提出前に【ご自身の控え用】として、コピーをとっておくことをおすすめします。

～所属の服務管理者（副課長、事務次長等）の方へ～

採用後速やかに、この合理的配慮申出シート及び合理的配慮指針（厚労省告示第１１７号）に基づき、具体的にどのような措置を講ずるかについて、職員と話合いを行ってくださるようお願いします。

**合理的配慮申出シート（新規採用職員向け）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | 受験番号 | 氏　名 |
| 令和　　年　　月　　日 |  |  |

このシートは、障害に関する状況や希望する配慮について、正確に把握し、職場においてどのように対応するか検討するため、作成をお願いするものです。

　記載していただいた情報については、厳重に管理し、同意をいただいた範囲内で、人事担当者から職場の上司、同僚、職場支援員(業務上の補助者)、研修関係者に伝えさせていただきます。

　趣旨をご理解いただき、できるだけ具体的に記載してください。

**第１　障害に関する状況について**

**１　合理的配慮申出シートの開示範囲**※研修関係者の開示は５ページで確認

　　□　上司(人事担当)　□　上司（業務担当）　□　職場支援員　　□　同僚

　　□　開示したくない

|  |
| --- |
| その他、開示にあたって具体的な範囲や希望があれば記載してください。 |

**２　障害の種別について（障害等級・障害の内容）**

　　□　身体障害（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□　知的障害（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□　精神障害（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**３　障害の特性について（できること・苦手なこと等）**

|  |
| --- |
|  |

**４　障害の状況について**

1. 定期通院していますか。

□　している　　（　　月　　　回　）

□　していない

1. どちらの病院ですか。（病院名、所在地、交通手段）

病院名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

所在地　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

交通手段（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 通院には、どのくらいの時間がかかりますか。

　　　　移動及び診察に係る所要時間　　（　　　時間　　　分）

曜日・時間帯（　　　　　　　　　　　　　　）

1. 発作が起きることがありますか。

□　ある

|  |
| --- |
| 頻度、発作時の状況、周囲に求める対処 |

□　ない

1. 服薬はしていますか。

□　している　　（自動車運転　可　・　否　）

　　内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　□　していない

（６）医師から特に止められていることはありますか。

□　ある

（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　ない

（７）普段の生活や仕事をする上で、心配なことはありますか。

□　ある

（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　ない

　（８）体調に関して心配なことや伝えておくことがあれば記載してください。

|  |
| --- |
|  |

**第２　希望する配慮について**

**１　通勤にあたっての配慮について**

1. 採用後はどこに居住する予定ですか。

現住所　・　転居予定（　　　月頃　　　　市町村）

1. 最寄りの駅までの交通手段は何ですか。

徒歩　・　自転車　・　バス　・　自家用車 オートバイ　・　その他

　（３）配属エリア、通勤時間、乗り換え回数等の希望がありますか。

□　ある

（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　ない

（４）通勤が難しいのはどのような条件ですか

（駐車場、エレベーター等がない、車通勤不可、駅やバス停から遠い、満員電車は避けたいなど。）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（５）時差出勤制度の利用を希望しますか。

　　　朝型Ⅰ7:30～16:15、朝型Ⅱ8:00～16:45、早出8:15～17:00

　　　遅出B9:00～17:45、遅出C9:30～18:15

※配属される所属や業務内容によって、時差出勤制度が利用できない場合があります。□　希望する

　　□　希望しない

　　□　未定

**２　職務を行う際に必要な配慮について**

（１）職務を行う際に必要な配慮はどのようなことですか。

　　　　職務内容は、受験案内の職務内容欄に記載されているとおり。一般行政職の場合、庶務・経理、企画・立案、調査、指導、折衝等の一般行政事務に従事していただきます。

　　　　（席の配置、職場環境、職務内容、業務量、業務の難易度、指示・

手順の示し方、服装、対人対応、電話対応、休憩時間、支援機器の導入、業務を補助する者の配置等）

|  |
| --- |
|  |

　（２）上司や職場支援員との定期的な面接を希望しますか。

　　　　□　希望する

希望する面接頻度（　　　　　　　　　　　　　）

　　　　□　希望しない

（３）障害福祉支援機関の就労定着支援制度を利用する予定がありますか。

　　　　□　ある

事業所名・連絡先・担当者

職場訪問の予定　　□　あり　（　　月　　　回程度）

　　　　　　　　　□　なし

　　　　□　ない

（４）職務を行う上で、活用したい資格や経験のある業務はありますか。

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（５）職務を行う上で、苦手な分野はありますか。

　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（６）職場支援員（補助者）の指名を希望しますか。

　　　□　希望する

□　希望しない

（７）休憩時間(12:00～13:00)の短縮や分割を希望しますか。

　　　□　希望する　（　短縮　・　分割　）

　　　□　希望しない

※所属や業務内容によって、制度が利用できない場合があります。

（８）障害者職業センターの職業評価を受けたことがありますか。

　□　ある

□　ない

（９）（（８）ある場合、）結果の写しを提出することは可能ですか。

□　可能　→　採用面接当日に写しを提出してください。

□　不可能

**３　新規採用研修について（職員能力開発センターによる研修）**

　　新規採用職員は、全員、「新採職員研修」（前期（４月）、後期（１０～１１月））を受講することになります。内容は、県職員として必要な基礎知識等を学ぶもので、主に講義形式ですが、科目によってはグループワークや人前での発表もあります。また、少人数での課外学習等を行う場合もあります。

　　※研修は社会情勢（災害、感染症流行等）の影響により、時期や日数に変更が生じる可能性があります。

（１）研修の受講にあたり必要な配慮はどのようなことですか。

　　　□　配慮希望あり　　　　　□配慮希望なし

　　　　　　　↓

　　　　　□　研修時の支援員（研修中に困ったこと等の相談窓口となる職員）を配置してほしい

　　　　　□　座席の指定（希望する位置　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　□　点字資料

　　　　　□　拡大資料

　　　　　□　手話通訳

□　全体の前で発表することは避けたい

□　休憩場所を確保してほしい

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（２）研修を運営（日程の割り振り等を含む）するにあたり、職員能力開発　　　センターに、あなたの氏名、障害種別・等級・内容、研修中に必要な配慮の有無及びその内容を提供する予定です。

　　　　職員能力開発センターの職員以外への情報提供について、どの範囲まで　希望しますか。

　　　　□　研修委託業者の社員（研修の実務担当）

　　　　□　研修講師（外部講師、県職員）

　　　　□　課外学習先の職員

　　　　□　他の研修生

　 □　開示を希望しない

その他、職場の上司・同僚に知っておいてほしいこと等があれば自由に記載してください。

質問は以上になります。

御協力いただき、ありがとうございました。

今後実施する採用面接において、人事担当者から、記載内容について、

確認をさせていただく予定です。

また、採用後、配属された職場において、この合理的配慮申出シートに沿

って、どのような配慮を講ずるか話合いを行うこととしています。