

# 令和6年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会(第33回)

## 開催要項

1. 主催：公益社団法人日本眼科医会、社会福祉法人日本ライトハウス（養成部）
2. 目的：医師・看護師・視能訓練士等医療関係者に対し、視覚障害についての基礎的知識、視覚障害リハビリテーション、心理リハビリテーション、関連する社会福祉、医療機関における視覚障害児・者への対応等の概略について、講義、及び実技（アイマスクによる体験）を通して解説することを目的とする。
3. 期間：令和6年9月18日（水）～ 9月20日（金）
4. 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
5. 受講資格：①医療機関に所属する職員で施設長等による推薦のある者  
②本研修会を積極的に受講しようとする者  
③3日間出席可能の者
6. 定員：20名
7. 受講費用：10000円
8. 申込：
  - ①方法：申込用紙に必要事項を記入の上、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
  - ③申込締切：定員になり次第締め切ります。
9. 受講者選考：受講が決定しましたら郵送もしくはFAXにて通知いたします。
10. 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受講資格の項にも記してありますが、意欲を持って受講しようとする方が応募するようして下さい。
  - ②宿泊施設はご用意できません。
  - ③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、帽子等気候に応じた用意も各自お願いいたします。
  - ④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年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会(第33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、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：日本ライトハウスてくてく)
- 11:25～12:15 講義＝視覚障害者のリハビリテーション2－視覚障害者施設における看護師の役割－ (前田美加代：日本ライトハウスきらきら生活介護)  
(岡田保子：日本ライトハウスきらきら機能訓練)
- 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＝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 (アイマスクによる食事) (和角輝美子他)  
※この食事は当施設でご用意します。
- 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 講義＝盲導犬について (桑木雄介：日本ライトハウス盲導犬訓練所)
- 15:45～16:00 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あて：FAX06－6968－2059＞

(本申込書に1名分を記入して下さい。2名以上の場合はコピーして使用して下さい)

## 令和6年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会(第33回)

### 受講申込書

私は標記研修会を受講いたしたく、ここに申し込みいたします。

令和 年 月 日

ふりがな：

氏名：

印

生年月日：19 年 月 日生 歳

所属医療機関名：

(部・科・病棟名等も記入)

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**(院長もしくは、所属長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。)