

適切なケアマネジメント手法

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)

項目一覧

株式会社日本総合研究所

令和6年12月版

【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。当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遅くなっている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。

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容
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
	1-2.骨粗しょう症の予防	1-2-1.服薬支援	2.服薬管理の支援
		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
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）		4.運動・活動の体制を整える
		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
		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
		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
		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 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

1.再骨折の予防			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
	1-1.転倒予防		
		1-1-1.転倒しないための身体機能の維持	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/モニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・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。	・ 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）	○	○	医師、 看護師、 PT/OT/ST、 介護職
	・ 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	○	－	
	・ 本人の身体能力、日常生活に必要な動作の状況	－	○	

1.再骨折の予防			2.服薬管理の支援	
	1-2.骨粗しょう症の予防		※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	
		1-2-1.服薬支援		

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/モニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
- 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和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るか、飲み残しの有無など）	○	○	医師、 歯科医師、 看護師、 薬剤師、 PT/OT/ST、 歯科衛生士、 介護職
	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	○	○	
	本人の日次（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、発汗などに関係する活動量、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（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）	○	○	

1.再骨折の予防			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
	1-2.骨粗しょう症の予防		
	1-2-2.治療の継続の支援		

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/モニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・ 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。病気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	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	・ 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）	○	○	
	・ 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	－	○	

1.再骨折の予防			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
	1-2.骨粗しょう症の予防		
	1-2-2.治療の継続の支援		

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/モニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・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）	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	・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	○	○	

2.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	
	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）		※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	
		2-1-1. ADL/IADLの確認とセルフマネジメントへの移行		

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				
支援の概要、必要性	主なアセスメント/モニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職	
- 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に、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）	○	○	医師、 歯科医師、 看護師、 PT/OT/ST、 歯科衛生士、 介護職	
	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有無	○	－		
	機能回復のためのリハビリテーションの実施有無、設定している目標、内容と見通し	－	○		
	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）	○	○		

2.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
	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）		
		2-1-2.食事と栄養のセルフマネジメントへの移行	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/モニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・ 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	○	○	医師、 歯科医師、 看護師、 歯科衛生士、 管理栄養士、 介護職
	・ 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	○	○	

2.セルフマネジメントへの移行			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
	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）		
	2-1-3.環境整備		

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/モニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・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や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）	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	・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	○	○	

2.セルフマネジメントへの移行		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
	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）	
	2-1-4.社会参加の機会の維持・拡大	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/モニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・日常生活において本人の役割が維持されることで、ADLや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	○	○	看護師、PT/OT/ST、介護職
	・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	○	○	

2.セルフマネジメントへの移行			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
	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）		
		2-1-4.社会参加の機会の維持・拡大	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/モニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・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	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	・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、活用の可能性	○	○	