

2019年度 石川県・金沢市委託事業

盲ろう者向け通訳・介助員養成講習会のご案内

知ってください
盲ろう者のことを

盲ろう者「目（視覚）と耳（聴覚）の両方に障がいのある人」
の移動・コミュニケーションの支援とは？

目が不自由な上に、耳も不自由な人のことを「盲ろう者」といいます。ヘレン・ケラーのような人といえばおわかりでしょうか。ひと口に「盲ろう者」といっても、その見え方や聞こえ方の程度は一人ひとり違い、情報入手やコミュニケーションや一人での移動など、さまざまな面で困難があります。

それでも多くの盲ろう者は社会の中で精一杯力を発揮し、学び、働き、交流し実りある人生を送りたいと願って頑張っています。盲ろう者の支援にあなたの力を是非お貸しください。

【目 的】 盲ろう者に対する理解と啓発、盲ろう者に対する
通訳・介助の基礎技術の習得を目的とする。

【主 催】 石川県・金沢市

【実施機関】 社会福祉法人 石川県聴覚障害者協会

【開催会場】 羽咋公民館（羽咋市）

【開催期間】 6月22日（土）～10月12日（土） 全10回

毎回土曜日 10:00～15:00（17:00）

全21講座・42時間

※17講座（必修講座あり）以上の受講者には修了証をお渡しします。

【対 象 者】 石川県内在住で18歳以上の方（高校生は除く）

【受 講 料】 教材費として5,000円が必要

【募集人数】 15名

【申込締切】 6月7日（金）

【申込方法】 社会福祉法人石川県聴覚障害者協会まで、TEL・FAX・メールにて
問い合わせ、または申込みをお願いします。

【申込先】

社会福祉法人 石川県聴覚障害者協会

住所 〒920-0964 金沢市本多町3丁目1番10号

TEL 076-264-8615

FAX 076-261-3021

E-mail : deaf35@deaf-ishikawa.or.jp 盲ろう事業担当まで



2019年度 盲ろう者向け通訳・介助員養成講習会 カリキュラム

月日	時間	コマ	必修		講座内容	会場
6/22 (土)	9:00～ 9:30～10:00			受付 開講式	オリエンテーション	羽咋公民館 (2階会議室)
	10:00～12:00	1	○	講義	盲ろう者概論 盲ろう者のコミュニケーション	
	13:00～14:00 14:00～15:00	2	○	講義 講義	視覚障害の理解 聴覚障害の理解	
6/29 (土)	10:00～12:00	3		講義実技	手書き文字と筆記通訳	羽咋公民館 (3階視聴覚室)
	13:00～15:00	4	○	講義実技	盲ろう疑似体験	
7/6 (土)	10:00～12:00	5		講義実技	音声通訳	羽咋公民館 (2階会議室)
	13:00～15:00	6		講義実技	点字の基礎	
7/20 (土)	10:00～12:00	7		講義実技	ローマ字式指文字	羽咋公民館 (2階会議室)
	13:00～15:00	8		講義実技	手話の基礎 応用	
7/27 (土)	10:00～12:00	9		実技	手話の基礎 応用	羽咋公民館 (3階視聴覚室)
	13:00～15:00	10		実技	手話の基礎 応用	
	15:00～17:00	11		実技	手話の基礎 応用	
8/3 (土)	10:00～12:00	12		講義実技	盲ろう者の手話	羽咋公民館 (3階視聴覚室)
	13:00～14:00 14:00～15:00	13	○	講義 講義	盲ろう通訳技術の基本 盲ろう通訳介助員として	
	10:00～12:00 13:00～15:00	14 15	※	実習 実習	コミュニケーション実習 コミュニケーション実習	
9/7 (土)	10:00～12:00	16	※	講義実習	移動介助の基本	羽咋公民館 (3階視聴覚室)
	13:00～15:00	17		講義実習	移動介助の基本	
9/21 (土)	10:00～12:00	18	※	実習	盲ろう通訳介助実習 (屋内)	羽咋公民館 (3階視聴覚室)
	13:00～15:00	19		実習	盲ろう通訳介助実習 (屋外)	
10/12 (土)	10:00～12:00	21		講義	通訳介助員の心構えと倫理	羽咋公民館 (3階視聴覚室)
	13:00～14:00		講義	派遣事業と業務内容		
	14:00～15:00		講義	盲ろう者の福祉		
	15:00～15:30		閉講式			

●80% (17回) 以上出席が必要です。その上、「必修」として下記のとおり最低7回以上受講ください。

「○」の部分 (1、2、4、13) は必須。

「※」の部分は (14or15) (16or17) (18or19) といずれか出席あれば可。

申込書

2019年 月 日

氏名 _____

年齢 _____

住所 _____

TEL _____

FAX _____