

【1.体制】

年度末時点の人員数は、医事G 6名、医療秘書G 4名、診療情報管理G 3名、合計13名であった。医事業務委託（ニチイ学館）は10.35人工、医療材料委託（日本ステリ）は2.0人工であった。

4月に医事G 1名が医療秘書Gへグループ間の異動を行い、不足する医療秘書の体制をカバーした。また、5月に医療秘書1名（診療情報管理士 資格保持）が診療情報管理Gに異動を行った。スタッフが各グループの経験を積むことで、室内の層が厚くなり、人員不足時のフォロー体制の整備が進んでいる。

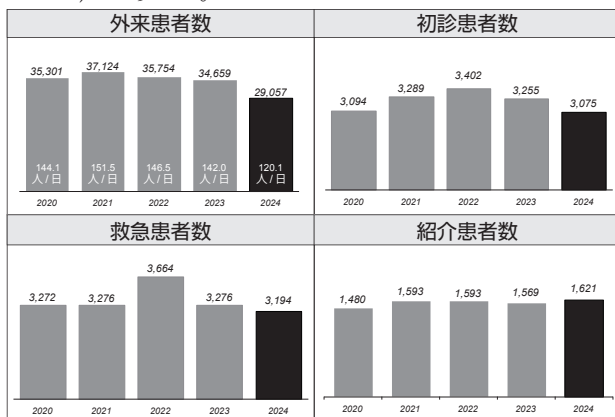
【2.取組内容と実績】

1. 主なイベント

時期	内容
2024年5月	「診療報酬・介護報酬 同時改定 院内説明会」 (診療報酬を医事室で担当)
～2024年9月	「診療報酬改定プロジェクト」で新規項目等の取得に向けた協議 10月以降、経営戦略会議内のチームにて活動を継続
2024年6月	「新・生活習慣病管理料」算定に伴う外来運用の開始 身体計測、生活習慣問診、療養計画書作成支援 など
2024年8月	「救急医療管理加算」算定強化に向けた運用の開始 加算チェック用テンプレート作成、診療部へ入院時の入力依頼、入院翌日の入力状況のチェックと催促
2024年10月	「ペースメーカー遠隔モニタリング」に伴う外来運用の開始 済生会熊本病院 臨床工学部門と協力し、新たな運用を整備
2025年3月	許可病床を120床から112床に変更

2. 外来の動き

2024年度は前年度と比較して、外来患者数（総数）は5,602名減少（前年比▲16.2%）、初診患者数（総数）は180名減少（前年比▲5.5%）、救急患者数（総数）は82名減少（前年比▲2.5%）、紹介患者数は52名増加（前年比+3.3%）であった。



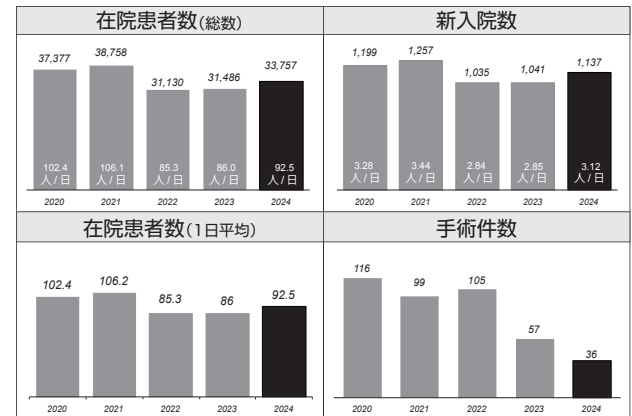
2024年3月末に整形外科常勤医が退職したため、外来患者数が大きく減少した。4月から済生会熊本病院の整形外科からの応援にて週1回、10月より整形外科非常勤医にて週2回 計3回の外来運用が再開され、下半期から徐々に患者数が戻ってきている。また、もの忘れ外来、内科・総合診療科外来、骨粗鬆症外来 などの新たな外来運用も開始でき、外来診療の強化を図っている。

3. 病棟の動き

2024年度は前年度と比較して、在院患者数（総数）は2,271名増加（前年比+7.2%）、新入院数は96名増加（+9.2%）、手術件数は年間36件と前年度(57件)と比べて大き

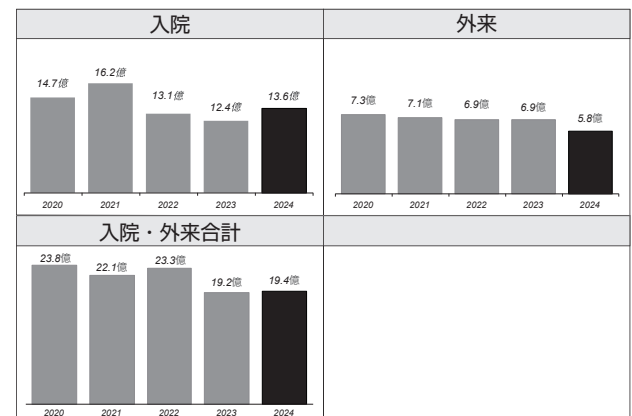
く減少（▲36.8%）した。

2024年10月より常勤医が2名赴任し、入院受入数が大きく増加した。特に、脳神経外科医が1名増えたことで、脳疾患の入院患者数が増加し、回復期リハビリテーション病棟の安定稼働につながっている。



4. 医業収益

外来収益は1.1億円減（前年比▲1.1%）、入院収益は1.3億円増（前年比+1.3%）であった。要因は、前述の通りで、外来収益の減少分を、入院収益でカバーする結果となった。



5. 施設基準（※新規、変更項目のみ掲載）

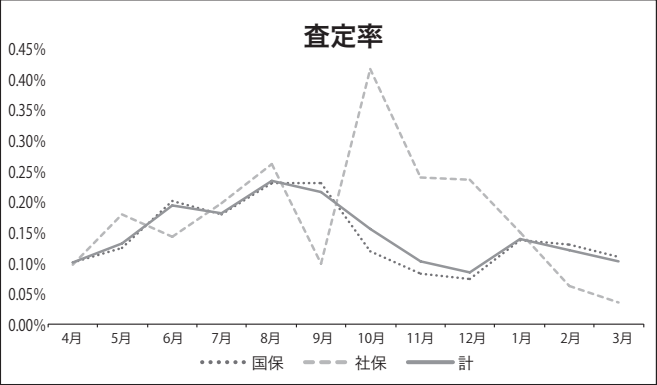
時期	内容
2024年 7月1日	・後発医薬品使用体制加算 1（2から変更） ・診療録管理体制加算 1（2から変更）
2024年 8月1日	・在宅療養支援病院 機能強化型（単独型）（従来型から変更） ・輸血管理料Ⅱ（新規）
2024年 9月1日	・画像診断管理加算 2（1から変更）
2024年11月1日	・看護補助体制充実加算 1（3から変更）3階地ケア
2024年12月1日	・二次性骨折予防継続管理料 1・2・3（再届出） ・院内トリアージ実施料（新規）
2025年 2月1日	・看護補助体制充実加算 1（3から変更）2階地ケア

診療報酬改定で新設された「地域包括医療病棟入院料」の検討を行ったが、手術数の減少などにより、重症度、医療・看護必要度の基準をクリアできず、見送りとなっている。

その他、改めて診療報酬項目の見直しを行い、複数の新規届出を行うことができた。救急医療管理加算の算定強化に向けて、テンプレート入力を診療部に依頼し、診療情報管理Gで入力のチェックを行う運用を開始した。

6. 査定

査定率（査定金額／請求金額）は、年平均0.15％（前年度0.23％）で減少に転じた）。査定率減少に向けて、診療部、医療秘書G、その他関係部署と連携しながら対策を行っている。



7. 診療情報管理（再入院率調査）

6週間以内の予定しない再入院率を算出した。再入院率は在院日数の短縮が求められる中で、医療サービスの質を図る指標として用いられている。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
再入院率（全体）	10.2	12.1	10.8	6.8	7.9	15.2	13.2	13.1	9.2	12.5	8.0	9.8
1.計画的再入院率(%)	4.5	3.0	3.6	1.9	2.2	3.3	2.8	2.4	4.6	5.2	3.4	6.1
①計画的な処置、手術、治療のため	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
②計画的な化学療法、輸血のため	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
③転院	4	3	3	2	2	3	3	2	5	5	3	5
2.予期された再入院(%)	1.1	3.0	2.4	1.0	3.4	3.3	2.8	2.4	0.9	1.0	2.3	1.2
④同一疾患の悪化・再発のため	1	3	2	1	2	2	2	1	1	1	2	0
⑤同一疾患の合併症発症のため	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
⑥患者のQOL向上のため一時帰宅	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1
3.予期せぬ再入院(%)	4.5	6.1	4.8	3.9	2.2	8.7	7.5	8.3	3.7	6.3	2.3	2.4
⑦同一疾患の悪化・再発のため	2	1	2	1	0	4	4	4	1	3	0	1
⑧同一疾患の合併症発症のため	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
⑨他疾患発症のため	2	5	2	3	2	4	4	3	3	3	2	1
平均在院日数（全病床）	29.5	26.4	28.6	27.3	34.9	30.7	23.2	27.6	27.1	34.3	33.2	40.1

8. 診療情報管理（サマリー作成率）

退院後2週間以内のサマリー作成率は月平均で95.3％となった。診療録管理体制加算1の算定要件として、退院後2週間以内の作成率が90％以上であることが必須となっており、90％以上の作成率を維持できた。

【3.今後の課題】

地方の中小病院においては、常勤医師一人の増減が病院経営に直結することを再認識した一年となった。医師の安定的な確保と、体制が変更になった際の柔軟な対応が求められる。

今後は入院の高稼働率を維持するとともに、外来患者数の確保が課題である。新設の専門外来、検診後の受入、訪問診療 など、関係部署と協力して強化していきたい。

事務部では、働き手が集まりづらい当院の地域性を鑑み、この4年間で施設間人事交流を積極的に進めてきた。これに合わせて、当室ではこの4年間で組織風土改革および業務改善を積極的に進めてきた。さらに、個人の能力を向上させてキャリアアップにつなげて長く勤めてもらうこと、ジョブローテーションを実行し個人の業務の幅を拡げてより少ない人員で業務遂行ができること、かつ、不足の事態には他部署や他グループを支援することができる“強靱な組織づくり”を目指して取り組んでいる。

ジョブローテーションを計画し、確実に実行することで主担当者、副担当者の2名体制をつくりあげ、「担当業務の属人化解消」を図っていく。

