

1ヶ月目・2ヶ月目・3ヶ月目・4ヶ月目・5ヶ月目・6ヶ月目

(該当する項目を○で囲んでください。)

総合支援計画書

| | | | | | | |
|--|--|------|-------------------|-------------|----|-----|
| フリガナ氏名 | | 生年月日 | 明治・大正 昭和・平成・令和 | 年 月 日 (歳) | 性別 | 男・女 |
| (1) 病名 主たる精神障害： 従たる精神障害： 身体合併症： | | | | | | |
| (2) 直近の入院状況 ・直近の入院日： 年 月 日 ・退院日： 年 月 日 ・入院期間： 年 ヶ月 ・入院形態： <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 措置（緊急措置含） <input type="checkbox"/> 応急 <input type="checkbox"/> 医療観察法 ・退院時 GAF () ・通院困難な理由 () | | | | | | |
| (3) 現在の病状、状態像等（本人の訴え、及び医療者の評価をともに記載） | | | | | | |
| 本人 | | | | | | |
| 医療者 | | | | | | |
| (4) 処方内容 | | | | | | |
| (5) 生活能力の状態 1. 現在の生活環境 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 入所（施設名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ） ◎家族の協力体制 【あり・困難】 2. 日常生活動作（ADL） ・ベッド上の可動性 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・トイレの使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】 3. 日常生活能力の判定 ・適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・身の清潔保持・規則正しい生活 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・金銭管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・買物 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・服薬管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・対人関係 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・身の安全保持・危機対応 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・社会的手続きや公共施設の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・趣味・娯楽への関心 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・交通手段の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】 | | | | | | |
| (6) 各種サービス利用状況（支援計画策定時点） ・精神障害者保健福祉手帳（ <input type="checkbox"/> 1 級、 <input type="checkbox"/> 2 級、 <input type="checkbox"/> 3 級、 <input type="checkbox"/> 申請中、 <input type="checkbox"/> 非該当、 <input type="checkbox"/> 申請なし） ・障害年金（ <input type="checkbox"/> 1 級、 <input type="checkbox"/> 2 級、 <input type="checkbox"/> 3 級、 <input type="checkbox"/> 申請中、 <input type="checkbox"/> 非該当、 <input type="checkbox"/> 申請なし） ・障害程度／支援区分（ <input type="checkbox"/> 区分 1、 <input type="checkbox"/> 区分 2、 <input type="checkbox"/> 区分 3、 <input type="checkbox"/> 区分 4、 <input type="checkbox"/> 区分 5、 <input type="checkbox"/> 区分 6、 <input type="checkbox"/> 申請中、 <input type="checkbox"/> 非該当、 <input type="checkbox"/> 申請なし） ・要介護認定（ <input type="checkbox"/> 要支援 1、 <input type="checkbox"/> 要支援 2、 <input type="checkbox"/> 要介護 1、 <input type="checkbox"/> 要介護 2、 <input type="checkbox"/> 要介護 3、 <input type="checkbox"/> 要介護 4、 <input type="checkbox"/> 要介護 5、 <input type="checkbox"/> 申請中、 <input type="checkbox"/> 非該当、 <input type="checkbox"/> 申請なし） ・障害者総合支援法等に規定する各種サービスの利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| (7) 再発予防・健康維持のための目標（1 ヶ月後） <input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 日常生活の管理 <input type="checkbox"/> 趣味・娯楽への関心 <input type="checkbox"/> 就労・就学 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | |

| |
|--|
| (8) 今後必要とされる収入源 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 家族からの援助 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| (9) 今後必要とされる各種のサービス 1. 精神科医療 <input type="checkbox"/> 精神科通院（当院、他院） <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 精神科デイナイトケア、 <input type="checkbox"/> 精神科ナイトケア 2. 障害者総合支援法等に規定するサービス <input type="checkbox"/> 重度訪問介護【 回／週】 <input type="checkbox"/> 行動援護【 回／週】 <input type="checkbox"/> グループホーム【 回／週】 <input type="checkbox"/> 生活介護【 回／週】 <input type="checkbox"/> 居宅介護（ホームヘルプ）【 回／週】 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター【 回／週】 <input type="checkbox"/> 保健所による訪問【 回／週】 <input type="checkbox"/> その他サービス（ ）【 回／週】 3. その他（ ） |
| (10) 連携すべき関係機関 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| (11) この1ヶ月間での本人・家族の希望、回復への目標 |
| (12) 訪問予定日 <input type="checkbox"/> 「訪問診療」 [担当] 訪問予定日： 月 日()、 月 日()、 月 日()、 月 日()、 月 日() <input type="checkbox"/> 「精神科訪問看護、精神科訪問看護・指導」 訪問予定日： 月 日()[担当]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当] 月 日()[担当]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当] 月 日()[担当]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当] 月 日()[担当]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当] |
| (13) (7) ～ (11) を達成するための、具体的な支援計画 <input type="checkbox"/> 「病気の症状・お薬について」 担当者／職種 支援計画（ ） <input type="checkbox"/> 「看護・介護について」 担当者／職種 支援計画（ ） <input type="checkbox"/> 「社会生活機能の回復について」 担当者／職種 支援計画（ ） <input type="checkbox"/> 「社会資源について」 担当者／職種 支援計画（ ） <input type="checkbox"/> 「その他行うべき支援」 担当者／職種 支援計画（ ） |
| 本人・家族氏名： 医師： 看護師： 作業療法士： 精神保健福祉士： その他関係職種： |

| |
|------------------------|
| 医療機関所在地： 診療担当科名： |
| 名 称： 医師氏名 （ 自署又は記名押印 ） |
| 電 話 番 号： ® |
| 緊急時電話番号： |