「大腿骨近位部骨折地域連携パス北九州標準モデル」 取り扱い要領

□ 個人情報の保護について

- 「連携パス」は患者の個人情報であるため、各医療機関で責任を持って管理し、個人情報が流出することないよう十分留意してください。
- 「連携パス」の使用及び連携する医療機関等への提供に際しては、患者家族の同意を得て行ってください。
- 「連携パス」の受け渡しは、原則として紙ベースで行ってください。
（ただし、同一法人等で情報通信機器が整備されている場合はその使用を妨げない。）
- 「連携パス」で得られた患者情報は、連携の目的以外に使用しないでください。

□ 「医療機関用パス」記入上の注意事項

- FIMは任意事項ですが、わかる範囲で記入にご協力ください。
- 記入欄が小さくなっていますので、簡潔に記載し必要な情報は添付資料で提供してください。
- チェックボックスへのチェックは、他の項目に重ならないよう、レチェックしてください。

2011年9月作成
（2016年4月　一部改正）
（2016年12月　一部改正）
（2019年4月　一部改正）
（2024年9月　一部改正）

急性期医療機関

項目		記入者	内容説明	
基本情報	氏名・性別・年齢・病院名 (イニシャル)・(生年月) 身長・体重 担当医・看護師・MSW・PT・OT・ST 入院日 キーパーソン	MSW	入院時	□患者に関する基本的な情報を記入する。 □名前の記入を希望されない場合は、イニシャルおよび生年月を記入する。 □身長と体重を記入する。 □急性期医療機関における担当者情報を記入する。 □入院日を記入する(誤認防止のため年号は西暦に統一)。 □キーパーソンを記入する。
	退院日・在院期間 転院先・病院名 介護保険		退院(転院)時	□退院(転院)日及び在院期間を記入し転帰先の該当事項をチェックする。該当施設がなければその他に具体的に記入す □転院先病院名を記載する。 □介護保険の認定状況を記入する。 (有の場合)要介護度を記入する。 (無の場合)無にチェックする。 (申請中の場合)申請月日を記入する。
受傷場所 受傷原因 受傷日 大腿骨近位部骨折の既往 診断名		医師	入院時	□受傷場所:自宅・自宅以外にチェックを入れ、更に屋内・屋外にチェックを入れる。 □受傷原因:該当する項目にチェックする。 □受傷日:受傷した日を記入する。 □大腿骨近位部骨折の既往の有無をチェックする。 □診断名:右・左をチェックし、骨折部位もチェックする。
手術日・手術名 併存症等 骨密度 検査 処方 荷重など注意点			退院(転院)時	□手術名:選択肢から選び、骨接合術ではさらに「ピンニング、CHSタイプ、Gammaタイプ」から選択する。 □併存症など:大腿骨近位部骨折治療で管理等が必要な疾病等についてチェックする。 検査データ等について、必要に応じて資料として添付する。 □測定日の記入と測定した各検査値を記入する。大腿骨、橈骨は右・左をチェックする。 □検査:測定日の記入と測定した各検査値を記入する。 □骨密度・検査:任意項目。測定・検査している項目を記入する。 □骨粗鬆症薬:該当する項目にチェックする。ありの場合は、薬剤名を記入する。また、投与方法と投与間隔の該当する項目にチェックする。 □疼痛対策:疼痛時の頓服や処方内容を記入する。 □その他:抗凝固薬は内服していれば薬剤名を記入する。その他、重要な薬剤があれば別添する。 □「全荷重」「部分荷重」「免荷」から選択し、注意点を記入する。「部分荷重」については、下位項目も記入する。
説明者・説明日			□説明者・説明日を記入する。	
受傷前	所在 Barthel index 移動	看護師 リハ	入院時	□受傷前の所在をチェックする。 □受傷前のBarthel indexは聞き取りで記入する。 □移動:受傷前移動方法、介助量、屋外歩行の不可を聞き取り記入する。
入院時	長谷川式簡易知能スケール			□入院時の長谷川式簡易知能スケールを記入する。受傷前の認知機能を反映するために可及的早期に実施する。
退院(転院)時の	Barthel index FIM 長谷川式簡易知能スケール 日常生活機能評価			□急性期医療機関からの退院(転院)にあたって、継続的に必要な医療の該当項目をチェックする。 【必須項目】日常生活機能評価は診療報酬上の必須項目である。Barthel indexは各項目の該当事項をチェックし、点数を記入する。退院時のTUGを測定し秒数を記入する。 【任意項目】FIM・長谷川式簡易知能スケールは任意で記入する。

看護・生活機能評価	改訂版5TTS		退院（転院）時	＊その他必要な医療やこれまでの経過など、必要と思われる情報については、添付資料等で補足する。 ＊Barthel indexは単純明快でその内容を理解すれば誰でも正確かつ迅速に評価でき、最も多く用いられているといわれてい ＊任意事項については、わかる範囲で記入する。 ＊退院時の長谷川式簡易知能スケールは入院時と変化がなければ記入不要とする。問題あれば再評価し記入する。 ＊改訂版5TTSの方法は別紙資料を確認の上実施する。
看護上の問題	処置 服薬管理 口腔清潔 問題行動 その他	看護師		□処置：該当する項目にチェックする。 □服薬管理・口腔清潔；各項目の該当事項をチェックする。 □問題行動及びその他事項については、具体的な状況がわかるように簡潔に記入する。 ＊問題行動が「あり」の場合、幻覚・幻聴、興奮、不穏、妄想、暴力、介護への抵抗、昼夜逆転、不眠、徘徊、危険行為、不潔行為　などの記入及び対処方法など。 ＊その他：患者の病識の有無、障害受容など。
リハ	PT OT ST	リハ		□退院（転院）時の訓練の実施状況について、該当の項目の欄に、その内容を記入する。総単位数を在院日数で割った値を平均単位数として記入する。

＊　すべての記入が終わったら、1部コピーをする。原本は記入医療機関で保存し、コピーは連携先（転院先病院等）に渡す。

また、事務局（産業医科大学リハビリテーション医学講座）へ郵送あるいはFAXでお送り下さい。

返送先）〒807-8555　北九州市八幡西区医生ヶ丘1番1号
産業医科大学リハビリテーション医学講座内　北九州大腿骨近位部骨折地域連携パス事務局　宛
FAX番号）　093-691-3529

＊　添付資料となるものがあれば、併せて転院先病院等に渡す。

回復期等連携医療機関

項目		記入者	内容説明	
基本情報	氏名・性別・年齢・病院名 イニシャル・生年月 身長・体重 急性期医療機関名 担当医・看護師・MSW・PT・OT・ST 入院日	MSW	入院日	□患者に関する基本的な情報を記入する。 □名前の記入を希望されない場合は、イニシャル および生年月を記入する。 □身長と体重を記入する。 □急性期医療機関の施設名を記入する。 □回復期等連携医療機関における各担当者情報を記入する。 □入院日を記入をする（誤認防止のため年号は西暦に統一）。
	退院日・在院期間 転院先・病院名 介護保険 キーパーソン		退院（転院）時	□退院（転院）日及び在院期間を記入し転帰先の該当事項をチェックする。該当施設がなければその他に具体的に記入する。 □転院先病院名を記載する。 □介護保険の認定状況を記入する。 （有の場合）要介護度を記入する。 （無の場合）無にチェックする。 （申請中の場合）申請月日を記入する。 □キーパーソンを記入する。 ・急性期医療機関からの内容に変更がないか確認する。 ・追加でほしい情報や確認事項等は、電話などで問い合わせる。
受傷日 大腿骨近位部骨折の既往 診断名		医師	入院時	□受傷日：受傷した日を記入する。 □大腿骨近位部骨折の既往の有無をチェックする。 □診断名：右・左をチェックし、骨折部位もチェックする。
併存症等 骨密度 検査 処方 荷重など注意点			退院（転院）時	□併存症など：大腿骨近位部骨折治療で管理等が必要な疾病等についてチェックする。検査データ等について、必要に応じて資料として添付する。 □測定日の記入と測定した各検査値を記入する。大腿骨、橈骨は右・左チェックする。 □検査：測定日の記入と測定した各検査値を記入する。 □骨密度・検査：任意項目。測定・検査している項目を記入する。 □骨粗鬆症薬：該当する項目にチェックする。ありの場合は、薬剤名を記入する。また、投与方法と投与間隔の該当する項目にチェックする。 □疼痛対策：疼痛時の頓服や処方内容を記入する。 □その他：抗凝固薬は内服していれば薬剤名を記入する。その他、重要な薬剤があれば別添する。 □「全荷重」「部分荷重」「免荷」から選択し、注意点を記入する。「部分荷重」については、下位項目も記入する。
説明者・説明日			□説明者・説明日を記入する。	
看護・生活機能評価	Barthel index FIM 長谷川式簡易知能スケール 日常生活機能評価 改訂版5TTS、TUG	看護師 リハ	退院（転院	□回復期等連携医療機関からの退院（転院）にあたって、継続的に必要な医療の該当項目をチェックする。 【必須項目】日常生活機能評価は診療報酬上の必須項目である。Barthel indexは各項目の該当事項をチェックし、点数を記入する。退院時のTUGを測定し秒数を記入する。 【任意項目】FIM・長谷川式簡易知能スケールは任意で記入する。 ＊その他必要な医療やこれまでの経過など、必要と思われる情報については、添付資料等で補足する。 ＊Barthel indexは単純明快でその内容を理解すれば誰でも正確かつ迅速に評価でき、最も多く用いられているといわれている。 ＊任意事項については、わかる範囲で記入する。 ＊改訂版5TTS、TUGの方法は別紙資料を確認の上実施する。

看護上の問題	処置 服薬管理 口腔清潔 問題行動 その他	看護師	）時	□処置：該当項目にチェックする。 □服薬管理・口腔清潔；各項目の該当事項をチェックする。 □問題行動及びその他事項については、具体的な状況がわかるように簡潔に記入する。 ＊問題行動が「あり」の場合、幻覚・幻聴、興奮、不穏、妄想、暴力、介護への抵抗、昼夜逆転、不眠、徘徊、危険行為、不潔行為などの記入及び対処方法など。 ＊その他：患者の病識の有無、障害受容など。
リハ	PT OT ST	リハ		□退院（転院）時の訓練の実施状況について、該当の項目の欄に、その内容を記入する。総単位数を在院日数で割った値を平均単位数として記入する。

＊ すべての記入が終わったら、コピーを2部とる。

原本は手元に保管し、1部は急性期医療機関へフィードバックする。もう一部は外来連携医療機関等に渡す。

また、事務局（産業医科大学リハビリテーション医学講座）へ郵送あるいはFAXでお送り下さい。

返送先）〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1番1号
産業医科大学リハビリテーション医学講座内 北九州大腿骨近位部骨折地域連携パス事務局 宛
FAX番号） 093-691-3529

＊ 添付資料となるものがあれば、併せて急性期医療機関・外来連携医療機関等に渡す。

外来連携医療機関等

項目		記入者	内容説明	
基本情報	氏名・性別・年齢 イニシャル・生年月 担当医 医療機関・施設名 （自宅）退院日 急性期医療機関名 回復期等連携医療機関	医師 看護師	初診時	□患者に関する基本的な情報を記入する。 □名前の記入を希望されない場合は、イニシャル及び生年月を記入する。 □担当医・かかりつけ医の氏名、医療機関・施設名を記入する。 □回復期等連携医療機関からの退院日を記入するとともに、かかりつけ医の氏名、施設名を記入する。 □急性期医療機関・回復期等連携医療機関の施設名を記入する
疾病障害	併存症等	医師		□管理等が必要な疾病等についてチェックする。 □介護老人保健施設入所者は担当医が記入する。
骨密度 検査		医師 看護師	※	□測定日の記入と測定した各検査値を記入する。大腿骨、橈骨は右・左チェックする。 □検査：測定日の記入と測定した各検査値を記入する。 □骨密度・検査：任意項目。測定・検査している項目を記入する。 ※1年後までに検査していれば、記入してください
処方 目標			退院の月・翌月	□骨粗鬆症薬：該当する項目にチェックする。ありの場合は、薬剤名を記入する。 □疼痛対策：疼痛時の頓服や処方内容を記入する。 □その他：抗凝固薬は内服していれば薬剤名を記入する。その他、重要な薬剤があれば別添する。 □必要に応じてその他に記入する。
リハビリ		看護師 リハ		□該当する項目にチェックする。
Barthel index FIM 日常生活機能評価 TUG				□回復期等連携医療機関からの退院（転院）にあたって、継続的に必要な医療の該当項目をチェックする。 【必須項目】日常生活機能評価は診療報酬上の必須項目である。Barthel indexは各項目の該当事項をチェックし、点数を記入する。TUGを測定し秒数を記入する。 【任意項目】FIMを記入する。 ＊その他必要な医療やこれまでの経過など、必要と思われる情報については、添付資料等で補足する。 ＊Barthel indexは単純明快でその内容を理解すれば誰でも正確かつ迅速に評価でき、最も多く用いられているといわれてい ＊任意事項については、わかる範囲で記入する。 ＊TUGの方法は別紙資料を確認の上実施する。
移動(屋内・屋外) Barthel index FIM 日常生活機能評価 TUG			半年後	□半年後、通院・入院もしくは入所されている場合に記入する。 □移動：移動方法、介助量、屋外歩行の不可を記入する。 ＊BI、FIM、日常生活機能評価、TUGは可能であれば記入する。
移動(屋内・屋外) Barthel index FIM 日常生活機能評価 TUG			1年後	□1年後、通院・入院もしくは入所されている場合に記入する。 □移動：移動方法、介助量、屋外歩行の不可を記入する。 ＊BI、FIM、日常生活機能評価、TUGは可能であれば記入する。

リハ	PT OT ST	リハ専門職	★	□退院翌月の訓練の実施状況について、該当の項目の欄に、その内容を記入する。総単位数を在院日数で割った値を平均単位数として記入する。 □自宅で生活し、外来・通所等でリハビリテーションを利用している場合は担当のリハ専門職が記入する。 ★＝退院の月・翌月

＊ 「初診時」「退院の月・翌月」すべての記入が終わったら、コピーを2部とる。

原本は手元に保管し、1部は急性期医療機関へフィードバックする。もう一部は回復期等連携医療機関に渡す。

添付資料となるものがあれば、併せて急性期医療機関・回復期等連携医療機関に渡す。

また、事務局（産業医科大学リハビリテーション医学講座）へ郵送あるいはFAXでお送り下さい。

＊ 通院・入所などが半年～1年未満の方は「半年後」まで、1年以上の方は「1年後」までの情報を記入し事務局へ郵送あるいはFAXでお送り下さい。

返送先）〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1番1号
産業医科大学リハビリテーション医学講座内 北九州大腿骨近位部骨折地域連携パス事務局 宛
FAX番号） 093-691-3529

地域連携診療計画書【急性期医療機関】

項目		記入者	内容説明
氏名 性別 年齢 診断名 入院時の症状		説明者	□患者の状況に関する基本的な情報を記入する。 □医療連携シート等で確認する。 □診断名：右・左をチェックし、骨折部位もチェックする。 □入院時の症状：該当する項目にチェックする。
目標		医師	□手術日を記入する。 □術式をチェックする。 □選択式の目標：患者の状態に応じて獲得が想定される項目をチェックする。 □退院日の目安を術後週数で記入する。
サイン	連携医療機関記載欄	説明者	□説明したことの証明として日付・氏名を記入する。
	地域医療連携同意欄	患者(ご家族)様	□説明を受けたことの証明として日付・氏名を記入していただく。

入院7日目までに以下の計画書の内容を説明し同意を取得する。

・北九州全域で共通した連携パスを使用する目的

・急性期医療機関での治療・リハビリの流れ、目標

・状態に応じた退院先の選定、退院の基準等

すべての記入、説明・同意が終わったら、コピー1部をとる。

コピーの1部を医療用パスに添付し、原本は患者に渡す。

地域連携診療計画書【回復期等連携医療機関】

項目		記入者	内容説明
氏名 性別 年齢 診断名 入院時の症状		説明者	□患者の状況に関する基本的な情報を記入する。 □医療連携シート等で確認する。 □診断名：右・左をチェックし、骨折部位もチェックする。 □入院時の症状：該当する項目にチェックする。
目標		医師	□選択式の目標：入院時の患者の状態に応じて、獲得が想定される項目をチェックする。 □退院日の目安を術後月数で記入する。
サイン	連携医療機関記載欄	説明者	□説明したことの証明として日付・氏名を記入する。
	地域医療連携同意欄	患者(ご家族)様	□説明を受けたことの証明として日付・氏名を記入していただく。

入院7日目までに以下の計画書の内容を説明し同意を取得する。

・回復期等連携医療機関での治療・リハビリの流れ、目標

・状態に応じた退院先の選定、退院の基準等

・退院後の生活、ロコモティブシンドロームに関して

すべての記入、説明・同意が終わったら、コピー1部をとる。

コピーの1部を医療用パスに添付し、原本は患者に渡す。