（様式２）

**三重県連携型認知症疾患医療センター運営事業意向調書**

記入日：平成　　年　　月　　日

三重県連携型認知症疾患医療センター（以下、センター）を運営するにあたり、取組方針等を記入してください。

１．センター運営の考え方

|  |
| --- |
| 本県指定のセンターとしての運営方針を記載してください。また、特に力を入れたいと考える役割を示してください。 |
|  |

２．専門医療相談業務について

|  |
| --- |
| 本県指定のセンターとして、専門医療相談業務の取組方針について記載してください。また、特に力を入れたいと考える役割を示してください。 |
|  |

３．関係機関・地域との連携について

|  |
| --- |
| 認知症疾患を診療する上での他医療機関や地域との連携について、その連携方法や連携を円滑にするための取組などを記載してください。（今後の予定も含む） |
|  |

４．認知症に関する研修・情報発信・普及啓発について

|  |
| --- |
| （１）研修の主催または他機関と連携しての研修を含め、今後地域における認知症専門医療に係る研修にどのように取り組む予定か、記載してください。 |
|  |
| （２）認知症疾患医療センターとしての地域への情報発信、広報についてにどのように取り組む予定か記載してください。（※認知症疾患医療センターであることを示すリーフレットの作成・配布やホームページ等への掲載を含む）また、地域への認知症医療に関する理解を促す普及活動についてどのように取り組む予定か記載してください。（※一般、自治体、公共団体向けリーフレットや書籍等の作成、監修などの協力を含む） |
|  |

５．特記すべき事項

|  |
| --- |
| その他、センターの運営に関して特記すべき事項を具体的に記載してください。 |
|  |