

第8回認知運動療法フォーラム

患者の世界を知りたい

認知運動療法から患者の世界に触れる

対談者 川見清豪・本田慎一郎 小林佳洋（司会）

症例から学んだこと

小林

今日は『患者の世界を知りたい』というテーマで、患者さんの内面世界を中心にお二人にお話していただきたいと思います。今から私たちの臨床経験を通じた患者さんの世界を皆さんにお伝えしたいと思っていますのでよろしくお願ひします。まず、簡単に私の臨床経験をお話させていただきます。私も認知運動療法に出会うまでは、うまく立てない患者さんとか、歩けない患者さんは、力がないから立てない、バランスが悪いからうまく歩けない、という視点で見えています。しかし認知運動療法を学ぶようになってから患者さんの言葉を聴くようになりました。ある脳卒中左片麻痺の患者さんでうまく歩けない方がいらつしやいました。どんなふうに歩いているのかを聴くと、「踏ん張れ



川見 清豪（かわみ せいごう）

プロフィール

大阪府出身、理学療法士。日本認知運動療法研究会理事。清恵会第二医療専門学院卒。愛仁会リハビリテーション病院、桂クリニックを経て、現在摂南総合病院勤務。

本田

「力が無いから踏ん張れないです」とおっしゃられました。私は「力が無いから踏ん張れないのですか」と聴いたのですが、患者さんは「力が無いというようなことではない」と記述されました。細かく聴いていくと「歩いているとフワフワしたなんか底なし沼のように、頼んない感じがして、どうも踏ん張れないんです」と記述されました。この言葉から、私はしっかりとした硬い安定した床面を感じられないから踏ん張れないのではないかと解釈しました。そして見よう見まねでスポンジを足底にあてて、硬さの差を認識してもらった課題を行っていきました。初めは硬さの差異が解らなかつたのですが、訓練を続けるうちに、硬さの差が捉えられるようになり、同時に立位で正中をとらえ歩行が奇麗になるという結果が現れ始めました。患者さんの記述も「踏ん張れるようになってきた。フワフワとした感じがもうしない」と変化しました。つまり患者さんの身体が変化して、しっかりとした床に変わったのです。このように安心感が出てきたと同時期に、外部観察的にも歩行が奇麗になってきたというこの体験から、患者さんは力よりも力を適切に出せるように環境を捉えられる情報が大事であることを知り、認知運動療法に入っていけるようになりました。今日は患者さん記述や、具体的に患者さんの記述から、こう解釈してこんなことしたら良くなったという方がいらっしゃればいろいろとお話を聞かせて頂きたいと思います。

今の話で力が出ないという話と、安心感が出たという話があったので、それに関する患者さんを思い出していました。右麻痺の患者さんでステージⅤ以上の患者さんですけれども、右手でコップを持って飲むということが非常に怖いという方がおられました。その患者さんに「何ですか？」と聞くと、「力が無いんや、力

が無いからコップが滑って落ちちゃう、もう怖くてたまらん」とおっしゃられました。よく話を聞いて、指腹でザラザラあるいはツルツルという布生地の表面性状を認識する訓練をしてみると、認知過程（註1）の知覚と注意の問題があることがわかりました。当初粗大なザラザラとツルツルした布生地との差を全然感じ取れませんでした。訓練を40〜50分程度していくに伴って、だんだん布の素材の違いが明確にわかり始めるという変化が起き始めました。そして訓練後にコップを持つていたと、患者さんは「あれ！持てます。もう怖くないです。」という変化が起きたわけですね。もし力が無かった事が原因であれば40〜50分間では筋肥大が起きたことになりませんが、これは考えにくいと思います。患者さんは持てない結果を一番わかりやすい「力」に原因を帰結



本田 慎一郎（ほんだ しんいちろう）

プロフィール

北海道出身、作業療法士。日本認知運動療法研究会理事。日本福祉リハビリテーション学院卒。水口病院、甲西リハビリ病院、摂南総合病院を経て、現在ヴォーリズ記念病院勤務。

川見 小林

せざるをえませんが、実は認知過程の異常によって「持つことを可能とする」必要な情報とは何か、言い換えると対象物を捉えるために必要な接触情報である表面性状に注意が向かっていなかった患者さんのことを思い出しました。

川見さんは何かありますか？
 僕の経験した左麻痺の症例ですが、左麻痺の特徴というのは、自己の身体が欠損した状態で何も無いと語られる特徴があります。最初に患者さんに自己の身体について聴いていくと、既に前の病院でいろんなことを学習されていて、本来使用する情報以外の部分で情報を生み出しているので欠損している部分は語ろうとしない訳です。その症例は、足底で床の「硬さ」という情報が取れてなかったんですけども、全く硬さの情報が取れないので、初めてそういうふうには聴かれた時には驚かれる訳です。以前の訓練では、そんなことを聴かれたことはない。むしろ考えたことも無いというところがあるので、まず、脳卒中患者さんの治療はここが始まりだと思いますね。僕たちは認知運動療法をやっていますので、当たり前のように常に患者さんの自己身体について、「どのように感じているか」を聴いていきますが、患者さんは気づきが無いですね。よく脳卒中患者さんは、知覚の欠損よりも欠損の知覚を信じる（註2）って言いますが、知覚が無いことすら気づいていないというのが特徴ではないかと思えます。このように内面の世界を色々観ていると、患者さん自身は結果に注意が非常に向くので、動きであるとか力であるというところをメインに考えられるというのが特徴だと思います。そこでこちらの問いかけで注意を自分の体の内部の方に向けた時に初めて気づく、そこで初めて今言っていたような課題を使い、訓練で情報を的確な部分



小林 佳洋（こばやし よしひろ）

プロフィール

京都府出身、作業療法士。日本認知運動療法研究会会員。滋賀医療技術専門学校卒、入江病院、甲西リハビリ病院を経て、現在若狭町国民健康保険上中病院勤務。

で取るということを行いました。もちろん認知プロセス（註3）の問題としては知覚・注意という問題になってくるんですけども、まず、本来必要となる情報を選択できるように訓練をおこなっていくことで、安心感や接地感を得られるように訓練をおこなう。実は、その患者さんは訓練を行うまでは、足の感覚が分からないことに、全く気付いていなかったんですね。そこからスタートなんです。訓練を通して的確な部分で情報を選択できるようにすれば、的確な行為の予測もできることによって、安心感も出てきますので、余分な力が抜けてくるんじゃないでしょうか。いわゆる痙性といわれるものも中枢性の制御（予測）が出来ることによって、筋緊張の亢進も抑えられ、綺麗な歩容になる。柔らかい歩容になるのではないのでしょうか。

小林

本人も気づいてないという話がありましたけども、例えば片麻痺の患者さんでステージはVあり、家族さんが見ても、もうほとんど良いだろうと一見思われている患者さんでも、「先生よく物を落とすんです」と言う患者さんは沢山いらっしゃると思うのです。麻痺という状態じゃないですけども、なぜかよく物を落とすということですが、このような患者さんは簡単な感覚検査では問題が出てきません。検査では分かると答えられますが、生活では知らないうちに物を落としてしまうということなんです。このような患者さんとよくよく聴いていくと、「そういわれると指先がオブラートに包まれている」だとか「ゴムの手袋をしている」という様なような感覚が若干残っているという話もされますね。そこから気づいていかれて、対象物を感じることを中心に治療を進めていくと、「落とさんようになってきた」って言う症例の方を沢山経験しました。

川見

さつきから情報を的確な部分で生み出せないというような話をしています、肩の症例で「肩が一塊になっている」と言われる方がいらつしやいますね。このような患者さんは典型的な代償を生み出しますよね。これも先ほども言ったように結果に注意が向きやすいということと、あともう一つは近位部よりも遠位部に注意が向きやすいですね。例えば同じ上肢を挙上するのにも奇麗な（肩甲上腕リズムの整った）挙上もあれば、肩甲骨挙上による代償によっての上肢の挙上も手の位置は同じ位置まで来るわけですね。（行為の結果は同じであるが、行為を生み出す過程においては、代償運動を使用している）患者さんはそういった本来正しい情報をもとに情報を生み出せなくて、自分の解るところで情報

本田

をもとに行為の組織化をするため、ずっと代償動作で動いてしまいう訳ですね。従来の方法であればいろいろ肩を挙げる練習とかあると思うのですが、何万回こういう方法で練習をしても、やはり良い挙がり方はしない訳ですね。「一塊になって重い」というような経験はなんで起こっているかというのと、このような代償は余分な筋肉を使っている訳ですね。ですから我々はどういった情報が取れていないんだろうか、それはどういった認知プロセスの異常が元になっているのかという事を考える訳です。それは下肢であれ上肢であれ全て一緒ですね。だから、脳卒中のような中枢の問題であれ、末梢の問題であれ、全て脳が代償を基にした情報によって行為の組織化をするという事が、一番の問題ではないかと僕は思っているんですけど、本田さんどうですか？

そうですね。今の「重い」って言う話ですが、「重い」という記述は、患者さんの身体部位の「手」や「足」、あるいは整形疾患と中枢性疾患に関わらずありますよね。少し話しがされるかもしれませんが、最近左人工股関節置換術後の患者さんを担当しました。その方も当然歩行が思うようにいかない。そして最初は手術をして開いた所に強い痛みを訴えられていました。痛いのは当たり前ですが、それだけではなくて、すごく異物感を感じられていました。異物感があるという事は人工関節が入っているんだから当たり前じゃないかと思えることもできますが、それがずっと変わらないかというのと、決してそうでは無かったですね。先程の認知過程の話で言う術創部のみならず、股関節の知覚の異常があり、背臥位で股関節の屈曲時には健側より、より多く動かされたこと認識し、また外旋方向においては伸張感以上に痛みも出現することが解りました。痛みの他にも「ギシギシ引つかかるような感じが

して気持ち悪い」ともおっしゃられていました。そこで股関節の機能へ着目し、背臥位で股・膝関節の全体性の距離の訓練と股関節の回旋を使った方向性の課題を行いました。訓練は健側を参照しながら進め、股関節の機能に必要な情報がとれるようになると痛みが取れていきましたね。患者さんは訓練後「先生、やっぱり重さも変わったし、痛いのも取れたわ」とおっしゃられ、以前は足を振り出そうとすると「非常に重たくて、後ろ側が引つ張られてような感じがしたんですよ」と言っておられましたが、「それがなくなりました、非常に軽くて何も考えなくても足がスツスツと出ます」とおっしゃられるようになりました。僕はなぜ重いと感じるかについての解釈も重要ですが、今忘れないうちにいいことは、何も考えなくても足が出るっていうのがすごく大事だという気がします。たぶんそれが、経験が変わるといことだと思います。単に関節の可動域や筋力低下という問題の解決に着目すればいいのではなく、本人の違和感・異物感が残るといことこそ重要な問題だと思います。「重たい」とか「引つ張られている感じ」という違和感・異物感を変えるには経験そのものに介入していく、その部分を変えていくという必要があります。手であれ足であれ、滑らかで、考えなくても思わず気がついたら手が出たという状況がたぶん本当の良くなるってことなんだろうなって気がします。それを生み出すためには、一旦その違和感に気づかせて意識下に置くという訓練状況が必要なのではないかと思うわけです。

川見 今人工関節の話が出ましたけど、患者さんには「こんなものが入ります」という手術前の説明があるかと思うのですが、そのときに間違った知識で「こういうものが入るときと重いだろうな

あ」とかギンギンという話がありましたけど「こういう関節が入ると自分のものではないのでおそらく滑らかに動かなんじやないか」というふうに考えたんでしょね。でも実際はそうではなかったわけですね、違った問題だったという訳ですね。

小林

そうですね。力だとか感覚だとかいう以前に患者さんの認識が違っていて患者さんがよくいらっしやいますね。例えば、僕は歩くという行為に対して患者さんによく「足を出すときに一番初めに何処が前にでますか」と聴きます。そうすると、歩き方がおかしい方のほとんどは「足です」と答えられます。つまり足先・足部を前に出すことが歩くという行為の始まりというふうに認識されていたんです。次に、私が横に立って「では僕が歩きますから見ていてください」と言って歩きます。この時、患者さんが私のどこを見ているのかというと、やっぱり足部を見てるんですね。「どうですか？何処が前に出ていますか？」と聴くとやっぱり「足」なんです。で何回も「そうですね」と話しながら繰り返しやっていくと、あるときに本人さんが「膝かな」というように気づかれます。「膝から前に出るんだな」ということが視覚的に分かった次には、今度は自分の体性感覚でも「ほんとや膝から出ると楽だわ」と言われるようになりました。このように経験が変わるとその瞬間から歩くのが変わるとい方は何人か経験していますね。

川見

僕がさっきも言ったように、結果とか視覚にすごく注意が向きやすいというのが患者さんの特徴にあると思います。だから視覚というのは運動を組織化する上で、ある意味問題になってくることも多いと思います。一般的によく「百聞は一見にしかず」と言い

ますけど、視覚というのは、全体像をとらえるうえで有効なツールとなりますが、運動を組織化する上での繊細さは無いように思います。しかし患者さんは体性感覚で本来必要な中枢の部分に注意が向かないというのが患者さんの特徴としてありますね。

本田

僕が持った症例で「足が長いです、長く感じるんです」と話されている患者さんがいました。腓骨の遠位部と脛骨の近位部を交通事故で骨折した患者さんです。よく見るとつま先が引っかかる感じで廻すように歩かれています。どうやら足関節の背屈と膝がうまく曲がらないんですね。足関節を例にとると、本人は歩くときに足関節は背屈して踵から地面につくなんていう知識は無い訳ですが、経験としては歩く際の右足と左足の差は捉えることができるので、その結果として「分からないけど足は長く感じるんです」というように感じている、結果として躓くことを恐れるために廻すという動作をされていたんだと思います。こういうことは整形の患者さんでも起きるでしょうし、中枢でも同様のことがあるでしょうね。その患者さんに関しては足関節や膝関節の機能に着目した課題を進めることで、足関節であれば、下腿三頭筋の病理が制御されることで、座位であっても「足の長さが変わりました。先生ちよつと歩いてみるわ」と言われるようになり、歩いてもらうと「あっ！」と驚いた感じの表情をされ、そこからすたすたと歩かれるようになりました。やはり、経験を交えるってことは大きいかたって思うんですね。

川見

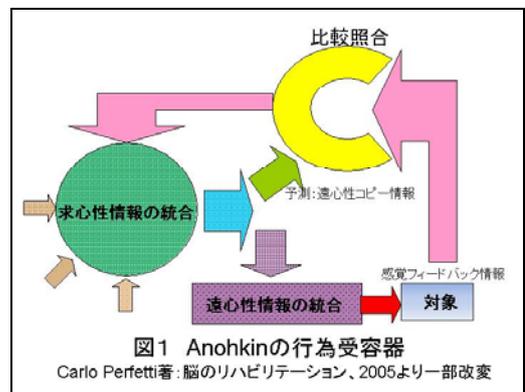
今のも結局全て同じような問題だと思えます。先ほど機能という話をしましたが、膝というものは距離という機能を果たしていません。膝の情報が取れていないというのと、床と足部の関係がとれていない、そういった問題であるのに本人は、そこに気づい

本田

ていない訳ですね。だから、先程もありましたように、何とか組織化しようとして、分かる部分で生み出す訳ですね、その結果分廻しというふうな形で現れる。そういった組織化の仕方です。どんな日常生活動作訓練をするか、結果代償動作を学習し、その結果、重いであるとか、足が長いであるといった経験につながるという気がします。あと、人工骨頭のところで思っていたんですけど、上肢の骨折を僕もたくさん診てきましたが、単なる骨折と上腕部の人工骨頭の患者さんは違うなあという経験があります。人工骨頭の人は挙上がなかなか難しいという問題が残るといいます。あれは「何で」ってずっと思っています。よく患者さんを観察していくと、人工骨頭にするような患者さんはすごく骨折部の転移が大きい方ですよ、骨折されて骨頭が飛んでしまほどの衝撃が骨折時にあります。その時の衝撃が強ければ強いほど、自己身体の防衛という意味で、機能解離という現象が起きます。これは一言で言うと、抑制現象です。脳卒中なんかでも、機能的に連結している部分を保護の為に抑制していく現象ですが、これは整形疾患でもあって、衝撃が大きければ大きいほど肩を守ろうとするんです。従来の訓練から考えると、その機能解離の時期に抑制しようと脳がしているにもかかわらず、動かそうとすると、他の部分で情報を生み出して、肩甲骨がどんな挙上するような代償動作を覚えていく。だから整形でも脳卒中でも早期から機能解離がある時期に、動作訓練を中心に実施することによって、代償運動の学習という問題が起こり、こういった意識経験につながるのかなって少し思いますね。

まず機能解離の話で言うと、よく引き合いに出されるのが脳卒中の初期の段階で運動野が損傷されている方が小脳の症状が出る、

というような話です。今僕が最近持った症例を思い出しました。左視床出血を呈した方で（計三度目の脳梗塞）、右上下肢の運動麻痺、感覚障害と左上肢に小脳症状が出ていました。その方の場合は左上肢の失調症状が（今回発症では非麻痺側に相当）出現しました。しかしそれ以上に「めまい」の問題が大きかったので、そこへアプローチしました。「とにかく寝ていて動くだけでも怖い」とおっしゃられます。何で怖いのかを評価していくと、頸部の回旋が起きる事によってめまいが生じることが分かりました。でも患者さんはそんなことは詳しく分からないので、何らかの介助をされて寝返りを打つと「気持ち悪くなるぐらい天井がぐるぐる回った」という経験があって、それ以来「ベッドから動かんさん」といってくれ。動きたくない」とおっしゃられていました。このような患者さんに対して、どのように介入したかというと、何処が動くことによつて、めまいが出るのか、怖いという感情に繋がっていくのかということをつつと、絡んだ糸をほいでいくように、お互いに（患者さんとともに）確認していききました。まず私が患者さんに「足の付け根が動きたらめまいが起きますか？」と問い、「いいえ大丈夫です。」と患者さんが答え、次に「膝は？」、「肩は？」、「肘は？」「大丈夫」というように一個ずつ確認していった、「頭をゆっくりこう右へ向けてみますよ、次は左へ向けていきますよ」と他動で動かしたときに、「あつーこの時にでる」と気づかれました。すると「他のところを動かしても大丈夫なんだ」という安心感を与えることはできて、本人さんもほっとした訳ですね。だけど、寝返りをしようと思ったときには体幹の回旋だけでなく、頭部も回旋していく訳です。「じゃあ分かりましたよね、首の問題です。そしたら、その部分一緒に練習していき



あるかもしれないと思い、まず視覚で捉える見える世界そのものがどう動くかということと、目を閉じて怖くない範囲で自分の頭がこれぐらい動いたと思った時に、見える世界がどう変化するか等の視覚・前庭と頸部の固有受容器系のマッチングが図れる課題をしていききました。すると次第にめまいが減少して怖さも減ってきました。機能分離の話から逸れましたが、何が言いたかったかという、予測と実際の結果がずれるということがすぐ問題だと思ふんですね。先ほどの腕や足が「重い」という記述も基本的にはこの予測と結果の不一致が引き起こしているかと解釈できま すね。ということは自分が思っている予測（意図）と、結果（実際得られるもの）がずれているということに対して比較照合（図1）していくということ、つまり感覚フィードバック情報と、こ うなるであろうという予測された情報とを照らし合わせていく、

ませんか？」というように介入が始められました。そして、めまいに対しての介入をする際に、何でめまいがそもそも起きるんだろうという事を考えました。そのときに、ハリス（註4）という研究者による視覚と前庭覚と固有受容器の体性感覚的な情報がうまくマッチングしていないときに乗り物酔い起きるんじゃないかという仮説を思い出しました。もしかしてこれは関係が

この点をうまく創っていくことに手をかけなければ、おそらく治療効果は即時的で終わるか、治せない。その結果、損傷がひどいから良くならないですよ、諦めて下さいというようなセラピストがさじを投げるといふ現象になるのかなというような気がします。

小林 予測というところで話をさせてもらおうと、動かして痛いという患者さんは、まず予測が先立つんだなというふうには僕も思うんです。動かされるイコール痛いという方は動かそうと準備しただけでも筋緊張が亢進状態になってしまおうという方はたぶん皆さんも経験されていると思うんです。そんな状況で、まず動かそうとしても歩こうとしても、やはり筋緊張が高い、それを無理やり動かそうとすると代償に繋がる、そしてその状態で運動を学習していくと、結果的には代償の獲得ということになってしまふのかなと思うんです。まず、予測と実際が崩れているという患者さんがたぶん皆さんの周りにもいっぱいいらっしゃると思いますので、一度臨床で注意深く観察してみたいと思います。

川見 よく、認知運動療法というのは、感覚訓練と思われていて誤解を生むんです。Recanzoneの実験(註5)でもありましたが、感覚訓練だけで、単に物理的な刺激を入れるだけでもちろん何らかの変化はあるんですけども、目的とした行為にはやはりつながらないというのはありますよね。当然、今言われたように、ここは実はポイントで、予測と結果の照合というのが不可欠で、運動をプログラムリングしていくというのが認知運動療法を考える上で重要になってくるんだらうなと感じています。結局、患者さんって予測できないんですよね。ここがポイントで、予測できないのはなんでだろうというところを考えていかなないとだめなんです。

よく僕自身も認知運動療法を始めた当初は、単に課題をやって、これはよく陥るところなんですが、当たったか外れたかというようなことをメインにやってしまうんですけど、実はそんなことは結果であってあまり重要ではなかったということですよ。あくまでもその当たった外れたは、ここに実は落とし穴があって、患者さんは先程から言っているように、問題の中で巧みに代償を使うんですね。例えばスポンジの課題では、本当は圧というものを取って欲しいんですけども、急に当たるようになる、当たったけども行為は変わってこない。これはなぜかと考えた時に、何の情報をとってその答えを出しているか、実はスポンジの沈み込み具合なんです。実は圧という情報を取って欲しい。そこに向けていく、これは志向性(註6)というものになるんでしょうか、そこがないと結果当たったとか外れただけでは治らない。認知運動療法ではそれを知覚仮説(註7)というんですけど、まあこれは運動イメージ(註8)とニアイコールなものであると思うんですけど、そこが認知運動療法をやっていく上で非常に重要なかなと思っています。

本田 今、川見さんがお話しされた知覚仮説というのは、必要な情報ということですね。適切な情報という。例えば生卵を生卵として、つぶさず、落とさず持てるかどうかということを考えて時に、適切な情報がつるつるかざらざらかということを考えてたら表在覚情報がその時に必要な知覚仮説なんだということになるわけですよ。あるいは、例えば硬さであればどれだけの柔らかい感じか圧情報かもしれませぬ。そうすると今度さっきの表在覚を使うという知覚仮説を使っても随意運動につながるような適切な情報をとったということにはならない。答えは当てられるかも

れない、だけどそこに行為として結びつかないというそういうことなんですね。

川見 そうですね。だから始めたころというのは結構そういう失敗はしてたなと思いますね。

本田 他にも患者さんの中で、時間で当てる人もいますね。例えば、肩の動いた距離を当てる課題なんかで、1番、2番、3番とあつたら、だいたい1番は何秒で、2番は何秒でというように。

川見 円の課題なんかもそうですね。大中小で。

本田 そうですね。早く止まってこれはといったら、早く止まったから一番小さい円だということ当てていく、これも当てることだけ言えば当てることができる。しかし、時間ではなく、運動覚という情報を使って、知覚仮説を立てるということをしていかなければその本人の望んだ肩関節の運動の方向性としての機能(図2)というものが新たに作られていかないということなんですね。

川見 そうですね。あと、本田さん

の治療を拝見していて思うんですけど、認知運動療法ではやはり対話がすごく大事だと思っんです。その知覚仮説を確認をしていかないと、誤った情報で巧みに代償して、とにかく患者さんは当てようとするじゃないですか。そこはやはり対話の中で言語を通じて、患者さんの内面世界に入り込んでいかな



図2 上肢の諸機能(それぞれ特化した役割、働き)

と行為は改変しないという経験は僕もしていますね。私も初めは当たったイコールよくなったと思っていました。しかし、実際やっていくと当たるけど行為は変わらない。それは適切な情報を処理するのが長けていったのではなくて、どこかの違うなったということだったのでしようね。川見さんのおっしゃる通り、どこに焦点をあてて患者さんはその課題に取り組んでいたかというのが大事なことに気付かされたという気がします。

本田

だから今日のテーマでもありますが、『患者の世界を知りたい』といって、どう感じますかと聞いた時の重いですとか長いです、短いですとかばかりをつかまえてもだめなんですよね。先程の川見さんの話でもありましたが、機能という観点を訓練に当然盛り込んでいかなければいけないし、その中で語られる患者さんの記述、語りかけた内容、そしてそれによって引き起こされている病理というものがどう変わっていくかという繋がりを見ていかないとだめだということが、何度も出た特異的病理、認知過程、意識経験という三項関係の話(註9)にやっぱりつながっていくんですかね。このことは小林さんが言っていた床がフワフワと感じていけば、そもそも踏ん張ろうとは思わないという例や、足をぶんどして歩く状態を患者さん自身は、股関節を外旋・外転位で振りだしていても真っ直ぐ出しているつもりであれば、そもそも股関節中間位で出そうなんて思うわけがないですよ。認知過程の異常が引き起こしている病理はこのように見えていくと非常に解りやすいし面白いですね。

川見

その記述もただ単にやみくもに聞くだけではだめで、ある局面に

おいてどうかということですね。その課題のある局面において、
どういう記述が出てくるかというのが非常に重要だなとやっぱ
り臨床をやっているとしますね。つまり認知課題に対峙した時に、
患者さんからどういう記述が出るかが重要で患者さん自身がど
ういった戦略でこの課題を解こうとしているか？その時に自己
身体をどのように感じているか？など患者さんのいわゆるプロ
フィールをとることが重要ですね。

本田 そうですね。いろんな記述があるからやっぱ聞き倒すという時
期も僕も正直ありまして、変な訳の分からない記述が出ると喜ん
で、でもじゃあそれをどう展開できるかということがうまくでき
なかったこともあります。何でも聞き出せばいいということでも
ないですよ。それはおっしゃる通りだと思います。最近記述の
利用の仕方は、訓練の前後において患者自身の経験の変化に伴う
記述の変化は、より自己身体の変化を自覚させるのに有効だとい
う点と、記述の変化は病理の制御とともに現れる一つの指標とし
ています。

機能解離を考える

小林 話は変わりますが、先程話に挙げた機能解離という現象につい
て、難しいという話をよく聞きます。皆さんにもう少し具体的に
ご説明頂きたいと思うのですが。

川見 私は理学療法士なので下肢をみる機会が多いのですが、よくある
典型的なのは膝ですね。膝蓋骨折の方の棒状歩行をよく経験し
ます。このように膝を完全に保護しようとするところがもう機能
解離ですね、明らかに。膝はもう完全に使われない状態で、膝以外

の部分で情報化し行為を組織化して、動作というものを生み出し
ていく。また、機能解離で何が大事かといったらどういうふう
にそれを解除していくか、なくしていくかというところだと思っ
てですけども、やはり弱い刺激が大事というふうな教科書的にも、
研究とかでもあります。そういうふうな考えると、認知運動療
法は非常に弱い刺激で訓練を組み立てていることが多く、本田さ
んの臨床を拝見していても、さあがんばりましょう、挙げて下さ
いというような感じではなくて、非常に自分の体を素直に感じて
いこうと、受け入れていこうとしている、道具を通じて、そうい
う印象を受けました。そういうことを通じて機能解離も解除して
いけるのかなと思っています。

本田 機能解離に関して弱い刺激強い刺激という話がありました。強
い刺激というのは筋力強化だったり、動作の反復訓練だと受け止
めて頂いていいと思うんですね。脳では神経の可塑性をというこ
とを考えた時には、自然回復における回復のプロセスは非常に単
純で、シンプルな神経回路から繋がりがやすいという仮説が有力で
す。その話を考えてみると、非常に単純でシンプルなものという
と、いわゆる原始的なスキーマというふうな僕たちが表現してい
るパターン化されたもの、上肢であればリーチングの時に肩甲骨
を挙上し、肩は外転・内旋、肘は屈曲するようなパターンになる
でしょう。この点と考えると、動作の反復のような日常生活動作
訓練などをするということは、強い刺激であると解釈でき、非常
にシンプルな共同運動パターンを生み出しやすいと。つまりその
パターン化された動きのみが出現するような神経回路をセラピ
ストがつくりあげる危険性があると考えられます。機能解離とい
う状態を解除していくためのプロセスは、弱い刺激からというの

はまさに川見さんがおっしゃった通り、動作の反復などのように強い刺激ではなくて自分の身体をまず感じていく、そして認知過程の活性化をいかに図るかということの主眼においた治療介入の仕方が重要となると思います。この様なプロセスを経ることで、機能解離が解除され、そして自然回復では図れない、より機能的な部分の回復につながるということになると思います。

小林 ありがとうございます。そろそろ時間になりました。最後に一言ずつ頂けますか。

本田 少し話は戻りますが、やっぱり予測できないことは怖いし不安なので、そういうとき人間は動きたがらない。先程のめまいの患者さんもそうです。そしてベッド柵をぐつつかんで、動きたくないという患者さんもいます。唯一ここが安心できていると思っていて、だからこそ外に出たくない、「もう触つてくれるな」というぐらい「怖い」と訴える人もいますね。いずれにしろ、こちらとしては何ができるかという、まず寝ているときにどんな姿勢で寝ているのか、「くの字型」に寝ているとか、歪んで骨盤が回旋しているとか、肩がベッドから離れているとか、対称性じゃないとか…という外部観察をします。このことはたぶん皆さんお出来になると思いますし、今までの知識でできると思うんです。そういう状況を患者さんは、どう感じているかを次に聴きますね。そこで初めて本人にとって怖さを感じずに起きるとはどういうことか、ベッドにゆつたりと安心して寝るには、どのような情報が必要なのか、こういうことから考えてやれるのではないかなど。認知運動療法は道具がなければ、訓練ができないとか、訓練室に来なければ認知運動療法ができないということではないと思うんですよね。入り口とすれば、何度もテーマの話に戻らせて頂き

ますが、やっぱり患者さんがどういう世界で生きているか、世界という表現が抽象的なら、ベッドの上で寝ているときのAさんは安心して寝ているか、というところからまず聴いてみて、その状態を知ることから始められると思うんですよね。また端座位の姿勢においても、外から見ると崩れていてもその人にとっては、これが私にとってはここでもいいのよと思っている人がもしかしたらいるかもしれない。だとすると、まっすぐ座れと強引に言ったら、だってわたしにはこれが一番なんだもんと思っていたら、それはその姿勢を変えたいと絶対に思わない。または強引に他動的に正中を作って、これがあなたのまっすぐなんですよといったって、とても怖いと思っていたら絶対嫌ですよね。では、その問題をどう解決していくかということとはやっぱり患者さんを介して勉強していかないといけない。僕たちが思っている知識でねじ伏せるようにしても強引なだけで、治療ではないかなと思うんです。だからもうちよつと自分が逆の立場だったら、どうしてそんな風に座っているんだろう、寝てしまっているんだろう、あるいは寝ている状態を余儀なくされているんだろうか、という患者さん側に立った視点が必要ですよ。認知運動療法では、そこから治療介入として認知プロセスのどこに問題があるんだろうと探っていくのんじゃないかなと思います。つまりどうしてそのように動くかをプロフィールに沿って聞いてみると、今まで知らなかったことがずいぶん、患者さんの部分、体について知ることができるかなと思うんですけどね。

川見 やっぱり、本当に結果を出してやっていこうと思うと、プロフィールをとつていかないと分からないと思うんです。というのは先程からずっと話をしてしていると、代償というのは患者さんがどう

という情報を取っていったらいいのか分からない状態になってい

注1 認知過程

るので、その情報が取れない状態というのは、やはり認知プロセスに問題があることを示しているのだと思います。プロフィールを取って初めてその問題が浮かび上がってくるので、やはりそこをしっかりとって、科学的にいかないといけない、つまり問題

—仮説—検証(注11)という作業を繰り返していかないといけない。もし、仮説が間違っていればまた反証して、仮説の立て直し

注2

知覚の欠損よりも欠損の知覚を信じる

というこの何度も循環ですよね。だから訓練をやっている今ある

一場面の例を出していますけども、これが解消されたら当然次の問題が出てくる訳です。そしてその問題に対して、また仮説を立て

てて検証する。その繰り返しですよ、日常の臨床っていうのは。

注3

認知プロセス
認知過程と同義

だからこれからも今日のテーマである、患者さんの内面を知って、

小林

注4

ハリス

知るためにプロフィールを取って、問題—仮説—検証をやはり繰り返していかないと結果は出ないという気がしています。

(2009年8月1日 福井県敦賀市プラザ萬象にて)

注5

Recanzone

Gregg H Recanzone はサルの手指に振動刺激を与えると、サルの手指に対応する頭頂葉の体性感覚領域は改変されることを発見した。後に、振動刺激と音刺激を同時に与え、どちらか一方を識別するというを行わせ、脳の可塑性は注意という認知機能の活性化に依存して生じることを発見した。

註6 志向性

フッサールの現象学に代表される意識のもつ特性。全ての意識は何ものかについての意識であり、常に一定の対象に向かっていくこと。指向性。何か目的を持ってあるものに向かう能力。

註11 問題—仮説—検証

哲学者カール・ポパー (Karl Raimund Popper) は、反証されえない理論は科学的でないという反証主義を提唱した。反証主義とはある問題を提起し、その事象についてある仮説を立て、実験や観察などを通してその立てた仮説が正しかったかどうかを検証することにより信頼性の高い仮説を構築しようとするもの。

註7 知覚仮説

ある課題を遂行するときに、あらかじめどの部分にどのような感覚が得られるかを想起すること。

註8 運動イメージ

筋感覚的運動イメージとも呼ばれる。実際に身体を動かすことなく、心の中でその行為を遂行することができる能力のこと。また、その時に感じる身体感覚をイメージするもの。

註9 三項関係

患者さんの治療を構築する際、生物学的構造（特異的病理）、認知過程、意識経験という3つの項目がどのように関係し合っているのかという病態解釈を行うときに用いられる概念を示す。

註10 プロフィール

認知運動療法で用いられる特徴的なリハビリテーションカルテのこと。外部観察としてどのように見えるか、動くか、内部観察としてどのように認知するか、注意するか、言語を使用するか、イメージするか、学習するかなど詳細な項目で構成され、これを基に病態解釈、治療仮説、治療の構築を行う。