

平成23年度第2回千葉県認知症対策推進協議会 議事概要

開催日時：平成24年2月15日（水） 午後2時～4時15分

開催場所：千葉県教育会館 新館5階会議室

出席者：出席委員 21名、欠席委員 7名

その他講師、オブザーバー、関係課・事務局職員等出席者 18名、合計39名

議題：

1. 平成23年度作業部会の報告及び平成24年度事業について
2. 次期高齢者保健福祉計画に係る認知症対策について

配付資料

①次第、②委員名簿、③座席表

資料1 平成23年度作業部会の実施状況

資料2 平成24年度 認知症支援事業

資料3 認知症連携パス千葉県標準モデル試案

資料4 千葉県高齢者保健福祉計画（案）

（資料4と記載してありませんが、139ページまでの厚い冊子です。）

その他に、認知症連携パスのガイドライン、今後のフォーラム等の周知チラシが3種類

本日は、協議会の委員の皆様他に、作業部会の委員の皆様にもオブザーバーとしての出席の御案内をさせていただきました。本日御出席の委員とオブザーバーにつきましては、委員名簿と座席表を御確認いただきたいと思います。

猪田室長；それでは、会議次第に従いまして、進行させていただきます。

井上担当部長

～～ あいさつ ～～

猪田室長；それでは、今後の議事進行は、設置要綱第5条の規定により、伊豫会長にお願いすることといたします。よろしくお願いいたします。

伊豫会長；それでは、議長を務めさせていただきますので、よろしく お願いいたします。さっそく議題に入りたいと思います。旭委員が少し遅れるとの連絡がありましたので、作業部会の報告も含む議題1を後にして、まず、先に議題2の「次期高齢者保健福祉計画に係る認知症対策について」から始めたいと思います。

議題 2

説明

意見

植松委員

先ほど予防の話がでたが、介護予防というのは分かるが、認知症予防というのは危険。認知症についてよく知らない人は、予防すれば認知症にならないと思ってしまう。認知症は予防したらならない、ということはない。認知症の症状の進行を遅らせるような取り組みはあるかもしれないが、認知症予防して起こさないことはありえないので、「認知症予防」という曖昧な表現では一般の人に誤解を与えてしまうと思う。

伊豫会長

認知症予防の表現についてどうか。

細井委員

わたしも植松委員の言うとおりに、認知症は何かで予防できるとは考えていない。誰でも認知症になり得ることを前提として対策を考えていくことが重要。

伊豫会長

現実には血管性等さまざまな認知症がある。生活習慣病予防が、認知症を遅らせたり、軽微にするといった影響を与えると思う。認知症をすべて予防することは不可能であるが、遅らせたり、軽症化させることは可能であるから、そういった取り組みについて「予防」という言葉以外ではかたに表現はあるか。

三島木委員

私のところにも、「認知症にならないための教室をやってくれ」と依頼が多いため、3月に市の委託で行う予定である。しかし、あちこちで「〇〇は認知症予防に効果がない」とDrが発表しており翻弄され、結局、「認知症にならないための工夫教室」という名称にした。認知症にならないための対策は、結局は一般の生活改善であるから、それを前面に出して行く予定でいる。参考までに。

また保健福祉計画の指標について意見であるが、4番目に、サービス付き高齢者向け住宅数を増やすとある。これについて、ただ増やされるだけでは不安である。サービス付き高齢者向け住宅について、評価し、質が落ちないようにする工夫も必要。現実にはひどいところもあるのでお願いしたい。

伊豫会長

質の担保への言及もお願いしたい。

海村委員

70頁に「認知症連携担当者を配置」および「顧問として認知症サポート医を配置」とある。この事業について個別の事業記載となると14頁106番の「認知症疾患医療センターの設置」とあるけれども、サポート医を顧問として配置することについては記載が無いと思われる。15頁にある「認知症サポート医養成」にも、地域包括支援センターに配置するという文言が無いようである。70頁に書いてあることについてお金がでることは決まっているのか。

できれば認知症のサポート医が活躍できる場を増やすべきだと医師会は考えている。そのための策の1つとして、地域包括支援センターに、すべてとは言えなくとも、各市町村に1名計54名くらいは、顧問としてサポート医を配置できるようにすることを考えている。顧問に手当がつくような配慮があるとなおよいが、いずれにせよ計画についても0が一つ増えるくらいになればと思っている。すぐにできると思わないし、医師会の全ての医者が賛成するかも不安はあるが、追い追いはそういった体制にすることを考え行かなくてはならないと思う。長野県は実施しているようである。よって、そういった関係のことを何かしら入れてもらえるとありがたい。

高齢者福祉計画の「認知症サポート医を養成する」という部分に「活躍できる場を増やす」、「地域包括支援センターへ顧問としての配置を推進」等の文言が入ればと思う。

伊豫会長

集計では「顧問」として記載される予定である。12頁にも入れる予定である。

脇本委員

2点あるが、1点目は70頁の図だが、右側の地域包括支援センターの下に「認知症連携担当者を配置」とあり、その下に「認知症介護指導者研修修了者等」という記述がある。これは連携担当者に関する記述だと思うが、認知症の連携担当者向けの研修は「認知症地域支援推進研修」が記述として正しいのではないか。

2点目は67頁の具体的施策の「1.認知症に対する正しい理解の普及・啓発」について。事務局から、地域の具体的なものがよいとの話が先ほどあった。指標について「4.認知症対策の推進」に「4-1-1 認知症サポーター養成の受講者数増加」とあるが、認知症サポーター数自体は当初の目標100万人を超え全国に300万人受けられたとあるので、ただ養成講座を受けた方の人数を記すのではなく、その後の活動内容の記述も入れて頂けるとよい。

伊豫会長

1 点目の研修体制について。

事務局（櫛引）

図の差し替えの件について、かなり古い資料であるので、齟齬が生じている。ご指摘いただいた点については、その通りである。また、「担当者」とあるが、ここはコーディネーターとして位置付ける予定である。

伊豫会長

具体的な活動も入れて頂けるということか。

事務局（櫛引）

はい。

梶原委員

70 頁の図は、本人、家族等が小さな扱いになっている。認知症を支えるネットワークであるので本人・家族が中心となり、周りの社会資源でサポートしていく、ということで、地域包括ケアシステムの図の方がイメージが分かりやすいと思う。

同じ頁の上の「地域包括支援センター」と「市内の他の地域包括支援センター」の区別がつきにくい。上の「地域包括支援センター」は、各市にある地域包括支援センターのうち1か所、という意味・イメージでよいのか確認でしたい。

伊豫会長

最初の件については修正していく A3 の案でよいか。地域包括支援センターのイメージはどんな感じなのか。

事務局（櫛引）

市内にはいくつも地域包括支援センターはあるので、その一つが他と連携していくとご理解していただきたい。

伊豫会長

点があって、周りと連携していくといった感じだろうか。

植松委員

70 頁の図について。本人・家族を中心としてどのようにネットワークを作って支え合っていくかという図なので、先に指摘があったように本人・家族がもう少し大きく真ん中

にないとおかしいとは思う。しかし、一方で、いつも本人と家族と一緒に真ん中で、支えられる立場にあるかのように一括りになるのは、家族としては居心地が良くない。

本人を支えるという視点では、家族も本人を取り巻くチームの一員となる場合もたくさんある。そこを配慮してもらいたい。

伊豫会長

ケアギバーという考え方もあるが、これは必ずしも家族だけでなくより身近にケアしていく人たちを指すと思う。その辺も含めて考えて、一番中心は本人、家族ケアギバーもあると考えてよいのではないか。

細井委員

70頁の図について。大きく認知症疾患医療センター全国150カ所とあるが、千葉県は3カ所にと書いてあるので、全県からその3カ所に集中してしまう。むしろ、認知症疾患医療センターが近くに無い地域の方が広いので、そこにおいて医療の支援体制どういふふうに行われるのを盛り込むことが重要だと思う。

伊豫会長

千葉市だと認知症疾患医療センターを1カ所つくることになっているが、千葉大でやることになっている。例えば千葉大では神経内科の神原教授が中心としてやると思うが、具体的な診療行為は千葉大ではあまりやらない。患者さんへの情報提供とネットワークづくりのお手伝いをする形である。そういう意味で、認知症疾患医療センターは専門医療を提供するということなので、そういう場面になると県内3カ所に集中してしまうことが考えられる。その辺をどう工夫するのかご意見をいただきたい。

細井委員

精神科であれ、一般の科であれ、全ての医療機関で認知症にきちんと対応してもらうことが望ましく、その上で専門的に認知症疾患医療センターがバックアップするという流れが形としてふさわしいと考えている。

目黒委員

70頁について。地域包括支援センターがこういう位置関係にあるのは、具合が悪いのではないか。市町村の中の、1つの地域包括支援センターだけの位置付けだけあって、他の地域包括支援センターは、あたかも直接的な関わり方は無く、支援を受ける立場のように描かれている。しかし、全ての地域包括支援センターは同じ立場性をもって認知症の患者や家族に関わるべきだと思う。この図は、コーディネーターの配置について配慮して描かれていると思うが、地域包括支援センターは120カ所程度しかないのだから、すべてに

コーディネーターが配置されて然るべきと考える。また、描かれているように1センターが他のセンターを支配するというような動きは非常に取りづらと思う。

それぞれで異なるが、地域包括支援センターは直営と委託が現実にある。直営の位置づけと委託の位置づけについて、ここで違ってしまうのには違和感がある。もしこのように書くのであれば、地域包括支援センターは行政の高齢支援として行政（公立）の高齢支援センターとして位置付けた方がよいと思う。

助川委員

認知症疾患医療センターも全国150カ所であれば、コーディネーターを置く地域包括支援センターも150カ所にし、疾患センターとコーディネーターのいる地域包括支援センターとで1対1の関係をつくる構想がある。そうして、疾患センターとコーディネーター（地域包括支援センター）とが密な関係で仕事をして、その周りの地域包括支援センターへ一緒に連携を図っていくという図であった。右側の地域包括支援センターは基幹型のイメージであり、そこにコーディネーターを置くというイメージだったが、そこが抜けているのでわかりにくかったと思う。補足させていただく。

伊豫会長

コーディネーターについて。認知症の方々に関わる医療・介護支援に関して、複数の施設や人が関わっているため、きちんとした知識があるコーディネーターがいないと難しい。そこで核となる地域包括支援センターを設置し、そして、そこにコーディネーターを置いていただくことで、周辺と個人の情報・連絡を集約できるようにする場所がセンターだと思う。

事務局によると、今後も修正していくということである。修正したものを皆様にみてもらう時間を提供して下さるようである。そういうことで、ご意見をいただきたい。

眞鍋委員

福祉計画の指標項目ですが、例えば認知症の連携パスについて、指標項目に利用機関数が書かれているが、本来は患者、利用者の数を指標とする方がよいのではないか。

ほかについても、施設の数よりも、そこをどう利用したかのほうが重要な指標なのではないか。

事務局（櫛引）

まだ、全然精査されていない部分であるので、御意見をいただきながら出来る限り対応していきたい。

伊豫会長

何人が利用したかということも当然重要だが、一方、必要な支援の機関がそろっているかどうかも大切なので、そういったことを念頭に置きながら指標を考えてほしい。

西委員

計画の19頁の一番上のところについて。地域格差については70頁のところ、150の認知症疾患医療センターと150の地域包括センターでコーディネーターを置くとあるが、それでは全然地域格差が治まっていない。パスをどう使うか、専門職をどう配置するかを考えるこの段階において、これではこの3カ年の中で地域格差がより大きくなることに繋がると思う。サポーター医の養成が大切。認知症コーディネーターが、一か所に一人というマンツーマンの対応では無理。センターがないところでコーディネーターが活躍する場があるはず。コーディネーターの養成は速やかにかつ大規模にしていかなないと格差が治まらないのではないかと。

同じく70頁について。地域に住み続けることが大前提なので、医療連携等はあくまで住み続けるための一手段である。ケアマネをはじめとするサービスや施設をここに入れて考えていくことが、地域に住み続けるという福祉計画の基本になっているのだと思う。

伊豫会長

認知症コーディネーターを養成し地域格差の解消に役立てる、ということと、ここでは施設が中心に描かれているが、ケアマネが連携の中心になったり、プログラムの中心となる人の役割が分かる方がよい。

助川委員

今回の介護保険制度改正のなかで、グループホームについて、緊急時の空所利用でショートステイが利用できるようになった。在宅で混乱している方がグループホームを利用できる制度ができていますので、在宅で一時的にケアが困難になった場合の対策の推進として、③に追加させていただきたいと思う。

伊豫会長

今後パブリックコメントの際にも、意見があればお願いしたい。また、それぞれの関係団体からもご意見頂ければと思う。

議題 1

資料 1 を説明

資料 2 を説明

伊豫会長

資料 3 の表をみると生年月日と〇〇発・〇〇宛とあるが、この A と B の関係に加え、様々なところが関係してくるかもしれないので、このグラフも同じく提供すれば、患者を支えているシステムもわかると思うので変えた。

旭委員から補足説明はあるか。

旭委員

今回、4カ所の地域で作業部会を開催させていただいた。サポート医との話の中で、各地区で熱心に取り組んでいることを感じた。サポート医の日頃の活躍を参考にさせていただいた。

連携パスの話をした際、脳卒中のものはわずかに上手くいっているが、他の糖尿病・心臓病等の連携パスは上手くいっていない。また、今回の認知症の連携パスについてご批判をいただいた。パスがうまくいくためには、医療や福祉、施設などが連携をはかれるようにコーディネーターが役割を果たしてくれるとありがたい。コーディネーターの育成は非常に重要だと感じている。連携パスは東京都等も試行錯誤であり、他の地域でも連携パスでもこれだというものがないなか、県レベルでは千葉県が初めての試みだと思う。走りながらも、2年ぐらいで少しでもいいものができるようにしていきたい。地域で現状をみてみないとうまく機能するかどうかわからない。地域に出ると新たな発見があるもので、今後もみなさまのご協力よろしくをお願いしたい。

伊豫会長

事務局、旭副会長からの報告で質問はあるか。

眞鍋委員

連携パスについての資料をみさせてもらったが、薬剤師の立場では、薬を患者さんにとっていかに飲みやすくするか、患者さんに飲んでいただくかということを考えている。場合によっては、医者が患者を考えるあまり複雑な処方になってしまい、結果として飲んでいないということが起こる。そのため、いかに飲みやすくするか、飲んでいただくかを考えている。その際に、連携パスが薬局にも回ってくると医師の考えや患者さんの状態などがより理解できると思う。連携パスの流れに薬局も加えていただければありがたい。

伊豫会長

実際、医師によっては工夫しすぎる場合もあったり、複数の疾患の薬をかかえている患者さんもいるので、その辺をおくすり手帳やアドバイスなども利用して整理する必要があると思う。

植松委員

個別事業一覧の12頁の一番上だが、地域生活連携シートを活用した医療と介護の連携の推進とあるが、これは今ここでとりあげている連携パスとどういう違いがあるのか。

事務局（櫛引）

こちらは既存のものがあり、今日案内した脳卒中の地域生活連携シートの介護シートという形で位置づけしながら使う、問題疾病のものと考えてよい。生活連携シートの介護シートとして位置付けてよい。

植松委員

2つないといけないのではと思いかねない。保健医療介護福祉連携パスの推進は、大本として認知症の方が地域で安心して生活できるようにやっている。それと、この地域生活連携シートとはどういう違いがあるのか、なぜ2つ必要なのか、整合性があるのか。良くわからない。

三島木委員

保健医療介護福祉連携パスという名称なのは、認知症連携パスと「認知症」という名称を使ってほしくないことでそういう名称がついたのでは。

植松委員

それは名称が変わっただけで中身の意味が大切である。

三島木委員

この表題は「保健医療介護福祉連携パス」だが、突然「周辺症状」とか出てきて内容にそぐわない。パスの名前がそぐわないのではないか。これだと認知症に限らず全部に使える。

助川委員

地域生活連携シートは海村Drが委員長で、私も加わって作った。介護支援制度の中で、要介護・要支援者はこれから医療も必要になっていく。地域生活連携シートで連携をしない

ければならないと考えた原因は、これから独居や老老介護の高齢者への医療できちんとした情報提供ができなくなる可能性が高くなるということである。ケアマネはきちんとした情報をもっているの、利用者や家族に同意を得られた情報に関してはシートに残しておくのがよいと考えた。介護保険制度の中では、入院、入所に関して情報を伝えると加算がつく。ただ病院に行った・訳のわからない情報を置いてきたというだけでは加算にならない。伝える情報を精査する必要があるの、連携シートを作った。連携シートを病院にもっていけば、すでに使っているところはハンコを押してくれている。病院で治療計画に役立てたり、在宅生活を継続するために必要な情報をお互いに共有できるように作られた。22年につくられて23年度でバージョンアップされ、二年目であり、実際いくつかの地域では使われている。

資料3のとおり「保健医療介護連携パス」となったのは、もともと認知症の方々について、例えば、BPSDがひどくなったときにどういう形で連携を図るのかを考えると、入院を希望する方なのか、薬によるコントロールでやっていきたいのか等について連携が必要になってくる部分があったため、連携パスということになった。たまたま名称については「認知症」を外した方がよいのでは、という話になった。最終的に地域生活連携シートと情報的には似た形になったように思う。

地域生活連携シートは要介護者の生活状況や医療情報を伝える。連携パスについては、認知症の方にどんな困りごとがあるのか、認知症である本人に診断させてくださいと言えない代わりに連携パスで繋いでおこうというものだと認識している。

植松委員

今のご意見はわかったようで、わからないが、認知症があってもなくても地域で連携して支えていくのには変わらない。このように二重になるのは、各専門職の方が大変だし、家族も面倒だと思うので、できれば始める前に整理しておくとうい。

伊豫会長

地域生活連携シートは要介護者に対しての加算がつくことでの情報提供の1つとしてつくられてきた。今回は要介護者ではなく、認知症専用の連携パスであるが、情報が似通っているの、2重になってしまうのでそこを一体化した方がよい。

助川委員

連携パスは介護を使われてない方が対象であるのか。

伊豫会長

そうだ。

旭委員

私も連携シートを最近知った。これは、ケアマネが救急の時に利用するものであるが、我々はリハビリの立場として、入院する前の状況を知りたいので使っている。高齢者の場合は、心筋梗塞、脳卒中、肺炎などで入院すると、寝たきりになったり認知症が悪化することがある。入院前がどうだったかの情報は治療方針を参考になり、千葉県内の病院からリハビリのためにも情報がほしいと希望がある。

今回のように、新しいものを作ると前のものと組み合わせると複雑になる。しかし、今回のものは連携シートとは違う意味で作ったので、解釈ついてケアマネの方にも説明しなくてはいけないとは思っているが、連携シートとは一緒ではない。認知症に特化したもの。

生活連携シートは認知症もあり、それ以外の身体合併もある。連携シートの利用方法は県の方でしっかり作っていただけるとよい。

伊豫会長

地域生活連携シートは、要介護者という限られた人を対象にケアマネという限られた人が記載している。

今回の連携パスは、認知症の方をとりまく組織、関連施設などの連携のためのものであり、少し種類が違うものである。しかし、混乱が生じるので定義やガイドライン、図等で示すとよい。分かりやすく分類できるようにしていただけるとよい。

眞鍋委員

資料3では「認知症連携パス」になっているが、今後「介護保険連携パス」へと名称が変わるのか。

伊豫会長

あくまで案である。「保健医療介護福祉」というのは、ただ患者を取り巻く連携の関係を羅列しているだけなので、名称についてはまた後でご意見をいただきながら検討する。

木村委員

事業内容の認知症疾患医療センターの設置について、予算がついているが、今後、開設可能性がある医療機関はあるのか。

事務局（櫛引）

現在は、さつき台だけ。今後増やしていきたい。

木村委員

今後、確実に増やしてくれるのか。

事務局（櫛引）

来年度、1か所分は確実に予定している。

助川委員

事業計画について、新規の事業は皆でこの場で議論することができるが、これに対し継続事業については活性化させることが大切であり、継続事業も内容の検討が必要だと思う。これについて意見を出すことは可能か。

事務局（櫛引）

予算の範囲であれば、やれるところは模索していきたい。ぜひ意見をお寄せいただきたい。

伊豫会長

指標のところ、時々チェックしていただくとよいと思う。ただ単に人数だけでなく、どういう活動しているのか、質についても確認していただくとよいと思う。

西委員

認知症サポーターは養成により人数は増えている。しかし問題として、サポーターの養成はしているが、受講者の名簿管理をしていない。受講してオレンジリングをつけた方のフォローアップが上手くできていない。現状では、フォローアップ研修の知らせは広報でしかできない。養成した後の、サポーターの管理をどうしたらよいか。管理ができていないのは、サポーターが地域でどう活動するかや、地域でのサポーターの活用を進める上で問題である。

伊豫会長

具体的な活動の状況を明確化していくことがよい。サポーター養成した後の具体的な対策があった方がよく、ニーズも地域で考えていくのがよい。養成されたサポーターが活躍しやすいようにするのがよい。

旭委員

サポーターに関して松戸では1万名近くなっている。サポーターは家族相談のボランティア活動をやっている。松戸は活動ではオレンジリングを利用し、ボランティア活動に参加してもらえる人を養成している。現在700名おり、民生委員などとともに地域の見守りなどの活動をしてもらっている。研修も何回かしてもらっている。認知症の人を在宅でかかえるためには、福祉関係だけではなくとても支え切れず、地域の中で認知症を支える

サポートチームを考えておかないといけない。財政が厳しく予算が無い中で、地域の中で支えていくためには、サポーターの役割は期待できると思う。そういうことも県単位で考えてもらえるといい。

伊豫会長

普及啓発で知識を付けてもらうことよりボランティア活動に参加してもらう方が一段階上のような気がする。サポーターの名簿の管理をし、活動を明確化することにより、養成されたサポーターがボランティアとして積極的に関わってくれるかもしれない。

助川委員

資料2の別添1についてのモデル事業の図について、連携パスでつながることは大事だと思う。ただ、この中で、連携をコーディネートするのは、認知症コーディネーターだけではなくケアマネである。介護保険制度を使う以上、ケアマネが入る。「ケア関係者」という書き方でなく、ケアマネのポジションを明確化した方がよい。ケアマネの養成、質の向上を、連携パスのなかに明確に位置づけ、合同研修もしてもらえるとよい。

なお、「オ」の最後のところ、「介護職員のアセスメント」は、個別の介護計画のアセスメントになる。制度上、ケアマネによる全体的なアセスメントをつけ加えて欲しい。

伊豫会長

役割として緑色の入り口あたりにあった方がよいか。

助川委員

緑のところはケアマネ。

伊豫会長

そこを繋げるのかコーディネーターかもしれない。

西委員

2頁のところの「コーディネーター」について。ここはケアマネだと思う。ケアマネでは困難なケースや医療との連携ができないときに、コーディネーターにアドバイスをもらったり、間に入ってもらえるとよい。在宅のうちは、介護支援専門員が生活を支える。本人・家族への日常的なサポートはケアマネ。ケアマネにとって今困難なケース、介護保険を利用せずケアマネが関わらない、等の困っている方がコーディネーターの対象になるとよいと考えるので、この図には違和感がある。

伊豫会長

最初の入り口で認知症コーディネーターがいる意味は。

西委員

介護保険を利用している方は介護支援専門員、介護保険申請していない方はコーディネーターではないか。認知症コーディネーターは難しい事例や連携がどうしても必要な事例に関わると考えているため一番、最初ではないと思った。

伊豫会長

位置づけについて。書いてあるように、地域内医療機関、市町村、地域包括支援センター、介護事業所においてというように、複数機関の連携の中心になる。要介護であればケアマネにつながると思う。より総合的なかたちでやるとよい。その辺も含めて、また位置づけを考えてみたい。

梶原委員

認知症コーディネーターは独立した職種ではないと理解している。いろんなところに役割を担っているのが認知症コーディネーターだと思っている。

伊豫会長

その辺を整理していきながら、進めていくことをお願いしたい。

旭委員

最後の資料について。松戸医師会でかかりつけ医に対してアンケート調査を行った。松戸では2カ月に1度、認知症研究会を実施している。今どんなことで一番困っているのか議題にしてやっている。400人くらい認知症を診ているが、先月アンケート調査をした。案外、一般の内科の医師もみている。調剤薬局からの情報、BPSDの問題、振り込め詐欺の問題、実際に診療してみてどんなところが大変か等、診療所の医師が何に本当に困っているのかが分かり、かなり参考になった。

伊豫会長

それでは、認知症連携パス千葉県標準モデル試案とご意見参考にしながら平成24年度のモデル事業を展開していくことで関係団体の皆さまにも積極的にお願いしていきたい。

事務局（櫛引）

パスの試案について、24年度から施行していく予定なので、この協議会で基本的には○をいただきたくて提案をさせて頂いている。名称が決まらなるとまわっていかないので、

決めていてほしい。

伊豫会長

現時点では「保健医療介護福祉連携のためのパス」となっている。直接的には認知症連携パスということである。

三島木委員

どこかに「認知症」の語が入っていないと混乱する。そのまま「認知症連携パス」という名前で良いと思う。

佐藤委員

「認知症の方のための連携パス」などはどうか。

伊豫会長

もともと痴呆という言葉が使われていたが、それだとよろしくないということで認知症という名前に変わった。「認知症の方のための連携パス」でいかがであるか。

植松委員

こういう会（認知症の人と家族の会）に関わっていると流れがわかるが、痴呆の時は患者を隠している時があったが、認知症になってからオープンになってきている。「認知症」という言葉を入れない方が変ではないか。「認知症の方を支えるパス」など「認知症」とはつきり入れて頂いた方がよい。

三島木委員

この前も認知症サポートを子供会を相手に行った際、5歳の子供に「認知症って何？」と質問したら、物忘れする病気のことと答えており感動するとともにやりがいを感じた。最近、テレビでも認知症の話題を取り上げている。「認知症を支える連携パス」でいいと思う。

伊豫会長

地域生活連携シートで混乱することもあったので、より明確化させて認知症の言葉を使うのがよろしければ、「認知症の人を支える連携パス」でどうか。

梶原委員

これでよい。話はそれるが、先日、サポーター養成講座を受けた小学生が、帰宅して家族に認知症の人へ対応する方法について「だますのだよ」と言った、という話を間接的に

聞き悲しい思いをした。

伊豫会長

「認知症の人を支える連携パス」という名称で試案としてやらせていただきたい。
それでは、予定の時間が参りましたので、事務局へお願いしたい。