

脳卒中患者に対する新たな介入パラダイム ー 認知行動療法の活用による心身包括リハビリテーション ー

東京都立大学 大学院人間健康科学研究科教授 大嶋 伸雄

要旨：脳卒中患者は、それまでに“経験した事のない新しい知覚・感覚と身体図式”を手探りで解釈しながら麻痺や感覚障害を伴う“経験のない新しい身体”でコントロールするための“運動・身体認知スキーマ”を有している。これは認知行動療法における患者の思考を意味する“(認知)スキーマ”と強い相関関係を持つ。症例はこの“(認知)スキーマ”にアプローチした結果、低調な行動と意欲が改善しADLも大幅に向上した脳卒中の症例である。

キーワード：認知的技法、行動的技法、自己効力感 (self efficacy)、気づき (awareness)



大嶋 伸雄 (Nobuo Ohshima) 先生は、2023年3月末をもって、東京都立大学 大学院 人間健康科学研究科 教授 (兼任) 健康福祉学部作業療法学科 教授を退職され、2023年4月から大阪河崎リハビリテーション大学リハビリテーション学科長 (作業療法学教授) にご赴任いただいて大学院教育にもお力を貸していただくこととなった。大学院設置審の教員審査も終了し、本学大学院生の特別研究のご指導もいただくことになっている。

身体障害の作業療法、高次脳機能障害、介護予防、リハビリテーション情報学、専門職連携協働 (チーム医療・ケア) 理論 (IPW)・専門職連携教育 (IPE) の領域での業績が多い。認知リハビリテーション、認知作業療法の第一人者として活躍し、認知行動療法を活用したこれからのリハビリテーションを提案してこられた。大阪河崎リハビリテーション大学大学院年報の創刊号に大嶋伸雄先生による玉稿を特別寄稿として掲載する。

大嶋伸雄先生略歴

法政大学・専門学校社会医学技術学院作業療法学科・筑波大学大学院教育研究科修士課程修了後、昭和大学医学部公衆衛生学教室にて“医学博士号”授与。

1991年：秋田県南部老人福祉総合エリア診療リハビリテーションセンター勤務

1992年：秋田県立脳血管研究センターリハビリテーション科勤務

1994年：秋田大学医学部附属病院整形外科リハビリテーションセンター勤務 (文部技官)

1997年：埼玉県衛生部 看護福祉系大学設立準備室 (埼玉県技術吏員)

1999年：埼玉県立大学保健医療福祉学部作業療法学科 専任講師～助教授

2005年：英国 St. George's University of London : Visiting Scholar (9月 - 3月)

2006年：公立大学法人首都大学東京健康福祉学部作業療法学科 准教授～教授

2014年：University of California, San Francisco 校 : Visiting Scholar (1月 - 3月)

2023年：東京都立大学大学院人間健康科学研究科教授退職

1. はじめに

脳卒中患者のリハビリテーション（以下、リハ）における課題の多くは運動機能主体の問題点、または、日常生活活動（ADL）の回復レベルに帰結しがちであるが、実際の臨床場面では意識レベルから知的水準、そして意欲に繋がる患者の認知機能全般の回復にリハ全体の成否がかかっている場合が多い^{1,2,3)}。

脳卒中患者における ADL の回復機序においては、患者がそれまでに“経験のない新たな知覚・感覚と身体図式～身体性”を自己分析～自己解釈しながら、同時に麻痺や感覚障害を伴い、同じくそれまでに“経験のない新しい身体機能”をコントロールしようと“慣れているはずの動作”を実行しようとする複合課題の状況下にあるといえる。実際には、それに加えて高次脳機能障害を併せ持つ患者の場合にはさらなる錯綜課題を、しかもまだ混乱した意識水準の中で再構築しなければならない。こうした多重の障害を持つ身体を駆使して目標課題を遂行するためには、反作用としてのいくつかの“挫折感”や“自己効力感の低下”という負の連鎖が患者を追い詰める状況下にある^{2,3)}。

突然、感覚的に「異常な世界の住人」となった患者が安定した心理状態に至るまでには、ある程度の時間と対应的ケアが必要となる^{4,5,6)}。

こうした患者心理は、表面的には仮面様顔貌のような反応で、かつ少ない表出でしか自身の状況を示せないため、なかなか推し量れない場合が多いが、実際に患者は多くの葛藤を抱えている^{2,4,5)}。その状態を放置したり、うつ症状を見逃していたりする状況下で、訓練時に叱咤激励することなど、常識的にはほぼあり得ないが、現実としてそうした状況が散見される。また、患者－セラピスト間関係において、入院により治療して貰うことを優先する“患者役割”に徹する患者側と、患者心理をほとんど考慮しない身体機能優先の訓練方針自体にもこうしたトラブルの原因があるといわれている^{7,8)}。

本稿では、そうした脳卒中患者の心理と、これまでにそうした視点・観点を持ち得なかったセラピスト側の課題や問題点を踏まえて、患者自身の現実対応力を育む認知行動療法（CBT: Cognitive Behavioral Therapy）を適宜、活用した新しい患者－セラピスト間関係とその訓練方法について述べる。

2. 脳卒中後うつについて

脳血管障害者における脳卒中後うつ（PSD: Post stroke depression）はリハを行っている患者にしばしば見られる。PSD は脳卒中患者全体の 15～72% に存在するとの報告があるが、実際には研究者ごとにばらつき幅が大きい^{1,4)}。また発症後、半年以内に高率でうつ症状が見られることや、リハの過程において ADL や身体能力の回復

に重大な影響を及ぼすという研究報告もある^{1,5)}。山川ら⁶⁾によれば、PSD 患者では ADL の改善は多少、認められるものの、うつ状態の改善は見られず、QOL（生活の質）が低下したまま経過している事例などを報告しており、PSD の状態がリハの成果に極めて大きな影響をおよぼすことを明らかにしている。

3. 脳卒中患者の心理状態

脳卒中患者では、運動機能と感覚障害に加えて高次脳機能障害が少なからず存在する。広義の認知リハには脳の機能性を基盤とする「脳構造の機能性」に起因する問題と、「人」としての存在に起因する問題に対する包括的な理解と対応が含まれなければならない⁷⁾。しかしながら、現実にはリハの事例報告の多くには、そうした配慮や視点などは見受けられない。

通常のリハや ADL を制限する因子として、①失語症によるコミュニケーション不全、②記憶障害によるもの忘れや見当識の低下、③認知機能障害や知的機能障害による理解や判断の困難さ、④遂行機能障害による行動の目的性や計画性の困難さ、などがある⁷⁾。その結果、高次脳機能障害患者では心理的な過緊張状態、精神的な疲労が慢性化した状態が続き、最後には神経症的な行動傾向もみられるようになる。もの忘れや見当識障害、理解力の低下が続けば周囲の状況把握が困難となり、困惑や不安感の低下に繋がる。そうした失敗続きの行動は患者自身の自己効力感を大幅に低下させて無力感、喪失感に繋がり、やがて抑うつ状態が発生することになる⁷⁾。（図 1）

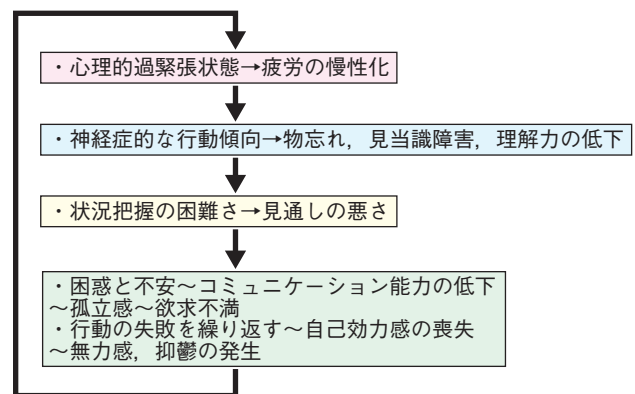


図 1 高次脳機能障害者の心理における負の関係

4. 脳卒中患者の行動様式

人間の脳における運動制御の階層性において、正常であれば皮質運動野から骨格筋までの指令がインパルスとして伝わり、同時に球心性の感覚様式と相まって個々の運動・動作として発現される^{9,10)}。皮質連合野の総合的な運動プランから脳幹レベルでの運動プロセス、そして効果器とし

ての髄節運動までの遠心性ニューロンと感覚器からの球心性ニューロンは一つの運動様式として個別の運動スキーマとして動作遂行のパターン化を助け、それが過去の動作・運動スキーマとして逐次記憶される(図2⁹⁾・図3^{9,11)}。さらにこの運動スキーマには当然ながら身体図式と制御に関わる身体認知のスキーマが制御システムにセットで扱われる事になる⁹⁾。

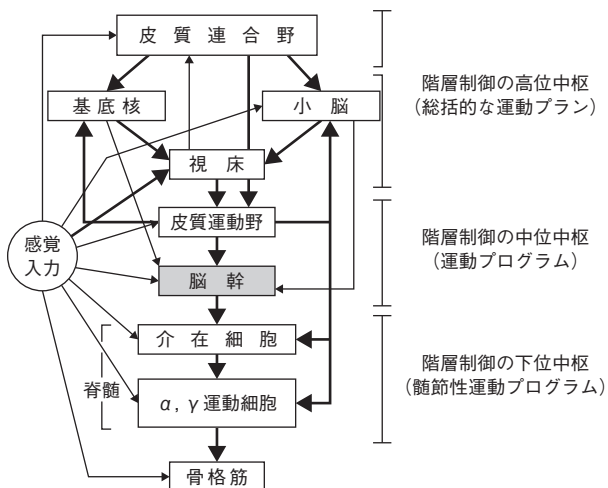


図2 運動制御の階層性

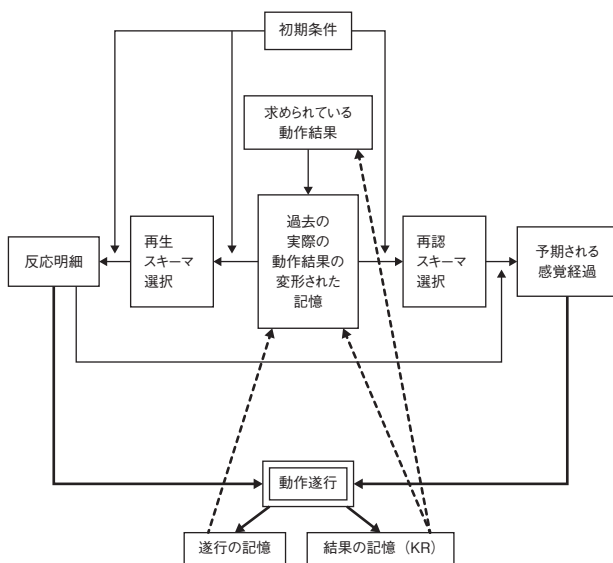


図3 運動スキーマから動作のプログラムが形成される過程

さて、ここでいうスキーマという用語には二つの意味がある。一般的総称としてのスキーマとは「認知の構え、定型的」の意であるが、心理学でいうところの「中核概念」としてのスキーマは「個人の中にあるかなり一貫した認知の構え」つまり、自動思考→媒介信念(思い込み)→中核信念(スキーマ)として存在する^{2,3,8,9)}。一方で、認知運動学における「運動スキーマ」「身体認知スキーマ」では、脳の一部の機能として存在する中枢系(とくに小脳)の運動パターンや、自動的な反応を示す身体図式の記憶系など

を意味する。

つまり、正常な機能の脳であれば自動的にセットされた“運動・身体認知スキーマ”と思考過程における“(思考の)スキーマ”が存在し、リハビリ過程ではこの両者を分けて語る事はできない^{8,9)}。その結果、脳卒中で運動麻痺と感覚障害が生じた患者は、従来の運動・身体認知スキーマに頼った形式で“新しい身体”を制御しようとする意志を持っており、初期のリハ段階における機能訓練では、既存の運動・身体認知スキーマを肯定した患者の動きを支援しながら反復練習などにより徐々に新しい運動・身体認知スキーマへのソフト・ランディングを図るという方略をとらざるを得ない(図4⁸⁾。

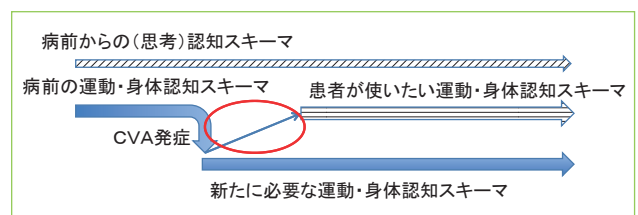


図4 脳卒中患者における運動・身体認知スキーマと認知スキーマ

ところが、心理的なスキーマがそれをどう察知し、いかに柔軟な環境適応的行動を取ることができるか否かは、患者本人の意志による部分が大きい。例えば、患者が新たな運動・身体認知スキーマを心理的に拒否して、以前のような病前の通りに歩きたいと強い信念を維持する限り、新たな運動・身体認知スキーマは生じにくい状況となってしまう。例えば、現実の動作に対応した健側の上下肢の動作学習を妨害するのは、こうした病前の“認知の構え”に他ならないからである。「以前のように回復すれば、全ては元に戻る」というバイアスで思考する患者においては、リハの新規動作学習が難渋する事も予想される⁸⁾。さらに様々な高次脳機能障害、とくに患者自身の身体への気づきが阻害される病態失認、さらに病識などが欠如した患者ほど、こうした傾向が顕著に存在すると考えられる。

5. 認知行動療法の応用方法

1) リハビリテーションにおける認知行動療法の使い方

CBTはうつ病を主体とした心理療法である^{12,13)}。身体は健常だが、何らかの社会的因子や個人的状況からくるうつ状態とは事なり、身体の障害、とくに脳損傷者にはそれなりの配慮と卓越した活用方法が必要になる^{8,10)}。

まず通常のCBTにおいては、クライアントが現在の自分の状況に気づく事が重要であるが、身体障害者には障害受容の課題がある¹⁴⁾。障害のレベルによっては、自身の現在の能力に気づけば気づくほど自己効力感が低下する要素が増え、却ってリハ的には意欲が低下して逆効果にもなりかねない¹⁴⁾。しかし、われわれの研究グループの経験では、認知的技法や行動的技法を駆使することにより脳卒

中患者の自己効力感を維持しながら気づきを促す事が可能となっている⁸⁾。

自己効力感（セルフ・エフィカシー）とは、社会的学習理論から発展した人間の行動を決定する要因で、いわゆる意欲に通じる動機づけのための基本的な概念である（図5）¹⁵⁻¹⁹⁾。人間の行動は“やればできる感”、つまり自分が環境に働きかけた行動と結果がどう結びつくのか、という結果予期の思考が出現するかしないかという不確定な要因で規定される¹⁶⁻¹⁹⁾。結果に対する予測があれば効力予期によって行動が起こり、予測がなければ無力感が心を支配することになる。つまり脳卒中患者においては、将来に対する見通しが低ければ自己効力感は低下するが、漠然とした回復への期待だけでも自己効力感が上がる可能性は高いと考えられている。

・先行要因・結果要因・認知要因→人、行動、環境という3者の相互作用

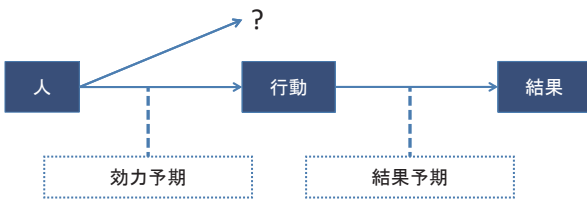


図5 結果予期と効力予期の関係 (Bandura,1977)¹⁵⁾

2) 認知的技法と行動的技法の応用

以下はCBTの認知的技法^{13,20,21)}と行動的技法^{13,20,21)}を脳卒中患者に適用する場合の一例である。

【行動的技法】

- (1) 退院後の活動スケジュール表の作成と実践
- (2) 段階的（可能な）作業の割り当て
- (3) イメージリハーサル（退院後に行いたい活動について）
- (4) 自己主張訓練（患者が自分の高次脳機能障害などの状態を語るための表現方法を共同で考える）

以上の活動の中で歪んだ自身の認知に気づかせ、誤った認知スキーマを修正に導く。

【認知的技法】

患者自身が行う“ADLの自己評価”や“ひとこと日記”そして、“セルフ・アセスメント・シート（図8参照）”を用いたカウンセリングなどがあげられる。カウンセリングでは基本的にソクラテス式質問法^{13,21)}により適度に制限のあるオープンクエスチョン^{13,21)}を用いて実施される。患者が自分自身の状態に気づくためにセルフ・アセスメント・シート²¹⁾を用いたカウンセリングを今回は便宜的に“セッション”と呼ぶ^{13,20,21)}。こうした通常のリハ訓練とセッションの組み合わせ方法は自由であり、対象者の状態や標的課題によっても異なる。カウンセリングの目的は、患者固有の誤った考え方と、不適応な思い込みを具体的な描写により、その妥当性を検討し、変容するための様々な

技法群を駆使する^{13,20,21)}。

- (1) “認知”の存在をあげて感情と行動へ影響を及ぼすことを気づかせる。
- (2) 考え方としての認知と行動の関係に気づかせる。
- (3) 思い込みや自動思考、とくに否定的な自動思考を意識させる。
- (4) 現実と合わない事実から現実性、妥当性を意識させる。
- (5) 困難な課題でも現実的な説明に置き換えて解決できる方法を探索させる。

6. 認知行動療法の活用によるリハビリテーション介入方法

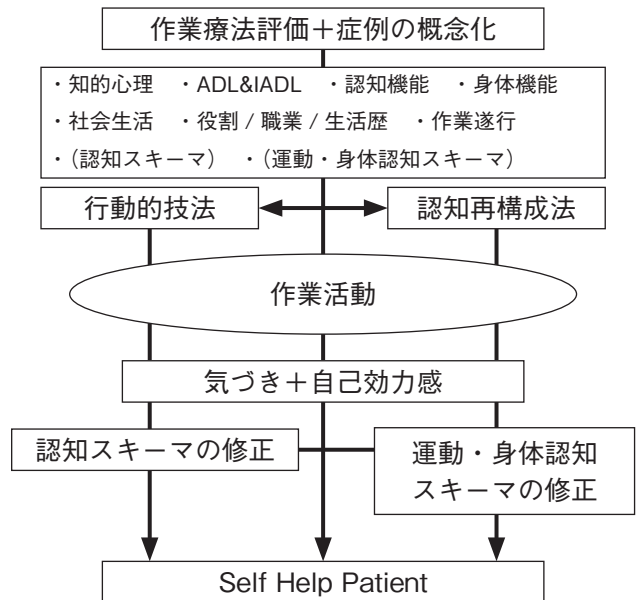


図6 認知行動療法を応用した作業療法の流れ

図6は作業療法によるCBT応用の流れ^{2,8,22)}であるが、基本的に通常の臨床と並行して実施される。脳卒中患者の場合、まず行動・活動の検討と実践という行動的技法の延長で、実施したい活動を決めてシミュレーションとして実践してみる⁸⁾。ここでの矛盾が現実的な検討を行うきっかけとなる場合が多い。また、今回はADLの自己評価を認知的技法として位置づけ、主に評価のために実施した。その場合、リハビリ初期の脳卒中患者は概ね自己評価が高く、とくに右半球損傷例では、ほぼ全介助レベルであっても「ADLは自立」と回答する場合が多い⁸⁾。その後、徐々に自分自身の現実のレベルに気づき始めるが、それでも「自宅に帰ればできる」「今はできないが数ヶ月すればそれは可能だ」と防衛的に回答する⁸⁾。セラピストは、そういった患者の言葉を否定も肯定もせず、ひたすら患者の気づきを促通する姿勢に終始しなければならない。それと同時に真摯に傾聴する姿勢を崩さず、相手を思いやる意識を維持しなければならない。患者自身によるADL

自己評価とセラピストによるADL客観評価とがほぼ一致するようになれば患者の状態は大幅に改善されてくる^{12,3)}。但し、場合によっては当初から極端に自己評価が低下している場合があり、その場合には患者の“うつ状態”を想定した対処方法が必要になってくる⁸⁾。

一方で、気づきを促す場面と前後して“自己効力感”に対する方略が重要となる。ADL自己評価では極端に高い活動レベルを提示する患者でも、現在の自分の動作レベルを病前と比較して低く見積もるという矛盾した意思表示をする場合もある。ここでは高次脳機能障害などによる身体失認や病態失認を別にして、なんとか自分の意識を高く保とうとする意識が防衛機制的に、あるいは空虚な期待感と現実の運動能力との間で葛藤する心理が見られる⁸⁾。

一方で入院後から現在に至るまで自分自身の機能的な向上や回復を意識していない患者も予想外に多い。ここでセラピストは、それまでの訓練成果を簡単なグラフなどで示す(見える化)ことにより患者の自己効力感を高めることができる。例えば徐々に回復ステージが上がっている事実や、VTRによる比較で入院時と現在の歩行・移動能力やADLの変化を目に見える形式で提示する必要がある。言語だけによる“褒め言葉”ではほとんど効果は薄く、機能改善を“見える化”する工夫が必要となる^{2,8)}。

一方で“運動・身体認知スキーマ”に対する対処と訓練もきちんと押さえておく必要がある^{7,8,9)}。とくに重度の感覚障害患者などの場合、時々、自分自身の身体図式や、どこに自分の手や足が存在するのか、身体の向き、バランスはどうなっているのか、というレベルでのカウンセリングをセラピストが行う事による効果は、運動機能だけにアプローチする場合とは比較にならない効果が期待される⁸⁾。こうした認知運動療法に連なるアプローチをCBTで併用して行う事でさらなる効果が期待できる。

7. 認知行動療法を活用した 作業療法の(脳卒中患者)症例

1) 症例の背景

症例は60歳代の男性。心筋梗塞治療中のアナフィラキシーショックによる心停止後の脳梗塞(左片麻痺)により視床、後頭葉、小脳にダメージを負った患者である。2ヶ月の入院後、A病院回復期病棟に転院となり理学療法、作業療法、言語聴覚療法の処方が出された。

10年前、妻は脳内出血で死亡。子供は息子4人で現在、四男と同居中。

2) 初期評価まとめ

身体機能面では、Brunnstrom-stage: 左上肢VI、手指VI、左下肢V。認知機能・高次脳機能面で視野障害、失行、失認、軽度失語症を認め、机上での道具操作や眼と手の協調性、記憶や見当識障害でも軽度障害が認められた。立位の不安定さ、頻回な膝折れが認められたため歩行時の

看視を要し、病棟では車椅子での生活であった。また、いわゆる危険行為が頻回に見られたため、安全帯の着用がなされていた。

入院時ADLはFIM(運動/認知)が合計39点で、食事や移乗動作以外は介助量が多い状態であった。排泄は24時間オムツ対応。理解・表出はyes/noがやっと可能なレベルであった。

3) 認知行動療法を選択するまでの作業療法経過

(1) 入院～2ヶ月目

徐々に危険行為が減少し、歩行耐久性や立位活動における安定性が向上し始め、トイレ動作を中心に介助量の軽減を認めた。

(2) 2～3ヶ月目

ADLに関しては、日中、車輪付き歩行器により歩行自立となるが、活動範囲は変わらず、臥床傾向もとくに変化なし。整容動作は可能であったが自発的には行わなかった。また見当識や思考に関しても、毎日のリハビリで確認項目を伝えても一向に定着しなかった。

(3) ここまでの考察と課題

症例自身による自身の能力の過大評価や病識低下、またそれに伴う漠然とした「大丈夫感」と根拠のない高い自己効力感が認められた。その結果、リハビリの必要性や目的が見いだせなかった。こうした負の連鎖を断ち切るため、CBTを用いたリハビリを実施した。

4) 認知行動療法による介入

(1) 介入手段の選択

行動的技法として、自宅の写真をみながら退院後の生活をイメージし、生活上の課題抽出と方向性を探る話し合いを行い、さらにその訓練を実施した。後日、派生した活動として、(自主)訓練ボードの作成とその訓練の実施を追加した。

一方、認知的技法として挙げた項目では、余白が大きいカレンダーにその日の印象的な出来事を書く“ひとこと日記”やADLの項目について患者が自分自身で評価する“ADL自己評価”、そしてセッション時に症例の思考を実際に見える形にするために“セルフ・アセスメント・シート”を活用し、患者自身の思考やその妥当性に触れられる機会を設け、定期的実施することにした。

以上の介入頻度として、行動的技法は担当作業療法士により週5回の介入となり、認知的技法の“ADL自己評価”と“セルフ・アセスメント・シート”は訓練期間の前後2回、セッションは週1回ペースで行い、また、“ひとこと日記”については患者の負荷調節のため不定期としたが、短い確認時間で週5回程度実施されていた。

(2) 認知行動療法の介入開始時

① セッション

CBTの導入時セッションより、症例が現在、何をどのように感じているのかについて聴取した。内容は紙面に記述し「会話の見える化」を行った。その結果、

自分自身が置かれた状況全てに対して漠然とした大丈夫感で捉えていた。自身の生活の変化に対するリハビリの重要性を全く感じておらず、具体的な進展は見られなかった。

② ADL 自己チェックシートによる評価

次に症例自身が考える、現在の病棟における日常生活の遂行能力を調べるため、ADL 自己チェック・シートを用いた話し合いを行った。その結果、ほぼ全ての項目において自立と回答し、自身の不便さについてほとんど感じられていなかった (図 7-CBT 介入開始時)。

CBT 介入開始時

項目	食事	そうじ	洗濯	入浴	トイレ	屋内歩行	屋外歩行	バス利用	お墓参り
自己評価	4	2	5	5	5	4	4	5	5
不便かどうか	×	×	×	×	×	×	○	×	×
必要・不必要	○	○	×	○	○	○	○	○	○

CBT 介入後

自己評価	3	3	2	3	3	3	3	2	4
不便かどうか	×	×	×	×	×	×	×	×	×
必要・不必要	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※1：全くできない 2：ほとんどできない 3：半分程度はできない 4：ほぼじぶんでできる 5：完全に自分でできる

図 7 CBT 介入前後の ADL 自己評価 (チェック・シート)

現在の症例自身による ADL 遂行能力とは全く乖離している発言や、それを問題と捉えられていない印象が強く、時々、セラピストからの質問に対しても回答できない場面が見られた (表 1)。

表 1 CBT 前後の ADL チェック・シートにおける変化の詳細

項目	評価 (前→後)	症例の思考 (前→後)
食事	(4)→(3)	「いままでやっていたから大丈夫だと思う」 →「できないところは息子に任せればいい」
そうじ	(2)→(3)	「……」 →「自分の部屋はできると思う。掃除機は掛けてみようと思う」
洗濯	(5)→(2)	「……」 →「息子に任せればいいのか」
入浴	(5)→(3)	「普通に入れると思う」「今も問題なく入っている」 →「風呂に手すりをつけるでしょ？ それなら大丈夫」
トイレ	(5)→(3)	「……」 →「あまり不安はない」

屋内歩行	(4)→(3)	「……」 →「跛行 (びっこ) しちゃってるから不安はある」
屋外歩行	(4)→(3)	「問題ない」 →「隣のスーパーくらいまでなら大丈夫だと思う」
バス利用	(5)→(2)	「1, 2 回乗れば大丈夫だと思う」 →「どこで降りればいいのか、すぐ降りられないし、不安はある」
お墓参り	(5)→(4)	「すぐ行けると思う。子供の送迎と道も整備されてるから平気」 →「車でいっから大丈夫じゃないかな」

※評価基準 (1：全くできない 2：ほとんどできない 3：半分程度はできない 4：ほぼじぶんでできる 5：完全に自分でできる)

③ 初回セルフ・アセスメント・シート

CBT で用いられるセルフ・アセスメント・シートに沿って、現在の状態を症例自身が語っているが、課題に対する“気づき”は見られていない (図 8)。

状況

- ・体力をつけると言われる
- ・退院を考える時期
- ・退院が近づいてきた
- ・外泊予定がある

身体機能

- ・体はなんともない
- 左足が弱い
- 体力がない
- ×他は大丈夫

気分・感情

- ・楽観的
- ・不安はない

思考・イメージ

- ・リハの目標はない
- ・退院しても大丈夫
- ・生活は自分でできる
- ・3 月頃になれば状況がわかる
- ・息子と暮らすから大丈夫

対処行動

- ・特になし
- ・息子に頼めばいいか
- ・退院まで外泊している試す

知覚・認知

- ・眠い
- ・歩くと疲れる
- ・忘れやすい

行動・遂行

- ・寝て過ごしたい
- ・家に帰りたい
- ・リハビリは言われたことをやる
- ・歩行自主トレをする
- ・日記をつけている
- ・他は寝て過ごす

図 8 CBT 前後のセルフ・アセスメント・シート (文献 18 を改編)

④ 標的課題の整理

低い病識とリハビリの必要性を認識できない低い現実見当識の改善と、受身的な姿勢からの脱却をセラピスト側の目標とした。

(3) 介入経過 (1 ヶ月)

転院後 2 ヶ月目に、二男との同居による自宅退院が決定した。退院後の生活について症例は誤った現状認識を維持したままであり、同時に空虚な自己効力感を持っている。これは一方で現実逃避、または不安感を打ち消すための態度である可能性もある。そこである程度の自己効力感を維持したまま、徐々に現実検討を開始する方針で介入を継続した。

ADL について自己評価で「可能」とした場合、後に類似環境を設定し、実際に実践することで症例の意識を

「現在」に集中させ、少しずつ気づきを促すための活動（実践練習・ロールプレイング）を反復練習した。その結果、徐々に自分の認知の誤りに気づく場面が増加した。

① 退院に向けたロールプレイング場面

自宅の類似環境での動作の失敗体験により症例の思考パターンに変化が増えた。「手すりをつけて、椅子でも置こうか」といったような代償案が自然と出てくるようになり、対処行動においても徐々に主体性がみられるようになった。

② 歩行練習後に実施されたセッション場面

症例が病前から大事にしていた愛犬との散歩についての話題が出された。以下に一部会話の抜粋を示す。

(OT) 歩行はいかがですか？

(CL) うん、まったく大丈夫。

(OT) 実際、どのくらい歩けますか？

(CL) そこ（リハ室）を数周…

(OT) それで散歩ができるまで足りませんか？

(CL) あーっ…まだ足りないか…

(OT) そのためには、〇〇さんには何ができますか？

(CL) 歩く練習を頑張るくらいかな…

ソクラテス式質問法により具体的、かつ現実的な問題と照らし合わせる機会を提供した結果、症例本人から歩行の自主トレーニングの希望が出され、担当理学療法士の合意の基で、自主トレーニングが追加されることになり、症例自身が自分の日程を管理するスケジュールボードを作成した。その管理自体を症例が行う事により、病棟生活の中に自発的な予定を組み込むことや、そのスケジュールングを通して病棟生活の再構築を促した。

③ 症例の見当識に対するセッション場面

症例自身がリハ内容の想起ができず「予定が全然覚えられない」と発言した。一部会話の抜粋を以下に示す。

(OT) 今日の午前中は何をやりましたか？

(CL) わかんないな

(OT) 午前中のリハビリでは何をやりましたか？

(CL) やっぱり覚えてないんだよねー

(OT) それでは少しでも記録を思い出すために日記形式で書いてみませんか？

(CL) いいよ。だけど何を書けばいいの？

(OT) 一緒に項目を考えましょう

以前まで「わからない」という回答で留まっていたが、「覚えられない」と初めて病状に関して述べる事が可能となった。ここで苦手としていた日記の導入がスムーズに進んだことで、その後の症例の思考力は格段に改善することになった。日記の内容は、①今日の日付、②担当者名、③リハ内容、④自主トレの感想、④明日への抱負、の4項目とした。

日記は自動思考を表出するツールとして、また、ホームワークとしての役割を担い、症例の昨日から今

日、そして明日をつなぐ役割を示した。その結果、症例自身の生活感覚に「言葉」と「思考」が潜り込む形で入り込み行動面に実際の変化を及ぼした。

自主トレ後の感想からは情動的喚起による知覚・気づきや、目標行動の達成感、自己効力感などに影響した可能性がある。

5) 認知行動療法による介入結果

(1) ADL 自己チェックシートの再評価結果（表 1）

症例に、初期のADL自己チェックシートの結果を見てもらいながら再評価してもらった。掃除の項目以外は全て自己評価を下方修正している。基本的に「大丈夫感」は残存しているが、洗濯で「息子に任せる」と代償手段を提示し、「（左足が）跛行（びっこ）しちゃってるから」と自身の弱点を率直に認め、多少不安感を示した。

(2) FIM による評価結果の推移（図 9）

図 9 は入院時、CBT 導入前、CBT 導入後の FIM 得点の推移である。着目するのは“排泄”である。能力的には布パンツでも可能であったが、尿便意の表出や「失禁しないでも間に合うよう行動する」といった意思が弱く、その結果、失禁が頻発していた。CBT 介入後は自発的にその課題に対して症例自身が意欲的に改善方法を考え検討した結果、通常の布パンツへ変更となった。他の ADL 項目でも CBT 導入後に大幅な改善が見られ、転院後約 3 ヶ月で二男との同居による自宅退院となった。

(3) セッションのまとめ（セルフ・アセスメント・シート）（図 8）

症例の思考整理の過程において、歩行や散歩といった具体的に希望する活動を述べ、その活動に向けた取り組みやどれくらい歩行が可能かといった自発的な報告や、現実的な代償手段を表出できるようになった。また、病識においても「歩けるけど左は跛行しちゃう」「バスはどこで降りればいいのか、すぐには降りられない」など、現実的な検討を行えるようになり、さらに疲労感といった自身の身体知覚を冷静に表出できるようになった。

6) 認知行動療法による介入のまとめ

本症例の課題は、当初の低い意識レベル、見当識障害、記憶障害を主とした高次脳機能障害による病識や現実見当識の低下であった。それまでの態度と言動から、実際に自分自身の身体機能をどの程度把握できたかは別にして、患者として病院やセラピストに依存する事により漠然とした不安感から逃避していた可能性も考慮された。そうした患者の状況に対し CBT を用いた介入は患者が現実と向き合う状況を作り出し、徐々に現実見当識が改善されるきっかけを作ったと考察される。

一方で患者の身体機能がある程度維持されていた事により、現実的な自己効力感が徐々に芽生えて、それまでの患者の心理バランスを担っていた空虚な効力感に取って代わる過程があったことは見逃せない。もし仮に、患者に自己効力感が芽生えなければ、CBT による手法を用いて、気づ

きと自己効力感のバランスを制御する必要性があったと推察される。こうした現実見当識に乏しい患者を現実に向き合わせる作業では、ともすれば患者の“失敗体験”に結びつきやすいが、きちんと自己効力感を感じさせながら現実に向き合うという状況を現出させる絶妙なバランス感覚と能力がCBTを用いるセラピストには求められている事になる。

一方、こうしたCBTを用いるリハビリでは患者自身による“障害受容”を別の次元の課題として区分しておきたい^{2,3,8,22,23}。進め方としては「治療は治療」として独立させ、一方で「出来ることを増やす」というリハビリ本来の業務遂行を別立てで考慮できれば、CBTは患者心理というリハビリ上の重要な根幹部分を担うため、患者の行動変容を促す技法として十分有効活用できるものであると考える^{2,3,8,22,23}。

文献

- 1) 長田麻衣子, 村岡香織, 里宇明元: 脳卒中後うつ病-その診断と治療. リハビリテーション医学, 44:177-188,1958.
- 2) 大嶋伸雄: PT・OT・STのための認知行動療法ガイドブック, 中央法規出版, 東京, 2015.
- 3) 大嶋伸雄: 認知行動療法の基礎とリハビリテーションにおける応用. 総合リハビリテーション, 49(3)269-276,2021.
- 4) 加治芳明, 平田幸一: 脳卒中後のうつの病態と診断・治療. 脳外科看護, 4:130-137,2006.
- 5) Chemerinski,E.et al.:The effect of remission of post-stroke depression on activities of daily living in a doubleblind randomized treatment study.J Nerv Ment Dis,189: 421-425,2001
- 6) 山川百合子, 佐藤晋爾, 澤俊二 他: 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中後うつ状態の予備的研究. 茨城県立医療大学紀要, 9: 189-196,2003
- 7) 鹿島晴雄, 大東祥孝, 種村 純: よくわかる失語症セラピーと認知リハビリテーション: 124-135,548-554, 永井書店, 東京, 2008
- 8) 大嶋伸雄 (編著): 患者力を引き出す作業療法 :36-45, 三輪書店, 東京, 2013
- 9) 宮本省三, 沖田一彦 (選者): 運動制御と運動学習: 250-264, 協同医書, 東京, 1997
- 10) 菊池安希子, 網本 和, 大嶋伸雄 (監訳): PT・OTのための認知行動療法入門. 医学書院, 東京, 2014
- 11) Schmidt RA:A schema theory of discrete motor skill learning.Psychological Review 82:225-260,1975
- 12) 坂野雄二: 認知行動療法. 日本評論社, 1998
- 13) 大野 裕: 認知療法・認知行動療法治療用マニュアルガイド. 星和書店, 東京, 2011
- 14) 南雲直二, 太田仁史: 障害受容: 51-69, 荘道社, 東京, 2002
- 15) Bandura A:Self-efficacy:toward a unifying theory of behavioral change.Psychol Rev,84:191-215,1977
- 16) 水口礼治: 人格構造の認知心理学的研究 - Locus of Control (統制の所在性) に関する疎 - 密性仮説の提唱と検証 :62-81, 風間書房, 東京, 1985
- 17) Rotter J B:Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. Psychological monographs 80:1-28,1966.
- 18) Wallston K A, Wallston B S,Devellis R:Development of the Multidimensional Health Locus of Control(MHLC) scale.Health Educational Monographs,6:161-170,1978
- 19) 大嶋伸雄: 脳血管障害者の自己統制感からみた「できるADL」と「しているADL」の差に関する研究. 埼玉作業療法, 3:28-36,2003
- 20) 坂野雄二: 認知行動療法. 日本評論社, 東京, 1998
- 21) 伊藤絵美: 認知療法・認知行動療法カウンセリング. 星和書店, 東京, 2005
- 22) 大嶋伸雄, 木下 輝, 川田佳央: 脳卒中後うつ. 総合リハビリテーション, 49(4) 367-375,2021.
- 23) 大嶋伸雄: 高次脳機能障害者に対する認知行動療法の適応. 総合リハビリテーション, 49(5) 471-480,2021.