



認知症治療研究会

認知症治療を変える

第3回認知症治療研究会

一般参加
募集中

2017年

日時

2月26日(日) 10:00 → 17:00 (開場 9時30分)

会場

パシフィコ横浜 メインホール

神奈川県横浜市西区みなとみらい1-1-1 会議センター1F

対象

医療・介護従事者
当研究会に関心がある方

定員

事前申込制 **300** 名 ※定員に達し次第
締め切ります。



- ・みなとみらい線「みなとみらい駅」より徒歩3分
- ・JR線「桜木町駅」より徒歩12分
- ・横浜市営地下鉄「桜木町駅」より徒歩14分

参加費

2,500円
(「抄録・プログラム集」込み 当日、会場受付でお支払ください。)

申込方法

裏面をご参照ください

締切

2017年 2月20日 (月)

お互いの信頼に基づいた真の認知症医療・介護連携を目指して
医師とコメディカルによって設立された認知症治療研究会が、
今年も一般参加者を募集します。

- 本当の認知症医療を分かり易く伝授します。
- 利用者さんと家族が笑顔になる方法を分かり易く伝授します。

一緒に学びませんか？ きっと、貴方の明日も変わります。是非ご参加ください。

認知症治療研究会とは

超高齢社会を迎える現代において、国民皆様が健やかでしあわせな生活を送るために、日本全国で認知症の最新治療が受けられることが必要になっています。そのために、以下の2点が重要です。

- 1-今まで認知症を専門にしていなかった医師にも積極的に認知症の診察にあたっていただく
- 2-認知症臨床で得た有益な知識を認知症臨床に携わる全ての方に共有していただく

認知症治療研究会は、それらを実現する為に設立されました。

力を合わせれば、いまを越えられます。

プログラム

- 10:00~10:05 会長挨拶 堀 智勝
- 10:05~11:45 講演 座長:河野 和彦
 1)精神保健福祉士からみた認知症と家族の問題 / 演者:小原 秀和 (精神保健福祉士)
 2)私がコウノメソッド実践医になった理由 / 演者:松野 晋太郎
 3)薬剤師からみたコウノメソッド処方について / 演者:松本 明男(薬剤師)
 4)(一社)抗認知症薬の適量処方を実現する会について / 演者:長尾 和宏
- 12:00~12:45 ランチョンセミナー 座長:藤本 司
 「コウノメソッドの神髄を語る」 / 演者:白土 綾佳
- 13:00~13:50 特別講演 座長:岩田 明
 「点滴療法と認知症」 / 演者:柳澤 厚生
- 14:00~15:20 講演 座長:長尾 和宏
 「認知症の前頭葉機能について考える」 / 演者:河野 和彦
- 15:30~16:00 公募発表 座長:松嶋 大
 1)「DLB家族介護者の経験からみえてきた可能性」 / 演者:栗岡 紀世美(介護家族)
 2)「コウノメソッド治療を受けられない環境下での介護方法の構築」 / 演者:瀬川 睦(介護福祉士)
 3)「船橋市川でのコウノメソッド勉強会開催の取り組み」 / 演者:西條 由理(ケアマネジャー)
- 16:00~16:30 講演 座長:松嶋 大
 「抗認知症薬の作用と副作用」 / 演者:平川 亘

※終了時間はあくまでも予定です。進行の状況で若干の遅れが生じることがあります。予めご了承下さい。

ファックス

認知症治療研究会

ホームページにて

<http://www.jsdt.org/>

お申込み **03-5540-8976** または

お申込みは先着順となります。下記、必要事項をご記入のうえ、**FAX (03-5540-8976)** までお申し込みいただくか、認知症治療研究会のホームページ (<http://www.jsdt.org/>) よりお申込みください。複数名で参加を申し込まれる方は人数及び参加者全員のご氏名をお書きください。

ランチョン(昼食) セミナーのお弁当(お茶付き)は有料・事前申込み制です(1人分@1,500円(税込))。

当日注文はできませんので、必要な方は必ず参加申込みと同時にご注文をお願いします。(締切:2017年2月20日(月))

2月上旬より参加証ハガキ(またはメール)をお送り致します。当日は参加証をご持参の上お越しください。参加証メールを受け取られた方は、印刷してお持ちの上お越しください。(参加証が届かない場合は、お問い合わせください。)

ご氏名 (複数名の場合は 代表者名)	お電話番号			- -	
ご連絡を差し上げることがあります。日中連絡の取れる番号を記載ください。					
人数	名	(有料・事前申込み制) お弁当注文数 (お茶付き) @1,500円(税込)	ヶ	お弁当が不要の場合は 必ず「不要」に○をしてください	不要
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※宛先不明で戻ってくる場合があります。勤務先の場合は必ず社名・施設名・建物名をお書きください。					
参加証 ご送付先					
○で囲んでください。 よろしければ病院名・施設名 など所属先をお書きください。		・医師 ・医療関係者 ・介護支援専門員 ・介護従事者 ・介護家族 その他 ()			
		所属	<input type="checkbox"/> 参加証送付先と同じ		
■複数名で申し込まれる場合は参加者全員のご氏名をお書きください。参加証は代表者様へお送り致します。					

※お客様より取得した個人情報については、目的以外での利用、及び無断での第三者への開示は一切いたしません。

第3回認知症治療研究会 大会事務局

東京都中央区新川2-9-6-7F 株式会社グロービア内

●お問い合わせ E-mail : info@jsdt.org TEL:03-6228-3376 WEB : <http://www.jsdt.org>