

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



令和元年度



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

令和元年度



# 目 次

## 1. はじめに

- ご挨拶 名古屋大学大学院医学系研究科 老年内科 教授 葛谷 雅文..... 3  
ご挨拶 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 講師 岡崎 研太郎..... 3

## 2. スタッフ紹介

- 岡崎 研太郎（講師） ..... 7  
末松 三奈（講師） ..... 7  
高橋 徳幸（助教） ..... 7  
松田 敦子（講座秘書） ..... 7

## 3. 地域枠学生関連

1. 地域枠学生特別カリキュラム ..... 1 1  
1-1. オリエンテーション（入学時） ..... 1 1  
1-2. 地域医療セミナー（全学年） ..... 1 2  
1-3. 基礎医学セミナー（3 年生後期） ..... 1 5  
基礎医学セミナー発表会 ..... 1 7  
1-4. 国内外の学会発表（主に4 年生） ..... 2 1  
1-5. 臨床実習Ⅱ 地域病院実習（6 年生） ..... 2 3

## 4. 活動報告

- 活動概要 ..... 2 7  
1. 主な活動 ..... 2 8  
1-1. 糖尿病教室IPE ..... 3 0  
1-2. 木曽川メディカルカンファレンス（KMC） ..... 3 3  
1-3. 学びの社・学術コース ..... 3 5  
1-4. 中津川プロジェクト ..... 3 5  
2. 学会活動 ..... 3 6  
3. 論文 ..... 4 4  
4. 第一回名古屋大学大学院医学系研究科 地域医療教育学講座同窓会・懇親会..... 7 2

## 5. 業績記録

- 論文・発表等 業績一覧 ..... 8 7



# 1. はじめに





## ご挨拶

名古屋大学大学院医学系研究科 老年内科 教授 葛谷 雅文

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 11 年目となりました。一期生はすでに卒業後 5 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ルリズム）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 講師 岡崎 研太郎

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、2019 年度の年報を作成いたしました。

私は着任後、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。今後はさらに各種の事業の充実をはかり、未来に向かって継続していけるよう尽力する所存です。今後ともご支援の程よろしくお願いいたします。



## 2. スタッフ紹介





講師 岡崎 研太郎  
(平成 29 年 3 月 1 日～)

岡山県岡山市出身。平成 5 年京都大学医学部卒業。天理よろづ相談所病院で研修。平成 12 年からミシガン大学医学部医学教育部クリニカルフェロー、同大学公衆衛生大学院を修了。その後、佐賀大学医学部附属病院総合診療部、京都医療センター臨床研究センターを経て、平成 25 年 3 月から本学地域総合ヘルスケアシステム開発寄附講座の講師となり、平成 29 年 2 月に任期満了。平成 29 年 3 月、当講座講師に着任。



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。



助教 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、その後複数の病院で後期研修を行う。平成 23 年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。博士(医学)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助教を経て当講座に着任。

講座秘書 松田 敦子 (平成 29 年 4 月 1 日～)



# 3. 地域卒学生関連





## 1. 地域枠学生特別カリキュラム

基本的には前期入学生と同様のカリキュラムとなりますが、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）

令和元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。オリエンテーション終了後は、講座教員や先輩学生との初交流となる茶話会を行いました。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

<令和元年度入学生>

鈴木 紘平（すずき こうへい）  
谷口 拓未（たにぐち たくみ）  
宮田 大樹（みやた だいき）  
吉岡 暁子（よしおか あきらこ）  
和田 遊太（わだ ゆうた）

- (4) 地域枠学生ガイダンス
- (5) 愛知県医師確保修学資金説明
- (6) 質疑応答
- (7) 在校生紹介及び茶話会

## 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、医療のやり方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年生が参加必須です。

令和元年度も様々なセミナーを実施しました。第1回は「上級生企画セミナー」として4年生が企画・実施しました。第2回は「病院見学のためのワークショップ」

（\*1）、第3回は「病院見学報告会」（\*2）を実施しました。第2回と第3回の地域医療セミナーについては、詳細を紹介します。

### 令和元年度地域医療セミナー

回	開催日	内容
1	5月13日	上級生企画セミナー（新入生歓迎会）
2	6月24日	病院見学のためのワークショップ
3	9月30日	病院見学報告会
4	11月11日	講演：相手に寄り添うリスニングスキル （独立行政法人国立病院機構 京都医療センター 臨床研究センター 予防医学研究室 山内恵子 先生）
5	1月27日	講演：アートとしての地域医療 （美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科 安井浩樹 先生）

## \*1 第2回地域医療セミナー「病院見学ワークショップ」

毎年、第2回の地域医療セミナーは、夏の病院見学に向けて地域卒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、ワークショップ形式で事前学習を行っています。

令和元年度は夏の病院見学に参加するグループごとに「病院見学でお世話になる病院のイメージ」をテーマにKJ法を用いてまとめて発表しました。グループごとに異なった特徴が出ていたようです。この第2回地域医療セミナーで夏の病院見学の準備が完了しました。



ワークショップの様子

## \*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、令和元年度も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を実施しました。報告会には、見学を受け入れてくださった医療機関の先生方もいらっしや、発表内容へのコメントや見学日にあったエピソードなどについて発言いただきました。

### 報告会ご参加の先生方

稲沢市民病院：久納孝夫 先生  
                  安藤公隆 先生  
津島市民病院：久富充郎 先生  
(順不同)

### 見学病院と見学グループメンバー

渥美病院：鈴木紘平、安部瞭太郎  
稲沢市民病院：玉田雄大、増田綾香、谷口拓未  
海南病院：佐橋一輝、今来茜、井上理香子、吉岡暁子  
津島市民病院：安藤大貴、北原康太郎、宮田大樹、高見音宇  
豊田厚生病院：山田聡、若林唯、宮良紋奈、和田遊太

### 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3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3人と研究指導にあたる教員3人が全員揃いました。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。

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。



令和元年度は10月に名古屋大学教育発達科学研究科特任教授・名古屋大学名誉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。



プロトコルワークショップの様子

またセミナー・ワークショップとは別に講座内では数種類のミーティングを行いました。毎週月曜日の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進捗状況の確認を行いました。1人ずつ報告を行い、意見やアドバイスを交換しました。これによって研究の質も上がりました

毎週金曜日は、ファカルティアワーとジャーナルクラブの時間でした。どちらも週替わり担当制です。ファカルティアワーでは教員が、自身の研究について語りました。場があたたまったところでジャーナルクラブへと移ります。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	名古屋大学教育発達科学研究科 特任教授・名古屋大学名誉教授 大谷 尚 先生
10月	SCAT セミナー・ワークショップ 全2日	名古屋大学教育発達科学研究科 特任教授・名古屋大学名誉教授 大谷 尚 先生
毎週月曜午後	リサーチミーティング	全教員
隔週金曜午後	ファカルティアワー (ミニレクチュア)	担当教員 *ローテーション
隔週金曜午後	ジャーナルクラブ	担当教員・学生 各1名
12月	第1回報告会	名古屋大学老年内科 教授 葛谷 雅文 先生・全教員
1月	第2回報告会	名古屋大学老年内科 教授 葛谷 雅文 先生・全教員
2月	学内抄録締切	名古屋大学老年内科 教授 葛谷 雅文 先生・全教員
3月	最終報告会	名古屋大学老年内科 教授 葛谷 雅文 先生・全教員
3月	基礎医学セミナー発表会*	名古屋大学老年内科 教授 葛谷 雅文 先生・全教員

\*新型コロナウイルス肺炎の対応として、参加者は「発表者」、「審査員」、「運営学生（2・3年生の担当者）」、「学務課事務員」のみで「無観客試合」として行われた。

# 2019 年度 基礎医学セミナー発表会

令和 2 年 3 月 10 日（火）

## 《口頭発表》

山田 聡

医療者教育ワークショップ「糖尿病劇場」の医療者劇場スタッフに生じる学び  
ーエンパワーメントに向けてー

佐橋 一輝

外来実習と医療面接ピア・ロールプレイ実習を融合させた実習プログラムにおける、  
医師役学生の臨床推論への認知的不協和による影響に関する探索：質的研究

## 《ポスター発表》

安藤 大貴

スコットランドと日本における介護支援に対する認知症家族介護者の認識



医療者教育ワークショップ「糖尿病劇場」の医療者劇場スタッフに生じる学び  
 —エンパワメントに向けて—

学生氏名：山田聡 担当教員氏名：岡崎研太郎 所属講座：地域医療教育学講座

(1)背景・目的

糖尿病治療は、食事、運動、薬物療法における本人の日々の選択、つまり、患者自身が日々どのように糖尿病と向き合うかに大きく影響される。そのため、「エンパワメント」という考え方、すなわち、患者自身が自分自身の潜在的能力を見つけ出し、高めていき、自身が糖尿病を管理することに責任を持ち、医療者は患者の全体をみて、パートナーとなって共に医療を作り上げていくものが、糖尿病治療には最適であると言われる (Anderson et al., 1991)。

そこで、糖尿病治療におけるエンパワメントを日本でも多くの医療者に広めるために作られたのが「糖尿病劇場」である (朝比奈ら, 2010)。糖尿病劇場は医療者教育ワークショップであり、劇場スタッフも観客も医療者である。糖尿病診療での患者との関わりにおいてありがちな問題をモチーフとした劇を観た後、会場全体でディスカッションを深めていく。患者との関係性に注目し、観客の医療者それぞれが自身の関わりを振り返り、役立てる。そして、エンパワメントの考え方を理解するとともに、その実践へ向かうことが期待される。

もともと糖尿病劇場はエンパワメントを観客に伝えるために作られたが、劇場スタッフも糖尿病劇場を通じて、エンパワメントに向けて何らかの学びをしているようであったため、本研究では、劇場スタッフがどのような学びをしているのかを質的研究により探索する。ここで、「劇場スタッフ」とは、劇のシナリオ作りや劇の準備を1ヶ月以上前から自分たちで行い、劇の上演に関与する医療者のことである。

(2)方法

2012/11/30 に兵庫県神戸市で開催された糖尿病劇場における劇場スタッフに対し、フォーカスグループによる半構造化インタビューを2013/1/30に行った。インタビューガイドは、糖尿病劇場に関わって良かったこと、療養指導において自分が変わったことなどである。また、インタビューは、便宜的抽出法により抽出し、文書により同意を得た。

インタビューは医師3名、看護師5名、栄養士2名、臨床検査技師1名の11名で、医師1名のみ男性であり、インタビュー時間は54分となった。

インタビューの音声データを逐語的に文字起こしして、そのテキストをSCATという方法で分析した。SCATとは、テキストを論理的な方法で段階的にコーディングして、そこから理論を導く手法である。SCATの分析結果を分類することで、劇場スタッフがエンパワメントに向けてどのような学びをしているかを分析した。

(3)結果

SCATより導いた劇場スタッフの学びは3つのカテゴリーに分かれた。各カテゴリーの主な内容を表に示した。

表 劇場スタッフの学び

カテゴリー	内容
①気づきの要因 (糖尿病劇場の特徴)	糖尿病劇場と実際との類似性、患者の立場に立つ体験
②患者との関わりへの気づき	無意識で繰り返される押しつけ的療養指導への気づき 患者への無意識での批判的思いへの気づき 患者の表面や一面だけに注目する姿勢への気づき
③気づきによる変化	傾聴、患者自身への注目、 患者への受け入れの気持ち、患者への思いやり、 患者の背景や全体への寄り添い、患者による目標設定

(4)考察

結果③の内容である、傾聴、病気ではなく患者自身への注目、思いやり、患者の背景や全体への寄り添い、患者による目標設定などは、エンパワメントの要素である。よって、劇場スタッフは、糖尿病劇場を通して体験的にエンパワメントに基づいた療養指導の実践へと近づいていたことが明らかになった。

③のようなエンパワメントに向けた変化が起きるには、②の「気づき」が必要であった。劇場スタッフにとっての糖尿病劇場の利点は、①の特徴により、そのような「気づき」が生じやすくなることだと思われた。

②→③のように、無意識に繰り返してしまっていた患者への一方的行為に気づき、相手への思いやりやエンパワメントに基づいた療養指導を実践するという医療者の変化は、医療の質を向上させることにつながると考えられた。

(5)謝辞

お世話になった講座の皆様、学生の仲間、研究に参加してくださった皆様、すべての方々に感謝いたします。



外来実習と医療面接ピア・ロールプレイ実習を融合させた実習プログラムにおける、  
 医師役学生の臨床推論への認知的不協和による影響に関する探索：質的研究  
 学生氏名：佐橋 一輝 担当教員氏名：高橋徳幸 所属講座：地域医療教育学講座

**背景・目的：**ピア・ロールプレイは学習者が患者役および医師役を演じるもので、卒前医学教育において学生がコミュニケーションスキルを向上させる有効な手法であるだけでなく（Gelis, 2019）、臨床推論を訓練する機会でもある（Windish, 2009）。

ところで、臨床実践や医学教育の場で、臨床判断への影響を念頭に認知的不協和を認識する重要性が近年指摘されている（Klein, 2019）。しかし、この認知的不協和が医療面接ピア・ロールプレイのどのような状況で生じ、学生の臨床推論にどのような影響を与えるかは分かっていない。

名古屋大学総合診療科では、医学科5年生向けに2001年から外来実習と医療面接ピア・ロールプレイ実習を融合させた臨床実習を行っている（Takahashi, 2018）。本実習では、学生自身が外来実習で実際の患者と医療面接をして情報収集した後、患者のいないシミュレーションルームに移動し、臨床実習班の他医学生との医療面接実習として、医師役医学生に対してその学生自身が面接した外来患者を再現する医療面接ピア・ロールプレイを行う。

我々は本実習で再現される外来患者と患者役としてその患者を再現する医学生との違いが、相対する医師役学生の臨床推論に影響することを実感していた。そこで認知的不協和に着目し、本実習での医師役学生の臨床推論に影響する要因を認知的不協和の観点から探索することを本研究の目的とした。

**方法：**2016年4月に本実習を受けた医師役の男子学生にインタビューをした。インタビューガイドは、実習の感想や患者役が医学生であることによる学びなどとした。また、インタビューは、目的抽出法で抽出した。インタビューは男性、社会人を経て、医学部に入学した学生である。インタビュー時間は1時間36分であった。

インタビューの音声データを逐語的に文字起こしし、その内容をSteps for Coding and Theorization (SCAT) を用いて分析した。SCATとは、テキストを4段階にコーディングし、ストーリーラインを作成した上で理論記述を導く質的研究の分析手段である（大谷, 2011）。分析的枠組みとして認知的不協和の理論を用いた。認知的不協和理論とは相反する2つ以上の信念を合わせ持つ、不快な緊張状態を認知的不協和と呼び、これを軽減する行動が起きるというものである。

Festingerが提唱し長く社会心理学的に論じられてきた（Klein, 2019）。本研究は名古屋大学倫理審査委員会の承認を得て行われた（2015-0043）

**結果：**影響の要因はA：女性患者のシナリオ（採用したい認知）とB：目の前が男子学生であるという視覚的認知（Aを採用するには不都合な認知）の間の認知的不協和であることがわかった。また、性差によって生まれる認知的不協和にはsexによるものとgenderによるものの2種類あった。ここでsexは生物学的性、genderは社会的性役割のことである（WHO, 2002）。

性差によって生まれる認知的不協和は、医師の臨床推論のために必要な患者情報の“呈示”や“詳述化”が患者役から適切に行われないという影響を生じさせた。ここで“呈示”とは、被験者（今回は医師役学生と患者役学生）にロールプレイす

る役割に影響を与える要因について、すべて伝えるというものの、“詳述化”とは被験者にロールプレイする役割について詳しく情報が与えられることである（Kryslia, 1997）。

また、認知的不協和が存在すると、それを軽減させようとする行動が起きるが、主なものとして以下があげられた。

①医師役割の徹底による認知的不協和の軽減：「問診する医師役割において、患者役のgenderは重要ではない」と考えること。

②社会的に求められるジェンダー平等性による認知的不協和の軽減：「男女の社会的性役割は同一視できる」と考えること。男女の特性や役割はセックスによって決定されないことが社会的に求められている（館, 1998）。

今回、認知的不協和の軽減に用いた概念を表にまとめた。

（表）医師役学生は①や②によって社会的性役割における認知的不協和を軽減した。これによって性的背景聴取が行われた。しかし、①や②によって生物学的性における認知的不協和を軽減するのは困難であった（表中太線）。これによって、本来医師は性的背景聴取を行う際に患者の不快感について配慮するべきである（Steven, 2003）が、その配慮が消失した。

表	sex 生物学的性	gender 社会的性役割
男	生まれながらの性 例：月経は関連しない	社会的に平等にすることが 求められている。
女	生まれながらの性 例：月経が関連する	例：男性による育児、女性の就業

**考察：**本研究によって医師役医学生は生物学的性と社会的性役割の双方の認知的不協和を認識し軽減を試みていたが、社会的性役割のみ①や②によって軽減し、生物学的性による不協和は残存していたことが明らかになった。社会的性役割の不協和については軽減されたことから、医師役学生のジェンダー平等性への理解は医師の臨床推論にとって重要な性的背景聴取に有利に働くことが示唆された。一方で生物学的性による不協和の残存は、性的背景聴取それ自体やその際の配慮を困難にすることが明らかになった。これは生物学的性に特有の健康問題に関連する臨床推論や、配慮をトレーニング媒には不利である可能性が示唆された。認知的不協和による影響を軽減するには、演者の知識によって認知的不協和を軽減しやすいロールプレイ環境を作ることが効果的であると考える。

本研究では性差による認知的不協和のみに注目した。しかし、再現される患者と再現する学生には本来、生物学的性だけでなく、年齢や体格という生物学的・持病などの医学的特性、社会的・文化的・歴史的な特性の違いが生じている。これらによってどのような影響が生じるかは今後探索が必要である。また、すべての学生が同じように認知的不協和を経験したり、軽減させたりすることを本研究は示していない。

**謝辞：**本研究を通じて、質的研究やロールプレイ、医学教育についてなど、様々なことを学ぶことができました。地域医療教育学講座の高橋先生、岡崎先生、末松先生をはじめ、研究にご協力いただいたすべての方に感謝します。

## スコットランドと日本における介護支援に対する認知症家族介護者の認識

学生氏名: 安藤大貴 担当教員氏名: 末松三奈 所属講座名: 地域医療教育学講座

**背景:** 介護を担っている家族介護者の多くが、長年続く介護生活の中で鬱に陥るか、介護生活がいつまで続くか分からない不安を抱えながら生活していることから、家族介護者のことを「隠れた患者(Hidden Patients)」と述べる(Fengler, A 1979)など、家族介護者の負担は大きい。また、我が国の家族介護者は、自宅での家族介護意識の高さなどといった文化的背景より、介護負担のため込みやすい特徴がある(森ら 2016)。

特に認知症の家族介護者は、その介護負担に対するストレスや疲労感についての支援を求めている(認知症の人と家族の会 2012)。我が国では「新オレンジプラン」が制定され、家族介護者に対する支援が行われている(厚生労働省 2013)が、在院日数の短縮化や在宅医療の推進により、家族介護者の介護負担は大きく、家族介護者の健康や介護力の低下に対する支援は依然として十分でない現状が明らかになっている(森ら 2016)。そこで、支援の受け手である認知症家族介護者が支援についてどのように認識しているのか明らかにする必要がある。

これに対し、日本同様に高齢化が進んでいるスコットランドでは、日本に先駆けて国家戦略として家族介護者に対する支援を行ってきた(Alzheimer Scotland 2017)、早期から支援を行い、広く浸透していると思われるスコットランドだが、支援に対する家族介護者の認識については過去に研究はあまりなされてこなかった。

**目的:** 本研究ではスコットランドと日本両国の認知症家族介護者は支援に対しどのように認識しているのかを明らかにし、比較を行うことを目的とする。

**方法:** 本研究では、認知症介護に積極的に携わっている家族介護者を対象にするため、研究者の関わりのある集団で支援を受けている家族介護者から便宜的抽出法を採用して参加者募集を行った。日本では「認知症の人と家族の会」の家族会に参加している6名の認知症家族介護者で2018年10月フォーカスグループ(FG)を行った。また、スコットランドでは、認知症家族介護者1名を抽出し、2018年12月個別インタビューを行った。インタビューでは、認知症に気づききっかけ、認知症ケアの現状や受けている公的、および私的サポートなどについての質問を行った。インタビューの詳細を表1に示す。

表1. インタビューの詳細

	スコットランド	日本
インタビュー	支援を受けている家族介護者1名	「認知症の人と家族の会」に参加する家族介護者6名
インタビュー時間	約38分	約72分
形式	個別インタビュー	FG
インタビュー	共同研究者(SJ)	共同研究者(YT)
介護期間	3年	2~14年

音声データから逐語録を作成し、質的分析手法であるSCAT(Steps for Coding And Theorization)を用いて分析した(大谷 2011)。SCATとは、テキストを段階的にコーディングすることで理論化するものである。本研究は、名古屋大学医学部生命倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号:2018-0137-2)。

**結果:** スコットランドと日本の共通する認知症家族介護者の認識として、1)家族による認知症受容の困難性、2)困難な認知症介護による介護負担感、3)介護責任からの逃避願望、4)家族介護者の役割間葛藤が存在することが明らかになった。

認識の相違点について、副介護者、地域、介護サービス提供者による支援に関する主介護者の認識を表2にまとめた。ここでの副介護者とは、主介護者以外の家族構成員のことを指す。

表2. 副介護者、地域、介護サービス提供者による支援に関する主介護者の認識

	スコットランド		日本
	介護負担感	主介護者→副介護者	主介護者→副介護者
副介護者	介護負担感	一致	不一致
	役割分担	明確	曖昧
	協力	協力的	非協力的協力
	公衆負担感	なし	あり
地域	公衆負担感	Let it be 的態度	受動的態度
	介護サービス提供者	満足 (選好のとれた介護サービス)	不満足 (主介護者向け支援の不足)

また、日本では自分と同じ介護経験を持った同質性の高い集団への情報開示をすることで介護ストレスの緩和をはかることが特徴的であった。

**考察:** スコットランドでは、主介護者と副介護者の家族間介護認識が一致しており、役割分担が明瞭であること、さらに主介護者は副介護者が協力的であると認識しているために、主介護者にかかる介護負担感は副介護者と同程度に感じていた。また、地域に対して認知症であることを公表する事に抵抗感を持たないLet it be 的態度により、地域支援を受けやすく、介護サービス提供者による支援に満足していることから、介護負担感自体を減少させていると考えられた。

一方、日本では主介護者と副介護者の家族間介護認識が不一致であり、副介護者との役割分担が曖昧で、非有効的協力を感じており、さらに地域に対して認知症であることを公表する事に抵抗感があること、受動的な公表態度から、孤立した関係性となり、大きな介護負担を抱えている。こうした中で、介護サービス提供者に対して、主介護者向け支援が不足していると感じており、同質性の高い集団への支援を求め情報開示をすることが多い。そこで介護苦悩を吐き出し、共感を得ること(ピアサポート)によって介護負担感の解消をしていると考えられる。家族会による共感認知症受容、介護肯定感、介護の見通しをもたらす因子であると報告されている(佐分ら 2008)。以上のことより、日本の家族介護者に対し、同質性の高い集団である家族会への参加は非常に有意義であると考えられる。

本研究の限界として日本では、6名によるFGで、スコットランドでは個別インタビューであり、語られる内容に差が生じた可能性がある。加えて、日本でのインタビューは「認知症の人と家族の会」に所属している家族介護者であり、介護支援を受けていない介護者の認識は未だ明らかでない。そうした介護者に対して、追加インタビューを行い、介護認識を探索する必要がある。

**謝辞:** ご指導いただいた末松先生をはじめ、地域医療教育学講座の先生方、研究にご協力頂いた皆様に心から感謝いたします。

#### 1-4. 国内外の学会発表（主に4年生）

日本医学教育学会、AMEE (Association for Medical Education in Europe) 、SAPC (Society for Academic Primary Care) 等の学会発表を積極的にすすめています。単に、愛知県、日本にとどまらず、グローバルな視点から、ローカルな問題に対応できる、いわゆるグローバルな地域医療を提供できる医師養成をめざしています。

発表者	題目	学会名	開催日・会場
今来 茜	総合診療科専攻医における共感の認識構造：質的探索的研究	第10回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会	5/17-19 京都
高見 音宇	Diabetes Distress Scale 日本語版の開発と性能評価	第62回日本糖尿病学会学術集会	5/23-25 仙台
玉田 雄大	「認知症の主介護者のコーピング形態の変化」に関する質的研究	第61回日本老年医学会学術集会	6/6-8 仙台
若林 唯	日本とスコットランドの認知症ケアに対する多職種連携の在り方～看護師の語りによる質的分析～	第61回日本老年医学会学術集会	6/6-8 仙台
高見 音宇	Japanese Version of the Diabetes Distress Scale : Validation and Identification of Individuals at High Risk for Diabetes-Related Distress	ADA 2019	6/7-11 San Francisco

今来 茜	GP trainees' Conceptual Structure of Empathy : a qualitative study	SAPC 2019	7/3-5 Exeter
玉田 雄大	The change strategies among Japanese family carers for people with dementia -A qualitative study-	SAPC 2019	7/3-5 Exeter
若林 唯	A qualitative study of interprofessional collaborative practice in community based dementia care in Scotland and Japan -the nurse perspicitive-	SAPC 2019	7/3-5 Exeter
浅井 遼太	A successful, enjoyable interprofessional education program for first-year healthcare students	AMEE 2019	8/24-8/28 Vienna



## 1-5. 臨床実習Ⅱ 地域病院実習（6年生）

臨床実習Ⅱ一期、二期各7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うこととしています。具体的には、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、7週間にわたり患者さんを担当します。この実習前には、各病院の指導医、学生、教員が合同のワークショップを開き、実習の目標、指導内容、評価法を共有すると共に、交流を深めます。また、実習期間には、講座より教員が実際に病院を訪れて、患者のカルテチェック、ベッドサイドでの指導なども行っています。各病院に特徴的なプログラム（離島実習、在宅実習、訪看ステーション同行など）も組みまれており、将来の新しい地域医療実践のための貴重な経験となっています。

### <2019年実習病院と実習期間>

#### （第一期）

実習期間：2019年3月11日～2019年4月26日

海南病院：小梶正人（老年内科、総合内科を中心としたクラークシップ）

A O I 名古屋病院：清水絢子（内科を中心としたクラークシップ）

渥美病院：高木伯馬（内科を中心としたクラークシップ）

#### （第二期）

実習期間：2019年5月7日～2019年6月21日

海南病院：加藤真由子（老年内科、総合内科を中心としたクラークシップ）

A O I 名古屋病院：中村里香（内科を中心としたクラークシップ）

渥美病院：社本賢昭（内科を中心としたクラークシップ）

# 4 . 活動報告





## 活動概要

令和元年度も、今まで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。卒前教育の従来からのカリキュラムである1年生対象の医学入門においては、昨年度より引き続き名城大学薬学生と共に行う多職種連携教育を行いました。3年生対象の基礎医学セミナーでの研究においても、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。その結果、教員も学生も積極的に国内外の学会に参加し研究発表を行うことができました。また、令和元年度地域医療確保修学生研修会の当番幹事を担当し、青山学院女子短期大学の直井玲子先生や同志社女子大学の上田信行先生らを招いて” Playful Medicine” をテーマに実施することができました。卒後教育については、今年度も木曾川メディカルカンファレンスでの研修医勉強会が3回実施され、各病院から多くの研修医が参加して学習と交流が深まりました。加えて、講座開設後10年を経過したことを機に、第一回地域医療教育学講座同窓会を開催し、在学生、卒業生、関係教員等が集い近況報告及び情報交換を行うことができました。そして例年と同様に、各教員が学内外で講義や講演、ワークショップを行いました。

講座内の体制としては、岡崎研太郎講師、末松三奈講師、高橋徳幸助教、講座秘書の松田敦子の前年度と同じメンバーで運営を行いました。

前年度からの継続により更なる充実を図る事ができた1年でした。

## 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。

#### 医薬入門～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

ボ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。令和元年度は、「ぼくとアールと彼女のさよなら（アルフォソン・ゴメス＝レホン監督、2015年、アメリカ）」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。

#### ◎糖尿病教室 IPE

医学生、薬学生、看護学生、栄養学生

別ページで詳細を紹介します。

#### 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の役割を演じ、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。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。

## 地域医療学

医学部医学科4年生講義

外部の先生もお招きし、「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」「多職種連携地域医療演習」などを通して、地域医療に関して幅広く学びました。

## 特別講義IPE（地域におけるIPE）

医学部医学科4年生選択講義

令和元年度は5学科の学生が参加したSP参加型実習となりました。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》

### 名古屋大学附属病院研修医オリエンテーション

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。

### ◎木曾川メディカルカンファレンス研修医勉強会

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。

### ◎中津川プロジェクト（高大連携教育プログラム）

### ◎豊かな人間形成のための 学びの杜・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）

## 1-1. 糖尿病教室IPE

「糖尿病教室IPE」は平成26年度からスタートした活動です。「糖尿病教室」は、糖尿病患者が食事療法や運動療法、薬物療法などの情報について幅広く学べる場として病院などで実施されています。当講座で実施している「糖尿病教室IPE」は、この糖尿病教室を多職種学生が企画・運営をし、振り返りをする活動です。令和元年度は、医学生、薬学生、看護学生、栄養学生の皆さんと各学部教員とともに活動を行いました。「糖尿病教室IPE」は、約1ヵ月に渡るIPEプログラムで、まずは10月に準備のためのワークショップを行いました。参加者全員が集合し、3つの学部混合グループに分かれてチームビルディング後に、グループごとに学生主体で企画を練りました。テーマの選択肢として「食事療法、運動療法、薬物療法、低血糖対処法、合併症体験・予防」等をあげ、グループごとに指導教員が同席し、内容の確認を行いました。

ワークショップ後は、各グループでオンライン会議等を行いながら11月の本番に向けて準備を進めました。11月には、尾洲病院へ足を運び通院中の糖尿病患者の前で糖尿病教室を実施しました。当日は尾洲病院の病院スタッフの皆さんにも同席し見守っていただきました。以下に開催概要を報告します。

### 令和元年度 開催概要

日 時：10月26日（土） 9時～15時半  
準備ワークショップ（名大鶴舞キャンパス）  
11月16日（土）12時～17時  
糖尿病教室（尾洲病院）

参加者：学生 11名


医学生 1名（名古屋大学医学部医学科）


薬学生 2名（名城大学薬学部）

看護学生 4名（名古屋大学医学部保健学科）

栄養学生 4名（名古屋学芸大学管理栄養学部管理栄養学科）

企画概要：患者参加型

グループ名	やきいも	
内 容	<p>糖尿病予防に大切な「運動療法」と「食事療法」を取り上げました。まず、チューブを使った簡単な筋力トレーニングを皆で一緒に行い、次にコンビニで食事を買う時の注意点をクイズ形式で紹介したりしました。</p>	

グループ名	トラベルトラブル	
内 容	<p>糖尿病患者が地震などの災害時に何を携帯していたらいいのか、クイズ形式で紹介しました。また災害時に備えていただくように災害用のDMカードを配布しました。</p>	



令和元年度 糖尿病教室IPE 参加者集合写真

## 1-2. 木曽川メディカルカンファレンス（KMC）

従来の二次医療圏、県境などを越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。



### 令和元年度 木曽川メディカルカンファレンス 世話人会 (活動報告・会計報告、次年度活動方針の決定) 他

- 第1回 令和元 年6 月 16日（日）いなべ総合病院
- 第2回 令和元 年9 月 20日（金）稲沢厚生病院
- 第3回 令和2 年2 月 7日（金）桑名市総合医療センター



## 令和元年度 木曾川メディカルカンファレンス研修医勉強会

### (第1回)

2019年6月15日(土)、16日(日)  
三重北医療センターいなべ総合病院、  
青川峡キャンピングパーク

- 第1部 心エコーABC  
菰野厚生病院  
杉山 雅也 先生 他
- 第2部 バーベキュー交流会
- 第3部 総合診療医ドクターG  
いなべ総合病院 総合内科  
湯川 貴史 先生

2019 木曾川メディカルカンファレンス  
第1回 研修医勉強会

2019年6月15日(土)、16日(日)

第1部 6月15日(土) 12:30~16:00  
心エコーABC  
三重北医療センター 菰野厚生病院  
杉山雅也 先生 他  
セミナー-基礎編、実習編(少人数での心エコー実習指導)  
場所: 三重北医療センター  
いなべ総合病院2階会議室  
いなべ市比勢町下番 711  
電話: 0594-72-2008

第2部 6月15日(土) 17:00~  
バーベキュー交流会・キャンプ  
場所: 青川峡キャンピングパーク  
いなべ市比勢町014  
電話: 0594-72-6300

第3部 6月16日(日) 9:00~12:00  
総合診療医ドクターG-グループで、実際の症例に取り組みます!-  
講師 いなべ総合病院 総合内科 湯川貴史 先生  
場所: 三重北医療センター いなべ総合病院2階会議室

◆お申し込み方法: 各所属研修医へ申込み  
◆参加人数: 研修医約30名  
(他職種、病院事務長の参加も歓迎)  
◆参加費: 1,000円  
◆主催: 木曾川メディカルカンファレンス  
◆共催: 総合診療医G-いなべ総合病院  
◆問い合わせ先: 名古屋大学地域医療教育学寄附講座  
TEL: 0592-744-2091 (木田)  
E-mail: [ccm@med.nagoya-u.ac.jp](mailto:ccm@med.nagoya-u.ac.jp)

### (第2回)

2019年9月20日(金)  
稲沢厚生病院  
テーマ: せん妄の対応  
講師: 稲沢厚生病院

河邊 真好 先生  
木下 貴文 先生

木曾川メディカル  
カンファレンス  
第2回 研修医勉強会

2019/09/20  
18:30~20:00  
稲沢厚生病院  
〒496-8631 愛知県稲沢市徳江町木下原町野7番  
☎0567-97-2131

テーマ: せん妄の対応  
高齢とグループワークでせん妄について理解を深めます。

講 師: 稲沢厚生病院 河邊真好 先生(精神科部長代理)  
木下貴文 先生

会 費: 1,000円

主催: 木曾川メディカルカンファレンス  
(共催機関: 名古屋大学)  
◆参加お申込み先: 問い合わせ先 (総務課直通)  
◆主催: 稲沢厚生病院  
【Tel】 0567-97-2131  
【E-mail】 [ccm@med.nagoya-u.ac.jp](mailto:ccm@med.nagoya-u.ac.jp)

### (第3回)

2020年2月7日(金)  
桑名市総合医療センター  
テーマ: 胸部レントゲン写真の読み方  
講師: 桑名市総合医療センター 理事長  
竹田 寛 先生

木曾川メディカル  
カンファレンス  
第3回 研修医勉強会

2020/02/07(金)  
18:30~20:00  
桑名市総合医療センター  
〒611-0061 三重県桑名市岸町三丁目11番地  
☎0594-22-2016 (総務課直通)

テーマ: 胸部レントゲン写真の読み方

講 師: 桑名市総合医療センター  
理事長 竹田 寛先生

会 費: 1,000円(軽食付)

◆主催: 木曾川メディカルカンファレンス  
(幹事病院: 桑名市総合医療センター)  
◆参加お申込み先: 問い合わせ先  
幹事病院 / 桑名市総合医療センター  
【Tel】 0594-22-2015 (総務課直通)  
【E-mail】 [kenetfu@kuwanactmc.or.jp](mailto:kenetfu@kuwanactmc.or.jp)

※「木曾川メディカルカンファレンス」について詳しくは以下HPをご覧ください。  
<https://www.med.nagoya-u.ac.jp/comm/KMC/>



### 1-3. 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。

令和元年7月22日（月）13 時～16 時

講師：岡崎研太郎講師、末松三奈講師、高橋徳幸助教、  
クリニカルシミュレーションセンター 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、チーム医療クイズ（Jeopardy）、シミュレーション  
機器体験、チーム医療ゲーム（iPEG）

### 1-4. 中津川プロジェクト

---

「中津川プロジェクト」は高大連携教育プログラムとして実施されています。このプログラムは、スーパーサイエンスハイスクール事業の一環として、名古屋大学教育学部附属協議会の企画で、大学院教育発達科学研究科附属高大接続研究センターと共催しているものです。令和元年度は附属高校生他、愛知県内の高校生を対象に体験型の授業を行いました。

令和元年8月7日（水）9 時～12 時

講師：岡崎研太郎講師、高橋徳幸助教

テーマ：「ドクターGと一緒にチーム医療を体験しよう」

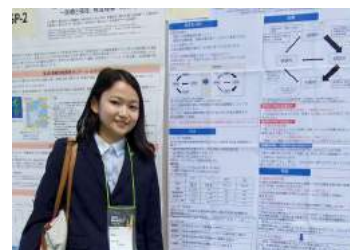
内容：チーム医療クイズ（Jeopardy）、聴診器や血圧計等を使用した模擬診察、チーム  
医療ゲーム（iPEG）

## 2. 学会活動

令和元年度も当講座の学生と教員が国内外の様々な学会に参加し、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10回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 5月17日～19日 京都

発表者：今来 茜  
形式：ポスター発表  
題目：総合診療科専攻医における共感の認識構造  
：質的探索的研究  
(学生セッション 最優秀発表賞)



### 第62回日本糖尿病学会学術集会 5月23日～25日 仙台

発表者：高見 音宇  
形式：口頭発表  
題目：Diabetes Distress Scale 日本語版の開発と性能評価

### 第61回日本老年医学会学術集会 6月6日～8日 仙台

発表者：玉田 雄大  
形式：口頭発表  
題目：「認知症の主介護者のコーピング形態の変化」に関する質的研究



発表者：若林 唯  
形式：口頭発表  
題目：日本とスコットランドの認知症ケアに対する多職種連携の在り方  
～看護師の語りによる質的分析～



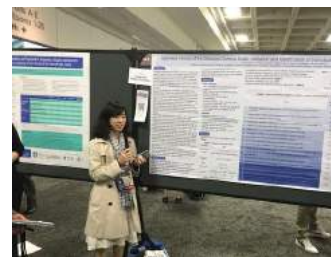
## ADA 2019 (American Diabetes Association)

6月7日～11日 San Francisco

発表者：高見 音宇

形式：ポスター発表

題目：Japanese Version of the Diabetes Distress Scale :  
Validation and Identification of Individuals at  
High Risk for Diabetes-Related Distress



## SAPC 2019 (Society for Academic Primary Care)

7月3日～5日 Exeter

発表者：今来 茜

形式：ポスター発表

題目：GP trainees' Conceptual Structure of Empathy : a qualitative study

発表者：玉田 雄大

形式：ポスター発表

題目：The change strategies among Japanese family carers  
for people with dementia -A qualitative study-



発表者：若林 唯

形式：ポスター発表

題目：A qualitative study of interprofessional  
collaborative practice in community based dementia care in Scotland and  
Japan -the nurse perspective-

## AMEE2019 (Association for Medical Education in Europe 2018)

8月24日～28日 Vienna

発表者：浅井 遼太

形式：ポスター発表

題目：A successful, enjoyable interprofessional  
education program for first-year healthcare students



## 総合診療科専攻医における共感の認識構造：質的探索的研究

○今来茜<sup>1)</sup>、高橋徳幸<sup>2)</sup>、當山萌香<sup>1)</sup>、青松棟吉<sup>3)</sup>、末松三奈<sup>3)</sup>、岡崎研太郎<sup>3)</sup>、伴信太郎<sup>4)</sup>、葛谷雅文<sup>5)</sup>  
 1) 名古屋大学医学部医学科 2) 名古屋大学大学院医学系研究科地域医療教育学専攻講座 3) 住久総合病院研修医教育科  
 4) 愛知医科大学医学教育センター 5) 名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学

### 背景&目的

#### 医師の共感は

・患者との信頼関係を築くこと<sup>1)</sup>  
 ・患者の治療効果、患者の満足度<sup>2)</sup> において重要である。  
 それに関わらず  
 共感<sup>3)</sup>は臨床経験を増すにつれ減少する<sup>3)</sup>とされてきた。  
 しかし  
 学生から初期研修医になると下の図1のように、  
 共感が量的に減少するのではなく質的に変化<sup>4)</sup>することが示唆されている。

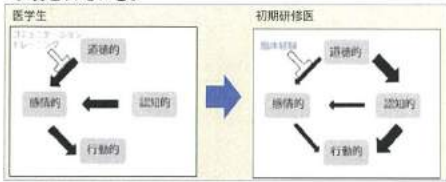


図1. 医学生と初期研修医の共感の認識構造<sup>4)</sup>  
 (黒い矢印は各要素の他の要素への影響を、白い矢印は抑制因子を表す)

さらに臨床経験を積んだ専攻医の共感の認識構造については明らかになっていない。  
 そこで広く複雑な健康問題に対応するために共感を重視する総合診療科<sup>5)</sup>に着目。

**目的：総合診療科専攻医の共感の認識構造を質的に明らかにする。**

### 方法

#### <1. データ収集>

日本のある総合診療科研修プログラムに所属する8名を便宜的に抽出して  
 ・2017年10月/11月にフォーカスグループ(FG)各1回  
 ・2018年11月に個別インタビュー  
 ・2018年12月に追加インタビュー  
 を行い、インタビュー内容を録音した。

#### 質問例：

「共感についてどのように考えているか」、  
 「言葉で共感を示すことはあるか」など。

表1. 研究参加者の属性

	FG1	FG2	個別 インタビュー	追加 インタビュー
性別	男性2名 女性2名	男性1名 女性2名	男性1名	女性1名
年齢	20~40代	30代	20代	30代
臨床経験年数	3~11年	3~8年	5年	9年
専攻医年次	1~4年	1~4年	1年	4年
インタビュー時間	35分	48分	70分	75分

#### <2. データ分析>

録音したデータは直ちに逐語録化され、表2の共感の4要素<sup>6)</sup>を概念的枠組みとし  
 Steps for Coding and Theorization (SCAT)<sup>7)</sup>を用いて分析した。

表2. 共感の4要素<sup>6)</sup>

道徳的	共感することへの医療者のモチベーション
感情的	他者の感情を自分のことのように主観的に感じる能力
認知的	他者の感情や視点を客観的に理解する能力
行動的	他者の感情・視点を理解したことを伝えるコミュニケーション

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2017-0294-2)  
 発表者の貢献：FG2の分析、個別インタビュー、追加インタビューのデータ収集、逐語録化、分析

#### 結果

### 結果

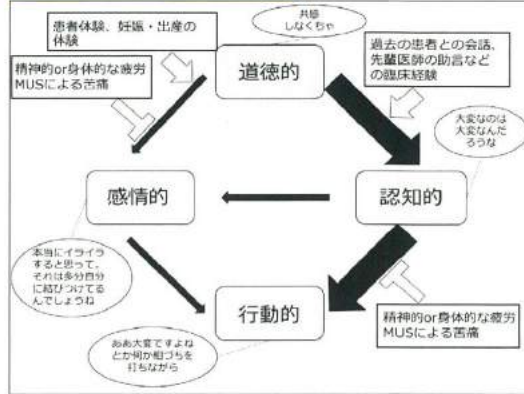


図2. 総合診療科専攻医の共感の認識構造(黒い→は各要素の、他の要素への影響を示す。矢印の太さは影響力の大きさを表す。白い→は共感の促進因子を表し、黒い→は阻害因子を表す。)

#### 認知的共感の促進因子

・臨床経験(過去の患者との会話、先輩医師の助言などの臨床経験)  
 「上の先生がどのようにその、患者さんに接しているのを見て、それを取り入れた」

#### 感情的共感の促進因子

・医師の患者体験  
 「聞いてもらえるということ自体に治療、ヒーリング効果があるというのには確実に自分で感じているし。」  
 ・ライフイベントの体験(妊娠・出産・子育てなど)  
 「母親として実際にこの子を生れてくってホント大変だよなと思ったりする」

#### 感情的共感、行動的共感の阻害因子

・MUS(Medically Unexplained Symptoms)による苦痛  
 「朝から動けないとか言ってる割には、旅行にすごい長距離行ったり」  
 ・精神的or身体的な疲労  
 「たぶん疲れてるし、眠いし、でたぶん早く終わらせたいなっていうのがきつと先にくるんじゃないかな。」

### 考察

#### ・医師の患者体験

←病める治療者(Wounded Healer)効果<sup>8)</sup>つまり治療者自身の病の体験により患者に共感的に接するため<sup>9)</sup>。  
 ・ライフイベントの体験(妊娠・出産・子育てなど)  
 ←自分自身の私的体験を共感のためのツールとして患者に共感的に接するため<sup>9)</sup>。  
 ・臨床経験  
 ←自らの臨床経験を反省し次に活かす省察の実践<sup>10)</sup>に熟練したため。

#### ・MUSによる苦痛

←MUSが総合診療科医にとってストレスであることが報告されており<sup>11)</sup>、MUS患者を診療した経験がまだ豊富でないためにMUS患者を懐疑的に診てしまうことで阻害される。  
 ・精神的or身体的な疲労  
 ←精神状態が良いと共感をより示すという報告がある<sup>12)</sup>一方、ストレスや精神的な疲労、身体的な疲労により共感が衰退する<sup>13)</sup>。

#### モデル化の意義

1. 学生・初期研修医のモデルとの比較を可能にした。(学生・初期研修医とは異なる要因が共感に影響していることがわかった。)
2. 単なる「共感の量的減少」では表せない専攻医の共感認識構造を明らかにした。
3. 共感に関する専攻医が抱える葛藤を明らかにした。  
 →専攻医特有の共感教育やストレス対策への発展性を有すると考えられる。



# Japanese Version of the Diabetes Distress Scale: Validation and Identification of Individuals at High Risk for Diabetes-Related Distress

1) Nagoya University School of Medicine, 2) Nagoya University Graduate School of Medicine, Education for Community-oriented Medicine, 3) Division of Biostatistics, Clinical Research Center, Aichi Medical University

### Abstract

Diabetes related distress (DRD) is usual for patients with type 2 diabetes (T2D), which worsens glycemic control through negative effects on well-being and self-care behaviors. Diabetes Distress Scale (DDS-J) is a globally-used instrument to measure DRD. The aim of this study was to validate the Japanese version of the DDS (DDS-J) and to identify the characteristics of individuals at high risk for DRD.

### Methods

**Data collection**  
 • at 2 hospitals in Aichi prefecture from February to May in 2018.  
 • with 3 psychological measures (DDS-J, WHO-5, PHQ-9)  
 • with questions about patient characteristics  
 • Inclusion criteria: T2D, regularly visits hospital for more than 1 yr  
 • Exclusion criteria: < 20 yrs old, dementia, T1D, judged not to be eligible by the physician

### Results

**Psychometric Properties**  
 • Reliability: Cronbach alpha for internal consistency, test-retest correlation  
 • Validity: Pearson's correlation coefficients with WHO-5 and PHQ-9  
 • Multiple regression analysis (All calculated by IBM SPSS ver. 25)  
**Table 1 - Patient characteristics**

Number	206
Age (years)	64.1 ± 10.4
Gender	male 128 (62%), female 78 (38%)
Duration (years)	13.2 ± 9.2 (n=203)
BMI	26.0 ± 5.2
HbA1c (%)	7.6 ± 1.0
Therapy	DIW/Evidence 21, OHA 137, Injection 48

Table 1. Data shown are mean ± SD, n.

### Table 2 - Items and Pattern Matrix of DDS-J (n=206) (principal factor analysis with promax rotation)

Item	Emotional Burden	Regimen-related Distress	Physical-related Distress	Diabetes-related Interpersonal Distress
1. Feeling that diabetes is taking up too much of my mental and physical energy every day.	0.91	-0.14	0.00	0.04
3. Feeling angry, scared, and/or depressed when I think about living with diabetes.	0.83	-0.16	0.15	0.03
8. Feeling that diabetes controls my life.	0.80	0.07	-0.14	0.01
11. Feeling that I will end up with serious long-term complications, no matter what I do.	0.61	0.41	-0.05	-0.17
14. Feeling overwhelmed by the demands of living with diabetes.	0.61	0.09	0.00	0.27
12. Feeling that I am not sticking closely enough to a good meal plan.	-0.15	0.92	0.00	0.08
10. Not feeling confident in my day-to-day ability to manage diabetes.	0.03	0.82	0.10	-0.04
6. Feeling that I am often falling with my diabetes routine.	-0.07	0.78	-0.15	0.11
16. Not feeling motivated to keep up my diabetes self-management.	0.15	0.50	0.12	0.16
5. Feeling that I am not feeling my blood sugars frequently enough.	0.13	0.44	0.20	-0.20
2. Feeling that my doctor doesn't know enough about diabetes and diabetes care.	0.02	-0.14	0.80	0.08
4. Feeling that my doctor doesn't give me the clear enough directions on how to manage my diabetes.	0.09	0.10	0.69	-0.20
9. Feeling that my doctor doesn't take my concerns seriously enough.	-0.13	0.08	0.67	0.14
15. Feeling that I don't have a doctor who I can see regularly about my diabetes.	-0.05	0.01	0.46	0.10
13. Feeling that having to follow my doctor's directions about my life with diabetes isn't worth the trouble.	-0.01	0.04	0.12	0.09
7. Feeling that having to follow my doctor's directions about my life with diabetes is a burden.	0.08	0.07	-0.04	0.07
17. Feeling that having to follow my doctor's directions about my life with diabetes is a hassle.	0.08	0.38	-0.02	0.06

### Table 3 - Cronbach alpha for the items in 4 factors

Emotional Burden	0.89
Regimen-related Distress	0.86
Physical-related Distress	0.75
Diabetes-related Interpersonal Distress	0.82
Total	0.92

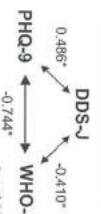


Figure 1 - Correlation coefficients among DDS-J, WHO-5, PHQ-9  
 PHQ-9 and WHO-5 had strongly negative correlations between the two. PHQ-9/WHO-5 relation between the two indicates that diabetes related distress and depression is not necessarily the same. (Figure 1)

### Table 4 - Regression analysis for variables predicting DDS-J score

Intercept	slope	p-Value
24.12	-	-
HbA1c	3.18	0.001
Age	-0.23	0.013
Gender	0.06	0.414
Injection	0.02	0.725
BMI	0.01	0.514

### Conclusions

DDS-J was proved to have enough psychometric properties. Individuals with higher HbA1c and younger age should be paid attention in terms of diabetes related distress.

Contact Information: [tsukagawa@nifty.jp](mailto:tsukagawa@nifty.jp) (Shinji Tsukagawa)

# GP trainees' Conceptual Structure of Empathy: a qualitative study

Akane Imaki<sup>1)</sup>, Noriyuki Takahashi<sup>2)</sup>, Moeka Toyama<sup>1)</sup>, Muneyoshi Aomatsu<sup>3)</sup>, Mina Suematsu<sup>2)</sup>, Kentaro Okazaki<sup>2)</sup>, Nobutaro Ban<sup>4)</sup>, Masafumi Kuzuya<sup>2)</sup>

1) Nagoya University School of Medicine 2) Nagoya University Graduate School of Medicine 3) Saku Central Hospital 4) Aichi Medical University



### Background

Empathy is important for following things.

- building a relationship of trust with patients<sup>1)</sup>
- good treatment results<sup>2)</sup>
- patient satisfaction<sup>2)</sup>

Despite the importance, empathy has been thought to decrease with the increase of clinical experience.<sup>3)</sup>

On the other hand, Aomatsu(2013) suggested that students' and residents' empathy do not decrease quantitatively but change qualitatively as they go through clinical experience<sup>4)</sup>.

Figure 1. Medical students' and residents' conceptual structure of empathy<sup>4)</sup> (Black arrows show effects of each element. Blue L. show inhibition.)

However, it hasn't been clear how specialty trainees perceive empathy. We focus on general practitioners<sup>5)</sup> because they recognise empathy as an essential concept to deal with wide and complicated health problems.

We aimed to identify how specialty trainees in general practice (GP trainees) perceive empathy.

### Result

Figure 2. GP trainees' conceptual structure of empathy

GP trainees thought empathy indispensable for building a good relationship of trust with patients (Moral). They empathized with patients objectively based on clinical experiences such as conversations with past patients and advice from senior doctors on how to communicate with patients (Cognitive). If GP trainees have patient experiences or experience life events such as pregnancy or giving birth to a child, they empathised with patients subjectively (Emotional). These cognitive and emotional empathy were expressed for patients immediately (Behavioral). However, GP trainees' fatigue and distress of management to patients with MUS (Medically Unexplained Symptoms) made GP trainees lose emotional empathy and inhibit to show behavioral empathy.

### Method

#### 1. Data Collection

We recruited 8 GP trainees, and had two focus groups in 2017, one personal interview and one additional interview in 2018. Participants were recruited through convenient sampling. They were all recruited from the department of general medicine of a university in Japan.

	FG1	FG2	Personal Interview	Additional Interview
Sex	2 men 2 women	1 man 2 women	1 man	1 woman
Age	20s~40s	30s	20s	30s
Years after graduation	3~11 years	3~8 years	5 years	9 years
Years of specialty residency	1~4 years	1~4 years	1 years	4 years
Duration of interview	35min	48min	70min	75min

Table 1. Data of research participants

### Discussion

**Patient experiences**  
GP trainees empathise more because they know how hard it is to have diseases that is "Wounded Healer effects"<sup>8)</sup>.

**Experiencing life events**  
GP trainees empathise more because they use their private experiences as a means of empathising<sup>9)</sup>.

**Clinical experiences**  
As they get older, they attained proficiency in steady reflection on their practice<sup>10)</sup>. Thus, they could enhance cognitive part of empathy.

**Fatigue**  
It is already known that when doctors are in good mental situation, they empathise more<sup>11)</sup> while empathy declines if they are under stresses<sup>12)</sup> or they are tired physically and mentally.

**Distress of management to patients with MUS**  
It is already known that management to patients with MUS is stressful for GPs. GP trainees do not have enough experiences to manage patients with MUS, so they were frustrated by their own skeptical perspectives to patients' serious MUS conditions.

#### 2. Data analysis

The transcripts of the focus groups and interviews were analysed using a qualitative data analysis method called "Steps for Coding and Theorization"<sup>16)</sup>(SCAT) (Otani 2011). We used Morse's classification<sup>7)</sup> as a framework.

	Morse's classification of empathy <sup>7)</sup>
Moral	An internal altruistic force that motivates the practiced empathy.
Cognitive	The therapist's intellectual ability to identify and understand another person's feelings and perspective from an objective stance.
Emotive	The ability to subjectively experience and share in another's psychological state, emotions or intrinsic feelings.
Behavioral	Communicative response to convey understanding of another's perspective.

Table 2. Morse's classification of empathy<sup>7)</sup>

**Conclusion**  
This research revealed that GP trainees' empathy change qualitatively not quantitatively. Also, the conceptual structure of GP trainees' empathy revealed in this research would be applicable not only to education of empathy for GP trainees but also to stress management encountered by GP trainees.

Ethical approval was granted by the ethics committee of the School of Health Sciences, Nagoya University, Japan (2017-0294-2).  
This work was supported by JSPS KAKENHI Grant Number JP18K08869.  
Email Akane Imaki: akanepeco@gmail.com

**References**  
1) M. Neumann. Determinants and patients reported long-term outcomes of physician empathy in oncology. Patient Educ Course 2007; 21 P. Maguire. Helping cancer patients disclose their concerns. Eur J Cancer 1996; 31 M. Neumann. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. Academic medicine 2011; 41 M. Aomatsu. Medical Students' and Residents' Conceptual Structure of Empathy: A Qualitative Study. Education for Health 2013; 26 Medical generalists. Why expertise in whole person medicine matters. June 2012. Royal College of General Practitioners 2012; 4) J. Morse. Expanding Empathy: A Conceptual Framework for Nursing Practice. Journal of Nursing Scholarship 1992; 7 P. Otani. SCAT: A qualitative data analysis method by four-step coding - easy startable and small scale data applicable process of theorization. 2011; 8) Zerubavel, Noga, and Margaret O'Dougherty Wright. "The dilemma of the wounded healer." Psychotherapy 49.4 (2012): 482.  
9) Chanon-Bla. "Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust." JAMA 285. 13 (2011): 1587-1592. 10) Schon DA. The reflective practitioner: how professionals think in action. Basic books; 1984 Sep 23. 11) Miyatake. "Microscopic Knowledge" about Medically Unexplained Symptoms that GPs should know (in Japanese). Journal of the Japanese Society of Internal Medicine 2009; 98. 1. 188-191. 12) Shamfett, Tai D. et al. "Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents." Journal of General Internal Medicine 2017; 20(5): 559-564. 13) Neumann, Melissa. et al. "Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents." Academic medicine 89.8 (2011): 996-1009.



## The change in coping strategies among Japanese family carers for people with dementia - A qualitative study -

Yudai Tamada<sup>1)</sup>, Mina Soematsu<sup>2)</sup>, Noriyuki Takahashi<sup>3)</sup>, Kentaro Okazaki<sup>4)</sup>, Etsuko Fudita<sup>5)</sup>, Manako Hanyu<sup>6)</sup>, Keiko Abe<sup>6)</sup>, Masafumi Kuzuya<sup>7)</sup>, Morag Mufadyen<sup>8)</sup>, Sundari Joseph<sup>1)</sup>, Lesley Dick<sup>1)</sup>

1) Nagoya University School of Medicine, 2) Nagoya University Graduate School of Medicine, Japan, 3) Nagoya University School of Health Science, Japan, 4) Department of pharmacy, Meijo University, Japan, 5) Critical Care Nursing, Aichi Medical University, Japan, 6) School of Pharmacy and Life Sciences, Robert Gordon University, Aberdeen, UK, 7) Learning and Development Lead at Together in Dementia Everyday and Life Story Network, UK

### The Problem

- the number of people living with dementia is increasing<sup>1)</sup>
- The Japanese government is promoting home care<sup>2)</sup>
- Dementia is the main reason for care<sup>3)</sup>**

Figure 1. Reason of care for over 65 years old (Government of Japan, Annual Report on the Aging Society)

Most family carers have neither the experience nor appropriate knowledge for dementia care  
Dementia care is more stressful for family carers<sup>4)</sup>

### Table 1. Five coping strategies for carers<sup>3)</sup> (Okabayashi, 1999)

- Positive Acceptance of Caregiving Role**
  - Kindly compassionate with
  - Care as far as her/his can
- Formal Support Seeking**
  - Consult with professional like doctors or nurses
  - Actively use at-home nursing service
- Informal Support Seeking**
  - Work hard and encourage with one's
  - Ask for advice to carers and family members
- Keeping Their Own Pace**
  - Take it easy and take as much as possible
  - Make sure to take healthy to do not to get sick
- Distraction**
  - Do what he/she like to do for a change (e.g. meeting with his/her friends)
  - Try to make time for themselves regularly to use time for caring

### The aim of this study

To identify **the change in coping strategies, activating factor and inhibiting factor** among family carers for people living with dementia

### The Approach

- data collection**
  - two focus groups (FG)
  - Participants : 7 family carers recruited through convenience sampling

	FG1	FG2
Sex	1 male, 1 female (the male was diagnosed as having dementia)	2 male, 4 female
Time since being diagnosed	Half a year	2-14 years
Length of time	About 42 minutes	About 72 minutes

- Audio data were deidentified and transcribed
- This study was approved by the Ethics Committee of Nagoya University School of Medicine (Approval number 2018-0137-2)
- The five coping strategies of carers were used as a framework for analysis

### Analysis

Used Steps for Coding and Theorization (SCAT)<sup>5)</sup> (Otani, 2011)

**What is SCAT?**  
A 4-step coding process, develop a story-line by weaving the themes and constructs, and finally offer theories

The process of analysis is explicit and validation of theory by assuring opportunity to show critiques and falsifiability (An example is shown in the figure to the right)

### Findings

Figure 3. The change in coping strategies among carers, activating factors and inhibiting factors

### Implications

- Promote using Formal Support Seeking**
  - The public nursing insurance was introduced in 2000.
  - The Internet make our lives more convenient
  - Carers can easily use Health and Welfare Services for the Elderly
- Promote using Informal Support Seeking**
  - Having a same awareness within a family, Getting understanding for dementia from the community **Important**
  - All community members have a same awareness for care
  - Tell them about dementia and how to care people living with dementia
- Using Keeping Their Own Pace and Diversion**
  - Keeping Their Own Pace and Diversion inhibit burn-out<sup>6)</sup>,
  - Ideal carers can use 5 coping strategies

Figure 4. The age of carers in Japan (Government of Japan, Annual Report on the Aging Society)

**We need to intervene in 20's ~ 40's to make our community easy to live in by carers**

Figure 5. The age and gender of dementia supporters (At the last of 2018, Dementia Supporter Caravan)

### References

- Government of Japan, Annual Report on the Aging Society 2017 version [https://www6.cao.go.jp/kousei/whitepaper/2017/html/gaiyaku/s1\\_2\\_3.html](https://www6.cao.go.jp/kousei/whitepaper/2017/html/gaiyaku/s1_2_3.html)
- Website of Government of Japan <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku/seisaku/0000961944.html>
- Okabayashi et al. The coping strategies of family carers of older people and the effect of burn-out in Japanese. Study of Psychology, 69, 486-493, 1999
- Schulz, R. and Martire, L.M. Family Caregiving of Persons with Dementia: Prevalence, Health Effects, and Support Strategies. American Journal of Geriatric Psychiatry, 12, 240-249, 2004.
- Otani, SCAT - Steps for Coding and Theorization—A qualitative analysis which is explicit and validation of theory and can be used in small data—in Japanese. Affective Engineering, 10, (3), 155-160, 2011.
- Government of Japan, Annual Report on the Aging Society 2018 version <https://www6.cao.go.jp/kousei/whitepaper/2018/html/gaiyaku/index.html>
- Website of dementia supporter caravan, <http://www.dementiacaravan.com/>
- Okabayashi et al. : The effect of buffering to stress for family carers for older people in Japanese Study of Psychology, 74 (1), 57-63, 2003.

# A qualitative study of interprofessional collaborative practice in community based dementia care in Scotland and Japan – the nurse perspective–



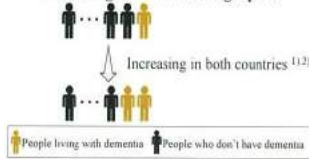
Yui Wakabayashi<sup>1)</sup>, Mina Suematsu<sup>1)</sup>, Noriyuki Takahashi<sup>1)</sup>, Kentaro Okazaki<sup>1)</sup>, Etsuko Fuchita<sup>2)</sup>, Manako Hanya<sup>3)</sup>, Keiko Abe<sup>4)</sup>, Masafumi Kuzuya<sup>1)</sup>, Morag McFadyen<sup>5)</sup>, Sundari Joseph<sup>6)</sup>, Lesley Diack<sup>7)</sup>

<sup>1)</sup>Nagoya University Graduate School of Medicine, Japan, <sup>2)</sup>Nagoya University School of Health Science, Japan, <sup>3)</sup>Department of pharmacy, Meijo University, Japan, <sup>4)</sup>Critical Care Nursing, Aichi Medical University, Japan, <sup>5)</sup>School of Pharmacy and Life Sciences, Robert Gordon University, Aberdeen, UK, <sup>6)</sup>Learning and Development Lead at Together in Dementia Everyday and Life Story Network, UK, <sup>7)</sup>Nagoya University School of Medicine, Japan

## Background

### 1. Why Scotland & Japan?

Scotland and Japan have a similar increasing dementia demographic.



### 2. Why IPCP?

\*IPCP (interprofessional collaborative practice)

People living with dementia require **diverse care** as their symptoms worsen, therefore **IPCP becomes essential** in dementia care. (4)

Advantage of IPCP (5)

- ① Deal with the increasing problem of dementia care
- ② Easing of complexity of aid use process
- ③ Reduce duplication of resources etc.

### 3. Why nurse?



The **nurse** is often perceived as the significant profession in dementia care teams because of their **involvement at various stages** (6)

## Aim

Identifying the features of **IPCP** implemented in community based dementia care in **Scotland and Japan**.

## Approach

	Scotland	Japan
Interviewee	Nurse manager in older adult's mental health	Nurse and Administrator in community hospital
Time	29min	35min
Type	Interview in private	Focus Group
Interviewer	MS, MM	YW, MS
Date	16/07/2018	19/10/2018

Table1. Data of interviews

Details of the interviews are shown in Table1. Participants were recruited through convenience sampling. The interview guide is shown below. The transcripts were analyzed using a qualitative data analysis method "Steps for Coding and Theorization" (SCAT). (7)

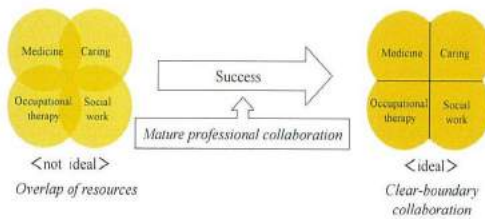
Interview guide (Excerpt)

- "Can you explain about the team you work in?"
- "Tell me about the professionals involved in caring for people living with dementia."
- "Is there any other professions you want to involve?"

This study was approved by the Ethics Committee of Nagoya University School of Medicine and Ethics Review Committee of each collaborative research facility (2018-017-2)

## Results & Discussion

### Scotland



### Japan



Both countries regarded IPCP important, but **ideal IPCPs are different**.

The differences between each country led to a focus on **rational principles** being applied in **Scotland** and **Emotive principles** in **Japan** (Table2).



Table2. The difference between Scottish and Japanese values<sup>8)</sup>

## Conclusion

By sharing these knowledge and learning from our similarities and differences, we believe that we could deliver **good quality dementia care internationally**.

### References

- <sup>1)</sup>Japanese Cabinet Office.2017) Paper on aging society 2016, in Japanese <sup>2)</sup>Prince, M et al.2014) Dementia UK. Update Second Edition report produced by King's College London and the London School of Economics for the Alzheimer's society <sup>3)</sup>M. Hayashi. 2017) Right and Right based approach for people living with dementia in Japanese. *Journal of Psychiatry* 59( 8 ): 739-748, 2017 <sup>4)</sup>Y. Kawase. 2014) Multi-professional and Regional collaboration in dementia care in Japanese. *Japanese Society of internal medicine Journal*103: 1847~1853 <sup>5)</sup>K. Yuzanaka. 2003) A Conceptual Analysis on "Collaboration" in Health and Social Work Field <sup>6)</sup>N. Oshima.2009) Practice and issues in IPCP education in japanese. *The Japanese Journal of Physical Therapy* 43(12): 1039-7)S. Otsu.2011) SCAT a qualitative data analysis method by four step coding - easy startable and small scale data applicable process of theorization in Japanese. *International Journal of Affective Engineering* 10( 3 ) : 155- 160 <sup>8)</sup>Y. Kurosita. 2009) Development of Judgement On the Appreciation of the majority - A comparative study of Japan and UK. in Japanese. *The Japanese journal of developmental psychology* 20-3, 311-323

Email Yui Wakabayashi : wakabayashi.yui@e.mbox.nagoya-u.ac.jp



## A successful, enjoyable interprofessional education program for first-year healthcare students

Byota ASAI<sup>1</sup>, Mina SUEMATSU<sup>2</sup>, Kentaro OKAZAKI<sup>3</sup>, Noriyuki TAKAHASHI<sup>4</sup>, Wataru OHASHI<sup>5</sup>, Masafumi KUZUYA<sup>6</sup>  
1) Faculty of Health Sciences, Teikyo University, 2) College of Health Sciences, Teikyo University, 3) Faculty of Health Sciences, Teikyo University, 4) Faculty of Health Sciences, Teikyo University, 5) Faculty of Health Sciences, Teikyo University, 6) Faculty of Health Sciences, Teikyo University

---

### Take Home Messages

A successful IPE program, which involves sharing experiences through enjoyable and familiar activities, is effective for first-year undergraduate students.

---

### Background

Stepwise education for interprofessional education (IPE) has become increasingly important worldwide<sup>1,2</sup>

Various IPE programs have been implemented in several universities in Japan<sup>3</sup>

In Japan...

- Most are **lectures**<sup>4</sup>
- Evaluations** have **not** been **effectively** conducted<sup>5</sup>

➡ ● **Developed** a new, practical one-day IPE program for first-year undergraduate students  
 ● **Evaluated** the effects of the program

---

### Summary of Work

#### Contents of IPE program

Period | 3<sup>rd</sup> October 2018, 10<sup>th</sup> October 2018  
 Participants | 316 first-year healthcare students (108 medical and 208 pharmacy students)

Students were divided into 33 small groups of mixed professions

Each group...

- played an interprofessional education game
- discussed their reactions to a movie related to end-of-life care

#### IPEG (Interprofessional Education Game)

- A board game developed by Sundari Joseph et al<sup>6</sup>
- It is possible to enjoy learning about the name of various healthcare professions and the role of them<sup>6</sup>
- Japanese version was developed by Abe et al in 2013<sup>7</sup> (Fig. 1)




Fig. 1 Japanese version of IPEG board

#### Cinemeducation

- Alexander et al introduced in 1994<sup>8</sup>
- redefined as "cinema + medicine + education" by Nurba et al in 2009<sup>9</sup>
- In this program,
  - watched a movie about end-of-life care, where interprofessional collaboration is important<sup>10</sup> (Fig. 3)
  - discussed in groups what healthcare providers should be for the end-of-life care




Fig. 2 During IPEG




Fig. 3 During Cinemeducation

#### Questionnaire

##### the Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS) (Fig. 4)

Japanese version

- reliable and validated (Suzuki et al 2018<sup>11</sup>)
- three subscales
  - self-esteem for their own profession
  - cooperation with other professionals
  - fundamental ability of their own profession
- a total of 15 items were scored on a six-point Likert scale




Fig. 4 IEPS

#### Analysis

##### Data Cleaning

- missing value, double mark
- all the same number → delete

##### Test of Normality

- Kolmogorov-Smirnov test
- Shapiro-Wilk test

##### Comparison between Pre- and Post-IPE

- Wilcoxon signed-rank test

##### Comparison between Medical and Pharmacy Students/ Genders

- Mann-Whitney U test

We used IBM SPSS Statistics Ver. 25 as the statistics software

- ✓ The total score of both medical and pharmacy students increased significantly.
- ✓ The **most elevated subscale** was **"cooperation with other professionals."**
- ✓ **"Self-esteem for their own profession"** was ...
  - pre-IPE: **Medical students** > Pharmacy students
  - changes: **Medical students** < **Pharmacy students**
- ✓ There was **no gender difference**

#### Significance of IPE for the lower grades

↳ Easy to dispel negative stereotypes for other faculties, which prevent interprofessional collaboration<sup>11</sup>

↳ In order to increase the effectiveness of IPE, a graduated curriculum from the lower grades is required<sup>12</sup>

First goals are ...

- Understanding the roles and functions of various professions
- Being able to communicate with students from other professions

#### Interpretation

- The gap of "self-esteem for their own profession" between medical and pharmacy students is narrowed
  - Negative stereotypes were dispelled
- "Cooperation with other professionals" was greatly increased
  - To be able to communicate with other students

#### Conclusion

This program meets the significance, so **suitable for the IPE for the lower grades**

### 3. 論文

令和元年度も積極的に論文を投稿しました。一部を紹介致します。

掲載誌：医学教育 50 (2), 199-202

題名：多職種連携教育ゲーム (Interprofessional Education Game:iPEG) 日本語版の開発  
発

筆頭者：末松 三奈

掲載誌：Diabetes Therapy 10, 1823-1834

題名：Successful Healthcare Provider Strategies to Overcome Psychological Insulin  
Resistance in Japanese Patients with Type 2 Diabetes.

筆頭者：岡崎 研太郎

掲載誌：地域ケアリング 22 (2), 67-71

題名：認知症医療・介護における多職種連携に対する認識—日本とスコットランドの看護  
師の語りによる質的分析—

筆頭者：末松 三奈

掲載誌：Education for Primary Care 31, 66-70

題名：Social accountability across cultures, does the concept translate? An  
explorative discussion with primary care colleagues in Japan.

筆頭者：Robin Ramsay

医学教育 2019, 50 (2): 199~202

掲示板 (意見)

多職種連携教育ゲーム  
(Interprofessional Education Game : iPEG)  
日本語版の開発

末松 三奈<sup>\*1</sup> 阿部 恵子<sup>\*2</sup> 安井 浩樹<sup>\*3</sup>  
朴 賢貞<sup>\*4</sup> 高橋 徳幸<sup>\*1</sup> 岡崎 研太郎<sup>\*1</sup>  
Sundari JOSEPH<sup>\*5</sup> Lesley DIACK<sup>\*6</sup>

Development of the Japanese Version of Interprofessional Education Game (iPEG)

Mina SUEMATSU<sup>\*1</sup> Keiko ABE<sup>\*2</sup> Hiroki YASU<sup>\*3</sup>  
Hyunjeong PARK<sup>\*4</sup> Noriyuki TAKAHASHI<sup>\*1</sup> Kentaro OKAZAKI<sup>\*1</sup>  
Sundari JOSEPH<sup>\*5</sup> Lesley DIACK<sup>\*6</sup>

患者中心のチーム医療を実践するために、卒前の多職種連携教育 (IPE) が重視され<sup>1)</sup>、多くの医療福祉系教育機関が取り入れている<sup>2)</sup>。IPE は卒前早期より導入した上で継続的に実施することが望ましいとされ、体系的・段階的な IPE カリキュラムも実践されている<sup>3,4)</sup>。

名古屋大学では 2012 年より IPE を医学科カリキュラムに導入し、2013 年よりボードゲームを用いて楽しく職種を学ぶことができる、多職種連携教育ゲーム (Interprofessional Education Game:iPEG) 日本語版を使用し始めた。iPEG は、医療、介護と福祉系専門職の名前や職種毎の役割の学習、そしてゴールに向かうためのコミュニケーションを通じた円滑な協働作業の学習が期待できるため、幅広く医療福祉系の卒前教育に用いることができる<sup>5)</sup>。

iPEG オリジナル版は、英国スコットランドにあるアバディーン大学とロバートゴードン大学が IPE プロジェクトの一環として作成し、ラグビー場を貸し切った 10 学科 1,000 人という大規模な IPE にも使用されていた<sup>5)</sup>。iPEG 日本語版の開発は、2 年に一度開催される多職種連携教育や実践のための国際学会である All Together Better Health (ATBH) VI が 2012 年 10 月に神戸で開催された際、オリジナル版作成者の Sundari Joseph, Lesley Diack らが来日し、名古屋大学の阿部と仙台大学の朴との日英共同研究の一環として開始された。日本語への翻訳は、阿部が主導して IPE を行う複数の教員で内容を吟味し Sundari Joseph, Lesley Diack と共に検討した。翻訳の過程で、日本の医療背景に合わない麻薬中毒の症例は、日本の医療の現状に合う症例へと変更した。

<sup>\*1</sup> 名古屋大学大学院医学系研究科地域医療教育学講座, Department of Education for Community-Oriented Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine, Aichi, Japan

<sup>\*2</sup> 愛知医科大学看護学部クリティカルケア看護学, Critical Care Nursing, Aichi Medical University, Aichi, Japan

<sup>\*3</sup> 美幌町立国民健康保険病院呼吸器内科, Department of Respiratory, Bihoro Municipal Hospital, Hokkaido, Japan

<sup>\*4</sup> 前仙台大学健康福祉学科, (Former) Department of Health & Welfare Science, Sendai University, Miyagi, Japan

<sup>\*5</sup> Learning and Development Lead at Together in Dementia Everyday and Life Story Network (TIDE)

<sup>\*6</sup> School of Pharmacy and Life Sciences, Robert Gordon University, Aberdeen, UK

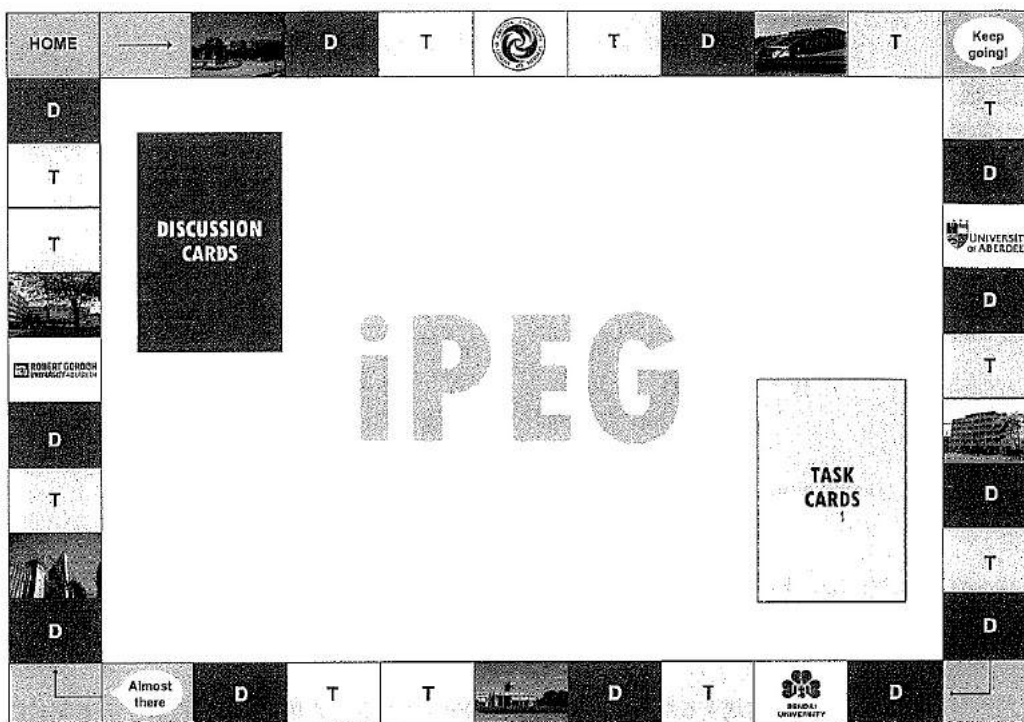


図1 iPEG日本語版のボード

1

73歳の男性:4か月前、脳梗塞を発症、救急車で運ばれ手術後退院しましたが、左半身麻痺が残り、リハビリを行っています。

誰が対応しますか?その職種と役割を教えてください。

回答例  
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、ケアマネージャー、ヘルパー、歯科医師、歯科衛生士、医師、看護師、薬剤師など

(ポイント:職種と役割を答えた人(ペア)に1点)

今から私(達)がジェスチャーである職種を演じます。職種を当ててください。

1  
理学療法士  
(Physical therapist /  
Physio therapist: PT)

ミニ解説  
座る、立つ、歩くなどの回復や維持、および障害の悪化の予防を目的に、運動療法や温熱、電気等を用いて、自立した日常生活が送れるよう支援する医学的リハビリテーションの専門職です。

(ポイント:当てた人(ペア)に2点)

図2 左:濃いアミの Discussion カード裏面の1例, 右:薄アミの Task カード裏面の1例



た。

問い合わせ先：

名古屋大学大学院医学系研究科地域医療教育学  
講座ホームページ

<https://www.med.nagoya-u.ac.jp/ecom/index.html>

e-mail : [ecom@med.nagoya-u.ac.jp](mailto:ecom@med.nagoya-u.ac.jp)

#### 文 献

- 1) Gilbert JH V, Yan J, Hoffman SJ. A WHO Report: Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Hopkins D, editor. *J Allied Health* 2010; 39: 196-7.
- 2) Maeno T, Haruta J, Takayashiki A, Yoshimoto H, Goto R, Maeno T. Interprofessional education in medical schools in Japan. *PloS one* 2019; 14(1): e0210912.
- 3) 木内祐二, 中村明弘, 増田豊, 高木康, 高富友介, 片岡竜太, 向井三恵・他. 昭和大学の体系的, 段階的なチーム医療教育(解説). 保健医療福祉連携 2011; 4(1): 32-9.
- 4) 井出成美, 朝比奈真由美, 伊藤彰一, 関根祐子, 石川雅之, 臼井いづみ・他. 特集「実習とIPE」6. 千葉大学クリニカルIPE—大学病院における医・薬・看護の診療参加型IPE—. 保健医療福祉連携 2018; 11(2): 123-30.
- 5) Sundari Joseph & Lesley Diack. Playing interprofessional games: reflections on using the Interprofessional Education Game (iPEG). *J Interprof Care* 2015; 29: 260-2.



Diabetes Ther  
<https://doi.org/10.1007/s13300-019-0664-9>



ORIGINAL RESEARCH

## Successful Healthcare Provider Strategies to Overcome Psychological Insulin Resistance in Japanese Patients with Type 2 Diabetes

Kentaro Okazaki · Tomotaka Shingaki · Zhihong Cai ·  
Magaly Perez-Nieves · Lawrence Fisher

Received: March 27, 2019  
© The Author(s) 2019

### ABSTRACT

**Introduction:** EMOTION was a multinational, noninterventive study surveying current insulin-using adults with type 2 diabetes mellitus (T2D) who were initially reluctant to begin insulin treatment. In this Japanese population subanalysis of EMOTION, we identify the frequency and level of helpfulness of healthcare provider (HCP) actions, and we analyze life events ('actions/events') that assist T2D patients

with psychological insulin resistance in the decision to initiate insulin.

**Methods:** Participants were selected from Survey Sampling International and their local partners' market research panels in Japan. Quantitative surveys were administered between December 2016 and August 2017 to patients who met the study criteria. Participants were asked whether 45 actions/events occurred, and to rate the level of helpfulness of the actions/events in contributing to their decision to initiate insulin.

**Results:** Among the 594 eligible participating adults in the EMOTION study, 99 were from Japan. Despite initial reluctance to begin insulin treatment, 80.8% of the Japanese participants immediately commenced insulin. Practical demonstrations by HCPs on how to use insulin were rated by participants as most helpful. Examples of such practical demonstrations, reported as helping moderately or a lot, were 'HCP walked patient through the process of exactly how to take insulin' (82.8%), 'HCP showed an insulin pen' (79.7%), and 'HCP helped patient to see how simple it was to inject insulin' (79.1%).

**Conclusion:** This study identifies actions that HCPs can use to assist Japanese patients in deciding whether to initiate insulin. These findings may aid the development of clinical interventions addressing reluctance to begin insulin treatment among Japanese patients with T2D.

**Enhanced Digital Features** To view enhanced digital features for this article go to <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.8332433>.

**Electronic Supplementary Material** The online version of this article (<https://doi.org/10.1007/s13300-019-0664-9>) contains supplementary material, which is available to authorized users.

K. Okazaki  
Nagoya University Graduate School of Medicine, 65  
Tsurumai-cho, Showa-ku, Nagoya, Aichi 466-8550,  
Japan

T. Shingaki · Z. Cai  
Eli Lilly Japan K.K., 5-1-28 Isogami-dori, Chuo-ku,  
Kobe, Hyogo 651-0086, Japan  
e-mail: shingaki\_tomotaka@lilly.com

M. Perez-Nieves  
Eli Lilly and Company, 1555 S Harding Street,  
Indianapolis, IN 46221, USA

L. Fisher  
Behavioral Diabetes Institute, 5405 Oberlin Drive  
Suite 100, San Diego, CA 92121, USA

Published online: 08 July 2019

Adis

**Funding:** Eli Lilly and Company and Boehringer Ingelheim.

**Plain Language Summary:** Plain language summary available for this article.

## PLAIN LANGUAGE SUMMARY

The increasing prevalence of type 2 diabetes mellitus (T2D) is a major health concern globally. In Japan, the prevalence of diabetes is predicted to increase over the next decades. Insulin is a hormone which keeps blood glucose levels within the normal range. People with diabetes often require insulin therapy as they do not make sufficient insulin, or the insulin that is produced does not work optimally. Many patients delay insulin therapy due to a variety of factors. Reluctance to begin insulin treatment is known as 'psychological insulin resistance' (PIR). Several studies have described recommendations to address PIR, but there is little research regarding effective strategies that help reluctant patients begin insulin. Reports describing PIR among Japanese patients are limited. EMOTION was a multinational study surveying insulin-using adults with T2D and initial PIR. We report a Japanese population subanalysis of EMOTION, identifying factors which help reluctant Japanese patients begin insulin therapy. Our results indicate that healthcare provider (HCP) actions are associated with a patient's decision to use insulin. Practical demonstrations by HCPs on how to use insulin were reported as most helpful. Reassurance concerning pain of injection, explanations regarding blood glucose numbers and future health, encouragement to make contact in case of any problems, and occurrence of a positive life event were also rated by Japanese participants as being helpful in deciding to commence insulin. This study provides important information on actions that can be used by HCPs to treat Japanese patients with T2D who are reluctant to begin insulin treatment.

**Keywords:** Insulin; Japan; Psychological insulin resistance; Type 2 diabetes mellitus

## INTRODUCTION

The global incidence of diabetes has been steadily increasing over the past few decades [1]. In Japan, the increasing prevalence of diabetes, particularly type 2 diabetes mellitus (T2D), is a major health concern [2]. Additionally, the prevalence of diabetes in Japan is predicted to further increase over the next decades, mainly due to an aging population [2].

Poorly controlled diabetes may lead to a number of serious health complications [1]. Globally, treatment guidelines for T2D (World Health Organization, American Diabetes Association, and European Association for the Study of Diabetes) recommend a patient-centered and stepwise approach to managing glycemic control [1, 3]. A focus on lifestyle management and diabetes self-management education and support are recommended, alongside metformin, oral antidiabetic and/or injectable medications, and/or basal insulin, as well as consultation with a healthcare provider (HCP) [3]. Similarly, guidelines for Japanese patients with diabetes recommend patient education regarding diet and exercise, followed by basal insulin therapy for those with inadequate glycemic control despite therapy with oral glucose-lowering medications [4]. This treatment strategy, however, should vary depending on the disease condition, age, metabolic abnormality, and status of diabetes complications of each patient [4].

While treatment with insulin is associated with higher rates of achieving adequate glycemic control [1, 3], initiation of insulin therapy is often delayed due to a variety of physician- and patient-related factors [5]. Reluctance to initiate insulin treatment, known as 'psychological insulin resistance' (PIR), is common among adults with diabetes, with a recent study reporting 29.9% of insulin-naïve adults with T2D declined insulin treatment after it was recommended by their HCP [6]. Recent studies revealed a high reluctance in the use of injectable therapies among injection-naïve Japanese patients with T2D, with less than 2% of study participants initially willing to take injectable medicines [7, 8].



Numerous studies have examined psychological barriers preventing the initiation of insulin therapy in adults [5, 9–11]. PIR encompasses patient-related concerns, including injection anxiety, misconceptions about insulin, concerns about hypoglycemia, and societal attitudes [5, 10, 12, 13]. Several studies have documented recommendations to address PIR [14–17]; however, there is little research regarding factors or effective strategies that help reluctant patients begin insulin treatment. In addition, although there are reports describing PIR among Japanese diabetic patients [18–20], the evidence is limited.

To further understand the factors associated with reluctant patients initiating insulin, a multinational, noninterventional study (EMOTION) surveyed current insulin-using adults with T2D who were initially reluctant to begin insulin treatment. The EMOTION (Accepting Insulin Treatment for Reluctant People with Type 2 Diabetes Mellitus—a Global Study to Identify Effective Strategies) study was conducted in 3 phases: qualitative interviews (phase 1) with participants and HCPs in 6 countries (Brazil, Canada, Germany, Spain, the United Kingdom, and the United States), quantitative surveys (phase 2), and follow-up interviews (phase 3) with participants in the same 6 countries plus Japan. Phase 2 of EMOTION identified a number of HCP actions and life events (actions/events) that were rated as being the most helpful amongst the total population [21]. These included efforts to address injection concerns by demonstrating the insulin injection process, explaining the benefits of insulin, and adopting a collaborative communication style. The perceived helpfulness of these actions were, in turn, linked with earlier insulin initiation and greater insulin persistence over time [21].

We report a Japanese population subanalysis of EMOTION (phase 2). We aim to identify HCP actions/events that may help reluctant insulin users with T2D decide to initiate insulin therapy.

## METHODS

The data used in this study were derived from the EMOTION study. EMOTION was conducted

in 7 countries: Brazil, Canada, Japan, Germany, Spain, the United Kingdom, and the United States. The study protocol was approved by the Western Institutional Review Board (IRB), Puyallup, Washington, USA, as well as the Nagoya University IRB, Nagoya, Japan. All procedures performed in this study involving human participants were in accordance with the ethical standards of the Western IRB, Puyallup, Washington, USA, and the Nagoya University IRB, Nagoya, Japan, and with the 1964 Declaration of Helsinki and its later amendments or comparable ethical standards. Informed consent was obtained from all individual participants included in the study. Participants were compensated for their time. The study design has been previously described [21]. Briefly, qualitative interviews with a total of 29 insulin-using adults with T2D and 29 HCPs across 6 countries (Brazil, Canada, Germany, Spain, the United Kingdom, and the United States) were conducted to inform survey content and design. Phase 2 involved a 30-min quantitative survey, derived from the qualitative interviews, with participants with T2D from these same nations plus Japan. This report focuses on the findings of the quantitative survey in Japanese participants with T2D.

Participants were selected from the market research panels of Survey Sampling International (SSI) and their local partners in Japan. Surveys were translated for Japanese participants by professional linguists from TransPerfect with knowledge of the language, the subject area, and the target audience. Survey participants were compensated for their time.

Eligible participants were adults ( $\geq 21$  years old) with T2D who reported that they were initially not willing to start insulin treatment (i.e., chose “not willing” among the options “not willing,” “slightly willing,” “moderately willing,” or “very willing”). Participants had been diagnosed with T2D at least 1 year before starting basal insulin (self-reported), started basal insulin between 30 days and 3 years before the survey, and had used any insulin regularly for the 30 days before the survey. Subjects were ineligible if they had been diagnosed with any other type of diabetes, had experience with insulin therapy before the initiation of basal

insulin therapy, or if they had initiated insulin using a premix product or basal bolus therapy.

Quantitative surveys were administered to eligible participants between December 2016 and August 2017. Participants were given the survey via an online platform. Participants were asked to survey 45 actions and statements that assisted in insulin initiation and to denote whether each action occurred. Actions/events that occurred were then rated for helpfulness on a 4-point Likert scale: 1 = it didn't help at all, 2 = it helped a little, 3 = it helped moderately, 4 = it helped a lot. Other questions in the following key areas were included: participant demographics; disease history; time from initial HCP consult to initiation of insulin; reasons for insulin reluctance; transformative point/person involved in initiation of insulin; role of HCP in initiating insulin; experiences post-insulin initiation satisfaction with treatment; and attitude regarding insulin use. Completed surveys were screened to identify and omit those that were problematic (e.g., surveys which were completed in < 10 min or had the same responses to all survey items pertaining to HCP messages and actions).

Findings were presented using descriptive summary statistics, which included the number and percentage of participants with specific responses to categorical questions, the means and standard deviations for continuous variables (including age and years since first diabetes diagnosis), and actions/events with Likert-scale responses. The mean level of helpfulness of each item was calculated and rated from the most to the least helpful. Outcomes related to experiences post-insulin initiation were also summarized, including adherence to insulin therapy, experiences related to weight, energy, mood, and hypoglycemia, treatment satisfaction with insulin therapy, and attitude about insulin following insulin initiation.

## RESULTS

### Participant Characteristics

Of the 594 adults who were eligible to participate in phase 2 of the EMOTION study, 99 were

from Japan. The mean age of the Japanese participants was 57.7 years [standard deviation (SD) 9.6]. Most participants were male (79.8%), and the mean time from initial T2D diagnosis to first insulin use was 12.2 years (SD 7.7). The mean body mass index of Japanese participants was 25.4 kg/m<sup>2</sup> (SD 3.7). The mean hemoglobin A1c (HbA1c) at the time of insulin initiation was 9.4% (SD 2.0), while the most recent HbA1c was 7.8% (SD 1.2). Baseline participant demographics are presented in Table 1.

### Insulin Initiation

Participants' thoughts and feelings prior to initiating insulin are outlined in Table 2. Participants were aware that taking insulin would help to maintain good control of blood glucose (76.8%), and that taking insulin would help to improve their health (75.8%). The most common negative thought amongst Japanese participants was that taking insulin meant that their diabetes had become much worse (72.7%). Another common negative thought amongst Japanese participants was that the associated use of insulin meant that they had failed to manage their diabetes (62.6%). Participants also reported being afraid of injecting themselves with a needle (48.5%), and that the insulin recommendation meant that they would be required to take insulin forever (48.5%).

Participants' reactions following their HCPs' recommendation to begin insulin, time to insulin initiation, and any insulin discontinuations (for  $\geq 7$  days) are presented in Table 3. Participants reported being moderately (28.3%) or very surprised (12.1%) by the recommendation to initiate insulin, with 29.3% and 13.1%, respectively, being moderately or very upset. When insulin was recommended for the first time, 40.4% of participants indicated that they were slightly willing to initiate insulin therapy, while 59.6% were not willing at all. Despite this unwillingness, 80.8% of the participants immediately commenced regular insulin therapy upon first recommendation. The number of Japanese participants who reported one or more periods of discontinuing insulin for  $\geq 7$  days was 8.1%.

**Table 1** Participant characteristics

Parameter	(N = 99)
Age, mean (SD)	57.7 (9.6)
Gender, male, n (%)	79 (79.8)
Years from T2D diagnosis to insulin use, mean (SD)	12.2 (7.7)
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) <sup>a</sup> , mean (SD)	25.4 (3.7)
Prior use of injectable diabetes medications <sup>b</sup> , n (%)	20 (20.2)
HbA1c value prior to insulin initiation <sup>c</sup>	
HbA1c, %, mean (SD)	9.4 (2.0)
HbA1c, mmol/mol, mean (SD)	78.8 (22.1)
Most recent HbA1c test <sup>c</sup>	
HbA1c, %, mean (SD)	7.8 (1.2)
HbA1c, mmol/mol, mean (SD)	61.7 (12.7)
Year of insulin initiation (%)	
2015	48.5
2016	34.3
2017	14.1

BMI body mass index, HbA1c hemoglobin A1c, GLP-1 glucagon-like peptide 1, N/n number of participants, T2D type 2 diabetes mellitus, SD standard deviation

<sup>a</sup> BMI categories were defined using the World Health Organization's Internal Classification

<sup>b</sup> Mainly indicates treatment with GLP-1 receptor agonist, not any insulin therapy

<sup>c</sup> Mean HbA1c was calculated among patients who had a test in the past year and knew the test result. HbA1c mmol/mol was converted to % and vice versa according to the HbA1c conversion tables (Sept. 2011) of the New Zealand Society for the Study of Diabetes

#### HCP Actions and Life Events Experienced by Japanese Participants

The most frequently occurring HCP actions experienced by Japanese patients with T2D are displayed in Fig. 1. Overall, the most common HCP action was the advice that blood glucose levels would improve upon commencing

insulin (96.0%). The actions ranked second to fifth in occurrence were 'HCP helped the patient to see how simple it is to inject insulin' (91.9%), 'HCP walked the patient through the process of how to use insulin' (87.9%), 'HCP gave patient leaflets or other reading material about insulin' (85.9%), and 'HCP helped patient to see that an insulin injection wasn't as painful as patient thought it might be' (83.8%).

The HCP actions/events least commonly experienced by Japanese participants with T2D are displayed in Table S1 of the Electronic supplementary material (ESM), and include 'HCP helped patient to meet other people taking insulin' (8.1%), 'A close friend or family member urged patient to go along with HCP recommendation to start insulin' (12.1%), and 'HCP told patient that he/she could not continue to treat patient if patient refused to start insulin' (14.1%).

#### Most and Least Helpful HCP Actions and Life Events for Patients with T2D Initiating Insulin Treatment

Actions/events that were most helpful in assisting participants to initiate insulin treatment are displayed in Fig. 2. The most helpful actions/events, reported as helping moderately or a lot, were 'HCP walked patient through the process of exactly how to take insulin' (82.8%, mean level of helpfulness 3.28), 'HCP showed an insulin pen' (79.7%, mean level of helpfulness 3.20), 'HCP helped patient to see how simple it was to inject insulin' (79.1%, mean level of helpfulness 3.19), 'HCP had patient try an injection himself/herself while patient was there in the office' (75.0%, mean level of helpfulness 3.14), and 'HCP gave an injection while patient was in the office' (72.0%, mean level of helpfulness 3.12).

Actions/events that were least helpful in assisting participants initiate insulin treatment are displayed in Table S1 of the ESM. The least helpful actions/events according to Japanese participants were 'HCP helped patient to meet other people who had already been taking insulin' (25.0%, mean level of helpfulness 2.13),

**Table 2** Thoughts and feelings experienced by Japanese patients with T2D before initiating insulin treatment

Thoughts and feelings about insulin right before starting insulin regularly for the first time	Frequency <sup>a</sup> n (%)
Taking insulin would help to maintain good control of blood glucose (sugar levels)	76 (76.8)
Taking insulin would help to improve my health	75 (75.8)
Taking insulin would mean my diabetes had become much worse	72 (72.7)
Taking insulin would help to prevent complications of diabetes	71 (71.7)
Taking insulin would mean that I had failed, that I hadn't done a good enough job taking care of my diabetes	62 (62.6)
I was afraid of injecting myself with a needle	48 (48.5)
Taking insulin would mean that I would need to take insulin forever	48 (48.5)
Taking insulin would mean that I had failed to manage my diabetes with diet and tablets	46 (46.5)
Taking insulin would mean that my diabetes would become a much more serious condition	44 (44.4)
Taking insulin would make me more dependent on my doctor	43 (43.4)
Taking insulin would mean other people would see me as a sick/sicker person	42 (42.4)
Injecting insulin would be painful	41 (41.4)
Taking insulin would increase the risk of low blood glucose levels (hypoglycemia)	38 (38.4)
It would be difficult to inject the right amount of insulin correctly at the right time every day	38 (38.4)
Managing insulin injections would take a lot of time and energy	37 (37.4)
Taking insulin would make life less flexible	34 (34.3)
Taking insulin would help to improve my energy level	32 (32.3)
Injecting insulin would be embarrassing	30 (30.3)
Being on insulin would cause family and friends to be more concerned about me	29 (29.3)
Insulin would cause weight gain	28 (28.3)
Taking insulin would mean I would have to give up activities I enjoy	19 (19.2)
Taking insulin might cause serious health problems such as blindness, kidney problems, or amputations	14 (14.1)
Taking insulin would make it more difficult to fulfill my responsibilities (at home and work)	13 (13.1)
Taking insulin would mean my health would deteriorate	6 (6.1)
Taking insulin would cause me to lose my job	6 (6.1)

<sup>a</sup> Frequency was calculated using responses of 'agree' and 'strongly agree.' Agreement with these statements was categorized as either 'strongly disagree,' 'disagree,' 'neither agree nor disagree,' 'agree,' or 'strongly agree'

'HCP referred patient to a class to help learn more about insulin' (31.6%, mean level of helpfulness 2.26), and 'Patient sought out information about insulin and realized that insulin might not be as bad as first thought' (40.0%, mean level of helpfulness 2.35).

△ Adis

**Table 3** Participants' reactions when insulin was first recommended, and their insulin-taking behavior

Participants' reactions when insulin was first recommended and their insulin-taking behavior	Frequency <i>n</i> (%) ( <i>N</i> = 99)
Level of surprise when HCP first said it was time to take insulin, <i>n</i> (%)	
Not surprised at all	26 (26.3)
Slightly surprised	33 (33.3)
Moderately surprised	28 (28.3)
Very surprised	12 (12.1)
Level of being upset when HCP first said it was time to take insulin, <i>n</i> (%)	
Not upset at all	22 (22.2)
Slightly upset	35 (35.4)
Moderately upset	29 (29.3)
Very upset	13 (13.1)
Willingness to start insulin when first recommended, <i>n</i> (%)	
Not willing	59 (59.6%)
Time between the first recommendation of insulin and the start of regular insulin use, <i>n</i> (%)	
I started taking it right away	80 (80.8)
Less than 1 week	1 (1.0)
About 1 or 2 weeks	2 (2.0)
About 1 month	4 (4.0)
2–3 months	4 (4.0)
More than 1 year	8 (8.1)
Taking insulin regularly	
	91 (91.9)
Stopped insulin for a period of 7 or more days since first starting insulin, <i>n</i> (%)	
During the first month after I first started taking insulin	0 (0.0)
1–3 months after I first started taking insulin	2 (2.0)
3–6 months after I first started taking insulin	3 (3.0)
More than 6 months after I first started taking insulin	3 (3.0)

HCP healthcare provider, *n/N* number of participants

## DISCUSSION

Possible consequences of delayed insulin use for patients with T2D include serious health complications such as heart disease, stroke, kidney failure, vision loss, and nerve damage [1]. It is therefore imperative that HCPs understand psychological insulin resistance in patients so

that adequate measures can be taken to reduce the delay in insulin initiation.

We report a Japanese subpopulation analysis of EMOTION, a multinational survey of current insulin-using adults with T2D. Approximately 40% of all Japanese participants reported being moderately or very surprised with the recommendation to commence insulin, with approximately 42% being moderately or very upset. Despite an initial unwillingness to initiate insulin therapy, approximately 80% of Japanese participants initiated insulin treatment immediately. Notably, the majority of the participants continued to use insulin once they initiated it. This high uptake rate may reflect Japanese participants' trust in their HCPs, a trait associated with increased insulin adherence and reduced diabetes-related stress [22].

Psychosocial factors affecting insulin usage appear to be common among diabetic patients worldwide [13], and educational programs related to insulin initiation differ between Japanese and non-Japanese physicians [23]. Our results indicate that HCP actions are significantly associated with a patient's decision to initiate insulin. We identify a number of HCP actions/events deemed to be the most and least helpful for initiating insulin among reluctant Japanese adults with T2D. Namely, HCP actions that provided practical demonstrations on how to use insulin were the most helpful. Reassurance concerning pain of injection, explanations regarding blood glucose numbers and future health, encouragement to make contact in case of any problems, and occurrence of a positive life event were also rated highly by Japanese participants as being helpful in deciding to start insulin treatment. In addition, some actions occurred less frequently but were considered very useful by Japanese participants. In particular, 'HCP gave an injection while patient was in the office' was not an action performed by many HCPs (25.3%), but was rated as helping moderately or a lot by 72.0% of participants. Similarly, 'Patient talked with someone who was taking insulin and realized it might not be as bad as patient thought' did not occur often (16.2%), but when it did occur, 62.5% of participants found this helped moderately or a lot.

HCP actions and life events rated as least helpful were those that referred the patient elsewhere, including HCP referral to educational classes and meeting other patients. Additionally, communication style may be important for Japanese patients. For example, 'HCP warned patient that he/she was likely to develop complications if the patient didn't get started with insulin to control his/her diabetes' was only helpful for approximately half of participants (49.2%). Similarly, 'HCP warned patient that he/she could not be responsible for what might happen if he/she did not start insulin soon' was only helpful to 39.1% of Japanese participants.

Recent studies have examined reluctance to initiate insulin treatment in various populations. It has been documented that patients who were nonadherent to insulin regimens frequently felt that their HCP did not adequately explain the benefits and risks of insulin treatment [12]. Perceived physician inattention and lack of engagement as well as diabetes-related distress affect insulin adherence and glycemic control [24]. Many factors, including

information, adequate counseling, and positive role models, have been found to influence PIR [25]. A multinational study that included Japan examined experiences during and after insulin initiation and discovered that patients who were classified as treatment 'interrupters' or 'discontinuers' were more likely to have concerns and challenges during the initiation process [26]. These patients were also less likely to exhibit improvements in glycemic control compared to patients classified as treatment 'continuers' [26]. In addition, a recent multi-center Japanese study concluded that educating patients about the benefits of insulin therapy may help reluctant insulin users to initiate therapy, and that practical support may assist current insulin users in maintaining therapy [20]. Indeed, our results relating to the helpfulness of HCP actions support these findings and highlight the important role that HCPs play in preventing and/or overcoming PIR amongst patients with T2D.

The Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN2) survey was a global initiative aimed at assessing diabetes care and management among

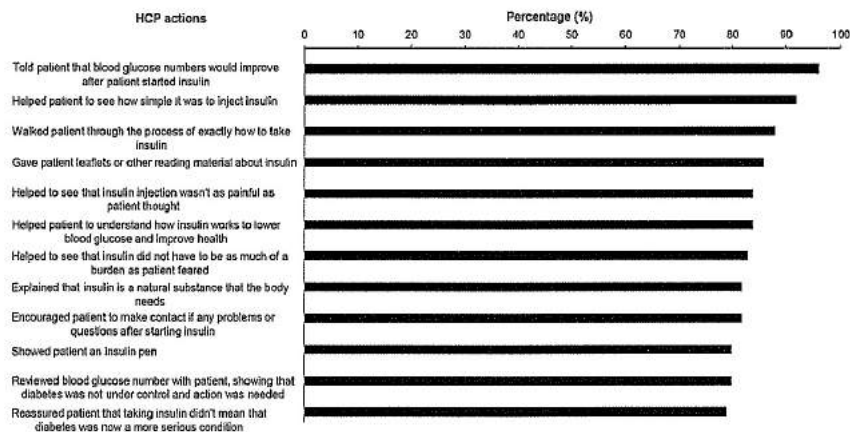


Fig. 1 HCP actions and life events most commonly experienced by Japanese participants with T2D. The 12 most common HCP actions experienced by Japanese participants with T2D are shown. Life events were

considered, but they were not amongst the actions/events most commonly reported by Japanese participants. HCP healthcare provider, T2D type 2 diabetes mellitus

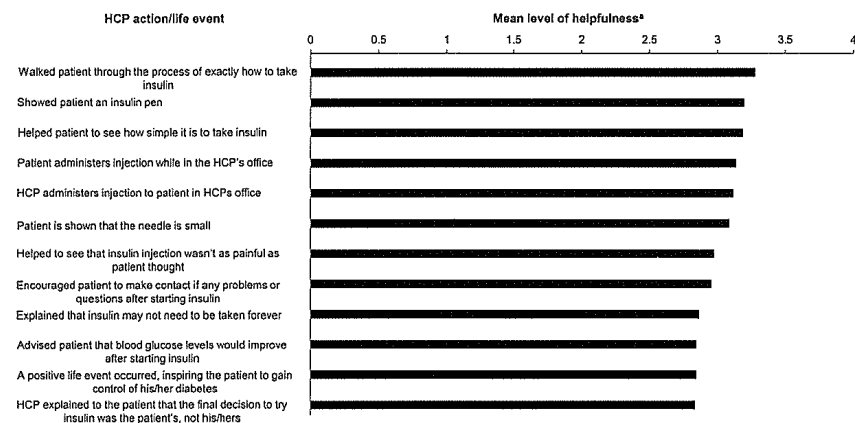


Fig. 2 HCP actions and life events rated as most helpful to Japanese participants with T2D in deciding whether to initiate insulin therapy. The 12 most helpful HCP actions/events experienced by T2D Japanese participants in deciding whether to initiate insulin therapy are shown.

HCP healthcare provider, T2D type 2 diabetes mellitus. <sup>a</sup>Mean level of helpfulness based on a 4-point scale; 1 = it didn't help at all, 2 = it helped a little, 3 = it helped moderately, 4 = it helped a lot

people with diabetes, as well as their HCPs and family members. DAWN2 was conducted in 17 countries, including Japan [23, 27]. In all countries surveyed, DAWN2 revealed that diabetes is a significant physical and psychological burden for many individuals with diabetes [23]. Specifically, DAWN2 reported depression (13.8%), diabetes-related distress (44.6%), poor or very poor quality of life (12.2%), a negative impact on relationships (20.5%) and physical health (62.2%), and medication interference in daily life (approximately 40%) [23]. Many factors may have influenced the findings from DAWN2, such as socioeconomic and cultural factors as well as differences in healthcare systems between countries. Indeed, in our analysis, there are notable differences between Japanese and Caucasian participants from the global EMOTION analysis. For example, differences in the level of full-time employment (51.5% Japan vs 35.0% US) and education (participants who completed high school: 42.4% Japan vs 18.3% US) were observed. Primary care physicians in Japan were more likely to be involved in assisting patients with initiating insulin

compared to the overall EMOTION population (76.8% Japan vs 37.4% overall population), for whom this task was also likely to be performed by endocrinologists (12.6%) and diabetes nurse specialists (14.0%). Hence, country-specific analyses are warranted.

Diabetes-related distress, known as the emotional burden of and reaction to managing a chronic illness, is associated with a higher rate of diabetes-related complications [23, 28, 29]. A positive educational experience and support from HCPs at the time of insulin recommendation may be pivotal to maintaining adequate glycemic control and the long-term health of patients with T2D. In fact, a large retrospective cohort study found that a substantial proportion of people continue with poor glycemic control for several years before initiating intensification with oral antidiabetic medications and insulin [30]. Diabetes health-coaching consisting of goal-setting, education, and individualized and follow-up care have also been effective strategies to improve glycemic control, as demonstrated in a recent meta-analysis which concluded that diabetes health-coaching

resulted in a statistically significant reduction in HbA1c levels (0.32%) [31]. Physician empathy is also noted as contributing to improved HbA1c outcomes [32], and practical strategies that HCPs can utilize to assist their patients to overcome emotional barriers may be warranted (e.g., the use of mnemonics) [33]. Practical diabetes health-coaching, along with routine diabetes care, supports our findings amongst Japanese participants, and may be a valuable tool to help motivate T2D patients to initiate and maintain insulin treatment.

This study provides valuable data regarding the experiences of Japanese participants diagnosed with T2D. We identify HCP actions and life events that were helpful in initiating insulin treatment. Our results agree with recently described results of a stepwise approach to diabetes and insulin education [17], which encompassed problem-solving, patient education, and physician enquiries about patient feelings and fears.

The strength in our analysis lies in the description of helpful (and less helpful) HCP actions rated by Japanese participants with T2D; data which are, at present, limited in this population. Limitations relating to the study design, however, should be noted. Firstly, the majority of survey respondents were recruited from online panels of individuals who had volunteered to participate in studies. These participants, therefore, may be more involved in their own diabetes management in comparison with typical patients. Perceptions regarding helpful PIR actions in these volunteers may not be indicative of the perceptions of the broader population. Secondly, the majority of Japanese survey participants were male and responses may vary with increased female participation. Thirdly, survey responses may be due to recall bias, with participants having initiated insulin between 2015 and 2017. Finally, the retrospective nature of the study should raise some caution: self-reported data may not be accurate and could potentially be subject to bias.

Further studies amongst this patient population are warranted and may further assist HCPs in providing optimal care for Japanese patients with T2D. Other factors that may affect PIR in Japanese patients, such as age,

socioeconomic status, and mental health, also warrant further investigation.

## CONCLUSION

Our findings suggest that a tailored approach in which HCPs explain the insulin injection process from patients' perspectives is beneficial for reluctant Japanese insulin users. This study provides important information on actions that can be used by HCPs to assist Japanese adults with T2D who are reluctant insulin users in overcoming PIR. More generally, the findings from this survey of Japanese adults with T2D, who were initially reluctant to begin insulin treatment, suggest potentially useful clinical interventions for helping patients overcome PIR, a critical step towards designing comprehensive clinical recommendations for HCPs.

## ACKNOWLEDGEMENTS

We thank the participants and the study personnel who participated in this study. Project management support was provided by Aki Yoshikawa from Eli Lilly Japan K.K.

**Funding.** This study was sponsored by Eli Lilly and Company (Indianapolis, IN, USA) and Boehringer Ingelheim (Ingelheim, Germany). Eli Lilly Japan K.K. (Kobe, Japan) and Nippon Boehringer Ingelheim Co., Ltd. (Tokyo, Japan) funded the Rapid Service Fee. All authors had full access to all of the data in this study and take complete responsibility for the integrity of the data and accuracy of the data analysis.

**Medical Writing and Editorial Assistance.** Medical writing support was provided by Lisa Cossens and editorial support was provided by Angela Lorio, both of Syneos Health. Medical writing and editorial assistance was funded by Eli Lilly and Company.

**Authorship.** All named authors meet the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) criteria for authorship for this article, take responsibility for the integrity of



the work as a whole, and have given their approval for this version to be published.

**Disclosures.** Kentaro Okazaki reports an advisory role with Eli Lilly and Company, Japan K.K. Tomotaka Shingaki is an employee and stockholder at Eli Lilly Japan K.K. Zhihong Cai is an employee and stockholder at Eli Lilly Japan K.K. Magaly Perez-Nieves is an employee and stockholder at Eli Lilly and Company. Lawrence Fisher serves as an advisor for Eli Lilly and Company and has received travel grants from Eli Lilly and Company.

**Compliance with Ethics Guidelines.** The study protocol was approved by the Western Institutional Review Board (IRB), Puyallup, Washington, USA, as well as the Nagoya University IRB, Nagoya, Japan. All procedures performed in this study involving human participants were in accordance with the ethical standards of the Western IRB, Puyallup, Washington, USA, and Nagoya University IRB, Nagoya, Japan, and with the 1964 Declaration of Helsinki and its later amendments or comparable ethical standards. Informed consent was obtained from all individual participants included in the study. Participants were compensated for their time.

**Data Availability.** The datasets of the current study are not publicly available. Eli Lilly and company provides access to individual patient data from studies on approved medicines and indications as defined by the sponsor-specific information at <http://clinicalstudydatarequest.com>. Researchers require an approved research proposal submitted through <http://clinicalstudydatarequest.com>. Access to data will be provided in a secure data sharing environment after signing a data sharing agreement.

**Open Access.** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide

a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

## REFERENCES

1. World Health Organization. Global report on diabetes. 2016. <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>. Accessed 18 June 2018.
2. Goto A, Noda M, Inoue M, Goto M, Charvat H. Increasing number of people with diabetes in Japan: is this trend real? *Intern Med*. 2016;55(14):1827–30.
3. Davies A, D'Alessio D, Fradkin J, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*. 2018;61:2461–98.
4. Haneda M, Noda M, Origasa H, et al. Japanese clinical practice guideline for diabetes 2016. *J Diabetes Investig*. 2018;9:657–97. <https://doi.org/10.1111/jdi.12810>.
5. Polonsky WH, Fisher L, Guzman S, Villa-Caballero L, Edelman SV. Psychological insulin resistance in patients with type 2 diabetes: the scope of the problem. *Diabetes Care*. 2005;28:2543–5.
6. Hosomura N, Malmasi S, Timerman D, et al. Decline of insulin therapy and delays in insulin initiation in people with uncontrolled diabetes mellitus. *Diabet Med*. 2017;34:1599–602.
7. Asakura T, Suzuki S, Aranishi T, Cai Z. Comparative usability study of the dulaglutide single-use pen versus the insulin degludec FlexTouch (R) among self-injection-naïve patients with type 2 diabetes mellitus in Japan. *Curr Med Res Opin*. 2018;34:1117–24.
8. Gelhorn HL, Bacci ED, Poon JL, Boye KS, Suzuki S, Babineaux SM. Evaluating preferences for profiles of glucagon-like peptide-1 receptor agonists among injection-naïve type 2 diabetes patients in Japan. *Patient Prefer Adher*. 2016;10:1337–48.
9. Polonsky WH, Hajos TR, Dain MP, Snoek FJ. Are patients with type 2 diabetes reluctant to start insulin therapy? An examination of the scope and underpinnings of psychological insulin resistance in a large, international population. *Curr Med Res Opin*. 2011;27:1169–74.
10. Brod M, Kongso JH, Lessard S, Christensen TL. Psychological insulin resistance: patient beliefs and implications for diabetes management. *Qual Life Res*. 2009;18:23–32.

11. Larkin ME, Capasso VA, Chen CL, et al. Measuring psychological insulin resistance: barriers to insulin use. *Diabetes Educ.* 2008;34:511–7.
12. Karter AJ, Subramanian U, Saha C, et al. Barriers to insulin initiation: the translating research into action for diabetes insulin starts project. *Diabetes Care.* 2010;33:733–5.
13. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, et al. Resistance to insulin therapy among patients and providers: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care.* 2005;28:2673–9.
14. Brod M, Alolga SL, Meneghini L. Barriers to initiating insulin in type 2 diabetes patients: development of a new patient education tool to address myths, misconceptions and clinical realities. *Patient.* 2014;7:437–50.
15. Krall J, Gabbay R, Zickmund S, Hamm ME, Williams KR, Siminerio L. Current perspectives on psychological insulin resistance: primary care provider and patient views. *Diabetes Technol Ther.* 2015;17:268–74.
16. Polonsky WH, Jackson RA. What's so tough about taking insulin? Addressing the problem of psychological insulin resistance in type 2 diabetes. *Clin Diabetes.* 2004;22(3):147–50.
17. Polonsky WH, Arsenault J, Fisher L, et al. Initiating insulin: How to help people with type 2 diabetes start and continue insulin successfully. *Int J Clin Pract.* 2017;71(8). <https://doi.org/10.1000/ijcp.12973>.
18. Chuman N, Doi Y. Transition of psychological and behavioral reactions to insulin treatment in patients with type 2 diabetes. *J Jpn Soc Nurs Res.* 2011;34(5):59–69.
19. Yoshioka N, Ishii H, Tajima N, Iwamoto Y, DAWN Japan Group. Differences in physician and patient perceptions about insulin therapy for management of type 2 diabetes: the DAWN Japan study. *Curr Med Res Opin.* 2014;30:177–83.
20. Odawara M, Ishii H, Tajima N, Iwamoto Y. Impact of patient attitudes and beliefs to insulin therapy upon initiation, and their attitudinal changes after initiation: the DAWN Japan study. *Curr Med Res Opin.* 2016;32:681–6.
21. Polonsky WH, Fisher L, Hessler D, et al. Identifying solutions to psychological insulin resistance: an international study. *J Diabetes Complicat.* 2019;33:307–14. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2019.01.001>.
22. Halepian L, Saleh MB, Hallit S, et al. Adherence to insulin, emotional distress, and trust in physician among patients with diabetes: a cross-sectional study. *Diabetes Ther.* 2018;9:731–826.
23. Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RI, et al. Diabetes attitudes, wishes and needs second study (DAWN2): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabet Med.* 2013;30:767–77.
24. Linetzky B, Jiang D, Funnell MM, et al. Exploring the role of the patient-physician relationship on insulin adherence and clinical outcomes in type 2 diabetes: insights from the MOSAic study. *J Diabetes.* 2017;9:596–605.
25. Lee KP. Psychosocial factors associated with psychological insulin resistance in primary care patients in Hong Kong. *J Clin Transl Endocrinol.* 2015;2:157–62.
26. Perez-Nieves M, Ivanova JI, Hadjiyianni I, et al. Basal insulin initiation use and experience among people with type 2 diabetes mellitus with different patterns of persistence: results from a multi-national survey. *Curr Med Res Opin.* 2017;33:1833–42.
27. Peyrot M, Burns KK, Davies M, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2 (DAWN2): a multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care. *Diabetes Res Clin Pract.* 2013;99:174–84.
28. Fisher L, Hessler D, Glasgow RE, et al. REDEEM: a pragmatic trial to reduce diabetes distress. *Diabetes Care.* 2013;26:2551–8.
29. Ascher-Svanum H, Zagar A, Jiang D, et al. Associations between glycemic control, depressed mood, clinical depression, and diabetes distress before and after insulin initiation: an exploratory, post hoc analysis. *Diabetes Ther.* 2015;6:303–16.
30. Khunti K, Wolden ML, Thorsted BL, et al. Clinical inertia in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study of more than 80,000 people. *Diabetes Care.* 2013;36:3411–7.
31. Sherifali D, Viscardi V, Bai JW, et al. Evaluating the effect of a diabetes health coach in individuals with type 2 diabetes. *Can J Diabetes.* 2016;40:84–94.
32. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med.* 2011;86:389–464.
33. Kalra S, Verma K. Handling insulin-related emotions. *Diabetes Ther.* 2018;9:1415–9.

福祉の現場から

## 認知症医療・介護における多職種連携に対する認識 —日本とスコットランドの看護師の語りによる質的分析—

A qualitative study of interprofessional collaborative practice  
in community based dementia care in Japan and Scotland—Nurse perspective—

末松 三奈<sup>1)</sup> Mina Suematsu 若林 唯<sup>2)</sup> Yui Wakabayashi 高橋 徳幸<sup>1)</sup> Noriyuki Takahashi  
岡崎 研太郎<sup>3)</sup> Kentaro Okazaki 半谷 真七子<sup>4)</sup> Manako Hanya 潤田 英津子<sup>5)</sup> Etsuko Fuchita  
阿部 恵子<sup>6)</sup> Keiko Abe 鈴木 裕介<sup>6)</sup> Yusuke Suzuki 葛谷 雅文<sup>7)</sup> Masafumi Kuzuya

1) 名古屋大学大学院医学系研究科地域医療教育学講座 Department of Education for Community-Oriented Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine  
2) 名古屋大学医学部 Nagoya University School of Medicine 3) 名城大学薬学部 Faculty of pharmacy, Meijo University  
4) 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 Nagoya University Department of Nursing Graduate School of Medicine, Gokisocho, Gokisocho, Nagoya  
5) 愛知県立大学看護学部 College of Nursing Aichi Medical University  
6) 名古屋大学医学部南病棟地域連携・患者相談センター Center for Community Liaison and Patient Consultations, Nagoya University Hospital  
7) 名古屋大学大学院医学系研究科地域保健医療学・老年科学 Department of Community Healthcare & Geriatrics, Nagoya University Graduate School of Medicine

### — 概 要 —

認知症を国家戦略として取り組むスコットランドでは、医療福祉職が認知症当事者と家族を重んじた認知症医療・介護が浸透している。また、医療福祉職の多職種連携も発達しており、認知症領域における多職種連携を医療福祉職がどのように認識して取り組んでいるかについて探索することは、意義深い。認知症医療・介護の中心的役割を担う職種は看護師と考えられ、両国で認知症領域における多職種連携に対する認識を聞き、比較した。

### 1. 背景

内閣府によると、我が国は2012年で65歳以上の高齢者のうち7人に1人の認知症患者が、2025年には5人に1人となり増加し続けると考えられている<sup>1)</sup>。また、日本より先んじて認知症を取り巻く課題を国家戦略として対策を講じている英国も日本と同様に、認知症患者数は増加し続けると考えられている<sup>2)</sup>。英国は2009年から5カ年計画で国家戦略として取り組んでいるが、その中でもスコットランドは2010年から継続的な戦略の中で、早期診断と診断後支援、認知症当事者の自主性や権利を重視するなどの方針を打ち立て、現在も進化させている<sup>3)</sup> (Scottish Government, 2010, 2013, 2017)<sup>4)</sup>。すなわち、認知症とともに生きる人々の「権利」を世界に先駆けて明確に打ち出したパイオニアであり、リーダーである<sup>5)</sup>。特に医療ケアの分野で、他の国をリードしてきた<sup>6)</sup>。一方、日本でも2012年に認知症施策推進5カ年計画としてオレンジプランが、2015年に認知症施策推進総合戦略として新オレンジプランが策

定され、認知症の人に優しい地域づくりを国家として推進している。両国ともに認知症当事者と家族を重んじた認知症医療・介護を国家戦略として取り組んでいるが、その背景としての医療事情は少し異なる。例えば、スコットランドでは、英国全土に共通する National Health Service (NHS) に The Universal Health Coverage (UHC) が提供されており、公的医療は日本と異なりフリーアクセスではなく、機能分担が徹底されている。また、市民自ら登録を行った総合診療医 (General Practitioner: GP) によって、プライマリヘルスケアが提供されているが、日本のかかりつけ医のように特定の診療科を標榜することはない。さらに認知症領域においては、公的機関である NHS Scotland や慈善団体である Alzheimer Scotland と私的・第三セクターとの連携による医療・介護が発達し、リンクワーカー制度など様々な取り組みが行われている<sup>7)</sup>。このように医療制度の違いはあるものの、認知症医療・介護を担当する医療福祉職が現場でどのように感じているかを、比較し共有することは、国や地域を問わない普遍性のある命題や、その国・地域の特徴による課題が明

らかとなり、国際的にも情報共有する意義があると考えられる。さて、認知症は、その疾患ステージにより様々な医療・介護を必要とし、多職種間の連携が不可欠である。多職種連携の利点は、①多様なニーズの実現可能性、②援助利用過程の煩雑さの緩和、③重複援助領域のスリム化などが挙げられるが、多職種が連携することで、各職種が専門性を生かし、役割を分担するとともに互いに連携・補完しあい、患者の状況に適したサービスを提供できることである。また、連携する職種の中で、医療・介護・福祉のすべてに密接に関わる看護師は重要な職種であるため、日本とスコットランドで認知症医療・介護に関わる看護師が、多職種連携に対してどのような認識を持っているかについて焦点を当てた研究を行った。

## 2. 目的

本研究の目的は、日本とスコットランドで認知症医療・介護に関わる看護師でコミュニケーションサービスを行っている病院の看護師にインタビューを行い、認識を比較すること、

認知症医療・介護における両国の多職種連携の特徴を明らかにすることである。

## 3. 方法

便宜的抽出法により、日本では、A病院の認知症カフェを担当する看護師1名と総合相談窓口の相談員1名を抽出し、2018年10月にフォーカスグループを1回行った。同様にして、スコットランドでは、B病院の認知症ケアを行っている看護師1名を抽出し、2018年にインタビューを1回行った。この際の便宜とは、コミュニティと連携があり認知症ケアを熱心に取り組んでいる病院の中で、研究代表者が多職種連携教育を通して関わりのある両国の研究者によるリクルートのしやすさを意味した。両国で看護師の資格認定制度は異なり、その役割も多彩であるが、日本とスコットランドで立場や役割が類似していると考えられる。コミュニティサービスを提供している病院の看護師に、その多職種連携に対する認識をインタビューした。インタビュー内容は、「現在、認知症医療・介護で関わっている職種は何か」「一番関わりの多い

職種は何か」「認知症に関する多職種連携において現在足りない役割は何か」などを日本では末松と若林が、スコットランドでは末松と現地共同研究者の Morag McFadyen が質問した。インタビュー前に文章を用いて研究趣旨を説明し、同意が得られてから、ICレコーダーで録音した。インタビュー時間は、日本では35分、スコットランドでは29分であった。音声データから逐語録を作成し、質的データ分析手法であるSCAT (Steps for Coding And Theorization) を用いて分析した(大谷、2011)。

SCATとは、テキストを段階的にコーディングし、テーマ・構成概念を抽出し、このテーマ・構成概念をもとに、ストーリーラインの記述と理論記述を行うものである。分析過程を明示することができるため、反証の可能性が確保されており、さまざまな分野で用いられる分析手法である。本研究は、名古屋大学医学部生命倫理審査委員会の承認を得て行った。(承認番号2018-0137-2)

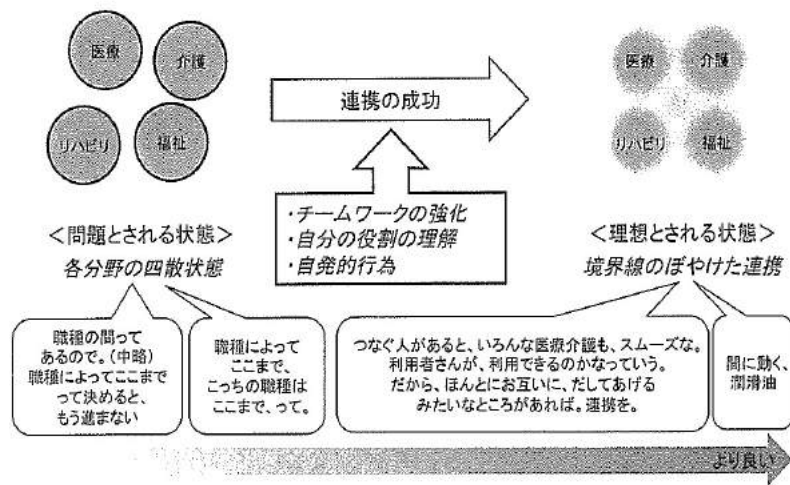


図1 日本の看護師の多職種連携に関する認識

#### 4. 結果

インタビューの分析から、多職種連携に関して問題とされる状態と理想とされる状態について、両国の相違点が明らかになった。日本において問題とされる状態は、医療・介護・リハビリ・福祉などの各分野が四散した状態であった。例えば、医療・介護の連携が不足し、医療職が、適切な介護の場を紹介できないことなどが挙げられる。連携を成功させるためには、チームワークの強化が必要であると考えられた。また、自分の役割を理解して、自発的に、職種の間にある、誰がすべきか曖昧な領域の仕事を行うことも重要であるという意識を持っていた。これらによって達成される、理想的な多職種連携は、境界線のぼやけた連携であった。境界線のぼやけた連携とは、他分野の職種との間をつなぐ、潤滑油のような役割の人がいる連携である。自職種がすべき役割に加えて、このような役割を行うことで、理想的な多職種連携が達成されると認識していた(図1)。

一方、スコットランドにおいて問題とされ

る状態は、重複援助領域が広い状態であった。重複援助領域が広い状態とは、各職種が他の職種の活動を把握していないために、複数の援助者が同一の内容を重複して提供してしまう状態である。連携を成功させるために、スコットランドでは、それぞれの分野を担当する職種が成熟し、職種間の役割分担が明確に行われることが必要とされていた。連携の成功によって得られる、理想的な多職種連携は、境界線のはっきりした連携である。境界線のはっきりした連携とは、各分野を担う職種の役割分担がはっきりと決められ、その役割をきちんとこなす、他の職種の領域には踏み込まない、連携であると認識されていた(図2)。

#### 5. 考察

日本の看護師は、チームワークの強化という個人間の関係を深める方法による境界線のぼやけた連携が理想的と認識していた。スコットランドの看護師は、各職種の成熟による境界線のはっきりした連携が理想的と認識していた。この相違点は、日本人は感情的・利他的で、話し合っ

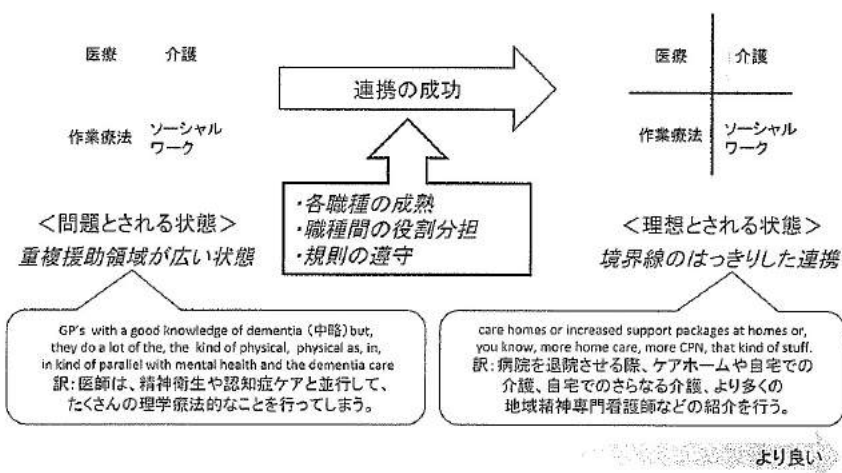


図2 スコットランドの看護師の多職種連携に関する認識

もつ、すなわち、感情的側面に価値を置くのに対し、スコットランド人は、課題解決的・個人主義的で、合理的解決を求める、というように、合理的側面に価値を置く、といった違いが一面であると考えられた。また、日本はOECDの中でも人口1,000人当たりの病床数は第一位であり、英国の約6倍と報告されており、認知症を含む精神ケア病床数も日本が第一位である。人口1,000人当たりの医師・看護師数は英国同様不足していると感じているが、病床数の多さが相対的な医療者不足を招いている。そのため、一つの職種が多い範囲をカバーする、境界線のぼやけた連携が理想とされるのではないかと考えられた。英国・スコットランドではナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner) が日本より先に存在し、その看護師は医師と同様に薬剤を処方することや小手術を行うことも認められている。しかし、現在の日本の法律において、看護職は医師の指示を受けなければ医療行為を行うことはできず、診断や処方を行うことは不可能である。日本看護協会によると、ナース・プラクティショナー制度を導入する取り組みが報告されており、日本でも発展的な役割を担う看護師の養成が求められている。これにより、相対的に不足する医師不足が解消され、さらに各領域を担う職種の社会的成熟が達成されれば、医療・介護・リハビリ・福祉との連携が、地域包括ケアを活用した連携へと繋がると考えられた。本研究の限界として、日本では、認知症カフェ担当者2名のフォーカスグループで、スコットランドでは個別インタビューであり、語られる内容に差が生じた可能性がある。さらに、日本では認知症ケアに関して認知症認定看護師や老人看護専門看護師などの専門職が積極的に機能している病院もあり、また地域包括ケア支援センターの看護職やケアマネジャーなどと連携した取り組み、認知症初期集中支援チーム、民間団体の認知症に優しいまちづくりも報告されている。一方、スコットランドには、リンクワーカーという新しい職種があり、日本からの視察報告があるように注目されている。「リンクワーカー」とは、認知症の人やその家族が診断後に病氣と向き合い、自立した生活を歩む体制づくりをサポートする職種である。両国ともに、様々な課題を抱えながらも、認知症の人に優しい地域づくり

を目指した取り組みを行っている。本研究では、認知症ケアを熱心に取り組んでいる両国の病院の看護師にインタビューしており、他職種の認識を直接反映したものではない。しかしながら、コミュニティサービスを提供している病院の看護師の各職種領域との連携に関する認識は、その関わりのある集団を反映した知見であると考えられる。

本研究結果では、日本では境界線のぼやけた連携が理想とされ、認知症医療・介護を担う多職種連携の在り方が両国で異なつた。本研究のように、両国の相違点を明らかにして共有することは、より質の高い認知症医療・介護を提供するために必要である。国や地域にあつた多職種連携の在り方を検討することが求められている。両国の社会文化的背景も理解するとともに得られた知見を共有し、多職種連携の観点から良質な認知症ケアを国際的にも発信できると考えられる。今後、立場や役割の異なる看護師や他職種の多職種連携に対する認識も調査し、認知症の人に優しい地域づくりを達成する連携づくりに活かされることを期待する。

#### 参考文献

- (1) 内閣府 平成28年度高齢者白書
- (2) Prince, M et al. Dementia UK: Update Second Edition report produced by King's College London and the London School of Economics for the Alzheimer's Society. 2014
- (3) 西田敦志, 英国の国家認知症戦略のビジョンと実際 厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業) 研究分担報告書. 2011
- (4) Scotland's National Dementia Strategy 2010-2013
- (5) Scotland's National Dementia Strategy 2013-2016
- (6) Scotland's Third National Dementia Strategy 2017-2020
- (7) 林真由美, 認知症とともに生きる人々のための権利と権利ベースのアプローチ. 精神医学 59(8): 739-748. 2017
- (8) David Steel et al. United Kingdom (Scotland) Health system review. Vol. 14 No. 9, 2012
- (9) 堀真奈美, 海外行政実態調査報告書 保健医療分野におけるVFMとアカウンタビリティの確保に関する研究 イギリスのNHS・ソーシャルケア改革を事例として. 2011
- (10) 栗田駿一郎, 杉本亜美菜(日本医療政策機構), スコットランド視察報告書「Alzheimer ScotlandとLink Workerシステム」2017
- (11) Anne Marie M Rokstad, et al. Day Care for People with Dementia: A Qualitative Study Comparing Experiences from Norway and Scotland. Dementia (London) 18(4): 1393-1409. 2019
- (12) 川瀬康裕, 認知症の多職種協働と地域連携, 日内会誌 103: 1847-1853. 2014
- (13) 山中京子, 医療・保健・福祉領域における「連携」概念の検討と再構成, 社会問題研究. 53(1): 1-22. 2003
- (14) 大谷尚, SCAT: Steps for Coding and Theorization—明示的手続きで着手しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法— 日本感性工学会論文誌 10(3): 155-160. 2011
- (15) 木下芳子, 多数決の適用についての判断の発達 日本とイギリスとの比較研究, 発達心理学研究 20(3): 311-323. 2009
- (16) OECD Health Statistics 2017
- (17) 江藤美和子, 諸外国における看護職量権: オーストラリア, イギリス, カナダ, タイ, 韓国におけるNPの量権と活動. インターナショナルナースingleビュー 33(1): 48. 2010
- (18) 尾島俊之, 認知症の人・高齢者等にやさしい地域づくりの手引き「指標の利活用とともに」厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業) 認知症発生リスクの減少および介護者等の負担軽減を目指したAge-Friendly Citiesの創生に関する研究班, 2019

#### 謝辞

本調査にあたり、各病院で研究の趣旨をご理解いただき、インタビューにご協力いただいた両国の医療スタッフの方々、スコットランドの共同研究者であるMorag McFadyen氏、Sundari Joseph氏、Lesley Diack氏に心から感謝申し上げます。なお、2018年度科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金) 基礎研究C(課題番号 18K02060)の助成を得て行った。

## Social accountability across cultures, does the concept translate? An explorative discussion with primary care colleagues in Japan

Robin Ramsay, Maham Stanyon & Noryiuki Takahashi

To cite this article: Robin Ramsay, Maham Stanyon & Noryiuki Takahashi (2020): Social accountability across cultures, does the concept translate? An explorative discussion with primary care colleagues in Japan, Education for Primary Care, DOI: [10.1080/14739879.2020.1727780](https://doi.org/10.1080/14739879.2020.1727780)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/14739879.2020.1727780>



Published online: 12 Feb 2020.



Submit your article to this journal [↗](#)



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)

Full Terms & Conditions of access and use can be found at  
<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=tepc20>



## Social accountability across cultures, does the concept translate? An explorative discussion with primary care colleagues in Japan

Robin Ramsay<sup>a</sup>, Maham Stanyon<sup>b</sup> and Noryiuki Takahashi<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centre for Population Health Sciences, Usher Institute, University of Edinburgh, Edinburgh, UK; <sup>b</sup>Department of Community and Family Medicine, Centre for Medical Education and Career Development, Fukushima University, Fukushima, Japan; <sup>c</sup>Department of Education for Community-Oriented Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine, Showaku, Japan

### ABSTRACT

This article sets out to explore and clarify the concept of social accountability in a global health context. It examines some of the cross-cultural challenges when translating social accountability across healthcare systems with specific reference to Japanese primary care. Finally, the role of social accountability in postgraduate education and medical professionalism will be considered with practical recommendations focusing on education and training in primary care.

### ARTICLE HISTORY

Received 28 January 2020  
Revised 1 February 2020  
Accepted 6 February 2020

### KEYWORDS

Primary care; social accountability; family physician; postgraduate medical education; cultural competency

### Introduction

As primary care professionals in an interdependent world we are challenged to think differently, paying attention to global problems, addressing local concerns and fulfilling a professional duty to promote health equity. Central to this is the development of sustainable primary health care, supported by the Declaration of Astana [1] which is a key milestone in the journey towards universal health coverage, a global health target that spans the health-related Sustainable Development Goals [2].

Fundamental to achieving sustainable primary health care is a vision for medical education outlined by Frenk [3] that promotes transformative learning based on a competency driven approach, drawing on global resources and responsive to local and rapidly changing conditions. This vision aspires to inter- and trans professional education aiming to break down silos across disciplines, enhance collaborative and non-hierarchical relationships and above all, promote a 'new professionalism' [3] that 'develops a common set of values around social accountability' [3]. As these themes permeate medical education practice, a workforce trained in social accountability seems inevitable. Such reform must be incorporated across the spectrum of medical education embedding professional values derived from social accountability into

clinical practice and benefiting local communities across cultures.

Within the global context barriers exist in embedding social accountability and achieving Frenk's vision [3]. There are questions around the cross-cultural understanding of social accountability and how the concept can be integrated into multiple healthcare and education systems at various stages of development and subject to different internal influences.

International exchanges in family medicine can help address some of these questions by providing cross-cultural learning opportunities [4]. Social accountability has been the subject of focused discussion during UK-Japan exchange activities, including workshops at the WONCA Asia Pacific Regional Conference 2019. This article will draw on lessons learned from these discussions before arguing that prioritisation should be given to formalising socially accountable values as part of a common identity in primary care training and practice across the world.

### The concept of social accountability

It is recognised that the concept of social accountability requires greater clarity [5]. To better understand the term, appreciating the continuum from social responsibility to social accountability is helpful (Table 1) [6].

The term 'social accountability' was first defined in 1995 by the World Health Organisation (WHO), in

Table 1. The progression from responsibility to accountability.

<b>Social responsibility</b> implies awareness of duties regarding society.
<b>Social responsiveness</b> is the engagement in a course of actions responding to social needs.
<b>Social accountability</b> adds a documented justification for the scope of undertaken actions and a verification that anticipated outcomes and results have been attained.

*Adapted from Boelen 2009*

response to the World Health Assembly resolution 'Reorienting medical education and medical practice for health for all' [7]. A later, widely accepted definition from Boelen shows how social accountability evolved as a duty to address key society health needs with responsibility for action and educational reform lying with medical schools: 'Social accountability is the capacity to respond to society's priority health needs and health system challenges to meet such needs. It emphasizes the potential of medical schools to partner with key stakeholders in the health sector and organize medical education in a way that has the greatest chances to yield most relevant outcomes and highest impact on people's health' [8]. It is worth noting how the responsibility of medical schools is a persistent theme included in the most recent definition, from the Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools (GCSA) (Table 2) [8].

Across the world different approaches to social accountability have emerged; for example in sub-Saharan Africa, social accountability has been defined as 'a participatory process in which citizens are engaged to hold politicians, policymakers and public officials accountable for the services that they provide' [9]. This places a different emphasis on the development of socially accountable practices and widens responsibility to include those in public office. Despite broader definitions emerging, there is currently no global definition of social accountability that transcends medical education and clinical practice.

Table 2. The global consensus for social accountability of medical schools ten strategic directions.

1: Anticipating society's health needs
2: Partnership with the health system and other stakeholders
3: Adapting to the evolving roles of doctors and other health professionals
4: Fostering outcome-based education
5: Creating responsive and responsible governance of the medical school
6: Refining the scope of standards for education, research and service delivery
7: Supporting continuous quality improvement in education, research and service
8: Establishing mandated mechanisms for accreditation
9: Balancing global principles with context specificity
10: Defining the role of society

*Adapted from Boelen 2016: p104*

### Cross-cultural challenges to understanding and implementing social accountability

In addition to the lack of common definition our UK/ Japan exchange discussions highlighted other cross-cultural challenges.

#### Terminology

Terminology can be problematic. In Japanese 'responsibility' and 'accountability' are not distinguished linguistically (27 August 2015 posting by H Oshiba to Huffpost Post blog, unreferenced). In Japan definitions that are commonly utilised in Western cultures may not exist. For example, there is no clear distinction between primary, secondary and tertiary care [10]. Lack of a common understanding of terminology can limit progression of discussions from descriptions of social determinants of health to addressing social determinants through the lens of accountability. It may also be unclear who to engage with and where responsibilities lie.

#### Health systems

When discussing the application of social accountability internationally, health system factors must be considered. Socially accountable work most often occurs in a community setting. In Japan, the healthcare system allows free access. Most patients directly access secondary care facilities and there is no primary care gate-keeping role [8]. The result is a population of patients in the community that is harder to define and to engage in socially accountable practice. This situation is common to many countries where healthcare systems are based on a fee for service model.

#### Medical schools

The responsibility for instigating socially accountable policy requires local contextualisation in order to be implemented effectively. Responsibility for instigating a socially accountable agenda is traditionally placed with medical schools [11] working through engagement with populations served by community clinics and with links to universities. In Japan, not all universities have curriculum space dedicated to primary care or links to community-based practices [12]. In this scenario, medical students may not learn about the principles of social accountability or interact with community-based professional role models. This is a situation that may be found in many medical schools around the world limiting the integration and understanding of social accountability in a local context.

### Workforce

Workforce issues may also limit progress, especially in countries where primary health care is developing. Japan has a population of 127 million people and as of November 2017 there were only 673 doctors who had completed the standardised 3-year vocational training programme of the Japan Primary Care Association, with 5,800 members holding diplomas [13]. This makes integration with medical education systems and advocating for social accountable change to practice a formidable task.

### Measuring social accountability

Lack of a reliable measurement criteria for socially accountable activities may further compound the cross-cultural issues we have highlighted. Frameworks to assess and measure social accountability bridge the gap in recognising and building evidence-based standards of practice. The Training for Health Equity Network (THEnet) evaluation framework for socially accountable health professional education [14], the ASPIRE criteria for recognising excellence in social accountability [15] and the International Federation of Medical Student Associations' toolkit for social accountability [16] offer helpful starting points; however, all have been developed in relation to medical schools and do not cover postgraduate training or clinical practice.

### Social accountability as part of professional identity

In order to transcend the spectrum of medical education social accountability needs a clear, globally relevant definition fit for local contextualisation and application. Even with this in place further efforts are required if this is to translate to increased socially accountable practice. Our observations suggest advancement in social accountable practice may be achieved through integration with identity in primary care. Family doctors, as leaders of primary health care teams, promote patient-centered, accessible, comprehensive and coordinated care that aligns closely with the four values of social accountability: relevance, quality, cost-effectiveness and equity [7]. Therefore socially accountable practices may already be present in primary care without formal recognition, entwined with professional responsibility.

The strong alignment between social accountability and identity has been noted in the undergraduate context where it has been identified as a personal

responsibility [17]; however, we believe the case for inclusion in postgraduate training as a professional duty is substantial. Crucial to integration is the uptake of the terminology into postgraduate education; specifically into professional guidance, inclusion in training competency outcomes and application in trainee quality improvement work. Meili and colleagues describe a step in this direction taken by the Future of Medical Education in Canada's Postgraduate Medical Education Project recommendations which lists the embedding of social accountability second in its priorities for speciality training transformation [18].

### Further opportunities for social accountability

There are further opportunities to embed social accountability in primary care training through the establishment of a continuum of education linking undergraduate teaching with postgraduate application, measuring socially accountable practice and building an academic evidence base [19]. This may integrate into clinical practice through a programme of continuous professional development (CPD) activities with social accountability at their core; building a culture of CPD that is reflective on, and responsive to, local population needs [20].

The development of networks to share best practice internationally in social accountability is vital. In our discussion we learned about the Japanese '*chiiki-waku*' system which addresses workforce challenges by providing entry to medical schools combined with prefectural scholarships encouraging graduates to work in rural communities [12,21]. The scheme not only provides relief to communities suffering from the shortage of doctors but the doctors themselves are embedded into the community making them key contributors to socially accountable practice. With international organisations such as THEnet [22] and local projects such as The Upstream Lab in Toronto [23] and the University of Glasgow's 'The Scottish Deep End Project' [24] already linking innovation in primary care delivery with training, evaluation and workforce development, sharing good practice is key.

Alongside networking is the ability and infrastructure to rigorously evaluate the evidence shared, adapting interventions and driving innovation according to local context and needs. This is the role of academic primary care, which in turn needs investment and development.

To fully realise the transformational change needed to drive social accountability in postgraduate primary care education, leadership is required.

This may take the form of academic mentorship to nurture international primary care leaders, equipped with the tools to develop culturally relevant definitions and examples of social accountability and embed them into local primary care training.

### Conclusion

This article is based on learning from cross-cultural discussions on UK/Japan professional exchanges in family medicine. Lack of a consistent, globally relevant definition for social accountability is identified as a problem in integration across healthcare systems and cultures. Terminology may limit understanding of social accountability, creating uncertainty regarding practical application, responsibility and measurement and leading to failure in the recognition of socially accountable work. Whilst debate and discussion on the definition of social accountability is encouraged, there may be limited value in pursuing a global definition without considering integration of social accountability with professionalism and identity in primary health care.

In exploring these issues our goal was to achieve an understanding of the challenges and to explore how social accountability can be reconciled across vastly differing healthcare systems, populations and education systems. Our discussions demonstrated an appetite amongst family doctors for the introduction of social accountability as a core professional value. Where primary health care is newly developing there is an opportunity to consciously build social accountability into its identity and integrate the concept into training competency outcomes and professional guidance. In those systems where primary health care is more established, there is scope for change, embracing social accountability as part of academic identity through CPD and the sharing of initiatives by dedicated networks. We anticipate that mentoring relationships and the global development of academic primary care will be key drivers in overcoming healthcare system design challenges and in developing culturally relevant definitions applicable to clinical practice and population needs. This will help to realise Frenk's vision for a 'new professionalism' and achieve the ultimate goal of impacting local populations and addressing health inequity.

### Acknowledgments

Enormous thanks and gratitude to Professor Ryuki Kassai for the invaluable advice and proofreading in the preparation of this manuscript.

### Disclosure statement

In accordance with Taylor & Francis policy and ethical obligation as a researcher, Dr Noriyuki Takahashi is reporting that he belongs to a department funded by Aichi prefecture and Nagoya city in Japan, that may be affected by the research reported in the enclosed paper. Dr Noriyuki Takahashi has disclosed those interests fully to Taylor & Francis, and he has in place an approved plan for managing any potential conflicts arising from that involvement.

### References

- [1] Declaration of Astana [Internet]. World Health Organisation; 2018 [cited 2019 Dec 2]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- [2] United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development [Internet]. [cited 2019 Dec 19]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- [3] Frenk J, Chen L, Bhutta Z, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):p1923.
- [4] Ramsay R, Baines M, Geeranavar S. Partnering with Japan: the power of international exchange. *InnovAIT*. 2012;8(6):376–378.
- [5] Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The social accountability of medical schools and its indicators. *Educ Health*. 2012;25(3):180–194.
- [6] Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Med Educ*. 2009;43(9):887–894.
- [7] Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. *World Health Organisation* [Internet]; 1995 [cited 2019 Aug]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59441>
- [8] Boelen C. Why should social accountability be a benchmark for excellence in medical education? *Educación Médica*. 2016;17(3):101–105.
- [9] Danhouno G, Nasiri K, Wiktowicz ME. Improving social accountability processes in the health sector in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):497.
- [10] Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Japan health system review; 2018. [Internet]. [cited 2020 Jan]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259941/9789290226260-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [11] World Federation for Medical Education. The Edinburgh declaration. *Med Educ*. 1988;22(5):481.
- [12] Saiki T, Imafuku R, Suzuki Y, et al. The truth lies somewhere in the middle: swinging between globalization and regionalization of medical education in Japan. *Med Teach*. 2017;39(10):1016–1022.
- [13] Japan Primary Care Association About us: Membership [Internet]. Japan: Japanese Medical Association; 2017

- [cited 2019 Dec 19]. Available from: [http://www.primary-care.or.jp/jpca\\_eng/membership.html](http://www.primary-care.or.jp/jpca_eng/membership.html)
- [14] Larkins S, Preston R, Matte M, et al. Measuring social accountability in health professional education: development and international pilot testing of an evaluation framework. *Med Teach*. 2013;35(1):32–45.
- [15] ASPIRE International Recognition of Excellence in Education. ASPIRE recognition of excellence in social accountability of a medical school - Version 2.0 [Internet]. 2018 May [cited 2019 Dec 19]. Available from: [file:///C:/Users/v1rramsa/Downloads/ASPIRE\\_REVISIED\\_SA\\_CRITERIA\\_2018\\_Final.pdf](file:///C:/Users/v1rramsa/Downloads/ASPIRE_REVISIED_SA_CRITERIA_2018_Final.pdf)
- [16] International Federation of Medical Students' Association (IFMSA). Students' Toolkit on Social Accountability in Medical Schools [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 19]. Available from: [https://ifmsa.org/wp-content/uploads/2017/09/Toolkit-on-Social-Accountability\\_Final-v.32.pdf](https://ifmsa.org/wp-content/uploads/2017/09/Toolkit-on-Social-Accountability_Final-v.32.pdf)
- [17] Preston R, Larkins S, Taylor J, et al. From personal to global: understandings of social accountability from stakeholders at four medical schools. *Med Teach*. 2016;38(10):987–994.
- [18] Meili R, Buchman S. Social accountability: at the heart of family medicine. *Can Fam Phys*. 2013;59(4):335–336.
- [19] Kruse J. Social accountability across the continuum of medical education: a call for common missions for professional, accreditation, certification, and licensure organizations. *Fam Med*. 2013;45(3):208.
- [20] Fleet L, Kirby F, Cutler S, et al. Continuing professional development and social accountability: a review of the literature. *J Interprof Care*. 2008;22(S1):15–29.
- [21] Kato D, Ryu H, Matsumoto T, et al. Building primary care in Japan: literature review. *J Gen Fam Med*. 2019;20(5):170–179.
- [22] THEnet: The Training for health equity network [Internet]. [cited 2020 Jan]. Available from: <https://thetcommunity.org/>
- [23] The Upstream Lab [Internet]. [cited 2020 Jan]. Available from: <https://upstreamlab.org/>
- [24] Blane DN. Medical education in (and for) areas of socio-economic deprivation in the UK. *Educ Primary Care*. 2018;29(5):255–258.

## 4. 第一回名古屋大学大学院医学系研究科 地域医療教育学講座同窓会・懇親会

日時：2020年1月26日 日曜日 15時-18時

場所：名古屋大学鶴舞キャンパス 鶴友会館2階 会議室

### 1. 出席者

・同窓会・懇親会参加者 計 18名

地域医療教育学講座の先任教員・スタッフ 4名

地域医療教育学講座の現任教員・スタッフ 5名

卒業生（地域枠医師）6名

地域枠学生 3名

・二次会参加者 計 16名（内同窓会・懇親会参加者5名を含む）

地域医療教育学講座の先任教員 3名

地域医療教育学講座の現任教員・スタッフ 4名

卒業生（地域枠医師）5名

地域枠学生 1名

関係者 3名

### 2. ご挨拶

開会にあたり、新旧お二人の教授から、ご挨拶をいただいた。まずは、現地域医療教育学講座責任教授の、名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学教授 葛谷雅文先生から、地域医療というキーワードについて病院と地域の架け橋となるように、地域枠に期待している旨をお話しいただいた。

さらに、先任教員の愛知淑徳大学健康医療科学部健康栄養学科教授 植村和正先生から、名古屋大学大学院医学系研究科 地域医療教育学講座の設立当初の経緯をご説明いただいた。厚生労働省の施策に基づき、愛知県健康福祉部などの行政職員や名古屋市立大学の大学関係者と連携し、現在の地域医療教育学講座の理念が作り上げられた。愛知県は、比較的交通網が発達しており、アクセスは良いことも考慮し、community-based medicineではなく、community-oriented medicineと決定され現在に至っている。

### 3. 講演

地域医療教育学講座の前任講座長で、地域医療教育学講座の基盤を植村教授とともに構築した功労者である、北海道美幌町立国民健康保険病院呼吸器内科の安井浩樹先生から、『アートとしての地域医療』というテーマでご講演いただいた。内容は、医学的情報だけでなく、社会的・個人的情報を考慮した医学判断が地域医療現場で求められており、“正しい”判断をするために必要なものは何かを参加者に問いかけた。さらに、国際的な視野も含めて、日本の医療/社会保障システムの未来について“医師不足”先進地域である北海道・オホーツク地方での実践を踏まえて解説していただいた。

### 4. 参加者の近況報告と感想

卒業生参加者からは、「地域医療に従事する医師を志す初心を思い出すと同時に、communityに資する医師を目指す事がいかに難しくそれだけに挑戦しがいのある事かと再認識した」「このような機会があれば、ぜひまた開催してほしい」などの意見があった。

### 5. 閉会の挨拶

地域医療教育学講座の現講座長 岡崎先生から、近年の地域医療教育学講座の取り組み（2019年度地域医療確保修学生研修会 春の交流会）を愛知県の協力のもと当番幹事として開催し、“Playful Medicine”をテーマに実施したことなどを動画を用いて紹介した。

### 6. 二次会

場所を移動し、鶴舞周辺のレストランにて、引き続き意見交換を行った。当講座で地域枠医学生の教育にご尽力いただいている、AOI名古屋病院長の三島信彦先生、金城学院大学の網岡克雄先生、前任の地域医療教育学講座教員で安井先生とともに地域医療教育学講座の礎を築いた愛知医科大学看護学部臨床実践看護学教授の阿部恵子先生、CBCラジオ健康ライブラリーを初め医療情報を発信していただいている後藤克幸氏が加わり、新旧交えた活発な意見交換を行った。

以上



2020 1.26  
名古屋大学地域医療教育学講座同窓会

## アートとしての地域医療

Community-oriented medicine as Art

呼吸器内科  
安井浩樹  
美幌町立国民健康保険病院

### 名大地域医療教育学講座が目指す学生のアウトカム

- ▶ 名大医学部の（地域枠）学生は、大都市から人口過疎地や離島まで様々な生活様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となる。
- ▶ 将来においては、愛知県での経験を生かして、全国どの地域社会・医療機関であっても、その状況が求めるヘルスケアを提供できる者（**site-oriented healthcare provider**）となる。

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科


### 北海道は北の端？



美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

### 北海道での気づき

- ▶ 氷点下は意外と寒くない
- ▶ 距離感の違い
- ▶ 新聞、テレビ、ラジオチャンネルが名古屋と似ている。  
(cf. ドラゴンズとファイターズ、グランパスとコンサドーレ等)
- ▶ 北方領土（問題）が身近
- ▶ おおらかそうだが、こだわりもあり
- ▶ 言葉が通じる！



美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科


### 本日お話しすること

1. 地域における多職種連携医療
2. 地域医療の未来と課題
3. アートとしての地域医療

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

### 美幌町立国民健康保険病院

- ▶ 病床数：一般病床99床（10：1急性期）
- ▶ 平均在院日数：16日
- ▶ 病院群輪番制病院、救急告示病院
- ▶ 常勤医師：10名—6名（内科、循環器内科、呼吸器内科、総合診療科、外科、整形外科、泌尿器科、小児科、婦人科）
- ▶ 非常勤医師：（脳神経外科、眼科、麻酔科）



（近隣人口）  
美幌町：約2万人  
大空町：約7千人  
津別町：約5千人  
北見市：約12万人  
網走市：約4万人

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科



## 美幌国保病院の特徴と課題

- ▶ 2病棟、99床の小さな病院
- ▶ にもかかわらず、地域中核病院に近い医療体制、医療安全、感染対策が求められている
- ▶ 意外に設備は、よいかも!?
- ▶ 職種間の垣根が低い!?(←それなりに問題はあり)
- ▶ 街(市街地)が、コンパクトであり、役場、保健センター、自衛隊、地元産業等の結びつきがよい(eg.健康診断など)
- ▶ 標榜診療科が多い?
- ▶ 地域住民・行政の専門医志向やポリファーマシー?

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## ♪私の一週間♪

	月	火	水	木	金
午前		在宅訪問診療 嚥下内視鏡	外来	外来	外来
午後	外来	外来	特養訪問診療 ICTラウンド 6分間歩行試験 リハカンファ	各種処置 (CVC、胃瘻 交換、胸腔穿 刺、トロッ カー、気管切 開等) 気管支鏡	
夜			バドミントン		

その他：自衛隊診療、介護保険審査会、産業医業務、産業医面談、学校医...  
当直 4~5回/月、透析当番...

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 美幌町立国保病院に求められる医療 ～呼吸器内科5年計画～

- ▶ 平成29年度 呼吸リハビリパス体制構築
- ▶ 平成30年度 在宅/緩和医療提供体制
- ▶ 平成31年度 気管支鏡検査体制構築
- ▶ 平成32年度 地域における禁煙支援体制構築
- ▶ 平成33年度 5年計画総括

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 多職種連携医療の取り組み

- ▶ 呼吸リハビリパスとチーム
- ▶ 緩和・がんリハチーム
- ▶ 地域ケア会議(行政、福祉、医療)
- ▶ ENISHING BIHORO
- ▶ 気管支鏡チーム (on going)

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 美幌国保の呼吸リハビリ(16日間)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火
リハビリ			リハビリ			リハ			リハ			リハ			
生活指導・感染予防			住居診断			酸素療法指導			住居診断			生活指導			
入院・オリエンテーション	栄養指導	6分間歩行1	服薬吸入指導	外泊1				6分間歩行2	栄養指導	外泊2	服薬吸入指導	退院			
	血液ガス														

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## チーム医療の原則

自分の専門領域を通して他の専門職と協同する

- 1) 仲が良い
- 2) 指摘する勇気をもつ
- 3) 専門領域間のすき間をうめる
- 4) 知識で人を傷つけない
- 5) あなたと私がいるから1+1>2

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 今後の美幌での取り組み

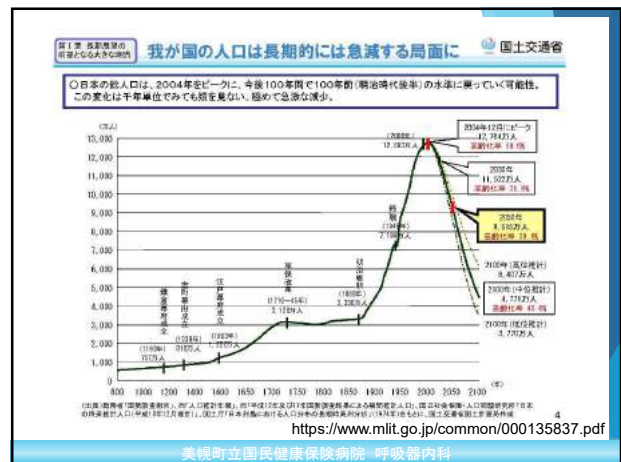
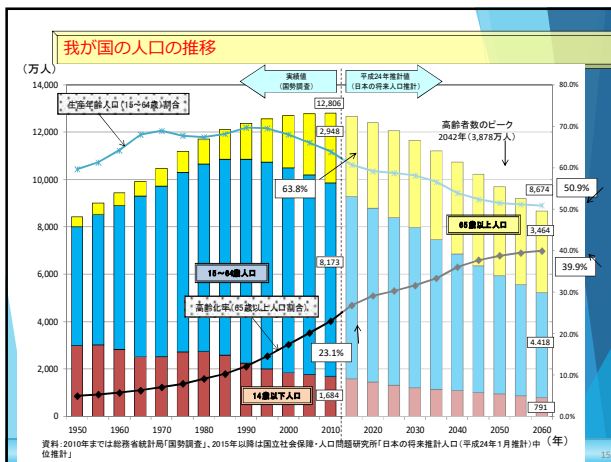
- ▶ 北大病院、東京医大病院、札幌北辰病院、松阪市民病院から、地域医療研修の受け入れ
- ▶ 特定行為研修指定施設の取得
- ▶ 理学療法士、栄養士等の充実
- ▶ 在宅医療の充実
- ▶ 町民への情報発信・アウトリーチ
- ▶ 行政、議会との連携
- ▶ オホーツク地域との連携

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 本日お話しすること

1. 地域における多職種連携医療
2. **地域医療の未来と課題**
3. アートとしての地域医療

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科



## 突きつけられた課題！？

- ▶ 未だ経験したことのない急激な医療環境・ニーズとして社会の変化に、我々(医学、看護、医療人教育等)は対応できているであろうか？
- ▶ 対応できているとしてそのペースは充分か？
- ▶ 発想や思考の深さや広さは充分か？

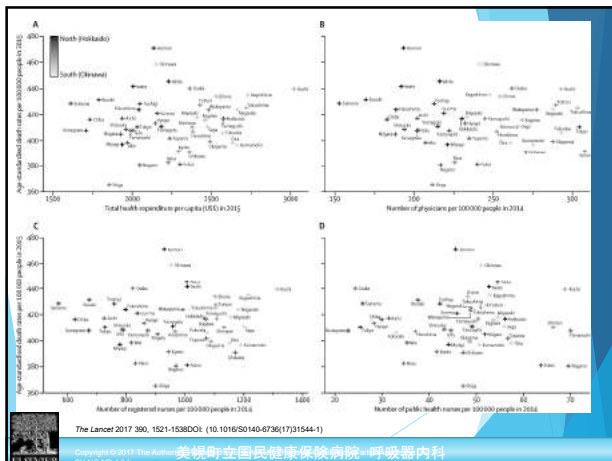
こんなに変わっているのに…！

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

Q. 医師、看護師、医療費が多ければ多いほど、よい医療が提供されるか？



美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科



The Lancet 2017 390, 1521-1530 DOI: (10.1016/S0140-6736(17)31544-1)  
Copyright © 2017. The Author. 美観町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 今後の地域医療体制の変化

- ▶ 遠隔診療、AI等の技術導入  
→AIで対応できない部分とは？
- ▶ ワークシェアリング、タスクシフティング (かかりつけ薬剤師、特定行為看護師等)
- ▶ 薬中心の医療から、リハビリ、栄養、心理、アートなど多様なリソースを用いた医療  
...が必要



美観町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## Aberdeen, Scotland



美観町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 英国における医療改革の歴史 ～揺りかごから墓場まで～

- ▶ 1948年 NHS (National Health Service)発足
  - ▶ 経済的課題、病院、クリニック、保健機関の連携不足等
- ▶ 1979年 サッチャー政権
  - ▶ コスト削減圧力、医療の発展、スタッフ数増加、病院から地域へのシフト、低モラル、入院まち
- ▶ 1991年 NHSトラストの設立
  - ▶ 競争原理による質の改善→ほぼ失敗
  - ▶ GPの流出、女性医師増加等によるGP不足 (特にスコットランド)
- ▶ 2000年～ ブレア政権によるNHS改革プラン  
- (財源の手当、制度改革、医療分画改革)
- ▶ 2001年 プリストル王立小児病院事件、Harold Shipman事件等

美観町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## Kincardine Community Hospital- Stonehaven



美観町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## Kincardine Community Hospital Stonehaven



美観町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## NHS SCOTLAND PROJECT FACT FILE

- ▶ These beds are managed by local GPs supported by hospital staff.
- ▶ This service covers **acute medical care, post-operative rehabilitation, convalescence and palliative/terminal care.**
- ▶ **All nurses working within this department have undergone minor injuries training** which allows them to deal with a large range of presenting conditions, thereby reducing GP workload and reducing patient waiting times.

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## スコットランドの保健医療から学ぶ

- ▶ 住民参加 (Patient Public Involvement)
- ▶ 地域志向 (Community-Oriented/ Local Involvement Networks)
- ▶ 情報開示 (Community Health Profiles)
- ▶ 多職種協働 (Interprofessional work)
- ▶ 医療人教育 (Healthcare education)
- ▶ 地域政府 (Local Government)

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 「情報化組織」 (P.F.ドラッカー) と未来の組織

- ▶ 今から20年後には、大企業や政府機関など、今日の典型的な大組織では、経営管理者の階層は半分以上に、経営管理者の数は三分の一以下になる。
- ▶ おそらく組織の構造やマネジメントの問題は、病院、大学、オーケストラなど、今日の経営管理者や学者が関心を持っていないような社会的機関の組織や、問題と似たものになっている。(「新しい現実」1989)
- ▶ 情報化組織では、中間管理職は単なる情報のブラスターに過ぎないので、中間管理職の階層の多くは不要となり、組織はよりフラットになる。
- ▶ 情報化組織では、ミドルマネジメントの不要化とトップダウンでない自律的な責任 (プロフェッショナル) によるコミュニケーションに基づく組織、そして、強いリーダーシップが必要。

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## オーケストラ～未来の組織

- ▶ 専門家集団による、フラットな組織
- ▶ 個々の楽器 (役割) が自律的に演奏し、総体としての音楽が作られる。
- ▶ “全く音を出さない”指揮者のビジョンとリーダーシップが、それを可能にする。

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

- ▶ 「今後トップの仕事は今後ますます多様化し、私が知るかぎりもっとも複雑な仕事、すなわちオペラの総監督仕事に似たものになる。スターがいる。命令はできない。共演の歌手が大勢いて、オーケストラがいる。裏方がある。そして聴衆がいる。すべて異質の人達である。しかし、総監督には楽譜がある。みなが同じ楽譜をもっている。その楽譜を使い、最高の結果を出す。トップが取り組むべき仕事ゴアこれである。」
- 「ネクスト・ソサエティ 2002 P.Fドラッカー」

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 未来の医師の役割とは

- ▶ 地域における医師の役割は、コミュニケーション能力とリーダーシップによって、地域の医療、介護、福祉関係者、行政、政治家...住民を、マネジメントして、“最大幸福”を実現させることかもしれない。
- ▶ 指揮者が音を出さないように、かならずしも、“医師”の仕事は、狭義の“医療”そのものではなくなる可能性がある。

では、最大幸福は誰が、どのように定義するの

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 本日お話しすること

1. 地域における多職種連携医療
2. 地域医療の未来と課題
3. **アートとしての地域医療**

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## Hospital de Sant Pau (Barcelona, Montaner)



“芸術は人を癒す”

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## VUCAの時代

- ▶ V: Volatility (変動)
- ▶ U: Uncertainty (不確実)
- ▶ C: Complexity (複雑)
- ▶ A: Ambiguity (曖昧)

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

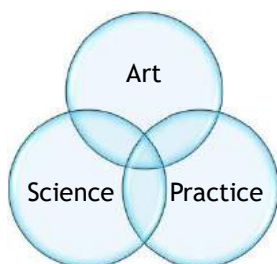
## VUCA時代に何故アートが必要か？

1. 論理的・理性的な情報処理スキルの限界
2. 世界中の市場が「自己実現的消費」へとむかいつつある
3. システムの変化にルールの制定が追いつかない状況が発生

山口周 「世界のエリートはなぜ「美意識」を鍛えるのか？経営における「アート」と「サイエンス」 光文社新書、2017

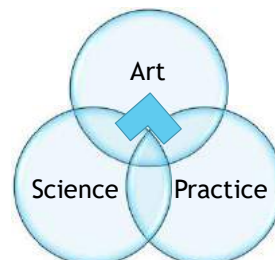
美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 医療に必要な Art, Science and Practice



美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## アカウンタビリティの格差



- 正しい判断には、美意識が必要
- アートをサイエンスとプラクティスがささえる

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科



## 星の王子様より

Le plus important est invisible

大切なものは、目に見えない。



美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 医師にとって

### Art, Science, and Practiceとは

#### ▶ Art

- ▶ 音楽、映画、小説、アート、建築、歴史、宗教、哲学、異文化体験等

#### ▶ Science:

- ▶ 研究、大学院進学、研究留学、学会／論文発表等

#### ▶ Practice

- ▶ 病院/診療所勤務（臨床研修）

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 未来の医師の役割

### ▶ 医療チームのリーダーとして...

- ▶ 悩む力 annoyed
- ▶ 耐える力（何もしない力）bear
- ▶ 創造（創造）する力 create
- ▶ 決断する力 decide
- ▶ 癒やす力 ease
- ▶ 動かす力 facilitate

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 医療人の使命

### 1. 治るべき病気を治るようにする

治る病気をふやす

知識・技能

### 2. 知識と技能を尽くしても治らない病気になった人が希望を持つことができる

態度・人生観

### 3. 良き後輩を育てる

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

## 人生の目的

（万人に共通する目的が少なくとも3つある）

1. 自分に潜在する能力をできるだけ引き出す
2. 他の人と好ましい人間関係を作る
3. 他の人の人生に意味のある貢献をする

Tony Devine, Joon Ho Seuk, Andrew Wilson:  
Cultivating Heart and Character—Educating for Life's Most Essential Goals, 1975

日本語訳：「人格教育」のすすめ（上野久雄訳）（株）コスモトゥーワン  
上記1～3、一部改訳、中島

美幌町立国民健康保険病院 呼吸器内科

（参考文献）

山口周 世界のエリートはなぜ「美意識」を鍛えるのか？経営における「アート」と「サイエンス」 光文社新書, 2017

山岸淳子 ドラッカーとオーケストラの組織論 PHP新書, 2013

P.F.ドラッカー 非営利組織の経営 ダイアモンド社, 1991

武内和久・竹之下泰史 公平・無料・国営を貫く英国の医療改革 集英社新書, 2009



ご清聴ありがとうございました

## 令和元年度 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	岡崎、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	岡崎、末松、高橋	医学部5年生
3月14日他 (計12回)	講義/実習	ポリクリⅡ 地域実践指導(渥美病院、海南病院、名古屋通信病院)	岡崎、末松、高橋	地域枠6年生
5月13日他 (計5回)	講義/実習	地域医療セミナー	岡崎、末松、高橋	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)	岡崎、末松、高橋	地域枠3年生
10月9日 10月16日	講義/実習	医薬入門～シネメデュケーション	岡崎、末松、高橋	医学部1年生 名城大学 薬学部1年生
11月8日 11月11日	講義/実習	基本的臨床技能実習 (多職種連携教育)	岡崎、末松	医学部4年生
10月26日 11月16日	ワークショップ	糖尿病教室 IPE(本番:尾洲病院)	末松	医療系学生 栄養学生
10月29日 他(計7回)	講義/実習	地域医療学	岡崎、末松	医学部4年生
12月9日 12月10日	講義/実習	特別選択講義:死の教育	高橋	医学部4年生
12月11日	講義/実習	特別選択講義:地域における IPE	岡崎、末松、高橋	医療系学生 福祉系学生
通年 (18回)	演習	チュートリアル教育	岡崎、末松、高橋	医学部4年生
月例 (計11回)	会議	学部教育委員会	岡崎	

## 卒後教育

開催日	詳細区分	名 称	担当教員	対象者
4月8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15日他 (計3回)	WS 主催	地域生活医療圏を基盤とした臨 床研修支援事業木曾川メディカ ルカンファレンス研修医勉強会	岡崎、末松、 高橋	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
4月6日	講演	患者さんのところに寄り添うイ ンスリン治療ワークショップ	岡崎	医療関係者
5月23日	講演	第62回日本糖尿病学会年次学術 集会	岡崎	医療関係者
7月10日	講演	インスリンWEBストリーミン グ講演会	岡崎	医療関係者
7月19日	講演	第120回大幸ライフトピア連携 研究会 保健学セミナー	高橋	大学院生、学部 生、教員、医療 従事者
7月27日	講演	第19回紀泉糖尿病ネットワーク 談話会	岡崎	医療関係者
7月31日	講演	大山糖尿病スタッフセミナー	岡崎	医療関係者
9月4日	講演	北空知多職種連携セミナー	岡崎	医療関係者
9月18日	講演	インスリン療法セミナー2019	岡崎	医療関係者
10月17日	講演	第17回糖尿病の診療と連携を考 える会	岡崎	医療関係者
10月20日	講演	第13回日本薬局学会学術総会	岡崎	医療関係者
11月16日	講演	患者さんのところに寄り添うイ ンスリン治療ワークショップ	岡崎	医療関係者
11月30日	講演	第14回医療の質・安全学会 学術集会	岡崎	医療関係者
1月18日	講演	第32回インスリン治療研究会	岡崎	医療関係者
2月2日	講演	糖尿病医療学研究会 in 松山 2020 モーニングセミナー	岡崎	医療関係者
2月5日	講演	インスリン web ストリーミング 講演会	岡崎	医療関係者



## 講義

開催日	詳細区分	名 称	担当教員	対象者
4月25日	講義	リハ医学	末松	理学療法生
7月22日	講義／実習	高大接続研究センター 学びの杜・学術コース	岡崎、末松、 高橋	高校生
8月6日	講義／実習	高大連携事業中津川プロジェクト	岡崎、高橋	高校生
11月29日	講義	日本福祉大学合同ゼミナール	高橋	日本福祉大学 学生

## その他

開催日	詳細区分	名 称	担当教員	対象者
9月11日 2月12日	会議	なごや IPE ネットワーク会議	岡崎、末松、 高橋	IPE 担当教員
随時	WS	SP トレーニング	末松	SP
随時	ラジオ制作 協力	CBC健康ライブラリー 連携企画会議	岡崎	



# 5. 業績記録



## 論文・発表等 業績一覧

(令和元年度)

### 論文

---

1. 末松三奈, 阿部恵子, 安井浩樹, 朴賢貞, 高橋徳幸, 岡崎研太郎. 多職種連携教育ゲーム (Interprofessional Education Game:iPEG) 日本語版の開発. 医学教育 50 (2), 199-202
2. Kentaro Okazaki, Tomotaka Shingaki, Zhihong Cai, Magaly Perez-Nieves, Lawrence Fisher. Successful Healthcare Provider Strategies to Overcome Psychological Insulin Resistance in Japanese Patients with Type 2 Diabetes. Diabetes Therapy.10, 1823-1834, 2019
3. 末松三奈, 若林唯, 高橋徳幸, 岡崎研太郎, 半谷眞七子, 湊田英津子, 阿部恵子, 鈴木裕介, 葛谷雅文. 認知症医療・介護における多職種連携に対する認識－日本とスコットランドの看護師の語りによる質的分析－. 地域ケアリング 22 (2), 67-71
4. Robin Ramsay, Maham Stanyon & Noriyuki Takahashi. Social accountability across cultures, does the concept translate? An explorative discussion with primary care colleagues in Japan. Education for Primary Care.31, 66-70, 2020
5. Heather Stuckey, Lawrence Fisher, William H Polonsky, Danielle Hessler, Frank J Snoek, Tricia S Tang, Norbert Hermanns, Xavier Mundet-Tuduri, Maria Elizabeth Rossi da Silva, Jackie Sturt, Kentaro Okazaki, Dachuang Cao, Irene Hadjiyianni, Jasmina I Ivanova, Urvi Desai, Magaly Perez-Nieves. Key factors for overcoming psychological insulin resistance: an examination of patient perspectives through content analysis. BMJ Open Diabetes Research & Care. 7 (1), e000723, 2019

6. William H. Polonsky, Lawrence Fisher, DanielleHessler, Heather Stuckey, Frank J. Snoek, TriciaTang, Norbert Hermanns, Xavier Mundet, Maria Silva, Jackie Sturt, Kentaro Okazaki, Irene Hadjiyianni, Dachuang Cao, Jasmina Ivanova, Urvi Desai, Magaly Perez-Nieves. Identifying solutions to psychological insulin resistance: An international study. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 33(299)307-314
7. Takaharu Matsuhisa, Noriyuki Takahashi, Masato Nakaguro, Motoki Sato, Eri Inoue, Shiho Teshigawara, Yukihiro Ozawa, Takeshi Kondo, Shigeo Nakamura, Juichi Sato, and Nobutaro Ban. Fatal case of TAFRO syndrome associated with over-immunosuppression: a case report and review of the literature. *Nagoya Journal of Medical Science* 81 (3), 519

#### 学会発表

---

1. 今来茜、高橋徳幸、當山萌香、青松棟吉、末松三奈、岡崎研太郎、伴信太郎、葛谷雅文. 総合診療科専攻医における共感の認識構造：質的探索的研究. 第10回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会（2019.5.京都）
2. 高見音宇、岡崎研太郎、高橋徳幸、末松三奈. Diabetes Distress Scale 日本語版の開発と性能評価. 第62回日本糖尿病学会学術集会（2019.5.仙台）
3. 末松三奈、高橋 徳幸、岡崎 研太郎、吉見 陽、半谷 眞七子、野田 幸裕、湊田 英津子、葛谷 雅文. 認知機能低下を伴う糖尿病療養に対する模擬患者（SP）参加型多職種連携教育（IPE）. 第62回日本糖尿病学会年次学術集会（2019.5.仙台）
4. 玉田雄大、末松三奈、高橋徳幸、岡崎研太郎、半谷眞七子、湊田英津子、鈴木裕介、葛谷雅文. 認知症の主介護者のコーピング形態の変化に関する質的研究. 第61回日本老年医学会学術集会（2019.6.仙台）

5. 若林唯、末松三奈、高橋徳幸、岡崎研太郎、半谷眞七子、湊田英津子、鈴木裕介、葛谷雅文. 日本とスコットランドの認知症ケアに対する多職種連携の在り方～看護師の語りによる質的分析～. 第 61 回日本老年医学会学術集会 (2019. 6. 仙台)
6. Nene Takami, Kentaro Okazaki, Wataru Ohashi, Noriyuki Takahashi, Mina Suematsu. Japanese Version of the Diabetes Distress Scale : Validation and Identification of Individuals at High Risk for Diabetes-Related Distress. ADA 2019 (2019. 6. San Francisco)
7. Akane Imaki, Noriyuki Takahashi, Moeka Toyama, Muneyoshi Aomatsu, Mina Suematsu, Kentaro Okazaki, Nobutaro Ban, Masafumi Kuzuya. GP trainees’ Conceptual Structure of Empathy: a qualitative study. SACP 2019 (2019. 7. Exeter)
8. Yudai Tamada, Mina Suematsu, Noriyuki Takahashi, Kentaro Okazaki, Etsuko Fuchita, Manako Hanya, Keiko Abe, Masafumi Kuzuya, Morag McFadyen, Sundari Joseph, Lesley Diack. The change in coping strategies among Japanese family carers for people with dementia - A qualitative study. SACP 2019 (2019. 7. Exeter)
9. Yui Wakabayashi, Mina Suematsu, Noriyuki Takahashi, Kentaro Okazaki, Etsuko Fuchita, Manako Hanya, Keiko Abe, Masafumi Kuzuya, Morag McFadyen, Sundari Joseph, Lesley Diack. A qualitative study of interprofessional collaborative practice (IPCP) in community based dementia care in Scotland and Japan- the nurse perspective-. SACP 2019 (2019. 7. Exeter)
10. Mina Suematsu, Noriyuki Takahashi, Kentaro Okazaki, Etsuko Fuchita, Kenichi Okumura, Manako Hanya, Keiko Yamauchi, Keiko Abe, Masafumi Kuzuya. Effectiveness of an “interprofessional diabetes education program” using a collaborative learning system in the web campus on. SACP 2019 (2019. 7. Exeter)
11. 末松 三奈、浅井 遼太、半谷 眞七子、湊田 英津子、高橋 徳幸、岡崎 研太郎、大橋 渉、葛谷 雅文. 1 年次における医・薬合同多職種連携教育プログラムの効果. 第51回日本医学教育学会大会 (2019. 7. 京都)

12. Ryota Asai, Mina Suematsu, Kentaro Okazaki, Noriyuki Takahashi, Wataru Ohashi, Masafumi Kuzuya. A successful, enjoyable interprofessional education program for first-year healthcare students. AMEE 2019(2019.8 Vienna)
13. Kentaro Okazaki. Impact of Drama-based Educational Programme, Diabetes Theater, on Healthcare Professionals' Attitudes toward Patient Centred Care. AMEE 2019(2019.8 Vienna)
14. Mina Suematsu. A patient involvement programme toward interprofessional approach in fourth year medical students before clinical training. AMEE 2019(2019.8 Vienna)
15. 蓮行、岡崎研太郎. 演劇で考える、これからの共生社会. 第6回認知症フレンドリー・ジャパンサミット、(2019.8.京都)
16. 井上真智子、柴田惇朗、阿部路子、井上ルミ子、岡崎研太郎、渡邊奈穂、大石達起、西井桃子、市川歩、蓮行. 認知症高齢者を含む多世代演劇ワークショップ実践に関する研究－ワークショップ講師の観点から－. みんなの認知症情報学会 第2回年次大会. (2019.9.神奈川)
17. 岡崎研太郎. 糖尿病劇場から学んだこと：コミュニケーション能力とエンパワーメント～多職種連携へのヒント～. 第13回日本薬局学会学術総会 (2019.10.兵庫)

## 受賞

---

1. 今来茜, 高橋徳幸, 當山萌香, 青松棟吉, 末松三奈, 岡崎研太郎, 伴信太郎, 葛谷雅文「学生セッション (ポスター) 最優秀発表賞」第10回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 (2019.5.京都)
2. 高橋徳幸「Journal of General and Family Medicine Reviewer Award」一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会 (2019.5.19)



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  
年 報

---

発行日 令和2年6月31日

発 行 名古屋大学医学系研究科地域医療教育学寄附講座

〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町65番地

TEL/FAX 052-744-2031

講座HP <https://www.med.nagoya-u.ac.jp/ecom/>

