

# 平成29年度 中途失明者緊急生活訓練事業 実施要項

## 1. 目的

本事業は茨城県の指定管理事業として、視覚障害により日常生活に支障をきたしている者に対し、必要な相談・指導・訓練を行い、自立更生と社会参加の促進を図ることを目的とする。

## 2. 指導内容

### (1) コミュニケーション技術

- ・点字指導
- ・ハンドライティング指導（文字の書き方）

### (2) 歩行技術

- ・白杖使用前技術（屋内歩行技術・介助歩行技術等）
- ・白杖基本操作技術
- ・応用歩行技術
- ・フォローアップ（修了者等に対し、未知地域で実施する訓練等）

### (3) 日常生活動作技術（Techniques of Daily Living）

- ・身辺処理に関すること（食事動作、整理整頓等）
- ・金銭等管理に関すること（金銭弁別、電話のかけ方等）
- ・家事の基本に関すること（お茶の入れ方、包丁操作等）
- ※ 調理等は対象外になります。
- ・補装具・日常生活用具等の使用方法に関すること

### (4) その他

- ・生活上、援護措置に関する助言、相談、指導など
- ・家族等に対する視覚障害理解や接し方など

## 3. 指導期間

平成29年5月中旬頃から平成30年3月中旬頃までの約10ヶ月間。

※ 初回面談期間を含みます。開始時期は概ね6月中旬以降の予定です。

※ “特に緊急性が高い”と判断した場合は、この限りではありません。

## 4. 指導回数

原則として、月2回、年間18回程度とする。

※ 訓練時間は、実施する指導内容の数によって変わります。

※ “特に緊急性が高い”と判断した場合は、この限りではありません。

## 5. 指導場所

県立視覚障害者福祉センターへの通所、又は指導員派遣による訪問指導。

※ 申請状況や受講者の実情等を考慮のうえ、判断します。

## 6. 指導方法

原則、個別指導で実施します。

※ 申し込みの状況等により、集団で実施する場合があります。

## 7. 対象者（次の要件をすべて満たす方）

（1）県内に在住・在勤・在学（見込みも含む。）の視覚障害者で、身体障害（視覚障害）者手帳の交付を受けている方、又は現在申請中の方。

（2）視覚障害以外の著しい心身障害、及び伝染性疾患等を有しない方。

（3）全身性疾患・眼疾患等の病状が落ち着いており、訓練時において体幹機能に支障をきたさない状態にある方。

（4）技術習得に意欲があり、継続して受講が可能な方。

※ 一部の要件を満たしていない場合は、直接担当者までご相談下さい。

## 8. 募集人数

概ね15名程度とする。

※ 申請状況等により、受講人数が増減する場合があります。

## 9. 申込期限

一次締め切り日：平成29年5月8日（月）。

※ 一時締め切り後も随時受け付けを行いますが、申込状況によっては暫く待機していただくことがあります。この場合、訓練開始が数ヶ月先若しくは次年度以降の取り扱いとなることも予想されますので、期限を過ぎての申し込みは事前に担当者までご確認下さい。

## 10. 申込方法

[受講希望の方へ]

「平成29年度中途失明者緊急生活訓練申込書」（別紙）に必要事項を記入・捺印のうえ、居住地を管轄する市町村障害福祉主管課へお申し込み下さい。

[障害福祉主管課担当の方へ]

申込書を受理した障害福祉主管課担当の方は、必ず封筒に「中失訓練申込」と朱書き、茨城県立視覚障害者福祉センター（〒310-0055 水戸市袴塚1丁目4番64号）宛てに郵送をお願いします。

その際、「身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）」（複写）と、主要幹線道路から自宅までの周辺道路（住宅）地図の添付をお願いします。

※ 診断書の添付に当たっては、必ずご本人の同意を得たうえで送付いただきますようお願い致します。

※ 申請時点で県外に住所地があり、近々に茨城県へ在住・在勤・在学を見込まれている方は、当センター長宛てに直接申請いただく場合もあります。

### 1 1. 選考から訓練開始に至るまで

- ① 申請書類受理後、訪問等による初期面談を行い、受講希望者の実情や技術習得に対する意欲等を考慮のうえ、実施の有無を判断します。
- ② 実施の如何に関わらず、申請いただいた障碍福祉主管課には文書で、受講希望者には電話等の方法にてご連絡します。
- ③ 受講決定者には訓練開始日時と場所を電話等にて連絡し、初回訓練時に「指導日程表（訓練スケジュール）」をお渡しします。以後、この日程表に従って訓練を実施していきます。

### 1 2. その他

- (1) 受講費用は原則無料ですが、指導に係る経費は指導員分も含め、すべて受講生の負担となります。（例：歩行技術指導で電車やバスを利用した場合や、点字指導で点字用紙を使用した場合など）
- (2) 技術習得に対して、“著しく意欲が欠如している”と判断された方については、ご本人の意思を確認のうえ、継続指導を中止することがあります。
- (3) 訓練期間は原則1年とします。ただし、特段の理由があると判断した場合は、期間の延長を認めることがあります。
- (4) 訓練終了後、申請書受理対応いただいた障碍福祉主管課宛てに、「訓練結果」（連絡）の書類を送付致しますので、個人情報の取り扱いにご留意いただいたうえで、本ケースに対する今後の支援計画の一助にしていただければ幸いです。
- (5) その他、本事業に関する不明点や詳細につきましては、下記担当者まで直接お問い合わせ下さい。

### 1 3. 個人情報の取り扱いについて

個人情報の取り扱いについては、「茨城県個人情報保護条例」並びに「社会福祉法人茨城県視覚障害者協会個人情報保護規定」に基づき、本事業の目的の範囲内で適切に利用・管理することとし、本人の承諾なく第三者に開示・提供することはありません。

#### ※ 問い合わせ先

茨城県立視覚障害者福祉センター

【指定管理者：社会福祉法人茨城県視覚障害者協会】

〒310-0055 水戸市袴塚1丁目4番64号

Tel：029-221-0098/Fax：029-221-0234

視覚障害生活訓練主担当

URL <http://ibacenter.la.coccan.jp/>

## 平成29年度 中途失明者緊急生活訓練申込書

平成 年 月 日

茨城県立視覚障害者福祉センター長 殿

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

住 所 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 (又は代筆者) \_\_\_\_\_

対 象 者	ふりがな 氏 名		男 女	昭・平 年 月 日生 ( 歳)		
	連絡先 住 所	〒 _____ TEL _____ ( ) _____				
	身体 (視覚) 障害者手帳 都・道・府・県・市 第 _____ 号 種 級					
	障害原因			眼疾患名		
	視力の程度 右眼： _____ 左眼： _____			視野の程度 (損失率) _____ %		
家 族 の 状 況	職 業		勤務先名称			
	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	備 考	
希望訓練 (番号に○ を付ける)	1. コミュニケーション技術 (点字等) 2. 歩行技術 3. 日常生活動作技術 (TDL) 4. その他 ( _____ )					
訓練に対する要望等						
※ 当該障害福祉主管課名		※ 担 当 者 氏 名		※ 電 話 番 号 ( 内 線 )		

※ 欄は、必ずご担当者の方が記入してください。