



CONTENTS

1. 第56号の発行にあたって	1
2. 「グランドデザインと改革ビジョンの概要について」	2
3. 心神喪失者医療観察法 制度の概要と地域処遇について	5
4. お知らせコーナー	10

第56号の発行にあたって

精神保健福祉センター

副センター長 佐藤 三四郎

精神・知的・身体3障害の福祉サービスを市町村において一元的に提供しようとする障害者自立支援法案（以下「法案」という。）が、現在国会で審議されています（執筆時点において）。応益負担の導入、個別給付化、精神障害者社会復帰施設を含む施設体系の再編、社会的入院といわれる全国7万人の精神科病院入院者の退院促進の計画化など、精神保健医療福祉施策に一大変革をもたらすものです。

しかし、法案提出の現実的な要因は身体・知的障害福祉における支援費制度の破綻であり、自立支援医療費制度（現行の精神障害者通院医療費公費負担、更生医療、育成医療）の施行が附則で本年10月1日（原案。衆議院で平成18年1月1日に修正。）とされるなど、大変革でありながら、極めて短い準備期間しかありません。

本紙では、例年6月の発行を遅らせて障害者自立支援法特集とし、法制化に至る経過と内容、自立支援医療費制度利用手続きの概要等の掲載を企図しました。しかし、国会における法案審議が遅

れるなど、流動的な状況となっています。そこで、法制化に至る経過として、まず「精神保健医療福祉の改革ビジョン」、「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」を中心に解説し、法が成立した場合には、次号に法の概要、自立支援医療費制度の解説等を掲載することにしました。

一方、本年7月15日、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察に関する法律（以下「心神喪失者等医療観察法」という。）が施行されました。

このうち、対象者の地域処遇については、保護観察所と市町村をはじめとする関係機関が連携し、障害者自立支援法が設立、施行された場合には、その体制の下で行われることになります。心神喪失者等医療観察制度は、対象となる精神障害者の社会復帰の促進を最終目的とするものであり、地域における関係者、関係機関の連携の下に、よりよい支援が展開されることが望まれます。

次号と併せ、本紙がその一助となれば幸いです。

「グランドデザインと

改革ビジョンの概要について」

県立大学保健医療福祉学部 朝日雅也

1. はじめに

入院医療中心から地域生活支援中心へ。精神障害のある人々を取り巻く保健医療福祉のあり方が大きく変わろうとしています。現在、国会では「障害者自立支援法案」の審議が進められています。今回は、その基盤になった「障害保健福祉のグランドデザイン（以下、「グランドデザイン」）」と、時期を同じく示された「精神保健医療福祉の改革ビジョン（以下、「改革ビジョン」）」を中心にその背景と概要について述べます。

2. グランドデザインの背景

グランドデザインの正式名称は「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」。昨年10月に厚生労働省から発表されました。既に、社会福祉基礎構造改革の一環として平成15年度から始まった障害者福祉の支援費制度は、サービス給付の仕組みを大きく変え、居宅サービス利用が飛躍的に伸びるなどの成果が見られました。その一方、当初予算が不足する事態が発生して、例えば、開始年の平成15年度でも約200億円、その反省を踏まえて増額した平成16年度でも、再び予算オーバーといったように、地域生活の支援をめざしたはずの支援費制度の継続が危ぶまれてきました。また、他の障害種類に比べて福祉サービスの発展そのものが遅れていた精神障害者福祉は、支援費制度の対象外でしたので、その充実が求められていました。そのため、平成15年度に開始された新

しい障害者基本計画と障害者プラン（重点施策5ヵ年計画）が示した脱施設、地域生活の重視の方針を進めるための障害保健福祉施策の抜本的な見直しが迫られました。

こうした状況を背景に、特に、障害者福祉サービスの制度の持続が大きな課題となり、昨夏には、社会保障審議会障害者部会が、障害者福祉サービスと介護保険との統合は「現実的な選択肢」と答申するなど、財源確保が大きな課題とされてきました。障害者福祉サービスが介護保険制度と統合されれば、介護保険料の徴収対象年齢が引き下げられる反面、思春期・青年期に発生しやすい精神障害への福祉サービスの充実が期待されることなどについて議論を呼んだことも記憶に新しいところです。

介護保険との統合は、結果的に今回の介護保険法の改正には盛り込まれませんでした。いずれ統合されるかどうかは別にしても、介護保険と近い考え方をもつ新たな障害者保健医療福祉の枠組みとして発表されたのがグランドデザインです。

3. グランドデザインのめざすもの

グランドデザインは、以下の基本的な視点で構成されています。すなわち、①障害者保健福祉施策の総合化（市町村を中心に、年齢、障害種別、疾病を超えた一元的な体制を整備）、②自立支援型システムへの転換（障害者のニーズと適性に応じた自立支援、自己実現・社会貢献を支援）、③制度の持続可能性の確保（給付の

重点化・公平化、制度の効率化・透明化)です。①や②は、いかなるデザインであっても、実現すべき今日的な課題であります。特に、支援費制度ではなかった、すなわち、措置制度に基づく個別給付としての権利性が薄かった精神障害者福祉サービスにとって、「年齢、障害種別、疾病をこえるサービス給付の仕組み」によって大きな変化になります。③は、障害保健福祉サービスを「持続可能な制度」にしていくためのいわば制度改革の根本の部分であり、同時に利用者の自己負担増などの課題をめぐる、重要な争点でもあります。

そして、グランドデザインを具体化する法的整備が、障害者自立支援法案になります。

グランドデザインでは、従来の障害の種類ごとではなく、一元化したサービスが提供されることについて評価する関係者も多い反面、利用者負担の見直しなどの点で、大きな議論を呼んでいます。従来の利用者の所得に応じた「応能負担」から、介護保険のような1割の定率負担と、所得に応じた負担額の上限を組み合わせた利用者負担の仕組みが考えられています。制度移行の当初は、経過措置がとられるのですが、食費などの実費負担の創設と合わせて、従来の仕組みと比べると平均の負担割合は、当然大きくなります。それがサービス利用の減少に繋がらないかという懸念も寄せられています。福祉サービスと同様に精神障害者の通院公費負担医療など公費負担医療も同様に、利用者の一律の負担を求める仕組みになっています。サービスの量や必要性について、客観性のある障害程度区分の考え方を導入し、ケアマネジメントシステムにより、支給の決定について「客観性」や「効率性」を求める新たな考え方が打ち出されています。

また、居宅サービス、施設サービスといった

分類や施設種類を越えて支給の体系が大きく変わります。すなわち、①介護に関わる個別給付である介護給付、②障害者の適性に応じた目的の達成に向けた個別給付としての訓練等給付、③個別給付ではなく、地域の特性や利用者の状況に応じて柔軟な事業形態とする地域生活援助事業などに大きく分かれます。

その結果、従来の施設は、順次再編され、「日中活動の場」と「住まいの場」に分かれるほか、日中活動の場は、機能に応じて再編されます。例えば、従来の障害者授産施設は、一般企業などでの就労を目指して訓練をする「就労移行支援」か、継続的に働く場を提供する「就労継続支援」、あるいは、日中活動を重視した「生活介護」へと、機能の明確化を迫られることとなります。

さらに、グランドデザインは「障害者がもっと働ける社会」を描いており、一般の就労を目指したより積極的な取組を福祉サイドに求めています。

4. 改革ビジョン

一方、精神保健福祉対策本部によって、昨年9月に示されたのが、改革ビジョンです。これは、一昨年の同本部が取りまとめた「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」に沿って、「普及啓発」「精神医療改革」「地域生活の支援」に関するそれぞれの検討会が設置され、具体的な方向を明らかにしたものです。その基本的な考え方は「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を進めるための、国民の意識変革や、立ち遅れた精神保健福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進めるものです。

具体的には、「受入条件が整えば退院が可能な者」約7万人の10年後の解消を図ることとされています。また、国民の精神障害に対する意

識を変える、すなわち、精神疾患を自分自身の問題と考え、理解することをめざしています。いわば精神保健福祉の今後10年間にわたるアクションプランとも言うべきものです。平成15年度からの障害者基本計画や障害者プランが、精神保健福祉の立ち遅れに対する認識から、精神障害に対する施策の充実を図ったこととも呼応しています。

さて、その中で、地域生活の支援については、グランドデザインに示された方向性とベクトルを同じくしています。そもそも、障害者の地域生活支援の在り方に関しては、支援費制度の導入にあたって、特に居宅支援の上限設定問題に端を発した議論の延長線であることを考えれば、ホームヘルプサービスや、就労支援の重要性の認識に立った、地域生活を具体的に支えるサービスの充実を求めることが機軸になっていることはもちろんのことです。

基本的方向として、ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体制の確立、重層的な相談支援体制の確立、市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備を求めており、当面の重点施策として、居住支援体制の強化、雇用の促進、就労支援、居宅生活支援など8項目があげられています。

そして、これらの地域生活支援を適切に進めるためのケアマネジメントや市町村などによる「自立生活支援計画」の策定といった相談支援体制の強化がその基盤になっています。

5. 今後の課題として

さて、グランドデザインと改革ビジョンについて見てきました。立ち遅れてきた精神障害保健福祉にとって、今回の改革の風を、いかに適切な方向に吹かせるかが、すべての関係者に問われています。

例えば、グランドデザインでは、ケアマネジメントシステムの導入がうたわれていますが、結果として福祉サービスの供給抑制になっては地域生活支援の意義が薄れてしまいます。そもそも、利用者を主体に必要なサービスを組み合わせ、時に開発するケアマネジメントは、精神保健福祉分野に不可欠な手法です。そのため、供給抑制ではなく、サービス開発の視点を含む新しいシステムの構築に、精神保健福祉分野での経験が生かされなくてはなりません。

また、他の障害分野に比べ利用者の権利性の薄かったサービスについても、障害の種類を越え、地域生活を支えるサービス体系として整備されていく中で、精神障害のある方のごく当たり前の暮らしを実現できる手段として効力を発揮するよう、統合・再編の行方を注視していく必要があります。制度の持続という消極的な姿勢でなく、発展・拡充につなげる視点が求められているといえます。



心神喪失者医療観察法

制度の概要と地域処遇について

さいたま保護観察所 宇津木 朗

はじめに

平成15年7月10日、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（以下「医療観察法」という。）が成立し、同月16日に公布されました。医療観察法は、心神喪失又は心神耗弱の状態での殺人、放火等の重大な他害行為を行った精神障害者の社会復帰を促進することを目的とした新たな処遇制度を創設するものです。現在、本年7月15日を施行予定日として、準備が進められています。

1. 医療観察法成立までの経過

過去、触法精神障害者の処遇やいわゆる処遇困難者対策についての提案等が幾度となく行われてきましたが、この提案等が実現されることはありませんでした。これまでのところ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行い、不起訴や無罪、執行猶予となった人についての特別な法的枠組みはなく、検察官が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下「精神保健福祉法」という。）の規定に基づいて県知事に通報し、保健所の調査を経て、2名の精神保健指定医が診察して自傷他害のおそれがあると認められた場合には、県知事の権限によって精神病院に入院させるといった措置入院等により処遇されてきました。そのため、①一般の精神障害者と同じ病院施設・スタッフの下では専門的な医療の提供が困難であること、②入退院の判断を実質的に委ねられている医師は過重な負担となっていること、③退院後の継続的な医療を

確保するための実効性のある仕組みがないことなどの問題点が指摘されていました。

精神保健福祉法の改正時に「重大な犯罪行為をした精神障害者の処遇の在り方については、幅広い観点から検討を早急に進めること」との付帯決議がなされた経緯から、平成13年1月に法務省・厚生労働省の合同検討会議が発足しました。与党プロジェクトチームから、①新たな処遇制度の創設や退院後の体制確保、②司法精神医学の研究・研修体制の充実強化、③一般の精神障害者への医療と福祉の充実強化の報告がされ、平成14年3月に医療観察法案が国会に上程されました。

審議の中で、①対象者は制度の目的に即して限定し、医療の必要性が中心要件であること、②社会復帰のための制度であること、③一般精神医療の水準向上をすること、④施行後5年を経過した場合において、施行状況の国会報告・検討をすることなどの修正が加えられ、平成15年7月に医療観察法は成立しました。

2. 医療観察法の目的と対象者

医療観察法は、心神喪失又は心神耗弱の状態での殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害（軽微なものを除く。）の重大な他害行為を行い、①心神喪失又は心神耗弱と認められて不起訴処分となった人、②心神喪失を理由として無罪が確定した人、③心神耗弱を理由として刑を減軽する旨の裁判が確定した人（実刑になる場合を除く。）について、専門的かつ継続的な

医療を確保するために必要な観察と指導を行い、その病状の改善をすることによって同様の行為の再発を防止し、社会復帰を促進することを目的としています。過去の統計から全国で300人程度、埼玉県では18人程度の年間対象者が想定されています。

医療観察法は、対象行為のおそれがあることを要件とした刑事法ではなく、医学的に医療の必要性が認められ、かつ、治療適合性（治療効果があること。）を有する場合に限って、社会復帰を最終目的として対象者を保護する観点から処遇をする法律であると言えます。

3. 保護観察所の役割

(1) 保護観察所と社会復帰調整官

保護観察所は、法務省の出先機関で、全国に50か所あり、地方裁判所の管轄区域を管轄し、保護観察等を通して犯罪者や非行少年の地域社会での立ち直りを支援してきた機関です。そうした更生保護のノウハウの蓄積があることに加え、各都道府県に設置された全国的なネットワークにより、統一的かつ円滑な処遇の実施が可能であることなどの理由で、医療観察法に基づく新たな制度（以下「医療観察制度」という。）の一端を担うことになりました。医療観察制度は、更生保護業務とは異なるため、保護観察所には精神保健福祉士等の有資格者である社会復帰調整官を新設して、社会復帰調整官が医療観察制度の入り口から処遇の終了までの業務に関与します。

(2) 保護観察所の業務

ア 生活環境の調査

裁判所は、処遇を決定する際、保護観察所の長に対し、対象者の生活環境の調査を行い、その結果を報告することを求めるこ

とができます。処遇内容の決定には、精神医学的な判断に加え、対象者の居住地の状況や家族状況、これまでの受診状況等の生活環境を考慮することとされており、裁判所の求めに応じて社会復帰調整官が調査して報告をします。

イ 生活環境の調整

入院決定となった対象者の居住予定地の調整をするもので、発生地と指定入院医療機関の所在地の保護観察所等が連携して関与します。（5.-(2)退院援助の項参照）

ウ 精神保健観察

医療観察制度の通院処遇中、対象者が必要な医療を受けているかを確認し、その生活状況を見守るのが精神保健観察です。

（6.-(1)精神保健観察等の項参照）

エ 保護観察所の長による各種申立て

保護観察所の長による申立てには、①医療観察制度による通院医療が不要となった場合の「処遇の終了」の申立て、②当初3年間とされている通院期間を延長する必要が認められた場合の「通院期間の延長」の申立て、③医療観察制度による入院の必要が認められた場合の「(再)入院」の申立ての3種類があります。いずれの場合にも処遇に携わる関係機関と協議し、原則として指定通院医療機関の長の意見を付して地方裁判所に申立てをします。

4. 処遇の要否及び内容を決定するための審判手続

医療観察法では、対象となる人の対象行為の存否及び入院や通院決定等の処遇内容について地方裁判所の審判で決定されます。

検察官は、対象となる人の適切な処遇の決定

を求めて、地方裁判所に申立てをすることから手続が開始されます。この当初の審判の特徴は、①裁判官と精神保健審判員（精神科医）からなる合議体で審判をすること、②精神保健福祉士等の社会復帰の専門家である精神保健参与員が必要に応じ関与すること、③弁護士である付添人が付されること、④審判は裁判所以外でも開催できること、⑤必ず審判期日を開催すること、⑥審判は非公開ながら被害者等は傍聴できることなどがあります。

申立てがされると、裁判所では、裁判官と精神保健審判員（精神科医）各1名からなる合議体を構成し、審判を行うこととなります。裁判所は必要に応じて、医療の必要性等について鑑定を命じるほか、保護観察所の長に生活環境調査を求めることができます。検察官からの資料に加え、鑑定結果や生活環境調査の結果、精神保健参与員の意見等も参考にして評決することとなります。「対象行為を行った際の精神状態を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要がある」か否かを基準として、①医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、②入院によらない医療を受けさせる旨の決定、③この法律による医療を行わない旨の決定をすることとされています。

5. 指定入院医療機関における医療

(1) 指定入院医療機関について

指定入院医療機関は国公立等が開設して厚生労働大臣が指定したもので、「指定入院医療機関運営ガイドライン」に基づいて運営され、その処遇は「入院処遇ガイドライン」に基づいて行われます。医師や看護師の配置は手厚く、精神保健福祉士や臨床心理技術者、作業療法士等も配置されて、多職種チームを

構成し、治療方針や評価、同意によらない医療等については各種会議で協議することとされています。広いスペースで設備の整った専門の病棟で、一般の医療機関に比べ手厚く高度な専門医療を全額国費で実施することとされています。

病棟は急性期・回復期・社会復帰期に分かれており、回復期になると職員同伴で病棟外への散歩が可能になり、社会復帰期から院外への外出・外泊が可能になります。入院期間の制限はありませんが、おおむね18か月間程度を目安にしており、指定入院医療機関の長は入院を継続させて医療を行う必要性について、6か月ごとに裁判所に申立てることが必要です。入院による医療を行う必要がなくなった場合、退院の許可を申立てることになりますが、指定入院医療機関の長だけでなく、対象者等が申立てることもできます。

(2) 退院援助

指定入院医療機関に入院した人が、円滑に社会復帰できるよう、入院当初から、退院後の住居確保や地域でのサポート体制整備等の検討を始めます。退院先の選定は、まず対象者の地元を原則とし、それが困難である場合はその近隣の地域や親族等の支援者のいるところといったように拡大し、対象者が生活しやすい地域への住居確保に努めることとしています。

退院先が確保できると徐々に外泊を実施し、地域処遇への移行準備が開始されます。

指定入院医療機関だけでなく、保護観察所を始め地域処遇に携わる関係機関も連携しつつ入院中から積極的に関わることが、社会復帰を円滑に進めるために大切なことです。

6. 地域社会における処遇

(1) 精神保健観察等

医療観察制度の対象となるような精神障害者が社会復帰を目指していくためには、継続的な医療を確保すること及び安定した生活を維持していくための援助が不可欠です。これまでは、個別のケースに応じて医療機関や保健所、市町村、社会復帰施設等が担ってきましたが、制度として継続的な医療を確保する仕組みがなかったため、連携が不十分であったり、必要性はありながらも介入できないこともありました。医療観察制度は、精神保健福祉法等を基盤とした処遇に携わる関係機関等が緊密な連携を保ちながら処遇を実施し、継続的な医療及び援助を継続する枠組みとして機能します。

対象者の病状の改善と社会復帰の促進を図るには、医療の継続を確保することが重要であり、精神保健観察において継続的な医療を受けさせるために必要な指導、助言を行います。保護観察所の社会復帰調整官が居宅を訪問したり、保護観察所に来所を求めたりして対象者との関わりを持つとともに、指定通院医療機関や都道府県・市町村等からも、通院状況や生活状況についての報告を得るなどして生活状況を見守ります。

この期間は原則として3年以内とされており、医療観察制度に基づく地域社会における処遇の終了後は、一般の精神医療や精神保健福祉サービスを継続することになります。ただ、3年を経過する時点で、なお医療観察制度による処遇が必要と認められる場合には、2年を超えない範囲での延長が可能とされています。そうした処遇の終了及び期間延長の申立ては、保護観察所の長が指定通院医療機関の意見を付すこととされており、処遇の終

了については対象者等が申立てをすることもできます。

(2) 指定通院医療機関

退院許可又は当初の審判で入院によらない医療を受けさせる旨の決定を受けた者は、地域社会において、定められた指定通院医療機関において通院医療を受けることとされています。指定通院医療機関は、一定の基準に適合する医療機関の中から、開設者の同意を得て、厚生労働大臣が指定するもので、人口100万人当たり2～3か所程度の指定が計画されています。指定通院医療機関の運営及び処遇は、「指定通院医療機関運営ガイドライン」と「通院処遇ガイドライン」に基づいて行われ、対象者の社会復帰の早期実現を目標にして、多職種チームによる医療の提供等がなされます。

(3) ケア会議

保護観察所は、指定通院医療機関や埼玉県又はさいたま市並びに市町村等の諸機関と協議して、対象者の処遇の実施計画を作成することとされています。処遇の実施計画には、対象者の病状や生活環境に応じて、必要となる医療、精神保健観察、援助の内容等を記載し、その内容については、対象者への十分な説明と理解を求め、作成した後も処遇の経過に応じて関係機関相互が定期的に評価し、見直しを行います。こうした協議をケア会議と称して、定期的又は必要に応じて開催し、関係機関相互間において、病状や生活状況について協議を行い、処遇を実施する上で必要となる情報を共有するとともに、処遇方針の統一を図っていくこととしています。医療観察制度の対象者にとっては医療の継続等は義務

ではありますが、地域社会において社会復帰を目指すためには対象者自身が前向きに取り組む必要がありますので、対象者や保護者等もケア会議に加わることを原則としています。

(4) 医療観察法に基づく地域処遇に関する埼玉県運営要領（案）

「埼玉県運営要領」は、さいたま保護観察所、埼玉県並びにさいたま市が関係機関の協力を得て、近く法務省及び厚生労働省の共同通知となる予定の「地域処遇ガイドライン」を基に埼玉県における地域処遇を具体化したものです。県全体の医療観察法の処遇に関する情報交換や課題の協議を行うための運営連絡協議会の設置、事例検討等を行うための地域連絡会の実施、ケア会議の体制、個人情報取り扱いなどを主な内容とし、地域社会における処遇を適正かつ円滑に実施するために必要となる事項を定めてあります。

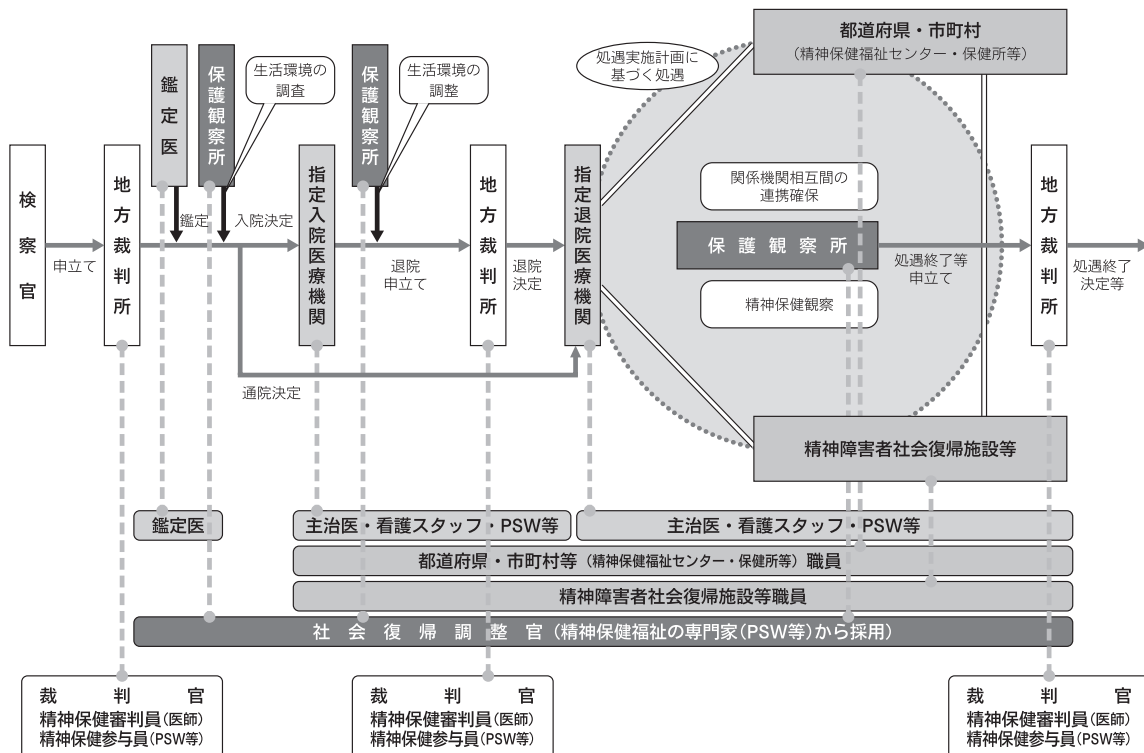
おわりに

このように、医療観察法による地域社会における処遇においては、継続的な医療の確保、精神保健観察、安定した生活ができるように援助することなどにより、対象者の社会復帰を促進することが期待されています。

しかし、残された課題も少なくありません。特に、地域における精神障害者に対する理解が不十分なため、重大な他害行為のあった対象者の社会復帰に対して、理解を得にくいという状況があります。具体的には、対象者の退院後の住居をどのように確保するのかということが大きな課題の一つとなっています。このような中で対象者の社会復帰を促進するためには、地域において孤立することなく、地域の人々と豊かな人間関係を結んでいけるような関わりを地域社会が持っていくことが必要と考えられます。

（平成17年6月30日現在）

● 心神喪失者等医療観察制度における処遇の流れ



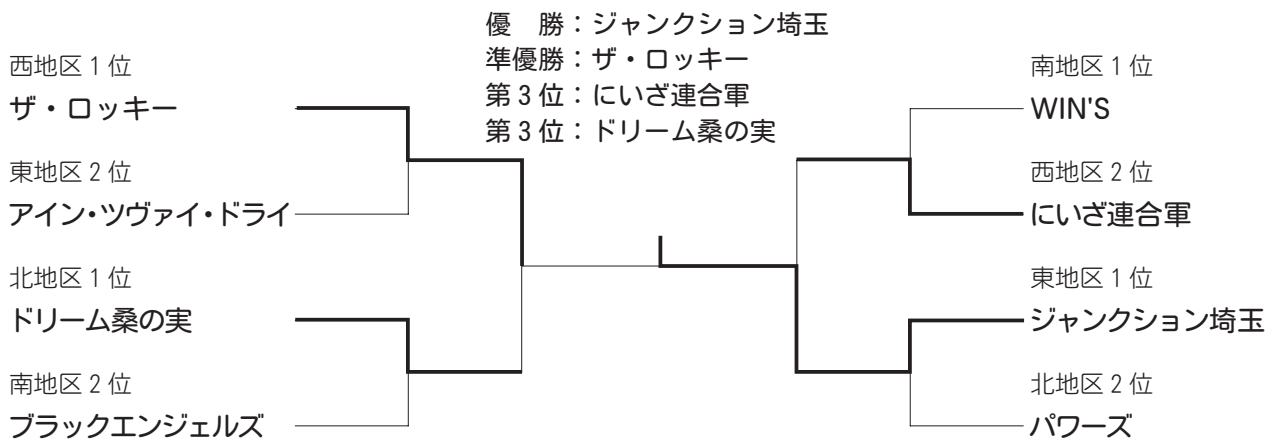
法務省保護局発行
「心神喪失者等医療観察法 Q & A」

平成17年度 埼玉県精神障害者バレーボール大会 結果報告

平成17年7月2日、越谷市立総合体育館で、平成17年度埼玉県精神障害者バレーボール大会が開催されました。

埼玉県内4ブロックを勝ち抜いた8チームが集まって熱戦が繰り広げ、「ジャンクション埼玉」が優勝、「ザ・ロッキー」が準優勝しました。

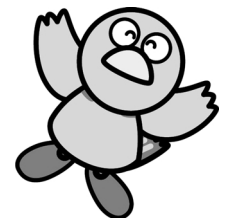
優勝した「ジャンクション埼玉」は、今年度中に開催される第6回全国障害者スポーツ（バレーボール）関東ブロック大会に出場します。



■ イベント情報 ■■■

SAITAMA 心の健康フェスティバルin志木 ～ 始めよう！ 心と体のリラックス～

1. 日 時 平成17年9月3日（土） 午後1時から午後4時（受付12：30～）
2. 会 場 志木市民会館パルシティ ホール
（志木市本町1-11-50） 東武東上線志木駅東口徒歩12分
※お車での御来場は御遠慮ください
3. 内 容 ホールイベント
 - (1) 講 演 「パニック障害について」
埼玉県医科大学総合医療センター 堀川直史 先生
 - (2) アトラクション
 - ①「やすらぎの合唱で心リラックス」ドン・キホーテ男声合唱団
 - ②「コバトンと一緒にリラックス体操で体をほぐそう！」
医療法人社団東京愛成会高月病院 高橋春一先生
4. 申込等 展示・即売会：地元周辺の社会復帰施設等による創作品の展示と即売会
事前申込不要、参加費無料
どなたでも参加できます。当日直接お越しください。



©埼玉県2005