

埼玉県失語症者向け意思疎通支援者養成研修事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、失語症者（音声言語機能、視覚、聴覚及びコミュニケーションに重複障害のある身体障害者をいう。以下、同じ。）の自立と社会参加を図るため、失語症者に対して、そのコミュニケーション及び外出時の移動の介助に必要な知識、技能を有する支援者を養成することにより、失語症者の福祉の促進に寄与することを目的とする。

(実施主体)

第2条 この事業の実施主体は、埼玉県（以下「県」という。）とする。
2 県は、この事業の一部または全部を民間団体（以下「団体」という。）に委託することができるものとする。

(失語症者向け意思疎通支援者養成事業)

第3条 失語症者向け意思疎通支援者養成事業は、以下のとおり実施するものとする。

1 実施方法

失語症者向け意思疎通支援者を養成するため、意思疎通支援者として必要な知識及び技能の習得を目的として、平成30年3月29日付け障企自発0329第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課自立支援振興室長通知「失語症者向け意思疎通支援者養成カリキュラム等について」（以下、「厚生労働省通知」という。）で定める養成目標及びカリキュラムに基づく講習会を開催する。

なお、対象者を他の都道府県や政令指定都市又は失語症者団体等が行う失語症者向け意思疎通支援者研修の事業に参加させることにより、この事業の実施に代えることができる。

2 受講対象者

埼玉県内に居住し、次の各号のいずれにも該当する者であること。

- (1) コミュニケーション支援に興味のある者
- (2) 失語症者福祉に熱意のある者

3 修了証書の交付

県は、講習会の8割以上を受講した者に対して、修了証書（様式第1号）を交付するものとする。

4 失語症者向け意思疎通支援員の登録

- (1) 意思疎通支援員として登録しようとする者は、支援員登録申請書（様式第2号）により、県又は団体へ登録の申請をするものとする。

- (2) 県は、第1項における研修を修了した者、他の都道府県及び政令指定都市が行う失語症者向け意思疎通支援者養成講習(研修)会を修了した者から前号の登録申請書が提出され、登録が適当と認められる場合には登録するとともに、登録者に対して失語症者向け意思疎通支援員登録者証(様式第3号)を交付するものとする。
- (3) 意思疎通支援員は、失語症者向け意思疎通支援員登録者証を紛失等したときは、速やかに失語症者向け意思疎通支援員登録者証再交付申請書(様式第4号)を県又は団体へ提出しなければならない。
- (4) 意思疎通支援員は、登録内容に変更が生じた場合は、登録事項変更届(様式第5号)により、速やかに県又は団体へ提出するものとする。
- (5) 登録した意思疎通支援員から登録事項抹消届出書(様式第6号)の提出があった場合、県は意思疎通支援者の登録を抹消することができるものとする。

(団体による実施)

第4条 第2条第2項の規定により、団体に委託する場合は、以下のとおり実施するものとする。

(1) 講習会等の実施

事業の実施につき、実施要綱に定めのない事項は、団体が県と協議の上別に定めるところによる。

(2) 指導、監督

県は、委託先の団体に対し、この事業が適切かつ効果的に実施されるよう指導、監督するものとする。

(3) 連携、協力

団体は、本事業実施に当たり事業を円滑に実施し、かつ、事業の広報及び普及のため、県及び各市町村と密接に連携、協力するものとする。

(その他)

第5条 その他本事業に必要な事項については、別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

様式第1号

修了証書

あなたは埼玉県失語症者向け意思疎通支援者養成講習の全課程を修了したことを証します。

年 月 日

埼玉県知事

支援員登録申請書

(実施主体の長) 殿

私は埼玉県失語症者向け意思疎通支援者養成事業におき支援員として登録したいので次のとおり申し込みます。

ふりがな				性 別	生年月日 (年齢)	
氏 名				男・女	明・大・昭・平	
					()年()月()日生	
					()才	
住 所	〒 (-)					
電 話	- -		FAX	- -		
緊急連絡先	- -					
メー ル	パソコン	@				
	緊急連絡先	@				
受講修了 の有無					年度 (有・無)	
					年度 (有・無)	
習得して いるコミュニ ケーションの 手段 (通 訳のできる 方法を ○で困ん でくださ い)	手話 (経験 年) → 接近手話・触読手話 手話通訳士資格 (有・無)					
	手書き文字・音声・筆記 要約筆記者の登録 (有・無)					
	会話パートナー養成受講 (有・無)					
	その他:					
職 業・ 勤 務 先	TEL - -					
謝金の 振込先					銀行	支店
	預金 種別		口座 番号		口 座 名義人	<small>(カタカナ)</small>
障害の有無	有 ・ 無					
有の場合	視覚障害の方の使用文字					
	その他の方 (具体的に)					
< (団体等名称) 使用欄 >						受付番号

様式第3号

失語症者向け意思疎通支援員登録者証

No. _____

氏 名

上記の者は埼玉県失語症者向け意思疎通支援
者養成事業の支援員であることを証明します。

年 月 日

埼玉県知事

失語症者向け意思疎通支援員の注意事項

- 1 支援時に携帯してください。
- 2 本証は、支援員としての登録を取り止める場合には返還してください
- 3 本証は、他人に貸与・譲渡できません。

年 月 日

埼玉県失語症者向け意思疎通支援員登録者証再交付申請書

(実施主体の長) 殿

先に交付された登録者証について、再交付を申請します。

ふりがな		登録番号
氏 名		
区 分	支援員	
申請する理由		
< (団体等名称) 使用欄 >		

登 録 事 項 変 更 届

(実施主体の長) 殿

登録事項に変更が生じたので、次のとおり届け出ます。

ふりがな		登録番号
氏 名		
区 分	支援員	
変更事項	住所 ・ 氏名 ・ 連絡先 ・ その他 ()	
	変更年月日	年 月 日
変 更 前		
変 更 後		
< (団体等名称) 使用欄 >		

様式第6号

年 月 日

登録事項抹消届出書

(実施主体の長) 殿

登録を抹消したいので、次のとおり申請します。

ふりがな		登録番号
氏名		
区分	支援員	
抹消する理由		
< (団体等名称) 使用欄 >		
		受付番号