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