための施策を講じたものの手術件数等も前年度を下回ることとなった。ただ、ダビンチによる手術実施件数は前年度より大きく増加した。また、電子カルテシステムについて、将来的な次世代型システムへの更新を視野に入れ、カスタム化を極力抑えた更新を行った。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」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、人工知能（ＡＩ）導入による医療ＤＸの推進及び次世代型（クラウド型）電子カルテシステムへの移行準備としての電子カルテシステム更新を行う。また、次々回の電子カルテシステム移行に向けて、更新後も情報収集及び移行時期の検討を行う。また、高額医療機器の使用状況を集約し、導入効果を検証していく。 | イ電子カルテを含む病院情報システムは、病院の業務運営に欠かせない資源であり、単純に減価償却の ５年で更新するのではなく、最大限、経済性・耐久性を考慮し、有効活用を図る。他のシステムとの関係性や利便性、情報セキュリティ強化を考慮し、 人工知能ＡＩ導入による医療ＤＸの推進及び次世代型 （クラウド型） 電子カルテシステムへの移行準備 としての電子カルテシステム更新を行う。また、次々回の 電子カルテシステム移行に向けて、更新後も情報収集 及び 移行時期の検討を行う。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　令和7年度に7年間使用した電子カルテシステムを更新した。将来的な次世代型電子カルテシステムへの更新を視野に、カスタム化を極力抑えた更新を行った。さらにベンダーとも情報セキュリティの強化を図り、適正にバージョンアップできる体制を構築した。医療ＤＸについても費用対効果を検証しながら、画像診断におけるＡＩ機能搭載など可能なものを導入した。また、リニアック、ダビンチといった高額医療機器の使用状況は、毎月の実績報告で確認している。 | | | | |

ウ 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、新たに導入した放射線治療機器により、より高度な治療技術、高精度及び安全性を担保する。
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市民に果たすために、 新たに導入した 放射線治療機器により、より高度な治療技術、高精度及び安全性を担保する。
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　令和7年度より、新たに導入した放射線治療機器を稼働させ、患者数についても、毎月の報告により稼働状況を確認した。地域医療機関等との画像共有には至っていないが、外部との情報共有を可能とするシステムを導入し、地域医療連携に寄与する予約システムを導入・構築した。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 病床稼働率（%） | 82.4 | 85.3 | 85.3 | 79.4 | 93.1% |
| 総手術件数（件） | 7,647 | 8,000 | 8,000 | 7,559 | 94.5% |
| 全身麻酔件数（件） | 3,807 | 4,000 | 3,900 | 3,798 | 97.4% |
| ダビンチ（ロボット支援）手術実施件数（件） | 322 | 400 | 400 | 397 | 99.3% |
| ＩＣＵ（特定集中治療室）管理件数（件） | 2,667 | 3,300 | 3,300 | 2,643 | 80.1% |

（自己評価理由）
特に上半期、患者数の確保に苦渋した。紹介を増やすために、地域医療機関への医師同行訪問の強化や、緊急受入れのための施策を講じて、下半期で挽回を図ったが、昨年度実績を下回った。手術件数も前年度の件数を下回った。
新たな医療機器導入後の活用については、ダビンチについて婦人科手術も増え、ほぼ計画に近い件数となった。がん医療、高度・専門医療の項目で記載している放射線治療機器（リニアック）、アミロイドＰＥＴでの新規患者は計画値を超えており、指標の数値の多くが90%を超えていることから、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
（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。<br>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。<br>ウ 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7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、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。<br><br>・臨床研修医、専攻医及び常勤医師の確保のため、以下の施策を行う<br>① 働き方改革に則した勤務体制を確保する。<br>②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。<br><br>・臨床研修医、専攻医及び常勤医師の確保のため、以下の施策を行う。<br>① 働き方改革に則した勤務体制を確保する。<br>②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師を確保する。 | ア　令和7度年の常勤医師数（専攻医を含む）については、計画値を大幅に上回った。しかし、11月より循環器当直が発足して当直ラインが1系統増えたこともあり、更なる医師の増員が必要と思われる。<br>看護局については、病院見学会やインターンシップの実施、就職説明会の参加を行い、必要な人員確保に務めた。育児・介護による短時間勤務の選択肢を増加させたほか、12時間夜勤および夜勤専従勤務等を推進し、多様で柔軟な勤務体制の構築を行い、効率的な人員調整に務めた。<br>薬務局については、2025年度は9名の産育休対象者がいたが、薬剤師の確保に注力し、新人3名、期の途中でも中途2名を採用した。効率的かつ効果的な人事配置を実施し、患者に対する薬物治療に適切な介入を行った。その状況下で、薬剤管理指導料算定に注力し、年度目標達成に至った。<br>医療技術局は、昨年度に引き続きリハビリや栄養管理、臨床工学業務でにおいて経営、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。 | ◎ | 4 | 4 | 指標である医師数、看護師離職率については計画目標値を達成しており、産休育休により不足がちとなる薬剤師について増員し、事務職も２名増員した。また、人員配置についてはコマンドセンター導入により、看護師の適正配置につなげた。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「４」とした。 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ・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、体制強化に必要な人員確保に努める。 | ・看護職については、実習生受入れ、病院見学会、働き続けることのできる環境の整備、非常勤嘱託の活用などにより、体制 強化 に必要な人員確保に努める。 | | | | | |
| ・薬剤師、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、人材の確保に努める。 | ・薬剤師、 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、 人材の確保に努める。 | | | | | |
| イ 事務職については、自ら課題解決に取り組み、将来的に病院運営の中核を担っていける人材の確保に努める。 | イ 事務職については、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 事務職は、令和7年度は新規採用1名と中途採用1名を確保した。また令和8年度に向け、中途採用含め5名を採用した。将来を見据え、適正な年代構成を考慮しながら人材確保に努めた。 | | | | |
| ウ 適切かつ弾力的な人員配置 | ウ 適切かつ弾力的な人員配置 | ウ 以下、各局ごとの状況を記載する。 | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1）医務局<br>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実態把握、医師間のタスクシェア、他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、時間外勤務縮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を進め、都道府県知事への特定労務管理対象機関としての指定申請は行わない。<br>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ないため実施していないが、今後の状況に応じて検討する。 | 1)医務局<br>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実態把握、医師間のタスクシェア、他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、時間外勤務縮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を進め、都道府県知事への特定労務管理対象機関としての指定申請は行わない。<br>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ないため実施していないが、今後の状況に応じて検討する。 | 1）医師の時間外労働上限規制を遵守しつつ、夕刻の紹介および救急患者等への対応を実現するため、時差出勤を導入する準備を行った。令和8年度より一部の診療科で導入されている。 | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2）看護局<br>コマンドセンター（※）運用により、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実施する。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。<br>※コマンドセンター＝病院内の多種多様なデータを包括的に解析、分析することで、患者の入退院を最適化することを支援する医療DXツール | 2)看護局<br>コマンドセンター運用により、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実施する。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。<br>※コマンドセンター＝病院内の多種多様なデータを包括的に解析、分析することで、患者の入退院を最適化することを支援する医療DXツール | 2）育児・介護支援の充実による利用者が増加したこと、多様な働き方の選択が増加したことによりワークライフバランスが実現したことが離職率の低下につながった。コマンドセンターを令和7年10月より本格稼働させ、看護師の適正配置が可能となった。 | | | | |
| 3）薬務部（薬務局への格上げを検討する）<br>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。 | 3)薬務部（薬務局への格上げを検討する）<br>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。 | 3）薬務部を令和７年度から薬務局とし、薬務局は薬剤師5名の確保と育成に注力した。なおも産休育休が増え、定数には達していないが、育成と効率的・効果的な配置により、令和6年度に比べ算定の総点数を増やした。また、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尽力した。 | | | | |

4）医療技術局
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。

4)医療技術局
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。

4）放射線技術科や臨床検査第1・2科では、電子カルテにあわせた部門システムの更新により、主に担当する職員が一時的に時間外業務が増加した。両科では属人化している業務もあり、効果的な立案、管理ができていないことが課題である。引き続き、各科、係の業務形態に合わせた弾力的な人員配置、効率的かつ効果的な業務運営を検討する。

5）法人本部・事務局
今後も持続可能な事務職員の適正配置を進める。将来的な人材育成を見据えたジョブローテーションを進めていく。

5)法人本部・ 事務局
今後も持続可能な事務職員の適正配置を進める。将来的な人材育成を見据えたジョブローテーションを進めていく。

5）事務職については、将来を見据えた体制構築を図る観点から、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。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 医師数（専攻医含む）（人） | 165 | 160 | 160 | 171 | 106.9% |
| 看護師離職率（%） | 11.0 | 10%以内 | 10%以内 | 9.8 | 達成 |

（自己評価理由）
医師数は計画値を超え、臨床研修医への応募も100名を超えた。一方、看護師離職率については、育児・介護支援制度の充実などにより、10%を切った。また、産休育休により不足がちであった薬剤師についても増員し、薬剤指導料算定を増やすことで、医療の質向上に適切につなげた。
人員配置については、コマンドセンター導入により、看護師の病棟ごとの忙しさの数値化を図り、日々の応援態勢に活用している。
計画値をクリアし、薬剤師の確保にもつながっていることから評価は「4」とし

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7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<br>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。<br><br>・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<br>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。<br><br>・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　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ており、臨床研修医の応募は100名を超え、優秀な人材の確保につながった。また、専攻医も前年度から3名増えて27名となっており、当センターのこれまでの取組みの成果と言える。<br>また、昨年同様、看護師採用において、当センターの研修制度に魅力を感じている者は多く、また、見学等で後輩を指導する現場を見て魅力を感じる者も多いことからも、看護師の研修制度や指導体制が評価されていると言える。 | | 4 | 4 | 指標のうち、指導医の延数は計画目標値をわずかに達成できなかったものの前年度比では増加し、新規取得数は計画目標値を達成した。もう１つの指標である診療看護師、専門・認定看護師、認定看護管理者、特定行為看護師の数は計画目標値を達成した。また、ジョブローテーションの実施や学会・研修会への参加促進等、職種に応じた人材育成を行った。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「４」とした。 |
| イ 医務局<br>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。 | イ 医務局<br>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。 | イ　令和7年度は新規取得の指導医数が計画値に達した。指導医の総数は前年度より増えたが、計画値には至らなかった。 | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 最新の知識・技術の取得に繋がる学会発表や研修会への参加を促し、計画的に有資格者を増やす。<br><br>ウ 看護局<br>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。<br>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ケアの推進に向け活動する必要があることから、診療看護師（Nurse Practitioner:NP）、専門看護師、認定看護師及び認定看護管理者の育成に取り組む。また、看護師の特定行為研修指定研修機関として、特定行為を行う看護師の養成に取り組む。 | 最新の知識・ 技術の取得に繋がる学会発表や研修会への参加を促し、計画的に有資格者を増やす。<br><br>ウ 看護局<br>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。<br>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ケアの推進に向け活動する必要があることから、診療看護師(Nurse Practitioner:NP）、専門看護師、認定看護師及び認定看護管理者の育成に取り組む。また、看護師の特定行為研修指定研修機関として、特定行為を行う看護師の養成に取り組む。認定看護師及び認定看護管理者の育成に取り組む。また、看護師の特定行為研修指定研修機関として、特定行為を行う看護師の養成に取り組む。 | ウ　診療看護師の育成・採用には至っていないが、専門看護師・認定看護師・認定看護管理者・特定看護師は育成を促進し、増加した。 | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| エ 薬務部（薬務局への格上げを検討する）<br>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 薬務部（薬務局への格上げを検討する）<br>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　薬務部を令和７年度から薬務局とし、薬務局は人材育成に関し、学会発表（5回）や学会・研修会への参加推進を継続し、のべ約25名の各種認定・専門薬剤師が在籍している。 | | | | |
| オ 医療技術局<br>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<br>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　医療技術局各科係については、積極的に学会発表や各種学会に参加すると共に、各種専門技師、認定技師の新たな資格取得者や更新者が増え、専門的な知識や技術を高めることができた。 | | | | |
| カ 法人本部・事務局<br>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 法人本部・ 事務局<br>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　管理職を含め、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。<br>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。<br>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。 | | | | |

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 指導医数（人）<br>※延数（領域ごとにカウント） | 171 | 180 | 180 | 174 | 96.7% |
| （うち新規取得数）（人） | 3 | 5 | 5 | 5 | 100% |
| 診療看護師（ＮＰ）、専門・認定看護師、認定看護管理者、特定行為看護師数（人） | 54 | 55 | 55 | 57 | 103.6% |

（自己評価理由）
研修については、e-ラーニングを活用して職員全体への実施を行っているが、実施時期が年度の後半に集中している課題を今後は解消していく。看護局においては、ラダー教育などを計画的に実施し、また専門看護師・認定看護師等の育成を行い、資格者の数は計画値を超えた。また、事務局も若手のローテンションなど育成を図っていることから、評価は「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
（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。<br>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7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、人事評価制度の構築に取り組む。<br><br>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。<br><br>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。 | 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、人事評価制度の構築に取り組む。<br><br>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。<br><br>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。 | ア　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。<br><br>イ　物価高騰および民間給与の水準を踏まえながら、「診療報酬におけるベースアップ評価料」及び「令和7年度厚生労働省補正予算（医療分野における賃上げ・物価上昇における支援）」を活用し、令和7年4月に遡及して医療従事者の賃上げを実施した。<br><br>ウ　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。 | | 3 | 3 | 指標である人事評価制度は引き続き実施し、物価高騰等の社会情勢を踏まえた給与改定を実施した。<br>また、年次有給休暇の取得推進や最優秀研修医等の表彰に取り組んだ。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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。<br>【指標】 | 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。 | エ　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6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|---|---|
| 人事評価制度の実施 | 実施 | 継続 | 継続 | 実施 |

（自己評価理由）
人事評価制度は引き続き実施しており、職員への給与についても、厳しい経営状況ではあったが、社会情勢を踏まえ給与改定を実施したことから、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
（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。<br>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。<br>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。<br>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、自己研鑽を推進すること |

| 中期計画 | 令和7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。<br>・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。<br>・外来診療において国（診療報酬制度）が進めている紹介による「専門外来の確保」及び「一般再来外来の縮小」を推進し、医師等医療従事者の負担軽減を図る。 | 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。<br>・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。<br>・外来診療において国（診療報酬制度）が進めている 紹介による「専門外来の確保」及び 「一般再来外来の縮小」を推進し、医師等医療従事者の負担軽減を図る。 | 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、所要の改正を行った。<br>・医師の働き方改革による時間外の上限規制適用に伴い、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、月途中と月初めにアラートを発出した。<br>・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。 | | 4 | 4 | 指標は全て計画目標値を達成または上回った。また、職員満足度調査で収集した課題を所属長にフィードバックして改善を促し、専門性向上のための「資格業務手当」を継続した。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「４」とした。 |

・院内保育所の充実及び受入れ拡大を図る。

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。

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。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| （医師）時間外労働年720時間超えの医師数（%）※ | 7.5 | 10.0 | 10.0 | 7.1 | 140.8% |
| 有給休暇取得率（%） | 77.1 | 78.0 | 78.0 | 80.7 | 103.5% |
| 職員アンケート総合満足度 | 63% | 60%以上 | 60%以上 | 62% | ○ |

※令和6年度より時間外、休日、深夜の緊急医療への対応について９６０時間まで認めることとした。

・院内保育所の充実及び受入れ拡大を図る。

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。

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。

・令和7年度の新規申込件数は28件と、前年度の25件をわずかに上回った。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　職員満足度調査の結果を経年比較し、課題傾向の分析を行ったうえで、委員会において改善に向けた協議を実施した。特に評価低下が見られた項目や例年同様の課題となっている項目について、各部署へ結果をフィードバックし、所属ごとに改善策の検討・実践につなげた。

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。

（自己評価理由）

育児・介護休業法等が改正されたことに伴い、所要の改正を適切に実施した。また、医師の時間外削減に向け、早期にアラートを発出するなど、きめ細かく意識づけを行った。

職員満足度調査を行い、課題については所属長にフィードバックし、改善を促した。

また、専門性向上のための「資格業務手当」を継続して支給していることからも、評価は「4」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。<br>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7年度計画 | 法人の自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 評価の判断理由（業務実績等） | ウエイト | 評価 | 評価 | 評価の判断理由、コメント等 |
| 法人化２年目の平成３０年度に経常収支を黒字化し、以降、令和２年度から４年度までの３年間は、新型コロナウイルス感染症対策の補助金も活用しながら、黒字経営を継続した。令和４年度末には利益剰余金が３３億円に達し、安定した経営基盤を築いたと評価できる。しかし、令和５年度は赤字に転じたため、経営の立て直しを図り、収益増のための設備投資等を行い、令和１２年度の黒字化を目指す。 | 法人化２年目の平成３０年度に経常収支を黒字化し、以降、令和２年度から４年度までの３年間は、新型コロナウイルス感染症対策の補助金も活用しながら、黒字経営を継続した。令和４年度末には利益剰余金が３３億円に達し、安定した経営基盤を築いたと評価できる。しかし、令和５年度は赤字に転じたため、経営の立て直しを図り、収益増のための設備投資等を行い、令和１２年度の黒字化を目指す。 | | | 2 | 2 | 指標について、経常収支比率、医業収支比率ともに計画を達成できず、経常損益は予算より３億円以上、前年度比で約８億９千万円の悪化となった。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「２」とした。 |

ア　これまで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、従来の経営指標に加え、運営費負担金の影響を除外した修正医業収支比率や実質収益対経営費用比率などの新たな指標を用いて、経営状況を実態に即した評価をすることで、収支改善を加速させる。

ア　これまで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、従来の経営指標に加え、運営費負担金の影響を除外した修正医業収支比率などの新たな指標を用いて、経営状況を実態に即した評価をすることで、収支改善を加速させる。

ア　上半期の段階で、収益は令和6年度を下回り、さらに人件費増や物価高騰、電子カルテ更新といった大きな支出もあり、赤字額が昨年度を大きく上回った。患者確保に努め、新入院患者数は計画に達したが、平均在院日数の減少により、延患者数は計画を大きく下回った。その結果、入院収益が計画値と大きく乖離し、経常損益は計画より3億円以上の悪化となった。修正医業収支比率を用いるまでもなく、収支悪化が目立つ結果となった。

イ　資金計画に基づき業務運営に必要な資金（運営費負担金含む）を安定的に確保し、財務基盤の安定化を図る。

イ　資金計画に基づき業務運営に必要な資金（運営費負担金含むを安定的に確保し、財務基盤の安定化を図る。

イ　令和7年度の資金計画に対し、収益悪化はあったが、国からの補助金増と、次年度予定していた借入金の一部について借入時期を早めることができたため、財務基盤の安定化は図られた。ただし、次年度の借入金収入はその分減収となる。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 経常収支比率（%） | 94.4 | 93.8 | 92.0 | 90.7 | 98.6% |
| 医業収支比率（%） | 101.9 | 100.5 | 99.8 | 95.0 | 95.2% |
| 修正医業収支比率（%） | 96.2 | 93.9 | 93.9 | 91.6 | 97.6% |

※公営企業会計数値については、営業＝医業と置き換えて記載。その他医業（医業外）収益の中に運営費負担金（他会計負担金）収益は含めずに記載。

※修正医業収益とは、営業収益から運営費負担金等収益を除いた収益で、修正医業収支比率とは、修正医業収益の営業費用に占める割合をいう。

（自己評価理由）
物価高、人件費増等による費用増大に対し、収入増が追いついていない。これまで収益はずっと上がってきているが、令和7年度の入院医療提供額は前年度を下回った。その結果、経常損益は、予算より3億円以上悪化したことから、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。<br>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。<br>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。<br>エ 未収金の未然防止対策及び早期回収に努めること。<br>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7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 診療報酬制度改定に迅速かつ適正に対応し、施設基準や管理加算などの要件変更を常に注視しながら、必要な人材を確保するなど、収益向上に向けた取り組みを強化する。<br><br>イ 外来医療では新規紹介患者数を、入院医療では新規入院患者数を最重要業績評価指標（KPI）とし、外来初診患者数と新入院患者数の増加に最大限努める。退院支援を強化し、病床回転率の向上を図るとともに、入院単価の向上やクリニカルパスの適正化など、各部門で具体的な目標を設定し、その達成状況を定期的に確認することで、経営管理を徹底する。 | ア 診療報酬制度改定に迅速かつ適正に対応し、施設基準や管理加算などの要件変更を常に注視しながら、必要な人材を確保するなど、収益向上に向けた取り組みを強化する。<br><br>イ 外来医療では新規紹介患者数を、入院医療では新規入院患者数を最重要 業績評価 指標（KPI）とし、外来初診患者数と新入院患者数の増加に最大限努める。退院支援を強化し、病床回転率の向上を 図るとともに、入院単価の向上やクリニカルパスの適正化など、各部門で具体的な目標を設定しその達成状況を 定期的に確認する ことで、経営管理を徹底する。 | ア　診療報酬制度改定に迅速かつ適正に対応するため、施設基準や管理加算の要件変更を継続的に確認し、算定ルールや業務フローの見直しを行っている。また、改定内容に応じて必要な人材を確保・配置することで、新規加算や既存加算の算定維持を図り、収益向上につながる体制づくりを強化している。<br><br>イ　この数年、新入院・新患を最重要業績評価指標として、クリニカルパスの適正化やＤＰＣⅡ期超患者削減に取り組んできた。これまでは、それにより延患者数も単価も増え、医療提供額の増につながってきた。しかし、令和7年度は新入院は計画に近いが、平均在院日数が短縮され、延患者数が伸びず、単価の上昇がそれをカバーできなくなってきた。そのため、新入院の増に取り組みながら、ＤＰＣⅡ期以内での退院については適正化を求めて、患者数確保に努めた。<br>外来についても、紹介患者数が減っている診療科に対して地域医療機関への訪問の促進、救急搬送依頼が減っていたことから、消防局への働き掛けも適時行った。 | ◎ | 2 | 2 | 指標について、入院診療提供額は計画目標値を達成しなかったが、外来診療提供額は計画目標値を上回り、医業収益としては約６千万円の増収となった。新規加算算定のための人員配置や医学管理料の算定漏れ防止のための運用フローの見直し、室料差額や文書料の見直しを実施した。また未収金についても発生防止と発生した未収金への対応に取り組んでいるものの、令和７年度は前年度より収支悪化する結果となった。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「２」とした。 |

| | | |
|---|---|---|
| ウ 医学管理料ナビ、診療報酬算定補助ソフト等を有効活用し、精度の高い診療報酬請求に繋げる。 | ウ 医学管理料ナビ、診療報酬算定補助ソフト等を有効活用し、精度の高い診療報酬請求に繋げる。 | ウ　医学管理料ナビを診察時に自動で立ち上がる設定としたことで、医師が医学管理料を選択しやすい環境を整えた。これにより、医学管理料の算定漏れ防止につながるとともに、オーダー情報が医事会計へ円滑に連携され、診療行為と請求業務の一体的な運用が強化された。 |
| エ 未収金の適切な防止と回収<br>・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 未収金の適切な防止と回収<br>・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　未収金の発生防止に向けて早期対応を徹底するとともに、発生した未収金については院内マニュアルに基づき、定期的な督促を実施した。また、必要に応じて債権回収業者との連携を強化することで、計画的かつ効率的な回収を進め、未収金の低減に取り組んだ。 |
| オ 診療報酬制度によらない料金の設定<br>・室料差額、産婦人科関係料金、文書料などの料金については、常に原価を意識し、周辺医療機関との比較検討を行ったうえで、適宜見直しを行う。 | オ 診療報酬制度によらない料金の設定<br>・室料差額、産婦人科関係料金、文書料などの料金については、常に原価を意識し、周辺医療機関との比較検討を行ったうえで、適宜見直しを行う。 | オ　室料差額および診断書等の料金について、原価や他医療機関の料金水準を踏まえて検証を行い、料金改定に取り組んだ。その結果、令和8年6月より新料金を適用することとなった。<br>今後も周辺医療機関の料金動向を継続的に確認するとともに、患者にとってより良い療養環境の整備・改善を図りながら、実態に即した適切な料金改定を行う。 |

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 入院診療提供額（百万円） | 12,941 | 15,284 | 13,491 | 12,817 | 95.0% |
| 外来診療提供額（百万円） | 5,822 | 5,754 | 5,726 | 6,003 | 104.8% |

※外来診療については、一般外来は縮小、専門外来を強化

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | （自己評価理由）<br>新規加算算定のための人員配置や医学管理料の算定漏れ防止のための運用フロー見直しなど適切に行っている。また、室料差額や文書料の見直しも、周辺医療機関の状況を見ながら実施している。<br>一方、外来医療提供額については計画値を超えたが、入院医療提供額が計画値に至らなかった。達成率は95%を超えるも、令和6年度実績を下回り、令和7年度の収支悪化の主な要因になっていることから評価は「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。<br>イ　後発医薬品採用の更なる促進を図ること。<br>ウ　診療材料等の調達コストの削減を図ること。<br>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7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　職員の働き方改革を推進し、医療の質の向上、医療安全の確保、患者サービスの向上を図りながら、中期計画期間における医業収益（医療提供額）、職員数、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。<br><br>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。 | ア 職員の働き方改革を推進し、医療の質の向上、医療安全の確保、患者サービスの向上を図りながら、中期計画期間における医業収益（医療提供額）、職員数、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。<br><br>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。 | ア　前年度比で職員数が増加し、人事院勧告に準じた給与改定を実施したことで、人件費は前年度より約7億2千万円増加した。<br>一方、医業収益は6千万円しか伸びておらず、運営費負担金を除く修正医業収益に対する人件費比率は53.6％で、前年度よりは2.3ポイント悪化、計画からも1.0ポイント悪化する結果となった。<br><br>イ　切替え可能な薬品について、原則として後発医薬品を採用する方針に基づき、今年度は10品目の薬剤を後発医薬品等へ切り替えた。その結果、アフリベルセプト及びリュープロレリンの2品目の切替えにより、年間約1,300万円のコスト削減を達成した。今後も、他施設の動向や臨床的な安全性情報を踏まえながら、後発医薬品及びバイオシミラーへの切替えを継続的に推進し、薬剤購入費用の節減に努める。なお、これらの取組みの結果、後発医薬品指数は96.9％を維持し、後発品置換率は75.9％で推移している。 | | 3 | 3 | 指標である修正医業収益対人件費比率、材料費比率、経費比率はすべて計画目標値を下回ったが、後発薬品への切り替えや医療機器の調達におけるベンチマークによる価格交渉、医薬品の一括調達等により材料費や経費削減に引き続き取り組んだ。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。 |

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に努める。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に努める。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　診療材料、医療機器の調達において、ベンチマークシステムを活用した価格交渉およびコストチェックを継続し、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4,200万円のコスト削減を達成した。医療機器の購入に際しても、ベンチマークシステムに基づき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。さらに、医薬品については一括調達の実施により、値引率が昨年度の13.45%から14.45%へ改善した。その結果、昨年度の値引率で試算した場合と比較して、約4,000万円の上乗せ削減効果が得られた。

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（中央滅菌材料室管理業務・施設警備業務）について仕様の精査および入札を実施し、コスト抑制に努めた。人件費や物価の高騰により契約金額の削減には至らなかったものの、価格上昇を最小限に抑制した。また、来院者受付業務の廃止およびエレベーター保守契約の見直し（購買支援サービスの活用）を実施することで、その効果が翌年度以降の契約額に反映され、いずれも年間約1,000万円の削減効果を実現した。

【指標】

| 項目 | 令和6年度実績 | 第3期中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 修正医業収益対人件費比率（%） | 51.3 | 51.1 | 52.6 | 53.6 | 98.1% |
| 修正医業収益対材料費比率（%） | 32.3 | 31.3 | 31.1 | 32.3 | 96.1% |
| 修正医業収益対経費比率（%） | 15.7 | 15.6 | 15.8 | 16.2 | 97.5% |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | （自己評価理由）<br>職員数増、給与改定実施により、人件費は前年度より約7億2千万円増加。修正医業収益対人件費比率は、計画より1ポイントの悪化であった。<br>一方、後発薬品への切り替えをさらに進め、約1,300万円の経費節減につながった。また、診療材料、医療機器の調達において、ベンチマークによる価格交渉により約4,200万円の調達コスト節減につなげた。さらに医薬品も値引き率を前年度より1ポイント引き上げた。委託費も仕様変更で価格上昇を抑制したことから、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　中河内救命救急センターの運営形態のあり方について、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。<br>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。<br>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7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９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。<br><br>イ　大阪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。<br><br>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。 | 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９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。<br><br>イ 大阪 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。<br><br>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。 | ア　中河内救命救急センターの移管について、大阪府・東大阪市と協議を実施し、現在の社会情勢も鑑み、令和9年度以降について指定管理を継続することとなった。その後の運営については、引き続き大阪府、東大阪市と協議を行っていくこととなった。<br><br>イ　新たに「両センター連携運営ＣＦＴ（Cross Functional Team）」を立ち上げ、両センター間の医療連携の促進や、課題抽出と解決に向けた協議を開始した。<br><br>ウ　毎月・毎年度の収支状況を大阪府、理事会に報告するとともに、臨時で必要な支出について、早期から大阪府との調整を図った。 | | 3 | 3 | 大阪府・東大阪市との協議により、令和9年度以降については指定管理を継続することとなったが、両センター間の連携強化のために新たに「両センター連携運営ＣＦＴ」を立ち上げ、課題抽出と解決に向けた協議を開始した。また、事業運営に関し、中河内救命救急センターも収支悪化を見越して、早期に大阪府への報告と調整を依頼することにより、年度末の補正予算を受けるに至った。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価は「３」とした。 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | （自己評価理由）<br>大阪府・東大阪市との協議により、令和9年度以降については指定管理を継続することとなった。<br>一方、両センター間の連携強化のために新たに「両センター連携運営ＣＦＴ」を立ち上げ、課題抽出と解決に向けた協議を開始し、連携して受け入れるために具体的な検討を行っている。<br>事業運営に関し、中河内救命救急センターも患者数確保に苦渋し、収支悪化が予想されたことを受け、早期に大阪府への報告と調整を依頼することにより、年度末の補正予算を受けるに至った。以上のことから評価は「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
２ 施設整備に関する事項

| 中期目標 | ア　建築から２５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。<br>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7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<br>築２５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。長寿命化に限らず、現在の医療提供に必要な設備改修については、積極的に行う。<br>・病院（療養環境・職場環境）の美化これまでの補修・修繕計画にとらわれずに、病院全体の美化を徹底して行う。 | ア 施設の長寿命化<br>築２５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。長寿命化に限らず、現在の医療提供に必要な設備改修については、積極的に行う。<br>・病院（療養環境・職場環境）の美化<br>これまでの補修・修繕計画にとらわれずに、病院全体の美化を徹底して行う。 | ア　産婦人科外来の環境整備と利便性向上を目的とした改修工事を実施し、令和7年12月5日に完了した。これにより、来院者の利便性向上および快適な療養環境の整備を図った。また、療養環境の向上および病院美化を目的として、病棟（9階・8階・7階）改修工事に着手し、内装（壁・床・天井等）の更新を進めている。 | ◎ | 3 | 3 | 施設改修等にあたり、社会情勢の影響を受けた資材調達の遅れ等により年度内に終了しなかった改修工事があった。一方で災害対策について、当初のエネルギー棟増設によらない方策での基本設計を完了、実施設計に着手しており、高度医療機器や電子カルテシステムの導入に際して計画を下回る金額で導入した。<br>以上より、法人の評価のとおりとし、評価を「３」とした。 |

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・水道を含むインフラ供給設備を整備する。

ウ　計画期間中の施設改修、設備整備、医療機器導入・更新、デジタル化対応を行う項目及び費用見込は以下のとおり。

【指標】

| 項 目 | 取組内容 | 第３期中期計画期間における見込額 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 | 達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 施設改修（百万円） | 内装改修工事 | 7,133 | 1,690 | 299 | 17.7% |
| 設備整備（百万円） | 電気･空調･衛生などの設備更新 | 1,465 | 268 | 125 | 46.6% |
| 医療機器導入・更新（百万円） | 高度医療機器 | 2,580 | 512 | 460 | 89.8% |
| デジタル化対応（百万円） | システムの導入･更新 | 2,100 | 2,100 | 1,851 | 88.1% |
| 合計 | | 13,278 | 4,570 | 2,735 | 59.8% |

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・水道を含むインフラ供給設備を整備する。

ウ 計画期間中の施設改修、設備整備、医療機器導入・更新、デジタル化対応を行う項目及び費用見込は以下のとおり。

イ　災害時における病院機能の維持を目的として、電力・ガス・水道を含むインフラ供給設備の強化に取り組んだ。東大阪市防災ハザードマップの改定により当初想定していた水害リスクが下回ることが判明し、あわせて東大阪市上下水道局との協議が進展したことから、止水板等の水害対策を講じることで、当初計画していたエネルギー棟の増築によらずとも災害拠点病院としての基準を満たせると判断した。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、災害時にも安定した病院機能を維持できるよう設備配置および機能強化を図った基本設計を完了し、実施設計に着手した。

ウ　下表の通り。

（自己評価理由）
　外来の環境整備および病棟改修工事を行ったが、社会情勢の影響を受け、資材調達の遅れ等もあり、年度内に工事が終了しなかったところがある。一方、災害対策について、当初のエネルギー棟増設をしなくても良い方策での基本設計が完了し、実施設計に着手した。高度医療機器や電子カルテシステムの導入に際しては、計画を下回る金額に抑えられたことから評価は「3」とした。

## 第6　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7　短期借入金の限度額

| 中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|
| １　限度額　　１，０００百万円<br>２　想定される短期借入金の発生事由<br>ア　賞与の支給等による一時的な資金不足への対応<br>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<br>２　想定される短期借入金の発生事由<br>ア　賞与の支給等による一時的な資金不足への対応<br>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8　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7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|
| なし | なし | なし |

## 第9　第8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7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|
| なし | なし | なし |

## 第10　剰余金の使途

| 中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7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、医療機器の購入、教育・研修体制<br>の充実、将来の資金需要に対応するための預金及び借入金の償還等に充てる。 | 決算において剰余が生じた場合は、病院施設の整備、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及び借入金の償還等に充てる。 | 年度計画の方針に基づき、令和6年度決算における期間未処分損失1,229,736,636円の処理について、令和7年8月に市からの認可を適正に受領した。<br>これに伴い、期中に利益剰余金を用いた欠損補填処理を適正に執行した。令和7年度決算▲2,283,874,303円については、次年度以降に本方針に基づき適正に処理する。 |

## 第11 料金に関する事項

| 中期計画 | 令和7年度計画 | 令和7年度実績 |
|---|---|---|
| 1 料金<br>医療センターの料金については、次に定める額とする。<br>（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。<br>（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。<br>（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。 | 1 料金<br>医療センターの料金については、次に定める額とする。<br>（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。<br>（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 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。<br>（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。 | 左記のとおり |

| | | |
|---|---|---|
| （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。<br>（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。<br>2 減免<br>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。<br>（１）　診療料金等を納付する資力がないと認めるとき。<br>（２）　前号のほか、特別の理由があると認めるとき。 | （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35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。<br>（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。<br>2 減免<br>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。<br>（１）診療料金等を納付する資力がないと認めるとき。<br>（２）前号のほか、特別の理由があると認めるとき。 | |

第12 地方独立行政法人市立東大阪医療センターの業務運営並びに財務及び会計に関する規則で定める業務運営に関する事項



<table>
<tr><th>中期計画</th><th>令和7年度計画</th><th>令和7年度実績</th></tr>
<tr>
<td>１　中期目標の期間を超える債務負担　（単位：百万円）
<table>
<tr><th>項　　目</th><th>中期目標期間償還額</th><th>次期以降償還額</th><th>総債務償還額</th></tr>
<tr><td>移行前地方債償還債務</td><td>2,572</td><td>0</td><td>2,572</td></tr>
<tr><td>長期借入金償還債務</td><td>5,292</td><td>5,495</td><td>10,787</td></tr>
</table>
２　積立金の処分に関する計画<br>前期中期目標期間繰越積立金については、医療の質向上のための病院施設の整備、医療機器の購入、研修や教育など人材育成と能力開発の充実、および経営の安定化に資する財源等に充てる。<br><br>３　前２号のほか、法人の業務運営に関し必要な事項<br>なし</td>
<td>１　中期目標の期間を超える債務負担　（単位：百万円）
<table>
<tr><th>項　　目</th><th>中期目標期間償還額</th><th>次期以降償還額</th><th>総債務償還額</th></tr>
<tr><td>移行前地方債償還債務</td><td>2,572</td><td>0</td><td>2,572</td></tr>
<tr><td>長期借入金償還債務</td><td>5,292</td><td>5,495</td><td>10,787</td></tr>
</table>
２　積立金の処分に関する計画<br>前期中期目標期間繰越積立金については、医療の質向上のための病院施設の整備、医療機器の購入、研修や教育など人材育成と能力開発の充実、および経営の安定化に資する財源等に充てる。<br><br>３　前２号のほか、法人の業務運営に関し必要な事項<br>なし</td>
<td>左記のとおり</td>
</tr>
</table>

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。