

Medical Journalist



Medical Journalists Association of Japan

NPO日本医学ジャーナリスト協会会報
APRIL 2013 Vol.26 No.2 (通巻70号)

発行：NPO日本医学ジャーナリスト協会
発行代表人：水巻中正

C O N T E N T S

<1月新年賀詞交換会> 「現在の認知症と介護の問題点」	1	<3月例会> がんリハビリテーション ～がん共存時代の新医療～	8
<2月例会> 「東日本大震災から得た組織の危機管理— 原発事故への対応を通して」	5	命あつての俳句考	10
		新刊紹介	11
		冗句茶論	12

●2013年新年賀詞交歓会ゲスト講演

「現在の認知症と介護の問題点」

和田秀樹さん(精神科医・作家)

報告・小川陽子

2013年の新しい年の門出にあたり、1月28日、恒例の新年賀詞交歓会を開催した。今回のゲスト講演には、精神科医・作家の和田秀樹氏をお招きし、「現在の認知症と介護の問題点」というテーマでお話を伺った。和田氏は2012年、認知症を患う父とそれを支え向き合う家族愛を描いた映画「『わたし』の人生(みち) 我が命のタンゴ」を監督し、銀座のシネスイッチにて公開され、8月10、11日の映画満足度ランキングでは、同時期に公開された期待の話題作、「桐島、部活やめるってよ」を抜いて、1位となった。

和田氏は、1988年より認知症に関わり、日本の老年医学の発祥の地である杉並区の浴風会や認知症の地域医療で知られる川崎幸クリニックに勤務し、長年にわたり老年医学の経験を積む。現在は、国際医療福祉大学大学院教授であり、心理学、教育問題、大学受験などのフィールドを中心に精力的に活躍する。

今回の講演では、認知症をはじめ高齢者特有の症状や特徴について、また、介護の現実や目前に迫る問題にはどのようなものがあるのか。さらに、重視政策として進む在宅介護は果たして可能なのかなど、日本に求められている高齢社会への対策について提言された。

●高齢者の中の高齢化が進むことにより、 認知症が増加

認知症は2012年の時点で300万人を超えている。これはどのような意味を持つのか。高齢者人口3,000万人のうち、10%が認知症である。2002年の推計での、2010年には208万人、2015年には250万人という予測よりも認知症の増加が厳しいということになる。

なぜ、予測よりも大きいのか?これは、数字のトリックで、若年性認知症は、症状が激しいため、話題にはなるのだが、実は数は少なく69歳までのなかでは認知症は1%に満たない。ところが、85歳以上では、日常生活に支障をきたすレベルは16%にのぼる。つまり、65歳以上が増えなくても、認知症は増えないが、85歳以上の人口が増えれば、認知症が増加するということがある。したがって、特に重要なのは、高齢者が増えているだけでなく、高齢者が高齢化が進んでいるということが、問題なのだと言えよう。

1970年は、日本が高齢化社会に入った年である。WHO(世界保健機構)の定義によると、65歳以上人口の割合が7%超で「高齢化社会」、「高齢社会」、21%超で「超高齢社会」とされている。現在の日本では、この2段階を乗り越えて、超高齢社会となっており、高齢化社会になった1970年は、85歳以上は高齢者人口全体の3%、つまり、500人に一人しか85



▲和田秀樹さん

冗句茶論(ジョーク・サロン)

松井寿一

電力制度の改革で、発電部門と送電部門を分離することになった。これが本当の発電の転換。

ある日の朝、さる高名な友人から電話がかかってきて「朝起きたら、〇〇新聞の一面にのっていた」という。さっそく隈なくみてみたが記事がない。よくよく聞いてみたら「載っていた」のではなく「乗っていた」のだ。

歌舞伎の「オヤマ」を「オカマ」といい間違えた。

駅で大手町のアナウンスを聞くと、つい将棋を連想してしまう。「王手待ち」。

せっかくのサプリメントなのに、愛用者を蹴とばすという意味になってしまう。「ファン蹴る」。

「くじ引き」という言葉をいい換えると、両極端の意味に分かれる。抽選日(チューをしない日)。抽選会(チューをせんかい)。

実際に空を飛んでいるのに、飛んでいないという物体がある。「飛行せん」。

サンド社を訪ねた。初めてなのにサンド。

木材で家具を造っている職人さんは、ひと言も口をきかず、もくもくと作業している。

刑事さんが大手柄をたてた。でかした。刑事さんの好きな歌「デカンショ節」、刑事さんが好きな踊り「デカダンス」、刑事さんの好きな果物「デカメロン」。

原さんが住めないという。ハラスメント。そこで恨みハラさん。

山の上ホテルは英語で「ヒルトップ」。夜はトップではないのか。

舞台がなくても演ずることができる芸能。能舞台。

境界にある教会へ行くのは今日かい。

現代の三国志。中国、韓国、靖国。

お寿司をご馳走してくれるという先輩の後をついていった。何を食べてもいいが「ア行」はダメだという。アワビ、甘海老、赤貝、あなご、イクラ、イカ、ウニ、エビ、大トロ等々、高価なものはほとんど「ア行」にある。

「あなたはいい人だ」というのを「新鮮な卵だ」といい、悪い奴がひどい目に遭ったのも「新鮮な卵だ」という。「いい君だ」と「いい気味だ」

西洋風の建物の中で食べる和菓子は、羊羹(洋館)。

天には三つの「ろうか」がある。照ろうか、降ろうか、曇ろうか。

モテる女性は「さそい座の女」で、一男去ってまた一男。

フランスはパリに、喧騒をきわめている美術館がある。「ウルセー美術館」

一万本以上はあるといわれる吉野の桜を詠んだ都々逸と川柳。
君は吉野の千本桜
色香よけれどキが多い。

この山は風邪をひいたかハナだらけ。

白か黒かというと、「白がよくて黒が悪い」が一般的である。しかし今の日本は真逆になっている。日銀総裁の話である。白川さんから黒田さんになって、とてもよくなっている(?)。

新刊紹介

國井修著 『国家救援医—私は破綻国家の 医師になった』 角川書店刊(本体1,400円+税)



ペルー日本大使公邸占拠事件。
あの忘れがたい事件の終息した4ヶ月後。日本側医療班の一人だった國井先生をお迎えして、MEJA仙台例会が開催された。
ペルーの事件始め、世界中における緊急医療活動のお話に、固唾を呑んで聞き入った私たちは、グラス片手に深夜まで國井先生を囲んだ。
くつろいだ國井先生からは、スーパーマンのような世界各地での活躍ぶりとは異なった、悩みつづ毎日を生きる真摯な素顔を感じ取ることができた。
私が國井先生から初めて電話をもらった

のは、92年の2月のことだった。バブル期に「デカセギ」に来た在日外国人医療の、宮城県の現状を話して欲しいとの要望だった。
気が合ったのか國井先生と私はそれから、栃木県栗山村のアレルギー調査、ブラジル北東部のレシフェ市におけるアレルギー調査、など各方面で共同研究を続けた。
それから日月を重ね、私が中国各地におけるアレルギー調査に逐われている間、國井先生はミャンマー軍政下でユニセフの業務に携わり、僧侶のデモ行進とそれへの迫害を目のあたりにした。
医師を目指したときに憧れたシュヴァイツァーのアフリカには、ソマリア支援センターの責任者としてこの1月まで勤務した。
この間、東日本大震災の支援のために石巻市へ入り、仙台市の我が家で1ヶ月ぶりのお風呂を楽しんで行かれました。
もっとも我が家もその時はガスが通っておらず、ヤカンで数十回にわけて沸かした、そんな風呂ではあったが。
その國井先生が本年2月、ジュネーブの「感染症対策世界基金戦略投資効果局長」に就任した。
「繰り返す歴史の愚かさ」とそれに翻弄される人間のいとなみについて、緊急対応的な医

療活動だけでなく予防的な対応をいかにすべきか、最近はその間に先生の関心が移っている。
16年前のMEJAの仙台例会レポートに國井先生の講演のまとめとして、私はそう書いた。
今やジュネーブを中心とした、世界の保健戦略の中心人物となった國井先生。
そんな國井先生の活躍を、我がMEJAは関心を持って見守っている。
会員のお一人おひとりが、本書に目を通して頂き、MEJAにご縁のある方として國井先生に親しみを持って頂けるなら、うれしい。
(三好彰)

**Medical Journalist
Vol.26 No.2 (通巻70号)**
発行：NPO日本医学ジャーナリスト協会
発行者：水巻中正
編集責任：松井宏夫
E-mail: matsui@ab.em-net.ne.jp
事務局：東京都港区麻布台1-8-10 麻布信成ビル7階
(株)コスモ・ビーアール内
担当 近藤 龍治
TEL 03-5561-2911 FAX 03-5561-2912
ウェブサイト：http://www.meja.jp

歳以上はいなかった。ところが、2025年には人口の四分の一が高齢者、そのうちの五分の一が85歳以上、つまり全人口の5%が85歳以上になる。さらに、85歳以上の三分の一から二分の一は、認知症と診断基準を受けることになるため、2025年には、全人口の約2%が認知症となるのだ。高齢者問題を考えるときに、65歳の人口が増加すると、とりわけ、年金の財政危機や労働力不足が話題の中心となるが、85歳の人口が増えるということは、介護問題が深刻化する。高齢者の質が変わっていくということを、認識しなくてはならない。

●認知症についての認識

認知症の分類としては、アルツハイマーか脳血管性といわれていたが、一時期は脳血管性の認知症というのは進行を止められるとか、ひどいものになれば治せるといわれていた。

認知症(老年痴呆)に有効との触れ込みで、カラン、アバン、ホパテといった脳代謝改善薬が大々的に売り出され、製薬会社はカランとアバンの併用療法をカラバン療法と銘打って、しきりに宣伝攻勢をかけたものである。ところが、これがあるとき突然、こうした薬はすべて効果が証明されないとして、認可取消となったのである。脳血管性は、「脳の血流を良くすれば治るんだ」みたいな楽観論がいわれていたが、残念ながら脳血管性の認知症は、微小な動脈硬化が悪化して起るため、脳血管性の認知症も進行性の病気であるという認識をしなければならぬ。だとすれば、アルツハイマーだの、脳血管性の認知症などと分けることが、さほど意味がないのだと和田氏はいう。

どのような認知症が実用的な分類なのか。アルツハイマーの場合、徘徊や異常行動多い、夜中に声を出して騒ぐ、幻覚や妄想がみえるなど、陽性症状が多いタイプの認知症を、熊本県にある国立療養所菊池病院の室伏君士博士は、コルサコフ型と呼んでいる。

もう一方では、大人しくなって、家の中で座ったまま何もしない。旅行にも行かなくなったね…と言われていたうちに、息子の顔もわからなくなり、いきなり敬語を使うようになって、はじめてボケたのではないかと慌てるケースの認知症が圧倒的に多い。9割はこのような大人しい症状だが、残りの1割は、陽性症状が激しいタイプなため、介護をする家族は、眠れなかったり、仕事ができない、目が離せない。1

割であっても、現在300万人の認知症のうち30万人が陽性症状の認知症であり、社会的な問題として相当の対策が必要である。また、認知症の進行状態は、高齢者になってから発症しても、急速に進む人もいれば、50歳くらいから若年性認知症になったが、10年くらい記憶障害のまま止まっている場合もあり、半年くらい経過の様子をみて、進行が早いタイプなのかどうかを見分ける判断が実用的である。さらに、現在注目されているのが、非アルツハイマーの前頭側頭型である。抑制がとれなくなるタイプのものは、痴漢、万引きなどの行動をする場合があり、話しをしているかぎりでは問題がないようにみえるのが特徴だが、脳の検査をしてみると、実は前頭側頭型だとわかる場合がある。この他、レビー小体型認知症の症状には、幻覚、妄想などが多くあげられる。しかし、その症状を薬で止めようとすると、パーキンソンの症状が現れる。新潟県糸魚川市の全数に近い調査では、前側頭型認知症とレビー小体型認知症が2割ほどという統計があり、非アルツハイマーの認知症にも注目する必要がある。また、動脈硬化が進むと物臭になることや、神経伝達物質が減るとうつ病になりやすくなるなど、認知症ではないが、前頭葉の機能が落ちてくることにより、考えのスイッチがうまく作動しなくなり、急な暴力行為や言動、頑固になるなど、脳の老化にまつわるさまざまな問題が生じているのである。

●認知症の誤診が多い

60代～70代では認知症は少なく、認知症の症状の場合でも、それが薬の副作用による場合も多い。例えば、安全な睡眠薬として処方される精神安定剤は、高齢者の老化してきている脳では、記憶障害を引き起こす原因となることもある。また、最近注目されているのは、血糖値のコントロールである。和田氏は、「血糖値のコントロールを厳格にするとよい」というのは伝説か神話であると指摘する。低血糖が起きると、わけのわからない言動や失禁などの症状が現れるため、認知症に間違えられてしまう。近年、立続けに行われてきたアメリカとイギリスの大規模調査では、ふだんの血糖値を反映するHbA1cの値は、正常よりやや高めでもコントロールするほうが、正常値を目標にするより死亡率は低い、ということが明らかにされている。日本の医療のなかで「正しい治療」だと考えられていることでも、高齢者の場合に

れば、必ずしも「正しい」とはいえないのである。

この他、誤診されやすいのは、高齢者のうつ病である。65歳以上の5%がうつ病だといわれているが、症状として、意欲がなくなり記憶低下が起きるため、認知症と誤診されやすい。さらに、もう一つは、せん妄である。これは、意識障害の一種で、症状としては、記憶障害はないが、妄想だけが起る場合である。入院した親が、急におかしなことを言うようになり、異常な行動をとるなど、これは、いわゆる、頭が寝とぼけている状態のことで、特徴としては、認知症のような記憶障害はほとんどなく、妄想だけが強くなる。多くの場合、劇的な効果とはいえなくとも、症状に合った薬を処方することでよくなる。ただ、医師によってはせん妄についての知識がなく、認知症と精神疾患の区別がつかず、「認知症を隠して入院させたのか」などと怒られ、誤診をされてしまう場合があり、そのまま施設送りになってしまうと、治せるはずの精神疾患を治せないまま、認知症に移行してしまうということがある。せん妄は、年を取れば、往々にして起こりやすく、薬の副作用によるものや、骨折など痛みを伴う疾患や心筋梗塞の急性期などの病棟に多くみられる。

和田氏は、日本は、高齢者専門精神科医の養成が遅れていると指摘する。高齢者専門の精神科医を名乗っている医師は多いが、そのほとんどが、顕微鏡や生化学的な脳の研究者であり、認知症の症候論を唱えるのはむしろ内科医師に多く、精神科医が介入すべき分野であるのだが、専門の医師は現実には少ない。

●和田氏が監督すると映画の結末はこうなる

和田氏が実際のエピソードをもとに描いた映画、『「わたし」の人生(みち)我が命のタンゴ』。これまでの認知症をテーマとした『恍惚の人』や昨年話題となった『わが母の記』などは、最後まで家で看取ることを誉め称えるようなストーリーが大半であったが、この作品は、これまでとは相反して、「家で看取らないほうが幸せ」という結末を描いたのだと話す。主演の秋吉久美子演ずる主婦であり、大学の助教授は、自らの長年の夢である大学教授への道を歩みはじめようとしたとき、橋爪功演ずる元大学教授の父親が認知症になり、介護離職を迫られる。物語は、父親は大学の名誉教授で、講演会には多くの人が集まるほどの人物。だが、女性のきれいな足を見

かけると、つい触ってしまいたくなり、度々警察の厄介になるため、そのうち検査を進められる。脳を調べてみると、前頭葉の血流が減り、萎縮も始まっていた。たとえば、初期認知症であれば、大統領が務まる人もいるように、知的レベルの高い人の認知症の場合、家族がデイサービスを利用したくても、本人が行きたがらないケースが多い。この父親は、たまたまタンゴを踊るデイサービスを訪れ、そこで松原千恵子演ずる施設入居者のきれいな女性と出会い、一緒にタンゴを踊るようになってから、比較的症状が落ち着いてくる。娘は、家族会の支えもあったのだが、そのうち、さまざまな出来事が重なり、介護離職を余儀なくされる。このように、未だに介護負担は、女性にのしかかる。

2006年の10月から2007年の9月までに介護離職者は、現在15万人ほどいるといわれている。今年13年に発表になる2011年10月～2012年の9月までの調査では、おそらく20万人～25万人になり、累積では100万人は楽に超えるだろう。この長寿社会に、親の面倒を見ることのリスクは大きい。仕事を辞めざるを得ない、しかも戻りたいときには仕事はない。さらにその後の自分の人生も、30～40年先まで生きなくてはならない。果たして、在宅で親をみていることが親孝行なのか。厚労省は、基本的に在宅介護の重視政策を続けているが、要介護になるのが85歳を過ぎてからが多いため、現在、親の介護をしているのは60歳前後と考えられる。日本は今頃になって少子化と騒いでいるが、1947年から1957年のたった十年間で出生率が4.5から2.0に下がっており、これからは、この2.0の人たちが、介護世代にはっていく。つまり、親の介護をするのに、4人兄弟でと、2人兄妹で女性がひとりとは負担の重さが違うにも関わらず、日本は在宅介護政策を進めていることがおかしいと和田氏は指摘する。

●介護ストレス

和田氏は、家族が介護のストレスからくる、高齢者虐待の統計にも注目すべきだという。在宅の場合は、自分で虐待をしていると自覚している人は35%もいる。したがって、家で見ることはたして幸せなのか、かなり疑問である。また、独居高齢者よりも、家族と暮らす高齢者のほうが自殺率は高い。それは、寂しいからという理由よりも、家族に迷惑をかけていることを悲観して自殺をする人が多いのだとい

う。介護うつを含めると、年間2～3千人が、介護にまつわる自殺をしているといわれている。さらに、介護殺人が10年間で、400件。新しい調査結果では、年間50件ほど。これが、どれほど大きな数なのか。日本の殺人認知件数は、1,100件ほどしかない平和な国。そのうちの5%弱が、介護殺人であり、このような国はほかにはないだろう。

介護家族を救うための家族会や、施設で預かるといった物理的負担をなくすこと。あるいは、経済的、制度的支援、介護家族へのメンタルヘルスとして、精神科医は施設へ移行するときのタイミングや、施設へ預けることの罪悪感を取り除いてあげることも、同時に進めていかなければならない、と和田氏。

●働き盛りを苦しめる、在宅介護重視政策

中高年女性の就労機会を奪い、40代、50代の実質定年という現実問題。年収が600万ある人の親は、生活保護を受けてはいけない日本。田舎で一人暮らしの認知症になった親の面倒を見るために、仕事を辞める選択を取らざるを得ない圧力がかけかねない現実がある。介護保険は、料金や時間帯によって異なり、思ったより受けられるサービスが限られているため、いずれにしろ、仕事はやめざるを得ないという結論になりがちである。和田氏は、日本において、介護パウチャー制が成りたてば、介護費用も単純明快で、住み込みのお手伝いさんを雇うことができるという。差額は親の年金で賄うか、子供たちで頭割りして負担をすれば済む。あるいは、ドイツのような現金給付ならば、知り合いに頼むなり、田舎ではお隣にお願いすることも可能となる。また、効率という点からも、明らかに施設介護が有効である。和田氏は、政府が道路や箱ものを造る公共事業を進めるのであれば、むしろ、介護施設を建てることで、そこへぶら下がる関連企業が多く、経済波及効果が大きいはずだと主張する。たとえば100億の公共事業には、それなりのメンテナンス費用がかかる。しかし、介護施設を造る場合には、メンテナンスというよりは人件費。つまりそれが雇用対策にもつながるのだという。

●最後に暴論といわれるかもしれないが…

相続税100%論

こうでもしなければ、お年寄りはお金を使わないまま経済は上向かず、若い人に益々負担が大き

なるのだと警鐘をならす。

浴風会に勤務していたころ、身寄りのない方以外の一般の入院の方にも、できるだけ解剖をさせてもらった。それは、お年寄りの場合は、認知症だと思っていたが、解剖したら認知症の変化がなく、うつ病を誤診していたなど、解剖させてもらってわかることがある。ある年数、主治医として関わっていると、身近で介護していたご家族は、快く解剖を許可してくれるが、普段見かけたことのない身内からは、体に傷をつけられたら困るなどと解剖を拒絶され、霊安室の側では財産争いで揉めはじめているなど、さまざまな家族と接してきた和田氏は、自身の基本的な問題意識があるのだと強く語る。子供であるというだけの理由で、バイオリジカルに相続を許していいものなのか?ということである。大きなポイントは、若い頃にお金を使えないという仕組み。取めたお金は、すべて80歳代後半の介護費用に充てられる。これでは若い人が、お年寄りは早く死ぬというような社会になってしまう。若い人に負担をさせないためには、親からの相続は諦め、社会的リバースモーゲージの構築が、和田氏の一つの大きなテーマであると強調し、相続税100%論のメリットを示す。相続税100%になれば、高齢者対策の財源は高齢者で賄える。亡くなったと同時に財産をもっていられると思えばお金を使うようになり、高齢者向けのビジネスも盛んになるだろう。さらに、その高齢者向けのサービスや商品は、世界の高齢者マーケットへ向けた異質化戦略となる。

また、機会平等の象徴的意味としては、親の財産を継げない仕組み。日本では、裕福な子供は、小学校からエスカレーターで大学まで行ける。だが、アメリカのハーバードには付属高校は無い。つまり、日本の裕福な家庭の子供は勉強をしない。子供は無能であっても社長を継がせ、同時に親の株も継ぐことができる。しかし、相続ができなくなると、親が亡くなってから社長として残れるかどうかは、その人の能力次第となるため、子弟教育のインセンティブにもなる。この他、介護者のみに相続税の減税や、農業の事業継承者の減税導入などのデメリットへの対応も示した。暴論かもしれないが、決して非現実的ではない。これは、長年お年寄りを診てきた和田氏だからこそ提言なのである。

(おがわ・ようこ=医療ジャーナリスト)

●2月例会

「東日本大震災から得た組織の危機管理— 原発事故への対応を通して」

菊地 臣一さん(公立学校法人 福島県立医科大学 理事長兼学長)

報告・藍原寛子

2013年3月11日で東日本大震災から2年。地震、津波、放射能汚染という三重苦に見舞われた福島県唯一の医科大学のトップとして活動してきた菊地氏に、原発震災下での医療対応とその教訓、組織におけるリーダーシップについて語っていただいた。以下に講演の要旨をまとめた。

●震災直後の対応

3月11日当日、私は文科省でのプレゼンテーションの後、都内で開催される国際会議に出席する予定だったが、そこで地震が起きた。日本人の若手医師80人は参加できず会議は中止。来日した海外の医師11人を4時間かけてハイヤーで空港に送り出し、その後6時間かけて福島県立医大に戻った。まだ原発は爆発していなかったが、米国大使館は12日の最初の帰国便のファーストクラスを押さえて米国の医師の帰国を促した。米国政府はすでに深刻さを認識していたのではないかと推測される。私の出身でもある福島県立医大の整形外科では、その日も原発立地地域の浜通りの中山間地域の診療に医師を派遣していた。現地で被災した医師は一晩、救援活動に携わった。3月12日にかけて、原発から半径3キロ、10キロ、20キロと避難区域を拡大する形で避難指示が出され、その間に原発が爆発。現地の病院には突然、白い防護服を着た警察官と自衛隊員が入ってきて避難を促しており、すでに放射能のリスクは意識されていたのだろうと思う。一方、病院の職員や患者さんは、待ったなしの着の身着のまま避難を促された。

●避難指示により全面閉鎖になった

浜通りの基幹病院

避難指示後、浜通りのかなりの病院が避難の対象になり、約500床が機能停止となった。この中には精神科のある病院や、一次被曝の災害の初期対応に当たる「初期被曝医療機関」の福島県立大野

病院、双葉厚生病院、今村病院も含まれた。深刻な問題として考えなければならないのは、この地域には介護施設や特別養護老人ホーム、老人保健施設が多数あったことだ。のちに療養型病院、介護施設からの避難で、多くの高齢の患者や入所者が亡くなったことが分かったが、当時、医療の側ではそこまで意識が向かなかった。今後は緊急時の避難方法の検討が必要だ。あらゆる医療機関、介護施設、老人保健施設が、各施設の裁量で一旦、患者さんや入所者を一ヶ所に集めてトリアージをし、そこから移送するという対応も考えるべきだろう。福島第一原発から20-30キロ圏内の住民には3月15日に屋内退避が指示されたが、病院機能が崩れたのは委託業務からだった。委託業務で給食を作る職員が会社の指示で引き上げたため、残った医師らが電気釜でご飯を炊いたらしいが、治療もしなければならない。最後には避難を決断した。3月12日午後の双葉町の一斉避難の様子を撮影した写真がある。これを見ると、避難の車で山道は渋滞した。避難経路となった街道沿いに放射能汚染が広がったが、当時は誰も分からなかった。

●震災後の福島県立医大附属病院の状況

福島市の福島県立医大附属病院では震災直後から、平常業務は全て中止となり、患者の引き受けと後方支援、前線への職員派遣をした。運び込まれた患者は、はじめが外傷、次は津波による低体温症、最後に原発事故。断水、病院機能低下の中での対応だった。大学のグラウンドはヘリポートになり、全国から救急車が何百台も駆けつけてくれたのはありがたかった。次々に運ばれてくる患者をトリアージしてロビーに運ぶ作業が続いた。放射能に汚染された患者や作業員への対応も、もちろん初めてだったが、初めての割にはうまく行ったと思う。



▲菊地臣一さん

初期に最も問題になったのは水と医薬品の確保。1ベッドあたり1日1トンの水が必要だが、断水で病院のタンクでは間に合わなくなった。土曜日の12時まで水が戻らなかったら、「総退却」と国に伝えたが、その土曜日の11時に最優先で水を通してもらい、ぎりぎり間に合った。入院患者は水洗トイレの使用可としたが、医師や看護師ら職員はグラウンドや駐車場に作った簡易トイレの使用と決め、節水に努めた。震災前から医薬品はデッドストックを置かない方針だったが、震災時には裏目に出て薬剤不足になった。燃料も不足していたが、自衛隊からの供給で間に合った。災害に強い病院をつくるにはこの点を考えないといけないだろう。さきほど給食の業務委託の話をしたが、病院の委託業務の契約内容の検討が必要だ。ドクターヘリを飛ばそうとしたら、委託会社の職員引き上げで、誰もいないという事態が起きた。

放射能で最初に動いたのがREMAT（リーマット、Radiation Emergency Medical Assistance Team）。長崎大、広島大のREMAT合同チームに来てもらい、原発事故について話をしてもらった。それが「これから原発が爆発する」という話で、しかも水素爆発ではなく「原子炉が爆発する」という内容。本学の教職員はショックを受けた。だが本学が退却すると、歯止めが利かなくなる。どうしても支えなければいけない。

「専門家の啓発活動が必要だ」と判断、長崎大学の片峰茂学長に電話をし、WHOやチェルノブイリで長年放射能のことをやっていた山下俊一先生に福島に来てもらい、全学対象で説明会をもらった。これでだいぶ学内が落ち着いた。原発から60キロ離れた福島市でも説明会を開き、現在のサイエンスが持っている情報を話してもらった。人的な交流を強固にするために、長崎大学と広島大学副学長に就任してもらい、放射線被曝リスクコミュニケーションの専門家を配置し、急遽広報部門を作って対応した。

そこでは情報の共有化と窓口の一本化を図った。情報の発信者は一人に絞り、情報共有の点では、約1ヶ月間、月曜日の朝晩に全学の教職員を集めて状況説明を続けた。「出席していなくて聞いていなかった」というのを徹底的に排除した。

震災直後、文科省からは「宮城、岩手、福島が連

携して対策を取っては」との話があったが、即座に辞退した。原発事故に遭った福島の対応は、国と連携してやるしかないと考えたからだ。

●地域社会の大きな変化、被災地の社会基盤の崩壊

震災後、地域社会、被災地では社会基盤が完全に崩壊している。

まず、人口の急激な減少。医療従事者も減っている。このため、医療や介護の問題は今後、相当響いてくるのではないかと思う。医療機関も減っている。これは他の被災地も同様で、被災地に戻っても医療の採算が取れず、政府のアシストもなく、かといって民間でできるものではないという課題がある。

さらに放射能の問題。風評被害を払拭するためにもセシウム検査をするのだが、検査には時間と手間ひまがかかる。サイエンスでみてどこまで除染が有効か、ちゃんと答えられる人はいるのだろうか。安全、安心のための除染で、やらないと住民が納得しないのも事実。当然これが続くのだと思うが、その費用をどこまで税金で補うのだろうか。高齢者を中心とした震災関連死。最近では東京の避難先で高齢者が亡くなっていて、誰も気付かなかったという事例が発生した。特老の高齢者の死亡率も上がっている。避難した方も、いつ地元に戻れるのか、もし帰れないならどこに永住するのか。それも決まっていないうえ、避難している住民と、受け入れている住民の間にトラブルも起きている。メンタルヘルスケアを大きなプロジェクトとしてやっているが、人手が足りない。原発の復旧工事も放射能問題で人が集まらず、作業に支障があるばかりか、労災事故が増えているなど、問題は多い。住民を支援する側を支える体制の欠如も問題だ。最近では市町村の中間管理職の辞職が増えている。私の個人的見解だが、首長からは責められ、住民からは突き上げられるということが起きているのではないか。本学の県民健康管理調査でも、電話対応の仕事の女性が次々に辞職した。支援者の支援が急務。支援者も「先が見えない」ことに苦しんでいる。医療の場合、たとえどんなつらい治療でも、治る希望やエンドポイントが明確ならば患者は頑張れる。ところが原発事故は違う。今後どうなるのか聞かれても、答えられない。

●中長期計画の策定

中期計画を策定し、今後の体制を検討している。スローガンは「福島の悲劇を福島の奇跡へ」。私は職員を前にこう話した。「今、福島で起きているのは、医師不足だけでなく医療崩壊だ。私が医学部長になってから、『福島方式』として7年間で100人ぐらいの教員を僻地の医療機関に派遣していたが、この震災で医療崩壊が起きた。小児や若者の県外避難により人口構成が激変したが、これは日本や東京が10年後、20年後に迎える状況であり、ここでモデルを作る必要がある。新たな超高齢社会を迎え、保健、医療、介護の一元化が大事で、それがモデルになって世界に発信できるのではないかと」。

計画では、地域医療崩壊や原発災害への対応を大きな柱に、福島県民の安全、安心のために、一般住民のフォローと、小児の生涯にわたる支援を盛り込み、実施する事業の優先順位とその根拠も提示、ビジョンも示した。

震災から半年後、日本財団のバックアップで、世界的に誰もが認める放射能医学の専門家を世界中から集めて会議を開いた。寄附講座、災害支援講座を開設、現在10人が応援に来ている。週一回、こちらの指定した医療機関に行き、行った先の報酬や教育職としての給与は出すということでトータル108人が勤務、この医師らで地域医療を支えている。今、会津医療センターという新しいコンセプトの病院の5月オープンを控え、準備を進めているが、全国から来る医師は現在200人。最終的には400人から500人、予算は10年間の事業計画で670億。「福島に住めば健康で長生き」という基本理念を目指すのだが、予算面でも県民のフォローアップと人材育成は十分ではない。

●県民健康管理調査

200万人の県民を対象にした県民健康管理調査が行われている。原発事故近隣の自治体では回答率60%を超えているが、原発から100キロ以上離れた地域では20%弱。距離に比例して回答率が下がっている。

18歳未満の子ども36万人を対象にした甲状腺の検査は15万人が終了。このデータは歴史的に100年後も残るべきものであると思うが、課題もある。かつては内分泌の専門講座、特に甲状腺を中

心としていた講座は全国にあったが、近年は糖尿病の増加で、内分泌講座は糖尿病に代わった。本学の甲状腺の検査の事務局は最初は2人、今は4人でやっている。最近の検査の結果で、甲状腺がんの患者が3人になった。正直に言うと、この検査を進めれば進めるほど、二次検査の対象が増える。しかし検査をする側の人数は変わらず、非常に過酷な勤務になっている。

●非常時のリーダーシップと

プロフェッショナルリズム

震災発生後、私自身は「逃げる」という選択肢はなかったが、この震災を体験し、今まで生きてきて初めて、死生観を内なる声に問いかけた。「自分は死ぬときに誇りを持って生きてきたのかと自分に必ず問うことになるだろう。そのとき、自分は答えられるのか」と。

非常事態の現場ではリーダーシップが重要だった。周りもどうしていいかわからずにリーダーの指示や顔色を見ている。みなが良かれと思って発言し行動するのだが、その結果、優先順位を無視したり、権限外なのに介入したり、涙を流しながらの感情過多の訴えをする人などが現れるが、それは百害あって一利なし。事態がどんどん変わる有事には、議論している暇はない。平時では良くないとされる「拙速」や「朝令暮改」も必要なら決断し、スタッフには明確に指示する。細かいことにはこだわらず、自らは動いてはいけない。優先順位の決定もトップがやるしかない。最後には自分が責任を取ればいい。部下の仕事に感謝と関心を示すことも大事だ。自戒をこめて言うが、職員の体調管理も重要だ。

リーダーになる人に伝えたいことだが、何事にも勇気を持ち、どうにもならないときには黙ってやるしかない。今回の原発事故での一番の危機は、プロへの信頼が失われたことだ。今後は、それぞれの領域のプロ自身が自分を磨き、国民の信頼を回復しない限り、日本の復興はないのではないと思う。

(あいほら・ひろこ=ジャーナリスト)

●3月例会 「がんリハビリテーション ～がん共存時代の新医療～」 辻 哲也さん(慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学科准教授)

報告・鈴木紀郎



▲辻哲也さん

7年前、がん専門病院のドキュメンタリーを制作したことがある。ディレクターが撮影してきた映像に自宅に戻りたい一心で歩行練習に取り組んでいるがん患者の姿があった。そのトレーニングを指導していたのは病棟の看護師。理学療法士ではなかった。看護師が忙しい合間を縫いリハビリテーションに取り組む姿であった。その映像を見てがん治療にもリハビリテーションが必要なのだと気付かされた。2010年度の診療報酬改定で「がん患者リハビリテーション料」が新設され、がんのリハビリテーションは一定の条件を満たせば保険診療も可能になった。今年の春にはガイドラインができあがるほどに進んでいる。そこで、3月の例会でがんリハビリテーションの現状について、日本のがんリハビリテーションを推進してきている慶應義塾大学医学部・リハビリテーション医学科准教授 辻哲也さんにお話いただいた。

●がんは“不治の病”から“共存する時代”へ

がんによる死亡者数は、平成23年で35万7,035人、全死因の28.5%を占めている。しかし、医療の進歩でがんになってがんが亡くなるとは限らない時代に入っている。がんになって生存している人が20003年には298万人であったのが2015年に533万人となると推測されている(「がん生存者の社会的適応に関する研究」2002年)。今やがんは不治の病ではなく、がんと共に共存する時代になっている。そこで、がんによる身体障害に対して、障害の軽減、ADLの改善を目的としたがんのリハビリテーションの必要性は増大している。

●がんのリハビリテーションの推進

2006年に成立した「がん対策基本法」では、治療や予防の充実だけでなく「がん患者の療養生活の質の維持向上」が取り上げられている。緩和ケアの充実とともにがんのリハビリテーションの推進が始められた。厚生労働省は2007年からがん患者に対するリハビリに精通する医療従事者を育成するための研修を

開始している。人材育成が急ピッチで進められ各地のがん診療拠点病院を中心に、がん患者のリハビリテーションが行われはじめている。ここ数年、がんのリハビリテーションは大きく発展してきている。

慶應病院でも外来化学療法、放射線治療、緩和医療などを行っている腫瘍センターに、がんリハビリテーション部門が昨年4月にできた。我が国初めのがんリハビリテーション専門外来である。ここでは自宅療養中のがん患者のQOLの維持向上を目的としている。緩和ケア・口腔ケア・骨転移外来など腫瘍センターの他部門と密接に連携して、手厚いサポーターケアでがん治療を下支えすることを目指している。

●がんリハビリテーションの特徴

がんのリハビリは脳卒中などのリハビリと大きく異なる。突然起こる脳卒中などと違い、がんのリハビリは、がんによる障害、特に治療による障害は予測が可能のため、予防的介入や早期介入ができるのが特徴である。また、予防的に行うリハビリは手術の後遺症等に対する不安を軽減させるころの準備にもつながる。従来は手術後に合併症が出てから、リハビリを開始していた。しかし、手術前のトレーニングと術後早期からのリハビリを行うことで、術後の合併症を予防し、後遺症を最小限にして、スムーズな回復を図ることをめざしている。入院期間を減らすというデータもある。

●がん治療とリハビリテーションの関係

がんのリハビリは、予防的・回復的・維持的・緩和的

に大きく分けられる。

・予防的がんリハビリテーション:がんが発見され、手術、放射線、化学療法といった治療が始められる前に行うもの。例えば機能障害がまだない時点でこれから起こり得る開胸・開腹手術後の呼吸機能低下や肺炎を予防するために行う。呼吸リハビリなどがこれに当たる。手術前に腹式呼吸や自己排痰などの方法を練習して、手術に伴う呼吸器合併症を予防する。術後痛

みから痰が出しづらくなった時、術前の痰を出す練習が役立つ。

・回復的がんリハビリテーション:治療が開始され機能障害、能力低下が出てきた患者に

対して最大限の機能回復を図ることを目的に行う。一般的なりハビリと目的は同じである。

・維持的がんリハビリテーション:再発転移した患者・機能障害が進みつつある患者に行う。残っている機能を維持、向上させることが目的。セルフケア、運動能力を維持・改善することをめざし、拘縮や筋力低下など廃用の予防をする。自助具の使用、動作のコツなどを指導する。

・緩和的がんリハビリテーション:末期の患者に対して余命の長さに関わらず、患者の要望を尊重しながら身体的、精神的、社会的にQOLの高い生活を送ることができるよう援助する。痛みや筋力低下をカバーする方法を指導し食事やトイレなど日常動作が少しでもできるように支援する。今までの治療中心のがん医療では、衰弱して歩けなくなったら医療的な援助は終わりとなされがちであったが、がんのリハビリでは、終末期の患者でも浮腫の改善、自分で食べられるような姿勢調整、楽な呼吸法、排痰の援助など多くのことができる。

このようにがんリハビリテーションは単に命に限られたがん患者の機能維持や回復を目的とするのではなく、治療開始前から末期まで、がん医療のあらゆる時期に人間らしく過ごせるように援助する幅広いものである。

●リハビリテーションの対象となる障害

がんのリハビリテーションの対象となる障害には、①がんそのものによるものと、②がん治療過程で生じるものに大きく分けられる。

①がんそのものによる障害:

「骨転移による骨折」、「脳腫瘍・脳転移に伴う片麻痺・失語症」、
「脊髄・脊椎の腫瘍・転移による四肢麻痺・対麻痺」、
「腫瘍の浸潤による神経障害」などがある。また、「がんによる間接的な末梢神経炎、小脳失調症、筋炎」もある。

②がん治療の過程で起こる障害:

「化学/放射線療法、造血幹細胞移植後などの全身性機能低下、廃用症候群」、「化学療法・放射線療法による末梢神経障害嚥下障害」、「手術に伴う様々な

障害」、「乳がん術後肩関節拘縮」、「乳がん・子宮がん術後のリンパ浮腫」、「術後の嚥下・構音障害・発声障害」、「開胸・開腹術後の呼吸器合併症」など。

●がんリハビリテーションの効果

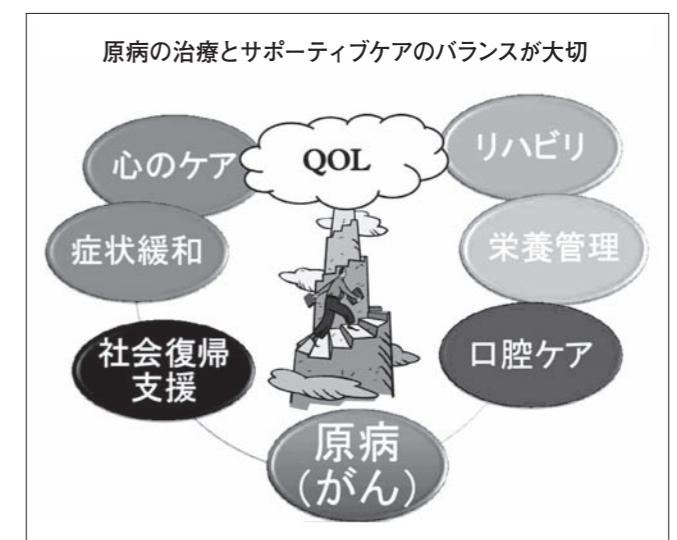
がんリハビリはアメリカで1970年代にはじめられ、いまだ発展途上である。しかし、がんリハビリの効果についてはデータが積み重ねられてきている。

例えば、呼吸訓練のリハビリ効果についてみてみると。

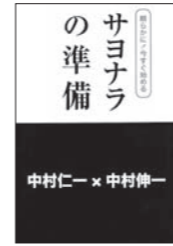
開胸・開腹の手術後ずっと仰向けに寝ていると痰がたまりやすくなる。できるだけ早く起き上がると痰も出やすくなる。起きれば横隔膜が下がって呼吸も楽にできるようになる。

呼吸訓練では、インセンティブ・スパイロメトリー(IS)という呼吸訓練器を使った訓練法もある。術後の肺合併症と入院日数について、呼吸訓練をしなかった群とISを用いて練習・実践した群、腹式呼吸の練習・実践をした群を比較した結果がある。何もしなかった群では無気肺や肺炎など術後合併症の発生が47%、術後の呼吸不全の発生が9.17%もあったが、IS群では21.4%と0%、腹式呼吸群では22%と4.9%だった。(Cell BR, et al.: Am Rev Respir Dis, 1984)

がんリハビリのガイドラインとしては、American College of Sports Medicine (ACSM)から2010年に発表されたものがある。そこには、「がん治療中や治療後に運動を実施するときには特別のリスク管理が必要であるが、運動の実施は安全とある。運動トレーニングは、乳がん・前立腺がん・血液がん患者において、体力・筋力・QOL、疲労の改善に有効である。レジ



中村仁一×中村伸一著
『サヨナラの準備』
メディアファクトリー刊
(本体1,200円＋税)



徹底した「自然死」派の医師で、ベストセラー『大往生したければ医療とかかわるな』の著者、特別養護老人ホーム「同和園」(京都市伏見区)診療所長の中村仁一さんと、福井県・若狭地方の山村で地域医療を担う名田庄診療所長の中村伸一さん。この2人の大往生スペシャリストが出会って激論した。そのトークライブに加筆して『サヨナラの準備』を世に出した。

「自分の老いを認める」「医者に丸投げは駄目」「家族と死を語り合う」「老後の費用を用意する」など7項目の逝き方を率直に伝授して「朗らかに、今すぐ始めよう」と訴える。名前は読みが1字違うだけで互いに似ているが、年代も経験も異なる2人の医師の組み合わせが妙味を出している。

50歳の中村伸一さんが「死を考えることは結局、今自分がどう生きるかを考えることになりすよね、逝き方は生き方」と語れば、70代の中村仁一さんは「じいさまやばあさまを看取っていると、しみじみ、人は生きてきたように逝くのだなあと感じます」と応じる。両者の優れた医療実践と博識が根拠になっており、変に説得力がある。

人は必ずいつか死ぬ。多くの人が認めたがらないこの事実をさらりと突きつける。ユーモアあふれる語り口で、つらい延命治療と決別して、穏やかな往生を選ぶよう勧め、「右手に希望、左手にあきらめ」を助言する。「理想の看取りと逝き方」のノウハウ書だが、「孤独死も腹をくれば大往生。家族がいない方が穏やかな死に方ができる」と説く。看取り医者をあらかじめ確保しておき、救急車を呼ばない選択肢も示す。

超高齢社会の救急医療の在り方に一石を投げ、医療にすっかり頼りきる現代の日本人の死生観に変革を迫る。かなり刺激的な本である。「ねがわくば花の下にて春死なん その如月の望月の頃」。こう詠んで、その通りに旧

暦の2月に亡くなった西行をたたえ、「お迎え」の往生際に気づく意味を指摘する。巻末には、老後の費用の試算から、各人が書き込めるように「エンディングノート(簡略版)」まで丁寧に付いている。逝き方を考えた方々は一読に値する。(小川明)

青木照明監修 吉野肇一編集
『最新 胃を切った人の後遺症』
協和企画刊(本体1,800円＋税)



表紙には「胃を切った人友の会アルファクラブ30年の結晶」とある。胃がん患者だった梅田幸雄さん(故人)は手術の後遺症は多彩なのに医師はよく知らず、情報もないことから、全国の患者を聞き歩き、1981年に『胃を切った人の養生学』を出版した。それがきっかけで翌年発足した患者会が「アルファクラブ」だ。初期は胃かいようで胃を切除された会員も多かったが、特効薬の登場でいまはほとんどが胃がんになっている。個人会員は3,000人を超す大きな患者会だ。

「術後 3年以内」の会員約300 人を対象にした2004年のアンケート調査が面白い。たとえば、がんとの告知は94%が受けていた。別の会員調査によると、ほとんどは家族と一緒に告知を受けたいと希望しているが、82%は本人だけで受けていた。また、病状や治療法の説明(インフォームド・コンセント)は97%が受けていたが、37%は「理解できなかった」。22%は後遺症の説明はなかった、と答えている。後遺症は「重症」が43%、「軽症」が55%だった。内容はおなら、やせ、疲労感、ダンピング症候群、下痢、つかえなど多彩だ。

この本では手術後間もなく起きる食欲不振、やせ、ダンピング症候群、腸閉塞から、時間がたつて起きる胆石症、貧血、骨障害まで、原因を医学的に解説し、対応法をきめ細かく示している。それだけでなく、2000年以降の会報に掲載された会員の後遺症克服やリハビリの体験談や工夫談をまとめている。豊富な内容に驚くとともに、胃がんもなかなか大変な病気だと実感する。(田辺功)

天野篤著
『一途一心、命をつなぐ』
飛鳥新社刊(本体1,500円＋税)



著者は昨年2月に行われた天皇陛下に対する冠動脈バイパス手術の執刀医である。1955年、埼玉県生まれ。3浪して日大医学部に進む。関東通信病院、亀田総合病院、新東京病院などを渡り、現在は順天堂大学の教授である。そうした生き方は、メス一本で勝負してきた破天荒な外科医という漫画チックなイメージと重なるが、一読すると実際にはひたすら患者を救うための医療を追求し実践してきた努力のカタマリであり、誠実さの溢れる人物だということがよくわかる。本書が出版された昨年暮れにお会いしたときのこと、ご本人より多忙な時間の合間を縫って原稿を書かれたこと、心臓外科医として当初目的であった手術数6,000例を超え、ひと区切りのつもりだったこと、などを伺った。

とりわけ興味深いのは世界が目にする中での「世紀の手術」はどうであったのか。東大チームに迎えられるという異例の抜擢とその舞台裏の描写などはリアリティに富み、上質なノンフィクションそのものである。そちらの才能も手術の腕以上とお見受けする。

また、医師として覚悟を固めるきっかけとなった父親の死のこと、ぶち当たった壁、挫折の経験と飽きない内容である。いつしか「神の手」と呼ばれながら、「無私の生き方」とも表現されていることは特筆すべきだろう。

さらに、順大に赴任されてからは大学病院の抱える暗部にもメスを入れる。「影の看護部長」としてスタッフの意識改革を成し遂げたくだりは、いまの医療を考える良い材料を読者に提供してくれる。終章には若い医師たちへの熱い想いが綴られているが、それは医療者以外であっても心に響く人生の先輩からの言葉である。一般の人にもわかりやすい解説が付けられているなど幅広い層に向けて推奨できる一冊である。(倉西隆男)

スタンストレーニングは乳がん患者において、リンパ浮腫の合併の有無にかかわらず安全に実施できる。他のがん患者への運動の効果は十分に明らかでなく、がんの種類・病期、運動の量や内容についてさらに研究が必要である。」と記載されている。

日本でも、がんリハビリの普及と適切なリハビリが行われるために、がんリハビリの関連学会や協会6団体が集まり、研究会を立ち上げた。研究会では、日本のがんリハビリの目指すべき方向性を提言したグランドデザインがつくられた。また、がんの原発巣、がん治療法、進行別などに分け文献を集めエビデンスレベルを決定、リハビリ治療勧告(推奨)グレードを決め、ガイドラインを策定した。ガイドラインに基づく適切なリハビリが行われ科学的な裏付けによる治療が行われることが期待される。

*

●命あつての俳句考(句自解)

餅ひろひこ

【そつと春の息吹】

実のほどはさぞ堅からん座論梅

ざらんばい

都内で梅見をしたとき、「座論梅」という名札をつけた梅に出くわした。一重の小ぶりの花は真っ白。横に広がった幹は地をほうよ々に広がっている。それにしてもなんと堅苦しい名前だろう。とっさに「この梅の実は小さくて堅いのには違いない」と受け取ってしまった。由緒を探ってみると元の木は宮崎県の湯の宮にあって、八十年ほど前に国の天然記念物に指定された。樹齢六百年。樹形も珍しく古木の風格たっぷりという。江戸時代に佐土原藩と高鍋藩がこの梅園の所有をめぐって争ったとき、この木のそばに座って論議したので「座論梅」と呼ばれることになった、とさ。

※ 季語は、梅(春)

時知らぬ藪の青木や春の雨

いつ見ても青木は青い。ツバキやカシ、シイなどとともに照葉樹林、つまり常緑広葉樹の森の生き物なのだ。つやつや光った葉が年中変わらず青いし、若芽までもが青っぽい。真っ赤な「青木の実」、紫褐色の「青木の花」はそれぞれ冬・春の季語を担っているのに青木本体には季節感が乏しい。

しかし春の雨は藪の中へも降り注ぎ、青木の葉っぱも本来のみずみずしさを取り戻す。世の中すべてが雨によって生き返る春

なのだ。

※ 季語は、春の雨(春)

里の香や蒨稜草の帯解けば

ほうれんそう

畑の土をはたき落としただけのホウレンソウの束が現れる。田舎の老母からの定期便だ。今では野菜はスーパーに行けば安く手に入るが、やはり産地直送便からは土の香りと善意がほとばしる。虚弱だった子ども時代、父が食べ物のことうるさかった。「ホウレンソウの赤い根には鉄分が含まれているから、我慢して食べよう」と勧めた。しかしシュウ酸のせいか舌の先や口内粘膜にきしむ感じが残り、多少うんざりしたものだ。しかし傘寿に届いたのだから、感謝せねばなるまい。

※ 季語は、蒨稜草(春)

恋ならん鳥に円舞の枝うつり

鳥が二羽、木の葉を上手に避けながら飛び回っている。まるでワルツを踊っているみたいだ。これが鳥の恋なのだ。と気づくと、自分もリズムに乗ってみたくなった。恋の猫は歌舞伎のように、ときどき叫び声や怒鳴り声をあげるが、かわいいメロディーのさえずりは心を解きほぐしてくれる。まあ、趣味もいろいろあつて良いということに違いない。

※ 季語は、鳥の恋(春)

*

餅ひろひこは、当会会員・児玉浩憲の俳号。ブログもよろしく。グーグル検索は「いのち宿る科学POEM」または「俳句入門、児玉」とお願ひします。