

生活期におけるハンズオフアプローチ

石垣智也¹⁾²⁾

1) 川口脳神経外科リハビリクリニック, 2) 畿央大学大学院健康科学研究科

キーワード: 生活期理学療法・健康行動・自己管理

生活期理学療法に求められる視点

生活期では、対象者の実生活の一部で理学療法が行われる。それゆえ、一定の環境下において専門職の関わりのある入院や施設とは異なり、生活全体の把握や管理が行いにくい。そのため、生活期において効果的な理学療法を提供するには、自ずと非理学療法場面（生活）にまで介入視野を広げることが求められる。つまり、生活特性を捉える評価と、生活に根差した治療介入であるハンズオフアプローチまで考慮する必要がある。

生活期理学療法における目標

生活期理学療法における目標を考察した場合、そのひとつに、健康行動の自己管理がある。近年では、脳卒中後遺症者の国際生活機能分類に、この概念を組み込んだモデルが提唱されている¹⁾。ここでの自己管理は、医学的（心身機能）・感情的（心理面）・社会的（役割）の要因から構成されており、生活機能と背景因子の介入要因として位置づけられ、健康状態を左右する重要な要因であると解釈されている。つまり、このモデルを生活期理学療法に適用した場合、直接的なハンズオンアプローチだけでなく、間接的なハンズオフアプローチも併用し、対象者自身あるいは主介護者が健康状態を自己管理できるようになることが、生活期理学療法の目標のひとつであるといえる。

健康行動の自己管理に向けた課題

生活期理学療法において自己管理の対象となる健康行動は、自主練習の実施や適切な身体活動量の確保となる。しかし、療法士から指導された自主練習を十分に行っているものは少なく、「全く行っていない」と回答するものが36.6%もいることが知られている²⁾。また、地域在住の慢性疾患患者を対象に身体活動量を調査した研究では、健常高齢者では低活動の割合が13.1%であるのに対し、慢性疾患患者ではより低活動の者が多く、特に脳卒中後遺症者で26.9%と高い値を示すとされている³⁾。つまり、療法士はハンズオフアプローチの一環として、自主練習や適切な身体活動についての指導や助言を行うものの、実生活へと十分に反映されていないという課題がある。

これら健康行動の実施に対する障壁を調査した研究では、自主練習および身体活動量ともに、意欲や関心の低さ、疲労、痛み、そして、効果への疑いなどが主たる要因として挙げられている⁴⁾⁵⁾。しかし、実際には個々に抱える障壁は様々であり、近年では、健康的な生活習慣への変容には個人の生活特性や価値観を考慮した介入が必要であるとされている。つまり、画一的な指導や助言では、行動変容やハンズオフアプローチは十分に機能しないということである。このような課題から、我々は、生活特性や価値観を考慮した個別的な評価と介入、そして、療法士と対象者が協働する関係の構築が重要であると考え、以下の取り組みを展開している。

健康行動に対する心理状態の個別評価

健康行動に対する心理状態の個別評価として、Health Action Process Approach (HAPA) 理論を用いている⁶⁾。これは行動変容に関する健康心理理論のひとつであり、意図はあるものの実際の行動に反映できないこと、すなわち、意図と行動のギャップを計画という要因を考慮することで説明するものである。図1に示すように、健康行動に至るまでの心理過程を説明しており、大きく分けて動機付けから意図を形成する「動機付け段階」と、意図から計画・実施に至る「意図段階」で構成される。動機付け段階の行動意図は、自己効力感（行える自信）、効果への期待、リスク認知（行わないことによる不利益）から説明される。これらより意図が形成された後は、具体的な行動計画と、例えば「時間がないときや疲れているときにどうするか」といった対処計画が形成され、健康行動に至る。また、計画と健康行動の実施は、継続する

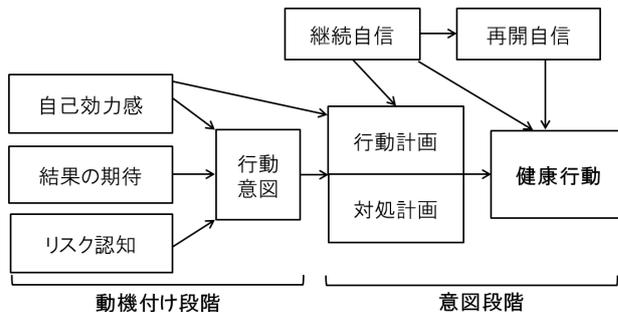


図1 Health Action Process Approach 理論

自信と再開する自信に修飾される。HAPA 理論を用いる最大の利点は、これら一連の過程を評価することで、対象者が健康行動を行わない理由を考察することができる点にある。

身体活動量計を用いた生活活動の可視化と定量化

身体活動量計から運動強度(METs)の測定を行い、日常生活における身体活動を可視化、定量化する身体活動量評価を行っている。運動強度は1.5METs以下の臥床や座ってTVを観るなどの座位行動、1.6METsから3METs未満の立位での家事動作や軽い歩行を表す軽強度活動、3METs以上のウォーキングや階段昇降などを表す中高強度活動に分類される。実際のデータをヒートマップにより可視化したものを図2に示す。このように可視化することで、活動量の個別特性の判読が可能となり、根拠に基づいた具体的指導が可能となる。また、数値データを集計することで定量化も可能となり、図2で示した症例の座位行動は574分/日、軽強度活動は165分/日、そして中高強度活動は3分/日となる。

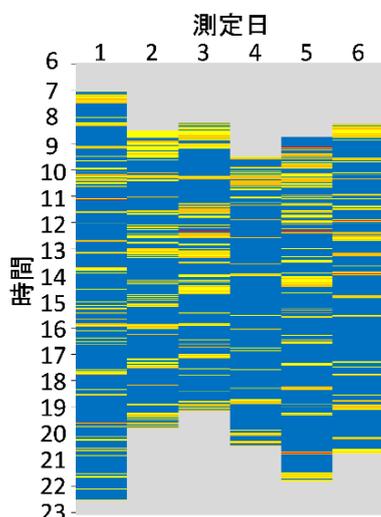


図2 身体活動量のヒートマップ

青色が座位行動、黄色が軽強度活動、赤色が中高強度活動を示す

アウトカム評価の共有化による協働関係の構築と効果検証

これは、個別目標に関連した定量的なアウトカム評価を設定、共有し、自主練習や身体活動向上により、アウトカムが変化するかを対象者と療法士が協働的に検証していくものである。

理学療法では歩行に関連した目標とアウトカム評価が設定されることが多いが、訪問理学療法のような在宅環境では環境制約が強く、定量的な歩行能力評価が困難であることが多い。そのため、我々は、最大2歩幅を測定することで歩行能力を推定する2ステップテスト⁷⁾を、在宅環境でも簡便に行える評価として用いている。

協働関係の構築について、近年、Shared Decision Making

(共有意思決定:SDM)が注目されている⁸⁾。これは、「治療の選択肢、効果と害、患者の価値観、希望、状況を踏まえ患者と医療者が共に意思決定に参加する過程」と定義されており、対象者と療法士が対等かつ協働的関係を前提とするものである。また、SDMはEvidence Based Medicineと患者中心のコミュニケーションを併用し、治療に関する情報、目標、責任を両者合意のもと共有することで成立し、最善の対象者ケアに寄与するとされている。実際、SDMは、生活期理学療法のような不確実性が高く、対象者の価値観や個性により多くの配慮を行う必要がある場合などに推奨されており、健康行動や治療への参加度向上に作用することが知られている⁹⁾。

結語

生活期理学療法におけるハンズオフアプローチを効果的に行うためには、個別の生活特性や価値観に配慮した評価と、対象者との協働関係を前提としたアウトカム評価の設定、効果検証の共有が重要となる。また、今後は心身機能のみならず、活動・参加(社会参加)までも考慮したハンズオフアプローチを検討し、生活機能全体の再建に寄与する視点を持つことが必要となる。

文献

- 1) Satink T, et al. :How is self-management perceived by community living people after a stroke? A focus group study. *Disabil Rehabil* 37:223-230, 2015
- 2) Forkan R, et al. :Exercise adherence following physical therapy intervention in older adults with impaired balance. *Phys Ther* 86:401-410, 2006
- 3) Ashe MC, et al. : Older adults, chronic disease and leisure-time physical activity. *Gerontology* 55:64-72, 2009
- 4) Crombie IK, et al. :Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. *Age Ageing* 33:287-292, 2004
- 5) Jurkiewicz MT, et al. :Adherence to a home-based exercise program for individuals after stroke. *Top Stroke Rehabil* 18:277-284, 2011
- 6) Schwarzer R, et al. :Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabil Psychol* 56:161-170, 2011
- 7) 村永信吾, 他:2ステップテストを用いた簡便な歩行能力推定法の開発, 昭和医学会雑誌 63:301-308, 2003
- 8) Hoffmann TC, et al. :The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA* 312:1295-1296, 2014
- 9) Street RL Jr, et al. :How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 74:295-301, 2009