地域連携拠点機能に関する実績

※令和６年度の実績をご記入ください。

１．地域の認知症医療従事者や地域包括支援センター職員、認知症の人の家族や地域住民等を対象とした研修会の開催

【　　　　　　回】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 対象者（職種） |  |
| 参加者数 |  |
| 内　　容 |  |
| ② | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 対象者（職種） |  |
| 参加者数 |  |
| 内　　容 |  |

２．他の主体が実施する研修への協力

【　　　　　　回】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 実施主体名 |  |
| 協力内容 |  |
| ② | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 実施主体名 |  |
| 協力内容 |  |

３．地域の保健医療関係者、福祉関係者、市町村及び地域包括支援センター等との連携を目的とした会議の開催

　□　自院が独自に開催している【　　　　　　回】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 参加者数 |  |
| 参加市町村名 |  |
| 内　　容 |  |
| ② | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 参加者数 |  |
| 参加市町村名 |  |
| 内　　容 |  |

* 自治体の会議を活用し、それに参加している【　　　　　　回】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 実施主体名 |  |
| 参加市町村名 |  |
| 内　　容 |  |
| ② | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 実施主体名 |  |
| 参加市町村名 |  |
| 内　　容 |  |

４．地域への認知症医療に関する情報発信や認知症に関する理解を促す普及啓発の取組み

　□ 無

　□ 有

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 方 法 |  |
| 対象者 |  |
| 内　容 |  |
| ② | 方　法 |  |
| 対象者 |  |
| 内　容 |  |

【記入要領】

・１については、自院が主催（主体的に実施）したものを記入してください。

・講師派遣のみ、当日の研修の運営の手伝いのみ、企画にあたってのアドバイザー等、企画・開催に主体的に関与しないものは２に記入してください。

・４については、他機関が作成する普及啓発を目的とした配布物・書籍等の監修などの協力を含みます。

・実施内容が分かる資料を添付し、資料の右上に１-①、１-②…と対応する番号を付してください。なお、実施内容が分かる資料がない場合は、その理由を「内容」欄に記入してください。

・欄が不足する場合は、適宜欄を追加してください。