

おおいた認知症きぼうフォーラム

参加無料



語ろう！望む暮らしをかなえるために

本フォーラムは、オレンジドクター5単位、認知症ケア専門士2単位の取得が可能です。

令和6年

日時

2月24日 土 14:00
16:00

会場

ハイブリット開催 オンライン及び会場

(大分県消費生活・男女共同参画プラザアイネス)
※会場には駐車場がございません。近隣のコインパーキングをご利用ください。

参加無料・要事前申込

締切日：2024年2月16日（金）

会場定員

100名

プログラム

講演・パネルディスカッション



講演1 山中しのぶ氏 (若年性認知症当事者、一般社団法人「セカンド・ストーリー」代表、高知家希望大使)

【略歴】1977年生まれ。高知県南国市在住。3人の男の子の母。2018年に認知症を扱ったテレビドラマを観ていた息子に認知症を疑われ受診し、2019年2月に若年性アルツハイマー型認知症と診断を受ける。当時、携帯販売の営業職として15年間勤務していたが、体調を崩し2021年に退職。後に(一社)「セカンド・ストーリー」設立、デイサービス「はっぴい」を開所。講演会などで自身のことをお話する等の活動もしています。

山中さんの言葉：どれだけ仲が良い家族がいても、ひとりになる瞬間があります。私は、第二、第三の家族になりたい。誰も一人にさせたくないって思っています。同じような思いをする人を作りたくないんです。

講演2 戸上守氏 (若年性認知症当事者、大分県希望大使)



認知症の診断後、「なでしこガーデン」と出会い、懸命にリハビリと活動を続け、今では多くの仲間ができました。現在は大分市のデイサービスに通いながら週1回仕事をしています。失敗しながらですが毎日やりたいことに挑戦できています。認知症になっても幸せに生きることはできるはずです。

講演3 小野未架氏 (臼杵市医師会地域包括支援センターコスモス認知症地域支援推進員)



支援される側・支援する側という関係ではなく、どのようにしたら、暮らしている地域の中で、本人の力を発揮できるのかをみんなで考えていく事で、地域資源や地域の方々との新たな出会いが生まれました。そして何よりも、本人の「何がしたい」という思いが1番大切なんだと気づきました。

ゲストコメンテーター 一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ 代表理事 藤田 和子氏

コーディネーター：井上 雅公 (大分県医師会 常任理事) / 小野 光美 (大分大学医学部看護学科 准教授)

▼お申し込みはこちらから！

どなたでもお申し込みいただけます

右記のQRコード又は裏面のFAX送信票でお申し込みください。



主催

おおいた認知症 web フォーラム実行委員会
株式会社 QTmedia 大分支店 大分県福祉保健部高齢者福祉課

おおいた認知症きぼうフォーラム 申し込み用紙 (FAX 送信票)

お申し込み先

大分県高齢者福祉課

FAX 番号

097-506-1738

おおいた認知症きぼうフォーラム申し込み

お名前	ふりがな 氏名	所属先または お住まいの市町村
メールアドレス	電話番号	
参加方法	※希望する参加方法に☑チェックを記入してください。 <input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン (Zoom)	
参加者区分	※該当する項目に☑チェックを記入してください。 <input type="checkbox"/> 認知症のご本人 <input type="checkbox"/> 認知症の方のご家族 <input type="checkbox"/> 行政関係 <input type="checkbox"/> 介護関係機関職員 <input type="checkbox"/> 医療関係機関職員 <input type="checkbox"/> 一般の方 <input type="checkbox"/> その他 ()	
同席者について		
※一緒に参加する方のお名前、所属 (又はお住まいの市町村) をご記入ください。		
お名前	ふりがな 氏名	所属先または お住まいの市町村
※該当する項目に☑チェックを記入してください。 <input type="checkbox"/> 認知症のご本人 <input type="checkbox"/> 認知症の方のご家族 <input type="checkbox"/> 行政関係 <input type="checkbox"/> 介護関係機関職員 <input type="checkbox"/> 医療関係機関職員 <input type="checkbox"/> 一般の方 <input type="checkbox"/> その他 ()		
※一緒に参加する方のお名前、所属 (又はお住まいの市町村) をご記入ください。		
お名前	ふりがな 氏名	所属先または お住まいの市町村
※該当する項目に☑チェックを記入してください。 <input type="checkbox"/> 認知症のご本人 <input type="checkbox"/> 認知症の方のご家族 <input type="checkbox"/> 行政関係 <input type="checkbox"/> 介護関係機関職員 <input type="checkbox"/> 医療関係機関職員 <input type="checkbox"/> 一般の方 <input type="checkbox"/> その他 ()		

2月16日(金)までにお申し込みください

たくさんのご参加、
お待ちしております♪



問合せ先

大分県高齢者福祉課地域包括ケア推進班 097-506-2695