

顔・心・体

通巻 71号 令和 5年度
公益社団法人顔と心と体研究会
会報誌

【理事長かづきれいこからのご挨拶】

2024年もあっという間にふた月余りが過ぎ、そろそろ春の訪れを感じられるような季節になりました。去年は、何となく不安で不穏な1年だったように思います。ロシアとウクライナの戦争は終わりが見えず、ガザ地区ではイスラエルとパレスチナの紛争が起きました。米中対立が世界を黒い雲で覆っているようです。世界情勢とは別に、年末に、73歳の八代亜紀さんの訃報に接したことは、大変に残念な出来事でした。

2024年の幕開けも衝撃的な出来事で始まりました。能登半島地震は、東日本大震災、阪神・淡路大震災に次ぐ被害をもたらしました。亡くなられた方や倒壊した家屋の数とともに、交通・通信が寸断され、孤立した方々が数多くいらっしゃったのにも驚かされました。被災された方々には、心からお見舞い申し上げます。また、機会と要望があれば、微力ながら、東日本大震災のときと同様に、メイク道具を抱えてボランティアに赴きたいと考えております。

前年同様、暗いニュースでスタートした2024年ですが、私は辰年で、今年は年女になります。昨年来コロナも開けて、講演等の依頼も増え、全国に足を踏み入れて、いろいろな方々とお会いできるのを、今年も楽しみにしております。

メイクを取り巻く環境は変わってきています。形成外科で発展させてきた技術が徐々に普及し、血管腫に対する対応、外科その他の診療科での形成外科的な縫合術・再建術の適用などによって、昔からある外観上の問題に対する対応は変化しています。また、テープの適用の可能性が広がり、眼瞼痙攣などへの有効性に注目が集まっています。

こうした中で、新しい研究課題に取り組んで、新しい成果を提示していくことが求められていると考えています。そのためにも、テープを含めたメイクの可能性を広げ、技術を磨いていく必要があります。

こうした状況の中で、私は、2024年以降の目標について、次のように考えています。

まず、有限会社かづきれいこに関しては、コロナ前の状態への復帰だけでなく、それ以上に企業価値を高めることが求められています。そして、**Going-concern**として今後も存続していくためにどのような体制を備えなければならないかを検討し実施していくことが必要です。それによって、雇用の継続と労働条件の向上を図ること。さらには、技術の継承のために、後継者を育成するための体制を整えること。これらのことに取り組んでいきます。

公益社団法人顔と心と体研究会に関しては、同様に、コロナ前のレベルまで活動を活発化させ、会員基盤を拡充すること。活動領域を拡大し、クラウドファンディングなどを含めた、財政基盤を充実させることを目標としていきます。

この先の道のりは、かなり険しいものになると考えています。しかし、辰年の年女にふさわしく、「登り竜」のように、力強く大空を駆け巡っていきたいと考えています。

皆様の一層のご支援・ご協力をいただきたく、お願いする次第です。

* Contents *

表紙	理事長かづきれいこからのご挨拶	P. 15~18	第13回顔と心と体セミナー 理事長かづきれいこ講演まとめ
P. 2~ 9	第13回顔と心と体セミナー 若倉雅登先生講演まとめ	P. 19~23	若倉先生×澤田先生×かづきれいこ 鼎談（抄録）
P. 10~14	第13回顔と心と体セミナー 澤田真如先生講演まとめ	P. 24	会員継続のお願い



(当社団理事長 かづきれいこ)

「第13回顔と心と体セミナー」講演内容

2023年10月21日（土）に開催しました「第13回顔と心と体セミナー」での、若倉雅登先生、澤田真如(まこと)先生、かづきれいこの各講演と、三者による鼎談の内容について、会員の皆様と共有いたします。（第14回セミナーは、3月30日（土）に開催します。詳しくは同封のパンフレットをご覧ください。）

【講演（要約）】

●若倉 雅登 先生

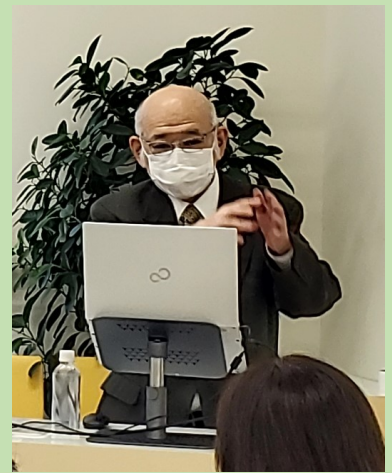
（井上眼科病院 名誉院長）

「中高年の目の悩みを解決する」

【はじめに】

今日は「中高年の目の悩みを解決する」というタイトルでお話をさせていただきます。1時間余りの講演で、悩みがすべて「解決」するということはありません。「解決」のために、私は本を数冊書いておりますので、それらを皆読んでいただければ良いのですが、今日はそのエッセンスをお話することにします。もう少し詳しく知りたいと思われる方は、是非本をご覧くださいいただければと思います。

私は医者になってから間もなく45年になります。最初の30年ほどは一般眼科をやっていましたが、後半の20年余りは、神経眼科または心療眼科という、目と脳と一緒に考える分野を専門にしております。



【1. 目の構造】

まず、一般眼科の問題として、皆さん誰もがご存じの目の病気からお話ししましょう。近視、遠視、乱視、それから40歳を過ぎると老眼（老視）という問題が起きてきます。さらに、白内障、緑内障。このあたりはどなたもご存じの目の病気だと思えます。

病気について話す前に、目の構造を考えてみましょう。今は皆さん携帯で写真を撮りますが、昔はフィルムカメラを使っていて、目の構造はよくフィルムカメラと対比されました。というより、フィルムカメラが目の構造に基づいて考案されたものなのです。図1のように正立像があって、これが網膜＝フィルムに写ります。だから、網膜がきれいであれば、良い像は写りません。正立像は網膜に倒立像で写りますが、真ん中に

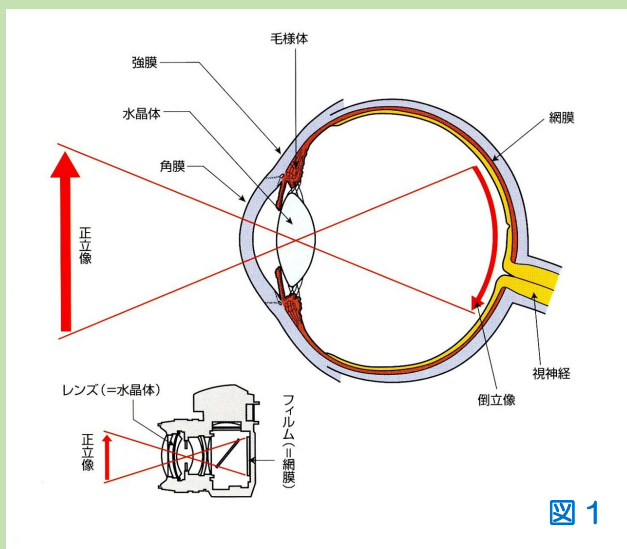


図 1

角膜と水晶体＝カメラのレンズがあります。角膜と水晶体が膨らんでいたり、へこんでいたり、ゆがんでいたりすると、近視や遠視、乱視ということになり、像がうまくできません。これらは主に眼鏡で矯正します。角膜や水晶体が濁っていても問題が起こります。白内障などで水晶体が濁っていれば手術によって治します。角膜や水晶体や網膜がきれいであれば、きれいな像が写ることになります。

さらに、網膜の奥に視神経があって、これが像の情報を脳に伝えます。脳で解析が行われて、「花が咲いている」とか、「目の前にいるのは〇〇さんだ」という認識ができるわけです。

【2. 近視・遠視・乱視・老視】

近視・遠視・乱視・老視というのは、皆さん、良き聞く言葉だと思えますが、そのわりに詳しく、あるいは正しく知られていないことがありますので、その「常識と非常識」についてお話ししましょう。近視・遠視・乱視は、目の屈折状態の問題で、いずれも眼鏡で矯正できます。これは、かなりの部分が遺伝子によって決まっています。20歳になったらこうなり、50歳になったらこうなるというのが、生まれつきプログラムされています。また、後天的な環境因子も働きます。勉強をたくさんすると近視になりやすいなどと言われています。

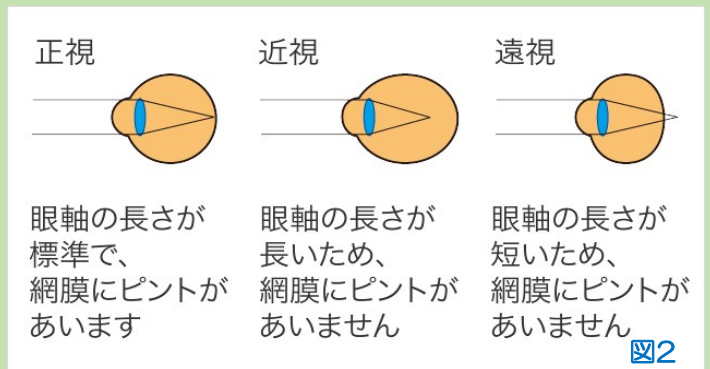
日本人の約8%は強い近視を持っています。眼球が長いのです。大体眼球が少し大きくて、目が前に出て、大きく開いて黒目がちなので、目がきれいな人が多いです。近視の人は近いところが良く見えます。だから老眼になっても、老眼であると認識しづらいことがあります。近視は大体20歳くらいまでで止まりますが、病的な近視は、さらに進んでしまって、そうするといろいろな問題が起こってきます。緑内障になりやすい、白内障になりやすい、黄斑部や網膜の病変が起こりやすい、後天的な斜視にもなりやすいなど、合併症が起こりやすいという特徴を持っています。

環境因子によって生じる問題に対する予防研究は、最近非常に盛んに行われています。特に、小児眼科の領域で重要視されています。

中高年に起こる問題として老視があります。老視は、近視・遠視・乱視とは別のもので、それらと関係なく生じる加齢変化です。近くを見るときには水晶体が膨らみ、遠くを見るときには縮んで、ピントを合わせますが、若いときに良く働いたこの調節機能が、加齢とともに低下して、ピント合わせの幅が狭くなって固定化してきます。これが老視です。

近視の人は、最初から近くがよく見えるので、老視になっても近くはよく見え、遠くは相変わらず見えません。遠視の人は、近くの物がさらに見えづらくなるので、近視の人よりも早く老視に気がつきます。

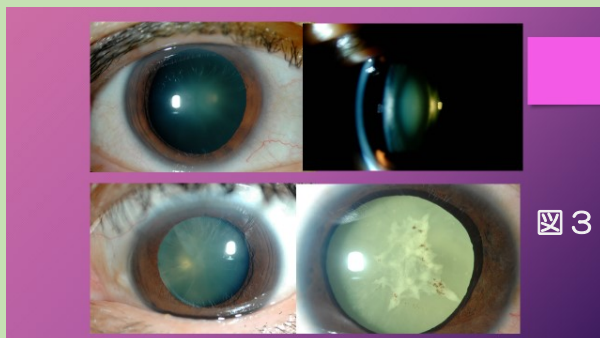
図2は、理科の教科書などにも載っていますから、皆さん、馴染みがあると思います。正視の人は、外から入ってきた光がちょうど網膜に当たって像を結ぶ人です。近視の人は網膜より手前に、遠視の人は網膜より後ろに像を結んでしまいます。それを正視のように合わせるために、近視の人では凹レンズ、遠視の人では凸レンズの眼鏡をかけます。



【3. 白内障】

一般眼科の問題として、次によく知られているのは、白内障です。図3の左上の写真は、軽い白内障です。上下に濁りが見えます。下の写真はかなりひどい白内障です。最近ではここまで悪くなるまで放置する人はいません。

水晶体が濁れば失明するわけですが、これに対して昔はどのように対処したかということ、針で突き刺して水



晶体を後ろに落とす「墜下法」という治療法がありました。古代インドの文献などに出ています。濁った水晶体を摘出するという治療が行われ始めたのは19世紀頃で、日本ではシーボルトが試みたようです。

現在では、機械で濁りを取って、超音波で溶かして、水晶体を吸引して摘出するという方法をとっています。1995年ぐらいから普及し始めて、今では1~2ミリの切開で摘出し、折り畳みレンズを入れて中で拡大させることも

できるようになりました。近年は更に技術が発展し、水晶体の上にレンズを入れて近視・遠視の矯正をしたり、老眼対応の多焦点レンズを入れたりするICLやPCLと呼ばれる矯正手術も行われるようになってきました。

白内障の手術をするといういろいろな良いことがあります。歩行スピードが上がる、睡眠の質が改善するなどの効果を実証する論文が出されています。また転倒リスクの減少や交通事故の減少も挙げられています。高齢者の

転倒は、皆さん、何となく足腰の問題とされているようですが、30~40%は目の不自由さから起こるということが分かっています。

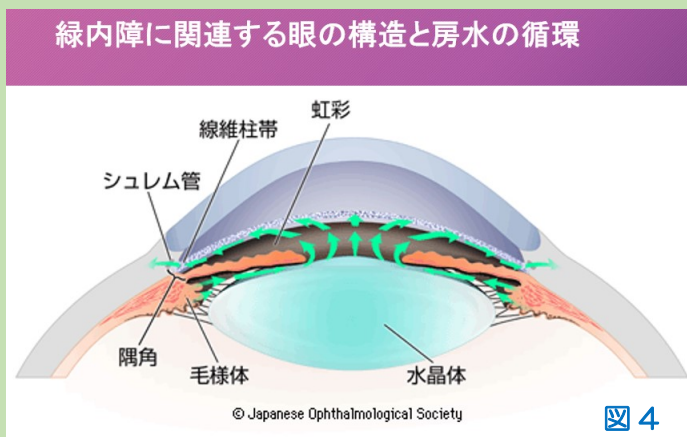
また、物が見えにくいと、いろいろなことに対する関心が衰えてきて、認知症のリスクも上がります。フレイルという言葉がありますが、「一歩手前の老い」の状態ですが、目が良く見えるようになれば、視覚のQOLが上がって認知症の予防にもなります。「一歩手前」の対応が大切なのです。

白内障は簡単な手術で、今では年間で100万人以上の方が受けています。ただ、それでも術後不適應の問題がないわけではありません。ものを見ているのは脳で見ているのですが、軽度の白内障でその状態で見ること慣れてしまって、目と脳がうまく一致しているような場合、水晶体を人工のものに変えてしまうと、かえって適應できない人がいます。例えば、目が疲れるとか、痛いとか、まぶしいというような症状があるので、眼科に行ったところ、白内障があるからすぐ手術しましょうと勧める医者があります。そういう判断はちょっと警戒した方がいいです。生活の不自由さが手術するほどにかなり重大だと感じているのかということを含めて、ご自分でよく考えた方がいいと思います。勧められるがままに手術を受けて不適應になったということが時々あります。同年代の友達が手術して喜んでいるから自分もやってみようなどという場合、技術的な失敗がなくても適應しないことがあります。また先程申し上げた進行性の強度近視の場合には、不適應になりやすい要素があります。

いずれにしても、何事も即断はしないで、他の先生の意見を聞いてみることも必要です。フリーアクセスとセカンドオピニオンの活用です。日本では1人の医者に行ったら、ずっとその医者にかからなければいけないということはありません。自分の人生の中で大事な決定をするときは、セカンドオピニオンやサードオピニオンを取るというのは、当たり前のことですが、病気に関しても同様です。日本ではどうも医者に対する遠慮があるようですが、やはり大事なことは1人で決めないで、いろいろな意見を聞いた方がいいと思います。特に、加齢白内障（＝加齢とともに進む白内障）については、自分の生活にどの程度支障が出ているのかを自分で判断する必要があります。

【4. 緑内障】

次に、緑内障のお話をします。これも良く知られた病気で、緑内障と聞くとすぐに失明と思う方がいらっしゃいますが、それは50年前の話です。現在、緑内障は、眼圧、視神経乳頭、視野の3つの状態をみて総合診

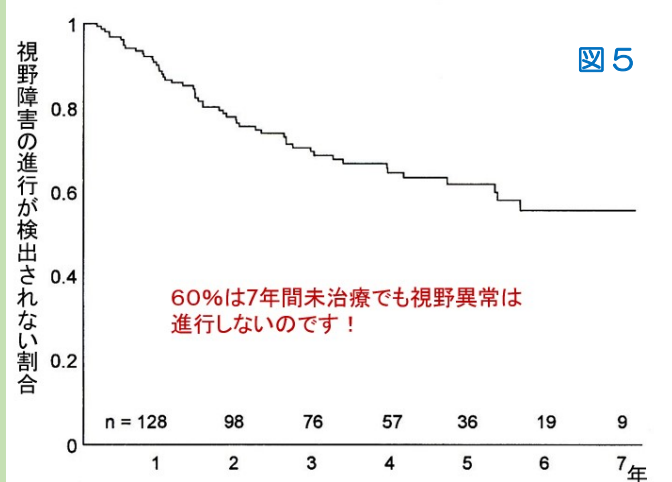


緑内障と言われる方のほとんどは開放隅角緑内障で、閉塞隅角緑内障の方は40歳以上人口の0.4%しかいません。女性や西日本に多いと言われています。

申し上げましたように、緑内障の診断は、眼圧、乳頭、視野の3つで行いますが、正常眼圧緑内障もあるので、数字で計測できる眼圧の地位は低くなりました。視神経乳頭は個人によってかなりのバリエーションがあります。例えば、緑内障の乳頭と緑内障に似た正常な乳頭を10人の緑内障専門家に診てもらくと、一致率は5割くらいです。つまり、5割の人は誰が見ても緑内障ですが、残りの5割については、緑内障であるのにそのように診断されなかったり、緑内障でないのに緑内障と診断されるということです。また、人間ドックなどで視神経乳頭陥凹拡大というような診断を受けることがあります。緑内障の疑いがあるということなのですが、そのうち4割は緑内障ではないとされています。つまり、視神経乳頭に関しては、診断に主観の入る余地が大きいということなのです。

どのようにして正確な診断を求めるかという、経過観察して、何年間かにわたって検査を繰り返していきます。開放隅角緑内障は急性ではなく、影響が出てくるのは20~30年後です。2~3年治療が遅れたからといって、重大事になることはありません。つまり、緑内障と言われたことで、びっくりしてあわてる必要はないのです。

正常眼圧緑内障の自然経過

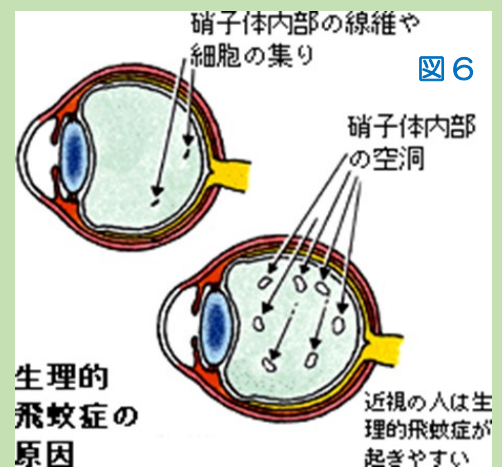


初期の緑内障については、本人は気がつきません。ちょっとした視野異常は検査しない限り分からないのです。本人にとっても不自由が感じられるような視野異常は、かなり時間が経ってから出てきます。図5にあるように、60%の人は7年間未治療でも視野異常は進行しません。このように進行が遅いものから、緑内障と言われても、すぐにどうこうするというのではなく、やはりセカンドオピニオンやサードオピニオンを取りながら、経過観察して決めるのが良いと思います。既に申し上げたとおり、誰が見ても緑内障という患者さんも5割はあるのですが、緑内障ではないのに緑内障と言われる人もいて、私のところにも、そういう方が外来で来るのが時々あります。

【5. 視覚陽性現象】

中高年の方からよく訴えられる目の問題は、大きくは、視覚陽性現象に分類されるものです。実際には存在しないものが視覚に入って見える現象です。光、虫のような物体、何らかの形や模様など、様々なものが見えます。

よく知られているのは飛蚊症です(図6)。これは片方の目にだけ見えるものです。眼球の中に空洞ができたり、濁りが出たりして、網膜に影が写ります。加齢によってできたり、若くても生理的に、つまり自然にできたりします。目の中に何か入り込んだというのではなく、自分で作り出してしまったものです。しかし、中には網膜に穴が開いたり、出血や炎症が起こっている場合もありますから、気になったら一度は眼科でチェックしてもらった方がいいと思います。病気ではなく生理的なものと分かったら、気にしないことです。治療法はありませんので、放置するしかありません。ただ、こだわり過ぎる人もいます。これは、飛蚊症が問題なのではなく、こだわることが問題なので、眼科の治療ではなく、認知行動療法など、心の問題として扱うことが必要になります。



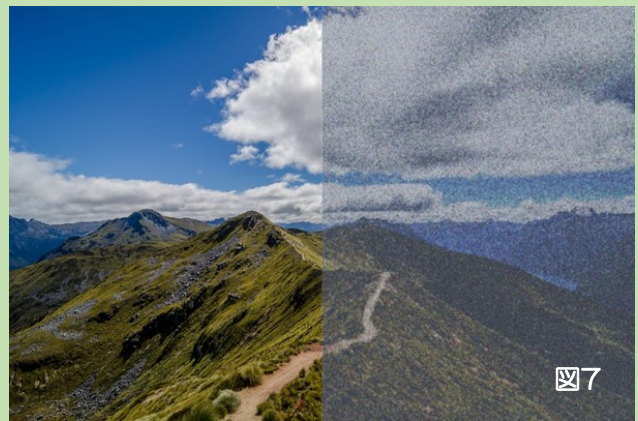
次は光視症です。これは目の中にピカピカ光るものが見えるというものです。これには、眼球性のものと中枢性のものがあります。後者は、脳の視覚情報処理系の中でノイズが発生するのが原因です。高齢者の方では、ムーアの稲妻線条という稲妻のような光が見えることもあります。これらは、網膜が電気を伝えるところなので、その異常な作用が脳に伝わって光が見えるというものです。かなり昔(17~18世紀頃)から知られている現象です。

閃輝暗点というものもあります。これは片頭痛の前兆として良く知られています。目の隅の方からガラスのかけらのようなものが見えてきて、だんだん広がっていきます。目をつぶってもピカピカ光るものが見えています。長くても20分くらいで終わり、それからズキズキ脈打つ頭痛が始まるというのが、典型的な閃輝暗点です。ただ、頭痛の起らないものもあり、それは5~10分程度で終わります。ピカピカ光るものが見えるので目の病気と考えられがちですが、国際的にも片頭痛の一種としてとらえられており、心配なことはありません。

次ページ図7に見られるように、視界にいつも砂嵐が現れているような症状もあります。Visual snow syndrome=小雪症候群と名付けられていますが、2012年に外国の論文で取り上げられて知られるようにな

りました。しかし、こういう症状のある人は、もっとずっと以前からいました。

シャルボネという物体が見える現象もあります。視覚障害が強くなった人に現れる症状です。同じように、存在しない物体が見えるというものにレビー小体型認知症というのがあります。どちらも幻視があるものですが、前者は、ないことが分かっているながら見えているが、後者は、見えているものの存在を疑わずに、妄想化しているという違いがあります。



All About Vision より引用

【6. 「光過敏性眼脳症」について】

① 目に関連する不定愁訴

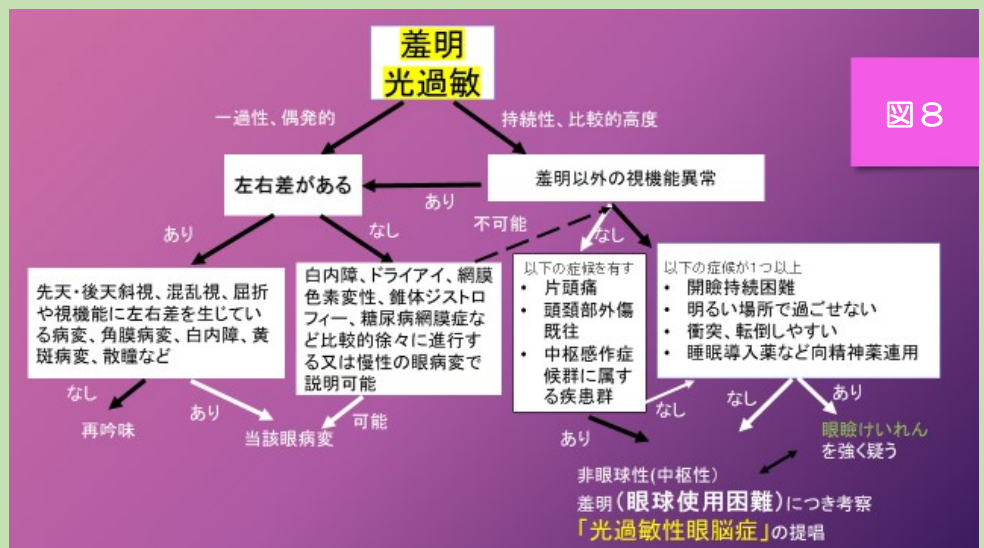
目に関しては様々な不定愁訴があります。疲れる、かすむ、しょぼしょぼする、違和感がある、異物感がある、乾く、まぶしい、痛いなどなどです。医師は、「疲れる」と言われると眼精疲労、高齢者に対しては老化とか緑内障、「まぶしい」と言うのに対して白内障、「乾く」と言うのにドライアイと言って、目薬を渡してくれます。

これで本当にいいのかという疑問があります。確かにそういう診断で解決する場合もあるでしょう。しかし、私の外来には、それで治らない人がたくさん来ます。目が疲れるという人では、左右の目のバランスが悪いとか、両目を空けているのがつらいとか、片目だけ眼瞼下垂という人などもあります。かすんだり、ぼやけたりするという人には、視野や視力が悪いとか、目の位置がずれていて右と左の像が合わないという人などもあります。これが薬の影響で起きていることもあります。しょぼしょぼするという人は、やはり薬物の影響であったり、後で触れる眼瞼痙攣であったりする人もいます。まぶしいとか、痛いとかいう人も、目の病気だけではなくて、いろいろな病気が絡んでいることがあります。

本当に痛いという目の病気はあります。角膜の潰瘍、重度の結膜炎、急性緑内障などです。また、まぶしいというと、大体の眼科の先生は角膜の問題か白内障を疑います。視神経や網膜に原因があることもあります。しかし、大事なことは、目の病気だけではなくて、他の対応が必要な場合もあることです。

光過敏やまぶしさの問題を見てみると、目の病気の場合とそうではない場合があります（図8）。そして、

目の病気ではない場合の方が、光過敏やまぶしさが持続して、高度な障害の場合が多いと言えます。例えば、片頭痛やけがの後遺症ということもありますし、眼瞼痙攣である場合もあります。後者の場合、光過敏で目が開けにくい、長時間目を開けていられない、明るい場所で過ごしづらい、転倒や衝突をしやすい、睡眠導入剤などを服用しているなどの特徴があります。



こういう症状があれば眼瞼痙攣を疑いますが、最近では、眼瞼痙攣に限定しないで、広く中枢性の眼球使用困難について、その一つの重要なファクターとして光過敏があり、「光過敏性眼脳症」と呼ぶべきなのではないかと考えています。

私の後にご講演される澤田先生のお話とも関連しますが、我々はものを見るのに、通常は間接光で見ているのですが、パソコンや携帯やテレビを見るときは、直接光るものを見ているので、言わば太陽の光を直接見ているようなものなのです。人間という生物は、間接光に対してはほぼ適応していますが、最近になって出てきたテ

レビなどの光るものを見ること＝直接光を見ることには、100%の人間が適応できてはいないのではないかと思えます。そういう不適応の人が、直接光を見る生活を続けていくと不調になったり、病気になったりするのだと思えます。

② 眼瞼痙攣

「眼瞼痙攣」というのは、昔は、まばたきが多くなるとか、目を開けようとしても瞼(まぶた)がピクピク動くだけで開かないというような運動障害を中心とした症状を示す疾患の固有名詞でした。しかし、今では、眼瞼痙攣の主要な症状は、瞼の運動機能だけではなくて、脳の視覚神経処理系の不具合が重要な要素になっていると考えられています。つまり、常にまぶしさがあつたり、光を見るのがつらかったり、異物感、不快感、乾燥感、眼痛、しみる、いつもしょぼしょぼするなどの感覚過敏に加えて、抑うつ、焦燥、不安、不眠などの精神症状もあります。この運動障害、感覚過敏、精神症状の3つの要素(図9)を含めて「眼瞼痙攣」と呼んでいますが、私は、先ほど申し上げたように「光過敏性眼脳症」という呼称を提唱しようと考えています。

精神症状だけを訴えればうつ病に診断され、目の症状だけを訴えればドライアイなどにされてしまったりしますが、これらの症状は総合して考えられなければならないものなのです。運動、感覚、精神というのは、目にあるのではなくて、脳にあるわけで、そういうものとして捉えなければいけないのです。

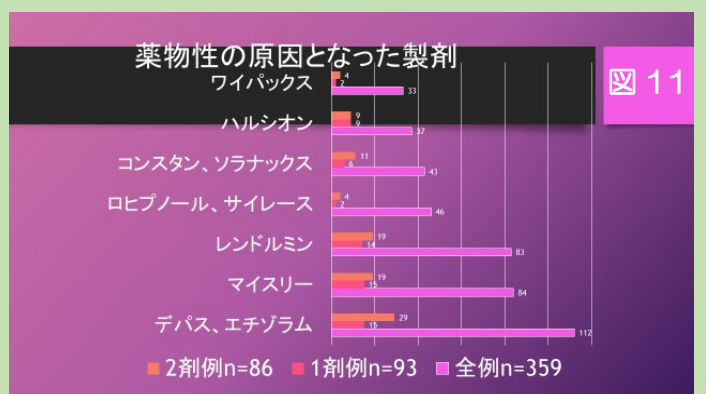
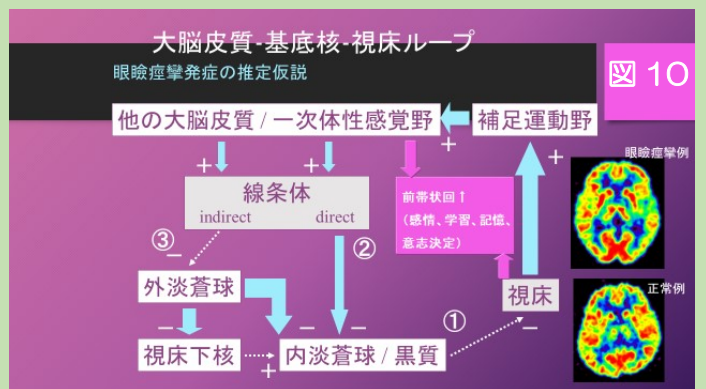
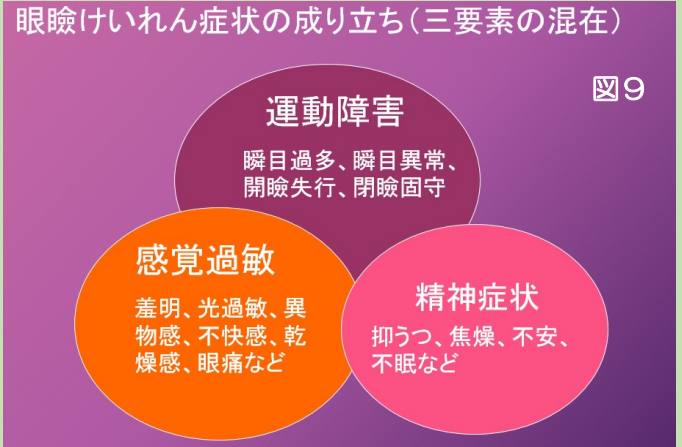
眼瞼痙攣の患者さんはどういう訴えで外来に来られるか。まぶしいと言って来られる方が圧倒的に多いです。また、目が開いていられない、目をつぶっていたい、外に出ると目をつぶってしまう、従って衝突事故が多いということも言われます。下を向いたり、瞼を細めたりして、光が入ってくるのを防ごうとするのです。一見眼瞼下垂のようですが、そうではなく、脳が光を嫌がるから自然に目を細めるわけです。まばたきが多いとか、手指で瞼を挙げないと目が開きにくいという訴えもあります。眼瞼下垂の手術をすると、かえって不調がひどくなります。脳が嫌がる光を無理矢理入れることになるからです。

こういう人は、例えば、停車中の車に衝突する、歩行中にバイクに接触する、犬の散歩中に立ち木にぶつかる、テニスボールを顔で受けてしまう、自転車で走行中にどこかに乗り上げる、車で追突事故を起こすというようなことをします。運転中にトンネルから出た途端、蒸発現象を起こして大事故になる恐れもあります。

こういう患者さんは、決して珍しくありません。私の勤めている井上眼科病院では、2020年には累積で1万6千人余りの人が眼瞼痙攣として外来に来ています。外来初診の4%に当たります。発症後一定の期間が経ってから眼瞼痙攣と診断されたという患者さんもいます。不思議なことに、3:8で女性の方が多く、各年齢で起こりますが、やはり中高年が多く、3分の1程度が薬物性であると言えます。

眼瞼痙攣のメカニズムですが、目ではなく脳の問題で起こっています(図10)。例えば、視床から信号がうまく出ていない、過活動になっているということが考えられます。視床というのは、光、臭(におい)、音、痛みなど、感覚神経が集まっているところですが、これが異常な活動をして、まぶしくて目を開けられないなどの症状を起こしていると考えられます。

3分の1程度は薬物性で、睡眠誘導剤や安定剤が原因と考えられます(図11)。よく知られている薬剤は、デパス、マイスリー、レンドルミンなどで、皆さんも名前を聞いたことがあると思えます。ベンゾ



ジアゼピンは100種類ぐらいありますので、どれも原因物質である可能性があります。

内服した期間とも関係があります。発症して眼瞼痙攣と診断されるまでの内服期間が6年以内だと、薬を止めることによって改善するケースが多いです。ところが、患者さんの内服期間の平均値である9年くらいだと、離脱不変＝薬を止めても症状はあまり良くなりません。10年を過ぎると離脱そのものが難しくなってくるし、症状も悪化します。ですから、やはり早期発見が大事で、早く薬を止めることで、脳の誤作動が自然に改善されて、症状も良くなってきます。しかし、その早期発見がなかなか難しいのです。

眼瞼痙攣は、運動・感覚・精神の3つの要素から成り立っていますが、運動症状は強くないのに、感覚症状や精神症状の強いものは、ベンゾジアゼピンが原因で良く起こります。私達は、これをベンゾジアゼピン眼症と呼んで区別することを提唱していますが、薬物性眼瞼痙攣と考えられます。

眼瞼痙攣に対する治療と管理ですが、医学的に一番エビデンスの高いのはボトックス治療です。ボトックスというある種の麻酔を注射して、目をつぶりにくくして、開けるエネルギーを軽減する。軽症の患者さんには有効です。重症例では手術するケースもありますが、最初から手術を考えることはしない方がいいです。

薬はまだいいものはありません。

環境因子に対する対応を考える必要があります。つまり、太陽光や照明の光などに対して、自分の生活空間を工夫することです。暗いところで生活する、間接光の中で生活する、テレビ・パソコン・携帯など光るものを見るのを制限する、明るい天気の良い日にいきなり外に出ない、帽子や遮光レンズを使うなどです。

固有知覚を使った方法もあります。例えば、かづきテープなどの美容テープを使う方法です。脳の誤作動に対して間接的に働きかけて改善させる効果があると考えられます。同じように、マッサージ、ゴータン、ハンダナ、ヘアゴム、ハチマキなどで効果が出る人もいます。片目をつぶると楽になるという人もいます。

また、この病気は意外に厳しい病気で、生きるのが大変ということを理解して、自分も病気について勉強するし、まわりもそれを理解して支援することも大切です。

③ 眼球使用困難症候群

まぶしさを訴えるものには、眼瞼痙攣だけではなく、それに関連する疾患もあります(図12)。これらは、眼球使用困難症候群と呼ぶべきもので、現在、まとめて研究の対象としているところです。

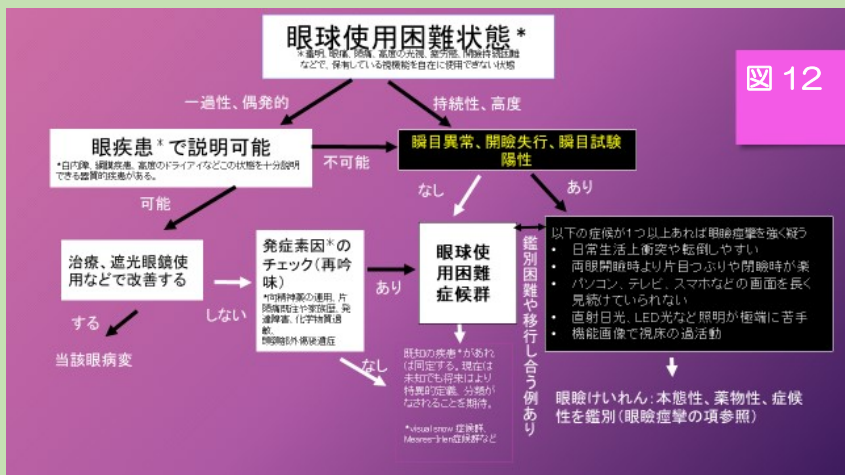


図12

先程申し上げたように、脳には、視床とあって、光、音、臭い、痛み、味覚、触覚など、あらゆる感覚が集まってくる場所があります(図13)。ここがあふれてくると、問題が起こってきます。本来、視床は、周辺の重要な部分と感覚を分け合い、信号を流し、フィルタリングし、上手にネットワークを作って、正常な回路を形作っています。この回路がいろいろな理由＝薬物の影響、精神的ストレス、身体的ストレスなどで誤作動を

始めると、それが爆発していろいろな問題＝眼瞼痙攣、うつ病やパニック障害、光過敏や慢性疼痛などの感覚変調性の痛み、自律神経やホルモンや免疫系の病気などが起こります。

瞼に関する訴えで眼科を受診する方は非常に多いのですが、その原因は様々で、即断できないものも少なくありません。中高年が悩む瞼に関する問題で、比較的多いもののひとつが眼瞼下垂です。その原因は、動眼神経の間



図13

題、筋無力症、甲状腺の病気など、多種多様です。

しかし、瞼の問題を眼瞼下垂と即決して手術するのは危険です。目の位置がずれていてものが2つに見えるので、意図的に片目をつぶっているようなケースもあります。眼瞼痙攣の場合には、光をさえぎろうとして目を細めているだけなので、真の眼瞼下垂ではなく「見かけ上の眼瞼下垂」です。このような場合に、眼瞼下垂と診断して手術すると、かえって問題を増幅させてしまいます。従って、問題のメカニズムを見極めることが大切です。まずよく観察して、手術でない方法を取って対処してみる。美容テープを使ったり、ボトックスを使うなどもひとつの方法です。

【7. 神経眼科・心療眼科医からの重要なメッセージ】

私からの重要なメッセージは次のとおりです。

ものを見ているのは目ではなくて脳です。瞼や眼球が（病気、手術、外傷などで）構造的、機能的に変化した場合、脳がそれに適応したり、補完したりしなければなりません。それがうまく行かないと、不適応が生まれます。そのような脳の誤作動は、視覚以外の心身の状態に影響を与えます。つまり心の問題につながるわけです。眼球に異常がなく、視力や視野などの眼科検査にも異常が示されない「質的な視覚の問題」は、脳の神経回路の問題ととらえなければならぬのです。そして、問題のメカニズムが分かり、対応が見つけれれば、心の負担は大幅に軽減します。



脳の3大機能は、運動系・精神神経系・感覚系の3つです(図14)。運動系や精神神経系のことは、医者にはよく分かりますが、痛いとか、まぶしいとか、疲れるとか、言葉でしか伝えられないものは、客観的な検出評価によって医者が診ることができないので、医師にとっても対応が難しいのです。医学としての「木」が運動系や精神神経系はしっかり生えているのですが、脳に関わる感覚系は、まだ十分学問が育っていませんから、医師が学習

するような知識に含まれていないのです。

眼瞼痙攣と同じように、原因の分からない病気は、一緒に合併していることがあります。まぶしさや光過敏を伴う病気には、線維筋痛症、慢性疲労症候群、脳脊髄液減少症、頭痛・片頭痛、化学物質過敏症など、かなりの種類のものがあります。細菌やウイルスがないのに膀胱炎症状がある間質性膀胱炎、子宮や卵巣に病気がないのに、生理前後に生活に支障をきたすようなつらさのある月経困難症など。これらは、脳のコントローラーに不調があるのが原因ではないかと、私は考えています。ひとつの理由は、こうした病気をいくつかまとめて持っている患者さんが多いからです。

「目と心の健康相談室」というNPOを立ち上げて、目に関連する問題に関して、患者さんの相談に乗って、

適当な医者を紹介したり、対応の方法を教えるような活動をしています。そういうことについて、右の書籍などで紹介していますので、読んでいただければ良いと思います。ご清聴ありがとうございました。

●澤田 真如先生

(Essence research株式会社 代表取締役、東海大学医学部附属病院 麻酔科 非常勤医師)

「スマートフォンの画面ってまぶしくないですか？」

「光らずまぶしくないディスプレイ開発への挑戦」

【はじめに】

ご紹介いただきましたEssence research株式会社代表の澤田真如(まこと)と申します。よろしくお願いします。

私は、15年間、東海大学の大学病院で麻酔科の医師として勤務していました。もともと興味があったコンピューター分野の知識を生かして、ITによって医療に貢献したいと考え、2021年に医療系IT会社のEssence researchを起業しました。そこでITサービスの開発を続けていましたが、PCでの作業をずっと続けていたら、昨年10月以降、ディスプレイを見ているとひどく疲れ、まぶしさを強く感じるようになってしまいました。光過敏の状態になってしまったのです。それまでは毎日10時間以上作業をすることができたのですが、2時間ぐらいでもう限界という状態になってしまいました。これでは、せっかく起業しても、もう仕事を続けられないのではないかと危機感を覚えました。そこで開発したのが、光刺激の少ないディスプレイです。自分で試してみたところ、以前のように10時間は厳しいものの、7~8時間程度の作業ができるようになりました。いままも非常勤医師として勤務している大学病院の知人の眼科医に相談したところ、光刺激の少ないディスプレイには需要がありそうだとされたので、いま商品化を進めているところです。



【1. 目の疲れについて】

目の疲れにはさまざまな原因があります。図1は私のメモなので、医学的にまとまっているわけではありませんが、目の疲れの原因を列挙したものです。

まず、筋力です。水晶体と呼ばれるレンズの厚みを変える毛様体筋というのがありますが、近距離でずっと物を見てると、この筋肉がずっと突っ張った状態になるので、疲れが出る可能性があります。

次は、網膜や視神経という、ものを見るセンサーに相当する部分です。光を受信して、それを脳に届けるために電気信号に変えます。ここで起こる問題

構造別に分類した目の疲れの原因

筋力 (毛様体筋など) 視距離 継続時間

網膜・視神経 光の強さ(明るさ、収束度) 継続時間 光の波長特性
脳 光の刺激(明るさ 明滅 違和感 激しい変化)
継続時間 写り込み(認識のノイズ)

硝子体 ブルーライトによる硝子体内散乱
瞳孔調節 周囲との明暗差
角膜異常 ドライアイ
肩・腰 姿勢 緊張
感覚 読みやすさ
デザイン性(解像度 色 書体など)
老化 上記のほぼ全てが発生する原因となり増悪する



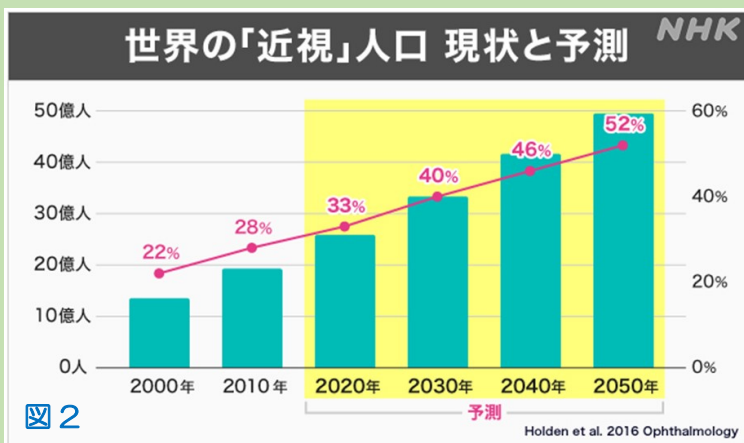
Essence research

は筋力とは違うもので、光が影響しているのではないかと考えられます。目から届いた情報を処理する脳の疲れも考えられます。頭痛の原因になったりする可能性もあります。その他、姿勢が悪いなどの原因でも、目の疲れ、あるいはものを見るときの疲れは生じます。

低光刺激ディスプレイは、それらの疲れの中で、光という要素に焦点を当てたものです。

皆さん、スマートフォンなどで目は疲れていませんか？

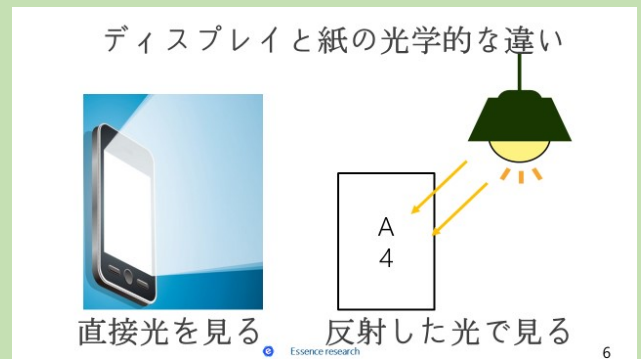
いま近視化が急速に進行しています。これは世界的な現象です。近視は2000年から2010年にかけて6%増加し、それ以降10年毎に5%強ぐらいずつ増加し続けています(図2)。この原因としてディスプレイが疑われています。まぶしさを疲れたり、近視化がこれほど急速に進むということは、紙の時代には生じなかったのではないかと思います。



【2. ディスプレイと紙の違い～反射光と直接光】

図3

それでは、紙とディスプレイはどう違うのでしょうか？ディスプレイを調節して、できるだけ紙と同じような明るさや色味にした場合、まぶしいのはどちらかという、やはりディスプレイの方です。なぜ紙はまぶしくないのにディスプレイがまぶしいかと考えると、まぶしさという特徴から光の違いが影響している可能性にたどり着きます。ディスプレイが直接光っているのに対して、紙などは室内の照明などで照らし出された反射光で見ているのです(図3)。まぶしさを伴う疲れは、この光の違いが原因なのではないかと考えられます。



あらためて私たちの日常生活について考えてみますと、現代は長時間光を見続けている時代です。IT化やスマートフォンの普及によって、私達は、毎日かなりの時間、ディスプレイデバイスを見ています。ある調査では、仕事で4～5時間はディスプレイを見ているという結果が出ています。それ以外にスマートフォンを見ています。中高校生でも1日3～4時間はスマートフォンを見ているとされています。そうすると、一般的に人は、1日10時間弱の時間、ディスプレイを見ていて、仕事でディスプレイを使う人は、さらにそれ以上の時間、見ているという状況になっているのです。

ディスプレイデバイスの光の特徴は、まず非常に高輝度だということです。スマートフォンなどは「数百ニトに対応しました」などと宣伝しているように、高輝度であることをうたい文句にしています。高輝度であることは、エネルギー量が高いことも示しています。さらに、ディスプレイデバイスの光は、非常に強い指向性を持っています。高輝度を実現するために、ディスプレイの内部では、画面から垂直に光を放つようにプリズムなどが敷きつめられています。これは、画面の色の美しさ（鮮やかさ）を実現するためには強い光が必要なので、画面に対して垂直に光を射出するように作られているのです。結果として私達は、画面から垂直に照射されている非常に高いエネルギーの光の束を見ている、それも至近距離で毎日見続けているという状態なのです。

これらのディスプレイデバイスが普及する前まで、我々が見ていた視界は反射光でできていました(図4)。



図4 10

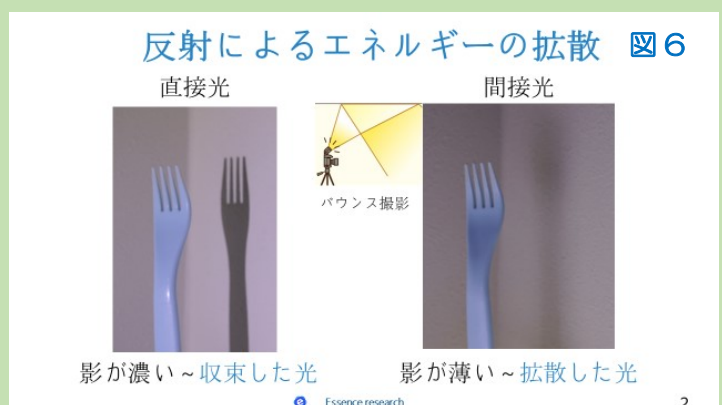


図5 11

太陽や室内の照明などで照らし出された世界を見ていたのです。光源を直接見る機会は非常に少なかったと言えます。やむを得ず直接光を見るときは、視界の片隅でみたり(図5左)、正面から光を見る場合も、ヘッドライトの光のように一時的なものでした(図5右)。発光体を真正面から直視することは避けており、直視し続けることは非常に稀だったのです。

反射光で見ることの特徴は何でしょうか？

ディスプレイの光のエネルギーが収束しているのに対して、反射光は拡散しています。図6の左の写真は、暗闇の中にあるフォークにカメラのフラッシュライトで直接光を当てて撮影したものです。くっきりとした濃い影ができます。それに対して、フラッシュの光を天井や壁などに当てて反射した光で写すバウンス撮影という方法で撮影すると、



2

壁に光が当たって弱くなる分、全体的に少し暗くなりますが、影は非常に薄くなります（図6右）。なぜ薄くなるかということ、光が壁や天井に当たった際に、散乱反射と呼ばれる現象が起きるためです。これは、水滴が床に落ちたときに弾け散るように、光も壁などに当たると（鏡のような特殊なものは別にして）いろいろな方向に飛び散るとい現象です。飛び散った光で写すと、影もまばらになり薄くなります。

この影が映っている壁が皆さんの網膜だったらどうでしょうか？くっきり影ができる光は、それだけ強くて刺激があるでしょうし、逆に影の薄いものは網膜に対しての刺激も少ないと考えられます。

次に、光の吸収について説明します。人の目の構造について言うと、色を認識するために、人の目には赤を担当する細胞、緑を担当する細胞、青を担当する細胞の3つの細胞があります。これを錐体(すいたい)細胞と呼んでいます。この3種類の細胞によって色のあるものを見ているのです。

図7

人の目は反射してくる光でものを見えています。白い光は赤・青・緑を含んでいます。イチゴに白い光を当てると、くっきりと赤いイチゴが見えます。しかし、赤、青、緑のそれぞれの光を個別に当てると、赤の光ではイチゴは赤く見えますが、青や緑の光ではイチゴは黒ずんで見えます（図7）。これは、それぞれのものに備った光反射の波長特性によるものです。赤いイチゴは赤色だけを反射するようになっていて、青や緑の光は反射しないで吸収してしまうという波長特性をもっています。だから、白い光を当てると赤く見え、青や緑の光を当てると暗く映るのです。このことは、物質が対応しない色の波長については、物質に吸収されて、私達の目には届かないということの意味しています。ものに光が当たって返ってくる光はほんの一部で、それ以外の光は吸収されてしまう。つまり光のエネルギーとしては間引かれているという現象が生じているのです。



どのくらいの光が吸収されるのかは、物質によります（図8）。例えば、紙では40～70%の光だけが返ってきます。100%返ってくるのではなくて、反射の段階でほぼ半減するのです。木材では30～75%くらいですが、実際には30%に近い方です。地面では5～30%、

草原では5～15%と、かなり低いです。つまり、光はものに当たるとかなりの部分は吸収されて、我々の目に届くときにはかなり弱くなっています。

このように光は拡散あるいは吸収されて減弱化されますが、さらに、ひとつの光源で照らし出される範囲は同じ明るさになるという特徴もあります。それに対して、スマートフォンやディスプレイのようにそれ自体が光るもの場合は、まわりの明るさと一致しておらず、しかもまわりよりも明

物体による光の吸収

図8

拡散性材料 (45°入射)

紙類	白ケント紙	70-80
	白アート紙	60-65
	新聞紙	40-50
	壁紙	40-70
布類	白木綿・麻	40-70
木材	杉・檜・桐	30-75
地表面	都会地平均	5-30
	田園地・草原	5-15

正反射性材料 (垂直入射)

ガラス鏡面	80-85
銀面	93
金・白金・銅	50-70
透明ガラス	10-12

反射率 (%)

紙の反射率基準であるISO白色度とは異なります
出典：建築学体系22 室内環境計画（1969年）

Essence research

17

く表示されることが多いので、刺激性の強い光を放っていると言えます（図9）。

以上説明してきましたように、反射した光は、エネルギーが拡散し、その一部は反射するものに吸収され、しかも周囲と統一された明るさだからこそ、目にとって低刺激の光となっているのです。これに対して、現在の私達の生活では、これまで見ていたものとは特性が大きく異なる光を見えています。この光の違いによって生じる目に対する負荷は、やがて反動を生じるのではないかというのが、当社の懸念しているところです。

【3. Natural Light Displayの特徴】

その懸念に対する当社の答えの1つが、目に自然な反射の減弱した光で表示するNatural Light Displayという製品です。紙と同じように、反射光によって表示を行います。室内の明かりで照らして表示しますから、



図9

ディスプレイ自体は発光しません。ライトの光が当たるときだけ明るく映り、光の当たらない部分は暗くなります（図10）。

この製品を実際にご試用いただいた日本弱視者ネットワークの方のご意見を紹介します。弱視の方をモニターに選んだのは、矯正視力でも視力が0.3以下などの非常に視力が弱い方は、網膜も弱くて光に対して敏感な傾向にあり、まぶしさという問題を抱えがちで、また目が疲れやすいという問題も抱えている傾向があるからです。

弱視の方がNatural Light Displayを使ってみた最初の感想は、光が刺さるような感じがしないというものでした。視聴時に感じていた強い不快を感じさせない、この低刺激性を非常に喜んでいただきました。また、まぶしくないので疲れにくいという感想もいただきました。いただいた意見ですぐに分からなかったご意見もありました。それは「まぶしかった白を見ることができると」いう意見です。弱視の方に詳細を伺うと、画面の背景が白色だとまぶしいため画面が見られないと教えていただきました。そのため、ダークモードといわれる白黒反転したモードを使うのですが、その場合、PDFなどに表示されている印鑑の印影が良く見えない、色のついた文字の認識が十分にできないなどの問題がありました。しかし、Natural Light Displayの低光刺激という特徴によって白を見ることができると、印鑑などの色味も健常者と同じように確認できると、大変好評でした。

動画視聴に関しても好評いただきました。動画のように画面の変化が激しいものと輝度の変化も激しいので、目がチカチカするという問題があったようです。Natural Light Displayでは、色の変化が激しい動画でも刺激性が少ないので目がチカチカしない、ゲームができるかもしれないと喜んでいただきました。

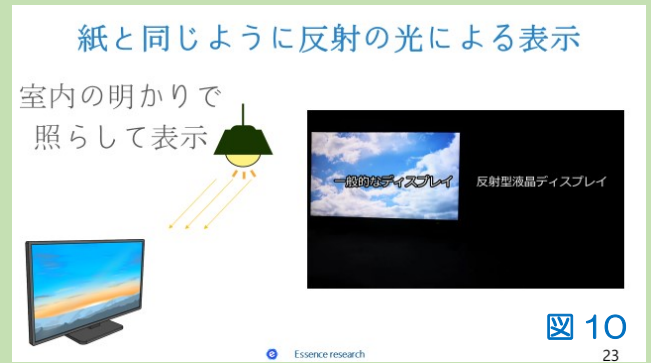
このディスプレイの特徴は、紙を見るのと同じ原理で表示し、目の構造に適した反射光で表示するディスプレイです。紙の表示原理だからこそ、紙と同じようにまぶしくなく、疲れにくいという特徴を備えています。ディスプレイデバイスは、私達の生活にとって欠かすことのできない、避けることのできないものになっています。そのように生活に密着したデバイスだからこそ、画像や映像の美しさというこれまでの評価基準ではなく、安全性を重視しなければならないのではないのでしょうか。この提案を実現する製品として、当社はNatural Light Displayを提供しています。

【4. Natural Light Displayの潜在顧客】

現状では、この製品の利用者は少なく、生産台数も少ないので、特注のような生産状況のため、約40万円程度と非常に高額な商品になっています。そこで、当面は視覚障害者の方に限定して販売することを予定しています。それは、例えば、網膜色素変性症や加齢黄斑変性などの患者さんは、ディスプレイのわずかな光でも網膜にダメージを受けて失明する可能性があるため、低光刺激のディスプレイであれば、長い時間見ても、網膜のダメージも軽減される可能性があり、視力の維持ができると期待できるからです。

また、先程若倉先生にご説明いただきました眼球使用困難症で強い光過敏のある方も、このディスプレイの潜在的な利用者として考えられます。こういう方々は、仕事や日常生活に支障が出るくらいの強烈な光過敏を経験しています。そういう方々に、このディスプレイは低光刺激と好評でした。光過敏で仕事に強い支障がある方でも、このディスプレイならばその仕事をより長く続けられるのではないかと期待しております。

さらに将来は、長時間のディスプレイ作業であるIT技術者、あるいは事務作業なども強い眼精疲労などに悩む方が多いため、販売対象として考えていきたいです。最終的には、このディスプレイを子ども達に普及させたいと考えています。私達が子どもだった時代に比べて、いまの子ども達は、スマートフォンを持たせたり、学習でタブレットを使ったりなどで、私たちとは比較にならないほど長時間ディスプレイを見ている。そして、その生活は子ども達が大人になっても続き、一生ディスプレイを見続けます。私たちの平均寿命は80年を超えていますが、その長期間ずっと目に刺激を与え続けるので、眼球使用困難症のような方々が今後ますます増えて行く可能性があります。それは、超高齢化社会を生活や仕事に支障を抱えて迎える方が多くなることを意味します。それを防ぐためには、刺激の弱い眼に自然な反射光による表示で、子ども達の視力を長く保つことが重要と考えています。



【5. Natural Light Displayの今後について】

はじめに申し上げましたように、現在、世界的な視力の低下が問題になっています。日本や中国だけでなく、欧米などの先進国、さらには発展途上国においてすら、視力低下の問題が取り上げられています。この問題にディスプレイデバイスが関わっていることは多くの報告で指摘されています。私達には何らかの改善が必要です。

Natural Light Displayは現段階は量産中で、来年1月の発売を予定しています。製品の課題としては、これまで説明してきたことがまだ仮説にすぎないことです。これまで、弱視者ネットワーク様や、若倉先生の「目と心の健康相談室」の患者様、私の知人のIT技術者などにお試しいただくことで効果を簡易に検証したり、あるいは物理的に光学技術の検証も行っていますが、今後はその結果を論文などにまとめて公表し、科学的に認められることが必要です。簡易な検証でも明確な結果を認めており、光学的な低刺激性については一致した意見が得られています。今後は医療機関との共同研究によってその有効性を実証し、世の中への周知啓蒙を進めていきたいと考えております。

当社は、このNatural Light Displayを普及させることで、社会に貢献したいと考えており、生産年齢や健康寿命の延伸に貢献したいと考えております。具体的には、眼科疾患の進行の防止、ディスプレイ仕事における視覚的負荷の軽減による職員の健康維持、そして眼科疾患に対する未病としての効果を目指しています。当社の所在地は神奈川県で、県は『いのちが輝き誰もが元気で長生きできる神奈川』を標榜していますが、これの実現に貢献したいと考えています。

幼少期から高齢期まで安全にものを見続けるために、人の目にとって自然な光で表示するNatural Light Displayを当社は提案します。ご静聴ありがとうございました。

【質問者】 私も眼瞼痙攣を患っているのですが、仕事でPCを使わざるを得ないし、スマホも手放せないのも、是非このNatural Light Displayを使ってみたいと思います。しかし、価格が40万円というのは、個人ではなかなか手が出ない金額ですが、今後量産されていけば、一般の人でも手の届くような金額になっていくのでしょうか？

【澤田先生】 おっしゃるとおり、いまは量産されていないので、値段が高くなっています。そもそもこのNatural Light Displayの基礎的な技術は反射型液晶ディスプレイというのですが、1990年代にノートPCなどの一部にも採用されていたものです。当時はバッテリー技術がいまより未熟で、ノートPCには容量の大きいバッテリーを搭載できず、そのために、バックライトが不要で消費電力の小さい反射型液晶ディスプレイにメリットがありました。また、当時の液晶技術では、現在のように高輝度のディスプレイを作ることができず、そのために太陽光の下ではディスプレイが全く見えなかったのも、太陽光の下でも見える反射型ディスプレイに優位性がありました。

ところが、時代とともに技術は発展し、液晶ディスプレイの輝度やバッテリー容量も技術的に大きく進化した結果、反射型のディスプレイのメリットは徐々に失われていきました。最も大きな変化は、地上デジタル放送の開始によってもたらされた画質競争です。これによって、ディスプレイの性能指標は、基本的に画質の美しさになりました。バックライトによる強い光は鮮やかな発色を実現し、画面を美しく映し出します。それに対して、室内光などの限られた光源を使って表示する反射型液晶ディスプレイは、どうしても画面が暗く、発色も劣ります。その結果、反射型液晶ディスプレイの需要は激減し、現在では世界でもごく僅かに製造されるだけの状態です。

生産量が落ちてしまったので、価格が上がっているのが現状です。しかし、Natural Light Displayは、これまでの低消費電力や太陽光の下で見えるというメリットだけでなく、目に対して刺激が少ないという新たなメリットがあるので、これに焦点を当てて製品開発をして行こうと考えています。当初は、このディスプレイによって仕事ができるようになる、就労できるようになるという方、つまり仕事や就職という高い価値を提供できる方をターゲットにして販売していくことを考えています。ちょっと時間がかかるかもしれませんが、さらに多くの方に普及していけば、量産効果によって一般的なディスプレイ程度に値段を下げられるようになると考えています。

●内田嘉壽子（かづきれいこ）

公益社団法人 顔と心と体研究会 理事長

「眼瞼手術の結果に不満足な患者に対するメイクの有用性について」

【はじめに】

皆さん、こんにちは。今日は、眼瞼手術の結果について満足できなかった患者さんに対して、メイクを適用する場合の効果に関して、ご紹介させていただきます。これは、9月（2023年）に日本美容外科学会（JSAPS）で一般演題として発表したものです。この学会では、もう25年ほど発表を続けていますが、医師以外で発表しているのは私だけです。メイクをやっておられる方はたくさんいて、その効果もあると考えられるのに、論文を書いて発表する人がなかなか出てこないのは、ちょっと寂しい気がします。どなたか続いてくださる方が出てくるのを大変に期待しています。

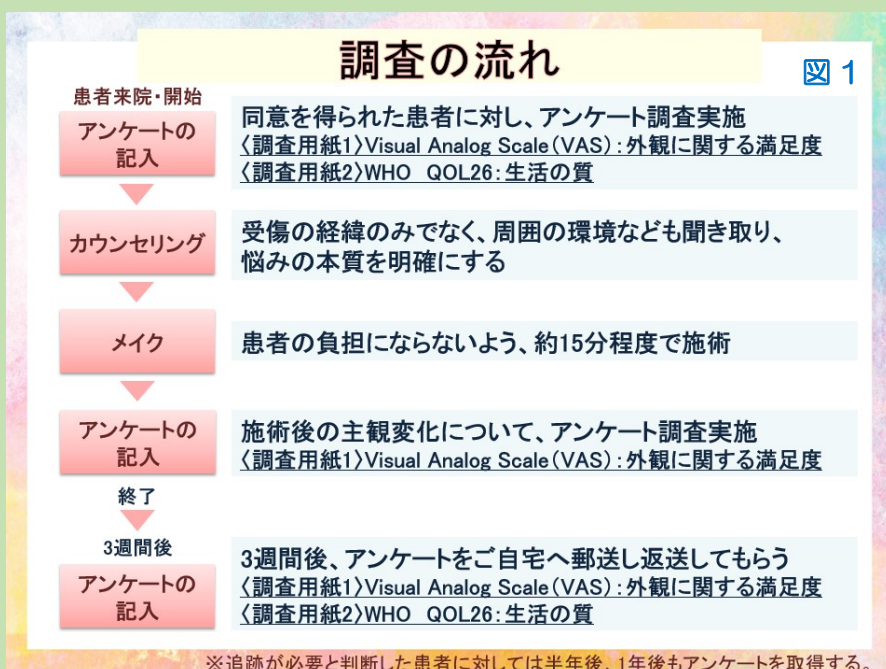
論文の共著者は、日本医科大学形成外科学主任教授の小川令先生、同じく日医大の「顔と心と体の美容医学講座」の社会連携講座で研究されている朝日林太郎先生です。

【メイクの目的と特徴】

私の提供するメイクを定義すると、傷跡などを隠すだけでなく、精神面も含めたケアをして、ご本人の社会復帰を支援するためのメイクということになります。医療に取り入れられたメイクとしては、カモフラージュメイクというのが昔からあり、日本でも一部導入されていますが、これは患部を隠すことを目的としています。上記の定義でお分かりいただけるとおり、私の提供するメイクは目的が違います。例えば、顔にあざのある方や熱傷痕のある方が自分で能動的にメイクに取り組んで、きれいにでき上がったときに、ほとんどの方が「あざや熱傷痕が気にならなくなった」とおっしゃいます。つまり、メイクという手段を通じて、精神的に患部を受容することができるようになる。それによって社会復帰が可能になる。私のメイクはこういうことを目的にしています。メイクによって隠すことが目的なのではありません。

私のメイクの特徴は、客観的な美を追求するのではなく、主観的な美、即ちご本人が満足できることに力を置きます。また短時間でできる、ナチュラルで、汗で崩れない、一般の方が使うのと同じ化粧品を使うという特徴があります。対象となる患者さんには、末期がん、膠原病、魚鱗癬など、完治が難しい方もおられ、メイクが病気とともに社会で生きていくための手段になります。また、一見して外観に問題がないように見える方、例えば、エイジングに悩んでおられる方や高齢者などについては、顔の印象を元気で若々しく見えるようにします。

【調査のプロセス】



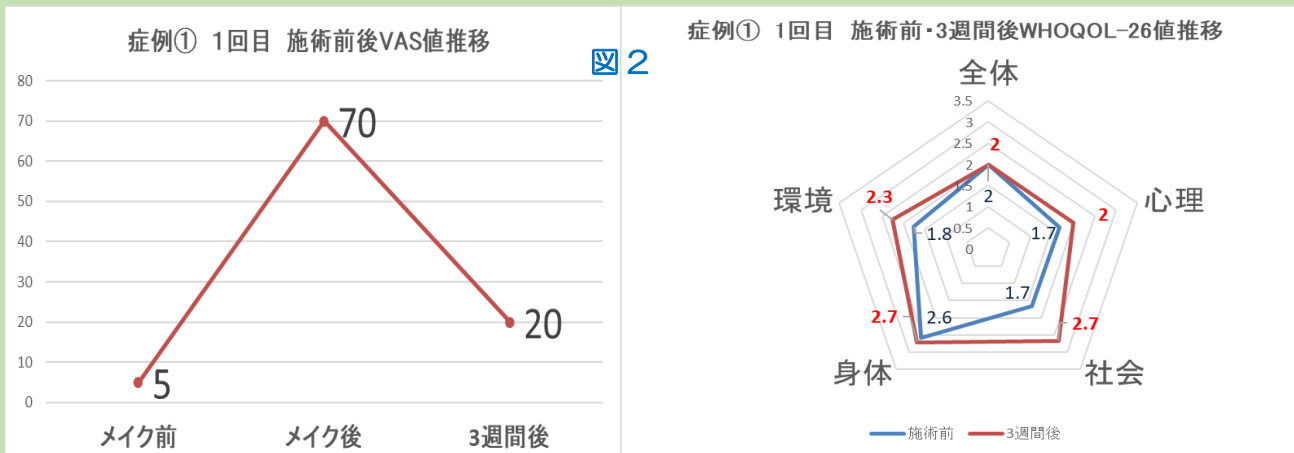
調査研究の流れとしては、図1のとおりです。まず患者さんにアンケート（Visual Analog Scale (VAS) とWHO QOL26※）を記入していただき、カウンセリングを行い、メイクをして、またアンケートに記入してもらいます。ご自身によるメイクを続けていただき、3週間後にもう一度アンケートを送っていただきます。

※VAS: 外観に関する被験者の主観的な満足度を測定する尺度
WHO QOL26: 被験者の主観的な幸福感、生活の質を測定する質問票

【症例1】

今回の学会発表では、眼瞼手術後の顔貌の変容が大きく、これを受容することができなかった2人の患者さんについてメイクを適用した2症例を発表しています。

症例1は、57歳の女性です。この方は、2010年4月に1回目のメイクの施術を受けています。そのときの主訴は、口元、目元のたるみ、ほうれい線など、加齢に伴う悩みです。約15分のメイクを行い、大変満足していただきました。メイクの内容は、まず血流に沿ったマッサージを行い、テープの貼付によって目元を軽くし、イエローファンデーションでシミをカバーし、眉をシンメトリーに描いて、若々しく元気な印象を与えるようにしました。



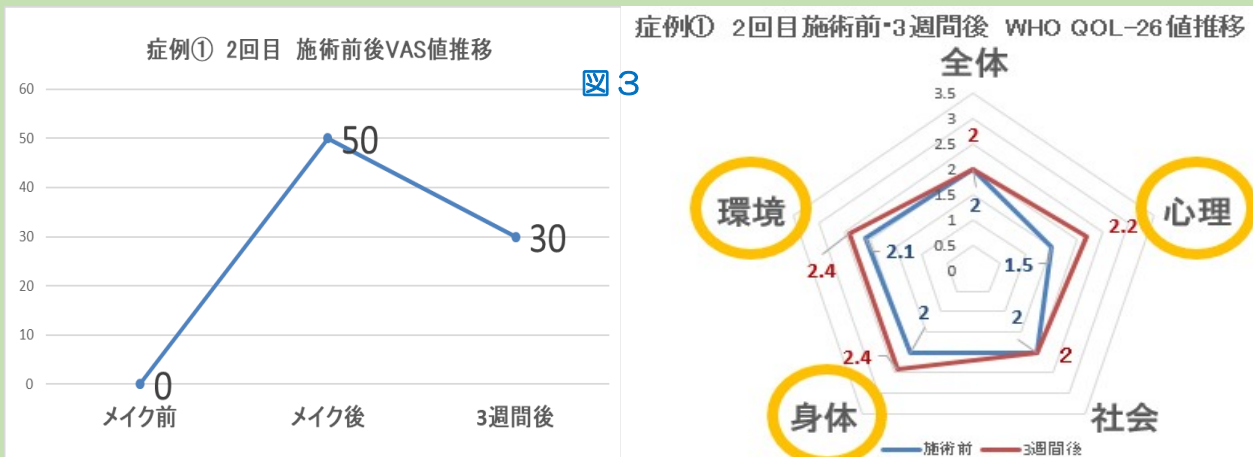
VASによる評価では、メイク前の自己評価である5から、メイク後には70まで上がりました。3週間後には20まで落ちていますが、最初の5よりはいい評価になっています。WHO QOL26では、一般的に有意差が出ることが少ないのですが、この例では、5項目中、環境、身体、社会、心理の4項目で変化が出ています (図2)。

この患者さんは、約4年後の2013年12月に2回目のメイクを受けに来ました。最初のメイクから3年5カ月後に、さらなる整容面の改善のために眼瞼下垂の手術を受けましたが、手術後の大幅な顔貌の変容を受け入れることができず、相談に来たのです。手術後の顔貌に対する反応は「自分はこんな顔になるつもりではなかった」「こんな顔が私の顔というのは嫌だ」「一歩も外に出られない」というもので、不満足な顔貌のために、マスクをして眼鏡をかけて帽子をかぶって、自分の顔を全部隠していました。

手術後のこの方の顔を見ると、目が大きくなっていて、手術自体は成功したと言えるのではないかと思います。しかし、ご本人の求められている「美」とは異なるものだったのです。ご本人は「こんな顔は家族にも見せたくない」「近所にも出られない」と思っていたらっしゃるのです。美容外科の先生方の考える「美」とご本人の求める「美」とのギャップというのは、大変に大きな問題なのです。

このときのメイクでは、私は変化した目の形に合う眉を描きました。目と眉はセットなのですが、美容外科の先生方で、そのことに気づいている先生は少ないように思います。手術後の目の形に合った眉の形や描き方を美容外科の先生が提案することで、患者の満足度が上がると考えられます。このときは、目に合った眉をシンメトリーで描いて、さらにテープで引き上げました。

メイクを終わった15分後のVASの結果です。メイク前の0が50まで上がりました。3週間後も30を維持しています。WHO QOL26でも、環境、身体、心理で有意差が出ました (図3)。



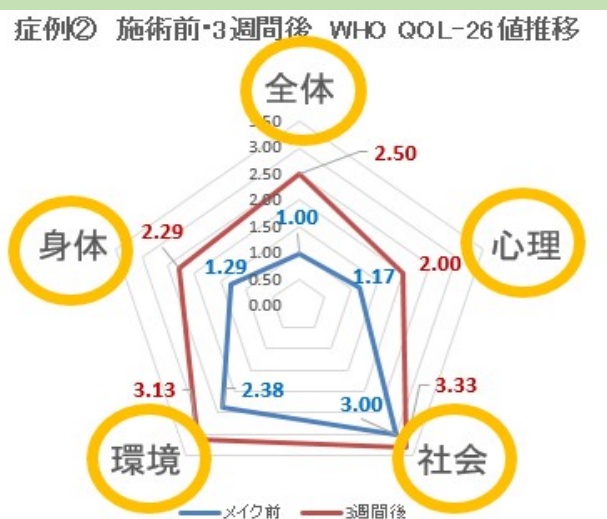
この方はその後2年9カ月の間に7回のメイクレッスンを受けて、VASは70まで上がりました。これは大変重要なことです。やはりメイクは、自分で覚えて、自分で能動的にやるのが大事なのです。人任せにしないで、美を自分で作り出すという心構えが大切です。手術に満足できず「こんな顔にされちゃった」と泣かされて、その顔を眼鏡とマスクと帽子で隠していた人が、3年近くかけて自分でメイクを覚えて、やっと「この顔を受け入れられる」「堂々と生きていける」と言えるようになったのです。

【症例2】

症例2は、40歳の女性。主訴は、重瞼術後の悩みです。9年前に重瞼の手術を受けましたが、二重のラインが気に入らず、4年後に別の病院で修正の手術を受けました。2回整形手術をしているわけです。その後出産を機にうつ病を発症し、外出も困難な状態になっています。現在も手術したことを後悔しており、うつ病もひどくなっているということです。

私のメイクでは、眉をシンメトリーに描いて、テープを貼って目を少し小さく見えるようにしました。美容外科の先生方は目を大きくすればいいとばかり思っているようですが、目と眉、そして顔全体のバランスが重要なのです。このメイクは大変喜ばれました。2年間笑ったことがないとおっしゃっていた方が、笑顔を見せてくれました。

メイク前のVASは5でした。2回整形手術して満足度が5という結果なのです。メイク後は80に上がりました。3週間後には20になりました。WHO QOL26では、全体、環境、身体、心理、社会の5項目の全部に有意差が出ています(図4)。



メイクは、気に入らなければ取ればいいし、覚えてしまえば、いつでも自分の気に入った顔が作れるものです。おしゃれなメイクとか流行のメイクとかではなく、自分で自分の評価が上がるメイク、そして元気で若々しいメイクというものを勧めていきたいと考えています。

【考察と結論】

この発表の中の「考察」の部分で明らかにしているのは、患者の主観的な満足度と医師の認識の相違によって、手術自体は成功しても、患者自身が術後の外貌を受け入れることが困難な場合があるということです。また、患者の中には、醜形恐怖症や強迫性障害のような精神的なサポートを必要としている場合も少なくないので、患者の好みや年齢、環境を考慮するだけでなく、メイクセラピーや臨床心理士などのサポートも必要であることを指摘しました。

メイクの利点と言えることは、可逆的であることです。何度でもやり直しがききます。手術には可逆性がないので、終わってその結果を受け入れられないということがあり得ます。メイクは何回でもできるので、術前のシミュレーションとして、導入できる可能性があるのではないかと、美容外科の先生方に問い掛けました。

結論として、眼瞼手術後に満足を得られなかった患者に対して、メイクは有効であったと言えます。今後、抗加齢や美容目的で眼瞼手術を希望する患者が増加すると思われるので、医師もメイクの利点を理解し、術前・術後を問わず、患者に対してメイクの技術指導をするか、または適切なメイク施術を受けることを提案し

ていただくことが望ましい、なぜなら女性の多くがメイクをするからですとまとめました。

以上が日本美容外科学会（JSAPS）での発表の内容です。たくさんの質問をいただきましたが、中でも嬉しかったのは、学会長の先生から「大変すばらしい。本当に役に立つと思われるので、ぜひ頑張ってください」と褒められたことです。学会長から褒められることはめったにないので、大変嬉しかったです。

【美と心の問題】

皆さんはどのように感じられたでしょうか？

上の症例で紹介しましたように、手術を受けて目が大きくなっても、それを受け入れられないという方がいらっしゃいます。メイクは、時間がかかっても身につければ、自分の好きな顔をいつでも作れるというスキルを得ることができます。

私は、メイクも含めて、皆さん、ご自分の顔を好きになってあげてくださいというふうに言っています。自分の顔が好きでない方、自分の顔が嫌いだという若者がいまだたくさんいます。お年を召した方も、自分の顔を見て「仕方ないよね、年だから」という方が多いです。でも、一重瞼だとか、目が垂れてるとか、鼻が低いとか言っても、みなご両親からいただいたものです。あるいはシワが多いとか、シミが増えたとか言っても、それはこれまで生きてきた証なのです。

美容外科の先生方とよく話すのは「美形は美人じゃありませんよ」ということです。「形」にばかりとらわれていても、本当に生きていく様（さま）が伴わなければ、つまり「心」が伴わなければ「美」にはならないのです。「形」を変えたときに「心」が追いつくのにはどのくらいかかるのでしょうか？また、年月が経てば「形」は自然に変わって行きます。そうするとまた「形」を変えようとして手術を受けたりします。そのうちに「心」が壊れて行ったりもします。

いま世の中では、美容整形について「まだやっていないんですか」「どうしてやらないんですか」というようなことが盛んに言われています。また、重瞼術をやると、次は鼻が気になったり、その次はおでこや顎をどうにかしようと考えたり、切りがないようです。最近では、お母さんが小学生の子どもに美容整形を受けさせるという話も聞いたことがあります。

私は美容整形に反対しているわけではありません。でも、皆さんにはよく考えてもらいたいです。自分にとって何が大事なのか、何を大切にしなければならぬか、よく考えていただきたい。そして、まわりに流されるのではなく、自分を守ることを考えていただきたいと思います。

最近、私は、女性はみんなきれいだと思っています。階段をトントンと上がって、おいしいものをたくさん食べて、ケラケラと笑っている人—つまり、どんなに年齢を重ねても、元気で若々しい人—がすごくきれいに見えます。

世の中の「美」はどんどん変わって行きます。それを追いかけるより、自分の顔を好きになることの方が大切だと思えてならないのです。

〈セミナー参加者からの感想（抜粋）〉

- 普段聞くことのできない眼の話を詳しく聞くことができ良かったです。知っているようで知らなかったのが、知識を深めることができました。
- 大変参考になる講義でした。特に、目の不調だけで安易に手術を勧める医師には要注意。疑問や不安があった場合は、フリーアクセス、セカンドオピニオンを活用すべきだと学びました。
- 眼精疲労・視力低下の原因とされる長時間のディスプレイとの対峙。解決策として考えられたのはディスプレイそのものを反射光表示にすること！日々のデスクワークで困っている人はもちろん、子ども達に率先して採用して欲しいと思いました。
- 久々にかづき先生の元気なお顔とお声に接することができて良かったです。かづき先生の変わらない、若さとパワーのすごさを改めて感じて、感動しました。
- 学会に出席され続けて、メイクを医療現場に普及し、将来メイクを正式な学問になさりたいという熱意が、拝聴して伝わって参りました。



若倉先生：かづきさんの発表を聞いての感想ですが、やはり「心」ということに触れるんだなと思いました。私も「目と心の健康相談室」というのを立ち上げていますが、患者さんに対するときは、やはり目だけでなく「心」も診る。つまり、全人的な視点から、患者さんの健康や病気に立ち向かっていかないと、なかなか本質的なところが分からないと考えています。かづきさんも美容という立場から同じような視点をお持ちになっていると思いました。自分が年を取ったせいか、どうも最近の若い人達を見ていても、個性がない。メイクにしても、みな同じような顔をしている。やはり、人間は、それぞれどういう個性かとか、どういう人間性かとか、どういう特徴かということが大事で、医者側の側も、目だけではなくて、顔や姿勢や性格や考え方といったようなところまで含めて診ないといけないと思います。ただ、眼科医にせよ、形成外科医にせよ、医者はどうしても医者立場だけを見てしまう。学会にしても医者だけで成り立っているようなわけで、海外では、もっと広く、教育者だとか美容家だとか、いろいろな立場の人が集まって、患者を中心にしているいろいろな視点からアプローチしようとしています。日本も早くそうなればいいなと思っています。



かづき：最近心理学の先生とお話する機会があって、日本の心理学会では、外観を取り扱うことがない。外観の問題を取り上げると、レベルが低いとかいうことで、論文も書けないし、発表もできないと聞いてびっくりしました。外観の問題は心の問題につながっているのに、それが全く置き去りにされているのです。

例えば、日本人の女性は、美容整形をしたことを隠しますが、外国人の方は全く隠しません。日本でも若い人は隠さなくなってきましたが、中年以上の方はまだ隠しているという傾向があります。そういう外観に関わる心のあり方は、心理学で取扱われることがないようなのです。

若倉先生：それぞれの学会が狭い世界で満足してしまっているようなところがありますね。

かづき：私は、若倉先生のところで外来でメイクをさせていただいて、例えば、眼瞼痙攣は眼瞼下垂と違って、手術をしても予後が悪いことが多いということを教わっています。ただ、必ずしもすべてのお医者さんがそういう知識を備えているとは限らないとも聞いています。



若倉先生のおっしゃるように、もっと一人の患者さんを中心に、いろいろなお医者さんが診たり、研究したりする。患者さんもお医者さんに相談できる。そんな体制を整えていくことは、全くそのとおりだと思います。

幸いに私はいろいろなお医者さんと一緒に仕事をさせてもらって、勉強させていただいています。若倉先生もその一人で、大変に尊敬しています。全国から患者さんが相談にお見えになって、患者さんのことをすごくよく考えていらっしゃる。患者さんは、先生に一生懸命お話を聞いていただいて、先生の前に座っているだけでも治ったと思えるくらい素晴らしい先生です。



澤田先生には今日初めてご挨拶させていただくのですが、素晴らしい研究をされていますね。例えば、最近の小学生は学校用と個人用のタブレットを2つ持っていたりするのですが、タブレットレベルの大きさのNatural Light Displayはまだないんですか？

澤田先生：海外ではプロトタイプとしての製品として存在しているようです。ただ、電波法の関係で、日本に持ち込むと違法になるので、ご紹介はしていません。いろいろ探してみると、商品化されているかもしれませんが、なかなか見つかりにくいようです。

かづき：大企業は関心を持たない領域だということなのでしょうか？

澤田先生：いいえ、中国や台湾の大企業もプロトタイプとしてはタブレットタイプのディスプレイを作っているところもありました。ただ、自然光だから目に優しいという印象的な訴求をしていましたが、なぜ自然光ならば目に良いのか科学的に解明されていないので、結局色味が悪いとか見えにくいとか言われて、売れる商品にはなり得ないようです。



かづき：でも、眼瞼痙攣の患者さんにとっては、とても大事な商品ですよ。

眼瞼痙攣の患者さんは、LED電灯の光や、テレビやパソコン、スマホの画面などもまぶしくて見られないとおっしゃいます。症状がひどくて、日常生活に大変な不自由があって、非常に辛いとおっしゃる患者さんもいらっしゃいます。

若倉先生：眼瞼痙攣患者の症状は非常に辛いものなのですが、それがなかなか理解されないし、また眼瞼痙攣であるという診断がなかなか下されないという事情もあります。ドライアイだとか、眼精疲労、加齢性の眼瞼下垂などと診断されることもあります。

かづき：だから、患者さんは、いい先生を見つけるのにも大変苦労しているようです。いろいろ調べて、いろいろなお医者さんにかかって、漸く若倉先生のところにたどり着いて、適切な診断と治療が受けられるということがあられるようです。

今では若い人達の眼瞼痙攣も増えていますよね。

若倉先生：そのとおりです。今までは基本的に高齢者の病気だったのですが、最近では30代、40代の患者さんも増えています。パソコン作業との関係もあるかもしれませんが、思ったよりも予備軍的な患者さんが多いのではないかと考えています。例えば、会社が照明をLEDに変えたら急に見えにくくなったとか、パソコン作業が増えて具合が悪くなったということがあられるようです。つまり、予備軍の方に何か一例え、ストレスとか薬とか一が加わると発症することがあられるようです。そういう若い世代の方には、予防的に早めに対応することも多くなっています。

かづき：私は講演会で講演するときに、まぶしくて見えにくいということを経験されたことがありますかと、時々聞いてみるんです。そうすると、50代以上の方々は半分以上の方が手を挙げます。眼瞼痙攣になりやすい人とか、なりにくい人というのはあるんでしょうか？

若倉先生：かかりやすい人には一定の傾向があると思います。もともと光や音に過敏な人とか、頭痛持ちの人などがなりやすいようです。

澤田先生：光に過敏な人というのは、他の刺激にも敏感だということと言えますね。

若倉先生：そのとおりです。先程ご説明しましたように、感覚というのは視床を含めた回路の中で調節しているので、光に過敏な人が、音や他の感覚刺激に対しても過敏だというのは当てはまり



ます。

かづき：なりやすいということが分かっているならば、まだ予防ができますが、それが分かっているなければ、どんどん悪くなって、漸く気がつくということがありますよね。

でも、患者さんにとってつらいのは、そのつらさが家族にも分かってもらえないという問題もあるのではないですか。

若倉先生：そうなんです。本人にとっては、死にたいほどつらい症状なのに、家族から見ると、寝てばかりいるとか、さぼってるとか言われて、そのつらさを理解してもらえないのが、なおさらつらいということがあります。



かづき：光がまぶしいので、昼間から雨戸を閉めて、部屋を真っ暗にしているような人もいます。

若倉先生：まぶしいというだけではなく、光過敏というのがあります。光に暴露しているうちに具合が悪くなるんです。中には、まぶしいと感じていない人もいて、光への暴露が集積して、ある閾値を超えると気分が悪くなったりする人もいます。そういうのは、なかなか見つけにくいし、治療も難しいです。

感覚の問題は、言葉でしか伝えられないという難しさがあります。血圧のように数値で測ったり、MRIにかけると何かが写るといったことがありません。痛いとか、気持ちが悪いとか、不快だとか、まぶしいなどという感覚の問題は、計測する指標がほとんどないので、軽視されがちだし、研究するのも難しいです。

澤田先生：今の医学は数値にとらわれ過ぎていると思いますね。患者さんの質的な訴えよりも、あくまでも数値で測れる材料で診断しようとしています。ある意味で科学的ではあるのですが、他方で、訴えられている事象を無視するというのは、別の意味で非科学的だと言えると思います。

若倉先生：真実を追求しているとは言えないですよ。数字で測れるものしか追わないというのは、偏っています。

澤田先生：研究の対象にさえしようとしないので、医療としても発展性がみられません。例えば、腰痛などについても、痛み止めなどの対症療法はあっても、根本的な治療はありません。

若倉先生：それに関連して申し上げておきたいのは、何らかの問題があって、医者診断で、例えば、薬を使うとか手術を受けるというようなときに、その判断を医者に丸投げにしないことです。まず一度、患者さんの立場で、可逆的な方法—例えば、生活環境を変えろとか、メイクを利用するとか—を検討して欲しいと思います。薬や手術で失敗すると、元に戻らなくなることがありますから、まず、元に戻れるものを考えたり試したりすることが必要だと思います。



また、先程も申し上げましたように、日本では、セカンドオピニオン、サードオピニオンを取っていい制度になっていますから、1人のお医者さんに全部丸投げして、その人の言うとおりにするというようなことのないようにするというのも大切です。お医者さんとよく相談して、ちょっとおかしいとか、

意見が違うとかいうことがあれば、他のお医者さんにご意見を伺うということも大事だと思います。

かづき：先生に診ていただいた患者さんの中には、向精神薬をたくさん飲んでいたりしちゃいましたね。薬のせいで、むしろうつ病がひどくなって、起き上がれなくなるような状態だった患者さんもいらっしゃったとか。

若倉先生：精神科の先生はもちろん薬を勧めますが、場合によっては、止めた方がいい場合もあります。ただ、止める場合も、ただ止めれば良いというものではなく、離脱の仕方をよく考えなければいけません。

かづき：その点、メイクはいいですね。失敗しても笑えばいいですし、何回でもやり直せますから。

若倉先生：やり直しがきくというところが、大きなメリットです。

かづき：美容外科の手術では、大体2~3週間くらいのダウンタイムがありますが、メイクは瞬時に結果がわかるので、術前・術後のシミュレーションやケアの手段として使ってくださいと、美容外科学会で25年間言い続けてきました。最近では、先生方も耳を傾けてくれるようになりました。

澤田先生：継続は力ですね。

かづき：最初に日本医科大学の前教授と一緒に学会発表したときに、かづきは医者ではないから発表し続けることに意義があると言われて、以来ずっと続けてきました。

メイクも、ただ可愛いとか、きれいとかいうのではなく、やはり効果についてのエビデンスを提示しなければならないのです。効果にエビデンスがなければ、医療にはなり得ません。私は、メイクをいずれは医学的な治療にしていきたいという目標がありますので、それでエビデンスを提示して、先生方に認めていただきたいと考えています。

若倉先生：それはNatural Light Displayも同じですね。

澤田先生：そのとおりです。エビデンスを明らかにして、論文に書いて、学問的に認められるということが必要です。

薬にも作用と副作用があるように、ある効果があれば、その反対の効果もあります。だから、具体的に、どういう条件において使用すれば、どういう効果が得られるかということを医学的に実証することが必要です。

Natural Light Displayについては、統計学的に効果を証明することは難しくありません。まぶしさという点では圧倒的に差があります。まぶしいと言われたことは全くなくて、暗いとか見にくいと言われることはあります。まぶしさを感じている人は、これでなければ仕事ができないと言う人が多くいます。



若倉先生：まぶしいということが、人間の生理に対して、あるいは人間が生きていくことに関して、毒性があるということが理解されるような状況が必要なのではないかと思います。

澤田先生：私の領域でいえば、まぶしさというのは痛みに近い性質のものだと考えています。これは、人体に対するある種の警告なのです。強い圧力とか強い熱などは痛みとして感じられます。同じように、光が強過ぎるからまぶしい、人間が受け入れるには強過ぎるということを表しているのだと思います。

かづき：まぶしいと感じる方にとっては、こういうデバイスが出てきたというのは朗報ですよ。ディスプレイを使って仕事をしなければならない人はたくさんいますから。

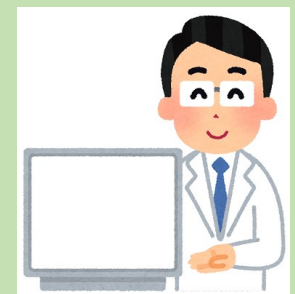
澤田先生：ただ、まぶしくて仕事ができないということが、そもそも理解されないというところに問題があります。それは、心理的な問題だろうと診断されたりします。

若倉先生：眼科医でも、目の問題ではなく、精神科の問題と片付けてしまう人もいます。そして、精神科に行くと、安定剤や睡眠剤などを出してくれます。

かづき：でも、それでは治りませんよね。

若倉先生：だから、患者さんも賢くならないといけないのです。

かづき：そうですね。これからは自分で自分を守っていかないといけない。日本人は、お医者さんが出してくれたからとか、大きな製薬会社が売り出しているからと言って、安心して薬やサプリメントを飲みますが、あるときアメリカ人に聞いたら、彼らは薬やサプリの成分を書いた説明書を徹底的に調べると言うんですよ。自分に合うか合わないかを考えるのだそうです。それが自己責任だと言うんです。日本人は、そういうことをしないですよ。テレビで宣伝してるとかいうと、もう効くと思って飲んじゃう。



若倉先生：自己責任だからよく調べるといい習慣ですね。よく調べる、いろいろな人の意見を聞くというのは大事なことです。

かづき：最後に質問ですが、最近、小学生の子どものお母さんが、子どもの目を大きくするための美容整形をするというのですが、目の大きさが変わって、光の入ってくる量が変わるというのは、脳に影響はないんでしょうか？まぶしいという子どももいるようですし、また若くて体力があるうちは問題ないのかもしれませんが、年を取ってきたときに、脳に問題が起こるようなことはないんでしょうか？



若倉先生：問題が起こる可能性はあると思います。一般的に言って、大体、皆さん、50歳を過ぎると瞼を挙げる力が弱ってきます。これは、目的に合っている可能性があるとして、私は考えています。年を取ってくると、光があまりたくさん入ってくることに耐えられなくなってくるので、光をあまりたくさん入れないために瞼が下がってくる。そういう可能性があると思います。

かづき：体を守るための反応だとおっしゃるんですね。そういえば、昔は、白内障は年を取って自分の顔が見たくなかったときのための身体の変化だとか、認知症は自分の老化と死に対する恐怖を減らすための神様の贈り物というようなことが言われましたね。

若倉先生：それが全く真実ではないとは言いきれないと思います。

かづき：神様がその体をく다さって、その自然のままに生きていくというのがいいのかもしれませんがね。

若倉先生：体の自然の変化を受け入れるというのは大事なことです。人間も生き物ですし、生物としての運命があるわけですから。

かづき：人間は一番高等な生物なのにもかかわらず、美という観念が出てきて、見た目でその人を判断するというような、随分低いレベルのところできているから不思議ですね。もっと中身を見るようにすべきだと思うのですが。これは教育の問題ですかね。

若倉先生：教育も一因でしょうが、世の中の大人達の考え方が社会を作っていますから、その考え方の影響も大きいですね。今の世の中は、一人一人の自己評価が非常に低いです。だから見た目に左右されるようなことにもなるわけです。もう少しみんな自分に自信をもって、世の中の考え方より自分の方が進んでいる、自分の方がよくものを考えているくらいの自信を持つべきだと思います。自信過剰なくらいがちょうどいいでしょう。特に日本人は、外国人に比べて自己評価が低いです。それが日本人らしいとも言えるのですが。

かづき：私は、心臓に穴が開いて生まれてきました。ASD（心房中核欠損症）という病気です。穴が大きすぎて聴診器では血液の逆流が聞き取れなくて、健常者として扱われてきました。でも、体育の授業では走れなかったり、チアノーゼを起こしたり、冬になると顔が真っ赤になったり大変でした。30歳でようやく発見されて、手術して元気になりました。それはそれで感謝していますが、健康ではなかったからこそわかることがたくさんあります。



私のところにメイクに来られる方の中には、血管腫や熱傷痕や口唇口蓋裂など、外観に大きな悩みを抱えている方がたくさんいらっしゃいます。そういう人達に対して、私は「すごくいいものをもって生まれてきたね」とか「いい経験をしてるね」と声をかけます。そして、ご本人に「あなたは人を助けることができます」と言い、お母さんに「この子が将来人を助けるんです」と言います。



実際そうなんです。大変な悩みがあるからこそ、人に見えないものがたくさん見えるのです。こんなに大変だとか、こんなにつらいということが、人を助けたり、人の力になったりすることに役立つのです。だから、大変だとか、つらいとかで落ち込むのではなく、自信をもって欲しいのです。先生のおっしゃるように、自分に自信があることが大切だと思います。

令和6(2024)年度会員継続手続きのお願い

いつも、会員の皆様には、当法人の事業へのご理解・ご協力を賜りありがとうございます。
今年度(2023年度)の会員期限は、2024年3月31日までとなっております。会員の皆様には、来年度(令和6(2024)年度)も是非とも会員としてご継続いただきたく、つきましては年会費(3,000円)の納入をお願いいたします。

(※令和6(2024)年度会員期間 → 令和6(2024)年4月1日～令和7(2025)年3月31日)

郵便局の「振込取扱票」(青色)を同封しましたので、お振込みの際にはそちらをお使いください。(恐れ入りますが、振込手数料はご負担いただけますようお願いいたします)

なお、会費未納の方や退会手続きについては、同封書類と併せて、以下をご覧ください。
~~~~~

## ★今年度(2023年度)会費が未納の方

未納のお知らせを同封しておりますので、そちらをご覧ください、お手続きをお願いします。

## ★2022・2023年度会費が未納の方

同封のお知らせをご覧ください、未納分の会費のお振込手続きをお願いいたします。

退会ご希望の場合も、2022年度未納分の会費(3,000円)をお支払いいただきます。※

## ★2023年度末(2024年3月31日)をもって退会ご希望の場合

お手数ですが、事務局へ「退会」の旨を、メール、電話等でご連絡をお願いいたします。

(2022年度会費未納の方は、退会の際、上述のとおり未納分会費(3,000円)をお支払いください。)

**※なお、会費が2年分未納(2022年度、2023年度)の方で、2024年3月31日までに会費のお支払いがない場合は、当法人定款第3章第10条により、2024年4月1日をもちまして、自動退会となりますのでご了承ください。**

**会員継続手続きについてご不明な点がございましたら事務局までご連絡ください。**

2020年3月より、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から「メイクボランティア」活動を見合わせておりましたが、2022年度は3件の施設訪問を行い、2023年度には9件(7件を実施、2件を予定)行います。これまでのボランティア参加者は延べ約30名、メイクを受けられた方は約100名です。残念ながら、かつての時代よりもまだ一桁少ない状況ですが、歩みは遅くとも、着実に活動を活発化させていきたいと考えております。また、昨年9月には4年ぶりにメイクボランティア講習会を行い、6名の新しい会員の方にボランティアメイクを学んでいただきました。今後とも、皆様にはメイクボランティア活動へのご協力をお願いする次第です。

メイクボランティア活動以外では、更生保護法人での「メイク講習」を再開いたしました。今後も多様な施設での講習を実施していきたいと考えております。「顔と心と体セミナー」(会場・オンライン併用)も引続き開催していきます。「メンタルメイクセラピスト®検定」については、7年越しのプロジェクトでありました「学科テキスト」の発行を昨年4月に行いました。検定試験については、3級試験を中心に、対策講座を含めて、実施していきます。

来年度も皆様の変わらぬご支援ご指導を賜りますようお願い申し上げます。

<お問い合わせ・申込先> 公益社団法人顔と心と体研究会 事務局

Tel : 03-3350-1035 (月～金 9:30～18:00 土日祝休み) Fax : 03-3350-0176

E-mail : info@kaokorokarada.org ホームページ : <https://www.kaokorokarada.org>

