

平成30年度鳥取県同行援護従業者養成研修

1 目的

視覚障がい者(児)が外出する際に必要な援助に関する一般的な知識およ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ています。

2 実施主体 鳥取県 (実施機関 社会福祉法人鳥取県厚生事業団)

3 研修対象者

《一般課程》

視覚障がい者に対し支援を行う同行援護従業者として従事する者又は従事することを希望する者

《応用課程》

同行援護(一般課程)を修了し、特に重度の視覚障がい者に対し支援を行う同行援護従業者として従事する者又は従事することを希望する者

4 研修日時及び研修場所

《一般課程》

	日 時		会 場
1日目	平成30年9月14日(金) 9:30~17:15		新日本海新聞社 中部本社ホール (倉吉市上井町1丁目156)
2日目	平成30年9月20日(木) 9:30~17:40		伯耆しあわせの郷 大研修室 (倉吉市小田458)
3日目 ※A、B 日程いずれか受講	A日程	平成30年9月27日(木) 9:30~16:30	倉吉体育文化会館 教養室1 (倉吉市山根529-2)
	B日程	平成30年9月28日(金) 9:30~16:30	倉吉体育文化会館 小研修室1 (倉吉市山根529-2)

※3日目の日程については、選考の上、A、Bいずれかの日程に振り分けます。

※3日目については両日程とも同様の内容で実施します。

《応用課程》

	日 時		会 場
1日目 ※A、B 日程いずれか受講	A日程	平成30年10月15日(月) 9:30~16:30	(両日程とも) 倉吉体育文化会館 教養室2 (倉吉市山根529-2)
	B日程	平成30年10月17日(水) 9:30~16:30	
2日目	平成30年10月22日(月) 9:30~16:40		倉吉体育文化会館 教養室2 (倉吉市山根529-2)

※1日目の日程については、選考の上、A、Bいずれかの日程に振り分けます。

※1日目については両日程とも同様の内容で実施します。

5 募集定員

《一般課程》 40名	※3日目の日程については選考の上、振り分けます。
《応用課程》 20名	※1日目の日程については選考の上、振り分けます。

6 カリキュラム（別紙1のとおり）

7 申込方法・期限（別紙2のとおり）

8 受講者の決定

受講決定された方については、事前に「参加票（受講決定通知）」を送付しますので、当日ご持参ください。

※申込者多数の場合は、受講者数を調整することがあります。

※9月6日（木）までに届かない場合は、お問い合わせください。

9 受講料

《一般課程》 1,000円 《応用課程》 500円

※研修初日に徴収しますので、おつりの無いようにご準備下さい。

※一般課程受講の方は、食事に関する演習がある為、お弁当代（500円）が別途必要になります。（9月20日受付にて集金します。）

受講生の都合により受講を取りやめた場合でも、一度納付された受講料は返還いたしませんので御了承ください。

10 テキスト販売について

「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
価格 2,592円（税込）

・当日販売します。テキストのない方は、必ず購入してください。

（テキストは一般課程、応用課程共通）※おつりの無いようにご準備下さい。

11 修了証明書

すべての研修課程を修了した者には、修了証明書を発行します。

なお、研修修了者については、鳥取県が修了者名簿を作成し管理します。

12 個人情報の取り扱い

「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修の運営管理目的に利用させていただきます。

13 その他

・原則として、30分以上の遅刻は欠席とみなします。

・私語、居眠り、携帯電話、タブレットの使用等をご遠慮願います。

※退席をお願いする場合があります。その際、いかなる場合においても受講料の返金、修了証の発行は致しませんのでご承知ください。

・受付時間 一般課程 9月14日（金）9：00～

応用課程 10月15日（月）9：00～

・受付の際は、「参加票（受講決定通知）」をご用意下さい。

・屋外で演習を行いますので動きやすい服装、靴、レインコート等をご準備ください。

申込先及びお問い合わせ先 〒689-0201 鳥取市伏野2259-43

社会福祉法人鳥取県厚生事業団（担当：上田・山根・信原）

電話：（0857）59-6033 FAX：（0857）59-6055

平成30年度鳥取県同行援護従業者養成研修カリキュラム

《一般課程》

	開催日	時間	時間数	内容
1 日 目	9月14日 (金)	9:30~10:00	0.5	視覚障がい者(児)福祉サービス①
		10:00~12:00	2.0	同行援護の制度と従業者業務
		12:45~14:45	2.0	障害・疾病の理解①
		14:45~15:15	0.5	視覚障がい者(児)福祉サービス②
		15:15~17:15	2.0	代筆・代読の基礎知識
2 日 目	9月20日 (木)	9:30~10:30	1.0	障がい者(児)の心理①
		10:30~12:30	2.0	情報支援と情報提供
		13:30~15:30	2.0	同行援護の基礎知識
		15:40~17:40	2.0	基本技能①(演習)
3 日 目	【A日程】 9月27日(木)	9:30~11:30	2.0	基本技能②(演習)
	【B日程】 9月28日(金)	12:30~16:40	4.0	応用技能(演習)

※終了時間については調整中のため、変更になる場合があります。

《応用課程》

1 日 目	【A日程】 10月15日 (月)	9:30~12:30	3.0	場面別基本技能(演習)
	【B日程】 10月17日 (水)	13:30~16:30	3.0	場面別応用技能(演習)
2 日 目	10月22日 (月)	9:30~10:30	1.0	障害・疾病の理解②
		10:40~11:40	1.0	障がい者(児)の心理②
		12:40~16:50	4.0	交通機関の利用

※終了時間については調整中のため、変更になる場合があります。

[受講申込について]

(1) 提出書類

受講希望課程	提出書類
一般課程	① 受講申込書（様式1号 一般課程用） ② 返信用封筒（長形3号 120mm×235mm）に 82円切手を貼り 、宛先住所・宛先氏名・申込者氏名（宛先氏名と同一の場合は不要）を明記 ※返信用封筒は申込書1枚ごとに1通必要です。
応用課程	① 受講申込書（様式2号 応用課程用） ② 一般課程修了証明書の写し（今年度修了見込みの方は不要） ③ 返信用封筒（長形3号 120mm×235mm）に 82円切手を貼り 、宛先住所・宛先氏名・申込者氏名（宛先氏名と同一の場合は不要）を明記（小さい封筒・定形外封筒不可） ※返信用封筒は申込書1枚ごとに1通必要です。

(2) 申込方法

・上記提出書類を**郵送**で申し込んでください。

※FAX、Eメール等他の方法での申し込みは一切受け付けません。

※申込書類は、未記入や押印漏れ等の不備がないよう確認してから提出して下さい。

※申込みについて、お問合せさせて頂く場合がございます。（申込担当者に連絡します）

※虚偽の内容を記載された場合は、受講決定後でも決定を取り消す場合があります。

※他の都道府県からのご応募は、定員に余裕があった場合のみ受講をお受けします。

(3) 申込締め切り

平成30年 8月31日（金） 必着

※締切後の申し込みは一切受け付けません。

※消印有効ではありません。

(4) 申し込み先

〒689-0201 鳥取市伏野 2259-43

社会福祉法人 鳥取県厚生事業団 宛

※「同行援護従業者養成研修 申込書在中」と朱書きのこと

《返信用封筒記入例》

※提出書類と一緒に折って封筒に入れて下さい。

※氏名の後には「様」と記載して下さい。

表

82円 切手	68000000	事業所の郵便番号
受講希望者名 (宛名と違う場合)	宛名 ○○○様	事業所名
	事業所住所	
	「様」と記載	
		裏には何も記入しないで ください。
		裏

平成30年度同行援護従業者養成研修受講申込書【一般課程】

※申込書に記載された氏名・生年月日で修了証を作成しますので、明確な文字で、誤字・脱字の無いようにご記入下さい。

※記入もれのない様に全てご記入下さい。

申込み担当者 ()

ふりがな		事業所内 優先順位	位 / 人中
氏名		生年月日	S・H 年 月 日
事業所名			
事業所住所 (受講決定を 送付します)	〒		
	TEL : / FAX :		
現在の同行援護サービスの状況	(該当項目に○をつけて下さい。)		
	1. 現在、同行援護サービスを利用されている方がいる。		
	2. 現在、同行援護サービスを利用されていない。		
	3. 今後、同行援護事業の立ち上げを予定している。		
受講者の 従事状況	(該当項目に○をつけて下さい。)		
	1. サービス提供責任者 2. サービス従業者 3. その他 ()		
視覚障がい者への直接支援経験年数	年 月 (H30.8.1現在)		
移動支援従業者養成(ガイドヘルパー)研修受講状況	(いずれかに○をつけて下さい。)		
	1. 受講した 2. 受講していない		
テキスト購入 (当日販売)	希望する ・ 希望しない		

※複数受講希望がある場合は、複写して使用してください。

平成 30 年度同行援護従業者養成研修受講申込書【応用課程】

※申込書に記載された氏名・生年月日で修了証を作成しますので、明確な文字で、誤字・脱字の無いようにご記入下さい。

※記入もれのない様に全てご記入下さい。

申込み担当者 ()

ふりがな		事業所内 優先順位	位 / 人中
氏名		生年月日	S・H 年 月 日
事業所名			
事業所住所 (受講決定を 送付します)	〒		
	TEL : /FAX :		
現在の同行援護サービスの状況	(該当項目に○をつけて下さい。)		
	1. 現在、同行援護サービスを利用されている方がいる。		
	2. 現在、同行援護サービスを利用されていない方がいない。		
	3. 今後、同行援護事業の立ち上げを予定している。		
受講者の従事状況	(該当項目に○をつけて下さい。)		
	1. サービス提供責任者 2. サービス従業者 3. その他 ()		
同行援護従業者養成研修【一般課程】修了年	(該当項目に○をつけて下さい。)		
	1. 平成 30 年度修了見込み 2. 平成 年度修了 ※確認のため修了証の写しを提出して下さい。		
視覚障がい者(児)への直接支援経験年数	年 月 (H30.8.1 現在)		
移動支援従業者養成(ガイドヘルパー)研修受講状況	(いずれかに○をつけて下さい。)		
	1. 受講した 2. 受講していない		
テキスト購入(当日販売)	希望する ・ 希望しない ※一般課程と同じテキストを使用しますので、一般課程で希望された方は希望しないに○をして下さい。		

※複数受講希望がある場合は、複写して使用してください。

【参考】同行援護従業者の資格要件について

鳥取県における同行援護従業者の資格要件等の取扱いについては下記のとおりです。

1 国が定める同行援護従業者の資格要件(次の(1)～(3)のいずれかに該当する者)

- (1) 同行援護従業者養成研修一般課程(相当すると知事が認めた研修を含む)の修了者 (盲ろう者向け通訳・介助員については、平成33年3月31までの間は、(1)の要件を満たしているものとみなす(経過措置))
- (2) 介護福祉士、介護福祉士実務者研修修了者、介護職員基礎研修修了者、あるいは居宅介護従業者養成研修1、2級課程修了者であり、かつ視覚障害を有する身体障害者等の福祉に関する事業(直接処遇に限る)に1年以上従事した経験を有する者
- (3) 国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科の教科を履修した者又はこれに準ずる者

2 国が定める同行援護サービス提供責任者の資格要件

(次の(1)および(2)に該当する者、または(3)に該当する者)

- (1) 介護福祉士、介護福祉士実務者研修修了者、介護職員基礎研修修了者、居宅介護従業者養成研修1級課程修了者、あるいは2級課程修了者であり3年以上介護等の業務に従事した者
- (2) 同行援護従業者養成研修一般課程及び応用課程(相当すると知事が認めた研修を含む)の修了者
- (3) 国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科の教科を履修した者又はこれに準ずる者

3 同行援護従業者養成研修一般課程及び応用課程に相当すると鳥取県知事が認める研修

社会福祉法人日本盲人会連合が実施した「視覚障害者移動支援事業従事者資質向上研修」
(※ただし、平成23年9月30日において当該課程を修了又は受講中であった者で、修了証書の交付を受けた者に限る)