

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：大腿骨頸部骨折Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期）

・病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期。
 ・時期はあくまで目安である。本人の状態に応じて前後する可能性がある。
 ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が進んでいないのかを確認する必要がある。
 ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本欄を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本欄を参照	相談すべき 専門職
1 再骨折の 予防	1-1 転倒予防	1-1-1 転倒しないための身体機能の維持	1 転倒した状況や要因の継続的な把握・評価を確認する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・転倒した状況や要因を把握し評価することで、転倒しやすい状況の改善や、適切なリハビリテーション目標を設定。 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・本人の身体能力、生活動作の確認	・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・本人の身体能力、日常生活に必要な動作の状況	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		1-2 骨粗しょう症の予防	2 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・専門職によるケアが縮小した後も適切に服薬を継続できるよう、本人あるいは家族等における服薬の必要性と指示内容の理解を支援。 ・処方された薬が適切に管理される状態が続くように、本人・家族等を支援するとともに、必要な時に専門職に相談できる体制を整備。 ・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等とケアに携わる他職種との体制を整え、必要な時に専門職に相談できる体制を整備。	・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができていないか、飲み残しの有無など） ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・本人の目次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・介護者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用ができていないか、誰が、いつ、どのように確認するか）	・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができていないか、飲み残しの有無など） ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用ができていないか、誰が、いつ、どのように確認するか）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
	1-2-2 治療の継続の支援	3 継続的な受診の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・定期的な受診を維持することで、必要なケアを見定め、治療の実効性を高める。病状に対する不安を除くことで、生活の縮小ではなく、生活の改善をうながす。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		4 運動・活動の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・運動・活動の体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぐ。活動量の低下を防ぐことで、再発を防止。	・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・運動・活動を妨げる要因	・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・運動・活動を妨げる要因	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職	
2 セルフマネジメントへの移行	2-1 介護給付サービスの終結に向けた理解の促進（自助・互助への移行）	2-1-1 ADL/IADLの確認とセルフマネジメントへの移行	5 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・ADL/IADLの状態を定期的に把握して、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるよう、適宜支援を見直す。 ・本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することが出来るように体制を整える。その事が、本人の機能向上を目指す。	・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・機能回復のためのリハビリテーションの実施の有無 ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）	・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・機能回復のためのリハビリテーションの実施の有無、設定している目標、内容と見直し ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
		2-1-2 食事と栄養のセルフマネジメントへの移行	6 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・必要な栄養量を把握して食事を確保する。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を目指す。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
		2-1-3 環境整備	7 自ら活動しやすい環境の整備（室内環境、用具等）ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・活動しやすい室内環境、用具をそろえることで、活動の範囲や幅が広がり、ADL/IADLの向上を目指す。	・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・活動を支援する福祉用具の活用	・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど） ・活動を支援する福祉用具の活用	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	2-1-4 社会参加の機会の維持・拡大	8 日常生活における生活機能の回復と支援の終結 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活において本人の役割が維持されることで、ADL/IADLの向上を目指す。	・再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	・再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	看護師、PT/OT/ST、介護職	
		9 外出や交流の機会の拡大、地域交流への参加の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・病前の生活を取り戻す、あるいは地域における新たな役割を獲得できるよう、地域における外出や交流の機会の拡大を支援。	・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段・目的、交流相手など ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段・目的、交流相手など ・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段・目的、交流相手など ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職	