

訪問型職場適応援助者支援計画書

(様式第2号(訪))

法人名: 社会福祉法人〇〇〇〇 ()

〔 R** 年 **月 **日作成 ・ 年 月 日変更 〕

支援対象障害者が未成年ではなく、本人の同意があれば不要です。

支援対象障害者	〇〇〇〇〇	保護者名 (本人以外で連絡が取れる方)	(続柄)		
生年月日	S**年**月**日	中高年齢等措置	該当 / 非該当		
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・度) / なし		
		診断書の有無	診断書あり / なし		
支援対象事業主 (支援対象障害者 雇用事業所)	株式会社〇〇〇〇	支援対象者	診断書ありの場合は、障害名欄に病名を記載してください。		
職場適応援助者	××××、△△△△	事業主名	〇〇〇〇〇〇	に要した時間数	15 時間
支援期間	R** 年 4 月 1 日 ~ R** 年 6 月 30 日 [3 か月] (うち雇用前支援: 年 月 日 ~ 年 月 日(雇用予定日 年 月 日))				
	[集中支援期] R** 年 4 月 1 日 ~ R** 年 5 月 14 日 [移行支援期] R** 年 5 月 15 日 ~ R** 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 [指導担当]****様	雇用保険の 加入(予定)	A型事業 所利用者	定着支援事 業所利用者	週(予定)所定労働時間
		あり/なし	該当/非該当	該当/非該当	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 障害 者支 援	〇体調管理に係る助言 〇不安の軽減、安心感の向上のための相談		〇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。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るため、当面は月曜日を中心に職場訪問を行う予定です。 〇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。課題がみられた際には必要に応じて指導担当者や相談しながら解決に向けた助言を行います。		
事業 主支 援	〇ご本人との接し方や体調管理についての助言 〇相談体制の構築		〇ジョブコーチ訪問時に、指導担当者の方にご本人の就業状況について聞き取りを行います。また、ご本人との接し方で不明な点がありましたら助言を行います。不調の兆し(疲労、眠れない等)がみられる場合には、休息の取り方や作業量の設定等体調管理のための対応ポイントを具体的にジョブコーチが助言します。 〇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	生活面の支援機関と事業主との連携		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・援助を行います。		
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、必要に応じて雇用支援制度等、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**支援センターでの面談(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。				
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				
その他	在宅勤務者である場合もしくは在宅勤務が支援期間中にある場合は、勤務の詳細や支援の方法を当該欄に記載してください。				

(※) 支援計画の開始日前5年間に訪問型職場適応援助者助成金又は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。

年 月 日

障害者職業センター所長 印

訪問型職場適応援助者支援計画書

(様式第2号(訪))

法人名: 社会福祉法人〇〇〇 (作成者名: ××××)

〔R** 年 **月 **日作成・年 月 日変更〕

支援対象障害者	〇〇〇〇〇	保護者名 (本人以外で連絡が取れる方)	(続柄)		
生年月日	S**年**月**日	中高年齢等措置	該当 / 非該当		
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・度) / なし		
		診断書の有無	診断書あり / なし		
支援対象事業主 (支援対象障害者 雇用事業所)	株式会社〇〇〇〇	支援対象障害者 勤務先事業所 (同左の場合記載不要)			
職場適応援助者	××××、△△△△	事業管理者	××××	支援計画策定 に要した時間数	15 時間
支援期間	R** 年 4 月 1 日 ~ R** 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〕 R** 年 4 月 1 日 ~ R** 年 5 月 14 日 〔移行支援期〕 R** 年 5 月 15 日 ~ R** 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 [指導担当]****様	雇用保険の 加入(予定)	A型事業 所利用者	定着支援事 業所利用者	週(予定)所定労働時間
		あり・なし	該当・非該当	該当・非該当	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 障害 者 支 援	〇体調管理に係る助言 〇不安の軽減、安心感の向上のための相談		〇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。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るため、 当面は月曜日を中心に職場訪問を行う予定です。		
事業 主 支 援	〇ご本人との接し方や体調管理についての助言 〇相談体制の構築		〇ジョブコーチ訪問時に、指導担当者の方にご本人の就業状況について聞き取りを 行います。また、ご本人との接し方で不明な点がありましたら助言を行います。 不調の兆し(疲労、眠れない等)がみられる場合には、休息の取り方や作業量の設定等 体調管理のための対応ポイントを具体的にジョブコーチが助言します。 〇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	生活面の支援機関と事業主との連携		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・援助を行います。		
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、必要に応じて雇用保護制度等、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**支援センターでの面談(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。				
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				
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。 ・支援対象者は隔週で水曜日に在宅勤務をしています。 ・在宅勤務中に支援を行う場合は自宅を訪問し、家族支援を含めた支援を検討します。				

(※) 支援計画の開始日前5年間に訪問型職場適応援助者助成金又は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。

年 月 日

障害者職業センター所長 印