

認知運動療法フォーラム No.12 in

愛知

対談

学ぶこと、考えること、治ること

大越友博
荻野 敏
尾崎正典

歩んできた道

尾崎 それでは第12回の認知運動療法フォーラムを開催いたします。今回は栃木の大越さんと愛知の荻野さん、私の3名で「学ぶこと・考えること・治ること」というテーマを中心に行っていきたいと思っております。学ぶこと・考えること・治ることというのは患者さんからの視点、セラピスト側からの視点が考えられると思います。まずはセラピスト側の学ぶというところからいききたいと思いますが、大越さんの認知運動療法との出会い、学びきっかけというものは何であつたのかをお伺いしたいと思いますので、宜しくお願い致します。

大越 認知運動療法との出会いはPTになって3年目でした。最初は養成校に徒手的理学療法を専門とする先生方がいらしたので、軟部組織モビライゼーションや関節モビライゼーションを教わったりしていましたので、自然と最初はそういったところからスタートしました。筋や関節の状態が少し良くなっただけで、全体の局面が大きく変わってしまう患者さんがいたのですが、その理由がよくわからなかった。単関節、あるいは一部の筋の状態が変わる事で、何かその人の運動や知覚系のシステムとか人間全体としてのシステム、運動のあり方みたいな物が大きく変化することを考えると、部分的な関節拘縮、筋スパズム等を超えた何かの結果として働きかけていたのかと考えていたんです。これは、筋骨格系の状態が変わる事で、歩行や運動をどこかで再学習しているのかな？という感じがしていたのですが、それを上手く説



明できるようなものが当時はなかったように思います。患者さんに対して、何を学習してもらおうのか、それを言葉や課題を介して求めるという事はなかったんですね。

野球でもスポーツでもコーチみたいな人がいて、コツを教えるわけですよ。こんな風にしたらどうかとか、そういう部分をコーチングみたいにしてはいるのに、なぜどこかに障害を負ったときに、コーチ的に誰かがそういうコツを言葉で伝えたり、モデルで示したりすることなしに、ただ黙々と身体を動かしたりして、会話が乏しい。自分の身体のどこに注意を向けてとか、何かのコツをつかんだったらこう動くよねというような会話が研修先でもなくて、PTは一応身体の専門家なのに身体については多くを語らないのかなって思ってたんです。そんな時期に、第1回認知運動療法研究会の学術集会在神戸で開催されるというお知らせが理学療法会誌に掲載されていたんですが、そこには、「学習」という文字が書いてあったんですよ。そのページだけ異質な感じでした。これは何だ？今の自分に必要なものかなと？休みを取って神戸まで出かけてみたら、いきなり脳性麻痺の話で、難しくて全然分からない。ただ、何か学習とかを深く考えていて、ここには可能性がありそうだなという感じがあつてその場で研究会に入会しました。ベーシックコースというのがあつたので、神戸のコースに2日間行ってみました。

当時のベーシックコースは抽象的で実技といっても、スポンジの課題がすこしあつたくらいでした。「運動とは認知である」「動くことで知るのだ」等々いままで訊いたことが無いような話でびっくりしましたね。「道具」には固有の性質があるから、学習するのに良いのだと。なるほどなどと思って、いろんな道具作ってみました。作り方は、当時の荻野さんのホームページに道具の作り方がたくさん掲載されました。それを見ながら作って試してみただけで、患者さんは全然良くなりました。そ



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。



大越 友博 Tomohiro Ookoshi

栃木県出身、理学療法士。国際医療福祉大学理学療法学科卒。日本認知神経リハビリテーション学会理事。現在は栃木県にある芳賀赤十字病院リハビリテーション課に勤務。

れで何か違うなって思いました。ただ道具をあてがって上手くないかな
くて、どうゆう問題に対してどうゆう道具をあてがって、何を求めるか
って事が明確じゃないと上手くいかないという当然のことにきづく
です。

難易度の調節、どう難易度を調整して評価していくのか、見当がつか
なかったので、当時の認知運動療法キットの代理店のMPジャパンさん
に電話して、認知運動療法キットの納入先で、見学できるところがあれ
ば教えて欲しいと連絡してみました。そうしたらなんと宮本会長を介し
て、埼玉の病院を紹介していただいて、見学に行っただけです。理事の徳
原先生がいらした病院でした。スポンジなど様々な道具を使いながら訓
練をしていました。これくらいの感じ、これくらいの難易度の設定で、
これくらい動かして、最近接領域でやらないといけないということがお
ぼろげながら解りました。

それから、空振りばかりだったんですが、時々ファールフライや、ど
こかボールがバットにかするようになった。だんだん変化球
とか打てるようになってきたみたいな感じなんです。どんどん面白くなっ
てきて、いろんな物が見えてきたっていう感じでしょうか：分かりにくか
ったかな。

尾崎 荻野さん、初めての方もいらつしやると思いますので、荻野さん
の認知運動療法を学ぶきっかけをお聞かせ頂けますでしょうか。

荻野 きっかけ？きっかけはよく僕はベーシックコースでは話してい
ると思うんですけど、元々臨床ではなくて、学校の教員をやっていたん
ですね。そして、ちょうどその時、たまたまその勤めている学校の会場
を使って勉強会があったんです。その勉強会の会場に宮本省三先生が来
られてた。今、日本認知神経リハビリテーション学会会長の宮本先生が
来られて、そしてその時に初めて認知運動療法を聞いたんです。その時

下っ端だったんで、車の運転手兼付き人みたいな感じで、ご飯を食べた
りして会話してるんだけど、まったく意味が分からないし講演を一時間
とか二時間聞いたんですけどさっぱり分からなかった。自分の中であの
時出た結論は、別にこんな理論なくても治せると自分では思ったんです。
若気の至りですね（笑）。でも内容自体は面白かったです。なぜかと
いうと精神とか心理とかを語ってる訓練はほとんどなかったし、学生時
代にその辺の講義を聞いて面白かった印象があったので興味は持ちま
した。だけどそれ以上のめりこんで勉強することはありませんでした。
そしてその後、たまたま理学療法学を見ていたら認知運動療法のベーシ
ックコースがありますのでどうですか？かみたいな案内が載ってて、ああ
これは面白そうだから応募しようと思ってエントリーしてみたんです
ね。それが三月か四月くらいだったんですけど、いっぱいですって言わ
れて、八月にもう一回ありますので是非どうぞっていう葉書が着たんで



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
かにえ病院リハビリテーション部に勤務．

す。八月だったら夏休みもかねてちょっと羽伸ばしに行こうと思って、申し込んで高知に行きました。桂浜、竜馬が歩いたっていう浜のすぐそばの宿舎に何日か缶詰になって勉強しました。その時に感じた一言は、「俺が今までやってきた訓練は拷問だった」っていう感情でした。自分の訓練そのものがまったく理論に立脚してないし、それで治るなんていう保障もまったくないような状態で単純にリハビリテーションという名の拷問をやっていたのではないかと思っただけです。これはやばいと思いましたね。その時期はまだ学校の教員をしていたので学生を担当してたんですけど、その時に学生の顔が見えたんです。講義を受けながら、頭の中のイメージです。講義を受けながら学生の顔が見えてその学生が将来治療するであろう患者さんの顔が見えた気がしたんです。まあ、そんなのありえないですよ、まだ学生なんです。まだ理学療法士にならないうから。しかもその学生が治療する人たちの顔なんて分かるわけじゃないじゃないですか。でも見えた気がしたんです。したんだからしょうがない。その時、自分の中では焦りしかなかったですね。これは真剣に勉強していかないといけない。で、学校に戻って勉強し始めようと決心しました。認知運動療法をもっと勉強して行こうと。

じゃあ何をするか、あの時はまだ認知運動療法のテキストってほとんどなかったんですね。皆さんの知っている認知運動療法のパラダイム本という本があるんですけど、その本自体もだいぶ後から出てきたものです。あの時あったのが、理学療法ジャーナル、総合リハビリテーション、あと単発的に高知医療で同窓会誌とかで出しているような論文くらい。あとは脳科学とかそういうテキストとか、それくらいしなくて、認知運動療法のテキストそのものがほとんどなかった。だから、これは学習なんだから運動学習なんだろと僕は思って運動学習の勉強して行こう

と思いました。そして運動学習の本を山ほど見ていったんですけど、どうも運動学習を勉強していてもちょっと違う印象を受けたんですね。そのちょっと違うっていうのは上手く言語化できないんですけど、いろんな行為を分割して考えて行きましよう見たいな考え方かな。でも、それが本当に行為に繋がるかと思うとなんだかよく分からなくなってきたりですね。結局それが立ち上がり訓練をしてるのと何が違うのかと。なんか認知運動療法とは違うなっているの考えて、運動学習をいくら勉強してもどうしても知覚の概念とかそういうものが補完されてこないんです。いろんな会とかに顔出したりとか、いろいろな情報を集めたりとかしてました。そして、『知恵の樹』という本と『認知の構図』という本を読むといいということを知りました。『知恵の樹』って本を知ってますか？マトウラーナーとバレラが書いた本があったてちくま学芸文庫から出ています。『認知の構図』はU・ナイサーって人が書いた本でサイエンス社から出ています。その本を慌てて買って読んだんです。そして知覚循環や機能環とかの知識を少しずつですが増やしていったんですね。運動学習にも結果の知識（KR）みたいなものもあります。なんかその辺りがごそつと抜けちゃって、運動と知覚というものがリンクされていないイメージだったんですね。これはやっぱりちゃんと認知運動療法を勉強していかないといけないと思って、知覚だとか認知だとかっていうのももつと勉強しようと思えました。そしたら次はどこにいくかという、哲学系の方に行っちゃうんですね（笑）。不思議と認識論とかそういうのになっちゃうと、もう哲学そのもの。そうすると今度は認知運動療法の訓練そのものが大分理解できるようになってくるんですね。ああなるほどこういう事かと。自分の中で腑に落ちる訓練ができて、なおかつそれである程度の効果が出てくると、面白くなってくるんです。それで気がいたらという感じですね。

大越 運動学習ですが、運動学習の研究者って大学の先生で、当然被験者も二十歳前後の大学生で、元気な人ですよ。注意を外に向けた方がいいのか、内に向けた方がいいのかとか、そういう実験があって、注意を外に向けたほうがよく学習されて、保持されるという報告があるんですね。例えばボールを押した時に、ボール側を注意して意識して押すのか、ボールを押している自分の足の筋収縮を注意するのかと、でもよく考えてみると、患者さんの場合はボールを押した時にボールを感じられるっていう人はいるんですけど、ボールを押す自分の足に注意をしたり感じたりできるかっていうと、できないっていう人が沢山いるんです。だから健常な二十歳前後の注意を内に向けたり外に向けたり切り替える事ができて、知覚運動ループがまったく問題なく循環している人は、外に向けた方がいいという事が解っている。患者さんはどうなんだったかというと、注意を外と内に切り替える事が困難ですから、運動学習理論等を勉強してもそのままではまらないのはって事に気づきました。

それで怪我をした人や病気になった人がどんな経験しているのか、体験記等を読んでみないとわからないと思って、何冊も読んでみたのだけど、オリバー・サックスの『左足を取り戻すまで』（晶文社）には大腿四頭筋腱損傷の怪我をして手術した左足が感じられれないという事リアルに書いてあって驚きました。通常はリハビリでのつらい経験については書いてあるのだけれど、自分の身体の事は書いてない。特に、脳卒中の体験記なんかを読むと、病気になってこんなつらい目にあったとかいう事は沢山書いてあるんですけど、こういう練習をしたって事がほとんど書いてなくて、装具を着けて歩くつらさとか、そういうつらい経験ばかり書いてあります。何時間もリハビリ室で練習して何ヶ月も入院しているのに、その経験に対して語れないってことは、何を目的として何のコツを会得するために練習しているのか分からないままで、もしか

したら何も考えない／感じない状態で、立ったり、座ったり、歩いたりっていうことをしていたから、その経験が何なのかをうまく語れないのではないかと思つてびっくりしたんです。

荻野 おそらくセラピスト側の考えと、患者さん側の感じ方に共通点がなく問題になってるってこともありますね。教育って本来はお互いに目標を持つ必要があるじゃないですか。子供が持つ目標と教師の持つ目標があつて、同じ目標に対して向かっていくみたいなものがあるはずなんですよね。だけど、一般的なリハビリテーションの中で行われている歩行訓練では、患者さんがどう感じてるかとか、そういったものを全く無視しちゃっている。本当は患者さんはこの部分に注意を向けなければいけないということ、セラピストの目標と患者の目標が同じ目標を共有してないんじゃないかと感じてしまいますよね。

大越 そうなんだよね。だから患者さんの世界がどういう風になっていくのかというのは患者さん自身が聞かれてもうまく答えられない事が多い。じゃあ聞いても答えられないくらいの損傷を負っているにも関わらず、一律に同じような訓練をするっていうのはどうなのかなと。研修先でね、患者さんにギランバレー症候群で、パタン・パタンと鶏歩様の歩き方になっている人がいて、「歩けない状態から歩けるようになったというのとはどんな感じですか」とか、「今の歩く感じは元気だった頃と比べてどんな感じですか」とつて色々聞いてみました。患者さんから結構教えていただいたんですが、バイザーの先生に「そういう変なことは聞いてはいけません」と指導されました。いま思うと、そういう事を聴いて訓練に生かしていこうという発想は、学校で習う評価や訓練には無いんですよ。だから、当時の指導としてはそれで良かったんだと今は思いますね。変わった学生に思えたんでしょう。

荻野 いやな実習生ですね（笑）。学生の時はずっとそんなことを考

えてなかったですね、僕は。本当に言うところと恥ずかしい話、例えば歩行ができれば歩行訓練って書いておけば、なんか通っちゃうし、立ち上がりができれば立ち上がり訓練って書いておけば通っちゃった印象があるんですね。じゃあどうやって訓練するのか。歩けない人に歩く訓練はできない、つまりだから運動療法のパラドクスですよ。できない人に対してそのできない行為をさせるっていう。だからできるはずがない。でもそれを全然考えなかった、そんな学生時代を過ごしたような気がしちやいます。そこまでの思考過程には全然至らなかったんじゃないかな、正直。

大越 その後は、患者さんの経験や内感のような事を聴く事ははやめました。特異的な経験を聴いてもそれを訓練に結びつける事はできなかったし。歩けないから歩行訓練とか、関節が硬いから関節可動域訓練とかしてましたね。

荻野 通るでしょ。

大越 例えば、のこぎりで木を切るとしたら、切ってみて、木が硬いか柔らかいのかを感じながら、のこぎりを手の力で調整すると思うんだけど、対象物がなんであるかわからないと、細やかな道具操作ってできないはずなんです。患者さんの状況も様々なんだけど、同じような訓練というのはどうなんだろうと。

見つけるというとは

尾崎 臨床現場で治療を行っていく中で、患者さんがどういった視点で自分自身の身体や精神をどのように見ているのかを知るうえで、細かいところを聴いていかなければいけません。大越さんがよく読まれている中井久夫先生（註1）から学習されたものと、リハビリテーションを

どのように結びつけていらっしやるのかをお伺いしたいのですが。

大越 昨日の講義で精神科医の中井久夫先生の資料を少し引用しましたね。ちくま学芸文庫の中井久夫コレクションとして、『隣の病い』『精神科医がものを書くとき』『世に棲む患者』なんかが文庫で読めます。みず書房や岩崎学術出版等からも出版されていますから、興味のある方は読まれるとよいと思います。

統合失調症を合併されている患者さんを何人が担当して、そういう人達とコミュニケーションがすこし取れてね。第一印象としては非常に不思議な人達だと、統合失調症の人達に対して、そういう意識がありました。本屋さんに行ったら、中井久夫先生が退官するときの『最終講義―分裂病私見』っていう本があった、まずこれから読んでみようかと。読んでみたら、「あつ、なるほど」っていう点が沢山ありました。中井

久夫先生は、統合失調症の症状がよくなるときっていうのはちよつと発熱したり、下痢が起こったりして自律神経系が変化してるんだよと。だから体調等を聞いた方が、患者にとつていいと。妄想について聞くっていうのは、妄想を強化する可能性がある。それで細かい身体診察をするわけです。その特異的な症状・悪い部分に注目するんじゃない、症状と関連して、それでなおかつ症状を強化するようなものじゃない、あるいは症状と関連しているんだけどポジティブファクターみたいなものも少し見るのが大切なのかなと思っただけですね。認知運動療法でもネガティブファクター、ポジティブファクターって言ってますが。

もうすこし詳しく言うと、中井先生は、幻覚や妄想など、その疾患に特異的に現れる症状だけではなく、人が生きるうえで基本的なベースとなっている非特異的症状（血圧や睡眠などの変化）を観察し続けることの重要性を説いています。回復とは、特異症状が非特異症状に座を譲る

状態をいうのだと。

例えば、将棋の大山康晴十五世名人は、相手が中座したときの座布団のへこみ具合を見たそうです。そうする事で相手の心理状態を察するのだと。史上最年少棋士・史上初の中学生棋士の加藤一二三九段は、苦しいと思っていれば、否が応でも前かがみになって考えるから、座布団の前の方がへこんでいるという事だと解説しています。また、相手が盤上のどこを見て考えているか視線の方向も観察していたそうです。これも、将棋盤そのものではない非特異的な状況を観察しているんですよ。

それから、見つけ上手、つまりその患者さんの何が問題なのかっていうのをどう見付けるかっていう、まあ動作分析とか評価でもいいんだけど、教科書に書いてある動作分析とか評価っていうと、何が問題なのかっていうのが見えにくいように感じます。カリスMAP/OTもそうなんだけど、なんだがよくわからないようなセラピーを展開しながら核心部分に辿り着いちゃってる。これはなんだろうな。それで聞いてみても、なんとなく手がこう伸びたらそこだったってことがあるだろうって言われて確かにそれはありますね。見つけ上手って、セレンディピティ？

荻野 セレンディピティです。

大越 見つけ上手っていう話があつて、その狩猟とか採集とか治療とかの名人芸的な見つけ上手が沢山いるよと。それは徴候を読んでいるんだよと。徴候を読む能力っていうのは、微分回路的認知だという説が書いてあるわけです。あつなるほどこういう能力を磨くことが何かを観察したり評価したりするのに必要なのかと。非特異的なもの・ポジティブな面をみることに（それは特異的なものも含めて広く観察する必要があるのだけれど）、それから徴候を解析する能力をしっかり育てていくことが大切なんだという風に思ったわけです。中井久夫先生には、患者にチュ

ウニングインというか共振/共鳴というか、高いシンクロ能力があるわけですが。それは実は普遍的にあるんじゃないかと。会話をするときに会話と動作がシンクロしてるとか、お互いの体の動きがシンクロしてるとか。ベースの部分にそういうことがあるから、非言語的なコミュニケーションが可能なんだろうと。こんな事を考える際に中井久夫先生っていうのは物凄く参考になりますね。

荻野 何がすごいかって、その本を本屋で見つけるのがすごい。

尾崎 そうですね。

荻野 まず普通は見つけられないですよ。でも僕も本屋は好きで、よく行ったりとかしているいろんな本を買っちゃいますから、確かにさっきのセレンディピティになるかもしれないですね、見つける能力というのが分かりやすいかな。セレンディピティという言葉は皆さん聞いたことありますか？前のフォーラム（註3）にもちよつと話が出ているので興味のある人はそちらも読んでみてください。セレンディピティの日本語訳は「思わぬ幸運に偶然出会う能力」です。皆さんの周りにもいるでしょ、なんかめっちゃくちゃラッキーな人って（笑）。実はそれにも条件があるんですよ、セレンディピティを起こすための六つの条件ってものが。その条件とは、行動・気づき・観察・受容・理解・実現です。何が一番大事かってアンテナはることですよ、やっぱり。アンテナはるっていう行動をとっているとそれに引っ掛かる。そこで初めて気づきが起るんで、それで「ああちよつとこれ読んでみようか」ってなるんです。そしてその内容を観察して受容して理解した時に初めて「ああ、そういうことか」って腑に落ちる状態になる。実現ですね。その繰り返しが蓄積されると、訓練にも汎化される部分がどんどん増えていく。だからそれがあるからこそ一年前の治療とおそらく今の治療は違うし、10年前の、僕が認知運動療法をやり始めた頃の訓練と今の訓練とは全然違うは

ずなんです。違わないといけないですしね。同じだったら本当に恥ずかしいと思わないと。そういうふうにしていくことが成長と言うか、自分自身学ぶことっていうのかなっていう気はしますね。

大越 本を読むってのはある意味、他の人の頭で考えてもらうということなんですけれども。それが腑に落ちるっていうのは、多分、 ∞ 割くくらいまで、うまく言葉にしたりしてわけじゃないんだけど、それに気付く、自分の中で準備できてるんだね。

だから色んな本を読んで、「あつ、これだったのか」って腑に落ちる経験をするためには、自分の中で準備ができていけるから何かを読んだ時に「あつ、なるほど」って経験になると思う。そういう対象に対していつも興味持ったり関心持ったりしてるから、自ずとそういう「あつ、これ良さそうだな」っていう本に手が伸びるし、伸びた本が結構当たっている、空振りが少なくなるって感じです。最初アマゾンで本を買ったりしてたけど空振りばかりでしたが、まあそういう経験を経て空振りが少ない状態になってきたってのは、普段からアンテナがはれてきてることなのかもしれないです。

荻野 尾崎さんはどうなんですか？

尾崎 私の場合、できる限り大きな書店に行ったりリハビリテーションのコーナーはもろなんですけど、心理、精神、教育、哲学、スポーツ、脳科学などのコーナーに行つて無作為に背表紙を見ていきます。自分の中で色々なキーワードや臨床場面でわからない課題を持っているのですが、そこに引つ掛かったものを手にとつて目次や内容を読んで面白そうなものや治療に使えるような内容のもの、自分の課題を解決できそうなものを購入して読みます。その読んでいる中でまた参考になる文献や書籍があれば読んでいきます。あと学会、勉強会や先生方と話をしている中で出てきた文献や本を確認して学習していく場合もあります。本は作者と

の対話ですし、分からないことを教えて頂いている感覚で読んでいます。色々な視点で物事を見れるように、常に考えるようにしています。たまにですが、本のほうが語りかけてくるような感覚があります。

大越 ほお、

荻野 いっちゃってますね（笑）、僕を探してくれよみたいな。

大越 動物学者のジョージ・B・シャラーの『ゴリラの季節』を講義で引用しましたが、ゴリラを探していたらゴリラが私を見付けてくれたって話がありましたよね。シャラーによればアフリカの未知の森を一人歩いていけると感覚は鋭くなり、すべてが見え聞えてくるそうですが。確かに何となくこれかなって感覚があるよね。

尾崎 めつたにはありませんが、たまにですけど。

大越 わかるわかる。

尾崎 先程、荻野さんが言われたように、色々なことにアンテナをはつて他の人との会話の中や、雑誌や本、新聞を読んでいる時も常にリハビリテーション治療に結びつくものはないか意識していないと気づかないと思います。荻野さんが新聞に掲載された時も、気づかない人は気づかないと思います。（註2）

大越 やっぱり見逃さない。

荻野 テレビとかでもそうですね。たまにCMとかでもはつと思うときとかあったりします。だからペルフェッティ先生の言う「何をみても認知運動療法につなげて考えろ」ってことを実践するようにしていますね。この辺の地域だとカーマホームセンターっていうホームセンターがあるんですけど、栃木の方は何があるんですか？

大越 ホームセンターカンセキっていうのがあるね。

荻野 そういう所に行くと楽しくてしょうがないですね、僕は。色々な雑貨とかそういうものを見ると認知運動療法の道具にしか見えない



ということがある。これってあの人の訓練に使えるとか、そういうモードに入っちゃうんですね。そういう思考過程に入ってくると、ひっかかるというか、そのアンテナにかかると感じるが僕はしますね。

大越 商品を見たときに「あつ、これあれに使える」っていう、商品の本来の意図という物とは違う物なんだけど、違う物として使えるっていうのは、そういうのは確かにありますね。

学ぶこと、考えること、治ること

尾崎 日常生活の中で何に關しても治療に結びつけるようにアンテナをはって、昨日より今日、今日より明日というふうに常に新しい知識を吸収して治療に生かし、患者さんの機能回復、日常生活能力やQOLの向上に繋がるようにしていかなければいけないと思います。2022年度のマスターコースにおいても、現実の行為と訓練の関係性ということテーマとして挙げられました。特異的病理を制御し運動機能回復していくことで日常生活に繋がっていくことを前提に治療を行ってきましたが、訓練によって機能は回復したが、実際の日常生活の行為に繋がっている患者さんとそうでない患者さんがいらつしやる。訓練が現実の行為にさらに結びつくためには、どのように訓練を構築していく必要があるのかということ、今回のマスターコースのテーマに挙げられたと思いますが、このテーマが日本に入ってきましたして、臨床家である御二方の臨床が変わったというところや、訓練を行って現実の日常生活の行為に繋がったというアプローチがありましたら、お伺いしたいのですが。

大越 難しい問題ですよ。訓練で単関節で出来ても複数関節でできなかったりとか、訓練の時はできるんだけど、ADLに汎化するにはちよっと痛みがあつてできないとか、「あつ、この感じなのか」、その「あつ」

っていう、その驚くような経験があつて、一挙に運動が変わったりする。新しい動き方、新しい感じ方というか、今まではこう曲げてこう感じていたんだけど、実はこんな風な足の上げ方で、こんな風な感じ方するとうまく動けるような経験があり、それでなおかつ、その新しい運動パターン、新しい知覚のパターンで動いたり感じたりした方が、今までの代償的な動きよりも楽に簡単に動けるっていう経験や自覚をされた人は、その場から運動と経験が変わっちゃうんです。ところが、今までの動きの方、この方がやっぱり楽で「先生が言ってるやり方は何だか難しくよくわからん」、つまり難易度が高すぎる場合には運動って変わらないんです。だからそういう意味では「新しい動き方、新しい感じ方の方が効率良くて楽なんだよ」っていうのを経験しないと日常生活の文脈上に、訓練が生きていかないし、日常生活で使うとき楽だということでもっていかないと、患者さんは変わらないんじゃないですかね。

もう一つは2023年のマスターコースの文字起こしの原稿の中にペルフェッティ先生が言う反省の一つだと思っただけ。今までは特異的病理をコントロールすることを一所懸命教えていたと。特異的病理をコントロールできれば、いろんなことができてくるんじゃないかと思つたと。実際患者さんを使つた症例を見たときのペルフェッティ先生のコメントだと思っただけ。患者さんの足部に問題があるんだけど股関節の課題を行つて、より適切に運動ができるってことを教えてあげた方が、結果として放散反応とか異常な特異的要素をコントロールすることができたという症例があつて、行為全体として取り組んでみるこの方が意味がある場合があると。なるほどと思つたのと、特異的病理を改善するっていうことで延々とやってたとしてもなかなか難しい症例っていうと思うんだよね。昨日出したような足部に凄いクローヌスが出て、まあ減ってるんだけど、延々とクローヌスを出さないように練習し続ける

ってというのは患者さんもくたびれちゃう。多少クローヌスがあっても今まで40年間動き続けてきたわけだから。股関節の筋収縮はどうかっていうところがコントロールできると、うまく歩けるし、膝がガクガクしない。足部の問題を股関節制御で補ってコントロールしていく仕方もある。特異的病理があるってことをまず患者自身が気付いてなかった（高所恐怖症で足が震えると思っていただけ）、それに気付いて、何かうまく調整すると変化し得るところまでいくと、歩行の中で特異的病理を結果としてコントロールできるっていう症例でした。そういう事も大切なのかなって気はしますね。

荻野 今の大越さんの話を聞いて思ったのは、イタリアの流れとかサントロソの流れというのが一貫してますよね。一番はじめに認知運動療法の根幹となる理論がどんと出てきてそこから整形疾患や脳性まひや高次脳機能障害患者のリハビリテーションに展開されていく。一人称や意識経験を語るとかがあって、言語の記述とかメタファーとかそういった知識を重ねて訓練と現実という話になってきている。中間世界の概念ももちろんありますけど。それから運動イメージを再構築していったらいい。一貫して認知運動療法が発展してきているんだけど、果たして僕らが今どこのレベルにいるのかと思うと不安になりますね。全然追いつけてないのが現状なんだけども。

大越 どっかが袋小路に挟まれている。

荻野 確かにイタリアを追っかけてきなきゃいけないんだけど、今までの事例例えば一人称そのものが理解した上での例えば現実と訓練の間と、一人称そのものが全く理解できていないような状態でその話をして結局訓練そのものはいいい訓練にはならない。意識経験そのものがまだ正直なんでしょうか。日本のリハビリテーションそのものが全然浸透していない状態で、認知運動療法の最先端の話をして、やはりなかなか

受け入れられないってことがありますよね。もつと僕らが今までやってきた例えば一人称であれば一人称をもっと勉強していかなくちゃいけない。イタリアの人たちって語ってくれるんですよ。僕は一か月間向こうで研修していた時に見たんですけどね、やっぱ語るんですね。失語症じゃない患者さんは「今○○○じゃないかと思えます。」って。痛み患者さんとかも、「今あなたはこの動きをどのように感じているの？」って聞くと、すごくいっぱい語ってくれる。「おなかの中に卵があって、その卵が動くような」とかそういうことを語るんです。だけど日本で痛みの患者さんに「どう？」って聞くと、「今日は朝から痛くてね」みたいな感じで、痛みを探すような感じですよ。だから何をセラピストが求めているのかというのが、根本的に違っていて。おそらくそれは、医療という文化も含めてだとは思いますが、上手く僕らが全然そういうところを引き出せていないような状態ってのが本当にあるのかなって思っています。そこをまずやらないと、本当にそれこそイタリアの最新の話を持ってきてても全然的に当たらない。空振りばかりになっちゃうんじゃないかなっていう気がするの怖いですね。

大越 そうだね。だから自分の身体を語るっていうのは、昨日出した症例でもそうだけど、おばあちゃんね「足がまっすぐだと思っていたんだけど、よく見たら曲がってたんだ。」と言ってたよね。だから変化。自分の体に変化が生じている。「ちよつと曲がらなかった足が曲がるようになった。」「伸びない足が伸びてる、あれ？」みたいな、そういう運動そのものがちよつと変化した後に、ちよつと遅れて意識っていうのがその変化に気づくんだよね。だから片麻痺の人は発症間もない時期に、急に麻痺がよくなる時期がありますよね。全然動かなかったものが「ちよつとこういう風にやって」とって言うと、「おばちゃん気づいてないの？今手を動かしてるよ。今動かしてるじゃない」とって言って、しば

らく自分の手不思議そうに見ていて「あつ動かしている」みたいな。だからあんな風に運動そのものっていうのと、それを感じたり知覚したりする事の間には、ちよつとズレがあるのかなって思っていて、そのズレ感っていうのかな。ちよつと運動が変化したり、ズレを感じられるような運動機能の変化がないとそれについて語れと言われても、変化のないものって語れないよね。

荻野 語れない。

大越 何かの変化があれば違いが生まれるわけで、違いがあるからさつきとこれが違うってことが語れるわけで、違いをどつかで作ってあげる。違いを作れるように介入していくと患者は語ってくれます。その語っている内容の変化がその人の身体のどのような変化を表しているのか。だから話す内容や身体機能、知覚と運動のループがどうリンクしているのかを追っていくっていうのが、地道に追っていくのが大切なのかなって。

荻野 一番初めに大越さんのコメントの中に出た内容について少し触れますね。暗黙知という言葉があります。マイケル・ポラニー（註4）が提唱した概念です。そこには「人間の知識についてあらためて考えなおしてみよう。人間の知識について再考するときの私の出発点は、我々は語ることができるより多くのことを知ることができる、という事実である」と書かれています。裏を返せば何かというと、極端なことを言えば語れないんですよ。その行為そのものをうまく語れない。自動車修理工のウィリーは溶接を非常にうまくやってのける。彼は具体的な知識ももちろん多くあるんですが、非常に興味深いのはウィリーの表現は極めて具体的な文脈にそって語られているのと同時に、ある種の微妙なバランスについて語られていることを紹介している本があります（註5）。ウィリーはそのバランスはどういうものかは実際にやってみない

と分ならず、「口ではうまくいえない」から具体的にやってみるのかなってことが解説されています。行為が完成されたレベルで考えちゃうと細かいことを語ることができなくなっちゃう可能性がありますよね。さつき言ってた差異というか、違いができて初めて言語化できるわけで、行為そのものをボーンと持ってきて「どう？」と聞かれても、語れない。じゃあ「何と何が違うの？」っていう聞き方で僕は患者さんから言語を引き出すことをしていかなきゃいけないから闇雲に言語を引き出せばいいのかというところというわけではないんだよね。だから我々は一体患者さんに何を語ってもらいたくて、我々は何が欲しくて、どういうことを患者さんに学習して欲しいのかということを確認にこちら側が持つていないといけない。とりあえず聞きやすいやとかとりあえず内観で聞きやすいやみたいな話になっちゃってもそれは全然訓練として伝わらないという繋がらないという危険性があります。そういう状態だとお互いが苦痛ですよ。セラピストも患者も。

大越 そうですよ。

荻野 その辺について尾崎さんはどう思う？

尾崎 他院から当院に転院されてこられる患者さんに色々なことを聴いていく中で感じることなんです、自分の身体に気づいていない患者さんが多いです。自分の身体が動かない、肩が痛い、足が痛い、歩けないなどは理解できているけれど、もつと細かいところの自分自身の身体がどのような状態なのかを気づいていない、治療者に気づかされていない。そのような状態の中で訓練をしてきている。歩行という動作はわかるけれど、身体については分らないという方が多い。まず、セラピストが患者さん自身の身体がどのようなのかを気づかせてあげると自分がやらなくてはいけなことが何かということをお患者さんが自身で気づいて理解し、そこに集中して治療をしていけます。患者さんが本当に

期待されている機能回復という治療に繋がっていくと思います。患者さんの今まで前院で行ってきたリハビリの話の中で「動かない身体を何とかしてほしいという希望をもって病院に治療しに来ているのに何か動作の反復練習で終わってしまったって、動かない方の手は何もしてくれなかった。あれ？これって治療なの？と思っていた」と言われる方が多く、裏切られた期待のまま訓練を行ってきたのだと感じることがあります。私たちセラピスト側は患者さんが自分自身の身体に気づくような治療を行い、セラピスト自身も患者さんの身体に気づくような治療を行う必要があると思います。臨床場面でお互いに新たな気づきがあった時に、ストーンと身体機能が上がることがあります。身体への気づきが患者さんにとって重要なポイントの一つであると感じます。

荻野 自分の身体をどのように捉えているかというのは本当に重要だと思っっています。自分の身体という認識ではなくてあなたも人の身体のような感覚で感じちゃっているとかかなり厳しいですよ。動くためには動かなくては駄目だという運動療法のパラドクスのような状態に陥ると、歩行ができなければ歩行訓練を一生懸命やらないと治らないじゃないかという思考になる。例えば患者さんや患者さんの御家族とかは、だから動作をしなければ治らないというように考えてしまう。そういうルールに入っちゃうような感じですね。認知運動療法というのは基本的には動作訓練っていうのはしませんよね。それはなぜかと言うと難易度が高いからしないのであって、最近接領域ではないからなんです、行為そのものが。だからもうちょっと最近接領域で教えていつてあげなければいけないからその難しい行為をあまりしないのですよ、というように患者さんがメタ認知できていけばいいのですが、できていない状態だと、なかなか患者さんと意見がかみ合わないっていうのもありますよね。そうなるプロフィールの一番はじめの準備的な会話のところ、「身体

の状態と変化」とか「発症からの変化」とか「これまで受けてきた治療をどう捉えているか」ってすごく重要ですよ。そしてどのように認識するので「自己の身体をどのように感じているのか」を観察していくんです。自己の身体をどのように捉えているかということが分かっているか分かっているか、訓練に対するのめり込み度合いというか、入り込み度合いが変わってくる。その患者さん自身が自己の身体を考えることになれば、初めて治療、そして治ることに繋がってくるのかなって今聞いてて思いました。

大越 そうだね。外来で見た人なんだけど、その人は肩と首の問題で来たんだけど、膝にトラブルがあつて、膝の事を聞いてみたら、「(他院で)膝の手術はしたんだけど何の手術をしたかわかんない。」と。またそれはすごいなと思ったんだけど、よくよく聞くと、「靭帯が悪くなっているから手術しましょう。」と言われて、何の手術かわかんないけど手術したと。おそらくACL損傷だと思っただけど、医師や看護師さんがどういう説明をしたのか、本人がどう聞いたのかにも問題があるのかもしれない。「リハビリもやったんだけど途中でいなくなっちゃった。」と、手術をしたんだけど何が悪くて手術したのかもわかんないし、足がぐらぐらしちゃうんだけどスポーツ頑張りたいたいと。すこし混乱した状況になってました。そういう膝の状態で、歩くとか何かしらの下肢の訓練をしたんだと思っただけど、術後の訓練として成立しないよね。

荻野 自分の身体に興味を持っていないというかね。
大越 自分の身体に適切に注意を持っていないような状況、不安なんですよね、そのトラブルを抱えた部位に注意を向けることが。だから膝の事は触れないですし、知りたくないし、何もしたくない。でも膝がぐらぐらしたら歩くの大変だし、スポーツ厳しいよね。「そうか、だからあんなのかな。膝の課題をやったら首の痛みも変わって、首もまわるように

なりました。」。そりや膝がうまく動かないのをいっばい肩や上肢で代償していたのでしようという話をしたことがあったんだけど。そんな風に自分の身体とうまく向かい合うような経験がリハビリ等でできないという状態の人がいたりするんだよね。

荻野 そういうところをキヤッチするっていうか、感じとるセラピストの感性みたいなものっていうのも大事で、おそらくそれは臨床実習を普通に出て、普通に一年目二年目でポンと仕事をしているだけでは多分身につかないですよ。

大越 ああ。そうだね

荻野 身につけるためにはどういうことをする必要があるのでろうか。

大越 それは見つけ上手にならなきゃいけない(笑)。見つけ上手になる経験をするしかないんですよ。僕は友達とね、マウンテンバイクで山を登ってるんだけど。最近忙しくて登れてないんだけどね。彼はカメラを持って山の小さな花を写真撮ってるんですね。僕にはその山を登ったり下りたりしても、小さな花だから見えないわけですよ。彼はちよこちよこ止まってなんか撮って、「ここに花があつて、去年もここに出てたんだよね」とか言つて。で「よくこんな分かるようになったね」って聞いたなら「山の花の写真を撮ろうと思つたんだけど、全然どこに花があるのかわかんない。だから植物図鑑を買つていつも読んで。でも植物図鑑を読んでもどこに咲いているかは分かんない。山道のカーブの入り口あたりに花があるなつて気づいた。そしたら次々花が見えてきた。」そんな風に一個見えたら次々見えるような経験がどっかにあると、もしかしら練習してるうちに一個見えたら次々見えてくるのかなど。あるときアケビを山で見つけて食べたという話があつて、アケビがあるなんて気づかなかつた。アケビはあちこちに沢山なつているよと言われて見ながら行くんだけど全然アケビ無いなんだよね。もう採られちゃつて無

いんだと思つてたんだけど、山の中腹ぐらいまで来て見上げてみるとアケビが一個なつてるんですよ。あつこれかと。ただ古いアケビだったんだけど、それからあちこちで古いアケビがいっばいなつているのが見えなつたんです。だから一個見つけるまでが結構大変で、それまではかなり悶々としながら、努力し続けるしかないんだけど、一個見えてくると次から隠れたアケビを見つかるみたいな感じで、見えてくるんですよ。その間の半年間なり何か月間なりは粘り強くあきらめずに見つけようとし続けるしかないんですよ。

荻野 似たようなね、話を僕も聞いたことがあります。ある俳人がその友人と一緒に山に出かけました。季節は秋です。まだもみじが赤くなる前の時期で、当然色は華やかではありません。その時にその友人が「まだ紅葉前だ」と言いました。そうするとその俳人は「でももう少しすると紅葉だよ、ほらところどころに紅葉になる前の『うすもみじ』がある」と返したそうです。その友人は『うすもみじ』という言葉を知らなかつたんですね。でも、もうすぐ色づくその直前のもみじの状態をその時初めて言語として知り、次の年にその俳人に『うすもみじ』がわかるようになった」と感激しながら話したそうです。だからそれもやっぱり一つの経験のなせる業で、学ぶことによつてその人の経験が変わる、ものごとの見方が変わる。そういうことが変わっていくことなのかなつて思います。似たような話なのかもしれないけども。

大越 経験が脳を変えると。

荻野 何かのきっかけがなければおそらく『うすもみじ』という言葉を知ることがなかつたでしょうね。知らなければ、ずっとそのまま恐らく歳を取つて死んでいく、知らないまま。だけど知つたことで、その人の経験が変わつて、経験が変わることによつてまた行為が変わっていく。これは患者さんの治療でも全く同じですよ。我々がセラピストが勉強

していくことでも同じだと思うんだけど、経験することで行為が変わっていくことによってまた経験が変わっていくといったループに入っていくかなきゃいけない。だから、やっぱり患者さんは学んで僕らも学ぶ。患者さんも学ぶ。そしてまた考える。患者さんも考える。そうすることによって患者さんも治っていくし、我々は成長していくことに繋がっていくのかなって思う。

大越 今の結論だったんじゃないですか？

荻野 ありがとうございます。まとめますか？（笑）。いい時間になっていますし（笑）。

大越 でも実際そうですよ。患者さんが治るのを見ながら我々も学べるし、自分の経験になるという事で、お互いが成長する。難しい本を読んでそれがすぐ役立つかというところには役立たないんだけど。あの本に書いてあるあれって実はこういう事だったのか？って後で気づくこととってあるんですよ。そのためのなんか色んな勉強したこととってすぐ役立たなくても、準備のための肥やしといますか肥料といった方がいいかよくわかんないけども、そういうものになっている可能性はありますよね。そういうのが知識としてちよつとあると認識の幅や何かの後からちよつと広がるためのきつかけになりやすいのかなと。

荻野 最後に一つだけ。今の話の見ていたものの方が変わるっていうことに関連して追加させてください。愛知県認知神経リハビリテーション研究会のホームページにアップしていた雑感の中で、僕が以前に高橋留美子が描いた『めぞん一刻』（註6）に関しての話を書いたのって皆さん知ってますか？読んだ人もいるかもしれないですし、読んでいない人もいるかもしれないですけど、また読んでいれると、うれしいです。ちよつとだけその話をしますね。実は高校時代から専門学校時代にはまったんですね、『めぞん一刻』という漫画に。ものすごく好きで、全巻

もっています。それを読んだ時に最終巻で感動して号泣したんですよ。けどその時は僕が二十歳とかの頃です。そして40歳を超えて久しぶりに読んだら、また違う感動を覚えたんです。感動どころかやっぱり号泣しちゃいました。号泣するんだけど、若いころとは違う号泣なんです。なんか引つかかるんです、違った印象を受けたから。なんだろうと思っ
て考えてみたんですね。それで、僕の至った結論は、主人公に視点を肩入れしているのか、主人公じゃなくてヒロインである女の子のお父さんの視点でものを見ているのかっていう違いだったんです。若いときは主人公の男の、つまりはヒロインの彼氏の視点で見てたんだけど、今読み返してみると、今は僕に娘がいるから、娘がいるという立場のお父さんの視点でものを見ている。そうすると同じ号泣でも全然違うんです。号泣の度合いというか質が。若い時にはヒロインとのラブロマンスに共感した号泣で、今は父親がヒロインを嫁に出すという視点から見た共感の号泣なんです。だから時を経て、もう一度ものを見返すことによって新たな発見があるということは、どのレベルでも起こるのかな、起こりうるのかなと僕は思いましたね。さっきの大越さんの話を聞いて。

尾崎 セラピストも患者さんも色々な経験をしていくことによってお互いに学習し行がが変わっていく。今回のフォーラムは「学ぶこと、考えること、治ること」を中心に対談をさせて頂きましたが、話の中で「見つけ上手」という視点が出てきましたが、治療を行っていく上で大きなポイントだと思います。治療者が見つけ上手になっていくことで患者さんと治療者がお互いに気づきを持ち、患者さんの真の期待に沿うことができる治療に繋がっていくと感じました。大越さん、荻野さん有り難うございました。それでは、第12回認知運動療法フォーラムを終わらせて頂きます。有り難うございました。

（2012年9月30日、桑谷山荘会議室にて）

註 釈

(註1) 中井久夫

1934年、奈良県生まれ。京都大学医学部卒業。ひょうご被害者支援センター理事長、神戸大学名誉教授、甲南大学名誉教授、阪神淡路大震災後に設立された兵庫県立こころのケアセンターの初代所長を務めた。著書に『精神科医がものを書くとき』（ちくま学芸文庫）、『中井久夫著作集』全六巻別冊二（岩崎学術出版社）、『西欧精神医学背景史』（みすず書房）、『分裂病と人類』（東京大学出版会）、『治療文化論』（岩波現代文庫）、『こんな時私はどうしてきたか』（医学書院）、『家族の深淵』（毎日出版文化賞、みすず書房）、訳書に『ガヴァイス全詩集』（読売文学賞、ギリシア国・文学翻訳協会賞、みすず書房）などがある。

(註2) 中日新聞 「愛知の病院 つなぐ医療」

2012年（平成24年）1月7日23面 掲載

(註3) セレンディピティに関して

認知運動療法フォーラム第10回（中国地区）を参照のこと。

(註4) マイケル・ポランニー（1891-1976）

ハンガリー出身の化学者・哲学者。主著として『暗黙知の次元』がちくま学芸文庫と紀伊國屋書店から出版されている。

(註5) ウィリーに関する記述

福島真人著『暗黙知の解剖』（金子書房、2001）を参照のこと。

(註6) めぞん一刻（高橋留美子著）

ビッグコミックスピリッツ（小学館）に1980年11月号から1987年19号まで連載された高橋留美子によるラブコメディ漫画作品。「時計坂」という町にある「一刻館」という名の古いアパートの住人・五代裕作と、管理人としてやって来た若い未亡人・音無響子を中心としたラブストーリー。1980年代の恋愛漫画の金字塔として名高い作品である（ウィキペディアより転載）。