

訪問型職場適応援助者支援計画書

(様式第2号)
(R01.10)

法人名: ○○法人 ○○ (作成者名: ○○ ○○)

[平成 ** 年 * 月 ** 日作成・平成 年 月 日変更]

支援対象労働者本人の同意があれば不要

①支援対象労働者	** **	②保護者名 (本人以外で連絡が取れる方)	(続柄)		
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) / なし		
		診断書の有無(統合失調症、そううつ病、てんかんの場合のみ)	診断書あり / なし		
支援対象事業主 (支援対象労働者 雇用事業所)	株式会社****	支援対象労働者 勤務先事業所 (同左の場合記載不要)	****		
④職場適応援助者	** **, ** **	⑤事業管理者	** **	⑥支援計画策定 に要した時間数	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] -(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				
	[移行支援期] 平成 ** 年 5 月 15 日 ~ 平成 ** 年 6 月 30 日				
職場環境 作業内容	[職務内容]品出し、清掃等 [勤務時間]9:00 ~ 15:00(休憩60分) [休日]土、日曜日 [指導担当]**様		⑧雇用保険の 加入(予定)	⑨A型事業 所利用者	⑩定着支援事 業所利用者
			あり・なし	該当・非該当	該当・非該当
					⑪週(予定)所定労働時間 25時間/週
区分	支援事項(支援ポイント)		支援計画(内容・方法等)		
対象労働者支援	⑫ ○体調管理に係る助言 ○不安の軽減、安心感の向上のための相談		⑬ ○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。 ○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は相談しながら解決に向けた助言を行います。		
事業主支援	⑭ ○ご本人との接し方や不調時の対応についての助言 ○相談体制の構築		⑮ ○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。 ○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、体調の確認等を一緒に行います。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	⑯生活面の支援機関と事業主との連携		⑰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。		
⑱関係機関への協力要請事項	【**公共職業安定所】 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。 【**病院】 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。 【**支援センター】 ジョブコーチ支援期間中は、就業後に**での面談(週1回)を予定しています。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。				
⑲支援の回数・頻度等			集中支援期 最大週 3回 移行支援期 最大週 2回		
⑳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書を作成しますので、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)、⑪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。

※記載は必須ではないこと。

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られた者⇒「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、⑨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。

⑨A型事業所利用者

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。

⑩就労定着支援事業所利用者

該当・・・支援対象労働者が障害者総合支援法に基づく就労定着支援事業所の利用者である場合(予定されている場合も含む)

非該当・・・支援対象労働者が障害者総合支援法に基づく就労定着支援事業所の利用者でない場合

※「該当」の場合で、就労定着支援事業所又は当該就労定着支援事業所を運営する同一の法人内の他の事業所に配置されている訪問型職場適応援助者が利用者に対して、支援を実施した月について自立支援給付費を申請する場合は、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。

⑫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

⑬対象労働者支援(支援計画(内容・方法等))

・⑫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。

⑭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

⑮事業主支援(支援計画(内容・方法等))

・⑭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。

⑯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

⑰家族支援(支援計画(内容・方法等))

・⑯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。

⑱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。

⑳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