

【就労定着支援計画書】

|   |  |                                    |                                      |     |               |          |
|---|--|------------------------------------|--------------------------------------|-----|---------------|----------|
| 作成日： 年 月 日                                |  | 計画作成者：                             |                                      | 管理者 | サービス管理<br>責任者 | 就労支援員    |
| 評価日： 年 月 日                                |  | 評価作成者：                             |                                      |     |               |          |
| ふりがな                                      |  | 性別                                 | 生年月日(年齢)                             |     | 支援区分          | 障害者手帳    |
| 対象者氏名                                     |  |                                    | 昭和・平成<br>年 月 日( 歳)                   |     |               | 身体・療育・精神 |
| 雇用事業主<br>(業種： )<br>(所在地)<br>(連絡先) (担当者： ) |  | 就職まで利用していた事業所からの引き継ぎ事項(就職日： 年 月 日) |                                      |     |               |          |
| 職場環境                                      |  |                                    | 業務内容                                 |     |               |          |
| 物理的環境：休憩室有無、音や光等                          |  | 人的環境：キーパーソン、上司・同僚の属性等              |                                      |     |               |          |
| 労働条件                                      |  |                                    | 関わっている支援機関                           |     |               |          |
| 雇用形態：(正規・非正規[パート・アルバイト、契約社員・嘱託、派遣])       |  |                                    |                                      |     |               |          |
| 契約上の賃金：                                   |  |                                    | 休日：                                  |     |               |          |
| 1日の勤務時間(休み時間)： ( )                        |  |                                    |                                      |     |               |          |
| 健康状態(診断名、服薬状況等)                           |  |                                    | 生活環境及び生活面のサポート体制(家族との同居の有無、家事の自立状況等) |     |               |          |

| 利用目標(利用者のニーズ) |       |     |  |           |          |
|---------------|-------|-----|--|-----------|----------|
| 長期<br>目標      | 設定日   | 年 月 |  | 目標<br>達成度 | 達成・一部・未達 |
|               | 達成予定日 | 年 月 |  |           |          |
| 短期<br>目標      | 設定日   | 年 月 |  | 目標<br>達成度 | 達成・一部・未達 |
|               | 達成予定日 | 年 月 |  |           |          |

| 支援内容・評価               |     |     |          |  |            |
|-----------------------|-----|-----|----------|--|------------|
| 目標達成に向けた支援方針・内容・期間・頻度 | 実施  |     | 評価       |  | 残っている課題と対策 |
|                       | 実施  | 達成  | 効果、満足度など |  |            |
| ①<br>月 日 ~ 月 日        | 実施  | 達成  |          |  |            |
|                       | 一部  | 一部  |          |  |            |
|                       | 未実施 | 未達成 |          |  |            |
| ②<br>月 日 ~ 月 日        | 実施  | 達成  |          |  |            |
|                       | 一部  | 一部  |          |  |            |
|                       | 未実施 | 未達成 |          |  |            |
| ③<br>月 日 ~ 月 日        | 実施  | 達成  |          |  |            |
|                       | 一部  | 一部  |          |  |            |
|                       | 未実施 | 未達成 |          |  |            |

特記事項

総括評価

上記計画の内容について説明を受けました。  
年 月 日

ご本人氏名：  
ご家族氏名：

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

相談支援専門員様/事業所様