**地域アセスメントシート**

所属：

名前：

**（初任者研修事前課題）**

◎あなたの市町村（所属事業所所在地）の使える社会資源（基本情報）を調べてみよう

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市 町 村 名 |  | 人 口(※　　　 　年　 　月時点) | 人 |
| 手帳所持者数(※　　　 　年　 　月時点) | 身体：　　　　　　　人 | 療育：　　　　　　　人 | 精神：　　　　　　　人 |
| 地 域 の 社 会 資 源 | 事業種別 | 事業所数 | 事業種別 | 事業所数 | 事業種別 | 事業所数 |
| 施設入所支援 | か所 | 就労継続支援Ａ型 | か所 | 放課後等デイサービス | か所 |
| 短期入所 | か所 | 就労継続支援Ｂ型 | か所 | 児童発達支援 | か所 |
| グループホーム | か所 | 自立訓練（機能訓練） | か所 | 訪問看護 | か所 |
| 生活介護 | か所 | 自立訓練（生活訓練） | か所 | 地域活動支援センター | か所 |
| 就労移行支援 | か所 | 居宅介護（ヘルパー事業所） | か所 | 地域包括支援センター | か所 |
| ※短期入所、グループホーム、居宅介護は障がい福祉サービスの事業所数とします。 |
| 地域福祉活動の仕組み(町内会単位の福祉活動) | 地区社協・学校区社協の取り組み(あり・なし) | 民生委員・児童委員(　　　　　　　　人) | その他（福祉活動員など）(名称：　　　　　　　　)(　　　　　　　　　人) |
| 地域特性を記入： |
| その他活動の特徴： |
| 相談支援事業所の体制 | １ 市町村の窓口のみ　　　　　　　　 ３ 委託相談支援事業所（　　　　か所）２ 基幹相談支援センター（　　　か所） ４ 指定相談支援事業所（　　　　か所） |
| 自立支援協議会の状況 | １ 自立支援協議会が設置されている　　　 ２ 自立支援協議会が設置されていない※１に〇をつけた方は下の表にご記入ください。 |
| 全体会 | 開催あり　（年　　　　回）　　・　　　開催なし |
| 専門部会 | 開催あり　　　　　　　　　　　・　　　開催なし部会名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他会議 |  |
| 障がい者支援のためのアセスメント |
| 障がい者にとっての地域のおすすめポイント（インフォーマルを含む） | ① |
| ② |
| ③ |
| 障がい者にとっての地域のお困りポイント | ① |
| ② |
| ③ |
| 私たちができること・提案したいこと | 課題： |
| 具体策： |