

在職障害者向け

オーダー型訓練

障害を持つ従業員と事業所の更なる

 **ステップアップ** へ向けて

オーダー型訓練とは、障害を持つ従業員のステップアップや仕事をするうえでの課題を解決するべく、障害当事者をはじめ、他の従業員の皆様に対しても、**事業所様に代わって個々の課題に応じた訓練や研修等を行います。**

訓練概要

訓練場所：職業能力開発施設（総合リハビリテーションセンター内）

訓練期間：1日～最長3ヶ月を目処にご相談に応じます

訓練時間：9時～16時の中でご相談に応じます（土日祝及び、当施設が指定する休日は訓練休止）

利用定員：特に設けておりませんが利用状況により、お待ち頂く場合がございます

利用料：無料 但し、来所に伴う交通費・昼食費等をご負担願います

利用のながれ

1 申込み

訓練環境・場所の確認のため事前見学をお勧めします。

2 事前打合せ

面談により、課題に応じた訓練カリキュラムを作成します。

3 訓練実施

職場への通勤と同様に、施設へ来所していただいて訓練を行います。

4 振り返り

依頼事業所様に訓練結果のご報告と確認をしていただきます。

ジョブコーチ支援

ご要望に応じ、ジョブコーチが事業所にお伺いして現場で支援します。

※ジョブコーチとは、職場に出向いて、職務遂行に関する助言や職場定着に向けた支援を担う者のことを言い、当施設からスタッフが伺います。

ジョブコーチのみの派遣も可能です。お気軽にお問い合わせください。

訓練・研修カリキュラム

オーダー型訓練は通所訓練以外にも、ジョブコーチによる訪問型支援の他、事業主様をはじめ、他の従業員様向けの研修等も行っております。

対象	分類	区分		テーマ	期間
		来所	訪問		
障害当事者向け	訓練	○		パソコン初級 メールを送受信やインターネットの利活用等を習得します ☞このような方向け パソコン初心者の方や、実務作業から事務作業に配置転換された方等、これから事務作業に携わる方に	1～2日
	訓練	○		IT技術を活用した障害者のパソコン作業の効率向上 支援機器や、ツールを利用して作業効率を向上します ☞このような方向け 失語や手指機能の障害等により、パソコン操作に不便さを感じている方に	1～2日
	訓練	○		パソコン関連資格の取得 ※別途受験費用等が必要です 日商 PC 検定 2 級・3 級の取得を目指します ☞このような方向け 仕事に役立てたい、スキルアップをしたい等、ステップアップを目指す方に	最長3ヶ月
	研修	○	○	働くために大切なこと 報連相をはじめとするビジネスマナー等を習得します ☞このような方向け 職場のルールが守れない、他の従業員とコミュニケーション面でお困りの方に	1～2日
	支援	○		適性能力のあらいだし 厚生労働省編一般職業適性検査の他、ワークサンプル等を用いてその人の強み等のあらいだしをお手伝いします ☞このような方や事業所向け 今担当している作業より合った作業があるのではないかと考えている事業所の方に	1～2日
	支援		○	ジョブコーチ支援 障害者が長く働き続けられるよう、企業と障害当事者双方に対し、サポートします ☞このような方や事業所向け 障害者が職務を遂行するうえでの課題分析、課題の解決の方法に迷っている事業所の方に	要相談
事業主・他の職員向け	研修	○	○	障害理解 障害に対する理解を深めて共生社会の実現を目指します ☞このような事業所向け 過去に障害者と他の従業員間でトラブルがあった。障害者に必要な配慮や接し方などが知りたい等の事業所の方に	要相談

よくあるご質問

① どのような訓練ですか

在職中の障害者のステップアップや仕事をするうえでの課題を解決するべく、その従業員に対し、事業所様に代わって個々の課題に応じた訓練や、他の従業員向けの研修等を行います。

② 訓練や研修内容のカリキュラムは決まっていますか

一覧に記載しています内容をベースとして、個々の課題内容に合わせてカスタマイズが可能です。まずはお問合せください。

③ 障害がなくても利用できますか

原則として障害者雇用率（法定雇用率）の算定対象となる方または医師の証明等がある方を雇用されている事業所を対象としていますが、手帳を未取得の場合でも可能な場合がございます。まずはお問い合わせください。

④ 受講資格や条件はありますか

利用に関する資格や特別な条件はありませんが、申込み時には、事前に面談を行います。そこで訓練カリキュラム、日程等を決定します。

在職障害者向け オーダー型訓練 利用申込書

※複数名の方の訓練をご希望の場合はお一人ずつご記入願います。

申込日 令和 年 月 日

事業所	所在地	〒		
	事業所名			
	担当者名	ふりがな：	役職	
	連絡先	TEL：		
		Mail：		

訓練・研修内容	希望テーマ	<input type="checkbox"/> パソコン初級 <input type="checkbox"/> IT 技術を活用した障害者のパソコン作業の効率向上 <input type="checkbox"/> パソコン関連資格の取得 <input type="checkbox"/> 働くために大切なこと <input type="checkbox"/> ジョブコーチ支援 <input type="checkbox"/> 障害者雇用に関する雇用管理と制度 <input type="checkbox"/> 障害理解 <input type="checkbox"/> その他 () ※研修の場合は人数・開催場所区分をご記入ください 人数 () 人 開催場所： <input type="checkbox"/> 来所(当施設) <input type="checkbox"/> 訪問または別途会場			
	受講者氏名	ふりがな：	年齢	性別	男・女
		※団体研修の場合は代表者1名をご記入ください		歳	
	緊急連絡先	TEL：	本人との関係		
	障害区分	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 知的障害			
	手帳区分	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 診断書有 <input type="checkbox"/> 未取得			
	障害名 または 身体状況				
	勤務状況	<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 休職中 (休職理由：)			
	職務内容				
	課題	できるだけ具体的にご記入ください			
備考					