

様式 2-2. 包括的支援マネジメント 支援ニーズアセスメントシート

評価日	年 月 日 (次回予定日	年 月 日)	氏名	マネジメント担当者
-----	--------------	--------	----	-----------

本人の希望 (本人の言葉でかくこと)

A:環境要因, B:生活機能(活動), C:社会参加, D:心身の状態, E:支援継続に関する課題, F:行動に関する課題

評価項目	本人				スタッフ				総合アセスメント			
	0	1	2	9	0	1	2	9	ニーズ/課題	本人の希望	ストレンクス(強み・長所)	
A1	住居	<input type="checkbox"/>										
A2	経済的援助	<input type="checkbox"/>										
A3	親しい関係者	<input type="checkbox"/>										
A4	子供の世話	<input type="checkbox"/>										
A5	介護	<input type="checkbox"/>										
B1	食事	<input type="checkbox"/>										
B2	生活環境の管理	<input type="checkbox"/>										
B3	セルフケア	<input type="checkbox"/>										
B4	電話	<input type="checkbox"/>										
B5	移動	<input type="checkbox"/>										
B6	金銭管理	<input type="checkbox"/>										
B7	基礎教育	<input type="checkbox"/>										
C1	日中の活動	<input type="checkbox"/>										
C2	交流	<input type="checkbox"/>										
D1	精神病症状	<input type="checkbox"/>										
D2	身体的健康	<input type="checkbox"/>										
D3	心理的苦痛	<input type="checkbox"/>										
D4	性的な問題	<input type="checkbox"/>										
E1	処遇・治療情報	<input type="checkbox"/>										
E2	治療・支援への動機づけ/ 疾病の自己管理	<input type="checkbox"/>										
F1	アルコール	<input type="checkbox"/>										
F2	薬物	<input type="checkbox"/>										
F3	自分に対する安全	<input type="checkbox"/>										
F4	他者に対する安全	<input type="checkbox"/>										
F5	その他の行動上の問題	<input type="checkbox"/>										
O1	その他 1 ()	<input type="checkbox"/>										
O2	その他 2 ()	<input type="checkbox"/>										

アセスメントのまとめ (医学的な所見や入院中の状態を含む)