

科学研究費助成事業 研究成果報告書

令和 2 年 6 月 24 日現在

機関番号：32704

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2015～2019

課題番号：15K11606

研究課題名(和文) 本邦のICUにおける緩和ケア導入の検討とケアモデル開発

研究課題名(英文) Examination of introduction of palliative care and development of care model in ICU in Japan

研究代表者

高島 尚美 (Takashima, Naomi)

関東学院大学・看護学部・教授

研究者番号：00299843

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,500,000円

研究成果の概要(和文)：本邦のICUのEnd of Life Careに関する現状分析を目的とし、2014年4月～2016年12月にICUに入室し死亡転帰をとった患者の診療録調査を実施した。在室日数中央値は1.77日でDNARは80.5%、withhold/withdrawは48.8%で、両方とも経年的に増加し、年齢や疾患群、入室経路による有意差はなかった。治療制限内容は、昇圧剤制限、透析なし等であった。withdrawは3名で、挿管のままの人工呼吸器停止、手術や昇圧剤投与中止であり、患者自身の意思記載は3名、家族による推定意思は8名だった。治療に関する意思決定プロセスの看護記録は62.4%であった。

研究成果の学術的意義や社会的意義

救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインにおいて、患者の意思を尊重しチームで適切な対応を判断する必要性が提言されている。2014年から2016年にかけて患者の治療に関する意思決定プロセスにおいて、家族によって患者の推定意思を尊重した治療選択や家族介入が記載されていることは、End of Life Care実施の証拠となり得ると考える。しかし、患者本人の事前意思表示は皆無で、治療に関する意思確認は困難な状況も明らかとなり、特に意識がある状態の患者の意思決定プロセスに、家族の代理意思決定を含めてどのように看護師が関わるかはEnd of Life Careの今後の重要な課題である。

研究成果の概要(英文)：In order to clarify the current status of End of Life Care in ICU, we conducted a medical record survey of patients who entered ICU from April 2014 to December 2016 and had a fatal outcome. As a result, the median occupancy was 1.77 days. The medical condition was 56.7% for tracheal intubation, 81.9% for use of vasopressor, 45.7% for transfusion, and 20.5% for continuous nutrition. DNAR was 80.5% and withhold/withdraw was 48.8%, both increasing over time, and were not significantly different by age, disease group, or entry route. Treatment restrictions included vasopressor restriction, no dialysis, and no circuit renewal (PCPS, CHD). Withdraw was for 3 patients. The patient was intubated, the ventilator was stopped, surgery and administration of vasopressor were discontinued. Nursing records of the decision-making process regarding treatment accounted for 62.4%, and 58.4% described palliative care for patients with pain and dry mouth and adjustment of analgesics and sedatives.

研究分野：急性期看護

キーワード：ICU End of Life Care 意思決定過程

様式 C - 19、F - 19 - 1、Z - 19 (共通)

1. 研究開始当初の背景

集中治療室 (Intensive Care Unit: ICU) では重篤な患者に対し、先進医療技術を駆使した集中的な治療が実施され、医療技術の進歩とともにその救命率が高まっている。しかし、敗血症や末期がん患者などの重症患者の死亡率は 60~70% であり、集中治療室で亡くなる患者も少なくない。患者の権利擁護が重視される昨今、本人が自分の意思に沿った選択をすること、本人ができない場合はその推定意思に沿って最善と考えられる選択を優先することが望ましいが、時間的、臨床的困難状況が伴うためそれらを考え実践する筋道は明確ではなかった。

2006 年に日本集中治療医学会が「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」を公表し、患者の意思に基づく検討、医学的妥当性と家族の同意、経過の透明性の維持と診療録への記載の 3 点を基本原則に挙げた。更に 2014 年には、日本集中治療医学会、日本救急医学会、および日本循環器学会の 3 学会合同で「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン~3 学会からの提言~」が作成されている。この中で終末期であるという判断やその後の対応は医療チームの総意であることの重要性や、家族への対応について提言している。

ICU における End of Life Care において一見馴染みにくい概念である「緩和ケア」がどのように導入されているかの議論は欠かせない。WHO (2002) によると「緩和ケア」とは、生命を脅かす疾患に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことで苦しみを予防し和らげ、生活の質を改善するアプローチとされている。近年では、積極的治療がなされている間でも早期から導入することが提唱されている。本邦における緩和ケアはがん診療が前提となっており、生命の維持を目的とするクリティカルケアの場では死の間際になっても高度治療が継続されがちであり、安寧な死を迎えるための準備が不十分になりがちである。それに対して、厚生労働省 (2007) や集中治療医学会等から救急・集中治療における終末期医療に関する提言 (2014) がなされ、患者の自律尊重を擁護し、家族への心のケアを含めた緩和ケアを実施することなど、よりよい終末期医療の実現のための提案がなされている。積極的治療から終末期医療が共存する ICU において、患者・家族を全人的にとらえて苦痛を緩和し、力づけ、意思決定を支援するようなケアの提供が必要とされていると考える。

研究代表者は、これまでに ICU 入室患者のディストレスを明らかにする調査を実施した。患者は強い身体的苦痛や恐怖や不安などの心理的ストレスを経験していることやそれらには本人の対処が関連していることを明らかにした (基盤研研 (C) 課題番号 23593264)。そのプロセスにおいて、ICU では特にチーム医療が基盤であるため、積極的治療を実施する ICU においても同時に緩和ケアとして実施される必要があると考えられ、本邦においてそれらを統合的に実施するための看護機能としての実態調査がまず必要であると考えた。

2. 研究の目的

<第 1 段階> 文献により ICU における質の高い End of Life Care を検討する。

<第 2 段階> ICU 入室患者の End of Life Care の現状と緩和ケアとしての実態を明らかにする。

<第 3 段階> ICU における、質の高い End of Life Care を考察する。

3. 研究の方法

<第 1 段階> 文献検討 医中誌で関連文献を検索したところ救命センターでの 2 件だったため、PubMed で年度指定なしで、“intensive care unit” and “end-of-life” and “medical record” で 102 件、and “chart” で 73 件中、NICU や Child の研究を削除し、ICU の end-of-life に関する内容が含まれる文献を選定し、研究方法のうち介入研究を除外した 45 件を対象文献とした。分析は、対象別の特徴があったため重複も含めてのべ数で研究方法とともに分類し、研究内容を分析した。

<第 2 段階> 診療録調査 調査期間：2014 年 4 月~2016 年 3 月、対象：上記期間に ICU 入室した患者のうち死亡転帰となった患者、データ収集方法：後ろ向きに診療録よりデータを収集した、データ収集内容：死亡する前 7 日間の診療録から以下の内容を抽出した。

(1)基礎情報

患者年齢、性別、臨床診断名、acute physiology and chronic health evaluation (APACHE) score、診療科、入室期間、入室経路を基礎情報として収集した。臨床診断名は入室時心肺停止症例に関しては原疾患を問わず、心停止に分類した。

(2)臨床経過

医師から患者・家族への説明、患者・家族の反応、方針 (DNAR、Withhold、Withdraw) の決定、事前指示の有無と内容、看護ケアの内容、患者の症状 (せん妄、痛み、呼吸困難、不安等) をカルテ記載内容から収集した。Informed Consent(IC)の回数は「医師より IC」「医師より状況説明」の記載を1回とした。

(3)治療内容

鎮痛・鎮静剤投与の有無、昇圧剤投与の有無、経管栄養投与の有無、抗生剤投与の有無、人工呼吸器使用の有無、人工心肺使用の有無、輸血の有無

(4)分析方法

数量データは記述統計ののち、withhold withdraw DNAR と関連が予測される因子との推測統計を行ない、有意差を0.05とした。質的データは、看護記録より実施されていた家族を含めた緩和ケア内容をコードとして抽出した。コードの類似性に従って分類し、サブカテゴリー、カテゴリーを形成した。

(5)用語の操作的定義 本研究における用語は、「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン~3学会からの提言~」を参考に、以下のように用語を定義した。

DNAR (do not attempt resuscitation): 心停止時に心肺蘇生を行わない指示。

Withhold: 現在の治療を維持し、新たな治療は差し控えること。現在の治療を減量すること。

Withdraw: 現在の治療を中止すること。

4. 研究成果

<第1段階> 対象文献は2000~2016年まで44件で、研究対象は、患者がのべ28件、家族がのべ12件、看護師を含めたチームに関するものがのべ10件だった。データ収集方法は、患者対象は診療録のみが多く、家族やチーム対象は診療録に加え質問紙調査や前向きコホート研究が18件(40.9%)であった。患者対象は、死亡時の治療内容や治療中止やDNARの実態調査の他、緩和ケアを受けていた状況、がん患者の治療内容等に関することであった。ケア内容は、症状管理、コンフォートケア、意思決定プロセス、事前指示、コミュニケーション内容記載の有無や内容が分析されていた。家族は、End of Life Careの質評価や満足度を高める患者の要望を踏まえた治療中止、家族への精神的ケアがあげられていた。また、意思決定過程支援やスピリチュアルニーズおよび家族カンファレンスに関することがあった。チームでは、看護師による死の質評価やアセスメント、緩和ケアチームとの協働やICU専用のホスピスの経済効果に言及した内容があった。End of Lifeの質を高めるためには、患者の意思確認に基づいた治療決定や症状緩和および家族カンファレンスや話し合いでの意思決定支援を含めた家族ケアといった緩和ケアが必要とされる。本邦における実態調査が必要であると考えに至った。

<第2段階>

(1) 対象患者概要 (表1)

対象患者背景を表1に示した。臨床経過は123例の診療録より記録を拾い上げた。患者内訳は男性80名(65%)、女性43名(35%)、年齢 66.7 ± 14.9 (mean \pm SD) 歳であった。入室時のAPACHE scoreは 32.8 ± 10.9 であった。ICUへの入室経路は緊急入室が116名(94.3%)、予定入室が7名(5.7%)であった。心肺蘇生の実施は17名、気管切開は7名が実施されていた。意識レベルは死亡2日前でもコミュニケーションが可能であると推察されたのは44名であった。

診療科は腫瘍・血液内科24名(19.5%)と最も多く、血管外科19名(15.4%)、心臓外科15名(12.2%)、消化器・肝臓外科12名(9.8%)、その他(44%)で、83.5%が既往的有だった。入室時の診断名は細菌性肺炎14名(11.4%)、心停止13名(10.6%)以下様々であった。ICU在室日数は 11.5 ± 46 日で、最も多いのが2日(28名)、1日(25名)3日(17日)だった。最長201日であった。人工呼吸日数は 5.8 ± 18.8 日、最長173日であった。

治療・医療処置内容は、気管挿管72名(58.5%)、昇圧剤使用107名(87.0%)、輸血使用58名(47.2%)、持続腎代替療法43名(35.0%)、経皮的な心肺補助装置装着5名(4%)であった。

(2) DNAR、Withhold、Withdraw に関する現状

死亡前7日間の診療録より、臨床経過を確認しDNARとなった患者は99名(80.5%)であった。このうち、診療録上にDNARと明記されていたのは72名であった。

DNARの方針が決定したのは、死亡当日が最も多く41名(33.3%)、死亡前日は26名(21.1%)であった。死亡前7日間で方針決定をするまで実施されていたICの回数は 4.1 ± 2.45 回であり、最大13回のICが行われていた。DNARの方針決定者は家族が89例(89%)、患者本人は3例(2%)、詳細不明は8例(8%)であった。患者本人がDNARを決定した3例は、死亡当日に患者本人と家族に対してICが行われ、延命をしないことを患者本人が希望した。また、家族が方針

表1.患者属性 (n=123)

年齢	66.7 ± 14.9
女性	43 (35%)
APACHE score	32.8 ± 10.9
入室経路	
緊急入室	116 (94.3%)
予定入室	7 (5.7%)
診療科	
腫瘍・血液内科	24 (19.5%)
血管外科	19(15.4%)
心臓外科	15 (12.2%)
消化器・肝臓外科	12 (9.8%)
その他	53 (44%)
気管挿管	72 (58.5%)
昇圧剤使用	107 (87%)
輸血使用	58 (47.2%)
持続腎代替療法	43 (35%)
経皮的心肺補助装置装着	5 (4%)
ICU在室日数	11.5 (±46)
人工呼吸日数	5.8 (±18.8)

を決定した 89 例のうち、患者の推定意思の記載があったのは 17 例 (13.8%) であった。

臨床経過から、Withhold または Withdraw となった患者は 60 名 (48.8%) であった。新たな治療を行わないことに加え、治療の差し控えまたは中止の内容の内訳は、昇圧剤の投与量の制限 9 名 (15%)、輸血の中止 7 名 (11.2%)、人工呼吸器の中止 6 名 (10%)、透析の中止 6 名 (10%)、昇圧剤の中止 3 名 (5%)、栄養剤投与の中止 3 名 (5%)、補液の中止 2 名 (3.3%)、補液の減量 2 名 (3.3%) であった。Withhold または Withdraw の方針決定は、死亡当日が約 4 割と最も多く、死亡前日に約 3 割であった。また、事前指示の提示は皆無であった。

Withhold/Withdraw と年齢、性別、疾患、重症度、入室経路、ICU 在室日数との有意な関連はみられなかった。また、死亡 2 日前の GCS において患者とのコミュニケーションが何とか可能であったと推察された患者は 44 名であった。

3. 患者・家族の看護記録

看護記録に記載されていた内容をコードとして抽出した結果、60 個のコードから、22 個のサブカテゴリーと 11 個のカテゴリーが形成された。文中ではカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〔 〕、コードを 、実際の記述を「 」、頻度を () 内に示す。

【患者の意向・価値観の把握】【患者の現状認知支援】(21) 患者の意向 (2)、患者の価値観 (9) などに関する記載であり、患者本人との会話や家族の会話から「本人はすべてを嫌がると思う」と<延命は望まず><価値観>として、また、<治療しないという推定意思>として〔患者の意向〕(6)があり、治療に対して患者自身がどのような意向や価値観であったかが記載されていた。本人への<病状説明>(4)がされていた。

【患者の全人的苦痛の把握】(4) 死なせてほしい 死んでもいいから水 <死なせてほしい>など、患者全人的な苦痛に関する記載であり、患者の言葉が詳細に記載されていた。

【家族の希望や意向の把握】(63) 延命を望まず (22) 家族のために延命希望 (3)などのコードから形成され、家族の延命に対する希望や、<最期に心マをしない>(19)あるいは<最期に心マをする>(5)と DNAR 関連の意向や、最期は医師に判断委譲するも 3 コードみられる等、家族の言葉が詳細に記載されていた。

【医師からの家族への IC 時の状況把握】(88) 医師の病状説明内容 (41)や IC 時の様子 (9) IC 時の質問 (10)など、IC 時から IC 後の家族の様子の記載であり、IC 後は看護師から家族へ IC の理解度を確認し、家族の言葉や様子が記載されていた。

【家族への現状認知支援】【家族の代理意思決定支援】(86)<病状説明>(35) 疑問への対応 (10) 現状認知状況の確認 (35)など、家族が現状を認知できるような支援であり、看護師が家族の疑問にどのように応えたか、家族の 納得状況の評価 (2)を含めて記載されていた。また、<質問してよいことの説明>(3)や<予後決定の肯定>(1)と代理意思決定をする家族に対してどのような声かけや関わりをして〔家族の決定した代理意思決定支援〕をしたのかが記載されていた。

【患者家族の悲嘆・苦痛の把握】(64) 患者の厳しい状況に対する家族の 葛藤 動揺 悲しみ 不安 パニック などのさまざまな感情、思いや様子の描写などが詳細に記載されていた。また、家族の疲労についての記載や受け入れ状態に関する把握が成されていた。

【家族へのグリーフケア】(193)家族の 感情の受け止め・傾聴 (77)についての記載が最も多く、患者の死を前に家族の気持ちを傾聴し家族へのグリーフケアが行われていた。グリーフケアの1つとして、清拭や足浴・手浴などの清潔〔ケアへ家族の参加〕を促した様子や、同室や他病棟に家族が泊まれるようにするなど<患者と家族で過ごせる環境調整>や<家族の添い寝>をすることでの〔患者と家族の最期の時間の確保〕(14)などが記載されていた。

【家族の看取りの保証】(113) 連絡先、所在、所要時間の確認 が家族と看護師の間で綿密に行われ、家族が患者の看取りができるよう、調整をしている様子がみられた。

【患者・家族の背景の把握】(25) 家族状況 家族のきずな 家族の歴史 などの〔家族の関係性・歴史〕や、日頃の患者の様子 を家族から情報収集し、患者家族の背景の把握がされていた。

<第3段階> ICUにおける End of Life Care の特徴と質を高めるための提案

診療録調査から浮かび上がったことは医療チームに許される End of Life Care の時間は非常に限られており今回の調査でも半数以上は入室 2 日以内に死亡していた。この時間的制約は、ICUにおける End of Life Care を困難にしている状況の特徴である。しかし死亡症例の入院日数は、平均 11.5 日で最長 201 日となっており、死亡 7 日前においても治療内容は、延命のための気管挿管が半数以上、昇圧剤使用は 9 割近く、輸血も半数近く、持続腎代替療法は 35%に使用されていた。しかし、それらの治療の半数近くに死亡 7 日以内に With hold の選択がなされており、昇圧剤中止や制限、輸血中止、補液減少や透析中止という判断がなされていた。2012 年の国際調査では、Withhold/Withdraw はアジア圏では 10%、オセアニア諸国で 69%であるとされている (Lobo, 2017)。本調査の 2014~2016 年における 48.8%という結果は、今後症例毎の判断

がさらに適応されていくものと推察される。DNAR の判断も死亡前日に約 7 割がなされており、時間的制約の中での 7 日間での平均 4.1 回の家族への医師の IC や看護師による IC 時の様子の把握や理解の確認や支援状況からも、物理的制約の中での意思決定過程への濃厚な介入が浮かび上がった。一方で DNAR の記載のない 2 割の患者に対しては延命のための措置がなされており、懸命の治療にもかかわらず死亡した症例があり、最期まで治療したが看取らざるを得なかった医療スタッフと家族が存在している事実が浮かび上がった。この死の様相は ICU における End of Life の判断が困難であり、患者や家族の Care の方針や方向性の決定が困難であるという特徴的状況である。

患者の死の特徴として緊急入室が 94.3% を占めており、本人の事前指示はまだ皆無であり、また本人自身の DNAR の意思確認ができた事例は 3 名にとどまっていた。このことは、治療の差し控えは 5 割近くになされており終末期医療へシフトされていたのに、死亡前 2 日間においてコミュニケーションができ意思確認が可能であると推察された患者 44 名に対する本人の意向確認は記載がなく、患者自身の意向として自律尊重をする体制は整っていない、とも言えよう。その背景としては、患者の全人的苦痛の強さ、意識レベル低下や薬物の影響やそもそも我が国における個人としてのあり様や医療へのおまかせ主義、パターンリズムがあると考えられる。しかしながらガイドラインにあるように、本人が自分の意思にそった選択ができることを大前提として意思決定支援をしていく必要があると考える。それが困難である場合には、家族による本人の推測意思の確認と記録が重要であるが、今回は、推定意思としての記載は 13.8% にとどまっていた。ICU 入室後の家族の Quality of Dying and Death (QODD) の調査でも本人の自律性や尊厳の尊重は看取りの質を高めている (Cari, 2005)。患者の意思確認による治療決定は特に自律尊重が脅かされやすい状況において、倫理的に患者の権利擁護を実践する看護師として今後重視していく必要がある。家族の代理意思決定に関しては、89 名の記載がありまた DNAR の決定を 89% が実施していたことが記載されていた。看護記録から、家族の希望や意向の把握、家族の現状認知支援や代理意思決定支援、医師からの IC 時の状況把握の記載は多くなされており、家族による意思決定過程とそれらへの支援が医師主導のもと濃厚に実施されていたことが明らかとなった。家族によって患者の推定意思を尊重した治療選択や家族介入が記載されていることは、End of Life Care 実施の証拠となり得ると考える。しかし、患者本人の事前意思表示は稀少であることから、治療に関する意思確認は困難な状況も明らかとなり、その意思決定プロセスにどのように医師や看護師が関わるかは End of Life Care における今後の重要な課題である。

患者本人の全人的苦痛として、「死なせてほしい」や「死ぬのが怖い」「死んでもいいから水を」といった心理的苦痛・スピリチュアルペインの記載は多少みられても、それらへの介入についての記載は皆無であった。一方で、疼痛や口渇、呼吸困難等の身体的苦痛の記載と処置やケアの記載がほとんどを占めていたことが特徴的であった。これらはコミュニケーションが困難な状況や話すことでの疲労の回避といったアセスメントの結果であると予測される。緩和ケアは、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことで苦しみを予防し和らげ、生命や死の質を改善するアプローチとされている。生命維持を目的とする ICU において、「緩和ケア」は終末期のものであるというこれまでのイメージから馴染みにくく、緩和ケアチームへのコンサルトの実態も定かではなく (関根, 2012)、本調査においても緩和ケアチームへのコンサルテーションは実施されていなかった。ICU における積極的治療と緩和ケアの統合のための検討は、チーム医療で患者・家族の QOL を高め、End of Life ケアとなる可能性がある。苦痛が強くコミュニケーションが困難な状況であるからこそ、身体的問題の重篤さに伴い心理社会的、スピリチュアルな苦痛が同時に体験されているという認識と介入が改めて重要であると考えられる。対話によっては患者が「死」について語られる記録も散見されたことから、本人が自分の状況をどのように認識しているのか、「死」ということをどのように認識しどのように生き、死にたいと思っているのか、そしてどのような希望があるのかという現実から看護師自身が目をそらすことなく対峙することが求められると考える。そのことは、何よりも患者の尊厳と安寧の保証を願う家族ニーズの充足にもつながるものである。さらに本調査では事前指示が皆無であったことから、国民が自身の起こり得る死の様相について考え、家族と共有し、ACP 等の書面として残しておくこともチーム医療の主役としての主体的参画や過剰医療の抑制にもつながるものと考えられる。(紙面都合で家族看護は割愛する)

本研究の限界として、首都圏の 1 施設の調査結果で 2017 年度のものであり現在の状況を十分に反映しているものとは言えない。診療録調査にとどまっているため、看護師の判断プロセスに基づいた看護計画実施など、実際の臨床実践を可視化したものではない。実際の実践活動においてはチーム医療や管理体制も影響しているが記録からの読み取りをすることはできなかった。今後は、明らかになってきた視点が実際にはどのように実践されているのか、家族の QODD の実際はどのようなものか、質の高い End of Life Care を実現するための教育的関わりやチーム医療体制の検討などを実施する必要がある。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計5件（うち査読付論文 5件/うち国際共著 0件/うちオープンアクセス 5件）

1. 著者名 坂木孝輔, 高島 尚美	4. 巻 14
2. 論文標題 ICUにおける患者家族にとってのベッドサイドの写真の意味	5. 発行年 2018年
3. 雑誌名 .日本クリティカルケア看護学会誌	6. 最初と最後の頁 57-65
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) なし	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスとしている(また、その予定である)	国際共著 -
1. 著者名 大友千夏子, 高島尚美	4. 巻 14
2. 論文標題 胸部大動脈瘤で手術を受ける患者の入院前から退院後までの体験.	5. 発行年 2018年
3. 雑誌名 日本クリティカルケア看護学会誌	6. 最初と最後の頁 87-98
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) なし	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスとしている(また、その予定である)	国際共著 -
1. 著者名 高島 尚美, 村田 洋章, 西開地 由美, 山口 庸子, 坂木 孝輔, 瀧浪 将典	4. 巻 24(4)
2. 論文標題 12時間以上人工呼吸管理を受けたICU入室患者のストレス経験	5. 発行年 2017年
3. 雑誌名 日本集中治療医学会雑誌	6. 最初と最後の頁 399-405
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) 10.3918/jsicm.24_399	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスとしている(また、その予定である)	国際共著 -
1. 著者名 坂木 孝輔, 高島 尚美	4. 巻 13(3)
2. 論文標題 ICUにおける看護師にとってのベッドサイドの写真の意味	5. 発行年 2017年
3. 雑誌名 日本クリティカルケア看護学会誌	6. 最初と最後の頁 11-20
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) 10.11153/jaccn.13.3_11	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスとしている(また、その予定である)	国際共著 -

1. 著者名 Takashima Naomi, Yasuyo Yoshino, Kosuke Sakaki	4. 巻 16(4)
2. 論文標題 Quantitative and qualitative investigation of the stress experiences of intensive care unit patients mechanically ventilated for more than 12hr	5. 発行年 2019年
3. 雑誌名 JSNR	6. 最初と最後の頁 468-480
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) 10.1111/jjns.12253	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスとしている(また、その予定である)	国際共著 -

[学会発表] 計18件(うち招待講演 0件/うち国際学会 1件)

1. 発表者名 高島尚美, 坂木孝輔, 大友千夏子, 蘆田 薫, 吉野靖代, 木下里美, 瀧浪将典
2. 発表標題 ICUにおけるEnd of Life Careの診療録による実態調査
3. 学会等名 第46回日本集中治療医学会学会学術集会, 2019.3.2.東京
4. 発表年 2019年

1. 発表者名 菊池麻由美, 高島尚美, 佐藤正美, 藤村 龍子
2. 発表標題 看護診断「意思決定葛藤」の診断上の課題
3. 学会等名 看護診断学会
4. 発表年 2018年

1. 発表者名 山本加奈子, 高島尚美
2. 発表標題 ICUで働く看護師が多職種協働促進のために行なっていること テキストマイニング分析による検討
3. 学会等名 第38回日本看護科学学会学術集会
4. 発表年 2018年

1. 発表者名 高島尚美, 坂木孝輔, 吉野靖代, 蘆田薫
2. 発表標題 12時間以上人工呼吸管理を受けたICU入室患者のコミュニケーションに関するストレス経験
3. 学会等名 第38回日本看護科学学会学術集会
4. 発表年 2018年

1. 発表者名 高島 尚美, 菊池 麻由美, 佐藤 正美, 藤村 龍子
2. 発表標題 看護診断「意思決定葛藤」とクリティカルシンキング(その1)
3. 学会等名 日本看護診断学会
4. 発表年 2017年

1. 発表者名 菊池 麻由美, 高島 尚美, 佐藤 正美, 藤村 龍子
2. 発表標題 看護診断「意思決定葛藤」とクリティカルシンキング(その2)
3. 学会等名 日本看護診断学会
4. 発表年 2017年

1. 発表者名 山本 加奈子, 高島 尚美
2. 発表標題 集中治療室における多職種協働の看護師の認識とその関連要因
3. 学会等名 日本クリティカルケア看護学会誌
4. 発表年 2017年

1. 発表者名 川端 千壽, 室岡 陽子, 高島 尚美
2. 発表標題 :三次救急外来における患者の死を体験した看護師の患者家族支援認知と成長の関連
3. 学会等名 日本クリティカルケア看護学会誌
4. 発表年 2017年

1. 発表者名 坂木 孝輔, 高島 尚美
2. 発表標題 ICUにおける看護師にとってのベットサイドの写真の意味
3. 学会等名 第12回日本クリティカルケア看護学会
4. 発表年 2016年

1. 発表者名 大友 千夏子, 高島 尚美
2. 発表標題 胸部大動脈瘤で手術を受けた患者の手術後から退院後までの体験
3. 学会等名 第12回日本クリティカルケア看護学会
4. 発表年 2016年

1. 発表者名 森 みさ子, 高島 尚美
2. 発表標題 ICUにおけるNST看護師の実践評価
3. 学会等名 第12回日本クリティカルケア看護学会
4. 発表年 2016年

1. 発表者名 石塚 かつ子, 高島 尚美
2. 発表標題 ICU看護師の重度意識障害がある患者との相互作用に関する認識の構造
3. 学会等名 第12回日本クリティカルケア看護学会
4. 発表年 2016年

1. 発表者名 高島尚美, 坂木孝輔, 村田洋章, 西開地由美
2. 発表標題 ICUで12時間以上人工呼吸器管理を受けた患者のストレス経験の量的・質的分析
3. 学会等名 第36回日本看護科学学会
4. 発表年 2016年

1. 発表者名 坂木孝輔, 高島尚美
2. 発表標題 ICUにおける家族にとってのベットサイドの写真の意味
3. 学会等名 第36回日本看護科学学会
4. 発表年 2016年

1. 発表者名 高島尚美, 鈴木佑実, 木下里美
2. 発表標題 ICUにおけるEnd of Life Careに関する文献レビュー 診療録による実態調査
3. 学会等名 第44回日本集中治療医学会学術集会
4. 発表年 2017年

1. 発表者名 鈴木佑実, 高島尚美, 木下里美
2. 発表標題 ICUにおけるEnd of Life Careに関する文献レビュー 診療録による介入評価
3. 学会等名 第44回日本集中治療医学会学術集会
4. 発表年 2017年

1. 発表者名 高島尚美, 西開地由美, 坂木孝輔, 村田洋章
2. 発表標題 12時間以上人工呼吸器管理を受けたICU入室患者の経験の分析
3. 学会等名 日本看護科学学会
4. 発表年 2015年

1. 発表者名 Naomi Takashima, Saori Kubo, Yumi Nishikaichi, Kosuke Sakaki, Yoko Yamaguchi, Hiroaki Murata, Masanori Takinami
2. 発表標題 Stressful experiences in the intensive care unit of patients put on mechanical ventilators for 12 hours or more
3. 学会等名 WFCCN2015 in Korea (国際学会)
4. 発表年 2015年

〔図書〕 計3件

1. 著者名 今川詢子, 長谷川真美, 江川隆子, 高島尚美, 牧野典子, 佐々木栄子, 宮岡久子, 井出志賀子編.	4. 発行年 2018年
2. 出版社 中央法規	5. 総ページ数 382
3. 書名 運動/感覚・認知/性・生殖機能障害 機能障害からみる看護過程	

1. 著者名 高島尚美	4. 発行年 2017年
2. 出版社 東京：総合医学社	5. 総ページ数 94 (1-94)
3. 書名 査読者が教える看護研究論文の採用されるコツ30.	

1. 著者名 高島尚美	4. 発行年 2017年
2. 出版社 医学書院	5. 総ページ数 558 (142-170)
3. 書名 系統看護学講座別巻 臨床外科看護各論第9版. 心臓・脈管系疾患患者の看護	

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	西開地 由美 (Nishikaichi Yumi) (50712725)	秀明大学・学校教師学部・その他 (32513)	
研究分担者	吉野 靖代 (Yoshino Yasuyo) (50806255)	関東学院大学・看護学部・助教 (32704)	