

保健師・看護師向け認知症セミナー開催のお知らせ

# 認知症医療・ケアにおける これからの役割と活動

日時:2013年12月6日(金) 13:00~16:00(受付:12:30~)

■会場:リジェール松山 ※会場の詳細は裏面をご覧ください。

■対象:保健師・看護師・訪問看護師の医療関係者に限ります。  
※誠に申し訳ありませんが、ケアマネージャ・介護士等、医療関係者以外の方の参加はご遠慮いただいております。

■受講料:無料

定員  
100名

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

講演 ① 13:05~13:35

### “オレンジプランと愛媛県の認知症施策について”

講師:兵頭昌子先生(愛媛県長寿介護課 主幹)

12:30~13:00  
受付

13:00~13:05  
開会挨拶

講演 ② 13:35~14:15

### “認知症ケアにおける看護職の役割”

講師:陶山啓子先生(愛媛大学医学部看護学科 教授)

14:15~14:25  
休憩

講演 ③ 14:25~15:25

### “地域で取り組む認知症の予防と治療、ケア”

講師:谷向知先生(愛媛大学医学部附属病院 認知症疾患医療センター 副センター長)

パネルディスカッション 15:25~15:55

### “認知症医療・ケアにおけるこれからの 保健師・看護師に期待される役割”

司会:谷向知先生(愛媛大学医学部附属病院 認知症疾患医療センター 副センター長)  
陶山啓子先生 兵頭昌子先生(五十音順)

15:55~16:00  
閉会  
(アンケート回収)

会場案内

# リジェール松山

〒790-8555 愛媛県松山市南堀端町2-3 (JA愛媛8F)

TEL 089-948-5631 FAX 089-948-5632

飛行機

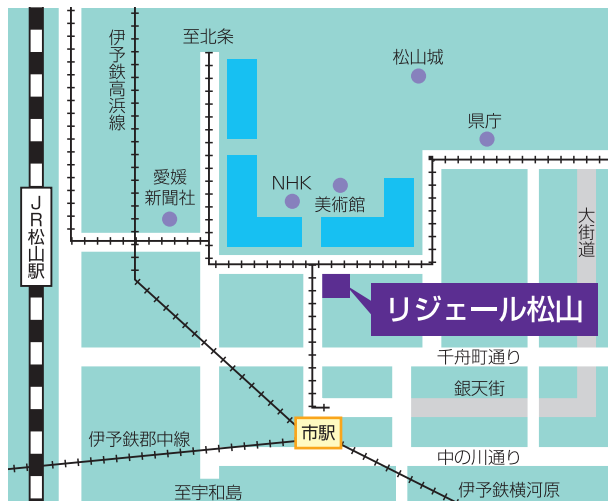
松山空港よりタクシーで20分  
バス(市駅下車)で35分

電車

JR松山駅よりタクシーで5分  
伊予鉄松山市駅より徒歩5分

車

松山自動車道路松山ICより  
車で30分



## お申込み方法

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 [http://creektive.com/hokenshi\\_ehime/](http://creektive.com/hokenshi_ehime/)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およびFAXをいただき、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。

●当日は参加証を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。参加証は必ず当日受付でご提出ください。

※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。

お問合せ先 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

TEL:03-5227-5563 FAX:03-5227-5565(9時~17時 土・日・祝日を除く)

## 介護保健指導者対象セミナー 愛媛会場 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) 申込者(代表者)氏名:	職種(○を付けてください) 保健師・看護師・訪問看護師	
参加証送り先(住所): (〒 - )	都道 府県	市区 町村
同伴者氏名①:	保健師・看護師・訪問看護師	
同伴者氏名②:	保健師・看護師・訪問看護師	
同伴者氏名③:	保健師・看護師・訪問看護師	

※同伴者の方で参加証を直接郵送ご希望の場合は、申込用紙を別にお送りください。

申込用紙はコピーしてご使用下さい。

※申込者及び同伴者様の職種は必ず印をつけてください。

▲ お申込み先:FAX 03-5227-5565 ▲