

2019年世界アルツハイマーデー記念講演会

主催：認知症の人と家族の会 群馬県（認知症高齢者介護家族等研修事業）
後援：厚生労働省 日本認知症ケア学会 協賛：群馬県地域密着型サービス連絡協議会

講演と鼎談

認知症の研究・診断・治療と本人・家族への支援を考える

認知症について、「新オレンジプラン」に代わり、今後の国の施策の方向性を示す「認知症施策推進大綱」が策定されました。そこになんとか希望を見出したいところです。9月21日の「世界アルツハイマーデー」を迎えるに当たり、皆さんにお集まりいただき、認知症の原因究明・治療から認知症の人本人と家族の生活の向上、支援について、講演と介護家族の鼎談を通して、ご一緒に考えたいと思います。

..........*.....*.....*.....*.....*.....*.....*.....*.....*.....*.....*

○**家族介護者による鼎談** 今、認知症介護家族は、何を悩み、何を望んでいるのか、日ごろの介護の経験を通して、本音で語り合います。

○**講演「認知症の研究・診断・治療と本人・家族への支援を考える」**

・講師 **東海林幹夫 先生** 老年病研究所認知症研究センター長



〈略歴〉 1980年 群馬大学医学部卒業 1984年 群馬大学医学部助手
1990年 群馬大学講師 2001年 岡山大学附属病院神経内科准教授
2006年 弘前大学附属病院神経内科教授 2019年 現職

認知症の治療と研究のスペシャリスト。
神経変性疾患や末梢神経・筋疾患の診断及び治療に当たる。
自身の研究テーマであるアルツハイマー病の病態研究をはじめバイオマーカーの研究開発にも取り組み、早期診断・早期治療の重要性を説く。

■**日時** 2019年**9月15日**（日）午後1時～4時30分（12時30分 開場）

■**プログラム**

- 午後1時 開会 主催者挨拶
- 午後1時05分 群馬県の認知症施策の特徴（群馬県）
- 午後1時15分 認知症の人と家族の会の活動
- 午後1時25分 家族介護者たちによる鼎談
- 午後2時40分 東海林幹夫先生による講演
- 午後4時10分 質疑応答
- 午後4時30分 閉会

■**会場** 群馬県社会福祉総合センター 8階ホール（定員316名）
〒371-0843 群馬県前橋市新前橋町13-12（JR新前橋駅徒歩5分）
電話 027-255-6000（お問い合わせは主催者までお願いいたします）
*駐車場に限りがあります。お乗り合わせ又は公共交通機関でご来場ください。

■**参加費**：無料（群馬県の補助事業として実施します）

■**定員**：316人（定員になり次第締め切ります）

■**お申込み・お問合せ先**：認知症の人と家族の会群馬県支部

〒371-0843 群馬県前橋市新前橋町13-12 群馬県社会福祉総合センター 7階
電話：027-289-2740 FAX：027-289-2741 メール：misato@xp.wind.jp

群馬県では、9月を「認知症理解推進月間」としています

認知症ケア専門士3単位取得講座（予）

9月21日は世界アルツハイマーデー

9月は、(国際的には)世界アルツハイマー月間

9月は、(群馬県では)認知症理解推進月間

1980年 認知症の人と家族の会発足(当時は呆け老人をかかえる家族の会)

1984年 国際アルツハイマー病協会(ADI)発足

1992年 「家族の会」がADIに加盟

1994年 9月21日「世界アルツハイマーデー」をADIが制定

この日を中心に9月一か月間、認知症の人や介護家族などへの理解と支援を広げるために、世界中でさまざまな取り組みを行っています。

世界アルツハイマーデーには、世界保健機関(WHO)、厚生労働省も後援しています。

「家族の会」の今年の世界アルツハイマーデーの標語

忘れても 一人ひとりが主人公

「家族の会」は、次のような活動を行っています。

○「認知症の人と家族のための電話相談」027-289-2740(群馬県委託事業)

○つどい(介護家族交流会)

●県央 毎月第4日曜日

●太田 偶数月第2土曜日

●館林 奇数月第1土曜日

●伊勢崎 年3回土曜日

○会報「わたぼうし」の発行(月刊)

○介護家族支援講座

○認知症サポーター養成講座

○世界アルツハイマーデー記念講演会

*つどいの日程については、念のため予めお問い合わせください。

あなたも家族の会にご参加ください

「家族の会」は、認知症の人・介護家族に限らず、専門職の方、一般の方、どなたでも入会できます。

9月15日 シンポジウム 申込用紙

下記用紙に記入しFax(027-289-2741)、またはメール(misato@xp.wind.jp)にてお申し込みください。

所属等		認知症とのかかわり
参加者氏名 (代表者に○を お願いします)		
ご連絡先	〒	
	FAX	またはE-mail

※ご記入いただきました内容につきましては、本講演会にかかる連絡以外の目的には使用しません。