別紙様式４１

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） 令和	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】

４．在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準

・該当するコア項目：＿＿＿＿＿＿＿＿

・導入基準の点数　：＿＿点（該当する項目：＿＿＿＿＿＿＿＿）

（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】　□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　]

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：＿＿＿＿＿＿＿＿