

様式 3-1. 包括的支援マネジメント 支援計画シート (基本項目)

作成番号: _____

作成日: 年 月 日	次回見直し予定時期: 年 月 日	本人氏名	マネジメント担当者
------------	------------------	------	-----------

私の長期目標 (本人の希望を「～したい」という表現で記述することが推奨される)	今回の支援計画における短期目標
---	-----------------

モニタリング (初回は不要)

実施日 & 評価時期	表種別	更新/モニタリング	セッティング	具体的内容、場所、特記、前回の評価内容など
<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院 ヵ月後 <input type="checkbox"/> CM 導入時 <input type="checkbox"/> CM ヵ月後	<input type="checkbox"/> アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 作成/更新 <input type="checkbox"/> 微修正 <input type="checkbox"/> モニタリング (内容の確認) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> ケア会議等 <input type="checkbox"/> その他 ()	
参加者と外部機関の参加状況				
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 (名) <input type="checkbox"/> 友人 (名) <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当該医療機関職員 (名) <input type="checkbox"/> 地域援助事業者 (名) <input type="checkbox"/> 行政機関の職員 (名) <input type="checkbox"/> その他 () (名)				

CM = ケースマネジメント

ニーズ/課題への対応

No	総合アセスメント ニーズ/課題	具 体 策				評価*
		何を (本人)	何をどこで (支援者)	期間や順番	支援者 (機関名・担当者名・連絡先)	

* 支援計画見直し (モニタリング) 時に、本人と一緒に評価: 終結「◎」、円滑に取り組みができて「○」、取り組み中だが課題がある「△」、取り組み中止/取り組み困難等「×」

署名	本人	: 記載日 年 月 日
	マネジメント担当者	: 記載日 年 月 日
	主治医	: 記載日 年 月 日