

付 録

調査票1

集中支援期及び移行支援期の支援状況

- 1 各対象者毎に作成してください。
2 疾患名は、該当する疾患を○で囲んでください。

障害者職業センター

疾患名	(ケースNo.)	支援契機	支援課題及び支援回数等	集中支援期	移行支援期	
統合失調症 そううつ病 てんかん その他 ()		雇用前	実施期間(月間)	月間	月間	
		雇用と同時	支援回数	総支援回数	回	回
				対象者への支援回数	回	回
				事業所への支援回数	回	回
		雇用後		家族への支援回数	回	回
					対象者、事業所、家族との ケース会議実施数	回
統合失調症 そううつ病 てんかん その他 ()		雇用前	実施期間(月間)	月間	月間	
		雇用と同時	支援回数	総支援回数	回	回
				対象者への支援回数	回	回
				事業所への支援回数	回	回
		雇用後		家族への支援回数	回	回
					対象者、事業所、家族との ケース会議実施数	回
統合失調症 そううつ病 てんかん その他 ()		雇用前	実施期間(月間)	月間	月間	
		雇用と同時	支援回数	総支援回数	回	回
				対象者への支援回数	回	回
				事業所への支援回数	回	回
		雇用後		家族への支援回数	回	回
					対象者、事業所、家族との ケース会議実施数	回
統合失調症 そううつ病 てんかん その他 ()		雇用前	実施期間(月間)	月間	月間	
		雇用と同時	支援回数	総支援回数	回	回
				対象者への支援回数	回	回
				事業所への支援回数	回	回
		雇用後		家族への支援回数	回	回
					対象者、事業所、家族との ケース会議実施数	回
統合失調症 そううつ病 てんかん その他 ()		雇用前	実施期間(月間)	月間	月間	
		雇用と同時	支援回数	総支援回数	回	回
				対象者への支援回数	回	回
				事業所への支援回数	回	回
		雇用後		家族への支援回数	回	回
					対象者、事業所、家族との ケース会議実施数	回

調査票2

フォローアップの実施状況

- 1 各対象者毎に作成してください。
- 2 疾患名は、該当する疾患を○で囲んでください。
- 3 平成15年7月末までのフォローアップの実施状況を記入してください。
- 4 主に関係機関が支援を行っている場合は、その関係機関の属性を記入してください。（例：安定所、病院、地域生活支援センター）

障害者職業センター

疾患名	(ケースNo.)	支援契機	支援期間 (年月日 ～年月日)	実施者	フォローアップ回数		
					終了1ヶ月目 まで	終了1ヶ月～ 3ヶ月目まで	終了4ヶ月～ 半年目まで
統合失調症		雇用前		ジョブコーチ	回	回	回
そううつ病				カウンセラー	回	回	回
てんかん		雇用と同時		主な関係機関:	回	回	回
その他 ()		雇用後					
統合失調症		雇用前		ジョブコーチ	回	回	回
そううつ病				カウンセラー	回	回	回
てんかん		雇用と同時		主な関係機関:	回	回	回
その他 ()		雇用後					
統合失調症		雇用前		ジョブコーチ	回	回	回
そううつ病				カウンセラー	回	回	回
てんかん		雇用と同時		主な関係機関:	回	回	回
その他 ()		雇用後					

◎ フォローアップにおいて介入が必要となったケースへの対応内容

環境や職務内容、家族等の支援体制等が大きく変化したり、突発的な事態が発生した場合において、再度ジョブコーチ支援による介入を試みたり、他の手法によって職場適応を図る対応を行った事例（事例ごとに作成してください。）

介入が必要になった時期	具体的な介入方法(回数・手法等)

様式第2-1号

ジョブコーチ支援計画書

障害者職業センター

[平成 年 月 日作成 ・ 平成 年 月 日変更]

対象者	[No. - -]	保護者	(続柄)
事業主	[No. - -]		
担当サポーター		ジョブコーチ	
支援期間	(うち雇用前支援 : 年 月 日 ~ 年 月 日 [カ月] 年 月 日 ~ 年 月 日)		
	[集中支援期] 月 日 ~ 月 日	[移行支援期]	月 日 ~ 月 日
職場環境 作業内容			
	支援事項 (支援ポイント)	支援計画 (内容・方法・回数・頻度等)	
対象者支援			
事業主支援			
家族支援			
関係力要 関請へ 事項			
その他			

※なお、作業中ほか職場内において、ジョブコーチ支援に伴う事故災害については、センターの支援に重大な過失がない限り、センターは一切の責任を負うものではないこと。

様式第2-2号

ジョブコーチ支援記録票

[集中支援期 ・ 移行支援期 ・ フォロ-アップ]

対象者		事業所		ジョブコーチ	
支援日時	平成 年 月 日 (曜日) [第 日] (時間帯) : ~ :				
訪問場所等	事業所 ・ センター ・ その他 ()				
当日の職務内容・特記事項・作業環境等					
区分	支援事項	支援内容・観察事項等			
対象者支援					
事業主支援					
家族支援					
関係機関等への事項					
その他(所見等)					

様式第2-4号

ジョブコーチ支援総合記録票

障害者職業センター
平成 年 月 日作成

対象者	[No. - -]	保護者	(続柄)
事業主	[No. - -]		
担当カウンセラー		ジョブコーチ	
区分	支援事項、支援内容、改善状況等		残っている課題等
対象者支援			
事業主支援			
家族支援			
関係機関等への 協力要請事項			
その他			
総合所見			
計画の フォローアップ 内容等	(フォローアップの方法・頻度・回数等) (フォローアップ実施上の留意事項等)		