

京都山城総合医療センター
第五次経営計画進捗状況
(令和6年度上半期報告)

令和6年11月

国民健康保険山城病院組合

目 次

1. 経営計画主要項目
2. 経営計画の進捗状況
3. 医師の配置状況
4. 上期経営状況

1. 第五次経営計画主要項目

(1) 計画期間

令和4年度から令和7年度までの4カ年とする。

来るべき2025年に向け、山城南医療圏における地域医療支援病院として、地域包括ケアシステムを推進する。

(2) 重点テーマ及び取り組み内容

山城南医療圏における地域完結型医療を目指すとともに、限られた医療・介護資源を有効に活用し、持続的かつ安定的な医療提供体制の構築に向け、次の重点テーマに取り組むこととする。

重点テーマ	数値目標（令和7年度）
(1) 経営の安定化	◇延入院患者数 計画最終年度達成目標年間10万人以上 ◇急性期病床利用率 80%以上 ◇回復期病床利用率 90%以上 ◇経常収支比率 100%以上 ◇職員の適正な人員配置（給与費率55%以下） ◇年度末における資金残高の増を目指した安定した経営
(2) 地域連携の強化	◇診療依頼を断らない体制の強化 ◇紹介率85%以上 ◇逆紹介率100%以上 ◇地域の医療従事者研修の充実
(3) 救急医療の充実	◇救急時間内応需率100% ◇救急総応需率90%以上 ◇当地域における救急搬送のカバー率 60%以上 ◇救急受入体制強化のための人員配置
(4) 診療科の充実	◇山城南医療圏における疾患別カバー率の向上 ◇脳神経外科医増員 ◇整形外科医増員 ◇回復期リハビリテーション病棟開設（令和5年4月）
(5) 医療機器の整備	◇計画的な医療機器等の整備・更新 ◇計画的な建物設備の整備・更新 ◇高度医療機器の導入の検討（ロボット手術等）
(6) 職員の意識改革	◇医療の質の向上 ◇働き方改革の推進 ・業務効率化（ICTの活用）の推進 ・タスクシェア・タスクシフトの取り組み ◇超過勤務時間の削減（R3年度対比10%減） ◇患者サービスの向上（待ち時間短縮・接遇向上・患者アンケートの有効活用及び検証等）

2. 経営計画の進捗状況(令和6年9月末現在)



施策	年度別達成状況評価				R6年度 評価方法	評価方法の考え方 <small>※上半期の評価において年間数値を評価基準とする際は、上半期の営業日数で按分した数値で評価する</small>	取組状況	
	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度				
(1) 経営の安定化					※R6年度より評価方法を変更しております。			
◇延入院患者数 年間10万人以上 (計画最終年度達成目標：回復期病棟含む) ◇病床利用率向上への取組 目標利用率 急性期病床 80%以上 回復期病床 90%以上	△	△	×		年延入院患者数		【延入院患者数】	
					◎ 100,000人以上	経営計画数値目標	令和5年度上半期 41,792人	
					○ 96,000人以上	安定して収支均衡以上が見込まれる値	令和6年度上半期 43,769人	
					△ 88,200人以上	国が統廃合等の検討を求める際の基準値 (稼働率70%)(感染病棟10床除く)	・効果的、効率的なベッドコントロールによる病床活用	
						× 88,200人未満	「△」の評価基準に達しない値	・病棟別の目標設定による進捗管理
	△	△	△			急性期病床利用率		【病床利用率(令和6年2月から23床休床)】
						◎ 80%以上	経営計画数値目標	令和5年度上半期 66.9% 令和6年度上半期 72.4%
						○ 75%以上	安定して収支均衡以上が見込まれる値	※急性期医療の中心となるHCU(高度治療室)及び5~7階病棟の利用率は76.4%
						△ 70%以上	国が統廃合等の検討を求める際の基準値 (稼働率70%)(感染病棟10床除く)	・HCU病棟活用のための入退室基準の徹底
						× 70%未満	「△」の評価基準に達しない値	
	△	△	◎			回復期病床利用率		【病床利用率】
						◎ 90%以上	経営計画数値目標	令和5年度上半期 59.9%
○ 88%以上						安定して収支均衡以上が見込まれる値	令和6年度上半期 90.3%	
△ 80%以上						運営上最低限必要と考える値		
					× 80%未満	「△」の評価基準に達しない値		
◇経常収支比率100%以上 ※経常収支比率 $\frac{\text{経常収益 (医業収益+医業外収益)}}{\text{経常費用 (医業費用+医業外費用)}} \times 100$	△	△	期末に 評価		経常収支比率		(決算整理後の経常収支により評価予定)	
					◎ 100%以上	経営計画数値目標		
					○ 99.4%以上	目標達成率80%に相当する値(※1)		
					△ 98.5%以上	R5年度経常収支比率98.4%を上回る値		
					× 98.5%未満	「△」の評価基準に達しない値		
◇職員の適正な人員配置 (給与費率55%以下)	△	△	期末に 評価		給与比率		(決算整理後の経常収支により評価予定)	
					◎ 55.0%以下	経営計画数値目標		
					○ 57.4%以下	目標達成率80%に相当する値(※1)		
					△ 61.0%以下	同規模全国自治体病院の平均給与費率 (R4調査)(※2)		
					× 61.0%超過	「△」の評価基準に達しない値		

施策	年度別達成状況評価				R6年度 評価方法	評価方法の考え方 ※上半期の評価において年間数値を評価基準とする際は、上半期の営業日数で按分した数値で評価する	取組状況	
	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度				
(2)地域連携の強化								
◇診療依頼を断らない体制の強化 紹介率・逆紹介率の更なる向上 (紹介率85%以上・逆紹介率100%以上)	△	△	○		紹介率		【紹介率】	
					◎ 85%以上	経営計画数値目標	令和5年度上半期 74.8%	
					○ 71%以上	目標達成率80%に相当する値(※1)	令和6年度上半期 79.6%	
					△ 50%以上	地域医療支援病院施設基準 紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上	・病診連携会議(R6年9月)	
						× 50%未満	「△」の評価基準に達しない値	・紹介予約枠の活用(継続)
	△	△	◎			逆紹介率		【逆紹介率】
						◎ 100%以上	経営計画数値目標	令和5年度上半期 95.5%
						○ 88%以上	目標達成率80%に相当する値(※1)	令和6年度上半期 105.4%
△ 70%以上						地域医療支援病院施設基準 紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上		
					× 70%未満	「△」の評価基準に達しない値		
◇地域の医療従事者研修の充実	△	○	◎		各研修後の満足度調査における「満足」以上の回答割合		・認定看護師セミナーの開催(年4回)	
					◎ 90%以上	目標を達成したと考える値	(参加人数 7/28 32人、9/29 37人)	
					○ 80%以上	概ね目標を達成したと考える値	(満足以上の回答割合98%)	
					△ 70%以上	達成に向けた改善が必要と考える値	・当院に対する要望(医療ニーズ)等の継続した情報収集及びその対策	
					× 70%未満	内容の抜本的な見直しが必要と考える値		
◇患者相談窓口の充実	-	△	◎		各種医療相談件数(年換算)	がん、認知症、入退院支援、子育て支援、心理士相談、脳卒中相談の合計件数	【相談件数】	
					◎ 3,700件以上	R3実績(3,324件)を10%以上上回る値	令和5年度上半期 2,531件	
					○ 3,400件以上	R3実績(3,324件)を上回る値	令和6年度上半期 2,711件	
					△ 3,000件以上	運営上最低限必要と考える値	・重症患者対応メディエーターチーム立ち上げ(R6年5月)	
					× 3,000件未満	「△」の評価基準に達しない値	・ハイリスク患者への専門職種への早期介入の実践	
◇情報発信・地域への取り組み	-	△	○		取組状況を総合評価		・Instagramを用いた効果的な情報発信(継続)、ニューボーンフォトサービス開始	
					◎ 達成	実行可能な全ての取組を実施	・「選ばれる病院」のための取り組み(5/11看護の日@高の原イオン、7/11サマーコンサート@当院、8/4わくわくサマーフェスタ@当院開催)	
					○ 前年度より改善	前年度の取組を継続した上で内容の向上、または新たな取組を開始		
					△ 改善取組中	内容の向上または新たな取組の開始に向け、改善中	・地域住民向けセミナー等の開催、参加(R6年4月認知症カフェ等)	
					× 達成困難	「△」の評価基準に達しない場合		

施 策	年度別達成状況評価				R6年度 評価方法	評価方法の考え方 ※上半期の評価において年間数値を評価基準とする際 は、上半期の営業日数で按分した数で評価する	取組状況
	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度			
(3)救急医療の充実							
◇救急受容率の向上の取組 (時間内応需率100%・総受容率90%以上)	△	△	○	時間内応需率	時間内救急搬送件数/時間内救急要請件数	【時間内応需率】 令和5年度上半期 97.7% 令和6年度上半期 98.6% ・相楽、精華消防との救急症例検討会の定期開催(年4回)(5/30) ・救急受入の強化(継続)	
				◎ 100%	経営計画数値目標		
				○ 96%以上	目標達成率80%に相当する値(※1)		
				△ 90%以上	運営上最低限必要と考える値		
	△	△	△	総受容率	救急搬送件数/救急要請件数	【総受容率】 令和5年度上半期 82.7% 令和6年度上半期 83.3% ・専任の常勤医師1名の配置及び非常勤医師(時間外)による応援(継続) ・救急認定看護師の配置(継続)	
				◎ 90%以上	経営計画数値目標		
				○ 85%以上	R5年度総受容率84.3%を上回る値		
				△ 80%以上	運営上最低限必要と考える値		
△	△	期末に 評価	地域救急貢献率	(相楽・精華救急)救急搬送件数/山城南医療圏救急車搬送人数	・[看護部]救急、集中治療領域間の異動によるHCUと救急室との連携強化(R6年6月) ・[看護部]心臓カテーテル検査診療介助開始による多職種連携、多職種協働の実践(R6年9月) ・産婦人科救急診療室の設置(R6年4月) ・放射線技師の全日当直勤務開始(R6年4月) ・臨床検査技師の全日当直体制構築に向け準備中		
			◎ 60%以上	経営計画数値目標			
			○ 52%以上	R5年度地域救急貢献率51.5%を上回る値			
			△ 45%以上	R4年度地域救急貢献率44.7%を上回る値			
× 90%未満	「△」の評価基準に達しない値		× 80%未満	「△」の評価基準に達しない値			
× 45%未満	「△」の評価基準に達しない値		× 45%未満	「△」の評価基準に達しない値			

施策	年度別達成状況評価				R6年度 評価方法	評価方法の考え方 ※上半期の評価において年間数値を評価基準とする際 は、上半期の営業日数で按分した数値で評価する	取組状況
	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度			
(4) 診療科の充実							
◇地域完結型医療に向けた取組 ・地域の医療ニーズへの対応 ・山城南医療圏における疾患別カバー率の向上	△	△	○	取組状況を総合評価		・助産師外来開始 (R6年4月)	
				◎ 達成	実行可能な全ての取組を行い、地域完結型医療の強化に努められた	【受診件数】 14件	
				○ 前年度より改善	前年度の取組を継続した上で内容の向上、または新たな取組を開始できた		
				△ 改善取組中	内容の向上または新たな取組の開始に向け、改善中		
◇医師が不足する診療科の増員に向けた取組	△	△	○	医師の充足状況进行评估		・リハビリテーション科常勤医師の確保 (R6年4月)	
				◎ 診療科充足	不足する診療科(脳外・整形等)を全て充足		
				○ 前年度より改善	不足する診療科医師が前年度比で充足		
				△ 改善取組中	診療科医師の充実に向け改善取組中		
◇回復期リハビリテーション病棟開設及び運営	△	○	◎	運営体制を総合評価		【病床利用率】	
				◎ 計画どおりの運営	病床利用率90%以上かつ必要人員、施設基準等の体制が計画どおり進行	令和5年度上半期 59.9%	
				○ 前年度より改善	前年度比で病床利用率の向上及び運営体制の強化が図れた	令和6年度上半期 90.3%	
				△ 改善取組中	運営改善に向けた取組を実行中	・急性期から回復期・在宅支援までシームレスな医療提供体制(継続) ・看護配置の強化を行い、入院料3→2へランクアップに向け体制整備中 (R6年10月予定)	
◇計画的な医療機器等の整備・更新	△	△	△	器械備品減価償却率(※3)	同規模全国自治体病院平均69.2% (H30～R4平均)	【器械備品減価償却率】 令和6年度上半期 71.11%	
				◎ 62.3%以下	全国自治体病院平均を1割以上下回る値	・MRI更新に向け準備中 (R6年10月)	
				○ 69.2%以下	全国自治体病院平均を下回る値	・4K内視鏡カメラシステム、スチームコンベクションオープン、膀胱腎盂ビデオスコープ、ウロダイナミクス検査装置、スポットビジョンスクリーナーの更新及び導入	
				△ 76.1%以下	全国自治体病院平均を1割以上上回る値		
◇計画的な建物設備の整備・更新	△	△	○	有形固定資産減価償却率(※4)	同規模全国自治体病院の平均57.7% (R6上半期推定値※5)	【有形固定資産減価償却率】 令和6年度上半期 57.66%	
				◎ 51.9%以下	全国自治体病院平均を1割以上下回る値		
				○ 57.7%以下	全国自治体病院平均を下回る値		
				△ 63.5%以下	全国自治体病院平均を1割以上上回る値		
				× 76.1%超過	「△」の評価基準に達しない値		
				× 63.5%超過	「△」の評価基準に達しない値		

施策	年度別達成状況評価				R6年度 評価方法	評価方法の考え方 ※上半期の評価において年間数値を評価基準とする際は、上半期の営業日数で按分した数で評価する	取組状況
	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度			
(6)職員の意識改革							
◇医療の質の向上 (医療の質及びホスピタリティーの向上等)	△	△	○	医療の質、患者サービスの向上に係る取組状況を総合評価		<ul style="list-style-type: none"> ・サイバーセキュリティ強化(基幹リモートメンテナンス回線導入) ・接遇力アップに向けた取組(R6年4月あいさつ運動実施) ・院内ボランティアによる活動(患者案内、補助等)再開 	
				◎ 達成	実行可能な全ての取組を行い、医療の質向上に努められた		
				○ 前年度より改善	前年度の取組を継続した上で内容の向上、または新たな取組を開始できた		
				△ 改善取組中	運営改善に向けた取組を実行中		
×	達成困難	「△」の評価基準に達しない場合					
◇患者サービスの向上 (待ち時間短縮・接遇向上・患者アンケートの有効活用及び検証等)	△	△	○	患者アンケート調査(80/100点以上の回答割合)		<ul style="list-style-type: none"> ・患者アンケート調査(R6年5月) (80点以上と評価した患者割合63.9%) 	
				◎ 80%以上	目標を達成したと考える値		
				○ 63%以上	令和5年度実績62.5%を上回る値		
				△ 50%以上	取組内容の改善が必要と考える値		
×	50%未満	「△」の評価基準に達しない値					
◇働き方改革の推進 ・業務効率化(ICTの活用)の推進 ・タスクシェア・タスクシフトの取り組み (医師から診療技術職への業務移管等)	△	△	○	取組状況を総合評価		<ul style="list-style-type: none"> ・災害医療におけるICT活用支援(山城EMIS作成) ・勤怠システム導入(R6年4月) ・給与明細、年末調整等クラウドソフト導入の検討 	
				◎ 達成	実行可能な全ての取組を行い、医療の質向上に努められた		
				○ 前年度より改善	前年度の取組を継続した上で内容の向上、または新たな取組を開始できた		
				△ 改善取組中	運営改善に向けた取組を実行中		
×	達成困難	「△」の評価基準に達しない場合					
◇超過勤務時間の削減(R3年度対比10%減)	△	△	×	超過勤務時間削減比(対R3年度)		<ul style="list-style-type: none"> 【1人当たり月平均超過勤務時間数】 令和3年度 10.8時間 令和6年度上半期 12.1時間 ・超過勤務時間削減比(対R3年度12%/月増:勤怠システム導入初年度、適切な労務管理の実施による増) ・効果的、効率的な医療提供のための業務の見直しと改善(PNS看護方式の導入) ・適正なタスクシフト/タスクシェアの促進(放射線技師による静脈確保、臨床検査技師による外来採血、臨床工学技士の透析室勤務) 	
				◎ 10%以上	経営計画数値目標		
				○ 6%以上	目標達成率80%に相当する値(※1)		
				△ 0%超過	削減は図れているものの、達成に向けた改善が必要と考える値		
×	0%以下	「△」の評価基準に達しない値					

※1 「◎」を達成率100%、「△」を達成率50%とおいた場合の達成率80%に相当する値を算出

※2 「厚労省:医療施設経営安定化推進事業病院経営管理指標」参照

※3 器械備品減価償却累計額÷器械備品帳簿原価で示される指標であり、総務省により毎年公表が求められている。(経営比較分析表)一般的に数値が高いほど資産が老朽化していると考えられ、将来の設備更新等の必要性を推測することが出来る。

※4 有形固定資産減価償却累計額÷有形固定資産帳簿原価で示される指標であり、指標の考え方は上記※3と同様

※5 年々増加傾向にある指標であることから総務省経営比較分析表より過去5か年(H30～R4)の値を基に最小二乗法による回帰直線により単純推定した値

3. 医師の配置状況 (各年度9月末現在)

	令和6年度	令和5年度	前年度比
	人	人	人
内科	0	1	△ 1
消化器内科	4	5	△ 1
循環器内科	3	3	0
腎臓内科	3	3	0
糖尿病・代謝内科	3	4	△ 1
リウマチ科	2	3	△ 1
総合内科	1	1	0
脳神経内科	5	4	1
小児科	5	5	0
呼吸器外科	1	1	0
消化器外科	3	3	0
乳腺・内分泌外科	2	2	0
小児外科	1	1	0
整形外科	3	3	0
脳神経外科	1	1	0
皮膚科	1	1	0
泌尿器科	2	2	0
放射線科	5	4	1
麻酔科	4	4	0
産婦人科	4	4	0
眼科	1	1	0
リハビリテーション科	1	0	1
研修医	5	10	△ 5
合 計	60	66	△ 6

※会計年度任用職員(フルタイム)を含む

4. 令和6年度 上期経営状況（4月～9月）

(1) 収益的収支

（単位：千円，％）

区 分		年 度		令和6年度 上期(A)	令和5年度 上期(B)	前年度比 (A)-(B)	
収 益 的 収 入	1. 医 業 収 益 (A)	1. 医 業 収 益 (A)		3,883,916	3,925,658	△ 41,742	
		(1) 入 院 収 益		2,465,537	2,474,497	△ 8,960	
		(2) 外 来 収 益		1,267,404	1,307,212	△ 39,808	
	(3) そ の 他 医 業 収 益		150,975	143,949	7,026		
	2. 医 業 外 収 益 (B)		2. 医 業 外 収 益 (B)		316,988	316,667	321
	(1) 補 助 金		(1) 補 助 金		568	0	568
	(2) 長 期 前 受 金 戻 入		(2) 長 期 前 受 金 戻 入		85,704	86,070	△ 366
	(3) そ の 他		(3) そ の 他		230,716	230,597	119
	収 入 計 (C)		収 入 計 (C)		4,200,904	4,242,325	△ 41,421
	収 益 的 支 出	1. 医 業 費 用	1. 医 業 費 用		3,925,681	3,884,380	41,301
			(1) 給 与 費		2,042,500	1,987,852	54,648
			(2) 材 料 費		1,026,953	1,054,415	△ 27,462
			(3) 経 費		588,243	583,537	4,706
			(4) 減 価 償 却 費		257,190	250,721	6,469
		(5) そ の 他		(5) そ の 他		10,795	7,855
2. 医 業 外 費 用		2. 医 業 外 費 用		34,820	38,487	△ 3,667	
(1) 支 払 利 息		(1) 支 払 利 息		25,169	29,439	△ 4,270	
(2) そ の 他		(2) そ の 他		9,651	9,048	603	
支 出 計 (D)		支 出 計 (D)		3,960,501	3,922,867	37,634	
経 常 損 益 (C)-(D) (E)		経 常 損 益 (C)-(D) (E)		240,403	319,458	△ 79,055	
特 別 利 益 (F)		特 別 利 益 (F)		55	597	△ 542	
特 別 損 失 (G)		特 別 損 失 (G)		61,706	100,231	△ 38,525	
特 別 損 益 (F)-(G) (H)		特 別 損 益 (F)-(G) (H)		△ 61,651	△ 99,634	37,983	
当 年 度 純 利 益 (又 は 純 損 失) (E)+(H)		当 年 度 純 利 益 (又 は 純 損 失) (E)+(H)		178,752	219,824	△ 41,072	
経 常 収 支 比 率 (C)/(D)×100		経 常 収 支 比 率 (C)/(D)×100		-	-	-	

(2) 患者数

（単位：人）

	6年度上期 (4～9月)実績	5年度上期 (4～9月)実績	前年比
外来延患者数	66,633	68,016	△ 1,383
入院延患者数	43,769	41,792	1,977
新入院患者数	2,840	2,969	△ 129
総紹介患者数	5,612	5,412	200
うち初診紹介患者数	4,005	3,928	77

(3) 職員数

（単位：人）

	6年度上期 (9月1日時点)	5年度上期 (9月1日時点)	前年比
医師数	60	66	△ 6
看護師数	242	249	△ 7
医療技術職員数	104	100	4

※会計年度任用職員(フルタイム)を含む