

平成24年度第1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7月31日（火） 午後3時～午後5時

開催場所：千葉県庁本庁舎 5階大会議室

出席者：出席委員 26名、欠席委員 3名

その他オブザーバー、モデル事業受託団体・関係課・事務局職員等出席者 34名、

合計 60名

議題：

1. 平成24年度の千葉県における認知症対策について
2. 推進協議会及び作業部会の年間計画について
3. 「認知症連携パスを活用した医療と介護の連携モデル事業」及び「認知症専門職研修体系構築事業」について

配布資料

①次第 ②委員名簿 ③座席表 ④千葉県認知症対策推進協議会設置要綱

資料1-1 平成24年度千葉県における認知症対策について

資料1-2 「医療・介護連携のモデル事業の実施」及び「専門職研修体系の構築」
【24年度新規】について

資料2 千葉県認知症対策推進協議会及び作業部会の年間計画について（案）

資料3 千葉県保健医療計画の一部改定に係る「認知症対策」について

資料4 認知症連携パスを活用した医療と介護の連携モデル事業 受託事業者
事業概要

資料5 認知症専門職研修体系構築事業 受託事業者事業概要

資料6 認知症疾患医療センター選考委員の推薦について（案）

その他 千葉県高齢者保健福祉計画

「高齢者の口腔状況と口腔ケアに関するアンケート調査」項目に関するお伺い（千葉県歯科医師会）

司会（福原副主幹）；本日は、お忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。
私、本日進行を務めます千葉県高齢者福祉課在宅福推進室の福原と申します。どうぞ
よろしくお願いたします。

本日の推進協議会は、原則公開することとなっております。

会議録についても、推進協議会終了後に、速やかに作成し、委員の皆様のご理解が得
られた時点で、県庁ホームページ上で公開することといたしますので、御了承くださ
いますようお願いいたします。

本日は、協議会の委員の皆様に加え、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。それでは開催に当
たり、健康福祉部保健医療担当部長の井上より御挨拶申し上げる予定でしたが、所用に
より遅れておりますので、高齢者福祉課長の藤田より御挨拶申し上げます。

藤田高齢者福祉課長

～～あいさつ～～

司会；続きまして、新任委員を御紹介させていただきます。

認知症の人の在宅生活を支援する上で、地域に密着した診療所が果たす役割が大き
いと考えられることから、千葉県精神神経科診療所協会に御参加いただくこととして、
新たに岩崎委員を委嘱いたしました。

また、人事異動等により、千葉県社会福祉士会の目黒委員から染野委員に、佐倉市
の立田委員から土屋委員に、千葉県看護協会の窪田委員から村田委員に、また、オブ
ザーバーとして御出席頂いている「認知症連携パス検討・作成作業部会」の、松戸市
の高橋委員から本田委員にそれぞれ委員の交代がありました。御紹介させていただきます。

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ます。

早速、議題に入りたいと思います。議題1「平成24年度の千葉県における認知症対策について」と、議題2「推進協議会及び作業部会の年間計画について」、事務局からまとめて説明をお願いします。

事務局

～～説明～～

伊豫会長；議題1、2について事務局から御説明頂きましたが、御意見、御質問いただけますでしょうか。

認知症コーディネーターはどこに所属することをお考えでしょうか。

事務局；モデル事業においてでしょうか。

伊豫会長；はい。

事務局；認知症コーディネーターにつきましては、各受託団体が、どこに置くのが最適か、それぞれの実情に応じて置いていただくことになっています。

三島木委員；もう受託団体は決定してしまいましたが、私達の団体（NPO法人ちば地域密着ケア協議会）も、現場の人間として研修事業を受託したかったので、外れてがっかりしています。決定するに当たり、プレゼンがなく、書類だけで決定されてしまったと聞いています。公表して、分かりやすく審査してほしいと思います。

事務局；選定に当たりましては、応募団体が多かったもので、事前に必要な事項について応募団体から聴き取り等を行った上で選考委員会を開催して、受託団体を決定し

たものです。

伊豫会長；どうしても数が多いと、選考において、すべてというわけにできなかったのが実情です。事業の計画等との対応を一つ一つチェックして選びました。

三島木委員；公正にやっていただいたものとは思いますが、意見として一言申し上げました。応募が多かったのですね。分かりました。

伊豫会長；その他いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。本年度は、「認知症連携パス」に関しては4地域でモデル事業を実施すること、また、「専門職研修」については4団体に委託して、専門職研修体系の構築に取り組んでいただくということ、そして、作業部会及びワーキンググループにおいて多職種協働研修や認知症コーディネーター養成研修のプログラム案の作成に取り組むこととなります。4団体については、後ほど御説明をいただきますけれど、選考を行って決められたということです。

それぞれの成果については次の推進協議会で御報告いただいて、25年度以降の施策展開に繋げていくということになります。

そういうことでよろしいでしょうか。

それでは、御了解いただいたとさせていただきます。

次の議題へ進みます。「認知症連携パスを活用した医療と介護の連携モデル事業」及び「認知症専門職研修体系構築事業」業務受託団体から、事業概要について御説明いただき、質疑応答や意見交換を行いたいと思います。

まず初めに、「認知症連携パスを活用した医療と介護の連携モデル事業」について、松戸市医師会からお願いします。

松戸市医師会（旭委員）

～～説明～～

伊豫会長；ありがとうございます。それでは、ただ今の御説明に対して、御質問のある方はいらっしゃいますか。また、事業内容について、御意見や御提案等ありましたら、お願いいたします。

平山委員；連携パスについて、患者さんのプライバシーを守る特別な方法があるのでしょうか。

旭委員；プライバシーの問題は、認知症の方の場合、特に精神科に入院する場合には、本人にきちんとした同意を求めることが非常に難しい場合がある。その際には、家族や後見人と、十分に個人情報に配慮しながら連携を進めていく予定です。

伊豫会長；医療機関等との流れの中では、医療法で、個人情報とは当然のことながら外部に漏れないようにすることになると思います。併せて後見人等と相談の上で行っていくということになると思います。

助川委員；介護支援専門員の立場で、ぜひお願いがあります。「コーディネーター」のところでは、主任ケアマネ等が入っていますが、「在宅復帰促進事業」について、救急病院、リハビリ病院や精神科病院への入院時に、患者、家族及び関連する専門職と、病院側の医師、医療ソーシャルワーカー等が情報交換を行うことがあります。今、ケアマネージャーは「入院時医療連携加算」という、入院時にすぐに情報を持っていくと、加算がいただけるようになっています。ですので、ここのところは、介護保険制度の中でケアマネがそういうように動くようになっています。ぜひ、加算が取れるような形でやっていただければ、ケアマネも促進すると思います。入院時から、在宅に戻ってきてからの生活状況等を病院側にきちんと伝えていくということが、今まであまりなされていなかったのが今回加算がついたのだと思いますので、ぜひ使っていただきたい。また、診療報酬の中で、「退院時共同指導」というのがありまして、病院側が退院時にカンファレンスをする時、病院側も 300 単位取れます。そこにケアマネが参加すると、ケアマネも 300 単位、「退院・退所時加算」という加算が取れ、在宅に戻ってケアプランを作ったときに上乗せできます。せっかくですから、ぜひその制度を

使っていただいて、ケアマネを育てていただけるとありがたいと思います。

旭委員；その情報は2年程前に私にも入ってきまして、非常に良い制度だと思っています。それを今、十分に活用させていただいて、救急病院だけでなく、私どものリハ病院にも回してもらうようにしております。千葉県中のリハ病院にもそのように広めていきたい。

伊豫会長；では、入院時からケアマネージャーにも参加していただくという形で、御配慮ください。

その他いかがでしょうか。

植松委員；最後のスライドのところ、「認知症BPSD及び合併症急性憎悪時」の下に「認知症協力医」、「専門医療機関」と図になっていますけれども、家族の立場から言えば、「認知症協力医」というもののイメージがはっきりしません。これは松戸市だけで決めている呼び方なのか、教えていただきたい。

旭委員；「認知症協力医」と名前をつけるに当たっては、厚生労働省にも相談しました。「サポート医」等いろいろある中で、松戸市独自で新たに「協力医」を作ってよいものか、という意見もありましたが、診療所の先生で、認知症のことを分かっている方にいろいろ活動していただくために付けました。これは、松戸市だけのものですが、他に千葉市でも「協力医」的な体制ができているということで、そこを含める感じで書きました。

伊豫会長；この点について、「認知症連携パス」は、BPSD・合併症急性憎悪時から始まっていますが、既に認知症と診断されている場合は、その前の段階もあるのではないか。

旭委員；今回はこういう形で書きましたが、もちろん、診断の段階から使っていただきます

伊豫会長；診断の段階、又は、その後の認知症の方のケアや医療のプランというものがあるとすると、その時には「認知症協力医」というのが、その認知症の御本人又はケアをしている御家族にも分かる、ということによろしいでしょうか。この段階では、「協力医」というのは御家族には既に承知していただいていると考えていいと思います。ですから、憎悪したときに協力医に回す、まずパスとしての流れで行っていただくということですね。

細井委員；最後のスライドの「認知症治療病院への入院」について、今回のパスのモデル事業は、地域でのシステムを目的にしていると思いますが、この「治療病院」について、松戸市医師会で考えているところがあるか、お伺いしておきたい。現在、当院へ紹介されることがありますが、その場合パスが君津圏域と松戸市医師会とでオーバーラップすることになりかねない。本来、それぞれの地域で集約できるような認知症の連携システムを作ることが、今回のパス事業の目的になると思うのですが、いかがでしょうか。

旭委員；まだ今のところ市内で決まっているわけではないが、今度、新しく精神科病院にBPSDが急性憎悪した時には診ていただく、BPSDが入院時に軽減した場合は、退院後も連携パスを用いながら関わりをもっていくということで、あえて「認知症治療」を入れました。これはまだまだ、今回のモデル事業での新しい試みで、千葉県全体にということではありません。

植松委員；認知症になっても住み続けるという目的で連携パスが出来たと思いますが、最後のスライドで、専門医療機関から即、病院への入院ということだけでなく、専門医療機関から横出しで地域包括支援センターや介護保険サービス事業所などへの連携パスの使い方もあると思います。入院プラス地域との連携も入れてほしい。

旭委員；医療を強調し過ぎたかなと思います。最近、BPSD憎悪時に緊急に入院を希望される方や、緊急に小規模多機能施設でのショートステイで対応するというケースも非常に増えている。横出しの介護保険サービス機関との連携も入れていきます。

伊豫会長；あくまでも基本的な流れであって、ケース・バイ・ケースで横出しもするということですね。ありがとうございました。

続きまして、佐倉市認知症地域ネットワーク医療介護連携推進協議会からお願いします。

佐倉市認知症地域ネットワーク医療介護連携協議会（佐倉市高齢者福祉課 緑川主査補）

～～説明～～

伊豫会長；ありがとうございました。それでは、ただ今の御説明に対して御質問や御意見をいただければと思いますが、私から統括コーディネーターの配置はどこにするのでしょうか。

緑川主査補；統括コーディネーターについては、事業所や病院に所属している方の応募を想定しているので、所属している事業所等で中心的に動いていただき、必要があれば地域包括支援センターや市の高齢者福祉課にも来ていただいて、従事していただければと考えています。

助川委員；4ページの「3. 認知症在宅復帰促進事業」について、「介護事業所等への再委託により事業を実施」とあり、これについて特養、老健を想定しているということでしたが、在宅復帰促進事業に関して施設系を事業所として想定しているのでしょうか。内容的に、アセスメントを行うということだと、居宅の方が中心かと思いますが、施設系の事業所で果たして整合性があるのか、もう少し詳しく御説明いただきたい。どんどん地域密着の介護サービスの事業所ができていますし、できれば、施設系よりもそういうところの方がいいのではないかと。

緑川主査補；例として3つの施設だけを挙げてしまいましたが、県の要項に準じて、募集要項には居宅のケアマネージャーのいる事業所やホームヘルパーの事業所も応募

要件に含めると明記しているのです、必ずしも施設系とは限りません。在宅なりグループホームにいた認知症の方が、認知症の症状がひどくなってしまって、1回精神科の病院に入院したけれど、落ち着いて在宅なり施設にまた戻ってくるという時に、ケアマネや施設がどう動くべきか、受入れをできるように考えることが今回の目的と考えています。

小林委員；医療連携アセスメントシートは、平山委員からの御指摘にも関係するが、以前からこういうものの扱いに対して非常に心配しています。エッセンスがきれいにまとめられていますが、裏を返すと、危険な情報源になると思う。シートそのものの扱いはどのようにされているのか。下に同意者署名欄まで設けて、情報を提供することに対して同意を取っていますが、シートそのものがコピーされてどこかに出てしまうと、意味合いが変わってくると思います。その辺のリスクマネジメントについて、どうされているのか。

緑川主査補；今のところ協議会として、その辺のリスクまで考えていませんでした。モデル事業を実施する中で、個人情報の扱いをマニュアルに含めて運用していくべきかと思うので、協議会で今後の取扱いについて検討したい。

小林委員；カルテだと医師法でしばられたりするが、危険性がある部分だと思うので、その辺の整理もしていただけたらよいと思う。

伊豫会長；かなり重要な部分だと思います。

その他いかがでしょうか。

植松委員；2ページに出てくる「認知症窓口医」は、「初期の人に対応するために」と説明されていました。これはまさに、最近国から出された認知症施策にも合致していて、心の中で拍手をしながら聞きましたが、具体的に、「認知症窓口医」の方向性は、誰が呼びかけ、どのような形で承諾してもらったのか。私達が県と千葉市から委託を受けている認知症相談コールセンターに寄せられる相談の中でも、かかりつけ医から

認知症の専門医につながらないという実情があります。認知症の人をお医者さんに連れていくということが、御家族にとってもものすごく大変。「どこも悪くないから医者には行かない」と受診拒否する方も多いという実情があります。初期の段階でこういう医師が各地域にいたら、どんなにか早く認知症が発見できて、BPSDを起こさず、いつまでも住み慣れた地域で安心して暮らしていけるのでは、と期待します。具体的に、佐倉ではどのようにされたのか。

緑川主査補；「認知症窓口医」という制度ができたきっかけとしては、佐倉市内には精神科病床がある病院が1か所もなく、「精神科」を看板に掲げている医師も2か所しかない。認知症の方が増えていくと、精神科の医師だけで対応することが難しくなってくるという背景があります。この「認知症窓口医」は、危機感を抱えた精神科医から提案があり、当時の高齢者福祉課長が、一般の内科医を一軒一軒訪問して、認知症の初期相談に乗っていただけるようお願いをして、そこで同意を頂いた18医療機関が、今「窓口医」になっています。中には、消極的で、「とても認知症は診られない」と拒否された医師もいっぱいいらっしゃるので、今後、多くの医師に「窓口医」になっていただくことが今の課題になっています。

伊豫会長；「2. 連携パスを効果的に活用するために」というところで、「県と市の共通する部分を活かしながら」ということだが、むしろ共通しない部分で有用なものがあるのかについても御検討いただきたい。

続きまして、社会福祉法人ロザリオの聖母会からお願いいたします。

ロザリオの聖母会（井上所長）

～～説明～～

伊豫会長；ありがとうございました。

共通してですが、先ほど小林委員からありましたように、パスの取扱い、個人情報

に関しては、御注意をお願いしたい。

高橋委員；連携パス活用連携会議（仮称）について。現在、地域では、地域リハビリの連携の会議や打合わせ、地区社協や社協の会議が、地域包括ケアの名の下で行われたり、社会福祉協議会の目的から、地域福祉の推進のために行われています。地域包括支援センター職員の立場から、現行の包括介在で行っている地域ケア会議の活用は考えず、新たにこういう会議を作るのでしょうか。地域ケア会議については、国も医療関係者も入れていくようにということで、正直な話、なかなか医療関係者から協力を得られないという現状はあると思いますが、別にやるということなのか。

また、連携パスのシートについて、個人情報取扱いのルール作りが必要だとは思いますが、地域で在宅生活を支えるということを考えると、こういった連携会議に家族は当然入るが、地元の民生委員などの支え手・担い手を入れることを考えているか。

井上所長；標記させていただいたケア会議は、御指摘がありましたとおり、今既に行われている既存のケア会議との連携ができないかとイメージしています。3市それぞれがケア会議を行っていますが、ケア会議の進め方・関係者の集まり方が、私の知る範囲ではそれぞれの市により異なっています。市町村の動きに合わせて連携を図りたいと思っています。新たにケア会議を作るというよりは、毎月、丁寧にされているケア会議とまずリンクできないか、ということ打合わせの段階から検討しています。

人材に関しましては、生活する中で様々な専門職、インフォーマルな支援の方々が関わっています。市町村によって、関係者の集め方も関わり方も異なりますが、それも含めて、各地域包括支援センターや地元のケアマネさんの御意見を聴きながら、こういった形がベストか考えていければ良いと現段階では考えております。

伊豫会長；ありがとうございました。

続きまして、社会医療法人社団さつき会からお願いいたします。

さつき会（細井委員）

～～説明～～

伊豫会長；ありがとうございました。

繰り返しになりますが、パスの個人情報に関しては、御注意ください。

現在行われている取組みを、より効率的に進めるということも含めてモデル化して進めて行くということでしたが、いかがでしょうか。

コーディネーターの配置は、医療機関・御家族と地域包括支援センター・事業所の2つの視点で、ということでございます。より適切化ということで、モデルとして推進していただければと思います。ありがとうございました。

では、次に、「認知症専門職研修体系構築事業」について。最初は公益社団法人千葉県看護協会からお願いします。

千葉県看護協会（杉本常任理事）

～～説明～～

伊豫会長；ありがとうございました。ただ今の御説明に対して御意見や御質問等ございますでしょうか。

この研修を受ける方は、一般病院の看護師ですか。

杉本理事；一般病院だけでなく、訪問看護ステーションや介護施設、老健施設等、広くいろいろな所属のナースを対象としたい。一般病院でも、慢性期、急性期の病院でも、認知症の問題がいろいろ出てきていますので、そういう方々を対象にしたい。

伊豫会長；認知症の方と関係するところの看護師、ということですか。

杉本理事；はい。

梶原(優)委員；研修を教える講師は、どういう方面から呼ぶのか。

杉本理事；本協議会の委員の方々も候補であり、まだ打診していませんが、医師、看護師、協働していく作業療法士の方々も、と考えているところです。

梶原(優)委員；認知症の認定看護師は、千葉県には多くない。あまりにも少ないために、看護協会に、IT化により自宅で研修が受講できるようにして、認知看護師を増やそうという話を一貫して言ってきました。プログラムができたはいいが、教えるスタッフや、その全体の講師がどれだけあるのか心配したものですから。

杉本理事；人選まではまだ至っていないが、しっかり考えてやっていきたいと思えます。

伊豫会長；調査を行って、また新たな研修体系を構築していただく事業ですから、その辺も含めて、お願いします。ありがとうございました。

それでは続きまして、特定非営利活動法人主任介護支援専門員ネットワークからお願いします。

主任介護支援専門員ネットワーク（説明者：助川委員）

～～説明～～

伊豫会長；ありがとうございました。ただ今の御説明について、いかがでしょうか。

旭委員；今回のモデル事業で、在宅復帰に関しての役割の中で、主任ケアマネージャーの役割が非常に重要になってくると思う。千葉県の中で、BPSD等で精神科の入

院先を探すのも、ケアマネージャーが探している現状があります。精神科の病院へ入れてもらおうと、そこで途切れてしまって、退院できる段階になり、精神科病院からケアマネを通して退院促進に繋げようとしても、その時にはケアマネが外れてしまっている。急性期の病院だと認知症があっても数週間以内で退院しますから、ケアマネージャーにも情報が入りやすいけれども、BPSD等で精神科に入った場合も、引き続いてケアマネージャーが何らかの形で関わりを持てるよう研修の中に入れていただくと、在宅促進につながります。

助川委員；貴重な御意見ありがとうございました。ケアマネが継続的な支援をできるようにサポートしていける研修を組んでいきます。

細井委員；今のお話に関連してですけれども、私どもの病院では、ケアマネージャーさん等に見学をしていただいています。入院を勧めるケアマネージャーさんに、入院がどういうことか、もっとよく知っていただくために、精神科の病院を良く見ていただきたい。ですので、できれば研修の中で、精神科病院に例えば数日、様子を見に来て、病院の中はどのようなところか良く知っていただいて、それが医療へのハードルを下げることになるのではないかと思いますので、ぜひお願いできればと思います。

助川委員；御意見ありがとうございました。実は、研修の時にケアマネや主任ケアマネに「精神科病院の短期治療はどのくらいの期間だと思いますか」と聞くと、知らない人は「一週間」と答える。なかなか一週間では出て来られないという状況が分かっている。やはり実体的なことも研修の中に入れていくように企画いたします。

伊豫会長；今回、アンケート調査、ヒアリング調査を通して関係者からの意見聴取という形で、幅広く連携を含めた上で研修プログラムを作っていただければと思います。どうもありがとうございました。

では続きまして、社団法人千葉県社会福祉士会からお願いします。

千葉県社会福祉士会（説明者：須田講師）

～～説明～～

三島木委員；研修全体に関してですけれども、専門性は高まるでしょうし、認知症のプロがどんどん育つなと思ったが、今、地域・在宅での暮らしを支えているのは、家族と介護職です。夜間便失禁している人と添い寝したり、徘徊する方に寄り添っています。私達は地域密着型の介護の質を底上げしようと必死でやっています。利用者を一生懸命支えても「超興奮している」などといった記録をし、自分達の仕事の価値を下げってしまう介護職員もいますので…。そうした現場の人は専門職として位置づいていないのか。

私たちからのお願いですが、もう少し目線を下げて、そういう人たちのレベルも上がるような研修を、ぜひ取り入れてくださるところがあるといいなと思う。専門職だから、ケアマネはケアマネ、社会福祉士は社会福祉士の研修が必要だということは、もちろん分かる。

県に質問ですが、いつも身近で接している人たちの研修を考えていただけなかったのか。医療連携パス、認知症の連携パスは医療と小規模な施設が結びつくようなことがあって、すごく期待しています。医師にもお願いですが、コーディネーターや主任ケアマネ等そういう人たちだけを見るのではなく、現場で利用者と一生懸命接している人たちのことも考えていただいて、連携パスにも一言「おうちではこういうふうにしてください」等、書いていただくことはすごく嬉しいことです。よろしく願いいたします。

伊豫会長；全体についての御意見がありましたけれども、戻りまして、ただ今の社会福祉士会についてはいかがでしょうか。

脇本委員；三島木委員の御意見にも関連するのですけれども、課題を抱えた方、あるいは御家族のサポートでアドボカシーを謳える専門職としての社会福祉士さんの研修計画ということで、提案します。特に認知症の方の実態を理解する一番いい方法とし

て、可能かどうかは分からないけれども、いろいろな形で家族の会、家族の集いが催されています。佐倉市でも各包括支援センターで話される介護されている御家族の生の声は、相談の場で聞けないような深いものが出てきます。こういうものにぜひ参加して聞いていただくことで、より良い支援を考えていただけたらと思います。要望です。

伊豫会長；ありがとうございます。今回の研修に関しましては、今までどういったものがされていて、今後作るにはどういった形にすればいいのか、既存研修の実施状況等を調査したり、関係者、今まさにお話しにありましたように家族の方や介護されている方々にも聞いていただいて、それぞれの専門職で良い研修プログラムを作ってくださいということです。各プログラム案を策定される方については、ただ今いただいた御意見も検討しながら進めていただきたいと思います。

続きまして、一般社団法人千葉県作業療法士会からお願いいたします。

千葉県作業療法士会（説明者：橋谷委員）

～～説明～～

伊豫会長；ありがとうございました。ただ今の御説明に対して御意見、質問等いかがでしょうか。

こちらの「プログラム」にも書いてありますけれども、認知症の方々に対しての機能回復、生活維持機能向上というのは大きく期待されているところだと思います。

よろしいでしょうか。そうしましたら、最初にございましたように各団体、ケアマネ等からも意見を聴きながら策定していただければと思います。

受託団体のみなさんは、本日出た御意見を発展させ、実りある事業展開をしていただくようお願いいたします。また、年度末に事業の成果等を御報告いただきたいと思いますので、よろしく申し上げます。

それでは、議題4「その他」ですが、認知症疾患医療センターの選定に当たり、千葉県認知症対策推進協議会として推薦する選考委員について、事務局から説明をお願い

いします。

事務局

～～説明～～

伊豫会長；いかがでしょうか。この推進協議会から推薦する認知症専門医として、吉山先生でよろしいでしょうか。では、承認とさせていただきます。

予定の時間を過ぎてしまいましたが、進行を事務局にお返ししたいと思います。

司会；伊豫会長、会議の進行、取りまとめをありがとうございました。また、委員の皆様、オブザーバーの皆様、御出席の皆様、お忙しいところお集まりいただき、貴重な御意見等をいただきましてありがとうございました。

最後に、溝口委員から、千葉県歯科医師会で実施するアンケート調査について、皆様への依頼事項があるということですので、御説明をお願いします。

～～溝口委員より説明～～

司会；よろしくお願いたします。

また、昨年度の第2回協議会にて、千葉県高齢者保健福祉計画に係る認知症対策について御意見をいただいたところですが、お陰様をもちまして、本日、お配りしておりますとお済みいたしました。御協力、御指導ありがとうございました。

それでは、今後の会議の開催につきましては、改めて日程調整等をさせていただきますので、御協力のほどお願い申し上げます。

以上をもちまして、平成24年度第1回千葉県認知症対策推進協議会を終了させていただきます。