

令和6年度 措置入院制度運用等に関する懇談会 会議録

日 時：令和7年2月14日（金） 13時30分～ 15時30分

場 所：川崎市役所第3庁舎 18階第5・6会議室

出席者 委員 臼杵委員、小川委員、川崎委員、熊谷委員、小山委員
齋藤委員、竹島委員、武田委員、田中委員（オブザーバー）、谷委員
塚本委員、野口委員、長谷川委員
欠席委員 長加部委員、
事務局 大町課長、植木課長、柴崎担当課長、石井担当課長、江口係長
中川係長、金子職員、平川職員
オブザーバー 佐野職員、佐藤 泰雅室長、佐藤 貴治職員

傍聴者 0名

司会：こころの健康課 植木課長

委員及び事務局職員の紹介と資料確認。今後の進行を竹島委員に委任してよいかの確認。
出席委員全員から了承。

1. 開会

竹島委員より、資料2に基づき当懇談会の趣旨及び本日の進行について説明。

2. 議題

- （1）川崎市の精神科救急医療体制について・・・資料3、4
- （2）川崎市の精神保健福祉法に基づく通報状況について・・・資料5
- （3）休日の日中・夜間帯の措置診察について・・・資料6
- （4）精神科救急医療情報窓口の相談状況について・・・資料7

（臼杵委員）

データからは、令和5年度から令和6年度にかけて、通報数と措置数が激減している。
全国的に見た際はほぼ横ばいで推移していると思うが、川崎市があまりにも特異的である。
こういった背景があるのか教えていただきたい。

（事務局）

理由として、年1回、警察との連絡会で意見交換を実施しているが、その中で警察の法律

である警察官職務執行法の中の精神錯乱の方の保護の件数が令和 4 年度から 5 年度にかけて減少しており、今年度に関して昨年度に比べて 200 件程度減少しているとのことであった。また、以前は事件化していなかった精神錯乱による障害事件について、以前は 23 条を優先していたが、最近は状況により事件化も検討していることが挙げられる。24 条通報については、件数は大幅ではないものの、全体の中では令和 4 年度に比べ割合は増加している。いわゆる検察へ送致し、その中で精神症状が疑われ、24 条通報が増えてきているのではないかと推察している。

(臼杵委員)

その状況には、精神保健福祉施策の向上といった意味合いはあったりするのか。

(事務局)

措置診察自体が減少していることについて、そうであれば良いと思っている。「にも包括」の枠組みの中で精神科救急の捉え方も変化した。措置通報・措置診察を中心とする 3 次救急のクリティカル場面になってからの介入ではなく、事前に防止することや退院後支援を含めて精神科救急であるという枠組みで語られるようになってきている。また、川崎市としてもそこに力を入れているため、2 次レベルで介入できた数値も検証を進めていき、向上による結果であることを証明していきたいと思っているが、現時点では根拠を示すまでには至っていない。

(臼杵委員)

全国的に見ても非常に稀有であるため、ぜひ裏付けを行い、講評をいただけると参考になると思う。

(三浦委員)

資料 5 の措置診察開始までの時間が少しずつ伸びている。救急の観点から考えるといいことではないのではないかと。情報確認も慎重にしていくことも大切ではあるが、一方で緊急性というところで見ると、時間が伸びていることはあまりいいことではないのではないかと。このあたりの対策をどうしていくか、動きや考えはあるのか。

(竹島委員)

各年度を見ると、時間や年度によって変動はあるが、このあたりに影響を与える要因について意見を聞きたい。

(事務局)

4 県市でも課題と感じており、年 1 回の警察との意見交換会の中でもご指摘いただい

る。行政としても、患者様・ご家族様の負担という面でも時間短縮に向けた取り組みが必要と考えている。具体的に改善策は立てていないが、措置診察の在り方についても検討している段階であるため、トータルで診察までの時間を考慮したいと考えている。調査に時間を要している原因として、データより、市外の方や外国籍の方の通報が増加していることが考えられる。

(竹島委員)

警察署との会議の中で、4 県市の中では川崎市が他の自治体に比べて著しく時間を要しているという傾向ではないと聞いている。今後、4 県市の中で川崎市はどうかということについてご説明できたらと思う。

(小山委員)

深夜帯における待機時間が長くなっているのが事実だと思う。7～8 時間等、朝から昼にかけないと、診察していただけない状況になってきている。しかし、夜間については警察も少数で対応しており、医療体制もまた整っていないとのことなので、今後の検討課題ということにしていいただければと思う。

(5) 川崎市における措置入院者の退院後支援について・・・資料 8－1
地域支援室からの事例紹介・・・資料 8－2

(竹島委員)

ガイドラインが作成された際は、退院後支援自体の是非や人権問題等の議論があった。実際に退院後支援を導入後、当初の議論に関連するような課題はあったのか。また、退院後支援というものをどのような言葉で説明すると本人に届くのか。

(オブザーバー)

退院後支援の説明に関して、ご本人はご自分で納得して入院されている方が少なく、強制的に入院させられたというイメージがある方が多い。そのため、退院後の生活を一緒に考えますよと説明すると、比較的受け入れてくれる人が増えてきたように感じる。病院のソーシャルワーカーからのアナウンスも良く浸透してきたと思っている。

(事務局)

退院後支援が入院されている方の権利を守ることになるのかという議論について、その議論を踏まえてのガイドラインであったので、本人の同意取得に対して重点が置かれており、その通りに実施すると契約を取り交わすような膨大な書類を本人が理解し、署名しなければならない。そのことに関して、構造化したプログラムが組めるという良い部分もある。

川崎市はもともと地域リハビリテーションの視点で、退院後支援という事業ではなくても、措置入院に限らず入院された方の地域生活への復帰を行っていた（退院後支援の中では「通常支援」と記載されている）。当初はあえて、仰々しい退院後支援という形をとらずとも、緩やかにご本人に寄り添う形である通常支援の方がしっくりきていた。ただ、多様な方が入院され、退院後支援という事業をうまく活用することで、そのような方々を様々な行政内外の機関につなぐ役割を組み込めるのではないかという形で変化してきた。措置入院者が主役であるというスタンスを中心に考えているので、退院後支援に絡んで過去に議論されてきたことがハードルになっているとは感じていない。

（小山委員）

支援するためには本人の同意が必須であるのか。例えば家族から本人が正常な判断ができないので支援してほしいと訴えた場合は支援できるのか。本事例は 1 年ほど経過してから本人の意思が変わり、支援が必要だと説明して同意を得られたが、前段の事例と 2 件目の事例から既に本人は正常な判断ができない状態かなと思い、やはり本人の同意がなければ支援はしてもらえないのか。入院は措置入院という強制的にできるにも関わらず、支援だけは任意という点は疑問に感じている。

（事務局）

同意という形で正式書面を取り交わして支援をするということが、退院後支援という事業の仕組みのスタート地点となる。ただ、そのような形ではなく、診察同行等、緩やかに伴走する形で、結果として同じような支援で介入することも多々ある。多くの方が措置入院に対し肯定的ではないので、医療や行政に対してもネガティブな状況から始まる。ケースにより退院後支援で介入するのか、緩やかに支援していくのか見極めながら行っている。また、本人とご家族の意向がずれてしまうこともよくある。例として、ご家族のみの相談に乗る形で寄り添いながら、本人の支援に入るタイミングを伺い関わり続けるという形もある。本人が主役であることは間違いないので、ご本人のご希望は重視するところではある。

（川崎委員）

支援を拒否したところで、病気の認知はあったのか。私も措置入院を受けたことがあるが、措置入院となった後に病気の説明を受けたことがなく、他の方に聞いてもあまり説明を受けないと聞く。仮に他の病気であれば、家に帰ってから調べたりすることもできるが、措置入院の場合は強制的に入院させられるので、調べることができない。そのため、自前で納得することが難しい状況下である。私も最初は認知することができなかったので、2 回目につながらないよう 1 回目で病院からの説明や病院が難しければ他からの説明をしていただきたい。

(武田委員)

本人の病気理解の獲得は非常に重要な側面である。病院によるかと思うが、可能な範囲で
ご本人にご理解していただくような心理教育のプログラムは各病院で実施されているので
はないかと思う。当院では心理教育のプログラムがあり、最近では少しずつ広がっていると
は聞いている。

(竹島委員)

行政での取り組みはあるのか。

(事務局)

退院後支援の意味は、就労・訪問看護サービスの導入等にも着目するものではなく、地
域に帰る前に入院の体験、病態、治療をどのように受け止めて、外来へつながっていくのか
という、心理的なサポートも含めて支援することとしている。だからこそ、実際に行政職員
が病院へ行き、ご本人の状況をお聞きし、必要時病院職員とカンファレンスを実施する等の
仕組みとして退院後支援事業を活用できればと考えている。

(竹島委員)

臼杵委員は 3 次救命救急で様々な症状の精神疾患の方を精神科病院と連携して治療を依
頼することもあると思うが、感じることはあるか。

(臼杵委員)

当院であれば、急性期の精神疾患の方も含めて、一番大きな問題は自殺企図の対応である。
年間 250 件程度を見ているが、その方のニーズをどう適切に評価するのかという課題がま
ずある。その上で地域との連携は重要と思っている。入院時から行政職員が来てくれると信
頼感が増加すると思っているので、本人が最も辛い救命救急への入院直後に、治療への道筋
等を共有しながら支援できる状態を作ると良いと思う。その場合、医師だけではなく、本人
の状況や課題によっては児童相談所やスクールカウンセラー等と協同し、方針等を確認で
きると、その後の治療移行がスムーズにいき、地域にも帰りやすいのではないかと。

(野口委員)

資料 8-1 の表について、退院後支援の状況として、令和 5 年のその他の部分は 14%あ
り、例年に比べて高い。正式な退院後支援でなかったとした場合にどのような対応をしてい
るのか。

(事務局)

令和 6 年度の夏までに統計を出すため、この時点で令和 5 年度の後半に入院された方は

まだ入院している方が多く、帰住先や方針が決定していない方がその他に含まれる。

(野口委員)

全く支援をしなかった方については、支援不可であった 2% のケースだけという解釈でよいか。

(事務局)

そうなる。また相談時対応という項目もご本人の自発的な相談をお待ちするという形が多いので、そういった意味では、何か困ったときはここに来てくださいという形か 1～2 回で支援が途切れてしまう方が含まれる。

(6) 質疑応答

○臼杵委員

事例の話と重なる部分があるが、私の担当患者でも市役所に行った後に調子が悪くなる方が結構多い。おそらく、本人には何らかのニーズがあるのだが、実際に窓口が提供できるサービスと合致しないようなことがあった際に、噛み合わないまま時間だけを消費し、疲弊して帰ってこられる。そこで行政組織に対して漠然とした不信感が募ってしまい、最終的に転居にまで至ってしまうこともある。これは不幸なすれ違いの事例だと感じているが、地域事業者を含め連携を深めていくということで、その段差の部分の解決策になるのではないか。例えば、実際に窓口などで工夫できることが、何か今想定されているのか。また、一般窓口の方々に対して、精神保健福祉に関する知識の普及があってもいいのではないか。

○小川委員

措置入院された方で自宅に戻ることが難しい場合、地域支援室の方からの依頼で基幹相談支援センターと一緒に退院後支援を行う機会が増加している。昨年度、竹島委員から本人に提供できる支援とのギャップが生じることがあると聞いていたが、実際に動いている中で共感する部分がある。措置入院に限る話ではないが、退院後に地域で安心して生活が継続できるための地域の支援力に課題があるように感じている。事例は訪問診療や訪問看護、就労継続につながった方だと思うが、今の支援機関でいくと、再入院してしまうのではないかと懸念が生じる方も結構いる。実際に関わっている支援機関の精神保健に関する知識や対応力というものがまだ不十分であり、働きかけが必要だと感じている。退院後の体制整備に関して、課題や取り組みがあればこちらでも共有していきたい。資料 8-1 の最後の事業の成果と課題、今後の方向性のところで、地域の関係機関の退院後の支援の理解周知を図っていくことの必要性を感じているのでぜひ機会を設けていただきたい。また資料の中で退院後支援の支援者支援を継続すると記載があるが、具体的に何をイメージされているの

か。

○川寄委員

昨年話に出ていた措置入院になる前の措置入院を予防するための方法が今回の話にはなかった。警察署や市役所等に措置入院になる前の段階で当事者がアクションを起こしていた場合に病院受診を勧めること、また相談機関をアナウンスする仕組みがあるとありがたい。また精神保健医療の発信に関して、例えば小学生や中学生も見ることができるような動画を作成し、安心した仕組み作りができるとよいと感じた。

(近藤委員)

措置入院に関して様々な意見が聞ける良い場であった。私たちが扱う現場として 119 番通報後となるため、初期救急や二次救急と違う部分はある。現実的な部分だと、救急の現場の中で今だに精神科のフォローの薄さを感じている。救命センターの医師にどうしてもお世話にならざるを得ないというのが川崎市も含め消防救急の現状であると感じている。私たちの部署でも県の精神科の関係であるとか、様々な会議に参加させていただいているので、改善できるように消防の立場としてやるべきことをやっていきたい。

(小山委員)

行政、医療機関の皆様には大変お世話になっている。昨年度こころの健康課の皆様と実施した警察署意見交換会の中では、毎年川崎市の行政の方は他の県市の方と比べてよくやっただけだと話に出ている。深夜に待ち時間がかかることがあっても、川崎市であればすぐに担当してくれる、快くやっただけだということにこの場を借りて感謝申し上げたい。

(三浦委員)

精神科救急医療情報窓口の延べ件数は 1 日 20～25 件と相当な数が寄せられる中で、認知度等地域の事情により利用率に差があるかもしれないが、かなりばらつきがある。どういうものからくるデータかはわからない中ではあるが、地域差等色々と諸条件が違う中で、再利用・再入院率を下げることに於いて、退院後支援の重要性が非常に大きなウェイトを占めるのではないと思う。臨床の現場に立つものとしては、治療の段階から退院後支援になるべく滑らかに移行できることに越したことはないと思っている。先ほどの質問にあったように、病名の告知であったり、疾患の説明であったり、現場の段階からうまくスムーズに引き継いでいける現場の質を上げていきたいと思っている。

(武田委員)

事例に関して、県外の 1 件の措置ケースが出ていたが、措置入院先の病院から輪番病院へ

後方移送される方について病状が様々であり、1か月程度で退院できそうな方であれば、もう少し基幹病院で見えていただいてもよかったのかなと思うことがある。アセスメントの問題や、後方移送のシステムの問題、後方移送でいうと受入後に単科の精神科病院では対処困難な合併症が生じた時にまた基幹病院へ戻っていただく等、そのあたりがもう少しはつきりしていれば、受け入れ先の立場からすると効率的に運用できるのではないかと思う。

（長谷川委員）

通報から診察開始までの時間について、警察署で診察をしている地区もあるということを知っている。警察署で診察を行うと診察開始まで時間がもう少し短縮できているのか等ご教示していただけるとありがたい。また、すぐできる体制としては、緊急度を見るのに電話でのやり取りではなく、タブレット等を警察と行政とで持ち、画像をやり取りすることで緊急度が伝えられる手段になるのではないかと思う。また神奈川県精神診療所協会では応援指定医をなるべく協力させていただいているが、昨年の年末年始は応援指定医の要請が病院協会から4県市を対象とした分とは別に、各自治体から個別に依頼がきたこともあり、4県市協調で応援指定医の共有をしていただけると良いと感じている。

○塚本委員

行政職員が対面調査に来た時に措置症状の状態が診察時には落ち着いており、診察時の医師の判断と職員が会った時とで見立てのずれが起こり得るということで判断が難しい場合がある。行政職員も多くのケースを見ており、その感覚で判断している部分はあるが、病状自体に波があって措置につなげようとして入院にならないこともある。措置にならなかった際の対応の困難さについて、若い方はグループホームで見守り、高齢者は1泊できる施設等になるが、高齢者のそのような施設は1施設しかない。満床だと受け入れができないため、ショートステイ等で対応となる。認知症のみであれば受け入れできるが、精神症状があると難しく、特に夜は厳しい。夜間に関して申し訳ないが、行政では24時間対応できる仕組みになっていない。警察は当番が置いてあるが、夜間は人数も減ることもある。入院がすぐにできる段取りであれば問題は少ないが、そうでないときに警察は24時間まで人を置いてくださるが、そこで裁判所に書類を提出すると時間が延長できるシステムもあるが、あまり現実的でない。措置にならないと入院時の支払い等の問題も出て葛藤もある。

（谷委員）

措置の運用に限らず、今日ご報告いただいた初期救急、退院後支援においても、あくまでも公とつく機関は市民のために、市民の不利益にならないよう、市民の利益になるように考えなければならない。その視点から考えた際、診察までの時間について、他都市の事例を分析する必要があるが、しかしながら川崎市は4県市協調で取り組んでいる難しさもある。今後も参考になるものを集めながら、県警の方に対してもそうだが、保護されている市民の方

にとっても必要な視点で研究してもらいたい。

資料 5-8 について、第 1 ブロックの病院が少ないのにこれだけの数の診察を受けていただいていることに関して日頃の取り組みを感謝している。一方で今回の資料では基幹病院の内訳が出ていないので、次年度は示していただきたい。

応援指定医について、緊急措置の減少は著しく効果を出している。今後、さらなる課題はあるのか。

救急医療情報窓口について、トリアージを行う役割は非常に重要だと思った。行政の職員として、この窓口も経験したことがあるが、ここにかかってくる相談件数から、医療が必要な方を見極めていくことはとても重要な作業だと思う。現在窓口の職員が医療を必要と判断するにあたって基準はあるのか。あくまで職員の判断とすると、職員のスキルアップはどのようにしているのか。

最後に措置後支援について、実際に院内面接を 67%まで達していることはすごい数字だと思う。以前患者から地域の人が私たちを迎えにきてくれるんだというよこびの声も聞かれた。このような取り組みはとても重要だと思う。一方で、通常支援等も行われていると報告があったが、その中で今後の課題として地域の支援事業者と共同の円滑化できる取り組みと書かれているが、これがまだ川崎市の課題として残っているのか。具体的にどのあたりの連携が必要なのか。

(野口委員)

退院後支援について、自身で金銭管理や施設の契約等ができない方は成年後見制度を利用する等も方法の一つであると思う。成年後見人相当であるか、保佐人相当であるか診断は必要ではあるが、成年後見人としては弁護士だけでなく、司法書士や社会福祉士も成年後見人になる登録をしているので、そういったものを利用しながら、退院後支援を受けていただければと思う。2 点目は精神科救急医療窓口についての統計の中で相談件数自体は 7,600 件程度いる中で、実際病院への紹介につながっているのが、500 件に留まっている。先ほどの説明の中でも、繰り返し相談をされたり、診察に至らない事例も沢山あることは承知している。しかし、相談の窓口に相談すること自体が、本人や家族にとってハードルが高いものになってくるので病院への受診だけでなく、市役所や他の相談機関につながるような形で支援をしていただければ良いと思う。

(竹島委員)

精神疾患の理解を高める必要があるという意見をいただいた。また、措置入院にならないために、その手前での支援をどう組み立てるのかという意見をいただいた。また、支援者支援について、具体的にどういう取り組みがあるのかという意見をいただいた。また、谷委員からはいくつかの具体的な問いがあった。書いてある文言についてももう少し正確に述べてほしいということもあった。待機時間の問題についても 4 県市の中でどういう状況なのか、

その中で川崎市はどうか、小山委員から川崎市はよくやってくれているという意見もあったが、川崎市としてどう改善していくのかというところもある。精神科救急医療情報窓口の相談の中で質の向上の取り組みは具体的にどのようなものがあるのか等の質問があった。答えられること、整理して考えられることもあるので、この場で答えられることがあれば事務局で回答をお願いしたい。

(事務局)

通報から診察までの時間について、ご本人様の人権という所からも大切な項目と考えている。引き続き 4 県市で分析を進めながら、また他都市の情報等を収集できれば確認しながら検討していきたい。保護された際の状態像について、ずれが生じてしまうという意見をいただいたが、我々も課題に感じているため、極力ずれが生じないように、より正確に聞き取りができるような形、タブレット等 4 県市で共有しながら検討していきたい。また、窓口相談については、病院紹介について実際に相談件数に対して病院紹介が令和 5 年度については 538 件であるが、あくまで救急という所の判断で病院紹介をしているところになる。そのため病院紹介ではなく、かかりつけの病院があれば翌日以降、相談していただくご案内をさせていただいている。中には相談支援が必要な方が一定数いらっしゃるの、最寄りの保健所での相談をご案内している。窓口職員について、4 県市協同で研修を行っており、相談スキルの向上につなげている。

(事務局)

相談窓口の相談件数が 7,600 件であることに比べ、実際の入院が少ない件について、すでに他の区役所の電話相談等の支援機関につながっている方でもこの電話窓口で話したいという方の件数も数も入っているため、相談件数が増えている。

(事務局)

川寄委員からいただいた措置入院にならない為の取り組みについて、1 点は措置入院された方が退院後、地域で安心して生活し、再通報という形にならない為のスタート地点としての退院後支援。あとは、精神科救急は最後の段階であり、できる限り任意入院・医療保護入院・外来受診等、ご本人にとっても強制力が低い形できるよう関わりを考えている。資料 5 で通報になった数と診察の実施率について、平日日中であればこころの健康課の救急担当と各区の精神保健係がかなり密にやり取りをする。精神保健係は警察に出向いて本人にお会いし、その時の状況の聞き取りを行う。警察側からいただいている情報以外で区職員の目で確認をする。その他、ご家族や関わっている支援者や医療機関から情報を収集し、措置診察が必要かどうかを判断していく。この段階で、危機状況にあるものの措置診察でなくともかかりつけの病院に私達から連絡をして、入院を受けてもらえるか、ベッドは空いているか、それも想定して受診できるのか、探してみましょと私達や保健所等が動いたり、また、措

置診察よりは安心できる支援者間と今後どうするかカンファレンスを実施する等、そういった形にいくケースが 39%（不実施）の中に含まれている。この方たちも通報までは来てしまっているという点では、もう少し前に対応できればと思うが、そういった形で 3 次救急に行き着く前のところは日頃から、区の精神保健係や機関を含めて、地域の相談事業者とタッグを組んでいるところではある。谷委員の質問に関しては、行政と基幹や相談支援センター等、民間の事業所との連携が悪いとは思っておらず、むしろ良い形で連携させていただいていると思う。ここに書いてあるのは、あくまで精神科救急という枠組み、システムのこと、特に私達の退院後支援という事業の取り組みというところでの周知は不十分と認識している。精神保健分野で長くやっていらっしゃる支援者でも、精神科救急の仕組みとなると全くご存じなかったりとか、医療機関とのフローを理解されてなかったりするもので、そこで周知に取り組む必要がある。あとは昨今、精神障害分野以外の方での関わりが非常に増加しており、例えば高齢の方に関わる地域包括支援センターの方や児童関係の方等、その方々はそもそもメンタルヘルスに関する知識やご経験がそこまでないため、少しフレキシブルなところからの周知が必要と思っている。あともう 1 点、支援者支援のところについて、言葉足らずであったと思うが、退院後支援という事業の中で、地域支援室が中心となって、区の精神保健係や地域の支援者をつなぐ中で、医療機関とのカンファレンスに参加していただいたり、医療機関とのやり取り等、そこで 1 段階地域の事業者に躊躇されてしまいやすいところ、ノウハウやあまりご経験をお持ちでない部分があるので、一緒に参加していただいて、伝達するという意味での支援者支援という意味合いが大きいかと考えている。

（竹島委員）

質疑で出ていた件については議事録で整理していただけたらと思う。精神疾患の理解というのは、実は根本に難しい所があると思っている、つまり一般の方々が一般の病気と同じように診断名を受け取るわけである。結核や糖尿病等というように、何かの病気の原因があって病気が起こり、その進行のプロセスがある。それに対して精神疾患の診断というのはある症状と期間があり、それがいくつか揃うと診断を決めるという枠組みになっているので、そもそも精神疾患についての理解というのはそのあたりの精神疾患がどのようなものなのか。また生物・心理・社会というような一つの総合的な見立てをもって、捉えて、支援の介入の仕方を考えていく、その枠組みを共有していかなければ、なかなか理解されづらいのかなと思う。

2 番目に精神保健福祉法が改正され、精神障害者だけでなく、精神保健の課題を抱えるものも支援、援助の対象になってくる形となった。つまり今までより広範囲の方が、例えば措置入院制度とは何なのかということや、なぜこれは使えないのかということを疑問に持たれることもあると思われる。それは単にその方たちの理解が足りないという言い方はいけないと思っていて、さらに今までより広い方に説明できる言葉を作っていかなければいけない。例えば一般の内科の先生が 1 次救急でおられたときに、なぜこの人は措置入院制度

を使えないのか、診察がないのかという話になった際に、説明も必要になってくる。理解が足りないと切ってしまうのはあまり良いことではないと思う。要するに制度の理解を幅広い方にわかりやすく伝えていく仕組み、工夫が必要。

谷委員から各議題について意見をいただいた中にはいくつか具体的なこともあった。川崎市での議論なので、川崎市内の状況がより分かるようにもう少し細部に入った資料作りの検討をお願いしたい。色々議論いただいた中で制度の標準化、適正な運用、さらに解決すべき課題というものがいくつかご定義いただいたと思う。それを実行し、これからの運用に役立てていきたい。また、来年度の会議ではどこに介入をしたか、どのような検討をしたかを報告したいと思う。

3 閉 会

次回の懇談会は令和8年1月頃を予定。

次年度は、委員の改選年度。改めて委員の選定についても案内する予定。