



これからの認知症施策 ～本人、家族にとって、本当に必要なもの～

2019年2月17日【日】

開演 10:00
(開場 9:30)

YMCA国際文化センター(大阪)

→裏面の地図をご参照ください。

10:00 開会挨拶

鳥羽 研二 国立長寿医療研究センター 理事長
杉浦 昭子 杉浦記念財団 理事長

来賓挨拶

江澤 和彦 日本医師会 常任理事
茂松 茂人 大阪府医師会 会長
羽生 春夫 日本老年医学会 理事
小玉 剛 日本歯科医師会 常務理事



10:20 講演

最新の認知症施策の動向

田中 規倫 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室 室長

11:00 シンポジウム1 認知症の人を支える医療・介護の課題

座長: 荒木 暁子 日本看護協会 常任理事

座長: 岡田 進一 日本認知症ケア学会 理事

シンポジスト: 藤田 和子 日本認知症本人ワーキンググループ 代表理事

初期診断から、新たな人生を創り出すために

鈴木 森夫 認知症の人と家族の会 代表理事

認知症の人と家族の初期の暮らしと必要な支援

熊谷 頼佳 日本慢性期医療協会 常任理事

認知症の人は医療職をどのようにみているか? ~医療介護者は認知症の人の気持ちを理解しているだろうか?~

佐々木 薫 日本認知症グループホーム協会 副会長

認知症ケアの拠点としてのグループホーム

12:30▶14:00

昼食休憩

14:00 シンポジウム2 認知症医療の最新情報 ~認知症と診断されたら~

座長: 有澤 賢二 日本薬剤師会 常務理事

座長: 渡辺 俊介 国際医療福祉大学大学院 教授

シンポジスト: 柳澤 勝彦 国立長寿医療研究センター 研究所長

アルツハイマー病の早期発見:バイオマーカーの利活用について

鈴木 貴彰 医薬品医療機器総合機構 審査専門員

認知症治療薬開発に対するPMDAの取り組み

櫻井 孝 国立長寿医療研究センター もの忘れセンター長

認知症の予防法 ~確かな証拠はあるのか~

三根 浩一郎 全国老人保健施設協会 副会長

認知症短期集中リハビリテーションの紹介

淵野 勝弘 日本精神科病院協会 常務理事

成年後見制度と意思決定支援の在り方

15:30 閉会挨拶

西澤 寛俊 全日本病院協会 名誉会長

主催 国立長寿医療研究センター、認知症医療介護推進会議

共催 杉浦記念財団

後援 大阪府医師会、厚生労働省、国立精神・神経医療研究センター、全国老人福祉施設協議会、全国老人保健施設協会、全日本病院協会、日本医師会、日本介護支援専門員協会、日本介護福祉士会、日本看護協会、日本歯科医師会、日本精神科病院協会、日本認知症学会、日本認知症グループホーム協会、日本認知症ケア学会、日本認知症本人ワーキンググループ、日本慢性期医療協会、日本薬剤師会、日本老年医学会、日本老年看護学会、日本老年精神医学会、認知症介護研究・研修センター、認知症の人と家族の会

(五十音順)

日本認知症ケア学会 認知症ケア専門士単位 認定:3単位

第6回 認知症医療介護推進フォーラム

2019年2月17日(日)

開演 10:00
(開場 9:30)

YMCA国際文化センター(大阪)

下記3通りのいずれかの方法でお申し込みください。

申込締切 2月1日(金)



下記URLよりアクセスしてください。

<http://www.ncgg.go.jp/zaitakusuishin/ninchi/index.html>



下記の番号までご連絡ください。
(FAXの場合は、この用紙の記入欄に
必要事項をご記入の上お送りください。)

FAX:0562-45-2732



通常はがき

通常ハガキに必要事項をご記入の上、
下記申し込み先住所までお送りください。

【必要事項】

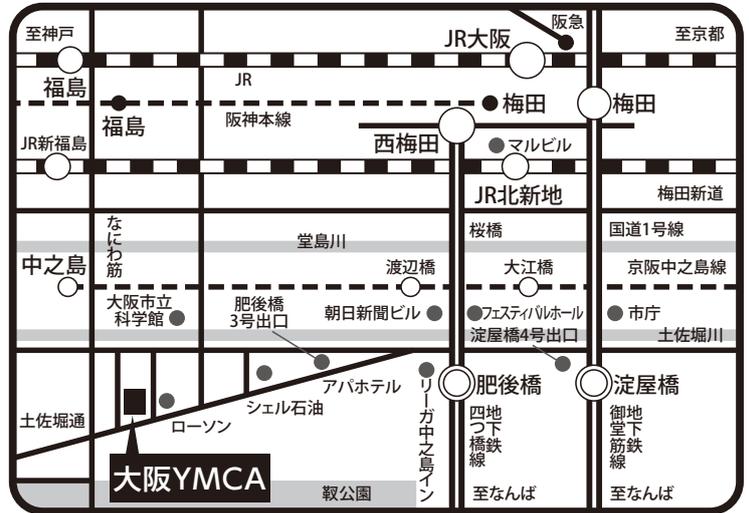
- ①代表者氏名 ②年代 ③性別
- ④参加人数(代表者を含む) ⑤郵便番号
- ⑥住所 ⑦電話・FAX番号
- ⑧同行者の氏名・年代

※お預かりした個人情報は、事務局にて厳重に管理いたします。

公益財団法人 大阪YMCA YMCA国際文化センター

〒550-0001 大阪府大阪市西区土佐堀1丁目5-6

※駐輪場・駐車場はございません。



当選発表は、厳正なる抽選のうえご招待状(はがきにて)の
発送をもって発表にかえさせていただきます(2月初旬)

問い合わせ先
申し込み先

問い合わせ先: 杉浦記念財団認知症医療介護推進フォーラム事務局

TEL:0562-45-2731 (平日 10:00~17:00)

申し込み先: 〒474-0011 愛知県大府市横根町新江62番地の1
杉浦記念財団 認知症医療介護推進フォーラム係宛

FAX:0562-45-2732

代表者	フリガナ	ご年代	ご性別	ご参加人数
	代表者ご氏名	歳代	男・女	人
	〒 -			
	ご連絡先(住所)	※郵便番号ご住所(番地・マンション名)を正確にご記入頂く様お願い致します。		
	お電話番号 () -	FAX番号 () -		
	該当するご職業に ○をつけてください	医師 看護師 歯科医師 薬剤師 介護福祉士 ケアマネジャー 認知症ケア専門士 その他の医療・介護職 () 一般		

同行者	ご氏名(フリガナ)	ご年代	該当するご職業に○をつけてください。
		歳代	医師 看護師 歯科医師 薬剤師 介護福祉士 ケアマネジャー 認知症ケア専門士 その他の医療・介護職 () 一般
		歳代	医師 看護師 歯科医師 薬剤師 介護福祉士 ケアマネジャー 認知症ケア専門士 その他の医療・介護職 () 一般

※このフォーラムは日本認知症ケア学会認知症ケア専門士単位認定講座(3単位)です

※申込時にお知らせいただいた個人情報は、本フォーラムの入場整理券の発送および受付業務にのみ利用いたします。