

第1回 認知症医療介護推進フォーラム

認知症医療介護の動向を踏まえた、多職種連携フォーラム

認知症でも地域で穏やかに暮らすために

2014年2月23日(日) 開場 9:30 開演 9:45 定員:350名 **参加無料**

今池ガスビル 今池ガスホール(9F) 名古屋市中種区今池1-8-8 地下鉄[東山線・桜通線]今池駅下車 10番出口直結

9:45 **【開会挨拶】** 大島伸一(独立行政法人国立長寿医療研究センター 総長)
杉浦昭子(一般財団法人杉浦地域医療振興財団 理事長)

【来賓挨拶】 高杉敬久(公益社団法人日本医師会 常任理事)
柵木充明(公益社団法人愛知県医師会 会長)

10:05 **【講演】 最近の認知症政策の動向**
原 勝則(厚生労働省 老健局 局長)

10:30 **【基調講演】 <認知症の治療とケア 最新の動向>**

I: 認知症と共に歩む

座長: 松下正明(地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 理事長)
演者: 本間 昭(一般社団法人日本認知症ケア学会 理事長)

11:20 **II: 多職種協働による認知症に強い街づくり**

座長: 森 啓(日本認知症学会 理事長)
演者: 玉井 顯(医療法人敦賀温泉病院 病院長)

12:10 **【ランチョンセミナー】** 共催: エーザイ株式会社

家族を含めた多職種連携の取り組み

座長: 遠藤英俊(独立行政法人国立長寿医療研究センター 内科総合診療部長)
演者: 新井平伊(公益社団法人日本老年精神医学会 理事長)

13:20 **【パネルディスカッション】 <多職種の認知症エキスパートがお答えする>**

認知症何でも相談室

●コーディネーター

鳥羽研二(独立行政法人国立長寿医療研究センター 病院長)
百瀬由美子(日本老年看護学会 理事)

●パネラー

高見国生(公益社団法人認知症の人と家族の会 代表理事)
永島 徹(NPO法人風の詩デイホーム風のさんぽ道 社会福祉士)
島橋 誠(公益社団法人日本看護協会 看護研修学校
認定看護師教育課程 認知症看護学科 主任教員)
鷺見幸彦(独立行政法人国立長寿医療研究センター 脳機能診療部長)

15:20 **【閉会挨拶】** 齋藤訓子(公益社団法人日本看護協会 常任理事)



お問い合わせ先 ● 独立行政法人国立長寿医療研究センター、認知症医療介護推進会議
企画経営部在宅医療推進課 <http://www.ncgg.go.jp/cgss/ninchi.html> (認知症医療介護推進フォーラム)
〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾35 TEL:0562-46-2311(内線:7641) 事務:渡邊(平日9:00-17:00)

お申し込み先 ● 一般財団法人杉浦地域医療振興財団 **事前のお申し込みが必要です。下記のいずれかでお申し込みください。**

● ホームページ <http://sugi-zaidan.jp/>

● FAX:0566-72-2901 裏面の申込用紙に下記の事項をご記入の上、FAXにて送信してください。

① 代表者ご氏名、② ご参加人数、③ ご職業(医師、看護師、薬剤師など)、④ ご性別、⑤ ご年齢、⑥ ご住所、⑦ FAX番号、
⑧ 認知症に関するご質問がありましたら、ご記入ください。 ※受講票をFAXで送信しますので、FAX番号は必ずご記入ください。

● 往復ハガキより 往復葉書に上記の①～⑧の事項をご記入の上、お送りください。
宛先:〒446-8550 愛知県安城市三河安城町1丁目8番地4 認知症フォーラム係

主催 ● 独立行政法人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 ● 一般財団法人杉浦地域医療振興財団

後援 ● 公益社団法人愛知県医師会、厚生労働省、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター、公益社団法人全国老人福祉施設協議会、公益社団法人全国老人保健施設協会、公益社団法人全日本病院協会、公益社団法人日本医師会、一般社団法人日本介護支援専門員協会、公益社団法人日本介護福祉士会、公益社団法人日本看護協会、公益社団法人日本歯科医師会、公益社団法人日本精神科病院協会、日本認知症学会、公益社団法人日本認知症グループホーム協会、一般社団法人日本認知症ケア学会、一般社団法人日本慢性期医療協会、公益社団法人日本薬剤師会、一般社団法人日本老年医学会、日本老年看護学会、公益社団法人日本老年精神医学会、公益社団法人認知症の人と家族の会(法人名以下五十音順)

第1回 認知症医療介護推進フォーラム

認知症医療介護の動向を踏まえた、多職種連携フォーラム [認知症でも地域で穏やかに暮らすために]

2014年2月23日(日)開催

◆ 申込書 ◆

FAX:0566-72-2901

締切り 2月16日(日)

●下記にご記入のうえ、FAXにて送信してください。
※受講票をFAXで送信しますので、FAX番号は必ずご記入ください。

(フリガナ) 代表者 ご氏名	()	ご参加 人数	
ご職業	*該当するものにレ点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他[]		
ご性別	男 ・ 女	ご年齢	歳
ご住所	〒 -		
FAX	*受講票をFAXで送信しますので、必ずご記入ください。 () -		
ご質問	*認知症に関するご質問がありましたら、ご記入ください。		

ありがとうございました。

※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。

FAX送信先 0566-72-2901