

令和2年度
東京都失語症者向け意思疎通支援者養成講習会
募集要領

- 【講習期間】 令和2年5月23日(土)～令和3年2月20日(土)
【募集期間】 令和2年2月14日(金)～令和2年3月17日(火)
【実施コース】 必修基礎コース

事業実施主体:東京都・八王子市
事業運営主体:一般社団法人東京都言語聴覚士会

1 目的

この講習会は、失語症者の福祉に理解と熱意を有する方に失語症者とのコミュニケーション手法等の指導を行い、意思疎通支援者を養成し、もって失語症者の福祉の向上を図ることを目的として実施するものです。

2 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

3 対象者

失語症者の福祉に理解と熱意があり、次の要件を備えている方

- (1) 東京都内に住所を有するか、または東京都内に日常生活の場を有する方
- (2) 令和2年4月1日現在、18歳以上の方
- (3) 講習会を修了後、都内で失語症者向け意思疎通支援等の活動ができる方

4 募集人員等

- (1) 募集コース・人員
必修基礎コース 44人

- (2) 養成目標

失語症者の日常生活や支援のあり方を理解し、1対1のコミュニケーションを行うための技術を身に付ける。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する。

- (3) 到達目標

失語症者との1対1の会話を行えるようになり、買い物・役所での手続き等の日常生活上の外出場面において意思疎通の支援を行えるようになる。

5 講習期間、講習内容及び会場

(1) 講習期間(時間、回数)

令和2年5月23日(土)～令和3年2月20日(土)(全40時間、年間14回)

(2) 講習内容(回数)

ア 講義及び合同実習(年間9回)

イ 失語症友の会・サロン等での実習(年間5回)

注1 下表講習日程の*印のついた講義を欠席されると、次の講義・実習に支障が生じるため、以降の受講は中断となり修了できません。

2 失語症友の会・サロン等での実習については、実習先によって平日開催の場合があります。

3 実習先は、各々相談の上受講開始後に決定します。

4 修了要件は、下表講習日程の*印のついた講義に全て出席できていること、かつ、規定の出席日数(全40時間の8割以上)を満たす必要があります。

(3) 講習日程及び会場

日時	時間	主な会場(予定)	最寄り駅
*5月23日(土)	13:00～13:30 開講式 13:40～15:40	中野サンプラザ	JR・東京メトロ 中野駅
5月24日(日)	13:00～16:00		
*6月21日(日)	13:00～16:40		
*7月5日(日)	13:30～16:30		
7月18日(土)	13:00～17:00	東京衛生学園専門学校	JR 大森駅
9月6日(日)	13:30～16:30	中野サンプラザ	JR・東京メトロ 中野駅
10月4日(日)	13:30～16:30		
11月23日(月・祝)	13:30～16:30		
7月6日(月) ～2月7日(日)	実習5回	実習先による	実習先による
2月20日(土)	13:30～15:30 15:40～16:30 修了式	中野サンプラザ	JR・東京メトロ 中野駅

※ 日程及び会場については、一部変更する場合があります。

※ 講習会会場への直接の問合せは御遠慮願います。

※ 実習会場と日程は調整・確認後決定・通知します。

6 受講申込書配布、提出書類・方法、申込期限

(1) 申込書の配布

ア ホームページにて

東京都言語聴覚士会ホームページ掲載の「東京都失語症者向け意思疎通支援者養成講習会受講申込書」をダウンロードしてください。

<HPアドレス <http://st-toshikai.org/shitsugo-moushikomi/>>



イ 郵送にて

宛名を書いた94円切手貼付の返信用封筒(長形3号=縦23cm×横12cm)を同封の上、3月17日(火)(当日消印有効)までに下記送付先宛に御請求ください。

<送付先> 〒164-8512 東京都中野区中野4-1-1 中野サンプラザ9階

一般社団法人東京都言語聴覚士会 意思疎通支援者養成事業担当 (行)

ウ 窓口にて

東京都福祉保健局障害者施策推進部(都庁第一本庁舎31階南側)、各区市町村障害福祉主管課等の各窓口で配布します。

(2) 提出書類

受講申込書

(3) 受講申込方法と申込先

以下のいずれかの方法でお申込ください。

ア ホームページにて

東京都言語聴覚士会ホームページ掲載の「東京都失語症者向け意思疎通支援者養成講習会受講申込」の入力フォームに御記入の上、直接送信してください。

<HPアドレス <http://st-toshikai.org/shitsugo-moushikomi/>>

イ メールにて

「(1) 申込書の配布」の「ア ホームページにて」によりホームページからダウンロードした申込書に必要事項を記載し、応募専用アドレスにお送りください。

<応募専用アドレス oubo-ishisotsu@st-toshikai.org>

ウ 郵送にて

同封の所定申込書に必要事項を記載し、下記送付先宛へお送りください。

<送付先> 〒164-8512 東京都中野区中野4-1-1 中野サンプラザ9階

一般社団法人東京都言語聴覚士会 意思疎通支援者養成事業担当 (行)

(4) 申込期限

令和2年3月17日(火)(郵送の場合は当日消印有効)

7 選考方法及び期間

- (1) 書類審査 令和2年3月20日(金)～23日(月)
- (2) 結果送付 令和2年4月6日(月)予定

※ 受講の可否の結果につきましては、申込された全ての方に郵便にてお知らせいたします。

8 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。

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

9 講習会修了者

- (1) 本講習会の修了者には、東京都福祉保健局長から修了証が交付されます。
- (2) 本講習会の目的を達成し、都内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を作成し、修了者の氏名・修了コース名・住所・連絡先等を都内全区市町村に報告いたします。都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。

10 その他

受講料は無料ですが、テキスト代等については実費を御負担いただきます。

11 八王子市にお住まいの方へ

失語症者向け意思疎通支援者養成講習会は、都道府県、中核市及び指定都市が実施主体となります。

令和2年度は、八王子市(中核市)の講習会は東京都と合同で実施予定です。八王子市にお住まいの方も当講習会にお申込ください。

【問合せ先】

一般社団法人東京都言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援者養成事業委員会

電話 : 03-6859-7568

FAX : 03-6859-7441 ※東京都言語聴覚士会 意思疎通支援者養成事業(行)と明記

メール: ishisotsu@st-toshikai.org

令和2年度 東京都失語症者向け意思疎通支援者養成講習会受講申込書

標記講習会の募集要領に基づき、受講を申し込みます

締め切り 3月17日 ※当日消印有効

記入例

記入日		令和2年 3 月 〇 日	
氏名	とうきょう いしこ	生年月日	昭和 平成 〇年 Δ月 ×日 (〇歳)
住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇の〇 ΔΔマンション201号		
電話番号	03-1234-5678	E-mail	is●hi●.tokyo@ho●ail.co.jp
FAX	同上		
勤務先 (学生の場合は学校名)	〇〇〇スーパーマーケット		
勤務先住所 (学校住所)	〒123-9876 東京都ΔΔ区××町〇丁目〇番地〇の〇		
失語症者との会話経験	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無		
医療介護福祉関連資格	<input type="checkbox"/> 有 → () <input checked="" type="checkbox"/> 無		
本講習会修了者名簿の登録及び 区市町村への名簿提供	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input checked="" type="checkbox"/> 未加入
登録後 活動可能な曜日・時間帯	<input checked="" type="checkbox"/> 平日昼間 <input type="checkbox"/> 平日夕方 <input type="checkbox"/> 土日昼間 <input type="checkbox"/> 土日夕方 <input type="checkbox"/> 不定期 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (月に1回程度日曜日も可能)		
本講習会を知った方法	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士の紹介 <input type="checkbox"/> 失語症友の会 (会名 :) <input type="checkbox"/> チラシ <input checked="" type="checkbox"/> 広報誌 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受講志望動機 (200字程度)			
<p>私が子どもの頃、祖母が失語症で話をするできませんでした。私は祖母にうまく言葉を伝えることや、祖母の話を理解することができませんでした。祖母はいつも困った顔をして、一人でいることが多くなりました。そして、私と祖母の心の距離も離れていきました。大人になった今でも、私は祖母が一人でいる姿を忘れられず、後悔をしています。そのため、祖母と同じように失語症で困っている人の役に立ちたいと思い応募しました。</p>			
現在関わっている失語症の友の会やグループがありましたら記入ください			
特に現在はありません。			

例：
失語症友の会
職場、友人など

例：介護支援専門員、看護師
失語症会話パートナー、
介護福祉士、ヘルパー、PT、
OT、STなど

ご記入頂いた内容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致しません。