

# 認知症ケアと 家族支援を考える

この春以降、認知症に関わる重要な三つの文書が出ました。

- 「2012京都文書」※(2月、実行委員会)、
  - 「介護家族の立場から見た家族支援のあり方」※(3月、「家族の会」)、
  - 「今後の認知症施策の方向性について」※(6月、厚労省)です。
- これらの文書にも触れながら、認知症ケアと家族支援について考えます。  
※「家族の会」ホームページでご覧いただけます。

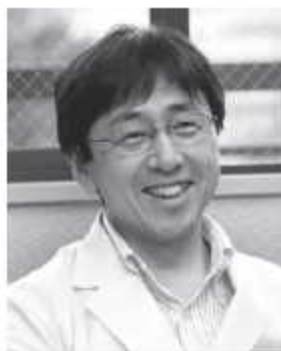
■日時 2012年 **9月9日(日)** 午後1時～4時30分  
12時30分開場

■場所 龍谷大学 アバンティ **響都ホール** (JR京都駅八条口南)

■講演 **本人と家族のための認知症ケアについて**  
～京都式“認知症ケアの定義10箇条”～

講師：京大病院老年内科診療科長

武地 一 氏




1986年京都大学医学部卒業。医学博士。  
1999年京大病院に「もの忘れ外来」を設立。  
「京都文書」作成に関わり、デルファイ法を用いて現状と今後の道筋を調査。その中から「京都式認知症ケアの定義10箇条(案)」を提唱。


■シンポジウム **いま求められる家族支援とは…**  
“気が休まらない”家族に何が必要か?

出演：鈴木 和代 氏 基調報告(京大大学院助教、「家族の会」理事)  
鎌田 松代 氏 遠距離介護者(京都桂川園副園長)  
新保 博 氏 男性介護者(元会社員)  
山下 宣和 氏 ケアマネジャー(綾都市社会福祉協議会)  
森 俊夫 氏 医師(府立洛南病院認知症疾患医療センター)  
進行：高見 国生 (「家族の会」代表理事)

■申込方法 裏面をご覧ください。 **定員 350人**

■参加費 1,000円(会員500円)〈税込〉

■主催  公益社団法人 認知症の人と家族の会

〒602-8143 京都市上京区堀川通丸太町下る 京都社会福祉会館2階  
TEL075-811-8195 FAX075-811-8188  
[ホームページ] [www.alzheimer.or.jp](http://www.alzheimer.or.jp) **家族の会** 

■後援:厚生労働省、全国社会福祉協議会、中央共同募金会、日本興亜福祉財団(予定)

■協賛:エーザイ、ファイザー、ヤンセンファーマ、第一三共、小野薬品工業、ノバルティスファーマ、京都府生命保険協会



FAXの場合は矢印の方向へ送信して下さい

**FAX: 075-811-8188**

**参加方法**

- ① 必要事項を記入し、FAXまたは郵便・メールでお送り下さい。
- ② 締め切りは8月31日(金)です。ただし、定員(350名)になり次第締め切ります。
- ③ 9月4日(火)までに、参加証(はがき)を発送します。
- ④ 賛助会員は1名のみ会員として扱います。

**申込先**

**FAX** 075-811-8188    **郵送** 表面の住所へ    **HP** [www.alzheimer.or.jp](http://www.alzheimer.or.jp)  
 下記の内容を送信してください。

**世界アルツハイマーデー記念講演会 2012 申込書**

複数参加の場合はコピーしてお使いください。

ふりがな 氏名	男 ・ 女 / 年齢		歳
区分	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 会員 (会員番号)	会報送付時の宛名ラベルに印字)
住所 〒	—		
(自宅・勤務先)			
電話番号 ( )	—	FAX番号 ( )	—
Eメールアドレス	@		
該当するものに ✓印をして下さい。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 職業として介護又は認知症に関わっている <input type="checkbox"/> ボランティアとして介護又は認知症に関わっている <input type="checkbox"/> 認知症の本人 <input type="checkbox"/> 過去に介護していた <input type="checkbox"/> 現在介護中 <input type="checkbox"/> 介護経験なし		
職業			
<small>(医療・福祉の専門職又は学生の方は、勤務先・職種(学校・専攻))</small>			

ふりがな 氏名	男 ・ 女 / 年齢		歳
区分	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 会員 (会員番号)	会報送付時の宛名ラベルに印字)
住所 〒	—		
(自宅・勤務先)			
電話番号 ( )	—	FAX番号 ( )	—
Eメールアドレス	@		
該当するものに ✓印をして下さい。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 職業として介護又は認知症に関わっている <input type="checkbox"/> ボランティアとして介護又は認知症に関わっている <input type="checkbox"/> 認知症の本人 <input type="checkbox"/> 過去に介護していた <input type="checkbox"/> 現在介護中 <input type="checkbox"/> 介護経験なし		
職業			
<small>(医療・福祉の専門職又は学生の方は、勤務先・職種(学校・専攻))</small>			