

## 特集1

リハビリテーション・ケア合同研究大会 大阪 2025

主催団体企画シンポジウム

回復期リハビリテーション病棟協会

# セラピスト、動いてナンボ！

～セラピストの業務指針

「セラピスト 10か条」「PT・OT・ST 5か条」  
を土台に動く～

昨

年 11月21日、22日の両日、大阪市のマイドームおおさかで「動いてナンボ！ 動かしてナンボ！ — 「動く」が支える人・地域・日本 —」を大会テーマに約 2,500 名が参集したリハビリテーション・ケア合同研究大会（大会長・島田永和はあとふるグループ代表）。初日の夕刻、回復期リハビリテーション病棟協会主催、PTOTST 委員会による大会テーマに重ね合わせた企画、「セラピスト、動いてナンボ！～セラピストの業務指針『セラピスト 10か条』『PT・OT・ST5 か条』を土台に動く～」と題したシンポジウムが開催された。

PTOTST 委員会新委員長・山中誠一郎氏が座長として口火を切り、イントロダクション～事例紹介と進んだのち、PTOTST 委員会メンバーの PT・奥山夕子氏、ST・椎名英貴氏、OT・坂田祥子氏が登壇。回りハ病棟での PT・OT・ST それぞれの職責とチーム内での協業と分業の実際を、共通の入院患者の事例を使い、「10か条」と各「5か条」を紐解きながら時期ごとのかかわりの重点を解説。山中氏が「リハビリテーション・サポートの基本戦略」（同委員会・後藤伸介委員）を提示し故・石川 誠氏の言葉を紹介して締め括る内容充実の好セッションとなった。特集1では当日の模様を誌上 13 ページ組みで紹介する。（編集部）

# セラピスト、動いてナンボ！

～セラピストの業務指針「セラピスト10か条」「PT・OT・ST5か条」を土台に動く～

座長	やまなかせいいちろう 山中誠一郎	当協会 PTOTST 委員会 委員長（理学療法士） 医療法人社団輝生会 本部
演者	おくやま ゆうこ 奥山 夕子	PTOTST 委員会 委員（理学療法士） 藤田医科大学七栗記念病院
演者	しいな ひでき 椎名 英貴	PTOTST 委員会 委員（言語聴覚士） 森之宮病院
演者	さかた さちこ 坂田 祥子	PTOTST 委員会 委員（作業療法士） 東京湾岸リハビリテーション病院



回りハ病棟 PT・ST・OT それぞれの強みとは？



座長のPTOTST 委員会  
委員長 山中誠一郎氏（PT）

座長の山中誠一郎氏（以下、山中） 2040年を控え、新たな地域医療構想を基にした診療報酬改定の動向はかが気になるこの頃、回復期リハビリテーション（以下、回りハ）病棟についても今後さらいろいろな変化が求められる現状かと思う。そうした中、改めて回りハ病棟の強み、セラピストの強みを振り返りながら、セラピストの業務指針である「セラピスト10か条」と「PT・OT・ST5か条」を土台にさらなる飛躍に向けて進んでいきたい。

まず、私から回りハ病棟のあるべき姿、セラピストの業務指針についておさらいさせていただく。

次に、脳血管疾患で回りハ病棟に入院されたKさんの症例を皆さんと共有したい。続いて、PTOTST 委員会委員でPTの奥山さん、STの椎名さん、OTの坂田さんの順に、PT、ST、OTそれぞれの立場から回りハ病棟での専門性の発揮（分業）とチームアプローチの推進（協業）の具体例を、Kさんの症例に照らし、ところどころ「10か条」各職種「5か条」にも関連づけながらお話しㄧただく。本シンポジウムを通じ当協会

が発信している「セラピスト10か条」「PT・OT・ST5か条」の一層の活用を提案したい。

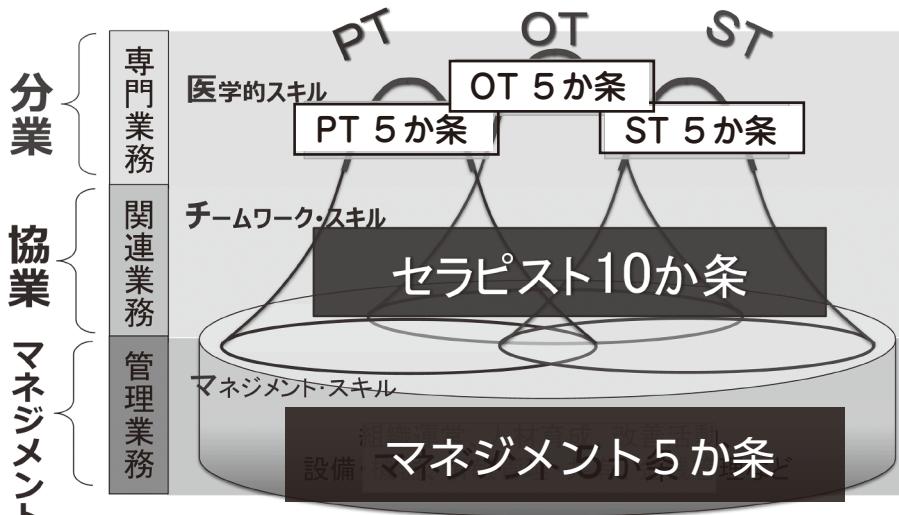


山中 回りハ病棟は2000年、介護保険と同時に制度化、急性期病院から速やかに転院でき、ADLを向上し、在宅復帰を目指す病棟として創設された。「早くよくして、早く地域に帰す、そして地域で適切な支援をする」ことが回りハ病棟の使命であり、その裏には要介護状態をしっかり改善してから地域で支えていく「リハビリテーション前置」の考え方がある。リハ前置主義は2000年以降の医療・介護の大方向であり、回りハ病棟はここに大きく貢献してきた。

回りハ病棟では創設から25年、「チームアプローチ」に力を注ぎ、高いレベルで推進してきた。一方、セラピストは多くの若手を抱え、その「専門性」がしばしば課題とされている。セラピスト個々人が高い専門性をもつこと、そして、チーム全体としてのバランスがよいこと、両要素は回りハ病棟での強力なチーム医療の展開に不可欠だ。回復期は心身機能の活動（ADL）が伸び盛りの時期で、セラピストの支援もここが中心になる。参加を意識し、退院後の生活にいかにつなげるか。

「回復期リハビリテーション病棟のあり方指針」（以下、「ありかた指針」）は、回りハ病棟のあるべき姿として全体的な業務プロセスを具体的に示したものだ。患者の全体像把握、多職種での共通目標設定にICFを活用し全職種が共通理解をもって取り組んでいる点、リ

～セラピストの業務指針「セラピスト10か条」「PTOTST5か条」を土台に動く～



(セラマネ10か条の理解:後藤委員資料より)

図1 回リハ病棟セラピストの分業と協業 多職種チームの連峰モデル

表1 回復期リハビリテーション病棟協会:「セラピスト10か条」

(2010年7月:Ver.1、2017年2月:Ver.2.0、2022年8月:Ver.2.1改訂)

### セラピスト10か条

- 1条 リハビリテーションマインドをもって専門職の使命を果たそう
- 2条 心身機能の改善を図ろう
- 3条 生活場面でのADL向上を促進しよう
- 4条 ADLの獲得に向けて適切な装具・車いす・福祉用具を導入しよう
- 5条 患者の行動と疾病的危険兆候を見逃さず、事故や感染を予防しよう
- 6条 カンファレンスは定期的に多職種で開催し、今後の方向性を多職種で検討・一致させよう
- 7条 記録や情報伝達は、多職種が理解できる内容、言葉で表現しよう
- 8条 病棟や在宅で介護を担う家族や介護者とともに、ケア方法を検討しよう
- 9条 退院に向けての環境調整は過不足なく行い、地域スタッフに繋いでいこう
- 10条 患者に寄り添い、その人らしい社会参加を支援しよう

ハビリテーション介入時にチームアプローチが「プラスの視点」で展開される点も、回リハ病棟の強みといえる。

P O S

### 「10か条」:セラピスト共通の協業指針を網羅

中山 図1は回リハ病棟セラピストの分業と協業、多職種チームのあり方、「セラピスト10か条」とPT・OT・STの各「5か条」について整理したものになる。PT・OT・STに共通した指針として「セラピスト10か条」が基礎部分として3つの山の連なりの中腹まで

あり、その上に職種別の「5か条」が専門部分として乗る形になる。3職種に共通の指針はリハビリテーションマインドを謳った1条からその人らしい社会参加の支援を謳った10条まで、協業の指針として表1に掲げた「セラピスト10か条」に網羅されているかと思う。

P O S

### 「5か条」:発揮してほしい固有の専門性を集約

中山 回リハ病棟ではさまざまな入院患者に対し多職種がチームでかかわるが、その中で特にPTは基本動

作と運動を中心に、OTは作業を中心に、STはコミュニケーションと食事の機能を中心に置きながら、その人らしい生活を下支えしていく。その際、PT・OT・ST それぞれに発揮してもらいたい固有の専門性について集約したものが、「PT・OT・ST5か条」である(P09, P13, P16)。

PTOTST 委員会では「セラピスト10か条」「PT・OT・ST5か条」計25条の正しい理解と実践に向けて、昨年5月、『セラピスト10か条・PT・OT・ST5か条ガイドブック』を刊行し、各項とも「基本的な考え方」と5つの「チェックポイント」解説を実践例を交え整理した。ぜひ、ご活用いただきたい。

以上を踏まえ、事例を1つ共有したい(詳細な事例を読み上げ。表2に一部掲載、全体▶表内QRコード。図2・3に、入・退院時のICF評価)。



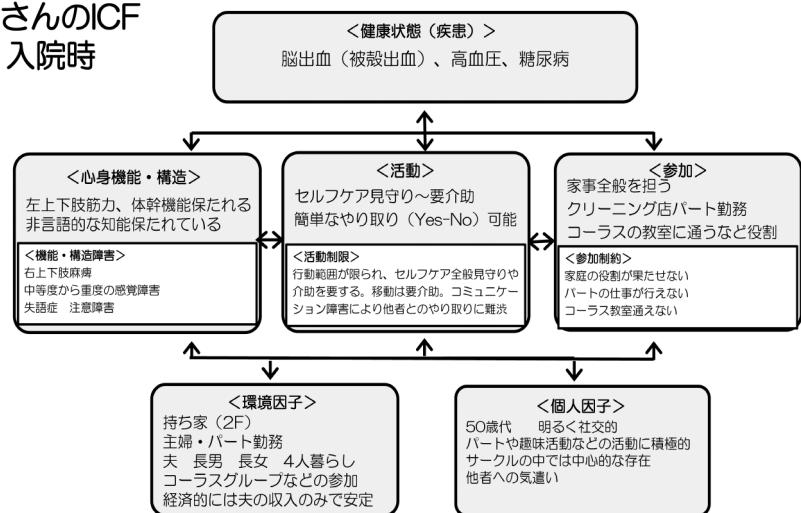
中山（フロア参加者に事例を紹介、共有し終え）ざっとKさんのイメージをもっていただいた。続いて、PT・OT・STの専門性とチームアプローチ、回りハ病棟入院中に行われる具体例につ

**【事例紹介】** (部分掲載。詳細は▶右下 QR コード参照)

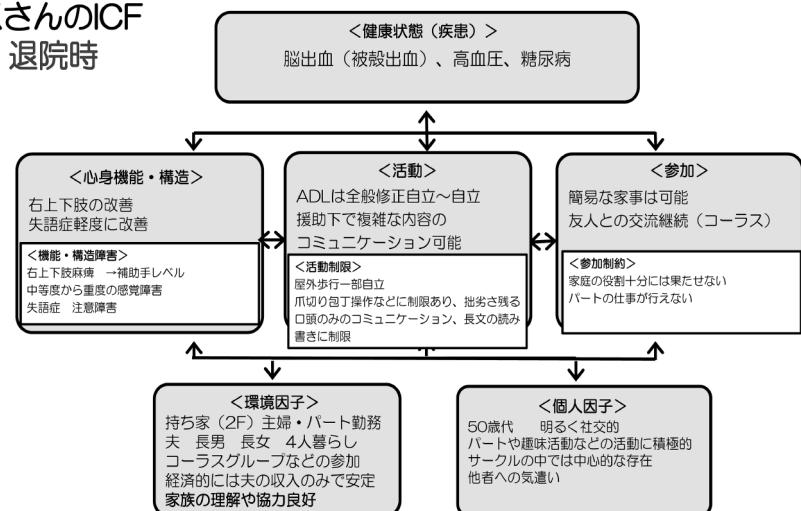
Kさん 50歳代女性、右利き 入浴中上下肢麻痺。右口角下垂、失語症認め緊急搬送、左被殻出血あり、保存的に治療。17病日後に回りハ病棟へ転院  
 職業：クリーニング店パート勤務（週5、10-16時、店は自宅から車で5分）  
 家族構成：夫（50歳代、会社員）、長男（20歳代、会社員）、長女（専門学校生）  
 病前生活：家事全般を行い毎朝子供の弁当を作り車を運転。コーラス教室に通うなど活動的  
 性格：明るく社交的。本人ニーズ：失語で詳細不明ながら「自宅へ戻りたがっている」様子  
 家族ニーズ：「ある程度の家事ができるようになって自宅に戻ってきてほしい」  
 回復期入院期間見込み：3か月（後略）



### KさんのICF 入院時



### KさんのICF 退院時



事例紹介 (Kさん 50代・女性) 図2、3 KさんのICF (入院時▶退院時)

いて、PTの奥山委員、STの椎名委員、OTの坂田委員の順にご発表いただく。

～セラピストの業務指針「セラピスト10か条」「PTOTST5か条」を土台に動く～

### 《回りハ病棟 PT 理学療法士の使命》

P O S 身体の基盤作りに責任をもち  
その人らしい社会参加の実現を目指す



奥山夕子氏 (PT)

奥山夕子氏 PT の立場からお話をさせていただく。

回復期フェーズは、変化の大きい短い通過点だ。発病という大きなインパクトを受けると身体機能は低下し

生活は一変する。急性期では病気の進行を止める治療

を行い、状態が安定すると回復期へ繋ぐ。回復期は早期に患者を受け入れ、限られた時間の中で最大限に機能回復を図り在宅へと導く。だが、身体機能が変化した状態での社会適応は簡単ではない。回復期で生活再建が果たせても、退院直後は生活混乱期を迎えるといわれる。私たち回りハ病棟で働く者は、当事者ごとの個別最適化した最良の医療を提供するチーム力が問われる。そこで私たちは、受け手の責務、生活再建、送り手の責務を果たすべく「あり方指針」を設け、各職種が10か条、5か条の業務指針を策定した。

「セラピスト10か条」の1条で唱えるPTの専門職の使命とは?

— その  
答えが  
「PT5 か  
条」に  
集約さ  
れている  
(表2)。

1条に

運動機能の回復、2条に二次障害の予防を目的にした全身管理、3条に社会に戻るだけの体力向上と予備力の確保、4条に運動学習を基盤とした基本動作の獲得、5条にPTの主な戦術となる運動療法と物理療を駆使することを示している。PTは、当事者の活動、参加を支える身体の基盤作りに責任をもち、「10か条」10条が示す「そ

の人らしい社会参加」の実現を目指すことを使命とする。

以下、「あり方指針」が示す、準備期、前期、中期、後期に分けて、PTの役割を説明する。

### 運動機能のPT評価は翻訳して他職種と共有!

**準備期、前期:** PTは治療計画を立案するために初期評価を行う。理学療法では、まず紹介状からある程度の患者像を把握し、運動機能の客観的評価を実施する。

運動機能の客観的評価は理学療法の要であり、PTの職責である。ただ、多職種協働ではその使い方に注意が要る。ポイントは、専門職の立場・視点を活かした業務の遂行である。つらつらと運動機能評価のスコアを他職種に説明するのではなくPT評価を“翻訳”して情報を共有することが大切になる。“翻訳”とは、スコアが示す意味を伝えることである。他職種が理解できる言葉で運動機能評価に裏付けられた基本動作能力を伝え、安全に入院生活を送るためのリハビリーション・ケア計画や環境調整等を提案する。今回のケースでは、入院時FIM移乗が中等度介助レベル、畠に布団の生活歴からベッド生活に変わったのは片麻痺になって17病日だ。移乗に至るまでの起居動作をコールを押さず自己流で行っていた可能性がある。

また、  
感覚が  
重度鈍  
麻で運  
動麻痺  
の程度  
も弛緩  
性麻痺  
から少し

筋緊張が亢進してきた時期であることから、麻痺側管理が不十分になると麻痺肢を体の下敷きにしたりベッド柵にぶつけたり、自重で関節を痛める可能性がある。そのため、この時期は安全に基本動作を行う指導やポジショニングが必要なことをPTから看護師・介護士に伝える。立位バランスにおいては、下肢の運動麻痺、感覚障害、

表2 「PT 5か条」(2022年8月 Ver.2.0 改訂)

#### PT5 か条

- 1条 筋力、関節可動性、姿勢バランスなどの運動機能を回復させよう
- 2条 全身の部位・状態などを観察し、不動による疼痛・虚血を予防しよう
- 3条 呼吸・循環機能を高め、社会生活に必要な体力の向上を図ろう
- 4条 課題にそった運動学習を促し、実際的な基本動作を高めよう
- 5条 ADL の自立に向けて運動療法、物理療法などを駆使しよう

筋緊張の亢進から麻痺側荷重が不十分で非麻痺側優位に立位をとることが考えられる。軽度肥満と年齢から関節に痛みが出るリスクも予測される。安全な移乗に向け動作開始前に人が呼べる体制整備や、立位をとった時に麻痺側の足底が床に接地できるよう下肢装具の装着を提案する。装具の脱着は今後、片手動作や座位バランスの習得が必要なことを伝え、安全に動作が習得できるまで介助を要する点を共有したい。移動手段は車いす全介助レベルである。今後活動量を上げていくためには片手片足駆動の指導、転落回避するシーティング、車いす操作の習得などを初期対応としてチーム内で共有できるとよいだろう。

**転倒事故への対処** 準備期、前期は事前の情報収集、入院初日の評価、入院3日間の日夜の様子を見る評価期間、多職種の評価を統合する7日目、再評価を行う14日目と、ポイントとなる期日がある。安全を担保し方向性を確認、治療計画立案のために定期評価とカンファレンス、環境設定のPDCAを繰り返すが、今回のケースのように転倒事故が起こる場合がある。食後に自室で車いすに乗車中、クローゼット上の口腔ケアセットを取ろうと立ち上がり起きた今回の転倒。安全対策がすり抜けた要因を4M分析で考えると、心理的要因、設備の不具合、環境的要因、情報関連要因が疑われる。その中の情報関連要因に関してたとえば21日目にPTが「現在、歩行練習も進み、活動量も自信もついてきています。移乗は監視下でできるようになってきました。装具脱着が自分でできるようになれば自立評価に入つてもよいかと。あと1週間は強化が必要と考えています。日中コールは押せていますか?…」と、能力変化、理学療法の進捗、新たなリスク発生可能性について情報発信しチーム内で協議できていれば、事故は起らなかつたかもしれない。

PTがSTやOTに頼りたいところは、他職種のもつ専門評価や面談技術から患者さんの言語機能や認知機能が影響する行動や、行動の動機となる当事者が大

事にされてきた作業（生き方）や胸の内を整理して私たちPTに教えてほしい。退院後の目標となるその人らしい社会参加のBeing（こうありたい）とDoing（こうしたい）を共有でき、PTは運動機能の側面からその人らしい社会参加に対応できる選択肢を増やすことに貢献したいと思う。（後略）

**中期** Kさんの長期目標を「公共交通機関を利用できるだけの歩行修正自立（退院後3か月）」とした場合、入院中の移動手段を車いすから歩行へ段階的に変えていく必要がある。PTは全期に渡って病棟とリハビリテーション室を渡り歩きながら多職種協働により自身の専門性を以下のような形で發揮する（▶QRコードに以下内容を図示）。



**病棟：**初期の移動手段は車いすだ。病棟では活動量の増加を目的にシーティング、車いす駆動、車いす仕様の環境設定、下肢装具の貸し出し、基本動作練習などを行い、1日の活動スケジュールを立案。装具の脱着練習や立位練習など体力の向上と移乗自立を目標にしたプログラムを実行する。リハビリテーション室での基本歩行練習が応用歩行練習へ移行してきた時に病棟歩行を導入。移動手段を車いすから歩行へ切り替える準備を始める。環境調整や朝晩の歩行練習、自立評価などを多職種と協力しながら行う。終盤、病棟での移動手段を歩行へ切り替え、自立後の評価や体力向上のプログラム、機能維持のためのセルフマネジメントを指導していく。

**リハビリテーション室：**機能障害に対応した練習と能力に対応した練習を行い、徐々に能力対応練習の比重を増やしていく。初期は課題の難易度が調整しやすい基本歩行練習を行い、歩行支援ロボットや装具・補助具も活用する。基本歩行練習から応用歩行練習への移行後は、在宅での生活環境を見据えて裸足歩行練習や杖なし歩行、転倒した際の対処法などを指導。さらに、行動範囲を広げていくために院内パブリックスペースでの練習、階段、坂道、不整地での屋外歩行練習、持

4M：事故発生要因の構成要素。人（Man）、機械・設備（Machine）、情報・環境（Media）、管理・教育（Management）

～セラピストの業務指針「セラピスト10か条」「PTOTST5か条」を土台に動く～

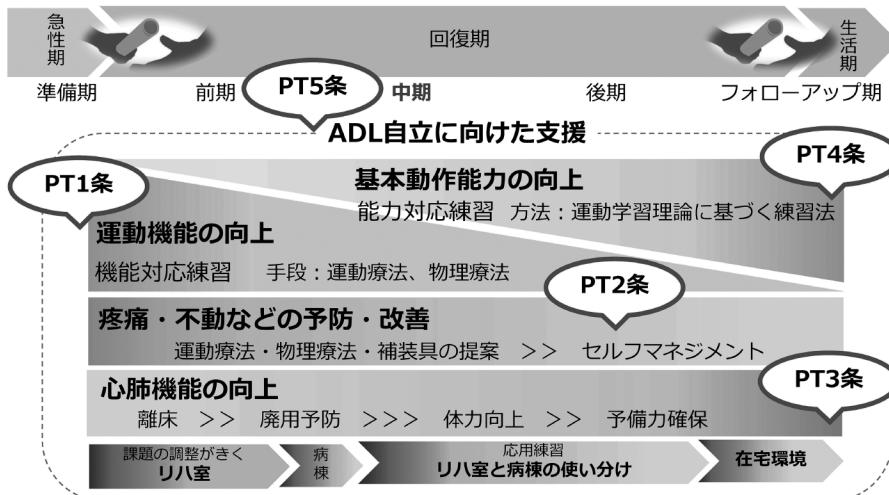


図4 回復期の時期別PTの主たる支援内容と「PT5か条」1~5条の関連

久力強化練習を実行していく。屋外歩行が安定すれば次のステップとして院外リハビリテーションや退院前訪問指導を実行する。

図4は「PT5か条」を回復期の時期別に落とし込んだものだ。PTはADL自立に向けた支援を行う職種である(5条)。運動機能向上(1条)の機能対応練習と基本動作能力向上(4条)の能力対応練習の比重は患者の状態に合わせて調整し、徐々に実場面での能力対応練習を増やしていく。疼痛・不動などの二次障害の予防(2条)は終盤にかけてセルフマネジメントできるよう指導していく。心肺機能の向上は、離床・廃用予防のスケジュール管理から徐々に社会生活が行えるだけの体力確保(3条)を導く。その実践は、練習環境の特徴を活かし使い分けていく。

**後期** 入院生活の終盤、当事者は急に不安に襲われることがある。それは、入院生活の特殊性に原因があるかもしれない。医療者は入院生活が非日常であることを認識し、当事者が望む生活に近づくよう擦り合わせの作業が必要になる。それは、退院後生活の環境、役割、方法の変更であったり、自分一人でできること、支援者とできることの確認であったり、新しいネットワークの活用になる。終盤の不安にどう対応するか。まずは、理学療

法のソフトランディングである。運動機能のセルフマネジメントとして拘縮予防のための関節可動域練習、加齢に伴う骨密度・筋力低下予防のための筋力強化練習、体力維持・向上のための持久力練習、体重コントロールを入院中から指導し自己管理できることを確認する。

次いで、次期伴走者(キーパーソン)との調整である。早期から家族指導を実施することにより障害像の共有、当事者ができること/できないことを確認する。できることはばかりでなく、危険動作の指導や転倒後のアクシデント発生の際の対応方法も指導しておくと安心だ。家族自身の介護スキルも入院中確認しておくと安心と自信にも繋がる。退院前訪問指導や退院前カンファレンスの開催も不安軽減に繋がる。入院中に退院後生活をイメージして実時間、実場面でリハーサルすることも有効かと思う。

さらに、安心の保証書として、福祉用具を使用して退院する場合は、メンテナンス方法の指導や相談窓口の紹介をしておくと安心される。本ケースのように装具を活用する場合、身体機能の変化により装具の設定が変わるために、本人、生活期スタッフ、かかりつけ医が情報共有できるノートを渡すことも安心ツールの一つになる。

### 《回りハ病棟 ST 言語聴覚士の使命》

コミュニケーションと食事に責任をもち  
認知能力向上に努め、その人らしい参加を支援



椎名英貴氏 (ST)

椎名英貴氏 ST の立場からお話をさせていただく。

ST は、主にコミュニケーションと食事に対して責任をもつていく職種だ。表3に掲げる「ST5か条」の中では、1条と2条がコミュニケーションに割り振られて

いる。

コミュニケーションは人ととの間で行われる情報、思考、感情等の伝達や共有、それらの活動面のすべてを含んでいる。1条では、コミュニケーションの機能障害としての面を適切に評価し集中的なリハビリテーションを行っていくことが語られている。2条に示すように、日常の生活場面でのコミュニケーションに反映できるよう、生活場面での観察・評価に基づく適切なコミュニケーション方法を選択し、代償的手段や環境調整等を工夫しながらコミュニケーション活動の充実を図る。

3条は食事について、摂食嚥下に問題があればその人の医学的なバックグラウンド、病前の食習慣や嗜好といったその人の個人因子など、全体像を把握した上で摂食嚥下機能を適切に評価し、実際の食事場面での食形態や食具の選定などを含めて、その人が安全に食事を楽しめるよう支援していくというものだ。

4条は、生活機能全体に影響を及ぼす認知の問題について、ST が全般的認知能力を、行動観察、机上検査を行い、重症度と特徴を精確に評価した上で、これはOTとも関連のあるところだが、必要な情報を他職種へ発信していくという内容である。このように、1条から4条まで、コミュニケーションと食事の問題を支援し、認知の問題についても改善に向けかかっていく。

5条では、これらのことによって、その人らしい社会生活への参加を支えていくと提唱している。これが「ST5か条」全体の構成になる。

初日にとりあえず1つ意思疎通方法を見つけ共有  
入院初日 Kさんの入院初日の評価でSTはまず、全体的なコミュニケーションの状況を押さえ、とりあえず1つの方法、「この方だったら、こういうやり方であれば意思疎通ができる」という方法を確認し、他職種との間で共有する。これが初日の1つの流れである。加えて大切なのが、食事の評価だ。午前入院なら昼には食事が出る。提供される食事が安全でその人の能力に合ったものかをチェックし、必要なら修正していく。これもSTの初日評価の大きな役割になる。

食事に関しては食事場面を評価。後日、より詳細な嚥下障害の重症度評価と動態分析、障害構造の確認を行った上で予後予測をし、間接訓練、直接訓練を行っていく流れになる。Kさんの場合、すでに前院で普通食を召し上がっておられ、スクリーニング検査の上でも問題はなく、食事観察でも特に危険性はなしとのこと。若干、スプーンなど食具が使いにくいようだったので、食具の設定をOTに依頼した。

前期 回復期の初期にSTが行うコミュニケーションの評価、食事の評価ではまず、全体像を押さえた上で個別の評価を行っていく。脳損傷後に生じることが多い失語症と運動障害性構音障害について、STは障害の評価とその後の回復に直接かかわる専門職である。責任をもって障害のタイプと重症度、回復の見込みを分析、予後予測し、適した練習方法を立案していく。

Kさんの場合、礼節は保たれており、簡単な質問の理解は可能。ただ、口頭での返答には受信者(ST)側の誘導や推測が必要であった(図5)。

SLTA(標準失語症検査)、CBA(認知関連行動アセスメント)、RCPM(レーヴン色彩マトリックス検査)ほかの評価を実施。SLTAのプロフィールでは聴理解は比較的良好で、多少複雑な話でも大まかには理解できる状態。喚語表出は単語から文レベルの発話が見られ、流暢な発話だが喚語困難はしっかりとあり、意味性、音韻性の錯誤や音の歪みもあった。復唱は比較的保たれていた。皮質下被殻出血後の失語であり、典型的な皮質下性の失語で中等度症状と判断した。SLTA評

～セラピストの業務指針「セラピスト10か条」「PTOTST5か条」を土台に動く～

### ST5 か条

表3 「ST 5か条」(2022年8月 Ver.2.0 改訂)

- 1条 コミュニケーションを阻害する失語症や構音障害を改善し意思疎通の向上に努めよう
- 2条 生活の場で代償手段や環境調整等により、コミュニケーション活動を拡大しよう
- 3条 摂食嚥下機能を高め、安全な経口摂取を支援しよう
- 4条 すべての活動に影響を与える認知能力をとらえ、必要な情報を発信しよう
- 5条 コミュニケーション、食事、認知の問題に関わり、その人らしい社会生活への参加を支援しよう

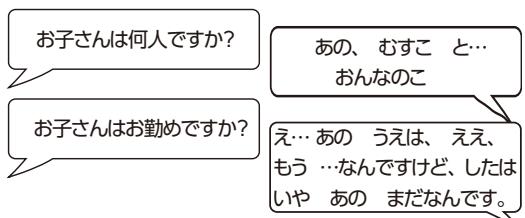


図5 訓練開始 初回 ST 室

価点の合計は10点中5点という結果であった。

初回カンファレンスでは、被殻出血後の失語症の方々の経過に関する予後予測とゴール設定を説明した。予測データを参考に、おおむね予後は良好であり、退院時点での失語症は残存するも日常的なコミュニケーションでは大きな障害がない程度にまで改善すると考えられたことから、「日常会話：8割以上の意思疎通が可能。複雑な内容：5割程度の援助で自分の意思を伝達できる」を当面の目標として掲げた。退院後3か月～6か月後には家族以外の人たちとも制約はありながら口頭でのコミュニケーションがとれるぐらいになるのではないかとの予測のもと、理解・表出の集中的な練習、入院生活の中で患者間・多職種間のコミュニケーションが成立するよう練習を組み立て支援していくこととした。

**転倒事故への対処** 入院3週目の転倒のエピソードに対し、「なぜ転倒が起きたのか」を、STの立場から評価・判断した。言語理解が悪く理解に齟齬が生じたのか、認知の問題、たとえば注意障害が強くて別の何かに気をとられ転んでしまったのか、考えられる原因を評価し、多職種に発信していく。転倒後の会話で「ブレーキかけるのを忘れちゃったんですね?」とSTが問うたのに対し、K「こっち(右ブレーキ)はいつも(忘れずにか



図6 失語症グループ練習～コミュニケーション機会拡大

けるよう)言われてかけたんですけど…」

ST「左側はかけなかつたんですね」

K「あんまり覚えてないけど、たぶん…」

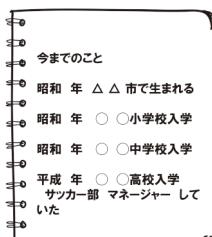
ST「ナースコールは忘れちゃった?」

K「皆さん忙しそうで つい…」

食事時間帯で皆忙しそうだったのでつい一人でも取れるかと思い、動いたら転んでしまったと経緯を話された。

初回カンファレンスでは、転倒されたことも考慮し「自立は先延ばしにしたほうがよいのでは」との意見も出した。

ST・OT 側からは左ブレーキのかけ忘れという若干の注意の問題と、周囲に気を遣いすぎた結果の事故であり、空間性の注意の問題ではないと思うとの意見を出し、再度、病棟で看護・介護職が手順を確認し練習を行った上で自立に向かたトライアルを実施する運びとなった。  
**中期** 回復期中期はADLを拡大し、日常生活の中でコミュニケーションを積極的に広げていく時期である。患者間のコミュニケーション、看護師をはじめ多職種とのコミュニケーション方法の提案、機器等の利用。加えて、家族とのコミュニケーション・意思決定への支援が大きな比重を占めてくる。「ST 5か条」2条の推進が中期以降のSTの大きな役割になる。コミュニケーション

左・図7  
コミュニケーション  
ノート右・図8、図9  
スマホの利用練習

ン機会の拡大ということでは、失語症のグループ練習としてSTと患者がペアとなり、複数のペアでグループ的な活動をしてよい(図6)。「ピアサポート」的な意味合いもあり有効である。STが誘導し患者間でコミュニケーションできるようになる意義も大きい。

「コミュニケーションノート」というと、表出できない人の代替コミュニケーションツール(AAC)として利用するイメージがあるが、情報共有目的のツールとして利用していく方法もある(図7)。個人情報の取り扱いには慎重にならなければいけないが、その方の生活史、仕事・趣味等を記載させていただき担当ST以外でもKさんの人となり、プロフィールを共有できるようにするといった利用方法である。

家族との間のコミュニケーション方法では70、80代の人もスマホ使用が一般的になってきている。コロナ禍以降、面会が滞った時期を経て今は家族とLINEのやりとりをされる人が非常に多くなってきた。予測変換機能など非常に進歩している。一部文字入力する方法でLINEは使えるようになるし(図8)、絵文字を使って用件をうまく伝えられる人もいる(図9)。

入院中期から後期にかけては、より複雑な内容のコミュニケーションが必要になってくる。退院後の生活、退院後の希望、退院が近づくにつれ募る不安…。STの聴き取りが大きな意味合いをもつ。

口に出して言葉でいうからこそ、はつきりわかるというところもある。失語症の方は思いの表出が難しくモヤモヤした状態になるわけである。その辺りを言語化させていくこともわれわれSTの大きな役割だと思っている。そのためには当然、発話能力の向上もあるが、コミュニケーションの中で視覚的な情報—文字、絵、図を利用

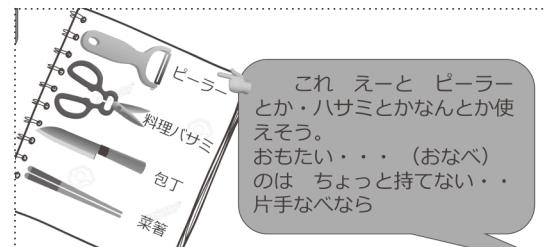


図10 スマホの利用練習

しながら、ご本人の仰りたいことを引き出す質問方法等を工夫し話を聞き出しスタッフ間、家族や在宅スタッフと共有していく。

**後期** 退院が近づくと、帰ったあとどうするかがST室でも多く話題に上る。その際も絵や図、文字を使って視覚的にコミュニケーションをとると話が深まる。質問は複雑な内容だと言葉で返答しづらいので選択肢を挙げながら、たとえば、「今いちばんのご心配は家事ですか、それとも外出のほうですか?」などと訊き、意思を確認し、思いを言語化していく。作業療法で料理したあとなど、図10のような調理器具の名称と絵が描かれたツールを作って見せながらコミュニケーションすると喚語の練習にもなる。こうしたかかわりをしながらコミュニケーション能力を高め、退院後の生活について希望や不安を聞いて退院前カンファレンスに繋げていく。

退院前カンファレンスでSTは、「スタッフや他の患者さんと口頭でのコミュニケーションを楽しめるようになってきているが、退院に向けた不安もある。料理を自分の役割として頑張りたいという気持ちと、一人では不安。でも、家族に負担はかけたくないといった思いの中で葛藤があるようだ」と課題提起し結局、家族に現状を話し家事等で協力を依頼することになった。

～セラピストの業務指針「セラピスト10か条」「PTOTST5か条」を土台に動く～

### 《回りハ病棟 OT 作業療法士の使命》

PTとSTの機能・能力を統合し発信する役割



坂田祥子氏 (OT)

坂田祥子氏 OT の立場  
からお話をさせていただく。

OT の発表を PT と ST のあとにしてもらった。作業療法にはその人にどんな作業や生活が可能となるのかを、理学療法で獲得される運動機能や移動能力と、言語聴覚療法で獲得される認知機能やコミュニケーション能力を「統合」し発信していく役割があると考えるからだ。

最初に、OTの定義から説明したい。OTの定義は国家資格の身分法としての「理学療法士及び作業療法士法」と、専門職としての技術・社会的役割（職能）を定めたOT協会による作業療法の定義の2つがある。

「理学療法士及び作業療法士法」の第2条に記載のある「手芸、工作」という文言を巡り、厚生労働省は2010年、通知を発出して改めて「作業療法の範囲」に言及。「医療現場で手工芸を行わせること」といった認識の広がりを懸念し、作業療法士の業務としてADL、IADL、職業関連活動、福祉用具使用、退院後の住環境適応等の訓練、発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーションなどを列挙。これららの業務への作業療法士の積極的関与を促した(▶右、QRコード)。



当然、その当時の私はそれらをすべて実施していた。しかし、こうした通知が出されたのは、私たちOTの発信が弱かったのではないかと反省させられた。

OT協会が2018年、第2版として改訂した作業療法の定義は、以下である。

作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。

作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す。

表4 OT協会・作業療法の定義の注釈

・作業には、日常生活活動、家事、仕事、趣味、遊び、対人交流、休養など、人が営む生活行為と、それを行うのに必要な心身の活動が含まれる。 ……種別的側面

・作業には、人々ができるようになりたいこと、できる必要があること、できることが期待されていることなど、個別的な目的や価値が含まれる。 ……意味的側面

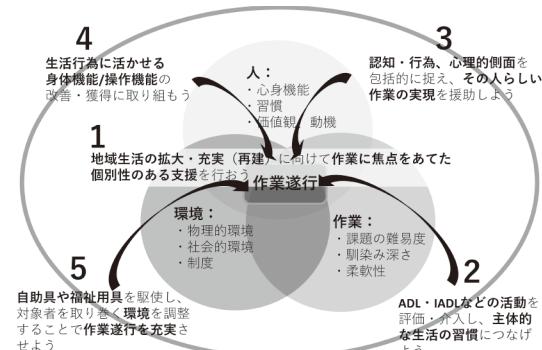


図11 人-環境-作業モデルと「OT5 か条」

この定義には、さらに表4の注釈があり、作業療法のもつ種別的側面と意味的側面が提示されている。

そして、「作業に焦点を当てた実践」には、心身機能の回復、維持、あるいは低下を予防する手段としての作業の利用と、その作業自体を練習し、できるようにしていくという目的としての作業の利用、およびこれらを達成するための環境への働きかけが含まれる」と説明されている。

このOT協会の定義を受け、私たちも「作業に焦点を当てた作業療法」を前面に打ち出すべく、「OT5 か条 (第2版)」(表5)をとりまとめた。全体的に「作業」という言葉を意識して条文を考えさせていただいた。

「OT5 か条」は、私の中ではOTの「人-環境-作業モデル」と関連づけるととても説明しやすい(図11)。その人がどんな作業をし、どんなふうにできるのかは、その人がもつ心身機能、習慣、価値観、動機、その人が置かれている物的・社会的・人的環境、作業のもつ特性との関係の中で変わってくる。常にこの「5 か条」をフルに發揮してかかわるということだろうと思う。

本当にその人にとって大切な作業に焦点を当てて作

## OT5 か条

表5 「OT5 か条」(2022年8月 Ver.2.0 改訂)

- 1条 地域生活の拡大・充実（再建）に向けて、作業\*に焦点を当てた個別性のある支援を行おう
- 2条 ADL・IADL 等の活動を評価・介入し、主体的な生活の習慣化につなげよう
- 3条 認知・行為、心理的側面を包括的に捉え、その人らしい作業の実現を援助しよう
- 4条 生活行為に活かせる身体機能／操作機能の改善・獲得に取り組もう
- 5条 自助具や福祉用具を駆使し、対象者を取り巻く環境を調整することで作業遂行を充実させよう

\* 注：作業とは、日常生活活動、家事、仕事、趣味、遊び、対人交流、休養など、人が営む生活行為であり、その人にとって目的や価値を持つものを指す

業の遂行を支援し、作業療法の専門性を発揮していくために、この「5 か条」は重要である。その人にとっての「作業」は、1つだけではない。また、OTだけでは叶えられない。他職種との連携・協働により作業療法を遂行し、まずベッドサイドから病室、そして、病棟、自宅、地域へと作業の力を活かして拡げていきたい。

### 希望する退院後生活の確認は何度でも

**入院初日** 処方を受け、多職種で評価。ADL 動作を中心とした心身機能や活動能力を把握し、動作の自立度・食事内容・リスク対応を決定していく。OT は病室環境と動作の関係を中心に評価する。食事は食事場面に入りテーブル・いす・周辺環境との関係、食具の適合を見ていく。病室環境は動線を加味したベッドの位置、ナースコール、床頭台・テレビなどを確認し、移乗・トイレ動作を確認する。

前院で「ナースコールを押さないことがあった」原因を看護師、介護士と探し、使用いただけるようセッティングする。車いすの右側ブレーキを延長し、本人が気づきやすく届きやすくなる。想定外の動作を予測するために最大能力の確認も必要となる。

**前期** 入院翌日は体調確認後、ベッドから車いすへの移乗を介助しながら受け答えや動作への協力の程度などをさっそく評価開始する。

続いて作業療法の説明をする。OT はその人にとって大事なことをできるようにお手伝する。そのために心身の回復を促したり、動作方法や道具・環境の工夫をしてできるようにするのが作業療法ですと説明して、今お困りのこと、できるようになりたいことを訊く。K さんか

らは「トイレに一人で行けるようになりたい」「右手が動きにくい」の2つが出された。

作業療法の評価は、本人の訴えから進めていくといい。右上肢機能の評価やトイレ動作の評価を優先して進める。気持ちに寄り添いながら、本人が気づけていない ADL にも介入していく。病室や病棟の環境や生活に慣れていただくことも重要である。認知機能や高次脳機能の評価は ST と相談し、役割を決めながら進めていく。

病前の生活状況を知ることも重要だ。機会を見つけて本人から訊く、他職種や家族から情報を得ることにより K さんの理解に努める。

**初回カンファレンスでのOT評価：**右片麻痺は中等度で感覚障害は重度、右視空間の無視があるため上肢の管理は不良。立位は手すり使用で保持でき、移乗・トイレも手すりがあれば中等度介助。50代と若く、認知機能（理解力）が高く保たれ改善が見込めるところから、障害の影響に配慮しつつ動作学習による獲得が可能。

**短期目標（1か月）：**病室での移乗・排泄の自立、利き手交換の必要性の判断等。**長期目標（3か月）：**見守りでの入浴、調理・掃除・洗濯など家事の一部実施、右上肢の補助手機能の獲得とした。作業療法では、移乗・排泄・更衣の模擬動作練習～部分練習、全体練習、右上肢機能の自己管理指導を開始した。

**転倒事故への対処** PT、ST と同様になぜ転倒してしまったのか、それぞれの状況を確認した。（後略）

**中期** 作業療法では、本人の希望する退院後の生活の確認をし（1回だけでなく何度も訊いて確認すべき

## ～セラピストの業務指針「セラピスト10か条」「PTOTST5か条」を土台に動く～

だ)、作業療法の計画を立てていく。日常生活の中で主体性の向上、ADL・IADL範囲の拡大を図ることが大きな目的になる。Shared decision making modelといわれるよう、退院後訪れる未経験な生活ができるだけ具体的にイメージできるよう、本人の希望する退院後の生活について対話を深めていく。病前の生活を聴取する中で、Kさんの抱く退院後の生活イメージ:「できるようになりたいこと」「できる必要があること」などを徐々に固めていく。Kさんは「身の回りのことを一人でできるようになりたい」「料理・掃除・洗濯などの家事ができるようになりたい」と仰った。これを受け、退院後の生活の具体化、実現に向け練習・調整に移行した。

この時期、本人の主体性の拡大と併行してご家族の思いにも寄り添い、両者の擦り合わせが必要になる。家屋環境調整の計画を少しずつ進めていく必要がある。退院後のサービス利用計画についても本人のできることと、さらなる介入が必要なことを整理しつつ進めていく。

作業療法では、難易度を調整しながらより具体的に作業に近いことをしていく中で主体性・自立度を引き出していく。上肢機能の改善を図りたいと希望するKさんに自主トレでできそうなトレーニングを提案。コーラスグループに入っておられたので、院内のレクリエーションなどに誘い、時間になつたら車いすで会場へ移動してもらい参加することを勧めたりした。

また、作業療法の継続として、簡単な家事も含めた室内動作の獲得に向けて立位での上肢使用動作の安定を目的とした上下左右のリーチ運動、室内を歩行で移動しテーブル前のいすに座る、物をもち運搬するなどを実施した。排泄も、さまざまな異なる環境下で動作ができるか、動作の多様性を引き出す狙いでの作業療法も展開した。簡単な家事動作では、具体的な調理メニューを考える練習をした。糖尿病、高血圧があるので栄養面で必要な配慮等の情報を管理栄養士から入手しメニューに活かした。

包丁操作は非利き手(左手)になる。麻痺手(右手)で押さえながらできるか確認しながら野菜を切ることなどに慣れたり、自助具を紹介したり、Kさんにとって新し

い調理の仕方を獲得してもらう練習を重ねた。洗濯物を干す際も、普通の洗濯ばさみだと留めるのが非常に難しい。片手でも留めやすいものを紹介したり、さまざまな家事動作を体験してもらいい、場面ごとに最も合った方法を本人が選べる場をいつも設定した。

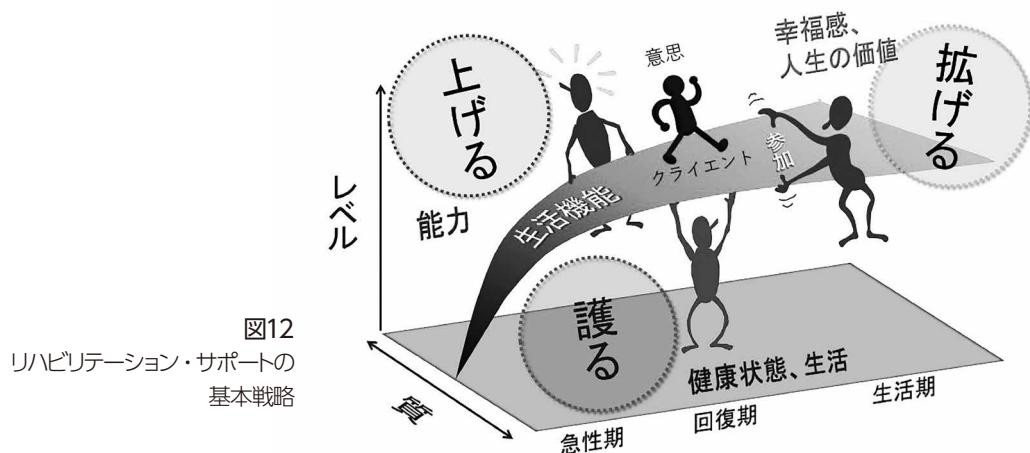
**後期** 退院前カンファレンスで家事動作が思うようにできず落ち込んでいることが報告され、家族への現状説明、今後の協力の依頼を経て退院の準備に進んだ。

退院1か月前頃には自宅の訪問調査・家屋改修案の提案を行う。入院時訪問を実施していればその情報を、そうでない場合は家屋の見取り図や写真をもとに模擬動作練習をし、自宅訪問をした際の確認ポイントを想定して訪問する。当日は移動に関する動線全般と寝室内の配置、トイレ・浴室の構造、居間・食堂で座る場所、洗濯機・物干し場、キッチン内の物品の配置、調理器具の使用状況、自宅周辺の環境等々を確認する。家族指導では各動作の方法・能力を説明し、本人にできること、家族が支援してあげてほしいこと、注意事項などを提案、説明する。その後、改修が済んだら試験外泊により問題がないか確認する。

退院に際しては、自主トレ方法を指導し、困ったときに確認するための参考資料を渡した。地域への申し送りでは医学的情報、作業療法経過、本人・家族への説明事項、本人の心情、残された課題等を伝えた。

**フォローアップ期** Kさんの場合には訪問リハビリテーションのスタッフに引き継ぎ、自宅でのADL・IADLの実施状況を確認。屋外歩行練習、公共交通機関の利用練習を継続してもらった。

作業を中心に「OT5か条」をフル活用して専門性を発揮していくかわりの中で、Kさんの場合には心身機能面では上肢を補助手レベルに改善、活動のADL・IADLの拡大に向けては移乗・排泄動作が早期自立、整容・更衣・入浴動作が自立、家事動作一部自立となり、参加への支援では家庭内の家事を一部担い、コーラスグループの皆様とのかかわりの継続に向け支援した。



### 《座長まとめ》

**TOPICS:** 患者さん自ら意欲をもって生活再建に向かっていけるようチームで支えよう—中山氏

中山 「セラピスト10か条」「PT・OT・ST5か条」を土台にセラピストが「能動的に動く」というテーマで話をしてきた。PT・OT・STは「セラピスト」として一括りに表現されることが多いが、冒頭の図1「多職種チームの連峰モデル」で互いに重なり合う部分と同時に、各職種で高い専門性を発揮しなければならない、独自の、固有の部分をもっている。それが各「5か条」となる。

また、今回はお示ししなかったが、管理業務における行動指針として「マネジメント5か条」を示しており（▶右、QRコード）、図1のような形の関係性の中で各種指針が機能している。



図12は、患者さんがその人らしい生活を取り戻していくリハビリテーション支援のあり方を、「3つの戦略」として整理したものである。「能力を上げる」「健康状態・生活を護る」そして、「幸福感や人生の価値を拡げる」これらがリハビリテーション支援の流れ、3つの基本的戦略になるかと思う。

この戦略は多職種チームによる支援が基本となるが、患者さんの能力を「上げる」ところは主にPT・ST・医師などの役割、健康を「護る」ところは予防や健康増進も含めて主に看護師・PT、生活を「護る」ところは

主に介護福祉士が、そして幸福感や人生の価値を「拡げる」ところ、医療としては主にOT、福祉としては社会福祉士や心理士の役割になると思う。

急性期・回復期・生活期のステージや障害の状態によって患者さんの課題も変わることから、これら3つの戦略は個々の課題に応じて比重が常に変わっていくが、何より患者さんの意を尊重し、自ら主体性をもってその人らしい生活の再建に向かっていけるようチームでサポートしていく姿勢が最重要であり、その業務指針として「セラピスト10か条」「PT・OT・ST5か条」があると思う。

当協会の前会長であった石川 誠さんも、「回復期リハビリテーション病棟の目的は自立心を育むこと。これが大きい」という話をされている。石川さんはリハビリテーション医療の特徴として「患者さんの意欲・モチベーション」の重要性を挙げる。「リハビリテーションは患者さん本人の意欲・意欲・モチベーションにより治療効果が大きく異なる。本人にやる気がなかつたら何も始まらない。やる気を引き出す、これをチームでやるのが回復期の使命なのだ」と仰っている。PT・OT・STは回復期の中で専門性を存分に発揮しながらチームの協業を推進し、患者さんのやる気を引き出し、その人らしい生活の実現に向け取り組んでいく。

地域から選ばれる回復期、選ばれるセラピストとして、時代が変わっていく中、変わらない大事な部分をしっかりと受け止め、質向上に取り組んでいきたい。