

合理的配慮について

実践女子大学・実践女子大学短期大学部
学生総合支援センター

本学では、障害のある学生が、障害のない学生と等しく学修を進められるように、学生本人の要望に基づき、関係各所が連携し、合理的配慮を行います。

学生生活を送る中で困難なことがある場合には、学生総合支援センターにご相談ください。

I.合理的配慮とは

- ・障害の有無に関係なく、周りの学生と同じレベルで授業を受けたり、大学生活を送ることができるよう支援します。
- ・成績評価や出席、単位修得について特別な配慮をするものではありません。
- ・本学にとって財政面、体制面で過度な負担にならない範囲で行うものです。

II.合理的配慮申請のための配布書類

- ・合理的配慮について(合理的配慮申請書類-1)
- ・合理的配慮申請書と記入例(合理的配慮申請書類-2、2(2))
- ・診断書(合理的配慮申請書類-3)

III.合理的配慮申請の流れ

1. 相談	所属キャンパスの学生総合支援センターにご相談ください。 日野キャンパス:事務センター1F 渋谷キャンパス:2F事務センター 申請のための書類をお渡しします(上記II)。
2. 申請	以下の書類を、所属キャンパスの学生総合支援センターに提出してください。 担当職員が面談し、詳細をお聞きます。 ①合理的配慮申請書(合理的配慮申請書類-2) ②診断書原本(直近3か月以内)または障害者手帳のコピー
3. 配慮内容の 学内調整	(1)①、②が揃ったら学生総合支援センターが関係各所と支援内容の可否を検討します。 (2)配慮依頼文書*案を学生総合支援センターが作成し、本人に内容を確認してもらい、必要に応じて調整します。 (3)学内で審議/報告をします。 *配慮依頼文書とは、教員への周知、配慮依頼を目的として、障害の内容や程度、希望の配慮内容を記載したものです。
4. 配慮内容決定	(1)学生総合支援センターから学生本人に支援決定の連絡をします。 (2)学生総合支援センターから授業担当教員へ、配慮依頼文書を配布します。 ※面談日程や調整の都合上、配布までに数週間かかる場合があります。
5. 確認・更新	(1)授業担当教員等が合理的配慮を実施します。 (2)各期の受講開始1か月後に、受講状況のヒアリングを行います。 (3)各期の定期試験前に、定期試験に関する合理的配慮希望の有無をヒアリングします。 (4)半期に1回、現状確認と配慮継続についての面談を担当職員が行い、必要に応じて配慮依頼文書の内容を更新します。 診断名が変わった場合や、文書の内容を変更したい場合、根拠の確認のため、新たに診断書の取得をお願いする場合があります。 (面談を受けない場合、合理的配慮は継続できません。)

IV. 申請時期について

申請から合理的配慮の実施までには一定期間日数を要するため、原則、配慮を希望する学期の開始時までには申請してください(新1年生は入学後で結構です)。
学期の途中でもご相談は可能ですが、おおよそ前期7月以降、後期12月以降はその学期中に対応ができず、次の学期からの対応になります。

V. 学校医との面談について

申請した期中(前期/後期)に1度は、本学の学校医と面談することを推奨します。
面談を希望する場合は、保健室で予約をしてください。
障害の状態、配慮内容等によっては、学校医との面談が必要となる場合があります。

VI. 合理的配慮の事例

- ・座席指定(出入口の近く/一番前/一番後ろ 等)
- ・教室配慮(定期試験時の別室受験)
- ・学内移動に関する配慮
- ・UDトーク*の利用や、FMマイク・ノイズキャンセリングの使用
*音声を文字化することができるコミュニケーション支援アプリ
- ・授業担当教員の話し方の配慮(ゆっくり、発音をはっきり)
- ・授業中の離席配慮 等

VII. 実習、留学等をする場合について

資格取得等で実習を履修する、または留学する等にあたり、治療が継続中の場合は、主治医から了承を得ていることをお尋ねしています。

状況によっては、診断書等の提出をお願いすることがあります。

実習は定められた指定施設・実習期間・実習時間数を満たす実習を、
留学は海外での修学、生活、手続き等を行わなければならない、その準備も含めると、
相当の体力・気力を要します。非常に負荷がかかり、場合によってはお身体の状態に
変化をきたすものとなるかもしれないため、必ず主治医にご相談の上で実習の履修や
留学をしてください。

VIII. 個人情報の取り扱いについて

合理的配慮申請書に記載された個人情報は、修学上の合理的配慮の目的のため、
必要に応じて関係各所(授業担当者、授業支援部署等)に共有します。
なお、合理的配慮以外の目的には一切使用しません。

【本件に関する問合せ先】

学生総合支援センター 学生総合サポート部

開室時間：平日 8:45~17:00

<日野キャンパス> 事務センター 1F TEL:042-585-8825

<渋谷キャンパス> 2F 事務センター TEL:03-6450-6821

合理的配慮申請書

実践女子大学・実践女子大学短期大学部学長殿

ふりがな		学籍番号	
氏名		学部・学科・ 専攻・研究科	
生年月日	年 月 日	学年	
住所			
学生連絡先	携帯番号：		自宅電話番号：
	メールアドレス(実践G-mail以外)：		
連絡先① (保証人)	保証人氏名：		学生との関係：
	携帯番号：		
連絡先② (上記以外)	氏名：		学生との関係：
	携帯番号：		

<障害の種別>

障害の 内容	視覚・聴覚・肢体・病弱、虚弱・発達障害・精神障害・その他		
	診断名：		
添付書類 (該当する方に チェック)	<input type="checkbox"/> 診断書原本(直近3か月以内)		
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳コピー(級)		
修学上困難 を伴う事項 ・希望する 配慮内容 (具体的に記入 してください)	<p>※希望された配慮内容が必ずしも承認されるわけではありません。対応の可否を検討し、合理的な範囲で配慮を行います。</p>		

上記の理由により、修学上の合理的配慮(障害の有無に関係なく授業を受けられるようにする支援)を申請いたします。また、その目的に必要な場合に限り、関係各所(授業担当者、授業支援部署等)で上記情報が共有されることに、本人及び保証人連名で同意いたします。

申請日 年 月 日

学生総合支援センター
(受付印)

本人(自署)

保証人(自署)

合理的配慮申請書(記入例)

実践女子大学・実践女子大学短期大学部学長殿

ふりがな	じっせん はなこ	学籍番号	2315999
氏名	実践 花子	学部・学科・ 専攻・研究科	生活科学部 食生活科学科 管理栄養士専攻
生年月日	2080年 8月 8日	学年	2年
住所	191-8510 東京都日野市大坂上4-1-1		
学生連絡先	携帯番号 : 999-9999-9999 自宅電話番号 : 042-585-8817		
	メールアドレス(実践G-mail以外) : 12345@yohoo.co.jp		
連絡先① (保証人)	保証人氏名 : 実践 太郎 ※大学に登録している保証人名 学生との関係 : 父		
	携帯番号 : 888-8888-8888		
連絡先② (上記以外)	氏名 : 実践 春子		学生との関係 : 母
	携帯番号 : 777-7777-7777		

<障害の種別>

障害の 内容	視覚 聴覚 ・ 肢体 ・ 病弱、虚弱 ・ 発達障害 ・ 精神障害 ・ その他		
	診断名 : 感音性難聴		
添付書類 (該当する方に チェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 診断書原本 (直近3か月以内)		
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳コピー (級)		
修学上困難 を伴う事項 ・希望する 配慮内容 (具体的に記入 してください)	<ul style="list-style-type: none"> ・座席指定の場合は、前方の席にしてほしい。 ・マスクを外し、はっきりと発音してほしい。可能であればマイクを使用してほしい。 ・授業中、FMマイクと補聴器を使用したい。 ・試験の際には、開始・終了時間や問題訂正などの重要事項は、板書してほしい。 <p>※希望された配慮内容が必ずしも承認されるわけではありません。対応の可否を検討し、合理的な範囲で配慮を行います。</p>		

上記の理由により、修学上の合理的配慮(障害の有無に関係なく授業を受けられるようにする支援)を申請いたします。また、その目的に必要な場合に限り、関係各所(授業担当者、授業支援部署等)で上記情報が共有されることに、本人及び保証人連名で同意いたします。

申請日 2099年 4月 20日

学生総合支援センター
(受付印)

本人(自署) 実践 花子

保証人(自署) 実践 太郎

※本書記載の項目が網羅されている場合は、貴院指定様式の診断書でも構いません。

診断書

実践女子大学・実践女子大学短期大学部

ふりがな		生年月日 (西暦) 年 月 日 (歳)
氏名		

診断	主診断名	
	合併診断名	
現症	初診日	(西暦) 年 月 日
	病状の経過 ・ 現在の状態	心理検査等の検査結果報告書がございましたら別紙にて添付いただきますよう、お願いいたします。
	現在の処方	
	その他治療内容	
	修学上の配慮 その理由	現病を有しているがために、修学維持に際して必要と思われる配慮内容とその理由のご記入をお願いいたします。
配慮を要する 期間	該当するものに○をお願いいたします。 在学中 ・ () か月後見直しを要する その他()	

上記の通り診断する。

年 月 日

医療機関名 :

所在地 :

電話番号 :

医師氏名 :

印