

大腿骨頸部骨折の 医療連携

2023 年度版

福岡市医師会



◆ 目次 ◆

1. 福岡市医師会方式大腿骨頸部骨折
地域連携パスの運用について p2～3
2. 大腿骨頸部骨折の地域連携パスシート一式 p4～8
3. 各種スケール p9～11

1. 福岡市医師会方式大腿骨頸部骨折 地域連携パスの運用について

大腿骨頸部骨折地域連携パスの運用方法

1. 急性期病院でパスの適応であるかどうかを検討し、パスの適応であれば診療計画書を元に患者またはその家族に説明したうえで同意書に署名してもらう。
2. 急性期病院は転院時(※)に診療情報提供書『A表原本』を記入し、医療従事者用パスシート『B表原本(パス左半分を記入)』と『C表原本』とともに回復期病院に送り、紹介元へは『B表コピー(パス左半分を記入)』を送る。
※診療情報提供書『A表原本』は、手術後に回復期病院の転院先が決定次第、転院前に回復期病院へFAX等で情報提供を行っても可。
3. 回復期病院は転院時に『A表コピー』と『B表原本(パス右半分を記入)』『C表原本』を維持期医療機関に送り、『B表コピー(全て記載)』を急性期病院に送る。
4. 維持期医療機関は、回復期病院退院後の翌月までに『C表原本』を記入し、『C表コピー』を急性期病院に送る。(『C表原本』は維持期医療機関で保管)
5. 急性期病院は回復期病院から送られて来る『B表コピー』及び、維持期医療機関から送られて来る『C表コピー』を福岡市医師会宛FAX(092-852-1510)する。
6. 回復期病院にてバリエーション(パス落ち)の際も、『B表コピー』は急性期病院に送る。

☆診療情報提供書及び医療従事者用パスシートの流れは次ページ運用フロー図のとおりです。

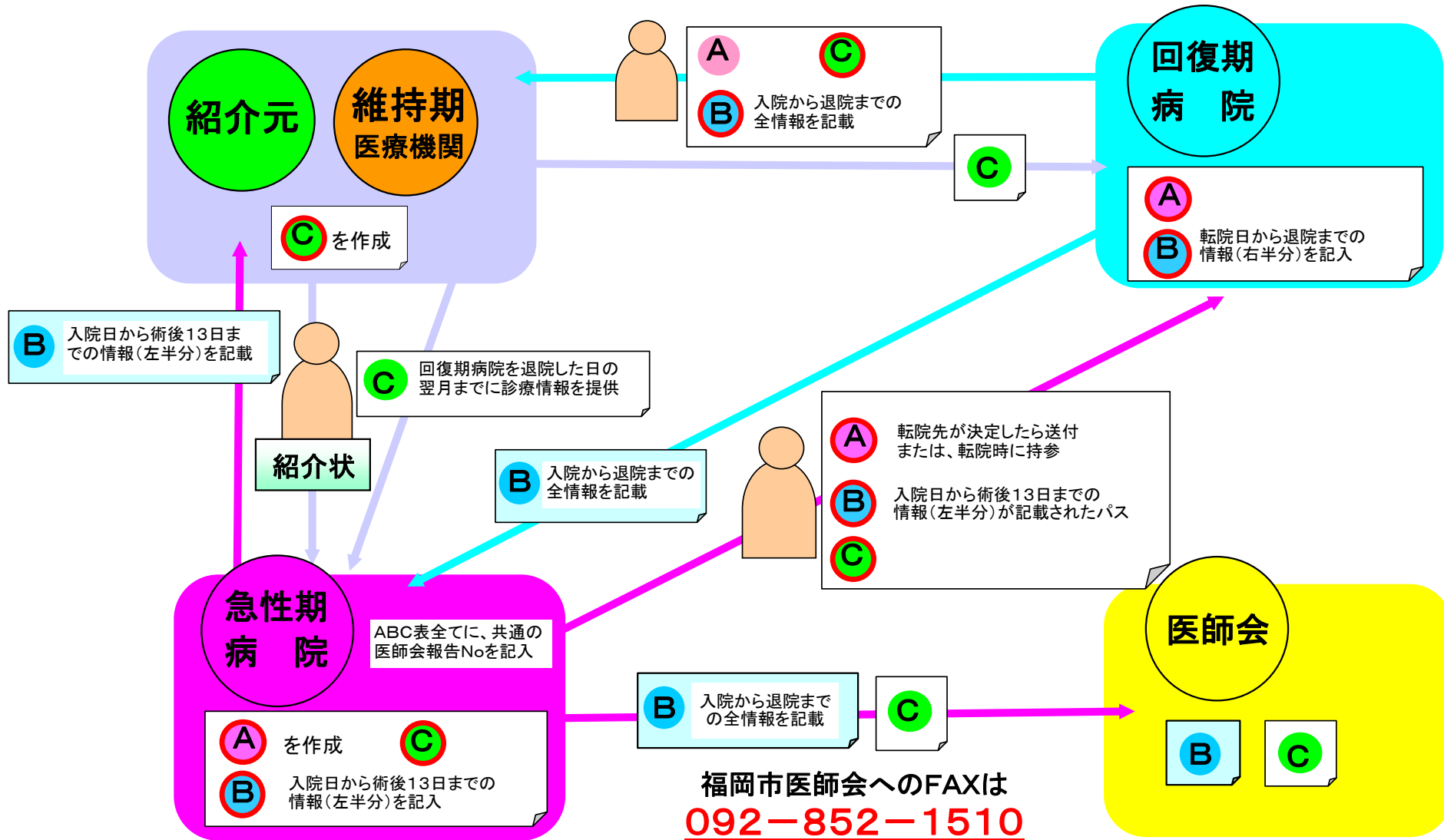
《大腿骨頸部骨折地域連携パスシート一式》

- ・同意書(P4参照)
- ・診療情報提供書 A表(P5参照)
- ・大腿骨頸部骨折地域連携パス『医療従事者用』 B表(P6参照)
- ・大腿骨頸部骨折地域連携パス『医療従事者用』 C表(P7参照)
- ・大腿骨頸部骨折地域連携パス診療計画書『患者さん用』(P8参照)

上記の地域連携パスシート一式は福岡市医師会インターネット会員専用ホームページ(<http://www.city.fukuoka.med.or.jp/members/dai.html>)からダウンロード可能です。

大腿骨頸部骨折地域連携パス(医療従事者用)の運用フロー図

患者の流れ: 紹介元 → 急性期病院 → 回復期病院 → 維持期医療機関



- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| (A) 診療情報提供書(原本) | (B) 医療従事者用パスシート(原本) | (C) 医療従事者用パスシート(原本) |
| (A) 診療情報提供書(コピー) | (B) 医療従事者用パスシート(コピー) | (C) 医療従事者用パスシート(コピー) |

2. 大腿骨頸部骨折の地域連携パス シート一式

同意書

大腿骨頸部骨折で入院された患者の皆様へ

現在、大腿骨頸部骨折により歩行が全くできない状態となっています。骨折前の生活への復帰の為に、手術が必要と考えられます。手術が可能な全身状態であれば急性期病院で手術を行い、その後、回復期病院でリハビリを行い退院を目指します。回復期病院への転院は手術後2週間の予定です。

その為に当院では「大腿骨頸部骨折地域連携パス」を用いています。これは、転院先の病院も含めた治療に関わる全てのスタッフが患者情報や治療方針を共有し、より質の高い医療を提供する為に作られた計画表です。

回復期病院でのリハビリ入院期間は最大3ヵ月と決められていますが、実際の退院時期はリハビリの進行具合を見て主治医が判断します。しかし、患者個々人の年齢や骨折前の歩行能力、体力には差があり、治療計画どおりに進まない場合もあります。また、手術後の合併症等により自宅への退院が困難な場合には、介護保険を利用して施設への入所を検討したり、様々なサービスを受けたりする事もできます。(介護保険の申請が必要となります。)

急性期治療からリハビリ効果等総合的な大腿骨頸部骨折治療の成果を検討し、今後の治療法の改善に役立てることを目的として、共通の診療計画書に基づいた情報管理を福岡市医師会にて行いますが、個人名義は全て匿名化等、万全の対策を講じて個人情報漏洩する事がないように致します。

もしご協力いただけない場合であっても、これからの治療に何ら不利益を生じることにはございません。治療計画や転院等で、ご希望、ご不明な点、その他ご質問等がございましたら、遠慮なく当院スタッフにお尋ねください。

今回の「大腿骨頸部骨折地域連携パス」医療機関は以下の施設です。

	責任者	診療科
病院： _____	(_____)	(_____)
病院： _____	(_____)	(_____)
診療所： _____	(_____)	(_____)

私は上記の内容につき説明を受け納得致しましたので同意致します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印 代諾者氏名(続柄) _____ 印

患者住所 _____ 代諾者住所 _____

説明を行った医師 _____ 病院： _____



大腿骨頸部骨折地域連携パス診療情報提供書 (連絡用)

《紹介先医療機関名》

(病院・医院)

科

先生御机下

《紹介元医療機関名》

病院整形外科

医師名:

地域連携室:

患者氏名 _____	生年月日(大・昭・平 年 月 日 歳)
医師会報告No _____	性別 (男・女)
今回、上記患者さんを紹介させていただきます。	
今 後 の 予 定	貴院にて以後の加療を連携パスにてお願い致します。(入院)
傷 病 名	(右・左)大腿骨頸部/転子部骨折
紹介目的	以下のとおりです。
現 病 歴	手術日: 令和 年 月 日 術 式: 人工骨頭置換術 骨接合術(CHS ・ IMHS ・ γ ネイル ・)
既 往 歴	他疾患の有無 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 (<input type="checkbox"/> 虚血性心臓病 <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 他) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (<input type="checkbox"/> 食事療法のみ <input type="checkbox"/> 降血糖剤 <input type="checkbox"/> インスリン) 食事()kcal <input type="checkbox"/> 腎機能障害 (<input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> ネフローゼ <input type="checkbox"/> 他) * 人工透析 (有・無) * 透析情報別紙参照 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 (<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 他) * 後遺症 (有・無) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 _____ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の加療 (無・有) 治療内容: <input type="checkbox"/> その他詳細をご記入ください

※ご不明な点は、担当医または地域連携室までご連絡ください。



【 大腿骨頸部骨折地域連携パス 】

医療従事者用

令和5年 月改訂

医師会報告No: _____ 年齢: _____ 歳 診断名:(右 / 左)(大腿骨頸部・転子部骨折) 手術名: 人工骨頭置換術・骨接合術 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日施行)

除外基準: 受傷前歩行不能、内科的疾患コントロール不良、多発外傷、高度の認知症、主治医が不相当と判断する症例

移動	車椅子・歩行器・歩行車・伝い歩き・杖・独歩(全介助・一部介助・監視・自立)	生活場所	自宅・施設・病院
受傷前情報	認知面 低下有・低下無・低下疑い()	骨粗鬆症の加療	無・有() 治療内容() 病院, Dr. ()

在院日数: 術後2週 転院基準: 周術期合併症が無い、車椅子座位保持が可能、創部の状態がいい 在院日数: 術後8~10週 退院基準: 日常生活を一本杖で行うことができる (または、受傷前歩行能力の1ランク下の歩行能力獲得)

医療機関名	急性期病院名:								回復期病院名:												
担当者	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 整形外科主治医: _____ 理学療法士: _____ MSW: _____				看護師: _____ 作業療法士: _____				令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 整形外科主治医: _____ 理学療法士: _____ MSW: _____				看護師: _____ 作業療法士: _____								
経過	達成目標: 稼働能力				端坐位				全荷重、車椅子・歩行(平行棒・歩行器・杖)				車椅子・歩行器・歩行車・伝い歩き・杖・独歩								
経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3日	~6日	術後7日	術後13日	転院日	初期(3週~)	中間	最終(8~10週)	退院日	次回通院日	有・無						
経過	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
排泄	尿道カテーテル留置		尿道カテーテル抜去		病棟内トイレ(車椅子・歩行器) 自・監・介				病棟内トイレ 自・監・介				自・監・介								
清潔	清拭・洗髪				創チエック後シャワー可 自・監・介								自・監・介								
活動	ベッド上安静		禁忌肢位: 有・無(股関節過度屈曲・内転・内旋) 他禁忌事項: 有・無()						自・監・介				自・監・介								
薬剤	持参薬確認	術後 日まで抗生剤点滴	鎮痛剤使用: 無・有(坐薬・内服薬) (朝・昼・夕・寝る前・リハ開始前 / 常時・時々)				骨粗鬆症の加療: 無・有 (治療内容:)				鎮痛剤使用: 無・有(坐薬・内服薬) (朝・昼・夕・寝る前・リハ開始前 / 常時・時々)				骨粗鬆症の加療: 無・有 (治療内容:)						
検査	採血・検尿 X-P 心電図	X-P(OP室) 採血	採血 X-P				X-P				X-P										
処置	牽引: 有・無	外転枕使用	ドレーン抜去				創処置~抜糸				創部確認				弾性ストッキング 除去 外転枕除去						
食事	常食	腹鳴後飲水可・朝から全粥以後常食						常食				常食									
教育	入院時オリエンテーション	床上動作の指導		外転枕使用: 有・無				家屋調査説明: 有・無 介護保険説明: 有・無				入院時オリエンテーション				家屋訪問調査 有・無 / 介護保険申請 有・無・申請中 / 試験外泊 有・無 / (_____ 回)					
日常生活機能評価表	合計 _____ 点/19点	床上安静の指示 0 / 1				手を胸元 0 / 1				寝返り 0 / 1 / 2				起き上がり 0 / 1				座位保持 0 / 1 / 2			
日常生活機能評価表	移乗 0 / 1 / 2		移動方法 0 / 1		口腔清潔 0 / 1		食事摂取 0 / 1 / 2		衣服の着脱 0 / 1 / 2		他者へ意思伝達 0 / 1 / 2		診察指示が通じる 0 / 1		危険行動 0 / 1						
HDS-R	合計 _____ 点/30点	減点項目 全項目 / 見当識(年齢/月日/場所) / 即時記憶 / 計算 / 数字逆唱 / 遅延記憶 / 視覚記銘 / 語想起				合計 _____ 点/30点				減点項目 全項目 / 見当識(年齢/月日/場所) / 即時記憶 / 計算 / 数字逆唱 / 遅延記憶 / 視覚記銘 / 語想起											
退院時評価	問題行動: 有・無				可動域: 筋力:				問題行動: 有・無				可動域: 筋力:								
退院時評価	認知症: 有・無・疑い				10m歩行 _____ 秒/10m (リハ室・病棟内)連続歩行 _____ m				認知症: 有・無・疑い				10m歩行 _____ 秒/10m (屋内・屋外)連続歩行 _____ m								
退院時評価	痛み: 有・無(部位:)				リハ室内歩行(平行棒・歩行器・杖) 自・監・介				痛み: 有・無(部位:)				屋内歩行: 車椅子・歩行器・歩行車・伝い歩き・杖・独歩(自・監・介)								
退院時評価	意欲: 有・無・どちらとも言えない				病棟内歩行(車椅子・歩行器・杖) 自・監・介				意欲: 有・無・どちらとも言えない				屋外歩行(不可/可): 車椅子・歩行車・伝い歩き・杖・独歩(自・監・介)								
二次骨折リスク評価	イ 二次性骨折予防継続管理料1(1,000点) 算定: 有・無 ※入院中1回・手術治療を担う病院 ・画像診断: 胸腰椎単純X線・DXA・その他() ・続発性骨粗鬆症:(鑑別診断方法:) ・転倒リスク評価: 合計 _____ 点/21点								ロ 二次性骨折予防継続管理料2(750点) 算定: 有・無 ※入院中1回・リハビリテーション等を担う病院 ・画像診断: 胸腰椎単純X線・DXA・その他() ・続発性骨粗鬆症:(鑑別診断方法:) ・転倒リスク評価: 合計 _____ 点/21点												
【コメント】									【コメント】												



大腿骨頸部骨折地域連携パス（医療従事者用パスシート） □連携パス同意書の取得済み

医師会報告No _____ 生年月日(大・昭・平 年 月 日 歳) 男・女

傷病名 (右・左) 大腿骨頸部/転子部骨折

急性期入院日: 年 月 日 / 急性期転院日: 年 月 日 / 回復期退院日: 年 月 日

※ADL評価	日常生活機能評価(必須)	長谷川式痴呆(認知症)スケール(HDS-R)	転倒リスク評価(二次性骨折予防継続管理料算定時)
		点	点

回復期病院退院後の生活

維持期病院・地域診療医院: 初診日もしくは外来受診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

自宅環境

家族背景: 独居 _____ 夫婦 _____ 二世帯 _____ (_____)
 日中独居: 無 _____ 有 _____
 介護者: 無 _____ 有 _____ (_____)
 キーパーソン: ① _____ (連絡先: _____)
 ② _____ (連絡先: _____)
 ケアマネージャー: _____ (連絡先: _____)
 介護申請: 無 (自立・未申請)・有 (要介護1・2・3・4・5 要支援1・2)
 社会資源: 訪問介護 _____ 訪問看護 _____ 訪問リハ _____
 通所看護 _____ 通所リハ _____ その他 (_____)
 住宅改修: 無 _____ 有 _____ (手すり・段差解消・その他 _____)
 装具: 無 _____ 有 _____ (_____)

患者情報

手術日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 術式: 人工骨頭置換術
 骨接合術 (CHS _____ IMHS _____ γネイル _____)
 既往歴: 高血圧・心疾患・糖尿病・腎機能障害・脳血管障害・呼吸器疾患・認知症・その他
 術後能力(移動): 車椅子・歩行器・伝い歩き・杖・独歩 (全介助・一部介助・監視・自立)
 鎮痛剤使用: 無 _____ 有 _____
 禁忌肢位: 無 _____ 有 _____
 他禁忌事項: 無 _____ 有 _____
 骨粗鬆症の加療: 無 _____ 有 _____ (治療内容: _____)
 リハビリ予定: _____
 その他: _____

治療内容・服薬管理

詳細をご記入ください

急性期および回復期への情報

急性期病院: (_____)

回復期病院: (_____)

二次骨折リスク評価

ハ 二次性骨折予防継続管理料3 (500点) 算定: 有 _____ 無 _____ ※1年を限度に、月1回算定
 ・画像診断: 胸腰椎単純X線・DXA・その他 (_____)
 ・続発性骨粗鬆症: (鑑別診断方法: _____)

担当スタッフ名



















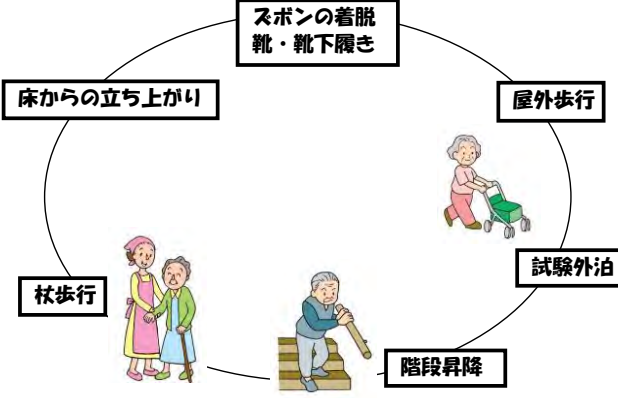

維持期病院もしくは地域診療医院: (_____)
 主治医: (_____) 看護師: (_____) ケアマネージャー: (_____)

※本情報交換用紙(コピー)を紹介元医療機関(急性期・回復期)にお渡しください。原本は自院にて保管してください。
 ※ADL評価(各種スケール)は冊子「大腿骨頸部骨折の医療連携」、または福岡市医師会会員専用ホームページ内「大腿骨頸部骨折地域連携パス」をご参照ください。詳細な資料がご入用の医療機関は福岡市医師会地域医療課宛電話(852-1501)にてお申込みください。

【 大腿骨頸部骨折地域連携パス 診療計画書 】

患者氏名

患者さん用

担当医師名 		看護師名 		理学療法士名 				担当医師名 	看護師名 	理学療法士名 	維持期医療機関			
経過	入院～手術前日	手術当日	1日目	2日目	3日～6日目	7日目	13日目	転院	3週～8週		退院後			
薬	抗生剤点滴  骨粗鬆症治療薬				骨粗鬆症治療薬 				骨粗鬆症治療薬 					
処置	痛みに応じて足を引っ張ります 牽引				必要に応じて鎮痛剤(注射・坐薬・飲み薬)使用 必要に応じてガーゼの交換				ガーゼ交換～抜糸 継続リハビリのため ()病院へ転院 					
検査	血液・尿検査 レントゲン/心電図		必要に応じて血液検査				血液検査 レントゲン		血液検査 レントゲン					
排泄	ベッド上排泄 排便の確認/尿の管を入れます		病棟のトイレ 状況に応じて尿の管を抜きます				転院先の病院では、受傷前の移動能力を目標に リハビリを行っていきます。また、自宅へ帰る準備 も進めていきます。 							
食事	制限ありません	0時～絶飲食	朝～食事開始 											
清潔	身体拭き・洗髪 				創の状況でシャワーからお風呂へ									
活動・リハビリ	ベッドの上での生活ですが医師・ 看護師の介助により横向きにな れます。 また、食事の時は上体を起こし て座る事ができます。		ベッド90° 	車椅子 	歩行(歩行器)  リハビリ室で訓練開始 				日常生活上の具体的なリハビリを取り入れていきます 					無理にならないくらい歩行や 運動をしましょう 転ばないように気をつけま しょう 必要に応じてケアマネー ジャーにご相談に応じます
教育			ベッド上動作・車椅子移動について											
説明	治療・看護 計画説明 手術の説明 				術後説明 リハビリ計画の説明 必要時介護保険説明 必要時家屋調査説明									

3. 各種スケール

◎日常生活機能評価

地域連携パスによるリハビリテーションの効果を測る際に必須とされる患者の機能評価で13項目19点からなる。点数が高いほど介助、看護が必要である。

	患者の状況等	点数		
		0点	1点	2点
1	床上安静の指示	なし	あり	
2	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	
3	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
4	起き上がり	できる	できない	
5	座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6	移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
7	移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動	
8	口腔清潔	できる	できない	
9	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11	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
12	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13	危険行動への対応	ない	ある	

※ 得点:0~19点

※ 得点が低いほど、生活自立度が高い

記入について

◎日常生活機能評価表の記入は、院内研修を受けた者が行うこと。

◎院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了した者(修了証が交付されている者)もしくは評価に習熟したものが行う研修であること。

* 国及び医療関係団体等が主催する研修(1日程度)であること。

* 講義及び演習により次の項目を行う研修であること。

- ・日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価表の構成と評価方法
- ・日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法

◎長谷川式痴呆(認知症)スケール(HDS-R)

我が国で作られた高次脳機能の簡易評価法で 20 点以下をカットオフとすると認知症の診断に高い感度・特異度を示すが、この点数のみで認知症を診断することはできない。

質問項目	小項目	点数
1 お歳はいくつですか？ ¹⁾		0 1
2 今日は何月何日ですか？何曜日ですか？	年	0 1
	月	0 1
	日	0 1
	曜日	0 1
3 私たちが今いるところはどこですか？ ²⁾		0 1 2
4 これから言う3つの言葉を言ってみてください。後でまた聞くので良く覚えておいて下さい。 ³⁾ 1:a)桜、b)猫、c)電車 2:a)梅、b)犬、c)自動車		0 1
		0 1
5 100から7を順番に引いてください ⁴⁾	(93)	0 1
	(86)	0 1
6 私がこれから言う数字を逆から言ってください。 ⁵⁾	286	0 1
	9253	0 1
7 先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってください。 自発的に回答があれば各2点 回答がなく、ヒントを与えて正解であれば1点 ⁶⁾	a)	0 1 2
	b)	0 1 2
	c)	0 1 2
8 これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください。 5つの物品:時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの		0 1 2
		3 4 5
9 知っている野菜の名前を出来るだけ多く言ってください。 答えた野菜の名前を記入する。途中でつまり、約 10 秒間待っても答えが出ない場合にはそこで打ち切る 0~5個:0点、6個:1点、 7個:2点、8個:3点、9個:4点、10個:5点		0 1 2
		3 4 5

1)2年までの誤差は正解

2)自発的に出れば2点、5秒おいて家、病院、施設の選択肢のなかから正しい選択をすれば1点

3)以下の二系列の言葉を尋ねる。採用した系列には○印をつけておく

4)100-7は？それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正解の場合打ち切る。

5)3桁逆唱に失敗したら打ち切る。

6)ヒント:a)植物、b)動物、c)乗り物

◎転倒リスク評価表

転倒による二次骨折を予防するために必要な評価で、合計点が **10 点以上**であれば、転倒・骨折対策プログラムを検討する。

転倒スコア		はい	いいえ
1	つまずくことがありますか	1	0
2	手すりにつかまらず、階段の昇り降りができますか	0	1
3	歩く速度が遅くなってきましたか	1	0
4	横断歩道を青のうちにわたりきれますか	0	1
5	1 キロメートルくらい続けて歩けますか	0	1
6	片足で 5 秒くらい立つことができますか	0	1
7	杖をつかっていますか	1	0
8	タオルは固く絞れますか	0	1
9	めまい、ふらつきがありますか	1	0
10	背中が丸くなってきましたか	1	0
11	膝が痛みますか	1	0
12	目が見えにくいですか	1	0
13	耳が聞こえにくいですか	1	0
14	もの忘れが気になりますか	1	0
15	転ばないかと不安になりますか	1	0
16	毎日、お薬を 5 種類以上飲んでいませんか	1	0
17	家の中で歩くとき暗く感じますか	1	0
18	廊下、居間、玄関によけて通るものがおいてありますか	1	0
19	家の中に段差がありますか	1	0
20	階段を使わなくてはなりませんか	1	0
21	生活上、家の近くの急な坂道を歩きますか	1	0

※転倒・骨折対策プログラム

厚生労働省 介護予防マニュアル改訂版（平成 24 年 3 月 介護予防マニュアル改訂委員会）
第3章運動器の機能向上マニュアル(P63 参照)

URL: https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1_04.pdf

