（要領-３）

横浜市若年性認知症支援コーディネーター事業委託

応募申請書

**１　医療機関の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 |  |
| 医療機関所在地 | 〒 |
| 法人所在地 | * 法人と医療機関の所在地が異なる場合は法人所在地を記入   〒 |
| 開設者 |  |
| 管理者 |  |

**２　相談支援体制**

**（１）相談室**

|  |  |
| --- | --- |
| 若年性認知症に関する  相談室の設置 | ※　該当する□にレ点を記入してください。  □専用電話・相談室を既に設置している  □現在はないが、指定までに専用電話・相談室を確保できる |
| 相談員を配置する  部署の名称 |  |
| 相談員の配置時期 | 年　　　月配置 |
| 相談対応予定日時 | 実施曜日：　　　　　　　　　実施時間：　　時　　～　　時 |
| 若年性認知症支援コーディネーターの資質向上 | ◆若年性認知症支援に係る専門性の向上に向け、若年性認知症支援コーディネーター研修及びその他必要な研修の受講等に取り組んでいるか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定も含む）】 |

**（２）　人員体制**

※　複数の職員がいる場合は、必要に応じて枠を増やし該当する全ての人を記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 相談窓口に配置される保健師、看護師、精神保健福祉士等  （１名以上） | ※保健師、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士の国家資格を有する者等で、若年性認知症の人に対する相談や支援等の実務経験を有するもの１名以上必須。  ※資格者証を有する場合は写しを添付  ※若年性認知症の人に対する相談や支援等の実務経験が分かる履歴書等を添付  所属部署：  氏名：  （保有資格名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  若年性認知症支援に係る業務年数：　　　　年 |
| ※資格者証を有する場合は写しを添付  ※若年性認知症支援に従事したことがある場合は実務経験が分かる履歴書等を添付  所属部署：  氏名：  （保有資格名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  若年性認知症支援に係る業務年数：　　　　年 |
| 若年性認知症支援コーディネーターが不在の場合の支援体制 | ※　該当する□にレ点を入れ、内容について具体的に記載してください。  □不在の場合も相談対応等を行える職員が配置されている  □不在の場合に相談対応等を引き継ぐための職員が配置されている  □不在の場合に相談対応等を行える職員や相談対応等を引き継ぐための職員の配置はない又は今後整備予定  【取組内容（予定も含む）】 |

**（３）支援内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 相談支援内容 | ◆相談者の悩み等を真摯に傾聴し、必要に応じて支援機関へのつなぎや社会資源の情報提供等相談支援を行っているか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定も含む）】 |

**３　ネットワーク構築・研修会**

**（１）ネットワーク構築**

該当する項目を○で囲み、内容について具体的に記載。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療関係者との連携 | ◆若年性認知症の人に対し、本人の状態に合わせた適切な支援が実施できるよう、医療関係者との連携を行っているか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定も含む）】 |
| 介護・福祉・保健（行政・地域包括支援センター含む）との連携 | ◆介護・福祉・保健関係者との連携を行っているか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定も含む）】 |
| 産業保健分野（企業等）との連携 | ◆産業保健分野（企業等）との連携を行っているか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【その他の取組内容（予定）】 |
| 若年性認知症自立支援ネットワーク会議の開催（必須） | ◆若年性認知症支援に係る医療・介護・福祉・保健・産業保健等との連携を図るため会議を行い連携の推進に取り組んでいるか。 |
| 【開催内容（予定含む）】  ①　会議名：  　　参加者：  　　内容：  ②　研修名：  　　　研修内容：  　　　対象者：  　　開催回数： |

**(２)　研修会**

|  |  |
| --- | --- |
| 若年性認知症支援従事者研修の開催（必須） | ◆若年性認知症支援の資質向上に係る研修開催に主体的に取り組んでいるか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定も含む）】  ①　研修名：  　　研修内容：  　　対象者：  　　開催回数：  ②　研修名：  　　研修内容：  　　対象者：  　　開催回数： |

**４　居場所づくり・社会参加支援**

|  |  |
| --- | --- |
| 本人ミーティングやつどい等の居場所への支援 | ◆本人ミーティングやつどい等の居場所の運営支援や立ち上げ支援に取り組んでいるか。  ※今後、新たに居場所等をつくる予定があれば記載ください。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定も含む）】 |

**５　普及啓発・本人発信支援**

|  |  |
| --- | --- |
| 若年性認知症の普及啓発 | ◆市民、企業、医療・介護・福祉等の関係機関等に対して、認知症の理解促進に向けた普及啓発に取り組んでいるか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定も含む）】 |
| 若年性認知症の本人発信支援 | ◆若年性認知症の人の希望や必要としていること等を発信できるよう支援に取り組んでいるか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定含む）】 |

**６　若年性認知症の支援に関する実績**

**※　件・日・人数、％は昨年度までの平均を記載。**

|  |  |
| --- | --- |
| 若年性認知症に関する相談件数（電話やメールおよび面接相談等） | 件/月 |
| 若年性認知症に関する相談員の関わり | ※　該当する□にレ点を記載。  □インテークは全件、鑑別診断後は必要時に応じて相談員が関っている  □インテーク、鑑別診断後ともに、必要時のみ相談員が関わっている  □本人、家族等から相談があったときのみ相談員が対応 |
| 64歳以下の鑑別診断件数 | 件/年 |
| 若年性認知症に関する制度や社会資源等の情報提供 | ※　該当する□にレ点を記載。  □　全件、情報提供している。  □　必要時、情報提供している。  □　相談があったときのみ、情報提供している。 |

**７　その他**

* アピールポイントについて記載。

|  |
| --- |
| （自由記載、**1000字以内**） |

**８　障害者雇用及びワークライフバランスに関する取組について**

該当する□にㇾ点を入れ、必要書類を添付してください。（実施なしの場合は不要）

（１）次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画の策定

□　策定し、労働局に届出ている（従業員101人未満の場合のみ加算）

　　※必要書類：届出の事実が確認できる「一般事業主行動計画の写し」

□　策定していない、又は策定しているが従業員101人以上

（２）女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく一般事業主行動計画の策定

□　策定し、労働局に届出ている（従業員101人未満の場合のみ加算）

　　※必要書類：届出の事実が確認できる「一般事業主行動計画の写し」

□　策定していない、又は策定しているが従業員101人以上

（３）次世代育成支援対策推進法による認定の取得（くるみんマーク）、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく認定の取得、又は、よこはまグッドバランス賞の認定の取得

□　取得している、または認定されている

※必要書類：認定通知書又は認定証の写し

□　取得していない、又は認定されていない

（４）青少年の雇用の促進等に関する法律に基づくユースエール認定の取得

□　認定されている

※必要書類：認定通知書の写し

□　認定されていない

（５）障害者雇用促進法に基づく法定雇用率2.3%の達成

□　達成している（従業員43.5人以上）、又は障害者を１人以上雇用している（従業員43.5人未満）

　　※必要書類：届出の事実が確認できる「障害者雇用状況報告書（事業主控）」（直近のもの）の写し又は事実確認ができる書類

□　達成していない（従業員43.5人以上）、又は障害者を１人以上雇用していない（従業員43.5人未満）

（６）健康経営銘柄、健康経営優良法人（大規模法人・中小規模法人）の取得、又は、横浜健康経営認証のAAAクラス若しくはAAクラスの認証

□　認定若しくは認証を受けている。

※必要書類：認定通知書の写し

□　認定若しくは認証を受けていない。