

平成 29 年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会(第 28 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. 後援：一般社団法人大阪府眼科医会、奈良県眼科医会、和歌山県眼科医会
3. 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。
4. 期間：平成 29 年 9 月 20 日（水）～ 9 月 22 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
TEL 06-6961-5521 FAX 06-6968-2059
6. 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
7. 定員：20 名
8. 受講費用：10000 円
9. 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。
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にして下さい。
 - 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。

平成 29 年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会(第 28 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ー (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－視覚障害者施設における看護師の役割ー (仲下裕子：日本ライトハウスわくわく)
- 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 (アイマスクによる手引き歩行) (養成部)

第 2 日目

- 9:10～10:00 講義＝視覚障害者の福祉 (山下紗輝：養成部)
- 10:10～11:10 講義＝コミュニケーション訓練 (田辺正明：養成部)
- 11:20～12:00 講義＝視覚障害者とスポーツ (森本剛史：養成部)
- 12:00～12:30 講義＝盲導犬について (栗木雄介：盲導犬訓練所)
- 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 (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) (山下紗輝他)
※この食事は当施設でご用意します。
- 13:15～15:05 講義＝日常生活動作訓練 (松下昭司)
- 15:10～15:30 視覚障害者のリハビリテーション 4
(堀内恭子：養成部 広瀬 茂：日本ライトハウスきらきら)
- 15:30～16:00 ディスカッション (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)

平成29年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会(第28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。

平成 年 月 日

ふりがな:

氏名:

印 女・男

生年月日: 19 年(昭和・平成 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。)