

令和元年度
金沢市同行援護従業者養成研修【一般課程】開催要項

1. 目的

視覚障害者が外出する際の介助等に必要な知識及び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。

※同行援護の業務は、視覚に障害のある方が安全かつ快適に外出できるよう支援する専門職です。

2. 主催

金沢市・金沢市視覚障害者協会

3. 期間

令和2年3月9日(月)、11日(水)、12日(木)、13日(金)

4. 定員

16名

5. 受講対象者

金沢市内に在住又は勤務していて、視覚障害者福祉に関心を持ち、同行援護従業者として活動する意思のある方(研修の全日程を受講できる方に限る)。

6. 内容

3月9日(月)

| 時間 | 内容 |
|-------------|--------------|
| 9:20～ 9:50 | 受付 |
| 9:50～10:00 | 開講式 |
| 10:00～12:00 | 講義:障害・疾病の理解 |
| 12:00～13:00 | 昼食 |
| 13:00～15:00 | 講義:障害者(児)の心理 |
| 15:00～17:00 | 講義:同行援護の基礎知識 |

3月11日(水)

| 時間 | 内容 |
|-------------|--------------|
| 10:00～12:00 | 講義:情報支援と情報提供 |
| 12:00～13:00 | 昼食 |
| 13:00～17:00 | 演習:基本技能 |

3月12日(木)

| 時間 | 内容 |
|-------------|----------|
| 10:00～12:00 | 演習: 応用技能 |
| 12:00～13:00 | 昼食 |
| 13:00～17:00 | 演習: 応用技能 |

3月13日(金)

| 時間 | 内容 |
|-------------|------------------------|
| 10:00～12:00 | 講義: 代筆・代読の基礎知識 |
| 12:00～13:00 | 昼食 |
| 13:00～14:00 | 講義: 視覚障害者(児)福祉の制度とサービス |
| 14:00～16:00 | 講義: 同行援護の制度と従業者の業務 |
| 16:00～16:20 | 閉講式 |

7. 会場

石川県視覚障害者情報文化センター

〒920-0862 金沢市芳齊1丁目15番26号 TEL222-8781

など

8. 費用等

受講は無料です。ただし、テキスト代及び演習時の交通費は自己負担です。また演習等で使用するアイマスクは各自ご用意下さい。薬局・百円均一のお店等で購入できます。

☆テキスト(予定):「同行援護従業者養成研修テキスト第3版」(中央法規出版 税込み2,640円)(研修初日に受付で販売いたします)

☆演習時の交通費:JR入場券(150円)、北鉄バス1日乗車券(500円)予定

9. 申込方法

受講希望者は、別紙「受講申込書」に必要事項をご本人がもれなく楷書で記入し、下記申込先の金沢市視覚障害者協会まで提出してください。(郵送・FAX可。FAXで送信される場合、濃くはっきり記入して下さい。薄いと読み取りができない恐れがあります。)

※事業所でまとめて申し込む場合、受講申込書の備考欄に人数調整が必要になった時の優先順位をご記入下さい。

10. 申込締切

令和2年2月19日(水)必着

11. 受講の決定

受講希望者が定員を超える場合は人数調整をさせていただきます。受講が決定した方には「受講決定通知書」を郵送します。残念ながら決定から漏れた方にもその旨の通知を郵送します。

12. 申込・問合せ先

〒920-0862

金沢市芳斉1丁目15番26号 石川県視覚障害者情報文化センター内

金沢市視覚障害者協会

TEL222-8782 FAX222-1831

13. その他

全日程を受講された方に修了証を発行いたします。

演習ではアイマスクを着用した状態で長時間歩きます(階段昇降・電車乗降・バス乗降等含む)。あらかじめご了承ください。

会場に受講者用の駐車場はありません。近隣の有料駐車場をご利用いただくか、公共交通機関でお越しいただくこととなります。

宛先:(2月19日必着)

〒920-0862 金沢市芳斉1-15-26

金沢市視覚障害者協会(FAX222-1831)行

令和元年度

金沢市同行援護従業者養成研修【一般課程】受講申込書

(受講希望者本人が楷書でもれなく記入のこと)

申込者(個人・事業所)氏名または名称:

| | | |
|---------|--|-----------|
| フリガナ | | |
| 氏名 | 姓 | 名 |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 月 日(歳) |
| 自宅 | 郵便番号 住 所 電話番号 | |
| 勤務先 | 名 称 職 種 郵便番号 住 所 電話番号 | FAX 番号 |
| 希望の連絡先 | 自宅・勤務先 | |
| お持ちの資格等 | ア 居宅介護従業者養成研修2級課程(ホームヘルパー2級) イ 居宅介護従業者養成研修1級課程(ホームヘルパー1級) ウ 介護職員初任者研修課程 エ 介護職員実務者研修課程 オ 介護福祉士 カ 上記以外() キ 特になし | |
| 修了後の予定 | ア 現に同行援護業務に従事している、またはすぐに従事する イ 今後1年以内に同行援護業務に従事する予定がある ウ 将来同行援護業務に従事したい エ 今のところ予定はない | |
| 受講の動機 | | |
| 優先順位 | ※事業所で複数名申込み場合に必ずご記入下さい。 人数調整が必要になった場合の優先順位 (番/ 人中) | |