令和６年度

富山県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会

実施要綱

【講習期間】　令和６年８月１７日(土)～１１月２３日(土)

実施主体：富山県

運営主体：一般社団法人 富山県言語聴覚士会

１．失語症者向け意思疎通支援者とは

失語症（脳卒中などの後遺症による言葉の障害）を理解した上で、失語症の方と外出同行し、交通機関の利用援助、各種手続き、話し合いの場など様々な場面で公的に派遣され、コミュニケーションの援助を行う人のことです。

２．目的

この講習会は、失語症のある方の日常生活やその困難を理解し、コミュニケーションを図るために最低限必要な知識や技術を身に付けるとともに、外出の同行先等でコミュニケーションの援助を行い、失語症者の生活の質の向上を図ることのできる『失語症者向け意思疎通支援者』を養成することを目的とします。

3. 講習内容

概ね次の内容について講習を行います。併せて実習も行います。

（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

4. 受講対象者

失語症者への意思疎通の支援に理解と熱意があり、次の要件を備えている方

※ 満１８歳以上(令和６年４月１日現在)で、富山県に在住・在勤・在学中の方

※ 講習会修了後、富山県に『失語症者向け意思疎通支援者』として名簿登録し、要請があった時には失語症者向け意思疎通支援等の活動ができる方

5. 受講料

無料

6. 募集人員

６名

応募多数の場合は書類にて選考させていただきます。

７．講習期間、講習内容及び会場

講習期間：令和６年８月１７日～令和６年１１月２３日

講義と実習で合わせて４０時間の講習となります。

① 講義及び実習７回

・下記日程表のうち、★印の日はオンライン(ZOOM)での講義を予定しています。

・実習会場は NPO 法人 言語・生活サポート富山（住所:富山市高畠町２丁目１２－４１）を予定しています。

② 外出同行実習１回 （実習地は講習の中でお知らせします）

※標準的な感染予防対策にご協力ください。

富山県意思疎通支援者養成講習会日程表

	日付	内容	時間	会場
1	8 月 17 日(土) ★	開講式／オリエンテーション／派遣事業と意思疎通支援者の業務／失語症概論／失語症者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	開始 9：00 終了 15：00	zoom
2	8 月 31 日(土) ★	コミュニケーション支援技法Ⅰ 外出同行支援	開始 9：00 終了 15：00	zoom
3	9 月 14 日(土)	コミュニケーション支援実習Ⅰ	開始 13：00 終了 17：00	言語・生活 サポート富山
4	9 月 28 日(土)	コミュニケーション支援実習Ⅰ	開始 13：00 終了 17：00	言語・生活 サポート富山
5	10 月 12 日(土)	身体介助の方法 身体介助実習	開始 13：00 終了 17：00	言語・生活 サポート富山
6	10 月 26 日(土)	コミュニケーション支援実習Ⅰ	開始 9：00 終了 16：00	言語・生活 サポート富山
7	11 月 9 日(土)	コミュニケーション支援実習Ⅰ	開始 13：00 終了 17：00	言語・生活 サポート富山
8	11 月 23 日(土)	外出同行支援実習 修了式	開始 9：00 終了 17：00	言語・生活 サポート富山 その他

８．受講申込み

（１）ＦＡＸ、郵送の場合：次の①又は②より申込書をダウンロードし、記載の上、お申込ください。

① 富山県のホームページ
『令和６年度富山県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会のご案内について』よりダウンロードしてください。

② 一般社団法人　富山県言語聴覚士会のホームページ
『令和６年度失語症者向け意思疎通支援事業』よりダウンロードしてください。

（２）メールの場合：下記 1）～９）を明記の上、お申し込みください。
1）氏名、2）住所、3）生年月日（年齢）、4）職業、勤務先、
5）メールアドレス、6)連絡先電話番号、7）志望動機、8）その他(質問事項など)

≪申し込み期限≫
令和６年８月２日(金)　※郵送の場合、当日必着

≪結果通知≫
令和６年８月中旬（予定）
※受講の可否の結果につきましては、申し込まれた全ての方に封書またはメールにてお知らせ致します。

≪申込書類郵送先・問い合わせ先≫
〒933-8555
富山県高岡市永楽町 5-10　厚生連高岡病院　リハビリテーション部
富山県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会事務局　高嶋
・電話　：0766-21-3930
・ＦＡＸ：0766-24-9509
・メール：　toyama425ishisotsu@gmail.com

９．留意事項

次の場合、申込を受理できませんのでご注意ください。
・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

１０．修了要件

全講座４０時間の８割以上(３２時間)の出席

１１．　講習会修了者

・本講習会の修了者には、富山県から修了証を交付します。

・本講習会の目的を達成し、富山県各地域での『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）を作成し、登録します。

・修了後は富山県内で『失語症者向け意思疎通支援』等の活動に協力していただきます。

１２．講習会開催の延期又は中止について

次のいずれかに該当する場合は、令和６年度に予定している日程での開催を、
延期又は中止いたしますので、ご了承ください。

・予定している講師の集会参加が困難である場合

・本研修修了に必須の実習の実施が困難である場合

・そのほか、予定の日程での研修開催が困難であると主催者が判断した場合

※上記については決定次第、受講予定者に連絡いたします。

令和６年度

富山県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会

申込書

１．氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．生年月日：　昭・平　　年　　月　　日　　歳

４．職業(勤務先)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５．メールアドレス：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

６．連絡先電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

７．志望動機：

８．その他(質問など)：

※ 記載いただいた情報は、当会の個人情報保護方針に基づき、講習会実施の目的以外には利用いたしません。

（申込み・問合わせ先）
〒933-8555
富山県高岡市永楽町 5-10　厚生連高岡病院　リハビリテーション部
富山県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会事務局　高嶋
電話：0766-21-3930　ＦＡＸ：0766-24-9509
メール：toyama425ishisotsu@gmail.com