

認知運動療法フォーラム（学術集会特別号）

それでも脳は学習する

～高次脳機能障害者の世界を語る～

対談者 山田規畝子・高橋昭彦・富永孝紀・中里瑠美子・森岡周

高次脳機能障害者の世界

高橋

では学会最初のプログラムであります招待講演を始めたいと思います。今回、整形外科医である山田規畝子先生を学会の方にお招き致しました。山田さんの事は皆さん著書の方を読まれた方はご存じだと思いますが、三度の脳出血を起こされております。著書の中ではご自身の見えている世界、あるいは生きている世界ということを書かれています。僕は外から山田さんの生きている世界をみる事が出来ませんので、今回は山田さんとの対談を通して、たくさん教えて頂こうと思っております。山田さんよろしくお願ひします。先ずはこの招待講演に参加して頂くメンバーを紹介いたします。山田規畝子さんです。お隣が山田さんの代読をして頂きます中西さんです。皆さんから見て右手



山田規畝子（やまだ きくこ）

プロフィール

1964年香川県生まれ。東京女子医科大学卒。整形外科医として働いていたが、三度にわたる脳出血で高次脳機能障害を負う。現在は医師を休業し、帰郷した高松を拠点に高次脳機能障害に対する社会的認知を広げるために執筆、講演活動に取り組んでいる。

の方に座っていらつしやいますのが畿央大学の森岡さん、豊島病院の中里さん、村田病院の富永さんです。では、まず山田さんから現在どういう世界を生きているのか、文章を書いて頂きましたのでそれを中西さんの方から代読して頂きたいと思ひます。宜しくお願いします。

中西 こんにちは。山田規敏子と申します。本日はこの様に晴れがましい会にお呼び頂きました有難うございます。私はもやもや病による脳出血から高次脳機能障害を発症し、障害を抱えながらも「普通の生活が最高のリハビリ」という信念をもつて10年あまりを過ごしてきました。その間には、命の危機にさらされる大きな脳出血の再発をしたせいで左半側に麻痺が残り、声が小さいこと、呂律が回らない事もあり、私の話を良く聞いて頂きたいという思いからあらかじめ書いてきた原稿を代読して頂いております。本日私をお呼び頂きました大きな理由として、私がこれまでの著書の中で何度も書いてまいりました「前子ちゃん」ということの意味について、リハビリをご専門とされる方々の間で考えてみようというご希望があると伺っております。ですからまず私にとつて「前子ちゃん」がどんな存在なのかということについてお話ししたいと思ひます。「前子ちゃん」という言葉は私が勝手に創作したもので、「前子」の「前(ぜん)」は前頭葉の「ぜん」、それに私が女なものですから「子」を付け、その存在が自分の分身のようにとつても親密に感じられるので「ちゃん」を付けたというもので、説明を聞いてみれば「なんだ、そんなことか」と笑われてしまうかも知れません。ちなみに私のかげがえのない心の恩師である山鳥重(やまどりあつし)先生は、この言葉をおっしゃる時には、「ちゃん」ではなく「さん」付けして下さつて「前子さん」と呼



高橋 昭彦 (たかはし あきひこ)

プロフィール

1969年福岡県生まれ。九州リハビリテーション大学校卒。
2005年9月から2006年8月まで認知神経リハビリテーションセンター(イタリア・サントルソ)、小児クリニック(イタリア・ピサ)にて研修を受ける。現在は高知医療学院(高知県高知市)理学療法学科に勤務。

んで下さいます。とても紳士的な方だといつも頭が下がります。さて、私の著書をお読み頂いた方からご質問を頂く内容で最も多いのが、この私が「前子ちゃん」と呼んでいるもう一人の自分と語り合うように感じているという現象についてです。これは、認知機能が低下した私が、的確で迅速な判断に迷ったり、思考が混乱して收拾がつかない時に無意識にやっていた行動がその発端となつていることで、最初は独り言の多くなつた自分への気付きで始まりました。障害の症状がかなり重く出ている時には自分から動いて行動するということが体がなかなか出来なかつたのですが、次第に行動範囲を広げて暮らせるようになっていく中で、この独り言は自分が求めている答えを得るために自分で自分を意図的に呼び出しているものではないかと気付きました。「おー

い、どうしたらいい？」とか「えーと、なんだっけ？」という呼びかけです。こんな具合に、私はただぶつぶつと独り言を言っているのではなくて、誰かに尋ねているのだと分かり始めたのです。その頃は、自分が尋ねている相手が誰なのかということとはほとんど気になりませんでした。そうやって尋ねてみると思考の混乱が整理されてきて、今まさに困っていることへの問題処理が容易に出来るようになるのです。答えとして求めている判断や経験の記憶、かつて得た知識の記憶などが楽に浮かんできて、次にどうすべきかと私を導いてくれるのです。インターネットで知り合った高次脳機能障害をもつ大学生の男性とメールでこんな話をしています、彼に「それって僕にもありますよ」と言われた時には大変驚きました。彼も日常的にそれを感じていて、彼はその現象を「飯を食わない方の自分」と呼んでいました。それはまさに言い得て妙であって、私が頼りにして尋ねかけている相手は自分自身なんだと確信を持つに至りました。私がこれまでの著書で表現してきましたように、「霧のかかったような自分のいる部屋」ではいつも私の頭はぼんやりとしていて、考えていることは輪郭のはっきりしないようなものだったような気がします。そんな時に呼ばれてやってくる彼女は目の前で「これはこうだったから、こうじゃないの」「そっちはこうで正解よ」とばりばり説明をつけて明快に教えてくれるのです。そんな時、高次脳機能障害のことを知りたくて読んでいた本の中で最も実際の障害のことを分かっている人だと感じた山鳥先生の勤務先を調べ当てて、その時の自分の状況を手紙に書いて送ってみました。こんなもう一人の私に助けられて生きていますということも書きました。今思うと、とても大胆な事をしてしまったと思いますが、山鳥先生はちゃんと



富永 孝紀（とみなが たかのり）

プロフィール

宮崎県宮崎市出身。理学療法士。日本認知運動療法研究会理事。宮崎リハビリテーション学院卒。神戸大学大学院保健学科博士前期課程終了。兵庫県立総合リハビリテーションセンター勤務を経て、現在、村田病院リハビリテーション科に勤務。

お返事を下さり、さらに河村満（かわむらみつる）先生も紹介して下さいました。山鳥先生から最初に頂いたお手紙は「自分の事を客観的に観察できる働きは左脳の前頭前野というところにあるのではないかと思っていました、あなたのお手紙を見てやっぱりそうなのかなと思いました」というものでした。ご自身のメールアドレスを教えてくださいましたので、それから時々、疑問に思うことを図々しくお尋ねするお付き合いが始まり、先生に勧められて自分の脳の世界を観察して綴った文章のちに「壊れた脳生存する知」という本として出版される事にもなりました。その本の解説も山鳥先生が書いて下さったのですが、その中で先生は「前子さんに言語化してもらおうことで山田さんは心が混乱に陥る事から免れ、心の秩序を保っている。前子さんは山田さんの心

の中の最も理性的な部分です」と書いて下さいました。その後、暮らしの中で学習が進み、色々なことを考え込まないでも判断したりできるようになってきた私は、敢えて「前子ちゃん」を呼び出す事をしなくなってきました。無意識のうちに「前子ちゃん」が顔を出す事は今でも時々あります。けれども、以前のように一事が万事、一日中「ねえねえ、どうしたらいい？」と言語化しなくてもなんとなく霧のかかった頭のままで、なんとなく正解を出すような離れ業が出来るようになってきました。「前子ちゃん」に探しに行ってもわからないと思いつけない記憶も、かなり再生しやすくなってきました。これが今の私の状態です。先ほど私に「前子ちゃん」とは他ならぬ自分自身のことではないかと確信させてくれた男性の事を書きました。私は今、地元の高松でピアカウンセリングをやったり、自分のホームページの掲示板で同じような障害をもつ色々な方々と話す機会が多くなりました。そんな中で「前子ちゃん」のことを話すと「自分もそんな気がする」とおっしゃる方々がいる反面、「自分には前子ちゃんのようなもう一人の自分が出てこない」とおっしゃる方もいます。山鳥先生から色々教えていただく中で、私なりにその理由はこういうことではないかと思っている事があります。それは「前子ちゃん」は私自身だから、その実体は他ならぬ私の経験が人生の中で作ってきた力であるはずで、「前子ちゃん」は私の脳の履歴であろうという事です。「自分には前子ちゃんが出てこない」とおっしゃる方の中には若い人が多いのも、そんなところに理由があるのではないかと思います。脳出血で倒れる前に、ある程度の体験を積み重ねてきた私とは違って、まだ人生をほんの少ししか生きないうちにこうした障害を抱えてしまった人達のことを想

像しますと、私には想像もできない苦しみがあることに気持ちが悪くなります。私が「前子ちゃん」にアクセスする方法は、尋ねること、呼びかける事で、これまでの著書の中ではそれを「スイッチ・オンする」と表現したりしています。声に出したり、口をつぐんだりで独り言を言ったりしていた時は、間違いなくそのアクセスは私の脳の中の言葉、言語の力でやっていたに違いありません。それはまぎれも無く私の脳の中で私の思考を言葉で整理してくれているのです。そして今は、「前子ちゃん」にアクセスするという方法をとらなくても、無意識に判断や思考の結果がダイレクトにすつと頭に浮かぶ事が多くなりました。この会場にいらつしやる方々の中には、認知運動療法を実践していたり、関心を持たれている専門家が大量いらつしやることと思います。そうした



中里 瑠美子 (なかざと るみこ)

プロフィール

東京都出身。東京都立府中リハビリテーション専門学校作業療法学科卒業後、昭和大学藤が丘病院、東京都勤務を経て、現在は東京都保健医療公社豊島病院勤務。

方々からみて私と「前子ちゃん」とのこの付き合い方の変化はどのようにご覧になるでしょうか。最後に、大阪の摂南総合病院の塚本芳久さんと山田真澄さんが一昨年から昨年にかけての一年間、月に一度私の自宅に通ってくださり私に認知運動療法を体験させて下さいました。別に隠していたわけではありませんが、実は私は認知運動療法の体験者なのです。私はそれまでに高次脳機能障害を治療する為のリハビリらしいリハビリを受けた体験はないのですが、同じリハ室で脳卒中の患者さんたちが受けているリハビリを眺めていたりした事から、自分もそんな動作の練習をやるのかなと想像していました。けれども実際に塚本さんや山田さんが私に求めたことは、自分で自分の身体を意識することでした。私には左半身に麻痺がありますし、無視もあります。私にとって出来れば自分の左側を意識しないで済ませたいものですが、暮らしていると左が意識できない事でやらかしてしまう失敗もよくあり、そんな時にはとても嫌な形で自分の左側に無視という障害があるのだということを意識することになってしまいう事事の繰り返しでした。けれども実際に認知運動療法を始めてみますと、自分の身体を意識するための練習というものが、この世の中にあるのだということが新鮮でした。月に一回という少ない機会でしたが、初めて自分の左手を自分の一部として動かせた事とか、以前なら風が吹けばすぐに吹き飛んでいくように頼りなかつた自分の左足が、高松の強い海風に吹かれても地面にしっかりとついている感じがするようになった事とか、きちんと自分の身体を自分のものとして感じたり、イメージしたりするための練習があると知ったことは私にとって大きな進歩でした。それは前頭前野の「前子ちゃん」と二人三脚しながら自分を取り戻してきた脳

の働きとは全く違った感じがしています。私がイメージできる自分の身体はまだまだ自分の手や足の見える部分の働きを視覚の助けを借りながら動かすところが多いのですが、それが自分の身体だという感覚もあり、でもそれは視覚的なものではなくもつと自分の中からくる感覚を私の脳が、「これが私だな」と確認しているようなものなのです。これもまた脳の力であることに間違いないと思いますが、皆様はどのように考えられるでしょうか。こんなこともこの機会にいろいろ伺いたいなと思っております。自分のためにとこの事はもちろんですが、私はよくピアカウンセリングで「左手がすっかり動かないのはいつか良くなるのか」という質問をいただきます。そんな方たちにも適切なアドバイスができるようになりたいと思うからです。私の事を説明するのが目的



森岡 周（もりおか しゅう）

プロフィール

高知県出身。理学療法士。日本認知運動療法研究会理事・評議員長。高知医療学院卒。高知医科大学大学院博士課程修了（医学博士）。近森リハビリテーション病院、高知医療学院勤務を経て、現在、畿央大学健康科学部に勤務。

高橋

であるはずですが、私からのお尋ねもちよつと加えさせていただきますました。ご清聴有難うございました。

山田さん、中西さん有難うございました。山田さんは声を大きく出せない、あと長い会話をずっとしていくことが難しいという事で今回代読という形をとらせて頂きました。ちよつとスライドを出してもらって良いですか。これは山田さんの著書からとつてきた画像ですけど、2001年、三度目に倒れた時のCT像です。これを見ますと、右の基底核を中心にかなりの大きな血腫が出来てしまったことがわかります。最初にですねこの部位、著書ではかなり横の広がり縦の広がりがあったとお伺いしております。一部は脳幹まで達していたということですが、この失われた脳の部位がどのような機能を持っているものなのかを整理しておき

CT画像に映し出された巨大血腫



2001年1月5日、脳出血発症当日。術前のCT上では、右大脳基底核部に、直径6cmほどの大きな脳内血腫が認められた。手術で除去した血の塊は直径8cm、150gもあった。



2001年2月23日の頭部CT。術後の血腫腔が認められる。空隙部分の脳機能は失われ、頭頂葉など他の部分にも血管障害を併発したため、さまざまな機能に障害が起きた。

資料提供/片木脳神経外科

森岡

たいと思います。かなり広い範囲なので様々な症状が出ると思像されます。特に山田さんの場合は、高次脳機能障害の半側空間無視、注意障害、記憶障害というのが主な症状として出現してしました。この脳の写真をみて畿央大学の森岡さんに少し解説をして頂こうと思います。では森岡さんよろしくお願ひします。

宜しくお願ひします。えーと、問題は難しいんですが、これはスライスですので、横の損傷像の広がりしか分からないんですが、横の広がりから言うと前頭葉から頭頂葉に問題があると思えます。その下の層の大脳基底核においてもこの画像から問題点があります。こうした画像から一般的に考えられるのが、視覚的な注意障害、自分自身を気付けないというよりも、外的なものに対して注意が向けられない、どちらかというと意識的にはのぼらすことが出来ますが、普段潜在的に何かに対して注意を向けているという事に欠陥がみられることが考えられます。あと、左半球は右の空間しか処理しないのですが、右半球は左右の空間の情報処理を担いますので、そうした事からも右半球がこのように大きな損傷像を持つことによって、やはり左の空間の欠落が起こってしまうと考えられます。後は大脳基底核の問題ですが、神経伝達物質の調整の問題から促進性とか抑制性の制御が出来ないということが考えられます。声が小さい症状も基底核の問題と考えられます。またステレオタイプのような行動になってしまうのも皮質の問題というよりも、基底核病変に基づいたものではないかと思えます。問題は同じ層の連結といった横の繋がりとより縦です。で、縦の繋がりとというものによつての行動の制御というものが非常に難しくなってくるのではないかと思われます。皮質と皮質下の連結による普段、潜在的に無意識的に行動していたものが、皮

質だけで制御しなければならなくなったので、常に意識にのぼらせておかなければならないという状態になっているというわけです。本来はいちいち意識にのぼらせてコントロールせずとも行動が、皮質と皮質下の連結という様な基底核と頭頂葉、前頭葉のネットワークによっておこなわれていたものが、そこが途絶える事によって、無理にでも意識にのぼらせて皮質間を繋げることによって行動を起こしていく、つまり一番理性の脳である、左の前頭葉を用いて、常に言語的な注意を向けることが日常生活において必要ではないかという点を実際に先ほどの文章から読み取れました。あまり複雑に言うとう問題がややこしくなるので、ここでいったんおきたいと思えます。

高橋

このCT像はですね、2001年のものなんです。今2009年です。このCT像はですね、2001年のものなんです。今2009年です。この前、高松の山田さんのご自宅にお伺いさせて頂いて、色々お話をさせて頂いたときに、この8年間の歳月の間に記憶障害と注意障害が非常に改善されてきたなと思えました。例えば著書の中に、毎日飲む薬を飲み忘れないように、薬用のボックスを家に作られていると書かれています。そこで僕が「あれが有名なボックスですね」と山田さんに聞いたんですよ。そうすると山田さんが「もう今は使っていないよ」というふうに言われました。今はボックスを利用しなくても薬の管理は可能ということなんです。だから注意や記憶というのは非常に改善を示したんだなと思えました。その反面、山田さんに聞くと、半側空間無視は、あんまり変わっていないというふうに言われていました。注意とか記憶とかは、改善したにもかかわらず、半側空間無視って結構しつこく残っているということなんですけど、「これって何でかな」と考えた時に、注意や記憶は責任領域

森岡

域があるわけではなく、多くの領域が関わっていると言われてますので、他の残っている脳領域が活性化することで、その機能が代償されてくるのかなと思えました。その反面、視覚的なもので、半側空間無視に関しましては、他になかなか代償することが出来なくて、8年経った今でもあんまり変わらないのかなと考えました。この注意とか記憶とかが比較的よくなってくる。それに対して空間無視はなかなかしつこく残るという様な事は何か、このCT画像からとか、脳の機能から言えることがありますか。まず注意というものはもちろん高橋先生がいわれたように様々な機能を持っています。特に今回の話を伺うと、実行性の注意が保たれていますので、つまり「自分はこうして、こうしてこうしよう」とか言語的な注意を用いることで外界に意識を向けるというの、頭頂葉の機能ではなく主に左の前頭葉がやっていますが、そうした注意によってトップダウンに処理すると、本来は右の頭頂葉と前頭葉の機能によって情報をボトムアップに瞬時に処理するわけですが、それが出来ないで左前頭葉の機能である言語性ワーキングメモリ機能を用いて行動を制御することになります。頭頂葉だけで活性化することとはほとんどありません、つまり関連する前頭葉が活性化することによって頭頂葉に残っている部分を引き出してあげるといことが機能代行としておこなわれているようです。最初は自分自身が意識的に注意を向けていたのが、その後、脳の情報処理を変化させることで潜在化されていった可能性が考えられます。記憶ももちろんそうであって、記憶はどこか一部に責任領域があるわけではなくてその時々起こったエピソードによって想起され言語に置き換えられます。その繋がった瞬間に記憶が鮮明になるわけですけども幸いなこ

とに海馬に障害をうけていないのでそれが可能ではないか
と思います。ただ半側空間無視に関しては、右半球の頭頂葉と前
頭葉のネットワークが責任領域なんで、この領域の組織化は論理
的な言語によって引き出すことがなかなか難しいです。この
領域はどちらかという外部に対する感覚的な注意の作動と、自
分自身の身体に対する知覚や注意によって賦活しますが、これは
論理的な言語というよりも一人称的な言語によってあらわされ
るものです。

高次脳機能障害に對峙する

高橋

今の森岡さんのお話の中に、高次脳機能障害を考える上で、非常
に重要なポイントがあると思います。それは記憶は、言語に置き
換えられるという事です。記憶するためには言語化してそれをどこ
かに保存する、という形態がとれるということです。それに対し
て視覚というのは、情報を言語化することが出来ないというところ
が高次脳機能障害のリハビリテーションを考える上でキーワ
ードになってくる事かもしれないというふうに思いました。

日本では実際に高次脳機能障害の方のリハビリテーションを担
当するのは主に作業療法士の先生方だと思えます。山田さんに倒
れた時に入った病院では、どのようなリハビリテーションを受け
られましたか？と聞きますと左から声をかけられたとか、あと面
白いなと思ったんですけど、ご飯を食べ残してしまうので、見え
ますかね？僕の前にテーブルがこうあるとします。ご飯のお盆が
運ばれてきます。そこにセラピストが患者さんの左手をお盆の左
側に置くらしいです。こうやって。セラピストは左側に他動的に

左手を運んで、「じゃ、これでご飯を食べなさい。」と言わらしい
です。なんとなく分かるんですよ、そのセラピストの意図が。手
を置くことで、注意を左へ誘導したかったのかなというふうに想
像されるんですけど。山田さん自身は、「何の効果があるのか、
何の意味があるのか、全く分からなかった。」とこの前おっしゃ
られてました。一般論でいいですので、実際にこのような記憶と
か、注意とか、空間とかが障害された患者さんに対するリハビリ
テーションで、作業療法はどのようなアプローチをおこなうのか
について、中里さんはこの中で唯一の作業療法士ですので教えて
頂いて宜しいですか。

中里

一般的な事ですね。左半側空間失認を、左側を上手く認識できな
いという外部的な検証としてとらえている事はあるのではない
かと思われます。そうしますと左側が見れないという事が目に見
えてくる障害であり、左側が認識できればこの問題はクリアされ
るといふふうにセラピスト側の評価が流れていくわけですね。と
なると、見えにくいものを何かヒントを、患者さんにとって注意
がいきやすい何かヒントを提供することによって、視覚的には見
えにくいんだけど、ちょっとヒントに手伝ってもらって左側
に注意を向けるといったようなそういった治療の流れが一般的
には多いような気がします。具体的には、左手を手に置くこと、
机上に置くことで左手の方に注意をむけると食事が見えるとか、
ご自分のお好きなもの例えば左側に置くとか、赤いものを置くと
か、そういった対応が一般的ではないかと思えます。

高橋

教科書を読んでも左から声をかけましょう、とか左に赤い印を付
けましょうとか、今の中里さんが言われたようなことが載ってい
ますが、僕の印象では、ほとんど高次脳機能障害、特に空間無視

中里

は回復していない現状があるんじゃないかなと思います。中里さんは、空間無視とか注意障害の方に対して、今おっしゃられたみたいなりハビリテーションでは何が不足していてどういうふうになりハビリテーションを展開していかないといけないかという、何か提案がありましたらお話しして頂きたいんですけども。左半側空間失認というものを単に左側が見えないという現象というふうに捉えるということから考えなおす必要があるのではないかといいふうに実感しています。左側のものが見えないということ、簡単な検査のバッテリーとかをやりますとそういう結果が出ますが、それが患者さんにとってはどういう経験になっていて、その経験の上でできてきているものだけを検査上なり動作の中で、私たちは外から見ているんだという図式をはっきりさせる必要があると思うんですね、そうすると例えば、教科書的に赤い線を例えれば引いたところのものに注意を向けるといったようなことがあっても、先程、山田さんの言葉でも手を置くことによつて何をしようとしているのかが、患者さんの側にははっきりしない、つまり、実際患者さんがそこでやらなければやらないことは、セラピストによつてご飯を食べなさいと言われてるわけですが、その時の患者さんというのが、どういう経験をされるのかというところが見逃されているような気がするんですね、患者さんのもつと生きる経験というべきものがあるわけです。例えば食事一つでも、今ご自分が食事をされる時に食べるということそれから、そのために美味しく食べたり、順番とかあるわけですね、味の順番で食べたいとか、あるいはこぼさないように食べたいとかそういったようなものを考えて、どういうふうにやったらそれが自分の一番最適な思ひにかなうような運動の動作として起こせばいい

いのかということ、患者さんも考えるわけですが、でも考えるんだけれども、そのところで当の患者さんが考えている立ち位置と違うところで、手をテーブルに置くとか、あるいは食器の色を変えとかするだけでは、患者さんの側に見れば、今生きている瞬間として「自分が何を考えて、何に注意して、何をしたいのか」ということ、そして「だからそのためにこうするんだ」ということが、逆に妨げられてしまうような訓練になるかもしれないということが言えると思うんですね。だからまずはその部分の患者さんとの「まず、どうしていきましようか」というところを、患者さん自身がどこを混乱されているのかということのやりとり、これは、山田さんみたくにできる方もおられますし、その部分に気がつかなくて出来ないまま、言われるままにどんどんやりだすと結果としてこぼすとか左側を残すということが出てくる方も多いと思うので、その部分つまり患者さん自身が「私はどうしたいの、私は何が今ちよつと困っているのかな」というところを立ち止まれるような手助けを私たちセラピストが、するべきではないかというふうに考えていますけど。

高橋

今のお話、同じテーマを山田さんの方にもおたずねしてもよろしいですか。先ほど説明しましたが、食事する時に、左手の方に置かれても特に意味がなかったというか、御本人の中では何の事なのか意味がよくわからなかったとお話しされていましたよね。受けられてきたりハビリテーションをふまえて、何か山田さんの方からご説明があればお話ししてください。

山田

私が病院で受けたリハビリの中では、左側に注意を向けるということについては「なくしたものは左にあるのだから、左を使うように気をつけましょう」というような言われ方でした。でも、そ

これは退院した後の生活の中では、ほぼ役に立たなかったですね。中里さんがおっしゃったように、患者の気持ちとしてはですね、目の前のご飯をこぼさないように上手に食べようと、見逃しが無いように全部ご飯を食べようと思う時に、一番早い道は、すべて右側の意識の中で納めようと、右側でやってしまおうというように発想しますね。なんとなく右側全部で左をカバーしてやっていくというのが、患者の発想ではないでしょうか。右からだったらできる、だから左からは言っても来ないで、という気持ちなんです。セラピストが左からアプローチしてくるのを非常に不快なものに感じるんですね。右なら分かるのになんで左からこの大事なことをやらせようとするんだという感じで、いやな気持ちがあるんです。うつつとうしいとか。右側に回ってくれば、何とかなるのという気持ちがあるんで、リハ室に行く楽しさとか、リハをやるモチベーションを保ち続けるためという意味では、そんなふうにずっといやな左側から攻められるそのメカニズムが自分で理解できないままリハが続くと、とにかくめんどくさいからという気持ちが強くなってしまいますので、現実的には分からない方からアプローチしていくというのは、いろんな意味でマイナス面があると思うんです。それでもなおやっぱり、左からやった方がいいんでしょうか。そんなことを聞きたくなってきました。

高橋

今、山田さんの方から逆に質問を頂いたのですけれども、今、キーンになったポイントは「不快感がある」というところだと思っただけですね、僕はセラピストですから、山田さんや患者さんの欠けている部分をできるだけ修復していかうと、回復させていかうと、というふうに考えています。それが左が無いからといって左からば

かり入力してくるということが、患者さんのモチベーションを下げてしまつて、不快感を出してしまうと今山田さんのお話を聞いて初めて知りました。かといって、まるつきり右ばかりに例えれば、食事を右空間だけで食べられるようにするという事は、あまり賛成できないんですけれど、僕自身が今感じたのは、必ず右と左の比較を前提にすることが必要ではないかと思ひます。分からない左ばかりから入力してくるのではなくて、分かる右と分かる左とが、常に比較対称となるような形で訓練を展開する必要があるんじゃないかと思ひます。特に空間の問題もそうなんですけれども、身体そのものも、常に左右対称であるということも、左から声かけるといふのは、恥ずかしい話ですが、学生時代の教科書に記載されていることで、それを教育として受けてきていて、できるだけ左側を向いてほしいといふところから考えたものだと思ひます。これは何気なくそういう教育を受けて来て何気なく臨床の中で、そういうふうにしてきていましたので、今お聞きして、これは少し考えながら接していかないといけないなというふうに思ひました。日頃臨床でも、本当に分かりにくい左側というところから、例えば左側の手であったり足であったりするのですが、そういうところから、感覚といふものを入力していき、どういふふうに感じていふのかといふことを聞いたりしながら臨床展開してあります。個人的な意見になつてしまふかもしれませんが、まず左側から情報を入力してそれが少しずつ知覚することができるようになつてから、右側との感覚情報の比較・照合して

富永

富永さん、臨床で空間無視の患者さんをよく診られていると思ひますが、何かご意見がありますか。

いくというふうには実施しているのですが、もう少し分かりやすい右側というのも少し考えていきながら、右と左の比較というのも考えていくべきなのかなというふうに思いました。それはやはり患者さん自身と、対話をしてどう感じているのかというのを聞きながらでないとおそらくできないことだと思います。おそらく会場の皆さんも、ほとんどの方が左から声をかけていると思うのですが、やはり、機械的なりハビリテーションではなくて、患者さんと常に対話をしながら、患者さんの考えや思考と、患者さんの回復に向けての我々の思考というものを、どこか共通した考え、感覚というものでとらえていかなければ、半側無視というものは、改善にいたらないのではと思います。患者さんとセラピストの思考というものが解離してしまうとおそらく、いいリハビリテーションというか、訓練としてなりたつていかないのかなというふうに思います。

中里

私自身は前にですね、小川奈々さんという左片麻痺の小さい頃に左片麻痺になられた患者さんとすごく細かくやりとりした時に、やはり彼女から左側に来られるといやな感じがするとうふうに言われたことがあるんですね。彼女は生活の中でも例えば、左側が壁になるようなところにいつも立っていたりとか、左側には人が来ないような空間を選んで立つ、あるいはバスに座るときも右に人はいてもいいんだけど、左に人が来るような二人席でも左に人が来てしまうようなところには座りたくないというふうに行為そのものが、そういう部分から規定されているんだということを教えて頂いた患者さんなのですが、その時にやはり「はつと」思っ、今は臨床の中では、左の方に無視がある患者さんに関して、必ず右側に座ります最初、そこから、右の方から話

をするんですが、徐々に患者さんの右側にいたのが中央に、真ん前に正面に来るように、私の方が移動するようにしているんですね。患者さんの方が、話をしたりいろんな感じていく上で「え、だったらこっちもあるってことかしら」というふうに、左の手なり左の足なりに、患者さんの方が注意を向けて行った時に初めて「そうね」ということで「そちらに回ってもいいですかね」というふうな声かけをするということですね、数年前に教えて頂いてから、必ずやるようにしています。これは特に左の半側空間失認がないというふうにみられている片麻痺の患者さんにも、全員ほぼそういうふうなかたちでやっています。最初は右側でこう左の方を何やかんや言われないのでもいいわけですね、こうですかねとのおっしゃっていた方が、例えばこういうことはどうですかねとか、基本的に例えば、何かを持つという事はイメージできますか？というふうな話になった時に、患者さん側の方からそういうば私左手動かないんですよとか、そういうことが出てくるのをその局面に患者さんが立つのを待つという形が自分のスタンスとしては強くあります。だから、はつきり言って2単位、3単位の訓練の中で、ようやく左側に回ったところで時間が終わるということももちろん初期の場合にはあるわけです。ただ、そこが無いと患者さんの気持ち自体が「じゃ左側を見てみようかしら」、あるいは「右手があるんだからこっちの手もどこかにあるはず、どこにあるのかしら、」という方向に注意が向くというところが起きないと思ひ、やはりそこは絶対にはずせないと考えているので、今、山田さんがおっしゃられたこと、左の方からいやな感じがするといったような話は以前にメールで私は頂いていましたよね、その時にすごくそうだよねというふうに納得した感が

あります。そういうセラピストのちよつとした、今富永先生の方からも共有しなきゃ、患者さんから話を聞かなきゃと出ましたけれど、ちよつとしたことなんだと思うんですね、最終的に左側に来られても最初から左に来て左手を触るのと、じゃあなたの左手の方に回りたいんだけど回ってもいいですか、ということでは患者さん自身がはたと左側にこの人が来るということが自分が許せるかどうかということ、認めた上でセラピストが左側に来て左手を触るということで、たぶん現象としては同じように見えても患者さんの中に起きている経験としては、全く違う質感のようになるというふうに関、臨床の中では実感しているの、とても確認になったというか本当にそうなんだということが確認できたような思いです。

山田 一般的なことを申しますと、左側の世界というのは、私のような障害をもっている人達の多くは、たぶん左側の存在については何となく知っているんだと思います。左側が分かっていない自分が分かっていて、それが自分の失敗の原因だと言われると思っっているから怖くてしようがないんですね。左に寄っていくと一緒に歩いている人の足を踏んでしまうのではないかと、その先ぎききことが分かっていて怖いんです。なので、できれば右側で、人付き合いは右側でしたいという気持ちになって、左から何か用件を言ってくる人が重荷に感じると言いますかね、そういうふうな感じになりますけれども。

高橋 よく分かります。山田さんが言われたように左側が存在しないわけではなくて、山田さんの頭の中に左側は存在するわけなんですよ。存在の概念はあるけど実感のない、ご自身でも混乱している空間ではないかと僕は想像するわけです。普段の例えば人付き

合いなどをする時は、混乱した状況である左側よりも右側の世界を使ったほうが、リラックスできると思います。しかし、治療場面ではそれはダメなのでしょね。皆さんの話を聞いて思ったんですけれど、例えば左側に刺激を入れる場合、例えば声かけの時は聴覚刺激ですよ、先程、食事の時に左手を上置きなどというのは体性感覚刺激です。それだけで終わってしまったら意味がないのではないかなと思います。これらは感覚レベルです。知覚レベル、認知レベルというのは、また意味が違います。知覚レベルの場合は識別が求められます。認知レベルの場合は、意味づけが求められます。このように単に感覚を入れたから注意が左に向くというものではないと思います。もつと上のレベルと言いますか識別であったり、意味づけであったりということが、左側から入れるとしても必要ではないのかなと思います。それと、まったく予測ができていない状態で左から何か入ってくると非常に危機感を感じてしまうということが、今、山田さんの言葉から理解できると思います。山田さんは、左側の人の足をふんだりすることはあるかもしれないという、そういう他人に対する心づかいではないんですが、そういう未来の予測までは本当はできているんですけれど、実際には左から入ってくる、例えば足底圧の情報がどういう意味があるのかというものが判れば、またこういう不安も変わる可能性もあるのではないかなと思います。

富永 富永さんは、認知運動療法の治療介入をもちいて、高次脳機能障害の方のアプローチ、特に左麻痺の方のアプローチを行われていると思います。村田病院ではどのような臨床を展開されているのかをお話して頂けますか。

富永 少しだけスライドよろしいですか。村田病院の方では、先ほども

少しだけお話させてもらいましたけれども、まず左側の身体からの感覚情報に対して、どのように注意を向けることができ、どのようにとらえているのかということの評価していきます。その際、単に感覚情報を知覚するだけでなく、その情報の違いを患者さん自身に判断していただくように課題を設定していきます。スライドのように高さの違いを聞いていますが、左側からの体性感覚の情報、スライドで言うところの指を動かして物体の高さを感じてもらいどのような高さであったかを一旦記憶してもらいます。次に別の高さの物体に接触して先ほどの物と比較しどちらが高かったのかということの判断を求めていきます。この写真は、矢印の輪郭をなぞっていくどこをなぞっているのか、自分の上肢で感じた軌跡から矢印がどの方向を向いていたのかを聞いています。このような作業を通して、感覚情報間を統合し身体を創造していきます。おそらく山田さんも月に一度、リハビリをお受けになった時に、坐骨の方とか座る練習とかされた時に、よく左側のおしりの下でどういうふうに感じているのかというようなことを実施されたと思います。症例に合わせてリハビリを進めていく必要があります。少し考えていけないこともあるのですが、まず左側を意識させ、意識できるようになってから右側との比較をするようにしています。左右の対称性であったり左から感じたものと右から感じたものを比べながら、右の脳半球と左の脳半球の連絡というものをつくっていく考えです。このスライドは一部ですが、なぜこういう事を行うかという認知運動療法の研究で、先ほどのマネキンを用いた課題を行った時にすごく左側にエラーが多いという事が分かりました。あと、正中指示課題、これはただ単に「真中はどこですか？」というふうに指さす課題で

すけども、そういう方法をやっていくと右側に偏倚しているということが分かっています。もう一つ、対称点課題、これは自分の真中と意識する場所から、右に移したものを同じ距離だけ左に移すという課題です。この課題において空間を少し狭く見積る、よいうするに左側の空間を無視するだけじゃなく、自分の何となく感じる身体の空間をものすごく狭く感じているのではないかという事が上記の3つの内容から推測できます。そこから左側というものを作っていく、左右対称というものが体にはあるのだという事を教えていかなければならないのではないかなということを考えています。これが（身体のどこに触れているのかを人形を指さして解答する課題）さき程のマネキン課題で、患者さまの背中を押してそれがどこを押されたかを聞いている課題ですけれどもこの時に左側を間違えている。間違えというのはちよつと右側に寄ってしまうという障害があります。よく車椅子を操作している患者さんが左側をぶつけるということがありますが、そういう方に聞いても自分では大きく回ったつもりでもぶつけてしまつてから気づいたとおっしゃることが多いです。ようするに左側を狭く感じてしまっているを考えられます。これは左右を聞いた時、左側だけでやったりしている課題ですけれども（画用紙に空間を分割して提示した課題）、自分の左の手が左右対称に並べられた空間のどこにあるのかという事を聞いています。聞いた時に、例えば写真でいうと5番ですけども、この5番に置かれた手と肘が「どっちが左側にありますか？」ということを知りたりしています。ここには僕らが自分の基準というものを、どの関節を基準にしても作れますので、そういった形で、手の位置、肘の位置がどこなのかという事を聞いていたりしています。そこから左手が5番

と右脳で感じて判断したから、自分で右手を5番に置くという形で左右の対照性を聞いています。これですべてがうまくいくというわけではないのですけども、こういった形で今進めながらやっている段階です。

高橋

それでは、スライドを消して電気をつけてください。富永さんありがとうございます。今のスライドにもありましたけども、左右には大きく、自分の身体の左右という事と、空間における左右という2つがあります。これは自己中心座標とか外部中心座標とかいわれる形で報告されています。この2つはそれぞれ独立したものなのか、それともどのような関係性を持ったものなのかという事を、森岡さんの方にコメントしていただきたいのですけども、よろしいでしょうか。

森岡

そのまえにちよつと先ほどのところで気になるところがあつて、さつき山田さんの方からも「不快」という言葉がありましたので、これはやはりすごくセラピストにとつて大事な点なので。感覚情報というのは感覚野に上がるだけでなく扁桃体に上がりますので、扁桃体でも処理されます。扁桃体は好きか嫌いかを決めますので、その刺激が嫌いであれば嫌いと言われます。記憶されるとそのもの自体の空間が嫌いになってしまいますから、そうすると、やはり注意自体を右から左へ解放するということはますます難しくなつてきますね。そういう事が起こっていると今度は、本当は皮質下の扁桃体や海馬だけで処理していたものが、皮質自体も再編成されます。例えば、整合性を脳が保つために可塑的に右側の空間にしか向けないというような志向性が作られてしまふという様な現象が起こります。こう考えてみると、環境刺激によつて半側空間無視が作られてしまふという事も想定されるわ

けです。つまり、セラピストも環境の一部なわけですから刺激によつて症状を増幅させたり、可塑的に変化させてしまふことが考えられるので、ここはセラピストとしてすごく重要な点だと僕は思いますね。それと外部からの刺激であると空間を共有できませんので、やはりそれは自己の身体を介しての共有できる、わかる範囲の空間を模索していく事が極めて重要で、予測が立たないものに対しては確実に不快なものとして記憶される可能性ががあります。分かり始める最近接領域を設定することが重要だと話を聞いて感じたところです。先ほどの話に戻りますけれども自己中心座標系と物体中心座標系という事で、半側空間無視は自己中心空間として、自分の身体を中心として左側を無視する症状と、例えばコップとペットボトルが目の前にはありますが、それぞれの物体間の右左を無視してしまう物体中心座標の無視もみられます。普段これらは混在した形で現れるというのがほとんどの症例ですけれども、ただ過去にうちの研究室で580論文程度検索した結果、物体中心座標というのは物体ですから、側頭葉が責任領域であることが多く、一方、自己中心というのは自分の体ですから特に右半球の頭頂葉で視覚と体性感覚が統合されることがわかっていまして、そうするとやはり頭頂葉の損傷では自己中心座標の無視ということが出現してきます。ただし、前頭葉に全部の情報が集められてきますから限局すると前頭一頭頂連合野と前頭一側頭連合野とかによつて無視が起こってしまうのですが、最終的には前頭葉における処理になりますから、見える形の現象としてはそのものが混在した形で出てしまいます。ただし、責任領域で言うとは違ふとは言われています。どうしても物体は外部の注意や知覚に基づく記憶に由来するものですから非常に理解はしやすいの

ですが、頭頂葉というのは記憶というよりも体があるかないかという領域ですので外から刺激を与えたとしても根治しえない問題が残されているのではないかと思います。

高橋

リハビリテーションを行う時に自己中心座標、物体中心座標へ同時に介入していく方法がいいのか、あるいは自己中心座標を作ってから物体中心座標を作っていく方法がいいのか、脳科学でいうとどういう事が言えるのでしょうか。

森岡

どちらかといえば自己中心座標系です。これは難しいですけどね。子どもの発達から考えると右半球から機能し始めますので、自己中心空間における近い空間からの学習であると考えます。取り立てて問題はおそらく半球間抑制が働いていると思うので、つまり左脳が強く働いてしまうと、右脳の頭頂葉を抑制してしまいますので、そう考えるとやはり整合性を出すためには右、左、両方のアプローチを企てていくという事が極めて重要だと思います。

高橋

まだまだ話をお聞きしたいのですが、時間もありませんので次のテーマに行きたいと思えます。この前ですれ僕が山田さん宅にお伺いさせていただいた時に非常に驚く事をお話ししていただきました。それは僕の印象に強く残っているので、ぜひ皆さんにもご意見をお聞きしたいのです。山田さんは、歩き始めはそうでもないらしいのですが、しばらく歩いていくと、どんどんどんどん自分の身体が右に傾いて行っている気がすると言われていました。極端にいうと地面が顔のすぐ横にあるように、そこまで自分の体が傾いているような感じがするらしいのです。その時に葉っぱでも何でもいいのでちょっとだけ右手で何かに触れると、身体がくつと元に戻るといふ不思議な体験をされていたようです。僕はその話を聞いてから、今でもまだ考えているのですが、

やはり、局所と全体性の話じゃないかなと思っています。身体にしろ空間にしろ、左からの情報入力によって左側を作ったから左側が生まれると僕らは単純に考えてきましたけども、例えば、極めて右に寄っている状況で、右手で入力することによって左側の空間が出現したり、左の身体が存在したりすることがあるという事も、全体性として捉えないといけないのではないかと思います。中里さんいかがでしょうか。中里さんの患者さんの事でもよろしいので何かコメントがありましたらお願いしたいのですけども。

中里

右側とか左側とかセラピストとしては考えるべきところですが、患者さんにとっては右も左も無くって今感じている身体が身体として一つあるだけだと思うのですね。それを右半身とか左半身とか便宜上別けているわけで、そういう事と患者さんが自分の身体を自分のものであると感じている身体とはまた別のものであると思うのです。例えば、今の例だと右側でふと葉っぱを触ったとたんにふつと感覚がさつと変わるといふエピソードがあったのですけれども、私たちから見ているとちよつと不思議なような感じのするエピソードなのかもしれないのですが、でも何かがたまたま触れたのが右側というだけであつて体に触れることによって、はつと気がつくつてというのは誰にでもあることだと思うのですね。私自身は左と右とがつていう考え方よりも、左右つていふのは体のどこにでも作れるつていふふうには考えています。つまり右手の中でも右半分と左半分は作れるし、手の中でも例えば手の中心から見て右側半分と左側半分とは作れるはずですが、だから顔もそうだと思うのですね。どんな場所にでも右と左を作ることはできるはずだと思います。もちろん前と後ろ、上と下、全部

そうだと思うんですけど、その時になぜだか何となく左側に無視があるとその中心を体幹の正中線というふうに関心して決めて考えて左側と右側、でその身体を自分の身体だ、物体の中心座標で、といった事になりがちなのですが、まず自分の身体のどこにでも左右を作れるか、が大切なのだと思うんです。というのは、何が言いたいかというと正中という事が患者さんの体の中で理解できているのかということだと思います。それが左側で考えるのであれば不愉快な感じがするのであれば、右手の中で考えてみてもまずはいいわけですよ。正中というのはどこかを基準にして半分ずつに分けるという意味で考えると、手の正中線が認識できた時に初めて体の正中線に展開していくところにはそういう次元に患者さんが立てるといふふうに考えています。自分としては、その全体性という形になるかどうかはちょっとわからないのですが、例えば手の向きなんていうのは、よく作業療法であるのですけども両手を前腕中間位でテーブルに置いてですね、例えば右手の手関節を掌屈して、「同じ手首の形に出来ますか？」という「できません」といって左手を背屈してしまふ患者さんが臨床で非常に多いのですね。「あくそうですか。今同じ感じがするのですね。じゃあどつちに今、動いたのですか？」って聞くと「左に動きました」とおっしゃるわけで、まさに高橋さんがおっしゃられたように感覚から知覚までのところはいけているわけですね。左に手が動いたことがお分かりになっているので同じ形についてと左に向けられるわけです。ところが、私たちは普通、手首の形が同じって言ったたら両方掌屈しますよね。つまり形としては、右手は左側に向き、左は右側を向きます。こういう事っていうのは患者さんの中でどうやったたら自分の体の中で自然に認識でき

高橋

るのかと考えた時に、あまり左右という言葉にとらわれないで自分の体の中でどつちに向かうのか？例えば手は体の中でどつちの向きなのかということとか、体の中心、例えば「胃が痛い」という時には体のこの辺（お腹をさすりながら）が何となく痛いって感じるわけですけど、この胃の位置というのが自分たちの中で認識がありますよね、なんとなく体の空間の中のまったくの中心点のあたりにあるっていうふうな、その中心に向かうのか向かわないのかっていうような考え方っていうのも一つのやり方かなというふうに考えます。そういった形で見てみると案外患者さんが、わかるのですね。物体中心座標の方が患者さんは構築しやすいわけで、森岡さんからお話があったようにやりやすい方に行くわけですから。ところが「内側に向かっていますか？」とか「自分の体の中心を見れますか？」といったような質問になると「何のことか解らない」という事が初期では聞かれます。体が全体で動く場合に全体的な内部があれば、左右というのはどこでも作られるわけですから右耳の中で右半分と左半分と左右を作ることだってできるわけです。だからそれができるためには正中線が、つまりある軸を起点にして両方を分けるのだという経験があるかどうかということなんです。その為には内側とか外側とか、体の中心から離れていく方とか体の中心に向かってくる方とかという風に、認識の仕方を一緒に経験してもらおうということも全体性という意味で患者さんにとって一つのちよつとまた違つたやりかた、もしかしたらわかりやすいやり方かと思つたりもします。

患者さんの生きている世界ですね。患者さんが今、経験している世界の中を僕らが掴もうとする時には、やはり言語が中心になる

と思うのですけども、中里さんは特に患者さんの世界を掴むのが、お上手じゃないですか。テクニクとか何かいつも心掛けている事があれば教えてほしいのですが、どうでしょう？

中里

認知運動療法を勉強し始めてわからないことがほとんどだという事を知って、自分の経験が変わったというところがありません。それまで知識はあったのでなんとなく患者さんに対してトップダウン形式で左側を見ないから左側を勉強しましょうねという立ち位置にいた時は、まずは患者さんがどういう世界で生きておられて、どこでつまづいているのかということすらも自分の中でよくわかっていない、実際さきほど山田さんがおっしゃられたように左手を机に置くなという事は以前、私もやっていました。それは、セラピストとして狙うものがあってやっていたわけですが、それは患者さんが狙う方向には全くなってなかったという、そういったようなことが今ははっきりしてきているので、自分が解らない状態だからとりあえずなんでも患者さんに聞いていくというような、どこまで患者さんの近くまで自分の立ち位置を少しずつずらしていけるのかというところでは自分の中ではあるのです、それで相当訊きまくるのですが、ただその聞き方がセラピストが患者さんに質問をして、患者さんがセラピストに解答するという図式になるとまずいというふうに実感しています。形としてはそういう形であっても私が聞いたことが患者さんの脳の中で「こんなことを聞かれたけど、自分はこういうことだと思っているの？」っていう、おそらく「前子ちゃん」なんです。通訳に回ってくれるような形で患者さん自身がある意味一人称の対話を生むようにする。セラピストに聞かれたことが二人称にならないで、「実は私自身はどう思っているの？どう感

高橋

じているの？」っていうふうな会話になることが大切で、そういうふうに聞くっていう事を心がけているつもりです。

わかりました。ではですね、時間も迫ってきました。まだまだ吟味したいことがたくさんありますが、これまでの話を少しまとめたいと思います。今日の招待講演の中で、半側空間無視というのが空間の障害と捉えられがちなのですが、その原点には身体があるということがまず一つ、そして患者さんの世界を知るためにはやはりセラピストも常に患者さんの世界を知ろうとする意思がないといけないということ、立ち位置が変わっていくという表現で中里さんが最後にコメントしていましたけども、セラピストの方も常に一点に留まらずと患者さんの方に寄って行けるようなスタンスに立たなければいけない事だと思います。具体的に高次脳機能障害に対して何をしたらよいかということのは多分、こんな短時間では提示できないと思うのです。しかし、これから皆さんが目の前にいる患者さんの対応をするときに例えば身体、例えば言語などに、今以上に注意を払って、高次脳機能障害者がまずどのような世界を生きているのかという事を知ることから始めていく事がスタートかなと思いました。最後に山田さんに今日の講演を通して、感想でもなんでも構いませんので山田さんがどのように感じたかを教えていただけますか。

山田

あの、先ほどの「葉っぱをつまむ」ということで、それがどんなことかちよつと説明を付け加えます。私は左側の認知というのがすごく不安に感じていて、たとえ手すりがあっても、それが左にあるとそれを片手で持とうなんてけっして思わないんです。それがたたとえば、道に街路樹があつて植木が距離をおいて植わっているところがありますでしょ、そんな街路樹が自分の右に並んでい

る時に、その植木の葉っぱをちよつと触れば、次の植木までの距離を歩いている時には地球上の空間の中で自分が重心を保って、ちやんと立って歩いているという感覚がぱつと蘇るんです。左側とか右側というようなことを意識するのではなくて、ぱつと自分全体というか、全体として自分のいる世界がぱつと分かれるという感じですよ。そうやって右側の葉っぱを触りながら植木に沿って歩いている限り、そんな自分のことをずつと感じていられるんですね。まあ、これがさっきの補足です。で、最後の感想ですが、リハビリをする時、どうしても患者に起こっていることはセラピストご自身の経験じゃないので、それを全部分かることは難しいと思います。患者が覗いているフアインダーと自分のフアインダーを一致させるのはなかなか難しいですね。ですからそんなに気負うことはないと思いますが、私の経験から言いますと、患者が真っ先に望んでいることはやっぱり自分の不安とか心配を察してほしいということだと思います。不安とか心配や怖れというのはとても具体的に、生々しく現実の生活とくっついていきますし、患者にとつては一番身を守れない感情なんです。リハビリの原理としてこうだということももちろん大事なことは間違いないですが、極端に言えば患者の二十四時間という暮らしのどこにどんな形でその人が不安に思い、怖いと感じて、だからその人の気持ちを押さえるような体験の原因があるか、患者一人一人に対して丁寧に検証していただけるものになればいいなと思います。オーダーメイドのリハビリと言われますが、それはとっても時間があるし大変なことだと思いますが、やっぱり究極的にはそうだと私も思います。同じ体験をするということではなくて、患者がリハビリを続けていくうえで悪い体験が起こるそのポイントを見つけ出し

高橋

て、そこに対応していただけるといいなと思います。結局のところは、リハビリは本人がするしかないわけですから、それがうまくやれるように助けていただきたいと思うわけです。

山田さん、シンポジストの皆さんありがとうございます。ではこれで、招待講演を終わりたいと思います。皆さんご静聴ありがとうございました。ごさいました。

(2009年7月4日 神戸文化ホールにて)