**令和7年度 若年性認知症に関する講話申し込みについて**

認知症は高齢者に多い病気ですが、65歳未満で発症した場合、若年性認知症といいます。若年性認知症は働き盛りにかかることで、社会的にも大きな問題が生じることがあります。しかし、企業や医療・介護の現場でもまだあまり知られていない現状です。

そこで、広く知っていただき若年性認知症への理解を深めていただけるよう、若年性認知症支援コーディネーターが若年性認知症に関する講話依頼をお受けします。保健・医療・福祉従事者や企業の皆様を対象に、若年性認知症にかかる正しい知識を学んでいただける内容にしております。

**【申し込み対象】**

　医療機関（病院・クリニック等）・行政機関（市町村職員等）・介護福祉関係（介護施設・居宅介護支援事業所等）・障害福祉関係（障害者職業センター、障害者職業・生活支援センター等）・就労支援関係（ハローワーク等）・一般企業等の関係者

**【対象エリア】**福島県内。（今まで講義・講話を受けたことがない団体様から優先的にお受けします。）

**【講話内容】**（以下の①～⑪の項目を組み合わせて選んでいただくことができます。）

　① 若年性認知症支援コーディネーターの紹介

② 病気とともに働く～両立支援の意義～

③ 認知症と若年性認知症について

④ 若年性認知症の本人や家族の思い

⑤ 若年性認知症の人への支援～医療関係との連携～

⑥ 若年性認知症の人への支援～職場における日常生活での本人の工夫と職場の合理的な配慮～

　⑦ 若年性認知症の人への支援～就労継続における地域障害者職業センターの活用～

　⑧ 本人・家族に寄り添う視点での支援～若年性認知症の人の就労から生きがいづくり～

⑨ 若年性認知症の人の家族との関わり方

⑩ 活用できる主なサービスや社会制度について

⑪ 支援事例の紹介

　⑫ 若年性認知症について～概要～（①～⑪の各ポイントを集約した内容となっています。）

【連絡事項】

◆若年性認知症支援コーディネーターが参集またはオンライン対応で講話を開催します。その際、今後の参考のために参加された方への簡単なアンケートを持参しますので、ご協力をお願いします。

　◆講話時間は原則として60分とします。開催時間帯はご希望に沿って行います。希望時間帯を申し込み申請書にご記入ください。

　◆令和5年度につきましては、年10回の開催とします。申し込み状況により、次年度に調整させていただくことがございます。ご了承ください。

◆**申し込み方法**：福島県または星総合病院ホームページより所定の申請書をダウンロードし、「福島県若年性認知症相談窓口（公益財団法人星総合病院内）」宛てに**２ヶ月以上の余裕をもって**ＦＡＸにてお申し込みください。申請書が届き次第、若年性認知症支援コーディネーターよりご連絡いたします。開催日時・講話内容について詳細な打ち合わせを行います。なお、決定した際は**決定通知書**をお送り致します。

**【お問合わせ・お申込み先】**

福島県若年性認知症相談窓口（公益財団法人星総合病院内）

TEL：024-983-8406（直通）　FAX：024-983-5588

E-Mail：ninchisyousien@hoshipital.jp

令和7年度 若年性認知症に関する講話申し込み申請書

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| テーマ | 説明用紙の【講義内容】から番号でお選びください。 | | | | | |
| 受講目的 |  | | | | | |
| 希望  開催日 | ➀令和　　年　　月　　日　（　　）  ➁令和　　年　　月　　日　（　　）  ➂　　　　　　　　　　　　　　頃  ※２ヶ月以上の余裕をもってご相談ください | | | 希望時間 | 分間 | |
| 希望  開始時間 | 時　　　分　開始 | |
| 会場 | 会場名 | | オンライン　・　参　集　　　（会場収容人数：　　　　名） | | | |
| 会場住所 | |  | | | |
| 電話(あれば) | |  | | | |
| 参加機関、団体名 | | |  | | | |
| 参加する方の主な職種 | | |  | 参加予定人数 | | 名 |
| 所属機関名  (連絡担当者) | | (下記申請者と同様であれば記入不要)　※昼間の時間帯に詳細な打ち合わせをさせていただきます。  所属：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  氏名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　 　(　 　　) | | | | |
| プログラムや  希望内容 | | ＊当日のプログラム（流れ）について教えてください。また詳細な希望があればご記入ください。 | | | | |
| 備　考 | | ＊持参してほしい機材がありましたら〇をつけてください。  パソコン・プロジェクター・スクリーン・（　　　　　　　　　　） | | | | |

**福島県若年性認知症相談窓口　行き（添書不要）　　FAX：024-983-5588**

上記のとおり、若年性認知症に関する講話を、申し込みます。

　　 住 　　所　〒(　　　　　　)

　　 申込者氏名（所属・代表者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

電話番号：　　 　 　　　　　 　 　 FAX番号：

E-MAIL（あれば）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受理年月日 | ／　　／ | 整理番号 |  |

2025/3作成