

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	雇用 太郎			地域センター配置型 職場適応援助者 (※)		
支援対象 障害者 属性	支援対象 障害者氏名	幕張 若葉		** 歳	性別 男 ・ 女	
	障害名	精神障害	職業リハ ビリテー ション計 画の有無 (※)	あり ・ なし	手帳の有無 あり(等級 3級) ・ 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。 ・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。				
	支援対象障害者が従事する職務	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 ・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、祝日				
事業所 属性	事業内容	**** 日本標準産業分類に基づいて主な事業内容を記載してください。				
	事業所 従業員数	** 名	障害者 雇用数	身体障害者	** 名	
				知的障害者	** 名	
				精神障害者	** 名	
	支援対象障害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	令和*年 7月 1日 ~ 令和*年 12月 31日					
	〔 予定総支援日数 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 援 計 画	支援対象障害者	<p>①自己管理スキルを高める支援</p> <p>②不安の軽減、安心感のための相談</p>	<p>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できるよう助言を行います。</p> <p>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課題への取組状況を確認します。また、本人が不安に感じている点がある場合には、解決策について具体的な助言を行います。</p>
	事業所	<p>◆就業環境設定に係る配慮事項</p> <p>◆安全管理対策</p> <p>◆事業所内支援体制確立に向けた取り組み</p>	<p>定期的に本人と相談を行うとともに、業務日誌を本人の上司と共有し、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
	支援実施体制	<p>◆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 (※)</p> <p>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。</p> <p>・事業所内 **、** (ジョブコーチ)</p> <p>・支援機関 **障害者就業・生活支援センター ** **病院 **</p>	<p>生活面のサポート等について 医療面のサポート等について</p>

(※) 訪問型職場適応援助者助成金又は障害者職場適応援助コースに係る支援対象障害者(労働者)として現に支援されている者については、本助成金を受給することができません。又、助成金の受給には月平均5日以上の支援実績が必要です。

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 ****

(保護者等氏名)

必ず本人同意の上、記名して
もらってください

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