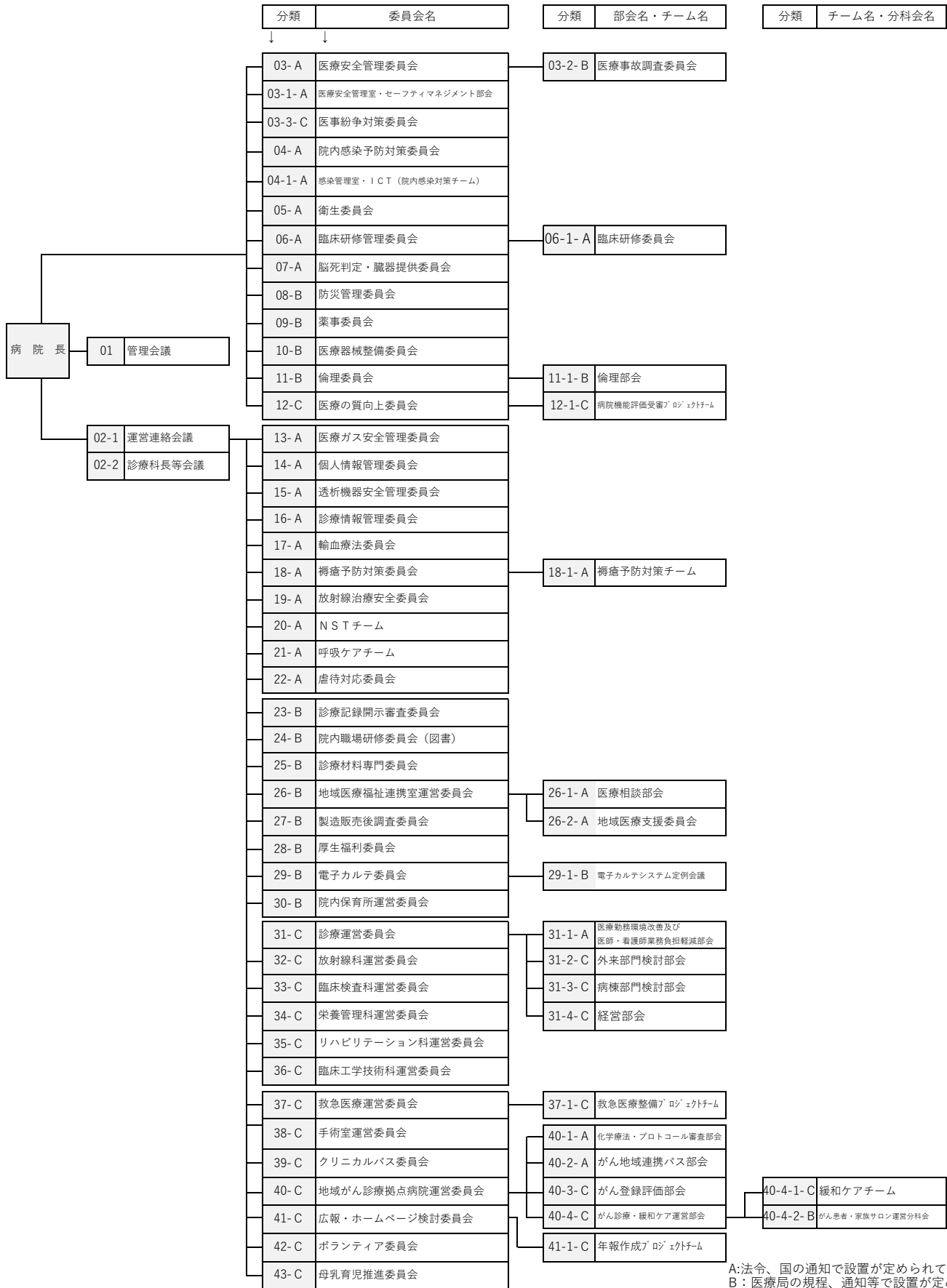


Ⅲ 委員会活動報告

令和3年度 磐井病院院内委員会組織図（令和3年4月1日現在）



A:法令、国の通知で設置が定められているもの。
 B:医療局の規程、通知等で設置が定められているもの又は設置を指導されているもの。
 C:病院の運営上必要と認めて設置しているもの。

医療安全管理委員会

医療安全管理専門員 小森 仁

委員長 齋藤 桂一

委 員 川守田厚、小森仁、佐藤耕一郎、阿部隆之、照山和秀、本庄省五、熊谷敏宏、
加賀敬子、小岩洋一、細川裕史、名久井美佐子、佐々木和也、松田耕平、
熊谷理恵、佐藤絹子、千田了、鈴木志津香

医療安全管理委員会は、院内の医療安全に関すること、医療事故への対応に関することなど協議し、決定しています。令和 3 年度医療安全管理委員会は上記構成員 18 名にて、12 回開催しました。

医療安全管理委員会の所掌事項は以下のとおりです。

- (1) 医療事故防止対策の検討及び推進に関すること。
- (2) 医療事故の分析及び再発防止策に関すること。
- (3) 発生した医療事故等への対応方法に関すること。
- (4) インシデント事例の分析及び再発防止策に関すること。
- (5) 医療安全集中管理システムの管理に関すること。
- (6) 医療安全のための研修計画策定と実施に関すること。
- (7) その他、医療事故等に関すること。

＜令和 3 年度取組み状況＞

医療安全管理委員会は毎月開催し、医療安全に関わる対策や職員の教育などを検討しています。例年通り 0 レベルレポート推進、転倒転落事故予防、薬剤関連事故防止、患者誤認防止を BSC 目標に取り組み、概ね目標達成しています。

コロナ禍において入院患者数が減少していますがインシデント報告が前年度比 153 件増加で目標の 1200 件に達しています。0 レベルレポート報告率も前年度 40.1%から 3.2%増加しています。患者誤認報告件数は 15 件で前年度比 17 件減少でした。患者誤認に伴う重大アクシデントは発生していませんが、患者確認のルールを遵守せず発生している事例が多く、今年度も課題として取り組みます。レベル 3a～レベル 3b 報告は 49 件で前年度比 7 件減少しています。また、医師の報告件数は増加しています。医師報告は手術合併症等の事象レベルが高い報告が多く、情報の透明化を図る上でも重要な意味があり推進していますが、目標としている全報告数の 10%には達していません。今年度より医療局インシデント医師報告基準が運用開始となり、報告件数増加を期待できます。他に医療安全に対する知識向上を目的として、医療安全必須研修会を 2 回開催しました。ハラスメント防止、他、の内容で開催し研修会参加率は 100%であり、施設基準で定められている全職員の参加ができました。今後も安全な医療の提供を行うため、委員会としての役割の遂行に努めます。

院内感染予防対策委員会

院内感染予防対策委員長（感染管理室長） 駒木 裕一

1 概要

【感染管理室の構成メンバー】

- 感染管理室長（医師） ○ 副室長（CNIC 専従）
- 室員（看護師・薬剤師・臨床検査技師・事務員）

2 ICT（感染制御チーム）

ICT は、院内の感染対策を推進するとともに、感染症発生時に適切な対応を行うためのチームです。今年度から新たに組織された ICS（Infection Control Staff）と協力し、院内感染対策の徹底に向けて活動を行っています。

また、新型コロナウイルス感染症対策では、コロナ本部会議での方針を受け、COVID-19 対応マニュアルの作成・改訂や職員教育（PPE の着脱訓練など）、ゾーニング、職員の健康管理等を実施してまいりました。また、2020 年 12 月からは、COVID-19 患者の受入れも行っています。

【当院の COVID-19 対応について】

2020 年

- 2 月 1 日：帰国者接触者外来設置
- 3 月 11 日～：PCR 検査実施（保健所依頼分）
- 3 月 30 日～：院内新型コロナウイルス感染症対策本部設置
- 3 月 30 日～：面会禁止開始
- 4 月 2 日～：職員の流行地域への渡航報告開始
- 4 月 24 日～：入館者への体温測定開始 疑い患者入院病棟の稼働
当院受診患者への発熱外来（HN 外来開始）
- 4 月 27 日～：外注 PCR 検査開始
- 6 月 4 日～：院内抗原定量検査開始
- 7 月 6 日～：院内 PCR（Gene Xpert）検査開始
- 7 月 27 日～：LAMP 導入
- 8 月 17 日～：全身麻酔手術前の PCR 検査開始
- 11 月 27 日～：PCR（Film Array）導入
- 12 月 25 日：当院 COVID-19 入院受入れ開始

2021 年

- 1 月 4 日～：消化器内視鏡検査前 PCR 開始
- 1 月 14 日～：気管支鏡検査前 PCR 検査開始
- 8 月 15 日：当院 COVID-19 妊婦受入れ

2022 年

- 2 月 4 日：抗原定量検査開始

【ICT の主な活動内容】

- (1) 院内感染予防策の実施と発生した感染症への対応
- (2) 院内感染予防対策マニュアル等の整備・改訂
- (3) 薬剤耐性菌や医療関連感染に関するサーベイランスの実施
- (4) 院内ラウンドの実施（毎週）
- (5) 全職員を対象とした感染研修会の開催（年 2 回以上）や教育活動
- (6) 感染に関する各種相談（コンサルテーション）への対応
- (7) 職業感染防止
- (8) 連携施設との合同カンファレンスや相互評価等の実施
- (9) 地域・職場での感染防止のための教育活動

【活動実績】

- ・新型コロナウイルス感染症対策マニュアルの作成と改訂
- ・ SARS-CoV-2 検査適正運用と保健所検査の支援
SARS-CoV-2 総検査数：6505 件（うち保健所依頼件数：1460 件/年）
- ・ 清拭に使用するディスポーザブルタオルの全館導入（清拭車の廃止）
- ・ 製氷器の廃止（全部署）
- ・ 院内職員等への新型コロナワクチン接種開始に伴う支援
- ・ ICS（Infection Control Staff）の班別活動開始

【院外への感染対策支援】

14 回（ICAT による COVID-19 クラスタ支援、高齢者施設ラウンド・他病院の感染対策指導等）

開催日	実績
2021/ 6/1	第 1 回一関地区感染連携協議会カンファレンス
2021/ 8/10	第 2 回一関地区感染連携協議会カンファレンス
2021/ 10/5	第 3 回一関地区感染連携協議会カンファレンス
2021/ 12/7	第 4 回一関地区感染連携協議会カンファレンス
2021/ 10/8	第 1 回感染防止対策地域連携加算に係る相互ラウンド
2021/ 11/12	第 2 回感染防止対策地域連携加算に係る相互ラウンド

3 AST（抗菌薬適正使用支援チーム）

AST は、入院患者の感染症治療が適正に行われるよう、医師を支援するチームです。
国の AMR アクションプランを踏まえて、当院でも 2018 年度から抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が発足し、定期的な AST 症例検討ミーティングを他職種で行い、院内の抗菌薬適正使用推進を図っています。

【AST の主な活動内容】

- (1) 抗 MRSA 薬やカルバペネム系薬等の特定抗菌薬の届け出制の実施
- (2) 特定抗菌薬使用例や血液培養陽性患者等の早期からのモニタリングと TDM(薬物血中濃度モニタリング)等を含めた抗菌薬適正使用の診療支援
- (3) 適切な培養検査実施の支援や施設内のアンチバイオグラム作成など、抗菌薬適正使用支援に向けた体制の整備
- (4) 血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び薬剤耐性菌発生率や抗菌薬使用量等のアウトカム指標の評価
- (5) 全職員対象とし、抗菌薬適正使用を目的とした研修会の開催（年 2 回以上）
- (6) 抗菌薬の適正使用に関するマニュアルの作成・改訂
- (7) 院内採用抗微生物薬の定期的な見直し

【活動実績】

- ・ 抗菌薬適正使用に係る症例検討数：339 件 フィードバック件数：129 件
- ・ アンチバイオグラム（2021）の作成
- ・ AST 通信創刊
- ・ 特定抗菌薬届出書の運用見直し実施（2021 年 11 月）
- ・ 血液培養採取時のマニュアル見直し（消毒薬 1%クロルヘキシジンアルコール導入）

衛生委員会

総務課 総務係 主事 門ノ沢 知里

1. 部門の紹介・概要

労働安全衛生法に定められているとおり、衛生に関することを調査・審議し、事業者に意見を述べる機会として当委員会を月に1回開催しています。

当委員会では、おもに以下のことが審議されています。

- ・職員の予防接種・健康診断に関すること
- ・職員の労働災害に関すること
- ・職員の過重超過勤務に関すること
- ・職員の労働環境に関すること

2. 部門の実績または活動内容

	衛生委員会に関連する活動	衛生委員会開催日
4月	・令和3年度磐井病院衛生委員会要綱について ・令和3年度衛生委員会活動計画 ・予防接種・職員健診関連事項 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告	令和3年4月23日
5月	・予防接種・職員健診関連 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告	令和3年5月28日
6月	・予防接種・職員健診関連 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・内視鏡検査従事職員の被ばく低減を図るための「放射線防護クロス」整備に関する承認について ・衛生委員会における「個人線量の測定結果」の報告方法について	令和3年6月25日
7月	・予防接種・職員健診関連 ・労働災害・超過勤務の状況 ・ストレスチェックについて ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告	令和3年7月30日
8月	・予防接種・職員健診関連 ・共済組合健康推進事業について ・労働災害・超過勤務の状況	令和3年8月27日

	・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告	
9 月	・予防接種・職員健診関連 ・共済組合健康推進事業について ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告	令和 3 年 9 月 24 日
1 0 月	・予防接種・職員健診関連 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告	令和 3 年 10 月 22 日
1 1 月	・予防接種・職員健診関連 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告 ・共済組合健康推進事業について ・ストレスチェック結果報告	令和 3 年 11 月 26 日
1 2 月	・予防接種・職員健診関連 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告	令和 3 年 12 月 24 日
1 月	・予防接種・職員健診関連 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告	令和 4 年 1 月 28 日
2 月	・予防接種・職員健診関連 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告	令和 4 年 2 月 25 日
3 月	・予防接種・職員健診関連 ・衛生委員会主催活動 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告	令和 4 年 3 月 25 日

臨床研修管理委員会

総務課長 阿部 真吾

1 紹介・概要

当委員会は臨床研修を適切に管理し、実施するため、省令で設置が義務付けられている委員会です。

委員会は院長、副院長、プログラム責任者、各診療科の長、事務局長、協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の研修実施責任者、外部有識者で構成され、研修プログラム作成及び調整、研修医の管理及び採用、臨床研修の中断及び修了評価等、臨床研修を統括管理しています。

委員会を開催し、当院以外の委員に各研修医の研修状況をお知らせするとともに、研修内容等に関する評価や様々なご意見を頂きながら、臨床研修の充実に努めています。

令和3年度の2年次研修医3名全員の修了を承認していただきました。

2 活動実績

○ 第1回委員会開催（令和3年11月22日（月）：Zoom）

議題

- （1）令和2年度、令和3年度採用研修医の研修状況について
- （2）令和3年度臨床研修関係スケジュールについて
- （3）令和3年度医師臨床研修マッチング結果について（令和4年度採用）
- （4）その他

○ 第2回委員会開催（令和4年3月7日（月）：Zoom）

議題

- （1）2年次研修医の評価報告及び修了判定について
- （2）1年次研修医の研修状況について
- （3）令和3年度臨床研修スケジュール表
- （4）令和3年度医師臨床研修マッチング結果
- （5）令和4年度研修医ローテーションについて
- （6）令和4年度臨床研修関係行事予定

○ 2年次臨床研修医の「さよなら講演会」（令和4年3月11日（金））

研修修了となる研修医による2年間の研修振り返り、思い出等を発表する「さよなら講演会」を開催しました。

臨床検査技術科運営委員会

臨床検査技師長 細川 裕史

1. 委員会の紹介

当委員会は、厚生労働大臣が定める施設基準に則り、臨床検査の適正化を図り、業務の効率的運営および他部門との円滑な運営を図ることを目的として設置されています。令和3年度の委員会は医師、看護師、薬剤師、事務、臨床検査技師から構成され、7月14日と3月4日に開催されました。

2. 報告事項

1) 今年度の重点取組事項について

- ・迅速で精度の高い検査結果の報告

前年度に引き続き今年度は生理機能検査、細菌検査、病理検査におけるTAT (turn around time) を調査しました。概ね順当に報告ができている事を確認しております。

- ・医療安全と過誤防止の徹底

発生したインシデントは、科内医療安全委員会で全例解析し改善事項について全スタッフで共有しました。

パニック値については、先生方にご意見をいただきながら対象項目や閾値について見直しをしました。報告後の検証結果は医療安全管理委員会へ報告しております。

- ・患者サービスの向上

患者さんへの検査項目の説明について、説明マニュアルを整備し複数人での担当が可能となるよう取り組みました。併せて説明用のパンフレットの全面的な見直しをし、医療相談センターに配備し必要時は配付してもらうこととしました。

- ・検査項目の拡大

免疫チェックポイント阻害剤による有害事象早期発見のため、ACTH、コルチゾール、KL-6の院内測定を開始しました。

また、栄養サポートチームでの使用や胃癌手術後の栄養管理のためにRapid turn over proteinのプレアルブミン(トランスサイレチン)の測定も開始しました。

新型コロナウイルス検査関連では、新たに抗原定量検査を開始し、一度に大量の検体を測定することが可能となりました。

- ・キャリア開発デザインに従ったチェックリストの活用

基礎分野(チェックリストⅠ)は全員を対象として、専門分野(チェックリストⅡ)は経験者を対象として年2回実施し業務到達度の確認を行いました。

- ・資格取得者の育成

コロナ禍で予定していた試験、講習会等が中止になり計画が進められませんでした。循環器領域の超音波検査技師の認定を1名が取得しました。

2) 精度管理について

検体検査、生理検査、いずれにおいてもその領域で最も適した手法により内部精度管理を実施し検査データの精度を保証しています。外部精度管理として、日本臨床検査技師会精度管理調査および日本医師会精度管理調査等、4つの大規模外部精度管理調査事業に参加しており、良好な評価を受けています。

3) 次年度の課題

TATのさらなる短縮が可能かどうか、他の県立病院とも比較し検討を進めたいと思います。パニック値報告後の検証結果の全体での共有方法、チェックリストで科内共有度の低かった項目（業務）に関する取り組み、今年度計画倒れとなった認定取得者育成、については次年度も継続して取り組みたいと思います。

また、ワークライフバランスを考慮し法定休暇5日+1日の取得を目指したいと思います。

輸血療法委員会

臨床検査技師 藤野 幸恵

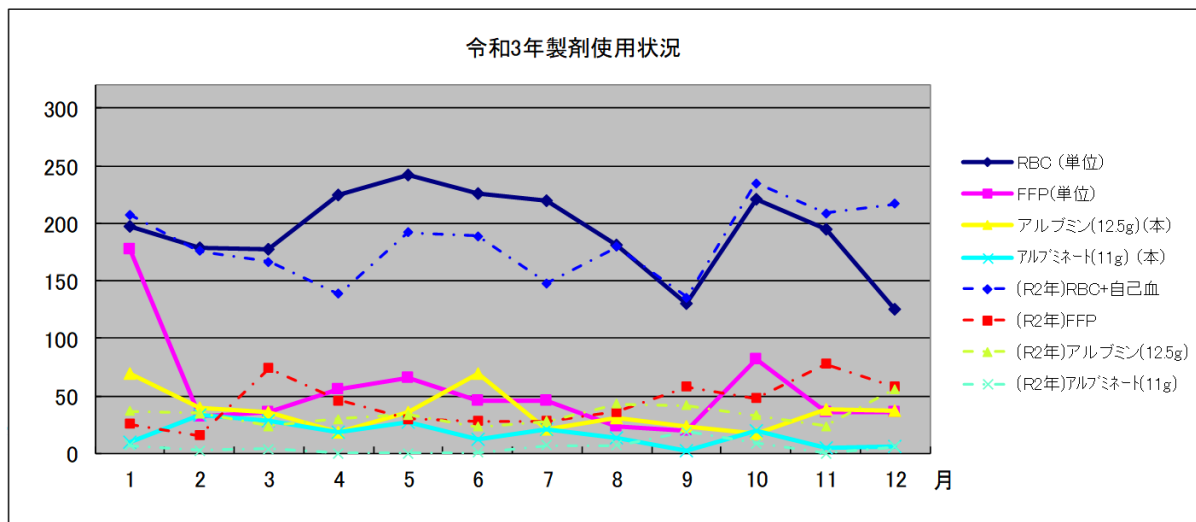
1 紹介・概要

輸血療法委員会は、当院においての輸血等療法の安全性確保と血液製剤の適正使用を図るため、年6回開催し、主に以下の事項について審議しております。

- (1) 輸血療法の適応に関すること。
- (2) 血液製剤の選択に関すること。
- (3) 輸血実施時の手続きに関すること。
- (4) 輸血用血液の検査項目・交叉試験の選択と精度管理に関すること。
- (5) 輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策に関すること。
- (6) 血漿分画製剤を含めた血液製剤全般についての関連情報の伝達に関すること。
- (7) 院内血液製剤の使用状況に関すること。
- (8) 自己血輸血の実施等に関すること。
- (9) 特定生物由来製剤の記録及び保管に関すること。
- (10) その他、輸血業務全般の円滑な運営に関すること。

2 活動実績

① 令和3年 年間使用状況



FFP/RBC 0.28 (基準値 0.54)

ALB/RBC 1.15 (基準値 2)

輸血管理料Ⅰおよび輸血適正使用加算の施設基準を満たしています

② 令和3年度 輸血後感染症検査実施数

	令和3年度						
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
実施済	38	35	23	32	33	23	23

実施率 60.2%

③ 令和3年12月より、輸血前後の感染症検査を中止しました。

④ 輸血用血液製剤、アルブミン製剤以外の特定生物由来製剤について使用状況把握と見直しを実施、不要な薬品の削除により適正使用を図りました。

放射線安全管理委員会

主任診療放射線技師 千葉優樹子

1 紹介・概要

リニアックを使用している施設は「放射性同位元素等の規制に関する法律」に基づいて「放射線障害予防規程」という運用規定を作成し、その規定を遵守しながら運用管理しております。

放射線障害予防規程は、リニアック・放射化物の取扱い及び管理、放射線障害発生防止、教育訓練、あわせて公共の安全を確保すること等を目的としています。

その中で、放射線障害防止について必要な事項を企画審議するために当委員会を設けることとされております。

開催は1回／年、必要に応じて開催となっています。

委員長：放射線治療科長 副委員長：診療放射線技師長 委員：院長、事務局長、副総看護師長、事務局次長、放射線技術科スタッフ

2 活動実績

令和3年7月6日（火）第1回委員会開催

内容

- 1) 定期検査・定期確認の受審について
- 2) 機器更新進捗状況
- 3) 令和3年度業務従事者について
- 4) 令和3年度教育訓練について
- 5) その他

令和4年3月3日（木）第2回委員会開催

内容

- 1) 自主点検結果・漏洩線量測定結果報告
- 2) 教育訓練実施報告
- 3) 放射線取扱主任者定期講習受講について
- 4) 令和4年度業務従事者について
- 5) 第三者評価について
- 6) その他

今年度は、原子力安全技術センターによる定期検査・定期確認を5月に受審し、合格致しました。
また令和4年2月には機器更新が完了し、より高精度な治療が可能となっております。
来年度は第三者評価機関による出力線量評価を受ける予定です。

呼吸ケアチーム

救急看護認定看護師 佐藤 加代子

1. 部門の紹介・概要

1) 構成メンバー

人工呼吸器管理に関連した経験を一定期間以上有する専任者

医師：人工呼吸器管理などについて十分な経験のある専任の医師

臨床工学技士：人工呼吸器など保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士

看護師：人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師。5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアにかかる適切な研修を終了した者

理学療法士：呼吸リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士

歯科口腔外科医師、歯科衛生士、臨床工学技士、事務局

2) 活動目標

人工呼吸器を装着した患者の状態を把握し、最もふさわしいケアについて専門スタッフとカンファレンスし対策を講じることで、人工呼吸器からの早期離脱を目標として活動しています。人工呼吸器関連肺炎（VAP）や合併症を予防し、ADLやQOLの改善が図れるよう支援しています。

3) RST ラウンド

気管挿管の有無に関わらず、人工呼吸器装着患者を対象に構成メンバーでラウンド、カンファレンスを行います。令和2年からは第1・3木曜日の月2回のRSTラウンドを実施、令和4年3月からは、毎週木曜日にRSTラウンドを実施しています。

2. 活動報告

1) RST ラウンド実施結果

- ・ラウンド実施回数：24回（隔週木曜日）
- ・ラウンドのべ患者数：52名
- ・呼吸ケアチーム加算対象件数：38件
- ・RSTラウンド実施診療科

循環器科	呼吸器内科	神経内科	外科	整形外科	救急科
8名	3名	1名	8名	1名	4名

- ・RSTラウンド実施患者の人工呼吸器装着日数

平均装着期間：30日、最長装着期間：192日、最短装着期間：4日

- ・RSTラウンド実施患者の転帰

離脱	死亡	転院	装着中
15名	7名	1名	2名

2) 勉強会の開催

トラックケア勉強会をZOOMで開催：5月の3日間で13回開催し96名の職員が受講

2病棟	3西	3東	4西	4東	5病棟	手術室	外来	入退院	CE	リハビリ
10	5	10	15	9	6	12	12	2	4	11

COVID-19感染症対策として、感染予防に留意した正しい使用方法について確認しました。

リハビリテーション技術科運営委員会

リハビリテーション技師長 佐々木 和也

【設置】

- ・リハビリテーション技術科の効率かつ円滑な運営を図るため、リハビリテーション技術科運営委員会を置く。

【所掌事項】

- ① リハビリテーション技術科の運営に関すること
- ② リハビリテーション技術科の業務改善及び効率化に関すること
- ③ リハビリテーション技術科と他部門との連絡調整に関すること
- ④ その他、必要と認められる事項に関すること

【会議】

- ・会議は定例会及び臨時会とし、委員長が召集する。
- ・定例会は、年 2 回とし 5 月と 10 月に開催し、臨時会は委員長が必要と認めた時に開催する。

令和 3 年度は新型コロナウイルス感染症の影響にて第 1 回は集合形式で行いましたが、第 2 回は書面開催となりました。

以下、委員会の議題内容

第 1 回リハビリテーション技術科運営委員会(令和 3 年 5 月 27 日))

○報告事項

1. 令和 3 年度リハビリテーション科運営委員会委員名簿
2. 令和 3 年度リハビリテーション技術科職員構成について
3. 令和 2 年度重点取組事項(BSC)の結果について
4. 令和 2 年度業務実績について
5. 令和 3 年度重点取組事項(BSC)について

○協議事項

1. リハビリテーション総合実施計画書の様式変更について
2. 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準について

第 2 回リハビリテーション技術科運営委員会(令和 4 年 2 月書面開催)

○報告事項

1. 令和 3 年度リハビリテーション技術科職員配置について
2. 令和 3 年度上半期業務実績について
3. 令和 3 年度上半期重点取組事項(BSC)の結果について
4. 脳血管疾患等リハビリ(Ⅰ)施設基準取得について

○協議事項

1. リハビリオーダーにおける退院時リハビリテーション指導の指示について
- 2.

N S T（栄養サポートチーム）

管理栄養士 盾石 有

1 部門の紹介・概要

患者の栄養状態を把握し、最もふさわしい栄養管理を指導・提言することで治療、回復、退院、社会復帰を図ることを目的に栄養対策について患者に効果的介入を行うチームです。

2 活動報告

（1）N S T回診 毎週水曜日 15 時～

・回診メンバー

N S T専任医師(外科)、脳神経内科医師、耳鼻咽喉科医師、歯科口腔外科医師、専任看護師、専任薬剤師、専任管理栄養士、皮膚・排泄ケア認定看護師、病棟看護師、臨床検査技師、言語聴覚士、理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士、調理師

令和3年度 栄養サポートチーム介入延べ件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
栄養サポートチーム介入件数	8	15	18	13	22	27	19	8	21	22	20	17	210
栄養サポート加算算定件数	8	15	18	13	22	27	19	8	21	22	20	17	210
歯科医師連携加算算定件数(再掲)	8	11	13	13	19	27	14	6	15	16	20	17	179

（2）NST 研修会（一関市臨床栄養セミナー 主催 株式会社大塚製薬工場）

日時：2022年2月3日（木）18：15～19：30

特別講演：『胃ろうを取り巻くトピックスー半固形栄養法、胃瘻地域連携パスー』

演者：利根保険生活協同組合 利根中央病院

診療部長 外科科長 外来化学療法科科長 救急科副科長 郡 隆之先生

参加人数：32 人

地域医療福祉連携室運営委員会

主任 佐藤 大志

1 委員会の紹介及び今年度の活動について

地域医療福祉連携室運営委員会は、病院の行動指針にも掲げている「地域における医療・介護・福祉の連携」の推進を図るために設置された委員会です。

例年行っております「連携施設訪問」をご挨拶といたしまして主に地域の医療機関や近隣の基幹病院を訪問いたしました。職員の出前講座である「どこでも医療講座」は新型コロナウイルスの流行に伴い実施できませんでした。一関市との医療と介護の連携連絡会も同様に実施がありませんでした。

また、「患者支援センター」については、入院支援がほぼ全診療科へ拡大し順調に件数も伸びています。

その他次年度への課題は、新型コロナウイルス感染症の流行の中、院外との連絡調整が難しい状況となっておりますがオンライン等の新しい手段を模索して行きたいと思いをします。

連携室／支援センターとして、外部からの磐井病院の評価をさらに上げるべく、院内外の連携役として貢献できるよう協力して取り組んでいきたいと思いをします。

2 令和3年度の紹介率・逆紹介率の状況

