

名古屋大学大学院医学系研究科

# 地域医療教育学講座 年 報



令和 5 年度



# ご 挨拶

名古屋大学大学院医学系研究科  
総合医学教育センター教授  
錦織 宏

本学医学系研究科に地域医療教育学寄附講座が開設されて15年目となりました。一期生はすでに卒業後9年目となり医師としてそれぞれの病院で活躍しております。また本年度も諸先輩同様に、優秀かつ地域医療に対する情熱を持った、医療者とし将来を嘱望される資質豊かな新入生を迎えました。我々教員の責任の重さを益々自覚しているこの頃であります。卒前教育にあたる我々の責務は、彼らに幅広い基本的臨床能力と他者への共感豊かなコミュニケーション能力、および利他的な行動原理（医のプロフェッショナリズム）といった、医師としてのコア能力をきちんと修得してもらうことにあります。我々関係者の願いとしては、それにとどまらずに、彼らのその後（義務年限終了後）のキャリアパスをより豊かなものにして、生涯にわたって愛知県を愛し、その地域医療を担ってもらうことにあります。

今後とも引き続き、皆様方の温かい励ましとご鞭撻をお願い申し上げまして、ご挨拶とさせていただきます。

名古屋大学大学院医学系研究科  
地域医療教育学寄附講座特任講師  
高橋 徳幸

日頃より名古屋大学医学系研究科地域医療教育学寄附講座にご指導、ご鞭撻をいただき、誠にありがとうございます。学内外の関係者のご支援に対して、その成果をご報告する意味を込めまして、2023年度の年報を作成いたしました。

2009年度の講座開設以来構築され継続されてきた各種の事業、研究、教育活動等を引き継ぎ、多大な責任とやりがいを感じながら過ごしてまいりました。今後とも当講座が未来に向かって継続していけるよう、ご支援の程何卒よろしくお願いいたします。

# 目 次

## ご挨拶

### 1. スタッフ紹介

高橋 徳幸（特任講師） .....	1
末松 三奈（特任講師） .....	1
宮崎 景（特任准教授） .....	1
松田 敦子（講座秘書） .....	1

### 2. 地域枠学生関連

1. 地域枠学生特別カリキュラム .....	2
1-1. オリエンテーション（入学時） .....	2
1-2. 地域医療セミナー（全学年） .....	3
1-3. 基礎医学セミナー（3年生後期） .....	6
基礎医学セミナー発表会 .....	8
1-4. 学会発表（4年生） .....	1 3
1-5. 臨床実習Ⅱ 地域病院実習（5, 6年生） .....	1 4

### 3. 活動報告

活動概要 .....	1 5
1. 主な活動 .....	1 6
1-1. 木曽川メディカルカンファレンス（KMC） .....	1 8
1-2. 学びの社・学術コース .....	1 9
2. 医療人類学とバーチャル教育を活用した屋根瓦式地域医療教育(濃尾+A)関連 ...	2 0
3. 学会活動 .....	2 1
4. 論文・書籍 .....	2 2

### 4. 業績記録

論文・発表等 業績一覧 .....	4 6
-------------------	-----



# 1. スタッフ紹介



特任講師 高橋 徳幸  
(平成 29 年 4 月 1 日～)

岡山県岡山市出身。平成 17 年岡山大学医学部卒業。名古屋大学医学部附属病院で初期研修。その後、同病院総合診療部を含め地域の診療所や病院で家庭医療後期研修。平成 23 年には名古屋大学大学院医学系研究科へ進学、平成 27 年に満期退学。平成 27 年 4 月から平成 29 年 3 月まで名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター病院助教。平成 29 年 4 月、当講座助教に着任。日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医/指導医、総合診療専門医/特任指導医。博士（医学）



特任講師 末松 三奈  
(平成 25 年 12 月 1 日～)

愛知県名古屋市出身。平成 13 年三重大学医学部卒業。同大学医学部附属病院で研修、第三内科入局。平成 19 年三重大学医学系研究科博士課程を修了し、医学博士を取得。平成 21 年に Oxford English Centre 終了。内科認定医、日本糖尿病学会専門医、日本医師会認定産業医。聖隷浜松病院総合診療内科の臨床経験・指導経験を生かし当講座に着任。



特任准教授 宮崎 景  
(令和 4 年 4 月 1 日～令和 5 年 7 月 30 日/  
令和 5 年 8 月 1 日～当講座客員研究者)

愛知県名古屋市出身。平成 9 年名古屋大学医学部卒業。土岐市立総合病院で研修。平成 12 年国立循環器病センターへ国内留学。その後、名城病院を経て、平成 14 年から平成 20 年まで名古屋大学付属病院勤務。その間平成 18 年には同院総合診療部大学院を満期退学。平成 20 年からミシガン大学家庭医療科レジデント。その後、高茶屋診療所、三重大学医学部付属病院を経て、令和 4 年 4 月、当講座特任准教授に着任。米国家庭医療専門医、日本プライマリ・ケア連合学会認定プライマリ・ケア認定医、指導医。日本内科学会総合内科専門医。

講座秘書 松田 敦子（平成 29 年 4 月 1 日～）

## 2. 地域枠学生関連

### 1. 地域枠学生特別カリキュラム

名古屋大学の地域枠学生には、大都市から人口過疎地や離島まで様々な生活様態を抱える愛知県の全住民が安心して暮らすために、必要なヘルスケアを提供できる医師を目指すための特別カリキュラムがあります。さらに愛知県での学びや医師経験を活かして、将来において全国どの地域社会・医療機関であっても、状況が求めるヘルスケアを提供できるようになることを目指すための、特別カリキュラムが用意されています。

#### 1-1. オリエンテーション（入学時）

令和4年度も新入学の地域枠学生対象に入学式後は当講座独自のオリエンテーションを実施しました。愛知県からは愛知県医師確保修学資金の説明、そして当講座からは地域枠学生カリキュラムの説明を行いました。下記が当日のスケジュールです。

- (1) 歓迎の挨拶
- (2) 教員・スタッフ紹介
- (3) 新入生自己紹介

＜令和5年度入学生＞

天野 祥汰（あまの しょうた）  
石川 翔啓（いしかわ しょうけい）  
後藤 大輝（ごとう だいき）  
小林 実央（こばやし みお）  
和山 明梨（わやま あかり）

- (4) 愛知県医師確保修学資金説明
- (5) 地域枠学生ガイダンス
- (6) 質疑応答

## 1-2. 地域医療セミナー（全学年）

地域医療を充実させるためには、医師を増やすことに加え、医療の実践そのものを変えていく必要があります。地域住民のニーズに応える形で新たな地域医療を作りだしていかなければなりません。そんなミッションを持っているのが、この講座に所属する地域枠の学生たちです。将来に向かって、彼らに様々な興味を持ってもらうために、地域医療にとどまらない、幅広い分野の講師陣を招いて、年に5回のセミナーを実施しています。1～4年生の参加が必須です。

令和4年度も以下のように様々なセミナーを実施しました。第2回地域医療セミナー（\*1）、第3回地域医療セミナー（\*2）については詳細を紹介します。

### 令和5年度地域医療セミナー

回	開催日	内容
1	5月8日	1年生歓迎 自己紹介
2	6月19日	病院見学のチーム分け 他
3	9月25日	病院見学報告会
4	11月13日	ライフプランニング、山田先生の講演
5	2月5日	医療人類学とバーチャル教育を活用した屋根瓦式 地域医療教育シンポジウム参加



第1回地域医療セミナー



第4回地域医療セミナー

## \*1 第2回地域医療セミナー

毎年、第2回地域医療セミナーは、夏の病院見学にむけて地域枠学生としてのミッションや病院見学の目的を改めて確認するとともに、事前学習を行っています。令和5年度はグループ分けを行った後、各グループで質問内容などを決定し、病院見学の準備を行いました。





## \*2 第3回地域医療セミナー「病院見学報告会」

平成23年度より地域枠学生を対象に実施している病院見学ですが、令和5年度も5病院にご協力いただきました。また全病院の見学終了後に、地域医療セミナーとして報告会～フォトボイス展～を実施しました。患者さんの地域での生活を連想させる場面、状況、風景を写真収め、説明を記載した「フォトボイス」という形で発表しました。報告会には、ご協力を賜った医療機関の先生方にオンラインで参加いただき、発表内容へのコメントをいただきました。

### 見学病院と見学グループメンバー

渥美病院：○鄭 在鴻、西川弘晃、後藤大輝

稲沢市民：○吉岡暁子、小林実央

海南病院：○所奎一郎、犬飼佳吾、鏡味咲耶、和山明梨

津島市民：○武市理央、近藤文音、隈部健、吉井初穂、石川翔啓

豊田厚生：○村松瑛心、森本崇嗣、萩原くるみ、天野祥汰

(順不同)

 <p><b>開放的なリハビリ</b> ・リハビリ室から見える風景の写真</p> <p>外の景色を見る事ができ、自分の住んでいる地域が見れるため開放的で落ち着いてリハビリができる</p>	 <p><b>あなたの心のまどぐち</b></p> <p>病院内にある総合相談センター</p> <p>診察室や待合室などが多く並んでいる中に、相談センターがあるのは興味深かった。</p> <p>不安を抱えている患者に寄り添える環境づくりをしていくことが大切だと感じた。</p>
 <p><b>バックヤードにある洗浄室</b></p> <p>患者さんの清潔処置で使う道具はここで管理されている。看護士さんが毎回洗っているそう（時々）。</p> <p>医師の立場だとなかなか見えにくいですが、コメディカルの皆さんは一人一人患者さんの一番の看護。医療、を志して業務を行っているのだなと感じた。</p>	 <p><b>手すりがたくさん</b></p> <p>地域包括ケア病棟の廊下です。急性期の治療が終わり、自宅に戻る準備をしている方、自宅の介護から一時的に入院している方など回復期治療や、リハビリが主に行われています。</p>

フォトボイスの一例

### 1-3. 基礎医学セミナー（3年生後期）

医学部3年生後期のカリキュラムの1つです。当講座では地域枠学生4名を受け入れ、約半年間にわたり、研究、教育活動を行いました。

医学部3年生全体の後期ガイダンス後に、当講座でのガイダンスを実施しました。地域枠学生4人と研究指導にあたる教員3人が互いに改めて自己紹介をし、ここから半年間についての意気込みを語りスタートしました。



SCAT ワークショップの様子

当講座では研究の基礎を学ぶため、専門の先生をお呼びしてセミナーを実施しています。

令和5年度も10、11月に名古屋経済大学 人間生活学部 特任教授の大谷尚先生をお迎えして、3日間かけてじっくりと「質的研究」について学びました。質的研究のためのプロトコル作成や、SCATを用いた質的データ分析を初めて経験して、参加学生も悪戦苦闘していましたが、中には新たな才能を見出された学生もいました。

11月には、愛知医科大学病院臨床研究支援センター准教授の大橋渉先生をお招きして、「量的研究」の基礎となる「統計学」について学びました。「質的」「量的」どちらの研究をする学生にとっても必要な知識です。貴重な学びの機会を得ることができたのではないのでしょうか。

またセミナー・ワークショップとは別に講座内でのリサーチミーティング・ジャーナルクラブを行いました。全体リサーチミーティングでは、教員と学生が全員集合して研究の



統計学セミナーの様子

進捗状況の確認を行いました。また、ジャーナルクラブでは担当制で、教員と学生が研究に関連する論文を紹介しました。毎回、異なった話題が飛び出し、意見を交換することで、研究に対する意識も高まりました。

《スケジュール・指導体制のまとめ》

開催月	名称	講師
10 月	ガイダンス	全教員
10 月	質的研究のためのプロトコル作成 セミナー・ワークショップ 1 日	名古屋経済大学 人間生活学部教育 大谷 尚 先生
10・11 月	SCAT セミナー・ワークショップ 全 2 日	名古屋経済大学 人間生活学部教育 大谷 尚 先生
月曜/水曜 午後	リサーチミーティング	全教員
月曜/水曜 午後	ジャーナルクラブ	全教員
12 月	第 1 回報告会	全教員
11	統計学セミナー全 2 日	愛知科大学臨床研究支援センター 准教授 大橋 渉 先生
1 月	第 2 回報告会	全教員
2 月	学内抄録締切	
2 月	最終報告会	全教員
3 月	基礎医学セミナー発表会	全教員

# 2023 年度 基礎医学セミナー発表会

令和 6 年 3 月 8 日（金）

## 《口頭発表》

隈部健

質的データ分析手法 Steps for Coding and Theorization (SCAT) を用いた質的研究  
論文のフォーカスグループ実施回数の検討

## 《ポスター発表》

鈴木謙一

通所介護施設でのドラムサークルが施設利用者に与える効果の機序：質的研究  
～医療介護スタッフの語りから～

※優秀賞を受賞

竹内佑

新しい健康概念：「Positive Health」を僧侶はどう受け止めるのか

森本崇嗣

我が国の「地域医療」教育：全国医学部医学科シラバスのテキスト解析



質的データ分析手法 Steps for Coding and Theorization (SCAT) を用いた。

## 質的研究論文のフォーカスグループ実施回数の検討

学生氏名：関部健 指導教員氏名：高橋徳幸 所属講座：地域医療教育学

## 1. 背景・目的

フォーカスグループ（以下 FG）は質的データ収集手法であり、研究者からの質問に対して複数の研究参加者が相互促進的に発言することで多様なデータを収集することを意図する（大谷，2019）。質的研究ではデータ分析とデータ収集を繰り返す循環的プロセスの中で質的データの収集をするため、データ収集回数を事前に決定することはできない。その一方で、FG 回数は経験的に 3-5 回程度の FG が必要という意見や

(Morgan, 1997)、2-3 回の FG でも 80% 程度の必要なテーマは出現するとした論文がある (Guest, 2017)。  
また、FG で得た質的データを分析する手法として、日本で開発された質的データ分析手法である『Steps for Coding and Theorization (以下 SCAT)』が使用されることがあり、比較的小規模なデータにも適用可能な手法として国内外の質的研究で広く用いられている (大谷、2019)。しかし、SCAT を用いた研究がどの程度 FG を実施しているかはこれまで検討されていない。本研究では質的データ収集方法に FG を用い、かつ質的データ分析方法に SCAT を用いた論文を探索し、それらの論文の FG の実施回数について記述することを目的とした。

## 2. 方法

## 文献检索

文献検索には CiNii Research、PubMed、Web of science、医中誌 Web、Google Scholar の 5 つのデータベースを用いた。また、除外対象となる論文の混入を可能な限り防ぐために検索式を検討した結果、「[focus group] "Steps for Coding and Theorization"」[「フォーカスグループ」 "SCAT"] [「フォーカスグループ」 "Steps for Coding and Theorization"] の 3 通りで検索した。検索期間は 2023 年 11 月 20 日から 1 月 22 日とした。

## データ収集

検索した文献について書誌情報や記述言語等を表にまとめると共に、FGの実施回数と各グループを構成する参加者の数を記録した。このとき、FGの実施回数として文献に記述されている数値のうち、グループの作成数と各グループでのデータ収集回数とを分けて条件にした。ただし、文献検索対象となった論文のうち、以下の条件に該当したものは除外対象とした：1) 会員制雑誌など医学部附属図書館経由でも本文を確認できなかったもの、2) 短報や会議録など原著・紀要論文以外の論文形式、3) 混合研究など質的研究以外の研究デザインであるもの、4) FG以外の質的データ収集方法を利用あるいは併用しているもの、5) CAT以外の質的データ分析方法を利用あるいは併用しているもの。

## データ分析

FG 回数、FG の研究参加者数、グループ作成数、1 グループあたりの FG 回数について記述統計を実施した。この時、英語論文と日本語論文間で FG 数に差異が生じる可能性を考慮し、FG 数の群間比較 (Mann-Whitney U 検定、両側、有意水準 0.05) を行った。分析には統計ソフト「SPSS」を用いた。

## 倫理的配慮

本研究は文献調査であり、人を対象とする研究ではないため倫理申請は実施していない。

### 3. 結果

文獻檢索，收集結果

各検索式での検索結果を以下の表 1 に示す。

Year	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100
Year	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100
Year	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100

表 1 檢索結果

また、重複した文献を除いた後に分析対象と除外対象を分別した内訳を以下の表2に示す。

[illegible]

表2 サンプル内訳

### 分析結果

項目	研究費助成数	FG返金	グループ数	卒業人数
学部	40	40	40	40
学科	1	1	1	1
平均値（標準偏差）	12.9 (17.6455)	2.575 (0.41808)	2.425 (0.425)	11 (0.04804)
四分位範囲	4.25 - 17.75	1 - 3	1 - 3	1 - 3
最頻値	3	1	1	1

表3 統計量(全体)

[illegible]

表 4 統計量 (言語別)

このとき有意確率は 0.036 ( $<0.050$ ) であった。

#### 4. 考察

本研究によって、SCATを分析手法として用いてFGを行った既出論文についてFGの実施回数が明らかになった。MorganやGuestらによって示唆された2-5回という適切なFG実施回数と比較して、FG回数について同等かさらに少ないことが示唆された。

一方で、FG 実施回数について和文と英文の論文を比較すると、統計学的に有意に英文論文の方が FG 実施回数が多いことがわかった。学術論文の編集者は、自身と国・地域が同一の国・地域から選択する傾向がある (Fox, 2016)。このことから、英文原著論文の出版を目指す研究者が、英語圏の編集者の多い学術誌からの出版を目指す際、SCAT を知らない質的研究者から査読を受ける可能性を考慮した可能性がある。

本研究には以下の限界がある。一つ目は、SCATの誤用についても指摘されているものの（大谷, 2019）、分析手続きの妥当性については担保できていない。二つ目は、本研究は既出論文のFG回数を集計したにすぎないため、本研究がSCATを用いた新たな質的研究論文のFG回数を決定する根拠にはならない。

## 5. 謝辭

本研究を進めるにあたり丁寧にご指導いただいた高橋徳幸准教授をはじめとする、地域医療教育学の研究室の方々に深く感謝致します。

# 通所介護施設でのドラムサークルが施設利用者に与える効果の機序：質的研究 ～医療介護スタッフの語りから～

学生氏名：鈴木謙 指導教員氏名：末松三奈 所属講座名：地域医療教育学

## 背景・目的

通所介護施設では様々なレクリエーションが行われており（森山, 2009）、これらは施設利用者に対する身体機能の維持、認知機能の維持、精神的な健康維持などの様々な効果を期待して行われている（Sala, 2019）。このようなレクリエーションの1つにドラムサークルがある（宮崎, 2020）。ドラムサークルとは、参加者が輪になり、ファシリテーターと呼ばれるガイド役とともに即興的に作り上げるドラムを用いたアンサンブルであり（Hull, 2007）、高齢者に対する身体的・認知的効果としての生理的効果（宮崎, 2020）、心理的効果や社会的効果（Sara, 2018）が指摘されている。しかし、ドラムサークルがどのようにこれらの効果をもたらすのかについては明らかではない。したがって本研究は、ドラムサークルが通所介護施設の利用者にもたらす諸効果の機序を質的に探索する。

## 方法

### ドラムサークルの実施

2023年6～7月、通所介護施設「いきいきヒルズ」（名古屋市）で約1時間のドラムサークルを5回実施した。

### 対象者とデータ収集

約15名の要介護・要支援の施設利用者がドラムサークルに参加したが、詳細な回想および言語化が難しいため、同ドラムサークルを施設利用者と共に体験した施設介護職員2名と施設医師2名をインタビューーとして抽出し、グループインタビューを対面で2回実施した。1回目は2022年8月に末松により約57分間、2回目は2022年11月に末松と鈴木により約63分間実施した。

### データ分析

インタビュー内容は逐語的に文字起こしされ、得られたテキストはSCAT（Steps for Coding and Theorization）を用いて鈴木により分析された。SCATとは、テキストをセグメント化し、4段階にコーディングする過程で、テキストの表層的意味から離れつつ、最終的に得られたコードを繋ぎ合わせることでテキストの深層の意味へと到達して理論を得る、質的研究のデータ分析手法である（大谷, 2012）。本研究は一般社団法人 ACCD 大学コンソーシアム倫理委員会の承認を得て実施した（倫理審査番号: 012305）。

## 結果（図1）

### 生理的効果（身体的効果）

ファシリテーターとのコミュニケーションや歌によるモチベーションの高まりからドラミングが実施される結果、上肢の身体運動が増加し、上肢関節可動域が拡大し得る。リズムの一体化や、両手のドラム上への設置がもたらす非意図的なドラムからの音発生からも機序が駆動し、上肢関節可動域の拡大につながり得る。ファシリテーターから輪の中に招かれると、モチベーションの高まりから、残存能力の発現を示す下肢の身体運動が生じ、下肢関節可動域の拡大をもたらし得る。

### 心理的効果

股間に挟んだドラムがもつ「抱きまくら」の性質や両手が常時触れているドラムがもつ「フィジエットイ」の性質、また、好きなリズムでのドラミングは、参加者に取組中に平穏をもたらし、日常での質の軽減をもたらし得る。輪の中へ移動した参加者は、注目を浴びることでモチベーションを高め、個性を発現し、外向的性格への変化を経験し得る。

## 社会的効果

身体やドラムの触れ合いが参加者同士の心理的障壁を撤廃し、日常での対等なコミュニケーションをもたらし得る。輪の中へ移動した参加者は、集団的統一性に寄与する行動（協調性のある行動）をとり、その行動に対する他の参加者からの好意的な評価を感受することで、日常での協調性を獲得し得る。

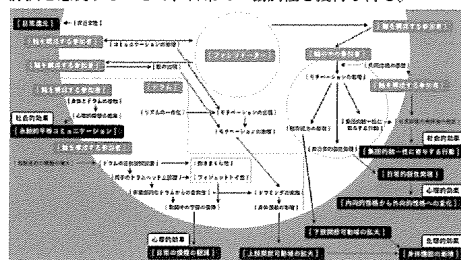


図1 分析結果：ドラムサークルの効果と機序（抜粋）

## 考察

ドラムサークルが施設利用者にもたらす諸効果の機序について、医療介護スタッフがどのように認識しているかが明らかになった。このことは、諸効果をより高めるためのドラムサークルの方法の検討や、今後の量的研究の対象の明確化につながると考えられる。

### 機序を駆動する要素

ファシリテーターとドラムに関するテーマが機序の上流に集中していることは、ファシリテーターとドラムが、諸効果をもたらすために不可欠であることを示唆している。また、ドラムサークルが輪になる活動であるという事実や、この事実から派生するテーマが機序の上流に散見されることは、輪になることが機序の駆動力として重要な役割を担っていることを示唆するとともに、輪以外の形式（横並び等）で実施した場合に得られる効果が変化し得ることを示唆している。実際、一般的な輪になる活動には、対等関係の形成や、輪の中に移動した参加者の高揚感の表れが指摘されている（藤森, 2022）。また、非順番性や非競争性も機序を駆動させる。これは他レクリエーションでみられる順番性や競争性が機序を抑制することを示唆する。

### 他レクリエーションとの比較

輪に加わりドラムを股間に設置すれば参加状態が用意されることは、モチベーション非依存的な機序の駆動を促進するため、初参加、精神疾患、運動障害、視覚障害、聴覚障害等の特性を有する通所介護施設の利用者に適している。一方、問題点としては事前準備の必要性、音過敏症の利用者の参加困難、転倒リスクの増大があげられる。

### 本研究の限界

インタビューを実施できなかったため、ドラムサークルに参加した施設利用者の評価は不明である。

## 謝辞

手厚いご指導を賜りました末松三奈先生、岡崎研太郎先生、また高橋徳幸先生と地域医療教育学研究室の皆様へ厚く御礼申し上げます。そして、研究にご協力いただいた研究参加者の方々に深く御礼申し上げます。

新しい健康概念：「Positive Health」を僧侶はどう受け止めるのか

学生氏名：竹内佑 指導教員氏名：宮崎景、高橋徳幸 所属講座：地域医療教育学

背景・目的

WHO は、健康とは「単に疾病でないとか、虚弱でないだけでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態」であると定義している。この定義は、「完全に良好」な状態を強調するあまり、複数の慢性疾患を抱える多くの高齢者にはそぐわない定義となっており、過剰診断や医療化の一因ともなっている(Moynihan, 2002)。これに対し、オランダの Huber らは、「健康とは社会的・身体的・感情的問題に直面したときに適応し、自ら管理する能力である」と再定義し、これを新しい健康の概念として、「Positive Health」(日本語訳はポジティブヘルス)と名付けた(Huber, 2011)。Huber らは、ポジティブヘルスを 6 つの次元(表 1)に含まれる 32 の指標(現在は 44 に更新)で表した。このポジティブヘルスという概念はオランダで提唱されたため、異文化圏の日本にそのまま転用できるとは考えにくい(Huber, 2011)。我々は日本人の文化に根差し、歴史的にも日本人の健康観形成に関与してきた仏教に着目した(榎本, 2000)。仏教は日本で多くの信者が存在し、寺社の数も多い(文化庁, 2023)ことから、僧侶を対象としてインタビューを行った。本研究の目的は、僧侶が考える日本の健康観を質的に探索し、その観点からポジティブヘルスを再構築することである。

表 1 PH の 6 つの次元

身体的機能	メンタルウェルビーイング	生きがい
生活の質	社会参加	日常的機能

方法

研究参加者

日本人の健康観に関わる専門家として、3 名の僧侶を対象に、個別インタビューを行った。

データ収集

インタビューは、インタビューガイドに基づく半構造化面接の形でおこない、インタビュー自身の健康観や仏教の健康観、ポジティブヘルスの 6 つの次元や 44 の指標への意見などを尋ねた。インタビューは計 3 回行い、その概要は次の表 2 の通りである。

表 2 各インタビューの概要

	実施年月	時間	性別	年齢
①	2023 年 11 月	約 65 分	男	51
②	2023 年 12 月	約 90 分	男	69
③	2024 年 1 月	約 98 分	女	60

データ分析

各回のインタビュー内容を逐語録化したのち Steps for Coding and Theorization (SCAT) を用いて分析した。SCAT とは、データの 4 段階のコーディングと、それに基づくストーリーラインの記述から、理論記述をおこなうという、質的データ分析手法の 1 つである(大谷, 2012)。分析の際には、分析的枠組みとしてポジティブヘルスを用いた。本研究は名古屋大学生命倫理審査委員会の承認を得て行われた(承認番号：2022-0353-2)。

結果

僧侶から見たポジティブヘルス

ポジティブヘルスの 6 つの次元はすべて重要である。ただし、各人の価値観に依存して、各次元の重要性は変化し得る。また、これらはそれぞれ独立したのではなく、互いに連動し得る。さらに、6 つの次元すべてが満たされることが健康の条件というわけではなく、各人がこれらの次元を統合し、主体的に健康を生成することが重要である。

さらに、僧侶の考える健康観として、次の 3 つの要素が明らかとなった。

仏教観における健康問題との共存の重要性

仏教観では、人間は不完全かつ不自由な存在で、常に問題に直面している。特に、四苦(生・老・病・死)は避けようがない苦しみである。健康は、この苦しみの認識と受容によって主体的に生成される。このとき、健康は必ずしも問題の解決によって得られるのではなく、絶えず遭遇する問題との共存によって得ることができる。

仏教観における健康—スピリチュアリティの重要性

健康においてスピリチュアリティは重要である。特に人生の危機において、自己の存在に関する問題に直面し、健康が阻害され得る。この時、人間は、実存的問題を探索する他、人智を超えた存在との繋がりを求めることもある。実存的問題は、語り、外化することで解消、あるいは共育、一時的な棚上げの対処が可能となり、健康な状態へと回帰する。

日本における健康—自己と他者との関係性の重要性

人間の健康は他者の影響を多大に受け得る。日本では、特に家族・友人など身近な二人称的他者と一人称(自己)の健康は相関性を持つ場合が多い。また、家族、地域社会といった共同体の調和による心の安定を求める傾向がある。そのため、相互の配慮を重視する。しかし、時に自己よりも全体の調和を優先し、結果として健康を阻害する場合がある。

考察

仏教観における健康観および僧侶が考える日本の健康観と、ポジティブヘルスとの共通点・相違点として考えられるものを示す。

ポジティブヘルスとの共通点

四苦をはじめとした問題の認識と受容、共存により健康が得られるという仏教の考え方は、冒頭に述べたポジティブヘルスの定義と共通している。また、次元間の連動や各次元の統合の必要性が強調されつつも、6 次元それぞれの重要性は認めるところであった。

ポジティブヘルスとの相違点

ポジティブヘルスの次元と指標は、「社会参加」の次元を除いて、ほとんどが一人称のみで完結している。また、「社会参加」の次元にも、家族をはじめとした二人称的他者はほとんど表れていない。しかし先述したように、日本では自己と他者の関係性、特に二人称的他者との関係性は重要である。また、スピリチュアリティは、僧侶にとって健康に必須の要素であるが、メンタルウェルビーイング、生きがいの一部指標に表れている以外、ほとんど言及されていない。よって、これら 2 点に関して、ポジティブヘルスの再構成の余地があると考えられる。

以上より、僧侶が考える日本におけるポジティブヘルスを再構成し、図式化した(図 1)。

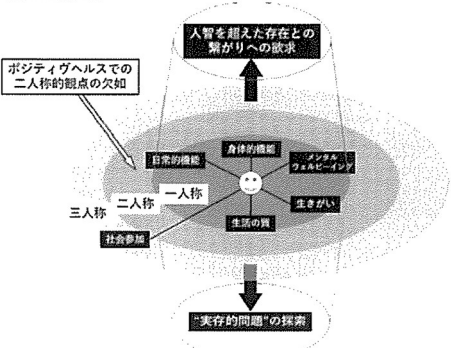


図 1 自己と他者の関係性とポジティブヘルスの 6 次元を水平面に、スピリチュアリティを垂直軸に設定して整理した。

本研究の限界

本研究のインタビューである僧侶 3 名は、ランダムに抽出したものではなく、僧侶全体を代表したものとは言えない。特に②と③の僧侶はともにスピリチュアルケアに従事しており、僧侶以外の属性の特性が語りに強く反映されている可能性がある。

謝辞

手厚いご指導を賜りました宮崎景先生、高橋徳幸先生、また末松三余先生と地域医療教育学講座の皆様には厚く御礼申し上げます。そして、研究にご協力いただいた研究参加者の皆様にも深く御礼申し上げます。

我が国の「地域医療」教育：全国医学部医学科シラバスのテキスト解析

学 生 氏 名：森本崇剛  
指導教員氏名：木松三奈  
所 属 講 座：地域医療教育学

背景、目的

近年、我が国では医師の地域偏在が叫ばれており（厚生労働省、2019）、地域の特性に即した医療を理解し実践できる医師を育成することの重要性が認識されている（厚生労働省 2023）。従来より卒前教育と卒後教育の連続性の乏しさは指摘されていたが、医師が習得すべき知識・技能が増加しているため、卒前の地域医療教育の重要性は増している（厚生労働省 2019）。解決策として、医学生が診療に参加する診療参加型臨床実習の充実を目指す取組が挙げられるが（厚生労働省 2019）、臨床実習以外の地域医療教育の内容や方法は、各大学に委ねられているのが現状である（菅谷 2023；福田 2015；立瀬 2006）。各大学のこのような地域医療教育に関する報告は数多くあるが、その多くでは「地域医療」という言葉が様々な定義で用いられており、「地域医療」が指す内容が明らかでない（孫 2022）。そこで、本研究では全国医学部医学科において「地域医療」として何が教育されているかを検討することを目的として、「各授業の詳細な授業計画」が掲載されている（中央教育審議会 2008）シラバスのテキスト解析を行った。

方法

本研究では、2023 年 11 月 29 日から 2024 年 1 月 25 日まで、ホームページ探索によって全国にある 81 大学の医学部（医学類）と 1 医科大学校（以下、全国 82 大学）で掲載されているシラバスを閲覧した。臨床実習を除く医学部医学科の講義または実習のうち、コース名または科目名に「地域」かつ「医療」が含まれるものを収集した（以下、対象科目）。次に、収集した科目から、実施年次、授業概要、授業形態に関する情報を抽出した。授業形態は大学毎に表記の仕方が様々であったため、主に 4 種類（講義、実習、グループワーク、その他）に区分した。実施年次、授業形態をそれぞれ科目数で集計し、授業概要の文章の解析としてテキストマイニングを実施した。科目数の集計では、同一大学内で同じ科目名であっても、実施年次が異なる科目は区別して集計した。授業概要の文章の解析には K.H Corder (Koichi Higuchi) (樋口 2020) を用いた。今回は、一般に公開されており、個人情報を持っていない各大学のシラバスを用いて実施しており、倫理審査を必要としない研究として実施した。（用語の取捨選択）

結果

全国 82 大学のうち、80 大学（国立 41、公立 8、私立 30、医科大学校 0）においてシラバスから情報を収集できた。そのうち、対象科目を有する大学は、56 大学（国立 33、公立 6、私立 17、医科大学校 0）であり、計 187 科目が検索された。実施年次の情報は全 187 科目で収集できたが、授業形態と授業概要の情報を収集できたものは内 180 科目であった。実施年次、授業形態を科目数で集計した結果をそれぞれ表 1、表 2 に示す。

表 1：実施年次と科目数

実施年次	科目数
1 年	42
2 年	39
3 年	42
4 年	39
5 年	17
6 年	8
計	187

表 2：授業形態と科目数

授業形態	科目数
講義を含む科目	99 (55.0%)
実習を含む科目	100 (55.6%)
グループワークを含む科目	64 (35.6%)
その他を含む科目	4 (2.2%)
全科目数	180

テキストマイニングにより得られた主な用語の出現回数と共起ネットワークの一部抜粋を、それぞれ表 3 と図 1 に示す。用語の出現回数では「理解」が 124 回、「学ぶ」が 95 回と最も多く、「実習 76」「医師 68」「社会 65」「課題 59」と続いた。

共起ネットワークは大きく 3 つのクラスターが生成された。各々のクラスターと用語については以下の通り。

- 1：「社会」「包括」「ケア」「重要」「必要」「多職種」「連携」  
2：「現状」「問題」「課題」「解決」「貢献」「能力」  
3：「臨床」「患者」「態度」「コミュニケーション」「知識」

表 3：主な用語の出現回数

用語	回数
理解	124
学ぶ	95
実習	76
医師	68
社会	65
課題	59
診療	55
学生	52
ケア	46

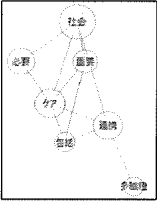


図 1：共起ネットワーク（クラスター 1）

考察

図 1 とその他のクラスターから、全国医学部医学科における「地域医療」の授業では、以下の内容が教育されていると推察される。

- 1：「（高齢）社会において、多職種と連携し包括的にケアすることの必要性・重要性を学ぶ」  
2：「（地域医療が抱える）現状の課題を理解し、解決する能力を身につける」  
3：「（地域医療に関する）知識を身につけ、臨床の場で患者と接する際の態度やコミュニケーションを学ぶ」

以下では、各クラスターの内容について詳細に考察する。  
クラスター 1 では、多職種連携・包括的ケアなど、地域医療の実践方法が表れている。多職種連携は、小谷 (2018) によって「地域で多職種が連携する効果として…患者・家族中心のケアを実現しやすくなり…」と報告されているように、地域医療におけるその重要性が注目されている。今回のシラバス解析は、多職種連携の重要性が全国医学部医学科で「地域医療」の中心的内容として教えられていることを示すと考えられる。

クラスター 2 では、地域医療の課題に対する姿勢が表れている。地域医療の課題に関する報告は多く（中橋 2017；尾形 2023）、高齢化が進む日本の社会との関連性が頻りに強調される。本解析から全国医学部医学科では、卒前から地域医療の課題を学び、解決策を模索する姿勢が医学生に求められていると考えられる。

クラスター 3 では、将来医師として地域医療に従事するために必要な態度が表れている。地域医療を説明する言葉の 1 つとして「従来の医療から一歩踏み込んで社会づくりにかかわっていく活動」（中橋 2017）という表現が使われるように、地域医療では地域の住民とより密接に関わることが求められる。本解析から「地域医療」の授業では、地域の住民と接するためのコミュニケーション力を卒前から培うことで、地域の特性に即した医療を実践できる医師を育成することを目的としていると考えられる。

本研究の限界として、対象を科目名に「地域」「医療」を含む授業に限定したこと、検索範囲をシラバスに限定したことが挙げられる。シラバスに掲載されていない地域医療教育に関する授業については、改めて内容を調査する必要性が考えられる。

謝辞

手厚いご指導を賜りました木松三奈先生、大橋渉先生、また高橋徳幸先生と地域医療教育学講座の皆様には厚く御礼申し上げます。

#### 1-4. 学会発表（4年生）

参加者	題目	学会名	開催日・会場
吉岡暁子	オンラインフォーラム機能をもつ認知症介護者支援アプリが家族介護者の社会的孤立感に与える影響：質的研究	第14回日本プライマリ・ケア学会	5/12-5/14 ポートメッセなごや



## 1-5. 臨床実習Ⅱ 地域病院実習（5，6年生）

臨床実習Ⅱ一期、二期各8週間のうち一方は、大学病院の診療科ではなく、県内の地域の病院でクリニカルクラークシップを行っています。また実習に臨む前には準備ワークショップをオンラインで開催し実習内容や目標を共有しています。

例年、渥美病院、海南病院、A O I 名古屋病院のいずれか1箇所で、8週間にわたり実習を行います。

### <2023年度実習病院>

（第一期）令和5年1月11日～令和5年3月4日

A O I 名古屋病院：佐橋一輝（内科を中心としたクラークシップ）

（第二期）令和5年3月22日～令和5年5月20日

海南病院：安藤大貴（老年内科、総合内科を中心としたクラークシップ）

渥美病院：山田聡：（内科を中心としたクラークシップ）

## 3. 活動報告

### 活動概要

令和5年度はセミナー・講義の実施については、概ね対面で行われました。継続されてきたカリキュラムを着実に遂行し、講座の教育活動や研究活動を発展させていくことができました。また、3年生対象の基礎医学セミナーでの研究においては教員と学生が相互に刺激を受け充実したものとなりました。

講座内の体制としては、7月末までは宮崎景特任准教授、末松三奈特任講師、高橋徳幸特任講師、講座秘書の松田敦子とともに運営を行い、8月以降は宮崎景特任准教授異動のため、教員は2名体制で運営を行いました。

## 1. 主な活動

当講座には継続して実施している活動が多くあります。その中で代表的な活動について紹介し、一部（◎印）は別に詳しく紹介します。その他の活動については一覧にまとめましたので、ご確認ください。

### 《卒前教育》

患者中心の医療の実践を目指し、卒前教育では、多職種連携（医師・看護師・薬剤師など診療に関わるスタッフが協働して患者のケアにあたること）についてのカリキュラムを多く取り入れています。

#### 臨床実習Ⅰ（ポリクリⅠ）

医学部医学科5年生実習

通称名は、ポリクリIPE（多職種連携教育）または、つるまい・名城IPEです。模擬患者（SP）参加型の多職種連携教育実習を実施しました。令和5年度は「糖尿病と認知症」をテーマとして行いました。SPからの患者目線でのフィードバックが、大きな気づきを学生に与えていました。SPとの面接で情報を引き出しながら、支援計画や療養計画を作成しました。医学生、薬学生、看護学生がそれぞれの専門知識や経験をもとに様々な提案をしていました。互いに意見を出し合いながら取り組むことで、職種理解が進んだと考えられます。

#### 医学入門～シネメデューケーション～

医学部医学科・名城大学薬学部1年生講義

カードゲームを使った多職種連携教育（iPEG）と映画を使った医学教育（シネメデューケーション）を行いました。令和4年度は、「ピア まちをつなぐもの（綾部真弥 監督、2019年、日本）」を鑑賞し議論しながらグループごとに意見をまとめました。医療や人生観を学ぶ入口にもなっています。名古屋大学医学部、名城大学薬学部合同で行いました。

#### 基本的臨床技能実習（多職種連携教育）

医学部医学科4年生講義

多職種による協働を目指し、本実習では、多職種連携教育についての概要を学んだあと、実際の事例をもとに学生が多職種情報共有と療養計画作成のためのグループワークを行いました。令和5年度は認知症診断後のご家族にお越しいただき、実際に対話を行い、より実践的なグループワークとなりました。多職種の視点から得られた情報と役割を理解し、チームで協働できることを目的としています。



外部の先生にもご協力いただき、「地域医療学総論」「愛知県の地域医療」「地域医療現場におけるProfessionalism」「地域医療におけるリハの役割と連携」「病診・病病連携、各種連携医療」「在宅診療の未来～遠隔診療とテクノロジー～」などを通して、地域医療に関して幅広く学びました。

令和5年度は5学科の学生が参加したSP参加型実習となりました。今年度より、医療人類学とバーチャル教育を活用した屋根瓦式地域医療教育（濃尾+A）事業の一環としてウェアラブルカメラを用いた模擬在宅訪問診療を多職種連携教育（IPE）として行いました。模擬在宅訪問診療を行っている様子を、360度カメラでライブ中継を行い、多学科の学生と患者・家族はウェアラブルカメラを装着して各々の視野を録画し、自らの模擬診療を省察した。前半はチームビルディングやレクチャーを行い、後半は5学科混合チームでシナリオを元に症例検討を行い、模擬患者（SP）との医療面接から情報収集をして患者中心型療養計画を作成しました。ディスカッションを繰り返しながら、他職種の役割や視点の気づきを得ることができ、多職種連携医療に必要なコミュニケーションを学びました。

### 《卒後教育》

研修医採用時の研修として、医療コミュニケーションに関連した講義・ワークショップを担当しています。医師・歯科医師として実際に患者診療に携わる立場となつての学習です。

別ページで詳細を紹介します。

《学外講義》 別ページで詳細を紹介します。

（名古屋大学大学院教育発達科学研究科附属 高大接続研究センター）

## 1-1. 木曽川メディカルカンファレンス (KMC)

従来の二次医療圏、県境などを超えた新たな枠組みで住民目線の生活医療圏を基盤とした研修医教育や連携を通じた地域医療の充実を目指す新たな試みが「木曽川メディカルカンファレンス」です。木曽川河口域の生活医療圏を中心として臨床研修病院と当講座が協力して活動しています。活動は平成22年度から続いており、現在は、いなべ総合病院、稲沢市民病院、海南病院、桑名市総合医療センター、津島市民病院が参加しています。毎回多くの研修医が参加し、新たな学びを得るとともに研修医同士の交流も盛んに行われています。また指導医同士も連携を深めています。

### 令和5年度 木曽川メディカルカンファレンス研修医勉強会

#### (第1回)

2023年6月17日(土)

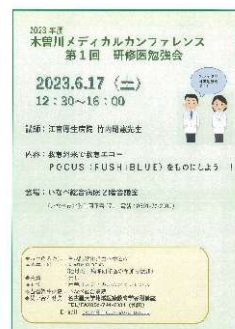
幹事病院：いなべ総合病院

テーマ：救急外来で救急エコー

POCUS (RUSH+BLUE) をものにしよう！！

講師：江南厚生病院 竹内昭憲 先生

※ 勉強会終了後第1回世話人会開催



#### (第2回)

2023年10月6日(金)

幹事病院：稲沢厚生病院

テーマ：精神科領域で困った時の初期対応

講師：稲沢厚生病院 河邊真好 先生



#### (第3回)

2024年2月2日(金)

幹事病院：桑名市総合医療センター

テーマ：「救急医療に関する画像診断」

～救急 I V R の適応を中心に画像診断を学ぶ～

講師：三重大学医学部附属病院 山中隆嗣 先生

※ 勉強会終了後第2回世話人会開催



## 1-2. 学びの社・学術コース

名古屋大学大学院教育発達科学研究科附属高大接続研究センター主催で実施されている高校生対象の講座です。名古屋大学の教員が中心となって授業をし、それぞれの学問分野について高校生に知の探究について体験してもらうことを目的とした学術的な講座です。

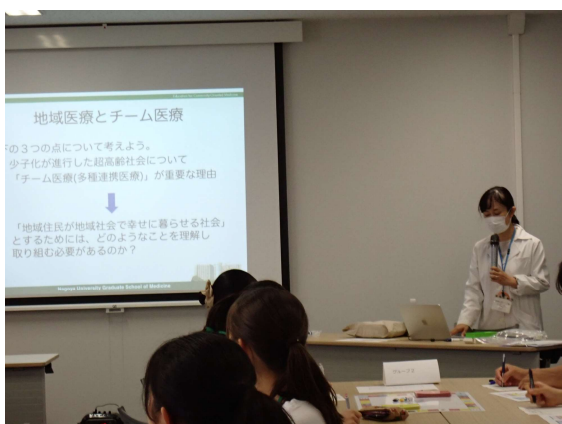
令和5 年8月23日（水）13時～16時

講 師：高橋徳幸特任講師、末松三奈特任講師、宮崎景医師、

xRセンター 藤原道隆准教授

テーマ：「チーム医療（多職種連携医療）について学ぶ」

内 容：チーム医療ミニレクチャー、チーム医療ゲーム（iPEG）、チーム医療クイズ（Jeopardy）、シミュレーション機器体験



## 2. 医療人類学とバーチャル教育を活用した 屋根瓦式地域医療教育（濃尾+A） 関連

本学を代表校として岐阜大学と共同で採択された、令和4年度文部科学省事業である「ポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業」医療人類学とバーチャル教育を活用した屋根瓦式地域医療教育（濃尾+A）に関する活動も2年目に入りました。8月には第1回 濃尾A 地域指導者 Faculty Development 企画として「地域医療”もやもや”検討会！」を、2月にはシンポジウムを行いました。また医療人類学やバーチャル教育の観点から地域学生向けカリキュラムの充実を目指しています。

### 参加者募集！

第1回  
濃尾A 地域指導者 Faculty Development 企画

## 地域医療”もやもや”検討会！

地域医療を実践するなかで生じた”もやもやする症例”を持ち寄って、  
地域医療の仲間や医療人類学者と一緒に検討しませんか？

日時：2023年8月3日（木）  
16:00-18:00  
場所：Zoom開催  
参加費：無料  
募集定員：30名（先着順）

地域医療は限られた資源や人員で実践するため、相談相手がすぐ近くにおらず、もやもやを抱えることがあります。そのようなもやもやを持ち寄って、みんなで検討しませんか？ 意外なところから解決策が見つかったり、もやもやポイントが言語化できてスッキリしたり、するかもしれません！！

**・発表者募集：**愛知県・岐阜県内の地域性医師、地域で実践する医師／指導医、医療関係者

**・先行募集：**愛知県・岐阜県内の地域医療教育関係者

**・一般募集：**上記および全国の地域医療教育関係者

発表者募集は先行募集よりも早く終了することがあります。発表者に決定した方には、濃尾A事務局からご連絡を差し上げます。なお、発表者の決定は先行募集の締め切り後に行われます。また、インタビューのためにお願いすることがあります。お断り頂くことでの参加は一切できません。研究参加を希望しない場合はご連絡ください。（名古屋大学医学部倫理委員会承認済）

**申込フォーム**

学生や医師以外の方も参加可能！

👉

締め切り  
先行募集：7月7日（金）  
一般募集：7月28日（金）※

※定員が埋まり次第募集終了します

名古屋大学 濃尾A事務局  
連絡先：052-744-2769  
Email: novi-a@nagoya-med.net

@NOVI\_A2022

公式ウェブサイトはこちら  
<https://novi-a.med.nagoya-u.ac.jp>

**グラドルール**

① **みんなにやさしく、自分にやさしく**  
一非難や偏見が目的ではありません。心理的にも安全第一です。

② **（発表者の方へ）未診断例大歓迎**  
一地域医療では診断的に突き詰めることは難しい場合があります。それを負い目に感じる必要はありません。「お勉強スライド」も不要です。

③ **（参加者の方へ）Take home pointsはみんなで**  
一発表者の提示くださったもやもやポイントや相談内容を踏まえて、新たな視点を一緒に探してあげてください。

主催：濃尾A（名古屋大学医学部附属総合医学教育センター、岐阜大学医学部 濃尾+A事業推進室）  
共催：名古屋大学地域医療教育学、岐阜大学地域医療医学センター、岐阜大学医学部教育開発研究センター  
協力：愛知県、岐阜県健康福祉部医療福祉連携推進課

### 医療人類学とバーチャル教育を活用した屋根瓦式地域医療教育（濃尾+A） シンポジウム

<日時>令和6年2月5日（月）16:30～18:00（受付：16:00～）  
<場所>名古屋大学医学部 基礎研究棟4階 第4講義室  
（名古屋市中区鶴舞町65）  
【ウェビナーによるハイブリッド開催】

**基調講演**  
「Reimagining Medical Education in the 21st Century」  
～バーチャル教育が切り拓く新たな医学教育～

Haru Okuda MD, FACEP, FSSH  
CEO & Executive Director, HPCC CALMS, AVP,  
USF Health OPEP Immediate Past-President,  
Society for Simulation in Healthcare (SSH)

**本事業の取り組み発表**  
「岐阜大学でのバーチャル教育の取り組みについて」

<お申込みURL>  
<https://novi-a.med.nagoya-u.ac.jp/news/events/post-54.html>  
<申込み期限>1月28日（日）

【お問い合わせ先】  
名古屋大学医学部総合医学教育センター  
濃尾+A事務局  
E-mail: novi-a@nagoya-u.ac.jp  
TEL: 052-744-2769



### 3. 学会活動

令和5年度も様々な研究成果を発表しました。ここでは、学生の発表を紹介させていただきます。

#### 第14回日本プライマリ・ケア学会

発表者： 吉岡 曉子

形 式： 口頭発表

題 目： オンラインフォーラム機能をもつ認知症介護者支援アプリが家族介護者の社会的孤立感に与える影響：質的研究



487

オンラインフォーラム機能をもつ認知症介護者支援アプリが家族介護者の社会的孤立感に与える影響：質的研究

非会員 吉岡 曉子<sup>1</sup>、会員申請中 末松 三奈<sup>2</sup>、非会員 後藤 康幸<sup>3</sup>、非会員 鈴木裕介<sup>4</sup>、会員 高橋 徳幸<sup>5</sup>、会員 宮崎 景<sup>6</sup>

<sup>1</sup>名古屋大学医学部医学科、<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科地域医療教育学講座、<sup>3</sup>名古屋大学大学院医学系研究科医療行政学講座、<sup>4</sup>名古屋大学医学部附属病院地域連携・患者相談センター、<sup>5</sup>名古屋大学医学部附属病院地域連携・患者相談センター、<sup>6</sup>名古屋大学医学部附属病院地域連携・患者相談センター

【背景】認知症患者の家族介護者は在宅介護により社会生活が制限され、孤独感や社会的孤立を生じ、しばしば高齢者虐待の要因になるため、社会的孤立解消の手段の確立が求められている。そこで、介護者同士、あるいは介護者と介護職がオンラインフォーラム上でチャットをし、参加者全員が会話を閲覧できる機能を持つ認知症介護者支援アプリを開発した。

【目的】アプリの使用が認知症家族介護者の社会的孤立の認識に、どのような影響を与えるかを質的に探索する。

【視点・理論的枠組み】認知症介護者の社会的孤立に関する scoping review (Jooryup Lee, et al. 2021)を用いた。

【デザイン】質的探索的研究。

【セッティング・対象】約3ヶ月間、アプリを利用した44名の認知症家族介護者のうち、アプリに参加し書き込みをしたことがある女性1名を目的のサンプリングにより抽出した。インタビューは、対面で2022年9月と12月の2回行われた。

【データ分析の方法】Steps for Coding and Theorization (SCAT) を用いて分析した。

【結果】在宅介護は介護者を時間的に拘束し、加えて介護者は介護に対する責任感や肉体的疲労から外出するもままならず、社会から断絶される。暗く多様な論点を持つ介護問題は相談する場所も限られる。また在宅介護では家族間役割の偏りが生じた結果家庭内での対立が生じ、主介護者は家庭内でも孤立する。本アプリは介護者に時間や場所を問わずにコミュニケーションをとることを可能にし、他の介護者存在の認識を促し、「心の拠り所」としての social network を提供する。さらに、情報提供の場として他者の深刻な介護の疑似体験を促し、進行する認知症介護への精神的準備を行うことを可能とする。活字型コミュニケーションでは互いの感情の読み取りが困難であるが、アプリへの慣れが本心の吐露を促した。

## 4. 論 文

令和5年度も積極的に論文等を投稿しました。一部を紹介致します。

### (論 文)

掲載誌：日本ヘルスコミュニケーション学会誌

題 名：学生は模擬患者及び市民参加の多職種連携教育から何を感じ・気づくか

筆頭者：末松三奈

掲載誌：医学教育

題 名：COVID-19 パンデミックを経た市民参加型の多職種連携教育について

筆頭者：末松三奈

掲載誌：Diabetology International

題 名：Impacts of “Diabetes Theater,” a participative educational workshop for health care professionals, on participants: a patient empowerment perspective.

※つるま奨励賞受賞

筆頭者：安部 瞭太郎

掲載誌：Journal of General and Family Medicine

題 名：Investigating the perceptions of career development as the Japanese regional quota medical students and graduates in A prefecture

筆頭者：末松三奈

### (書 籍)

掲載誌：Journal of Sugiura Foundation for Development of Community Care

題 名：医療系学生が働きかける、認知症当事者及び家族介護者、そして一般市民に向けたオンライン健康増進教室

筆頭者：末松三奈

## 学生は模擬患者及び市民参加の多職種連携教育から何を感じ・気づくか

日本ヘルスコミュニケーション学会誌第14巻第1号(2023)

### 総説

#### 学生は模擬患者及び市民参加の多職種連携教育から 何を感じ・気づくか

#### What do Students Learn, Feel, and Notice About Simulated Patients' Participation and Public Involvement in Interprofessional Education?

末松 三奈<sup>1)</sup>  
Mina Suematsu<sup>1)</sup>

1) 国立大学法人東海国立大学機構 名古屋大学大学院医学系研究科 地域医療教育学講座  
1) Education for community-oriented medicine, Nagoya Graduate School of Medicine

#### Abstract

This paper focuses on what the students felt and noticed during three interprofessional education (IPE) programs conducted at Nagoya University following the participation of simulated patients (SPs) and the public. The three IPE programs covered basic clinical skills training for fourth-year medical students prior to clinical practice, the Tsurumai-Meijo IPE was conducted during clinical practice for fourth- and fifth-year medical, pharmacy, and nursing students, while the diabetes education (health promotion) IPE was conducted as an extracurricular program. The basic clinical skills training IPE used case studies about Parkinson's disease and dementia for medical and nursing students. Individuals with Parkinson's disease or dementia and their family carers were invited by the lecturers to present their 'narrative' to the medical students. During the Tsurumai-Meijo IPE, students were required to make their care plans for the interdisciplinary team, explain their care plan to the SPs or family members, and receive their feedback. We explored what the students felt and noticed during these IPE programs using the quantitative study results. Finally, we introduced the diabetes education (i.e., health promotion) IPE, which was held for members of the public who were interested in diabetes and dementia.

#### 要旨

本稿では、名古屋大学で実施している模擬患者及び市民参加の多職種連携教育(IPE)について、学生が何を感じ・気づいたかに焦点を当てて報告する。臨床実習前の医学科4年生の基本的臨床技能実習で実施しているIPE、次に医学科4-5年生の臨床実習で施行している「つるまい・名城IPE」、そして課外授業として実施している「糖尿病(健康増進)教室IPE」である。基本的臨床技能実習のIPEは、医学生と看護学生がパーキンソン病や認知症をテーマとした症例検討を行う。症例で扱われているパーキンソン病や認知症の方・家族が、当事者として『病の語り』を行い、学生の気づきを促す。「つるまい・名城IPE」は、医学生・薬学生・看護学生が一つのチームを形成して、医療面接と療養指導計画を立案し発表する模擬患者(家族)参加型IPEである。模擬患者(家族)からのフィードバックを聞き、学生が何を感じ・気づいたかを量的研究結果を踏まえて述べる。最後に、課外授業として、医療系学生が地域病院の糖尿病教室を行った「糖尿病教室IPE」、糖尿病や認知症に興味のある市民を対象として開催した「オンライン健康増進教室IPE」について紹介する。

キーワード: 模擬患者、模擬家族、市民参加、多職種連携教育

Keywords: standardised patient, standardised family members, public participation, interprofessional education

#### 1. 序文

多職種連携教育(interprofessional education :IPE)の定義は、イギリスのCAIPE<sup>1)</sup>という団体によると「複数の領域の専門職が連携およびケアの質を改善するために、お互いから、お互いについて、お互いに学ぶこと」とされている。このIPEが医療系学生の教育に重要な理由は、医療過誤の防止や患者ケアの質の向上等のために、多職種連携が重要視されるようになったこと、から卒前のIPEが重要とされるようになった<sup>2,3)</sup>。以下に、名古屋大学のIPEプログラム(図1)のうち、赤い枠で囲った3つをご紹介します。

IPEプログラム名	参加職種・学年・人数	開催回数・時間	内容
医業入門IPE (必須プログラム)	医学生1年生 約110名 薬学生1年生 約200名	約1日	多職種連携教育ゲーム Cinemeducation
基本的臨床技能実習IPE (必須プログラム)	医学生4年生 約110名 看護学生4年生 約20名	約1.5時間	患者(家族)参加型IPE 問題基盤型学習(PBL) 当事者のお話
つまみ・名城IPE (必須プログラム)	医学生 4-5年 約110名 薬学生 5年 約100名 看護学生 3-4年 約80名	通年(全17回) 約3時間	模擬患者家族参加型IPE 問題基盤型学習(PBL) 医療面接
地域におけるIPE (選択特別講義)	医学科4年 各数名 薬学生5年 看護学生2-3年 社会福祉学生2-3年 理学療法学生3-4年	約1日	模擬患者(家族)参加型IPE 問題基盤型学習(PBL) 医療面接
糖尿病(健康増進)教室 IPE (課外プログラム)	医学生4-6年生 各数名 薬学生5年生 看護学生4年生 栄養学生4年生	約1ヶ月	市民参加型IPE 対面とオンラインのハイブリッド 反転授業 糖尿病(健康増進)教室の実践

図1. 名古屋大学 IPE プログラム(赤枠は、本稿で紹介するもの)

まず、基本的臨床技能実習 IPE は、臨床実習前の医学生 4 年生を対象としたプログラムで、看護学生と 2 職種の IPE である。患者または家族、あるいは両者を招聘し、医学生・看護学生のグループワーク後に当事者としての心境をフィードバックしてもらう。

次に、つまみ・名城 IPE は、臨床実習の 1 日を利用した IPE で医学生は 4 年生後半から 5 年生が対象である。薬学生・看護学生と 3 職種の IPE で、臨床に即したシナリオを演じる模擬患者または模擬患者家族と医療面接を行い、療養計画を多職種チームで作成して説明し、模擬患者(家族)からフィードバックを得る。

最後に、糖尿病(健康増進)教室 IPE は、臨床実習の経験がある医療系学生(医学生・薬学生・看護学生・栄養学生)を対象とした IPE で、地域病院の糖尿病教室を多職種チームで実践する、または市民対象の健康増進教室を実践するというプログラムである。コロナ禍ではオンラインで実施した。

## 2. 臨床実習前の基本的臨床技能実習における IPE

名古屋大学の基本的臨床実習は、臨床実習前に実施されるもので、その一つに IPE を取り入れている。2016 年から 2018 年までパーキンソン病当事者を講師として招聘し、2019 年からは認知症当事者または認知症家族介護者、あるいは両者を招聘して、医学生と看護学生で実施した。内容は、招聘した方の実際の経験を事例として学生に提示し、多職種の役割を考え、情報共有と療養計画作成を行うものである。近年は、医学生・看護学生が、医師・看護師として「何ができるか」を考えるようにアレンジした。その後、当事者及び家族から、心境を語っていただきフィードバックを得る。

90 分！コマの講義のうち、当事者との対談時間は約 30 分である。パーキンソン病当事者からは、日常生活で困ったこと・工夫していることを、認知症当事者からは、認知症と気がついたときの思い、受診のきっかけ、診断された当初の気持ち、患者の立場から医師や看護師とのエピソード(嬉しかったこと、悲しかったことなど)を話していただいた。2020 年は、新型コロナウイルス感染拡大予防の観点から、Zoom 会議で行い「認知症当事者との対談」に割く時間が 15 分と短縮されたが、継続性を重要視し実施した。2021 年は、再び認知症の方の家族に来ていただき、対話形式で話を伺った。

さて、この実習に参加した学生は、何を感じ・気づいていたのであろうか。当事者参加型医学教育、学生への効果の報告<sup>34)</sup>は散見され、認知症当事者が参画する医学教育は、学生に情緒的な痛みを感じさせるという報告がある。参加した学生からは「認知症の方とご家族のお話が聞けてよかった。自分の祖父も認知症なので、どのように感じているかわかってよかった。」という声が聞かれた。今後も、学生に対する影響について改めて検証し、より良い実習に変革していく予定である。また、本実習に参加された当事者は、終始笑顔で穏やかに過ごされていたことが印象的であった。

医学教育に参加した当事者に対する影響についての報告はほとんどないが、内部被害者の当事者への効果について、「受動相から行為相への転換が起こる」、「ナラティブセラピーの効果がある」と報告<sup>5)</sup>がある。森岡<sup>6)</sup>によると、病气や困難を抱えるクライアントは共通して、受身的に身の上に被った感情に苦しみ受動相にあるという。また、能動的な行為の遂行者になることを行為相とした。本実習における当事者に対する影響を検討するため、令和 2 年度名



古屋市療養サービス事業団助成<sup>7</sup>を得て、講座に配属された医学生と共に、講師として参加いただいた認知症当事者へインタビューを行った。認知症当事者は、講義前に「自己の語りに対する不安」を感じていたが、これは、認知症当事者は記憶力低下がある中、上手に語るができるかどうかに対する不安であった。また、認知症当事者は講義中の出来事を明確に思い出すことが困難であり、詳しく語られなかった。しかし、認知症当事者は、自己の語りに対する不安を感じていても、講義参加を決めていた。この講義参加に至った要因は、当事者の性格や人生観、死生観が関与していると考えられた。また、講義後について、認知症当事者では、自己の語りに対する満足の表出、自己の語りによる認知症当事者としての気付きが得られた。以上を踏まえて、認知症という疾患の特性で詳細に言語化できないこと、自己の認知症当事者としての経験を上手に語るができるか不安を感じていた上での講義参加であったこと、講義終了後に講義で自己の経験を語った後の感情が穏やかであったことより、講義参加を決めた時には、すでに受動相から行為相への転換が起っていたのではないかと考察した<sup>8</sup>。

### 3. 臨床実習「つるまい・名城 IPE」

次に、臨床実習「つるまい・名城 IPE」を紹介する。シナリオは、成人喘息患者の退院指導計画の立案、糖尿病インスリン導入の医療面接、禁煙指導、高齢糖尿病患者の認知機能低下を臨床経験に基づき独自に作成したものを使用している。学生は、2回の医療面接と2回のグループワークを行い、模擬患者(家族)からの情報収集、多職種グループで情報共有と療養計画立案、模擬患者(家族)への療養指導をタスクとして行った。学習目標は、1) 各専門職の役割や視点を理解する、2) チームコミュニケーションに必要な態度とスキルを身につける、3) 患者中心医療の重要性を理解する、である。コロナ禍ではバーテーションなどを用意して、距離は少し離れた状況で行っているが、基本的な構造は変わっていない。

次に、つるまい・名城 IPE の教育効果について、述べる。当時、地域医療教育講座に基礎医学セミナーとして配属された学生が教員の指導下、まとめた結果である。2017年には、ヨーロッパ医学教育学会(AMEE)<sup>9</sup>で同学生が発表した。調査期間は、2013年5月～2016年10月で、合計777名にアンケート調査を行った結果である。質問票は、なごやチームワークスケール(NTwS)<sup>10</sup>、Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form(TEIQue-SF)日本語版<sup>11</sup>、Jefferson Scale of Physician Empathy(JSPE)日本語版<sup>11</sup>の3種類である。NTwSは、協働力と役割と責任が、TEIQue-SF日本語版は、情動能力として、幸福感、自己コントロール、情緒性、社会性が、JSPE日本語版は、共感能力がいずれも7段階スケールで測定される。チームワーク能力は、協働力、役割と責任ともに有意に上昇した(図2)。また、情動能力も合計、幸福感、自己コントロール、社会性は有意に上昇した(図3)。さらに、共感能力も有意に上昇した(図4)。

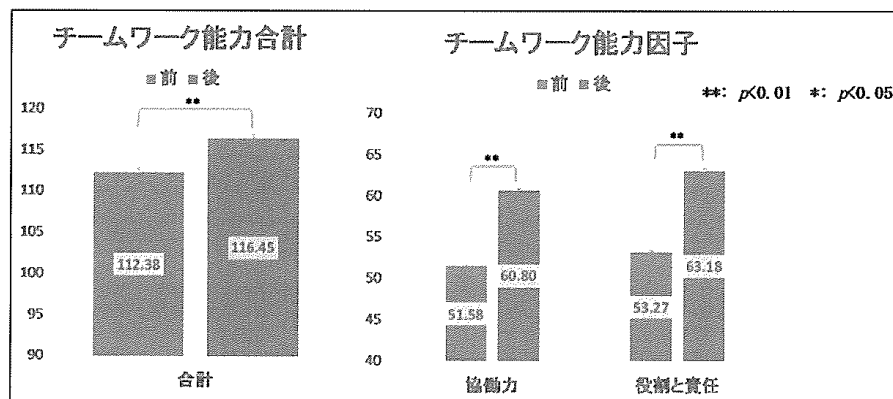


図2 「つるまい・名城 IPE」実習前後のチームワーク能力

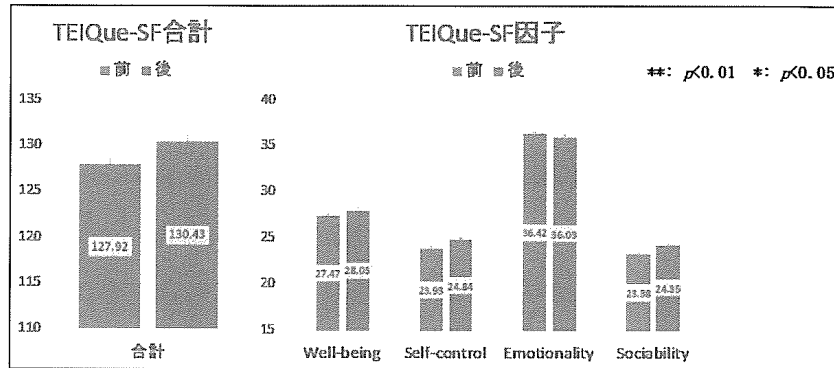


図3 「つるまい・名城 IPE」実習前後の情動能力

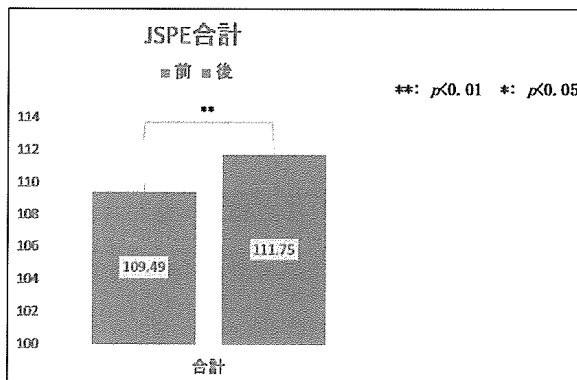


図4 「つるまい・名城 IPE」実習前後の共感能力

それでは、学生は「つるまい・名城 IPE」で模擬患者(家族)から何を学んだのか。近年は実習中の発表と振り返りの際に、思考過程と得た学びを言葉で表現してもらうことにしている。例えば、高齢糖尿病患者の認知機能低下のシナリオで、家族に医療面接をして療養計画を作成する場合には、教員が想定した医学生・薬学生・看護学生の役割と共通項目について触れた発表を学生は行った。図5は事前学習で示した各職種の役割と共通項目である。発表で語られた計画をまとめると、学生は以下の4つのことを学んでいた。すなわち、1.「悪い知らせ」の伝え方はどのように行うのか。患者あるいは家族にとって、しばしば良い知らせとは言えない。病のことをどのようにどのタイミングでどの職種が伝えるか。2.「社会資源の提案」として、受け入れられそうな(実現可能な)、状況に応じたものを適切にどの職種が提案するか。3.「患者や家族の日常生活を考える」として、例えば、どのような食事が好きか、どのくらい体を動かす機会があつて、誰と一緒にいるのかをどの職種がどのように尋ねて、それを踏まえた提案ができるか。4.「患者・家族の心理面に配慮する」として、そもそも患者あるいは家族が病をどのように認識しているのか、患者と家族の関係はどうか、それを踏まえた提案ができたか、である。

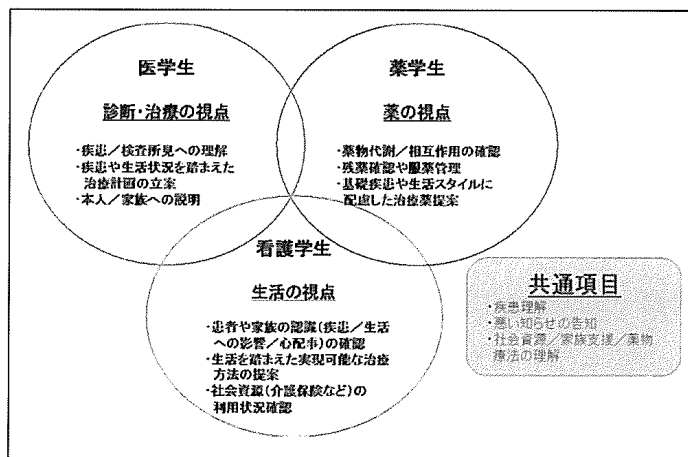


図5 事前学習で示した各職種の役割と共通項目

先に述べたように、発表時に振り返りとして、学生に思考過程と得た学びを尋ねることにしているが、具体的なやり取りを以下に述べる。

まず、教員が「患者(家族)は、どんな方だと思いましたか？」と尋ねると、学生は「〇〇さんは、家族思いのしっかりした方だと思いました。」「二世帯住宅なので、薬の名前など、あまり知らない方だと思いました。」などと答えた。

次に、「医師/薬剤師/看護師として、どのように関わりましたか？」と尋ねると、「ものすごい情報量をどうやって分かりやすく伝えれば、良いかと思いました。」と通常の発表では聞かれない苦労したことなどが聞かれた。

さらに、「認知症であるということを、どのように伝えましたか？」(いつどの職種が/どんな風に)と尋ねると、これは主に医学生がその役割を担うことが多いが、「どのタイミングで、認知症と説明すれば、良かったのか?」「もの忘れ、認知症の疑いと言葉をぼやかして説明した。」「まだ確定ではないのですが・・・、初期ですが・・・など柔らかい表現にした。」と答え、発表だけでは知り得ない思考過程と省察が聞かれた。

その上で、「伝えた時、どんな反応でしたか?」「自分が思った通りに伝わったと思いますか?」「また、その反応をみてどう思いましたか?」と尋ねると、「ショックを受けていた」「そんなに驚くとは思わなかった」「伝え方に失敗しちゃって・・・」「認知症のイメージが(ご家族と自分では)違ったのかもしれない」など、自己の医療面接に対する省察が聞かれた。

本実習の醍醐味である模擬患者(家族)からのフィードバックについて、「模擬患者(家族)からのフィードバックを聞いて、どう感じましたか?」あるいは「次に面接をするとしたら、どんなことに気を付けますか?」と聞くと、「本人やご家族に重大な話をする時には、気をつけたいと思いました。」「質問攻めにしてしまったので、もっと話を聞くようにしたいと思いました。」「少しでも安心していただけて、よかったですと思いました。」「ご本人がどう思っているか分からないので、その事も配慮できると良いと思いました。」など、次回からに生かすことができる前向きな発言が聞かれた。

つまり、名城 IPE はしばしば取材<sup>12)</sup>を受けており、また複数の論文<sup>13-15)</sup>で報告している。

#### 4. 糖尿病(健康増進教室)IPE

最後に、糖尿病(健康増進)教室 IPE<sup>16)</sup>について、紹介する。学習目標を表に示す。認知症の方や家族、そして市民の方に届けられる教室を開催するため、正確な知識が必要となること、より分かりやすく説明することが求められる。そのため、連携している名城大学のホームページからアクセス可能な名城 WEB キャンパスに、各職種の視点や過去の教室例などを示した動画教材を用意し、学生に提供している。また、医学、薬学、看護、栄養など多職種の教員が指導に当たり、質を担保した。

・糖尿病(認知症)について正しい知識を身につける。
・認知症の人の家族介護者の心理状況について理解する。
・糖尿病(認知症)の人と家族に対する支援について説明できる。
・糖尿病(健康増進)教室実践における専門職連携の必要性を理解する。
・チームワークと情報共有の重要性を理解する。
・チームの一員としての役割を積極的に果たすように努める。
・参加者(市民)に分かりやすく説明することができる。
・(オンラインで求められる適切なコミュニケーションを理解する。)

表. 糖尿病(健康増進)教室 IPE の学習目標

糖尿病(健康増進)教室 IPE は、多職種混合の学生が糖尿病(健康増進)教室を作成し、患者あるいは家族、市民の前で発表するプログラムである。2014 年度から毎年実施してきたが、2014 年度から 2020 年度までは糖尿病を扱い 2021 年度からは認知症をテーマとした。

医学・栄養・栄養・看護・(理学療法)の高学年の学生を対象としており、夏休み期間の約 1 ヶ月間、各職種が混合したチームを形成して、糖尿病あるいは認知症をテーマとした教室を実践するためのクイズ・寸劇・体操などを組み入れて、聴衆が参加でき分かりやすい内容に練った。2019 年まで、地域病院の糖尿病教室を学生が実施していたが、新型コロナウイルス感染拡大を契機にオンラインでの実施となった。地域病院に通院中の糖尿病患者を対象に医療系学生が考えたプログラムを実践すると、学生は参加者(患者・家族)の反応をリアルタイムで見て、参加者との関わり方と人前でのコミュニケーションの重要性を再認識した。

2020 年からオンラインで糖尿病(健康増進)教室 IPE<sup>®</sup>を実施しているが、自他職種の役割とチームワークについてはこれまでと変わらず得られたと考えられた。しかし、オンラインでのコミュニケーションは対面時とは学生の学びに違いがあった。以下に対比して学生の感じ方やオンラインでの課題について紹介する。

対面時には、学生は「相手の反応をリアルタイムで確認できる。」「見て・聞いて・触れることができる。」「私(学生)が話していることを、うん、うん、とうなずいてくれた。」「高齢の方には、大きな声でゆっくりと話すことが重要だと気がついた」などの発言が聞かれた。オンラインでは、学生は「参加者から得た感想やアンケートの結果を事後に聞いて初めて、自分がやったことが間違っていなかったのだと実感できた。(それまでは不安だった)」という声が聞かれた。また、教室に参加された高齢者は、オンラインで自宅からの参加が困難であったため、参加者が限られた。学生は完全オンラインで発表し、参加者は自宅からオンラインまたはサテライト中継を行う会場へ集まってもらうなどの工夫が必要となった。さらに、「学生がどんな表情で話しているか、直接見たかった。」「(オンラインの設定不具合のため)音声は聞こえないことがあった」などの意見が聞かれ、オンラインでの糖尿病(健康増進)教室 IPE の在り方については、今後も検討したいと考えている<sup>19,20</sup>。

## 5. 結語

「学生は、模擬患者及び市民参加の多職種連携教育から、何を感じ・気づくか」について、3 つの IPE プログラムを報告してきた。まとめると、1) 情動能力や共感能力を上昇させる、2) (医療者として説明を求められる場面において、)患者・家族の心理状況を考える、3) 参加者(患者・家族・市民)に対して、どのようにしたら分かりやすく話せるか、工夫する、4) 話し相手の反応を見て、その意味を考える、というコミュニケーションにおける重要な学びを経験したと考えられた。

## 謝辞

本稿で紹介した IPE に参加された学生の皆様、ご指導いただいた教員の皆様、そして教育に関わってくださった患者様、ご家族様、模擬患者の皆様、市民の皆様に厚く御礼申し上げます。また、2022 年 10 月名古屋で開催されたヘルスコミュニケーションウィーク 2022、第 14 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会のシンポジウムに招聘いただき、発表の場を提供してくださった阿部恵子大会長を始めとした皆様に感謝申し上げます。

## 引用文献

1. Lehrer, Michael D., et al. "Peer-led problem-based learning in interprofessional education of health professions students." Med Educ Online, 2015;20, 28851.
2. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice 2010.

## COVID-19 パンデミックを経た市民参加型の多職種連携教育について

末松 三奈<sup>\*1</sup> 肥田 武<sup>\*2</sup> 安友 裕子<sup>\*3</sup> 半谷 眞七子<sup>\*4</sup>

## COVID-19 パンデミック前からの取り組み

名古屋大学地域医療教育学講座は、卒前教育としての多職種連携教育（以下、IPE）を、名城大学薬学部及び近隣の医療系学部と連携し、多職種協働が有効である禁煙、糖尿病、在宅医療等の領域で行ってきた。その中でも特徴的なプログラムとして、医学生・薬学生・看護学生・栄養学生が、近隣の医療機関に通院している糖尿病患者に対して、糖尿病教室を実践する市民参加型のIPEがある<sup>1)</sup>。本プログラムは、異なるキャンパスの医学、薬学、看護学、栄養学など多職種の医療系学生が一つのチームとなり、約1カ月間準備をして、対面で糖尿病教室を実践するものである。

2014年から年に1回、約15名の医療系学生が課外カリキュラムとして参加した。参加学生は、糖尿病教室の準備期間中に話し合えるように、オンライン共同システムである「名城Webキャンパス<sup>2)</sup>」を使用した。また、「名城Webキャンパス<sup>2)</sup>」にアップロードされた、各職種の視点や過去の教室例などを示した動画教材を事前学習として閲覧し、対面とオンラインを組み合わせて糖尿病教室の準備を行った。糖尿病患者に対して、対面で糖尿病教室を実施し、患者の反応をリアルタイムに経験できたことが貴重な学びに繋がった<sup>3)</sup>。

## COVID-19 パンデミックの取り組み

2020年、2021年は、完全オンラインの糖尿病教室として実施した。異なるキャンパスの医学、薬学、看護学、栄養学など多職種の医療系学生が一つのチームとなり、約1カ月間オンラインで準備をして、オンラインで糖尿病教室を実践した。しかし、一般市民にオンラインライブ参加で参加者を募ることは容易ではな

く、著者の外来通院治療中の糖尿病患者、著者らの所属大学で協力していただいている模擬患者への案内に限られた。オンラインで実施した「糖尿病教室IPE」<sup>1)</sup>は、自職種の役割や他職種の役割についての学生の学びは得られたが、聴衆の反応を得ることができないという課題が残った。

2022年は、今までの糖尿病教室の取り組みを基盤に「認知症の人と家族の会」をアドバイザーとして招聘し、認知症当事者及び家族介護者、そして一般市民に向けたオンライン健康増進教室を、医療系学生が企画・実施するプログラムを実施した<sup>4)</sup>（図）。2020年以降、認知症当事者及び家族介護者は、デイケアや認知症カフェに行く機会が減少し、より困難な状況が続いていると考えたためである。近隣スーパーのホールを借り、現地で参加できる市民、及び自宅からオンラインで参加する市民を合わせると、86名が参加した。2014年から行っている市民参加型IPEとして最大規模のプログラムとなった。最初に、認知症サポーターの目印であるオレンジバンドから名付けられた『オレンジアイドル』が、1) 認知症の概要、2) 認知症の方との接し方、3) 食事のときに困ることとその対応方法、4) 認知症のくすりを披露した。続いて、話が聴衆に最も響くものにしたいという思いから名付けられた『鮭の最響焼き』が、1) 認知症予防につながる食事、2) 薬を飲み続けるために、3) 介護者の不安とBPSD、4) 認知症の人との生活を豊かにする試み、5) 認知症カフェを、クイズや寸劇動画を用いながら、発表した。学生は、現地参加はしないでリアルタイムでオンライン発表を行ったが、COVID-19 パンデミックで情報伝達ツールのオンライン化が進んでいたため、滞りなく発表できた。

<sup>\*1</sup> 国立大学法人東海国立大学機構名古屋大学大学院医学系研究科地域医療教育学講座 <sup>\*2</sup> 一宮研伸大学看護学部 <sup>\*3</sup> 名古屋学芸大学管理栄養学部管理栄養学科 <sup>\*4</sup> 名城大学薬学部

受付：2023年11月20日、受理：2023年12月6日

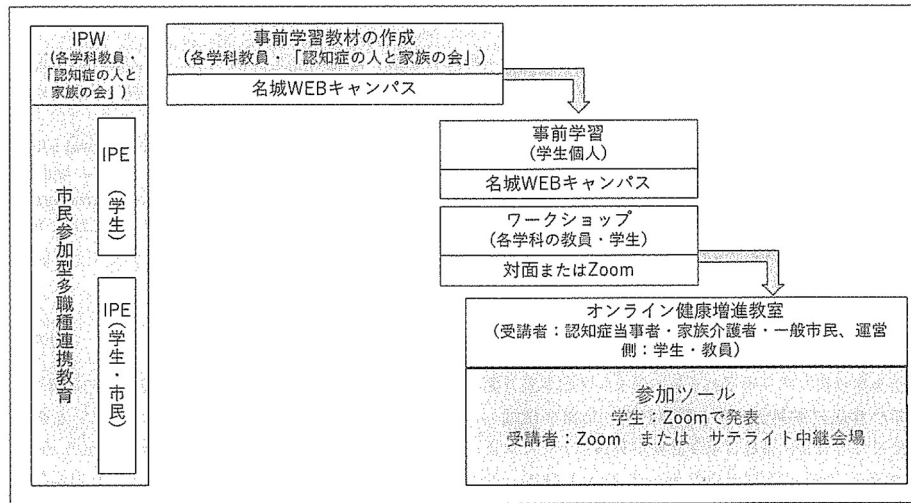


図 一般市民に向けたオンライン健康増進教室を医療系学生が企画・実施するプログラム

#### 今後の取り組み

COVID-19 パンデミックを経た市民参加型 IPE のあり方について、文献的考察を加えて検討する。

オンライン IPE の教育利点として、「アクセス向上と柔軟性」が挙げられる。オンライン IPE は、地理的に離れた場所にいる学生及び教員が双方向性に同一教育環境へのアクセスを可能とするため、学習の柔軟性を高めることが示されている<sup>6)</sup>。また、オンライン環境では、多職種の学生が協力して学習し、協働能力を向上させるためのプラットフォームとして機能するため、「コラボレーションを促進させる」ことが報告されている<sup>7)</sup>。学生間のチームコラボレーションおよびコミュニケーションスキルを開発する機会となりうる<sup>8)</sup>。本プログラムでも、学生は名城 WEB キャンパス<sup>2)</sup>を利用し、オンラインで求められる適切なコミュニケーションを理解し柔軟に対応していた。

市民参加型 IPE の教育利点として、本プログラムでは学生が「市民が興味をもつテーマ」を検討したことや「伝わりやすいオリジナルな動画作成」など聴衆への配慮を行ったことが挙げられる。しかし、2020年、2021年の取り組みでは、前述したように聴衆の反応を得ることができなかった。2022年度の取り組みでは、学生は聴衆の反応を終了後のアンケート結果

より知り得たが、リアルタイムでの反応を経験することはできなかった。原因として、市民の参加する会場が複数に分かれたこと、インターネットの技術的問題、質疑応答の時間を十分に確保できなかったことなど、が挙げられる。学生からは「聴衆の反応をリアルタイムに知ることができなかった」という意見があり、参加した市民からも、「画面越しに見る学生達ではなく、直接会って話を聴きたかった」、「触れ合いの場を期待していた」などの意見が聞かれた。オンライン IPE は「対面でのコミュニケーション不足」との報告<sup>7)</sup>もあり、今後はオンラインで行う市民参加型 IPE でも市民のリアルタイムな反応を経験できるように、双方向性の工夫が必要と考えられた。

#### 文 献

- 1) 末松三奈ら、糖尿病教室 IPE (interprofessional education) ～患者参加型 IPE の試み～、医学教育 2015 ; 46(1) : 79-82.
- 2) 名城 WEB キャンパスホームページ (<https://yy-ipe.meijo-u.ac.jp/Webcp/>, 2023.11.20)
- 3) Suematsu M, et al. Students' perception of a hybrid interprofessional education course in a clinical diabetes setting: a qualitative study. *Int J Med Educ* 2021; 12: 195-204.
- 4) 末松三奈ら、オンラインを用いた「糖尿病教室

- IPE」でのファシリテーションの意義. 医学教育, 2021; 52(3): 280-282.
- 5) 末松三奈ら. 医療系学生が働きかける, 認知症当事者及び家族介護者, そして一般市民に向けたオンライン健康増進教室. R4年度第11回杉浦地域医療振興助成 研究分野. <https://sugi-zaidan.jp/smf/wp-content/uploads/2022/07/第11回助成内容A04.pdf> (最終閲覧日 2023年1月20日).
- 6) Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ* 2012; 46(1): 58-70.
- 7) Reeves S, Fletcher S, McLoughlin C, Yim A, Patel KD. Interprofessional online learning for primary healthcare: findings from a scoping review. *BMJ Open* 2017; 7(8): e016872.
- 8) McCutcheon, L, RM, et al. Interprofessional education and distance education: A review and appraisal of the current literature. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning* 2017; 9(4): 729-36.



## Impacts of “Diabetes Theater,” a participative educational workshop for health care professionals, on participants: a patient empowerment perspective

Ryotaro Abe<sup>1</sup> · Kentaro Okazaki<sup>2</sup> · Noriyuki Takahashi<sup>2</sup> · Mina Suematsu<sup>2</sup> · Masafumi Kuzuya<sup>3</sup>

Received: 10 April 2023 / Accepted: 27 December 2023  
© The Japan Diabetes Society 2024

### Abstract

**Introduction** Patient empowerment, as part of patient-centered care, is important in the treatment of diabetes. However, this concept is still not well-understood by healthcare professionals, because it differs substantially from traditional approaches. We developed the “Diabetes Theater” workshop to promote a better understanding of patient empowerment. The present study sought to characterize the learning experience and impact of Diabetes Theater on participants’ perceptions regarding patient empowerment.

**Methods** We analyzed the data using mixed methods. Quantitative data were collected using a questionnaire with a five-item, 11-point Likert scale derived from the Diabetes Attitude Scale. The qualitative component asked the question “If you had to tell your colleagues at work two things you felt or learned at the Diabetes Theater, what would they be?” Quantitative data were analyzed using *t* tests, and free-text responses were analyzed using Steps for Coding and Theorization.

**Results** We received 131 responses. Nurses were the most numerous respondents, followed by dietitians, physicians, and pharmacists. Scores for the five items after participation increased in the direction of promoting participants’ understanding of and attitudes toward patient empowerment compared to pre-participation. Scores for most questions increased significantly, regardless of the participants’ occupation. In their answers to the open-ended questions, participants reported that they had learned about patient empowerment.

**Discussion** Diabetes Theater appears to be a useful method for healthcare professionals to accurately understand the philosophy of patient empowerment in diabetes.

**Keywords** Diabetes mellitus · Professional education · Diabetes Theater · Mixed methods · Patient empowerment · Theater

### Introduction

The concept of patient empowerment has developed in recent years, and is now widely considered to be important in diabetes care [1, 2]. According to this concept, the role of healthcare professionals is to empower the patient with

diabetes, respecting and supporting the patient’s autonomy. The authors, Anderson et al. stated that self-care by patients accounts for a large part of the treatment of diabetes and strongly influences the outcomes of the treatment [1]. Therefore, it is important that patients themselves take the initiative to improve their care and cultivate their problem-solving abilities. In addition, healthcare professionals must provide patients with the necessary information, establish partnerships, and work together. This concept of patient empowerment is supported by healthcare professionals worldwide, especially in the United States [3]. However, some researchers have argued that the essence of patient empowerment is not fully understood by some healthcare professionals, who have traditionally learned “how to get patients to behave in ways that are desirable for their health,” using approaches that improve patient compliance and adherence rather than empowerment [4].

Kentaro Okazaki  
okazaki@med.nagoya-u.ac.jp

<sup>1</sup> Nagoya University School of Medicine, 65 Tsurumai-cho, Showa-ku, Nagoya, Aichi 466-8550, Japan

<sup>2</sup> Department of Education for Community-Oriented Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine, 65 Tsurumai-cho, Showa-ku, Nagoya, Aichi 466-8550, Japan

<sup>3</sup> Department of Community Healthcare and Geriatrics, Nagoya University Graduate School of Medicine, 65 Tsurumai-cho, Showa-ku, Nagoya, Aichi 466-8550, Japan



Programs involving theater have been reported to be effective for educating healthcare professionals. For example, Kumagai et al. [5] reported that participants' insight into multicultural issues was deepened after engaging in a workshop involving interactive theater in a medical faculty. Participants reported that the method of combining theater with discussion in the education of medical personnel permitted them to improve not only their knowledge and skills but also their attitudes toward social issues [5]. In addition, Ünalán et al. [6] reported that medical students understood more when lectures were given using theater than when given without. Specifically, they found that students who were educated with the use of theater were able to understand the lecture content more easily and remembered it for longer [6]. Thus, the use of theater in medical education appears to make concepts easier to understand and facilitates long-term knowledge retention. In addition, the combination of theater and discussion enables the exchange of a variety of opinions and deepens understanding.

The "Diabetes Theater" workshop was developed to help healthcare professionals learn about patient empowerment in diabetes [7]. This program is a workshop-style discussion group that consists of a theater performance and discussion. The play performed is based on a scenario involving a common problem in diabetes care, such as a conflict between a medical practitioner and a patient, and the audience of healthcare professionals discusses the play to deepen their own thinking. The play was first performed at the 52nd Annual Meeting of the Japan Diabetes Society in 2009. Since then, it has been performed more than 60 times in various parts of Japan, with each play involving a different scenario. Onishi et al. [8] describe Diabetes Theater as an educational session in which the relationships between healthcare professionals and patients in the context of educating patients with diabetes are dramatized to depict the real-life interventions that are frequently performed by healthcare professionals and to make participants aware of conflicts that may arise with patients. However, according to Anderson et al., there have been few reports regarding programs in which healthcare professionals involved in diabetes care learn about patient empowerment [9]. Therefore, the purpose of the present study was to determine the impact of Diabetes Theater on participating healthcare professionals in terms of their knowledge and attitudes regarding patient empowerment.

## Methods

We used a mixed-methods design for the present study and collected data using a questionnaire. The Diabetes Theater "Waiting edition" was performed at the 57th Annual Scientific Meeting of the Japan Diabetes Society in 2014. A

questionnaire survey was administered to the participants in the Diabetes Theater immediately after their participation.

In the questionnaire, participants were asked to indicate their age, occupation, sex, qualifications, and the number of times they had participated in the program. In addition, they were asked to rate their attitudes regarding diabetes on the Diabetes Attitude Scale developed by the University of Michigan Diabetes Research and Training Center (University of Michigan, 1998). Five questions were selected from the Diabetes Attitude Scale and translated into Japanese, as shown in Fig. 1 [10, 11]. The number of items in the questionnaire was carefully selected in consideration of the burden on respondents. In addition, the items were selected through discussions with experts (i.e., Diabetes Theater staff), who were experienced in diabetes care and treatment guidance, comprising a multidisciplinary team.

According to Anderson and Funnell, the Diabetes Attitude Scale has a five-factor structure [10]; the subject of questions 1–4 is "the need for special training in education" and that of question 5 is "attitudes toward patient autonomy," as derived by factor analysis [10]. Using an 11-point Likert scale ranging from 0 to 10 for each question (0: not at all disagree, 5: neither agree nor disagree, 10: strongly agree), we investigated the attitudes of the participants in the Diabetes Theater before and after their participation. We also included the open-ended question "If you had to tell your colleagues at work two things you felt or learned at the Diabetes Theater, what would they be?"

This Diabetes Theater was conducted over 90 min. The theme was "Waiting" and the main character was a 62-year-old woman with type 2 diabetes, diagnosed 20 years ago. In the storyline of the play, the main character's husband passed away 10 years ago and she currently lives with her divorced daughter and granddaughter. She knows that the reason for her poor blood glucose control is that she eats sweets made by her granddaughter, because she feels guilty refusing them. In Act 1, a conference with the physician, nurse, and dietician takes place, and a proactive team intervention policy is decided upon. In Act 2, the nurse makes a series of dietary and exercise suggestions, including a ban on snacking. In Act 3, the dietician asks the patient about her feelings and thoughts, and together they work out a solution. In Act 4, the dietician and patient meet by chance at a bus stop and wait for the bus together. In the discussion between acts, the following questions were discussed: "Which of the medical professionals in the play do you most strongly identify with, and why?", "Which aspects of each medical professional's involvement do you agree and disagree with?", "What was each medical professional waiting for?", "What does 'wait' mean for the participants?" Participants exchanged their opinions under the facilitator's guidance. The subject of the play was the differences in opinion between patients with diabetes and their physicians, nurses,

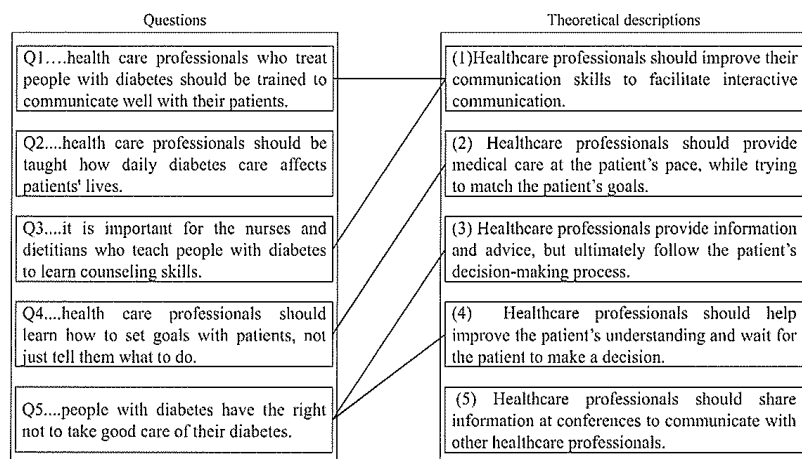


Fig. 1 Relationship between the questions posed and the theories identified

and dietitians. Throughout this play, medical professionals were asked whether they thought it was important for them to wait until the patient realized what she needed to do to improve her condition.

SPSS v.27.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) was used to analyze the quantitative data. The paired-sample *t* test was used to compare the scores before and after participation, and a one-way analysis of variance with Bonferroni's post-hoc test was used to compare the responses among occupational groups (physicians, nurses, pharmacists, dietitians, and clinical laboratory technicians).  $P < 0.05$  was considered to indicate statistical significance. The responses to the open-ended question were qualitatively analyzed using Steps for Coding and Theorization (SCAT) [12]. SCAT is a method that uses a four-step coding process to identify themes and constructs, which are then combined to create a storyline and theory. This method is applicable to the analysis of small-scale data, such as free-response questionnaires. SCAT is used to derive "theories" from the data that are collected and analyzed systematically and iteratively.

## Results

There were 131 valid responses. Nurses were the most numerous respondents, followed by dietitians, physicians, and pharmacists. Most of the respondents were female, and many were in their 30 s and 40 s (Table 1).

Because other streams of the conference proceeded alongside the performance, the number of people who

Table 1 Characteristics of the respondents

Variables	Overall <i>n</i> = 131
Age (years old)	<i>n</i> = 126
20–29	19 (15)
30–39	38 (30)
40–49	38 (30)
50–59	26 (21)
60–	5 (4)
Gender	<i>n</i> = 129
Male	15 (12)
Female	114 (88)
Occupation	<i>n</i> = 127
Physician	14 (11)
Nurse	65 (51)
Pharmacist	13 (10)
Dietitian	20 (16)
Laboratory technician	9 (7)
Others	6 (5)

Data were presented as the number (percentage) of respondents

participated in the program until the end was < 400, and the questionnaire collection rate was estimated to be approximately 30%. A comparison of the scores before and after participation is shown in Table 2. There were significant increases in the scores for questions 1, 3, 4, and 5 during the performance, but not for question 2.

**Table 2** Scores for each of the questions before and after the performance

Question	1	2	3	4	5
Pre score	8.05	8.12	8.02	8.51	6.16
Post score	9.13	8.39	9.05	9.38	7.44
Pre/post differences	1.08	0.26	1.03	0.87	1.28
<i>p</i> value	<0.05	0.08	<0.05	<0.05	<0.05

One-way analysis of variance was used to compare the pre/post differences among the occupational groups for each question:  $p=0.50$  for item 1,  $p=0.12$  for item 2,  $p=0.11$  for item 3,  $p=0.02$  for item 4, and  $p=0.15$  for item 5. For item 4, Bonferroni's multiple comparison test showed that significant differences existed between physicians and laboratory technicians, nurses and laboratory technicians, and dietitians and laboratory technicians.

Eighty-six participants responded to the open-ended question (nine physicians, 43 nurses, 10 pharmacists, 12 dietitians, six clinical laboratory technicians, and six other healthcare professionals). Qualitative analysis of the free-text responses using SCAT yielded the following theories: (1) healthcare professionals should improve their communication skills to facilitate interactive communication; (2) Healthcare professionals should provide medical care at the patient's pace while trying to match the patient's goals; (3) Healthcare professionals provide information and advice, but ultimately follow the patient's decision-making process; (4) Healthcare professionals should help improve the patient's understanding and wait for the patient to make a decision; and (5) Healthcare professionals should share information

at conferences to communicate with other healthcare professionals (Table 3). Q1 and Q3 were related to (1), Q4 to (2), and Q5 to (3) and (4) (Fig. 1).

## Discussion

In the present study, we found that Diabetes Theater exerted a positive learning impact on participants' perceptions of patient empowerment. The results revealed three main findings. First, we consider the impact of the Diabetes Theater. The Kirkpatrick model is sometimes used to evaluate the impact of educational programs [13] (Table 4). This model reflects the characteristics of medical education. Significant increases in the scores were identified for almost all of the items on the questionnaire. Therefore, the participants were considered to be in Step 2 "Learning" [14].

Second, the content of most of the questions was included in the theories created on the basis of the qualitative data analysis. The questions were all related to patient empowerment, but in the theories, the participants wrote about what they felt and what they learned. These contributions suggest that the participants in the Diabetes Theater may have learned about patient empowerment, which was the purpose of the program. Third, there was little difference in the learning experienced by participants in each occupation category. This implies that Diabetes Theater was an effective means of learning for all types of healthcare professionals.

In general, we found that participating healthcare professionals changed their responses in the intended direction, reflecting greater knowledge regarding patient empowerment. A possible reason for the lack of a significant change

**Table 3** Typical comments for each theory on the free-text field

(1) Healthcare professionals should improve their communication skills to facilitate interactive communication <i>Communication is important to get the patient's thoughts and feelings out.</i> (nurse in her 20 s) <i>One-way communication is not good.</i> (nurse in her 40 s) <i>Healthcare professionals need to learn various communication skills.</i> (laboratory technician in her 50 s)
(2) Healthcare professionals should provide medical care at the patient's pace while trying to match the patient's goals <i>Healthcare professionals should adjust to the patient's pace and wait.</i> (nurse in her 30 s) <i>I came to the new realization that the goals of my patients do not have to be the same.</i> (dietitian in her 30 s)
(3) Healthcare professionals provide information and advice, but ultimately follow the patient's decision-making process <i>Do not impose your ideas on the patient.</i> (nurse in her 30 s) <i>Allow the patient to decide, so that he/she can set goals.</i> (nurse in her 20 s)
(4) Healthcare professionals should help improve the patient's understanding and wait for the patient to make a decision <i>The patient has the right to make decisions, and healthcare professionals need to wait.</i> (nurse in her 30 s) <i>It is crucial to wait for the timing when the patient thinks he/she can do something, while at the same time, it is also crucial to draw out the "can-do" power from the patient.</i> (nurse in her 20 s)
(5) Healthcare professionals should share information at conferences, for example, and communicate with other healthcare professionals <i>Sharing information among team members is essential.</i> (dietitian in her 30 s) <i>How can we organize a conference that allows people to have the same perspective on how they are feeling and what they are feeling?</i> (psychologist in his 30 s)

**Table 4** Kirkpatrick's model

Step1-Reaction	How well did the conferees like the program?
Step2-Learning	What principles, facts, and techniques were learned?
Step3-Behavior	What changes in job behavior resulted from the program?
Step4-Results	What were the tangible results of the program in terms of reduced cost, improved quality, improved quantity, etc.?

in responses to question 2 is that the participants may have already been practicing this kind of behavior with their patients to some extent before participating in the program; therefore, their participation may not have had a significant additional impact concerning this question. It is possible that significant differences were only found between physicians and laboratory technicians, nurses and laboratory technicians, and dieticians and laboratory technicians in responses to question 4, because laboratory technicians had less experience in this area, which involves goal setting with patients during routine consultations [15–17]. A possible reason for the lower pre- and post-scores for question 5 compared with those for the other questions is the potential impact of the “socially desirable answers” bias. This is a bias, whereby respondents themselves have already recalled answers that are considered to be socially desirable and will respond to the more desirable answer even if it differs from their own opinion. However, it is difficult for this bias to explain the significant increase in scores of question 5 after the play; thus, we speculate that this increase in scores is likely to reflect an impact of the Diabetes Theater.

This study was conducted 9 years ago. During this time, trends in diabetes patient education have changed, and empowerment-based patient education programs have become prevalent in the US [3]. In Japan, a section on “empowerment” has been introduced in the Japanese Clinical Practice Guideline for Diabetes 2016 [18]. Therefore, it is possible that a similar study conducted more recently would yield different results. However, we believe that there is still a demand for Diabetes Theater activities, which continue to be held at national medical societies, including online at the 12th Annual Conference of Japan Primary Care Association in 2021 [19] and at the 66th Annual Scientific Meeting of the Japan Diabetes Society in 2023 [20]. In future, it may be necessary to reexamine the value and significance of Diabetes Theater and its current impact on healthcare professionals. In doing so, it may be possible to reformulate the Diabetes Theater in a more compelling form that incorporates the issues facing diabetes care today, and contribute to improving the knowledge and attitudes of healthcare professionals regarding patient empowerment in the current context.

The present study had several limitations. First, although we found that the workshop changed the thinking

of the healthcare professionals who attended, we did not investigate whether this resulted in a long-term change. According to Ünalan et al., education through theater not only aids understanding [6], but also facilitates long-term memory. However, it remains to be determined whether the effects of the performance on healthcare professionals’ understanding persisted over time. Second, we did not assess whether the subsequent behavior of healthcare professionals when examining patients was changed. Thus, step 2 of Kirkpatrick’s model was achieved, but we did not determine whether steps 3 or 4 were achieved. Patients treated by oncologists who had participated in a communication skills training program were previously shown to be more satisfied with the care they received, whereas those treated by other oncologists were more depressed [21]. It is necessary to examine whether there is a similar impact in the Diabetes Theater. Third, because the respondents to this questionnaire remained present until the end of the session, it is possible that they tended to be healthcare professionals with a particular interest in patient education. Fourth, in this study, participants were asked to respond after participating in Diabetes Theater regarding their status both before and after participation. In this case, there may be a “bias regarding the measurement of change” on the basis of the implicit theory of change. This may have led respondents to believe that they must have an increased understanding of each element of patient empowerment after participating in Diabetes Theater compared with their pre-participation status. Fifth, the analysis of free-text responses was carried out independently of the content analysis of the question items. However, the question items and free-text sections were answered at the same time. It is, therefore, possible that the results of the analysis partially coincided with each other because of mutual influences at the stage of filling in the questionnaire. Sixth, it is unclear whether similar results would be obtained using other scenarios or with different participating medical personnel. Therefore, further studies will be needed to evaluate the results obtained with different participants, or when the scenario or number of participants differs. Finally, the Japanese version of the questionnaire was not previously validated.

## Conclusion

The impacts of the Diabetes Theater workshop were studied using a questionnaire and a mixed-methods model. We found that participants' understanding and attitudes changed in a direction that was consistent with the philosophy of patient empowerment after participation in the theater program. Therefore, Diabetes Theater was found to be a useful method for healthcare professionals involved in diabetes treatment to deepen their understanding of patient empowerment.

**Acknowledgements** We thank the healthcare professionals who participated in the Diabetes Theater as audience and our colleagues on the Diabetes Theater management staff. We also thank Mark Cleasby, Ph.D., and Benjamin Knight, MSc., from Edanz (<https://jp.edanz.com/ac>) for editing a draft of this manuscript.

**Author contributions** KO designed the study, and KO and RA analyzed the data. All of the authors were involved in the interpretation of the data and the writing of the manuscript.

**Data availability** The data that support the findings of this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available, because they contain information that could compromise research participant privacy.

## Declarations

**Conflict of interest** Kentaro Okazaki, Mina Suematu and Noriyuki Takahashi declare that their past (KO) and current (MS and NT) affiliations were established by donations from Aichi Prefecture and Nagoya City, Japan.

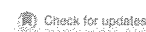
**Ethical standards** The provision of answers to the questions was not compulsory and the questionnaires were completed anonymously. Therefore, it was determined that there was no need for an ethics review of the study. However, the purpose of the study was explained both in writing and verbally, and the participants were assumed to have consented to their involvement by answering the questions and submitting the questionnaire.

## References

1. Anderson RM, Funnell MM. The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators. Alexandria: American Diabetes Association; 2005.
2. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, et al. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes patient education. *Diabetes Educ*. 1991;17:37–41.
3. Funnell MM. Growing up: a 50-year journey from compliance to collaboration. *Sci Diabetes Selfmanag Care*. 2023;49:324–5.
4. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*. 2010;79:277–82.
5. Kumagai A, White C, Ross P, Purkiss J, O'Neal C, Steiger J. Use of interactive theater for faculty development in multicultural medical education. *Med Teach*. 2007;29:335–40.
6. Ünalın P, Uzuner A, İfçili S, Akman M, Hancolu S, Thulesius H. Using theatre in education in a traditional lecture oriented medical curriculum. *BMC Med Educ*. 2009;9:73.
7. Asahina T, Okazaki K, Ohashi K. Diabetes Theater: learning patient-centered approach through theater. *Endocrinol Diabetol Metab*. 2009–10;31:268–74. (In Japanese).
8. Onishi H, Iio K, Takada K. How should medical education on patient education be improved? *Jpn J Fam Pract*. 2010;15:46–53. (In Japanese).
9. Anderson R, Funnell M, Barr P, Dedrick R, Davis W. Learning to empower patients results of professional education program for diabetes educators. *Diabetes Care*. 1991;14:584–90.
10. Anderson R, Fitzgerald J, Funnell M, Gruppen L. The third version of the diabetes attitude scale. *Diabetes Care*. 1998;21:1403–7.
11. University of Michigan Diabetes Research and Training Center—Diabetes Attitude Survey. [https://medicine.umich.edu/sites/default/files/downloads/das3\\_new.pdf](https://medicine.umich.edu/sites/default/files/downloads/das3_new.pdf). Accessed 13 Mar 2023.
12. Otani T. “SCAT” a qualitative data analysis method by four-step coding: easy startable and small-scale data-applicable process of theorization. *Bull Grad School Educ Hum Dev*. 2008;54:27–44. (In Japanese).
13. Kirkpatrick DI. Evaluation of training. In: Craig R, Mittel I, editors. *Training and development handbook*. New York: McGraw Hill; 1967. p. 87–112.
14. Nishigori H, Saiki T, Tagawa M. Curriculum/program evaluation in medical education. *Med Educ (Japan)*. 2014;45:79–86. (In Japanese).
15. Kishimoto M, Noda M. A report on diabetes seminars for medical staff: findings from a questionnaire survey. *Diabetol Int*. 2013;4:261–5.
16. Kishimoto M, Noda M. The factors that limit activities of certified diabetes educators in Japan: a questionnaire survey. *Springerplus*. 2014;3:611.
17. Kishimoto M, Noda M. The difficulties of interprofessional teamwork in diabetes care: a questionnaire survey. *J Multidiscip Healthc*. 2014;7:333–9.
18. The Japan Diabetes Society. Japanese clinical practice guideline for diabetes 2016. Tokyo: Nankodo; 2016. (In Japanese).
19. The 12th Annual Conference of Japan Primary Care Association Program. [www.c-linkage.co.jp/jpca2021/files/pro05.pdf](http://www.c-linkage.co.jp/jpca2021/files/pro05.pdf). Accessed 15 Sep 2023. (In Japanese).
20. Asahina T, Okazaki K, Okada H. Diabetes Theater: feelings not communicated. *Tounyoubyou*. 2023;66(Suppl S):133. (In Japanese).
21. Fujimori M, Asai A, Kubota K, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2014;32:2166–72.

**Publisher's Note** Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Springer Nature or its licensor (e.g. a society or other partner) holds exclusive rights to this article under a publishing agreement with the author(s) or other rightsholder(s); author self-archiving of the accepted manuscript version of this article is solely governed by the terms of such publishing agreement and applicable law.



Received: 19 July 2023 | Revised: 14 February 2024 | Accepted: 15 March 2024

DOI: 10.1002/jgf2.689

PRELIMINARY REPORT

Journal of General and Family Medicine WILEY

# Investigating the perceptions of career development as the Japanese regional quota medical students and graduates in A prefecture

Mina Suematsu MD, PhD<sup>1</sup> | Rikako Inoue<sup>2</sup> | Noriyuki Takahashi MD, PhD<sup>1</sup> |  
Kei Miyazaki MD, PhD<sup>1</sup> | Kentaro Okazaki MD, PhD, MPH<sup>3</sup> | Yasushi Miyata MD, PhD<sup>4</sup> |  
Wataru Ohashi PhD<sup>5</sup> | Masafumi Kuzuya MD, PhD<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Department of Education for  
Community-Oriented Medicine, Nagoya  
University Graduate School of Medicine,  
Nagoya, Japan

<sup>2</sup>Nagoya University School of Medicine,  
Nagoya, Japan

<sup>3</sup>Community Medicine Education Unit,  
Graduate School of Medical Sciences,  
Kyushu University, Fukuoka, Japan

<sup>4</sup>Department of Primary Care and  
Community Health, Aichi Medical  
University, Nagakute, Japan

<sup>5</sup>Division of Biostatistics, Clinical  
Research Center, Aichi Medical University,  
Nagakute, Japan

<sup>6</sup>Meitetsu Hospital, Nagoya, Japan

## Correspondence

Mina Suematsu, Department of Education  
for Community-Oriented Medicine,  
Nagoya University Graduate School of  
Medicine, 901(9th Floor), Medical Science  
Research Building 3, 65 Tsurumai-cho,  
Showa-ku, Nagoya 466-8560, Japan.  
Email: minasuc37@med.nagoya-u.ac.jp

## Funding information

Nagoya University Medical Association

## Abstract

**Background:** There are few reports about the perceptions of the regional quota called *Chiikiwaku* medical students and graduates.

**Method:** Eighty-four medical students and 41 graduates were enrolled in A prefecture. The questionnaire comprised 22 items scored on a 7-point Likert scale, focusing on perceptions of merit and demerit of *Chiikiwaku*. The data were collected online.

**Results:** *Chiikiwaku* students scored higher on an item such as 'regional quotas are a solution to the doctor shortage'. *Chiikiwaku* graduates felt more burdened than *Chiikiwaku* students.

**Conclusion:** Our results suggested that the perception of *Chiikiwaku* was different between *Chiikiwaku* students and graduates.

## KEYWORDS

*Chiikiwaku*, community medicine, development of *Chiikiwaku* questionnaire, Japanese regional quota system, perception of *Chiikiwaku*

## 1 | BACKGROUND

The urban-rural inequity of physician distribution still exists across Japan.<sup>1</sup> Thus, since 2008, Japan has executed an original regional quota system named *Chiikiwaku* for medical schools that requires doctors to work for a certain period in the future in areas with physician shortages.<sup>2</sup> *Chiikiwaku* system varies by university and municipality regarding available scholarships and obligation years.

In A prefecture, scholarships are available, and obligation period is 9 years. *Chiikiwaku* students in many of universities and municipalities are required to work in doctor shortage areas for nine mandatory years; however, if they are unable to work at the expected hospitals, they have to leave *Chiikiwaku* and refund their scholarships, including interests. Despite positive reports that *Chiikiwaku* physicians are working as expected in physician shortage areas,<sup>3</sup> there are concerns that these physicians are not functioning in actual clinical

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2024 The Authors. *Journal of General and Family Medicine* published by John Wiley & Sons Australia, Ltd on behalf of Japan Primary Care Association.

*J Gen Fam Med.* 2024;00:1–4.

wileyonlinelibrary.com/journal/jgf2 | 1

practice as expected, with long duty periods, disengagement from the system, and increasing vacancy rates in *Chiikiwaku* programme in medical schools.<sup>4</sup>

In Japan, the issue of *Chiikiwaku* doctors leaving their obligations before the end of their mandate has been raised,<sup>5</sup> and a national survey of *Chiikiwaku* students regarding their obligations and leaving is currently being conducted.<sup>6,7</sup> The need for career support has also been acknowledged, as many of those who leave cite a mismatch in their preferred career path. Prefectures are supposed to formulate career development programmes based on the issues discussed at the regional medical countermeasures council to 'secure doctors in doctor shortage areas' and 'ensure opportunities for developing and improving the skills of doctors dispatched to doctor shortage areas'.<sup>6</sup>

In response to those needs, career development programmes have become available in all 47 prefectures, but it is unclear how *Chiikiwaku* students and graduates perceive this system. This pilot study aimed to investigate the perceptions of *Chiikiwaku* students and graduates regarding their career development.

## 2 | METHODS

### 2.1 | Questionnaire

Since there is no reliable questionnaire that focuses on the perception of *Chiikiwaku* regarding career development, we developed a questionnaire focusing on the career development-related advantages and disadvantages of being a *Chiikiwaku* doctor. The original version of the questionnaire had 22 items scored on a 7-point scale, with '1' indicating a response of 'I do not think so at all' and '7' indicating a response of 'I strongly think so' in Japanese, referring to the 'National Survey on Medical Students' Perceptions of Community Medicine and Their Career Choices' (Maeno et al.).<sup>7</sup> We focused on what respondents might perceive as advantages and disadvantages of *Chiikiwaku* in their career development (Table 1).

### 2.2 | Respondents

All four medical schools in A prefecture have *Chiikiwaku* system, and the number of *Chiikiwaku* students and graduates exceeded 250 in 2020.<sup>9</sup> *Chiikiwaku* students and graduates in A prefecture are distributed across a metropolis of 2.3 million people and suburbs with tens of thousands of inhabitants. The study was conducted from October to December 2020. The survey was disseminated three times: at the start of the study, 2 weeks later, and just before the deadline. The data were collected by sending an email comprising documents explaining the study aim and requesting participation. The participants answered via a Google form uniform resource locator (URL). Completion of the questionnaire served as a substitute for obtaining written consent. Missing values were not handled. This study was approved by the ethical committee of two universities (approval numbers: 2020-0140-2 and 2020-137).

TABLE 1 A questionnaire of perception regarding *Chiikiwaku*.

#### Question items

1. I feel encouraged in my career development to have *Chiikiwaku* fellows.
2. I feel that the scholarships offered by the *Chiikiwaku* are an advantage.
3. When I applied for my university, I felt that choosing *Chiikiwaku* would be advantageous for my success.
4. I am concerned about the number of mandatory years I have to complete for the *Chiikiwaku*.
5. I feel uneasy because the image of the doctor I want to be is different from the image of the doctor required for *Chiikiwaku*.
6. I have a role model medical doctor who I want to be.
7. I believe that working as *Chiikiwaku* doctors is one of the solutions to the recent shortage of medical doctors and the uneven distribution of medical doctors in the region.
8. I feel insecure about balancing family life (marriage, childbearing, etc.) with being a *Chiikiwaku* doctor.
9. I am worried that my desired specialty will be different from the specialty required for *Chiikiwaku*.
10. I feel at ease by talking with my *Chiikiwaku* seniors, classmates, and juniors who are also from the same university.
11. I feel at ease by talking with my *Chiikiwaku* seniors, classmates, and juniors who are from other universities.
12. I am worried that the career development of *Chiikiwaku* doctors will be delayed compared to that of ordinary doctors.
13. I am concerned that being a *Chiikiwaku* doctor will delay me from obtaining a medical specialty.
14. I think there are restrictions by being a *Chiikiwaku* regarding marriage and childbearing.
15. I would like to work as a doctor or researcher abroad, and I am concerned about the number of mandatory years for *Chiikiwaku*.
16. I would like to apply to graduate school and am concerned about the conflict with the number of years required for *Chiikiwaku*.
17. I would like to have a different experience and make a different contribution, so I feel that I would benefit from *Chiikiwaku*.
18. I prefer not to tell people I belong to *Chiikiwaku* when I meet them for the first time.
19. I feel that *Chiikiwaku* restricts my hobbies and club activities.
20. I have never been particularly aware of any differences in being a *Chiikiwaku* from non-*Chiikiwaku* students or doctors.
21. I am concerned that I will not be able to meet the required competencies to practice as a *Chiikiwaku* doctor.
22. I would like to contribute, or am already contributing, to community health care as a *Chiikiwaku* doctor.

### 2.3 | Statistical analysis

The score of each question item was compared between *Chiikiwaku* students and graduates using the Mann-Whitney *U* test. We checked the commonality of question items and the internal consistency of the questionnaire. A *p*-value < 0.05 was considered statistically significant. Statistical analysis was performed using IBM SPSS version 27 (IBM Inc.: Armonk, NY, USA).

TABLE 2 The results of two-group comparison between *Chiikiwaku* students and graduates using Mann-Whitney *U* test.

Question item (22 items)	Median (IQR 25, 75) of <i>Chiikiwaku</i> students (n = 57)	Median (IQR 25, 75) of <i>Chiikiwaku</i> graduates (n = 18)	p value
1	6.00 (4.00, 7.00)	5.00 (4.75, 6.00)	0.256
2	6.00 (4.00, 7.00)	4.00 (2.00, 5.00)	0.004*
3	3.00 (2.00, 5.00)	3.50 (1.00, 4.25)	0.985
4	5.00 (4.00, 7.00)	5.50 (4.00, 7.00)	0.461
5	3.00 (2.00, 5.00)	4.50 (2.75, 6.25)	0.091
6	3.00 (2.00, 4.00)	2.50 (2.00, 4.00)	0.843
7	5.00 (4.00, 6.00)	4.00 (2.00, 5.00)	0.001*
8	6.00 (4.00, 7.00)	5.00 (3.00, 6.00)	0.355
9	5.00 (3.00, 6.00)	4.50 (3.75, 7.00)	0.885
10	6.00 (5.00, 7.00)	5.00 (4.00, 6.25)	0.397
11	4.00 (3.00, 5.00)	4.00 (2.75, 5.00)	0.252
12	5.00 (2.50, 6.00)	5.00 (2.75, 6.25)	0.487
13	5.00 (2.00, 6.00)	5.00 (3.00, 6.00)	0.478
14	5.00 (3.50, 6.00)	4.00 (2.75, 5.25)	0.153
15	2.00 (1.00, 5.00)	3.00 (1.00, 5.00)	0.628
16	2.00 (1.00, 4.00)	4.50 (1.00, 6.25)	0.069
17	4.00 (2.00, 6.00)	3.00 (1.00, 4.25)	0.047*
18	2.00 (1.00, 5.00)	3.00 (1.00, 4.00)	0.854
19	1.00 (1.00, 3.00)	1.00 (1.00, 2.00)	0.594
20	3.00 (3.00, 6.00)	3.00 (2.00, 4.25)	0.109
21	4.00 (2.00, 5.00)	5.00 (2.00, 5.00)	0.950
22	6.00 (4.50, 7.00)	4.50 (4.00, 5.25)	0.010*

\* $p < 0.05$ .

### 3 | RESULTS

The response rates of all participants, medical students, and graduates were 60% (75/125), 67.8% (57/84), and 43.9% (18/41), respectively. There were 40 males, 32 females, and 3 who did not indicate their sex. Seventeen respondents were <20 years old, 38 were between 20 and 24 years old, 17 between 25 and 29 years old, 1 between 30 and 34 years old, 1 between 35 and 39 years old, and 1 did not indicate the age. Of the 18 graduates who responded, 12 were junior residents and the others were senior residents. Table 2 demonstrates the medians, quartiles, and results of the two-group comparison of the questionnaire between *Chiikiwaku* students and graduates. *Chiikiwaku* students had significantly higher scores for question items 2, 7, 17, and 22 compared to *Chiikiwaku* graduates ( $p < 0.05$ ).

The commonality of question items 2, 3, 6, 19, 20, and 21 was <0.4. Accordingly, these were deleted, and 16 items remained in the questionnaire.

Internal consistency was calculated based on Cronbach's alpha coefficient of all 16 items, which was 0.72.

### 4 | DISCUSSION

Compared to the graduates included in this pilot study, *Chiikiwaku* students felt that the scholarship provided was an advantage,

considered the *Chiikiwaku* system as one of the solutions to the shortage of doctors and uneven regional distribution, and had a sense of mission to contribute to community healthcare. *Chiikiwaku* students also regarded each other as peers. The reason for higher scores of 'camaraderie in *Chiikiwaku*' and 'sense of mission to contribute to community healthcare' among medical students than graduates was considered that many *Chiikiwaku* graduates have concerns about life events such as marriage and child rearing, as well as the difficulty of balancing graduate school and study abroad with the fulfillment of obligations as previously reported.<sup>10</sup> Our results also showed that they also felt more burdened than medical students. Thus, *Chiikiwaku* programme provider should provide formal opportunities for *Chiikiwaku* graduates to contact their *Chiikiwaku* peers and mentors.

The Cronbach's alpha coefficient of the 16 items used was >0.7 in the current study, indicating that the questionnaire was reliable in terms of internal consistency.<sup>11</sup> This questionnaire has a total of 16 items. Further research for development on the questionnaire of *Chiikiwaku* perception should be done.

#### 4.1 | Limitations

The lower-than-expected number of participants was possibly caused by the fact that the survey was ultimately limited to two universities. Further, the low response rate of *Chiikiwaku* graduates was



possibly influenced by the fact that their contact information had changed and were unavailable.

#### ACKNOWLEDGMENTS

We are grateful to the regional quota medical students and graduates who participated in our study. This work was supported by the 2019-year project of the Nagoya University Medical Association.


#### CONFLICT OF INTEREST STATEMENT


M.S, N.T, and K.M are members of the Graduate School of Medicine Endowed Chairs in Nagoya University, which is endowed by Aichi prefecture government and Nagoya city government. The other authors declare no conflicts of interest associated with this manuscript. Kei Miyazaki is an Editorial Board member of Journal of General and Family Medicine and a co-author of this article. To minimize bias, they were excluded from all editorial decision-making related to the acceptance of this article for publication.


#### ETHICS APPROVAL STATEMENT

The subjects were informed by email, that their participation in the study was voluntary, they would have no disadvantage if they decided not to answer the questionnaire, and that their privacy would be protected because it was an anonymous online questionnaire..

#### ORCID

Mina Suematsu  <https://orcid.org/0000-0003-1874-0018>

Noriyuki Takahashi  <https://orcid.org/0000-0003-1982-7019>

Kei Miyazaki  <https://orcid.org/0000-0002-6115-4519>

#### REFERENCES

- Matsumoto M, Inoue K, Bowman R, Noguchi S, Toyokawa S, Kajii E. Geographical distributions of physicians in Japan and US: impact of healthcare system on physician dispersal pattern. *Health Policy*. 2010;96(3):255–61.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. Measures against uneven distribution of doctors to date. [Accessed 28 Jun 2023]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000748479.pdf>
- Matsumoto M, Kashima S, Owaki T, Iguchi S, Inoue K, Tazuma S, et al. Geographic distribution of regional quota program graduates of Japanese medical schools: a Nationwide cohort study. *Acad Med*. 2019;94(8):1244–52.
- Yamamoto K, Ozaki A, Takita M, Morita T, Saito H, Senoo Y, et al. Negative aspects of the regional quota system in Japan. *JMA J*. 2019;2(1):85–6.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. Response to applicants for clinical training who are required to engage in community medicine. [Accessed 28 Jun 2023]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000546504.pdf>
- Igakuren, Japan Association for Medical Students Societies. Survey results and discussion of students about Chiiki-Waku and securing of doctors in the community. [Accessed 28 Jun 2023]. Available from: <https://www.igakuren.jp/igakuscidata/2020/04/420.html>
- Kataoka Y, Takayashiki A, Sato M, Maeno T. Japanese regional-quota medical students in their final year are less motivated to work in medically underserved areas than they were in their first year: a prospective observational study. *Rural Remote Health*. 2018;18(4):4840.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. The future of regional quotas. [Accessed 25 Jun 2023]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000607931.pdf>
- Aichi Prefecture Government. Document 2-3 Aichi Prefecture Doctor Securing Plan (Draft). [Accessed 28 Jun 2023]. Available from: <https://www.pref.aichi.jp/uploaded/attachment/313970.pdf>
- Sasaki K, Chida K, Kadoguchi N, Sato T, Minakawa M, Inoue Y. Survey of regional quota graduates' awareness of the regional quota system in Iwate prefecture. *J Conf Emerg Med Rural Areas Isolated Islands*. 2019;17:28–32. (in Japanese).
- Glicem JA, Glicem RR. Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. 2003 Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education. 2003; 82–88.

**How to cite this article:** Suematsu M, Inoue R, Takahashi N,

Miyazaki K, Okazaki K, Miyata Y, et al. Investigating the perceptions of career development as the Japanese regional quota medical students and graduates in A prefecture. *J Gen Fam Med*. 2024;00:1–4. <https://doi.org/10.1002/jgf2.689>

## 前年度(第11回) 杉浦助成対象の成果報告(研究分野)

# 医療系学生が働きかける、認知症当事者及び家族介護者、そして一般市民に向けたオンライン健康増進教室

末松 三奈 ●名古屋大学 大学院医学系研究科 地域医療教育学寄附講座 特任講師



2022年9月10日オンライン健康増進教室の中継会場で受講している様子

### 要旨

医療系学生(薬学生4名、栄養学生4名、看護学生2名、医学生1名)は、2チームに分かれて名城WEBキャンパスに用意した教材で学びを深め、健康増進教室の内容を検討した。特に、『認知症の人と家族の会』による、認知症家族介護者の心理ステップを学習し、認知症に関する医療の知識だけでなく家族の視点を学んだ。2022年9月10日、医療系学生は認知症をテーマとした健康増進教室をオンラインで実施した。受講者は4カ所の中継会場及びオンラインで自宅から、合計86名の方が参加した。受講者には、終了後にオンラインまたは自記式でアンケートを行い、工夫された発表がわかりやすかったと概ね好評であった。

また、学生に対しては、前後のアンケートを実施し、多職種連携教育の効果は得られていた。オンラインの課題としては、参加者は学生がどのような表情で話しているかわかりにくいと回答した。また、学生も、聴衆の反応をリアルタイムで確認しづらかったと回答した。さらに、学生に対してインタビューを行った結果から課題を抽出する予定である。

### 1. 背景と目的

COVID-19の流行により、認知症当事者及び家族介護者は、デイケアや認知症カフェに行く機会が減少し、交流の機会を求めている。一方、医療系学生も、卒前教育で重要な患者(人)との交流機会が失われていた。そこで、我々は、認知症当事者及び家族介護者、そして一般市民にも届けられる「オンライン健康増進教室」を医療系学生と共に検討・実施した。

本研究の目的は、多職種の学生による認知症をテーマとした健康増進教室を、オンラインで行うことの可能性や課題について、受講者と学生へのアンケート及びインタビューを通して検討することである。

### 2. 活動の方法

名古屋大学地域医療教育学講座は、2014年から名城大学薬学部、名古屋学芸大学管理栄養学部、一宮研伸大学看護学部とともに医療系学生による糖尿病教室、あるいは健康増進教室を実施してきた。2022年は『認知症の人と家族の会』の協力を得て、医療系学生による認知症当事者及び家族介護者、そして一般市民に向けたオンライン健康増進教室を実施した。

医療系学生(薬学生4名、栄養学生4名、看護学生2名、医学生1名)は、「多職種連携教育」「過去の学生による糖尿病教室や健康増進教室」「認知症に関する医師・薬剤師・看護師の視点」「家族介護者の心理ステップと家族支援」、そして「家族支援としての交流会に参加された家族介護者の声」について、ビデオ教材で学習した(図1)。

また、『認知症の人と家族の会』の尾之内直美氏に認知症家族介護者の視点について補足レクチャーを受けた学生は、2チームに分かれ、それぞれ①認知症の概要として「認知症を正しく知ろう～大

切な家族を理解するために～」と、②認知症の予防として「認知症の人との生活を豊かにする～大切な家族とともに過ごすために～」をテーマに、オンライン健康増進教室の準備を進めた。約3週間、非同期及び同期型オンラインでつながり、当日の発表に向けたスライドを役割分担して作成した(図2)。

2022年9月10日、近隣ショッピング施設のホール、認知症カフェ、地域包括支援センター、ケアホームの4カ所で行ライブ中継を行った。その他、自宅からオンラインでの参加者を合わせると86名が医療系学生によるオンライン健康増進教室を受講した。まず、認知症サポーターの目印であるオレンジバンドから名付けられた『オレンジアイドル』が、①認知症の概要、②認知症の方との接し方、③食事の時に困ることとその対応方法、④認知症の薬を披露した(図3)。

続いて、話が聴衆に最も響くものにしたという思いから名付けられた『鮭の最響焼き』が、①認知症予防につながる食事、②薬を飲み続けるために、③介護者の不安とBPSD(認知症の周辺症状)、④認知症の人との生活を豊かにする試み、⑤認知症カフェをクイズや寸劇を用いながら発表した(図4、図5)。

### 3.現状の成果・考察

受講者のうち、研究に同意された方は、56名であった。「若い方の明るいトーンで聞

図1 名城WEBキャンパスにアップロードされたビデオ教材

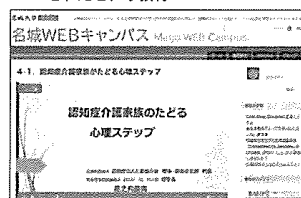
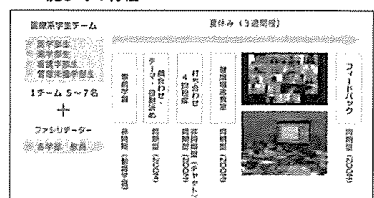


図2 医療系学生によるオンライン健康増進教室の実施までの行程



くことができ良かった」「もっと早く聞きたかった」「テーマのネーミングが面白く、お話を聞いてみたくなる効果があると思った」「演劇形式の部分がとてもわかりやすく良かった」などの声が聞かれた。一方、「音声聞き取りづらかった」「配布資料が欲しかった」「学生がどんな表情で話しているか、直接見たかった」などの意見も聞かれた。

また、学生のアンケート結果では、多職種連携教育における学習目標である①他職種の専門性の理解、②専門職連携の重要性の理解、③オンラインでのコミュニケーションの理解が、いずれも向上した。自由記述より、「オフラインでの打ち合わせ機会が欲しかった」「オンライン教室の不具合があった」などの意見があった。一方で、実習など多忙な時期には予定の調整は困難であるが、オンラインを取り入れることでIPE(多職種連携教育)の実施が可能となる側面もあった。

### 4.今後の展望

以上をまとめて、国内外の学会発表及び論文作成を行い報告する。学生に対するインタビューよりさらなる課題を抽出したい。

図3 チーム「オレンジアイドル」の発表



図4 チーム「鮭の最響焼き」の発表

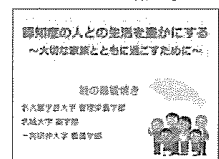


図5 チーム「鮭の最響焼き」の発表寸劇動画の一場面



## 令和 5 年度 活動の記録

### 卒前教育

開催日	詳細区分	名 称	担当教員	対象者
4 月 5 日	講義/実習	地域枠オリエンテーション	宮崎、末松、高橋	地域枠 1 年生
通年 (全 17 回)	臨床実習	ポリクリ I つるまい・名城 IPE (多職種連携教育) : 糖尿病・認知症ケアにおける IPE	末松、高橋	医学部 4・5 年生
5 月 8 日他 (計 5 回)	講義/実習	地域医療セミナー	高橋、末松	地域枠 1 年生～4 年生
後期 (10 月～3 月)	講義/実習	基礎医学セミナー (研究室 配属)	高橋、末松	地域枠 3 年生
10 月 11 日 10 月 18 日	講義/実習	医薬入門～シネメデュケーション	高橋、末松	医学部 1 年生
10 月 16 日 10 月 26 日	講義/実習	基本的臨床技能実習 (多職種連携教育)	末松	医学部 4 年生
10 月 20 日 他(計 7 回)	講義/実習	地域医療学	末松	医学部 4 年生
11 月 27 日	講義/実習	特別選択講義：地域における IPE	末松、高橋	医療系学生 福祉系学生
12 月 4 日 12 月 5 日	講義/実習	特別選択講義：死の教育	高橋	医学部 4 年生
月例	会議	学部教育委員会	宮崎、高橋	

## 卒後教育

開催日	詳細区分	名 称	担当教員	対象者
4 月 12 日	講演会	名大病院研修医 オリエンテーション	高橋	医科、歯科研 修医、薬剤レ ジデント
6 月 17 日 他 (計 3 回)	WS 主催	地域生活医療圏を基盤とした 臨床研修支援事業木曽川メデ ィカルカンファレンス研修医 勉強会	高橋、末松	研修医

## 講演・セミナー

開催日	詳細区分	名 称	担当教員	対象者
9 月 7 日	講演	不明熱から疑う 自己炎症性 疾患の診断・治療 勉強会	高橋	医療関係者
11 月 16 日	講演	社内研修会	高橋	医療関係者

## 講義

開催日	詳細区分	名 称	担当教員	対象者
5 月 10 日	講義	神経系理学療法学実習	末松	理学療法生
8 月 23 日	講 義 / 実 習	高大接続研究センター 学びの杜・学術コース	宮崎、末松、 高橋	高校生

## その他

開催日	詳細区分	名 称	担当教員	対象者
7 月 12 日 11 月 1 日 2 月 28 日	会議	なごや IPE ネットワーク会議	末松、高橋	IPE 担当教 員
随時	W S	S P トレーニング	末松	SP

## 4. 業績記録

### 論文・発表等 業績一覧

(令和5年度)

#### 論文

---

1. 末松三奈. 学生は模擬患者及び市民参加の多職種連携教育から何を感じ・気づくか. 日本ヘルスコミュニケーション学会誌 第14巻第1号 2023年4月
2. 末松三奈, 肥田武, 安友裕子, 半谷眞七子. COVID-19パンデミックを経た市民参加型の多職種連携教育について. 医学教育 54 (6) 610-612 2023年12月
3. Ryotaro Abe, Kentaro Okazaki, Noriyuki Takahashi, Mina Suematsu, Masafumi Kuzuya. Impacts of “Diabetes Theater,” a participative educational workshop for health care professionals, on participants: a patient empowerment perspective. Diabetology International. 2024
4. Mina Suematsu, Rikako Inoue, Noriyuki Takahashi, Kei Miyazaki, Kentaro Okazaki, Yasushi Miyata, Wataru Ohashi, Masafumi Kuzuya. Investigating the perceptions of career development as the Japanese regional quota medical students and graduates in A prefecture. Journal of General and Family Medicine. 25 March 2024
5. Yasuyuki Goto, Kohei Morita, Mina Suematsu, Takahiro Imaizumi and Yusuke Suzuki. Caregiver Burdens, Health Risks, Coping and Interventions among Caregivers of Dementia Patients: A Review of the Literature. Internal Medicine 62:3277-3282. 2023
6. 末松三奈. 医療系学生が働きかける、認知症当事者及び家族介護者、そして一般市民に向けたオンライン健康増進教室. Journal of Sugiura Foundation for Development of Community Care. Vol.12 July 2023
7. 宮崎景. 【卒前医学教育の変革～より能動的に、より実践的に～】診療参加型臨床実習の導入. 現代医学 70(1) 30-34 2023年6月
8. Ayaka Maeda, Naomi Tsuchida, Yuri Uchiyama, (87番目)Noriyuki Takahashi, et al. Efficient detection of somatic UBA1 variants and clinical scoring system predicting patients with variants in VEXAS syndrome. Rheumatology. 00, 1-9. 2023.

## 寄稿

---

1. プライマリ・ケア Vol.8 No.3.2023 P60-61 宮崎景
2. Medicina 60(11) 1885-1887 2023 年 10 月 宮崎景
3. Medicina 60(11) 1888-1889 2023 年 10 月 宮崎景
4. リウマチ科 70(5) 542-550 2023 年 11 月 高橋徳幸
5. 中日新聞 2024 年 1 月 23 日 高橋徳幸

## 書籍

---

1. 薬学生のためのワークブック. 金芳堂. P44-49, P92-95 野田幸裕, 末松三奈

## 学会発表・シンポジウム等

---

1. 吉岡暁子, 末松三奈, 高橋徳幸, 宮崎景, 後藤康幸, 鈴木裕介. オンラインフォーラム機能をもつ認知症介護者支援アプリが家族介護者の社会的孤立感に与える影響: 質的研. 第 14 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 (2023. 5. 名古屋)
2. 下斗米英, 近藤猛, 松久貴晴, 宮崎景, 佐藤寿一. 大学病院総合診療科の初診患者層の変遷 ICPC-2(プライマリ・ケア国際分類第 2 版)を用いて. 第 14 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 (2023. 5. 名古屋)
3. 木村圭佑, 後藤道子, 若林英樹, 宮崎景, 山本憲彦. 脳卒中患者に対する病院在宅間におけるリハビリテーション専門職種間連携の課題と解決方法の検討. 第 14 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 (2023. 5. 名古屋)
4. 松永航太, 後藤道子, 若林英樹, 山本憲彦, 宮崎景, 尾崎健太郎. 医師のドレスコードに関するアンケート研究 2023Ver. 第 14 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 (2023. 5. 名古屋)
5. 尾崎健太郎, 後藤道子, 宮崎景, 松永航太, 山本憲彦. オンライン診療に関わる患者および医師の体験、満足度、ニーズに関するメタエスノグラフィープロトコル. 第 14 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 (2023. 5. 名古屋)
6. 太田亜弥, 宮崎景, 後藤道子, 山本憲彦, 坂本良太. 外国人住民の新型コロナウイルスワクチン接種行動に関連する因子は何か 横断的観察研究. 第 14 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 (2023. 5. 名古屋)

7. 高橋徳幸, 末松三奈. 専門医共通講習会 4. 地域医療. 第 113 回日本病理学会総会 (2024. 3. 名古屋)
8. 後藤康幸, 末松三奈, 今泉貴広, 鈴木裕介. 認知症患者及び家族介護者における情報交換の介護負担感や行動心理症状への影響の検討. 第 42 回日本認知症学会 (2023. 11. オンデマンド)

#### シンポジウム・インタラクティブセッション・ワークショップ

---

1. 南郷栄秀, 岡田悟, 矢吹拓, 宮崎景, 五十嵐俊. Annual Evidence Update in Primary Care 第 14 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 (2023. 5. 名古屋)
2. 宮崎景, 向原圭, 森英毅, 日下伸明, 北村和也, 斉藤さやか, 香田将英. インタラクティブセッション「根拠に基づく予防医療と健康増進」第 14 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 (2023. 5. 名古屋)
3. 演者: 春田淳志, ファシリテーター 佐野樹, 加藤博孝, 後藤道子, 大槻眞嗣, 安井浩樹, 後藤亮平, 伊野美幸, 末松三奈, 野呂瀬崇彦, 内山靖, 前野貴美, 吉見憲二, 石川さと子, 内藤知佐子. ワークショップ 1 多職種連携教育をどのようにシームレスに行うのか Workshop 1 How can interprofessional education be implemented seamlessly from pre-graduation to post-graduation? 第 55 回日本医学教育学会 (2023. 7. 長崎)

#### 獲得資金

---

宮崎景 (研究代表者)、高橋徳幸 (研究分担者)、末松三奈 (研究分担者)  
科学研究費 基盤研究 (C) 令和 5 年度～令和 8 年度  
日本版ポジティブヘルス: 新しい健康概念の構築と有用性の検証