

チェックテスト 解答

2章 評価の基本と技術

1 面接 (p.28)

①

互いに一定の目的の下で言語的コミュニケーションを通じて情報交換し、意思や感情を伝えたり相談しながら問題を解決すること。

②

対象者・家族との信頼関係、作業療法実施の説明と目的、対象者の期待と治療への主体的参加の確認、情報の補完と確認、障害の受け止め方（障害受容）、治療への期待と対象者自身の評価などの確認を目的とする。

③

特定の面接室や種々の場面（作業活動中、病室のベッドサイド、病棟のロビー、その他院内のベンチや散歩をしながらなど）、位置関係は90°法、面接時間は対象者の心身の疲労などを考慮して45分～1時間以内で行う。

④

面接の形態は、構成的面接、半構成的面接、非構成的面接が挙げられる。種類は初回（導入、インテーク）面接、情報収集面接、評価面接がある。

⑤

重要なことは対象者の不安を取り除き、対象者の問題を真剣に取り組み話し合い、対象者の信頼を得ること。

⑥

まず参加意識とオリエンテーションの確認、情報収集、情報の整理を行う。そして重要なことは対象者に面接実施の丁寧な説明と同意を得ることである。

⑦

支持的対応、秘密の厳守、共感的態度、安易な保障や約束はしない、感想や意見は慎重に行う、話した内容の確認、明確化・整理を行う、情報は修正されるものと受け止めることなどに留意する。

2 観察 (p.34)

①

対象者の実際の生活行動や作業の状況、またはそれらに関連する事柄について、自らの目で観て、聴いて、触れて感じた情報を摂取し、それを記録、蓄積し、分析することにより理解を深めていく方法。

②

さまざまな場面で表出される非言語的行動や状況と、面接などで得た対象者からの情報や語った内容と実際の行動との相違を把握することを目的とする。

③

自然観察、実験観察、参与観察、非参与観察、直接観察、間接観察

④

外観、表情・顔つき、話し方、行動と姿勢、身体反応を確認する。

⑤

身体障害領域での観察では、身体の形態・構造面、身体の運動・動作・行動面の観察を行う。精神障害領域では構成的作業活動を用いた作業観察方法と、創作的（投影的）作業活動を用いた作業観察法に分けられる。

⑥

偏りない観察をするためには観察者の主観が入らないよう、絶えず客観的な視点が必要である。

3 他部門や家族からの情報収集 (p.39)

①
対象者の全体像を把握するための情報を得る過程である。

②
基本情報, 医学的情報, 生活機能と機能障害情報, 環境因子情報, 個人因子情報

③
対象者の全体像を明らかにすること。

4 精神機能 (p.42)

①
知性的, 理性的な, そして能動的・目的意識的な心の働きに関するもの。

②
年齢, 役職や社会的役割, 対象者との関係, 性格傾向などの異なるさまざまな対人に, どのような対人行動様式をとるか, 関心の示し方や程度, 関係のもち方や表し方, かかわりの恒常性, 対象の認知の仕方などを観る。

③
対人関係の観察リスト, コミュニケーション観察, SDS, BACS 日本語版, POMS2, SMSF Ver2, ISDA Ver2 など

5 バイタルサイン (p.49)

①
バイタルサイン (vital signs : 生命徴候) とは, 人間が活着していることを示す所見または徴候のことである。

②
体温, 脈拍 (心拍数), 血圧, 呼吸, 意識

③
午前から午後にかけて上昇し, 夕方が最も高くなる。その後徐々に低下していき, 明け方近くに最低となる。

④
回数やリズム, 大きさが一定で, 適度な緊張度が保たれている状態。脈拍数は, 健常成人では1分間に60~80回である。

⑤
診察室血圧で120/80mmHg未満, また家庭血圧で115/75mmHg未満

⑥
回数やリズム, 深さ, 速さが一定である状態。健常成人の呼吸数は通常1分間に12~20回である。

⑦
Japan Coma Scale (JCS) と Glasgow Coma Scale (GCS) の2つがよく用いられている。JCSは3-3-9度方式ともよばれ, 数字が大きいほど重度の意識障害を表す。またGCSでは開眼反応 (E), 言語反応 (V), 運動反応 (M) に分けて評価する3つの合計点が低いほど重度の意識障害を表す。

6 感覚 (p.59)

①
皮膚, 粘膜, 筋, 腱などの受容器の興奮で生じる感覚

②
粗い触覚や圧覚, 温度覚や痛覚は, 後角で二次ニューロンを介した後に脊髄内で反対側へ交叉し, 前者の2つは前脊髄視床路を, 後者の2つは外側脊髄視床路を上行して視床に至る。一方, 識別性触覚や深部感覚 (受動運動覚, 位置覚, 振動覚, 深部痛覚) は, 後角から入った後は同側の後索を上行して延髄の楔状束核 (上半身) と薄束核 (下半身) に至り二次ニューロンを介し, 延髄下部で反対側に交叉して視床に至る。

③

●対象者の意識レベルや認知機能などを事前に確認する。

●集中しやすいように、検査実施時の環境に留意する。

●返答を誘導するような声がけをしない。

●刺激後すぐに答えてもらうようにする。

④

正常，鈍麻，消失（脱失），過敏

⑤

正常部位から検査して対象者の理解度などを確認するとともに，反応の基準とする。

⑥

ときどき触れないようにして，正確に答えているかも確認する。

⑦

上下に把持すると，圧覚などによってどの方向に動かしたかを判断する可能性もあるため。

7 関節可動域（p.66）

①

矢状面，前額面（前頭面），水平面（横断面）
水平軸（前額軸），矢状軸，垂直軸

②

- 1) 肩関節外転90° の肢位
- 2) 肩関節外転0° で肘関節90° 屈曲位
- 3) 手掌面が矢状面にある肢位
- 4) 股関節屈曲90° で膝関節屈曲90°

③

皮膚性拘縮

④

筋性拘縮

⑤

軟部組織性拘縮

⑥

他動ROM

⑦

背屈と足底：矢状面での運動

内がえしと外がえし：前額面での運動

⑧

橈側外転，尺側内転，掌側内転，掌側内転

8 筋力（p.87）

①

骨格筋の随意的な収縮によって生じる筋張力をいう。特に，臨床的に筋力という言葉を用いる場合は，ある筋を最大限に収縮させたときの瞬間的な力を指す。

②

筋力の評価は，随意的に最大収縮させた際の瞬間的な最大筋力，筋が仕事をし続ける能力，筋持久力を量的に評価する。また，最大筋力の評価は，ある1つの関節を1方向働かせる筋群の力を評価する筋群力評価と，筋個別の筋力を評価する狭義の筋力評価がある。

③

最大筋力

④

原則として下位運動ニューロン障害をテストする手段である。適用する場合は結果の解釈に注意を要する。

9 筋緊張（p.96）

①

安静時の筋の緊張状態を指す。

②

大脳皮質，基底核，網様体，小脳，脊髄，末梢神経－筋の6つのレベルで調節されている。

③

筋緊張の異常には亢進と低下がある。筋の緊張が亢進した状態で代表的なものは痙縮，固

縮という。逆に低下した状態を筋緊張低下、弛緩という。

④

痙縮は上位運動ニューロンの障害（錐体路障害）により出現する。痙縮の出現した筋は、腱反射の亢進、折りたたみナイフ現象、クロームスを伴う。

⑤

固縮は上位運動ニューロンの障害のなかでも錐体外路障害によって出現する。固縮の出現した筋は、鉛管様現象、歯車様現象を伴う。

⑥

評価の方法は視診、触診、他動運動である。伸張時の抵抗感、被動性などの観点で行う。手順は同一関節（筋）を左右比較しつつ評価する。また、臨床的には、動的な状態での筋緊張の変化をとらえることが重要である。

10 片麻痺の機能回復 (p.102)

①

運動の伝導路は脳皮質から内包、脳幹、脊髄を経て脊髄前角細胞に至る。

②

上位運動ニューロンに障害があることを示す。筋萎縮を伴わない痙性麻痺（ただし、廃用性に起因する筋萎縮は出現する）、深部反射亢進、バビンスキー反射の出現、腹壁反射の消失が挙げられる。

③

屈曲、伸展

④

片麻痺評価の目的は、随意的な運動能力の程度を把握することである。

11 姿勢と反射 (p.112)

①

原始反射は新生児固有にみられ、発達の過程において一定の順序で出現、消失する反射である。

②

腱反射は、腱や筋肉を鋭く叩打すると脊髄反応によって筋収縮を起こす。反射の効果は原則として伸張された筋に局限して現れる。

③

姿勢反射は、正常な運動発達のなかで一時的に出現し次第に消失していく原始反射や緊張性姿勢反射と、成長に伴って出現する立ち直り反応および平衡反応に大別される。

④

立ち直り反応は空間での頭の正常な位置および頭と体幹との正常な位置関係を保持、修正する。

⑤

表在反射は、体の表面、角膜・粘膜・皮膚の刺激により筋肉の収縮が誘発される反射である。

⑥

病的反射は表在反射の一部である。

⑦

運動失調は運動遂行の際の協調運動障害や稚拙さを指す。

12 体力と代謝 (p.125)

①

大きく分けて、肺弾性力の低下による閉塞性換気障害、肺拡張の低下による拘束性換気障害、双方ともに示す混合性換気障害があり、これらが呼吸困難を誘発している。

②

METsによる運動負荷強度をベースにmMRC、Fletcher-Hugh-Jones分類、VAS、Borg scale、SpO₂などが使用され評価される。またフィジ

カルアセスメントとして、皮膚状態・胸郭・呼吸運動・呼吸補助筋・聴診などの評価も重要となる。

③

FIM, BIでは呼吸機能の変化を表すには難しい点があり、千住らの評価表やP-ADL評価法などが導入しやすい。

④

徒手介入（胸郭、呼吸補助筋、排痰など）による呼吸機能の改善や安楽動作に向けてのADL動作指導などがポイントとなる。

13 形態計測 (p.144)

①

肢位は座位または立位で、上肢は体側に下垂させる。肩峰外側端から橈骨茎状突起（または中指指先）までの長さを計測する。または、第7頸椎棘突起から肩峰を通り橈骨茎状突起までの長さを計測する。

②

肢位は座位または立位で上肢は体側に下垂させる。肩峰外側端から上腕骨外側上顆までの長さを計測する。

③

肢位は座位または立位で、上肢は体側に下垂させる。上腕骨外側上顆から橈骨茎状突起までの長さを計測する。

④

肢位は背臥位で骨盤水平位にして股関節を内外旋中間位にし、下肢は伸展させる。上前腸骨棘から内果までの長さを計測する。

⑤

肢位は背臥位で骨盤水平位にして股関節を内外旋中間位にし、下肢は伸展させる。大腿骨大転子から外果までの長さを計測する。

⑥

棘果長に左右差があり、転子果長に左右差がない場合、大腿骨頭の位置異常や大腿骨頸部骨折あるいは大腿骨頸体角異常（内反股・外反股）を意味する。

⑦

肢位は背臥位で骨盤水平位にして股関節を内外旋中間位にして、下肢は伸展させる。大腿骨大転子から膝関節外側裂隙（または大腿骨外側上顆）までの長さを計測する。

⑧

肢位は下肢長（棘果長）と同じ。膝関節外側裂隙（または大腿骨外側上顆）から外果までの長さを計測する。

⑨

肢位は座位または立位で、上肢は体側に下垂させる。肩峰から断端先端までの長さを計測（断端実用長の場合は腋窩線から断端先端までの長さを計測）する。

⑩

肢位は座位または立位で、上肢は体側に下垂させる。上腕骨外側上顆から断端先端までの長さを計測する。

14 上肢機能 (p.152)

①

臨床ではまず視線が目標の物体に向けられたか、つまり目標物体への注視の有無の観察が基本となる。

②

両足底を接地させたプラットホームベッド上の安定した端座位で、片側ずつ対象者に行わせ観察する。常に転倒に注意しながら自己身体各部へのリーチと身体周辺へのリーチを観察する。特に床面へのリーチを観察する時はプラットホームベッドからの転倒・転落に十分に注意しなければならない。

③

手の把握洋式，掌中物品操作，非把握機能，把握のための手の構えと手掌面の方向づけなどを観察する。

④

STEFの特徴は，評価としての再現性が高い，他の項目との比較が容易にできる，標準化された検査である，サブテストの所要時間から得点を算出するなどが挙げられる。

⑤

検査の手引きに従い，移動方向・移動方法について口頭説明やデモンストレーションを行う。対象者の理解が得られたら課題遂行時間をストップウォッチで計測する。「用意」の位置は検査台上で正面の位置に指先を置くこと，各検査の終了は動作が終了したときであり，手が「用意」の位置に戻るまでではないなど注意が必要である。

⑥

サブテストの所要時間を計測し，スコア化した点数で評価する。サブテストによる配点の差はなく，10点満点でスコア化されている。STEFは10種類のサブテストから構成されているので満点は100点となる。

15 義肢・装具 (p.160)

①

義手は装飾用義手，作業用義手，能動義手，動力義手に大別される。

②

a：8字ハーネス

b：上腕ソケット

c：コントロールケーブル

d：肘ロックコントロールケーブル

e：手先具（随意開き式）

f：肘継手

③

上腕義手は上肢帯の運動，具体的には肩甲骨帯の屈曲（肩甲骨外転）と肩関節の屈曲により8字ハーネスを緊張させる。この緊張を力源にコントロールシステムを介して肘継手や手先具を操作する。

④

上腕義手のコントロールケーブルは二重コントロールシステムとよばれ，肘継手がロックされていないとコントロールケーブルの緊張が肘を屈曲させる。肘継手がロックされているとコントロールケーブルの緊張が手先具（随意開き式の場合）を開大する。

⑤

上肢帯の下制と肩関節の伸展により，上腕ソケットの前方にある肘ロックコントロールケーブルを緊張させ，肘継手のロック・アンロック操作を行う。

⑥

肘継手を肘屈曲90°でロックした状態で，手先具に1.2cm角の木片を挟み，手先具にかけたバネ秤を引っ張り木片が手先具から離れる瞬間の目盛(kg)を読む。次にケーブルハンガーにバネ秤をかけて引っ張り木片が手先具から離れる瞬間の目盛(kg)を読む。手先具単体で手先具を開くのに要する力(kg)とコントロールケーブルを介して手先具を開くのに要する力(kg)の比を求める。上腕義手では操作効率50%以上でなければならない。

⑦

●前腕から手関節部分はきつくも緩くもなく，適切な深さとなっているか。

●スプリントの長さは前腕の概ね2/3となっているか。

●中手骨の尺側部分は手の厚みの高さと同じになっているか。

- 手関節は軽度背屈位に保たれているか
- 手の横アーチ（中手骨頭レベル）は適切に保たれているか。
- 第2指から第5指までのMP関節の屈曲は制限されていないか。
- 第1指CM関節の運動（掌側外転・対立）は制限されていないか。
- ストラップは適切な位置に取り付けられているか。

- スプリントは容易にズレないか。

⑧

スプリントを外す前に、ストラップはきつすぎないか、指尖部の色調・温度に異常はないかを確認する。スプリントを外した後に、皮膚の観察を行い、フィッティングポイントに問題（圧迫、発赤など）が生じていないかを入念に確認する。

⑨

- a：橈骨茎状突起
- b：第1指CM関節
- c：第1指球皮線
- d：第2指中手骨頭橈側
- e：スプリントのエッジ（全周）
- f：尺骨茎状突起
- g：豆状骨
- h：第5指中手骨頭尺側

⑩

- 処方通り作製されているか。
- 3点固定の原理に従い装具は安定して装着できるか。
- 前腕の2/3の長さとなっているか。
- Cバーは第1指を適切に掌側外転させているか。
- 対立バーは第1指を適切に対立位に保持しているか。
- 前腕の回内・回外を制限していないか。

- 尺骨茎状突起を圧迫していないか。

- 手関節の背屈角度は適切か。

- 手掌支持部分は手のアーチ（中手骨頭レベルのアーチ）に沿っているか。

- ストラップは適切に取り付けられているか。

16 摂食・嚥下 (p.172)

①

口唇は、食物を口のなかに取り込むときに開口・開閉を行う。舌は、食塊を口腔から咽頭に送り込む。軟口蓋は、食物を口腔内に溜める。食物が鼻腔に逆流するのを防ぐ。喉頭蓋は、気道への誤嚥を防いでいる。舌骨・甲状軟骨は、嚥下時に挙上し、食道入口を開く。声帯は、嚥下の際には閉鎖し、誤嚥を防ぐ。食道の入口部は、嚥下時には開く。

②

顔面神経、三叉神経、舌下神経、舌咽神経、迷走神経

③

- 先行期（認知期）：食物を見せても反応しない、一度に多量に食べるなど

- 準備期：開口、開閉できない、食物が口からこぼれるなど

- 口腔期：食物が口のなかに残留する、食塊が鼻に漏れるなど

- 咽頭期：誤嚥（むせ）したり、飲み込んだ後に声がガラガラになるなど

- 食道期：食塊滞留

④

嚥下内視鏡検査（VE）では、主に声帯運動、声門閉鎖、咽頭残留、咽頭や咽頭粘膜の状態など咽頭内の状態を確認することができる。

⑤

MWSTの結果より、嚙下運動がない場合は1点、嚙下運動があれば2～5点である。さらに呼吸切迫を伴う場合2点、呼吸良好でむせまたは湿性嘔声があれば3点、呼吸良好でむせや湿性嘔声がなければ4点、4点に加えて繰り返し空嚙下が30秒間で2回以上できれば5点となる。

⑥

空嚙下を30秒間に繰り返し実施し、3回以上で正常、2回以下で異常とされている。

17 高次脳機能障害 (p.180)

①

空間への注意、言語、行為、対象の認知、記憶、遂行機能

②

半側空間無視、病態失認、運動維持困難

③

失語、失行

④

WMS-R, RBMT, 三宅式記銘力検査, RAVLT, Benton視覚銘検査, Rey-Osterrieth複雑図形検査

⑤

FAB, BADS, WCST

18 発達 (p.199)

①

津守式乳幼児精神発達質問紙, KIDS, 遠城寺式乳幼児分析的発達検査, 改訂日本版デンバー式発達スクリーニング検査, JMAP

②

JPAN感覚処理・行為機能検査, JSI-R

③

p.206表7参照

④

TOM

19 日常生活活動 (ADL) (p.213)

①

ADLは個人的な活動に対して、IADLは社会的側面をもった活動である。また、ADLは自室や個室内で行われるが、IADLは自室外、屋外で行われることが多い。毎日のように行われるADLに対し、IADLは毎日行うとは限らない点でも異なる。

ADLの代表的な項目は食事、更衣、排泄、入浴、整容、移動であり、IADLは公共交通機関利用、買い物、料理、洗濯、掃除、健康管理、金銭管理などである。

②

ランクBは屋内生活中心で介助が必要だが、座位を保つことができる。座位での生活が主となる状況。それに対してランクCは座位ではなくベッド上の臥位での生活が中心でADLのほとんどに介助を要する状況といえる。

③

ADL評価には2つの異なる見方があると考えたい。「しているADL」とは実際の生活場面でどのように行っている（介助されている）のか、ADLの実施状況を確認するもの。それに対して、「できるADL」は遂行能力の評価であり、実際行っているかどうかは問わない。

④

病院での生活環境で実施する。病室や病棟が主となる。移動の評価には施設外や階段、売店などもときに有効である。また、自宅への退院が予想されるケースには自宅環境を聴き取りしたり、実際自宅に訪問して評価することも求められる。

⑤

入院している対象者では、看護師やケアスタッフといった日々の介助者および家族。在宅生活者では、家族のほか、ホームヘルパーや訪問看護師、ケアマネジャー、デイサービススタッフなど。

⑥

「できるADL」の評価表であり、短時間で評価できる。自立、部分介助、全介助の3段階で評価し、10項目で合計100点満点となる。

⑦

「しているADL」の評価表であり、3つのレベル、7段階に分けて評価する。18項目あり、合計126点となる。介助は全介助から監視まで5段階あり、介助量の測定もできる。自立にも完全自立と修正自立に分けられるなど詳細に評価できる反面、時間がかかる。

⑧

尿便意、移動、電気の点消灯、ドアの開閉、鍵の開閉、下衣の着脱、着座と立ち上がり、排泄、トイレットペーパーの使用、水洗などの行為で構成されている。

⑨

そのADLのどの段階にどのような問題があるのか評価する。心理面や環境面、介助者との関係性も考慮する。また、行われる時間帯や体調によっても変化しうることに留意する。

20 福祉用具・自助具 (p.225)

①

福祉用具の評価は大きく導入前と導入後に大別される。導入前では対象者の心身機能だけでなく、居住環境や人的環境を含むさまざまな項目について評価をする必要がある。導入後では、福祉用具の導入によって対象者の生活の何が改善したのか、また、導入された福

祉用具に対する満足感についても評価することで、より長期的に福祉用具を使用することに繋がる。

②

導入する福祉用具が身体障害者手帳や、介護保険制度といった社会制度の対象となることが多いので、これらの社会制度に関する知識も必要となる。

21 社会生活 (p.230)

①

ADLを除けば、生産活動とレジャーとに大別できる。生産活動には学業や仕事、家事、育児などがあり、レジャーには休養的活動としてテレビを見たり雑誌を読むこと、また積極的活動として趣味やスポーツ、ボランティアなどを挙げるができる。

②

人の一生は、出生から入学、卒業、就職、結婚、出産、育児、退職などの出来事を重ねていく。年齢やこれら節目となるライフイベントによる生活の段階がライフステージである。各ステージによって個人の社会生活は変わり、社会的役割や家庭内役割も変化する。

③

NPI興味チェックリスト、キールホフナーとネヴィルによる興味チェックリスト、日本版・高齢者興味チェックリスト、興味・関心チェックシート

④

役割チェックリスト

⑤

児童福祉や介護保険や老齢年金といった制度には対象年齢があり、それがない包括的な制度には医療制度や障害者自立支援、生活保護がある。

⑥

介護保険制度では介護支援専門員（ケアマネジャー）、医療機関では医療ソーシャルワーカー（MSW）、精神障害領域では精神保健福祉士（MHSW）、そのほか社会福祉士は幅広い領域をカバーする相談支援の専門職が挙げられる。

22 職業前評価と就労支援（p.242）

①

目標の設定、個人特性の評価、環境条件の評価、職業リハビリテーション計画の作成、の4段階から構成される。

②

VPI、職業レディネステスト

③

就労支援のためのチェックリスト、障害者就職レディネス・チェックリスト、LASMIなど

④

物理環境、技術環境、組織環境、心理社会環境、経済環境、職場外環境

23 人間作業モデル（MOHO）（p.259）

①

MOHOは、対象者がどのように意味と満足をもたらず作業に就くかを明らかにすることで、対象者のニーズを満たす作業療法アプローチを提供する。作業療法のあらゆる領域で活用されている実践モデルである。

②

個人的原因帰属、価値、興味

③

習慣、役割

④

運動技能、処理技能、コミュニケーションと交流技能

⑤

物理的環境、社会的環境、作業的環境

⑥

運動と処理技能

⑦

意志（興味）

⑧

意志、習慣化、技能、遂行、参加、環境

⑨

意志、習慣化、参加

⑩

作業適応、意志、習慣化、技能、遂行、参加

⑪

意志、環境

24 作業遂行能力（p.260）

①

個人にとって意味のある作業（セルフケア、生産的活動、趣味などのレジャー）を選択し、選択した作業をどのように行うかである。

②

人・作業・環境

③

COPMを実践する際に基礎となる理論で、作業遂行は「人・作業・環境」が相互にかかわり合い成り立っている。また、CMOP-Eは作業ニーズを満たすという方向性を示している。

④

CMOP-Eの考え方を基にオープン形式の面接で行う評価方法である。対象者自身の視点から、問題のある作業を重要度の高い順にランク付したのち、遂行度と満足度を対象者が1～10のスケールで示す。

25 QOL（p.269）

①

通常は評価尺度を用いて行う。疾患によっては疾患特異的QOL評価法を用いることもある。QOL評価は、ただQOL評価表に則って評価をするだけでなく、対象者自身のQOLに影響を及ぼすさまざまな要因についても同時に把握することが重要になる。

②

例えば対象者の認知機能が著しく低下している場合には、質問紙を用いた回答内容に対する信頼性が欠けることが予測される。客観的にQOLが測定できる評価尺度を用いる、また適宜家族や介護スタッフなどから情報収集を行うといった工夫が求められる。

26 国際生活機能分類（ICF）（p.277）

①

国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health）

②

p.278 図1 参照

③

●生活機能と障害：心身機能・身体構造，活動，参加

●背景因子：環境因子，個人因子

④

課題や行為の個人による遂行のことである。

⑤

生活・人生場面（life situation）への関わりのことである。

⑥

実行状況と能力

⑦

心身機能と身体構造，活動と参加，環境因子，個人因子

⑧

環境因子

⑨

参加

⑩

生活機能のレベル