

.....

社団法人 愛媛県作業療法士会

第10回 公開講座

認知症ケア、みんなで作る支援の輪

～地域を活かして、地域で支える～

日時：平成21年8月2日(日) 9:50～15:10

場所：松山市民会館
中ホール
松山市堀之内

TEL 089-931-8181(代表)

主催：社団法人 愛媛県作業療法士会

協賛：社団法人 認知症の人と家族の会 愛媛県支部

----- 後援(予定) -----

愛媛県、松山市

愛媛県医師会、松山市医師会、愛媛県看護協会、愛媛県理学療法士会、愛媛県言語聴覚士会、全国病院理学療法協会愛媛県支部、愛媛県社会福祉協議会、愛媛県介護福祉士会、愛媛県社会福祉士会、愛媛県地域包括・在宅介護支援センター協議会、愛媛県ホームヘルパー協議会、愛媛県福祉サービス協会、愛媛県老人福祉施設協議会、愛媛新聞社、NHK松山放送局、南海放送、テレビ愛媛、あいテレビ、愛媛朝日テレビ、愛媛CATV

*(社)日本作業療法士協会生涯教育単位認定対象講座となります。

ご案内

社団法人愛媛県作業療法士会では旬なテーマを選び、毎年多くのご参加者のもと、公開講座を開催しています。

今回は、10回記念講座として認知症を取り上げ、「認知症ケア、みんなで作る支援の輪」をテーマとして、地域における認知症の方とご家族を支える体制を中心に考えてまいります。

認知症はご家族が相談しにくい問題を抱え込むことが多く、大きな負担、介護疲れの原因となります。地域の協力は、この課題の解決に有効な手段となります。

ロビーにおいては、作業療法の展示、作業療法士による認知症支援に関する研究の掲示、福祉用具の展示等を行います。また、協賛頂いております「認知症の人と家族の会」愛媛支部の皆さんが、様々なご相談に対応して頂けるコーナーなども開設いたします。

講演会には認知症介護研究・研修東京センター、研究部副部長 永田 久美子先生を講師としてお迎えします。永田先生は、都道府県、指定都市が行っている「認知症介護指導者養成研修」の講師として、また一般の皆様にも分かりやすい講演内容で、認知症介護の講師として全国から高い注目を集めておられます。

この機会に認知症を理解し、ご本人やご家族を支援する一員としてご参加下さい。

どなたでもご参加下さい!

プログラム

9:20 ~	受付
9:50 ~ 10:00	開会式
10:00 ~ 12:00	講演会
12:00 ~ 13:30	昼食、展示・相談コーナー等
13:30 ~ 15:00	フォーラム
15:00 ~ 15:10	閉会式

☒ **講演** 10:00 ~ 12:00

テーマ 『認知症を支える』

講師 認知症介護研究・研修東京センター研究部副部長 永田 久美子先生

☒ **フォーラム** 13:30 ~ 15:30

『認知症を支えるネットワーク』

－永田 久美子先生 ご略歴－

新潟県出身。千葉大学大学院看護学修士課程修了。

学生時代から地域や病院、施設で認知症の人と家族を支援する活動を続けてきている。

東京都老人総合研究所を経て、2000年8月から現職。認知症の人と家族がともに自分らしく暮らしていくための支援と町づくりをテーマに、本人ネットワーク支援、認知症の人と家族を中心にケア関係者が協働で支援を進めていくための方法「センター方式」を考案してチームでの支援を普及、地域が連携した支援体制づくりなどに取り組む日々。

著書、論文多数。審議会等委員多数。講演のため全国各地を飛び回る。

☐ 昼食時 展示コーナー

- 1、 愛媛県作業療法士会紹介コーナー
- 2、 認知症相談コーナー、権利擁護相談コーナー
- 3、 福祉用具、介護用品展示

☐ 参加資料代(公開講座冊子と愛媛県作業療法士会編集・お役立ち集)

一般 1,000 円 中・高校・学生 無料(学生証を持参下さい)

☐ 定員

600 名(定員を超えた場合はお断りする場合があります)

☐ 会場

松山市民会館

ホームページ <http://www.maps.or.jp/mcph/index.html>

※会場には駐車場がございません。公共交通機関をご利用下さい。

■ 申し込み

メール、FAXにて 7月25日締め切り

※多数の参加が予想されるため、事前申し込みをお願い致します。

メール: ot_ehime@hotmail.com FAX: 089-915-8801

項目は送信表をご参照下さい。(FAXの場合はこのページをそのまま送信して下さい。)

※ お申し込みの個人情報は適正に取り扱いたします。

■ 問い合わせ

愛媛県松山市花園町3-6 愛媛医療専門大学校 池之上

TEL 089-915-5355

送付先 : 愛媛県作業療法士会 公開講座事務局 FAX 089-915-8801 愛媛県松山市花園町3-6 愛媛医療専門大学校内					
発信元: 住 所 : _____ 参加代表者 : _____ (お仕事) T E L : _____ 送信文は不要ですので、本用紙のみお送りください。					
氏 名	年 齢	お 仕 事	氏 名	年 齢	お 仕 事

