

医療実務研究会 平成26年度海外研修 Hawaii



平成27年1月18(日)～23日(金)

Hawaii研修の報告内容

- ハワイの保険制度
- Kuakini Health System
- Rehabilitation Hospital of the Pacific
- MARUHIA
- Shriners Hospital for Children Honolulu
- その他

Hawaii Honolulu

- アメリカ合衆国 ハワイ州 オアフ島
- ハワイ州の州都、人口は約37.5万人
- かつてはハワイ王国の首都がおかれていた事もある
- ハワイ州の経済・政治・文化の中心
- 太平洋上の交通の要所として栄え、港や軍事基地、国際空港がある
- 市観光都市：ワイキキビーチ、クヒオビーチ、ダイヤモンドヘッドなど観光名所多数あり
- ハワイ大学のキャンパスがマノア地区にある



ハワイの保険制度

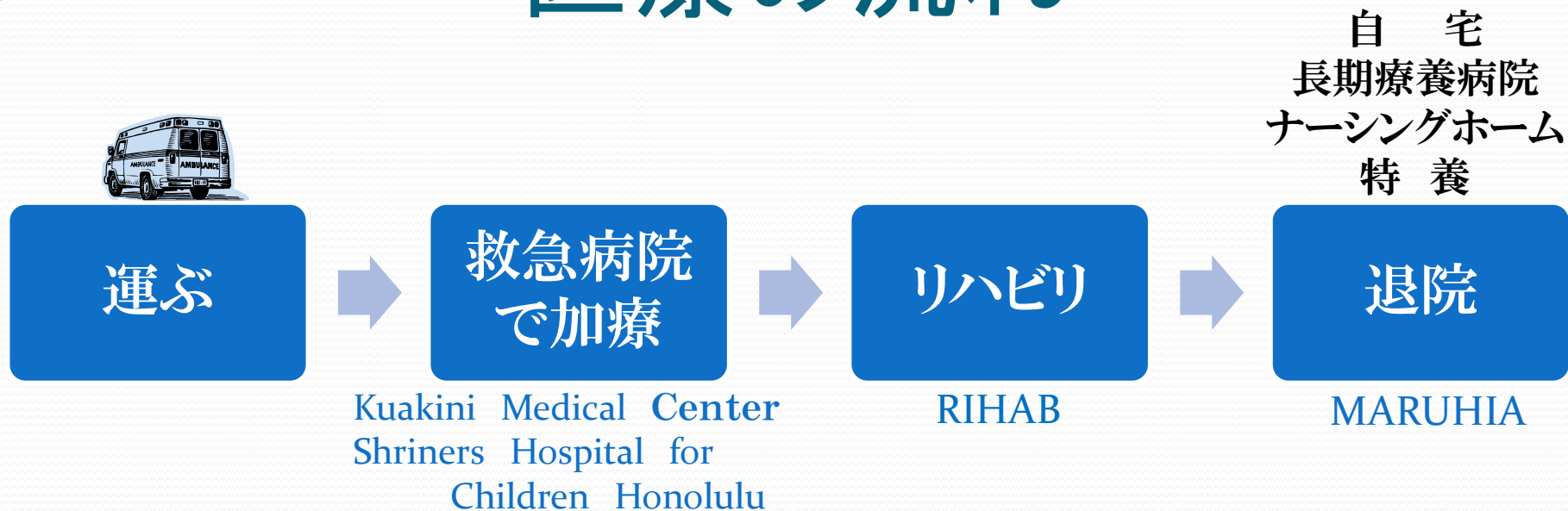
- 公的保険
 - メディケア
 - 1950年～1960年ごろ、主管は連邦政府、州により医療費が異なる
 - 対象者は65歳以上
 - メディケイド
- 民間の保険
 - 医療・・・HMSA、HMAAなど
 - 事故・労災
 - 介護
- 保険給付のルール・・・事前申請が基本
- オバマケアの問題

ハワイの医療事情

- 医療費は日本の約10倍
- 保険ごとに契約している病院が違う
- ホームドクター制度(かかりつけ医):24時間連絡可能
 - ホームドクターは患者の体調や情報を熟知
 - 緊急時はまずホームドクターに相談し急性期の病院に紹介
- 医療専門職は殆どが契約
 - 医師、歯科医師、臨床心理士
 - 管理栄養士、放射線技師、



医療の流れ

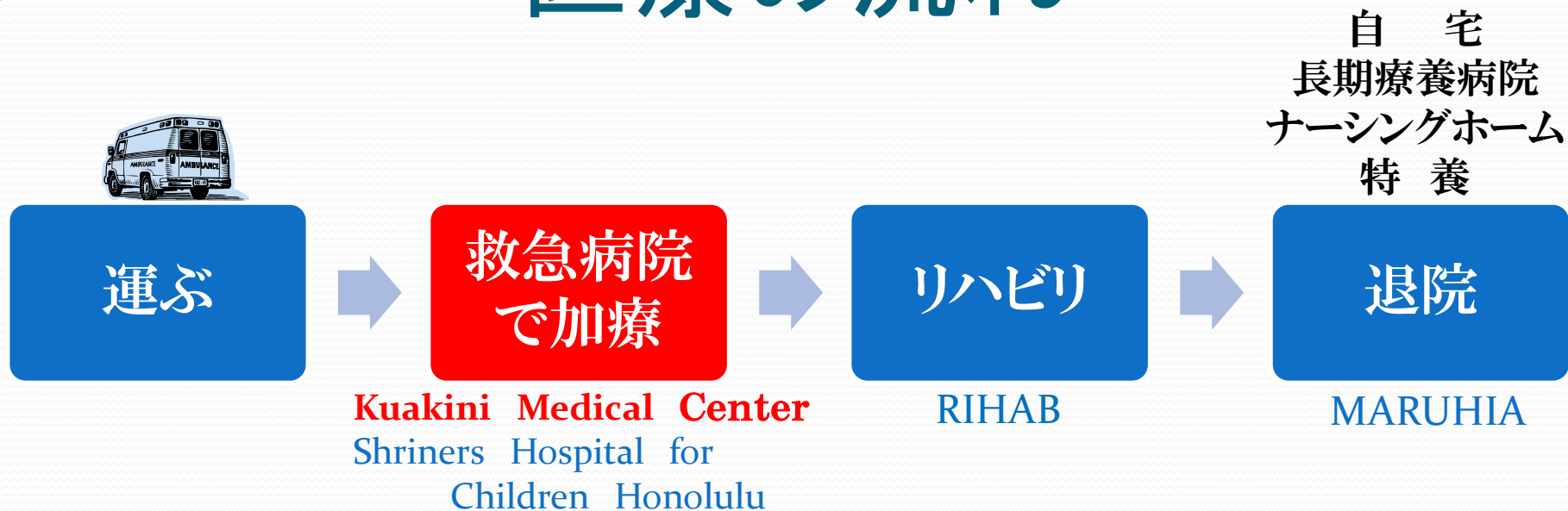


- 入院前:コーディネーターが面談確認
 - 保険の種類、支払方法、入院前の状況、加療内容と入院日数、退院後の生活、退院先、など
- 医療連携:急性期・リハビリ・本人・家族(介護者)
 - 入院前から退院後の生活を見据えた連携
 - 本人・家族(介護者)の意向、実際の状況を評価・検討

メディカルレコード

- ICD9を使用 →今年中にICD10に移行
 - ハワイ州独自に保険体系が出来ているため遅れている
- メディカルレコードの電子化
 - この2～3年で電子化しているようである
 - グループ内の病院でもダイレクトに医療情報を見ることは出来ない →USB・CDなどにより提供
- 行政及び支払側の監査により医療機関だけではなく、医師の診療が査定されている

医療の流れ



- 入院前:コーディネーターが面談確認
 - 保険の種類、支払方法、入院前の状況、加療内容と入院日数、退院後の生活、退院先、など
- 医療連携:急性期・リハビリ・本人・家族(介護者)
 - 入院前から退院後の生活を見据えた連携
 - 本人・家族(介護者)の意向、実際の状況を評価・検討

Kuakini Health System

- ホノルルを中心に4つの非営利団体
 - メディカルセンター(250床)、JCAHOより急性期病院認定
 - 老人医療センター
 - ホーム、アダルト・ヘルス・プログラム
 - 基金 ……財源確保、財団運営(寄付)
 - サポートサービス……ビジネスとしてパートナー活動を行う
- Kuakini病院の歴史
 - 1900年 日本人慈善病院開設
 - 1977年 750代収容の駐車上ビル完成
 - 1979年 9階建の医療オフィス「Kuakiniメディカルプラザ」完成
 - 1980年 10階建「ハレ・プラマ・マウ」完成、屋上にヘリポートあり

Kuakini Health System

- 病床の利用
 - 病床は212床⇒利用可能病床は150床程度
- 入院：内科・外科中心
 - 44%が80歳以上、65%が65歳以上
 - 小児科・婦人科は診療していない
- 急性期病棟：ICUやCCU治療後の呼吸器離脱が目的
 - モニターをつけたまま病棟内でリハビリを行う
 - 重症者はカメラにて監視、
 - モニター監視はEMS認定技師が24時間体制で管理
- 薬剤管理：認定看護師が投薬管理
 - 看護師のコードと患者IDにより必要な引き出しだけが開く
 - 薬剤は電子カルテにより薬剤師が補充するシステム



Kuakini Health System

- 玄関：インフォメーション
 - 基本理念、病院のミッションが明記
 - 前月表彰された職員が玄関で紹介



Kuakini Health System

- **メディカルレコード : 診療情報の管理**
 - 電子化はまだ 2/3程度
 - ICD9を使用
 - ICDのコードにより医療費が決まってくる
 - 職員は20名以下
 - 1ヶ月の退院数は350名~400名程度
 - 病床利用率は80%程度(120床)と低い



Kuakini Health System

- 病棟（長期療養病棟：2F・3F・4F）
 - 部屋は1人部屋又は2人部屋
 - 1人部屋：4, 250ドル/月（約45万円）
 - 2人部屋：3, 735ドル/月（約40万円）
 - 食事・洗濯・掃除・リネン交換含む



Kuakini Health System

- 病棟（長期療養病棟：2F・3F・4F）
 - 各部屋にトイレ・洗面台がある
 - デイサービスあり
 - 利用は自由、作品を廊下に掲示



Kuakini Health System

- 病棟 (テレメトリー: 29床)
 - ICU・CCUを出た方が治療継続する為の病棟
 - 個室は5室、隔離・呼吸器をはずす目的が中心
 - バイパス手術は行うが、移植は行わない



Kuakini Health System

- 病棟 (テレメトリー: 29床)
 - モニター管理室
 - 病院全体のモニターを24時間体制で管理
 - モニター技師 (認定資格あり)
 - 2交代: 12時間勤務 (7-19、19-7)

Room	Patient	Doctor	Procedures	Nurse
301A	MD	MSH-FM		
301B		Soft Blinded		KAREN
302A				
302B				
303A	NM	MSH-CK		MIKI
303B				
304A	GG	MSH-CK		KAREN
304B				
305A				
305B				KAREN
306P	FC V I M	MSH-CK		MIKI
307A	HT	MSH-FM		MIKI
307B	EN	MSH-FM		GENIE
308P	AK	MSH-FM		MIKI
309P	BA	K LEE		



Kuakini Health System

- 病棟 (テレメトリー: 29床)
 - 薬剤管理・・・ナースステーション横に専用室あり
 - 認定看護師が管理薬のセットをするのは薬剤師



Kuakini Health System

- その他
 - 売店



Kuakini Health System

- その他
 - 寄附をされた方の掲示



Kuakini Health System

- その他
 - ボランティア
 - 手紙
 - ボランティア貯金



Kuakini Health System

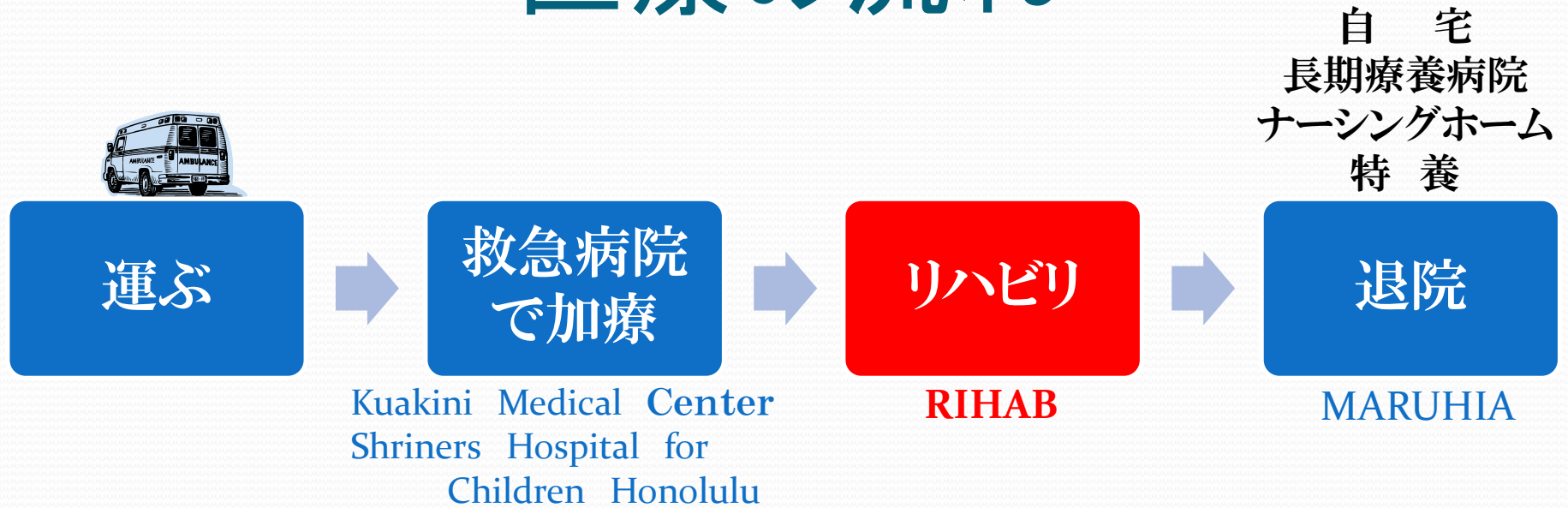
- その他
 - 日本的な内装や装飾品



Kuakini Health System



医療の流れ



- 入院前:コーディネーターが面談確認
 - 保険の種類、支払方法、入院前の状況、加療内容と入院日数、退院後の生活、退院先、など
- 医療連携:急性期・リハビリ・本人・家族(介護者)
 - 入院前から退院後の生活を見据えた連携
 - 本人・家族(介護者)の意向、実際の状況を評価・検討

RIHAB



- 1950年設立の民間の非営利団体
- ハワイ州で唯一のリハビリテーション専門病院
 - 自宅へ帰るための急性期リハビリを集中的に行う
- 診療圏はハワイ州と環太平洋の小島
 - 離島へは月に1回医師を派遣して診療を行う
- 診療内容
 - 入院:70床
 - 外来:クリニック3箇所、リハビリデイ、心臓リハビリ

RIHAB



- 入院前のアセスメント
 - 入院の条件は、「自宅へ帰るためのリハビリを行うこと」
 - 特養・ナーシングホームへの入居予定であれば対象外
- 徹底したリハビリ・・・週5日 3時間以上の実施
 - 入院当日から実施する事
 - リハビリは6:00～18:30まで
- デイケア・リハビリ専門クリニック
 - 退院後のフォローアップとしてのリハビリ
 - 自宅でのリハビリ評価とアドバイス

リハビリをする事により改善があるか？
自宅でその人らしい生活が出来るか？



REHAB *Rebuilding Lives Together*

Rehabilitation Hospital of the Pacific • 226 North Kūkūlāi Street • Honolulu, HI 96817 • Telephone: (808) 531-3511 • FAX: (808) 544-3335 • www.achabhospital.org

K. PERSONAL ISSUES

	very poor	poor	fair	good	very good
	1	2	3	4	5

- When you first arrived, how well staff explained what your stay would be like
- Accuracy of the information you received about the rehabilitation program
- Staff concern for your privacy
- How well your pain was controlled
- Degree of safety and security you felt
- Extent to which staff treated you with respect
- Staff sensitivity to the inconvenience that health problems and hospitalization can cause
- Staff concern for your questions and worries
- Extent to which staff gave you encouragement
- Staff promptness in responding to your requests

Comments (describe good or bad experience): _____

L. OVERALL ASSESSMENT

	very poor	poor	fair	good	very good
	1	2	3	4	5

- How well staff worked together to care for you
- How well staff prepared you to function at home
- How well staff prepared you to function in the community
- Overall rating of care you received during your stay
- Likelihood of your recommending our facility to others

Comments (describe good or bad experience): _____

Patient's Name: (optional) _____

Telephone Number: (optional) _____

**Thank you for taking the time to complete this questionnaire.
Your feedback is greatly appreciated.**



123456789-1
Precode 1
Precode 2
Precode 3



© 2007 PRESS GANEY ASSOCIATES, INC. All Rights Reserved
CLR#9267-RH0101-03-03/12

123456789

INPATIENT REHABILITATION SURVEY

Please complete this questionnaire about your recent rehabilitation experience. When you have finished, please return the questionnaire using the enclosed envelope.

BACKGROUND QUESTIONS [write in answer or fill in circle (for example ●) as appropriate]

- Who is completing this survey?
 - Patient
 - Spouse/Partner of patient
 - Parent of patient
 - Other family member
 - Friend
 - Other: _____

- Date of discharge: / /
month day year

INSTRUCTIONS: Fill in the circle that best describes your experience. If someone other than the patient is completing this questionnaire, please consider his or her experiences with the rehabilitation program. If a question does not apply, please skip to the next question. Space is provided for you to comment on good or bad things that may have happened.

Please use black or blue ink to fill in the circle completely.
Example: ●

A. ADMISSIONS

	very poor	poor	fair	good	very good
	1	2	3	4	5

- Courtesy of Registrar
- Ease and comfort of your transfer and admission process to the facility

Comments (describe good or bad experience): _____

B. ROOM

	very poor	poor	fair	good	very good
	1	2	3	4	5

- Daily cleaning of your room
- Noise level in and around room
- Courtesy of the person who cleaned your room

Comments (describe good or bad experience): _____



4492865

continued...

C. DIET AND MEALS

	very poor	poor	fair	good	very good
	1	2	3	4	5

1. Quality of the food.....
2. Temperature of the food (cold foods cold, hot food hot).....
3. Courtesy of food server.....

Comments (describe good or bad experience): _____

D. REHABILITATION DOCTOR (The Rehabilitation Doctor is the doctor who took care of you during your stay.)

	very poor	poor	fair	good	very good
	1	2	3	4	5

1. Courtesy of the rehabilitation doctor.....
2. Availability of the rehabilitation doctor.....
3. How well the rehabilitation doctor kept you informed about your treatment and progress.....
4. How well the rehabilitation doctor explained your discharge plans and post-discharge care.....

Comments (describe good or bad experience): _____

E. NURSING CARE

	very poor	poor	fair	good	very good
	1	2	3	4	5

1. Courtesy of the nurses.....
2. Availability of the nurses.....
3. How well the nurses kept you informed about your treatment and progress.....
4. How well the nurses instructed you about caring for yourself at home (including medications).....
5. Overall quality of nursing care you received on the following shifts:
 - a. Day shift (7:00 AM - 3:00 PM).....
 - b. Evening shift (3:00 PM - 11:00 PM).....
 - c. Night shift (11:00 PM - 7:00 AM).....

Comments (describe good or bad experience): _____

F. PHYSICAL THERAPY (Please skip this section if you did not receive physical therapy at this facility.)

	very poor	poor	fair	good	very good
	1	2	3	4	5

1. Courtesy of the physical therapist.....
2. How well the physical therapist explained your treatment and progress.....
3. Extent to which you were involved in setting your physical therapy goals.....
4. How well physical therapy helped you meet your goals.....

Comments (describe good or bad experience): _____

G. OCCUPATIONAL THERAPY (Please skip this section if you did not receive occupational therapy at this facility.)

	very poor	poor	fair	good	very good
	1	2	3	4	5

1. Courtesy of the occupational therapist.....
2. How well the occupational therapist explained your treatment and progress.....
3. Extent to which you were involved in setting your occupational therapy goals.....
4. How well occupational therapy helped you meet your goals.....

Comments (describe good or bad experience): _____

H. SPEECH THERAPY (Please skip this section if you did not receive speech therapy at this facility.)

	very poor	poor	fair	good	very good
	1	2	3	4	5

1. Courtesy of the speech therapist.....
2. How well the speech therapist explained your treatment and progress.....
3. Extent to which you were involved in setting your speech therapy goals.....
4. How well speech therapy helped to meet your goals.....

Comments (describe good or bad experience): _____

I. PSYCHOLOGY

	very poor	poor	fair	good	very good
	1	2	3	4	5

1. Courtesy of the psychologist.....
2. Degree to which the psychologist showed concern about your problems and answered your questions.....
3. Helpfulness of psychologist in dealing with rehabilitation adjustment problems that you or your family may have had.....

Comments (describe good or bad experience): _____

J. DISCHARGE

	very poor	poor	fair	good	very good
	1	2	3	4	5

1. How well staff explained your discharge plans.....
2. Training given to you and your family about your care after discharge.....
3. Assistance with post-discharge arrangements.....
4. Helpfulness/responsiveness of the case manager in assisting with your discharge plans and post-hospital arrangements.....
5. Amount of notice you were given to prepare for your discharge.....
6. Courtesy of the case manager.....
7. How helpful and responsive the case manager was to your personal and family's needs.....

Comments (describe good or bad experience): _____



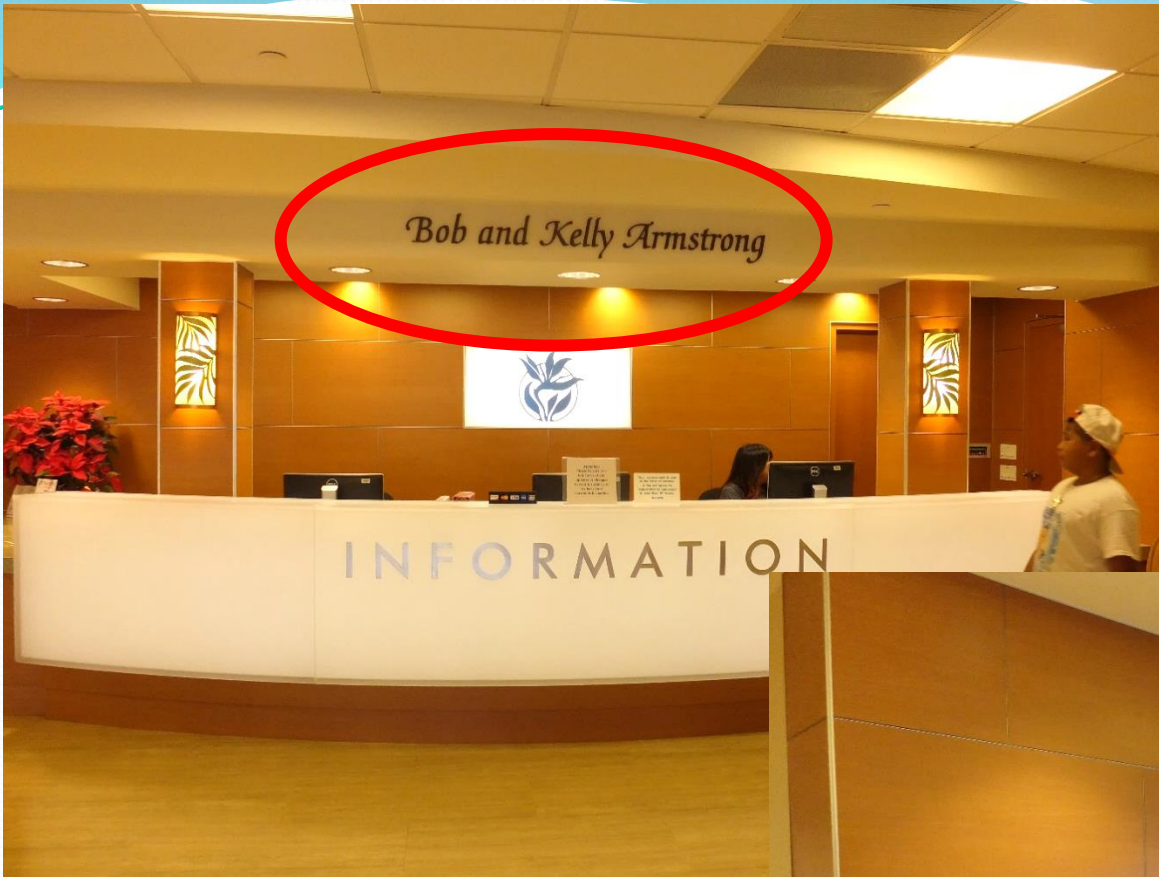
449265

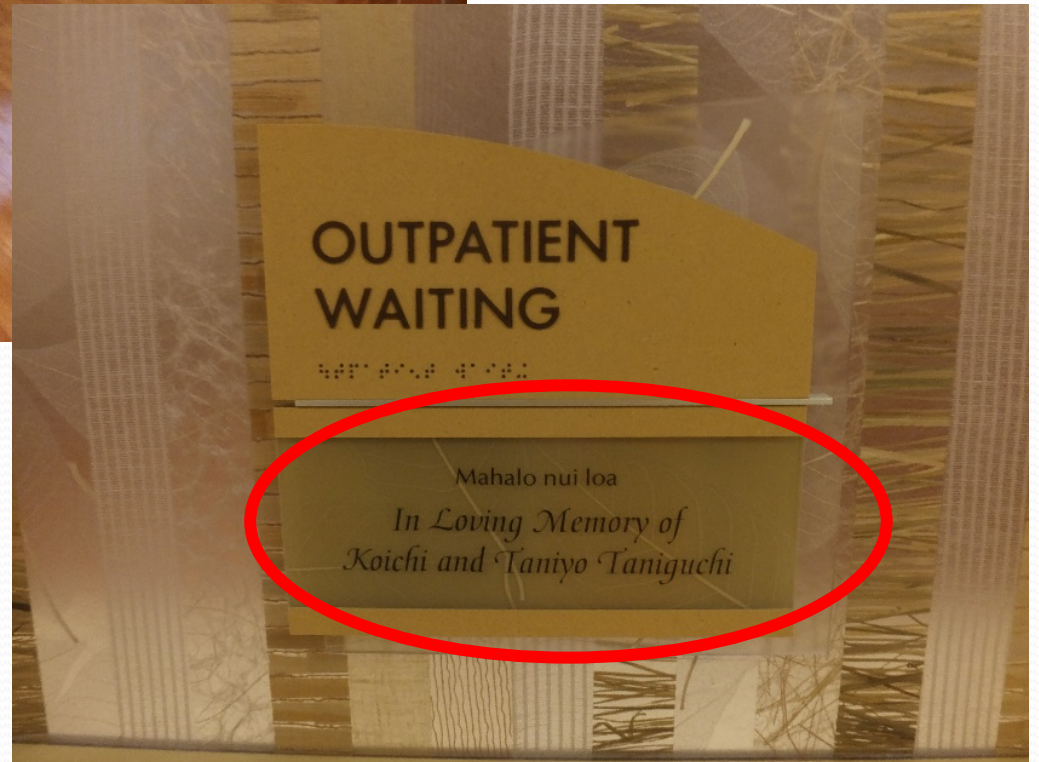
Function Modifiers*		39. FIM™ Instrument*		
Complete the following specific functional items prior to scoring the FIM™ Instrument:		Admission	Discharge	Goal
29. Bladder Level of Assistance (Score using FIM Levels 1 - 7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Bladder Frequency of Accidents (Score as below)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - No accidents 6 - No accidents; uses device such as a catheter 5 - One accident in the past 7 days 4 - Two accidents in the past 7 days 3 - Three accidents in the past 7 days 2 - Four accidents in the past 7 days 1 - Five or more accidents in the past 7 days				
<i>Enter in Item 39G (Bladder) the lower (more dependent) score from Items 29 and 30 above.</i>				
31. Bowel Level of Assistance (Score using FIM Levels 1 - 7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Bowel Frequency of Accidents (Score as below)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - No accidents 6 - No accidents; uses device such as an ostomy 5 - One accident in the past 7 days 4 - Two accidents in the past 7 days 3 - Three accidents in the past 7 days 2 - Four accidents in the past 7 days 1 - Five or more accidents in the past 7 days				
<i>Enter in Item 39H (Bowel) the lower (more dependent) score from Items 31 and 32 above.</i>				
33. Tub Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Shower Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Score Items 33 and 34 using FIM Levels 1 - 7; use 0 if activity does not occur) See training manual for scoring of Item 39K (Tub/Shower Transfer)</i>				
35. Distance Walked	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Distance Traveled in Wheelchair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Code Items 35 and 36 using: 3 - 150 feet; 2 - 50 to 149 feet; 1 - Less than 50 feet; 0 - activity does not occur)</i>				
37. Walk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Wheelchair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Score Items 37 and 38 using FIM Levels 1 - 7; 0 if activity does not occur) See training manual for scoring of Item 39L (Walk/Wheelchair)</i>				
		SELF-CARE A. Eating B. Grooming C. Bathing D. Dressing - Upper E. Dressing - Lower F. Toileting SPHINCTER CONTROL G. Bladder H. Bowel TRANSFERS I. Bed, Chair, Wheelchair J. Toilet K. Tub, Shower LOCOMOTION L. Walk/Wheelchair M. Stairs COMMUNICATION N. Comprehension O. Expression SOCIAL COGNITION P. Social Interaction Q. Problem Solving R. Memory		
		FIM LEVELS No Helper 7 Complete Independence (Timely, Safely) 6 Modified Independence (Device) Helper - Modified Dependence 5 Supervision (Subject = 100%) 4 Minimal Assistance (Subject = 75% or more) 3 Moderate Assistance (Subject = 50% or more) Helper - Complete Dependence 2 Maximal Assistance (Subject = 25% or more) 1 Total Assistance (Subject less than 25%) 0 Activity does not occur; Use this code only at admission		

* The FIM data set, measurement scale and impairment codes incorporated or referenced herein are the property of U B Foundation Activities, Inc. © 1993, 2001 U B Foundation Activities, Inc. The FIM mark is owned by UBFA, Inc.

Discharge Information*	
40. Discharge Date	____/____/____ MM/DD/YYYY
41. Patient discharged against medical advice?	_____ (0 - No; 1 - Yes)
42. Program Interruption(s)	_____ (0 - No; 1 - Yes)
43. Program Interruption Dates (Code only if item 42 is 1 - Yes)	
A. 1st Interruption Date	_____ MM/DD/YYYY
B. 1st Return Date	_____ MM/DD/YYYY
C. 2nd Interruption Date	_____ MM/DD/YYYY
D. 2nd Return Date	_____ MM/DD/YYYY
E. 3rd Interruption Date	_____ MM/DD/YYYY
F. 3rd Return Date	_____ MM/DD/YYYY
44C. Was the patient discharged alive?	_____ (0 - No; 1 - Yes)
44D. Patient's discharge destination/living setting, using codes below: (answer only if 44C = 1; if 44C = 0, skip to item 46)	_____ <i>(01 - Home (private home/apt., board/care, assisted living, group home, transitional living); 02 - Short-term General Hospital; 03 - Skilled Nursing Facility (SNF); 04 - Intermediate care; 06 - Home under care of organized home health service organization; 50 - Hospice (home); 51 - Hospice (institutional facility); 61 - Swing bed; 62 - Another Inpatient Rehabilitation Facility; 63 - Long-Term Care Hospital (LTCH); 64 - Medicaid Nursing Facility; 65 - Inpatient Psychiatric Facility; 66 - Critical Access Hospital; 99 - Not Listed)</i>
45. Discharge to Living With (Code only if item 44C is 1 - Yes and 44D is 01 - Home; Code using 1 - Alone; 2 - Family / Relatives; 3 - Friends; 4 - Attendant; 5 - Other)	_____ _____ _____ _____ _____
46. Diagnosis for Interruption or Death (Code using ICD code)	_____
47. Complications during rehabilitation stay (Use ICD codes to specify up to six conditions that began with this rehabilitation stay)	A. _____ B. _____ C. _____ D. _____ E. _____ F. _____

* The FIM data set, measurement scale and impairment codes incorporated or referenced herein are the property of U B Foundation Activities, Inc. © 1993, 2001 U B Foundation Activities, Inc. The FIM mark is owned by UBFA, Inc.





RIHAB 中庭



RIHAB

- 4階病棟 : 16室／22床、モニター監視8室
 - 主たる疾患 : 脳卒中
 - 平均入院日数 : 7～14日間
 - スタッフの配置 : 8時間の3シフト
 - ナースステーションの前に多目的ルーム



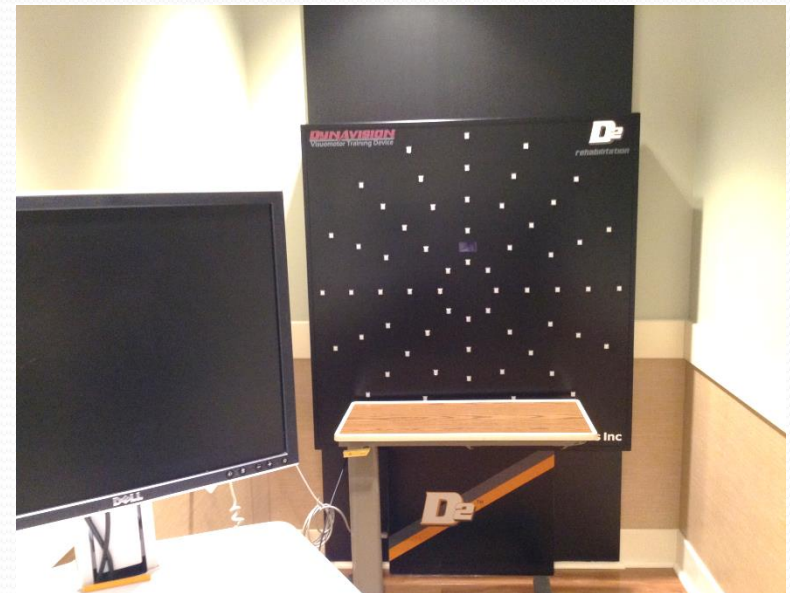
RIHAB

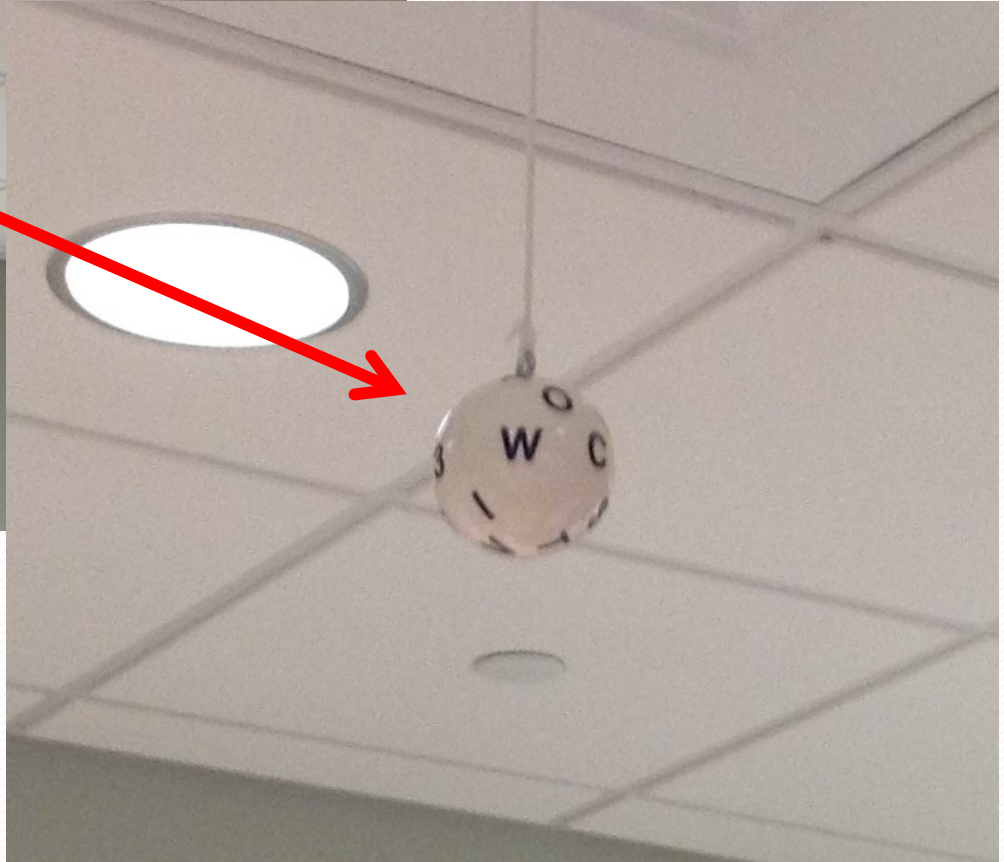
- 4階病棟 ： 16室／22床、モニター監視8室
 - 薬剤の管理室あり
 - パソコンは指紋認証
 - 電子カルテと連動し、薬剤は定期的に薬剤師が補充
 - 緊急カートはかぎ付きの戸棚の中に収納



RIHAB

- 4階病棟 : 16室／22床、モニター監視8室
 - 視聴覚テスト室 : OTが実施





RIHAB

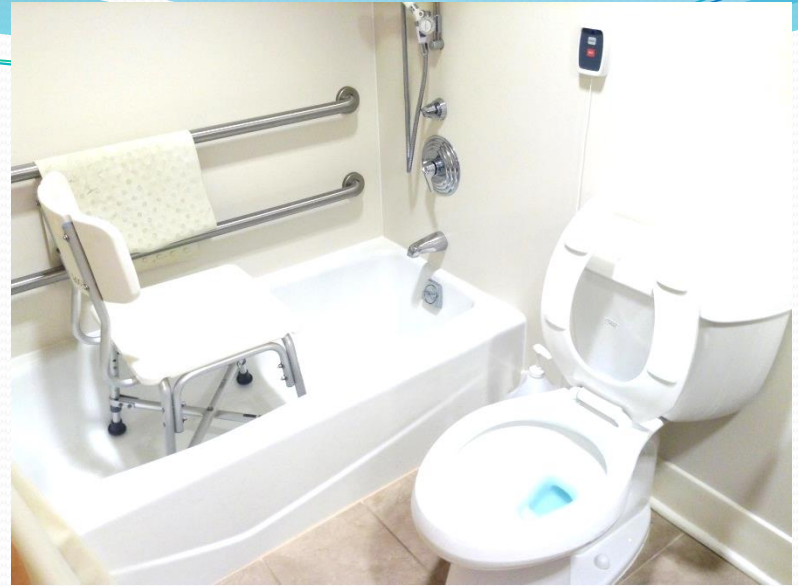
- 4階病棟 : 16室 / 22床、モニター監視8室



RIHAB

- 4階病棟 : 16室 / 22床、モニター監視8室
 - 退院前実生活訓練室 : 2室
 - 家族とともに宿泊
 - 入室は基本的に2日間
 - 日常動作を確認し、介助ができると判断されれば退院となる
 - キッチンでは調理はできない:洗濯・家事・ADL訓練は別室あり





RIHAB

- 3階病棟
 - 主たる疾患は、脊髄損傷
 - ADL訓練室

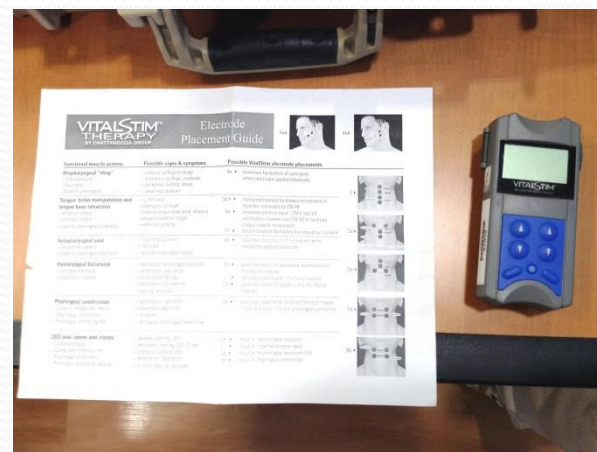
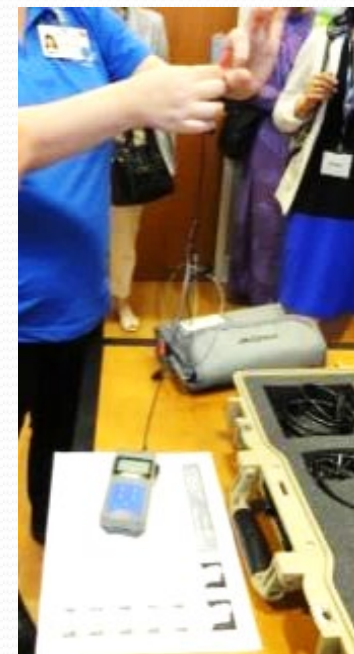


RIHAB

- 3階病棟

- 嚥下訓練室：1室、

- 嚥下テスト：今までは他院で実施、セラピストが実施
- セラピストのリクエストによりリハビリ専門医がオーダー
- 嚥下訓練は、VITALSTIMにより電気刺激
- 口から食べられるように、楽しみ・安心



RIHAB Q&A

Q 3時間のリハビリは保険で査定されないか？

⇒3時間は最低の時間で、短時間でよければ入院の必要は無いと判断される。

Q セラピストと病棟の申し送りはどうしているのか？

⇒チームカンファレンスを毎日行っている。

Q 器具が必要になったら自費になるのか？

⇒セラピスト・看護師が判断し、メディケアに申請をして許可が下りれば指定業者へ発注する事になる。

RIHAB Q&A

Q リハビリ時のメンタルサポートは？

⇒心理学者の方と契約しているほか、家庭医がサポートする。この国では、医師・歯科医師、管理栄養士、レントゲン技師など殆どの専門職は契約してその役割を果たしてもらふことが多い

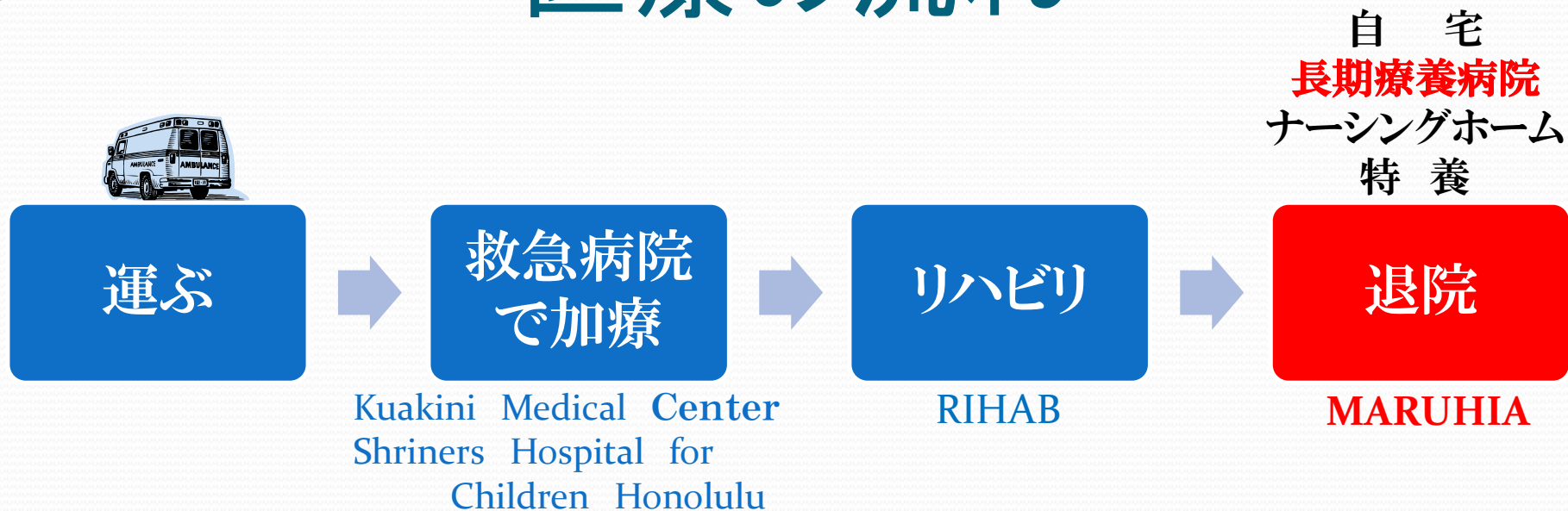
Q メディケアを使用しない場合監査は入らないのか？

⇒メディケアにはガイドラインがあり、自由診療でもそれに沿って診療する。監査はメディケアだけではなく、メディケイド、労災、交通事故であれば生命保険の監査もある。医療機関としての監査、行政の監査もある。他に、リカバリーオーディットといい、様々な監査で本当にやっているのかをチェックされる。

RIHAB



医療の流れ



- 入院前:コーディネーターが面談確認
 - 保険の種類、支払方法、入院前の状況、加療内容と入院日数、退院後の生活、退院先、など
- 医療連携:急性期・リハビリ・本人・家族(介護者)
 - 入院前から退院後の生活を見据えた連携
 - 本人・家族(介護者)の意向、実際の状況を評価・検討

ハワイの介護

- 基本的には自分の**資産で賄う**
 - 家族がいれば家などの売却はしなくても良い
- **メディケア**(一部利用可能)
 - 事前申請必要
- 資産がない場合は**メディケイド**に応募する

MARUHIA

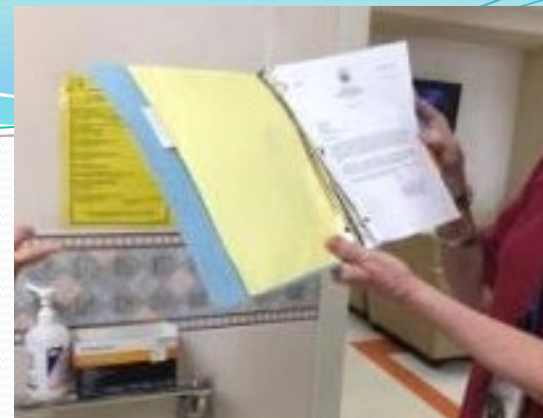
- ハワイ州立の長期療養型病院
- 4ユニット 158床、
 - ハワイ州全島に12施設1250床有する
- 高度な医療ケアが必要な方は保険がおりやすいが、中等度介護者が約8割を占める
- 生活に必要なサービスを提供を行う
 - 高齢者専用クリニック
 - デイケア
 - ミールサービス
- 入居費用は高額：1泊350ドル、1ヶ月で約100万円
 - 入居費の中に、リネン交換、掃除、などは含まれる



どうすれば
その人らしく
よりよい人生が
送れるか？



MARUHIA



- **病棟の職員数：**

- 正看護師 20名、准看護師 14名、ケアワーカー 69名
- 日中の基本勤務体制・・・看護師 2名、ケアワーカー 5名、
他には、事務1名、
創傷担当(教育も担当)1名、感染コントロール1名
管理職：看護部長

- **病棟内には監査時に指摘をされ、改善レポートを公開**

- 1年に1回監査が来るように予定されているが少しずつ遅れている
- 指摘例：配膳の仕方
- 監査員のメンバーは、看護師2名、管理栄養士1名、ソーシャルワーカー1名で構成



MARUHIA



- 栄養管理部門
 - 口から食べる楽しみ・喜び
 - 連邦政府の規制あり
 - 摂取量は視覚的に確認する



Dietary Intake Guide

A helpful resource to help measure meals, supplements, and liquids consumed

Record amount of the total meal consumed using the following guidelines. Overestimating total consumption is a common error, especially when food is pushed around on the tray. Avoid letting how much a resident normally consumes influence your estimate.

0%	Refused—0% Refused meal completely, or consumed only one or two bites of each item.	
25%	Poor—25% Approximately 25% of entree, or 50% of one item consumed.	
50%	Fair—50% Approximately half of food is consumed (eg, 50% of entree, 25% of vegetable and soup left). If total entree is consumed but no other food is touched, record as Poor/25% — not Fair/50%.	
75%	Good—75% Majority of the meal is consumed, but a significant amount of one or more items is left (eg, 25% of entree or 75% of vegetable left).	
100%	All—100% Entire meal is consumed except for a minimal amount of food (eg, less than 25% of vegetable left).	

MARUHIA

- リハビリテーション部門
 - 自立した生活を送るための評価・アドバイス



MARUHIA

- ソーシャルワーカー
 - 患者家族の「感情」を受け止める
- デイケア部門 ……33年前より実施
 - 家族の変わりに見る
 - ⇒ 1日87ドル(約1万円)
 - 自主性を失わせない
 - 認知症にも対応
 - 月～金 6:45～19:30
 - 土 8:00～16:00



MARUHIA

- ボランティア
 - レクリエーションセラピー
 - アクティビティ・・・1日3回利用者の好みにより選択する
 - 季節ごとのイベント
 - 家族向けのイベント、休日を中心に実施
 - スペシャルアクティビティ
 - アニマルセラピー
 - ガーデンセラピー
 - アートセラピー



MARUHIA Q&A

Q 公立の病院とのことだが看護師などに困った事は？

⇒ハワイは看護師の給料が高く、志望者が多い

二つ以上の仕事の掛け持ちがあり、急に休む事があり困る

Q メディカルレコードの資格はどのような研修を受けるのか？

⇒部門には大学4年間で国家資格を持った人が必要だが、コーディングのコースを3ヶ月間受ければ仕事ができる。コーディングにより医療費が決まっているので、今はまだICD9を使用している。

Q メディカルレコードは電子化されているのか？

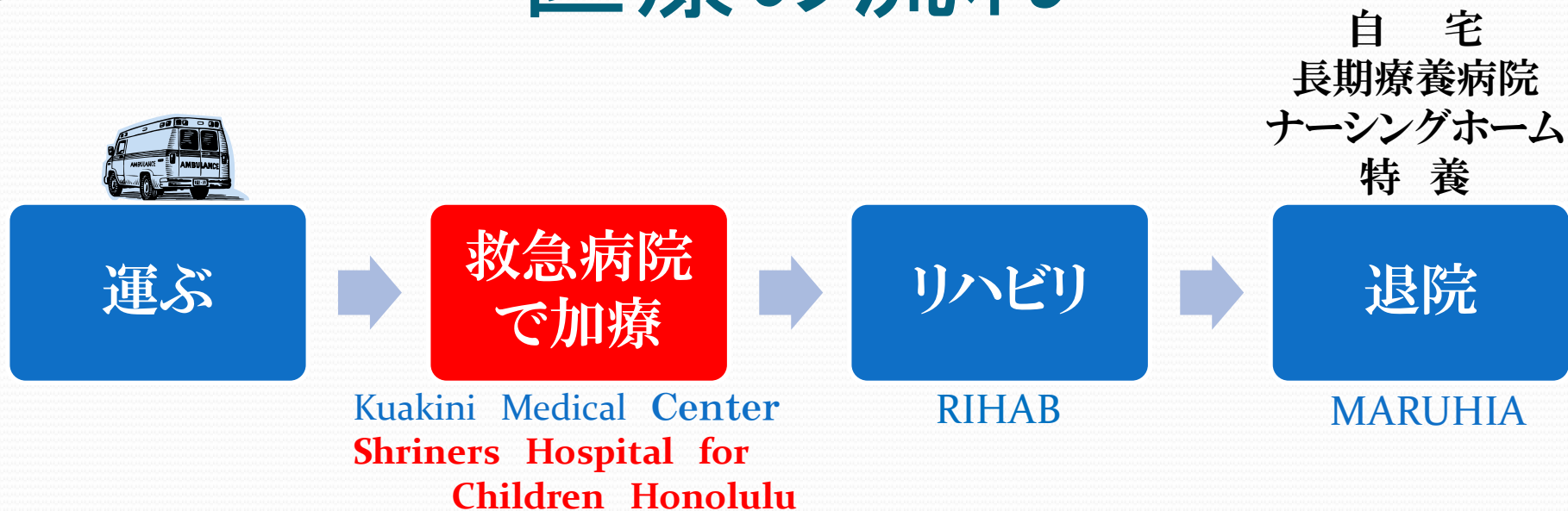
⇒まだ、全ては電子化されていない。保管義務も20年と永い。

MARUHIA

When you
go up,
your
blood
pressure
goes down.



医療の流れ



- 入院前: コーディネーターが面談確認
 - 保険の種類、支払方法、入院前の状況、加療内容と入院日数、退院後の生活、退院先、など
- 医療連携: 急性期・リハビリ・本人・家族(介護者)
 - 入院前から退院後の生活を見据えた連携
 - 本人・家族(介護者)の意向、実際の状況を評価・検討

Shriners Hospital for Children Honolulu

- 1923年設立の小児専門の病院グループ
 - Shriners財団による運営
 - 政府の補助は無い
 - 全てが寄付により賄われ、患者の費用負担は無い
- アメリカ・メキシコ・カナダに22箇所 of 病院
- ホノルルは整形外科が専門
- 病床は24床、ファミリーセンター(10室)
- 内科系・外科系・救急救命はカピオラニ病院と提携
- 重度の熱傷や脊髄損傷はカリフォルニアへ



Shriners Hospital for Children Honolulu

- 事務棟
 - メディカルレコード、運営事務関係がまとまっている
- 病院の本体はテーマがある
 - 1Fフロア : 海の中
 - 2Fフロア : 地上
 - 手術室 : 空



Shriners Hospital for Children Honolulu

● 1Fフロア 受付・ロビー



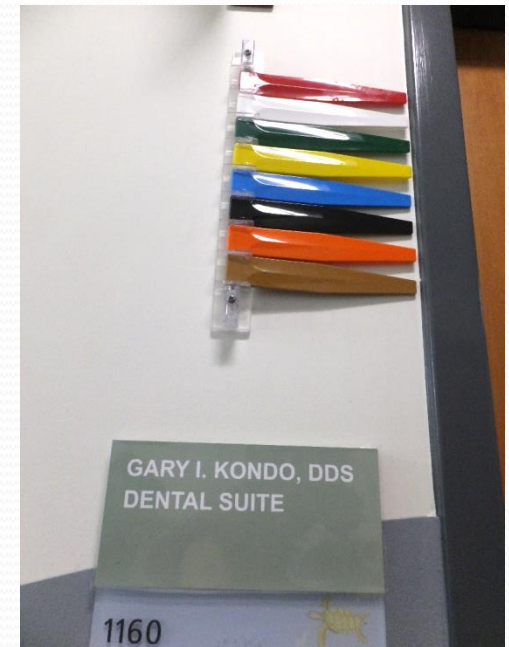
Shriners Hospital for Children Honolulu

- 診察室
 - 電子化は2005年～、2009年～x-rayも電子化
 - 電子カルテはカードでログインしさらにパスワード管理
 - 職種によりアクセス制限
 - 情報提供はCD・USBで



Shriners Hospital for Children Honolulu

- 外来診療のシステム
 - 診察室に医療者(医師、セラピスト、看護師など)が訪問し診療を行うシステム
- 滞在中の家族に対する支援
 - 治療中滞在できる施設あり
 - バーベキュー、
 - レクリエーション施設、
 - バスケットコートなど
- 診療費は財団で賄うが、資産がある方は自主的に支払う事もある



Shriners Hospital for Children Honolulu

- 放射線室
 - 一般撮影のみ
 - CT・MRIは地域のカピオラニ病院と提携
 - スタッフ10名で、夜間はオンコール体制



Shriners Hospital for Children Honolulu

- リハビリ室
 - 切断後の義肢の調整、
 - 車椅子棟の調整も行う

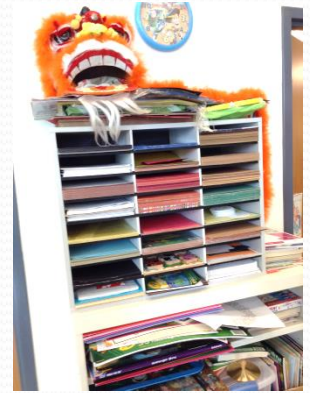


Shriners Hospital for Children Honolulu

- レクリエーションセンター
 - 屋外にはバスケットボールコート、バーベキュースペース
 - プール、調理室、ゲーム等のスペースあり



Shriners Hospital for Children Honolulu



Shriners Hospital for Children Honolulu

- 2Fフロア
 - ロビー・手術等の待合室
 - 吹き抜けにはトップライトもあり開放的
 - 手術の待合室はソファあり、海の生き物と鳥があしらわれ適度な目隠しになっている



Shriners Hospital for Children Honolulu

- 2Fフロア
 - 病棟
 - ロビー、
 - 病室(24室)・・・2人部屋だが個室のように使用している



Shriners Hospital for Children Honolulu

- 2Fフロア
 - 病棟
 - ナースセンター
 - 薬の保管・・・看護師の認証(指紋)⇒患者の情報



Shriners Hospital for Children Honolulu



まとめ

「地域の中での介護・医療の連携」

- 医療制度の違い
 - 保険の違い:メディケア、メディケイド、自賠責保険、労災保険
 - 自己責任と行政の責任(監査)、医師の査定
- 寄附を行う風土、ボランティアを行う風土
 - 寄附をしてくれた方の名前を壁に張り出すなど感謝の意を表す
 - ボランティア貯金
- 介護に関する考え方の違い
 - 介護は生活・・・基本は個人の資産を使用する
 - 医学的要素が高ければメディケアを利用
- 個の尊厳を保ちその人らしく生きていく
 - 入院前から退院後の生活を見据え専門的見地から支えていく

ホノルルの風景



ホノルルの風景



ホノルルの風景



ホノルルの風景



ダイヤモンドヘッドからの風景



巨大サイズの パンケーキ

本場の“Café Kaila”

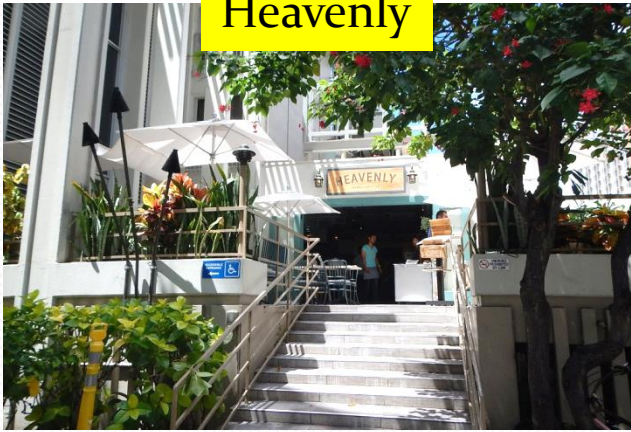
- …1時間待ちで！
- …1人で食べる量？飲む量？



ハワイの夜

ワイキキ・リゾート・ホテル 室内で

Heavenly



Tanaka of Tokyo



ホノルル空港



ご静聴ありがとうございました

