

平成29年度 浜松市キャラバン・メイト養成研修 開催要領

1 目的

認知症を正しく理解し、地域で暮らす認知症の人やその家族を支援する「認知症サポーター」の養成講座において講師役となるキャラバン・メイトを養成する。

2 主催 浜松市

3 日時 平成29年10月17日（火）
午前9時45分～午後4時30分まで

4 場所 クリエイト浜松 4階 特別会議室

5 対象

次の要件を満たす方で、年間10回程度を目安に、「認知症サポーター養成講座」を原則としてボランティアの立場で行うことが可能な方

- (1)認知症介護指導者養成研修修了者
- (2)認知症介護実践リーダー研修（認知症介護実務者研修専門課程）修了者
- (3)介護相談員
- (4)地域包括支援センター職員
- (5)ケアマネジャー（介護支援専門員連絡協議会）
- (6)介護サービス従事者（介護サービス事業者連絡協議会）
- (7)在宅介護支援センター職員
- (8)医療従事者
- (9)行政職員 等

6 定員 約50名予定

7 内容

認知症の基礎知識（講義）
認知症サポーター養成講座の運営方法（グループワーク）ほか

8 申込

別紙「キャラバン・メイト」受講申込書を高齢者福祉課にFAXで提出
期限：平成29年9月22日（金）必着
※10月6日（金）までに受講の決定について通知をします。

9 受講料

無料（ただし、交通費及び昼食代等は自己負担）

10 研修修了者について

- ・研修修了者は、研修終了後全国キャラバン・メイト連絡協議会に登録されます。（登録から2年間にわたり講座開催実績のない場合には、登録の対象外となります。）
- また、登録者の情報は、認知症サポーター養成講座の実施を目的として、市に提供されます。
- ・研修終了後、1か月以内にキャラバン・メイト養成研修修了証を交付します。

浜松市 高齢者福祉課（担当：松田・鈴木）
TEL457-2105／FAX458-4885
Email : kourei@city.hamamatsu.shizuoka.jp

平成29年度 浜松市キャラバン・メイト養成研修 プログラム

日時：平成29年10月17日（火） 午前9時45分～午後4時30分

会場：クリエート浜松 4階 特別会議室

時 間	内 容	講 師
9:45～10:15 (30分)	開会あいさつ 第1部 オリエンテーション ○ 研修受講にあたって ○ 認知症サポーター100万人キャラバンとは ○ 浜松市の認知症対策について	浜松市 職員
10:15～11:45 (90分)	第2部 認知症サポーターに伝えたいこと ① 認知症を理解する ・認知症とはどういうものか ・認知症の症状とは ・認知症の診断・治療 等	聖隷三方原病院 浜松市認知症疾患医療 センター センター長 磯貝 聡 医師
11:45～12:45 (60分)	休 憩	
12:45～13:45 (60分)	② 認知症の本人や家族への接し方 ・認知症の人と接するときの心がまえ ・認知症を介護している人の気持ちを理解する ③ 「認知症サポーター」とは ・認知症サポーターにできること	キャラバン・メイト 芦田 露子 氏
13:45～16:25 (160分) *途中休憩を挟みます	第3部 認知症サポーター養成講座の 運営方法 ① 運営の全体像について ② グループワーク ・認知症の人を地域で支える グループワーク1 こんなとき、どこにつなげたらよい でしょうか？ ・キャラバン・メイトの役割と講座運営の実際 ～対象者の検討～ グループワーク2 講座開催の際、どこに協力して もらいますか？ ・講座開催にあたって グループワーク3 受講者にあわせたカリキュラムを 作ってみよう	キャラバン・メイト 芦田 露子 氏 安形 昭広 氏
16:25～16:30 (5分)	事務連絡 全国キャラバン・メイト連絡協議会への登録と 今後の活動の進め方について	浜松市 職員
16:30	閉会	

計 340分 5.6時間

※申込日や【必須】と記載のある欄の記入漏れがある場合は無効とみなします。

平成29年度 浜松市キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

申込日： 平成 年 月 日

ふりがな	【必須】		年齢	【必須】
氏名	【必須】		歳	
職業 (現職または前職に○)	〔 現職 ・ 前職 〕			
受講要件	【必須】 該当するものいずれか <u>一つ</u> を選択し、番号に○をつけてください。			
	1 認知症介護指導者養成研修修了者 2 認知症介護実践リーダー研修（実務者研修・専門課程）修了者 3 介護相談員 4 地域包括支援センター職員 5 ケアマネジャー 6 介護サービス従事者 7 在宅介護支援センター職員 8 その他（医療従事者・行政職員 等）			
連絡先	所在地	【必須】 〒 - (自宅 ・ 勤務先) いずれか <u>一つ</u> を選択し、○を付けてください。 (勤務先名 :) ※ 上記で〔 勤務先 〕を選択した場合は御記入ください。		
	電話番号	【必須】 注) 日中連絡のとれる連絡先		
	FAX番号		E-Mailアドレス	

※ 記載事項は「全国キャラバン・メイト連絡協議会」に登録される内容となります。

※高齢者福祉課記入欄（申込者は記入しないでください。）

No.		市受付印
備考		

以下のアンケートに回答の上、申込みください（応募者多数の場合の受講者選考の参考とします。）。

1 受講動機	※ 簡潔に御記入ください。	
	【必須】	
2 認知症の方の支援等に携わった経歴等	認知症の方の支援等に携わった期間・場所（施設名・団体名等）・内容等を簡潔にご記入ください。 記載例）平成28年3月～12月 ○○施設のボランティア（認知症の方の傾聴ボランティア）	
3 認知症サポーター養成講座受講歴	【必須】 ※ いずれか一つを選択し、○を付けてください。 あり ・ なし	
4 年間講義可能回数	【必須】	回 浜松市内において、キャラバン・メイトとして、ボランティアの立場で年間3～10回程度の認知症サポーター養成講座の実施にご協力いただきます。

○ 申込方法：平成28年9月22日（金）（※必着）までに浜松市役所高齢者福祉課まで提出してください。（FAXでご提出ください）

ご記入いただきありがとうございました。

お預かりした個人情報は、全国キャラバン・メイト協議会と担当者への情報提供、

認知症サポーター養成講座の開催以外には使用いたしません。

【本研修に関する問合せ先】	
浜松市役所高齢者福祉課 医療・介護連携推進グループ	
電話	053-457-2105 / FAX 053-458-4885
E-meil	:kourei@city.hamamatsu.shizuoka.jp

