

資料 1.

平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金／厚生労働科学特別研究事業  
「視覚・聴覚障害児療育のニーズ等把握のための調査研究」

視覚・聴覚障害児に関する研修等アンケート調査票

回答期限：平成 30 年3月14日(水)

貴施設等について 特別支援学校(盲・ろう学校) 児童発達支援センター  
保育園 こども園 その他( )

※どれか1つに✓を付けてください。「その他」の場合は( )内に記載をお願いします。

アンケートにお答えいただく方の職種( )

※言語聴覚士、保育士、教諭等の記載をお願いします。各施設等において、アンケートに答えいただく方の選定をお願いします。

### 1. 視覚障害児が貴機関・施設等に在籍していますか

はい いいえ

はいの場合( )人中( )人

※どれか1つに✓を付けてください。はいの場合、( )に人数を記載願います。人数は各施設等の在籍・利用登録児童数(人中)、視覚障害を有する児童数(人)を記載願います。「視覚障害を有する児童」については、障害の程度は問いません。現時点では手帳を持っていなくても医師の診断書等で視覚に障害を有すると判断されている場合はカウントしてください。重複障害児の場合でも、視覚障害を有する場合はカウントしてください。

### 2. 視覚障害児が「在籍していない」場合、その理由をお答えください。

- a. 支援できる者がいない・支援方法がわからない(支援できるならしたい)
- b. 支援できる者がいないのでお断りしている(支援する予定はない)
- c. 支援できる体制であるが現在は在籍していない
- d. 紹介されたことがない
- e. その他( )

※どれか1つに○を付けてください。「その他」の場合、( )に記載願います。

### 3. 聴覚障害児が貴機関・施設等に在籍していますか

はい いいえ

はいの場合( )人中( )人

※どれか1つに✓を付けてください。はいの場合、( )に人数を記載願います。人数は各施設等の在籍・利用登録児童数(人中)、聴覚障害を有する児童数(人)を記載願います。「聴覚障害を有する児童」については、障害の程度は問いません。現時点では手帳を持っていなくても医師の診断書等で聴覚に障害を有すると判断されている場合はカウントしてください。重複障害児の場合でも、聴覚障害を有する場合はカウントしてください。

4. 聴覚障害児が「在籍していない」場合、その理由をお答えください。

- a. 支援できる者がいない・支援方法が分からない(支援できるならしたい)
- b. 支援できる者がいないので、お断りしている(支援する予定はない)
- c. 支援できる体制であるが現在は在籍していない
- d. 聴覚障害児が紹介されたことがない
- e. その他( )

※どれか1つに○を付けてください。「その他」の場合、( )に記載願います。

5. 視覚障害児・聴覚障害児を理解するための公的(国や自治体の実施)な研修会が開催されれば、参加したいと思いますか。

- はい     いいえ

6. 5で「はい」の場合、公的な研修会に参加可能な日数や曜日を教えてください。

(日数)

- a. 1日    b. 2日間    c. 3日間    d. 4日間    e. その他( )

※どれか1つに○を付けてください。その他の場合( )に日数を記載願います。

(曜日)

- a. 平日    b. 土・日・祝日    c. 曜日は問わない

※どれか1つに○を付けてください。

7. 5で「はい」の場合、視覚あるいは聴覚障害児の理解のための研修会ではどのような研修を希望しますか。

- a. 視覚障害・聴覚障害の医学的な解説と治療法、補装具(眼鏡、補聴器等)の解説
- b. 視覚障害児・聴覚障害児の発達と療育方法・保育方法の実際
- c. その他(内容をご記入ください)

※希望するものに○を付けてください。複数選択可能です。「その他」の場合は( )に記載願います。

8. 5で「はい」の場合、研修会で実技実習をする場合、どのような実習を希望しますか

- a. 視覚障害の場合、視力検査とアイマスク等を装用しての日常生活での視覚障害者体験
- b. 聴覚障害の場合、聴力検査と補聴器・人工内耳の調整経験
- c. 視覚障害児・聴覚障害児の療育教材の使用経験と施設見学
- d. その他(内容をご記入ください)

※希望するものに○を付けてください。複数選択可能です。「その他」の場合は( )に記載願います。

裏面もご回答ください



9. 視覚・聴覚障害児を受け入れた場合、相談相手となる医療機関が身近にありますか

ある ない

医療機関に対する要望がありましたら記載願います。

[ ]

※どちらか1つに✓を付けてください。要望があれば( )に記載願います。視覚・聴覚障害児支援を行っていない・行う予定がない場合は回答不要です。

10. 視覚・聴覚障害幼児・児童・生徒支援に当たっての課題や、利用している幼児・児童・生徒の保護者等から聞いている要望等ありましたら記載願います。

[ ]

※課題や要望等があれば( )に記載願います。視覚・聴覚障害児支援を行っていない・行う予定はない場合は回答不要です。

ご協力ありがとうございました。