令和８年度島根県会計年度任用職員採用試験受験案内

（障がい者ステップアップ就労支援（身体、知的又は精神障がいのある職員の雇用））

島根県健康福祉部障がい福祉課
松江市殿町２番地（第二分庁舎１階）
ＴＥＬ　０８５２－２２－５５８８

島根県では、身体、知的又は精神障がいのある方の働く場を提供するため、県関係機関で勤務していただく、会計年度任用職員（地方公務員法第２２条の２第１号に規定するもの）を募集します。

この会計年度任用職員の採用は、県庁における障がい者の雇用を促進するとともに、身体、知的又は精神障がいのある方が、県庁で働いた経験を生かして民間企業等の社員へステップアップされていくことを目的としています。今回の募集内容は以下のとおりです。

■　募　集　人　数	１名
■　勤　務　場　所	島根県健康福祉部障がい福祉課 （島根県庁第二分庁舎及び島根県職員会館）
■　受　付　期　間	令和８年１１月１９日(木)　～　令和８年１２月４日(金) ※郵送による場合は、令和８年１２月４日(金)必着 受付時間は午前８時３０分～午後５時１５分 （土日、祝日を除く）
■　一次試験日(面接試験)	令和８年１２月１６日（水）　個別面接
■　一次試験合格発表日	令和８年１２月２３日（水）　予定
■　二次試験日(職場実習)	令和９年１月１２日（火）～令和９年１月１３日（水）予定 ※一次試験合格者が対象となります。
■　最終合格発表日	令和９年１月２１日（木）　予定
■　採 用 予 定 日	**令和９年２月１日（月）**

１．受験資格

①　身体障害者手帳、療育手帳若しくは精神障害者保健福祉手帳を所持されている方
又は知的障がいについては知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、児童相談所、障害者職業センター若しくは精神保健指定医により知的障がい者であると判定された方

②　公共職業安定所に求職登録し、就職活動をされている方。（又は就職を目指している方）

（１）ただし、次の各号のいずれかに該当する方は受験できません。

ア　ステップアップ就労支援事業又は障がい者就業支援事業により既に県関係機関で勤務した経験がある人

イ　拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人

ウ　島根県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から２年を経過しない人

エ　日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人

２．試験（面接試験）の日時、会場

（１）日　　時　　令和８年１２月１６日（水）　個別面接

※試験時間は個々によって異なります。受験申込受付後、受験票の試験時間欄に記入のうえ返送しますので、各自確認してください。

※面接試験は、すべて口頭で行います。注意事項等も、口頭で伝達します。

※面接試験において、配慮を希望する事項がありましたら、申込書（別紙様式１）中の【４】（面接試験において配慮を希望する事項）欄に記載してください。

（希望内容によっては、試験会場等の理由により配慮できない場合もあります。）

（２）試験会場　　松江市内中原町５２　島根県職員会館１階　教養室８

※詳細は、募集締切後に発送する受験票に記載します。

（３）合格発表　　試験の結果は、受験者全員（棄権者を除く。）に郵送で通知します。

３．受験申込

（１）提出書類

①申込書（別紙様式１）　１部

顔写真は裏面に氏名を記入し、はがれないようにしっかり貼ってください。

②身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳又は知的障がい者であると「１．①の公的判定機関」で判定されたことを証明する書類(受験者の氏名並びに障がい名及び等級が確認できる部分のみ)の写し１部

③公共職業安定所の紹介状　１部

④受験票（別紙様式２）　１部

必要事項を記入のうえ、はがき（８５円）の裏面に貼付すること。表面には、受験者本人の郵便番号、住所、氏名を記入してください。こちらから返送した受験票を一次試験当日にご持参ください。

⑤定形の封筒（長形３号）１部

試験結果通知に使用します。表面には、受験者本人の郵便番号、住所、氏名を記入し、１１０円切手を貼付してください。

（２）申込先

〒690-8501　松江市殿町２番地（島根県第二分庁舎１階）

島根県健康福祉部障がい福祉課　地域生活支援スタッフ

電話　0852-22-5588（地域生活支援スタッフ）

※上記提出書類を、申込先に直接持参するか郵送により提出してください。郵送する場合は封筒の表に**「会計年度任用職員採用試験」**と朱書きし、**簡易書留郵便**にしてください。

※受験票は受付締切後に返送しますが、試験日の２日前になっても受験票が送られてこない場合は、必ず申込先へお問い合わせください。

※申込書及び受験票の＊欄を除く全ての欄にもれなく正確に記入してください。

４．採用

この試験の合格者は、令和９年２月１日から令和９年３月３１日まで任用します。

なお、採用後１月の間又は勤務日数が１５日に達するまでは、条件付き採用期間となります。

また、勤務実績等を踏まえ、再度任用する場合があります。その場合、最長で令和１２年１月３１日までを限度とします。

５．勤務条件等（基本）

（１）勤務場所　　島根県健康福祉部障がい福祉課及び島根県職員会館

（２）職務内容　　県庁各部から依頼を受けた事務の補助

（例）・パンフレットの仕分け、シール貼り、コピー等の作業

・パソコン入力　・その他の事務補助等

（３）報　　酬　　時給１，１００円

通勤手当相当分の報酬（日額７，１４２円以内、支給要件を具備する場合のみ支給）

※通勤手当額は、通勤手段、勤務日数、距離等に基づいて規定により決定します。

（４）手　　当　　規定に基づき支給要件を満たす場合に期末･勤勉手当が支給されます。

（５）勤 務 日　　月１３０時間で所属長が指定した日（月１７日程度）

（６）勤務時間　　午前８時３０分～午後５時１５分

※ただし、月１３０時間となるよう、短時間の勤務日を所属長が指定することもあります。

（７）社会保険等　　健康保険、厚生年金保険、雇用保険等（加入要件を満たす場合に加入します）

６．試験結果の開示について

試験の結果については、保有個人情報の本人提供に関する事務取扱要領に基づき、本人の申出により提供することができます。受験者本人（代理人は不可）が「顔写真付きの身分証明書」（注）を持参の上、下記開示場所で行ってください。（電話は不可）

開示請求できる者	開示内容	開示期間	開示場所
受験者本人（棄権者を除く）	得点及び順位	合格発表の日（結果通知発送の日）から１月間	障がい福祉課

（注）「顔写真付きの身分証明書」の例：運転免許証、学生証、旅券等

７．その他

・試験会場には、受験票を持参してください。（必須）

・働く上でのご自身の特徴や希望する配慮などを自己ＰＲする上で必要な資料がある場合は、持参してください。（任意）

・事前に見学を希望される方は、３（２）申込み先まで御連絡ください。

（受付時間　８：３０～１７：１５　※土日祝日を除く）

この頁(ページ)は空白(くうはく)です

〔様式１〕

島根県会計年度任用職員採用試験　申込書

受験番号	※	所　属	障がい福祉課
採用区分	ステップアップ就労支援	職　種	会計年度任用職員

※印の欄は記入不要

ふりがな		１　男
氏　　名		２　女
生年月日	S・H　　年　　月　　日　（満　　歳）	
手帳の種類等	〔手帳番号：　　〕	
現住所	ＴＥＬ（　　）　　－	
連絡先	（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） ＴＥＬ（　　）　　－	

写　　真
写真の裏に氏名を記載
（4.0×3.0）

【１】経歴（最終学歴、並びにこれまでの主な職歴、障害福祉サービス事業所等の入通所の経歴を記載。）

※現在までの経歴を新しいものから順に記入してください。

施設・勤務先の名称	在 職（又は入通所）期 間	職務又は訓練の内容
	年　月から　年　月まで	
	年　月から　年　月まで	
	年　月から　年　月まで	
最終学歴	卒　業　時　期	備考（専攻科があれば記載）
	年　月　卒業	

【現在の状況】　無　職　・　在職中　・　福祉事業所利用中　・その他（　　）

※該当するものに○をつけてください。

【２】資格免許等　※職務に役立つと思う資格・免許等があれば、記載してください。

資　格　・　免　許　の　種　類	取得（取得見込）年月日
	年　月　日 年　月　日 年　月　日

【３】志望動機、自己ＰＲ、職場への希望

志望動機

自己ＰＲ

１．得意なこと活かせる能力

２．不得意なこと苦手なこと

３．近い将来、一般就労したい職種　等

職場への希望（配慮をお願いしたいことなど）（※該当するものに○をつけてください。）

１．通　　院　　あ　り（月　・　週に　　回）　・な　し

２．電話対応　　可　・　不可

３．通勤手段　　徒歩　・　自転車　・　バ　ス　・　電　車　・その他

４．そ の 他

【４】面接試験において希望する配慮事項

面接試験において希望する配慮事項がありましたら、理由とともに、記載してください。
（希望内容によっては、試験会場等の理由により配慮できない場合もあります。）

（注）１．青か黒のインク又はボールペンで記入してください。
２．以下の添付書類を添付してください。
（１）身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳又は知的障がい者であると判定されたことを証明する書類の写し（氏名と障がい名、等級が確認できる部分のみ）：１部
（２）公共職業安定所の紹介状：１部
（３）受験票（ハガキに様式を貼付）：１部
（４）定形の封筒（合否通知返信用。110 円切手を貼付）：１部

〔様式２〕

（受　験　票　様　式）

島根県会計年度任用職員採用試験
受　　験　　票

【勤務場所：島根県障がい福祉課】

受験番号＊
ふりがな 氏名

◎一次試験日時　　**令和８年１２月１６日（水）** （＊）　：　～　：　**面接試験**
◎試験会場 **松江市内中原町５２　島根県職員会館　教養室８**

（注）
・試験を欠席される場合は、申込先までお知らせください。
・試験開始時間の１０分前までに職員会館へお越しください。

この頁は空白です