

様式 1-3. インテークシート/フェイスシート：包括的支援マネジメント 導入基準シート

評価日	年 月 日	氏名	記入者
-----	-------	----	-----

包括的支援マネジメント導入基準：特にことわりのない場合、過去 1 年の状況でお答え下さい					
A	1	6 か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
	2	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）	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
C	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	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
	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	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
	5	自傷や自殺を企てたことがある	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
	6	家族への暴力、暴言、拒絶がある	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
	7	警察・保健所介入歴がある	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
D	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」）	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
	9	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」）	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
	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	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
	11	直近の入院は措置入院である	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
E	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	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
	13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
F	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）	☐ 不明	☐ 無	☐ 有
	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・貧困・教育・障害等）	☐ 不明	☐ 無	☐ 有