

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）。	□

(別紙様式51の2)

計画作成日： 年 月 日

計画見直し予定日： 年 月 日

療養生活環境の整備に関する支援計画書

氏名： _____ 様 性別：男・女 生年月日： 年 月 日 (歳)

主治医： _____ 看護師・保健師： _____ 精神保健福祉士： _____

参加者

本人 家族 主治医 看護師・保健師 精神保健福祉士 薬剤師 作業療法士 公認心理師

訪問看護ステーション 行政機関 その他 (_____)

本人の目標 (したい又はできるようにになりたい生活の希望)

今回の支援計画における目標

--	--

評価項目	支援の必要性	課題内容 本人の希望	本人の実施事項 (※1)	支援者の実施事項 (※1)	支援者 (機関名・担当者名・連絡先)
環境要因	<input type="checkbox"/>				
生活機能 (活動)	<input type="checkbox"/>				
社会参加	<input type="checkbox"/>				
心身の状態	<input type="checkbox"/>				
支援継続に 関する課題 (※2)	<input type="checkbox"/>				
行動に関する課題 (※3)	<input type="checkbox"/>				

(※1) 課題内容、本人の希望に対する実施事項を記載すること

(※2) 病状の理解の程度や自己管理等 (※3) アルコールや薬物、自他の安全確保に関する課題、こだわり等

調子が悪くなってきたときのサイン	
自分でわかるサイン	周りの人が気づくサイン
サインに気づいたときにすること	
自分がすること	周りの人がすること

緊急連絡先： 氏名 _____ 所属 _____ 連絡先 _____

緊急連絡先： 氏名 _____ 所属 _____ 連絡先 _____

緊急連絡先： 氏名 _____ 所属 _____ 連絡先 _____

署名 本人： _____ 主治医： _____ 担当者： _____