

## 包括的支援マネジメント 導入基準

評価日	患者氏名	評価者
年      月      日		(職種) _____
		(氏名) _____

過去 1 年間に於いて、基準を満たすもの全てについて、□に✓を記入すること。

1	6ヶ月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある。	<input type="checkbox"/>
2	自分1人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）。	<input type="checkbox"/>
3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。	<input type="checkbox"/>
4	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。	<input type="checkbox"/>
5	自傷や自殺を企てたことがある。	<input type="checkbox"/>
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある。	<input type="checkbox"/>
7	警察・保健所介入歴がある。	<input type="checkbox"/>
8	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。	<input type="checkbox"/>
9	外来受診をしないことが2か月以上あった。	<input type="checkbox"/>
10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。	<input type="checkbox"/>
11	直近の入院は措置入院である。	<input type="checkbox"/>
12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。	<input type="checkbox"/>
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。	<input type="checkbox"/>
14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）。	<input type="checkbox"/>
15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・教育・障害等）。	<input type="checkbox"/>