

# 整形外科看護

The Japanese Journal of Orthopaedic Nursing

2007年秋季増刊（2007年11月5日発行）

MC メディカ出版

# 愛知県 八事整形医療連携会の立ち上げと 運営の実際

名古屋第二赤十字病院整形外科部長・  
八事整形会代表・八事整形医療連携会代表

**佐藤公治**

さとう・こうじ

名古屋第二赤十字病院  
整形外科病棟課長

**古城敦子**

こじょう・あつこ

香徳会メイトウホスpital  
看護部長

**水野恵理子**

みずの・えりこ

名古屋第二赤十字病院  
整形外科病棟担当管理栄養士

**甲村亮二**

こうむら・りょうじ

株式会社ジェネラス代表  
(理学療法士)

**小山 樹**

こやま・いつき

名古屋第二赤十字病院  
リハビリテーション科部長

**安藤智洋**

あんどう・としひろ

名古屋第二赤十字病院  
リハビリテーション科課長

**細江浩典**

ほそえ・ひろのり

昌峰会加藤病院  
総合リハビリテーション室顧問

**銭田良博**

ぜにた・よしひろ

名古屋第二赤十字病院  
整形外科病棟看護師

**丸尾啓記**

まるお・ひろのり

名古屋第二赤十字病院  
医療社会事業課長

**黒木信之**

くろき・のぶゆき

名古屋第二赤十字病院  
整形外科病棟担当薬剤師

**田宮真一**

たみや・しんいち

名古屋第二赤十字病院  
リハビリテーション科理学療法士

**三谷祐史**

みたに・ゆうし

## はじめに

高齢社会を迎え整形外科疾患は、いまや1つの医療施設で完結できなくなった。名古屋第二赤十字病院は1990年に地域連携室を設置し、登録医を中心に病院連携を行ってきた。しかし1,000人以上の登録医があり、実際には科ごとや疾患別の連携にまでは手が回らなかった。われわれは1999年に運動器疾患を扱う医師の会「**八事整形会**」を立ち上げた。さらに2003年にコメディカル中心の「**八事整形医療連携会**」を立ち上げた。ちなみに八事とは名古屋東部の地域名である。

この八事整形会および八事整形医療連携会を通じて地域連携クリティカルパス（以下、地域連携パス）を作成した過程を、以下のステップにのっとり紹介する。（佐藤公治）

**Step1** 地域連携パス作成対象疾患の施設間連携・地域ネットワーク  
結成

**Step2** 診療方針の統一

**Step3** 達成目標（アウトカム）の設定

- Step4 オーバービュー地域連携パスの作成
- Step5 患者用地域連携パスの作成
- Step6 バリエーション収集システムの構築
- Step7 地域連携パス改訂会議

### 地域連携パス作成対象疾患の 施設間連携・地域ネットワーク結成

八事整形会は、3カ月ごとの症例検討会や勉強会、年1回の市民公開講座、骨粗鬆症の共同研究などを行っており、現在は44施設が参加し15人の幹事から成る。さらに病病連携や医師以外の職種との連携も重要と考え、八事整形医療連携会を設立した。ここでは整形外科疾患の勉強会を企画し、取り上げるいろいろなテーマを検討していたが、その一つとしてクリティカルパスが挙がってきた。これを八事地域に広げようと考え、地域連携パスとよんだ。

八事整形医療連携会は、急性期施設である名古屋第二赤十字病院、その回復期施設（転院施設）となる陽明寺本クリニック、木村病院、メイトウホスピタル、加藤病院の医師、看護師、理学療法士、MSW（医療ソーシャルワーカー）から役員を選任した。後に薬剤師、管理栄養士を追加した。事務局は名古屋第二赤十字病院医療社会事業課に置いている。年3回の全体会の前後に合同委員会を行い、会の方針を決めている。合同委員会では、全体会を魅力あるものに

#### 真の連携とは

従来の連携が大学の関連病院など限られた連携であったのは否めない。真の連携を進めていくには、派閥に関係なく、地域で急性期から回復期そして維持期の施設が一体となり、治療していく柔軟な考え方が必要である。診診連携も必要となろう。

地域医療連携は多施設で患者を治療していくために、統一した治療体系が必要となる。患者説明にも医療従事者にも統一したプロトコルとなる。このために必要なのが地域連携パスである。

表 1 連携会の今までのテーマ

第1回	地域医療連携の重要性について、懇親会
第2回	診療所、病院紹介：横のつながり
第3回	院内クリティカルパスの紹介
第4回	ワークショップ1：地域連携パスを作ろう
第5回	とりあえず運用して発表
第6回	講演会「大腿骨頸部骨折治療における医療連携と連携パス」 熊本医療センター 野村一俊先生
第7回	医療連携と薬
第8回	大腿骨頸部/転子部骨折治療ガイドライン
第9回	ワークショップ2：地域連携パスを更新しよう
第10回	今後の医療の方向性：診療報酬改定
第11回	大腿骨頸部骨折地域連携パス利用方法について
第12回	転倒予防教室の紹介
第13回	整形外科における管理栄養士の役割
第14回	地域連携パスと患者満足度アップ 整形疾患術前後のケア： その1 人工骨頭置換術について（ビデオ映写含む）

するためテーマに工夫を凝らしている（表1）。この会は、診療報酬で点数化した地域連携パスのためではなく、純粋に地域の整形外科医療の適正化とスタッフの親睦を目的とした会だからである。診療所が多い八事整形会と、入院施設をもつ施設との連携である八事整形医療連携会は、有機的に関連していく。（佐藤公治）

#### 診療方針の統一

大腿骨頸部/転子部骨折は高齢者に多く、そのため合併症もあり、またリハビリテーション（以下、リハビリ）にも時間がかかる。受傷以前の状態に戻るための過程に複数の施設が関与することになる。ここに情報共有と統一した治療方針が必要なのは当然であり、そのために過程ごとのアウトカムを再認識し役割分担する必要がある（表2）。日本整形外科学会の大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドラインを参考にする<sup>2)</sup>。

クリティカルパス（以下、パス）は使用する者が作成して初めて

表 2 連携の考え方

phase	急性期	回復期	維持期
診断			
治療・薬剤			
リハビリ			
社会保障	いつにするか2~3週くらいの幅がある		
家族	ここが地域によって異なる		
	救急病院	リハビリ病院	在宅、施設
	医療保険		介護保険
期間	およそ2週間	3カ月以内	それ以降
		転倒予防	栄養指導

大腿骨頸部/転子部骨折は緊急手術の適応

成功する。まず始めてみて改良していけばよい。地域連携パス作成にあたっては、以前に当院で作成していたものを過程で分割、変更し土台とした。言葉の定義は難題である。たとえば「歩行」といっても実用的な歩行かどうか判断に迷う。これらを使用者が全員集まったワークショップで決めていった。あまり厳密にせず、大きくとらえられるパスがバリエーションにも強い。

またこの段階で、過程ごとの役割を明確にした。

### 1 急性期施設の役割

急性期施設の役割は、診断と治療を早急かつ正確に行うことである。頸部か転子部かといった骨折型にかかわらず同じ流れになるように地域連携パスを作成する。つまり、どのような骨接合術や人工骨頭置換術を行っても、術翌日には同じように荷重がかけられ立位ができる手術法を選択する。

従来は「移動できる」など「ADL（日常生活動作）の自立」を転院の指標にしていたが、この地域連携パスでは急性期の役割は早期診断と早期手術なので、「創がよいこと」「発熱なし」「合併症が

ない」であれば転院できる。そのためには全身状態のよいときは、緊急手術として早期に手術を行う。緊急手術を行うための院内のコンセンサスを得るには、麻酔科をはじめ、循環器科など院内の他科との普段からの連携も重要である。

### 2 回復期施設・維持期施設の役割

本格的なリハビリは回復期施設が行う。ここでのアウトカムは「ADL、APDLの自立」と「家庭の受け入れ態勢」である。患者は、たとえばこの機会に一人暮らしを見直すことになるなど、環境整備が必要になるかもしれない。そのための時間がかかることを考慮する。急性期のMSWが回復期以後の生活にも関与する場合がある。2~3カ月を回復期の目標とする。

維持期施設では、「手術後の経過観察」と「骨粗鬆症の予防と治療」を行う。急性期施設と維持期施設の連携によって、これらが確実となる。骨粗鬆症のリスクファクターをもつ患者を骨折させないように、地域で予防していく取り組みを始めている。ひとつは転倒予防教室、ひとつは骨折を経験した患者への骨粗鬆症予防と治療の啓発である。これらについては別項で述べる。（佐藤公治）

#### ●……ポイント……●

APDL  
(activities parallel to daily living)  
日常生活関連動作  
広義のADLと考えられる。交通機関の利用や、掃除、洗濯などの家事動作をいう。

### 達成目標（アウトカム）の設定

この会の目標は、円滑な連携によって患者が安心して一貫した治療が受けられることである。それぞれの過程の目標アウトカムは後述する。大腿骨頸部/転子部骨折の患者全員に地域連携パスで説明はするが、地域連携パス加算100%にはならない（図1）。これは、バリエーションや登録連携先以外への転院、自宅退院などもあるからである。こうした結果は翌年4月には合同委員会から社会保険庁へ報告する。地域連携パスの評価については毎年、患者満足度調査（図2）と医療者アンケートを行っている。

合同委員会ではパスそのものの問題点を討議した。まずは使い始めて、その後、細かなバージョンアップをしており、大きな変更は合同委員会にかけられる。連携会の評価は大腿骨頸部/転子部骨折

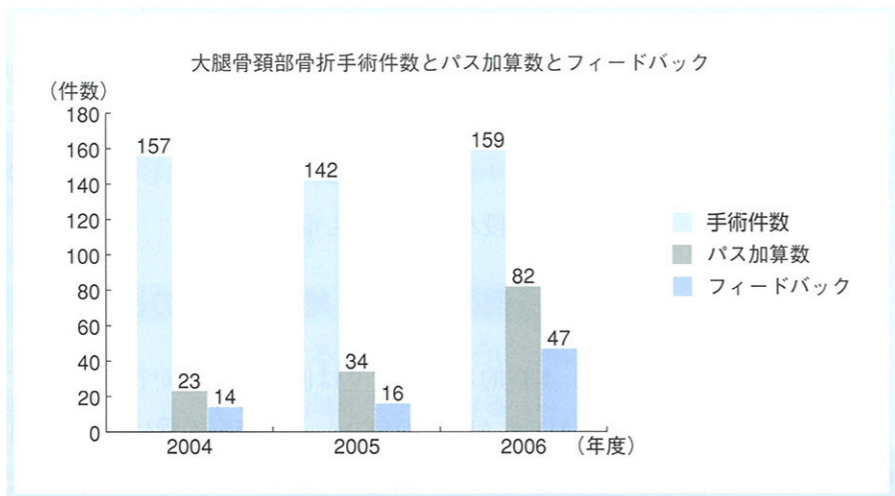


図 1 地域連携バスの加算数の推移

に限らず、連携の成果、紹介、逆紹介の増加に現れている。患者満足度の増加はスタッフ満足度の上昇に比例する。

合同委員会の役割は、いかに連携会を盛り上げるかのアイデア作成にある。骨粗鬆症関連で脊椎圧迫骨折の地域連携バスや橈骨遠位端骨折の地域連携バスを作成し試行中である。連携会を長く続けるには、いくつかのプロジェクトが必要である。スタッフ間の教育、施設見学、手術見学、いろいろな施設での勉強会に赴くこともある。(佐藤公治)

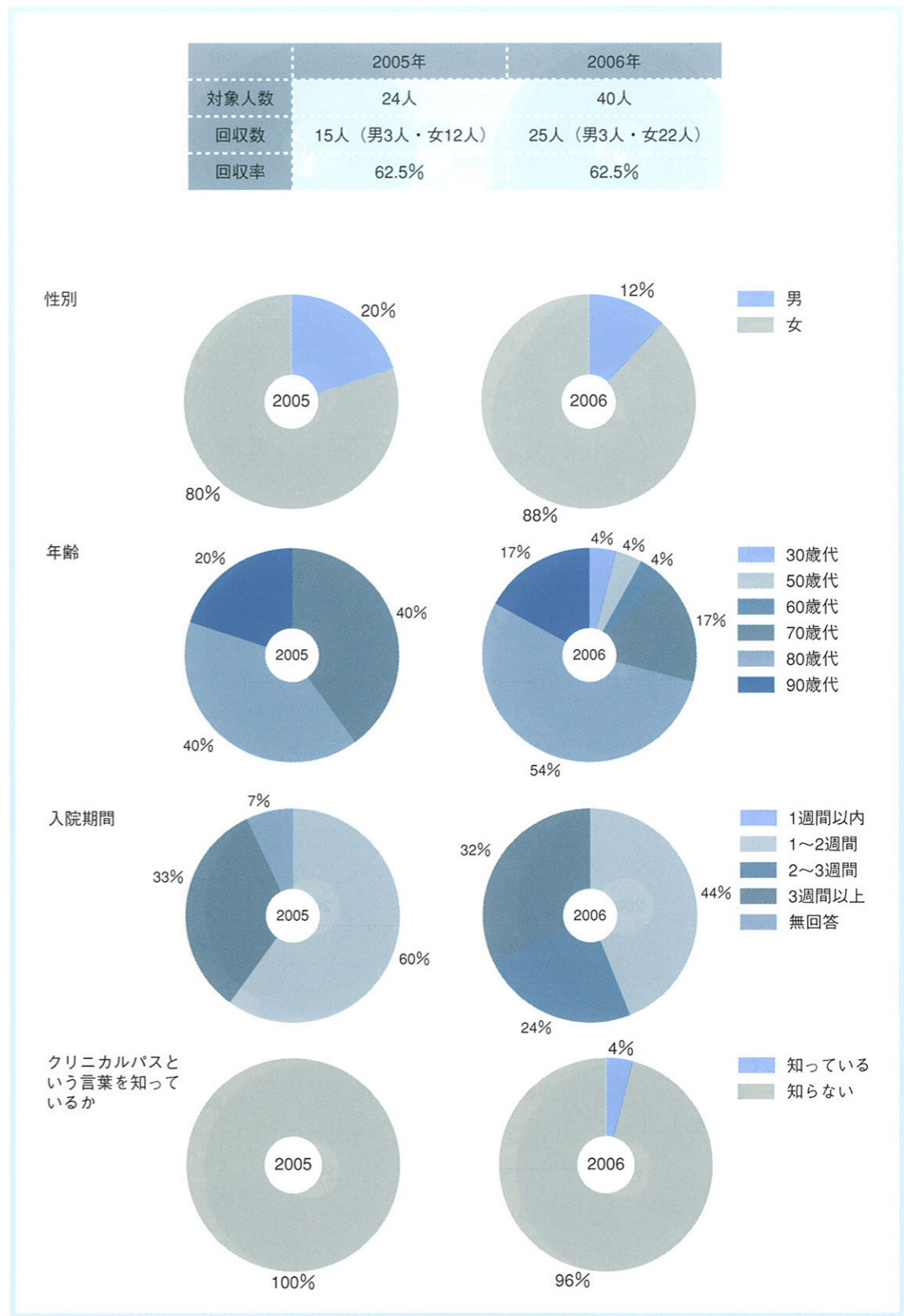


図 2 患者満足度調査の結果①

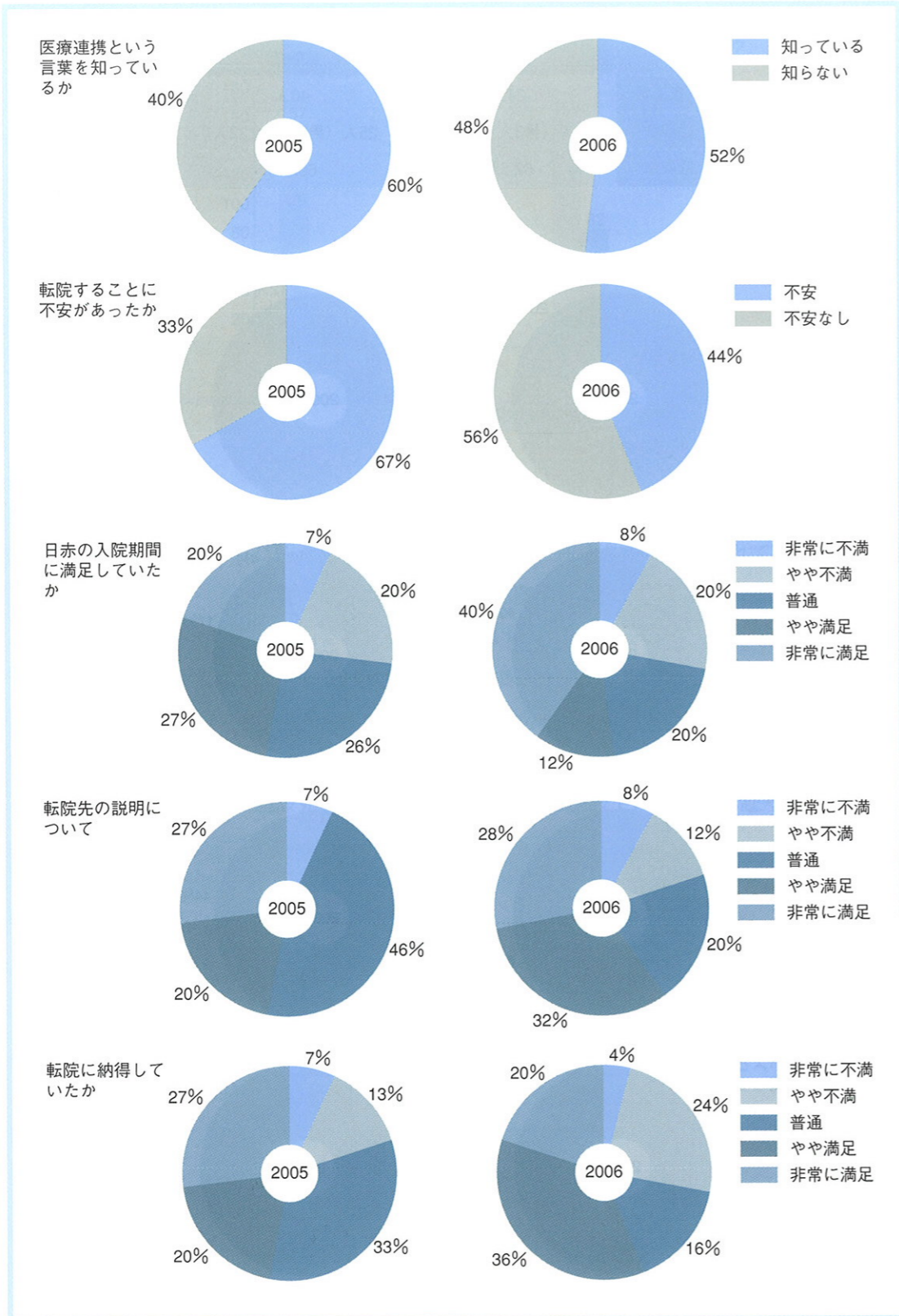


図 2 患者満足度調査の結果②

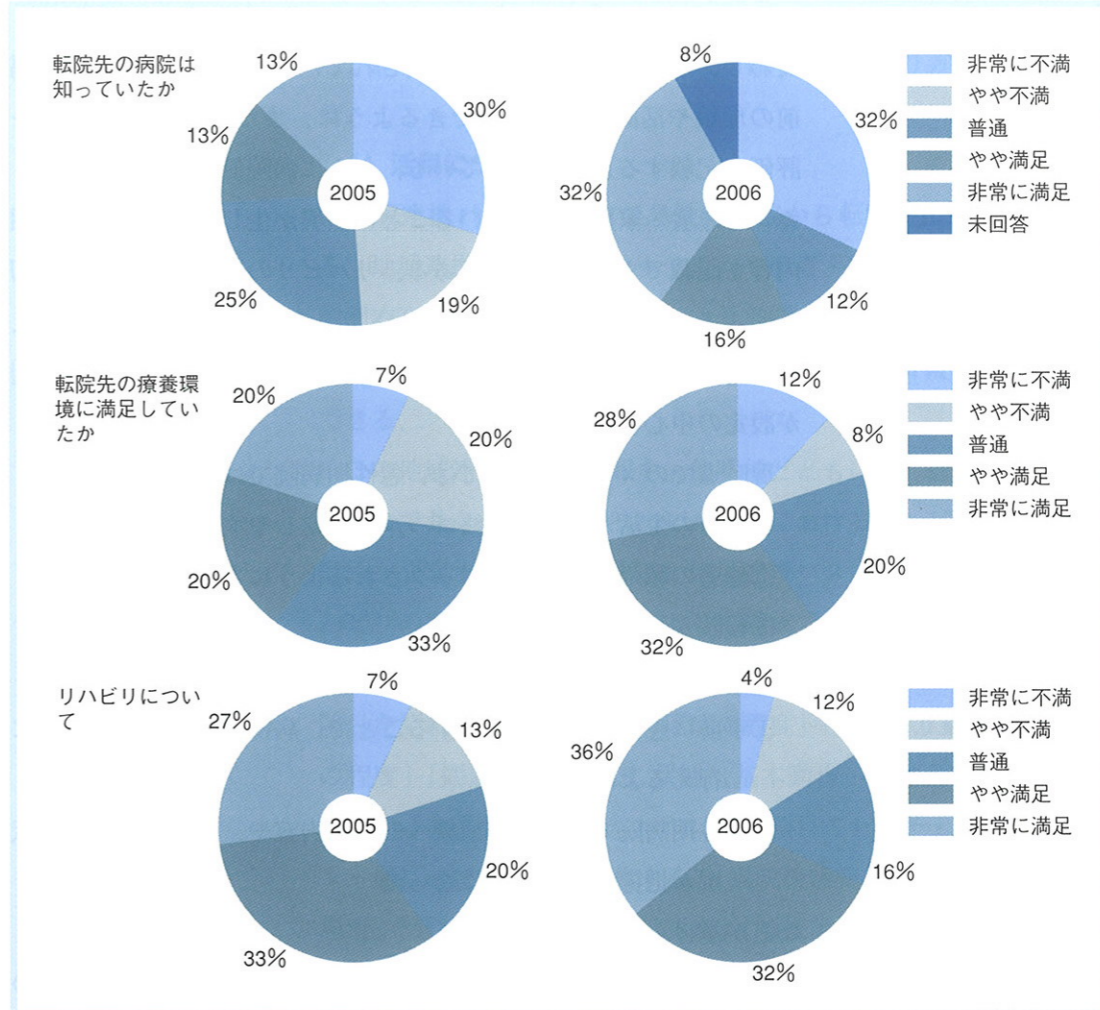


図 2 患者満足度調査の結果③

### オーバービュー地域連携パスの作成

オーバービュー地域連携パスは連携施設とのチーム医療の強化、一貫した診療を徹底することを目的とした有効なツールであり、大きく急性期（急性期病院）、回復期（連携施設）、維持期（在宅・老健施設など）と3つのステージに分けられ、それぞれが役割を果たしている。各ステージは有機的に連結し、患者に均一で一貫した地域完結型医療を提供している。

オーバービュー地域連携パスの内容については、医師・看護師・リハビリスタッフ・ケースワーカー・薬剤師・管理栄養士が意見を

交わし、それぞれが担当して作成されている。看護の部分では受傷前の環境や活動状況が把握できるように、また退院時にはADLを評価し記載するようになっている。さらに病院側が設定したアウトカムと患者・家族が望んでいることに差異が生じないように、説明内容を記載できるようにしてある。リハビリの部分では日数で区切る形式では遂行が困難なため、アウトカム志向のパスとなっており、最終的なゴールである「自宅に帰る」を実現するため「移動能力」が設定の中心となっている。

現時点でのメリットとしては、急性期病院では

- ①患者の生活が見え、最終ゴールが設定しやすくなった
- ②患者の転帰がフィードバックされるようになった
- ③転院がスムーズになった

などが挙げられる。また回復期・維持期病院では

- ①事前に患者の状態を把握することで、病棟の準備がスムーズに行えるようになった
- ②急性期病院での患者・家族への説明内容や、リハビリの進行状況が把握できるようになった

などが挙げられる。

今後の課題として回復期から維持期へ情報提供するための項目の検討、さらに運用しながら各項目の見直し・改訂、施設間のよりいっそうの信頼関係の構築が挙げられる。(細江浩典)

## 1 急性期部分のつくり方・運用

名古屋第二赤十字病院のパス作成・運用ガイドラインを図3に示す。2000年に大腿骨頸部/転子部骨折のパスを作成し、このガイドラインに従って運用してきた。これが多施設間で使用する地域連携パスの土台となったものである。

実際使用したパスを図4に示す。(古城敦子)

## 2 回復期部分のつくり方・運用

### A | 回復期部分のつくり方

回復期施設におけるオーバービュー地域連携パスの活用と問題

点、および回復期施設で使える医療者用パスの作り方について述べる。

### 1) 活用について

地域連携パスは紙媒体で急性期病院から転院時に患者が持参する。地域連携パスから、アウトカムや患者・家族が医師から受けた説明内容、患者・家族が望んでいる目標、リハビリの経過、患者のADL状況、看護上の問題点など、大まかな患者情報を得ることができる。

この地域連携パスの情報を、他職種とともに申し送りやカンファレンスで共有し、回復期リハビリ病棟におけるリハビリ計画や看護計画を立案する際に活用する。地域連携パスはカルテに保管し、リハビリの経過(アウトカム)として達成できた日付を記載する。退院もしくは転院の際は、地域連携パス「退院時の状態」の枠内に退院日を記載し、「荷重制限」「疼痛の程度」「リハビリ意欲」「認知症の程度」「問題行動」「ADL状態(基本動作・移動動作・可動域・筋力)」「介護認定の有無」について、項目ごとにチェックし、コメント欄に必要な情報を記載する。「退院後情報」の枠内には、「生活場所」「介護サービス」「介護認定」「福祉用具」「自宅改修箇所」の項目について、該当する点を記載する。退院後は、記載した地域連携パスのコピーを急性期病院に郵送しフィードバックしている。

クリティカルパス作成・運用ガイドライン

1. クリティカルパスの目的
  - 1) 医療の質の向上
  - 2) 医療の安全確保
  - 3) チーム医療の推進
  - 4) 患者様の満足度向上
  - 5) 職務満足度の向上
  - 6) 医療の標準化
  - 7) スタッフの教育支援
  - 8) 平均在院日数の短縮
2. 2006年度の目標
  - 1) アウトカム指向のクリティカルパスに100%切り替える。
  - 2) パスが作成されていない診療科をゼロにする。
  - 3) パスが使われていない診療科をゼロにする。
3. 作成基準
  - 1) 様式
    - (1) 基本フォーム 様式1~4
      - ①医療者用パス 様式1: パス表紙……裏紙は入院当日のオーダー控えを添付する。(適応基準, 除外基準, 退院基準, 適宜指示を含む)
      - ②医療者用パス 様式2: 1日分
      - ③医療者用パス 様式3-1: 2日分
      - ④医療者用パス 様式3-2: 3日分
      - ⑤医療者用パス 様式3-3: 7日分
      - ⑥患者さま用パス 様式4
      - ①~⑤まですべて、裏面はオーダー控えの添付場所として使用する。
    - (2) 使い方 (見本)
      - ①用途により組み合わせ「日めくり形式 (1日分)」「オーバービュー形式 (入院~退院まで一望できる)」として活用する。入院から退院まですべて「日めくりパス」で作成すると経過が見にくいいため、オーバービューパスとの併用が望ましい。
      - ②日めくりパスの作成は短期入院のパスが望ましい。
      - ③急性期や手術後のパスで、処置項目やアウトカムが多い場合は、数日 (2~3日)「日めくりパス」を作成し、その後オーバービューとの併用が望ましい。特に、1週間以上の入院が必要な場合は、経過や手術、検査、処置などの計画を立てやすい。
      - ④先々の予定検査で、放射線科等のオーダーが入っている場合は、オーバービュー形式を併用して作成し、予定検査の「オーダー控え」はオーバービューパスに貼る。
  - (3) 基本的に各パス用紙は右ページにし、左ページ (白紙) 欄を検査や処方オーダー控えを貼る場所として設け作成する。両面をパス使用としてオーバービューで作成する場合はオーダー控えを貼付する場所を設ける。
  - (4) パスの場合、診療録7号紙1-1.1-2 (指示書) は必要ないが、注射の指示に関してはオーダーシステムの関係で「注射指示表」を使用する。
  - 2) 医療者用パス 様式1
    - (1) 適応基準, 除外基準, 退院基準, 適宜指示を必ず記載する。
      - ①適応基準 同じ病名のパスであっても数種類に分けるのが適当である。不適切なパスの選択によるリスクの増加が起きないように、それぞれのパスの適応範囲を明確にしておく。例: 術中ドレーン留置の有無を問わない。
      - ②除外基準 パスの禁忌, パスで管理するのが危険な状態。
      - ③退院基準 退院時に満たしている条件 (基準値)。例: CRP が1以下, 食事を80%食べられる。
      - ④適宜指示 適宜指示の項目は「診療記録記載マニュアル」に準じて作成し、各診療科の特徴に合わせて作成する。指示医の記載署名欄を設ける。
  - 3) 医療者用パス 様式2~3
    - (1) アウトカムの記載
      - ①アウトカムには、指示医、実施印 (達成できた確認印) を必ず設置する。
      - ②アウトカムの表現は、達成できたか否かをYES/NO で客観的に判断できる具体的な表現にする。<悪い例>・歩ける・発熱がない <良い例>・500m歩ける 体温が38℃未満  
・循環状態安定 ・尿量100mL/時間確保
    - (2) タスクの項目
      - ①検査 ②処置 ③薬剤 ④観察 ⑤安静・活動 ⑥清潔 ⑦排泄 ⑧食事・栄養 ⑨教育・指導 ⑩アウトカム ⑪バリエーション の項目が必要である。
    - (3) タスクの作成
      - ①タスクには、指示医、指示受、実施印を必ず設置する。
      - ②タスクの項目選択や項目順番は基本様式に準じて作成する。
    - (4) 検温表フローシートをパス用紙で代用する場合
 診療記録記載マニュアルにある「1.基本運用」[3.記入内容]を満たさなければならない。
      - ①患者氏名, 性別, 年齢, 主治医
      - ②術式, 術後日数
      - ③入院日数, 安静度, 看護項目, 観察項目, 検温値, 食種 (朝, 昼, 夕の摂取記載欄)
      - ④検温値は、数値またはグラフで記載できるようにする。
      - ⑤持続点滴, 酸素, 排泄, IN/OUT が必要な場合は記載欄を診療録マニュアルに準じて設ける。

図3 クリティカルパス作成・運用ガイドライン①

- 4) 患者さま用パス 様式4
 患者さま用パスは、入院診療計画書として用いることができる。
  - (1) オーバービュー形式で作成する。
  - (2) 入院診療計画書として用いるために、下記の項目が必要最低の項目となる。
    - ①病名
    - ②症状
    - ③推定入院期間
    - ④治療計画
    - ⑤検査内容・日程
    - ⑥手術内容・日程
    - ⑦看護計画
4. パスの登録と変更
  - 1) 院内で使用するためのパスは、SystemCP に登録してあるものとする。
  - 2) パスの登録と変更は、SystemCP で行う。
  - 3) パスを登録するには、基本情報 (適応基準, 除外基準) の登録が必要である。
  - 4) 基本情報を登録できるのは、該当診療科の医師でパス推進委員である。
  - 5) 医療者向けパスを登録できるのは、該当診療科の医師でパス推進委員である。
  - 6) 患者さま用パスを登録できるのは、パス推進委員である。
5. 運用基準
  - 1) オーダー控えの添付
    - (1) パスと指示書の併用をしない。(注射指示表は除く)
    - (2) パス表示に患者名を入力すると、他シートにも患者名が載る。
    - (3) 各パス用紙は、1枚目に表紙 (様式1), 2枚目から様式2~3を綴じ、見開きでカルテの左がオーダー控え、右ページが様式2~3のパスとして利用する。
    - (4) カルテを開くと、左ページが白紙になり、右ページに次のパスがくるように綴じる。
    - (5) 左ページ (白紙) は、オーダー控え貼付範囲として利用する。
  - 2) 指示印, 実施印
    - (1) 印刷されたパスの指示に変更がない場合、医師が指示印を押す。
    - (2) パスの指示内容の変更や追加がある場合は、訂正の線を引き、手書きで記載修正し、必ず新たに指示印を押す。
  - 3) アウトカム
    - (1) アウトカムが達成できたと判断した場合は、医師もしくは受け持ち看護師が実施印を押す。これは「達成し、次のパスへ進む」という意味であり、アウトカム達成の実施印は必須である。
    - (2) アウトカムの指示印は医師が押し、アウトカムの内容の変更時は手書きでアウトカムを記載し訂正印を押す。
  - 4) バリエーション発生時
    - (1) バリエーションの項目に印を押し、バリエーションの理由を記載する。その下に「検温表フローシート、経過記録へ移行」と記載する。
    - (2) バリエーションの場合は「問題リスト、経過記録、検温表フローシート、看護計画」に移行し、移行日から記載する。
    - (3) バリエーションが発生しても、パスに準じ、パスを続行する場合は、追加指示、追加処置内容などをパスに記載し、新たなアウトカムを手書きして「パス続行」の記録を空欄にする。
  - 5) アセスメントの記載
 アウトカムの目標が具体的にあればアセスメントに二重に記載する必要はない。
 診療記録との兼ね合い
    - (1) アセスメント記録や、診療記録の内容がパスに記載できる場合は、経過記録に二重記載の必要はない。
    - (2) 看護計画も原則として必要ない。
    - (3) バイタルサインや観察項目が盛り込まれていれば、検温フローシートは必要ない。
    - (4) 日めくりパスの場合で経過記録用紙を一日一枚綴じて記載する運用はしない。(様式2使用)
  - 7) 患者さま用パス
    - (1) 患者さま用パスは2部印刷する。
    - (2) 2部とも、患者さまへ渡し、署名欄に署名してもらう。
    - (3) 1部は、患者さまへ渡し、入院中はベッドサイドにいつも出しておくように説明する。
    - (4) もう一部の患者さま用パスは「入院診療計画書」として、診療録に綴じる。
    - (5) 「パスは標準的な経過を示したもので、治療経過によって個人差が生じる。パスから外れる場合がある」ことを患者さまによく説明する。パスの内容が変更したり、追加になったりした時点で、患者さまに説明し、変更事項を記載する。
  - 8) その他のパス
 その他 (外来, OP室など) パスの使用も可能である。また、それらを有効活用することも望ましい。ただし、最低限アウトカムの記載は必須である。
6. パスの作成に伴う全体の運用
  - 1) パス作成の問い合わせ窓口は、各単位のクリティカルパス推進委員。
  - 2) 推進委員は、各診療科、各部署に最低1人以上確保する。
  - 3) パス推進に関する全体的な検討は、クリティカルパス活用委員会で行う。
  - 4) パス推進に関する事務局は、企画課 (病床管理会議事務局) が担当する。
7. パス推進委員会を中心とした合同カンファレンス
  - 1) パス作成にあたり、過去の在院日数調査。
  - 2) 作成した原案を数例に使用し、実施効果を検証する (ケアカテゴリの過不足, バリエーション発生時への対応など)。
  - 3) 3~6カ月ごとに作成したパスを評価する (バリエーションの分析, アウトカムの見直し)。
  - 4) 在院日数, 患者満足度, 合併症発生率のアウトカムについて比較検討する。
  - 5) 継続的に検証し、改良を加え、パスの質を高めていく。

名古屋第二赤十字病院クリティカルパス活用委員会

図3 クリティカルパス作成・運用ガイドライン②



様		*経過報告書・依頼書兼紹介状*				木村病院御中 依頼者：整形外科 濱田俊介 担当理学療法士 細江浩典	
昭和7年■月■日生 年齢：74歳，性別：女性 診断名：左大腿骨転子部骨折 受傷日：11月20日（月） 転倒（自宅） 入院日：11月20日（月） 手術名：骨接合術（PFNA） 手術日：11月20日（月） リハビリ開始日：11月21日	住所：名古屋市 電話番号：052- キーパーソン： 住所： 緊急連絡先：	既往症・合併症 右大腿骨頸部骨折（人工骨頭） 64歳 3ヶ月 脳梗塞 70歳 3ヶ月 右片麻痺あり （内服治療・リハビリ） 糖尿病 71歳 3年 （内服治療・インスリン治療）		アウトカム 平行棒内歩行ができる。	患者・家族が望んでいる目標 受傷前のADL（杖歩行）へ戻る。		
入院前環境・活動情報	内容	起坐	車椅子	平行棒内歩行	歩行器・松葉杖歩行	患者・家族が受けた説明内容	
〈生活場所・家屋構造〉 ・自宅（家族・夫） ・寝所（ベッド） ・トイレ（洋式） ・手すり 有	リハビリテーション 経過（アウトカム）	<input type="checkbox"/> 寝返りができる ( / )	<input checked="" type="checkbox"/> 自力で車椅子 移乗ができる (11/30)	<input checked="" type="checkbox"/> 平行棒内起立ができる (11/30)	<input type="checkbox"/> 歩行器歩行ができる ( / )	11/20の転倒によりレントゲン上は左大腿骨転子部骨折認め、早期離床のため手術施行した。術後は股関節痛を認めるも固定性は良好であり、全荷重にてリハビリを開始している。今後は転院後も継続してリハビリ継続していただき、ADL向上を図るとともに、当院でも定期的に外来で経過をみていく予定である。	
〈認知症〉年齢相応		<input checked="" type="checkbox"/> 坐位保持できる (11/22)	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子自走が できる (11/30)	<input checked="" type="checkbox"/> 平行棒内立位ができる (11/24)	<input type="checkbox"/> 松葉杖歩行ができる ( / )		看護上の問題点 #1 疼痛がある #2 転倒・転落の危険がある。
〈歩行状態〉 自宅内歩行： <input type="checkbox"/> 不可， <input type="checkbox"/> 自立， <input checked="" type="checkbox"/> 介助 杖等： <input checked="" type="checkbox"/> 使用 ( )， <input type="checkbox"/> 非使用 器具： <input type="checkbox"/> 使用 ( )， <input checked="" type="checkbox"/> 非使用 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可， <input type="checkbox"/> 自立， <input checked="" type="checkbox"/> 介助 杖等： <input checked="" type="checkbox"/> 使用 ( )， <input type="checkbox"/> 非使用 器具： <input type="checkbox"/> 使用 ( )， <input checked="" type="checkbox"/> 非使用		<input checked="" type="checkbox"/> 起き上がりができる (11/30)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 平行棒内歩行ができる (11/24)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 杖歩行ができる (1/5)	階段昇降 <input checked="" type="checkbox"/> 階段昇降ができる (手すり又は杖) (1/31)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	屋外歩行 <input type="checkbox"/> 屋外歩行ができる (杖，松葉杖，シルバーカーなど) ( / )
『名古屋第二赤十字病院 退院時の状態』 平成18年11月30日				『木村 病院退院時の状態』 平成19年2月9日		退院後情報	
〈食事〉 セッティング	・荷重制限：無		・荷重制限：有 ( )・無 ( ) 今後の予定 ( )		〈生活場所〉 ・自宅（独居，2人暮らし） ・施設 ( ) ・病院 ( )		
〈排泄〉 トイレ，オムツ 介助：要（部分） ・排尿回数 5~6回/日 ・排便回数 1回/1~2日 （最終排便 11月29日）	・疼痛：有 （部位：右股関節，種類：運動痛） ・リハビリ意欲：有（口では嫌だと言うが，頑張る姿勢は見られる） ・認知症：HDS-R 未検/30点，不穏：無 ・問題行動：無		・疼痛：有・無 ( ) （部位： ，種類： ） ・リハビリ意欲：有 ( )，無 ( ) ・認知症：HDS-R 27/30点，不穏：有 ( ) ・問題行動：有 ( )・無 ( )		〈介護サービス（必要○・不必要×）〉 ・訪問看護 ○ ・訪問介護 ・訪問リハビリ ・通所介護 ・通所リハビリ ○ ・ショートステイ 介護認定 ( 要介護3 )		
〈視力〉 眼鏡 見える	★ADL状態：自立○，監視○，一部介助△，全介助×，非実施＝ 〈基本動作〉 寝返り× 起き上がり× 起立△ ベッド⇄車椅子移乗× 車椅子駆動×		★ADL状態：自立○，監視○，一部介助△，全介助×，非実施＝ 〈基本動作〉 寝返り○ 起き上がり○ 起立○ ベッド⇄車椅子移乗○ 車椅子駆動○		★福祉用具 Bed，車イス（外出用）		
〈義歯〉（部分）	〈移動状況〉 病棟内：車椅子 RH室：車椅子		〈移動状況〉 病棟内：独歩 (T字杖) 松葉杖 歩行器 車椅子 RH室：独歩 (T字杖) 松葉杖 歩行器 車椅子		★自宅改修箇所 入院前より 玄関・トイレ内 玄関の手すり設置あり		
〈聴力〉補聴器 聞こえる	・可動域：股関節屈曲 (70) 度・伸展 (0) 度・外転 (15) 度 ・筋力：中殿筋2?，大腿四頭筋3? ・介護認定：有 (要介護 要支援 )・無 (自立，未申請)		・可動域：股関節屈曲 (110) 度・伸展 (0) 度・外転 (25) 度 ・筋力：中殿筋 2 ，大腿四頭筋 4 ・介護認定：有 (要介護3 要支援 )・無 (自立，未申請)		*内服は別紙参照		
〈更衣〉 上衣介助：要（部分） 下衣介助：要（全部）	コメント（注意事項など） ・左股関節痛を強く訴え、リハビリ進まず、調子の良い日は平行棒起立および立位が監視可能である。 ・血糖値は100~400mg/dLと変動大きく、3回/日血糖測定し、インスリン（HUR）使用してコントロールしていた。11/30より、自宅でのスケール【イノレット30R 朝食時16単位・夕食時6単位】に変更した。 ・排尿（残尿）障害があり、自宅では自己排尿1回/日行っていた。入院中は、用手圧迫で排尿していた。必要であれば、事前に残尿導尿をお願いします。		コメント（注意事項など）		病院名： (医) 桂名会 木村病院 看護師，伊藤とし子 理学療法士 牛田 (牛田)		
〈靴の着脱〉 介助：要 (全部・部分) ・不要	名古屋第二赤十字病院 整形外科病棟 病棟責任者 古城敦子 (古) 担当看護師 大西香織 (大)				八事整形医療連携会 様式3		

図4 実際に使用したパスの例①

様		*経過報告書・依頼書兼紹介状*				依頼者：整形外科 竹上靖彦(竹上) 担当理学療法士 前田英貴(前田)							
大正9年■月■日生 年齢：86歳，性別：女 診断名：左大腿骨頸部骨折 受傷日：7月22日(土) (転倒)事故 病的骨折 入院日：7月24日(月) 手術名：左人工骨頭置換術 手術日：7月24日(月) リハビリ開始日：7月25日(火)		住所：■■■■■■■■■■ 電話番号：■■■■■■■■■■ キーパーソン：■■■■様 続柄(長男) 住所：■■■■■■■■■■ 電話番号：■■■■■■■■■■ 緊急連絡先：①■■■■様(長男)■■■■■■■■■■		既往症・合併症 60歳頃 高血圧(内服) 81歳 右腓骨骨折(骨接合術)		アウトカム 車椅子乗車の安定，将来的に起立，歩行を見守り下に行うことができる。		患者・家族が望んでいる目標 伝い歩きができる。					
入院前環境・活動情報 <生活場所・家屋構造> ・自宅(独居(家族)長男 施設( ) ) ・寝所(電動ベッド) ・トイレ(洋式) ・手すり 有(設置場所)・無 <認知症> 有・無 <歩行状態> 自宅内歩行：□不可，■自立，□介助 杖等：■使用(T字杖)，□非使用 装具：□使用( )，■非使用 屋外歩行 □不可，■自立，□介助 杖等：■使用(T字杖)，□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)		起坐 <input type="checkbox"/> 寝返りができる (8/7) <input checked="" type="checkbox"/> 座位保持ができる (8/7) <input checked="" type="checkbox"/> 起き上がりができる (8/10)		車椅子 <input type="checkbox"/> 自力で車椅子 移乗ができる (8/28) <input type="checkbox"/> 車椅子自走が できる ( / ) <input type="checkbox"/>		平行棒内歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 平行棒内起立ができる (8/10) <input checked="" type="checkbox"/> 平行棒内立位ができる (8/10) <input checked="" type="checkbox"/> 平行棒内歩行ができる (8/25)		歩行器・松葉杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行ができる ( / ) <input type="checkbox"/> 松葉杖歩行ができる ( / ) <input type="checkbox"/> 杖歩行ができる ( / )		患者・家族が受けた説明内容 転倒して骨折したところに人工の骨が埋められています。術後経過は良好です。脱臼を予防するために医師の指示があるまでは外転装具を外さないで下さい。現在はリハビリの目標や日常生活援助は全て自立していませんが，少しの介助で車椅子移乗動作などでできてます。今後もしっかり体重をかけて，可能な限り歩くようにしましょう。	
『名古屋第二赤十字病院 退院時の状態』 平成18年8月2日		『木村 病院退院時の状態』 平成18年11月27日		退院後情報		日中<生活場所> ・自宅(独居，二人暮らし) ・施設( ) ・病院( )		<介護サービス(必要○・不必要×)> ・訪問看護 2/w ・訪問介護 + 家政婦 ・訪問リハビリ ・通所介護 2/w ・通所リハビリ					
<食事> 自立，セッティング 介助		・荷重制限：無 今後の予定( )		・荷重制限：有( )・無( ) 今後の予定( )		日中<生活場所> ・自宅(独居，二人暮らし) ・施設( ) ・病院( )		<介護サービス(必要○・不必要×)> ・訪問看護 2/w ・訪問介護 + 家政婦 ・訪問リハビリ ・通所介護 2/w ・通所リハビリ					
<排泄> (トイレ) オムツ，留置カテーテル 介助(要)全(部分) 不用 ・排尿回数 8回/日 ・排便回数 1回/3日 (最終排便 7月29日)		・疼痛：ほとんど訴え無し (部位： )，種類： ) ・リハビリ意欲：意欲的ではないが指示通り遂行。 ・認知症：HDS-R 11/30点，不穏：無 ・問題行動：無		・疼痛：有・無 (部位： )，種類： ) ・リハビリ意欲：有，無 意欲的ではないが指示通り遂行 ・認知症：HDS-R 13/30点，不穏：有・無 ・問題行動：有(病室でひとりになると大声を出して人を呼ぶ)・無		<介護サービス(必要○・不必要×)> ・訪問看護 2/w ・訪問介護 + 家政婦 ・訪問リハビリ ・通所介護 2/w ・通所リハビリ							
<視力> 眼鏡(コンタクトレンズ) (見える) 多少見える，見えない		★ADL状態：自立○，監視○，一部介助△，全介助×，非実施= <基本動作> 寝返り・起き上がり・起立すべて× ベッド⇄車椅子移乗× 車椅子駆動×		★ADL状態：自立○，監視○，一部介助△，全介助×，非実施= <基本動作> 寝返り○ 起き上がり○ 起立△ ベッド⇄車椅子移乗○ (L字棒利用で) 車椅子駆動 (ひとりで可能)		介護認定( )							
<義歯>(総・部分) 義歯，自歯 <聴力> 補聴器 (聞こえる) 多少聞こえる，聞こえない		<移動状況> 病棟内：車椅子 RH室：車椅子 ・可動域：股関節屈曲(90)度・伸展(0)度・外転(20)度 ・筋力：中殿筋2，大腿四頭筋2 ・介護認定：有(要介護 要支援)・無(自立，未申請)		<移動状況> 病棟内：独歩 T字杖 松葉杖 歩行器 (車椅子) RH室：独歩 T字杖 松葉杖 歩行器 (車椅子) ・可動域：股関節屈曲(90)度・伸展(0)度・外転(20)度 ・筋力：中殿筋3，大腿四頭筋3 ・介護認定：有(要介護 要支援)・無(自立，未申請)		★福祉用具 Bed p-トイレ							
<更衣> 上衣介助：(要)全(部分) 不用 下衣介助：(要)全(部分) 不用		コメント(注意事項など) ・リハビリのアウトカムに対してチェックしていないのは，全て自立して行えない為です。 ・円背が強く自己にて体位交換することができなかつたため，褥瘡予防として夜間は適宜，体位交換していました。 ・コミュニケーションは良好であり，早く家に帰って家事や生花をしたいと目標を持っています。 ・次回外来受診日は平成18年9月17日(月)10時30分 竹上靖彦医師。		コメント(注意事項など) ・リハビリアウトカムにムラがあるのは動作としてはできてはいても自分で行動が安定できず要介助の状態です。平行棒移動はできていますが実用性としては乏しいです。 ・話す事につじまは合わないが，多弁で人と話す事が好きでした。 ・ひとりになると大声で呼び続けたり，他人に話しかけたり依頼したりして同室者が困る事もありました。		★自宅改修箇所 *内服は別紙参照							
<清潔> 入浴・シャワー浴・清拭 介助：(要) 不用		名古屋第二赤十字病院 整形外科病棟 内田さやか(内田) 病棟責任者 古城敦子(古城)		病院名： 木村病院看護師， 理学療法士(神山) 作療法士(梅村)		様式3							

図4 実際に使用したパスの例②

## 2) 問題点について

地域連携パスから得られる情報が必要なものばかりなのはもちろんだが、回復期施設で在宅復帰を目的としたリハビリを実施するうえで、十分とはいえないのが現状である。そのうえ前述のように、地域連携パスは入院時と退院時にしか活用できていない。その理由として、

- ①地域連携パスはリハビリ経過によるアウトカム中心のパスとなっており、看護に関する情報が少ない
- ②大腿骨頸部/転子部骨折を受傷する患者のほとんどが高齢であり、内科疾患などを継続治療中のことが多いが、他科治療に関する情報が少ない
- ③病前のADL状況および生活環境の情報が十分でない
- ④急性期病院における病棟やリハビリでの活動状況に関する情報が十分でない

などの点が挙げられる。これらを踏まえて、地域連携パスを円滑に活用するために、回復期病院を中心とする連携施設においても、施設独自のパスを作成することが有用であると考え、連携施設で必要と考えられる項目として、ICF（国際機能分類）の観点から以下に列挙する。

- ①医学的情報：薬物、処置、検査、次回受診日、観察状況など
- ②心身機能や精神機能に関する情報：疼痛、知覚しびれ、四肢関節の動き、活動制限（免荷および部分荷重制限）、リハビリ訓練状況など
- ③日常生活動作に関する情報：日中の活動状況、起居移動動作レベル、食事、トイレ（昼・夜）、整容、更衣、シャワーおよび家庭浴槽の利用など
- ④社会参加に関する情報：病前の外出や通院の頻度、職業や趣味による社会的役割など
- ⑤環境に関する情報：家屋状況と改修の必要性、介護者の有無
- ⑥社会資源利用に関する情報：必要な機器・介護用具、介護保険申請の有無、介護施設（デイケア・通所リハビリ）利用の有無など

### ●……ポイント……●

ICF  
(International classification of functioning, disability and health)  
国際機能分類

以上の項目のほかに、アウトカム、アセスメント、医療者が計画的に行う行動内容（家族面談日の設定、自宅訪問・試験外泊、説明や指導内容、書類手続きなど）の項目を加え、簡便にチェックできる方法でオーバービュー形式の医療者用パスを作成すれば、回復期病棟として日々のなかで活用できると考える。図5に具体的なパスを示す。あくまで試作であり改良する点はある。まずは施設にあった独自のパスを作成・運用し、改良を重ね現場で使えるツールにしていくことである。

## 3) 効果について

回復期施設にとって地域連携パスの効果は、以下の4点である。

- ①急性期病院での患者・家族への説明内容や、患者・家族の望む目標がわかり、治療方針を一貫したものにできること
- ②在宅復帰に向けて、各職種が協働で途切れのない継続的な計画を立案し、医療サービスを提供できること
- ③回復期病院としての責任と自覚をもって役割を担い、サービスを向上させることで、患者・家族の不安の軽減につながる
- ④急性期から回復期へのスムーズな連携体制を構築できる

そのうえで連携病院が使えるパスを活用し、退院までの面談日や自宅訪問などのスケジュール調整、在宅へ向けての指導の時期など、チームとして意識的なアプローチをすることが、各職種スタッフの専門性の向上、患者・家族への質のよいサービスの提供につながる。さらに在院日数の短縮も期待できるであろう。（水野恵理子）

## B | 回復期部分の運用

地域連携パスが運用される以前は、急性期病院から回復期病院への紹介転院時に以下の問題点が挙げられていた。

- ①連携体制の不備：急性期病院からの患者転院の際、リハビリの進行状況や患者状態についての詳細が出てこなかった
  - ②治療が標準化されていない：医師の診療情報提供書、看護師の看護サマリー、理学療法士の報告書などに食い違いがある
  - ③急性期病院との意思疎通が困難：急性期病院から提出された患者情報と、患者本人の状況に差異が生じているケースがある
- 地域連携パスは、これらの問題点を解消することができる有効な

大腿骨頸部骨折クリニカル連携パス		指示医	
左・右 大腿骨頸部骨折 術式: 手術日:			
転院日: 月 日 (術後 日目) 記録者サイン			
術後3週: 月 日		術後4週: 月 日	
アウトカム	<input type="checkbox"/> リハビリテーションが行える <input type="checkbox"/> 転倒・転落をおこさない <input type="checkbox"/> 疼痛のコントロールができる <input type="checkbox"/> ADLが拡大する (日常生活の自立) <input type="checkbox"/> 自宅または施設の受け入れが成立する	アウトカム	<input type="checkbox"/> リハビリテーションが行える <input type="checkbox"/> 転倒・転落をおこさない <input type="checkbox"/> 疼痛のコントロールができる <input type="checkbox"/> ADLが拡大する (日常生活の自立) <input type="checkbox"/> 自宅または施設の受け入れが成立する
アセスメント	<input type="checkbox"/> 『リハビリの目標と進行状況』に沿って行える <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> フェイススケール『2』以下 <input type="checkbox"/> 家族の受け入れ態勢	アセスメント	<input type="checkbox"/> 『リハビリの目標と進行状況』に沿って行える <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> フェイススケール『2』以下 <input type="checkbox"/> 家族の受け入れ態勢
薬物	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	薬物	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
処置	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	処置	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
検査	x-p <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (癒合状況: )	検査	x-p <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (癒合状況: )
観察		観察	
創痛/疼痛	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	創痛/疼痛	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
知覚/しびれ	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	知覚/しびれ	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
足趾動き	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	足趾動き	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
足関節動き	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	足関節動き	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
活動制限	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( 免荷 kg)	活動制限	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( 免荷 kg)
リハビリ	<input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> 平行棒・ <input type="checkbox"/> 歩行器・ <input type="checkbox"/> 杖歩行・ <input type="checkbox"/> 階段昇降・ <input type="checkbox"/> 屋外歩行	リハビリ	<input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> 平行棒・ <input type="checkbox"/> 歩行器・ <input type="checkbox"/> 杖歩行・ <input type="checkbox"/> 階段昇降・ <input type="checkbox"/> 屋外歩行
活動	日常生活の状況	活動	日常生活の状況
ベッド起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:	ベッド起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:
椅子座位保持	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:	椅子座位保持	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:
車椅子移動	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:	車椅子移動	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:
歩行(歩行器・杖・無)	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:	歩行(歩行器・杖・無)	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:
屋外歩行(杖・無)	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:	屋外歩行(杖・無)	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:
食事	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:	食事	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:
トイレ(昼)	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:	トイレ(昼)	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:
トイレ(夜)	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:	トイレ(夜)	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:
整容	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:	整容	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:
更衣	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:	更衣	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:
シャワー	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:	シャワー	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:
家庭浴槽	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:	家庭浴槽	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助:
指導	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	指導	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
家族面談	<input type="checkbox"/> 未実施・ <input type="checkbox"/> 実施: 月 日 ( 回目)	家族面談	<input type="checkbox"/> 未実施・ <input type="checkbox"/> 実施: 月 日 ( 回目)
自宅訪問	<input type="checkbox"/> 未実施・ <input type="checkbox"/> 実施: 月 日 ( 回目)	自宅訪問	<input type="checkbox"/> 未実施・ <input type="checkbox"/> 実施: 月 日 ( 回目)
試験外泊	<input type="checkbox"/> 未実施・ <input type="checkbox"/> 実施: 月 日 ( 回目)	試験外泊	<input type="checkbox"/> 未実施・ <input type="checkbox"/> 実施: 月 日 ( 回目)
家屋改修	<input type="checkbox"/> 未確認・ <input type="checkbox"/> 確認 ( <input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 済: )	家屋改修	<input type="checkbox"/> 未確認・ <input type="checkbox"/> 確認 ( <input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 済: )
介護申請	<input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 申請中・ <input type="checkbox"/> 済: 要支援・1・2・3・4・5	介護申請	<input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 申請中・ <input type="checkbox"/> 済: 要支援・1・2・3・4・5
日赤受診日	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: 月 日	日赤受診日	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: 月 日
書類手続き	<input type="checkbox"/> 情報提供書・ <input type="checkbox"/> 介護申請書・ <input type="checkbox"/> その他:	書類手続き	<input type="checkbox"/> 情報提供書・ <input type="checkbox"/> 介護申請書・ <input type="checkbox"/> その他:
バリアンス		バリアンス	
要因記録		要因記録	
バリアンス	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (評価者: )	バリアンス	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (評価者: )

図 5 回復期パス

『 病院退院時の状態』平成 18 年 4 月 7 日		退院後情報	
・荷重制限: 有 ( )・無 ( )		〈生活場所〉 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (独居, 2 人暮らし) ・施設 ( ) ・病院 ( )	
・疼痛: <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 ( ) (部位: 両膝, 種類: 運動時痛)		〈介護サービス(必要◎・不必要×)〉 ・訪問看護 ◎訪問介護 ・訪問リハビリ ・通所介護 ・通所リハビリ	
・リハビリ意欲: 有・無 ・痴呆/不穏: <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 ・問題行動: 有 ( )・無 ( )		◎訪問介護 ・訪問リハビリ ・通所介護 ・通所リハビリ	
★ADL状態[自立◎ 監視○ 部分介助△ 全介助× 非実施=] 〈基本動作〉 ○寝返り ○起き上がり ○起立 ○ベッド⇄車椅子移乗 ○車椅子駆動		介護認定 ( ) ★福祉用具 ポータブルトイレ	
〈移動状況〉 病棟内: 独歩 松葉杖 T字杖 ○歩行器 車椅子 RH室: 独歩 松葉杖 T字杖 ○歩行器 車椅子 ・可動域: 股関節屈曲 (左90)度・伸展 ( )度・外転 (左 10 )度 ・筋力: 中殿筋 , 大腿四頭筋 左右4 ・介護認定: 有(要介護 要支援 )・無(自立 , 未申請)		★自宅改修箇所	
コメント (注意事項など) 基本的な動作は可能だが, 認知症により危険回避ができず, 常に監視が必要であった。		*内服は別紙参照	
病院名: 看護師, 医師 理学療法士			

図 6 回復期のパス記録例

ツールの一つである。

1) 運用の実際について

地域連携パスの回復期での実際の運用について説明する<sup>3)</sup>。まず地域連携パスは、急性期病院から転院の際に患者が直接持参してくるか、郵送で回復期病院に送られてくる。

急性期病院では、患者の一般的情報、入院前環境・活動情報、リハビリ経過で獲得された起居移動動作のアウトカム、患者・家族の目標および家族が受けた説明内容、急性期病院退院時の状態などの情報が記載される。これらの情報と、転院前1カ月以内に実施される回復期施設のスタッフが急性期病棟を訪れる退院前訪問で得られた情報を加えて、病前の生活環境の評価を詳細に行い、回復期施設での退院時アウトカムを設定する。退院時アウトカムは、必要とされる起居移動動作レベルと認知機能レベル、住宅改修や福祉用具導入、および在宅復帰時の介護保険サービスの必要性について設定している。

リハビリカンファレンスにて調整を行った後、各コメディカルで

ビスに対する満足度向上につながる(銭田良博)

### 3 維持期部分の考え方

維持期にはADLの維持と生活指導が重要である。骨粗鬆症が元で骨折を起こすことが多いので、骨粗鬆の予防ならびに治療が必要となる。また人工骨頭ではインプラントのゆるみ、遅発性の感染などが問題となることもあるので定期的に整形外科の診断を受けるのが望ましい。八事整形会では骨粗鬆症の予防治療に取り組み、また転倒予防教室も行っているの、これを維持期へも広げたい。

これまで維持期、特に在宅においては「急性期医療の情報が乏しい」「急性期、回復期病院で患者様やご家族にどのような説明がなされてきたかがわからなかった。利用者様やご家族に対する説明に一貫性を欠くことで不安や不信感をもたらすことも少なくない」「リスクの把握ができず適切なりハビリが進められない」といった問題点があった。在宅までのパスが運用されることによって、手術や診療情報、リハビリの進行状況、薬剤・栄養情報だけでなく説明内容の共有も可能となる。また統一したADLの評価が行われることで統一した指標で判断できる。

一方で、維持期は「生活すること」が主体となる。回復期からのパスは移動能力が主体となっているが、自宅という環境を考慮した起居動作、トイレ動作、入浴動作、さらにはAPDLの設定も考慮されていなければならない。また、再び急性期を迎えることがないよう予防の観点も必須となる。

在宅からの情報提供として、自宅およびその周囲の環境、生活スタイル、家族、転倒についての情報がもたらされることで、ライフスタイルを考慮した治療方針の決定がなされ、個を尊重した治療が行われる。

病院内でとどまっていたパスが、回復期、維持期まで連結されることで、一貫した医療介護の提供が可能となる。情報提供の項目の検討を行い、一方通行にならないパスの運用を検討していく必要がある。(小山 樹)

治療計画を確認する。起居移動動作のアウトカムは、病棟で「しているADL」として獲得されたときに、理学療法士または作業療法士がその日付を記入する。回復期病院を退院する際は、自宅復帰の場合も介護保険による居宅サービスを利用してリハビリを継続するケースがほとんどであることから、地域連携パスの右下欄の退院時の状態と退院後情報について必要な項目を記入している(図6)。実際の退院先は、老人保健施設・グループホーム・特別養護老人ホームなど多岐に渡っていることから、退院先の維持期施設がどのような情報を必要としているかを考慮しながら記載する必要がある。

いずれの退院先においても、退院時の状態と退院後情報まで記入したパスのコピーを、急性期病院までFAXまたは郵送にてフィードバックする。回復期リハビリ病棟の施設認可を取得していない連携施設は、このフィードバックを行うと同時に地域連携パスのコピーをレセプトに添付することで、地域連携診療計画管理料が算定できるようになる。

#### 2) さらなるメリットについて

当院における地域連携パスの運用のさらなるメリットを列挙する。

- ①急性期からの転院や維持期への転院の際、医学的情報が的確にかつ迅速に把握できることによって、対象患者を待たせることなく急性期から回復期へ、または回復期から維持期へのシームレスな連携を構築することができる
- ②八事整形医療連携会に参加し、他施設のスタッフとコミュニケーションや研修会を行うことで、地域連携パスを介して連携先の顔が見えやすくなる
- ③院内の卒前卒後教育や、勉強会および学会発表などに活用できる
- ④八事整形医療連携会への参加や院内教育によって、リハビリスタッフや病棟スタッフの業務に対するモチベーションが向上する
- ⑤さまざまなメリットの総合的な結果として、対象患者に対するサービスが向上し、患者の転院時の不安解消および医療サー

## 患者用地域連携パスの作成

様式2-1), 2), 3) が当医療連携会で使用している患者用パスである(図7)。

様式2-3) は、患者が退院もしくは施設に帰るまでの流れを、急性期(最終アウトカムを見据えた治療方針の決定)、回復期(リハビリ、在宅への準備)、維持期(訪問リハビリや再骨折予防)に分けたものである。これらをもう少し具体的に表現したものが様式2-1), 2) である。様式2-1) は、急性期病院での計画であり、様式2-2) は、回復期病院においての目標とそれに向けた計画である。これらは入院時に医師または看護師から説明し、患者に手渡す。患者の理解・同意が得られたら様式2-1) の患者署名欄に署名をもらうことで、入院計画書としての役割も果たしている。

内容の特徴は、受傷後の治療やケアだけでなく、予防にも力を入れていることである。整形外科病棟においても「転倒予防教室」の開催や管理栄養士による栄養指導などを取り入れている。基本は治療終了までのオーバービューのパスである。各医療機関における院内施設のパスは、これに基づいて作成されることになる。

急性期病院の退院・転院の基準として、

- ①傷の状態のよさ
- ②レントゲンの結果のよさ
- ③38℃以上の発熱がない

などの指標を設定している。ちなみに退院基準(達成目標)は、合併症なしで1~2週間としている。

また、回復期病院の退院時の基準は、

- ①受傷前の歩行能力の獲得
- ②社会福祉制度の活用

である。

本来、大腿骨頸部/転子部骨折は肺炎などが起きやすくバリエーションの多い疾患であるため、パスにのりにくいものである。同会ではアウトカムの設定を大まかにすることで、パスとして使えるものとした。しかし患者の状態によっては、その大まかな基準ですら獲得

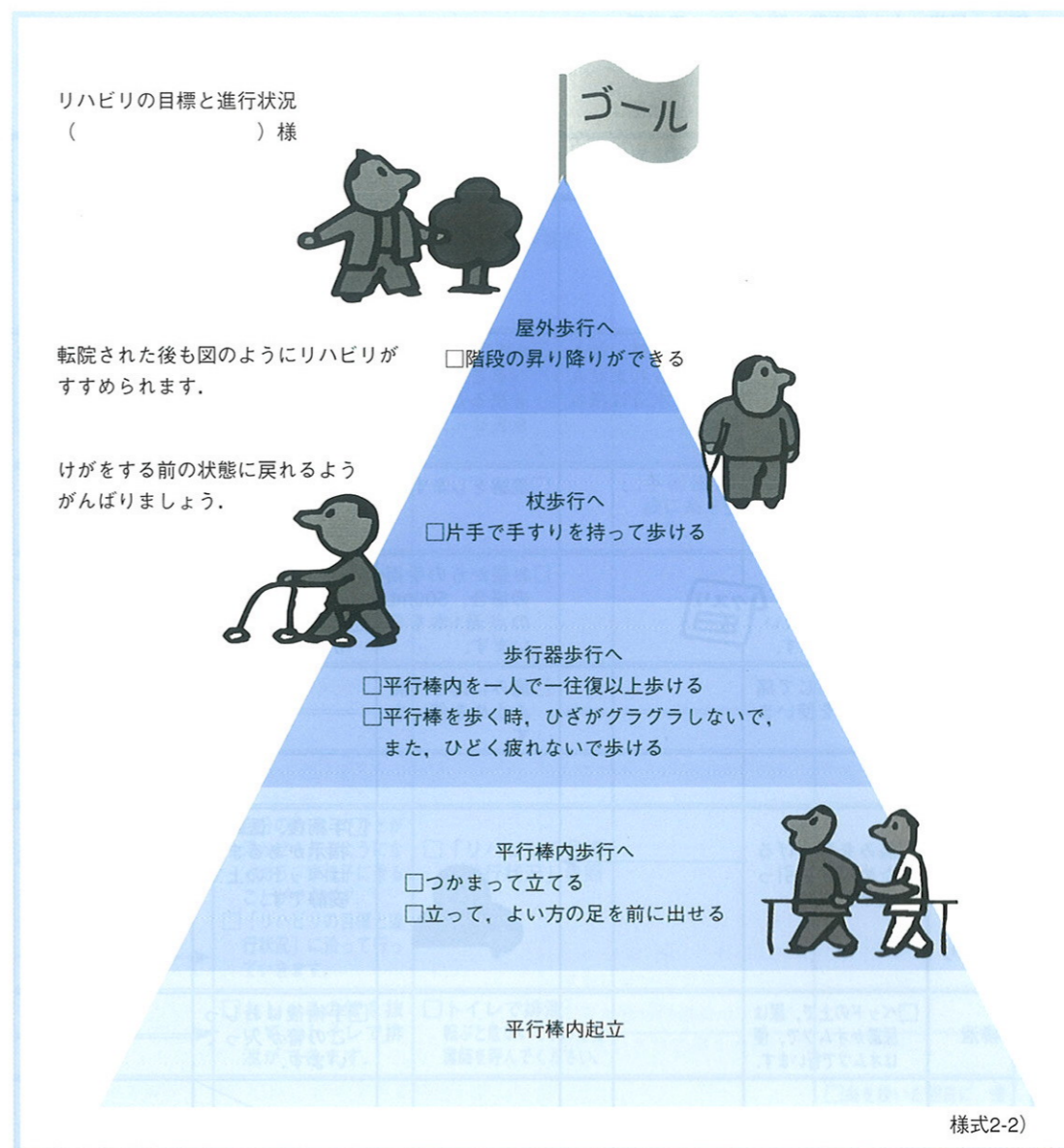


図7 患者用パス①様式2-2)

が困難な場合も予想される。くれぐれも画一化された診療に陥ることなく、患者、家族と連携し、標準化された診療に近づけるように計画することを入院時に説明する。

■名古屋第二赤十字病院 院内パス：患者用

入院療養計画書①

大腿骨頭部骨折の患者様へ









説明日時：200 年 月 日 時 分～ 時 分

( ) 様

主治医：

医師，担当理学療法士：

署名


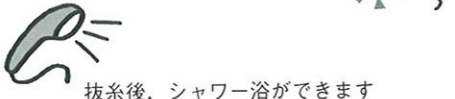




経過	入院日 / ( )	手術前日 / ( )	手術当日 (手術前) / (手術後)	術後1日目 / ( )	術後2日目 / ( )	術後3日目～術後4日目 / ( )	術後5日目～術後9日目 / ( )	術後10日目 / ( )	術後14日目：転院目標 / ( )
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査・胸部レントゲン 心電図 		<input type="checkbox"/> 血液検査・心電図 	<input type="checkbox"/> 血液検査 			<input type="checkbox"/> レントゲン撮影		
食事		<input type="checkbox"/> 22時以降，何も食べられません，水分は摂れます。	<input type="checkbox"/> 8時以降は，食べることも水分を摂ることもできません。	<input type="checkbox"/> 食べることも水分を摂ることもできません。	<input type="checkbox"/> 昼からお粥が始まります。 <input type="checkbox"/> 夕食は，お粥食です。			<input type="checkbox"/> 制限は特にありません。	
処置			<input type="checkbox"/> 浣腸をします。	<input type="checkbox"/> 酸素吸入をします。				<input type="checkbox"/> 傷に入っている管を抜きます。	<input type="checkbox"/> 一日おきに，傷の消毒をします。
内服	<input type="checkbox"/> 持参した薬を確認します。 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい薬は中止します。 		<input type="checkbox"/> お昼からの手術の場合，500mLの点滴1本を行います。	<input type="checkbox"/> 点滴を行います。 <input type="checkbox"/> 化膿止めの点滴があります。					
点滴	<input type="checkbox"/> 痛みに応じて痛み止めを使います。		<input type="checkbox"/> 痛みに応じて痛み止めを使います。						
他薬剤									
活動	<input type="checkbox"/> 痛みを和らげるために足を引っ張ります。			<input type="checkbox"/> 手術後，医師の指示があるまではベッドの上で安静です。			<input type="checkbox"/> 自分の力で，かかどが浮かせられるようになったら，車椅子に乗ることができます。 <input type="checkbox"/> 「リハビリの目標と進行状況」に沿って行っています。	<input type="checkbox"/> 「リハビリの目標と進行状況」参照	
リハビリ				<input type="checkbox"/> ベッドの上でリハビリを始めます。					
排泄	<input type="checkbox"/> ベッドの上で，尿は尿器かオムツで，便はオムツで行います。			<input type="checkbox"/> 手術後はおしっここの管が入っています。			<input type="checkbox"/> おしっこの管を抜いて，トイレで排泄ができます。	<input type="checkbox"/> トイレで排泄転ぶと危ないので看護士を呼んでください。	
清潔	<input type="checkbox"/> 身体を拭きます。				<input type="checkbox"/> 身体を拭きます。				<input type="checkbox"/> 糸を抜いた翌日に，傷を確認した後に，シャワー浴可能となります。
指導	<input type="checkbox"/> 入院についての説明 <input type="checkbox"/> 入院期間と治療内容・計画について説明 <input type="checkbox"/> 転倒・転落防止についての説明 <input type="checkbox"/> 入院手続き	<input type="checkbox"/> 手術についての説明 <input type="checkbox"/> 麻酔についての説明 <input type="checkbox"/> 抑制についての説明 	<input type="checkbox"/> 手術中の状態についての説明					<input type="checkbox"/> 手術後の経過の説明 今後の治療方針について，(退院・転院)について説明	<input type="checkbox"/> (退院・転院) 手続き
説明					<input type="checkbox"/> ★装具を装着した患者様へ <input type="checkbox"/> 装具の必要性について説明 <input type="checkbox"/> 装着方法の説明 <input type="checkbox"/> 装具の支払い・手続きについて説明			<input type="checkbox"/> ★退院・転院の条件★ <input type="checkbox"/> 傷の状態が良いこと。 <input type="checkbox"/> レントゲンの結果が良いこと。 <input type="checkbox"/> 38.0℃以上の熱が出ていないこと。	<input type="checkbox"/> ★転院指導★ <input type="checkbox"/> 日常生活について確認・指導 ★装具を装着した患者様へ★ <input type="checkbox"/> 装具の必要性について確認 <input type="checkbox"/> 装着方法の確認
手続き									
備考									

ドレーン抜去

八事整形医療連携会 様式2-1)

図 7 患者用パス②様式2-1)

■地域連携パス：患者用  
大腿骨頭部骨折の手術を受けられる患者様へ

(急性期) 約1~2週間 名古屋第二赤十字病院	(回復期) 約3カ月	(維持期) 約6カ月 在宅・施設
<p>月 日手術をします</p> <p>手術後1~3日目からリハビリを開始します</p>  <p>手術後、7~10日目で傷の状態が良ければ抜糸します</p>  <p>抜糸後、シャワー浴ができます (最初は必ず看護師と一緒にいきます)</p> <p><b>転院の条件</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●傷の状態が良い</li> <li>●38度以上の発熱がない</li> <li>●レントゲンの結果が良い</li> <li>●合併症(肺炎・膀胱炎・心筋梗塞・深部静脈血栓症など)がない</li> </ul>	<p>転倒に注意してリハビリを行ってください</p> <p>車椅子に乗れば平行棒で起立を行います 起立がしっかりすれば平行棒内で歩行します 平行棒内歩行が安定すれば、歩行器歩行を行います</p>  <p>歩行器歩行が安定すれば杖歩行を行います</p>  <p>杖歩行が安定すれば階段の昇り降りを行います</p>  <p>階段の上り下りができれば屋外で歩行します</p> <p>約4週間に1回レントゲン撮影があります 介護保険の申請をしましょう 必要に応じ住宅の改修をしましょう</p> <p><b>退院の条件</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●家庭環境が整う</li> <li>●家族の理解がある</li> <li>●ADLがほぼ一定</li> </ul>	<p>受傷前の歩行状態に近づくのが目標です</p> <p>リハビリのゴールを設定します 状態に合わせて家庭環境を改善しましょう</p>  <p>リハビリテーションゴール 閉じこもりの防止 生活空間の拡大</p>
<p>当院の入院期間は10~14日間です</p> <p>その間に 転倒予防教室があります(週1回) 食事について栄養士から説明があります 薬について、薬剤師から説明があります (骨粗鬆症の薬を始める場合があります)</p>	<p>在宅に向けての準備を進めます</p>	<p>歩行速度が10メートル20秒以内であれば屋外歩行は自立できます。</p> <p>転倒予防のためにも外出時は杖を使用しましょう。</p> <p>家に閉じこもらないよう外出をしましょう。</p> <p>自信がなければデイサービス、デイケアを利用しましょう。</p>

八事整形医療連携会 様式2-3)

図 7 患者用パス③様式2-3)

また転院前には転院先も決まっているため、急性期病院での状態を把握したうえで、リハビリのゴール設定やリハビリ病院退院時の準備などを行う。この際、リハビリ病院のスタッフを名前で紹介すれば、患者の転院に対する不安も軽減し、診療に対する満足度が向上する。(安藤智洋)



## バリエーション収集システムの構築

### 1 バリエーションの分析と結果の評価・対応

#### A バリエーションの定義

バリエーションとは、「アウトカムが達成されなかった場合」と定義するのが最もわかりやすいといわれている。また、バリエーションを分析する意義は、「バリエーションがなぜ生じたかについて分析していくことにより、(中略)バリエーションを少なくするためのパスの作成を促すことになる。さらには、標準に近いパスが作成され、提供される医療の質はより改善されるわけである<sup>1)</sup>。つまり、バリエーションの収集と分析を行うことは、常にパスを改善し、医療の質の向上を図るために必須と考える。

#### B バリエーションのとらえ方

次にバリエーションの捉え方だが、パスの設定内容から外れたものはすべてバリエーションである。日々生じるバリエーションは、その程度を「変動」「逸脱」「脱落」の3つに分けて対処する<sup>2)</sup>。「変動」とは、日々の達成目標に影響を及ぼさないもの、「脱落」は完全にパスから外れるもの、「逸脱」は達成目標に変化を及ぼすものである。「変動」はその日の達成目標に影響なく予定どおりに進行できるものであり、一般にバリエーションの判定はなしとする。「脱落」は重大な合併症が発生した場合などで、その場でその対応を行う必要がある。「逸脱」は、パスの設定と実際の目標達成に差が生じるものの、パスを延長または短縮して使用できるものとされている。

#### C バリエーションの分析

バリエーションの分析は、評価時期や評価項目の違いによってさまざまな方法があるが、当院では、バリエーションの集計を退院時に行い、その要因を「患者側の要因(病態的な問題、受け入れ側の環境問題など)」「医療者側の要因(連休によりリハビリができない、また、検査予約が延期してしまう問題)」「その他」とし、分析するようにしている。

バリエーション発生時の記録方法は次のように行っている。バリエア

スが発生しパスから外れた場合、まず医療者用パスの備考欄と診療録にバリエーションの発生とその理由を記載する。そして、「逸脱」のようにパスに戻れる場合には、同様にパス再開を記し継続していくという方法をとっている。

たとえば、アウトカムが「術後2日目でドレーン抜去」でも、その日はドレーンの排液が多く抜去できなかったと仮定する。だが、経過観察のもと軌道修正し、最終的に在院日数や退院基準に影響しなければ治療計画の大幅な修正は不要であり、パスの「脱落」とはならないとしている。しかし、「脱落」ではないにせよバリエーションはバリエーションと認識し、退院時にアウトカム項目や退院基準、在院日数などの情報を収集、分析し、パスの改正につなげていっている。これらの作業によって、より患者のニーズに応えることができ、また医療の質を向上させることにつながっていくと考えている。これらのことから、バリエーションはパスを成功させるためにはなくてはならないものであり、バリエーションの分析は医療の質改善に最も寄与する部分といえる。

しかし実際は、退院後すぐに評価することは難しく、過去の診療録を閲覧して評価するのはかなりの労力を要し、しっかり評価するには至っていないのが現状である。今後はバリエーションを調査するためにコンピュータシステムを利用し、バリエーションの収集・分析を確実なものにしていくことが課題と考えている。

また大腿骨頸部/転子部骨折は疾患の特性上、高齢者が多いため、入院後に認知症を併発したり、合併症をひき起こしたりするなどのバリエーションが多いのも現状である。そのため私たちは、認知症の増悪や合併症をひき起こさないよう、チームでの治療、ケアを工夫していくことも重要な役割と考える。(古城敦子)

### 2 バリエーション収集システムの構築(他科との対応)

パスでのバリエーションの要因としては患者、医療者、病院、社会などの因子があるが、大腿骨頸部/転子部骨折患者は心肺機能が低下していることが多く、患者要因が多くを占めている。いったん受傷すれば術前から慎重な全身管理を要することが多い。

当院では、入院当日もしくは翌日には全身状態を把握するようパスで計画し、可能な限り早期に手術を行い、早期離床を図っている。しかし、術前に合併症を把握できない場合や、術後合併症を発生することも多い。異常を早期に発見し、早期に専門医の診察を依頼し重症化することを避けるようにしている。いったん合併症が発生すれば、リハビリの遅れのみならず、パス上は、「変動」ではすまされず、「逸脱」「脱落」となってしまうケースもある。早期の対応で「脱落」ケースを減少させることが必要であり、そのためには専門医との緊密な連携を必要とする。(安藤智洋)

### 地域連携パスを検証する 定期的な会合・事務局の役割

2003年3月に第1回の研修会を開催した。八事整形医療連携会を継続して開催するためには、組織をまとめるための事務局の役割は重要である。事務局は、名古屋第二赤十字病院の医療社会事業課の課長が担当している。

八事整形医療連携会は、年3回定期的に会合を開催している。そのために、名古屋第二赤十字病院の医師、薬剤師、看護師、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーなどの院内世話人が一堂に会し、会議で企画を検討している。大まかな企画が決定すると、次に院外の世話人である地域の医師、薬剤師、看護師、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーが集まり、次回開催の企画について検討し決定している。

院外世話人会で正式に企画を決定し、地域の100施設ほどに案内を送付して次回の八事整形医療連携会の研修会を開催している。八事整形医療連携会の世話人会における事務局の役割は、会議の開催日の決定、案内、参加者の出欠の確認、資料の作成などである。研修会には地域の連携施設が参加する。研修会開催にあたっては、当日の役割分担、パソコンなどの準備、プログラム作成、アンケートの実施などがある。研修会開催後の反省会の資料作成や収支決算まで行っている。

2006年から大腿骨頸部/転子部骨折の地域連携パスの診療報酬加算がはじまった。診療報酬を受けるためには、年3回、38の登録病院と合同委員会を開催することが義務づけられている。八事整形医療連携会と合同委員会とのあり方について、院内の関係部署と検討を重ねた。その結果、合同委員会では当院から転院した患者の症例検討を行うことに決定した(図8)。現在は3例の検討を行っている。そのまま継続して、八事整形医療連携会の全体会を合同委員会後に開催している。

事務局は組織を動かす扇の要である。事務局の活躍の度合いで組織活動は、大きく変化する。事務局は、今後も引き続き八事整形医療連携会がうまく機能するように努めていきたい。(黒木信之)

### 地域連携パスと薬剤(骨粗鬆症)

急性期病院の院内パス、まして整形外科となると薬剤の出番はあまりない。手術を前提とした急性期のパスにおいては、根治療法に薬剤が選択されることはなく、やはり手術の際の抗生剤や疼痛時の鎮痛薬といった短期間だけ必要とされる薬剤が中心となるからである。

しかし“地域で医療を完結させる”という考えに基づく地域連携パスとなると事情が一変する。急性期にこだわらず治療完結までの全体像で疾患をみるならば、整形外科でも薬剤の関与する部分は少なくないからである。たとえば大腿骨頸部/転子部骨折ならばどうか。骨折の治療自体には薬物は必要ないが、骨折に至る原因を追究すれば骨粗鬆症に行き着き、中長期のスパンで見ればこれは立派な薬物療法の対象となる、といった具合である。

われわれの使用している地域連携パスでも骨粗鬆症薬の導入を検討しているが、いくつかの問題があると認識している。薬剤の必要性に関しては疑問がないが、その開始時期や最も費用対効果に優れた薬剤の組み合わせなどに関して、十分なデータがないと考えているからである。したがって現在は一部試行の形で導入しており、データ蓄積を待つて連携医療機関の多職種と共同で解析を行って本格

第2回 大腿骨頸部骨折地域連携診療合同委員会症例検討会資料

18年4月～9月

No.	年齢	性別	住所	病名	受傷年月日	術式	入院日	手術日	日赤退院日	日赤入院日数	転院時移動能力	転院先	退院日	転院先入院日数	退院後行き先	退院時移動能力	コメント
1	95	女		右大腿骨頸部骨折	H18.3.19	人工骨頭置換術	H18.3.19		H18.4.14	27	車椅子		H18.7.25	103		車椅子	
2	79	女		左大腿骨転子部骨折	H18.4.5	骨接合術	H18.4.5		H18.4.20	16	車椅子						
3	71	女		右大腿骨頸部骨折	H18.4.5	マルチプルピンニング	H18.4.5		H18.4.20	16	歩行器、車椅子		H18.7.29	101		T字杖	
4	66	女		右大腿骨頸部骨折	H18.4.9	マルチプルピンニング	H18.4.9		H18.4.24	16	松葉杖		H18.8.31	130		T字杖	
5	85	女		右大腿骨頸部骨折	H18.4.13	骨接合術AHS	H18.4.13		H18.5.9	27	車椅子		H18.8.28	112		T字杖	
6	83	女		右大腿骨頸部骨折	H18.4.16	骨接合術PFNA	H18.4.16		H18.4.26	11	車椅子		H18.8.19	115		T字杖	
7	82	女		右大腿骨頸部骨折	H18.4.17	マルチプルピンニング	H18.4.17		H18.5.2	16	車椅子		H18.10.25	178		四点杖	手根管症候群手術のため日赤へ。
8	83	女		左大腿骨頸部骨折	H18.4.19	骨接合術PFNA	H18.4.19		H18.5.2	14	車椅子		H18.7.18	78		T字杖	歩行時息切れ、血圧上昇があり、運動時には注意。
9	88	女		左大腿骨転子部骨折	H18.4.25	骨接合術PFNA	H18.4.25		H18.5.15	21	T字杖		H18.7.18	65		T字杖	自己移動可、転倒リスクあり。
10	88	女		左大腿骨頸部骨折	H18.4.30	骨接合術PFNA	H18.4.30		H18.5.11	12	車椅子						
11	80	女		右大腿骨転子部骨折	H18.5.2	骨接合術AHS	H18.5.2		H18.5.18	17	車椅子		H18.9.15	121		T字杖	認知症、歩行時監視必要。
12	88	女		右大腿骨頸部骨折	H18.5.5	マルチプルピンニング	H18.5.5		H18.5.15	11	車椅子		H18.6.1	18		車椅子	
13	76	女		左大腿骨頸部骨折	H18.5.6	人工骨頭置換術	H18.5.6		H18.6.2	28	歩行器、車椅子		H18.9.26	117		T字杖	
14	85	女		右大腿骨転子部骨折	H18.5.7	骨接合術AHS	H18.5.7		H18.5.19	13	車椅子						
15	80	女		左大腿骨頸部骨折	H18.5.9	骨接合術PFNA	H18.5.9		H18.5.19	11	歩行器、車椅子		H18.8.18	92		T字杖	注意低下見られ、転倒リスクあり。
16	80	男		右大腿骨転子部骨折	H18.5.18	骨接合術AHS	H18.5.18		H18.5.31	14	車椅子		H18.8.30	92		車椅子	
17	82	女		左大腿骨頸部骨折	H18.5.25	マルチプルピンニング	H18.5.25		H18.6.8	15	T字杖、車椅子		H18.6.29	22		T字杖	T字杖歩行にてADL自立。
18	67	女		右大腿骨頸部骨折	不明	マルチプルピンニング	H18.6.3		H18.6.20	18			H18.10.10	113		歩行器	
19	89	女		左大腿骨頸部骨折	H18.6.10	マルチプルピンニング	H18.6.10		H18.6.30	21	車椅子		H18.7.25	26		歩行器	
20	71	女		左大腿骨頸部骨折	H18.6.14	骨接合術AHS	H18.6.14		H18.6.30	17	車椅子		H18.10.4	97		T字杖	
21	94	男		右大腿骨頸部骨折	H18.6.25	マルチプルピンニング	H18.6.25		H18.7.10	16	車椅子		H18.9.1	54		車椅子	胃癌悪化のためホスピス転院。
22	93	女		右大腿骨頸部骨折	H18.7.17	骨接合術AHS	H18.7.17		H18.7.28	12	車椅子		H18.10.19	84		T字杖	あわてやすい性格のため、歩行に注意。
23	37	女		左大腿骨頸部骨折	H18.7.20	マルチプルピンニング	H18.7.21		H18.8.15	27	車椅子						
24	86	女		左大腿骨頸部骨折	H18.7.22	人工骨頭置換術	H18.7.24		H18.8.2	10	車椅子						
25	83	男		左大腿骨頸部骨折	H18.7.26	骨接合術PFNA	H18.7.26		H18.8.7	13	車椅子		H18.10.16	71		T字杖	
26	67	男		左大腿骨頸部骨折	H18.7.26	マルチプルピンニング	H18.7.27		H18.8.9	14	車椅子		H18.9.15	38		松葉杖	負荷制限守れないことが多い
27	70	男		左大腿骨頸部骨折	H18.7.28	骨接合術	H18.7.29		H18.8.11	14	車椅子						
28	86	女		左大腿骨頸部骨折	H18.7.29	骨接合術AHS	H18.7.29		H18.8.10	13	車椅子		H18.9.28	50		T字杖	
29	94	女		右大腿骨転子部骨折	H18.8.4	骨接合術PFNA	H18.8.5		H18.8.17	13	車椅子		入院中				

図 8 合同委員会資料

的に導入していく予定である。

また中長期で薬物療法を考えると、連携医療機関の薬剤師間で当該薬物療法の投与設計に関する共通認識が不可欠であることは論を待たないが、その患者の基礎疾患（生活習慣病など）に対する薬物療法の維持・介入をスムーズに行ううえでも、薬一薬連携の果たす役割は重要になると考えている。現在は内服薬の変遷も残る形式にした大判の内服薬一覧を使用することで一定の成果を挙げているが、情報の肥大化は業務の煩雑化と表裏一体であり、電子媒体などを利用した、より簡便なシステムの構築を考える必要があろう。

いずれにせよ地域連携医療の観点から見れば薬物医療が単体で存在することはありえず、同・異職種間といかに有機的に連動するかがたいへん重要となる。またこの視点こそが、今後の薬剤師の活動の幅を大きく拡げてくれるものであると考えている。（田宮真一）

地域連携パスと栄養指導

病院における栄養管理の大切さは大きく2つに分けられると考える。一つは生命を維持していくための栄養補給、もう一つは疾病治療としての栄養補給である。前者は無意識的に行っていることであり、後者は意識的に行うという点で違いがある。今まで栄養士がかかわってきたのは、主に疾病治療に対する食事摂取指導についての啓発であり、対象となる患者も特別治療食を摂取している患者のみであった。

整形外科病棟の特色は、入院時に明らかな栄養不良のある患者はほとんどおらず、食事内容も、患者の9割程度が並食を摂取する状況である。しかし患者個々をみていくと、手術前であったり、検査または手術後の回復期にあたりと、必ずしも栄養管理が不要な患者ばかりではない。特に手術後においては創部の回復や抵抗力を得るためにも代謝の亢進が求められ、またリハビリを進めるためにも経口摂取は大切である。たとえば悪いが「ガソリンのない車は動かない」と同じである。

2006年4月から入院時の患者の栄養管理を行うことによる「入

院時栄養管理加算」が認められた。これは今、NST（栄養サポートチーム）をはじめとした入院中の患者の栄養管理が、医療においていかに大切かを裏付けるものであり、また在院日数の縮小や医療費の増加を抑制できる効果もある。この入院時栄養管理加算を利用して、管理栄養士が毎日患者のベッドサイドにうかがい、食事摂取の大切さを伝えている。

摂取がすすまない患者については食事内容、形態などをスタッフに提案している。また栄養不良ばかりでなく栄養過剰についても問題となる患者もいる。そのような患者には食事内容を聞き、食事量、食事内容の改善を促している。また高齢で嚥下機能や咀嚼機能の低下がみられる患者にはキザミ食、ペースト食、嚥下食への変更、ときには補食の工夫なども提案するなどしている。このように入院中にはNSTもかわり、定期的に患者の栄養評価を行っている。また新たな試みとしては転倒予防について、丈夫な骨作りとしての栄養補給（特にカルシウム）の大切さを啓発する機会も得た。

今後は入院中に行ってきた栄養管理を支援病院と連携し、継続して行っていくことが課題である。そして入院中のみならず、骨折予防の点からも栄養補給の大切さを啓発していくことも大切なことと考える。（甲村亮二）

## 転倒予防

近年、社会の高齢化が進み、転倒による骨折が増えている。なかでも大腿骨頸部/転子部骨折は、高齢者の骨折で最も多く、その原因の8割以上が転倒によるものである。当院でも、大腿骨頸部/転子部骨折の患者は年間で約200例入院している。高齢者の転倒を減少するには、転倒後のケアだけでなく転倒予防が必要だと痛感し、医師や看護師、理学療法士が、それぞれ学会や転倒予防指導者講習会に参加した。そして2006年6月19日から、大腿骨頸部/転子部骨折地域連携パスの一環として、高齢者の転倒予防を目的に、整形外科チームによる転倒予防教室への取り組みを開始した。

転倒予防教室開催の前段階としてパンフレットを作成し（図9）



図9 転倒予防教室パンフレット

それに沿って統一した説明を行うことで教室での説明を理解しやすくし、教室で学んだことを日常生活に還元しやすくするよう工夫した。内容は、転倒を予防するための5つのキーワードを、①正しい歩き方②環境整備③ストレッチング④バランス⑤筋力トレーニングと設定し、それぞれについて簡潔に説明してある。

転倒予防教室の開催は、整形外科病棟のデイルームにおいて、毎月第2・第4金曜日の午後5時から30分間、パンフレットを使用し、患者参加型で行っている。実際の教室の実施状況として、キーワードの①②は看護師が担当し、日常生活で気をつけるべきことな

どを中心に説明している。③～⑤は転倒予防運動として理学療法士が担当し、運動の効果的なやり方、また運動による危険動作、疾患による禁忌事項などについて説明している。転倒予防とは日常の活動として継続ができてはじめて意味をなすものであり、教室の参加はあくまできっかけの一つでしかない。そこで、教室中に説明しきれなかったところや後日質問をもらったところは、業務中に補足的に説明するなど、参加者が転倒予防を続けられるように、各職種で協力してフォローアップも心がけている。

現在、転倒予防教室を始めて約1年が経過した。その間、チームで話し合いを重ねることで、教室で使用するパンフレットの内容や教室の運営方法も改善され、転倒予防チーム間の連携も強まってきた。また、毎回約20～30人の参加があり、教室終了後、パンフレットを見て転倒予防運動をしている患者を目にしたたり、患者からわかりやすい説明だったという声も聞かれたりするなど、患者評価も上々である。

今後の課題としては、教室参加者にアンケートをとり、その結果をフィードバックし改善を行うことである。また2007年2月に、一般市民向けに市民公開講座「痛みの教室、転倒予防について」を

名古屋駅前で開催し、300人近い聴衆が集まった。プログラムは、

- ①転倒による骨折と治療、地域連携パス（佐藤公治）
- ②転ばぬ先の杖（古城敦子・丸尾啓記）
- ③転倒予防トレーニングと上手な転び方（細江浩典）

となっている。

今後、回復期病院や維持期施設においても、同教室を開催できるようにしていく予定である。（丸尾啓記，三谷祐史）

### 今後の課題

地域連携パスを連携のツールとして使い、まずまず成功している。2005年から診療報酬がついたのは、以前から施行していたわれわれとしては追い風であった。2005年7月にマニュアルが発刊できたのもパス利用の統一化に寄与した<sup>3)</sup>。一方いくつかの課題も残されている。

われわれは有志を中心に活動してきた。規模が大きくなると小回りが効きにくい。診療報酬加算のため、大腿骨頸部/転子部骨折地域連携パス運用の合同委員会を、院内役員を中心に、医事課や地域連携室とともに設立した。合同委員会開催後、八事整形医療連携会として勉強会を開催している。合同委員会の資料を図8（→p.132）に示す。パス加算料は年1回の全体懇親会に補填している。

### 1 情報の共有化方法について

常にアップデートしたい医療者用パスは、この時代、インターネットを利用しIT化したいと考えている。個人情報保護法との関係でVPN（virtual private network）を地域で確立していくために、一病院が管理するのではなく、行政や医師会、企業またはNPOなど別の管理団体が必要かもしれない。

### 2 他疾患、他科との連携について

疾患ごとに連携が別では関連するリハビリ科、社会医療事業部は多忙となる。能率的な病院地域連携室の介入が必要となる。疾患ご

とに小回りの効く連携会が必要な反面、face to faceの付き合いは重要で、やはり人のつながりが大きい。重要スタッフの異動があっても連携が続いていかなければいけない。

連携会では医療者間の交流として各施設の研修会の講師へ出かけていくことや手術見学、施設見学などを行っている<sup>4)</sup>。

### 3 愛知県内のほかの連携会との関係

急性期病院の集まりとして名古屋整形外科医療連携会の発足と活動にも協力している。2007年6月には当院研修ホールで第6回名古屋整形外科医療連携会を行った。地域で「転倒予防」「骨粗鬆症の予防」を行っていくために、急性期から転倒予防教室を開催している旨を整形外科部長 佐藤医師、3-4整形外科病棟 丸尾看護師から講演した。パンフレットを作成し、同じ内容の転倒予防教室を場所と時間を超えて急性期、回復期、そして維持期と行う意義は大きいと力説した。当日は午後7時半から約80人の参加があり活発な討論が行われた。

今後も魅力ある連携会にするために常に工夫をしていきたい。（佐藤公治）

#### 引用・参考文献

- 1) 中村聖子ほか。地域医療連携パスの試み。日赤医学。56(2)。2005。453-8。
- 2) 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン策定委員会。厚生労働省医療技術評価総合研究事業「大腿骨頸部骨折の診療ガイドライン作成」班編。大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン。東京。南江堂。2005。
- 3) 山本博司監修。大腿骨頸部骨折における地域連携パス：八事整形医療連携会の取り組み。東京。医薬情報センター。2006。p49。  
※特にこれはわれわれのガイドラインからのマニュアルでもある。
- 4) 佐藤公治。八事整形医療連携会の取り組み。整形外科看護。12(3)。2007。31-8。
- 5) 阿部俊子。“ヴァリアンス収集方法と分析の基本”。エビデンスに基づくクリティカルパス：これからの医療記録とバリエーション分析。高瀬浩造ほか編。東京。医学書院。2002。1-2。
- 6) 勝尾信一。“バリエーション分析：オールバリエーション方式”。クリティカルパス最近の進歩2004。医療マネジメント学会編。東京。じほう。2004。55-63。
- 7) 佐藤公治ほか。名古屋八事地区の整形外科地域医療連携の試み。日本赤十字リハビリテーション協会誌。20。2006。40-1。