

遠隔手話通訳用機材貸与規程

(趣旨)

第1条 この規程は、高知県が所有し管理する、遠隔手話通訳に必要なタブレット端末等の機材（以下、「機材」という。）の貸与に関して必要な事項を定めるものとする。

(目的)

第2条 新型コロナウイルス感染症の発生により、聴覚障害者等の病院への受診等の際して、感染のリスクがあり手話通訳者等の同行が困難な状況がある場合に、地域において聴覚障害者等が安心して相談・受診等ができるよう、遠隔手話通訳が実施できる体制を整備するため、機材を高知県及び関係機関に配備し、貸与を行うことで、聴覚障害者等の意思疎通支援の円滑化を図ることを目的とする。

(対象者)

第3条 この事業の対象者は、聴覚障害のため意思疎通を図ることに支障がある者及びその家族、医療機関、その他高知県が適当と認める者とする。

(貸与機材)

第4条 貸与する機材は、次のとおりとする。

タブレット端末一式（本体、ケース、USBケーブル、USB電源アダプタ）

(配備する関係機関)

第5条 機材を配備する機関（以下、「機材配備機関」という。）は、別表1のとおりとする。

(貸与及び返却)

第6条 機材の貸与を受けようとする者は、「遠隔手話通訳用機材貸与申請書兼受領書」（様式第1号）に必要事項を記入し、機材配備機関に申請しなければならない。機材配備機関は申請内容が適当と認めた場合、機材の貸与を受けようとする者に機材及び「遠隔手話通訳用機材貸与申請書兼受領書」（様式第1号）の写しを交付する。

2 機材配備機関は、前項の規定により機材を貸与したときは、「遠隔手話通訳用機材管理台帳」（様式第2号）に記入し、貸与状況を管理し、翌年度の4月15日までに高知県に報告しなければならない。

3 貸与の期間は、各年度の3月31日までの間で機材配備機関が必要と認める期間

とし、機材の貸与を受けた者は期間が終了した場合は速やかに返却するものとする。

- 4 機材配備機関は、前項の規定により返却機材を受領したときは、「返却機材受領書」(様式第3号)に記入し、交付する。

(費用)

第7条 機材の貸与は、無償とする。

(管理等)

第8条 機材の貸与を受けた者は、十分な注意をもって機材の管理をしなければならない。

- 2 機材の貸与を受けた者は、第1条の目的以外に使用してはならない。また、第三者に譲渡又は転貸してはならない。

(貸与期間中の責任)

第9条 機材の貸与を受けた者は、機材を破損又は紛失したときは、直ちに高知県に報告しなければならない。

- 2 貸与を受けた者がこの規程に違反した場合は、貸出期間終了前に返却を求める場合がある。また、故意又は過失により機材を破損、紛失させた場合は、高知県は貸与を受けた者に対して損害に相当する金額を請求する場合がある。
- 3 機材の使用により貸与を受けた者が被った被害又は貸与を受けた者が第三者に与えた損害については、高知県及び機材配備機関は一切その責めを負わない。

附 則

この規程は、令和3年4月1日から施行する。

別表 1

遠隔手話通訳用機材配備機関

配備機関	所在地	連絡先
高知県子ども・福祉政策部障害福祉課	高知市丸ノ内 1 丁目 2 - 20	TEL 088-823-9634 FAX 088-823-9260
高知市健康福祉部障がい福祉課	高知市本町 5 丁目 1 - 45	TEL 088-823-9378 FAX 088-823-9370
一般社団法人高知県聴覚障害者協会	高知市越前町 2 丁目 4 - 5 社会福祉法人小高坂更生センター 3 階	TEL 088-822-2794 FAX 088-875-5307
	(東部広域設置手話通訳) 安芸市矢ノ丸 1 丁目 4 - 36 安芸総合庁舎 安芸福祉保健所 健康障害課内	TEL 0887-34-8088 FAX 0887-34-8088
	(西部広域設置手話通訳) 四万十市中村山手通 19 幡多総合庁舎 幡多福祉保健所 健康障害課内	TEL 0880-34-9633 FAX 0880-34-9633
高知県聴覚障害者情報センター	高知市越前町 2 丁目 4 - 5 社会福祉法人小高坂更生センター 3 階	TEL 088-823-5922 FAX 088-822-0750

遠隔手話通訳用機材貸与申請書 兼 受領書

高知県知事 様

遠隔手話通訳に使用するため、下記のとおり機材の貸与を申請します。

申請日 年 月 日

氏名	
住所	〒 -
連絡方法	希望する連絡方法に○をしてください。 (電話 ・ FAX ・ その他)
連絡先	

団体の方は以下にご記入ください。

団体名			
住所	〒 -		
連絡先	TEL () -	FAX () -	
使用日	年 月 日 ~		年 月 日
貸与機材	タブレット端末一式 () 台		
貸与希望日	年 月 日	返却予定日	年 月 日
備考			

次の点にご注意ください。

- 1 機材は丁寧に取り扱いください。故意又は過失により機材を破損、紛失させた場合は、損害に相当する金額を請求する場合があります。
- 2 貸与期間を厳守し、使用後は機材の確認を行い、速やかに返却してください。
- 3 機材を破損・紛失した場合は、直ちに高知県障害福祉課（TEL 088-823-9634、FAX 088-823-9260）へ報告してください。

機材配備機関使用欄

端末番号 ()	貸与日	年 月 日	確認者
	返却日	年 月 日	確認者

返却機材受領書

様

遠隔手話通訳に使用するため貸与した下記の機材を受領しました。

記

端末番号	
受領日	年 月 日

機材配備機関名