

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
(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：□任意 □医療保護 □措置（緊急措置含） □応急 □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								
□独居 □家族等と同居 □入所（施設名：_____） □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 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存								
・移乗 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存								
・食事 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存								
・トイレの使用 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存								
・入浴 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存								
・衣服の着脱 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □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 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助								
・身の辺の清潔保持・規則正しい生活 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助								
・金銭管理 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助								
・買物 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助								
・服薬管理 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助								
・対人関係 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助								
・身の辺の安全保持・危機対応 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助								
・社会的手続きや公共施設の利用 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助								
・趣味・娯楽への関心 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助								
・交通手段の利用 □自発的にできる □部分的な援助 □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（□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 □有 □無								
(7) 再発予防・健康維持のための目標（1 ヶ月後）								
□病気への理解 □体力向上 □食事管理 □内服管理 □日常生活の管理 □趣味・娯楽への関心								
□就労・就学 □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：_____	_____ ㊞
緊急時電話番号：_____	