

令和6年度視覚障害リハビリテーション基礎講習会(第25回)

開 催 要 項

1. 主催:社会福祉法人日本ライトハウス(養成部)
2. 後援:社会福祉法人日本盲人社会福祉施設協議会
3. 目的:視覚障害等障害・福祉関係機関、盲学校等教育機関、研究機関等の施設職員(事務・庶務関係職員等も含む)に対し、視覚障害・視覚障害福祉・視覚障害リハビリテーションの初歩からの基本的な知識、視覚障害者への接し方の基本について、講義及び実技(アイマスクによる体験)を通して解説する。
4. 期間:同内容のものを2回開催します。
 - 第1回 令和6年7月24日(水)~7月26日(金)
 - 第2回 令和6年8月21日(水)~8月23日(金)
5. 会場:社会福祉法人日本ライトハウス視覚障害リハビリテーションセンター
〒538-0042 大阪市鶴見区今津中2丁目4番37号
JR学研都市線放出(はなてん)駅下車、北東へ徒歩約15分
TEL06-6961-5521 FAX06-6968-2059
6. 受講資格:①目的にある施設等職員で施設長等による推薦のある者
②本講習会を積極的に受講しようとする者
③3日間出席可能の者
7. 定員:第1回は20名、第2回は20名
8. 受講費用:15,000円
9. 申込:①方法;申込用紙に必要事項を記入の上、郵送もしくはFAXにて第1回か第2回のどちらか希望する方を申し込んで下さい。
 - ②申込先;〒538-0042 大阪市鶴見区今津中2丁目4番37号
日本ライトハウス養成部 (FAX06-6968-2059)
 - ③申込締切;第1回、第2回とも定員になり次第締め切ります。
10. 受講者選考:受講が決定しましたら郵送もしくはFAXにてご本人に通知いたします。
11. その他:以下の事項についてご確認・ご了承をお願いいたします。
 - ①宿泊施設はご用意できません。
 - ②実技では、屋外を移動する時間が多くなりますので歩きやすい靴、また、帽子など気候に応じた用意も各自お願いいたします。
 - ③実技は、館内でも行いますので上靴もご持参ください。

令和6年度視覚障害リハビリテーション基礎講習会(第25回)

日 程

第1日目

- 9:00～ 9:30 受付
9:30～ 9:45 開会(橋本照夫:日本ライトハウス理事長)
9:45～10:30 ガイダンス、見学＝日本ライトハウス館内案内(養成部)
10:30～11:20 講義＝視覚障害者のリハビリテーション1
－自立と社会参加のためのパートナーシップ－
(武田泰彦:相談室)
11:25～12:15 講義＝視覚障害者のリハビリテーション2
－日本ライトハウスにおける支援事例－
(広瀬 茂:日本ライトハウス副所長)
13:15～14:00 講義＝視覚障害者のリハビリテーション3(堀内恭子:養成部)
14:05～17:00 実技＝手引きによる歩行1・屋内歩行1(アイマスクによる手引き歩行、ファミリアリゼーションを含む屋内歩行)(養成部)

第2日目

- 9:10～10:00 講義＝視覚障害者の福祉(鶴見朝子:日本ライトハウスさんさん)
10:10～11:10 講義＝コミュニケーション訓練(田辺正明:養成部)
11:20～12:20 講義＝視覚障害者とスポーツ(森本剛史:養成部)
13:30～14:20 講義＝歩行訓練(和角輝美子:養成部)
14:30～17:00 実技＝手引きによる歩行2・屋内歩行2(養成部)

第3日目

- 9:15～11:40 講義・実技＝弱視とコミュニケーション(堀内恭子他)
(弱視シミュレーションによる実技を含む)
11:45～12:30 実技＝日常生活動作訓練(和角輝美子他)
(アイマスクによる食事－食事は日本ライトハウスで用意します)
13:15～14:30 講義＝日常生活動作訓練(堀内恭子:養成部)
14:35～15:40 盲導犬について(桑木雄介:盲導犬訓練所)
15:30～16:00 振り返り(養成部)

※実技は、指導者養成課程受講生及び職員が担当させていただきます。

＜日本ライトハウス養成部宛(FAX06-6968-2059)＞
(本申込書に1名分を記入して下さい。2名以上の場合は本用紙をコピーして使用して下さい)

令和6年度視覚障害リハビリテーション基礎講習会(第25回)

受講申込書

第1回か第2回のどちらか希望する方を○で囲んで下さい。＜ 第1回 第2回 ＞
私は標記講習会を受講いたしたく、ここに申し込みいたします。

平成 年 月 日

ふりがな:

氏名:

印

生年月日:19 年(昭和・平成 年) 月 日生 歳

所属機関名:

(部・課・学部名等も記入)

同住所:(〒)

同 TEL:

同 FAX:

職種:

現在の所属機関での経験年数: 年目 その職種の経験年数: 年目

自宅住所:(〒)

自宅 TEL:

同 FAX:

推薦状(施設長等による推薦状を書いて下さい。この欄が空白の場合、申し込みは無効となります。)