

認知症サポーター養成講座 ガイドライン

全国キャラバン・メイト連絡協議会 事務局からの要求

- (1) 講座は「基本カリキュラム」に沿った内容としてください。
- (2) 開催計画表の講座内容と時間配分は以下を満たしてください。
 - ① 「基本カリキュラム」の「認知症を理解する(症状)」の説明 ⇒ 30分以上
 - ② 「認知症を理解する」の(症状)と(診断・治療、予防、)は別々の構成とする
 - ③ 講義時間 ⇒ 原則90分
- (3) DVDは使用しても、しなくても良いです。
ただし、DVDの視聴は「認知症を理解する」の時間には含まれませんのでご注意ください

大分市長寿福祉課からのお願い

- (1) 計画表・報告書の「講座の構成」は上記(2)を満たす事が分かる内容としてください。
- (2) 講義時間は原則90分で、アンケート記入時間はそれぞれ別に確保してください。

自治体用(改)

「認知症サポーター養成講座」 開催計画表

受付NO.

計画No.	全国地方自治体コード		4 4 2 0 1 1
事務局	都道府県・市町村名	委託団体名(独立型メイトは氏名)	
1. 自治体	大分県 大分市		
2. 委託	担当部署	担当者名	
3. 独立型メイト	長寿福祉課		
住所			
〒870-8504 大分市荷揚町2番31号 大分市役所 長寿福祉課 権利擁護担当班			
TEL	FAX	E-mail	
097-537-5771	097-548-5387	cyouzyufukusi4@city.oita.oita.jp	

団体名(特に支店名等の詳細について)は事前に受講者へよく確認し、変更の無いよう留意のこと。

(※過去、報告時に別の名称に変更されている例があった)

人数については受講日に教材等が不足しないよう留意のこと。

実数把握が困難な場合は、予定数で可。(現実的な最大数で)

メイト記入欄 【注意】開催予定日1ヶ月前までに事務局へ提出してください。

提出日	令和 年 月 日	開催予定日	令和 年 月 日
受講者(団体・グループ名等)			
受講対象者(該当No.に○)	1. 住民	2. 企業・職域団体	3. 学校 4. 行政 5. 介護サービス
	受講予定者数	人	
担当メイト	メイトID	メイト氏名	(※1) メイト職域および所属先
	例) 東京 - 1 - 0001	サポ太郎	① 2 3 4 ○○地域包括支援センター
	大分 - -		1 2 3 4
	大分 - -		1 2 3 4
	大分 - -		1 2 3 4
	- -		1 2 3 4
	- -		1 2 3 4
講座の構成	内 容	時間配分	
	○	: ~ :	(分)
	○	: ~ :	(分)
	○	: ~ :	(分)
	○	: ~ :	(分)
使用教材(該当No.に○)	1. 標準教材(冊子) 2. キャンペーンDVD(※2 事務局からの貸出 要・不要) 3. 配布資料(独自)		
	企業ステッカー(※3)		
	1. 大分オレンジカンパニー登録を大分県へ申し込みますので、市のステッカーは不要です。(県から配布されるため) 2. 県への大分オレンジカンパニーの登録予定は無いが、市のステッカーのみ希望 (_____ 枚) 3. 不要 (大分オレンジカンパニー登録および企業からのステッカー希望ともに無し)		

講座担当のキャラバン・メイトのID番号・氏名・区分および所属先を記入。メイトが複数の場合も全員記入のこと。

(※ID番号等間違いの無いよう留意のこと)

※最低限以下については必ず厳守のこと。(全国キャラバン・メイト連絡協議会より)

○講座時間は原則90分以上確保する。その内、
・認知症の基礎知識分(症状:30分以上)を確保する。
・症状と診断等は別々の構成にする。

(※注意点)
 ※1...メイトの職域を選び○をつけ、さらに所属名を記入してください
 1...地域包括メイト 2...行政メイト 3...介護従事者メイト(ケアマネ、介護施設相談員等) 4...その他のメイト
 ※2...講座でDVDを使用する際、事務局からの貸出が必要な場合「要」に○をつけてください。
 本数に限りがありますので、調整をさせて頂く場合があります。
 ※3...受講対象者が企業の場合、該当番号に○を付けてください。(※介護サービス事業所および歯科以外の医療機関を除く)
 あらかじめ、大分県が行っている「大分オレンジカンパニー登録制度」について説明し、登録予定の可否について対象企業に確認のうえ記入してください。

事務局からの連絡先	メイト氏名(代表者)	
	電話番号	
	所属先	

計画書・報告書、教材受け渡し、講座内容等について事務局から連絡をさせて頂く場合があります。
 ※養成講座開催時に必ず大分市所定のアンケートを実施してください。(様式をお持ちで無い場合、事前に連絡ください)

計画No.	全国地方自治体コード		4 4 2 0 1 1
事務局	都道府県・市町村名		委託団体名(独立型メイトは氏名)
1. 自治体	大分県 大分市		
2. 委託	担当部署		担当者名
3. 独立型メイト	長寿福祉課		
住 所			
〒870-8504 大分市荷揚町2番31号 大分市役所 長寿福祉課 権利擁護担当班			
TEL	FAX	E-mail	
097-537-5771	097-548-5387	cyouzyufukusi4@city.oita.oita.jp	

メイト記入欄 【注意】開催予定日1ヶ月前までに事務局へ提出してください。

提出日	令和 年 月 日	開催予定日	令和 年 月 日
受講者 (団体・グループ名等)			
受講対象者 (該当No.に○)	1. 住民	2. 企業・職域団体	3. 学校 4. 行政 5. 介護サービス
	受講予定者数		人
担当メイト	メイトID	メイト氏名	(※1) メイト職域および所属先
	例) 東京 - 1 - 0001	サポ太郎	① 2 3 4 ○○地域包括支援センター
	大分 - -		1 2 3 4
	大分 - -		1 2 3 4
	大分 - -		1 2 3 4
	大分 - -		1 2 3 4
	- -		1 2 3 4
講座の構成	内 容		時間配分
	○		: ~ : (分)
	○		: ~ : (分)
	○		: ~ : (分)
	○		: ~ : (分)
使用教材 (該当No.に○)	1. 標準教材(冊子) 2. キャンペーンDVD(※2 事務局からの貸出 要・不要) 3. 配布資料(独自)		
企業ステッカー (※3)	1. 大分オレンジカンパニー登録を大分県へ申し込みますので、市のステッカーは不要です。(県から配布されるため) 2. 県への大分オレンジカンパニーの登録予定は無いが、市のステッカーのみ希望 (_____ 枚) 3. 不要 (大分オレンジカンパニー登録および企業からのステッカー希望ともに無し)		

(※注意点)
 ※1...メイトの職域を選び○をつけ、さらに所属名を記入してください
 1...地域包括メイト 2...行政メイト 3...介護従事者メイト(ケアマネ、介護施設相談員等) 4...その他のメイト
 ※2...講座でDVDを使用する際、事務局からの貸出が必要な場合「要」に○をつけてください。
 本数に限りがありますので、調整をさせて頂く場合があります。
 ※3...受講対象者が企業の場合、該当番号に○を付けてください。(※介護サービス事業所および歯科以外の医療機関を除く)
あらかじめ、大分県が行っている「大分オレンジカンパニー登録制度」について説明し、登録予定の可否について対象企業に確認のうえ記入してください。

事務局からの 連絡先	メイト氏名(代表者)	
	電話番号	
	所属先	

計画書・報告書、教材受け渡し、講座内容等について事務局から連絡をさせて頂く場合があります。

※養成講座開催時に必ず大分市所定のアンケートを実施してください。(様式をお持ちで無い場合、事前に連絡ください)

計画No.	全国地方自治体コード		4 4 2 0 1 1
事務局	都道府県・市町村名		委託団体名(独立型メイトは氏名)
1. 自治体	大分県 大分市		
2. 委託	担当部署		担当者名
3. 独立型メイト	長寿福祉課		
住所			
〒870-8504 大分市荷揚町2番31号 大分市役所 長寿福祉課 権利擁護担当班			
TEL	FAX	E-mail	
097-537-5771	097-548-5387	cyouzyufukusi4@city.oita.oita.jp	

メイト記入欄

【注意】開催後は報告書を速やかに提出してください。また、余った教材・リング等は必ず返却してください。

提出日	令和	年	月	日	開催日	令和	年	月	日	
受講者(団体・グループ名等)										
受講対象者(該当No.に○)	1. 住民	2. 企業・職域団体	3. 学校	4. 行政	5. 介護サービス	受講者数(サポーター数)	人			
サポーターの年代内訳	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計		
女性										
男性										
合計										
担当メイト	メイトID		メイト氏名		(*1) メイト職域および所属先					
	例) 東京	- 1 - 0001	サポ太郎		①	2	3	4	〇〇地域包括支援センター	
	大分	- -			1	2	3	4		
	大分	- -			1	2	3	4		
	大分	- -			1	2	3	4		
	大分	- -			1	2	3	4		
	-	-			1	2	3	4		
講座の構成	内 容				時間配分					
	○				:	~	:	(分)		
	○				:	~	:	(分)		
	○				:	~	:	(分)		
	○				:	~	:	(分)		
使用教材(該当No.に○)	1. 標準教材(冊子)		2. キャンペーンDVD			3. 配布資料(独自)				
	講座に関するコメント(必須)									

計画書の団体名と異なるよう留意のこと。

人数総合計

大分市版のアンケート(養成講座時に必須)に基づき集計のこと。
※初回受講者のみ計上のこと。(以前に同じ養成講座の受講歴のある方は計上しないでください。→ 講座開催時に受講歴の有無について確認願います)

計画表に記載の内容と大幅に変更が無いように留意してください。(※計画表のカリキュラムで全国キャラバン・メイト連絡協議会から許可をもらっているため)

メイトの視点または受講者から寄せられた感想等を記載のこと。

(※注意点)
※1...メイトの職域を選び○をつけ、さらに所属名を記入してください
1...地域包括メイト 2...行政メイト 3...介護従事者メイト(ケアマネ、介護施設相談員等) 4...その他のメイト

計画No.		全国地方自治体コード	4 4 2 0 1 1
事務局	都道府県・市町村名		委託団体名(独立型メイトは氏名)
1. 自治体	大分県 大分市		
2. 委託	担当部署		担当者名
3. 独立型メイト	長寿福祉課		
住所			
〒870-8504 大分市荷揚町2番31号 大分市役所 長寿福祉課 権利擁護担当班			
TEL	FAX	E-mail	
097-537-5771	097-548-5387	cyouzyufukusi4@city.oita.oita.jp	

メイト記入欄

【注意】開催後は報告書を速やかに提出してください。また、余った教材・リング等は必ず返却してください。

提出日	令和	年	月	日	開催日	令和	年	月	日
受講者(団体・グループ名等)									
受講対象者(該当No.に○)	1. 住民	2. 企業・職域団体	3. 学校	4. 行政	5. 介護サービス	受講者数(サポーター数)	人		
サポーターの年代内訳	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計	
女性									
男性									
合計									
担当メイト	メイトID		メイト氏名		※1) メイト職域および所属先				
	例) 東京	- 1 - 0001	サポ太郎		1	2	3	4	〇〇地域包括支援センター
	大分	- -			1	2	3	4	
	大分	- -			1	2	3	4	
	大分	- -			1	2	3	4	
		- -			1	2	3	4	
		- -			1	2	3	4	
講座の構成	内 容				時間配分				
	○				:	~	:	分)	
	○				:	~	:	分)	
	○				:	~	:	分)	
	○				:	~	:	分)	
使用教材(該当No.に○)	1. 標準教材(冊子)		2. キャンペーンDVD			3. 配布資料(独自)			
講座に関してのコメント(必須)									

(※注意点)

※1…メイトの職域を選び○をつけ、さらに所属名を記入してください

1…地域包括メイト 2…行政メイト 3…介護従事者メイト(ケアマネ、介護施設相談員等) 4…その他のメイト