④地域アセスメントシート

所 属：

受講者氏名：

（現任研修事前課題）

◎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 |  |
| ※相談支援事業所が抱えている課題 |  |
| ※相談支援専門員としての課題 |  |

* 相談支援事業所に勤務していない場合は、身近にある相談支援事業所を訪問のうえ、ご記入ください。