

平成31年度
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】 平成31年4月14日(日)～平成32年2月23日(日)
【募集期間】 平成31年2月25日(月)～平成31年3月11日(月)
【実施コース】 応用コース

事業実施主体:東京都福祉保健局
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

おおむ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) 失語症と合併しやすい障害について
- (2) 福祉制度概論
- (3) コミュニケーション方法の選択法
- (4) コミュニケーション支援技法Ⅱ
- (5) コミュニケーション支援実習Ⅱ
- (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) 平成30年度東京都失語症者向け意思疎通支援者養成講習会必修基礎コースを受講し、平成31年3月に修了見込みの方
- (2) 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
- (3) 平成31年4月1日現在、18歳以上の方
- (4) 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
応用コース 20人
- (2) 養成目標
多様なニーズや場面に応じた意思疎通支援を行うために、応用的な知識とコミュニケーション技術を習得するとともに、併発の多い他の障害に関する知識や移動介助技術を身につける。
- (3) 到達目標
電車・バスなどの公共交通機関の利用を伴う外出や、複数の方への支援、個別訪問等の場面を想定し、失語症者の多様なニーズに応え、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)

平成31年4月14日(日)～平成32年2月23日(日)(全40時間、年間7回)

(2) 講習内容(時間、回数)

ア 講義及び合同実習(全32時間、6回)

イ 交流集会での支援実習(8時間、1回のみ)

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 修了要件は、下表講習日程の*印のついた講義に出席できていること、かつ、規定の出席時間数(全40時間の8割以上)を満たすことが必要です。

(3) 講習日程及び会場

日時	時間	主な会場 (予定)	最寄り駅
*4月14日(日)	13:00～13:30 開講式 13:40～17:40	中野サンプラザ	JR・東京メトロ 中野駅
6月9日(日)	10:00～12:00 13:00～17:00		
7月14日(日)	10:00～12:00 13:00～17:00		
9月15日(日)	9:00～18:00 交流集会 ※適宜、休憩時間あり	中野サンプラザ コスモルーム	
11月17日(日)	10:00～12:00 13:00～17:00	中野サンプラザ	
1月26日(日)	10:00～12:00 13:00～17:00		
2月23日(日)	10:00～12:00 13:00～15:00 15:40～16:30 修了式		

※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。

6 受講申込書配布・申込方法・申込期限

(1) 申込書の配布

ア 郵送等にて

平成30年度東京都失語症者向け意思疎通支援者養成講習会必修基礎コース修了見込みの方に対して、郵送又は直接配布いたします。

イ 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「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/> >



(2) 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 メールにて

「(1) 申込書の配布」の「イ 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、件名「応用コース応募」と明記の上、お送りください。

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

イ 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)

(3) 申込期限

平成31年3月11日(月)(郵送の場合は当日必着)

7 選考方法及び期間

(1) 書類審査 平成31年3月17日(日)

(2) 結果送付 平成31年3月25日(月) 予定

※ 受講の可否の結果につきましては、申込み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) 申込期限後の申込みなど、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。

【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 意思疎通事業（行）と明記

メール：ishisotsu@st-toshikai.org

平成31年度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11日 ※当日必着

		記入日	平成31年 3 月 8 日			
ふりがな	とうきょう いしこ	生年月日	昭和 平成	○年	△月	□日 (× 歳)
氏名	東京 意思子		性別	男・女	職業	アルバイト
住所	〒123-4567 東京都〇〇区××町△丁目△番地〇一〇 △△マンション101号					
電話番号	03-1234-5678	E-mail	is●hi●.tokyo@ho●mail.co.jp			
FAX	同上					
勤務先 (学生の場合は学校名)	〇〇スーパーマーケット					
勤務先住所 (学校住所)	〒321-9876 東京都△△区××町〇丁目〇番地〇一〇					
修了後 活動可能な曜日・時間帯	<input type="checkbox"/> 平日昼間 <input checked="" 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 type="checkbox"/> その他 ()					
1. 必修基礎コースを受講して学んだこと (200字程度)						
私は、講義や実習を通して、失語症の方への話し方や、話すときの注意点を学びました。						
今までは、失語症の方が、私に上手く伝えられないとき、どのように聞いたらいいのかわからず、たくさん言葉で質問してしまい、失語症の方が話すことを諦めてしまいました。						
また、私が失語症の方に伝える際にも、上手く伝わらないと、苦笑いで“いや”と言われることがありました。						
このため、失語症の方と話す時などは、文字の使い方や絵・図など言葉以外の本人が望むコミュニケーション方法を一緒に考え、探し出すことの重要性を学びました。						
2. 応用コースの受講志望動機 (200字程度)						
私が実習先のサロンに行った際に、必修基礎コースで学んだことを活かして、失語症の方とコミュニケーションをとったところ、上手く伝え合うことができました。その時、失語症の方が喜んでる姿を見て、私も凄く嬉しい気持ちになりました。						
しかし、失語症の方の障害程度はさまざまであり、生活環境も異なるため、失語症のある方が、日常生活で困る場面が多く、ニーズも多様化していることを実感しました。						
このため、必修基礎コースで得た知識や実習の経験などを基に、応用コースでさらに経験を積み、失語症のある方の多様なニーズに応え、一緒に伝え合える喜びを共有したいと思い志望しました。						

御記入いただ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いたしません。

事業実施主体: 東京都福祉保健局

事業運営主体: 一般社団法人東京都言語聴覚士会