

# 令和3年度 埼玉県精神保健福祉審議会 議事録

日時：令和4年1月18日（火）  
午後5時から午後6時30分  
会場：埼玉会館3A会議室  
(ZoomによるWEB会議)

## <出席委員>

廣澤 信作	埼玉県医師会	副会長
丸木 雄一	埼玉県医師会	常任理事
佐藤 順恒	上尾の森診療所	院長
田巻 龍生	東松山病院	院長
池澤 明子	池沢神経科病院	院長
山口 聖子	山口病院	院長
大山 美香子	志木北口クリニック	院長
角田 健一	南飯能病院	院長
會田 雄一	埼玉県警察本部生活安全総務課	課長
越智 弘	さいたま地方法務局人権擁護課	課長
岸 規子	さいたま保護観察所	所長
長尾 真理子	地方独立行政法人埼玉県立病院機構	埼玉県立精神医療センター 病院長
松尾 幸治	埼玉医科大学	教授
稲沢 公一	東洋大学	教授
相川 章子	聖学院大学	教授
上木 雄二	埼玉県社会福祉協議会	副会長
山中 みどり	埼玉県精神障害者家族会連合会	
永瀬 恵美子	埼玉県精神障害者社会福祉事業所運営協議会	
高木 暁子	埼玉県精神障害者団体連合会	事務局員

## <事務局>

小松原 誠	保健医療部	副部長
高橋 司	保健医療部参事兼疾病対策課	課長
根岸 佐智子	保健医療部副参事兼疾病対策課	副課長
鹿島 まゆみ	保健医療部疾病対策課	主幹
藤田 志保	保健医療部疾病対策課	主査
大竹 智英	保健医療部疾病対策課	主査
田畑 絵理奈	保健医療部疾病対策課	主事

鈴木 康之 福祉部障害者福祉推進課 課長  
木村 牧子 福祉部障害者福祉推進課 主任

- 保健医療部疾病対策課長による挨拶
- 出席委員の紹介
- 委員総数 20 名のうち、19 名の委員が本日の会議に出席  
審議会規則第 6 条第 2 項により本日の会議が有効に成立していることを確認
- 配布資料の確認
- 会議の公開の確認

<議事>

- (1) 埼玉県依存症対策推進計画（案）について
- (2) 埼玉県自殺対策計画（第 2 次）の実施状況について
- (3) 埼玉県地域保健医療計画中間見直しに基づく精神病床の基準病床数の見直しについて
- (4) 多様な精神疾患ごとの医療機関の医療機能一覧表について
- (5) 精神障害に対応した地域包括ケアシステム構築について

<議事録：要旨>

廣澤会長が審議会規則第 6 条第 1 項の規定に基づき議長となり、以降の議事を進行。

**議事（1）埼玉県依存症対策推進計画（案）について**

事務局（疾病対策課）

資料 1-1～1-4 に基づき説明

議長）

ただいまの事務局の説明に対して、御意見や御質問があればお願いします。

永瀬委員）

ゲーム障害について、埼玉県精神障害者社会福祉事業所運営協議会の会長が埼玉県の障害者施策推進協議会に出席しているのですが、施策推進協議会では e スポーツを推進しようという議論がされております。なぜ数あるスポーツの中で e スポーツを推進するのかということ当協議会でも議論していたところでした。

ゲーム障害が ICD-11 に組み込まれている一方で、e スポーツだけ障害者計画の推進協議会で検討されているというところが気になったので、埼玉県障害者支援計画と埼玉県依存症対策推進計画との関連を教えてください。

事務局)

埼玉県障害者支援計画でeスポーツの推進をしていることは承知しております。

eスポーツについては、慎重に考えていかなければいけないものと依存症の施策を担当する課として考えております。この先も情報収集をしていきながら、専門家の御意見も聞きながら検討してまいりたいと考えています。

議長)

他に御意見等ございますか。

相川委員)

ネットやゲームという新しい現象に対しても取組をされるということで、ありがとうございます。職場には大学生がおりますが、本当にゲーム依存の生徒がたくさんいると思っています。実態を受けて、これから県でも取り組んでいただくと良いと思います。

2点質問させていただきたいのですが、1点は重点施策の中に記載されている予防と普及啓発というところで、27ページや57ページには普及啓発に関してはたくさん書かれていると思うのですが、予防に関しては具体的にどんなことをなさっているかお伺いします。

もう1点、この議題自体は埼玉県依存症対策推進会議で承認を受けていると言われていましたが、委員構成をみると当事者団体の名前がないので、当事者の方が参加されているのかをお聞きしたいです。

事務局)

普及啓発と予防への取組という点ですが、アルコール健康障害の予防に関しては、節酒のプログラム等に取り組んでいる市町村が増えているところです。そういった方面から展開していくことを考えています。

依存症については、理解が広まってきたとはいえ、まだまだ気持ちの問題だと考える方が多いなど、理解のない方々が多い状況にあります。依存症に対しての正しい知識を多くの方に持っていただくことが県として非常に大事なことだと思っておりますので、予防と普及啓発は同じように力を入れて取り組んでいきたいと思っております。

もう1点、依存症対策推進会議の構成員につきましては、資料1-4でお示ししていますが、当事者団体の方はいまのところ構成員に入っていないとお知らせです。ただ、計画の本文中の推進体制を見ていただくと、当事者団体、民間団体の方に入っていないとお知らせです。

また、当事者団体、民間団体の方々はアルコール健康障害専門会議とギャンブル等依存症専門会議に御参画いただいております、非常に貴重なご意見を賜っているところです。この計画も御意見をいただき、反映させていただきました。専門会議でしっかり御意見をいただいて、推進会議で議論していくという流れで考えております。

相川委員)

ありがとうございます。再発予防回復支援の3次予防のところにのみ回復支援施設と回復者団体のことが書いてありますが、普及啓発や予防でもこの方々の力は重要だと思いますので、ぜひ関わりがあるとよいと思います。

事務局)

御意見ありがとうございました。

議長)

ほかにいかがでしょうか。

< 質疑なし >

## 議事（2）埼玉県自殺対策計画（第2次）の実施状況について

事務局（疾病対策課）

資料2に基づき説明

議長)

ただいまの事務局の説明に対して、御意見や御質問があればお願いします。

佐藤委員)

医師会で自殺の委員会をやっておりまして、全国的に若年者や未成年が増えていると言われていますが、県では年齢別の推移や傾向についてはどうなっているのでしょうか。

事務局)

19歳以下の自殺者の伸び率は一番多かったところです。19歳以下の自殺者数は令和2年は52人でした。令和元年と比べますと、令和元年が39人ですので、13人増加、前年度比33.3%の増加ということになり、一番増加率が大きいものでした。

女性につきましては全体としては12.6%の増加ですが、やはり若年の女性の自殺者数は増えている現状がありまして、著名人の自殺報道があったあとに亡くられる方が増えたのではないかとの情報もあります。

また、働いている女性や主婦の方の自殺につきましても、昨年度より増えている状況がありました。

議長)

ほかにはどうでしょうか。

山中委員)

一般的な自治体でそれぞれゲートキーパーの研修を市民に対して実施するということがありますが、どのくらい機能しており、どういう働きができていますか把握しているでしょうか。

事務局)

ゲートキーパーの養成について、県の取組としては鉄道事業者にお声掛けさせていただいて研修を行っていますが、県全体ということになりますと、市町村でゲートキーパーを養成しているところでは、対象は自治体職員や関係支援団体などのほか、一般の市民の方を対象としており、研修に取り組んでいる市町村は数多くございます。

昨年度は41ほどの市町村で取り組んでおり、4000人弱のゲートキーパーを養成しているところでは、

ゲートキーパー研修については非常に大切な取組だと思っておりますので、県としても市町村での研修を進めていくために、今年度は市町村の自殺対策担当者会議にてゲートキーパー研修の推進について、いくつかの市町村の好事例を紹介させていただきながら、情報提供を図ったところでございます。

議長)

ほかにいかがでしょうか。

高橋委員)

ゲートキーパーは具体的にどう役立っているのかという御質問ですが、評価や具体的にゲートキーパーがどれだけ自殺者を防止したのか、という実態を把握するのはなかなか難しいです。

ただゲートキーパー研修を受けた人たちが、様子が違うことに気付き、ちょっとした声掛けをすることが自殺防止につながるということが指摘されていますので、ゲートキーパーを多く養成すること自体が、結果として自殺防止につながると考えております。補足です。

山中委員)

ゲートキーパーの位置づけがはっきりしないといけないと思います。ただ研修を受けるだけではなく、どこまでゲートキーパーであることを自覚し日々人と接するかということが大切です。研修を一度受けておしまいではなく、毎年受けるなどが良いと思います。

恐らくゲートキーパー研修を受ける人は、高齢の人が多いと思います。その場合、養成を受けても継続していかない面もあり、ゲートキーパー養成自体がものすごく曖昧になっていると思います。

もう少し行政の中でゲートキーパーをきちんと位置付けて、任期を決めるとまではいきませんが、毎年研修を受けていただくことや、報告会をするなどの機会があるといいと思いま

した。

議長)

ありがとうございました。報告会などはあるのでしょうか。

高橋委員)

ゲートキーパー養成研修のなかでどのような役割を担ってもらいたいかということは、十分周知はしているつもりです。

いままではハローワークや生活保護部署など、自殺を思いついてしまうような生活環境にあるような方々が立ち入りそうなところにおいて、重点的にゲートキーパー研修を実施してきたところですが。今後はより幅広く、一般の県民を対象にして、研修を広めていく方針で考えております。

議長)

ほかにはいかがでしょうか。

< 質疑なし >

### 議事(3) 埼玉県地域保健医療計画中間見直しに基づく精神病床の基準病床数の見直しについて

事務局)

資料3に基づき説明

議長)

ただいまの事務局の説明に対して、御意見や御質問があればお願いします。

< 質疑なし >

### 議事(4) 多様な精神疾患ごとの医療機関の医療機能一覧表について

事務局)

資料4-1～4-3に基づき説明

議長)

ただいまの事務局の説明に対して、御意見や御質問があればお願いします。

山中委員)

すごくきれいに整理されていますが、病院の自己申告でしょうか。

事務局)

そのとおりでございます。

山中委員)

先ほどたばこ依存症の話がありましたが、精神疾患のストレスでたばこ依存が抜けられない人を入院させたくても、喫煙習慣のある人は入院できないと断られるケースがあります。

「これができなければ入院させません」という条件をつけられてしまうと、病院は対応しなすと言っていますが、それは結局本当に対応してくれていることになるのでしょうか。その点も含めての資料になっているのでしょうか。

また、議事(3)埼玉県地域保健医療計画中間見直しに基づく精神病床の基準病床数の見直しの説明の変数アルファは、「精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を要する患者の割合」とことですが、これも最終的には病院の判断ということになるのでしょうか。

事務局)

多様な精神疾患ごとの医療機関の医療機能一覧表に関しては各医療機関に調査をさせていただき、自己申告での情報を掲載しています。実態が情報と違うところがある場合は、御意見を受け、県民の皆様にとって使いやすいものにしていけるよう努力していきます。

もう1点、基準病床数算定変数アルファの値は、資料3の3枚目「精神病床に係る基準病床数の算定方法 都道府県ごとに設定する変数の根拠」というところで設定する根拠をお示ししています。国の調査や研究に基づいて出された目安の数値として国から示されているものです。基本的に病院の判断になるのかということについて、詳細は承知できていないところもありますが、病院の判断ということも一部あるのではないかと考えています。

山中委員)

喫煙がやめられなければ入院できないなどの入院の条件については、ぜひ病院同士の話し合いで、できればなくしていただきたいです。家族が喫煙をやめるよう言った場合、とんでもないことになってしまうことがあります。入院にはいろいろな条件はつけず、どんな人でも来てくださいますと言っていただきたいです。

それから変数アルファのことですが、本人が退院したく親も退院させたいと思っているが地域で受け入れる先がない場合、また親子の関係が悪くて家庭に帰れない場合に、入院しか選択肢がなく、長期的に入院してしまうケースも見受けられます。

しっかりと退院プログラムを組み、地域の支援者と連携し、病院と地域の支援で家庭以外

のところ退院させることをもう少し意識していただくと、長期的にただ入院している状態がなくなると思います。自治体が長期慢性的に入院させているケースも身近にあるので、ぜひお願いしたいです。

事務局)

御意見ありがとうございます。確かに今社会的入院は以前と比べると減ってきている状況ではありますが、御家庭の事情でなかなか退院後家庭に帰れない方もおり、そういった方々が病院のなかで高齢化を迎えているケースもあることは承知しております。福祉と連携して取り組んで参りたいと思います。

議長)

入院の条件のことでどなたかございますか。

丸木委員)

埼玉精神神経センターは敷地内全面禁煙としています。精神科の患者はたばこをやめられないと思う方もいると思いますが、全面禁煙の病院に入院すると、患者はたばこをやめ、たばこを吸って問題を起こす方はおりません。ですので、たばこを吸う人でも条件なく入院できることとしています。病院では全面禁煙というところがたくさんありますので、たばこに関して、滅多に問題は起こらないと思っております。

池澤委員)

どういう事情でおっしゃられたかというのは御質問の中でのことで詳しくはわかりませんが、昔は病院の中でも健康を損ねない範囲で分煙化をし、たばこを吸いたい人に吸ってもらいながら徐々に減らしていく努力ができた時代もありました。今は全面的に病院の中では一切たばこを吸ってはいけないという法律ができました。

おそらく、善意に解釈すれば、病院の中で少しずつ吸わない練習をしていくことはできないので、入院するのであれば最初から吸わないことに協力していただく意思がある方でないと受け入れが難しい、ということをおっしゃったのではないかと思います。

敷地内でたばこを吸ってはいけないという国の法律を重視しないわけにはいかないのですが、御理解いただきたいと思います。

山中委員)

確かにそうですが、家族が本人に納得させるのは、家族のいろいろな感情が関わってしまい難しい場合が多いです。とにかく入院を受け入れてから、たばこを吸えないことを説明していただけたら良いと思います。

家族の中で喫煙しないことを話し合ってから来てほしいと言われてしまうと、家族では抱



えきれないと理解いただきたいです。

お二人の先生のおっしゃることはとてもよくわかりました。ありがとうございました。

相川委員)

山中委員の御質問には非常に重要なことが含まれていまして、ありがとうございます。

この一覧表はとても良いと思い、毎年更新していただけるということなので、本当にありがたく思っています。

発達障害を項目の中に入れていただくことは難しいでしょうか。また、ぜひ入れていただきたいということが要望になります。

もう1つ、ここでは関係ないのかもしれませんが、ダイバーシティが進んでいて埼玉県も外国人の方が非常に多いのではないかと思います。大学にも留学生が多いです。その中で精神科医療にかかりたい、しかし日本語の問題があり難しい場合があります。外国語が通用する精神科医療機関はどれくらいあるかを調べているのでしょうか。なければ、ぜひ調査をしていただきたいという要望も含めてです。

事務局)

御質問ありがとうございます。まず発達障害を一覧表の項目に入れることはできるかどうかに関してですが、発達障害については発達障害総合支援センターのホームページで医療機関のリストの掲載をしております。そちらの方がより詳しく情報を掲載し、お伝えすることができるとしており、本一覧表では項目に入れず、発達障害総合支援センターのリストでお示しする方法をとらせていただきたいと思いますと考えております。

もう1点、外国人の方も対応できる医療機関について、県のホームページに掲載していますが、医療整備課で作成している医療機能情報提供システムというものがございます。そこで外国人に対応していただけるかどうかという検索項目があるようですので、御覧いただくとよろしいと思います。

相川委員)

よくわかりました。

議長)

ほかにはどうでしょうか。

< 質疑なし >

## 議事（５）精神障害に対応した地域包括ケアシステム構築について

事務局（障害者福祉推進課）

資料５に基づき説明

議長）

ただいまの事務局の説明に対して、御意見や御質問があればお願いします。

高木委員）

市町村ごとの協議の場が 43 市町村において設置済みとなっておりますが、この中で自立支援協議会に依存せずに独立してやっている市町村はどれくらいあるのでしょうか。おそらく少ないと思います。

私が日々感じていることですが、地域包括ケアというシステムのはずが、特定の地域や障害者しか恩恵を受けられないものとなっているのではないかと感じられます。例えば遠方にある地域活動支援センターなどは自分の市町村の管轄内となっている場合でも、実際には遠くて利用しづらいです。行きたいけれど疲れてしまうという現状があります。

それからこれは私が属している当事者の会の人の話ですが、アウトリーチしてくれるかと思えば人員不足でできない、と言われてしまいました。市役所の福祉課に相談したら、相談支援事業所に相談してほしいと言われ、相談支援事業所に行けば、市役所に相談してほしいと言われてしまい、途方に暮れていた人がいます。

そもそも自立支援協議会に属している市町村は自分の町で地域活動支援センターの社会資源を置けないから、自立支援協議会に社会資源はありますよと言いつつ聞かせるように聞こえます。困っている当事者が多いという現状を知ってください。

事務局）

町村における協議の場について、自立支援協議会に依存していないところの数は把握していないのですが、ほとんどの市町村が自立支援協議会に関連した位置付けを行っている状況です。

福祉課に相談をしたら事業所に相談してほしいといったような事情は、地域の課題ですので、御意見を踏まえ県からも圏域や各自治体に そのような課題について伝えていきたいと思っております。

高木委員）

ぜひよろしく願いいたします。

議長）

ほかにはどうでしょうか。

丸木委員)

精神科の地域包括ケアシステムというのは、いま高木委員がおっしゃったように、十分にすべての地域でうまく利用できるシステムまでにはなっていないと思います。一般の疾患や認知症の地域包括ケアシステムは非常によくまとめられていますので、ぜひとも精神疾患も広がりを持つような形でうまくできるようになるのではないかと思います。

地域包括支援センターは地域で非常に頑張っていてやっています。そこで、かなりの精神疾患の難事例に困っており、どこに相談したら良いかということもよく知りません。今からすぐはできないと思いますが、地域包括支援センターはしっかり仕事をしますので、地域包括支援センターも巻き込んだ精神科の地域包括ケアシステムを作っていくと良いと思います。

今までは、難事例ということで認知症の患者にはアプローチできなかったのですが、認知症の初期集中支援チームが相当入り込んでアプローチできるようになりました。もちろん国の今のやり方もいいと思いますが、いろいろな好事例があるので、うまく参考にして実施し、地域包括支援センターとどう連携をとるかということ大きなテーマとしてやると、うまくいくのではないかと考えております。

事務局)

地域包括支援センターと連携することは非常に大事なことだと思っております。

各保健所で実施している人材育成研修の一部では、地域包括支援センターの方にも受講いただき、グループワーク等で検討を行う等の取組を少しずつ始めております。先生がおっしゃるようなすべての地域で利用できる構図というのは先の話にはなっていますが、地域包括支援センターも含めて連携を図って参りたいと考えております。

山中委員)

今の意見と関連してですが、目に見える障害についてはずいぶん理解が進んだと思います。一方目に見えない障害についてはすごく理解が遅れていると思います。目に見えない障害こそすごく傷つきやすいです。

相談窓口の職員のちょっとした対応で、もう二度とそこに相談に行けなくなってしまうこともあります。窓口にいる職員は、その時障害者支援をやっていた人も次の年には異動してしまうことがあります。せっかく理解が進んだのに窓口には初めての職員が来て、当事者は自分の状態を辛い思いをしながら説明しなくてははいけません。そういうことが繰り返されているので、職員全体に対して目に見えない障害に対する対応の仕方などを伝え、広く理解が進んだらいいと思いました。

事務局)

事業所や行政では相談者が慣れたにも関わらず職員がかわってしまうことがあるかと思えます。その際に利用者さんの情報の引継ぎの問題や理解不足等もまたひとつの課題だと思います。

ますので、そのようなことも伝えていきたいと思います。

議長)

ほかにはいかがでしょうか。

永瀬委員)

今までの議論と重なるところがありますが、自立支援協議会の市町村格差の問題は埼玉県精神障害者社会福祉事業所運営協議会でも出ているところで、毎年要望書であげさせていたでています。県内で格差なくということを改めて確認できたらいいと思いました。

地域包括ケアシステムについては少し不勉強なところがありますが、事業所で働いていて思うところは、当事者、御家族の方は支援に繋がるまでにとっても御苦労されているということです。事業所にたどり着いた時には重度化されていたり、本当に傷つく体験をしてやっとたどり着くという状況がまだまだあるかと思います。

地域包括ケアシステムの構築に関する協議の場において、教育や住民の参加はありませんが、そういったところはどうなっているのでしょうか。地元の社会福祉協議会の方とお会いしたりするのですが、民生児童委員の方が県民のことを御存知で、そこから繋いでいただけることもありますので、民生児童委員の方との連携など、小・中学校、大学といった教育現場から切れ目なく、早期からの地域包括が進んでいけたらいいと思いますので、そういう機関の参画があるのかどうかをお聞きしたいです。

事務局)

御質問ありがとうございます。おっしゃるように教育など他の分野との連携についても国の方で非常に大事な分野だと示されています。

まだ県の協議の場では教育関係の方にお越しいただくということはないのですが、実際の現場ではそのような連携がとられています。

相談先から精神に関する対応が難しいと言われた等の事情はこちらでも十分に把握しております。他分野との連携についても今後課題として検討して参りたいと思います。

永瀬委員)

先ほどの地域包括支援センターの話で、私どもも連携を図っているのですが、当事者のお宅に入ってから、そこで精神疾患を抱えているお子さんがいると見えてくることもあります。丸木委員がおっしゃられたように地域包括支援センターは広く相談を受けますが、精神の相談支援事業所の人員配置とは全然違います。やはり精神分野のマンパワーの不足というところもありますので、このシステムを稼働していくには相談支援事業所が欠かせないと思うのですが、そういったマンパワーの部分も考えていかないといけないと改めて思いました。

議長)

ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。

相川委員)

先ほど丸木委員がおっしゃっていた地域包括支援のようにアウトリーチが隔々にわたっていくと、予防や普及、議事(3)でありました病床を減らすなどいろいろなことに繋がっていくのではないかと思います、アウトリーチに関してはとても可能性を感じています。

一方で、永瀬委員がおっしゃったようにマンパワーが不足していることや、地域で展開していく上で障害者総合支援法の障害福祉サービス報酬があまりにも低くて、やるところがないということがあると思います。県としてアウトリーチの広がりについてこれからどうお考えなのかというのが1つ目の質問です。

もう1つ、それと同時にピアサポートの導入によって、支援者主導から当事者主導に変えていくという文化の変革が必要になっていると思います。それがないとピアサポーターの活躍は難しくなるのではないかと思いますのですが、ピアサポーターの活躍については、どう議論されているかを教えてほしいです。

事務局)

アウトリーチ事業について、最終的にはどういう形になるかということは決定していませんが、全県にいきわたる形でできないかと考えております。予算の問題などもあり、現時点では全県で実施とはお答えできませんが、今後全県に拡大していくことを目標として実施していきたいと考えております。

ピアサポートに関する議論は、先生も御存知かと思いますが、今年度からピアサポーターを雇用している事業者がピアサポート加算を受けるために必要な研修事業を埼玉県でも実施をしていくことについて、当課実施の地域移行・地域定着ピアサポート活動促進事業とのすみ分け等を検討したものです。

今後こういった事業の中でピアサポーターに活躍いただける部分について、もう少し検討していかなければいけないと思っております。先日わたしもピアサポーター研修に参加しまして、当事者の方の力というのを十分に感じていますので、今後も皆様に御活躍いただきたいと考えております。

議長)

ほかにはどうでしょうか。

< 質疑なし >

議長)

それでは最後にその他ですが、各委員や事務局から何かございますか。

高木委員)

意見やお願いを申し上げたいと思います。

昨年度の審議会の議事録がウェブサイトに公開されていないと思うのですが、もしまだ公開されていないようでしたら公開してください。

資料をなるべく早く送っていただけると助かります。もう少し中身を精査する時間が欲しいです。

この審議会の定数は 20 人となっていますけども、委員に当事者とその家族が参加できる枠を増やしていただけると幸いです。

事務局)

議事録に関しましては、早急に公開いたします。資料については、早く送りできるように致します。

委員の定数に関しましては規則に定められているのですが、御意見をいただきましたので今後検討していきたいと思います。

御意見ありがとうございます。

相川委員)

埼玉県精神保健福祉審議会規則の第3条ですが、当事者や家族という記載がなく、支援者や学識経験者という文言がしかありません。地域包括ケアシステムでも当事者の参画ということ国も言っていますので、必要ではないかと思っております。高木委員の意見に賛成です。

議長)

ほかにはよろしいでしょうか。

< 質疑なし >

議長)

活発なご意見ありがとうございました。それでは本日の会議は終了させていただきます。

【審議会終了】

以上、埼玉県精神保健福祉審議会規則第9条第2項の規定に基づき、議長及び議事録署名委員により、会議のてん末に相違ないことを認め、ここに署名する。

議 長 \_\_\_\_\_

議事録署名委員 \_\_\_\_\_

議事録署名委員 \_\_\_\_\_