

2025認知症の日（アルツハイマーデー）記念講演

認知症の人と家族を支える 支援とは

2025年 9 月 21 日 (日曜)

13:00~16:15 (12:30開場)

群馬県社会福祉総合センター 8階ホール

参加費：一般 500円（当日会場にてお支払いください）

：家族の会会員 無料

定員：100名

申し込み：Peatixサイト または 裏面FAX にてお申し込みください

<https://kazokugunma-nintisyounohi2025.peatix.com>



「話したら楽になりました」「聞いてもらってよかった」

目の前の問題がすぐに解決しなくても、負担が軽くなったように感じる瞬間があります。

反対に、解決への具体的な方法を示してもらったのに、心が萎んでゆくように感じることもあります。

では「支援」とはなんなのか？『ナラティブ・ソーシャルワーク “〈支援〉しない支援”の方法』の著者 荒井浩道先生とともに考えます。

第一部 「家族の会」の役割 「つどい」と「家族の会」の紹介

介護家族の語らいの場である
「つどい」雰囲気や悲喜交々、
模擬形式でお見せします

第二部 記念講演

『ナラティブ・アプローチの立場から考える 本当に必要な支援とは』

クライアントが抱える問題の主人公はクライアント自身です。支援者にできるのは、その言葉に耳を傾け、同じ場所、同じ時間、同じ物語を共有すること。このような考え方をナラティブ（物語）・アプローチと言います。福祉の現場には今、「支援しない支援」が必要なのではないかと思います

講師：荒井浩道 / 駒澤大学教授

1973年群馬県生まれ

早稲田大学大学院修了 博士（人間科学）

駒澤大学文学部社会学科社会福祉学専攻教授

著書『ナラティブ・ソーシャルワーク “〈支援〉
しない支援”の方法』（新泉社）

共著『ソーシャルワーカーのミラー混沌の中
にそれでも希望の種を蒔く』（生活書院）ほか
多数



後援：厚生労働省 群馬県 日本認知症ケア学会

群馬県社会福祉士会 群馬県介護福祉士会 群馬県介護支援専門員協会

群馬県ホームヘルパー協議会 群馬県看護協会

協賛：群馬県地域密着型サービス連絡協議会

*群馬県社会福祉協議会社会福祉振興基金対象事業

「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7F

Tel: 027-289-2740

Mail: misato@xp.wind.jp

<http://www.ninchishokazoku-gunma.jp>

Time Table

分かり合える人との出会いを求めて

群馬県支部代表 田部井康夫

13:00 開会 代表挨拶

13:05～ 県挨拶
認知症に関する県政報告

13:25～ 第一部
「家族の会」の役割

14:20～ 休憩

14:30～ 第二部 記念講演
「ナラティブ・アプローチの立場から見る
本当に必要な支援とは」

質疑応答

16:15 閉会

1979年、10組の認知症介護家族が集まり語り合いました。
「自分だけだと思っていた苦労がそうではなかった。」「ひとの話はそっくり自分のことのようにです。」という言葉が聞かれました。自分の話に共感してもらえ、人の話を自分のこととして涙を流す。そこには何にもかえがたい安心感がありました。この集いの場を全国に広めようとの思いが形になり、翌1980年1月、「呆け老人をかかえる家族の会」として「家族の会」は生まれました。現在では47都道府県全てで「つどい」が開催されています。

2000年に介護保険制度が導入され、介護を取り巻く環境には変化があったと思います。しかし家族としてのやるせなさ、切なさは、制度の中では拾いきれない、変わらない部分です。今回の記念講演では、「家族の会」の活動の中心である「つどい」に焦点を当てながら、支援とは何か、皆さんと考えたいと思います。

「認知症の人と家族の会」の主な活動

●介護家族のつどい

- ・県央 毎月第4日曜日
- ・太田 偶数月第3土曜日
- ・館林 奇数月第3土曜日
- ・伊勢崎 奇数月第2土曜日
- ・桐生 偶数月第2土曜日
- ・渋川 毎月第2日曜日

*変更の可能性があります。
ホームページ、または電話でご確認ください。

●電話相談（群馬県委託事業/月～金）

027-289-2740

●会報「わたぼうし」の発行（毎月）

●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 等、啓発活動

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

申込用紙（FAX専用） 027-289-2741

	参加者氏名	ケア専門士 単位修得希望	参加者氏名	ケア専門士 単位修得希望
(代表者を先頭に記入してください)		あり・なし		あり・なし
		あり・なし		あり・なし
		あり・なし		あり・なし
連絡先 (代表者)	〒			
	電話(必須)	メール(必須)		