

【就労継続支援A型計画書】

| | | | | | | | | |
|------------------------------|----|---------------------------------|--|----------------------|----------------|---------------|-------|-------|
| 作成日： 年 月 日 | | 前回作成日： 年 月 日 | | 計画作成者： 印 | | | | |
| ふりがな | 性別 | 昭和 / 平成 | | 障害支援 区分 | 管理者 | サービス管 理責任者 | 職業指導員 | 生活支援員 |
| 氏名 | | 年 月 日生 歳 | | | | | | |
| 就労継続支援A型利用までの経緯 (活動歴や病歴等) | | 本人の希望（業務内容、労働時間、賃金、一般就労の希望の有無等） | | | | | | |
| | | 本人の障害基礎年金等の有無や収入状況 | | | 本人の生産活動を行う際の課題 | | | |
| 健康状態(病名、服薬状況等) | | | | 生産活動や支援で留意する医学的リスクなど | | | | |
| 生活環境や自宅での役割などの本人の生活状況 | | | | | | | | |

利用目標

| | | | | |
|----------|-------|-----|-----------|----------|
| 長期 目標 | 設定日 | 年 月 | 目標 達成度 | 達成・一部・未達 |
| | 達成予定日 | 年 月 | | |
| 短期 目標 | 設定日 | 年 月 | 目標 達成度 | 達成・一部・未達 |
| | 達成予定日 | 年 月 | | |

サービス提供内容

| 目標と支援の提供方針・内容 | | 評価 | | | 迎え(有・無) | |
|---------------|-----------|-----|-----|----------|--------------|----------|
| | | 実施 | 達成 | 効果、満足度など | | |
| ① | 月 日 ~ 月 日 | 実施 | 達成 | | プログラム(1日の流れ) | |
| | | 一部 | 一部 | | (予定時間) | (サービス内容) |
| | | 未実施 | 未実施 | | | |
| ② | 月 日 ~ 月 日 | 実施 | 達成 | | | |
| | | 一部 | 一部 | | | |
| | | 未実施 | 未実施 | | | |
| ③ | 月 日 ~ 月 日 | 実施 | 達成 | | | |
| | | 一部 | 一部 | | | |
| | | 未実施 | 未実施 | | | |
| ④ | 月 日 ~ 月 日 | 実施 | 達成 | | | |
| | | 一部 | 一部 | | | |
| | | 未実施 | 未実施 | | | |
| ⑤ | 月 日 ~ 月 日 | 実施 | 達成 | | 送り(有・無) | |
| | | 一部 | 一部 | | | |
| | | 未実施 | 未実施 | | | |

| | |
|------|------------------------|
| 特記事項 | 実施後の変化(総括) 再評価日： 年 月 日 |
|------|------------------------|

| | |
|-------------------------------|---|
| 上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日 | 上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 年 月 日 |
| ご本人氏名： 印 | 相談支援専門員様/事業所様 |
| ご家族氏名： 印 | |

| | | |
|----------------------------------|--|--------------|
| 就労継続支援A型 ○○○ 事業所No. 000000000 | 〒000-0000 住所：○○県○○市○○ 00-00 Tel. 000-000-0000/Fax. 000-000-0000 | 管理者： 説明者： |
|----------------------------------|--|--------------|