

派遣事業のご案内（利用者向け）

1.利用登録の方法

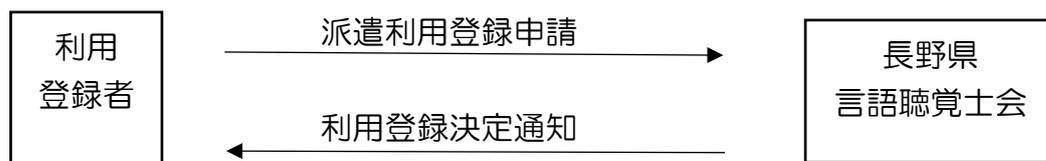
2.派遣依頼と利用の方法

3.各種様式

様式第1号、様式第2号は以下の手順でご利用ください。

- (1) インターネット検索エンジンで「長野県言語聴覚士会」と検索する。
- (2) 長野県言語聴覚士会のサイトをクリックする。
- (3) トップページを下方にスクロールして、「失語症者向け意思疎通支援事業について詳しく見る→」をクリックする。
- (4) 「失語症者向け意思疎通支援事業 ②意思疎通支援者派遣事業 支援者派遣を希望される方はこちら！」をクリックし、資料をダウンロードしてください。

1.利用者登録の方法



派遣利用登録の申請

「利用者登録申請書（様式第1号：P5-6）」に必要事項を記入し、下記に提出して下さい。

*提出先

(1) メールの場合

ishisotsu-haken@slht-nagano.org

長野県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援事業実行委員会派遣事業担当者宛て
メール表題：「派遣事業利用者登録申請書」

(2) 郵送の場合

〒383-0814 長野県長野市西鶴賀町 1570

長野中央病院リハビリテーション科 長野県失語症者向け意思疎通支援事業事務局宛

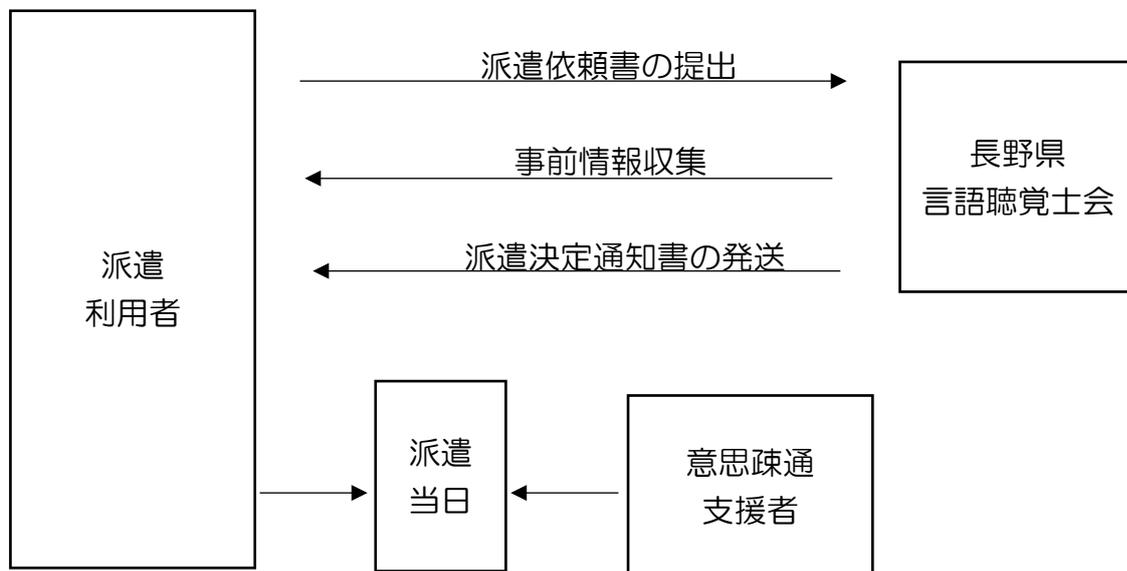
利用決定

利用者登録申請書を受理後、登録手続きをすすめます。その際、確認のため事務局から連絡を取らせていただく場合がございます。

手続きが終了次第、長野県言語聴覚士会より記載されている連絡先に、「登録が完了し派遣事業の利用が可能」な旨をお知らせします。

2. 派遣依頼・利用方法

派遣依頼・利用の流れ



派遣依頼書提出

派遣希望日のおおむね 14 日（2 週間）前までに、「失語症者向け意思疎通支援者派遣依頼書（様式第 2 号：P7）」に必要事項を記入し、下記に提出してください。

* 提出先

(1) メールの場合

ishisotsu-haken@slht-nagano.org

長野県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援事業実行委員会派遣事業担当者宛
メール表題：「派遣依頼」

(2) 郵送の場合

〒383-0814 長野県長野市西鶴賀町 1570

長野中央病院リハビリテーション科 長野県失語症者向け意思疎通支援事業事務局宛

事前情報収集

失語症者向け意思疎通支援者派遣依頼書を受理後、内容を確認にして派遣の可否を判断します。長野県言語聴覚士会の派遣事業コーディネーターから事前連絡が入りますので、打ち合わせをお願いします。

派遣決定通知

派遣が決まり次第、長野県言語聴覚士会より「失語症者向け意思疎通支援者派遣決定通知書

(様式第3号：P8)」をメールまたは郵送で発送します。

派遣利用当日

待ち合わせ場所で意思疎通支援者と合流して、依頼した支援内容の意思疎通支援を受けます。
なにかトラブルが生じた際は、支援者と一緒に行動してください。
必要に応じてご家族や長野県言語聴覚士会、県と連絡をとります。

派遣利用後

派遣支援、事業についてのお問い合わせは以下までお願いします。

ishisotsu-haken@slht-nagano.org

長野県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援事業実行委員会派遣事業担当者宛
メール表題：「支援利用後の問い合わせ」

3.各種様式

様式第1号

令和 年 月 日

利用者登録申請書

ふりがな				生年月日
氏名				年 月 日
住所	〒			
最寄り駅	線		駅	
自宅 連絡先	電話番号		FAX番号	
	メールアドレス			
緊急 連絡先	氏名		続柄	
	電話番号		FAX番号	
障害者 手帳の 所持状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持している (障害名) <input type="checkbox"/> 音声・言語機能の著しい障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 (種別) 種 (等級) 級			
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳を所持している (種別) 種 (等級) 級			
失語症の 診断	診断した病院等の名称： 診断された時期： 年 月 日			
連絡 方法	該当するものを○で囲んでください。 電話 FAX メール 携帯電話 携帯メール 手紙			

以下 受託団体 記入

(受託団体の意見) **診断書で判断する場合に限る**

例:○年○月に失語症と診断を受け、リハビリは○程度継続しているが
社会活動への促進のため 登録適当と認める。

現在の意思疎通の状況と支援の必要性	
状況	表出 <input type="checkbox"/> 日常会話であれば概ね自分の言いたいことが伝えられる <input type="checkbox"/> 日常生活において一部自力で伝えられるが、聞き手の誘導や推測が必要 <input type="checkbox"/> 自分から話したり書いたりすることが困難
	理解 <input type="checkbox"/> 話し言葉のみでほぼ理解できる <input type="checkbox"/> 文字などの補助手段が必要
意思疎通の方法	<input type="checkbox"/> 話し言葉(ゆっくり、短文) <input type="checkbox"/> メモと手帳(書字・選択肢の指差し) <input type="checkbox"/> はい、いいえで答える <input type="checkbox"/> 表情・身振り <input type="checkbox"/> 写真や絵 <input type="checkbox"/> 会話ノート(必要な事柄の指差し) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____)
必要な支援	【話す】 <input type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 全面的に必要 【聞く】 <input type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 全面的に必要 【読む】 <input type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 全面的に必要 【書く】 <input type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 全面的に必要
	※必要な支援内容を具体的にご記入ください
移動手段	<input type="checkbox"/> 支え無しで歩ける <input type="checkbox"/> 杖を使って歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子使用
日常生活の様子	
特記事項	※意思疎通支援の際に注意すること等

令和 年 月 日

失語症者向け意思疎通支援者派遣依頼書

次のとおり失語症者向け意思疎通支援者の派遣を依頼します。

依頼者氏名	(代理人:)	
連絡先		
派遣希望日時	令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分	
用務内容 行き先等	*できるだけ詳しく記入してください。	
待ち合わせ	時間	午前・午後 時 分
	場所	
終了予定	時間	午前・午後 時 分
	場所	
支援方法		
希望する支援者		
その他連絡事項	直接依頼(未・済)	

令和 年 月 日

失語症者向け意思疎通支援者派遣決定通知書

様

一般社団法人 長野県言語聴覚士会の長

次のとおり失語症者向け意思疎通支援者を派遣することに決定しましたので、通知します。

派遣日時	令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分	
用務内容		
派遣する 意思疎通支援者		
待ち合わせ	時間	午前・午後 時 分
	場所	
終了予定	時間	午前・午後 時 分
	場所	
その他連絡事項		

連絡先

メール：ishisotsu-haken@slht-nagano.org

コーディネータ携帯：090-8129-1649