

令和8年5月

医療機関代表者各位

社会福祉法人日本ライトハウス
理事長 橋本 照夫

令和8年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会（第35回）
開催について（ご案内）

拝啓、時下ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。平素より視覚障害者福祉には
ひとかたならぬご支援、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、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主催、一般社団法人
大阪府眼科医会、奈良県眼科医会、和歌山県眼科医会後援によります標記研修会を別紙（開
催要項）の要領で開催いたしますので、ここにご案内申し上げますとともに受講者を募集
いたします。

何卒、よろしくお願い申し上げます。

敬具

令和8年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会(第35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：令和8年9月14日（月）～ 9月16日（水）
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日間出席可能な者
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を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をご持参ください。

令和8年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会(第35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：日本ライトハウス居宅支援センター）
- 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：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）
- 11:20～12:20 講義＝視覚障害者とスポーツ（広瀬茂：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（栗木雄介：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いたします。

<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8年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会(第35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： 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

日中の緊急連絡先：

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。)