

## 科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 26 年 5 月 19 日現在

機関番号：13901

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2011～2013

課題番号：23790563

研究課題名(和文)日本版高齢者終末期ケア認定介護士養成プログラムの開発

研究課題名(英文)End-of-life care educational program for caring staff-Japanese version

研究代表者

平川 仁尚(HIRAKAWA, YOSHIHISA)

名古屋大学・医学部附属病院・病院助教

研究者番号：00378168

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,300,000円、(間接経費) 990,000円

研究成果の概要(和文)：本研究では、高齢者介護施設職員向け終末期ケア教育プログラムを開発し、その効果を実証した。全国の高齢者施設を対象に終末期ケアの教育ニーズに関する調査を実施し、その結果を基にプログラムを立案した。そのプログラムに基づいて、全国的にワークショップを開催し、合計257名が参加した。ワークショップの効果判定のため、ワークショップ前後及び6か月に終末期ケアに対する態度や死生観に関するアンケートを実施した。その結果、ワークショップにより、終末期ケアの提供、終末期患者に対するケア、家族に対するケアなどに関して前向きな態度変容がみられ、その変容は長期的に維持された。

研究成果の概要(英文)：We developed a caring staff education workshop program emphasizing quality end-of-life care for elderly residents at long-term care facilities. We designed the program based on a nationwide questionnaire survey on educational needs concerning end-of-life care at long-term care facilities. Study questionnaires were administered to participants both before and after the educational intervention. In addition, six months after the intervention, the same questionnaire was mailed to the participants. A total of two hundred and forty seven care leaders participated in the program. We confirmed improvements in the participants' attitudes toward end-of-life care provision at long-term care facilities. Our data also indicated an improved outlook on caring for the dying patient and the maintenance of a positive perception of patient- and family-centered care. Our workshop-style educational program had positive short- and long-term effects on participants' attitudes toward end-of-life care.

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：境界医学・医療社会学

キーワード：介護・福祉 社会人教育 多職種連携 高齢者介護施設 緩和ケア

### 1. 研究開始当初の背景

高齢者の終末期ケアは国民的関心事になっている。高齢者介護施設での看取りが増加するが、高齢者介護施設・認知症高齢者グループホームにおける終末期ケアは、医療的対応を含めて介護士に大きく依存しており、介護士向けの実践的な教育・研修の強化が必要である。さらに、介護士は若年者が多く親戚や家族など身近な人の死に直面した経験がない者が多いため不慣れな看取りを経験することで精神的ショックを受ける恐れがある。介護士に終末期ケアに関する教育を正しく行うことは看取りの経験に乏しい介護士の心理的ストレスを軽減することが期待される。また、長年生活を共にすることで、介護士と入所者が家族の様に親密な関係(疑似家族)となり、入所者を施設で看取ってあげたいという気持ちを介護士が抱くことがある。終末期ケア教育は仕事に対する介護士の満足感の向上に資すると考えられる。しかし、欧米を含めて、この分野における標準的な教育プログラムは存在しない。さらに、我が国は医療の専門家に対する従順性や自らの境遇に対する運命論的受容など、「自律性」の背景である欧米文化とは異なる「死生観」を生み出した文化的背景があり、独自の内容のプログラムが必要である。

### 2. 研究の目的

本研究の目的は、安心して地域で高齢者が最期を迎えることができる高齢社会の実現を可能にする日本版高齢者終末期ケア認定介護士養成プログラムの開発を行うことである。最終的にはアジア諸国など諸外国のモデルとなるような教育プログラムとすることを目標としている。

### 3. 研究の方法

(1) 愛知県の高齢者介護施設や認知症高齢者グループホームの教育担当者らと意見交換を行い、高齢者介護施設(介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・有料老人ホーム)と認知症高齢者グループホームの教育担当者を対象にした全国アンケート調査の内容を確定し、平成23年7月頃から年度末にかけて実施した。対象は、秋田県(東北)、茨城県(関東)、愛知県(東海)、兵庫県(関西)、福岡県(九州)にある高齢者介護施設と認知症高齢者グループホームのそれぞれ全施設とした。4169施設中968施設から回答を得た(回収率23%)。

(2) 平成23年度末から平成24年度にかけて、秋田市、つくば市、名古屋市、神戸市、福岡市で「高齢者終末期ケアを実践する上級介護職員のためのワークショップ」を実施した。ワークショップの参加者は計247名で、その内訳は秋田市32名、つくば市45名、名古屋市49名、神戸市49名、福岡市72名であった。プログラム立案に際しては、8名の高齢

者終末期ケアの指導者(老年科医2名、看護師1名、高齢者介護施設管理者1名、ソーシャルワーカー1名、介護士3名)が先行研究や各々の教育経験を基に議論を尽くした。ワークショップは、7時間のプログラムとなった。ワークショップの参加者は、各回7-8名のグループに分けられた。プログラムは、高齢者の終末期の定義、臨死期にみられる症状、アドバンスケアプランニング、終末期の人工栄養療法、家族とのコミュニケーション、寝たきり高齢者とのコミュニケーション、スタッフ教育の在り方などのセッションで構成された。高齢者の終末期の定義に関するセッションでは、参加者は高齢者の終末期はいつから始まるのかについて議論を行った。臨死期にみられる症状に関するセッションでは、参加者は高齢者の臨死期にみられる兆候や症状をグループでリストアップしてまとめた。アドバンスケアプランニングに関するセッションでは、参加者はDNR(do-not-resuscitate order)を有している終末期高齢者に対して緊急時に心肺蘇生を施した例の賛否について議論を行った。終末期の人工栄養療法に関するセッションでは、参加者は終末期高齢者を対象とした経管栄養療法導入の是非についてマイクロディベートを行った。家族とのコミュニケーションに関するセッションでは、参加者は印象に残った終末期高齢者の家族の事例についてロールプレイを行った。寝たきり高齢者とのコミュニケーションでは、参加者は寝たきり高齢者を雑にケアする介護職員が登場するショートビデオを見た後にグループで感想を話し合った。スタッフ教育の在り方に関するセッションでは、参加者は経験の浅い介護職員に終末期ケアの意義ややりがいを伝えるための教材をグループ作業で作成して全体発表を行った。

ワークショップの効果判定のため、プレ、ポスト、フォローアップの3回同一内容でアンケート調査を実施した。調査内容は、本研究用に作成した終末期ケアへの前向きな態度を5段階のLikertスケールで評価するもの、the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying scale, Form B, Japanese version (FATCOD-Form B-J)及び平井らの死生観尺度であった。The FATCOD Scale-Form Bは回答者の終末期ケアに関する態度を30項目の5段階のLikertスケールで評価するものである。平井らの死生観尺度は、日本人のために開発された死生観尺度で、死後の世界観(Afterlife belief)、死への恐怖・不安(Death anxiety)、解放としての死(Death relief)、死からの回避(Death avoidance)、人生における目的意識(Life purpose)、死への関心(Death concern)、寿命感(Supernatural belief)の7領域から構成される。データ解析について、ワークショップ前後および6か月後の得点を比較検討した。解析には対応のあるT検定を用い、 $P<0.05$ を統計学的に有

意差があるものとした。

(3) 北海道旭川市内の高齢者医療介護に関係する医療機関や介護事業所 122 ケ所(介護老人保健施設 10、特別養護老人ホーム 13、認知症高齢者グループホーム 84、小規模多機能型居宅介護事務所 15 など)に対して案内状を送付し、本ワークショップ参加者の応募を行った。医療機関 7 ケ所、介護事業所 30 ケ所から計 61 名の参加申し込みがあった。ワークショップは、2013 年 6 月 15 日午後実施された。参加者は介護職員、ケアマネジャー、看護師、医師、薬剤師、ソーシャルワーカーなど 61 名で、女性 51 名、男性 10 名であった。1 グループ 7~8 名の 8 グループに分けられた。ワークショップの各セッションは、高齢者の終末期の定義とは(70 分)

終末期の決定を支援する(80 分) 家族とのコミュニケーション(80 分)で構成された。ワークショップの冒頭にアイスブレイキングを行い(20 分)、途中 10 分間の休憩をとった。各セッションは、5 分間のグループ作業の説明の後、グループ作業、発表という順に進められた。「高齢者の終末期とは」のセッションでは、高齢者の終末期の定義についてグループ討論を行い、各グループの定義を発表してもらった。「終末期の決定を支援する」のセッションでは、高齢の認知症患者の終末期の心肺蘇生について、どのように決定を支援したらいいかグループで討論し、各グループの話し合いのプロセスを発表してもらった。「家族とのコミュニケーション」のセッションでは、終末期の利用者の家族とのやり取りで印象に残っている経験を 1 人 1 場面ずつグループ内で紹介し合ってもらい、特に印象に残った 1 事例をグループで選出してもらった。そしてその事例についてロールプレイを行ってもらった。

ワークショップの終了時に、参加者アンケートを行った。アンケートの内容は、ワークショップに参加して感じたこと・学んだことなど感想を 10 分間で自由に記述してもらうものであった。アンケート回収後、著者が全てのアンケートの内容に目を通し、その内容を最小単位に分割して、漏れなくラベルに書き留めた。さらに、重複した内容のラベルの削除や文章の校正・清書を行い、最終的に 64 枚のラベルとなった。

本研究では、今回のような渾沌とした雑多なデータやアイデアを統合し、新しい発想を生み出すのに適した手法である KJ 法を用いた 3, 4)。KJ 法による発想を行う前に、前述の 64 枚のラベルを基に KJ 法の 1 技法である多段ピックアップと呼ばれる方法で 23 枚の代表的ラベルを選出した。次に、近似性・類似性により、その 23 枚のラベルをグループ編成した。最後に、編成された各グループ同士の関係性を図示し、図全体を的確に表現する説明を加えた。

#### 4. 研究成果

(1) 概ね高齢者の終末期ケア全般に関心が高かったが、終末期の経口摂取不良への対処法、高齢者の緩和ケアの原則と考え方、終末期のケア・アセスメント法、せん妄への対処法、急変時の緊急対応、病院へ連絡・受診させるタイミング、ドクター・ナースへの報告、死亡直前の入所(居)者本人への寄り添い・ケア、死亡直前の家族への連絡説明、認知症の周辺症状、認知症の緩和ケア等において約半数の回答者が「是非教育プログラムに盛り込みたい」と考えており、関心が特に高いことが分かった。この結果を参考に、前述の教育担当者らと協議を再度行い、終末期の経口摂取不良への対処法、高齢者の緩和ケアの原則と考え方、死亡直前の家族への連絡説明を盛り込んだ連続 6 時間半のワークショッププログラムを試作した。

		A*		B**		C***		p値
		174	%	495	%	468	%	
施設の特徴 (母体病院・ 診療所)	内科・外科系病院	86	49.4	111	22.4	86	18.4	0.000
	精神科系病院	19	10.9	6	1.2	11	2.4	
	その他の病院	24	13.8	24	4.8	23	4.9	
	母体病院・診療所なし	25	14.4	257	51.9	262	56.0	
緊急時優先的に 受け入れる病院	ある	133	76.4	281	56.8	219	46.8	0.000
終末期の臨床 経過と予後	是非取り入れたい	64	36.8	192	38.8	142	30.3	0.009
	取り入れたい	97	55.7	247	49.9	232	49.6	
	取り入れたくない	10	5.7	38	7.7	70	15.0	
終末期にみら れる苦痛症状	是非取り入れたい	74	42.5	231	46.7	195	41.7	0.100
	取り入れたい	89	51.1	213	43.0	204	43.6	
	取り入れたくない	9	5.2	34	6.9	50	10.7	
終末期の経口 摂取不良への 対処法	是非取り入れたい	88	50.6	264	53.3	207	44.2	0.002
	取り入れたい	77	44.3	186	37.6	194	41.5	
	取り入れたくない	7	4.0	24	4.8	44	9.4	
医療処置(知識)	是非取り入れたい	51	29.3	168	33.9	94	20.1	0.000
	取り入れたい	90	51.7	235	47.5	220	47.0	
	取り入れたくない	22	12.6	65	13.1	111	23.7	
ストーマの 交換	是非取り入れたい	45	25.9	153	30.9	76	16.2	0.000
	取り入れたい	102	58.6	251	50.7	222	47.4	
	取り入れたくない	20	11.5	63	12.7	123	26.3	
吸痰	是非取り入れたい	64	36.8	245	49.5	162	34.6	0.000
	取り入れたい	100	57.5	201	40.6	209	44.7	
	取り入れたくない	6	3.4	28	5.7	70	15.0	
胃腸や経鼻 チューブ	是非取り入れたい	55	31.6	202	40.8	78	16.7	0.000
	取り入れたい	105	60.3	224	45.3	191	40.8	
	取り入れたくない	8	4.6	46	9.3	155	33.1	
褥瘡	是非取り入れたい	65	37.4	256	51.7	193	41.2	0.023
	取り入れたい	99	56.9	187	37.8	218	46.6	
	取り入れたくない	7	4.0	35	7.1	41	8.8	
点滴輸液	是非取り入れたい	39	22.4	100	20.2	76	16.2	0.000
	取り入れたい	97	55.7	220	44.4	181	38.7	
	取り入れたくない	30	17.2	137	27.7	162	34.6	
留置尿道 カテーテル	是非取り入れたい	44	25.3	132	26.7	75	16.0	0.000
	取り入れたい	106	60.9	248	50.1	192	41.0	
	取り入れたくない	14	8.0	75	15.2	143	30.6	
高齢者の緩和ケア の原則と考え方	是非取り入れたい	98	56.3	272	54.9	228	48.7	0.012
	取り入れたい	67	38.5	201	40.6	199	42.5	
	取り入れたくない	4	2.3	9	1.8	26	5.6	
いつ緩和ケア を始めるか (緩和ケアの定義)	是非取り入れたい	85	48.9	244	49.3	212	45.3	0.215
	取り入れたい	80	46.0	217	43.8	205	43.8	
	取り入れたくない	3	1.7	20	4.0	29	6.2	
スキンケア、整容、 美容	是非取り入れたい	78	44.8	241	48.7	197	42.1	0.416
	取り入れたい	82	47.1	210	42.4	221	47.2	
	取り入れたくない	6	3.4	29	5.9	24	5.1	

\*: 介護老人保健施設、\*\*: 特別養護老人ホーム/有料老人ホーム、\*\*\*: 認知症高齢者グループホーム

表 1. 高齢者介護施設の教育担当者から見た終末期ケアに関する教育ニーズ

終末期のケア・アセスメント法	是非取り入れたい	95	54.6	277	56.0	228	48.7	0.042
	取り入れたい	75	43.1	188	38.0	192	41.0	
	取り入れたくない	4	2.3	19	3.8	30	6.4	
終末期のコミュニケーション	是非取り入れたい	101	58.0	297	60.0	233	49.8	0.006
	取り入れたい	67	38.5	177	35.8	199	42.5	
	取り入れたくない	5	2.9	15	3.0	23	4.9	
せん妄への対処法	是非取り入れたい	79	45.4	262	52.9	238	50.9	0.302
	取り入れたい	83	47.7	213	43.0	204	43.6	
	取り入れたくない	7	4.0	15	3.0	17	3.6	
急変時の緊急対応(心臓停止など)	是非取り入れたい	96	55.2	297	60.0	282	60.3	0.503
	取り入れたい	66	37.9	168	33.9	155	33.1	
	取り入れたくない	8	4.6	19	3.8	20	4.3	
病院へ連絡・受診させる(救急車を呼ぶ)タイミング	是非取り入れたい	80	46.0	270	54.5	279	59.6	0.001
	取り入れたい	79	45.4	194	39.2	167	35.7	
	取り入れたくない	11	6.3	20	4.0	10	2.1	
ドクター、ナースへの報告	是非取り入れたい	85	48.9	264	53.3	250	53.4	0.491
	取り入れたい	78	44.8	201	40.6	189	40.4	
	取り入れたくない	6	3.4	17	3.4	12	2.6	
死亡前後の対応(入所者本人への寄り添い)ケア	是非取り入れたい	96	55.2	276	55.8	231	49.4	0.044
	取り入れたい	65	37.4	188	38.0	181	38.7	
	取り入れたくない	10	5.7	19	3.8	36	7.7	
家族への連絡・説明	是非取り入れたい	81	46.6	259	52.3	223	47.6	0.071
	取り入れたい	77	44.3	208	42.0	192	41.0	
	取り入れたくない	14	8.0	18	3.6	32	6.8	
死後の処置	是非取り入れたい	75	43.1	189	38.2	152	32.5	0.001 <sup>4</sup>
	取り入れたい	74	42.5	216	43.6	186	39.7	
	取り入れたくない	16	9.2	66	13.3	96	20.5	
家族のケア(家族への教育・指導)	是非取り入れたい	68	39.1	178	36.0	168	35.9	0.527
	取り入れたい	90	51.7	255	51.5	235	50.2	
	取り入れたくない	12	6.9	49	9.9	39	8.3	
家族への心理的ケア	是非取り入れたい	89	51.1	238	48.1	211	45.1	0.654
	取り入れたい	72	41.4	223	45.1	218	46.6	
	取り入れたくない	11	6.3	22	4.4	23	4.9	
遺族のケア	是非取り入れたい	70	40.2	182	36.8	178	38.0	0.650
	取り入れたい	86	49.4	249	50.3	220	47.0	
	取り入れたくない	15	8.6	50	10.1	44	9.4	
スピリチュアルケア(諸外国のスピリチュアルケアの考え方)	是非取り入れたい	25	14.4	72	14.5	67	14.3	0.296
	取り入れたい	91	52.3	229	46.3	223	47.6	
	取り入れたくない	45	25.9	176	35.6	145	31.0	
我が国のスピリチュアルケアの考え方	是非取り入れたい	35	20.1	99	20.0	86	18.4	0.651
	取り入れたい	89	51.1	241	48.7	231	49.4	
	取り入れたくない	39	22.4	136	27.5	121	25.9	
リビングウィルなど入所者の意思決定	是非取り入れたい	53	30.5	175	35.4	131	28.0	0.025
	取り入れたい	97	55.7	253	51.1	246	52.6	
	取り入れたくない	14	8.0	42	8.5	57	12.2	
倫理的に悩ましい問題への対処法	是非取り入れたい	81	46.6	236	47.7	204	43.6	0.305
	取り入れたい	76	43.7	217	43.8	210	44.9	
	取り入れたくない	12	6.9	26	5.3	35	7.5	
認知症(認知症の種類と原因)	是非取り入れたい	92	52.9	288	58.2	276	59.0	0.288
	取り入れたい	73	42.0	186	37.6	162	34.6	
	取り入れたくない	6	3.4	15	3.0	17	3.6	
認知症の経過と予後	是非取り入れたい	97	55.7	291	58.8	286	61.1	0.255
	取り入れたい	69	39.7	183	37.0	158	33.8	
	取り入れたくない	5	2.9	15	3.0	14	3.0	
認知症の周辺症状への対処法	是非取り入れたい	106	60.9	330	66.7	296	63.2	0.687
	取り入れたい	63	36.2	147	29.7	152	32.5	
	取り入れたくない	3	1.7	13	2.6	12	2.6	
認知症の治療薬	是非取り入れたい	68	39.1	220	44.4	251	53.6	0.002
	取り入れたい	86	49.4	234	47.3	181	38.7	
	取り入れたくない	15	8.6	31	6.3	24	5.1	
認知症の予防薬	是非取り入れたい	88	50.6	276	55.8	258	55.1	0.361
	取り入れたい	74	42.5	197	39.8	180	38.5	
	取り入れたくない	8	4.6	17	3.4	17	3.6	
認知症の緩和ケア	是非取り入れたい	104	59.8	308	62.2	303	64.7	0.289
	取り入れたい	68	39.1	171	34.5	145	31.0	
	取り入れたくない	2	1.1	11	2.2	12	2.6	
認知症の家族のケア	是非取り入れたい	103	59.2	270	54.5	277	59.2	0.132
	取り入れたい	64	36.8	202	40.8	173	37.0	
	取り入れたくない	5	2.9	18	3.6	11	2.4	

表 1. 続き

(2)参加者の内、ワークショップ前後のアンケートに回答したのは97.2%で、6か月後のフォローアップアンケートまで回答したのは94.2%であった。表2にワークショップの短期効果の結果を示した。ワークシ

ョップ前3.97と後4.05と参加者に終末期ケアへの提供に対する前向きな態度変容がみられた(P=.042)。FATCOD-Form B-Jにおいても終末期患者に対するケア(P=.000)と家族に対するケア(P=.004)に関する前向きな態度変容がみられた。死生観尺度において、死への恐怖・不安が減少し(P=.000)、人生における目的意識(P=.000)が増加した。また、表3に6か月後の長期効果の結果を示した。終末期ケアへの前向きな態度は、ワークショップ後の得点と比べて統計学的に有意な低下は見られず(P=.770)、前向きな態度が維持されていた。同様に、FATCOD-Form B-Jの終末期患者に対するケア(P=.081)と家族に対するケア(P=.526)への前向きな態度は、ワークショップ後の得点と比べて統計学的に有意な低下は見られず、前向きな態度が維持されていた。死生観尺度において、死への恐怖・不安はワークショップ後の得点と比べて統計学的に有意な上昇をみとめ(P=.001)たが、人生における目的意識(P=.486)は維持されていた。本ワークショッププログラムが、高齢者介護施設職員の終末期ケアに関する前向きな態度をもたらす短期・長期効果があることが分かった。

	pre	post	p-value
Positive attitude toward end-of-life care provision at facilities	3.97	4.05	0.042
FATCOD-FormB-J*			
Positive attitude toward caring for the dying patient	3.85	3.94	0.000
Perception of patient-and family-centered care	3.81	3.89	0.004
DAI**			
Afterlife belief	3.37	3.33	0.261
Death anxiety	3.19	2.83	0.000
Death relief	2.58	2.64	0.154
Death avoidance	2.14	2.16	0.531
Life purpose	2.95	3.11	0.000
Death concern	2.84	2.88	0.278
Supernatural belief	3.19	3.17	0.597

\*Frommelt Attitude Toward Care of the Dying scale, Form B, Japanese version

\*\*Death Attitude Inventory

表 2. ワークショップの短期効果(n=240)

	post	follow-up	p-value
Positive attitude toward end-of-life care provision at facilities	4.08	4.07	0.770
FATCOD-FormB-J*			
Positive attitude toward caring for the dying patient	3.93	3.89	0.081
Perception of patient-and family-centered care	3.87	3.89	0.526
DAI**			
Afterlife belief	3.30	3.32	0.700
Death anxiety	2.83	3.00	0.001
Death relief	2.63	2.59	0.540
Death avoidance	2.16	2.09	0.168
Life purpose	3.10	3.08	0.486
Death concern	2.86	2.84	0.688
Supernatural belief	3.14	3.25	0.038

\*Frommelt Attitude Toward Care of the Dying scale, Form B, Japanese version

\*\*Death Attitude Inventory

表 3. ワークショップの長期効果(n=226)

(3) KJ法では他のどのラベルともグループ化されない「一匹狼」ラベルも1つのグループと同等に扱うため、グループ編成の結果、「一匹狼」ラベル5枚と4グループで合わせて図1のように9グループに編成された。図について解説する。ケアマネジャーなど介護系の職種の参加者は医師が参加していると緊張して意見が出しにくい、本ワークショップ

では医療・介護問わず参加者一人ひとりが活発に意見交換を行えた。また、本ワークショップで行った終末期の家族のロールプレイを通じて参加者は様々な事例を共有できた。こうした情報交換により、職種・職場・経験などにより終末期の考え方は多様である、職種は違っても悩んでいることは一緒である、など医師・看護師・介護士間の相互理解が進んだ。特に、看護師は、介護士の利用者への寄り添いの姿勢を高く評価し、介護士のように利用者の家族の心の内面まで洞察できるようにになりたいと考えていた。こうした学びの結果、参加者は、終末期ケアの成否は終末期ケアチーム内の合意と協力体制にかかっていると総括していた。

以上のように、今回の高齢者終末期ケア・ワークショップにおいて、多職種の忌憚ない意見交換とロールプレイを通じた事例の共有により、多職種間の理解が深まったことが示唆された。地域包括ケアの基本は多職種連携であるため、今回の結果を参考に各地域でも同様のワークショップが開催されることを望む。ただし、今回は北海道に限られた地域を対象に実施したものであるため、その結果の解釈の一般化には更なる調査が必要であると考えられる。また、今後は、本研究の長期効果の検証や、高齢者の終末期の知識や技能領域の教育方法についても検討が必要であると考えられる。

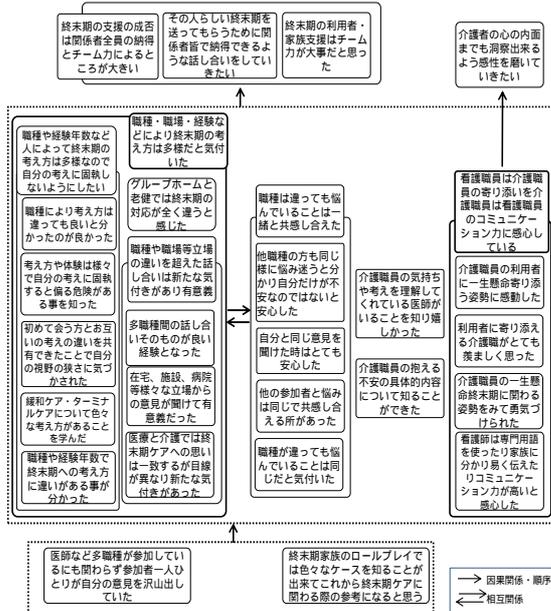


図 1. 多職種参加型の高齢者終末期ケア・ワークショップの効果

### 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計 24 件)

1. Hirakawa Y, Uemura K A qualitative study of long-term care leaders' experiences of end-of-life care provision at long-term care

facilities in Japan. Journal of Nursing & Care 2013; S5: 010 査読有

2. Hirakawa Y, Uemura K. A qualitative pilot study of the emotional structure of Japanese patients with Type 2 Diabetic Mellitus. Journal of Nursing & Care 2013, S5: 014. 査読有
3. Hirakawa Y, Kimata T, Uemura K. Short- and long-term effects of workshop-style educational program on long-term care leaders' attitudes toward facility end-of-life care. Journal of Community Medicine & Health Education 2013;3: 234. 査読有
4. Hirakawa Y, Uemura K. Community-based education concerning palliative care for the elderly in Japan. Caregivers: Challenges, Practices and Cultural influences, , Nova Science Publishers, NY, 2013; 207-216

査読無

5. 平川仁尚, 植村和正. 高齢者介護施設の教育担当者から見た終末期ケアに関する教育ニーズ. ホスピスケアと在宅ケア 2013;21(1)41-45 査読有
6. 平川仁尚. 高齢者ケアのスペシャリストから学ぶ緩和ケア 見方の幅を広げてケアの質を高めよう 高齢者の終末期における意思決定について. 緩和ケア 2013;23(4):303-305. 査読無
7. 平川仁尚, 植村和正. 名古屋式高齢者苦痛可視化スケール the Nagoya Graphical Symptom Scale for Elderly (NGSSE)改訂版の開発について. 日本老年医学会雑誌 2013;50(1):119. 査読無
8. 平川仁尚, 植村和正. 高齢者介護施設の管理職に求められる能力や資質. 日本老年医学会雑誌 2013;50(2):268. 査読無
9. 平川仁尚, 植村和正. 多職種ネットワークのノウハウを活用した医療相談窓口

- の開設について . 日本老年医学会雑誌 2013;50(4):557. 査読無
10. 平川仁尚、植村和正 . 介護職員から見た終末期ケアの現場の課題 . 日本老年医学会雑誌 2013;50(5):671. 査読無
  11. 平川仁尚、木股貴哉、植村和正 . 医療・介護現場における職員の苦悩・ストレスを減らす思考法 . ホスピスケアと在宅ケア 2013;21(3):359-360. 査読無
  12. 平川仁尚 . 多職種の見点から見た在宅高齢者の看取り . 日本老年医学会雑誌 2014;51(1):97 査読無
  13. Hirakawa Y, Uemura K. Signs and symptoms of impending death in end-of-life elderly dementia sufferers: point of view of formal caregivers in rural areas -- A qualitative study. Journal of Rural Medicine 2012;7(2):59-64. 査読有
  14. 平川仁尚、植村和正 . 介護職員のための認知症緩和ケアと Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)を考えるワークショップの開催 (報告) . ホスピスケアと在宅ケア 2012;20(3):297-300. 査読有
  15. 平川仁尚、植村和正 . 研修指導医講習会の介護現場への応用 ~ 上級介護職員のための指導者講習会の開催 . 医学教育 2012;43(2):130. 査読無
  16. 平川仁尚、植村和正 . 高齢者介護施設職員・ホームヘルパーを対象とした痰の吸引研修システムの構築 . 医学教育 2012;43(4):322. 査読無
  17. 平川仁尚、植村和正 . 上級介護職員のための新人・若手指導の在り方を考えるワークショップの開催 . ホスピスケアと在宅ケア 2012;20(3):310. 査読無
  18. 平川仁尚、安井浩樹、植村和正 . ホームヘルパーの研修ニーズ . ホスピスケアと在宅ケア 2012;20(3):311-312. 査読無
  19. Hirakawa Y, Kuzuya M, Enoki H, Uemura K. Information needs and sources of family caregivers of home elderly patients. Archives of Gerontology and Geriatrics 2011; 52: 202-205. 査読有
  20. 平川仁尚、安井浩樹、青松棟吉、吉田美加、植村和正 . 介護職員のキャリア意識向上のためのワークショップ・プログラムの開発 . ホスピスケアと在宅ケア 2011;19(1):33-37. 査読有
  21. 平川仁尚、安井浩樹、青松棟吉、植村和正 . 高齢者の終末期ケアを実践する上級介護職員のためのワークショップの効果 . ホスピスケアと在宅ケア 2011;19(3):316-323. 査読有
  22. 平川仁尚、益田雄一郎、植村和正 . 介護職員からみた高齢者の終末期の定義 . 日本老年医学会雑誌 2011;48(3):293 査読無
  23. 平川仁尚、青松棟吉、植村和正 . 高齢者介護施設の介護職員が実施可能な終末期ケアの内容 . 日本老年医学会雑誌 2011;48(4):397. 査読無
  24. 平川仁尚、安井浩樹 . 地域における多職種ネットワーク構築に向けた課題 . 日本老年医学会雑誌 2011;48(6):713. 査読無
- 〔学会発表〕(計 1 件)  
平川仁尚、「高齢者の終末期ケアを実践する上級介護職員のためのワークショップの効果」第 43 回日本医学教育学会大会 2011 年 7 月 23 日、広島国際会議場(広島市)
- 〔その他〕  
ホームページ等  
平川研究室 <http://hirakawa-lab.org/>
- 6 . 研究組織
- (1)研究代表者  
平川 仁尚 (YOSHIHISA HIRAKAWA)  
名古屋大学医学部附属病院・病院助教  
研究者番号 : 00378168
  - (2)研究分担者  
なし