

VI 日常生活動作

治療プログラムは必ず、その人の日常生活動作（ADL）を考慮に入れて作らなければならない。

また、自宅に戻った障害者が、日常動作の面からどの程度自立し、どのように行なえるはずだ、ということは把握できていても、実際生活でどの程度自立し、どのように行なっているかを把握できないのであれば、その治療・指導は、どんなにすばらしいものであっても無意識なものとなる。

そのような課題のもとに ADL は PT・OT・ナースの3者の分担と協力とで進められる。その分担のしかたはそれぞれの病院の条件によって異なってくるが、原則としては PT が歩行とトランスファーを含む応用移動動作、OT が上肢・手を中心とした摂食、着衣、整容などの動作についての基本的技術を教え、ナースはそれを実際の病棟の生活の中に根づかせ、実行させるよう指導する。ADL は患者の生活環境によって規制されるので、その患者が退院後どのような環境で住むのか、都市的環境か農村か、それを知りえずしてはほんとうに意味のある ADL 訓練、指導はできない。また現場である家庭に出張しての評価・指導も重要となる。細川論文はおもに都市的な環境での ADL を、松下・平松論文は農村的な環境での ADL を論じ、栗原論文は家庭への出張評価・指導（ホーム・エバリエーション）について述べている。

片麻痺患者の日常生活動作訓練.....	細川 忠義・526
会津地方における片まひ患者の日常生活動作.....	松下 起士
竹田総合病院退院後の片まひの ADL の実際.....	平松 誠・533
片マヒ患者のホームエバリエーション.....	栗原 延子・538