

令和6年度  
石川県同行援護従業者養成研修開催要項  
(一般課程・応用課程)

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6年5月17日(金)、20日(月)、21日(火)、  
22日(水)、30日(木)

Bグループ 令和6年5月17日(金)、27日(月)、28日(火)、  
29日(水)、30日(木)

4. 定 員

24名(各グループ12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できる者(全課程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

5月17日(金) [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)

5月20日（月） [A]、27日（月） [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）

5月21日（火） [A]、28日（火） [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）

5月22日（水） [A]、29日（水） [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）

5月30日（木） [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4版」  
中央法規出版株式会社 2,640円）

## 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6年4月30日（火）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  
全課程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
---

(別紙)

令和6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4月30日(火)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