

【当法人顧問 光嶋勲先生 ご寄稿】

広島大学病院国際リンパ浮腫治療センター特任教授で、東京大学名誉教授、また当法人顧問でもいらっしゃいます光嶋勲先生よりご寄稿いただきました。

「かづき先生との出会いが治療の世界を変えた」

約16年前、東京大学形成外科教授として赴任した直後の話です。日本医科大学形成外科名誉教授百束先生の紹介でかづき先生とお話をしたことが昨日のことに思い出されます。このとき初めて手術から見放された患者さんたちがリハビリメイク®で救済されているということを知り、自分の無知を恥じ愕然としたことを覚えております。と同時に、かづき先生が形成外科の顔面再建術に関してもかなり詳しく知っておられ、手術から見放された患者さんでも最先端の技術を使えば回復することができることをご存知であることにも大変驚かされました。

形成外科医は自分の技量を越えた治療に関しては全く興味もなく、そういう患者さんに出会ってもより高い技量を持ったドクターに紹介することはほとんどないのが現状です。おそらくどの領域でも専門家集団の間で同じことが過去の歴史で繰り返されているのではないのでしょうか。専門家のプライドというものが邪魔をして、患者さんにはマイナスとなっているのです。恥ずべきことです。第三者で常に客観的に判定のできる立場の人からすれば、当然自分の専門以外にも最先端の知識を常に学んでおくということが必要で、そうであれば、適切な専門家・病院に紹介でき、患者さんにとって大きなサポートとなります（但し、患者さんがすでにどこかで治療されていれば、紹介の際に邪魔となる医療につきものの権威主義を恐れない実行力が必要ですが。）（→つづく）



光嶋 勲（こうしまいさお）

広島大学病院国際リンパ浮腫治療センター
特任教授
東京大学名誉教授
公益社団法人 顔と心と体研究会 顧問

* Contents *

表紙～P.2 光嶋勲先生 ご寄稿

P.2 リハビリメイク®検定4級WEB試験
再開のお知らせ

P.3～7 第3回1級者研究会講演内容報告

P.8 「顔と心と体セミナー」開催報告

第2回「顔と心と体セミナー」のお知らせ

(→表紙からのつづき)

かづき先生が私に紹介された患者さんは、60代の女性で顔面に巨大な腫瘍がありました。都内在住ながら多くの専門病院に行っても、手術をすれば顔面神経麻痺が避けられず、笑いが無くなり顔が変形するために、20年間手術を断念されていた患者さんでした。私自身は頭頸部・手足などのがん切除後の再建手術をそれまで数十年専門にしていました。特に神経麻痺に関してはいくつかの最新の再建術を持っており、そのことをかづき先生は学会を通じて形成外科医と同じようにご存じで、この患者さんの治療を私に懇願されました。腫瘍を取ると同時に世界初の神経再建も行いましょうということで、すぐに手術となりました。

顔面神経に関しては私もそれまでこの術式は試みたことがなかったのですが、初めて試みる事ができました。その結果は素晴らしい回復で、これまでの治療法を完全に覆す結果となり、その後数多くの海外での招待講演でこの術式を紹介し続けています。最近では海外でも追試で良い結果の報告が出ています。このように、たった一例の経験が、世界的に影響を与えるほどの大きな手術方法の革命を起こすことになりました。その後、この手術方法は全身の神経麻痺に対しても応用できることがわかり、最近では手足の神経麻痺に対しても素晴らしい結果を出しており、海外で発表するたびに大きな反響を呼びつつあります。治療する新しい術式のきっかけが、このような専門領域の異なる専門家がたまたまお互いに話をしたときに生まれ、それをきっかけとして、世界を変えるところまで行くという大変貴重な経験をすることができました。16年前のかづき先生との巡り合わせ、この会話がこれまで不可能であった病の治療法を生み出すきっかけを作ったのです。本研究会はこれまでなかったそういった多くの分野の専門家が集まる会であり、それが大きな特徴です。今後治療が難しい患者さんたちのために、世界に波及するような革命的な治療法を生み出し、医学という狭い領域を超えた大きな領域へと発展していくことを確信しております。

-----コロナ禍の早期終結を願いつつ。

メンタルメイクセラピスト®検定 4級WEB受験再開のお知らせ

問題の難易度の調整のため、2020年8月11日より公開を停止しておりました4級WEB受験ですが、2020年9月15日より再開いたしました。なお、調整後の合格点を25点に変更しています。

WEB検定の申込方法など詳しくは、検定専用ホームページ (<https://www.kentei-mmt.org/>) の「4級WEB受験」をご覧ください。

何かご不明な点がございましたら、事務局までメールやお電話にてお問い合わせください。

第3回メンタルメイクセラピスト®1級者研究会 講演内容

7月13日(日)に開催しました「第3回メンタルメイクセラピスト®1級者研究会」について、前号(57号)にて開催のご報告はいたしました。佐藤先生、藤井先生の講演内容についてまとめましたので、今回、会員の皆様へ共有いたします。

こちらの内容については、当法人のホームページにも掲載予定です。

【講演(要約)】

●佐藤 浩信 先生(文化学園大学現代文化学部応用健康心理学研究室 准教授)

「社会的支援を必要とする高齢者へのメイクアップを用いた高齢者・支援者

双方のQOL向上の試み」(「緑の郷」における調査研究の結果報告)

学生がメイクボランティアに参加し、施設を訪問して高齢者にメイクの施術を行う。「どうだった?」と尋ねると、「来られた皆さんは嬉しそうでした」「喜んで帰っていかれました」という返答がある。しかし「本当にそうなのだろうか?」疑問を投げかけてみたのが、本研究の出発点である。メイクは高齢者のQOLの向上に寄与しているだろうが、そうだとすれば、主観が入らない方法を用いて検証できないかというのが、本研究を手掛ける問いかけであった。

本研究では、メイクの効果を高齢者の表情の表出量で捉えようと考えた。古典的な研究では、感情が表情を表出するという考え方や、表情が感情をつくりだすという考え方が存在している。メイクによって「楽しい表情」「うれしい表情」をつくることで、豊かな感情表出が行われ、気分の高揚に影響を与えるのではないかと仮説を立てた。

また、人間の感情は表情に現れ、特定の感情は特定の表情を表出することも知られている。例えば、P. Ekmanの研究によれば、人間には「怒り」「嫌悪」「恐れ」「幸福感」「悲しみ」「驚き」の6種類の基本感情が存在し、それらの感情と顔面表情とは異文化間であっても普遍的なものとして知られている。感情表出が文化普遍的なものかどうかについては異論もあるが、これらの基本感情のうち、例えば「怒り」の感情が「怒り」を表わす特定の表情と結びついていることは概ね間違いないだろうと考えられている。

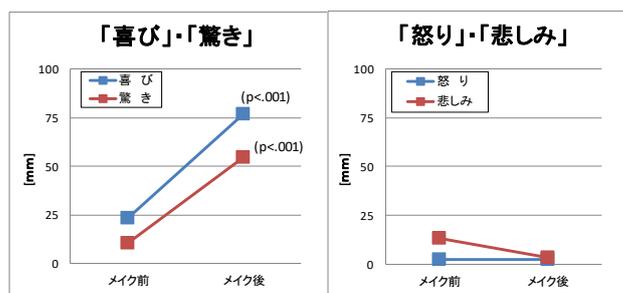
それでは、感情表出としての表情をどのように捉えることができるのか。本研究では、センシングデバイスによって表情を物理量(=数値)に変換して行おうと考えた。対象とする表情は「真顔」「喜び」「驚き」

「怒り」「悲しみ」である。メイク講習を受講した学生達が同じ方法と同じ道具で高齢者に対してメイクを行い、メイク実施前の30秒間、メイク終了後少し時間をおいた30秒間に、メイクを受けた方の表情を記録した。このデバイスでは、1秒間に4コマを撮影でき、その都度表情を数値データに変換して記録する。

施術者が感じ取った被術者の表情変化について主観的評価(VAS値による印象評価)を行うと、被術者の「喜び」「驚き」は上昇するが、「怒り」「悲しみ」の変化はみられない(右図)。(次ページへつづく)



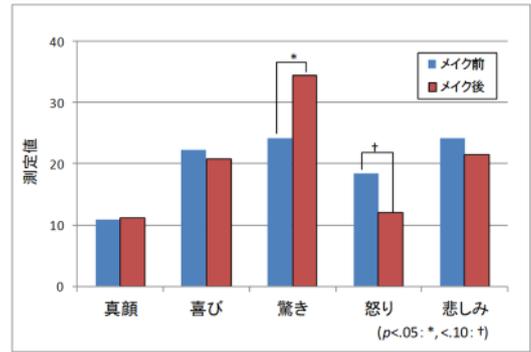
施術者による表情の主観的印象評価(VAS値)



(つづき)

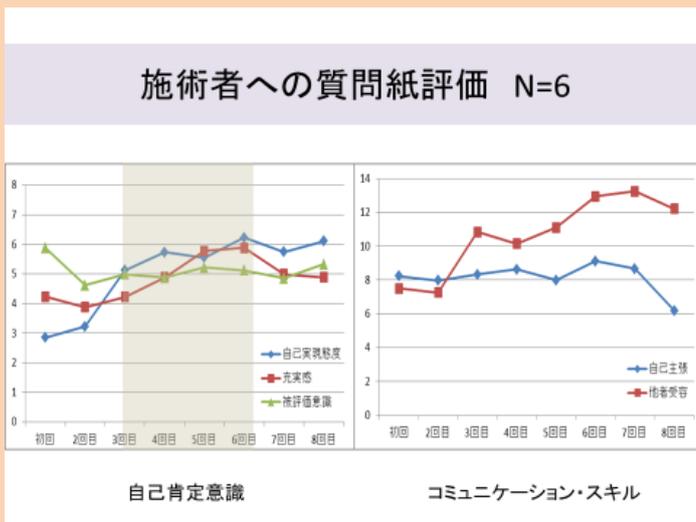
一方、デバイスによる評価では、「驚き」成分の上昇と「怒り」成分の下降がみられたが(右図)、「喜び」についての変化は認められなかった。対象者 27 人を個別にみると、「驚き」成分の数値が大きく上昇する例が多く、また「怒り」や「悲しみ」成分が下降する例が多い。「喜び」成分については、開始時に数値が高い人はメイク終了後も高く、開始時に低い人は終了後も低いという例が多く観測された。特に高齢者は、口角が下がっている人も多いため、「喜び」成分の変化の幅が他の成分に比べて狭いことも考えられる。

デバイスによるメイク前後における表情成分の変化 (N=27)



さて、メイク終了後に施術者側はどのように感じたかを VAS を用いた主観的評価で見ると、「他者との関わり」の意識(「やってよかった」という感情)と、「発動動機」(「自分から何かをやろう」という感情)が上昇している。少数だが施設職員の方々へ同様の評価を求めたところ、同じような傾向が表れている。

また、施術者に行った幾つかの質問紙調査の回答をみると、「自己実現態度」「コミュニケーションスキル」は参加 3 回目からの上昇が観測される。「充実感」はそれよりも遅く 4~6 回目あたりから上昇していく。これらは、参加回数の増加とともにそれに慣れ、満足感や充実感が生まれてくるものと考えられる。「自己主張」は 6~8 回目あたりから減少していくが、施術者自身が「受け入れてもらっている」という感情が生まれてくることによるのではないかとと思われる(下図)。



今回行った調査研究では、新しい手法を用いて検討を試みたが、先行研究の検討も含めた十分な吟味の上で実施した。今回の成果報告の機会に、協力してくださった高齢者の方々への感謝の気持ちも含んでいる。デバイスでは「喜び」の感情表出の有意な上昇を確認するには至らなかったが、「怒り」や「悲しみ」などネガティブな感情表出は明らかに減少しており、日常生活を送る上では重要なことだと考えられる。今回の調査方法はメイクと会話を楽しんで頂いている中で自然観察をする形で実施しているため、高齢者への身体的・心理的負担は皆無であり、人との接触やコミュニケーションを大切にしながら進めることができた。

また、メイク活動は、1 回だけでなく複数回行うことによって、施術者自身が得られる心理的効果にも反映されることも示唆された。

●藤井 達也 先生 (医療法人社団嬉泉会 春日部嬉泉病院 内科医長)

「感染症の原因と対策」

1. 人類と感染症の歴史

人類の歴史を振り返ってみると、戦争や飢饉と同様に、感染症の流行が多くを奪ったものであることがわかる。20世紀初頭のスペインかぜの流行では約4,000万人、1980年以降のHIV/AIDSでは約2,500万人、中世ヨーロッパのペストの流行でも約2,500万人が命を落としている。一説によると、古代から近代までの数回のペストの流行による累計死者数は、全世界で数億人に及ぶとも言われている。今回の新型コロナウイルス感染症でも既に1,200万人が感染し、50万人以上の死者が出ている(2020年7月11日現在)から、かなり大きな感染症の流行であると言える。



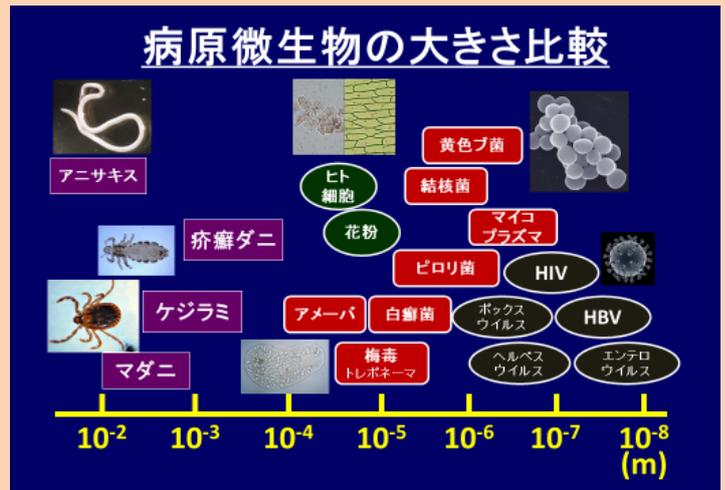
ペストの流行時に何が起こったか？人々は最優先の対応策として感染地域から非感染地域に逃げた。また、バラの臭いをかぐ、カニの目玉を食べるなどの怪しげな民間療法がはやり、「ユダヤ人が井戸に毒を投げ込んだ」などの流言飛語も飛び交った。今回の新型コロナウイルス感染症の拡大においても似たような現象が起きている。過去の歴史に鑑みて、愚かな行為を繰り返さないことが重要だ。

感染症の拡散は人の移動とともに起った。中世においては、旅行者が旅先で地域の感染症で死んで本国に戻らないことが、本国の国民を守る最大の安全保障の一つであったと言える。20世紀の2つの世界大戦においては、軍隊が進出した地域の感染症を克服することが国力を示す指標であった。現代においては、人が瞬時に世界中を回ることができるようになった。感染症がボーダーレスの時代になったと言える。企業が脅威や障害に対して対応する際のコストであるインシデントレスポンスが感染症に対しても適用され得る。即ち、検知・サーベイランス、緩和、封じ込め、根絶の4つのステップをとることである。

2. 感染症とは

① 病原微生物とは

病気を引き起こす微生物を病原微生物といい、大きさによって、原虫、真菌、細菌、ウイルスなどがある(右図)。ウイルスの構造は極めて単純で、膜の中に核酸(DNAまたはRNA)が入っているだけである。ウイルスは自分では増殖できず、宿主に感染し、宿主の細胞機能によって増殖すると考えられている。ウイルスは構造が単純すぎるために、かえってワクチンが作りにくいのである。



② 感染とは

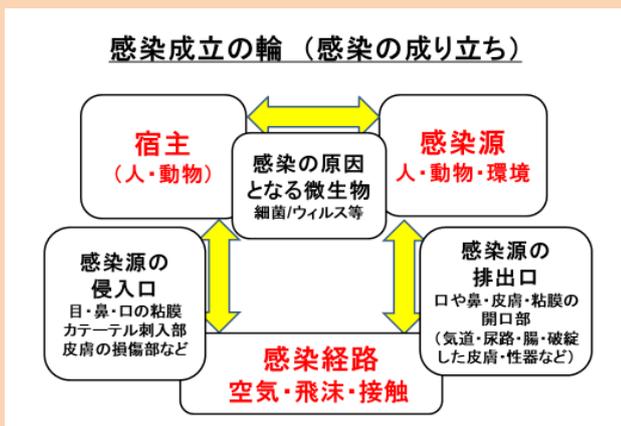
感染とは、病原微生物が宿主の体内に入って増殖するようになることを言う。病原微生物が単に付着することを「曝露」といい、増殖して初めて「感染」ということになる。

ヒトを含めて動物は微生物の塊で、体内で微生物と共生している。例えば、ヒトの腸内には約3万種類の細菌が100兆から1,000兆個生息し、重さにして1.5~2キロくらいになると考えられている。腸内細菌叢はフローラと呼ばれ、人はこれを抱えて生きている。従って、微生物が身体からいなくなれば良いというような考えは全くの誤りである。

滅菌、殺菌、消毒、除菌、抗菌はそれぞれどのように違うか？滅菌とは、病原体を死滅させる(=100万分の1以下に減らす)こと。ある程度(=全体の10%)を殺すのを殺菌という。消毒とは、無害にすること。除菌とは、菌数を減らすこと。抗菌とは、増殖を防ぐこと。このような区別は、新型コロナウイルスと向き合うときに、何を指すのかを考えるうえで重要である。

③ 感染症とは

感染症とは、病原微生物を含む病原体(=病気の原因となる生物)の感染により宿主に生じる望ましくない反応(=病気)の総称である。感染が発症する場所によって、例えば、脳に感染すれば脳炎という感染症を起こし、肺であれば肺炎を起こし、皮膚であれば蜂窩織炎を起こす。



3. 感染症の予防

① 感染成立の輪

感染が成立するには、感染源・宿主・感染経路の3要素が必要である(左図)。

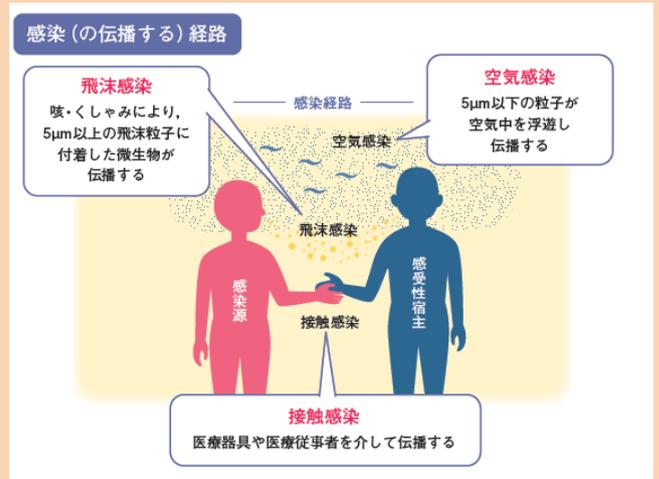
このうち一つが欠けても感染は成立しない。感染源は、病原体を保有して感染を起こす源となるもので、ヒト・動物・環境が感染源であり得る。

(次ページへつづく)

宿主とは、病原体に対して感受性があり、感染するものをいい、人や動物であり得る。感染経路は、病原体が感染源から宿主の生体内に侵入し、感染を引き起こす経路のことで、接触感染・飛沫感染・空気感染の3つがある（右図）。

誰が感染源で、誰が他にうつすのかを明らかにするのは難しい。例えば、インフルエンザウイルスであれば、人も鳥も感染源になり得るし、クジラや犬も宿主になり得る。新興感染症といわれるエボラ出血熱やSAAS・MERS・今回のCOVID-19のようなコロナウイルスによる疾病の感染源はコウモリではないかと言われている。コウモリは最も繁殖している動物で、群れをつくり、感染しても発症せず、空を飛んで活動範囲が広く、それによって広く病原体を保有し拡散するとされている。

感染経路について、飛沫感染とは、5 μ m以上の飛沫粒子が飛ぶもので、その範囲は1~2メートルである。空気感染は、飛沫粒子が乾燥して5 μ m以下の飛沫核となって空気中を浮遊して伝播するものである。空気感染するものは、麻疹、水ぼうそう、結核など非常に少ない。新型コロナウイルス感染症では、一人が何人にうつすのかという数（=基本再生産数）が約2.5人と言われている（麻疹などは18）ので、空気感染しないか、またはするとしてもかなり限定的だと考えられる。



② 感染症の予防

感染症の予防には、感染経路を断ち切るのが有効であるが、それがなかなか難しい。なぜなら、病原体は目に見えず、しかも陽性と診断された患者は氷山の一角で、未検査の保菌者もいるし、陰性とされても後日再検査したら陽性だったということもあるからである。そこで、医療現場では、すべての患者は感染している、そしてすべての患者の血液・体液・分泌物・排泄物・粘膜・損傷した皮膚などは感染の可能性があるものとして取扱い、それに対して標準予防策を適用している。

標準予防策は、手指衛生・咳エチケット（飛沫感染防止策）・个人防护具（PPE）の使用であり、その中でも手指衛生が非常に重要である。汚いものに触れた後と、きれいなものに触れる前は相手を守り、自分を守るために手を洗うというのが基本である。

4. 新型コロナウイルス感染症について

① 感染状況

新型コロナウイルスは、風邪を引き起こすコロナウイルスと同種である。風邪を引き起こすコロナウイルスは4種あるが、これ以外にSARSを起すウイルスとMERSを起すウイルスが知られている。今回の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）も、SARSやMERS同様、ヒトからヒトへの感染は平均すると少ないが、ある特定の感染者が10人、20人にうつしてクラスター（感染者集団）をつくることで、平均値を上げている。

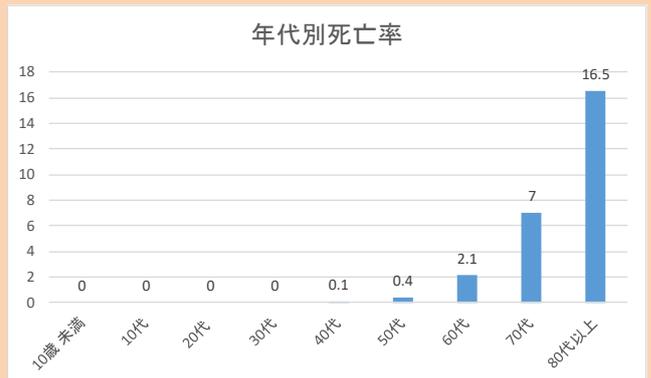
② 臨床経過

80%の人は軽症のまま1週間程度で治癒する。20%の人が肺炎になって重症化し、5%の人が集中治療室での治療が必要になるほど重体化する。

症状は発熱や咳が中心で、X線撮影で肺炎の影が見られる（影がある人でも3分の2は無症状か軽症である）。

新型コロナウイルスでは、ACE2というのが受容体であることがわかっている。この受容体は子どもには少なく、大人でも喫煙者や基礎疾患のある人ではACE2の発現が多く、従ってリスクが高いと考えられている。

年齢別の致死率にはかなりの差がある。全体では2.3%だが、50歳未満では1%に満たない。60歳以上で一気に上がり、80歳以上では16.5%になる（右図）。



厚生労働省「新型コロナウイルス感染症の国内発生動向」
2020年11月4日18時時点
死亡率は、年代別にみた死者数の陽性者数に対する割合

国別の致死率や最近の東京の感染者の増加などは、統計的な定義が不明確なので、国毎の比較や過去の第1波との比較が難しくなっている。注目したいのは感染経路不明率で、これは市中感染がどれほどあるかということを示していると考えられる。

③ 予防と治療

いろいろな薬が出ているが、現段階で特効薬といえるようなものはない。従って、特に高齢者はかからないこと（＝予防）が重要。

感染は、発症前の感染者からの感染が45%、発症後の感染者から40%、環境から10%、無症状感染者からは5%と言われている。感染した日から他者に感染させうる期間は概ね10日間であり、この10日間にこの感染者と接触しなければ感染はしないと言える。また、インフルエンザと異なり、新型コロナウイルス感染症では発症前に感染性のピークがある。

3密の回避も有効な手段である（右図）。密閉・密集・密接の重なった空間は感染を生みやすい。ソーシャルディスタンスも有効である。

予防のために重要なのはマスクと手洗いである。マスクをしたら顔に触らないことも重要。ただし、熱中症が起りやすい時期には、ソーシャルディスタンスの取れるところではマスクを外して水分をしっかりとるというのも重要である。

米国テキサスの医師会が感染のリスクのある行動を9段階に分けて例示している。スポーツ観戦や宗教イベントやバーなどでの飲食などが感染リスクが高いとされている。

新型コロナウイルスは環境の中でどのくらいの感染性を持っているか？高温では感染性はかなり失われる。またどこに付着しているかによっても異なる。マスクやステルスに付いたウイルスはかなり長く生き残る。ほとんどの石鹸や消毒薬は感染性をなくす効果がある。

④ 免疫と今後

感染症は、感染が制御できないほど広がったときは、ロックダウン（都市封鎖）などの積極的な介入が必要である。制御された感染状況であるときは、手洗いの励行、在宅勤務、大規模集会の制限などの持続的な介入が必要となる。

日本は、高齢者の割合が高く、大都市の人口密度も高く、パンデミック期の対策計画も貧弱だった。しかし、結果として致死率は低かった。その理由は、マスクの習慣とか、クラスター対策がよかったとか、BCGで免疫力が高かったなどと言われているが、はっきりしたところはわからない。

免疫は、自然免疫と獲得免疫の二段構えで人体を防御するが、日本人の場合、BCGによって自然免疫が強化されたのではないかとの説がある。

免疫の元となる抗体についても、抗体には、善玉・悪玉・役無しがあり、ワクチンによって善玉が増えればそのワクチンは有効だが、悪玉を増やせばサイトカインストームを引き起こして、かえって生命の危機をもたらすこともある。従って、現在かなりの種類のワクチンの開発が行われているが、効果と安全性が確認されるのには、かなり時間がかかると思われる。

集団免疫とは、多くの人に免疫があれば、感染者がいてもうつらないという状況のことを指すが、どのくらいの人に免疫があればいいか（＝どのくらいの人にワクチンが効けばよいか）ということとはわかっていない。

新型コロナウイルス感染症に関しては、まだまだ謎が多いが、それでも科学的根拠のないデマなどには惑わされないようにすることが重要である。



※データは講演時（2020年7月12日時点）のもので、最新情報は厚生労働省HPなどでご確認ください。ただし、年代別死亡率はアップデートしました。

Report

「顔と心と体セミナー」開催報告

「顔と心と体」をテーマとし、化粧や医療などを含む多方面の分野の専門家を招き、幅広く外観やメイクについて考える機会を提供することを目的とした小規模セミナー「顔と心と体セミナー」を10月3日に開催しました。第1回目となる今回は、映画やドラマなどで特殊メイクを手掛けていらっしゃる百武朋先生と、精神科の医師である春日武彦先生にご講演いただきました。

感染症拡大防止の観点から、会場参加の他、オンライン参加も併用し、37名(会場8名、オンライン29名)の方にご参加いただきました。このセミナーの講演内容については、次号(2021年2月末発行)の会報誌で報告予定です。

また第2回の開催も、来年の1月30日(土)に決定しました。皆様のご参加をお待ちしております。



百武先生の講演では、写真だけでなく、実際に傷を作る特殊メイク実演も行われました。また、百武先生がこの講演のために特殊メイクを行ったモデルさん(写真中央)にもご登壇いただきました。

(モデル・堀端 琉羽 / 特殊メイクアシスタント / 並河 学)



春日先生の講演では、今のコロナ禍という状況も踏まえ、ストレスとどう向き合っていくべきか、8つの方法について解説いただきました。

第2回「顔と心と体研究会 セミナー」参加者募集

第2回「顔と心と体セミナー」を以下の日程で開催いたします。今回もオンラインとオフラインでの共催となります。皆様のご参加をお待ちしております！

日時 : 2021年1月30日(土) 13:00~15:30 (12:30より受付)

会場 : 四谷三丁目付近の会議室(予定)

定員 : 会場 20名 / オンライン 30名

参加費 : 正会員 : 3,000円 / 協力会員 : 無料 / 一般 : 3,500円

講師 : 理事長 内田嘉寿子(かづきれいこ)

「近況と今後の活動に向けて」

西田佐奈江 様(メンタルメイクセラピスト®検定1級資格者)

「福祉施設の現場から」(仮)

簀内佐斗司 先生(彫刻家・東京藝術大学大学院教授 同学副学長)

「ほとけの顔もなんとやら 造られた地域で変わる仏像の顔」

申込締切 : 1月22日(金)