

令和 2 年度
石川県同行援護従業者養成研修
(一般課程・応用課程)
開催要項

1. 目 的

重度視覚障害者が移動する際の介助等に必要な知識、技能を有する同行援護従業者の養成を図ることを目的とする

2. 主 催

石川県 社会福祉法人石川県視覚障害者協会

3. 期 間

Aグループ 令和2年10月12日(月)、14日(水)、15日(木)、
16日(金)、26日(月)

Bグループ 令和2年10月12日(月)、21日(水)、22日(木)、
23日(金)、26日(月)

4. 定 員

32名(各グループ16名)

5. 受講対象者

県内に在住または勤務する健康な成人で、視覚障害者福祉に関心を持ち、受講後実際に同行援護従業者として業務に従事する者(全科目受講可能な者に限る)

6. 場 所

石川県視覚障害者情報文化センター

〒920-0862 金沢市芳斉1丁目15番26号

電話 076-222-8781

ほか

7. 内 容

10月12日(月) [A/B]

時 間	内 容
8:30~ 8:50	受付
8:50~ 9:00	開講式
9:00~11:00	〈一般課程〉障害・疾病の理解①(講義)
11:00~12:00	〈一般課程〉障害者(児)の心理①(講義)
12:00~13:00	昼食・休憩
13:00~15:00	〈一般課程〉情報支援と情報提供(講義・実習)
15:00~17:00	〈一般課程〉同行援護の基礎知識(講義)

10月14日（水） [A]、21日（水） [B]

時 間	内 容
9:30～10:00	受付
10:00～12:00	〈一般課程〉基本技能（演習）
12:00～13:00	昼食・休憩
13:00～15:00	〈一般課程〉基本技能（演習）
15:00～17:00	〈一般課程〉応用技能（演習）

10月15日（木） [A]、22日（木） [B]

時 間	内 容
9:30～10:00	受付
10:00～12:00	〈一般課程〉応用技能（演習）
12:00～13:00	昼食・休憩
13:00～17:00	〈応用課程〉場面別基本技能・応用技能（演習）

10月16日（金） [A]、23日（金） [B]

時 間	内 容
9:30～10:00	受付
10:00～12:00	〈応用課程〉場面別応用技能（演習）
12:00～13:00	昼食・休憩
13:00～17:00	〈応用課程〉交通機関の利用（演習）

10月26日（月） [A/B]

時 間	内 容
8:30～ 9:00	受付
9:00～10:00	〈応用課程〉障害・疾病の理解②
10:00～11:00	〈応用課程〉障害者（児）の心理②
11:00～13:00	〈一般課程〉代筆・代読の基礎知識（講義・実習）
13:00～14:00	昼食・休憩
14:00～15:00	〈一般課程〉障害者（児）福祉の制度とサービス（講義）
15:00～17:00	〈一般課程〉同行援護の制度と従業者の業務（講義）
17:00～17:20	閉講式

8. 費用等

受講は無料（ただしテキスト及び演習等で使用するアイマスクが必要）
（参考：テキスト「同行援護従業者養成研修テキスト第3版」
中央法規出版株式会社 2,640円（予定））

9. 申込方法

受講希望者本人が、別紙「受講申込書」に必要事項を楷書でもれなく記入の
うえ、石川県視覚障害者協会へ郵送またはFAXで申込むこと

10. 申込締め切り

令和2年9月25日（金）必着

11. 受講の決定

定員を超えた場合は当方で選考のうえ受講者を決定し、結果を申込者に通知する

※一つの事業所から複数人申込みの場合は、備考欄に受講希望の優先順位を記入のこと

12. その他

演習ではアイマスクを着用のうえ、長時間歩くのであらかじめ了承のこと
全科目受講者に閉講式にて修了証明書を交付する

13. 申込み・問い合わせ先

社会福祉法人石川県視覚障害者協会 〒920-0862 金沢市芳斉1丁目15-26 電話 076-222-8781 FAX 076-222-1821

《重要》

新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、咳・発熱等の症状がある場合、受講いただけません。また、状況次第で日程等が変更される場合があります。あらかじめご了承ください。

(別紙)

令和2年度石川県同行援護従業者養成研修(一般課程・応用課程)

受講申込書

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名	姓	名	年齢 歳	希望のグループ A B どちらでも可
生年月日	昭和・平成	年	月	日
自宅	郵便番号 住所 電話番号() -			
勤務先	勤務先名 職種 郵便番号 住所 電話番号() - ファクス番号() -			
希望の連絡先	自宅・勤務先			
お持ちの資格 (福祉関係)	ア. 旧居宅介護従業者養成研修1級課程(旧ホームヘルパー1級) イ. 旧居宅介護従業者養成研修2級課程(旧ホームヘルパー2級) ウ. 介護職員実務者研修 エ. 介護職員初任者研修課程 オ. 介護福祉士 カ. 上記以外() キ. 特になし			
受講後の予定	ア. 現に同行援護従業者として業務に従事している イ. すぐに同行援護従業者として業務に従事する ウ. 来年度同行援護従業者として業務に従事する予定 エ. 将来同行援護従業者として業務に従事したい オ. 今のところ同行援護従業者として業務に従事する予定はない			
受講の動機				
備考	(事業所名) (優先順位 番/ 人中)			

※1 申込書は、必要事項を本人がもれなく楷書で記入のうえ9月25日(金)必着で石川県視覚障害者協会へ送付のこと

(FAXでも可 076-222-1821)

※2 年齢は、申込み日現在で記入のこと

※3 一つの事業所から複数人申込み場合は、備考欄に受講希望の優先順位を必ず記載のこと