

主催 特定非営利活動法人若年認知症サポートセンター 後援 日本認知症ケア学会

平成 25 年度 若年認知症のケアに関する基礎研修

若年認知症を学ぼう

本研修は、若年認知症者のケアの必要性を感じ、その学習を希望する看護・介護等のケア専門職者や地域のサポーター（支援者）に対して、講義と演習を通じて、若年認知症ケアに関する知識をご提供し、実践に活かせる学びを得てもらうことを目的としています。

- ◆日 時： 2014年 **3** 月 **9** 日(日)10:00～17:00（受付9:30）
- ◆場 所： 新宿区障害者福祉センター 2階 会議室
- ◆定 員： 50名(定員になり次第、受付締切)
- ◆参加費： 5,000円（事前振込）
- ◆認知症ケア専門士単位：2単位
- ◆申込方法については、裏面をご覧ください。



プログラム

1 オリエンテーション

2 若年認知症の理解と支援

小山恵子先生（楓の森メンタルクリニック院長）
木舟雅子先生（医療ソーシャルワーカー）

医学知識（病気の入門編）と社会制度の活用
と実際、家族支援について学びます。

3 若年認知症の介護家族の話

若年認知症ねりまの会 MARINE
ご家族、田中悠美子（事務局長／ソーシャルワーカー）

家族の体験や想いを伺い、何に困難を抱えて、
どのような支援を求めているのか学ぶ。

4 若年認知症の理解を深めるための

グループワーク

グループワークを通して、支援についての疑
問点、課題点を話しあう。

5 全体の振り返り・まとめ

《お問い合わせ先》

若年認知症サポートセンター事務局（担当：干場・遠藤）

住所：〒160-0022 新宿区新宿 1-25-3 エクセルコート新宿 302

電話：03（5919）4186／FAX：03（5368）1956

MAIL：info@jn-support.com

受付No.

《FAX送信先 03-5368-1956》

若年認知症サポートセンター事務局 宛

申込日: 月 日

平成 25 年度若年認知症のケアに関する基礎研修 参加申込書

・氏名(ふりがな): _____

・連絡先(TEL/FAX): _____

・住所(受講者証の送付先): 〒 _____

・勤務・所属先: _____

現在の職種に○をつけて下さい。
相談職 ・ 介護職 ・ 看護職
リハビリ職 ・ 介護支援専門員
事務職・その他()

【申し込み方法について】

- ① 「参加申込書」に必要事項をご記入の上、ファックスでお送りください。
- ② 申込みと同時に、参加費 5,000 円の振込みをお願いします。
- ③ 参加費振込みが確認できましたら、「受講者証」をお送り致します。

☆☆☆☆☆

※申込み・参加費振込みは、2月28日(金)正午まで。定員になり次第、締め切らせて頂きます。
※個人情報、取り扱いに十分に注意し、本研修事業以外に使用することはございません。

【参加費振込先】

三菱東京UFJ銀行 新宿通支店 普通

店番 050 □座番号 3566594

特定非営利活動法人若年認知症サポートセンター

【会場へのアクセス】

新宿区立障害者福祉センター 2階 会議室

■地下鉄ご利用

東京メトロ東西線「早稲田駅」(高田馬場寄り出口) → 下車徒歩10分
都営大江戸線「若松河田駅」(東新宿駅寄り出口) → 下車徒歩8分

