



Dr. Howard Abrams & Dr. Pauline Pariser
Toronto University, Canada

目次

10.17[月] 17:00-18:30

ポスター/写真/参加人数	pp.1-4
“Health Systems Innovation Centres Toyama 2014” 「ヘルスシステムイノベーション・センター富山 2014」	pp.5-14
“Family Medicine in Canada” 「家庭医療 in カナダ」	pp.15-16

10.21[金] 14:30-16:00

“FRCPC GIM a new sub-specialty for Canada” 「カナダの新しいサブスペシャリティ GIM」	pp.17-23
“Choosing Wisely Canada” 「カナダでの賢い選択(不要な医療をやめる)」	pp.24-31

10.21[金] 17:00-18:30

ポスター/写真/参加人数	pp.32-34
“Treating your patients with IMPACT: Integrated Care for Complex Patients” 「IMPACT を用いた患者の治療: 複雑な問題を抱える患者への統合ケア」	pp.35-40
“Putting the Pieces Together” 「部分を統合する」	pp.41-45



とやま総合診療イノベーションセンター

国際教育セミナー

University of Toronto

2016.10.17 (Mon)

17:00-18:30

臨床講義室1



Dr. Howard Abrams

Associate Professor
Division of General Internal Medicine
University of Toronto
(トロント大学総合内科准教授)

Dr. Pauline Pariser

Associate Professor
Department of Family and Community Medicine
University of Toronto
(トロント大学地域家庭医療学講座准教授)

特別講演

Dr. Howard Abrams

General Internal Medicine,
OpenLab

総合診療と研究ラボ

Dr. Pauline Pariser

Family Medicine

家庭医療について

通訳付き

医学科の教員の皆様へ
医学教育のFDとして実施します

たいへん貴重な機会です！
医師、研修医、学生の皆さま、
ぜひ、ご参加ください！



Taddle Creek
Family Health Team

主催 とやま総合診療イノベーションセンター(CIGM) (076-415-8867)
総合診療部

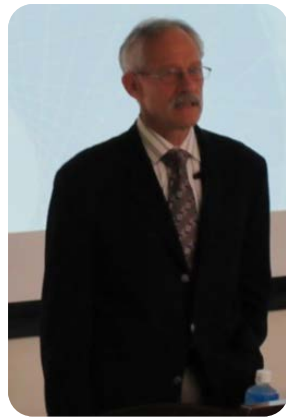


Center for Innovation of general medicine in Toyama

平成28年10月17日(月) 17:00-18:30

とやま総合診療イノベーションセンター国際教育セミナー「総合診療と研究ラボ」、「家庭医療について」

Dr. Howard Abrams, Dr. Pauline Pariser



<山城先生から講師のHoward Abrams先生、Pauline Pariser先生をご紹介>



<スクリーン2台並べて使用、英語スライド用と翻訳スライド用!>



<熱心に聴講される医師、学生の方々>



<Q&Aタイム>





<Pariser先生、Abrams先生、スライド準備中>



<Pauline Pariser先生と通訳のミナミさん>



<熱心に聴講される医師、学生の方々>



<Q&Aタイム>



とやま総合診療イノベーションセンター医学教育セミナー 参加人数

日時 平成28年10月17日(月) 17:00-18:30

講師 Dr. Howard Abarms, Dr. Pauline Pariser

場所 臨床講義室1

参加者 27人

【学内】 26人 (人)

医学部教員	13
医学科学生	9
他職員	4

【学外】 1人 (人)

南砺市民病院	1
--------	---



Health Systems Innovation Centres Toyama 2014

ヘルスシステム
イノベーション・センター
富山2014



Why is everyone talking about

innovation

in Health Care?

何故、みんなはヘルスケアでの
イノベーションについて話すのか？



Innovation Centres:

- What
- Essentials
- Centre for Innovation in Complex Care (CICC) at the University Health Network

イノベーションセンター
•何？
•主要点
•大学病院群でのCICC

OPENLAB

オープンラボ

www.uhnOpenLab.ca

Howard Abrams MD FRCP
Director, OPENLAB at UHN
Associate Professor of Medicine
Division of General Internal Medicine
University of Toronto



OUTLINE 概略

1. What is OpenLab?
2. QI and INNOVATION; Different methods, different mindsets, but complimentary
3. DUAL OPERATING SYSTEMS FOR ORGANIZATIONS
4. METHODS and PROJECTS:
 - DESIGN THINKING
 - Design Thinking Meets Lean Startup

1. OpenLabって何？
2. QI(医療の質指標)とイノベーション
異なる理論、異なる見方、しかし相互敬意
3. 組織のための相互作業システム
4. 理論とプロジェクト
 - デザイン思考
 - デザイン思考は貧困な初期思考に立ち向かう



OpenLabとは:
デザインとイノベーションの作業場で
想像的な解決法を見つけるために開設され、
ヘルスケアの変革が議論し経験できる。

OpenLab is:
a design and innovation shop
dedicated to finding creative solutions
that transform the way health care is
delivered and experienced.

Who's at OpenLab?

参加者は誰？

患者と俳優
 デザイナーとグラフィックアーティスト
 IT専門家、エンジニア、経済学者
 看護師、薬剤師、歯科医、医師
 政治家、社会科学者、フィルム作成者
 学生と研修医（医学、看護、経済、薬学、公衆衛生）

Patients and Actors
Designers and Graphic Artists
IT professionals, Engineers, and Economists
Nurses, Pharmacists, Dieticians, and Doctors
Policy Experts, Social Scientists, and Film Makers
Students and Residents (MD, RN, ENG, Pharm, Dalla Lana)

OpenLabのHP 1

About Work People Community Contact

OCT 11 Infrastructure
 The Isolation Project
 Open Rounds

OCT 18 Open Community
 Open Rounds Special Presentation: Eve Medical

JUL 18 UHN's First Wheelchair Accessible Garden

Opportunity Project

OpenLabのHP 2

About Work People Community Contact

OpenLab is made up of three distinct but inter-related labs. We work on 30-40 projects at any given time across the three labs.

COMPLEX CARE LAB

Complex Care Lab finds ways to reinvent how we care for people with multiple problems. Patients with complex health needs represent a significant and rapidly growing segment of the population and consume a disproportionately large amount of resources.

EXPERIENCE LAB

Experience Lab finds ways to dramatically improve how people experience care. This includes the patient, caregiver and provider experience. The lab uses experience and service design methods to deeply understand and respond to expressed and unexpressed needs of users.

X-LAB

X-Lab is our playground for fresh ideas and perspectives on the future of our health system. X-Lab projects tend to be experimental in nature and often emerge from the mashups of people from dramatically different backgrounds.

OpenLabのHP 3

About Work People Community Contact

Current Projects

All Complex Care Lab Experience Lab X-Lab

Aging Well

X-Lab

An exploratory research project aimed at advancing innovative models of senior supportive living, leveraging the knowledge of Complex Care Lab.

[Read More](#)

The Local

X-Lab

The Local is a storytelling platform that brings a human dimension to a population of health stakeholders in the Toronto Metro Area. It tells hospital stories.

[Read More](#)

POCS

Experience Lab

The period following discharge from hospital is a vulnerable time for patients. Carefully communicating important information that patients need.

[Read More](#)

Staff Patients want

Experience Lab

Staff Patients want is a participatory design initiative where staff and patients work together to address their common interests.

[Read More](#)

OpenLabのHP 4

People of UHN

Experience Lab

People of UHN is a photo project to capture the real life experiences of people seeking and receiving care at the University Health Network (UHN).

[Read More](#)

Univore

X-Lab

How can we beat the Freshman 15? There is a great deal of evidence suggesting that many university students do not eat healthy diets. Lack the skills.

[Read More](#)

MERA

Complex Care Lab

The majority of seriously ill Canadians die during or immediately following an admission to an acute hospital, where the focus is often on...

[Read More](#)

Prediction Rule

Complex Care Lab

The goal of the Prediction Rule project is to predict which patients may become high users of the Health Care System before they become high users.

[Read More](#)

イノベーションとQI(医療の質指標): 異なるが、しかし相互敬意

INNOVATION and QUALITY IMPROVEMENT: Different but Complimentary

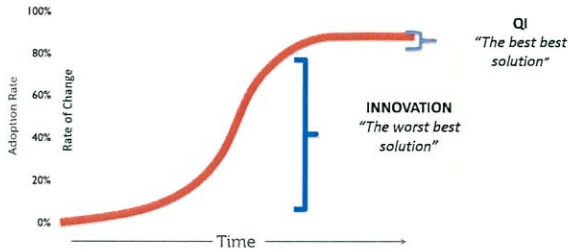
INNOVATION: イノベーション
 Doing things different, can be disruptive 物事を変えること、破壊的になりうる
 •Risky 危険な
 •Early failure is expected. "Fail early and fail often to succeed sooner" 早期失敗
 •Dynamic, deals with complexity 動的、複雑性を扱う
 •Complex Adaptive Systems are not completely predictable: "Unexpected Consequences"; requires "Agility". 想定外の結果
 •Design and "Start-up" Methods デザインと開始の方法

Quality Improvement: 医療の質指標
 Incremental change, "tweaking" a process for efficiency. 付加的变化、微調整
 •Lean, Six Sigma, Toyota Production System
 リーン、シックスシグマ、トヨタ等の生産方法

イノベーションからQIへ
S字カーブ採用モデル

INNOVATION, then QI

S-Curve Adoption Model



13

Democratization of Health Care

ヘルスケアの民主化

	Legacy Paradigm	Future Paradigm	
全体的	One Size Fits All	→ Personalized	個別化
施設主体	Institution Centred	→ Dephysicalized	脱物理的
医師中心	Physician Centred	→ Disintermediated	仲介排除
父権主義	Paternalistic	→ Empowered	自由裁量
反応	Reactive	→ Proactive	進取気性
量基盤	Volume-based	→ Value-based	価値基盤

14

なぜ組織変革は難しいのか？

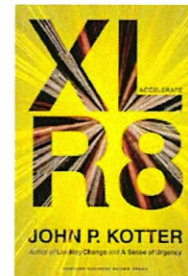
WHY IS INSTITUTIONAL INNOVATION SO HARD?

- Institutions are built for stability, not for change
組織は安定のためにあり、変化のためにはない
- Must reliably deliver on their mission e.g. healthcare, every day.
使命を全うする
- Change is a threat to that mission
変化はその使命を危険にさらす

15

組織は二重操作システムが必要

Institutions a Need "Dual Operating System"



To deal with opportunities and threats
In a rapidly changing world

機会を扱い、変化の時代に脅威をもたらす

16

Dual Operating System
相互操作システム



INSTITUTIONS	INNOVATION LABS
Hierarchy	Network
Management Driven	Member and Passion Driven
Systematic controls	Mobilizes Leadership
Reliable and Efficient	Speed and Agility
Today's mission	Seize Opportunities
Risk Averse	Risk Taking
Leads with the Head	Leads with Head and Heart
Behaves like an Institution	Behaves like a Start-up
Incremental Change	Qualitative Change and Pivots

17

METHODS and PROJECTS:

BEYOND THE PDSA CYCLE

方法とプロジェクト:
PDSAサイクルを超えて



18

Design Thinking

デザイン思考

It's not just about ideas.
アイデアではない
It's about making ideas happen.
アイデアの創造である

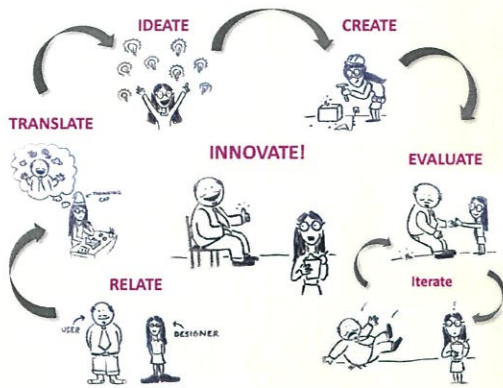
19

What is
DESIGNTHINKING?

デザイン思考とは？

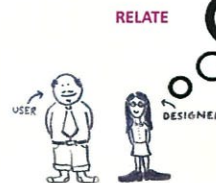


20



21

DESIGNTHINKING



22

PODS:

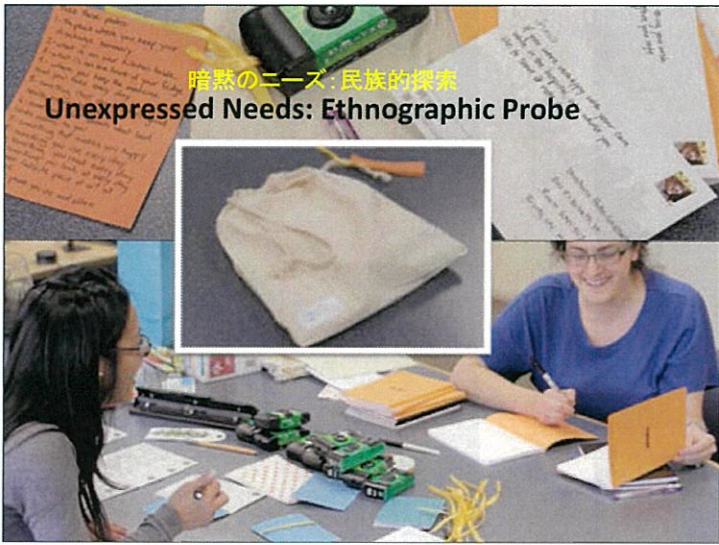
The *Patient Oriented Discharge Summary*



23

Process and Experience Mapping Expressed Needs



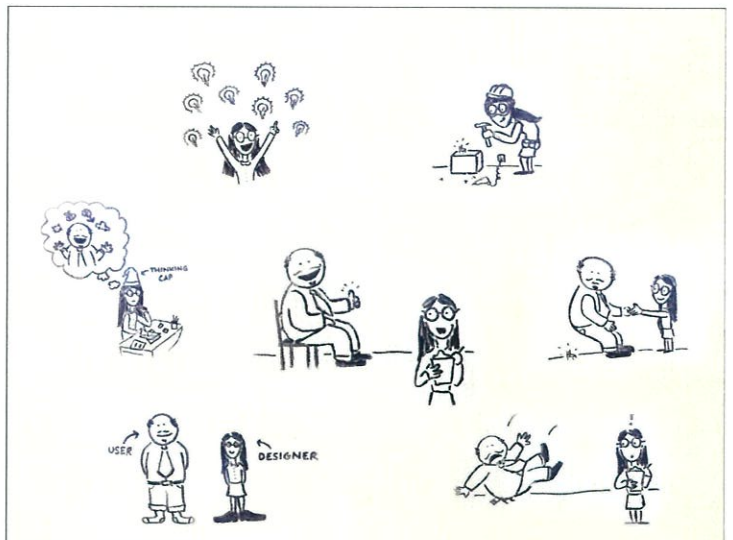


Design By Exception
例外的デザイン

Patients with: 以下の患者

- Poor Health Literacy 健康知識に乏しい
- No English Speaking Ability 英語が話せない
- Major Psychiatric Disorders 重要な精神疾患

27



_____'s Care Guide

I came to hospital on ____/____/____ and left on ____/____/____
I came in because I have _____

Medications I need to take

Name	Dose	What it is for	☀	☀	☀
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

How I might feel and what to do

I might feel	What to do	Go to Emergency if:

Changes to my routine

Activity (i.e. activity, physical)	Instruction

Appointments I have to go to

Go see _____ for _____ on ____/____/____ at _____
Locations: _____ booked

Where to go for more information

For medication instructions call/go to pharmacist _____
For _____ call/go to _____

29

PODS:
The Patient Oriented Discharge Summary
患者中心の退院サマリー

PODS
THE PATIENT ORIENTED DISCHARGE SUMMARY

Understand Assess Implement PODScast Form Discussion

Welcome to the PODS tool-kit
[Learn more >](#)

PODS:
The *Patient Oriented Discharge Summary*
患者中心の退院サマリー

PODS
New International Limited

Understand Assess Implement PODScast Form Discussion Board Contact

Download a fillable pdf of the PODS here

Download

Or create and fill out a dynamic PODS in one of 15 languages
Please begin by choosing your language

Available Languages

- Arabic
- Bengali
- Chinese
- English
- French
- Hungarian
- Italian
- Korean
- Portuguese
- Russian
- Spanish
- Tamil
- Telugu
- Vietnamese

I came to hospital on

I came in because I have

Medications I need

PODS:
The *Patient Oriented Discharge Summary*
患者中心の退院サマリー

- Piloted in 8 “Early Adopter” Hospitals
- Started RCT in 35 hospitals across Ontario

• 8つの早期採用病院でパイロットスタディー
• オンタリオ州で35病院がRCTに参加

32

デザイン思考開始
Design Thinking meets Startups

- TRANSLATE: 翻訳
- Make sense of your patient’s expressed and unexpressed needs
- Generate hypotheses around core values

THE LEAN STARTUP
ERIC RIES

- 表現ニーズと暗黙のニーズを理解する
- 核となる価値を中心に仮説をつくる

33

Going Lean Like a Startup
初期の削り落し

- Identify riskiest assumptions
最も危険な仮説を見つける
- Test riskiest assumptions:
最も危険な仮説を検証
“What if ...is not True?”
...ならば何が真実ではないか

THE LEAN STARTUP
ERIC RIES

34

Going Lean Like a Startup
初期の削り落し

SCOPE
SEAMLESS CARE
OPTIMIZING THE PATIENT EXPERIENCE
患者対応へのシームレスなケア

Creates a virtual Family Health Team around the community practice

地域医療におけるバーチャルなファミリーヘルステーム

HealthLink
MediLink Toronto
Ontario Health Services Support Program

UHN
UNIVERSITY HEALTH NETWORK
COURAGE LIVES HERE

WCH
WILLIAMS & WATKINS HEALTHCARE

CCOC
CASC
COUNCIL OF COMMUNITY COLLEGES

MOUNT SINAI HOSPITAL
JACOBS AND JACOBS HEALTH CARE GROUP

35

チャレンジなこと
The Challenge

Individuals with complex chronic conditions are at an increased risk for Emergency Department visits and hospitalization.

複雑な慢性疾患をもつ患者は救急受診と入院の危険が高い

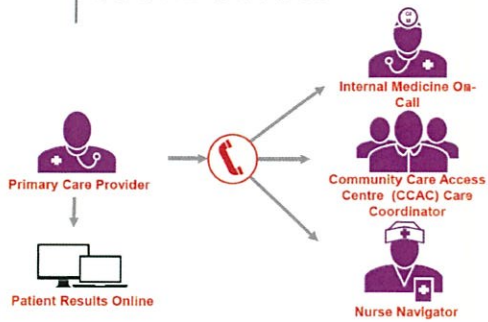
Solo practitioners have difficulty accessing hospital and community resources. Some lack infrastructure to respond proactively to complex patients’ needs.

ソロの開業医は病院や地域の資源へのアクセスが難しい。それに対応する新しい構造が欠如している。

22

36

SCOPE サービス
SCOPE Services



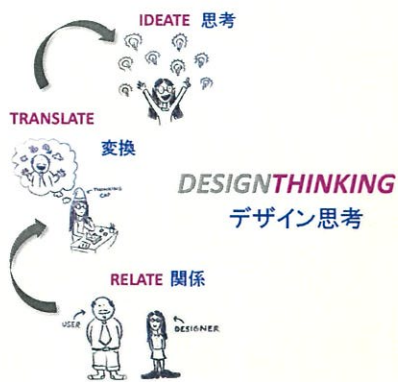
37

SCOPE

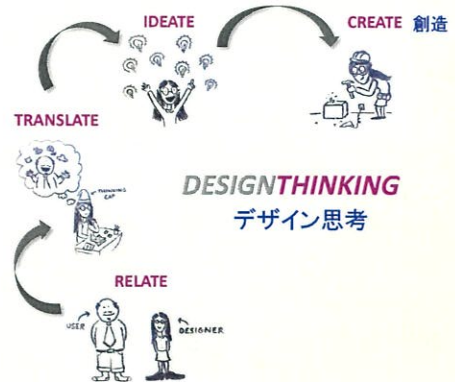
データ集積
Collect Data

- At 48hrs, 0/12 calls were actionable 実行可能
- At 1 week, 0/6 calls were actionable
- At 2 weeks, 4/8 calls were actionable

38



39



40

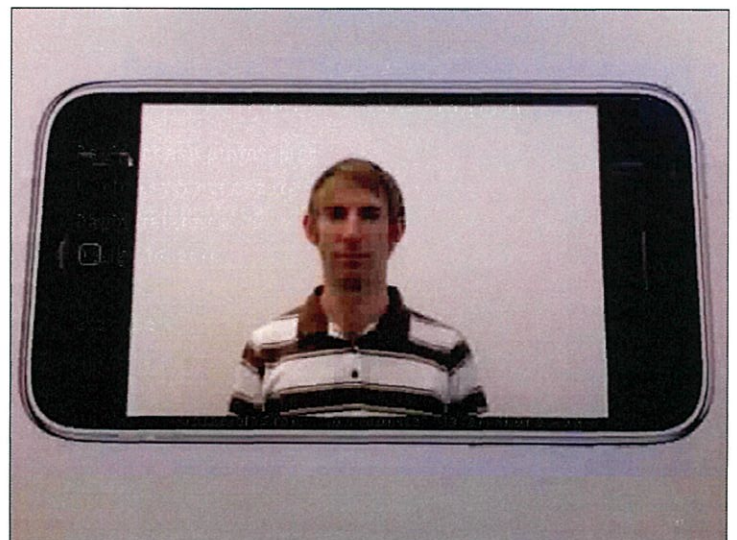
MVP
(Minimum Viable Product)
検証に必要な最低限の機能をもった製品

- Rapid, cheap prototyping 早い、安い
- Minimum functionality 最低限な機能
- Rapid iterations 早い繰り返し
- Design to learn 学びのデザイン
- Example: 例



Prototyping for Elmo's Monster Maker iPhone App

41



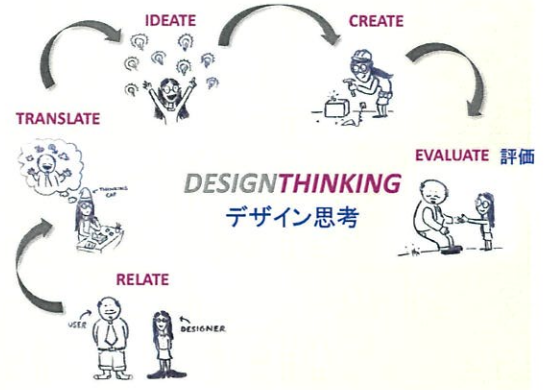
SCOPE

Test MVP MVPの検証

Assumption: We can't select for unmet needs, but maybe patients will self-select

- Issues seem to arise at 2 weeks
- Prototype: Letter mailed to every patient after ED visit with SCOPE MD's phone number

43



44

SCOPE

Test MVP MVPの検証

Test: Letters mailed to 100 patients post ED visit

Result: 4 phone calls in two weeks.

- 1 request re: MRI booking date
- 1 request for help with transportation to doctors appointment
- 1 wrong number
- 1 call back - did not remember making call

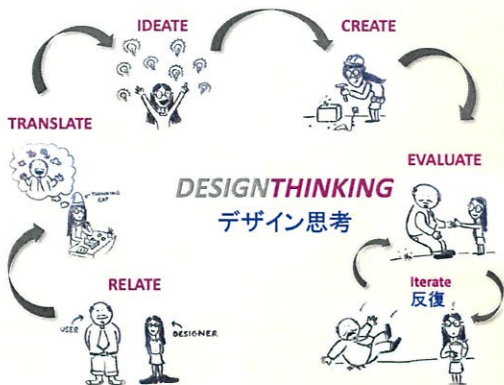
45

SCOPE

“Fail early and fail often to succeed sooner”
 早期失敗、早期継続失敗
 “Design to learn”
 学びのデザイン

OPENLAB

46



47

BEING AGILE 機敏であること



When it's not going well, should you:
 うまくいかない時は、どうする:

PERSEVERE
耐える

or

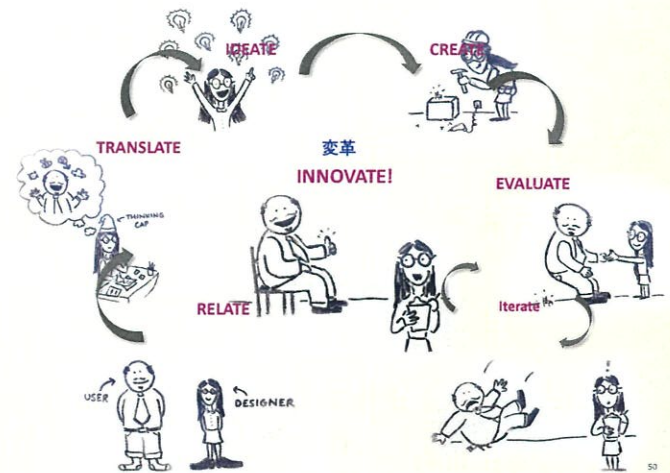
PIVOT?
回る



48

Being Agile: Pivoting 回る

- Zoom In/Zoom Out ズームイン/ズームアウト
- User Segment Pivot 部分的
- User Needs Pivot ニーズ
- Business Architecture Pivot ビジネス構造
 - High Intensity, Low Volume
 - Low Intensity, High Volume
- Channel Pivot 経路的



Key Learnings

重要な学習ポイント

- Engage your user(s) throughout the process;
"User-Centred Design"
ユーザー中心のデザイン
- Get it out of your head and into the world
(Early cheap prototypes: MVP)
考えを見える化する
- Know when to *Persevere* and when to *Pivot*
耐えるときと回る時を知る

51



HOSPITAL AT HOME
H@H

BUNDLED PAYMENT, BUNDLED CARE

家庭での病院機能
包括支払い、包括ケア

Hospital at Home Model 家庭での病院機能モデル

A new care pathway for patients with COPD, CHF or CAP



救急受診 → 入院 → ホームケア → 外来ケア → 地域ケア

Program Objectives and Benefits

プログラムの目的と利点

Objectives

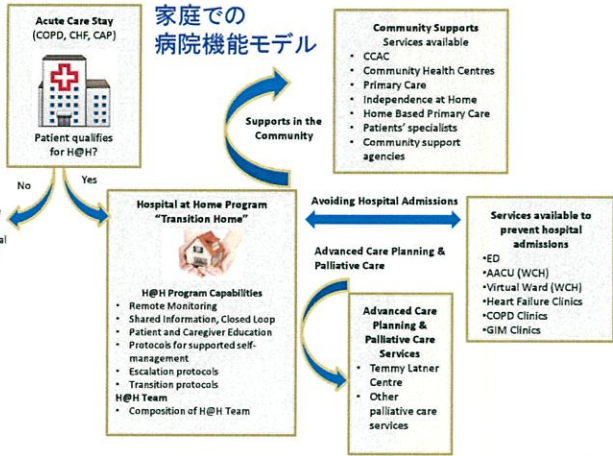
- 1 Test a new "bundled" funding model
- 2 Demonstrate cost effective, high quality of care
- 3 Strengthen the integration of care to reduce unnecessary hospitalization and support independence at home
- 4 Build institutional relationships that model effective integration and partnerships
- 5 Enhance the patient experience and improve health outcomes

Benefits

The H@H model has been implemented in U.S., U.K. and Australian hospitals. Proven benefits:

- ✓ Reduced in-hospital LOS
- ✓ Enabled seamless transitions
- ✓ Enhanced patient experience
- ✓ High provider satisfaction
- ✓ Improved patient outcomes
- ✓ Lower costs

Hospital at Home Model



55



- CNS/NP/EDUCATOR
- Pharmacist
- Home Care Provider
- GIM MD
- PCP

- 看護師/教育者
- 薬剤師
- ホームケア担当者
- 総合内科医
- プライマリケア医

OPENLAB

オープンラボ

www.uhnOpenLab.ca

57

Family Medicine in Canada 家庭医療inカナダ

Pauline Pariser

Co-lead, Taddle Creek Family Health Team
Primary Care Lead, University Health Network
Lead, Mid-West Toronto Sub-Region
Associate Professor, Department of Family and
Community Medicine, University of Toronto

Outline 概略

- **History of Family Medicine in Canada**
家庭医療の歴史
- **Training Program**
研修プログラム
- **Structure of Family Medicine Practice**
家庭医療の実践

History of Family Medicine 家庭医療の歴史



College of Family Physicians
of Canada – 1954
1956年に学会が創設

First Residency Programs –
1966 – University of Calgary
and Western University,
London, Ontario
1966年に最初の研修プログラム開始
(カルガリーウエスタン大学)



First Certification Exam – 1969
1969年に最初の資格試験

The Four Principles of Family Medicine 家庭医療の4原則

- **The Family Physician is a skilled clinician**
家庭医は熟練した臨床医である
Competent in patient-centered clinical method
患者中心の医療を実践できる能力がある
- **Family Medicine is a community-based discipline**
家庭医療学は地域に根差した専門分野である
Mobilizes resources and skilled at collaborating
(専門医やコミュニティとの)協働において必要な資源とスキルを動員する
- **The Family Physician is a resource to a defined practice population**
Views practice as "population at risk" providing proactive care
(リスクを持った人の集団)と定義された診療対象すべての人々に
(予防医学も含めて)提供される医療資源である
- **Patient-physician relationship is central to the care**
患者－医師関係がケアの中心である

Training in Family Medicine

- Rotations in Family Medicine in 2nd and 3rd year medical school. 医学部2、3年次に家庭医学をローテートする
- Post-graduate Residency - 17 medical schools
17の医科大に卒業後研修プログラムがある
 - 2 years
 - optional 3rd year for focused practice: e.g. Emergency medicine, Hospitalist program, Low-risk obstetrics, Care of the elderly, Palliative Care, etc.

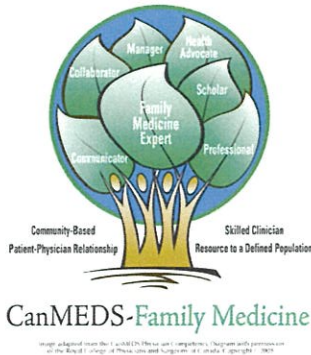


Primary Care Faculty and Residents
publish in peer reviewed Canadian
Family Physician journal.

Triple-C Competency Based Curriculum - 2010

- **Comprehensive** : Standardized training Family Medicine Programs so graduates can practice anywhere in Canada
包括性:カナダのどこでも臨床ができる標準的プログラム
- **Continuity**: continuity of patient-doctor relationship and continuity in the learning environment
継続性:患者医師関係の継続、生涯学習の継続
- **Centered in family medicine** – training takes place in family medicine clinics – and content – based on best evidence in primary care
家庭医学の中心－クリニック研修、エビデンスに基づく診療

CAN-MEDs Competencies:
informs curriculum and evaluation at the
undergraduate, graduate and post-graduate levels



Structure of Family Medicine Practice

25,000 MDs in Ontario-11,900 MDs in Family Medicine
Mostly independent providers
オンタリオ州の医師25,000人のうち家庭医は11,900人
ほとんどは独立開業医

Single Payer: Bill government directly for each service or are paid by capitation
単一支払者制度: 診療ごとに政府に直接請求するか、人数割で支払われる

Many have their own clinic or work in teams.
多くは自分のクリニックを持つか、チームで働く

Primary Care: Patients' First Point of Contact
プライマリ・ケア: 患者と最初に接触

Solo Primary Care Physician Family Health Team Community Health Centre Walk-in Clinic Tele health Nurse

Secondary Care: Need referral from Primary Care
セカンダリ・ケア: プライマリケア医からの紹介が必要

Specialist Mental Health Home & Community Care Long-term Care Rehabilitation Services

Tertiary/Quaternary Care: Hospital Care
三次/四次ケア: 病院ケア

Specialists arrange elective admissions, admit patients from ED. Patients can self-refer to the Emergency Room
専門医は予定入院、救急入院に対応する
患者は紹介なしでER(救急)を受診することができる

Primary Care Structure

カナダにおけるプライマリ・ケアのしくみ

- \$13.7 billion spent on primary care, the second largest health care expense 137億ドル 医療費の中で2番目に大きい支出
- Usually the first point of care for patients
通常、患者が最初にケアを受けるところ

Solo Family Doctor Office

Traditional Primary Care: a family doctor's office with a single doc

Walk In Clinics

For patients without primary care or who cannot easily access MD

Family Health Team

Team: MDs, RNs, social workers, pharmacists, etc collaborating in the care of population

Community Health Centres

For high-needs pop. Team based primary, social and community care

Telehealth

For inquiries when cannot reach primary care- run by RNs

カナダの新しいサブスペシャリティ GIM

Howard B. Abrams MD FRCPC

Associate Professor of Medicine
University of Toronto

Former Division Head, General Internal Medicine
University Health Network



カナダのGIM

Outline:

- GIM: 新しいサブスペシャリティ
- 研修と資格
- 新しい専門科の実際: アカデミックな診療
- 新しいサブスペシャリティの現実: 地域基盤の診療



カナダのGIM

総合内科医は何か？



カナダのGIM

General Internal Medicine :

- 内科のサブスペシャリティである
- Generalism の価値を包含する
- 住民のニーズと合致する
- 他のサブスペシャリティへのアクセスが限られている中での急性期・慢性期・多疾患の管理を可能にする



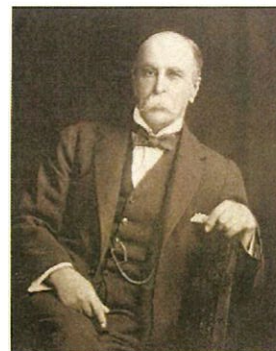
カナダのGIM

General Internists:

- 成人に対して統合されたケアを提供する
- 臓器中心、疾患中心のアプローチとは対照的に患者中心の方法を用いる
- 妊娠や周術期のような場面での生理学的ストレスを管理する
- 患者の目標とケアの質のバランスをとることを目指す「ちょうど十分な医療」



Sir William Osler: 臨床医学の父



"It is much more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of a disease a patient has."

William Osler

病気を知るより患者自身を知ることがより重要である。



カナダにおける専門分野別にみた内科医の認定数と割合

専門領域	人数	割合 (%)
総合内科	1177	29.4
循環器	687	17.2
免疫/アレルギー	149	3.7
内分泌/代謝	254	6.4
消化器	346	8.7
老年内科	115	2.9
血液	229	5.7
感染症	140	3.5
腫瘍	172	4.3
腎臓	206	5.1
呼吸器	297	7.4
リウマチ	225	5.6
合計: 全ての診療科	3997	100.0



カナダのGIM
研修と資格



ROYAL COLLEGE
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA
COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA



"With a keen mind and a skillful hand"



カナダのGIM
研修と資格

- 1970-2012 内科認定には以下のことが要求されている:
 - 3年間の内科の"核"となる研修
 - 4年目に研修医はなにか専門医となれる (FRCPC Internal Medicine)
- or
- 2-3年サブスペシャリティの追加研修を行う e.g. 循環器, 呼吸器, etc

"核" 筆記および口頭試験を4年目に行う



カナダのGIM
研修と資格

- 2012: 4年目・5年目のGIMのサブスペシャリティコースが、3年間の"核"3年間の研修に追加して開始(合計5年)
- 2014: トロントでサブスペシャリティ研修が開始



カナダのGIM
研修と資格

Controversy and Debate:

- 5年目の研修は必要なのか?
- 特異的な知識や技能は何なのか?
- 統合 vs 現地のニーズに適合?



カナダのGIM
研修と資格

現在のところ内科医は以下のように定義されている:

- 内科学の専門家 (FRCPC IM)
- or
- GIMのサブスペシャリスト (FRCPC GIM)
 - 両者はどちらもコンサルト医でありプライマリ・ケアの実践家ではない



カナダのGIM 研修と資格

(FRCPC IM) vs. (FRCPC GIM)

- 現時点では臨床的な範囲に違いはない
- 給与体系や診療報酬に違いはない
- FRCPC IMは将来的になくなるだろう
- FRCPC GIMにはアカデミックなキャリアが必要である
- トロント大学では、2015年に8名のGIM研修医と、18名の内科研修医が在籍している



カナダのGIM 研修と資格



Subspecialty Training Requirements in
General Internal Medicine



カナダのGIM 研修と資格

Basic Requirements:

3年間の内科
plus
2年間 (26/4週) の認定トレーニング



カナダのGIM 研修と資格

最低12の4週ブロックのGIMの臨床:

- 3ブロックのGIMコンサルト医 (入院・救急)
- 2ブロックの入院副主治医
- 1ブロックの周産期医療
- 1ブロックの周術期医療
- 1ブロックの地域でのGIM
- 2ブロックのGIM外来
- 1ブロックのCCUまたはICU
- 1ブロックの負荷試験、外来血圧モニタリング、呼吸機能検査、その他外来検査の解釈など



カナダのGIM 研修と資格

追加の11ブロックの研修

- GIMプログラム責任者により承認
- キャリアパスと将来の臨床に合致

臨床ローテーション:

- サブスペシャリティの専門知識
- 手技的スキル

研究ローテーション:

- 修士課程
- Master Teacher Certificate
- 研究プロジェクト



カナダのGIM 研修と資格

認定医試験

- 6月に5年次の研修が修了し、秋に試験
- 3時間の筆記試験
- 単問形式



トロント大学の アカデミックGIM



トロント大学の アカデミックGIM



トロント大学の アカデミックGIM

- カナダ最大のGIM部門
- 70名を超える教員
- 15名のGIM研修医
- 18名の卒後4年目の内科研修医



トロント大学の アカデミックGIM

JOB DESCRIPTIONS (% of Division Members)

- | | |
|---------------------------------------|-------------|
| • Clinician Teacher (50 %) | 臨床家教諭(50%) |
| • Clinician Educator (10 %) | 臨床家教育者(10%) |
| • Clinician Quality Improvement (5 %) | 臨床家質改善者(5%) |
| • Clinician Investigator (20 %) | 臨床家研究者(20%) |
| • Clinician Scientist (20 %) | 臨床家科学者(20%) |
| • Clinician Administrator (1 %) | 臨床家管理者(1%) |



トロント大学の アカデミックGIM

雇用要件

- Teacher: 原著論文、Teaching学
- Educator: 修士／博士、Education学
- Master's or PhD, Education学
- Quality Improvement: 修士、Qi資格
- Investigator: 修士／博士、助成金獲得、研究実績
- Scientist: 博士／ポスドク、助成金獲得、研究実績



カナダでのアカデミックGIM: アカデミック実践の範囲

アカデミックGIMに於いて、
何が学術的な機会となるか？



カナダでのアカデミックGIM: アカデミック実践の範囲

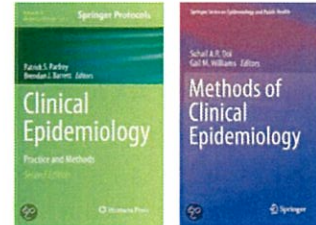


MEDICAL
EDUCATION



カナダでのアカデミックGIM: アカデミック実践の範囲

臨床疫学 / 臨床研究



カナダでのアカデミックGIM アカデミック実践の範囲

ヘルスサービスの研究



カナダでのアカデミックGIM アカデミック実践の範囲

病院マネジメント

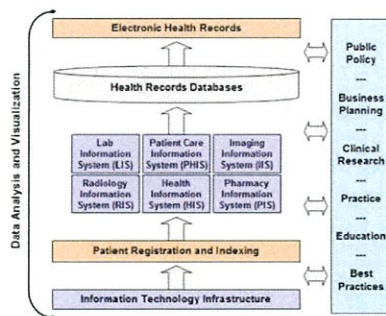
MHSc Health
Administration

Cultivating Healthcare Leaders.



カナダでのアカデミックGIM アカデミック実践の範囲

健康情報
AND
テクノロジー



カナダでのアカデミックGIM アカデミック実践の範囲

健康経済学



カナダでのアカデミックGIM アカデミック実践の範囲

臨床倫理



カナダでのアカデミックGIM アカデミック実践の範囲

QI/医療安全



カナダでのアカデミックGIM アカデミック実践の範囲

母体・産科医療



カナダでのアカデミックGIM アカデミック実践の範囲

緩和ケア



カナダでのアカデミックGIM アカデミック実践の範囲

血栓



カナダでのアカデミックGIM アカデミック実践の範囲

周術期管理



カナダでのアカデミックGIM アカデミック実践の範囲

Newsletter | Students | Careers | Donate

Faculty of Health Sciences, Management and Education
UNIVERSITY OF TORONTO

Community **Academics** Research Impact

Home > Academics > Research Degree Concentrations > System Leadership and Innovation

System Leadership and Innovation

EDUCATION

Handbook & Course Information

Admission Requirements

Degree Requirements

Apply to SL

Training Physician Leaders

Program Director: Geoffrey Anderson

HPME now offers a new MSc concentration in System leadership and innovation (SLI). This new concentration was developed in cooperation with Undergraduate Medical Education (UME) and Postgraduate Medical Education (PGME) in the Faculty of Medicine and offers leadership education through course work and practicum to UME students and PGME trainees at the University of Toronto.

HPME Community
Highlights



University of Toronto

GIMの未来



カナダでの賢い選択
(不要な医療をやめる)

Choosing Wisely Canada

Based on a presentation by Dr. Martin Hamlin
 Professor Emeritus for Choosing Wisely Canada
 Faculty of Medicine, University of Toronto
 University of Toronto

Adapted by Howard Murray, MD, FRCPC
 Director, OpenLab@UHN
 Division of General Internal Medicine
 Associate Professor of Medicine
 University of Toronto

ISQua

TOKYO 2016

Choosing Wisely Japan

Vol.5
CHOOSING WISELY IN JAPAN
LESS IS MORE

www.ChoosingWiselyCanada.org
 @ChooseWiselyCA

Objectives この講義の目標

- To understand the origins of CWC.
CWCの起源を理解する
- To show early measurement efforts of low value care.
低価値医療に関する最近の測定結果を示す
- To describe early implementation efforts to reduce low value care.
低価値医療を減らすための最新の取り組みについて述べる

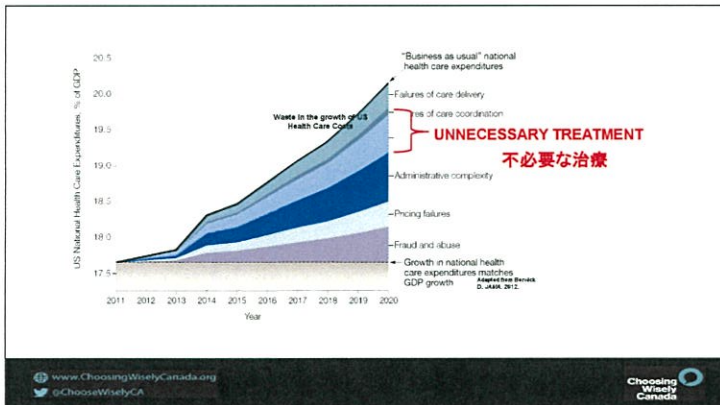
www.ChoosingWiselyCanada.org
 @ChooseWiselyCA

Choosing Wisely Canada カナダの「賢い選択」は

is a campaign to help clinicians and patients engage in conversations about unnecessary tests and treatments and make smart and effective choices to ensure high-quality care.

質の高いケアを提供するために
 不必要な検査や治療に関して対話を深め、
 賢く効果的に選択していくことで
 臨床医と患者を
 支援していく活動である。

www.ChoosingWiselyCanada.org
 @ChooseWiselyCA



Campaign approach この運動のとり組み

Clinicians	<ul style="list-style-type: none"> Societies develop lists Disseminate through multiple channels 	<ul style="list-style-type: none"> 学会での推進リスト 様々なチャンネルをとおしての啓蒙
Patients	<ul style="list-style-type: none"> Develop patient materials Disseminate broadly through multiple channels 	<ul style="list-style-type: none"> 患者向け教材の開発 様々なチャンネルをとおしての啓蒙
Media	<ul style="list-style-type: none"> Coordinated approach toward media Multiple voices, a common message 	<ul style="list-style-type: none"> メディアとの連携 様々な意見と共通のメッセージ
Stakeholders	<ul style="list-style-type: none"> Work through health care stakeholder organizations to implement and support adoption 	<ul style="list-style-type: none"> 健康管理出資団体との協働

www.ChoosingWiselyCanada.org
 @ChooseWiselyCA

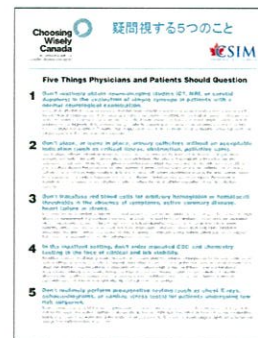
Phase 1: April 2014-April 2016 第1期

Clinician leadership 臨床医のリーダーシップ

- Engaged 45 specialty societies representing 92% of Canadian doctors.
45の専門学会(カナダ国内の92%の医師が所属)が参加
- Each committed to developing a "top 5 list of tests, treatments or procedures that physicians and patients should question".
各学会が「医師と患者が疑問に思うべき検査、治療、処置のトップ5」を挙げた
- To date, over 175 overused tests, treatments and procedures identified.
今日までに175以上の不要な検査、治療、処置が特定された

www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA

Choosing Wisely Canada



Phase 1: April 2014-April 2016

Clinician leadership 臨床医のリーダーシップ

- Canadian Nurses Association joined;
カナダ看護師会が参加した
- Also interested; pharmacists, dentists and chiropractors
薬剤師、歯科医師、カイロプラクタも興味を示した
- Established relationships with all 13 provincial and territorial medical associations.
13の州・準州医師会との協力が確立された
- Within 8 months of the launch, 76% of physicians were aware of the Choosing Wisely Canada initiative.
CWCを立ち上げて8か月以内に、76%の医師がこの取り組みを認知していた

www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA

Choosing Wisely Canada

Phase 1: April 2014-April 2016

Patient and public engagement 患者と公衆関与(啓蒙活動)

- Strong social media and media presence: TV, print, online, as well as social media followership and traffic. メディアの積極的利用: TV、出版物、ネット、ソーシャルメディア
- Partnered with patient groups to engage and educate members: 様々な患者団体との協働
 - Patients for Patient Safety Canada,
 - Canadian Association of Retired Persons,
 - National Association of Federal Retirees,
 - Patients Canada,
 - Canadian Association of Retired Teachers,
 - Canadian Arthritis Patient Alliance,
- Online survey of 1,000 Canadian adults (March 2015): 92% agree that patients need help to know which services are really necessary for their health.
1,000人の成人カナダ人に対するオンライン調査: 92%が「健康にとってどのサービスが本当に必要かを知るための援助が必要」とする意見に賛同した

www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA

Choosing Wisely Canada

Phase 1: April 2014-April 2016

Professional education 専門教育

- All 17 medical schools to launch a medical education campaign entitled STARS:
17の医学校がSTARSという医学教育キャンペーンを立ち上げた
- Students and Trainees Advocating for Resource Stewardship.
医療資源の適切な管理を支持する医学生と研修医の会



www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA

Choosing Wisely Canada

Phase 1: April 2014-April 2016

Professional education (cont'd) 専門教育(続き)

- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) to mandate resource stewardship as a required competency in postgraduate training.
カナダ専門医会は医療資源の適切な管理を卒業研修の必修項目に挙げた
- Continuing medical education through specialty society annual meeting themes and presentations.
専門医会年次総会でのテーマやプレゼンを通しての継続的教育
- Online learning through the launch of a MDCME course, Confronting Unnecessary Care.
オンライン学習コースの立ち上げ(不要なケアに関する)
- Online learning through the launch of a IHI Open School Course, Introduction to Quality, Value and Cost in Health Care.
オンライン学習コースの立ち上げ(ヘルスケアの質、価値、コストに関する)

www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA

Choosing Wisely Canada

Phase 1: April 2014-April 2016

Implementation and improvement 実施と改善

- Established an Early Adopters Collaborative to foster innovation and support knowledge exchange among organizations implementing the Choosing Wisely Canada recommendations.
早期からCWCを採用している人達のグループを創設
CWC運動を実施している施設間で工夫を促し、情報交換を支援するため
- The recently published Choosing Wisely Canada Abstract Book describes over 70 Choosing Wisely projects from across Canada.
最近出版されたCWCに関する書籍には、カナダ国内で70以上のプロジェクトが記載されている

www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA



Phase 1: April 2014-April 2016

Implementation and improvement 実施と改善

Results: 結果

- McGill University Health Centre: a trainee-led 'time out' to discuss anti-biotic prescribing:
マギル大学: 研修医主導の抗生剤使用に関する定期的な再評価プログラム
•46% decrease in antibiotic costs. 抗生剤費用が46%減少した
- North York General Hospital implemented CWC recommendations into their Computer Physician Order Entry and reduced:
ノースヨーク総合病院: コンピューターオーダーリングにCWC推奨を導入
- Lab testing in the ED by 40%; 救急科での血液検査 40%減
 - pre-operative Lab testing by 37%; 術前の血液検査 37%減
 - in-patient Lab testing by 5%; 入院患者の血液検査 5%減
 - inpatient ICU chest x-rays by 20% ICU入院患者の胸部レントゲン 20%減

www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA



Phase 1: April 2014-April 2016

Measurement and evaluation 測定と評価

Worked with:

- pan-Canadian organizations to expand capacity for measurement and research of unnecessary care in Canada.
汎カナダ機構との協同: 不要なケアに関する国内での研究
- OECD on international comparison of overuse across different countries
経済協力開発機構との協同: 不要なケアに関する国際比較の研究

www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA



Phase 1: April 2014-April 2016

Conclusion of Phase 1: 第1期の成果

- Inspired physicians to have conversations about stewardship and quality of care;
医療資源の管理とケアの質に関して議論すること目覚めた医師は:
医療資源の管理とケアの質に関して議論すること目覚めた医師は:
- Changed the focus from cost to avoiding harm.
コストよりも害を避けることに注目するようになった
- Provided a platform for aligning appropriateness with quality of care.
ケアの質について順序だてて妥当性を検討する場を提供した
- Empowered doctors to take ownership of their own actions.
医師たちに自らの行動に主体性をもつよう奨励した

www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA



Measurement framework 測定項目

- Provider attitudes and awareness 医療者の態度と気付き
- Patient perceptions and outcomes 患者の感じ方と結果
- Provider Behaviours: Overuse of Low Value Services 医療者の行動 低価値医療の使いすぎ

Bhutta et al. BMJ Quality and Safety, 2015

www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA



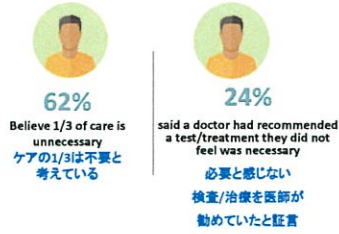
Provider attitudes/awareness: Canadian family physician

医療者の態度/気づき: カナダの家庭医の場合

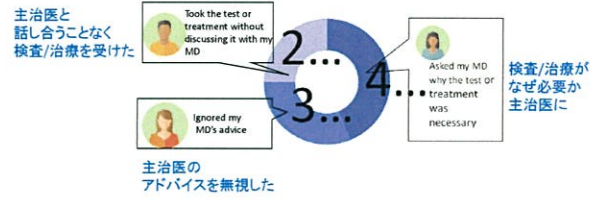
- 91% agree patients will benefit from Choosing Wisely Recommendations
患者はCWCの勧告から恩恵を得るだろう
- 58% feel that patients drive inappropriate use
患者が不適切な利用に傾くと感じる
- 68% agree that responsibility for ordering rests with physicians
オーダーを止める責任は医師にある

www.ChoosingWiselyCanada.org @ChooseWiselyCA

Patient Perceptions and Outcomes 患者の認識と結果



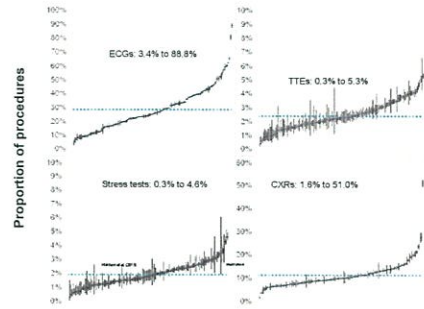
Patient Perceptions and Outcomes: Response to perceived unnecessary tests/treatments 不要と感じた検査/治療に対する反応



Provider Behaviour: Overuse of Low Value Services 医療者の行動: 低価値医療の使い過ぎ



Institutional variation in preoperative testing 術前検査の施設内変動



IMPLEMENTATION: 実践: THE ART AND SCIENCE OF MOTIVATING CHANGE 動機づけの変化の アートとサイエンス

The implementation spectrum 実践領域



MOTIVATION 動機づけ

EXTRINSIC: 外因性

- Carrot and Stick, rewards and punishments
アメとムチ、報酬と処罰
- Good for repetitive work
単純反復作業に効果的

INTRINSIC: 内因性

- based on values, preferences, human needs
価値、好み、ヒト、必要性に基づく
- Good for cognitive, complex work (like medical care).
知的、複雑な作業に効果的(医療など)

INTRINSIC MOTIVATION > EXTRINSIC MOTIVATION 内因性の動機づけ>外因性の動機づけ



Intrinsic Motivation: 内因性の動機づけ

Research Shows: 研究が示していること

- Autonomy - don't over-control 自律性—コントロールしすぎない
- Competence - recognize expertise 能力—専門技能を認める
- Relatedness - work in like-minded groups 関係性—同じ考えのグループで働く
- Altruism - contribute to the well-being of others 利他主義—他者の健康に貢献する



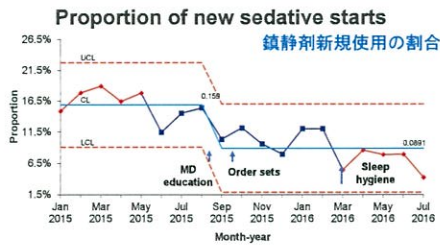
Choosing Wisely Canada is a campaign to help clinicians and patients engage in conversations about unnecessary tests, treatments and procedures.

Inspiration for Your Implementation: CWC's User-Generated Toolkits.

Sedative Use: Mount Sinai Hospital, Toronto 鎮静剤の適正使用: トロント マウントサイナイ病院の例



Results 結果



Prepared in collaboration by Dr. Barry Bantel, Professor, Chair for Choosing Wisely Canada, University of Toronto, St. Michael's Hospital, Toronto; and Dr. David G. Jay, Professor, Faculty of Medicine, University of Toronto, St. Michael's Hospital, Toronto. Adapted by Howard Abrams, MD FRCP(C), Director, Open Access Program, Division of General Internal Medicine, Associate Professor of Medicine, University of Toronto.

www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA



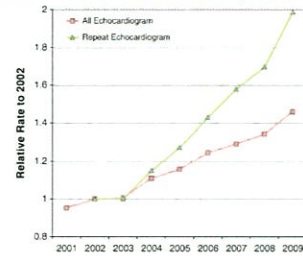
Sinai Health System

- Results:
 - Sedative-hypnotic prescriptions ↓ 40%
 - 睡眠導入剤の処方 40%減

www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA



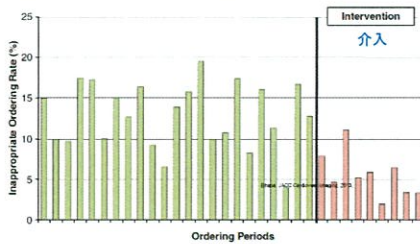
Echocardiography growth in Ontario 心エコーの実施件数の増加 (オンタリオ州)



www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA



Inappropriate TTE ordering rate on the general medicine service 一般内科における不適切な経胸壁心エコーのオーダー率



www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA



20-30% of Outpatient TTEs were low value 外来患者の心エコーの20-30%は実施する意義が乏しい

Table 4. Classification of TTEs using 2007 and 2011 AUC

	2007	2011	P value
Total (n = 459)			
Classifiable (%)	77	86	< .001
Appropriate (%)	83	71	< .001
Inappropriate (%)	17	22	.14
Uncertain (%)	0	7	< .001
JAMC (n = 150)			
Classifiable (%)	69	96	.02
Appropriate (%)	89	79	.009
Inappropriate (%)	11	14	.36
Uncertain (%)	0	8	< .001
OMC (n = 150)			
Classifiable (%)	70	99	< .001
Appropriate (%)	70	63	.21
Inappropriate (%)	30	30	.82
Uncertain (%)	0	7	.004
OCHC (n = 150)			
Classifiable (%)	73	99	< .001
Appropriate (%)	86	74	.02
Inappropriate (%)	14	21	.14
Uncertain (%)	0	5	.01

Reed, JHE 2012

www.ChoosingWiselyCanada.org
@ChooseWiselyCA



Echo WISELY (Will Inappropriate Scenarios for Echocardiography Lessen Significantly)
 賢いエコー検査(心エコーの不適切なシナリオから学ぶ)

A nine-centered international
 investigator-blinded,
 randomized controlled trial

世界9施設の
 調査者盲検化
 ランダム化臨床試験

AIM:

Assess the implementation of an education and feedback based intervention to reduce inappropriate TTE ordering in an ambulatory environment.

目的:

外来診療における心エコーの
 不適切なオーダーを減らすための教育と
 フィードバックに基づく介入の評価

Bhata, AHJ 2015

Echo WISELY (Will Inappropriate Scenarios for Echocardiography Lessen Significantly)

A nine-centered international
 investigator-blinded,
 randomized controlled trial

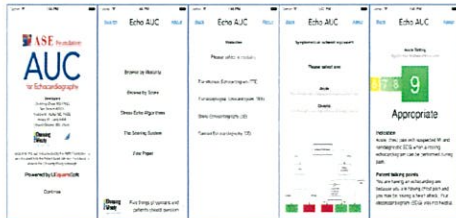
METHODS 方法

Physicians in the intervention will receive: 介入を受ける医師は

1. a lecture outlining the AUC
 AUC(血中濃度曲線下面積)の概要について講義を受ける
2. the American Society of Echocardiography (ASE) TTE App (iPhone/Android)
 米国心臓超音波学会の心エコーアプリを供与される
3. monthly individualized feedback reports summarizing TTE ordering behavior including information on inappropriate TTEs and brief explanations of the inappropriate designation.
 個人的フィードバックレポート(不適切なオーダーとその理由に関するまとめ)を毎月提出

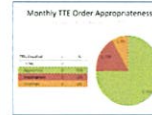
Bhata, AHJ 2015

Echo WISELY (Will Inappropriate Scenarios for Echocardiography Lessen Significantly)

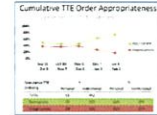


Feedback Report フィードバック レポート

適切なオーダーの割合: 月単位



適正オーダーの割合: 累積



Reasons for Inappropriate Orders
 January 04 - February 01 2015

1. Require per-operative evaluation of ventricular function with no symptoms or signs of cardiocirculatory disease
2. Require echocardiography when there are no other symptoms or signs of cardiocirculatory disease
3. Require surveillance of known small pericardial effusion with no change in clinical status
4. Require evaluation of systemic hypertension without symptoms or signs of hypertensive heart disease
5. Ultrasound is not indicated (e.g. Duke)

不適切なオーダーの理由

Conclusions: The Way Forward 結語: 今後の展開

Clinician leadership: 臨床医のリーダーシップ

- Continue to work with the 45 physician specialty societies.
 45の専門学会との協働を継続
- expand into nursing, pharmacy, dentistry and allied health.
 看護師、薬剤師、歯科医、関連保険専門家への活動の拡充

Conclusions: The Way Forward 結語: 今後の展開

Patient and public engagement:

患者と公共関与(啓蒙活動)

- Scale up education and social marketing efforts to: 教育と啓蒙活動の拡大
 - > shift patient attitudes
 患者の態度を変えるため
 - > support shared decision-making.
 共有された意思決定を支持するため

Conclusions: The Way Forward 結語: 今後の展開

Professional education: 専門教育

- Continue to mobilize students and trainees
学生と研修医の動員を続ける
- integrate resource stewardship as a core competency for undergraduate and postgraduate clinical education.
医療資源の適切な管理を卒前・卒後臨床研修の重要修得能力として統合する

Conclusions: The Way Forward 結語: 今後の展開

Measurement and evaluation: 測定と評価

- Accelerate: 促進
 - > the development and release of new data about overuse, 使い過ぎに関する最新知見を増やし、公開する
 - > collaboration with the research community to strengthen Canadian research capacity in the area of overuse. 使い過ぎに関するカナダの研究能力を高めるため、研究団体と協力する

Conclusions: The Way Forward 結語: 今後の展開

Regional hubs: 地域拠点

- Work with stakeholders in the provinces/territories to establish regional affiliates that help accelerate the pace of change through locally-relevant and -led strategies.
州/準州の財務管理者との協働し、地域の支部団体を設立
地域に関連した、地域主導型の戦略を通して変革ペースを加速させる

Conclusions: The Way Forward 結語: 今後の展開

CWC campaign has evolved from generating lists to designing, implementing, and evaluating interventions.
CWCキャンペーンは課題を列挙することから介入法をデザインし、実践し、評価するところまで発展した

To create and sustain change: 変化を生み、維持するために

- Multi-sector, multi-modal approach
多部門からの多様なアプローチ
- Self-designed interventions
自らデザインした介入
- Intrinsic Motivation
内在するモチベーション

This is a long-term project これは長期にわたるプロジェクトである



とやま総合診療イノベーションセンター

国際教育セミナー

University of Toronto



Dr. Howard Abrams

Associate Professor
Division of General Internal Medicine
University of Toronto
(トロント大学総合内科准教授)

Dr. Pauline Pariser

Associate Professor
Department of Family and Community Medicine
University of Toronto
(トロント大学地域家庭医療学講座准教授)

特別講演

Dr. Howard Abrams

Dr. Pauline Pariser

IMPACT PLUS 地域医療での多職種連携モデル

Interprofessional Model of Practice for Aging and Complex Treatments
Plus GIM and Psychiatry

SCOPE シームレスなケア

Seamless Care Optimizing the Patient Experience

医学科の教員の皆様へ
医学教育のFDとして実施します

通訳付き

2016.10.21 (Fri)

17:00-18:30

医師、研修医、学生の皆さま、ぜひ、ご参加ください！ 臨床講義室1



UNIVERSITY OF TORONTO
LESLIE DAN FACULTY OF PHARMACY



Taddle Creek
Family Health Team

主催 とやま総合診療イノベーションセンター(CIGM) (076-415-8867)
総合診療部



平成28年10月21日(月) 17:00-18:30

とやま総合診療イノベーションセンター国際教育セミナー「地域医療での他職種連携モデル」、「シームレスなケア」

Dr. Howard Abrams, Dr. Pauline Pariser



<山城先生から講師のHoward Abrams先生、Pauline Pariser先生をご紹介>

<熱く講義されるPariser先生と通訳をしてくださった木村先生>



<熱心に耳を傾ける参加者の皆さま>



<質問を取りながら講義を進めてくださいました>



<スクリーン2台並べて使用
英語スライド用と
翻訳スライド用!>



<説明されるAbrams先生>

とやま総合診療イノベーションセンター医学教育セミナー 参加人数

日時 平成28年10月21日(月) 17:00-18:30

講師 Dr. Howard Abarms, Dr. Pauline Pariser

場所 臨床講義室1

参加者 34人

【学内】 31人 (人)

医学部教員・研修医	17
医学部学生	10
他職員	4

【学外】 3人 (人)

南砺市民病院	2
富山市中央保健福祉センター	1



Howard Abrams MD FRCPC
 ハワード・エイブラム
 Pauline Pariser MD CCFP FCFP
 ポーリーン・パリセラ

Treating your patients with IMPACT: IMPACTを用いた患者の治療 Integrated Care for Complex Patients 複雑な問題を抱える患者への統合ケア

Outline 概要

- Integrated approach to managing complex patients
 複雑な問題を抱える患者に対する統合されたアプローチ
- Team-based consultation to support primary care physicians
 プライマリ・ケア医を支えるチームによる協議
- How this clinic addresses the Quadruple AIM:
 この診療の四つの目標
 - Improves patient experience 患者の経験をより良いものにする
 - Improves patient outcomes 患者の結果をより良いものにする
 - Reduces costs 経費を削減する
 - Improves physician experience 医師の経験をより良いものにする

Interprofessional Model of Practice for Aging and Complex Treatments

高齢者と複雑な問題を抱えた患者に対する専門職連携モデル

IMPACT PLUS is a comprehensive model of:
 IMPACT PLUSは以下を含む包括的なモデル

- Assessment 考察
- Care ケア
- Mentorship and training 指導と訓練
- Inter-professional problem solving 専門職連携による問題解決

The Problem:

問題点

Patients with complex co-morbidities

複雑な併存症を抱える患者

- 1-5% of the Ontario population オンタリオ市人口の1-5%
- 30-84% of health care costs 医療費の30-84%



World wide 世界的に

- 59% of 57 million deaths
 5700万件の死亡の59%
- 46% of global burden of disease
 全世界の疾患の46%

WHO: Preventing Chronic Diseases: A vital investment. 2005.

Broader Patterns

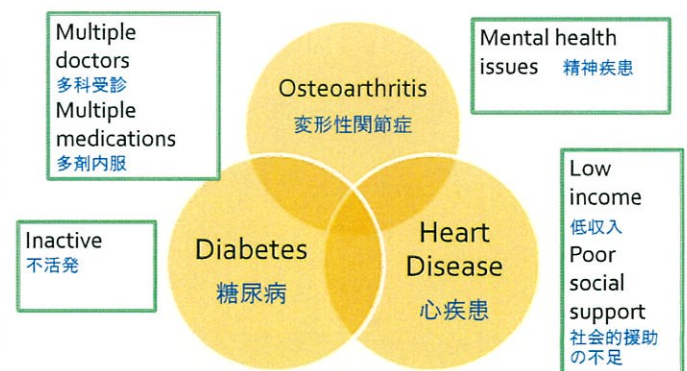
幅広く傾向を見ると

The 65+ age group: 65歳以上の高齢者グループは

- fastest growing segment of Canadian population
 カナダの人口で最も急速に増加している群
- require treatment for 6.5 chronic illnesses, on average
 平均6.5個の慢性疾患の治療中

Typical Patient

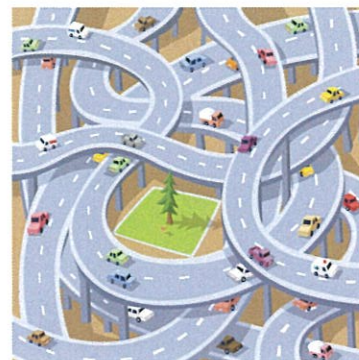
典型的な患者



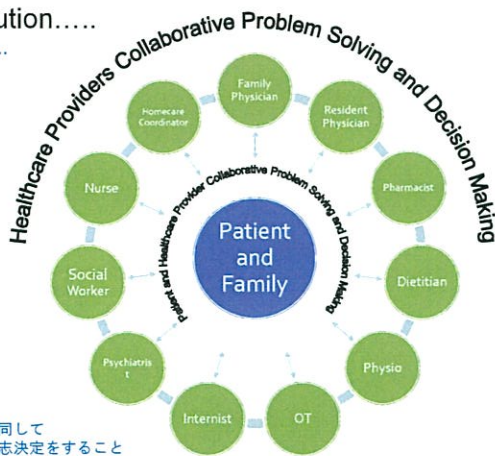
Multiple Chronic Diseases: 多くの慢性疾患 Challenges 挑戦

- Clinical Practice Guidelines (CPGs) have a single disease focus
ガイドラインは一つの疾患に焦点を絞っている
- CPGs often conflict with each other and between diseases
ガイドラインは医師・患者間にも疾患同士にも葛藤を生じる
- Reliance on single disease CPGs = near total medicalization of patient's life
一つの疾患を扱ったガイドラインに依存すると患者は一生薬を処方される

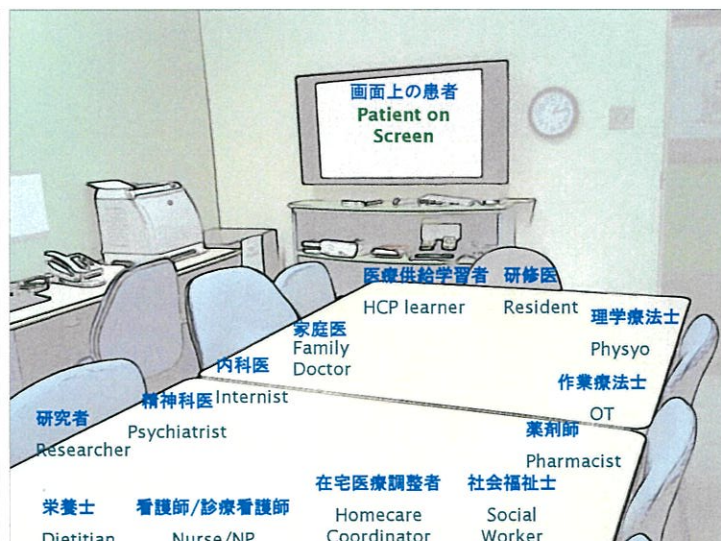
Too many specialist appointments 多すぎる専門医の予約
Too many tests.... 多すぎる検査



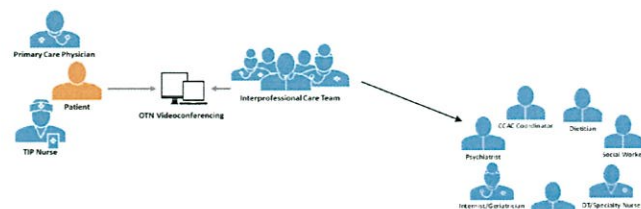
The Solution..... 解決策は.....



医療提供者が共同して問題を解決し意志決定をすること



Telemedicine IMPACT Plus IMPACT Plus モデルを使用した遠隔医療 Interprofessional Complex Care Clinics 専門職が連携して複合的ケアを提供する診療

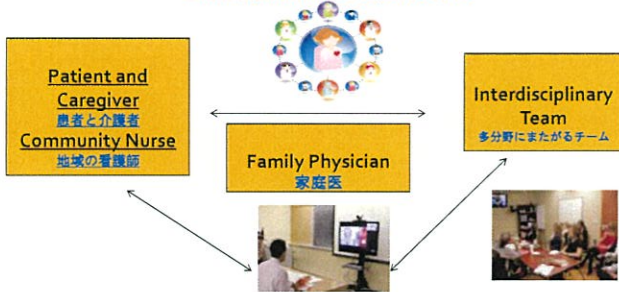


- A dedicated nurse prepares the case for the team and helps implement the plan 担当看護師がチームの為に事例を準備し計画遂行を援助する
- Using Telemedicine TIP = a secure video conference
IMPACT Plusモデルを使用した遠隔医療はセキュリティの高いビデオ会議

A 'Typical' 1 hour TIP Meeting

「典型的な」1時間のTIP会議

- Inter-professional case conference with patient, caregiver, and family doctor present
患者、介護者、家庭医が参加する専門職連携事例検討会
- Multiple locations using Telemedicine technology
遠隔医療技術を用いた多施設からの参加



The IMPACT protocol IMPACTプロトコール



Relevance of General Internist Input

総合内科医が関わる事の重要性

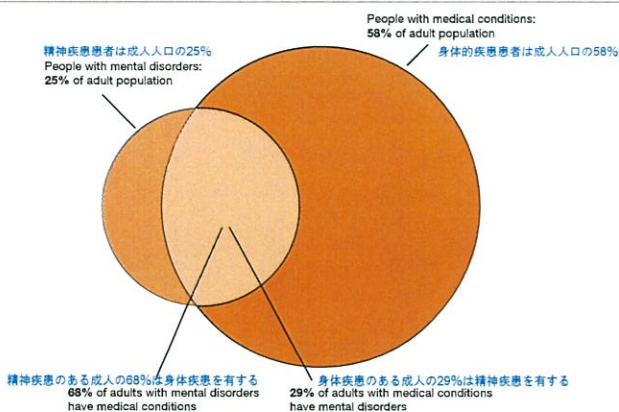
- "One Stop Shopping" -helps analyze co-morbid conditions
「1か所に必要なサービスを集約させること」は併存症評価に有益である
- Gives confidence to GPs. "You don't need to consult the cardiologist. Simply lower the dose of the beta-blocker."
総合診療医に自信を与える。「心臓専門医に紹介する必要はありません。ベータブロッカーの投与量を減らしさえすればよいのです。」
- Simplifies treatment for multiple conditions
多様な状態に対して治療を単純化する
- Transfer of knowledge and modeling of clinical approach to other health professionals and trainees
他の医療専門職や研修医に知識やモデル化した臨床方法を伝える。

Relevance of Psychiatric Input

精神科医が関わる事の重要性

- Chronic illness complicated by psychiatric co-morbidities
精神科疾患が合併すると慢性疾患は複雑化する
- Introduces theories and concepts of illness behavior
自分の病気を明らかにしようとする行動に関する理論と概念を導入する
- Supports group process of team
チームの集団過程を支援する

Medical-Psychiatric Co-morbidity is the Rule 身体的疾患と精神的疾患の合併は必須



Relevance of Community-based support 地域を基盤とした支援の重要性

- Social worker and Homecare Coordinator part of the team
社会福祉士と在宅医療調整員もチームに加わる
- Educate Family MD about community programs
家庭医に地域の取組みを教える
- Make the connections for the patient:
患者のために繋ぎをする
eg. counselling programs, housing support, dietary services, homecare visiting.
カウンセリング、住宅支援、食事サービス、訪問診療などと患者を結ぶ

The Multi-Problem Patient

多様な問題を抱える患者

■ A Different Approach:

異なるアプローチ

- “whole-person” approach: focus on *function* not *fixing*
「全人的」アプローチ：修復するのではなく機能に着目する
- Interactive communication / shared care between primary and specialty care.
相互にコミュニケーションを図る/プライマリ・ケア医と専門医でケアを分かち合う
- One patient-centered treatment plan
一人の患者を中心に治療計画を立てる

Does Collaborative Care Improve Outcomes?

連携したケアは結果を改善させるのか？

Meta-analysis of interventions: 介入のメタ分析

- positive effects on patient outcomes in mental illness and diabetes.

精神疾患と糖尿病患者で好ましい効果があるとされている

Qualitative data: 質的データ

- Families and caregivers, primary care physicians feel supported

家族、介護者、プライマリ・ケア医は支援されていると感じている

Intended Outcomes

予測される結果

- Reduction in Emergency room visits
救急室の外来患者数を減少させる
- Reduction in hospital admissions
入院患者を減少させる
- Reduction in the burden of care
ケアの負担を軽減する



Intended Outcomes (2)

予測される結果(2)

Primary Care Providers プライマリ・ケア提供者にとって

- Reduce burn-out – these are difficult patients to look after
燃え尽きるのを減らす一面倒みるのが難しい患者がいるので
- Comprehensive chart review
包括的にカルテを見直す
- Fewer office visits 外来受診が少なくなる
- Care plan provides the way forward
ケアプランがあれば前に進むことができる

Intended Outcomes

予測される結果

For patients: 患者にとって

- The patient’s needs are considered: “What is important to you?”
患者のニーズが考慮される「あなたにとって何が重要か？」
- Patient is part of the solution – interacts with the whole team.
患者は解決の一部となる — チーム全体と相互に作用する
- Improved self-management of chronic condition
慢性疾患の自己管理が上手くなる

Intended Outcomes (3)

予測される結果(3)

Team: チームにとって

- Understanding each professional’s scope of practice
互いの職種の役割が理解できる
- Transfer of knowledge & skills to other team members and to students
他のチーム員や学生と知識と技術を交流させる

Case Study

事例

- **Mr. M.S. – 60 yr. old government employee with severe fatigue. He cannot work.** M.S.氏—60歳の公務員が仕事が出来ない程ひどい倦怠感を訴えて来院した。
- **9 co-morbid conditions and 15 medications**
9つの併存症があり15種類の薬を飲んでいる

- Major depressive disorder
- Type 2 Diabetes
- Hypertension
- Congestive Heart Failure
- Stroke
- Gout
- Osteoarthritis
- Sleep apnea
- Obesity

大うつ病、2型糖尿病、高血圧、鬱血性心不全、脳血管障害、痛風、骨粗鬆症、睡眠時無呼吸、肥満

Problem

問題点

- Mr. M.S. desperate to return to work but too tired:
M.S.氏は仕事に戻りたいと熱望しているが倦怠がひどすぎる
- Insurance company cannot support disability as each individual sub-specialist (cardiologist, neurologist, rheumatologist) only focuses on their disease area
個々のサブスペシャリスト（心臓専門医、神経専門医、膠原病専門医）は自分の領域しか診ないので障害をサポートできない

Recommendations from IMPACT Plus

IMPACT Plusからの提言

- Pharmacist: Beta-blocker interaction with SSRI
薬剤師：βブロッカーとSSRIの相互作用
- Dietician: Weight loss program
栄養師：減量プログラム
- Internist: Review sleep apnea, MRI and echo
内科医：睡眠時無呼吸、MRIとエコーを見直す
- Diabetes Team: Motivational strategies to increase exercise
糖尿病チーム：運動を促進させる方策
- Psychiatrist: Assess for post-CVA cognitive changes
精神科医：脳血管障害後の認知機能変化について評価する

Plan プラン

- Neuropsychological testing: cognitive impairment
神経心理学的検査：認知機能障害
- Counseling regarding post CVA impairment
脳血管障害後に関するカウンセリング
- Meds changed to reduce interaction
相互作用を減ずるための内服変更
- Exercise program
運動療法



Patient Outcomes

患者の結果

- Energy and mood improved
活力と気分が改善した
 - Increased daily exercise = able to discontinue his SSRI, lose weight and better control blood sugar.
毎日の運動量が増加した=SSRIを中止することができたため、減量でき血糖コントロールも改善した
 - Visits to ER, subspecialists stopped and to Family MD were reduced
救急やサブスペシャリストの受診がなくなり、家庭医の通院回数も減った
 - Able to return to work
仕事に復帰できた
- Family MD could not have achieved this on her own or with the help of siloed sub-specialists**
家庭医は独力では、あるいは自己中心のサブスペシャリストとではこの結果を達成できなかっただろう

TIP OUTCOMES:

TIPの結果

Since implementation in 2013:
2013年の実施から

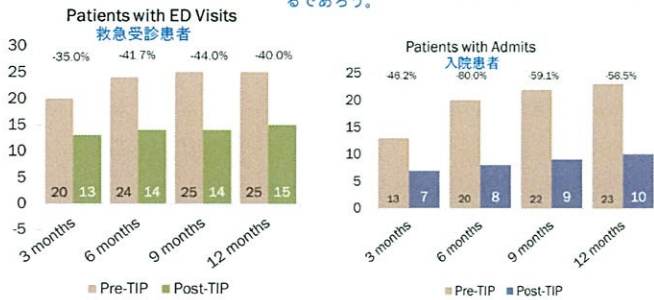
- 260+ patients have received TIP clinic
260人以上の患者がTIP診療を受けた
- 260+ Coordinated Care Plans developed
260以上の開発されたケアプランが調整された
- 190 + solo family physicians supported by TIP team and connected with new inter-professional resources
190人以上の家庭医がTIPチームの支援を受けて多職種連携を利用した

OUTCOMES:

結果

TREND: At University Health Network with small sample reduction in hospital use: Will validate outcomes as part of National Randomized Control Study

傾向：少ないサンプルで大学ヘルスネットワークでは病院の受診が減少した：国内RCTでの結果を証明するであろう。



95% of primary care physicians are satisfied with recommendations

95%のプライマリ・ケア医が推奨に満足している

92% of patients and their caregivers feel confident that their chronic care will be better managed

92%の患者と介護者は慢性ケアをより良く管理できるようになったと自信を持っている

IMPACT Publications参考文献

- Bell SH, Tracy CS, Upshur RE; IMPACT Team. The assessment and treatment of a complex geriatric patient by an interprofessional primary care team. *BMJ Case Rep.* 2011 Mar 15;2011. doi:pii: bcr0720103154. 10.1136/bcr.07.2010.3154.
- Smirnova A, Bell SH, Tracy CS, Upshur RE. Still dizzy after all these years: a 90-year-old woman with a 54-year history of dizziness. *BMJ Case Rep.* 2011 Sep 13;2011. doi:pii: bcr0520114247. 10.1136/bcr.05.2011.4247.
- Medlock A, McKee E, Feinstein J, Bell SH, Tracy CS. Applying an innovative model of interprofessional team practice: The view from occupational therapy. *Occupational Therapy Now.* 2011 May/June;13(3): 7-9.
- Medlock A, McKee E, Feinstein J, Bell SH, Tracy CS. Applying an innovative model of interprofessional team practice: The IMPACT model in action. *Occupational Therapy Now.* 2011 November/December; 13(6): 28-9.
- Tracy CS, Bell SH, Nickell LA, Charles J, Upshur REG, on behalf of the IMPACT Team. The IMPACT clinic: an innovative model of interprofessional primary care for elderly patients with complex healthcare needs. *Canadian Family Physician* [in press].

Arigato Gozaimasu

Thank you!

For more information:

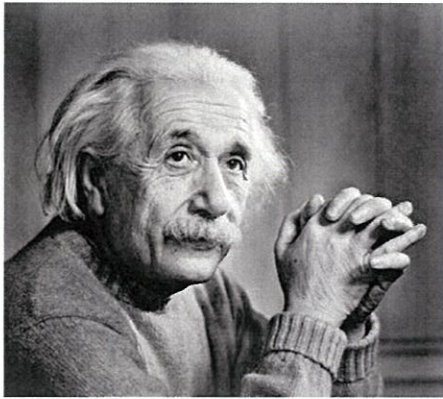
更に情報が知りたい時の連絡先

- Dr Pauline Pariser
Pauline.Pariser@uhn.ca
- Dr. Howard Abrams
Howard.Abrams@uhn.ca

部分を統合する
Putting the Pieces Together



Integrating Primary Care
 Dr. Pauline Pariser
 Lead, Mid-West Toronto Region, Ontario, Canada
 Co-Lead, Taddle Creek Family Health Team
 Primary Care Lead, University Health Network
 Associate Professor, Department of Family and Community Medicine,
 University of Toronto



Logic will get you from A to B:
 ロジックはあなたをAという場所からBという場所に連れていくことができる:

Imagination will take you everywhere.
 イマジネーションはあなたをどこにでも連れていくことができる。

Albert Einstein

カナダのプライマリ・ケア



Primary Care in Canada

3

Challenges to quality health care
 ヘルスケアの質へのチャレンジ




SCOPE: Seamless Care Optimizing the Patient Experience
 患者の経験を最善化する切れ目のないケア




5

Primary Care Facts プライマリ・ケアの実際



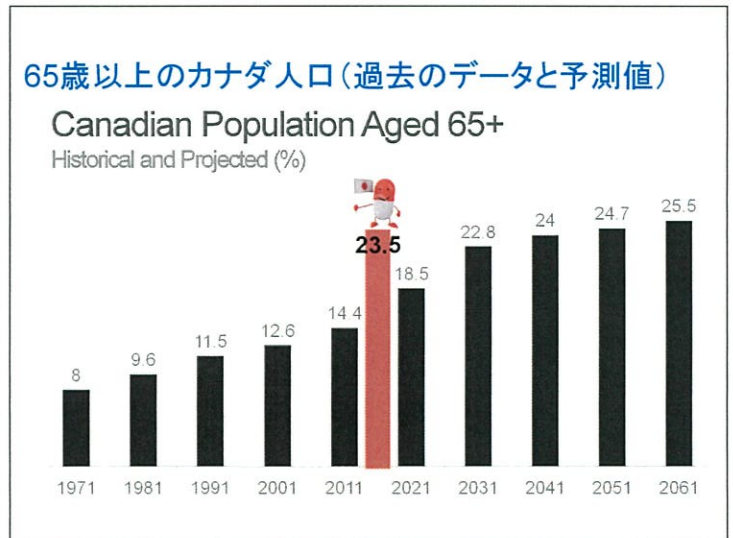
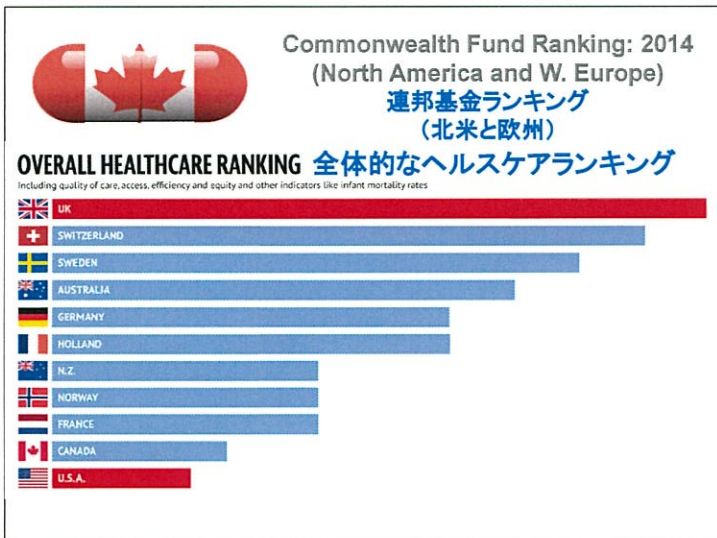
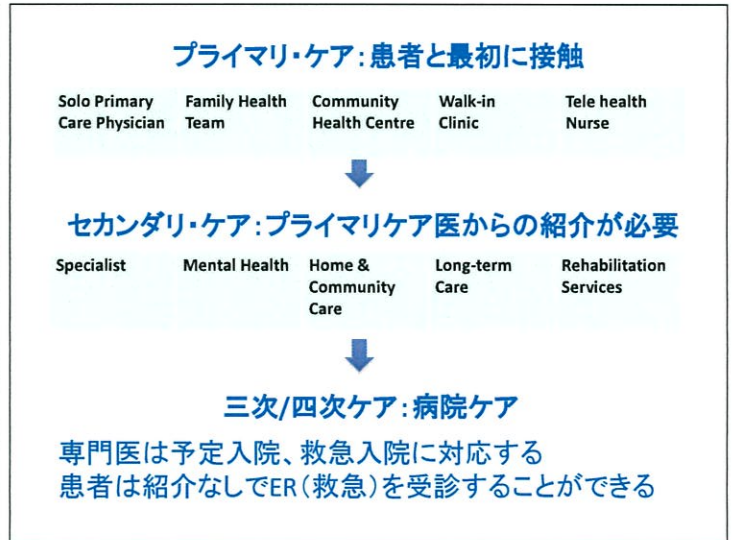
25,000 MDs in Ontario-11,900 MDs in Family Medicine
 オンタリオ州に25,000人の医師、11,900人の家庭医
 Family Medicine Postgraduate Training: 2 year residency, with optional third year for Emergency, Geriatrics, Palliative Care
 家庭医療卒業後研修: 2年制、希望者は3年目を救急・老年医学・緩和医療より履修
 Single Payer: Government
 単一支払者制度: 政府

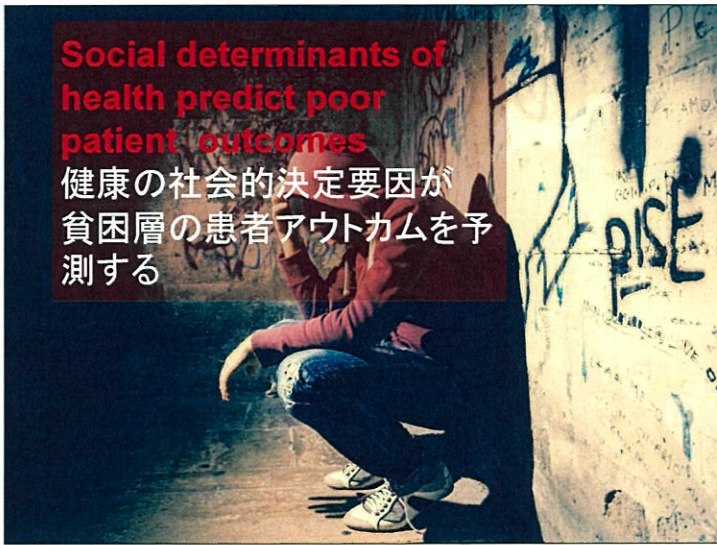
6



**Primary Care Physicians:
プライマリ・ケア医:**

- Are (mostly) independent providers
ほとんどは独立開業医
- Bill the government directly for each service or are paid by capitation
診療ごとに政府に直接請求するか、人数割で支払われる
- Many have their own clinic or work in teams.
多くは自分のクリニックを持つか、チームで働く





SCOPE

Partnership between primary care physicians, acute and community care sectors

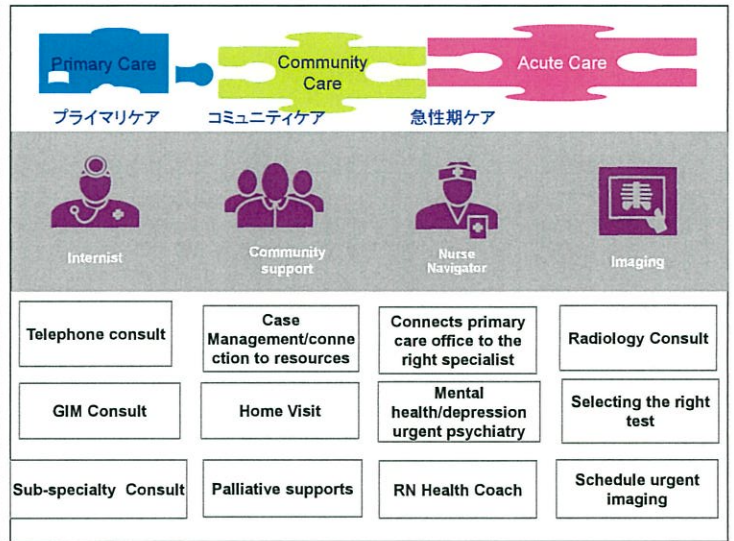
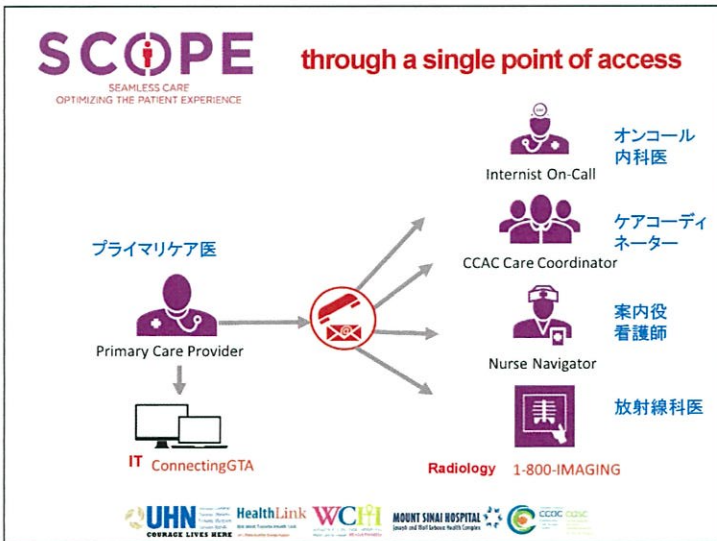
Internist

Community support

Nurse Navigator

Imaging

Offers a virtual interdisciplinary team for the primary care practice
多分野にまたがるプライマリケアのバーチャルチームを提供する



- ## Objectives of an integration strategy
- 統合戦略の目的
- **Make the right thing easy to do:** for doctors & patients
適切なことを取り組みやすくする: 医師/患者双方にとって
 - **Reduce fragmentation:** Single point of access
分断化を減らす: 単一のアクセスポイント
 - **Win-Win:** enhance primary care coordination and decrease hospital usage
Win-Win: プライマリケアの調整機能を高めて病院の利用を減らす
 - **Collaborate:** Primary care and specialists plan together
協働: プライマリケア医と専門医が共にプランをたてる
 - **QI framework:** to improve program
質改善のフレームワーク: プログラムの改善のために

Engaging with Primary Care

質改善プログラムの成功は、「双方向的で、意思決定に影響し、早期からおこる、意思決定プロセスに不可欠な関わり」(NHS 2008)と定義される
 医師の積極的な態度に大きく依存する

"Improving System Integration: The Art and Science of engaging small community practices in Health System Innovation" International Journal of Family Medicine, Dec. 2015.

Why Engage Physicians in Health System Quality Improvement (QI)?

なぜ医師がヘルスシステムの質改善にとりくむのか？

“Organizations in which doctors are more engaged with maintaining and enhancing the performance of the organization perform better financially and clinically.”

パフォーマンスの維持や増強にとりくんでいる医師がいる組織は、財政面でも臨床面でもよい結果を出している

Spurgeon et al 2011; Neily et al 2010; Haynes et al 2009; Chen et al 1999; Dean et al 2006; Curry et al 2011; Edmondson 1996

Engagement with SCOPE Doctors

医師をどのようにSCOPEに参加させるのか

We ask : What will make your work easier?

何があなたを働きやすくさせるだろうか？と尋ねる

We partner: 13 SCOPE doctors have joined the Physician Advisory Group

13人のSCOPE doctorが運営に参加している

We educate: about SCOPE services: email, newsletters, educational events

eメール、新聞、イベントでSCOPEのサービスについて教育している

We give feedback: Doctors get weekly reports about their patients who visit hospital

患者についての週間レポートを医師にフィードバックしている

SCOPE Strategy SCOPEの戦略



Identify

Interview high need patients and local physicians.

より必要性の高い患者、地域の医師を特定して面接を行う



Engage

Reach out to local physicians in grassroots planning.

地域の医師を草の根計画で巻き込む



Improve Quality

Refine SCOPE services to better support primary care physicians

プライマリケア医のサポートのため、SCOPEをよりよいものにしていく



Measure

Track the use of SCOPE and outcomes to determine system benefit

SCOPEの利用やアウトカムについてシステムの利益決定のため追跡する



Expand

Offer more primary care providers an expanded suite of services.

より多くの医療従事者にサービスを拡大する

K氏のケース 75歳、男性

- 3度の入院と27回の救急医療受診(痛みと心不全のため)
- 基本的な在宅ケアサービス、毎週のクリニック受診
- 重度の変形性関節症、心不全、独居、母国語がポルトガル語

The Case of Mr. K

Assessment: K氏のケース

Goes to the Emergency room because:

救急頻回受診は以下の理由:

- **Injectable medication is covered**
注射製剤がまかなわれている
- **Primary care provider could not manage his pain**
プライマリケア医は彼の痛みをコントロールできていない
- **Lonely and the Emergency Room nurses look after him**
孤独、救急の看護師が面倒をみってくれる

How SCOPE Can Help: SCOPEがどう役立つか

痛みの薬を調整するための
家庭医と薬剤師によるケースカンファレンス
内科医が心不全の薬を調整する
コミュニティサポート:ポルトガル人の高齢者のためのデイケア
社会福祉課は、個人的な介護士のために室内の一部を彼が借りるのを手助けした。
救急看護師が 調整プランを理解する

結果

地域医療において救急受診者が減少した



Successes 成功事例

- ✓ Co-designed by and for primary care physicians
プライマリケア医が自身のために共に計画を立てた
- ✓ 131 community physicians registered representing 300,000 patients—100% of the MDs are using the service
地域の医師131人(患者30万人を担当)が登録した—全員がサービスを使用している
- ✓ Over 6000 calls since beginning in 2012
2012年の開始以来6,000件を超える電話
- ✓ 64% of calls were deemed by clinician to have avoided an ED visit
64%の電話は医師により救急受診を防いだと考えられた
- ✓ Chosen by local health authority to scale across Toronto
トロント全域で地方保健所に採用された

SCOPE



Engages isolated physicians in health system reform by involving them in grassroots planning 孤立した医師を巻き込む



Identifies service gaps in hospitals and the community for high needs patients 病院と地域のサービスのギャップを特定する



Matches primary care needs with hospital and community services and expands services as needed プライマリケアのニーズを病院および地域サービスに応じさせ、必要とされるサービスを拡大する
IMPACT on both Sectors

Arigato Gozaimasu
ありがとうございます

Questions?
質問はありますか？

Contact: paulinepariser@gmail.com
コンタクトメール

