

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 ()
(1 0) 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 ()
(1 1) この 1 ヶ月間での本人・家族の希望、回復への目標
(1 2) 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] 月 日 () [担当]、月 日 () [担当]、月 日 () [担当]
(1 3) (7) ～ (1 1) 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 : _____	