

家族支援 プログラム 受講者募集要項



介護者の皆さんへ
あなたのための講座です

認知症の介護に
振り回されて、
疲れていませんか？

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
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 2024年7月～2024年12月（計6回開催）

場 所 福島市市民会館 5階 502号室
(福島市霞町1番52号)

募集人数 20名

受講料 無料 初回の交流会の昼食代のみ自己負担となります。
アンケート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方を介護している介護家族
(6回参加出来る方)

共催／公益社団法人認知症の人と家族の会 福島県支部
あずま通りクリニック(認知症疾患医療センター)
医療法人 慈心会 村上病院

第1回

7月5日(金)
作ろうネットワーク
介護者相談交流会

※昼食はこちらで準備いたします
担当/認知症の人と家族の会
10:00~14:00

第2回

8月2日(金)
学びましょう, 認知症のこと
認知症の基本的な知識

講師/小林 直人
介護者相談交流会
13:00~16:00

第3回

9月6日(金)
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)
講師/遠藤 裕美
介護者相談交流会
13:00~16:00

第4回

10月4日(金)
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8日(金)
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/山岸 正和
介護者相談交流会
13:00~16:00

第6回

12月6日(金)
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/村上 敦浩
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

- 小林 直人 医師(あずま通りクリニック)
遠藤 裕美 福島市吉井田地域包括支援
センター 主任介護支援専門員
尾之内直美 認知症の人と家族の会
愛知県支部代表
山岸 正和 わたり福祉会 はなひらの
デイサービス所長
村上 敦浩 医師(医療法人慈心会 村上病院)
スタッフ 認知症の人と家族の会世話人

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、事務局へ提出または郵送・FAXしてください。

締切 2024年6月21日(金) 必着

受講後のサポート

認知症の人と家族の会のつどい・研修会・相談
会等に参加できます。

事務局/公益社団法人 認知症の人と家族の会 福島県支部

〒980-8141 福島市渡利字渡利町9-6

TEL 024-521-4664 FAX 024-521-4664

ホームページ <http://www.alzheimer.or.jp/>

※「赤い羽根共同募金会」の
協力をいただいております。

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 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	勤務先名	

どなたを介護されていますか？

ふりがな 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？ 症状に気付かれたのは？ 医療機関受診 (あり・なし)	同居での介護 ・ 通っての介護 ・ その他 () 年 月頃 初診 年 月頃 診断名 () 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 (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か月 回 日間)、訪問看護 (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。