

利用者募集要項

国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局 神戸視力障害センター

〒651-2134 兵庫県神戸市西区曙町1070番地

電話：078-923-4670（代表）

FAX：078-928-4122

ホームページアドレス：<http://www.rehab.go.jp/kobe/>

Eメールアドレス：shien@kobe-nhb.go.jp

就労移行支援（養成施設）【理療教育】

「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律」に基づき、あはき師養成のための職業訓練を行います。

1 利用申請ができる方

以下のすべてを満たす方

- 視覚障害 1～6 級の身体障害者手帳の交付を受けている方
- 大学に入学できる方（高等学校を卒業または卒業見込みの方、高等学校卒業程度認定試験に合格した方または当センターが実施する個別利用資格審査に合格した方）
- 健康状態が安定しており、継続的な訓練受講が可能な方
- 国家資格を取得して就労する意思のある方
 - ※ 学歴について不明な場合はご相談ください。
 - ※ 編入・転入が可能な場合もあります。詳しくはお問い合わせください。
 - ※ 平成25年 4 月 1 日に障害者総合支援法が施行されたことにより、法律の対象となる難病等で、視覚障害を伴う疾患に罹患されている場合、身体障害者手帳の交付に該当していなくても当センターを利用できる場合があります。詳しくはお問い合わせください。

2 募集人員と利用期間

- (1) 募集人員 20名（あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう科専門課程）
- (2) 利用期間（修業年限） 3 年間

3 申込み手続

利用を希望される方は、この要項に添付されている「施設利用申込書」（自立支援局 様式 1－2）に必要事項を記入し、次のア～オの書類を添えてご提出ください。

- ア 最終学校の卒業証明書（在学中の方は卒業見込み証明書または高等学校卒業程度認定試験合格証書）
- イ 履歴書（自立支援局 様式 2）
- ウ 健康診断書（自立支援局 様式 3）
- エ 視覚障害診断書（自立支援局 様式 4－3）
- オ 糖尿病診断書（糖尿病を有する場合のみ）（自立支援局 様式 5－1）
- ※ その他健康上又は生活上の配慮を必要とされる方は、別途診断書等をご提出いただくことがあります。

4 申込書類の受付期間

10月1日～翌年2月中旬まで

- ※ 診断書は10月1日以降に作成したものをご提出ください。
- ※ 申込み前に一度お電話又は来所の上、ご相談ください。
- ※ 個人情報、審査及び利用開始後の支援にのみ使用し、法令に基づき当センターにおいて責任をもって管理いたします。

5 審査及び結果の通知などについて

(1) 書類審査

提出していただいた書類に基づいて審査を行います。

(2) 来所による審査

3月中旬頃に学力審査、医学審査、機能審査、面接審査を行い、

その結果を総合的に判断し、利用承諾について決定します。

審査結果は、ご本人及び市区町村長あてに通知いたします。

来所による審査の内容
○ 学力審査（国語・数学・理科・社会の一般常識問題による基礎学力の確認）
○ 医学審査（医師、看護師等による障害状況、健康状態の確認）
○ 機能審査（理療師として必要な身体機能の確認）
○ 面接審査（生活状況、経済状況等の事前聞き取り内容等に関する確認）

6 利用の開始

4月上旬（年1回）を予定しています。

具体的な日程は、別途文書でお知らせいたします。

利用開始日には、市区町村が交付する「障害福祉サービス受給者証」をお持ちください。

当日、当センターとサービス利用契約を結んでいただき、利用開始となります。

7 宿舎の利用

当センターのサービスを利用される方で、自宅から通うことが困難な方は、併設の宿舎を利用することができます。

利用を希望する場合は、事前に宿舎利用の可否についてご相談いただき、市区町村が交付する「障害福祉サービス受給者証」において施設入所支援の支給決定を受けてください。

詳しくは当センターにお問い合わせください。

8 利用料

当センターのサービスを利用するためには、障害者総合支援法に基づく定率負担と食費・光熱水費（実費相当分）を利用料としてご負担いただきます。

(1) 定率負担

月額負担上限額（定率負担）は、世帯の所得に応じて次の4区分が設定されております。障害福祉サービス費（定率負担）がこの額を超えて請求されることはありません。

月額負担上限額（定率負担）

区 分	世帯の収入状況	月額負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低 所 得	市区町村民税非課税世帯	0円
一 般 1	市区町村民税課税世帯（所得割16万円未満） ※入所施設利用者（20歳以上）を除く。	9,300円
一 般 2	上記以外	37,200円

※ 月々の負担額は、利用日数に応じて算定されます。

(2) 食費・光熱水費

食費・光熱水費（実費相当分）については、宿舎利用（施設入所支援）の日数及び給食サービスを利用された実数に基づき算定されます。詳しくは当センターにお問い合わせください。

利用料については、軽減措置を受けられる場合があります。詳しくは市区町村窓口にお問い合わせください。

自立訓練（機能訓練）

視覚に障害があるため日常生活又は社会生活に不便や不安を感じている方々に対して、歩行、点字、パソコン、身辺家事管理、調理、ロービジョンなどの訓練を行い、より自立した生活が送れるようになることを目指します。

1 利用申請できる方

以下のすべてを満たす方

- 視覚障害 1～6 級の身体障害者手帳の交付を受けている方または手帳を受ける見込みのある15歳以上の方
- 住所地の市区町村から障害福祉サービス受給者証の交付を受けている方または受ける見込みのある方
- 健康状態が安定しており、継続的な訓練受講が可能な方

※ 平成25年4月1日に障害者総合支援法が施行されたことにより、法律の対象となる難病等で、視覚障害を伴う疾患に罹患されている場合、身体障害者手帳の交付に該当していなくても当センターを利用できる場合があります。詳しくはお問い合わせください。

2 利用期間

ご本人の希望や目標をお聞きしながら、おおむね1か月間の評価を行い、ご本人との話し合いを経て個別支援計画書を作成いたします。

訓練期間は障害福祉サービス受給者証に記載されている期間内で、上記の個別支援計画書に基づいて決定することとなります。

3 定員 10名

4 訓練内容

- (1) 歩行訓練
- (2) コミュニケーション訓練（点字・パソコンなど）
- (3) 日常生活訓練（身辺家事管理、調理など）
- (4) その他必要な訓練（ロービジョンなど）

5 申込み手続

利用を希望される方は、この要項に添付されている「施設利用申込書」（自立支援局 様式 1－2）に必要事項を記入して当センターにご提出ください。

なお、訓練内容の決定や健康管理上の必要から、次の書類の添付をお願いいたします。

- ア 履歴書（自立支援局 様式 2）
- イ 健康診断書（自立支援局 様式 3）
- ウ 視覚障害診断書（自立支援局 様式 4－3）
- エ 糖尿病診断書（糖尿病を有する場合のみ）（自立支援局 様式 5－1）
- ※ その他健康上又は生活上の配慮を必要とされる方は、別途診断書等をご提出いただくことがあります。

6 申込書類の受付期間

年間を通じて受け付けます。

※ 申込み前に一度お電話又は来所の上、ご相談ください。

- ※ 個人情報、利用開始後の支援にのみ使用し、法令に基づき当センターにおいて責任をもって管理いたします。
- ※ なお、詳細な状況確認が必要な場合には、来所をお願いする場合がありますので、あらかじめご承知おきください。

7 利用の開始

おおむね月1回、利用開始日を設けております。

具体的な利用開始日は、ご本人及び市区町村長あてにご連絡いたします。

利用開始日には、市区町村が交付する「障害福祉サービス受給者証」をお持ちください。

当日、当センターとサービス利用契約を結んでいただき、利用開始となります。

8 宿舎の利用

当センターのサービスを利用される方で、自宅から通うことが困難な方は、併設の宿舎を利用することができます。

利用を希望する場合は、事前に宿舎利用の可否についてご相談いただき、市区町村が交付する「障害福祉サービス受給者証」において施設入所支援の支給決定を受けてください。

詳しくは当センターにお問い合わせください。

9 利用料

当センターのサービスを利用するためには、障害者総合支援法に基づく定率負担と食費・光熱水費（実費相当分）を利用料としてご負担いただきます。

(1) 定率負担

月額負担上限額（定率負担）は、世帯の所得に応じて次の4区分が設定されております。障害福祉サービス費（定率負担）がこの額を超えて請求されることはありません。

月額負担上限額（定率負担）

区 分	世帯の収入状況	月額負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低 所 得	市区町村民税非課税世帯	0円
一 般 1	市区町村民税課税世帯（所得割16万円未満） ※入所施設利用者（20歳以上）を除く。	9,300円
一 般 2	上記以外	37,200円

※ 月々の負担額は、利用日数に応じて算定されます。

(2) 食費・光熱水費

食費・光熱水費（実費相当分）については、宿舎利用（施設入所支援）の日数及び給食サービスを利用された実数に基づき算定されます。詳しくは当センターにお問い合わせください。

利用料については、軽減措置等を受けられる場合があります。詳しくは市区町村窓口にお問い合わせください。

利用申込み手続書類のご案内

〈記入例〉 自立支援局 様式 1－2 施設利用申込書

自立支援局 様式 1－2 施設利用申込書（片面）

自立支援局 様式 2 履歴書（両面）

自立支援局 様式 3 健康診断書（両面）

自立支援局 様式 4－3 視覚障害診断書（両面）

自立支援局 様式 5－1 糖尿病診断書（両面）

※ 様式は、A 4 サイズでコピーしてお使いいただいても構いません。（コピーの際は裏面も合わせてコピーしてください。）

当センターでは、随時利用相談や見学を受け付けております。

また、視覚障害に関する各種の相談にも応じておりますので、お気軽にお問い合わせください。

施設利用申込書

記入日を書
いてください。

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

国立障害者リハビリテーションセン
自立支援局 神戸視力障害セン

記入例

(申込者)

住 所 兵庫県○○市△△町1番地

氏 名 神戸 太郎

貴施設へ利用申込みをいたします。

フリガナ	コウベ タロウ		生年月日	昭和 平成 47 年 1 月 1 日
氏 名	神戸 太郎		(年齢)	(41 歳)
住 所	〒123-2134 兵庫県○○市△△町1番地 電 話 078-923-4670 FAX - - Eメール @			
希望する施設障害福祉サービス	自立支援給付	施設障害福祉サービス		希望欄
	訓練等給付	自立訓練(機能訓練)		希望する訓練コース1つに ○印をしてください。
		就労移行支援 (養成施設)	専門課程(3年)	○
			編入・転入(年)	○
	介護給付	施設入所支援	訓練等給付のサービスと併せた宿舍利用	
備 考	他に特に配慮してほしいようなことが あれば併せてご記入ください。			
	宿舍に入居したい場合は ○印をしてください。			

(注) 1 希望する施設障害福祉サービスについて、希望欄に○印を付けてください。

(注) 2 備考欄には、生活面での配慮事項等を記入してください。

施設利用申込書

平成 年 月 日

国立障害者リハビリテーションセンター

自立支援局 神戸視力障害センター所長 殿

(申込者)

住 所

氏 名

貴施設へ利用申込みをいたします。

フリガナ			生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏 名			(年齢)	(歳)			
住 所	〒 電 話 F A X Eメール						
希望する施設障害福祉サービス	自立支援給付	施設障害福祉サービス					希望欄
	訓練等給付	自立訓練(機能訓練)					
		就労移行支援 (養成施設)	専門課程(3年)				
			編入・転入(年)				
	介護給付	施設入所支援	訓練等給付のサービスと併せた宿舍利用				
備 考							

(注) 1 希望する施設障害福祉サービスについて、希望欄に○印を付けてください。

(注) 2 備考欄には、生活面での配慮事項等を記入してください。

履 歴 書				写 真
平成 年 月 日現在				脱帽、正面、胸から上 4cm×3cm (3か月以内のもの)
フリガナ		性 別	男 ・ 女	
氏 名		生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 (満 歳)	年 月 日撮影
現 住 所	〒			
				TEL : FAX :
学 歴				
年 月				卒業(見込み)・中退
年 月				卒業(見込み)・中退
年 月				卒業(見込み)・中退
年 月				卒業(見込み)・中退
年 月				卒業(見込み)・中退
年 月				卒業(見込み)・中退
年 月				卒業(見込み)・中退
職 歴				
在 職 期 間	会社・事業所・施設名	所 在 地	職 種 (具 体 的 に)	
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				

- (注) 1 1 職歴は、会社名及び所在地、従事した職種を具体的に記入してください。
 また、在職中、休職中の方についても現在の状況について記入してください。
 なお、福祉施設での就労経験等がある場合についても記入してください。
- 2 裏面の「治療・訓練等の経過」は、障害にかかわる事項を中心に記入してください。

治療・訓練等の経過

治療の期間	治療・訓練等を受けた病院または施設名	治療・訓練等の内容	入院・通院別
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			

取得免許・資格

年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

家族の状況

氏名	続柄	生年月日	職業	住所	電話番号	同居 別居

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

氏名

印

上記は、自筆です ・ 代筆です。(いずれかを○で囲む。) 代筆者氏名：

健 康 診 断 書									
氏名					性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
障害名 (部位を明記)					原因となった 疾病・外傷名等				
既往歴									
身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg	脈拍	/min	(整・不整)
聴力(両耳)	・異常あり()				・異常なし				身体障害に該当する レベルの機能障害が 認められる場合は、 別途「機能障害診断 書」を添付すること
音声・言語機能	・異常あり()				・異常なし				
そしゃく・嚥下機能	・異常あり()				・異常なし				
尿検査	蛋白 ()、糖 ()、潜血 ()								
血液検査	(検査日: 年 月 日) 白血球数: _____/μl, 赤血球数: _____×10 ⁴ /μl, 血色素: _____g/dl, 血小板数: _____×10 ⁴ /μl, CRP: _____mg/dl, Cr: _____mg/dl, AST(GOT): _____IU/l, ALT(GPT): _____IU/l, HbA1c(NGSP): _____%, BUN: _____mg/dl								
現在の 所見	一般 理学的 所見	内容 ・異常あり ・異常なし				治 療 中 の 疾 患	内容 ・あり ・なし		
	記 憶、 注 意、 遂 行 機 能 等	内容 ・異常あり ・異常なし	知的障害又は 精神障害に 関する事項		内容 ・あり ・なし				
			精神科・心療 内科の受診歴		内容 ・あり ・なし				
	その他健康管理上の留意点								
見	胸部X 線所見	最近(3か月以内)の胸部X線写真により異常が認められた場合は、具体的な所見を記載すること ・異常あり ・異常なし							

視 覚 障 害 診 断 書					
氏 名		性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 (満 歳)
原因となった 疾病・外傷名等		分類： ・ 感染症 ・ 交通事故 ・ 先天性 ・ 中毒性疾患 ・ 労働災害 ・ その他（ ・ その他の疾病 ・ スポーツ事故 ・ 出生時の損傷 ・ 不明			
視覚障害のあらわれた時期		年 月 頃			
視覚障害のため就業不能になった時期		年 月 頃			
眼 圧 右眼： _____ mmHg 左眼： _____ mmHg					
現 在 治 療 中 の 疾 患	(現症状・治療内容)		内 服 薬 ・ 外 用 薬 等 の 使 用 状 況		
上記のとおり診断する。 平成 年 月 日 医療機関名 (〒) 住 所 医 師 氏 名 (TEL : - -) (FAX : - -) 印					

主な理学的所見及び検査結果

(検査日 :

年

月

日)

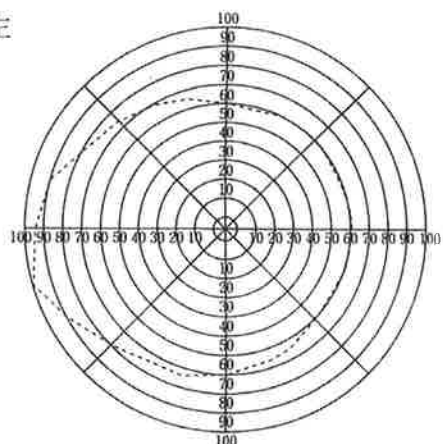
1 視 力 (裸眼及び矯正)

右	(	×	D cyl	D Ax	)
左	(	×	D cyl	D Ax	)

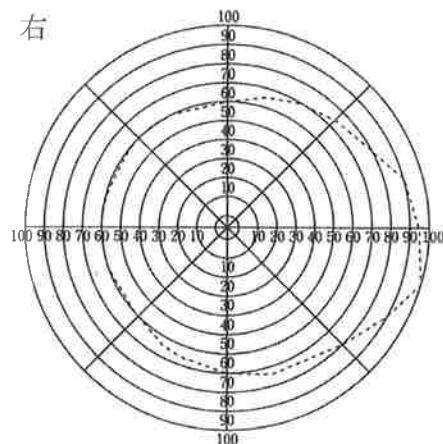
2 視 野 (視野障害の計測は点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。)

視野計 :

左

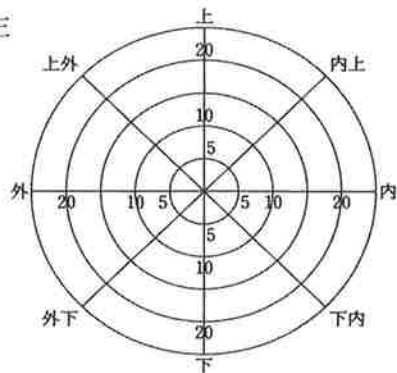


右

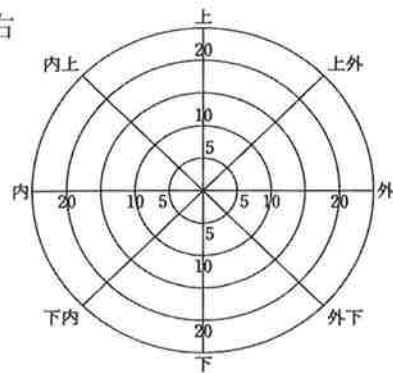


3 中心視野

左



右



4 現 症

	左	右
外 眼		
中間透光体		
眼 底		

(裏面)

糖 尿 病 診 断 書										
氏名					性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)	
病 型	・ 1 型糖尿病 (インスリン依存型) ・ 2 型糖尿病 (インスリン非依存型) ・ その他 ()									
発 症 時 期	年 月 (頃)				発症時の状況					
併 合 症	網膜症及び眼病変	あり (状態:) ・ なし								
	末 梢 神 経 障 害	あり (程度: 軽度 ・ 中程度 ・ 著明) (部位:) ・ なし								
	自 律 神 経 障 害	あり (起立性低血圧 ・ 排尿障害) (その他:) ・ なし								
	腎 症	あり (stage: , 持続尿蛋白の出現時期: 年 月) ・ なし								
	虚 血 性 心 疾 患	あり (病名:) (発症時期: 年 月) ・ なし								
	その他の血管障害 (壊 疽 等)	あり (病名:) (発症時期: 年 月) ・ なし								
	その他の合併症	あり () ・ なし								
検 査 結 果	(検査日: 年 月 日)									
	・Hb: (g/dl) ・TP: (g/dl) ・TG: (mg/dl) ・Ht: (%) ・AST(GOT): (U/l) ・UA: (mg/dl) ・FBS: (mg/dl) ・ALT(GPT): (U/l) ・BUN: (mg/dl) ・HbA1c(NGSP): (%) ・LDL-Cho: (mg/dl) ・HDL-Ch: (mg/dl) ・Cr: (mg/dl)									
	尿 糖:	—	+	++	+++	心電図 所 見		そ の 他		
	尿蛋白:	—	+	++	+++					
	日 常 生 活 の 状 況	血 糖 の 動 き	・ 安 定 ・ やや不安定 ・ 不安定							
血糖の自己測定		・ 可 (使用機種名:) ・ 不可								
低血糖症状の頻度 (薬物療法の場合)		・ 滅多にない ・ たまにある (1回 / 月程度) ・ 時々ある (2～3回 / 月程度) ・ 頻繁にある (1回以上 / 週程度)								
生 活 上 の 規 制 (腎症などによる)		・ 規制していない ・ 規制している (内容:)								

