

失語症者向け意思疎通支援者派遣事業

【失語症者のつどいに支援者を派遣します】

目的

失語症者の円滑なコミュニケーションを図ることにより、失語症者の地域での自立生活及び社会参加を促進すること

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第77条に規定する地域生活支援事業のうち、市町村の必須事業として定めがある意思疎通支援者の派遣事業

失語症者のつどいを
応援します

【問い合わせ先】



事務局

slht_shiga@yahoo.co.jp



滋賀県言語聴覚士会

<https://shiga-st.com/>

ホームページ



派遣先

- ・滋賀県内で活動する失語症当事者が2名以上集まるグループのつどい
- ・失語症者とは脳血管疾患や頭部外傷などが原因で脳の言語中枢が損傷することにより「話す、聞く、読む、書く」などのコミュニケーションが不自由となり、社会参加に困難をきたしている者
- ・医師から「失語症」と診断を受けたか、言語聴覚士が面接等により社会生活上なんらかのコミュニケーション障害があると判断されれば、身体障害者手帳などの有無は問いません

※派遣を希望するグループは利用登録をする必要があります

支援者

- ・全国で都道府県ごとに育成されている失語症者向け意思疎通支援者
- ・40時間の養成講座を修了した者
- ・守秘義務を守ります

利用時間など

- ・原則として午前9時から午後5時まで 1回2時間程度
- ・派遣の範囲は県内に限ります

利用料

- ・無料
- ・派遣する支援者の参加費や飲食代は事業予算から支払います

実施主体

滋賀県より事業を委託されている滋賀県言語聴覚士会

滋賀県言語聴覚士会失語症者向け意思疎通支援者派遣事業
派遣利用の手引き

はじめに、この事業の目的は「失語症者の円滑なコミュニケーションを図ることにより、失語症者の地域での自立生活及び社会参加を促進すること」です。

① 利用登録について

- ・「失語症者向け意思疎通支援者派遣利用登録申請書」（別記様式第 4 号）を滋賀県言語聴覚士会の失語症事業担当者（以下、県士会という）に提出して下さい。
- ・申請があったときはその内容を審査し、登録を承認したときは失語症者向け意思疎通支援者派遣利用登録承認通知書（別記様式第 5 号）、承認しないときは失語症者向け意思疎通支援者派遣登録届不承認通知書（別記様式第 5 号）により申請した団体に通知します。
- ・登録内容に変更があった場合は「失語症者向け意思疎通支援者派遣利用登録事項変更申請書」（別記様式第 6 号）を県士会に提出して下さい。

② 派遣先について

- ・個人への派遣はせず、団体（失語症者のつどい）への派遣のみ行います。
- ・次に該当する場合は派遣対象としません。
 - （１）政治団体の活動（特定の政党の政治的活動や集会等）または、選挙活動
 - （２）宗教団体の活動（宗教的な活動や集会等）
 - （３）企業の営利活動（企業・個人の営利を目的とする商品販売等の活動等）
ただし営利団体が社会貢献事業として行っていると認められる場合は派遣できます。
派遣時間内に営利活動に直接関わる行為をしてはいけません。
 - （４）その他社会通念上派遣することが好ましくないと思われる活動

③ 派遣の流れと利用料について

- ・利用料は無料です。
- ・原則として午前 9 時から午後 5 時までの時間に利用して下さい。派遣の範囲は県内に限るものとします。
- ・失語症者向け意思疎通者派遣申請書（別記様式第 7 号）を県士会に原則派遣日の 7 日前までに提出して、派遣依頼をして下さい。キャンセルする場合は県士会調整担当者へ連絡して下さい。
- ・派遣依頼があった場合、派遣コーディネーターが「派遣可能な支援者」に連絡調整し、派遣する支援者を決めます。派遣希望人数は要望に沿えない場合があります。
- ・「つどいの参加費、飲食代、等の費用」は依頼時に話し合い、県士会が派遣事業費として処理すべきか検討します。基本的には派遣事業費として処理するので、支援者が立て替えて団体に支払いをします。後日、活動報告書に基づいて派遣報酬に加えて、支援者に支払います。
- ・支援者は活動中に事故などを補償するために保険に加入しています。
- ・派遣時間外に準備や片付けを支援者が手伝えることは原則ありません。

④ 守秘義務と禁止事項について

- ・支援者はその業務上知り得た秘密、個人のプライバシー等を失語症者の意に反して第三者に漏らしません。この規定は登録者を辞したあとも適用されます。
- ・支援者はその職務に関して金品等を受け取りません。
- ・派遣時間内は「支援者として以外の立場」で相談などの行為をしません。

様式第4号(第5条関係)							
失語症者向け意思疎通支援者派遣利用登録申請書（団体用）							
			年		月		日
滋賀県言語聴覚士会会長 殿							
		申請者					
私は失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者として登録したいので、次のとおり申請します。							
団体名							
団体代表者氏名							
団体住所 (団体代表者住所)	〒 -						
電話番号							
携帯電話番号							
メールアドレス	@						
団体の目的							
意思疎通支援者派遣を 必要とする理由							

様式第7号(第6条関係)							
失語症者向け意思疎通支援者派遣申請書（団体用）							
			年		月		日
滋賀県言語聴覚士会会長 殿							
		申請者					
下記のとおり失語症者向け意思疎通支援者の派遣を申請します。							
団体名							
当日の緊急連絡先	連絡先名：						
日時	年 月 日		時 分 ～ 時 分				
集合場所							
内容	個別支援 ・ グループ支援 ・ その他						
派遣希望人数	人						
その他							
* 個別支援の場合は支援対象者の情報を事前に確認させていただきます。							
* 派遣希望人数はご要望に沿えない場合があります。							

様式第6号(第5条関係)							
失語症者向け意思疎通支援者派遣利用登録事項変更申請書（団体用）							
			年		月		日
滋賀県言語聴覚士会会長 殿							
		申請者					
私は滋賀県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用の登録内容について変更したいので、							
次のとおり申請します。							
1 変更の理由について、いずれかに○をおつけください。							
（１）登録内容の変更							
（２）登録の中止							
2 登録内容の変更がある項目に、新しい情報をご記入ください。							
団体名							
団体代表者氏名							
団体住所 （団体代表者住所）	〒 -						
電話番号							
携帯電話番号							
メールアドレス	@						
団体の目的							
変更理由							