

認知症医療・ケアにおけるこれからの役割と活動

日時:2014年10月18日(土) 13:00~16:30(受付:12:00~)

定員
100名

■会場:神奈川産業振興センター ※会場の詳細は裏面をご覧ください。

■対象:医師・保健師・看護師・訪問看護師・薬剤師

■受講料:無料

趣旨

「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」が策定、公表され今後の自治体での取り組みや地域包括支援センターにおける支援業務の普及・定着が急がれます。

限られた地域資源の中で、各々の職務で果たすべき役割や業務はさらに大きくなる事が予想されます。

また今後ますます、地域住民の健康ニーズを分野横断的に把握・評価し、効率の良いサービスを展開することが求められています。

高齢者保健における活動を効果的に展開していくためには、地域の中で主体的な住民参加を促し、保健師をはじめとする関係機関や専門職、住民が協働していくことが必要であり、その成果は5年、10年先に繋がる地域包括医療・ケアの基盤となることでしょう。

つきましては、今後の高齢者保健における普及・啓発を目指し、必要で正しい最新の知識及び、質の高い情報を提供すべく、

保健師・看護師・訪問看護師・薬剤師等の医療関係者の方々限定で、セミナーを開催させていただきます。

12:00 ~ 受付 ※母子保健事業団とノバルティス ファーマ製品関連の展示も行っています

13:00~13:05

開会挨拶

総合司会:小田原 俊成先生<横浜市立大学附属市民総合医療センター 精神医療センター部長>

講演 ①

認知症の予防・治療・ケア

13:05~14:05

講師:勝瀬 大海先生<横浜市立大学附属病院 精神科 認知症疾患医療センター センター長>

講演 ②

オレンジプランと横浜市の認知症施策について

14:05~14:25

講師:堀内 俊幸氏 <横浜市健康福祉局高齢健康福祉部 高齢在宅支援課長>

14:25~14:40 休憩

講演 ③

認知症医療・ケアにおける保健師への期待

14:40~15:00

講師:塩崎 一昌先生<横浜市総合保健医療センター 地域精神保健部長・精神科担当部長>

講演 ④

認知症における保健師の役割

15:00~15:40
(各20分)

講師:石原 千草氏 <横浜市健康福祉局高齢健康福祉部 高齢在宅支援課 認知症等担当係長>

講師:高橋 しのぶ氏 <横浜市保土ヶ谷区高齢・障害支援課 高齢者支援担当係長>

パネルディスカッション
(質疑応答)

認知症の予防・治療・ケアにおける保健師への期待

15:40~16:20

司会:小田原 俊成先生<横浜市立大学附属市民総合医療センター 精神医療センター部長>

ディスカッサント:石原 千草氏 勝瀬 大海先生 塩崎 一昌先生 高橋 しのぶ氏 堀内 俊幸氏 (五十音順)

16:20~16:30 閉会(アンケート回収)

会場案内

神奈川産業振興センター

〒231-0015
横浜市中区尾上町5-80
TEL:045-633-5000
FAX:045-633-5018



- ・地下鉄関内駅 7番出口より徒歩2分
- ・JR関内駅北口より徒歩5分
- ・JR桜木町駅より徒歩7分
- ・みなとみらい線馬車道駅 3番出口より徒歩7分



お申し込み方法

下記①か②のいずれかの方法でお申込みください

①ホームページ https://creektive.com/hokenshi_yokohama/よりご登録ください。

②下記の申込書に記入の上、FAX:03-5227-5565へこの面のみ送信してください。

※Webもしくは、FAXで申込みいただき、ご登録が完了すると事務局より参加証をお送りいたします。

●当日参加証を必ず受付にご提出ください。

※お申込みいただき次第、登録となります。

※先着順の受付となりますが、集計システムの都合上、①の登録が優先となります。

※定員を超え、ご参加いただけない場合のみ連絡させていただきます。

●個人情報の取扱いについて●

ご提供いただく情報(個人情報を含む)は、ノバルティス ファーマ(株)のホームページのプライバシーポリシーに公表されている利用目的、または法令に基づく使用目的以外では利用いたしません。この内容に同意いただいたうえでお申込みください。

参加申込に関するお問合せ

東京都文京区関口1-23-6 プラザ江戸川橋310 株式会社 ストリームス 内
FAX:03-5227-5565 mail:jimukyoku@sec-information.net

介護保健指導者対象セミナー 横浜会場 申込み用紙

このままご送信ください。

所属名:	TEL	()
	FAX	()
(フリガナ)	職種(○を付けてください)		
申込者氏名:	医師・保健師・看護師・訪問看護師・薬剤師		
参加証送り先(住所):	(〒	—)
	都	道	市
	府	県	区
			町
			村

※職種には必ず印をつけてください。
※複数のお申込みがある場合は、コピーしてお使いください。

▲ お申込み先:FAX 03-5227-5565 ▲