

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	年 月 日 ( 歳 )	性別	男・女
<b>(1) 病名</b> 主たる精神障害： _____ 従たる精神障害： _____ 身体合併症： _____					
<b>(2) 直近の入院状況</b> ・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 ( )					
<b>(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)</b>					
本人					
医療者					
<b>(4) 処方内容</b>					
<b>(5) 生活能力の状態</b> 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 ・身辺の清潔保持・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 ・身辺の安全保持・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】					
<b>(6) 各種サービス利用状況 (支援計画策定時点)</b> ・精神障害者保健福祉手帳 (□1級、□2級、□3級、□申請中、□非該当、□申請なし) ・障害年金 (□1級、□2級、□3級、□申請中、□非該当、□申請なし) ・障害程度/支援区分 (□区分1、□区分2、□区分3、□区分4、□区分5、□区分6、□申請中、□非該当、□申請なし) ・要介護認定 (□要支援1、□要支援2、□要介護1、□要介護2、□要介護3、□要介護4、□要介護5、□申請中、□非該当、□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					
<b>(7) 再発予防・健康維持のための目標 (1ヶ月後)</b> <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**  
不要 就労 家族からの援助 障害年金 老齢基礎年金 生活保護 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  
精神科通院 (当院、他院) 精神科デイケア 精神科デイナイトケア、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  
重度訪問介護【 回/週】 行動援護【 回/週】 グループホーム【 回/週】、  
生活介護【 回/週】 居宅介護 (ホームヘルプ)【 回/週又】 地域活動支援センター【 回/週】  
保健所による訪問【 回/週】 その他サービス ( )【 回/週】  
3. その他 ( )

**(10) 連携すべき関係機関**  
保健所 精神保健福祉センター 市町村 相談支援事業所 居宅介護支援事業所  
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**  
「訪問診療」 [担当 ]  
訪問予定日： 月 日 ( )、 月 日 ( )、 月 日 ( )、 月 日 ( )、 月 日 ( )  
「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**

「病気の症状・お薬について」 担当者/職種 \_\_\_\_\_  
支援計画 ( )

「看護・介護について」 担当者/職種 \_\_\_\_\_  
支援計画 ( )

「社会生活機能の回復について」 担当者/職種 \_\_\_\_\_  
支援計画 ( )

「社会資源について」 担当者/職種 \_\_\_\_\_  
支援計画 ( )

「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： \_\_\_\_\_ ⑩

**緊急時電話番号：** \_\_\_\_\_