

家族支援 プログラム 受講者募集要項



介護者の皆さんへ
あなたのための講座です

認知症の介護に
振り回されて、
疲れていませんか？

どうもおかしい認知症では…
と気になっていませんか？

認知症の人に、どのように
接していいのか
困っていませんか？

これから先の介護に
戸惑いや不安を
感じていませんか？

皆さんはどのように
介護しているのか
聞いてみたいと思いませんか？

講座受講で介護負担の軽減を!!

この講座は「公益社団法人認知症の人と家族の会」が長年の活動で培ってきた介護者支援のノウハウをもとに作りました。
知識の習得・仲間づくり・個別相談などそれぞれのご家族に合わせたサポートです。
気楽に参加できて、とても気持ちが軽くなります。

講座開催期間

令和6年5月～令和6年10月（計6回開催）

場所

名鉄病院（げんきっずハウス）

（名古屋市西区栄生2丁目25-11
TEL:0562-551-6121（認知症疾患医療センター））

募集人数

20名 愛知県在住の方ならどなたでもご受講頂けます。

受講料

無料 [受講には、会員登録が必要です]
アンケート調査にご協力をお願いします。

対象者

初期から中期の認知症の方を介護している介護家族
(症状が出始めているが未だ受診していない方～要介護3程度 (6回参加できる方))

主催/ 公益社団法人 認知症の人と家族の会 愛知県支部
名鉄病院(認知症疾患医療センター)

協力/ 特定非営利活動法人 HEART TO HEART

第1回

5月11日(土)
作ろうネットワーク
介護者相談交流会
担当/尾之内 直美
13:00~16:00

第2回

6月1日(土)
学びましょう, 認知症のこと
認知症の基本的な知識
講師/宮尾 眞一
介護者相談交流会
13:00~16:00

第3回

7月6日(土)
上手に使うサービス利用
サービスのいろいろ(介護保険など)
講師/恒川千尋
介護者相談交流会
13:00~16:00

第4回

8月3日(土)
みつめてみましょう, あなたの心
介護の仕方と介護者の心
手帳等制度について
講師/尾之内 直美
13:00~16:00

第5回

9月7日(土)
寄り添ってみましょう, 相手の心
認知症の方へのリハビリ
講師/伊藤篤史
介護者相談交流会
13:00~16:00

第6回

10月5日(土)
医者と上手に付き合おう
医師との関り方・薬について
講師/黒川 豊
介護者相談交流会
13:00~16:00

認知症介護に携わっている方々による
実践に基づいた講義です。



講師

※日程、講師は変更になる場合がございます

宮尾 眞一	医師(名鉄病院)
尾之内 直美	家族の会 愛知県支部代表
恒川 千尋	ケアマネジャー
伊藤 篤史	作業療法士
黒川 豊	医師(黒川医院)
スタッフ	家族の会世話人

受講

介護状況などを考慮したうえで決定させていただきます。
受講決定は、締め切り後1週間以内にご連絡いたします。
(初期から中期の認知症の方を介護している家族が対象ですので、
介護していない方は受講できません)

応募方法

右の「家族支援プログラム受講申込用紙」に必要事項を
記入して、事務局へ提出または郵送・FAXしてください。

会員登録

年会費 5,000円

受講される方は、「家族の会 愛知県支部」への
会員登録をお願いいたします。
(この講座は、皆様の会費で運営しております)

締切5月7日(火) 必着

受講後のサポート

ご希望の方は「いかがですかコール」
をご利用いただけます。

事務局/公益社団法人 認知症の人と家族の会 愛知県支部

〒477-0034 東海市養父町北堀畑58-1
TEL 0562-33-7048 FAX 0562-33-7102
ホームページ <http://hearttoheart.or.jp>



家族支援プログラム 受講

R6名鉄①'

記入日: 令和 年 月 日

ふりがな 受講者氏名	性別 男・女	生年月日 大・昭・平 年 月 日 歳
住 所 〒		
連絡先電話番号 () 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先		
職 業	勤務先	

どなたを介護されていますか？

ふりがな 氏 名	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳
実父・実母・義父・義母・夫・妻・その他()	
介護の状況は？	同居での介護 ・ 通っての介護 ・ その他()
病状に気付かれたのは？	年 月頃
医療機関受診 (あり ・ なし)	初診 年 月頃 診断名() 医療機関名・受診科()担当医師()
介護保険について	認定を受けている ・ 認定を受けていない ・ 申請中
介護度について	要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
利用サービスについて (あり ・ なし)	デイサービス (週 回) デイケア(週 回)
	ショートステイ (1ヶ月 回 日間)、訪問看護(週 回)
	その他サービス()
この講座を知ったのは？	広報・知人・ケアマネの紹介・電話相談・地域包括支援センター・その他()

この講座の受講を希望された理由をお聞かせください。

現在のご本人の様子やお困りのことをご記入ください。

※記入内容につきましては、プライバシーを厳守し、この講座以外には使用しません。

申込先

公益社団法人認知症の人と家族の会 愛知県支部

FAX

0562-33-7102