

令和8年度就労継続支援B型事業所アドバイザー派遣事業実施要項

1 事業目的

本事業は、工賃向上に積極的に取り組もうとする就労継続支援B型事業所を対象として、アドバイザー（事業内容に適した専門家）の派遣等を行い、企業の経営手法の導入による助言・指導を行うことにより、技術向上及び経営改善等を図ることを目的とする。

2 実施主体

本事業の実施主体は茨城県とする。ただし、アドバイザーを派遣し適切な事業実施ができること認められる事業者には、事業の一部又は全部を委託することができる。

3 事業の内容

就労継続支援B型事業所を対象として、アドバイザーの派遣等を行う。

(1) アドバイザーは、次に掲げる支援分野のいずれかに関して、専門的な資格、知識、技能や経験を有する者とする。

ア 製品の品質向上又はデザイン、包装等の改善による高付加価値化

イ 事業所独自の新商品の開発や市場開拓

ウ コスト削減、販売ルート・販売方法の検討又は技術・経営ノウハウの習得

エ 作業効率向上等職場環境の改善

オ 新たな分野（施設外就労等）への取組のための技術指導

カ その他工賃向上のために必要な支援（単価交渉等を含む）

(2) アドバイザーの職務は、(1)に掲げる支援分野に関する課題を抱える事業所において、現状の分析及び課題を整理し、工賃引き上げのための改善計画の策定及び実践の支援等を行うものとする。

(3) 派遣の回数は、1事業所4回程度とする。

(4) 主に派遣先事業所を対象とした、工賃向上に向けた基礎的な研修会及び成果報告会を実施する。

(5) その他、就労継続支援B型事業所が複数参加する研修会を実施する。

4 事業対象

アドバイザーを派遣する対象事業所は、茨城県内に所在地を有する就労継続支援B型事業所（以下、「事業所」という。）とし、このうち、アドバイザーの派遣を希望する事業所から県が選定するものとする。

5 事業の申請

アドバイザーの派遣を希望する事業所は、別に定める期日までに、「令和8年度アドバイザー派遣承認申請書」（様式1）を提出するものとする。

6 事業の承認

(1) 県は、5に基づき提出された申請書の内容を審査し、障害者の工賃向上に資すると判断したときは、当該事業の利用を承認するものとする。

なお、利用を希望する事業所が定員を超える場合は、同事業の利用歴及び利用者の登録の有無等を参考のうえ、事業の実施を審査する。

(2) 事業の承認は、「令和8年度アドバイザー派遣承認通知書」(様式2)により行うものとする。

7 事業の不承認

県は、5に基づき提出された承認申請を承認しないときは、事業所に対し、「令和8年度アドバイザー派遣不承認通知書」(様式3)により通知するものとする。

8 事業承認事業所の責務

事業の承認を受けた事業所は、その事業実施期間中、アドバイザーの助言等に従い、工賃向上に取り組むものとする。また、アドバイザー派遣は、本事業における平成27年度から平成30年度までに実施した「就労継続支援B型事業所管理者研修(以下「管理者研修」という。)」又は、同じく令和元年度から令和7年度までに実施した「就労継続支援B型事業所工賃向上研修(以下「工賃向上研修」という。)」に参加した事業所に対し実施するものとする。

なお、「管理者研修」又は「工賃向上研修」に参加していない事業所は、当該年度に開催する3(4)に定める「基礎的な研修」を受講後にアドバイザー派遣を受けるものとする。

9 事業の完了報告

事業所は、6に基づき承認を受けた事業が完了したときは、完了の日から起算して30日を経過した日又は当該年度の3月31日のいずれか早い日までに、「令和8年度アドバイザー派遣事業完了報告書」(様式4)を県に提出しなければならない。

(様式1)

年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

所在地
申請者（法人名）
代表者職氏名

令和8年度就労継続支援B型事業所アドバイザー派遣承認申請書

アドバイザーの派遣を希望するので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 事業所名
- 2 事業所所在地
- 3 就労継続支援B型事業所管理者研修（平成27年度～平成30年度）又は
就労継続支援B型事業所工賃向上研修（令和元年度～令和7年度）の参加状況
有（ 年度） ・ 無 ※どちらかに○

- 4 アドバイザー派遣時期

令和8年9月～令和9年2月 ※期間内で適宜調整

- 5 添付書類

事業計画書（別紙1）
事業計画補足資料（別紙2）
生産活動別収支計算書（写し）
工賃向上計画（令和6年度以降に提出している場合は不要）

(別紙1)

事業計画書

1 法人基本情報

法人名			
事業所名			
事業所番号			
所在地	〒		
事業開始年月日			
電話番号		FAX番号	
E-mail			
担当者	(役職)		
	(ふりがな)		
	(氏名)		

2 事業所・作業内容情報

事業形態・定員数	B型(単独)	多機能型(B型+
	()人	()人+()人
登録者数	()人	()人+()人
1日の平均利用人数	()人	()人+()人
主な障害種別	知的・精神・身体・三障害均等・その他()	
主な作業内容と 月次売上 (昨年度月平均 or 直近月)	①	(千円/月)
	②	(千円/月)
	③	(千円/月)

3 工賃引き上げのための問題点や課題等

--

4 アドバイザーに求める支援の内容(1つ選んで、を入れてください。)

- 製品の品質向上又はデザイン、包装等の改善による高付加価値化
- 事業所独自の新商品の開発や市場開拓
- コスト削減、販売ルート・販売方法の検討又は技術・経営ノウハウの習得
- 作業効率向上等職場環境の改善
- 新たな分野への取組のための技術指導
- その他工賃向上のために必要な支援()

※ 工賃向上の目標額

現状： _____ 円/月 (_____ 年度) → _____ 円/月 (_____ 年度)

(別紙2)

事業計画補足資料

1：主な作業の詳細

※「利用者」及び「施設職員数」は、作業に参加する人数をご記載ください。なお、時期等によって変動する場合は、平均人数をご記載ください。

※作業期間は月単位で記載し、毎月継続の作業の場合は「1～12」とします。

作業内容	利用者数	施設職員数	作業期間(月)
	(人)	(人)	～
	(人)	(人)	～
	(人)	(人)	～
	(人)	(人)	～
	(人)	(人)	～

2 問題点や課題等に対するこれまでの取組み

--

3 アドバイザーに求める支援の詳細

※(別紙1)事業計画書の「4 アドバイザーに求める支援の内容」について、詳細をご記載ください。

--

(様式2)

障福第 号
年 月 日

殿

茨城県知事 大井川 和彦

令和8年度就労継続支援B型事業所アドバイザー派遣承認通知書

年 月 日付けで提出のあったアドバイザー派遣承認申請については、下記のとおり承認します。

記

1 事業所名

2 事業所所在地

3 条件

- (1) 本事業の内容を変更し、又は本事業を中止し、若しくは廃止しようとする場合は、知事の承認を受けること。
- (2) 本事業の遂行が困難になった場合は、速やかに知事に報告してその指示を受けること。
- (3) 平成27年度から30年度までに実施した「就労継続支援B型事業所管理者研修」又は、令和元年度から令和7年度までに実施した「就労継続支援B型事業所工賃向上研修」を受講していない事業所は、「研修会」※要項3(4)「基礎的な研修」を受講すること。

(場所：、日程：月 日()、月 日())

(様式3)

障福第 号
年 月 日

殿

茨城県知事 大井川 和彦

令和8年度就労継続支援B型事業所アドバイザー派遣不承認通知書

年 月 日付けで提出のあったアドバイザー派遣承認申請については、不承認となったので通知します。

記

- 1 事業所名
- 2 事業所所在地

(様式4)

年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

所在地
申請者（法人名）
代表者職氏名

令和8年度就労継続支援B型事業所アドバイザー派遣事業完了報告書

年 月 日付け障福第 号で承認を受けたアドバイザー派遣事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

記

- 1 事業所名
- 2 事業所所在地
- 3 添付書類
事業完了報告書（別紙2）

(別紙2)

事業完了報告書

1 就労継続支援B型事業所の概要

名称	
所在地	
定員 (人)	
電話 (FAX)	()
担当者	

2 アドバイザー派遣について役に立ったかどうか1つ選んで、理由を記載してください。

- 大変役に立った。
- 役に立った。
- どちらとも言えない。
- 役に立たなかった。
- 全く役に立たなかった。

理由

3 アドバイザー派遣による効果及び今後の課題

(1) アドバイザー派遣による効果

(2) 今後の課題