別紙様式 51

包括的支援マネジメント　導入基準

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

過去１年間において、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。	□
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）。	□
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。	□
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。	□
5	自傷や自殺を企てたことがある。	□
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある。	□
7	警察・保健所介入歴がある。	□
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。	□
9	外来受診をしないことが２か月以上あった。	□
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。	□
11	直近の入院は措置入院である。	□
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。	□
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。	□
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）。	□
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）。	□