

障害者に対する職場実習に係る注意事項 (就労支援機関等)

労働局に対し、障害者職場実習推進事業による職場実習希望申入れを行う際には、以下の注意事項をご了承ください。

なお、労働局に対し、職場実習希望申し入れを行う場合の職場実習の取扱いは、下記によることとなりますが、各就労支援機関等が職場実習受入候補事業所リストを基に独自に行う職場実習の取扱いは各就労支援機関等において調整をお願いします（独自に職場実習を行う場合についても、別に定める職場実習実施報告書を沖縄労働局に対し提出いただくようお願いします）。

1 実習対象者

実習対象者は、就職を希望しているものの、企業での就業経験が不足している、又は離職後相当の期間が経過している等により直ちに雇用へ移行することが困難な障害者であって、就労支援機関等の支援を受けている者のうち、労働局が職場実習を実施することが適当と認めた者とします。

2 実習実施事業所

実習実施事業所は、職場実習受入の意思があるものとして「職場実習受入候補事業所リスト」に記載されている事業所とします。

3 実習受入事業所での実習期間、実習日数及び時間

実習受入事業所での実習日数及び時間は、実習対象者の状態や作業内容等に応じて実習受入事業所と就労支援機関等が協議の上設定するものとしませんが、事業所での実習期間は、1週間から1か月の間で設定するものとし、実習日数については、原則として5日から10日の間で設定するとともに、実習時間については、1日につき3時間程度から当該事業所の所定労働時間を超えない範囲内で設定します。なお、実習日数及び1日当たりの実習時間は、実習対象者の状態に応じ段階的に増やすことができるものとしします。

4 職場実習の調整依頼

就労支援機関等は、労働局に実習の調整を希望する場合は、実習開始希望日の1か月前までに、労働局に対して「職場実習実施希望届」を提出するものとしします。

5 職場実習の実施

上記1に定める実習対象者に対する職場実習を実施する際は、職場実習受入先事業所と調整の上、実習対象者ごとに「職場実習実施計画書」を作成するものとしします。

6 職場実習期間中の実習対象者の管理

実習期間中における実習対象者の管理監督は、原則として、実習対象者が利用する就労支援機関等が職場実習受入事業所の実習担当者と連携、協力して実施するものとします。

7 職場実習実施結果報告

職場実習受入事業所と実習対象者が利用する就労支援機関等は、原則として、実習終了後 1 か月以内に「職場実習実施結果報告書」を作成し、就労支援機関等から労働局へ提出するものとします。

8 賃金等

実習対象者に対しては、労働局及び職場実習受入事業所から賃金及び諸手当等は一切支給しないものとします。

9 遵守事項

- (1) 就労支援機関等及び実習対象者は、実習実施に際し知り得た秘密を実習期間中及び実習終了後も第三者に口外してはならないことといたします。
- (2) 実習の期間中において、実習対象者と労働局及び実習対象者と職場実習受入事業所との間には、雇用関係その他身分関係については一切生じないものとします。
- (3) 就労支援機関等及び実習対象者の通勤途上の事故等については、労働局は一切その責を負わないものとします。このため、貴機関において保険に加入することとされている場合には、原則として当該保険に加入していただくようお願いします。

10 損害賠償等

実習対象者が就労支援機関等及び職場実習受入事業所に損害を与えた場合、労働局に重大な過失がない限り、労働局は一切の責任を負わないものとします。このため、貴機関において保険に加入することとされている場合には、原則として当該保険に加入していただくようお願いします。

11 実習対象者等の関係者への周知等

実習対象者及びその保護者等の関係者に対する本実習に関する事項の周知等に係る対応については、就労支援機関等が行うものとします。

12 協議

職場実習の実施に関して疑義が生じた場合には、その都度、就労支援機関等と労働局が協議の上定めるものとします。

(様式第5号)

沖縄労働局職業安定部職業対策課長 殿

職場実習実施希望届

1. 実習依頼機関			
依頼機関名		担当者	連絡先
2. 実習希望者			
①氏名		②性別	③生年月日 年 月 日 (歳)
④住所			
⑤障害の種類			
⑥実習中に有効な損害保険加入の有無	有 ・ 無	※別途保険料負担等の措置がなされているなど、貴機関において保険に加入することとされている場合には、原則として当該保険に加入を行うこと。	
⑦実習希望者のこれまでの経歴及び現在の状態			
⑧実習希望者ができること、できないこと			
⑨職場実習に当たっての留意事項			
3. 職場実習を希望する職場実習協力事業所			
	リスト番号	事業所名	
第1希望			
第2希望			
第3希望			
希望時期		希望日数	日程度
4. その他特記事項			

※ 記入欄が不足する場合には、適宜、別紙にて添付すること。

平成 年 月 日

(依頼機関名)

(代表者又は担当者氏名)

職場実習実施計画書

実習の目標			
日時	●期間:平成 年 月 日()~平成 年 月 日() ●休日: 月 日、 月 日 ●時間:(AM・PM) : ~ (AM・PM) : (休憩 分)		
実施場所			
職場実習依頼機関	担当者名		連絡先
職場実習受入事業所	担当者名		連絡先
実習指導員の有無	有・無		
実習対象者	氏名		
	住所		連絡先
実施内容	日程	実習内容	職場実習依頼機関の対応

上記の内容にて、「障害者に対する職場実習に係る注意事項」に同意の上、職場実習を実施いたします。

職場実習依頼機関

印

職場実習受入事業所

印

(様式第9号)

平成 年 月 日

沖縄労働局職業安定部職業対策課長 殿

職場実習実施結果報告書

実習対象者	対象者名	実習日数	欠席日数
実習の目標			
実習期間	平成 年 月 日()～平成 年 月 日() (1日 時間)		
実施内容			
受入事業所所見	今回の職場実習を通じて障害者の雇用管理等に関して参考になったこと		
実習依頼機関所見	今回の職場実習における実習対象者への効果等		

※ 記入欄が不足する場合には、適宜、別紙にて添付すること。

※ 障害者雇用状況報告の提出対象企業は、直近の障害者雇用状況報告書を添付すること。

上記のとおり、当事業所において支援者実習を実施したことを報告いたします。

(職場実習受入事業所)

(職場実習依頼機関)