©NSCA JAPAN
Volume 30, Number 8, pages 63-71

Key Words【作業同盟：working alliance、個人的相互作用：personal interaction、転帰：outcomes、協力的な：collaborative、コミュニケーション：communication】

腰痛のマネジメントにおけるクライアントと専門職の効果的な治療同盟の構築

Development of an Effective Client-Practitioner Therapeutic Alliance in the Management of Low Back Pain

William J. Hanney, [1] DPT, Ph.D., ATC, CSCS, FNSCA　**Morey J. Kolber,** [2] PT, Ph.D., OCS, CSCS
Paul A. Salamh, [3] DPT, Ph.D.　**Marino J. Bucci,** [1] B.S.　**Megan B. Cundiff,** [1] B.S.
Dominick P. Haynes, [1] B.S.
[1]School of Kinesiology and Physical Therapy, College of Health Professions and Sciences, University of Central Florida, Orlando, Florida
[2]Department of Physical Therapy, College of Health Care Sciences, Nova Southeastern University, Fort Lauderdale, Florida
[3]Krannert School of Physical Therapy, College of Health Sciences, University of Indianapolis, Indianapolis, Indiana

要約

腰痛(LBP：Low Back Pain)は、産業化した社会において重要な問題であり、経済的にも大きな影響を及ぼしている。LBPの治療には多くのアプローチがあるが、その多くは高額であり、効果に疑問が残る。LBP患者に対するしばしば見落とされがちなケアの側面として、良い治療同盟の確立が挙げられる。治療同盟とは、本質的に、信頼、共感、相互尊重として、患者またはクライアントと専門職との関係性で表される。ポジティブな治療同盟が存在する場合、転帰が改善されることがエビデンスで示されている。しかし残念ながら、専門職はポジティブな治療同盟を具体的にどのように構築するかについて、ほとんど指導されない。本稿では、LBPマネジメントを目的とした治療同盟を確立するための包括的な要素について紹介する。

はじめに

筋骨格系の慢性疼痛は、国際的には成人の5人に1人、米国では成人の3人に1人と推定され(19)、米国だけで毎年3,000億ドルの経済的負担を生み出している(18)。腰の慢性筋骨格系疼痛は、特に12週間以上持続する疼痛と定義され、一般的で費用のかかる疾患である。文献によると、慢性腰痛(LBP)は成人の最大84％が人生のある時点で罹患し、国際的に障害の最も高い原因とされており、米国では毎年1,000億ドルの関連費用が発生している(5,9,11,27)。

研究者、臨床家、スポーツ医学の専門家は、慢性的なLBP患者に対して用いられる一般的なマネジメント戦略による効果は中程度であると報告している。しかし、身体的要因と心理的要因の両方において様々な治療アプローチがある(6,15)。生物心理社会的モデルは、最も一般的なアプローチとして、病気を生物学的、心理学的、社会的要因の複合的な結果として認識するものである(45)。元々認識されていた生物医学的なモデルとは異なり、このアプローチは、これらの異なる要素が患者の痛みや障害の経験にどのように影響するかを認識するものである(45)。このような理解から、治療同盟は、この集団における治療効果を改善させるために考慮すべき重要な要素になってきている(15)。治療同盟とは、臨床家と患者との間のポジティブで協力的な絆(関係性)と広く定義されている。治療同盟が治療過程の必要不可欠な要素であることは、研究者や専門職によって絶えず示唆されてきた(33)。この関係は複雑であり、成功するためには複数の構成要素が実現される必要があると考えられている(43)。

治療同盟の総合的な効果

治療同盟の起源となる概念は、フロイトが精神分析における変化との関連で転移を理論化したころにまで遡ることができる(12)。しかし、その関係性の主要な特徴は、1965年にCarl Rogers

と彼の心理療法に関する研究によって、患者が臨床家の共感をどのように経験するかという考えを概要化した時に、初めてより明確に定義された(12)。心理療法、医学、理学療法において、治療同盟が治療の継続性と心理療法における良好な結果の両方に関連していることが文献で確認されている(17,20)。加えて、治療同盟が良好であることは、患者自身が感じる治療の効果や機能のより良い改善、そして痛みや障害の程度の軽減と相関している(15)。

Hallらによる系統的レビュー(20)では、脳損傷、筋骨格系疾患、心疾患、その他複数の病態を含む様々な診断に対する理学療法において、治療同盟が患者の転帰に及ぼす影響を評価している。この系統的レビューの結果は、強い治療同盟が患者自身の痛みや障害の認識を軽減させ、身体的および精神的健康を改善し、治療成果における患者の満足度を高めることをより裏づけているのである(28)。多くの文献を通してみられる結果は、臨床における慢性疼痛疾患のマネジメントにおいて、治療の心理社会的要素の側面を考慮し、また治療同盟をもうひとつの治療手段として考慮することの重要性を強調している(17)。

腰痛に対する治療同盟の効果

これまで、効果のある治療同盟の構成要素と、それらが痛みの軽減や抑うつなどの身体的・心理的な結果に与える影響について検討した調査研究がなされてきた。しかし、慢性LBP患者において、特に治療同盟の影響を調査したエビデンスは不足している。それでも、LBPにおける治療同盟の効果を調査した研究はいくつかある(7,14,15,17)。

Ferrieraら(15)は、臨床家と患者間の治療同盟と、慢性LBPに対する一般的な保存療法(エクササイズや脊柱徒手療法)を実施した後の機能、治療効果の実感、痛み、障害に関する患者の転帰を予測する能力を調査した。Ferrieraらによる研究(15)では、240名の患者が、3つの治療グループ、すなわち一般的なエクササイズグループ、モーターコントロール(運動制御)エクササイズグループ、脊椎徒手療法グループに分けられた。研究者らは、より高いレベルの治療同盟(よりポジティブな相互作用がある)は、治療効果の認識、機能の改善、痛みと障害の軽減が大きいことにより関係することを認め、理学療法介入が行なわれる文脈が治療効果を改善する可能性があることを示した(15)。

また、Fuentesら(17)は、慢性LBP患者の治療同盟の効果、特に痛みの強さと筋痛の感度について、1回の実際の、または疑似の干渉電流(IFC：Interferential Current)療法適用後にどのようになるかを研究しようとした。実験的なコントロール研究では、117名を4グループである、(a)実際にIFCの実施と限定的な治療同盟の併用、(b)疑似のIFCの実施と限定的な治療同盟の併用、(c)実際にIFCの実施と高めた治療同盟の併用、(d)疑似のIFCの実施と高めた治療同盟の併用、に分けた。その結果、治療同盟を向上させたグループでは、痛みの強さと筋痛の感度がより大きい割合で減少し、他のグループと比較した場合、疑似のIFCの実施と治療同盟を制限したグループでは痛みの強さに有意な差が認められた(17)。これらの結果は、治療同盟の向上が理学療法の治療効果を高めることができるという考えをさらに支持するものである。

Farinら(14)が行なった研究では、リハビリテーション後の転帰の予測因子として、LBP患者におけるクライアントと専門職の関係性を検討した。LBPを有した688名をサンプルとし、患者と医師の関係性は、疼痛、障害、QOL、疼痛関連心理障害の短期および中期(リハビリテーション後6ヵ月)の転帰と有意に関連しており、最も重要な変数として患者満足度と信頼に注目した(14)。

以上の研究から、治療を行なわない場合でも、治療同盟には、患者の転帰を改善する効果がある可能性が示された(14,15,17,21)。治療同盟と臨床結果の改善との間には相関があるように思われるが、その相関の程度や基礎的なメカニズムは未だ不明である。

治療同盟を成功させるための重要な要素

治療同盟は複雑な概念であり、まだ発展している最中である。関係性の成功を築くために知られているテクニックの多くは、臨床心理学のフレームワークに由来しており、理学療法による治療に広く取り入れられるようになったのは最近になってからである。治療同盟の成功に貢献するとされるテーマは複数あるが、ある特定の要素が他の要素よりもより大きな影響を与えるようである(3,22)。その要因のいくつかは臨床家がコントロールできないものであるが、専門職が日々の臨床に導入することが可能な、細かいながらもインパクトのある多くのテクニックによって、クライアントと専門職の関係性を発展させることができることをエビデンスが示している(23,25,37,42)。

知られている要因の中でも、臨床的共感は、臨床家と患者との関係性を上手く築くための主要なテーマである(3)。共感が重要なのは、患者が大切にされている、話を聞いてもらっていると感じ、それによって症状をより詳しく伝え、最終的に処方された治療の効果を高めることができるからである(3,24,37)。ある患者にとって重要度が高いいくつかの要素も、他の患者にとっては重要度が低いかもしれない。すべての患者を対象に成功する治療同盟の主となる貢献要因を検討するた

めに、Babatundeら(3)は2017年のレビューで、文献全体を通じて8つの中核となるテーマを特定した。このテーマには、「方向性の一致」「繋がり」「コミュニケーション」「期待」「外的影響要因」「個別化治療」「パートナーシップ」「役割と責任」が含まれる(3)。「方向性の一致」の要素は、目標の一致、タスクの一致、問題の特定を中心としたものであった。「繋がり」という概念は、親しみやすさ、純粋な関心や興味によって強化されることがわかった(3)。また、特定の治療方法に対する自信などを含む、専門職の能力や技術も考慮される。治療のセッションをより個人的なものにするために、専門職の応答性や包括的なテクニックを使用することは、特筆すべき特徴である(3,25,29)。効果的なパートナーシップは、相互理解と目標作成に患者の優先順位を積極的に取り入れることにより発展することがわかっている(3)。最後に、役割と責任の要素では、患者への動機付け、実施可能な援助を利用することが含まれた(3)。これらのテクニックを意識的に認識し、実践することで、患者との治療同盟を強化することができ、その結果、患者の転帰を改善することができる(33)。

これらだけが成功する関係性の特徴ではないが、文脈的な要因も役割を果たし、患者に費やす時間、性別、年齢、人種、民族、過去の治療経験など、臨床家のコントロール外であるものもあるだろう(10)。また、治療同盟に悪影響を及ぼすいくつかの作用もあるため、避けるべき様々なマナーも存在する(3)。避けるべき行動としては、映像の撮影時にため息をする、否定的な意味を含む特定のフレーズや言葉の使用、患者が話している時にテクノロジー機器に目を落とす、などが含まれる(25)。

強固な治療同盟を確立するという考え方は以前から報告されているが、成功する治療同盟を形成するための説明はやや曖昧である。Frankel&Stein(16)は、成功する治療同盟の4つの習慣を定義し、その中には、はじめに注力を注ぐ、患者の観点を引き出す、共感を示す、終わりにも注力を注ぐ、が含まれている。患者への注力の注ぎ方や患者の観点を引き出す方法については、まだ明確になっていないのが現状である。それぞれの患者は異なり、臨床家のアプローチは少し変化をさせることが必要であるが、健康分野では、クライアントと臨床家の関係性を成功させるためのいくつかの標準的な特徴について、より良い理解を得ることができるようになってきている。成功するための関係性のすでに知られているこれらの主要な構成要素のうち、特にコミュニケーションの強化は、ほぼすべての患者の治療経験を改善させるだろう。コミュニケーションの領域では、情報の明確さ、積極的傾聴、非言語的なスキルが、インパクトのある主要な要素であることが確認されている(3)。以下の章では、研究された治療同盟の形成における特徴について議論する。

非言語コミュニケーション

患者との対話において、ボディランゲージが重要な考慮事項であることがエビデンスで示されている(4,25)**(表1)**。顔の表情を用いた積極的な傾聴によって、専門職は患者が伝えようとしていることにかかわろうとし、配慮していることを示すことができる(3,25)。アイコンタクトを維持し、頭や眉を微妙に動かしながら、話の内容に耳を傾ける(2,25)。加えて、臨床家が正しい姿勢で模範を示すことは有利に働き、自信を示すことで患者に提供するケアに関して、将来的に信頼することに繋がるという研究結果もある(2)。正しい姿勢を保つことは、自信を与えることができ(4)、また全体的にプロフェッショナルな印象を与えることに繋がり、患者が受けとっているケアの質に対する認識に影響を与える可能性がある(31,41)。非言語的な行動は、しばしば無意識に行なわれるものであるが、患者との対話の中に意識的に導入した際に有益であることが証明されている選択的なテクニックでもある(8,25)。

表情は、コミュニケーションを向上させ、患者に有益な情報を伝えることができる(25)。笑顔は、対話のトーン

表1　臨床における非言語コミュニケーション戦略　(13)を改変

アプローチ内容	詳細
積極的傾聴	クライアントの話を聞いている際はアイコンタクトを保ち、可能なかぎり他の作業・課題は行なわない
笑顔	優しい笑顔で、今日、クライアントとともに治療に取り組むことができて幸せであるという気持ちを伝え、対話のトーンをセットする
クライアントの質問に対する表情	表情で感情を示す。顔つきにより、非言語コミュニケーションを促す
姿勢	注意、相互尊重、受容の姿勢をとる。クライアントが座っている際に立っているよりも、むしろ、クライアントの目線の高さに合わせるようにする。正しい姿勢を維持することで、良い手本を示し、クライアントのプロフェッショナリズムに対する認識を向上させる。
声のトーン	治療の最中に、声のトーンを変化させ、特定の題目に関しての重要性もしくは焦点を強調する
身体的なタッチ／触覚キュー	治療中の積極的関与を示し、エクササイズを改善するために貢献することに対する関心を示す

を設定し、弱みを表に出す患者の意欲を向上させることが示されている(8)。Chengらによる2019年の研究(8)で決められたように、エクササイズを実施している時のような活動中の笑顔は、その活動に対する内発的動機を示すものである。しかし、痛みを抱えている患者に治療を提供する場合など、必ずしも笑顔が適切とは限らない可能性もある。予後や治療方針について話し合う際に、柔らかい表情や穏やかな笑顔を見せることは、治療の効果に対する自信を伝え、優しさ、親しみやすさ、信頼性、親切さなどの判断を含む(1)、受けとった温かさを高めることができる(46)。すべての状況に対して笑顔が適しているわけではないが、表情はインパクトのある様々な感情を示すことができ、臨床家の関与に対する認識を高めることができる(8)。また、特定のマナーや表情が対話の妨げになる可能性があることも心に留めておく必要がある(25)。科学的文献によると、治療の際に、画像に対してため息を吐く、混乱した表情を見せる、テクノロジー機器に目を落とす行為は、すべてネガティブな相互作用と相関がある(25)。

言語コミュニケーション

効果的な言語コミュニケーションには力がある。ポジティブなクライアントと専門職の関係性は、治療の継続、モチベーション、理解、治療に対する自信、自己効力感を向上させる(42)。したがって、コミュニケーションを向上させることで、その後の患者の転帰を改善することができる(10)。コミュニケーションの好みは主観的なものであり、クライアントの反応に応じて調整する必要がある。しかし、言語コミュニケーションのいくつかの側面は、すべての患者やクライアントを対象として、治療同盟を直接改善する役割を果たすことが確認されている。

クライアントとの対話や教育において、専門職が選択する言葉は、クライアントの状態に対する認識に影響を与える(3,44)。クライアントの過去の経験によっては、特定の用語によってクライアントに警戒心が生まれ、ネガティブな意味合いをもつ可能性がある。Stewart＆Loftus(44)は、この考え方をより詳細に検討し、ネガティブな感情に関連する理学療法の一般的な用語をリスト化し、よりポジティブな代替案を提供した。例えば、「削れて、痛む」という表現よりも「加齢に伴う正常な変化」という言葉を、痛みについて説明する時に「慢性的」ではなく「持続的」という言葉を使うと、クライアントはより好意的に反応するかもしれない(44)。加えて、できるかぎり複雑な言葉使いをしないことで、偉ぶっていると思われるのを避けるのに役立ち、また提供される情報の明瞭さを向上させ、その両方によって治療の継続意欲を向上させる結果となるかもしれない(42)。

また、人は個人名を覚えてもらえている時、それによって無意識のうちに好意的に受け止められていると感じる要因ともなる(26)。そのため、クライアントの名前を覚えておくことで、臨床家は個人レベルでクライアントをケアしていることをより良く示すことが可能である(26)。名前を覚えて意識的に使うだけでなく、さらにその人の興味や趣味を知ることで、その人との関係に大きな影響を与えることができる(36)。また、クライアントに自分自身のことを話すように促すことで得られる情報は、クライアントのリハビリテーション目標達成への動機付けに利用することができる(25,30,36)。

動機付け面接は、心理学においてクライアントと専門家の関係性を改善するために用いられるコミュニケーション戦略であり、リハビリテーションにも応用できる(39)。このクライアントセンタードのアプローチでは、個人の健康に対する行動変化を促進し、クライアントの自己管理能力を向上させることに力が注がれている(20,39)。動機付け面接には様々な戦略が含まれるが、重要な原則は、Ask(聞く、尋ねる)、Advise(アドバイスする)、Assess(評価する)、Assist(アシストする)、Arrange(アレンジする)の「5つのA」から成り立っている(39)。最初のスクリーニングとして話を聞き、関連する健康リスクの情報を提供することによってアドバイスし、質問を通してクライアントの気持ちや意図を評価し、弊害を克服する方法を特定し、戦略を立てることでクライアントをアシストし、実行するための具体的な計画をアレンジする(20,39)。権威的な役割で接するのではなく、このような協調的な観点から対話を行なうことで、クライアントの順応性を向上させることができる(39)。クライアントへのフィードバックは、モチベーションを高める強力なツールとしても活用できる(20)。まとめると、ポジティブなアプローチや教育を提供することは、関係性の向上、行動変化、および全体的な治療満足度と正の相関がある**(表2)**(20,25)。

臨床的共感と関係性の構築

科学的文献では、臨床的共感は効果的な治療同盟を構築するための中核となる要素であり、また、質の高い医療を提供するための基本であることがわかっている(3,12,14,43)。臨床的共感とは、「クライアントのプライベートな世界をまるで自分のものであるかのように」、そしてその「まるで」という質を失うことなく感じ取ることができる能力と定義されている(37)。共感は知的な特性であるのに対し、同情は感情的な心の状態であることが示されている。この概念は、共感を正しく使うことで、専門職がクライアントから自分自身を切り分けることが可能になるため重要である(37)。しかし、共感を使うことは、専門職自身の気持ちとクライアン

表2　臨床における言語コミュニケーション戦略　(13)を改変		
アプローチ内容	詳細	アプローチ例
始めの挨拶	温かく、そして気にかけている接し方	“こんにちは、〇〇さん！ 来てくれて、ありがとうございます。あなたをお待ちしていました！” “痛みを除いた場合、あなたは大丈夫ですか？”
クライアントは大切であると感じさせる	クライアントを知ることについて、偽りのない興味を示す。クライアントの名前を頻繁に呼ぶ	“あなたの趣味は何ですか？” “あなたの名前、良いですね！ 私の発音は大丈夫ですか？” “あなたのことについてももっと教えてください。”
良い態度を示す	ホームエクササイズをしているといった良い態度を認める。改善する度に褒め、後退やミスは大きく主張しないようにする	“今日はよくやりましたね！ もう数セッション同じようにできれば、良い状態になれそうですね！” “できれば他のクライアントさんもあなたと同じくらいのモチベーションがあれば良いなぁ。”
動機付け面接	クライアントに希望する活動に戻ることの助けになるような質問をする(クライアントのモチベーションを把握する)	“この痛みはあなたの生活にどのような影響を与えていますか？” “あなたの今の状況ではできないけれども、やってみたいことは何ですか？”
まとめ	あなたの言葉でクライアントが言った言葉を言い直し、他に追加の情報がないか確認する	“では、あなたが私に言ったことをまとめると、あなたはこの痛みと長い間付き合ってきているが、手術は避けたい、そしてガーデニングを定期的にできるようになるためには何でもしたい、ということで合っていますか？”
セッションの締め方	ポジティブなメッセージ、そしてクライアントが改善する可能性があることに対する自信を強調する	“今日はよくやりましたね！そして、あなたは良くなりますよ。” “このような慢性的な状況は、しばしばコントロールできるものではないですが、あなたが上手く過ごしていることを私は確信しています。”

トの気持ちを切り分けることを難しくさせ、その結果、精神的な疲労が生じることになる。臨床における共感は、感情的、道徳的、認知的、行動的な側面も含めて、さらに拡張することができる(43)。

研究で明らかにされている治療同盟の3つの重要な要素の1つは、クライアントと専門職の間に効果的な絆があることである(15)。特に慢性的なLBPを有するクライアントは、リハビリテーションに積極的に参加することを望んでいることが明らかになっている。クライアントは、話を聞いてもらえない、十分な治療的教育を受けていない、自分の身体に関する知識を提供されていない、といった状況の際に、もどかしい思いをしていると感じている(42)。クライアントの個人的な経験や好みを考慮することで、専門職がクライアントと効果的に関係性を構築する能力を向上させることができる。

Miciakら(35)は、present(接する)、receptive(受け入れる)、genuine(正直である)、commit(責任をもつ)の4つの要素を、効果的な治療同盟を築くために必要な条件として認識している。そのためには、クライアントに対してオープンで受容的な姿勢を保ちながら、専門職自身の資質や価値観を一貫させなければならない。専門職は、信頼関係を形成するために、クライアントの個性、ライフストーリー、社会的現実を認めることが必要である。これにより、クライアントの身体や身体能力に対するネガティブな認識を生む傷つきやすい感情を軽減できる可能性が生まれる(35)。また、個人的な繋がりの要素が、その治療同盟全体の質に寄与していることも示している。クライアントとより個人的な関係を築くことで、紹介理由だけでなく、クライアントの生活への関心まで、ケアの幅が広がるかもしれない(35)。臨床家がクライアントと個人的な繋がりをもつためには、クライアントにさらけ出す(開示する)意志をもたなければならない。個人的な開示のレベルには適切な臨床判断が必要であるが、開示できることは有益である。

まとめると、文献にある臨床結果は、治療同盟を形成する際の臨床的共感と関係性構築、それらの重要性と有効性を示している(35)**(表3)**。しかし、臨床家の共感力や関係性を築く能力、そして治療同盟の質を正確に測定することは、臨床研究を行なう上では難しく、限界があることが証明されている。

クライアントへの教育

臨床の現場、および強固な治療同盟の構築において、適切なクライアント教育は重要である。Harmanら(25)は、教育がクライアントに与えることができる最も重要なものであり、共感的、支持的、信頼的なクライアントとの関係を構築する方法であることを示唆している。クライアントが受けるケアの質に対する受け取り方や、クライアント自身の問題、予後、介入に関する全体的な理解は、ケアに関する情報や教育をどれだけ専門職側が提供したいという

表３　臨床における共感と関係性の構築戦略　(13)を改変		
アプローチ内容	詳細	アプローチ例
共感の表示	クライアントが示している感情の確認 快適で素早く反応できる環境作り	“あなたの腰痛はとてもきついに違いないですね。” “私自身をあなたの靴の中に入れ、その痛みがどのようにあなたの妨げになっているか感じ取ります。”
クライアントの状態への興味	興味があるような態度で、クライアントの状態と彼らが主に困っていることを聞く	“この評価は興味深いです。あなたの状態を教えてもらえますか？ 医師は何と言っていましたか？” “あなたは、何がそんな風に感じさせているのか、十分理解できているとご自身で感じていますか？” “あなたの日課の中で、何が一番辛いですか？ 一番の不満は何ですか？ 教えていただけると助けることができます。”
痛みの傾向	クライアントの痛みの訴えの特徴や、それに起因する要素を理解するために労力を費やし、それを示す	“私はあなた独特の症状も知りたいと思っています。” “その痛みは一日の中で変化しますか？” “痛みについての詳細を教えてもらえますか？ 鋭い痛みですか？ 焼けるような痛みですか？ それともピリピリする痛みですか？” “日常生活のどの活動が痛みを悪化させますか？”
痛みの場所	クライアントの痛みの訴えを十分に理解し、またどの部位が敏感になっているのかも理解するために労力を費やし、それを示す	“手を使って痛みがどこにあるのか示してもらえますか？” “この位置から、痛みは上下、もしくは左右に動きますか？ それとも、その位置からは移動しませんか？”
家族、仕事、不安、およびストレスに関連する要因	家族サポートの重要性 不安とストレスをコントロールすることの重要性 腰痛におけるこれらの要素の影響	“徐々にあなたの社会的活動および仕事に復帰していきます。” “早く復帰できればできるほど、将来的な問題も少なくなります。” “あなたがあなた自身を助けられるのです！” “痛みをより上手く対処できる人は、活動に戻るのも早く、より良い活動ができます。” “良い日もあれば悪い日もある。でも、それは普通なことです！”

気持ちをもっているかに影響されることが報告されている(10)。教育を明確かつ簡潔に行なうことができると、クライアントはより快適に感じ、専門職との相互作用がより良くなったと感じる(38)。これは、クライアントが自身の問題点、専門職がどのように助けてくれるのか、そしてそれに対応するプランなどをより良く理解していたからである(38)。適切なクライアント教育は、クライアントの治療への順応性を高め、行動変容を促し(25)、最終的には治療への継続性を高め、治療が効果的であったという総合的な確率を高めることに繋がる(25)。教育とは、特定の内容を伝えるだけでなく、臨床家とクライアントの絆を育む明確な要素と根底にある黙示的な要素を統合した、臨床における多次元的なプロセスであると考えられている(25)。専門職は積極的傾聴と非言語コミュニケーションを統合しなければならず、なぜなら、そうすることにより教育プロセスにおいてクライアントがどのような反応を示すかをより受容することができ、標準化されたアプローチよりも、より個別化されたアプローチを促進することができるからである(25,34,38)。それは、専門職が情報を提供するだけでなく、情報を収集することで、治療同盟を発展させるために必要な信頼を構築し、維持するための双方向のプロセスである(25)。この信頼は、慢性的な痛みを有するクライアントにとってより重要であり、その理由は、痛みに関する教育を提供するための土台を整えるからであり、その教育は、痛み、機能障害、痛みの破局感を軽減し、身体動作を改善することが判明しているため、慢性的な筋骨格系の痛みを有する人に推奨される(32)。教育は、臨床現場において重要な要素であり、強固な治療同盟を築くために必要な、積極的傾聴、コミュニケーション、個別化、関係性の構築といった他の要素の統合を含んでいる**(表４)**。

個別化と方向性の一致

治療同盟を発展させるためには、クライアントと専門職が、方向性の一致または協力し合う感覚をもつことが重要な要素である(3,17,20)。Babatundeらによる系統的レビュー(3)では、治療同盟の発展において、クライアントと臨床家の間の方向性の一致が重要なテーマとされ、クライアントによると、目標や課題に関する合意が最も多く報告されている(3)。O'Keefeら(38)も、主要な構成要素である目標と介入についての合意を報告している。目標を設定し、クライアントと専門職の共同を進める際、クライアントの個別化はまた別の寄与する要因のひとつである。

表4　議論される教育的トピック　(13)を改変		
アプローチ内容	議論される鍵となる問題	文章例
腰痛について	腰痛の原因 腰痛の診断 腰痛の分類 予後 腰痛の自然な受傷歴	“永久的もしくは重症な腰のダメージは滅多にありません。” “あなたの腰に本当にダメージを与えるのはとても難しいです。” “腰痛は、重度の病気が原因であることは稀です。” “腰痛の予後は良好です。”
画像検査	症状のない人における画像所見 通常の変性所見	“症状を有さない人口の約60%に、なんらかの変性所見がみられます。” “あなたの腰に、大きな間違いは何もないです。”
身体的活動および休息	身体的活動の重要性 腰痛の傾向	“活動を再開するのが早いほど、良くなるのも早いです。” “休息を取るだけでは腰には良くありません。” “あなたには制限しなければいけないことがいくつかありますが、動き続けることは最も重要なことです。”
痛みのコントロール	薬 実施可能な治療 セルフケア	“あなたの腰痛を良くするために、いくつかのステップがあります。” “医師および理学療法士はあなたの腰痛を助けることができるかもしれませんが、あなた自身のケアはあなたにしかできません。”
慢性疼痛のコンセプト	最新の痛みのコンセプト 痛みの閾値 中枢性感作	“痛みがあることは腰に損傷があるということではありません。” “痛みは感覚刺激に対する反応であり、必ずしも脊柱の組織の損傷と関係しているわけではありません。” “痛みは身体的な誤解であるだけかもしれません。”
励まし	良い予後：心理的要素の誘発のリスクが低いグループ 活動への復帰	“この情報は、世界でも最良で最新のリサーチから得られた情報です。“ “腰痛にあなたの人生を支配されてはいけません。あなたはそれを乗り越えることができます。”

クライアントのケアプランに影響を与える特定の障壁や動機があるかもしれないため、クライアントと一緒に目標を策定しようとする際は、個別化が重要である。クライアントは、治療が個別化され、その治療が自身の症状に特に関連している場合に、専門職とのより強い絆を感じると報告した(38)。一方、クライアントは、専門職がクライアントの優先させたいことや能力を考慮せずに治療を行なうことを好ましくないと感じ、結果としてクライアントと専門職の関係にネガティブな影響を与えることがわかった(38)。クライアントは、専門職が一般的な情報やケアを提供することではなく、クライアントが問題に直面した際に治療内容を調整し、クライアントにとって優しくなるような努力をしてくれたことを高く評価した(38)。方向性の一致を確認することと、クライアントに合わせた個別化されたケアを提供することは、治療同盟の重要な要素であり、それによって筋骨格系の結果を改善する助けになる**(表5)**。

包括的な限界

臨床現場の中でポジティブな治療同盟を発展させるという概念はまだ発展途上である(3,14,15,17)。良好な治療同盟がクライアントの結果に直接良い影響を与えることはすでにわかっているが、その結果が特定のテクニック、作用のメカニズム、あるいは特に治療同盟のメカニズムに起因するものかどうかを区別することは難しい(3,15)。また、治療同盟の構築に、専門職とクライアントのどちらの個性がより寄与しているかを特定することも難しい(3)。

治療同盟とその基礎となる構成要素をどのように測定するかは、まだ決定されていない。治療同盟の測定を目的とした結果測定ツールはいくつかあるが、標準的なものは確立されていない。これらのツールには、Working Alliance Inventory(WAI)、Pain Rehabilitation Expectation Scale、Relationship Assessment Scale、Health Care Climate Questionnaire(HCCQ：自律性支援の認知尺度)、Medical Interview Satisfaction Scale(MISS：医療面接満足度尺度)、Sports Injury Rehabilitation Adherence Scale(SIRAS：スポーツ傷害リハビリテーション順守尺度)が含まれる。これらの結果指標の多くは心理療法に基づくものであり、そのため、理学療法における治療同盟に関する具体的な結果指標については、さらなる検討が必要である(20)。

別の考慮しておくべき限界として、治療同盟の長期的な効果に関する縦断的な研究がないことも挙げられた。多くの研究は、治療同盟の即時的な効果について着目したものであり、これらの短期的な効果が長期的に持続するかどうかについては、さらなる研究を行なう必要があることを示している(15,17,20)。

表5　臨床における個別化と協同戦略　(13)を改変		
アプローチ内容	詳細	アプローチ例
クライアントの治療の個別化	クライアントの反応を基に介入選択を調整する	“あなたはあのエクササイズをとても楽しんでいるように見えましたし、前回はよくできていました。今日のセッションもあのエクササイズから始めますか？”
共有された意思決定	治療についての意思決定を共有する。 回復の状況でクライアントを巻き込む	“あなたの状態を良くするために、いくつかの目標を一緒に設定しましょう。”
クライアントの名前の記憶と使用	クライアントの名前を知ることに関して十分注意を払っていること、そして憶えていることを示す 専門職の目から、クライアントがこれを重要なことであると認識する	“こんにちは、レネッタ！ ご家族でリラックスした週末を過ごせましたか？”
提供された治療への自信	最良の科学的エビデンスを基に、成功する治療についての情報に焦点を当てる	“あなたに提供されている治療は科学的に証明されていますし、今回のケースにおいては適切です。私はあなたがそれに対して良い反応を示すと思います。あなたはどう思いますか？”
個人的な経験／専門知識	クライアントのリハビリテーションを進める力における自信を示す 似通ったケースの成功経験を認識する	“あなたが私に教えてくれた情報を基に考えると、私はあなたがここで良くなると思っています。私は過去にあなたのようなケースで成功したことがありますが、それぞれのケースで私たちのアプローチはいくつかの調整が必要になります。”

結論

ポジティブな治療同盟の構築は、痛みの改善、障害の軽減、全体的な受け取り効果、高い満足度など、心理的および筋骨格系におけるリハビリテーションの結果の改善と関連することをエビデンスは示している(3,14,15,17,20,40)。信頼関係を築き、共感を示し、専門職としての専門性を示し、教育を通じてクライアントの理解を深めるために、コミュニケーション能力が必要である。また、クライアントの経験を全体的に理解し、繋がりを高めるために、非言語的なキュー、積極的傾聴、あるいは身体的なタッチを使うことも必要である。クライアントと専門職の絆をさらに深めるために、治療は個別化し、クライアントと協力し合って進めるべきである。これらのすべての要素は、クライアントの信頼とその後の関係を高めるものである。治療同盟のメカニズムはまだ比較的不明であるが、治療順守の向上、自己効力感、信頼が改善を説明する可能性のある理由として挙げられる。しかし、治療同盟効果を最大化するためには、さらなる研究を実施することが有益である(3,15)◆

References

1. Aaker J, Vohs KD, Mogilner C. Nonprofits are seen as warm and for-profits as competent: Firm stereotypes matter. *J Consumer Res* 37: 224–237, 2010.
2. Ambady N, Koo J, Rosenthal R, Winograd CH. Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychol Aging* 17: 443–452, 2002.
3. Babatunde F, MacDermid J, MacIntyre N. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: A scoping review of the literature. *BMC Health Serv Res* 17: 375, 2017.
4. Brinol P, Petty RE, Wagner B. Body posture effects on self-evaluation: A self-validation approach. *Eur J Soc Psychol* 39: 1053–1064, 2009.
5. Cassidy JD, Carroll LJ, Côté P. The Saskatchewan health and back pain survey. The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine (Phila PA 1976)* 23: 1860–1867, 1998; discussion 1867.
6. Cheatham SW, Kolber MJ, Mokha M, Hanney WJ. Concurrent validity of pain scales in individuals with myofascial pain and fibromyalgia. *J Bodyw Mov Ther* 22: 355–360, 2018.
7. Cheatham SW, Kolber MJ, Salamh PA, Hanney WJ. Rehabilitation of a partially torn distal triceps tendon after platelet rich plasma injection: A case report. *Int J Sports Phys Ther* 8: 290–299, 2013.
8. Cheng Y, Mukhopadhyay A, WIlliams P. Smiling signals intrinsic motivation. *J Consumer Res* 46: 917–929, 2019.
9. Crow WT, Willis DR. Estimating cost of care for patients with acute low back pain: A retrospective review of patient records. *J Am Osteopath Assoc* 109: 229–233, 2009.
10. Del Bano-Aledo ME, Medina-Mirapeix F, Escolar- Reina P, Montilla-Herrador J, Collins SM. Relevant patient perceptions and experiences for evaluating quality of interaction with physiotherapists during outpatient rehabilitation: A qualitative study. *Physiotherapy* 100: 73–79, 2014.
11. Disease GBD. Injury I, and prevalence C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990- 2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *Lancet* 392: 1789–1858, 2018.
12. Elvins R, Green J. The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clin Psychol Rev* 28: 1167–1187, 2008.
13. Fagundes FR, de Melo do Espı´rito Santo C, de Luna Teixeira FM, Tonini TV, Cabral CM. Effectiveness of the addition of therapeutic alliance with minimal intervention in the treatment of patients with chronic, nonspecific low back pain and low risk of involvement of psychosocial factors: A study protocol for a randomized controlled trial (TalkBack trial). *Trials* 18: 49, 2017.
14. Farin E, Gramm L, Schmidt E. The patientphysician relationship in patients with chronic low back pain as a predictor of outcomes after rehabilitation. *J Behav Med* 36: 246–258, 2013.
15. Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD. The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Phys Ther* 93: 470–478, 2013.
16. Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: The four habits model. *J*

Med Pract Manage 16: 184–191, 2001.
17. Fuentes J, Armijo-Olivo S, Funabashi M, et al. Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: An experimental controlled study. *Phys Ther* 94: 477–489, 2014.
18. Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. *J Pain* 13: 715–724, 2012.
19. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health* 11: 770, 2011.
20. Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques—facilitating behaviour change in the general practice setting. *Aust Fam Physician* 41: 660–667, 2012.
21. Hanney WJ. Proprioceptive training for ankle instability. *Strength Cond J* 22: 63–68, 2000.
22. Hanney WJ, George SZ, Kolber MJ, Young I, Salamh PA, Cleland JA. Inter-rater reliability of select physical examination procedures in patients with neck pain. *Physiother Theory Pract* 30: 345– 352, 2014.
23. Hanney WJ, Kolber MJ, Cleland J. Motor control exercise for persistent non-specific neck pain. *Phys Ther Rev* 15: 84–91, 2010.
24. Hanney WJ, Kolber MJ, Schack-Dugre' J, Negrete R, Pabian P. The influence of education and exercise on neck pain. *Am J Lifestyle Med* 4: 166– 175, 2010.
25. Harman K, Bassett R, Fenety A, Hoens AM. Client education: Communicative interaction between physiotherapists and clients with subacute low back pain in private practice. *Physiother Can* 63: 212–223, 2011.
26. Howard D, Gengler C, Jain A. What's in a name? A complimentary means of persuasion. *J Consumer Res* 22: 200–211, 1995.
27. Hoy D, March L, Brooks P, et al. Measuring the global burden of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 24: 155–165, 2010.
28. Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theor Pract* 36: 886–898, 2020.
29. Kolber MJ, Cheatham SW, Salamh PA, Hanney WJ. Characteristics of shoulder impingement in the recreational weight-training population. *J Strength Cond Res* 28: 1081–1089, 2014.
30. Kolber MJ, Corrao M, Hanney WJ. Characteristics of anterior shoulder instability and hyperlaxity in the weight-training population. *J Strength Cond Res* 27: 1333–1339, 2013.
31. LaSala KB, Nelson J. What contributes to professionalism? *MEDSURG Nurs* 14: 63–67, 2005.
32. Louw A, Zimney K, O'Hotto C, Hilton S. The clinical application of teaching people about pain. *Physiother Theor Pract* 32: 385–395, 2016.
33. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 68: 438–450, 2000.
34. MasaracchioM, Kirker K, States R, Hanney WJ, Liu X, Kolber M. Thoracic spine manipulation for the management of mechanical neck pain: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 14: e0211877, 2019.
35. Miciak M, Mayan M, Brown C, Joyce AS, Gross DP. The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: An interpretive description study. *Arch Physiother* 8: 3, 2018.
36. Miller KL. Patient centered care: A path to better health outcomes through engagement and activation. *NeuroRehabilitation* 39: 465–470, 2016.
37. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns* 74: 339–346, 2009.
38. O'Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, et al. What influences patient-therapist interactions in musculoskeletal physical therapy? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *Phys Ther* 96: 609–622, 2016.
39. Pignataro R, Huddleston J. The use of motivational interviewing in physical therapy education and practice: Empowering patients through effective selfmanagement. *J Phys Ther Edu* 29: 62–71, 2015.
40. Rowlett CA, Hanney WJ, Pabian PS, McArthur JH, Rothschild CE, Kolber MJ. Efficacy of instrumentassisted soft tissue mobilization in comparison to gastrocnemius-soleus stretching for dorsiflexion range of motion: A randomized controlled trial. *J Bodyw Mov Ther* 23: 233–240, 2019.
41. Schuster PM. *Communication : The Key to the Therapeutic Relationship*. Philadelphia, PA: F.A. Davis, 2000.
42. Slade SC, Molloy E, Keating JL. 'Listen to me, tell me': A qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain. *Clin Rehabil* 23: 270–280, 2009.
43. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med* 21: 524–530, 2006.
44. Stewart M, Loftus S. Sticks and stones: The impact of language in musculoskeletal rehabilitation. *J Orthop Sports Phys Ther* 48: 519– 522, 2018.
45. Wade DT, Halligan PW. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ* 329: 1398–1401, 2004.
46. Ze W, Huifang MAO, Yexin Jessica LI, and Fan LIU. Smile Big or Not? Effects of Smile Intensity on Perceptions of Warmth and Competence. *J Consumer Res* 43: 787–805, 2017.

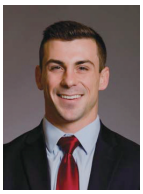
From Strength and Conditioning Journal
Volume 44, Number 6, pages 9-17.

著者紹介

William J. Hanney：
Florida州のOrlandにあるCentral Florida大学の運動学および理学療法学科に所属している准教授である。

Morey J. Kolber：
Florida州のFort LauderdaleにあるFort Lauderdale大学の理学療法学部に所属している教授である。

Paul A. Salamh：
Indianapolis大学のKrannert理学療法学校に所属する准教授である。



Marino J. Bucci：
Central Florida大学の理学療法学部博士課程プログラムに所属する学生である。

Megan B. Cundiff：
Central Florida大学の理学療法学部博士課程プログラムに所属する学生である。

Dominick P. Haynes：
Central Florida大学の理学療法学部博士課程プログラムに所属する学生である。