

相 談 受 付 票

相談日 平成27年 8月25日

受付 No. 氏 名 青木 和子（仮名）		相談方法 （外来、電話、文書、ファクシミリ、訪問） 経由機関 ○○市○○氏・○○病院○○氏 担当者				
現住所 千葉県○○市○○ 性別：女 生年月日：S43, 1, 1（47歳） 連絡先 TEL ○○○○-○○-○○○○ 障害名：統合失調症 精神保健福祉手帳（2級） 障害支援区分：未認定（申請済）						
相談者氏名 青木 和子（本人） 住 所 同上 TEL FAX		その他の連絡先 氏 名 青木 健人 住 所 ○○県○○市○○ TEL ○○○○-○○-○○○○ FAX				
家 族	続柄	氏 名	年齢	職業・学校	同居 別居	特記事項
	本人	青木 和子	47	無職		自宅・単身生活
	弟	青木 健人	40	会社員	別居	アパート単身生活
相談内容 ・市の障害福祉課とM病院より相談の依頼 （身なりが汚く、近隣住民が民生委員に相談。市に連絡があったとのこと） ・（本人）「貯金が減ってしまうので働かないといけない」「でもなにをしたらいいかわからなくて不安」「気になる事やこれからの事を考えると夜間も不安」「太っているのが嫌、食事をダイエットする」「話し相手が欲しい」			[家族構成] 			
現在受けているサービス 自立支援医療（精神） 障害基礎年金2級受給中						
対応者所見・その他の情報 ・陰性症状が目立っている。身なりも整っていない。日常生活の改善が必要であると思われる。 ・悪口を言われているとの被害的な考えについては、平日の日中は病院へ電話で相談することで、気にしすぎないように切り替えている。（週に1回程度は病院に電話ある） ・主治医の勧めで病院デイケアを見学したが、通うのに1時間以上かかるので、利用しなかった。 ・相談員が訪問したところ、部屋が散らかっていて、書類や保険証などを本人が探し回っていた。			対応状況 ※ 以下のサービスについて情報提供、本人の意向を確認の上、見学や訪問を行う予定。 ・障害者就業・生活支援センター ・就労移行支援事業所 ・就労継続支援B型事業所 ・地域活動支援センター ・自立訓練(生活訓練)事業所(通所型・訪問型) ・居宅介護 ※生活費と貯金の減り方の把握を相談員と本人とで計算する			

対応職員 ○○ ○○