

**10周年記念****情報提供の不足が趣味活動再開の阻害因子となった事例  
～作業に焦点を当てた連携のあり方について～**

沖野友紀

阪南市民病院

**はじめに**

役割の喪失は、生活を支える基盤の喪失につながるといわれており、在宅で役割を持ち、意味のある作業を遂行するために、継続した支援が重要である。今回、退院支援として、ケアマネージャー等地域サービス担当者と連携をはかった事例の退院後の聞き取りを通して、情報提供や他職種との連携のあり方について考察し、以下に報告する。

**症例紹介**

A氏、70代男性。妻と二人暮らし。平成X年9月に右橋梗塞を発症し、発症より16日後、リハビリ目的で当院、回復期リハ病棟に入棟した。入院前のADLは自立。1日の大半を畑で過ごし、収穫したものを遠方に住んでいる家族に提供したり、家で食べることを楽しみとしていた。週に1度は必ず妻とカラオケに通っていた。

**経過**

入棟時、FIM：81/126点でADL全般的に介助が必要であった。上肢HG6・手指HG7・下肢HG7。STEF：右71点・左11点。左上肢への意識が乏しく、日常生活での使用はほぼ見られなかった。OTでは機能訓練・ADL訓練を中心とした介入を実施。平成X年11月、ADLは監視・準備～自立となり、趣味活動である畑仕事を想定したOT介入が中心となった。X+1年1月FIM：117点。上肢HG11・手指HG11・下肢HG11。STEF：右87点・左60点となり自宅退院が決定した。地域連携退院前カンファレンスを実施し、ADLに関してのサービスは不要であること、住宅改修の必要性和畑仕事の再開に向けての訪問リハビリの導入について話合われた。退院時、リハビリ内容・現状・注意点などの情報提供書を作成した。

**【結果】**

退院翌月、聞き取りより「忙しくて畑もカラオケもあまり出来ていない」との発言が聞かれる。サービス

内容はデイサービス5回/週、入浴付き。訪問リハ1回/週であり、想定したものと異なっていた。

**考察**

退院後、身体機能の維持・向上が中心の生活スタイルとなっていた。その理由として、連携をはかる際に、作業に焦点を当てた情報提供が十分に行えていなかったことが挙げられる。また、構成的な評価法を用いた面接ではなく、会話の中でA氏のニーズに触れていたため、A氏自身が意味のある作業に気づきにくい状況となっていた。作業遂行モデル等を使用し、作業を分析できれば、価値を置いている作業を他職種やA氏に対しても表すことが出来たのではないかと考える。また、「生活行為申し送り表」のようなツールを使用すれば意味ある作業を他職種に伝えやすかったのではないかと感じた。

