

「公印省略」

30福祉協第33号

平成30年5月8日

各関係機関・団体の長 様

社会福祉法人

福岡県社会福祉協議会

会長 小川 弘 毅

平成30年度キャラバン・メイト養成研修の開催について（案内）

本会事業の推進につきましては、平素から格別の御協力を賜り感謝申し上げます。  
さて、本会では標記研修会を別添開催要綱のとおり開催します。  
つきましては、職員の参加について、御高配を賜りますようお願いしま  
す。

福岡県介護実習・普及センター

（福岡県社会福祉協議会 介護実習課）担当 平山

〒816-0804

春日市原町3丁目1番地7 クローバープラザ東棟4階

TEL 092-584-3351

FAX 092-584-3354

# 平成30年度キャラバン・メイト養成研修 開催要綱

## 1 目的

地域で暮らす認知症の人やその家族を応援する「認知症サポーター」をつくる「認知症サポーター養成講座」の講師役「キャラバン・メイト」を養成します。

## 2 主催

福岡県介護実習・普及センター（福岡県社会福祉協議会）

## 3 日時

平成30年9月11日（火） 10時～17時  
平成30年9月19日（水） 10時～17時

## 4 会場

クローバープラザ 東棟5階 508研修室  
春日市原町3-1-7

## 5 対象

次の要件を満たす者で、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」を原則としてボランティアの立場で行える方。

- (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) 認知症の人を対象とする家族の会
- (5) 上記に準ずると自治体等が認めた者
  - ア 行政職員（保健師、一般職等）
  - イ 地域包括支援センター職員
  - ウ 介護従事者（ケアマネージャー、施設職員、在宅介護支援センター職員等）
  - エ 医療従事者（医師、看護師等）
  - オ 民生委員・児童委員
  - カ その他（ボランティア等）

## 6 定 員

各 1 2 0 名

## 7 受 講 料

無料

## 8 内 容

9:30	10:00	12:30	13:30	17:00
受付	講義 (150分)	休憩 (60分)	演習 (210分)	

### (1) 講義「認知症サポーターに伝えたいこと」

- ・認知症とはどういうものか
- ・認知症の症状
- ・認知症の診断・治療
- ・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

### (2) 演習「認知症サポーターの運営方法」

- ・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
- ・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等はどこだろう
- ・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

### (3) 講師

株式会社 パーソン・サポート 代表取締役 川島 豊輝 氏  
(社会福祉士 認知症介護指導者 主任介護支援専門員)

## 9 申 込 方 法

別紙「申込書」に必要事項を記入の上、下記事務局あてFAXか郵送でお申込みください。

## 10 受 講 決 定 に つ い て

受講は先着順に決定し、受講できない場合のみ御連絡します。

※FAXで申込みの場合は、送信確認について十分御注意ください。

## 11 締 切 日

平成30年8月21日(火) 必着

※ただし、定員になり次第締切りとします。

## 12 個人情報の取扱いについて

申込書等に記載された個人情報は、本研修事業の運営管理の目的のみに利用します。

## 13 その他

- (1) 受講者に対し、全国キャラバン・メイト連絡協議会の修了証を交付します。
- (2) 昼食は各自で準備ください。
- (3) 当日は主催者による駐車場の確保はできません。研修会場へは、できる限り公共の交通機関を御利用いただきますようお願いいたします。

## 14 事務局・問い合わせ先

福岡県介護実習・普及センター（福岡県社会福祉協議会 介護実習課）担当 平山  
〒816-0804 春日市原町3-1-7 クローバープラザ東棟4階  
TEL 092-584-3351  
FAX 092-584-3354

## 平成30年度キャラバン・メイト養成研修 申 込 書

平成30年 月 日

事業所 名称等	(運営主体名： )	研修申込 担当者名	
連絡先 (事業所) 住所	〒 -		
	TEL	FAX	

◆受講者 ※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ます。

1	フリガナ		性 別	年 齢
	氏 名			
	現在の職種	現在の職種の 経験年数	年 月	
	登録先住所	※上記連絡先住所と異なる場合はご記入ください。 TEL FAX		
	受講者要件	※いずれかひとつを選択 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 認知症の人を対象とする家族の会 5 上記に準ずると自治体等が認めた者 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(ケアマネージャー、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 民生委員・児童委員 5-6 その他(ボランティア等)		
	日 程	※ご希望の日程を○で囲んでください。  9月11日(火)                           9月19日(水)		

※FAXで申込みの場合は、送信確認について十分御注意ください。

※受講は先着順に確定し、受講できない場合のみ御連絡いたします。

※事務局確認欄	受付印