

【書式14】 社会資源調査票(初任者研修)

受講番号		氏名	
------	--	----	--

市町村名		人口		人	( 年 月現在)			
高齢化率		%	合計特殊出生率		%	保護率		%
身体障害者手帳交付者		人	療育手帳交付者		人	精神保健福祉手帳交付者		人
障害保健福祉圏域名		圏域	管轄保健所名					
障害保健福祉圏域の構成市町村名			管轄児童相談所名					
			管轄年金事務所名					

1 地域の特徴(産業、地理、歴史、特産物など)

→情報入手先( )

--

2 地域の相談支援体制(複数箇所ある場合はそれぞれについて記入)

基幹相談支援センター	<input type="checkbox"/> 設置済	<input type="checkbox"/> 設置予定( 年度)	<input type="checkbox"/> 設置検討中	<input type="checkbox"/> 設置予定なし
------------	------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

以下、設置済みの場合

形態	<input type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 直営	<input type="checkbox"/> その他	自分の関わり	行ったことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	関わりの度合い(5段階で記入)	
業務内容									

市町村地域生活支援事業の相談支援	形態	<input type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 直営	<input type="checkbox"/> その他( )	箇所数		箇所
業務内容							
事業所とその特徴							

計画相談支援の事業所(指定特定相談支援事業所)(指定障害児相談支援事業所)	箇所数		箇所	うち指定障害児相談支援事業所		箇所
	相談員数		人	特徴		
	兼務の相談員数		人			

総合支援法(サービス等利用計画)			児童福祉法(障害児支援利用計画)		
対象者数	作成率	うちセルフプラン率	対象者数	作成率	うちセルフプラン率
	人	%		人	%
指定一般相談支援事業所(地域相談)	箇所数	地域移行	箇所	地域定着	箇所
地域における精神科病院からの地域移行の取り組みの概要・検討状況※					
地域生活支援拠点の概要・検討状況※					

※自立支援協議会で検討している場合もここに記入する。  
1 / 3 ページ

3 地域の自立支援協議会

名称		設置形態	<input type="checkbox"/> 市町村単独 <input type="checkbox"/> 障害保健福祉圏域 <input type="checkbox"/> その他
組織図			
最近検討したテーマや共有されている課題			
自身の関与度	定期的に参加している ・ 担当者と話したことがある ・ 名前しか知らない ・ 全く知らない		

4 地域の障害福祉行政の特徴

→情報入手先( )

--

5 市町村地域生活支援事業の実施状況や特徴・課題( 年度) →情報入手先( )

--

6 地域の障害福祉サービス事業所の状況(強みと課題) →情報入手先( )

居宅・居住系サービス	
通所系サービス	
入所系サービス (短期入所を含む)	

※自治体や自立支援協議会、基幹相談支援センター等にて作成される事業所一覧等があれば1部添付してください。