

長 第 3 9 0 号
令和5年8月18日

一般社団法人和歌山県作業療法士会 御中

和歌山県福祉保健部
福祉保健政策局長寿社会課長
(公 印 省 略)

令和5年度和歌山県認知症キャラバン・メイト養成研修の開催に
ついて (通知)

平素より、本県認知症施策の推進に格別の御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、厚生労働省が提唱する「認知症サポーター(※)養成講座」の講師役となるボランティア「キャラバン・メイト」を養成する研修を、別添開催要項のとおり開催します。
つきましては、受講対象者の条件等を満たす方(別紙開催要項に記載)で受講を希望される場合は、下記により申込みいただきますよう、よろしくお願いいたします。

記

- 1 開催詳細：別添「令和5年度和歌山県認知症キャラバン・メイト養成研修開催要項」のとおり
※和歌山県ホームページにも掲載しています。
<https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/040300/d00156185.html>
- 2 申込期限：令和5年9月22日(金)17時00分まで
- 3 申 込 先：認知症サポーターキャラバン和歌山県事務局
(県庁長寿社会課 長寿社会班 担当：浅田、柏木)
- 4 その他：受講者については、先着順にて募集します。申込み期間内であっても、定員に達した時点で申込み受付を終了しますので、あらかじめ御了承願います。

※認知症サポーターとは

認知症を理解し、認知症の人や家族の応援者となって地域で活躍してもらうことを目的に国が推進しており、認知症サポーター養成講座は、自治体や企業が実施しています。

和歌山県内の状況は、認知症サポーター107,334人、キャラバンメイト1,934人(令和5年6月末現在)です。

【担当】

和歌山県 福祉保健部 福祉保健政策局
長寿社会課 長寿社会班 浅田、柏木
TEL 073-441-2521 FAX 073-441-2523
Email: sakaguchi_m0030@pref.wakayama.lg.jp

令和5年度 和歌山県認知症キャラバン・メイト養成研修開催要項

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」を養成する。

2 実施主体 和歌山県、全国キャラバン・メイト連絡協議会

3 受講対象者

次のいずれか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者

- (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）

4 研修日程及び定員

【紀北会場】

日時 令和5年10月24日（火）10時00分～17時00分（9時30分受付開始）
場所 県民交流プラザ・和歌山ビッグ愛 801・802会議室
（和歌山市手平2丁目1-2）
定員 60名程度

【紀南会場】

日時 令和5年11月16日（木）10時00分～17時00分（9時30分受付開始）
場所 田辺スポーツパーク 多目的ホール
（田辺市上の山一丁目23番1-1号）
定員 60名程度

5 研修内容及び時間 別紙カリキュラム参照

6 受講費用 無料（参加のための交通費・宿泊費等は本人負担とする）

7 申込方法

別添「受講申込書」に必要事項を記入のうえ、「12 受講申込・問い合わせ先」までに、メールで提出してください。

開催要項・受講申込書は下記県のホームページからダウンロードできます。

<https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/040300/d00156185.html>

8 提出期限 令和5年9月22日（金）17時00分まで

同一事業所内で複数名申し込まれる場合は、事業所内の受講優先順位を記入ください。

定員超過となった場合、優先順位が高い方から受講決定させていただきます。

その上で、受講希望者が定員に達した時点で申込受付を終了しますので、あらかじめ御了承ください。

令和5年度 和歌山県認知症キャラバン・メイト養成研修 カリキュラム

内容	目的	時間	担当講師
I オリエンテーション * あいさつ * 受講にあたって * 研修内容、すすめ方 * キャンペーン・ビデオ上映(15分) * 認知症サポーター100万人キャラバンの取組について	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。	10:00～ 10:20 (20分)	和歌山県
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。	10:20～ 12:20 (120分)	認知症介護指導者 長森 秀尊
屋休憩(12:20～13:20)			
III 認知症サポーター養成講座の運営方法 1 サポーター講座の講義内容例 サポーター講座の内容のポイントを確認しよう ○各地のサポーター講座の様子(適宜) ○サポーターの活動事例	標準教材に準拠した標準的講座用スライドの活用法を説明。 ※スライドは協議会より提供のものを使用 全国各地の講座の様態をスライドで紹介。 (住民、職域、学校) チームオレンジの概要紹介	13:20～ 13:45 (25分)	和歌山県
2 キャラバン・メイトの役割と講座運営の実際 ○サポーター養成講座の企画・運営のポイント グループワーク① 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	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確認する。 ③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を検討。 ④サポーター養成講座を展開するうえで協力してもらう機関の洗い出し。 ⑤グループワーク②③の中で、認知症サポーターとしてできること(第2章該当)を押さえる。	13:55～ 16:45 (170分)	(紀北会場) 認知症介護指導者 田端 恵美 (紀南会場) 認知症介護指導者 川口 利恵
グループワーク② 受講者に合わせたカリキュラムをつくってみよう	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者別カリキュラムの作成。		
IV 事務連絡 キャラバン・メイト登録について 修了証 授与		16:45～ 17:00 (15分)	和歌山県

※休憩時間を適宜はさむ

計 350分 (5時間50分)

※養成研修受講の申込は、この用紙にご記入のうえ、下記提出先に電子メールで送付してください。

申込期限:令和5年9月22日(金)17:00

提出先:和歌山県認知症サポーターキャラバン事務局
(県庁長寿者会課長寿社会班) 担当:浅田、柏木

E-MAIL: sakaguchi_m0030@pref.wakayama.lg.jp

No. _____

令和5年度 和歌山県認知症キャラバン・メイト養成研修受講申込書

開催日: 紀北会場 令和5年10月24日(火) 紀南会場 令和5年11月16日(木)
開催場所: 県民交流プラザ・和歌山ビッグ愛 801・802会 田辺スポーツパーク 多目的ホール
議室(和歌山市手平2丁目1-2) (田辺市上の山一丁目23番1-1号)

申込日:令和5年 月 日

受講希望日	<input type="checkbox"/> 紀北会場 令和5年10月24日(火) <input type="checkbox"/> 紀南会場 令和5年11月16日(木) ※どちらも参加可能な場合は、両方に☑をしてください。	
ふりがな		
氏名	(歳)	
職業	<input type="checkbox"/> 現職 <input type="checkbox"/> 前職 (いずれかに☑)	
受講者要件 該当するものに☑をしてください。	<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. 認知症の人を対象とする家族の会 5. 上記に準ずる者 行政職員 [<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他専門職() <input type="checkbox"/> 一般職] <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 認知症ケア専門士 <input type="checkbox"/> その他(※ボランティア等)	
連絡先	住所 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先) (いずれかに☑)	〒 _____ 勤務先名: ※複数人申し込みの場合、同一事業所内における優先順位(_____ 人中 _____ 位)
	電話	※左記以外で当日連絡がとれる電話番号
	F A X	
	E - M A I L	※受講決定通知の送付先

※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。

※台風等の天災により急遽中止する場合は県ホームページに掲載します。