

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<br>氏 名                                                              |  | 生年<br>月 日 | 明治・大正<br>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：_____ |                   |