

PT・OT・ST 5 カ条の策定に向けて

1. PT・OT・ST 5 カ条の意義

本協会では、回復期リハ病棟の基本業務や協働に関する行動指針として「セラピスト 10 カ条」を 2010 年に策定しました。これは、PT・OT・ST それぞれの専門性が適切に活かされ、そのチーム力が効果的に発揮されるための基礎になるものです。しかし、この 10 カ条では、職種固有の“専門性”については言及されていません。

一般に PT・OT・ST は、“リハビリ・スタッフ”として総称され、それらの違いも適切に認識されているとは言えません。これは、一部の現場において療法内容が他の療法と意味もなく重複していたり、大雑把な ADL 動作の繰り返しが漫然と行われていたりすることが原因の一つかもしれません。また、専門性の位置づけが曖昧だと、その教育・研修のあり方が不明確となり、各療法士の技術や知識の向上が効果的に行われていないこともあるようです。

各専門療法は、各団体の研修で学ぶことができますが、その習得した技術がチームの中で活かされるには、各療法の関係性が合理的で、その協働が自律的に行われる役割分担とすることが必要です。各々の専門職がしたいことではなく、チームとして実施すべきことをチームで考え、課題に応じた適切な専門療法が選択されることが重要です。

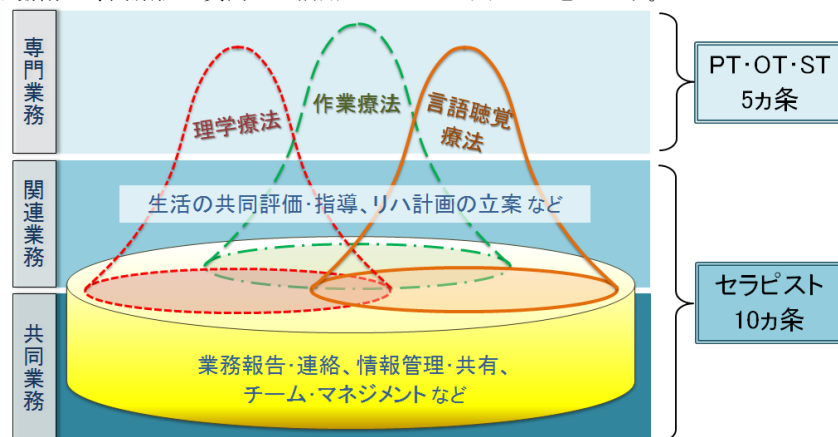
そこで、本委員会では、PT・OT・ST の専門性のあり方を検討し、各職種が主体となるべき専門療法の指針として「PT・OT・ST 5 カ条（第 1 版）」を策定しました。

2. セラピスト 10 カ条との関係

セラピスト 10 カ条は、前述したとおり PT・OT・ST がチーム医療を行っていく上での基礎部分に相当し、それには、職種を問わずに行われる「共同業務」と、専門職の視点を活かして協働して行う「関連業務」があります。前者には、一般的な職務である業務の報告・連絡や情報の管理・共有、そして、運営管理に係るチーム・マネジメントなどがあり、後者には、多職種で行う生活の共同評価・指導、リハ計画の立案などがあります。

これらを基盤にし、山の頂のように独自性のある部分が「専門業務」です。そして、この部分について定めたものが PT・OT・ST 5 カ条です。

セラピスト 10 カ条と PT・OT・ST 5 カ条は、それぞれ単独に存在するのではなく、一対となったものです。これらを療法士の職種、経験、職位などに応じて適用していただき、回復期リハ病棟における協働と専門療法の質向上に活用していただければと思います。



3 PT・OT・ST 5カ条策定の経緯

PTOTST5カ条の策定は2014年から計画され、2016年の研究大会 in 沖縄にて0版を公開しました。その後協会ホームページでパブリックコメントを募り委員会にて再度文案を検討、2017年1月の委員会にて最終案の決定、理事会の承認を経て1版として公開される運びとなりました。

PT OT ST5カ条策定の経緯

	2014年	2015年	2016年	2017年
PTOTST委員会		第1回委員会 6/3 第2回委員会 8/5 第3回委員会 11/20 各種5カ条策定に向け各種業務項目の検討	第4回委員会 1/9 各種5カ条(0版)決定	第1回委員会 5/23 第2回委員会 8/27 第3回委員会 11/18 5カ条の修正 説明文修正 パブコメへの委員会返答
			理事会承認	理事会承認
一般会員とのコミュニケーション	10カ条Webアンケート実施 11月 各種業務項目収集		各種5カ条(0版)パブリックコメント募集 5月30日～9月30日	
一般公表			各種5カ条(0版)公開 研究大会in沖縄 9/4	各種5カ条(0版)協会誌上公表
				各種5カ条(1版)協会HP公表

PT 5 カ条	説明文
1. 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。	活動や動作の構成要素である様々な運動機能の状態を客観的に評価し、問題となっている機能要素を見極め、これらの相互関係を分析・推論します。 その際には、運動に影響を及ぼす感覚機能や認知機能等も含めて考えていきます。 これらに対する理学療法プログラムは、安全で、科学的に最も効果のある方法を選択し、副担当等の理学療法士が行う場合でも療法の質を保てるよう根拠が説明できる具体的なプログラムを明示・共有します。 そして、その機能変化が活動能力に適切に活かされているかを評価し、その結果に基づき理学療法のターゲットや方法等を定期的に見直していきます。
2. 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	不動は、体力等の低下だけでなく、その身体部位の疼痛閾値の変化や、組織の虚血状態によって、運動機能や機能的制限の回復を阻害することがあります。 そして、その持続によって様々な廃用症候群を引き起こす恐れがあります。 これらを予防・改善させるためには、主疾患による特定の障害部位だけでなく、全身の身体機能レベルを評価するとともに、1 日の中で遂行されている動作内容や活動量を調べ、必要以上の不動状態になっていないかを評価します。 そして、生活ケアにおいて必要な対処や助言等を行い、不動の予防を図ります。
3. 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。	回復期リハビリテーションにおいては病棟等、特定の限られた生活環境内での ADL 自立だけでなく、退院後の社会活動の拡大や、疾病・転倒・介護予防等に向けた予備力向上も必要です。 そのためにはセルフケアに必要な最低限の体力に加えて、より高い余裕のある体力を獲得しておくことも目標となります。 そうした退院後の体力を獲得するためには、理学療法場面だけでなく、病棟等での生活スケジュールや自主運動等も併せて、その負荷量・時間・頻度等を計画します。しかし、過大な運動負荷は、疲労、疼痛、疾病の再発等のリスクを高めるため、安全な負荷レベル等を医師に確認しておく必要があります。
4. 課題にそった運動学習を促し、実地的な基本動作を高めよう。	回復した運動機能が、実際の動作で適切に発揮され、課題となっている活動能力に有効に活かされていくには運動学習のための練習プロセスが有効です。 学習者にとって意義のある練習目的を設定し、課題に沿った特異性、変化に応じた漸進性のあるプログラムを立案します。 そして、失敗経験が過大にならないように練習課題の難易度を設定し、反復量、頻度、フィードバック方法等を計画します。 また、学習効果を高めるための意欲向上のために、遊戯性や競技性のあるプログラムとするなどの工夫も大切です。
5. ADL の自立に向けて運動療法、物理療法などを駆使しよう	理学療法では、個々の障害の種類や内容によって、最も有効と考えられる運動療法、物理療法、装具療法等を適用します。 理学療法士は、特定の手技や手法に縛られることなく、ADL 自立や健康増進等に実効性のあるものを総合的に判断・選択しなければなりません。 そして、それを適切に実施できる幅広い知識と技能を習得し、臨床実践の中で応用力を高めていく必要があります。基礎学問を探究しつつ、各種領域の最新知見を学び、科学的な理学療法の創造・発展に努めましょう。

OT 5 カ条	説明文
1. ADL・I A D L の実施状況を評価・介入し、生活機能向上につなげよう。	ADL・I A D L 全般に対し、実際の時間や場所での活動状況を観察・評価し、背景となる機能障害を明確にとらえ、その改善に取り組むとともに、具体的活動への直接介入によって、主体的な生活機能（機能・活動・参加）の向上、獲得につなげます。そのためには、評価項目を断片的に評価するのではなく、生活全体の活動を一日の流れの中でみていくことや、対象者自身が、自己の要望を明確にし、自ら生活を組み立て、実現できるよう支援することが重要です。
2. 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。	身体機能障害特に操作機能障害を評価し、医学的な予後予測の元、適切な治療法の選択を行い、様々な疾患による上肢・手を中心とした操作機能の障害に対応します。様々な疾患による障害とは、脳卒中後の片麻痺、頸髄損傷後の両上肢の障害、切断やその他の運動器疾患等による上肢の障害であり、その再建や再学習を促進します。また、これまでとは異なった上肢機能の使い方としての学習（脊髄損傷患者の体幹、下肢機能の喪失によるバランス障害を補うための上肢機能の獲得や、片麻痺患者の利き手交換など）や、本来の上肢操作機能を他の身体部位に置き換えての代償機能の獲得（書字や描画などを口や下肢で行うなど）も行います。なお、操作機能の獲得は、上肢、手に加え肩甲帯や体幹を含め、姿勢バランスとの関連でとらえることが重要であり、それは対象（外環境や自己）の操作能力として、セルフケア、家事、仕事、余暇、地域活動などの生活行為に結びつけるものです。
3. 認知・行為、心理的側面を包括的に捉え、その人らしい生活の実現を援助しよう。	認知・行為、心理的側面を包括的に捉え、脳損傷後の高次脳機能障害や変化する認知症の症状など、様々な認知機能の課題、うつ症状や障害受容の課題、発達障害における種々の精神機能の課題など、心理精神活動を客観的かつ総合的に捉えることであり、生活の中での具体的課題として整理し、解決に向けて介入することが重要です。そのためには、幅広い、また複雑な精神活動の破たんを見過ごすことなく、対応できる評価、介入の視点が必要です。しかし、すべての精神機能障害に対応するのではなく、生活行為に影響を及ぼしている、または影響するであろうと予測される、具体的課題を明確にすることが重要と考えます。そしてその具体的課題の解決に向けて様々なアイデアを駆使しましょう。
4. 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生活機能を充実させよう。	機能障害を補う、または機能を促進する様々な自助具や福祉用具を適切に選択し、活動や参加の拡大に向けて環境調整を行います。そのためには生活機能への介入と共に対象者それぞれの環境因子や個人因子を十分に理解し、上手に活かすことが重要です。これらを駆使して活動制限を最小限にし、参加の可能性を拡大することは作業療法士の大きな役割です。この介入は関わりの初期から始まり、対象者の変化に応じて常にアップデートされなくてはなりません。そして、これらの取り組みは、多職種に的確に伝え協力を得て、対象者のパフォーマンスを最大限に引き出すようにしましょう。
5. 地域生活の拡大・充実（再建）に向けて個別性のある支援を行おう。	個別性のある支援とは、単なる家庭復帰ではなく、主婦などの役割の再獲得を明確にした退院や、復学、復職などの社会的活動、地域における主体的な活動・参加などの再建を具体的に目指すことです。作業療法では、まず、当事者やその家族が思い描いている退院後の生活イメージを、明確で、具体的に捉えることが重要です。そして、捉えたニーズや役割を実現可能な内容に計画し介入します。またそれらの情報は適切に関係者、関係機関等へ提供し、情報共有することが大切です。

ST5カ条	説明文
1. コミュニケーション機能の改善をはかり、意思疎通の向上に努めよう	コミュニケーションとは、社会生活を営む人の間で行われる情報や思考・感情の伝達や共有のことで、言語的、また非言語的なものを含みます。大脳言語野の損傷により、「聞く」「話す」「読む」「書く」の機能を損なう失語症、また発声発語器官の機能的・器質的損傷により生じる構音障害（発話の障害）は、言語的コミュニケーションに支障を来します。また、注意、記憶、情動、思考などの高次脳機能障害や、難聴が、コミュニケーションに影響を与えることがあります。これらの機能障害を的確に評価し障害構造を明確にするとともに、それぞれの障害の機能回復に向けた適切な訓練方法やAACを導入しリハビリテーションを行うことは、言語聴覚士の重要な役割です。
2. 生活の場でコミュニケーション環境の調整を行い、社会参加を促そう	コミュニケーション環境は、コミュニケーションが難しくなった人を取り巻くコミュニケーションの相手となるすべての人的環境、およびコミュニケーションの手段を含めた概念です。家族や病院生活で関わる多くの職員、退院後の生活で関わる地域の人やサービス提供者、AAC（拡大・代替コミュニケーション手段）などが該当します。言語障害は目に見えない障害であるため、本人も周囲の人も理解することは容易ではありません。周囲の無理解による言動が、本人の心情や尊厳を傷つけ、それために人と関わりを避けるようになることは容易なことです。適切なコミュニケーション方法の選択、練習、家族や多職種・地域の関係者に向けた説明や練習を繰り返し行うことは言語聴覚士にしかできない重要な役割です。
3. 摂食嚥下機能を高め、経口摂取を目指そう。	回復期には摂食嚥下機能も大きく変化します。脳卒中の場合、急性期から半年で摂食嚥下障害の合併率は6割から1割に減少し、機能障害自体が大きく改善します。また回復期リハ病棟では入院時経管栄養の約半数が経口へ移行します。回復期リハ病棟では機能障害に対して集中的に取り組む必要があります。このためには正確な評価に基づき予後予測の精度をあげることで、適切な目標設定が必要です。目標は重症度に応じて、唾液誤嚥の防止、通常の食形態への移行など多様ですが、全ての症例で安全性に配慮した上で病態に応じた練習方法を選定します。
4. その人らしい食のあり方を提案し、安全で安心な食事のあり方を提示しよう。	摂食嚥下障害にあつては機能改善以外に食形態、介助方法、食器用具などの環境調整が重要な意味をもちます。摂食嚥下リハの推進のためには多職種と連携し、栄養ルート決定、実際の食事場面での環境調整を行います。 実際の食形態、摂取方法などは病前とは異なったものになる可能性があります。本人・家族の希望と必要十分な栄養摂取・安全性の確保を両立させることは大きな課題ですが、十分な説明と合意のもとにその人の嗜好にあつた、その人らしい食事のありかたを提案ができるよう取り組んでいきます。
5. 高次脳機能障害を評価し、生活の再構築に向けた介入をしよう。	脳損傷や認知症により、高い頻度で高次脳機能障害が生じます。高次脳機能障害は日常生活に大きな影響を与え、社会復帰、家庭復帰の阻害要因となります。言語聴覚士は、覚醒、発動性、注意、思考などの障害が与える影響を評価し、それらの障害の機能回復に向けたリハビリテーションを行うとともに、家族・多職種の理解を促し、対応方法を提案、実施します。また、高次脳機能障害への対応においては、他職種と連携を図って情報共有を進めます。特に作業療法士とは、評価結果の情報共有、役割分担などについて話し合って進めます。

5 ご質問、ご意見への見解

PT・OT・ST5 カ条策定にあたって皆様から多大なご意見、ご提案をいただきました。ありがとうございました。

これらのご意見、ご提案に対して委員会の中で議論を重ね最終案の中に反映いたしました。以下代表的なご意見、ご質問に対しての委員会からの見解を記載します。

PT5カ条項目	ご意見	委員会の見解
1. 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。	運動機能を高める役割は、PTに限らないのではないか。	「職種別5カ条」のすべては、各職種の専門性を、その中核的な特性に基づき先鋭化させたものです。そのため、ここで示しているものは“他職種が行うべきではないもの”ではなく、“その専門職として責任を担うべきもの”です。よって、ご意見のとおり、これらはPTに限ったものではありません。
	下肢だけではなく、上肢や体幹を含んだ全身の運動機能を対象とするということか。	そのとおりです。運動などの物理的手段を用いた理学療法は、身体の部位によって分けられるべきものではありません。
2. 全身部位を観察し、不動による疼痛・虚血を予防・改善しよう。	「全身状態」ではなく「部位」として いる意味は何かあるのか。	第2条は、呼吸・循環・代謝機能などの生命保持機能を主なものとはしておらず、むしろ全身の末梢身体部位の不動による二次障害に関したものとしています。しかし、その主旨が伝わりにくいことや、「部位」という表記では構造のような固定的なイメージとなることから見直しを検討します。
	第3条と同じことを謳っているのではないか。	前述どおり第2条は「全身の末梢身体部位」を主としたものであり、第3条は「生命保持機能」に関連が深いものとして分けました。これらは重複する部分が多いのは既知のとおりですが、それぞれの障害の発生機序を意識し、その予防につなげるために、そのように致しました。
	「不動による疼痛・虚血」よりも廃用症候群の予防とした方が分かりやすいのではないか。	廃用症候群には、筋萎縮、拘縮、骨萎縮、褥瘡、起立性低血圧、尿路感染症、せん妄、うつ状態など、多岐にわたる疾病や障害が含まれます。治療ターゲットを強く意識して理学療法が行われるよう、ここでは総称ではなく、より具体的な問題点に志向できるようにしました。
3. 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。	回復期リハ病棟では、まずは日常生活となるため、社会生活までを想定しなくても良いのではないか。	回復期リハ病棟は、退院後のQOLや就労支援など、社会生活を想定したサポートも求められています。「日常生活」は「社会生活」に含まれるものであり、重度の患者であっても社会との接点をつくり、いずれ外出等ができるよう継続的な支援を行います。病棟スタッフが直接支援できなくても、その可能性を常に探求し、繋いでいくことが大切であると考えています。

4. 課題にそった運動学習を促し、実際的な基本動作能力を高めよう。	「基本動作」より、「歩行」を主とした文章にしたほうが良いのではないか。	「基本動作」は、ADL動作の基盤を成す起居・移動動作であり、その中に「歩行」が含まれています。殆どのADLは複数の運動・動作が複合的に連鎖しているもので、単一の動作で構成されているものはありません。多くの患者が「歩行」に大きな価値を感じ、その自立を望んでいますが、PTが特定の動作に偏重してしまうことで、患者の潜在機能や生活の自立性を見失ったり、療法士自身のスキル向上の機会を失う恐れがあります。これらのことから、敢えて歩行は強調せずに、より幅広い基本動作としました。
	実際にはADL練習として行われているため、それとの違いが分かりにくい。	実際の生活場面では、環境、介助者、時間帯など様々な状況変化を伴いADL動作が行われています。そのような条件下で活動として動作や行動の学習を行うことも必要であり、それらは作業療法士等と協力していきます。しかし、練習初期では、課題難易度や動作方法をコントロールし、段階的な学習が必要です。それはADL場面では難しいことがあり、運動療法として基本的な運動制御や感覚学習などを行うことが必要と考えます。
5. ADLの自立に向けて運動療法、物理療法、装具療法を駆使しよう。	「物理療法」は補助的なものでもあり、ここに記す必要はないのではないか。また、「装具療法」を同じレベルであげることは適切ではないのではないか。	最近は物理療法が殆ど行われていないことが多いと思われますが、その適応患者には、適切に活用されることが求められます。物理療法を行わないことを常態化せず、それを含めた様々な理学療法技術を駆使できることを示しています。一方、装具療法については、その表記については再検討したいと思います。
	家屋訪問や在宅復帰支援なども加えてはどうか。	職種別5カ条は、回復期リハ病棟の療法士における基礎である「セラピスト10カ条」と対になるものです。そのため、在宅復帰支援などについては、その10カ条にあるため、5カ条では含めていません。

OT5カ条項目	ご意見	委員会の見解
1. ADL の実施状況を適切に評価し、生活機能向上につなげよう。	生活機能、生活行為、ADL の言葉の使い方を統一してほしい。	生活機能については、ICF の日本語訳の中で明記されており、共通用語と考えます。しかし 文章中にカッコ書きで説明を加えました。生活行為と ADL の統一をとる意見もありましたが、ADL は項目を示し、それぞれを構成する動作、行為を、生活行為として焦点化すべき対象としました。
	ADL のみならず IADL を範囲に入れてはどうか	採用させていただきます。
2. 生活行為に活かせる上肢機能の再建を最大限に行おう。	- PT は下肢、OT は上肢といった概念に聞こえる。 - 上肢機能は OT のみ行うのではない - 上肢機能という概念が狭い、上肢に限局しなくてもいいのではないか。 - 運動機能、身体機能にしては	上肢機能という言葉の狭小さ、受ける印象に対し、表現を変えました。意図する中核は、対象操作能力を担う上肢・手の機能や、疾患別で OT に処方される範疇を専門性として表現したいことです。また、活動・参加に反映するためにも、目先の手、上肢のみならず、全身を見ていく視点を重視したいと考えます。
3. 認知・行為、心理的側面を包括的に評価し、生活行為との関連で介入しよう。	- 包括的という言葉があいまい。 - 認知・行為、心理的側面という言葉はメジャーでない。 - 高次脳機能という表現を入れたほうがいい - 心理療法士や ST との重なりをどうするか、OT としての個別性に欠ける	言葉の使い方は、少しずつ変化していることや、回復期が担う範囲も広がりとつづあり、限局した高次脳機能障害への対応だけではないことを明確にしたいと考えています。その他ご意見に対し解釈の中に盛り込みました。
4. 適切な福祉用具等を活用し環境調整を行おう。	- 多職種にまたがる内容で OT だけが行うことではない。 - OT の実力の発揮どころだと思う - 福祉用具のみではなく、自助具という言葉も入れたほうがいいのではないか。	両面の意見がありましたが、作業療法としての専門性として行うべき範疇を、説明文のほうで表現しました。
5. 退院後の生活機能を見据えて、個性のある支援を行おう。	- 回復期だけで退院後の生活支援はできない - 生活期のスタッフとの連携、引き継ぐ内容を盛り込んでほしい - PT とも共通する 10 カ条に入れるべき	10 カ条に関連の項目があります。また、すべてのことはみんなで共有し協同行うことが回復期リハ病棟です。しかしその中でも特に中核となる役割、または仕事の重みづけとしてそれぞれの 5 カ条を提案しています。そして、皆さんからいただいた内容を説明文の中に加えました。

ST5カ条項目	ご意見	委員会の見解
1. コミュニケーション機能の改善をはかり、意思疎通の向上に努めよう	コミュニケーションが何を指すのか、わかりにくい	第1条については、概ね賛成をいただき、変更への提案はありませんでした。コミュニケーションという語がわかりにくいという意見をいただきましたので、説明文にコミュニケーションの説明文を加えたいと考えています。
2. 生活の場でコミュニケーション環境の調整を行い、社会参加を促そう	コミュニケーションの項目が大雑把	コミュニケーションという用語があいまいとのご指摘に対して、1条の説明に以下の定義を加えました。 コミュニケーションとは、社会生活を営む人の間で行われる情報や思考・感情の伝達や共有のことで、言語的、また非言語的なものを含みます。大脳言語野の損傷により、「聞く」「話す」「読む」「書く」の機能を損なう失語症、また発声発語器官の機能的・器質的損傷により生じる構音障害（発話の障害）は、言語的コミュニケーションに支障を来します。また、注意、記憶、情動、思考などの高次脳機能障害や、難聴が、コミュニケーションに影響を与えることがあります。
	コミュニケーションの環境調整が、社会参加につながるのか	コミュニケーション環境は、コミュニケーションが難しくなった人を取り巻くコミュニケーションの相手となるすべての人的環境および利用できるコミュニケーションの手段を含めた概念です。コミュニケーションが人と人との相互作用の中で生み出される以上、活動・参加のレベルでコミュニケーションの環境調整は不可欠と考えています。
3. 嚥下機能を高め、経口摂取を目指そう。	経口が困難な人もいるため一概に経口摂取を目指そうというのはどうか。	経口摂取を目指すという表現に対して、そのことを強調することに違和感を覚えるというご意見をいただきました。たしかに重症度によって経口を目指せない場合もありますが、摂食嚥下障害が急速に改善し経口摂取へ移行していくということは“回復期”に際立つ他の時期とは異なる特徴です。“回復期”のSTとしてはこの点を意識して業務にあたる必要があると考えこのような表現にしました。
	摂食嚥下の表現の方がいいと思う。	Dysphagia の訳語が“摂食嚥下障害”として定着してきていることを踏まえ、嚥下障害→摂食嚥下障害へ用語を変更しました。
4. その人らしい食のあり方を提案し、安全で安心な食事条件を提示しよう。	食事の問題は ST 以外の他職種が関わる部分も多く、チームとして結論を出さなければならない。ST5 ケ条にしてよいものか。	・多職種との協働はセラピスト 10 カ条・各職種 5 カ条全てに共通する考え方です。このため煩雑さを避ける意味からも具体的項目ではとりたてて多職種協働の文言を加えることはしていませんでした。しかしご指摘の通り“食べる”ことの支援はチームアプローチの最たるものですので誤解を避ける意味からも説明文の中でその点を強調しました。
	その人らしい事と安全・安心であることは必ずしも一致しないことがあると思う。その人らしいという表現	安全な食事とその人の嗜好・希望のギャップは常々問題となる所で、医療倫理の範疇にも入る問題です。そのような難しさがあることを理解

	があいまいである。	した上で向き合うべき課題であるとの認識を示しました。
5. 高次脳機能障害を理解し、生活の安定に向けた介入をしよう。	「高次脳機能障害を理解し」とあるが、誰が理解するのかわかりにくい。「評価し」としてはどうか。	言語聴覚士の高次脳機能障害への関りは多様であることを予測し、抽象的な表現で提案しましたが、明確に示すべきという意見を多くいただきました。「評価し」と変更したいと思います。
	「生活の安定」とは何を意味するのか、わかりにくい。「生活の再構築」の方がいいのではないか	生活の安定に対しわかりにくい、という意見を多くいただきました。わかりやすくするために、「生活の再構築」に変更したいと考えます。
	高次脳機能障害への関りは、STに限らないのではないか	ご質問はその通りであると思います。言語聴覚士の役割として明記するとともに、多職種連携の重要性について、説明文に加えたいと思います。
	作業療法士との関係がわかりにくい	高次脳機能障害については、種に関わる職種は施設によって異なっている状況があります。両職種が関わる状況を勘案し、連携の重要性について説明文の中で触れたいと思います。