

# 令和6年度失語症者向け意思疎通支援者養成研修 実施要領

## 1 目的

失語症者の日常生活や支援の在り方を理解し、1対1の意思疎通を行うための技術を身につけ、さらに日常生活上の外出に同行し意思疎通を支援するための最低限必要な知識及び技術を習得し、失語症者の意思疎通支援を行える「失語症者向け意思疎通支援者」を養成すること。

## 2 実施主体

岩手県。ただし、岩手県言語聴覚士会に委託して実施。

## 3 対象者

次の(1)～(5)を全て満たす者

- (1) 岩手県に住所を有するか、または岩手県内に日常生活の場を有する方
- (2) 令和6年4月1日現在18歳以上の方(大学・専門学校等学生可)
- (3) 研修会終了後、岩手県内で失語症者向け意思疎通支援活動ができる方
- (4) パソコン・タブレット等をお持ちで、Zoomで受講可能な方
- (5) 全日程を全科目受講できる方

## 4 テキスト代

1,000円(ただし、メール添付のPDFファイルのみで良い方は無料)

## 5 募集定員

10名(定員を超えた場合は先着順となります)

## 6 受講申込方法

申込用紙に必要事項を記入して、郵送またはメールで申込まいただくか、下記URL(Googleフォーム)へアクセスし、必要事項をご入力ください。

### 申込用紙の提出先

◎郵送の場合：〒020-0835

岩手県盛岡市津志田26地割30-1川久保病院リハビリテーション科内  
岩手県言語聴覚士会事務局

◎メールの場合：iwatest\_wankosoba@yahoo.co.jp

◎Googleフォームからお申込みの場合：<https://forms.gle/7Kf37LbygtssZYS57>

※岩手県言語聴覚士会ホームページ(<https://st-iwate.net/>)からもアクセスできます。

申込期限：令和6年 5月 6日(月)

※受講の可否はメールにてご連絡いたします。

令和6年 5月 10日(金)までに受講の可否に関するメールが届かない場合は、岩手県庁 障がい保健福祉課(019-629-5448)までご連絡をお願いします。

## 7 日程

### 講義・演習

期日	会場	内容
令和6年5月26日(日) 9:30~16:00	ふれあいランド岩手 (盛岡市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・オリエンテーション</li> <li>・失語症概論</li> <li>・派遣事業と意思疎通支援者の業務</li> <li>・失語症のある人の日常生活とニーズ</li> <li>・意思疎通支援者とは何か</li> <li>・意思疎通支援者の心構えと倫理</li> </ul>
令和6年6月9日(日) 10:00~16:00	ふれあいランド岩手 (盛岡市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・失語症と合併しやすい障害について</li> <li>・コミュニケーション支援技法Ⅰ</li> </ul>
令和6年7月7日(日) 10:00~16:00	ふれあいランド岩手 (盛岡市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体介助の方法</li> <li>・身体介助実習【演習科目】</li> <li>・福祉制度概論</li> </ul>
令和6年9月8日(日) 10:00~16:00	ふれあいランド岩手 (盛岡市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出同行支援</li> <li>・外出同行支援①【演習科目】</li> </ul>
令和6年9月22日(日) 10:00~15:00	ふれあいランド岩手 (盛岡市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出同行支援②【演習科目】</li> </ul>

### 施設実習

期日	会場	内容
令和6年7月1日(月) ~10月31日(木) ※平日のみ 希望日を申込書に記入してください。 ◎各日10:00~16:00	デイサービス言葉のかけ橋 (盛岡市)  介護老人保健施設ケアコート もりおか(盛岡市) ※会場はこちらで選定させていただきます	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーション支援実習Ⅰ-①</li> <li>・コミュニケーション支援実習Ⅰ-②</li> <li>・コミュニケーション支援実習Ⅰ-③</li> <li>・コミュニケーション支援実習Ⅰ-④</li> </ul> <p style="text-align: right;">【演習科目】</p> <p>※各課程1日×4課程の実習となります。</p>

今後、予定が変更になる可能性がありますのでご了承ください。

## 8 その他

- ・全日程、すべての科目を受講された方が修了となります。
- ・悪天候や急病、事故等のやむを得ない理由を除き自己都合による欠席があった場合は、修了となりません。
- ・申込用紙に実習の希望日を必ず記入してください。最終的な実習日は事務局で他の受講者との調整のうえ決定して、後日連絡いたします。
- ・研修時は、マスクの着用、手洗いまたはアルコール消毒、休憩時のソーシャルディスタンスの徹底など、感染防止対策の徹底をお願いいたします。必要に応じて、検温や風邪症状の有無など、体調について確認をさせていただきます。
- ・感染対策等のために、やむを得ず研修会場を変更したり、オンラインでの研修をお願いしたりする可能性がありますのでご了承ください。

令和6年度 岩手県「失語症者向け意思疎通支援者養成研修」受講申込書

令和6年 月 日

岩手県言語聴覚士会会長 様

次のとおり失語症者向け意思疎通支援者養成研修の受講を申し込みます。

氏名 (ふりがな)	( )		
住所	〒		
電話番号	※研修日に連絡の取れる番号を記入してください		
Eメール①	※事務局からの連絡、テキスト・ZoomURLを送信します		
Eメール②	※予備のアドレスをご記入ください(希望する方のみ)		
生年月日	年 月 日 ( 歳)	性別	男 ・ 女
職業			
勤務先	電話 — —		
実習希望日 ※平日のみ、計4日以上を記入 してください	7月		
	8月		
	9月		
	10月		
備考			

提出先

住所：〒020-0835 盛岡市津志田 26 地割 30-1 川久保病院リハビリテーション科内

岩手県言語聴覚士会事務局

メール：iwatest\_wankosoba@yahoo.co.jp

令和6年度 岩手県「失語症者向け意思疎通支援者養成研修」受講申込書

令和6年〇月〇日

岩手県言語聴覚士会会長 様

次のとおり失語症者向け意思疎通支援者養成研修の受講を申し込みます。

氏名 (ふりがな)	言語 太郎 (げんご たろう )		
住所	〒020-△△△△ 盛岡市〇〇町1丁目〇番〇号 ★ <u>職場等でなくご自宅の住所を記載してください</u>		
電話番号	※研修日に連絡の取れる番号を記入してください 090-1111-1111		
Eメール①	※事務局からの連絡、テキスト・ZoomURLを送信します <u>xxx@xxx.com</u>		
Eメール②	※予備のアドレスをご記入ください (希望する方のみ) yyy@yyy.co.jp		
生年月日	19zz 年 z月 z日 ※申し込み時の年齢 (〇〇歳)	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
職業	会社員		
勤務先	〇〇商事 電話 019 - 0000 - 0000		
実習希望日 ※平日のみ、計4日以上を記入してください	7月	いずれも可	
	8月	いずれも不可	
	9月	4日～8日	
	10月	2日、9日、16日	
備考			

提出先

住所：〒020-0835 盛岡市津志田 26 地割 30-1 川久保病院リハビリテーション科内

岩手県言語聴覚士会事務局

メール：iwatest\_wankosoba@yahoo.co.jp