

「創傷ケア」研修補足

※本日の研修は、長期介入が常となることの多い在宅分野において、曖昧になりやすい「ゴール設定」について、どのように関わっていくべきか、どのように対応していったらよいかについて学ぶ、という目標のもとお話いただきました。

*スライド2:

「訪問リハビリテーション」を考える前に、「生活とは何か？」を考える。生活とは、「人生の一場面を切り取ったもの」というのが講師なりの考え。

*スライド5:

ここで言うビジョン・哲学は、「事業所単位での」ビジョン・哲学！

*スライド6:

お客様とどう付き合うか？プロ意識云々ももちろんあるだろうが、「自分がどう生きるか」の話にもなってくる。

「とにかく、事業体としての方針の決定」→続けるも終わるも、どちらでも良し。但し、この方針決定をないがしろにすると、まとまるものもまとまらなくなる。

*スライド9:

「バズワード化」＝定義がはっきりしていない。

*スライド10:

在宅のリハビリテーションアプローチは「介入・治療・援助」のどれか？→援助である。

援助を考える時に、「〇〇さんに、～～をやって『あげたい』」と考えた時点で、主体がお客様ではなくなっている。リハビリテーションの主体は誰なのか、考えること。

*スライド11:

自分の言葉で、自分にとっての「リハビリテーション」を説明しよう。

*スライド13:

講師の考える「障がい者」とは、「身体機能が低下した普通の人」である。「対等な相手」である。

*スライド14:

リハビリテーションとは「普通」に近づけていくための技術である。

理学療法が上手いこと≠リハビリテーションが上手いこと

理学療法の技術≠リハビリテーションの技術

*スライド19:

リハビリテーションのゴール設定の1丁目1番地は「個人因子・環境因子」の把握。

このふたつをどれだけ把握するかがゴールの広がり担保してくれる。

訪問分野における問題に正解はない。だからこそ、カンファレンスとインテーク（見通し）を積み重ね、同異形成で方向性を決める必要がある。

*スライド42:

求められているのは、『目の前にある剥き出しの命をどう扱うか』という自身の哲学。

***スライド 51 :**

その人のストーリーをちゃんと受け入れることが、「援助」の基本。

***スライド 52**

アルバムは個人因子の塊。ただ、初回からいきなり「見せてください」とするわけではなく、徐々に信頼関係を結んで、タイミングを見て「一緒に見る」。

***スライド 55 :**

実生活をベースに考えた生活内運動強度の判定（例：実生活でベッド→トイレまで自分で移動しているのであれば、その際のバイタル内であれば安全範囲内だと想定する。ガイドラインに縛られすぎず、上手にギリギリを見定めること）。

***スライド 58 :**

①股関節の屈曲肢位にすること、②背クッションを入れること、③ギャッジアップ角に合わせた頸部挙上のためのポジショニングピローを入れること、(写真参照)で腹腔内圧が下がり、安楽な呼吸ができる。

***スライド 60 :**

レスピレーターをつけつつも、喫煙は続ける A さん。医療とは一体何なのかを考え続けさせられる。

***スライド 61 :**

衛生環境についてどこまで許容するか、の指針は必要。(長年使って管の中に黒カビのようなものが付着した吸引器具…使用する？しない？)

***スライド 66 :**

「参加」は『人生をどう生きるか』に深く関わってくる。

***スライド 67-68-69 :**

特異なことを、一緒にやる。流しそめんイベントのために、家族送迎でやってきて、装置を作って、家族送迎で帰宅する「これは俺の仕事だから」。

***スライド 80 :**

周囲と比べる必要はない、前回の自分と比べる。

***スライド 82 :**

1・2は、在宅での指標としてオススメしにくい。3、はオススメ！

***スライド 92 :**

いつでも連絡・相談受け付けてます。気後れせずに連絡ください。