

認知運動療法フォーラム No.11 in

愛知

対談

認知運動療法のピットフォール

～訓練が落とし穴に陥らないように
気を付けなければならないこと～

荻野 敏
尾崎正典

ピットフォールとは

荻野 では、認知運動療法フォーラムというのをはじめていきたく思います。認知運動療法フォーラムとは、日本認知神経リハビリテーション学会という僕らの所属している組織の企画の一つです。色々な理事や監事といった学会の役員が集まって、ちょっとした雑談をしてそれをまとめてホームページ上で公開していただくというものです。ここ最近はおんまり開催されていなかったものですから、久しぶりだと思います。愛知県の勉強会で企画しました。そうしたら、ついこのあいだですが、今年の3月上旬に中国地方の鳥取県でひとつ開催されました。実は、こちらの方でも僕は認知運動療法フォーラムとして参加させてもらって発言して来ています。またそちらのほうも完成しましたらぜひお読みください。さて、僕自身は認知運動療法フォーラムに参加するのは3回目になります。尾崎さんははじめてという事で、今回のこの話は尾崎さんを中心として話をしてもらおうかなと思っ
うんですが、よろしいですか？（笑）。
まあカフェ感覚で、雑談をしようと思っ
ています。それで今回のテーマなんです
が、「認知運動療法のピットフォール」と題しました。さてこのPitfall（ピットフォール）、尾崎さんはもちろん知
っていると思うんだけど、参加者の皆さんはこのピットフォールという言葉を知っていますか。分かんなければ、当然
認知運動療法を志す人間であれば、調べ



るなり人に聞くなりして来ていますよね。何も知らずにポンと乗り込んでいけませんよね。疑問を疑問のまま解決しないというのは、認知運動療法を勉強するセラピストとしてはちょっと心もとないですよ。でもまあピットフォールっていう言葉を簡単に説明します。ジーニアス英語辞典の中ではなんて書かれているかというと、「隠れた危険、不測の事態、わな、まちがいがやすい点」と書かれています。つまり「落とし穴」です。では認知運動療法のピットフォールといった場合はどうなるのか。認知運動療法をやってしまったというエラーではなくて、やっていく上で陥りやすい盲点だとかがあるんじゃないか、僕らがよくそれを経験しているのではないかと、ということ、今回はこの話題にさせてもらいました。だから認知運動療法をやれば全てOK、オールOK、ということではなく、何かそこでとりかえしのつかないエラーをしてしまう可能性があるあるんじゃないかということを、今までの僕らの経験とかを基に少し話しをしていこうかなと思っています。まずですね、尾崎さん自身の紹介も兼ねて、尾崎さんが認知運動療法を志したきっかけだとかがあれば少し話してもらってよろしいですか。

尾崎 尾張温泉リハビリかにえ病院の作業療法士の尾崎です。今回の勉強会で皆様にお配りしてまず愛知県認知運動療法研究会会報第4号の1ページ目から『軌跡』という題の中でも書かせて頂いてますが、私の認知運動療法を学習しはじめたきっかけというのは、全国のOT学会の中でランチョンセミナーという企画がありまして、昼食を食べながら宮本省三先生の認知運動療法についての講義を聞くという、今から考えると恐れ多いんですけども、学会会場で偶然に同級生と会ったんですけれど、「認知運動療法の講義、聞いてみようか」ということになり会場に行っただんですが、既に大勢の方々がいらしてやっとなれました。今から考えるとすごく失礼なんですけ

ど、宮本先生が講義をされている中、ご飯をぱくぱく食べながら聞いていました。今回の愛知県の会報誌の中にも写真を掲載していますが、「死体からの前腕接着」のビデオが流れました。それを見た時すごく衝撃的だったんですね、「他人の手が動いている」というところが信じられませんでした。漫画の世界での場面でもよく他人の身体からある部分を切り離して、自分の身体に接着してすぐ動くような場面を子供の頃見た漫画の中であつたんですけれども、医学的な勉強をしてから、それはちょっと不可能ではないかということ、があつたにもかかわらず、目の前のスクリーンに映っている「死体からの前腕接着」のビデオを見た時に「何なんだ、これは」という、すごく衝撃を受けてました。その当時、自分自身の中で作業療法士というのは手の治療というところが、やはり大きく関わってくるころがありました。臨床展開していてもぜんぜん変化がみられない、と



荻野 敏 Satoshi Ogino

愛知県出身、理学療法士。中部リハビリテーション専門学校卒。日本認知神経リハビリテーション学会理事。現在は愛知県豊川市にある国府病院リハビリテーション科に勤務。

いうところがあったんですね。自分の中で、「何か別の治療は無いのか」というところをずっと探していたんですけども、なかなか見付からない。文献等を読んで、実践してみてもその瞬間は良いんですけども、一週間後に患者さんが来院された時には以前と同じ状態に戻っているということの繰り返しでした。ある治療を参考にして一年間ずっと繰り返し続けたことがあったんですけども、何にも変わらなかったんですよ。そこで、さらに様々な文献を読んだり探しても見付からないというところで、今までのリハビリテーションは何をしてきたんだろうかとずっと疑問に思っています、そこで、その死体からの前腕接着後に対する認知運動療法の治療場面の衝撃的なビデオを見て単純に、すごくシンプルに考えてしまったんですけど、「他人の腕が動いているんだから、自分自身の腕が動かない訳が無いだろう」と思ったところがまず出発点で、「認知運動療法とは、何なんだろう」と思い、学習してみようというのがきっかけでして、大きなすく衝撃的な一歩だったんですけども、そこからスタートしました。

荻野 ちなみにどのくらい前の話ですか。

尾崎 8年ぐらい前の広島です。

荻野 それで尾崎さんは認知運動療法を知って、勉強しはじめようと思っただけで実際に認知運動療法にトライしたわけですよね。例えば一番はじめに臨んだ内容ってどんな感じでしたか。

尾崎 それは、画用紙に軌道を書いて始めました。認知運動療法のパラダイム本（編集者注：ここでいうパラダイム本とは1998年に協同医書出版社から出版された書籍「認知運動療法 運動機能再教育の新しいパラダイム」を示す）の中に書いてあるのを真似して軌道を書いて治療を行ったのが初めです。当時は何をどうやって治

療を進めていけばいいのか良く分からない状況で、本を読みながら思考錯誤し展開していました。

荻野 どうでしたか。効果はありましたか。

尾崎 治療効果は、何もありませんでした。

荻野 なぜ無かったと思ったのですか。例えば、もし無かったんだったら、「やっぱりもうこの治療法は使えない」と思って棄却するという選択もあったわけですよね。けどもそのまま認知運動療法を勉強して、今日に至っている訳ですから、今までの治療法と違うという「何か」があったわけでしょう。それはいったい何ですか。

尾崎 当時治療効果の有無は、やはり随意運動の発現や筋緊張の低下がみられたりという現象での変化で判断してしまっていたと思います。私自身も患者さんも変化を感じ取れないということが続きました。しかし、結果が出なくてくじけそうな時は、前腕接着後の治



尾崎 正典 Masanori Ozaki

広島県出身，作業療法士．愛知医療学院卒．日本認知神経リハビリテーション学会理事．現在は愛知県海部郡にある尾張温泉リハビリかえ病院リハビリテーション室に勤務．

療場面の画像が必ず自然と頭の中に浮かんで出てきました。「他人の手が動いてるじゃないか」と。だから、結果がでないのは自分自身の問題、自分がまだ勉強不足なんだいうところが思い浮かんできました。学習を始めた初期の頃は結果の出ない日々の連続でした。しかし、決して認知運動療法が使えない療法とは思いませんでした。実際に画像として他人の手が動いているという場面を見ていましたので。壁にぶつかり、今でも前腕接着後の治療場面の映像が浮かんでいきます。

荻野 自分の知識なりテクニカルな問題というものがあるからこそ、訓練の効果がまだでないと思っただけですよね。じゃあいつたい何が足らなかったのでしょうか。単純に知識が足らなかったのか、それとも他の要素があったのでしょうか。

尾崎 その当時は、認知運動療法の知識も経験もほとんどなく観察の仕方でも従来のリハビリテーション評価にとどまり内部観察という視点もなく、病態の解釈も十分できていない状況で患者さんの発する言語記述に対してもただ聞いているだけで、言語記述の重要性がわかっていないまま治療を行っていた現実がありました。前腕接着後の治療場面の中で他人の手が動いているという治療結果を見ていたというところがあるので、「何か自分ができる事はないのか」というところで自分一人で認知運動療法を学習し治療を続けていました。**荻野** 8年前とかですと、どちらかというとあまり今より教育的視点の内容・方法・目的が、クロスアップされてなかった印象がありますよね。だけれども「こうなるはずだろう」と自分の中ではおそらくゴールみたいな予測みたいなものがあって、それと実際にマッチングできてないから「おかしい」と思っているわけですよ。つまり検証が上手く出来ているか、出来てないかってこ

ろでしょうか。

尾崎 そうだと思います。問題、仮説、検証といった視点も十分でなく、ただパラダイム本に出ている治療場面の写真を見て治療を行っていました。結果がでないのはなぜだろうと思うだけで、自分の知識や経験が無いからといった理由にとどまり、実際の自分が行った治療に対して検証をし、その後さらに問題、仮説、検証を繰り返すということが出来ていなかったと思います。

荻野 僕も昔はそうだったと思いますが、上手く検証が出来ていなかった。もちろん今でも不十分ですが、上手く検証ができるようになると、もう一回訓練を見直すという視点に変わっていく。ベーシックやその他の講演や講義の後で、よく受講生から「上手いじゃないんですよ」「みたいな話を聞きます。でもよく聞いてみると訓練を作るだけ作って、あとは放るといった感じに近い印象を受けます。つまり「こういう訓練を作りました」と出してきて、やってみて「先生やっぱり効果が出ないんですよ」と。つまりぜんぜん検証がされていないんですね。そういう相談とか聞いた事ありますか。

尾崎 あります。やはり周囲のスタッフに認知運動療法の治療を実践している方がおらず、一人で治療展開されている方もたくさんいますし、訓練を構築し治療を行うだけで、問題、仮説、検証ができていなかったり、訓練課題の最近接領域が患者さんにとってどこなのかを評価できておらず、訓練課題が高すぎているという事が分からない、どうしても一人で治療展開していると、何が良くて何が悪いのか分からない方が多いと思います。

荻野 僕もそうだったんです。実践しはじめの頃っていいのは、良いのか悪いのか分からない。この訓練をそのまま続けていって良いのかすら分からない。やはり検証してその訓練を棄却するべきなの

か、もう少し訓練を続けていくべきなのか、というところのディスプレイが出来る相手がいないと、まったく進んでいかない、というか自己満足的なものになってしまつて、終わつてしまう。鷹野者の態度（註1）つていう言葉がパラダイム本の中に出てくるんだけど、そういうつたそのことを書いていかない。だからそれで上手くいかないから「やっぱり認知運動療法は効かないや」みたいな感じでどんどん離れていく人、とくに若いセラピストたちがいると思つています。どうすればいいと思ひますか。実際にその訓練が、間違つてゐる場合もあるだろうし、間違つてゐると言つていいかどうか、自分からない場合もありますけど。でも、例えば目的とかそういうつたものが上手く設定されてないつてこともあると思つただけど、そういう場合には、どうすればいいでしょうか。

尾崎 自分で検証していくのも大事だと思ひますが、まず患者さんに色々聞いてみることが大事だと思ひます。内部観察という点があり認知運動療法を学習しはじめたセラピストは十分といえない部分があると思ひます。今でもそうですが、分からないときには常に患者さんに聞き、その発言の中にたくさんヒントが埋もれてゐるので、その言語記述を分析する。患者さんに聞くという点でセラピスト側の問題として患者さんへの聞き方というところにもあるんじゃないかと思ひます。

荻野 記述を上手く聞き出すつていうことですよ。

尾崎 そうです。認知運動療法を学習しはじめた頃に誰もが思つことだと思ひますが、どのようにすれば患者さんから記述を上手く引き出すことができるのか、セラピストが問いをかけ、その問いに対して帰つてくる患者さんの発言に対してどう解釈するのか、解釈するセラピスト側に問題があると思つんですけど。

荻野 例えば治療の中で、訓練を構築するときにはたぶん尾崎さんもやつてゐると思つただけども、僕もすごく気をつけてゐるのは、初回の訓練で認知運動療法をやる時つて相当に説明に時間かけませんか。

尾崎 はい。時間をかけますが、治療時間が限られてゐますので説明ばかりに時間をかけられないという点があります。

荻野 当院は外来で来られる患者さんが多いんですが、限られた時間の中で説明をして、きつちりやつていかないといけない。認知運動療法をセラピストがやりたいからといつて、「はい、座つてね」、スポンジやつて「どうですか」、「よかったですね」、「お疲れ様でした」といふようにやつても、患者さんは絶対に「つてくれな。そういう対策として、必ず自分の考ふる訓練の目的だとかについて説明はくどいぐらいしてゐる。インフォームドコンセントという言葉で言へばそれで終わつてしまつてしまつてしまつて、すごくそれを注意してゐます。尾崎さんはどうですか。

尾崎 そうですね。時間も限られてゐる、20分、40分という枠の中で治療を行つていかなければいけないので、全てを一度に説明するわけにはいきませんから、その1つの訓練に対してこつこつという目的でやつてゐます。だからこの目的を指す為につてこつこつな訓練をやりますと説明はさせて頂きます。訓練を変更する場合ももちろん説明をしますが、治療効果を出すためにはセラピストだけが治療を行うのではなく、患者さんと一緒に治療を行つていくことが大切だと思ひます。そのためには治療の内容を患者さんが理解してゐる必要があると思ひます。

荻野 訓練のときに、「つてこつこつな事をすると、こつこつなんだよ」といふ最終的な、検証や目的といふことを患者さんと確認

しておいた上で言う。当院はどうしても疼痛疾患の患者さんが多いので「どう?」「じゃあ実際に動いてみて」と確認作業を行って患者さんが例えば「楽になりました」と言ってくれると、「だよ、じやあこの訓練を少し続けてみましょうか」という対話をしてスツと訓練を導入していく。最終的に患者さんの記述をもちろん引き出さなきゃいけないし、その中に、ヒントもたくさんある。やはりその患者さん自身が変化に気づくかどうかということも大事だし、どういったことでその変化に対して気づいてもらうのかというは、セラピストの技量でもあるし、検証の上手さでもある。そういった検証下手みたいなものが認知運動療法をはじめたばかりのセラピストにはあるんじゃないかなと思います。そういったことをよりスキルアップしていくためには、もちろん患者さんの話を聞くとかも大事だと思うんだけど、やはりディスカッションできる仲間とかそういった人たちがなくて、「何であの訓練をやっていたの」とか、「その理由は」とか、「何を目的にしていたの」、「見ていてもよく分からなかったよ」とか、「みたいなことがフランクに言えるような仲間作りつてのがすごく大切だと思います。例えば、訓練を見学するにしても常に僕は3つのことを意識していて、その訓練の「内容・方法・目的」がなんなのかを常に考えるようにしています。この訓練の内容、つまりどういった事を教えたのかとか、どういった方法で教えているのか、この訓練ができる事によって何が変わるのか、つまり目的であり検証ですね、この人の何が変わるのかっていうことをすごく注意しながら、訓練を見学するようになりましたね。

尾崎 やはり結果が出ないと、患者さんは納得されないのは皆さんそうだと思いますので、時間がかかるというところが認知運動療法がよく指摘をされるところではあるんですけども、時間がかかって

も結果が出てくるものに対しては患者さんはやっぱりシビアに見てこられるので、結果を出すと言うところをすごく重要視しているんですけど。

荻野 いろんなレベルがあるのかもしれないけど、検証を上手くやっていくっていうことは一つの方法であるだろうし、検証の精度を高めていくっていうことが一つの解決策になっていくのかなと思います。

落とし穴にはまらないために

荻野 認知運動療法を勉強しはじめて、僕もそうでしたがまず何をしたらかっていうと、本を読んだりとかいるんな学会に行ったりとか、あとは脳科学に関する講演を聴きに行ったり資料を集めたりとか、いろんなことをしましたけど、尾崎さんもやっぱりそういったことをしましたか。

尾崎 そうですね。本を読んだり、学会、講習会に行ったりは私も色々しましたが、やはり患者さんとの会話っていうのが大事だと思うんですけども、認知運動療法の学会に来て頂きましたけども、山田規敏子さん(註2)の本であるとかジル・ボルト・テイラーさん(註3)の「奇跡の脳」とか、最近だとテレビにも出演されていたんですが、坪倉優介さん(註4)という記憶をバイク事故で18歳以前の記憶がなくなってしまう草木染職人の方で、今は40歳を過ぎていらっしゃる方なんですけれど、その方々の書かれた本を読んだりして出来るだけ患者さんの世界や視点に近づけるようにして、患者さんの視点に自分を持っていくということを常に心がけています。

荻野 例えば「これってそういうことなのか」と、わかった瞬間ですごくそれが気持ちいい。「こういうことなのか。じゃあこれって訓練で使えるんだな」と色々やっていくと、一つのがわかると今度はそれに関連する事柄で分らないことがたくさん出てくる。そうすると知識をたくさん得るだけで満足してしまうような、言葉は悪いけどマニアみたいな人が出てきてしまう。ブレインサイエンスにやたら詳しいセラピストが最近が増えてきますよね。文献ばかり読んでいて、そういう知識はめちゃくちゃあるにも関わらず、実際の臨床の訓練に全然反映されていない。認知運動療法ってすごく知見の幅が広いじゃないですか。例えば今日の勉強会の内容でもそうだったけど哲学の話もあれば、脳科学の話もあれば、認知神経科学だけではなく心理学とか。もっと言えば、人文学も含めていくと、あまりにも広すぎて勉強しようと思ったら幅が広すぎる。どんなに勉強ばかりして、結局そういう知見はたくさんあるにも関わらず、訓練に反映されない。その辺についてはどうですか。

尾崎 確かに知識。特に脳科学というところは、すごく大事なところだと思っんですけども、それだけではなくて、一番大事なのは患者さんとの信頼関係といいますか、知識だけ持っていても、人間関係がうまくいってなければ治療はうまくいかないという経験はよくしています。

荻野 でもそれって別に認知運動療法に限ったことじゃない。極端なことを言えば、認知運動療法をやっていると無駄話って全然しないじゃないですか。それよりも、患者さんからしてみれば、「天気がいいね」って言われた方が、「わぁー、あの人は優しい」みたいな感じになりますよね。そうやって考えてみれば、人間関係って当たり前前の

話であって、なんていうんだろう。それとはちょっとレベルが違うって言うか、次元が違う(笑)。例えば、セラピストが変わればいくら同じような治療を施しても受け手となる患者さんには違う働きかけが出現する可能性があります。これは「構え」のレベルで働きかけを考えれば当然のことです。「構え」は何かに対する構えなので、異なる人間に対しては異なる「構え」になるのが自然ですよ。送り手であるセラピストが誰であるかによって「構え」が異なってくるということを理解しておくことが重要で(註5)、そういう意味でも、患者さんとの人間関係を重要視することは当たり前なんですよ。

尾崎 知識はもちろんだと思いますが、持っている知識をすべて患者さんに当てはめてはいけなと思います。古い文献を読んていけば、正しい新しいものとは違うでしょうし、それと正解はこうなんだと治療とぶつけてしまうセラピストもいらっしゃるのでは間違いだと思います。

荻野 だから結局そうなんだよね。患者さんっていうのはあくまで一個人であって、その人の生(なま)の人生を生きている。その人の障害っていうのは、その人の苦しみじゃないですか。その人の苦しみを理解するための脳科学であり、知見であって、シャーレの中にある細胞のことを僕らは勉強しているわけじゃない。だから、脳科学の知見だとかそういうものを勉強することはすごくいいんだけども、現実には患者さんの、現実にはないって言うこと変だけれども、ペーパーペイシエントみたいにリアルではない勉強をいくら積んでも結びついてこない。やっぱり「あつ!この人の障害とかがってこういう理由だったのか」とか、「この訓練をすることであの障害が克服されるかもしれない」という実際の訓練場面と認知運動療法

の基礎的知見とが結びついた瞬間がすごく重要でなんです。「脳」って書いてある本を全部買うとか「神経」と書いてある本を全部コピーしてしまうとか、そういうった人達とはまたちょっと勉強の仕方が違うと思うんです。僕は臨床家だから、臨床家の自負として、目の前の患者さんをいかに治すかということを考えなければいけない。この患者さんが持っている「苦しみ」だとか「障害」だとかを理解するための知見であるべきだと思うんだよね。

尾崎 ペルフェッティ先生の言われている、図書館と訓練室の繰り返しと言うところを忘れてはいけない。

荻野 だから図書館ばかり入り浸ってはいけません。認知運動療法を勉強していくと脳科学とか知らなきゃいけないっていうことで、そっちの方がメインになってしまって、患者さんの治療をおろそかにしてしまって、患者さんの記述を聞かずに本ばかり読んでしまつとかそれはまたちょっと違う。それはちょっとした落とし穴なんじゃないのかなと。それに伴った話になるかもしれないけども、認知運動療法の本って最近増えているじゃないですか。8年前は1冊しかなかったかも知れないですけど認知運動療法の本って結構ありますよね。宮本省三先生の本や塚本芳久先生の本とか、かなり認知運動療法に関連した本は色々あるのかもしれないですけども、あくまでそこに書かれているものは、僕は理論であると思っていて、もちろん実際の方法とかも例として挙げているかもしれないですけども、それをコピーするように全てやれば認知運動療法になるのかということ、そういうことではない。同じように認知運動療法をやっていくと、陥りやすいエラーとして、「認知運動療法は である」とか、「すべきである」「みたいな認識というイメージというか、そういうものってないですか。そつやって思われているみたいなこ

とですけど。

尾崎 よく認知運動療法はADL動作の訓練はやらなくて筋トレはやらなくていいとかいわれます。私はOTなので特にADL獲得訓練は何でやらいいんですか？ということはよく言われました。

荻野 それに対してどうやって応えました？それは誰から言われました？

尾崎 それはスタッフです。ダイナミックなADL動作をする前にやるべき事があるというところは説明します。患者さん自信に書いてもらった身体の欠落した図や上肢、下肢、体幹、手がばらばらになっている図を見せたり、患者さんが自分自身の身体を感じていない、理解していないということなどを説明し、自分の身体が分かっていない段階でのADL動作の反復練習は危険でもあるし、かえって時間もかかる、自分自身の身体を感じ理解してからのADL訓練の方が安全であり、自分自身の身体を感じながら思考していくので、様々な環境に適應できるようにしていく。ADLを全く無視しているわけではない。具体的な例として、自分自身が正座をして足がしびれた時にどうするのかと聞いて、自分の足が足と感じてから立ち上がり、歩くのではないのかと説明はします。健常者である自分自身は足の存在を感じてから歩く動作を行うのに、障害を持たれている患者さんには足が足と理解していないどころでなぜ、すぐに歩行訓練を行うのかなど説明します。

荻野 克服できましたか。

尾崎 克服できる方もいらつしゃいますし、克服できない方もいらつしゃいます。

荻野 よく聞くのは「認知運動療法はADL訓練しない」「筋力強化はしない」って言葉ですよ。僕も知人によく言われたりします。「認知



運動療法を勉強している若いセラピストが「をしないって言うてる」と。その知人は当然のごとく理由を求めます。するとそれに對してその答えが「はしないからしないんです」と返ってくる。

「認知運動療法はしないからしないんです」って答えたとすると、これは知らない人にとつてみたら説明ではないんですよね。「そういうことをしていたらだめだよ」ってその知人から言われたことがあります。「だめだよ」って言われても「僕が言ったわけじゃない」って思いましたけど（笑）。そういうような目で見られてしまう危険性はあるんですよ。排他的な排他的なイメージが付いてしまつて、それはまずいんじゃないかとも言われました。何でだろう。何でこうなっちゃうだろうね？ ベーシックが悪いのかな（笑）。

尾崎 ベーシックですか（笑）。認知運動療法の治療が、認知運動療法を学習されていないセラピストから見ると、何をやっているのかわかりにくい、分からないというところがあると思いますけれど。特にPTが道具を使うという視点があまり無いので、何をやっているのだろうというところが正直あると思います。

荻野 でもPTからしてみたら、道具を使うというところに抵抗を覚える人って、最近は少ないかもしれないけど昔はいて、OTの視点からすると、運動療法って言う名前がついているから、あれはOTがやることじゃないなんてこともあったりしましたよね。でもそれも認識のすれ違いみたいな感じですよ。それと似たようなことかも知れないけど、認知運動療法は日常生活活動を無視しているわけではないんだよということが伝わっていない。今日の勉強会の話も聞いてもらつていたら分かるとは思つんだけども、結局その訓練をすることによって、患者さんの生活の質を変えていかなきゃいけない事は確かなんです。日常生活に目は向けているんですよ。でも日常生活

活の動作つてのはあまりにも複雑すぎるから、それをやってしまうと、発達の最近接領域ではないから、細分化することやシステムで考えていくことによって、治療を施していく。そこがうまく伝わっていないくて「はしません」とかつてことになったりするんだよね。筋力強化の話もそうなんだけど、認知運動療法は筋力強化訓練をしません。確かにしないんですよ。錘をつけて「1・2・1・2」はしないんですよ。それはしません。だけど、筋力を無視しているわけではない。具体的に言うると、特異的病理の「運動単位の動員異常」っていうのはイタリア語では「*disticit di reclutamento*」と言われます。「*disticit*」というのは「減少」という意味です。つまり意味合的には運動単位の減少であり、それが特異的病理の中にあるわけだから筋の収縮力というのはすごく大切なんです。だけど、中枢神経系の運動制御における脊髄での筋出力調整だけでも「リクルートメント」や「レート・コーディング」や「シンクロナイゼーション」があり（註6）、力が出ればOKって言うものではないって事を理解しておかないと、踏み外してしまつ。だから認知運動療法の理論というものをもっともつと深く理解をしていかないとけないのかなと思うんだけど、ただ、行けば行くほど難しくなる（笑）。だから、相当難しいので、今自分の知識のレベルがどのあたりなのかっていう事も考えながらやらなきゃいけないですよ。例えば、今日の勉強会の内容を一年目のセラピストにいきなり全部理解しろというのはそれは難しい。何か病院の中で特別な試みみたいなことしていますか。例えば勉強会に工夫をしているとか。

尾崎 当院でも興味のあるセラピストはベーシックとかその先に進んでいくんですけど、院内で勉強会やりますというアナウンスをしてあくまでも自由参加で強制ではないんですけど、興味のある一年

目の人達とかが参加して、部分的ではあるんですけど勉強会を開催している状況ではあります。その中で今までのリハビリテーションと認知運動療法との違いなどを提示し自分が行っている訓練とどうなのかを考えてもらうようにしています。

荻野 どうですか？それで？

尾崎 やはり難しいというところで、継続する方としない方がやはりいらつしやいます。興味のあるセラピストは質問をしてきたり、治療に行き詰まりどうしてよいか分からなくなった場合に、認知運動療法で治療するとしたらどのようにしていきますか？など相談をしてきたり、愛知の勉強会に参加したり、ベーシックコースその先のアドバンスコース、マスターコースへ進んで行きます。

荻野 難しいって何が難しい？

尾崎 理論の難しさもありますし用語の難解さもあります。勉強会に参加した後、治療を行うセラピストもいますが「結果がすぐでない」「時間がかかる」というところがあり、継続して学習していかない方もいます。結果が出ているところを見たり、自分自身が経験したセラピストは継続して勉強し学習していきますが。

荻野 確かに時間がかかりますよね。セラピストも患者さんも。当院のリハビリは、一年目で就職した場合は、院内ベーシックってのをやっていて、既存のスタッフが、分担をして、一年目に入ったセラピストに認知運動療法の理論を教えるということをしている。もちろんベーシックコース・アドバンスコースは一年目もしくは二年目の間に行っていたと思いますが、一応はそういうこともしています。でも愛知県でもそうなんだけども、認知運動療法そのものが広がっていないという印象はあるよね。今、話を少ししましたけれども、知識ばかり頭の中に詰め込んで頭でっかちになってしま

うよりは、患者さんをしっかり診ていかないといけないという、そういう視点忘れちゃダメだと思うし、例えば「認知運動療法は何々であるべき」という形で凝り固まった視点で考えるのではなくて、理論とかを深く考えていかなきゃいけないと思うんだけど、そのためにはどういったことが必要だと思いますか？

尾崎 まず考えさせることだと思います。一番重要なのは認知運動療法の治療を行って結果を出すということで、治療効果があるという結果を見せることがまず大事だと思います。やはり結果が出てれば患者さんもセラピストも凄くやる気といますか、なぜ今までの治療では結果がでなかったのに認知運動療法の治療を行うことで結果が出せるのかということを考え学習していくことと感じる。結局そういうのを感じて学習していく方もありますし、患者さんも治療効果がでていくという結果が出れば、こういう結果が出たっていうことを他の患者さんに広めて頂けるって言うこともあるんですよ、現実に。

荻野 それはたぶん訓練の構築のところだと思う。でも、考えてみれば「何々である」という当たり前と言われている事というものが結構多くないですか。我々の生活に。「は何々である」。本当にそうなのかっていう事が凄く多い気がします。ペルフエッティ先生が一番はじめに片麻痺の手は治らないっていうことを、ホントかって疑問に思ったわけですよね、そして仮説を立てた。その治らないって言うものがいわゆる真実で、その真実がもしあるとしたらもう疑う余地が無いわけだから、そこに疑いを入れないわけだから、考えることもしないじゃないですか。だから、それが思考停止になっっていくわけです。思考停止ではなくて、「本当にそれがそうなのか」ということを疑うようなことっていうことが日常生活そのもので



も我々の生活の中でも凄くあると思うんですよ。「ホントにこういうことなんだろうか」「あれってなんでこんなふうになっているんだろう」とか。例えば、今、ペットボトルの水を持っている人いますか（フロアの聴講者に対して問いかける）。あ、いましたね。ペットボトルの水と買って買ったんですよ。ちなみに車を運転されますか。運転されるのなら、ガソリンを買いますよね。ガソリンは高いと思いますか。

聴講者 はい、思います。

荻野 高いと思いますよね。最近また高くなっていますもんね。ペットボトルの水も買いますよね。ペットボトルって例えばこれは500mlです。これいくらでしょうか。

聴講者 だいたい120円ぐらいです。

荻野 120円ぐらいですよねえ。これ1リットルにすると240円ですよ。水が240円です。ガソリンは今なら150円ぐらいです。ガソリンの方がよっぽど安いんですよ。地球の裏側からあんなだけ時間をかけてですよ、あんなだけエネルギーをかけて持ってきて、しかも生成や製油っていう作業をして、輸送料をかけて各地に散らばって、ようやくそこで買うガソリン1リットルが水よりも安いです。水が高いのかガソリンが安いのか。こういうことに疑問を持つという視点というのは、僕は重要と思うんですけど。

尾崎 私も重要だと思います。

荻野 生活に直結している水。普通に買いますよね。何のためらいも無く。イタリアに行った時もそうだったんですが1ユーロぐらい平気で払ってしまう。ガソリンよりも高いのを平気で買う。でもよく考えてみると、こういう疑問だとかっていうのは山ほどあって、何かこう日常生活の中で考えないことが、特に現代人に多いような気が

がしているんです。もっともっと「あれホントにこうなのか」っていう思考のトレーニングを僕はした方がいいような気がする。そういうことが訓練やってみて「ホントにこの訓練でいいのか」「なんでこういうふうになってるんだろうか」「なぜ治らないんだ」とかの思考のトレーニングになるし、次に進んでいけるような気がするんだよね。

尾崎 そうですね。日常生活の中で様々な事に興味を持ち、思考することは重要な視点だと思います。治療の中でただ淡々とプログラムをこなしていくことだけでは治療とは言えないと思います。治療の中で常に問題、仮説、検証を繰り返し思考していくことが重要だと思いますので日常生活の中で思考するトレーニングを常に心がけて行っていくことで臨床の場でも生かされていくと思います。

誘導の怖さ

荻野 あと、さっきの話の中で、少し出てきたけど患者さんの記述を聞くことですが、尾崎さん記述を取るのには上手い方ですか。

尾崎 いや、上手くはないと思いますけど、努力はしています。患者さんの言語記述は治療を構築していく上で重要ですし、同じ言語記述を聞いてもセラピストの受け取り方により治療に生かす、生かせないの選択がされていると思います。また、質問の仕方というのが認知運動療法を学習しはじめた頃はよく分からなくて、患者さんから出てくる記述も「痛い」とか「重い」など三人称記述ばかりで、認知運動療法を学習されている方は誰もが一度は経験されると思いますが、一人称記述をどうすれば引き出すことができるのかと悩んでいた時に、何かいい方法はないかとビジネス書などの質問の仕方

の本とかを買ってきて読んだ経験はあります。

荻野 それって日本人が書いたの？

尾崎 日本人です。

荻野 外国の人たちと我々ではやっぱり違いがあるんだよね。特にイタリア人って自分の感情をまともに表すのが当たり前の文化ですから。通訳でもお馴染みの朝岡なおめさんが書かれた本があります。「体当たり」なイタリア極楽生活のすすめ(註7)って本です。その本の中の「おわりに」にこんなことが書かれています。

楽観的で、細かいことなど吹っ飛ばし、女性と見れば本能の手綱を引いたりしないイタリア人像。一般的に定着しているこのようなイメージは、日常の義務感やしがらみのなかで少なからず窮屈な思いをしている私たちに「えー、こんなんあり？」と感嘆の声を上げさせる。そういうのも、もちろんよくわかる。しかし、私が経験したもつと奥底からの解放感は、ちよつと違っていた。目からウロコが落ち、自分の地平線が一気に広がったような解放感。それは、彼らが自分たちの感覚や考えを「言葉」にしていくありさまに接したときだ。

「で、なお、めは何を感じたの?」「それ」を言葉にしてみても私たちは、下手をすると自分たちが何を感じているかもわからなくなってしまう。感覚に光をあてて、名前を与える。悲しみに、喜びに名前を与える。それがとりもなおさず、自分の立ち位置を確認していく大切な手がかりなのだ。エスプレッソを飲みながらグラッパをすすりながら、膨大な無駄話の合間に、サラリと自分たちの感覚を言語化していくだけで、モヤモヤしていたことが、コトンと音を立てて腑に落ちるような経験を何回もした。(前掲書、p234)

このように、何気ない一言で言葉にすることによって、物事がはつきり分かる。「貴方はどう思う?」と言うようなことを聞くのがイタリアの当たり前の文化なんですよね。すごいのは、この本は朝岡さんが認知運動療法の通訳をする前に書かれている本ってことです。つまり認知運動療法の影響はないんだけど、「記述」に近いことを言っているんですね。それと、僕が去年イタリアにいたときに感じたことは、疲れているときには疲れている、帰りたいときには帰りたいって言わないとダメなんです。察してくれる様な感じではないし(笑)、きちんと言う、そして言った事に対してはそれを普通に理解してくれるというか受け取ってくれる。日本だと、特に患者さんって「こんなこと言ったら先生に変わって思われちゃう」とか「こんなことを言うと嫌われちゃう」とか「明日からやってもらえないんじゃないか」って思ってしまったってあんまり言ってくれない。勘線ってしまふ感じかな。僕も外来で感じるんだけど「どお?」って聞くと、たいいてい患者さんは痛みを探すんです。「今日はね、この辺が痛いんです」みたいに痛みを探してしまふ。痛みを言うことがセラピストに対しての質問に対する答えだとかっていつぶうに思っていて、何かこう日本人の感覚と外国人の感覚とちよつとズレがある気がして、上手く患者さんの対話と言つか記述を引き出さないといけないと思うんだけど、なかなか上手くいかない。僕もやっぱり上手いとは思ってないんですよ。きついなあって思っています、正直なところ。「こいでちよつと面白い例を出そつかなって思ってるんですが、これは尾崎さんも初めてですよ。中公新書の「証言の心理学」(註8)という本です。高木光太郎という方が書いてます。認知運動療法の事に直接結びつくわけではありません。だから、これを読んだから認知運動療法のテクニカルな部分が上がるかかって言つと絶対に

そんなことはありませんが、ここの中でちよつと僕がびっくりした内容が書かれています。それをちよつと皆さんに聞いてもらいたい。これはですね、ある裁判の公判記録です。裁判の公判記録でいわゆる尋問の記録です。尋問者がQで、Aというのは answer ですからその回答です。ある女の子が拉致されて、悪戯されて、殺されてしまったと。その時に疑いを掛けられたAという被疑者がいて、疑いをかけられている状態でとられた記録です。以下少し読み上げますね。

Q: 普通の、遠回りして、土手を回って降りて行ったのかな。

A: はい。

Q: 途中で何か気が変わったことがあるんですか。

A: 気が変わったといいますが、遊園地の道路までは行きましたけれども、それから河川敷ですが、そこまで行きました。

Q: 取りあえずは、目的としていたブランコなんかがある、河川敷にある遊園地、そこには行ったんですか。

A: 道路はずつと自転車で走って行きました。

Q: そのこの遊園地のところには降りなかつたんですか。

A: はい。

Q: 遊園地に行つて一緒に遊ぼうという気持ちが途中で変わったことになるわけですか。

A: はい。

Q: どんな気持ちが起こってきたんですか。

A: そつですよ、やはり自分としては、かわいい子だなと思いつて……。

Q: 自転車に乗って、その場所を今あなたが言われた場所まで来て、その気持ちとしてはかわいい子だなと。

A: はい。

Q: それから。

A: それで、やはり自転車を河川敷ですか、止めまして、止めたところから下へ降りて行きました。

Q: そのときはどういう気持ちに変わってくるの。例えばこのかわい子を抱き締めたとか、いろいろそついう。

A: はい、そうです。

Q: もう少し具体的に言うと、例えばこの女の子を裸にしてなめたりとか、触ってみたいとか、そんな欲求も生じてきましたか。

A: はい、ありました。

Q: それで、そういう気持ちを持って河川敷のほうへ降りて行っただけですか。

A: はい。

Q: 最初、この女の子をパチンコ店の駐車場で見つけたときには、そういう気持ちは全くなかったんですか。

A: はい、ありませんでした

(前掲書 p161-163)

と、ちょっと強烈的な文章なんですけど、これをまとめる作業をするところだった「まとめ」になるそつです。つまり供述調書の要約です。

要約「遊園地の道路まで行くと一緒に遊ぼうという気持ちから『かわいい』という気持ちに変わってきました。それから自転車を止めて河川敷に下りていくと『このかわいい子を抱き締めた』この女の子を裸にしてなめたりとか、触ってみたい』といった欲求も生まれてきました。最初、この女の子をパチンコ店の駐車場で見つけたときは、そういう気持ちはまったくありませんでした」(前掲書、p164)

どうでしょうか。要約自体は、確かにこれになるんですね。さっきの会話を聞いて要約をしないといふこととなる。著者はこの本の中で警笛を鳴らしています。どういふことかといふと、はたしてこの要約文章で出てきている情報というのは本当に供述者Aの言った言葉なのか、といふことなんです。実はこの情報の出所はほとんどが尋問者になる。尋問者であるところを黒くするところになります(編集者注: **ゴシック体**の部分が尋問者からの情報となるように変更している)。

要約「遊園地の道路まで行くと一緒に遊ぼうという気持ちから『かわいい』という気持ちに変わってきました。それから自転車を止めて河川敷に下りていくと『このかわいい子を抱き締めた』この女の子を裸にしてなめたりとか、触ってみたい』といった欲求も生まれてきました。最初、この女の子をパチンコ店の駐車場で見つけたときは、そういう気持ちはまったくありませんでした」(前掲書、p165)

尋問者が言った言葉といふのがこの部分(**ゴシック体**)です。それ

以外のところは、尋問された人間が言っている。僕これを読んだときに、ふっと思ったんです。セラピストは患者さんを誘導するような質問をしていないだろうか。

尾崎 確かに、認知運動療法を学習し初めた頃は質問をしながら自分の中で、もうすでに答えを準備して患者さんの発する言語を誘導しているようなところがありました。患者さんの考えている時間が認知プロセスをふんでいる重要な時間だということを当時は理解していなかったので、早く言葉を出してほしいと自分の中で準備されている答えを誘導してしまうことが当時ありました。

荻野 患者さんもそれを感じ取るんだよね。

尾崎 はい、そうだと思います。患者さんはなかなか言葉には出しはくれませんが感じていると思います。

荻野 セラピストはこういう答えを望んでいるだろうかかってことがすでにあって、それで知らず知らずのうちにそっちの方にセラピストも誘導していつてしまう。そして狙いとする記述が出たらOKみたいな感じ。それって本当にいいのかっていうことだね。

尾崎 おそらくそれは、認知運動療法を学習している方のほとんどの方が経験されていると思うんです。セラピストが問いをかけて患者さんの言語記述を待つという時間があったらいいと感じてしまう、治療時間は限られているので問いをかけて知覚、注意、記憶、判断、言語という認知過程をふんでいくプロセスが重要なのに、ついつい患者さんの答えを誘導し、患者さんの発した言語記述を引き出すことが最終目標になってしまっている事が、私もそうでしたが認知運動療法を学習しはじめた時期のほとんどのセラピストが経験することではないかと思えます。

荻野 だからこの供述調書のよつなことが臨床場面でもありうる。例

えば「これだけ記述が出た」って言っているんだけど、実はほとんどがセラピストが誘導しているっていう事実があって、その記述が出てきてもそれは患者さんの記述ではないわけだから、当然治るはずが無い。そうすると変わらないということになって、最初の検証という話になる。記述下手と言えばいいのだから分らないけど、こういうことってありうるのかなって思ってしまう。セラピストが患者さんを誘導してしまうような聞き方っていうのは気を付けなければいけないし、患者さんには、closed question、open question っていうのがあるとするときっぱり open question で聞いていくべきだと思う。でもなかなか開いた質問では答えにくいから、上手く対話が成り立たない。そうするとさっき尾崎さんが言ったような人間関係っていうのがすごく重要な要素になってくる。思ったことを話してくれないとダメなんだから。これ読んでどう思いますか。

尾崎 尋問者と被疑者のやりとりは被疑者の本来の言語記述と言うよりは、尋問者の中で既に答えが用意されている中で被疑者の発言を誘導していくような質問をし、勝手に解釈をしてただ書いているという感じであり内容的には合っているように受け取れるんですが、その本質とはちょっと違うというように読み取れます、ほとんどの公判記録の情報が尋問者側であり被疑者の真の情報が引き出されておらず、尋問者に誘導されているように感じます。

荻野 セラピストの自己満足という感じが、そついったものになっていくような気がする。だから「認知運動療法をやっていること自体が気持ちいい」というようなことになっては絶対いけないと思う。認知運動療法をすることによって患者さんが回復していくという視点を僕は忘れちゃいけないし、そのためには検証と言うことをしっかりしていかないといけない。もちろん記述も引き出していかなければ



ばいけない。勉強することによって頭でっかちになりすぎていけないし、少なくとも患者さんに繋がるような、勉強をしていかなきゃいけないだろうし、認知運動療法はこうあるべきだという思考停止に陥ってはいけないと思うんですね。そういったことをこれからもやって行きたいなって思います。

尾崎 患者さんを回復させていくことが私たちの仕事です。その中で一人称記述を引き出すというところは凄く難しいところではありますが、患者

さんは「こんなこと言っているのかな」と言われる方が多いんですね。それが先ほど言われたように、患者さんに「こういうふうの治療は良くないと思います。患者さんの発する言語記述により内部観察ができ、その患者さんを外部観察、内部観察の両方から見ることで病態を解釈し、適確な治療に結びつけることができると思います。」

荻野 「検証下手」「記述下手」「頭でっかち」「思考停止」というようなピットフォールに落ちないように、これからも認知運動療法の勉強を続けていきたいなって思います。今日はどうもありがとうございました。

(2011年3月26日、国府病院リハビリテーション科にて)

註 釈

(註1) 雁作者的態度

自分の作品の不完全な部分に注意を向ける態度を持って、どうしても全面的に満足のゆく結果が得られなかったのかの原因追究に努めるという姿勢。仮説を立案してその仮説に対しての検証を行うことを繰り返す思考循環を意味する。

(註2) 山田規敏子

1964年、香川県高松市生まれ。東京女子医科大学在学中に、一過性虚血発作と脳出血を起こす。34歳で脳出血を再発、脳梗塞も併発し「高次脳機能障害」と判断される。医師を休業し、高次脳機能障害に関する原稿執筆や講演活動を続けている。2009年に開催された第10回日本認知運動療法研究会学術集会でも講演をしていた。代表する著書に「壊れた脳 生存する知」(講談社、2004年)、「それでも脳は学習する」(講談社、2007年)がある。

(註3) ジル・ボルト・テイラー

インディアナ州インディアナ医科大学の神経解剖学者。ハーバード脳組織リソースセンター(脳バンク)で精神疾患に関する知識を広めるために尽力しつつ、ミッドウエスト陽子線治療研究所(MPRI)の顧問神経解剖学者として活躍している。1993年より、NAMI(全米精神疾患同盟)の会員でもある。タイム誌の「2008年世界で最も影響力のある100人」に選ばれた。著書「奇跡の脳」(新潮社、2009年)。

(註4) 坪倉優介

1970年大阪府生まれ。草木染作家。大阪芸術大学芸術学部卒。1989年交通事故で記憶喪失になる。1994年京都の染工房「夢祐齋」入社、染師・奥田祐齋に師事する。2004年独立し、世界中を旅しながら新しい染色技術を研究する。2005年「優介工房」を設立。桜、桃、どんぐり、笹など、さまざまな植物での草木染を行い根強いファンを魅了しつつける。著書「記憶喪失になったばかりが見た世界」(朝日新聞出版、2011年)。

(註5)「構え」などについて

この部分の詳しい記載については、斉藤孝著「教師＝身体という技術」(世織書房、1997年)などを参考のこと。

(註6) 中枢神経系の運動制御における脊髄での筋出力調整

リクルートメント (recruitment)・動員する運動単位の種類と総数による調節)、レート・コーディング (rate coding)・運動細胞の発火頻度)、シンクロナイゼーション (synchronization)・活動時期による調節)。

(註7) 体当たりなイタリア極楽生活のすすめ

朝岡なおめ著、実業之日本社から2005年に出版された。著者は日本認知神経リハビリテーション学会のアドバンスコースやマスターコースなどで通訳を務めてくれている。通訳・翻訳の分野で多方面で活躍されている。他の著書に、「しゃべるが勝ちの朝岡式イタリア旅行術」(小学館、2000年)がある。

(註8) 証言の心理学

高木光太郎著、中央公論新社から2006年に出版された新書。著者は1965年東京都生まれで、現在は、東京学芸大学国際教育センター助教授。著書に「想起のフィールド 現在のなかの過去」(共著、新曜社、1996年)、「ヴィゴツキーの方法 崩れと振動の心理学」(金子書房、2001年)、「心理学者、裁判と出会う 供述心理学のフィールド」(共著、北大路書房、2002年)など。