

# 鹿児島県視聴覚障害者情報センター 遠隔手話通訳サービスの利用について

聴覚障害者が新型コロナウイルス感染症に関する受診等や災害時(避難発生時)には、遠隔手話通訳サービスを利用することができます。

このサービスは、聴覚障害者と手話通訳者が対面せず、離れた場所でスマートフォンやタブレットを使用して、手話通訳を受けるサービスです。

## 具体的な利用目的

- 新型コロナウイルス感染の症状があり、病院等を受診する
- 新型コロナウイルスのワクチン接種を受ける
- PCR検査、抗原検査を受ける
- 新型コロナウイルスに感染し、入院又は宿泊・自宅療養している(する)
- 濃厚接触者になり、自宅待機している(する)
- 災害時に避難又は避難所で待機している(する)

【利用対象者】県内在住の手話通訳を必要とする聴覚障害者

【利用時間】開館日の午前8時30分～午後5時まで(原則)

休館日:火曜日(祝日にあたるときは翌日)及び年末年始(12月29日～1月3日)

【利用料】無料(個人のスマートフォン等を使用する場合の通信料は利用者負担)

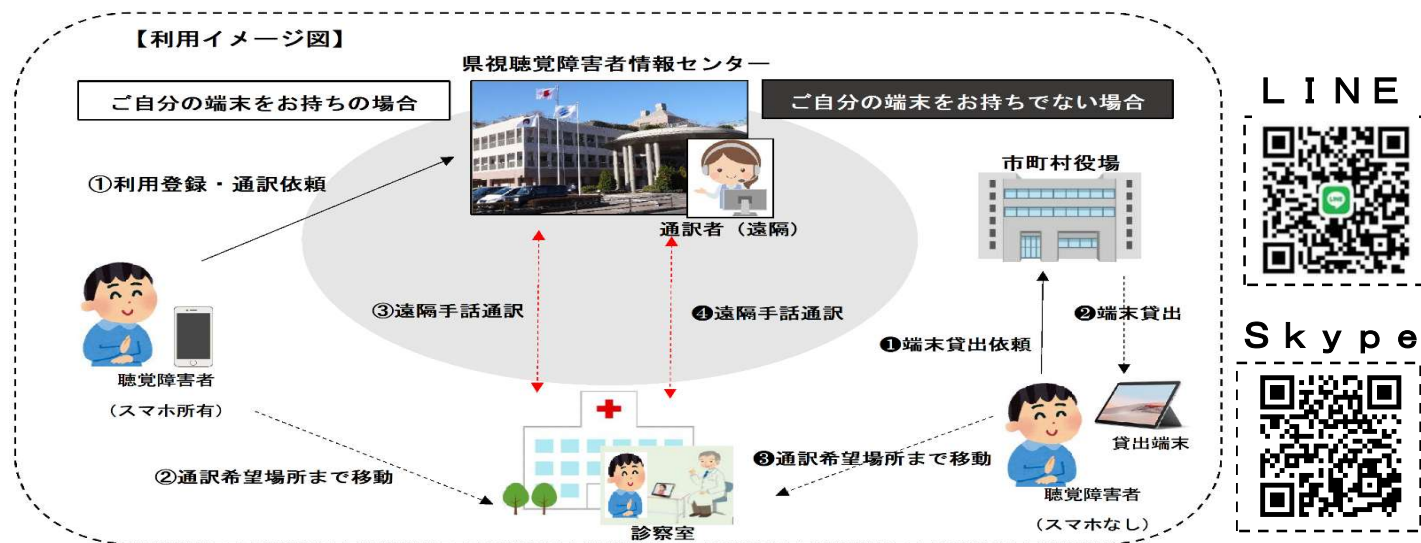
【利用の流れ】① 事前に県視聴覚障害者情報センターへ「遠隔手話通訳サービス登録申請書」によりFAXまたはメールで提出。

② 遠隔手話通訳サービスを利用の時には事前に「利用申込書」をFAX又はメールで提出。(緊急時は事後で可)

## 遠隔手話サービスの使い方

使用するアプリはLINE  又はSkype  です。

- ① ご自分のスマートフォン等をお持ちの方は下記のQRコードから、あらかじめアプリをインストールしておく必要があります。
- ② ご自分のスマートフォン等をお持ちでない方は、貸出用タブレット(無料)がありますので、お住まいの市町村にお問合せください。無料で借りて使うことができますのでお問合せください。



LINE



Skype



## 【問合せ先】

鹿児島県視聴覚障害者情報センター  
〒890-0021 鹿児島市小野1丁目1-1  
TEL:099-220-5896 / FAX:099-229-3001  
E-mail:shuwa@shichocenter.kagoshima.kagoshima.jp

鹿児島県くらし保健福祉部障害者支援室  
〒890-8577 鹿児島市鴨池新町10番1号  
TEL:099-286-2746 / FAX:099-286-5558  
E-mail:s-chiiki@pref.kagoshima.lg.jp

鹿児島県視聴覚障害者情報センター長 様

遠隔手話通訳サービスを利用したいので次のとおり登録申請します。

## 遠隔手話通訳サービス利用登録申請書

令和 年 月 日

以下を記入のうえ、

FAX:099-229-3001

メール:shuwa@shichocenter.kagoshima.kagoshima.jp に送信してください。

(ふりがな) お 名 前	
住 所	
連絡先(FAX又はメール)	
障害の種別(級)	
利用する通信方法 □にチェックを付けてください。	<input type="checkbox"/> 自分のスマホ等を使用 <input type="checkbox"/> 貸出タブレットを使用 <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> Skype

※本申請書に記入いただいた内容については、サービスの提供以外の目的での使用はいたしません。

### ご注意とお願い

※ このサービスは、次に該当し、手話通訳者の同行が困難な場合のみ利用できます。それ以外  
は、通常どおりお住まいの市町村への派遣依頼をして下さい。

- ① 新型コロナウイルス感染の疑いがあり、病院を受診等するとき
- ② 災害時(避難発生時)

※ 実際にこのサービスを利用する際は、事前に情報センターに「利用申込み」が必要です。(緊急  
時は事後で可)

※ ご自分のスマートフォンまたはタブレットを使用される方は、あらかじめアプリをインストール  
し、設定を完了しておく必要があります。

※ 貸出タブレットを使用したい方は、お住まいの市町村にお問い合わせください(設置されていな  
い市町村もあります。)

県視聴覚障害者情報センター行き

【送信先】FAX:099-229-3001

メール:shuwa@shichocenter.kagoshima.kagoshima.jp

以下をご記入のうえ、FAX 又はメールで送信して下さい。

鹿児島県視聴覚障害者情報センター長 様

遠隔手話通訳サービス利用申込書

令和 年 月 日

遠隔手話通訳サービスを利用したいので、次のとおり申し込みます。

(ふりがな) お 名 前	
住 所	
連絡先(FAX又はメール)	
利用する通信方法 □にチェックを付けて ください。	<input type="checkbox"/> 自分のスマホ等を使用 <input type="checkbox"/> 貸出タブレットを使用  <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> Skype
利 用 日 時	令和 年 月 日    :    ~    :
利 用 場 所	
利 用 の 目 的	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染の症状があり、病院等を受診する <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスのワクチン接種を受ける <input type="checkbox"/> PCR 検査、抗原検査を受ける <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスに感染し、入院又は宿泊・自宅療養している(する) <input type="checkbox"/> 濃厚接触者になり、自宅待機している(する) <input type="checkbox"/> 災害時に避難又は避難所で待機している(する)

**ご注意とお願い**

※ このサービスは、新型コロナウイルス感染の疑いがあり、病院受診等するとき、及び災害時(避難発生時)に手話通訳者の同行が困難な場合に限り利用できます。

※ ご自分のスマートフォンまたはタブレットを使用される方は、手話をしやすいように、ホルダー(置き台)などをご用意ください。

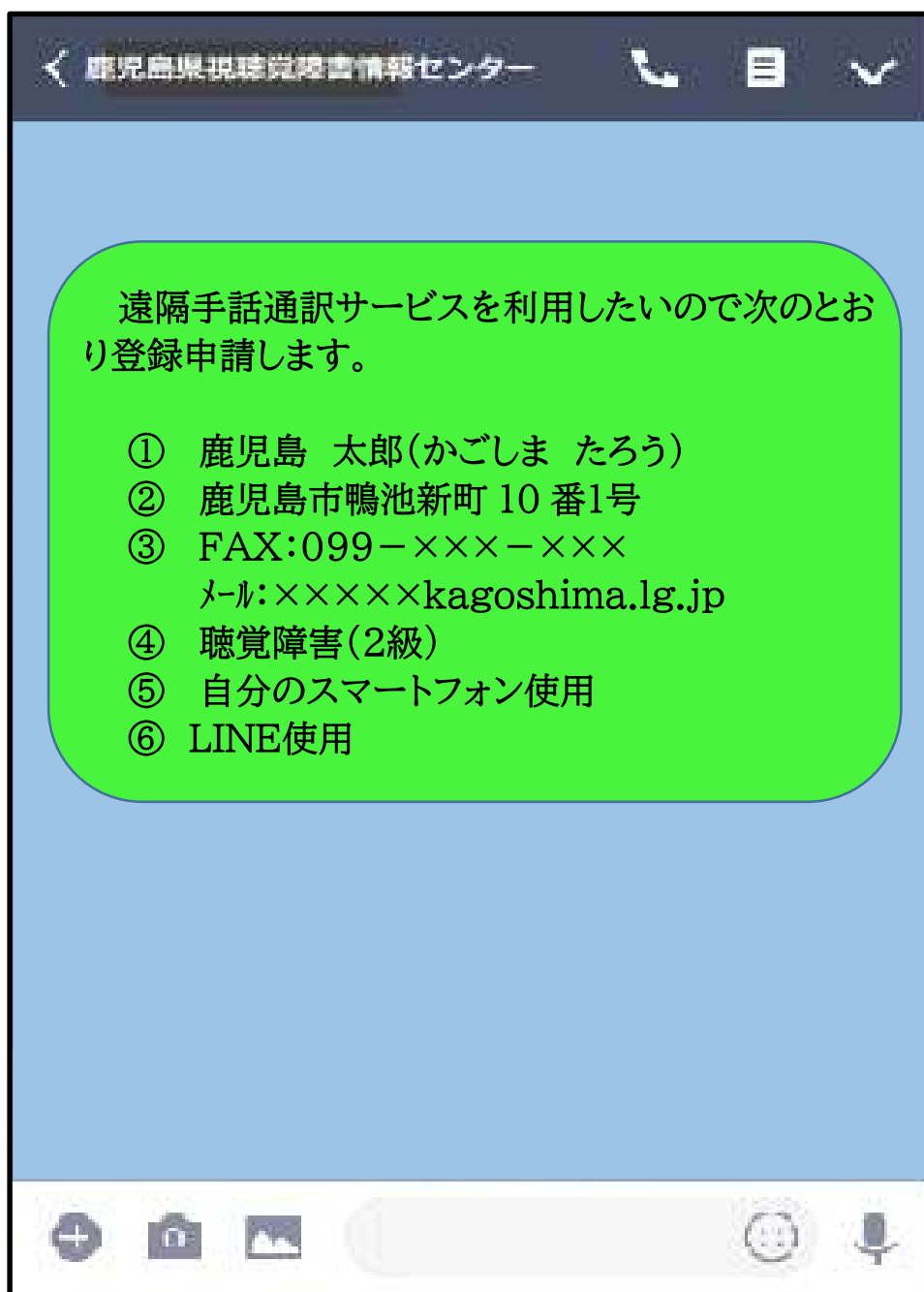
利用料は無料ですが、データ通信にかかる費用は利用者負担となります。

※ サービスの利用できる時間:火曜日等を除く 午前 8 時 30 分～午後 5 時

## ～～ LINEの事前登録方法について ～～

以下の必要事項をLINE画面に入力のうえ、送信ください。

- ① 氏名(ふりがな), ②住所, ③連絡先(FAX又はメール), ④障害の種別(級), ⑤利用する通信方法(自分のスマホ等を使用又は貸出タブレットを使用), (LINE又はSkype)



【利用イメージ図】

県視聴覚障害者情報センター

ご自分の端末をお持ちの場合

ご自分の端末をお持ちでない場合

①利用登録・通訳依頼



聴覚障害者  
(スマホ所有)



通訳者(遠隔)

③遠隔手話通訳

④遠隔手話通訳



①端末貸出依頼

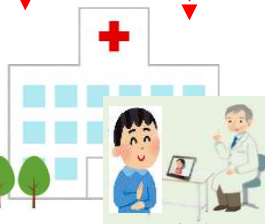
②端末貸出



貸出端末

聴覚障害者  
(スマホなし)

②通訳希望場所まで移動



診察室

③通訳希望場所まで移動

