

## 地域高齢者における参加の評価：QCIQ (Quality of Community Integration Questionnaire) を用いた試み

奈良進弘<sup>1)</sup>, 関本充史<sup>2)</sup>, 楠本直紀<sup>3)</sup>, 扇浩幸<sup>4)</sup>, 谷隆博<sup>2)</sup>

### 要旨

123名の訪問および通所リハビリテーション利用者のQCIQ (Quality of Community Integration Questionnaire) の結果に基づき、高齢者の参加の状態とそれに影響する要因の検討を行った。客観的側面であるCIQ得点については、要介護度との関連を示唆する結果を得たが、主観的側面であるQCIQ得点については、要介護度との関連を否定する結果であった。個人の意思や意見が反映される参加の領域は、機能や活動遂行といった領域とは独立して評価していく必要性が示唆された。客観的側面と主観的側面の間に生じた乖離は、介護を多く必要とし、参加が制約されていたとしても、その参加状態に満足する高齢者が多いためと考えられた。高齢者の地域での参加の支援に際しては、このような参加の側面について配慮する必要があると考えられた。

キーワード：地域リハビリテーション, 高齢者, ICF, 参加

### 緒言

超高齢化社会の中で、地域包括ケアシステムが、高齢者が住み慣れた地域の中で自分らしく暮らすことを目的として構築されようとしている<sup>1)</sup>。地域の中で自分らしく暮らすことを実現するためには、従来、医療リハビリテーションにおいて目標とされてきた対象者の日常生活自立だけではなく、住みなれた地域という環境の中での諸活動に参加できていることが必要になる。従って、地域包括ケアシステムのアウトカム指標を考える際には、医療リハビリテーションの中で多くの蓄積がある機能や日常活動のアセスメントとともに、参加の状態の評価も考慮する必要があることになる。

2001年に、国際生活機能分類 (以下、ICF) が、それまでの国際障害分類 (ICIDH) に替わるものとして、WHO 総会で採択され、以来、参加は、人の生活の要素

の一つとして考えられるようになった。リハビリテーション支援の実践においても、機能・構造そして活動・参加というICFの枠組みを利用して、対象者の生活を考え、評価と支援が実践されるようになり、支援のアウトカムとしても、このICFの各要素の指標が取り上げられるようになってきている。活動と参加についてみると、日常生活のように人々に共通する活動については、FIM (Functional Independence Measure) をはじめとして、医療リハビリテーション実践の中で開発されてきた多くのアセスメントが引き続き活用されているが、参加については、一人一人の意思や考えなどによっても大きく影響されるという参加が持つ個性のために、活動に比べて、実際的なアセスメントの開発が乏しい傾向がある。

現在、日本で紹介されている参加についての主なアセスメントとしては、CHART (Craig Handicap Assessment

<sup>1)</sup> 鹿児島大学医学部保健学科作業療法学専攻

<sup>2)</sup> 株式会社かなえるリンク かなえるリハビリ訪問看護ステーション

<sup>3)</sup> 台東区立台東病院 / 台東区立老人保健施設千束

<sup>4)</sup> 株式会社東京リハビリテーションサービス 指定特定相談支援事業所メノウ中野

連絡先：奈良進弘

鹿児島大学医学部保健学科作業療法学専攻

〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘8丁目35番1号

TEL: 099-2775-6745

E-mail: nnara@health.nop.kagoshima-u.ac.jp

and Reporting Technique) と CIQ (Community Integration Questionnaire) の二つがよく知られている<sup>2)</sup>。CHART は、米国コロラド州の Craig 病院で、脊髄損傷者を対象に ICIDH の Handicap に焦点を当てたアセスメントとして Whiteneck らによって開発されたものである。また、CIQ はニューヨーク大学バッファロー校の Willer らによって頭部外傷者の Handicap に焦点を当てたアセスメントとして開発されたものである<sup>3)</sup>。この二つのアセスメントでは、CIQ の開発に、CHART の開発者も参加し、CIQ の妥当性の検証に際しては、CHART が用いられている経緯<sup>3)</sup>がある。両者は現在のところ、参加のアセスメントのスタンダードとして考えられているが、CIQ の質問項目が CHART に比べて少なく、実施に際しての負担が少ない点が CIQ の利点と考えられている。また、CIQ は、幾つかのサブバージョンの開発が行われており、その中で、Cicerone らが2004年に開発した QCIQ (Quality of Community Integration Questionnaire)<sup>4)</sup>は、CIQ に主観的満足度を加えたものである。当事者自身が考える参加の状況の評価することは、それまでのアセスメントでは行われておらず、当事者にとっての自分らしい生活も評価する方法として重要なものであると考える。この QCIQ は開発者の承認を受けて日本語版も作成されている<sup>5)</sup>。

参加領域のアセスメントは、このように脊髄損傷や頭部外傷の当事者の地域でのフォローアップのための方法として開発され、次第に利用対象が拡大していった<sup>6,7,8)</sup>。しかし、地域在住の高齢者を対象とした報告は限られており、「自分らしく過ごす」という地域包括ケアシステムのゴールのアウトカムの一つとなりうる参加状況についての主観的満足度を含む QCIQ を用いた報告は未だなされていない。本研究では、地域在住の高齢者の参加の状況をどのようにして捉えることができるか、を研究疑問として、地域在住の訪問および通所リハビリテーションサービスの利用者を対象として、QCIQ 日本語版(以下、QCIQ)を用いて、参加の状態やその状態についての満足度について検討を行い、高齢者の参加の評価として QCIQ が適切であるかを検討する。具体的な研究目的は以下の通りである。

- (1) QCIQ の得点は訪問および通所リハビリテーションサービスの利用者で、どのような傾向を示すか。
- (2) QCIQ の得点は年齢、性別、要介護度、家族構成とどのような関連を示すか。
- (3) QCIQ のサブスケールの得点は主観的側面と客観的側面でどのような関連があるか。
- (4) QCIQ は高齢者の参加アセスメントとして利用することができるか。

## 対象・方法

対象は、東京および大阪の都市圏で、訪問および通所リハビリテーションサービスを利用している在宅の高齢者である。東京工科大学倫理委員会が承認した手続き(承認番号第 E16HS-004号)に従って、通所および訪問リハビリテーションのサービスを実施している事業所を通じて、QCIQ の回答を終了した利用者で、それぞれのサービス実施のために各事業所が保有している各種利用者情報を匿名で研究者に提供することに同意する研究参加者を募集した。その際、研究参加は各利用者の自由意志に基づくものであり、参加を拒否した場合であっても不利益は生じない旨、文章と口頭で説明を行った。その結果、127名から研究参加の同意を得たが、その中から今回の分析に必要なデータが全て揃っている123名の情報を分析した。収集した情報は、年齢、性別、家族構成、利用しているサービス、公的介護保険の要介護度認定状況、原疾患・障害、および QCIQ である。QCIQ は、28項目の質問から構成されるコミュニティ統合・参加のアセスメントであり、個々の質問項目は、家庭統合、家庭統合満足度、社会統合、社会統合満足度、生産活動、生産活動満足度のサブスケールがあり、客観的側面の総合得点として CIQ 得点、主観的満足度の総合得点として QCIQ 得点が算出される。さらに、認知面として認知満足度得点と QOL 得点を算出されるものとなっている(表1・2)。QCIQ は、質問紙を配布し、対象者(身体機能制約等のため記入が困難な場合は代筆者が対象者の指示に従って記入)が自ら設問について回答を行っている。

通所および訪問リハビリテーションの利用者群については、一元配置分散分析(年齢)および $\chi^2$ 検定(性別、家族構成、要介護度認定状況)を用いて統計学的検定を行った。QCIQ の各サブスケールの得点については、多元配置分散分析を用いて、年齢、性別、家族構成、要介護度認定状況の4要因について統計学的検定を行った。また、QCIQ の各サブスケールにおける客観的および主観的側面の得点間の相関は、Spearman's 順位相関係数を用いた。これらの統計解析については、R および R コマンダーの機能を拡張した統計解析ソフト EZR (Ver.1.36)<sup>9)</sup>を使用した。

本研究は、東京工科大学倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号第 E16HS-004号)。また、研究実施において、申告すべき利益相反は存在しない。

## 結果

### 1) 対象

分析対象は、訪問リハビリテーション利用者60名、通所リハビリテーション利用者63名である。平均年齢につ

表1 日本語版 QCIQ 質問項目

家庭統合	あなたの家庭では食料品や日用必需品の買い物はふだんだれがしていますか。	
	あなたは家庭用品の買い物の遂行状況に対してどの程度満足していますか。	
	あなたの家庭では食事の支度はふつうだれがしていますか。	
	あなたの家庭での食事の支度が行われることに対してどの程度満足していますか。	
	あなたの家庭では家事は主にだれがしていますか。	
	あなたの家庭での家事の遂行状況に対しどの程度満足していますか。	
	あなたの家庭では子どもの世話はふつうだれがしていますか。	
	あなたの家庭での子どもの世話がおこなわれることに対してどの程度満足していますか。	
	家族との団らんや友だちと会うといったふれあいの場づくりはふつうだれが計画していますか。 ふれあいの場づくり計画の遂行状況に対してどの程度満足していますか。	
社会統合	預金の出し入れや支払いなどあなたの個人資産の運用・管理はふつうだれがしていますか。 あなたの個人資産の運用・管理の遂行状況に対してあなたはどの程度満足していますか。	
	あなたはおよそ月に何回くらい、次の家庭外の活動に参加していますか。 買い物 映画、スポーツ、レストランでの食事といった余暇活動 あなたは余暇生活に対してどの程度満足していますか。 友人や親戚の家を訪ねる	
	余暇活動へはふつう1人で参加しますかそれともだれかと一緒に参加しますか。	
	あなたはご自分の対人関係能力に対してどの程度満足していますか。	
	あなたには個人の秘密を打ち明けることのできる親友がいますか。	
	生産活動	あなたはどれくらいの頻度で外出しますか。 ここ1ヵ月間のあなたの就労状況に最も該当するものを選んでください。 正規就労（週20時間以上） 非正規就労（週20時間かそれ以下） 無職で、積極的に職探しをしている 無職で、職探しはしていない 該当しない（定年による退職のため）
		ここ1ヵ月間のあなたの就学状況に最も該当するものを選んでください。 正規学生 非正規学生 学校や訓練プログラムに通っていない
あなたは過去1ヵ月間にどれくらいの頻度でボランティア活動をしましたか。		
あなたは現在の就労状況、就学状況、ボランティア活動にどの程度満足していますか。		
あなたの幸福にとって認知機能はどの程度重要ですか。 認知機能は日常の家庭における役割（買い物、食事の支度、家事、子どもの世話、個人資産の運用・管理）を果たす能力に影響しますが、あなたはご自分の認知機能に対してどの程度満足していますか。 認知機能はあなたが家族に貢献できる成員となる手段の1つになりますが、あなたはご自分の認知機能に対してどの程度満足していますか。 認知機能を保持することによって余暇活動を行うことができますが、あなたはご自分の認知機能に対してどの程度満足していますか。 あなたの認知機能があなたの対人関係能力に影響している状況に対してどの程度満足していますか。 あなたにとって重要なことを毎日の生活において達成できるといった生産能力にあなたの認知機能が影響している状況に対してどの程度満足していますか。 あなたの認知機能が自己肯定感のもとになりますが、あなたはご自分の認知機能に対してどの程度満足していますか。		

表2 日本語版 QCIQ の構成

	客観的側面	主観的側面
サブスケール	家庭統合 (10) 社会統合 (12) 生産活動 (7)	家庭統合満足度 (20) 社会統合満足度 (12) 生産活動満足度 (4)
合計点	CIQ 得点 (29)	QCIQ 得点 (36)
認知	認知満足度得点 (24) QOL 得点 (72)	

括弧内は最大可能得点

表3 分析対象

利用サービス	訪問リハビリテーション	通所リハビリテーション	
性別	男性	22人	27人
	女性	38人	36人
平均年齢		77.3±7.3歳	80.9±9.4歳
家族構成	単身	15人	19人
	2名	29人	22人
	3名以上	16人	22人
要介護認定	要支援1	6人	4人
	要支援2	15人	14人
	要介護1	9人	17人
	要介護2	18人	13人
	要介護3	6人	9人
	要介護4	4人	4人
	要介護5	2人	2人

表4 原疾患・障害（人数）

	訪問リハビリテーション n=60	通所リハビリテーション n=63
脳血管障害	15	19
その他の中枢神経系疾患	11	5
脊髄損傷	1	3
その他の脊髄性疾患	14	12
運動器系疾患	17	16
内部障害	1	4
呼吸循環器疾患	1	4

表5 日本語版 QCIQ 得点 (%)

	訪問リハビリテーション n=60		通所リハビリテーション n=63	
	平均	SD	平均	SD
家庭統合 (10)	36.7	29.5	36.9	29.2
家庭統合満足度 (20)	76.2	12.9	77.8	8.7
社会統合 (12)	38.6	22.8	38.0	20.6
社会統合満足度 (12)	72.1	14.7	73.9	10.8
生産活動 (7)	19.0	23.0	13.8	16.2
生産活動満足度 (4)	64.0	21.5	65.7	19.7
CIQ 得点 (29)	33.2	18.7	31.8	16.6
QCIQ 得点 (36)	73.5	11.6	75.1	8.0
認知満足度得点 (24)	69.4	16.0	68.8	15.0
QOL 得点 (72)	54.4	20.9	56.6	19.7

得点は最大可能得点に対するパーセンテージで表す。  
括弧内は最大可能得点を示す。

いては、一元配置分散分析を用いて統計学的検定を行ったところ、訪問リハビリテーション利用者の平均年齢が、通所リハビリテーション利用者に比べて有意に低かったが ( $p<.05$ )、性別、家族構成、要介護認定状況については、 $\chi^2$ 検定を用いて統計学的検定を行ったところ、両群の間に有意な差は認めなかった (表3)。対象者の原疾患及び障害については、複数あるものについては、それぞれの対象者の最重点課題にもっとも影響して

いるものと見なされるものを抽出した。両群とも脳血管障害やその他の中枢神経系疾患が最も多く、次いで運動器系疾患が多かった (表4)。

## 2) QCIQ の結果

訪問リハビリテーション利用者と通所リハビリテーション利用者のそれぞれの日本語版 QCIQ について各サブスケールの平均を求めた (表5)。それぞれのサブス

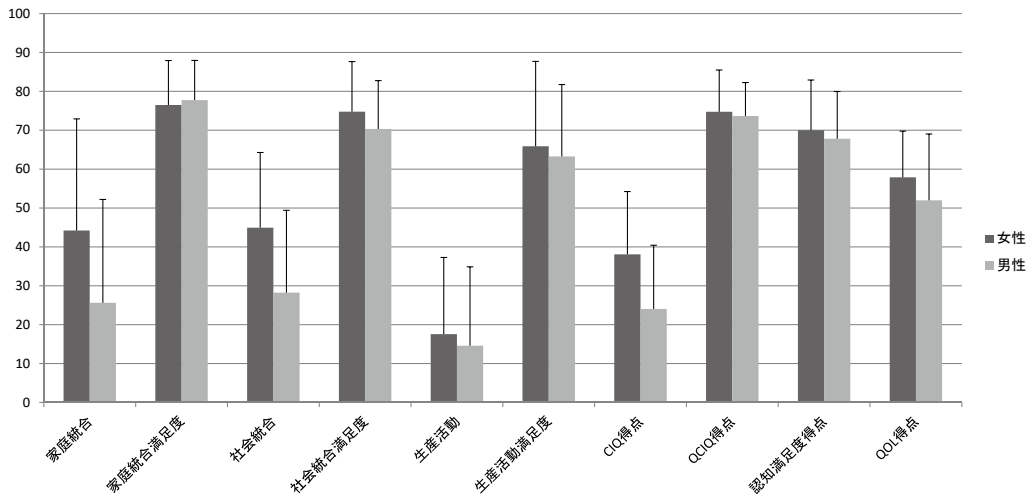


図1 QCIQと性別(女性74名, 男性49名)

家庭統合 ( $F(1, 112)=12.81, p<.001$ ), 社会統合 ( $F(1, 112)=15.27, p<.05$ ) と CIQ 得点 ( $F(1, 112)=19.18, p<.001$ ) で主効果を認めた。

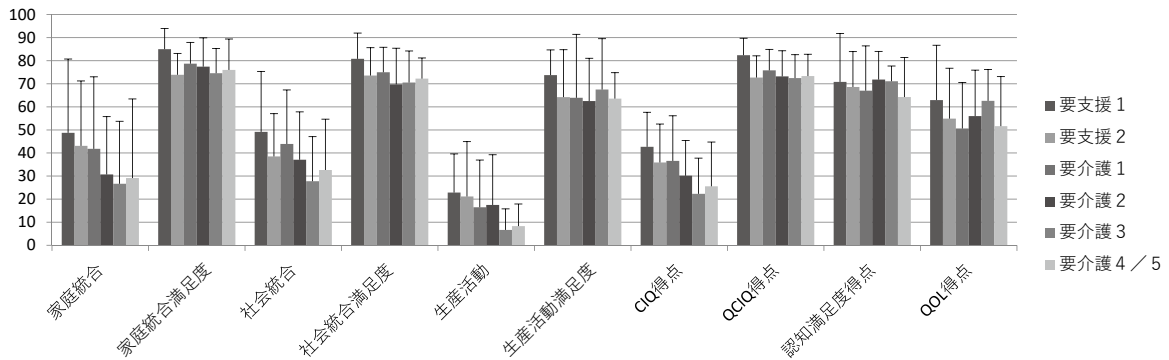


図2 QCIQと要介護度

要支援1 : 10名, 要支援2 : 29名, 要介護1 : 26名, 要介護2 : 31名, 要介護3 : 15名, 要介護4 / 5 : 12名  
 家庭統合 ( $F(5, 112)=2.42, p<.05$ ) および CIQ 得点 ( $F(5, 112)=3.41, p<.01$ ) で主効果を認めた

ケールで、配点が異なるため、便宜的に、各サブスケールの最大可能得点を100としたパーセンテージで得点を示した。いずれのサブスケールにおいても、訪問リハビリテーション利用者と通所リハビリテーション利用者間で、有意な差は認めなかった。客観的側面である家庭統合、社会統合、生産活動、CIQ得点と主観的側面である家庭統合満足度、社会統合満足度、生産活動満足度、QCIQ得点を比べると、客観的側面がいずれも40%未満となっているのに対して、主観的側面は、いずれも60%以上だった。

### 3) QCIQの各サブスケールと性別、年齢、介護度、家族構成の関係(図1~3)

QCIQの各サブスケールの得点と性別、年齢、要介護度、家族構成の間の関係について、多元配置分散分析を用いて検討した。尚、訪問リハビリテーション利用者と通所リハビリテーション利用者間で、傾向の違いが認

められなかったため、両群を合わせて分析を行った。また、便宜的に、年齢は、70歳未満 ( $n=16$ ), 70歳以上80歳未満 ( $n=49$ ), および80歳以上 ( $n=58$ ) の3群に、要介護度は、要支援1 ( $n=10$ ), 要支援2 ( $n=29$ ), 要介護1 ( $n=26$ ), 要介護2 ( $n=31$ ), 要介護3 ( $n=15$ ), および要介護4/5 ( $n=12$ ) の6群に、家族構成は、単身世帯 ( $n=34$ ), 2人家族世帯 ( $n=51$ ), 3人以上の世帯 ( $n=38$ ) の3群として、分析を行った。多元配置分散分析の結果、家庭統合で性別について主効果 ( $F(1, 112)=12.81, p<.001$ ), 家族構成について主効果 ( $F(2, 112)=25.21, p<.001$ ) および要介護度についての主効果 ( $F(5, 112)=2.42, p<.05$ ), 社会統合で性別について主効果 ( $F(1, 112)=15.27, p<.05$ ), CIQ得点で家族構成について主効果 ( $F(2, 112)=9.71, p<.001$ ), 性別について主効果 ( $F(1, 112)=19.18, p<.001$ ) および要介護度について主効果 ( $F(5, 112)=3.41, p<.01$ ) をそれぞれ認めた。

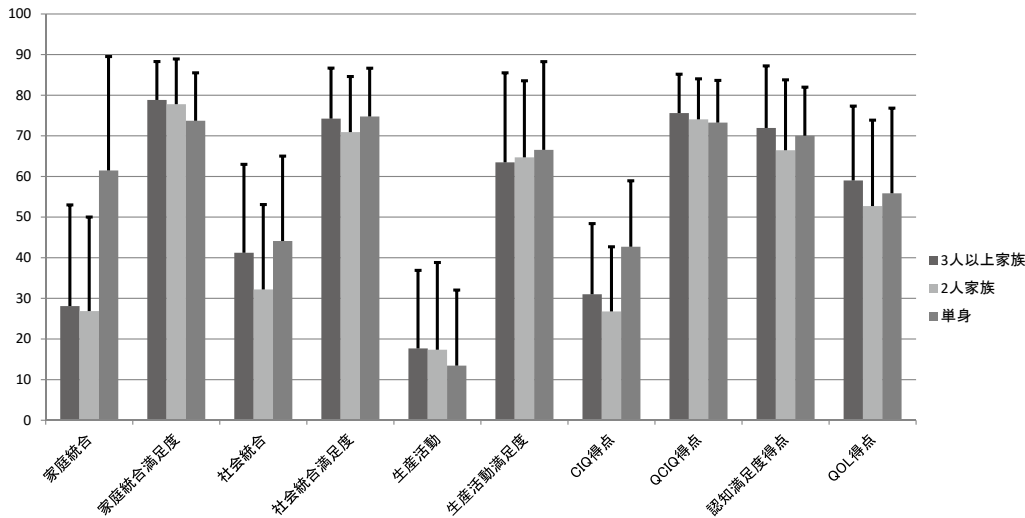


図3 QCIQと家族構成

独居群：34名，2人家族：51名，3人以上の家族：38名

家庭統合 ( $F(2, 112)=25.21, p<.001$ ) ( $p<.01$ ), CIQ得点 ( $F(2, 112)=9.71, p<.001$ ) で主効果を認めた

表6 客観的側面と主観的側面

	相関係数
家庭統合	-0.219
家庭統合満足度	
社会統合	0.350
社会統合満足度	
生産活動	0.068
生産活動満足度	
CIQ得点	0.110
QCIQ得点	

N=123

#### 4) QCIQのサブスケールの主観的側面と客観的側面の関係

家庭統合と家庭統合満足度，社会統合と社会統合満足度，生産活動と生産活動満足度，CIQとQCIQの間のSpearman's順位相関係数を求めた結果，家庭統合と家庭統合満足度の間には低い負の相関 ( $r=-0.219, p=0.015$ )，社会統合と社会統合満足度の間には中等度の正の相関 ( $r=0.350, p=0.000$ ) が認められたが，生産活動と生産活動満足度およびCIQとQCIQの間には相関は認められなかった(表6)。

#### 考察

##### 1) QCIQの結果

地域在住の通所リハビリテーションおよび訪問リハビリテーションの利用者123名を対象としたQCIQの結果を増田<sup>5)</sup>が行ったフィンランドの知的障害および精神障害当事者77名のQCIQの結果と比較してみる(表7)。フィンランドの対象者の年齢や障害程度などの記述がな

く，結果の値のみの比較になるが，今回の対象者のQCIQの結果は，いずれもフィンランドの結果を下回っていた。フィンランドの対象者が，日本の高齢者に比べて，いずれの領域の参加で，より積極的であることが示されたものと解釈できる。日本の高齢者が，より積極的に種々の活動へ地域できるように支援することが必要であると考ええる。最も大きな差があったのは，生産活動のサブスコアの結果であり，ここでは，68%の差が生じていた。これは，フィンランドの対象者が職業的支援プログラムなどへの参加していた可能性があるのに対して，今回の日本の対象者は，高齢者であり，このようなプログラムへの参加やそれへの支援がほとんど行われていなかったためだと考えられる。生産活動への参加は，高齢者でも種々の配慮が必要だろうが，援助すべき領域であると考えられるので，どのような参加やその支援があり得るか，検討を進めていく必要がある。

また，客観的側面の得点が低くても，主観的側面である満足度については高いという傾向が，日本とフィンラ

表7 QCIQ 結果 (%) の比較

	地域高齢者 (n=123)		フィンランド障害者 (n=77)	
	平均値	SD	平均値	SD
家庭統合	36.8	29.2	50.9	31.8
家庭統合満足度	77.0	10.9	83.1	11.9
社会統合	38.3	21.6	53.1	17.3
社会統合満足度	73.0	12.8	81.9	13.5
生産活動	16.4	19.9	84.5	25.7
生産活動満足度	64.8	20.5	78.5	17.0
CIQ 得点	32.5	17.6	62.6	15.7
QCIQ 得点	74.3	9.9	82.2	11.3
認知満足度得点	69.1	15.4	78.3	15.8
QOL 得点	55.5	20.3	63.8	22.5

フィンランド障害者の結果は増田 (4) より引用

ンドで共通していた点は興味深い。この主観的側面と客観的側面の関係については項を改め論じる。

## 2) QCIQ 結果と年齢

対象者を年齢について、70歳未満 (n=16)、70歳以上80歳未満 (n=49)、および80歳以上 (n=58) の3群に分けて、QCIQの結果を検討したが、年齢群の間に主効果は認められなかった。高齢期の対象者の参加では、年齢による差異よりも、それぞれの個人の状態が大きく影響するものと考えられた。

## 3) QCIQ 結果と性差

QCIQの結果について、有意な性差が認められたのは、家庭統合 ( $F(1, 112)=12.81, p<.001$ )、社会統合 ( $F(1, 112)=15.27, p<.05$ ) と CIQ 得点 ( $F(1, 112)=19.18, p<.001$ ) だった (図1)。QCIQの基となったCIQを頭部外傷当事者で検討した結果では、家庭統合で女性の高得点が報告されている<sup>10)</sup>が、同様の傾向が高齢者でも存在していることが今回の結果で示されたものと考えられる。今回の結果では、更に社会統合でも女性の高得点が示されており、この二つのサブスコアの高得点がCIQの高得点を導いたものと考えられる。高齢者では、男性に比べて女性が社会的であることはしばしば経験されていることであり、この結果はこのような状況を反映する可能性がある。このような社会参加における性差の存在は、高齢者の支援に際して、配慮する点である。

## 4) QCIQ 結果と要介護度

要介護度は、要支援1 (n=10)、要支援2 (n=29)、要介護1 (n=26)、要介護2 (n=31)、要介護3 (n=15)、および要介護4/5 (n=12) の6群に分類し、それぞれの群毎のQCIQの結果を分析した。家庭統合 ( $F(5, 112)=2.42, p<.05$ ) および CIQ 得点 ( $F(5, 112)=3.41, p<.01$ ) で主効

果を認めた (図2)。これは、家庭統合は「日常の買い物」「食事の準備」といった活動への参加が評価されるサブスケールであり、CIQ得点は家庭統合、社会統合、生産活動の3つのサブスケールの合計であるため、介護に要する時間の推定を基に認定される要介護度が低ければ、これらの得点が高くなるという関係性が認められたものとする。その一方で、主観的側面のサブスケールや、認知満足度得点、QOL得点は要介護度との関係性を認められなかった。つまり、多くの介護時間が必要であったとしても、自分自身の参加の状態は満足に値する、と受け止めている高齢者が多く存在するため、このような結果が得られたものと考えられる。生産活動と生産活動満足度を見ると、客観的側面である前者の平均は $16.4 \pm 19.8\%$ と低いにもかかわらず、主観的側面である後者の平均は、 $64.8 \pm 20.5\%$ となっており、客観的にはほとんど参加していないが、その状況を認めた上で、諦めてしまい、その状態に満足していると回答した可能性も指摘できる。QCIQは質問紙形式のアセスメントであり、その結果だけでこのような背景を明らかにすることには限界があると考えられるが、今後、対象者へのインタビューなどの情報を利用した検討が必要と考える。

## 5) QCIQ 結果と家族構成

家族構成は単身世帯 (n=34)、2人家族世帯 (n=51)、3人以上の世帯 (n=38) の3群に分けて分析した。家庭統合 ( $F(2, 112)=25.21, p<.001$ ) ( $p<.01$ )、CIQ得点 ( $F(2, 112)=9.71, p<.001$ ) で主効果を認めた。単身の高齢者が、家庭統合とCIQ得点で高い得点を示していることが興味深い。買い物や食事の準備などの活動を手伝ってくれる家族がいない単身の高齢者であれば、これらの活動に自ら参加することになるので、このような結果となったものとする。地域における高齢者の支援に際しては、個別のデータを吟味し、同居家族への過剰な依存が生じ

ていないか、確認することも必要と考えられる。

## 6) QCIQの主観的側面と客観的側面

QCIQの各サブスケールの主観的側面と客観的側面の相関は、家庭統合で負の低い相関、社会統合で中等度の相関を認める結果となった。買い物や食事の準備などといった活動への参加の状態を評価する家庭統合では、実際に参加していても、高齢者自身にとっては、まだ満足できる水準に至らないと受け止めていることが、負の相関を示した原因として指摘できる。すなわち、このような家庭での活動に関しては、より高い水準で参加する意欲を持つ高齢者がおり、地域での支援では、このような意欲を支えることが必要になると考えられる。また、資産管理や家庭外活動などについての参加の状態を評価する社会統合では、高齢者がこれらの活動への参加を実際にできていれば、その状態への相応の満足度を持っていることが示唆される結果ということができ、社会統合の得点が $38.3 \pm 21.6\%$ と低いことから考えると、少しでもこれらの活動に参加できていれば、高い満足感(社会統合満足度 $73.0 \pm 12.8\%$ )を得ていると考えられる。従って、高齢者がこれらの活動への参加をより拡大していくことができるような支援が必要になると考えられる。

## 7) QCIQの有用性

QCIQの客観的側面の各尺度では、性別、要介護度、家庭環境との関連が示唆される結果を得た。このことはQCIQが在宅高齢者の参加の状態のアセスメントとして妥当性をもつことの根拠として見なされるものと考えられる。一方、主観的尺度や認知に関する尺度については、今回検討した因子との関連は認められなかった。主観的側面については、対象者の参加に関する意思や意見を細かく評価し、その結果と対比させて検討する必要があると考える。また、対象者は、認知機能については、質問紙検査であるQCIQを遂行できるだけの機能、すなわち文章読解力や判断力を持つことが求められるため、認知症などによって認知機能が低下した高齢者は対象とならないが、今後、認知機能アセスメントの結果との対比を行い、検討する必要があると考える。

今後、高齢者が住みなれた地域で、自分らしく暮らすという地域包括ケアシステムが、展開され、各種の支援が進められていくことになる。現在、高齢者の日常生活や活動などのアセスメントがこのような支援のアウトカムと考えられているが、自分らしい暮らしという主観的側面にアプローチするアウトカムが提案されていない。QCIQは、高齢者の自分らしい暮らしのアウトカム指標としての可能性を持つものと考えられ、今後、主観

的側面の妥当性の検証を進めていきたい。

## 謝辞

情報提供に同意し研究に参加された皆様、これらの研究参加者の方に対し通所ならびに訪問リハビリテーションサービスを提供している各事業所の職員の皆様、そしてQCIQを提供して頂きました増田公香教授(横浜市立大学)に深謝いたします。

## 文献

- 1) 厚生労働省 [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/), (2017/12/25アクセス)
- 2) 佐伯寛, 増田公香: CHART, CIQ. *Journal of Clinical Rehabilitation*. 2007, 16(8): 762-769
- 3) 増田公香, 多々良紀夫: CIQ 日本語版ガイドブック. KM 研究所, 2006, p.8-12
- 4) Cicerone KD, Mott T, Azulay J, Friel JC: Community integration and satisfaction with functioning after intensive cognitive rehabilitation for traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004, 85(6): 943-950.
- 5) 増田公香: 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を用いて. 山口県立大学学術情報. 2017, 18, 91-97
- 6) Hirsh AT, Braden AL, Craggs JG, Jensen MP: Psychometric properties of the community integration questionnaire in a heterogeneous sample of adults with physical disability. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011, 92(10): 1602-1610
- 7) Cattaneo D, Lamers I, Bertoni R, Feys P, Jonsdottir J: Participation restriction in people with multiple sclerosis: prevalence and correlations with cognitive, walking, balance, and upper limb impairments. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2017, 98(7), 1308-1315
- 8) 大畑秀央, 吉野真理子: 失語のある人の参加, 環境因子, 健康関連 QOL についての検討: CIQ, CHIEF, SAQOL—39の日本語版による分析. *高次脳機能研究*. 2015, 35(4): 344-355
- 9) 自治医科大学さいたま医療センター血液科: EZR versioin 1.36. <http://www.jichi.ac.jp/saitama-sct/SaitamaHP.files/statmed.html> (2017/12/25アクセス)
- 10) 増田公香, 多々良紀夫: CIQ 日本語版ガイドブック. KM 研究所, 2006, p.41-44



# **A Study on the Participation Assessment of the Elderly in their Familiar Community Using the Japanese Version of Quality of Community Integration Questionnaire**

Nobuhiro Nara<sup>1)</sup>, Mitsushi Sekimoto<sup>2)</sup>, Naoki Kusumoto<sup>3)</sup>, Hiroyuki Ohgi<sup>4)</sup>, Takahiro Tani<sup>2)</sup>

- 1) Kagoshima University
- 2) “KANAERU” Link
- 3) Taito Hospital
- 4) Tokyo Rehab Service

## **ABSTRACT**

In an aging society, one of the most important challenges is supporting participation of the elderly in their familiar community. Research on the state of participation of the elderly and their degree of satisfaction with their participation, however, is yet to be widely pursued. To prepare a system for supporting participation among elderly people in their familiar community, we used the Quality of Community Integration Questionnaire (QCIQ) to investigate the participation status and satisfaction of elderly who used community rehabilitation services. The participation status of the elderly and the factors that affect them were examined based on the results of 123 community rehabilitation services users' questionnaire scores, comprising an objective and a subjective sub-score. For the Community Integration Questionnaire (CIQ) sub-score (objective), the relevance with the level of care requirement was suggested; however, for the QCIQ sub-score (subjective), such relevance was not detected. The dissociation between the objective and subjective aspects of participation was thought to have occurred because many of the elderly people in this study were satisfied with their current level of participation, even though their limited participation required support and assistants. It is necessary to establish an assessment method for the subjective aspect of participation. Moreover, these related characteristics of participation are key to supporting participation of the elderly in their familiar community, and should be considered.

**Key Words:** Community-based-rehabilitation, Elderly, International classification of function(ICF), Participation