

平成25年度

認知症キャラバン・メイト養成研修の開催！

伊丹市では、認知症を理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する認知症サポーターを増やし、認知症になっても安心して暮せるまちづくりを目指しています。

この度、住民・企業・学校など一般住民向けの「認知症サポーター養成講座」を開催し、講師役を務めるキャラバン・メイトの養成研修を、下記の通り開催します。

なお、会場の都合上、定員を設けておりますので、申し込み多数の場合は、参加いただけない場合がございます。あらかじめご了承くださいませようお願いします。

1. 日時：

平成25年9月18日（水） 9：30～16：30（休憩12:00～13:00）

2. 場所：伊丹市立産業情報センター 会議・研修室 A （4階）

3. 対象者：

市内在住または在勤者であり、地域包括支援センター職員・介護従事者・医療従事者・民生児童委員等で「認知症サポーター養成講座」をボランティアの立場で行える者

4. 内容：認知症を理解する

認知症サポーター養成講座の企画・運営のポイント等

※カリキュラムについては裏面参照

5. 定員：40名（先着順）

6. 受講費：無料

7. 申し込み：

平成25年8月23日（金）までに、別紙のFAX専用用紙にて下記まで送信してください。後日、受講決定通知をFAXにて発行します。

※ キャラバン・メイトとは、認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」を開催し、講師役を務めていただく人です。キャラバン・メイトになるためには所定のキャラバン・メイト養成研修を受講し登録する必要があります。

※ 認知症サポーターとは、「認知症サポーター養成講座」を受けた人です。「認知症サポーター養成講座」では、認知症を正しく理解してもらい、サポーターとして何ができるかなどについて学びます。



<申し込み先>

伊丹市役所 地域・高年福祉課 担当：古岩 橋本
TEL：072-784-8099 FAX：072-784-8036

認知症キャラバン・メイト養成研修 カリキュラム

実施時間(所要時間)	内 容	講師等
9時30分～10時 (30分)	I オリエンテーション 1. キャンペーンビデオ 2. 認知症サポーター100万人キャラバンとは 3. 本市のキャラバン事業の取り組みについて 4. 研修のねらい	
10時～12時 (120分)	II 認知症サポーターに伝えたいこと 1. 認知症を理解する ・認知症はどのようなものか ・認知症の症状・中核症状・診断・治療 ・認知症についての考えかた ・認知症の人と接するときの心がまえ ・認知症介護をしている人の気持ちを理解する	伊丹天神川病院 精神科 原元 燈氏
12時～13時	休 憩	
13時～13時30分 (30分)	III 認知症サポーター養成講座の運営方法 1. 認知症の人を地域で支える ＜グループワーク1＞ 地域包括ケアシステムで支える	伊丹市 地域・高年福祉課
13時30分～13時45分 (15分)	2-1キャラバンメイトの役割と講座運営の実際	
13時45分～16時15分 (150分)	2-2サポーター養成講座の企画・運営のポイント ＜グループワーク2＞ 講座の開催先を考える ＜グループワーク3＞ 受講者に合わせたカリキュラムをつくってみよう	
16時15分～16時30分 (15分)	IV 事務連絡 キャラバンメイト登録について アンケート回収について オレンジリング・修了証 授与	

(様式A)

※養成研修の申込みは、この用紙にご記入のうえ下記にFAXしてください。

締切日： 平成25年8月23日(金)

FAX: 072-784-8036

(担当部署 伊丹市役所 地域・高年福祉課 古岩・橋本行)

No. _____

受付日:平成 年 月 日

平成25年度 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		
氏名	(歳)	
受講者要件 該当するNo.に○をつけてください (いずれかひとつを選択)	1. 認知症介護指導者養成研修の修了者 2. 認知症介護実践リーダー研修(実務者研修・専門課程)の修了者 3. 介護相談員 4. 認知症の人を対象とする家族の会 5. 1～5に準ずると自治体等が認めた者(該当するものに○をつけてください) 5-1 行政職員(保健師、一般職等) 5-2 地域包括支援センター職員 5-3 介護従事者(ケアマネジャー、施設職員、在宅介護支援センター職員等) 5-4 医療従事者(医師、看護師等) 5-5 民生児童委員 5-6 その他(ボランティア等)	
今後連絡を希望する先(いずれかに○)	自宅	勤務先 ※自宅の場合も勤務先名は必ず記入して下さい。 (勤務先名:)
↓以下の連絡先は、上で○をつけられた自宅または勤務先の情報についてご記入ください。		
住所 (連絡先)	〒 _____ 都・道・府・県	_____ 市・区・郡
電話		
FAX	※受講決定通知をFAXで送ります	
E-Mail		

※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。

※登録内容は、認知症サポーター100万人キャラバンの活動目的以外に使われることはありません。