

## 社会資源関連調査票

受講番号	番	所属名	氏名
------	---	-----	----

ご自身の事業所またはご自宅のある地域について記載してください。この調査票については、事業所名や担当者名等は実名をお書きください。全部で7ページあります。

## 1 地域の特徴（人口、歴史、特産物など）

--

## 2 地域の障がい福祉行政の特徴

--

## 3 市町村地域生活支援事業の状況

	実施の有無	特徴（対象、利用制限等）
意思疎通支援		
日常生活用具		
移動支援		
地域活動支援センター		

## 4 地域の課題抽出

--

## 5 地域の(自立支援)協議会

## (1) 概要

名称	
構成市町村	

## (2) 事務局

事務局（部署等）	
担当者名	
電話番号	

## (3) 組織

名称	人数	主な構成員	開催頻度
全体会	人		
定例会	人		
運営会議 (事務局会議)	人		
部会	人		
部会	人		
	人		

## (4) 最近の主な議題（課題）

--

## (5) 所属する事業所（法人等）の関与状況

--

(6) 受講者自身の関与状況

--

(7) 受講者自身の(自立支援)協議会への参加状況

開催日	会議の種類	自身の立場	議題及び感想等

(8) 受講者自身と事務局担当者との関係 (該当するものに○)

よく知っている ・ 会ったことがある ・ 電話をしたことがある ・ 名前しか知らない ・ 全く知らない

6 障がい福祉サービス事業者等の確認

「担当者との関係」の欄には、◎○△×を記入  
よく知っている◎、親しくはないが頼むことができる○、  
面識はある△、会ったことも話したこともない×

(1) 相談支援【市町村外を含む。】

事業所名 (法人名)	担当者名	電話番号	特徴(委託の有無、得意な障がい種別等)	担当者との関係

## (2) 訪問系（居宅介護・重度訪問介護・行動援護・重度障害者等包括支援・同行援護）

事業所名（法人名）	担当者名	電話番号	特徴（提供するサービス、時間等）	担当者との関係

## (3) 短期入所

事業所名（法人名）	担当者名	電話番号	特徴（提供するサービス、時間等）	担当者との関係

## (4) 日中活動系（療養介護・生活介護・就労移行支援・就労継続支援・自立訓練・地域活動支援センター・児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援）

事業所名（法人名）	担当者名	電話番号	特徴（提供するサービス、時間等）	担当者との関係

## (5) 居住系(施設入所支援・共同生活援助・福祉ホーム・障害児入所支援)

事業所名(法人名)	担当者名	電話番号	特徴(提供するサービス、時間等)	担当者との関係

## (6) 意思疎通支援

内容	事業所名(法人名)	担当者名	電話番号	特徴	担当者との関係
手話通訳					
要約筆記					
点訳					
音訳(朗読)					
代筆					

## (7) 補装具・日常生活用具

事業所名(法人名)	担当者名	電話番号	特徴(提供するサービス、時間等)	担当者との関係

## 7 インフォーマルな支援の確認

(1)自治体独自の障がい福祉サービス、ボランティア、当事者団体活動など

内容	事業所名(法人名)	担当者名	電話番号	特徴	担当者との関係

(2)地域の資源(民生委員、学校、子ども会、病院等)

内容	事業所名(法人名)	担当者名	電話番号	特徴	担当者との関係

## 8 その他

内容	名称	担当者名	電話番号	特徴	担当者との関係
公共職業安定所					
障害者職業センター					
障害者就業・生活支援センター					
障がい児等療育支援事業					
発達障がい者支援センター					
高次脳機能障がい及びその関連障がいに対する支援普及事業					

9 調査票を作成してみたの自己評価及び今後の目標

記入日：令和元年 月 日

【自己評価】

【今後の目標】