

## 秋田県盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業実施要綱

### (目的)

第1条 秋田県盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業（以下「本事業」という。）は、視覚と聴覚に重複して障害のある者（以下「盲ろう者」という。）に対して盲ろう者向け通訳・介助員（以下「通訳・介助員」という。）を派遣し情報保障および移動等の介助を行い、盲ろう者の自立と社会参加の促進に資することを目的とする。

### (県の責務)

第2条 知事は、本事業に従事する通訳・介助員の健康と安全の確保に努めなければならない。

### (実施主体)

第3条 本事業の実施主体は秋田県とし、知事が適当と認めた団体等（以下「受託者」という。）に委託することができる。

### (派遣対象者)

第4条 この事業の派遣対象となる者は、次のすべてに該当する者とする。ただし、第3号については、緊急の場合はこの限りではない。

- 一 秋田県内に居住する者
- 二 視覚障害と聴覚障害の重複により、身体障害者障害程度等級が1級又は2級に該当する者
- 三 第5条に規定する利用登録が行われている者（以下「利用者」という。）

### (利用登録)

第5条 本事業により通訳・介助員の派遣を受けようとする盲ろう者は、秋田県盲ろう者登録申請書（様式第1号）により受託者へ申請するものとする。

- 2 受託者は、前項の登録申請があった者を利用登録者台帳（様式第2号）に登録するものとする。
- 3 利用者は、登録事項に変更が生じたときは、速やかに登録事項変更届（様式第3号）を、受託者に提出しなければならない。

### (通訳・介助員)

第6条 本事業における通訳・介助員とは、盲ろう者福祉の向上に理解と熱意を持ち、盲ろう者と第三者との通訳技術と移動介助技術を有する者で、受託者に登録が行われている者とする。

- 2 通訳・介助員は、次のいずれかの要件を満たしていなければならない。
  - 一 秋田県が実施する盲ろう者向け通訳・介助員養成研修を修了した者
  - 二 社会福祉法人全国盲ろう者協会等が実施する盲ろう者向け通訳・介助員養成研修を修了した者
  - 三 その他知事が特に認めた者

### (通訳・介助員の登録)

第7条 本事業における通訳・介助員として登録を希望する者は、秋田県盲ろう者向

け通訳・介助員登録申請書（様式第4号）に第6条に掲げた修了証書等の写しを添付して、知事に申請するものとする。

- 2 知事は前項の申請があったときは、第6条に定める登録要件を確認の上、登録が適当と判断した場合は、秋田県盲ろう者向け通訳・介助員登録台帳（様式第5号）に登録するとともに、秋田県盲ろう者向け通訳・介助員登録証（様式第6号）を交付する。
- 3 通訳・介助員は、前項に定める登録証を紛失したときは、速やかに秋田県盲ろう者向け通訳・介助員登録証紛失等届兼再交付申請書（様式第7号）を、知事に提出しなければならない。
- 4 通訳・介助員は、登録事項に変更が生じたときは、速やかに秋田県盲ろう者向け通訳・介助員登録事項変更届（様式第8号）を、知事に提出しなければならない。

#### （遵守事項）

第8条 通訳・介助員は、次のことを遵守しなければならない。

- 一 業務中は、秋田県盲ろう者通訳・介助員登録証を常に携帯する。
- 二 業務中は、政治的活動、宗教的活動、経済的活動を行ってはならない。
- 三 個人の人権を尊重し、業務によって知り得た情報を本人の同意を得ないで第三者に提供してはならない。通訳・介助員の身分を辞した後も同様とする。
- 四 常に通訳・介助技術の向上のための自己研鑽に励むとともに、盲ろう者福祉の向上及び理解促進、社会の啓発に努める。

#### （派遣対象事項）

第9条 通訳・介助員の派遣対象となるものは、次のいずれかに該当する場合とする。

- 一 社会生活及び日常生活上必要な外出に係る通訳・介助
  - 二 コミュニケーションに関する支援、通訳
  - 三 その他、受託者の長が必要と認めた業務
- 2 通訳・介助員の派遣対象として認められないものは、次のとおりとする。
  - 一 営業活動等の経済的活動に係る場合
  - 二 通勤、通学、通所等の長期かつ継続する場合
  - 三 宗教活動及び政治活動等任意の団体活動
  - 四 社会通念上、派遣することが適当でないとは判断される場合

#### （派遣の申請及び決定）

第10条 通訳・介助員の派遣を希望する利用者は、できる限り早期（原則として利用日の1週間前まで）に秋田県盲ろう者向け通訳・介助員派遣申請書（様式第9号）により、受託者に申請するものとする。

- 2 受託者は、申請内容を審査の上、通訳・介助員の派遣の可否を決定し、秋田県盲ろう者向け通訳・介助員派遣決定（却下）通知書（様式第10号）により、利用者へ通知するものとする。
- 3 受託者は、依頼内容と利用者のニーズ等を十分考慮した上で、適任と思われる通訳・介助員の調整及び決定を行い、秋田県盲ろう者向け通訳・介助依頼書（様式第11号）により、通訳・介助員へ通知するものとする。
- 4 第1項の規定に関わらず、緊急を要する理由等により利用者から派遣要請があった場合で、緊急かつやむを得ない事由があると認めるときは、緊急派遣を行うことができる。

(業務報告)

第 11 条 通訳・介助員は、業務終了後速やかに、秋田県盲ろう者向け通訳・介助員派遣業務報告書（様式第 12 号。以下「業務報告書」という。）を作成し、受託者が指定する日までに受託者の長に提出しなければならない。

(通訳・介助員の派遣時間等)

第 12 条 派遣時間は、通訳・介助員一人につき 1 日 8 時間を限度とする。

2 やむを得ない事由があると認めるときは、別途定める派遣時間以外の時間帯での派遣を行うことができる。

(利用者の費用負担)

第 13 条 通訳・介助員の派遣に要する申請者の費用負担は、原則、無料とする。ただし、通訳・介助員が通訳・介助業務を行う際に必要となる交通費、施設利用料等については、利用者の負担とする。

(通訳・介助員の報酬等)

第 14 条 受託者は、業務報告書により、適正に通訳・介助業務が行われたことを確認したときは、別表に定める基準により報酬等を通訳・介助員に対し支払うものとする。

(通訳・介助員の研修)

第 15 条 受託者は、通訳・介助技術の習得及び研鑽を深めることを目的として、研修を必要に応じて実施する。

2 通訳・介助員は、この研修に参加し、通訳・介助員としての資質の向上に努めなければならない。

(通訳・介助員の健康保持等)

第 16 条 受託者は、通訳・介助業務の特殊性により発症が危惧される頸肩腕障害、メンタルストレスに起因する疾患等の健康障害を予防し、通訳・介助員の健康保持に努めるものとする。

2 受託者は、通訳・介助活動時の事故に備え、保険の加入等、業務上の事故防止に努めるとともに、事故及び災害が発生したときは速やかに県に報告するものとする。

(関係機関との連携及び協力)

第 17 条 受託者は、本事業を円滑に実施し、かつ本事業の広報及び普及のため各種関係団体及び各市町村障害福祉主管課等関係団体等と密接に連携及び協力することとする。

(その他)

第 18 条 この要綱に定めるもののほか、本事業に必要な事項については知事が別に定める。

#### 附則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

この要綱は、令和元年5月1日から施行する。

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

別表（第 14 条関係）

項目	基準	金額
報酬	利用者との待合わせ時間から終了時間までを基準時間とする。別途打合せを行った場合はその時間を加算する。通常の業務提供時間として午前 8 時から午後 6 時とする。	2, 0 0 0 円／時間
	1 時間を超えた場合 1 時間毎	2, 0 0 0 円／時間
交通費	自宅から利用者と会うまで及び利用者と別れてから自宅までに要した経費	実費（公共交通機関を利用した場合に限る。） 自家用車を使用した場合は、1 kmにつき 2 0 円とする。
夜間及び緊急時でタクシーの利用を認められた場合		タクシー料金相当額

※派遣が通常の業務提供時間を超えて行われる場合の報酬の支給については、別途知事が定めるものとする。



利用登録者台帳

登録番号	秋田県 盲ろ第	号	登録年月日	年	月	日
ふりがな			性別	男 ・ 女		
氏名			生年月日	年	月	日
住所	〒					
電話番号			FAX番号			
E-mail						
障害等級	視覚障害	級	聴覚障害	級	総合	第 種 級
コミュニケーション手段 (該当するものに○を付けてください)						
▽話を聞くとき▽			▼話をするとき▼			
手書き文字 ( ひらがな カタカナ 漢字混じり 数字 )			手書き文字 ( ひらがな カタカナ 漢字混じり 数字 )			
筆談			筆談			
手話 ( 見る ・ 触れる )			手話 ( 見る ・ 触れる )			
ブリスト			ブリスト			
音声			音声			
指文字 ( ライト式 ・ パーキンス式 )			指文字 ( ライト式 ・ パーキンス式 )			
指文字 ( 日本式 ・ ローマ字式 )			指文字 ( 日本式 ・ ローマ字式 )			
その他 ( )			その他 ( )			
使用する文字	読む	点字 ・ 墨字		書く	点字 ・ 墨字	
通訳・介助の際に注意すること、その他						

# 登録事項変更届

年 月 日

氏名

秋田県盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり登録事項を変更したので届出ます。

変更理由		
変更年月日	年 月 日	
変更事項	変更前	変更後

秋田県盲ろう者向け通訳・介助員登録申請書

年 月 日

秋田県知事

氏名

秋田県盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業実施要綱第7条の規定により、秋田県盲ろう者向け通訳・介助員の登録を受けたいので申請します。

ふりがな			生年月日	年 月 日					
氏名			生年月日	年 月 日					
住所	〒								
電話番号			FAX番号						
その他連絡先	携帯電話								
	携帯アドレス								
	PCアドレス								
習得しているコミュニケーション手段及び経験年数	手話（触手話・弱視手話） 音声 筆記通訳 パソコン通訳 点字（ブリスト・指点字） 指文字（日本式・ローマ字式） その他（ ） ○経験年数 年								
資格等	※通訳や介助に関連し、資格を持っていたり、登録をしている場合、その内容を記載してください。								
活動可能時間等	※活動可能な時間枠に○・×を記入してください。								
		月	火	水	木	金	土	日	祝日
	午前								
	午後								
	夜間・早朝								
謝金・旅費等の振込先 (①②どちらかを記入)	①金融機関名				口座番号				
	支店名				口座番号				
	②郵便局	記号				番号			
備考									

※ 新規登録の方は盲ろう者向け通訳・介助関係の研修の修了証書等の写しを添付してください。

様式第5号（第7条関係）

写 真	秋田県盲ろう者向け通訳・介助員登録台帳									
	登録番号		秋田県		通介第		号			
	登録年月日		年		月		日			
ふりがな					生年月日		年 月 日			
氏名										
住所	〒									
電話番号					FAX番号					
その他連絡先	携帯電話									
	携帯アドレス									
	PCアドレス									
習得している コミュニケーション 手段	手話（触手話・弱視手話）		音声		筆記通訳		パソコン通訳			
	点字（ブリストタ・指点字）		指文字（日本式・ローマ字式）							
	その他（		）							
資格等										
盲ろう者向け 通訳・介助員 経歴										
謝金・旅費等の 振込先 (①②どちらかを記入)	①金融機関名						口座番号			
	支店名									
	②郵便局		記号				番号			
その他特記事項										

(表)

← 80 mm →

秋田県盲ろう者向け通訳・介助員登録証

写 真	秋田県 通介第 _____ 号
	住所 _____
	氏名 _____
	_____ 年 _____ 月 _____ 日生
	秋田県知事 印
有効期限	年 _____ 月 _____ 日

↑ 50 mm ↓

(裏)

注 意

- 1 通訳・介助活動の際は、この証を携帯すること。
- 2 この証を譲与又は貸与してはならない。
- 3 記載事項に変更を生じたとき又は盲ろう者向け通訳・介助員を辞退した場合には、返納すること。
- 4 提示を求められた場合は、これを提示しなければならない。

秋田県盲ろう者向け通訳・介助員登録証紛失等届兼再交付申請書

年 月 日

秋田県知事

氏名

先に交付された秋田県盲ろう者向け通訳・介助員登録証について、紛失等したので届  
出ます。

なお、秋田県盲ろう者向け通訳・介助員登録証の再交付を申請します。

氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
紛失等の別	損 失 ・ 盗 難 ・ 毀 損
発 生 日 時	年 月 日 時 分
発生時の状況	
備 考	

秋田県盲ろう者向け通訳・介助員登録事項変更届

年 月 日

秋田県知事

氏名

秋田県盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり登録事項を変更したので届出ます。

変 更 理 由		
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 事 項	変 更 前	変 更 後

# 秋田県盲ろう者向け通訳・介助員 派遣申請書

（あて先） 秋田県聴覚障害者支援センター

（FAX） 018-862-1820

次のとおり、通訳・介助員の派遣を依頼します。

依頼日	年	月	日	
登録者氏名				
住所				
連絡先				
派遣希望日	年	月	日（ ）	
時	時	分から	時	分まで
派遣場所				
派遣内容	※資料等があれば、添付してください。			
待ち合わせ	時間	時		分
	場所			
通訳方法				
その他				

秋田県聴覚障害者支援センター 電話 018-874-8113  
メールアドレス akita-chokaku@fukinoto.or.jp

# 秋田県盲ろう者向け通訳・介助員 派遣決定（却下）通知書

年 月 日

（申請者） 様

秋田県聴覚障害者支援センター

先に申し込みのあった、通訳・介助員の派遣について

- 1 次のとおり派遣します。
- 2 却下します。

〔理由： 〕

通訳・介助員 氏 名		
派 遣 日 時	年 月 日（ ） 時 分 から 時 分 まで	
派 遣 場 所		
派 遣 内 容		
待 ち 合 わ せ	時 間	時 分
	場 所	
そ の 他		

秋田県盲ろう者向け通訳・介助依頼書

年 月 日

（盲ろう者向け通訳・介助員） 様

秋田県聴覚障害者支援センター所長

次のとおり盲ろう者の通訳・介助を依頼します。

派遣日時	年 月 日（ ） 時 分 から 時 分まで	
利用者		
派遣場所		
待合わせ	待合わせ時間	時 分
	場 所	
派遣内容	<input type="checkbox"/> 送迎（往復 迎えのみ 送りのみ）	
通訳方法		
その他		

秋田県盲ろう者向け通訳・介助員派遣業務報告書

年 月 日

秋田県聴覚障害者支援センター所長

登録番号 通介第 号

通訳・介助員氏名

次のとおり報告（・請求）します。

※太枠内を記入

派遣日時	年 月 日 ( )	
	(活動時間) 時 分～ 時 分	
派遣場所		
利用者		コミュニケーション手段
派遣内容		
反省等所感 引継ぎ事項		
交通機関	行き JR ( 駅 ～ 駅) 円	車 km
	バス ( ～ ) 円	
	帰り JR ( 駅 ～ 駅) 円	車 km
	バス ( ～ ) 円	

派遣区分	件数	時間	謝金 ( h×@2,000 )	円
			交通費 ( km )	円
			その他 ( )	円
			合計	円

※業務報告書は、通訳後、5日以内にメール、FAXまたは郵送すること。