

調査票	HFADL-HB (術後半年後記入・患者背景調査票) 1P		
記入者役職	看護師・医師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード	東京 - 帝京 -	記入日	年 月 日

患者背景調査票 (術後半年後)

記入者: 看護師・医師・PT/OT・調査員・( )

1. 要介護認定

- 無
- 有 ⇒  要介護度の変更なし  
変更がある場合:  
 要支援  要介護度 1  要介護度 2  要介護度 3  要介護度 4  要介護度 5

2. 介護保険サービス利用状況

- 受けていず
- ヘルパー  デイサービス(通所介護)  デイケア(通所リハ)  訪問介護  訪問看護  その他( )

3. 身体障害者手帳:

- 無
- 有 ⇒  等級・障害名の変更なし  
変更がある場合 等級 :  1 級  2 級  3 級  4 級  5 級  6 級  
障害名:  肢体不自由  視覚  聴覚  心臓  腎臓  その他( )

4. すまいの変化

- 無
- 有:  一戸建て  
 アパート・マンション(居住階: 階、エレベーター(  有  無 ) )  
 病院:  一般  亜急性期  回復期リハ  療養型  特殊疾患 I  特殊疾患 II  
(病院名: )  
 施設:  介護療養型  介護老人保健施設(老健)  痴呆対応型グループホーム  
 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) (施設名: )  
 その他( )  
※病院・施設の種類が不明な場合には、病院名・施設名を正確に記入してください。

5. 家族・同居者の変化:  無

- 有:  子供と同居  配偶者の死亡  その他( )

6. 仕事の変化

- 無
- 有:  していない  
 趣味・手伝い程度の労働をしている(具体的に: )  
 収入を得るために仕事をしている(具体的に: )  
 専業主婦(主夫)として家事をしている

7. 主婦(主夫)としての役割:  なし  家庭での主たる主婦(主夫)  主たる主婦(主夫)は別にいる

- 家事援助を受けている

8. 趣味: 骨折前との変化:  無  有(具体的に: )

9. 社会活動への参画: 骨折前との変化:  無  有(具体的に: )

調査票	HFADL-YB (術後一年後記入・患者背景調査票) 1P		
記入者役職	看護師・医師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード	東京 - 帝京 -	記入日	年 月 日

患者背景調査票 (術後一年後)

記入者: 看護師・医師・PT/OT・調査員・( )

1. 要介護認定

- 無  
 有 ⇒  要介護度の変更なし  
 変更がある場合:  
 要支援  要介護度 1  要介護度 2  要介護度 3  要介護度 4  要介護度 5

2. 介護保険サービス利用状況

- 受けていず  
 ヘルパー  デイサービス(通所介護)  デイケア(通所リハ)  訪問介護  訪問看護  その他( )

3. 身体障害者手帳:

- 無  
 有 ⇒  等級・障害名の変更なし  
 変更がある場合 等級 :  1 級  2 級  3 級  4 級  5 級  6 級  
 障害名:  肢体不自由  視覚  聴覚  心臓  腎臓  その他( )

4. すまいの変化

- 無  
 有:  一戸建て  
 アパート・マンション(居住階: \_\_\_階、エレベーター(  有  無 )  
 病院:  一般  亜急性期  回復期リハ  療養型  特殊疾患 I  特殊疾患 II  
 (病院名: \_\_\_\_\_)  
 施設:  介護療養型  介護老人保健施設(老健)  痴呆対応型グループホーム  
 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) (施設名: \_\_\_\_\_)  
 その他( \_\_\_\_\_ )  
 ※病院・施設の種類の不明な場合には、病院名・施設名を正確に記入してください。

5. 家族・同居者の変化:  無

- 有:  子供と同居  配偶者の死亡  その他( \_\_\_\_\_ )

6. 仕事の変化

- 無  
 有:  していない  
 趣味・手伝い程度の労働をしている(具体的に: \_\_\_\_\_)  
 収入を得るために仕事をしている(具体的に: \_\_\_\_\_)  
 専業主婦(主夫)として家事をしている

7. 主婦(主夫)としての役割:  なし  家庭での主たる主婦(主夫)  主たる主婦(主夫)は別にいる

- 家事援助を受けている

8. 趣味: 骨折前との変化:  無  有(具体的に: \_\_\_\_\_)

9. 社会活動への参画: 骨折前との変化:  無  有(具体的に: \_\_\_\_\_)

調査票	HFADL-AA (入院時記入・ADL 評価調査票) 1P		
記入者役職	看護師・医師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード	東京 - 帝京 -	記入日	年 月 日

ADL 評価調査票 [手術施行医療機関] (骨折前の状況)

記入者: 看護師・医師・PT/OT・調査員・( )

自立度 ADL 等	受傷直前生活での実行状況 (やればできるのではなく、日ごろの生活で行っている状態)										コメント
	禁 止	行 わ ず	行っている					杖・車いす、等			
自 立			見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	無	有	種類		
日常の主たる屋外移動									<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )		※口頭指導 直接身体に手を触れての「介助」は行っていないが、「口頭」で具体的に ADL のやりかたを指導している場合。 主なものを 1 つだけ選択してください。
屋外歩行自立の人のみ記入	/	/	/	/	/	/			<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー		続けて歩行できる距離は？ <input type="checkbox"/> 100m 未満 <input type="checkbox"/> 100m~300m <input type="checkbox"/> 300m~1km <input type="checkbox"/> 1km 以上 走れますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
階段昇降									<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 四つ這い		
トイレなどへの屋内移動									<input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 四つ這い <input type="checkbox"/> その他( )		主なものを 1 つだけ選択してください。
排尿(昼)	/	/							<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )		
排尿(夜)	/	/							<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )		
食事	/	/							<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他( )		
整容(歯磨き・洗面)									<input type="checkbox"/> 洗面台立位 <input type="checkbox"/> 洗面台座位 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他( )		
更衣(着衣)	/	/							<input type="checkbox"/> 立位で実施 <input type="checkbox"/> 座位で実施		
靴の脱着											
入浴									<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭のみ <input type="checkbox"/> その他( )		
家事(調理、他、家事全般)											「自立」の場合、訪問看護での家事援助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

<受傷前の状況>  
 外出頻度: ほぼ毎日 週 4 回以上 週 2~3 回 週 1 回、月 1~3 回 ほとんどなし  
 外出目的: ほとんどなし 通院・通所 買い物 散歩、その他( )  
 使用寝具: ベッド 布団 その他( )

調査票	HFADL-DA (退院時記入・ADL 評価調査票) 2P		
記入者役職	看護師・医師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード	東京 - 帝京 -	記入日	年 月 日

ADL 評価調査票 [手術施行医療機関] (退院時)

記入者: 看護師・医師・PT/OT・調査員・( )

自立度 ADL 等	退院直前(病棟生活での実行状況)										コメント	
	禁 止	行 わ ず	行っている				杖・車いす、等					
			自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	無	有	種類		
日常の主たる屋外移動											<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )	※口頭指導 直接身体に手を触れての「介助」は行っていないが、「口頭」で具体的に ADL のやりかたを指導している場合。 主なものを 1 つだけ選択してください。
屋外歩行自立の人のみ記入	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー	続けて歩行できる距離は？ <input type="checkbox"/> 100m 未満 <input type="checkbox"/> 100m~300m <input type="checkbox"/> 300m~1km <input type="checkbox"/> 1km 以上 走れますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
階段昇降											<input type="checkbox"/> 手すり	
トイレなどへの屋内移動											<input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )	主なものを 1 つだけ選択してください。
排尿(昼)	/	/									<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	
排尿(夜)	/	/									<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	
食事	/	/									<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他( )	
整容(歯磨き・洗面)											<input type="checkbox"/> 洗面台立位 <input type="checkbox"/> 洗面台座位 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他( )	
更衣(着衣)	/	/									<input type="checkbox"/> 立位で実施 <input type="checkbox"/> 座位で実施	
靴の脱着												
入浴											<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭のみ <input type="checkbox"/> その他( )	

術後の日付	<p>介助でのベッド上座位開始 <input type="checkbox"/>開始日: ___月___日 <input type="checkbox"/>未実施</p> <p>端座位開始 <input type="checkbox"/>開始日: ___月___日 <input type="checkbox"/>未実施</p> <p>車いす座位開始 <input type="checkbox"/>開始日: ___月___日 <input type="checkbox"/>未実施</p> <p>介助歩行開始(トイレまで) <input type="checkbox"/>開始日: ___月___日 <input type="checkbox"/>未実施          [杖等種類: <input type="checkbox"/>T字杖 <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>その他(____)]</p> <p>一人での歩行開始(トイレまで) <input type="checkbox"/>開始日: ___月___日 <input type="checkbox"/>未実施          [杖等種類: <input type="checkbox"/>T字杖 <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>その他(____)]</p> <p>一人での杖なし歩行開始 <input type="checkbox"/>開始日: ___月___日 <input type="checkbox"/>未実施</p>
退院先	<p><input type="checkbox"/>入院前と同じ</p> <p><input type="checkbox"/>入院前と異なる <input type="checkbox"/>在宅: <input type="checkbox"/>子供の家 <input type="checkbox"/>その他:</p> <p><input type="checkbox"/>病院: <input type="checkbox"/>一般 <input type="checkbox"/>亜急性期 <input type="checkbox"/>回復期リハ <input type="checkbox"/>療養型 <input type="checkbox"/>特殊疾患Ⅰ <input type="checkbox"/>特殊疾患Ⅱ          (病院名: _____)</p> <p><input type="checkbox"/>施設: <input type="checkbox"/>介護療養型 <input type="checkbox"/>介護老人保健施設(老健) <input type="checkbox"/>痴呆対応型グループホーム  <input type="checkbox"/>介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)          (施設名: _____)</p> <p><input type="checkbox"/>その他(_____)</p> <p>※病院・施設の種類が不明な場合には、病院名・施設名を正確に記入してください。</p>

調査票	HFADL-HAt (術後半年後記入・ADL 評価調査票: 本人/電話調査用) 1P		
記入者役職	本人・家族・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード	東京 - 帝京 -	記入日	年 月 日

ADL 評価調査票 [定期フォロー用記録 (術後半年後: 受診時・本人記入用/電話聞取調査用)]

記入者: 本人・家族(続柄: )・調査員・医師・看護師・PT/OT・( )

自立度 ADL 等	実生活での実行状況 (やればできるのではなく、日ごろの生活で行っている状態)										前回との変化理由、コメント		
	禁止	行わず	行っている				杖・車いす、等						
			自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	無	有	種類			
日常の主たる屋外移動												<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )	主なものを 1 つだけ選択してください。
屋外歩行自立の人のみ記入	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー	続けて歩行できる距離は？ <input type="checkbox"/> 100m 未満 <input type="checkbox"/> 100m~300m <input type="checkbox"/> 300m~1km <input type="checkbox"/> 1km 以上 走れますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
階段昇降												<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 四つ這い	
トイレなどへの屋内移動												<input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 四つ這い <input type="checkbox"/> その他( )	主なものを 1 つだけ選択してください。
排尿(昼)	/	/										<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	
排尿(夜)	/	/										<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	
食事	/	/										<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他( )	
整容(歯磨き・洗面)	/	/										<input type="checkbox"/> 洗面台立位 <input type="checkbox"/> 洗面台座位 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他( )	
更衣(着衣)	/	/										<input type="checkbox"/> 立位で実施 <input type="checkbox"/> 座位で実施	
靴の脱着													
入浴												<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭のみ <input type="checkbox"/> その他( )	
家事(調理、他、家事全般)													「自立」の場合、 訪問看護での家事援助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

外出頻度: ほぼ毎日 週 4 回以上 週 2~3 回 週 1 回、月 1~3 回 ほとんどなし  
 外出目的: ほとんどなし 通院・通所 買い物 散歩、その他( )  
 使用寝具: ベッド 布団 その他( )

調査票	HFADL-YAt (術後一年後記入・ADL 評価調査票: 本人/電話調査用) 1P		
記入者役職	本人・家族・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード	東京 - 帝京 -	記入日	年 月 日

ADL 評価調査票 [定期フォロー用記録 (術後一年後: 受診時・本人記入用/電話聞取調査用)]  
 記入者: 本人・家族(続柄: )・調査員・医師・看護師・PT/OT・( )

		実生活での実行状況 (やればできるのではなく、日ごろの生活で行っている状態)										前回との変化理由、コメント		
自立度 ADL 等	禁止	行わず	行っている					杖・車いす、等					※口頭指導 直接身体に手を触れての「介助」は行っていないが、「口頭」で具体的に ADL のやりかたを指導している場合。	
			自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	無	有	種類				
日常の主たる屋外移動													□T字杖 □四点杖 □シルバーカー □車いす □その他( )	主なものを 1 つだけ選択してください。
屋外歩行自立の人のみ記入													□T字杖 □シルバーカー	続けて歩行できる距離は? □100m 未満 □100m~300m □300m~1km □1km 以上 走れますか? □はい □いいえ
階段昇降													□手すり □四つ這い	
トイレなどへの屋内移動													□つたい歩き □T字杖 □車いす □四つ這い □その他( )	主なものを 1 つだけ選択してください。
排尿(昼)													□和式トイレ □洋式トイレ □ポータブル □しびん □オムツ □その他( )	
排尿(夜)													□和式トイレ □洋式トイレ □ポータブル □しびん □オムツ □その他( )	
食事													□経口 □胃瘻 □経鼻 □経静脈栄養 □その他( )	
整容(歯磨き・洗面)													□洗面台立位 □洗面台座位 □ベッド上 □その他( )	
更衣(着衣)													□立位で実施 □座位で実施	
靴の脱着														
入浴													□一般浴槽 □特殊浴槽 □ベッド上清拭のみ □その他( )	
家事(調理、他、家事全般)														「自立」の場合、 訪問看護での家事援助 □有 □無

外出頻度: □ほぼ毎日 □週4回以上 □週2~3回 □週1回、□月1~3回 □ほとんどなし  
 外出目的: □ほとんどなし □通院・通所 □買い物 □散歩、□その他( )  
 使用寝具: □ベッド □布団 □その他( )

調査票	HFADL-HA (術後半年後記入・ADL 評価調査票) 1P		
記入者役職	看護師・医師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード	東京 - 帝京 -	記入日	年 月 日

ADL 評価調査票 [定期フォロー用記録] (術後半年後)

記入者: 看護師・医師・PT/OT・調査員・( )

自立度 ADL 等	実生活での実行状況 (やればできるのではなく、日ごろの生活で行っている状態)							前回との変化理由、コメント		
	禁止	行わず	行っている			杖・車いす、等		種類	※口頭指導 直接身体に手を触れての「介助」は行っていないが、「口頭」で具体的に ADL のやりかたを指導している場合。	
		自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	無			有
日常の主たる屋外移動									<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )	主なものを 1 つだけ選択してください。
屋外歩行自立の人のみ記入	/	/	/	/	/	/			<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー	続けて歩行できる距離は？ <input type="checkbox"/> 100m 未満 <input type="checkbox"/> 100m~300m <input type="checkbox"/> 300m~1km <input type="checkbox"/> 1km 以上 走れますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
階段昇降									<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 四つ這い	
トイレなどへの屋内移動									<input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 四つ這い <input type="checkbox"/> その他( )	主なものを 1 つだけ選択してください。
排尿(昼)	/	/							<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	
排尿(夜)	/	/							<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	
食事	/	/							<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他( )	
整容(歯磨き・洗面)	/	/							<input type="checkbox"/> 洗面台立位 <input type="checkbox"/> 洗面台座位 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他( )	
更衣(着衣)	/	/							<input type="checkbox"/> 立位で実施 <input type="checkbox"/> 座位で実施	
靴の脱着										
入浴									<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭のみ <input type="checkbox"/> その他( )	
家事(調理、他、家事全般)										「自立」の場合、 訪問看護での家事援助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

外出頻度: ほぼ毎日 週 4 回以上 週 2~3 回 週 1 回、月 1~3 回 ほとんどなし  
 外出目的: ほとんどなし 通院・通所 買い物 散歩、その他( )  
 使用寝具: ベッド 布団 その他( )



調査票	HFADL-YA (術後一年後記入・ADL 評価調査票) 1P		
記入者役職	看護師・医師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード	東京 - 帝京 -	記入日	年 月 日

ADL 評価調査票 [定期フォロー用記録] (術後一年後)

記入者: 看護師・医師・PT/OT・調査員・( )

自立度 ADL 等	実生活での実行状況 (やればできるのではなく、日ごろの生活で行っている状態)							杖・車いす、等		前回との変化理由、コメント
	禁 止	行 わ ず	行 っ て い る	無	有	種類				
			自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助			※口頭指導 直接身体に手を触れての「介助」は行っていないが、「口頭」で具体的に ADL のやりかたを指導している場合。
日常の主たる屋外移動									<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )	主なものを 1 つだけ選択してください。
屋外歩行自立の人のみ記入									<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー	続けて歩行できる距離は？ <input type="checkbox"/> 100m 未満 <input type="checkbox"/> 100m~300m <input type="checkbox"/> 300m~1km <input type="checkbox"/> 1km 以上 走れますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
階段昇降									<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 四つ這い	
トイレなどへの屋内移動									<input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 四つ這い <input type="checkbox"/> その他( )	主なものを 1 つだけ選択してください。
排尿(昼)									<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	
排尿(夜)									<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	
食事									<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他( )	
整容(歯磨き・洗面)									<input type="checkbox"/> 洗面台立位 <input type="checkbox"/> 洗面台座位 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他( )	
更衣(着衣)									<input type="checkbox"/> 立位で実施 <input type="checkbox"/> 座位で実施	
靴の脱着										
入浴									<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭のみ <input type="checkbox"/> その他( )	
家事(調理、他、家事全般)										「自立」の場合、 訪問看護での家事援助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

外出頻度: ほぼ毎日 週 4 回以上 週 2~3 回 週 1 回、月 1~3 回 ほとんどなし  
 外出目的: ほとんどなし 通院・通所 買い物 散歩、その他( )  
 使用寝具: ベッド 布団 その他( )

調査票	HFADL-DR (退院時記入・リハ記録) 1P		
記入者役職	PT/OT・看護師・医師・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード	東京 - 帝京 -	記入日	年 月 日

PT・OTによるリハビリテーション実施記録 (退院時)

記入者 : PT/OT・看護師・医師・調査員・( )

記入者所属 : 手術施行病院・転院先施設 ( )

1. 術前

1) PT (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日) 未実施

2) OT (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日) 未実施

2. 術後

1) PT (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日) 未実施

2) OT (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日) 未実施

3. PT・OT室での実施内容

1) 座位訓練 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

(背もたれ有を含む)

2) 立位訓練 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

(平行棒内立位訓練を含む、チルトテーブルを除く)

3) 平行棒内歩行 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

4) PT室内杖歩行 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

[杖種類等 : (杖の種類を変更した場合は、変更毎に開始日を記述する)]

・ PT室内杖なし歩行 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

4. 病棟での実施内容

・ 病棟車いす移乗訓練 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

・ 病棟車いす駆動訓練 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

・ 病棟歩行訓練 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

・ 病棟ADL訓練 (車いす) : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

・ 病棟ADL訓練 (立位) : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

・ 屋外歩行 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

・ 退院のための病棟ADL訓練 未実施 実施

実施している場合

\* 退院直前の病棟トイレへの移動

(注意 : PT・OTによる病棟ADL訓練時の能力であって、実生活での実行状況ではない。)

・ 自立度 : 禁止 実施していない

独立 見守り 口頭指導 一部介助 全介助

・ 使用歩行補助具等 : 車いす T字杖 松葉杖 四点杖 歩行車

その他 (種類 ; \_\_\_\_\_)

平成16年大腿骨頸部(近位部)骨折に関する調査 NO.2

No	イニシャル	性別	生年月日	骨折日		初診日	手術日	左右	骨折型	受傷の場所	受傷原因	治療法	入院期間
				月	日								
1		♀	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
2		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
3		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
4		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
5		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
6		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
7		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
8		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
9		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
10		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
11		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
12		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
13		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
14		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
15		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
16		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
17		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
18		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
19		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日
20		♂	M.T.S-1 年 月 日	月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1 2 3 4 5 6 7	保・断(温熱・接合)	月 日 ~ 月 日

骨折型 内側:頸部, neck fracture 外側:頸子部, trochanteric fracture  
 受傷原因 1.寝っていて・体を捻って(す・おろつ骨折) 2.立った高さからの転倒 3.階段・船窓の窓外外し 4.転落・交通事故 5.記憶無し  
 6.不明 治療法 置換:人工骨髄置換術; 接合:骨接合術 入院期間 退院日は現在入院中の症例は記載不要です

真病原名: \_\_\_\_\_

連絡先 〒832-804 米子市西町1-1  
 鳥取大学整形外科内  
 鳥取大学整形外科事務室  
 Tel.:0859-34-8115  
 Fax.:0859-34-8082

大腿骨頸部骨折ケースカード

病院コード	□□□□	生年月日	(M, T, S, H) □□年□□月□□日
患者名(姓名のイニシャル)	□□	性別	1. 男 2. 女
骨折時の身長	cm	体重	kg
受傷	1. 寝ていて体を捻った 2. 立った高さからの転倒 3. 階段・段差の踏み外し		
原因	4. 転落 5. 交通事故 6. 記憶無し 7. オムツ骨折 8. Spontaneous fracture 9. 不明		
(1, のうち確たかり介護でオムツ当てや情状時の骨折は 7. にも印を付ける。)			
骨折時1人暮らしだったか	1. 一人暮らし 2. 同居 (同居介護人: □)		
受傷年月日	平成□□年□□月□□日		
入院年月日	平成□□年□□月□□日		
手術年月日	平成□□年□□月□□日		
退院年月日	平成□□年□□月□□日 (死亡退院は死亡日)		
受傷場所	1. 自宅 2. 施設 (1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 療養型病床等 4. 一般病院) 3. 老人ホームなど 4. その他 5. 不明		
転倒	1. 階内 2. 階外 3. 不明		
退院後住居	1. 自宅 2. 施設 (1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 療養型病床等 4. 一般病院) 3. 老人ホームなど 4. その他 5. 不明		
退院転帰	1. 転倒 2. 不安 3. 死亡		
骨折側	1. 左 2. 右	骨折型	1. 内側 2. 外側
転位	1. 有 2. 無		
治療方法	(1. 手術 2. 非手術)		
手術	(使用機材: 1. エンダー釘 2. スクリュー 3. ガンマキール 4. CHS 5. プレート 6. その他 ( ) 7. 人工骨頭 8. 人工股関節)		
骨折前のADL自立度	1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する 3. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する		
1年後の予後調査 (1. 生存 2. 死亡)	4. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている 5. 車いすに移動し、食事場所はベッドから離れて行う		
1年後のADL自立度	6. 介助により車いすに移動する 7. 自力で寝返りをうつ 8. 自力では寝返りもうたない 9. 不明		
既往の合併症 (複数回答可)	0. 無し 1. 高血圧 2. 心疾患 3. 呼吸器疾患 4. 肝疾患 5. 腎疾患 6. 消化器疾患 7. 内分泌疾患 8. 血液疾患 9. アレルギー疾患 10. 神経疾患 11. 老人性痴呆 12. 視力障害 13. OA 14. BA 15. 骨髄腫 16. その他		
骨折既往症	0. 無し 1. 頸椎骨折 2. 腰椎圧迫骨折 3. 上肢骨頸部骨折 4. 大腿骨頸部骨折 5. その他 ( )		

日本整形外科学会・骨粗鬆症委員会 事務局 〒63-3784-8543

〒142-8580 品川区旗の台1-6-9 昭和大学医学部整形外科 代表 阪本桂造

付表 1 アンケート

大腿骨近位部骨折（頸部（内側）骨折および転子部（外側）骨折）  
治療についてのアンケート

大腿骨近位部骨折治療を担当しておられる先生に御回答頂きますようお願い申し上げます。お答え頂いた内容は、集計結果のみを報告し、個別データは一切公表致しません。

貴施設に大腿骨近位部骨折の手術的治療例が無い場合には、「2～4」の御記載は不要です。

ご記入者名： \_\_\_\_\_

1. 貴施設についておたずねします。

- ① 病床数は  
500床以上            300～499床            200～299床  
100～199床            50～99床            20～49床            20床未満
- ② 病棟について  
急性期病棟            有り            無し  
亜急性期病棟            有り            無し  
回復期リハビリテーション病棟            有り            無し  
療養型病棟            有り            無し
- ③ 整形外科病床数は  
500床以上            300～499床            200～299床  
100～199床            50～99床            20～49床            20床未満  
不定（決まっていない）
- ④ 整形外科医師数（常勤医師）は  
10人以上   5～9人   3～4人   2人   1人   非常勤のみ  
不在
- ⑤ リハビリテーション医師数（整形外科以外のリハビリテーションの常勤医師）は  
3人以上   2人   1人   不在
- ⑥ リハビリテーション施設基準は  
理学療法：     I（総合リハビリテーション）             II     III     IV  
                   不明  
作業療法：     I（総合リハビリテーション）             II  
                   不明
- ⑦ 理学療法士数は  
20人以上            10～19人   5～9人   3～4人   2人   1人  
非常勤のみ            不在
- ⑧ 作業療法士数は  
20人以上            10～19人   5～9人   3～4人   2人   1人  
非常勤のみ            不在
- ⑨ 大腿骨近位部骨折（頸部（内側）骨折および転子部（外側）骨折）の患者数（昨年1年間のリハビリテーションのみを含めた治療患者数）は  
500人以上            200～499人   100～199人   50～99人  
10～49人            1～9人            無し
- ⑩ 内科系（大腿骨近位部骨折への対応が可能な）の常勤医師がいますか？  
いる（人数\_\_\_\_\_人）   いない

以下2～4は大腿骨近位部骨折の手術的治療例がある場合のみご返事下さい。

手術的治療例が無い場合は → 5

以下の内容は一般的高齢者骨折の場合における原則について御回答をお願いします。

2. 大腿骨近位部骨折（頸部（内側）骨折および転子部（外側）骨折）の手術治療の現状についておたずねします。

① 入院後手術までの期間（貴施設でもっとも多い症例で）は

2週間以上       1週以上2週未満       3～6日

1～2日       24時間以内

その他 \_\_\_\_\_

② クリニカルパスを使用して治療をしていますか？

使用している

使用していない

その他 \_\_\_\_\_

③ 術前牽引について

1) 頸部（内側）骨折について

・鋼線牽引（直達牽引）

原則的に全例施行       症例に応じて施行       原則的に行わない

その他 \_\_\_\_\_

・スピードトラック牽引（介達牽引）

原則的に全例施行       症例に応じて施行       原則的に行わない

その他 \_\_\_\_\_

2) 転子部（外側）骨折について

・鋼線牽引（直達牽引）

原則的に全例施行       症例に応じて施行       原則的に行わない

その他 \_\_\_\_\_

・スピードトラック牽引（介達牽引）

原則的に全例施行       症例に応じて施行       原則的に行わない

その他 \_\_\_\_\_

④ 麻酔についておたずねします。麻酔を麻酔科医（外科医も含めて）に依頼していますか？

- ほとんど全ての症例（9割以上）を依頼している
- 症例に応じて依頼し、他は整形外科医が行っている。
- ほとんど全ての症例（9割以上）で整形外科医が行っている。

⑤ 大腿骨頸部骨折（内側骨折）の主な治療

1) 非転位型骨折（Garden 分類 I、II）について

- 原則的に骨接合術を施行
- 症例に応じて骨接合術または人工骨頭置換術を施行
- 原則的に人工骨頭置換術を施行
- その他\_\_\_\_\_

2) 転位型骨折（Garden 分類 III、IV）について

- 原則的に骨接合術を施行
- 症例に応じて骨接合術または人工骨頭置換術を施行
- 原則的に人工骨頭置換術を施行
- その他\_\_\_\_\_

⑥ 離床・荷重時期について（一般的な高齢者例の場合について）

1) 術後の離床時期（車いす移動許可の時期）について

- 24時間以内
- 2～3日
- 4～7日
- 8日以上
- その他\_\_\_\_\_

2) 荷重開始時期（原則的な許可の時期）について

i. 頸部（内側）骨折

a. 骨接合術後（骨接合に問題が無い場合）

- 24時間以内
- 2～3日
- 4～7日
- 8日以上
- その他\_\_\_\_\_

b. 人工骨頭置換術後

- 24時間以内
- 2～3日
- 4～7日
- 8日以上
- その他\_\_\_\_\_



ii. 転子部（外側）骨折

骨接合術後（骨接合に問題が無い場合）

- 24 時間以内
- 2～3 日
- 4～7 日
- 8 日以上
- その他 \_\_\_\_\_

3. 手術後のリハビリテーションについておたずねします。

① 同一施設でリハビリを行っていますか？

- 最終ゴールまで手術施行施設でリハを行っている。  
→ 退院後も外来リハを継続していますか？  はい  いいえ
- 早期に特定の関連施設に送って系統的なリハを行っている。
- 早期に転院させるので、その後のリハビリについては把握していない。
- その他 \_\_\_\_\_

② 受傷（骨折）前の ADL を評価していますか？

- ADL 全般について評価している
- 歩行能力のみ評価している
- 一定していない
- 行っていない
- その他 \_\_\_\_\_

③ リハビリテーションを終了する目標（ゴール）はいつにすべきですか？

- 1. 受傷前と同等
- 2. 受傷前の 70% 程度
- 3. 受傷前の環境（自宅や施設）での自立
- 4. 運動機能回復がプラトーに達したら
- 5. 術後一定の日数が経過したら  
(具体的期間： \_\_\_\_\_)
- その他 \_\_\_\_\_

上記で 1 または 2 とお答えの方におたずねします。その基準は

- 1. ADL
- 2. 歩行能力
- その他 \_\_\_\_\_

④ リハビリテーションの担当医師は

- 整形外科医  リハビリテーション医
- その他 \_\_\_\_\_

4. 大腿骨近位部骨折手術治療後の退院（転院）の時期についておたずねします。

① 退院（転院）の目安がありますか？

- 受傷前と同等レベルになったら
- 受傷前の70%程度のレベルになったら
- 受傷前の環境（自宅や施設）での自立レベルになったら
- 運動機能回復がプラトーに達したら
- 術後一定の日数が経過したら  
（具体的期間：\_\_\_\_\_）
- その他（ご自由に御記載下さい）

② 退院計画の立案を開始する時期はいつでしょうか？

- 入院後直ちに
- 術後直ちに
- 術後一定の期間で  
期間は\_\_\_\_\_
- リハビリのゴールが近づいたら
- 決まっていない
- その他 \_\_\_\_\_

③ 退院調整を行う部門・スタッフ（在宅支援センター等）がありますか？

- ある
- ない
- その他 \_\_\_\_\_

④ 多くの症例が転院する決まった転院先（回復期リハビリテーション病棟や療養型病棟を有する医療施設で、老健施設は除く）がありますか？

- ある
- 無い
- その他

⑤ 決まった退院先の施設（特養、老健施設等で医療施設は除く）がありますか？

- 多くの症例が転院する施設（老健施設等）がある
- 通院治療を依頼する診療所がある（上記と重複可）
- 特定の施設は無い
- その他

⑥ 受傷前に自宅に居た症例が、自宅への退院する割合（大まかで結構です）

- 70%以上
- 69～50%
- 49～30%
- 30%未満

5. 大腿骨近位部骨折治療（リハビリテーションのみを含めて）の現状についての問題点を御記載下さい。

ご協力ありがとうございました。  
返信用封筒に入れて、ご返送下さい。

付表 2 アンケート集計結果 I

大腿骨頸部/転子部骨折治療施設へのアンケート調査

—全国調査結果—

	(調査施設)	(回答施設)	
研修施設	2 2 9 0	1 4 3 7	62.8%
臨床整形	1 2 9 2	6 5 5	50.7%

① 病床数

500 床以上	291
300～499 床	462
200～299 床	428
100～199 床	510
50～99 床	196
20～49 床	61
20 床未満	144

② 病棟について

急性期病棟	<input type="checkbox"/> 有り	1396	<input type="checkbox"/> 無し	430
亜急性期病棟	<input type="checkbox"/> 有り	572	<input type="checkbox"/> 無し	1020
回復期リハビリテーション病棟	<input type="checkbox"/> 有り	301	<input type="checkbox"/> 無し	1268
療養型病棟	<input type="checkbox"/> 有り	621	<input type="checkbox"/> 無し	1134

③ 整形外科病床数は

<input type="checkbox"/> 500 床以上	0
<input type="checkbox"/> 300～499 床	0
<input type="checkbox"/> 200～299 床	10
<input type="checkbox"/> 100～199 床	132
<input type="checkbox"/> 50～99 床	640
<input type="checkbox"/> 20～49 床	1166
<input type="checkbox"/> 20 床未満	144

④ 整形外科医師数（常勤医師）は

<input type="checkbox"/> 10 人以上	116
<input type="checkbox"/> 5～9 人	370
<input type="checkbox"/> 3～4 人	531
<input type="checkbox"/> 2 人	389
<input type="checkbox"/> 1 人	617
<input type="checkbox"/> 非常勤のみ	11
<input type="checkbox"/> 不在	5