

平成25年度さいたま市キャラバン・メイト養成研修 募集案内

さいたま市では、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを進めるため、認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を支援する「認知症サポーター」の養成を進めています。

「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバン・メイト」を養成する研修を実施します。

1. 研修日時 平成26年1月30日(木) 9:30~16:30 (受付9:15~)
2. 研修会場 浦和コミュニティセンター第15集会室
(さいたま市浦和区東高砂町11-1 コムナーレ9階)
※別添の地図をご覧ください

3. 受講対象者

次の要件を満たす者で、原則としてボランティアの立場で、年間10回程度を目安に(最低実施数3回)、「認知症サポーター養成講座」の講師としてさいたま市内で積極的に活動していただける市内在住・在勤の方。

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(介護相談員養成研修の修了者)、④公益社団法人認知症の人と家族の会会員、⑤行政職員(保健師、一般職等)、⑥地域包括支援センター職員、⑦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)、⑧医療従事者(医師、看護師等)、⑨民生児童委員、⑩その他(認知症に関する基礎的な知識や介護経験等があり、キャラバン・メイトの業務を適切に実施できる方)

※申し込み多数の場合は、さいたま市の⑥地域包括支援センター職員を優先的に受け付けさせていただきます。

※⑤、⑦~⑩の方については、研修申込用アンケートで認知症の方の介護や支援などに携わった経歴などを確認し、受講決定の参考とさせていただきます。

※市外の方の受講につきましては、定員に空きがあった場合に受け付けます。

4. 受講定員 100人程度
5. 受講費用 無料(参加のための交通費等は自己負担)
6. 研修内容 別添のカリキュラムのとおり

7. 申し込み方法

別添**受講申込書**及び**研修申込用アンケート**にご記入のうえ、**平成26年1月7日(火)**
(必着)までに、郵送またはFAX、メールにてお申し込み下さい。

※申込書の記載事項に不備や誤りがある場合、受講できないことがありますのでご注意ください。

※受講申込書はさいたま市ホームページにおいてダウンロードできます。

<http://www.city.saitama.jp/www/contents/1225791329387/index.html>

8. 受講決定手続きについて

受講要件など申込書の記載内容を確認・審査して受講者を決定します。

お申し込みの方全員に、研修開始1週間前までに、さいたま市高齢福祉課から受講決定・不可通知を送付いたします。

研修開始1週間前までに可否の通知がない場合は、担当までお問い合わせください。

9. 研修後のキャラバン・メイト登録について

- ① キャラバン・メイト養成研修を修了された方は、認知症を応援する者の印として「オレンジリング」の配付を受け、「キャラバン・メイト」として全国キャラバン・メイト連絡協議会に登録されます。
- ② 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、市の関係機関に提供されます。
- ③ キャラバン・メイトには、さいたま市から養成講座の講師依頼がありますのでご協力をお願いします。キャラバン・メイトが講座を企画し、さいたま市を事務局として認知症サポーター養成講座を実施することもできます。

10. 申し込み先・問い合わせ

さいたま市保健福祉局福祉部高齢福祉課

地域支援係 担当：上原

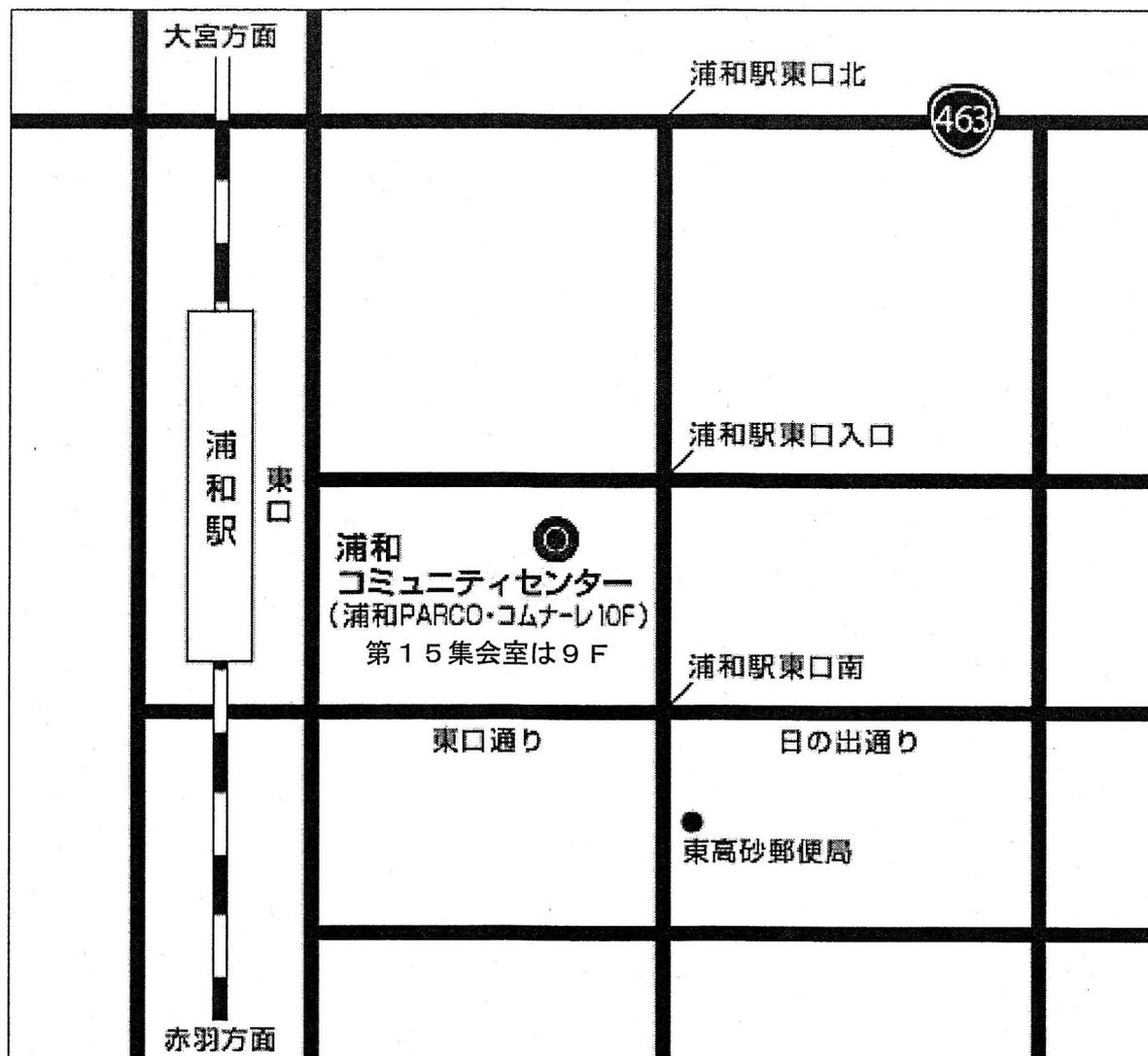
〒330-9588 さいたま市浦和区常盤6-4-4

TEL： 048-829-1259

FAX： 048-829-1981

e-mail： korei-fukushi@city.saitama.lg.jp

会場案内図



浦和コミュニティセンター第15集会室

〒330-0055 さいたま市浦和区東高砂町11-1 コムナーレ9階
JR線「浦和駅東口」より徒歩1分

平成25年度さいたま市キャラバン・イト養成研修 カリキュラム ()

| 時間 | 内容 | 目的 | 講師・担当 |
|-------------|---|--|---|
| 9:30～10:00 | Iオリエンテーション 1 研修主催自治体のキャラバン事業の取り組みについて 2 キャンペーンビデオ(15分) 3 認知症サポーター100万人キャラバンとは 4 研修のねらい | ①キャラバン・事業展開の趣旨を理解する。 ②自治体としての事業の位置づけの理解徹底。 | 高齢福祉課 |
| 10:00～12:00 | II認知症サポーターに伝えたいこと ○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 行動・心理症状とその支援 認知症の診断・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 認知症介護をしている人の気持ちを理解する | ①認知症サポーター養成講座でサポーターに伝える内容について学習する。 ②認知症とはどういう病気なのか、認知症の人や介護をしている人をどう支援したらよいかを理解する。 | 認知症介護指導者 寺岡 伸子 |
| 13:00～13:30 | 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 こんなとき、どこにつなげたらいいか考えてみよう ○地域ケアシステムで支える SOS便利帳をつくろう 地域包括支援センター、地域の社会資源をおさえる | ①認知症の人を地域で支える視点。 ②認知症の人の助けになる地域の社会資源やネットワークをおさえる。 | 地域包括支援センター サンビュール 埼玉 主任 ケアマネ 松本 由美子 |
| 13:30～16:15 | 2 キャラバン・メイトの役割と講座運営の実際 ○各地のサポーター講座の様子(適) ○サポーター養成講座の企画・運営のサポート グループワーク② 講座の展開に協力してもらえそうな機関はどこだろう ・・・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ルキュラムをつくってみよう | 全国各地の講座の模様をスライドで紹介。 ①キャラバン・メイトの役割の理解とサポーター養成講座の対象者の検討。 ②サポーター養成講座を展開するうえで協力してもらええる機関の洗い出し。 ③グループワーク②③の中で、認知症サポーターとしてでさるること(第2章該当)を抑える。 ①サポーター養成講座の運営方法を確認する。 ②サポーター養成講座の企画や講座のポイントについて理解する。 ③サポーター養成講座受講対象別カリキュラムの作成 | 地域包括支援センター サンビュール 埼玉 主任 ケアマネ 松本 由美子 |
| 16:15～16:30 | 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 オレんじリング・終了証授与 | | 高齢福祉課 |

(様式A)

※養成研修は、この申込書に記入し、下記に郵送または電子メール、FAXによりお申し込みください。

申込内容とアンケートを審査し、平成26年1月24日頃までに受講決定の可否をお知らせします。

網掛けの(黄色い)枠内は全て記入。ただし、受講者要件C・Kに該当しない場合はその内訳の記入は不要。

FAX、E-Mailが無い場合は、連絡先欄の当該箇所は記入不要。

締切日: 平成26年1月7日(火)

Eメール: korei-fukushi@city.saitama.lg.jp FAX 048-829-1981

NO. _____

受付日:平成 年 月 日

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.の□に チェック (複数可) 6の場合はA~Lの該 当するものを記入 | <input type="checkbox"/> 1. 認知症介護指導者養成研修の修了者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3. 介護相談員 <input type="checkbox"/> 4. 認知症の人と家族の会 会員 <input type="checkbox"/> 5. 上記に準ずると自治体等が認める者 * 下記の該当項目を記入→ 行政職員[A 保健師 B 一般職 C その他専門職] Cは→ D 地域包括支援センター職員 E 在宅介護支援センター職員 F 介護支援専門員 G 介護従事者(施設職員等) H 医師 I 看護師 J 民生児童委員 K その他 → | |
| 連絡先 | 住所 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 |
| | 〒 | |
| | 都・道・府・県 | 市・区・郡 |
| | (勤務先名: |) |
| | 電話 | |
| FAX | | |
| 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。

さいたま市キャラバン・メイト養成研修申込用アンケート

* 網掛け（黄色い）枠の中に記入してください。

1. 認知症の方の相談対応や介護について、何に、どのくらいの期間携わっていますか。

(例:ホームヘルパーとして6年間就労した際に、認知症の方を数件受け持った。その後、ケアマネジャーとなり、5年間、認知症を含む様々な方のプランを作成。地域包括支援センターに配属となり、ケアマネ支援を行う立場ではあるが、周辺症状の重い認知症の方への対応方法には苦慮しながら2年間務めている。)

| |
|--|
| |
|--|

2. メイトとしての活動に関連又は役立ちそうな資格・研修受講歴があれば記入してください。

(例:保健師・看護師・社会福祉士・ケアマネジャー・ケースワーカー・認知症・・・研修受講等、複数記入可)

| |
|--|
| |
|--|

3. 介護関係の研修で行う程度の認知症に関する次のAからHまでの項目について、あなたの知識状況を①～④から選んでその項目番号を記入してください。

| | |
|--|--|
| A. 認知症を呈する主な4つの病気 | |
| B. 中心症状と周辺症状、それぞれの代表的な症状 | |
| C. 認知症の早期発見と対応が重要な理由 | |
| D. 周辺症状への対応方法 | |
| E. 介護する家族の心理と家族への支援方法 | |
| F. どのような状態の方はどこに相談を回し、医療・介護・福祉はどのように連携するか。 | |
| G. 成年後見制度、あんしんサポートなどの制度 | |

- ①すでにかなり理解しており、人に対しても説明できると思う。
- ②すでに相応に理解しているが、人前で説明するには改めて勉強が必要。
- ③何度か研修に参加して少しは理解しているが基本から勉強が必要。
- ④あまり理解できていない。

申込者氏名

| |
|--|
| |
|--|