

# 認知症“共生社会の広がり”と “備えの進化”の最新状況

事前登録制  
参加費  
無料



●開催日時 | 2026年1月18日(日)  
13:00~17:00 (開場 12:30)

●参加方法 | 会場 JR ゲートタワーカンファレンス (名古屋駅隣接) [定員: 先着120名]  
| Web オンラインウェビナー (Zoom) [定員: 3,000名] ●申込方法 | 裏面をご覧ください

13:00 開会挨拶

荒井 秀典 国立長寿医療研究センター 理事長  
杉浦 昭子 杉浦記念財団 理事長

来賓挨拶

江澤 和彦 日本医師会 常任理事  
鴻江 圭子 全国老人福祉施設協議会 参与

13:30 講演  
(オンライン)

「最新の認知症施策の動向」

野村 晋 厚生労働省老健局 認知症施策・地域介護推進課 認知症総合戦略企画官

14:00 パネルディスカッション

「誰もが自分らしく生きられる社会の実現に向けて」

ファシリテーター: 鳥羽 研二 東京都健康長寿医療センター 名誉理事長  
パネリスト: 横山 麻衣 藤枝市地域包括ケア推進課 認知症地域支援推進員  
「認知症の人とともに築く地域」  
久保 亜紀子 藤枝市 認知症ご本人  
「認知症になってからも希望を持った未来をもちたい」  
藤田 和子 日本認知症本人ワーキンググループ 相談役理事  
和田 誠 認知症の人と家族の会 代表理事  
武地 一 藤田医科大学医学部認知症・高齢診療科 教授

15:20 シンポジウム

「認知症の備えの最新動向と今後の可能性」

座長: 浦上 克哉 日本認知症予防学会 理事  
田中 稔久 日本認知症学会 理事  
シンポジスト: 武田 章敬 国立長寿医療研究センター もの忘れセンター長  
「認知症薬物療法の最前線」  
藤原 佳典 東京都健康長寿医療センター 研究所 副所長 (社会科学系)  
「認知症予防から共生へ: シームレスな社会参加型アプローチ」  
島田 裕之 国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター長  
「健康増進へ向けた活動的なライフスタイル形成のためのデジタル技術の活用」  
内門 大丈 医療法人社団彰耀会 メモリーケアクリニック湘南 理事長/院長  
「認知症の備えを地域で育む — HIRATSUKAモデルの実践」

16:50 閉会挨拶

田中 稔久 日本認知症学会 理事

主催: 国立長寿医療研究センター、認知症医療介護推進会議

共催: 公益財団法人 杉浦記念財団

後援: 愛知県、厚生労働省、国立精神・神経医療研究センター、全国老人福祉施設協議会、全国老人保健施設協会、全日本病院協会、東京都健康長寿医療センター、名古屋市医師会、名古屋市社会福祉協議会、日本医師会、日本介護支援専門員協会、日本介護福祉士会、日本看護協会、日本歯科医師会、日本神経学会、日本精神科病院協会、日本認知症学会、日本認知症グループホーム協会、日本認知症ケア学会、日本認知症本人ワーキンググループ、日本認知症予防学会、日本慢性期医療協会、日本薬剤師会、日本老年医学会、日本老年看護学会、日本老年精神医学会、認知症介護研究・研修センター、認知症の人と家族の会 (予定、法人名以下五十音順)

# 認知症“共生社会の広がり”と“備えの進化”の最新状況

## お申込み方法



参加方法をお選びいただき、いずれも下記URLもしくは2次元バーコードからお申込みください。

<https://www.ncgg.go.jp/zaitakusuishin/ninchisho/13forum/>



1

## 会場参加 | 先着:120名

申込締切 **1月4日（日）17:00**

【会場】JR ゲートタワーカンファレンス

〒450-6616 愛知県名古屋市中村区名駅1-1-3 JRゲートタワー16階

【最寄駅】名古屋駅（JR、名鉄、近鉄、名古屋市営地下鉄）



2

## WEB参加 | ライブ配信 (Zoom)

同時最大接続  
**3,000名**

申込締切 **1月12日（月）17:00**

## お申込みに必要な情報（参考）

|                         |                                                                        |                                                 |                                                                                  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ                    | ご年代                                                                    |                                                 |                                                                                  |
| ① お名前                   | ② 歳代                                                                   |                                                 |                                                                                  |
| 〒 -                     |                                                                        |                                                 |                                                                                  |
| ③ ご住所                   | ※郵便番号ご住所（番地・マンション名）を正確にご記入いただくようお願いいたします。                              |                                                 |                                                                                  |
| ④ お電話番号                 | ( ) -                                                                  |                                                 |                                                                                  |
| ⑤ メールアドレス               | @                                                                      |                                                 |                                                                                  |
| ⑥ ご所属先                  | A) 行政<br>D) 介護保険サービス事務所<br>F) 民間企業                                     | B) 地域包括支援センター<br>G) 教育機関                        | C) 医療機関<br>E) 社会福祉協議会<br>H) その他 ( )                                              |
| ⑦ ご職業                   | A) 認知症のご本人・ご家族<br>F) 介護福祉士<br>I) 理学・作業療法士<br>L) その他医療介護職<br>O) その他 ( ) | B) 医師・歯科医師<br>G) 社会福祉士<br>J) 精神保健福祉士<br>M) 行政職員 | C) 薬剤師<br>D) 保健師<br>E) 看護師<br>H) (主任) 介護支援専門員<br>K) 公認心理師・臨床心理士<br>N) 認知症地域支援推進員 |
| ⑧ 本フォーラムをどこでお知りになりましたか？ | A) 勤務先・所属団体からの連絡<br>D) 国立長寿医療研究センターのHP<br>F) その他 ( )                   | B) 都道府県・市町村からの連絡<br>E) その他のHP                   | C) 広報誌                                                                           |
| ⑨ 日本認知症ケア学会 認知症ケア専門士の方  | → 単位認定 要 ・ 不要                                                          |                                                 |                                                                                  |

## お申込みにあたっての注意事項

- ▶ 会場参加については、先着順とさせていただきます。定員に達し次第受付を終了させていただきます。
- ▶ 会場参加者については、「参加証はがき」を1月9日頃に発送いたします。**当日、必ずご持参ください。**
- ▶ 本フォーラムご参加による駐車場料金のサービス等はございません。
- ▶ お申込み時に頂く個人情報は、本フォーラムへの参加申込、お知らせ、次回の案内や今後のプログラム検討時の参考等に利用し、その他の目的では使用いたしません。

## 問合せ先

## 第13回認知症医療介護推進フォーラム 事務局

（国立長寿医療研究センター 企画経営部 認知症・在宅医療推進課）

TEL:0562-44-5651（内:5370）平日9:00～15:00

Email:zai-jimu@ncgg.go.jp