

第3回認知運動療法フォーラム

認知運動療法が臨床をどう変えたか

対談者 内田成男・原 修・寺林大史・小寺貴子・三田久載

認知運動療法との出会い

内田 今回のフォーラムは「対談」という形ではなく、私が司会進行役で4人の方々に認知運動療法に出会い「自分の臨床をどう変えたか」あるいは「自分が関わっている臨床がどう変わってきたか」を語ってもらいたいと思います。まずは「認知運動療法との出会い」を語っていただきますが、進行役の私が口火を切ることにしましょう。私は、この研究会の会長の宮本先生と学生の頃から親友という間柄ということもあり、認知運動療法を知ることとなりました。認知運動療法を学んでいくうちに、患者さんが自分自身を知ることが一番大事なことだと気づき、現在に至っております。宮本先生がイタリアから帰ってきて・・・1990年代の始めの頃だったと思います。総合リハとか理学療法ジャーナルで認知運動療法について宮本先生の紹介論文が掲載されたところからの



内田 成男（うちだ しげお）

プロフィール

1981年高知医療学院理学療法学科卒。中伊豆温泉病院、多摩緑成会病院、慶応義塾大学月が瀬リハビリテーションセンターを経て、2005年から富士リハビリテーション専門学校（静岡県富士市）に勤務。

# 認知運動療法フォーラム

出会いですね。自分の臨床が急激に変わったわけではありませんが、勉強していくにしたがって、臨床にも変化が現れてきたと思います。

原 認知運動療法と出会ったのは、9年位前になると思います。静岡県理学療法士会の研修部で担当しております現職者講習会が月が瀬リハセンターで行なわれました。その時に研修部長をしておりまして、そこで実際に宮本先生と沖田先生のお話しを聞いたのが最初になると思います。その時は、非常に驚きを感じましたが、言葉が難しく、今まで我々が臨床や学校で教わってきた言葉とは違う言葉がたくさんあり、まずその言葉を理解するのに苦労したということを感じております。ただ可能性というか、今までと違う理論を持った治療法であるということ非常に感銘を受けたことを覚えております。

内田 そうですね。中伊豆温泉病院と月が瀬リハセンターのメンバーで、小さな勉強会を原さんと始めたのが静岡の勉強会の出発ですね。7、8年ぐらい前だったと思います。その頃、月が瀬リハセンターと中伊豆温泉病院で勉強会を始めたのがスタートだったと思います。その時に、勉強会や症例検討をほそぼそと始めていったと思います。

寺林 私は内田さんと一緒に働かせていただいていたので、認知運動療法のエッセンスを少しずつ感じさせてもらっていました。そのうち日本理学療法士協会の現職者講習会がはじまり、なおかつ月が瀬リハセンターで認知運動療法の現職者講習会をやるということになったので、準備をやっていたのが始まりですかね。最初はどちらかというと、ちょっと受身的な立場というか、勉強会の準備をするという立場から始めたのかなと思います。実際に臨床

でやり始めたのが、それから数年経ってからですけれども、認知運動療法の面白い部分、共感できたところというのは、やはり脳を含め人間をシステムとして考える所でしょうか。自分にとって、入り込みやすかったかなと思いますね。その中で、人間というのは脳を含めたものが行為となっている所にも同じように共感が持てたので、今でも続けられているのかなという気がします。

内田 理学療法士協会の現職者講習会で認知運動療法をテーマに月が瀬リハセンターで開催してからですと10周年ということになりますね。

小寺 私の認知運動療法との出会いは、内田さんのいた月が瀬リハセンターに就職したところから始まっています。確かその年に、内田



原 修 (はら おさむ)

プロフィール

1983年川崎リハビリテーション学院卒。卒業後、JAリハビリテーション中伊豆温泉病院(静岡県伊豆市)に勤務。

さんがベーシックコースに行かれ、その伝達講習を聞いたり、認知運動療法の現職者講習会の手伝いをしたりする中で、非常に患者さんに寄り添った治療をしているなど感じました。また、患者さんと治療していく中で、それまでは聞き流していたような言葉にも重きをおくというか、その言葉の裏にあるものを考えていく治療法だなど非常に興味をもちました。その後、様々なコースや勉強会に参加するなど勉強を続けてきたのですが、認知運動療法と出会ったことで本当に世界が広がったと思っています。

内田 小寺さんはマスターコースが始まる前にイタリアに行っていましたね。その頃の認知運動療法はどうでしたか？

小寺 イタリアの臨床ということであれば、両手切断をして死体から接着了した症例の映像を見たときに大きな衝撃を受けたのを覚えています。そして、マスターコースの始まる2年程前になるでしょうか、実際にイタリアの文化に触れてみたいという気持ちが強くなって月が瀬リハセンター退職を機にイタリアへ行きました。その際、少しかだけイタリアの臨床を見せていただくことができ、スポンジの当て方一つをとっても違っていて治療の繊細さを感じました。また、患者さん一人にかけける時間というのも長く、時として、治療中にペルフエッティ先生がみえて、患者さんを交えてセラピストとディスカッションが始まるというのが印象的でした。

内田 つまり、患者さんを目の前にして、治療の考え方や具体的な介入方法について話し合うわけですね。そういったディスカッションをペルフエッティ先生が自ら実践されていたということ、しかも患者さんも納得済みで、いい方向に向かっていたということでしょうか。

三田

僕が始めて月が瀬リハで開催されていた現職者講習会に参加させていただいたのが5年前でした。僕は今でも覚えているのですが、内田さんから初めて「現職者講習会に来ないか」と誘われたのが3年目でしたが、その時はきっぱりと自信満々に（前にいた病院が回復期の病院だったので）「うちは、回復期で日常生活活動（ADL）訓練をやっているのです、そんな手技に片寄せたような臨床はしません」と言う様なことを言っていました。しかし、何故か次の年に参加してみたいなと思つて参加させていただいた時に、やはり脳血管障害（CVA）は脳のシステムの障害なので脳にアプローチするのだと言う話を聞いた時に、講義全体は全くもって難しく分らなかったのですが、そこだけがすんなり入ってきて、これはもうちょっと勉強しなきゃだめだなと



寺林 大史（てらばやし ひろふみ）

プロフィール

1996年藤田保健衛生大学リハビリテーション専門学校卒。卒業後、慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター（静岡県伊豆市）に勤務。

思ったのがきつかけでした。しかし、勉強しても分からないので、月が瀬リハセンターとか中伊豆温泉病院でやっていた勉強会に参加させてもらったりだとか、分からないながらも本を読むとかというのをちよつとずつ始めていったというのが僕のはじめでした。

内田 三田さんは徒手療法をはじめ多くの手技的方法を学んだ中で、認知運動療法を選択して、より深く追求するようになったわけですね。

三田 患者さんと一緒に治療を作っていくという所が認知運動療法のすごく良いところだと実感しています。当初そのような実感は、聴講している講義で何となくは分かるのですが、臨床に戻ると自分でできないフラストレーションがたまるといふか、なんとか自分でも認知運動療法が臨床で出来るようになってみたいといふような気持ちが強くなったことと、すごく納得できる講義で、自分は展開できないとしても、何かすつきりする部分があったので、おそらく最初の現職者講習会後からは、もうほとんど認知運動療法しか勉強しなくなったのかなと思います。

内田 私も含め5人に認知運動療法との出会いを語っていただきましたが、その後の変化はどうでしょうか？私は第1回のベーシックコースに出ましたが、会場は高知、宮本先生と沖田先生の2人が講師でした。この時には講義内容の半分以上が理解困難でしたね。ただ、「これは何かあるな」と直感で感じたのです。そこで、毎年静岡県の担当で開催している現職者講習会を他のテーマから原さんと私で認知運動療法に変えてしまったのです。まあ、その時は批判もありましたが、現在ではしつかり市民権を得たと思っています。

## 認知運動療法と臨床の変化

内田 それでは、少しずつ本題に入りたいと思いますが、「自分の臨床が認知運動療法に出会って、どのように変わったか」ということを、メタファーを使いながら語ってもらいましょう。私は理学療法士になりたての頃は徒手療法や義肢装具の講習会などで技術を修得することに専念していました。月が瀬リハセンター在職中は治療的電気刺激（TES）の研究をがんばっていましたね。認知運動療法に出会って自分の臨床が変わったことはたくさんあります。一方通行の治療から双方向に脱却したことが大きいですね。つまり、従来では患者さんに「これして、あれして」とい



小寺 貴子（こでら たかこ）

プロフィール

1996年国立療養所箱根病院附属リハビリテーション学院卒。慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンターを経て、2003年から伊豆ライフケアホーム（静岡県田方郡函南町）に勤務。

原

う一方的な指示を患者さんがひたむきに取り組むという治療が展開されていたと思います。もちろん、「痛みの具合はどうですか」「疲れましたか」などの問いかけはしていましたが、患者さんが「どのように感じているのか」「どのように意識しているのか」という側面に目が向けられていませんでした。意図的に患者さんに問いかけ、患者さんが思考するという臨床は、自分の中では大きな変化であると思います。もう一つは、「学習」ですね。それまでは要素的に不十分な部分を改善することが、患者さんの回復に繋がるように考えていたのですが、学習という観点で、患者さんは「何を学べばいいのか」を考えるようになったことが非常に大きい変化だと思います。

今、内田さんの方から言われましたように、講習会に参加して、患者さんとにかく良い治療を提供しようということは常に考えていたと思います。ところが、治療技術を自分自身が磨くことによって、本当は患者さんが満足しなくてはいけないものなのに、セラピスト側が満足するような、一方的な治療を展開していたのかなと思います。そこに何が抜けていたかっていうと患者さんが考えていることや思っていること、患者さんがどういう風に感じているかっていうことをないがしろにしたわけではないですけども、そういうところにあまりセラピスト自身が気づかなかったってというのがあります。たとえば患者さんを観察する時に評価をしますが、そのときも外から見えるものに対してその中でできる治療の最善を尽くしていたというのが今までの臨床だったやうな気がします。私のキーワードは「言語」です。言語の捉え方、言語というものを認知運動療法で教えてもらった気がします。言葉は患者さんとセラピストの架け橋になります。お互いが何を感



三田 久載（みた ひさのり）

プロフィール

2000年早稲田医療技術専門学校卒。NTT 東日本伊豆病院を経て、2006年から富士リハビリテーション専門学校（静岡県富士市）に勤務。

じているのかとかこっちが要求する時に言葉を使いますけれど、相手もまたこちらに返してくれる、キャッチボールができるようになったことで、治療が少しずつ変わってきたのかなという気がしています。ですから、セラピストも患者さんもお互いに関係になって双方向に創発されるというか同じ方向に向けるようになったのが認知運動療法に出会ってからの、今までの臨床と変わったところの一番大きな点だと思っています。

内田

私も同感です。原さんが言ったように従来は「外部観察」のみで治療方略を考えていたのですが、認知運動療法は「外部観察」も大切にしていきますが、いわゆる「内部観察」（註1）を重要視しているわけです。つまり、患者さんの知覚や注意、記憶、判断、言語といった側面を評価し、治療を展開するわけです。認知運動

療法では外部観察よりも内部観察に比重をおいていると一般のセラピストから思われているような気がするかもしれませんが、その点、原さんはどのように感じていますか？

原  
そうですね。外部観察はわれわれが目で見えてわかるもので、他の人が見ても同じ評価ができる場所なので、決してそこは外してはいけないとこであって最終的には患者さんの言語と運動が変化してこないと患者さんが変わったとは言えないと思うので、大事にする必要があると思います。

寺林  
私は患者さんとの「コミュニケーション」ですね。患者さんの感覚であったり身体の状況であったりいろいろなものを共感したり共有したり出来るのがすごく変わったなと感じていますね。単純に会話をするとかではなく、先ほど原さんが言われたように、セラピストと患者さんがある程度同じ位置に立たないと、コミュニケーションは成立できないと思うのです。そういう意味では認知運動療法を知ったことで患者さんの話を聞くついでにもそうですけども、同じ位置に立てるところが、すごく変わったなと感じますね。それと患者さんに問いかけることで外部観察だけでは理解できないところを内部観察することが出来る。つまり、これはこういう理由があつてこう感じているからこんな風に見えるのだから、こんな現象として出ているのだからうなづいていような非常に理解しやすくなったと思いますね。後は、ベリックコースでもアドバンスコースでもマスターコースでも同様ですが、勉強会に出たときに、多くの分野の論文を提示されまます。それは医学だけではなくて、スポーツや脳科学であったり、神経心理学であったり、世界中にあるいろんな分野の論文を提示してくれたりということが、自分も色々な文献を読まなければ

というきっかけになったと思います。それが理学療法という枠のなかだけでは無いのだと捉えることができたりします。

内田  
セラピストと患者さんが、お互いに「どのよう認識しているのか」というレベル、つまり間主観性（註2）の重要性に気がついたということでしょうか。それから、私たちは多くの手法により、運動や感覚機能・高次脳機能などの外部から観察可能な要素ばかりを追い求めてきました。それだけでは患者さんのことを知るために不十分だということに気づき、患者さんの表出する「言語」を非常に重要視するようになったことですね。私たちは医学・医療の一部の知識のみで「人」を理解しようとしてきたのですが、認知運動療法に出会ってからは多角的に「人」を捉えるように変化してきたと思います。

小寺  
私はADLが改善することがゴールだろうと考えていました。そのため、当時は動作を改善させるのであって、脳を改善させようなんてことは考えもしませんでした。しかし、認知運動療法に出会い、脳にも可塑性（註3）があることを知り、脳自体を改善していけないと結局は正しい行為の改善は得られないというか、本来あるべき姿に戻れないということに気づき、脳科学をもっと勉強しないといけないと思いました。病院に勤めている時には、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士がいて、それぞれ上肢は作業療法士に、言語は言語聴覚士に任せておけばいいみたいな、ある意味暗黙の了解で分担制がとられていました。その中で、理学療法士でも上肢や身体内感（註4）にも関わっていかなければならぬところもあるし、色々な会話を引き出す中で言語的なアプローチも必要になり、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の垣根というのがなくなつたかなと思います。そのため、色々な日常

動作において、上肢も含めてそれぞれどういう役割を担っているのか、身体に対してどういう役割なのかということも勉強していないといけないし、患者さんというひとりの人を治療するわけですから、トータルで見ないといけないと思うようになりました。

内田  
そうですね。卒前教育ではADL自立、家庭復帰というリハビリテーションの流れがあつて、とにかくADL自立の方向に目が向いたわけです。極端な言い方をするとADL至上主義、つまり筋緊張異常が著明であろうがどのような状況であっても、ADLが自立さえすれば良いという思想に支配されていたわけです。この考え方も認知運動療法に出会って変わってきましたね。もちろん、患者さんはADL自立を望んでいるのですが、一方で、自分の身体の回復、例えば「麻痺が少しでも改善して楽になりたい」ということも同時に望んでいると思われるのです。その点はいかがですか？

小寺  
療施設の方は疾患としては脳性小児麻痺（CP）などの先天的な疾患を抱えた方やCVAの方が多いです。CPの方は、今は養護学校に行かれています方が殆どですので、色んな勉強はされてきていて、医学的な知識を持っている方もいらつしやいます。でも、たとえば、「移乗してください」というと車椅子のつけ方は毎回バラバラですが、移ることは可能です。しかし、「どういう風に移りますか」と聞くと答えられないとか、落ちそうになつたらこうすれば安全に転べるという方法は非常によく知っているのです。また、片麻痺の方などでは「昨日転んじやつてさ」と言うのですが、「何で転んだの」と聞くと「躓いちやつて」とか、その言葉一つで終わつてしまい、自分の身体というものを考えることを全くしていないのです。結局、危険なことが起きてても、怪我を

しなければ良いという考えの方が非常に多いと思います。患者さんが自分の身体を十分に認識できないという面があつて、転倒や躓きを見過ごしてしまうのでしょうか。小寺さんが関わっている重度な障害をもつ方の話を聴いて、最近、注目していることがあります。それは誤つた学習ということですね。つまり、異常な筋緊張が加齢とともに増悪している成人の脳性麻痺の方などは、幼児期の頃は比較的スムーズな運動が可能であっても、成長とともに異常な筋緊張が増悪して、最終的には脊柱の側弯が出現し、坐位も取れないような状態となつてしまうのです。紀伊克昌先生が平成19年度の日本理学療法学会で講演（註5）され、その映像を見てたいへん驚きました。脳性麻痺の方の脳損傷は非可逆的であると認識されていますが、異常な運動パターンや筋緊張異常の増悪などのように負の学習が成立するのではないのでしょうか。小寺さんは個別性あるいは身体システムについて触れていると思いますが、いかがでしょうか。

小寺  
はい。成人のCPの方が多いため、そういう意味ではトータルの考えないといけません。そして、痙性が入った時にそれを抑えるのは力しかないという考え方を変えていくことが必要だと思います。

内田  
医学的知識をもつていて、自分の生活スタイルが確立している人との関わりは難しいですね。

三田  
僕の中ですごく厳密になつたというか、自分が行う理学療法というものが少し科学的に近づいてきたと思うのは、それまでは患者さんが家に帰れば良いとか、ADLが自立すればよいと考えていましたが、本当に自分はどういうことをしていれば良いのかと考えるようになったことですかね。EBM（註6）というものが

あったとしても、患者さん一人一人が違う中で、本当にこの方針・治療で患者さんは良くなっていくのかと考えるようになってきたことが自分の中で変わった所なのかと思えます。本当に今の自分で良いのかと思うと、裏付ける形の科学的根拠というものを持って治療していくと、評価から治療そして結果が出るまでの所をすごく考えるようになったと思います。先程、内田さんも言われたように、認知運動療法に出会う前には色々な勉強会に参加していたのですが、すごく自分勝手だったなと思います。自分が学びたいことを学んで、自分の患者さんに行くという、何かすごい一方通行だったのではと思います。自分がやりたいことをやって患者さんが良くなればよいという感じで見ていたのが、患者さんと一緒に考えて、患者さんと悩んで、「こうやったら良くなるのではないかと思うのだけど…」と自分にも不安を持ちながら、患者さんと接していけると。担当患者さんのために自分がもつと考えて臨床展開していかなければいけないのだという風に自分が変わっていった所が、僕が臨床で一番変わった所だなと思えます。そうなると行動が変わりますので、臨床がどう変わったのかというと、まず職場が変わりました。病院を退職して、是非に内田さんと一緒に働いてみたいと考え、今の富士リハビリテーション専門学校に就職しました。医療施設ではないので患者さんの治療はできませんが、自分が成長できる場所なのではないかというところで、転職していったところが、僕が一番の変化した部分、ターニングポイントだったのではないかと思えます。そうやっていくと勉強の仕方も変わってきたりしますし、色々な仲間ができたりというところでもですね。

内田 厳密性の話ができました。私も認知運動療法に出会ってからは、

自己の五感をすごく研ぎ澄まさなければならなくなった気がします。患者さんの表情、表現、そして例えば空間課題を行っているときの患者さんの抵抗感などを自分の手や眼などの感覚器を研ぎ澄まして感じるものが重要だと思えます。厳密というのは、職人技に似ているところがあり、感性を研ぎ澄ましているからこそ細かなところまで感じられると思うのです。三田さんは厳密性をどのようにつけていますか？

三田

認知運動療法に出会う前も患者さんは僕に見えるメッセージ・見えないメッセージを発していたと思うのですけれども、こちらが意識するかそれともしないか、見ようとするかそれともしないかの差は大きいと感じています。本当に一言一句ではないですけれども、そこに意味づけできるかどうかを考えるのは非常に重要なのかなと思います。なんとなく方法論的に覚えていると「こうすれば良い」というような治療ができるのかもしれないのですけれども、「何のために」とか「どうやって」とかということを考えていくのは、ストーリーをしっかりと作っていくという流れがあるということが非常に重要なのかなと思います。そういう部分では、すごく細かければ良いという訳ではないのですけれども、しっかりとそれが繋がってくるのかどうか、重要なのではないかと思えます。

内田

以前の私たちの臨床は、患者さんの身体機能を評価し、問題点を抽出して目標を定め、プランニングをするという思考過程ですね。そして一つのプログラムが決まると、とにかく一定期間実践してみる。それを再評価して、次の段階へとという流れでしたが、繊細に観察することが欠けていたように思います。本来は真剣勝負で「どうしてなんだろう」と考えるべきなのですが、認知運動療法

の実践は、セラピストが臨床で常に思考することが求められ、なかなか大変な点もあります。それからマスターコースが始まる1年前に宮本先生、沖田先生、塚本先生、小池さんとの5人でサントロンに行き、ペルフェッティ先生の講演を聴きました。その中で運動療法の歴史的な展開について解説をしてくれたのですが、従来の考え方は「断絶」というような強い言葉で我々に迫ってきたのが印象的でした。たぶんペルフェッティ先生には、そのように断言できる自信があったと思うのです。

## 心に残る症例

内田 このフォーラムでいくつかのキーワードが出てきました。認知運動療法にとってはとても大切だと思います。それではここで、具体的に自分が経験した多くの症例の中で、印象に残ったケースについて述べていただきます。私は二人の方を紹介しようかと思えます。一人は、比較的に麻痺が軽い方で、すごく野球が好きなお方でした。その方はゆっくりとした運動であれば杖が無くても普通に歩けるくらいまで回復されました。外部観察では、ほとんど異常な歩行パターンはなく、ちよつと慌てたり、急な方向転換をしたりすると原始的運動スキーマが優位となってしまうような方でした。この患者さんとは、最初に「あなたは異常な筋緊張を制御できることを学習することが重要です。したがって通常のストレッチや歩行訓練などはいりませんが、よろしいですか？」という治療上の約束をしました。このことが治療を円滑に展開していく推進力になっていたと思います。具体的な認知課題としては、一軸の不安定板の上に足部を設置し、前後に傾けた場合の空間問

原

題あるいは重量を識別する接触問題です。空間問題は比較的容易に正答できたのですが、重量を識別する接触問題は困難でした。これは健常者でも難しい課題の一つですが、足底の圧情報の変化にともなう筋出力制御が不十分であると考え、その課題を中心に認知問題を作成していきました。この課題の難易度を高めていくことで、小走りできるまでになりましたが、足底の圧情報あるいは重心移動に伴う運動つまり筋出力の制御を学習できたのだと思っています。このような回復は本人の集中力と努力も貢献したと思います。二人目は「負の学習」をしてしまった症例を紹介いたします。この方は退院後6ヶ月ほどで、再度通院してきましたが、退院時には手指の伸展が可能であったにもかかわらず、6カ月後には、異常な筋緊張が著明となり、手指・手関節・肘関節の屈筋が短縮を引き起こしていたのです。主婦という立場で、活動性が高かったことも一因かもしれませんが、伸張反射や放散反応の制御が十分に学習されなかったと解釈できます。つまり、日常生活において、痙縮筋を安易に活性化・反復利用したために、結果的に痙縮を増悪させてしまったと思われる。久しぶりに会ったときには、手指・屈筋群の筋緊張が極めて強く、他動的に手指を伸展することも困難な状況でした。それでも運動イメージを活用することで、手指の屈筋の筋緊張を和らげることができたのですが、特異的病理という「伸張反射の異常」「異常な放散反応」を制御することが、学習されなかったのだと思います。私も2症例、よろしいですか。一例は左片麻痺の患者さんですけれど、歩行は、下肢のブルンストロームリカバリーステージはVレベルで、かなり機能のいい方でした。しかし、立位や歩行になると、全身の筋緊張が亢進する方で、歩行の時も緊張した歩行を



内田 麻痺が存在していたわけではないのに、動かすことができなかつた。存在がないから動かしたくても動かせなかつたということでしょうか。

原 存在はあったと思いますが、自分のイメージ通りに動かない足は自分の体の一部として受け入れられなかったのだと思います。

内田 森岡周先生は運動イメージについて、私たちの運動・行為は必ずイメージが先行すると言っています。運動イメージを想起ができることが、回復に繋がるのですね。視覚イメージと比べると、運動イメージの想起は難しいのですが、筋感覚などに注意を向けることが治療のツールというか道具になることが分かりますね。

寺林 今のケースと似ていると思いますが、どういう課題をやったかというよりも、何でこんなことが分からないのかというようなケースを経験しました。交通事故で両大腿骨骨折の複雑骨折で、前十字靭帯や後十字靭帯、半月板も含めて損傷しているような症例です。大まかに言えば両大腿骨の複雑骨折で結構長い期間免荷しなければいけないので、車椅子で足をまつすぐにした状態で何ヶ月も過ごし、丸3ヶ月たったところから部分荷重というリハビリテーション処方がありました。その方は整形疾患で、脳の損傷があるわけでもなく神経の損傷があるわけでもないはずなのですが、「膝を曲げても伸ばしてもどうなっているのか分からない」という記述が聞けた症例でした。それは、ずっと膝伸展位でいたというのが一つのポイントかなと思います。膝の動きが全く分からないというか、その方に対して、自分の膝に対する認識が低いというか、下肢のボディイメージ、下肢全体の関係性、身体と下肢の関係性も含めて、全然分からなくなっていたのだなど、非常に印象的な症例でした。一般に言われる表在とか深部といった感覚

は問題ないようですけども、膝がどう動いているかということは分からない。その人に対してイメージを使った課題と、膝の認識を高めるような課題でスポンジや、膝を曲げたところの差異の識別課題を行い、T字杖2本で歩いて帰ることができたという症例でした。非常に印象的な症例でした。

内田 原さんのケースと似ていますね。整形外科系の患者さんで、「末梢」の問題により脳が書き換えられている可能性を示唆する症例ですね。このような患者さんに対して、再学習させるという観点に立たないと、治療はうまくいかないと思います。このケースの興味深いところは、両側の大腿骨の骨折なので、いわゆる健側がない。そして膝の靭帯損傷を含め相当な外傷を負っていたわけです。つまり、右のイメージを使って左の再学習をするということが難しくなるのです。例えば上肢など、他の身体部位の筋収縮感を利用したり、過去の記憶や経験を活用したりするなど、何か工夫したことはありますか？

寺林 色々な治療は行いましたが、筋の収縮感というものが非常に得られにくかったという印象でした。今思えば、もう少し全体的な関係性や膝と股関節の位置関係とか、そういったところを行えばよかったのかなと思います。

内田 膝だけではなくて、股関節との位置関係はどうかとか、例えば立ったときに、股関節と膝関節と足関節あるいは足部との位置関係はどうであったかというのを、うまく聞きだせると、もしかしたら患者さんはその関係作りをもうちよつとうまくできたかもわからないですね。

寺林 その当時の自分なりの方向として、膝に対する認識というのを主にやっていたような気がするのですが、その辺が反省かなと思います。

内田 そうですね。人をシステムとして理解することが分かっていますが、他の身体部位との相互関係を問うような技術を身につけるのは、なかなか大変ですね。

小寺 今、健側がないという話が出たので、そこにターゲットを当てるとすると、私の中ではCPの方になってきますね。最初に担当した症例が成人のCPでした。当時の月が瀬リハセンターでは下肢用運動療法装置(TEM)といわれるものの開発に携わっていて、実際にその方にも股関節と膝関節を屈曲してから下肢伸展挙上を持っていくという動きを何分かやってもらっていました。その後、患者さんは、「機械に乗った後だと、自分の足をどうという風に動かせばいいのかが分かるから歩きやすい。」と言われ、彼女は自分の体というものが分からない状態、正常というものがないのだなど、当時すごいインパクトを受けました。それから、CPの方を担当する機会がなかったのですが、最近になって、成人のCPの方たちが非常に多い中で働いていますので、本当に頭では分かっている、手はどういう風に動く、足はどういう風に動くというのは三人称的にはよく出てくるのです。でも、自分の身体はどう感じるかと聞くと、全然言葉が出てこないのです。また、柔らかい、硬いはあるのですが、どの程度の柔らかいのかといった間隔という幅がなくて、たとえばマシユマロに近いとか豆腐に近いといったことは分からなかったりします。

内田 オンかオフかみたいなの。  
小寺 そうです。「オフ無〓考えないこと」「オンにするとパソコンを起動した時のように様々な筋が活動を始める」と表現する方もいらっしやいます。色々と勉強されているので、肩甲骨はここにあって、こういう形をしていると知識的には知っていても、自分

の背中は一つの板であって、肩甲骨というものがあるのが分からない方に、肩甲骨の内側縁のところに5mm位の厚さの物を当てて、肩甲骨の境目を感じてもらおうということをしました。初めは骨との境目というものをうまく捉えることができなかったのですが、ある時、自分が動いていくと押される感じがなんか変わって、筋肉のところと骨のところの違いがなんとなく分かるようになりました。すると、自分の身体が緊張すると硬くなるという感覚もなんとなく分かるようになってくるということがありました。こういった経験から、正常というものを知らない患者さんの中で、私も患者さんの世界に近づかないといけないし、患者さん自身も近づいて、お互いに近づきあっていくところを実感しながらやっています。

内田 そうですか、患者さんには正常という世界が無いわけですよ。それと硬い・柔らかい、あるいはオン・オフという識別だけでは不十分で、それをしっかり細分化できることが大切ですね。つまり、私たちは、「これくらいの硬さで、これくらいの重さのペックトボトル」ということが分かることによって、その行為に適した運動出力が可能となるわけです。

小寺 そうだと思います。やはり動きがないと差というものが出てくるので、なかなか認識されないというのは多いと思います。それはCPの方に限らず、在宅で生活されている片麻痺の方などは、患側の存在を全く無視した生活をされているので、動かしているときには何か違うというのが分かるのですけれど、止まった瞬間に消えてしまうとおっしゃられる方も多いです。

自分を変えた書籍・文献

内田

次に、自分を変えた本や論文、自分の臨床を変えた本や論文を皆さんに紹介していただきたいと思います。最初に、協同医書出版の宮本省三・沖田一彦選「運動制御と運動学習」を紹介したいと思います。日本のトップクラスの運動制御・運動学習の研究者がこの二人が選出して出版された本ですが、少なくともリハビリテーションや理学療法・作業療法の世界では、このようなスタイルの書籍はみられなかったと思います。ここに紹介した理由は、宮本先生や沖田先生と夜遅くまで語った時に、出版にいたる経緯を二人が話してくれました。この場では詳しく話しませんが、二人の見識の高さと謙虚さに驚いたことが印象に残っています。内容は森茂美先生、笠井達哉先生、麓信義先生など第一人者の力作と思われる論文が掲載されているのです。このシリーズは他にもありますが、この本は協同医書出版の「認知運動療法」が出版される1年ほど前に世に出ているわけです。しかも、推薦文は津山直一（註8）先生だから更にビックリです。ひとつひとつの論文形式の論述は難解な部分もありましたが、少なくともリハビリテーションに関わるセラピストが理解を深めなければならない分野であることは確実であると思いました。10年以上前の本ですが、是非とも参考にしていただきたい本だと思います。もう一冊紹介したいと思います。ピエローニ先生とフォルナーリ先生というご夫妻が書いた本です。これは第3回日本認知運動療法研究会学術集会の時に、お二人が来日されたことがきっかけで出版されました。言語記述、一人称記述など、認知運動療法が大切に行っている

原

新しい視点について解説されています。私はベーシックコースなどでも、よく紹介させてもらっています。2つの扉の選択、つまりセラピストとしてのアイデンティティーを問いかけているのです。沖田先生は序文のなかで、ロバート・マーフィー（註9）の言葉を引用して、重要なのは意識・経験・言語と言っており、認知運動療法の土台となっているところに触れていて、特に好きな本ですね。

認知運動療法の勉強を始めて今までに比べたくさんの本を読むようになりました。脳と言う字がつく本はなるべく読むようにしました。パラダイム本も読んだのですが非常に難しく僕のは理解しにくかったときに、協同医書出版から「認知運動療法講義」が出たときに目から鱗で、すごく解りやすく書いてくれたので、そこから臨床に結びつきやすくなったのと言う印象があります。その後、また戻って昔の本を読んでみると理解できるようになったのですけれども、あの頃はこれを読むのが精一杯だったのかなど。この本は、非常にわかりやすく書いてあるので私の臨床を変えたということで紹介させていただきます。あと、先ほども脳と言いましたが、脳科学とはこんなに大事なのだということ、その当時に非常にわかりやすく書いてある本で朝日出版社から出ていた「進化しすぎた脳」という池谷裕二（註10）先生の書かれた本がありました。学生と対話形式で書いてあり、感情とか意図とかいうようなところが書いてあって、本当に読みやすい本なので是非一度読んでいただきたいということで紹介させていただきます。

寺林

僕の紹介する本は、皆さんご存知だと思いますが森岡周先生の書かれた協同医書出版から出ている「リハビリテーションのための

脳・神経科学入門」です。この本は脳科学や神経科学のいろいろな論文が列挙されているので、孫引きなどもしていけば非常に勉強になる本かなと思います。また、リハビリテーションにどのようにかかせるのかなど考えることができる一冊だと思います。森岡先生の本は、冒頭に「リハビリテーションのため」と書いてあるのがポイントだと思います。これだけコンパクトで膨大な脳科学・認知神経科学のことを、私たちに分かりやすく噛み砕いて書いてくれているのかなと思いますし、分量が私の脳にはちょうど良いというか、もちろんひとつひとつは難しいことが書いてあるのですが新しい発見が出来る本ですよ。ぜひこれは基礎科学の本としてはお勧めの本です。もう一冊は、患者さんの世界を知ると言う意味では、映像化もされていますが、講談社から出ている山田規久子先生の「壊れた脳 生存する知」ですね。これは本当に患者さんがどういう世界にいるのかと言うことを知ることができる本で非常にわかりやすく、一般書なので読みやすいと思います。

内田 「現代思想」(註11)という雑誌がありますが、このようなジャンルの学術誌に理学療法士や作業療法士が論文を寄稿しているところは大きいですね。私は香川真二先生が書いた頸髄損傷の患者さんの論文を興味深く読みました。

小寺 私は2005年発行の研究会から送られてきた認知運動療法研究第5号に掲載された死体からの再接着の症例報告です。本当にこれは認知運動療法に衝撃を与えたと言いますか、私にとって衝撃を与えたと言うことで紹介したいと思います。やっぱり私もこのあとに、「認知を生きたことの意味」を読んで、パンテ先生たちも目的に向かっているのですが、その中でも大きな波を乗り越

えながらきていると言うことを感じた1冊かなと。あとは、言語の記述、患者さんとどうやり取りをしているのか、そこから言葉はどう理解していきながら治療まで展開しているのかと言うところを知ることが出来た1冊として、非常に興味深く読んだ本です。

三田 僕はやはり宮本省三先生の本が読まれた春秋社から出版されている「リハビリテーションルネサンス」ですね。衝撃的だったのは、「裏切られた期待」という言葉です。非常に僕らの進むべき道をクリアしてくれたのかなと感じます。この本の最後に河本英夫(註12)先生が「総力戦」「人間再生の為に」というような言葉を書かれています。僕らがまだまだ完全に患者さん達を治療しきれない、敗北の歴史を何とかしなければいけない、ということを考えていかなければいけないことを、もう一度認識させてくれた本だということで一冊選びました。

内田 この本では脳卒中片麻痺の麻痺を「怪物」に例えて論述しています。また、NHKの「週間ブックレビュー」という番組でも以前紹介されていましたが、一般の方々が読むには相当難しいかもしれません。宮本省三先生の本が読まれた講談社現代新書の「脳のなかの身体 認知運動療法の挑戦」は比較的理解しやすいかも知れませんね。

三田 もう一冊僕が紹介する本は、最近、ランダムハウス講談社から出版された写真家大西成明さんの写真集「ロマンティックリハビリテーション」です。僕の成長は臨床を見学させてもらって掴んできた部分があり、大久保病院に中里先生がいらつしやった時に見学させてもらったり、人見先生のソレイユ川崎に見学に行かせてもらったり、経験から視野や思考が広がったというか、理解が深

まったという部分がありました。実際臨床の現場でどう展開するかという部分に関しては、やはり見学という経験が大きいなというところを感じたので、そういう一端が伺えるような写真集を選ばせていただきました。

内田

その中に、多田富雄（註13）さんとか舘野泉（註14）さんも載っていますね。舘野泉さんはご存知ですか？佼成出版社から出版されている「左手のコンチェルト」という本を書かれていて、フィンランド在住のクラシックピアニストです。右片麻痺になって左手だけで演奏するのです。そういう方々を大西さんが撮っているのですね。いろんな分野のことを知るということは理学療法など哲学・心理学の接点についても考えさせられますね。講談社現代新書から出ている下條信輔（註15）先生の「意識とは何だろうか」も理学療法・作業療法に還元できるような知性がたくさん書かれています。さて、時間の経つのは早いものです。日本では麻痺という「怪物」と闘うだけでなく、保健医療制度とも闘わなければいけない厳しい現実があります。経済原理が優先される医療では入院期間の短縮、在宅ケアの推進が重要になるのです。このように考えると、回復期病棟で難しいと言っているのであれば、維持期でどの程度の成果を示すことが出来るのかがポイントになりますね。セラピストの本領を発揮できるところは、もしかしたら維持期なのかもしれません。これは私見で十分な根拠はありませんが、在宅や介護老人保健施設で患者さんが良い方向に学習し変わっていくことが出来れば、それはセラピストの力量であり治療効果と言うことになります。つまり、正の学習を効率よく達成することが出来ればよいのです。このような治療の変革を推進するために、認知運動療法は最有力なのではないでしょうか。それ

では、これで第3回認知運動療法フォーラムを終了したいと思えます。ありがとうございました。

（2008年11月30日 富士リハビリテーション専門学校にて）

註1

内部観察

行為の観察には「外部観察」と「内部観察」がある。ある行為は視覚的に見ることが出来る。これを外部観察という。外部観察によつて観察されているのは、身体の形態の変化であり、筋収縮によつて生じる関節運動の変化である。一方、内部観察では行為を視覚的に捉えるのではなく、行為を知覚の連続として捉える。

註2

間主観性

フッサールの用語。自然的世界も文化的世界も一個の主観の私有物ではなく、多くの主観の共有物である。この事態を間主観的現象といい、そこにおいて統一的な客観的世界が成立する。

註3

可塑性

塑性に同じ。変形しやすい性質の意。外力を取り去っても歪が残る変形する性質。脳の可塑性とはシナプスの形態学的・生理学的・生化学的な性質が変わり、神経伝達が変わるという意味合いが強い。

註4 身体内感

河本(註12)身体内感を三つに分けている。第一には身体あるいはその一部がまさにここにあると感じられる「身体存在感」であり、第二は身体の左右、前後、特定部位の間の違いを感じとる働きで「差異を感じ取ること」である。第三は内的に感じ取られる「気づき」であるとしている。

註9 ロバート・マーフィー

Robert F.Murphy(1924-1990)。イリノイ大学やカリフォルニア大学バークレー校などを経て1963年にコロンビア大学の人類学部教授となる。著書に、しだいに麻痺していく自分の身体をフィールドワークした「ボディ・サイレント」(平凡社ライブラリー)などがある。

註5 日本理学療法学会で講演

紀伊克昌 ボバース概念における検証作業、理学療法学 34、345、348、2007、を参照のこと。

註10 池谷裕二

池谷裕二(いけがやゆうじ)。1970年生まれ。98年に海馬の研究により東京大学大学院薬学系研究科で薬学博士号を取得。現在は東京大学大学院薬学系研究科生命薬学専攻准教授。

註6 EBM

Evidence-Based Medicine (理論的根拠に基づいた医療)。

註11 現代思想

青土社(せいどしゃ)から出版されている雑誌。思想と哲学を扱った雑誌である「現代思想」は当該分野における一般向け雑誌として有名で、国内外を問わず著名な学者や研究者が寄稿している。

註7 一人称記述

言語記述には共有不可能なものがある。共有不可能な言語を一人称記述、共有可能な言語を三人称記述という。意識の反映としての一人称記述は主観的な個人の経験に根ざしており、抽象的で詩的な表現となる。

註12

河本英夫

河本英夫(かわもとひでお)。1953年生まれ。専攻領域は、科学論。システム論、精神医学、進化論、システム・デザイン。氏には第4回日本認知運動療法研究会学術集会の講演やアドバンスコースなどでもご協力いただいている。著書に「システム現象学 オートポイエーシスの第四領域」(新曜社)など多数。現在は東洋大学文学部教授。

註8 津山直一

津山直一(つやまなおいち)。元東京大学整形外科・教授、国立身体障害者センター総長。2005年逝去。

註 13

多田富雄

多田富雄（たたとみお）。1934年生まれ。免疫学者。千葉大学、東京大学、東京理科大学生命科学研究所長などを歴任。2001年に脳梗塞で倒れ、重度の障害をもつ。著書に「寡黙なる巨人」（集英社）など多数。

註 14

館野 泉

館野泉（たてのいずみ）。1936年生まれ。国際的ピアニストとして各国で演奏。2002年1月にフィンランドのタンペレ市で演奏中に脳出血で倒れる。2004年5月に左手だけの復帰公演を行った。

註 15

下條信輔

下條信輔（しもじょうしんすけ）。1955年生まれ。マサチューセッツ工科大学心理学科修了。東京大学大学院人文科学研究科博士課程修了。氏には第4回日本認知運動療法研究会学術集會でもご講演いただいた。著書に「〈意識〉とは何だろうか」（講談社現代新書）など多数。