

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】						
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（ <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 ( )	
(10) 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 ( )	
(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	
<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 _____]	
(13) (7) ～ (11) 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： \_\_\_\_\_