

脱却)、「頑張らない」「無理しない」といったあるがままの状態を受け入れる(無為自然)といった側面であり、機能障害の際に生じやすい孤立感や自己効力感の低下を、認知的、評価的な側面で緩和する機能をもっていたと考えられる。

また、この研究は、心理的well-beingと老年的超越の自己意識および他者との関係の領域が重要であることを示唆するものであった。しかし、この2つの次元はGST2では測定が困難であり、今後、留意するべき点であると考えられる。



#### IV. 老年的超越研究の今後の課題

さて、これまで老年的超越に関する研究の動向を述べてきたが、以下、主に日本の高齢者と対象とした研究における課題について述べる。

まず、早急に行われるべきは老年的超越の縦断的な変化およびその関連要因に関する研究である。Readらによるオランダ人高齢者を対象とした縦断研究<sup>22)</sup>では、年齢やソーシャルサポートや身体機能といったこれまでの横断研究で確認されてきた、そしてTornstamの老年的超越理論の基本ともいえる関連要因が、縦断的な変化すなわち老年的超越の加齢変化の促進要因でない可能性を示すものであった。日本の高齢者においてもそうであるのか、また、Readらが検討していない老年的超越の自己意識(GST2では一貫性次元)や社会との関係(同じく孤立次元)の領域においても同様の様相を示すのかを検討していく必要があるだろう。

次に、重要なのは、老年的超越の3つの次元について、もう一度、文化による差異や、その差異を踏まえた測定尺度について再検討することである。GST2でいえば、下位次元ごとの測定項目の内容について文化に応じた表現の見直しや、新たな項目を増加させ、下位次元を安定して測定する修正が必要であろう。この作業については、各国の研究者の協力を募り、比較文化研究の枠組みで行う必要もあるだろう。

最後に、老年的超越の臨床的および応用的利用

である。これらの取り組みはスウェーデン<sup>23)</sup>や台湾<sup>24)</sup>などではすでに行われている。スウェーデンでは老年的超越理論を介護従事者に教育することにより、虚弱超高齢者への見方、接し方が改善したという報告がある。

一方、台湾では施設高齢者を対象として老年的超越理論をわかりやすく教えたり、老年的超越理論に基づくうつ気分の解消や人生を肯定的にとらえる方法について、グループセッションを行っている。その結果、参加者のGSTの得点が高まり、うつ気分や人生満足感に改善がみられた。これらが日本の介護場面や虚弱な高齢者においても適用できるかについて検討していく必要があるだろう。

加えて、今後、社会の超高齢化が急速に進行することを考えると、中年期もしくは前期高齢期頃までに超高齢期の機能低下や老年的超越の現象およびその役割を正しく理解しておくことが、機能低下の際の心理的適応に有益であると考えられる。中年および前期高齢者向けの事前学習的なプログラムを開発し、啓蒙を行っていくこともできるだろう。今後の超高齢化社会に向けて、老年的超越の視点から、今後の高齢者の心理的発達と精神的健康の維持に資する取り組みを考えていくことが重要である。

#### 文 献

- 1) Tornstam L : Gero-transcendence : A meta-theoretical reformulation of the disengagement theory. *Aging : Clinical and Experimental Research*, 1 (1) : 55-63 (1989).
- 2) Tornstam L : Gerotranscendence ; A Developmental Theory of Positive Aging. Springer Publishing Company, New York (2005).
- 3) Cumming E, Henry W : Growing old ; The process of disengagement. Basic Books, New York (1961).
- 4) 中島康之, 小田利勝 : サクセスフル・エイジングのもう一つの観点 ; ジェロトランスセンデンス理論の考察. 神戸大学発達科学部研究紀要, 6 (2) : 255-269 (2001).
- 5) 中川 威 : 老年的超越理論に関する一考察 ; 実証的研究と批判の動向. *生老病死の行動科学*, 13 : 93-

- 102 (2008).
- 6) 権藤恭之, 古名丈人, 小林江里香ほか: 超高齢期における身体的機能の低下と心理的適応; 板橋区超高齢者訪問実態調査の結果から. *老年社会科学*, 27 (3) : 327-338 (2005).
- 7) Erikson EH, Erikson JM : *The Life Cycle Completed* Expanded edition. WW Norton & Company, New York (1997).
- 8) Braam AW, Bransen I, van Tilburg TG, et al. : Cosmic transcendence and framework of meaning in life ; patterns among older adults in the Netherlands. *The Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, 61B (3) : 121-128 (2006).
- 9) Atchley RC : Continuity, Spiritual Growth, and Coping in Later Adulthood. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 18 : 19-29 (2006).
- 10) 田崎美弥子, 松田正己, 山根允文 : スピリチュアリティに関する質的調査の試み. *日本医事新報*, 4036 : 24-32 (2001).
- 11) 富澤公子 : 奄美群島超高齢者の日常からみる「老年的超越」形成意識; 超高齢者のサクセスフル・エイジングの付加要因. *老年社会科学*, 30 (4) : 477-488 (2009).
- 12) 増井幸恵, 権藤恭之, 河合千恵子ほか : 心理的well-beingが高い虚弱超高齢者における老年的超越の特徴; 新しく開発した日本版老年的超越質問紙を用いて. *老年社会科学*, 32 (1) : 33-47 (2010).
- 13) 中川 威, 増井幸恵, 呉田陽一ほか : 超高齢者の語りにもみる生(life)の意味. *老年社会科学*, 32 (4) : 422-433 (2011).
- 14) Tornstam L : Gerotranscendence ; A Theoretical and Empirical Exploration. Eds. by Thomas LE, Eisenhandler SA, *Aging and the Religious Dimension*, Greenwood Publishing Group, West port (1994).
- 15) Tornstam L : Gerotranscendence ; The contemplative dimension of aging. *Journal of Aging Studies*, 11 : 143-154 (1997).
- 16) Tornstam L : Gerotranscendence in a Broad Cross Sectional Perspective. *Journal of Aging and Identity*, 2 : 17-36 (1997).
- 17) Braam AW, Deeg DJ, van Tilburg TG, et al. : Gerotranscendence as a life cycle perspective ; an initial empirical approach among the elderly in The Netherlands. *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 29 (1) : 24-32 (1998).
- 18) Atchley RC : Goals for developmental direction. In *Continuity and adaptation in aging ; Creating positive experiences*, 133-146, Johns Hopkins University Press, Baltimore (1999).
- 19) 石原房子, 長田久雄 : Tornstamの老年的超越尺度の構造の検討. *応用老年学*, 5 (1) : 20-17 (2011).
- 20) Hoshino K, Zarit SH, Nakayama M : Development of the gerotranscendence scale type 2 ; Japanese version. *International Journal of Aging and Human Development*, 75 (3) : 217-237 (2012).
- 21) 増井幸恵, 中川 威, 権藤恭之ほか : 日本版老年的超越質問紙改訂版の妥当性および信頼性の検討. *老年社会科学*, 35 (1) : 49-59 (2013).
- 22) Read S, Braam AW, Lyyra TM, et al. : Do negative life events promote gerotranscendence in the second half of life? (<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2013.814101#Uk6DwdK8BkU>, 2013.9.13) (2013).
- 23) Tornstam L : Gerotranscendence in practice. In *Gerotranscendence ; A Developmental Theory of Positive Aging*, 155-186, Springer Publishing Company, New York (2005).
- 24) Wang JJ, Lin YH, Hsieh LY : Effects of gerotranscendence support group on gerotranscendence perspective, depression, and life satisfaction of institutionalized elders. *Aging and Mental Health*, 15 (5) : 580-586 (2011).

# 日本語版 Valuation of Life (VOL) 尺度の作成<sup>1</sup>

中川 威<sup>2</sup> 権藤 恭之 大阪大学 増井 幸恵 東京都健康長寿医療センター  
石岡 良子<sup>3</sup> 大阪大学 田淵 恵 関西学院大学 神出 計 池邊 一典 大阪大学  
新井 康通 慶應義塾大学 高橋 龍太郎 東京都健康長寿医療センター

## Development of a Japanese version of the Valuation of Life (VOL) scale

Takeshi Nakagawa, Yasuyuki Gondo (*Osaka University*), Yukie Masui (*Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology*), Yoshiko Ishioka (*Osaka University*), Megumi Tabuchi (*Kwansei Gakuin University*), Kei Kamide, Kazunori Ikebe (*Osaka University*), Yasumichi Arai (*Keio University*), and Ryutaro Takahashi (*Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology*)

This study developed a Japanese version of the Valuation of Life (VOL) scale, to measure psychological well-being among older adults. In Analysis 1, we conducted a factor analysis of 13 items, and identified two factors: positive VOL and spiritual well-being. These factors had adequate degrees of internal consistency, and were related to positive mental health. In Analysis 2, we examined sociodemographic, social, and health predictors for VOL. The role of social factors was stronger than the role of health factors, and spiritual well-being was more related to moral or religious activities than positive VOL. These results suggest that predictors for VOL vary by culture. In Analysis 3, we investigated the relationship between VOL and desired years of life. Positive VOL significantly predicted more desired years of life, whereas spiritual well-being did not. Positive VOL had acceptable reliability and validity. Future research is required to investigate whether VOL predicts survival duration or end-of-life decisions.

**Key words:** Quality of Life, end of life, well-being, older adults.

*The Japanese Journal of Psychology*  
2013, Vol. 84, No. 1, pp. 37-46

医療の進歩に伴い、これまで多くの人の生命が救われてきた。一方で、急速な高齢化によって、治癒や延命が望めない終末期患者に対して延命治療を開始することが問題視されつつある。たとえば、一般市民と専

門職員を対象にした調査では、高齢期に健康状態が悪化した場合に延命治療を望まないという回答がいずれの対象者でも 8 割を越えた(厚生労働省, 2008)。このように延命という治療目標が批判的に見直される中で、生活の質(Quality of Life, 以下 QOL とする)の維持・向上が治療目標とされるようになった。

QOL は、物理的環境や社会関係といった外的要因と身体的・精神的健康といった内的要因を含む概念である(Lawton, 1991)。このうち医療が直接的に介入できる健康状態に関する内的要因は健康関連 QOL と呼ばれる。たとえば、経済状態や家族関係に対して医療が介入することは通常目標とされないが、痛みや抑うつに対しては治療による効果が期待できるだろう。ただし、健康関連 QOL は身体的健康と精神的健康の領域から構成された多面的な概念であるため、臨床での判断に際してはそれぞれの側面をいかに重みづけするかが課題となる(池田, 2001)。

Correspondence concerning this article should be sent to Takeshi Nakagawa, Graduate School of Human Sciences, Clinical Thanatology and Geriatric Behavioral Science, Yamadaoka, Suita 565-0871, Japan (e-mail: takeshi@hus.osaka-u.ac.jp)

<sup>1</sup> 本研究は、日本老年社会学会第 52 回大会(2010 年)および第 53 回大会(2011 年)にて発表し、再分析を行ったものである。また、本研究の一部は、平成 22 年文部科学省科学研究費補助金(基盤研究 B: 課題番号 21330152, 研究代表者: 権藤恭之; 基盤研究 C: 課題番号 21592939, 研究代表者: 増井幸恵)の助成を受けて実施した。

<sup>2</sup> データ収集に際し、多くの研究者と学生の皆様にご協力いただきました。この場を借りて、心から御礼申し上げます。

<sup>3</sup> 日本学術振興会特別研究員

そこで、健康関連 QOL を評価するモデルとして、0 点から 1 点までの範囲で一次的に得点化する効用値 (Utility) が開発されてきた (池田, 2001)。たとえば、身体的健康は改善するが副作用によって精神的健康が低減する治療や、生存期間の延長には影響しないが短期的に健康状態が改善する治療に関して、治療効果が効用値として示される。効用値の測定法には、質調整生存年 (Fanshel & Bush, 1970) や時間得失法 (Sackett & Torrance, 1978) がある。このうち時間得失法では、完全な健康状態と悪化した健康状態において“どれくらいの期間これから生きたいか”という主観的余命を患者に尋ね、悪化した健康状態における主観的余命をどの程度短く評価するかを測定する。仮に完全な健康状態だと 20 年生きたいと患者が回答し、実際の悪化した健康状態だと 10 年生きたいと回答すれば、悪化した健康状態の効用値は 0.5 点と算出される。このように健康関連 QOL を評価するモデルでは、悪化した健康状態での延命より、生存期間が短くても良好な健康状態を望むと仮定されており (Lawton, Moss, Hoffman, Kleban, Ruckdeschel, & Winter, 2001), 健康状態の悪化は“これからは生たくない”というネガティブな評価に直接的に関連すると考えられている。

しかし、健康状態が悪化しても“これからも生きたい”というポジティブな評価は維持されるかもしれない。Lawton et al. (2001) は、“これからも生きたい”というポジティブな評価を、主観的余命で測定するのではなく、未来へのポジティブな評価とそれに伴うポジティブな感情を包含する包括的な心理的 well-being と捉え、Valuation of Life (以下、VOL とする) と定義した。さらに、Lawton, Moss, Hoffman, Grant, Ten Have, & Kleban (1999) は、VOL は健康関連 QOL の構成要素より主観的余命を規定するという仮説を示し、健康状態が悪化しても“これからも生きたい”とポジティブに評価するなら終末期患者は延命治療を望み得ると考えた。このように、VOL は健康状態に必ずしも規定されない概念と捉えられた。

これまで VOL に関する実証研究が欧米を中心に進められている。VOL の測定尺度を作成するため、Lawton et al. (2001) は、VOL と類似した概念として希望 (Hope)、未来志向性 (Futurity)、生きる意味 (Purpose)、持続性 (Persistence)、自己効力感 (Self-efficacy) の五つの概念に着目し、これらの概念を測定する既存の尺度や新たな項目を収集した。探索的因子分析の結果、逆転項目を含まない 13 項目から成るポジティブ VOL と逆転項目である 6 項目から成るネガティブ VOL の 2 因子構造を持つ尺度が開発された。しかし、ポジティブ VOL の 1 因子構造が再現されないという結果もある。Dennis, Winter, Black, & Gitlin (2005) はポジティブ VOL 尺度に対して探索的因子分析を行い、ポジティブ VOL が生きる意味を中心と

するスピリチュアル well-being と、持続性を中心とする目標関連自己効力感に分かれると報告した。ただし、Dennis et al. (2005) 以外に VOL の因子構造を再検討した研究はない。

さらに、VOL は精神的健康と関連することが示されている。自律性を除く既存の心理的 well-being 尺度 (Ryff, 1989) の下位因子を始め、自尊感情や楽観性といった種々の肯定的な精神的健康とポジティブ VOL は .23 から .62 までの相関を示し、抑うつといった否定的な精神的健康とは -.37 から -.44 までの相関を示すと報告されている (Lawton et al., 2001)。一方、ネガティブ VOL については、身体的健康が低下し学歴が低い者は誤反応を示す傾向にあると指摘されており (Lawton et al., 2001), 高齢者を対象にした研究ではポジティブ VOL のみが用いられている (例えば Lawton, Moss, Winter, & Hoffman, 2002; Jopp, Rott, & Oswald, 2008)。

VOL の規定因子に関しても検討されている。Lawton et al. (2002) は、VOL が様々な活動と関連することを示した。ボランティア活動を行うなどの他者志向の活動や、信心や信念に従うことや祈りなどの道徳や宗教に関わる活動を数多く行うほど、VOL は高かった。また、VOL の規定因子が年齢によって異なることが示されている (Jopp et al., 2008)。65 歳から 79 歳までの前期高齢者では、主観的視力、活動の制限、生活機能といった身体的要因が VOL を規定した一方、80 歳から 94 歳までの後期高齢者では、身体的要因のうち生活機能のみが有意に関連し、親族や友人との間接的交流という社会的要因が VOL を規定することを報告した。つまり、VOL は身体的・社会的要因といった QOL の構成要素にある程度規定されるものの、年齢が高くなると身体的要因より社会的要因の影響が大きくなることが示唆された。

さらに、VOL が主観的余命を規定するという仮説も検討されている。現在の健康状態における主観的余命を従属変数とした重回帰分析の結果、ポジティブ VOL は、基本属性、社会関係、身体的・精神的健康といった説明変数とは独立して主観的余命を規定し、.22 の偏回帰係数を示した (Lawton et al., 1999)。

先行研究を概観すると、VOL は健康関連 QOL の構成概念では看過されてきた高齢者の心理的 well-being を明らかにしてきたといえるだろう。しかし、日本では未だ日本語版 VOL 尺度は作成されておらず、信頼性・妥当性は確認されていない。そこで本研究では、日本語版 VOL 尺度の作成を目的に、高齢者を対象にポジティブ VOL 尺度を用い、分析 1 で VOL の因子構造、信頼性、基準関連妥当性を検討する。さらに、分析 2 で VOL の規定因子を検討し、分析 3 で VOL が主観的余命を規定するという仮説の検討を行う。

Table 1  
 標本集団の基本属性

変数	集団 1 (n=1000)		集団 2 (n=353)		集団間の有意差
	平均	SD	平均	SD	
年齢 (歳)	70.09	0.88	68.15	4.82	$t(357.3) = 7.5, p < .001$
性別 (% 女性)	52.10		55.00		$\chi^2(1, N=1349) = 0.9, ns$
教育歴 (年)	12.05	2.41	13.04	2.33	$t(628.8) = 6.8, p < .01$
居住形態 (%)					$\chi^2(4, N=1336) = 26.8, p < .001$
ひとり暮らし	12.60		9.70		集団 1 > 集団 2
配偶者と同居	39.80		51.30		集団 1 < 集団 2
二世帯世帯	25.80		19.80		集団 1 > 集団 2
三世帯世帯	13.90		7.40		集団 1 > 集団 2
その他	7.80		11.80		集団 1 < 集団 2
主観的経済状況 (最大 = 5) <sup>a)</sup>	2.99	0.83	3.24	0.73	$t(1340) = 0.6, ns$

注. 変数毎に欠損値を持つケースは除外した上で、平均、SD、または割合を示した。  
<sup>a)</sup> 値が大きいほど、高い得点を意味する。

### 分析 1

分析 1 では、VOL の因子構造を検討するため、因子分析を行い、信頼性係数を算出した。また、VOL の基準関連妥当性を検討するため、精神的健康との相関係数を算出した。

### 方法

測定尺度 VOL の測定尺度には、ポジティブ VOL 尺度 (Lawton et al., 1999; 2001) を用いた。なお、日本語版 VOL 尺度の作成に際し、原版尺度の開発者故 Lawton 氏に代わり、共同開発者 Moss 氏の許可を得た。

まず、日本語を母語とする研究者 4 名で日本語訳を行った。次に、英語を母語とする研究者に原版と日本語版の比較を依頼し、その意見を踏まえて日本語を母語とする研究者 4 名が改めて日本語版尺度の項目の表現を修正した。回答方法は、教示として“次の文章を読んで、どのくらい自分に当てはまると感じますか”という文章を記し、1: “全くあてはまらない” から 5: “非常に当てはまる” の 5 件法で回答を求めた。

精神的健康の測定尺度には、WHO-5 精神的健康状態表日本語版 (以下、WHO-5 とする; Awata, 2002) と GDS-5 (遠藤, 2003) を用いた。WHO-5 は、日常生活におけるポジティブな気分状態の経験頻度を本人に問う五つの質問項目から成り、得点が高いほどポジティブな精神的健康が良好であることを意味する。また、GDS-5 は、日常生活における抑うつ気分の有無を本人に問う五つの質問項目から成り、得点が高いほどネガティブな精神的健康が高いことを意味する。なお、Cronbach の  $\alpha$  係数はそれぞれ .83 と .62 だった。

調査参加者 東京都と兵庫県の都市部と非都市部、

計 4 カ所の各地域の住民基本台帳を閲覧し、69 歳から 71 歳の者を抽出した。次に、会場招待調査への参加の依頼状を送付し、同封の申込書や Fax 用紙、電話で参加への同意が得られた者が調査に参加した。最終的な地域別の調査参加者数は、東京都の都市部では 1,075 名を抽出し、239 名 (参加率 22.2%) が参加し、非都市部では 1,077 名を抽出し、268 名 (参加率 24.9%) が参加した。さらに、兵庫県の都市部では 1,000 名を抽出し、250 名 (参加率 25.0%) が参加し、非都市部では 1,155 名を抽出し、243 名 (参加率 21.0%) が参加した。結果として、合計 1,000 名 (平均参加率 23.4%) が参加した。Table 1 に分析 1 の分析対象である集団 1 の記述統計を示した。

手続き 会場招待調査を実施した。質問紙への回答方法を理解でき、健常である調査参加者は、自ら質問紙に回答した。一方、質問紙調査への回答を理解することが困難であったり、視力などの機能が低下した調査参加者に対しては、調査員が面接による聞き取りを行った。質問紙への回答終了後、調査員は欠損がないか確認した。なお、調査期間は 2010 年 8 月から 2011 年 3 月だった。

倫理的配慮 研究の参加については、依頼状に調査内容についての説明書を同封し、調査は研究目的であること、調査への参加は任意であること、参加に同意した場合にも同意を撤回できること、調査に参加しないことで不利益を被ることはないこと、個人が特定されないように匿名化を行うことなどを明記した。さらに、調査当日に、上記の内容を再度口頭にて説明し、調査参加者本人の同意を書面にて得た。なお、本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所、大阪大学人間科学研究科、歯学研究科、医学系研究科、慶應義塾

Table 2  
VOL 因子分析結果 (最尤法・promax 回転)

下位尺度および項目	F1	F2	R <sup>2</sup>
第 I 因子 ポジティブ VOL ( $\alpha = .85$ )			
3 今ある目標はかなう	.76	-.12	.49
5 誰もがあきらめなくても、私は問題の解決方法を見つけられるだろう	.69	-.03	.45
4 困難に出会ってもなんらかの方法で切り抜けられると思う	.67	-.02	.43
1 この先は明るいと思う	.62	-.12	.32
2 これからも生きていこうと強く思っている	.57	.00	.33
11 私にとって生きていることは意味がある	.56	.11	.39
6 今私が生きていることは何かの役に立っている	.56	.05	.34
10 自分の力で望みをかなえられると思う	.48	.07	.27
13 私は、毎日のように新しい楽しみを見つけられる	.46	.23	.38
7 私は人生をもっと良くしようと思う	.44	.13	.27
8 とても大切に思うものを手に入れるために、あれこれ考える	.42	.03	.20
第 II 因子 スピリチュアル well-being ( $\alpha = .69$ )			
12 信心や信念があるから、私は前向きな態度でいられる	.04	.78	.65
9 信仰心、または道徳的な教えに従って生きている	-.08	.71	.45
因子間相関	F1	-	.54
因子寄与		4.10	2.41
寄与率 (%)	32.37	5.91	38.27

大学の倫理委員会の承認を受けて実施した。

### 結果と考察

因子構造および内的整合性の検討 VOL 尺度の因子数を検討するため、得られた 1,000 名のデータを用いて最尤法・promax 回転による因子分析を行った。固有値の減衰状況および因子の解釈可能性から、2 因子構造が妥当であると判断し、因子数を 2 として再度最尤法・promax 回転による因子分析を行った。得られた結果を Table 2 に示す。各下位尺度に含まれる項目の内容、および先行研究の因子構造の結果 (Dennis et al., 2005; Lawton et al., 2001) を踏まえ、第 1 因子を“ポジティブ VOL”因子、第 2 因子を“スピリチュアル well-being”因子と命名した。

信頼性を確認するために、各下位尺度の Cronbach の  $\alpha$  係数を算出した。その結果、ポジティブ VOL が .85、スピリチュアル well-being が .69 であった。したがって、尺度は概ね許容される信頼性を有していることが確認された。

基準関連妥当性の検討 基準関連妥当性を検討するため、精神的健康を測定する尺度との相関係数を算出した (Table 3)。ポジティブ VOL は WHO-5 と中程度の正の相関を示し、GDS-5 とは弱い負の相関を示した。一方、スピリチュアル well-being は WHO-5 と弱い正の相関を示し、GDS-5 とはほとんど関連はみ

Table 3  
VOL と精神的健康の相関

	WHO-5	GDS-5
VOL		
ポジティブ VOL	.45***	-.23***
スピリチュアル well-being	.18***	-.07*

\*\*\* $p < .001$ , \* $p < .05$

られなかった。よって、ポジティブ VOL は、ポジティブな精神的健康と中程度の正の関連を示し、ネガティブな精神的健康と弱い負の関連を示すことが確認された。一方、スピリチュアル well-being はポジティブな精神的健康と弱い正の関連を示すにとどまった。

### 分析 2

分析 2 では、VOL の規定因子を検討することを目的に、基本属性、社会的・身体的要因との相関係数が独立して VOL を規定するかを検討するため、VOL を従属変数とする階層的重回帰分析を行った。

### 方法

測定尺度 VOL の測定については、分析 1 の結果から、ポジティブ VOL とスピリチュアル well-being の 2 因子それぞれの合計点を算出し、分析に用いた。

規定因子については、Jopp et al. (2008) で検討された変数を参考に選定した。まず基本属性については、性別、教育歴、配偶者および子どもとの同居、主観的経済状況を測定した。なお、性別については、男性を0、女性を1とし、同居形態についても、非同居を0、同居を1とした。また、教育歴は30歳までの教育を受けた年数を尋ね、主観的経済状況は、1：“全くゆとりがない”から5：“非常にゆとりがある”までの5件法で回答を求めた。

社会的要因については、ソーシャル・サポート、親友の有無、ボランティア活動の参加、宗教活動の参加を尋ねた。まず、ソーシャル・サポートを測定する尺度として、全国高齢者パネル調査 JAHEAD の調査票を参考に、情緒的サポートおよび手段的サポートに関する6項目を用いた。質問項目の例として、それぞれ“いたわりや思いやりを示してくれる人はいますか”、“日頃の生活で、ちょっとした手助けが必要になったとき、手助けしてくれる人はいますか”が挙げられる。回答方法は1：“はい”と0：“いいえ”の2件法で尋ね、各項目の素点を加算して合計得点を算出した（得点範囲：0—6点）。なお、Cronbach の  $\alpha$  係数は .71 だった。この得点が高いほどソーシャル・サポートを得ていることを意味する。次に、親友の有無は、“いる”、“いない”、“わからない”の3件法で回答を求め、“いる”を1、“いない”と“わからない”を0とした。また、ボランティア活動と宗教活動の参加については、参加の有無（1：“参加有り”、0：“参加無し”）を尋ねた。なお、宗教活動の例として、教会や礼拝堂への出席、祈りや瞑想、寺や神社への参拝を挙げた。

身体的要因については、移動能力、手段的日常生活基本動作（Instrumental Activity of Daily Living, 以下、IADL とする）、視聴覚機能を測定した。まず、移動能力として外出頻度を尋ねた。外出頻度は、1：“1週間に1回未満”から5：“毎日”までの5件法で回答を求めた。次に、IADL を測定する尺度として、古谷野・柴田・中里・芳賀・須山（1987）が開発した老研式活動能力指標を用いた。各質問項目の評定は、1：“はい”と0：“いいえ”の2件法で行い、各項目の素点を加算して合計得点を算出した（得点範囲：0—13点）。なお、Cronbach の  $\alpha$  係数は .61 であった。この得点が高いほど IADL が高いことを意味する。また、視聴覚機能を測定する尺度として、視聴覚機能の低下に伴う障害の程度をそれぞれ尋ねた。質問項目には、“耳（または目）が悪いために、生活の範囲が狭くなっていますか”、“耳（または目）が悪いために、人とのコミュニケーションが少なくなっていますか”の2項目を用いた。各質問項目の評定は、1：“あてはまらない”から“4：とてもあてはまる”までの4件法で回答を求め、聴覚機能と視覚機能のそれぞれについて合計得点を算出した。なお、Cronbach の  $\alpha$  係数はそれぞれ .85 と .76

だった。得点が高いほど機能低下に伴う障害が大きいことを意味する。

調査参加者 分析1の調査参加者1,000名のうち、測定項目毎に欠損があるケースを除いて分析対象とした。

手続き 分析1と同様の手続きで行った。

## 結果と考察

VOL を従属変数とする重回帰分析 基本属性、社会的要因、身体的要因がそれぞれ独立してVOLを規定するかを検討するため、VOLの下位尺度であるポジティブVOLとスピリチュアル well-being を従属変数として、階層的重回帰分析を行った。第1ステップでは基本属性を、第2ステップでは社会的要因を、第3ステップでは身体的要因を投入した（Table 4）。なお、多重共線性の問題は確認されなかった。分析の結果、ポジティブVOLの最終的な説明率は17%であり、スピリチュアルVOLの説明率は11%であった。Jopp et al. (2008) では、前期高齢者における最終的な説明率が46%であったことと比較すると、VOLの規定因子を再検討する必要があるだろう。さらに、VOLのいずれの下位因子においても、ステップ毎に説明率の増分は有意であった。すなわち、基本属性、社会的要因、身体的要因はそれぞれ独立してVOLを規定していることが示された。各要因の説明率に着目すると、Jopp et al. (2008) では、前期高齢者における社会的・身体的要因の説明率はそれぞれ9%と27%で、社会的要因に含まれる変数の偏回帰係数は有意傾向にとどまった。一方、本研究では、社会的・身体的要因の説明はポジティブVOLでそれぞれ6%と2%、スピリチュアルVOLで8%と1%で、社会的要因に含まれる変数の偏回帰係数はVOLのいずれの下位因子でも有意であった。したがって、日本の高齢者では、VOLは身体的要因より社会的要因に規定されると示唆される。また、ボランティア活動および宗教的活動との偏回帰係数は、スピリチュアル well-being がポジティブVOLより大きな値を示した。欧米の研究（Jopp et al., 2008；Lawton et al., 2002）では、VOLが1因子構造として抽出され、利他性などの道徳や宗教性と関連する一方、日本ではスピリチュアル well-being がVOLの下位因子として独立して抽出され、ポジティブVOLよりスピリチュアル well-being が道徳や宗教性と関連することが示された。

## 分析3

分析3では、VOLが主観的余命を規定するという仮説を検証するため、主観的余命の標本分布および関連要因との相関係数を確認し、主観的余命を従属変数とする重回帰分析を行った。

Table 4  
VOL を従属変数とした階層的重回帰分析

step	説明変数	ポジティブ VOL		スピリチュアル well-being	
		$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$
1	基本属性		.08***		.02*
	性別 <sup>a)</sup>	-.07*		.02	
	教育歴	.05		.04	
	配偶者との同居 <sup>b)</sup>	-.02		.05	
	子どもとの同居 <sup>b)</sup>	-.00		.01	
	主観的経済状況	.21***		.04	
2	社会的要因		.06***		.08***
	ソーシャル・サポート	.10**		.02	
	親友 <sup>c)</sup>	.12**		.04	
	ボランティア活動 <sup>c)</sup>	-.01		.08*	
	宗教的活動 <sup>c)</sup>	.10**		.24***	
3	身体的要因		.02***		.01*
	外出頻度	.06 †		.06 †	
	IADL	.10**		.07 †	
	聴覚機能 <sup>d)</sup>	-.06 †		-.01	
	視覚機能 <sup>d)</sup>	-.05		-.05	
	$R^2$		.17		.11
	調整済み $R^2$		.15		.10
	F 値		5.73***		2.84*

注.  $\beta$  値は、最終ステップ（第 3 step）での値を示した。

欠損値を持つケースは除外した上で分析を行った。

ポジティブ VOL:  $n=828$ , スピリチュアル well-being:  $n=838$

脚注のない変数はすべて値が大きいほど、高い得点を意味する。

<sup>a)</sup> 0=男性, 1=女性

<sup>b)</sup> 0=非同居, 1=同居

<sup>c)</sup> 0=いいえ, 1=はい

<sup>d)</sup> 値が大きいほど、機能の低下を意味する。

\*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , † $p < .10$

## 方法

測定尺度 VOL の測定には、ポジティブ VOL とスピリチュアル well-being の 2 因子それぞれの合計点を算出し、分析に用いた。

基本属性として、性別、教育歴、配偶者および子どもとの同居、主観的経済状況を測定した。なお、変数は分析 2 と同様に得点化した。

身体的健康として、疲労感、痛み、疾患数を測定した。まず、疲労感の質問項目には、“以前に比べ、体力が弱くなったと感じられ、疲れやすくなりましたか”の 1 項目を用いた。質問項目の評定は、1：“そう思わない”から 4：“そう思う”の 4 件法で尋ねた。次に、痛みの質問項目には、“普段、体に痛みがどのくらいありますか”の 1 項目を用いた。質問項目の評定は、

1：“ぜんぜんない”から 4：“強い痛みがある”の 4 件法で尋ねた。疾患数については、脳卒中、心臓病、高血圧、糖尿病、悪性腫瘍という五つの慢性疾患の既往を尋ねた。なお、身体的健康として疲労感および痛みを取り上げた理由として、疲労感は虚弱の予測因子であること (Fried, Tangen, Walston, Newman, Hirsch, Gottdiener, Seeman, Tracy, Kop, Burke, & McBurnie, 2001)、終末期には痛みのコントロールが重視されること (World Health Organization, 1996) が挙げられる。

精神的健康の測定には、WHO-5 (Awata, 2002) と GDS-5 (遠藤, 2003) を用いた。Cronbach の  $\alpha$  係数はそれぞれ .90 と .57 だった。

主観的余命を測定する教示として、“これからどれくらいの期間生きていきたいですか”と尋ね、年数、月数、日数に値を記入するように求めた。さらに、

Lawton et al. (1999) を参考に、得られた主観的余命の標本分布が正規分布に従うように連続変数から順序変数に変換し、1：“0日”から8：“30年—60年”までの値を割り当てた (Table 5)。なお、60年以上と回答した者については、120歳以上生きたいか、回答した年齢まで生きたいか判断できないため、無効回答とみなし、分析から除外した。

調査参加者 兵庫県および大阪府の生涯学習センターの受講者に調査への参加を依頼し、合計353名が参加した。Table 1 に分析3の分析対象である集団2の記述統計を示した。

手続き 生涯学習センターにて、質問紙法による郵送調査と留置調査を行った。調査期間は2009年11月から12月だった。

倫理的配慮 研究の参加については、質問紙への回答は無記名とし、調査は研究目的であること、調査への参加は任意であること、個人が特定されないように匿名化を行うことを質問紙に明記した。質問紙への回答をもって、調査参加の同意が得られたものと判断した。なお、本研究は、大阪大学人間科学研究科の倫理委員会の承認を受けて実施した。

#### 結果と考察

主観的余命の標本分布および関連要因との相関係数

Table 5 に主観的余命の標本分布を示した。Lawton et al. (1999) における主観的余命の欠損値は14.1%だった一方、本研究では3.1%であった。また、Lawton et al. (1999) では、“できる限り生きたい”と“神の意志”という自由記述がそれぞれ23.8%、11.8%あったが、本研究では自由記述は見られなかった。Lawton et al. (1999) の結果から、主観的余命には死生観や信仰といった文化的要因が関連することが示唆されるが、本研究では主観的余命を量的に評価することを求めたため、文化的要因の影響を見落とした可能性が考えられる。

さらに、Table 6 に主観的余命と関連要因の相関係数を示した。基本属性では、年齢、教育年数、配偶者との同居が主観的余命と有意に関連した。次に、身体的健康では、疲労感、痛み、疾患数が主観的余命と関連した。さらに、精神的健康では、ポジティブな精神的健康と抑うつ気分が主観的余命と関連した。最後に、VOL では、ポジティブVOLが主観的余命と関連した一方、スピリチュアルwell-beingと主観的余命には有意な関連は認められなかった。

主観的余命を従属変数とする重回帰分析 VOLが、基本属性、身体的・精神的健康といった説明変数とは独立して主観的余命を規定するという仮説を検討するため、主観的余命を従属変数とする階層的重回帰分析を行った (Table 6)。なお、多重共線性の問題は確認されなかった。分析の結果、基本属性では、年齢が高

Table 5  
 主観的余命の標本分布

	全回答 (%)	有効回答 (%)
0日	3.7	3.9
1日—5年	5.1	5.4
5年—10年	20.4	21.5
10年—15年	17.3	18.2
15年—20年	28.6	30.1
20年—25年	6.8	7.2
25年—30年	9.3	9.9
30年—60年	3.7	3.9
60年以上	2.0	
欠損値	3.1	
全体	100%	100%
n	353	335

いほど主観的余命を短く、教育年数が長いほど主観的余命を長く評価することが示された。一方、身体的健康と主観的余命の偏相関係数は有意ではなかった。精神的健康とVOLについては、精神的健康のみを説明変数としたモデル1では、WHO-5が高いと主観的余命を長く評価することが確認された。しかし、精神的健康とVOLの両方を説明変数としたモデル2では、ポジティブVOLが高いと主観的余命を長く評価することが確認され、WHO-5とスピリチュアルwell-beingについては主観的余命との有意な関連は見られなかった。これらの結果、VOLが独立して主観的余命を規定するという仮説が概ね支持された。

#### 総合考察

本研究では、日本語版VOL尺度の作成を試みた。以下では、まず日本語版VOL尺度の信頼性と妥当性について考察する。

分析1では、ポジティブVOL尺度を用いて、VOLの因子構造、信頼性、基準関連妥当性を検討した。ポジティブVOLはLawton et al. (2001) では1因子構造であったが、本研究ではポジティブVOLとスピリチュアルwell-beingの2因子構造となり、概ね許容される信頼性が確認された。また、基準関連妥当性に関しては、ポジティブVOLが精神的健康と中程度の関連がみられた一方、スピリチュアルwell-beingは弱い関連にとどまった。さらに、分析3では、VOLが主観的余命を規定するという仮説の検討を行った。その結果、精神的健康は主観的余命とは関連せず、ポジティブVOLが主観的余命を規定することが示されたが、スピリチュアルwell-beingと主観的余命とに有意な関連は確認されなかった。したがって、高齢者の心理的well-beingを測定するためには、日本語版VOL尺度

Table 6  
主観的余命を従属変数とした階層的重回帰分析

step	説明変数	$\beta$		$\Delta R^2$	$r$
		モデル 1	モデル 2		
1	基本属性			.15***	
	年齢	-.30***	-.31***		(-.35) ***
	性別 <sup>a)</sup>	.00	.01		(.00)
	教育歴	.17**	.17**		(.20) ***
	配偶者との同居 <sup>b)</sup>	.05	.05		(.10) *
	子どもとの同居 <sup>b)</sup>	.03	.03		(.05)
	主観的経済状況	-.07	-.08		(-.01)
2	身体的健康			.02*	
	疲労感	-.08	-.05		(-.18) **
	痛み	-.02	-.03		(-.13) *
	疾患数	-.07	-.07		(-.14) **
3	精神的健康			.03**	
	WHO - 5	.18**	.10		(.20) ***
	GDS - 5	.02	.02		(-.12) *
4	VOL			.03**	
	ポジティブ VOL		.16***		(.25) ***
	スピリチュアル well-being		.08		(.05)
	$R^2$	.21	.23		
	調整済み $R^2$	.18	.20		
	$F$ 値	7.12***	7.00***		

注。( ) 内に主観的余命との相関係数を示した。

欠損値を持つケースは除外した上で分析を行った。 $n=314$

a) 0=男性, 1=女性

b) 0=非同居, 1=同居

\*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

の下位尺度であるポジティブ VOL のみの使用が望ましいと考えられる。

しかしながら、VOL に関してさらなる研究が必要である。第一に、VOL と既存の心理的 well-being との理論的関連は明らかではない。Lawton et al. (2001) は VOL を包括的な心理的 well-being と捉え、VOL が種々の肯定的な精神的健康と関連することを示すにとどまった。今後、たとえば、過去へのポジティブな評価である人生満足感、現在の肯定的感情および否定的感情の三つの構成要素から成る主観的 well-being (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999) との関連を検討することで、VOL の心理的 well-being としての理論的位づけを明らかにすべきだろう。

第二に、VOL の規定因子は十分には明らかではない。欧米の研究 (Jopp et al., 2008) と異なり、日本の高齢者のポジティブ VOL は身体的要因より社会的要因に規定されることが示唆されたが、モデルの説明率は低かった。日本とアメリカの大学生を対象にした調

査 (Kitayama, Markus, & Kurokawa, 2000) では、心理的 well-being は日本では自己概念より社会関係と関連する一方、アメリカでは社会関係より自己概念と関連することが示唆されたことから、VOL の規定因子にも文化差があると考えられる。特に社会的要因を再検討する必要があるだろう。

第三に、スピリチュアル well-being が独立した因子として抽出された背景や、スピリチュアリティとの関連については明らかではない。先行研究 (Jopp et al., 2008; Lawton et al., 2002) では、ポジティブ VOL が利他性などの道徳や宗教性と関連した一方、本研究では、ポジティブ VOL ではなくスピリチュアル well-being が道徳や宗教性と関連することが示唆された。日本では宗教性が独自の文化的意味を持つと指摘されていることから (Tanaka, 2010)、本研究では、宗教性と関連するスピリチュアル well-being が独立した因子として抽出されたと考えられる。さらに、スピリチュアリティはイギリスの虚弱高齢者の心理的 well-being

に肯定的に影響するという報告がある一方 (Kirby, Coleman, & Daley, 2004), 日本の虚弱高齢者の心理的 well-being に否定的に影響することを示唆する結果(増井・榎・河合・呉田・高山・中川・高橋・藺幸田, 2010)が報告されている。日本におけるスピリチュアリティが心理的 well-being に与える肯定的な影響を探る上で、既存の心理的 well-being だけでなく、スピリチュアル well-being との関連を検討することは重要であろう。

第四に、本研究の調査参加者は前期高齢者が中心であり、後期高齢期での VOL の変化と規定因子は明らかではない。Jopp et al. (2008) では、後期高齢期で VOL は低下した一方、規定因子は身体的要因から社会的要因に移行するという結果が示された。今後、より高齢の者を対象に調査を行い、前期高齢者と比べて規定因子が異なるか検討することが重要であろう。

第五に、VOL が主観的余命を規定することが示されたが、VOL が実際の生存期間を予測するかは明らかではない。また、今後臨床に VOL を応用するには、VOL と事前指示書との関連や VOL が終末期医療の意思決定を予測するかを検討することも重要であろう。

最後に、本研究の限界について述べる。第一に、本研究は横断調査であった。VOL と規定因子の因果関係を検討するには、縦断調査を実施する必要がある。第二に、本研究は IADL や視聴覚機能といった身体的要因を主観指標で測定しており、客観指標で測定しなかった。また、認知機能との関連も未検討であった。今後認知機能を考慮するとともに、客観指標で測定した身体的要因と VOL の関連を検討し、本研究の結果が再現されるか確認することが重要だろう。

#### 引用文献

- Awata, S. (2002). WHO-5 精神的健康状態表 (1998 年版) 日本語版 Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health <<http://www.who-5.org/>> (2011 年 11 月 17 日)
- Dennis, M. P., Winter, L., Black, H. K., & Giltlin, L. N. (2005). What is valuation of life for frail community-dwelling older adults: Factor structure and criterion validity of the VOL. *Center for Applied Research on Aging and Health Research Papers*, Paper 6.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- 遠藤 英俊 (2003). うつ評価 島羽 研二 (監) 高齢者総合的機能評価ガイドライン 厚生科学研究所 pp. 107-144. (Endo, H.)
- Fanshel, F., & Bush, J. W. (1970). A health-status index and its application to health-services outcomes. *Operations Research*, 18, 1021-1066.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology*, 56A, M146-M156.
- 池田 俊也 (2001). 効用理論 池上 直己・福原 俊一・下妻 晃二郎・池田 俊也 (編) 臨床のための QOL 評価ハンドブック 医学書院 pp. 14-20. (Ikeda, S.)
- Jopp, D., Rott, C., & Oswald, F. (2008). Valuation of life in old and very old age: the role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation. *Gerontologist*, 48, 646-658.
- Kirby, S. E., Coleman, P. G., & Daley, D. (2004). Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults. *Journal of Gerontology*, 59B, 123-129.
- Kitayama, S., Markus, H. R., & Kurokawa, M. (2000). Culture, emotion, and well-being: good feelings in Japan and the United States. *Cognition and Emotion*, 14, 93-124.
- 厚生労働省 (2008). 終末期医療に関する調査結果 厚生労働省 2008 年 10 月 27 日 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf>> (2011 年 11 月 17 日) (Ministry of Health, Labour and Welfare)
- 古谷野 亘・柴田 博・中里 克治・芳賀 博・須山 靖男 (1987). 地域老人における活動能力の測定——老研式活動能力指標の開発——日本公衆衛生雑誌, 34, 109-114. (Koyano, W., Shibata, H., Nakazato, K., Haga, H., & Suyama, Y. (1987). Towards a new measurement of competence in the elderly living at home: development of an index of competence. *Japanese Journal of Public Health*, 34, 109-114.)
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, & D. D. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press, pp.3-27.
- Lawton, M. P., Moss, M. S., Hoffman, C., Grant, R., Ten Have, T., & Kleban, M. H. (1999). Health, valuation of life, and the wish to live. *Gerontologist*, 39, 406-416.
- Lawton, M. P., Moss, M., Hoffman, C., Kleban, M., Ruckdeschel, K., & Winter, L. (2001). Valuation of life: A concept and a scale. *Journal of Aging and Health*, 13, 3-31.
- Lawton, M. P., Moss, M. S., Winter, L., & Hoffman, C. (2002). Motivation in later: Personal projects and well-being. *Psychology and Aging*, 17, 539-547.
- 増井 幸恵・榎 恭之・河合 千恵子・呉田 陽一・高山 緑・中川 威・高橋 龍太郎・藺幸田 洋美 (2010). 心理的 well-being が高い虚弱超高齢者における老年的超越の特徴——新しく開発した日本版老年的超越質問紙を用いて——老年社会科学, 32, 33-47. (Masui, Y., Gondo, Y., Kawai, C., Kureta, Y., Takayama, M., Nakagawa, T., Takahashi, R., & Imuta, H. (2010). The characteristics of gerotranscendence in

- frail oldest-old individuals who maintain a high level of psychological well-being: A preliminary study using the new gerotranscendence questionnaire for Japanese elderly. *Japanese Journal of Gerontology*, 32, 33-47.)
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Sackett, D. L., & Torrance, G. W. (1978). The utility of different health status as perceived by the general public. *Journal of Chronic Diseases*, 31, 697-704.
- Tanaka, K. (2010). Limitations for measuring religion in a different cultural context: The case of Japan. *Social Science Journal*, 47, 845-852.
- World Health Organization (1996). *Cancer pain relief*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization.
- (世界保健機関(編) 武田文和(訳) (1997). *がんの痛みからの解放* 第2版 金原出版)

—2011.12.9 受稿, 2012.9.1 受理—

公益社団法人 日本補綴歯科学会

## 疫学調査委員会・学術委員会合同シンポジウムのお知らせ

公益社団法人日本補綴歯科学会

理 事 長 矢谷 博文

疫学調査委員会 委員長 玉置 勝司

学 術 委 員 会 委員長 窪木 拓男

### 1. テーマ

「補綴歯科学が担う口腔の健康と健康長寿-明るい超高齢社会の実現-」

### 2. 趣旨

公益社団法人日本補綴歯科学会では、歯科補綴学がどのように国民の健康長寿に寄与しているかに関するエビデンス創出のため、大規模コホート研究や多施設臨床疫学研究を積極的に企画推進している。

本シンポジウムは、国内で実施中、または現在企画中の医科系データを含む疫学調査について造詣の深い諸先生をお招きし、知識の集約、本学会の関わり方や今後の活動の方向性について検討する目的で開催する。

### 3. 日時

平成 26 年 (2014 年) 1 月 26 日 (日), 午前 9 時～午後 1 時

### 4. シンポジウム

#### ① 「介護保険制度のこれから～超高齢社会における歯科保健の役割～ (仮題)」

岩 田 真紀代 先生 (厚生労働省 老健局老人保健課)

#### ② 「科学的根拠に基づく自立支援と介護予防」

鈴 木 隆 雄 先生 (独立行政法人 国立長寿医療研究センター所長)

#### ③ 「超高齢社会の高齢者歯科学」

平 野 浩 彦 先生 (地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所,  
社会科学系専門副部長)

#### ④ 「健康長寿についての歯科医学・栄養学・内科学・心理学の共同研究：歯科補綴学が

らのアプローチ」

池 邊 一 典 先生（大阪大学大学院歯学研究科歯科補綴学第二教室）

5. 対象者，定員

公益社団法人日本補綴歯科学会会員  
先着 80 名

6. 会場

昭和大学旗の台校舎 1 号館 5 階  
東京都品川区旗の台 1-5-8（最寄駅：東急大井町線，池上線 旗の台駅）

7. 参加費用

無料

8. 申し込みおよび問い合わせ先

平成 25 年 12 月 25 日（水）までに，事務局までメール，またはファックスにて，ご氏名，ご所属，メールアドレス，会員番号をご明記のうえお申し込みください。

公益社団法人 日本補綴歯科学会 事務局

〒105-0004 東京都新橋 5-13-5 新橋 MCV ビル 3 階 A 室

TEL:03-5733-4680, FAX:03-5733-4688, E-mail: jpr-edit02@max.odn.ne.jp

以上

## 第4会場(岡山コンベンションセンター2F レセプションホール)

## シンポジウム 8 ..... 10:10 ~ 12:10

「これからの健康科学」～産業保健におけるダイバーシティ・マネジメントストラテジー～

座長：岡本 愛子（愛ファミリー労働衛生研究所 代表者）

森田 学（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 予防歯科学分野 教授）

シンポジスト：

S8-1 今、日本に求められるダイバーシティ・マネジメント

～活力ある職場と社会を目指して～

馬越恵美子（桜美林大学経済経営系）

S8-2 健康の社会的決定要因から考えるダイバーシティ・マネジメントストラテジー

相田 潤（東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健分野）

S8-3 高齢者の口腔機能と全身の運動機能との関連：栄養摂取の介在について

-SONIC 研究より-

池邊 一典（大阪大学 歯学部附属病院 咀嚼補綴科 講師）

S8-4 ダイバーシティ・マネジメントを支援する産業看護活動

栗岡 住子（大阪市立大学大学院 経営学研究科 特任教授）

## ランチョンセミナー 13 ..... 12:30 ~ 13:30

目を酷使するオフィスワーカーのための眼科検診のあり方

～労働衛生機関、産業医そして眼科医からみたドライアイ～

座長：高橋 謙（産業医科大学産業生態科学研究所環境評価部門環境疫学研究室 教授）

演題名：健診現場における眼科検査の現状

演者：高谷 典秀（医療法人社団同友会 理事長）

演題名：職域でのドライアイ検診の必要性

演者：山辻 幹子（パナソニック株式会社AVCネットワークス社 ITプロダクツ事業部健康管理室 産業医）

演題名：ドライアイ専門家が考えるドライアイマネジメント：検診とフォローとは？

演者：坪田 一男（慶應義塾大学医学部眼科学教室 教授）

共 催：参天製薬株式会社

文部科学省 課題解決型高度医療人材養成プログラム  
「健康長寿社会を担う歯科医学教育改革」

# 歯学教育改革 コンソーシアム設立記念 講演会・シンポジウム

開催日

2014  
9/26(金)・27(土)

会場

岡山大学歯学部棟2階 第一会議室, 4階 第一講義室

岡山市北区鹿田町2-5-1

- ◆連携大学：北海道大学, 金沢大学, 大阪大学, 岡山大学, 九州大学, 長崎大学, 鹿児島大学, 岩手医科大学, 日本大学, 昭和大学, 兵庫医科大学
- ◆協力施設：東京大学高齢社会総合研究機構, 東京大学死生学・応用倫理センター  
東京都健康長寿医療センター, 国立長寿医療研究センター
- ◆主催：岡山大学歯学部(窪木拓男歯学部部長, 森田 学教務委員長)  
岡山大学病院医療支援歯科治療部(飯田征二副病院長, 曾我賢彦准教授)
- ◆共催：岡山大学大学院医歯薬学総合研究科(谷本光音研究科長)  
岡山大学病院(榎野博史病院長)
- ◆後援：岡山県歯科医師会, 岡山県歯科衛生士会, 岡山県歯科技工士会

本講演ならびにシンポジウムは、平成26年度文部科学省大学改革推進等補助金(事業名：健康長寿社会を担う歯科医学教育改革—死生学や地域包括ケアモデルを導入した医科歯科連携教育体制の構築—)により実施されます。

2014 9 26 27

文部科学省 課題解決型高度医療人材養成プログラム「健康長寿社会を担う歯科医学教育改革」  
歯学教育改革コンソーシアム設立記念講演会・シンポジウム

文部科学省 課題解決型高度医療人材養成プログラム「健康長寿社会を担う歯科医学教育改革」  
歯学教育改革コンソーシアム設立記念シンポジウム

プログラム

■日 時：平成 26 年 9 月 27 日（土）9:30～13:00  
■場 所：岡山大学歯学部棟 2F 第一会議室, 4F 第一講義室

9:30～12:00 **【歯学教育改革コンソーシアム設立記念シンポジウム】**

会 場：歯学部棟 4F 第一講義室

座 長：鳥井 康弘 教授（岡山大学病院卒後研修センター歯科研修部門長）

飯田 征二 教授（岡山大学病院歯科系代表副病院長）

9:30～9:50 **演題 1**

片岡 竜太 教授

昭和大学歯学部

「昭和大学の医歯薬看護連携教育」

9:50～10:10 **演題 2**

弘中 祥司 教授

昭和大学歯学部

「昭和大学の在宅医療支援歯学」

10:10～10:40 **演題 3**

宮脇 卓也 教授

岡山大学歯学部教務委員会臨床実習実施部会長

「在宅歯科医療学を支えるシミュレーション教育と  
臨床講師制度を利用した在宅介護歯科医療教育」

10:40～11:10 **演題 4**

佐藤 勝 教授

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座

「地域医療における「ヒト」の育成 地域全体で育て地域医療  
マインドを培うー地域医療人材育成の教員の立場からー」

11:10～11:40 **演題 5**

池邊 一典 講師

大阪大学歯学部

「高齢者の歯と口腔機能が健康長寿に及ぼす影響：  
文理融合型コホート研究より」

11:40～12:00 **ディスカッション**

12:00～13:00 **【閉会】**

会 場：歯学部棟 2F 第一会議室

**【閉会】**

# 第30回 「歯科医学を中心とした総合的な 研究を推進する集い (平成 26 年度)」

## 抄 録

日 本 歯 科 医 学 会

- 
- 11:50 ~ 12:05 5. 高齢者の歯と口腔機能が健康長寿に及ぼす影響：  
文理融合型前向きコホート研究より  
演者：池 邊 一 典（大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能再建学講座  
有床義歯補綴学・高齢者歯科学分野）
- 12:05 質疑応答  
座長：古谷野 潔（日本歯科医学会学術研究委員会委員，  
九州大学大学院歯学研究院教授）
- 
- 12:15 ~ 13:15 <休憩>
- 
- 13:15 ~ 13:30 6. 骨髄間葉系幹細胞集塊 Clumps of a MSC/ECM complex (C-MSC) を  
用いた新規組織再生治療法の開発  
演者：加治屋 幹 人（広島大学大学院医歯薬保健学研究院  
応用生命科学部門 歯周病態学研究室）
- 13:30 質疑応答  
座長：窪 木 拓 男（日本歯科医学会学術研究委員会委員，  
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科教授）
- 
- 13:40 ~ 13:55 7. 歯科用 CAD/CAM システムにおける，高強度で審美性，耐久性の高い  
ハイブリッドレジンブロックの開発  
演者：上 野 貴 之（株式会社ジーシー研究所）
- 13:55 質疑応答  
座長：今 里 聡（日本歯科医学会学術研究委員会委員，  
大阪大学大学院歯学研究科教授）
- 
- 14:05 ~ 14:20 8. 同種の歯根膜細胞シートを用いた歯周組織再生研究  
演者：妻 沼 有 香（東京医科歯科大学 歯周病学分野）
- 14:20 質疑応答  
座長：高 田 隆（日本歯科医学会学術研究委員会委員，  
広島大学大学院医歯薬保健学研究院教授）
- 
- 14:30 ~ 15:10 ポスターディスカッション
- 
- 15:10 閉会の辞 日本歯科医学会副会長 松村英雄
-

# 口の難病から挑むライフ・イノベーション 2014年度上半期 成果報告会

日時：2014年9月12日（金）15:55～19:00  
場所：歯学研究科 口腔科学研究棟 5F 弓倉記念ホール

15:55 開会の挨拶

脇坂 聡（歯学研究科長・プロジェクトリーダー）

16:00 第一部：「口の難病」プロジェクト平成24年度公募研究成果報告

座長：豊澤 悟 教授（口腔病理学教室）

「歯の欠損と心血管系疾患との関連についての遺伝的・環境要因の解明」

池邊 一典 講師（歯科補綴学第二教室）

「歯周組織再生療法の分子基盤構築のための幹細胞データベースの構築」

竹立 匡秀 助教（口腔治療学教室）

「健診情報データベースに基づく口腔と全身疾患の難治性要因の解明」

小島 美樹 助教（予防歯科学教室）

「口腔扁平上皮癌の細胞・組織学的解析とデータベースの構築」

岸野 万伸 助教（口腔病理学教室）

「技工装置のトレーサビリティ向上を目指す地域連携システム構築について」

玉川 裕夫 准教授（歯学部附属病院医療情報室）

17:50 第二部：「口の難病」プロジェクト特別講演

座長：村上 伸也 教授（口腔治療学教室）

「細胞外マトリックス補充療法によるマルファン症候群の新規治療技術の開発」

齋藤 正寛 教授（東北大学大学院歯学研究科口腔修復学講座歯科保存学分野）

18:50 閉会の挨拶

天野 敦雄 教授（予防歯科学教室）

