

香川県災害時聴覚障害者意思疎通支援ボランティア登録制度実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、香川県内で大規模な災害が発生した際に、避難所等において手話や要約筆記により聴覚障害者への情報支援などを行う個人を「香川県災害時聴覚障害者意思疎通支援ボランティア」（以下、「意思疎通支援ボランティア」という。）として事前に登録を行い、災害時の聴覚障害者に対する意思疎通支援の体制づくりを推進することを目的とする。

(登録機関)

第2条 意思疎通支援ボランティアの登録機関は、香川県健康福祉部障害福祉課とする。

(登録事項)

第3条 意思疎通支援ボランティアとして登録する事項は、別表のとおりとする。

(登録要件)

第4条 意思疎通支援ボランティアとして登録する者は、以下の要件をすべて満たすものとする。

- (1) 手話、要約筆記により聴覚障害者への情報支援などを行える20歳以上の者であること。
- (2) 前条の登録事項について、意思疎通支援ボランティアに関する連絡・調整等を行う公益社団法人香川県聴覚障害者協会（以下「聴障協会」という。）及び特定非営利活動法人香川県要約筆記サークルゆうあい（以下「要約筆記ゆうあい」という。）に提供することを了承するものであること。
- (3) 別表の各項目に係る個人情報のうち、公開区分欄で「必須」とされている情報及び「任意」とされている情報のうち公開を可とするものについて、県内市町防災担当課・障害福祉担当課、香川県社会福祉協議会、市町社会福祉協議会に提供されることを了承するものであること。

(登録の手続き)

第5条 登録機関は、登録を希望する者に対して、「香川県意思疎通支援ボランティア登録カード」（別記第1号様式）を送付し、必要事項の記載を確認したうえで登録を行う。

2 登録機関は、登録者に対し「香川県意思疎通支援ボランティア登録証明書（以下「登録証明」という。）」（別記第2号様式）を交付する。

(登録の期間)

第6条 登録の有効期間は、登録日から5年を経過した日の属する年度の年度末までとする。

2 登録機関は、登録者に対し、登録の有効期限の1カ月前までに、登録の更新手続きについて通知するものとする。

(登録台帳の作成)

第7条 登録機関は、登録者の情報を記載した登録台帳を作成し、管理する。

2 登録台帳は、意思疎通支援ボランティアとの連絡・調整を行う聴障協会及び要約筆記ゆうあいへ送付し、情報を共有するものとする。

3 登録台帳の一部は、県内市町防災担当課・障害福祉担当課及び香川県社会福祉協議会に提供するものとする。また、必要に応じて市町村社会福祉協議会等に提供するものとする。

(研修等の実施)

第8条 登録機関は、登録者に災害時における意思疎通支援ボランティア活動に関する研修及び情報提供を行う。

(登録の変更等)

第9条 登録者は、登録申込書に記載した事項に変更が生じた場合または登録の取り消しを希望する場合は、登録変更届(別記第3号様式)または登録辞退届(別記第4号様式)により、登録機関に速やかに届出するものとする。

(登録の取り消し)

第10条 登録機関は、次の場合に登録を取り消すものとする。

- (1) 第6条の規定による登録の更新を希望しなかった場合。
- (2) 前条の規定による登録辞退届の提出があった場合。

(意思疎通支援ボランティアの活動)

第11条 意思疎通支援ボランティアは、大規模な災害が発生したときは、まず本人及び家族等の安全を最優先として、その安全を確保したのちに活動するものとする。

2 意思疎通支援ボランティアとして活動が可能である場合は、聴障協会及び要約筆記ゆうあい、または市町災害対策本部等からの要請により、避難所等において聴覚障害者等への情報支援の活動を行う。

3 避難所等で意思疎通支援ボランティア活動を行う場合は、避難所等を運営する市町や社会福祉協議会、自主防災組織等との連携に努めるものとする。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年8月3日から施行する。

別表

登録事項	公開区分
(1) 氏 名	必須
(2) 生年月日	必須
(3) 性 別	必須
(4) 住 所	必須
(5) 電話（携帯電話も含む）・FAX番号	必須
(6) Eメールアドレス	必須
(7) 活動区分	必須
(8) 活動区分に関する資格・免許等	任意
(9) その他特記事項	任意

香川県意思疎通支援ボランティア登録カード

No. _____

香川県知事 様

記入年月日	年 月 日
-------	-------

必須公開事項	(ふりがな) 氏 名	生 年	昭和 平成	年 月 日 年 月 日	性 別	男 女
	住 所	〒 _____ 都・道 _____ 市 _____ 府・県 _____ 町・村 _____				
	電話・FAX番号	携帯電話： _____	F A X： _____	_____	_____	_____
	活動区分	<input type="checkbox"/> 手話通訳		<input type="checkbox"/> 要約筆記		
任意公開事項	資格・免許等 (可・否)	<input type="checkbox"/> 手話通訳士試験に合格 <input type="checkbox"/> 手話通訳者試験に合格 <input type="checkbox"/> 手話奉仕員養成研修を終了 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		<input type="checkbox"/> 要約筆記者養成研修を修了		
	E-mailアドレス (可・否)	_____ @ _____ _____ @ _____				
	その他特記事項 (可・否)	_____				

※ 上記のうち(可・否)とあるものは、任意公開事項です。市町防災担当課、香川県社会福祉協議会、市町村社会福祉協議会等への提供が可能なものは「可」に○を記入してください。
登録いただいた情報は、意思疎通支援ボランティアに関する事業以外には使用しません。

上記の記載内容を「香川県意思疎通支援ボランティア登録台帳」へ登載し、香川県聴覚障害者協会及び香川県要約筆記サークルゆうあいへ提供すること、並びに、上記のうち必須公開事項及び任意公開事項のうち「可」と記入した事項について、市町防災担当課、香川県社会福祉協議会、市町村社会福祉協議会等へ提供することを了承し、意思疎通支援ボランティアとして登録します。

氏 名 (署名) _____