

熊本県生活困窮者自立支援プラン推進事業
(就労準備支援事業) 業務運営要領

1 趣旨

この要領は、熊本県生活困窮者自立支援プラン推進事業（就労準備支援事業）実施要綱（以下「実施要綱」という。）に基づき実施する事業の運営に関し必要な事項を定めるものとする。

2 支援対象者の選定

自立相談支援機関は、実施要綱に定める要件を満たす者のうち、本事業による支援が適当であると判断した者について、その対応の可否を事前に事業受託者に協議するものとする。なお、事業受託者は、支援対象者数の目安及び今後の業務見通し等を勘案して、対応の可否を判断するものとする。

3 支援の実施

(1) 就労準備支援プログラムの作成

事業受託者は、自立相談支援機関等の協力を得て、「就労準備支援事業に係る就労準備支援プログラム（別記様式第1号）」を作成し、自立相談支援機関に対して、「就労準備支援事業に係る着手及び就労準備支援プログラム作成報告書（別記様式第2号の1）」により報告すること。

なお、当該就労準備支援プログラムを変更（軽微な変更を除く。）した場合、事業受託者は、自立相談支援機関に対して、「就労準備支援事業に係る就労準備支援プログラム変更報告書（別記様式第2号の2）」により報告すること。

(2) 経過記録の作成

事業受託者は、就労意欲喚起のためのカウンセリングや訓練等の場の確保・提供を行った場合など、就労準備支援プログラムの進行管理上、必要と認められる支援経過について、「就労準備支援事業に係る経過記録（別記様式第3号）」に適宜記録すること。

なお、就労支援チームとの連携・協力の経過についても、就労準備支援プログラムの妥当性等を確認する上で参考となることから、適宜記録すること。

(3) しごと体験等プログラムシートの作成

事業受託者は、開拓した就労体験先については、「しごと体験等プログラム・シート（別記様式第8号の1）（別記様式第8号の2）」を作成する。

4 支援の中止及び終了

(1) 自立相談支援機関は、次に掲げる場合は、事業受託者と協議の上、支援の中止の決定を福祉事務所長等に求めることができる。なお、支援の中止を決定した場合、支援対象者に対しては、「就労準備支援事業に係る中止決定通知書（支援対象者向け）（別記様式第4号の1）」により、また、事業受託者に対しては、「就労準備支援事業に係る中止決定通知書（事業受託者向け）（別記様式第4号の2）」によりそれぞれ通知するものとする。

ア 支援対象者が中止を申し出た場合

イ 支援対象者の病状の悪化等により、支援の継続が困難と判断した場合

- (2) 事業受託者は、支援期間の満了等により、支援を終了した場合、自立相談支援機関に対して、「就労準備支援事業に係る終了報告書（別記様式第5号）」により報告すること。

5 業務報告

事業受託者による業務報告については、次の表によるものとする。

報告様式	報告期限		報告先
着手（変更）届 （別記様式第6号）	・ 着手届は契約締結後速やかに ・ 変更届はその都度		熊本県知事
実施状況及び経 理状況報告書 （別記様式第7号）	毎月末日までの分	・ 当該末日の属する月の翌月の10日まで ・ ただし3月分については3月31日まで	
実施状況報告書 （別記様式第7号のうち1実施状況）	毎月末日までの分	・ 当該末日の属する月の翌月の10日まで ・ ただし3月分については3月31日まで	県福祉事務所 長、実施主体である各市長及びその自立相談支援機関
しごと体験等プログラム・シート（別記様式第8号の1、別記様式第8号の2）	毎月末日までの分	・ 当該末日の属する月の翌月の10日まで ・ ただし3月分については3月31日まで	熊本県知事、県福祉事務所長、実施主体である各市長及びその自立相談支援機関

6 その他

事業運営について、本要領に定めのない事項については、熊本県と受託者双方による協議の上、定めるものとする。

附 則

この要領は、平成27年2月24日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年2月12日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 8 年 4 月 1 日から施行する。

(別記様式第 1 号)

就労準備支援事業に係る就労準備支援プログラム

【現状・課題等整理】

(年 月 日作成・変更)

管轄 W0 名				ケース番号		氏名		
性別		年齢	歳	住所			TEL	
世帯構成								
主な職歴 ※直近の 3 件程度		時期			就職先 (業務内容)		正規・非正規	平均月収
		年 月 ~ 年 月						円
		年 月 ~ 年 月						円
資格								
就労に対する本人主訴								
身体状況	主病名							
	医療機関名 (所在地)			(町)		(町)		
	主治医意見							
	病状照会			(年 月)		(年 月)		
育児・看護	対象者 (続柄 : 年齢)			(: 歳)		(: 歳)		
	現状							
	他法他施策の活用状況							
その他		※就労に当たってのその他制約						

※ 別紙に代えてもよい

【個別プログラム】

到達目標			
支援プロセス			
支援内容及び計画	事業受託者による進行管理欄		
	支援実施状況		評価
(月 日 ~ 月 日)	月 日 : 月 日 :		

※ 別紙に代えてもよい

(別記様式第2号の1)

就労準備支援事業に係る着手及び就労準備支援プログラム作成報告書

年 月 日

(管轄) 自立相談支援機関 様

(団体名)

(代表者氏名)

「就労準備支援事業」に係る支援対象者について、下記のとおり御報告します。

記

○ 支援対象者について

住所：

氏名：

○ 支援着手日について

年 月 日

○ 就労準備支援プログラムについて

別添のとおり

(担当者)

氏名：

TEL：

(別記様式第2号の2)

就労準備支援事業に係る就労準備支援プログラム変更報告書

年 月 日

(管轄) 自立相談支援機関 様

(団体名)

(代表者氏名)

年 月 日付け「就労準備支援事業に係る着手及び就労準備支援プログラム作成報告書(又は「就労準備支援事業に係る就労準備支援プログラム変更報告書」)」における就労準備支援プログラムの内容の一部を、下記のとおり変更しましたので御報告します。

記

○ 支援対象者について

住所:

氏名:

○ 就労準備支援プログラムの変更の内容について

項目名	変更前	変更後	変更理由

※行は適宜追加等を行う(別紙に代えてもよい)

○ 変更後の就労準備支援プログラムについて

別添のとおり(下線部が変更部分)

(担当者)

氏名:

TEL:

(別記様式第3号)

就労準備支援事業に係る経過記録

【基本情報】

管 轄 機 関 名				ケ ー ス 番 号		氏 名		
性 別		年 齢	歳	住 所			TEL	

[illegible]

※ 全ての行動を書き上げるのではなく、節目や転換点となった事柄等を記載する。

(別記様式第4号の1)

就労準備支援事業に係る中止決定通知書
(支援対象者向け)

年 月 日
番 号

(住所)

(氏名) 様

(管轄) 福祉事務所長
自立相談支援機関

「就労準備支援事業」による支援については、下記の理由により支援の中止を決定しましたので、通知します。

記

支援の中止理由

(問い合わせ先)

所属名：

氏名：

TEL：

(別記様式第4号の2)

就労準備支援事業に係る中止決定通知書
(事業受託者向け)

年 月 日
番 号

(団体名)

(代表者氏名) 様

(管轄) 自立相談支援機関

「就労準備支援事業」による支援については、下記の理由により支援の中止を決定しましたので、通知します。

記

住所：

氏名：

連絡先：

支援の中止理由

(問い合わせ先)

所属名：

氏名：

TEL：

(別記様式第5号)

就労準備支援事業に係る終了報告書

年 月 日

(管轄) 自立相談支援機関 様

(団体名)

(代表者氏名)

「就労準備支援事業」による支援について、下記のとおり支援を終了いたしましたので御報告します。

記

○ 支援対象者について

住所：

氏名：

○ 支援終了日について

年 月 日

○ 支援の終了理由及び主な成果について

終了理由

「～のため」

主な成果

当初の目標	到達度	今後の留意点

※行は適宜追加等を行う（別紙に代えてもよい）

(担当者)

氏名：

TEL：

着手(変更)届
熊本県生活困窮者自立支援プラン推進事業(就労準備支援事業)

報告日： 年 月 日

熊本県知事 様

受託者：

代表者団体名：

代表者氏名：

1 着手(変更)日
年 月 日

2 実施場所
事業所所在地の住所：
連絡先：

なお、所在図(ゼンリン等の写しに位置を示したもの)及び事業所概要図(平面図等)については、別添のとおり。
※変更の場合、下欄に変更事項を記入。

変更時期	. . から	

3 配置人員（各人の履歴書については、別添のとおり。）

[illegible]

※変更の場合、下欄に変更事項を記入。なお、職員の追加や事業間の入れ替え等は該当事業の最下欄に追加。

変更時期	．． から	

実施状況及び経理状況報告書
熊本県生活困窮者自立支援プラン推進事業(就労準備支援事業)

年 月 日

様

受託者：
団体名：
代表者氏名：

1 実施状況

No	管轄	支援開始日	氏名	年齢	性別	課題分析	支援プロセス	到達目標	支援終了日
例	〇〇市 福祉事 務所	, ,	〇〇 〇〇	40	男	①就労準備(注1) 〇〇のため、××が困難…	①就労準備 (第1段階)〇〇による□□の習得… (第〇段階)〇〇による□□の習得…	①就労準備 〇〇を身に付け、◎◎できる状態…	, ,
			世帯類型	家族構成(注5)	②生活能力・就労能力など(注2) 〇〇のため、××が困難…	②生活能力・就労能力など (第1段階)〇〇による□□の習得… (第〇段階)〇〇による□□の習得…	②生活能力・就労能力 〇〇を身に付け、◎◎できる状態…	自立支援機関への引継(注4)	
					経過(注3)	(〇ヶ月経過時) (〇ヶ月経過時)			
						①就労意準備注1)	①就労準備	①就労準備	
			世帯類型	家族構成(注5)	②生活能力・就労能力など(注2)	②生活能力・就労能力など	②生活能力・就労能力	自立支援機関への引継(注4)	
					経過(注3)	(ヶ月経過時) (ヶ月経過時)			
年度 月計		人	うち当月新規者数	人					
累計		人	平成27年度からの継続支援者を含む						
その他の状況 (上記に記載した対象者への支援以外の活動状況を記載 (例) 〇月〇日〇〇町支援調整会議の出席、●月●日●●合宿、◎月◎日◎◎市「◎◎フォーラム」に出席、△月△日△△市職員の事業視察対応、▲月▲日▲▲新聞社取材対応等									

注1:例えば、就労に対する意識等の課題については、「就労準備」という項目に簡潔に整理する。
注2:例えば、就労に当たって前提条件となる生活能力・就労能力等の課題については、「生活能力・就労能力など」という項目に簡潔に整理する。
注3:苦慮している点、あるいは、良好な変化等「経過」として特記しておくのが適当な事柄があれば簡潔に記載する。
注4:支援の結果確立した良好な状態を持続させるため、あるいは、より良好な状態に導くため自立支援機関に引き継ぎたい「今後の支援の道筋・関わり方等」簡潔に記載する。
注5:同一世帯の世帯員全員について、本人との続柄と年齢を記載する(例:母(60)・兄(48)・妹(35))。
※「No」は法人で管理する任意の番号、「管轄」は管轄の福祉事務所
※別紙に代えてもよい。

2 経理状況

委託契約額	円		
(① 団体の支出内訳)	前回までの累計額	月分	今回累計額
人件費	0円	0円	0円
旅費	0円	0円	0円
	0円	0円	0円
	0円	0円	0円
	0円	0円	0円
	0円	0円	0円
	0円	0円	0円
支出合計	0円	0円	0円

※別紙に代えてもよい。

(担当者)

氏名：

TEL：

(1)福祉事務所別

[illegible][illegible][illegible]

(1)福祉事務所別

[illegible][illegible]

(別記様式第8号の1)

就労体験先一覧表（就労準備支援事業しごと体験等プログラム・シート記載協力の事業所一覧）

【事業所との連絡は必ず就労準備支援事業受託先を経由し行うこと】

No (8号の2 と一致)	シート 作成日	市町村	企業名 (担当者・代表者の記入)	業種	体験内容(職種の記入)	住所	連絡先	備考 ・受入れ可能な時期 ・注意事項など
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

(別記様式第8号の2)

しごと体験等プログラム・シート (No.1)

問合先(事業受託先) : シート作成 : 年 月 日

【タイトル】

1 体験プログラムの内容

具体的な作業の区分(時間・日数・対象者の段階ごとの内容)

2 体験プログラムの特徴

☐働くために必要な体力を知ることができ、生活習慣の見直しができます(B)

☐職場でのコミュニケーションや報告・連絡・相談の大切さを学ぶことができます(C)

☐仕事の取り組み方等の就労に必要なスキルを身に付けます(D)

☐仕事上の悩みや不安について相談の仕方を身に付けます(E)

☐職員と体験の振返りを行い、自己理解・職業理解を行います(F)

4 プログラム提供企業・事業所の概要

企業名			創業年	
			社員数	
本 社				
所在地				
連絡先	担当者		電話	
	e-mail		FAX	
事業内容			会社の 特 色	

① 体験する 事業所の 所在地	
② アクセス	

5 その他 連絡事項

* 求める社員像

--

(別記様式第8号の2)

しごと体験等プログラム・シート (No. 2)

問合先(事業受託先) :

シート作成 : 年 月 日

【タイトル】

1 体験プログラムの内容

具体的な作業の区分(時間・日数・対象者の段階ごとの内容)

2 体験プログラムの特徴

☐働くために必要な体力を知ることができ、生活習慣の見直しができます(B)

☐職場でのコミュニケーションや報告・連絡・相談の大切さを学ぶことができます(C)

☐仕事の取り組み方等の就労に必要なスキルを身に付けます(D)

☐仕事上の悩みや不安について相談の仕方を身に付けます(E)

☐職員と体験の振返りを行い、自己理解・職業理解を行います(F)

4 プログラム提供企業・事業所の概要

企業名			創業年	
			社員数	
本 社				
所在地				
連絡先	担当者		電話	
	e-mail		FAX	
事業内容			会社の 特 色	

① 体験する 事業所の 所在地	
② アクセス	

5 その他 連絡事項

* 求める社員像

--