

文 教 福 祉 常 任 委 員 会 記 録

令和5年12月22日（金）午後1時26分～午後3時35分（9階909会議室）

○出席委員（9名）

委 員 長	川又 康彦
副委員長	高木 直人
委 員	佐藤 勢
委 員	遠藤 幸一
委 員	佐々木 優
委 員	石原洋三郎
委 員	大平 洋人
委 員	穴戸 一照
委 員	半沢 正典

○欠席委員（なし）

○市長等部局出席者（健康福祉部）

健康福祉部長	村田 泰一
健康福祉部次長	本田 博進
長寿福祉課長	二瓶 光人
長寿福祉課長寿支援係長兼査察指導員	作田 浩
長寿福祉課地域包括ケア推進室長	緒方 淳
長寿福祉課地域包括ケア推進室主任	平野 靖子
長寿福祉課地域包括ケア推進室主任	山田 和弘
介護保険課長	渡辺 明稔
介護保険課介護認定係長	鎗城 潔
介護保険課介護給付係長	安齋 洋子
保健総務課長	菅原 慎司
保健総務課地域医療政策室地域医療係長	野木 郁憲

○案 件

所管事務調査「認知症対策と家族支援に関する調査」

- 1 当局説明（健康福祉部）
- 2 当局説明の意見開陳
- 3 参考人招致について
- 4 行政視察について
- 5 その他

午後1時26分 開 議

（川又康彦委員長）ただいまから文教福祉常任委員会を開会します。

本日の議題は、委員会次第のとおり、認知症対策と家族支援に関する調査の所管事務調査に関し、健康福祉部より説明を受けた後、質疑を行いたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

初めに、当局説明を議題といたします。

本日は業務多忙の中、当委員会の調査にご協力いただきました健康福祉部の皆さんに対し、委員会を代表し、心から御礼申し上げます。

非常に充実した資料もご説明の資料としてございますので、皆さんのほうもお手元でご覧いただければと思います。

それでは、当委員会の調査項目である認知症対策と家族支援に関する調査に関連しまして、健康福祉部より、認知症対策の推進計画、関係法、認知症患者の現状、本市の認知症施策の現状、支援体制、認知症対策における課題についてご説明をいただきます。

それでは、早速ですが、健康福祉部からの説明をお願いいたします。

（健康福祉部長）このたび文教福祉常任委員会の所管事務調査として、認知症対策と家族支援に関する調査を取り上げていただきました。

認知症は、寿命の延伸によって、誰もがなり得るものであり、また家族や親戚、友人、知人が認知症になる可能性があるなど、今や多くの市民にとって身近なものとなっております。

本市では、現在、令和3年度から令和5年度までを計画期間とするオレンジプラン2021に基づき、認知症への理解を深める普及啓発や認知症の発症を遅らせる取組、また仮に認知症になったとしても希望を持って日常生活を過ごせる地域社会づくりを目指して、認知症対策の各種施策、事業に取り組んでいるところでございます。健康福祉部では、今般の所管事務調査を貴重な機会と捉えまして、さらなる取組の強化につなげてまいりたいと考えております。

それでは、お手元の資料に基づきまして、取組内容等を一括して次長よりご説明申し上げますので、よろしくお願いいたします。

（健康福祉部次長）調査のご依頼内容に沿って説明させていただきます。

それでは、お手元の資料をご準備ください。ページ数は、資料の右上にございます。まず、2ペー

ジをご覧ください。（１）、認知症対策の推進計画、関係法について説明させていただきます。まず、国の認知症対策の推進計画についてです。認知症施策推進総合戦略、新オレンジプランにつきましては、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けてと掲げ、対象期間を団塊の世代が75歳以上となる2025年までとしております。認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、記載の①から⑦までの7つの柱に沿って施策を総合的に推進するものとなってございます。

次に、3ページをご覧ください。こちらは、県の認知症の計画になります。ふくしまオレンジプラン2021につきましては、基本理念を認知症の人が、慣れ親しんだ景色の中で、大切な人たちと共に、安心して暮らすことができる社会の実現を目指すとして、記載の①から⑤の5つの基本方針の下、認知症施策を総合的に推進するものとなってございます。

次に、4ページをご覧ください。本市の認知症施策の推進計画についてでございます。本市では、平成27年度から福島市オレンジプランを策定し、現在は3期計画、福島市オレンジプラン2021に基づき認知症施策を推進しております。基本理念をすべての人が人間として尊ばれ、生きがいをもち、心豊かに、安心して安全に暮らせる長寿社会の実現と掲げ、記載の①から⑤の視点を持って、主な取組と目標を定め、内容に記載があります各種取組を行っているところでございます。

次に、5ページをご覧ください。本市の現計画の主な取組と進捗状況でございます。まず、左の①でございます。認知症サポーター養成講座の実施ですが、受講者の累計が令和3年までで3万5,159人、令和4年度で3万6,440人と、目標の年間2,000人増加には至っていませんでしたが、企業や職域、学校、地域など、幅広い対象に実施してございます。

次に、2、3、4につきましては後ほど詳細を説明させていただきます。

次に、6ページをご覧ください。認知症対策における国、県及び本市の役割でございます。国においては、認知症施策の総合的かつ計画的な推進があり、法の整備や制度改革などの環境整備、おのこの事業に対する財政支援など、県におきましては、広域的な視点の施策の展開として、人材の育成や技術的支援、研修の実施、市町村への財政支援、市におきましては、地域の実情に応じた認知症の人や家族への支援体制の構築として、福島市オレンジプランに基づく施策の推進など、それぞれの役割となっております。

次に、7ページをご覧ください。介護保険法、老人福祉法における認知症施策の位置づけでございます。介護保険法におきましては、認知症に関する施策の総合的な推進等として、第5条の2で規定しております。国及び地方公共団体が取り組む内容となっており、認知症に関する知識の普及及び啓発、多職種連携による認知症予防等の推進などが規定されております。一方、老人福祉法におきましては、市町村による様々な福祉の措置が規定されておりますが、認知症に特化したものは、居宅における介護等として第10条の4で、認知症対応型老人共同生活援助事業の規定があるのみとなっております。認知症施策につきましては、主に介護保険法で位置づけられているという状況になってござ

います。

次に、8ページをご覧ください。(2)、認知症患者の現状でございます。認知症の代表的な類型についてご説明いたします。4種類に大きく分類されます。一番多いのが①でございます。アルツハイマー型認知症、進行は緩やかなので、最初は年のせいかと思われがちで、周囲の人が気づかないことが多くあります。記憶障害が著しく、特に最近の出来事を忘れてしまいます。②、血管性認知症は、脳血管の障害で脳細胞が死滅することで発症します。運動障害や構音障害など、神経症状が認められることがあります。③、レビー小体型認知症は、初期の頃は物忘れより、鬱症状、失神、震えといった症状が出たり、実際にはないものが見えたりする幻視を認めたりする場合がございます。④、前頭側頭型認知症、ピック病は、物忘れの症状は軽く、意欲や理性、感情をコントロールすることが難しくなります。万引きや無銭飲食などで周囲を困惑させることも少なくありません。

次に、9ページをご覧ください。高齢化率と認知症高齢者数の推移、将来推計でございます。左のグラフでは、国、県及び本市の高齢化率の推移と推計です。令和5年度では、高齢化率が高い順に、県では33.3%、本市では31.1%、国で29.6%となっております。将来推計では、高齢化率は上昇を続け、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年には、県では42.2%、本市では37.5%、国では34.8%と推計しています。

右のグラフは、本市の認知症高齢者の推計人口と認知症高齢者有病率でございます。令和5年度は有病率16.7%、1万3,965人の認知症高齢者がいると推計されます。令和7年度以降も有病率は上昇し、令和22年度では有病率20.70%、1万7,180人まで増加することが見込まれます。

次に、10ページでございます。本市の生活圏域の設定でございます。(1)、日常生活圏域の設定は、地理的条件、高齢者の人口、交通事情、介護サービスの基盤整備状況等から、10の圏域を設定しております。

(2)、日常生活圏域の構成は、表のと通りの構成行政区域となっており、圏域内に設置されている地域包括支援センターはご覧のとおりとなっております。

次に、11ページをご覧ください。日常生活圏域別の高齢化率と認知症高齢者数推計でございます。表では、圏域別の人口、高齢者の人口、高齢化率、認知症高齢者数の推計を示しております。65歳以上の高齢化率は市全体で31.13%、表の緑色の囲いでございます。一番低い北信圏域が27.12%、一番高い飯坂圏域で37.56%となっており、約10%の開きがございます。認知症高齢者数推計は、圏域別の高齢者数に有病率16.70%を乗じて算出したものとなっております。

次に、12ページをご覧ください。(3)、本市の認知症施策の現状と支援体制をご説明いたします。認知症の支援の流れをモデルケースとしてご説明いたします。家族形態として、家族と同居しているAさんと、ひとり暮らしで身寄りのないBさんの2例を設定いたしました。上がAさん、下がBさんという形になります。まず、左のページから右に移るにつれて本人の症状が重くなり、気づきから相談、医療機関の受診、介護保険在宅サービスの利用や調整、見守り体制づくり、本人の状態や介護力

によっては施設の利用検討を行っていく流れとなっております。各段階において新たに支援に加わる主な関係機関やサービスを赤い文字で表記しておりますが、あくまでモデルケースとしての資料となっておりますので、ご承知ください。

それではまず、家族と同居しているAさんのことについて説明申し上げます。認知症自立度1、2の軽度の段階で、物忘れが目立つなど、ふだんの様子の変化に家族が気づき、地域包括支援センターへの相談や医療機関につながります。認知症自立度3の段階では、気持ちがうまく伝えられない、度々道に迷う、金銭管理ができないなど日常生活に支障が出るため、介護サービスの利用につながります。医療関係者や介護保険サービスの提供者の支援体制のほか、家族が中心となって近隣の方などによる周りからの見守り体制もつくりまします。本人、家族の交流や相談先としては、認知症カフェ、認知症の人と家族の会に参加することもできます。また、ショートステイの利用で家族の介護負担を軽減することもできます。自立度4、Mになります。徘徊や物取られ妄想、食事や排せつがうまくできないなど症状が進んできた場合は、ケアマネジャーによる介護保険サービスの調整を行います。グループホームや特別養護老人ホームといった施設利用も検討していくことになります。

次に、ひとり暮らしで身寄りがいないBさんのケースです。下段になります。自立度1、2の軽度の段階では、近所の人や友人、知人などがふだんの様子の変化に気づき、民生委員を通すなどして、地域包括支援センターへ相談や医療受診につながります。自立度3、4では、1人では金銭管理ができないなどの症状がある場合には、権利擁護センターの相談や社会福祉協議会が行っているあんしんサポートの支援もあります。医療関係者や介護保険サービスの提供者の支援体制のほか、地域包括支援センターやケアマネジャーなど関係者が話し合いを重ね、見守り体制をつくり、近隣の方などによる周りからの見守りを行っていきます。自立度4、Mでは、施設利用も検討していくことになります。

次に、13ページをご覧ください。本市の地域包括ケアシステム、認知症関係のイメージ図でございます。地域包括ケアシステムは、認知症になっても、要介護状態になっても、できる限り住み慣れた地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けることができるよう、地域一体で支援する体制のことでございます。本人や家族の住まいを中心として、医療や介護、地域の支え合いのほか、必要なときに必要な相談援助、社会参加、権利擁護についての支援が受けられることにより、安心して暮らしていける地域社会づくりを目指すものとなっております。

次に、14ページをご覧ください。自助、互助、共助、公助の取組です。①、自助とは、自分自身でケアを行うことで、介護予防や認知症予防など、自らの健康管理を主体的、積極的に取り組むことが挙げられます。また、自助には、自費サービスを購入することで介護予防に励むといった取組も含まれます。

次に、右でございます。互助とは、制度に基づかない助け合いのことで、当事者団体による取組やボランティア活動、住民組織の活動、近隣の助け合いなどにより、生活課題を解決していくことです。例としては、認知症の人と家族の会や認知症カフェ、認知症サポーターの取組、地域見守りネットワ

ークなどがございます。

③、共助とは、制度化された相互扶助のことで、介護保険制度、医療保険制度など、被保険者による相互の負担で成り立っております。認知症対応サービスの例として、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、グループホームがあります。

次に、④、公助でございます。自助、互助、共助で対応できない課題に対しての制度のことで、高齢者福祉事業や生活保護、人権擁護、虐待対策などがあります。自助、互助、共助、公助が連携して、様々な課題を解決していくという取組が地域包括システムの深化、推進には必要となっております。

次に、15ページをご覧ください。各地域包括支援センターの利用者数でございます。令和4年度地域包括支援センターの相談件数は、22の地域包括支援センター全体で、実人数では9,032人、そのうち認知症に関連した相談は3,272人、延べ人数では4万8,604人、そのうち認知症に関連した相談は2万339人となっております。

16ページをご覧ください。地域包括支援センターの事業評価を通じた取組でございます。国の評価指標を用いた事業評価の実施により、全国的な傾向と比較し、一定の運営水準の確保や業務の質の向上に取り組んでございます。国は、毎年度運営状況について調査を実施しています。各包括支援センターからの回答を集約し、市から国へ報告いたします。国より調査結果の全国平均のデータが提供されますので、本市におきましては現状の分析と対応方針の検討を行い、地域包括支援センター運営協議会へ諮り、評価や意見などをいただきます。その後、地域包括支援センターの委託法人代表者及び管理者会議におきまして、運営協議会の結果や次年度の運営方針を説明してございます。

次に、17ページをご覧ください。本市の医療体制でございます。受診や治療の流れとしては、本人や家族の様子をよく知っている①のかかりつけ医での対応が基本ではありますが、診断、治療に苦慮する場合には、②の物忘れ相談医、認知症サポート医、さらには③、認知症疾患医療センター、④、認知症専門医へつなげていきます。表の左の下でございますが、③の認知症疾患医療センターは、より専門的な検査や治療を行います。症状や治療が安定した後、かかりつけ医や物忘れ相談医、認知症サポート医へ再紹介し、地域で診てもらえる環境をつくります。右側の真ん中よりちょっと上でございますが、⑦、認知症初期集中支援チームは、認知症の初期段階の支援を行います。現在市内には物忘れ相談医が77人、認知症サポート医が23人、認知症専門医が8名という状況になってございます。

次に、18ページをご覧ください。認知症地域支援推進員の機能向上です。認知症地域支援推進員は、各地域包括支援センターに配置しております。その主な役割は3つでございます。①、医療、介護等の支援ネットワーク構築、②、認知症対応力向上のための支援、③、相談支援、支援体制の構築です。知識、技術の向上のために実際行っていることは、推進員の現任期研修、新任期研修の受講や毎月開催しております認知症地域支援推進員部会における勉強会や情報共有などがございます。また、毎月実施しております認知症初期集中支援チーム員会議にも傍聴参加することで、個別事例への関わりについて学び、初期集中支援チームとの情報交換などを行い、連携を深めています。また、認知症の

人と家族の実態調査こころの声アンケートでは、本人と家族への聞き取り調査の実施や調査の分析に関わることで、支援事業の質の向上につなげています。さらに、本年度には、早期治療につながるよう普及啓発のためのリーフレット作成にも関わってございます。

次に、19ページをご覧ください。福島市認知症初期集中支援チームの取組でございます。このチームは、複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人、その家族に対して、訪問、アセスメント、家族支援など、初期の支援を集中的に行うことで自立した生活のサポートを行うものです。委託先は、あずま通りクリニックで、チーム員メンバーは医師、保健師など、記載の専門職各1名で構成されています。対象者は、主に認知症の疑いがあるものの、適切な医療や介護サービスに結びついていない方です。認知症の行動、心理状態が顕著なため、対応に苦慮する事例なども対応する場合もございます。

右の図をご覧ください。右の図のとおり、チーム介入の流れは、相談から家庭訪問、チーム員会議での支援方針の決定、おおむね6か月間の継続支援をする中で、地域包括支援センターやケアマネジャー、かかりつけ医との調整を図りながら、医療、介護へつなげていきます。

実績としましては、令和4年度、①、訪問対応実人数が19人、②、令和4年度中に初期集中の対応が終了した人数が24人で、そのうち医療、介護につながった方は19人で、割合は79.2%となっております。

次に、20ページをご覧ください。福島市オレンジカフェでございます。認知症の人やその家族が、地域の人や医療、介護の専門職と相互に情報共有をし、お互いを理解し合う場でございます。認知症の人や家族の孤立を防ぎ、地域住民に認知症について理解を促す目的があります。本市では、主に社会福祉法人や医療法人、認知症の人と家族の会によって運営されています。設置状況は、令和4年度で23か所、累計128回開催されており、認知症のご本人やその家族、地域住民など、延べ1,268人が参加してございます。日常生活圏域内の設置状況につきましては、表のとおりとなっております。

次に、21ページをご覧ください。認知症高齢者等見守り事業でございます。3つの事業に取り組んでございます。まず、(1)でございます。地域見守りネットワーク事業では、市、地域包括支援センター、民生委員のほか、協力団体や協力事業者などにより、高齢者、障害者、子供などの地域住民の見守り支援を行うことで、日常生活における異変を早期に発見し、早期対応に向けた連携体制の強化を目的としてございます。事業に賛同いただきました事業所、団体とは協定を締結し、業務や日常活動の中でさりげない見守り支援を行っていただいております。令和4年度の実績は、協定締結事業所が68事業所、協力事業所数が488事業所でございます。事業所から異変発見の通報があったのは2件、家族などから搜索依頼があった行方不明者の情報提供件数は3件でございました。

次に、22ページをご覧ください。(2)、認知症高齢者等お帰り見守り事業は、市へ事前情報を登録いただき、福島警察署、福島北警察署、担当する地域包括支援センターと情報を共有することで、行方不明となったときに、警察と地域の関係機関、事業所が協力し、早期に発見をするための仕組み

でございます。また、登録と併せまして、早期に身元が判明できるよう身元確認QRコードシールを配付しています。身元確認QRコードシールの配付事業は、ふくしま田園中枢都市圏市町村でも実施しております。令和4年度実績は、新規登録者が47人、年度末の登録者数は203人、QRコードのシール活用による緊急対応通報件数は3件でございました。

(3)、認知症高齢者見守り声かけ訓練は、認知症の人が行方不明になったという設定の下、地域のネットワークを活用して、通報、連絡、捜査、発見、保護の流れや実際の対応を訓練していくものでございます。地域住民、町内会、民生委員、地域包括支援センター、介護事業所、警察等が協力して実施しております。令和4年度実績は、3区域で認知症の人への対応の仕方や接し方のポイント等を実際に模擬体験して実施してございます。

23ページをご覧ください。医療、福祉等の多職種連携でございます。主な多職種連携の取組としては、①、福島市オレンジプラン推進委員会では、福島市オレンジプランに基づく施策の展開にあたり、各団体における認知症に係る取組状況や課題の情報の提供を行います。

②、福島市オレンジプラン推進医療・福祉・介護連携ワーキング会議では、認知症の発症遅延、進行緩和の推進、切れ目ない医療、介護サービス体制づくりを効果的に進めていくためのネットワークづくりや認知症対応力向上の事業を企画、実施しております。

③、福島市在宅医療・介護連携支援センターでは、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所の協働、連携を推進しています。在宅医療、介護に関する相談事業をはじめ、医療、介護の資源の情報収集と提供を行っております。

④、ふくふくオレンジフェスタ実行委員会では、認知症の啓発事業を展開してございます。認知症普及啓発イベント、ふくふくオレンジフェスタの開催や啓発チラシの作成、オレンジカフェマップの作成などがございます。

これらの主な連携機関につきましては、下の四角囲い、真ん中のところでございますが、連携機関につきましては記載のとおりでございます。

また、庁内におきましても市の職員一人一人が認知症への理解を深め、適切な支援やサービスの提供、案内、早期に相談窓口へつなぐことができるよう、新規採用職員フォロー研修において認知症サポーター養成講座を開催し、人材の育成、連携体制の構築に努めてございます。

24ページをご覧ください。(4)、認知症対策における課題についてご説明申し上げます。認知症本人、家族介護の現状の分析でございます。さきにご説明いたしました令和4年度の各地域包括支援センターの認知症相談件数をさらに分析したものでございます。なお、本人の人数には、家族と一緒に相談したなど、本人のみでない相談件数も含まれております。

本人の相談内容は、介護保険、サービス利用についてが3,639件、相談の約7割を占めてございます。次に、健康管理や医療受診、認知症への対応や治療と続きます。症状別に見てみますと、自立度1の方が4,738件と約9割を占めています。自立度1は、何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及

び社会的にほぼ自立している状態で、認知症の初期段階でございます。認知症初期段階で、介護サービスや医療機関への受診について地域包括支援センターに相談していることが多いということが分かります。家族、親戚についても同様の傾向が見られます。

次に、25ページをご覧ください。認知症本人、家族介護者の現状と課題です。こちらは、令和4年度に実施いたしました認知症の人と家族の実態調査こころの声アンケートの結果からまとめたものでございます。聞き取りによる主な声は、姿の欄の記載のとおりでございますが、左にあります自立度1では、課題のところになりますが、認知症初期段階のため病識が乏しく、症状や今後の生活に漠然とした不安があると同時に、地域へは今までと変わらない日常と関係性を望んでいることが分かります。

次に、自立度2では、症状が進行し、介護量の増加や今後の生活の見通しに不安を抱えていることが分かります。症状の進行とともに、家族だけでなく、近所の方の見守りの目が必要とされています。

自立度3では、日中、夜間を通しての見守りが必要となり、介護量の増加とともに、自宅で暮らし続けることができるかという不安につながっていることが分かります。また、家族は、認知症の方の介護をしている同じ立場の家族と気持ちを共有したいという思いがあることが分かってございます。

自立度4では、常に見守り、介護が必要となり、介護負担が増える中で、本人とうまく関わることでできないことでの精神的な負担も加わっていることが分かります。日頃の介護へのねぎらいや適度に介護から離れる時間が必要になります。

自立度Mでは、せん妄、妄想等の精神状態が継続することにより、本人の安全を守ることが難しくなるため、精神病院や適切な医療に早期につなげる必要があります。

次に、下のグラフをご覧ください。認知症の進行を緩やかにするためには、早期治療や支援につながる必要がありますが、アンケートから、ふだんと違うと気づいてから医療機関を受診するまでの期間が半年以上かかっている方が約4割程度いることが分かりました。引き続き、早期受診、治療の重要性を周知していく必要がございます。

26ページをご覧ください。症状が重くなった場合の支援です。認知症の症状が重くなるにつれ、見守りや介護の頻度が増え、家族の身体、精神的な負担も増えていきます。継続的な医療の受診と併せ、介護保険サービスの利用、既に利用している場合はケアプランの見直しを行うことで、本人の自立支援や介護する家族への負担軽減を図ります。介護保険サービスの利用では、介護の認定または区分変更について、地域包括支援センターや担当ケアマネジャーに相談します。

27ページをご覧ください。地域包括支援センター職員の不足状況、解消のための取組について説明いたします。市内22か所の地域包括支援センターにおいて、4職種の専門職の配置を求めています。令和4年度では保健師が2か所、認知症地域支援推進員が1か所、合わせまして3か所の地域包括支援センターで欠員が生じました。解消のための取組としましては、保健師、社会福祉士、認知症地域支援推進員の3職種の配置について、専門職に準ずる緩和した要件を適用することにより、職員

が確保しやすいよう環境を整えてございます。

次に、28ページをご覧ください。介護従事者の不足状況、解消のための取組です。令和5年度介護職員等サービス従事者不足実態等に関するアンケート調査を行い、市内1,013の事業所のうち521事業所より回答をいただいております。また、表にありますとおり、不足人数の329人のうち、介護職員が149人、訪問介護職員が79人と、介護職員が不足人数の約7割を占めてございます。

介護人材確保対策推進パッケージとして、人材確保支援、人材定着支援、人材育成支援の3つを柱に人材確保の事業に取り組んでおります。①の人材確保支援につきましては、学生や一般求職者に対して介護職の資格取得に要する研修費用の一部を助成しているほか、就労意欲のある元気な高齢者を対象に介護補助の仕事を紹介し、介護分野への興味を持ってもらうためのセミナーや施設見学会を実施します。さらに、人材確保の裾野を広げるため、中学生などの若い世代に介護分野へ興味を持ってもらうため、介護のお仕事紹介パンフレットを作成し、配布します。

②、人材定着支援として、ケアマネや主任ケアマネの資格取得に要する費用を事業所に対して助成するほか、現在介護職として働いている職員に対し、階層別に若手、中堅、管理職の研修をオンラインで実施することで、組織の考え方や自己のキャリアアップについて考える機会をつくり、職員の定着、離職防止を図っております。

③、人材育成の支援では、ケアマネが作成するケアプランを点検することにより、気づきを促し、レベルアップを図ることで、自立支援に資するケアプランの作成ができる取組を行ってございます。

29ページをご覧ください。医療従事者の不足状況、解消のための取組でございます。①、医療従事者の不足状況については、65歳以上人口10万人当たりの本市を含む県北区域医療圏を見ますと、福島県立医科大学附属病院の医療従事者を含めた医師、看護師、薬剤師、理学療法士や作業療法士の人数は全国平均よりどれも低く、県内では平均並みの水準となっておりますが、医大の医療従事者を除きますと県平均を下回っており、医療資源不足であることがうかがえます。

30ページをご覧ください。②、解消のための取組としまして、本市としましては4つの事業を展開しております。1つ目は、医師の確保対策として、内科、外科、泌尿器科の3つの診療科を担当する医師に対する研究資金貸与事業で、県外から転入して2次救急病院へ勤務する医師を対象としてございます。県におきましても、産科、小児科、麻酔科、救急科、総合診療科の医師について、同様の事業を実施してございます。

2つ目は、看護師の確保対策事業として、潜在看護師を雇用して研修を実施する費用に対しまして2次輪番病院へ補助するものでございます。

3つ目は、臨床研修指定病院がより充実した研修プログラムを合同で行うNOWプロジェクトに対する補助事業で、研修修了後の市内病院への定着を図るものでございます。なお、研修医と研修指定病院とのマッチング率は2年連続で100%となっております。

4つ目は、令和2年度から開設しました福島県立医科大学保健科学部学生への交通支援であります。

駅前キャンパスと光が丘キャンパスとの往復バスの運行について、県と折半しまして借り上げまして、優秀な医療技術者育成と市内医療機関定着を図るものでございます。

以上のような事業により、今後も医療従事者の確保について周知、啓発に取り組んでまいります。

次に、31ページでございます。共生社会の実現を推進するための認知症基本法、いわゆる認知症基本法でございます。本年6月に公布されました。この法律は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進することを目的としております。基本理念は記載のとおりであります。地方公共団体の責務として、認知症施策を策定、実施することが定められております。また、計画にあたりましては認知症の人と家族の意見を聴くこととされております。

32ページをご覧ください。認知症基本法の基本的施策であります。記載のとおりでございます。本市といたしましては、この基本法の基本理念や施策内容を、現在策定中でございます次期計画、福島市オレンジプラン2024に盛り込み、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、本人とその家族に寄り添いながら各種施策に取り組んでまいります。

以上、認知症対策と家族の支援につきまして説明をさせていただきました。市議会の皆様には引き続きご支援、ご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

説明は以上でございます。

(川又康彦委員長) 貴重な資料とご説明、本当にありがとうございました。

次に、質疑に移らせていただきますけれども、議案審査ではありませんので、当局から現状を教えてください場ということになりますので、その点を十分に考慮し、質疑のほうをお願いしたいと思います。

それでは、質疑のある方はお願いいたします。どうでしょうか。

(穴戸一照委員) ある程度症状が進む前に、まず初期の段階で、家庭で我々が親と生活しているときに、まず気づくのだけれども、それが認知症としてどういうふうな診断を受けたらいいとか、ケアマネジャーさんのおいでになって、相談するわけですが、あとかかりつけ医にも相談するのですけれども、ではこの程度の薬で、まず症状を和らげる薬かというようなことをうちなんかは頂いて、その後で、では少し進行を遅らせるとか、現状に対応した薬ということで、先ほどのあずま通りクリニックにご紹介いただいて、認知症の薬の小さい錠剤を、5ミリグラムの最低のレベルのやつを頂いて、飲んでもらっているわけだけれども、なかなかそれはもうある程度の高齢になると、症状を遅らせるとかでなくて、現状維持を図るというのがせいぜいなのかなということを先生もおっしゃるわけです。その段階に行くまでの気づくまでの段階で、ある程度早い段階で分かれば、一番処置というか、それも簡単だと思うのですけれども、その辺はケアマネジャーさんとの研修の中においてどういうふうにご指導なさっているのかなと思うのですが、例えばケアマネジャーさんが家庭訪問して、高齢者と面談する。そうしたときに、次のステップとしてこうしたほうがいいですよとか、家族

が向き合うための手だてというか、そういうものはケアマネジャーさんにはどういうふうな対応というようなことでの研修などをなさっているのか、その辺をちょっとお伺いしたいと思うのですが。その辺はあまり専門的過ぎるか。

（長寿福祉課地域包括ケア推進室主任（平野））今ケアマネということでご質問があったのですが、まずは気づき、一番初めの本当に初期の気づきということになりますと、ケアマネがまだついていない方とかという、いろんな方がいらっしゃると思うので、とにかく市民の方みんなが認知症について理解を深めるということで、私たちのほうでは、例えば認知症サポーター養成講座などを行いまして、広く皆さんに認知症について知っていただくというところから始めているような状況であります。

（穴戸一照委員）これが認知症なのかとか、高齢化、年を取ったから、多分忘れるのではないの、こうなるのではないのと思うのだけれども、それがイコール認知症というふうに断定していいのかどうかというのはなかなか難しいと思うのです。年を取ったから、結局この程度の物忘れとか、この程度の記憶が曖昧になっているとか、例えば今日は何日ということで、同じ質問を何回か受ける、それはやっぱり高齢者が不安に思っている、そういうふうになると思うので、この程度ならば認知症なのかどうかということもなかなか判断は、我々はしにくいわけです。高齢化だから、こんなものでしょうと。ただ、それを認知症と判断していいものかどうかというと、なかなか思うので、その辺の気づきですね。どうしたらいいものかなというのがやっぱり一般の家庭の皆様、家族の皆様はそれが一つの悩みなのかなと思うのですが。

（長寿福祉課地域包括ケア推進室主任（平野））認知症かどうかというところが分からないということだと思うので、そのときはまずは、先ほど医療体制のところでもご説明したのですが、まずはかかりつけ医に相談してもらい、もしくはかかりつけ医がいなければ、物忘れ相談医に相談していただく、もしくは地域包括支援センターに相談していただいて、診断ができるのは医療機関ですので、医療機関のほうにつながっていただくというところが初めなのかなと考えております。

（穴戸一照委員）かかりつけ医にもかかって、相談は申し上げているのだけれども、その辺がなかなか難しいところなのだね。こんなものかどうか、高齢化で、このぐらいの物忘れならばあれなのではないのという程度になって、それが認知症というふうな初期の段階とはいっても果たして治療がどうなのかというと、高齢化したから、治療なのだねと、高齢化したから、その程度は出てくるのだよねというような形も多いと思うのだ。うちなんかの場合はそうなのです。いよいよになってきて、ではあずま通りクリニックを紹介するから、行ってみたらというようなことで、3か月前から行き始めたのだけれども、あずま通りクリニックの小林先生によると、この程度はもう高齢化だから、やむを得ないですね、まだいいほうですよと、あとは家族さんがいかに向き合うだけですねというのがあずま通りの小林先生もおっしゃるわけね。なかなかその最初の段階で、どの辺で行って、どうすればいいのかなというのはなかなか一般の方は分かりにくいのかなというような思いがあるので、そこ

がどういうふうにしたらきっかけとしてつかめるのかなということを、今までの経験からして、思ったものですから、その辺をちょっとお聞きしたいなと思ったところです。

（長寿福祉課地域包括ケア推進室主任（平野））私たちのほうでも啓発活動をいろいろやっております、市民の皆様にも、希望者の方に、もの忘れあんしんガイドブックというものを配布させていただいておるのですが、そこでチェックシートのようなものも作成させていただいております、そこら辺ちょっと参考にさせていただいて、医療機関を受診したりするきっかけにさせていただければと思っております。

（川又康彦委員）今の委員の質問とちょっと関連するのですが、認知症初期集中のほうで外来というか、外に出て行って診断するという形の実績なんかも、訪問対応というのが載っていますけれども、なかなか病院に行きたがらないというか、物忘れ外来に行くみたいなので、本人が拒絶するパターンというのも相当多いと思うのですが、この訪問対応というのは、やはりそういったなかなか、それ以外も理由はあると思うのですが、外に出歩けないとか、そういったものもあるかもしれない、そういったもののためにこういった対応をしているという感じと捉えていいのですか。それとも、ちょっとさっき申し上げた、肉体的にも外にはなかなか出ることができない、そういった場合のためにこういったものをやっているということでしょうか。その辺についてはどんな感じなのでしょう。このア、イ、ウ、エで書いてはあるのですが、具体的にはどんな感じの方を対象にしているということなのですか。

（長寿福祉課地域包括ケア推進室主任（平野））初期集中支援チームの訪問対応は、訪問して、そこで診断するというのではなくて、その方の現状を把握するため、あとその次に結びつけるための情報収集やアドバイスなどを行うために訪問をさせていただいております。例えばなかなか医療機関につなげられないとかという場合ですと、その訪問したスタッフのほうでいろいろ、物忘れ外来に行きましょうとか、認知症ですねとかということではなくて、うまくお話をして、医療機関のほうへの受診につなげていただいたりとかという支援をさせていただいておりますので、その場で診断ということではなくて、何が医療機関につなげるとか、介護のほうにつなげる、その情報収集やアドバイスとか、支援とかというところになります。

（川又康彦委員）そのあずま通りクリニックのほうで初期集中、治療ということで、最初に、何年前ですか、担当というか、やっていただくようになってから、現在、大分認知度も高くなってきたような部分もあって、非常に混んでいて、なかなか予約が取りにくいという部分もあるのですが、こういうものについては、物忘れ外来とかで指定しているお医者さんも含めて、何らかの形で病院数を広げていくとか、そういったものというのは皆さん検討しているのですか。

（長寿福祉課地域包括ケア推進室主任（平野））今おっしゃっていただいたように、大変外来等も混み合っておりますので、例えばあずま通りクリニックでしたら、そこにずっとかかるということではなくて、症状が落ち着いてきたら、もともとかかっていらっしゃったかかりつけのほうにつないで、

症状の悪化とか、何かが起きましたらまたあずま通りに戻っていただくというような、その辺りの連携をできるようにということで、今かかりつけ医と、あと物忘れ相談医、あと専門医というところで連携を図るように、できるように今体制を整えようとしているところでございます。

（高木直人委員）今の初期集中支援の部分の関連なのですが、チーム介入の流れの中で6か月間継続支援というところがあると思うのですが、6か月間どのような形で支援がされていかれるのか、ちょっと詳細を教えてくださいませんか。

（長寿福祉課地域包括ケア推進室主任（平野））初期集中支援チームは、初期に関わるということで、一応期間を6か月というふうに定めているのですが、もちろんそれより早く支援が終わる場合もあるのですが、初期集中支援チームは医療とか介護のほうにまだアクセスできていない方について、その部分を支援していくということになりますので、その方それぞれでありますけれども、その部分を例えば先ほどおっしゃっていただいた訪問したりとか、あと地域包括支援センターとかと連携したり、あとご本人や家族と連携したりして、そこにつないでいくというような形になります。

（高木直人委員）具体的に何か施策を施すというよりは、やはり定期的に相談を伺うとか、あと様子を確認しながらというような、そういったものを6か月間継続するというような認識でよろしいですか。

（長寿福祉課地域包括ケア推進室主任（平野））その個別によるのですけれども、定期的にということよりは、必要な、例えば関係者とか、そういうところを巻き込みながら、医療や介護につなげていくような支援をしていくという形になります。定期的にということではないです。

（半沢正典委員）25ページで認知症本人と家族の現状と課題とかということであるのですけれども、1、2、3、4、Mまであるのですけれども、これは今認知症患者、類推すると、これぐらいだよねと、1万6,000人とかだと。その分類というのは、何となくここに当てはめる分類という数値は取っているのですか。推計だから、取れないかい。

（長寿福祉課地域包括ケア推進室長）ご質問ありました、そちらの認知症自立度別の類型に落とし込んだ数字というものは持ってございません。あくまで認知症は推計値で計算させていただいておりまして、特段の調査とか集約はしておりませんでした。

（半沢正典委員）一番初めの目的でも、認知症の人も地域で自分らしい生活できるようにというのが大きな目標、理念みたいなのがあって、今ちょっと穴戸委員とかの質問を聞いていると、高齢だし、年を取ればいろいろ物忘れとか、できないことが増えているのだし、あえて認知症の診断を受けなくて、その状況を受け入れて、地域で面倒を見れるだけ、それだけやっていって、あえて、要するに概念的な話で申し訳ないのですけれども、要するにサポーターをいっぱい養成して、地域で何か変化が起きたらみんなで気づきながら社会で支え合うというのはすばらしいことだし、それが正論だと思うのですけれども、家族で、本人もそんなに悪くなくて、そういう人まで何とかしようなんていう思いはしていないとは思っているのですけれども、要するにどこで、自助だけではなくて、公助と共助が入るか

という話になると、なかなか線引きというのは難しいなど。もちろんそれ申告したり、家族から手を挙げたりと、それぞれ違うから、うちはずっと、悪いけれども、面倒を見るよと、もう年だからねというような人もいるし、だからその地域で自分らしく生きる、住み慣れたところで生き生きできるやつというところがなかなか、話を聞いていても、どこでつなげていいのかとか、人それぞれ違いますよという答えなのだろうと思うのですけれども、非常に頭の中で混乱と錯綜しているところがあって、先ほど言ったように、類型がどの辺で公助とか共助につなげるのか、これ見ると、1 なんかだったらもう普通に日常生活の中で家族が受け入れながら普通にやってくるけれども、やっぱり気づきがあって、もっとやれることあったらやってあげてもいいよねというような話なのだろうと思うのですけれども、今説明を聞いて、公助とか、公助ではなくて共助か、自助から手放すときの区別について、なかなか地域において、非常に難しいところに今来ているのかなという感じがしていて、もちろん家族構成が、先ほど言ったように、家族もいれば、ひとり暮らしの高齢者もいたり、家族構成とか環境も千差万別で、この答えに対してなかなか一つの解を求めるのは難しいなってちょっと改めて実感していました。そこで何が聞きたいかという、やれる人はそのままやってもらって、あえて認知症のネットワークに引っかける必要もないのではないのかなんていうような思いもあるし、何かどうですか。病院に連れていかなくてもいいのではないのって。

(宍戸一照委員) 家族と共に生活している方で、高齢者で認知症の方はいいのだよね。問題は、例えばうちの母親も認知症なのだけれども、1人で生活、独居老人だったらどうするのだろうというのが、今は主にこちらの見守りも、割と家族対象、家族との、今回のテーマもそうなのだけれども、家族ということで、これを切り離して、独居の認知症の方、こういう方々がいるわけです。本人は気づかずに生活していて、認知症だと思うのだけれども、何とか生活しているのだけれども、家族がいる場合、あずま通りクリニックの小林先生によると、家族さんも大変ですけれども、そこは家族さんもしっかりと対応してください、心のゆとりを持ってやってくださいねって昨日も言われました。家族がやっぱり見守りで、家族も頑張ってくださいねって、もうこのぐらいの高齢者はこのぐらいの物忘れは当たり前ですからというふうに言われて、あとは家族さんがいかにそれに耐えてあれするかということですよというふうなことで、そのためには適当にデイサービスにも行って、ショートステイにも行って、今の制度をうまくミックスしながら使ってやってくださいねと、それで家族で見守ってくださいねって言われるわけですが、小林先生からその指導を受けてきたわけなのです。ところが、今度独居の人、今回のテーマではないのだけれども、認知症という部分の考えだと、独居の方はこれどういうふうにしてこういうふうな様々なあれに引っかかるというと語弊があるのですけれども、独居でどのように生活をしていただくのかなというのは、今も話を聞いていると思うわけです。そのところにはケアマネジャーさんがいても、本人は物忘れして、物忘れということでないのだけれども、その場で聞いた話もすぐ忘れると、生活は何かしていると、だけれども今言われたことはもう覚えていないと。うちの母親も、今何時って聞いて、また数分も過ぎないうちに、今何時、何時って、こ

の繰り返しなのです。だけれども、それぐらいのことは覚えているわけだ。そうすると、我々はこのストレスがたまわるわけ。何で同じこと、さっき聞いたことをまた聞くのと思うのだけれども、そこはゆとりを持ってやってくださいねと小林先生に言われるのね。では、独居の方はどうするのだろうねというのが正直なところの疑問なのね。認知症になっている独居の方がどういうふうに住生活しているのかな、そういう方に対するケアマネジャーさんとか、そういう方々の見守りというのはどうしているのかなというふうな。それがやっぱり今回の認知症のほうの、家族との支えではなくて、認知症という部分を見ると、やっぱりそこが一番大変なのかなと思ったりするのです。その辺はどうなのでしょうねというのが疑問なのですけれども。

（長寿福祉課長寿支援係長兼査察指導員） おっしゃるとおり、社会と何かしら関わっている人、友人がいるとか、何かしら会社組織と関わっている方だと、そちらの誰か気がついてくれる人は誰かに相談していただくということにつながっていくと思うのですけれども、本当に今問題になっているのはどこの社会ともつながらない、ひきこもりの方というところが大きな課題になっていくと思います。支援、うちの長寿福祉課としては、独居のご老人の方については、食事のサービスだったり、緊急通報装置の設置だったりということで、何かあれば包括なりにつながる、もしくは民生委員さんにも年に1度は訪問していただいているので、そのときに変化があれば包括なりに報告していただくということで対応しています。自立の方が介護状態になっていくタイミングというのは人それぞれなのですけれども、そのタイミングをなるべく見逃さないような社会資源というのをつくっていききたいというのは現在だと思います。今の状況だと、そういうことで包括に情報が行った時点で何かしら安否確認の方法というのは考えて、長寿福祉課としては今食事、緊通、あとデイサービスの利用、自立の方のデイサービス利用ですね。渡利のふれあいセンターでやっている生きがいデイサービス、飯坂温泉と土湯温泉でやっている湯ったりデイサービス、そういうところで気がついていただくところで、タイミングを見誤らないように、ケアをさせていくような体制を今つくっております。

（川又康彦委員） 今飯坂と土湯の湯ったりデイサービスの話もしていただいて、認知症に限らず、介護全般だと思うのですけれども、ある程度介護保険の適用になってくると、いろんなサービスが受けられて、それがあまりならないようにということで、予防という意味合いの事業のほうを福島市のほうでも、フレイル予防にしても、湯ったりデイサービスもそうでしょうし、その部分はいろいろやっていたいただいていると思っています。今回調査事項として、認知症対策の家族との支援というのは、ではどうするのかという意味合いの中で、介護保険だと本人しか利用できない部分になってしまいますので、そのところで特に初期の部分、また特に重度になって、家族で支援するのにももう限界があると、仕事も辞めて介護しなければならなくなってしまうような、そういう状態にも最終的には進行していった後にはなってしまうのかなと思っていて、この2つのフェーズにおいて、今、家族に対して、こういう流れになりますよというような、ケアパス、そういったものはつくっていただいていると思うのですけれども、それ以上に家族同士の交流をもう少し支援していただくとか、予防以外

に、なってからの部分の周りへの支援というのがこれから重要になってくるのではないかなと思って
いるのですけれども、その辺について現状でこういった部分があるのかというのを改めて教えていた
だきたいと思うのですが。

（長寿福祉課長） 私どもの考えといたしまして、家族だけの支援というのはちょっと無理があるのか
なと思っています。というのは、本人の支援と家族の支援は一体的に、最初は本人だとしても、副次
的結果的には家族の負担を軽減するようになるのかなと考えております。なので、今やっている事業
の中で、やはり認知症への理解というのは浸透させるということは続けていかなければいけないと考
えております。あわせて、その場合、今介護している、家族の方が働く方も対象になるかもしれませ
んの、今までは個人とか地縁団体というのを中心にして、場合によっては協力企業ということで法
人さんにもお願いしている部分もありますが、やはり介護者の方が働いているような法人とか、そう
いった部分も視野に、やっぱり社会全体に理解を深めていただくのは引き続き必要だと思ってお
ります。あとあわせて、先ほどこころの声アンケートのほうで、やはりご家族の声として、介護されて
いる家族同士でのお互いに話合いの場とか交流の場が欲しいというお話をいただきました。私どもとし
ては認知症カフェを進めておりますが、これも空白の地帯もございますので、できるだけそれが浸透
できるように、支援をどうやっていくかというのは引き続き考えていかなければいけない部分もあり
ますし、あくまでも認知症カフェは今の時点でやっている手法ですので、新たな手法ができるのかど
うかというのは、これは常に考えていかなければいけないことだと思っています。

すみません。ご回答になっているかどうか分かりませんが。

（川又康彦委員） どうもありがとうございます。認知症カフェ、今20か所以上市内にあるということ
で、私も、六、七年前か、まだ1桁台だった頃に認知症カフェを利用させていただいて、通常だと1
か月に1回開催とか、そういった形でのものが多いのかなと思うのですけれども、相当使っている人
も限定されているなというのもそのとき感じた部分はありましたので、今家族の声をどういうふう
にして伝えていくのかというのは、直接出向かなければならないのか、もしくは何らかの部分でまと
められたものがあるのか、そういった部分をぜひ充実させていただけるといいのではないかなというふう
に思っていますので、その辺も含めて、家族の支援というのは一義的には今のところ考えにくいとい
うご回答はいただいたと思うのですが、国の介護保険法等でも、認知症に対して家族への支援の在り方
という部分は1つ大きな柱になっている部分もあると思いますので、ぜひその部分もご検討いただ
ければなと思います。

（佐々木優委員） 28ページのところですが、認知症対策における課題というところの介護従事者の不
足状況のところ、令和5年度の調査では329人が少ないよということなのですが、これは前年とか、
その周辺の年から比べて、増減というか、その辺はどんな感じなのでしょう。

（介護保険課介護給付係長） こちらのアンケート調査なのですが、2年に1回で行っておりまして、
そのときによってちょっと調査内容を変えたりもしているので、比較とかということにはしていなか

ったのですけれども、前回、令和3年度調査のほうもやっけていまして、私もちょっと数字持っていなかったのですが、ホームページにも載ってはおまして、今のこの数字よりは、そのときの不足人数は多かったと私はちょっと記憶しております。

（佐々木優委員） いろいろ対策を講じていられるということで、その効果があるから、減ってきたみたい、そういう印象というか、感触というか、その辺というのはどんな感じでしょうか。

（介護保険課介護給付係長） 数字だけ見ればちょっと減ってはきたなと思ったので、効果あるのかなとは思ったりもするのですが、ちょっとアンケート調査の調査内容も違うので、そこは一概に言えないのかなとは思っています。やっぱり足りないというふうに報道でもよく聞きますし、実際のアンケートにも出ておりますので、こういう対策のほうはずっと続けていきたいなと思っています。

（佐々木優委員） あと、30ページのところ、今度は医療従事者のところなのですが、解消のための取組ということで、その1、医師研究資金の貸与事業ということで、この事業の実績というのはどのぐらいあるものなのですか。

（保健総務課地域医療政策室地域医療係長） こちらの医師研究資金の貸与事業につきましては、令和2年度から利用がない状況でございます。

（佐々木優委員） その前はあって、何件かあったけれども、令和2年からはなくなったということだと思うのですが、それって何でなくなったのでしょうか。

（保健総務課地域医療政策室地域医療係長） 明確な回答がなかなか難しいのですけれども、福島県の事業、こちら記載させていただいている産科、小児科、麻酔科といった、あと総合診療科といった事業が県のほうでもやっているので、そちらのほうは毎年実績があるというふうには伺っておりまして、令和4年度についても実績のほうはあるということでは伺っております。

（穴戸一照委員） 先ほど独居老人について伺った、独居の方について、家族が、先ほども委員長がおっしゃいましたが、家族が関わるという方も非常に多いわけですが、そうした場合、先ほどのお話としては、オレンジカフェ、認知症カフェの役割が大切なのだという、そういうところで家族が話し合う、心の通う場があればいいのだなというふうなお話がありましたけれども、我々みたいに田舎のほうに住んでいる人間は、なかなかそこは行きにくい、遠いわけなのです。やっぱり行きにくいと。この前の吉井田地区にはあるけれどもというような、ところがこっちのほうには、我々のほうにはないわけです。そうした場合、そのときの役割として、やっぱり1か月に1度ぐらいずつケアマネジャーが訪問して、いろんな意見の交換をし、ケアプランについての相談をしたり、状況を相談したりということで、私はケアマネジャーさんの役割が非常に大きいのかなと、いつも話をして、悩みを訴えて、こういう症状はこうですよ、あとは例えばデイサービスに行ったときの状況はこうですよとか、いろいろと意見の交換をしているのが家族としては支え合うと、支える家族としてそういうようなのが一つの大きな役割をケアマネジャーさんが持っているのかなと思うのですけれども、ケアマネジャーさんの役割というのはケアプランをつくるばかりではなくて、家族とのそういうふうな

メンテナンスというか、家族に対するメンテナンス、ケア相談とか、いろいろあると思うのですけれども、そういう部分についての研修会とか、ケアマネジャーの研修会とか、ここの、先ほどの、28ページにも人材育成というふうなところでケアマネジャーのケアプランやパワーアップとかというようなことが書いてあるわけですが、そういうときにはどういうふうなケアマネジャーさんに対する指導というか、マンパワーをいかに上げるかというようなことでは、家族介護という観点からすると、重要な役割を持っているのではないのかなと思うのですけれども、その辺についての認識はどうかのかなというのを伺いしたいと思います。

（介護保険課介護給付係長） この28ページで説明しているケアマネのマンパワーアップ支援事業ですと、包括支援センターというわけではなくて、居宅の支援事業ですとか、施設にいる方のケアマネジャー、ケアマネさんの資格取得に対する経費の事業をしておりますので、質問の方向とはまたちょっと違うのかなというところはあるのかなとは思いました。

（穴戸一照委員） 包括支援センターのケアマネさんに対するそういうふうなマネジングというか、そういうふうな家族さんに対する介護の支援とか、相談とか、そういうものについてはどういうふうな形で地域包括支援センターがやられているのでしょうか。その辺は把握していますか。

（長寿福祉課地域包括ケア推進室主任（平野）） 地域包括支援センターに対しては、認知症に関する研修会をやっているところと、あとケアマネジメントについて、ケアマネジメント相談会というものを行っておりまして、ケアマネジメントの質ですとか、マネジメントの向上といったところで、そういった会も催しております。あと、先ほどこころの声アンケートのところをご説明したのですが、これ実はこころの声アンケートを取っている、訪問して取っているのが地域包括支援センターと、あとは居宅介護支援事業所のケアマネさんが取っておりまして、このアンケートを取ることによって研修を兼ねているというところがあります。また、前後で、このアンケートを取る前と後に本人とか家族への支援ですとか、あとこういう結果だったからというような研修も行って、そういった研修も行っているというところです。

（半沢正典委員） 24ページで、なかなか明確な質問ではなくて申し訳ないのですが、今回我々も所管事務調査で認知症対策というちょっと大きな話ですが、元をたせば家族支援というところが出てきて、下のほうの家族、親戚で包括支援センターの相談のいろんなサービスがあるのですが、何聞いたらいいかあれなのですが、いろいろ相談事によって内容が分かれていて、件数も書いていただいて、段階別にもいろいろ分けていただいているのですけれども、この相談事が地域包括支援センターでほぼ完結するやつと、要するに包括支援センターだけでは解決しない、警察とか、それは法律だから、金銭の問題は公証人とかなんとか云々のこういうやつがあると思うのですが、この辺の相談内容で、地域包括支援センターでこれはもう全て解決しますよと、もちろん医療につなげるとか、全体的なトータルサービスをコーディネートするわけでしょうから、全てに関することなのでしょうけれども、逆にほとんど地域包括支援センターは司令塔だから、いろんなところをやるとい

うコーディネート役だから、地域包括支援センターだけで解決するというのではないということの理解のほうが逆にいいのでしょうか。

（長寿福祉課長寿支援係長兼査察指導員）もちろん包括で抱え切れない事案というのはいっぱいあって、例えば虐待問題だったり長寿福祉課と一緒にケア、支援していくような形になりますし、一番多いのが財産管理の問題だったり、本人の権利擁護の関係なのですけれども、福島市では福島市社会福祉協議会さんのほうに権利擁護センターということで委託を出してしまっていて、そこで本人の財産管理なり、相続問題なりというところを相談できる体制というのを整えております。

（長寿福祉課地域包括ケア推進室主任（平野））今回の資料にはないのですが、相談と同じくらいの件数、連絡調整ということで各機関との連絡を行っているという現状もあります。

（半沢正典委員）すみません。ちょっと勉強不足で申し訳ないのですが、連絡調整というのは各関連団体が一堂に会して云々ということではなくて、実際どのような実務的なやり取りをしているのですか。

（長寿福祉課地域包括ケア推進室主任（平野））一堂に会しての会議ということではなくて、例えば先ほど言っていた例えば警察へ連絡するとか、あとは権利擁護センターへ連絡するとか、また関係、例えば医療機関や介護事業所へ連絡するとか、様々な連絡調整が含まれております。

（川又康彦委員）今の質問とちょっと関連するのですが、15ページの表と、地域包括支援センターの利用状況というところと、あと今半沢委員がご指摘いただいた24ページの症状別とか、本人、家族、親戚という形で、地域包括支援センターへの相談内容という形で細かく分かれているところについて、この数が微妙に違うというのは、年度の区切りとか、そういったものによっての違いなのですか。それとも、そもそも私の理解がちょっと違う感じなののでしょうか。例えば認知症に対する相談という形になってくると、十何ページのところで3分の1くらいが認知症の相談という感じになっているかと思うのですが、24ページで見ると、そうでもない感じになって、この辺が介護保険利用とか何か、そういうのも認知症に関連して入っていたり、その辺のダブリみたいなものがあるから、こんな感じになるのか、その辺について、もし分かるようであれば教えていただきたいのですが。

（長寿福祉課地域包括ケア推進室主任（平野））こちらの15ページのほうの相談のほうについては、相談全体ですので、本人とか、家族とか親戚だけではなくて、ほかの、例えば近隣住民とか、民生委員とか、そういったほかのものも入っているというところで数字が違っております。

（川又康彦委員）そうすると、15ページのほうはほかの家族、本人以外も入っているので、認知症相談も相当数、割合としては高いのですが、そうするとほかの人から認知症の相談で、近所の人とか、もしくは病院とか、そういったところからの相談とか、そういう部分が入ってくるといったものなのでしょうか。どういった人が、本人と家族ではない方からの相談というのはどの辺が入ってくるのですか。

(長寿福祉課地域包括ケア推進室長) 今ご説明しましたとおり、24ページは相談件数のうち本人、家族に絞ったものでありまして、それ以外の方で認知症についての相談が一番多いのはケアマネジャーです。その次でいきますと、やはり病院の医療関係者とか、ソーシャルワーカー、そちらの機関からも相談が多く入っております。

(川又康彦委員) 確認ですけれども、そのケアマネというのは、もう介護認定を受けていて、要介護になっているので、ケアマネがもうついていて、その人からも地域包括のほうに認知症に関して何か調整とか、そういった部分での相談が入ってくるという感じなのですか。

(長寿福祉課地域包括ケア推進室主任(平野)) もちろんそういうのも入っているかと思いますが、こちらの私たちが集計を取っているものが詳しい詳細ではないので、具体的な個別の内容についてはちょっと分かりかねるところがございます。

(大平洋人委員) 22ページにあります見守り事業なのですけれども、新規登録が47ということでやっているようなのですが、これはどういう基準で、等になっているから、認知症になっている人、ボーダーの人、例えば家族の中で相談を受けて、例えば地域包括支援センターのほうで推薦というわけではないのでしょうかけれども、どういう形でこれを登録するのかというのが、ある意味ちょっと、これが多いのか少ないかも分からないし、今後どんどん増やしていくのか、無造作に増やしていくわけにもいかないでしょう。その辺がちょっと分からないなと思うのですけれども、詳細を教えてください。

(長寿福祉課地域包括ケア推進室長) こちらのお帰見守り事業の対象者なのですけれども、等とついておりますのが、高齢者よりも年齢の低い、若年性認知症と言われる方も対象にしますということでの等でございました。あと、どのようなきっかけで登録するかなのですが、制度の周知も当然しておりますけれども、やはり1度行方不明になったとか、そういう経験からご家族が登録してくるということが一番多くあります。あと、多いか少ないかといいますと、近隣の伊達市でも行っているのですが、そちらだとやはり2桁台の登録人数になっていますので、比較的多いのかなとは感じてはおります。

(川又康彦委員長) ほかがございますか。

【「なし」と呼ぶ者あり】

(川又康彦委員長) それでは、以上で当局説明を終了いたします。

当局の皆様、ご協力本当にありがとうございます。今後も様々な部分でご教授いただく機会あるかと思いますので、その際はまたよろしく願いいたします。

それでは、当局退席のため、暫時休憩いたします。

午後3時01分 休 憩

午後3時05分 再 開

(川又康彦委員長) 委員会を再開いたします。

当局説明の意見開陳を議題といたします。

本日、当局説明により、本市の認知症施策の現状、支援体制、認知症対策における課題等について当局からの説明を聴取いたしました。

そこで、今回の当局説明に関して、委員会として今後見直すべきポイントやこれから本市が取り組むべき課題など、各委員のご意見をお伺いしたいと思います。この意見開陳については、今後調査を進める上で重要な意見となります。後ほど委員長、副委員長で取りまとめ等もさせていただきますけれども、委員間での活発な意見開陳になりますようお願いいたします。

(穴戸一照委員) 先ほどいろいろと質問させていただいて、伺ったのですが、基本的に分けられるのかなと思った部分もありました。例えば気づかない、初期の段階で気づかない方に対する対応、これをどういうふうに見つけて、どういうふうな体制で整えていくか。あと、例えば、もう明らかに認知症ということが分かって、そうした場合、自宅で家族が介護した場合、結局どういうふうに家庭、家族のケアをするか。認知症の患者を抱えていると、いろいろと家族に対する精神的なストレスとか、様々な負担がかかりますから、それをどういうふうにあれしていくのかということで先ほど聞いたときに、やはり一番身近に相談できるのはかかりつけ医であり、あとケアマネジャー、うちなんかだと毎月来るわけですが、翌月の介護サービスの活用状況で、それで来るときに、やっぱりそのときに相談をして、この次どうしたらいいだろうね、どうしようね、どうだろうねなんていう、その意見の交換でのケアマネジャーの役割というのが、家族介護の場合は、家族の支えという部分では大きな役割を持っているのかなと思うとともに、先ほど説明がありましたように、地域包括支援センターに所属するところのその中での意見の交換だったり、そういうものがどういうふうになされているのか、またどういうふうな支援や教育を受けて、やっぱりケアマネジャーの役割というのが非常に大きくなっていくのではないのかな。それは、取りも直さず包括ケアセンターでの役割というか、家族介護での役割になってくるのかなと思ったときに、なかなかその部分の答弁というのが先ほどもあまりはっきりしたことはなかった。任せておくというような感じでしたから、その辺をやっぱりもう少し、この次、参考人招致でもありますけれども、その方々の意見を聞いてみる必要性があるのかなということ。

あとそれから、3つ目として、独居老人、ひとり住まいの方、この方々の初期の気づきや、あとは今も申し上げた、後のケア、これをどういうふうに、今回の調整とは、家族の支え合いという部分では関係ないけれども、気づきというか、認知症患者の気づき、そういう部分においては大切なのかなと、どういうふうにするのかなという、その3つの観点を今回聞いていて感じました。

(石原洋三郎委員) ご説明いただきまして、特に14ページのところで、自助、共助、互助、公助というところの支え方があるかなと思うのですが、家族に対する支援といいますと、昔ですと結構隣近所のお茶飲み話とか、井戸端会議というのが多くて、そういうので会話をすることで、それが認知症予防にもなったり、あるいは隣近所の人、この頃、誰々さんちょっと認知症ぎみではないかと

か、そういう気づきが出てくるのかなと思うのですけれども、そういう中でいきますと、今の時代、なかなかそういう井戸端会議も減っているし、お茶飲み話も減ってきているのかなと思うのですけれども、そういうところで間接的な支援として、このくくりでいくと、互助という部分を私は活性化させていくというのが大切なのではないかなと思った次第であります。自助ですと、やはりどの部分までが自助なのかというのが、先ほど来お話、見極めが難しいという話がありましたけれども、共助も結局この制度化されたものの中での共助なので、介護保険制度とか、医療保険制度とか、年金制度という部分での共助になりますし、公助になりますと、この表の中にあるような形での公助ということになるので、やはり認知症の人を支えていったり、家族を支援していくとなると、私は互助の部分を強くしていくというのが大切かなと思います。例えば地域には町内会があったり、あと集会所もあるわけですので、例えばやはりその集会所でいきいきももりん健康体操をやっていくとか、あるいは町内会ですと、ふれあい広場というのを例えば町会によっては月に1回ぐらいやっている町内会もあって、そういうところだと地域の人が集まってきて、高齢者の方が集まってきて、あるいは地域包括支援センターの専門の方が来て、地域の触れ合いがあると。ここの表にある例えば認知症カフェとか、認知症サポーターとか、地域見守りネットワークとか、そういうものももちろん大切でありますので、この福島市内の地域の中において、できる限り空白地帯がないようにしていくことも大切かなと思います。吾妻地区とか、西方部とか、あるいは東部地区とかに行くと、1軒1軒が離れていて、サービスを受けようとしても遠いので、なるべくそのような空白地帯をなくしていくようにしていくとか、あるいは町内会の活動とか、そういうお祭りとか、地域のサークル活動を支援していくような体制を行政としても支援していくというのが大切かなと思います。例えばお祭りのときに、私行ったときに、何かそのお祭り、地域の神社のお祭りなのですけれども、そこに地域包括支援センターの人たちが何かお店みたいなのを開いていて、認知症についてのことをやっていたりとか、あと単純な血圧検査みたいな、そういうのをやっていたりとか、そういう地域密着でやっていて、そういう高齢者の方々との触れ合いというのもあったので、個人的にはやはり互助という部分を強化していくのが大切かな、それが結果的に家族支援にも初期段階ではつながっていくのではないかなと思った次第です。

（遠藤幸一委員） 私も初めての意見開陳ですので、ちょっと取り留めのない話になるかもしれませんが、ご容赦いただければというふうに思います。

今ほどいろいろと当局のほうからご説明をいただきまして、今回のテーマということでは認知症の対策と、あと家族支援ということが大きなテーマだったというふうに思いますけれども、説明の内容は多岐にわたる内容ということで、いろいろ整理をつけるのがちょっと大変なところでありますけれども、改めてまた私も勉強しなければいけない部分が多々あるなというところであったわけでありまして、今ほどの石原委員とちょっと似ている部分はあるのですけれども、互助、共助というところでは、互助というところで今回説明いただきました見守り事業とか、そういった取組はやっている中ではありますけれども、そちらの認知度というものがまだまだ足りないのではないかなというふ

うに思っているところでもありまして、地域を含めてもそうですし、事業者の見守りというところも、登録事業所もまだまだ少ない状況ということで、そういったところ、地域の中、またそういう事業、各地域でお仕事されている事業団体の皆さん多くいらっしゃいますので、そういった方々にもうちちょっと認知を広げていきながら、地域全体でそういう認知症で出歩いてしまうような人とか、そういったところの見守り事業もしっかりとしていかなければいけないのではないかなというふうに思っているところであります。また、この後それぞれ参考人の方々からのお話とか、あと視察のほうも控えていますので、そういった中でしっかりと確認しながら取り組んでいくべきなのかなというところで思ったところでございます。

（佐々木優委員） こころの声アンケートというのはとても大事だなと思って、家族の皆さんが求めていることが、地域で認知症家族の集まりを持って参加したいと、愚痴を言いたいとか、それからいろんな失敗例を言い合える場が欲しいとか、あと心配や声かけをしてほしいという、そういう願いがよく分かって、それに応えるのが認知症カフェであり、そのような受皿を福島市はこれまでつくってきたのだというのが分かったのですが、やっぱりなかなか当事者ではないと、そういうものがあるよということをなかなか分からないよなって、自分自身もちょっと認識が薄かったなって思った部分もあるので、市民が認知症カフェのことをもうちょっと認知をすとか、そういうことも重要になってくるのではないかなというふうに思ったことと、それから気づいてから受診するまでの期間ということも気になったなと思って、なるべく早いほうが進行させないための何らかの手だてが取れるということ、これも何らかの早く見極めるためのみんながもっと早く、さっきのチェックシートをやってみようとか、そういうのが全体的に必要なのかなというふうに思いました。やっぱり症状が重くなった場合は、次の介護制度のほうに移行していくので、そこでもいろいろ問題はあると思うのですが、そこまで行くまでの道のりが、グレーゾーンというところで悩まれている方たくさんいらっしゃるのだらうなと思うので、ぜひ参考人招致、次のところでいろいろ確認していけたらなというふうに思いました。

（佐藤 勢委員） 結構幅が広いなというふうなまずは感想でした。いろんな予防のところから、重症なところから、あと人材不足から、いろんなところがあつたときに、では何に焦点を当てていかなければいけないかなというふうに考えていったときには、やっぱり1つ何かしらやっている事業、要するに初期集中チームの取組だとか、認知症地域支援推進員、できてまだ間もないところなので、この辺に対して、何個かのテーマで聞いて、確認していくことのほうが必要になってくるのかなと。非常にいろいろ取組はされているとは思うのですけれども、そのほかにももっとたくさんいいことがやれているところあると思いますので、そういうふうなところをもう少し深掘りしていったほうが、集中していったほうが、ぶれずに、少しコンパクトに、視察でも何でもできるのかなというふうに思ったところは感じました。

（半沢正典委員） 今佐藤委員がおっしゃったことと私も同じ感想を持っていて、今日改めて認知症対

策、本市の取組について、オレンジプランから国の動きを含めてお伺いしたのですけれども、本当に非常に広く、そして奥深いテーマだと改めて感じました。

それで、今回の所管事務調査のテーマが認知症対策と家族支援に関する調査ということになっているので、ちょっと今佐藤委員おっしゃったように、しっかりちょっとターゲットを早めに決めないと、議論があっちこっち、いや、予防だ、あれなのだなんてというような形になってしまって、勉強した内容を委員長報告にするのだったらまだしも、ある程度提案を含めた委員長報告というのは前提の中で動いているでしょうから、ターゲットを早く決めた中で、議論を絞ってやっていく必要があるのではないかなと。そういうような観点からは、もう認知症対策と家族支援に関する調査という形になって、並列になっていますけれども、所管事務調査を決める段階においては、川又委員長とか宍戸委員のほうからあったように、家族支援がちょっと手薄だよなというようなところから今回の調査の発端だったと認識しているので、家族支援の切り口から認知症対策という形のものにしてしまって、するののも一つなのかなと。要するに先ほど言ったように、家族支援ではなくて、認知症の患者を支援することが家族支援につながりますよという形なのですから、それをやると全部になってしまうので、あくまでも家族が例えば仕事を続けるためとか、ここにあるように、地域で、認知症患者はもとより、家族も含めていつまでもみんな生き生き生活していくためにはとかというような形の切り口にちょっと絞った中で、今後議論、調査、そして委員会のまとめのほうを考えていただければなというような感想を持ちました。

（大平洋人委員） 全ての方のお話をした後ということで、またさらに難しくなってしまったのですけれども、個人的には今回の14ページにあったのは自助、互助、共助、公助というのが大きなくくりだと思うのですけれども、その中でいうと、私もできれば互助というところが大きな絞るべきところなのかなという感じがちょっとしました。自助が厳しくなっているからこそこのテーマになったのかなというふうに思っておりますので、そこに重きを置きながら、バランスを取って、テーマ、そして結論に、提案に導いていけるような形になっていければいいのではないのかというのが個人的な感想です。

（高木直人委員） 私も今半沢委員や佐藤委員がおっしゃられたように、やはりかなり今日もすごくボリュームのある資料をご提示いただいて、本当にこれだけの幅広いテーマ、全ていろいろな観点からやっていけば、本当になかなか取りまとめが難しいなというふうには感じました。でも、私も本当にやっぱり大変重要だと思っておりますのは、これからやっぱり認知症の高齢者が増える中で、本当にご家族、特に非常に難しいなと思ったのは、ご本人は、俺は大丈夫だとか、認知症ではないとかというふうに言われていても、実際はやっぱりそういう物忘れとか、あといろいろ日常生活に支障を来してきて、家族が本当にそういった意味ではこれまでの生活とリズムも変わってきますから、非常に負担が大きくなってきますし、そういった意味では本当にこれから考えなければいけない重要なポイントとしては、どう家族を支えていけるか、そういったところがやっぱり本当に重要なのだなという

のを今日もいろいろと説明を受ける中で感じました。今の福島市の体制で、あと何がこれから本当に必要なのか、整備が必要なのか。これから所管事務調査において、本当に先進地でこういった効果的な取組をされているのか、そういったところをしっかりと参考としながら、これからの福島市で、よりよい認知症対策、家族支援、そういったものが何か提案できればなというふうに感じました。

(川又康彦委員長) では、私のほうからの意見としては、先ほど半沢委員からテーマのほうをある程度絞ったほうがいいのではないかと、認知症全体という形ではやはり大分、今回の資料のとおり、施策自体も非常に多いですし、なかなか難しいなというのは改めて感じました。一方、家族支援ということについては、当局からの説明では、いろいろ水は向けてみたのですが、家族の支援という単体では現状考えていないというような話がありました。私としては、これから先進地視察等行くわけですが、考えていないというバックボーンになったというのは、計画なり、何らかの法的な枠組みとか、そういった部分が現状福島市ではまだ整っていない部分があるのではないかなと感じておりまして、そういう裏づけがないので、施策としても当然出てこないですし、その辺をこれからどういうふうにしていくのかというのは、一般のいろんな市民の方からも、認知症の家族という形で、どうやっていったらいいのだから、もう本当に分からないと、どうしたらいいのだいというような質問とか相談が個人的にも寄せられる部分というのが各委員の皆さんでもそれぞれおありになるのではないかなと思います。そういった部分で、認知症本人の方が、まず自分で医療機関を受診して、そういうふうになっていくというのは、独居の方は自分で決断しないと難しいですから、民生委員の方なり、周りの家族以外の方が相談しながらいくという部分だとは思いますが、そういった部分も含めて、周りの方がどういうふうに関われるのかというのが初期の部分と、また非常に重くなってくると、介護離職ですとか、非常に重要な部分が損なわれるというところもありますので、そういう視点から次の参考人招致並びに先進地視察も、ある程度そういう視点で見えていく必要があるのかなとは感じました。

また、今日皆さんからいただいたご意見を基に、基本的には正副の委員長のほうである程度まとめさせていただきたいとは思っていますので、よろしくお願いいたします。

半沢委員がおっしゃったこういったテーマで絞ってどうのこうのというところについては、大変申し訳ないですが、今この場でちょっと、結論まで出せないと思いますので、そちら改めて少し正副のほうでまとめさせていただいた上で皆さんにご提示なりさせていただきたいと思いますが、そういう形でよろしいでしょうか。

【「異議なし」と呼ぶ者あり】

(川又康彦委員長) どうもありがとうございます。

では、以上で当局説明の意見開陳についても終了いたします。

次に、参考人招致についてを議題といたします。

前回の委員会で決定しました地域包括支援センター職員の参考人招致について、フォルダー内のR

6.1.15参考人招致実施要領（案）を作成しましたので、こちらをご覧くださいと思います。

日時については、先日前お話ししましたとおり、令和6年の1月15日午前10時10分からで、場所は市役所9階の909会議室になります。

目的については、認知症対策と家族支援に関する調査に資するためということで、出席依頼者は福島市地域包括支援センター連絡協議会の会長である佐藤佐知子氏、もう一人は福島市地域包括支援センター認知症部会の部会長である佐藤朋裕氏の両名になります。地域包括ケアシステムにおける認知症患者、家族への対応について話を伺いたいと思っております。

当日の進め方については、参考人の意見開陳が45分で、質疑も45分、その後委員のみで意見開陳を、本日同様、行いたいと考えております。

その他の項目については記載のとおりになりますので、併せてご確認いただければと思います。

注意事項として2ページ目、3ページ目等にありますが、参考人招致初めての方もいらっしゃると思いますが、参考人についてはあらかじめ依頼した事項について意見を準備して向こうが出席して行うようになりますけれども、いわゆる証人とか、そういったものと違まして、強制力とか、そういったものもございませんので、こちら側から依頼して出席を求めるものですので、参考人に対して質問するなり、そのときには礼節を尽くして、追及するような質問、そういったもののほうはご遠慮いただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

説明は以上となりますけれども、このような内容、日程で参考人招致を進めさせていただいてもよろしいですか。

【「異議なし」と呼ぶ者あり】

（川又康彦委員長）ありがとうございます。

次に、行政視察についてを議題といたします。

正副委員長手元で調整させていただきました行政視察の詳細事項についてご報告いたします。同じくDDの行政視察詳細日程のほうをご覧くださいと思います。簡単に概要のみ説明させていただきますので、ご了承ください。

視察初日が1月30日火曜日につきましては、兵庫県明石市への移動となります。集合時間と場所については、午前7時10分までに福島駅西口2階の改札前に集合お願いいたします。

新幹線で、やまびこ122号ですね。記載の行程により明石駅に到着し、午後2時15分より明石市の視察開始を予定しております。視察終了後、明石市内で宿泊となります。

続きまして、1月31日水曜日の行程につきましては、次がちょっと遠くなるので、朝早いのですが、7時15分に宿泊先を出発しまして、記載の行程により柏駅に到着して、午後2時より柏市の視察開始を予定しております。視察終了後、柏市内での宿泊となります。

続きまして、視察最終日、2月1日木曜日の行程につきましては、9時30分に宿泊先を出発しまして、記載の行程により高崎駅に到着し、午後1時30分から高崎市の視察開始となります。視察終了後、記

載の行程により午後6時3分の新幹線着で福島駅に到着を予定しております。行政視察の行程の概要につきましては以上となります。

なお、その他、詳細につきましては当日詳しい資料を準備いたしますので、よろしくお願いいたします。

移動行程以外の詳細確認につきまして何かございましたら、委員会終了後にご確認お願いいたします。

委員の皆様から移動の行程に関して何かございますか。

【「なし」と呼ぶ者あり】

(川又康彦委員長) 後ほど申しますけれども、データとしては一旦紙で頂くことになると思うのですが、調査関係で使うのにタブレットのほうはご持参いただくことは後でお願いすると思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、この内容で実施いたしますので、よろしくお願いいたします。

続いて、DDの行政視察質問事項のほうをご覧いただきたいと思います。先日の議決した視察事項を補足した内容になります。資料のほうをご覧いただいてよろしいですか。それぞれ、ちょっとお読みいただきまして、先日議決したのをプラスアルファしている内容になりますので、ご覧ください。

また、追加の資料として、参考資料として、明石市の認知症あんしんまちづくり条例の条例文並びに条例の概要、逐条解説の資料も添付しておりますので、視察の参考としてご活用いただければと思います。

質問事項について、3市とも提示させていただきましたけれども、こちらでよろしいですか。

【「異議なし」と呼ぶ者あり】

(川又康彦委員長) では、こちらの内容を視察先のほうに提示いたします。

最後に、その他に移りますけれども、委員の皆様から何かございますか。

【「なし」と呼ぶ者あり】

(川又康彦委員長) では、以上で本日の文教福祉常任委員会を終了します。

午後3時35分 散 会

文教福祉常任委員長

川 又 康 彦