

平成23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

- (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を有することが、医師の診断書等で確認できる方で次の(2)並びに(3)の要件をいずれも満たしている方
 - (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
- ※上記(1)の要件に該当しない方は別途ご相談下さい。

2. 募集訓練科・訓練期間

訓練系	訓練科	訓練期間
職域開発系	職域開発科	1年

※導入訓練(入所時から8週間)修了後は、本人の適性、希望、その他の状況により、メカトロ系、ビジネス情報系の訓練科に所属を変更できる場合もあります。

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。

募集期間(入所申請書受付期間)	入所日
平成23年4月 1日 ~ 平成23年4月30日	平成23年 7月 5日
平成23年8月 1日 ~ 平成23年8月31日	平成23年12月 1日

※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 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
 - ④ 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))
- (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 入所希望者調査書(様式4-2)
 - ③ 求職登録票(写)と相談記録票(写)
 - ④ 職業センターの障害者台帳(写)、障害者支援経過(写)、適性検査結果記録表、学力テスト結果(写)(解答用紙含む)、その他実施した検査結果(写)、主治医の意見書(写)等

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次選考を経た方に対して、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。

(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

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
4月30日	平成23年 5月下旬	平成23年 6月上旬	平成23年 6月中旬
8月31日	平成23年 9月中旬	平成23年10月中旬	平成23年11月上旬

※ 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。

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。

○職業訓練生総合保険に加入できます（保険料は1年間5,000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は当センターの寮が利用できます。

・寮費は水道光熱費として、月額4,500円を月々徴収します。

・食費は、朝食300円、昼食450円、夕食450円となります。

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（個人情報）は厳正に取り扱い、目的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 職業指導課

〒716-1241 岡山県加賀郡吉備中央町吉川7520

TEL 0866-56-9002 FAX 0866-56-7636

(様式1-2)

入 所 申 請 書

平成 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 印

(申請者が未成年の場合)

保護者氏名 印

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	男 女
生 年 月 日	昭和 年 月 日生 (歳) 平成
現 住 所	〒 TEL () -
連 絡 先	〒 TEL () -

・提出前3ヶ月以内に
撮影したもの

・写真(大きさ 名刺版)

・(全身・正面・脱帽)

9 cm × 5.5 cm

1. 希望する訓練コース	第一希望 第二希望
2. 入所を希望する理由	
3. 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・社会復帰を目指した医療・福祉施設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。

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 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。

(様式2)

健康診断書

フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日	(歳)
氏名		男女	平成				

既往症	(事故時の意識喪失期間:)						
-----	-----------------	--	--	--	--	--	--

身長	cm	体重	kg	胸囲	cm	握力	右	kg	耳鼻咽喉症
							左	kg	


視力	右	()	視野		眼疾	聴力・言語	右	聴力
	左	()	色覚				左	言語

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
------	-------	--------	--	----	--	-----	-------------

常用薬	1. 抗てんかん剤 2. ステロイド剤 3. 糖尿病治療薬 4. 降圧剤 5. 睡眠剤	6. 精神安定剤 7. その他	て発作の有無	かん
-----	---	--------------------	--------	----

当センターに入所後、通院加療を必要とする疾患について

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ヶ月以内)の胸部X線(直接又は間接)写真による胸部所見  (平成 年 月 日撮影)
----	--	---

1. BCG接種歴 (有 ・ 無 不明)
2. ツベルクリン反応:陽転の時期等

上記のとおり診断する。

平成 年 月 日

住所

医師 氏名

印

(様式3)

検査結果補助記録票

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名	男 女			(歳)

※ 記入のしかたは裏面にあります。

★日常生活基礎動作

目 安	普通にできる	普通の1.5倍位	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	
ほとんどの時間内を		2倍											
だいたい		3倍											
位の													
の													
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
()

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

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)とは、「車イスシンボルマーク」を使用できるには、勾配4.5度強(1/12)以下とされており、なだらかな傾斜とはこの基準内の勾配を意味します。

【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。

(様式4-2)

入所希望者調査書

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日	(歳)
氏名		男 女					
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の労働市場について 〕	1. 第一希望 2. 第二希望						
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 〔 訓練修了時でのあっ旋見通しについて具体的に記入願います 〕							
調査内容は上記のとおりです。							
平成 年 月 日				公共職業安定所長 印			
(担当者氏名)				(TEL - -)			

高次脳機能障害に係る主治医の意見書

ふりがな		昭和				
氏名	男 女	生年月日	平成	年	月	日 (歳)
<p>1 発症及び受障年月日</p> <p>2 傷病名</p> <p>3 高次脳機能障害の状況</p> <p>4 現在の医療の状況について (1) 治療内容</p> <p>(2) 通院状況</p> <p>(3) 服薬状況</p> <p>(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)</p> <p>5 総合所見 (いずれかに○をつけてください)</p> <p style="text-align: right;">認められる</p> <p style="text-align: center;">高次脳機能障害であると</p> <p style="text-align: right;">認められない</p>						

作成日	平成	年	月	日
医療機関名				
所在地等	〒	—	TEL	— —
医師名	印			