

相談受付票

事例資料 2

相談受付日 2017年 11月 6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	住所	A市××町						
氏名	大阪 三郎 (男・女)	Tel	○○○○-○○○○ Fax						
年齢	24歳 (生年月日 1993年 5月 5日)	その他の連絡先	(姉) 城 桜子						
相談者氏名	大阪 千代美 相談者との関係 (母)	住所	B市○○町						
相談者の連絡先～相談者宅		Tel	○○○○-○○○○ Fax						
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 千代美	49	同・別	パート就労				
	姉	城 桜子	28	同・別	無職				
				同・別					
	本人	大阪 三郎	24	同・別	弁当工場				
相談内容									
卒業後、アパレル会社で働きだしたが職場との関係がうまくいかずに退職。その後、自宅で生活するが昼夜逆転するなど生活リズムが乱れたため、ショートステイを利用する。母が障害者就業・生活支援センターに相談し、弁当工場に再就職する。金銭管理や言葉の行き違いなどで家族とのトラブルがあり、グループホームに入居。仕事も順調で生活リズムも整い楽しく生活していたが、入居して1年くらいしてからルームメイトとの関係が崩れだし、トラブルが目立つようになった。グループホームの世話人よりこれ以上は手に負えないと言われ、本人の希望もあって現在、週末に外泊を繰り返している。しかし、自宅に戻ると家族に対して愚痴や欲求が激しくなり、このままではグループホームも退居しなければならず、本人も一人暮らしを希望しているため、これからの生活について相談したい。									
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		B1	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	2					
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	3	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)		無	
【現在受けているサービス】									
自立支援医療 (精神通院医療)									
【対応者所見】			【対応状況】						
母は、これまでの経緯からも本人との関係に苦慮しており、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。			<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						
本人が希望する生活について、しっかりとアセスメントを行い、本人にあった生活のための様々なサービスの調整、利用支援を行う。			訪問予定日 2017年 11月 8日 担当者 松井 <input type="checkbox"/> 再来所予定 年 月 日						