

## 相 談 受 付 票

相談受付日 2018 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 <b>電話</b> 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 <b>女</b> )	住所	A 市 × × 町					
年齢 20 歳 (生年月日 1998 年 4 月 20 日)	相談者氏名 江戸 桜 相談者との関係 ( 姉 )	Tel	〇〇〇〇-〇〇〇〇 Fax					
相談者の連絡先～相談者宅	相談者の連絡先～相談者宅	その他の連絡先	大阪 一郎 ( 兄 )					
住所 B 市 △ △ 町	住所 B 市 △ △ 町	住所	A 市 ○ ○ 町					
Tel 〇〇〇〇-〇〇〇〇 Fax	Tel 〇〇〇〇-〇〇〇〇 Fax	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	<b>同・別</b>	パート就労（入院中）			
	姉	江戸 桜	32	同 <b>別</b>	無職			
	兄	大阪 一郎	27	同 <b>別</b>	会社員			
	本人	大阪 花子	20	同・別				
<b>相談内容</b>								
<p>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。</p>								
<b>現在受けている各種の障がい等級等</b>								
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	<b>B 1</b>				B 2	
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	<b>2</b>					
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	<b>3</b>	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)		<b>無</b>	
<b>【現在受けているサービス】</b>								
<p>訓練等給付（就労移行支援） 自立支援医療（精神通院医療）</p>								
<b>【対応者所見】</b>			<b>【対応状況】</b>					
<p>姉は家庭を持ちながら、母のこと、本人のことで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。</p>			<p><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 2018 年 9 月 6 日                  担当者 松井  <input type="checkbox"/> 再来所予定 年 月 日</p>					