

指導者(医師・保健師・看護師)のための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:2014年7月5日(土) 12:45~16:30(受付 12:00~)

■会場:新大阪丸ビル新館 ※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、ケアマネージャー・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。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

製品紹介

12:45~13:00

認知症治療薬に関するご紹介 ノバルティス ファーマ(株)

13:00~13:05 開会挨拶

総司会:数井 裕光先生 <大阪大学大学院 医学系研究科 精神医学分野 講師>

講演 ①

13:05~13:25

オレンジプランと大阪府の認知症施策について

講師:植木 堅二氏 <大阪府 福祉部高齢介護室 介護支援課長>

講演 ②

13:25~13:45

認知症における保健師への期待

講師:釜江 和恵先生 <(公財)浅香山病院 認知症疾患医療センター長>

講演 ③

13:45~14:45

認知症における保健師の役割

講師:室谷 牧子先生 <関西医療大学 保健看護学部 保健看護学科 講師>

講師:佐藤 博美氏 <大和高田市保健部地域包括支援課 課長>

講師:林 瑞穂氏 <大阪市福祉局 高齢者施策部 高齢福祉課 担当係長>

※各20分

14:45~15:00 休憩

講演 ④

15:00~15:50

認知症の予防・治療・ケア

講師:中西 亜紀先生 <大阪市立弘済院附属病院 認知症疾患医療センター長>

パネルディスカッション (質疑応答)

15:50~16:30

認知症の予防・治療・ケアにおける保健師・看護師への期待

司会:数井 裕光先生 <大阪大学大学院 医学系研究科 精神医学分野 講師>

ディスカッサント:植木 堅二氏 釜江 和恵先生 佐藤 博美氏 中西 亜紀先生 林 瑞穂氏 室谷 牧子先生 (五十音順)

16:30 閉会(アンケート回収)

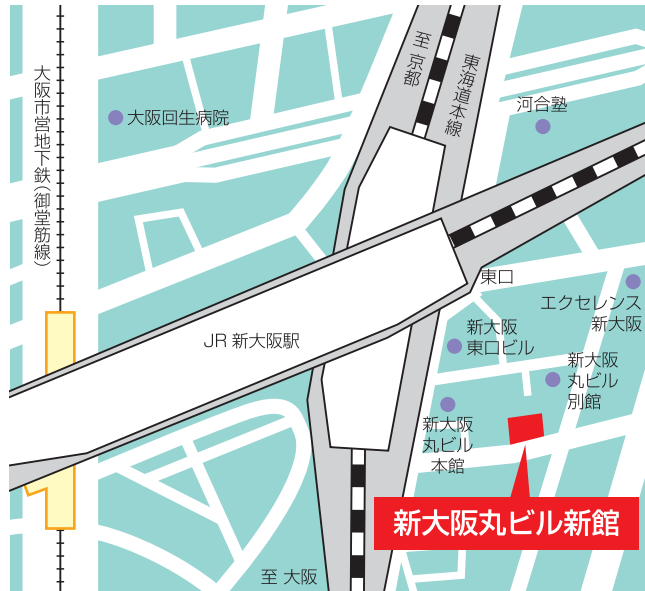
会場案内

新大阪丸ビル新館

〒533-0033
大阪市東淀川区東中島1-18-27
TEL:06-6320-6000
FAX:06-6320-0744

電車

- ・JR新大阪駅東口より徒歩2分
- ・地下鉄御堂筋線新大阪駅
5、6番出口より徒歩8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 https://creektive.com/hokenshi_osaka/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。

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(9:00~17:00 土・日・祝日を除く)

介護保健指導者対象セミナー 大阪会場 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(代表者)氏名:	医師・保健師・看護師・訪問看護師
参加証送り先(住所): (〒 -)	都道市 府県町村
同伴者氏名①:	医師・保健師・看護師・訪問看護師
同伴者氏名②:	医師・保健師・看護師・訪問看護師
同伴者氏名③:	医師・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ください。

※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 ▲