

相 談 受 付 票

相談受付日 X 年 9 月 3 日

相談対応者 松井 (Z障がい者相談支援事業所)

相談方法		来所 (電話) Fax・メール・訪問 (家庭)		経由機関		A市障がい者福祉担当課					
受付No. 12345 氏名 大阪 花子 (男 <u> 女 </u>) 年齢 20 歳 (生年月日 X-20年 4月 20日)				住所 A市××町 Tel ○○○○-○○○○ Fax							
相談者氏名 江戸 桜 相談者との関係 (姉) 相談者の連絡先～相談者宅 住所 B市△△町 Tel ○○○○-○○○○ Fax				その他の連絡先 大阪 一郎 (兄) 住所 A市○○町 Tel Fax							
家 族 構 成	続柄	氏名	年齢	同居・別居	職業・健康状況等						
	母	大阪 千代子	56	<u> 同・別 </u>	パート就労 (入院中)						
	姉	江戸 桜	32	<u> 同・別 </u>	無職						
	兄	大阪 一郎	27	<u> 同・別 </u>	会社員						
	本人	大阪 花子	20	<u> 同・別 </u>							
相談内容 本人は、家からY就労移行支援事業所に通所していたが、同居の母が脳梗塞で倒れ、入院。家で一人の生活は戸締りや火の始末など安全面はもちろん、食事や洗濯といった家事も困難であり、姉や兄嫁が家に来て本人の世話をしているが、それぞれ家庭を持っており、継続的な援助は難しい。母は退院後のリハビリ通院を含め身体の状態が安定するのに2年くらいはかかると言われており、その間、本人の生活をどうしたら良いか、仕事に就くために頑張ってきている通所をどうしたら良いか。											
現在受けている各種の障がい等級等											
障がい種別				等級及び支援区分							
1	身体障がい者手帳等級			1	2	3	4	5	6		
2	身体障がいの種類			視覚	聴覚	肢体	内部	その他 ()			
3	療育手帳等級			A		<u> B1 </u>	B2				
4	精神保健福祉手帳等級			1	2	3					
5	障がい基礎年金等級			1	<u> 2 </u>						
6	その他の障がい年金等級			1	2	3					
7	障がい支援区分			非該当		1	2	<u> 3 </u>	4	5	6
8	生活保護の受給			有 (他人介護料あり)			有 (他人介護料なし)		<u> 無 </u>		
【現在受けているサービス】 訓練等給付 (就労移行支援) 自立支援医療 (精神通院医療)											
【対応者所見】 姉は家庭を持ちながら、母のこと、本人のことにできる限りの関わりをしたいと考えているが、母の入院中の本人の世話を続けるのは困難との思い。漠然と一人で生活できるとの本人の思いと実際の生活能力、環境因子等をしっかりアセスメントし、本人の望む生活のための様々なサービスの調整、利用支援を行う。				【対応状況】 <input type="checkbox"/> 情報提供のみ <input type="checkbox"/> 他機関紹介 (紹介先) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問対応 訪問予定日 <u> X </u> 年 <u> 9 </u> 月 <u> 6 </u> 日 担当者 松井 <input type="checkbox"/> 再来所予定 <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日							