

事 務 連 絡
平成28年4月22日

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉部（局） 御中
中核市
（熊本県、熊本市を除く）

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
企画課自立支援振興室

視聴覚障害者等への避難所等における情報・コミュニケーション支援
に関する手話通訳者等の派遣について

標記については、平成28年4月14日付事務連絡「災害により被災した要援護障害者等への対応について」（障害保健福祉部企画課、障害福祉課、精神・障害保健課3課連名）及び「平成28年熊本県熊本地方の地震により被災した視聴覚障害者等への避難所等における情報・コミュニケーション支援について」（障害保健福祉部企画課自立支援振興室）により、被災地域における手話通訳者等の派遣などの情報・コミュニケーション支援について、視聴覚障害者情報提供施設等と連携し、万全の対応を期すようお願いしているところです。

今般、被災地において、公的機関の窓口、避難所の要援護者用窓口、福祉避難所等での手話通訳者等が不足する場合に他地域からの派遣対応ができるよう、あらかじめ体制を整えたいと考えています。

つきましては、管内の市町村、関係団体、視聴覚障害者情報提供施設等に対して、手話通訳者等の派遣につき協力依頼を行っていただきますとともに、当面、4月28日（木）から5月中までの間に派遣が可能な手話通訳者等（自治体、視聴覚障害者情報提供施設、社会福祉協議会の職員（現在、手話通訳等の業務に携わっていないが、手話通訳士等の資格を持つ職員を含む。））につきまして「（別紙）派遣職員登録票」に記入いただき、4月26日（火）17:00までに、以下の厚生労働省の担当者宛メールにて送付いただきますようお願いいたします。

なお、具体的な派遣につきましては、被災地からの要請がまとまり次第、調整することとしていますので念のため申し添えます。

（問合せ及び調査結果報告先）

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課自立支援振興室

障害者災害対策専門官 時末：tokisue-daiki@mhlw.go.jp

（代 表）03-5253-1111（内）3079

（ダイヤル）03-3595-2097（FAX）03-3503-1237

(別紙)

派遣職員登録票

県・市

都道府県名	市町村名	担当者名 (役職)		TEL	
				FAX	

	派遣可能期間	派遣可能な職員の職種	性別	備考
例	○月○日～○月○日 (○日間)	手話通訳者	男・女	
1				
2				
3				
4				
5				

※「派遣可能な職員の職種」欄には、手話通訳者（手話通訳奉仕員は含まない。）、ろうあ者相談員、点訳者・音訳者、要約筆記者（手書き・パソコンの別）等派遣いただける職員の職種を記載して下さい。

※4月28日（木）～5月中までの間に派遣が可能な職員について、ご記入下さい。

※なお、既に派遣を行っている、今後派遣の予定が決まっている場合には、その旨備考欄に記載願います。