

令和6年1月24日
午前9時00分**在宅医療・介護連携市民フォーラムを開催します**

医療と介護の両方が必要な状態となっても住み慣れた地域で暮らしていけるよう、在宅医療と介護の連携について考えるフォーラムを次のとおり開催します。

記

- 1 日時 3月20日（水・祝日） 午後1時30分～3時30分
- 2 場所 一関文化センター 中ホール（大手町2-16）
- 3 主催 一関市、一関市医療と介護の連携連絡会
- 4 テーマ 認知症になっても安心して生活できる地域づくり
- 5 内容
 - (1) 講演
 - 【演題】 認知症世界の歩き方
 - 【講師】 特定非営利活動法人イシュープラスデザイン 黒川 夕紀
 - (2) 行政説明
 - 【内容】 認知症の方への支援 ～認知症あんしんガイド～
 - 【説明】 一関市福祉部長寿社会課職員
- 6 参加料 無料。どなたでも参加できますが、事前の申し込みが必要です。
- 7 申し込み 3月14日（木）までにチラシに記載の二次元コードからオンライン、または申込書をFAX（21-4656）により申し込んでください。

<黒川 夕紀 氏 プロフィール>

大学卒業後、看護師・保健師の資格を取得。看護師として内科系病棟、訪問看護ステーションに勤務。仙台市市民活動サポートセンターにて地域で活躍する市民の取材・執筆、研修の企画・運営を担当。2017年より保健師として新宿区地域包括支援センターに勤務し、認知症事業や生活支援体制整備事業に携わる。2023年よりissue+designに参画し、主に認知症世界の歩き方のプロジェクトを担当。

<一関市医療と介護の連携連絡会について>

医療と介護の連携に関する課題解決のための方策や具体的事例の検討、医療従事者と介護従事者が相互に必要な知識・技術の習得などを通じ、医療と介護の円滑な連携を深め、地域住民への医療・介護サービスの適切な提供に努めることを目的に平成24年3月に一関市が設置しました。

一関市医師会、一関歯科医師会、一関薬剤師会、市内県立病院、居宅介護支援事業所協議会、介護施設協議会、岩手県、平泉町、一関市などで構成しています。

問い合わせ先

〒021-0026 岩手県一関市山目字前田13-1 一関保健センター内
健康子ども部健康づくり課地域医療係 主任主事 高橋正太
電話：(0191)21-2160（ダイヤルイン） FAX：(0191)21-4656
メールアドレス：hokesen@city.ichinoseki.iwate.jp



入場無料

定員 300名
申込先着順

認知症になっても 安心して生活できる地域づくり

～認知症を知ることから始めよう～

日時 令和6年 **3月20日** **祝水** 午後1時30分～3時30分

会場 **一関文化センター 中ホール**

午後1時40分～3時10分 [90分]

講演

演題 **認知症世界の歩き方**

講師：特定非営利活動法人イシュープラスデザイン **黒川 夕紀 氏**

説明

午後3時10分～3時30分 [20分]

認知症の方への支援 ～認知症あんしんガイド～

説明：
一関市長寿社会課

講師
紹介

黒川 夕紀 氏

issue+design

(特定非営利活動法人イシュープラスデザイン)

プロフィール

大学卒業後、看護師・保健師の資格を取得。看護師として内科系病棟、訪問看護ステーションに勤務。仙台市市民活動サポートセンターにて地域で活躍する市民の取材・執筆、研修の企画・運営を担当。2017年より保健師として新宿区地域包括支援センターに勤務し、認知症事業や生活支援体制整備事業に携わる。2023年よりissue+designに参画し、主に認知症世界の歩き方のプロジェクトを担当。

お申し込み方法

FAXとオンラインで受け付けています。詳しくは裏面をご確認ください。

お願い：会場の駐車場には限りがあります。なるべく公共交通機関または会場付近の駐車場などご利用ください。
参加に当たっては、マスクの着用・咳エチケットの励行など感染予防対策にご協力ください。

認知症になっても安心して生活できる地域づくり ～認知症を知ることから始めよう～

参加申込書

●日時/令和6年3月20日(水・祝) 13:30～15:30 ●会場/一関文化センター 中ホール
この申込用紙か申込フォームに必要事項をご記入の上、お申し込みください。


申し込み締め切り **3月14日(木)** ※定員になった場合は締め切ります

ファックスでお申し込みの場合

この申込用紙に必要事項をご記入の上、宛先までお送りください。

宛先 **一関市 健康づくり課**
FAX 0191-21-4656

フォームからお申し込みの場合



右の二次元バーコードよりお申し込みください。

参加者(代表)	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者
	連絡先電話番号	連絡先FAX番号	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者	<input type="checkbox"/> 行政の方

複数名でお申し込みされる場合は、以下にご記入ください。

参加者(代表以外)	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者
	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者	<input type="checkbox"/> 行政の方
	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者
	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者	<input type="checkbox"/> 行政の方

講師の方にご質問があれば、ご記入ください。

※ 参加申し込みされた方の氏名や電話番号などの個人情報は、個人情報の保護に関する法律に基づき取り扱います。
※ 参加申し込みされた皆様(複数名で申込の場合は代表者様)に、開催中止や変更などのご連絡をする場合があります。