

# フィンランドにおける障害のある人々の参加（参加制約）の実態 ～QCIQをもちいて～

## A Study of the Participation (Participation restriction) of People with Disabilities in the Finland by using the QCIQ

増田 公香\*

Kimika MASUDA

The QCIQ (Quality of Community Integration Questionnaire) was developed to measure the level of participation (participation restriction) of people with disabilities in terms of the ICF. This study was conducted applying the Finnish version of the QCIQ that measures the status of participation (restriction) of people with disabilities in Finland. Data was obtained from 46 people with intellectual disability and 31 people with mental disabilities. Since most of them live in the facilities such as group homes, the home integration score was low. However, the subjective QOL score was high. In the Finnish version, the social integration score strongly affected the QOL of people with disabilities. Further study is needed in Japan also.

### 1. はじめに

2001年世界保健機構は新たな障害概念としてICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, 以下「ICF」) を発表した。そこではICIDHにおける社会的不利は参加へと変化し、また環境因子や個人因子が加わりより構造的な障害概念の提示が行われた。

障害概念の社会的不利等の評価に関しては1990年代に入りCHART (Craig Handicap Assessment and Reporting Technique) やCIQ (Community integration Questionnaire) という評価スケールが海外において開発されてきた。CIQはICFの参加（参加制約）の評価スケールとしても適用とされてきた。CIQは、アメリカ・ニューヨーク大学のWillerらがCHARTに追随して開発した。①家庭統合②社会統合③生産統合の3サブスケールから構成されている。筆者は、CIQの開発者に承諾を得て日本語版CIQを作成し、日本における障害のある人々の参加（参加制約）の実態把握を行った。

そのような中、近年ICFの参加（参加制約）の評価スケールとして海外を中心に新たなツールが開発されてきた。つまり客観的レベルでの把握に留まらず主観的なレベルをも加味したうえでICFの参加（参加制約）を評価しようとするものである。具体的には2004年にCicerone等が開発したQCIQがある。QCIQは従来のCIQに主観的満足度を加え新たに開発されたものである。質問項目は22項目から構成され、①家庭統合②社会統合③生産統合の3サブスケールで構成され、さらに各々の項目が客観的側面と主観的側面により構造的に評価されるところにその特徴がある。

筆者は、QCIQの開発者であるCiceroneに直接連絡し、日本語版QCIQ作成の承諾を得た。その上で、日本語版QCIQを作成した。

本研究では、オリジナルである英語版QCIQ及び日本語版QCIQをもとにフィンランド語版QCIQを作成した。その上でフィンランドにおいて知的障害及び精神障害のある人々に対し実態調査を行った。本稿では、この結果をも

\* 社会福祉学部社会福祉学科

Faculty of Social Welfare Department of Social Welfare

フィンランドにおける障害のある人々の参加（参加制約）の実態～QCIQをもちいて～

とにフィンランドにおける障害のある人々の参加（参加制約）について環境との関連性をも視野に入れ検討することをその目的とする。

## 2. 研究方法

### 1) フィンランド版QCIQの作成

フィンランド語版QCIQを作成するにあたっては、次のプロセスを踏んだ。まずオリジナルの英語版QCIQをもとにフィンランド在住の研究者にフィンランド語QCIQへの翻訳を行ってもらった。次の段階として翻訳後のフィンランド語版QCIQをフィンランド在住の日本人研究者により英語及び日本語へのバックトランスレーションを行った。そのうえで最終版フィンランド語版QCIQを作成した。

### 2) 研究実施方法

フィンランドにおいて本研究を実施するにあたっては次のプロセスを踏んだ。

まずフィンランド在住の研究協力者に障害のある人々が利用しているサービス機関のうち本調査に協力してもらえる機関の選定を依頼した。その結果、知的障害のある人々及び精神障害のある人々に対する支援を展開している2サービス機関が協力してくれることとなった。2協力機関にフィンランド語版QCIQを研究協力者より送付してもらい、サービス機関の支援者の協力を得ながらインタビュー形式で調査を実施した。

### 3) 対象者

対象者は、知的障害のある人びとに対する支援機関にて46名・精神障害のある人々に対する支援機関31名、合計77名に対して実施した。

### 4) 実施時期

実施時期は、2016年3月1日～15日にて実施した。

### 5) 調査内容

#### ① 評価スケール

本調査で用いたフィンランド語版QCIQは、22項目から構成される。①家庭統合②社会統合③生産統合の3サブスケールで構成され、さらに客観的側面と主観的側面とで構成される。具体的には、①家庭統合（0～10点）・家庭統合満足度（5～20点）②社会的統合（0～12点）・社会的統合満足度（3～12点）③生産活動（0～7点）・生産活動満足度（1～4点）で評価される。サブスケールの総合得点で客観的側面のQCIQは0～29点で、主観的側面を加えたQCIQは9～36点評価される。また認知的満足度は6～24点でQOL得点は6～72点で評価される。

#### ② 調査項目

上記フィンランド語版QCIQに加え、基本的属性として性別、結婚状況、学歴、障害種別、運転状況、携帯所有状況を質問項目に入れた。

### 6) 倫理的配慮

本調査実施に当たり調査への回答は対象者の自由意思であり、回答を拒否した場合であっても不利益等は受けないことを現地のフィンランド在住の協力者により文書及び口頭にて説明した。無記名のアンケートであり、個人の特定につながる項目は含めていない。また、無記名アンケートのため、回答後の同意撤回ができないことを説明する。得られたデータは本研究以外で使用しないこと、質問票を用いた研究であり、対象者に直接的な利益は生じないことを説明した。本研究の調査は山口県立大学倫理委員会の承認を得て実施した。

## 3. 結果

対面式インタビューによるアンケート調査であったため77名全員から回収できた。基本的属性等は表に示すとおりである。

性別の内訳は、男性39名（50.6%）・女性（49.4%）である。結婚状況は、既婚者が3名（3.9%）で未婚が69名（89.6%）その他（離別・死別等）が5名（6.5%）だった。障害種別にみると知的障害が46名、精神障害が31名だった。

最終学歴は、特別支援学校中等部16名、特別支援学校高等部1名、普通中学校16名、普通高校4名、専門学校28名、4年制大学3名、その他1名だった。

基本的属性

n = 77

項目	人数	%	
性別	男性	39	50.6
	女性	38	49.4
結婚	既婚	3	3.9
	未婚	69	89.6
	その他	5	6.5
障害種別	知的障害		
	精神障害		
最終学歴	特別支援学校中等部	16	20.8
	特別支援学校高等部	1	1.3
	普通中学校	16	20.8
	普通高校	4	5.2
	専門学校	28	36.4
	4年制大学	3	3
	その他	1	1.3
	無回答	8	10.4
運転	運転する	10	13
	運転しない	67	87
携帯	所有している	69	89.6
	所有していない	8	10.4

QCIQの各サブスケール及びCIQ・QCIQ及び認知満足度得点・QOL得点の平均値は表に示すとおりだった。生産活動満足度に関しては標準偏差が低いため、全体としてあまり差異がなかったと思われる。

QCIQ結果

n = 77

	平均値	SD	最小値	最大値
家庭統合	5.09	3.18	0	10
家庭統合満足度	13.3	1.9	9	16
社会統合	5.31	1.73	1	10
社会統合満足度	9.83	1.62	6	12
生産活動	5.07	1.54	0	6
生産活動満足度	3.14	0.68	1	4
CIQ得点	15.64	3.92	5.25	25
QCIQ得点	26.3	3.61	17	32
認知満足度得点	18.8	3.8	8	24
QOL得点	45.91	16.21	12	72

性差別にQCIQの各サブスケール及びQ・QCIQ及び認知満足度得点・QOL得点の平均値は表に示すとおりだった。家庭統合に関しては、先行研究等においては女性のほうが高い結果が示されているが、本研究では男性のほうが高かった。各得点に関して独立したT-検定により統計的差異を検討したが、有意差は確認されなかった。

性差別得点

n = 77

	性別	平均値	SD
家庭統合	男性	5.29	3.29
	女性	4.88	3.1
家庭統合満足度	男性	13.16	1.6
	女性	13.44	2.2

QCIQ得点 n = 77

	性別	平均値	SD
社会統合	男性	5.1	1.77
	女性	5.51	1.69
社会統合満足度	男性	9.63	1.68
	女性	10.03	1.57
生産活動	男性	4.97	1.49
	女性	5.18	1.61
生産活動満足度	男性	3.06	0.68
	女性	3.24	0.66
CIQ得点	男性	15.6	3.63
	女性	15.61	4.28
QCIQ得点	男性	26.04	3.64
	女性	26.53	3.64
認知満足度得点	男性	18.51	3.73
	女性	19.08	3.89
QOL得点	男性	44.17	17.06
	女性	47.66	15.37

障害種別にQCIQの各サブスケール及びCIQ・QCIQ及び認知満足度得点・QOL得点について検討した。また各得点に関して独立したT-検定により統計的差異を検討した。その結果、下記の表に示すとおりだった。サブスケールの家庭統合、社会統合満足度、生産活動、生産活動満足度、CIQ得点、認知満足度得点、QOL得点においては、障害種別間で統計的に有意差が確認された。つまり、家庭統合・CIQ得点・においては精神障害が高く、社会統合満足度・生産活動・認知満足度得点においては知的障害が高いことが確認された。

t 検定結果 n = 77

	障害種別	平均値	標準偏差	t 値
家庭統合	知的障害	3.85	2.73	-5.73
	精神障害	7.8	2.34	-6.07
家庭統合満足度	知的障害	13.43	1.93	0.79
	精神障害	13.07	1.88	0.8
社会統合	知的障害	5.27	1.59	-0.24
	精神障害	5.37	1.96	-0.23
社会統合満足度	知的障害	10.17	1.54	2.71
	精神障害	9.05	1.57	2.69
生産活動	知的障害	5.59	0.83	4.6
	精神障害	3.95	2.09	3.47
生産活動満足度	知的障害	3.36	0.53	3.95
	精神障害	2.75	0.74	3.6
CIQ得点	知的障害	14.78	3.79	-3.13
	精神障害	18.2	3.23	-3.39
QCIQ得点	知的障害	26.77	3.56	1.83
	精神障害	24.79	3.49	1.85
認知満足度得点	知的障害	19.98	3.27	3.73
	精神障害	16.77	3.84	3.58
QOL得点	知的障害	49.8	15.23	2.82
	精神障害	38.92	15.86	2.79

QOLの関連要因（重回帰分析）

	$\beta$	r
性別	-0.16	-0.007
障害種類	-0.29	-0.152
最終学歴	-0.09	-0.049
家庭統合	-0.02	0.057
社会統合	0.58 **	0.482 **
生産活動	0.09	0.275 *
R <sup>2</sup>	0.26	

さらに独立変数に性別・障害種別・最終学歴・家庭統合・社会統合・生産活動をQOL得点を従属変数にし重回帰分析にて分析した。その結果、表に示すとおりだった。つまりサブスケールの社会統合が1%水準で優位に影響していた。

#### 4. 考察

本研究結果より次の点が確認された。

第一にQCIQをもちいた参加（参加制約）の状況は高い状況が確認された。特に先行研究が多くみられるCIQに注視してみると本研究結果のCIQ得点は大変高いことが確認された。その要因として従来の海外を含めたCIQの先行研究の多くは身体障害あるいは頭部外傷の対象者を中心に展開されていた。しかしながら本研究においては対象が知的障害あるいは精神障害のある人びとであったため、ADLの自立度が高くその結果社会参加・参加状況が高い結果となったと考えられる。

第二に障害種別によりQCIQをもちいた参加（参加制約）の状況に差異があることが確認された点である。この点に関しては、2つの側面から考える必要があると思われる。まず障害の特性の相違である。知的障害はその障害の特性からライフサイクルの初期の段階から障害をもつが、その中で安定した人間関係等の形成を構築すると考えられる。その一方で精神障害のある人々の場合、ライフサイクルの途中から疾患が発症しその結果障害をもつこととなる。またコミュニケーションをとることが難しいため社会関係や就労やボランティア活動といった生産活動等が難しいことがこの結果となったと考えられる。さらに他の要因としては、対象者の利用しているサービス機関の特性、つまり対象者がおかれている環境の相違が大きく影響していると考えられる。本調査の対象となった知的障害の方々の場合、地域で家族と生活している人びとが多かった。よって食事等は家族あるいはサービス機関が用意する食事をとるため家事に関わる必要がほとんどない状況であった。その一方、精神障害のある方々の場合、グループホームで生活していた。グループホームでの生活においてはプログラムの一環として食事を作るアクティビティー等も実施されていた。その結果、多くの先行研究においては女性の方が高い結果となる家庭統合において性差では差が見られなかったものの障害種別により差異が出たと思われる。

また本調査における知的障害の方たちが利用しているサービス機関は、音楽や絵画さらにはスポーツ等のイベントを支援プログラムに積極的に取り入れていた。一方精神障害のある人々はグループホームでの生活を中心としているため、社会参加の機会が十分提供されていない点が挙げられる。

第三に、QOLに影響する要因として社会統合のサブスケールが統計的に優位に影響していることが明らかになった点である。日本において佐伯や蜂須賀は、社会参加がQOLの維持向上に強く影響している点を指摘している。本研究調査結果からも友人とのイベントやレジャーさらには買い物等を中心とした社会統合がQOLの促進に強く影響していることが確認された。

本研究結果より障害の特性により参加（参加制約）が異なる点が確認できたが、それは同時に対象者が利用しているサービス機関の支援内容により大きく影響される点が考えられる。つまり対象者の取り巻く環境が参加（参加制約）に関連している点に注視する必要があると考える。ICFにおいては、個人を取り巻く要因としての環境因子が参加（参加制約）を含めた要因に相互に影響しあう構造的なモデルが提示されている。本研究結果より障害のある人々の参加（参加制約）には彼らを取り巻く環境因子が大きく影響することが確認できた。

本研究の独創性及び意義としては、次の2点が挙げられる。従来CIQ及びQCIQをもちいた社会参加・参加（参加制約）の研究に関しては、そのほとんどが身体障害のある人びとや頭部外傷の方たちを対象としていた。本研究では知的障害及び精神障害のある人々を対象とした点にその独創性があると考えられる。またCIQ及びQCIQはアメリカ等を中心として調査研究が展開されてきたが、フィンランド語版QCIQを作成し現地にて調査を実施した点は大変意義があると考えられる。

その一方で、本研究の限界性と問題点としては、次の点が挙げられる。つまり、本研究結果より障害の特性により参加（参加制約）の相違が明らかになった。しかしながら同一サービス機関内における対象者をサンプルとしたため、その要因が障害特性なのかサービス機関の支援の特性が影響しているのかが明確になっていない点である。今後は異なるサービス機関において同じ障害特性のある人々を対象に検討する必要があると考えられる。

## 5. 結論

本研究結果よりフィンランドにおける知的障害のある人びとと精神障害のある人々の参加（参加制約）は障害の特性により異なることが確認できた。また障害のある人々のQOLには友人とのイベントやレジャーさらには買い物等という社会統合いわゆる社会参加が大きく影響していることが明らかとなった。日本においてもさらなる調査研究が必要である。その上で今後障害のある人々のQOLを増進するための社会参加の促進等の環境構築が求められると考えられる。

## 【謝辞】

本研究は、科学研究費基盤（C）「障害のある人々の参加（参加制約）とエンパワメント評価の研究」（代表研究者：増田公香 課題番号24530770）の一部として実施した。また本研究を実施するにあたり多大な協力を行ってくださった山田真知子氏及び調査実施機関の方々はこの場を借りて深く感謝申し上げます。

## 【文献】

- Bagnall, A. M., Jones, L., Richardson, G., Duffy, S., & Riemsma, R. (2003). Effectiveness and cost-effectiveness of acute hospital-based spinal cord injuries services: systematic review. *Health Technol Assess*, 7 (19), iii, 1-92.
- Callaway, L., Enticott, J., Farnworth, L., McDonald, R., Migliorini, C., & Willer, B. (2016). Community integration outcomes of people with spinal cord injury and multiple matched controls: A pilot study. *Aust Occup Ther J*.
- Cicerone, K. D., Mott, T., Azulay, J., & Friel, J. C. (2004). Community integration and satisfaction with functioning after intensive cognitive rehabilitation for traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 85 (6), 943-950.
- Cicerone, K. D., Mott, T., Azulay, J., Sharlow-Galella, M. A., Ellmo, W. J., Paradise, S., & Friel, J. C. (2008). A randomized controlled trial of holistic neuropsychologic rehabilitation after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 89 (12), 2239-2249.
- Doig, E., Fleming, J., & Tooth, L. (2001). Patterns of community integration 2-5 years post-discharge from brain injury rehabilitation. *Brain Inj*, 15 (9), 747-762.
- Gontkovsky, S. T., Russum, P., & Stokic, D. S. (2009). Comparison of the CIQ and CHART Short Form in assessing community integration in individuals with chronic spinal cord injury: a pilot study. *NeuroRehabilitation*, 24 (2), 185-192.
- High, W. M., Jr., Roebuck-Spencer, T., Sander, A. M., Struchen, M. A., & Sherer, M. (2006). Early versus later admission to postacute rehabilitation: impact on functional outcome after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 87 (3), 334-342.
- Kratz, A. L., Chadd, E., Jensen, M. P., Kehn, M., & Kroll, T. (2015). An examination of the psychometric properties of the community integration questionnaire (CIQ) in spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*, 38 (4), 446-455.

- McVeigh, S. A., Hitzig, S. L., & Craven, B. C. (2009). Influence of sport participation on community integration and quality of life: a comparison between sport participants and non-sport participants with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*, 32 (2), 115-124.
- Migliorini, C., Enticott, J., Callaway, L., Moore, S., & Willer, B. (2016). Community integration questionnaire: Outcomes of people with traumatic brain injury and high support needs compared with multiple matched controls. *Brain Inj*, 30 (10), 1201-1207.
- Ritchie, L., Wright-St Clair, V. A., Keogh, J., & Gray, M. (2014). Community integration after traumatic brain injury: a systematic review of the clinical implications of measurement and service provision for older adults. *Arch Phys Med Rehabil*, 95 (1), 163-174.
- Sander, A. M., Fuchs, K. L., High, W. M., Jr., Hall, K. M., Kreutzer, J. S., & Rosenthal, M. (1999). The Community Integration Questionnaire revisited: an assessment of factor structure and validity. *Arch Phys Med Rehabil*, 80 (10), 1303-1308.
- Sandhaug, M., Andelic, N., Langhammer, B., & Mygland, A. (2015). Community integration 2 years after moderate and severe traumatic brain injury. *Brain Inj*, 29 (7-8), 915-920.
- Shukla, D., Devi, B. I., & Agrawal, A. (2011). Outcome measures for traumatic brain injury. *Clin Neurol Neurosurg*, 113 (6), 435-441.
- von Steinbuechel, N., Wilson, L., Gibbons, H., Hawthorne, G., Hofer, S., Schmidt, S., . . . Truelle, J. L. (2010). Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI) : scale validity and correlates of quality of life. *J Neurotrauma*, 27 (7), 1157-1165.
- von Steinbuechel, N., Petersen, C., & Bullinger, M. (2005). Assessment of health-related quality of life in persons after traumatic brain injury-development of the Qolibri, a specific measure. *Acta Neurochir Suppl*, 93, 43-49.