

地域アセスメントシート

初任者 インターバル1

受講者氏名

調査先(どのような方法で調査しましたか?)

(調査先)所属:

氏名:

1、あなたが活動されている市町村(区)の状況について、記入してください

① 地域(市区町村(区))の概要 (年 月現在)

| | | | |
|-----------------------|---|------|---|
| 市区町村名 | | その人口 | 人 |
| 相談支援体制整備の単位 | <input type="checkbox"/> 1. 市区町村 <input type="checkbox"/> 2. 障害保健福祉圏域 <input type="checkbox"/> 3. その他 () | | 人 |
| 人材育成エリア ^{¶1} | | | 人 |

¶1 ここでは業務実施地域において、どのような単位で人材育成を行っているかを指します。相談支援体制整備の単位と同一であることも多いと想定されます。人口が多い場合などは、行政区域よりも細やかなブロック単位としているかもしれません。以下すべての項目で同じ。

② 市町村(区(相談支援体制整備の単位))における状況

1) 相談支援の状況 (年 月現在)

| 手帳所持者 | | | | 自立支援医療 | その他の把握している障害者の数 | 相談支援の利用者数 | | 相談支援の(暫定)カバー率 |
|-------|----|--------|--------|--------|-----------------|-----------|------|---------------|
| 身体 | 療育 | 精神保健福祉 | 精神通院医療 | | | 計画相談外 | 計画相談 | |
| 人 | 人 | 人 | 人 | | 人 | 0人 | 0人 | #DIV/0!% |

| 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 | % | % |

2) 相談支援事業所等の状況 (年 月現在)

| | 設置運営形態 | 箇所数 | 職員数 (人) | | 担当件数 (件) | |
|-------------------|--|-----|---------|-----|----------|--|
| | | | 兼務職員数 | 計画外 | 計画相談 | |
| 基幹相談支援センター | <input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 未設置 | | | | | |
| 市町村の地域生活支援事業の相談支援 | <input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| 指定特定相談支援事業所 | | | | | | |
| 指定障害児相談支援事業所 | | | | | | |
| 指定一般相談支援事業所(地域移行) | | | | | | |
| 指定一般相談支援事業所(地域定着) | | | | | | |
| 自立生活援助事業 | | | | | | |
| 児童発達支援センター | <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 未設置 | | | | | |
| 地域生活支援拠点 | <input type="checkbox"/> 面的 <input type="checkbox"/> 拠点 <input type="checkbox"/> 未整備 <input type="checkbox"/> 未検討 | | | | | |

| | |
|-----------|---|
| 主任相談支援専門員 | 人 |
|-----------|---|

※事前に調査項目をホームページ等で調べて記入した上で、インターバル受入先を訪問等して下さい。

(裏面に続きます)

2、あなたが活動されている市町村（区）内の、下記の障がい福祉サービス事業所数について記入してください。

居宅介護（ ） 重度訪問介護（ ） 同行援護（ ） 行動援護（ ）
重度障がい者等包括支援（ ） 短期入所（ ） 療養介護（ ） 生活介護（ ）
施設入所支援（ ） 自立訓練（機能・生活）（ ） 宿泊型自立訓練（ ） 就労移行支援（ ）
就労継続支援A型（ ） 就労継続支援B型（ ） 就労定着支援（ ） 自立生活援助（ ）
共同生活援助（ ） 児童発達支援（ ） 放課後等デイサービス（ ）
居宅訪問型児童発達支援（ ）
地域活動支援センター（ ） 箇所

3、あなたが活動する地域の以下について、記入してください。

自立支援協議会が 開催されている ・ 開催されていない （どちらかに○をつけてください）

自立支援協議会に専門部会が ある ・ ない （どちらかに○をつけてください）

※「ある」に○をつけた場合は、その部会の種類も記入してください

4、概況を調べるまで知らなかったことの有無、あればその内容を記入してください。

5、概況を調べてみて感じたこと（地域の特徴も含めて）を記入してください。

6、あなたが地域で相談支援をする際に、困ったとき相談できそうな人、事業所、機関はありますか？

ある ・ ない （どちらかに○をつけてください）

※「ある」に○をつけた場合は、書ける範囲で記入してください。（ ）

<参考>

地域特性、地域の状況を知るためのヒント

WAM-NET <http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/>

大阪府福祉の手引き <http://www.pref.osaka.lg.jp/keikakusuishin/kankou/tebiki.html>

その他、各市区町村のHPにてご確認ください。