

大腿骨頸部骨折 地域医療連携八事 改訂版



2008.12. 改正
八事整形医療連携会

様 ID:

大腿骨頸部骨折地域医療連携パス

病院御中

年 月 日生 年齢: 歳 性別: 診断名: 受傷日: 年 月 日 () 転倒 事故 病的骨折 入院日: 年 月 日 () 手術日: 手術名: 輸血: 有 無 リハビリ開始日:	住所: 電話番号: キーパーソン: 住所: 電話番号: 緊急連絡先①: 緊急連絡先②: 緊急連絡先③:	既往歴・合併症 医学的な目標 ・在宅 施設 その他 () ・杖歩行・シルバーカー 車椅子 ・その他 () 患者・家族が望んでいる目標 ・在宅 施設 その他 () ・杖歩行・シルバーカー・車椅子 ・その他 ()	
入院前環境・活動情報 〈生活場所・家屋構造〉 ・自宅 (独居 家族) ・施設 () ・寝所 (ベッド 布団) ・トイレ (洋式 和式) ・手すり 有 () 無 ()	内容 起坐 車椅子 歩行器・四点杖歩行	科学的な目標 ・介護認定: 有 (要介護 要支援) ・無 (自立 , 未申請) 患者・家族が望んでいる目標 38℃以上の発熱がない 創の状態がよい 合併症がない レントゲンの結果がよい 検査データが正常範囲内 看護上の問題点 褥瘡 有 (処置) 無 ()	
〈歩行状態〉 自宅内歩行: □不可, □自立, □介助 杖等: □使用 () , □非使用 装具: □使用 () , □非使用 屋外歩行: □不可, □自立, □介助 杖等: □使用 () , □非使用 装具: □使用 () , □非使用	リハビリテーション 経過 (アウトカム) □寝返り 介助量 () % (/) □車椅子操作 介助量 () % (/) □歩行器歩行 50m 介助量 () % (/) □寝返り 介助量 () % (/) □車椅子移動 介助量 () % (/) □歩行器歩行 50m 介助量 () % (/) □四点杖歩行 50m 介助量 () % (/) □坐位保持 介助量 () % (/) □車椅子移乗 介助量 () % (/) □一木杖歩行 50m 介助量 () % (/) □独歩 50m 介助量 () % (/) □屋外歩行 () m () sec/10m (/) 補助具 () □起き上がり 介助量 () % (/) □介助量 () % (/)	褥瘡 有 (処置) 無 () 一本杖歩行 独歩 屋外歩行 □一木杖歩行 50m 介助量 () % (/) □独歩 50m 介助量 () % (/) □屋外歩行 () m () sec/10m (/) 補助具 () □介助量 () % (/) □介助量 () % (/)	
〈認知症〉有 無 入院後・退院時の状況 『名古屋第二赤十字病院 退院時の状態』 平成 年 月 日	アレルギー 薬物 () 食物 () その他 () 感染症 HB抗原 (+/-) HCV (+/-) RPR (+/-) TP (+/-) HIV (+/-) MRSA (+/-)	退院後情報 〈生活場所〉 ・自宅 (独居, 人暮らし) ・施設 () ・病院 ()	
〈食事〉 食事内容・形態 () 自立, セットアップ, 介助	退院時 (得点 / 19点) 退院時 (得点 / 19点)	退院後情報 〈生活場所〉 ・自宅 (独居, 人暮らし) ・施設 () ・病院 ()	
〈排泄〉 トイレ, オムツ, 留置カテーテル 介助: 要 (全・部分) ・不要 ・排尿回数: 回/日 ・排便回数: 回/日 (最終排便: 月 日)	★日常生活機能評価 入院前 退院時 (得点 / 19点)	★日常生活機能評価 退院時 (得点 / 19点)	〈介護サービス(必要◎・不要×)〉 ・訪問看護 ・訪問介護 ・訪問リハビリ ・通所介護 ・通所リハビリ
〈視力〉 見える, 少しは見える, 見えない 眼鏡 コンタクトレンズ	移動方法 介助を要しない移動 介助を要する移動 (搬送者) 介助を要しない移動 介助を要する移動 (搬送者)	移動方法 介助を要しない移動 介助を要する移動 (搬送者) 介助を要しない移動 介助を要する移動 (搬送者)	介護認定 () ★福祉用具
〈口腔〉 義歯 (総・部分), 自歯	食事摂取 介助なし 一部介助 全介助 食事摂取 介助なし 一部介助 全介助	食事摂取 介助なし 一部介助 全介助 食事摂取 介助なし 一部介助 全介助	介護認定 () ★福祉用具
〈聴力〉 聞こえる, 少しは聞こえる, 聞こえない 補聴器	危険行動 危険行動 危険行動	危険行動 危険行動 危険行動	★自宅改修箇所
〈清潔〉 入浴・シャワー浴・清拭 介助: 要・不要	コメント 名古屋第二赤十字病院 整形外科病棟 担当医師 担当PT 担当OT 病棟責任者 担当看護師 担当MSW	コメント 病院名: 担当医師 担当PT 担当OT 担当看護師 担当MSW	★内服は別紙参照 名古屋第二赤十字病院 様式3

★記入方法について①★

記入者別色分け

職種に関係なく、全てに関係すること

医師

看護師

セラピスト

年 月 日生
 年齢： 歳 性別：
 診断名：
 受傷日： 月 日 () 転倒 事故 病的骨折
 入院日： 月 日 ()
 手術日：
 手術名：
 輸血： 有 無
 リハビリ開始日：

受傷理由は、○で囲む。もしそれ以外で記入しなければいけない内容があれば、入院日の横に記入。スペースがなければ、コメント欄に記入する。

手術後、床上リハビリを始めた日を記入する。

入院前環境・活動情報

〈生活場所・家屋構造〉

- ・自宅 (独居 家族)
- ・施設 ()
- ・寝所 (ベッド 布団)
- ・トイレ (洋式 和式)
- ・手すり 有 () ・無

〈歩行状態〉

自宅内歩行：□不可、□自立、□介助
 杖等：□使用 ()、□非使用
 装具：□使用 ()、□非使用
 屋外歩行：□不可、□自立、□介助
 杖等：□使用 ()、□非使用
 装具：□使用 ()、□非使用

〈認知症〉有 ・ 無

自宅に手すりが設置されている場合、カッコ内に設置場所を記入する。

施設の名前を記入する

歩行状態に☑または■にする。カッコ内へは使用していた器具を記入する。

入院後・退院時の状況

〈せん妄〉有 ・ 無
 軽快・持続・悪化 (対処法)

〈食事〉
 食事内容・形態 ()
 自立、セッティング、介助

〈排泄〉
 トイレ、オムツ、留置カテーテル
 介助： 要 (全・部分) ・不要
 ・排尿回数： 回/日
 ・排便回数： 回/日
 (最終排便： 月 日)

〈視力〉
 見える、少しは見える、見えない
 眼鏡 コンタクトレンズ

〈口腔〉
 義歯 (総・部分)、自歯

〈聴力〉
 聞こえる、少しは聞こえる、聞こえない
 補聴器

〈清潔〉
 入浴・シャワー浴・清拭
 介助：要・不要

日赤退院時の状況を記入する。

手術前後せん妄の有無を○で囲み、有であった場合現在の状態を○で囲む。薬剤等で対処している場合、その内容をカッコ内に記入する。

★記入の方法について②★

キーパーソンの住所は大まかなものでよい。たとえば『名古屋市昭和区』などで、あえて番地などの記入は不要である。患者と同居の場合は同上とし、名前と続柄の記入のみで可。

何歳の時に、どんな病気で、どんな治療を、どのくらいの期間行ったかを記入する。入院中、問題となった合併症などは、コメント欄に記入する。

住所：	既往歴・合併症
電話番号：	
キーパーソン： 続柄：	
住所：	
電話番号：	
緊急連絡先①：	
緊急連絡先②：	
緊急連絡先③：	かかりつけ医：

緊急連絡先には、名前と続柄、電話番号を記入する。連絡先①がキーパーソンの場合同上とする。

入院前のかかりつけ医を記入する。

項目に○をつけ、達成目標を記入する。

達成目標とは別に、患者・家族の目標を記入する。

医学的な目標 ・在宅 施設 その他 () ・杖歩行・シルバーカー・車椅子 ・その他 ()	患者・家族が望んでいる目標 ・在宅 施設 その他 () ・杖歩行・シルバーカー・車椅子 ・その他 ()
持っている、要介護・要支援の階級を記入する。	
・介護認定：有 (要介護 要支援) ・無 (自立 、未申請)	

介護認定を持っていなくても、申請したが、「自立」と認定された場合は、自立に○を記入する。全く申請を行っていなかったら「未申請」に○をつける。

医師から患者・家族に説明した内容を記入。「患者・家族が望んでいる目標」と差がある場合には、そのことに関してどう説明しているかも記入する。転院後の病院で医師が説明した内容については、記入スペースが残っていれば、ここに記入。スペースがなければ、コメント欄または、別紙としてコピーを大腿骨頸部骨折地域医療連携パスとともにフィードバックする。熱、創など、項目通りであれば○をつける。

患者・家族が受けた説明内容 (上記の内容も踏まえて)	次回受診日：	受診時間：
38℃以上の発熱がない		
創の状態がよい		
合併症がない		
レントゲンの結果がよい		
検査データが正常範囲内		
看護上の問題点		
褥瘡 有 (処置) 無		

精神的・社会的側面からみた問題点についても記入する。褥瘡がある場合は、有を○で囲み、処置を記入する。

★記入の方法について③★

退院日を記入する。

『名古屋第二赤十字病院 退院時の状態』 平成 年 月 日

・荷重制限：有（ ）無（ ）
 今後の予定（ ）

・疼痛：有(部位：)、種類：) 無

・リハビリ意欲：有 ・ 無

・認知症：HDS-R /30点(/)、不穩：有・無

・可動域：股関節屈曲()度・伸展()度・外転()度

・筋力：中殿筋、大腿四頭筋

・移動方法：独歩 松葉杖 一本杖 四点杖 歩行器 車椅子

退院時の状態を記入
別紙参照

入院前の日常生活機能状態の該
当欄に○を記入する。

退院時の日常機能評価をし、該当
欄に○を記入し、合計得点を出し記
入する。

★日常生活機能評価	入院前			退院時 (得点 /19点)		
	得点 0	得点 1	得点 2	得点 0	得点 1	得点 2
床上安静の指示	なし	あり		なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない		できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない		できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送含)		介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送含)	
口腔清潔	できる	できない		できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ		はい	いいえ	
危険行動	ない	ある		ない	ある	

コメント

・入院中脱臼を起こしている場合
 ・手術の固定性について
 などなど、何でも記入可。

また、誰が記入してもよい。

名古屋第二赤十字病院 整形外科病棟

担当医師

担当PT

担当OT

病棟責任者

担当看護師

担当MSW

記入した人がそれぞれ名前を記入しておく。

★記入の方法について④★

感染症	HB抗原(+-) RPR(+-)	HCV(+-) TP(+-)	HIV(+-) MRSA(+-)
-----	---------------------	-------------------	---------------------

該当するところに
○を記入する。

該当するカッコ内にアレルギーとなったものを記入する。そ
の他へは造影剤などを記入する。

アレルギー	薬物() 食物()	その他 ()
-------	----------------	---------

内容		起坐	車椅子
リハビリテーション	経過(アウトカム)	<input type="checkbox"/> 寝返り 介助量 () % (/)	<input type="checkbox"/> 車椅子操作 介助量 () % (/)
		<input type="checkbox"/> 介助量 () % (/)	<input type="checkbox"/> 介助量 () % (/)
		<input type="checkbox"/> 坐位保持 介助量 () % (/)	<input type="checkbox"/> 車椅子移乗 介助量 () % (/)
		<input type="checkbox"/> 介助量 () % (/)	<input type="checkbox"/> 介助量 () % (/)
		<input type="checkbox"/> 起き上がり 介助量 () % (/)	
		<input type="checkbox"/> 介助量 () % (/)	

リハビリ状況を記入

退院後情報 〈生活場所〉
・自宅(独居、 人暮らし) ・施設 () ・病院 ()
〈介護サービス(必要◎・不要×)〉
・訪問看護 ・訪問介護 ・訪問リハビリ ・通所介護 ・通所リハビリ
介護認定 ()
★福祉用具 ★自宅改修箇所 *内服は別紙参照

アウトカムの書き方

内容		起坐	車椅子
リハビリテーション	経過 (アウトカム)	■寝返り 介助量 (0) % (10/28) <input type="checkbox"/> 介助量 () % (/)	■車椅子操作 介助量 (0) % (10/28) <input type="checkbox"/> 介助量 () % (/)
		■坐位保持 介助量 (0) % (10/28) <input type="checkbox"/> 介助量 () % (/)	<input type="checkbox"/> 車椅子移乗 介助量 (50) % (11/04) <input type="checkbox"/> 介助量 () % (/)
		<input type="checkbox"/> 起き上がり (25) % (/)	

アウトカムは「できるADL」で評価する。

記載されている内容について自立したら、を黒く塗りつぶすか、レ点を入れる。そして介助量を0%とし、達成日を記載する。訓練中、介助を要している段階で転院となれば、介助量をパーセントで表し、転院日を記載する。空欄は未実施。上段が当院。下段が転院先の病院。

【介助量】

全介助	100%
最大介助	75%
中等度介助	50%
軽介助	25%
自立	0%

歩行についての変更点

内容	歩行器・四点杖歩行	一本杖歩行
リハビリテーション 経過(アウトカム)	<input checked="" type="checkbox"/> 歩行器歩行が50m 介助量(0)% (10/28) <input type="checkbox"/> 介助量()% (/)	<input type="checkbox"/> 一本杖歩行が50m 介助量(75)% (11/04) <input type="checkbox"/> 介助量()% (/)
	<input type="checkbox"/> 四点杖歩行が50m 介助量(50)% (11/04) <input type="checkbox"/> 介助量()% (/)	

歩行においては、50mできるか、できないかを表示する。訓練中、介助を要している段階で転院となれば、左記と同様に介助量と転院日を記載する。

松葉杖の項を削除し、四点杖を追加した。
 記載されている内容について自立したら、□を黒く塗りつぶすか、レ点を入れる。そして介助量を0%とし、達成日を記載する。訓練中、介助を要している段階で転院となれば、介助量をパーセントで表し、転院日を記載する。空欄は未実施。上段は当院。下段は転院先の病院

【介助量】

- 全介助 100%
- 最大介助 75%
- 中等度介助 50%
- 軽介助 25%
- 自立 0%

OT の介入について

・荷重制限：有 () ・ 無
 今後の予定 ()
 ・疼痛：有 ・ 無
 (部位： 、種類：)
 ・リハビリ意欲：有 ・ 無
 ・認知症：HDS-R /30 不穩 有・無
 ・可動域：股関節屈曲()度・伸展()度・外転()度
 ・筋 力：中殿筋
 ・移動方法： 術後 1 週間以内に HDS-R を実施し、20 点以下であれば、それ以降 OT が介入する 杖 車椅子

★日常生活 (点 /19 点)

床上安静の指示	なし	なし	あり			
どちらの手が胸…	できる	できない	できる	できない		
寝返り	できる	何か捕…	できない	できる	何か捕…	できない
起き上がり	できる	できない	できる	できない		
坐位保持	できる	支えが…	できない	できる	支えが…	できない
移乗	できる	見守り…	できない	できる	見守り…	できない
口腔清潔	できる	できない	できる	できない		
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助	介助なし	一部介助	全介助
他者への意志…	できる	でき…	できない	できる	でき…	できない
診療・療養上の…	はい	いいえ	はい	いいえ		

屋外歩行の変更点

内容		屋外歩行	
リハビリテーション	経過（アウトカム）	■屋外歩行 （70） m 補助具（ ） （18sec） /10m （11/25）	

記載されている内容について自立で達成されたら日付を記載して、更に口を黒く塗りつぶすか、レ点を入れる。補助具を使用していれば、補助具の記載。また何m歩行できるかも記載し、10m歩行速度も記載する。

現在服用中の薬

『使用例』

処方病院 (科)	薬剤名 (規格)	用法・用量	残数	備考
名二日赤 (整形) (内分泌)	①ロキソニン(60)	3T/3*	42	
	②ムコスタ(100)	3T/3*	42	
	③ベイスン(0.3)	3T/3*	42	食直前
	④ボナロン(5)	1T/起床時	14	6/27 開始予定
	⑤グラケー(15)	3T/3*	14	6/27 開始予定
	⑥タケプロン(15)	2T/朝・眠前	28	6/13 開始
	⑦ディオバン(80)	1T/夕	14	6/16 開始
平針病院	⑧アレグラ(60)	2T/2*	24	6/20 より中止
	⑨ノルバスク(2.5)	2T/朝	18	
	⑩セルベックス	1.5g/3*	27	} 混合
	⑪ガスモチン	1.5g/3*	27	

発行病院名・診療科を記載	薬剤名を規格と共に記載	中止等、入院中の経過が判るように記載	記載内容は非限定。持参薬切れに伴う切り替え等もここに
--------------	-------------	--------------------	----------------------------

日付は退院前の最終確認日。確認者の職種は非限定	連絡事項記載。特に使用判断となる材料を提供できれば更に良し。薬剤管理方法とワンドーズの必要性は退院時の状況を判断して申し送り
-------------------------	--

日付	確認者	日付	確認者	日付	確認者
H18/6/26	田宮	/ /		/ /	

連絡事項 (管理方法 Ns/自己) (ODP 要/不要)

6/26

①②は症状良化に伴い削除可能。②は持参薬にセルベックスあるため即座に削除可能と考えます
 ④⑤は当院退院後より開始。効果追跡のため、不都合なければ1年間は継続して下さい
 ⑥は胸部不快にて6/13開始。8/8までに減量若しくは中止の判断をして下さい
 ⑦は血压コントロール不良にて6/16に近医持参のノルバスクに加えて開始。調節して下さい
 ⑧はスギ花粉に対して処方された模様。状態安定しているため現在中止しています