令和６年度厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間引継ぎ体制の整備に資する研究

令和６年度　総括研究報告書

研究代表者　種田憲一郎

令和７(2025)年５月

別紙２

目　　次

Ⅰ．総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間引継ぎ体制の整備に資する研究
研究代表者　種田　憲一郎　国立保健医療科学院　上席主任研究官
（資料１）医療安全管理とＤＸ
（資料２）ケア移行における患者安全
（資料３）鹿児島市立病院新生児内科（内藤喜樹先生）での取組み例
----------1

II.　分担研究報告
1. 全国的な医療機関の当直・引継ぎ体制の現状と課題
研究分担者　菊地　龍明　公立大学法人横浜市立大学附属病院
医療の質・ 安全管理部長/診療教授（准教授）
（資料１）アンケート調査票
（資料２）医師の働き方改革×医療安全　日本病院会アンケート
----------142

2. 電子的な引き継ぎツールの現状と課題
研究分担者　西井　鉄平　公立大学法人横浜市立大学
医学部　医学情報学　医療・診療情報部
（図１）電子カルテ機能の応用、（図２）構成図、（図３）最新パッケージ機能
（表１）ヒアリング結果、----------182

3. 医師の働き方改革に伴う当直体制変更における現状と課題
研究分担者　山口　悦子（中上　悦子）大阪公立大学大学院医学研究科
医療の質・安全管理学・准教授
医学部附属病院　医療の質・安全管理部・病院教授・部長
（表）改善された引継ぎ台帳のイメージ----------190

4. 脳神経外科の医師の働き方改革への対応と医師の引継ぎの現状および看護師との協働・連携、今後の医療機関における引継ぎ体制の検討
研究分担者　寺井美峰子　公益財団法人田附興風会　医学研究所
保健・健康研究部　部長（看護部長）----------197

5. 医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間引継ぎ体制の整備に資する研究
研究分担者　水野　篤　学校法人聖路加国際大学・聖路加国際病院
循環器内科・副医長
（資料）申し送り実施状況の調査票----------206

6. 病院総合診療医における引き継ぎ体制の現状と工夫
研究分担者　小坂　鎮太郎　都立広尾病院　病院総合診療科
公益社団法人 地域医療振興協会地域医療研究所　研究員

（資料）アンケート調査票----------208

III. 研究成果の刊行に関する一覧表　　----------215

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

令和６年度　総括研究報告書

医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間引継ぎ体制の整備に資する研究

研究代表者　種田憲一郎　国立保健医療科学院　上席主任研究官

（背景）令和６年度から適用が開始された医師の働き方改革では、質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供することを目標として、医師に対する時間外労働の制限等が課された。入院患者への対応が、主治医・担当医以外の医療職への引継ぎを介して委譲されることが想定され、情報伝達エラーが発生しやすい患者安全上のハイリスク場面である。

（目的）そこで本研究は、入院患者に関する質の高い勤務時間帯間の引継ぎ体制を整備・均てん化し、情報伝達エラー等の有害事象を防止し、患者ケアの責任移譲を伴う診療の継続性を維持することを目標として、①医師による引継ぎの現状把握、②望ましい引継ぎ体制の立案、③望ましい引継ぎ体制の実装のための方略の検討を行うことを目的とする。

（方法）全国的なアンケート調査によって病院の当直体制および引継ぎ体制の整備状況を把握し、病床規模や医療安全対策加算の取得有無との関係を明らかにした。また臨床上 24 時間の患者対応が必要な診療科（循環器、脳神経外科、小児科、産科、総合医など）の取組み等について、ヒアリング等を実施し、検討に資する情報を収集した。

（結果･考察）全国の医療施設を対象にしたアンケート調査では､145 施設(有効回答率 5.6%)から回答を得た。当直時の引継ぎ体制に関する８項目（引継ぎ体制患者、引継ぎ方法、患者情報の記載場所、引継ぎ項目、当直医の業務範囲、バックアップ体制、終了時の引継ぎ、当直帯の新規入院患者引継ぎ）の整備状況については、全体的に整備が不十分であった。医療安全対策加算を取得している施設で、引継ぎ体制の整備率が高い傾向が見られた。24 時間対応の診療科などのヒアリング等から、医師間の引継ぎは広く実施されていたが、標準化が十分でなかった。また一部の診療科・医療機関では ICT 活用やテンプレートによる効率化、病院貸与スマートフォンから院外からでもアクセスが可能で、各医療機関の実情に応じて工夫されていた。具体的な引継ぎ体制の実装のための方略を、通院患者の時間外受診に対応するためグループ当直制を導入した施設（大学医学部附属病院）において検討した。医師たちから「病状の判断・対応への不安」「患者の受け入れや入院先に関する課題」などが指摘された。これらの調査結果から、引継ぎ体制は医療現場の工夫に依存しており、質のばらつきが存在し、当直体制の適正化と同時に、引き継ぎ基準・方法の明確化と引継ぎ体制の標準化、質的向上を図る必要性が示唆された。また ICT 活用と教育体制の整備は、働き方改革時代における安全で持続可能な診療体制構築に寄与すると考えられるが、サイバーセキュリティ対策や費用対効果などを勘案する必要がある。さらに継続的に改善するために引継ぎに関連した有害事象を把握する報告システムを推進すること、平時から適切な記録を行い、多職種でチームとして協働し患者情報などが共有されていること、患者急変の予測や当直時に患者対応が困った際にも相談できる仕組みづくり（NEWS、RRS など）も重要である。

研究分担者
菊地龍明　公立大学法人横浜市立大学附属病院　医療の質・安全管理部長/診療教授（准教授）
小坂鎮太郎　公益社団法人地域医療振興協会（地域医療研究所）公益社団法人　地域医療振興協会地域医療研究所　研究員
寺井美峰子　公益財団法人田附興風会　医学研究所 保健・健康研究部
部長（看護部長）
西井鉄平　公立大学法人横浜市立大学　医学部医学情報学　医療・診療情報部
水野篤　　学校法人聖路加国際大学・聖路加国際病院循環器内科・医幹
山口（中上）悦子　大阪公立大学大学院医学研究科医療の質安全管理学・准教授/医学部附属病院医療の質・安全管理部・病院教授・部長

研究協力者
岡田十三　社会医療法人　愛仁会千船病院　産婦人科・地域周産期母子医療センター主任部長・センター長
萩無里千史　相澤病院・医療安全推進室
医療安全管理者・科長
園田幸生　社会医療法人石川記念会　HITO病院　　消化器外科　副院長・部長
出口等史　香川県立中央病院　医療安全管理室　看護師長・医療安全管理者
中田尚子　埼玉県立病院機構　埼玉県立小児医療センター　副病院長・看護部長
渡邊進　　熊本機能病院／総合リハビリテーションセンター　副院長・センター長
内藤喜樹　鹿児島市立病院　産婦人科及び新生児内科　課長

A. 研究目的

（背景）令和6年度から適用が開始される医師の働き方改革では、質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供することを目標として、医師に対する時間外労働の制限等が課される。医師の労働時間短縮を進める方策として、シフト制度・休日当番医制度・オンコール体制等の導入等が検討されている。その結果、従来は主治医・担当医の時間外労働により行われていた入院患者への対応が、主治医・担当医以外の医療職（医師・病棟看護師等）への引継ぎを介して委譲されることが想定される。入院患者の勤務時間帯間の引継ぎは、情報伝達エラーが発生しやすい患者安全上のハイリスク場面であることが知られており、引継ぎの教育プログラムの導入によりエラーや有害事象の低減に成功した海外の先行事例があることも踏まえ、医師の働き方改革に伴う患者安全上の負の側面を最小化し最大の効果を得るため、効率的で質の高い引継ぎの体制を全国の医療機関に整備・均てん化することが急務となっている。医療機関の安全文化調査からも、それが示唆されている
（目的）そこで本研究は、入院患者に関する質の高い勤務時間帯間の引継ぎ体制を整備・均てん化し、情報伝達エラー等の有害事象を防止し、患者ケアの責任移譲を伴う診療の継続性を維持することを目標として、①医師による引継ぎの現状把握、②望ましい引継ぎ体制の立案、③望ましい引継ぎ体制の実装のための方略の検討を行うことを目的とする。

B. 研究方法

B-Ⅰ　様々な診療科・医療機関の現状把握

引継ぎの現状把握のために、まずは研究班のメンバーを中心に、様々な診療科や医療機関

の取組みについて、個別に半構造化ヒアリング（医師の働き方改革に伴う引継ぎの現状、工夫や課題、引継ぎに関わるインシデント等の有無、など）を実施した（合計で16名）。診療科としては、とくに臨床上、切れ目のない 24 時間の対応が必要なことが多い診療科、具体的には、循環器領域（2名）、脳神経外科（1名）、小児科（2名）、産科（2名）、総合診療科（1名）などを含めた。また、特定機能病院（2名）、地域の中核的な医療を担う医療機関（3名）、ICTを活用する医療機関（2 名）、急性期回復期リハビリテーションなどを担う医療機関（1 名）も含めた。一部の診療科等については、他の分担研究者が、さらにヒアリングやアンケート調査等で、分析を深めた。

B-Ⅱ　全国的なアンケート調査

（参照：菊地分担報告）

日本病院会会員病院（2573 会員（2025 年 1 月現在の日病会員数））を対象に、Web にてアンケート調査を実施した。なお一般社団法人日本病院会は、日本の病院の全ての経営主体が参加する広範な会員組織であり、小規模から大規模までの医療機関が含まれる。

- 期間：2025 年 2 月 7 日～3 月 15 日
- 方法：Google Form による Web アンケート設問内容：
- 病院の基本情報（病床数、機能区分、医療安全対策加算の有無など）
- 医師の当直体制に関する構成（診療科別の当直人数、勤務形態）
- オンコール体制における呼出方法とその担い手（医師・看護師・看護師長・事務職など）
- 医師の働き方改革（2024 年 4 月の規制導入）に伴う体制変更の有無と、その前後比較（人数・体制）
- 日中勤務医師から当直医師への患者引継ぎに関する整備状況（以下 7 項目について、「はい（全診療科対象）」「はい（一部診療科対象）」「いいえ」で選択）
  - ✓ 注意を要する患者の明確化
  - ✓ 引継ぎ方法の明文化
  - ✓ 診療情報の記載場所の規定
  - ✓ 引継ぎ項目（治療方針・依頼事項など）の定義
  - ✓ 当直医の業務範囲の規定
  - ✓ バックアップ体制の有無と方法
  - ✓ 当直終了時の引継ぎ（既入院患者・新規入院患者）に関するルールの有無
- 分析：病床規模別および地域別のクロス集計、カイ二乗検定、相関分析、標準化残差分析を行った。

B-Ⅲ　電子的な引継ぎツール

（参照：西井分担報告）

本研究班員へのヒアリングを通して、所属するそれぞれの施設での状況を収集した。また、文献調査で国内の動向を把握した。施設の機能と規模、設置母体などの背景を踏まえて、電子的手段を用いた引き継ぎの理想的な形態を検討した。

B-Ⅳ　引継ぎ体制の実装（方略の検討）

（参照：山口分担報告）

1．対象施設と体制

(1) 対象施設

対象施設は、分担者が所属する大学医学部附属病院で、特定機能病院である。

(2)新しい当直体制

対象施設では、働き方改革に対応するために検討委員会を設置し、それまでの各科に当直

医を置く体制からグループ当直制への移行を目指し、まず「通院中患者」の時間外受診患者を受け入れる仕組みを構築した。「通院中患者」とは、1 年以内に再審予約のある患者と定義した。なお、入院中の患者にも対応するため、当分の間、各科当直も並行して継続することとした。

(3) 当直帯における引き継ぎ体制

当直帯は、夜間は 17 時、休日は 9 時から翌朝 8 時 30 分までで、それぞれ4つの時間帯に分けて、4 名の医師が交代で時間帯の主担当(1st)となる。主担当の医師は必要に応じて 2nd 以下の医師と共に診療にあたり、研修医を指導する。

当直医 4 名は当直帯に入るときと朝、集合してミーティングを行う。同じ時間帯に電話や患者対応が重なった場合は、次の順位の担当者が引き受ける。たとえば 1st の時間帯に 2 人の患者からほぼ同時に電話があったとすると、1 人目は 1st が、2 人目は 2nd が対応する。また重症で手が離せない等の場合も、順次、呼び出し順位が下位の当番医が対応する。また、時間帯当番が終了するまでに診療録を記載するとともに、病院情報システム内に作られた「台帳」ツールに自分が対応した患者の情報を入力する。

2. データの収集

① 会議録のテキストデータ

試行中のグループ当直体制の現状と課題および改善を議論するオンライン会議録として収録した音声のテキストデータを分析した。

② アンケート調査のデータ

対象施設で開催した通院中の時間外受診患者受け入れ体制に関する研修会終了後、体制改善を目的としたアンケート調査を実施した。

3. データの分析

①会議録のテキストデータ

②アンケート調査のデータ

B-Ⅴ 脳神経外科の取組み

(参照:寺井分担報告)

本研究の意義・方法について賛同した医療機関(JCI 認定病院を含む)の医師または看護師にヒアリングを行う。

ヒアリングでの情報収集の項目は、1)病院全体の医師の働き方改革の体制(A水準、フレックスタイム制、等)、2)脳神経外科の日当直体制(人員構成など)、3)脳神経外科の勤務交代時の医師間や医師と看護師等他職種との引継ぎについて、4)脳神経外科の働き方改革により引継ぎに関して変化したこと、工夫したこと、困っていること等、5)病院全体の引継ぎにおける情報伝達エラー等の有害事象の収集や分析、改善策について、6)望ましい引継ぎ体制の立案、実施のための方略について、7)その他(RRS 体制等)。

B-Ⅵ 循環器領域の取組み

(参照:水野分担報告)

日本心臓病学会正会員(医師)を対象に、Webアンケート調査を実施し、回答数は625件(回答率 12.3%)であった。調査項目には、勤務時間の変化、引継ぎの実施状況、情報共有の満足度、ICT ツールの活用状況などを含めた。

また追加で 2025 年 3 月 3 日から 4 日までアンケート調査会社による循環器病患者パネルによる引継ぎ調査を実施した。特に引継ぎに関しては医療者間の情報引継ぎ(医師が交代する、他院に紹介されるなど)に自ら参加するかどうかについて 4 段階(強くそう思う～全くそう

思わない)にて評価を行った。

B-Ⅶ 病院総合診療科の取組み

(参照:小坂分担報告)

- 対象施設:全国の病院総合診療科を有する急性期病院 24 施設
- 調査方法:半構造化アンケート調査をメールにて配布し、Web フォームで回収
- 主な項目:

・ 夜間・休日の診療体制
・ 引き継ぎ方法
・ 引き継ぎフォーマット
・「どのような患者を申し送るかという基準」の有無
・ 申し送りの記載をする手間を省く効率的な方法(セット展開、AI 活用など)

C. 研究結果

C-Ⅰ 様々な診療科・医療機関の現状把握

ほとんどの診療科・医療機関において、医師の働き方改革の有無にかかわらず、以前から何らかの取組みをしていたが、明文化・標準化されている医療機関は少なかった。一部の医療機関において利用されているツールとしては、既存の電子カルテの仕組みを活用して要注意患者を共有したり、平時からのカンファレンスにて全ての患者情報を共有したり、引継ぎの場面では SBAR や I-PASS したり、などがあった。また引継ぎに関わるインシデント等を明確に把握できる医療機関はほとんどなかった。

C-Ⅱ 全国的なアンケート調査

(参照:菊地分担報告)

有効回答と考えられる全国 145 医療施設を対象とした(有効回答率 5.6%)

- 病床数と当直医人数

病床数と当直医人数との相関係数は、当直医合計人数、研修医当直、小児科当直、産科当直の順に大きく、病床数に応じて当直医人数が多くなり、小児科や産科など特殊診療科の当直医を配置していた。それに対して、病床数との相関がもっとも小さかったのは全科当直で、病床数が少ない施設は役割別の当直医を配置することが難しい状況を反映していた。

- オンコール医師を呼び出す役割

職種は当直医師、各部署看護師、看護師長、事務当直の順に多く、病床規模による差はなかった。

- 働き方改革に伴う当直体制の見直し

2024 年 4 月に医師の時間外労働上限規制が開始されたのを契機に当直体制を見直したと回答した施設は 30 施設で、500 床以上の大規模施設で高かった。

当直医師の減少を診療科別にみると、外科系当直 7 施設、研修医当直 5 施設、内科系当直 4 施設、その他 4 施設の順に多かった。また、病床規模別にみると、当直医を減らした施設は、小規模施設 1 施設、中規模施設 4 施設(平均 2.5 名減)、大規模施設 5 施設(平均 6 名減)であった。最も当直医を削減した施設は関東地方の大規模病院(特定機能病院)で、全科当直を廃止して内科系当直、外科系当直に集約化を図った結果、20 名減少となっていた。

- 当直引継ぎに関する院内ルールの整備(以下の 8 項目)

1. 当直医への引継ぎを必須とする患者に関するルールの整備

回答の分布と病床規模、医療安全対策加算取得、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。

2. 当直開始時の引継ぎ方法に関するルール

の整備
回答の分布と病床規模、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。一方、医療安全管理対策加算1または加算2を取得している施設では全ての診療科でルールを整備している施設が多く、加算を取得していない施設ではルールがない施設が多かった。

３．患者情報の記載場所に関するルールの整備
回答の分布と病床規模、医療安全対策加算取得、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。

４．記載する引継ぎ項目に関するルールの整備
回答の分布と病床規模、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。一方、医療安全管理対策加算を取得していない施設ではルールがない施設が多かった。

５．当直医の業務範囲に関するルールの有無
回答の分布と病床規模、医療安全対策加算取得、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。

６．当直医のバックアップ体制に関するルールの有無
回答の分布と病床規模、医療安全対策加算取得、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。

７．当直終了時の入院患者引継ぎに関するルールの有無
回答の分布と当直医合計人数との間に関連を認めなかった。病床規模が小規模な施設では「はい（一部の診療科）」と回答した施設が少なかった。医療安全管理対策加算を取得していない施設ではルールがない施設が多かった。

８．当直帯の新規入院患者に関する引継ぎに関するルールの有無
回答の分布と病床規模、医療安全対策加算取得、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。

C-Ⅲ　電子的な引継ぎツール
（参照：西井分担報告）

日当直簿の記録や口頭での引き継ぎ以外に、電子的な引き継ぎの手段を用いている施設を対象とした。情報が収集できたのは、病床数が 200 床以上の中規模・大規模病院のみであった。

電子カルテの標準的機能として実装されている掲示板や付箋機能など、汎用的機能の活用に留まる施設が目立った。

電子カルテとは直接接続しないインターネット系の汎用的なチャットサービスを併用する施設もあった。ケアミックスの中規模病院である A 病院は先進的技術の導入に積極的であり、サイバーセキュリティ対策と個人情報保護に配慮した、電子カルテのオプション機能としてのチャットツールを導入していた。さらに、病院が貸与するスマートフォンを用いて、院内のみならず帰宅後の院外からでもアクセスが可能となっていた。電子カルテの汎用機能の利用に加えて、インターネット系の汎用的なチャットサービス（医療用に特化されていないもの）を併用する施設も存在した。その場合、使用するスマートフォンは個人所有のものであった。

C-Ⅳ　引継ぎ体制の実装（方略の検討）
（参照：山口分担報告）

1. 通院中救急患者のためのグループ当直体制について議論した会議録の分析

オンライン会議には、当直業務に携わっている 4 名の医師が参加した。

(1) 現状の把握と課題の抽出

当直業務の働き方や引き継ぎの現状と課題については、「病状の判断や対応への不安」(3 サブテーマ)、「患者の受け入れや入院先に関する課題」(4 サブテーマ)、「体制に関する課題」(4 サブテーマ)、「引き継ぎや申し送りに関する課題」(5 サブテーマ)の 4 つのテーマが抽出された。

(2) 改善の方策

改善の方策として、「判断基準の整備と研修」(4 サブテーマ)、「病院としての支援システムや体制づくり」(3 サブテーマ)、「引き継ぎのツールや方法の見直し」(2 サブテーマ)の三つのテーマが抽出された。

2. アンケート調査の結果

2025 年の 3 月に、通院中の時間外受診患者に対応する当直体制の説明と、来院時、患者の病態を判断する基準を解説する研修会を開催した。研修会後にアンケート調査を依頼し以下の経験が報告された:

—通院救急チームの体制で困った経験

—応援要請で困った経験

—引き継ぎで困った経験

C-V　脳神経外科の取組み

(参照:寺井分担報告)

4医療機関(JCI 認定病院を含む)の医師または看護師が調査に参加し、情報収集を行った。調査に参加した医療機関は大規模医療機関で、病床数は 2 施設が 500 から 1000 床、2 施設が 1000 床以上であった。設置主体は一般病院(公益財団法人)が 2 施設、市立市民病院が1施設、公立大学病院が 1 施設であった。

1. A医療機関

一般病院(公益財団法人)、病床数 500～1000 床

- 引継ぎに関するインシデント等の情報収集は行われていなかった
- 望ましい引継ぎ体制の立案、実施のための方略について:

✓ 回診方式による引継ぎと記録

✓ Google Chat を使用した情報共有

✓ その他

✓ RRS(Rapid Response System)体制があり、急性疾患予後予測スコアである NEWS (National Early Warning Score)も活用されているが、引継ぎとの関連はない(他の医療機関では、引継ぎの際にも活用されている例がある)

2. B医療機関

市立市民病院、病床数 1000 床以上

✓ 引継ぎに関するインシデント等の情報収集は体系的には行われていなかったが、引継ぎに関連した事例があり、急変となった患者が、DNARかどうかの記載が無く対応に困った。

- 望ましい引継ぎ体制の立案、実施のための方略について

✓ 患者の急変の予兆や高リスク状態(術後、内視鏡下止血後、等)の患者リストを引継ぐ仕組み

✓ 病院全体の「引継ぎ」や引継ぎの記録に関するルール・取り決め事項の院内整備

✓ その他:日中にNEWSが高くて伝達されていても、記録されていないため次の勤務帯には引き継がれない

3. C医療機関

公立大学病院、病床数 500～1000 床

- 病院全体の引継ぎにおける情報伝達エラー等の有害事象の収集や分析、改善策について

✓ ンシデントレポート全件から医療安全管理部門で「引継ぎ」・「申し送り」に関するレポートを分類・抽出している

✓ 直近データでは「引継ぎ」の用語で検索されるインシデントは0件、「申し送り」に関する医師のインシデントは0件だった（看護師がレポートしている）。

✓ これまでの「引継ぎ」・「申し送り」に関するインシデント・アクシデントは下記に分類されている

✓ （申し送りが構造化されていないため十分な情報がなく次のシフトでエラー発生、前の勤務者が間違った情報を申し送ったため医師が指示を間違ったエラー、正しく申し送りされていたので間違いが発見できたインシデント）

- 望ましい引継ぎ体制の立案、実施のための方略について：特に無い

4. D医療機関

一般病院（公益財団法人）、病床数 1000 床以上、国際的医療機能評価機関（JCI）の認定（JCI 認証）を 2016 年から取得している。

- 病院全体の引継ぎにおける情報伝達エラー等の有害事象の収集や分析、改善策について

・JCI 認定病院として、引継ぎに関連したインシデント・アクシデントに関する取り組み

・引継ぎに関連したエラー発生件数をモニタリングしていて過去3年の件数は、2021年度：125件、2022年度：99件、2023年度：154件、2024年度4～12月：212件と増加傾向である

・医療安全管理部門にとっても、どの事例を「引継ぎに関連した事例」とするのかが難しく、医療安全管理部門の関わりは重要である

- 望ましい引継ぎ体制の立案、実施のための方略について

・JCI 認定病院として下記の取り組みを実施している

引継ぎに関する院内規定の整備。引継ぎの実際に関するモニタリングとしてテンプレート使用率のモニタリングを実施。

引継ぎ関連インシデント・アクシデント事例の集計・分析から対策立案を行いPDCAサイクルをまわす取り組み。

引継ぎの場面に関わらず、ふだんからチームとしての協働を推進する基盤となるエビデンスに基づいたチーム・トレーニング（チームSTEPPS）を医師を含む全職員に対して実施している。

C-Ⅵ　循環器領域の取組み

（参照：水野分担報告）

医師間の引継ぎは多くの施設で日常的に実施されており、そのうち約 20%の医師が情報の不足を実感していた。一方で、引継ぎの重要度については他の課題と比べて優先順位が低いと感じている医師も多く、現場の認識には差が見られた。また、引継ぎ支援ツール（I-PASS 等）の使用は限定的であり、導入や定着には至っていないケースが大半であった（他の診療科では活用事例がある）。

また循環器病患者パネルからの結果では、医療者間の情報引継ぎ（医師が交代する、他院に紹介されるなど）に自ら参加するという患者は 341(67.9%)であった。

C-Ⅶ　病院総合診療科の取組み
（参照：小坂分担報告）

- 回答施設数：20 施設
- 夜間・休日の診療体制：
- 完全主治医制:0 施設、当直医対応制（診療科が異なるチームの医師が当直で対応する）：16 施設(66%)、チーム対応制（チームの誰かが当直やオンコールに必ずいる）：8 施設(33%)
- 引き継ぎ方法（口頭・カルテ・Microsoft Teams/Line/Slack など）：口頭(2 施設)、カルテ記載（20 施設）、Microsoft Teams(6 施設)/Line(8 施設)/Slack(4 施設)/FileMaker(2 施設)/Join(1 施設)/Elgana(1 施設)、申し送りを行なっていない(2 施設)
- 引き継ぎフォーマットの有無（I-PASS、SAFER-signout、など）：I-PASS(8 施設)、独自のフォーム(2 施設)、決まったフォームなし(12 施設)
- 「どのような患者を申し送るかという基準」の有無：重症だと考えられる患者(4 施設)、対応を要すると考えられる患者(8 施設)、明確な決まりはない(12 施設)
- 申し送りの記載をする手間を省く効率的な方法(セット展開、AI 活用など)：電子カルテ内のテンプレート(10 施設)、File Maker による別システム(2 施設)、AI による入力補助(1 施設)

D. 考察

D-Ⅰ　様々な診療科・医療機関の現状把握

医師の働き方改革に伴い、実際に医師の働き方が大きく変更されたり、同時に医師の引継ぎ方法が変更されたりする医療機関は、ほとんどなかった。また、医師の引継ぎに伴い医療安全のリスクが高まっている可能性があり、その結果として引継ぎに関わるインシデント等の抽出をヒアリングをした医療機関では試みたが、ほとんど抽出できなかった。少なくとも、医師の引継ぎの不具合が直接的な要因となっている医療事故等は、ヒアリング対象の医療機関においては、発生しないと考えられた。

仮に引き続きに不具合があったとしても、それを補い、対処できる仕組みがあり、報告すべき事故にならずに済んでいる可能性もある。また、ヒアリングを実施した全ての医療機関において医療安全に関わる報告システムが整備されているが、既存のシステムから引継ぎに関わる事例だけを抽出する仕組みが、一部のJCI認定病院以外では、備わっていない。引継ぎに関わる課題を既存の報告システムから抽出し、組織的な改善を、継続的に実施できる仕組みが必要である。

また、当直時間帯等の院内緊急招集のあった事例の中には、引継ぎに関わる不具合の可能性も検討したが、該当する事例は抽出できなかった。引継ぎがされる前に、当直時間帯の患者急変を予見し得る仕組み（NEWSスコアなど）や、引継ぎをした後に、急変の兆候を把握した際の応援対応を要請できる仕組みも、必要であると考えられた。

D-Ⅱ　全国的なアンケート調査
（参照：菊地分担報告）

本調査は、全国の医療施設における当直体制および引継ぎ体制の整備状況を把握し、病床規模や医療安全対策加算の取得有無との関係を明らかにすることを目的とした。調査の結果、以下のような示唆が得られた。

- 病床規模による構成の差異

当直医数は病床数と正の相関を示し、研修医、小児科、産科がこれに次いだ。これは、病床数が多い施設では夜間帯も幅広い診療機能が求められ、それに応じた人員配置がなされていることを示唆する。一方、小規模施設では全科当直の傾向が高く、専門性を分担する余地が限られる現状が明らかとなった。

- 地域別の差異

地域別の分析では、四国地方の施設において施設当たりの当直医数が少なく、全科当直や救急外来当直の比率が高い傾向が示され他の専門診療科の配置が相対的に少なかった。ただし、これは地域特性だけでなく回答施設の病床規模を反映している可能性がある。

- 働き方改革に伴う当直体制の見直し

医師の働き方改革を契機に当直体制見直しを行った施設は、中小規模施設と比較して大規模施設で多かった。病床規模が大きくなるほど当直医の減少数が多い傾向があり、当直医師の再配置や集約化が進んでいた。また、診療科別にみると、特に外科系当直医師の減少が顕著であった。

- 病床規模と引継ぎルール整備との関連性

当直引継ぎに関する院内ルールの整備の8項目の質問すべてにおいて、すべての診療科で整備済みという回答は5割前後であり、整備が進んでいない状況が明らかになった。病床規模とは総じて関連が認められず、大規模施設では働き方改革を契機に当直医師数を削減し集約を進める動きがみられる一方で、引継ぎ体制の質の担保は進んでおらず、患者安全への影響が懸念される。

- 医療安全対策加算と引継ぎルール整備の関連性

引継ぎに関する各種ルールの整備状況について、医療安全対策加算（加算 1・2）の取得有無との間には、いくつかの項目で有意な差が認められた。特に、「当直開始時の引継ぎ方法」や「記載すべき引継ぎ項目」に関して、加算取得施設で整備率が高い傾向にあった。これは、引継ぎルールへの医療安全管理部門の関与を反映している可能性がある。

D-Ⅲ　電子的な引継ぎツール

（参照：西井分担報告）

患者に関する重要事項の引継ぎを効率的、かつ確実に行う方法として電子的ツールに期待は大きい。しかし、その導入にあたっては、サイバーセキュリティへの周到な対策が必須であり、個人情報保護への配慮を欠かせない。また医療機関の経営は全国的に悪化しており、その投資は容易ではない。医療安全の重大事象が発生すると金銭をもって代えがたい事態となり、単純な費用対効果論で済ませることができず、厳しい経営判断が迫られる。

最新版の標準パッケージ機能としてチャットツールを実装する傾向が出てきている。まずは電子カルテにおいて、通常の診療記録を適切に記載することが必要であり、記載が徹底されていれば、いざという時にも必要な情報が確認し得る。また、電子カルテの汎用機能を補完する目的で、インターネット系の汎用的なチャットサービスを利用する施設も増えている。個人情報保護の懸念に対応して、病院業務に特化したツールも商業展開されている。

中小規模の病院では日当直医師を中核病院からの派遣医師が担当したり、人材派遣会社からの単回派遣の医師が担当したりする実情がある。また、電子カルテが未導入の病院も一定数存在する。そのような状況において、常勤医師が非常勤医師と電子的なツールでやり取

りすることは困難であり、従来からの日当直簿や口頭での引き継ぎに依存せざるを得ないのも現実である。厳しい経営環境の中、医療安全へ最大限配慮しつつも、その施設の実情に合わせて最適な方法を模索している。
最後に、電子化は単なる手段の一つに過ぎず、必要な情報を適切な場所に記録する日頃からの行動と、引き継ぎを行おうとする医師の能動的な態度が大前提である。サイバーセキュリティ対策や個人情報保護に関するリテラシーを含めて、電子化と教育は両輪である。

D-Ⅳ　引継ぎ体制の実装（方略の検討）
（参照：山口分担報告）

1. 通院中の時間外受診患者受け入れ体制の現状と課題
医師たちは情報の引き継ぎと確認のためのルールが十分に浸透していないことや、申し送りが不十分であることから、当番を交代して入院患者を管理することに不安を覚えていた。特に、情報共有の重要なツールである台帳の機能性の低さが問題となっていた。
アンケート調査からも同様の課題が確認された。具体的には「専門外の疾患の対応に困る」、「受け入れ可否の判断に迷う」、「転院を依頼された時のルールが明確ではなく、判断に困ったり、関連診療科が非協力的だったり」「電話対応で手が回らなくなる」などが挙げられ。また、医師間のコミュニケーションや協力体制の課題も浮き彫りとなった。さらに、アンケートでは看護師特有の視点からの課題も明らかになり、医師からは把握しづらい看護師の業務負担や実務上の困難が指摘された。
2.課題を解決するための方策
対象病院では、医師たちの協議の結果を受けて、患者の病態を判断するための基準案をつくり、2025 年の 3 月に研修会を実施した。また通院救急チームの働き方に合わせた必要項目が網羅され、患者の病態が把握できるように構造化された台帳に改善して、試用を開始した。

D-Ⅴ　脳神経外科の取組み
（参照：寺井分担報告）

- 医師の働き方改革と脳神経外科の体制

医師の働き方改革における時間外・休日労働時間の上限水準は、調査対象の4医療機関のうち3施設がA水準、1施設がC-1水準であった。
脳神経外科の特徴として、救急入院および患者状態変化への対応のため 24 時間体制の医療提供体制が求められ、日当直体制または 2 交替制となっており、主治医・担当医が不在となる時間が生じる。そのため、調査において、主治医が当直後に不在となり連絡が取れない場合に困る、当直医と主治医のどちらに連絡したらいいか迷うことがある、との回答もあり、医師間等における患者情報の引継ぎの重要性が高まっている。

- 望ましい引継ぎの仕組みに関する医療安全的観点からの検討

1）引継ぎにおけるルールや手順書の整備
医療機関において引継ぎに関するルールや手順書が整備されることが、安全で質の高い引継ぎの実施に不可欠であり優先度が高いと考えられた。JCI認定病院の取り組み例からも実証されている。
2）引継ぎおよび情報共有のためのツール（システム）活用
主治医・担当医が不在となる時間帯の患者情報の多職種との共有において、医師の記録が重要な役割を果たしていた。そのため、医師の

記録がない場合には患者の情報共有が不十分になり得る。JCI認定病院においては、引継ぎ場面に応じて使用するツールとなる記録フォームの種類を定める工夫もされていた。そして、ツールを効果的に活用するために、医師を含む全職員に対して、定期的にチーム・トレーニングを実施していることが、引継ぎを含めたチームとして協働の基盤となっている。

また、電子カルテ以外の情報共有ツールが医師間で活用されており、主治医・担当医が不在となる時間帯の患者情報の共有に有益であった。

3）引継ぎ関連のヒヤリハットおよびインシデント等の事例収集・検討体制整備

今回の調査から、引継ぎに関連したヒヤリハットおよびインシデント等の事例収集・検討体制が整備され、機能している医療機関は、4医療機関のうちJCI認定病院である1医療機関のみであった。

働き方改革により主治医・担当医が不在となる時間帯の患者情報の共有の質が、患者安全に影響を与える可能性があり、引継ぎに関連した有害事象を病院として把握して改善するために、インシデント収集を推進する必要性が高まっている。

D-Ⅵ　循環器領域の取組み

（参照：水野分担報告）

本調査により、働き方改革による医師の勤務時間短縮は一定の進捗を見せている一方で、引継ぎの体制整備は現場の工夫に依存していることが明らかとなった。医師間のみならず多職種との情報共有が求められる中で、標準化された引継ぎモデルや教育プログラムの導入が重要となる。特に、I-PASS などの既存の国際的ツールの導入可能性や、日本の医療現場に適応したカスタマイズの検討が今後の課題である。

また循環器病患者の引継ぎへの参加率は比較的高いと考えられたが、実際にどのような安全面での利点があったかなどについてさらなる検討が必要である。

D-Ⅶ　病院総合診療科の取組み

（参照：小坂分担報告）

日本の病院総合診療科における勤務時間帯をまたぐ引き継ぎ体制は、施設ごとに異なる運用がされており、標準化や効率化において発展途上の段階にあった。

1. 夜間・休日診療体制の多様性と課題

回答施設の 66%が「当直医対応制」であったのに対し、自チーム内での継続性あるチーム対応制は 33%にとどまった。病棟患者の病状把握や診療継続性の観点からは、hospitalist 型の「チームによる責任共有体制」が望まれるが、現場では人員配置の制約や制度上の壁から十分に普及していないと推察され、他の診療科の医師と協働して対応できる情報共有体制が重要な可能性が高いと考える。

2. 情報共有手段の多様化と技術的進展

引き継ぎは 92%の施設で実施されており、その方法としては、カルテ記載（82%）が最多であったが、Slack や Teams などのコミュニケーションツールの併用もほぼ全ての施設で見られた。これは COVID-19 以降の非対面コミュニケーションの常態化や、医師間の即時性・柔軟性の高い連携ニーズを反映したものと考えられる。一方で、引き継ぎを「行っていない」施設が 8%存在することは、患者安全の観点からも改善が必要な課題であると考えられる。

3. 引き継ぎフォーマットと判断基準の未整備

I-PASS 等の標準化されたフォーマットの導入

率は 33%(8/24 施設)に留まっており、半数の施設では決まった様式すらない。また、「どの患者を申し送るか」という基準の明確化がされていない施設が半数(12/24 施設)を占め、引き継ぎの質が担当者の経験や主観に依存している実態が浮き彫りとなった。これは、ヒューマンエラーや連携不全の温床となりうることから、より大きな規模で実態調査の上で標準的な申し送り基準およびフォーマットの普及が望まれると考える。

4. 効率化への取り組みと課題

申し送りの手間削減として、電子カルテ内テンプレート(42%)や某システムによるI-PASS表示の患者リスト共有の利用(8%)、某社の診療記録音声からの I-PASS 要約作成の活用(4%)もあったが、いずれも一部に限られていた。AIの活用により自動要約・推奨項目表示等が可能となれば、引き継ぎの質と効率の両立が可能であるが、その導入にはコスト・セキュリティ・運用教育といった課題も残る。現実的にはテンプレートなどの電子カルテ内のセット展開を普及させることなど好事例施設の方法を共有することが第一歩となる。AI や FileMaker を活用したシステムについては、その費用対効果検証が行われ、普及のための検証が今後求められる。

E. 結論

医師の勤務時間帯間の引継ぎ体制の整備の目的は、最終的に、引継ぎされた後の当直時間帯においても、継続して安全な治療・ケアが提供することである。そのためには、①引継ぎの場面そのものの整備に加えて、②引継ぎの場面以前の取組み(平時から患者情報などが多職種間でも共有、患者急変を予見する仕組み、医療安全に関わる引継ぎの課題を抽出し得る仕組み、など)、③引継ぎの場面の後、当直時間帯において、患者急変に対応し得る取組み(RRS、MET、CCOTなど)、が不可欠である。

本研究により、引継ぎ体制は医療現場の工夫に依存しており、質のばらつきが存在し、当直体制の適正化と同時に、引き継ぎ基準・方法の明確化と引継ぎ体制の標準化、質的向上を図る必要性が示唆された。また ICT 活用と教育体制の整備は、働き方改革時代における安全で持続可能な診療体制構築に寄与すると考えられるが、サイバーセキュリティ対策や費用対効果などを勘案する必要がある。さらに継続的に改善するために引継ぎに関連した有害事象を把握する報告システムを推進すること、平時から適切な記録を行い、多職種でチームとして、患者も含めて協働し患者情報などが共有されていること、患者急変の予測や当直時に患者対応が困った際にも相談できる仕組みづくり(NEWS、RRS など)も重要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

戦略的な勤務時間帯間の引継ぎ体制

３つの場面での取組み

1. **引継ぎの場面**
   －引継ぎそのものに関して、明文化され（右段参照）、それが実施されているかモニターできる仕組みが整えられているか
2. 引継ぎ**以前**の場面
   －引継ぎする以前に、平時から多職種で、患者・家族も含めて、チームとして協働する仕組みや文化が醸成されているか
   －急変の可能性を予見する仕組みがあるか
3. 引継ぎした**後**の場面
   －当直時間帯の支援体制など

１）引継ぎの場面

① いつ引継ぎするか
② どこで引継ぎするか
   －対面で行う場所
③ 誰と引継ぎするか
   －医師のみ、看護師も
④ 何を引継ぎするか
   a. どんな患者について
   b. どんな内容を
   －DNARの有無、アレルギー等
⑤ どのように
   a. 患者情報の記載場所
   －ノート、電子カルテの場所等
   b. 具体的なツール
   ーSBAR、I-PASSなど

戦略的な勤務時間帯間の引継ぎ体制（続き）

２）引継ぎ以前の場面

① 全患者について多職種で情報共有
   －多職種での事例検討など
   －チャットの活用など
② 医師の適切な診療記録
③ 平時からチームとして協働を推進するチーム・トレーニングなど
   －チームSTEPPSなど
④ 引継ぎに関するインシデント等を報告・学習する仕組み
   －既存の報告システムから、該当事例を抽出できる
⑤ 患者急変の兆候を評価する仕組み
   －NEWSスコアなど

３）引継ぎした後の場面

① オンコールでの支援体制
   a. どんな時に（当直医の業務範囲）
   b. 誰が
   c. どんな方法で
② 不安があれば院内で相談できる仕組み
   －RRS（Rapid Response System）、MET（Medical Emergency Team）など
③ 急変時の緊急招集対応の体制
④ 当直終了時の引継ぎルール
   a. 既存の入院患者
   b. 新規の入院患者

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間
引継ぎ体制の整備に資する研究

分担研究報告書

全国的な医療機関の当直・引継ぎ体制の現状と課題

研究分担者　菊地　龍明　公立大学法人横浜市立大学附属病院　医療の質・
安全管理部長/診療教授（准教授）

研究要旨
本研究は、全国の医療施設を対象に、医師の当直体制および当直時の引継ぎ体制の整備状況を把握し、病床規模や医療安全対策加算の取得状況との関連を明らかにすることを目的とした。
145 施設から得られた調査結果をもとに、当直医の構成や引継ぎ体制の整備状況を分析し、施設規模別・地域別・機能別の比較を行った。
当直医数は病床数と正の相関を示し、特に研修医、小児科、産科において病床規模との関連が強く認められた。小規模施設では全科当直への依存傾向がみられ、専門診療科ごとの体制確保に制限があることが示唆された。
また、医師の働き方改革を契機に当直体制の見直しを行った施設では、特に外科系当直医師の減少が顕著であり、病床規模が大きい施設ほど当直医の集約化が進んでいた。
一方、当直時の引継ぎ体制に関する 8 項目の整備状況については、いずれの項目においても「すべての診療科で整備されている」とする施設は 5 割未満にとどまり、全体的に整備が不十分である実態が明らかとなった。
病床規模との関連は一部にとどまり、医療安全対策加算（加算 1・2）を取得している施設で、引継ぎ体制の整備率が高い傾向が見られた。
本研究の結果は、当直体制の適正化と同時に、引継ぎ体制の標準化と質的向上を図る必要性を示しており、今後の政策立案や医療安全の推進に資する知見を提供するものである。

研究協力者
一般社団法人　日本病院会
　副会長（会長代行）　泉 並木（武蔵野赤十字病院　統括管理監・名誉院長）
　副会長（医療政策担当）　岡 俊明（聖隷浜松病院　院長）

A．研究目的

（背景）令和６年度から適用が開始される医師の働き方改革では、質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供することを目標として、医師に対する時間外労働の制限等が課される。医師の労働時間短縮を進める方策として、シフト制度・休日当番医制度・オンコール体制等の導入等が検討されている。その結果、従来は主治医・担当医の時間外労働により行われていた入院患者への対応が、主治医・担当医以外の医療職（医師・病棟看護師等）への引継ぎを介して委譲されることが想定される。入院患者の勤務時間帯間の引継ぎは、情報伝達エラーが発生しやすい患者安全上のハイリスク場面であることが知られており、引継ぎの教育プログラムの導入によりエラーや有害事象の低減に成功した

海外の先行事例があることも踏まえ、医師の働き方改革に伴う患者安全上の負の側面を最小化し最大の効果を得るため、効率的で質の高い引継ぎの体制を全国の医療機関に整備・均てん化することが急務となっている。医療機関の安全文化調査からも、それが示唆されている

（目的）
そこで本研究は、入院患者に関する質の高い勤務時間帯間の引継ぎ体制を整備・均てん化し、情報伝達エラー等の有害事象を防止し、患者ケアの責任移譲を伴う診療の継続性を維持することを目標として、①医師による引継ぎの現状把握、②望ましい引継ぎ体制の立案、③望ましい引継ぎ体制の実装のための方略の検討を行うことを目的とする。
とくに当該分担研究では、全国的な病院の当直体制および引継ぎ体制の整備状況を把握し、病床規模や医療安全対策加算の取得有無との関係を明らかにすることを目的とする。

B．研究方法

日本病院会会員病院（2573 会員（2025 年 1 月現在の日病会員数））を対象に、Web にてアンケート調査を実施した。なお一般社団法人日本病院会は、日本の病院の全ての経営主体が参加する広範な会員組織であり、小規模から大規模の医療機関が含まれる。
期間：2025 年 2 月 7 日～3 月 15 日
方法：Google Form による Web アンケート

設問内容：

- 病院の基本情報（病床数、機能区分、医療安全対策加算の有無など）
- 医師の当直体制に関する構成（診療科別の当直人数、勤務形態）
- オンコール体制における呼出方法とその担い手（医師・看護師・看護師長・事務職など）
- 医師の働き方改革（2024年4月の規制導入）に伴う体制変更の有無と、その前後比較（人数・体制）
- 日中勤務医師から当直医師への患者引継ぎに関する整備状況（以下の7項目について、「はい（全診療科対象）」「はい（一部診療科対象）」「いいえ」で選択）
  1. 注意を要する患者の明確化
  2. 引継ぎ方法の明文化
  3. 診療情報の記載場所の規定
  4. 引継ぎ項目（治療方針・依頼事項など）の定義
  5. 当直医の業務範囲の規定
  6. バックアップ体制の有無と方法
  7. 当直終了時の引継ぎ（既入院患者・新規入院患者）に関するルールの有無

分析：病床規模別および地域別のクロス集計、カイ二乗検定、相関分析、標準化残差分析を行った。

C．研究結果

回答数：176
以下を削除し、残った全国 145 医療施設を対象とした（有効回答率　5.6%）

- 同一施設から複数の回答があった場合
  - 複数回答の内容が一致する場合、１回答を残し削除
  - 複数回答の内容が不一致の場合、すべての回答を削除
- 複数項目に重複回答がある場合（例：内科系当直（入院＋外来）と内科系当直（入院）に同じ数の入力がある）、その施設の回答を削除
- 当直医総数が不自然に多い場合（病床数の10分の１以上を基準とした）
- 在宅医療支援病院

１） 145施設の内訳

①　地方別・病床数別内訳（表１）

②　地方別・病院機能別内訳（表２）

一施設が複数の機能を有する重複が多数あった。

表１

地方	小規模施設（～199床）	中規模施設（200～499	大規模施設（500床～）	計
北海道地方	1	2	2	5
東北地方	5	5	2	12
関東地方	11	10	11	32
中部地方	9	16	11	36
関西地方	12	12	9	33
中国地方	0	3	2	5
四国地方	2	1	0	3
九州地方	7	9	3	19
計	47	58	40	

数字は施設数

表２

地方	特定機能病院	臨床研修病院(基幹型)	臨床研修病院(協力型)	専門医指定施設	救命救急センター	救急医療（二次救急）	周産期母子医療ｾﾝﾀｰ	地域医療支援病院	在宅療養支援病院
北海道地方	1		1	1	3	5	4	3	0
東北地方	1	6	7	3	1	11	0	4	1
関東地方	5	16	9	12	8	19	9	9	1
中部地方	2	23	17	17	12	25	11	18	3
近畿地方	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中国地方	1	3	3	1	2	5	3	1	0
四国地方	0	3	2	0	0	3	0	1	1
九州地方	2	9	8	3	4	10	3	7	3

数字は施設数

表３

地方	病床数	内科当直	外科当直	全科当直	救急外来・救急科当直	産科当直	小児科当直	ICU当直	循環器内科当直	脳神経外科/内科当直	研修医当直	その他当直	合計
北海道地方	455	1.8	1.6	0.8	0.8	0.8	0.6	0.4	0.4	0.6	0.4	0.2	8.4
東北地方	276.83	0.5	0.42	0.58	0.17	0.08	0.17	0.17	0.25	0.08	0.5	0.17	3.08
関東地方	427.16	1.16	0.91	0.5	0.66	0.53	0.63	0.47	0.32	0.34	1.16	0.53	7.19
中部地方	384.69	0.58	0.42	0.92	0.83	0.47	0.42	0.31	0.22	0.14	0.92	0.25	5.47
関西地方	353.42	1.18	0.85	1.24	0.88	0.45	0.36	0.33	0.48	0.55	0.91	0.64	7.88
中国地方	532.2	0.2	0.2	3	1.2	0.2	0.6	1.2	0.4	0.2	1.2	0.6	9
四国地方	264.67	0.33	0.33	1	0.67	0	0	0.33	0	0	0	0	2.67
九州地方	339.63	1.26	0.79	0.53	0.42	0.32	0.26	0.32	0.11	0.26	0.37	0.05	4.68

数字は病床数、１施設当たりの人数

２） 当直医数および構成比に関する分析

①　地方別当直医人数

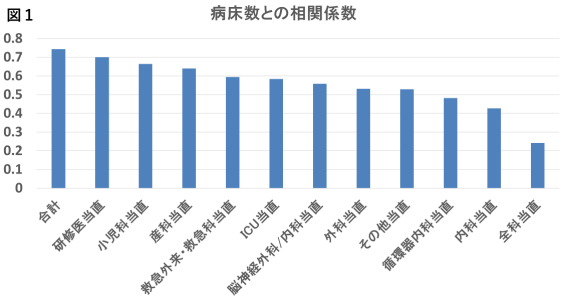
地方別の当直医合計人数は、中国地方、北海道地方、関西地方、関東地方が多く、四国地方、東北地方、九州地方で少なかった（表３）。ただし、人数の多い地方は回答施設の病床規模も大きく、人数の少ない地方は病床規模が小さいことから、地域性ではなく病床規模を反映している可能性が高い。

地方と診療科別当直医師人数のクロス集計表を作成してカイ二乗検定を行うと、χ^2値：206.86、自由度：70、p値：1.90×10^{-15}と有意差が認められた。標準化残差の分析を行うと、四国地方の回答施設では全科当直と救急外来当直の構成比率が高く、専門診療科の当直医師が少ない傾向がみられた。

②　病床数と当直医人数（図１）

病床数と当直医人数との相関係数は、当直医合計人数、研修医当直、小児科当直、産科当直の順に大きく、病床数に応じて当直医人数が多くなり、小児科や産科など特殊診療科の当直医を配置していた。それに対して、病床数との相関がもっとも小さかったのは全科当直で、病床数が少ない施設は役割別の当直医を配置することが難しい状況を反映していた。

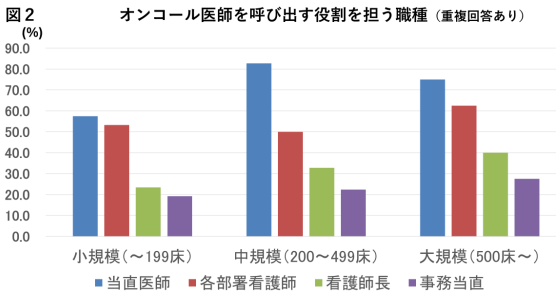
図１



３） オンコール医師を呼び出す役割

オンコール医師を呼び出す役割をどの職種が担うかについては、当直医師、各部署看護師、看護師長、事務当直の順に多く、病床規模による差はなかった（図２）。

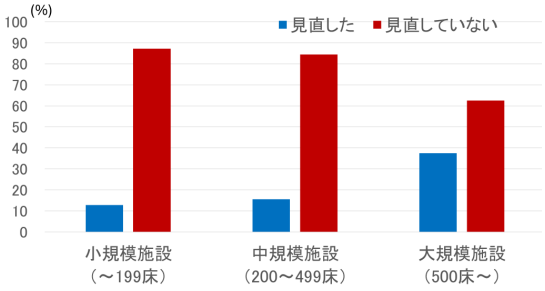
図２



4）働き方改革に伴う当直体制の見直し

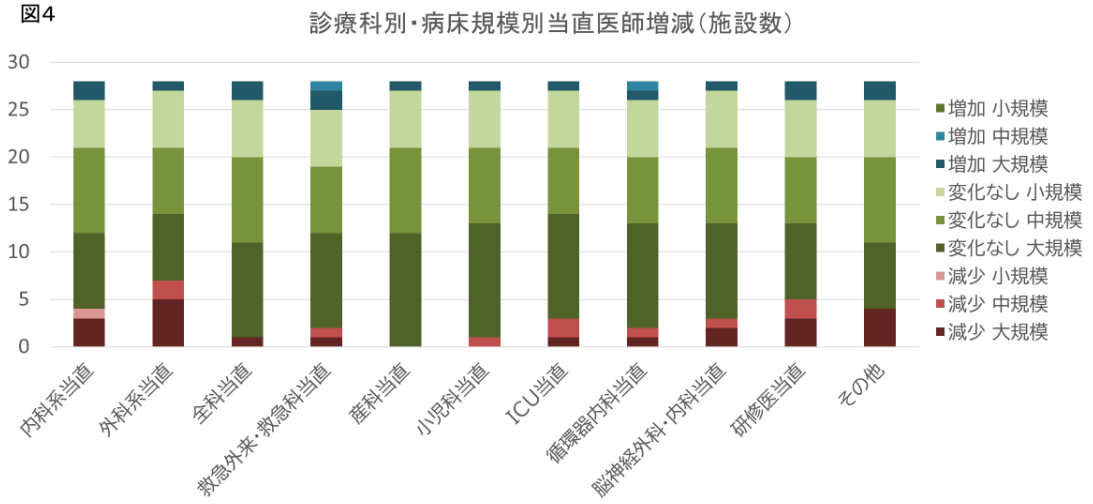
2024 年 4 月に医師の時間外労働上限規制が開始されたのを契機に当直体制を見直したと回答した施設は 30 施設で、500 床以上の大規模施設で高かった（小規模施設 6、中規模施設 9、大規模施設 15）（カイ二乗検定にて、χ^2 値：9.63、自由度：2、p 値：0.0081）（図 3）。

図 3　2024年4月を契機に当直体制を見直した施設の割合



見直しによる当直医師の増減を、見直し前の記載漏れがあった 2 施設を除く 28 施設で比較した。診療科別にみると、外科系当直 7 施設、研修医当直 5 施設、内科系当直 4 施設、その他 4 施設の順に減少施設が多かった（図 4）。また、病床規模別にみると、当直医を減らした施設は、小規模施設 1 施設、中規模施設 4 施設（平均 2.5 名減）、大規模施設 5 施設（平均 6 名減）であった。最も当直医を削減した施設は関東地方の大規模病院（特定機能病院）で、全科当直を廃止して内科系当直、外科系当直に集約化を図った結果、20 名減少となっていた。

図4



5）当直引継ぎに関する院内ルールの整備

以下の８項目に関して、「はい（全ての診療科で整備・実施）」「はい（一部診療科で整備・実施）」「いいえ」で回答を得た。回答の分布に「病床規模」、「医療安全対策加算１または加算２の取得有無」が関連するか、「当直医合計人数」が関係するかについて、前二者はカイ二乗検定、後者は t 検体を行った。

回答の分布と病床規模、医療安全対策加算取得、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。

①当直医への引継ぎを必須とする患者

病床規模	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
小規模	59.6	8.5	25.5
中規模	46.6	25.9	15.5
大規模	52.5	20	20

数字は%

①　当直医への引継ぎを必須とする患者に関するルールの整備

②　当直開始時の引継ぎ方法に関するルールの整備

回答の分布と病床規模、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。一方、医療安全管理対策加算１または加算２を取得している施設では全ての診療科でルールを整備している施設が多く、加算を取得していない施設ではルールがない施設が多かった。

②当直開始時の引継ぎ方法

病床規模	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
小規模	53.2	8.5	31.9
中規模	46.6	22.4	19
大規模	47.5	27.5	17.5

数字は%

②当直開始時の引継ぎ方法

医療安全対策加算取得	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
加算1	47	25	31
加算2	17	2	7
なし	3	1	7

数字は施設数

③　患者情報の記載場所に関するルールの整備

回答の分布と病床規模、医療安全対策加算取得、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。

③患者情報の記載場所

病床規模	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
小規模	53.2	6.4	34
中規模	46.6	17.2	24.1
大規模	50	25	17.5

数字は%

④　記載する引継ぎ項目に関するルールの整備

回答の分布と病床規模、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。一方、医療安全管理対策加算を取得していない施設ではルールがない施設が多かった。

④記載する引継ぎ項目

病床規模	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
小規模	48.9	10.6	34
中規模	41.4	20.7	25.9
大規模	47.5	25	20

数字は%

④記載する引継ぎ項目

医療安全対策加算取得	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
加算1	45	24	34
加算2	15	2	9
なし	2	1	8

数字は施設数

⑤　当直医の業務範囲に関するルールの有無

回答の分布と病床規模、医療安全対策加算取得、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。

⑤当直医の業務範囲

病床規模	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
小規模	68.1	4.3	21.3
中規模	58.6	17.2	12.1
大規模	65	17.5	10

数字は%

⑥　当直医のバックアップ体制に関するルールの有無

回答の分布と病床規模、医療安全対策加算取得、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。

⑥当直医バックアップ体制

病床規模	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
小規模	53.2	10.6	29.8
中規模	60.3	22.4	5.2
大規模	57.5	22.5	12.5

数字は%

⑦　当直終了時の入院患者引継ぎに関するルールの有無

回答の分布と当直医合計人数との間に関連を認めなかった。病床規模が小規模な施設では「はい（一部の診療科）」と回答した施設が少なかった。医療安全管理対策加算を取得していない施設ではルールがない施設が多かった。

⑦当直終了時の入院患者引継ぎ

病床規模	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
小規模	57.4	4.3	31.9
中規模	44.8	24.1	19
大規模	55	22.5	15

数字は%

⑦当直終了時の入院患者引継ぎ

医療安全対策加算取得	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
加算1	51	23	29
加算2	17	1	8
無し	3	1	7

数字は施設数

⑧　当直帯の新規入院患者に関する引継ぎに関するルールの有無

回答の分布と病床規模、医療安全対策加算取得、当直医合計人数との間に関連を認めなかった。

⑧当直帯の新規入院患者に関する引継ぎ

病床規模	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
小規模	51.1	4.3	38.3
中規模	48.3	20.7	19
大規模	55	20	17.5

数字は%

D．考察

本調査は、全国の医療施設における当直体制および引継ぎ体制の整備状況を把握し、病床規模や医療安全対策加算の取得有無との関係を明らかにすることを目的とした。調査の結果、以下のような示唆が得られた。

病床規模による構成の差異

当直医数は病床数と正の相関を示し、研修医、小児科、産科がこれに次いだ。これは、病床数が多い施設では夜間帯も幅広い診療機能が求められ、それに応じた人員配置がなされていることを示唆する。一方、小規模施設では全科当直の傾向が高く、専門性を分担する余地が限られる現状が明らかとなった。

地域別の差異

地域別の分析では、四国地方の施設において施設当たりの当直医数が少なく、全科当直や救急外来当直の比率が高い傾向が示され他の専門診療科の配置が相対的に少なかった。ただし、これは地域特性だけでなく回答施設の病床規模を反映している可能性がある。

働き方改革に伴う当直体制の見直し

医師の働き方改革を契機に当直体制見直しを行った施設は、中小規模施設と比較して大規模施設で多かった。病床規模が大きくなるほど当直医の減少数が多い傾向があり、当直医師の再配置や集約化が進んでいた。また、診療科別にみると、特に外科系当直医師の減少が顕著であった。

病床規模と引継ぎルール整備との関連性

当直引継ぎに関する院内ルールの整備の８項目の質問すべてにおいて、すべての診療科で整備済みという回答は５割前後であり、整備が進んでいない状況が明らかになった。病床規模とは総じて関連が認められず、大規模施設では働き方改革を契機に当直医師数を削減し集約を進める動きがみられる一方で、引継ぎ体制の質の担保は進んでおらず、患者安全への影響が懸念される。

医療安全対策加算と引継ぎルール整備の関連性

引継ぎに関する各種ルールの整備状況について、医療安全対策加算（加算１・2）の取得有無との間には、いくつかの項目で有意な差が認められた。特に、「当直開始時の引継ぎ方法」や「記載すべき引継ぎ項目」に関して、加算取得施設で整備率が高い傾向にあった。これは、引継ぎルールへの医療安全管理部門の関与を反映している可能性がある。

E．結論

本調査により、医師の当直体制および引継ぎ体制に関する全国的な実態と、病床規模・医療安全対策加算の取得有無との関連が明らかとなった。

１．病床規模と当直体制の関係

病床数が多い施設では、当直医数が多く、診療科別の当直体制が整備される傾向があった。一方で、小規模施設では全科当直に依存する割合が高く、専門診療科ごとの対応が困難である実態が確認された。

２．地域別の体制差

四国地方をはじめとする一部地域では、施設あたりの当直医数が少なく、全科や救急外来当直に集約される傾向がみられた。これは地域の医療資源の制約や、施設規模の構成による可能性がある。

３．働き方改革の影響

大規模施設を中心に、医師の働き方改革を契機とした当直体制の再編が進められており、特に外科系当直の減少が顕著であった。病床規模が大きくなるほど当直医の削減傾向が強く、勤務集約化が進んでいる。

４．引継ぎ体制整備の遅れと課題

当直引継ぎ体制については、すべての診療科で整備済みとする回答が全体の半数未満にとどまり、体制整備の遅れが浮き彫りとなった。病床規模との明確な関連は認められず、体制再編と引継ぎ質のバランスが課題となっている。

５．医療安全対策加算との関連

加算１・２を取得している施設では、当直開始時の引継ぎ方法や引継ぎ項目の明文化などにおいて体制整備が進んでおり、安全文化との関連性が示唆された。

今後、医師の労働時間管理とあわせて、患者安全を確保するための引継ぎ体制の明文化と運用整備が求められる。

Ｆ．研究発表

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

Ｇ．　知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし



医師の働き方改革×医療安全（令和6年度厚生労働省科学研究）

医師の働き方改革にともない、当直医の集約化が進む一方で十分な引き継ぎが行われないなど医療安全上のリスクが高まることが懸念されています。医師の申し送りがどのような方法を用いれば負担が少なく、かつ効果的に行えるかについて対策を検討するための貴重な資料とさせていただきます。回答には15分程度を要します。お忙しいところ申し訳ありませんが、ご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

回 答 締 切 ：2025年 2月25日（火）

問い合わせ：国立保健医療科学院　種田憲一郎
Ｅ-ｍａｉｌ：taneda.k.aa@niph.go.jp

※回答は1回のみでお願いいたします。

※ご回答いただいた内容は、本調査の集計目的に利用し、個別の病院名および個人が特定されるような処理・取り扱いは一切いたしません。問い合わせなど必要な場合は連絡をさせていただきますことご承知のほどお願いいたします。

kentaneda@gmail.com アカウントを切り替える

* 必須の質問です

メールアドレス *

メールアドレス

保険医療機関番号（半角10桁 都道府県番号（2桁）+点数表（1桁）+医療機関コード（7桁）） *

回答を入力

開設主体 *

選択

病院名 *

回答を入力

都道府県 *

選択

郵便番号（〒）　例）351-0197 *

回答を入力

住所　例）埼玉県和光市南2－3－6　ホスピタルビル2階 *

回答を入力

お名前（漢字）　　例）病院　太郎 *

回答を入力

お名前（フリガナ）　例）ビョウイン　タロウ *

回答を入力

部署名 *

回答を入力

役職 *

回答を入力

電話番号　　例）048-458-6182 *

回答を入力

1）病院の規模・機能等に関して教えてください

①許可病床数（合計） *

回答を入力

②該当する全ての項目を選択して下さい

- [ ] 特定機能病院
- [ ] 臨床研修病院（基幹）
- [ ] 臨床研修病院（協力）
- [ ] 専門医指定施設
- [ ] 救急医療（二次救急）
- [ ] 救命救急センター
- [ ] 周産期母子医療センター
- [ ] 地域医療支援病院
- [ ] 在宅療養支援病院

2）医療安全対策加算の取得の有無

- ○ 加算1
- ○ 加算2
- ○ 無し

3）**現在（2025年1月）の医師の当直体制**に関する以下の全ての項目について、回答をお願いします。二次救急の輪番日などを除いた、平日の夜間当直を想定して記載してください。

（1）人数について　※該当者がいなければ、「0」と記載してください。

①内科系当直（入院患者＋外来）
（人）

回答を入力

②外科系当直（入院患者＋外来）
（人）

回答を入力

③全科当直（入院患者＋外来）
（人）

回答を入力

④内科系当直（入院患者のみ）
（人）

回答を入力

⑤外科系当直（入院患者のみ）
（人）

回答を入力

⑥全科当直（入院患者のみ）
（人）

回答を入力

⑦救急外来当直・救急科当直
（人）

回答を入力

⑧産科当直
（人）

回答を入力

⑨小児科当直
（人）

回答を入力

⑩ICU当直
（人）

回答を入力

⑪循環器内科当直
（人）

回答を入力

⑫脳神経外科・脳神経内科当直
（人）

回答を入力

⑬研修医当直
（人）

回答を入力

⑭その他

（人）

回答を入力

（2）体制について

	非常勤の場合	交代制勤務の場合	オンコールの場合	該当なし
①内科系当直（入院患者＋外来）	☐	☐	☐	☐
②外科系当直（入院患者＋外来）	☐	☐	☐	☐
③全科当直（入院患者＋外来）	☐	☐	☐	☐
④内科系当直（入院患者のみ）	☐	☐	☐	☐
⑤外科系当直（入院患者のみ）	☐	☐	☐	☐
⑥全科当直（入院患者のみ）	☐	☐	☐	☐
⑦救急外来当直・救急科当直	☐	☐	☐	☐
⑧産科当直	☐	☐	☐	☐
⑨小児科当直	☐	☐	☐	☐
⑩ICU当直	☐	☐	☐	☐
⑪循環器内科当直	☐	☐	☐	☐
⑫脳神経外科・脳神経内科当直	☐	☐	☐	☐
⑬研修医当直	☐	☐	☐	☐
⑭その他	☐	☐	☐	☐

⑭その他（上記⑭の内容を具体的にご記入ください）

回答を入力

4） オンコール医師への連絡はだれが行いますか。

①必要時に当直医師から連絡する

- ○ 無し
- ○ 一部の診療科
- ○ 全ての診療科

②必要時に各部署の看護師から連絡する

- ○ 無し
- ○ 一部の診療科
- ○ 全ての診療科

③必要時に管理当直の看護師長から連絡する

- ○ 無し
- ○ 一部の診療科
- ○ 全ての診療科

④必要時に事務当直から連絡する

- ○ 無し
- ○ 一部の診療科
- ○ 全ての診療科

⑤その他（上記①～④以外の体制があればご記入ください）

回答を入力

５）現在（2025年1月）の当直体制は2024年4月からの医師の働き方改革（医師の残業時間規制開始）を考慮して、変更された体制ですか。

- ○ はい
- ○ いいえ

6）上記5)の問いに「はい」と回答された方にお聞きします。**変更前の医師の当直体制**について、以下の全ての項目について、回答をお願いします。　※「いいえ」と回答された方は設問7へお進みください。

（1）人数について　※該当者がいなければ、「0」と記載してください。

①内科系当直（入院患者＋外来）
（人）

回答を入力

②外科系当直（入院患者＋外来）
（人）

回答を入力

③全科当直（入院患者＋外来）
（人）

回答を入力

④内科系当直（入院患者のみ）
（人）

回答を入力

⑤外科系当直（入院患者のみ）
（人）

回答を入力

⑥全科当直（入院患者のみ）
（人）

回答を入力

⑦救急外来当直・救急科当直
（人）

回答を入力

⑧産科当直
（人）

回答を入力

⑨小児科当直
（人）

回答を入力

⑩ICU当直
（人）

回答を入力

⑪循環器内科当直
（人）

回答を入力

⑫脳神経外科・脳神経内科当直
（人）

回答を入力

⑬研修医当直
（人）

回答を入力

⑭その他

（人）

回答を入力

（2）体制について

	非常勤の場合	交代制勤務の場合	オンコールの場合	該当なし
①内科系当直（入院患者＋外来）	☐	☐	☐	☐
②外科系当直（入院患者＋外来）	☐	☐	☐	☐
③全科当直（入院患者＋外来）	☐	☐	☐	☐
④内科系当直（入院患者のみ）	☐	☐	☐	☐
⑤外科系当直（入院患者のみ）	☐	☐	☐	☐
⑥全科当直（入院患者のみ）	☐	☐	☐	☐
⑦救急外来当直・救急科当直	☐	☐	☐	☐
⑧産科当直	☐	☐	☐	☐
⑨小児科当直	☐	☐	☐	☐
⑩ICU当直	☐	☐	☐	☐
⑪循環器内科当直	☐	☐	☐	☐
⑫脳神経外科・脳神経内科当直	☐	☐	☐	☐
⑬研修医当直	☐	☐	☐	☐
⑭その他	☐	☐	☐	☐

⑭その他（上記⑭の内容を具体的にご記入ください）

回答を入力

７）日中勤務医師と当直医師との患者引継ぎについてお伺いします。該当する項目の全てを選択して下さい。

ア） 医師間の患者情報引継ぎに関して、病院としての基本的方針を決めていますか。

- ○ はい（すべての当直医師を対象）
- ○ はい（一部の当直医師は対象外）
- ○ いいえ

イ）以下の項目について、定めていますか。

	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
①当直医への引継ぎを必須とする患者（注意を要する患者）が誰かわかるようにすること	○	○	○
②当直開始時の、日中担当医から当直医への引継ぎ方法	○	○	○
③引継ぐ患者の診療情報の記載場所	○	○	○
④記載する引継ぎ項目（治療方針、当直医への依頼事項など）	○	○	○
⑤当直医の業務範囲	○	○	○
⑥当直医に対するバックアップ体制（バックアップ医師への連絡方法、連絡が必要な状況等）	○	○	○
⑦－a当直終了時の、当直医から日中担当医への引継ぎ方法（既存の入院患者について）	○	○	○
⑦-b 当直終了時の、当直医から日中担当医への引継ぎ方法（救急からの新規入院患者について）	○	○	○

⑧ 上記イ）①～⑦以外のその他の項目や効果的・効率的な引継ぎの工夫などございましたら、ご記入ください。　（自由記載）

回答を入力

ウ）患者引継ぎに関して困っていることや検討中のことなどございましたら、ご記入ください（自由記載）

回答を入力

エ）患者引継ぎに関して、患者安全にかかわる課題のあった出来事の経験の有無

- ○ あり
- ○ なし

上記エ）の問いに「あり」と回答した方は、可能な範囲で概要を教えてください。

回答を入力

【最終確認】
最後に下記の送信ボタンを押すと、回答内容に不備がなければ、認証画面「〇〇の画像をすべて選択してください」に移る場合があります。その場合は、〇〇の画像をすべて選択後、「確認ボタン」を押すと申込完了となります。（移らない場合はその時点で申込完了です）

回答のコピーが指定したアドレスにメールで送信されます。

送信　フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

医師の働き方改革×医療安全
（令和6年度厚生労働省科学研究）

日本病院会アンケート

2025/05/12

1

当直医数および構成比に関する分析

- 回答数：176
- 以下を削除し、残った全国145医療施設を対象とした
  - 同一施設から複数の回答があった場合
    - 複数回答の内容が一致する場合、1回答を残し削除
    - 複数回答の内容が不一致の場合、すべての回答を削除
  - 複数項目に重複回答がある場合（例：内科系当直（入院＋外来）と内科系当直（入院）に同じ数の入力がある）、その施設の回答を削除
  - 当直医総数が不自然に多い（病床数の10分の1以上を基準とした）
  - 在宅医療支援病院

表　削除対象施設

2

145施設内訳

地方	小規模（～199床）	中規模（200～499床）	大規模（500床～）
北海道地方	1	2	2
東北地方	5	5	2
関東地方	11	10	11
中部地方	9	16	11
関西地方	12	12	9
中国地方	0	3	2
四国地方	2	1	0
九州地方	7	9	3

3

分析手法

- 地方・病床数別の当直医師数を集計
  表2　地方･病床数×当直診療科
- 診療科別構成比の算出（内科系、外科系、全科、は「入院＋外来」と「入院」の和とした）
- カイ二乗検定による有意差の確認
- 相関分析（当直数と病床数）

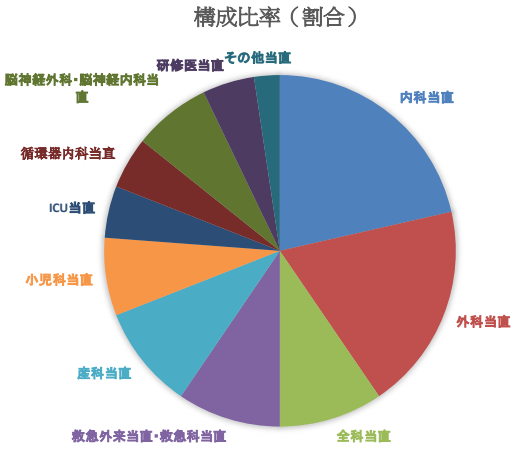
4

地方別の当直医数

地方	病床数	内科当直	外科当直	全科当直	救急外来当直・救急科当直	産科当直	小児科当直	ICU当直	循環器内科当直	脳神経外科・脳神経内科当直	研修医当直	その他当直	合計
北海道地方	455.00	1.80	1.60	0.80	0.80	0.80	0.60	0.40	0.40	0.60	0.40	0.20	8.40
東北地方	276.83	0.50	0.42	0.58	0.17	0.08	0.17	0.17	0.25	0.08	0.50	0.17	3.08
関東地方	427.16	1.16	0.91	0.50	0.66	0.53	0.63	0.47	0.32	0.34	1.16	0.53	7.19
中部地方	384.69	0.58	0.42	0.92	0.83	0.47	0.42	0.31	0.22	0.14	0.92	0.25	5.47
関西地方	353.42	1.18	0.85	1.24	0.88	0.45	0.36	0.33	0.48	0.55	0.91	0.64	7.88
中国地方	532.20	0.20	0.20	3.00	1.20	0.20	0.60	1.20	0.40	0.20	1.20	0.60	9.00
四国地方	264.67	0.33	0.33	1.00	0.67	0.00	0.00	0.33	0.00	0.00	0.00	0.00	2.67
九州地方	339.63	1.26	0.79	0.53	0.42	0.32	0.26	0.32	0.11	0.26	0.37	0.05	4.68

5

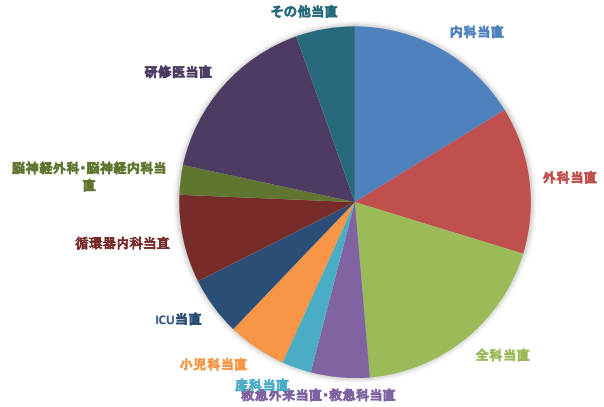
北海道地方



6

東北地方

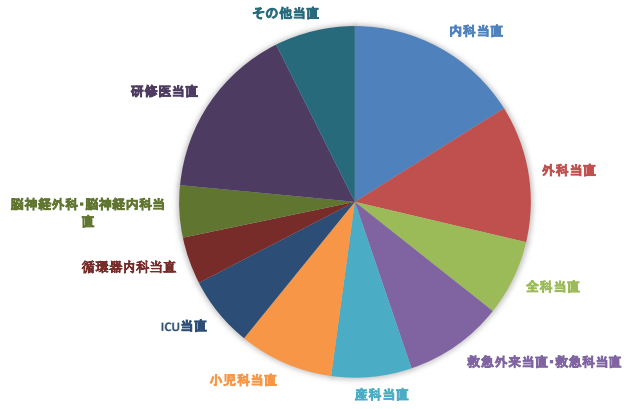
構成比率（割合）



7

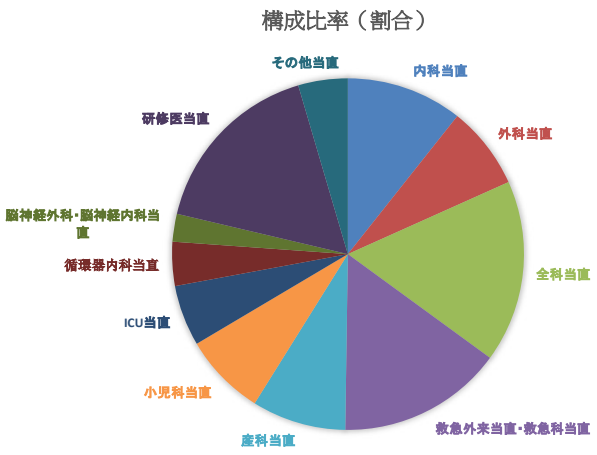
関東地方

構成比率（割合）



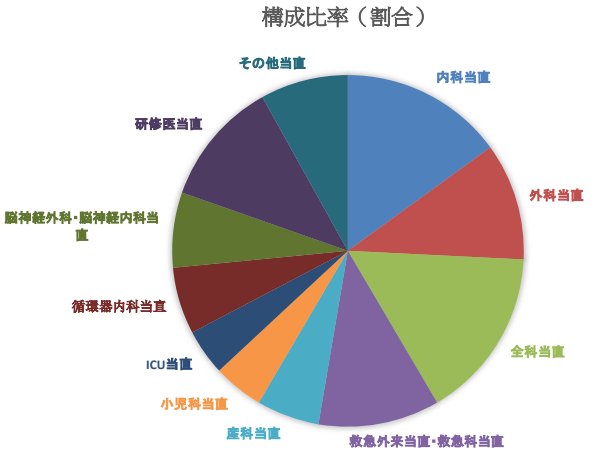
8

中部地方



9

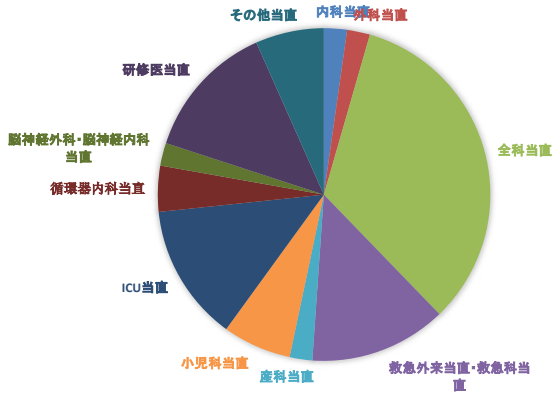
関西地方



10

中国地方

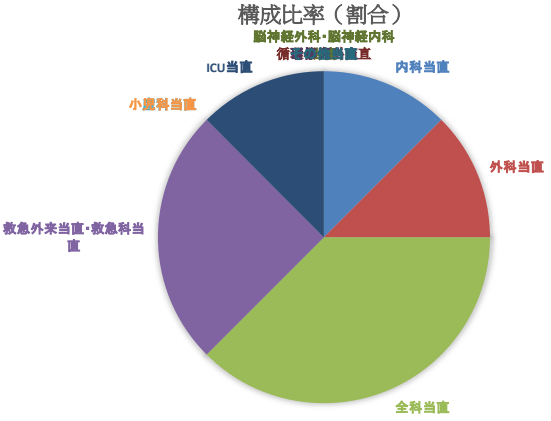
構成比率（割合）



11

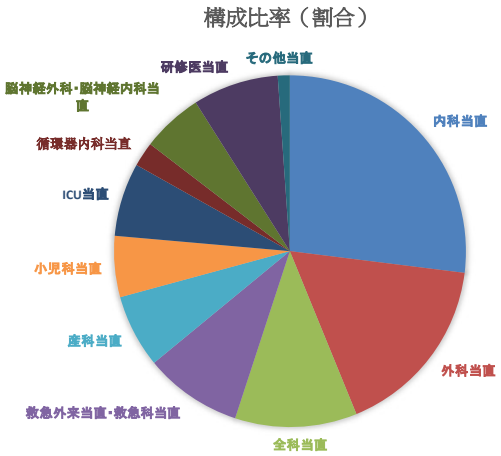
四国地方

構成比率（割合）



12

九州地方



13

地方別の当直診療科構成比率

地方	内科当直	外科当直	全科当直	救急外来当直・救急科当直	産科当直	小児科当直	ICU当直	循環器内科当直	脳神経外科・脳神経内科当直	研修医当直	その他当直
北海道地方	0.214286	0.190476	0.095238	0.095238	0.095238	0.071429	0.047619	0.047619	0.071429	0.047619	0.02381
東北地方	0.162162	0.135135	0.189189	0.054054	0.027027	0.054054	0.054054	0.081081	0.027027	0.162162	0.054054
関東地方	0.16087	0.126087	0.069565	0.091304	0.073913	0.086957	0.065217	0.043478	0.047826	0.16087	0.073913
中部地方	0.106599	0.076142	0.167513	0.152284	0.086294	0.076142	0.055838	0.040609	0.025381	0.167513	0.045685
関西地方	0.15	0.107692	0.157692	0.111538	0.057692	0.046154	0.042308	0.061538	0.069231	0.115385	0.080769
中国地方	0.022222	0.022222	0.333333	0.133333	0.022222	0.066667	0.133333	0.044444	0.022222	0.133333	0.066667
四国地方	0.125	0.125	0.375	0.25	0	0	0.125	0	0	0	0
九州地方	0.269663	0.168539	0.11236	0.089888	0.067416	0.05618	0.067416	0.022472	0.05618	0.078652	0.011236

カイ二乗検定
χ^2値：206.86
自由度：70
p値：1.90×10^{-15}

14

地方別_診療科別_標準化残差_ヒートマップ

地方	内科当直	外科当直	全科当直	救急外来救急科当直	産科当直	小児科当直	ICU当直	循環器内科当直	脳神経外科内科当直	研修医当直	その他当直
北海道地方	1.633482	2.266732	−2.13917	−0.83032	1.872389	0.767278	−1.09376	0.00263	1.874519	−1.97625	−1.0443
東北地方	0.330736	0.486564	−0.02378	−1.99184	−1.30007	−0.10617	−0.71212	2.003945	−0.79985	1.751723	0.433774
関東地方	0.330736	0.189869	−2.84429	−0.83032	0.965972	1.204001	−0.33048	0.00263	0.269897	1.751723	1.419154
中部地方	−1.19848	−1.2648	−0.45147	0.953253	1.450059	0.795579	−0.68817	0.023794	−0.78431	1.795079	−0.03775
関西地方	0.070187	−0.40352	−0.72891	−0.24955	0.059554	−0.54289	−1.09376	1.003288	1.339645	0.198401	1.911844
中国地方	−3.33982	−2.79787	3.439019	0.29342	−1.31639	0.304852	2.301305	−0.01831	−0.81525	0.781743	0.900373
四国地方	−0.81982	0.082146	4.241226	3.649855	−2.24106	−2.32566	1.847639	−2.03	−1.89889	−3.26934	−2.06147
九州地方	3.049297	1.463088	−1.5964	−1.05941	0.565197	−0.05858	−0.27826	−0.96617	0.853159	−0.98693	−1.51024

15

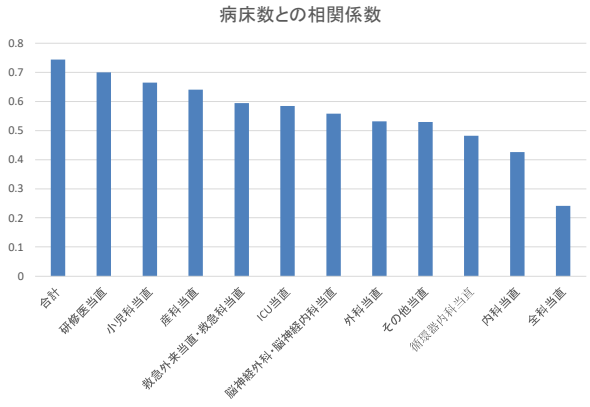
病床数と当直診療科の関連

病床カテゴリ	内科当直	外科当直	全科当直	救急外来救急科当直	産科当直	小児科当直	ICU当直	循環器内科当直	脳外科脳内科当直	研修医当直	その他当直	合計
小規模（〜199床）	18	7	34	5	1	1	1	1	1	0	1	70
中規模（200〜499床）	41	33	24	30	22	16	16	15	14	40	14	265
大規模（500床〜）	79	62	71	67	38	43	37	27	29	81	39	573

16

病床数と当直診療科の関連

診療科（当直）	病床数との相関係数
合計	0.743231517
研修医当直	0.699579253
小児科当直	0.664153418
産科当直	0.639745799
救急外来当直・救急科当直	0.593508228
ICU当直	0.583607923
脳神経外科・脳神経内科当直	0.557338447
外科当直	0.531053087
その他当直	0.528890637
循環器内科当直	0.48191603
内科当直	0.426091815
全科当直	0.241428018



17

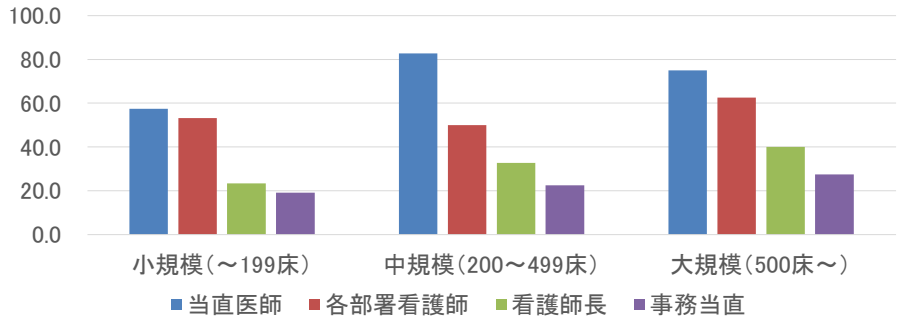
引継ぎ体制整備に関する分析

- 当直医数分析と同じ全国145医療施設を対象とした

18

オンコール医師を呼び出す役割

病床カテゴリ	当直医師	各部署看護師	看護師長	事務当直
小規模（～199床）	57.4	53.2	23.4	19.1
中規模（200～499床）	82.8	50.0	32.8	22.4
大規模（500床～）	75.0	62.5	40.0	27.5



19

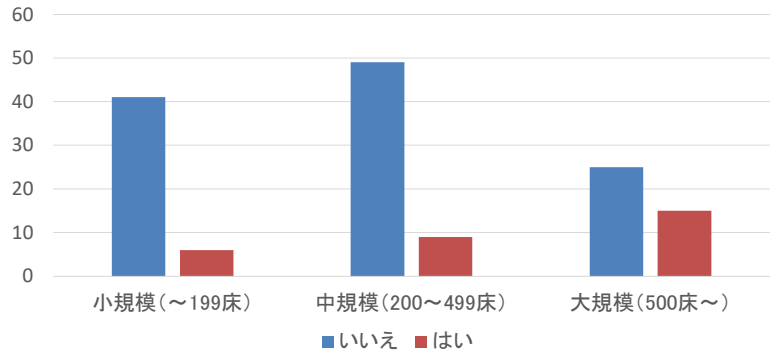
オンコール医師を呼び出す役割

職種	χ^2値	自由度	p値	有意差の有無
当直医師	0.33	2	0.847	なし
各部署看護師	1.25	2	0.535	なし
看護師長	2.05	2	0.358	なし
事務当直	0.74	2	0.691	なし

20

2024年4月以降に当直体制見直しをしたか

病床カテゴリ	いいえ	はい
小規模（～199床）	41	6
中規模（200～499床）	49	9
大規模（500床～）	25	15



21

2024年4月以降に当直体制見直しをしたか

カイ二乗検定：病床カテゴリ別の見直し状況の差異

χ^2値：9.63

自由度：2

p値：0.0081

病床カテゴリ	はい	いいえ
小規模（～199床）	-1.19	+0.61
中規模（200～499床）	-0.87	+0.44
大規模（500床～）	**+2.34**	**-1.19**

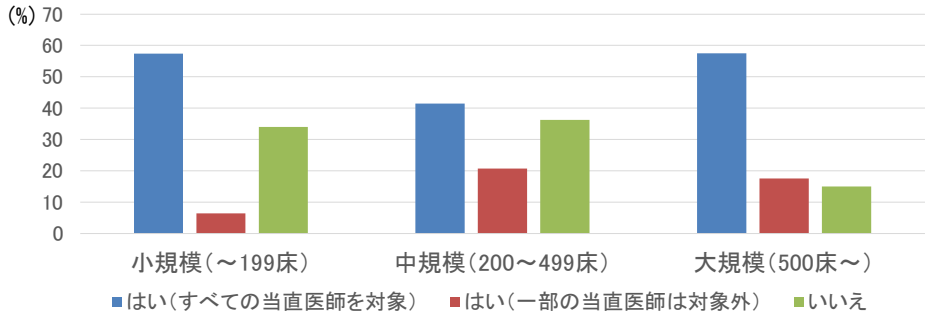
+2.34（大規模×はい）：期待より多く、見直しが進んでいる

-1.19（小規模×はい）：期待よりやや少ない

22

医師間の患者情報引継ぎに関する病院としての基本的方針の整備状況

病床規模	はい（すべての当直医師を対象）	はい（一部の当直医師は対象外）	いいえ
小規模（～199床）	57.4	6.4	34
中規模（200～499床）	41.4	20.7	36.2
大規模（500床～）	57.5	17.5	15



23

医師間の患者情報引継ぎに関する病院としての基本的方針の整備状況

統計分析結果：病床カテゴリ × 引継ぎ方針の有無
χ^2値：9.38
自由度：4
p値：0.0522

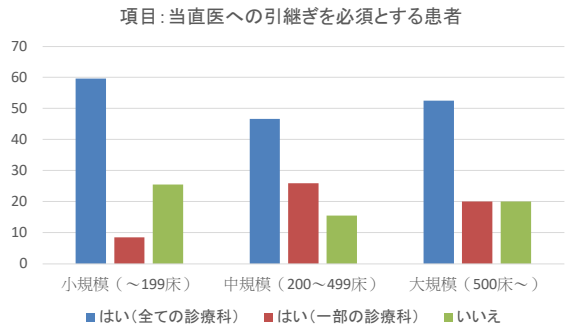
病床規模	はい（すべての当直医師を対象）	はい（一部の当直医師は対象外）	いいえ
小規模（～199床）	0.507368	−1.58642	0.469153
中規模（200～499床）	−1.15188	0.991617	0.801801
大規模（500床～）	0.875896	0.545517	−1.53924

統計的有意差はわずかに認められないが
大規模施設では「いいえ」が少ない傾向
小規模施設では「はい（一部の当直医は対象外）」が少ない傾向

24

患者情報引継ぎに関する項目別ルールの整備状況

当直医への引継ぎを必須とする患者

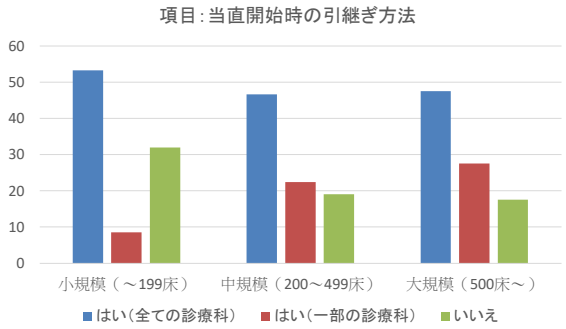


χ^2値 = 6.28、自由度 = 4、p値 = 0.179（有意差なし）

25

患者情報引継ぎに関する項目別ルールの整備状況

当直開始時の引継ぎ方法

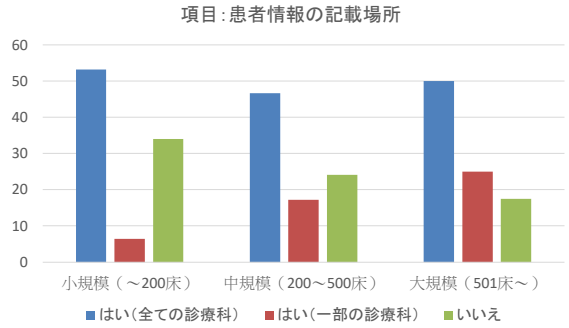


χ^2値 = 7.12、自由度 = 4、p値 = 0.130（有意差なし）

26

患者情報引継ぎに関する項目別ルールの整備状況

患者情報の記載場所

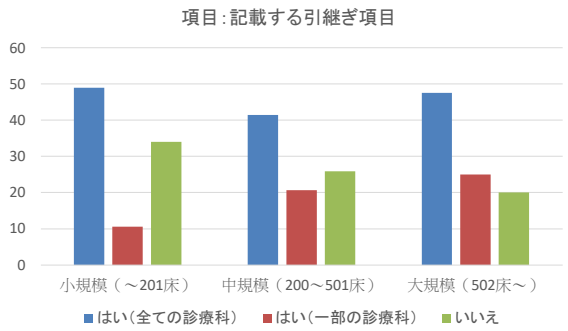


χ^2値 = 7.20、自由度 = 4、p値 = 0.126（有意差なし）

27

患者情報引継ぎに関する項目別ルールの整備状況

記載する引継ぎ項目

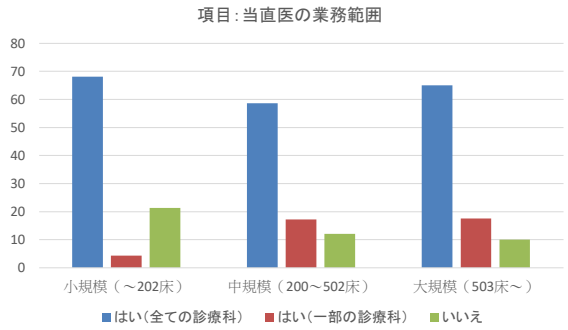


χ^2値 = 4.42、自由度 = 4、p値 = 0.352（有意差なし）

28

患者情報引継ぎに関する項目別ルールの整備状況

当直医の業務範囲

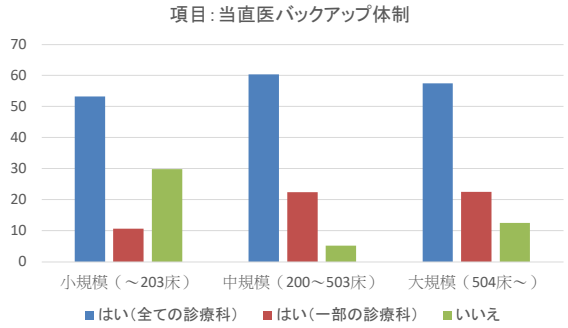


χ^2値 = 6.62、自由度 = 4、p値 = 0.157（有意差なし）

29

患者情報引継ぎに関する項目別ルールの整備状況

当直医バックアップ体制



χ^2値 = 13.05、自由度 = 4、p値 = 0.011 → 有意差あり（$p < 0.05$）

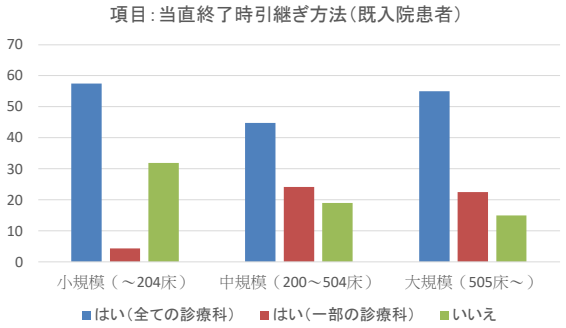
	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
小規模（～199床）	−0.51	−1.33	2.46
中規模（200～499床）	0.52	0.8	−1.89
大規模（500床～）	−0.05	0.52	−0.47

小規模病院は当直医に対するオンコール医師などのバックアップ体制が整っていない

30

患者情報引継ぎに関する項目別ルールの整備状況

当直終了時引継ぎ方法（既入院患者）



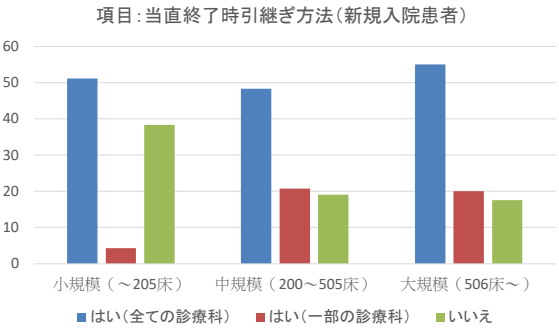
χ^2値 = 10.74、自由度 = 4、p値 = 0.030 → 有意差あり（$p < 0.05$）

	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
小規模（～199床）	0.4	−2.19	1.33
中規模（200～499床）	−0.55	1.4	−0.39
大規模（500床～）	0.21	0.75	−0.99

31

患者情報引継ぎに関する項目別ルールの整備状況

当直終了時引継ぎ方法（新規入院患者）



χ^2値 = 10.53、自由度 = 4、p値 = 0.032 → 有意差あり（$p < 0.05$）

	はい（全ての診療科）	はい（一部の診療科）	いいえ
小規模（～199床）	−0.13	−1.97	1.73
中規模（200～499床）	−0.11	1.2	−0.78
大規模（500床～）	0.28	0.74	−0.97

32

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間
引継ぎ体制の整備に資する研究

分担研究報告書

電子的な引き継ぎツールの現状と課題

研究分担者　西井　鉄平　公立大学法人横浜市立大学　医学部医学情報学
医療・診療情報部

研究要旨

【背景】患者に関する重要事項を日当直勤務者へ確実に引き継ぐことは、医療安全上の重要な責務である。効率的な方法が模索されてきたが、急速に普及してきた電子的ツールに期待する声は大きい。【目的】電子的な引き継ぎ方法に関して、現状と課題を明らかにすることを本研究の目的とする。【方法】本研究班員へのヒアリングを通して、それぞれの所属施設での状況を収集した。また、文献調査で国内の動向を把握した。施設の機能と規模、設置母体などの背景を踏まえて、電子的手段を用いた引き継ぎの理想的な形態を検討した。【結果】電子カルテの汎用的機能の流用・応用に留まる施設が目立つが、電子カルテとは直接接続しないインターネット系の汎用的チャットサービスを併用する施設もあった。先進的な施設では、サイバーセキュリティ対策と個人情報保護に配慮した電子カルテのオプション機能としてのチャットツールを導入し、病院が貸与するスマートフォンを用いて、院内のみならず帰宅後の院外からでもアクセスが可能となっていた。【考察】サイバーセキュリティ対策を施し、個人情報保護に配慮した仕様にすればその分費用は高騰する上、病院としてスマートフォンを調達するとさらに費用は上積みされる。一方で、電子カルテを提供する各事業者においては、最新版の標準パッケージ機能としてチャットツールの実装を追随する傾向があり、それぞれの医療機関の実情に応じて機能拡張できるよう工夫されている。【結論】医療安全に寄与するものであることは当然のこと、サイバーセキュリティ対策と個人情報保護に配慮し、費用対効果を勘案してユーザビリティの高いツールを導入することが求められる。

A．研究目的

（背景）患者に関する重要事項を平日日中の勤務者から夜間当直者へ、または夜間当直者から休日日直者へ、休日日直者から夜間当直者へと引き継ぐことは、全ての医療機関、また勤務する医療従事者にとって当然の責務である。効率的、かつ確実に行う方法が模索されてきた中で、急速に普及してきた電子的ツールに期待する声は大きい。

（目的）そこで本研究課題では、医療機関へのヒアリングを通して現在の取り組み、特に電子的な引き継ぎ方法の採用状況について把握した。また、文献調査を平行して実施し、それぞれの医療機関で抱える課題と照らし合わせて考察することを目的とする。

＜各年度の目標＞本研究は1年間で実施する。1年間で上記の目的に到達することを目標とする。

B．研究方法

本研究班員へのヒアリングを通して、所属するそれぞれの施設での状況を収集した。また、文献調査で国内の動向を把

握した。施設の機能と規模、設置母体などの背景を踏まえて、電子的手段を用いた引き継ぎの理想的な形態を検討した。保険医療機関の実臨床において定常的に行われていることの実態調査であり、かつ、個人情報を取り扱わないため、倫理面への特別な配慮は不要と判断した。

C．研究結果

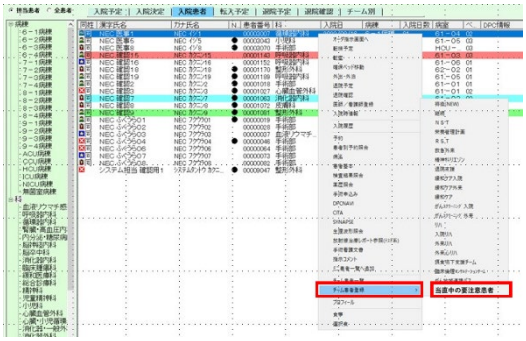
日当直簿の記録や口頭での引き継ぎ以外に、電子的な引き継ぎの手段を用いている施設を表 1 にまとめた。結果として、今回情報が収集できたのは、病床数が 200 床以上の中規模・大規模病院のみであった。

	病院機能	設置母体	病床数	引き継ぎツール	スマートフォン	備考
A	ケアミックス	民間	200～299	電子カルテオプション機能	病院貸与	院外からの接続可能
B	特定機能病院	公的	500～	電子カルテ汎用機能	なし	
C	急性期	民間	500～	汎用型チャットサービス	BYOD	電子カルテ接続なし
D	急性期	民間	300～399	電子カルテ汎用機能 汎用型チャットサービス	BYOD	電子カルテ接続なし
E	特定機能病院	公的	500～	電子カルテ汎用機能	なし	
F	急性期	公的	500～	電子カルテ汎用機能	なし	

（表 1：ヒアリング施設における電子的手段を用いた引き継ぎの実施状況）

電子カルテを用いた通常の診療録記載を徹底したり、標準的機能として実装されている掲示板や付箋機能など、汎用的機能の活用に留まる施設が目立った。電子カルテとは直接接続しないインターネット系の汎用的なチャットサービスを併用する施設もあった。ケアミックスの中規模病院である A 病院は先進的技術の導入に積極的であり、サイバーセキュリティ対策と個人情報保護に配慮した、電子カルテのオプション機能としてのチャットツールを導入していた。さらに、病院が貸与するスマートフォンを用いて、院内のみならず帰宅後の院外からでもアクセスが可能となっていた。（新医療 581:22-25, 2023）（病院 82(4):318-321, 2023）前述のとおり、電子カルテの汎用機能の利用に加えて、インターネット系の汎用的なチャットサービス（医療用に特化されていないもの）を併用する施設も存在した。その場合、使用するスマートフォンは個人所有のもの（以下、BYOD: Bring Your Own Device）であり、病院が調達したものではなかった。

図 1 に電子カルテ汎用機能を応用した事例を示す。日当直の時間帯に特に注意を払うべき患者を登録し、引き継ぐべき重要事項をフリーコメント欄に記載する。日当直帯に何らかの特記すべき対応を行った場合は、その旨を追記できる仕組みになっていた。



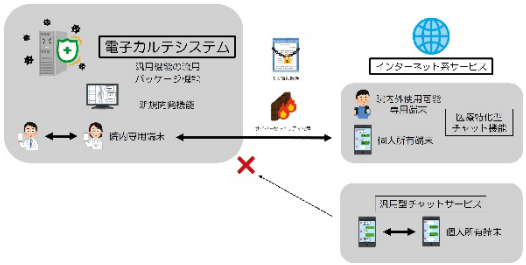
（図 1：電子カルテの汎用的な機能としての「チーム患者機能」を利用して、当直時に注意を払うべき患者を登録する画面）

D．考察

患者に関する重要事項を平日日中の勤務者から夜間当直者へ、または夜間当直者から休日日直者へ、休日日直者から夜間当直者へと引き継ぐことは、全ての医療機関、また勤務する医療従事者にとって当然の責務である。効率的、かつ確実に行う方法が模索されてきた中で、急速に普及してきた電子的ツールに期待する声は大きい。しかし、電子的ツールの導入にあたっては、昨今世界的な問題となっているサイバーセキュリティへの周到な対策が必須であり、個人情報保護への配慮を欠かすこともできない。医療機関の経営は全国的に悪化の一途をたどっており、高額な費用に対して十分な効果があるのかを考えると、投資へ二の足を踏むのもやむを得ない状況に陥っている。医療安全に関わる出来事は、ひとたび重大な事象が発生するとその患者にとっては金銭をもって代えがたい事態となるわけであり、単純に経済学的な費用対効果論で済ませることができず、厳しい経営判断が迫られることになる。

以下に示す図 2 は、電子的な引き継ぎツールとしてスマートデバイスを用いた

「チャット」に仮定した場合の、現在考えられ得る構成図である。



（図２：従来のオンプレミス型・データセンター型の病院情報システムを前提として、引き継ぎツールにはチャットツールを使った場合を想定した構成図）

前述の A 病院のように、サイバーセキュリティ対策と個人情報保護に配慮した電子カルテのオプション機能としてのチャットツールを提案する事業者も存在する。A 病院では医師用に病院が調達したスマートフォンを用いて、院内用途に限定せず帰宅後の院外からでもアクセス可能な仕組みになっていた。果敢に先進的な取り組みを行い、その効果を着実なものとした好事例であった。しかし、サイバーセキュリティ対策を施し、個人情報保護に配慮した仕様にすればその分費用は高騰する上、病院でスマートフォンを調達すればさらに費用は上積みされることも事実であり、多くの病院にとって高いハードルとなっている。特に、病院の規模が大きくなるほど所属する医師数も多くなり、病院が一括してスマートフォンを調達することは困難と言える。バッテリーの寿命には限界があり、機器自体の耐用年数を待たずにバッテリーだけの交換をする必要が生じることはしばしばで、紛失や破損も一定頻度で発生する。そのようなリスクを軽減するため、買い取りではなくリースプランを用意する事業者もある。一方で、BYOD も選択肢となるが、BYOD であっても病院情報システムへの接続にあたっては万全のセキュリティ対策が施されていなければならない。また、個人情報保護の観点では端末自体、もしくは個人が契約するクラウド上にデータが保管されることがあってはならず、相応の費用を投じて懸念を払しょくする必要がある。さらに、通信は医師個人が契約する携帯電話回線に依存するわけであり、病院業務へ使用することについて費用負担の合意形成が求められることも想定される。

A 病院は時代を先取りする取り組みを行ったが、電子カルテを提供する各事業者においては、最新版の標準パッケージ機能としてチャットツールの実装を追随する傾向が出てきている。図 3 に示した例では、スマートフォンを調達できない場合、特に院内限定のものすらない場合であっても、電子カルテの PC 端末だけでも使用することができる仕組みとなっている。仮に、その後に院内限定のスマートフォンを準備できたとすれば、スマートフォンを併用することができるようになり、院外でも使用可能なスマートフォンを調達できれば、院外からもアクセスできるというような機能の拡張性を有している。



（図 3：電子カルテパッケージ機能としてのチャット画面の 1 例、https://www.nec-solutioninnovators.co.jp/sl/ncs/index.html）

電子カルテを用いた効果的な方法を見出せない場合、また、電子カルテの汎用機能を補完する目的で、インターネット系の汎用的なチャットサービスを利用する施設も増えている（新医療 581:42-45, 2023）（新医療 581:46-49, 2023）。但し、プライベートクラウドとしての特別な契約を締結せずに、不特定多数が利用するいわゆるパブリッククラウドのままで利用するのであれば、それは個人情報保護を担保していない状況だと考えるべきである。使用を禁ずる必要まではないとは言え、患者個人が特定可能な情報を書き込まないよう、厳密なルールの策定と周知徹底が必須である。今回のヒアリング対象病院に該当するものはなかったが、そのような懸念に対応して、病院業務に特化したツールも商業展開されている（病院 82(4):322-327, 2023）。

中小規模の病院では日当直医師を中核病院からの派遣医師が担当したり、人材派遣会社からの単回派遣の医師が担当したりする実情がある。また、電子カルテが未導入の病院も一定数存在する。そのような状況において、常勤医師が非常勤医師と電子的なツールでやり取りすることは困難であり、従来からの日当直簿や口頭での引き継ぎに依存せざるを得ないのも現実である。一方で、医師確保戦略の一環として、また働き方改革への対応としていわゆるDx(デジタルトランスフォーメーション)へ積極的な姿勢をとる施設もある。厳しい経営環境の中、医療安全へ最大限配慮しつつも、その施設の実情に合わせて最適な方法を模索することが続きそうである。

最後に、電子化は単なる手段の一つに過ぎず、必要な情報を適切な場所に記録する日頃からの行動と、引き継ぎを行おうとする医師の能動的な態度が大前提である。仮に情報が自動抽出される機能や、人の手を介さずに情報が自動送信される機能があったとしても、自ら情報を入手しようとする態度やプッシュ送信されてきた情報を進んで受け取ろうとする行動がなければ、先進的な技術は全く役に立たない。サイバーセキュリティ対策や個人情報保護に関するリテラシーを含めて、「電子化と教育は両輪である」と言えよう。

E．結論

ユーザーたる医師が率先して使いたくなる機能であることが求められる。一方で、医療安全に寄与するものであることは当然のこと、サイバーセキュリティ対策と個人情報保護に配慮し、費用対効果を勘案して導入することが求められる。

F．研究発表

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

G．　知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

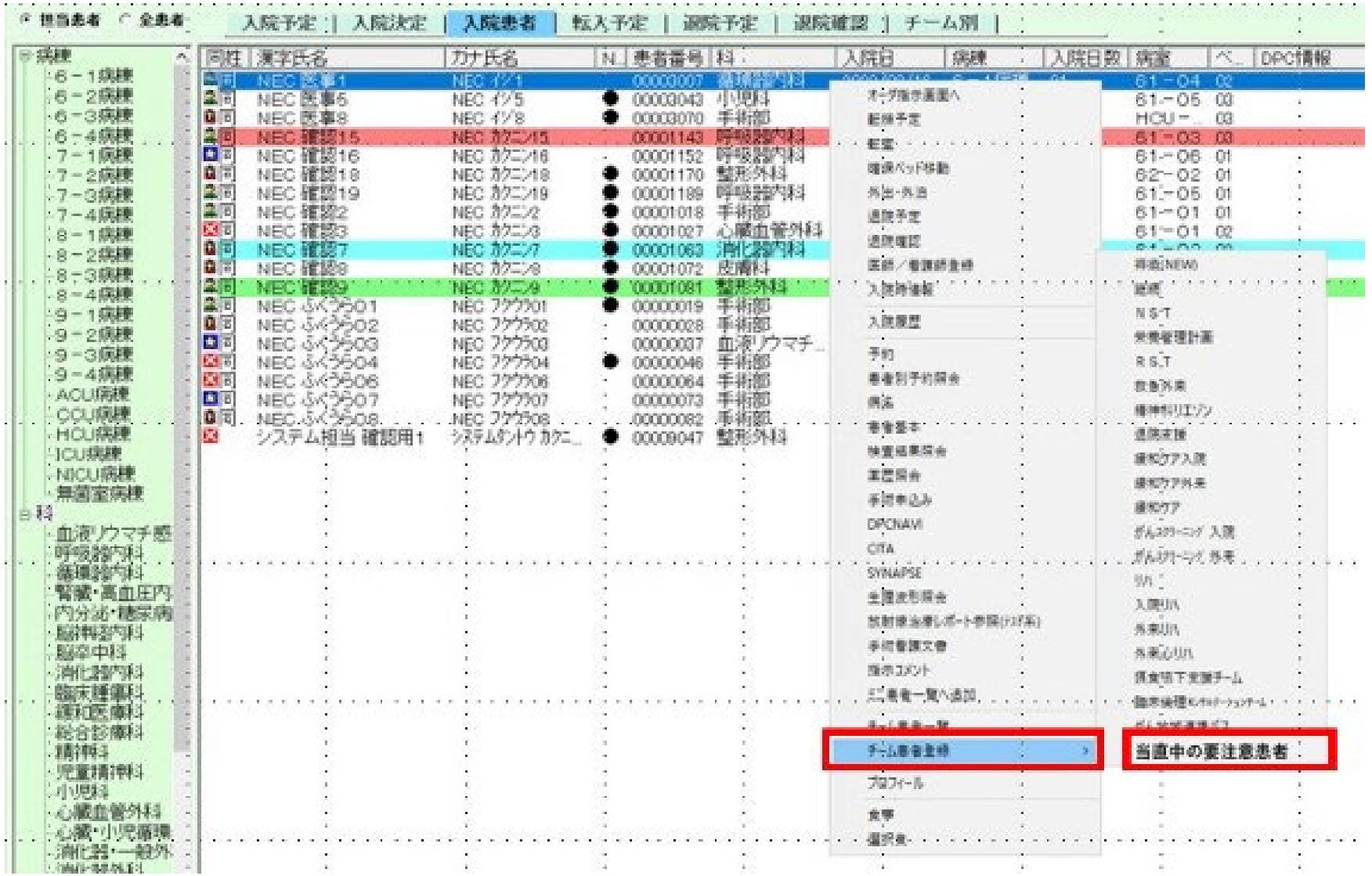
2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

電子カルテ機能の応用



構成図



電子カルテシステム

汎用機能の流用
パッケージ機能



新規開発機能





院内専用端末



個人情報保護



サイバーセキュリティ対策

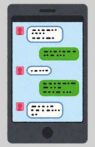


インターネット系サービス



院内外使用可能
専用端末

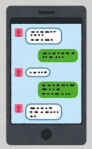
医療特化型
チャット機能



個人所有端末



汎用型チャットサービス





個人所有端末

最新パッケージ機能



ヒアリング結果

	病院機能	設置母体	病床数	引き継ぎツール	スマートフォン	備考
A	ケアミックス	民間	200～299	電子カルテオプション機能	病院貸与	院外からの接続可能
B	特定機能病院	公的	500～	電子カルテ汎用機能	なし	
C	急性期	民間	500～	汎用型チャットサービス	BYOD	電子カルテ接続なし
D	急性期	民間	300～399	電子カルテ汎用機能 汎用型チャットサービス	BYOD	電子カルテ接続なし
E	特定機能病院	公的	500～	電子カルテ汎用機能	なし	
F	急性期	公的	500～	電子カルテ汎用機能	なし	

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間
引き継ぎ体制の整備に資する研究

分担研究報告書
医師の働き方改革に伴う当直体制変更における現状と課題
―単施設の経験―

研究分担者　山口　悦子（中上　悦子）大阪公立大学大学院医学研究科
医療の質・安全管理学・准教授/医学部
附属病院　医療の質・安全管理部・
病院教授・部長

研究要旨
令和６年度から適用が開始される医師の働き方改革では、質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供することを目標として、医師に対する時間外労働の制限等が課される。本分担研究では、通院患者の時間外受診に対応するためグループ当直制を導入した施設において、当直帯における医師の働き方と引き継ぎの現状・課題を調査し、改善策を探索した。対象施設である大学医学部附属病院で、試行中のグループ当直体制の現状と課題および改善を議論するオンライン会議を開催した際に、会議録として収録した音声のテキストデータを用い、主題分析を行った。また、対象施設で開催した通院中の時間外受診患者受け入れ体制に関する研修会終了後、体制改善を目的としたアンケート調査を実施し、収集された回答の一部に対して単純集計と内容分析を行った。結果、医師たちから「病状の判断・対応への不安」「患者の受け入れや入院先に関する課題」「体制に関する課題」「引き継ぎや申し送りに関する課題」が指摘された。医師たちの協議に基づいて開催した研修会後のアンケート調査では、これらの指摘に加え、医師間のコミュニケーションや協力体制の課題、さらに看護師特有の業務上の課題も明らかになった。これらの課題への対策として、対象施設では患者の病態判断基準案の作成、研修会の実施、および情報収集用台帳の改善を行った。

研究協力者

大阪公立大学医学部附属病院
医療の質・安全管理部　副部長
徳和目　篤史

A．研究目的

（背景）令和6年度から適用が開始される医師の働き方改革では、質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供することを目標として、医師に対する時間外労働の制限等が課される。医師の労働時間短縮を進める方策として、シフト制度・休日当番医制度・オンコール体制等の導入等が検討されている。その結果、従来は主治医・担当医の時間外労働により行われていた入院患者への対応が、主治医・担当医以外の医療職（医師・病棟看護師等）への引き継ぎを介して委譲されることが想定される。入院患者の勤務時間帯間の引き継ぎは、情報伝達エラーが発生しやすい患者安全上のハイリスク場面であることが知られており、引き継ぎの教育プログラムの導入によりエラーや有害事象の低減に成功した海外の先行事例があることも踏まえ、医師の働き方改革に伴う患者安全上の負の側面を最小化し最大の効果を得るため、効率的で質の高い引き継ぎの体制を全国の医療機関に整備・均てん化することが急務となっている。本研究では、入院患者に関する勤務時間帯間の質の高い引き継ぎ体制を整備・均てん化することを目指す。これにより、情報伝達エラー等の有害事象を防止し、患者ケアの責任移譲を伴う診療の継続性を維持する。具体的な目的として、①医師による引き継ぎの現状把握（好事例

収集等を含む)、②望ましい引き継ぎ体制の立案、③望ましい引き継ぎ体制の実装のための方略の検討を行う。

(本分担研究の目標)

本分担研究では、分担者が所属する施設の単施設研究として、グループ当直体制を導入して間もない時期の、当直帯における医師の働き方および引き継ぎ体制の現状把握、課題を調査し、改善の方策を探索する。

B. 研究方法

1. 対象施設と体制

(1) 対象施設

対象施設は、分担者が所属する大学医学部附属病院で、特定機能病院である。

(2)新しい当直体制

対象施設では、働き方改革に対応するために検討委員会を設置し、それまでの各科に当直医を置く体制からグループ当直制への移行を目指し、まず「通院中患者」の時間外受診患者を受け入れる仕組みを構築した。「通院中患者」とは、1 年以内に再審予約のある患者と定義した。なお、入院中の患者にも対応するため、当分の間、各科当直も並行して継続することとした。

「通院救急チーム」は、内科系診療科 2 名とマイナー科(耳鼻咽喉科・形成外科・整形外科・泌尿器科・眼科・皮膚科)2 名の 4 名で構成され、加えて研修医 1 名が配置された。

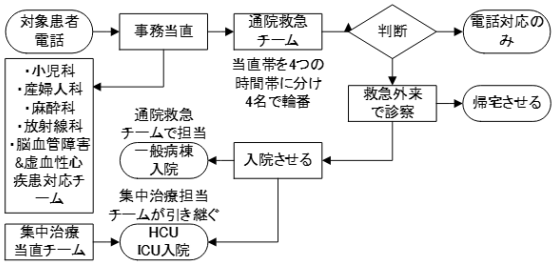


図1通院中の時間外受診患者受け入れ体制

まず、事務当直が患者や救急隊から電話を受けると、小児科・産婦人科の患者および脳血管障害または虚血性心疾患疑いの患者を除いた通院中患者について「通院救急チーム」の医師に連絡する。

患者が入院する場合、入院先が一般病棟であれば通院救急チームの医師が入院の業務を行う。集中治療室(以下、ICU)や高度治療室(以下、HCU)に入院する場合は、外科(消化器・乳腺・肝胆膵・呼吸器・心臓血管)と循環器内科・集中治療科からなる集中治療担当チームが引き継ぎ、業務を行う。翌朝、集中治療科が全ての入院患者の主担当診療科を決定して、転科と転棟を指示する。

(3) 当直帯における引き継ぎ体制

当直帯は、夜間は 17 時、休日は 9 時から翌朝 8 時 30 分までで、それぞれ4つの時間帯に分けて、4 名の医師が交代で時間帯の主担当(1st)となる。主担当の医師は必要に応じて 2nd 以下の医師と共に診療にあたり、研修医を指導する。

当直医 4 名は当直帯に入るときと朝、集合してミーティングを行う。同じ時間帯に電話や患者対応が重なった場合は、次の順位の担当者が引き受ける。たとえば 1st の時間帯に 2 人の患者からほぼ同時に電話があったとすると、1 人目は 1st が、2 人目は 2nd が対応する。また重症で手が離せない等の場合も、順次、呼び出し順位が下位の当番医が対応する。また、時間帯当番が終了するまでに診療録を記載するとともに、病院情報システム内に作られた「台帳」ツールに自分が対応した患者の情報を入力する。

表 1　時間枠と当番

開始時ミーティング	当番医	時間帯①	時間帯②	時間帯③	時間帯④	終了時引き継ぎ
	A	1st	4th	3rd	2nd	
	B	2nd	1st	4th	3rd	
	C	3rd	2nd	1st	4th	
	D	4th	3rd	2nd	1st	

2. データの収集

① 会議録のテキストデータ

対象施設で、試行中のグループ当直体制の現状と課題および改善を議論するオンライン会議(Zoom Meeting, Zoom 社)を開催した際に、会議録として収録した音声のテキストデータを分析した。

② アンケート調査のデータ

対象施設で開催した通院中の時間外受診患者受け入れ体制に関する研修会終了後、体制改善を目的としたアンケート調査を実施した。分析対象とした回答項目は以下の通りである。

- 職種および職種経験年数(選択肢)
- 医師の診療科の分類(選択肢)
- 通院中時間外受診患者受け入れ体制における医師の働き方の課題(自由記述)
  体制・応援要請・研修医の指導等で困った経験の有無とその内容
- 通院中時間外受診患者受け入れ体制の時間枠当番医師間の引き継ぎ体制に関する課題(自由記述)

3. データの分析

①会議録のテキストデータ

オンライン会議システムから音声を抽出しテキストデータに変換した。このデータに対して質的分析ソフト(NVivo 14, Lumivero 社)を用いて主題分析を行った。

②アンケート調査のデータ

回答形式が選択肢である回答は、単純集計した。回答形式が記述式である回答は、上述の質的分析ソフトを用いて内容分析を行った。

4. 倫理面への配慮

本研究は、大阪公立大学大学院医学研究科の倫理委員会の承認を得て行われた。本研究は侵襲を伴わず、介入を行わず、試料を用いない研究である。会議録のテキストデータとアンケート調査のデータ(対象項目)については、対象者より適切な同意を得、そのことを記録した。

C. 研究結果

1. 通院中救急患者のためのグループ当直体制について議論した会議録の分析

オンライン会議には、当直業務に携わっている 4 名の医師が参加した。

(1) 現状の把握と課題の抽出

当直業務の働き方や引き継ぎの現状と課題については、「病状の判断や対応への不安」(3 サブテーマ)、「患者の受け入れや入院先に関する課題」(4 サブテーマ)、「体制に関する課題」(4 サブテーマ)、「引き継ぎや申し送りに関する課題」(5 サブテーマ)の 4 つのテーマが抽出された。

表1 当直業務の働き方や引き継ぎの現状と課題

1. 病状の判断や対応への不安
電話で受診させるかどうかの判断するのが難しい
どのような場合に救急科に応援を依頼したらよいのかわからない
専門医の資格があるからといって重症患者の対応ができるわけではないので不安
2. 患者の受け入れや入院先に関する課題
診察後に対応を依頼する診療科や病床の状況がわからず、患者を受診させて良いか不安
他診療科の受け入れ状況の確認や転送する他院への連絡を、全て当直医が行うのは大変
ケアユニットか一般病棟か、入院先の判断が難しい
基準を満たさない患者のケアユニットへの入院が難しい
3. 体制に関すること課題
グループで当直する体制に慣れていない
担当時間帯終了ぎりぎりに電話がかかってきて、そのまま診療を続けることになる
研修医の指導は確立されておらず、仕事をさせなかったり、任せきりにしたりする
研修医を教える自信がないので声をかけないし、放置してしまう
4. 引き継ぎや申し送り方法に関する課題
引き継ぎはカルテ記載と台帳記入し、台帳を確認し、必要に応じて連絡を入れる
入院患者は、交代した次の時間帯の当番が回診することになったが浸透していない
当番医が交代で一般病棟に入院させた患者を管理することに不安を覚える
入院させた患者を当番医で交代しながら管理する際、患者の入院先が把握しづらく大変
現在の台帳は、対応した患者の状況がわからず、効果的な引き継ぎのツールになっていない

(2) 改善の方策

改善の方策として、「判断基準の整備と研修」(4 サブテーマ)、「病院としての支援システムや体制づくり」(3 サブテーマ)、「引き継ぎのツールや方法の見直し」(2 サブテーマ)の三つのテーマが抽出された。

表 2 改善の方策

1. 判断基準の整備と研修
電話での判断が難しい場合に基準があると安心できるし、安全である
受け入れた後、患者の重症度を判断する明確な判断基準があるとよい
研修会では、診断ではなく病態や病状を把握できるようになるための基準を学ぶ
病態の判断基準を作れば、研修医を教えながら診療をする際にマネジメントできる
2. 病院としての支援システムや体制づくり
担当時間帯の中で、電話を受ける時間の制限を決めてほしい
これ以上は受けられないという情報を共有するアラートシステムが必要
自院で対応できない場合に依頼できる病院のリストを作り、事務で電話をつないでくれる
3. 引き継ぎのツールや方法の見直し
入院患者や入院先病棟、転棟先病棟がわかる台帳があればよい
隣同士の時間帯の当番医が重なる時間を作って、引き継ぎができるようにする

2. アンケート調査の結果

2025 年の 3 月に、通院中の時間外受診患者に対応する当直体制の説明と、来院時、患者の病態を判断する基準を解説する研修会を開催した。研修会後にアンケート調査を依頼し 29 名から回答を得、そのうち 26 名が本分担研究への使用を許諾した。

表 3 回答者内訳

医師					看護師	計
全	外科系 G	内科系 G	マイナー科	他	その他	
16	2	10	3	1	10	26

※G:グループ
※マイナー科:耳鼻咽喉科・形成外科・整形外科・泌尿器科・眼科・皮膚科
※他:小児・産婦人科・脳血管障害&虚血性心疾患チーム・放射線・麻酔

(1) 通院救急チームの体制で困った経験

医師の半数(8 名)、看護師の 30%(3 名)が、通院救急チームの体制で困った経験があると回答した。

表 4 通院救急チームの体制で困った経験がある

		はい	いいえ
医師		8	8
	外科系グループ	0	2
	内科系グループ	6	4
	マイナー科	2	1
	他	0	1
看護師 その他		3	7
計		11	15

※マイナー科:耳鼻咽喉科・形成外科・整形外科・泌尿器科・眼科・皮膚科
※他:小児・産婦人科・脳血管障害&虚血性心疾患チーム・放射線・麻酔

「はい」と答えた医師、看護師の回答は、下記の通りであった。

表 5 自由記述のまとめ(通院中の時間外受診患者受け入れ体制の困難)

医師
専門外の疾患への対応に困る
受け入れ可否の判断に迷った
転院を依頼された時のルールが明確ではなく、判断に困ったり、関連診療科が非協力的だったり
電話対応のみでも手が回らなくなることが多々ある
自診療科の当直と兼ねているとき、通院救急チームの対応と重なり困る
患者家族が院内で具合が悪くなった時、通院救急チームで見なければいけないのか迷う
看護師
ケアユニットに入院させるために過剰な医療をせざるを得ない
医師がケアユニットの電子カルテの操作ができない
ケアユニットの電子カルテは一般病棟と異なるため、一般病棟で他の患者の対応をしている医師が指示を入れるのが遅い
通院患者の受け入れ態勢が始まってからケアユニットの負担が大きすぎる
医師とのコミュニケーションで困ったことがある

(2) 応援要請で困った経験

医師 2 名、看護師 1 名が、応援要請で困った経験があると回答した。

表 6 通院救急チームの体制で困った経験がある

		はい	いいえ
医師		2	14
	外科系グループ		2
	内科系グループ	1	9
	マイナー科	1	2
	他		1
看護師 その他		1	9
計		3	23

※マイナー科:耳鼻咽喉科・形成外科・整形外科・泌尿器科・眼科・皮膚科
※他:小児・産婦人科・脳血管障害&虚血性心疾患チーム・放射線・麻酔

「はい」と答えた医師、看護師の回答は、下記の通りであった。

表 7 自由記述のまとめ(応援要請時の困難)

医師
非協力的な医師がいる
看護師
患者の状態が悪化した際、ケアユニットで担当する外科系グループの医師が受け入れを拒否する

(3) 研修医を関わらせることで困った経験

内科系の医師 1 名が「はい」と回答したが、詳細は不明であった。

(4) 引き継ぎで困った経験

医師 4 名、看護師 2 名が、引き継ぎで困った経験があると回答した。

表 8 引き継ぎで困った経験がある

		はい	いいえ
医師		4	12
	外科系グループ	0	2
	内科系グループ	4	6
	マイナー科	0	3
	他	0	1
看護師 その他		2	8
計		11	15

※マイナー科:耳鼻咽喉科・形成外科・整形外科・泌尿器科・眼科・皮膚科
※他:小児・産婦人科・脳血管障害&虚血性心疾患チーム・放射線・麻酔

「はい」と答えた医師、看護師の回答は、下記の通りであった。

表 9 自由記述のまとめ(応援要請時の困難)

医師
担当時間帯終了ぎりぎりに電話がかかってきた場合に、ルールが決まっていないため人間関係が悪くなる
医師間でコミュニケーションがとりにくい風土がある
患者受け入れ体制のルールを知らない診療科や医師、ルールを守らない医師がいる
看護師
1 回の当直帯で医師の交代が多く、電話で名乗らない者もいて、誰が担当しているのかがわからない

D. 考察

1. 通院中の時間外受診患者受け入れ体制の現状と課題

通院中患者の時間外受診受け入れ体制について、内科系グループ医師、マイナー系グループ医師、救急科医師と会議を実施し、現状と課題について協議を行った。その結果、医師たちは電話対応時や患者来院時における【病状判断や対応への不安】を抱えていることが明らかになった。特に、病状・病態の判断に対する不安に加え、【患者の受け入れや入院先に関する課題】が浮き彫りとなった。具体的には、入院の必要性を判断後も、ケアユニットか一般病棟かの振り分けが困難であること、利用可能な病床の把握が難しいこと、当直医が入院先との連絡調整を担う負担、さらには受け入れ不可の場合の転院先の探索と連絡という負担が指摘された。これらの不安や困難の背景には【体制に関する課題】があることも判明した。具体的には、グループ当直制への不慣れから生じる当番同士の連携・協力の困難さ、また研修医への指導に関する不安や指導時間の確保が難しい現状が存在し、チームとして働くことが困難な現状がうかがえた。

これらの通院中患者の受け入れ体制の課題は、【引き継ぎや申し送り方法に関する課題】と密接に関連していた。医師たちは情報の引き継ぎと確認のためのルールが十分に浸透していないことや、申し送りが不十分であることから、当番を交代して入院患者を管理することに不安を覚えていた。特に、情報共有の重要なツールである台帳の機能性の低さが問題となっていた。

アンケート調査からも同様の課題が確認された。具体的には「専門外の疾患の対応に困る」、「受け入れ可否の判断に迷う」、「転院を依頼された時のルールが明確ではなく、判断に困ったり、関連診療科が非協力的だったり」「電話対応で手が回らなくなる」などが挙げられ、会議録で指摘された問題点と一致していた。また、医師間のコミュニケーションや協力体制の課題も浮き彫りとなった。さらに、アンケートでは看護師特有の視点からの課題も明らかになり、医師からは把握しづらい看護師の業務負担や実務上の困難が指摘された。

2.課題を解決するための方策

これら現時点での課題を克服するため、会議では、医師たちがいくつかの改善策を提示した。【判断基準の整備と研修】を行うことで、電話対応や来院時の病状の判断に不安がなくなり、研修医に対しても診療科を問わず指導しやすくなる。また、医師たちが円滑に判断し、迅速に患者に対応するためには【病院としての支援システムや体制づくり】が重要である。交代のルールの明確化と周知も重要である。また病床の状況や受け入れ可能かどうかの情報を、医師があちこちに連絡して集めるのではなく、適切なタスクシフトが望まれる。

判断基準が明確となり、判断や情報収集の負担が軽減されてはじめて、引き継ぎのための情報提供や申し送りのためのコミュニケーションへとエフォートを割ける。引き継ぎのツールである台帳は、誰でも必要な情報を入力でき、かつ収集できるように、構造化されていることが望ましい。

対象病院では、医師たちの協議の結果を受けて、患者の病態を判断するための基準案をつくり、2025 年の 3 月に研修会を実施した。また通院救急チームの働き方に合わせた必要項目が網羅され、患者の病態が把握できるように構造化された台帳に改善して、試用を開始したところである。

E. 結論

本分担研究では、通院患者の時間外受診に対応するためグループ当直制を導入した施設において、当直帯における医師の働き方と引き継ぎの現状・課題を調査した。体制の課題を協議する会議では、医師たちから「病状の判断・対応への不安」「患者の受け入れや入院先に関する課題」「体制に関する課題」「引き継ぎや申し送りに関する課題」が指摘された。医師たちの協議に基づいて開催した研修会後のアンケート調査では、これらの指摘に加え、医師間のコミュニケーションや協力体制の課題、さらに看護師特有の業務上の課題も明らかになった。これらの課題への対策として、対象施設では患者の病態判断基準案の作成、研修会の実施、および情報収集用台帳の改善を行った。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

別添

改善された引継ぎ台帳のイメージ

日付（自動入力）	当直時間帯▼	対応時刻	対応者	患者 ID	診療科	転帰▼	入院先病棟▼	原疾患、主訴、経過、診察・検査、患者指導、処置等	対応後の病状（引継ぎ時）	注意点・問題点	起こりうる病状の変化悪化の予測	その他依頼事項	備考
●月●日	（宿）17:00～	18:30	ABC	1111111	○○科	入院	HCU						
	（宿）20:30～	21:00	DEF	2222222	○○科	電話対応のみ来院せず							
	（宿）0:00～				○○科	他院紹介							
	（宿）4:30～				○○科	診察のみ帰宅							
	（日）9:00～					入院	ICU/CCU						
	（日）11:00～					入院	○病棟						
	（日）13:00～												
	（日）15:00～												

▼プルダウンメニュー

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間引継ぎ体制の整備に資する研究

分担研究報告書

脳神経外科の医師の働き方改革への対応と医師の引継ぎの現状および看護師との協働・連携、今後の医療機関における引継ぎ体制の検討

研究分担者　寺井美峰子　公益財団法人田附興風会　医学研究所 保健・健康研究部
部長（看護部長）

研究要旨

令和６年度から適用開始となった医師の働き方改革による体制や引継ぎ方法・内容は、診療科による違いがあることも予測される。本分担研究の目的は、脳神経外科の医師の働き方改革への対応と医師の引継ぎ（申し送り）の現状、看護師への影響や協働・連携の現状把握を行い、医療の質・安全の観点から医療機関において望ましい引継ぎ体制の検討・立案に資することとする。

４医療機関（JCI 認定病院を含む）の医師または看護師が調査に参加し、情報収集を行った。医師の働き方改革における時間外・休日労働時間の上限水準は、３施設がＡ水準、１施設がＣ−１水準であり、脳神経外科の診療体制は、２施設が働き方改革前と変化なく日当直体制を継続し、体制変更となった施設は、宿日直から日当直体制となった１施設、日当直体制から日勤・夜勤の２交替制に変更した１施設であった。日当直または２交替制により主治医・担当医が不在となる時間が生じ、医師間等における患者情報の引継ぎの重要性が高まっていた。

脳神経外科の医師間の引継ぎでは、４医療機関において働き方改革前との変化は無かったが、好事例として、１施設では患者回診方式による口頭での引継ぎとその記録を共有し、１施設（JCI 認定病院）では、引継ぎに関する院内規定に則った引継ぎと記録が行われていた。医師・看護師間の口頭の引継ぎがある施設はなく、看護師は医師の診療記録から情報共有を行っていて、医師の記録が重要な役割を果たしていた。

医療機関における「引継ぎ」および引継ぎの記録等に関する手順書等があるのは１施設（JCI 認定病院）のみであった。医療機関において引継ぎに関するルールや手順書が整備されることによって引継ぎが可視化され、その仕組みが効果的に実践されるためのチーム・トレーニングも実施されることで、安全で質の高い引継ぎの実施に繋がると考えられた。引継ぎに関連したヒヤリハットおよびインシデント等の事例収集・検討体制が整備され機能している医療機関は１施設（JCI 認定病院）のみであったが、その施設では年間 150 件を超える引継ぎ関連インシデント事例が報告・検討され、改善に活用されていた。引継ぎに関連した有害事象を病院として把握して、継続的に改善するために、インシデント収集を推進することが重要である。

研究協力者

椎橋美月（公益財団法人田附興風会　医学研究所北野病院、副看護部長）

Ａ．研究目的

（背景）令和６年度から適用開始となった医師の働き方改革では、医師の労働時間短縮を進める方策として交替制（シフ

ト制）・日当直医制・オンコール体制等が導入されている。その結果、救急外来および入院患者への対応が、主治医・担当医以外の医療職（医師・病棟看護師等）への引継ぎを介して委譲されていることが想定される。そして、医師の働き方改革による体制や引継ぎ方法・内容は、診療科による違いがあることも予測される。

また、患者の勤務時間帯間の引継ぎは、情報伝達エラーが発生しやすい患者安全上のハイリスク場面であることが知られている。JCI（Joint Commission International）認定病院においては、JCI が掲げている国際患者安全目標（IPSG）の 2 番目の目標に「効果的なコミュニケーションの改善を図る」ことがあり、その認定要件に「病院は、引継ぎのプロセスを作成し、実行する」ことが求められているため、患者安全に貢献する質の高い引継ぎを行う体制づくりに取り組んでいる実態があると推測される。

医師の働き方改革に伴う患者安全上の負の側面を最小化し最大の効果を得るため、効率的で質の高い引継ぎの体制について情報収集して検討し、提案・推進する必要性が高まっている。

（目的）本分担研究では、脳神経外科の医師の働き方改革への対応と医師の引継ぎ（申し送り）の現状と看護師への影響や協働・連携の現状把握（好事例収集および引継ぎの阻害要因収集等を含む）を行い、医療の質・安全の観点から医療機関全体において望ましい引継ぎ体制の検討・立案に資することを目的とする。

B．研究方法

本研究の意義･方法について賛同した医療機関（JCI 認定病院を含む）の医師または看護師にヒアリングを行う。医療安全管理部門の医師または看護師にヒアリングを行う方法と、脳神経外科の医師および脳神経外科病棟の看護師にヒアリングを行う方法を提示し、効果的な方法を検討･実施する。医療安全管理部門の医師または看護師にヒアリングを行う場合には、脳神経外科の医師および脳神経外科病棟の看護師からの情報収集について事前に依頼し、ヒアリング項目･内容を提示して充分な説明を行う。

ヒアリングでの情報収集内容については主として下記の項目をもとに、脳神経外科の引継ぎについての現状把握に関する情報収集を行うとともに、医療機関全体の医療の質･安全の観点における好事例や引継ぎ阻害要因等の情報も収集する。

ヒアリングでの情報収集の項目は、１）病院全体の医師の働き方改革の体制（A水準、フレックスタイム制、等）、２）脳神経外科の日当直体制（人員構成など）、３）脳神経外科の勤務交代時の医師間や医師と看護師等他職種との引継ぎについて、４）脳神経外科の働き方改革により引継ぎに関して変化したこと、工夫したこと、困っていること等、５）病院全体の引継ぎにおける情報伝達エラー等の有害事象の収集や分析、改善策について、６）望ましい引継ぎ体制の立案、実施のための方略について、７）その他（RRS 体制等）、とした。

（倫理面への配慮）

本研究は医療機関を対象とし、人を対象とする生命科学・医学系研究ではないため、倫理面で特別な配慮が必要な事項はないと考えられる。ただし、調査に協力した医療機関が特定されないようにするなど、研究成果の公表に当たっては最大限の配慮を行う。

C．研究結果

４医療機関（JCI 認定病院を含む）の医師または看護師が調査に参加し、情報収集を行った。調査に参加した医療機関は大規模医療機関で、病床数は 2 施設が 500 から 1000 床、2 施設が 1000 床以上であった。設置主体は一般病院（公益財団法人）

が 2 施設、市立市民病院が 1 施設、公立大学病院が 1 施設であった。情報収集の項目に沿って下記に情報収集内容を記述する。

１．Ａ医療機関

一般病院（公益財団法人）、病床数 500～1000 床

１）病院全体の医師の働き方改革の体制

・Ａ水準

・フレックスタイム制導入（出勤時間・退勤時間を調節することにより労働時間の調整を可能とする目的で導入

２）脳神経外科の日当直体制

働き方改革前との変化はなかった。

・日当直

・医師２名体制、オンコールにより応援医師による複数体制となる

・主治医・担当医制

・病床：脳神経外科病棟とＳＣＵを管理

３）脳神経外科の勤務交代時の医師間や医師と看護師等他職種との引継ぎ

働き方改革による変化は無く、以前から下記の方法での引継ぎを行っている

・医師間の引継ぎは、患者回診方式による口頭での引継ぎとその記録の共有

例）当直医から日直医または日勤医に回診しながら口頭での引継ぎを行う。引継ぎ内容は患者の診療録に記載する

・脳外科医師全員が Google Chat を使用して患者の個人情報に配慮して情報共有を行っている

例）新入院患者情報や重症患者情報などを共有する

・医師から看護師への引継ぎは行われていない

・看護師は、医師の回診方式による引継ぎについて認識しているが、同行していない。回診方式の引継ぎ後には診療記録が記載されているので、その内容を確認している。診療記録を確認することで、指示が出ることや、薬剤の中止・変更が把握できる

・病院全体の「引継ぎ」や引継ぎの記録に関するルール・取り決め事項が院内には存在していない

４）脳神経外科の働き方改革により引継ぎに関して変化したこと、工夫したこと、困っていること等

・特に困っていることはない

・働き方改革前から回診方式による引継ぎと記録、Google Chat を使用した情報共有を行っていて、仕組みができているため、働き方改革によって労働時間が制限されても困っていない

・看護師が主治医に報告相談する場合、時間外は当直医が対応し、当直医が「それは主治医に聞いて」ということはなく、医師間の連携がとれていて対応されている。その理由は、看護師と医師との関係性構築ができていることからだと考えている。

５）病院全体の引継ぎにおける情報伝達エラー等の有害事象の収集や分析、改善策について

・引継ぎに関するインシデント・アクシデント・エラーの情報収集は行われていなかった

６）望ましい引継ぎ体制の立案、実施のための方略について

・回診方式による引継ぎと記録

・Google Chat を使用した情報共有

７）その他

・RRS（Rapid Response System）体制があり、急性疾患予後予測スコアである NEWS（National Early Warning Score）も活用されているが、引継ぎとの関連はない

２．Ｂ医療機関

市立市民病院、病床数 1000 床以上

１）病院全体の医師の働き方改革の体制

・Ａ水準

２）脳神経外科の日当直体制

働き方改革前は宿日直体制だったが、調査により脳神経外科は宿日直許可を取得できなかった。
・日当直、人員体制（数）は働き方改革前と変化なし
・医師１名体制（脳神経外科、脳神経内科、小児脳外科の３科の医師で日当直担当)、オンコールにより応援医師による複数体制となる
・主治医制
・病床：脳神経外科病棟とＳＣＵを管理
３）脳神経外科の勤務交代時の医師間や医師と看護師等他職種との引継ぎ　・次の勤務帯で担当する医師への情報共有は口頭での申し送り、または電子カルテ記録で行う
・引継ぎ内容は、気になる患者や緊急入院患者についての引継ぎ
・ＥＲから病棟への入院等の引継ぎは、電子カルテのテンプレートに必要な項目を作成して記載するが、記録されていないことが多い
・病院全体の「引継ぎ」や引継ぎの記録に関するルール・取り決め事項が院内には存在していない
４）脳神経外科の働き方改革により引継ぎに関して変化したこと、工夫したこと、困っていること等
・主治医制にこだわる医師がいて、主治医が当直後に不在となり連絡が取れない場合に困る
・看護師は、どの医師に連絡したらいいか困る場合がある
５）病院全体の引継ぎにおける情報伝達エラー等の有害事象の収集や分析、改善策について
・引継ぎに関するインシデント・アクシデント・エラーの情報収集は行われていなかった
・最近の事故事例で引継ぎに関連した事例（急変リスクがある患者の情報共有）と分析された事例があり、事例概要は、神経疾患患者が喀痰による窒息、急変となったが、ＤＮＡＲかどうかの記載が無く対応に困った事例であった。
６）望ましい引継ぎ体制の立案、実施のための方略について
・患者の急変の予兆や高リスク状態（術後、内視鏡下止血後、等）の患者リストを引継ぐ仕組み
・病院全体の「引継ぎ」や引継ぎの記録に関するルール・取り決め事項の院内整備
７）その他　・日中にＮＥＷＳが高くて伝達されていても、記録されていないため次の勤務帯には引き継がれない

３．Ｃ医療機関

公立大学病院、病床数 500～1000 床
１）病院全体の医師の働き方改革の体制
・Ｃ−１水準
２）脳神経外科の日当直体制
・働き方改革前との変化はなかった。
・日当直
・医師２名体制
・主治医・担当医制
・病床：脳神経外科病棟とＳＣＵを管理
３）脳神経外科の勤務交代時の医師間や医師と看護師等他職種との引継ぎ
・働き方改革前と変化なし
・脳外科医師から脳外科医師または他診療科医師への引継ぎ実施
４）脳神経外科の働き方改革により引継ぎに関して変化したこと、工夫したこと、困っていること等
・特に無い
５）病院全体の引継ぎにおける情報伝達エラー等の有害事象の収集や分析、改善策について
・引継ぎに関連したインシデント・アクシデントについては、インシデントレポート全件から医療安全管理部門で「引継ぎ」・「申し送り」に関するレポートを分類・抽出している

・直近データでは「引継ぎ」の用語で検索されるインシデントは０件、「申し送り」に関する医師のインシデントは０件だった（看護師がレポートしている)。
・これまでの「引継ぎ」・「申し送り」に関するインシデント・アクシデントは下記に分類されている
（申し送りが構造化されていないため十分な情報がなく次のシフトでエラー発生、前の勤務者が間違った情報を申し送ったため医師が指示を間違ったエラー、正しく申し送りされていたので間違いが発見できたインシデント）
６）望ましい引継ぎ体制の立案、実施のための方略について
・特に無い

４．D医療機関

一般病院（公益財団法人)、病床数1000 床以上、国際的医療機能評価機関（JCI）の認定（JCI 認証）を 2016 年から取得している。
１）病院全体の医師の働き方改革の体制
・A水準
２）脳神経外科の日当直体制
働き方改革前は当直体制だったが日勤・夜勤の２交替制となった
・日勤と夜勤の２交替制
・日勤６～７名（うち１名は病棟担当医)、夜勤２名
・病床：脳神経外科病棟とＳＣＵを管理
３）脳神経外科の勤務交代時の医師間や医師と看護師等他職種との引継ぎ
院内規定「引継ぎに関する規定」（下記、一部抜粋、改変）に則り（JCI 認定要件)、引継ぎが実践されていた。
１．引継ぎは SBAR を用いて行い、口頭のみの引継ぎは避ける（SBAR は米国連邦政府が開発したエビデンスに基づいたチームトレーニングであるチーム STEPPS において提案されるコミュニケーション・ツールの１つである)。＜表＞に定める重要な引継ぎ場面では、引継ぐ内容や方法は「引継文書」に基づいて行う。
＜表＞の例
・引継場面：外来からの入院
引継者：医師　→　引継文書：診察記録
引継者：看護師→　引継文書：連絡事項テンプレート
引継者：療養士→　引継文書：リハビリ記録
・引継場面：集中治療部門から一般病棟
引継者：医師　→　引継文書：集中治療室退室時記録テンプレート
引継者：看護師→　引継文書：集中治療室退室時記録テンプレート
２．引継ぎを行った当事者は、それぞれ、その内容をカルテ等に記載する
３．引継ぎに関連する患者安全事象のデータについて、患者安全管理部門にて確認および分析を行い、定めた会議において報告する
・医師から看護師への引継ぎ（直接口頭での引継ぎ）は無く、医師の診療記録を読み、患者情報を得ている
・医師から看護師や他職種間への指示や依頼は「コミュニケーションボード」という電子カルテ内ツールを使用する
４）脳神経外科の働き方改革により引継ぎに関して変化したこと、工夫したこと、困っていること等
・働き方改革による変化は特にない
・体制の変化により基本的に当直がファーストコールとなり、勤務時間外の医師への連絡が減少した
・工夫としては、働き方改革の前から記録に残すことをしていた
・困っていること（困難）
長期休日（年末年始、連休）の緊急入院後の患者の引継ぎについて、受け入れ医師→当直医師→日直医師→当直医師→休日明けに主治医への引継ぎとなるが、治療方針、注意事項などの一貫した引継ぎが困難、難しい

上記に関連した引継ぎ不足が原因となったインシデント事例が発生した
・看護師側
２交替制になり、当直医に対応を依頼しても「主治医に聞いてみないと」と言われることがある。主治医と当直医のどちらに相談したら良いか迷うことがある
５）病院全体の引継ぎにおける情報伝達エラー等の有害事象の収集や分析、改善策について
・JCI 認定病院として、引継ぎに関連したインシデント・アクシデントに関する下記の取り組みを実施
インシデントレポートの入力項目に「患者誤認・引継ぎの報告ですか？」という必須項目があり、３項目（下記）を選択・入力する仕組みになっている
　□患者誤認　□引継ぎ　□それ以外
・医療安全管理部門が入力する「医療安全　事象分類」という項目が設定され、その入力項目に「引継ぎ」がある
・引継ぎに関連したインシデントレポートデータの会議等での報告・検討
・医療安全管理部門がレポートデータを精査して、毎月の「JCI 国際患者安全目標２：引継ぎワーキング」および「医療安全委員会」へ報告・検討している
・ある１ヶ月のレポート件数は１４件（患者影響レベル０：２件、レベル１：６件、レベル２：６件）
・引継ぎに関連したエラー発生件数をモニタリングしていて過去３年の件数は、２０２１年度：１２５件、２０２２年度：９９件、２０２３年度：１５４件、２０２４年度４～１２月：２１２件と増加傾向である
・医療安全管理部門にとっても、どの事例を「引継ぎに関連した事例」とするのかが難しく、医療安全管理部門の関わりは重要である
６）望ましい引継ぎ体制の立案、実施のための方略について
・JCI 認定病院として下記の取り組みを実施している
引継ぎに関する院内規定の整備。引継ぎの実際に関するモニタリングとしてテンプレート使用率のモニタリングを実施。
引継ぎ関連インシデント・アクシデント事例の集計・分析から対策立案を行いＰＤＣＡサイクルをまわす取り組み。
引継ぎの場面に関わらず、ふだんからチームとしての協働を推進する基盤となるエビデンスに基づいたチーム・トレーニング（チーム STEPPS）を医師を含む全職員に対して実施している。

Ｄ．考察

１．医師の働き方改革における病院全体および脳神経外科の体制

医師の働き方改革における時間外･休日労働時間の上限水準は、調査対象の４医療機関のうち３施設がＡ水準、１施設がＣ-１水準であった。

脳神経外科の診療体制は、２施設が働き方改革前と変化なく日当直体制を継続していた。働き方改革により体制変更となった２施設は、働き方改革前は宿日直体制だったが宿日直許可を取得できなかったため日当直体制（人員数の変更無し）となった施設、働き方改革前は日当直体制だったが日勤･夜勤の２交替制に変更した施設であった。

脳神経外科の特徴として、救急入院および患者状態変化への対応のため 24 時間体制の医療提供体制が求められ、日当直体制または 2 交替制となっており、主治医・担当医が不在となる時間が生じる。そのため、調査において、主治医が当直後に不在となり連絡が取れない場合に困る、当直医と主治医のどちらに連絡したらいいか迷うことがある、との回答もあり、医師間等における患者情報の引継ぎの重要性が高まっていると考えられた。

２．脳神経外科の医師の働き方改革にお

ける医師による引継ぎの現状

１）脳神経外科の医師間の引継ぎ

全ての４医療機関において、脳神経外科の医師間の引継ぎに関する働き方改革前との変化は無かった。２医療機関では引継ぎの方法は口頭または電子カルテ記録で行っており、引継ぎ内容は、緊急入院患者と気になる患者についてであった。１医療機関では、患者回診方式による口頭での引継ぎと、その記録を共有していた。１医療機関（JCI 認定病院）では、院内規定「引継ぎに関する規定」が存在し、規定に則った引継ぎが行われていた。詳しくは後述する。

２医療機関において引継ぎおよび情報共有のためのツールとして、電子カルテツール「コミュニケーションボード」、Google Chat を活用していた。

引継ぎの記録や Google Chat を使用した情報共有の仕組みが以前より構築されている医療機関においては、働き方改革によって時間帯によっては主治医や担当医が不在となったことへの影響は少ないと考えられた。

２）医師・看護師間の引継ぎ

医師から看護師への引継ぎについて、口頭での引継ぎがある医療機関はなかった。看護師は、医師の診療記録から情報共有を行っていた。重要な患者情報の医師・看護師間の共有において、医師の記録が重要な役割を果たしていることが明確になった。しかし、医師の記録が無い現状もあり、医療機関における医師の記録に関するルールを決めて改善する必要が高まっている。

３）引継ぎにおけるルールや手順書の整備

病院全体の「引継ぎ」および引継ぎ内容の記録等に関するルールや手順書等があると回答したのは１施設であり、無いと回答した医療機関は２施設、不明が１施設であった。

「引継ぎ」に関する手順書を整備していたのはＪＣＩ認定病院であり、認定要件として求められていて「引継ぎに関する規定」を作成して実践に取り組んでいた。規定には次のように定められている（一部抜粋、改変）。

（１）引継ぎは SBAR を用いて行い、口頭のみの引継ぎは避け、別表に定める重要な引継ぎ場面では、引継ぐ内容や方法は「引継文書」（記録フォーム）に基づいて行う。（２）引継ぎを行った当事者は、それぞれ、その内容をカルテ等に記載する。（３）引継ぎに関連する患者安全事象のデータについて、患者安全管理部門にて確認および分析を行い、定めた会議において報告する。

この規定により、引継ぎを要する重要な場面や引継ぎ内容、引継ぎの方法（口頭、カルテ記録、等）についての手順が明確に定められていて、「引継ぎ」という行為が可視化・言語化され、医療者間での共有が可能であった。また、引継ぎに関連した患者安全事象のデータの収集・分析、会議での報告についても定められていた。

医療機関において、こうした引継ぎに関する手順書が作成され実践されることが、患者安全に大きく貢献すると考えられた。

４）引継ぎに関連したインシデント等の事例および事例収集体制

２医療機関では、病院全体の引継ぎに関するインシデント・アクシデント・エラーの情報収集は行われていなかった。１医療機関では、医療安全管理部門がインシデントレポート全件から「引継ぎ」・「申し送り」に関するレポートを分類・抽出していたが、報告事例は少なかった。報告されたインシデントの分類は、（１）申し送りが構造化されていないため十分な情報がなく次のシフトでエラー発生、（２）前の勤務者が間違った情報を申し送ったため医師が指示を間違ったエラー、（３）正しく申し送りされていたので間違いが発見できたインシデント、であった。

１医療機関は JCI 認定病院であり、認定要件に「引継ぎの結果生じた有害事象から得たデータを追跡および利用し、引継ぎを

改善する方法の特定と実施に役立てている」とあり、次の取り組みを実施して成果をあげていた。

インシデントレポートの入力項目に必須項目として引継ぎの項目を作成して報告を収集していた。また、報告・入力者とは別に、医療安全管理部門がレポート事例から引継ぎ関連のレポートを選定して「引継ぎ」と入力する項目が作成されていた。その効果により、直近１ヶ月のレポート件数は 14 件、2023 年度は 154 件、2024 年度第 3 四半期までに 212 件の引継ぎ関連インシデントが報告されていた。それらのインシデントレポートデータが会議で報告・検討されていた。医療安全管理部門にとっても、どの事例を「引継ぎに関連した事例」とするのかが難しいとのことであり、医療安全管理部門の関わりは重要である。

ＪＣＩ認定病院で工夫している引継ぎ関連インシデント収集の仕掛けや仕組み作りが、当該レポートの活用の推進に欠かせないことが明らかになった。

３．望ましい引継ぎの仕組みに関する医療安全的観点からの検討

１）引継ぎにおけるルールや手順書の整備

医療機関において引継ぎに関するルールや手順書が整備されることが、安全で質の高い引継ぎの実施に不可欠であり優先度が高いと考えられた。ＪＣＩ認定病院の取り組み例からも実証されている。

２）引継ぎおよび情報共有のためのツール（システム）活用

主治医・担当医が不在となる時間帯の患者情報の多職種との共有において、医師の記録が重要な役割を果たしていた。そのため、医師の記録がない場合には患者の情報共有が不十分になり得る。ＪＣＩ認定病院においては、引継ぎ場面に応じて使用するツールとなる記録フォームの種類を定める工夫もされていた。そして、ツールを効果的に活用するために、医師を含む全職員に対して、定期的にチーム・トレーニングを実施していることが、引継ぎを含めたチームとして協働の基盤となっている。

また、電子カルテ以外の情報共有ツールが医師間で活用されており、主治医・担当医が不在となる時間帯の患者情報の共有に有益であった。

３）引継ぎ関連のヒヤリハットおよびインシデント等の事例収集・検討体制整備

今回の調査から、引継ぎに関連したヒヤリハットおよびインシデント等の事例収集・検討体制が整備され、機能している医療機関は、４医療機関のうちＪＣＩ認定病院である１医療機関のみであった。

働き方改革により主治医・担当医が不在となる時間帯の患者情報の共有の質が、患者安全に影響を与える可能性があり、引継ぎに関連した有害事象を病院として把握して改善するために、インシデント収集を推進する必要性が高まっている。

Ｅ．結論

４医療機関が調査に参加した。医師の働き方改革における時間外・休日労働時間の上限水準は、３施設がＡ水準、１施設がＣ－１水準であった。

脳神経外科の診療体制は、２施設が働き方改革前と変化なく日当直体制を継続し、働き方改革により体制変更となった２施設は、宿日直許可を取得できなかったため日当直体制となった施設、日当直体制から日勤・夜勤の２交替制に変更した施設であった。脳神経外科の特徴として 24 時間体制の医療提供体制が求められ、日当直または 2 交替制のため主治医・担当医が不在となる時間が生じており、医師間等における患者情報の引継ぎの重要性が高まっていた。

脳神経外科の医師間の引継ぎ方法については、４医療機関において働き方改革前との変化は無かった。好事例として、１施設では患者回診方式による口頭での引継ぎが行われ、その引継ぎの記録を共有していた。１施設（JCI 認定病院）では、院内

規定「引継ぎに関する規定」が存在し、規定に則った引継ぎと記録が行われていた。また、この２施設では電子カルテ内「コミュニケーションボード」（多職種間）、Google Chat（医師間）が活用されており、主治医・担当医が不在となる時間帯等の患者情報の共有に有益であった。医師から看護師への口頭での引継ぎがある施設はなく、看護師は医師の診療記録から情報共有を行っていて、医師の記録が重要な役割を果たしていた。この２施設のように引継ぎの仕組みが以前より構築されている医療機関では、時間帯によっては主治医や担当医が不在となることへの影響は少ないと考えられた。

病院全体の「引継ぎ」および引継ぎ内容の記録等に関するルールや手順書等があると回答したのは１施設、JCI 認定病院のみであり、JCI 認定要件である手順書を作成して実践に取り組んでいた。医療機関において引継ぎに関するルールや手順書が整備されることによって引継ぎが可視化され、その仕組みが効果的に実践されるためのチーム・トレーニングも実施されることで、安全で質の高い引継ぎの実施に繋がると考えられた。

引継ぎに関連したヒヤリハットおよびインシデント等の事例収集・検討体制が整備されて機能している医療機関は、４医療機関のうち１施設、JCI 認定病院のみであった。この施設では年間 150 件を超える引継ぎ関連のインシデント等の事例が報告・検討され、改善に活用されていた。働き方改革により主治医・担当医が不在となる場合の患者情報の共有の質が患者安全に影響を与える可能性があり、引継ぎに関連した有害事象を病院として把握して継続的に改善するために、インシデント収集を推進することが重要である。

Ｆ．研究発表

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

Ｇ．　知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間
引継ぎ体制の整備に資する研究

分担研究報告書
医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための
医師の勤務時間帯間引継ぎ体制の整備に資する研究

研究分担者　水野　篤　学校法人聖路加国際大学・聖路加国際病院
循環器内科・副医長

研究要旨
（背景・目的）2024 年からの医師の働き方改革により、夜間・休日の診療体制が交替制に移行し、医師間の引継ぎの重要性が増している。一方で、引継ぎは情報伝達エラーの温床ともなり得る。本研究では、循環器領域を中心に、医師の引継ぎに関する実態と課題を把握し、今後の医療安全体制整備に資する知見を得ることを目的とした。
（方法）日本心臓病学会正会員（医師）を対象に Web アンケート調査を実施し、5,093 名中 625 名（12.3%）から回答を得た。調査項目には勤務時間の変化、引継ぎの状況、情報共有の満足度、ICT ツールの使用状況などを含めた。研究は倫理審査の承認を得て実施された。
（結果）医師間の引継ぎは広く実施されていたが、約 20%が情報不足を経験していた。引継ぎの重要性については現場での認識に差があり、I-PASS などの標準化ツールの使用は限定的だった。
（考察・結論）引継ぎ体制は医療現場の工夫に依存しており、質のばらつきが存在する。今後は、標準化された引継ぎ手法や教育ツールの導入を通じて、情報共有の質と患者安全の向上を図る必要がある。

A．研究目的

2024 年より本格実施された医師の働き方改革により、時間外労働の制限が強化され、夜間・休日の診療体制は主治医の継続的対応から、交替勤務による医師間の引継ぎへと急速にシフトしている。この変化は、情報伝達エラーを引き起こしやすい患者安全上のリスクを内包しており、海外では引継ぎ教育プログラムの導入により有害事象が抑制された事例も報告されている。一方で、日本における医師の引継ぎ実態やその質についての包括的な調査は乏しい。
本研究は、特に 24 時間の対応が必要とされる循環器領域働き方改革後の医師の引継ぎの現状を明らかにし、医師間・他職種間における情報共有の課題を抽出することで、今後の医療安全体制の質的向上を検討することを目的とする。

B．研究方法

日本心臓病学会正会員（医師）を対象に、Web アンケート調査を実施した。調査期間は 2024 年 7 月 17 日から 8 月 5 日までで、対象は登録メールアドレスを有する 5,093 名のうち、回答数は 625 件（回答率 12.3%）であった。調査項目には、勤務時間の変化、引継ぎの実施状況、情報共有の満足度、ICT ツールの活用状況などを含めた。

また追加で 2025 年 3 月 3 日から 4 日まで アンケート調査会社による循環器病患者パネルによる引継ぎ調査を実施した。特に引継ぎに関しては医療者間の情報引継ぎ（医師が交代する、他院に紹介されるなど）に自ら参加するかどうかについて 4 段階（強くそう思う～全くそう思わない）にて評価を行った。

（倫理面への配慮）

調査は匿名で実施され、個人情報の特定が不可能な形式で回答を収集した。研究計画は聖路加国際病院の倫理審査を経て承認されており（整理番号 24-R061）、研究目的、方法、個人情報保護方針は調査冒頭で明示した上で、回答者の自由意思による同意を得た。

C．研究結果

医師間の引継ぎは多くの施設で日常的に実施されており、そのうち約 20%の医師が情報の不足を実感していた。一方で、引継ぎの重要度については他の課題と比べて優先順位が低いと感じている医師も多く、現場の認識には差が見られた。また、引継ぎ支援ツール（I-PASS 等）の使用は限定的であり、導入や定着には至っていないケースが大半であった。

また循環器病患者パネルからの結果では医療者間の情報引継ぎ（医師が交代する、他院に紹介されるなど）に自ら参加するという患者は 341(67.9%)であった。

D．考察

本調査により、働き方改革による医師の勤務時間短縮は一定の進捗を見せている一方で、引継ぎの体制整備は現場の工夫に依存していることが明らかとなった。医師間のみならず多職種との情報共有が求められる中で、標準化された引継ぎモデルや教育プログラムの導入が重要となる。特に、I-PASS などの既存の国際的ツールの導入可能性や、日本の医療現場に適応したカスタマイズの検討が今後の課題である。

また循環器病患者の引継ぎへの参加率は比較的高いと考えられたが、実際にどのような安全面での利点があったかなどについてさらなる検討が必要である。

E．結論

医師の働き方改革に伴い、勤務時間帯間の引継ぎは今後ますます重要性を増す。医療安全の観点からは、医師間および多職種間の引継ぎの質を高めるための体制整備と教育ツールの普及が不可欠である。本研究の知見は、質の高い医療提供の継続と、患者自身が参加する安全の確保に向けた政策提言の基礎資料となることが期待される。

F．研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

水野篤　働き方改革後の医師の申し送りに関する実態調査 -日本心臓病学会会員を対象としたアンケート分析：医療安全と患者安全の視点から- 第 11 回日本医療安全学会学術総会

G． 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間
引継ぎ体制の整備に資する研究

分担研究報告書

病院総合診療医における引き継ぎ体制の現状と工夫

研究分担者　小坂　鎮太郎　都立広尾病院　病院総合診療科
公益社団法人 地域医療振興協会地域医療研究所　研究員

研究要旨
日本の医療現場では、2024 年度から本格化した「医師の働き方改革」に伴い、労働時間の制限や夜間・休日勤務の適正化が求められている。これにより、夜間・休日の診療継続において診療の質と患者安全を維持するための「引き継ぎ（Handoff）」が以前にも増して重要なプロセスとなっている。特に、複雑な病態の入院患者を継続的に診療する病院総合診療医（日本版 hospitalist）においては、診療の質と安全性を維持しつつ、時間帯をまたぐ業務交代を円滑に行う必要がある。しかし、日本における総合診療領域での handoff 実践の実態は十分に明らかとなっていない。
全国の急性期病院に所属する病院総合診療医を対象に、勤務時間帯をまたぐ引き継ぎ体制の実態およびその工夫を明らかにし、今後の質向上への示唆を得ることを目的とした。
そこで、病院総合診療科を有する 20 施設を対象に、半構造化 Web アンケートを実施した。主な調査項目は、夜間・休日診療体制、引き継ぎ方法、フォーマット、申し送り基準、効率化の工夫である。結果として、引き継ぎ方法(カルテ記載 70%、口頭 10%、ICT 併用（Slack, Teams など）90%)、フォーマット使用(I-PASS35%、決まった形式なし 50%)、申し送り基準の明文化(明確な基準なし 50%)、効率化の工夫(カルテテンプレート 30%、FileMaker 活用 10%、AI 活用 5%)であった、日本の病院総合診療医における引き継ぎ体制は、90%近くで実施されているが、標準化が十分でない。ICT 活用やテンプレートによる効率化の工夫が進んでいる実態が明らかとなった。
今後は、I-PASS などの標準化プロトコル導入、引き継ぎ基準の明確化、AI 活用の推進と教育体制の整備が、働き方改革時代における安全で持続可能な診療体制構築に寄与すると考えられる。
【キーワード】病院総合診療医、引き継ぎ、I-PASS、申し送り基準、ICT 活用

A．研究目的

（背景）日本の医療現場では、2024 年度から本格化した「医師の働き方改革」に伴い、労働時間の制限や夜間・休日勤務の適正化が求められている。これにより、医師間での患者引き継ぎ（handoff）が以前にも増して重要なプロセスとなっている。特に、複雑な病態の入院患者を継続的に診療する病院総合診療医（日本版 hospitalist）においては、診療の質と安全性を維持しつつ、時間帯をまたぐ業務交代を円滑に行う必要がある。米国では、handoff に関して I-PASS（Illness severity, Patient summary, Action list, Situation awareness and contingency planning, Synthesis by receiver）といった標準化ツールの導入が推奨されており、その有効性も示されている（Starmer AJ, 2014）。加えて、引き継ぎのためのアプリケーションの活

用などが進んでいる。しかし、日本における総合診療領域での引き継ぎの方法や内容についての実態は十分に明らかとなっていない。

（目的）そこで本研究課題では、日本の急性期病院に勤務する病院総合診療医における「勤務時間帯間引き継ぎ体制」および「引き継ぎの工夫（形式・内容・使用ツールなど）」の実態を把握し、引き継ぎの質向上に向けた課題と取り組みを明らかにすることを目的とする。

＜各年度の目標＞本研究は１年間で実施する：研究１年目には、①既存の様々な急性期病院における病院総合診療医の引き継ぎの実態を調査する、②同定された引き継ぎの方法や実態から効率的な良い方法を共有する、③可能であれば全国調査を行い日本全体の病院総合診療医での効率的な引き継ぎ方法を検討する。

Ｂ．研究方法

対象施設：全国の病院総合診療科を有する急性期病院 24 施設

調査方法：半構造化アンケート調査（資料.1）をメールにて配布し、Web フォームで回収

主な項目：・夜間・休日の診療体制

・引き継ぎ方法（口頭・電子カルテ・Teams/Line/Slack など）

・引き継ぎフォーマット（I-PASS、SAFER-signout、など）

・「どのような患者を申し送るかという基準」の有無

・申し送りの記載をする手間を省く効率的な方法(セット展開、AI 活用など)

（倫理面への配慮）本研究は診療現場における業務体制の実態調査であり、個人情報や患者情報は取得しない。施設名を匿名化し、調査参加は任意とし、調査開始時に目的と利用範囲を提示した。

Ｃ．研究結果

回答施設数：20 施設

夜間・休日の診療体制：

完全主治医制:0 施設、当直医対応制（診療科が異なるチームの医師が当直で対応する）：16 施設(66%)、チーム対応制（チームの誰かが当直やオンコールに必ずいる）：8 施設(33%)

・引き継ぎ方法（口頭・カルテ・Microsoft Teams/Line/Slack など）：

口頭(2 施設)、カルテ記載（20 施設)、Microsoft Teams(6 施設)/Line(8 施設)/Slack(4 施設)/FileMaker(2 施設)/Join(1 施設)/Elgana(1 施設)、申し送りを行なっていない(2 施設)

・引き継ぎフォーマットの有無（I-PASS、SAFER-signout、など）：

I-PASS(8 施設)、独自のフォーム(2 施設)、決まったフォームなし(12 施設)

・「どのような患者を申し送るかという基準」の有無：

重症だと考えられる患者(4 施設)、対応を要すると考えられる患者(8 施設)、明確な決まりはない(12 施設)

・申し送りの記載をする手間を省く効率的な方法(セット展開、AI 活用など)：

電子カルテ内のテンプレート(10 施設)、File Maker による別システム(2 施設)、AI による入力補助(1 施設)

Ｄ．考察

今回の調査により、日本の病院総合診療科における勤務時間帯をまたぐ引き継ぎ（Handoff）体制は、各施設ごとに異なる運用がされており、標準化や効率化において発展途上の段階にあることが明らかとなった。

1. 夜間・休日診療体制の多様性と課題

回答施設の 66%が「当直医対応制」であったのに対し、自チーム内での継続性あるチ

ーム対応制は 33%にとどまった。病棟患者の病状把握や診療継続性の観点からは、hospitalist 型の「チームによる責任共有体制」が望まれるが、現場では人員配置の制約や制度上の壁から十分に普及していないと推察され、日本においては他の診療科の医師と協働して対応できる情報共有体制が重要な可能性が高いと考える。

2. 情報共有手段の多様化と技術的進展

引き継ぎは 92%の施設で実施されており、その方法としては、カルテ記載（82%）が最多であったが、Slack や Teams などのコミュニケーションツールの併用もほぼ全ての施設で見られた。これは COVID-19 以降の非対面コミュニケーションの常態化や、医師間の即時性・柔軟性の高い連携ニーズを反映したものと考えられる。一方で、引き継ぎを「行っていない」施設が 8%存在することは、患者安全の観点からも改善が必要な課題であると考えられる。

3. 引き継ぎフォーマットと判断基準の未整備

I-PASS 等の標準化されたフォーマットの導入率は 33%（8/24 施設）に留まっており、半数の施設では決まった様式すらない。また、「どの患者を申し送るか」という基準の明確化がされていない施設が半数（12/24 施設）を占め、引き継ぎの質が担当者の経験や主観に依存している実態が浮き彫りとなった。これは、ヒューマンエラーや連携不全の温床となりうることから、より大きな規模で実態調査の上で標準的な申し送り基準およびフォーマットの普及が望まれると考える。

4. 効率化への取り組みと課題

申し送りの手間削減として、電子カルテ内テンプレート（42%）や TXP-Medical 社の FileMaker を活用したシステム(Next-Stage ER による I-PASS 表示の患者リスト共有： https://txpmedical.jp/service/next-stage-er/)の利用(8%)、 AI Born 社の AI 自動要約システム(Katanashi による診療記録音声からの I-PASS 要約作成： https://service.katanashi.jp/)の活用（4%）もあったが、いずれも一部に限られていた。AI の活用により自動要約・推奨項目表示等が可能となれば、引き継ぎの質と効率の両立が可能であるが、その導入にはコスト・セキュリティ・運用教育といった課題も残る。現実的にはテンプレートなどの電子カルテ内のセット展開を普及させることなど好事例施設の方法を共有することが第一歩となる。AI や FileMaker を活用したシステムについては、その費用対効果検証が行われ、普及のための検証が今後求められる。

E．結論

本調査により、日本の病院総合診療医における勤務時間帯間の患者引き継ぎ体制は 90%近くで実施されており、診療継続性・安全性の確保において一定の工夫がされていることが明らかとなったが、未整備な点も残されているとわかった。特に、引き継ぎフォーマットの標準化不足（50%以上が非定型）、申し送り基準の曖昧さ（半数が明文化なし）といった課題が浮き彫りとなった。一方で、電子カルテ連携や ICT（Slack・Teams など）を活用した情報共有や、AI 補助の萌芽的も見られ、今後の改善に向けたポテンシャルも確認された。今後は、I-PASS 等のエビデンスに基づく引き継ぎプロトコルの導入と、効率性と質の両立を目指した ICT・AI の積極活用、そして申し送り基準の明確化と教育体制の整備が必要であると考える。

F．研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G． 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

資料.1 申し送り実施状況の調査票

日常診療における患者申し送り(Hand-off)の実施状況について

医師の働き方改革に伴い、診療のチームケアへの移行状況の調査と合わせて医師の患者申し送り*J cpf/qhh-の状況調査のために以下のアンケートにご回答いただきたく連絡させていただきました。ご回答のほどよろしくお願いいたします。

1. あなたの施設では夜間・休日の診療体制は以下のどれでしょうか？
□ 完全主治医制（オンコール対応）
□ 当直医対応制（診療科など異なるチームの医師が当直で対応する）
□ チーム対応制（チームの誰かが当直やオンコールに必ずいる）

2. 夜間・休日を迎えるにあたり、患者についての診療情報の申し送りをカルテなどで行っていますか？行っている場合はその方法(カルテ記載、Teams、Slack、LINE Works、など)も教えてください。

3. 患者申し送りの際に、I-PASSやSAFER-sign outなど、チームで具体的に決めたフォーマットはありますか？ある場合はその内容を教えてください。

4. どのような患者を申し送るか？というルールがチームで決まっていますか？ある場合はその内容を教えてください。

5. 申し送りの記載をする手間を省く効率的な方法(セット展開、AI活用など)を使用していますか？ある場合はその内容を教えてください。

日常診療における患者申し送り(Hand-off)の実施状況について

お世話になっています。医師の働き方改革に伴い、診療のチームケアへの移行状況の調査と合わせて医師の患者申し送り(Hand-off)の状況調査を厚生労働省の科学研究班で企画しています。全国調査前のプレテストとして以下のアンケートにご回答いただきたく連絡させていただきました。3分程度で回答可能だと思います。お忙しいところすいませんがよろしくお願いいたします。

アカウントを切り替える

共有なし

* 必須の質問です

あなたの所属施設を教えてください。 *

回答を入力

あなたの施設では夜間・休日の診療体制は以下のどれでしょうか？ *

- [ ] 完全主治医制（オンコール対応）
- [ ] 当直医対応制（診療科など異なるチームの医師が当直で対応する）
- [ ] チーム対応制（チームの誰かが当直やオンコールに必ずいる）

夜間・休日を迎えるにあたり、患者についての診療情報の申し送りをカルテなど *で行っていますか？行っている場合はその方法(カルテ記載、Teams、Slack、LINE Works、など)も教えてください。

回答を入力

編集権限をリクエスト

患者申し送りの際に、I-PASSやSAFER-signoutなど、チームで具体的に決めたフォーマットはありますか？ある場合はその内容を教えてください。 *

回答を入力

どのような患者を申し送るか？というルールがチームで決まっていますか？ある場合はその内容を教えてください。 *

回答を入力

申し送りの記載をする手間を省く効率的な方法(セット展開、AI活用など)を使用していますか？ある場合はその内容を教えてください。 *

回答を入力

送信

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。 - 利用規約 - プライバシー ポリシー

このフォームが不審だと思われる場合 報告

Google フォーム

編集権限をリクエスト

別紙４

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
	該当なし						

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
	該当なし				

令和７年３月３１日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　　国立保健医療科学院

所属研究機関長　職　名　　院長

氏　名　曽根　智史

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間引継ぎ体制の整備に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　医療・福祉サービス研究部・上席主任研究官

（氏名・フリガナ）　種田　憲一郎・タネダ　ケンイチロウ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

【25公大医研第56号】
令和　7年　4月　15日

厚生労働大臣　　殿

機関名　　公立大学法人大阪

所属研究機関長　職　名　　理事長

氏　名　福島 伸一

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　　医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための 医師の勤務時間帯間引継ぎ体制の整備に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　　医学研究科 医療の質・安全管理学・准教授

（氏名・フリガナ）　　山口悦子（中上悦子)・ヤマグチエツコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	大阪公立大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和７年５月１２日

厚生労働大臣　　殿

機関名　聖路加国際大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　堀内　成子

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間引継ぎ体制の整備に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　聖路加国際病院　循環器内科・医幹

（氏名・フリガナ）　水野　篤・ミズノ　アツシ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	聖路加国際大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和７年４月１８日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　　横浜市立大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　　石川　義弘

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　　医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間引継ぎ体制の整備に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　　附属病院　医療の質･安全管理部　・　准教授

（氏名・フリガナ）　　菊地 龍明　・　キクチ タツアキ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和７年４月１７日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　　横浜市立大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　　石川　義弘

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　　医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間引継ぎ体制の整備に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　　医学部医療情報学 ・ 講師

（氏名・フリガナ）　　西井　鉄平 ・ ニシイ　テッペイ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年　4月　11日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿~~
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 公益社団法人地域医療振興協会
（地域医療研究所）
所属研究機関長　職　名 理事長

氏　名　吉新　通康

次の職員の(元号)　令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間引継ぎ体制の整備に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）地域医療研究所・研究員

（氏名・フリガナ）小坂　鎮太郎・コサカ　シンタロウ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無 有　無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □(無の場合はその理由:
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □(無の場合は委託先機関:
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □(無の場合はその理由:
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和　7年　4月　18日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　公益財団法人田附興風会

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　稲垣　暢也

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　医療安全的観点からの、医師の働き方改革に対応するための医師の勤務時間帯間引継ぎ体制の整備に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医学研究所北野病院 保健・健康研究部　・　部長

（氏名・フリガナ）寺井　美峰子　・　テライ　ミネコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。