

<原著>

日本語版 ASCOT による要介護高齢者の
社会的ケア関連 QOL の測定と関連要因

森山葉子^{1,2)}, 森川美絵³⁾, 中村裕美⁴⁾, 白岩健⁵⁾, 田宮菜奈子^{2,6)}, 高橋秀人^{7,2,6)}

¹⁾ 国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部

²⁾ 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

³⁾ 津田塾大学総合政策学部

⁴⁾ 埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科

⁵⁾ 国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センター

⁶⁾ 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野

⁷⁾ 国立保健医療科学院統括研究官

Measurement of social care related quality of life among elderly
people with long-term care needs using the Japanese version of
the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT)

MORIYAMA Yoko^{1,2)}, MORIKAWA Mie³⁾, NAKAMURA-Thomas Hiromi⁴⁾,
SHIROIWA Takeru⁵⁾, TAMIYA Nanako^{2,6)}, TAKAHASHI Hideto^{7,2,6)}

¹⁾ Department of Health and Welfare Services, National Institute of Public Health

²⁾ Health Services Research & Development Center, University of Tsukuba

³⁾ Department of Policy Studies, Tsuda University

⁴⁾ Graduate School of Health, Medicine and Welfare, Saitama Prefectural University

⁵⁾ Center for Outcomes Research and Economic Evaluation for Health, National Institute of Public Health

⁶⁾ Department of Health Services Research, Faculty of Medicine, University of Tsukuba

⁷⁾ Research Managing Director, National Institute of Public Health

抄録

目的：高齢者の健康や生活を効果的に支えるには、社会的ケアの評価が必須である。昨今、イギリスで開発された社会的ケア関連QOL (Social care-related quality of life; SCRQoL) を測定できるthe Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) が世界的に用いられ始め、先般、我々はサービス利用者向けASCOT-SCT4(ASCOT four-level self-completion questionnaire)の日本語版を作成し、信頼性および妥当性を確認した。本研究の目的は、わが国において、ASCOT-SCT4を用いて測定したSCRQoLの結果、およびその関連要因を明らかにすることである。

方法：対象者は、A自治体が2016年12月に実施した日本語版ASCOT-SCT4を含む介護保険事業計画策定のための在宅介護実態調査(配布数2,370、有効回収数1,141(有効回収率48.1%))に回答した要介護・要支援認定者であり、そのうち65歳以上、かつ調査時点で介護保険サービスを利用していた819人を分析対象とした。SCRQoLを従属変数とした重回帰分析(モデル1: 共変量が性別、年代、要介護度、主観的健康感、経済的ゆとり感、同居か独居か、外出頻度、誰かと共に食事をする頻度、モデ

連絡先: 森山葉子

351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami, Wako, Saitama 351-0197, Japan.

Tel: 048-458-6224

Fax: 048-458-6177

E-mail: moriyama.yaa@niph.go.jp

[令和2年11月6日受理]

ル2: モデル1に介護サービス利用満足感を追加)を用いて探索した。

結果: SCRQoLの平均値は0.58であった。重回帰分析によりSCRQoLと有意な関連のみられた要因を示すと、モデル1では、SCRQoLが高かったのは、性別では女性、主観的健康感はよくないに比してとてもよい、まあよい、経済的ゆとり感は苦しいに比してふつう、ゆとりあり、外出頻度ではほとんど外出しないに比して週1回、週2~4回、週5回以上、誰かと共に食事をする頻度はほとんどないに比して毎日、週に何度か、月に何度かであり、SCRQoLが低かったのは要介護度で要支援に比して要介護1・2、要介護3-5であった。モデル2で有意にSCRQoLが高かったのは、主観的健康感はとてもよい、まあよい、経済的ゆとり感はゆとりあり、ふつう、外出頻度はほとんど外出しないに比して週2~4回、誰かと共に食事をする頻度は毎日、週に何度か、月に何度か、サービス利用満足感、どちらともいえない・不満に比して、満足、どちらかという満足であり、要介護1・2、要介護3-5ではSCRQoLが有意に低かった。

結論: 日本語版ASCOT-SCT4により測定したSCRQoLは経済状況をどう感じているか、主観的健康感、介護保険サービスに満足しているかといった、主観的評価と強く関連していた。また外出や誰かと一緒に食事の頻度が関連しており、社会とのつながりを促進する支援が必要であると考えられた。

キーワード: ASCOT, 社会的ケア関連QOL, アウトカム, 在宅介護, 高齢者

Abstract

Objectives: Owing to the rapid growth in the aging population, it is considered important to develop models and assessment instruments on social care. The Japanese version of the self-completion adult social care outcomes toolkit (ASCOT) was developed to measure Social Care Related Quality of Life (SCRQoL). This study aimed to identify (1) the distribution of SCRQoL measured by ASCOT-SCT4(ASCOT four-level self-completion questionnaire), and (2) the variables related to SCRQoL by analyzing data obtained from community-living elderly people with long-term care needs in Japan.

Methods: Data comprised responses of 819 people who were 65 years old or over, and who were using long-term care services at the time of this survey from those of 1141 people living in a municipality near the Tokyo metropolitan area. Responses to the ASCOT-SCT4 were converted to SCRQoL scores. A multiple regression analysis was performed to determine the factors related to the scores. The following two models were extracted: Model 1 comprised sex, age, care level, self-rated health, solitary or living together with someone, subjective economic conditions, frequency of going outside, and eating meals with others; in Model 2, care recipients' satisfaction with care services was added to Model 1.

Results: The mean of SCRQoL scores were 0.58, respectively. In Model 1, the scores were significantly associated with sex, care-level, self-rated health, subjective economic conditions, frequency of going outside, eating meals with others. In Model 2, the scores were significantly associated with care-level, self-rated health, subjective economic conditions, frequency of going outside, eating meals with others and care recipients' satisfaction with care services.

Conclusion: SCRQoL scores measured by the Japanese version of ASCOT-SCT4 was strongly associated with subjective evaluation, such as subjective economic conditions, self-rated health, and satisfaction with care services. The frequency of social participation, such as going outside and eating with others, could contribute to higher SCRQoL scores. Therefore, this study suggests the need to promote social participation among potential clients with care needs.

keywords: ASCOT, SCRQoL, Outcome, long-term care at home, elderly person

(accepted for publication, November 6, 2020)

I. 緒言

他国に類を見ないスピードで超高齢社会に突入した我が国では、持続可能なケア体制の構築に向けて、地域包括ケアシステムを深化させるべく、種々の取り組みがなされているところである。地域包括ケアシステムを根

づかせ、よりよく運営していくためには、このシステムのもとで提供される多様なケアの質の測定と評価をし、改善していくことが必要であるが、その評価方法は未だ確率されていない[1]。国際的な動向としては、ケアの生活モデルへの転換や、ニーズの多様化による主観的評価の重視といった観点から、ケアのアウトカム

評価の重要性が議論されてきた[2,3]. 特に, 本研究で対象としている要介護高齢者に関わるケアでは, アウトカム指標として日常生活動作 (Activities of daily living ; ADL) や手段的日常生活動作 (Instrumental Activities of Daily Living ; IADL) が多く用いられており[4], わが国ではこれに加えて要介護度およびその推移が使われてきた[5]. また, わが国で設置された「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討委員会」では8個のアウトカム指標が検討されたが, 要介護度の他, 認知症高齢者の日常生活自立度, 食事摂取, 排泄等, いずれも心身の機能を示す指標が多かった[6]. しかし, ケアに求められることは, ケアを必要とする人々の障害や困難を元に戻すことより, むしろ補い, 生活を助けることであり, つまりQOLやWell-beingの維持に着目すべきであることを鑑みれば, こうしたケアを受ける側の主観的な側面の測定・評価が必要であることがわかる[4,7].

イギリスにおいて, 個々人の社会的ケア関連QOL (Social care-related quality of life, SCRQoL) を測定する指標として, the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) が開発された[8]. 「イギリスでは, 高齢者介護, 障害者支援, 乳幼児の保育などに関するケアサービスは社会的ケア (Social Care) と呼ばれ, その中で高齢者・障害者へのサービスは, “成人社会的ケア (Adult Social Care)” として扱われている」[9]. ASCOTは成人における社会的ケア利用者のQOLを測定することを目的に開発され, 信頼性および妥当性の検証が進められており[10,11]. オランダやフィンランド, オーストリア, オーストラリア等, 世界的に使われ始めている[12-15]. ASCOTには, 社会的ケアの受け手, および介護者双方のSCRQoLを測定できる尺度がそれぞれあり, 本研究チームでは先般, ケアの受け手のQOLを測定するASCOT-SCT4 (ASCOT four-level self-completion questionnaire) について, 版元の許可を得て日本語版を作成し, 信頼性および妥当性を確認した[16,17]. ASCOTの質問票は, 8つの領域 (日常生活のコントロール, 個人の清潔さと快適さ, 飲食, 個人の安全, 社会参加と関与, 有意義な活動, 居所の清潔さと快適さ, 尊厳) における9つの設問項目から構成されており, それぞれの設問に対し4段階の選択肢から回答する[16]. 例えば, 日常生活のコントロールの領域では, 「あなたは日常生活において自分のことを, どのくらい自分で決められていますか. 決めたことを他の人にやらせてもらう場合も含めてお答えください.」という設問に対し, 思い通り好きなように自分で決められている, おおむね自分で決められている, あまり自分で決められない, まったく自分で決められないの4つの選択肢が設定されている[8]. いずれの設問においても, 選択肢の基本的な表現は, 思い通り, 概ね思い通り, あまり思い通りではない, 全く思い通りではないとなっており, これらは原版では, Ideal state, No needs, Some needs, High-level needs[8]という状態に相当するものと位置付けられている. その他の領域の定義, つまり各領域にお

いてどのようなことを評価しているかは[16]を参照されたい. 各設問の4つの回答に対しあらかじめ定義されたWeight (重みづけ) を用いて, 個々人のSCRQoLを算出できる[7,18,19]. ASCOT-SCT4の重みづけは, 原版に対応したもののほか, 別途, 日本語版向けのものが開発されている[19].

イギリスでは, 自治体によるサービス利用者調査が定期的に実施され, 全国標準化された調査項目が使われる. その中にASCOTが採用されており, 自治体ごとのケア状況の把握や自治体間比較に活用されている[3,20-24]. SCRQoLと関連する要因として, これまでの海外の研究では, 性別, 年代, 人種, 主観的健康感, メンタルヘルス, ADL, 孤独, 家のデザイン, 情報アクセス, 介護サービスへの満足感, 家庭や家庭外におけるインフォーマル支援, 地域での行きたいところへのアクセス, 金銭的支援, 調査票記入における援助が挙げられ, アウトカム評価に基づいた政策決定を促すエビデンスとして活用されてきた[10,22,23]. また, ASCOTを用いたケア事業の費用対効果測定への応用に関する科学的知見も報告されている[25-27].

一方わが国では, 要介護高齢者に関わるケアとしては2000年に介護保険制度が始まり, 介護サービスの質評価について検討されてきたが, アウトカム評価について個別の取組はなされているものの, 体系的な実施はなされてこなかった[6,28]. また, 介護保険制度の保険者である自治体は, 3年ごとに介護保険事業計画を策定するが, これまで評価に基づく進捗管理や次期計画への反映, すなわちPDCAサイクルに則った運営ができていない自治体はわずかである. 第7期介護保険事業計画策定に向けては, 達成状況の点検, 評価をする観点から, 計画の中に取り組み内容およびその目標値を記載することとなり, またこの第7期介護保険事業の実施においては, 全国統一の介護保険者機能の評価する指標が作成されたが, いずれもそのほとんどはプロセス指標であり, アウトカム評価としては要介護度の推移について触れられたのみであった[29,30].

今回ASCOT-SCT4の日本語版が開発されたことで, わが国では初めて社会的ケア関連QOLを数値化することが可能となった. イギリスのように全国統一した調査において, 定期的にASCOTを含めた調査を実施していくことができれば, 要介護度のみならず社会的ケア関連QOLによるアウトカム評価が可能となり, 自治体間比較や, 経年変化を追うことで, PDCAサイクルに基づく介護保険事業運営を行うことができる. そこで, A自治体ではアウトカム評価実施への第一歩として, 第7期介護保険事業計画策定のための在宅介護実態調査 (以下実態調査) にASCOTを含めて調査を実施した. 本研究ではこれを二次データとして提供を受け, 学術的観点から社会的ケア関連QOLに関わるエビデンスの構築に向けて, 以下を明らかにすることを目的として研究を実施した. 本研究の目的は, 要介護・要支援認定高齢者を対象

に実施された実態調査の二次分析により、(1)日本語版 ASCOT-SCT4を用いて測定した社会的ケア関連QOLの結果を明らかにすること、(2)その関連要因を明らかにすることである。

II. 方法

1. 分析対象

関東圏のA自治体が2016年12月に実施した実態調査を、A市の許可を得て二次データとして使用した。A自治体の状況は、高齢化率は26.8%（2015年10月）[31]であり、65歳以上の要介護認定率は14.5%（2015年度末）[32]であった。この調査の対象者は、A市在住で要支援・要介護認定を受け、2016年9月に介護保険制度の居宅サービスを利用した人のうち無作為抽出された2,370人であった。調査は利用者本人が回答するか、難しい場合は家族等が回答する場合もある。本調査は質問紙を利用者宅へ郵送配布、郵送回収とする質問紙調査であった。有効回答数は1,141人（有効回収率48.1%）であり、本研究の分析対象を、介護保険制度における第1号被保険者である65歳以上、かつ調査時点においても介護保険サービスを利用していた者とし、819人の調査票を分析した。

倫理的配慮として、本調査は無記名で実施されており、個人の特定できない状態で市よりデータの提供を受けた。本研究は国立保健医療科学院の研究倫理審査委員会において非該当の判断を受けた（NIPH-TRN#12020）。

2. 分析項目

SCRQoLを、日本語版ASCOT-SCT4の8項目の回答から、日本語版の重みづけ[19]を用いて加重和として算出した（算出の詳細な方法は[19]を参照のこと）。日本語版におけるSCRQoLは、-0.38から1の値をとり、1が完全によい状態、0が死と同じ、0未満は死より悪い状態を表す[19]。従属変数をSCRQoLとし、独立変数は先行研究を参考に、本研究で用いた実態調査で調査した項目から以下を検討した。性別、年代、要介護度、治療中疾患の有無、主観的健康感、経済的ゆとり感、同居か独居か、同居している者の中で日中一人になる頻度、介護者属性、持ち家か否か、介護保険以外の支援サービス利用の有無、家族等による介護の有無、外出頻度、誰かと共に食事をする頻度、介護保険サービス満足感、当調査への回答記入者（本人か代理人か）を検討した。

3. 分析方法

まず、SCRQoLの分布を確認し、記述統計を行った。次に、SCRQoLと関連する要因を検討するために、単変量解析としてt検定および一元配置分散分析を行った。さらに、単変量解析において $p < 0.1$ となった変数について、変数間の関連性を確認した上で共変量とし、重回帰分析を行った。介護保険外支援サービス利用の有無は、同居か独居かと強い関連を示したため共変量から除いた。

分析にあたり、2つのモデルを構築し、モデル1は、性別、年代、要介護度、主観的健康感、同居か独居か、経済的ゆとり感、外出頻度、誰かと食事を共にする頻度を投入し、モデル2は、モデル1に介護保険サービス利用満足感を追加投入した。すべての検定において有意水準5%とし、統計処理にはIBM SPSS Statistics 22を用いた。

III. 結果

1. SCRQoLの分布

SCRQoLの算出が可能であった705人における分布は、図1に示すようなヒストグラムであり、平均値（標準偏差）は0.58（0.28）であった。

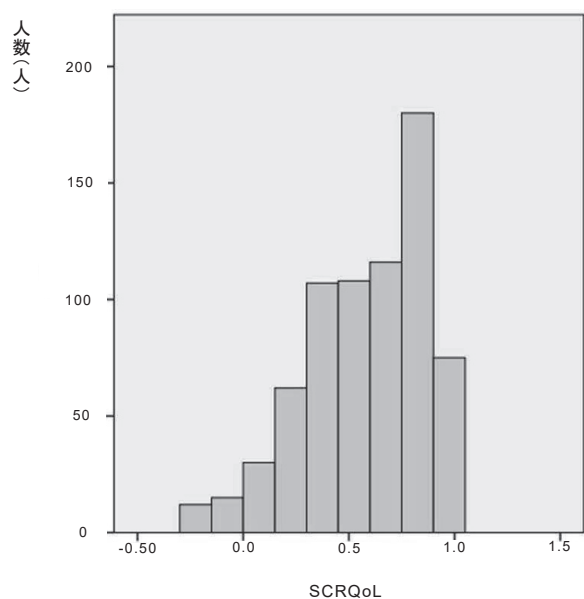


図1 対象者の社会的ケア関連QoL (SCRQoL) の分布

2. 利用者の基本属性とSCRQoLの関連

利用者の基本属性とSCRQoLとの関連を表1に示す。SCRQoLと有意に関連のあった項目（ $p < 0.05$ ）とその平均値を以下に示す。性別（女性の値が男性より高い：男性0.54, 女性0.60）、主観的健康感（よいほど高い：とてもよい0.82, まあよい0.65, あまりよくない0.45, よくない0.37）、経済的ゆとり感（ゆとりがある, ふつうで高い：苦しい0.48, ふつう0.64, ゆとりがある0.68）、誰かと同居しているか独居か（同居で高い：同居0.59, 独居0.53）、同居している人の中で日中一人になることの頻度（一人になることがない人で高い：よくある0.55, たまにある0.60, ない0.67）、介護保険以外の支援サービス利用有無（利用なしで高い：利用なし0.60, 利用あり0.52）、外出頻度（外出が多いほど高い：ほとんど外出しない0.48, 週1回程度0.57, 週2～4回程度0.62, 週5回以上0.64）、誰かと共に食事をする頻度（頻度が多いほど高い：毎日ある0.63, 週に何度かある0.60, 月に何度かある0.58, 年に何度かある0.52, ほとんどない

表 1 利用者の属性とSCRQoLとの関連

		N (%)	SCRQoL		P値
			平均値	標準偏差	
性別 [†]	男性	249 (35.6)	0.54	0.30	0.003 *
	女性	451 (64.4)	0.60	0.27	
年代 [‡]	65歳～69歳	49 (6.95)	0.54	0.27	0.087
	70歳～79歳	173 (24.5)	0.55	0.29	
	80歳～89歳	338 (47.9)	0.58	0.29	
	90歳以上	145 (20.6)	0.63	0.27	
要介護度まとめ [‡]	要支援	188 (27.2)	0.62	0.28	0.051
	要介護1・2	315 (45.6)	0.57	0.28	
	要介護3～5	188 (27.2)	0.56	0.28	
現在治療中の病気や後遺症	あり	668 (95.8)	0.58	0.29	0.646
	の有無 [†] なし	29 (4.2)	0.60	0.24	
主観的健康感 [‡]	とてもよい	23 (3.46)	0.82	0.19	<0.001 *
	まあよい	396 (59.5)	0.65	0.24	
	あまりよくない	204 (30.7)	0.45	0.30	
	よくない	42 (6.32)	0.37	0.29	
経済的ゆとり [‡]	苦しい	290 (41.5)	0.48	0.30	<0.001 *
	ふつう	367 (52.5)	0.64	0.25	
	ゆとりがある	42 (6.01)	0.68	0.20	
同居か独居か [†]	誰かと同居	550 (80.6)	0.59	0.28	0.017 *
	独居	132 (19.4)	0.53	0.30	
日中一人になること [‡] (同居している人のうち)	よくある	152 (29.1)	0.55	0.30	0.002 *
	たまにある	269 (51.4)	0.60	0.26	
	ない	102 (19.5)	0.67	0.24	
介護者属性 [‡] (要介護者からみて)	配偶者 (夫・妻)	211 (35.8)	0.55	0.30	0.067
	息子	97 (16.4)	0.59	0.30	
	娘	152 (25.8)	0.61	0.26	
	息子・娘の配偶者	66 (11.2)	0.65	0.25	
	その他	64 (10.8)	0.55	0.34	
住まい [†]	持ち家	611 (90)	0.58	0.28	0.215
	賃貸	68 (10)	0.54	0.30	
介護保険外支援サービス	利用あり	164 (27.9)	0.52	0.30	0.003 *
	利用有無 [†] 利用なし	424 (72.1)	0.60	0.28	
家族等介護有無 [†]	ない	151 (24.6)	0.59	0.28	0.739
	ある	516 (75.4)	0.58	0.29	
外出頻度 [‡]	ほとんど外出しない	140 (20.4)	0.48	0.30	<0.001 *
	週1回	134 (19.5)	0.57	0.30	
	週2～4回	360 (52.5)	0.62	0.25	
	週5回以上	52 (7.58)	0.64	0.30	
誰かと共に食事をする頻度 [‡]	毎日ある	303 (43.7)	0.63	0.27	<0.001 *
	週に何度かある	132 (19.0)	0.60	0.27	
	月に何度かある	93 (13.4)	0.58	0.26	
	年に何度かある	82 (11.8)	0.52	0.30	
	ほとんどない	83 (12.0)	0.42	0.31	
利用介護サービス満足感 [‡]	満足	241 (36.3)	0.70	0.24	<0.001 *
	どちらかという満足	317 (47.8)	0.56	0.26	
	どちらともいえない・不満	105 (15.8)	0.39	0.32	
調査回答者	本人	314 (46.3)	0.59	0.29	0.455
	家族	340 (50.1)	0.56	0.28	
	その他	24 (3.54)	0.58	0.34	

[†] t 検定, [‡] 一元配置分散分析, * $P<0.05$

0.42), 利用介護サービスの満足感 (満足している利用者で高い: 満足0.70, どちらかというと満足0.56, どちらともいえない・不満0.39)。

3. SCRQoLとの関連要因

単変量解析で $p<0.1$ であった項目を共変量とし (介護保険外支援サービス利用有無を除く), SCRQoLを従属変数として行った重回帰分析の結果を表2に示す。モデル1で, SCRQoLと有意な関連を示した変数 (回帰係数) は, 性別 (女性: 0.053), 要介護度 (要介護1・2: -0.072, 要介護3-5: -0.087), 主観的健康感 (とてもよい: 0.398, まあよい: 0.220), 経済的ゆとり感 (ゆとりあり: 0.109, ゆとりふつう: 0.124), 外出頻度 (週5回以上: 0.097, 週2~4回程度: 0.090, 週1回程度: 0.071), 誰かと共に食事をする頻度 (毎日: 0.134, 週に何度か: 0.088, 月に何度か: 0.088) であった。

次に, モデル2はモデル1に介護保険サービス利用満足感を追加投入したところ, 有意な関連を示した変数 (回

帰係数) は, 要介護度 (要介護1・2: -0.061, 要介護3-5: -0.079), 主観的健康感 (とてもよい: 0.329, まあよい: 0.190), 経済的ゆとり感 (ゆとりあり: 0.098, ゆとりふつう: 0.108), 外出頻度 (週2~4回の外出: 0.091), 誰かと共に食事をする頻度 (毎日: 0.129, 週に何度か: 0.082, 月に何度か: 0.089), サービス利用満足感 (満足: 0.193, どちらかというと満足: 0.081) であった。

IV. 考察

本研究では, 開発元であるケント大学の許可を得て作成した日本語版ASCOT-SCT4[16,17]を用いて, わが国で初めて社会的ケア関連QOLを測定した。要介護または要支援の認定を受けた65歳以上の介護保険サービス利用者において, SCRQoLの平均値は0.58であった。SCRQoLと有意に関連したのは, 性別 (モデル1のみ), 要介護度, 主観的健康感, 経済的ゆとり感, 外出頻度, 誰かと共に食事をする頻度, さらに介護保険サービス利用に満足 (モ

表2 重回帰分析による利用者の属性とSCRQoLとの関連

	モデル1 (N=606)			モデル2 (N=579)		
	回帰係数 (標準誤差)	p値		回帰係数 標準誤差	p値	
女性 (vs.男性)	0.053 (0.022)	0.015 *		0.032 (0.022)	0.141	
70代 (vs.65~69歳)	0.042 (0.041)	0.308		0.039 (0.040)	0.335	
80代 (vs.65~69歳)	0.013 (0.039)	0.746		0.007 (0.038)	0.853	
90歳以上 (vs.65~69歳)	0.049 (0.044)	0.257		0.053 (0.043)	0.215	
要介護1・2 (vs.要支援)	-0.072 (0.025)	0.005 *		-0.061 (0.026)	0.018 *	
要介護3-5 (vs.要支援)	-0.087 (0.029)	0.003 *		-0.079 (0.029)	0.006 *	
主観的健康感とてもよい (vs.よくない)	0.398 (0.070)	<0.001 *		0.329 (0.071)	<0.001 *	
主観的健康感まあよい (vs.よくない)	0.220 (0.043)	<0.001 *		0.190 (0.042)	<0.001 *	
主観的健康感あまりよくない (vs.よくない)	0.062 (0.044)	0.156		0.046 (0.043)	0.285	
経済的ゆとりあり (vs.苦しい)	0.109 (0.044)	0.014 *		0.098 (0.044)	0.026 *	
経済的ゆとりふつう (vs.苦しい)	0.124 (0.022)	<0.001 *		0.108 (0.022)	<0.001 *	
同居者あり (vs.独居)	0.034 (0.029)	0.229		0.035 (0.029)	0.218	
外出頻度週5回以上 (vs.ほとんど外出しない)	0.097 (0.044)	0.029 *		0.068 (0.044)	0.123	
外出頻度週2~4回 (vs.ほとんど外出しない)	0.090 (0.028)	0.002 *		0.091 (0.028)	0.001 *	
外出頻度週1回 (vs.ほとんど外出しない)	0.071 (0.033)	0.031 *		0.059 (0.033)	0.072	
共に食事する頻度毎日 (vs.ほとんどない)	0.134 (0.035)	<0.001 *		0.129 (0.035)	<0.001 *	
共に食事する頻度週に何度か (vs.ほとんどない)	0.088 (0.040)	0.027 *		0.082 (0.040)	0.041 *	
共に食事する頻度月に何度か (vs.ほとんどない)	0.088 (0.042)	0.036 *		0.089 (0.042)	0.033 *	
共に食事する頻度年に何度か (vs.ほとんどない)	0.056 (0.043)	0.188		0.079 (0.044)	0.071	
サービス利用満足 (vs.どちらともいえない・不満)	- -	-		0.193 (0.031)	<0.001 *	
サービス利用どちらかというと満足 (vs.どちらともいえない・不満)	- -	-		0.081 (0.029)	0.006 *	

* $P<0.05$

モデル1: 単変量解析でSCRQoLとの関連において $P<0.1$ であった変数を投入 (介護保険サービス外支援は同居・独居と関連が強かったため除外)

モデル2: モデル1に介護保険サービス利用満足感を追加投入

デル2のみで投入)であった。

1. わが国のSCRQoLと先行研究との比較

ASCOT-SCT4により測定された各国のSCRQoLの平均値と比較すると、イギリスにおける65歳以上の身体障害のある在宅ケアサービス利用者337名の平均値(標準偏差)は0.77 (0.19) [11], 別の調査で65歳以上のShared Livesと呼ばれる、専門の介護者宅でショートステイやデイサービス等多様なケアを受けられるサービスの利用者121名では0.82 (0.18) [33]であり、オランダにおける在宅の虚弱高齢者162名では0.80 (0.16) [34], オーストラリアにおける65歳以上の認知機能障害のないケアサービス利用者87名では0.85 (0.14) [13]であり、対象者の属性は必ずしも一致しないものの、日本におけるSCRQoLの平均値の方が低かった。欧米と比して日本のSCRQoLが低い理由として以下が考えられた。介護保険制度の給付の対象・範囲は限定的であり、ASCOTを構成する8領域にまたがるニーズに十分に対応するものではないため、全体的にQOLが低くなっている可能性がある。また、QOLを測定するSF-6D (Short-Form Six-Dimension) や幸福感といった指標においても、欧米に比してわが国は低い傾向にあり[35-37], そもそも日本人のQOL等が低い可能性がある。あるいは、ASCOT-SCT4の回答として、半分以上の領域で欧米では1段階目の思い通りとの回答が最も多いが[13,21], 日本では2段階目の概ね思い通りが最も多い領域が多く、日本人の特性としてポジティブな感情や態度の表出を抑制するのが社会的に望ましいとされる風潮があり[38], 最上位を選択することへの躊躇が考え得る。

2. SCRQoLと関連する要因についての検討

次に、SCRQoLと関連する要因についての検討を述べる。性別はモデル1では女性は男性より有意にSCRQoLが高かったがモデル2では有意な関連は見られなかった。海外の先行研究においても結果は一致しておらず[22,23], また、わが国における健康関連QOL指標であるEQ5Dによる結果では男性の方が高い[35]といったことから、性差については今後調査を蓄積していく必要があると考えられた。要介護度は要介護度が高いとSCRQoLは低く、海外におけるADLが低いとSCRQoLが低い結果と同様の傾向であった。主観的健康感先行研究において、SCRQoLとの有意な関連が示されており[22,23], 本研究の結果と一致していた。本研究において、治療中疾患の有無は、疾患なしの人数が非常に少ないこともあると考えられるが有意な関連が見られず、自身が体調をどう感じているかという主観がSCRQoLには関連することが示唆された。さらに、経済的なゆとりがあるかといった主観的な経済状況は強く関連した。イギリスの65歳以上のケアサービス利用者における世帯の経済状況とASCOTの3つの領域との関連に関する研究では、「日常生活のコントロール」とは有意に関連していたが、「有

意義な活動」および「社会参加と関与」とは関連を示しておらず[39], 実際の経済状況はSCRQoLの中でも特定の領域と強い関連を示す可能性がある。

主観的健康感や経済的ゆとり感は、実際の体調や世帯の経済状況をどう評価するかが関わる指標であるが、SCRQoLがケアを受けている自分の生活の質を主観的にどう評価するかを測定するものであり、関連する要因も実際の状況だけでなく、その状況をどう評価しているかという主観が反映するものと考えられた。従来のADLやIADL要介護度の推移といった評価だけでは把握し得ないようなアウトカムを高める要因があることが示唆された。

また、外出頻度や誰かと共に食事をする等社会的な参加の頻度がSCRQoLに関連していた。先行研究においても交友頻度が高い、あるいは孤独を感じる頻度が少ないほど、SCRQoLは有意に高く[11], 誰かと話をすることはASCOTの8つの領域「居所の清潔さと快適さ」以外と有意に関連し、同居している人ではない別な人と会うことは「有意義な活動」および「社会参加と関与」と関連していた[10]. また、いつも一人で食事をするとはうつと関連するとの報告もあり[40], 一人で食事をするとは健康にもQOLにも影響を及ぼすことが示唆される。

また、サービス利用の満足感について、不満・どちらともいえないに比して満足はSCRQoLが有意に高く、先行研究と同様の結果であった[11,39]. 主観的健康感や経済的ゆとり感と同様、満足しているかどうかという主観がSCRQoLに関連していた。

インフォーマルケアについては、海外の先行研究ではインフォーマルケアを受けている人で有意にSCRQoLは高いが[22,23], 本研究では単変量解析で、家族等による介護の有無を検討したところ有意な差は見られなかった。知的障害者を対象にSCRQoLを測定した調査でもインフォーマルケアがあるとSCRQoLは高く、ただし、同居の家族によるケアはASCOTの8つのドメインのうち5つにおいてはQOLが有意に高く関連するが、「日常生活のコントロール」の領域については有意にQOLが低く関連したとしている[21]. 本調査では、同居している者が8割強と多いこと、また本研究の「日常生活のコントロール」の領域では、4つの選択肢のうち3段階目のあまり思い通りではない、および4段階目の全く思い通りいではないと回答した割合が他領域に比べて高く(データ未掲載), このこともインフォーマルケアとSCRQoLが有意に関連しなかったことと関係している可能性がある。

本研究に用いた調査票は、サービス利用者本人に送付されているが、介護を要する高齢者であり、回答を代筆することがあるため、調査票の記入者を問うている。調査の回答者について、先行研究では調査回答にケアワーカーが支援すると点数が有意に高い、あるいは低いとする報告があったが[22,23], 本調査では調査回答者によるSCRQoLの有意な差は見られなかった。利用者本人によ

る記入が46.3%、家族・親族による記入が50.1%、その他が3.54%であり、要支援および要介護1, 2では本人による記入が多く、要介護3以上では家族による記入が多い傾向は見られた。

3. 本研究における限界

本研究にはいくつかの限界がある。まず、本研究の結果は1市における測定から得られたものであり、全国に標準化することは難しく、今後更なる測定を実施する必要がある。二つ目として、本研究で使用した調査の有効回収率は48.1%であり、高齢者の実態調査としてはさほど低い率ではないと思われるが、少なからず回答のバイアスは考え得る。三つ目として、本研究は横断研究であることから、因果関係を断定することはできない。

4. 本研究の意義と今後の研究への展望

本研究では、ASCOTを用いてSCRQoLを測定し、関連する要因を検討した。この値および関連要因を把握することは二つの立場から有用である。一つはサービスを提供する行政の立場、もう一つは支援を必要とする高齢者個人の立場である。地域包括ケアをPDCAサイクルによる評価をしながら深化させるためにも、アウトカム評価を導入し、行政が自己評価を行うことは時代の要請である[29,41]。第8期介護保険計画策定においては、改めて地域のビジョン（大目標）を確認・設定し、そのビジョンを実現するための具体的な目標と施策を設定し、施策による取り組みがもたらす効果指標を定量的に設定することが求められた[41]。ビジョンに対する総合的な評価には、主観的幸福感や主観的健康感が挙げられているが[41]、ケアを受けたことに関するQOLの状況を把握することも重要な視点であり、これにはASCOTの活用が多いに期待される。調査を蓄積し、SCRQoLに関連する要因をさらに精緻化していくことで、SCRQoLを高めるためにはどのような支援を行うとよいかを同定でき得るであろうし、SCRQoLが低い人達に共通にみられる要因があれば、リスクファクターとしてとらえ、リスクの高い人や、こうした人が多い地域に、より手厚い支援をするなど、優先すべき政策や対象を決定する際のエビデンスとしても活用でき得るであろう。また、ASCOTには「ケアサービス利用者版」の他に「介護者版」も開発されている[16]。今後は両者をセットで用いることで要介護者と介護者の関連をより詳細に把握することが求められる。

V. 結語

日本語版ASCOTにより測定した社会的ケア関連QOLは、得点そのものは欧米に比して低い傾向にあったが、その得点に関連する要因は、同様の内容として調査できた項目については、文化間で大きな違いはないことが示された。関連する要因として、自身の状態に対する主観による評価や、社会的な参加の頻度が挙げられ、これ

らに対する支援が必要であることが示唆された。今後、ASCOTを用いた評価が蓄積されることで、社会的ケア関連QOLと関連する要因が精緻化され、高齢者への支援に関わる政策決定にも有用な情報となることが期待される。

謝辞

ASCOT-SCT4の日本語版は、開発者であるthe ASCOT team at the Personal Social Services Research Unit (PSSRU) (www.pssru.ac.uk/ascot)の許可を得て翻訳した。ASCOT-SCT4の日本語版の著作権はイギリスのUniversity of Kentが保有しており、無断複写・転載は禁じられている。日本語版ASCOTはいずれの目的にもPSSRUの許可を得て使用することとなっており、使用の際はwww.pssru.ac.uk/ascot上の使用資格取得方法に沿い、ascot@kent.ac.ukに連絡をして手続きをとる必要がある。

本研究は、JSPS科研費（JP16H03722）の助成を受けたものである。開示すべきCOI状態はない。

引用文献

- [1] 筒井孝子. ケアの質評価：国際的な到達点と日本の今後. 社会保障研究. 2016;1(1):129-147.
Tsusui T. [Quality assessment of care: Current achievements in an international context and the future direction of Japan.] Journal of Social Security Research. 2016;1(1):129-147. (in Japanese)
- [2] 長澤紀美子. ケアの質の評価指標の開発と課題—国際的な動向とイギリスにおけるアウトカム指標を中心に—. 季刊・社会保障研究. 2012;48(2):133-151.
Nagasawa K. [Care no shitsu no hyoka shihyo no kai-hatsu to kadai: Kokusaiteki na doko to Igrisu ni okeru outcome shihyo o chushin ni.] Kikan Shakai Hoshō Kenkyū. 2012;48(2):133-151. (in Japanese)
- [3] 高橋秀人, 森川美絵, 森山葉子. 英国の地域包括ケアに用いられる社会指標の枠組み. 公衆衛生. 2019;83(9):683-689.
Takahashi T, Morikawa M, Moriyama Y. [Eikoku no chiiki-hokatsu care ni mochiirareru shakai shihyo no wakugumi.] The Journal of Public Health Practice. 2019;83(9):683-689. (in Japanese)
- [4] Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M, edited. Key policy issues in long-term care. Geneva: World Health Organization; 2003. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42604/9241562250.pdf> (accessed 2020-07-20)
- [5] Masui H, Otaga M, Moriyama Y, Matsushige T. Current issues in long-term care policy and research: Toward the promotion of evidence-based policy. Journal of National Institute of Public Health. 2019;68(1):34-44.
- [6] 財団法人日本公衆衛生協会. 平成21年度厚生労働省

- 老人保健事業推進費等 補助金 (老人保健健康増進等事業分). 介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業 介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書. 2010. http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_5_05_all.pdf (accessed 2020-07-20)
- Japan Public Health Association. [Kaigo service no shitsu no hyoka no arikata ni kakaru kento ni muketa jigyo hokokusho.] 2010. http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_5_05_all.pdf (in Japanese) (accessed 2020-07-20)
- [7] Netten A, Burge P, Malley J, et al. Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. *Health Technology Assessment*. 2012;16:1-165.
- [8] Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Adult Social Care Outcome Toolkit. <http://www.pssru.ac.uk/ascot/> (accessed 2017-03-15)
- [9] 白瀬由美香. イギリスの社会的ケア事業者の登録・監査・評価制度—「ケアの質委員会」による質の保障の意義と課題—. 季刊・社会保障研究. 2012;48:175-185.
- Shirase Y. [Igirisu no Shakaiteki care jigyosha no toroku/hyoka seido: care no shitsu iinkai ni yoru shitsu no hoshu no igi to kadai.] *Kikan Shakai Hoshu Kenkyu*. 2012;48:175-185. (in Japanese)
- [10] Malley J, Towers A, Netten A, et al. An assessment of the construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life with older people. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012;10:21. doi:10.1186/1477-7525-10-21.
- [11] Rand S, Malley J, Towers AM, et al. Validity and test-retest reliability of the self-completion adult social care outcomes toolkit (ASCOT-SCT) with adults with long-term physical, sensory and mental health conditions in England. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2017;15:163. doi:10.1186/s12955-017-0739-0.
- [12] van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen AP, et al. Dutch translation and cross-cultural validation of the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT). *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015;13. doi: 10.1186/s12955-015-0249-x.
- [13] Kaambwa B, Gill L, McCaffrey N, et al. An empirical comparison of the OPQoL-Brief, EQ-5D-3L and ASCOT in a community dwelling population of older people. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015;13:164. doi:10.1186/s12955-015-0357-7.
- [14] Steffansson M, Pulliainen M, Kettunen A, et al. The Association between freedom of choice and effectiveness of Home Care Services. *International Journal of Integrated Care*. 2016;16:1-11. doi:10.5334/ijic.2448.
- [15] Hajji A, Trukeschitz B, Malley J, et al. Population-based preference weights for the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) for service users for Austria: Findings from a best-worst experiment. *Social Science & Medicine*. 2020. doi:10.1016/j.socscimed.2020.112792.
- [16] 森川美絵, 中村裕美, 森山葉子, 白岩健. 社会的ケア関連QOL尺度the Adult Social Care outcomes Toolkit (ASCOT)の日本語翻訳: 言語的妥当性の検討. *保健医療科学*. 2018;67(3):313-321.
- Morikawa M, Nakamura H, Moriyama Y, Shirowa T. Japanese translation of the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) as social care related quality of life measures: focus on the linguistic validation. *Journal of the National Institute of Public Health*. 2018;67(3):313-321. (in Japanese)
- [17] Nakamura-Thomas H, Morikawa M, Moriyama Y, et al. Japanese translation and cross-cultural validation of the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) in Japanese social service users. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2019. doi:10.1186/s12955-019-1128-7.
- [18] Potoglou D, Burge P, Flynn T, et al. Best-worst scaling vs discrete choice experiments: An empirical comparison using social care. *Social Science and Medicine*. 2011;72:1717-1727.
- [19] Shirowa T, Moriyama Y, Nakamura-Thomas H, et al. Development of Japanese utility weights for the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT)SCT4. *Quality of Life Research*. 2019. doi:10.1007/s11136-019-02287-6.
- [20] Applications of ASCOT. <https://www.pssru.ac.uk/ascot/applications-of-ascot/> (accessed 2020-3-24)
- [21] Rand S, Malley J. The factors associated with care-related quality of life of adults with intellectual disabilities in England: implications for policy and practice. *Health and Social Care in the Community* 2016. doi: 10.1111/hsc.12354.
- [22] van Leeuwen KM, Malley J, Bosmans JE, et al. What can local authorities do to improve the social care-related quality of life of older adults living at home? Evidence from the Adult Social Care Survey. *Health & Place*. 2014;29:104-113.
- [23] Malley J, Amico FD, Fernandez JL. What is the relationship between the quality of care experience and quality of life outcomes? Some evidence from long-term home care in England. *Social Science & Medicine*. 2019;243. doi:10.1016/j.socscimed.2019.112635.
- [24] 森川美絵. 福祉介護分野から: 他職種他分野連携による地域包括ケアシステムの構築. *保健医療科学*. 2016;65(1):16-23.
- Morikawa M. Constructing a community-based integrated care system based on multidisciplinary and cross-sectoral collaboration. *Journal of the National Institute of Public Health*. 2016;65(1):16-23. (in Japanese)
- [25] Forder J, Vadean F, Rand F, et al. The impact of long-

- term care on quality of life. *Health Economics*. 2017;1-16. doi:10.1002/hec.3612.
- [26] Yang W, Forder J, Nizalova O. Measuring the productivity of residential long-term care in England: methods for quality adjustment and regional comparison. *The European Journal of Health Economics*. 2016. doi:10.1007/s10198-016-0816-z.
- [27] Bauer A, Knapp M, Wistow G, et al. Costs and economic consequences of a help-at-home scheme for older people in England. *Health and Social Care in the Community* 2016. doi:10.1111/hsc.12372.
- [28] 第99回社会保障審議会介護給付費分科会. 資料4-2. 介護保険サービスにおける質の評価に関する調査研究事業結果概要. 平成26年3月27日. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000042443_3.pdf (accessed 2020-07-21)
- Dai 99 kai Shakai Hosho Shingikai Kaigo Kyufuhi Bunkakai. Shiryō 4-2. [Kaigohoken service ni okeru shitsu no hyoka ni kansuru chosa kenkyu jigyo kekka gaiyo.] Heisei 26 nen 3 gatsu 27 nichi. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000042443_3.pdf (in Japanese) (accessed 2020-07-21)
- [29] 第71回社会保障審議会介護保険部会. 資料1. 基本指針について. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000153155.pdf (accessed 2020-07-21)
- Dai 71 kai Shakai Hosho Shingikai Kaigo Hoken Bukai. Shiryō 1. [Kihon shishin ni tsuite.] https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000153155.pdf (in Japanese) (accessed 2020-07-21)
- [30] 厚生労働省老健局介護保険計画課. 事務連絡. 平成30年度における保険者機能強化推進交付金（市町村分）について2019年度保険者機能強化推進交付金（都道府県分）に係る評価指標. 2018. <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000355119.pdf> (accessed 2020-07-21)
- Long-term Care Insurance Planning Division, Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labor and Welfare. Jimurenaku. [Heisei 30 nendo ni okeru hokenja kino kyoka suishin kofukin (shichoson bun) ni tsuite. 2019 nendo hokenja kino kyoka suishin kofukin (todofukenbun) ni kakaru hyoka shihyo.] 2018. <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000355119.pdf> (in Japanese) (accessed 2020-07-21)
- [31] 総務省統計局. 平成27年国勢調査. 都道府県・市区町村別主要統計表. 2015. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=000001049104&tclass1=000001049105> (accessed 2018-01-30)
- Somusho Tokeikyoku. [Heisei 27 nen kokusei chosa. Todofuken shichoson betsu shuyo tokeihyo.] 2015. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=000001049104&tclass1=000001049105> (in Japanese) (accessed 2018-01-30)
- [32] 平成27年度介護保険事業状況報告（年報）. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tstat=000001031648&cycle=8&tclass1=000001098995&second2=1> (accessed 2018-1-30)
- [Heisei 27 nendo Kaigohoken jigyo jokyō hokoku (nenpo).] <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tstat=000001031648&cycle=8&tclass1=000001098995&second2=1> (in Japanese) (accessed 2018-01-30)
- [33] Callaghan L, Brookes N, Palmer S. Older people receiving family-based support in the community: a survey of quality of life among users of 'Shared Lives' in England. *Health and Social Care in the Community*. 2017;25(5):1655-1666.
- [34] van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen AP, et al. Comparing Measurement Properties of the EQ-5D-3L, ICECAP-O, and ASCOT in Frail Older Adults. *Value in Health*. 2015;18:35-43. doi: 10.1016/j.jval.2014.09.006.
- [35] Shirowa T, Fukuda T, Ikeda S, et al. Japanese population norms for preference-based measures: EQ-5D-3L, EQ-5D-5L, and SF-6D. *Qual Life Res*. 2016;25:707-719.
- [36] Gallup-Healthways Well-being Index. State of Global Well-Being: 2014 Country Well-Being Rankings. 2014. http://info.healthways.com/hubfs/Well-Being_Index/2014_Data/Gallup-Healthways_State_of_Global_Well-Being_2014_Country_Rnkakin.pdf (accessed 2017-03-06)
- [37] Runt V. Happiness in nations. World Database of Happiness, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands. http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap_nat_fp.php?mode=1 (accessed 2017-08-25)
- [38] Shimazu A, Schaufeli WB, Miyazaki D, et al. Why Japanese workers show low work engagement: An item response theory analysis of the Utrecht Work Engagement scale. *Bio Psycho Social Medicine*. 2010;4. <http://www.bpsmedicine.com/content/4/1/17>.
- [39] Rand S, Forder J, Malley J. A study of dyadic interdependence of control, social participation and occupation of adults who use long-term care services and their carers. *Quality of Life Research*. 2017;26:3307-3321.
- [40] Kimura Y, Wada T, Okumiya K, et al. Eating alone among community-dwelling Japanese elderly: association with depression and food diversity. *J Nutr Health Aging*. 2012;16(8):728-731.
- [41] 厚生労働省老健局介護保険計画課. 第8期介護保

森山葉子, 森川美絵, 中村裕美, 白岩健, 田宮菜奈子, 高橋秀人

険事業計画における介護予防等の「取組と目標」
設定の手引き～介護予防・日常生活圏域ニーズ調
査の活用～. 2019. [https://www.mhlw.go.jp/content/
12301000/000558269.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000558269.pdf) (accessed 2018-03-16)
Long-term Care Insurance Planning Division, Health
and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health,

Labor and Welfare. [Dai 8 ki kaigo hoken jigyo keika-
ku ni okeru kaigoyobo to no “Torikumi to mokuhyo”
settei no tebiki: Kaigo yobo/nichijo seikatsu keniki niizu
chosa no katsuyo.] 2019. [https://www.mhlw.go.jp/con-
tent/12301000/000558269.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000558269.pdf) (in Japanese) (accessed
2018-03-16)