**インターバル報告書②（書式８）　　　　班：　　　　受講番号：　　　　　　　　氏名：**

**圏域名又は市町村名：　　　　　　　　　基幹・委託事業所の名称：**

**実習日（実習①）：**

**【インターバル期間（実習①課題）：１０月8日～１0月20日記載　※郵送締め切り：１０月２6日必着！！】**

**１．地域の相談支援体制・（自立支援）協議会**

**①地域の相談支援体制について（指定特定・委託・基幹が担う役割や機能がどのように整理されているか）**

|  |
| --- |
|  |

**②（自立支援）協議会について〔協議会の役割や機能がどのように整理され、展開されているか〕**

|  |
| --- |
|  |

**【演習２日目：１１月１０日実施】**

**③インターバル時に行うこと〔相談支援体制や（自立支援）協議会について、どのようにして調べてくるか〕**

|  |
| --- |
|  |

**班：　　　　受講番号：　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　実習日（実習②）：**

**圏域名又は市町村名：　　　　　　　　　基幹・委託事業所の名称：**

**【インターバル期間（実習②課題）：１１月１１日～１２月1日記載　※郵送締め切り：１2月２日必着！！】**

**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チェック）**

**①基幹相談支援センターについて**

□設置済〔　□委託　・　□直営　・　□その他　〕

□設置予定（令和　　年度）　・　□設置検討中　・　□設置予定なし

**②基幹相談支援センターと自分の関わり**

・行ったことが〔　□ある　・　□ない　〕

・関わりの度合い(5段階で記入) 　薄い〔　1　・　2　・　3　・　4　・　5　〕濃い

**➂基幹相談支援センターの業務内容**

|  |
| --- |
|  |

**３．市町村地域生活支援事業の相談支援について**

**①形　態**〔　□委託　・　□直営　・　その他（　　　　　　　　　）　〕

**②設置個所数**　（　　　　　箇所）

**➂市町村地域生活支援事業の相談支援の業務内容**

|  |
| --- |
|  |

**④事業所とその特徴**

|  |
| --- |
|  |

**４．地域の自立支援協議会について　　※自身の事業所がある圏域の協議会について記載する。**

**①名　称**〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

**②設置形態**〔　□市町村単独　・　□障害保健福祉圏域　・　□その他（　　　　　　　　　　）　〕

**➂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組織図**

|  |
| --- |
|  |

**➄最近、自立支援協議会で検討したテーマや共有されている課題**

|  |
| --- |
|  |

**５．インターバル時の取り組み内容・効果・基幹相談支援センター等との連携**

**①相談支援体制についてわかったこと（実情や課題など）**

|  |
| --- |
|  |

**②自立支援協議会についてわかったこと（実情や課題など）**

|  |
| --- |
|  |

**【演習３日目：１２月９日実施】**

**6．研修終了後、地域支援をどのように展開していくか、地域支援を意識した取り組みを行うときに自分にできそうなこと（基幹・委託相談支援センター等との連携も含む）**

|  |
| --- |
|  |