

平成19年度第2回医療に関する 県民との懇談会 ～医師会に望むもの～



理事 玉井 修



平成20年1月24日（木曜日）ロワジールホテル那覇において県民との懇談会が開催されました。平成16年から始まったこの県民との懇談会も、のべ11回を数え、毎回テーマを決めて様々な懇談を行って参りました。現行の形態での懇談会は今回で最後となります。これまで長くこの会に関わっていただいた各委員の皆様には大変感謝申し上げます。県民は医療に何を望んでいるのかを直接お聞きできる大変貴重な会でありました。私たち医師に望まれる事を考えさせられる一方、私たち医師または医師会に対する様々な誤解を解消し、我々の誠意をいかに伝えるかを考え続けた懇談会でした。最近ではモンスター・ペイシエントという言葉さえ聞かれ、萎縮医療へ繋がる現場医師のモチベーション低下が危惧されています。医師と患者間に広がる漠然とした不信感と不必要な対立の構図は医療崩壊を決定的な段階に至らしめるでしょう。ここに私は大きな危機感を感じます。平成

16年から関わっていただいた委員の皆さんには、医師会というものの実際の姿をかなり理解していただけたと思います。懇談会のはじめの頃はほとんど医師会のプレゼンターによる一方的な話が多く、委員からの活発な発言は少なく、うち解けた雰囲気とはほど遠いものがありました。もっと相互間の意見交換が出来なければ県民との懇談会の意味がありませんので、担当理事としても頭を悩ませておりました。他県で同様な医療と県民との直接対話を行おうとする試みが無いかどうか探していると福岡県医師会がメディペチャという懇談会を主催しているとの情報があり、内容を聞いてみました。メディペチャはまず、医師会関係者の関わり方が極端に少なく、医師会側のプレッシャーを感じる事無く県民側の本音を引き出しやすい形態をとっている事がわかりました。今後県民との懇談会の持ち方には改善すべき点があることに気がつきました。県民との懇談会の機能を高め、医

懇談会

師や医師会への理解を大きく拡げるために何か工夫をしなくてはなりません。今後、医療に関する県民との懇談会は広く参加者を募集して県民参加者をもっと増やし、県民から求められているテーマをしっかりと選び、活発に意見交換が出来る様な工夫をしつつ、決して対立の構図で

終わらせることなく何らかの相互理解を深める一助となるべき目的を明確に持って進行すべきと考えています。詳細はまだ明確ではありませんが、100人程度の集会を持ってみたいと考えて今準備を進めています。

懇談内容

医療に関する県民との懇談会出席者

懇談会委員

(順不同)

団体名	氏名
1 沖縄県社会福祉協議会	山内良章
2 沖縄いのちの電話	国吉 守
3 沖縄県調理師会	高嶺貞裕
4 沖縄経済同友会	又吉章元
5 沖縄県中小企業団体中央会	上里芳弘
6 沖縄県老人クラブ連合会	山田君子
7 日本青年会議所沖縄地区協議会	大城泰治
8 沖縄県商工会連合会	當山靖博
9 沖縄県土地改良事業団体連合会	金城尚美
10 沖縄県銀行協会	比嘉 博
11 沖縄タイムス社	黒島美奈子
12 琉球新報社	新垣 毅

医師会関係者

団体名	氏名
1 沖縄県医師会会長	宮城信雄
2 沖縄県医師会副会長	玉城信光
3 沖縄県医師会副会長	小渡 敬
4 沖縄県医師会理事	玉井 修
5 ふれあい広報委員会委員	下地克佳
6 ふれあい広報委員会委員	野原 薫
7 ふれあい広報委員会委員	照屋 勉

開 会

○司会 (玉井) みなさん、今晚は。私は司会を務めさせていただきます、沖縄県医師会理事の玉井です。

まずはじめに本会会長の宮城信雄よりご挨拶申し上げます。

挨 拶

○沖縄県医師会会長 宮城信雄



みなさん、今晚は。

当懇談会は平成16年7月から始まり、本日で11回目の開催となります。

その間、委員の皆様からいろんなご意見、ご提言をいただきました。そのご意見に基づきまして、会員とそれから患者に皆さんと信頼関係が深まってくると、そういう役割に役立っているということです。

なお、次年度(平成20年度)からは会の持ち方について、いろいろ検討した結果、今後は違った形で県民の意見を聴取できる場所を設定していきたいということになっております。

本日の懇談のテーマですけれども、最後の懇談会にふさわしく「医師会に望むもの」というのをテーマに取り上げております。医師会に対して今後どうしてほしいのか、それから、こういう点はぜひ注意してほしい、直してほしい。

あるいは、会員に対してこういうことは徹底して意見を言ってほしいというようなものがあれば、ぜひ出していただきたいと思います。

最後になりましたが、皆様の今後ますますのご健勝を祈念して、甚だ簡単ではありますが、私の挨拶にかえたいと思います。どうもありがとうございました。

○司会（玉井） 宮城会長、ありがとうございました。

次年度から、もうちょっと規模を大きくしようかなとか、いろいろやり方を考えている最中でございます。委員の皆様からのご期待をひしひしと感じながら、非常に活発な懇談会をこの2年間やらせていただきました。さらに、医師会というものが何をしているのかということも、皆様の中に理解を深めていただけたのではないかなと思っております。

日本医師会が新たに制作いたしましたコマーシャルが3つあります。その3つを1つずつ見ていただきながら、さらに委員の皆様からいただいたご質問等ございますので、それも紹介しながらやっていきたいと思っております。その中で、まずCMの1番目は、「小児救急医療」に関するCMが流れます。1分程度です。その後、懇談に移ります。

そして、CMの2番目は、「長期療養ベッド削減」についてのCMが流れます。最後の3番目は、「産業医」それと「メンタルヘルスケア」・「自殺」に関するCMが流れます。

懇談

【小児救急医療編】 CM上映



○司会（玉井） 救急医療ということに関しては、たらい回しと言いますか、何カ所に断られたとか、救急医療が崩壊している現場が他府県で多く見られているようです。この救急医療に関して、何かご意見等ありますでしょうか。

○玉城副会長



皆さんご承知のように、沖縄県では今はもうたらい回しはありません。これは沖縄県の救急医療の中心を担っている県立病院がしっかりやってきたという

ことと、やっぱり県立病院だけですと負担が相当大きかったんですけれども、大きな法人病院が救急をするようになって、沖縄ではたらい回しは今現在はないと思っております。

それは実は救急現場にいる先生方の相当な負担の上で成り立っているという事実を決して忘れてはいけません。私自身が今考えているのは、勤務医は非常に過重労働というのが言われているんですけど、勤務医の過重労働の足を引っ張っている医療というのが救急医療なんです。医師は36時間ぐらいつと働いているというのが現実の姿なんです。

それと、今、沖縄は離島が多くていろいろ分散していますし、皆さんご承知のように、遠い離島からは自衛隊とか海上保安庁が空輸をして患者さんを運んできますけど、今、浦添総合病院と北部地区医師会病院がドクターヘリを持って、辺戸あたりからでも急患を搬送する。伊江島・伊平屋からでも搬送する、久米島からでも搬送するというシステムができつつはあるんです。沖縄県でも来年度、国から救急ヘリの事業認可を受けたので、それをどう運用していくか。また、救急の充実に向けてどう運用していくかということが、これから県庁の中でも議論されるころだと思います。

○司会（玉井） 黒島さん、この間、新聞記事に書かれていましたよね。中部病院への妊婦さんの搬送の問題ですね。救急搬送によって稼

働率が104%でしたか。もう100%を超えて、すごい過重労働になっているということがありましたけど、現場取材していかがですか。

○黒島委員



以前に5～6年前でしたか、那覇市立病院の小児救急がパンク状態にあるというのを取材したときに、あのときに印象的だったのは、既に那覇市

医師会のメンバーの開業医の先生たちが交代で助けに来ている状況というのがあって、ただ、それがなかなか受ける患者さんの側からすると、先生がいつかわっているとか、あとは開業医の先生の患者さんは、自分のところの先生が倒れてしまうのではないかとこの心配があったりとかで、やっぱり少ない医者の数の中で、地域の中で連携をやっていこうとしても、なかなか一朝一夕には改善に至らないような、試行錯誤しているような状況がものすごくよく見えてきたんですね。

あのときに、現場のお医者さんたちはとにかく何かしようと思って、窮状を訴えるし、大変だということを知っているんですけども、私たちも含めてなんですけれども、知らせる努力が足りなかったのかなと思って、そういう思いで書いたんですが、あの頃からしても、今あれから5年、6年たっているんですけども、状況はまだ「医師の負担」で吸収して成り立っているような状況にかわりはないのかなと、今回の取材をしても思います。先生たちのやる気とか精神とかに、私たちのほうがまだ頼りきっているんだなど。いつもああいう記事を書いていて思うんですけども、大変だということを書いて、ちょっと書きすぎてしまって県民も慣れてしまったのかなと。

○玉城副会長 小児の救急に限りましょうね。ほかのとは若干ニュアンスが違いますので。

実は、小児の救急の7～8割は、昼間来てもいい患者さんなんです。それと、今、少子高齢化で子供の医療を無料化すると。夜間に行っ

ても割増料金をとられないから、お母さんたちが昼間仕事を終わってゆっくり行くんですよ。それが、いわゆる市民・県民の考え方なんです。

私は外科なんですけれども、保育園でけがすると大変ですから保育園の先生がすぐ連れてくるんですよ。熱が出て同じだから、保育園の先生が連れていってあげてもいいんじゃないかという感じを持っている。

もう1つは、企業の側が、子供が熱を出したときに、お母さんに1時間休暇を与えられるようなシステムを導入していくということも日頃から、産休・育休と別に考えてもいいんじゃないかということを考えていろいろ話しているんですけども、具体的に誰が、どういう方法でこういうことを完成させるかというのが一番難しいです。

○司会(玉井) 何か小児救急に関連してご意見のある方。

○野原(医師会)



小児科の開業医の野原です。医師会に望むものではなくて県民に望むものということで、日本小児科学会はホームページで、小児救急で例えばどんな症状だ

ったら救急に行ったほうがいい、行かなくてもいいという情報を提供しています。日ごろから思うのは、やっぱり小児科の場合は非常に軽症が多くて、せめて解熱剤ぐらいいつも常備で置いておくようにしてもらいたいということと、日頃からもうちょっと医療について勉強するべきではないかと思うんですね。あと、もう1つは、玉城先生は1時間と言ったんですが、私はもう熱が出たら休めるシステムをつくってほしいと。これは夢の話なんです。

○金城委員



本当に働く主婦として、子供が急に発熱すると保育園からたびたび電話が来ます。私は、今は事務所は南風原ですが、以前、移転する前までは那覇に事務所

がありまして、子供は糸満の保育園に預けていました。なので、往復も1時間程度かかりますし、1時間ぐらいの休みではとても太刀打ちができないんです。兄弟や誰かあいている人がいないか、みんながみんな土日が休みの仕事をしているわけではなかったの、あちらこちら電話をしまくって迎えに行ってもらえないかとかいうふうになりました。

子供が小さい間は、個人に預けたんです。この預けた方は助産婦さんだったものですから、小さい間、私が預かっている間は私があなたの代わりになってこの子をしつけるよということで、おむつも彼女が率先して取れるように訓練してくれたんです。だから、ちょっとした熱でも病院に連れていってくれたりしたんです。随分助かったんですけれど、2歳半を過ぎた頃から、そろそろ私はいないから、早く保育園に入れて集団生活に慣れさせなさいということで入れたんですが、それから後はもうたびたび呼び出しで、とても熱の出やすい子だったものから、本当によく呼び出されました。だからといって、うちの主人はすぐに休めるような立場にないものから、ほとんどみんな私にかかってくるので、あと、うちの祖母も働いていたので、本当にフル動員で子供の看護とか、そういったお迎えとかをやったんですけれども、こういったシステムがあったら本当にいいのかなとつくづく思いました。

あと、私はお姑さんと同居していますが、お姑さんが、このぐらいのこういった症状だったらまだ大丈夫だから解熱剤を入れなさいとか。子供が3名いますが、1人がはしかにかかってしまって、そしたら、予防接種を受けてない赤

ちゃんまで伝染しちゃったんですね。そのときにも的確に指示してくれて、とりあえず病院は行ったんですけれども入院までは至らなかったんです。ネットワークと申しますか、同級生とか、あるいはお兄ちゃんの学校のお友達の親同士で仲良くなって、自分の家に集まって昼食会をしながらこういったことを話しているとか、情報交換の場を最近の若い人達はよくもっているみたいなんですね。だから、このへんを有効活用できるような情報提供みたいなものがあれば、もっとよくなるんじゃないのかなと思いました。

○司会 (玉井) 看護休暇の話が出たんですけれども、看護休暇を実際実践している組合とか、企業で取り組もうとしているところとかございますか。

○高嶺委員



私は、調理現場で長いこと働いていたんですが、結局、みんな子供さんを人に預けることをあてにしますよね。基本的には企業の内部の問題であって、私は自分の下で

は部下は一切辞めることはないです。

男であっても、急に子供が病気だと呼び出しがあったらすぐに行かせます。もしくは出勤前に何かあっても、病院に連れて行って落ち着かせたら出勤させてます。今、うちも2人女性職員を使ってますけど、子供に何かあったらすぐ帰ってます。落ち着いたら戻ってくるようにして、勤務時間内にそういうやり繰りをしてやれば、みんな安心して働けるんですよ。

会社は、昔から仕事優先で、普通、上司は「あんた、仕事と家族とどっちが大事か」と言います。しかし、何のために働くかということです。子供を育てるために働いているんですよ。家族を捨てて、行かなくて死んだら誰が責任取るかですね。いわば、働く人も勇気を持って、嫁さんが病気だから悪いけどきょう帰るよとか、1時間ぐらい時間くれよとかいう言い方

で強く出る必要もあると思うんですよ。

何のためにいるか。男であろうが、女であろうが、それをちゃんとしないと、やはりこういう問題は解決しないですよ。

○司会（玉井） 少子高齢化の時代で、子供を大切にしないといけない時代ですよ。

○山田委員



老人クラブ所属の山田でございます。

先ほど野原先生もおっしゃいましたように、本当に患者さんとか地域のお母さん方は、育児に対しての知識が全

くゼロに等しいんですよ。

風邪ひいてすぐ熱が出るのはいいんですけども、熱が出てもすぐ下がらないともうやいやい言ってあちらこちら病院を駆け回っているご両親がいらっしゃるわけですね。

地域の高齢者だとか育児の支援体制というのは今考えていると思うんですけども、これが充実すれば医療機関に行く回数も少なくなると思います。

今、小児科の先生は大変ですよ。本当にもう診察が終わってやれやれと思ったときに、午前中診察して薬を飲んだけれども熱が下がらないと。だから、また来ましたというふうに、そんなに病气って薬を飲んだからすぐ良くなるものじゃないし、経過というものもあるんですからね。

そこらへんの話は、私たちが若いときには母親教室とか、育児教室が頻繁にありましたので、これは地域の保健師さんが出てきてやっていただいたと思うんですけど、なにがしかの知識が得られたんです。今は子供がちょっと腕が上がりにくそうだからといって、小児科に行くんですが、小児科の先生の前に行ったら手を上げるんですよ。

だから、地域力、これは市町村の役割かもわかりませんが、行政のほうでもっと地域の赤ちゃんを持つお母さん方を教育するようなシステムをもっともっとしないといけないけど、今、

地域の保健師さんもケアマネジメントに忙しくて、地域に出られるような状況ではないらしいんです。だから、本当にいろいろとひずみがあります。

医師会の先生方も、どうぞ赤ちゃんをお持ちのお母さん方を集めてこういうふうな簡単な教育でもしてあげたら、ちょっと楽になるかと思うんですけど、小児科の先生もご苦労さんです。大変だと思います。以上です。

○司会（玉井） 大変だと思います。沖縄県は、特に救急医療がいろいろな沖縄県の医療の矛盾を吸収しています。

国吉さん、どうぞ。

○国吉委員



今、患者さんのこともありましたけれども、本当にお医者さんを増やせばいいという一般的な考えがありますけど、むしろ一般の県民も医者に協力するとい

うか、本当に医療に協力するという意味では、例えば今、昼来てほしいのが救急に来るといって、そういう概念を直さないでずっと悪循環するんじゃないかと思っています。

どうしたらもっとスムーズに、このまま続くと本当に過労で、少ない小児科のお医者さんが倒れるとよけい大変だと思うんですよ。しかし、長いこと待たされたので、県民はもっと医者を増やせというふうに考えるんですけど、同時に、昼行ける方はできるだけ昼に行くとか、そういうような県民の医療に対する教育というのが必要ではないかと。

そうしないと、何かお医者さんと県民とやりとりがうまくかみ合っていないような気がするんです。

○司会（玉井） ありがとうございます。

次は、療養病床の削減ということでVTRがありますので、それをまたご覧になってください。

【長期療養ベッド数削減編】 CM上映



○司会（玉井） 「療養病床削減」のVTRでございました。非常にこれ大きな問題でして、先日、山田さんも一緒に懇談会をもちまして、非常に大きな問題だなということでした。

○山田委員 では事例をちょっと紹介いたします。退院間際の患者さんです。もう病気もないし自宅でケアなさったらいいですよと退院を勧められた患者さんがいらして、病院の方針だったら退院しましょうということで納得されたんです。そして、退院する当日になって、息子さんとお嫁さん、中学生か高校生ぐらいの坊ちゃんが一緒に来られて、退院なさる本人に向かって「おじいちゃん、よかったね。次の病院、一生懸命探してきたよ」と言うわけです。

私たちは、「おじいちゃん、あなたは帰りたいとおっしゃっていたでしょう。よかったね、お家に帰られて。また、必要があったら私たちも訪問もしますし、頑張りましょうね」と。「もう大丈夫、よかったですね。慣れたお家で、お部屋もいっぱい飾られているし、よかったね」と言って、本人は家に帰ったら、歩きたいねとか、庭に出て散歩したいねなんていう夢を持っておられたんですけど、そのお孫さんの「よかったね、次の病院探して決めてきたよ」というその一言には、本人さんもがっかりでしょうけど、聞いている私たちもがくっときましたよ。ああ、高齢者の扱いってこんなものか。医療制度が悪いのか、親子の絆が薄くなったのか、これが現代社会かなというような気持ちで、とっても惨めな思いをしました。

だから、医療制度もむろん悪いんでしょうね。受け皿がない。いわゆる福祉のケア、福祉の手段というのも十分にいろいろとどんどん使って、そして訪問看護も使ってというふうに説明ができるようなシステムになっておればいいんですけど、ただ、帰すだけが病院の、ソーシャルワーカーなんかでも帰らせることばかりに一生懸命。地域の受け皿ということが制度上まだないんですからね。本当に職員も嘘を言って悪かったねというような、良心の呵責に耐えられて。こういうようなことがしょっちゅうありました。

本当に姥捨て山ではないけれども、高齢者の我々は惨め、将来どうなるんだろうと大きな不安を抱えております。私が身近にそういう経験がございましたので、ご報告いたします。

○司会（玉井） 沖縄県社会福祉協議会の山内さん、ソーシャルワーカーは今山田さんからお話がありましたけれども、ソーシャルワーカーに関してのご質問があるということですが、ちょっとご説明いただいてもよろしいですか。

○山内委員



ソーシャルワーカーの問題が少し出ましたので、あんまりなじみでない方もいらっしゃるかもしれませんが、県内でも百数十名の医療のソーシャルワーカーと、百何十名かの精神科のソーシャルワーカーが配置されている病院もございます。

去年9月、大阪の堺市で「全盲の患者公園置き去り事件」がありまして、その後追いの記事が昨日載っていて、結局それをやった病院職員4人が書類送検。その原因の1つに、そこにソーシャルワーカーがいなかったからじゃないかというふうなことが産経新聞で指摘されていました。

確かに、ソーシャルワーカーは退院に際してご家族の相談に乗ったり、次の落ち着き先を探したりということの仕事が随分大きな部分を占

めていますが、ただ、退院だけというよりは、退院後の受け皿でどのような社会保障制度が使えるか、福祉サービスが利用できるか、あるいは自宅に帰ることができなければ、何らかの施設や住まいを用意することができるかということで、大変頑張っている職業ではございます。

それではありますが、県が今つくっている医療保健福祉計画の中にも私ども提案したんですけども、なかなかそれが取り上げられませんで、今度の計画の中にはこのソーシャルワーカーの位置づけがまだ見あたらないんですが、もっともっとこれは医療チームの一員としての業務として注目されていますし、沖縄ではもちろんこのような堺市の事件はあり得ないんですが、療養病床の削減によってどうしても退院をせざるを得ないという状況がやってまいります。精神障害の患者さんも退院促進ということで、県が今一生懸命それを進めているところで、それはいいんですけど、本当に受け皿ということやそこへのつなぎということでは、ソーシャルワーカーの仕事はもっともっと評価されて、あるいは体制を強化される必要があるだろうなということで、少し後ろのほうにも書かせていただいているわけです。

○司会 (玉井) ご提言ありがとうございます。

小渡副会長、先日、ソーシャルワーカーの又吉さんと一緒にシンポジウムがありましたが、ソーシャルワーカーとの連携は、医師会はどのようになっていますでしょうか。

○小渡副会長



医師会とソーシャルワーカーの連携は、直接はありません。そういう委員会なり会議は持っていません。しかし、ソーシャルワーカーは、病診連携（病院と診療所の連携）、病病連携（病院間の連携）

の際にはなくてはならないもので、現在、病院間ではソーシャルワーカーを介してある程度連携が図られていると思います。

ソーシャルワーカーと言っても、国家資格のあるMSW（社会福祉士）とPSW（精神保健福祉士）がありますが、一般には資格を持たずに病院に勤務し、そのような仕事に当たっている人達もソーシャルワーカーと呼んでいます。

通常ソーシャルワーカーの仕事は、受診相談や入院の受け入れ、転院先の病院探し、在宅療養の公的・民間サービスの調整、あるいは患者さんの経済的な制度の紹介など、それらの仕事を専門的に行っており、仕事そのものはかなり多岐にわたっています。

しかし、法的に配置義務がないので、全ての病院にソーシャルワーカーが配置されている訳ではありません。むしろ業務上必要に迫られて配置している状況だと思います。本来ならば、国はソーシャルワーカー等を配置したら診療報酬上でも、保証すべきだと思います。そういう意味では、これから国が在宅医療を推進し、療養病床を削減する考えならば、その医療難民や介護難民を出さないようにするためにも、本人や家族の相談に乗ってくれる相談窓口がますます必要になると考えます。

○司会 (玉井) 療養病床の削減に関してなんですけれども、今、政府は6割削減ということで、VTRでは半分と言っていましたけれども、そうするとこの間の新聞では、1,100床がなくなるといことが出ていました。このへん実際にどんなふうになっていくのでしょうか。

○小渡副会長 療養病床の削減は、医療費適正化計画の中で決められますが、医療難民や介護難民を出さないようにするために、高齢者ケア整備構想を策定することになっています。本来はこの整備構想を策定し、国に昨年の12月末までに報告することになっておりました。しかし、削減率が決まらないため、高齢者ケア整備構想の策定が遅れております。現在、国に整備構想を提出したのは17都道府県しかありません。その中でも、ほとんどの県が4割しか削減できないという報告で、国が求めている6割削減はできないようです。国も途中で削減率を

緩和してきております。いずれにしても、国は35万床を15万床にするという方針ですが、一方では各県の事情を考慮していいということになっていきますので、沖縄県も当然その構想の中で国が言うのとは別に数値を出していきたいと、私を含め、医師会として本県の事情に応じて、今やっているところです。

○司会（玉井） 何かご質問とかご意見とかございますでしょうか。

実際に、在宅も含めて今から整備しないといけないことが多々あるんですね。

○小渡副会長 いわゆる療養病床削減を行うと、自宅で生活しないといけなくなります。その時在宅での医療や介護をどのようにするかという事が問題になります。今後は、在宅でも看られるような医療システムや介護システムを各県でどのように作っていくかが課題になります。

沖縄県の在宅医療は、他府県に比べて診療所や訪問看護ステーションの数が少なく、往診の件数も少なく、在宅医療が整備されている状況にはありません。ただ、今のところ県民は、かかりつけ医がいなくても不安がないように思われます。その一つは、県民が在宅医療システムの必要性を強く感じていないからでしょう。その理由としては、沖縄県は救急医療システムが充実しており、救急車を手配するとすぐに来てもらえ、救急病院は受診を断らない形が出来ているからだと考えられます。しかし一方では、このシステムが気楽に使えるということもあり、救急でも重症でもない人が利用したり、あるいは家で亡くなった人が運ばれて来るケースもあるようです。そのため救急外来はいつも混み合い、そこで働く救急の医師も疲弊しているように思います。今後、病床削減が行われ在宅患者が増えると、在宅医療システムの整備を図らなければ、ますます救急外来に殺到し救急システムが混乱する可能性があります。

○司会（玉井） 療養病床削減は5年後ということで、我々も今政府と様々交渉して頑張っているところでございます。これからもまたことあるごとに、こういう問題をあらゆる場で取

り上げていきたいと思っています。

それでは、次に移りたいと思います。

次は、産業医を絡めたメンタルヘルスケア。自殺の問題についてのCMをご覧ください。

【産業医編】 CM上映

○司会（玉井） 産業医、あとそれに関連して、メンタルヘルスケアと自殺のことを扱ったCMでございました。

皆様に配付してあります資料がありますけれども、これは県警に問い合わせ、自殺者の推移の数を出してもらったり、手段まではいらなかったなと思うんですけども、どうやって亡くなったか。またどういうところで、またどういう問題で、どういう方々が、どの年齢層でということを出してあります。

これを見ると、どんどん自殺者が増えている。特に女性が最近、対前年比18.1%の増加ということで、女性の自殺者が少し増えてきたのがちょっと気になるところであります。あとは、原因、動機が「病気苦」と、あと「経済、生活問題」、そして無職の男性の50代、40代、30代の働き盛りといいましょうか、今から働かなければいけない世代の男性が自殺をしております。この現状があるということで、自殺問題については様々な取り組み、講習会・講演会もやっているんですけども、なかなか結果が出てこないというのが現状です。

さらに、産業医の選任率というものも調べさせてもらいました。

沖縄県の産業医選任率は、78.4%ですね。産業医要選任事業場数1,062カ所の中で833カ所ということは、78.4%の事業所が選任している。これは、50人以上の従業者を有している事業所は産業医を選任しなくてははいけません。50人以上ですね。そういうところの沖縄県は78.4%が選任しています。50人以下のところは、選任する義務は負ってません。実は、沖縄県は99%が50人以下の事業所ですよ。そういうことになると、選任率は非常に低いということになります。

全国では80.7%の選任率。沖縄県は若干低めという形になりますけれども、沖縄県は何しろ中小企業が多いということでございますので、産業医のサービスを受ける、または職場でのそういうふうなアドバイスを受ける、場合によってはメンタルヘルスケアを受けるという可能性は沖縄県の労働者は非常に少ない、低いと言わざるを得ない状況だと思います。

産業医と、または自殺に関して、何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

実際に産業医を置いていらっしゃるという企業とかございますか。どうですか、メンタルヘルスケアは十分されてますでしょうか。

○山内委員 ニーズとしては、多分それが一番多いんだと思いますが、産業医の先生がそのご専門ではないということで、必要があった場合には適当な機関を紹介していただいています。

○司会(玉井) 実際に産業医として勤務していらっしゃる方は精神科でない場合が多いですよ。様々な科の先生が産業医をされていますけれども、様々な産業医を支援するシステムがございまして、いわゆるうつとかそういうもので就業が不可能になったところから就業を支援するような県総合精神保健福祉センターというところもございます。そういうところでちゃんとうつについてのケアを受けてから現場に復帰される方もいるということです。うつ病デイケアというものが現在あるんですけれども、これについてはどうでしょうか。

○玉城副会長 沖縄県の県総合精神保健福祉センターでうつ病デイケアというのをやっていて、実はもう去年か一昨年ぐらいでなくなる予定だったんですけれども、そこに通って少しずつ職場復帰している方がいるので、あと1年間延長するという話になってはいるんですけれども、その県総合精神保健福祉センターは県の仕事なんですけれども、いつまでやるかというのがはっきりしないんですね。

本当はこの3月で終わりの予定ですけど、いろいろな動きがあってあと1年間は延長して、その後は民間へという思惑もあるのですが心療

内科の先生方があちこちにたくさんいらっしゃるんですけれども、その先生方がやるには、時間と部屋と空間が足りないんですね。先生方は日常たくさんの患者さんを診ているものですから、この人たちの作業療法とか、いろいろな療法を続けながら回復させるという時間がないのと、そういう作業療法的な、いわゆるリハビリですね。心のリハビリとっていただいていると思います。心のリハビリには時間がかかるものですから、なかなか難しいところはあるようですね。

○小渡副会長 皆さんご存じのように、自殺問題は今や大きな社会問題となっております。昨年は国で自殺対策大綱が策定され、本県でもまた県医師会でも、この問題に取り組んでおります。沖縄県の自殺の特徴は、先ほどもちょっと話がありましたように、全国でも多い方で毎年増え続け、昨年は400人台になっております。他府県との違いは山が2つあります。1つは20代の若年層で、それから40代、50代です。自殺者の多くは多重債務者で、それから無職というのが多いようです。司法書士協会でも、多重債務の相談ができるような窓口があるようですが、まだよく知られてないように思います。

それから、私は精神科医ですが、精神科医の視点でみると、日医の広報や国の自殺対策については「自殺予防」という言葉を使っていますが、自殺予防も重要ですが、現状の自殺対策としては、予防よりも既にうつ状態になっている人達の治療に力点をおくべきだと思います。というのは、現状の問題は、色々なストレス等から既にうつ状態ないし、うつ病になった人達が適切な治療がなされていない事が問題だと思います。このような精神的な病気は身体症状も出現するため、一般科を受診するケースが多い事と、精神科を受診するのに偏見等があり、受診することをためらう事があるからです。そういう意味で、国は自殺対策に当たっては、まず精神科に対する偏見をなくす活動をし、さらにうつ病やうつ状態を感じたら専門領域が精神科で

あることをはっきりと啓発すべきであると思います。これは認知症に関しても同様で、認知症は認知症患者の増加に伴い様々な機会に啓発が行われてきましたが、認知症の専門領域が精神科であることを強調しないため、「認知症と分かったけれども、どこに行けばいいの」という話をよく聞く事があります。

ただ、いまやこの自殺の数とかうつ病の数が増え、一般科を受診する患者が増えているので、一般科の先生方にもうつ病のことを勉強していただいて対応してもらおうと、うつ病に関する様々な研修会や研究会が行われています。

○司会（玉井） きょうの新報で、ちょうどこのへんの記事を書いていらっしゃる新垣記者がいらしているので、ご意見をお願いします。

○新垣委員



きょう記事を書いて掲載させていただいたんですけど、小渡先生がおっしゃるのはごもっともだとは思いますが、今の実態というのは、多分、自殺の確たる原因がわからないと。うつ病もかなり複合的な要因はあると思うんですけども、先生がおっしゃるように、うつ病の人が自殺にいかないためには病院に行きましょうというのは大変有効ですが、そもそも自殺の原因はどういうところにあるのか。これがどういうふうに自殺にまで至るのかというプロセスが解明されていないというところに、きちんとした予防策が打ててないという実態があると思います。

それは別に県を擁護するわけではないですけども、今度、遺族の集いを何とか結成して、遺族の心のケアもしながら、どうやって自分たちの大事な、大切な家族が自殺に至ったかというのを、言い方は悪いですけども情報収集をして、その実態解明に努めよう。本当に初歩の初歩だと思います。

だから、先生がおっしゃるように、計画とか国の大綱などが対策になってないというのはご

もっともな話で、自殺に関してやっと緒についてというのが実態ではないかなというのが、私の印象です。

今できることというのは、まずは、企業の働き手の仲間もそうだし、家族だとか友人、やっぱり身近な人たちがサインに気づくことですね。ちょっと疲れたとか、もうやる気が起こらないというサインに早く気づいて、うつ病を少しでも疑ったら診療してみたらどうかと言える雰囲気をつくるといような、先生がおっしゃるとおり重要ではないかなと。

もう1つは、多重債務の話が出ましたけれども、多重債務のことが、またあしたの夕刊に載せる予定ではあるんですけども、見てみると社会的な弱者が非常に多い。自己破産を宣告する人たちですね。生活保護を受けていたり、無職であったり、パートとかアルバイト、そういう人たちがたくさん金を借りてしまって、よけい追いつめられると。

ところが、司法書士会によりますと、今、法律がいろいろ整備されていて、精算してみるとお金が返ってくるというんですね。要するに、実際は借金をしてないわけですから、それぐらいの高金利で不当な返済を強いられているものから、目安は消費者金融と5年以上つき合っている方のもうほとんどが実態の借金はゼロで、あるいは人によっては精算してみると200万円ぐらい返ってくるときもあると。それを知らずに自分を追いつめてしまって、極端な場合、自殺に走る人もいるという。そういう実態があるそうなんです。

それで、沖縄の場合は模範とか、親族とかが結構助けてお金を貸してしまうので、その分、高利貸しも儲かるといいますか、たくさん金を貸せられると。そういうところにつけ込んでいっているものもあるそうです。

ですから、高失業率とか低所得者、生活保護者が多いということと、そういう弱い人たちであっても助ける人がいるという沖縄の特徴につけ込んでやられている。そういう社会的弱者につけ込む高利貸しがいるものから、よけ

い追いつめられるという、社会的な背景の要因は実際あると思います。ただ、そういうところからどういうふうに自殺までいくのかというのはまだわかっていないので、やっぱりそのへんのプロセスの解明が必要なのではないのかなというのが私の印象でした。

○司会（玉井） 国吉さん、何かありますか。実際に声を聞いていらっしゃると思うんですけど。

○国吉委員 うつ病が確かに多いですから、それはもうはっきりとそのようなことを示さなければならぬと思います。

また、今、新垣さんの意見の中に、本当にうつ病だけではないという、様々な社会現象、リストラが多くなると自殺も多くなっているという現実もありますし、特に沖縄はユイマールとか非常にいい面があるんですけど、それで簡単に保証人になって、保証人が非常に困って、追いつめられ、相談を受けたケースが多々あります。

昨年ついに400名になったわけですけども、沖縄は、最初はみんな助け合いをするから自殺は少ないと思ったんですけども、現実には多くなっています。

それで、例えば交通安全運動だったら、国・県挙げてやっていますよね。これからだとは思いますが、先ほどもありましたようにシンポジウムとか講演会とか、これは県を挙げてやっていただきたいと思います。

本当に交通事故で亡くなる方も、自殺をされる方も同じ尊い命ですので、数にすれば随分多いのに、関心という面ではだいぶ少ないんじゃないかと思うんです。だから、やはりそういった自殺予防ということでしたけれども、実際に予防の面もあると思うんです。誰かの声かけ、例えばそういった相談が来たときに「あなたには死んでほしくない」とか、そういった言葉で非常に助けられる人もおりますし、説教はいけませんが、でも、聞いている人の命を大切にしているというような、そういったことは意外と予防になる面もありますので、そういう運動というか、それを広げていって、講演

会などを通して、もっともっと自殺に対する認識を広げていってそういった、命を救う運動ですから大いにしていっていいんじゃないかと。

実は命の電話も全国各県にセンターが50あります。そして、国のほうも2000年からは、国のお金を出してフリーダイヤルがあるんです。毎月10日フリーダイヤルで、その時間はどこにかけても、沖縄にかけてもそこがもしいっぱいだったら東京でも、全国通じるようになってるんですね。だから、そういうようなことも我々の宣伝が足りないのかもしれないけれども、皆さんのおかげでちょうど去年30周年を迎えまして、こういった面も少しずつ広めていくと少し予防の面と、はっきりとお医者さんに行くことを促すこととか、今そういう方向でやっております。よろしくお願いします。

○照屋（医師会）



てるや整形外科の照屋と申します。一言、意見を述べさせていただきます。ある雑誌で見つけたのですが、「G-P ネット」というシステムがあるそうです。一般

内科（G）などの先生方と、精神科（P）の先生方とのインターネット上のネットワークをつくり、情報を共有しようという大阪での取り組みです。例えば、一般の内科の先生方や、整形外科・産婦人科などの先生方が、患者さんの情報の把握が十分にできていて、少し敷居が高いと思われる「心療内科」や「精神科」の先生と情報を共有し、早々に相談・紹介するという素晴らしいネットワークです。自殺者が1997年から3万人を超えたということで、精神科の先生方の間では「97ショック」という言葉があるそうです。一日約80人の方が亡くなられるという現実の中で、国や県を挙げてのキャンペーンがどうしても足りないと思います。先ほど、国吉さんもおっしゃっていましたが、交通事故による死亡者が年間約7,000人として、「交通事故撲滅キャンペーン」

や「飲酒運転撲滅キャンペーン」などは行われていますが、どうしてもちょっと隠しておきたい「自殺撲滅キャンペーン」などはまだまだ少ないと思われまます。先ほどお話しいたしました「G-P ネット」などをどんどん活用して、他科の先生方との交流を広げていく事が必要だと思えます。また、新聞の紙面でもいいですし、テレビやラジオのニュースでもいいですから、どんどん県民にアピールして、メンタル的な治療が必要にもかかわらず、未治療のまま埋もれている人を拾い上げるシステムを早目につくっていかないと、やはり自殺者は減っていかない。年間3万人を切ることができない状況は今後も続くでしょうから、それこそ医師会の先生方の力で改善させる・・・こういう事が「今後の医師会への要望」という事になるのではないかと思いますね。

○司会（玉井） 何かほかにご意見のある方。

○金城委員 私の遠縁にも自殺をした方がありまして、その身内の方は、自分の身内から自殺者が出るというのが恥ずかしいと思っているみたいなんですね。沖縄独特の告別式を告知する死亡広告欄にも載せませんでしたし、私はそのときに初めてそういう人たちは載せないんだというのを知ったわけなんですけど、だからあまり大っぴらにお葬式もしない。県民の体質みたいなものも、隠してしまおうとか、そういうものもあるのかなとそのときつくづく感じたんですけれども、もっと心を開いて、こうならないようにみんなで頑張ろうという気持ちでその方向づけをしていかないと、下まではなかなかそういうのは浸透しないのではないかなと思えました。

それから、仕事の件でなんですけど、業務が大変過重になってきて、やはりうつで休む方が増えてきたんです。一度職場復帰するんですが、業務、部署は違っても狭い範囲の業務ですので、しばらくするとまたぶり返したりしたんですね。

そのときからそういったふうなものに興味を持ちまして、総務の出身の私ともう1人の方と

交代交代で、メンタルヘルスケアの講習会が無料でちょこちょこあったので、それをリサーチしては勤務時間中に許可をもらって聞きに行ったりしていったんです。それから、やっぱり産業医を置かないといけないということで、精神科医の先生をさがしたんですけど、皆さんいっぱいでもまずいなかったんですね。そういう場合にはどうしたらいいんでしょうかということで、うちの上司が那覇地区の医師会だったんじゃないかと思うんですが、確認をしたら、心療内科の先生でも大丈夫ですよということだったので、医師会に協力してもらって心療内科の先生を招聘しまして、産業医として就任していただいたわけなんです。

この先生は、一番最初に皆さんを集めて講演会を持って、その後から毎月定期的に行いましょうということで、一定時間、一定場所を決めて、ここにこの時間になれば僕はいるから誰でも来て相談していいですよということだったんですけど、それまではこういったうつ病が治らずに辞めていった方が、毎年1人ないし2人出ていたんですよ。ですけど、先生はそれをこの職場はおかしいから改善しないとけないということで、1年かけて全員と面談するという事で面談を始めたんですね。それから随分変わりました、まず、うつになって休職する方がこの2年間おりませんでした。やはり産業医の効果は素晴らしいなと感じたところです。

○司会（玉井） 自殺またはメンタルヘルスケアのことで、何かご提言あるでしょうか。

○下地（医師会）



内科を開業していません浦添地区の下地と言います。

やっぱり内科の開業医でも不眠とか倦怠感でよく来るので、うつがないかどうかという

のをいつも頭に置きながら診ているんですよ。それらしい患者さんはできるだけ心療内科に送るようにするんですけど、やっぱりだんだ

ん心療内科の先生も忙しくなって、何カ月先というふうになってくるんですよ。

だから、そういう患者さんは、1回は必ず診療内科を通してそこでプランを練って、開業医で診ていい患者さんは帰して開業医で経過を診ていくとか。何かそういうふうなシステムづくりが必要ではないかなと思いますね。

○司会（玉井） 様々な施設がありますが、それをうまく利用してメンタルヘルスケアを組み立てていくというのが重要かと思えますけど、1年間の延長ということで、今後どうなるかわからないですけれども、県総合精神保健福祉センターとかありますので、そのあたりをまた活用していきたいと思っています。

それでは、大きなテーマについての協議はこれで終わりました、各委員からの質問に2～3答えたいと思っています。

国吉守委員からのご発言で、母子手帳を、そのまま高校生まで使えるようにしていけたらいいんじゃないかというご意見があったということですが、何かこれに追加してありますか。

○国吉委員 これは、実際に子育てもしながら、母子手帳が非常に有効であると。親子の関係も結びますし、そして子供の健康がわかりますし。今、中学生になってくると親子の関係も非常に薄らいでくる、様々な事件も起こってくると。そういう大事な成長期のときに、もう少し親子の絆も強くしながら、また、年1回の健康もみながら、中学卒業までは母子手帳を有効に使ったほうがいいんじゃないかという。私も初めて聞いたんですが、でも、とってもいいことではないかなと。そういう今日の社会の情勢から見ても、家庭の崩壊もありますし、そういう親子の絆を強くしながら、また健康を保っていくならば社会にも非常にいいのではないかなと。

○司会（玉井） 実は、この母子手帳に関してちょっと調べてみたんです。

この母子手帳というのは、母子保健法という昭和40年に制定されているんですけども、この内容が「母性及び乳児及び幼児の健康の維持増進についての法律」ということで、妊娠初

期から小学校入学までをカバーするという趣旨で、地方自治体がそれを交付するということになっています。

ところが、小学校に入学してしまってから後のいろいろな健診は、これ学校保健法といいまして、昭和33年に制定されていますけれども、産業法の法律が違うようなんです。これに関しては、児童生徒、職員も入るんですね。職員の健康管理とその維持増進ということで、ちょっと管轄が違うものですから、法律の問題もあるのかなという感じはしますけれども、法律の整合性がないというんでしょうか、橋渡しができてないので、ちょっと難しいかなという感じがします。でも、今のご意見はとてもいいと思いますので、これに関しても何かご意見のある先生、いらっしゃいますか。

○野原（医師会） 私は、小児科で母子手帳を活用しているといっても、この質問の意味がわからないんですが、母子手帳が大事なのか、親子の絆を強めるのか、いろいろな意味でちょっと理解ができないんですけれども、母子手帳が基本的に役立っているのは、ほとんどが予防接種歴を見ている状態です。ですから、小学校上がる前の母子手帳としては健康を見ながら非常に役立っているし、これは世界にも日本の母子手帳を広めて公表して、子供の衛生面に非常に役立っているんですね。

ところがこの質問を見ていると、母子関係とかいうのは医療側から言うものではなくて、やっぱり親子の問題、あるいはみんなで築くものであって、あまりにも期待過剰ですし、健診といたらみんな期待しているかもしれませんけれども、学校健診とかはほとんど1分ぐらいありませんので、それだけで全部できるかという、まずできません。ですから、そこらへんも含めて、本当に母子の絆というのは別なところでやるべきというよりも、親子の関係でやるべきでしょうし、あと家族、あるいは社会が見守るのであって、私個人的にあまりにも医師に期待過剰ではないかと思えます。

○司会（玉井） 母子手帳から中学校入学に

かけて、それが今食育の問題とか様々な母子または家族間の絆という問題に、もし利用できるのであればいいのではないかなというご意見ですよね。

○国吉委員　そうですね。本人も法律のこともある程度わかってますね。すぐそのままできるとは思わないけど、ただ、この乳幼児からずっと続いているものが中学ぐらいまでは、この親子の関係で健康もお互いに守りながらいけたらいいなという、そういう思いなんですけどね。もちろんすぐにはできないと思いますけど。

今の母子手帳の有効は接種だということですが、それでも、それが主かもしれませんけれども、しかし、やっぱり子供が生まれて、育て、中学ぐらいまでそういう親子の関係が強まれるならばいいんじゃないかなと、こう思うんですけどね。

○野原（医師会）　ちょっと追加でいいですかね。

私は、今むしろ母子手帳というよりも、例えば健康手帳のような1人の人が一生涯自分で日記をつけるなりして持っていくべきではないかと。何も子供に限らないと思います。もう本当に予防接種だけで、20代、30代でもはしかにかかるとか人がいたり、記憶もカルテさえも見つかりません。だから、本当はつくるなり、あるいは国がつくってもいいんですけども、健康手帳というのは何も子供だけに限らずつくるべきですし、今の母子手帳はちょっとお母さんのプライバシーが随分子供にいきますので、もうちょっと改良しないといけないのがあると思いますので、要するに、子供だけの問題ではなくて、手帳だったら、将来、健康手帳というのは一生涯持ったほうが理想ではないかなと思うんです。

○司会（玉井）　照屋先生から何かありますか。

○照屋（医師会）　先日、ある新聞に「PTCA」という話が掲載されていました。P（父兄：Parents）、T（教師：Teacher）、A（連帯：Association）の事ですけども、それにC（地域：Community）を加えて「PTCA」・・・。

これは県立伊良部高校の話だったのですが、素晴らしい内容の記事でした。今日たまたま八重瀬町具志頭のほうで「食育検討委員会」というのがありまして、その委員会に参加してきました。そこでも、この「PTCA」を是非八重瀬町でもやりませんかという話をして参りました。最終的には家庭が一番大事だという事はわかっているのですが、何でも学校に押しついたりせずに、家庭・学校・地域という三位一体が重要で、ぜひともコミュニティーの「C」を入れてもらい「PTCA」でなんとか乗りきって行きたいと思うのです。ところで、「健康おきなわ2010」には、大きな六つのキーワードがあります。まず、栄養対策としての「食育のすすめ」です。ご周知のとおり「メタボ対策・肥満対策」は急務です。次に、運動対策としての「貯筋のすすめ」です。筋肉トレーニングも重要です。当然のことですが、「禁煙のすすめ」ですね。たばこは絶対やめられます。あと「節酒のすすめ」です。できるだけ禁酒日を設けてお酒を減らしてもらいたい。今、自殺の話も出ましたので、ストレスマネジメントとしての「笑いのすすめ」です。ぜひこういうコミュニティーの中で「笑い」をどんどん取り入れてほしいと思います。最後は歯科保健対策ですから、「歯ブラシのすすめ」ということです。実は、八重瀬町の具志頭小学校では、衛生上の理由で学校での歯ブラシは許可されていなかったのですが、地域からの働きかけで、なんとか学校での歯ブラシができるようになりました。こういう話からすると、やはり、この「PTCA」は必要不可欠なものだと思います。

○司会（玉井）　やはり先ほどの自殺問題もそうですけれども、地域のコミュニティーがうまく機能していくというのが理想だとは思いますが、ご提言どうもありがとうございます。検討させていただきたいと思います。

それと、2番目、福祉士を養成するコースで、講師をしてくれる医師が確保できないということですけども、県医師会にもいろいろ講師の依頼とか、または看護学校、コメディカルを養

成する様々な専門学校に講師を出してほしいという要請は来るんですけども、それに対して、産業医も選任もなかなかできない状況で、人材を派遣するのが難しいというか、お医者さんは忙しいものですからかなりつらいところもごございます。

ただ、これから先、やはりコメディカルを含めた医療関連の人材育成に医師が積極的にかかわるといことは、非常に重要なことだと思いますし、それに対して我々も善処していきたいと思っておりますけど、宮城会長、それでよろしいでしょうか。

最後に、宮城会長、締めのお言葉をお願いします。

○宮城会長 本日は、多方面からいろいろな意見を出していただきまして、どうもありがとうございます。これを医師会としても参考にしながら、これからの医師会運営に役立てていきたいと思っております。

冒頭に出てきた小児救急の問題ですけど、ストレートに今度の日本医師会というのは出してないですね。あの中で考えてほしいということもいろいろあると思っております。

私が非常に印象に残ったのは、子供が熱を出して病院に行くけれども、総合病院のドアが閉まって開かないんですね。ということは、もう救急医療を閉じているんですよ。それから、特に小児救急なんかはもうしないと。その結果、救急医療センター、救急救命センターに患者が集中していくという現象も起こってきている。

ですから、あの1つの絵を見て、いろいろなことがその裏にはあるということをぜひ理解しておきながら、あれが本当の医療ではないと私は思っています。理想の医療が実現できるよう

にするためには、医療側の努力だけでは駄目だということですね。先ほど言った地域の問題、それから親の問題、医者にかかるための賢いかかり方と、様々な問題がすべて凝縮されていると思います。

そういう意味では、こういう懇談会の中でぜひ自分たちのためですから、自分たちがいい医療を受けられるためにはどうしたらいいかということによってこういう懇談会をやっております。皆さんがいろいろなご意見を出された。それを会員に伝えて、会員が本当に理想とする医療が実現できるような世の中をまたつくっていきたくて、医師会としても努力をしていきたいと思っております。

本当に貴重な時間、貴重なご意見をありがとうございました。必ずそれが医療の現場に生かされるような形で役立てていきたいというふうを考えております。こういう形式の懇談会はこれで終わるのですが、もっと幅広い形で県民の意見が反映できるような場というのは考えていきたいと思っておりますので、今後ともひとつよろしく願いいたします。ありがとうございました。

閉会

○司会(玉井) 皆様、本日は長時間にわたりましてお疲れ様でございました。

ご提言・ご要望を様々ないただきまして、本当に感謝申し上げます。2年間の任期、誠にありがとうございました。今後も何かご不明な点がございましたら、また沖縄県医師会事務局までご連絡いただければ幸いです。

本日はどうもありがとうございました。