

失語症者向け意思疎通支援者派遣
利用ガイド
(奈良県版)

一般社団法人 奈良県言語聴覚士会

福祉医療部障害福祉課

社会参加・障害理解促進係

2023 年 4 月 作成

目次

○ 失語症者向け意思疎通支援者派遣事業とは・・・	．．．．． P. 2
Ⅰ. 利用者登録	
Ⅰ－Ⅰ. 利用者登録をする前に．．．．．	P. 3
Ⅰ－Ⅱ. 利用登録申請方法．．．．．	P. 3
Ⅰ－Ⅲ. 利用決定．．．．．	P. 3
Ⅱ. 派遣依頼	
Ⅱ－Ⅰ. 派遣依頼方法．．．．．	P. 4
Ⅱ－Ⅱ. 派遣決定．．．．．	P. 4
Ⅲ. 派遣までと当日	
Ⅲ－Ⅰ. 派遣当日まで．．．．．	P. 5
Ⅲ－Ⅱ. 派遣当日．．．．．	P. 5
Ⅳ. 様式．．．．．	P. 6
○ 利用登録申請書（様式Ⅰ）	
○ 利用登録通知書（様式Ⅱ）	
○ 派遣依頼書（様式Ⅲ）	
○ 派遣決定通知書（様式Ⅳ）	

失語症者向け意思疎通支援者派遣事業とは・・・

<目的>

失語症者の自立と社会参加を図るため、失語症者のコミュニケーションの支援に必要な知識及び技能を有する意思疎通支援者を、失語症者に対して派遣をする事業です。

<派遣対象事項>

- ・ 奈良県内の障害者団体や公共機関、医療機関等が主催する行事、会合等
- ・ 失語症者の日常生活上必要な外出に関する派遣。
- ・ その他、知事が特に必要と認める場合

ただし、次のような場合は失語症者向け意思疎通支援者の派遣ができません。

- (1) 営業活動等の経済的活動に係る場合
- (2) 政治的、宗教的活動に係る場合
- (3) 社会通念上、本事業を利用することが適当でない場合

<運営主体>

一般社団法人奈良県言語聴覚士会（奈良県より受託）

<利用対象者>

奈良県在住で「失語症者向け意思疎通支援者派遣事業」の利用登録を行った方です。

<派遣依頼>

派遣希望日の14日前までにお住まいの市町村へ派遣依頼の申請をお願いします。

<利用登録者の利用負担>

利用料は無料です。

※ただし、派遣中に発生する費用（交通費、施設利用料等）については、意思疎通支援者に係る分を含め利用登録者の負担となります。

また、利用登録者の身体的理由等で県が認めた場合に限り、意思疎通支援者の自家用車への同乗を認めます。その場合、燃料費及び駐車場料金等の実費については、利用登録者負担となります。

1. 利用者登録

1-1. 利用者登録をする前に

事前に以下の身体障害者手帳を取得しておく必要があります。

◆「音声・言語・そしゃく機能の障害」の

3級（音声機能・言語機能又はそしゃく機能の喪失） 又は

4級（音声機能・言語機能又はそしゃく機能の著しい障害）

※医師の診断書・意見書において、失語症と診断されている場合又は、その他、知事が認める者は、利用登録ができる。

身体障害者手帳の取得については、詳しくは、お住まいの市町村障害福祉担当課へお問い合わせ下さい。（奈良市は、必要な書類や申請方法が異なる場合があります。）

1-2. 利用登録申請方法

「様式1：奈良県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用登録申請書」に必要事項を記入し、お住まいの市町村（障害福祉担当課）へ提出して下さい。

（申請書は、奈良県福祉医療部障害福祉課のHP及び県言語聴覚士会HPからダウンロードするか、お住まいの市町村の窓口で入手してください。）

※ただし、緊急の場合は電話等の方法により派遣登録の申出ができます。この場合、利用者は事後速やかに登録申請の手続きを行ってください。

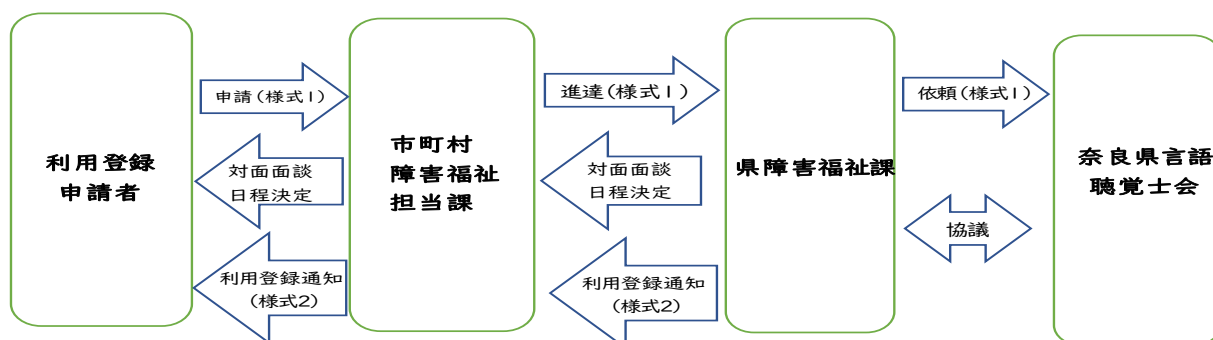
また、利用登録申請時に、支援者の派遣が必要な場合も同様です。お住まいの市町村までご連絡ください。

1-3. 利用決定

利用登録申請提出・面談後、登録手続きが終了次第、県から市町村経由で、申込者へ「様式2：失語症者向け意思疎通支援者派遣利用登録通知書」を送付します。

※面談は原則、市町村役場内で行います。

【利用登録の流れ】



2. 派遣依頼

2-1. 派遣依頼方法

希望日の14日前（派遣当日は含まない）までに、「様式3：失語症者向け意思疎通支援者派遣依頼書」に必要事項を記入し、市町村へ提出してください。

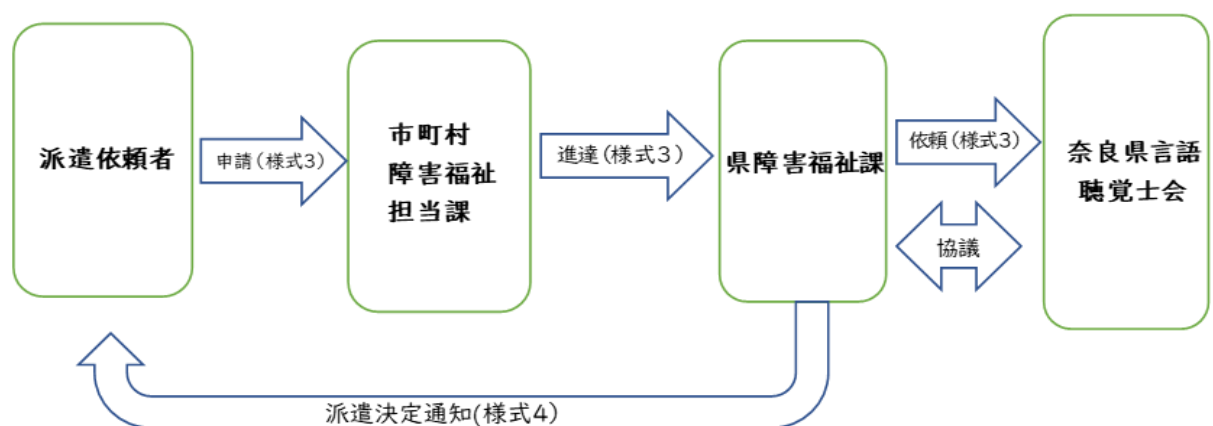
（希望日として複数の候補日を設定してください。）

（申請書は、奈良県福祉医療部障害福祉課のHP及び県言語聴覚士会HPからダウンロードするか、お住まいの市町村の窓口でお渡しします。）

2-2. 派遣決定

派遣依頼書を受理し手続きが終了次第、県より申込者へ「様式4：派遣決定通知書」を送付します。

【派遣依頼の流れ】



◆派遣依頼の留意点

- 1) 申し込みが集中した場合など、ご希望の日に失語症者向け意思疎通支援者を派遣できないこともありますのであらかじめご了承ください。
- 2) 次のいずれかに該当するときは、派遣を取り消すことがあります。
 - (1) 要領に反したとき。
 - (2) 偽りその他不正の手段で派遣の決定を受けたとき。
 - (3) その他、県が派遣を不適當と認めたとき。

3. 派遣までと当日

3-1. 派遣当日まで

派遣依頼内容によって、当日までに失語症者向け意思疎通支援者（支援者）と事前の打ち合わせが必要な場合は、利用登録者と支援者で直接連絡を取り、行ってください。

3-2. 派遣当日

- 1) 待ち合わせ場所で支援者と合流後、依頼した内容の意思疎通支援を受けます。
- 2) 当日の支援終了時には、支援者が「失語症者向け意思疎通支援者活動報告書」を提示しますので、記載内容を確認して署名又は押印してください。なお、必要に応じて支援者が代筆します。

※待ち合わせ場所から支援終了場所までの支援中の支援者の交通費等費用は、利用登録者でご負担ください。

問合せ先

○奈良県福祉医療部障害福祉課 社会参加・障害理解促進係

TEL: 0742-27-8922

FAX: 0742-22-1814

○一般社団法人奈良県言語聴覚士会

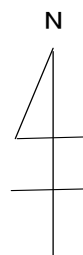
ホームページ: [http:// nara-st.com](http://nara-st.com)(一般社団法人奈良県言語聴覚士会)

◆様式Ⅰ：失語症者向け意思疎通支援者派遣事業利用登録申請書（表面見本）

様式1		年 月 日	
奈良県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用登録申請書			
奈良県知事 殿			
失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の利用の（新規登録・変更）について次のとおり申請します。			
フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日 (年齢)	大 ・ 昭 ・ 平
			() 年 () 月 () 日生
			() 才
住 所	〒 () () ()		
電 話	() () ()	FAX	() () ()
メー ル			
緊急連絡先	氏名	続柄	電話 (繋がる番号)
	メー ル		
身 障 手 帳	第 号	総合等級 級 (総合的に認定された等級)	音声・言語・そしゃく機能障 害の等級 級
意 思 疎 通 の 状 況	日常会話	☐ 概ね自分の言いたいことが伝えられる ☐ 自分の言いたいことは一部伝えられる ☐ 自分から話したり書いたりして伝えることは困難	
	普段の 意思疎通方法	☐ 話し言葉 ☐ 文字を書く ☐ 身振り ☐ 指さし ☐ 頷き ☐ リソース ☐ その他（具体的に： ）	
	必要な支援内容	話す： ☐ 一部必要 ☐ 全面的に必要 聞く： ☐ 一部必要 ☐ 全面的に必要 書く： ☐ 一部必要 ☐ 全面的に必要 読む： ☐ 一部必要 ☐ 全面的に必要	
	希望する 支援内容	☐ ゆっくり話してほしい ☐ ゆっくり待ってほしい ☐ 短い文で話してほしい ☐ 文字で書いてほしい ☐ 絵・イラスト・写真を使ってほしい ☐ その他（具体的に： ）	
移動手段	☐ 独歩（支え無し） ☐ 杖利用 ☐ 車椅子利用		
内服薬	☐ なし ☐ あり（*お薬名を全て下記に書き込んでください）		
	お薬名：		
てんかんの有無	てんかんと診断されていますか？ ☐ はい ☐ いいえ		
健康上の 留意点			
要望・その他 (自由記載欄)			

◆様式Ⅰ：失語症者向け意思疎通支援者派遣事業利用登録申請書（裏面見本）

自 宅 付 近 見 取 図



○地図等コピーの添付で可
○地図アプリケーション等で自宅番地から
確実な位置情報が取得できる場合等
は省略可

自宅への交通機関

※最寄りの交通機関

JR・近鉄・バス・その他()

駅名・バス停名 _____ より

徒步 _____ 分

<提出先>

受付番号

◆様式2：失語症者向け意思疎通支援者派遣事業利用登録通知書（見本）

様式2

失語症者向け意思疎通支援者 派遣利用登録通知書

年 月 日

様

実施主体の長

年 月 日に申請のありました失語症者向け意思疎通支援者の派遣については、次のとおりとしましたので通知します。

1. 派遣対象者氏名

(登録番号)

2. 派遣期間

年 月 日 から

年 月 日 まで

3. 留意事項

裏面のとおり

(注) 申請内容に変更が生じた場合は、様式1「奈良県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用登録申請書」により変更手続きを行ってください。
変更手続きがない場合、派遣期間は自動的に1年更新するものとします。

◆様式3：失語症者向け意思疎通支援者派遣依頼書

様式 3		
失語症者向け意思疎通支援者派遣依頼書		
日時	待ち合わせ時刻	年 月 日 (曜日) 時 分
	終了時刻	年 月 日 (曜日) 時 分
場所	待ち合わせ場所	
	目的地	
支援内容	用件 (具体的に)	
	概要	☐ 友の会・失語症の方向けの活動への参加 ☐ 買い物・通院・市町村役場・銀行 ☐ 趣味活動 ☐ その他
移動手段	☐ 独歩 (支え無し) ☐ 杖利用 ☐ 車椅子利用	
内服薬	☐ なし ☐ あり (* お薬名を全て下記に書き込んでください)	
	お薬名 :	
健康上の留意点		
要望・その他 (自由記述)		
当日の緊急連絡先	氏 名 : 続柄 () 電話 ()	
上記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 年 月 日		
依頼者本人 : 氏 名 住 所 (〒) 電話番号 FAX番号		
代 理 人 : 氏 名 ☐ 家族 ☐ ST ☐ ケアマネ ☐ その他 () メールアドレス 電話番号		
奈良県知事 殿		
< 提出先 >		

◆様式4：派遣決定通知書（見本）

派 遣 決 定 通 知 書

年 月 日

_____ 様

実施団体の長

年 月 日に申請のありました失語症者向け意思疎通支援者の派遣については、次のとおり、決定しましたので、通知します。

利 用 者 氏 名		支 援 者 氏 名	
派遣日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
備考			