

障害福祉サービス利用者のクオリティ・オブ・ライフに関する研究 —QOL得点による訓練等給付サービス効果判定の試み—

今橋久美子* 深津玲子* 小田島 明** 小松原正道** 四ノ宮美恵子** 江藤文夫***

Change in Quality of Life of Persons with Disabilities Who Use Welfare Services

Kumiko IMAHASHI*, Reiko FUKATSU*, Akira ODAJIMA**,
Masamichi KOMATSUBARA**, Mieko SHINOMIYA**, Fumio ETO***

Abstract

OBJECTIVE: To compare the quality of life (QOL) of persons with disabilities before and after rehabilitation, and to examine the factors associated with QOL scores.

MATERIAL AND METHOD: A prospective study of 35 persons who were admitted to the training center of the National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities in 2010 and 2011. The Japanese version (WHOQOL26) of the World Health Organization's Quality of Life assessment was used to assess the QOL. Barthel Index (BI) scores were measured and analyzed for their association with WHOQOL26 scores.

RESULTS: Twenty-seven (77.1%) males and 8 (22.9%) females with a mean age of 31.8 (SD = 11.7) years participated in this study. Persons with various disabilities were included: 15 (42.9%) with higher brain dysfunction, 14 (40.0%) with physical disability, 4 (11.4%) with hearing disability, and 2 (5.7%) with visual disability. After intensive training, there was significant difference in the environmental domain scores: 3.34 (SD = 0.61) on admission and 3.56 (SD = 0.49) at discharge, p -value < 0.05. The factor associated with the QOL score was mainly age rather than gender, types of disability, types of service, or BI scores.

CONCLUSION: Rehabilitation training can significantly improve the environmental domain of the QOL of persons with disabilities.

キーワード：Quality of Life、障害者、福祉サービス、就労移行支援、自立訓練

Key words: quality of life, persons with disabilities, welfare services, vocational rehabilitation, daily living skills training

2013年9月4日 受付

2014年3月25日 採択

* 国立障害者リハビリテーションセンター研究所
** 国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局
*** 国立障害者リハビリテーションセンター

* Department of Prosthetics and Orthotics, Research Institute, National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities
** Training Center, National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities
*** National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities

1. 序論

近年、障害者のリハビリテーションにおいて、機能のみならずクオリティ・オブ・ライフ(Quality of Life, QOL)に対する関心が高まり、我が国でもその主観的評価が試みられている^[1-3]。QOLの定義と測定方法はさまざまであるが、Schalock^[4]は、多くのQOL研究に共通してあらわれる領域を挙げ、感情の安寧(emotional wellbeing)、人間関係、物質的な福利(material wellbeing: 経済状況、雇用、住宅など)、自己啓発(教育、資格、遂行能力など)、身体的な福利(physical wellbeing: 健康、ADL、余暇など)、自己決定、社会参加と人権、法的な権利の7つをQOLの核としている。また、WHOによる定義ではQOLを文化、社会、環境の中での主観的な評価としているが、健康状態、満足感、精神状態などとは必ずしも同義でなく、むしろ生活のさまざまな側面に対する個人の認識という多元的な概念としてとらえている^[5, 6]。

現在用いられている標準的なQOLの測定方法には、包括的尺度と疾患特異的尺度がある^[7]。包括的尺度は、疾患の有無によらない一般的な健康状態を主観的に評価するものであり、WHOQOL^[7]、SF-36^[8, 9]、Euro QOL^[10, 11]などが知られている。一方、疾患特異的尺度は、疾病に特異的な症状などについて評価するものであり、がん(EORTC)^[12]、糖尿病(PAID)^[13]などがある。

QOL測定の対象として、福祉サービス利用者については、介護保険サービスを利用している高齢者^[14, 15]や、児童デイサービスを利用する家族^[16]、児童養護施設入所児童^[17]に関する報告がある。障害者については、これまで障害の原因となった傷病とQOLとの関連を明らかにした横断研究^[18, 19]や、介入のない縦断研究^[20, 21]、医療リハビリテーションの効果に関する縦断研究^[22, 23]、在宅支援サービス利用者の一例報告^[24]等はあるが、障害福祉サービス利用前後でのQOLの変化を明らかにした縦断研究は少ない。本研究では、障害福祉サービス(訓練等給付)を利用することにより、1) QOLは変化するのか、もし変化するのであればどのようなQOL領域か、2)同一のサービスを利用してもQOLに違いが生じるならば、性別、年齢階級、障害種類、サービス種類、就労状況、婚姻状況などの基本属性あるいは生活機能がQOLに関連するのではないか、3)障害福祉サービスの効果測定指標として、現在用いられている生活機能や就労状況に加えて、QOLを用いることは可能であるかどうか、の3点を明らかにすることを目的として、サービス利用前後におけるQOLの変化について検討を行った。

2. 方法

2010年11月～2011年10月に国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局において訓練等給付サービス(就労移行支援または生活訓練)を開始した利用者を対象に、WHOQOL26^[6]を用いて主観的QOL評価を行った。WHOは、QOLを「一個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」と定義し、QOLの構成領域を身体的、心理的、自立のレベル、社会関係、精神性/宗教/信念、生活環境、の6領域に及ぶ概念として設定した上で、国際間比較が可能な包括的QOL尺度(WHOQOL100)を開発した。このWHOQOL100の臨床適応を考慮して開発された短縮版がWHOQOL26である。いずれも疾病の有無を判定するのではなく、被験者の主観的幸福感、生活の質を測定することを目的としている。WHOQOL26は身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境領域の4領域のQOLを問う24項目と、QOL全体を問う2項目の、全26項目から構成される。各項目は「まったく悪い: 1」「悪い: 2」「ふつう: 3」「良い: 4」「非常に良い: 5」の5段階の順序尺度であり、QOL平均値(総得点を26で除した値)が5に近いほどQOLが高いと解釈される。

本研究では、サービス利用前後にWHOQOL26を用いてQOL得点を測定した。さらに、効果測定の指標として用いられている生活機能(Barthel Index: BI)および就労状況とQOLとの関連性を調べた。WHOQOL26は、自立支援局内の面接室において、検査者が対象者と対面して説明し、自記式により回答を得た。質問の読み上げや口述筆記などの支援は必要に応じて検査者が行った。1名の検査者が、対象者全員について、サービス利用前と利用後に施行した。WHOQOL26と同時に、生活機能(BI)を測定し、就労状況を聴取した。以下、分析目的と方法を示す。

- (1) サービス利用前後でQOLが変化したかどうかを明らかにするために、領域別、下位項目別のQOL得点を比較した。有意差検定にはWilcoxonの符号付き順位検定を用いた。
- (2) 対象者の基本属性のうちQOLに関連する要因を明らかにするために、性、年齢階級、障害種類、サービス種類、就労状況、婚姻状況を独立変数とし、QOLを従属変数として重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。次に、関連した要因ごとにサービス利用前後のQOL得点を比較した。有意差検定にはKruskal-Wallis検定を用いた。
- (3) 効果測定の指標である生活機能(BI)がQOLに関連するかどうかを明らかにするために、生活

機能 (BI) 得点とQOL得点との関係を散布図で示し、Spearmanの順位相関係数を算出した。

これらの分析にはSPSS15.0(IBM)を用いた。

なお、本研究は国立障害者リハビリテーションセンターの倫理審査委員会による倫理審査を受け承認されている。対象者には、検査者が研究内容を説明し、書面による同意を得た。

3. 結果

3. 1. 基本属性

対象者は35名 (うち男性27名)、年齢は32±12歳であった。障害の種類は、高次脳機能障害15名、頸髄損傷等による肢体不自由14名、聴覚障害4名、視覚障害2名であった。サービスの種類は、就労移行支援サービスが28名、生活訓練サービスが7名であった。サービス利用前の就労状況は、就労20名、無職3名、学生12名、利用後の就労状況は、就労なし8名、職リハ7名、福祉就労8名、一般就労9名、復学3名であった。婚姻状況は、未婚者23名、既婚者12名であった。

3. 2. サービス利用前後のQOL得点の比較

表1にサービス利用前後のQOL得点を示した。サービス利用後に得点が上がったのは環境領域のQOLであった (3.34→3.56, p=0.027)。下位項目では、「Q1：自分の生活の質をどのように評価しますか」 (3.23→3.57, p=0.022)、「Q13：毎日の生活に必要な情報をどのくらい得ることができますか」 (3.06→3.57, p=0.036)、「Q14：余暇を楽しむ機会はどのくらいありますか」 (3.06→3.74, p=0.005) の3項目が改善した。

3. 3. QOLに関連する要因

重回帰分析の結果、サービス利用前のQOL平均値に関連するのは年齢 (R²=.301, p=0.001) であった。下位領域別では、身体領域のQOLに関連するのは年齢とサービス種類 (R²=0.319, p=0.002)、社会領域のQOLに関連するのは婚姻状況 (R²=.327, p=0.000)、環境領域のQOLに弱い関連があるのは年齢 (R²=.233, p=0.003) であった。サービス利用後には、QOLに関連する要因はなかった。これらの結果より、基本属性

表1 サービス利用前後のQOL得点 (* p<0.05, **p<0.01)

質問番号	領域	下位項目	QOL平均値		有意確率 (両側)
			利用前	利用後	
QOL平均値			3.38±0.55	3.49±0.52	0.065
身体領域			3.44±0.68	3.55±0.71	0.223
心理的領域			3.37±0.67	3.36±0.70	0.951
社会的関係			3.49±0.62	3.48±0.70	0.907
環境領域			3.34±0.61	3.56±0.49	0.027 *
Q1	全体的なQOL		3.23±0.88	3.57±0.98	0.022 *
Q2	全体的な健康状態		3.34±1.08	3.37±0.97	0.670
Q3	身体領域	痛みと不快	3.89±1.23	4.03±1.10	0.485
Q4	身体領域	医薬品と医療への依存	3.74±1.17	3.63±1.19	0.448
Q5	心理領域	肯定的感情	3.49±1.15	3.31±0.96	0.441
Q6	心理領域	精神性・宗教・信念	3.54±0.98	3.43±1.01	0.640
Q7	心理領域	思考・学習・記憶・集中力	3.35±0.85	3.35±1.15	0.979
Q8	環境領域	自由・安全と治安	3.69±0.99	3.71±0.83	0.931
Q9	環境領域	生活圏の環境	3.54±1.04	3.69±0.93	0.470
Q10	身体領域	活力と疲労	3.46±0.95	3.69±1.08	0.302
Q11	心理領域	ボディ・イメージ	3.34±1.06	3.54±0.95	0.209
Q12	環境領域	金銭関係	2.86±1.03	3.20±0.99	0.146
Q13	環境領域	新しい情報・技術の獲得の機会	3.06±0.91	3.57±0.92	0.036 *
Q14	環境領域	余暇活動への参加と機会	3.06±1.08	3.74±0.98	0.005 **
Q15	身体領域	移動能力	3.34±1.19	3.66±1.06	0.162
Q16	身体領域	睡眠と休養	3.71±0.99	3.46±1.01	0.145
Q17	身体領域	日常生活動作	3.11±1.08	3.37±0.91	0.154
Q18	身体領域	仕事の能力	2.83±1.07	3.03±1.10	0.318
Q19	心理領域	自己評価	2.97±1.15	3.00±1.24	0.861
Q20	社会領域	人間関係	3.63±0.77	3.74±1.04	0.552
Q21	社会領域	性的活動	2.94±0.94	2.69±0.93	0.097
Q22	社会領域	社会的支え	3.89±0.93	4.00±1.11	0.378
Q23	環境領域	居住環境	3.46±1.22	3.69±0.93	0.509
Q24	環境領域	健康と社会的ケア：利用のしやすさと質	3.57±0.88	3.40±1.14	0.400
Q25	環境領域	交通手段	3.46±0.98	3.46±1.07	0.922
Q26	心理領域	否定的感情	3.60±1.14	3.51±1.20	0.519

のうちQOLに関連した、「年齢」、「サービス種類」、「婚姻状況」の3つの要因ごとにサービス利用前後のQOLを比較した。図1から図3に、年齢、サービス種類、婚姻状況別にQOL得点をグラフで示した。QOL得点は、QOL平均値および身体、心理、社会、環境の領域ごとに示した。

図1に示すとおり、年齢は高いほどサービス利用前のQOL得点が低い傾向があった。特に10歳代と40歳代以上の世代間では、QOL平均値（10歳代：40歳代以上=3.74：2.98, $p=0.000$ ）、身体（同3.84：3.04, $p=0.020$ ）、社会（同3.93：3.09, $p=0.001$ ）、環境（同3.63：2.86, $p=0.005$ ）の領域で有意差があった。40歳代以上では、サービス利用前後でQOL得点が有意に改善し、サービス利用後ではすべてのQOL領域で年齢による違いがなかった。

図2に示すとおり、サービス種類別では、就労移行支援利用者（3.56）の方が、生活訓練利用者（2.98）よりもサービス利用前の身体領域のQOLが有意に高かったが（ $p=0.015$ ）、利用後にはその差がなくなった。生活訓練利用者ではサービス利用後の環境領域のQOLが

有意に上がった（3.18→3.73, $p=0.027$ ）。

図3に示すとおり、婚姻状況別では、QOL平均値（未婚者：既婚者=3.56：3.05, $p=0.002$ ）をはじめ、心理領域を除くすべての領域で未婚者の方が利用前のQOLが有意に高かった。

3. 4. 生活機能（BI）得点とQOL得点との関係

図4に示すとおり、生活機能は身体領域のQOL得点とのみ有意な正の相関があった（サービス利用前： $r=0.504$, $p=0.002$ 、利用後： $r=0.339$, $p=0.046$ ）。

4. 考察

厚生省が2000年に公表した「障害者・児施設のサービス共通評価基準」^[25]は、①利用者の主体性の尊重、②自己選択や自己決定の尊重、③ノーマライゼーション、④エンパワメント、⑤生活の質（QOL）の保障及び向上、の5つを基本としており、「従来のリハビリテーションは日常生活動作（ADL）の向上を目指してきたが、最近では生活の質を高めることが目標である」と謳っている。しかし、サービス提供の場においては、障害

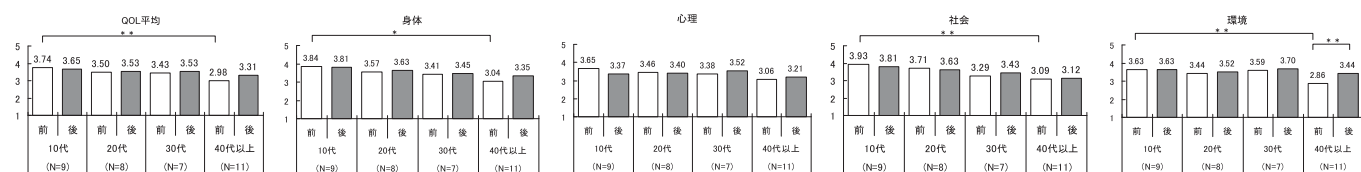


図1 年齢階級別にみたQOL得点（「前」はサービス利用前、「後」はサービス利用後を表す。 * $p<0.05$, ** $p<0.01$ ）

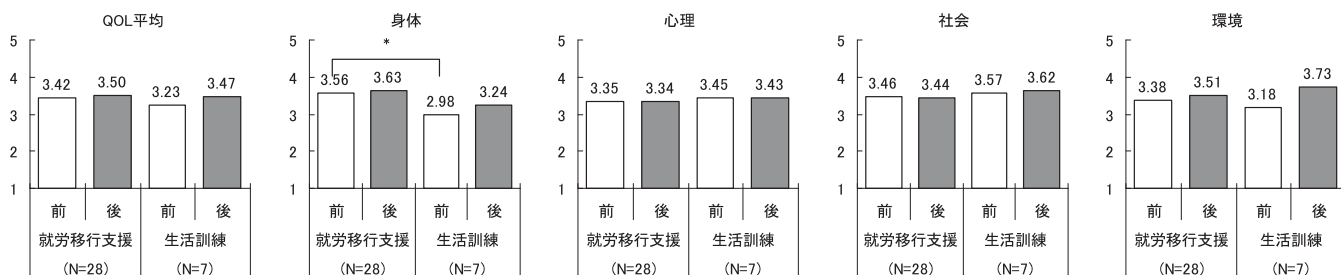


図2 サービス種類別にみたQOL得点

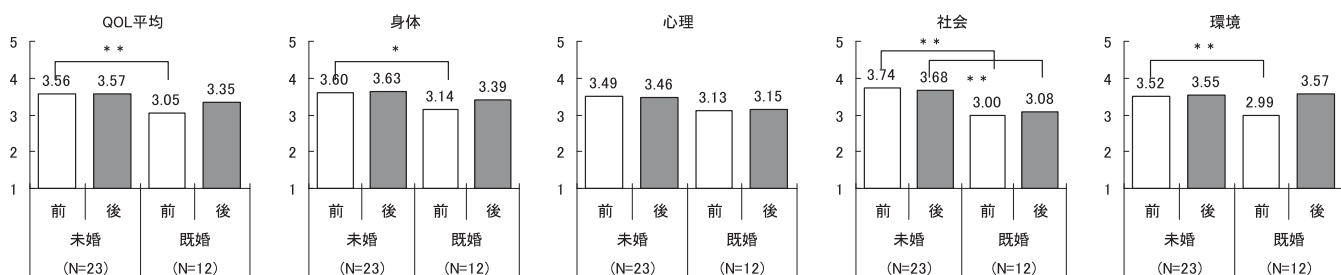


図3 婚姻状況別にみたQOL得点

福祉サービスのアウトカムを、移動や衣食住の自立や就労率など、生活機能や就労状況で評価することが多く、QOL得点によってサービス効果とすることは少ない。本研究では、障害福祉サービス利用前後のWHOQOL26を測定した。その結果、1) 環境領域の得点のみ改善が見られたこと、2) 年齢階層でQOL得点に差があり、サービス種類はサービス利用前の身体領域のQOLに関連し、婚姻状況はサービス利用前の社会領域のQOLに関連すること、3) 生活機能 (BI) は身体領域のQOLとのみ関連すること、が明らかになった。以下この3点について考察する。

(1) 環境領域のQOLについて

WHOQOL26が定義する環境領域のQOLとは、「金銭関係」「自由・安全と治安」「健康と社会的ケアの利用のしやすさと質」「居住環境」「情報・技術獲得の機会」「余暇活動への参加と機会」「生活圏の環境」「交通手段」である。本研究では「情報・技術獲得の機会」「余暇活動への参加と機会」に関する下位項目の得点が改善したことが環境領域のQOL得点の上昇に反映された。福祉サービス利用中に得られる「情報・技術」には、テレビ、新聞、雑誌、書籍、インターネット等のメディアを媒体として得られるものの他に、支援者、他の利用者、家族や友人等と交換されるものと、サービスプログラムを通じて獲得されたものがある。一方で、Cobb^[26]がソーシャルサポートを「情報」と定義し、「人はある情報を受け取ることによって、自分が世話を受け、愛され、価値あるものと評価され、コミュニケーションと相互の責任のネットワークの一員である

と信じていることができる」としていることから、本研究で用いた質問項目の「情報」という文言が、より広義にとらえられている可能性もあり、今後、情報を分類して、QOLに寄与する種類の情報を明らかにする必要がある。さらに、余暇活動とQOLの関係については、調査後の余暇に関する会話の中で「入所してスポーツをする機会をもち（運動するのは中学高校以来であるが）、特に筋トレが面白くて他の人と続けている。姿勢もよくなった気がする。前よりスーツが似合うかもしれない。」という回答があったことから、サービスを利用することにより、余暇を楽しむ時間も生じたと考えられ、Hakkinenら^[27]による「余暇の身体活動が多い人ほどQOLが高い」という報告とも一致する。

このように、本研究において、サービス利用を経て変化したQOL領域は「環境」の中の「情報・技術」「余暇活動」の項目であることが明確になった。よって今後は、情報・技術、余暇活動等の具体的な内容に関する調査を行い、どのような要因が環境QOLの変化に関連するのかを明らかにし、サービス提供に還元する必要がある。

(2) QOLに関連する要因について

本研究の対象群において、QOLに関連する要因は主に年齢であった。特に40歳代以上のQOL平均値が一般成人の平均値^[6]と比較して低かった。日本の一般人口データでは、年齢が高くなるほどQOLは高い傾向にある^[6]が、本研究ではサービス利用前のQOLは一般成人の傾向と逆であった。その理由としては、受傷時年齢が障害受容や健康認識に影響するという報告^[28, 29]に

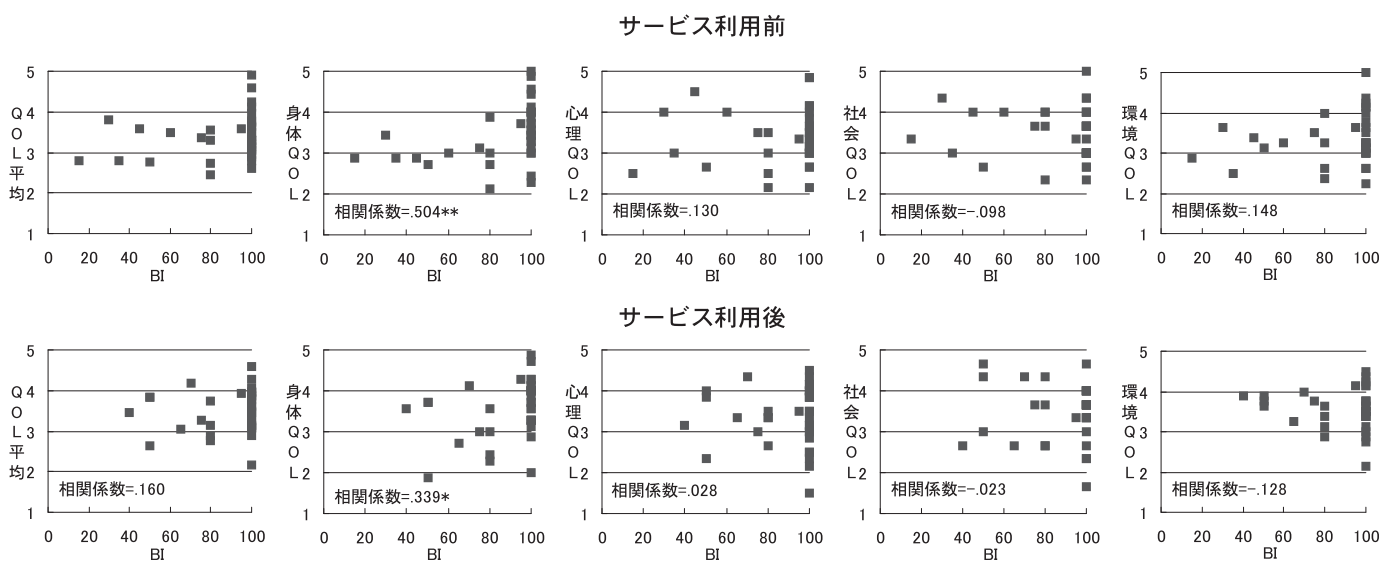


図4 生活機能 (BI) とQOLの関係 (上段：サービス利用前、下段：サービス利用後。 * p<0.05、**p<0.01)

見られるように、受傷時年齢によって障害のとらえ方に差異があり、結果的にQOLにも影響している可能性がある。本研究の対象者のうち最も高い年齢層である40歳代以上においてサービス利用後のQOL得点の上昇が認められたことについては、利用前のQOL得点が低かったこともあり、サービス効果が得られたと考えられる。さらに、活動性の低下に伴う身体機能の低下などの背景から、サービスを利用するだけでQOL得点の変化が認められた可能性もあり、受傷からの回復段階や引きこもり傾向など、活動状況に関連する要因^[30, 31]もあわせて今後検討する必要がある。

一方、30歳代以下の年齢層に対しては利用前のQOL得点が同世代の一般成人と同程度であり、サービス利用による有意な改善はなかった。本研究の対象は35名という限られた条件下の特定の集団であり、30歳代以下では一般とほとんど差がなく、たまたま40歳代だけが低いという偏った集団構成であったことが否定できないため、障害福祉サービス利用者すべてについてQOLの規定要因が年齢であるとはいえない。先行研究によれば、障害福祉サービスの対象年齢に相当する青年期・壮年期のQOLを向上しうる要因として、自己効力感や友人とのつきあい^[32]、身体活動^[33]、余暇活動^[34]という報告があり、特に余暇活動は前述の環境領域のQOLを構成する要因とも重なる。今後は身体活動や余暇活動の内容を精査して、サービス内容に取り入れる可否の検討が求められる。

一方、サービス種類については、就労移行支援の方が生活訓練よりも利用前の身体領域のQOLのみ高く、これは両群の生活機能とも相関し、結果(3)とも整合性があった。サービス種類は身体機能等に応じて選択しているため、生活機能には当然差異があるが、この差異は身体領域以外のQOLとは関連しないことが明らかとなった。

婚姻状況別では、未婚者の方が既婚者よりも社会領域のQOL得点が高かった。未婚者の方が既婚者よりも社会領域のQOL得点が高かった点について、今回は理由が明らかでないが、てんかん患者を対象にした研究^[35]において、同じ既婚者でもソーシャルサポート^[36]を十分に受けている人ではQOLが高く、不十分な人ではQOLが低いこと、QOLに關与するソーシャルサポートのうち、特に友人からの情緒的サポートの重要性^[37]が報告されていることから、今後ソーシャルサポートの種類と有無もあわせて調査する必要がある。

(3) 効果測定指標としての生活機能とQOLについて
生活機能とQOL得点の相関が低い点については、脳

腫瘍^[38]、腰痛^[39]、二分脊椎^[40]の患者に関して同様の報告があるが、本研究の結果、障害者に関する生活機能と関連したのは身体領域のQOLだけであった。すなわち、生活機能が相関するのはQOLの1つの側面のみであり、サービス効果を総合的に評価するためには、心理、社会、環境などの質問項目をもつQOL指標もあわせて使用する必要がある。

本研究は、国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局において、訓練等給付サービス（就労移行支援または生活訓練）利用者を対象に試験的に行った調査である。したがって、対象施設で提供しているサービス内容および方法が一般的な内容であるか、他の障害者支援施設との比較を要する。さらに35名という限定的な調査群であるため属性ごとの比較を行うのに限界があり、障害者全体についての言及はできない。今後、全国で提供されている障害福祉サービスがQOLにもたらす効果を明らかにするためには、サービス種類を全サービスに拡大し、対象者数を増やして調査する必要がある。

5. 結論

本研究において障害福祉サービス（訓練等給付）利用前後の利用者のQOLの変化測定を試みた結果、QOL得点が特に環境面への障害福祉サービスの効果測定指標として利用可能であることが示唆された。今後は「環境」のうち「情報・技術」「余暇活動」の内容を具体的に調査し、サービス提供に還元することが必要である。

謝辞

本研究にご協力くださった国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局利用者の皆様と職員の周藤方史氏、植木朋子氏、阿部真市氏、菅野博也氏、白浜一氏に深謝する。

6. 文献

- 1) 土井由利子. 総論-QOL の概念と QOL 研究の重要性. J. Natl. Inst. Public Health. 53(3), 2004, p.176-180.
- 2) 安保寛明. 地域に暮らす精神障害者の QOL とその関連要因. 岩手県立大学看護学部紀要. 6, 2004, p.135-143.
- 3) 古屋健,三谷嘉明. 知的障害を持つ人の QOL. 名古屋女子大学紀要 (人・社). 51, 2005, p.127-138.
- 4) Schalock, R.L. The concept of quality of life: what we know and do not know. J. Intellect.

- Disabil. Res. 48(3), 2004, p.203-216.
- 5) WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual. Life Res. 2(2), 1993, p.153-159.
- 6) 田崎美弥子, 中根允文. WHO QOL26手引改訂版. 東京, 金子書房, 2007.
- 7) 岩谷力, 飛松好子編集. 障害と活動の測定・評価ハンドブック: 機能からQOLまで. 東京, 南江堂, 2005.
- 8) Ware, J. E. Jr., Sherbourne, C. D. ry. Vasc. Med.5(2), 2000, p69-74 The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med. Care. 30(6), 1992, p.473-483.
- 9) 福原俊一, 鈴嶋よしみ. SF-36v2™日本語版マニュアル. 京都, 特定非営利活動法人健康医療評価研究機構, 2004.
- 10) The EuroQol Group. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 16(3), 1990, p.199-208.
- 11) 日本語版EuroQol開発委員会. 日本語版 EuroQol の開発. 医療と社会. 8(1), 1998, p.109-123.
- 12) Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B. , Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., de Haes, J.C. , et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J. Natl. Cancer Inst. 85(5), 1993, p.365-376.
- 13) Welch, G. W., Jacobson, A. M., Polonsky, W. H. The Problem Areas in Diabetes Scale. An evaluation of its clinical utility. Diabetes Care. 20(5), 1997, p.760-766.
- 14) 森口靖子, 中添和代. M 町における介護予防・生活支援事業の効果: 主観的満足感 (QOL) の測定から. 香川県立医療短期大学紀要. 5, 2004, p.77-81.
- 15) 中園貴志, 諫武稔, 諸隈泉絵. 地域高齢者における介護予防事業の効果. 柳川リハビリテーション学院・福岡国際医療福祉学院紀要. 4, 2008, p.31-34.
- 16) 米倉裕希子, 三野善央. 障害のある子どもの家族支援: -児童デイサービスを利用している家族の EE と QOL. 近畿福祉大学紀要. 7(2), 2006, p.141-149.
- 17) 伊藤嘉余子. 児童養護施設入所児童が語る施設生活: インタビュー調査からの分析. 社会福祉学. 50(4), 2010, p.82-95.
- 18) Sinha, R., van den Heuvel, W. J., Arokiasamy, P. Factors affecting quality of life in lower limb amputees. Prosthet. Orthot. Int. 35(1), 2011, p.90-96.
- 19) Finger, R. P., Fenwick, E., Marella, M., Dirani, M., Holz, F. G., Chiang, P. P., Lamoureux, E. L. The impact of vision impairment on vision-specific quality of life in Germany. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 52(6), 2011, p.3613-3619.
- 20) Levasseur, M., Desrosiers, J., St-Cyr Tribble, D. Subjective Quality-of-Life Predictors for Older Adults with Physical Disabilities. Am. J. Phys. Med. Rehabil. 2008, 87(10), p.830-841.
- 21) Lin, J. H., Ju, Y. H., Lee, S. J., Yang, Y. H., Lo, S. K. Examining changes in self-perceived quality of life in children and adolescents with physical disability using a longitudinal design. Disabil. Rehabil. 33(19-20), 2011, p.1873-1879.
- 22) Ploypetch, T., Dajpratham, P. Change in quality of life of disabled patients after intensive inpatient rehabilitation at Siriraj Hospital. J. Med. Assoc. Thai. 94(10), 2011, p.1245-1251.
- 23) Zidarov, D., Swaine, B., Gauthier-Gagnon, C. Quality of life of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. Arch. Phys. Med. Rehabil. 90(4), 2009, p.634-645.
- 24) 田場真由美, 當山富士子. 重症脊髄損傷者の在宅療養におけるケアマネジメント. 沖縄県立看護大学紀要. 4, 66-73, 2003, p.66-73.
- 25) 厚生省大臣官房障害保健福祉部. 障害者・児施設のサービス共通評価基準.2000.
- 26) Cobb, S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom. Med. 38, 1976, p.300-314.
- 27) Hakkinen, A., Rinne, M., Vasankari, T., Santtila, M., Hakkinen, K. , Kyrolainen, H. Association of physical fitness with health-related quality of life in Finnish young men. Health Qual. Life Outcomes. 8, 2010, 15.
- 28) 吉本千鶴, 上西洋子, 金澤陽子. 救急患者の障害受容に関する心理変化の実態調査. 大阪市立大学看護短期大学部紀要. 3, 2001, p.9-15.
- 29) Jamoom, E. W., Horner-Johnson, W. , Suzuki, R., Andresen, E. M., Campbell, V. A. Age at

- disability onset and self-reported health status. BMC Public Health, 8(1), 2008, 10.
- 30) 佐久間肇. 障害者の合併症予防. 順天堂医学. 51(2), 2005, p.194-201.
- 31) 境 泉洋, 野中 俊介, 大野あき子, NPO法人全国引きこもりKHJ親の会. 「引きこもり」の実態に関する調査報告書7. 2010.
- 32) 高燕, 星旦二, 中村立子. 都市部青壮年女性の就業状態における生活満足感の規定要因に関する研究. 社会医学研究. 25, 2007, p.29-35.
- 33) 桑原朋子. 小児、青年期の身体活動が健康関連QOL に及ぼす影響. 人間科学研究. 20, 2007,108.
- 34) 柴山直, 蛭谷ひとみ. 青年期・成人期の障害を持った人の余暇活動における実践的研究. 新潟大学教育人間科学部紀要 人文・社会科学編. 8(1), 2005, p.19-34.
- 35) Elliott, J. O., Charyton, C., Sprangers, P., Lu, B., Moore, J. L. The impact of marriage and social support on persons with active epilepsy. Epilepsy Behav. 20(3), 2011, p.533-538.
- 36) House, J. S. Work stress and social support. MA, Addison-Wesley, 1981.
- 37) 百瀬由美子, 丸山ひさみ, 栢沼勝彦. 在宅難病患者的生活満足度とソーシャル・サポートに関する研究. 信州大学医療技術短期大学部紀要. 21, 1996, p.91-100.
- 38) Gazzotti, M. R., Malheiros, S. M., Batan Alith, M., Nascimento, O., Santoro, I. L., Jardim, J. R., Vidotto, M. Quality of life and physical limitations in primary brain tumor patients. Qual. Life Res. 20(10), 2011, p.1639-1643.
- 39) Rabini, A., Aprile, I., Padua, L., Piazzini, D. B., Maggi, L., Ferrara, P. E., Amabile, E., Bertolini, C. Assessment and correlation between clinical patterns, disability and health-related quality of life in patients with low back pain. Eura. Medicophys. 43(1), 2007, p.49-54.
- 40) Padua, L., Rendeli, C., Rabini, A., Girardi, E., Tonali, P., Salvaggio, E. Health-related quality of life and disability in young patients with spina bifida. Arch. Phys. Med. Rehabil. 83(10), 2002, p.1384-1388.