

令和5年度の業務実績に関する評価結果の概要 (評価委員会資料)

健康部

大項目 (4項目)	小項目(27項目)	報告書 ページ	ウエイト 項目	評価		
				R4	R5法人	R5市
第2 市民	に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置					
	1 医療センターとして担うべき役割					
	(1)救急医療	P25	◎	4 ⇨	4 ⇨	4
	(2)小児医療、周産期医療	P27		3 ⇩	2 ⇩	3
	(3)がん医療	P31	◎	3 ⇨	3 ⇨	3
	(4)4疾病に対する医療	P34	◎	3 ⇨	3 ⇨	3
	(5)災害時医療	P40		3 ⇨	3 ⇨	3
	(6)感染症への対応	P42		5 ⇩	4 ⇩	3
	(7)その他の役割	P45		3 ⇨	3 ⇨	3
	2 患者満足度の向上					
	(1)患者満足度の向上	P50		3 ⇨	3 ⇨	3
	(2)院内環境の快適性の向上	P56		3 ⇨	3 ⇨	3
	3 信頼性の向上と情報発信					
	(1)医療の質・安全対策	P59		4 ⇩	3 ⇨	3
	(2)情報発信・個人情報保護	P63	◎	3 ⇨	3 ⇨	3
	4 地域医療機関等との連携強化					
	(1)地域医療支援病院としての機能強化	P67	◎	4 ⇨	4 ⇨	4
	(2)地域包括ケアシステム構築への貢献	P72		3 ⇨	3 ⇨	3

第3 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置						
1 業務運営体制の構築						
(1) 病院の理念と基本方針の浸透	P75		4 	3 	3	
(2) 内部統制	P77	◎	3 	3 	3	
(3) 適切かつ弾力的な人員配置	P83		3 	3 	3	
(4) 医療資源等の有効活用	P86		4 	4 	4	
2 人材の確保と育成						
(1) 人材の確保	P90		3 	3 	3	
(2) 人材の育成	P93		3 	3 	3	
(3) 人事給与制度	P98		3 	3 	3	
(4) 職員満足度の向上	P100		3 	3 	3	
第4 財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置						
1 経営基盤の確立	P103		4 	2 	2	
2 収入の確保	P104	◎	5 	2 	2	
3 費用の節減	P108	◎	3 	3 	3	
第5 その他の業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置						
1 中河内救命救急センターの運営	P111		3 	3 	3	
2 地域医療構想を踏まえた役割の明確化	P113		3 	3 	3	
3 施設整備に関する事項	P115	◎	4 	3 	3	

小項目(27項目)	ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第2 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置						
第2 1	1 医療センターとして担うべき役割 (1)救急医療	◎	4	4	【ア:救急体制の継続・充実】 ○ 救急外来経由入院患者数、救急医療管理加算算定件数は目標達成 ○ 救急搬送受入件数、救急車受入率は目標未達 ○ 24時間体制で入院治療を要する重症救急患者の受入体制を維持 【イ:中河内救命救急センターとの連携】 ○ 検査の相互依頼、電子カルテ端末の共有などの連携 ○ 心大血管疾患に対しては、24時間緊急手術対応が可能な体制を維持	新型コロナウイルスが5類感染症に移行した後も救急搬送依頼件数は前年度と同水準で推移していたことで救急車受入率については目標達成率が7割程度に落ち込んだ。しかし、中河内救命救急センターと連携し、24時間体制で救急患者の受入に尽力された結果、救急搬送受入件数は前年度より大きく増加し、コロナ禍前である令和元年度実績の6,288件と比較しても上回っている。また、救急外来経由入院患者数についても前年度より増加していることを評価し、「4」とした。今後も中河内救命救急センターとの密な連携により安心安全な救急医療体制の構築に努めていただきたい。

【ア:救急体制の継続・充実】

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
救急外来の改修整備・救急外来CTの導入・オーバーナイト病床の整備	-	一部整備	一部整備	一部整備	-
救急搬送受入件数(件)	102.6%	6,155	7,000	6,753	96.5%
救急車受入率(%)	62.4%	49.9	80.0以上	59.1	73.9%
救急外来経由入院患者数(人)	82.5%	2,886	3,500	3,520	100.6%
救急医療管理加算算定件数(件)	150.2%	30,030	20,000	23,646	118.2%

小項目(27項目)	ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第2 1	(2)小児医療、周産期医療	3	2	3	【ア:小児医療】 ○ 小児救急入院患者数は目標達成 ○ 小児科入院患者数、小児科外来患者数は目標未達 ○ ニーズがあった医療を新規提供することで外来患者、入院数の増加に努める 【イ:周産期医療】 ○ 安心・安全な周産期医療の提供を継続 【ウ:特定妊婦の受入】 ○ いずれの項目も目標未達 ○ 令和5年8月から産婦人科医の欠員により分娩予約を制限	周産期医療については、産婦人科医の欠員により令和5年8月から分娩予約の一時的な制限があったことにより各指標項目は目標を達成できなかった。しかし、現派遣元大学医局の医師引き上げの危機に対し、全国的に産科の集約化が進む中で、新たな大学医局の関連病院となり医師派遣を確保したことは大きな評価に値する。一方、小児医療については、新型コロナウイルスの感染者が減少したことで外来患者数が減少するものの、5類感染症に移行となったことにより入院受入を増やした結果、救急入院患者数が増加した。以上のことを総合的に勘案し、評価を「3」とした。公的病院としての役割を果たすため、令和6年度以降も目標達成に向けた取り組みに尽力していただきたい。
					(自己評価理由) 小児医療については、外来患者数が減少する中、救急入院患者数については目標値を達成した。一方、産婦人科については、大学医局からの医師派遣が令和6年3月までで終了することを受け、新たな派遣元医局として大阪大学に協力を依頼し、令和6年度以降の医師派遣を確保した。しかし、周産期医療に関して、医師数減もあり、すべての項目で目標値を大きく下回ったことから自己評価は「2」とした。	

【ア:小児医療】

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
小児科入院患者数	80.1%	8,407	10,534	8,260	78.4%
小児科外来患者数(時間内)(人)	86.1%	12,915	15,000	10,884	72.6%
小児救急入院患者数(人)	86.7%	286	330	364	110.3%

【ウ:特定妊婦の受入】

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
総分娩件数(件)	101.3%	608	500	356	71.2%
ハイリスク分娩件数(件)	83.6%	117	120	46	38.3%
妊産婦緊急搬送入院診療件数(件)	54.2%	13	24	11	45.8%

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R4	R5法人	R5市		
第 2 1	(3)がん医療	◎	3	3	3	【ア:集学的・総合的医療の提供】 ○ がん遺伝子パネル検査件数が過去最高の37件実施 ○ がん手術件数は目標未達 【イ:緩和ケアセンターの体制整備】 ○ 院内がん登録件数及び緩和ケアチーム新規介入件数は前年度実績より増加した 【ウ:相談支援】 ○ がん相談支援センターで相談支援体制を強化	令和5年度は、前年度と比べがん外科手術件数及びがん放射線治療延べ患者数が減少しているが、このことについてはこれまでより、がん放射線の照射回数を減らし、患者負担を軽減できたことが要因である。上記以外の項目では前年度実績を超えることができた。また、がん遺伝子パネル検査においては、検査を始めた令和2年度の10件から令和5年度は37件と大幅に増加している。以上のことを総合的に勘案し、評価を「3」とした。 しかし、前年度評価においても指摘しているが呼吸器内科の確保に向けた取り組みについてはより一層努めていただきたいと思う。
						(自己評価理由) 産婦人科の縮小の影響はあったが、他施設との連携、及び院内の多職種連携専門チームでがん診療を行った結果、国指定の「地域がん診療連携拠点病院」の要件を十分満たしたため自己評価は「3」とした。	

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
がん拠点病院機能推進室(仮称)がん診療センターの設置	-	設 置	設 置	設 置	-
がん外科手術件数(件)	74.8%	823	1,100	747	67.9%
がん内視鏡手術件数(件)(ESD,EMR)	85.9%	232	270	231	85.6%
がん放射線治療延べ患者数(人)	90.2%	6,226	6,500	5,288	88.3%
がん外来化学療法延べ患者数(人)	106.1%	4,458	4,200	4,850	115.5%
院内がん登録件数(件) 「医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数」	94.0%	1,598	1,700	1,664	97.9%
緩和ケアチーム新規介入件数(件)	115.2%	288	250	446	178.4%

小項目(27項目)	ウエイト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第2 1 (4)4疾病に対する医療	◎	3	3	3	【ア:脳血管疾患】【イ:心血管疾患】 ○ t-PA実施件数は前年度より減少し、目標未達 ○ 患者受け入れ体制の強化により開頭手術(直達)件数が前年度より倍増 ○ TAVI(経カテーテル大動脈弁置換術)施設基準を取得 【ウ:糖尿病】 ○ ポストコロナの影響により教育入院件数は目標未達 ○ 糖尿病性腎症患者数・糖尿病透析予防指導実施件数も目標未達 【エ:精神疾患】 ○ 認知症ケア加算は前年度より実績が減少したが目標達成 ○ 認知症外来新患者は前年度より件数は増加したが目標未達	4疾病に関する評価項目について、脳血管疾患はt-PA実施件数を除き、目標値を大幅に増加して達成している。また、認知症に関する項目も外来新患者数は前年度実績より増加、認知症ケア加算算定の実績件数は目標を達成している。しかし、糖尿病における指標は令和5年度においても目標を達成することが出来ず、引き続き課題であることから評価は前年度と同様に「3」とした。
(自己評価理由) 脳血管疾患関係では前年度に引き続き、目標値を上回る実績を残した。 心血管疾患については、24時間365日の体制を維持できない期間もあったが、TAVI(経カテーテルの大動脈弁置換術)の施設基準も取得し開始することができた。しかし、自己評価としてはt-PA、PCI、糖尿病関連が目標を達成していないことから「3」とした。						

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
24時間t-PA体制の整備の有無	-	継続	継続	継続	-
t-PA実施件数(件)(超急性期脳卒中加算算定実績件数)	60.0%	9	16	5	31.3%
脳血管内治療実施件数(件)(入院2日目までの実施件数)	103.3%	31	30	50	166.7%
開頭手術(直達)件数(件)	170.0%	85	50	170	340.0%
脳卒中救急患者受入れ件数(件)	142.4%	299	210	271	129.1%
脳血管疾患患者の入院日数(日)	未達成	24	16	18	未達成
脳血管疾患患者の退院時情報提供数(件)	106.7%	192	180	212	117.8%

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
急性心筋梗塞及び大動脈解離の24時間診療体制	達成	継続	継続	継続	達成
緊急冠動脈インターベンション(PCI)(件)	78.1%	281	300	259	86.3%
心大血管手術件数(件)	127.8%	115	90	117	130.0%

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
糖尿病腎症患者数(初診)(人)	67.0%	67	100	55	55.0%
糖尿病透析予防指導実施件数	44.0%	11	25	6	24.0%
血糖コントロール不可例の教育入院件数(件)	103.3%	31	30	25	83.3%

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
認知症 外来新患者数(人)	96.0%	144	200	152	76.0%
認知症ケア加算算定の実績件数	199.3%	9,566	7,500	8,110	108.1%

小項目(27項目)	ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第2 1 (5)災害時医療		3	3	3	【ア:災害時医療の提供】 ○ 中河内救命救急センターと合同で災害訓練を実施し、BCP第5版を策定 ○ 水害時避難訓練の実施により水害時避難確保計画第4版を策定 【イ:災害拠点病院の機能】 ○ 令和6年能登半島地震の発生に伴い、DMAT隊員を派遣 (自己評価理由) 災害時院内マニュアル(BCP、水害時の避難確保計画、防火・防災管理に係る消防計画)の整備を実施した。また中河内救命救急センターと合同での訓練、および水害時の訓練も新たに実施した。そのほか石川県へのDMAT派遣を実施した点などから自己評価は「3」とした。	令和4年度から職員への災害研修を実施しており、災害時医療派遣チームの機能評価を図ってきた。災害対策に関する平時からの取り組みを継続してきた結果、令和6年1月1日に発生した能登半島地震に際してはDMAT隊員を派遣し、被災地支援に貢献したことに繋がり、災害時医療にかかる全体的な評価としては「3」とした。

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
BCP整備・毎年見直し実施	-	実 施	実 施	実 施	-
災害時院内マニュアルの整備	-	実 施	実 施	実 施	-
合同災害訓練の実施(1回/年)(中河内救命救急センターと共同)	-	実 施	実 施	実 施	-
EMIS(広域災害・救急医療情報システム)への参加	-	実 施	実 施	実 施	-

小項目(27項目)	ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント(例)
		R4	R5法人	R5市		
第2 1 (6)感染症への対応		5	4	3	【ア:新興感染症への体制構築】 ○ 第8次医療計画を見据えて今後の医療センターの中期計画、年度計画のあり方を検討 【イ:関係機関との連携】 ○ コロナ5類化後も感染症病床を確保 【ウ:院内感染対策】 ○ 院内感染防止対策マニュアルの見直し ○ 新興感染症に関するBCPを策定 【エ:救急外来体制構築】 ○ 情報集及び防護具の備蓄 (自己評価理由) 新型コロナウイルス感染症が5類移行後も、引き続き新型コロナウイルス感染症患者の受入れを積極的に行ってきた。これまでの特定の病棟での受入れから、一般病棟でも受入れ可能な体制をとり、複数の病棟で柔軟に受け入れることで、他の急性期医療との両立を実施してきた点から自己評価は「4」とした。	新型コロナウイルスの5類感染症移行後も院内感染対策を継続し、感染症対策にかかる各種マニュアルを整備した。平時からの取り組みについて、感染症に対する情報収集や防護具等の備蓄にも努めたということであるが総合的な評価としては、評価基準のとおり年度計画を順調に実施していることから評価を「3」とした。

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
院内感染防止対策マニュアルの点検・見直し	-	継 続	継 続	継 続	-
指定感染症発生時のBCPの整備	-	策 定	整 備	整備案策定	-
PCR検査体制の整備(大阪府・東大阪市の要請対応)	-	整 備	見 直 し	協 定 締 結	-
新型コロナウイルスにかかる外来体制の整備(大阪府・東大阪市の要請対応)	-	整 備	見 直 し	協 定 締 結	-
新型コロナウイルスにかかる入院体制の整備(大阪府・東大阪市の要請対応)	-	整 備	見 直 し	協 定 締 結	-

小項目(27項目)	ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第 2 1 (7)その他の役割		3	3	3	<p>【ア:予防医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 市民公開講座は未実施 ○ 人間ドック・健診センターは体制維持 <p>【イ:難病医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 外来指導管理件数はほぼ目標達成に対し、入院診療件数は目標値の8割程度の実績に留まった <p>【ウ:治験・臨床研究の推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 治験に関しては未実施 ○ 臨床研究の件数に関しては前年度の半数で目標を未達 <p>【エ:保健福祉行政との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ レピラとの連携により、発達障害児の診療を実施 ○ レピラへの診療放射線技師の応援派遣 <p>【オ:女性医学】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 外来枠を確保し、女性医学外来の診療を維持 <p>【カ:血液内科の充実】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 血液内科の入院診療の行える病院への転院の円滑実施 	<p>市民公開講座や治験については、これまで新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、実施を縮小していた項目であったが5類感染症移行後においても実施することが出来なかった。また、臨床研究実施件数も前年度と比較し、半数程度となっている。しかし、難病医療や保健福祉行政との連携については、着実に実施していることから総合的に判断し、評価を「3」とした。</p>
					<p>(自己評価理由)</p> <p>予防医療、難病医療、治験・臨床研究の推進については、人員不足もあり目標値を達成できなかった。保健福祉行政との連携、血液内科については、概ね達成できた。女性医学については、産婦人科の医師派遣が令和6年3月で終了することもあり積極的な取組は行えなかったが、必要な医療は提供してきた点から自己評価を「3」とした。</p>	

【ア:予防医療】	項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
	市民公開講座開催(年1回以上)	-	未実施	年1回以上	未実施	-
	がん検診の実施	-	実施	継続	実施	-
	人間ドック・健診センター体制の見直し	-	実施	継続	実施	-

【イ:難病医療】	項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
	難病患者等入院診療延べ件数(件)	70.6%	2,154	2,300	1,854	80.6%
	難病外来指導管理件数(件)	98.6%	5,470	5,550	5,479	98.7%

【ウ:治験・臨床研究の推進】	項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
	治験実施件数(件)	20.0%	3	15	0	0.0%
	臨床研究実施件数(件)	122.2%	110	90	54	60.0%

【エ:保健福祉行政との連携】	項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
	東大阪市障害児者支援センター(レピラ)への紹介件数(件)	23.3%	7	30	26	86.7%

【オ:女性医学】	項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
	「女性外来」の設置	-	設置	設置	設置	-

小項目(27項目)	ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第2 2 2 患者満足度の向上 (1) 患者満足度の向上		3	3	3	<p>【ア:患者満足度調査】 ○ 入院・外来ともに目標を達成し、調査結果の公表実施</p> <p>【イ:患者サービスの向上】 ○ 患者からの意見に対する改善策を情報共有し、患者情報コーナーへ掲示</p> <p>【ウ:入院支援】【オ:退院支援】 ○ 入院時支援実施件数は目標達成 ○ 入退院支援実施件数は目標未達成</p> <p>【エ:院内滞在時間の短縮】 ○ 自動再来受付機の追加設置や診療費後払いシステムを導入</p> <p>【カ:在宅療養担当医療機関との連携】 ○ 在宅療養担当医療機関等とリモートで連携</p>	患者満足度調査については前年度と同様に外来患者の待ち時間に対する不満があり、目標を達成することが出来ず、受付から診察・検査・会計までにおけるオペレーションや各種システム整備も含めて改善の検討が必要と思われる。しかし、他の項目で目標値または前年度実績を超えており、結果としては良好であったと判断し、法人の評価と同じく「3」とした。
(自己評価理由) 患者・家族への丁寧な対応を行い、コロナ渦において感染対策の観点から制限される面会に関するオンライン面会にて対応するなどの活動を行い、一定程度の患者満足度を得たと判断し、自己評価は「3」とした。						

【ア:患者満足度調査】

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
入院患者満足度>90%	-	達成(98.3)	達成(>90.0)	達成(99.1)	-
外来患者満足度>90%	-	達成(98.0)	達成(>90.0)	達成(97.2)	-
患者サービス医療環境向上委員会開催(月1回以上)	-	年12回実施	年10回実施	年12回実施	-

【イ:患者サービスの向上】

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
職員接遇研修会開催(年2回以上)	-	実施	実施	実施	-

【ウ:入院支援】

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
入院時支援実施件数(件)	156.7%	4,230	3,900	7,254	186.0%

【エ:院内滞在時間の短縮】

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
患者待ち時間アンケート調査(外来)>80%(患者満足度調査項目)	-	実施(76.1)	実施(>80.0)	実施(75.7)	-
自動再来受付機等の整備	-	整備	整備	整備	-
診療費後払いシステムの導入	-	整備	整備	整備	-

【カ:在宅療養担当医療機関との連携】

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
入退院支援実施件数(件)	79.3%	9,521	12,000	10,488	87.4%

小項目(27項目)	ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第2 2 (2)院内環境の快適性の 向上		3	3	3	【ア:療養環境の改善】 ○ 病棟浴室のシャワールーム化が令和5年5月に工事完了 ○ 周産期病室の簡易個室化については未実施 【イ:院内設備の整備】 ○ 外来エリアサインの改修 【ウ:入院生活の質の向上】 ○ 民間ボランティア活動は令和5年12月から開始	院内環境の快適性の向上にかかる施設整備については、外来エリアのサイン見直しなど一部未完了の部分もあるが、病棟浴室のシャワールーム化が令和5年5月に完了し、入院患者の生活環境の向上に寄与することが出来たことから評価基準に基づき、評価を「3」とした。
					(自己評価理由) 新型コロナウイルスの影響でシャワー化が実施できていなかった病棟についても、改修が完了した。さらに外来エリアのサインの見直しなど、来院者が利用しやすい環境の整備を実施した。また、ボランティアの活動についても一部再開し始めたことなどから、自己評価を「3」とした。	

項 目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
療養環境の改善	-	未 実 施	整 備	未 実 施	
1)周産期病室の簡易個室化	-	未 実 施	整 備	未 実 施	
2)病棟浴室のシャワー化(浴槽の撤去)	-	概 ね 実 施	整 備	実 施	

小項目(27項目)	ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第2 3 3.信頼性の向上と情報発信 (1)医療の質・安全対策		4	3	3	【ア:医療の質の改善】【ウ:医療の質の向上】 ○ 日本医療機能評価機構の病院機能評価について認定 ○ 研修医応募件数が地独化後、過去最高を記録 【イ:医療安全対策・インフォームドコンセント】 ○ 臨床倫理検討委員会において、対応困難事例に対して検討 【エ:医療安全管理・感染制御】 ○ ICT研修を実施 【オ:虐待防止】 ○ 虐待防止において院内連携体制の継続及び積極的早期介入	法人の評価を妥当とし、評価を「3」とした。
					(自己評価理由) 医療安全において近隣の医療機関と相互カンファレンスを実施するなどして、第三者の意見を取り入れ業務改善に努めている。また、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)に加え、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)に参加している。 医療安全研修、感染防止(ICT)研修は独自に研修資料を作成し、徹底した後追いにより受講率100%を達成したことなどから自己評価を「3」とした。	

項 目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度計画	令和5年度実績	R5達成率
日本医療機能評価機構認定病院(再掲)	-	認 定	認 定	認 定	-
卒後臨床研修評価機構認定病院	-	認 定	認 定	認 定	-
医療安全研修受講率(%)	109.9%	87.9	80.0	87.9	109.9%
感染防止(ICT)研修受講率(%)	125.0%	100.0	80.0	100.0	125.0%

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R4	R5法人	R5市		
第 2 3	(2)情報発信、個人情報保護	◎	3	3	3	【ア:情報発信】 ○ 病院HP・SNS委員会において病院紹介動画等を作成し、公開 ○ 会議資料のペーパーレス化とともにグループウェア上に公開 【イ:個人情報保護】 ○ 個人情報保護に係る院内研修の実施 ○ USBメモリ運用規程の実施によるセキュリティ強化 【ウ:医療事務の信頼性】 ○ RFIDタグの活用により請求漏れを防止 【エ:サイバー攻撃対応】 ○ サイバー攻撃に対応した新たなシステムの導入 ○ 事務系ネットワークにおいてもセキュリティ対策を順次適応	法人評価のとおり、医療情報のデジタル化やペーパーレス化などDXの推進が図られた。また、令和3年度に起こったサイバー攻撃がきっかけとなり、セキュリティ強化にかかる様々なシステム導入が行われ、新たな運用が令和5年度から本格実施されたことにより、医療情報の発信及び個人情報の保護が適切に遂行されたことから、評価を「3」とした。
						(自己評価理由) 病院ホームページ・ソーシャルネットワークシステム管理委員会により病院紹介動画及び各部門採用動画を作成するなど積極的な情報発信に務めた。サイバーセキュリティ強化、医療情報デジタル化、DPC調査(厚生労働省)の基準に基づいた適切なDPCデータ提出を実施。概ね達成したため自己評価を「3」とした。	
小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R4	R5法人	R5市		
第 2 4	(1)地域医療支援病院としての機能強化	◎	4	4	4	【ア:地域医療支援病院としての役割】 ○ 紹介・逆紹介患者共に目標達成 ○ 紹介元医療機関への退院時診療情報提供件数は目標未達 ○ 紹介元以外の医療機関への退院時診療情報提供件数は目標達成 ○ 高額医療機器の共同利用実績は、昨年度より大幅に増え、目標達成 【イ:地域医療機関との連携】 ○ 医療従事者研修会を13回実施 ○ 第1回地域医療連携登録医総会を開催	紹介患者数、逆紹介患者数、高額医療機器の共同利用の受託件数及びがん治療連携計画策定件数が目標値を上回った結果、退院時診療情報提供件数を除く全ての項目で目標を達成した。地域医療支援病院として、また地域完結型医療における高度急性期・急性期医療を担う地域の中核病院としての機能強化が図られていることから法人の自己評価と同じく「4」とした。
						(自己評価理由) 紹介患者数、逆紹介患者数、高度医療機器の共同利用の受託件数、がん治療連携は目標値を大幅に上回り達成した。かかりつけ医アンケートの実施、研修会も13回実施し、さらに地独化後、初めて登録医総会を実施し、地域との連携強化をさらに行った点から自己評価を「4」とした。	

【ア:地域医療支援病院としての役割】

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
紹介患者数(初診に限る)(人)※1	109.4%	19,696	16,500	17,855	108.2%
逆紹介患者数(人)※2	122.4%	45,303	45,000	47,524	105.6%
高額医療機器の共同利用の受託件数(件)	146.0%	3,337	3,000	3,265	108.8%
紹介元医療機関への退院時診療情報提供の件数(件)	37.4%	4,492	7,200	5,195	72.2%
紹介元以外の保健医療機関への退院時診療情報提供の件数(件)	90.4%	3,617	2,400	3,488	145.3%
がん治療連携計画策定の件数(件)・(がん地域連携診療計画書の作成)	133.3%	64	48	90	187.5%

【イ:地域医療機関との連携】

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
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	実施	実施	-
地域医療従事者向け研修会の開催(年12回以上)の実施	-	継続	継続	継続	-

小項目(27項目)	ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第 2 4 (2)地域包括ケアシステム 構築への貢献		3	3	3	【ア:急性期病院との役割】 ○ 面会制限緩和により患者紹介・情報提供件数が増加 【イ:関係機関との連携】 ○ 転院、在宅調整について関係機関との連携強化	令和5年度は新型コロナウイルスが5類感染症に移行されたことにより患者やその家族との面会制限が緩和され、退院時共同指導及び患者紹介・情報提供、退院時連携指導及び患者紹介・情報提供の件数は前年度より飛躍的に増加し、目標値を大きく上回った。また、高度急性期・急性期病院の役割について関係機関との連携強化を進めたことも評価し、法人の自己評価と同じく「3」とした。
					(自己評価理由) 新型コロナウイルス感染症の5類移行後、患者関係者の来院機会が増え、退院時共同指導および患者紹介・情報提供の件数も伸び、目標を達成したなどから自己評価を「3」とした。	

【イ:関係機関との連携】

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5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)	69.5%	132	190	266	140.0%
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	30.9%	105	150	203	135.3%

小項目(27項目)	ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第3 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するため執るべき措置						
第 3 1 (1)病院の理念と基本方針の浸透	1	4	3	3	【理念及び基本方針】 ○ 令和4年度に見直した理念と基本方針を市民・患者・職員へ周知 ○ 全職員が理念、基本方針に基づき実践していく組織づくりを継続	法人の評価を妥当とし、評価を「3」とした。
					(自己評価理由) 理念及び基本方針の周知については、事務局で唱和の励行などを図った。また、委託業者に関しても委員会等への参加により目的達成に向けた取組を協働して行ってきた点から自己評価は「3」とした。	

小項目(27項目)	ウエイト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第3 1 (2) 内部統制	◎	3	3	3	<p>【ア:内部統制体制の構築】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ センター間の連携強化・人事交流、年度計画の策定及び進行管理、業務・契約統合・統一化の検討、コンプライアンス・ハラスメント防止対応、内部監査実施に向けての取り組みを充実 <p>【イ:コンプライアンス強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 業務の適切な執行を行った <p>【ウ:取組みの評価】 【エ:取組みの推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 診療科別目標を設定し、達成状況の確認・対策 ○ 市、評価委員会からの指摘を院内で共有し、対策強化 ○ 各種委員会の審議による情報共有 <p>【オ:再発防止体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 救急外来改修のタスクフォースを立ち上げ対応を検討 	各指標の項目が実施されており、法人本部を中心に内部統制に関する取り組みも適切に対応されていることから評価は「3」とした。
<p>(自己評価理由)</p> <p>令和4年度に設置した法人本部の下、中河内救命救急センターとの連携強化・人事交流、年度計画の策定及び進行管理などを実施し、両センター間の内部統制に努めた。事業報告・監査・提出・公表のPDCA、診療科別・病棟別実績の報告検討を継続して行えた点等から自己評価を「3」とした。</p>						

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
医療センター業務方法書の点検	-	一部実施	実施	実施	-
内部統制(ガバナンス)体制の確立(内部統制委員会を含む)	-	実施	実施	実施	-
内部通報窓口、外部通報窓口の設置	-	実施	実施	実施	-
病院会計及び財務報告の監査体制の構築	-	実施	実施	実施	-
規程・マニュアル等の整備状況の点検	-	実施	実施	実施	-

小項目(27項目)	ウエイト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第3 1 (3) 適切かつ弾力的な人員配置		3	3	3	<p>【ア:医務局】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ シフト勤務やフレックス体制の導入拡大について引き続き検討 <p>【イ:看護局】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 重症度、医療・看護必要度の年間平均は35.5%で診療報酬要件達成 ○ 病棟間で応援体制を組み、業務量を平準化 <p>【ウ:薬剤部】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 薬剤管理指導、退院時薬剤情報管理指導、連携充実加算、がん患者指導管理等に注力 <p>【エ:医療技術局】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 一部で二交代制勤務を導入し、時間外勤務の縮減 <p>【オ:事務局】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ センター間の人事交流を実施 	法人の評価を妥当とし、評価を「3」とした。
<p>(自己評価理由)</p> <p>医師の働き方改革が求められる中、いわゆるA水準と言われる時間外の上限よりさらに厳しい時間外上限を設定し、時間外縮減に務め、かつ安全な医療の提供、診療報酬上必要な人員配置、弾力的な運用を行えた点から自己評価を「3」とした。</p>						

小項目(27項目)	ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第3 1 (4)医療資源等の有効活用		4	4	4	【ア:施設の効果的な活用】 ○ 病床稼働率、ハイブリッド手術室稼働率、ICU管理件数等は目標未達 ○ 総手術件数、全身麻酔件数、ダビンチ手術件数は目標達成 【イ:病院情報機器の更新計画】【ウ:医療機器の更新計画】 ○ 次期電子カルテシステム更新に伴う導入委員会の発足 ○ よい安全・高精度の放射線治療機器の導入を決定	総手術件数や全身麻酔件数は目標を達成しており、ダビンチ(ロボット支援)手術実施件数は前年度を大幅に超えた。このことから高度急性期医療を担う医療センターとしての役割を十分に果たしていることから、評価を「4」とした。
(自己評価理由) 病床稼働率は目標値に届かなかったものの、当センターの使命である高度急性期・急性期医療である手術実績の総件数・全身麻酔件数は目標値を達成し、特にロボット支援手術件数は目標を大幅に超えたことなどから自己評価を「4」とした。						

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
病床稼働率(%) (休床考慮)	85.2%	79.1	87.5	78.9	90.2%
総手術件数(件)	105.6%	7,432	7,225	7,466	103.3%
全身麻酔件数(件)	109.9%	3,516	3,500	3,602	102.9%
ハイブリッド手術室稼働率(%)	95.9%	67.1	70.0	62.8	89.7%
ダビンチ(ロボット支援)手術実施件数(件)	118.6%	166	170	238	140.0%
強度変調放射線治療(IMRT)件数(件)	110.4%	3,809	3,450	3,142	91.1%
ICU(特定集中治療室)管理件数(件)	81.5%	2,362	2,928	2,576	88.0%

小項目(27項目)	ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第3 2 (1)人材の確保		3	3	3	【ア:医療職】 ○ 専攻医を含む医師数は前年度より7名増加 ○ 看護師採用試験のオンライン面接を継続したが受験者数は前年より減少 ○ 看護師の離職率は10.5%となり、前年度より改善 【イ:事務職】 ○ 事務局の活性化および将来を見据えた体制構築を図る観点から、新規学卒者や若年層を対象に採用活動を行い、3名採用	医師数については関連大学への働きかけや広報を強化した結果、医師数の確保に繋がった。看護師については前年度より採用者数は減少したが、一方で離職率は低下していることから評価は「3」とした。
(自己評価理由) 研修医の応募件数が地独化後最大を記録するなど、優秀な人材確保につながっている。今後も大学医局へ働きかけ、医師の確保に努める。看護師については、次年度の予定数の確保につながらなかったが、オンライン面接実施など、受験者の利便性を考慮した採用試験を継続している。薬剤師や事務職は派遣を活用して必要な体制を維持した。以上の点から自己評価を「3」とした。						

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
医師数(専攻医含む)(人)	101.4%	148	148	155	104.7%
看護師離職率(%)	-	11.6	10.0%以内	10.5	-

小項目(27項目)	ウエイト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第3 2 (2)人材の育成		3	3	3	<ul style="list-style-type: none"> ○ 内科専門研修プログラムのJMECC講習を初めて院内で開催 ○ ラダー3以上の取得率は前年度より2.3%増加 ○ 皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程に1名合格 ○ 令和4年10月に市立東大阪医療センター特定行為研修センターが開設 ○ 各職種の認定専門士の取得維持 ○ 学会発表や各種研修会への積極的な参加 	各指標の項目が目標を達成していることから順調に実施できていると判断し、評価は「3」とした。
					<p>(自己評価理由)</p> <p>臨床研修指導医5名、指導医2名の増、看護局においてはラダー教育の継続、および特定行為看護師合計21名が研修終了(他施設受講含む)、薬剤部では院内勉強会の開催、医療技術局では学会発表・新たな専門・認定資格取得への取組、事務局では年間を通じて事務長塾への参加などに取り組んだ点から自己評価を「3」とした。</p>	

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
指導医数(人)※延数(領域毎にカウン うち新規取得数)(人)	119.4%	166	170	170	100.0%
専門、認定看護師、認定看護管理者数	117.4%	27	28	28	100.0%

小項目(27項目)	ウエイト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第3 2 (3)人事給与制度		3	3	3	<p>【ア:看護職員手当支給】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 看護職員処遇改善評価料を取得し手当支給を継続 <p>【イ:人事評価制度の見直し】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 人事評価委員会を設置し組織横断的に管理・運用 <p>【ウ:処遇改善】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急医療等従事手当を引き続き支給し、看護補助者への処遇改善手当を新設 ○ 医師の管理職手当の引き上げ <p>【エ:働き方改革】【オ:モチベーションの向上】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 休暇の取得日数が上昇 	法人の評価を妥当とし、評価を「3」とした。
					<p>(自己評価理由)</p> <p>診療報酬制度に基づく処遇改善手当の継続、物価高騰等を踏まえ正職員及び非常勤職員の賃金引き上げを実施。また有給休暇の計画的取得を促進した点から自己評価を「3」とした。</p>	

【ア:人事評価制度の導入】

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
人事評価制度の実施	-	実施	実施	実施	-

小項目(27項目)	ウエイ ット	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第3 2 (4)職員満足度の向上		3	3	3	【ア:就労環境の整備】 ○ 臨床研修センター及び特定行為研修センターでシミュレータの管理と運用を整備 ○ 本館3階の管理区域を改装し、職員ラウンジの設置 【イ:職員満足度調査】 ○ 職員満足度アンケート調査結果は概ね良好 【ウ:資格取得促進体制】 ○ より専門的な技術が必要な専門・認定資格に対し、「資格業務手当」を支給	男性育休取得者は5名となり取得率は20%で推移している点、院内保育所受入人数が前年度より増加している点、有給休暇取得日数において前年度実績より着実に増えて目標を達成していることは評価できるものの、職員満足度調査では56%に留まり目標未達であったことから更なるワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境の整備に努めていただきたい。以上のことから評価を「3」とした。
					(自己評価理由) 職員満足度は目標値を達成できなかった。一方、有給休暇取得日数は目標を達成でき、労働安全衛生委員会が主体となり医師の時間外縮減に取り組み、720時間超の人数を大幅に減らしたことから自己評価を「3」とした。	

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
三六協定の締結の有無	-	あり	継続	継続	-
(医師)時間外労働上限規制(年720時間)超えの医師数(%)	-	21.3	0.0	6.0	-
有給休暇取得日数(日)	113.8%	18.2	17.0	20.3	119.4%
職員アンケート総合満足度(60%以上)	-	未達成 (56%)	60%以上	56%	-

小項目(27項目)	ウエイ ット	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第4 1 経営基盤の確立		4	2	2	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 ○ 新型コロナ補助金が大幅に減少し、7億4,100万円の経常損失を計上 ○ 経常収支比率、医業収支比率ともに前年より悪化し、目標未達	新型コロナ関連補助金による収益が大幅に減少したことが要因であるが経常収支比率、医業収支比率ともに目標を達成する事ができず、約7億円の経常損失となった。そのため法人評価と同じく「2」とした。
					(自己評価理由) 経常収支比率、医業収支比率ともに目標値を達成する事ができず、3年連続の黒字から赤字となってしまった。そのため自己評価を「2」とした。	

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
経常収支比率(%)	104.6%	108.5	99.1	96.3	97.2%
医業収支比率(%)	101.7%	102.0	107.0	101.1	94.5%

小項目(27項目)		ウエ イト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R4	R5法人	R5市		
第 4	2 収入の確保	◎	5	2	2	【ア:収益向上対策】 ○ 入院診療収益は目標未達であったが外来診療収益は目標達成 ○ 新入院患者数及び外来新患者数は目標達成 【イ:病床回転率の向上】 ○ 入院期間20日超えの患者の転退院促進 【ウ:適切な診療報酬請求】 ○ レセプトチェックソフトを使用し、精査の時間短縮 【エ:医業未収金】 ○ 債権回収業者を見直し、医業未収金の低減 【オ:診療報酬外の料金改定】 ○ 室料差額等について料金の見直し	入院単価及び外来単価は伸びているものの新入院患者数及び外来新患者数は伸び悩み、令和5年度の目標値を達成することができず、医業収益も落ち込んだ。新型コロナ関連補助金が減少し、今後も厳しい病院経営を強いられることが想定されるため、医業収益の増加に向けた取り組みを着実に進めていただきたい。以上のことから法人の評価と同じく、評価を「2」とした。
						(自己評価理由) 外来診療収益と外来単価を除き、目標値を達成することが出来なかった。特に新入院患者数の未達の影響で、入院診療収益が大きく減収となったことが赤字の大きな要因となったため自己評価を「2」とした。	

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
入院診療収益(百万円)	102.7%	12,300	13,507	12,150	90.0%
外来診療収益(百万円)	101.6%	5,874	5,798	5,870	101.2%
入院単価(円/日)	100.1%	80,565	81,364	80,672	99.2%
外来単価(円/日)	104.2%	24,694	24,483	26,710	109.1%
新入院患者数(人)	100.2%	14,223	15,670	14,860	94.8%
外来新患者数(人)	101.5%	35,155	34,405	27,759	80.7%

小項目(27項目)		ウエイト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
			R4	R5法人	R5市		
第4	3 費用の節減	◎	3	3	3	【ア:人件費比率の適正化】 ○ 退職制度改正に伴い、退職給付費用が減少 【イ:後発医薬品の採用】 ○ 抗悪性腫瘍剤等の高価医薬品の切り替えについて検討 【ウ:診療材料調達コストの節減】 ○ ベンチマークシステムによるコストチェックを活用 【エ:契約の見直し】 ○ 委託業務の仕様等について見直し 【オ:応援医師の配置】 ○ 応援医師の配置が必要な診療科においては積極的に活用	人件費や材料費が高騰していることから費用が増加している傾向にあるが、委託業務の見直しや光熱水費の節減に努めたことから、営業費用については、前年度より約6千万円減少した。以上のことから総合的に勘案し、評価は「3」とした。
						(自己評価理由) 医業収益が目標に対して大きく減少し、人件費及び物価が高騰する中、人的業務委託の見直しによる、委託費高騰の抑制、光熱費等については効率化を実施し経費削減につなげたことから自己評価は「3」とした。	

項目	R4達成率	令和4年度実績	令和5年度目標	令和5年度実績	R5達成率
医業収益対人件費比率(%)	102.3%	51.5	48.4	51.9	92.8%
医業収益対材料費比率(%)	101.9%	30.9	30.6	31.9	95.8%
医業収益対経費比率(%)	103.1%	15.5	15.1	15.2	99.3%

小項目(27項目)	ウエイト	評価			法人の業務実績(要点)	評価コメント
		R4	R5法人	R5市		
第5 その他の業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置						
第5	1 中河内救命救急センターの運営	3	3	3	【ア:運営方向性】 ○ 事務的な部分は法人本部が中心となり業務効率化・契約統合・人事交流 【イ:医療センターとの連携】 ○ 救命救急センターのあり方について、大阪府及び東大阪市と協議 【ウ:府との調整】 ○ 毎月及び年間の収支状況を、大阪府、理事会に報告し、臨時の支出等については府との調整を行った	効率的・効果的な業務運営の一環として、人事交流や医事業務を医療センターと連携して行ってきた。また、救急患者の受入体制を医療センターと連携強化した結果、救急患者の応需件数及び応需率が増加し、安心安全な救急医療体制が構築できたことを評価し、「3」とした。
	(自己評価理由) 救急患者の状態により、両センターが連携し患者を受け入れた。また、医事委託の事業者の統一など効率化を図った。中河内救命救急センターのあり方について、大阪府及び東大阪市と協議することができ、和6年度はさらに大阪府より移管することについて協議を開始する。上記の点から自己評価を「3」とした。					
	2 地域医療構想を踏まえた役割の明確化	3	3	3	【ア:地域中核病院の役割】 ○ 高度急性期・急性期医療の提供 【イ:地域医療における役割】 ○ 関係機関との連携強化 【ウ:専門外来の確保・拡充】 ○ 専門外来の確保・拡充の取組み ○ 一般再来外来の縮小	法人の評価を妥当とし、評価を「3」とした。
(自己評価理由) 中河内医療圏において「病病・病診連携」を継続し、高度急性期・急性期医療の提供体制を維持、さらに地域医療構想における高度急性期病床増床(移行)についても大阪府より承認された点から自己評価を「3」とした。						
3 施設整備に関する事項	◎ 4	3	3	【ア:施設の長寿命化】 ○ 3階管理部門エリアのリニューアル工事 ○ 駐輪場におけるサイクルポートの改修及び照明のLED化 【イ:災害対応】 ○ (仮称)エネルギーセンター棟の基本設計の着手	施設・設備について、計画的に適切な点検・改修・更新を行っており、(仮称)エネルギーセンター棟の建設に向けた取り組みも着実に進んでいることから法人の評価を妥当とし、評価を「3」とした。	
(自己評価理由) 本館管理部門をはじめ経年劣化した設備改修の実施に加え、市との協議のうえ次年度にエネルギー棟建設の基本設計に入ることなどから自己評価を「3」とした。						