

第9回認知運動療法フォーラム

臨床の疑問
 ～導入から実践まで～

対談者 池田耕治・小鶴 誠・園田義顕

臨床の疑問

小鶴

昨日、症例報告という形での研修会を行いました。今日はその続きということでフォーラムを開催します。テーマは「臨床の疑問 ～導入から実践まで～」としました。このテーマを決めたのは僕ですので、その設定理由を簡単に説明しておきます。まず、福岡での地方の勉強会を開いて、毎回50人以上集まるんですが、そこで「臨床でやっていますか？」と聞くと、「いやあ、なかなか難しくて・・・」というような答えがすごく多い。じゃあ、何をここに勉強しに来て、病院に持って帰って、どう患者さんに還元しようとしているんだろうと思いました。勉強したいのは、すごくよく分かるんだけど、ぜんぜんそれを臨床の場面に活かせていないことがあるみたいなんです。それで、臨床に「どういうふう

池田

持ち込むべきなのか？」とか、「病院というシステムとどう関わるか」とか、いろんなことでたぶんみんな困っているんじゃないかということを思っていましたので、今日はこのテーマに決めました。今回は熊本総合医療リハビリテーション学院の池田さんと、高知医療学院の園田さんと、朝倉健生病院の僕とで話を進めていきます。それから、少しフロアの方のやりとりを含みながら、いろんな話が出来れば良いかと思っています。

昨日も個々人で悩んでいることとか、いろいろなことを聞いていて、そういうことについて、今、小鶴さんも言ってくれたみたいで、みんなと対話を出来たらいいかなと思っています。たぶん、ペルフエツティ先生の最近のモノログについて、自分の中でできるかな？できないかな？ということでも悩んでると思います。そのことをみんなから吸い上げて、何か少しでも解決していくために活発に議論できればと思っています。よろしくお願いします。

園田 今回は臨床への導入についてのテーマで展開していくというこ

とで、ちよつと新しいやり方として、こちらが一方的にテーマを提示して議論するというよりは、先日の研修会がありましたので、九州各地から集まっていたいただいているフロアの方を、少し巻き込んだ形で、双方向性に議論していきたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

小鶴 早速、昨日募った質問のところから話を進めていきましようか。意識経験（註1）という言葉自体の概念が、ちよつと分かりにく

いというのがあって。本を見てたら、自己意識とか、身体感とか、身体経験とかあって、私がかまくそこを解釈できてないので、もう一度、自己意識というものについてちよつと確認できるようなお話を伺いできたらなと思っております。

小鶴 哲学的な話が出てきましたね。少し臨床的に捉えますと、意識経験は、つまり患者さんは自分の身体について運動について、もちろん環境や人との関係について、いろいろと経験をしているわけですが患者さん側がどういふふうに感じているか、そしてその経験をセラピストはどう共有し操作するかというのが臨床における意識経験という、そういう意味合いじゃないかというふうには捉えているのですけど。

池田 僕は経験ということばを使うときに思い出すというか、ひとつ考えることは西田幾多郎（註2）の『純粹経験』という言葉です。それは何かというと、今、みんなここに入ってきて実は上でエアコンの音がブーンと鳴っているんだけど、そのことには気付いていない。気にならないんです。僕が今、言ったところで、あ！本当に音がしてる・・・ということになる。これが、みんな純粹に経験してる部分があるということなんです。そこに何か注意を向ける、

小鶴

あるいは意識が入った時に『意識経験』できたということになります。そのことをペルフェッティ先生が患者さんに対して臨床の中に持ち込んで、向こうでは2000年からの研究プロジェクトは始まっています。その前からずっと議論はされてきたと思うんですけど実際にどういふふうには患者さんに応用していくか、あるいは患者さんのその経験をどのように語らせるか、語ってくれるか？ということが始まったプロジェクトです。そういうふうには純粹に経験しているものから何かの手続きによって意識的なものにならなくていく、という流れがあるのかなと考えています。

もうちよつと、今のところを臨床の場面に置き換えてみます。ひとつの訓練をやっている最中に、例えば膝の運動覚に焦点を当てている訓練として患者さんのほうは膝の動きに注意を向けている。その同じ訓練の中でぜんぜん別の意味を取り出して、じゃあ



池田 耕治（いけだ こうじ）

宮崎県出身。理学療法士。日本認知運動療法研究会理事。熊本リハビリテーション学院（現熊本総合医療リハビリテーション学院）卒。熊本機能病院・高知医療学院勤務を経て、現在、熊本総合医療リハビリテーション学院理学療法学科に勤務。

足首どうなってるの？とか聞いてみる。同じように知覚はしてるわけですよ。経験はしてるわけなんですけど、そこに注意の焦点がかわるとかいう、そういう意味で使えるんですよ。

池田 使えると思います。セラピストは、患者さんに対して、まず、どこに注意が向くか、どういうふうに関験しているかを語らせた時に、僕たちが言おうとしているところと、患者さんの中での差異が出てくるということを感じてもらおう。あるいは実際に差異がなく、僕らが言おうとしていることに患者さんが乗っかっているということ、いろいろ訓練の中に応用できると考えています。

小鶴 こちらの意図と患者さんのほうの経験していること自体を、最終的には言語的に確認する必要があります。

池田 そのところ難しいよね。でも最終的にはそこしか患者さんの内側を聞くことは出来ないよね。

園田 一言でいえば、意識経験というのは意識した経験であるわけだから、ものすごく単純化したときには、そのことについて思考しているかどうかというのが違いとしてあると思うんですね。人間は生きてる時点で既に経験をしていますよね。例えば、歩いていけば足底からの情報も入るし、膝とか股関節にも絶えず情報源が生まれてさらに運動は継続して起こり続ける。聴覚などの他のモダリティも無意識のレベルで常に体は何かの影響を受けるし、それに対応するという経験は生きてる以上、必ず、寝たきりだろうが、歩いていようがスポーツをしていようが必ずしているわけです。それはいわゆる、経験もしくは体験という領域なんですね。セラピストを例にとると、いわゆる経験年数という言い方で、PT何年目ですか、OT何年目ですか言います。あれも「経過」年数としては確かにそうかもしれない。だけど、意識したかどうか、い

わゆる経過年数ではなく経験年数という言い方ができる年数というの、ひとつのケースごとにある思考を介在させてやんなんでこなくなったんだろうとか、なんでこの人は良くなったんだろうとか、悪くなったんだろうとか、そういった議論をして考えて患者と会話をしながら訓練をしてそういう時間が経過したのであればそれは経験年数とカウントできると思う。患者にとってもそうで、無意識に情動というか、お腹は空くしトイレには行きたいと思うし誰かが来ればそれに対応をするしという無意識の経験はそこに生きてる以上必ずしているんですけど、どんなふうに起き上がっているか、立つときに足の位置がどこにあるかといったように、体性感覚に「気付いて」調整しているかどうかの部分が意識経験といえると思います。なぜそれが重要かといったら、ただの経験は次の経験を変えない。だけど、意識した経験は次の経験を変える



小鶴 誠 (こづる まこと)

福岡県出身。理学療法士。日本認知運動療法研究会理事。長崎リハビリテーション学院卒。原病院、八女リハビリ病院勤務を経て、現在、医療法人社団医王会 朝倉健生病院リハビリテーション科に勤務。

わけです。だから自分達も何か失敗したら、こういう理由で失敗したかなとか、どうしてかなとか、そのように問題を意識した経験をした場合は次の行動や訓練を変える。あるいは、次の何らかの対応の仕方を変える。けど、問題を何も意識せずに過ごしたのであれば、次も同じように過ごすはず。そこで一人称記述が訓練に持ち込まれて、その記述された内容は何を意味するかといったことが研究テーマとして出た流れがある。だから思考が介在して意識内容が解決すべき問題に向いているかどうか、意識経験と違っていいかなと思います。言語として記述すること自体には、自らがあある表象をメタ化して、自分自身で知る、あるいは使えるということと、外挿することによって他者であるセラピストが知ることができるという二重の意味があります。

小鶴

昨日と同じ訓練を繰り返すだけでは、結局は何もそこに思考とかに乗ってこないのです、それは意識させているという経験ではないだろうということですね。そしたらですね、そこで一人称記述の話もちよっと出てきたので、一人称記述と三人称記述の区別というところで質問してくれてる方がいるのですが、どなたですかね？

聴衆

勉強していくと一人称記述とか三人称記述ということで、トピックスが上がってくると思うんですが、患者さんの言語の中で、じゃあそれを言語の表面的な内容とか意味とかではなくて、そこからどう考えて、どう解釈するかということについてどうしているか分からない時があります。身体的側面であつたりとか、精神的側面であつたりとかという考慮をどうやっていくのがいいのか、こちら側がどういうふうな気をつけてどういうことを意識すればいいのかなと思って、そこが疑問点としてあるのですが。

園田

それがすごく重要な、今後の臨床の展開をしていく上での、ひと



園田 義頭 (そのだ よしあき)

宮崎県出身。理学療法士。日本認知運動療法研究会監事。高知医療学院卒。原病院リハビリテーション科勤務を経て、現在、高知医療学院理学療法学科に勤務。

つのポイントになるかなと思いますね。例えば、経験の言語を聞きだすということが出来たとして、それは何のためにかというセラピストが解釈して次の訓練を変えたりとか、今の病態を解釈したりするためのツールとしようというところまでは、その意図がくみとれると思うんですけど。他者の経験をまた別の他者であるセラピストが分かる、解釈するというプロセスが介在しているところに難しさがあるという質問だと思うんです。ひとつの結論として非常に厳しい言い方をすれば、その解釈はセラピストの中でも、経験、意識した経験というのが少ない場合には解釈はできないといえるかもしれない。ある患者が、自分の膝のある動きの引っかけり感がある言葉である程度まで表そうとして、その感じはどんな感じだろうかというのを解釈するときの「わかる」というのは自分の経験を参照しないと絶対に分からない。もともと一

人称記述というのは、同じ感覚を得ることは出来ないという絶対的な隔たりを持っているんですが、何とか解釈する方法としては同じような経験を参照するということしか、自分達は他者の経験の言語を理解する方法はないわけです。多くの場合、自分達の何倍も生きている人達の経験の言語を理解して、解釈して、訓練をしていくというこの方法論を実践していくのはすごく難しいかもしれない。つまりは自分達の経験の足りなさ。経験というのは、訓練の経験とかいうのも含むんだけど、もっと広い意味の人生の経験が足りない。例えば、失恋かもしれないし、何か大きなことを成し遂げた経験かもしれないし、何か失敗をした経験かもしれないけど、そういった経験が足りなさ過ぎて、何十年も生きてきた人のその言葉の中に含まれている意味という部分には到達できないから、それを解釈して訓練を変えようというとはできないかもしれないわけです。だから、それは無理だとなってしまうでしょう。だけど無理だと言ってしまうと、じゃあ出来ないというフリーズの状態に陥るしかないのかというところというわけにはいかないですよ。ここで一個、議論をしないといけないのがこのなかなか到達できないであろう経験の領域の言語を解釈する自分達が、少し広い言い方をすればどんな人間であるべきか、というのが問われるという問い方をおそらくしなければいけないだろうと思うんですね。例えばその経験の言語を解釈する時に自己次第でその解釈が当然、変わりうるようになる場合に解釈するためにいくつかの手段がありうる想定してどんなことが考えられますか？

小鶴 解釈をする時の？
園田 経験を参照するものが自分になんかという前提に立った場合、その

解釈をじゃあ出来ないとしてしまえば、訓練は成立しないとなるわけだからその経験を超越するための手段を検討しないといけないと思うんです。

小鶴 一つやるのは、それと似たような自分の経験を探ってきて、そこから類似点を見つけないかという確認作業をする。たぶんそれはずつと臨床でやっている。こんな感じではないですか？ということですね。

池田 今、それがないうちにどうするか？って。

小鶴 それがないときにどうするか？という話？

池田 本でも読みますか。いろんなストラテジーがあり、戦略があると思うけど何かに頼っていくしかないとすればそれを積み重ねて、今まで積み重ねてあるものを一つずつ参照して僕らの中にある内部記憶装置ではなくて外部記憶装置にも頼るしかないかな・・・一つの戦略として。

小鶴 本を読む、映画とか。これも外部記憶装置ですね。

池田 そう捉えてもいいと思う。

小鶴 うーん、あまり思いつきませんね。人に聞くというのがありますね。そういうふうには考えればどうですか。患者さんの奥さんに聞く、それをよく知る人に手がかりを求めるとか、という手はどうですかね？こういうふうに言われてますけど、それはどんなことなんですかね？という、これも別な形ですけど・・・

池田 この頭の言葉好きじゃないけど、「とりあえず」、やってみる。で、二十年過ぎて・・・

小鶴 二十年過ぎて分かるというのとは全く違うこと。あのちよつとだけ話しますけど、知識がわかるには発酵期間が要ると、僕は思っています。勉強してすぐ分かるわけではなくて、ずっと、

園田

ぐつぐつって、長い年月を経た時にわかるというのが本当にわかるということなのだろうと思うので。そういう意味でやってみるというスタンスは大事だという気がしますけど。経験したこともいつかわかるかもしれませんね。

例えばですよ。たぶん一つは、今、先生方が言われたようにいろんな外部装置を使って神経学的な根拠を求めたりするプロセスも当然一つの作業として必要だと思います。でも僕は、自分に経験がないのであれば自分がそういう経験がある人間になつていくしかないと思ってるんですね。つまり意識した経験を日常生活レベルからしていく。例えば、昨日、夜中の3時に赤のれんのラーメンを食べた。3時に行って、この時にどんな経験をするかというと、ただ夜中に飲んで、気持ちが悪くて、食べたいという欲求がないにも関わらずラーメン屋が開いているからただ入ってみる。ただラーメンを食べてみる。この時普通にお腹が空いて食べたいという欲求があつて、それを食べて、ああ美味しかった、という経験をしたとして、それで良かったとなつて終わる。けど、夜中の3時という異常な時間帯にラーメンを食べるといふのはどう考えたって体に良くない。しかも意味もない。こういう意味もない経験をすると、日常との差がある。何で行ったんだろとかという問いが発生したり、何でこんなに気持ち悪いの、とか自問したり。一緒に行った人の内の一人はわざわざ食べる前に一回トイレに行って吐いて、それから食べるということをやっている。この異常なことをしている時に差異があつて意識してそれを覚えていくから次の日の朝の話題になつたりする。それがいいという話じゃなくて、結局は臨床で患者をみてる時もそうだし、日常生活でもそうなんだけど、自分の無意識にやっている呼吸で

あるとか、物を見ることであるとか、聞いていることであるとかという経験をしている時に意識した経験に変えるということ。自分が意識的にやっていく。聴いている音楽が誰の曲やね・・・ということではなくて、なぜこのように聞こえるのか？という問いを発したりとか、何でこう聞いた時にこんな心地よさなのか？という問いを発生させたりとか。意識した経験に変えるために自分に問いをかける。そしてそれに答えるということをやっていくと、意識した経験をせざるを得ないですね。問題解決過程、ある問いを発生させてそれに答えていく過程というのは、意識経験の最も分かりやすい場面。意識を導入しないと問題解決は出来ないから、認知プロセスの再構築なわけです。だから、この問題解決をしようとするのを自ら、普段からやる。それを臨床でも当然していく。そうやって、自分自身を意識した経験のプロセスを持ち込んでいくと、患者にじゃあどんな意識の経験をさせるべきか？とか、患者の意識したその経験の言語というのが、どんな問いに対してどんなプロセスを経てどんなに感じたから言ったのだらうという仮説が立てられる可能性が高くなると思う。だから、その意味では今すぐ自分がその言葉の意味を解釈できるということではなくて、自分がその解釈を出来るようになっていく発達過程にあると考える。その円環性の中に自分の身を投じた瞬間から意識した経験がずっと連なつて続いていくだろうと思うので、個人的にはちよつとそういう考えがあります。それが、間主観性という言い方をしますけど、他者の意識経験とか身体感覚というのは、直接、自分達は知覚できないんだけど、なんとか置き換えて接近するとすれば、自分にそういう参照枠というのをどんどん作っていくことをしていかなざるを得ない。それが地道だけど、ひ

小鶴

とつの方法かなと思うので。

つまり自分自身の思考そのものが、そういうふうに変わっていかない。患者さんの一人称そのものはなかなか分かりえないだろう。で、それをずっとかけて、トレーニングしていく必要があるというのが、今のところ回答の一つだろうということですね。

池田

それって、いわゆる学習ということに置き換えるとフィードバックをずっとかける。その後にはフィードバック誤差ということに着目していくということ。その後にはフィードフォワードに入っていくけど、でもフィードフォワードに入るとこれはちよつとまずいわけね。もう自分の思っていることしか出していけなくなる。それじゃ僕は今のところは誤差学習というプロセスによって経験して、そういう人間になっていくというのを続けていく。終わりが無いみたいな感じだと思う。で、そうしていくと、ちよつとこれも話がずれるかもしれないけど、僕なんか学校の中でもあらゆる人とぶち当たるわけですよ。僕は意識経験をしてるんだと思ってるんだけど。そうすると話が合わない。だからみんなも多分、病院なんかでいろいろ意識して経験して患者さん達に向かっていくと、多分合わない人達が出てくると思うんだけど。何を言いたいのかな?! 愚痴?! 自分の中でも葛藤してるから、今、園田さんが言ってくれたことは非常にこう腑に落ちて、そのところを考えていくとまずは意識して経験してますか? 毎日、そういうふうに過ごしていますか? というそのことをすごく問いかけていきたいなというふうに僕は思っている。そういうふうに。このイタリアに行った8年前からはそういうふう生きてきているつもりなので。もちろんパンテ先生とか、リゼツロ先生とか、ゼルニツツ先生みたいな形で話していけたらと思ってるので、そ

小鶴

の思い、まあ、思っているだけではいけないので自分でどう自分をつくりかえていくかという作業をしているところですよ。そんなことを熊本勉強会あたりで少しずつ伝えてるつもりです。それに伝えられるそしてまたいろんな話を聞く、また伝えていくというそういう作業をしているかな。

いろいろ意識をした経験をすると、ということなんですけど、経験が豊かになる方法の一つはおそらく自分の言葉が豊かになることとほとんど同義だと。例えばこういうシーンとしている空間自体をみんながどういう表現をできるか? 静かであるだけか、それとも全く別な言い方が一杯できるかということ。多分、言葉が一杯あると経験が豊かなんです。その言葉が当てはまってくる瞬間がね。それなので本を一杯読まないといけないということになっていくんですけど。

園田

ただそこにも難しさがあったって、言葉というのは語彙が多ければ豊かになるという意味ですごく重要だけど逆のこともある。さつき池田さんが純粹経験という話をしたけど、純粹経験というのは意識する以前、直前の直接知覚のことなんです。例えばこれはペットボトルだとかコップだと言って、言葉で区切るというのを自分達はやっていきますよね。人間はそうやって言語で区切ることによつてそのものの操作とか扱いとか、工夫とかいうのをやって文化を生み出したり発達させたりしてきています。そういうメリットもあると同時にそれがペットボトルだと符号化をした瞬間に、これはペットボトルにしか見えないという制約を作るというデメリットもある。これはアフォーダンスでいったら、物としてはこれは別に投げたって蹴ったって何でも出来るはずなんですけど、ペットボトルだという概念や言語を貼り付けたらそれは飲

むものだというのが無意識に使用方法が制限されるでしょ？だから言語というのはそうやって意味を豊かにさせていく反面、言葉によって物事を区切ることになってしまおうというこの両側面が存在する。豊かになればよりという側面と、言葉を区切ることによる制限というのがある、という意識を持つておかないといけない。例えば、患者がある運動経路をこんな感じがしますよと、区切るということができると同時にその感じ以外もあるにも関わらず、それしかできないという可能性もあるわけです。だから、その多様性を持つておかないといけないのだけど。全体性の意味でも、他にもあるという留保が大事だと思いますね。今、この感じがする、今のはこの感じがするとかいうように持つていかないと、全部、例えば膝はその感じになっちゃう可能性だってあるわけですよ。そこが言葉の難しいところと臨床的なテクニクの部分なのかなと思いますけどね。志向性の多様性の可能性を含ませておくような。

小鶴

もちろんリハビリには患者さんが言うのを、結局、痛いなら痛いでもいいんですけど、痛みを痛いだけしか捉えてないと、結局、毎回、同じ治療になる。じゃあ、それを理解しようとするためにはこちらのベースがないと。何で患者さんがそういう言語を使ったそういう言い方を何でするのだろうという思考になるには、こちらのベースを鍛えておかないと意味は取り出せないということですね。

池田

さつきもちよつと出てきたけど、みんなこれ、これ何？（ペットボトルのキャップを指して）、園田さんが言ってくれたところでいくと、子供達をみているセラピストの人達は、すごくわかると思うのだけど、こういうのを見ると「わあ、まん丸、お月様みた

聴衆

い・・・」とか言うんですね。知ってる人達から見るとキャップじゃん、もう知っているというか僕ら大人になるとね。で、そのところはすごく大きな制約をかける部分もあるし、かけない部分もあるけど、かけない部分としてはもつと創造性とかそういうふうな方向につながっていくんじゃないのかなあ、と思ってる。知っていることもたくさんあって、その中で自分達ももつと違う言葉を自分達の中でも生み出していったらいいかなと言葉に関して僕は思います。

たまたま最近、小脳疾患の患者さんを3人くらいみる機会があった、その患者さん達が運動を実行した後になったら、失敗に気付くとか成功したら成功後に気づくとかいうその行為そのものの瞬間、瞬間でわからない。いろいろお話をしたら何が正しいのか分らないと言われたり。例えば私が「今、すごく良かったね。今のがいいんだよ」と言っても、それがしっくりこない、とかです。あと何かしている時も分らないけど、終わってからとか失敗してから気づくという発言が多いことが小脳の患者さんが多くて。自分自身をモニタリングすることができないというかも一人の自分がいない。メタ認知的なところなのか。そういう患者さん達は、訓練場面で出来たり出来なかったりすることもあるんですけど。結局、日常生活で歩行とかで、例えば、失敗してから気づくので、転んだりとか、転びそうとか、転びそうになるから、じゃあ、こうやって修正しようとか、その時、その時、その起こっていくその時に何か気づいてもらえればいいんですけど、その時に、なかなか気づいてもらえない。そういった患者さん達に対してどう関わっていったらいいか、難しいなと思って質問させていただきました。

小鶴

小脳（註3）は基本的には一つの情報システムで、運動制御を行なっている上では運動野から脊髄に向かつて出る命令と同じもののコピーを小脳に送って、実際、戻ってきた感覚と照合することによって学習を成立させていくわけです。日常生活においては、おそらくは小脳をやられているので色々な感覚自体をうまく比較照合することができない。比較照合がうまく行っていないことを考えたら、視覚に頼らざるをえないような生活になっていく。そういう場合において、実際にした運動の結果得られる感覚情報と視覚情報とでは視覚のほうが処理が遅いんですよ。視覚を処理する経路が速度が時間かかるんですね。純粋に神経の伝達のスピードの問題として、視覚に頼らざるをえない生活をしている時、実際、行為の方が先に起こってしまったのでその瞬間がうまくモニタリングできないと、いうことに一つはなるんじゃないかなと思います。

池田

うまくモニタリングできない？

今の症状は、小脳疾患特有の症状でよくある場面ですよ。運動の結果の部分については「次どうするの？」、「立つ」、「次どうするの？」、「こつちに体を回す、座る」とか、一応、言葉でも全部言えるんですけど。運動のプロセスに、例えば、膝関節がその時にどのくらい伸びてくるよとか、その時に頭の位置はどのへんになる、そうすると足圧はどうやって変わるよ、というような運動のプロセスに関する言葉として出てこない。例えば、運動イメージを先行させようと意図して移乗をさせるというような場面で、そうやってわざと言葉でモニタリングさせて次どうする？どうする？と聞いた上で、じゃあやってみましょうか？と、多分やっているとと思うんですけど。だいたい、運動の結果の部分はちゃんとす

ごく言えるし、全然問題ないのに実際やってみて、例えば、小脳の人とか、どんと座ることが多いですよ。そうしたときに本人もそれで学んだりとかしてやってしまったということは言うんですけど、じゃあ、どうすれば良かったの？とかいうのはだいたい出てこないですよ。そのプロセスに向いてないということのプロセスは何かといったら、全部、体性感覚の変化なんですよ。今、体性感覚と視覚と言ったけど、例えば立ち上がった、座ったという運動の結果の部分の視覚表象は全然問題なくやってるんですけど、認知的にどうか意識的にどうすべきという理解は問題ないにも関わらずそのプロセスをどうすればその結果が得られるのかというのにはほとんど注意が向かない。その特徴を考えれば、運動の結果は分かっているという前提にたてるので運動のプロセスに注意を向けさせるような訓練というよりも言葉の介在のさせ方、今から立つということなだけで、そのためにはどこがどんなふうになりますか？どんな感じがしたら、頭の位置がそこになりますか？とか。そこから立ち上がる時にはどこが動いてどこに力を入れますか？とか。それを本人が、あ、なるほど、そういうことに注意を向ければいいのかと腑に落ちる、という状態を作らない限りたぶん小脳系の患者さんというのはいつも結果に対してしか向けられない。どこか行きたいところがあつたら、どう考えても危ないのに歩いて行っちゃうとかよくやりますよね。そもそも小脳が無意識の運動制御に関わるプロセスで、体性感覚情報の識別とかをやっている器官である以上、やっぱり相当注意を意識的に介在させてプロセスに向かわせないといけないからすごい難しいですよ。患者さんの自覚があれば、そこに注意を向けていく

べき、やっぱりそうなのかなってなるけど。本人は別にプロセスに問題があるなんて思っていないので、無意識のプロセス情報処理なんだからなかなかその意識することの意識を出来にくいというのがある。逆にそれができさえすれば、制御は出来る可能性はありますよね。だから無意識のプロセスだからその意識の仕方みたいなの。小脳の機能は皮質の認知的制御の要求によって働きの変わるといふ特徴を使っていけないといけない。ただ、小脳系の疾患のもう一つの特徴としてそれを学習しないというのがある。一回、仮に出来たといういい経験をしたとしてここに意識を向けたら出来たでしょう、全然、どかつと座らなくてもゆっくり出来たでしょ・・・となっても、じゃあ次に同じ経験を言葉の介在をせずにやってくれませんか、言った場合はだいたい同じ失敗をしちゃう。これが小脳が学習器官であることが現れるところだと思います。だけど、違いがでてくると思うんです。あのとときにこういうことに注意したら出来ましたよね、そしたら最初にどこかの感じに注意を向けたら良かったですか？という問いに今度は変えていくと、本人は今度は答えられるようになってきます。つまり、認知的制御に問題がないのでそこが答えられるようになってくると、そういう言語的なアシストをすることで行為の成功率は増えてくるという実感はある。

池田

園田さんにちよつと質問だけど。最近、臨床に僕は週に1回行っているけど、小脳の患者さんもない。例えば、文脈やプロセスの問題ってことは少し置き換えて考えると、そういうふうなところは二次元の画像でも数枚提示して、その途中、途中というところは小脳の患者さん、結果とか答えられるからその文脈の絵を並び替えるというのはうまくいくのかな？どう思う？

園田

試みたことではないですけど、それは出来る可能性が高い。というのは実際、例えば自分が模倣をしてみせて今から立つとしたらどこが先に動くと思う？とかっていうところは指をさして示すことが出来る。だから、視覚的に客観的にあくまで体性感覚情報処理をしているのじゃなくて、視覚で捉えてこう動くっていうことの指示ができる。つまり認知的には合ってる、だけどこの時にどこにどんな感じがしてますか？とか、次にどこに力を入れたら？例えば足底の前の方なのか？後ろの方なのか？どつちに圧がかかっているかというのには視覚表象プラスその時に同時成立して得られるであろう体性感覚情報の表出はすごく下手な印象がある。

池田

こちらがセラピストのストラテジーとしてはそういうふうになんかふうを感じると思う？というふうなことを聞き、小さい運動の範囲から聞きながらそれがだんだんつながっていくという方向で持っていく方がいいのかな？

園田

それがいいのかなと思います。ただ、なかなか学習しないとか何度も繰り返し返さないといけないという意味で難しさがあるんですけど。その意識の向け方自体を意識を向ければ運動制御が可能であるというストラテジーを、自分が使えるようになるということができればいいのかな。というのは小脳の疾患があつて、その小脳の器質的な問題というのは残り続けるだろうと考えた方がいいと思うんですね。もちろん、それが小脳系だからLTD(長期抑圧)が起こつて、学習が得られるようになってくること望ましいですけど、器質的な変化として。だけど、非常に物理的に障害を受けてる場合はやっぱり学習のしにくさとか、体性感覚情報の選択のしにくさというのは残ると考えたときに小脳の働きの

特徴で大脳皮質からの影響を相当強く受けて、小脳の働きが変わるといえるのは分かっている。そういう小脳系が制御して、体性感覚情報の情報処理とか選択とかやっていこうのを認知的制御で意識に向けて小脳の働きを変えながら行なうっていうことは、常に運動制御のオートマティックなものに対して皮質レベルで影響を及ぼすということであるわけだから、その意識の仕方として、プロセスに向けるということのストラテジーを学習することができればその障害を器質的に有している状態の小脳疾患でも運動制御を変えていくことが可能じゃないか思いますけど。

小鶴

小脳の学習っていうか、小脳系が運動に関わってくるのは色々考え方があるとは思いますが。そのうちの一つはモジュールで、モジュールの形である一つの場所が一つの塊として動いている。そういう組み合わせの中で、小脳の働き、動きは反映されていますよね。小脳のその器質的に障害されたというような場合においてはですね。そのモジュールが破壊されたというのがまず一つ、それから小脳に関しての可塑性な変化というのは、今、園田さんが言ってくれたみたいに長期抑圧という字で可塑性とかいうのは、もともととはほとんど小脳のことを指していた。小脳学習におけることを指してたという部分があるんですけど、少なくとも小脳の側のある場所がやられたとしますね。その同側の別の場所がそれを補償するようなこと、それと、もしくは大脳皮質レベルのことでよく言われる反対側の同部位がその動き、働きを担うとか言われていることが、おそらく、小脳ではまだ証明されていないみたいなんです。僕が知る限り出てないと思います。小脳学習というのは、長期抑圧によって神経伝達が変わっていくことが基本になっています。小脳にはラテラリティもあります。小脳は、なかなか

戻りにくいというような場所と僕は認識しています。それからプログレッシブな疾患の場合においては、どんどんアトロフィックになっていくのでこれもまたしんどいところですよ。

聴衆

小脳疾患に対してちゃんと出来てたのかもちょっと不十分なところがあって、今、持ってる症例さんも認知症も全くなくて、私が言ったことは全て覚えてるので頭の中で自分で言葉を生み出して自分の動きを制御するっていうことをしてもらって、例えば、その患者さんだったら3つの言葉っていうのを覚えてもらって、お腹のしわはいつも伸ばしておくこと、起こしておくこと、それと右と左のお尻の感覚はいつも一緒にしておくこと。あと、腰と肩の位置関係は垂直にと行って、静的な座位を保つ時はいつも自分の頭の中で3つの言葉を思い出してっていうことを本人にしてもらってる。一番最初はそれを覚えられなかったので毎回毎回、ここはどう？ここはどう？と言ってたんですけど、それが定着し始めて基準になったものの中で、3つの言葉っていうことを言ってもいいかなっていう時期は、今、座っているのがおかしかったら何を思い出せば良かった？って言ったら、うんみたいなので。3つのほかに言葉がいろいろあるので、上肢だったら5つの言葉っていうのがあって、今、治療してるので。5つの言葉だったよね？っていう感じにして、その方には自分の動きを私の言葉で制御するんじゃないかって自分の言葉で、自分の動きを制御してもらっているような感じで。なので、どっちかというと、今のお話にあった言語的な介入とか焦点の当て方とか、比較するシステムの中だったら私は言語としての介入の方が多いのかな、患者さん自身の中での言語介入の中でしてるのが・・・

聴衆

自分も今、パーキンソン病の方ですか、小脳変性症の方を持

っていることが多いんですけども。今、みなさんが言われたみたいに小脳とか基底核っていうところは手続き記憶、無意識の運動っていうところを担っている主座と考えられているんですけども、やはりその2つのその類の疾患で共通しているところが、前頭葉と運動制御との関わりが常にあるということだと思っております。そこで問題になった時には、パーキンソン病の方も小脳変性症の方も一貫してさっき話しにあったように運動の順序は記述出来るんですけど、そこを意識しても生活の中では、結局そこを意識できないっていうところのジレンマがすごくあります。自分も見てたらそのときには声をかけなくて出来るんですけど、生活の中でみていくとそれが出来ていない。やはりそのプロソディ的なところに意識を向けることは練習していくことで可能だし、それは一つの方法として間違っていないと思うんですけど。それを繰り返しても、無意識の制御にいかないというジレンマが臨床の中ですごく感じています。それで、今、自分がそういう患者さんを対象にして4年くらいなるんですけども、イメージを使ったりとか、差異を使ったりとか、ずつといろんな方法を使ってやってきたんですけども、なかなか突破口がなくて、最近ちよつとやつとですね、自分の中で一つの答えっていうのがちよつと見えてきたところがあります。それは、今回、認知運動療法の学術誌の中での言われてたんですけども、瞬間、瞬間において、その感覚をその瞬間の知覚に意識を向けてもらって、座位の状態であれば座位の時の臀部の圧とか、座位の時の脊柱起立筋の左右差だったりとかいうところの知覚に意識を向けていくっていうことをすごく丁寧にしていくと、それがずつとやっていくことで、生活の中にも汎化されていって、その患者さんが外来で来たときに

小鶴

一ヶ月に一回とかなんですけども確実に維持できてるんですね。歩容も悪くなっていないし無意識でその方が帰っていくときも訓練の場面と同じような状態で帰っていかれて、それが一ヶ月も二ヶ月も保てるといふことの変化が見えてきたのがここ最近なので。やはりその難しいとは思いますが、やはりその小脳の方も前頭葉の方も基底核が障害されている方も、やはりそのところをいかに丁寧にしていって知覚してもらおうことを生活の中まで落とし込んでいって、汎化していかないといけないと感じます。手続き記憶の主座のその二つの部分が障害されている患者さんに関しては、すごく難しいのかなって思います。その患者さんの最近接領域をよく考えて、意識してもらって、そこにどう向けていくのかっていうところを順序だてて丁寧にやっていくところ、今、臨床として大事なかなと思っています。

まさにその通りだと思います。その丁寧さ、丁寧にやるからただやたらに時間をかければいいのかではなくてこちら側がどういふうに治療するかという治療のプロセスにおいてその丁寧さがすごく大事だと思います。これは間違いないと思いますけどね。訓練の目的の一つに今言われたみたいに「汎化」があると思いますが訓練場面ではいいけど帰る瞬間から悪いような患者さんが結構多いと思います。訓練の瞬間を取り出した上での自覚というところで少し意見が出たんですけど、臨床ではどうですかね？皆さんはほとんど臨床家でしょうけど。訓練の時はうまくいったけど、次の日は全然駄目とかっていう経験ってやっぱり多いですよね。どうですか？ちよつとうまくいったなと思っても、帰る瞬間もう姿勢崩れるとか、次の日来たら、昨日私、何したんだろうっていうような感じになったりとかあります？患者さんが帰る

園田

ときそつと後ろからみえます？そしたら「ああ〜」と思うときと、うまくいったなと思うときと結構ありますよね。

昨日も話したんですけど、パーキンソン病なんかのケミカルな疾患とか小脳系の疾患はもともと動物レベルでも自動化してるような領域の障害で、本人が症状に対して無自覚なことが多い。私は揺れることは知っている、私は動きがあんまり良くない、動きが遅いことは知っている、だけど筋の硬さであるとか揺れるときの収縮感であるとかそういうのはほとんどが他人事というか無自覚なことが多い。それが疾患特有のものだと思います。フロアの方が言われたような、制御っていうのは何やってるか考えてみると、人間の運動っていうのは進化・発達の過程で小脳系とか基底核とか無意識に制御している領域に対して相当に皮質の影響を及ぼすようになってきているわけです。だから、その機能を変えるように影響を及ぼせる方法が認知的制御なわけですよ。何に注意を向けるか、何を知覚すべきかを教えていくという思考のストラテジーの方に訓練の向きをぐつとシフトしていかないといけない。次に汎化されるかということを含めた学習の問題。ここで重要なのが、訓練の場で知覚に注意を向けたりしていても、これが例えば家でトイレに行くときの病院に来るときの家で狭いところを通るためのといった、自分の思考の背景に常に実用的な自分の動きの場面を想起しながらその時の膝はこうあるべきだということを意識させておかないといけない。日常生活は日常生活、訓練時間は訓練時間、という区切りがセラピストにも患者にも存在してしまうからともと学習が起こりにくいのにさらに汎化を妨げてしまう。訓練のための訓練をしているわけではなくて、その時の運動感覚経験というのは自分達が観察している場

小鶴

面だけの運動ではなくて、それぞれが生きてるその時間の運動が変わるということを目的にしているわけだから。もともと文化的側面で、患者はリハビリを受けに来たときには日常生活から区切ってリハビリの時間というように、例えば揉んでもらったり肩を動かしてもらったりちよつと当然ある程度のストレッチングをしたら筋の弛緩が得られるとかかっていうのは当たり前前に生理学的に起こるわけであつて。その時、楽になりましたっていうので一つのことが終わった・・・で帰る。これは非常に根深くてセラピスト側もお疲れさまでした、つて帰ってどんな歩き方してるとか別に関係ないみたいに一旦成立したように思える。患者もそこに疑問をあまり感じないということもあるわけです。だからどっちも問題意識を持たないといけないと思いますね。実は、この訓練は常に日常生活のことを意識してやっているんだということ

を。生活動作を繰り返させるのは日常生活動作訓練だと、定説のようになってるけどそれはどう考えても逃げですよ。実際は運動学習を成立させることの意味が常に日常生活に汎化されることを意識されるかどうかっていうことを問われなければならないので。そのこちら側の意識だけではなくてその患者さん側の訓練に対する意味づけというものも、あくまで日常生活のためにやっているんだということを意識してもらおうよなこちらのやりとりというのを事前におかないとやっぱその時間だけとみられてしまうでしょうね。冒頭の意識経験という話に結局はまた落ち着くところですね。運動学習の場合、皮質レベルと基底核レベル、それから小脳レベルのところでは教師なしの学習か、強化学習か、教師あり学習かなどで全然変わってきますので、その分も

十分考慮しないといけないでしょう。いずれにしてもこの学習パターンでもひとたびは、比較することによって違いを見出して学習していつているわけなんです。比較するという作業を訓練ではずっとやり続けたいといけないし、この訓練は学習のモデルに則つてると思っています。

池田

今の話をここ数年間、僕も反省のもとにたつて患者さん達と話をしています。みんなも聞いてませんか？ADLにつながっていく、何のためにやっているのかというところの問題つて非常に大きくて。僕も以前は、『なぜ？なぜ？なぜ？』と聞く。なぜ？と聞く、例えば出来ないからというふうに原因のところに行っちゃうんだけど。もう少し前向きに考えた時に、質問が変わりました。それは『何のために？』ということになります。Why is it?ではなくてWhat is it for?ということ。何のためにやっているの？というふうに聞くことで考えていくような方法をもう少し患者さんに対してやっていくと、いろんな方向に向いていけるんじゃないかなと考えてます。認知神経リハビリテーションは以前からADL訓練しないじゃない、というふうなことを言われてきたんだけど、その本質は繰り返しやってたら出来るということをやつてそういうふうに自分達の頭の中思考の中でどんどん変わつていって、それがいろんなところにつながっていくというふうで考えることが出来るようになった。そういうふうに質問力とか言っているけど、どういうふうに患者さんに聞いていくのかということも非常に重要になってくる。初めに戻るけど僕たち自身ももう少し意識した経験をしなから、自分の中で何が変化していくかといったことをやっていけたらなと考えてます。

臨床への導入について

小鶴

臨床で本当に出来るかどうかというか、やりたいんだけどやれないとか、そういうようなところがあるような先生たちにちょっと口火を切ってもらいたいんですけど。どなたか？もう自由自在に「訓練なにやつても全然おられない」とか「結果をしつかりだせばOK」とか。こういうケースの方が少ないんじゃないかな・・・と。ある程度、制限されながらとかいうところ、どっかないですか？困った上司がとか、患者さんがどうしてもこういう訓練したいと言っても言うこと聞いてくれないとか、嫌だ、揉んでと言われるとか。そんな経験は？どなたか？

聴衆

僕は今、熊本勉強会の認知の勉強会に病院からは一人参加しています。特にうちの病院にある手技、ボバースだったり・・・つていう手技が根付いているわけではないんです。何をやるわけではないが「どうぞ勝手に」みたいな上司がいる。それで少しでも思つて勉強している姿勢を見せたりしているんですが、なかなか変わらない。みんなのモチベーションが低いようです。

小鶴

訓練はできますか？

聴衆

訓練自体は認知運動療法というより、脳科学的にここがどうか？つていうことを一人で試行錯誤してる感じがあつて。道具ももちろん作らなければいけませんし、買う予算が出るわけでもないです。かといって、誰かと一緒にアイデアを工夫しながら作れるつていう環境もないので。なかなか難しい面は正直あります。

小鶴

園田さん、今のフロアの方と昨日、どんな話したんですか？覚えてる？

園田

覚えてるけど、長いですよ。

小鶴 一分くらいで・・・

園田

今、思いついたんですけど、臨床の仕事環境の問題というのは大きく分けて多分2パターンあるんじゃないでしょうか。一つは、例えばフアシリテーションのある一手技に傾倒しているとか、早期のADLを優先するという現状の医学モデルに沿ったリハビリの思想であるとか、上司の思想というのがあってそれに準じなければネガティブに捉えられる、つまり全体の思考パターンに沿わなければいけないようなパターン。もう1つは質問者の方が自分の病院を残念な病院って言ってたんですけど、その意味というのはモチベーション自体がもうないわけですね。例えば自分が考えを持ちたり意見を持ちたりしたときに、拮抗する意見を言われるわけでもネガティブに捉えられるわけでもない、批判がないというパターン。今の日本にはこれが大きく2つあるんじゃないですかね。先日はフロアの方と後者のパターンの場合どうしたらいいのか？っていう話をたくさんしたんです。ひとつはあんまりあがいても駄目なのかなっていうのがあって、そんなに人の意識は簡単に変わらない。だけど、例えば自分の勉強する姿を見せることによってという作戦をとって、結局、失敗したらしい。そこで何をしたかったのかというのが問題。例えばデイスカッションするような環境に仕向けるモチベーションを持たせたかったのか、訓練器具を共同で作っていくような環境を作ったのか？などという目的性をはつきりしないで、勝手に一人でやっただから失敗してる。もっと具体的に例えば、毎日昼休みに文献を一つずつコピーして、みんなの机の上に置いていって5分くらいでこの文献にはこうということが書いてありました。そう一言、言って、これを毎日繰り返すとしたら相手の意識の中に知識が蓄積

されてしまう。例えば、ある一症例の検討をしてこういう症状があるというときにこの間の文献覚えてます？とか言って、具体的に病態解釈と訓練の検討をやったとして。そのことについて、だれか一人でも反応したらそれについて議論するとかいう具体的な戦略を取っていかないといけないんじゃないかと。多分、背中で語ってもそんなについてこない可能性があるから。たぶんそれがベストかどうかというのはいろんな人間関係とかその人の個人のキャラクターとかいろいろなものに関与してくるので、この方法がいいというのは多分ないと思うんですが、自分がこの患者について議論したいんだということが分かるようにして、全員が反応するんじゃないかって誰か少数でも反応するというのを期待する。それは誰にとってもマイナスにならないことなんで、それはいくらかでもやっていったらいい。自分は自分なりに頑張っていますという姿は、どんどん周囲との差を生み出してしまっただけで勝負にやっればというような逆に溝を深めてしまったような雰囲気を生み出してしまいう可能性はある。だから折衷案をとるわけではないんだけど、相手に対して自分はどういうことを考えてますというのを明らかにして、それプラス相手に考えがあるんだあればそれを聞く姿勢とか、自分の柔軟な思考状態は保ちつつというようにそういう分かりやすさみたいなものをちゃんと表していかないといけないかなと思うんです。なかなか、職場環境というのは自分の思うようにはならないので。せっかく自分よりも患者をみた経験とか症例数とか明らかに何年も上の人たちがいるんだしたら、意識をしていたかは別としてその人達の方がたくさんみているわけですね。それを何かこう意識せざるを得ないような状況設定さえできればその経験を聞くことは出来る。自

小鶴

分の短い経験をカバーする方法として、人の話を聞くというのはいくらも利なことなんで。学生にも言ってるんですが、実習ではどれだけバイザーにしゃべらせるかがポイントだと。自分がどんなに頑張ったってキャパシティなんかたいしたことないんだから、自分のできる範囲でやっても全然成長しないんだけど、たくさん怒られたりとかバイザーを反応させることが出来ればその頻度が多いほど人の考えや感性や技術とかっていうのを感じ取ることが出来るから、自分以外のものを取り入れることができる。結果として、キャパシティが広がるということが生まれるわけだから、そうやって経験が上の人達をいい意味で使っていくようにやらないといけないだろうと思いますね。今、考えたんですが。



いい話するなと思って、横で聞いていたんですけど。具体的に戦略もしつかり組む必要もあるし相手の話も聞きつつ、自分の考えを主張しながら巻き込んでいかないと、うまく進まないというところですかね。院内のグループごとの勉強会で認知班としてうまく成立している病院があるんですが、これまでの経緯みたいなのをかをちよつと話しても

略もしつかり組む必要もあるし相手の話も聞きつつ、自分の考えを主張しながら巻き込んでいかないと、うまく進まないというところですかね。院内のグループごとの勉強会で認知班としてうまく成立している病院があるんですが、これまでの経緯みたいなのをかをちよつと話しても

らえますか。自然発生したわけじゃないですよ？何かしようと思っって行動したわけでしょう？

聴衆

最初のきっかけは、やっぱり自分が学生時代に〇〇病院にいきまして、認知運動療法っていうものがあるっていうことを知ってこの世界に足を踏み入れたんですけども。最初は細々と何人かでディスカッションしながらやっていたんですが、なぜみんなを参加させることが出来たのか？ということですよ？

小鶴

病院の中で認知運動療法をちゃんと認めさせているわけじゃないですか？どんなんですか？実感がどんな感じかちよつとよく分からないけど？認知班って感じで聞いているんで、他にもメンバーはいるんですよ？

聴衆

他にもいろんな勉強の仕方をされている方もいて、古典的なリハビリテーションをやってらっしゃる方もいるので、その中でこんなふうに自分達がこれをやったからこんなになんか良くなったというのはないかなまだ出せてない状況ではあるんですけども。でも、勉強会自体はしつかりはやってると思いますけど、それはほとんど基礎の部分が多いですね。

小鶴

最初に自分達の仲間が何人かいて、そこから出発してちよつと輪が広がってきてから認知運動療法の視点に立った訓練をリハビリテーション室の中の他の方が認めるようになったということですか？

聴衆

そういうことです。

小鶴

今日から「認知運動療法班です」とか、そういう宣言をした？勉強会の班を作っていてその中に認知運動療法班というのを作りますということをちゃんと明言して、2年前からやれるようになっていきます。

小鶴 勉強している治療のストラテジーが違うけど、こういうこともやりますということですか？

聴衆 それをみんなに分かってほしいということで、年に3回から5回、他のスタッフに向けて認知運動療法とはこういうものですよということ、今しつかりやっているところです。

小鶴 3回から5回！

聴衆 年にそういった講義を5回。うちの病院はスタッフにむけて行く機会をつくっています。

小鶴 他の治療戦略チームも？

聴衆 ボバスならボバスチームがあつてそこも5回くらいしているとか。

小鶴 すごい、なんかうまくいってますね。

聴衆 ある意味ですね。

園田 それって、例えば別のファシリテーションチームの話と聞くときにもすごく刺激—反応の考え方やアプローチのイメージがすごく強い話になったとして、そのときにこちらがある意見をする。要はそこにどうい問題が内在してるかというのを、投げかけたりしないようにしてるんですか？つまり、そちらではそれはそうなんです。こちらではこうなんです。そうですね。そうですね。というお互いがお互いを保守的にやりながら領域を分けてるってイメージですか？ある程度その部分については絶対に、このことを外してたら運動を分析したことにならないでしょ・・・みたいな。ちょっと拮抗するようなどころっていうのがあるんですか？

聴衆 うーん。ボバス概念っていうのは神経生理学からしつかりやってらっしゃるのでその患者さんの障害をどんなふうに捉えるか

っていう話し合いを今しているところなので、認知運動療法だからこうしなくちゃいけないとか、ボバスだからこうしなくちゃいけないとかっていうのはそんなふうな対立の仕方はしなくていいです。だからそういうふうな生理学的な話だったり、ちょっと機能の話だったり、いうところで議論できるような場を作ってるような感じなので、その手技がどうのこうのという話はしていないような感じで勉強会は進めています。

園田

それはうまくやる方法なんですか？例えばファシリテーションテクニクの最大の問題は、神経科学も取り入れているしアフオーダーダンス取り入れたりとか基本的に最新知見を取り入れるようにしてアップデートしているにも関わらず、結局やることっていうのがタッピングをしたりとか、ポジショニングをしたりとかプレッシングをしたりとかっていう外部刺激によつての反応を期待するというのは絶対に変えないということですよ。だけど実際、自分達が脳科学の知見を取り入れて分かるのが確実にそこに意識経験が関与してたりとか認知的制御がかかってくるというのが、明らかに最新の知見には出ているにも関わらず、そこはなんかこうすつと横に置いて見なかつたことにするみたいなやり方をするわけです。そこに問題提起をして、そのときの患者がどう感じてるかが結局、本人にとつての世界です。外部世界の中に患者がいるっていうのは、あくまでこちらから見ての視点であつて本人は目を閉じたら自分の世界っていうのが存在するわけですよ。その本人の世界がどうなってるかの問いを絶対に発生させないというか、それはむしろ無いものとするということによって物事を整理するというやり方をこれまでやってきてますよね。そういうことに対して、例えば問題提起をしたら向こうは反

論できないくらいのところなんですよ。余計に紛糾するような場面はわざと作らないことも一つは大事だと思います・・・人間は社会的な動物なんで、そういう平和のために現状の關係を守るのも一つのストラテジーだと思うから。一つの事例として存在するわけだからありだと思っんですけど。そのうち、ちよつと地雷を踏むのもありかなという気がする。だって間違えたらいけないのが、なんかボバースがあつてPNFがあつてボイタがあつて認知運動療法があるみたいな・・・並列で方法と理論が違うものが並んでいるような意識を持つということですね。そう考えたらいけない。認知運動療法って名前がついているけど、別に名前はなくてもよくて、人間の運動ってどうなっているんですか？っていう問いに対して、何とか答え続けていこう、何とかその問いに仮説を出し続けようとしてどんどん変わっているわけですよ。そうすると人間の運動を考えて人間の運動の治療をどうするかっていう仮説を立て続けるといふ方向性を示しているだけであつて、認知運動療法という確立された方法論が提示されているわけではないわけですね。僕は別に認知神経リハビリテーションの側に立っているからとかいうのを、全部外してもそういう独立している学問体系だと僕は思っているんですね。実際に、哲学者や脳科学者を巻き込んで人間の運動を捉えようとしていますよね。社会的にはリハビリテーションのいくつかの手法の中の一つという枠組みにせざるをえないんですけど、臨床家はそういう意識を持つてたら全然駄目だということも分かっておかないといけない。だから折衷案は取らないほうがいいというのは、厳しいんですけど、そこはまあ、どうですかね。地雷を踏まないようにすることで成功している部分と、踏んだ方がいい部分と両方あるのかなという

小鶴

のが印象としてはあつて、どうですかね？どっちがいいとかというわけではなくて・・・。

どっちがいいという話になると、まああれですけど、そうせざるをえない。どっちかを取らざるをえないような場面もおそらくどつかで出てくるんで、踏む覚悟はいつでも持つておかないとみないかね。

園田

足はかけとく？

小鶴

うん、やるときはやるぞと。僕の取り組みの話でいいですか？僕は宮本先生の最初の投稿論文を読んで、その後、2回目のベージックコース行つたんですね。その後、ホームセンターに行つて、木を買つてきて、道具を作つてと、その頃いた病院でスタートしました。それから今の病院に移つていろいろあつたけど、うちは今のところは環境整えるという面ではそれなりに環境は整つてるとは思うんですね。うちは結果を出せば何やつても怒られないから。だからお医者さんに対しても説明する時は、お医者さんの用語に置き換えてちゃんと説明しなさいと。報告する時に「患者さんは足の裏がちゃんと分かるようになりました」とお医者さんに言つても無理だから、結果として「10m歩いてます」という報告で良いんじゃないかと。角度はどのくらい曲がってますというのをお医者さんは求めているんでそういう報告をしなさいということをしてます。

園田

それは臨床で生きていく時にすごく重要ですね。医学レベルでいつたときの運動解剖の知識であるとか、病理学の知識であるとか疾患の知識とか医者と同レベルでMRI見ながら議論したりとかつていうのが出来るようになることも絶対に大事。自分達は医学の中に立つてるんだから、それを捨てるわけにはいかない。

絶対にそのことは単に意識をした経験をして、自分の人間的な発達を促しても成立することではなくて、実際にやっばり勉強しないといけないことだから。例えば、看護師と薬の話しながら、このぐらいのバイタルで様子みていきますねという話のレベルは一定に絶対保たないといけない。医者の方のムンテラのように同じレベルで話すことができるのか。その上で、自分達が運動をみるというときにはどうやって人間間の運動としてみるというその医学モデルをおいて、こうするんだではなくてあくまでも医学モデルは自分達は負けないという立ち位置は絶対保ちながらも運動の分析は自分達はスペシャリストでいるというそこをやらせないといけない。そのギリギリのところを通さないといけない。時々聞きますが、今の話にも出てきましたけど、

『「だいたい足の裏が分かるようになったんです」みたいなことを、医者にも分らないんですよ』っていうセラピストがいる。そんなの医者が分かるわけじゃないんです。どうでもいいし分かっただけ必要がない。医者からすれば脳卒中で患者の家族にいつぐらいに帰れますとか、どのくらいには器具つけたら歩けるかもしれませんとか、そうやってムンテラしてるわけだから。それが仕事ですから。だからこっちは運動をみるときは、そうやって足の裏が分かるようになったかどうかっていうのは常に主眼においてそれはみるんですけど、医学レベルで話すときにはあくまで運動のレベルがどうか運動麻痺はどんな状態ですとか、痙性麻痺はどんな状態ですと、一般的な医学モデルで全く動じずに話せるとかいうレベルも絶対保たないといけない。メタした形でこの両方をやつていかなんといけない。その意味では大変なんだけど、それがすごく大事なかなと思いますね。

小鶴

お医者さんに対しての報告とかはちゃんとお医者さんの言葉に置き換えての報告をするようにしています。うちの病院は、回診が整形と神経内科と内科が必ず週1回あります。回診はリハビリの方からして下さいと言ったんですね。そこで報告しますから・・・と。そうして回診を始めて報告をすごくまめになると、結果が見えてきます。整形の先生は必ず角度それから筋力、これをすごく気にされます。だからそれが改善してるもしくは変わっていても行為としてはこんなことに変わってきましたということ、例えば歩行能力は伸びてます、ということ報告すれば、必ずそれをカルテに書かれています。つまりリハは訓練はちゃんとすると。でも訓練の自身に関してはあまり出てきませんので・・・お医者さんの方がリハビリに任せて安心という状況を作るんですね。死に物狂いでですけど・・・でもそういう状況になるとやりやすくなります。「何してるの？」といわれても「先生、今、まあ言うなら可動域訓練ですかね・・・」「ふーん」みたいなになります。何度も機会見ながら認知運動療法について説明はしたんです。例えば、五目板二つ使った訓練はこんなふうになると結構、お膝やわらかくなってすいすい曲がりますよ、とか。ふーん、そう、というくらいの感じですが。でもね、結果でてる喜びます。それを病院の中でずっと地道にやるんですね。そしてら看護師も含めて周りがちゃんと納得するんで、リハに任せると大丈夫と。今、回復期にいるんですけどここは立ち上げからいまして自分でコントロールはやりやすかったですね。回復期では看護師さんたちももちろん、いろんな勉強して来られてるわけで頭の中は早く立たせないかんだらどうやったら離床できるか？起こすことは体にいいことと考えてる。それにADLの点数が日常生活動

作が改善しました、というところをすごく主眼にみていかれるんですけどそこに対してどう働きかけて頭の中を少しリハ寄りにするかですね。昨日、ちよつと話したところは病棟でカンファが必ず一人ずつあるんで、そのときに確認をするんですね。それどんなことかという、例えばオペ後の患者さん、すごく痛がったりしますよね。で、看護師さんは車椅子に移りますよという声かけはするけど、どこを触りますよとか、足ついてますよとかという確認はほとんどなさらないのでどう声かけをするか、つまり患者さんに予測させる問いをしようと痛いのがすごく抑制できるということを繰り返し言いました。あらかじめ患者さんがどこ触られるというのが分かると、ビクツとした防御性の収縮反応とかが出なくて済むんですよ。というのをカンファの時、ずっと最初の半年間言い続けたんですね。病棟の方もリハが言ってるのやってみると「そういえばあんまり痛がらないね」ということをちよつとずつ実感するみたいです。そうなると病棟の方も変わってきます、意識として。だからうちの回復期ですね、ある患者さんは歩けるということを看護師さんもちやんと確認はしてるんですけど、リハがまだ歩かしたら駄目です、異常な歩容になりますので歩かせないでと言いますと、うちの看護師さん達は車椅子で行きましょとちやんと言うんですね。これはね最初に努力した甲斐があつたなというふうに思っています。こういうのもね、結構地道なんですよ。ずっと病棟に、本当に僕は最初訓練室になくて病棟にずっといたんですね。ずっと看護師さんとそんな話ばかりしてて、カンファの時にも説明したりしてそんなことをやってました。そういう取り組みもですね結構ありますよ。とにかく看護師さんの意識を変えていくというように感じなんです

が、うちの病院の取り組みはそんな感じですね。

患者をとりまく環境

小鶴 それでは、話を少し変えてですね。患者さんがうまく言うこと聞いてくれないみたいなことありませんかね？「何でこんなことする？」みたいに言われるとか、拒否られるというようなことはありませんか？

池田 僕はないですね。

小鶴 ないですか？どんな訓練でも？

池田 ない、僕の14年間、臨床経験でゼロ。

小鶴 ゼロ？嫌って言う人が・・・

池田 ない。さっきの話からつながるけど、僕の対病院戦略は、例えば看護師さん達といるんな話をすぐできるようになって、一つの部屋が僕の患者さん部屋になる。そうすると後で入ってきた人は、先輩患者さんに、池田はどういう者かと学習してから僕の目の前に現れる。だから、来る時はにこにこ顔。他の人達はタオル持ってる、例えば小鶴さんみたいなぎゅつとやるとすればタオルもって行かないかんよって。なんで？って、泣いたり歯を食いしばって頑張らんといかんよってという教育が患者さんの中で起こってる。池田のところに行ったら、いつも笑顔で知らんうちに、曲がって帰ってくるよ・・・って。池田のところに行ったら、ちよつと違うんだけど何か知らないうちにいろいろ聞かれて、答えて足が曲がっていくしなんかそれも手術の前からするっていわれて手術の後も部屋に来て同じようなこと聞かれて訓練を再開したら、あのときのこと(手術する前のこと)覚えてる？なんて言われてた。

例えば、TKAの患者さん達では同じような経験をしていく患者さん達がまた次に入ってきた患者さん達に池田はこんなふうだよということ、どんなつながっていて拒否ゼロでした。

小鶴 部屋のコントロールは？

池田 部屋のコントロールは看護師さんがしてくれてた。

小鶴 池田の部屋を作らないといけないという、そういう状況ですか？脊損センターの戦略みたいですね。脊損のレベルに部屋が大体合わせてある、脊損という物理的にどうしようもないような変化を起こした場合の障害の受容をさせるときに同じようなレベルの部屋に入れるんですね。周り見ながら俺もああいうふうになるんだという認識をさせるといいうのを脊損センターに実習行つた時に聞いたんですけど、そんな感じですね。拒否られたとか、嫌だと言われた先生は？あんまり、言いたくないかな？

園田 別の問題の可能性も・・・

池田 なんか訓練的に違うでしょと言われた人はいないのかな？

小鶴 そうですね、「この訓練なんで？」って。もつとりハビリは別なこと、曲げたりするんじゃないの？とか言われたっていう方はおられませんか？こんなことせんでいいよっていわれたような話。経験したことがあるのは、生活訓練、歩く訓練、もつと筋トレとかですね、そういうことをガンガンやらないといけないの、いいの？とか、自分の体が弱るような気がするとかですね、そういう発言を経験をしました。

池田 でも実はそういう経験って患者さん方でなくて、今、スタンダードなセラピスト達が持っている問題ではないのかな？患者さんには、ROM訓練しなければいけないとか、そういう人達も周りにいっぱい。今、そんなところから僕は変えようと思ってる。

聴衆 何でこんなこと考えるかですよね？訓練の中で、体のことについてこんなに考えるのか？っていうのは患者さんからよく言われることがあります。

小鶴 「筋力つけないと駄目なんじゃないの・・・？」って患者さんが言ったことに対して、僕たちの方が患者さんに「そうですね。力が弱ってきますから、ちよつと力をつける練習をしましょう」というふうになる場面がすごく多い。

池田 そればかりじゃない？

小鶴 多分そうだと思う。「曲がらないから、今、すごく曲がらなくて困ってる」という患者さんの言い分に対して「わかりました。曲げましょうか」という話を僕はここ近年はあまりしたことないんですが、そういう話をいつもやってる先生が結構多くないですか？

池田 下手すると、周りには患者さんとのコミュニケーションをとるためにマッサージしますと言ってるセラピストがいる。彼らは導入部分だと言う。患者が訓練室に来たらなんか知らないけどこうやってなでなで（マッサージ）しながら天気いいですね・・・というそういうふうに行っている人達っていない？だからそれはやめようって一生懸命言ってる。

小鶴 全く同意見で、手段がないので、患者さん来たらとりあえず呪文みたいに「とりあえず、ベッドに寝ましょう」と言ってますね。

もういい加減にやめたらと思ってるプラットホームを使わない訓練できないのか・・・ということ言うんですが、なかなかそうもいかない。プラットホーム使わない日を提案してるけど、実現はしてないですね。うちでもまだ、僕は使わないんですけど、ほとんど、座る、座位のためだけです。もちろん臥位の訓練も

あるんですが、臥位の訓練はベッドサイドで終わるんですね。下手に動かす方が筋緊張をあげるんならベッドサイドで介入したほうがまし。そつちで終わらせるようにしてて、車椅子に乗れる状態の体になったら車椅子に乗って訓練室に連れてきてくれれば一番理想じゃないかというふうに思ってますね。働きかけはしたくないですか？プラットホーム使わない日じゃないですけど、池田さんはどんな提案っていうかストレートにそういうふう

池田 ストレートに？僕はこんな人だからストレートにあまり言わなくてこんなふうにしたらどうかなくって言ってる。こうだったら

患者さんは嬉しいんじゃないかな・・・って。

小鶴 優しく言うんですか？

池田 優しく。

小鶴 それはこちらがセラピスト側の思考をちよつと変えるための戦略？

池田 今のところ最近思うのは誰とも戦わない。戦わない、もつと開くというのが僕の最近の5年間かな。

小鶴 人次第？

池田 だからこれはみんな今、医療系の世界にいるからあれだけどもう少しビジネス系の本とかいるんなもの読んでみたらいいなと思う。言いたいことは相手を変えるにはどうするかっていうことなんだけど、みんなも知ってたり読んだりしたことがあると思うんだけど自分がまず変われ・・・ということ。自分を変えるところというのはなかなか難しい。だけど病院でかなりそうやって自分を変えてみる。そんなふうをやってみたあとで、もう一つ新しい提案をしたいけどそういうふうをやったときに、どうなるかと

いうことを予測しながらいろんなことを動かしていかないといけない。本当に聞ける何事も全部受け入れる。その後にいろんなことを意見できることが大事。意見というの、その反対意見とかではなくて、もう少しこんなふうに変えてみたらどう？という前向きな意見がいえる形を作りたい。今のところ、まさに自分に対してあるいは患者さんに対してあるいは友達に対しても全てそういうふうなところで、意識しながらやってるわけです。

小鶴 自分自身のほうもちゃんと変わろうとしてるし。

池田 自分も変わろうとしてるけれど、毎日なんか変わってる。

小鶴 変わってきていると思います。先程の話で、池田さんがする訓練はこんな訓練だからということはある患者さんを通して別の患者さんへの教育になっている。それは、病院の中での戦略として看護師さんにちゃんとそういうような形で、働きかけを地道にやってきたからそういう病棟側もそれをくんで動くようになったことでしょうし、今度、逆にそれをやるためには僕達の頭の中がどういふふうに変わっていくかということですね。こういうふう

園田 理想的にはそうすれば、いいかなと思うんですけど。以前病院全

体でちょっと一回ROMを一切やめようというのをやってみてみんです。PT全員、ROMを今日一日絶対しないで治療を全部変えないといけない。だいたいみんなどんな患者さんでも、ROMは必ずどこかにプログラムとして入ってるもんだから、肩だけとかでもとにかく入っているからそれを全部やめる。そうしたときに自分達はどれくらい治療戦略を組み立てられるかというタスクをかけてやろうとした。そのときまだ標準算定日数が出る前だったんで外来で毎日来る患者がいたんですね。ダブルロフトランドクラッチで歩けるくらいの不全の頸損の四肢麻痺で、会社に行く前に毎日ROMというか四肢体幹のストレッチをして会社に行くっていう人がいた。その人がその日の朝開始十分くらい来て、僕が一番初めに負けたという、だいたいそんなもんなんだけど。それは時間的制約もあるから仕事行くために早く帰さないといけないっていうのがあって、日々のルーチンのためにすぐ敗れたんだけど。僕が言い出して、結局自分で駄目だったと。何が言いたいかという理想的には病院全体がそういうふうに向くこと、社会全体がそうやって向くこと、もうちょっと小さく言えばセラピストの世界がそうやって向いていくことが理想であることには間違いないんだけど。それは脳の器質病変がよくなれば一番いいことと一緒に損傷を受けた部位が完全に元のようによくなってくれるのが一番いいに決まってるわけですよ。だけど、今の医学の常識でなかなかその神経可塑性にも死ぬまでずっと可塑的な変化はするんだけど、もとの器質的に壊死した神経細胞が同じようによみがえるわけではないということはもう基本的にはわかっているわけですよ。それと一緒になかなか社会的あるいは文化的に埋め込まれた人間の観念の部分、イデオロギー

小鶴

の部分、そういうところっていうのはなかなか根が深いわけですよ。だけど大事なことは周りの問題点を指摘する前に、自分にどれだけの問題があるかというのを定義できるかとか、人がなんでROMばかりやってとか、ADLばかりやってというときに、じや自分はどうか？という時、ちゃんと自分はこうしてまずと言えるかといったらほとんどの場合いえない。だから問題は実は内にある。自分にあると置き換えて自分を追い込んで自分がまずやる。それしかない。

痛みについて

小鶴

さて、時間的なこともあるんで、痛みの問題を議論しましょう。痛みがあれば、体性感覚に注意を促して細分化を図るようなアプローチしていく場合、損傷により出現してる痛みから慢性的な痛みへの移行を予防することは出来るのでしょうか？という質問ですけれど、出来るというふうには考えています。簡単にいえますと、まずですね体性感覚に注意を促しての細分化を図るところがですけど、痛み以外ですね、「痛みほかに感じられるところはどこかにありますか？」まず、この質問をよくしています。これは本当に痛いんだけど、ちゃんと触てること自体にも注意を向けることが出来るでしょ、というように自分で注意の焦点化、注意の向きを変えることによってある程度、まずそこで他の感覚を

園田

拾い上げる。痛い中でも他のところがちゃんと分かるでしょうというところがまず治療のきっかけになつてるといふふうには考えてます。

生理学的に言えば鋭く速い痛みつていふのはA δ 、鈍くて遅い痛みはc繊維の情報で、A δ からは触覚情報が入ってきますね。末梢神経レベルでいったらそれが脊髄後角に入つて上行する。これはいいんだけど痛みの信号つていふのは生物学的に優先されるんで、例えば、実際、切開したり筋を離開してますとか、炎症がおこつてますとか、そういう生物学的な痛みについてはそれが優先されるから、基本的に痛いと認識するのはノーマルな経験としてないといけないんですね。ただ、ここで問題なのが例えば整形疾患みたいな場合にその痛み自体は本来器質的に治つていふ、炎症は起こつていないにも関わらず痛いということを本人はずつと言つて実際に防御性収縮が出てるとかそういうことが現に問題として残るわけですね。これは何なのかと言つたら痛みの情報にA δ 、Cを通つて上がつてきて体性感覚野にも入つてくるんだけど、同時に帯状回とか島皮質なんかの記憶や情動に関与するところに入つてくる。だから痛みというのは定義として、組織の質的あるいは潜在的な障害に結びつくかこのような障害を表す言葉をつかつて述べられる不快な感覚・情動的体験であると定義されているわけですね。そうすると、その痛みの情動を伴つた不快な経験というのを記憶していく。で、不快な経験だからそれを避けようとする。生物学的な働きがあるわけだから、それを起こらないようにするための防御性収縮、あるいは逃避性の跛行というのが起こつてくる。だけどそれが記憶のレベルでもそれが蓄積されてくるといふふうを考えれば、運動のストラテジーもよりそ

の記憶を頼りにした痛みを避ける形での動きというのが学習されてくるのが整形疾患の問題として残つてくるわけですね。慢性に移行していこうとするときに、痛み以外にもA β からの情報、例えば接触の情報も実際は求心情報として存在しているんですがそれにも関わらず痛みのほうが優先される。少しややこしい話を入れると下行性の皮質脊髄路つていふのは実は前角細胞だけではなくて、皮質脊髄路の中には運動野に起始するのは6割位でそれ以外は補足運動野とか運動前野、さらにはこれあまり知らないかもしれないけど、頭頂葉からも皮質脊髄路に下行性線維が出てる。体性感覚野には上行性線維が投射するという考えが普通ですが下行性線維の起始でもある。その体性感覚野から出てきたその出力線維はどこへ行くかという皮質脊髄路と一緒に下つて、普通のベツツの細胞から起始した線維は前角細胞に直接つく。補足運動野とか運動前野から起始した線維は、介在ニューロンを介して、前角細胞につく。で、もう一つ頭頂葉に由来した出力線維というのは、実は脊髄後角につく。つまり出力線維が入力を調節してる系があるということ。運動をイメージしたりとか運動の予測をしたりとか実際に運動をしたりするときには、運動系の前角細胞を調節していると同時に脊髄後角の感覚系をも実は調節している。脊髄レベルで調節をかけてる。で、その脊髄レベルで調節をかけてるといふことはその固定化された記憶で運動ストラテジーを取ろうとするときにも、当然、記憶の関わる感覚情報も脊髄レベルでの変質とか遮断というのが起こつてしまつていふという病理があるわけです。だから、実際には痛みの方が優先されて痛みの記憶が起こつてくるんだけど、実は、接触情報もあるし、筋感覚I_aから上がってくる情報もあるしという、実際、体の

中の情報はたくさんあるにも関わらず痛みを表象の方が優先されちゃうわけです。だから、実際あるはずの接触情報とか運動感覚情報とかそういうものがあつたものがあるということに注意を向けていかなないともっと持っているはずの接触情報とか運動感覚情報という適切な情報というのを、取り入れられないから運動プログラムミングというのは変質したままになっている。運動を出力ばかりさせていても基本的には変わらないわけだから。だから、整形は慢性化するということがずっと永続的に残っちゃうので、イメージできますよね。それは痛みの特徴をよく捉えていくと訓練の方向は本来あるべき接触情報とかその教育という方にシフトしていくことができる。そうすれば運動プログラムに影響を及ぼすから運動制御が変わる可能性があると捉えていくことができます。きるんじゃないかと思えます。

池田

今の痛みの話は非常に最近トピックだと思う。多分、認知運動療法研究の第9号の西上先生（註4）が疼痛の話題を出してくれていると思う。先生はずっと整形外科的疾患を考えていて、痛みについての問題を話してくれています。脊髄についても考えなければいけないというふうに言ってくれています。先生の今までのPTの学術や学会発表抄録も読んでみたらいいと思います。それと、森岡先生がこの前、畿央大学でやっていましたね。そこに日本福祉大の松原貴子先生（註5）がいらつしやる。この先生がPTの世界ではその痛みに関して一生懸命やっているかな。そういう文献も読んでみると園田さんがいったことが腑に落ちる。分かってくるんじやないかなと思います。読んでみて、見よう見真似でやってみて自分の中に落としこんだ上でいろいろ変化させてみた

らどうかと思います。これはペルフェッティ先生がいつも「臨床現場は実験の場でもある」と言っていることです。仮説を立ててトライアルしてそれで正しい、あるいは間違いだと言証をかけていく。その繰り返しです。そういうことをすべてのセラピストが一生懸命やってくれたら、訓練や患者の状況はずいぶん変わっていくんじゃないかなと思います。

小鶴

最後かな？ワーキングメモリに関するんですけど、言葉の定義のところの話？

聴衆

ワーキングメモリについて、ちよつと2〜3ヶ月くらい勉強した期間があつたというかOTの学会で発表することがあつたので、それでずつと調べてると森岡先生の本に認知過程を活性化させるためには言語性のワーキングメモリと必ず活用しなければならぬというふうなニュアンスの言葉があつて。それで、またワーキングメモリの流れとか過程とかを調べてたら必ず自己意識とか意識経験とかの言葉が出てきて、ちよつと私が今、意識経験というのが頭にあつてしまふんで、結局今の問題も絡み合いすぎて意識経験を変えるにはワーキングメモリの活用は必要って考えた方がいいのかどう解釈したらいいのか、そのへんよく分からない状態なのですが・・・

小鶴

逆に言うと普通に考えたらよく言われる、意識の座とか自我の座とかいうように常に賦活されますので。それだけ、他領域との神経結合も必要です。そこでいろんな自分のことについて、自分のことについてのモニタリングを常にやっていると。常に働いているわけですから何するにしても。そこにタスクをかけていく。だからデュアルタスク課題というふうなことよくやりますけど、患者さん歩きながら計算してとかいう歩くのだけにやっぱ

園田

容量がとられてしまっただけで計算ということをいわれると途端に歩容が乱れるとか、そんなことも確認されています。他領域との皮質間の結合自体が必ずそっちに入ってくる。どの流れになっても前の方に戻ってきたときにはそこ経由していくと。もちろん経由せずに他のところにも行くんですけど、関わりあっている部分が多すぎると多いということ、まず一つ解剖学的な問題を含めた上で考えていくとちよつと良いかなという気がしますけど。

一回読んでみてほしいなと思うのは、グローバルワークスペースセオリー(註6)といってベースという人が提唱している理論がある。その訳本で芋阪先生が編集しているものがあります。簡単に言ったら、ワーキングメモリの捉え方というよりも意識の捉え方なんですけど。意識空間というのが存在して概念的な問題ですけど、デカルトの劇場と違って、デカルトはもともある劇場があつてそれを誰かが見るといふ想定をしてる。二元論を唱えたりしたわけですけど、実際人間のその脳の機能っていうのはあらゆるデカルトの劇場が複数あつて、例えば聴覚的な劇場であつたり視覚的であつたりあるいは記憶的であつたりあらゆる劇場が実は常に巻き起こっていて、その焦点化でそれを意識のスポットライトとすればそれがどンドン各劇場を照らす。劇場を今まで照らしたら、その部分が全くと認識されてたんですけど、実際そうじゃなくて、ある焦点化をしてある劇場を照らしたときには、当然その劇場で起こっていることが意識されるんですけど、実はその他の無数の劇場も背景で同時進行してる。それをばつと転換した時には、その劇場の現在進行形の劇場が意識される。で、それがばつと無意識のレベルで劇場はずつと展開されている。意識空間の中で展開されてて、その焦点化がワーキングメモリだというふうにつまえられる

るんですね。実際にそのワーキングメモリーは、意識して焦点化するということと別に実際に自分達がそうだけど、ある話をする時に、どンドンどンドン意識は自分の頭の中でどンドンころころ変わっていきますよね。聞いている人もそう。今、聞いてて聴覚に対して注意を向けるとかかってしながらも、ちよつと臀部の位置が悪いかかってずらしたりとか、みんなあるんですね。どンドンどンドン意識は変わってて、それはトップダウンで変わるだけでなく、結構ボトムアップで変わる部分もある。その中でさらに意識してそれを変える。自分で何かに注意を向けるとかかっていうことをしようとしたときにはより強い情動的な重み付けという言い方をですけど、これはどちらかと言えば自己意識に近い。自分がその意識に対してある要求をしていくみたいな形になるでしょ。これがもう一つ高いレベルの高次意識になってくる。実際、ペルフェッティ先生もそれを引用してるんですよ。だから、ちよつと一回見てもらうといいと思います。もともと難しいところなんでこうだと一言で定義するのは難しいんですけど、自分達の意識の展開なんかの話は自由意志に関わるんですけど、リベットなんかにもちよつと関わってきます。哲学的な話しを含みながら神経科学を展開するものなので、これを読んで全体性と細分化という意味がやつと分かってきた気がしてます。訓練の中でその身体をより手指、例えばあるいは示指、その他の指腹、その中の接触とかに細分化して注意を向けていくということを訓練ではするけども、実際最近はそのときの下肢の状態とか臀部の状態という全体性を含まないといけないということが言われている。訓練をしていこうと思ったら注意の焦点化をしないといけない。例えば、示指が他動的にこう動いた時にどのくらいの高さにあるかとい

う問いの時に足に注意を向けてはこんな答えられないわけですよ。そうすると、例えばMPに注意を向けるようにこちらは言語的にも運動的にも誘導しないといけない。その意味では細分化を要求することになるんだけど、実際この運動を、例えばプレシェイピングの時に使うとかってなってきた時にはその時の重心の移動とかっていうのを伴うんで、実際手の制御だけじゃなくて、肘、肩あるいは体幹あるいは下肢の同時制御が本来要るわけですよ。このことを含んでいかないと、運動イメージというのは本来駄目じゃないか？みたいな反省、それが最近出てきた運動イメージの最新研究なんです。ここはまだ、じゃあどうすればいいというのは実は出てないところなんです。これから臨床していく中で運動イメージを要求したり細分化したりとかっていうことと同時にこの身体運動制御の背景には下肢とか体幹の制御が同時に入っているようなその全体性の部分とこのをどうやって訓練の中で乗り越えていくかと。それはたぶんさっきの方が言われたように日常生活とかに汎化する時も同じことがいえるかなと思います。単に注意をものすごく分散していければいいという問題ではないという事は、もう臨床的にすぐ分かると思います。これを解決する方法論については、これから臨床の中で研究していくテーマになるかなと思います。

小鶴

質問で出てきたところは、一応これでもいいお答えしました。またフロアとのやり取りをしながらの形を取ってみました。これも40名くらいだったんで、こんな感じで出来たんですけど、これももう終了の時間になります。テーマは臨床への導入ということでしたが、ちょっと大事なのが、導入するのにちょっといろいろな話もしたんですけど、それは方法論ではない。こちら側がどう変

わっていかか、こちらが変わるような意識経験を中心におかないと、結局、周りも巻き込まないだろうというようなところが入っていたと思います。二人のほうから一言・・・

池田

昨日も話の途中で言ったんだけど。僕たちがやっていることっていうのが、高橋昭彦先生が書いている論文の中にきっちり書いてあります。ちょっとそだけ読むね。「各課題における達成目標は」これから大事だよ「正確、観察可能、計測可能、伝達可能な形で記述されなければいけない」というこの文言、非常に重要だと思います。わからない、なんか分からないものをどのようにつかないでいくのかというところは、きっちり僕たちは組んで訓練をやっているから、きつちりか考えられているのであやふやなものではなくてきつちりとやってほしい。そのところが出来たらたぶんいろいろまた自分達が変わってくるんじゃないかな・・・と思ってるのでよろしくお願いします。

園田

今、なかなか話が飛んだんで難しいんですけど、一応テーマに沿うとすれば臨床の導入ということのテーマということだったんですけど、一つは自分達の意識自体を変えていかないと、これは確かにもう間違いないと思ってくれたんじゃないかなと思うんですけど。具体的に明日からPTとOTが同じ患者を一緒にみるみたいな時間を作っていくとかっていうことは現実できないことではないかなと思うんですけど。だけどそういう問題はそんなに簡単には変わらないということがあるんですけど、折衷案をとっても、結局駄目だということとは明らかで、具体的な自分の側を変える工夫みたいなのは続けたいと思いません。昨日のように症例検討なんかやったらわかると思うんですけど、

別に結論なんかでないですよ。だけど、何かこうやっていった

註1 意識経験

らしいんじゃないかとかいうように方向性が出てきたりとか仮説が出てきたりするんですね。それを実際に臨床で試みてみたり、実際に自分の考え方を変えてみたりを試み続ける。患者さんも多分一緒でなんかこちらが提示したことに対して試みてみたり考えてみたり、確信はないけどそういうことをしてる。それは結果として何かを得られる方法になるかどうかはまずはセラピスト側の意識経験というのがどんなものかというのに左右されてくる部分が大きいと思うんで、なんとかそういう意識経験が自分達ができるようにこういうことを継続をしていきたいと思えます。

小鶴

フォーラムという形で皆さんに経験をしてもらったわけですが、これからどういうような反応が出るか？ネガティブに出るか、ポジティブに出るか？出来ればポジティブな反応として、これからも日々の臨床に向かつて、患者に向かつていつてくださるとすごく良いかなというように思っています。長々と2時間半くらい、頑張っていました。これで今日のフォーラムは終了とさせていただきます。どうもお疲れさまでした。

(2010年3月22日 熊本リハビリテーション学院にて)

註2

ここでいう意識経験とは、2001年よりイタリアではじまったプロジェクトである「VIVERE LA CONSCENZA (認知を生きる)」の研究対象としているものをさす。つまり「意識された主体の経験」のことである。近年の脳機能イメージング技術の発展に伴い、ある一つの行動が起きているとき本人が意識しているか否かによって中枢神経系の活動状態が変わり、より大きな活性をみることから、主体の経験や体験が中枢神経系をどのように改変するかということが研究されるようになった。この意識内容は大きく「現象学的意識」と「認知的意識」の2つに区分され、これらの一人称記述と神経生理学的知見との相関を図りながら病理を解釈し、訓練の仮説立てを行っていく。また、認知運動療法がこうした意識経験を理解して行うこととするアプローチであることから、それを「Riabilitazione Neurocognitiva (認知神経リハビリテーション)」と呼ぶようになった。詳細は、Franca Pante 著「認知運動療法講義」(協同医書出版) 2004を参照。

西田幾多郎

近代日本の代表的哲学者。その哲学は〈西田哲学〉と呼称されることもある。『善の研究(1911年)』において、「たとえば、色を見、音を聞く刹那、未だ主もなく客もない」といい、主と客の区別以前、さらに知・情・意の区別もない「純粹経験」を唯一の実在として思索を行った。このような主客未分合一への発展を真の自己を知ることとして、「絶対矛盾的自己同一論」へと発展させた。西田哲学は、「無の哲学」「場所の哲学」などとも呼ばれ、意識研究のほか、宗教・自己・身体・生命・歴史・芸術・科学な

どの研究にも影響を与えている。また京都市左京区にある琵琶湖疏水沿いの道は、西田幾多郎がよく散策しながら思索にふけたことから「哲学の道」と呼ばれる。

註3 小脳の知見に関して

小脳研究は、伊藤正男の Marr-Albus-Ito 仮説により運動学習における教師あり学習の提案、そこから計算理論へと発展させ、フィードバック誤差学習を提案した川人光男の研究へと続く流れが一つのパラダイムとなり、さらに近年、脳イメージングの進歩により Kim、Parsons、Allen、Gao、Bower、Decety などの研究から、小脳は単純に姿勢制御や協調性に関与するのみでなく運動イメージや空間情報処理、注意といった認知的制御にも大きく関与することが分かってきた。詳細は Carlo Perfetti 著「脳のリハビリテーション」(協同医書出版) 2005 及び森岡周著「リハビリテーションのための脳・神経科学入門」2005 に詳しい。

註4 西上智彦

「認知運動療法研究」第9号2009に総説として「痛みに対するリハビリテーション」脳科学・痛み学の視点からのアプローチ」を寄稿。甲南女子大学准教授で、「痛みに関する研究全般(モデル動物を用いた基礎研究、ヒトを対象とした基礎研究及び臨床研究)」を研究テーマとしている。

註5 松原貴子

日本福祉大学健康科学部リハビリテーション学科准教授。研究テーマは「学際的痛み診療…痛みのリハビリテーション」及び「慢

性痛の発現メカニズム」である。著書に「機能障害科学入門」2010、「複合性局所疼痛症候群 CRPS」2009など多数。痛み関連含め論文多数。

註6 グローバルワークスペース理論(Global Workspace : GW)

Bernard J Baars (バーナード・バース) が提唱し、現在までヒトの意識や認知、イメージ、経験、自己などに対する神経科学的研究の中心になつていく理論のひとつである。人間の認知システムは同時並列的に作動する多数の神経表象媒体と消費システムから構成されており、それら各々は特定の処理機能に特化し、無意識的に作動することができる。無意識的な表象内容は特定の消費システムにおいてのみ処理されるのに対し、意識的な表象内容は、一連の認知過程の出力を可能にする任意の消費システムにおいて処理される。それゆえ表象内容が意識的であることは、表象内容が「ワークスペース」に入り様々な消費システムによって大域的に利用可能になること、いわば「放送」されることとみなされる。この機構は劇場、注意のスポットライトといったメタファーで説明され、またイメージとワーキングメモリ、メタ認知システム、自己システムの神経基盤を利用することによって、意識的であることが保証されるといえるものである。詳細は、Bernard J Baars 著「脳と意識のワークスペース」(共同出版) 2004 および、荻阪直行 著「意識の認知科学」(共立出版) 2000 を参照。