



陽光

平成31年
3月31日発行

No. 23

新潟県健康づくり財団の事業内容 健康づくり財団 七つの柱

- 1 普及啓発事業
- 2 健康診査事業
- 3 健康情報管理事業
- 4 脳卒中調査事業
- 5 調査研修事業
- 6 健診保健指導支援協議会事業
- 7 日本対がん協会連携事業

Contents

- 中高年者の健康スポーツの留意点
- がん患者に迫る心臓病のNew Epidemic
Onco-cardiologyは既に実践されているが
体系化はこれから
- お互いに支え、病気になっても働ける時代へ
ー治療と仕事の両立支援事業とはー
- 平成30年度 がん検診セミナー開催状況報告



中高年者の健康スポーツの留意点

新潟医療福祉大学 健康科学部健康スポーツ学科教授

大森 豪

はじめに

現在、日本人の平均寿命は女性87・3歳、男性81・3歳、健康寿命は女性74・8歳、男性72・1歳で、両方とも世界トップクラスとなっているが、平均寿命と健康寿命の差（女性約12年、男性約9年）は平均クラスであり、健康寿命の延伸が大きな課題となっている。一方、健康を維持する3要素として栄養、休養、運動が重要とされており、さらにロコモティブシンドローム（運動器症候群）やフレイル（虚弱、脆弱、老衰）への対応としてサルコペニア（筋量減少症）がkey conditionであることから中高年者の健康運動への積極参加が奨励されている。

しかし、そもそも運動は身体へのストレスであり、特に骨・関節・筋肉・靭帯と言った運動器には運動に伴い大小の負荷が生ずる。そのため、

健康運動の実施に当たってはそのメリットとデメリットを把握したうえで取り組むことが重要である。本稿では健康運動で留意すべき点について特に運動器の観点から概説する。

中高年者の運動強度の目安と運動能力の経年変化

中高年者の運動としては、一般的に有酸素運動で年齢最大心拍数の40〜50%程度の強度の内容で1回当たり30〜60分の長さで行うことが推奨されている。また、さらに詳細な内容での目安も報告されている（表1）。一方、運動能力の指標となる瞬発力、持久力、平衡機能は20歳を

100%とすると経年的に低下し、60歳の男性では瞬発力は約40%減

| | |
|---|--|
| 一般的な推奨 | <ul style="list-style-type: none"> ・有酸素性運動 ・最大運動強度 ⇒最大心拍数(220-年齢)の40〜50% ・1回の運動時間:30〜60分 |
| 厚生労働省 「健康づくりのための運動基準2006」 | <ul style="list-style-type: none"> ・1週間に23エクササイズ以上の活発な身体運動(日常生活動作を含めた活動)を行い、うち4エクササイズは健康運動(いわゆる健康スポーツ)を行う ・エクササイズ=METS×運動時間 * METs:代謝当量(metabolic equivalents) 健康成人の安静時酸素摂取量(3.5ml/kg/分)⇒1 METs |
| 米国スポーツ医学会 (ACSM) (American College of Sports Medicine) | <ul style="list-style-type: none"> ・運動強度(下記のいずれか) ⇒最大心拍数の55〜90% ⇒酸素摂取予備(最大酸素摂取量-安静時酸素摂取)の45〜85% ⇒心拍数予備(最大心拍数-安静時心拍数)の40〜85% ・頻度:1週間に3〜5回 ・1回の運動時間:20〜60分 |

表 1. 中高年者の健康運動の指標

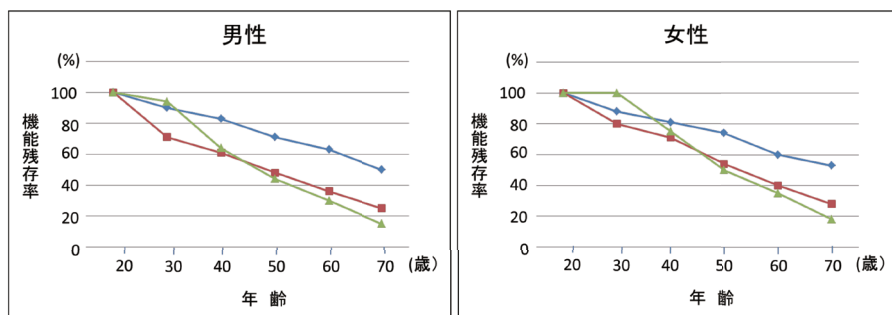


図 1. 身体運動能力の経年変化 (新・日本人の体力標準値Ⅱより作成)

少、持久力と平衡機能は半分以下に低下する（図1）。したがって、運動参加を考えるにあたっては、一般的な運動強度の推奨を踏まえたうえで自身の年齢からその運動能力に見合った内容を選択することが必要である。

留意すべき運動器の疾患…変形性関節症

変形性関節症は加齢により経年的に生ずる退行性変性疾患であり、関節軟骨の摩耗変性や骨変形から関節機能の低下をきたす。全身の関節に発症するが、その中で変形性膝関節症と変形性腰椎症は既述したロコモティブシンドロームの主要構成疾患であり、発症頻度も高く健康運動にも大きな影響を及ぼす。変形性膝関節症は40歳以降経年的に発症し、現在、X線上市本症の有病者数は約2,500万人と推定される。関節変形が軽度の場合、症状は軽微であるが、進行するにつれて、「膝の動作時痛」、「腫脹」、「可動域制限」が生じ運動時のみならず日常生活にも大きな支障をきたす(図2)。変形性腰椎症も40歳以降発症が増加し、X線上の有病者数は3,000万人を超えるとされる。主症状は、腰痛と可動域制限であるが、後方の脊柱管に病変が及ぶと下肢のしびれや疼痛、筋力低下といった神経症状が出現するため身体運動に大きな支障をきたす。これらの疾患の有無を把握するためには運動参加に先立つ運動器のメディカルチェックが極めて有効である。

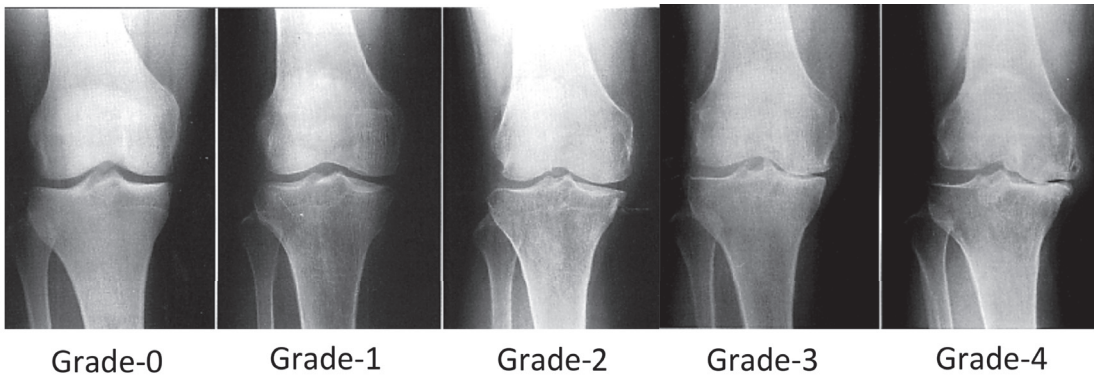


図2. 変形性膝関節症のX線分類(Kellgren-Lawrence分類) Grade 0から4に伴い内側関節面(向かって右側)の変形が進行する

留意すべき運動器のケガ…肉離れ

肉離れは筋腱損傷と総称される中で自家筋力により筋組織が損傷するものを指す。発症のピークは10代であるが、近年、中高年者にも増加している。一般的に肉離れの好発部位は、ハムストリング筋、大腿四頭筋、下腿三頭筋、股関節内転筋であるが、中高年者の場合、いわゆる「テニスレッグ」と言われる下腿三頭筋が多く、その中でも腓腹筋内側頭に多発する。肉離れが生じた場合には直ちにRICE法を行い患部の疼痛、腫脹、内出血を可能な限り軽減することが大切である(図3)。

RICE(外傷の応急処置の基本)

目的: 患部の疼痛、腫れ、出血を最小限に抑える

- R: Rest(安静) 運動を中止し安静を保つ
- I: Icing(冷却) 受傷後すぐに患部を冷却する
- C: Compression(圧迫) 受傷部位を局所的に圧迫固定する
- E: Elevation(挙上) 患部を心臓より高い位置に保つ

図3. 運動時の外傷における現場での対応 RICE 法



さいごに

健康の維持増進のための運動は今後もさらに普及拡大すると考えられるが、自身の「身の程」を認識したうえで適切な運動を選択することが必要と考えられる。



がん患者に迫る心臓病のNew Epidemic Onco-cardiologyは既に実践されているが体系化はこれから

新潟県立がんセンター 新潟病院 腫瘍循環器科

大倉 裕二

はじめに

学術領域においてonco-cardiologyの世界的な潮流が生まれています。わが国でも日本腫瘍循環器学会が創設されたことを受け、当院でも平成30年6月に腫瘍循環器科の診療を開始しました。腫瘍循環器科は、患者さんから学び、考え、お返しをする場です。腫瘍循環器診療を整備し、全国に広め、多くの患者さんのお役にたてるよう邁進しています。

1. Onco-cardiologyとは

Onco-cardiologyの目指すところについては諸説ありますが、「がん患者に併存する、或いはがん治療に合併する循環器疾患を診断し、がん治療と並行してこれを治療し、生命予後と生活の質の改善を目指す学問」と小生は理解しています。

2. Onco-cardiologyが注目される理由

PubMedでcardio-oncologyまたはonco-cardiologyで検索を行うと、10年前には年間3本しかなかった論文が、2015年に年間100本を超え、2018年は242本に達しました。学術領域

においてonco-cardiologyの世界的な潮流が生まれた背景には、①高齢がん患者の増加、②がん患者の心臓病の有病率の高さ、③心臓病患者のがん罹患率の高さ、④がん治療の進歩による心臓病を合併したがんサバイバーの増加があります。

平成28年1月の国立がん研究センターの発表によれば、がんの10年生存率は58%でした。がんは治るか、治らないまでもある程度は制御できる病気になるました。以前は、がんは併存疾患が霞んでしまうほど予後の悪い病気でしたが、今やがんが治った後のことや、がんとともに生きてゆくことを考える時代になりました。

3. 予言者のお告げ

米国国立がん研究所(NCI)はSEER(Surveillance, Epidemiology and End Results) (予言者) という名のがん統計データベースを運用しています。これにMedicare保険請求データを統合した「SEER-Medicare Linked Database」により、がんと心臓病の関係が、次々と明らかになっていきます。(1)100万

人の高齢がん患者の併存症を調査し、がん患者は非がん患者よりも心不全の有病率が高く(9.7%対6.9%)、特に大腸がん(11.6%)と肺がん(12.4%)で有意に高いことがわかりました。(表)

がん患者は治療中に心血管病を発症しやすいこともわかっています。全米8大がん28万人の記録を後ろ向きに調べたところ、がん診断後6カ月間の心筋梗塞または脳梗塞の罹患率は、がん患者群は非がん患者群の2倍もありました。②「4.7%対2.2%、ハザード比(HR)::2.2、95%信頼区間(CI)::2.1~2.3、p<0.001」。(図1A)罹患率のHRは進行がんでより高く、ステージ1ではHR::1.6(95%CI::1.5~1.7)だったのに対し、ステージ4ではHR::3.6(95%CI::3.3~3.8)でした。(図1B)がんやがん治療が血栓症を惹き起こすことが以前から知られていましたが、ビッグデータによりがんと心臓病の結びつきが改めて示されました。

| | 全がん種 | | 乳がん(女性) | | 大腸がん | | 肺がん | | 前立腺がん | | 非がん患者 | |
|----------|-------------|-----|-----------|-----|-----------|------|-----------|------|-----------|-----|-----------|-----|
| | 1,056,534 例 | | 123,680 例 | | 137,536 例 | | 166,053 例 | | 213,311 例 | | 100,000 例 | |
| 併存疾患 | 症例数 | % | 症例数 | % | 症例数 | % | 症例数 | % | 症例数 | % | 症例数 | % |
| うっ血性心不全 | 102,049 | 9.7 | 8,576 | 6.9 | 15,908 | 11.6 | 20,502 | 12.4 | 12,065 | 5.7 | 6,864 | 6.9 |
| 脳血管障害 | 63,149 | 6.0 | 5,718 | 4.6 | 8,942 | 6.5 | 11,932 | 7.2 | 9,403 | 4.4 | 5,392 | 5.4 |
| 閉塞性動脈硬化症 | 45,436 | 4.3 | 3,306 | 2.7 | 5,767 | 4.2 | 11,350 | 6.8 | 6,229 | 2.9 | 3,440 | 3.4 |
| 心筋梗塞の既往 | 21,347 | 2.0 | 1,286 | 1.0 | 2,856 | 2.1 | 4,382 | 2.6 | 3,777 | 1.8 | 1,641 | 1.6 |
| 急性心筋梗塞 | 13,898 | 1.3 | 931 | 0.8 | 2,280 | 1.7 | 2,628 | 1.6 | 2,248 | 1.1 | 1,088 | 1.1 |

表. 66歳以上のがん患者と非がん患者の併存症の有病率(SEER-Medicare Linked Database) がん患者は非がん患者よりも脳心血管系の併存症の有病率が高い。がんの中でも、大腸がんと肺がんは特に高い。(文献1より筆者作成)

4. 新潟発、日本初、がんー心臓病データベースの誕生

我々は、全国に先駆けて、当院のがん登録と心臓病データベースを統合して、がん患者26,235例の心臓病の調査を行いました。新潟発、日本初、がんー心臓病データベースの誕生です。(図2) (図3) (図4) (図5) (図6) (図7) (図8) (図9) (図10) (図11) (図12) (図13) (図14) (図15) (図16) (図17) (図18) (図19) (図20) (図21) (図22) (図23) (図24) (図25) (図26) (図27) (図28) (図29) (図30) (図31) (図32) (図33) (図34) (図35) (図36) (図37) (図38) (図39) (図40) (図41) (図42) (図43) (図44) (図45) (図46) (図47) (図48) (図49) (図50) (図51) (図52) (図53) (図54) (図55) (図56) (図57) (図58) (図59) (図60) (図61) (図62) (図63) (図64) (図65) (図66) (図67) (図68) (図69) (図70) (図71) (図72) (図73) (図74) (図75) (図76) (図77) (図78) (図79) (図80) (図81) (図82) (図83) (図84) (図85) (図86) (図87) (図88) (図89) (図90) (図91) (図92) (図93) (図94) (図95) (図96) (図97) (図98) (図99) (図100)

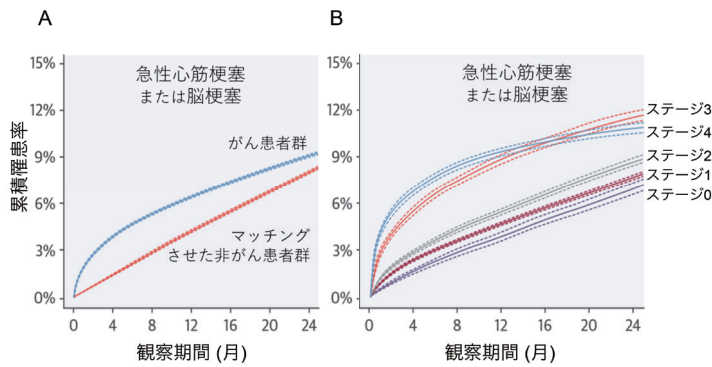


図1. がん診断後の急性心筋梗塞と脳梗塞の累積罹患率
A がん患者群は、乳がん、肺がん、前立腺がん、結腸直腸がん、膀胱がん、膵がん、胃がん、非Hodgkinリンパ腫の患者28万人である。対照群は年齢、性別、人種、共存症をがん患者とマッチさせた非がん患者28万人である。がん診断から6カ月間は、がん患者群で心筋梗塞や脳梗塞の新規発症が急増した。
B がん患者群ではステージが進むほど罹患率が上昇した。(文献2より引用)

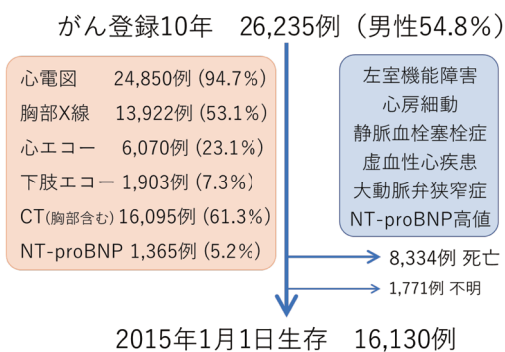


図2. がん登録と心臓病データベースを統合した調査のデザイン
左のboxには検査の受診率を、右のboxには調査対象とした心血管病を示した。(文献3より引用)

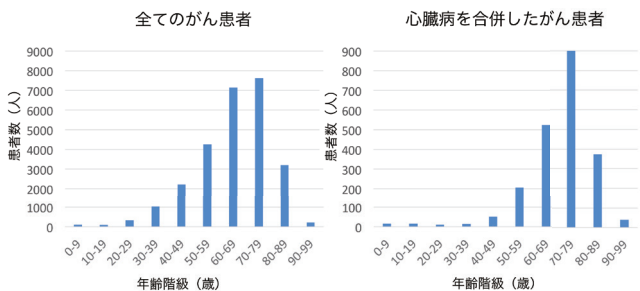


図3. 患者の年齢分布
左はがん登録全体の、右は心臓病を併せたがん登録患者の年齢分布である。(文献3より引用)

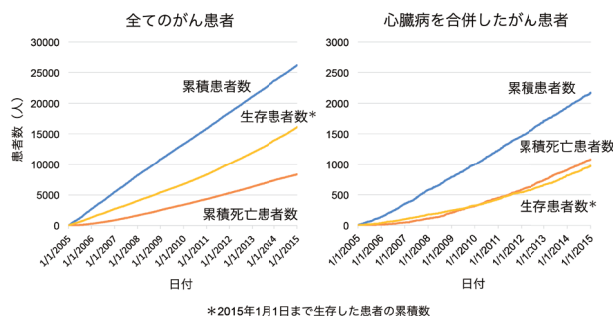


図4. 患者数の累積曲線
左は当院のがん登録患者の、右は心臓病を併せたがん登録患者の10年間の累積数である。2015年1月まで生存して有病率調査の対象になった患者数の伸びは、心臓病を併せたがん患者で鈍かった。(文献3より引用)

した患者の累積数を比較すると、心臓病を併せた患者は、亡くなる方が多かったため、全体の伸びよりも患者数の伸びは鈍くなりました。(図4) がん診療で悩まされることの多い、心房細動、左室機能障害、静脈血栓症、虚血性心疾患、大動脈弁狭窄症、およびNT-proBNP高値(900pg/ml以上)の患者総数と、2015年1月まで生存した患者総数を図5に示します。粗生存率はがん登録全体で66%でしたが、心臓病を併せたがん患者では45%でした。心臓病合併がん患者の粗生存率は、心房細動で45%、左室機能障害で56%、静脈血栓

症で33%、虚血性心疾患で67%、大動脈弁狭窄症で62%、NT-proBNP高値(900pg/ml以上)で36%でした。2015年1月に16,130例の横断調査を行い、有病率を求めました。70歳以上では、男性で10.7%女性で6.4%でした。(図6) もう、お気づきになつていらっしゃるかもしれませんが、この数字には、確認できた限りでは、という前置きが要ります。がん診療では、敢えて調べないという昔からの慣習があります。看取りが近い状況などで調べなくなり、様々なバイアスで過小評価している、というご指摘を頂きますが、小生も実際のところ

は、心臓病はもっと多いのだらうと感じています。
5. 日本版SEERのお告げ
がん患者の高齢化と生存率の改善に伴い、心臓病を併せたがん患者の流行(epidemic)が起きつつあります。国立がん研究センターが公表したがん患者の将来推計値に、当院の有病率を掛け算して、心臓病を併せたがん患者の将来推計値を試算しました。現在、全国で25万人の

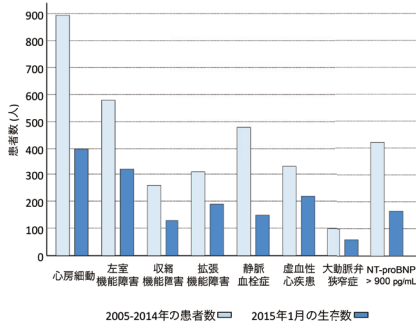


図5. 10年間の心臓病合併がん患者数と生存率
水色は10年間の患者数を、青色は2015年1月まで生存して有病率調査の対象になった患者数を示す。
(文献3より引用)

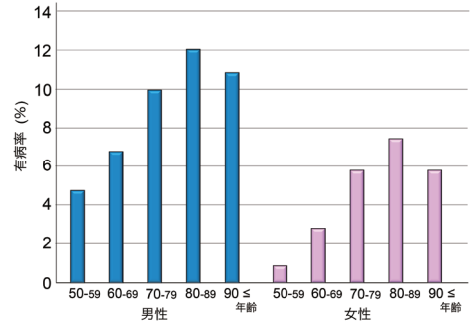


図6. 心臓病の有病率
横軸は10年単位の年齢階級、縦軸は有病率 (%)を示す。
心臓病を合併したがん患者は高齢になるほど増加し、男性が女性よりも多い。
(文献3より引用)

患者がいて、10年後には31万人に増加するようです。男性が70%を占めます。心臓病の割合で多いのは、心房細動(30%)、左室機能障害(23%)、虚血性心疾患(16%)、血栓塞栓症(9%)などです。抗凝固療法や抗血小板療法の適応のある患者が大多数を占めます。脳梗塞、心筋梗塞、心不全、および肺塞栓症といった重篤な疾患を予防するために、厳重な管理が必要な方ばかりです。

6. がんも心臓病も生活習慣病.. 健診における Onco-cardiology

がんも循環器疾患も、しばしばひとりの患者に併存しています。危険因子の共有 (shared risk factors、喫煙、肥満、糖尿病、高血圧、運動不足、食生活) が原因であると言われていています。最新の研究によれば、がんの30%は生活習慣病であり、わが国では5つの健康習慣(禁煙・節酒・食生活・身体活動・適正体重の維持)により、男性では43%が、女性では37%が予防可能とされています。(4) がんが生活習慣病であるとする概念は、米国では既に確立しており、2004年に米国がん協会(AACS)、米国糖尿病学会(ADA)、そして米国心臓協会(AHA)が予防のための共同声明を出しています。健診で生活習慣病を見つけたら、がんと心臓病にかからないようなライフスタイルに変えるような指導がますます重要になると思います。

7. 既に実践されている Onco-cardiology の問題点

化学療法を開始したら血圧が上がった。がん患者に胸水が現れBNPを測った。胸が変だと言うので心電図を撮った。痛いと言うからトロポニンTを測った。足が腫れたのでDダイマーを測った。CTを撮ったら思いがけず血栓が見つかった。などなど Onco-cardiology の間口は広く、身近な検査で簡単に異常が見つかります。では、その先はどうすればよいのでしょうか? そんな時に手に取る循環器ガイドラインは、残念ながら、がん患者を念頭に作られたものではありません。腫瘍循環器分野にはまだまだエビデンスが乏しく、データの収集と分析が急務となっています。

8. Onco-cardiology 今後の課題

がんサバイバーの長期的な健康管理は重要です。がん治療後のフォローを患者のお住いの近くのクリニックにお願いすることも多いです。地域連携の役割は重要です。安心して治療を続けていただけるように、クリニックの先生方と、腫瘍と循環器病の診療情報を共有し、ともに診療の質の向上に努めてゆきます。肺塞栓や血栓症など頻度が高く、危険な合併症については、患者教育を行い、前兆の段階で受診するように指導しています。しかし、患者は高齢化し理解力には個人差があります。日頃から患者に接しているクリ

ニックの先生方が繰り返し指導することで、理解が深まるのではないかと期待しています。

文献

1・ Edwards BK, et al : Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975-2010, featuring prevalence of comorbidity and impact on survival among persons with lung, colorectal, breast, or prostate cancer. Cancer, 120: 1290-1314, 2014.

2・ Navi BB, et al : Risk of arterial thromboembolism in patients with cancer. J Am Coll Cardiol, 70: 926-938, 2017.

3・ Okura Y, et al : Burden of cardiovascular disease in Japanese cancer patients and survivors: a single cancer-center study in Niigata City. Int J Clin Oncol. 2019; 24:196-210.

4・ 国立研究開発法人 国立がん研究センター社会と健康研究センター 予防研究グループ : 科学的根拠に基づいたがん予防、平成28年2月(第1版) [引用2018-12-19]
https://epi.ncc.go.jp/files/11-publications/Can_prev_A5booklet.pdf



お互いに支え、病気になっても働ける時代へ
 「治療と仕事の両立支援事業とは」
 新潟産業保健総合支援センター 労働衛生専門職(両立支援担当)

木村 明子

人口構造の変化に伴って

私たちの住む日本は現在、労働人口が著しく減少傾向にあり、少子高齢化に伴い、自ずとその傾向は益々強くなっていくことでしょう。これまでも核家族化が進んでいく社会現象に対応すべく「育児」・「介護」が必要になった労働者に「長い目で労働しつづける」ことを推進する法律ができました。(家族の形が変わる) ライフイベントを通して、退職することを食い止めるためともいええます。そして、「育児」・「介護」と「労働」を両立するこれらの法律は、一時的な状況に合わせて、「働く」選択肢を残すことができます。つまり、労働者自身が働きながら作ってきた居場所を「戻る場所」として確保することができるとです。せっかく法律ができたわけですから、働く現場ではお互いが気兼ねなく利用できることを目指していきたいものです。

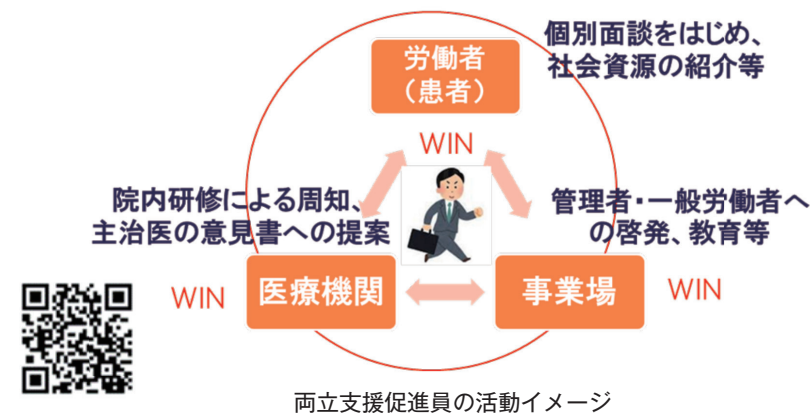
ストップ! 「早まり退職」

厚生労働省は、2016年2月に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」(以下、ガイドライン)を発表しました。いよいよ今度は、労働者本人の長期療養に対応する支援です。つまり、すぐ退職せずに(休職期間を確保、配置転換・時短勤務等に対応する等して)元の職場で働き続けることが目的です。従来は、病気が判明しただけで「病気のことは伏せて、何か理由をつけて退職しよう」とか「周りに迷惑をかけてまで仕事は続けられない」と考えたのだと思います。結果、誰にも相談せず(できず)に半ばビックリした状態で判断せざるを得ず、「早まり退職」をしてしまっていました。ただし、これからは「退職」は最後の選択肢とし、まずは身近な医療スタッフや事業場の上司・労務管理者等に相談をしてもいいと思います。

一緒に考え、創る風潮

そこで、私たち新潟産業保健総合支援センター(以下、センター)では、「産業保健総合支援」の名に基づき、新潟県内にいる働く人の健康を維持増進するお手伝いをさせていただいています。示されたガイドラインに基づいて、長期的な療養が必要となる病気と診断された労働者を

ていいかわからないうちに、「早まり退職」または時間経過することがないように考え、実践していきませんか。新潟県内どこでも暮らしやすい、働きやすい風潮になることを目指して長い目で地道に事業推進ができたらと思います。是非とも、両立支援促進員をご活用いただけますよう、センターまでご連絡をお待ちしています。(新潟産業保健総合支援センター…025-227-4411 /QRコード参照)



両立支援促進員の活動イメージ

平成30年度 がん検診セミナー開催状況報告

新潟県の委託事業として毎年開催している「がん検診セミナー」について、今年度は「乳がん検診セミナー」と「胃がん検診セミナー」を開催し、医師をはじめ診療放射線技師、臨床検査技師、市町村保健師等のがん検診関係者から多数参加いただきました。その概要についてご紹介します。

《乳がん検診セミナー》

平成31年2月8日(金)新潟ユニゾンプラザにて開催し、約110名から参加いただきました。今年度のセミナーは、前半に、はじめての試みとしまして、あらかじめ寄せられた乳がん検診に関する質疑を新潟県立がんセンター新潟病院 乳腺外科部長 神林 智寿子先生にお答えいただくミニレクチャー「市町村や検診機関が困っていることに対する専門医のアドバイス」を開催し、後半では、新潟県立がんセンター新潟病院 院長 佐藤 信昭先生に座長を務めていただき、国立がん研究センター 溝田 友里先生をお招きし「乳がん検診の受診推奨の仕方、受診率を向上させるために」と題してご講演いただきました。

神林先生は「乳がん検診は何歳まで受ければいいのか?」「高濃度乳房と言われた方への対応は?」等、検診の現場で生じる様々な疑問へのアドバイスをいただきました。

溝田先生には国立がん研究センターで取り組んでいる「ソーシャルマーケティングを活用したがん検診受診率向上」についてご講演いただきました。この取組は、昨年9月にテレビ番組でも放映され、大きな反響があったもので、自治体における実際の「がん検診案内」の改善案や、同センターがマーケティング手法を取り入れて開発した「受診勧奨資材(無料)」についてのご紹介をいただき、聴講者からも「マーケティングのお話はとても新鮮でした」「様々な方向からのアプローチを知った」等、大変興味を持っていただける内容となりました。



《胃がん検診セミナー》

平成31年2月21日(木)新潟県医師会館にて開催し、約80名から参加いただきました。今年度のセミナーでは、新潟県立新発田病院 院長 塚田 芳久先生に座長を務めていただき、前半では、新潟県立がんセンター新潟病院 臨床部長 成澤 林太郎先生による「胃がんの内科的診断と治療について」、後半は、同病院 消化器外科部長 藪崎 裕先生による「胃がんの外科的治療について」という二つのテーマでご講演をいただきました。

成澤先生には、従来の胃がん検診である「X線検査」と、平成28年度より新たに厚生労働省が推奨を提言した「内視鏡検査」で、実際に発見されたがんの症例や内視鏡を用いた処置を、画像や動画によりわかりやすく解説していただき、また、既に内視鏡検診を実施している新潟市における胃がん検診の実施方法についてもご紹介いただきました。

藪崎先生は、これまでの胃がん外科手術手技の開発の経緯や、内視鏡では治療できないがんが実際にどのように治療されるかを、動画を交えてお話していただきました。我が国の高齢化に伴って、胃がん患者も高齢化が進み、患者一人ひとりの状態や症例に合わせて治療を選択していくことが今後の課題であるとのことでした。

表紙画説明



丸葉満作(まるばまんさく) マンサク科 マンサク属

主として日本海側の山地に生える落葉小高木。早春、葉に先立って黄色の花をつける。葉の先はマンサクがやや三角状にとがるのに対し、マルバマンサクは半円形になる。マンサクの花に出会ったのは40歳頃。花の絵を描いてはいたのですが、マンサクの花はどんなものか、図鑑も開かず知らないでいました。知人に話したら、三月の寒い朝、玄関にバケツ一杯のマンサクが届いていました。

その当時住んでいた六日町坂戸山の山裾に沢山あり、雪国には多い柴木です。雪のあるうちは山には近づきもしなかったからで恥ずかしいです。

私は山野の花を実寸大で水彩で描いています。質感を出したいので小学生用の絵の具を使っています。よく見て忠実に写生するよう、心がけています。「野の花館」では、花の絵の前にその花が添えてあります。

(野の花館 外山 康雄)

表紙題字 書家 大矢大拙 氏