

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	住所	A市XX町		
氏名	大阪 花子 (男・ 女)	Tel	〇〇〇〇-〇〇〇〇 Fax		
年齢	20歳 (生年月日X-20年 4月 20日)	その他の連絡先	大阪 一郎(兄)		
相談者氏名	江戸 桜 相談者との関係 (姉)	住所	A市〇〇町		
相談者の連絡先~相談者宅		Tel	Fax		
住所	B市△△町				
Tel	〇〇〇〇-〇〇〇〇 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	同・別	パート就労(入院中)
	姉	江戸 桜	32	同・ 別	無職
	兄	大阪 一郎	27	同・ 別	会社員
	本人	大阪 花子	20	同・別	
相談内容					
<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>					
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】					
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】			【対応状況】		
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。			<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 X年 9月 6日 担当者 松井 <input type="checkbox"/> 再来所予定 年 月 日		