医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院　改善措置命令に対する改善計画スケジュール　　全体管理責任者：病院長

項　　目	実施内容	5月末時点での進捗	到達目標	責任者	実行担当者	4月				5月				6月				7月				8月			
						1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目
①医療安全文化の醸成																									
1）役職者の「医療安全管理者養成研修」受講	全部署の役職者以上（約60名）病院機能評価機構による医療安全管理者養成研修会（40時間）のプログラム受講	院内51名の対象者が選出され、研修申し込みが完了。6月から8月末までの3カ月間のプログラム開始に向けて準備中。また、集合研修（対面研修）は9月以降の開催で準備中。	各部署の役職者（管理職）が医療安全管理者に求められる知識とスキルを習得し、自部署における医療安全活動のリーダーとして活動できるようにする。	医療安全管理者	医療安全管理者/医療安全事務				受講対象対象確認			申込完了	病院機能評価機構Eラーニング開始➡												
2）医師に対する「医療安全研修」	毎月1回の医療安全研修を実施し、理解度テストを行う。	8月末までに実施する全4回の研修内容が決定。5月末にはすでに院内事例に基づく研修会を開催。並行して医師向けEラーニング研修についても準備中（6月より開始予定）	医師は医療安全に対する意識と基礎知識の向上または、制度（医療事故調査制度）の理解する。	医療安全専任医師	医療安全管理者								第1回				第2回				第3回				第4回
3）全職員に対する院内医療安全プログラムの受講	全職員が医療安全研修プログラムを受講する。（2024年度前期・後期とEラーニングを実施し、各期終了時点で修了者に集合研修を実施）	2024年度前期開催分のプログラム（11講義合計約2時間）のが決定。医療安全の基礎内容のプログラムとし、6月から開始に向けて準備中。2024年度後期（9月以降）も別プログラムで実施予定。	全職員が医療安全に対する基礎知識を習得する。	医療安全専任医師	医療安全管理者/医療安全事務	研修計画作成						内容実施方法周知		神戸徳洲会病院2024年医療安全プログラム前期Eラーニング開始➡											前期集合研修
4）「医療安全管理マニュアル」の周知と理解度確認	院内医療安全管理マニュアルの理解度を確認するため、各部署のラウンド実施によるヒアリングを実施する。	改訂版の医療安全管理マニュアルが全部署に配布され、また電子カルテ上共有画面でも閲覧可能な状態となっている。全部署ラウンドによる理解度確認に向けて周知している段階。	全職員が院内医療安全管理マニュアル内容を理解し、当院の医療安全体制について説明できるようにする。	医療安全専任医師	医療安全管理者/医療安全専任薬剤師	改定版マニュアル配布									各部門ラウンド評価			各部門ラウンド評価		各部門ラウンド評価			各部門ラウンド評価			各部門ラウンド評価
5）インシデントレポート件数による評価	毎月インシデントレポート件数評価を実施する。 各部署目標件数を設定し、部署毎の評価も実施する。また相対的に報告件数の少ない部署にはヒアリングを実施し対策を講じる。	2022年度1,812件、2023年度2,125件と報告件数は増加傾向にある。2024年度4月も264件（年間3,000件ペース）とインシデントレポート提出文化の構築に向けて進めている。	年間2,500件を目標に、また各部署が設定した目標件数に到達できるよう、報告文化の構築をする。また、医師の報告件数割合を増加させる。	医療安全専任医師	医療安全管理者/医療安全専任CE				提出件数評価				提出件数評価				提出件数評価				提出件数評価				提出件数評価
6）医療安全対策室・リスクマネージャーへの研修	医療安全対策室メンバーは外部研修（分析研修）を受講する。また、リスクマネージャーに対する事故分析研修を実施する。	6月開催の外部研修（分析研修）に医療安全対策室メンバー6名の申込が完了。7月・8月開催のリスクマネージャー向け分析研修のプログラムも決定。	医療安全対策室メンバー及びリスクマネージャーは、発生した事例を適切に分析できるスキルを身に付ける。	医療安全専任医師	医療安全管理者 副看護部長										外部研修（事故分析研修）				外部研修（事故分析研修）	リスクマネージャー分析研修				リスクマネージャー分析研修	
7）医療事故発生時の調査、委員会、報告の手順遵守	「院内医療安全調査委員会」の対象となる事案について院内周知がなされ、対象事案に対する調査・委員会を期限内に実施する。	「院内医療安全調査委員会」の対象として定めた項目（死亡事故に限らず、必要と認めた7項目に該当する事例）に該当して委員会を実施した事例が2024年1月以降で5件（医療事故調査制度対象事案は無し）あり、手順に基づいた調査、委員会、報告がなされる体制になっている。	院内で定めた報告基準に該当する事例は、全て調査と委員会がなされ、適切な分析と改善が実施される。	医療安全専任医師	医療安全管理者				当該月実施内容評価				当該月実施内容評価				当該月実施内容評価				当該月実施内容評価				当該月実施内容評価
8）コンプライアンスホットラインの周知と活用	コンプライアンスに関する研修会を実施し、内部通報制度の重要性や法人内ホットラインについて周知を行う。	法人内コンプライアンスホットラインの窓口を再度院内掲示及び電子カルテ上共有画面にて周知済。6月の内部通報制度に関する院内研修で再周知を図る。	全職員がコンプライアンスホットラインの存在を理解し、内部通報制度が利用されやすい環境が構築される。	事務責任者	事務責任者 本部医療安全担当							コンプライアンスホットライン再周知						内部通報制度研修会							
9）法人本部による医療安全体制状況の確認	法人内における医療安全の専門家（医療安全管理者）による、医療安全体制に関する訪問監査（チェックリスト）を実施する。	2023年3月に1カ月間法人内の医療安全管理者が常駐して支援を行い、4月と5月には月1度の内部監査を実施。	改善計画に限らず、医療安全体制として必要な事項な確実な履行。	事務責任者	本部医療安全担当				監査実施				監査実施				監査実施				監査実施				監査実施

医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院　改善措置命令に対する改善計画スケジュール　　全体管理責任者：病院長

項　　目	実施内容	5月末時点での進捗	到達目標	責任者	実行担当者	4月				5月				6月				7月				8月			
						1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目
②透明性ある医療の提供																									
1）診療録記載に関する研修会の実施	診療情報管理の専門家（大学教授）及び弁護士による、適切な診療録記載とその必要性に関する研修会を開催する。	外部講師と日程が決定し、6月と7月に研修会に向けた研修会の準備中。	全職員が研修を受講し、診療録の適切な書き方及びその必要性を理解する。	事務責任者補佐	事務責任者補佐 本部医療安全担当											外部講師研修/大学教授				外部講師研修/弁護士		理解度テスト			
2）診療情報管理員会、看護部記録委員会による記録監査	関連委員会にて月に1度監査を実施する。	すでに毎月の両委員会による監査を継続実施。	診療録記載不備を無くし、すべての患者で正しく記録が記載されている状態にする。	看護部長/事務責任者補佐	副看護部長 診療情報管理士				委員会監査				委員会監査				委員会監査				委員会監査				委員会監査
3）個別医師の診療録記録状況とヒアリング、改善策の対応	診療録記載不備のある医師に対してヒアリングを実施し、問題点の共有と改善案を提示する。	4月監査におけるヒアリング対象医師がリストアップされ、個別の面談を開始済（記載不備はないが、記載の充実という点でのヒアリング）	全ての医師により適切な記録が残され、特に患者の状態変化があった場合の記録が適切な状態にする。	事務責任者補佐	事務責任者補佐 診療情報管理士					該当医師への聞き取りと対策実施				該当医師への聞き取りと対策実施				該当医師への聞き取りと対策実施				該当医師への聞き取りと対策実施			
4）患者説明時の医師以外の同席及び記録と、患者の理解度確認	患者説明時の記録について、同席者記録の監査を実施する。また、患者アンケートの評価を毎月実施し、患者側からの理解度確認を実施する。	5月より看護部記録員会にて、死亡患者のIC記録に関する監査を追加で開始。また、4月より開始した説明と同意に関する退院時アンケートについて、5月の委員会にて評価実施。	患者説明時に同席者の記録（又は事後確認記録）が適切に行われ、患者側の説明理解度を向上させる。	看護部長/事務責任者補佐	副看護部長 診療情報管理士		患者アンケート評価方法決定		委員会監査		患者アンケート評価		委員会監査		患者アンケート評価		委員会監査		患者アンケート評価		委員会監査		患者アンケート評価		委員会監査
③救急医療・診療体制の充実																									
1）2024年4月度就任新院長への医療安全への取り組み	病院長（管理者）は医療安全管理者養成研修（40時間）の研修を終了し、「医療事故調査制度」に関する研修を受講する。	2024年4月新院長赴任時点で医療安全管理者養成研修プログラムは修了済。	病院長（管理者）は基本的な医療安全知識を習得し、医療事故に該当する事例について適切に判断、対処、指示ができる。	事務責任者	医療安全管理者/本部医療安全担当	医療安全管理者養成研修修了							第1回医師研修				第2回医師研修	医療事故調査制度研修			第3回医師研修				第4回医師研修
2）医師の充足計画	法人内による異動及び外部招聘含め、定期的な医師対策会議を実施し、増員計画を計る。	法人本部医師採用担当を交えた対策会議を4月及び5月で開催。	令和6年8月末時点で医師21名、令和7年3月時点で医師27名の体制を構築する。	事務責任者	事務責任者/医師人事担当	新任医師含め合計17名			医師対策会議				医師対策会議	新任医4名合計21名予定			医師対策会議				医師対策会議				医師対策会議
3）医師1名当たりの受け持ち患者数（25名）の遵守、患者振り分け体制	各診療科及び担当医にヒアリングを実施し、安全に診療できる受け持ち患者数を明確にする。また、毎週・毎月の医師の受け持ち数を評価する。さらに、救急入院になった場合は翌朝病院長の責任のもと適切に受け持ち患者を振り分ける。	各診療科における受入れ上限患者数を決定（5月は合計103名）し、救急再開以降も急激な患者増にならないように安全上の配慮を優先とした。	安全上を考慮した、医師1名当たり上限数（25名）を超えない入院受け持ち患者数とする。	医局長	事務責任者/医師人事担当	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価
4）安全性を担保した、救急受入れの再開	5月13日（月）より救急を再開する。また、安全上を考慮し再開当初は1日当たりの救急入院件数（8件）の上限を設ける。	救急再開による準備会議、再開以降全症例でカンファレンスを実施し、救急受入れの問題点が無いかを協議。また、6月赴任予定の救急総合診療医師を交えた6月以降の体制協議も開始。	安全上を最優先した救急の受け入れを継続する。	事務責任者	看護主任救急救命士			救急再開会議	救急再開会議	救急再開会議/6月以降体制	救急再開		評価	救急総合医2名赴任予定			評価				評価				評価
④看護体制及び研修の充実																									
1）看護部各部門における人員体制の評価	看護部全職員のヒアリングを実施したうえで、毎月の人員体制の評価を行う。また、法人本部（看護部門）とも毎月会議の場を持ち、人員体制の問題があれば依頼できるようにする。	5月末までに看護部長による看護部全職員のヒアリングを実施済。また、各部署長と人員体制について毎週の看護師長会で協議し、月末に法人本部看護部門とも対面で協議を実施済。	看護配置が持続的に適切な状態に保たれているようにする。	看護部長	副看護部長			各部署ヒアリング	本部評価	看護部全職員ヒアリング		各部署ヒアリング	本部評価			各部署ヒアリング	本部評価			各部署ヒアリング	本部評価			各部署ヒアリング	本部評価
2）ヘルプコール体制の運用	一時的に人員が不足する状態の際の「ヘルプコール」の体制を明確にし、毎月その運用が実施された場面の評価を行う。	ヘルプコール運用体制の見直しを4月に実施し、5月に1件の運用があり、速やかな院内応援が実施できた。また、毎朝・夕の看護部ミーティングで人員体制の確認を実施。	ヘルプコール体制を機能させつつ、人員不足に至る状況（時間帯など）について対策を講じる。	看護部長	副看護部長				評価実施				評価実施				評価実施				評価実施				評価実施
3）看護部教育プログラムの充実	過去の医療事故事例などを踏まえた年間教育プログラムを作成し、1年間を通じた研修を実施する。	看護協会ラダーレベルに準じた研修に当院で発生した医療事故を踏まえた内容を加えたプログラムを作成し、4月より研修を開始。	全ての看護師が医療安全を含む看護師としてのスキルを向上する。	看護部長	副看護部長	教育プログラムに基づく研修実施➡																			

医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院　改善措置命令に対する改善計画スケジュール　　全体管理責任者：病院長

項　　目	実施内容	5月末時点での進捗	到達目標	責任者	実行担当者	4月				5月				6月				7月				8月			
						1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目
4）安全性を担保した、入院受入れ体制計画	救急入院上限、医師の受け持ち上限などを考慮し、毎日の管理担当看護師が一部の病棟に負荷がかからない入院コントロールを行う。	各診療科における受入れ患者数（103名）に準じた、各病棟での受入れ計画を作成し、各病棟及び看護部スタッフに周知済。1日の入院上限数も明確にし、安全上の配慮を優先した運用実施。	安全上を最優先とした、入院数・ベッドコントロールを維持する。	看護部長	副看護部長	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価
5）ICLSコースの開催	救急、手術室、病棟など急変対応が必要な部署のスタッフにたいする二次救命処置コース（ICLS)を受講させる。	8月に3回のICLSコース開催（外部研修含む）で調整済。看護部を中心に40名の受講を計画。	約40名ががICLSコースを受講し、二次救命処置のスキルを習得する。	看護部長	医療安全専任薬剤師													コース準備				吹田コース5名受講			神戸コース2日間開催/1Day2回
⑤第三者機関による評価																									
1）病院機能評価機構受審のためのスケジュール	2025年9月受審に向けた準備委員会を立ち上げ、研修会と定期的な会議における準備を行う。	病院機能評価機構PJチームのメンバーが決定。6月の第1回準備委員会、勉強会（外部講師招聘予定）を準備中。	病院機能評価の認定（能種別版評価項目3ｒｄG：Ver.3.0）を受ける。	事務責任者	事務責任者補佐/本部医療安全担当									準備委員会設置				勉強会開催			定例会議				定例会議
2）法人本部評価の体制	法人本部の看護部門、事務部部門、医療安全管理部門、医事・診療情報管理部門における監査を実施する。	4月後半と5月後半の2回実施。	改善計画における履行状況について、法人内専門部門における評価を受ける。	事務責任者	本部医療安全担当				本部監査実施				本部監査実施				本部監査実施				本部監査実施				本部監査実施
3）第三者における医療安全体制評価の実施	関西医科大学 宮崎特命教授（医療安全担当）らによる外部監査の実施。	5月31日に第1回目の外部監査を実施。	改善計画履行状況を及び院内医療安全管理体制について、外部専門家による評価を受ける。	事務責任者	医療安全管理者/本部医療安全担当								外部監査			外部監査				外部監査				外部監査	
命令事項（ア） **各医療職間の専門性を十分発揮出来るよう診療情報を共有し職種間連携を確実に行い、最善の治療にあたる体制を構築すること。**																									
1）入院患者・診療情報の共有体制	多職種が把握した患者情報を電子カルテ上「患者情報」画面に集約させ、また当該画面をより使用しやすいように改修する。また、7日以内に実施する入院診療計画書作成におけるカンファレンスの運用見直しと評価を実施する。	電子カルテ画面の改修に向けた準備を開始。また、入院診療計画書作成を基本とする入院時患者情報共有体制の見直しを開始。	全ての職種が1画面で重要な患者情報を集約できるようにする。 入院診療計画書作成時における患者情報の多職種共有が適切になされる運用。	看護部長	副看護部長/看護主任/医療安全専任薬剤師/医事課担当者					評価実施		入院時患者情報確認体制協議		評価実施	電子カルテシステム改修			評価実施				評価実施			
2）各病棟における定期カンファレンスの励行	診療科毎のカンファレンス体制を明確にし、実施状況や内容について看護部門に置いて評価する。	各診療科のカンファレンス状況の把握と文書化作成の開始。	入院患者のいる全ての診療科で、決められた項目に該当する内容についてカンファレンスが実施されている。	看護部長	副看護部長				評価実施				評価実施				評価実施				評価実施				評価実施
3）病院内全体における情報共有	毎朝の8時会（8時からの全部署責任者会議）において、決められた共有内容について適切な情報共有を実施する。	平日毎朝開催。会議議事録を作成し、毎日全職員へ周知済。	特に医療安全に関わる情報共有が迅速になされる体制となっている。	事務責任者	事務責任者補佐	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価
医師は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療において疑義があるときは、他の医師の対診を求め又は転医させるなどの適切な措置を講じるなど、連携体制を構築すること。																									
1）院内他科対診体制	各診療科における対診・応援体制について明確にし、毎週の医局会にて連携体制の課題や問題を協議する。	各診療科における診療体制（支援）に関する課題を抽出。支援すべき医師及び診療科について、医局会を中心に協議開始。	診療科の枠を超えた連携体制を構築する。	医局長	事務責任者/事務責任者補佐				医局会	医局会	医局会	医局会	医局会	医局会	医局会	医局会	医局会	医局会	医局会	医局会	医局会	医局会	医局会	医局会	医局会	医局会
														各診療科別対診/応援体制確認			評価				評価				評価
2）法人内専門家コンサル体制	各診療科における法人内（又は近隣の専門科在籍施設）でコンサルテーションを行う医師や病院を明確にし、必要時相談が出来る体制を構築する。	各診療科における法人内（又は近隣の専門科在籍施設）コンサルテーション先のリストアップし協議を開始。	院外の相談先を明確にし、特定の医師のみで判断がなされない体制を構築する。	事務責任者	事務責任者/事務責任者補佐				医局会協議				医局会協議	各診療科別外部コンサル体制確認			評価				評価				評価
3）近隣病院との連携体制（転院調整）	院内で対応が困難な症例について、速やかに転送・転院調整が出来るよう、各診療科において連携先施設を明確にする。	過去の実績に基づく、近隣病院との連携体制について再度協議を開始。	近隣施設と連携し、適切な転院・転送体制が構築される。	事務責任者	地域連携室担当者								連携室会議	各診療科別転送候補先リスト確認			連携室会議/評価				連携室会議/評価				連携室会議/評価

医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院　改善措置命令に対する改善計画スケジュール　　全体管理責任者：病院長

項　　目	実施内容	5月末時点での進捗	到達目標	責任者	実行担当者	4月				5月				6月				7月				8月			
						1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目
4）対診に応じない医師に対する対応	対診や院外との連携に積極的でない医師を把握した場合は、病院長が速やかに面談し、原因（理由）を明確にしたうえで、安全性を最優先とした対策を示し、当該医師に指導を行う。	現時点で問題は発生していないが、対診体制の必要性について医局会で周知を実施。	全ての所属医師が院内外問わず相談しやすい環境を構築する。	医局長	事務責任者補佐								評価				評価				評価				評価
命令事項（イ） **医療事故（その疑いがある場合を含む。）発生時の対応に関する基本方針（報告すべき事例の範囲、報告手順を含む。）を明確なものにし、非常勤職員を含む全ての職員に周知徹底の上、確実に実施すること。** **医療安全に関する委員会において、医療事故の判断、遺族への説明、院内調査、医療事故調査・支援センターへの報告について役割と責任を明確にすること。なお、管理者による医療事故の判断にあたっては、関わった医療従事者等から十分事情を聴取した上で、医療安全に関する委員会の意見を聞いた上で判断すること。** **医療事故（その疑いがある場合を含む。）が発生した場合、医療安全に関する委員会にて原因の究明のための調査及び分析を速やかに行うこと。また、問題点を把握し病院組織としての改善のための方策を企画立案及び実施し、実施状況を評価しこれらの情報を共有するとともに、背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止対策を立案し、病院内で対策を定着させること。**																								
1）死因が明らかでない死亡例を把握した場合の院内調査体制	事例を把握した際には、定めた規定（7日以内に調査、14日以内に1回目の委員会開催）通りの手順に従い調査を開始し、病院長との連携したうえで、遅滞なく進める。	「院内医療安全調査委員会」の対象として定めた項目（死亡事故に限らず、必要と認めた7項目に該当する事例）に該当して委員会を実施した事例が2024年1月以降で5件（医療事故調査制度対象事案は無し）あり、手順に基づいた調査、委員会、報告がなされる体制になっている。	対象となる事例について、速やかな調査、委員会実施ができる体制を構築する。	医療安全専任医師	医療安全管理者			委員会評価				委員会評価				委員会評価				委員会評価				委員会評価		
2）医療安全対策委員会における、報告症例・調査対象症例の明確化	医療安全対策委員会、リスクマネジメント委員会を中心に対象事例を周知し、また研修会実施により対象事例の理解及び速やかな報告が実施されるようにする。	「院内医療安全調査委員会」の対象として定めた項目（死亡事故に限らず、必要と認めた7項目に該当する事例）及び医療事故発生時のフローチャートを周知済。	全ての職員が対象となる事例を理解し、報告できる文化を構築する。	医療安全専任医師	医療安全管理者			委員会評価				委員会評価				委員会評価				委員会評価				委員会評価		
命令事項（ウ） **診療録は必要事項を全て正確に記載し、かつ最新の内容に保つようにし、組織として未記載を防止する対策を講じること。**																									
1）正確な診療録記載に関する、研修実施	診療情報管理の専門家（大学教授）及び弁護士による、適切な診療録記載とその必要性に関する研修会を開催する。	外部講師と日程が決定し、6月と7月に研修会に向けた研修会の準備中。	全職員が研修を受講し、診療録の適切な書き方及びその必要性を理解する。	事務責任者補佐	事務長補佐/本部医療安全担当											外部講師研修				外部講師研修		理解度テスト			
2）診療情報管理士による診療録記載確認	前週の医師の診療録記載状況をリスト化し、病院長へ報告する。記載に問題のある医師については、病院長より個別に当該医師と面談を行い、問題点を確認し改善を促す。	前週の診療録記載状況（各医師、毎日の記載有無確認）をリストアップして、病院長へ報告する体制を開始。現時点で記載無し事例はない。	医師の診療録記載不備（未記載）を無くす。	事務責任者補佐	診療情報管理士	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価	週間評価	週間評価	週間評価	週間/月間評価
3）「医療事故発生/死亡事例カルテレビュー」における診療録記載確認	毎週の死亡事例レビュにおいて、死亡に至る経緯の記録に問題がある事例を把握し、問題がある事例については病院長へ報告する。記載に問題のある医師については、病院長より個別に当該医師と面談を行い、問題点を確認し改善を促す。	毎週の死亡症例カルテレビューによる記録の不備に関するチェックも実施。5月度のカルテレビューにより、記録に問題がある（記録の充実）事例について、検証と対策実施。	死亡事例における診療録の記載（経過とIC記録）が正しく記載されるようにする。	医療安全専任医師	医療安全管理者	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施	週間レビュ実施
4）診療情報管理委員会における診療録監査の実施	関連委員会にて月に1度監査を実施する。	すでに毎月の委員会による監査を継続実施。	診療録記載不備を無くし、すべての患者で正しく記録が記載されている状態にする。	医局長	事務責任者補佐				委員会監査実施				委員会監査実施				委員会監査実施				委員会監査実施				委員会監査実施
5）記録が不足している医師に対する聞き取り及び対策の実施	診療録記載不備のある医師に対してヒアリングを実施し、問題点の共有と改善案を提示する。	4月監査におけるヒアリング対象医師がリストアップされ、個別の面談を開始済（記載不備はないが、記載の充実という点でのヒアリング）	全ての医師により適切な記録が残され、特に患者の状態変化があった場合の記録が適切な状態にする。	事務責任者補佐	事務責任者補佐/診療情報管理士					該当医師への聞き取りと対策実施				該当医師への聞き取りと対策実施				該当医師への聞き取りと対策実施				該当医師への聞き取りと対策実施		