

## 「在宅医療の立場から」

講師 岡部 健氏(岡部医院)

### 「在宅での—ホスピス・ケア」ということ

今からの話は、単なる「在宅医療」ということではなく、「在宅でのホスピス・ケア」ということです。要するに、患者さんがご自宅で最期までキッチンとした生活を送れるようにしてお見送りする、という仕事の話です。

いま、医療制度がどこへ向おうとしているのか、方向を定めかねているような状況があって、大きな転換点にあるのだと思っています。

今までの医療にどんな問題があるのか、それはどう変わるべきなのかということ、また、現在、私の病院で取り組んでいるやり方を紹介させて頂こうと思います。

### ホスピス・ケアの、重要さと複雑さ

一体、ホスピス・ケアとは、とても領域の広い話です。私は、県の「みやぎ在宅ホスピス・ケア・ネットワーク」なるものに参加して、在宅ホスピス・ケアを全県に広げていこうとしています。ホスピス・ケアの状況、特に在宅ホスピス・ケアについての講演会や講習会は年に10回も、それを10年も前からやっているのに、ホスピス・ケアの状況、特に在宅ホスピス・ケアの状況は10年も前とほとんど変わっていません。きっと、やり方を間違えていたのでしょう。

間違えた最大の理由は、ホスピス・ケアが簡単なものに考えられたことです。

緩和医療学については、オックスフォード大学のテキスト『パリアティブ・メデシン(Palliative Medicine)』などは、『内科学』とほぼ同じくらいの大冊なのです。医療関係者でもかなりの学習が必要なのに、「疼痛管理」を少し勉強すれば、ホスピス・ケアが出来るもののように、安易な宣伝が効きすぎたのかもしれない。

ホスピス・ケアは、治療体系や社会制度などが複雑に絡んでいることを充分踏まえて研究するという、「取り組む人間の質」が非常に大切だと思っています。

問題は医療制度をはじめ、症状コントロール、それも痛みだけでなく、悪心とか倦怠感とかの治療技術も—これらは前から余り向上してはいませんし—、精神面では、スピリチュアル・ペインにどう対処すべきか。社会制度、これは欧米の制度をそのまま導入しても、日本になじまないでしょうから、日本の土壌に根ざしたシステムが必要でしょう。それから地域文化の問題もあります。それらの問題一つ一つが、多くの人たちでじっくり討論する必要があります。そうした奥深い問題なので、短時間では到底説明し尽くせないことをご理解下さい。今日は、医療制度と社会制度の関連、それと今後の方向性に限った話とします。

## 少なくなった「看取りの体験」

まず社会制度のうち医療が抱えている問題の一つは、昭和の初めに国民・皆保険という社会制度ができて—これは吉永先生ぐらの年代でないと判らないのですが—医療は無償（のように気安い）というような社会制度が始まってから、実は多くのものを失ったといえます。これを整理して考えないと、ホスピス・ケアなどを語れないだろうと思います。

昭和 30 年代でしたら、在宅での死亡率は 70%近くもあったでしょうし、自宅で人の死を看取ることが左程珍しくなかったでしょう。また一般に、自宅で人の死を受けて止める力があったと思います。在宅医療に関係していたから判るのですが、農村部と都市部とでは、ご家族の反応が全然違います。農村にはまだ大家族が残っていて、看取り体験のある 80 歳を超えたようなご老人がいます。一方、都会のマンションに住む核家族は、人の死を看取った経験が、全然ないのです。これでは、同じ在宅看護でも、その支え方が全然違ってきます。最大の違いは、看取り体験の有る無しです。

医学部の学生に講義していて訊ねても、死を看取った経験者は、教室に一人ぐらいです。

これは、柏木先生が淀川キリスト教病院のホスピスから、大阪の教授に移られたときも同様で、そのときも看取り体験者は 1%ぐらいだったようです。

このように、1%ぐらいしか看取り経験がない人たちに、看取りについて教えるという、大変難しい状況になっているのです。これは、医療者についての話です。医学部の学生に対して「看取り」を話すのに、死とは何か、死との接触とは、というようなことから始めなければならないのです。

まして一般の人は、看取りとの接触が更に少ない。第一、見たことがない人が多いのですから、どうしても言葉を連ねていくしかないのです。

## 看取りと医療の関係

こうなってしまった大きな理由は、医療システムの中にもあるのです。

国民皆保険は、医療としては良いシステムですが問題もあって、そのために現在、医療と介護を分けようとする流れもあるのです。要するに、死にいたる最期までの全てを、医療の対象にしてきたことです。

医者は治す側のプロではあっても、衰えていくだけの人に対して、医者は死生の全部に関われるというような誤解—そう言うては失礼ですが—期待されるかもしれませんが、看取りは医者教育の中になかったのです—元教授の吉永会長には、ゴメンナサイ！（笑い）。

死の問題は、医学部の教育になかったのです。講義すら受けてこなかった医者が、死を看取ることにプロであるわけがない。それなのにプロとして対処させられてきたのです。

医者も苦しんでいました。私は、呼吸器外科で肺癌の手術をやってきましたが、医者になりたてのころ、もう治療ができないために亡くなっていく患者を担当するのは、大体、若手の医者ということになっていました（笑い）。看取りについては何の教育も受けてこなかったのに、亡くなっていくのを見ていなければならないのです。

最期への対処といえば、「1分1秒でも、命を引き伸ばすのが医師の義務なのだ」とばかり、心臓が止まりそうだとはいえ強心剤で血圧をあげ、呼吸状態が悪ければ人工呼吸器を使い、その挙句、「何をやっても動かなくなったのが死だ」、こうです。

そういうわけで、決して医師が「看取りのプロ」という立場ではないのです。

問題は死の看取りについて専門家ではないのに、医者は何でもできるはず」と、医師に死の問題を集中させてしまったことです。

もともと、死の看取りと言うものはご家族や近親者の問題で、それを受け止めるのは家族や地域文化の問題であり、順に受け継いでいくべきであるのに、継承する場さえなくなってしまっていたのです。

### 病院は、看取りよりも治すところ

次に、死が大量に集まる病院について見れば、医者や看護師は「治す教育」は受けていても、「看取る教育」は受けていません。それに人の死は、それぞれの個人史を閉じるものであって、決して同じような死はないのです。死は極めて個別的なものであります。

一方、病院は治療を中心とする場所であり、治療は誰もが安全に確実に治すようにと、平等性はあっても個人中心ではないのです。Aさん、Bさん、それぞれの個人史は異なっても、誰にも共通する治療法で治すのが病院です。立派な人も犯罪者も、手術台の上では同じ人間です。麻酔や執刀の方法は、誰にも全く同じやり方なのです。

こうした「平等本位」の病院で、死の看取りはどう扱われるのでしょうか。

病院は、病人の態様によることなく、治療のためには平等に扱わなければならない立場にある一方、人の死がその生き方と同じく「個性尊重」であるため、最期の看取りにも個別的な配慮を要するという立場にあります。こうして、方針が混在し、又は矛盾した役目を持たされているのです。

例えていえば、深夜に50人もの患者を二人だけで見る忙しい看護師さんは、手術直後の患者さんは、手術直後の患者さんには点滴を始めなければならず、終末期の患者に補液を止めさせなければならないこともあります。

治さなければならない患者さんを優先させて考えていると、いきおい、終末期の患者さんを放置してしまうというコントロールをすることになってしまいます。

病院は、治療率の向上を第一とし、治らない患者のQOLは二の次になっていました。

「平等本位」の患者も、「個性尊重」の患者も一緒の場所に「混在」していたのです。

病院には両方の死が集中しましたが、そこでは、「個性尊重」として大切な看取りが軽視され、関連した文化の伝承も失われてしまいました。

病院に二つの機能を集めたことが、失ったものも大きかったことを認め、いずれ、分けなければならないようになっていたのです。

## 医療保険と介護保険の違い

介護保険が始まったとき、医療保険の先に、介護保険が付加されたように受け止められたようです。医療保険は従来そのまま、新しく介護保険が続くもののような誤解です。

しかし介護保険の開始に際して、医療保険は、医療が手を出せない無理な部分は切り離していくことにしたのです。それが、介護型入院です。だから、それは介護保険制度としての施設でありシステムであって、QOL 中心のものは介護保険に移しましょう、という考えです。在宅医療は、その一つなのです。

医療保険の方は、生存率の向上に専念しよう。救命救急にも十分に対応しようという考えです。病院はその受け皿となれるよう、本来の機能を発揮しなければなりません。

従来は難しいと思われていた病気や怪我も、今では医療技術がサポートできそうになってきたので、医療がそれに専念できるようにするのです。

ところで看取りは、医療と介護のどちらでやるのか、という問題があります。ただ、医療者は決して看取りのプロではないし、プロだったことも過去の歴史にありません。

### 「医療は死生にあずからず」

私は黒澤明の映画が好きです。「生きる」などは、ホスピス・ケアやターミナル・ケアの問題を、よくとらえているように思っています。

黒澤の映画に、「赤ひげ」があります。小石川の養生所は、日本のホスピスの原点であり、公共的な医療を都市部で最初に始めたところでした。小石川の本はたくさんありますから、ご一読を。日本型のホスピスを検討するなら、あれを原点として考える必要があると思われるほどです。

あの中に、「医療は死生にあずからず」という言葉があって、強く印象に残っています。

「医者には『治療と、人の生き死にとは別なんで』と弁解するが、それならウデはどうでもいいのか」、そんな台詞でした。「医者には人の生死には関係がない」といっています。江戸時代には、医療は生死と無関係だったのです。それなら誰かといえば、それは宗教家や地域の文化でした。

引導渡しという、死生に関連することに本来、医師は関わっていなかったのです。

歴史的にも、医療教育の上でも、医療は看取りと無関係だったし、分けざるを得なかった、そのような経緯があって分けたのが、介護保険なのです。

## 医療と QOL の分担

こうして、病院の機能が本来の姿にもどると、所謂「患者」が減ることになり、病院の数も半分に減ってしまうでしょうし、厚生労働省もそう見えています。そして、治すことが中心の病院ができると同時に、治すことができない病人を支える「医療と福祉の融合体」のような施設が出来なければなりません。その場合、死の看取りは誰がサポートするのか。

重要なのは、QOL が医療では支えられないことです。QOL とは、身体、精神、社会性、そ

れに靈的なもの、これらの総合です。医療の方は、身体の一部の調整と、精神—それが病的なもの調整、それだけです。誤解が多いのですが、精神性の全部ではなく、異常な場合だけです。その他は、全部が介護の分野です。

人が亡くなる時に現れがちなうつや幻覚は、殆どの場合—85%も—なので、病気というよりも自然現象なのです。それがもっと元気なうちなら、がんでも予後が3ヶ月とか半年前のことなら、精神科も治療の対象にしましょう。しかし、死は決して異常現象ではないのですから、生理的現象として受け止めるべきなのです。

正常の、自然現象を支えるのに、医療コストを負担するのはおかしいでしょう。

(お産は病気でなくて正常現象だから、医療保険の対象でないように)。

「正常な領域」を支えるソーシャル・サポート、正常な生活を支えるもの—それが介護です。

### 看取りは誰が？費用は誰が？

医療の仕事が、身体と精神との異常な領域に限るとすれば、残りは誰が担当するのか。

昔の大家族だった時代には、家族の死を支えたり吸収することができました。

しかし、核家族という小単位になってしまった今は、死という「正常な現象」を支えきれなくなっています。それを支えるのが介護保険と考えれば、わかりやすいでしょう。

それでは、死の看取りとは、病気なのでしょう。死は、異常現象ではありません。生理現象です。病気による異常死はあっても、死、それ自体は整理現象の一部です。

人は、生まれてきた後、必ず死を迎えねばなりません。死を前提にしないシステムは、あり得ません。

医者が対処できるのは—死に至る前の、精神的、肉体的な苦痛は別ですが—生理現象としての死にはタッチできません。なぜなら、復元すべき目標がないからです。それは、自然現象として受け止めるべきものであり、周りにいる人々が受け止めるべきものでしょう。

### 在宅で、疼痛管理ができるのか？

がんの痛みについては、在宅のまま疼痛管理ができるようになりました。

私の体験では、在宅で診たがん患者800人のうち、疼痛管理で病院を紹介したのは、当初4~5%、去年は殆どゼロでした。もっともそれは、普通に生活している人の場合に疼痛がないようにするのが目標で、それは在宅で出来るようになっているのです。

例えば3ヶ月の予後がある人なら、亡くなるまでは疼痛がないようにする、ということです。それは、人が死なないようにする、ということではありません。そして死が間近になれば次第に医療の介入が減っていき、最期を看取るのは家族でしょう。

人の死を見取って次世代に引き継ぐのは、家族でしょうが、その家族に看取りの知識も経験もない現在、それは介護者でもよいのであって、医療者である必要はないのです。いま考えられている「小規模多機能ホーム」では、看取りの機能も考えられるでしょう。

しかし介護者の看取り機能が期待されても、今日、その介護者に看取りの経験がないのです。この点、ご家族よりも介護者自身が不安に思っているでしょう。介護施設の職員に、どのようにして「看取り力」をつけるかが、大きな問題です。今すぐというのは無理でしょうが。

そうい施設から看取りの講習を頼まれたりしますが、私達は、相手が介護系の施設だったら、「看取りまで完全に担当するなら、医療面でお世話します。しかし、看取らずに病院へ送り込むのでしたら、応じかねます」という姿勢です。

### 私からの問題提起

それから、ホスピスが、日本では病院の中に作られたための問題があります。そのために、がんのホスピス・ケアも医療上の問題として捉えてきました。

そういう見地だったため、ホスピスが 100 箇所以上もありながら、緩和医療の技術も文化も、あまり広がっていません。医療制度の中にホスピスを抱えたための、無理です。

医者は看取りのプロでないのだし、かつて「死生に与らず」だったのを与ったための無理です。

また、施設ホスピスができた際、医療技術の一面として考えられたため、施設が疼痛緩和と主体になっているという面があります。緩和医療学についてオックスフォードのテキスト 800 頁をみると、疼痛管理は僅か 200 頁に過ぎません。日本ではそれを医療系で抱え込んだためホスピスが疼痛中心になり、本来の看取り等の問題から外れてしまっています。

そのため、施設ホスピスに取り組んでいた人も、限界が見えてきたようです。

では今後のあり方はは？と考えるなら、一つのモデルはカナダのエドモントン・システムです。そこでは、患者のニーズに即して、サポート体制を作っているのです。

患者は、痛みを感じたなら病院型のホスピス (CPU) にいき、落ち着いてから戻ります。

残り 90%は、介護型ホスピスと在宅ホスピスで支えています。

日本では、理想を高く掲げてその全部を実現しようとしたが、実はその理想とは、医療者の考えであり、緩和医療を専門とする人たちの理想でした。

患者の要望は汲み上げたのか、きっと汲み上げてはいないと思います。もしも尤も汲み上げようとする、従来の医療システムでは応じかねたと思われま。

そうではなく、逆に患者から本当に必要なものを吸い上げて、その実現をサポートすべきでしょう。初めから欧米のシステムを理想として、日本に適用しないことです。

患者の要望を実現するために、日本社会の現状に対してどうすべきか、責任の分担をするとか、チームを再構築するとかを考えるべきです。

### 足りない点は補えばいい

病気になったとき、最期は家で家族と共に、というのは多くの人の理想でしょう。

在宅治療での問題点として、家族に負担がかかること、病院の外では医療水準が心配な

こと、イザというとき入院させてもらえるかという不安、などが挙げられます。

問題を解消するためには、終日では問題ならデー・サービスだけでも、介護体制が不安ならそれを充実するようにと、柔軟に考えればよいのです。私たちの病院では、介護をしていく中で、必要に応じた介護チームとして対処してきました。

医師、看護師をはじめ、リハビリテーション・スタッフ、鍼灸師、ヘルパーがいて、ほかにボランティアやグリーン・ケアに当たる人がおり、全体のコーディネートをソーシャル・ワーカーとケア・マネージャーが担当します。

「どこまで看取るべきなのか」と机上で考えるだけでなく、実地に対処してきました。

私達の場合、がんの患者が昨年 160 人、現在 50 人ですが、医師である私の出番は極めて少なく、殆どチームが支えています。

費用面については、建物や設備の予算が問題なのではなくて、その費用を人件費に向ければ、在宅や介護型でも十分にやれることを実証しつつあります。

在宅医療は、老々同士の介護にも適応できますし、独居の人にも在宅での希望があるので、それはボランティアを活用することにより可能です。

## 在宅医療の問題点

在宅医療をためらう理由として、不安なときはスタッフが多い場所で最期を迎えたいというのであれば、病院である必要はない、介護を充実するには介護系のホスピスでいいのです。昼間だけでも皆と過ごしたいというのなら、介護系のデー・ホスピスが考えられます。緊急な場所に、医療がすぐ出勤できるような体制があればいいでしょう。

ただ、これを「病院の下部機構」として考えるのではないことが大事です。テーマが違うのです。それでは外来者の通院と同じで、緊急な場合には入院させてしまうでしょう。

現在、一部の病院が行っている「在宅医療」では、医療コストが嵩んでしまっています。軽症患者は在宅のまま通院させ、いざ重症になると入院させているのです。

これでは、コストは多いし、サービスもよくないのです。そうした病院では、在宅での死亡率が低いのです。

こうして、現在運営されているシステムを、全て在宅医療本位にすればいいのです。

医療と介護を切り離すのが既に国際的な流れであり、そのモデルがカナダのエドモントンです。

まとめていえば、従来のホスピスやターミナル・ケアは、医療が中心のものでしたが、これには無理があったのです。これは本来の QOL 本位にすべきであり、病院から押し出さなければならないのです。QOL 本位とは、ソーシャル・ワークです。

私の病院では、医療はソーシャル・ワークの一部になっています。

今日、メディカル・ソーシャル・ワーカーは病院内にいますが、これでは病院のための MSW になりがちであり、病院本位の視点になっていて、ソーシャルの視点に欠けてしまいません。

病院から出て独立し、QOLを支えるためのセンターで仕事をする、そこでは緩和医療の医師と介護系の人々が共同して、病人を支えることが必要です。

広島では、すでに始まっていますし、宮城で、東北で、近く立ち上げる予定です。

医療と介護を切り離すのが既に国際的な流れであり、そのモデルがカナダのエドモントです。

### これから、考えなければならないこと

私達が現在問題にしているのは、看取りのこと、看取りと地域文化の問題です。

看取りについては、医師の立場からの先入観があってはならないので、若い研究者に調査してもらっています。ホスピス・ケアの中心課題に、日本人の死生観はどんなものか、ということがあろうと思います。その解明なしにホスピス・ケアを語れないと思うのです。これは心の問題であり、地域ごとに種々の考えがあるのです。

それから、科学技術としての医療です。例えば痛みの問題、これは世界共通です。万国共通の問題を整理しなければならないので、その資料を蓄積させています。

死の現場との接点がなくなっている若い人に、唯一、死の現場との接点を公開できるのが、ボランティア機能だと思っています。私の病院では既にそれを始めていますが、もっと広げるため、学生の集団に対して「死の現場」を提供したいと思っています。

それから、グリーフ・ワークの問題、今まで遺家族へのサポートがたりなかったと思います。何よりも情報が伝わっていないのです。現在の医療技術がどの程度なのか知りたいと思っても、相談窓口は病院にしかないのですが、病院は相談を受けることについては、プロではありません。治癒本位の立場なので、適切ではないのです。

それで情報センターとして、現在、毎週木曜日に市内二日町の施設で、当院の婦長やMSW、医療スタッフなどが相談を受けています。

婦長の日野さんは、前に東札幌のホスピスで婦長をやり、ホスピスにも在宅にも明るい人です。また、海外の最新情報までも完備して、セカンド・オピニオンに役立たせなければならないと思うのです。瀬戸山さんは、疼痛管理のガイドライン作成にも参加した人です。在宅医療に限らず、緩和医療一般について相談に役立ちたいと思っています。

以上で終わります。

### 質疑応答

Q1 現在、病院内でも疼痛緩和は十分ではありません。院内と院外で、また同じ施設内でも緩和技術の均一化が必要であり、地域への広がりが待たれます。

施設内に疼痛緩和センターを設けて等質化を図り、次第に院内や地域への拡大を図るのはどうでしょうか。

A 患者は痛みから解放される権利があるし、WHOでの見解でもあります。疼痛緩和は内科医当然の義務であり、緩和技術を持たないのは問題です。緩和に格差があってはなら

ないので、早く解消させなければなりません。

Q2 3年前に妻を亡くしましたが、子どもはいません。私は一人で最期を送りたいと考えています。高齢者や独り暮らしが増えています。この種の情報を整理し勉強したうえ、みんなにも広めたいと思っています。今後、ご指導をお願いします。

A ぜひ、伺いたいものです。

Q3 ①二日町の会へ連絡する方法と、施設名をお知らせください。

②夫を亡くして10年になり、現在、ベネッセの施設で朗読奉仕をし、生き甲斐になっています。もっと貢献したいのですが、MSWはこんな相談にも応じますか。

A ①、名取の当院に連絡をもらえば、詳細をお知らせします。

②、いろいろな奉仕を歓迎します。笑いも、生きていることが実感できます。

亡くなる直前まで明るく生きることや、寝たきりの方に外出の援助をすることなどは、ホスピス・ケアの原点だと思います。

Q4 岡部医院で働く方々から感想を聞かせて下さい。

A1 本院が、施設重視でないことに、感銘をうけています。

死生観はまだまとまっていませんが、患者が死に向かうのに、平均とか並列とかは無意味であり、常に「考えながら」というおとが大切だと思います。

「考えながら」ということが、人の個性を尊重することに繋がるように思います。

A2 文学部哲学科の学生ですが、本院でボランティアをしています。

先生に教わったのは、看取るということが死の瞬間ではなくて、それまでのすべてだということ、これが素敵だと思いました。いま、相手の人と目を合わせていることも、看取りの一つであると知って嬉しいし、今後、自分の糧、武器にしたいと思っています。

Q5 主人は、15年前に膠原病で亡くなりました。東洋医学のお世話になり、救われていた時期があります。西洋医学に疑問をもっていますがどうでしょうか。

A 代替医療は有効なことがあります。ただ、無効なこともあるので、その場合の費用が懸念されるのです。鍼灸も評価します。そのメカニズムは不明ですが、実績は認めます。代替医療は、欧米の一部でも評価され始めています。

Q6 仏教者ですが、漢方についてどうお考えですか。

A 漢方は有効な領域があるようですが、西洋医学のように論理的ではありません。

経絡の診断も、非論理的だと思います。中医は専門領域にあつて、公正な検証をうければいいと思っています。

宗教者へのお願いがあります。お寺は、広い土地を利用した幼稚園の経営が多いようですが、小規模多機能施設にしたり、介護施設に変えたりして、檀家の看取りをやってほしいし、やるべきでしょう。デー・ホスピスも、土地、建物があるので、実行は容易です。

そこで檀家の看取りを支えるのは、宗教者本来の立場というものでしょう。本気になって地域で考えてもらいたいし、医療面のことなら協力を惜しみません。

看取りは本来、お寺の仕事でしょうし、お寺が果たす役割も効果も大きいのです。

看取りには、もっと宗教の介入があってもいいでしょう。そのチエをお持ちのようですから、ご検討願えませんか。

Q7 ①緩和医療が専門化すれば、その専門医ができるのでしょうか。

②交通事故の損害賠償を担当していますが、救急医療に看取りがあるのではないのでしょうか。

A1 緩和医療の認定制度には、期待しないほうがいいでしょう。技術の評価は難しいようです。認定ではなく、患者や家族から喜ばれたという実績を挙げていった集団が、ものを言うのでしょうか。

A2 救急救命室は命をとりとめようとするところであり、決して死を前提にしませんし、治療の結果が死なのです。

ホスピスでは、早い段階で治らないことが判る場合があるからです。

がんがホスピス・ケアの対象になり易いのは、ステージ 4 など早い段階で治療不能が判るからであり、良い看取りをと本人や周囲が考えるからで、がんとは限りません。

ですから、治療中心の医療を行いその結果として死を迎えることと、最初から看取りを前提にして環境を整えることとは、テーマが異なるでしょう。

因みに、米国では緩和医療の定義に、がんという言葉が出てきません。ホスピスの対象に「治癒不能」であり、痴呆や腎、肺など「全疾患の治癒不能」が対象です。

### 閉会のことば(吉永会長)

岡部先生は、早くから在宅医療に取り組んできて、経験からシステムを築き上げつつあります。そして日本全体に配慮して、その改善策を提起しておられます。

先生は、「死の学びが基本にある」といわれました。

この会の勉強は 15 年にもなっていますが、一般にはまだまだ理解不足です。

昔は遠いようですが、歩み続けなければなりません。

この会は、学ぶだけでなくボランティアもやろうとしていますから、先生の活動に、この会が役立つようなことがありましたら、どうぞ、加えていただきたいと思います。

先生が、ますますこの道の充実と向上にお励みになりますよう、期待してやみません。