

令和7年度市民向け講座一覧(保健・医療・介護関連)

喜多方市では、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に確保される体制(地域包括ケアシステム)を推進しています。

その一環として、各課で実施している市民向け講座(保健・医療・介護関連)の一覧表を作成しましたのでご活用ください。

◆利用できる方

原則として、市内在住の方で構成された団体やグループ等

◆開催日

原則として、月～金(祝祭日除く)の午前9時～午後5時までの間

◆講師料

基本無料ですが一部有料もございます。詳しくは講座一覧をご確認ください。

◆申込方法

団体等の代表の方は、受講を希望する日の1か月前までに、各講座の申込先に電話等で申し込みください。

(希望日に対応できない場合もございますが、何卒ご了承願います。)

なお、講座ごとに以下の書類を提出願います。

講座NO.1～5、NO.7・10・11→別紙1「市民向け講座講師派遣依頼書」

講座NO.6→別紙2「認知症サポーター養成講座開催希望申込書」

講座NO.9→別紙3「太極拳ゆったり体操指導員派遣申請書」

◆その他

市の助成により実施する講座につきましては、予算の都合上対応できない場合もございますが、何卒ご了承願います。

発行：喜多方市 社会福祉課 地域包括ケア推進室 地域包括ケア推進班

〒966-8601 喜多方市字御清水東 7244 番地2

電話 0241-24-5257 FAX 0241-24-5286

Eメール syakai@city.kitakata.fukushima.jp

講座一覧

NO	タイトル	内容	講師	講師料	申込先
1	人生会議(ACP) してみませんか? ＊人生会議…もし もの時のために、 望む医療やケアに ついて前もって考 え、家族等や医療・ ケアチームと繰り 返し話し合い、共 有する取組	もしもの時に備え、元気 なうちから、将来自分が 受ける医療やケアの内容 について、信頼できる方 と話し合っておくことが 必要です。そのためには どのようなことを意識し実 践すればよいか、一緒に 考えましょう。 エンディングノートにつ いても紹介します。	在宅医 療・介 護連携 相談員	無料	社会 福祉課 0241 (24)5257 〔本庁舎 1階〕
2	在宅医療につ いて知ろう	通院が困難になった時、 自宅等でも受けられる医 療があります。入院や施 設入所以外の選択肢の1 つとして在宅医療につい て学んでみませんか。			
3	地域での支え合 いについて考 えよう	 住み慣れた地域で安心し て暮らし続けるためには、介 護予防と支え合いにつ いて、一人一人が自 分ごととして取り組むこ とが必要です。地域での 見守りや支え合いにつ いて一緒に考えましょう。	第1層 生活支 援コー ディネ ーター		
4	認知症予防に ついて	認知症発症予防、重症化 予防について学びましょ う。			
5	高齢期を生き生 きと過ごすため に	 人生100年時代、高齢期 を生き生きと過ごすためには 必要な「からだ」と「ここ ろ」について考えましょう。	保健師		

NO	タイトル	内容	講師	講師料	申込先
6	認知症サポーター養成講座	認知症について正しく理解し、地域で認知症の人やその家族を温かく見守り、手助けをする応援者を養成する講座です。認知症への理解を深めるために活用ください。	認知症キャラバンメイト	無料	社会福祉課 0241(24)5257 〔本庁舎1階〕
		*この講座を希望される場合は、別紙2「認知症サポーター養成講座開催希望申込書」を提出ください。			
7	介護保険について知ろう	介護保険の仕組みについて知り、上手に利用するポイントについて学びましょう。	市職員	無料	
8	関節痛予防のための運動について	関節痛予防・改善のための講話・運動指導(セルフマッサージ・関節体操・筋力トレーニング等)を行います。	健康運動指導士	講師と相談	高齢福祉課 0241(24)5242 〔本庁舎1階〕
9	太極拳ゆったり体操体験教室	バランス機能の向上や、下肢筋力を中心とした全身の筋力アップに効果のある介護予防のための体操を体験してみましょう。	太極拳ゆったり体操リーダー・サブリーダー	1団体、年度内2回まで無料	
		*この講座を希望される場合は、別紙3「太極拳ゆったり体操指導員派遣申請書」を提出ください。			

NO	タイトル	内容	講師	講師料	申込先
10	知ってガッテン！カラダに大切な食事とは	いつ、何を、どれくらい食べるの？健康的な体作りには、毎日の食事づくりが大切です。生活習慣病を予防しながら、楽しく食べ方を学びましょう。	栄養士	無料	保健課 0241(24)5223 〔保健センター2階〕
11	いつからはじめる？低栄養予防～フレイルになる前に知っておきたいこと～	食生活をおろそかにすると「低栄養状態」を招きやすくなります。イキイキと活動的な生活を送るためには、食事を楽しくおいしく食べることが必要です。			

喜多方市では、地域包括ケアシステムの推進に取り組んでいます
(医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に確保される体制)

今後ますます高齢化が進み、医療・介護の需要が増えることが見込まれています。個々人ができる取り組み(自助)、近隣やボランティア等によるお互いの支え合い(互助)、介護保険・医療保険・年金等の制度化された社会保障(共助)、生活保護等の公的福祉サービス(公助)のそれぞれがバランスよく機能することが大切です。各種講座を活用し、自助や互助について考え取り組んだり、社会保障等について学ぶことで、将来に備えましょう。



域包括ケアシステムの5つの構成要素
(住まい・医療・介護・予防・生活支援) が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として図示したもの

出典:平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書より

市民向け講座講師派遣依頼書

喜多方市長 様

団体名代表者

住 所 〒 -

電話番号

下記のとおり、講師派遣を依頼します。

令和 年 月 日

開催日 および 講話希望時間	第1希望	令和 年 月 日() 午前・午後 時 分 ~ 時 分 (講話時間 午前・午後 時 分 ~ 時 分)					
	第2希望	令和 年 月 日() 午前・午後 時 分 ~ 時 分 (講話時間 午前・午後 時 分 ~ 時 分)					
会 場							
対象者数 (年齢構成)	人 ()						
希望講座	講座 NO	講座タイトル					
講 師 名 ※希望のある場合							
そ の 他 ※内容に関する希 望など							
事務連絡先	氏名(役職)						
	住 所	〒 -					
	電話番号						
	そ の 他						

(送付先) 喜多方市役所 社会福祉課 地域包括ケア推進室 地域包括ケア推進班
 〒966-8601 喜多方市字御清水東7244番地2
 TEL 0241-24-5257 FAX 0241-24-5286

(別紙2)

認知症サポーター養成講座 開催希望申込書

太枠内に必要事項を記入してください。

申込日 令和 年 月 日

申込者氏名 申込団体名				
住 所・所在地				
連絡先	電 話		F A X	
担当者氏名			受講予定者数	名(年代: 代)
開催希望日時	令和 年 月 日() 時 分 から 時 分まで			
開催場所 および 使用機材	名 称 (所在地)			
	機 材	スクリーン【 有 無 】 プロジェクター【 有(音声出力 可 不可) 無 】 ノートパソコン【 有(DVD読み込み 可 不可) 無 】		
受講対象者区分 該当する番号に ○を付けてください。また () 内には具 体的に記入くだ さい。	1 住民: 民生委員・老人クラブ・高齢者サロン・町内会・各種生涯学習・ 一般住民・その他() 2 企業・職域団体(業種:) 3 学校[小学校・中学校・高等学校・大学・その他()] (学年_____年) 4 介護事業所: 居宅サービス職員、施設・居住系サービス職員 その他() 5 その他()			
認知症の中で特 に学びたいこと	※カリキュラム編成のため、お選びください。(いくつでも) ・認知症の症状 ・受診する医療機関(診断・治療) ・認知症の人との接し方・対応方法 ・認知症の人や家族が参加できる認知症カフェ ・その他()			

※上記の個人情報は、本講座開催のために用い、他の用途には使用しません。

注1) 開催日は希望に添えない場合がありますので、申込前にご相談願います。

注2) 準備の都合により、開催日の30日前までに申し込みください。

様式第1号（第4条関係）

第 号
年 月 日

太極拳ゆったり体操指導員派遣申請書

喜多方市長

申請者

住 所
団体名
代表者氏名
電話番号

下記のとおり、教室（イベント）の開催に係る、太極拳ゆったり体操指導員の派遣を申請します。

教室（イベント）名					
日 時	年	月	日	（ ）	
	午前・午後	時	分	～	時 分
会 場					
対象者数 (年齢等)	人 ()				
派遣希望人数	講師_____人 講師補助_____人 希望する				
謝礼／費用弁償					
控え室（着替え室）の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
CDプレイヤーの有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
マイク設備の有無 (ビンマイクかヘッドセットマイク)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
その他の (内容に関する希望など)					