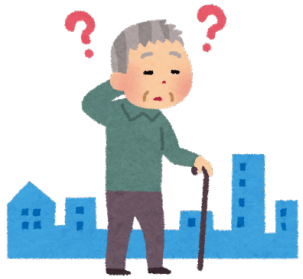


参加者の声



普段怒れてくることが本人の意思とは関係ないという理解ができ、本人への対応に大きく影響がありました。

皆さんの話が聞けて、いろいろな悩み、不安をもっているのは私だけではないと思えました。色々話ができてすっきりしました。



病院に行って薬を処方されたら改善されると思っていましたが、生活面で困っていることが薬で治せるというものでないという事がわかりました。



この会に参加するまで認知症がこの先どうなるのか、私の残りの人生は介護で終わるのかと追い詰められていました。しかし、息が詰まるこの思いを分かってもらって気持ちが楽になりました。

とても楽しい講師の話にリフレッシュできました。無理なく、自分のできることをして、夫と関わっていこうと思いました。

今後役立つ知識が得られてとても良かったです。現状を客観的にとらえることができ、心が軽くなりました。周りの親戚の声にとらわれないで前向きにケアマネジャーに相談して進んでいきたいと思いました。



認知症介護家族支援教室



家族支援プログラム 受講者募集しています

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わからない困っていませんか？

これから先の介護に戸惑いや不安を感じていませんか？

認知症の介護に振り回されて疲れていませんか？

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つくりました。

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サポートします。

気楽に参加していただき、気持ちをやわらげてください。

講座開催期間 2025年8月～2026年1月

場 所 iビル 2階 大会議室(西面)

募集人数 20名 (6回参加できる方、以前に受講した方は除く)

受講料 無料 アンケートの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人を介護している家族

主催／一宮市

協力／(公社)認知症の人と家族の会 愛知県支部、NPO 法人 HEART TO HEART

介護者の皆さん
あなたのための講座です

第1回 8月28日(木)

つくろうネットワーク

家族の会 愛知県支部 尾之内 直美
13:30~16:00

第3回 10月23日(木)

上手に使おう、サービス利用
サービスのいろいろ（介護保険など）

主任ケアマネジャー 中村 智栄
介護者相談交流会
13:30~16:00

第5回 12月25日(木)

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

作業療法士 長谷川 和之
介護者相談交流会
13:30~16:00

第2回 9月25日(木)

学びましょう、認知症のこと
認知症の基本的な知識

医師 三浦 久幸
介護者相談交流会
13:30~16:00

第4回 11月27日(木)

見つめてみましょう、あなたの心
介護の仕方と介護者の心

家族の会 愛知県支部 尾之内 直美
介護者相談交流会
13:30~16:00

第6回 1月29日(木)

医師と上手に付き合おう
医師との関わり方・薬について

あいち健康の森健康科学総合センター
健康開発部長 平川 仁尚
介護者相談交流会
13:30~16:00

講師
スタッフ

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

尾之内 直美 家族の会 愛知県支部
三浦 久幸 医師
中村 智栄 主任ケアマネジャー
長谷川 和之 作業療法士
平川 仁尚 医師

スタッフ 家族の会 世話人



問い合わせ先／一宮市 高年福祉課 地域支援グループ
〒491-8501 一宮市本町2丁目5番6号
電話 0586-28-9151 FAX 0586-73-1019

受講

介護状況等を考慮した上で決定いたします。受講開始 1
週間前までに郵送にてご連絡します。早めの連絡をご希
望の方は申込時にご相談ください。

（初期から中期の認知症介護をしている家族が対象ですので、
介護をしていない方・仕事で介護に携わっている方は受講できません。）

申込み方法

「一宮市認知症介護家族支援教室申込書」に必要
事項を記入して高年福祉課へ提出してください
（郵送でも構いません。）

締切り： 下記までお問い合わせください

* 会場、日程、講師は変更になる場合があります。

（キリトリ）

一宮市認知症介護家族支援教室 受講申込書

ふりがな 受講者氏名	生年月日			年	月	日（	歳）
住 所 〒 一宮市							
連絡先電話番号 （				） 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先			
職 業				勤務先名			
どなたを介護されていますか？							
ふりがな		生年月日		年	月	日（	歳）
氏 名		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（					
症状に気付かれたのは？		年 月頃					
受診について		初診		年	月頃	診断名（	
あり ・ なし		医療機関名・受診科（					
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		デイサービス（週 回） ・ デイケア（週 回）					
あり ・ なし		ショートステイ（1か月 回、 日間）、訪問介護（週 回）					
		その他のサービス					
この講座を知ったのは？		広報・チラシ・知人・ケアマネ・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。							
介護を受ける方の現在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。