

事業主のみなさまへ

障害者職場実習受入のお願い

～ 障害者に対する職場実習を推進しています～

- 職場実習を経て雇用することで、障害者本人と事業主との相互理解を深め、よりよい雇用環境を整備することができます。
- 職場実習を通じて、障害者本人や事業主が、職業能力・職場適応スキル・職場環境整備などの課題の把握、必要な配慮、雇用にあたり必要となる内容の検討を行うことができます。

職場実習について

- 実習期間中は、賃金及び通勤手当の支払いは必要ありません。
- 労働局等が実習中の傷害保険に加入します。
- ハローワークや就労支援機関等が、職場実習の相談・実習生の紹介・実習のための見学会や説明会開催などの支援を行います。

制度の概要

- ・実習日数は原則3日～10日です。
- ・実習時間は3時間以上
(事業所の所定労働時間を超えない範囲)
- ・令和6年4月から労働局の協力謝金は廃止となりました。
ただし、障害者を雇用したことがない事業主等については、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機関（以下機構）の実施する障害者職場実習等支援事業において、受入謝金支給要件に該当する場合がございます。
なお、実習実施1カ月前までに申請書の提出が必要なため、事前に機構埼玉支部高齢・障害者業務課（電話 048-813-1112）にお問い合わせください。

実習の感想

- ・社会人としての経験や特性が異なるため、仕事の切り出しや伝え方の工夫が必要だった。
- ・生徒が初めての实習で緊張状態であったが、受入事業所の配慮により、行える業務が増えて成長した。
- ・受入に消極的だったが、具体的な配慮や戦力として活躍してくれることが明確となった。

利用の流れ



厚生労働省 埼玉労働局 職業対策課 障害者職場実習担当

電話：048-600-6209



060904TAS02

障害者に対する職場実習の受入れに当たって注意頂きたい事項について

労働局では、障害者雇用を一層促進するため、障害者が企業において職場実習を体験することを通じて、障害者本人と企業との相互理解を進めるための事業を実施しております。

職場実習の実施に当たり、以下の注意事項を御理解の上、御協力いただきますようお願いいたします。

1 障害者の就労支援関係機関への情報提供について

職場実習の実施のご意向のある事業所の情報（事業所名称、所在地、事業の種類、従業員数、実習対象者に従事させる業務、特記事項、実習担当の方の氏名）を、職場実習の実施を希望する地域の障害者就業・生活支援センター、就労移行支援事業所、特別支援学校、発達障害者支援センター、都道府県・市町村等に提供させていただきます。

2 職場実習受入れの依頼等について

労働局・ハローワークのほか、上記 1 により提供を受けた関係機関から直接、職場実習の受入れを依頼されることがありますので、あらかじめご了解ください。

なお、労働局・ハローワークから依頼する場合は下記 3 によることとなりますが、他の関係機関から直接、依頼があった際は当該関係機関と調整をお願いします。

3 職場実習について

(1) 職場実習の対象者

職場実習の対象者は、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こと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、労働局・ハローワークが職場実習を実施することが必要と認めた者といたします。

(2) 職場実習担当者の選任

職場実習の実施に当たって、職場実習を受け入れる事業所の従業員の方の中から、職場実習の対象者に係る指導・援助を行う者を実習担当者として選任していただきます。

(3) 職場実習中の実習対象者の管理

職場実習期間中における実習対象者の管理監督は、職場実習の対象者が利用するハローワーク・就労支援機関等が事業所の実習担当者の方と連携、協力して実施することといたします。

(4) 守秘義務

職場実習実施に当たり知り得た秘密を第三者に口外してはならないことといたします。

(5) 損害賠償等

職場実習の対象者が職場実習受入事業所に損害を与えた場合、労働局の指導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いたします。ただし、就労支援機関等又は労働局により、実習期間中の本人の傷害及び第三者に身体障害や財物損害を発生させたことに伴う損害賠償責任を補償する保険に加入します。

(6) 変更及び辞退

労働局へ登録している事業所の情報の変更、職場実習協力の辞退など、変更が生じた場合には、労働局にお申し出てください。

職場実習受入れ回答票

当事業所は、「障害者に対する職場実習に係る注意事項」を確認の上、職場実習受入れに協力いたします。

なお、当事業所において職場実習の受入れを予定している業務等は以下のとおりです。

①事業所名称 _____ (適用事業所番号： _____)

②所在地

郵便番号 _____

住 所 _____

③事業内容 _____

④従業員数 受入事業所 _____ 人 企業全体 _____ 人

⑤実習対象者に従事させる業務 _____

⑥特記事項 _____

⑦実習担当者（又は連絡担当者）

所属部署・氏名 _____

連絡先電話番号 _____

【障害者の就労支援関係機関への情報提供について】

職場実習の実施のご意向のある事業所の情報（事業所名称、所在地、事業の種類、従業員数、実習対象者に従事させる業務、特記事項、実習担当の方の氏名）を、職場実習の実施を希望する地域の障害者就業・生活支援センター、就労移行支援事業所、特別支援学校、発達障害者支援センター、都道府県・市町村等に提供させていただくことの同意について、チェックをお願いします。

同意します。

同意しません。

令和 年 月 日

事業所名： _____