



視覚に障がいのある方のための ガイドヘルパー しませんか

同行援護従業者養成研修のご案内

「同行援護」とは、視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者に対して、外出時に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに移動の援護、その他障害者が外出する際に必要な援助を行うサービスです。

視覚障害者が外出する際に必要な援助に関する知識及び技術を有する同行援護従業者の養成を図ることを目的とした研修を開催します。

〈受講資格〉

どなたでも受講できます。

ただし、応用課程については、すでに一般課程を修了した方（応用課程受講前に一般課程修了見込みの方を含みます）とします。

〈受講定員〉 一般課程 20 名、応用課程 10 名

〈研修場所〉

アイーナ いわて県民情報交流センター 8 階 研修室 817

〒020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通 1 丁目 7 番 1 号

（注：宿泊場所、駐車場、昼食等の手配は各自で対応お願いいたします。）

〈研修日程〉

一般課程 令和 7 年 7 月 5 日（土）～ 7 月 6 日（日）

令和 7 年 7 月 12 日（土）～ 7 月 13 日（日）

応用課程 令和 7 年 7 月 26 日（土）

※ 詳細は、別紙 1 の日程表のとおりです。

〈受講費用〉

一般課程 28,000 円、応用課程 10,000 円（テキスト代、実習費、保険代等を含みます。）

（注：受講決定通知後、お振込みください。振込用紙の控えを領収書とさせていただきます。）

〈申込方法〉

別紙 2 の申込書により、**6 月 20 日(金)**までにお申し込みください。

定員になり次第、締め切らせていただきます。

〈申し込み・問い合わせ先〉

住所 〒020-0015 盛岡市本町通三丁目 6 番 20 号

社会福祉法人 岩手県視覚障害者福祉協会

TEL / FAX 019-652-7787 E-mail: doukouayumi@iwate-sfk.com

(別紙1)

同行援護従業者養成研修日程表

(一般課程)

月日	時刻	時間数	科目
7月5日 (土)	09:15～09:30		オリエンテーション
	09:30～10:30	1	外出保障
	10:30～11:30	1	同行援護の制度
	11:30～12:30	1	視覚障害者の心理
	13:30～15:00	1.5	視覚障害の理解と疾病
	15:00～17:30	2.5	同行援護従業者の実際と職業倫理
7月6日 (日)	09:30～11:00	1.5	視覚障害者福祉の制度とサービス
	11:00～12:30	1.5	代筆・代読
	13:30～15:30	2	情報支援と情報提供
	15:30～17:30	2	誘導の基本技術
7月12日 (土)	09:30～12:30	3	誘導の基本技術
	13:30～15:30	2	誘導の基本技術
	15:30～17:30	2	誘導の応用技術
7月13日 (日)	09:30～12:30	3	誘導の応用技術
	13:30～17:30	4	交通機関の利用
	合計	28時間	

(応用課程)

月日	時刻	時間数	科目名
7月26日 (土)	09:30～10:30	1	サービス提供責任者の業務
	10:30～11:30	1	様々な利用者への対応
	11:30～12:30	1	個別支援計画と他機関との連携
	13:30～14:30	1	業務上のリスクマネジメント
	14:30～15:30	1	従業者研修の実施
	15:30～16:30	1	同行援護の業務上の留意点
	合計	6時間	

《感染症対策について》

受講する前は検温し、万が一発熱等の症状があった場合には受講をご遠慮願います。

なお、その際に受講料の返金はございません。

《修了証》

研修を受講した者には「修了証」を発行いたします。

ただし、遅刻・早退や受講態度が著しく悪い者については発行しない場合がございます。

《個人情報の取り扱いについて》

受講申込書等の個人情報は、本研修の実施目的にのみ使用いたします。

同行援護従業者養成研修申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人岩手県視覚障害者福祉協会
理事長 及川清隆 様
(FAX 019-652-7787)

同行援護従業者養成研修の受講について、次のとおり申込みます。

申込者	(フリガナ) 氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
	現住所 電話番号	〒 ー TEL () ー		
所属機関 (勤務先)	名 称			
	所在地 電話番号	〒 ー TEL () ー		
受講申込課程 (該当項目を選択し、□にレ点を付してください。)		☐ 同行援護従業者研修 一般課程のみ ☐ 同行援護従業者研修 応用課程のみ ☐ 同行援護従業者研修 一般課程、応用課程		
受講後の活用希望の有無 (該当項目にレ点を必ず付してください。)		☐ 有 ・研修修了後、貴法人の従業者として従事します。		
		☐ 無 ・研修修了後、貴法人以外の従業者として従事します。		
		☐ その他		
一般課程 受講歴	受講研修課程等	修了状況	修了証書交付年月日	
		修了・修了予定	年 月 日	
資格取得状況 有する資格に○を付して下さい		介護支援専門員、介護職員初任者研修、介護福祉士実務者研修 介護福祉士、その他 ()		

(受講決定及び受講料の支払方法)

○ 受講申込みいただいた後、受講決定のご連絡をいたしますので、受講料を下記に振込願います。
(振込先)

岩手銀行 上田支店 (店番 065) 普通預金 口座番号 2079476
社会福祉法人 岩手県視覚障害者福祉協会 理事長 及川清隆