

東海市

# 家族支援

## プログラム 受講者募集要項



どうもおかしい、認知症では…  
と気になっていませんか？

認知症の介護に  
振り回されて、  
疲れていませんか？

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」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。

知識の取得・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7年7月～令和7年12月  
計6回開催

場 所

しあわせ村 視聴覚室  
東海市荒尾町西廻間2-1

募集人数

20名

受講料

無料 アンケート調査にご協力をお願いします。

対象者

家族の物忘れが多くなって困っている方  
初期から中期の認知症の方を介護している介護家族  
(6回参加できる方)

介護者の皆さん  
あなたのための  
講座です

主催／東海市高齢者相談支援センター  
協力／公益社団法人 認知症の人と家族の会 愛知県支部  
特定非営利活動法人 HEART TO HEART

第1回

7月7日(月)

作ろうネットワーク  
昼食会(介護者相談交流会)

※昼食はこちらで準備いたします  
講師/家族の会  
10:00~14:00

第2回

8月4日(月)

学びましょう、認知症のこと  
認知症の基本的な知識

講師/堀部 賢太郎  
介護者相談交流会  
13:00~16:00

第3回

9月8日(月)

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

10月6日(月)

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

講師/尾之内 直美  
手帳等制度について  
13:00~16:00

第5回

11月10日(月)

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/長谷川和之  
介護者相談交流会  
13:00~16:00

第6回

12月8日(月)

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/吉田 俊一  
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

堀部 賢太郎

医師(国立長寿医療研究センター)

恒川千尋

ケアマネジャー

尾之内 直美

家族の会代表

長谷川 和之

作業療法士

吉田 俊一

吉田医院 院長

## 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・仕事のみで携わっている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、高齢者相談支援センターへ提出または郵送・FAXしてく  
ださい。

締切 6月27日(金) 必着

問合せ先 / 東海市高齢者相談支援センター

〒476-0003 東海市荒尾町西廻間2-1(東海市しあわせ村内)  
TEL 052-689-1606 FAX 052-602-0381

## 家族支援プログラム受講申込書

記入日: 令和 年 月 日

|                           |        |                    |
|---------------------------|--------|--------------------|
| ふりがな<br>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<br>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                    | 初診 年 月 頃 診断名( )                       |
| ( あり ・ なし )               | 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<br>( 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)、訪問介護(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

東海市 高齢者相談支援センター

FAX

052-602-0381