

【資料】

周術期患者の引き継ぎを組織化する Hand-over Process の文献検討

横 山 奈 未^{*1}, 越 道 香 織^{*2}, 清 田 友 貴^{*3}, 岡 田 淳 子^{*4}

【要 旨】

Hand-over Process 標準化のための要素を明らかにすることを目的とした。AORN の Hand-over Process の引用文献を精読し、要素を整理、分析した。Hand-over Process 標準化の要素は、実施チーム全員の Handover への参加、情報とケアの移行が必要なフェーズで Handover を中断しない環境の整備、ツールの活用であった。本邦の周術期患者の引き継ぎと Hand-over Process との相違性を検討したところ、両者には医療体制の違いがあると考えられた。しかし、効果的なコミュニケーションを促進するために、環境の整備やツールの活用は参考にするべき要素であった。本邦で患者の引き継ぎの質を向上させるためには、看護師間の引き継ぎに主眼を置いた Hand-over Process の構築が必要である。

【キーワード】 患者の引き継ぎ, Hand-over Process, 周術期看護

第Ⅰ章 序 論

周術期には外来、病棟、手術室の看護師が患者のケアを行うため、看護の場所が変わる度に患者の引き継ぎが必要となる。特に手術中のポジショニングによる神経損傷や皮膚損傷の評価は術後数時間以上を経過してから発症する可能性があるため、手術看護師は手術看護の評価を病棟看護師に依頼する必要がある。しかし、手術直後の患者への主たる対応は、呼吸や循環管理、嘔気や疼痛といった苦痛な症状や容態の急変で（仙頭、2017）、神経損傷や皮膚損傷といった二次障害の評価は十分とはいえない。このような懸念を抱く施設では、各部署の看護の理解を深めるために、病棟看護師の手術室での研修、手術看護師による病棟での術後の見学などが行われてきた（角掛、三上、神谷、2016；対馬、金木、2013）。また、大島、塚原（2018）は、手術看護師が術後患者を病棟へ搬送すること、上原、藤澤、岸田、田宮（2019）は、病棟看護師が手術室内で手術終了後のケアに参加することを試み、いずれも患者の状態を両者が共有できるメリットを明らかにした。これらのように、術後患者の引き継ぎで共有する患者情報が病棟看護師と手術看護師の間で乖離しない取り組みが開始されている。しかし、周術期の看護師間の

引き継ぎ方法の改善は各施設の取り組みであり、標準化された患者の引き継ぎは確立されていない。

一方、アメリカの周術期看護師協会（Association of periOperative Registered Nurses; AORN）によると、患者の引き継ぎを Handover もしくは Handoff といい、患者の引き継ぎを組織的に実践することで、情報の漏れやタスクミスが減少したと言われている（Møller, Madsen, Fuhrmann, Østergaard, 2013）。AORN は、複数の推奨事項を組み込んだ Hand-over Process によって Handover を実践することを示している。そこで、AORN の Hand-over Process の概要を捉え、Hand-over Process が成立するための根拠文献から標準化のための要素を明らかにする。そして、本邦の周術期における患者の引き継ぎと Hand-over Process との類似性や相違性を検討する。

第Ⅱ章 方 法

1. 用語の定義

看護学大事典で、申し送りとした記載に「患者の移動に伴い看護を受ける場所が変わる場合に、次の勤務者に患者の状況や正しい情報を伝達すること」と説明されている（小笠原、2010）。また、日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会（2011）は、

* 1 日本赤十字広島看護大学

* 2 県立三次看護専門学校

* 3 広島ハートセンター

* 4 県立広島大学保健福祉学部

継続看護について、「看護の対象となる人々の療養生活における昨日、今日、明日といった継続性と、療養の場の移動や健康状態の変化にかかわらず、責任をもって、一貫した看護が提供されるという看護の質的な継続性を意味している。」と説明している。これらを参考に、「患者の引き継ぎ」とは、周術期に手術看護師と病棟看護師の間で行われる患者の診療補助および療養生活上の継続看護に必要な情報を、ケアの担当者から次のケアの担当者に伝達することとする。

2. 研究方法

AORN が示す Guidelines for Perioperative Practice 2020 Edition の Guideline for Team Communication (Fearon, Spruce, Conner, Wood, 2018) を和訳し、その一部を構成している Hand-over Process の位置づけを要約した。Hand-over Process で引用されている文献は40件で、エビデンスレベル I A・I B・II A・II B とされる 9 件中、原論文が入手可能な 7 件を根拠文献とし分析対象とした。対象文献から Hand-over Process の効果を証明している内容を抽出し、標準化のための要素を整理した。その際は、急性期看護に精通した複数の研究者と臨床看護師で検討を行い、真実性の確保に努めた。倫理的配慮として著作権を尊重し、原論文に忠実なデータ抽出に努めた。

第Ⅲ章 結 果

1. Guideline for Team Communication および Hand-over Process の概要

Guideline for Team Communication (Fearon et al., 2018) は、周術期におけるコミュニケーション不全が患者に悪影響を及ぼす要因であることがエビデンスの積み重ねによって証明されていた。そして、患者の手術計画を理解するために、Guideline for Team Communication は、周術期チームメンバー間で行動や思考の基準になるメンタルモデルを共有し効果的なコミュニケーションが重要であることを前提とした指針であった。この指針は、Hand-over Process の他、ブリーフィング、手術部位のマーキ

ング、タイムアウト、デブリーフィング等を組み込んだ安全な文化を強調していた。Guideline for Team Communication は、Ovid MEDLINE, EBSCO CINAHL, Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews のデータベースで2011年から2017年4月までに発表された文献を基に作成された。検索語は、operating rooms, communication, patient handoff, clinical protocols, intraoperative complications, interdisciplinary communication など（表1）、収集した論文の信頼性は、AORN Evidence Rating Model を用いてエビデンスレベルが保証されていた。

The Certified Perioperative Nurse (CNOR), Doctor of Nursing Practice (DNP), Doctor of Philosophy (PhD), Medical Doctor (MD) などによる学際的なチームで開発された Guideline for Team Communication の1つとして、Hand-over Process は公表されていた。その中で、複数の根拠文献によって患者の引き継ぎすなわち Handover は「一時的または永続的に、ある患者またはそのグループに対するケアの一部または全部の側面について、専門家としての責任と説明責任を移すこと」と説明されていた。Hand-over Process は、Handover 実施チームを構成し、Handover 前に環境を調整すること、Handover の会話の内容を限定し中断しないこと、標準化されたツールを活用すること、Handover のデザインにすべての引き継ぎのフェーズと場所を含めること等を推奨事項として示していた（表2）。

2. Hand-over Process 標準化のための要素

7 文献から Hand-over Process 標準化のための要素として4点が見出された。Hand-over Process 実施チームの構成、フェーズや場所の特定、環境の調整といった3要素とそれらを組み合わせたプロトコル等をツールとして活用する1要素により、術後の情報漏れやタスクエラーの減少という結果を導いていた（Craig, Moxey, Young, Spenceley & Davidcon, 2012; Joy et al., 2011; Nagpal et al., 2013）（表3）。

1) Hand-over Process 実施チームの構成

Hand-over Processの実施者は、送り手が手術チー

表1 Guideline for Team Communication (Fearon, Spruce, Conner, Wood, 2018) の検索語

| 検索語 |
|--|
| operating rooms, communication, patient handoff, clinical protocols, intraoperative complications, interdisciplinary communication, handoff (patient safety), Universal Protocol, time-out, briefings, debriefings, passive, assertive, sentinel event, never event, TeamSTEPPS, system reliability, misinformation, miscommunication, process improvement |

表2 Hand-over Process (Fearon, Spruce, Conner, Wood, 2018) の推奨事項

| 推奨事項 |
|------------------------------------|
| ① 学際的なチームで Hand-over Process を開発する |
| ② Hand-over を患者の状態によって個別化する |
| ③ Hand-over 前に環境を調整する |
| ④ Hand-over の会話の内容を限定し中断しない |
| ⑤ 裏付けとなる資料を用いて Hand-over を実施する |
| ⑥ Hand-over の参加者から意見や質問を聴く機会をつくる |
| ⑦ チームメンバーの役割と責任を分担する |
| ⑧ 情報を伝える際に復唱を用いる |
| ⑨ 標準化されたツールを活用する |
| ⑩ デザインにすべてのフェーズと場所を含める |
| ⑪ Hand-over の重要項目はメンバー、患者、施設により異なる |

ムの麻酔科医や外科医で、受け手は周麻酔期ケアユニット (postanesthesia care unit; PACU) 看護師もしくは集中治療室 (intensive care unit; ICU) 看護師であった (de Vries et al., 2010; Joy et al., 2011; Nagpal et al., 2013; Salzwedel et al., 2013)。Craig et al. (2012) は、患者を引き継ぐ送り手の順番を麻酔科医、手術看護師、心臓血管外科医の順に示しており、手術看護師も Hand-over Process における送り手の一員であった。また、患者が移送先に入室する前には心臓麻酔科医、心臓外科医、小児集中治療室 (pediatric intensive care unit; PICU) 看護師、患者ケアをサポートする他の PICU 看護師が実施チームの Handover に同席していた (Craig et al., 2012)。特に、外科医が Hand-over Process に同席することにより、患者の手術情報の情報漏れが Hand-over Process 1 回あたり 4.2 回から 0.8 回に有意に減少したことが記されていた (Nagpal et al., 2013)。McElroy et al. (2015) の調査では、若手外科医や麻酔科研修医が参加しない Handover 後の術後指示は一部のメンバーの意見によるものであったと報告されている。これらのことから、術後患者の状態変化への対応のためには、手術チームのメンバーと術後の患者を引き受ける看護師ら全員が参加し、患者に潜在するリスクや合併症に関するコミュニケーションを増やすべきだと主張している。そして、Salzwedel et al. (2013) は、引き継ぎの受け手の看護師が確実に情報を理解できるわけではないと忠告している。知識や経験、専門性の異なる手術チームにより術直後のケアを実践するためには、専門職間で先見的に助言する効果的な Hand-over Process を実践する必要があると強調していた。

2) フェーズと場所の特定

de Vries et al. (2010) が開発した外科患者安全システム (The Surgical Patient Safety System

checklist; SURPASS) では、手術前日、手術室への移送前、執刀開始前、手術後の ICU への移送前、ICU から一般病棟への移送前、退院前をフェーズとして、各フェーズで引き継ぎする内容のチェックリストを作成していた。Hand-over Process には、術中から術後にかけてのフェーズに焦点を当てた文献が多く引用されていた (Craig et al., 2012; Joy et al., 2011; McElroy et al., 2015; Nagpal et al., 2013; Salzwedel et al., 2013)。このように、術前から術後にかけて患者のケアの場所が変わるために、情報とケアの移行が必要なフェーズで Handover は実践されていた。

術後は、PACU、PICU、小児開心術心臓病の患者が入院する心臓疾患集中治療室 (cardiac intensive care unit; CICU)、ICU といったケアユニット内で Handover が行われており、そのうち PICU と CICU では、ケアユニット内の患者のベッドサイドで実践されていた (Craig et al., 2012; Joy et al., 2011; McElroy et al., 2015; Salzwedel et al., 2013)。

3) 環境の調整

McElroy et al. (2015) は、Handover の観察を行い、手術チームがケアユニットに患者の移送を事前に通知しなかったために、患者に適切な機器を用意できないなど、ケアに対する準備不足を招いたことを報告している。また、Nagpal et al. (2013) と Craig et al. (2012) は、患者の引き継ぎが中断すること、引き継ぎを担当するスタッフの注意が散漫になることが患者の情報漏れに繋がるとして、新しい Handover のプロトコルを開発した。Handover のプロトコルにより、Handover 1 回あたりの情報漏れが 9 件から 3 件に、モニターやアラームがセットアップされないといったタスクエラーが 2.8 件から 0.8 件に減少した (Nagpal et al., 2013)。Craig et al. (2012) の Handover プロトコルでは、Handover 1

回あたりの中断回数が4回から1回に減少していた。具体的には、患者を移送先ユニットに移動した後、①患者の状態が安定するためのタスクを完了する、②移送先のモニターやME機器の設定を完了する、③患者のケアにおける重要なポイントやプランの提案、合併症の可能性について情報の引き継ぎを行うといったプロトコルの順序であった。そして、引き継ぐ当事者の注意が散漫とならないよう環境を整えるために、情報の引き継ぎの間は麻酔科医が患者の状態を観察していた。これらのエビデンスから、Hand-over Processでは、タスクの順序を整備し、引き継ぎを中断されない環境整備を推奨していた。

4) Hand-over Process ツールの活用

Salzwedel et al. (2013) は、術後に麻酔科医が PACU 看護師に引き継ぐ項目をチェックリストに示し、チェックリストの知識のない A 群、チェックリストについて知っているが使用しない B 群、チェックリストを使用する C 群に分け、Handover で実際に伝達された情報量の比較検討を行った。その結果、引き継がれた項目の割合が A 群 31.4%、B 群 32.4%、C 群 48.7% とチェックリストを使用した群で有意に増加した。Joy et al. (2011) は、手術チームから CICU チームへの麻酔情報の引き継ぎのチェックリストを作成し、介入前後で情報漏れとタスクエラーを比較検討した。情報漏れの平均項目数は 6.33 から 2.38 個、タスクエラーの平均回数は 6.24 から 1.52 回に、有意に減少した。また、周術期患者のケアの場所が変わる全過程で、チェックリストを用いた Handover を実践する SURPASS を稼働したことによって、患者の術後合併症発生総数と発生率はともに稼働前より有意に減少した (de Vries et al., 2010)。さらに、コミュニケーションツールとして SBAR を活用することにより、異なる専門職種間のコミュニケーションの正確さと安全風土が有意に改善することが示されていた (Randmaa, Mårtensson, Swenne, Engström, 2014)。引き継ぐ項目を定型化することのできるチェックリストや Hand-over Process の要素を組み合わせたプロトコル、コミュニケーションツールは、Handover の質を改善することが支持されていた。

第IV章 考 察

欧米では、周術期チームメンバー間の効果的なコミュニケーションが重要で、この中で用いる Handover は、ケアの移行に伴い専門家としての責任と説明責任を移すことを意味していることが明らかになった。本邦では、継続看護は責任のある継続性をもった看護の提供という意味が示されている側

面もありながら (日本看護科学学会看護学術用語検討委員会, 2011)、患者の引き継ぎは看護師間の情報伝達に局限した内容で説明されている (小笠原, 2010)。ケアと責任の移行を示す海外の Handover とは異なり、責任の所在には言及されていないことが分かった。米国の医療研究品質機構 (Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ) は医療安全文化調査票に、院内の情報伝達や部署間でのチームワークによる確実な患者の引き継ぎが医療安全において重要なケアであることを示している (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019)。日本医療機能評価機構 (2023) は 2020 年より医療安全文化を可視化するために、AHRQ の医療安全文化調査票を用いて医療施設を支援する取り組みを開始し、2022 年度は 72 施設が参加している。すなわち、患者の引き継ぎは、責任ある継続看護の実践における重要な構成要素であり、かつ、医療安全対策の要となる医療の質と安全性の向上に資するもので、院内での異なる部署間の引き継ぎを充実する取り組みが必要であると考えられる。

Hand-over Process 標準化のための要素は、手術チームのメンバーと術後の患者を引き受ける看護師ら全員による Hand-over Process 実施チームの構成が明らかになった。本邦の全身麻酔件数年間 800 件以上の施設に所属する手術看護管理者 245 名に対する手術看護師の業務調査において、手術室から回復室・病棟・ICU への術後の引き継ぎは、手術看護師の関与が 100% で、麻酔科医師が 35%、外科医師が 16% であった (山本ら, 2023)。Hand-over Process 実施チームの送り手は複数のチームメンバーで構成されていたが、本邦の術後患者の引き継ぎの主たる送り手は看護師であることが推察できる。欧米では、Physician Assistant (PA) や Nurse Practitioner (NP) といった医師の職務を一部担う医療専門職者が周術期チームの一員として機能し (早川, 2011)、看護師間でも知識や経験に格差がある。そのため、チームメンバー全員が引き継ぎに参加し共通認識を図る必要があると考えられる。また、諸外国では術直後の急変や蘇生に備えて 40 分間程度、患者が滞在する PACU が標準的に運営されている。PACU は手術室に隣接し、ICU 同様の看護師配置で、手術を担当した麻酔科医や手術看護師が、ユニットの中で PACU 看護師に引き継ぎを行う体制が整っている。しかし、本邦の PACU 設置率は全国で 16.1% と低く、術後の患者の移送先は一般病棟となる (仙頭, 2017)。そして、海外と比較して本邦の病床あたりの医師数や看護師数は半数以下と少ない (厚生労働省, 2015)

表3 対象文献の研究概要と Hand-over Process 標準化のための要素記載の有無

| No. | 研究者名 筆頭著者の所属 | タイトル | 発表年 | 掲載誌 | 研究目的 | 研究方法 | Hand-over Process 実施チームの構成 | フェーズと場所 の特定 | 研究結果 環境の調整 | Hand-over ツール の活用 |
|-----|---|---|------|---|---|---|--|----------------|---------------|----------------------|
| 1 | De Vries E.N. et al. The Departments of Surgery, Academic Medical Center | Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. | 2010 | The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE. 363(20), 1928-1937. | 開発したSURPASS チェック リストの使用が患者の転帰に 及ぼす影響を、医療水準の高 い医療教育病院および大大学病 院を対象とした多施設共同対 照試験で評価する。 | 包括的で集学的な手術安全 チェックリストの患者転帰に 対する効果を検討した。入院 中に発生した合併症を前向き に記録した。ペースライン期 間の合併症発生率とチェック リスト実施後の合併症発生率 を比較した。 | チェックリストを実施前に観察された患者3760人と、実施後に観察され た患者3820人を比較した。患者100人あたりの合併症総数は27.3(95%CI 25.9~28.7) から16.7 (95%CI 15.6~17.9) に減少し、絶対リスクは10.6 (95%CI 8.7~12.4) 減少した。潜在的交絡因子を調整した場合も有意で あった。 | ○ | ○ | ○ |
| 2 | Joy B.F. et al. The Division of Pediatric Critical Care, Northwestern University. | Standardized multidisciplinary protocol improves handover of cardiac surgery patients to the intensive care unit. | 2011 | Pediatric Critical Care Medicine. 12(3), 304-308. | 標準化された引き継ぎプロト コルの作成と実施によって、 小児心臓手術後の手術室から ICUへの患者移送時に起きる エラーの数が減るかどうかを 特定する。 | CICU 入室に関連したチェッ クリストを作成した。患者入 室前に機器やスタッフの有無 を確認し、口頭で引き継いだ 情報の内容を追跡した。 | テクニカルエラー (例えば、機器が動作しない、引き継ぎが中断するなど) の平均数は、6.24 (95% 信頼区間 [CI] 5.57-6.91) から1.52 (95%CI 1.01- 2.02 ; p<0.001) に減少した。情報脱落の平均数は、6.33 (95%CI 5.57-7.10) から2.38 (95%CI 1.74-3.01 ; p<0.001) へ減少した。 | ○ | ○ | ○ |
| 3 | Craig R. et al. Department of Psychology, University of Glasgow | Strengthening handover communication in pediatric cardiac intensive care. | 2012 | Pediatric Anesthesia. 22(4), 393-399. | PICUにおいて、手術室から 術後の心臓病態患者を移送す る際に、標準化された患者の引 き継ぎ手順を導入することの 効果を検討する。 | 患者の引き継ぎ手順を、医療 スタッフとのワークショッ プから導き出した。引き継ぎ手 順は、患者の準備、引き継ぎ 前の準備、情報の引き継ぎで あった。 | 介入前の群で21回、介入後の群で22回の患者の引き継ぎを観察した。 引き継ぎの点数は、患者の準備、引き継ぎ前の準備、情報の引き継ぎ、 観察者評価で有意な改善がみられた。 | ○ | ○ | ○ |
| 4 | Nagpal K. et al. Centre for Patient Safety and Service Quality, Department of Biosurgery and Surgical Technology | Improving postoperative handover: a prospective observational study. | 2013 | The American Journal of Surgery, 206(4), 494-501. | 大手術を受ける患者の引き継 ぎの質を改善するために、簡 単で訓練しやすい、新しい患 者の引き継ぎのプロトコルを 開発する。 | ロンドンの急性期医療教育病 院のPACUで、引き継ぎの 質評価ツールを用いて、大血 管手術ならびに大消化管手術 後の引き継ぎを直接観察し た。新しい引き継ぎのプロト コルの導入前50例と導入後40 例を比較した。 | 引き継ぎ1回あたりの情報漏れが9件から3件、タスクエラーが28件 から08件に有意に減少した。チームワークは中央値が3から4、看護 師の満足度スコアは中央値が4から5に有意に改善した。引き継ぎ時 間は、中央値8から7分に短縮された。 | ○ | ○ | ○ |
| 5 | Salzwedel C. et al. Clinic and Policlinic of Anaesthesiology, University Hospital Hamburg-Eppendorf | The effect of a checklist on the quality of post- anaesthesia patient handover: a randomized controlled trial. | 2013 | International Journal for Quality in Health Care, 25(2), 176-181. | 麻酔科医とPACU看護師間の 引き継ぎのための術後チェッ クリストが、PACUでの患者 の引き継ぎ中の情報伝達量を 増加させるという仮説の検証 を行う。 | A 群をチェックリスト実施 前、チェックリスト実施後に チェックリストを使用しない B 群、使用するC 群に40件ず つ無作為に割り付けし、ビデ オ録画し分析した。 | A・B 群に比べてC 群は、引き継がれた項目の全項目中の割合が有意 に増加した (p<.001) | ○ | ○ | ○ |
| 6 | Randmaa M. et al. Faculty of Health and Occupational Studies, University of Gävle | SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. | 2014 | BMJ Open. 4(1): e004268. | 麻酔クリニックにおけるコ ミュニケーションツールの1 つであるSBAR導入前後の、 職種内および職種間の安全に 対する態度および心理的エン パワーメントに関するスタッ フの認識について調査する。 | SBARを導入した介入群と比 較群を対象とし、ペースライ ン時と介入後6か月時にアン ケートの実施、実施前後の1 年間で2つの病院におけるイ ンシデントレポートの割合を 調査した。 | 介入群では「グループ間のコミュニケーションの正確さ」と「安全風土」 が統計学的に有意に改善した。コミュニケーションエラーによるイン シデントレポートの割合は、介入群で31%から11%に著しく減少した。 | ○ | ○ | ○ |
| 7 | McElroy L.M. et al. Center for Healthcare Studies and Center for Education in Health Sciences | Operating Room to Intensive Care Unit Handoffs and the Risks of Patient Harm. | 2015 | Surgery. 158(3), 588-594. | 手術室からICUへの患者の引 き継ぎに関わるシステムとブ ロセスのFMECA (米国国防 総省が開発したリスク評価手 法) の結果を報告する。 | 3次救急病院において、死亡 ドナー肝移植患者の手術室か らICUへの患者引き継ぎブ ロセスのFMECAを実施し た。 | 手術室からICUへの引き継ぎプロセスでは、37の主要なステップが確 認され、22ステップでRPN>300の重大と思われる失敗があった。 | ○ | ○ | ○ |

ため、周術期のチームメンバーが同席する Handover は、すべての術後患者では実践されていないことが推測できる。

周術期は患者の急変対応や医療機器の使用も多く煩雑になりやすい状況にあり、Handover が中断されやすい。そのため、Hand-over Process では、送り手と受け手の集中力を維持するように環境を調整する必要があることが明らかになった。日本医療機能評価機構医療事故情報収集等事業が収集する事故事例報告書では、患者の引き継ぎが原因となり、術後患者の状態の悪化 (2022) や薬剤の重複投与 (2020)、手術体位の二次障害への対応の遅れ (2021)、連続的なミス (2015, 2016) 等が発生していることが報告されている。これらの対策として、「情報共有を行う」「引き継ぎの当事者が一緒に実物を見ながら申し送る」「書面を用いて引き継ぎを行う」が挙げられ、送り手と受け手のコミュニケーションを強化する内容であった。田中ら (2019) は、一般病棟におけるベッドサイドでの患者の引き継ぎにより、正確な患者の状態の把握、余裕を持った観察やケアの提供が可能になると看護師の認識を明らかにしている。手術室で引き継ぎを行う場合、複数の病棟看護師が病棟での用務を調整し引き継ぎに参加する必要がある。Hand-over Process をユニットのベッドサイドで行っているように (Craig et al., 2012; Joy et al., 2011; McElroy et al., 2015; Salzwedel et al., 2013)、患者の引き継ぎの場所を病棟のベッドサイドに固定すれば、医療者間のメンタルモデルは共有でき、安全を担保できる可能性は高い。ただし、その場合は、患者の状態に合わせた倫理的な配慮が重要である。また、コミュニケーションツールである SBAR は、Hand-over Process のツールの一つであり (Randmaa et al., 2014)、日本でもよく活用されている (新里, 金谷, 伊藤, 高瀬, 2016; 田中, 田中, 長谷川, 2020)。環境の整備とツールの活用の両側面から効果的なコミュニケーションを促進する必要があると考えられる。

Hand-over Process 標準化のための要素を組み合わせたチェックリストやプロトコルのツールとしての活用が明らかになった。しかし、チェックリストやプロトコルは主に医学研究者による研究を基に作成されており、看護師の役割と責任に言及していなかった。本邦で患者の引き継ぎに活用するツールを作成する場合、看護師の専門性を明らかにして、看護師間の引き継ぎに主眼を置く必要があると考えられる。Hand-over Process では、使用する人が順守できるツールで、受け手の看護師が理解できる情報

共有が必要であると示唆されており (Salzwedel et al., 2013)、日本独自の医療体制に合った術後患者の Hand-over Process を特定し、プロトコルの開発が求められる。

本研究は、AORN の Hand-over Process の根拠となった 7 件の論文を基に検討を行った。今後は、AORN が示す Guideline for Team Communication 開発以降の Handover に関連する国内外の文献を網羅した知見の集約が必要である。

第V章 結 論

AORN の Hand-over Process で Handover を「ケアの一部または全部の側面について、専門家としての責任と説明責任を移すこと」と説明していた。Handover の質を改善するために Hand-over Process の標準化が重要で、その要素は、送り手と受け手の全員が Handover に参加すること、情報とケアの移行が必要なフェーズで、引き継ぎを中断されない環境を整備すること、ツールを活用することであった。海外と本邦では医療体制に違いがあるが、AORN の Hand-over Process を参考にするべき点は多く、本邦では看護師間の引き継ぎに主眼を置いたプロトコルの開発が求められる。

引用文献

- Agency for Healthcare Research and Quality (2019). Hospital Survey on Patient Safety (Version 2.0). <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/SOPS-Hospital-Survey-2.0-5-26-2021.pdf> [2023/9/24閲覧]
- Craig, R., Moxey, L., Young, D., Spenceley, N.S., & Davidcon, M.G. (2012). Strengthening handover communication in pediatric cardiac intensive care. *Pediatric Anesthesia*, 22(4), 393-399.
- de Vries, E. N., Prins, H. A., Crolla, R. M. P. H., den Outer, A. J., van Andel, G., van Helden, S. H., Schlack, W. S., van Putten, M. A., Gouma, D. J., Dijkgraaf, M. G. W., Smorenburg, S. M., & Boermeester, M. A. (2010). Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*, 363(20), 1928-1937.
- Fearon, M. C., Spruce, L., Conner, R. L., & Wood, A. (2018). Team Communication. Wood, A. (Eds.), *Guidelines for Perioperative Practice 2020 Edition* (pp. 1039-1069). AORN.
- 早川佐知子 (2011). アメリカの病院における医療

- 専門職種の役割分担に関する組織的要因－医師・看護師・Non-Physician Clinicianを中心に－. 海外社会保障研究, 174, 4-15.
- Joy, B. F., Elliott, E., Hardy, C., Sullivan, C., Backer, C. L., & Kane, J. M. (2011). Standardized multidisciplinary protocol improves handover of cardiac surgery patients to the intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 12(3), 304-308.
- 角掛聡子, 三上佳代, 神谷由香里 (2016). 周手術期における連携方法の検討～整形外科病棟看護師・手術室看護師の交換見学を通して～. 盛岡赤十字病院紀要, 25(1), 126-131.
- 厚生労働省 (2015). 諸外国の状況について (医療提供体制と医師の労働時間規制の特徴の整理). <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000349221.pdf> [2023/11/24閲覧]
- McElroy, L. M., Collins, K. M., Koller, F. L., Khorzad, R., Abecassis, M. M., Holl, J. L., & Ladner, D. P. (2015). Operating Room to Intensive Care Unit Handoffs and the Risks of Patient Harm. *Surgery*, 158(3), 588-594.
- Møller, T. P., Madsen, M. D., Fuhrmann, L., Østergaard, D. (2013). Postoperative handover: characteristics and considerations on improvement: a systematic review. *European Journal of Anaesthesiology*, 30(5), 229-242.
- Nagpal, K., Abboudi, M., Manchanda, C., Vats, A., Sevdalis, N., Bicknell, C., Vincent C., & Moorthy, K. (2013). Improving postoperative handover: a prospective observational study. *The American Journal of Surgery*, 206(4), 494-501.
- 日本医療機能評価機構 (2023). 2022年度医療安全文化調査活用支援プログラム【年報】抜粋版. https://www.jq-hyoka.jcqhc.or.jp/wp-content/uploads/2023/08/anzenbunka_2022_anualreport_excerpt.pdf [2024/1/5閲覧]
- 日本医療機能評価機構医療事故情報収集等事業 (2015) 医療事故情報. <https://www.med-safe.jp/mpreport/view/A7BCD4AEA1B8C5517> [2023/9/24閲覧]
- 日本医療機能評価機構医療事故情報収集等事業 (2016) 医療事故情報. <https://www.med-safe.jp/mpreport/view/A6E569A5AAE19267D> [2023/9/24閲覧]
- 日本医療機能評価機構医療事故情報収集等事業 (2020) ヒヤリ・ハット事例. <https://www.med-safe.jp/mpreport/view/HBE5F643D43740EC1> [2023/9/24閲覧]
- 日本医療機能評価機構医療事故情報収集等事業 (2021) 医療事故情報. <https://www.med-safe.jp/mpreport/view/A1844D6AAB29CD7ED> [2023/9/24閲覧]
- 日本医療機能評価機構医療事故情報収集等事業 (2022) 医療事故情報. <https://www.med-safe.jp/mpreport/view/A8B4D1592A87A6922> [2023/9/24閲覧]
- 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 (2011). 継続看護. 看護学を構成する重要な用語集, <https://scientific-nursing-terminology.org/terms/continuing-nursing-care/>
- 新里久美, 金谷映子, 伊藤広高, 高瀬まり (2016). I-SBAR-Cの有効活用を目指した取り組みの評価. 日本看護学会論文集 看護管理, 46, 22-24.
- 小笠原広実 (2010). 申し送り. 和田攻, 南裕子, 小峰光博 (編), 看護大事典第2版 (2817pp), 医学書院.
- 大島由紀, 塚原節子 (2018). 手術室看護師が術後搬送を行うことに対する病棟看護師の認識. 日本看護学会論文集 急性期看護, 48, 124-127.
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open*, 4(1). doi: 10.1136/bmjopen-2013-004268
- Salzwedel, C., Barts, H. J., Kühnelt, I., Appel, D., Haupt, O., Maisch, S., & Schmidt, G. N. (2013). The effect of a checklist on the quality of post-anaesthesia patient handover: a randomized controlled trial. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 176-181.
- 仙頭佳起 (2017). PACU (postanesthesia care unit) で強化する術後管理の三本柱 (安全性, 満足度, 効率化). 日本臨床麻酔学会誌, 37(3), 337-345.
- 田中千賀, 田中房美, 長谷川和貴子 (2020). コミュニケーションツール (SBAR) 導入が医師と看護師間の協働に及ぼす効果. 第50回日本看護学会論文集 看護管理, 239-242.
- 田中美優, 辻村弘美, 金泉志保美, 高橋さつき, 井手段幸樹, 岡美智代 (2019). ベッドサイド申し送りとナースステーション申し送りについての看護師認識. 群馬保健学研究, 40, 28-35.
- 対馬圭子, 金木麻希 (2013). 周手術期看護の連携につながる看護師教育を目指して－病棟看護師の手術室研修を見直す－. 日本手術医学会誌, 34(3), 266-268.
- 上原さゆり, 藤澤美裕紀, 岸田紘子, 田宮麻結 (2019). 病棟看護師の手術終了後における手術室内での申

し送りに対する思い. 日本看護学会論文集 急性
期看護, 49, 218-221.
山本千恵, 徳山薫, 原健太郎, ミルズしげ子, 大崎

健吾, 石橋まゆみ, 井上貴裕 (2023). 手術室にお
ける手術室看護師の業務の実態調査. 日本手術看
護学会誌, 18(2), 243-258.

Literature Review of the Hand-over Process for Organizing Perioperative Patient Handover

Nami YOKOYAMA^{*1}, Kaori KOSHIMICHI^{*2}, Yuki KIYOTA^{*3}, Junko OKADA^{*4}

Abstract:

The purpose of this study was to identify the elements for hand-over process standardization. The elements were organized by reviewing the literature cited in AORN's Hand-over Process. The elements of hand-over process standardization include the participation of the entire implementation team in the handover, creating an environment in which handovers are not interrupted during the transition of information and care, and the utilization of tools. Differences were found when we analyzed discrepancies in the medical system between the AORN Hand-over Process and patient handover in Japan. The issues of creating an environment and utilizing tools to facilitate effective communication should also be addressed. Improving the quality of patient handover in Japan requires establishing a hand-over process focusing on the handover between nurses from the medical safety perspective.

Keywords:

handover, hand-over process, perioperative nursing

* 1 Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing
* 2 Hiroshima Prefectural Miyoshi School of Nursing
* 3 The Department of Cardiovascular Medicine, Hiroshima Heart Center
* 4 Prefectural University of Hiroshima Faculty of Health and Welfare