

平成29年度

## 福岡県キャラバン・メイト養成研修の受講生募集

主 催：福岡県

実施元：福岡県地域介護実習・普及センター

厚生労働省の「認知症サポーターキャラバン」事業を進める全国キャラバン・メイト連絡協議会と協働してキャラバン・メイト養成研修を開催します。

キャラバン・メイトは、「認知症を知り地域をつくるキャンペーン」事業の一環として認知症の人と家族を温かく見守る応援者である”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」の講師役を務めていただく人です。

今後、認知症サポーター養成事業に先立って活躍していただく、キャラバン・メイト養成研修受講希望者を、次のとおり募集します。

1. 日時 平成29年8月26日（土） 9：30～16：30（受付9：00～）
2. 場所 福岡県地域介護実習・普及センター 多目的ホール  
福岡県中間市通谷1丁目36-3 TEL 093-244-4747
3. カリキュラム

時 間	内 容
9：00～9：30	受付
9：30～10：00	I 開会・オリエンテーション 1、福岡県の認知症対策について 2、キャンペーンビデオ（15分） 3、認知症サポーター キャラバンとは
10：00～12：00	II 講話 「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 ・中核症状 ・周辺症状とその支援 ・認知症の症状診断・治療 ・認知症予防についての考え方 ・認知症の人と接するときの心がまえ
12：00～13：00	昼食
13：00～16：20	III 講話 1. キャラバン・メイトの役割と講座運営の実態 「サポーター講座を開催するために」 サポーター養成講座の企画・運営ポイント 2. 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、どこへつなげたらよいか考えてみよう ②誰を対象にサポーター養成講座を開催しますか？ ③認知症サポーター養成講座の実際 受講者に合わせたカリキュラムをつくってみよう！
16：20～16：30	IV 事務連絡・閉会 キャラバン・メイト登録について アンケート回収 オレンジリング・修了証 授与

#### 4. 受講対象者（定員45名）

以下に該当される方(申し込み多数の場合には、受講人数の調整を行いますので、ご了承ください。)

- ・ 認知症介護指導者養成研修修了者
- ・ 認知症介護実践者研修（専門課程）または認知症介護実践リーダー研修修了者
- ・ 介護相談員
- ・ 認知症の人と家族の会会員
- ・ 認知症に関する基本的な知識や介護経験があり、上記に準ずると認められる方（医療従事者、介護福祉士等）
- ・ 市町村関係職員、民生・児童委員、在宅介護支援センター職員、社会福祉協議会職員
- ・ その他、認知症サポーター育成に意欲をもち、適当であると認められる方

#### 5. 受講料 無料

#### 6. 申込方法

別紙「申込書」に記入のうえ、下記事務局までFAXまたは郵送でお申込ください。  
なお、FAXで申し込みの場合は、送信エラーにより申込書が受信できない場合がございますので、同時にお電話でFAX送信のご連絡をお願いいたします。  
複数名お申し込みの場合は、申込用紙をコピーしてご使用下さい。  
会場の都合上、定員（45名）を設けています。**先着順**にて定員になり次第締め切らせていただきますので、あらかじめご了承ください。

#### 7. 申込期限 平成29年8月5日（土） 必着

※但し、定員になり次第締切となります。

##### 【申し込み及び問い合わせ先】

〒809-0018 福岡県中間市通谷1丁目36番3号（ウエルパークヒルズ内）  
福岡県地域介護実習・普及センター

TEL：093-244-4747

FAX：093-244-0787

#### 8. 受講決定について

受講は、先着順に決定し、定員になり次第締め切ります。  
受講決定通知を、講座の2週間程前に送付いたします。

#### 9. その他

- (1) 無料駐車場は、台数に限りがあります。なるべく公共の交通機関をご利用ください。  
詳細は、受講決定通知にてお伝えいたします。
- (2) 昼食は、各自でご準備下さい。※敷地内にスーパー（マックスバリュ）もございます。

平成29年度

# キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

申込書記載事項は、「福岡県キャラバン・メイト管理簿」及び「全国キャラバン・メイト連絡協議会」に登録される内容になります。住所などの記載を拒否される場合(Aの承諾がない場合)は、キャラバン・メイト養成研修は受講できません。但し、記載事項はキャラバン・メイト養成研修の開催及びキャラバン・メイトの活動支援以外の目的で利用することはありません。

福岡県地域介護実習・普及センター FAX : 093-244-0787

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) )
所属市町村名 または 所属都道府県名	市・区・町・村 もしくは 都・道・府・県
住 所 (連絡先)	〒 ー 都・道・府・県 市・区・郡 (勤務先名: )
電 話	
FAX	
E-Mail	
所属(勤務先等)	
(A) 記載事項 登録の承諾	<input type="checkbox"/> 申込書記載事項を確認し申込をします。

※FAXで申込の場合は、送信確認のご連絡をお願いいたします。

※受講は、先着順に確定し、講座の2週間程前に、受講決定通知を送付いたします。

※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。

日付	No.