

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）。 | □ |