

東北学院文化講演会、平成18年11月18日

現代の医療

がん診療の進歩と課題

東北厚生年金病院名誉院長

東北大名譽教授 藤村 重文 先生

高齢化社会においては、循環形社会の形成という点からも高齢者の方々の健康が最も大事と考えている。健康であつてこそ、労働だけでなく知的な面でも、社会に貢献できる。

今日のテーマは、現代の医療には医学に加えて、現代科学と言いますか、総合的な研究成果が応用されて、その発展は非常に目ざましいものがあります。特に一九世紀後半、あるいは二〇世紀以降の医療の進歩は、日進月歩と言つても過言ではありません。しかしながらその一方では、医療は人間を対象とする点からいうと、人間の生命科学の先端的成果におきまして、応用する場合には倫理面に問題が生じる現象が出ています。近年の医療を巡る社会の状況が、そのことを示唆してしていると考えています。

本日は今まで専門としてきた、呼吸器外科について肺がん診療を中心として、現在の医療を考えてみたいと思つています。

現代の医療には多くの問題がありますので、簡単に次の四つに分けて考えていきたいと思つています。

- (1) 医学史について
- (2) がんについて
- (3) 肺がんについて

(4) がん治療の課題について

(一) 医学史について

(ア) ヒポクラテス

医学の始まりは、ヒポクラテスは紀元前四六〇年から、三七五年頃までの人で、西洋医学の祖といわれている。ヒポクラテスの誓い〔図1〕を見ると全く現在の医学の倫理に通じるものがある。例えば、患者の健康と生命を第一とする。患者の秘密を厳守する。いかなる強圧にあうとも人道に反した目的のために、我が知識を応用しないといっている。これは全く現代の医学につながっている。

〔図1〕ヒポクラテスの誓い

- a, 医の実践を許された私は、全生涯を人道に捧げる。
- b, 恩師に尊敬と感謝を捧げる。
- c, 良心と威厳をもって、医を実践する。
- d, 患者の健康と生命を、第一とする。
- e, 患者の秘密を、厳守する。
- f, 医業の名誉と、尊い伝統を保持する。
- g, 同僚は兄弟とみなし、人種・宗教・国籍・社会的地位の如何によつて、患者を差別しない。
- h, 人間の生命を、受胎のはじめより至上のものとして尊ぶ。
- i, いかなる強圧にあうとも、人道に反した目的のために我が知識を悪用しない。

今でも欧米の医学校では、学生たちに毎日これを見せて

教育をしていると聞きます。

(イ) 扁鵲 (へんじやく)

この方は東洋医学の医聖の一人で、名医であるとともに、予防医学や現代の医療に通じる考えを持っていた。例えば人は病気を早期に予知し、病院において早く治療を受けるならば、病を治し身を生かすことができる。これはもっと詳しく研究した方によると、現在の証拠に基づいた医療ということにも触れていると言われている。こういう歴史的な人がいて現代に繋がっている。

扁鵲 (へんじやく)

中国、戦国時代の伝統的名医。長桑君に学んで禁方

(医薬についての秘密の方法)の術を受け、「かく」の国の太子の急病を救ったという。

名医の代名詞ともいえる。

(ウ) 生命倫理

今大事なことと言われている生命倫理のことですが、このニュールンベルグ綱領とヘルシンキ宣言は(図2)基本的な大事なことで、現代もこれらの宣言にそって研究などが行われている。

(図2) 生命倫理

a, ニュールンベルグ宣言

一九四七年に、ニュールンベルグ裁判の結果として、

提示された。研究目的の医療行為を行うにあたって守すべき一〇項目の基本原則である。

b, ヘルシンキ宣言

一九六四年六月、フィンランドのヘルシンキにおける第一八回世界医師会総会で採択。世界医師会がヒトを対象(被験者)とする医学研究の際に、医師を含めたすべての研究関係者が遵守すべき倫理諸原則を定めた国際的な宣言である。

(エ) 近代呼吸器外科の発展 (主な事項)

a, 一八九五年 X線発見。

b, 一九〇〇年 ABO血液型発見。

c, 一九二八年 麻酔用気管内チューブ開発。

これによって、開胸手術・ガス麻酔が可能になったもので、大変な功績がある

d, 一九二九年 ペニシリン開発。

e, 一九六三年 初めて左肺移植を実施。しかし免疫抑制の薬によいものがなく、一八日間しか生存できなかった。私が抗酸菌研究所の外科に入った年です。

f, 一九七二年 CT開発。

g, 一九八三年 肺移植が成功。

h, 二〇〇三年 ヒトゲノム解読完了。

i. 二〇〇〇年 三月二十八日に、私が日本で初めて肺移植に成功した。(右肺の移植)

(二) がんについて

日本における疾患別の死亡率の状況は、皆さん方ご承知かと思いますが、悪性腫瘍で年間三〇万人くらいが亡くなっている。脳血管疾患や心疾患も多いが、これは高齢化が一つの原因と思われる。

(ア) 「がん」とは、どういうものか [図3]

細胞が無制限に増えていく病気です。しかも細胞が組織の中に入り込んでいく。血管の中にも入っていく。悪性腫瘍の中には、がんや肉腫など三種類ありますが、一番多いのはがで、悪性腫瘍はだいたい「がん」と表現しています。

[図3] 「がん」とは？

私達のからだは約六〇兆個の細胞からなっています。これらの細胞はそれぞれの役割を果たし、ある一定の秩序を保っています。がん細胞はこのような正常細胞が変化して出てくるもので、無秩序に増えつづけます。

がんの最も多いのは、上皮細胞がどんどん増えていく病気です。

- ・上皮細胞からなる(胃癌、肺癌、大腸癌、肝臓癌、子宮癌、乳癌など)

- ・非上皮細胞からなる(骨肉腫、平滑筋肉腫など)
- ・造血器由来のもの(白血病、悪性リンパ腫など)

(ウ) 悪性腫瘍が多くなったのはなぜか？ [図4]

一つの原因は加齢です。遺伝要因としては、北欧三ヶ国における双生児の追跡調査研究では、一卵性双生児でも、二卵性双生児でも、両方ががんに罹患するのは、それぞれ三、四%、二、六%でそんなに差はない。

もう一つは環境要因がある。環境要因は今までの研究では、非常に大きな要因になっている。特に喫煙は大きな要因である。煙草の煙の中には四〇種類以上の発癌物質が含まれている。それが直接あたる気管支、肺だけでなく全身にも回っていく。これが加齢とともにがんの大きな要因になっている。他に発癌物質への長期暴露、大気汚染やアスベストがある。

[図4] 悪性腫瘍が多くなったのはなぜか？

遺伝要因		環境要因	
一卵性双生児		生活習慣	
両方が癌に罹患	3.4%	食生活	
片方が癌に罹患	17.5%	運動	
両方が癌に罹患せず	79.2%	喫煙	
二卵性双生児		発癌物質への長期暴露	
両方が癌に罹患	2.6%	大気汚染	
片方が癌に罹患	18.6%	アスベスト	
両方が癌に罹患せず	78.6%	その他	

(エ) 各種がん主要部位別・年齢調整死亡率

男性の場合は、胃がんは年々減少傾向にあるが、肺がんは増える傾向にある。しかし二〇〇二年～二〇〇三年は少し減ってきている。欧米でも同じ傾向になっている。

煙草の禁煙が励行されてくると、その影響が出てくると考えられる。まだまだ肺がんは増えると思いますが、将来は減っていくことを期待している。大腸がんも少し増える傾向になっている。

女性の場合も、男性と同じように胃がんが減って、大腸がんが少し増えている。乳がんも少し増えてきている。

(オ) がんの治療

治療は、局所にてきているがんは、手術で治療している。昔は大きく切開し、視野の中に病野を入れて手術をするのが基本だった。最近では内視鏡外科が進歩し、呼吸器外科・肺がんの手術でも内視鏡による外科手術が増えている。

がん治療で、なぜ内視鏡手術が増えたか。手術侵襲を最小限に行う手術で、大きく切ると出血が多くなるため、出血を最小限にし体の炎症を抑え、傷の治りもよい理想的な方法である。しかし、この手術は習熟した医師でないと無理がある。最近では出血のない治療も行われている。レーザー治療（レーザーで気管支の中を治療）・ラジオ波治療（針の先からラジオ波を出して、その熱によって治療）・重粒子線治療（重粒子線を使った非常に効果的な治療）などがある。

(三) 肺がんについて

一九九〇年の朝日新聞の記事に、肺がんが非常に増えて胃がんと死亡数が並んだ。肺がんの検診が有効であるという報告が掲載された。これは私どもの研究班でも、全国的に行った研究結果、肺がんの検診をしっかりと実施することによって、四割から六割減少させることが出来る。

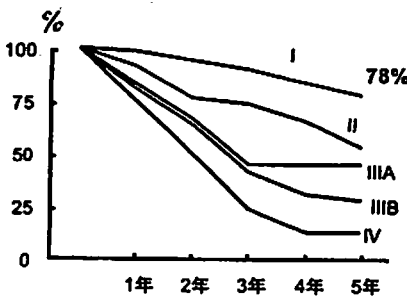
アメリカの研究結果では、肺がん検診によって死亡率を減少させるという証拠は、今のところ出てないと発表されていたが、日本では、それは間違いである。肺がん検診を年一回受けて治療すれば、死亡率は減ると発表している。

(ア) 肺がんの治療は困難

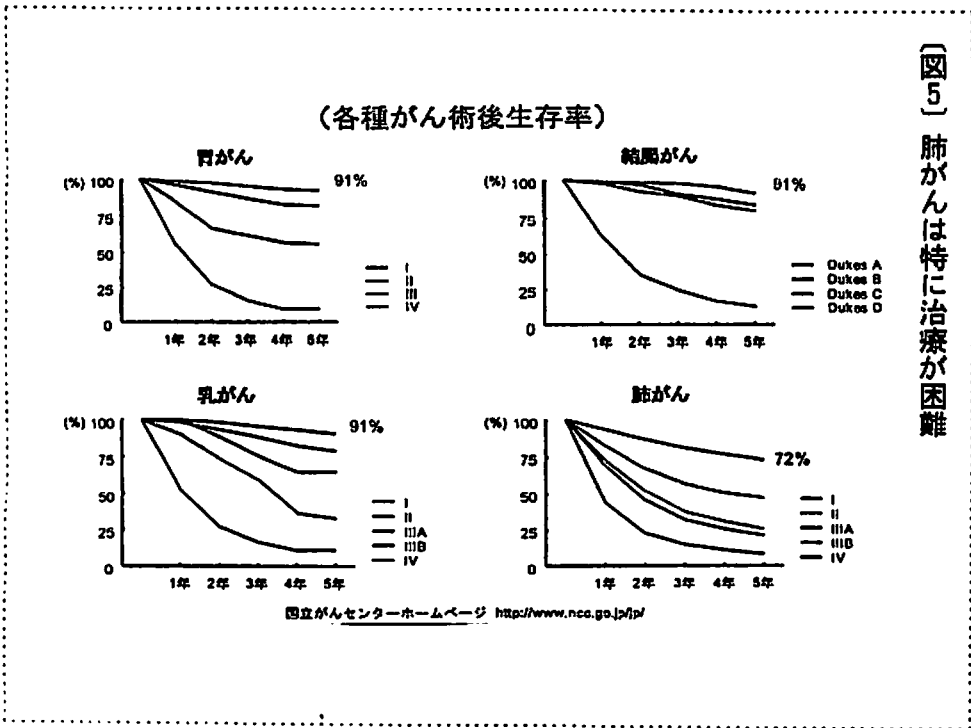
肺がんは、ほかに比べると成績は少し落ちるが（図5）のように例えば、I期の肺がんは術後の生存率は七二%と良い成績である。早期に発見すれば、もっと成績がよくなる。

東北大学の肺がんの、術後の生存率もI期患者は、七八%となっている。（図6）

〔図6〕 肺がんの術後生存率（東北大学呼吸器内科）



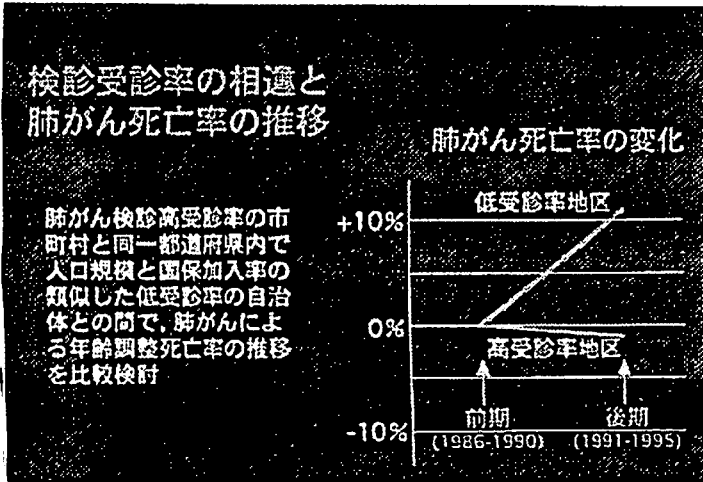
〔図5〕 肺がんは特に治療が困難



〔イ〕 肺がんの検診と死亡率

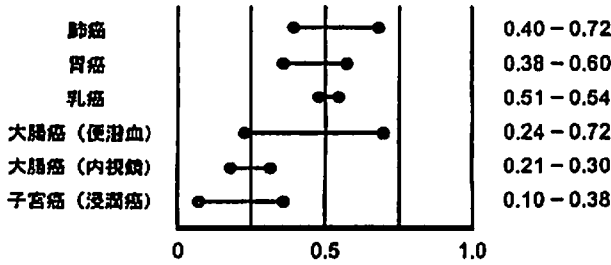
肺がんの検診の受診率の高い地域と、低い地域とを比べてみると、低い地域は死亡率が上がっている。受診率が高い地域は同じか多少減っている。しかし、肺がんの検診が死亡率の低下に結びつくとはいえない。

〔図7〕 肺がん検診



研究報告によると、検診を受けると、肺がんの死亡率が三〇〜六〇%低下する。ただし、これは毎年継続して検診を受けている場合です。胃がん・乳がんも検診を受ける

〔図8〕肺がんと検診
検診受診のオッズ比の分布



すなわち、検診を受けることにより、
肺癌で死亡する危険が30 - 60%低下する。

ことによつて
死亡する危険
が下がってい
る。

大腸がんは
便の潜血と内
視鏡で検査を
しているが、
内視鏡検査の
方がはるかに
発見率がよく
死亡する危険
も下がる。

子宮がんも
検診を受けた
方がよい。

〔図7, 8〕

(ウ) 煙草と肺癌に関する疑問

Q、タバコを吸っていると、どのくらい肺がんになりやすいのか。

A、一般に男性では四〜五倍、女性では約三倍と言われている。

Q、タバコを吸っていないければ、絶対に肺がんにならないか。

A、非喫煙者でも、肺がんになる可能性があります。煙草の影響があるのは、肺がんだけです。

A、喉頭がん・食道がん・などの各種がんの他、心筋梗塞や胃潰瘍などにも罹患しやすくなると、言われています。

(エ) 肺癌の発見から治療まで

まずは早期発見して、正確な診断をして、正しい治療をすれば、治る。

(オ) 肺癌の発見方法〔図9〕

肺癌は、胸部X線写真・胸部CT・喀痰細胞診で発見するが、最近ではPETが出てきた。PETとはポジトロン断層法(陽電子放射断層撮影)のことで、これはフッ素で標識した、ぶどう糖代謝が盛んなところによく集まるという薬を注射する。するとがんと思われるところに集積するので、そこをCTで撮るとその部分が蛍光を発して光って見え、がんと疑われる。(がんでなくとも光ことがあ)

この場合は、胸部X線写真・CT・喀痰細胞診の検査をして、がんかどうかを診断する。

〔図9〕がんの発見は

- 胸部X線写真
- 住民検診職場検診など
- 胸部CT
- 人間ドック・一部住民検診
- 喀痰細胞診
- 住民検診
- PET
- 人間ドック

(カ) 肺がんの検診

Q、肺に影が見つかった。必ずがんですか？

A、肺に影が見つかる病気は、他にもたくさんあります。がんの確定診断には、細胞や組織の検査が必要です。

気管支内視鏡で検査をする。カメラで肺の中を見ながら肺の影の部分細胞・組織を少しだけ採取して、顕微鏡で詳しく調べる。内視鏡検査には、医師の技術力が重要である。(上手な人にしてもらうと苦痛がない)

Q、肺がんと診断されました。治療法は手術ですか？

A、肺がんは細胞(組織)の種類と病期(病期の進行具合)により、治療法は異なります。肺がんは二つに分類される。(図10)

☆非小細胞がん

病期により、手術または他の治療法が決定される。

- 腺がん、
 - 扁平上皮がん、
 - 大細胞がん、
- このがんは、概ね手術の対象になる。

〔図10〕肺がんの病期分類

	T因子 (腫瘍の大きさ)	N因子 (リンパ節転移)	M因子 (遠隔転移)
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T1	N1	M0
IIB	T2	N0	M0
	T3	N1	M0
IIIA	T1-2	N2	M0
	T3	N1-2	M0
IIIB	T1-3	N3	M0
	T4	N0-3	M0
IV	T1-4	N0-3	M1

☆小細胞がん、
小さいがんでも、転移の可能性が高い。一般的には化学療法が行われる。
早期発見されたがんでも転移の可能性が高く、一般的には化学療法となるが、がんが局所に限定される場合は手術も可能である。

リンパ節は、肺門と縦隔とあり、病気は一群リンパ節(肺門)から、二群リンパ節(縦隔)に進む。

(キ) 肺がんの治療

(a) 手術

肺がんと診断されると、

IA・IB・IIA・IIB期は、肺葉切除+縦隔リンパ節郭清術を、IIIA・IIIB・IIV期は、内科的治療(放射線や化学療法等)、一部は治療後に手術を行う。

手術は、直視下で大きく切って手術をしたが、胸腔鏡下肺葉切除術に変わり、小さく切ったところから機械を入れて、胸腔鏡を見ながら手術をする方法に進歩している。

(b) 化学療法・放射線療法

手術では根治が困難な場合、または体力的に手術が困難な場合は、内科的治療を考慮する。

化学療法 —— 抗がん剤による治療。

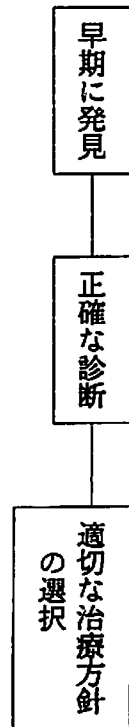
種類によっては外来通院も可能。
内服薬も登場。

放射線療法 —— 内科的治療では、間質性肺炎などの重篤な合併症に十分な注意が必要。

(c) 最新の発見、治療

最近の治療としては、普通の気管支鏡では見えない小さいうち、超早期肺がん(0期肺がん)を発見し、レーザーにより早期治療を行う。

(d) 肺がんの治療成功のためのカギ



(e) がん治療の考え

肺がんの治療は内視鏡技術の進歩により、手術の傷が小さくなったこと、術後の回復が早くなったことから、退院が早くなった。しかし、内視鏡手術にも、問題、課題がある。

低侵襲・安全性・治療成績に問題がある。例えば、胸腔鏡手術をすれば、全てが早期に治癒し退院できることにはならない。

(四) がん治療の課題

(ア) オーダーメイド治療

今後はそれぞれの患者さんの病状に合った治療、オーダーメイド治療が望まれる。従来も、診断によって外科的な治療や内科的な治療を、それぞれの病状にそって行ってきた。しかし、このようなオーダーメイド治療がはっきりと言われるのは、つい最近のことである。

これからは遺伝子、例えば化学療法でこのような遺伝子が効くという情報が分かってくるので、それぞれの患者さんに合ったオーダーメイド治療を目指していきたい。

☆オーダーメイド治療

・これまでの治療

(画一化の治療)

診断

内科治療

外科治療

再発する人

治らない人

治る人

治る人

・これからの治療

(オーダーメイド治療)

診断

内科治療

外科治療

治る人

治る人

治る人

治る人

*個々に合った治療により
全ての人の根治を目指す。

(イ) インフォームドコンセント

医療行為(投薬・手術・検査など)の対象者(患者)がその内容について、よく説明を受け理解した上で、施行に同意することである。

- ・医療従事者側からの十分な説明。
- ・患者側の理解・納得・同意・選択。

医療には、倫理的な問題がある。お互いにお話をして、コンセンサスを得る。つまり患者の自己決定権に基づき治療をする。患者は医療行為について、よく説明を受け理解

をした上で、治療に同意する。これがないと医療はできない。

(ウ) 緩和ケア

世界保健機構(WHO)

「緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に、反応しなくなった患者に対する積極的で、全人的なケアであり、痛みや、その他の症状のコントロール、心理面・社会面・精神面のケアを、最優先課題とする。」

終末医療(緩和ケア)。これは数年前に私がアメリカの学会に出席したとき、緩和ケアの議題がたくさん出ていた。やはりこういうことも、欧米の方が進歩しているのかもしれないと思った。

これは、患者の身体的・肉体的苦痛や症状を和らげ、個人の価値観、生き方を尊重して、最後まで普通の生活をしながら、生命を全うできるようにサポートするのが、本当の緩和ケアです。現在の緩和ケアは、そういう定義には入っていないように思う。患者の痛みを取るだけの、治療になっている。例えば、病室も普通の病院の病室と同じで、患者の精神的な面にたっていないのが日本の現状である。

大阪高槻市の日本赤十字病院長になった、大阪大学の教授だった人見先生が、緩和ケア病棟を立ち上げ、全国的に有名になり、NHKからも放送になった。先生は患者の痛みをとるだけでなく、普通の生活ができるよう、いろんなことを考えており、これが本当の緩和ケアと思う。WHOが出した患者の精神的なケアを最優先の課題として進んでいる。

〔事務局、大友〕

東北大学、音楽音響医学分野、公開講座

「医療の場における音楽とウェルネス」

音楽家と上手子に

付き合っていますか

〔主催〕

東北大学未来科学技術共同研究センター

音楽音響医学創製分野

東北大学大学院医学研究科音楽音響医学分野

東北大学病院 音楽療法室

〔共催〕

東北経済産業局

□ 音楽とウェルネス、出会い再び。

東北大学病院音楽療法室長

教授 市江 雅芳 先生

私は未来科学技術共同研究センターで、川島先生と一緒に
した。東北大学は医学部出身でなくとも、医学分野に入れる
システムになっている。私は音楽療法室をつくり、企業との
共同研究、大学院での教育、大学病院での診療をしている。

(1) 医療としての音楽療法の確立

音楽療法が医療として有効と考えている。

(2) 音楽とウェルネスの融合

ウェルネスとは健康な生きかたと考えている。

(3) 病院の音環境の改善

重症の患者から音楽療法をやって欲しいとの強い希望

がある。また大学病院内はさまざまな音が出ている。

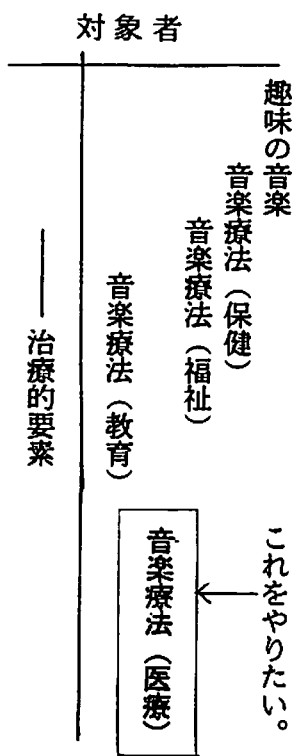
○ 東北大学の音楽療法室。

- ・多数の科が利用できる、中央診療部門的な運用。
- ・外来患者を対象とした、自由診療（混合診療を避ける）
- ・入院患者の混合診療となってしまうため、治療費を請求し
ない。
- ・音楽療法士は医療職でないため、あくまで医師が診療を行
い、音楽療法士は補助者の位置づけ。

○ 関連診療科。

- ・緩和医療科（ターミナルケア）
- ・小児科（自閉症）
- ・心療内科（心身症）
- ・内部障害リハビリテーション科（肺気腫）

○ なぜ音楽とウェルネスか？



*音楽療法よりも、広く活動するためウェルネスと考えている。

○ 健康寿命。

単なる長生きではなく、健康で質の高い人生をできるだけ長く送ることが大切である。

健康寿命を維持するために、

「介護予防として、高齢者の筋力トレの実施。
認知症予防として、音読・単純計算などを老人施設で取り組んでいる。」

○ 筋力トレ、音読や単純計算を毎日できるか？

・これは、生涯続けなければ意味がない。
・リハビリ患者は、退院すると機能低下が生じることが多い。
・努力を要することは、長続きしないのが現実。人は怠け者で、なかなか続けることができない。健康寿命を伸ばすのは難しい。

○ 音楽で何ができるか。

これまでの音楽と

- ・ BGミュージック。
- ・ 環境音楽。
- ・ ヒーリングミュージック(いやし)

・音楽聴取による心への働きかけ。

(心が休まればよいという考え方であったが、もっと積極的な考えにしたい。)

○ 音楽活動で期待できるか。

- ・うたや管楽器演奏。
 - ・心肺機能が、向上する。
 - ・楽譜を読んで演奏。
 - ・前頭葉が、活性化する。
 - ・楽器演奏で、指を動かす。
 - ・運動野と小脳が、活性化する。
 - ・合唱。
 - ・側頭葉と前頭葉が、活性化する。
 - ・身体を動かす。
 - ・廃用症候群になるのを防ぐ。
 - ・練習に行く、演奏や合唱に行くなどで、体を動かす。
- 健康増進のために、音楽をする。

・健康増進を目的に、努力して音楽をするのでは、意味がない。

・上達を競うのは、逆効果になる。(日本人の悪い習性)

趣味として、楽しんで、音楽をしよう！

*カラオケで、演歌をうたって歌うことは、血圧が上がってよくない。

音楽と上手に付き合しましょう。

□ 大学病院での音楽療法の存在、可能性を探る。

金沢医科大学精神科

講師 北本 福美 先生

皆さんは、さきほどコンサートを聞いて、快感の空間にいたと思います。私は金沢大学病院で二六年になります。結婚して、子供が出来て、仕事を続けられなくなり、関連の老人病院に変わり、そこで音楽療法を始めました。

○ 自己紹介を兼ねて。

・臨床的立場

臨床心理士＋音楽療法士＋精神科医局員

・大学病院の特徴

総合病院＋高度医療＋教育

・大学病院精神科の特徴

初発事例が多い＋日常復帰事例＋短期入院

*重度の方は、大学病院よりも市中の専門病院に入院する例が多い。

○ 大学病院での音楽療法の展開 [1]
関連病院での実践例

・介護の強化型病院。

・認知症高齢者、慢性疾患高齢者。

・作業療法の一環として、音楽療法をしたい考え方。

・前言語的機能＋回想＋生きる時間。

回想とは、高齢者は懐かしい時代のうたを聞いて、そこに接点を求めている。

唱歌はなつかしいだけで、歌っているのではない。唱歌から、平和な時代を思い出している。

「ふるさと」をうたい、一人一人のふるさに思いがいつている。「春の小川」をうたうと、戦時中は食料難でメダカを食べたことを思い出している。「海」では、「行ってみたいな嫁の国」とあるが、皆さんはどこにしてみましたか。聞くと、海の向こうは「あの世だよ」と答える人もいる。一人一人が体験してきた世界が違っている。音楽療法士が、勝手に思い出に導こうとしても駄目なんです。

ある患者は甥が亡くなったときに、黙って仏教の地獄図を模写した絵を出して見せた。しかし音楽療法では、何時ものとおりに歌をうたっていた。終わると立って深く一礼をし、このグループの「うじょうのマンダラ」と呼びました。(うじょうとは、まだ悟りをひらいていない人のあつまりのこと)この患者は、マンダラのグループの一人で、自分は悟りをひらいていない人物と思っている。

○大学病院での音楽療法の展開〔2〕

・SDATの事例と個人セッション。

サイコロシヤルアプローチ+チームアプローチ。
生理的指標の限界。

ある患者は何時も寮歌を聞いた。寮歌をうたうと腕を組み、腕を振ってうたいました。そして終わると万歳と言うようになりました。寮歌を流すと、痛みを訴えなくなりました。しかし、臨床的には変化があったのに検査数値では変化がなかったのです。

ある患者は家に帰りたいと叫んでいたが、患者は「横浜たそがれ」の歌が大変に好きなので、その歌をうたってやると「帰りたい」と言わなくなった。

・脳炎後遺症の事例との個人セッション。
回復期の促進。

BPSDの緩和。

・病棟集団精神療法としての集団セッション。

健康法の発見と開発。

医学教育。

精神科の集団療法としてすると、保険が適用になりま
す。音楽療法では、患者の顔が活き活きとします。その
時は、皆さんが気持ち良くなっていると思われま
す。人は快感を体験した後に満足します。患者が気持ち良
く健康になるには、どうするか聞きにくる。

○大学病院での音楽療法の展開〔3〕

・HiccoughSynd の思春期事例。

・心臓発作後の脳虚血状態から認知症状態になった成人事例
(看護セッション)

・失語症回復期の高齢者事例(リカバリルームから)
・CI側からの申し込み事例の増加。

ICUでのセッション。

インフルエンザ接種後肺炎の小児事例。

交通事故による脳損傷の小児事例。

家族からも音楽療法の希望が出ている。若い植物状態の患者が幼い頃の歌をうたうと、そのときだけは足を上げる反応がある。インフルエンザの三才の子供と歌をうたっていると徐々にではあるが回復がみられる。交通事故で重症の子供が「オモチャのチャッチャッチャー」を聞いて反応を示し、車から立ち上がり歩行できるように改善した。患者がある瞬間に体を動かすなどの反応をすることは、音楽療法の効果によるものと思う。

○大学病院での音楽療法の展開〔4〕

・看護部主催で、ふれあいコンサート。

・看護部主催：病院音楽療法研究会。

夕暮れ時のコンサート。クリスマスコンサート。

公開講演会。などをしている。

・外来BGM：整形外科(待ち時間が長い)

精神科(診療時間が長い)

□ 音楽のある病院づくり。

杜のホスピタルあおば病院

院長 鹿野 英生 先生

八幡六丁目にある、老人性認知症疾患の治療病院です。他の病院や老人施設、特養などから、受け入れた患者が多い。年齢は、七〇代から八〇代が多い。疾患の構成は、アルツハイマー、血管性認知症、その他の認知症、精神疾患の順になっている。

○治療以前の問題（人生観の問題）

私がこのような病気になったときに、どう対応するか考えながら病院を運営している。

○音楽療法と音楽イベントの区別。

- ・音楽療法と音楽イベントは、別のことと理解している。
- ・音楽を聞いて効果はあるか？ 効果とは言わないまでも、明らかに反応はある。
- ・毎月一度ジャズを聞いている。

○音楽イベントへのこだわり。

- ・高い演奏水準。

〔理由〕過去の苦い経験。

ジャンルによりオーラ。

我慢は求められない。

人生最後の音楽かもしれない。

（高齢な方なので、いま聞いているのが最後の音楽になるかもしれない。素人でなくプロの音楽を聞かせたい。）

・まともな演目。

患者さんは音楽を知っている。まともな演目をしてほしいと思っている。幼稚なプログラムでは、演奏家も聴衆も実力を発揮できない。演奏家がオーラを発揮できないと、聴衆も満足しない。

・高い頻度。

余韻があるうちに次を。

流れに体が慣れる（不安がなくなる）

またあるから大丈夫（具合悪い人は出られない）

どれかは当たるはず（演歌、ジャズ、唱歌等）

認知症の方は、記憶が少ないが、余韻のあるうちに聞くと感動する。何回もやっている、いつものことと思って音楽を聞く。私の病院では、週に二回は音楽の夕べをしている。しかも、プロによって実行している。高い頻度にこだわる理由は、すべては聞く余韻のため。

○本当に音楽が必要なのは誰か。

長い人生を歩み、その終わりに来て認知症となった人に、音楽は必要と考えている。

貴方の演奏会に聴衆が千人いたとして、その内何人が泣いて感動しますか。私の病院では、六〇人くらいしかいませんが、その中に必ず感動して涙を流している人がいる。私は真剣勝負をしている。芸術の力はすごいと思っている。

音楽は、力のある芸術と私は思っている。
音楽療法にこだわっている。

□ 音楽との新しい関わり―清瀬市での試み。

武蔵野音楽大学音楽科

元助教 原口 隆一 先生

私は脳梗塞の後遺症で失語症になった。今も暗譜はできませんが、話すことは不十分です。失語症とは何か分かりませんでした。医師に聞くと、失語症は完治はないそうです。

一三年前は自由にうたい、講演もできましたが、今は原稿がないとお話できません。メロデーにのせることは、どんなによいことか。演奏生活を送っていたときは、聴衆に答えることに心を砕き、音楽を発信していました。脳梗塞は私の生活を一変させ、地獄でした。

私は、話せないだけでなく、聴くことも出来なくなりました。テレビはただの雑音でしかなかった。また、原口を口原と、音楽のドレミもミレドと逆転してしまいました。当時は筆談していたが、それも逆になっていた。突然の発症で、社

会復帰は無理といわれましたが、私の素敵な能力を全て失ったわけではなく、三年前くらいからお話や歌をできるようになりました。

失語症の会は全国に一四〇くらいありますが、友の会まで来る人はよい方で、八〇%の人は声が出なくなり、家に引きこもっている。失語症は男性が多く、失語症のため離婚されたり悲惨な生活になっている。私は音楽への思いを断ちがたく、脳梗塞の四ヵ月後からピアノから始め、声楽の訓練をしました。しかし、メロデーを全て忘れていました。音程をとることも難しかったが、薄紙を剥ぐように上達し、三年後に一曲歌えるようになりました。

がんの方は、亡くなる方もいるが、元氣になられた方も多く、闘病記がたくさん出版されている。しかし、失語症の方は脳が侵されおり、出版する方はなかった。失語症の方はセラピスが早い方がよい。音楽療法は医療の場ではほとんど認知されていない。音楽療法は早く認知されて欲しい。私は歌をうたうことで、失語から回復した。

東北大の市江先生と出会い、有り難く思っている。音楽療法は情緒的な話でなく、音楽によって医療の場できると思う。音楽の力を、改めて認識している。私なりに音楽療法ができると思っている。聴衆との関係も一方的でなくなりました。私の好きな歌だけをうたうのではなく、聞く方の考えていることも考慮しうたいたい。

音楽は一本の点滴に相当すると思います。励ますのではなく共感できる曲をうたうようになりました。音楽に関わることによって、もたらされる健康効果を確認しています。

恩師に「発声法を身につけることは、肉体的・精神的にバランスがとれる」と教えられた。長寿社会日本では健康が大切です。脳を活性化して健康に生きようとすることの発祥は東北大学です。しかし、脳を鍛えることは難しいことと思っ
ている。本当の発声は、体の健康にも効果があります。失語症は単なる話すことのリハビリだけでは、完全でない。歌をうたうことが、大きな効果となる。清瀬市でも四月から生涯学習センターを開講しました。幅広い年代の方が、たくさん集まりました。二〇人の定員に百人以上の方の申し込みがありました。

- ・正しい発声を身につけること。健康効果がある。
- ・独唱すること。(ドキドキするし、ストレスにもなる。)
- ・しかし、腹式呼吸で健康に良い)
- ・問題は受講生の能力の差(音程があわない、楽譜が読めない、など)

しかし、三〜四ヵ月すると、一人で大きな声でうたう姿に変わり、相互のコミュニケーションも良くなってきた。地道に指導していきたくないと考えている。

□ バリアフリー楽器、Cymisの可能性。

大阪大学名誉教授
大阪工業大学教授 赤澤 堅造 先生

工学部は物を作り、評価されるところです。バリアフリー楽器を世の中の方々に触って頂いて、よくしたいと考えてお

ります。

○従来の楽器

- ・楽譜の理解 が必要。
- ・楽器の操作 が必要。
- ・高度な演奏 が可能。

進化するバリアフリー電子楽器

楽譜表示と操作の場所を一体化した。

- ・楽器演奏の初心者でも、難しい曲を簡単に演奏できる。
- ・上達ができる。
- ・演奏を楽しめる
- ・高齢者や障害者、子供などに対する効果的な機器として、開発を進めている。

○ステップ

- ・自動演奏。
- ・ガイドつき演奏。
- ・フリー演奏。
- ・五線譜で演奏。

○他の楽器との比較

- ・簡単に演奏できる。
- ・難しい曲も演奏できる。
- ・合奏を楽しめる。
- ・慣れてくると音量を自在に変化させて、演奏できる。

〔事務局、大友〕