

老人医療 NEWS

発行日 平成7年3月31日
 発行所 老人の専門医療を
 考える会
 〒160 東京都新宿区新宿1丁目1番7号
 コスモ新宿御苑ビル9F
 TEL.03(3355)3020
 FAX.03(3355)3633
 発行者 天本 宏



厚生省老人保健福祉局老人保健課長 尾寄 新平

今後の高齢者 保健・福祉・医療対策の行方

ここ1年余りは、今後の高齢者対策にとって大きなターニング・ポイントになると思われる。

昨年の夏以来、平成二年にスタートした「高齢者保健福祉推進十か年戦略」、いわゆるゴールドプランのみ直しが議論され、昨年末の政府予算原案作成時に、大蔵・自治・厚生三大臣の合意がなり、平成十一年度までの「新ゴールドプラン」として

再スタートをしたところである。

また、「二十一世紀福祉ビジョン」

(平成六年三月)、「社会保障将来像

委員会第二次報告」(平成六年九月)、

「新たな高齢者介護システムの構築

を目指して」(平成六年十二月)と矢

継早に、今後の高齢者の保健・福祉

・医療に係る重要な報告が出されて

いる。これらの報告の中で提言され

ている事柄は多岐に亘るが、一致し

て、二十一世紀の高齢社会における

介護問題に言及し、現行の社会保障

システムの機能等には限界があり、

多くの課題を抱え十分な対応が困難

であること、新しい高齢者介護シス

テムを早急に構築する必要がある旨

を指摘している。

厚生省の老人保健福祉審議会では、

これらの流れの中、既に高齢者の介

護問題について議論を始めている。

具体的にどのようなシステムを考えるかについての議論は今少し先になるとみられるが、いずれにしても、現行の高齢者に対する保健・医療・福祉対策を「高齢者介護」という切り口でみ直し、新しいシステムを構築することになる。これは新しいシステムそれ自体をどうするかという問題と同時に、既存のシステムもまた、再整理・再構築を迫られることは必至である。

そういう意味で、今は二十一世紀の社会保障に向けての歴史的ターニングポイントと言っても過言ではないと思う。この時期に、この問題にかかわることのできる我々は「以って銘すべき」であるし、また、現在、高齢者の介護問題に携わっている大勢の方々も、受け身ではなく、積極的にこの問題にかかわり、それぞれの立場から意見を言うことが必要と思う。

今後の高齢者対策のキーワードは「利用者本位のサービス」、「在宅ケア・地域ケア」と考えている。



わたしの病院

「一九八一年設立、一〇四床の内科とりハビリが主体のゆったりとした病院です。ずっと患者さんの立場に立った医療をして来ました。だから、優しく親切な人でさえあれば大歓迎です」と言うのが当院事務長の看護婦面接時の定番です。後半はこの病院でも似たようなことを言っているはずで、わたしの病院の内容も彼の台詞の後半部分と同じように、特別書き立てるようなことはなにもありません。

九二年に小山秀夫先生（国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長）の講演を聞いて、素直な性格のわたしはケアミックスを採り入れました。入院医療管理料が六〇床です。すると青息吐息だった病院が利益率五割の優良企業？に様変わりしました。これには驚くやら嬉しいやら、「小山先生には足を向けて寝られない」と、神棚を作って先生の御写真でも飾りたい気分になったことを覚えています。断じて仏壇ではありません。お人好しでもあるわたしは、出た利益のほとんどを「床面積を増やす」ためにつぎ込みました。人間時期に

よっていろいろしたいことがあるよ
うで、あときは「魔が差した」の
でしょう、ひたすら患者環境改善に
入れこみました。その結果、平均床
面積が一床当たり八㎡を越えてしま
いました。嬉しいがって暑中見舞いに
このことを書いたところ、ご同業の
かたがたから「お前んところは田舎や
からなあ」とお褒めいただきました。
周りは田圃なので蛙と一諸に喜びの
歌を合唱しました。

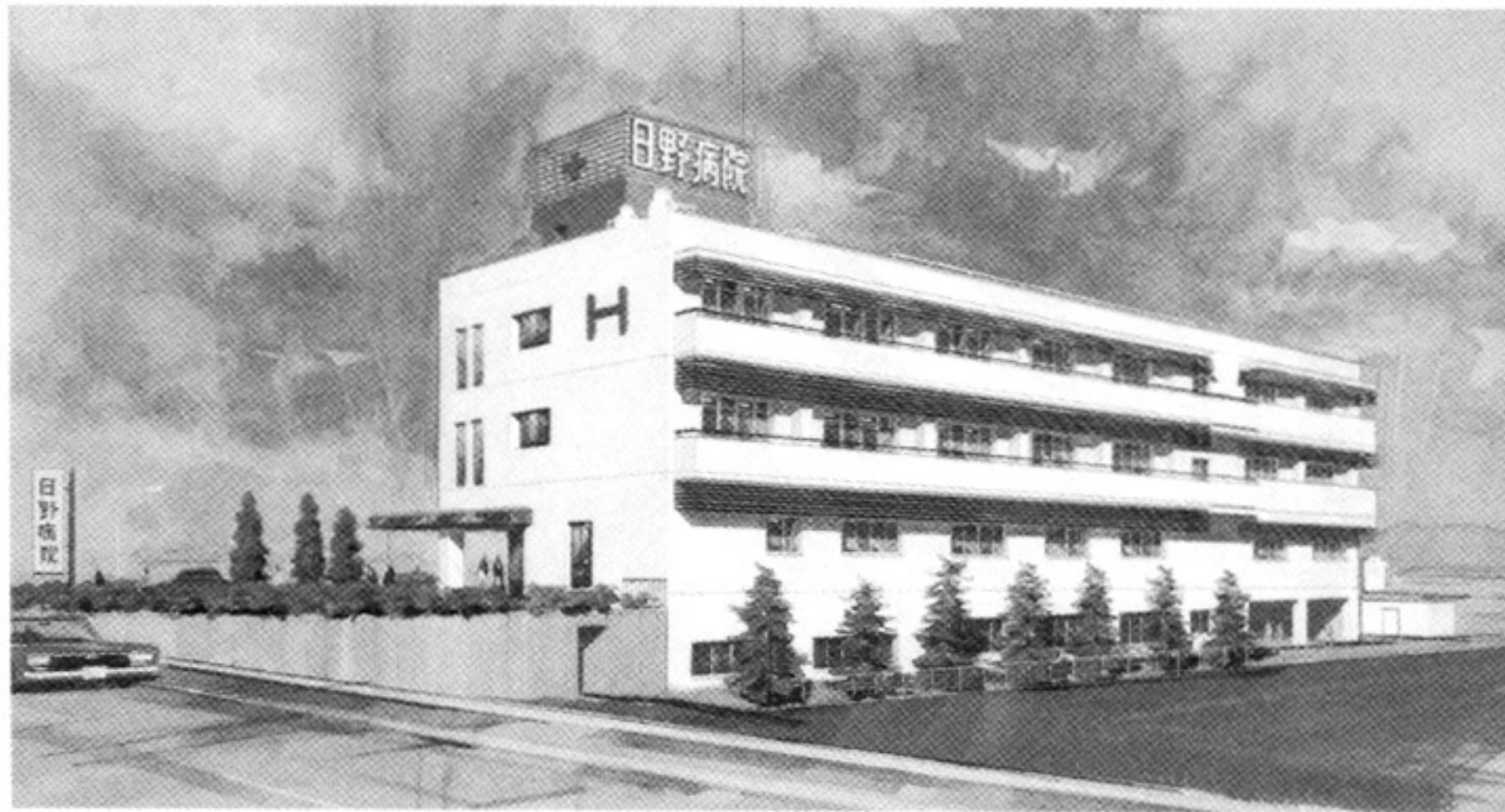
ついでに病院の化粧直しもしたと
ころ、建物がすっかり明るくなりま
した。すると従業員も明るくなりま
した。そして、な、なんと、**「神様」**
である**「患者さま」**の表情まで明る
くなり、オーラまで揺れ始めたので
す。朝の待ち合い室などは、お年寄
りの笑顔また笑顔でまさにシワクチ
ャだらけです。

「わては笑ろとったら長生きでけ
る思てんや。ケツケツケツ」という、
「笑い翳翠（カワセミ）ババア」ま
で現れました。ひ孫の家に行った日、
嬉しさの余り入れ歯を入れ忘れて
「コンニフィア」としか言えなか
ったと言っては笑い、隣のジイさん

が犬に追いかけられたとき、曲がっ
ていた腰が伸びたと言ってまた笑う
のです。きつと箸が転んでもおかし
かった乙女時代に回帰しているので
しょう。

私といえば、かつて専門だった精
神科の病に罹ってしまいました。診
断は**「躁病」**です。五〇年、いやそ
れ以上教科書が変わらないのが精神
科のいいところですよ。だからかつて
の名医はいまも名医です。診断には
自信があります。小山先生は自称
「躁病」ですが私もそれに異を唱え
る気持ちはさらさらありません。ど
うやら小山先生のは伝染性らしく、
私に移りました。躁病になりたくな
い人は、小山先生にあまり近づかな
い方が安全でしょう。

躁病になってからというもの、
事業展開を図りたくてたまらなくな
りました。「介護力強化病院連絡協
議会」などで先哲（と言ってもほと
んどの人が私より若いのはシャク）
とお会いし、その素晴らしい人柄に
触れたときなど、まるで自分が大事
業をすでに成したかのような心境に
なってしまうのです。「何か私にも



出来るものはないか」と考えて、訪問看護ステーションを開設しました。なんたる喜劇、そこに応募してくる看護婦はみな見事躁病にかかってしまったのです。

「寝たきり」高齢クリスチャンに聖書を読んで聞かせたら起き上って十字を切ったとか、「金色夜叉」の芝居を見せて、難しいお人〴〵を演じて続けてきたバアさんをニヤリとさせ、終に操を強奪したとか、これも大変なことになっています。

そして前述の事務長も「病に起き上り」ました（病には伏せるのが普通です）。分不相応にも「老人保健施設を建てよう」と言い出したのです。

たしかに、入院医療管理料病棟は老人保健施設と連携することによりパワーアップします。いま地域が求めているものも、デイケアを主とする「在宅医療」ですから、彼の主張は全く正しいのですが、唯一、「日野病院は貧乏だ」という事実認識に欠けていることが躁病の躁病たる所以といえましょう。

私も「同病あい喜んで」この話を

進めようと、多少汚いのは辛抱して、彼の尻を叩きました。なにせ躁病に罹っていますから、彼はたちまち馬車馬のごとく走り始めました。設立の理念は「ダメモト」です。

うに見えたものです。九七年八月〜十月に完成を予定している老人保健施設は一五〇床ですが、うち一〇〇床を「痴呆」病床にします。「寝たきり」との比率を考えると、この数字に社会との整合性があると考えたからです。これからも病気の続く限り頑張ります。よろしくご支援下さい。

施設概要

病院名	医療法人頌徳会日野病院 理事長・院長 日野 頌三 大阪府堺市北野田 626 電話 (0722) 35-0090
設立	昭和56年 常勤職員数 100名
診療科目	内科（循環器・消化器・呼吸器）・整形外科 理学診療科（理学療法施設基準病院）・皮膚科・耳鼻科
病棟	病床数 104床（ケア・ミックス） 4階 一般病棟・新看護 3：1 A 44床 3階 老人病棟・入院医療管理料（I） 60床
設備機器	全身CT・レントゲン・腹部エコー・心臓エコー・胃カメラ等
施設基準	新看護 3：1 A・理学療法（II）
在宅医療	訪問診療・訪問看護・寝たきり老人訪問看護 ・在宅酸素療法等
併設	おひさま訪問看護ステーション おひさま訪問看護ステーション 金岡 おひさま訪問看護ステーション 源台 老人デイ・ケア （老人保健施設 平成7年度申請中）

介護力強化病院における リハビリテーション部会報告

医療法人社団慶成会

青梅慶友病院

リハビリテーション室

土方 昇



老人病院の現状と課題

高齢者の急激な増加、疾病構造の変化、家庭内における介護力の低下などの要因に伴い医療上の管理や、看護あるいは介護を必要とする高齢者の専門病院として老人病院が誕生した。当初は要介護老人に対応する

ための機能が不十分だったことから、その後介護力の機能を重視し、医療の質の向上と効率化を図ることを目的とした老人病院制度や、介護力強化病院制度が施行され、年々介護力の強化が図られてきている。

老人病院における入院患者の特性としては、①後期高齢者が主であること、②廃用症候群に代表されるような合併症の比率が高く疾病構造が複雑化していること、③慢性期疾患が主であること、④何らかの介護を必要とする要介護老人の比率が高いことなどが上げられ、これらのことが要因として入院が長期化する傾向にある。また家族などの介護者側の

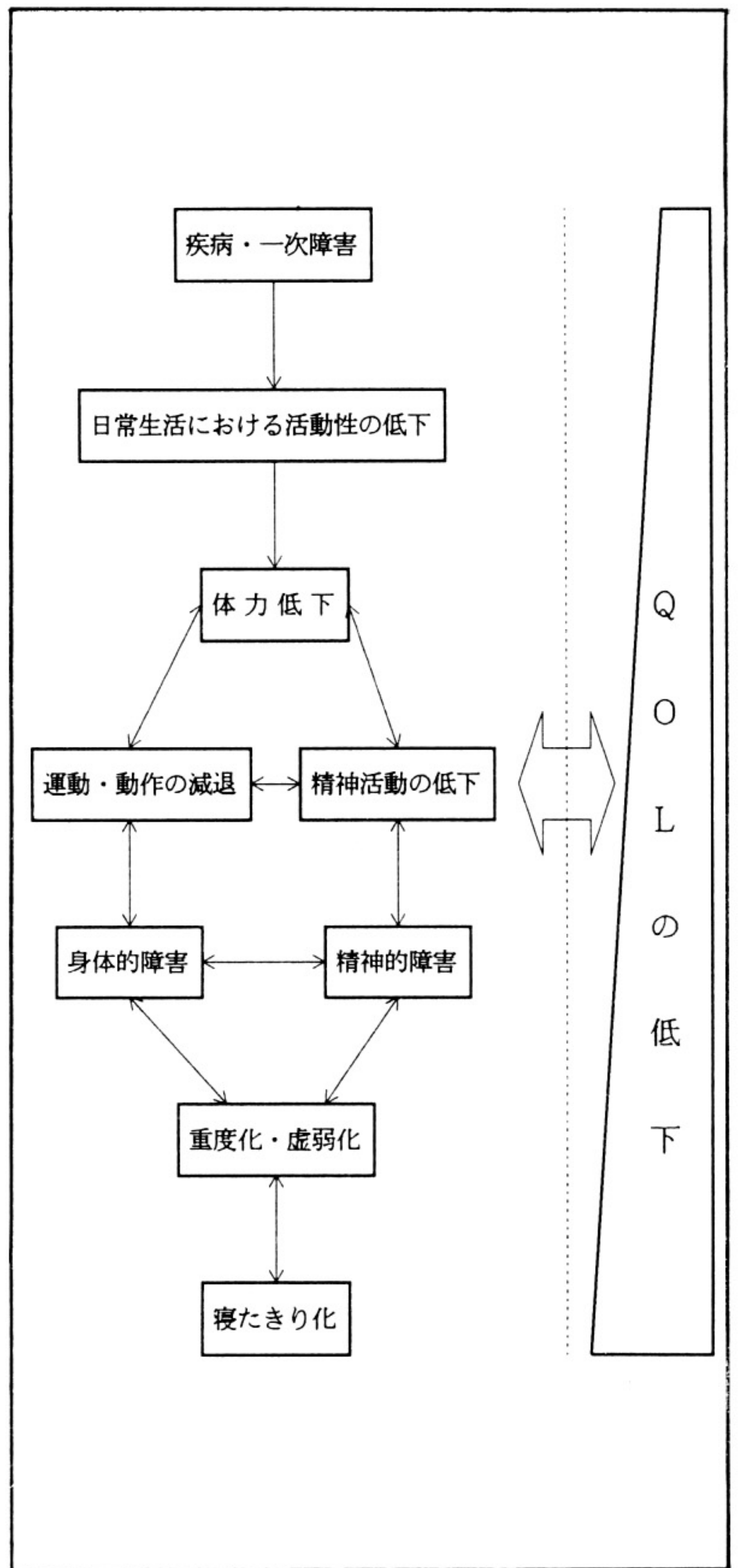
要因や社会的側面上の要因もその一因となっている。前回行なった老人の専門医療を考える会リハビリテーション部会調査では、入院患者の平均在院日数は六九九日であった。

病気や障害を抱えた高齢者は、若年者に比べて身体機能の低下や精神機能の低下により日常生活に支障をきたしやすい。特に慢性期疾患を抱える後期高齢者の場合は、日常生活における活動性の低下により、ささいなことで身体機能や精神機能の低下を招きやすく、日常生活上の障害を増大させやすい。またこれらに加えて過度の安静、過度な医学的管理などの制限により、

能力を持ちながら療養生活にその能力が活かされず、日常生活において活動の制限を余儀なくされ、中には寝たきりに陥っているケースもみられる。

疾病や障害を抱える高齢者の問題として上げられる虚弱化・重度化・寝たきり化は、疾病や障害の要因の他に、日常の生活のあり方と密接に関係しており、図に示すようにQOLの低下と深くかかわっている。老人医療の根本的な対策として浜村は、以下の三点を上げている。

- ①寝たきり化の防止
- ②重度化の防止
- ③QOLの向上・改善



ず、個々の生活の視点に立った生活障害の側面を含めて、実際の障害老人の日常生活の状況と照らし合わせて行なっていくことが重要である。機能訓練は、日常生活に結びついて始めて意義を持つものである。全体的な日常生活の問題点の把握も充分でなく、今行なっている機能訓練が日常生活にどのような意義を持っているか理解できず、日常生活における目標も明確化しないままに機能訓練だけを延々と続けることは避けたものである。

リハビリテーション部会の活動

リハビリ部会の目標は、①リハビリテーション部会の活性化、②老人病院、特に慢性期リハビリテーションにおける専門性の確立・役割の明確化などである。この三年間の活動を通して、リハビリテーション部会では、老人病院におけるリハビリテーションの諸問題を整理して、リハビリテーションのあり方について討議を重ねてきた。これらを要約すると以下のとおりである。

生活を改善し、健全な生活を取り戻していくことである。

老人病院における リハビリテーションのあり方

老人病院におけるリハビリテーションは、身体的・精神的機能の障害、もしくは高齢、疾病に起因するところの身体機能・精神機能の低下などにより日常生活に支障を抱える高齢者に対して、生活の破綻を防ぎ、

従来、リハビリテーションは、早期診断、早期治療の立場から、急性期および回復期のリハビリテーションの重要性が唱えられ、機能障害に対する改善を主たる目的として機能回復訓練が行われてきた。このため、今日我々が手にするリハビリテーションの書物の多くは、急性期あるいは回復期のリハビリテーションの内容が主となっている。

老人病院におけるリハビリテーションでは、その対象は主として慢性期の障害老人であり、障害も重度化、複雑化しているケースが多い。これらの慢性期の障害老人の抱えている問題は、医療上の問題、生活上の問題、心理的問題、社会環境上の問題などが混ざり合っており、日常生活において生活上の障害をきたしている。慢性期の障害老人に対するリハビリテーションは、身体機能・精神機能障害に対する機能訓練にとどまら

老人病院におけるリハビリテーションのあり方

- (1) 実生活における障害構造の把握・問題点の明確化
- (2) 日常生活の活性化
寝たきり、重度化の防止、離床の促進、残存能力の活用、ADLの向上
- (3) 日常生活に密着した実践的機能訓練、実践的生活技能訓練の実施
- (4) 実生活の場所における訓練の実施
- (5) バランスのとれた日常生活と活動の提供
- (6) 生活側面よりみたアプローチの実践
- (7) 地域社会と結びついたりハビリティシヨンの展開
- (8) これらを実践するためのリハビリテーションシステムの構築
チームアプローチの実施



障害老人のQOLの向上

個人の能力とバランスのとれた生活の構築

リハビリテーション部会では、慢性期の障害がこれほど多くなりながら慢性期におけるリハビリテーションのあり方を示す書物が少なく、リハビリテーションの進め方を示すものがない現状を踏まえて、次のような難しい課題について、調査および研究を重ねてきた。

分検討することが必要と言えよう。また、廃用症候群の調査・研究からは、入院患者は多種多様の廃用症候群を発生しており、それらは活動性の低下に伴い、より多くの廃用症候群を、より高率で発生しており、障害の重度化・寝たきり化と密接に関係していることが報告されている。

助についての調査・研究では、老人病院入院後はその約七割が家庭復帰が困難となっている現状ではあるが、調査結果より約二十八%の老人が家庭復帰をしていることがわかった。ここでは、家庭復帰に向けた阻害要因や、具体的な対策について報告されている。

① 老人病院入院患者の生活時間帯構造について

慢性期におけるリハビリテーション評価では、身体機能や精神機能の評価に止まらず、心理的側面や社会環境の評価も含めて、日常生活の状況と照らし合わせて、障害構造を分析し、どの場所でもどのように影響しているかを評価を通して明らかにしていくことが重要であると述べられており、その中心となるのはADL評価を中心とした能力評価であると報告されている。

またターミナル期におけるリハビリテーションの役割についての調査・研究では、ターミナルケアへの取り組みが必要と考えてはいるものの、現実的なりハビリテーションのかかわりは乏しく、対応にも困惑が見受けられることが報告されている。

② 慢性期におけるリハビリテーション評価のあり方

慢性期におけるリハビリテーションの実施ケアに際しては、幅広い対応が必要であり、チームアプローチが非常に重要になってくる。チームアプローチの調査・研究では、その必要性、現実に抱える問題点、対策等について細かく報告されている。

活動報告の詳細については、老人病院におけるリハビリテーションの課題とその方策として、小冊子にてまとめて報告させて頂きたいと思う。

③ 老人病院入院患者の廃用症候群の現状とリハビリテーションのあり方

慢性期におけるリハビリテーションの実施ケアに際しては、幅広い対応が必要であり、チームアプローチが非常に重要になってくる。チームアプローチの調査・研究では、その必要性、現実に抱える問題点、対策等について細かく報告されている。

この活動を通してお忙しい時間をさいて、熱心に御指導下さった国立療養所長崎病院副院長浜村明德先生、宮崎リハビリテーション学院副院長長米田睦男先生には心より感謝申し上げます。

④ リハビリテーションの立場からのチームアプローチ

慢性期におけるリハビリテーションの実施ケアに際しては、幅広い対応が必要であり、チームアプローチが非常に重要になってくる。チームアプローチの調査・研究では、その必要性、現実に抱える問題点、対策等について細かく報告されている。

この活動を通してお忙しい時間をさいて、熱心に御指導下さった国立療養所長崎病院副院長浜村明德先生、宮崎リハビリテーション学院副院長長米田睦男先生には心より感謝申し上げます。

⑤ 老人病院における家庭復帰に対する援助

慢性期におけるリハビリテーションの実施ケアに際しては、幅広い対応が必要であり、チームアプローチが非常に重要になってくる。チームアプローチの調査・研究では、その必要性、現実に抱える問題点、対策等について細かく報告されている。

この活動を通してお忙しい時間をさいて、熱心に御指導下さった国立療養所長崎病院副院長浜村明德先生、宮崎リハビリテーション学院副院長長米田睦男先生には心より感謝申し上げます。

⑥ ターミナル期にある老人に対するリハビリテーションの役割について

慢性期におけるリハビリテーションの実施ケアに際しては、幅広い対応が必要であり、チームアプローチが非常に重要になってくる。チームアプローチの調査・研究では、その必要性、現実に抱える問題点、対策等について細かく報告されている。

この活動を通してお忙しい時間をさいて、熱心に御指導下さった国立療養所長崎病院副院長浜村明德先生、宮崎リハビリテーション学院副院長長米田睦男先生には心より感謝申し上げます。

入院患者の生活時間帯構造に関する調査・研究では、院内生活自立群も要介護群も一日の多くの時間をベッド上もしくはベット周辺で過しており、日常生活のあり方を今後充

慢性期におけるリハビリテーションの実施ケアに際しては、幅広い対応が必要であり、チームアプローチが非常に重要になってくる。チームアプローチの調査・研究では、その必要性、現実に抱える問題点、対策等について細かく報告されている。

この活動を通してお忙しい時間をさいて、熱心に御指導下さった国立療養所長崎病院副院長浜村明德先生、宮崎リハビリテーション学院副院長長米田睦男先生には心より感謝申し上げます。

入院患者の生活時間帯構造に関する調査・研究では、院内生活自立群も要介護群も一日の多くの時間をベ

慢性期におけるリハビリテーションの実施ケアに際しては、幅広い対応が必要であり、チームアプローチが非常に重要になってくる。チームアプローチの調査・研究では、その必要性、現実に抱える問題点、対策等について細かく報告されている。

この活動を通してお忙しい時間をさいて、熱心に御指導下さった国立療養所長崎病院副院長浜村明德先生、宮崎リハビリテーション学院副院長長米田睦男先生には心より感謝申し上げます。

ット上もしくはベット周辺で過しており、日常生活のあり方を今後充

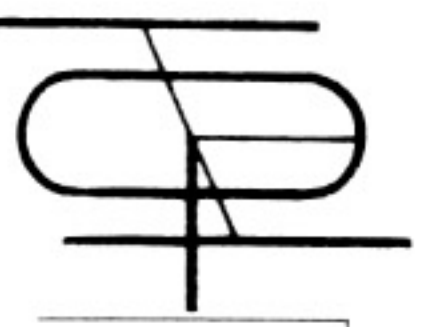
慢性期におけるリハビリテーションの実施ケアに際しては、幅広い対応が必要であり、チームアプローチが非常に重要になってくる。チームアプローチの調査・研究では、その必要性、現実に抱える問題点、対策等について細かく報告されている。

この活動を通してお忙しい時間をさいて、熱心に御指導下さった国立療養所長崎病院副院長浜村明德先生、宮崎リハビリテーション学院副院長長米田睦男先生には心より感謝申し上げます。

おり、日常生活のあり方を今後充

慢性期におけるリハビリテーションの実施ケアに際しては、幅広い対応が必要であり、チームアプローチが非常に重要になってくる。チームアプローチの調査・研究では、その必要性、現実に抱える問題点、対策等について細かく報告されている。

この活動を通してお忙しい時間をさいて、熱心に御指導下さった国立療養所長崎病院副院長浜村明德先生、宮崎リハビリテーション学院副院長長米田睦男先生には心より感謝申し上げます。



アンテナ

オール厚生省の介護対策本部

厚生省の高齢者対策本部が二年目を向えた。専任事務局員一四名、次

長が五名、そして関係各課の課長補佐がほとんど兼任するという一大プロジェクトに成長した。この二十二年間で省内プロジェクトとして最大規模のオール厚生省体制の誕生だ。

二十一世紀に向けて公的介護保険の導入が必要であることについては、理解することができ、正直、いったい我々はどうなるのかということについては、先が見えない。積極的に情報収集を行い、会長を先頭に「老人の専門医療の確立」を実践家集団として、主張していきたくと考えている。

介護保険といわれると、なにやら介護に関する公的保険制度のようにも受け取れるが、保健医療・福祉に関する高齢者サービスを包括的に保

険に吸収するという方向が見え出し

ている。この問題に関しては、老人保健福祉審議会で活発に審議されているし、サービス供給者側を中心とした「高齢者ケア支援体制に関する基礎調査研究会」が設置され、当会の事務局

長でもある齊藤正身先生（霞ヶ関南病院長）もメンバーである。座長は井形昭弘先生（国立療養所中部病院長）、日本医師会の糸氏英吉先生と宮坂雄平先生をはじめ一八名の委員で構成されている。この研究会は、高齢者対策本部が事務局で、各地域（全国一五から二〇地区）における高齢者ケアに関する実情の調査・分析と、要介護判定基準やケアプラン作成基準のあり方について、試案を用い、各地域でその意義と問題点を調査検討すること

を目的としている。なお、使用される試案の内容については、現時点ではその詳細が不明である。この研究会は夏以降に中間報告、年末までに報告書の作成というハードスケジュールで、地域調査、要介護判定基準案の地域での試行までを行う予定になっている。そして、この会の報告内容は、実質的に公的介護保険に大きな影響力を持つものと

予測できる。

我々としては、これらの調査研究に協力するとともに、主張すべき時期に、何らかの形で意見を公表したいと考えているが、各役員の勉強会や当会内部の意見交換会を予定し、会員の意見をまとめ、広範な問題について着実に対応したいと思う。

どのような議論展開になるか予想できないが、当会のような全国の老人専門病院の医師の集団は他になく、日本医師会をはじめ関係機関に対して老人医療の現場の声をこれまで以上に届けることが必要である。

我々の意見の第一は、老人専門病院制度の確立であり、第二は高齢者の介護において医療が必要であるこ

とである。要介護老人のほとんどが何らかの基礎疾患があり、障害を持っていることから、医師の関与は不可欠であるばかりか、医師が不在の介護は考えられない。

また、十年以上も専門医療の確立を要請してきた当会としては、臨床老年科医の重要性を医師をはじめ医療スタッフのチームアプローチを実践する専門病院制度の確立を求めていきたい。

老人専門医療の特色は、その総合性である以上、医師、歯科医師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、看護婦、看護士、准看護婦、准看護師、臨床検査技師、診療放射線技師、ソーシャル・ワーカー、社会福祉士、介護福祉士、介護職員、その他の病院職員がチームを組み、その総合性を発揮しなければならない。そして、リハビリテーションやデイケア、訪問看護やその他の在宅ケアを進め、なるべく多くのメニューを地域に提供することが必要である。

会員各位の一層の団結と協力が最も必要な時代を向えている。

老年期痴呆の 診断



質の高いケアを提供する前提として適確な評価が必要なことに異論はないと思います。その評価の重要な部分を占めるのが疾患の診断だと思いますが意外とこの診断がおろそかにされていないでしょうか。

老年期の痴呆性疾患の大部分が疫学上、アルツハイマー型痴呆および脳血管性痴呆で占められ、これらの疾患の中軸症状である知能低下に対しては未だ有効な治療手段を持たないこともあって、痴呆とおぼしき状態の高齢者にこれら両疾患名が安易につけられていないでしょうか。

「痴呆」はご存知のように状態像であって疾患名ではありません。さらに「痴呆」と鑑別すべき状態として、いわゆる仮性痴呆（うつ病、精

神分裂病、心因反応などの機能性の精神疾患）、軽い意識障害（身体的基礎疾患にもとづくせん妄状態など）、限局性脳病変にもとづく失語・失行・失認が挙げられます。

少なくとも、最初に長谷川式のスケールがあり、しかも一回のテストで低い点数だったから「痴呆」と診断することがないようにしたいものです。

それから、「ボケ」ということがよく使われますが、一般の人達への啓蒙という目的の為に許されても医学用語の「痴呆」との区別は、きっちりして用いてほしいと思います。最近、福祉関係者の方たちと接する機会が多いのですが、彼等の中に、老人ボケ＝老人性痴呆＝医療の

対象外＝福祉での介護の守備範囲、との図式が形成されつつあることを知り、そのことに私は少なからず危惧を覚えています。

ところで「痴呆」との状態診断が得られても、その次のステップである原因疾患の特定が大切なことは言うまでもありません。

いわゆる Treatable Dementia をひきおこすことのある疾患（慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍、代謝性脳症など）を見逃さないことに主眼を置いた除外診断は特に重要と思われます。たとえ前医の紹介状があつたとしても、もう一度、自分の目で、あるいは当該医療機関の医師の責任において見直す慎重さが欲しいものです。

私は特別養護老人ホームに入所中の老人の中からこれらの疾患を何例か経験し、頭部CT検査の重要性を改めて認識させられました。

薬物の影響（あえて副作用とは言わない）による痴呆にも配慮することが必要と思われます。また、高齢者においては脱水の有無のチェックが重要と思ひます。

痴呆の診断に当たっては、さらにその増悪因子（身体的・心理的・環境的）の分析も必要でしょう。老人性痴呆疾患センターの医師には、痴呆を診断する際には単なる病名付けに終わることがないように、日頃からお願ひしています。

保険診療のためと思われる、必ずしも医学的診断と一致しない病名、それとは逆に定額制医療による診断名の軽視はないでしょうか。

私達に与えられた課題はまだ多いと思ひます。私は医療の専門性の一つとして診断にこだわり続けていきたいと思ひます。

へんしゅう後記

新宿御苑に事務所が引越し、始めての春を迎えました。秋に引越しをしてから、窓から見はらせる新宿御苑は、紅葉の森から桜の森へ移り変わりました。事務所スタッフも増え、これまで以上に皆様の要望に応えていけるよう頑張つてまいりたいと思ひます。どうぞよろしくご指導下さいますようお願い申し上げます。