

平成29年度「介護補助業務基礎訓練（第1回）」募集要領

1 訓練目的

この訓練は、障害者重点分野就労促進事業として、兵庫県の主催により、障害のある方で社会福祉施設などにおいて介護補助業務等で就職をめざされる方を対象に、介護の基本的な知識と周辺業務における技術の習得を図り、就職を支援するものです。

訓練内容は、講義と実技指導で介護（補助）に関する基礎知識と基本技術を学び、インターンシップにて実践的に身につけます。

なお、本年度については、既就職者で更にスキルアップを図りたい方も対象に含め、就労継続を応援します。

2 訓練日程及び概要等

訓練日程	訓練時間	訓練内容等
平成29年6月12日（月）	10：30～16：30	講義・実技「仕事の基本と接遇マナー」 「介護業務の基礎知識と心構え」
平成29年6月13日（火） ～ 6月16日（金）	13：00～16：00	講義・実技「介護補助業務の基本技術と体験」
平成29年6月26日（月） から7月25日（火）の期間	インターンシップ（介護体験実習）《希望者》 ※原則、1日間の体験実習 実習先・日程等については、個別に調整します	

3 訓練場所

総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 1階 介護実習室
神戸市西区曙町1070 TEL（078）927-2727（代表）

4 募集定員：10名程度

5 応募資格

- (1) 障害者手帳をお持ちで、就職を希望する方（手帳を申請中の方、診断書をお持ちの方を含む）
- (2) 講義・実技の全課程（5日間）を受講できる方
- (3) 通所可能な方
- (4) 訓練修了後に就職する意欲がある方
- (5) 就労支援施設・特別支援学校等に在籍する方（在校生は、原則2年生・3年生とします）
- (6) 介護分野等の既就職者でスキルアップを希望する方

6 応募期間及び受講者決定日等

- (1) 応募期間：平成29年5月9日（火）～6月2日（金）《必着》
- (2) 受講者決定日：平成29年6月6日（火）

※選考方法は、書類選考とし、結果については、応募者が所属する事業所・学校あてに電話連絡のうえ、郵送します。

7 受講料：無料

8 応募方法

申込用紙及び推薦書に必要事項を記入のうえ、職業能力開発施設あて郵送して下さい。
申込用紙と推薦書は、職業能力開発施設のホームページからダウンロードできます。

送付先：総合リハビリテーションセンター 職業能力開発施設（担当：岡野・清水・興津）
〒651-2181 神戸市西区曙町1070 TEL：(078)-927-2727(代) 内線 3501 FAX：078-925-9223
E-mail：seisan-k@hwc.or.jp URL：<http://www.hwc.or.jp/noukai/>

平成29年度兵庫県障害者重点分野就労促進事業「介護補助業務基礎訓練（第1期）」講義・実技日程表
会場：総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 1階 介護実習室

時 間	1日目（6月12日） スケジュール
10：00～ 10：20～10：30 10：30～12：30	受付開始 開講式・オリエンテーション ① 講義・実技：「仕事の基本と接遇マナーについて」 講師：社会福祉法人すいせい しごとサポート西部（西部地域障害者就労推進センター） キャリア育成課長・しごと開拓員 杉本 美穂 氏
12：30～13：30	休 憩
13：30～16：15 16：15～16：30	② 講義・実技：「介護業務の基礎知識と心構え」 ～介護業務の基本と心構えを学ぶ～ 講師：総合リハビリテーションセンター 障害者就労支援施設 あけぼのの家 支援課長 井上 剛 氏 ③ 振り返り・次回の確認 実習についての希望確認等
2日目（6月13日）スケジュール	
12：30～ 13：00～15：45 15：45～16：00	集合・受付 ① 講義・実技「介護補助業務の基本技術と体験①」 ～車椅子について-車椅子の構造の理解と操作、介助体験等-～ 講師：総合リハビリテーションセンター福祉のまちづくり研究所 研修課 理学療法士 代田 琴子 氏 作業療法士 福元 正伸 氏 ② 振り返り・次回の確認
3日目（6月14日）スケジュール	
12：30～ 13：00～15：45 15：45～16：00	集合・受付 ① 講義・実技「介護補助業務の基本技術と体験②」 ～施設内清掃業務について-感染症の理解、ゴミ収集等-～ 講師：ユーユートラスト株式会社 常務取締役 鈴木 光 氏 日之出商事株式会社 代表取締役社長 荻本 晋吾 氏 石原アメニテック株式会社 専務取締役 石原 剛 氏 株式会社双葉化学商会 専務取締役 菊谷 元司 氏 ② 振り返り・次回の確認
4日目（6月15日）スケジュール	
12：30～ 13：00～15：45 15：45～16：00	集合・受付 ① 講義・実技「介護補助業務の基本技術と体験③」 ～ベッドメイキング・リネン交換・洗濯業務等について～ 講師：総合リハビリテーションセンター 特別養護老人ホーム万寿の家 支援課長 堀井 義博 氏 ② 振り返り・次回の確認
5日目（6月16日）スケジュール	
12：30～ 13：00～15：45 15：45～16：00	集合・受付 ① 講義・実技「介護補助業務の基本技術と体験④」 ～食事について-配膳、下膳、食事介助体験等-～ 講師：特別養護老人ホームくにうみの里 管理栄養士 小西 厚子 氏 ② 閉講式

※インターンシップ（介護体験実習）は、平成29年6月26日（月）から7月25日（火）の期間

平成29年度兵庫県障害者重点分野就労促進事業「介護補助業務基礎訓練」申込書

＜本人用＞

（第1回）

（記入者名

）

ふりがな 氏名（なまえ）			ほごしやめい 保護者名（			あなたの写真		
せいねんがっぴ 生年月日	ねん 年	つき 月	にちう 日生まれ	ねんれい 年齢	さい 歳	貼ってください		
じゅうしょ 住所	〒					よこ 横 3センチ		
でんわばんごう 電話番号				けいたいでんわ 携帯電話	たて 縦 4センチ			
じぎょうしょ 事業所・学校名			がくねん 学年			ざいせきねんすう 在籍年数		
じゅうしょ 住所 〒			でんわばんごう 電話番号					
			ふあつくすばんごう FAX番号					
			たんとうしやめい 担当者名					
しょうがいしゅべつ 障害種別	しんたい ぶ い 身体（部位 級） ・ ちてき 知的（A・B 1・B 2）・せいしん 精神（ 級） その他（ ）							
いま 1.今までに就 職をしたことがありますか？			①ない ②ある（ ）					
ある場合は、かいしゃめい 会社名と ぎょうしゅ 業 種を書いてください								
いま 2.今までに実 習（会社や工場）したことがありますか？			①ない ②ある（ ）					
ある場合は、どのような実 習をしましたか？								
3.あなたの得意なこと(好きなこと)は、どんなことですか								
4.あなたの苦手なことは、どんなことですか								
5.訓練に向けてのあなたの志望動機を書いてください								
6.その他（配慮してほしいことなどがあれば書いてください）								

平成29年度障害者重点分野就労促進事業「介護補助業務基礎訓練」推薦書 1/2

(支援者・担当者用)

フリガナ			年 月 日生	男
申込者氏名			() 歳	女
住所・電話	〒 電話			
所属事業所名				
事業所連絡先	〒	電 話		
		F A X		
障害程度	療育手帳 A ・ B 1 ・ B 2 (障害名) 身体障害者手帳 種 級 (障害名) 精神障害者保健福祉手帳 級 (障害名)			
出身校	学校 特別支援学校 (養護学校)			
最寄駅までの最短経路	自宅から最寄駅 (電車) まで、 徒歩 ・ 自転車 ・ バス (停留所名) 自宅⇒ 駅 所要時間 分			
健康状態	通院状況	有 ・ 無 (週 ・ 月 ・ 年)		
	服薬状況	有 ・ 無 (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 眠前 ・)		
傷害保険	有 ・ 無	(A I U 保険 ・ その他)		
訓練受講における留意事項・健康状態などについて				
適している職種・作業内容				
他者とのコミュニケーション				
障害特性・配慮事項 (本人が働きやすい環境を作るにはどんなことに配慮が必要か、などを具体的に記入)				
施設・事業所で従事している業務内容について(どのような役割を担っているか等、具体的にお書きください)				

(支援者・担当者用)

現所属在籍期間	(施設・事業所名等) (業務内容)		(期間) 年 月 ～ 年 月 (在籍期間： 年 か月)
実習経験	有・無	(企業名等) (業務内容)	(期間) 年 月 ～ 年 月
	有・無	(企業名等) (業務内容)	(期間) 年 月 ～ 年 月
	有・無	(企業名等) (業務内容)	(期間) 年 月 ～ 年 月
就労実績	有・無	(企業名等) (業務内容)	(期間) 年 月 ～ 年 月
	有・無	(企業名等) (業務内容)	(期間) 年 月 ～ 年 月
	有・無	(企業名等) (業務内容)	(期間) 年 月 ～ 年 月
退職理由			
推薦する理由			
訓練中の支援体制について具体的にお書き下さい (付添の可否等)			
求職登録先	※求職登録している場合のみお答え下さい ハローワーク () 担当者 () 年 月に登録		
支援担当者		記入日	