

「視覚障害者が日常生活を送る上で必要な支援に関する調査研究」

調査1 施設基本情報に関する調査 調査票

貴施設および貴施設の地域の状況について、「平成28年度の状況・実績」をもとに、下の各問にお答えください。

締切：平成29年11月20日（月）まで

提出方法：FAX (03-3200-7755)、メール ([jim@jfb.jp](mailto:jim@jfb.jp))

【ファイルに直接入力する回答について】

設問から回答を選択する場合（○をつける場合）は、以下の方法でご回答ください。

- ・ツールバーにある「囲み線」で該当項目を囲む
- ・ツールバーにある「下線」で該当項目に下線を引く

1. 施設名 [ ]

例：名古屋総合リハビリテーションセンター

2. 所在地（市または区まで） [ ]

例：愛知県名古屋市

3. 貴施設の施設種別について、該当するものに○をつけてください。

1. (指定)障害者支援施設
2. (指定)障害福祉サービス事業所
3. 視覚障害者情報提供施設・点字図書館
4. 盲導犬協会・盲導犬訓練施設
5. 民間企業
6. その他（具体的に )

4. 貴施設の職員数について、[ ] 内に数字でお答えください。

- (1) 正職員 [ ] 名
- (2) 嘱託職員 [ ] 名
- (3) 訓練実施者 [ ] 名 (1. 正職員 名 2. 嘱託職員 名)
- (4) 歩行訓練実施者 [ ] 名 (1. 正職員 名 2. 嘱託職員 名)

例

- (1) 正職員 [ 4 ] 名
- (2) 嘱託職員 [ 2 ] 名
- (3) 訓練実施者 [ 6 ] 名 (1. 正職員 4名 2. 嘱託職員 1名)
- (4) 歩行訓練実施者 [ 2 ] 名 (1. 正職員 2名 2. 嘱託職員 0名)

5. 貴施設の訓練形態および実施体制について、対応可能なものに1を、対応不可能なものに2を、条件・状況によっては実施するものに3を記入してください。

	歩行	パソコン	点字	ADL
(1) 通所				
(2) 入所				
(3) 訪問				

例

	歩行	パソコン	点字	ADL
(1) 通所	1	1	1	1
(2) 入所	1	1	1	1
(3) 訪問	1	3	2	1

6. 貴施設の利用者の状況についてご回答ください。

(1) 利用定員（1日あたり） [ ] 名 ・ 定員なし

(2) 年間の利用者数の制限 1. あり 2. 一部あり 3. なし

(3) 年間の訓練回数の制限 1. あり 2. 一部あり 3. なし

(4) 利用者数（平成28年度年間実績）

ア. 1日あたり [ ] 名

イ. のべ実人数 [ ] 名

※ 「ア. 1日あたり」は利用者の「のべ人数」を「営業日数」で割った数字をご記入ください。

「イ. のべ実人数」は年間通して、1回でも利用した方が何人いるかをお答えください。

(5) 利用頻度

平成29年10月に訓練を1度でも実施した方の平均利用頻度を教えてください。

一人あたりの平均利用頻度 ( ) 回/週

(6) 紹介経路 (平成 28 年度実績)

1. 医療機関 ( ) 名
  2. 福祉施設 ( ) 名
  3. 行政機関 (ハローワーク含む) ( ) 名
  4. 教育機関 (盲学校、大学など) ( ) 名
  5. 当事者団体 ( ) 名
  6. 相談支援機関 (障害福祉) ( ) 名
  7. 介護保険関係 ( ) 名
  8. 個人 (家族、友人、口コミなど) ( ) 名
  9. ホームページ ( ) 名
  10. メディア (テレビ、ラジオ、新聞など) ( ) 名
  11. その他 ( ) 名
- 合計 ( ) 名

※重複カウント不可。1～11の合計人数と最後の「合計」の人数が一致するようご回答ください。  
複数紹介元がある場合は、どちらか本人により影響を与えた方のみ実績をご記入ください。

7. 貴施設で行っている下記 (1)～(18) の条件の視覚障害者への訓練対応の可否について、該当するものに○をつけてください。

またH28年度の対応実績があれば人数の記入をお願いいたします。

「3. 要相談」のあとの「具体的に」は、検討が必要な内容を具体的ににご記入ください。

(1) 15歳未満

1. 可能 2. 不可 3. 要相談 (具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(2) 身体障害者手帳未所持

1. 可能 2. 不可 3. 要相談 (具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(3) 医療機関に向いての相談対応・訪問訓練

1. 可能 2. 不可 3. 要相談 (具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(4) 片道50km以上または1時間半以上かかる方への訪問訓練

(施設の居住地と同都道府県内)

1. 可能 2. 不可 3. 要相談 (具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(5) 県外に在住 (利用方法は通所・入所・訪問問わない)

1. 可能 2. 不可 3. 要相談 (具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(6) 県外での訓練

1. 可能 2. 不可 3. 要相談 (具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(7) 2週間以内に訓練開始を希望

1. 可能 2. 不可 3. 要相談 (具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(8) 数回で終了する訓練希望

(白杖基本操作の指導のみ、再訓練など限定的なルート歩行訓練など)

1. 可能 2. 不可 3. 要相談 (具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(9) 頻度の低い訓練希望 (月に1回以下)

1. 可能 2. 不可 3. 要相談 (具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(10) フルタイムで就労中

1. 可能 2. 不可 3. 要相談 (具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(11) 高校・大学・盲学校在学中

1. 可能                      2. 不可                      3. 要相談(具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(12) 2年半を超える訓練

1. 可能                      2. 不可                      3. 要相談(具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(13) 急激に視力低下した方の入院から在宅復帰までの支援

1. 可能                      2. 不可                      3. 要相談(具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(14) 復職・一般就労の準備訓練(歩行・パソコン・ロービジョンなど)

1. 可能                      2. 不可                      3. 要相談(具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(15) 復職・一般就労に向けた就労支援(職場との調整などのケースワーク)

1. 可能                      2. 不可                      3. 要相談(具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(16) 盲学校進学準備

1. 可能                      2. 不可                      3. 要相談(具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名

(17) 相談支援事業所との連携による支援

1. 可能                      2. 不可                      3. 要相談(具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名
- ※ここでの「連携」は最低限、連絡をとった、実際に会った以上の関わりを指す

(18) ケアマネジャー(介護保険)との連携による支援

1. 可能                      2. 不可                      3. 要相談(具体的に)
- H28年度の対応実績 ( ) 名
- ※ここでの「連携」は最低限、連絡をとった、実際に会った以上の関わりを指す

8. 貴施設「以外で」、所在地(県内)にある視覚障害関係機関についてご記入ください。

- (1) 機能訓練(視覚障害)施設                      1. あり                      2. なし
- (2) 機能訓練以外の訓練実施施設・機関                      1. あり                      2. なし
- (3) 視覚障害者を専門とした相談支援実施機関                      1. あり                      2. なし

9. 貴施設の地域のロービジョンケアおよびネットワークの状況について、該当するものに○をつけてください。

- (1) ロービジョンケア実施医療機関                      1. あり                      2. なし
- (2) 医療従事者向けリーフレット                      1. あり                      2. なし
- (3) 支援者向けリーフレット                      1. あり                      2. なし
- (4) 患者・視覚障害者向けリーフレット                      1. あり                      2. なし
- (5) 患者紹介・返書のための様式・ツール                      1. あり                      2. なし
- (6) 医療機関・従事者向けの研修・講習会の実施                      1. あり                      2. なし
- (7) 相談支援専門員やケアマネを中心とした研修・講習会の実施
- (8) その他(具体的に)
1. あり                      2. なし

10. (機能訓練以外で訓練を提供している施設にお尋ねします) 貴施設の事業形態での相談・訓練体制について、メリット・デメリットをお答えください。

アンケートの回答に関してご質問させていただく場合がありますので、ご記入者様のご連絡先などご記入をお願いいたします。

お名前	
所属部署名	
役職名・職種名	
電話番号	E-mail

「視覚障害者が日常生活を送る上で必要な支援に関する調査研究」

調査2-1 訓練施設につながるまでの経緯に関する調査 調査票

- 現在訓練を受けている方のうち、5名の方に下記の内容に関する聞き取りをしていただき、支援者の方が記録をしてください。
- 調査票は1名につき1枚ご使用ください。
- 対象者の選定にあたっては、なるべく経緯を正確に記憶している方をお選びください。
- 年月は西暦で記載してください。
- 締切 平成29年12月15日まで（消印有効）

【ファイルに直接入力する回答について】  
設問から回答を選択する場合（○をつける場合）は、以下の方法でご回答ください。  
・ツールバーにある「囲み線」で該当項目を囲む  
・ツールバーにある「下線」で該当項目に下線を引く

1. プロフィール  
調査対象者のプロフィールに関する（1）～（6）の設問に関し、該当するものに○をつけてください。

（1）（回答時の）年齢

1. 10代 2. 20代 3. 30代 4. 40代  
5. 50代 6. 60代 7. 70代 8. 80代以上

（2）性別

1. 男性 2. 女性

（3）手帳等級

1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 4級  
5. 5級 6. 6級 7. 未所持・申請中

（4）原因疾患

1. 網膜色素変性症 2. 緑内障  
3. 糖尿病網膜症 4. 黄斑変性  
5. その他（ ）

（5）視力

1. 0.01以下 2. 0.02～0.09 3. 0.1以上

（6）同居しているご家族について、該当するものすべてに○をつけてください

1. 配偶者 2. 子 3. 親 4. 兄弟姉妹 5. なし 6. その他

2. 訓練施設につながるまでの経緯について  
（1）初診（発症）時期を教えてください。

年 月

（2）身障手帳取得を勧められた時期を教えてください。

年 月

（3）身障手帳取得時期を教えてください。

年 月

（4）身障手帳最終更新時期を教えてください。

年 月

（5）医療機関から受けた情報提供の内容について該当するものすべてに○をつけてください  
い（複数回答可）

1. 身体障害者手帳の申請方法  
2. 受けられる福祉サービス  
3. 補装具や日常生活用具の品目  
4. 補装具や日常生活用具の申請方法  
5. 障害年金  
6. 生活上の困りごとの相談窓口  
7. 訓練施設や訓練の内容  
8. なし  
9. その他（ ）

（6）医療機関から紹介された（行くよう勧められた）機関について、該当するものすべてに○をつけてください（複数回答可）

1. 役所（福祉課）  
2. 他の医療機関  
3. 訓練施設  
4. 盲学校  
5. 点字図書館・視覚障害者情報提供施設  
6. 当事者団体  
7. 用具等の販売業者  
8. 介護保険関係機関  
9. 相談支援事業所（障害福祉）  
10. なし  
11. その他（ ）

(7) (6) で選んだなかで実際に行った機関はどこでしたか？該当するものすべてに○をつけてください (複数回答可)。

1. 役所 (福祉課)
2. 他の医療機関
3. 訓練施設
4. 盲学校
5. 点字図書館・視覚障害者情報提供施設
6. 当事者団体
7. 用具等の販売業者
8. 介護保険関係機関
9. 相談支援事業所 (障害福祉)
10. なし
11. その他 ( )

(8) 身障手帳申請時に行政 (福祉課) から情報提供を受けた内容について該当するものすべてに○をつけてください (複数回答可)

1. 身体障害者手帳の申請方法
2. 受けられる福祉サービス
3. 補装具や日常生活用具の品目
4. 補装具や日常生活用具の申請方法
5. 障害年金
6. 生活上の困りごとの相談窓口
7. 訓練施設や訓練の内容
8. なし
9. その他 ( )

(9) 身障手帳申請時に役所 (福祉課) から紹介された機関について該当するものすべてに○をつけてください (複数回答可)。

1. 役所 (福祉課)
2. 医療機関
3. 訓練施設
4. 盲学校
5. 点字図書館・視覚障害者情報提供施設
6. 当事者団体
7. 用具等の販売業者
8. 介護保険関係機関
9. 相談支援事業所 (障害福祉)
10. なし
11. その他 ( )

(10) (9) で選んだなかで実際に行った機関はどこでしたか？該当するものすべてに○をつけてください (複数回答可)。

1. 役所 (福祉課)
2. 医療機関
3. 訓練施設
4. 盲学校
5. 点字図書館・視覚障害者情報提供施設
6. 当事者団体
7. 用具等の販売業者
8. 包括支援センター・ケアマネ
9. 相談支援事業所 (障害福祉)
10. なし
11. その他 ( )

(11) 訓練施設・機関に最初に相談した (行った・電話した) 時期はいつですか？

年 月

(12) 訓練施設を紹介してくれた機関・媒体はどこでしたか？該当するものすべてに○をつけてください。

1. 医療機関
2. 福祉施設
3. 行政機関 (ハローワーク含む)
4. 教育機関 (盲学校、大学など)
5. 当事者団体
6. 相談支援機関 (障害福祉)
7. 介護保険関係機関
8. 個人 (家族、友人、口コミなど)
9. ホームページ
10. メディア (テレビ、ラジオ、新聞など)
11. その他 ( )

(13) 訓練施設に行こうという気持ちになった理由として最も大きなもの1つを選び○をつけてください。

1. 医者に勧められたから
2. 医者以外の病院関係者（看護師、視能訓練士、MSW）に勧められたから
3. 家族に勧められたから
4. 友人や知人に勧められたから
5. 役所で勧められたから
6. ケアマネや相談支援員に勧められたから
7. 白杖などの用具を購入した時に勧められたから
8. 訓練施設の職員とイベント等施設外で会う機会があったから
9. ハローワークで勧められたから
10. 会社（上司）から言われたから
11. 自分が困りごとを解決したいと思ったから
12. その他（                      ）

(11) の施設を現在利用している場合は (16) へ。  
別の施設を利用している場合は (14) へお進みください。

(14) (11) の施設で訓練を受けなかった理由（複数回答可）

1. 手続きが煩雑だったから。手続きに時間がかかるから。
2. 希望する内容の訓練を実施していなかったから
3. 希望する方法（通い・訪問など）で対応してもらえないから
4. 希望する回数・頻度で実施してくれないから
5. 自宅から遠かったから。交通費がかかるから。
6. 相談対応に不満があったから
7. 気持ちはまだ訓練に向かなかったから
8. その他（                      ）

(15) 現在の訓練施設に最初に相談した（行った、電話した）時期

年    月

(16) 現在の訓練施設の利用を開始した時期

年    月

(17) 訓練施設の情報「どこで」「どの段階で」提供してもらえるのがよいと思いますか。  
該当するものすべてに○をつけてください。

1. 眼科（医療機関）で見え方の改善が見込めないと言われたとき
2. 眼科（医療機関）で身障手帳の取得を勧められたとき
3. 仕事の継続が困難となり産業医と面接するとき
4. 行政機関で身障手帳の申請をしたとき
5. 行政機関で身障手帳を渡されたとき
6. 実際に福祉サービスを使うために行政機関に相談や手続きに行ったとき
7. その他（具体的に                      ）

「視覚障害者が日常生活を送る上で必要な支援に関する調査研究」

調査2-2 訓練前後の生活状況の変化についての調査 調査票

- 平成28年度から平成29年度にかけて訓練を終了した方（する見込みの方）5名を対象に、下記の内容に関する聞き取りをしていただき、支援者の方が記録をしてください。

- 調査票は1名につき1枚ご使用ください。

- 対象者の選定にあたっては、

- ・ 就労（復職・一般就労・就労継続A型）したケース
  - ・ 2年以上関わっているケース
  - ・ 65歳以上のケース
  - ・ 短期間で終了しているケース
- があれば、可能な限り調査対象に入れてください。

- 締切 平成29年12月15日まで（消印有効）

1. プロフィール

調査対象者のプロフィールに関する(1)～(6)の設問に関し、該当するものに○をつけてください。

(1) (回答時の)年齢

1. 10代 2. 20代 3. 30代 4. 40代  
5. 50代 6. 60代 7. 70代 8. 80代以上

(2) 性別

1. 男性 2. 女性

(3) 手帳等級

1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 4級  
5. 5級 6. 6級 7. 未所持・申請中

(4) 原因疾患

1. 網膜色素変性症 2. 緑内障  
3. 糖尿病網膜症 4. 黄斑変性  
5. その他 ( )

(5) 視力

1. 0.01以下 2. 0.02～0.09 3. 0.1以上

【ファイルに直接入力する回答について】  
設問から回答を選択する場合（○をつける場合）は、以下の方法でご回答ください。  
・ ツールバーにある「囲み線」で該当項目を囲む  
・ ツールバーにある「下線」で該当項目下線を引く

(6) 訓練開始後の視力

1. 0.01以下 2. 0.02～0.09 3. 0.1以上

(7) 同居しているご家族について、該当するものすべてに○をつけてください

1. 配偶者 2. 子 3. 親 4. 兄弟姉妹 5. なし 6. その他

(8) 最寄りの交通機関

1. 電車・地下鉄駅 徒歩 ( ) 分  
2. バス 徒歩 ( ) 分  
3. なし

2. 訓練前後の状況の変化について

(1) 訓練で実施した内容について、該当するものすべてに○をつけ、( )に訓練回数を記入してください。回数は1日1カウントまでとします。

1. 歩行訓練 ( ) 回  
2. パソコン訓練 ( ) 回  
3. 点字訓練 ( ) 回  
4. ADL訓練 ( ) 回  
5. ロービジョン訓練 ( ) 回  
6. PC以外の機器（携帯電話含む）の操作訓練 ( ) 回  
7. その他（具体的に） ( ) 回

(2) 訓練期間 ( )ヶ月 トータル ( )回

(3) 訓練前後の道具や機器の使用状況やサービスの利用状況について、訓練前と訓練後それぞれ該当するものに○をつけてください。

- ア. 「適切な」白杖の所持 ⇒ 訓練前 あり・なし 訓練後 あり・なし  
イ. 遮光レンズの使用 ⇒ 訓練前 あり・なし 訓練後 あり・なし  
ウ. 拡大読書器の使用 ⇒ 訓練前 あり・なし 訓練後 あり・なし  
エ. ブレクストークなどの録音・再生機器の使用 ⇒ 訓練前 あり・なし 訓練後 あり・なし  
オ. 音声時計の使用 ⇒ 訓練前 あり・なし 訓練後 あり・なし  
カ. 携帯電話・スマートフォンの使用 ⇒ 訓練前 あり・なし 訓練後 あり・なし  
キ. パソコンの使用 ⇒ 訓練前 あり・なし 訓練後 あり・なし  
ク. インターネットの利用 ⇒ 訓練前 あり・なし 訓練後 あり・なし

- ケ. 点字を書く道具（点字器・点字タイブなど）の使用 ⇒  訓練前 あり・なし  訓練後 あり・なし
- コ. ピンディスプレイ（ブレイルメモなど）の使用 ⇒  訓練前 あり・なし  訓練後 あり・なし
- サ. 同行支援の利用 ⇒  訓練前 あり・なし  訓練後 あり・なし
- シ. 障害福祉サービスや介護保険サービスにおける日中活動サービスの利用 ⇒  訓練前 あり・なし  訓練後 あり・なし

(4) 訓練前後の技術的な変化について

- 生活上の技術について、「できる/できない」とその状況に対する「満足度/納得度」について訓練の前と現在の状況についてお伺いします。
- 「できる」かどうかについては、用具や機器、同行支援などの福祉サービスなど使えるものは何でも使うという条件でお答えください（ただし、家族・知人の支援は除いてください）。
- 「できる/できない」については、
  1. できる
  2. どちらかといえばできない
  3. できない の4段階で評価してください。
- 「満足度/納得度」は、
  1. 満足
  2. やや満足
  3. やや不満
  4. 不満
 もしくは
  1. 納得している
  2. やや納得している
  3. やや納得していない
  4. 納得していない
 の4段階で評価してください。

大項目	内 容	訓練前		訓練後	
		できる/できない	満足度/納得度	できる/できない	満足度/納得度
移動	ア. 自宅などよく知っている屋内の移動				
	イ. 屋外をよく知っている場所の移動				
	ウ. 初めての場所や不慣れな場所の移動				
	エ. 階段やエスカレーターの利用				
	オ. 交差点横断や信号判断				
	カ. 公共交通機関の利用				
	キ. 混雑した場所の移動				
	ク. 夜間の移動				

つづく

- 「できる/できない」については、
  1. できる
  2. どちらかといえばできない
  3. できない の4段階で評価してください。
- 「満足度/納得度」は、
  1. 満足
  2. やや満足
  3. やや不満
  4. 不満
 もしくは
  1. 納得している
  2. やや納得している
  3. やや納得していない
  4. 納得していない
 の4段階で評価してください。

つづき

大項目	内 容	訓練前		訓練後	
		できる/できない	満足度/納得度	できる/できない	満足度/納得度
読み書き	ケ. 書類（郵便物や請求書など）を読む				
	コ. 新聞・雑誌・書籍を読む				
	サ. メモをとる（録音等含む）				
	シ. メールを書く				
	ス. 文章を書く				
	セ. ホームページを見る・検索する				
	ソ. 整容（髭剃り、化粧、爪切りなど）				
	タ. 衣類の選択・管理をする				
	チ. 料理をする				
	ツ. 洗濯をする				
	テ. お茶・コーヒーを入れる				
	ト. 薬の管理、服薬				
	ナ. 持ち物の区別・整理・管理				
社会行動	ニ. お金の弁別・支払い				
	ヌ. 金融機関の利用				
	ネ. 時間の把握				
	ノ. 電話をかける・うける				
	ハ. 買い物				
ケーシング参加	ヒ. 会話を楽しむ				
	フ. 趣味・余暇活動を楽しむ				
	ヘ. 仕事をする				
	ホ. 近所の人や見えていた時の友人との交流				
	マ. 他の視覚障害の方との交流				

(5) 訓練後の生活の変化について該当するものすべてに○をつけてください。

1. 外出の頻度があがった
2. 一人で歩ける場所ができた・増えた
3. 移動の安全性が向上した
4. 定期的な外出先ができた
5. 行動範囲が広がった
6. 読書ができるようになった
7. 家の中のものを自分で管理・把握できるようになった
8. 家事や身の回りのことなど自宅のなかで自分でできることが増えた
9. 自分でできること・できないことの判断ができるようになった
10. できないことに対する考え方や工夫の仕方が身についた
11. 自分で情報収集ができるようになった
12. 情報発信ができるようになった（メール、SNS、ブログ、投稿など）
13. 趣味や余暇活動が充実した
14. 困ったときに相談できる仲間ができた
15. 気持ちの前向きになった
16. 今後の目標がみつかった
17. 視覚障害に対する受け止め方が変わった
18. なし
19. その他（                    ）



## 2 調査3 (1) 調査概要

平成29年度 視覚障害者が日常生活を送る上で必要な支援に関する調査研究事業  
調査3 視覚障害者を訓練につなぐ相談支援に関する調査

### 調査概要

- (1) 実施元 社会福祉法人 日本盲人会連合
- (2) 調査対象 全国に点在する視覚障害者と接点のある関係機関（医療機関、相談支援機関、当事者団体、情報提供施設、視覚特別支援学校）  
※視覚障害に関わりが無い場合でも積極的にご回答ください。
- (3) 調査の目的
- ・本調査は、以下の論点整理を行うために調査を実施する。
  - 論点① 視覚障害者を訓練に効果的に繋げる支援体制の在り方
  - 論点② 訓練を受ける視覚障害者への効果的な訓練体制の在り方
  - ・調査3は訓練の全体像を把握するため、以下の観点で実態調査とニーズ調査を行う。
    - ・訓練を必要とする視覚障害者がどのような経路で訓練に結びついているか
    - ・その訓練の結びつきに関するニーズはどうか
- (4) 回答方法
- ・回答は施設・団体単位としてお答えください。
  - ・別添の調査票にご記入の上、メール又はFAXにて回答をご提出下さい。

メール：[chousa@jfb.jp](mailto:chousa@jfb.jp)  
FAX：03-3200-7755  
提出期限：平成29年12月8日（金）まで

- ・データ版調査票に直接データ入力をする場合は、以下の方法でご記入下さい。
  - ・回答に○をつける：ツールバーにある「囲み線」で該当項目を囲む
  - ・回答の自由記述への入力：文字数が多い場合は改行をしても構いません
- (5) 情報管理と調査結果の公開について
  - ・頂いた回答は、当法人において厳正に管理し、本調査のみに使用させていただきます。
  - また、回答は、回答者が特定出来ない状態で調査結果として公表させていただきます。
  - ・調査結果は、当法人内に設置した検討委員会で取りまとめを行い、平成30年3月に報告書として公開させていただきます。なお、報告書は関係機関への配布と当法人のホームページへの掲載を行い、調査結果を広く周知する予定です。
- (6) 問い合わせ先 ※データ版調査票をご入り用の際もお問い合わせ下さい。  
社会福祉法人日本盲人会連合 組織部 木村  
電話：03-3200-0011 メール：[jim@jfb.jp](mailto:jim@jfb.jp)  
住所：〒169-8664 東京都新宿区西早稲田2-18-2

視覚障害者が日常生活を送る上で必要な支援に関する調査研究事業

『調査3 視覚障害者を訓練につなぐ相談支援に関する調査』調査票

回答送信先 日本盲人会連合 組織部 宛  
メールアドレス : [chousa@jfb.jp](mailto:chousa@jfb.jp) FAX : 03-3200-7755

問1 貴機関の該当する名称をお答えください(1つのみ回答)

1. 医療機関
2. 相談支援機関
3. 視覚障害者の当事者団体
4. 情報提供施設(点字図書館など)
5. 視覚特別支援学校

問2 貴機関の所在地をお答えください

( ) 都・道・府・県 ( ) 区・市・町・村

問3 地域に住む視覚障害者から相談を受けることがありますか(1つのみ回答)

1. ある (→問4へ)
2. ない (→問9へ)

問4 どのような相談を受けますか(複数回答可)

1. 見えにくさの改善
2. 治療方法
3. 日常生活の改善
4. 仕事全般
5. 読み書き
6. 歩行手段
7. 福祉制度の利用
8. 心理的サポート
9. 教育
10. その他( )

問5 受け付けた相談の中で、貴機関で対応できる支援などはありますか(複数回答可)

1. 眼の治療
2. ロービジョンケア
3. 歩行訓練
4. 歩行訓練以外の訓練(点字、パソコン、ADLなど)
5. 福祉制度・サービスの紹介
6. 補装具や日常生活用具の紹介
7. 上記1～6以外の支援( )
8. 特になし

問6 相談に対応することができない場合は、他の施設や機関を紹介することができますか(1つのみ回答)

1. できる(→問7へ)
2. できない(→問8へ)

問7-1 問6で1と回答：紹介先はどのような機関ですか(複数回答可)

1. 医療機関
2. 相談支援機関
3. 視覚障害者の当事者団体
4. 情報提供施設(点字図書館など)
5. 視覚特別支援学校
6. 訓練実施機関(機能訓練施設など)
7. その他( )

問7-2 紹介先の満足度を教えて下さい(上記回答が複数の場合は平均値)

1. 安心
2. やや安心
3. 普通
4. やや不安
5. 不安

(2) 訓練票

問8 問6で2と回答：紹介が出来ない理由を教えてください(複数回答可)

1. 近隣に紹介のできる機関・施設がない
2. 紹介のできる機関・施設が遠方にあるため紹介しにくい
3. 安心して紹介のできる機関・施設がない
4. 紹介先の情報を知らない
5. 分からない
6. その他( )

問9 貴機関の地域では、視覚障害者の困りごとを連携して対応するネットワークや相談体制がありますか(1つのみ回答)

1. ある
2. ない
3. 分からない

問10 視覚障害者が必要とする支援を行うためには、地域での連携や相談体制の確立が必要だと思いますか。また、その理由を教えてください。(1つのみ回答)

1. はい (理由： )
2. いいえ (理由： )

問11 視覚障害者とのやりとりで困ることはありませんか(複数回答可)

1. 視覚障害者の対応に慣れた職員がいないこと
2. 移動の介助ができないこと
3. 代読・代筆ができないこと
4. 点字や音声で情報提供ができないこと
5. 特になし
6. その他( )

問12 視覚障害者の訓練施設に対して求めることはありますか(複数回答可)

1. 訓練施設で対応した内容を紹介元へ報告して欲しい
2. 訓練施設が利用者宅や紹介元に訪問し、視覚障害者の相談に対応して欲しい
3. 訓練施設の広報や啓発活動を強化して欲しい
4. 訓練に関する事例報告や事例検討会の開催を行って欲しい
5. 視覚障害者に対する支援法などの研修会を開催して欲しい
6. 特になし
7. その他( )

問13 視覚障害者を訓練につなぐ相談支援についてご意見があればご記入ください

設問は以上です。  
ご協力頂き、ありがとうございます。

事務担当  
(福)日本盲人会連合 組織部 木村  
〒169-8664 東京都新宿区西早稲田2-18-2  
電話 03-3200-0011 FAX 03-3200-7755  
メール [jim@jfb.jp](mailto:jim@jfb.jp)

視覚障害者が日常生活を送る上で必要な支援に関する調査研究事業

## 調査4 視覚障害当事者の訓練経過に関する調査

### (資料の作成) について

#### (1) 調査の目的

- ・本調査においては、以下の論点整理を行うために調査を実施している
- 論点① 視覚障害者を訓練に効果的に繋げる支援体制の在り方
- 論点② 訓練を受ける視覚障害者への効果的な訓練体制の在り方
- ・該当調査は、論点②に関する調査の一環として、訓練を受ける視覚障害当事者の訓練経過の詳細を可視化する目的で実施する
- ・特に「歩行（OM）スキルの獲得はQOLを向上させる」という観点を実証することを念頭に実施する

#### (2) 調査について

- ・依頼内容 貴団体に訓練を受けている又は受けた視覚障害の訓練生1名を対象に、対象期間での訓練経過を記録した資料を作成する
- ・対象者像 貴団体の地域特性と見合う視覚障害者を対象とする  
中途視覚障害者等の初めて訓練を受けられる方を優先する
- ・作成方法 資料の作成は担当訓練士が担当し、場合によっては訓練を訓練生にヒアリングを行ないながら作成をする
- ・対象期間 平成29年8月1日～平成30年1月31日  
この期間の中から、概ね3ヶ月程度を記録する

#### (3) 資料の作成について

- ・掲載内容 資料の記載方法に指定はなし  
ただし、訓練の経過が時間軸で分かりやすく、訓練生の行動面・心理面の変化を分かりやすく記載すること  
文章の他に訓練の写真も掲載する
- ・原稿量 A4 4～6ページ程度（文字サイズ12ポイント）
- ・提出締切 平成30年2月9日（金）まで
- ・同意書 対象者に対して調査内容を説明した上で、別添の同意書を作成し、資料の提出と共に提出をする
- ・その他 資料の提出後、本調査の報告書に掲載を行うため、報告書担当者とレイアウトや文章内容の調整・相談を行う予定

#### (4) 提出先、問い合わせ先

社会福祉法人日本盲人会連合 組織部 木村  
電話：03-3200-0011 メール：[jim@ifb.jp](mailto:jim@ifb.jp)  
住所：〒169-8664 東京都新宿区西早稲田2-18-2

「視覚障害者が日常生活を送る上で必要な支援に関する調査研究事業」  
**視覚障害当事者向け調査（調査4） 趣意書**

**1. 調査実施者**

社会福祉法人 日本盲人会連合

**2. 調査の目的**

視覚障害者が日常生活を送る上で必要な支援である歩行訓練等の生活訓練（以下、訓練とする）について、訓練を必要とする視覚障害者へ確実に訓練が提供されることを目指し、以下の論点について課題整理を行う。

- 論点① 視覚障害者を訓練に効果的に繋げる支援体制の在り方  
論点② 訓練を受ける視覚障害者への効果的な訓練体制の在り方  
この課題整理を行うために、視覚障害当事者への調査を実施する。

**3. 調査方法**

調査依頼をした訓練実施機関において訓練を受講している視覚障害者の訓練経過を文章と写真で記録をする。また、必要に応じて、その訓練の感想等を対象者にヒアリングし、文章と写真で記録する。

**4. 調査結果の使用用途**

- ・ 調査結果をもとに統計処理を行い、個人が特定できない状態にする。
- ・ 分析結果等は報告書に取りまとめ、厚生労働省への提出、関係者への配布、本連合ホームページへの掲載等を行う。

**5. 個人情報の取り扱いについて**

- ・ この調査を通して知り得た個人情報は、この調査研究事業の目的以外に使用することはありません。
- ・ お預かりした個人情報は、ご本人からの求めに応じて提供を停止することがあります。また、調査開始後にもご本人からの申し出により、聞き取りを中止することがあります。
- ・ 調査結果を記録した調査票の原本は、鍵のかかる保管庫で本調査終了後の2年間（2020年3月まで）保存したのち、消解処理を行います。
- ・ 質問、苦情等があれば、下記責任者へお問い合わせ下さい。

社会福祉法人 日本盲人会連合 組織部  
責任者：組織部長 藤井貢 事務担当者：組織部主任 木村幸平  
住所 〒169-8664 東京都新宿区西早稲田2-18-2  
電話 03-3200-0011 FAX 03-3200-7755  
メール jim@jfb.jp

以上、調査の趣旨にご理解・ご賛同いただきましたら別紙（裏面）の同意書に署名をお願いいたします。

**（2）個人向け 調剤同意書（裏面）**

**同意書**

（貴団体名をご記入下さい）様

社会福祉法人 日本盲人会連合 様

私は、調査の趣旨および個人情報保護に関する取り扱いについて、別紙（裏面）「趣意書」とおりの説明を受けましたので、個人情報を使用することに同意します。

平成 年 月 日

【本人】

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

【署名代行人】

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

本人との関係 支援者 \_\_\_\_\_

## 委員名簿

(順不同・敬称略)

- |                 |  |
|-----------------|--|
| 大倉 元宏<br>(委員長)  | 成蹊大学工学部システムデザイン学科 教授                           |
| 竹下 義樹<br>(副委員長) | 日本盲人会連合 会長                                     |
| 神屋 郁子           | 大分県盲人協会 歩行訓練士                                  |
| 工藤 正一           | 日本盲人会連合 総合相談室 室長                               |
| 田中 雅之           | 名古屋市総合リハビリテーションセンター<br>視覚支援課 課長                |
| 谷 映志            | 国立障害者リハビリテーションセンター学院<br>視覚障害学科 主任教官            |
| 長岡 雄一           | 東京視覚障害者生活支援センター 所長                             |
| 仲泊 聡            | 理化学研究所 多細胞システム形成研究センター<br>網膜再生医療研究開発プロジェクト 研究員 |
| 松下 昭司           | 日本ライトハウス 養成部<br>指導員・指導者養成課程教官                  |
| 吉野 由美子          | 視覚障害リハビリテーション協会 会長                             |