

令和 5 年度 普通課程職業訓練生募集要項 【 高次脳機能障害のある方対象 】

国立吉備高原職業リハビリテーションセンター

1. 募集対象者

次の（１）、（２）及び（３）の要件をいずれも満たしている方

- （１）脳外傷、脳血管障害等により生じた記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害や失語症を有することが、医師の診断書等で確認できる方
 - （２）就職意欲があり、職業訓練を受講することに熱意を有する方
 - （３）職業訓練を受講することにより、職業的自立が可能であると認められる方
- ※重複障害のある方は事前にお問い合わせください。

2. 募集訓練コース・訓練期間

訓 練 系	訓練コース	訓練期間
職域開発系	オフィスワークコース 物流・組立ワークコース サービスワークコース	1 年

※入所後の導入訓練の結果、メカトロ系又はビジネス情報系の訓練コースを受講できる場合もあります。但し、ビジネス情報系のシステム設計・管理コース及び IT ビジネスコースについては、8 月及び 12 月入所の方は受講できません。なお、入所申請書の「希望コース」欄のいずれかには必ず職域開発系の訓練コースもご記入下さい。

3. 募集人員・募集期間（入所申請書受付期間）・入所日

- （１）募集人員は年間 5 名程度です。
- （２）募集期間及び入所日は次のとおりです。

【一般の方（大学等在学中の方を含む）】

募集期間（入所申請書受付期間）	入所日
令和 5 年 3 月 1 日～ 5 月 31 日	令和 5 年 8 月 24 日
7 月 1 日～ 9 月 25 日	12 月 7 日
令和 5 年 10 月 ～ 募集開始予定	令和 6 年 4 月又は 8 月※

【令和 6 年 3 月新規学校卒業予定の方】

募集期間（入所申請書受付期間）	入所日
令和 5 年 8 月 ～ 募集開始予定	令和 6 年 4 月又は 8 月※

- （注） 1 令和 6 年度入所希望者の募集期間については、募集開始時期（令和 5 年 8 月）までに当センターのホームページ等でお知らせいたします。
- 2 ※印は、4 月の入所決定者数が多い場合は 8 月の入所となります。
- 3 受付期間について、募集期間の末日が休日の場合はその翌平日までとなります。

4. 入所申請の手続き

入所申請の手続きはハローワーク（公共職業安定所）で行います。

- （１）入所を希望される方は、居住地を管轄するハローワーク（【新規学校卒業予定の方】は学校の所在地を管轄するハローワーク）に次の書類を提出してください。

- ① 入所申請書（様式 1－2）
- ② 健康診断書（様式 2）
- ③ 学業成績証明書等（新規学校卒業予定の方で、学校所定の様式に出席状況を含めたもの）
- ④ 身体障害者手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方はその写し
- ⑤ 医師の診断書（高次脳機能障害に係る主治医の意見書（様式 5））
- ⑥ 社会生活状況確認票（様式 6）※現在、日常生活等の支援を支援機関（主治医、ハローワーク、地域障害者職業センター除く）から受けている場合に提出。

※新規大学卒の方は、居住地を管轄するハローワークに提出してください。なお、③の提出は不要です。

※定期通院（リハビリや投薬治療）をされている方は、就職活動や職業訓練を受講し就職活動を進めることの可否や留意事項について、あらかじめ主治医にご確認ください。

身体障害のある方等対象

知的障害のある方対象

高次脳機能障害のある方対象

発達障害のある方対象

精神障害のある方対象

レベルアップ訓練

- (2) 地域障害者職業センター（以下「職業センター」という。）で職業相談、厚生労働省編一般職業適性検査、学力テスト等の評価を受けてください。なお、職業センターの評価は、予約制になっており、予約日まで2週間以上、結果のとりまとめまで1カ月程度の日数が必要となる場合もありますので、ハローワークには早めにご相談ください。
- (3) ハローワークは、職業相談の結果、職業訓練の受講が適当と認められた方について、提出のあった上記（1）の書類に以下の書類を添えて当センターに送付します。

- ① 検査結果補助記録票（様式3）
 ② ハローワーク相談票（様式4-2）
 ③ 職業センターの評価結果等(障害者台帳、障害者支援経過、適性検査結果記録表、学力テスト結果（解答用紙含む）、その他実施した検査結果等の写し）
 ④ 高次脳機能障害以外の既存の主治医の意見書等（写）※提供が可能な場合は添付してください。

5. 当センターへの入所

(1) 入所選考の方法

① 第1次選考

原則として応募書類（上記4の書類）により第2次選考を実施する方を選考します。

② 第2次選考

第1次選考に合格した方に対して、当センターにおいて面接及び作業評価を実施し入所者を決定します。なお、ご本人との面接に加え、ご家族または支援者との面談を別途行います。また、入寮を希望される方は寮生活の体験、通所バスの利用を希望される方はバスの利用体験を含みます（ご家族等は寮・通所バスの利用はできません）。

(2) 選考結果の通知等（予定）

ハローワークを通じて次により通知します

【一般の方（大学等在学中の方を含む）】

募集締切日区分	第1次選考結果の通知	第2次選考実施予定日	第2次選考結果の通知
5月31日	令和 5年 6月中旬	令和 5年7月6日～7月14日のうち連続する2日間	令和 5年 8月上旬
9月25日	10月中旬	令和 5年10月24日～11月2日のうち連続する2日間	11月下旬

※第2次選考の実施日は第1次選考の合格者に対し個別にお伝えします。

（注）令和6年度入所に係る応募者の選考結果の通知等の日程については、別途お尋ねください。

6. 受講料等

- 職業訓練の受講料は無料です。
- 作業服、テキスト、教材費は実費負担となります。
- 訓練生は傷害保険に加入できます（保険料は1年間8,550円＋振込手数料）。また、入寮の方は、寮内での事故に備えた傷害保険に加入できます（保険料は1年間16,000円～）。

7. 通所バス・寮の利用

- 訓練期間中、JR岡山駅から当センターまで通所用の送迎バス（無料）を運行しています。
- 入寮を希望される方で、一定の要件（通所が困難で、身辺処理が自立しており、集団生活が可能）を満たす方は当センターの寮が利用できます。
 - ・寮費として、月額4,500円を月々徴収します。
 - ・食費は、朝食315円、昼食472円、夕食472円となります（令和5年3月末現在）。

8. 個人情報の取扱いについて

- 入所申請に当たり提出された書類は返却いたしませんので、御了承ください。
- 個人情報は厳正に取り扱い、入所選考以外には使用いたしません。

《お問い合わせは》

国立吉備高原職業リハビリテーションセンター
 職業評価指導部職業評価課

〒716-1241 岡山県加賀郡吉備中央町吉川7520
 TEL 0866-56-9001 FAX 0866-56-7636

入 所 申 請 書

令和 年 月 日

国立吉備高原職業リハビリテーションセンター 所長 殿

本人氏名

(申請者が未成年の場合)

保護者氏名

本人との関係

住所(本人と異なる場合に記入) TEL() -

このたび貴センターに入所したいので別紙関係書類を添えて申請します。

フリガナ			
氏 名			
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日生 (歳)	
現 住 所	〒 TEL() -		
連 絡 先	〒 TEL() -		

・写真貼付

・提出前3ヵ月以内に
撮影したもの
(全身・正面・脱帽)

・全身の状態がわかるもので
大きさは目安で可

※連絡先は、現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入すること。

1. 希望する訓練コース	第一希望	コース・第二希望	コース
2. 入所を希望する理由			
3. 希望する利用方法 (いずれかに○)	a.寮を利用 b.通所バス(岡山駅発)を利用 c.自家用車を利用 d.その他	理由	
4. 修了後の希望	就職の希望地(都道府県又は市町村名) 第一希望 第二希望		

学 歴 等	在 学 期 間	校 名	学 部 学 科	いずれかに○
	年 月～ 年 月			卒 業 中 退 卒業見込
	年 月～ 年 月			卒 業 中 退 卒業見込
	年 月～ 年 月			卒 業 中 退 卒業見込
	年 月～ 年 月			卒 業 中 退 卒業見込
	年 月～ 年 月			卒 業 中 退 卒業見込

※各種学校・職業能力開発校等も記入してください。

職 歴	期 間	会社・事業所名	職種(具体的に)	所在地(市町村名)
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			

※最近のものから順次記入してください。

治 療 歴 ・ 施 設 等 利 用 歴	期 間	病院・施設名	治療・作業内容等	入院(所)・通院(所)の別
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			

※最終治療歴・最終施設等利用歴からご記入ください。

免許・資格等 (取得年月)	
------------------	--

吉備職リハセンター を何(どこ)で知りま したか？	1 学校 2 職業能力開発校 3 公共職業安定所 4 障害者職業センター
	5 福祉事務所 6 病院 7 新聞・雑誌 8 ホームページ 9 県市町村のお知らせ 10 知人 11 オープンキャンパス参加 有・無(いずれかを○でかこむ) 12 その他()

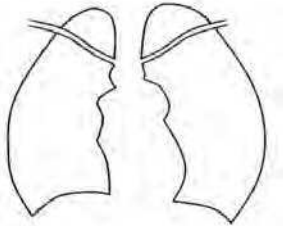
上記は **自筆です** **代筆です** (いずれかを○でかこむ)

(注) なるべく自分で記入してください。

(裏面)

(様式2)

健康診断書

フリガナ			生年 月 日	昭和 平成		年 月 日 (歳)	
氏名							
障害名 病 名							
身長	cm	体重	kg	握力	右	kg	聴力
					左	kg	
							正常
							※聴覚に障害がない方は 正常を○で囲んでください
							特記事項有り (下記記入)
							右 db 左 db
視力	右 ()	左 ()	視野			眼疾	
				※視覚に障害のある方のみ記入			※視覚に障害のある方のみ記入
脊柱形態	脊損レベル	四肢害 運動形			血圧		尿検査
							蛋白 糖 ウロビリ ノーゲン
							※必須
服薬の内容	名称、1回の処方量及び錠数、服薬回数						発作の有無
	mg (錠) 回/日(朝・昼・夜・就寝前)						てんかん
	mg (錠) 回/日(朝・昼・夜・就寝前)						
	mg (錠) 回/日(朝・昼・夜・就寝前)						
	mg (錠) 回/日(朝・昼・夜・就寝前)						
	mg (錠) 回/日(朝・昼・夜・就寝前)						
当センターに入所後、通院加療を必要とする疾患、アレルギー等配慮を要する疾患について							
排尿排便機能について				体温調節で留意する事項			
所見	現症 1. 呼吸器 2. 循環器 3. 消化器 4. 神経系 5. 皮膚泌尿器			最近(3か月以内)の胸部X線(直接又は間接)写真による胸部所見 (※必須)			
							
				(年 月 日撮影)			
上記のとおり診断する。							
令和 年 月 日							
医療機関名							
住所							
医師名							

※ かかりつけ医がある方は、可能な限りその病院で健診をお受けください。かかりつけの医療機関で必須項目の健診を行えない場合や、かかりつけ医がない方は、健康診断を実施している医療機関で一般的な健診を受けてください。

※ この健康診断書の記入欄のみでは記載が難しい場合は、任意様式を追加していただいてもかまいません。

※ 必須検査項目は血圧、尿検査、胸部X線の3項目です。「※必須」と記載していない項目のうち、ご本人の障害に関係しない項目については、記入の必要はありません。

※ 最近(6か月以内)に実施した他の健康診断の結果の写し(コピー)をこの様式に代えて提出することもできます。ただし服薬されている場合は、薬局でらう薬剤情報提供書(お薬手帳も可)の写し(コピー)を添付してください。

(様式3)

検査結果補助記録票

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
氏名						

※記入の仕方は裏面にあります。

★日常生活基礎動作

目安 ほとんどできる だいたいできる やっとなんて	左手					右手				
	普通 に で き る	ほと んど で き る	だ い た い で き る	や っ と で き る	で き な い	普通 に で き る	ほと んど で き る	だ い た い で き る	や っ と で き る	で き な い
字を書く(利手)										
定規を使って30cmの直線を引く(利手)										
紙をめくる(雑誌等)(左・右別)										
キーボードが指で押さえられる										
マウス(もしくはトラックボール)が使える										
針に糸を通す(利手)										
ひもを結ぶ										
紙コップ(水入)を持つ(左・右別)										
タオルをしぼる										
荷物を持つ(3kg)(左・右別)										
更紙を八つに折り畳む										
車イスの移動(なだらかな傾斜の上り)										

★学力テスト

第Ⅰ部 (計算力)	/75	第Ⅱ部 (漢字力)	/25	得点	/100
--------------	-----	--------------	-----	----	------

★パソコン経験の程度

1. ワープロ技能レベル (a.経験無し b.10分で正味200字程度 c.10分で正味300字以上 d.10分で正味400字以上 e.10分で正味500字以上)	
2. 表計算ソフト技能レベル(a.経験無し b.グラフ作成ができる c.関数機能が使える)	
3. インターネット使用 (a.経験無し b.経験あり :使用頻度等)	)
4. その他 (ホームページ作成等:	)

★高次脳機能障害について

1. 有無 (a.ある b.疑いがある c.ない d.不明)	)
2. 機能障害及び障害受容状況、配慮事項等について	)

令和 年 月 日 (センター名)	障害者職業センター
(担当者氏名)	TEL() -

国立吉備高原職業リハビリテーションセンター

補助記録票の記入の仕方

【日常生活基礎動作】

- ・各項目について、できる限り実際に動作をさせたうえで記入してください。
- ・(利手)、(左右別)の区別がない欄は「利手」の欄に記入してください。
- ・「車イスの移動(なだらかな傾斜の上り)」とは、勾配4.5度強(1/12)程度(「国際シンボルマーク」を使用できる建築物の基準)の移動のこと。

【学力テスト】

- ・学力テスト結果を記入してください。

【パソコン経験の程度】

- ・各項目について、本人に作業実施若しくは聞き取りして記入してください。

1. インターネット使用

- a. 経験無し
- b. 経験あり : 使用頻度等 : 毎日使用、週に2～3回等使用頻度について

2. その他 : ホームページ作成やネットワークの知識等、パソコン経験についての情報

【高次脳機能障害について】

- 1. 脳外傷、脳血管障害等により生じた記憶、思考、理解、言語、判断等の機能障害(疑いも含む)の有無について、わかる範囲で記入してください。

- a. 明らかに認められる b. 疑いがある c. 認められない d. 不明

- 2. 上記1で a 又は b に該当する場合は、機能障害及び障害の受容状況、配慮事項等について記載してください。

フリガナ		昭和	年	月	日
氏 名		平成		(	歳)
○希望する訓練コースに係る就職希望地の労働市場の状況 【本人の希望する職種の管内及び通勤範囲内での労働市場について】					
1. 第一希望について					
2. 第二希望について					
○関係機関の意見、家族の協力体制について					
○公共職業安定所の総合所見 【入所申請に至る経緯、職業訓練受講の必要性(就職希望地、健康面、訓練に係る意欲など)、訓練終了時でのあつ旋の見通し等について記入願います】					
相談内容は上記のとおりです。 令和 年 月 日					
公共職業安定所長					
[担当部署		職名	[TEL - -]		
[担当者氏名			[部門コード]		

(様式5)

高次脳機能障害に係る主治医の意見書

フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日生
氏 名			平成	(		歳)
1 発症及び受障年月日						
2 傷病名						
3 高次脳機能障害の状況						
4 現在の医療の状況について						
(1) 治療内容						
(2) 通院状況						
(3) 服薬状況						
(4) その他 (てんかん発作の既往のある場合は、発作の種類、頻度、要因、発作時の対応について)						
5 総合所見 (いずれかに○をつけてください)						
高次脳機能障害であると						
認められる						
認められない						

作 成 日	令和	年	月	日
医 療 機 関 名				
所 在 地 等	TEL - -			
医 師 名				

※医療情報提供書等、詳細情報の提供が可能な場合は、添付して下さい。

身体障害のある方等対象

知的障害のある方対象

高次脳機能障害のある方対象

発達障害のある方対象

精神障害のある方対象

レベルアップ訓練

(様式6)

社会生活状況確認票

現在支援されている機関の担当の方が、できる限り詳しく記入してください。

機関名

応募者氏名		記入年月日	
記入者氏名		所属及び職名	
所属機関住所 及び電話番号	〒 - TEL - -		

<支援機関利用歴>

利用機関名	区分	支援内容	利用期間 年 月～ 年 月	利用頻度 回/ 週

「特記事項」※最近の支援機関利用状況など

※支援機関の「区分」は医療、保健、福祉、就労支援など。利用機関が多い場合は、最近の利用状況を中心にお分かりになる範囲でご記入ください。

<現在の状況について>

(1)最近の活動状況	※就労中、施設利用中、在宅など。例「週2回4時間スーパーでアルバイトをしながら、週3回作業所に通所している」など、詳しい状況もご記入ください。
(2)最近の精神面の状況	※最近の症状、安定度、苦手とする場面などについてご記入ください。
(3)生活上の配慮事項	※不眠、受療中断、怠業、疲労感、感情のコントロール、うつ状態、生活リズムの崩れなど、配慮を必要とする事項についてご記入ください。

<周囲の支援状況について>

主な支援者、支援機関	※職業訓練を受けるに当たって、あるいは職業訓練終了後に、社会生活面での支援が受けられる支援者、支援機関、支援内容についてご記入ください。
------------	--

※記入にあたってのお問い合わせは、国立吉備高原職業リハビリテーションセンター職業評価課(0866-56-9001)までお願いします。

※現在利用中の支援機関が2カ所以上ある場合は、この用紙をコピーして担当の方にお渡しください。

国立吉備高原職業リハビリテーションセンター

入所申請に係る必要書類一覧

	入所希望者本人が準備するもの						ハローワークが準備するもの				
	本人		医療機関			学校	支援機関	ハローワーク		職業センター	
	① 入所申請書	② 障害者手帳(写)	③ 健康診断書 (様式2)	④ 主治医の 意見書 (様式5)	⑤ 発達障害につ いての書類 (任意)	⑥ 学業成績 証明書等	⑦ 社会生活状況 確認票 (様式6)	⑧ ハローワーク 相談票	⑨ 主治医の意見書(写) 又は 医師の診断書(写)	⑩ 評価結果等 (写)	⑪ 検査結果補助 記録票 (様式3)
障害											
身体	○ 様式1-1	△ (身体障害者手帳)	○			△ (学卒者は必須)	○	○ 様式4-1	△	○	○
知的	○ 様式1-2	○ (療育手帳 又は 判定書)	○			△ (学卒者は必須)	○	○ 様式4-2	△	○	
高次脳	○ 様式1-2	△ (身体障害者手帳 又は 精神保健福祉手帳)	○	○		△ (学卒者は必須)	○	○ 様式4-2	△	○	○
発達	○ 様式1-2	△ (精神保健福祉手帳 又は 療育手帳)	○		(任意)	△ (学卒者は必須)	○	○ 様式4-2	△	○	
精神	○ 様式1-2	△ (精神保健福祉手帳)	○			△ (学卒者は必須)	○	○ 様式4-2	○	○	
レベルアップ 訓練	○ 様式1-1	△ (身体障害者手帳)	○				○	○ 様式4-1	△	○	○

○:必須 △:必要に応じ

※⑦社会生活状況確認票(様式6)については、現在、日常生活等の支援を支援機関(主治医、ハローワーク、地域障害者職業センター除く)から受けている場合に提出。

【書類提出の流れ】

1. 入所希望者(①～⑦)⇒居住地ハローワーク(新規学校卒業予定者は学校の所在地ハローワーク)
2. 提出を受けたハローワーク(①～⑪すべて)⇒当センター