

平成24年度

エリア内における盲学校『視能訓練士』の活用内容について

秋田県立盲学校

ロービジョン支援センタ

—

1 業務時間 原則週3日（火・水・木）

2 活動内容

(1) 視覚機能の状態の把握

- ・ 個人資料（診断書、検査結果の写し）からの視力や視野等の読み取り
- ・ 本人の訴え、保護者・担任等の観察、服薬状況等からの眼疾患の状態の把握

(2) 視覚機能評価の実施

視覚機能評価（遠距離視力、近距離視力、最大視認力、視野、色覚、眼球運動 他）

※医師の指示による基準のある検査ではなく、教育的評価であるため、あくまでも指導上の参考として取り扱うこと。

(3) 相談対応

- ・ 疾患や見え方、困りごとの聞き取り
- ・ ルーペ選定、眼鏡使用に関するアドバイス
- ・ 主治医受診に当たっての助言、疾患や障害理解に関するアドバイス
- ・ 視覚補助具の紹介、使用時の観察、使用方法のアドバイス
- ・ 文字サイズ、視距離についてのアドバイス
- ・ 環境整備についてのアドバイス

(4) 研修

- ・ 研修会（ロービジョン）

3 活用の流れ

○ 前月に回覧する3校スケジュール表に「参観」希望日と「評価」希望日を記入する。

→希望日が空いていれば、各校の担当者を通じて相談票【様式1】に、必要事項を記入する。

肢体不自由を併せ有する児童生徒については、「肢体不自由を併せ有する児童生徒の視覚活用実態把握表」【様式2】に記入し、併せて提出する。

※ 相談票の内容に不明な点や事前に確認しておきたい点があれば、各校の担当者を通じて連絡をする。

→授業の参観・相談、視覚機能評価の実施

→相談記録票【様式3】に助言内容、所感（助言内容の活用による指導場面での変化等）を記入の上、後日、盲学校担当者に提出する。

4 確認事項とお願い

- ・ 視機能評価を実施する場合、1時間あたり一人とさせていただきます。
- ・ 視機能評価の際は、盲学校担当者が同行します。
- ・ 指導場面に生かすための助言を得るというスタンスでの活用をお願いします。効率よく話し合いをするために、具体的な指導場面と指導方法を想定した相談をお願いします。

・ 様式1～3は3校共有フォルダ内、

外部専門家活用→相談票→盲学校ORT→24ORT活用関係書類に入っています。記入後、

各校担当者を通じて提出してください。

連絡：外部専門家の来校予定

(盲ORT、聾ST、きらりPT・OT・ST)

外部専門家の活用を希望する方は、下の予定日をご確認の上、裏面への記入をお願いいたします。

月の予定

盲：ORT

上記の月に限らず、火・水・木曜日のORTの都合に応じて、相談可能です。自立活動部で依頼・調整しますので、希望日をご記入ください。

聾：ST

木・金曜日に来校予定です。上記の月に限らず希望時間をご記入ください。自立活動部で依頼・調整します。

きらり：PT・OT・ST

日(火)～ 日(木) 2～4校時
日(火)～ 日(木) 2～4校時

◇きらりPT・OT・ST 次回の来校予定日

日(火)～ 日(木) 2～4校時
日(火)～ 日(木) 2～4校時

※他の曜日や時間の要望など相談に応じます。別紙にご記入下さい。

※ 参考：外部専門家の主な相談内容

盲ORT (視能訓練士) 主な相談内容 ・視機能状態の把握に関する支援 (視力・視機能評価等の実施) ・教材・教具の選定、提示方法に関する助言 ・教室環境の整備に関する助言	きらり PT (理学療法士) ・姿勢 ・移動(車いす、SRC-W、歩行) OT (作業療法士) ・給食指導 ・日常生活動作(着替え、排泄指導等) ・机上の手の動作 ST (言語聴覚士) ・話し言葉や書き言葉の理解 ・発声、発語への助言
聾ST (言語聴覚士) ・きこえ(音への反応、聴力測定支援) ・ことば(言語発達など) ・学習会・研修会の講師、指導助言	

回覧は 月 日()
まで

担当：盲学校
聾学校
きらり 各校担当者まで

※外部専門家（盲ORT、聾ST、きらりPT・OT・ST）
への相談希望日時や児童生徒名等をご記入ください。

希望日時 第2希望まで	教科名 (場所)	学年と児童生徒名	希望する 外部専門家	質問キーワード ○を付けて下さい	授業担当者名 (記入者)
第1希望 6/6 (水) 3校時 ----- 6/20 (水) 3校時	自立活動 (小体育館)	高2 きらり太郎 高3 きらり花子 2名	盲 ORT 聾 ST きらり PT きらり OT きらり ST	見え方 聞こえ ことば 姿勢 移動 手の動き 給食指導 排泄指導 (介助方法) 感覚認知 発声 発語 その他	盲・聾(きらり) 佐々木
()			盲 ORT 聾 ST きらり PT きらり OT きらり ST	見え方 聞こえ ことば 姿勢 移動 手の動き 給食指導 排泄指導 (介助方法) 感覚認知 発声 発語 その他 []	盲・聾・きらり
()			盲 ORT 聾 ST きらり PT きらり OT きらり ST	見え方 聞こえ ことば 姿勢 移動 手の動き 給食指導 排泄指導 (介助方法) 感覚認知 発声 発語 その他 []	盲・聾・きらり
()			盲 ORT 聾 ST きらり PT きらり OT きらり ST	見え方 聞こえ ことば 姿勢 移動 手の動き 給食指導 排泄指導 (介助方法) 感覚認知 発声 発語 その他 []	盲・聾・きらり
()			盲 ORT 聾 ST きらり PT きらり OT きらり ST	見え方 聞こえ ことば 姿勢 移動 手の動き 給食指導 排泄指導 (介助方法) 感覚認知 発声 発語 その他 []	盲・聾・きらり
()			盲 ORT 聾 ST きらり PT きらり OT きらり ST	見え方 聞こえ ことば 姿勢 移動 手の動き 給食指導 排泄指導 (介助方法) 感覚認知 発声 発語 その他 []	盲・聾・きらり

見 本

回覧は 月 日 ()
まで

担当：盲学校
聾学校
きらり

各校担当者まで

盲学校 ORT 相談票

希望日時	面談	月	日 ()	校時	相談場所	
	参観	月	日 ()	校時		
	評価	月	日 ()	校時		
対象児童 生徒	学校 学部 年 組 <small>ふりがな</small> 氏名					
担 任 名						
実 態	全身状態・体の動きに関して (眼に関しては裏面に)					
	・診断名 ()					
	・どのくらい動けるか ()					
	・医療的ケア ()					
コミュニケーション						
その他 事前に知っておいてもらいたい事項						
現在できている目を使った活動 (本を読む、字を書く、欲しい物に手を伸ばす、自分で見てボタンを押す 等々)						
相談内容 (できるだけ 具体的に)						
備 考						

【様式3】

盲学校 ORT 相談記録票

相談日時	月 日 () 校時
対象幼児 児童生徒	学校 部 年 組 氏名
担 任 名	
助言内容 の記録	
所感 (助言内容 の活用による指導 場面での 変化等)	