

認知症110番：困ったときの対応

木之下 徹

医療法人社団 こだま会 こだまクリニック 院長



田平先生とお会いしたのは、恐らく15～20年ほど前です。そのときは小平にある国立精神・神経センターで、いつも切れ味の鋭いご発言をなさっていたことに、非常に感銘を受けていました。あるとき、田平先生が図書館の係のときに、利用者を全部集めて田平先生が注意事項をお話しされるということで行ったら、いきなり英語で注意事項を言われるわけです。「え」と思いました。たしかに外国人だらけでした。その後に忘年会がありまして、1回だけ顔を出させていただきました。そのときに日本語禁止と言われて、「忘年会だぞ」と心の内で思いましたが、非常に鋭い切れ味の先生であって、日ごろから日本語をあまり使われません。僕自身はそれで参ってしまいまして、忘年会で食べることばかりを覚えまして、以前は体がスマートだったのですが、こんな姿になってしまいました。

■はじめに

僕自身は、普段は品川区で訪問診療をしまして、十数年間、いわば「困った人々」をうちに伺う形で診療しています。「困った」というのは、暴れる、ける、殴るとか、一番多い訴えは、「物をとった、と言うのです」というお話です。もし皆さんだったらどうされますか。例えば、「物盗られ妄想があって、私は何もしていないのに、夫は物を盗った、と言うんです。私がいくら説明しても、私がやったと言い続けるんです」。さあ皆さん、どうお答えになりますか、というのが今日のテーマです。

十数年ほど前、認知症の方々に精神科の薬を使うことがあまりなされていなかった時代に、当時は認知症の人は高齢の方が多かったので、精神科の薬を少ない分量で出していました。確かにばっとおとなしくなります。あたかもそれが奇跡の解決法かのようになり、今、現実にはそういった処方非常によく多いのですが、僕自身は10年前にそういうことをやっていて、その後、非常につらい目に遭いました。なぜなら、その後の姿を見て、どうなるかを知ったからです。そのとき

にいろいろ考えたこと、反省したことを踏まえて、自戒の念を込めてお伝えしたいと思います。

困ったときの状況の歴史的な背景を述べますと、今もそうですが、昔は問題行動と言っていました。聞いたことがあると思います。認知症関連の学会でも、問題行動はないだろう、問題と感ずるのは周りであって本人ではない、行動がおかしいのだから行動の障害にしようとか、周辺症状にしようという話があって、2000年の寸前に、イギリスであった国際的な会議で、BPSDにしようという流れがありました。これは、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの略で、認知症に伴う行動と心理の症状ということです。今、厚生省がこの言葉をよく使っています。

そんな積み上げがあるのですが、もう一つ、ヨーロッパ発祥の大きな社会の流れがあります。よくノーマライゼーションという言葉でいわれますが、どんな状況の人でも社会の一員である。包摂的な社会と言ったり、インクルーシブという英語を使ったりする方もおられますが、そういう世界的な流れもあります。なぜこんなことに注目するのか、という問題も含めて考えていきたいと思います。

さて、今日の話の前提です。ちなみに、僕は認知症になって死にます。周りはメタボで死ぬと言いますが、僕は認知症になって死ぬ。恐らく皆さんもきっとそうだと思います。違いますか。認知症にならないで死にますか。どこかの講演会のときに「認知症にならずに死ぬと思う方」と聞くと、一番前の80歳ぐらいの方がぱっと手を挙げられました。どうしてか聞いてみると、「余命1年の癌です」とおっしゃいました。その後、雰囲気が重くなって話ができませんでした。そういう方もおられるかもしれませんが、大勢の方々にとって、認知症にならないで死ぬと思える時代ではないわけです。厚生省が先日、認知症の人々の数が305万人と発表しました。それは介護保険利用者からの推定値です。他の研究によると、恐らくあと100万人以上

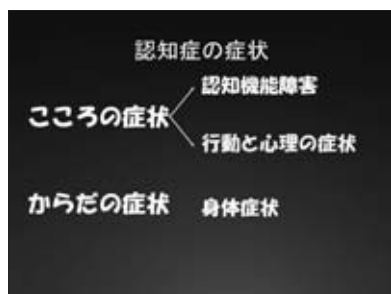


図1



図2

いて、400万人、あるいは500万人ぐらいではないかともいわれています。それとかかわるご家族などを考えると、多分1000～2000万人以上の人々が認知症と関係していることになります。

もう一つ前提があります。先ほど僕自身が自戒の念を込めてと言ったのはここなのですが、認知症の人を人と見るか、人と見ないかという分かれ目があります。人とは見ない、ということでも考えることは可能ですが、ここが議論の分かれ目で、僕の今日の話は人と変わらない、という考え方を取ろうと思っています。つまり、認知症であろうがなかろうが、若かろうが年を取っていようが、人であることには関係ない、ということです。たとえば、高齢者という言葉を目と向かって言われたら、むかつきませんか。人という自分の価値が低められた感触、そういうことを含めてです。

ところが世間では、僕自身が、無理からおとなしくなるような薬を使ってしまったように、そう思えない瞬間があります。その理由は二つあるかと思っています。一つは、この領域があまり合理的に考えられていないことです。これは山ほどあるのですが、今日は一つだけお伝えしたいと思います。もう一つは、スティグマです。スティグマとは、ワイドショー的な話で言うと、聖職の人の手のひらにキリストのくいの跡があって、そこから血が出てくるという「聖痕」の意味もあるようですが、今日は、そうではなく、「烙印」という意味合いから発生した「見下した／見下された」というニュアンスの意味です。この2点についてだけ述べて、30分弱で話を終えたいと思います。

■周辺症状とBPSD

それを説明する素材として、「認知症患者についていえば、一番大変なのはBPSD、つまり周辺症状の対応」という意識を取り上げたいと思います。これはよく見る表現ですが、ここに僕自身は五つの問題を考えています。それについて皆さんとともに考えたいと思います。

まず、合理的視点の欠如があります。BPSDと周辺症状は同じものだと思っている人が多いのですが、ミカンとリンゴが違うのと同じぐらいに違うと僕は思っています。それなのに、同じように語られています。

周辺症状とは、中核症状以外のことをいいます。拍子抜けする答えですが、合理的な見方です。では、中核症状とは何かというと、脳の変化と直結する症状のことです。認知症には、その原因となるような、いろいろな病気が幾つもあります。だから、その中核症状は、その病気ごとに違うだろう、とするのも合理的ですね。ここまでは別に問題ないですね。中核症状以外ということは、つまり、脳の変化と直結しない症状、となります。

さて、BPSDは、先ほど申し上げたように行動と心理の症状です。今、新聞には、よくこうやって書いてあります。つまり、BPSD(周辺症状)。しかし、これは違います。最近、厚労省が使うようになってから、新聞や教科書ではこの表現が多いのです。

「BPSD（周辺症状）」ではない理由を説明しましょう。認知症の症状は心の症状と体の症状です。これは複雑な意味ではありません。人間は、からだとこころでできているといった二元論的な意味では、認知症の症状はからだとこころの症状の二つしかありません。

一方、記憶したり、注意を集中したり、計算したり、推論したりという脳の、いわゆる知的な活動が低下する、すなわち認知機能の低下が認知症の本体である、と考えてきた歴史があります。つまり、こころの症状のうちのそれ以外、これが行動と心理の症状であって、だからこれをBPSDと呼ぶと理解しても合理的だと思います。(図1、図2) ですから、殴る、ける、徘徊などは全部こちら側です。しつこいですがBPSDは認知機能の低下以外です。これは僕が決めた訳ではない。合理的に理解しようとする、そうになっていたのです。繰り返します。周辺症状は、理屈から言えば、中核症状以外です。つまり、「BPSD（周辺症状）」はおかしいでしょ、というわけです。



図4



なぜこの違いにこだわるのか。周辺症状というのは、
 脳の変化に直結していない症状です。つまり、脳の変
 化以外の種々の要因が原因であろうというわけです。

結論的に言えば、これまでの話を積み上げてみれば、それはそのようにさせた理由があることが理解できるでしょう。さきほど申し上げたように、脳の変化と直結していないのが周辺症状です。逆に、暴言、不穏、興奮、徘徊をどうにかしろと言うと、その視点では、それは抑制の対象となっている。制圧の対象になるのです。短絡的に求めに応じようとするれば、縛るか、薬か、殺すか、することが求められている、とも言える。縛るなんて、見かけがまずければ、二度と立てないような深々とした贅沢な椅子に座らせればいいのです。立てない。冗談のような話ですが、現実にあります。

になってしまう。なぜそういう結果が起こったかを一緒に考えませんか、と言っています（図3）。今までの僕は、こう言われてきたし、そのときには、親切心と善意でおとなしくさせるような薬を使っていたのです。その後、副作用もさることながら、それ以外の問題も出てきます。「人」を考えたとき、人として生きる人間が果たしてこんな状態でいいのかと強く感じたので、ここはすぐくこだわりたいところです。

そう思うと、脳の変化、つまりここで話した意味の、中核症状は医療のテーマかなと思うのですが、もし脳の変化に伴わない別の理由であれば、つまり、周辺症状のことですが、ケアや生活上のテーマになっていくのではないかと思います(図4)。

中核症状の話にちなんでも、続けます。2番目に多いと言われている認知症のレビー小体型認知症について、普段の診療でざっくりチェックしていると思うようなことを挙げてみました(図5)。血圧が240と思ったら、次は80になっていたり、血圧の乱高下がすごい人がいます。立ち上がると目めまいがする。ご飯を食べると低血圧になって倒れてしまう。寝ると、すごい高血圧でそのまま脳出血してしまう。おしっここの問題もどちらに傾くか分からなくて、おしっこを止める薬を投与したら、おしっこが完全に止まってしまって(尿閉)、管を入れなければいけないこともありました。汗の異常もあります。夜中に毎日三回寝巻きを変えないといられない、寝巻きをしばると汗がでる、という人もいました。不思議なことに、僕のように太っていればよくあるのですが、レビー小体型認知症の人に、睡眠時無呼吸症候群(SAS)の方もいました。閉塞性といって、息ができなくなる。また排泄については、便秘傾向になったりもします。さらに、RBDといって、夢を見ているときに夜間に立ち上がって突然暴れる方もおられます。

黄色で書いたのがBPSDです。ちなみに、中核症状の中にBPSDがこのようなにあります。決して周辺症状とイコールではないということを言いたかっただけで

すが、これは脳の都合で出ているのではないかと思われることです。ちなみに、オレンジ色で書いたのは認知機能の低下の部分です。言いたいのは、BPSDと周辺症状は違うということです。それにこだわる理由は、いくら妄想や幻覚がひどいからといって、それが中核症状なら、ケアでどうにかしろと言われてもかなり難しいと思います。例えば、市販の胃薬でもありますが、H2ブロッカーという薬でこの症状が出る方もおられます。処方薬の鼻水止めもそうですが、そういったものが入っている市販の風邪薬でも幻覚妄想がひどくなる方がおられます。

当然、幻覚が見えたら、否定的に対応しないで受容的に対応しなさい、と教科書には書いてあります。たしかに、いま出ている幻覚を否定したら余計に盛り上がります。その受容的な反応に関しては、間違っていない。ただ、そもそもその疾患が直接表面化した症状でもあるので、つまり、中核症状でもあって、その程度に体調の影響もありますし、薬の影響もあります。逆に、おとなしくさせる薬を使うと余計にひどくなることがあります。つまり、BPSDといえども、その中の中核症状については、この辺は医者と相談した方がいいだろう、という話です。

■合理的な視点の欠如

合理的な視点の欠如とは、そもそも、「認知症にならない」という意味での、世間一般が思う予防法などは存在しないとか、非薬物療法は存在しないなど、幾つもありますが、皆さん、脳トレはご存じでしょうか。あれで認知症がなくなる、と思いますか。

オーストラリアのクリスティーン・ブライデンという方は、46歳か47歳で認知症になって、ご本人が世界中を講演して、世界中のあり方を変えていきました。もともと首相の補佐官で、すごく優秀な方でしたので、当然オーストラリアでは法律も変わりました。多分、最後の来日になるとと思いますが、先週、日本にも来られていました。

アメリカの学者、モリス・フリーデルが、認知症になって、クリスディー・ブライデンに宛てて手紙を書いています。「僕らはよく人から、脳を使えと無神経にアドバイスされるけど、そう言われた僕らは、大事なことについて考えずに、クロスワードパズルやつまらない会話に自分の貴重なエネルギーを無駄遣いしてしまうんだよね」と書かれています。皆さんは認知症になります。そのとき、漢字の書き取りをやりたいですか。僕だったら、暴れますよ。小さい頃も暴れました。おふくろには殴られました。でも、認知症になってから、そうしたら、きつとおとなしくなる薬、僕に使うんでしょうね。日本がこのままだったら。

中核症状についても、せっかくあれだけ説明したのにまたここをひっくり返さなければいけないのは頭痛がするのですが、一言だけ言っておきます。「症状」と「機能の低下」とは違うのではないですか。症状は、血が出ているとか、熱があるとか、吐いたとか、これは完璧に症状を正しく表したとは思えませんが、おおざっぱに言えば、「顕在化した表現型」です。目で見えますし、何かすれば分かる。よく教科書には「記憶障害などの中核症状」と書いてあります。ここは丁寧に考えてみてください。記憶の障害は中核症状でしょうか。

例えば、ここに3人の小学生がいて、1人だけ微分積分ができるとします。皆さん、見ただけで当てられますか。普通の会話をしただけで当てられますか。多分、当てられないと思います。大事な違いがここに潜んでいるのです。なぜそんなにこだわるかという、その人の苦悩は認知機能の低下からスタートしているわけですが、つまり、だから認知症なのですが、それは外から見えない。これが問題で、ここはプロが把握すべきことなのだろうと思うのです。これはケアスタッフやお医者さん向けの話でよく語りますが、外から見えない。それが苦悩の根源を構成しているのです。いまそういう視点も求められているのでは、と思います。



図6



図7

■「患者」という言葉

次に、「患者」「一番大変」「対応」という言葉についてお話ししたいと思います。

見下された見方という中で、最初に患者という話をします。お医者さんの間では結構権威のある「Lancet」という本に、2008年にある論文が載りました。何と書いてあったかというと、「人」は包括的な人間性と、個人として平等な価値を有するものであることを意味する。一方、「患者」は、「人」というには不完全で、「人」とは違う部分を持つ。その違う部分とは、望ましくない違いである。そんなstigmatic term（見下した用語）だと書いてありました。

僕はそれまで思い切り「患者」と言っていたのですが、これはショックでした。不完全で望ましくない差異とはどこかということ、脳細胞が減って機能低下が生じている、ところです。記憶ができないということが、不完全で望ましくない差異です。「患者」と呼んでいる限り、僕はそこだけ向き合っていたわけです。脳トレを使っても治らないでしょう。つまり、僕自身は何もしていないと言われた気がしたのでした。

先ほど言ったクリスティーナ・ブライデンという人は、随分昔から、「私は患者ではない」と書いていました。そのときに、その意味が何となく自分の中で結び付いたのです。

■トムキッドウッドの考え方

トムキッドウッドはイギリス人で、2000年に亡くなってしまったのですが、イギリスの医者向けのガイドライン（指針）に、トムキッドウッドの話がずっと書いてあります。今回、日本の厚労省が6月に思い切り方向を変えてきたのですが、とりわけイギリスのガイドラインを相当ばくっています。その理由は、トムキッドウッドがいたから、と僕は思うのです。その根っここの部分をお伝えしたいと思います。

トムキッドウッドは、生きている姿を五つの要素で書きました（図6）。Pはパーソナリティ、Bはバイオ

グラフィ、どのようにして生きてきたかという生活史です。Hは健康状態、NIは、記憶できない、注意力が保てないなど、脳の神経学的な欠損の部分です。SPは、一番面白くて難しいと思うのですが、Socio Psychologyです。心理社会という言葉はありますが、社会心理という言葉を使ったのは、多分トムキッドウッドが初めてだと思います。何かというと、小さく言えば人間関係、大きく言えば文化です。認知症は何もできなくなってばかりになる病気ですよ、という価値観で我々は生きているのか、認知症になっても最後まで平等な価値を有する人なのか、どうなのかということです。

さて、トムキッドウッドはこの五つの要素で生きる姿が決まると解釈していきました。このうち、患者が「人」と比べて不完全な部分はどこかということ、NIです（図7）。治れば医者としても格好いいのです。薬を飲んで認知症が治るといったら、思い切りこの部分と付き合うべきなのでしょう。けれども、そうはいかないのが認知症です。

先ほど言った、「先生、うちの人は、私はそんなことやっていないのに、とてもいらいらして『物を盗った』と言うのです」という訴えが一番多いというのが臨床の論文でありました。僕にも本当にこういう訴えが多いです。お医者さんは「それは脳のカイバというところが、もう駄目になっているからです。だから、すぐに忘れるんですよ。物忘れの進行が少しだけだけれども遅くなる薬があります。でも、もしいらいらが強ければ言ってください。おとなしくなる薬もあります」と言うわけです。これが恐らく、先ほど言った中核症状という見立てかなと思います。

では、「人たる」を意識したトムキッドウッドだったらどう解釈していたかを考えてみましょう。先ほどの公式のとおり考えればいいことになります。たとえばPは、面倒見がいいけれども、プライドが高い。Bは、小学校しか出ていないけれども、たたき上げの会社の経営者である。Hは、実は痔がある。NIは物忘れ、



図8

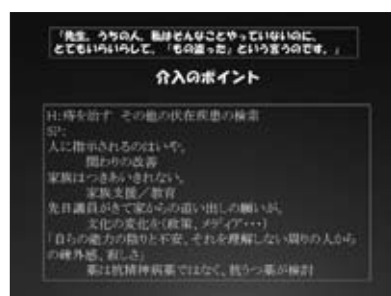


図9

SPは例えば人間関係と申し上げました。本人からすれば、人に指示されるのはまっぴらごめんである。一方、周りの家族は、こんなやつとは付き合い切れない、うるさいと思っている。

これは実話ですが、先日、ある議員が来て、家から退去してくれとお願いをしました。つまり、夜中にお隣の家をゴンゴンたたくので、周りの誰かが議員を呼んで、そのうちへ伺って、ここを退去してくれとお願いされた、というのです。

トムキッドウッドなら、次のように言うのだろうと。「人の世話は買ってでもやるのに、人の世話にならない。痔が痛くて、ただでさえいらいらしている。いろいろと指図されるとむかつく。でも、一人になると、以前の自分と違う能力の陰りも心に堪える」。この辺が重要です。このあたりの話がしばしば周囲の意識から落ちてしまいます。「やり場のない気持ち。そのときに、さっき置いたはずの財布がない！ 自分のせいではない」。おれはいくらばかになっても、それはさすがに覚えている、というわけです。当たり前ですよね。「いくら物忘れがあったとしても、そのぐらいは覚えている」。だから、目の前のうるさいやつが取ったのだと思うわけです。

この前亡くなってしまいましたが、僕が尊敬する小澤勲という京都の先生が、そういう考えを「獲得する」とおっしゃっていました。周りはどうか知らないけれども、本人はこのことによって、自分が保てるわけです。「あいつが盗った」という考え方が「獲得」さえできれば、自分が自分でいられるわけです。自分の「生きる」を賭けているのです。こういう訴えをしているときに、トムキッドウッドがその本人の心の内容をのぞけば、きっとこのように答えたのではないかという感じです。だから、自らの能力の陰りと不安、それを理解しない周りの人からの疎外感、寂しさがある、と考えていくわけです。

■介入のポイント

トムキッドウッドはもう1個教えてくれています。では、われわれ、専門職者は何ができるかということです。その窓はHとSPにあります。(図8、図9) Hは、痔を治そうというわけです。だるさも相当人をいらさせます。それは皆さんご自身でもご経験があると思います。風邪を引いて、仕事をやらなければいけない、何かしなければいけないときに、いらいらしませんか。そういうことをどうにか探そうというわけです。

SPは、「人に指図されるのはいや」というのは、すごく難しいでしょうが、かわりを改善する。「家族はつきあいきれない」、家族支援が必要になってくる。「先日議員がきて家からの追い出しの願いが」。文化に介入しようとするれば、たとえば、さきほどの議員の実名をメディアに言って、悪々しくテレビ、新聞が伝え続ければ、そういうことはなくなるでしょう。

物取られ妄想は、あるお医者さんの教科書を読むと、おとなしくさせる抗精神病薬が最初に使う薬ですよと書いてあります。けれども、ここまで解釈すると、そうではないのではないかと。医学的に言えば、疎外感や寂しさからきていると思えば、抗精神病薬の対象ではなくて、抗うつ薬ではないですか。僕はどちらも出しませんが。

■「対応」という言葉

「患者」と言う言葉以外のいくつかの言葉の話。

認知症が随分進行している方が、うちのスタッフに「親切とお世話には涙が出ます。でも、その涙の出る場所は違うのです」と言われました。親切は、うれしいのでしょうか。お世話は、そういう自分は情けないと思うのかもしれません。これを随分と認知症の進んだ方から言われたのです。彼女はショックを感じたらしく、「こう言われました」と僕に連絡がありました。2人で一緒に泣いてしまったらしいです。

もう一つは、身長147cmのうちのスタッフの自己紹介です。ちらっと見て面白いと思った話をばくりま



図10



図11



図12

した。「背の低い人への『配慮』はうれしいけど、背の低い人への『対応』は傷つくと思う今日このごろです」と書いてありました。

それから、前の老健局の局長が、「いいか！ 認知症対策って言うだろう。公害対策、癌対策なっ。対策というのは、悪いものをやっつけるという意味なんだ」と言ってきたのです。そのとき「認知症対策」を一番使ってきたのは当の老健局だろうと思いましたが、その当局の長がそういったのは、感激しました。

たしかに認知症対策という言葉は多いですね。認知症対応という言葉も多いですし、お世話の対象という言葉も多いです。そういう言葉によってもスティグマを構成しています。

ちなみに、さすがは老健局で、今年6月の厚労省の報告書は「対策」という言葉が一切なくなり、全部「施策」になっています。ちなみに「患者」という言葉も全部なくなって、「人」になっています。今まで、「認知症の人と家族」と「家族」を書いていたのですが、今回の報告書は「認知症の人の意思を尊重する」と書いてあります。6月18日の報告書です。これが今後の施策の方向性ということで、厚労省は大きく枠組みを変えました。ちなみに最初の文章に、私たちは間違っていました、今まで間違った施策をしてきたという反省文があるのです。劇的な変化です。感動します。

■「一番大変」とは？

「一番大変」と言うのです。何が、誰が、でしょうか。さきほどのクリスティーン・ブライデンさんがこの前、来日されたので、写真を撮っておきました（図10）。

クリスティーンの『私は誰になっていくの？』という最初の本は、世界的に読まれました。認知症の人も読みました。2冊目は、『私は私になっていく (Dancing with Dementia)』というタイトルです。要は、何を発見したかということ、認知症になったら認知機能が駄目になる。感情の表現も駄目になる。けれども、私が

私であることは変わらない。最も大切なことは失われないと彼女は述べました（図11）。

誰でも、大事なものが失われれば、ふさぎ込むか、人によっては死にます。あるいは周りに当たり散らす。人によっては人を殺しますよね。僕は往診先で、他殺と自殺の二つのケースとも経験しています。立場を変えれば、それが当たり前かもしれないなあ、とも思います。ところが、周囲の視点しかないとなると、ふさぎ込み、落ち込んでじっとしていればラッキーなのです。何もしないのだから、放っておけばいいのです。ただ、周りに当たり散らしたり、殺したり、包丁を振り回していると、「こいつ、大変」となるわけです。

答えは出しませんが、「一番大変」と言うけれども、皆さんがこれからどういう社会を歩むかによって、この「大変」の意味合い、天秤の重みが変わるのです（図12）。認知症の人を人と思うか思わないかで、答えが違うわけです。社会の歩み方によっても変わるわけです。最初に皆さんにお伝えした内容、僕の立場になって困ったときの対応はどう考えますかという内容が、今の話を聞いて少しでも変わっていれば、それが僕のお伝えしたかったことです。

最後に、一つ文章を読んで話を終えたいと思います。4年ぐらい前に、一緒に何かをやろうという話でお福の会を始め、さまざまな立場の人々が一同に会しました。喧々譁々始まりました。なかなかやるべきことが定まらない。だったら原点にたちかえて、せめてみんなが共有できる文章は何だろうということで、宣言文が作られました。それでも、その文章を作るのに半年ぐらいかかりました。その道のりは大変でしたが、やっとできた宣言文。その文章を読みます。

これは、「お福の会」宣言文という形で書きました。お福というのは、新宿西口から徒歩5分ぐらいにある居酒屋の名前です。今は、そこではやっていません。

「お福の会宣言」

「人は、人として生まれ、人として死ぬ。そして、その過程で誰もが認知症という病に遭遇する可能性を

もっている。かつて、認知症をもつ人は、『人格が崩壊する』『ところが失われる』と恐れられた時代があった。だが、今や私たちは知っている。認知症になっても自分は自分であり続けることを。月が欠けているように見えても、月が丸いことに変わらないのと同じである。自分が、認知症になっても、家族の一員、社会の一員として、友人として、権利と義務とを有する国民の一人として、生活を続け、人生を全うしたい。同じように、家族や友人が認知症になっても、ともに人生の旅路を歩き続けたい。『お福の会』は、そういう思いをもつ市民が、本人や家族、医療、介護、行政、その他の立場を超えて集う場である。認知症をもつ人が生活の主体者として人生を全うできるように、私たちは力を尽くしたい」。

ご清聴ありがとうございました。