

## 平成 24 年度第 3 回マスコミとの懇談会 「女性の自殺関連事象を考える」について

理事 玉井 修



平成 24 年 11 月 15 日(木) 沖縄県医師会館において、第 3 回マスコミとの懇談会を開催した。

今回の懇談会は沖縄県における女性の自殺関連事象を考えてみました。沖縄県の男性は自殺率が高いという事はここ最近様々な議論がありました。男性はストレスを周囲に相談をせずに、飲酒やギャンブルに走り、職を失ってドメスティック・バイオレンスなどの家庭問題を引き起こし、遂には離婚されて孤立感を深めて最終的に自殺へと繋がっていくという自己破滅的な流れが見えていました。その一方、沖縄の女性は遅く、自分自身を取り囲むコミュニティの中で上手にストレスを発散させて、ひ弱な夫との離婚をむしろ契機に、より自由に力強く生きていくというイメージがありました。しかし、2010 年の都道府県別自殺死亡率の統計によれば、沖縄女性の自殺率は全国のワースト 4 位にランクされるということです。これは沖縄社会に何かこれまでに無かった変化が起きているのでしょうか？直ぐにその原因を突き止める事は出来ないと思いますが、今回は専門の立場から様々な切り口で考察して頂きました。非常に難しく、データもまだ充分に出揃っていない状況でこのテーマについて考察を深めて頂いた琉球大学大学院・精神病態医学講座の近藤毅教授には感謝申し上げます。近藤教授によれば、沖縄県女性の自殺は全国と比較して若干 40 代～50 代の働き盛りで多い傾向があり、これは自殺の原因として健康問題よりも経済生活問

題が関わっている度合いが大きい事が推測されるとの事。やはり、沖縄で長期化する経済不況、雇用不安、生活の不安が影を落としているのでしょうか？男性の自殺の原因となっていた社会不安が、女性の自殺にも大きく関わっている可能性が見えてきました。更に、今回議論になったのは女性を取り囲むコミュニティの希薄化です。核家族が増え、会社や家族の中でも連帯感が希薄で、コミュニケーションがメールなどの形に変化し、目を見て話すという本来温かなコミュニケーションがバーチャル化してしまい、常にネットに繋がっていないと不安という現状はむしろストレスの原因にさえなってしまうという事は容易に想像できます。社会の中で自立した一人の人間として成熟する事ができず、人格の未熟さを抱えたまま大人になってしまった人たちは、社会の中で孤立感を深めていくのでしょうか？このような状況に対して、マスコミ側の関心も高く今回は 17 名と多くのマスコミの皆さんが参加され、闊達な意見交換ができました。マスコミとしてどの様な報道が成されるべきなのか、マスコミが果たすべき役割に関しても多くの意見交換がなされました。自殺に至るうつ病の治療に関しても、決して専門の精神科医師のみの問題ではなく身体科の医師も関わりを持つべきであるという議論も出ました。うつ病は最初、身体疾患の形で一般の内科や整形外科等に受診する事が多いのは周知の事実です。実際の現場では専門の精神科受診を

促すタイミングが難しく、また、折角本人がその気になってくれても専門病院はいつも予約が一杯であるといった現場の苦労も多くあります。この辺の整備も今後重要な課題になるでしょう。

したたかで、逞しいというイメージであった沖縄女性の自殺という新たな課題にじっくり取り組まなくてはならない時代になってきているのだと思いました。

## 懇談内容

### マスコミとの懇談会出席者

#### 1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	大城 勝太	エフエム沖縄放送局ディレクター	エフエム沖縄放送局
2	小林 育大	NHK沖縄放送局記者	NHK沖縄放送局
3	高江州洋子	琉球新報社社会部記者	琉球新報社社会部
4	金城奈々絵	ラジオ沖縄制作報道部アナウンサー	ラジオ沖縄制作報道部
5	鉢嶺美由喜	沖縄テレビ報道部記者	沖縄テレビ報道部
6	新崎 哲史	沖縄タイムス社会部記者	沖縄タイムス社会部
7	照屋 信之	琉球放送報道部キャスター	琉球放送報道部
8	秋山 和代	琉球朝日放送報道制作局記者	琉球朝日放送報道制作局
9	東江 菜穂	タイムス住宅新聞社 ほーむぶらざ編集部記者	タイムス住宅新聞社 ほーむぶらざ編集部
10	照屋 信吉	FMたまん取締役	FMたまん
11	岸本雄一郎	FMたまん	FMたまん
12	石川 丈正	エフエム21代表取締役	エフエム21
13	城前 ふみ	エフエム21営業・企画	エフエム21
14	平良 斗星	エフエム那覇代表取締役	エフエム那覇
15	角 知子	エフエム那覇	エフエム那覇

#### 2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	近藤 毅	琉球大学大学院医学研究科 精神病態医学講座 教授	琉球大学大学院医学研究科
2	玉井 修	沖縄県医師会理事	曙クリニック
3	照屋 勉	広報委員	てるや整形外科
4	出口 宝	広報委員	名桜大学人間健康学部
5	友利 寛文	広報委員	那覇市立病院
6	白井 和美	広報委員	白井クリニック
7	垣花美智江	那覇看護専門学校副校長	那覇市医師会
8	太田 守光	那覇看護専門学校教員	那覇市医師会
9	比嘉 良弘	那覇看護専門学校教員	那覇市医師会

### 懇談事項

「女性の自殺関連事象を考える」

琉球大学大学院・精神病態医学講座・教授

近藤 毅



世界的にみても、女性の自殺率は男性の比率と比べると概ね半分以下に留まる国が多く、本邦における予防対策の立案も、多数を占める男性の自殺をいかに防ぐか、

という課題に焦点が当たりがちでした。しかしながら、日本を含むアジア地域では、女性の自殺率が総じて高く、けっして軽視すべき問題とは思えません。

わが国の都道府県別の自殺率に関し、すでに沖縄県の男性は全国でも上位県となって久しい一方、長年にわたり沖縄県の女性は低い自殺率を保持してきました。しかしながら、2010年には、女性においても、全国第4位にまで上昇してしまい、いまや沖縄県は性別に関係なく自殺率では上位県に位置付けられてしまいました(図1)。

都道府県別の男女の自殺率の年次推移

順位	男性					女性				
	1975年	1995年	2000年	2005年	2010年	1975年	1995年	2000年	2005年	2010年
1	宮崎 34.3	秋田 36.6	秋田 47.2	青森 52.2	岩手 39.6	岩手 22.6	秋田 15.0	秋田 14.0	高知 16.1	岩手 16.1
2	岩手 34.1	沖縄 35.7	宮崎 42.9	秋田 51.8	青森 39.1	秋田 20.6	島根 12.4	新潟 13.9	富山 13.9	秋田 14.1
3	秋田 32.0	岩手 31.0	沖縄 42.4	岩手 43.9	秋田 38.7	和歌山 20.3	宮崎 12.0	岩手 13.1	秋田 13.1	大阪 13.6
4	島根 31.3	宮崎 31.4	島根 41.1	山形 43.9	佐賀 37.1	滋賀 19.6	群馬 11.4	長野 12.8	岩手 12.8	沖縄 13.3
5	新潟 31.2	島根 30.5	岩手 41.0	長崎 43.4	山梨 37.0	岐阜 19.3	新潟 11.3	宮崎 12.7	岐阜 12.6	北海道 12.8
6	高知 30.7	鹿児島 29.6	新潟 39.1	福島 42.0	新潟 36.9	大阪 19.3	岩手 11.0	栃木 12.6	福井 12.6	山口 12.7
7	鹿児島 27.2	新潟 28.3	鹿児島 36.4	宮崎 41.2	島根 36.3	愛知 19.2	和歌山 11.0	富山 11.9	和歌山 12.1	山形 12.6
8	岐阜 27.0	青森 28.1	佐賀 36.3	沖縄 39.4	沖縄 36.2	新潟 19.0	鹿児島 11.0	青森 11.6	山口 12.1	鳥取 12.6
9	長崎 27.0	山形 27.8	北海道 36.0	島根 38.6	長崎 36.0	島根 18.7	福島 10.8	東京 11.6	青森 11.6	青森 12.4
10	北海道 26.4	鳥取 27.5	長崎 35.1	山梨 38.3	宮崎 35.8	兵庫 18.2	岐阜 10.6	大阪 11.6	埼玉 11.6	兵庫 12.4
⋮										
31	沖縄 23.0					48 沖縄 0.2	48 沖縄 0.3	17 沖縄 11.1	43 沖縄 8.7	

図1

自殺の原因・動機別の内訳（2010年 警察庁報告）について、男性では、健康問題（38.7%）、経済生活問題（27.0%）、家庭問題（13.5%）の3つに分散されますが、女性においては、健康問題（62.8%）が圧倒的首位を占め、家庭問題（16.5%）および経済生活問題（6.5%）がかなり離れて引き続きます。以上より、女性の自殺においては、健康不安が最大の要因となりやすいと考えられますが、これらの原因・動機の種類・比率は年齢により異なるため、女性の場合はライフサイクルに応じた自殺の危険因子を想定する必要があります（図2）。

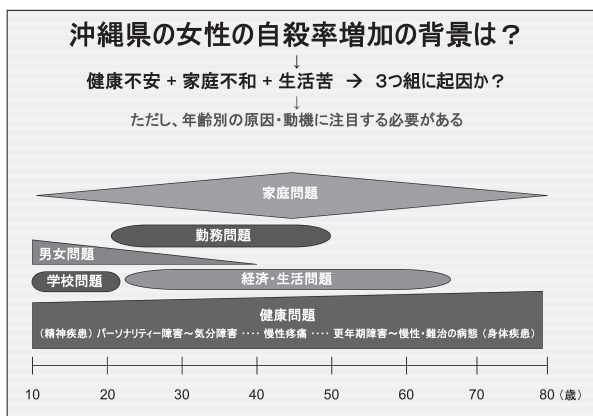


図2

各年齢層における自殺の危険性に至るまでのプロセスを知ることは、有効な自殺予防介入を図るうえで重要なポイントとなります。また、一般に、女性は男性よりも援助希求が高いと考えられており、相談体制を整えるだけでも男性よりは効果を期待しやすい側面もあります。

若年者では、自殺行動を起こす直前に制御困難な負の感情（悲観、無価値感、絶望、衝動、怒り、自暴自棄）が切迫していることが多く（図3）、傷

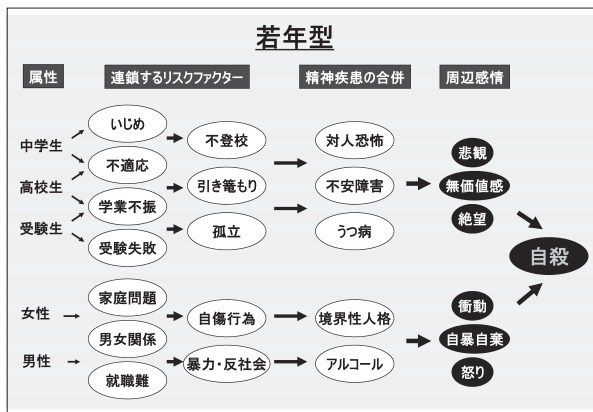


図3

付きに共感し、願望を受け止めるとともに、感情のクールダウンと自己の客観視を援助できるカウンセラーマインドを有するゲートキーパーにいかん迅速・効率的にアクセスできるシステムを備えておくか、が問われるかもしれません。

一方、中高年層では、複合的な危険因子を抱え、徐々に消耗を重ねつつも、未解決のまま無為な時間が経過し、最終的に死に追い込まれてしまう場合が少なくなく（図4）、複数の危険因子の同時解決に焦点を当てた多職種相談サポート（労働環境改善、就労支援、債務処理、生活支援、医療・保健相談）へのつながりが鍵となりそうです。

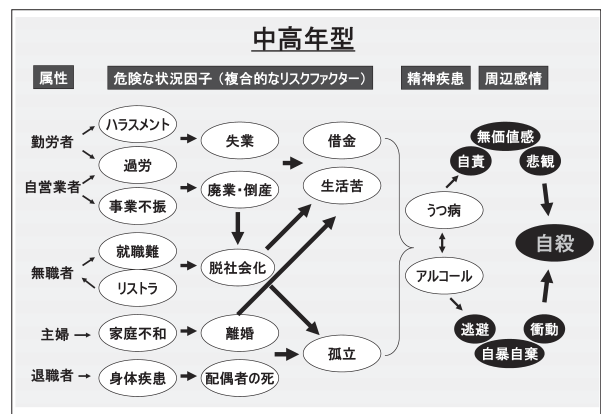


図4

老年期においては、病苦・孤立が2大危険因子となりやすく、慢性身体疾患に加えて疼痛・抑うつ・生活機能低下を伴い、主観的苦痛・悲観・無価値感を有し、しかも、社会的な接触を喪失し、疎外感を抱きがちな高齢者に標的を絞ったアウトリーチ保健活動が有効かもしれません。また、コミュニティの中で、高齢者同士が生きがいを見出し集える場と活動を保証する、セルフヘルプや社会交流の機能を持ったサロン作りを行うことも考えてよいのではないのでしょうか。

質素であってもゆとりのある生活があり、県民の健康度も高く、家族結合や地域共同体の対人ネットワークの伝統のあった沖縄県が誇る女性長寿は、はたして「過去の栄光」となってしまったのでしょうか。景気・雇用情勢に好転の見られない近況の中で、離婚率の増加や逼迫する生活、そして、徐々に拡がり始めた世代間ギャップと核家族化の流れは、確かに「今ある現

実」として受け止めざるを得ないものかもしれません（図5）。しかしながら、長年の間、沖縄県の高齢女性の自殺率が世界的にみても極めて低いものであったという事実は、沖縄の女性の間で伝統的に培われてきた何らかの防御因子が確実に存在していたことを示唆するものです。温故知新ではありませんが、自殺上位県を脱却するヒントは、意外にそんなところに隠されているものなのかもしれません。

女性の自殺率の増加 - 沖縄で何が変わってきているのか？ -	
過去の栄光	今ある現実
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 成長過程での自制力や忍耐の獲得</li> <li>● 県内外における一定の雇用</li> <li>● 好調な新規開業・雇用への需要</li> <li>● 早婚・結婚・出生率の高さ</li> <li>● 男性の経済力・生活サポート</li> <li>● 定型気分障害と良好な治療反応</li> <li>● 質素だがゆとりのある生活</li> <li>● 県民の健康度の高さ</li> <li>● 家族結合の強さ</li> <li>● 地域共同体・対人ネットワークの伝統</li> </ul> <p>↓ 女性長寿の沖縄県</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自己制御や耐性の低下 → 衝動性？</li> <li>● 県内の雇用能力の著しい低下</li> <li>● 小規模事業の倒産・労働環境悪化</li> <li>● シングルマザー・離婚率の増加</li> <li>● パートナーの失業による生活の逼迫</li> <li>● 気分障害の多様化と慢性・難治化</li> <li>● 消費・債務に追われる生活</li> <li>● 生活習慣病と医療コストの急激な増加</li> <li>● 世代間ギャップと核家族化の拡がり</li> <li>● ゆるやかな孤立化の始まり？</li> </ul> <p>↓ 自殺上位県(男性=女性)</p>

図5

質疑応答

○秋山氏（琉球朝日放送）



沖縄は中高年の方の自殺者が多いということですが、更年期障害やうつ病の患者さんは沖縄で増えてきているのかお伺いしたい。

○近藤先生

全国的にうつ病の患者数は年々増加しております。うつ病の有病率は2対1で女性が多いことが分っています。女性の場合、ホルモンの変動に伴い発症頻度が増加しやすく、出産後のうつ病や更年期のホルモンの変動によりうつ病リスクは増加します。

中高年女性のうつ病の増加を臨床現場で実感しているわけではありませんが、沖縄県における女性の自殺リスクの増加に反映されているとすれば、有病率は増加しているのかもしれませんが、おそらく、それを実感しているのは精神科

医ではなく、遭遇機会の多い産婦人科医や内科のかかりつけの先生方ではないかと思えます。

○東江氏（週刊ほーむぶらざ）



原因動機別の自殺状況で、健康問題が男女ともに1位になっていますが、健康問題は幅広いと思いますが、男女の健康問題で違いはあるのでしょうか。

○近藤先生

違いはあると思いますが、警察庁統計です。で、細分化された詳細原因は不明です。健康問題でも大きく分けると、身体疾患なのか、精神疾患なのか、の分別が重要ですが、警察庁では両者を合わせた形で計上しています。

うつ病の有病率については、女性の方が高いため、男性よりもうつ病が健康問題の中に多く含まれているという予想は可能かと思えます。ただ、警察庁の統計の仕方で、身体・精神疾患の分離ができていないので類推となりますが。

○大城氏（エフエム沖縄）



自殺の要因となる問題を取り除くため、職業・借金問題の場合、就労支援・債務処理を行うと思いますが、相談に来る患者様の中で、自殺の兆候があるとき

に、先生方の間でリファー先を常に意識して診断しているのか、或いはそういった具体的な仕組みがあるのか教えて頂きたい。

○近藤先生

一般医と精神科医の医療連携はメディカル・モデルで自殺予防対策の軸となっている部分です。一般医はどうしても身体に目がいく傾向にありますので、以前までは、まず、うつ病診断能力を高めて、危険な患者を見抜く能力を向上していただくことに啓発の焦点を当てていたのですが、それだけではなかなかうまくいかなくて分かってきました。確かに、かかりつけ

医研修などを通して、一般医の意識は変わってきますが、実際に診断をして紹介をする、初期治療を行う、といった具体的な実践を伴う一般医は1割に満たないと思っています。それほど、一般医にとって、自身でうつ病を診療することへの不安が存在するようなのです。それは、われわれの一般医に対する意識調査による検証をもって実感しているところです。

やはり、一般の先生方にもうつ病の診断に積極的に取り組んでいただきたいのですが、治療に関しては精神科に紹介して下さるだけでも構わないと考えています。ただ、現状では、一般医の先生方が精神科へ紹介したくとも、精神科医側の方の都合で、新患予約が立て込んでいて即座の受け入れが困難であるといった現状もあり、一般医の先生方からの苦情も聞かれます。したがって、喫緊に必要とされるのは精神科医側の後方連携のシステム整備なのかもしれません。先日、精神保健福祉センターにおいて、心療内科医および精神科医にアンケートを行い、どの程度、一般医からの紹介患者を受け取る余力があるのか、について調査を行うこととなりました。また、得られた情報を公開していく方針も打ち出され、各地区単位で医療連携を作る際の貴重な資料となることが期待されます。

○照屋先生



整形外科の外来にも多くの“軽症うつ”の患者さんが来院されます。知り合いの精神科の先生から、軽いうつ状態の患者さんに対し、勇気をもって「眠剤・

安定剤」を処方して欲しいとお願いされることがあります。しかし、外来診療の現場では、積極的に処方する先生方は少ないように思われます。可能な限り話を聞いて、共感できる“ゲートキーパー”になれたら…と思っているのですが、難しいケースも少なくありません。うつ病に関する講習会への参加だけでなく、かかりつけ医・学校医・産業医の先生方が精

神科の先生方と連携し、今後は地域の中で確実な対応ができるようにしていかないとはいけません。また、「紹介・逆紹介」に関しては、送る側と受ける側とのコミュニケーションが取れていないケースも多々見受けられます。是非、沖縄県でも“G-P ネット(一般医と精神科医との連携!)”を活用して情報交換し、ネットワークをさらに盛り上げてほしいと思います。

○玉井理事

消化器の診療の中でも、食思不良や腹痛など身体症状があるうつ病の患者がいらっしゃいますが、最初から精神的な問題があるんじゃないかとなんとなく気がつきます。しかし、最初からその話をすると患者は「私はお腹が痛いから来ているのに、なぜうつ病の話をするの?」と拒絶します。

患者は自分が精神的に病んでいることを受け入れられないことが多いので、そのような人が身体科へ受診しています。ですから、最初からうつ病の話をする、受診しなくなりますので、始めは血液検査やエコー検査をして、問題ないことを確認した後、もしかしたら、精神的にストレスがあるんじゃない?と話を始めていきます。

実際にうつ病の方は増えていると感じます。最近ではコミュニティがとても希薄と感じます。兄弟が少ない。職場でも一体感がない。孤独な人が増えている気がします。そういうことがあって自殺率が上がっているのではないかと危惧しています。

○出口先生



学生の最近の傾向としてもうつ病が増えているようです。学校は一般の外来とは違って、学校を休みがちになったり、成績が急に落ちたなどを理由に教員に

連れてこられることから発見されるケースが多いようです。そういったところから入ってきてうつ病だと思っても、いきなりうつ病だから精

神科を紹介すると言うとやはりダメですので、何回か心理士とカウンセリングしながら進めていきます。

2～3年前でしょうか、文科省からも通達があり、高等教育機関でも発達障害やメンタル面で問題がある学生についてはそれなりの配慮をすることになっていきますから、我々の大学では通常の欠席扱いとしないで、レポート提出で出席にして試験を受けさせるなどの配慮をするようにしています。そうすると、本人が積極的に治療をしようという姿勢に入るケースがあります。

そこで近藤先生に教えて頂きたいのですが、大学ではこのようなケースに加えてさらになんらかの自殺企図があり、幸い未遂に棲んでいますが、その背景を見ていきますと、うつ病、統合失調症、人格障害、摂食障害などの診断書がよく挙がってきます。実際に、最近では学生の中で増えてきているのでしょうか。

○近藤先生

学生の中に自殺リスクを抱える方が増えているのか実態は不明ですが、少子化になり手厚い養育を受け、辛抱を強いられない時代となり、ストレスに耐える力が育ちにくい可能性はありうると考えます。したがって、学校生活でストレスを抱えた場合に、メンタル面や行動面でサインを出す機会が、以前の若者に比べ多くなっているようにも思われます。ただ、実数として、学生のうつ病が増えているかどうかは詳細が不明です。発達障害については、疾患自体の有病率が自然増加したというより、以前から存在していた未診断の患者層を、われわれ精神科医が鋭敏に発見できるようになってきたところが大きいと考えます。現代の学生におけるストレス耐性や自己コントロール力は、全体として弱体化しているようにみえますが、利便社会がそうした耐性を低下させ、コミュニケーション・ツールの発達がむしろ対人過敏を生んでいる側面もあります。

○角氏 (エフエム那覇)



治療法については、ドクター同士の連携のあと、危険因子に焦点をあてて就労支援や生活支援への繋ぎが重要だということでしたが、そういった医療以外のサポート機

関があるのかお伺いしたい。

○近藤先生

自殺予防対策はメディカル・モデルだけでは成り立ちません。そもそも、メディカル・モデルは、自殺の背景にあるリスク・ファクターを解決する場ではありません。そこで、医療機関をインターフェイスとして現れた自殺の危険因子を抱えた方々の背景、たとえば、債務問題や家庭の負荷状況の問題を臨床現場でキャッチした場合は、医療機関で手に負えない部分について関連する多職種との相談・連携が重要となります。

以前は、われわれも司法書士会との連携を模索した時期もありました。また、逆に、債務の件で相談に来られたお客様の中で、どうもこの人は精神面でも危険な状態にありそうだと感じた時に、こちらへ紹介していいかという相談も司法書士側からあり、うつ病の勉強会を持ったこともあります。医療機関は能動的に他職種機関と連携を持つ機会が少なく、むしろ他職種機関の方から積極的に連携を求められることの方が多いような気がします。

なお、リスク・ファクターを抱えた方がいらっしまった場合に、どのような支援機関に連絡することができるかについては、県がアクセス先のリストを作成しており、それらは医療機関にも配布されております。

○岸本氏 (FM たまん)



医療だけでは自殺問題を解決できないということがわかりました。マスコミとしては何をしたらよいのでしょうか。メディアとしてはどこまで関わった方がよいのでしょうか。

○玉井理事

自殺問題はタブー視していた時期があったと思います。ある事業所で産業医をしています。自殺者が出てしまったことから籍口令をひいてしまい、会社内でストレスが充満し、職員が医療機関を受診して、あの人の顔を思い出す、不眠である等の相談がありました。うつや自殺に対して蓋をする行為をすると非常に危険だと思います。

○近藤先生

例を挙げれば、発達障害の親は自分の子供をどこに連れて行けば適切なサポートが得られるのか、情報不足で途方に暮れています。しかし、以前、マスメディアが連載記事で発達障害者のサポート施設の実態を特集で紹介して下さったことがあり、親御さんたちは食い入るように記事を眺めていたのではないのかなと想像していました。したがって、マスコミの方々に最も期待をしたい点は、リスク・ファクターを抱えた方たちの相談先や支援先を積極的にご紹介いただいたり、相談・支援を受けることにより救われた方々の体験談をピックアップしていただき、ポジティブ・キャンペーンの形で取り上げていただければと思います。

一般に、自殺を考える人達は、自ら視野を狭めていき、最終的に自分には望みも救いもないと感じてしまう傾向にあります。そのような時に、掲載された記事に、セーフティ・ネットワークが存在し、そこでの具体的な相談活動や利用者の体験談が紹介されることで、思い出して行動を変えてくれる方々が出てくるかもしれません。ただ、日本は先進国の中でも、社会資源としてのセーフティネット・ワークの構築が非常に遅れている国であり、そうした点もマスコミで問題喚起をしていただければ幸いです。

○大城氏 (エフエム沖縄)

実は自殺予防デーに日本産業カウンセラー協会のボランティアとして年に一度いのちの電話相談をしています。女性の相談が多いということ、既に精神科にかかってお薬ももらっている人の相談が多いです。話を聞いていると債

務問題、家庭問題を抱えていたりします。その中でも、実は債務整理を済んでいるけど、どうにもならないとか、銀行と債務整理をして、残金を返す必要があるけど働けない。病院にも公的機関にも紹介されたところは全て回ったけれども、とにかく話を聞いてほしいという声が年々増えてきていると感じます。すべてのセーフティネットワークを回ったけれどもどうしようもなくなった人たちにどのように対応していけばいいのか、常々考えています。こちらは聞くしかできない状況にあります。

○近藤先生

相談機関にはそれぞれ持ち場があり、個々の専門性を活かして対応していますが、それはテクニカル上の相談対応となるでしょう。それだけで満足できない方の中には、自分が相談を受けることになってしまい、皆さんに迷惑をかけたしまったと感じたり、自分が惨めであるという気持ちを持ったりしている可能性があります。その場合、最終的には、技術上解決できる支援を受けたとしても辛い気持ちは変わらないのだ、という点を理解してもらいたいという思いがあるのかもしれない。そのような心情が直接いのちの電話にぶつけられてくるのではないのでしょうか。やはり、最後には、人との心のつながりを求めている訳で、いのちの電話の役割はまさにその点にあると思います。リスクがあるから、単に専門家に繋がれば解決するのではなく、それでもどうしても残ってしまうやりきれない気持ちを汲んでいただける相手が必要とされているのでしょう。

そのような気持ちをしっかり受け止めてもらえたことで、ようやくその人が心理的・社会的に孤立した状況から脱却し、本当の意味から死にたい気持ちが和らいでいくのだらうと思います。

○玉井理事

それでは、第3回のマスコミとの懇談会を終了します。皆さん遅い時間からありがとうございました。