

## 続「リハビリテーション医療の打ち切り制度撤廃運動」の経過報告

### 1. はじめに

前号の「ポリオの会ニュース」(2006 年第 4 号, 第 42 号, 2006/9/20 発行)では、44 万 4022 人の署名簿を、2006 年 6 月 30 日(金)、リハビリ診療報酬改定を考える会・代表 多田富雄東大名誉教授とリハビリ打ち切り制度撤廃運動呼びかけ人の人達から、厚生労働省に直接提出したことを報告しました。リハビリに関する平成 18 年度改定の内容(厚生労働省の通知と疑義解釈資料)に関しましても、1) 新たな疾患別リハビリ対象と算定日数上限、2) 疾患群の具体的な疾患名と障害状況、3) 「算定日数上限」の除外対象となる患者、について厚生労働省の通知と疑義解釈にしたがい、できるだけ正確に記しました。しかし、一律に「算定日数上限」を決めてしまうような方策は、医療の現場と患者に「疑問・怒り・ためらい・混乱」を実際にもたしました。リハビリを打ち切られた患者の方々も増えてきましたので、その声も報告いたしました。たくさんさんの署名とたくさんさんの新聞・雑誌・TV な

どのメディアの批判にもかかわらず、厚生労働省は全てを無視し、批判がおさまるのを待つ姿勢をとっている様子です。医療関係者、患者会からの質問に対しても、これまで全く回答はありません。

しかしこの間にも、10 月 26 日にはリハビリの日数制限撤廃を求める集会を全国保険医団体連合会と共催し、厚生労働省との質疑応答、国会議員への働きかけを実施しました。良いニュースとしましては、日本リハビリテーション医学会が、11 月 14 日付けの「診療報酬改定に関するアンケート調査の結果」に基づいて、11 月 21 日 柳澤伯夫厚生労働大臣宛に「平成 18 年診療報酬改定におけるリハビリテーション料に関する意見書」を提出、「早急の見直しが必要である」と理事長名で要望しました。

前回の報告以来、「リハビリ難民」という言葉まで使われるようになった「危機的な現在」にいたる経緯と現状を、実際の資料とデータにしたがって報告いたします。

### 2. リハビリの日数制限撤廃を求める集会 (2006 年 10 月 26 日)

#### 1) 厚生労働省への要請 (10:30-11:30)

参加者

リハビリ診療報酬改定を考える会 : 8 人  
青森・東京・京都の保険医協会会 : 6 人  
全国保険医団体連合会 (保団連) : 6 人  
国会議員 : 阿部とも子 衆議院議員

前もって厚生労働省に提出してある質問事項について、質疑応答が行われた。社民党の阿部とも子議員 (小児科医) が同席し、協力してくれました。厚生労働省からは 2 名の担当官が出席しましたが、6 月 30 日の

署名簿 (44 万 4022 人分) 提出時に同席した 6 名の担当官は一人もいませんでした。



考える会の道免先生から未提出の署名簿、約 4 万人分を提出後、厚生労働省の担当官 (1 名は医師) との質疑・応答に入りました。



(阿部とも子 衆議院議員)

ポリオの会からは、(前の担当官が一人も出席していなく、あまりにも無責任であると感じましたので)、こんどの改定を討議した診療報酬基本問題小委員会の議事録を読んでいるのかどうか質問しました。読んでいるとの返答でしたので、3 回同じ質問をしました。2005/03/02～2006/02/03 までに、小委員会は 27 回開催され、資料に基づいてリハビリが討議されたのは 2005/11/25 の第 73 回ぐらいです。そこでも、今回の改訂につながるような具体的な資料、論文などに基づく具体的な討論は全くありませんでした。それを確認しておきたかったわけです。失

礼と考えそれ以上はひかえました。

前もって、保険医団体連合会から提出されている質問に基づいて質疑応答がおこなわれました。担当官からは「持ち帰って検討する」、「検討してもらった学会名は言えない」などという返答しか得られませんでした。質疑応答は進まず、(半分はジョークで)診療報酬基本問題小委員会の委員と、この場所で直接話をさせて欲しいとお願いしましたが拒否されました。



司会は保団連の垣田さち子理事が担当されましたが、暖簾に腕押しで大変だったと思います。ポリオの会からは、小山、山本、佐瀬、関根が参加しました。

## 2) リハビリ日数制限の実害告発と緊急改善を求める国会内集会（衆議院第 1 議員会館）

- リハビリ制限緊急改善集会：多田富雄先生からのメッセージ（考える会事務局 道免和久先生 代読）

「リハビリ日数制限の実害告発と緊急改善を求める集会」にお集まりの皆さん。ご来賓の皆様方！体調不良のため、メッセージをお送りすることをお許してください。

今回の診療報酬改訂によるリハビリ打ち切りは、障害を負った患者の「再チャレンジ」の機会を奪い、ひいては生存権まで危うくする非人間的なものです。除外規定はあるものの、患者の個別性をまったく無視し、一律機械的に、日数で診療を打ち切るという乱暴な制度は、決して容認できるものではありません。

国民的な署名運動を無視し、苦しんでいる患者の声を聞こうとしない厚労省に、断固として緊急な改善を求めていこうではありませんか。

すでに有名な社会学者の鶴見和子さんのような、犠牲者も出ています。彼女は脳卒中でリハビリを続けていましたが、リハビリが制限されてまもなく、起き上がれなくなって、去る 7 月に亡くなったのです。このように放置すれば急速に機能を失い、命の危険がある患者も多いのです。私たちは調査の結果など待ってられない。こんな悲劇を繰り返さぬために、すぐさま緊急停止ボタンを押すように、働きかけましょう。

私たちの声は小さくても、いま確実に国民に浸透しつつあります。メディアも注目しており、国会質問では幾度となく取り上げられています。すでに厚労省も無視できない訴えとなっています。

そこに流れているのは、署名に参加した44万人の声のみならず、多くの心ある国民の叫びでもあります。この改定の緊急の見直しを実現させるために、国会議員の皆様の方強いご支援をお願いし、また患者、医師の悲痛な声が、為政者の良心に届くようメディアの方にもお願いします。

2006年10月26日

リハビリ診療報酬改定を考える会代表  
東京大学名誉教授 多田富雄

- リハビリ制限緊急改善集会：主催者挨拶文

本日は、ご多忙のところお集まり頂き、ありがとうございます。私は主催者の一人、リハビリ診療報酬改定を考える会の事務局役を勤めておりますNPO法人リハビリ医療推進機構 CRASEED 代表の道免でございます。

平成18年度診療報酬改定では現代史上まれに見る患者切り捨てが始まりました。

### 3) 患者（会）からの報告

- 全国脳卒中者友の会連合会の石川敏一常務理事は、自身と奥様の闘病経験にもふれつつ、「脳卒中者の多くは半身マヒであり、マヒのない側の機能を高めるリハビリを行って社会復帰している。適切なリハビリでないと頑張っただけで悪化してしまう場合もあり、専門的な指導をしてもらう必要がある。しかしデイサービスにはPT、OTもSTもいない。介護している妻をまた歩けるようにしてやりたいと思うが、リハ



皆様ご承知の通りのリハビリ打ち切り制度です。いまだかつて、必要な医療を途中で打ち切ることが、制度として作られたことはなかったと思います。しかも、国会での議論もないまま、官僚とごく一部の学者主導で、断行されてしまいました。

この問題は与野党で対立する事案ではなく、患者の立場を思う良心的な国会議員の皆さんの力で、官僚の勇み足を正す事案であると考えています。本日は、実害の実態を報告して頂きますので、国会議員の皆様にも実態を把握して頂き、政治主導で、一日も早く、打ち切り制度を緊急停止させるきっかけになれば幸いです。よろしくお願い致します。

リハビリ診療報酬改定を考える会事務局役  
NPO 法人リハビリ医療推進機構 CRASEED  
代表 道免和久

ビリ中止で悪くなる一方だ」と訴えました

- 横浜市片マヒ協会の政時幸生事務局長は46歳の時に倒れたが、回復に時間がかかり、座れるようになったのが発症から10カ月目だったこと、その後リハビリを開始し、3カ月で退院することができたこと、その後もリハビリを続け今日の集会に参加していることを報告。「もし当時日数制限があったら、リハビリを受けられず、今日ここにいるこ



とはできなかった」とし、日数制限はやめて欲しいと声を詰まらせました。

- ポリオの会の稲村敦子世話役は、強い痛み止めを打ってこの場にきたと前置きして、ポストポリオ症候群（PPS）による尊厳を保てないような激しい痛みのため、家事も十分できなくなり、娘に母親らしいことができないのがつらいと語りました。「今は、急性増悪ということでリハビリを受けているが、悪くならないとリハビリが受けられないことは理不尽である」として、制度を

変えるために力を貸して欲しいと訴えました。

- NPO 法人日本脳外傷友の会の東川悦子理事長は、医療でも介護でも見てもらえない谷間の障害であった高次脳機能障害に診断基準などができ、やっと光が当たるかという矢先のリハビリ日数制限は非常に残念だとして、実際に数年経ってもリハビリを続けていれば、思いもよらぬ回復があつて感激する例が周りにもあることを紹介。日数制限撤廃を訴えました。

#### 4) リハビリの算定日数制限の影響調査（中間集計の概要）：全国保険医団体連合会の報告

- 調査機関：9月下旬～10月中旬（10月24日までに回答のあったものを中間的に集約
- 調査対象：「脳血管疾患等リハⅠ」の届出をしている医療機関
- 調査方法：各都道府県保険医協会を通じ、対象医療機関にアンケートを送付し、FAXで回答をいただき、全国保険

医団体連合会で全国集計を行った。

- **中間集計の概要**

「脳血管疾患等リハⅠ」の届出 **288** 医療機関で **6,873** 人がリハビリを打ち切り。

「脳血管疾患等リハⅡ」や他の疾患を含めると、実際にはリハビリを受けられなくなった患者さんが大量に存在していることは確実である。

#### 5) 医師からの報告

- 京都桂病院 宮崎博子リハビリテーション科 科長は、リハビリを行っている立場から、厚生労働省のリハビリテーションに対する認識が不十分すぎるという点を具体的な診療データに基づいて指摘しました。慢性閉塞性疾患（COPD）の呼吸リハの例を挙げ、呼吸器の機能が低下している患者に負荷をかけて行うリハビリは、医師の医学的管理の元に慎重に施工すべきであるし、リハビリを中断すると急速に機能が落ち、自力で痰を出せず夜中にパニックになるなど命に直結するとし、厚労省は呼吸器、心大血管のリハに対する認識を根本から改めるべきと述べました。

- 兵庫医科大学 道免和久 リハビリ医学教授は、「以前からリハビリを受けていた方は、打ち切られたら大変だ」という認識を持つが、これから発症する患者さんは日数制限が当然となるのが恐ろしい。厚労省は日数制限内に 8 割の人が回復するというが、2 割の患者さんを治療することが肝腎だ。除外規定も欺瞞的で現実には機能していない。除外するなら疾患を指定せず、リハビリが必要な患者全てが除外されなければおかしい」と述べ、ここまで頑張ってもう一息ともいえるし、これからが正念場ともいえると、さらなる運動継続を呼びかけました。

**5) 10月26日、リハビリ日数制限の実害告発と緊急改善を求める国会内集会（衆議院第1議員会館）に参加した国会議員（敬称略）。公明党の議員の賛同者はありませんでした。**

衆議院・自民党：代理 石崎 岳（北海道3区）、臼井日出男（千葉1区）、河野太郎（神奈川15区）、川条志嘉（大阪2区）原田義昭（福岡5区）、林 潤（神奈川4区）、武藤容治（岐阜3区）、

衆議院・民主党：下条みつ（長野2区）、田名部 代（東北比例）、三井辨雄（北海道2区）、山井和則（京都6区）、横山北斗（東北比例）、代理 大串博志（九州比例）、岡本充功（東海比例）、奥村展三（近畿比例）、寺田 学（秋田1区）、北橋健治（九州比例）、加藤公一（東京比例）、小宮山洋子（東京比例）、田島一成（滋賀2区）、菊田まきこ（新潟4区）、神風英男（北関東比例）、園田康博（東海比例）、郡 和子（東北比例）、高木義明（長崎1区）、

衆議院・共産：佐々木憲昭（東海比例）、志位和夫（南関東比例）、高橋千鶴子（東北比例）、代理 赤嶺政賢（九州比例）、穀田恵二（近畿比例）、

衆議院・社民党：阿部とも子（南関東比例）、代理 辻元清美（近畿比例）、

衆議院・国民新党：代理 亀井久興（中国比例）、

参議院・民主党：北沢俊美（長野）、島田ちやこ、田名部 匡省（青森）、辻 泰弘（兵庫）、（埼玉）、梁瀬 進（栃木）、富岡由紀夫（群馬）、下田敦子（比例）、代理 大塚耕平（愛知）、鈴木 寛（東京）、林久美子（滋賀）、柳沢光美（比例）、広田 一（高知）、家西 悟（比例）、櫻井 充（宮城）、朝日俊弘（比例）、足立信也（大分）、津田弥太郎（比例）、山下八洲夫（岐阜）、

参議院・共産党：井上哲士（比例）、小池 晃（比例）、紙 智子（比例）、代理 仁比聡平（比例）、吉川春子（比例）、

参議院・社民党： 福島みずほ（比例）、

### 3. 日本リハビリテーション医学会のアンケート調査結果

医療関係者や患者会はこれまで何度も次の質問をしてきた。それは、「平成18年度診療報酬改定におけるリハビリ日数制限を決める根拠になった研究、論文、調査などは具体的に何か？」である。これに対して厚生労働省は具体的に回答したことは一度もなく、専門家の意見を十分に検討して決めたと言うばかりであった。この分野の日本の最高の専門家集団（学会）は、日本リハビリテーション医学会である。リハビリ診療報酬改定を考える会の署名活動と署名簿提出、全国保険医団体連合会による実際の

病院での実態調査などにも係らず日本リハビリテーション医学会は沈黙を守っていた。しかし、実際には学会内の「社会保険等委員会」（担当理事：里宇明元、水間正澄、委員長：田中宏太佳、委員：赤星和人、梅津祐一、江端広樹、岡川敏郎、尾花正義、古閑博明、近藤克則、園田 茂、高橋博達、畑野栄治、原 寛美、古市照人、13名 敬称略）で、2006年8月からリハビリテーション科専門医師にアンケートを送付し、専門医学会としての詳細な調査を実施した。最初の結果は9月1日に得られ、改定版が10月16

日に結果の概略として発表された。11月14日には「社会保険等委員会」と委員全員の名前で正式に発表された。同時に、学会誌「リハビリテーション医学 VOL. 43 NO. 11 2006 年 11 月」に掲載された。これが、平成18年11月21日付けで（社）日本リハビリテーション医学会 江藤 文夫理事長から柳澤 伯夫厚生労働大臣宛に提出された「平成18年診療報酬改定におけるリハビリテーション料に関する意見書」のもとになる。リハビリテーション専門家の最高集団（学

会）からのほとんど100%に近い抗議声明とも言えるものであり、調査データ、実績に基づいて権威ある報告を発表されたことに関しまして、私ども患者（会）はほんとうに嬉しく心から感謝いたします。これまで、期待できないと思ってきたものが実現して、何かが動き出すのを実感できました。リハビリ医学会「社会保険等委員会」アンケート調査の結果を、リハ医学 VOL. 43 NO. 11 2006 年 11 月より抜粋して示します。

# 1) 回答者の診療環境

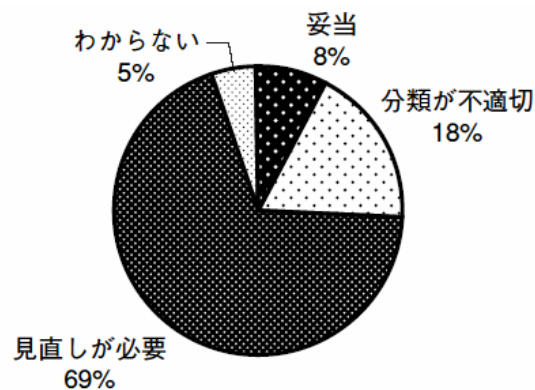
表1 リハ診療一般事項に関する質問

勤務先	大学病院 大学病院以外の総合病院 リハ専門病院 整形外科・リハ科を中心とした病院 有床診療所 無床診療所 介護老人保健施設 その他	25.5 % (国公立 39 % 私立 61 %) 27.7 % (国公立 43 % 私立 46 % その他 11 %) 13.9 % (国公立 41 % 私立 44 % その他 15 %) 8.2 % 1.7 % 7.4 % 0.4 % 15.2 %
昨年度までの施設基準	理学療法 作業療法 言語聴覚療法	I 69.1 % II 24.7 % III 1.8 % IV 1.8 % なし/未施行 2.6 % I 69.1 % II 16.7 % なし/未施行 14.2 % I 49.5 % II 31.4 % III 3.6 % なし/未施行 15.5 %
主なリハ対象患者の入院・外来区分	入院患者が中心 外来患者が中心 どちらともいえない	65.8 % 10.1 % 24.1 %
主なリハ対象患者の発症後期間の区分	急性期患者が中心 回復期患者が中心 慢性期患者が中心 いずれともいえない	39.2 % 24.9 % 14.3 % 21.6 %

主な対象患者の 病棟区分	一般病棟	50.6 %
	療養病棟	9.3 %
	回復期リハ病棟	21.1 %
	亜急性期入院管理料算定病床	7.1 %
	有床診療所	0.6 %
	障害者施設	4.0 %
	介護老人保健施設	2.2 %
	入院施設はなく外来のみ その他	4.0 % 0.9 %

## 2) 今回の診療報酬改定内容に関する意見

### (1) 疾患別診療報酬体系の導入



### (2) リハ施設基準および総合リハ施設に関する質問

#### 1) 今回の改定後の算定施設について

	施設基準				ⅡでⅠを算定できない理由			「なし」でⅡを算定できない理由			
	I	I (STのみ)	Ⅱ	なし	医師要件	医療職要件	面積要件	医師要件	医療職要件	面積要件	必要がない
心疾患リハ	13.6%	—	7.2%	79.2%	36.0%	36.0%	28.0%	32.9%	25.6%	12.3%	29.2%
運動器リハ	92.0%	—	3.6%	4.4%	10%	40%	50%	10%	10%	40%	40%
呼吸器リハ	69.7%	—	4.1%	26.1%	40%	50%	10%	18.2%	18.2%	9.1%	54.1%
脳血管疾患リハ	75.2%	2.3%	15.8%	6.7%	16.7%	69.0%	14.3%	0%	17.6%	47.1%	35.3%

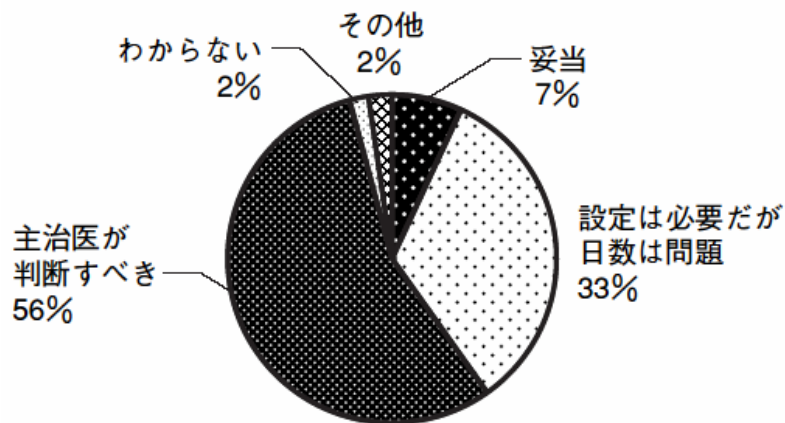
#### 2) 総合リハ施設の設置について

必要である	71.3%
不要である	10.8%
わからない	17.9%

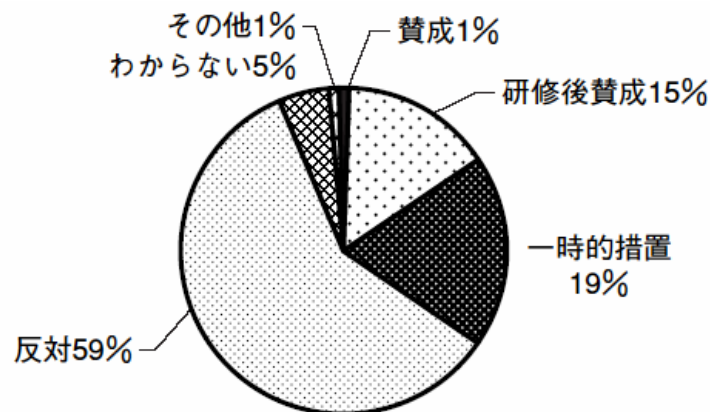
#### 3) 「必要である」場合の施設基準について

	より厳しくすべき	従来と同程度	緩和すべき	わからない
医師要件	30.6%	61.2%	7.1%	1.1%
医療職要件	23.1%	64.5%	10.7%	1.7%
訓練室面積要件	5.9%	47.6%	43.5%	2.9%

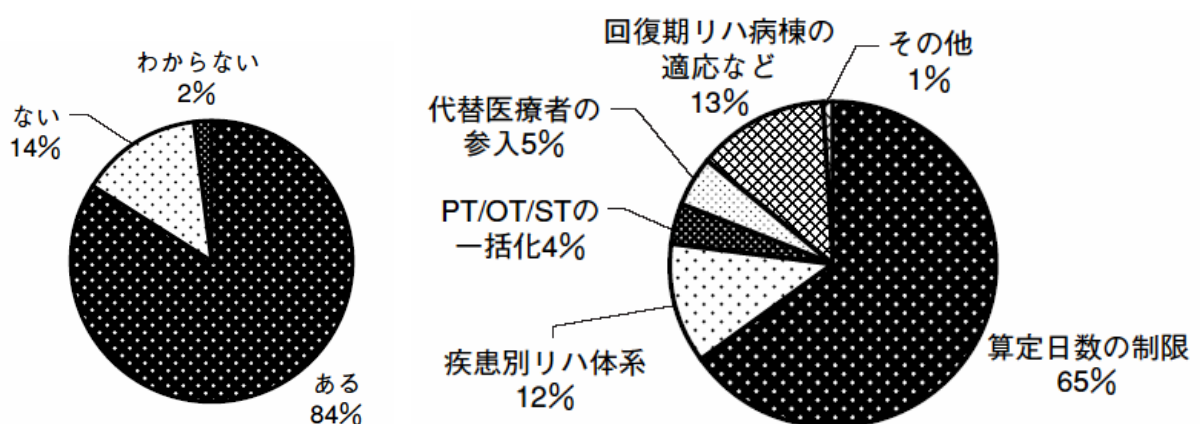
(3) リハ算定日数の上限が設定されたことに関する質問



(4) 代替医療者の参入およびリハ関連医療職に関する改定についての質問



(5) 今回のリハに関する診療報酬改定についての利用者および一般市民の方の反応に関する質問。反応がある場合の内容。



調査データからは、リハビリ科専門医の多くが、リハビリ医療には「疾患別」の概念は馴染まないと考えていることが分かる。また、リハビリは、多くの専門職種が係わり、総合的にアプローチをすべき分野と考

えていることもわかる。患者（会）を含めた市民の側からみると、リハビリの上限日数の制限が大きな問題であるが、専門医の側からも、一律の制限を疑問視する意見が多かった。これは予想されたことであろう。



#### 4. (社) 日本リハビリテーション医学会の厚生労働大臣宛意見書

平成 18 年 11 月 21 日  
厚生労働大臣 柳澤 伯夫 殿

社団法人日本リハビリテーション医学会  
理事長 江藤 文夫

「平成 18 年診療報酬改定におけるリハビリテーション料に関する意見書」

(中略)

##### 意見項目

1. 疾患別リハビリテーション診療報酬体系のなかに、「総合リハビリテーション施設」を取り入れることが必要です。

リハビリテーション医療は障害を横断的かつ総合的に扱うことが多く、疾患別診療報酬体系の上位概念として、包括的、計画的に各種のリハビリテーションアプローチが可能な「総合リハビリテーション」を位置づけることが、サービスを効果的・効率的に提供するために不可欠です。

「総合リハビリテーション施設」においては、医師を中心に、各専門職によるチームアプローチとカンファレンスなど、系統だったシステムにより質の高いリハビリテーション医療の提供が可能であり、本学会の調査においても総合的アプローチの有効性が示されています。

現行の疾患別体系には、分類疾患の重複やリハビリテーションを必要とする重要な病態が入っていないなど、多くの問題が指摘されています。これらの問題は「総合リハビリテーション施設」を適切に位置づけることにより解消可能と考えます。

2. 算定日数制限は問題症例を生み出す恐れがあり、見直しが必要です。

算定日数制限を疾患別に一律に定めることは主治医の個別診断に基づく判断を制限し、問題症例を生み出すことが危惧されま

す。算定日数の上限を超えてもリハビリテーション医療が必要な状態は多々あり、個別性が尊重されるシステムが必要と考えます。算定日数上限以降をゼロにするのではなく、実施頻度をきめ細かく規定するなどにより、現実に即したシステム作りが可能になると思われます。

特に外来例において、リハビリテーションの継続が可能なシステムを保障することは入院期間の短縮につながるだけでなく、糖尿病や高血圧に対する服薬管理などと同様に、利用者の地域生活を支援する上で不可欠と考えます。

介護保険制度に於るリハビリテーションの供給体制が不十分な現状で、医療保険における算定日数上限を設定することは、維持されるべき身体機能を低下させ、医療費の増大を招くとともに、国民の健康・福祉の向上という理念にそぐわないと考えます。

3. 代替医療者の参入緩和は、国民が専門職による質の高いリハビリテーションを受ける機会を減じる恐れがあり、慎重な対応が必要です。

あん摩マッサージ指圧師等に対し、数日間の講習により理学療法士等に準じた診療報酬請求を認める制度は、リハビリテーション医療の質を低下させる恐れがあり、医療の質的向上を目的とした今回の改定趣旨にそぐわないと考えます。

4. 理学療法・作業療法・言語聴覚療法の削除は専門性に係わる重要な課題であり、見直しが必要です。

「理学療法」「作業療法」「言語聴覚療法」の項目が診療報酬表から削除されたことは、実質的にそれぞれの治療を担う専門職の専門性を否定することに繋がりがねず、診療

報酬体系にその専門職名を冠した療法料を

復活させる必要があると考えます。

## 5. ポストポリオ症候群（PPS）の患者（会）からのお願い

「ポリオの会」の会員と医療関係者の方々にぜひ知っておいて欲しいことがあります。それは、今度の改定の「患者群（グループ）の具体的な疾患名と障害状況」のなかに、ポストポリオ症候群は疾患名としてあがっていないことです。

他の難病や原因不明な疾患であがっていない疾病もありますが、ポストポリオ症候群は既に明確に認定されている疾患ですから理不尽なことです。2006年2月18日、社会保険庁より、「ポストポリオ症候群はポリオとは別の疾病として、障害厚生年金の支給対象にする」との発表があったのです。

ポストポリオ症候群の患者の場合、厚生労働省の言う「治療の継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合」の範疇に必ずしもはいらないかもしれ

ません。それは、脳卒中などの疾患とは全く異なる疾患だからです。リハビリは現状を維持するのが目的となるでしょう。

そのことは、ポストポリオ症候群の患者が多く（ポリオの患者数は160－170万人）、そのリハビリの研究が最も進んでいる米国の例からも明確に言えることです。報告者は医療の専門家ではなくこれ以上は触れられません、米国には研究事例が豊富ですから、そこからポストポリオ症候群とそのリハビリを謙虚に学んでポストポリオに対するリハビリを日本に根付かせて下さい。

日本でポリオの流行があったのは約45年前にもなりますから、実際にポリオの患者を診た医師の方は70歳以上になられております。私ども患者（会）もポストポリオのリハビリと一緒に学んでいくつもりです。

## 6. 柳澤 伯夫 厚生労働大臣殿

日本経済新聞に連載されました大臣の「こころの玉手箱」読ませていただきました。高校時代は新聞配達をして定時制高校に通われた事、啄木の歌が若き日の大臣の詩と真実であった事を知りました。1999年のBusinessWeekで「アジアの星」に選ばれた原点を感じた次第です。今は観世流浅見真州門下として渋谷の観世流能楽堂に出演し、羽衣を舞う腕前とお聞きいたします。私ども「リハビリ診療報酬改定を考える会」

代表 多田 富雄 東京大学名誉教授は免疫学者にして、能作者として著名です。新作能をリードしてきましたが、今は脳梗塞と壮絶なたたかいをしながら、「リハビリ打ち切り反対運動」の先頭に立っておられます。命をかけておいでです。大臣、ぜひ、鶴見和子さんの歌と「リハビリ打ち切り」を静かに考える時間をつくって下さい。大臣が「リハビリ打ち切り」に賛成とはとても考えられないからです。

\*\*\*\*\*

政人（まつりごとびと） いざ事問わん老人（おいびと） われ 生きぬく道のありやなしやと

7月末に急逝した鶴見和子さんが遺した歌です。免疫学者で能作者の多田富雄先生が追悼文「山姥（やまんば）の死」で紹介しています。鶴見さんは脳出血から回復したあと歌詠みに目覚め、思索を深められました。不自由な身で山野を渉猟し、現代文

明に警告を発しました。能作者の多田先生は能の「山姥」を思い浮かべ、鶴見さんを「現代の山姥」に見立てました。多田先生も脳梗塞に倒れてリハビリ中ですが、「リハビリ打ち切り」の医療改定に異議を唱えると、鶴見さんはこの歌を詠んだのです。（完）