

令和2年7月31日

(問い合わせ先) 障害保健福祉課 課長 田村 博 外線 076-225-1425 内線 4080
--

令和2年度石川県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会の実施について

- 1 目的 失語症者の生活の質の向上を図ることを目的に、失語症者の日常生活や困難さを理解し、コミュニケーションの知識や技術を身に着けた失語症者向け意思疎通支援者を養成する講習会を実施する。
- 2 実施日程 2020年 9月27日(日)～12月13日(日) 全9回開催
金沢市ものづくり会館ほか
- 3 対象者 石川県内に在住又は在勤、在学の2020年4月1日現在、満18才以上の方で、失語症者の支援に意欲と熱意があり、今後、失語症者向け意思疎通支援等の活動ができる方。
- 4 受講費用 無料
(テキスト代金は別途1,000円必要)
- 5 受講定員 10名
- 6 申込先 公益社団法人 石川県言語聴覚士会
※メールまたはFAXでの申込となります。詳しくは実施要綱をご確認ください。
- 7 申込期間 2020年8月1日(土)～9月10日(木)

令和 2 年度石川県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会実施要綱

令和 2 年度の失語症者向け意思疎通支援者養成講習会を次のとおりに実施します。

1 目的

この講習会は、失語症者のコミュニケーションの援助を行うために失語症者の日常生活や困難さを理解し、コミュニケーションの知識や技術を身に着けた失語症者向け意思疎通支援者を養成し、失語症者の生活の質の向上と福祉の向上を図る事を目的として実施します。

*地域生活支援事業として、難聴者向け要約筆記者や手話通訳士が養成・派遣されているように、失語症者向け意思疎通支援者の養成が平成 30 年度より都道府県・指定都市・中核市においてスタートしています。石川県では令和 2 年度より開始するものです。

2 実施主体 石川県

3 委託先 公益社団法人 石川県言語聴覚士会

4 講習内容

- (1) 失語症とは何か
- (2) 意思疎通支援者の役割、心構え及び倫理
- (3) コミュニケーション支援
- (4) 外出同行支援
- (5) 身体介助
- (6) その他、失語症者の意思疎通支援に必要な事項

5 受講対象者

失語症者の支援に意欲と熱意があり、次の要件を備えている方

- ・石川県に在住・在勤・在学中の方
- ・2020 年 4 月 1 日現在 18 歳以上である方
- ・講習会終了後、石川県に「失語症者向け意思疎通支援者」として登録し、要請時に失語症者向け意思疎通支援等の活動ができる方

6 定員 10 名

7 講習期間、講習日程及び会場

講習期間：2020 年 9 月 27 日（日）～2020 年 12 月 13 日（日）

*今後の状況によっては一部日程・会場等に変更が生じる可能性があります。

*講習会開催にあたっては飛沫・接触感染症予防対策を実施致します。

回数	日付	曜日	講義時間	講義時間数	実習時間数	教科名	会場
1 *	9/27	日	10:00～ 15:30	4	0	・失語症概論 ・失語症のある人の日常生活とニーズ ・意思疎通支援者とは何か ・意思疎通支援者の心構えと倫理	金沢市ものづくり会館 第1研修室
2 *	10/3	土	9:30～ 16:30	2		コミュニケーション支援技法Ⅰ	金沢市ものづくり会館 第1研修室
					4	コミュニケーション支援実習Ⅰ	
3 *	10/17	土	9:30～ 16:30	2		派遣事業と意思疎通支援者の業務 外出同行支援	金沢市ものづくり会館 第1研修室
						4	
4	10/31	土	13:30～ 17:30	2		身体介助の方法	金沢市ものづくり会館 第1研修室
					2	身体介助実習	
5 *	11/8	日	9:30～ 15:30	2		コミュニケーション支援技法	金沢市ものづくり会館 第1研修室
					3	コミュニケーション支援実習Ⅰ	
6	11/21	土	13:30～ 16:30	0	3	コミュニケーション支援実習	失語症友の会 例会会場
7	11/29	日	13:30～ 16:30	0	3	コミュニケーション支援実習	金沢市ものづくり会館 第1研修室 (失語症カフェ)
8	12/5	土	11:00～ 16:00	0	4	外出同行支援実習	金沢市ものづくり会館 第1、第2会議室
9	12/13	日	10:00～ 16:30		5	コミュニケーション支援実習	金沢市ものづくり会館 第1研修室

8 修了要件

- ・全講座 40 時間の 8 割以上の出席
講義 12 時間 実習 28 時間 計 40 時間中 32 時間（講義 10 時間 実習 22 時間）以上
- ・必須講座（*のついている講座）の受講

9 受講料 無料（テキスト代として 1000 円いただきます。）

10 受講申し込み方法と申込期限

メールまたは FAX でお申し込み下さい。

(1) メール 以下の項目を明記の上、info@st-ishikawa.com へお申し込み下さい。

1) 氏名（ふりがな） 2) 生年月日、年齢 3) 住所 4) 連絡先電話 5) E-mail

6) 勤務先 7) 失語症者との会話経験

8) 医療介護福祉関連資格の有無

（介護支援専門員、介護福祉士、看護師、ヘルパー、PT、OT、ST、要約筆記者、手話通訳者など）

9) 受講志望動機（最大 200 字程度）

10) その他 質問事項、主催者側に伝えたいこと（受講するうえで希望する配慮など）

(2) FAX 申込書を公益社団法人 石川県言語聴覚士会のホームページよりダウンロードし、ご記入の上お送りください。

0761-23-3641（芦城クリニック）

*お知らせいただいた個人情報には講習会実施の目的以外には利用致しません。

申込期間 令和 2 年 8 月 1 日（土）～9 月 10 日（木）

11 受講者の決定

・書類審査 令和 2 年 9 月中旬（予定）

・結果送付 令和 2 年 9 月中旬（予定）

*受講の可否の結果につきましては、申込みされたすべての方に郵便にてお知らせいたします。

12 留意事項

以下に該当する場合、申込を受理できませんので御注意ください。

- ・受講対象に適合しないもの
- ・記載事項不備
- ・申込期限後の申込み、その他申込手続きに不備があるもの

13 講習会修了者

・本講習会の修了者には、修了証が交付されます。

・本講習会の目的を達成し、石川県各地域での「失語症者向け意思疎通支援事業」の充実に資するために、本講習会修了者名簿（修了者の氏名・住所・連絡先等を記載する）を作成し、石川県に登録致します。

・石川県内で失語症者向け意思疎通支援等の活動について協力要請があった場合にはできるだけご協力をお願いします。

・次年度以降リフレッシュ・スキルアップのための講座を検討中です。

問い合わせ先

公益社団法人 石川県言語聴覚士会

メール info@st-ishikawa.com

FAX 0761-23-3641 (芦城クリニック)

失語症者のコミュニケーションの援助をしてみませんか

令和2年度石川県

失語症者向け 意思疎通支援者 養成講習会

失語症とは
脳卒中などで、
話す・聴く・読む・書くが
難しくなる言葉の障害です

講座

講義12時間実習28時間 計40時間

(修了には必須科目を含む講義10時間
実習22時間の受講が必要)

日程

2020年9月末～2020年12月中旬

受講料

無料(テキスト代として1000円)

会場

金沢市ものづくり会館

(金沢市粟崎町4丁目80番地1) 他

受講資格

- ・石川県に在住・在勤・在学中の方
- ・2020年4月1日現在18歳以上である方
- ・講習会終了後、石川県に「失語症者向け意思疎通支援者」として登録し、要請時に失語症者向け意思疎通支援等の活動ができる方

回数	日付	曜日	講義・実習時間	会場
1*	9/27	日	10:00～15:30	金沢市ものづくり会館 第1研修室
2*	10/3	土	9:30～16:30	金沢市ものづくり会館 第1研修室
3*	10/17	土	9:30～16:30	金沢市ものづくり会館 第1研修室
4	10/31	土	13:30～17:30	金沢市ものづくり会館 第1研修室
5*	11/8	日	9:30～15:30	金沢市ものづくり会館 第1研修室
6	11/21	土	13:30～15:30 (予定)	失語症友の会 例会会場(予定)
7	11/29	日	13:30～16:30	金沢市ものづくり会館 第1研修室
8	12/5	土	11:00～16:00	金沢市ものづくり会館 第1、第2会議室
9	12/13	日	10:00～16:30	金沢市ものづくり会館 第1研修室

* 必須科目 受講内容の詳細はHPの実施要綱をご確認下さい

申込期限

令和2年

8月1日(土)

～9月10日(木)

申込方法

実施要綱をご確認の上

メール:裏面の受講申込書の項目を
明記の上 info@st-ishikawa.com
までお送りください

FAX:裏面の受講申込書を
0761-23-3641(芦城クリニック)まで
お送りください

受講の可否

結果を郵便で送付
令和2年9月中旬
(予定)

問い合わせ先

公益社団法人 石川県言語聴覚士会

HP <https://st-ishikawa.com>

メール info@st-ishikawa.com

FAX 0761-23-3641(芦城クリニック)

* 今後の状況によっては一部日程・会場等に変更が生じる可能性があります。

* 講習会開催にあたっては飛沫・接触感染症予防対策を実施致します。

令和2年度 石川県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会 受講申込書

実施要綱に基づき、受講を申し込みます。 締め切り： 令和2年9月10日

FAX番号：0761-23-3641(芦城クリニック)

ふりがな		生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名		年齢		(歳)
住所	〒					
電話番号 (連絡がつくもの)		E-mail				
勤務先 (学生の場合は学校名)						
失語症者との会話経験	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 仕事・職場 <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> 無					
医療介護福祉関連資格	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無					
受講志望動機(最大200字程度)						
その他 質問事項、主催者側に伝えたいこと(受講するうえで希望する配慮など)						

* お知らせいただいた個人情報には講習会実施の目的以外には利用致しません

* 氏名・生年月日は修了証書に記入いたしますので、お間違いのないよう正式にご記入下さい。

* 実施要綱、記入見本が公益社団法人 石川県言語聴覚士会HP (<https://st-ishikawa.com>) に掲載されておりますのでご確認ください。

公益社団法人 石川県言語聴覚士会 HP <https://st-ishikawa.com>
メール info@st-ishikawa.com