

## 障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース※）のQ & A

### 【※ジョブコーチを活用した場合の助成金】

Q 1. 障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース）はどのような助成金ですか。

#### 【企業在籍型ジョブコーチが支援する場合】

Q 2. 企業在籍型ジョブコーチになるためにはどうすればよいですか。

Q 3. 企業在籍型ジョブコーチが社内の障害者の定着支援を行った場合に、どのような助成が受けられるのですか。

Q 4. 一人の企業在籍型ジョブコーチが複数の障害者を支援してもよいのでしょうか。

Q 5. 企業在籍型ジョブコーチによる支援を行い、障害者雇用安定助成金（職場適応援助コース）の支給を受けたいのですが、どのような手続きが必要ですか。

Q 6. 助成金を受けることができる事業主の要件は何ですか。

Q 7. 助成金を受ける場合、企業在籍型ジョブコーチが支援する対象者の要件は何ですか。

Q 8. 支援計画書はどのように記載すればよいのですか。

Q 9. 支援計画書に記載する支援期間に制限はありますか。

#### 【訪問型ジョブコーチが支援する場合】

Q 10. 訪問型ジョブコーチになるためにはどうすればよいですか。

Q 11. 助成金の対象となるための訪問型ジョブコーチの要件はありますか。

Q 12. 訪問型ジョブコーチが障害者の定着支援を行った場合、どのような助成が受けられますか。

Q 13. 助成金を受けることのできる事業主の要件は何ですか。

Q 14. 助成金を受ける場合、訪問型ジョブコーチが支援する対象者の要件は何ですか。

Q 15. 訪問型ジョブコーチによる支援を行い、障害者雇用安定助成金（職場適応援助コース）の支給を受けたいのですが、どのような手続きが必要ですか。

Q 16. 支援計画書はどのように記載すればよいのですか。

Q 17. 支援計画書に記載する支援期間に制限はありますか。

Q 18. 障害者就業・生活支援センターの職員は助成金を受けることができますか。

Q 19. 就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型、B型）の職員は助成金を受けることができますか。

Q 1. 障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース）はどのような助成金ですか。

A 1. 職場適応・定着に特に課題を抱える障害者に対して、職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援を実施する事業主に対して助成するものです。

なお、職場適応援助者（ジョブコーチ）とは、職場適応援助者（ジョブコーチ）養成研修の受講を修了された方です。ジョブコーチには、障害者を雇用されている企業に雇用されている「企業在籍型ジョブコーチ」と社会福祉法人等に所属する「訪問型ジョブコーチ」があります。企業在籍型ジョブコーチによる支援、訪問型ジョブコーチによる支援について、各種要件に当てはまる場合に、それぞれ助成金が支給されます。

【企業在籍型ジョブコーチが支援する場合】

Q 2. 企業在籍型ジョブコーチになるためにはどうすればよいですか。

A 2. (独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構又は厚生労働大臣が指定する民間機関が実施する企業在籍型ジョブコーチ養成研修の受講を修了する必要があります。

研修実施機関の情報については、こちらをご覧ください↓

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/koyou/shougai\\_shakouyou/06a.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougai_shakouyou/06a.html)（職場適応援助者養成研修について）

Q 3. 企業在籍型ジョブコーチが社内の障害者の定着支援を行った場合に、どのような助成が受けられるのですか。

A 3. 障害者を雇用する事業主が地域障害者職業センター（※）が作成または承認する支援計画に沿って企業在籍型ジョブコーチに支援を行わせた場合に、以下（①+②）の額を事業主に助成します。

※ 地域障害者職業センターは、(独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構が運営しており、全都道府県にあります。障害者や障害者を雇用する企業に対する専門的な相談支援等を実施しています。

① 対象労働者1人あたり月額（下表）に、支援計画に基づく支援を行った月数を掛けた額（最大で6ヶ月までとしています）

| 対象労働者      | 支給額（1人あたり月額） |     |        |     |
|------------|--------------|-----|--------|-----|
|            | 中小企業         | 8万円 | 中小企業以外 | 6万円 |
| 短時間労働者以外の者 | 中小企業         | 8万円 | 中小企業以外 | 6万円 |
| 短時間労働者     | 中小企業         | 4万円 | 中小企業以外 | 3万円 |

② 企業在籍型職場適応援助者養成研修の受講料を事業主が全て負担し、かつ、養成研修修了後6ヶ月以内に、初めて支援を実施した場合に、その受講料の1/2の額

Q 4. 一人の企業在籍型ジョブコーチが複数の障害者を支援してもよいのでしょうか。

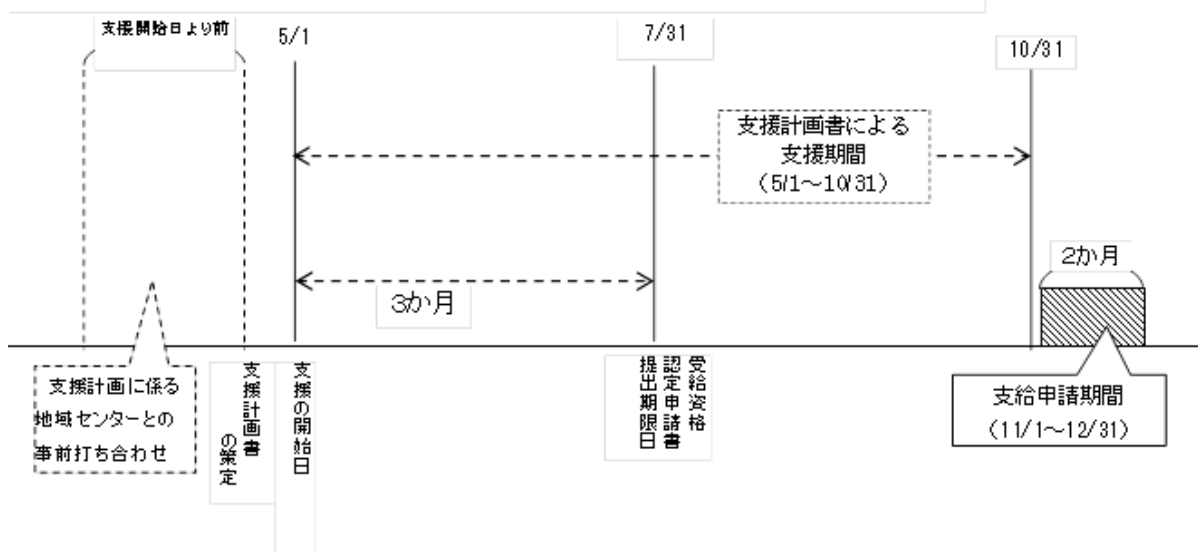
A 4. 複数の障害者を支援していても問題はありません。ただし、支給対象期間に本助成金など（※）の支給対象者として支援している障害者が4人以上いる場合は、助成金の支給はされません。

※ 障害者雇用安定助成金（企業在籍型職場適応援助者による援助）、企業在籍型職場適応援助促進助成金、障害者雇用安定助成金（障害者職場定着支援コース）（職場支援員の配置の措置に限る）、障害者職場定着支援奨励金、重度知的・精神障害者職場定着支援奨励金、業務遂行援助者の配置助成金を指します。

Q 5. 企業在籍型ジョブコーチによる支援を行い、障害者雇用安定助成金（職場適応援助コース）の支給を受けたいのですが、どのような手続きが必要ですか。

A 5. 地域障害者職業センターと支援計画を作成するための事前の打ち合わせを行ってください。事前の打ち合わせの内容を踏まえ、支援する予定の障害者の方の支援計画書を作成し、地域障害者職業センターの承認を受けます。支援計画書に基づき、1月あたり5回以上の支援を行います。支援計画書の支援開始日から3ヶ月以内に、「受給資格認定申請書」に必要な書類を添えて、事業所の所在地を管轄する都道府県労働局またはハローワークに申請します。受給資格があることが確認された場合は、支援計画書による支援期間の終了日の翌日から2ヶ月以内に、「支給申請書」に必要な書類を添えて、受給資格認定申請書の申請を行った都道府県労働局またはハローワークに提出してください。

<参考：受給手続きの流れ> 【5月1日に支援を開始し、6か月間の支援を行った場合】



Q 6. 助成金を受けることができる事業主の要件は何ですか。

A 6. 雇用保険の適用事業主であり、地域障害者職業センターが作成または承認する支援計画書に基づき企業在籍型ジョブコーチに支援対象労働者の支援を行わせる事業主である必要があります。

また、支援を行う企業在籍型ジョブコーチが、企業在籍型職場適応援助者養成研修を修了後、初めて支援を行う場合は、原則として地域障害者職業センターのジョブコーチとともに支援を行う必要があります（ペア支援）。なお、地域障害者職業センターが障害者に対する就労支援経験が十分あると認める場合はこの限りではありません。

Q 7. 助成金を受ける場合、企業在籍型ジョブコーチが支援する対象者の要件は何ですか。

A 7. ①身体障害者、②知的障害者、③精神障害者、④発達障害者、⑤障害者総合支援法の対象疾病である難病患者、⑥高次脳機能障害のある方、⑦①～⑥以外の障害者であって地域障害者職業センターが作成する職業リハビリテーション計画の中で職場適応援助が必要であると認める方のいずれかに該当する方が対象となります。また、雇用保険被保険者または雇用保険被保険者になろうとする方等の要件があります。

Q 8. 支援計画書はどのように記載すればよいのですか。

A 8. 支援計画書には、①対象労働者に対する支援内容（例えば、コミュニケーション能力の向上に係る支援、基本的労働習慣に関する事項、通勤に関する事項など）、②支援対象労働者の職場の従業員等に対する障害者への対応方法等に係る助言等、③関係機関との調整などについて記載します。別添の記載例（→別添参照）を参考にしてください。

なお、作成いただいた支援計画書は、地域障害者職業センターの承認が必要となりますので、地域障害者職業センターとの事前の打ち合わせをお願いします。

Q 9. 支援計画書に記載する支援期間に制限はありますか。

A 9. 1つの企業在籍型支援計画の期間は最長で6ヶ月になります。

【訪問型ジョブコーチが支援する場合】

Q 1 0. 訪問型ジョブコーチになるためにはどうすればよいですか。

A 1 0. (独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構又は厚生労働大臣が指定する民間機関が実施する訪問型ジョブコーチ養成研修の受講を修了する必要があります。

研修実施機関の情報については、こちらをご覧ください↓

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/koyou/shougai\\_shakoyou/06a.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougai_shakoyou/06a.html) (職場適応援助者養成研修について)

Q 1 1. 助成金の対象となるための訪問型ジョブコーチの要件はありますか。

A 1 1. 助成金の対象となる訪問型ジョブコーチは、国や地方公共団体等の委託事業費で人件費の一部または全部が支払われているものではないことが必要です。ただし、委託事業を実施する日と訪問型ジョブコーチとして勤務する日が完全に分かれている場合など、訪問型ジョブコーチとしての活動時間の賃金が委託事業費等を原資として支払われていないことが明確であれば、受給することが可能です。詳しくは、都道府県労働局またはハローワークにお問い合わせください。

Q 1 2 訪問型ジョブコーチが障害者の定着支援を行った場合、どのような助成が受けられますか。

A 1 2. 企業に雇用されている障害者に対して、障害者の就労支援を行っている社会福祉法人等の事業主が地域障害者職業センターが作成または承認する支援計画で必要と認められた支援を、訪問型ジョブコーチに無償で行わせた場合に、以下(①+②)の額を事業主に助成します。

※ 地域障害者職業センターは、(独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構が運営しており、全都道府県にあります。障害者や障害者を雇用する企業に対する専門的な相談支援等を実施しています。

① 支援計画に基づいてジョブコーチ支援を行った日数に、以下の日額単価を掛けて算出された額

1日の支援時間(移動時間を含む)の合計：4時間以上の日 16,000円 / 4時間未満の日 8,000円

② 訪問型職場適応援助者養成研修に関する受講料を事業主がすべて負担し、かつ、養成研修の修了後6ヶ月以内に、初めての支援を実施した場合に、その受講料の1/2の額

Q 1 3. 助成金を受けることのできる事業主の要件は何ですか。

A 1 3. 雇用保険の適用事業主であり、次の①～③のいずれかに該当する、障害者の就労支援を行う事業主であることが要件です。

- ① 障害者就業・生活支援センターの指定法人
- ② 障害者総合支援法に基づく就労移行支援事業を行う事業主
- ③ 助成金の受給資格認定申請を行う年度またはその前年度に、支援した障害者の就職件数と職場実習の件数の合計が3件以上である事業主

また、事業主が初めて訪問型ジョブコーチによる支援を実施する場合は、原則として、地域障害者職業センターのジョブコーチとともに支援を行う必要があります。なお、地域障害者職業センターが当該事業主について、障害者に対する就労支援経験が十分であると認める場合はこの限りではありません。

Q 1 4. 助成金を受ける場合、訪問型ジョブコーチが支援する対象者の要件は何ですか。

A 1 4. ①身体障害者、②知的障害者、③精神障害者、④発達障害者、⑤障害者総合支援法の対象疾病である難病患者、⑥高次脳機能障害のある方、⑦①～⑥以外の障害者であって地域障害者職業センターが作成する職業リハビリテーション計画の中で職場適応援助が必要であると認める方のいずれかに該当する方が対象となります。また、雇用保険被保険者または雇用保険被保険者になろうとする方等の要件があります。

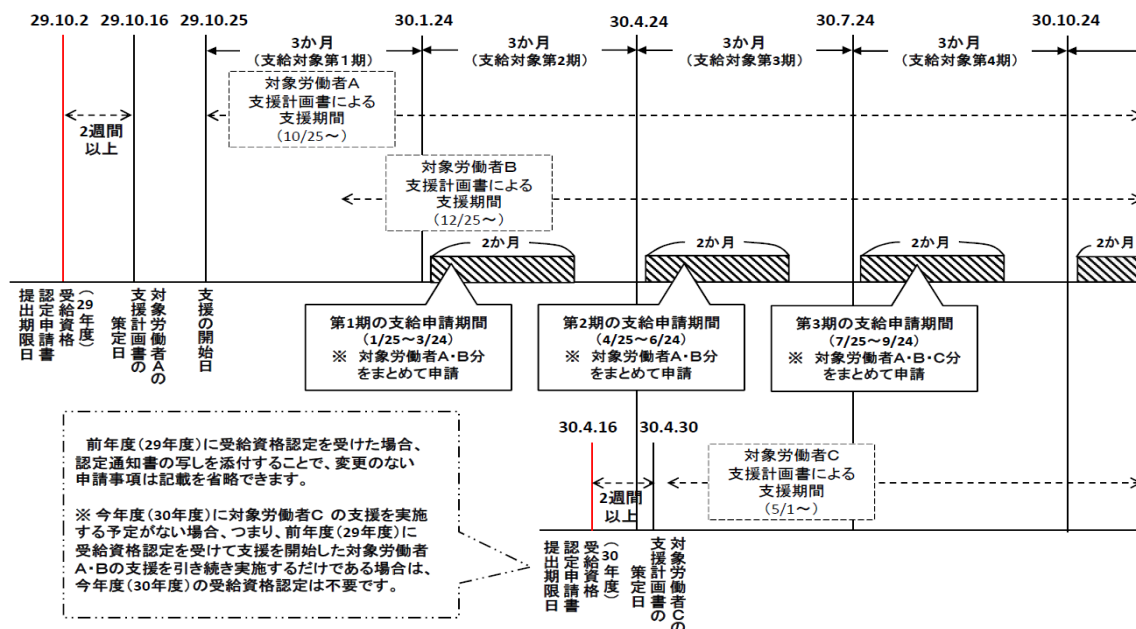
Q15. 訪問型ジョブコーチによる支援を行い、障害者雇用安定助成金（職場適応援助コース）の支給を受けたいのですが、どのような手続きが必要ですか。

A15. 事業所を管轄する労働局またはハローワークに受給資格認定申請を提出し、受給資格認定を受ける必要があります。なお、年度毎に支援計画書の策定を行う（※支援計画の策定をしない場合は、支援計画の開始日）2週間前までに申請する必要があります。労働局・ハローワークへの受給資格認定申請を行った後、地域障害者職業センターと支援計画書の作成等について打ち合わせを行ってください。作成した支援計画書については、地域障害者職業センターの承認を受ける必要があります。

地域障害者職業センターの承認を受けた支援計画書に基づき、訪問型ジョブコーチによる支援を開始します。初めて行う訪問型支援計画の開始日から3ヶ月毎に支給対象期が設定されますので、各支給対象期間が終了してから2ヶ月以内に支給申請を行ってください。

なお、この設定された支給対象期はその法人が新たな支援計画に基づく支援を行い、助成金の支給を受ける場合も同一となります。また、その年度以降も、支援が続く間は同一の支給対象期間が適用されることとなります。

【参考例】【支援計画書を策定し、平成29年10月25日に1人目の支援を開始する場合】



Q 1 6. 支援計画書はどのように記載すればよいのですか。

A 1 6. 支援計画書には、①対象労働者に対する支援内容（例えば、コミュニケーション能力の向上に係る支援、基本的労働習慣に関する事項、通勤に関する事項など）、②支援対象事業主に対する支援、③家族に対する支援などについて記載します。別添の記載例（→別添参照）を参考にしてください。

なお、作成いただいた支援計画書は、地域障害者職業センターの承認が必要となりますので、地域障害者職業センターと事前の打ち合わせをお願いします。

Q 1 7. 支援計画書に記載する支援期間に制限はありますか。

A 1 7. 1つの訪問型支援計画は、最長1年8ヶ月になります。これは、訪問型ジョブコーチが課題の改善を集中的に行う集中支援期間、訪問型ジョブコーチから事業所内の支援体制に徐々に移行する移行支援期間をあわせて最長8ヶ月、その後のフォローアップを行う期間を1年としています。なお、精神障害者を支援する場合は、フォローアップ期間を1年間延長し、最長2年8ヶ月の支援期間を設定することができます。

Q 1 8. 障害者就業・生活支援センターの職員は助成金を受けられるのですか。

A 1 8. 障害者就業・生活支援センターの就業支援員や生活支援員は、国からの委託事業費で支援をしており、これらの支援員として活動している時間は、有償でのサービス提供は認められず、他の業務との兼業もできません。

ただし、委託事業を実施する日と訪問型ジョブコーチとして勤務する日が完全に分かれている場合などで、訪問型ジョブコーチとしての活動時間の賃金が委託事業費を原資として支払われていないことが業務委託契約書、雇用契約書、本助成金の支給申請書などの書類により証明できる場合は、受給することが可能な場合もありますので、詳しくは、都道府県労働局またはハローワークにお問い合わせください。



Q 1 9. 就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型、B型）の職員は助成金を受けることができるのですか。

A 1 9. 就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型、B型）を実施する法人の事業所に訪問型ジョブコーチを配置する場合は、各事業の人員配置（最低）基準に定める人員とは別に配置することが必要です。なお、その事業所に雇用されている方が人員配置（最低）基準を満たしていることを前提として、各事業におけるサービス提供の職務に従事しない時間帯に、その方が訪問型ジョブコーチとして活動する場合に、受給することが可能な場合もありますので、詳しくは、都道府県労働局またはハローワークにお問い合わせください。

## 企業在籍型職場適応援助者による支援計画書

|                |                                     |  |                         |  |                              |
|----------------|-------------------------------------|--|-------------------------|--|------------------------------|
| 事業主所在地         | ****                                |  |                         |  |                              |
| 事業主名           | ****                                |  |                         |  |                              |
| 事業所所在地         | ****                                |  |                         |  |                              |
| 事業所名           | ****                                |  |                         |  |                              |
| 企業在籍型職場適応援助者氏名 | ** **                               |  | 地域センター配置型<br>職場適応援助者(※) |  |                              |
| 支援対象労働者属性      | 支援対象労働者氏名                           | ** **  |                         | 〇〇歳                                    | 性別 男 <u>女</u>                |
|                | 障害名                                 | 精神障害   | 職業リハビリテーション計画の有無(※)     | <u>あり</u><br><u>なし</u>                 | 手帳の有無 <u>あり(等級 3級)</u><br>なし |
|                | 障害状況                                | ・月1回の定期通院及び服薬により病状は落ち着いています。<br>・周囲の期待に応えようとする気持ちが強く、忙しくても断りきれず、抱え込む傾向があります。また、自身のストレスに気づきづらい面があります。 |                         |  |                              |
|                | 支援対象労働者が従事する職務                      | 一般事務(メール配信、データ入力、電話対応等)  |                         |  |                              |
|                | 職場適応上の課題                            | ・自立して安定した業務遂行のための自己管理スキルの向上について<br>・事務所内における障害特性及び障害にかかる配慮事項等の共有について                                 |                         |  |                              |
|                | 勤務時間                                | 9 時 00 分 ~ 16 時 00 分   |                         |  |                              |
|                | 休日                                  | 土日祝  |                         |  |                              |
| 事業所属性          | 事業内容                                | 製造業及び販売業   |                         |  |                              |
|                | 事業所従業員数                             | ** 名   | 障害者雇用数                  | 身体障害者 ** 名<br>知的障害者 ** 名<br>精神障害者 ** 名 |                              |
|                | 支援対象労働者が配属される部署の作業環境及び人的環境          | ・本人が所属する部署は10名程度。所属部署では障害者雇用の受け入れが初めてであり、社員は関わり方等について不安を覚えている。                                       |                         |  |                              |
| 支援期間           | 平成 ** 年 5 月 1 日 ~ 平成 ** 年 10 月 31 日 |  |                         |  | 〔 予定総支援日数<br>30 日 〕          |

(※)については、障害者職業センターで必要に応じて記載します。なお、支援を実施する職場適応援助者に障害者の支援実績が少ない場合で、本助成金の対象となる支援を初めて行う場合には、障害者職業センターが指定する配置型職場適応援助者とペア支援を行うことが要件となります。ペア支援を行う職場適応援助者の氏名がない場合、助成金が受けられませんので、障害者職業センターと、あらかじめよくご相談ください。

|                  |                            | 支援事項（支援ポイント）  | 支援計画（内容・方法・回数・頻度等）   |
|------------------|----------------------------|---|--|
| 支<br>援<br>計<br>画 | 支援対象労働者                    | ①自己管理スキルを高める支援<br><br>②相談体制について   | ①体調面や睡眠、職務遂行等の状況を確認する業務日誌を作成します。周囲からの期待に応えようと頑張りすぎる傾向があるため、自身のストレスに気づき、必要に応じて休憩をとったり、業務日誌を活用し、自発的に業務に関する相談が出来るよう助言を行います。<br><br>②課題への対処方法等を助言した後に、週1回程度の振り返り面談を行うことで自己の対処スキルの向上や職場内の環境調整を促進します。  |
|                  | 事業所                        | ◆就業環境設定に係る配慮事項<br><br>◆安全管理対策<br><br>◆事業所内支援体制確立に向けた取り組み  | 定期的な相談や業務日誌について**さんの上司と共有し、迅速に体調面や仕事の進捗状況に対する不安を解消し、安心して仕事に取り組める環境を構築します。<br><br>疲労の蓄積を予防するため、1時間に10分の休憩が必要であることについて上司、同僚の理解を得るとともに、休憩が取れる環境の調整を行います。<br><br>本人と相談しながら、障害特性や配慮事項等について、同じ部署に勤務する社員に対して必要な情報の提供を行います。また、本人に適切な支援が行えるよう、必要に応じて、本人の障害特性及び指導方法についての研修会を開催します。 |
|                  | 支援実施体制                     | ◆本支援に係る責任者・職場適応援助者の位置付け等の社内体制、職業リハビリテーション・福祉・医療・教育機関との連携について<br><br>下記の機関と必要な連携を行いながら支援を実施していきます。<br><br>・事業所内 **、**（ジョブコーチ）<br>・支援機関<br>**障害者就業・生活支援センター **<br>**病院 ** | 生活面のサポート等について<br>医療面のサポート等について   |
| その他              | 支援期間中に必要に応じてケース会議を2回実施します。 |   |  |

この支援計画に基づく職場適応援助者による援助に同意します。

本人氏名

印

(保護者等氏名

)

この支援計画を承認します。

なお、本支援計画を実施することとしている職場適応援助者については、障害者の就労支援について十分な経験があるものと認められることから、ペア支援は不要と認めます。

年 月 日

障害者職業センター所長

印

地域センターでは、以下の視点に基づきその内容について確認を行っています。

① 支援内容・職務内容

- (イ) 支援対象労働者が従事する職務は、その障害特性、職業適性等を参考に設定されているか
- (ロ) 支援対象障害者に対する支援事項及び支援の内容・方法は、障害特性等に配慮されているか
- (ハ) 就業環境は、支援対象労働者の障害特性等に配慮して設定がされているか
- (ニ) 安全への配慮がなされているか
- (ホ) 事業所内の支援体制確立(ナチュラルサポート)へ向けた教育、啓発等の取り組みが検討されているか

② 支援実施体制

- (イ) 支援を担当するジョブコーチが、専門職として適切な役割を果たす計画となっているか
- (ロ) ジョブコーチによる支援をサポートするための事業所内の管理体制が明確になっているか、支援実施の責任者が定められているか
- (ハ) 支援事項に応じ地域の職業リハビリテーション機関、必要に応じて福祉や教育の機関等との連携の必要性は検討されているか

③ 支援期間及び支援回数の設定

支援事項に応じた支援期間及び支援回数の設定となっているか。なお、支援計画に基づく支援を行う回数が、1月あたり平均で5回以上(同一の日に2回以上行った場合は1回と数えるものとする。)であることが助成金支給の要件になっていることに留意すること

④ インフォームド・コンセント(説明と同意)

支援計画に対する支援対象労働者の同意が得られる見込みがあるか

# 訪問型職場適応援助者支援計画書

(参考様式2)

(H29.4)

法人名: ○○法人 ○○

(作成者名: ○○ ○○)

[平成 \*\* 年 \* 月 \*\* 日作成・平成 年 月 日変更]

|                               |  |                                  |   |                        |                              |
|-------------------------------|--|----------------------------------|---|------------------------|------------------------------|
| ①支援対象労働者                      | ** **  | ②保護者名                            | (続柄)  |                        |                              |
| ③障害名                          | 精神障害   | 手帳の有無                            | あり(精神障害者保健福祉手帳 3級)<br>なし  |                        |                              |
| 支援対象事業主<br>(支援対象労働者<br>雇用事業所) | 株式会社****   | 支援対象労働者<br>勤務先事業所<br>(同左の場合記載不要) | ****  |                        |                              |
| ④職場適応援助者                      | ** **、** **  | ⑤事業管理者                           | ** **   | ⑥支援計画策<br>定に要した時間<br>数 | 15 時間                        |
| ⑦支援期間                         | 平成**年 4月 1日 ~ 平成**年 6月 30日 [3か月]<br>(うち雇用前支援: 年 月 日 ~ 年 月 日(雇入予定日 年 月 日))  |                                  |   |                        |                              |
|                               | [集中支援期] 平成**年 4月 1日 ~ 平成**年 5月 14日<br>[移行支援期] 平成**年 5月 15日 ~ 平成**年 6月 30日  |                                  |   |                        |                              |
| 職場環境<br>作業内容                  | [職務内容]品出し、清掃等<br>[勤務時間]9:00 ~ 15:00(休憩60分)<br>[休日]土、日曜日<br>[指導担当]**様   | ⑧雇用保<br>険の加入<br>(予定)             | あり<br>なし  | ⑨週(予定)所<br>定労働時間       | 25時間/週                       |
|                               |  |                                  |   | ⑩A型事業<br>所利用者          | 該当・ <b>非該当</b>               |
| 区分                            | 支援事項(支援ポイント)   |                                  | 支援計画(内容・方法等)  |                        |                              |
| 対象労働者<br>支援                   | ⑪<br>○体調管理に係る助言<br><br>○不安の軽減、安心感の向上のための相談   |                                  | ⑫<br>○体調の変化に対処するため、「体調管理表」を導入し、職場訪問時に確認し、不調時には対処方法について助言します。休み明けに精神的に不調になりやすい傾向がありますので、当面は月曜日を中心に職場訪問を行う予定です。<br><br>○安心して仕事に取り組めるように、ジョブコーチが訪問時に面談を行い、人間関係や職務等における困りごとについて相談します。課題が見られた際には必要に応じて指導担当者と相談しながら解決に向けた助言を行います。                                 |                        |                              |
| 事業主支援                         | ⑬<br>○ご本人との接し方や不調時の対応についての助言<br><br>○相談体制の構築   |                                  | ⑭<br>○ジョブコーチ訪問時に、指導担当者の方に就業の状況について聞き取りを行います。なお、不調の兆し(疲労、眠れない、普段できていることへの意欲がわかない等)がみられる場合には、休息や通院の促し等について具体的にジョブコーチが助言しますので、その旨を本人に伝えていただくようお願いします。<br><br>○ご本人の安心感向上のため、指導担当者との定期的な相談の実施をお願いします。相談にはジョブコーチも同席し、体調の確認等と一緒にいきます。頻度は1週間に1回から始め、徐々に適当な頻度を検討します。 |                        |                              |
| 家族支援                          | ⑮生活面の支援機関と事業主との連携  |                                  | ⑯生活面の変化や課題等が勤務に影響する場合、生活面の支援機関と事業主との連携・連絡体制の構築について助言・援助します。   |                        |                              |
| ⑰関係機<br>関への協<br>力要請事<br>項     | 【**公共職業安定所】<br>事業主に対して、必要に応じて雇用援護制度等、障害者雇用に関する情報提供をお願いします。<br>【**病院】<br>必要に応じて職場での支援状況について情報共有を行います。体調面について、医療的な助言をお願いします。<br>【**支援センター】<br>ジョブコーチ支援期間中は、就業後に**での面談(週1回)を予定してます。職場での状況、面談での状況については、随時情報共有し、必要な対応をお願いします。 |                                  |   |                        |                              |
| ⑱支援の回<br>数・頻度等                |  |                                  |   |                        | 集中支援期 最大週 3回<br>移行支援期 最大週 2回 |
| ⑲その他                          | ジョブコーチ支援期間中は、2回ケース会議を行います。   |                                  |   |                        |                              |

(※)支援計画の開始日前5年間に障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)のうち訪問型職場適応援助に係る支給を受けたことがない事業主が訪問型職場適応援助を行う場合は、当該訪問型職場適応援助を行う訪問型職場適応援助者に、職場適応援助者としての経験を十分に有する者として障害者職業センターが指定する配置型職場適応援助者とペア支援を行うことが、要件となります。配置型職場適応援助者とペア支援を行う場合、障害者職業センターが支援計画を作成しますので、障害者職業センターとあらかじめよくご相談ください。

本支援計画を承認します。  
なお、本支援計画を実施することとしている事業主については、障害者の就労支援について十分な経験があると認められることから、ペア支援は不要と認めます。

平成 年 月 日

障害者職業センター所長印

## 【記載する上での留意事項】

### ①支援対象労働者、⑧雇用保険の加入(予定)、⑨週(予定)所定労働時間

・支援対象労働者は、以下の要件を満たしているか確認の上記載する。

(ア)雇用保険に加入している者、又は支援開始日から2か月以内に雇用保険に加入することが確実な者

(イ)精神障害者又は発達障害者であって、雇用保険の適用事業所に週15時間以上で雇用されている者、又は、支援開始日から2か月以内に雇用保険の適用事業所に雇用されることが確実である者

### ②保護者名

・必要に応じて、親権を行う者、配偶者、後見人等を記載する。

### ③障害名

・以下のいずれかに該当する障害名を記載する。

(ア)障害者雇用促進法上の「身体障害者」「知的障害者」「精神障害者」⇒「身体障害」「知的障害」「精神障害」

(イ)発達障害者支援法に規定する「発達障害者」⇒「発達障害」

(ウ)「難治性疾患」を有する者(雇用関係助成金のご案内参照)⇒「難病」

(エ)脳の機能的損傷に基づく精神障害である「高次脳機能障害」であると診断された者⇒「高次脳機能障害」

(オ)上記以外の障害者であって地域障害者職業センターが職業リハビリテーション計画の中で職場適応援助が必要であると認めた者⇒「その他」

### ④職場適応援助者

・原則として、複数名の支援体制とする。

### ⑤事業管理者

・事業の実施に係る調整・総括に関する業務を担う職場適応援助者を管理する者(職場適応援助者との兼任で差し支えない)。

### ⑥支援計画策定に要した時間数

・活動日数は4日(4時間未満の支援の場合は1/2日。以下同じ。)までとし、うち少なくとも1日は支援にかかる事業所を訪問すること。

なお、時間数は様式第9号「支援対象労働者名簿」の合計時間数を記載すること。

### ⑦支援期間、⑩支援の回数・頻度等

・集中支援期:支援計画の課題改善を集中的に行う期間、移行支援期:支援の主体を職場適応援助者から事業所内の支援体制に移行する期間

・支援期間は「集中支援期」及び「移行支援期」を合わせて1か月以上8か月の範囲内(標準2~3か月)。

・支援の回数・頻度はそれぞれの時期における最大週何回の支援を予定するかを明確に記載する。

※支援対象労働者と事業主と協議の上、必要な支援内容(障害特性、労働環境)、その他諸条件を考慮した期間及び支援頻度を記載する。

### ⑩A型事業所利用者(P)

該当・・支援対象事業主がA型事業所であり、かつ、支援対象労働者が障害者総合支援法に基づく福祉サービスの利用者

非該当・・支援対象事業主がA型事業所ではない、又は、支援対象事業主がA型事業所であって、労働者が施設職員として勤務している利用者

※「該当」の場合は障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)の対象にはならないこと。

### ⑪対象労働者支援(支援事項(支援ポイント))

・(支援対象労働者の)アセスメントを踏まえ、支援対象労働者の就職又は職場適応上の課題を記載する。

(例) 人間関係及び職場内コミュニケーションに関する事項、基本的労働習慣に関する事項、職務遂行に関する事項、体調面に関する事項 等

### ⑫対象労働者支援(支援計画(内容・方法等))

・⑪の支援事項に基づき、課題の改善を行うため、実際にジョブコーチが行う支援の内容について具体的に記載する。

### ⑬事業主支援(支援事項(支援ポイント))

・(支援対象労働者の職務及び職場環境の)アセスメントを踏まえ、支援対象労働者の職場適応に必要な助言や改善について記載する。

(例) 障害に係る知識に関する事項、職務内容の設定に関する事項、職務遂行に係る指導方法に関する事項、体調管理に関する事項 等

### ⑭事業主支援(支援計画(内容・方法等))

・⑬の支援事項に基づき、実際にジョブコーチが行う支援の内容について具体的に記載する。

### ⑮家族支援(支援事項(支援ポイント))

・支援対象者の職業生活を支えるための助言を記載する。

(例) 障害に係る知識に関する事項、職業生活を支えるために必要な知識及び家族での支援体制に関する事項、事業主との連絡及び連携体制の確立に関する事項 等

### ⑯家族支援(支援計画(内容・方法等))

・⑮の支援事項に基づき、安定した職業生活を送るため、実際にジョブコーチが行う支援の内容について具体的に記載する。

### ⑰関係機関への協力要請事項

・協力が必要な関係機関名と協力要請する内容について具体的に記載する。

### ⑱その他

・その他必要な連絡事項等があれば記載する。

## 【地域障害者職業センターにおける支援計画書の承認】

地域障害者職業センターは以下の観点から確認を行う

(イ)支援期間の設定の妥当性

(ロ)集中支援期及び移行支援期の設定の妥当性

(ハ)支援体制の適切性

(ニ)障害特性への配慮の有無

(ホ)職場環境、作業内容等の十分な把握

(ヘ)ナチュラルサポートの形成へ向けた事業主支援の検討の有無

(ト)支援事項、支援の内容・方法等の設定の適切性

(チ)支援の回数・頻度の明確な記述とその適切性

(リ)その他適切な支援の実施に必要な事項