

はじめよう！地域の支えあい

# 認知症サポーター養成講座



浜松市では、「認知症を理解し、認知症の方や家族を見守る“認知症サポーター”を一人でも増やし、安心して暮らせるまちづくり」を市民の手で実現していくことを目指しています。

おおむね 10 名以上の集まりや催しに、講師（キャラバン・メイト）を派遣しています。ぜひ、この機会に『認知症サポーター養成講座』を受講（開催）してみませんか。

## ◆認知症サポーターとは？◆

認知症を理解し、認知症の方やその家族を支える応援者です。なにか特別なことをするのではなく、認知症の方や家族を温かく見守り、その上で、自分ができる範囲で活動（サポート）をしていただきます。

例）友人や家族に認知症についての知識を伝える。  
認知症の方が困っている様子を見かけたら一声かける。



講座を受講された方には、サポーターの証として「オレンジリング」をお渡しします。

## 養成講座を開くには？

- ◆対象◆ 地域の集まり  
（自治会、シニアクラブ、子ども会、民生・児童委員の集まり、ボランティア団体等）  
企業・団体（金融機関、スーパーマーケット、コンビニエンスストア等）  
※従業員の場合は、市内在住・在勤の従業員を対象としています。  
※社内研修等の目的で複数回の開催をご希望の場合は、企業内キャラバン・メイトの養成にご協力ください。  
公共サービス機関、公共交通機関  
市内学校（小・中・高等学校等の児童・生徒、教職員、PTA 等）
- ◆内容◆ 下記の内容についての 1 時間半～2 時間の講座となります。  
○認知症とは ○認知症の症状  
○認知症の診断・治療・予防 ○認知症の人と接するときの心がまえ  
○認知症サポーターとは ○認知症サポーターのできること など
- ◆講師◆ キャラバン・メイト  
「キャラバン・メイト」とは、認知症サポーター養成講座の講師となるための所定の研修を修了した、介護相談員や保健・医療・福祉関連の有資格者などの一定の要件を満たした方です。
- ◆開催場所◆ 浜松市内 ※会場は申込者が確保してください。
- ◆費用◆ 無料（講師謝礼・教材費を市で負担します） ※会場の使用料金は申込者をご負担ください。
- ◆申込方法◆ 開催希望日の 2か月前までに、開催場所のある 地域の福祉事業所へ 電話または FAX でお申し込みください。 ※裏面の申込書をご利用ください。



このお知らせに関する問合せは…

浜松市高齢者福祉課

TEL：457-2105 FAX：458-4885

当日 10 名以上の参加が見込まれる集まりなどにキャラバン・メイトを派遣します。

中央福祉事業所・長寿支援課			浜名福祉事業所・長寿保険課			天竜福祉事業所・長寿保険課		
設置場所	電話	FAX	設置場所	電話	FAX	設置場所	電話	FAX
中央区役所	457-2062	459-0323	浜名区役所	585-1123	585-2137	天竜区役所	922-0130	922-0321
東行政センター	424-0186	424-0212	北行政センター	523-1144	523-1928			
西行政センター	597-1164	597-1210	※開催希望日の <u>2か月前</u> までに、 <u>開催場所のある地域の福祉事業所 設置場所</u>					
南行政センター	425-1542	425-1569	<u>(区役所または行政センター)</u> へ電話または FAX でお申し込みください。					



## 認知症サポーター養成講座 キャラバン・メイト（講師）派遣申込書



令和      年      月      日

(あて先) 浜松市長

下記のとおり認知症サポーター養成講座を申し込みます。

団 体 名			代 表 者		
住 所	〒				
連 絡 先	TEL	(      )	/	FAX	(      )
希 望 日 時	第 1 希 望	年	月	日 (      )	時 分 ~ 時 分
	第 2 希 望	年	月	日 (      )	時 分 ~ 時 分
予 定 会 場 (会場は、申込者が 確保してください)	会 場 名				
	所 在 地	〒			
	連 絡 先	TEL	(      )		
参加予定人数	人 (内訳：男性      人、女性      人)				
打合せ担当者	TEL	(      )	/	FAX	(      )
受 講 対 象 者	1. 住民    2. 企業・職域団体    3. 学校    4. その他 (      )				
備 考	(講座への希望・要望等がありましたらご記入ください)				

令和      年      月      日

### キャラバン・メイト（講師）派遣決定について（通知）

申込者様

浜松市長

下記のとおり決定いたしましたので、通知します。

派 遣 日 時	年	月	日 (      )	時 分 ~ 時 分
メイト氏名				

問い合わせ先 (部署名・連絡先)	福祉事業所・長寿	課 (設置場所:      担当:      )
	TEL (      )	/ FAX (      )