

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)							
相談者氏名	江戸 桜	その他の連絡先	大阪 一郎 (兄)					
相談者との関係	(姉)							
相談者の連絡先~相談者宅		住所	A市〇〇町					
住所	B市△△町	Tel	Fax					
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】								
<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>								
【対応者所見】			【対応状況】					
<p>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。</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 X年 9月 6日 担当者 松井					
			<input type="checkbox"/> 再来所予定 年 月 日					