

平成 29 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 30 年 3 月 27 日（火） 午後 2 時から午後 4 時まで

会 場：千葉県自治会館 9 階 第 2・3 会議室

出席者：協議会委員 29 名、関係課・事務局職員 11 名 計 40 名（欠席委員 4 名）

あいさつ：岡田 健康福祉部保健医療担当部長

議 題：

- 1 千葉県高齢者保健福祉計画について
- 2 千葉県保健医療計画について
- 3 平成 29 年度作業部会での検討結果等について
 - ・「千葉県オレンジ連携シートの改訂」（案）について
 - ・平成 30 年度「千葉県オレンジ連携シート」の利用状況等に関するアンケート調査概要【素案】
 - ・千葉県版 認知症サポーター養成講座 小学生向けテキストについて
- 4 平成 30 年度認知症支援事業及び主な検討課題について
- 5 平成 29 年度県内市町村における認知症施策の状況について

配布資料：

- （資料 1－1）次期「千葉県高齢者保健福祉計画（平成 30 年度～32 年度）案」の概要
- （資料 1－2）次期「千葉県高齢者福祉計画（案）」の施策体系
- （資料 1－3）千葉県高齢者保健福祉計画（案）
- （資料 1－4）個別事業の目標値一覧
- （資料 1－5）介護保険サービス提供料の見込み
- （資料 2）千葉県保健医療計画（案）
- （資料 3－1）平成 29 年度千葉県認知症対策推進作業部会検討項目について
- （資料 3－2①）「千葉県オレンジ連携シート」修正について
- （資料 3－2②）千葉県オレンジ連携シート（H30 年度改訂）

(資料3-3①) 平成30年度「千葉県オレンジ連携シート」の利用状況等に関するアンケート調査概要(素案)

(資料3-3②) 「千葉県オレンジ連携シート」の利用状況に関するアンケート(素案)

(資料3-3③) アンケート内の用語解説

(資料3-4) 「知ってほしいな 認知症」

(資料4-1) 平成30年度 認知症支援事業

(資料4-2) 平成30年度 協議会・作業部会での主な検討課題について

(資料5-1) 平成29年度県内市町村における認知症対策の状況

(資料5-2) 認知症予防について

(資料5-3) 県内の認知症カフェの状況について

(資料5-4) 市民後見人に関するアンケート調査結果

「議題1(千葉県高齢者保健福祉計画について)

議題2(千葉県保健医療計画について)

事務局から説明」

意見交換

【伊豫会長(千葉大学大学院医学研究院)】

資料1-3の8頁目にコグニサイズと認知症チェックリストと出ているのだが、コグニサイズというのは認知機能向上に優位に役立つというエビデンスが既にあるものなのか。

また、認知症チェックリストはどの程度のレベルものを考えているのか教えて欲しい。

【事務局】

コグニサイズについては、まだ、エビデンスがしっかりあるというものではないと言われている。

ただ、コグニサイズを開発した国立長寿医療研究センターでは一定の成果が見られているという情報もある。

県内市町村の中でも取り組んでいるところがあると聞いており、運動と知的な活動とを

一緒にするというものもあると示していきたい。

認知症チェックリスト作成については、今後、この協議会あるいは作業部会で御審議・御支援等いただきながら、来年度中に作成したいと考えている。これは、必ず認知症の人を見つけ出すというようなことではなく、認知症についての皆様の意識を高めながら、早めに治療できる方や治るような病気の方などへの意識啓発をしていくというような内容とを考えている。

【松川委員（一般社団法人千葉県理学療法士会）】

コグニサイズについて、今理学療法士会としても進めている。これはエクササイズとコグニッションということで、通常の運動だけでなく、頭を働かせながら楽しみの要素を入れた、楽しいエクササイズとして広めているところであり、効果が出ているという研究発表も出た。

ところで、一般介護予防事業のリハビリテーション職の育成のための研修について計画案に掲載されているが、これは、今、理学療法士会等も県の研修と協力しながらやっているが、それとは別の何か新たな研修としてやっていくということか。

【事務局】

本年度も協力いただきながら実施している研修であるが、来年度もできる見込みとなったので、継続していきたいと考えている。

【梶原(優)委員（一般社団法人日本病院会）】

資料1-5を見ると、介護保険サービス提供量の見込みとあるのだが、これを支える人は確保してあるのか。まずは人・物・金だが、それがちゃんとそろわないと現場は動けないので、そのところを高齢者福祉課にしっかりと検討してほしい。

もう1つは、地域包括ケアシステムとは、認知症も中に含まれているが、基本的には地域作りなので、フォーマルなサービスだけではなく、インフォーマルなものも含んでおり、ある意味まちづくりであるといえる。それが、千葉県を見ると、市町村によって、それがしっかりとできている所があれば、活力が低い所もあるなど、温度差や違いがある。だから、県の目標を作るのは良いが、アウトカムを市町村ごとにすれば、住民からの問い

合わせも増え、市町村には良い意味での競争になると思う。これは医療圏でも良いが、そうすることで、老人会や自治会、婦人会など皆が参加して、「自分たちはこうするのだ」とお互いに競争するようなアウトカムを作る方が良いと思う。だから、是非、そうしたことも検討してほしい。 地域包括とは本当にまちづくりなので、よろしく願いたい。

【事務局】

梶原委員がおっしゃるように、人材のことは非常に重要と考えており、高齢者福祉計画を作る別の協議会でも御審議いただいているところである。県としても様々な施策に取り組みながら極力頑張っていきたいと考えている。

それから、「地域包括ケアの関係のアウトカムを設定して、市町村を」ということについては、県としても評価の仕方を検討し、市町村の状況をしっかりつかみ、弱いところは県としてどのような支援ができるのか考えていく必要があると考えている。他の都道府県と比べると後手に回っている部分もあるかもしれないが、今後の課題として取り組んでいきたい。

【五十嵐委員（船橋市健康・高齢部包括支援課）】

チェックリストの関係で、我々も運転免許に関するパンフレットを作っており、その中にもチェックリストを載せたのだが、認知症のチェックリストには求められているものが3つある。基本的な認知症かどうかというオーソドックスなチェックリスト、早期発見を強調した場合にMCI（軽度認知障害）かどうかを発見するチェックリスト、そして運転免許への特化や身体能力の低下に関するチェックリストの3種類である。

認知症のチェックリストという形で、1つで全部を網羅するチェックリストというものはなかなか難しいとは思いますが、どこをターゲットにするかというのは明確にすべき。例えばMCIは入っていないなどある程度限定していかないと、どのチェックリストなのかと恐らく利用者の方が迷うということになると思う。

我々もスタンダードなチェックリストがどれなのかと決めかねているのが実情であり、例えば国で出しているものが良いものなのか、市町村だと判断しづらいところがあるので、県が統一という形で出してくれるということであれば、我々としてもありがたい。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

どうしても認知症というと、例えばアルツハイマー型モデルだとどんどん重症度が進んでいくのでここをチェックしていけば良いという場合もあるが、脳血管性のものである場合だと MCI レベルでも症状にかなりのバラつきがある。そうしたことで考えて説明が必要だと思う。

【旭委員（旭神経内科リハビリテーション病院）】

チェックリストのことだが、今、厚労省の方から認知症の初期集中支援チームがこの4月から全国の各市町村でスタートすることとなっていて、千葉県でも千葉市が26年から始めている。この中でもチェックリストとしては、今日、皆さんにお配りしました私の本にも書いてあるのだが、DASC という栗田先生が作られたチェックリストでは、日常生活の中で比較的判りやすく自己診断できる。それから BPSD（行動・心理症状）に関しては DBD（認知症行動障害尺度）がある。これは千葉県でも使われているのだが、MCI を含めた判別というのは、前の群馬大学の山口先生が、DASC と BPSD を除けばだいたいどのタイプなのか、アルツハイマー型なのか、前頭側頭型なのか、それとも MCI なのか、大まかな判別に利用できるものを作った。これは、国立長寿医療研究センターが初期集中支援センターになったときに、最初の資料作りでかなり詳しく書いてあるので、初期集中支援チームの研修会の資料を参考にしていれば、よく判るのではないかなと思う。

今、梶原先生がおっしゃった人材育成ということでは、これだけ認知症の人が増えて人材があまりにも少なすぎるということで、これは何とかしなければならない。1つの私共の試みとして、今、松戸市に2万人ほどいる認知症サポーターの中から研修を受けた175名が15箇所ある地域包括支援センターに配置され、そこで地域包括支援センターの認知症についてのいろいろなサポーターとして活躍してもらっている。子どものサポーターも育成して活躍しているので、今後、小学生のそういうボランティア育成ということも非常に重要だと思う。人を育成し、数を急速に増やしていくというのは、かなり困難な状況であることからすると、一般市民も含めたサポーターを育てていくことが非常に重要なことだと思っている。

【畔上委員（千葉県在宅サービス事業者協議会）】

我々在宅をしている立場からすると、本当に人手が足りない。実際に、今は70代の方が戦力となって現場を担っており、人がなかなか集まらない。在宅サービスの現場では介護職が不足している状況であるが、そうした現状を県で再認識して欲しい。

3ページにある「訪問診療を行う医療機関は、通院が困難な人や、病気の認識がなく医療機関への診療を阻む人の自宅へ出向き、日常生活を踏まえた診療を行います。」とあるが、通院困難な方や、在宅ではいつも通っている病院に行けない方、病気の認識がなく医療機関で対応できないケースなどある。県で、こういった対応した事例を1つか2つ参考として発表してもらえないか。その件数がどのくらいあるか知りたい。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

訪問診療の件数を知りたいということで良いか。

【畔上委員（千葉県在宅サービス事業者協議会）】

対応しているケースが実際にいくつあるか教えてもらえたらありがたい。

【事務局】

詳しい資料が今、手元にないため、持ち帰って、別途連絡させていただきたい。

【富田委員（千葉市保健福祉局地域包括ケア推進課）】

今回の計画で千葉市を含め、かなり詳細な指標を定めたが、市町村では、ここを目指して一緒に取り組んでいるという感覚になりにくいのではないだろうかと感じている。

例えば子供のサポーターでもそうだし、認知症のチェックリストでもそうだが、全国的にこれだというのが無い中で、各市町村がそれぞれの医師会の先生などに御指導いただくなど、力を入れて進めているところも多くあると思う。

県の方でこれが基準だということで作ってもらえるのは大変ありがたいが、そこで今まで独自に進めてきたものと、県の示したものと、どうやって整合性を取っていけば良いのかという迷いがあるところである。目標値に向けて私たち市町村はどこが足りないのかという調査をしていただいて、その結果のフィードバックをしてもらえるのもとてもありが

たく拝見させていただいているが、もう少し、皆で「ここを目指して、ここが足りないのを頑張っていこう」というような会議だとか、県の主導的な立場を示してもらえる機会がもう少しあると、市町村にとって県から何を求められていて、どこを目指して努力していくべきなのかがより明確になるのではないかと思っている。

【松川委員（一般社団法人千葉県理学療法士会）】

13 頁の⑥の若年性認知症政策の推進のところでは、今、若年性認知症の方々の後見人や、若年性認知症の方々が抱える就労の支援、子育て支援など、いろいろな方が複雑な課題を抱えているが、この資料を見れば、予算が示されており、県もいろいろと取り組んでいることが分かる。

支援コーディネーターについてだが、これは 30 年度に配置する予定なのかどうか、また、実態調査について時期はいつごろなのか。医療と就労の関係者との繋ぎということだが、若年性認知症だと高齢者の支援のデザイン図には無いものも出てくると思うので、そういうものも新たに作っていく必要があるのではないかと感じている。まずは、支援コーディネーターの実施と実態調査について知りたい。

【事務局】

まず、若年性認知症支援コーディネーターの配置についてだが、こちらについては、昨年度のこの会議で 29 年度に置くと話したことを記憶にある方もいると思うが、実は 29 年度に置こうと思って募集をしたが、応募がなかったので置けなかったという事情がある。

そこで、30 年度こそ絶対置きたいと考えており、昨年度の予定では県の高齢者福祉課の中に置くつもりでいたが今は別の形を考えていて、30 年度の設置に向けて、今、準備しているところである。正式におけるということになったら、皆様にお知らせし、広報していくことになるので、御協力をお願いしたい。

それから、実態調査についてだが、説明したのを記憶している方もいらっしゃると思うが、時期的なもの、国が 29 年度から着手した 3 年計画などの状況を鑑みて、県で次期高齢者保健福祉計画を作るときの参考資料となるような時期にしたいと考えている。実際には 30 年度に中身を考えて、31 年度に実施というようなスケジュール感で、今、考えている。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

例えば、私の患者さんで、お子さんが ADHD で御両親が認知症で、御本人がそれで忙しくてダウンしてしまい、結局、鬱のような状態になってしまっているということがある。

そうすると、先ほど畔上委員からも話があったように、かなり在宅で支援していかなければならないのだが、それが中々難しく、結構、苦労しているという例がある。これは、認知症の方やお子様のそれぞれの単独の問題ではなくて、家族によっては複数あるという事例がそれなりにあるのではないかと思う。

そうすると、包括の方で総合的に対応ということだと思うのだが、調整が中々難しいということで、もし、そうした事例があった場合は、見渡して、全体的なプログラムをつけて、ケアシステムが作れるような体制も必要だと思っている。

【稲葉委員（一般社団法人千葉県歯科医師会）】

議題 2 の中の資料 10 頁、真ん中よりちょっと下の部分にある、認知症介護研修受講者数指標のところ、千葉市を除くとあるが、千葉市行政から情報提供として名簿を見せてもらうということにはできないのか。

【健康福祉指導課】

数字については、これまで累計でやっており、その際に千葉市を除いた人数で集計をしていた。実際、千葉市の方から情報提供があればできると思うが、計画の策定段階には間に合わなかったという状況である。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

単位が違ってしまって、政令都市ということもあって、県は県で累計としてまとめてきたということだ。

「議題 3（平成 29 年度作業部会での検討結果等について）」

事務局から説明」

特に意見なし。

「議題4（平成30年度認知症支援事業及び主な検討課題について）
事務局から説明」

意見交換

【富田委員（千葉市保健福祉局地域包括ケア推進課）】

予算の御説明の中で質問があるのだが、13番の市民後見推進事業について予算を拡充したという報告があったが、千葉市でもここ数年、市民後見人の養成をしていて、相当数養成できたが、家裁から市民後見単独で指定されるということがまず無いという状況なので、来年度は少し縮小しようと思っているところである。

家裁の方でも市民後見人のこれからの活用手法については悩んでいるようなので、ぜひ、県からも、市民後見人の活躍の場の確保について働きかけをお願いしたい。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

実態が今、どのようなものなのか私の方でも公開しようと思っていたのだが、富田委員から発言があったように、せっかくこういった新体制を作ったのだから有効に活用していければいいのではないかと思う。

【事務局】

この市民後見推進事業についてだが、人数というところもあるが、要望する市町村に対して県としても当面支援をしていく。確かに、家裁の関係では、本来の役目を果たすことが難しい場合もあるが、当面は、市民後見の普及に向けて要請をしていく必要はあるだろうと思っている。先ほど富田委員から話があったが、活躍の場の確保と働きかけについては、県としてもどのようにしていくことができるのか、考えていきたい。

【松川委員（一般社団法人千葉県理学療法士会）】

2番の普及啓発事業ということで、前回も出てきたが、認知症サポーターの活用というところで、認知症サポーターのステップアップ講座についてだが、千葉市でもやっているということだが、そのステップアップ講座を、全国キャラバン・メイト評議会でも今全国で進めていて、恐らく千葉県にも声がかかってくるだろうと思っている。そのステップアップ講座の指導者を育てる指導者研修というものがあって、その指導者研修を受けたキャラバン・メイトや保健師、認知症地域推進員等が講師となってステップアップ講座を開くことになっていると思うが、その辺りについての計画等があれば教えていただきたい。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

ステップアップ講座の指導者研修について意見が出たがどうか。

【事務局】

キャラバン・メイト連絡協議会が進めているステップアップ講座の指導者研修については、県では次年度の実施の予定はない。県では、独自にフォローアップ講座の研修の方を進めており、フォローアップ講座の講師ができるキャラバン・メイトの研修について検討して実施する予定となっている。

【松川委員（一般社団法人千葉県理学療法士会）】

年度が変わってから全国キャラバン・メイト連絡協議会から打診があるかもしれないので、その場合は一度御検討願いたい。

【事務局】

キャラバン・メイト連絡協議会から連絡があった場合に、検討する。

「議題5（平成29年度県内市町村における認知症施策の状況について）」

事務局から説明」

意見交換

【梶原(栄)委員（一般社団法人千葉県高齢者福祉施設協会）】

先日の朝日新聞で「徘徊」という言葉に対する指摘があり、この協議会でも「徘徊」という言葉を使わないようにするというような話が出ていたと思う。「徘徊」という言葉の扱いについては、県の認知症対策推進協議会ということもあって、思っていることがある。例えば、「徘徊」とは目的を持たずに迷っているというような印象が優先してしまうのだろうが、そうではなく、きちんと目的を持っているのだけれども場所が分からなくなってしまうという意味の用語を検討すべきだと思うのだが、どうか。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

このことについて何か意見はあるか。事務局としては、「徘徊」という言葉に対してどのようにするのか。

【事務局】

当該新聞記事は拝見した。それに先立って、他県において、「徘徊」という言葉の扱いについて、まだ取りまとめた結果は届いていないのだが、全国の都道府県向けに調査があったところだ。そうした状況もあって、千葉県としては、皆さまの御意見を頂戴しながら、今後に向けて検討していきたい。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

「認知症」という言葉のときも、本来は「認知症」という言葉は不適切なのではないかという意見も相当あったが、結果として「認知症」となった。様々な医学的な専門用語との兼ね合いも出てきているので、もう少し様子を見る必要があると思う。

【梶原(優)委員（一般社団法人日本病院会）】

議題5の事務局の説明の中で、認知症カフェは月1回くらい開催されているというが、例えば、週に2回行くと認知症に対する効果が高いのか、または、月1回だと効果が出ないのか、そういうアウトカムのようなものがあるのならば、教えていただきたい。

認知症カフェについては、それはそれで良いのだが、社会福祉協議会には地区社協と

いうものがある、各々の公民館でインフォーマルに老人会や地区社協、自治会の人達が集まって、有意義に過ごしている。そこでは、独居老人や認知症のような人達にもなるべく声をかけて集めて、認定サービスなど様々なことをしている。私はそうした所へ頻繁に行くのだが、そこと認知症カフェとどこがどう違うのか。歌を歌ったり、食事を食べたり、色々なゲームをするなど、やっていることが認知症カフェとほとんど同じようである。認知症カフェだけが特別なことをやってきたような説明だったが、他でも同じようなことをやっているところがいくつもある。そうしたものを整理して、同じようなものは整合させてやる方が、地域の中としては良いのではないか。

あと、船橋市では、社会福祉協議会や老人会の人達が、自分達の地域の住民の中には独居老人や介護利用者が何人いるか、老々介護がどれだけいるのかということ把握しており、万が一にそのような人たちが転落等した場合に、状況等が全て分かるようになっている。これは、元々は災害対策としてやったものと兼ねてやっているものである。このように、いろいろなものを効率化すれば、予算ももっと有効に使える。簡単に言えば、県の施策の生産性をあげてもらいたいというのが私の要望である。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

実際に、認知症カフェのアンケートでは、集まった人数が少なかったというものもあるので、県の方でも、梶原委員のおっしゃるように、各種施策の重要性等を考えながら現実的にしっかりやっていくのではないか。

【事務局】

認知症カフェにはその家族の方もいらっしゃって相談を受けることができるという点で、通常の高齢者の憩いの場との違いがあると考えている。梶原委員がおっしゃるように、いろいろと似たようなものがあるということは御意見として受け止めさせていただいて、認知症カフェには認知症カフェとしての存在価値もあるということをご理解いただきたい。

【梶原(優)委員（一般社団法人日本病院会）】

自治会や老人会で高齢者を集めるときには、インフォーマルなものであることもあり、

認知症サポーターなどがボランティアとして手伝っている。そこに集まれば様々な講座をできるような人達が参加して、認知症とそれ以外などを分けずに全部1つにして運営できるようなものの方がはるかに効率的ではないか。家族が相談したいのは分かるが、その場合には、家族の相談にも乗れるようにすれば良いわけだから、あまり切り分けなくて良いと思う。

この認知症対策推進協議会の委員の中にも介護認定審査会の委員をやっておられる方がいると思うのだが、アルツハイマーに関してだけは、デイサービスやデイケア、通所型施設などに行っている人と、家の中に籠っていて介護だけは受けている人とでは、要介護度の進み方が違っており、デイサービス等を利用していない方は次の認定のときに要介護度が上がっていく傾向にある。要支援1、介護度1くらいで、ちゃんとそういう在宅関係を利用している人はあまり進まない。このため、ケアマネジャーがケアプランを作るときには、認知症の人達になるべく外に出られるようにプランを組んでもらわないといけないと思っている。ケアマネジャーは看護師の方が多いため、医療に対しての意識が高いのかもしれないが、アルツハイマーだけは典型的で、審査会に出ているとよくわかるのだが、ほとんど介護だけを利用して、家から一歩も出ていない人の多くが、進行が多い傾向にある。

【細井委員（袖ヶ浦さつき台病院 認知症疾患医療センター ）】

梶原委員がおっしゃるように、確かに外に出ることによって活性化が図られて、それによって元気になる方がいる場合がある。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

一方で、御本人がどうしても行かないという場合は、その方自身の進行の問題というものもあるのだろうが、ホスト側の要因と家族側の要因の両方が入ってくるので、分析は適切にするべき。

【助川委員（特定非営利活動法人千葉県主任介護支援専門員ネットワーク）】

資料5-3の認知症カフェの内容のところ、介護相談の数字が多いのは、地域のボランティアが来ていることが関係していると思う。なぜかと言うと、ボランティアとして参加

していると、地域の中で、例えば「ちょっと体力等が最近落ちてきたかな」というような人をボランティアの方が早期発見してくれる。まさしく地域づくりが進んできているので、そこに参加するボランティアとしての効果だけではなくて、地域づくりの効果にもリンクしていると思う。

それと、やはり高齢の方々は、自分の地域の近くで生きていたい割合が多く、家の近くにデイサービスがあったらデイサービスに行き、カフェがあったらカフェに行く、という形で自ら選択している場合が多いように思う。また、公民館に統一してやるのは大反対で、老人会や憩の家などに仲間がいるから集まってそこでやるというのは良いのだが、公民館に集められてするということは逆行だと思う。そうしたことを考えると、デイサービスはデイサービス、カフェはカフェの役割として、いろいろな形で集まれるところがあった方が良いのではないかと考えている。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

選択肢が多い方が良いかもしれない。

【安西委員（特定非営利活動法人ちば地域密着ケア協議会）】

今の話に関連するかもしれないが、全体の認知症対策の計画を見ていて、当事者の意思のようなものがここには、あまり反映されていないように感じている。認知症サポーターやキャラバン・メイト、認知症コーディネーター等のいろいろな方達の協力が出て、様々なサポートをするシステムはできているのだが、本人の意志はどうかと。本人の意思決定というか、当事者がこれからどう生きていきたいのかといった視点がそこから抜けているように感じられた。説明のあった施策のどこかにそうしたものがあれば教えていただきたい。本人がどう生きていきたいのかについても着目してほしいと思う。

【事務局】

オレンジプランにもあるが、当事者の視点を尊重しようということで、この計画の中にも入れてあるが、具体的に何を今やっているかといわれると、まだまだと言わざるを得ない。若年性認知症の当事者については、高齢者福祉課の職員が交流会や集い等に参加し、御本人の方と実際に話す機会を設けるような取組を始めており、今後もそうした取組を行

っていきたいと思っている。

【廣岡委員（公益社団法人認知症の人と家族の会千葉県支部）】

今、安西委員がおっしゃったように、本人とその家族の視点にそった配慮が、やはり千葉県は遅れていると思う。作業部会でも話したと思うのだが、もしかしたら、御本人がこういう場でも自分らしく生きられるような支援ができるのは医師の言葉掛けなのではないかと、今までの経験から思っている。もちろん、家族の意識も非常に大事だが、まわりの人達がいくら言ったとしても駄目で、例えば、本人に対して医師が「こうした場で、自分らしく生きられるよ。特に早期発見の場合、こういう風に生きられるよ。」と言うのが、効果があると思う。ただ、それは医師が直接支援するというのではなくて、ソーシャルワーカーがかかわったり、医療相談室の方がかかわったりと、いろいろな方々がかかわっていくことになると思う。そのあたりが来年度の課題になると私は思っている。

それから、私も朝日新聞の記事も読んだが、徘徊という言葉に関して、他の方から「お散歩」と言われて非常に腹が立ったことがあった。実際に、お散歩なんてそんな生易しいものではないのだと。このあたりは、今の国の流れとしては本人の言葉重視だが、やはり認知症については、家族の気持ちも含めて理解していただきたいと思っている。

【旭委員（旭神経内科リハビリテーション病院）】

私は作業部会長として5、6年担当させてもらいましたけど、いろいろな議論、いろいろな意見が出たが、この会の中で出なかったことで、3年前に千葉県で開催した認知症疾患医療センターの全国研修会のことがある。熊本県にいた先生がはじめて、今年で第5回目を迎え、今年度は若年性認知症について滋賀県で開催される予定となっている。3年前に全国研修会を開催したとき、医師会の先生方、認知症疾患医療センターの方々、それから包括支援センターの方々の連携による研修会を開いた。全国からいろいろな方々が出席して、非常に参考になった。それをきっかけにして今年度の1月12日に、認知症疾患医療センターと初期集中支援チームについての研修会があって、非常にたくさんの方が来られて非常に良かった。その中で大事なことは、医師会が非常に積極的に参加しており、今回のその研修会で医師会のサポーターの先生方が約40名も来てくれた。私の経験する中で、医師会の先生がこんなに認知症に関係する会議に出たというのは初めての経験だっ

た。これは、県と、認知症疾患センター、医師会、市町村の連携が非常にうまく取れているという、一つの大きな証拠ではないかと思っている。私も全国レベルで色々と見ているが、やはり、県全体として、行政と医師会とそれぞれの業界との連携が取れているところについては、千葉県は、全国的に見ても良いところまで行っているのではないかと思う。まだまだ、47都道府県を見ても、そういう連携をとれているところは非常に少ないというのが現状である。是非、これを機会に、千葉県にもまだ遅れているところはあるが、私としては急速に非常に良い方向付けになっていると思うので、来年度以降も皆さんには協力していただけたらと思っているので、よろしくお願ひしたい。

【海村委員（公益社団法人千葉県医師会）】

千葉県医師会では、認知症のこと、介護保険のこと、在宅医療のことなどに熱心に取り組んでおり、今までは在宅医療と介護保険と認知症は別々の部署でやっていたのを次年度である30年度からは地域包括ケア事業に統合し、認知症も介護保険も在宅医療も一緒の部でやることにしている。

このため、それら3つのことについて、一括でいろいろな会議を開催していきたいと思っているので、皆様方から委員等になっていただける方を募集していきたいと思っているので、その際にはよろしくお願ひしたい。

【事務局】

平成30年度第1回協議会の開催については、また改めて連絡する。以上をもって、平成29年度第2回千葉県認知症対策推進協議会を閉会とさせていただきます。