

# 認知症キャラバン・メイト養成研修

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。その認知症サポーターを養成する講師役「キャラバン・メイト」を養成するための講座です。 \* 受講要件があります。

|      |                                     |
|------|-------------------------------------|
| 日 時  | 2024年 11月16日(土) 9:30 ~ 16:30        |
| 場 所  | テクノプラザ愛媛 テクノホール (松山市久米窪田町 337-1)    |
| 定 員  | 50名                                 |
| 実 費  | 無料 * 昼食は各自でご用意ください。                 |
| 講 師  | 認知症サポーターキャラバン作業部会 委員 <b>近藤 誠 先生</b> |
| 申込方法 | 郵送又はFAXにて各市町へお申込みください(下記申込先一覧参照)    |
| 申込締切 | 2024年9月27日(金)                       |

お申し込み方法：

- ・お勤めの方は **勤務地の市町へ**、
- ・お勤めをされていない方は **お住まいの市町へ**、  
別添の申込書を 郵送又はFAX にてお申し込みください。

\* 申込み状況によっては、受講できない場合がございます。  
受講可能な方にのみ、2024年10月23日(水)頃、  
受講票を発送いたします。

お問い合わせ：愛媛県在宅介護研修センター  
TEL：089-914-0721

【会場周辺地図】



## 【申込市町一覧】

| 市町名   | 担当課        | 担当係           | 電話番号                | FAX          |
|-------|------------|---------------|---------------------|--------------|
| 松山市   | 長寿福祉課      | 基幹型地域包括支援センター | 089-948-6949        | 089-934-1832 |
| 今治市   | 介護保険課      | 地域支援担当        | 0898-36-1528        | 0898-34-5077 |
| 宇和島市  | 高齢者福祉課     | 地域包括支援センター    | 0895-49-7019        | 0895-24-1126 |
| 八幡浜市  | 保健センター     | 地域包括支援センター    | 0894-24-3918        | 0894-24-6652 |
| 新居浜市  | 地域包括支援センター | 相談支援係         | 0897-65-1245        | 0897-33-5178 |
| 西条市   | 介護保険課      | 介護予防係         | 0897-56-5151 (2349) | 0897-52-1408 |
| 大洲市   | 高齢福祉課      | 地域包括支援センター    | 0893-24-1714        | 0893-24-0961 |
| 伊予市   | 長寿介護課      | 地域包括担当        | 089-909-6332        | 089-909-6335 |
| 四国中央市 | 長寿支援課      | 地域包括支援センター    | 0896-28-6147        | 0896-28-6059 |
| 西予市   | 長寿介護課      | 高齢者包括ケア係      | 0894-62-6406        | 0894-62-3055 |
| 東温市   | 長寿介護課      | 介護給付係         | 089-964-4408        | 089-964-4446 |
| 上島町   | 健康推進課      | 地域包括支援センター    | 0897-76-2261        | 0897-74-0912 |
| 久万高原町 | 保健福祉課      | 地域包括支援センター    | 0892-50-0230        | 0892-21-2862 |
| 松前町   | 福祉課        | 地域包括支援センター    | 089-985-4205        | 089-985-4206 |
| 砥部町   | 介護福祉課      | 地域包括支援センター    | 089-962-6118        | 089-962-6820 |
| 内子町   | 保健福祉課      | 地域包括支援センター    | 0893-44-6154        | 0893-44-4116 |
| 伊方町   | 長寿介護課      | 地域包括支援センター    | 0894-38-2652        | 0894-38-0372 |
| 松野町   | 保健福祉課      | 地域包括支援センター    | 0895-42-1933        | 0895-42-1550 |
| 鬼北町   | 保健介護課      | 地域包括支援センター    | 0895-45-1111        | 0895-45-3618 |
| 愛南町   | 地域包括支援センター | 介護支援係         | 0895-72-7325        | 0895-73-7009 |

※キャラバン・メイト養成研修は、下記の様式にて **該当の各市町** へ 郵送 又は FAX でお申し込みください。

## キャラバン・メイト養成研修 受講申込書

NO. \_\_\_\_\_

受付日：令和 年 月 日

申込日：令和 年 月 日

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 氏名<br>(修了証に使用しますので、楷書で丁寧に<br>ご記入下さい)          | ( 歳)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 受講者要件<br>該当する No. に○をつけてください。<br>(いずれかひとつを選択) | ※ 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）、<br>「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者<br>1. 認知症介護指導者養成研修修了者<br>2. 認知症介護実践リーダー研修<br>(認知症介護実務者研修専門課程) 修了者<br>3. 介護相談員<br>4. 認知症の人を対象とする家族の会<br>5. 上記に準ずると自治体等が認めた者<br>(該当するものに、○をつけてください)<br>5-1 行政職員（保健師、一般職等）<br>5-2 地域包括支援センター職員<br>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）<br>5-4 医療従事者（医師、看護師等）<br>5-5 民生児童委員<br>5-6 その他（ボランティア等） |
| 開催を考えている<br>サポーター養成講座                         | (講座の対象者)<br>(開催場所)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 所属市町名                                         | 市・町<br>* お勤めの方 → 勤務地の所属市町を<br>お勤めでない方 → 居住地の所属市町を ご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 自宅住所                                          | 〒 ー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 勤務先名                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 勤務先所在地                                        | 〒 ー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 連絡先                                           | 電話 (自宅) (勤務先) どちらかに○を                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                               | 携帯電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                               | F A X (自宅) (勤務先) どちらかに○を                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                               | e-mail (自宅) (勤務先) どちらかに○を                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

※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。

(別紙)

## 「認知症キャラバン・メイト養成研修」カリキュラム

- 開催日：2024年11月16日(土)
- 時間：9時30分～16時30分
- 会場：テクノプラザ愛媛 テクノホール(松山市久米窪田町337-1)

| 時間                    | 内容                                                                                                                                                                                                                                            | 講師                                     |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 9:30~10:00<br>(30分)   | <b>I オリエンテーション</b><br>①キャラバン事業の取り組みについて<br>②キャンペーンビデオ<br>③認知症サポーターキャラバンとは<br>④研修のねらい                                                                                                                                                          | 認知症サポーターキャラバン作業部会 委員<br><b>近藤 誠 先生</b> |
| 10:00~12:00<br>(120分) | <b>II 認知症サポーターに伝えたいこと</b><br>認知症を理解する                                                                                                                                                                                                         |                                        |
| 12:00~13:00<br>(60分)  | 昼食・休憩                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |
| 13:00~16:10<br>(190分) | <b>III 認知症サポーター養成講座の運営方法</b><br>①サポーター講座の講義内容例<br>サポーター講座の内容のポイントを確認しよう<br>②キャラバン・メイトの役割と講座運営の実際<br>サポーターの活動事例<br>サポーター養成講座の企画・運営ポイント<br><b>グループワーク①</b><br>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…講座の開催先を考える<br><b>グループワーク②</b><br>受講者に合わせたカリキュラムをつくってみよう |                                        |
| 16:10~16:30<br>(20分)  | <b>IV キャラバン・メイト登録及びサポーター講座実施の手続き等について</b>                                                                                                                                                                                                     | 愛媛県長寿介護課                               |