

平成27年1月15日

会 員 各 位
関 係 者 各 位

公益社団法人大阪介護老人保健施設協会
会 長 川合 秀治
研修部会長 衣川 一彦

大阪府認知症キャラバン・メイト養成研修について（ご案内）

平素は、当協会の運営に格別のご支援、ご協力を賜りありがとうございます。

さて、当協会では、大阪府と共同開催により、下記のとおり標記研修会を実施することといたしました。

参加を希望される場合は、別紙「キャラバン・メイト養成研修受講申し込み書」を2月13日（金）までにFAXにて、当協会事務局までお申し込みください。

なお、参加費は無料です。

記

大阪府・公益社団法人大阪介護老人保健施設協会共催

大阪府認知症キャラバン・メイト養成研修

1. 目 的

認知症になっても住み慣れた地域で、その人らしく尊厳をもって生活できる町づくりを目指して平成17年度より認知症サポーター100万人キャラバンの取り組みが全国的にすすめられてきた。この事業は、認知症の人と家族を応援する認知症サポーターを10年間に全国で100万人養成するという取り組みである。

大阪府でも、平成26年度末までには8万人の認知症サポーターの養成をめざして、各市町村とともにそれぞれの地域の強みをいかした取り組みを進めている。

この取り組みをさらに推進し府民の手による“認知症になっても安心して暮せる町づくり”をめざすためには、認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイトの養成が必要なことから、大阪府と公益社団法人大阪介護老人保健施設協会との共催で認知症キャラバン・メイト養成研修を実施する。

2. 日 時 平成27年2月23日（月） 9：30～16：30

3. 場 所 大阪国際交流センター 3階 いちょう
近鉄上本町駅徒歩5分・地下鉄谷町9丁目駅徒歩12分

4. 内 容 別添カリキュラムによる

5. 対 象 介護老人保健施設に従事している介護・福祉の専門職等 80名程度

6. 問合せ 公益社団法人大阪介護老人保健施設協会事務局 田島
電話 06-6774-7601 FAX 06-6774-7651

大阪府キャラバン・メイト養成研修カリキュラム（案）

平成27年2月23日（月）大阪国際交流センター 3階 いちょう

時 間	内 容	講 師 等
9：15～	受 付	
9：30～10：00	あいさつ オリエンテーション	大阪府高齢介護室 室長 松本正光氏 大老協 研修部会長 衣川一彦氏
10：00～12：00	講演 認知症サポーターに伝えたいこと ～認知症を理解する～ ①認知症とはどういうものか ②認知症の症状 ③認知症の診断・治療 ④認知症予防についての考え方 ⑤認知症の人と接するときの心がまえ ⑥認知症介護をしている人の気持ちを理解する	浅香山病院 理事長 高橋 明氏
12：00～13：00	休 憩	
13：00～13：30	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について考える	みどりヶ丘介護老人 保健施設 村上宏三氏 社会福祉法人成光苑 高槻けやきの郷 引野 好裕氏 （認知症介護指導者 研修修了者）
13：30～14：30	グループワーク 認知症サポーター養成講座の開講先や対象者を考えよう	
14：30～15：00	実際に認知症サポーター養成講座で伝えていること	
15：00～16：15	グループワーク 受講者に合わせたカリキュラムを作ってみよう	
16：15～16：30	キャラバン・メイトの登録 あいさつ	大老協 研修部会長 衣川一彦氏

休憩時間は適宜実施

【お願い】

- ①携帯電話は、講義中は使用できません。電源を OFF またはマナーモードにして鞆の中に入れておいてください。
- ③インフルエンザ等感染症対策として、手洗い、うがい、マスク着用等の自己管理のうえ、発熱・嘔吐等の症状がある場合には参加できませんのであらかじめご了承ください。

公益社団法人大阪介護老人保健施設協会事務局 御中

FAX 06-6774-7651 (FAX 番号をお間違えないようお願いします)

キャラバン・メイト養成研修 受講申し込み書

申込日：平成 年 月 日

施 設 名			
ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏 名		職 種	
受講者要件	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. 1～4に準ずると自治体等が認めたもの（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	*キャラバン・メイトとして活動拠点となる市町村名をご記入ください。		
住 所 (連絡先)	〒		
電 話			
F A X			
E - M a i l			

* 記載事項は「全国キャラバン・メイト連絡協議会」に登録される内容になります。

* 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。

施設までのアクセス

