

別紙様式 41 の 2

在宅医療における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	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	コア項目	<input type="checkbox"/>
2	家族への暴力、暴言、拒絶がある	コア項目	<input type="checkbox"/>
3	警察・保健所介入歴がある	コア項目	<input type="checkbox"/>
4	自分一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）	3 点	<input type="checkbox"/>
5	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	3 点	<input type="checkbox"/>
6	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	3 点	<input type="checkbox"/>
7	自傷や自殺を企てたことがある	2 点	<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（初発の場合は「無」）	2 点	<input type="checkbox"/>
9	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）	2 点	<input type="checkbox"/>
10	6 か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心に担う）を遂行することに重大な問題がある	1 点	<input type="checkbox"/>
11	外来受診をしないことが 2 か月以上あった（初発の場合は「無」）	1 点	<input type="checkbox"/>
12	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	1 点	<input type="checkbox"/>
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	1 点	<input type="checkbox"/>
14	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	1 点	<input type="checkbox"/>
	合計	点	<input type="checkbox"/>

※精神科在宅患者支援管理料の「1」のイ及び「2」のイの対象患者：

コア項目を 1 つ以上満たす者又は 5 点以上である者