

博士（保健学）学位論文

高齢者のスピリチュアリティを含めた健康概念と
QOLとの関連

－沖縄県久米島における調査－

Association between QOL and Health Concept
Emphasizing Spirituality in Elderly People
-A Survey in Kumejima Island, Okinawa Prefecture-

2012 年

指導教員 宮城重二教授

吉澤剛士
YOSHIZAWA, Takeshi

女子栄養大学

目次

序章

I.研究の背景	1
II.研究の枠組み	6
III.用語及び尺度の説明	7
1. スピリチュアリティ	7
2. QOL	14
3. ふれあいサロン	15

第1章 スピリチュアリティに関する量的研究

I.研究の目的	17
II.研究の対象及び方法	17
1. 調査対象	17
1) 対象地域	17
(1) 歴史的背景と民間信仰	17
(2) 対象地域の特徴	22
2) 対象者	25
3) 調査時期	26
2. 調査方法及び調査項目	27
1) 調査方法	27
2) 調査項目	28
(1) 基本的属性	28
(2) 心理社会的因子	28
(3) 生活習慣要因	30
(4) 従来のWHOの健康	31

(5) スピリチュアリティ	32
(6) QOL	33
3. 分析方法	34
4. サンプルサイズの推計	36
5. 倫理的配慮	37
III. 研究の結果	37
1. 対象者の属性	37
2. 地域別参加率	38
3. 性別年齢区分別の実態	39
1) 基本的属性	39
2) 心理社会的因子	42
3) 生活習慣要因	44
4) 従来のWHOの健康	45
(1) 健康の探索 (探索的因子分析)	45
(2) 身体的健康	46
(3) 精神的健康	46
(4) 社会的健康	47
5) スピリチュアリティ	47
(1) 6つの下位概念	47
(2) 先行研究との比較	49
6) QOL	50
4. スピリチュアリティと各要因との関連 (分散分析)	51
1) 基本的属性との関連	51
2) 心理社会的因子との関連	52
3) 生活習慣要因との関連	53

4) 各要因との関連 (重回帰分析)	53
5. 従来のWHOの健康と各要因との関連 (重回帰分析)	54
1) 身体的健康と各要因	54
2) 精神的健康と各要因	55
3) 社会的健康と各要因	56
6. QOL と各要因との関連 (重回帰分析)	56
7. 潜在変数の確認 (検証的因子分析)	57
1) 従来のWHOの健康	57
2) スピリチュアリティ	58
3) QOL	59
8. 仮説モデルの検証 (共分散構造分析)	60
1) 仮説モデル 1 (WHO提唱モデル)	60
2) 仮説モデル 2 (心身医学などの提唱モデル)	61
3) 仮説モデル 1 と仮説モデル 2 の比較検証	63
IV. 研究の考察	63
V. 研究の限界と今後の課題	72

第2章 スピリチュアリティに関する質的研究

I. 研究の目的	75
II. 研究の対象と方法	75
1. 調査対象	75
1) 対象地域及び調査時期	75
2) 対象者	75
2. 調査方法	76
3. 分析方法	78

キーワードの説明	80
4. 倫理的配慮	83
III. 研究の結果	83
1. 対象者からの聞き取り結果	83
2. 聞き取り結果の類型化	121
IV. 研究の考察	124
V. 本研究の限界と今後の課題	136
結論	138
謝辞	141
参考文献	142
図表目次	
図表	
参考資料	

序章

I.研究の背景

1998年 WHO の理事会に新たな健康定義が提案された¹⁾。

<現行> Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

<改正案> Health is a **dynamic** state of complete physical, mental, **spiritual** and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

この時はじめてスピリチュアリティという4つ目の健康が示された訳であるが、未だスピリチュアリティを含めた新たな健康定義への改定には至っていない。それは各国におけるスピリチュアリティの捉え方の違いや、考え方が文化的背景によって異なっており、統一した見解が難しいためである。

日本においては、スピリチュアリティよりもはるかに古く、すでに鎌倉初期の神道家、卜部兼友や道元禅師の書物に日本語としての「靈性」という言葉が見られる。また江戸時代の平田篤胤などもこの言葉を使っている²⁾。しかし宗教的ニュアンスを含むことや、言葉としての捉え難さから、日本人の感覚には沿いにくい概念といえる³⁾。日本においてスピリチュアリティの必要性が注目され始めたのはホスピス（緩和医療）の世界からである⁴⁾。人生の危機に直面した時に意識化するという性質を持つことから、がんの終末期の領域を中心に、スピリチュアルな側面へ関心が向けられてきたのである。そして最近では人間を対象とする諸領域、医学、看護学、心理学、宗教哲学、比較文化学、老年学などでも注

目されはじめ、探求されるようになってきている。しかし似通った概念と捉えられがちな、今までの精神医学とどう住み分けて行くのか、宗教とどう明確に切り分けて行くのかなど、概念を取り巻く課題は多い。

更にスピリチュアリティの健康概念の中での位置づけも、未だ不明確であるのが実情である。WHOが考えるスピリチュアリティとは、具体的な医療ケアではなく、人間を自然環境の一部と捉え、よりよく生きるために必要な生き方であり、それが健康に大きく影響するというものであり、人間の尊厳の確保や生活の質を考えるために必要な、本質的なものであると定義しているが⁵⁾、従来のWHOの健康との関係や、位置づけは明確にはなっていない。

よりよく生きる指標としては **Quality of Life** (以後 **QOL** と示す) の概念が重要となるが、1990年代半ばまでは、病を持つ人の **QOL** は、身体的、精神的、社会的健康からなる従来のWHOの健康からなる尺度によって測定されていた⁶⁾。そしてその健康は病の悪化や年齢によって低下すると考えられていた。そのため **QOL** は死に近づくにつれ徐々に低くなり、最後にゼロになるという結果が導き出されていたのである⁷⁾。しかし死を前にしても人生に満足し、感謝して最後を迎える人がいることは、がん患者の例を持ち出すまでもなく、一般的なレベルでも理解は可能である。死が近づくにつれて **QOL** が低下するという考え方は、人間の生物学的側面にばかり重きを置いたものである。高齢者を対象とした研究においても、身体的健康が低くなっているにも関わらず、幸福感が高くなるケースや、身体的健康は高いにも関わらず、幸福感が低いというケースが現れている。これは高齢者においては、身体的健康と幸福感が必ずしも正の相関関係に当てはまるものではないことを示している⁸⁾。また老年学において健康をめぐる高齢期の中心的トピックである、

サクセスフル・エイジングの研究では、高齢者において身体的に虚弱なほうが、スピリチュアリティの程度が強いなどという結果から、スピリチュアリティの重要性を述べた報告もされている⁹⁾。藤井は、マイナス要因の低減ばかりに重きを置くのではなく、生きる意味や人生そのものにプラスに働く要因を積極的に評価すべきと述べている¹⁰⁾。高齢により身体的健康がたとえ衰えたとしても、スピリチュアリティによって人生の満足度を得、生まれてきてよかったと自分の生を締めくくる事ができるのである。逆に身体的に健康で、権力や社会的地位を有したとしても、そこに生きる意味が見出させなければ、自らの命を絶ってしまうのである。がん患者を対象とした研究では、QOLに直接的にもっとも強い影響を与えていたのは、スピリチュアリティであったと報告している¹¹⁾。WHOが健康の定義改正にスピリチュアリティを加えようとする動きも、このような背景があると考えられる。

こういった背景を踏まえWHOは、スピリチュアリティの概念構造を明確化するために、スピリチュアリティを測定する為のスケール開発WHOQOL SRPB(Spirituality, Religiousness and Personal Belief Scale)に乗り出し、世界中で大規模な調査が始まった¹²⁾。日本でも当然そのための調査が実施された。しかしWHOQOL SRPBは、日本人のスピリチュアリティ概念の大筋を捉えてはいるが、その下位概念については、特定の宗教を持つ事や宗教儀礼をすることなどが含まれていることから、民族的文化的特徴として日本人が持っているスピリチュアリティを十分には捉えていないことが分かってきた¹³⁾。諸外国においては、スピリチュアリティに関する研究が1980年代頃より活発に行われており、スピリチュアリティを測定するスケールも数多く開発され、信頼性、妥当性が実証されてきている(表1)。

主なものを示すと、SWBS (Spiritual Well-being Scale) は一般対象者向けではあるが、キリスト教の信仰を前提としたスケールとなっている¹⁴⁾。PIL (Purpose in Life test) は一般対象者向けで、日本語版も作成されており、既に信頼性、妥当性の検証も行われている。但しスケールは質問紙法以外に、文書完成法及び自由記述部分から構成されており、高齢者などに対しては取り扱いが難しいと言った面を持っている^{15,16)}。MQOL (McGill Quality of life Questionnaire)^{17,18)}や FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy scale-Spiritual Well-Being)¹⁹⁾は、がん患者向けであり一般者向けとはなっていない。JAREL (The JAREL Spiritual Well-being Scale) は一般対象者向けではあるが、質問項目にスピリチュアリティという言葉がそのまま使われていたりしており、日本で用いる場合、回答に歪をもたらす危険性がある²⁰⁾。

日本において開発されたスケールを見てみると、SRS-A (Spirituality 評定尺度 A) 及び SRS-B (Spirituality 評定尺度 B) は、質問項目に一部文書完成法が含まれているが、一般対象者向きとしては、有用なスケールの一つと思われる²¹⁾。日本版 FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-spiritual) は、米国版同様、がん患者向きとして開発されたものであるが、特定の宗教にかかわる質問がいくつか散見されることから、日本での有用性は今後の検討課題となっている²²⁾。そんな中、日本の社会文化的な背景を考慮し、高齢者向けのスピリチュアリティを測定するスケールとして開発されたのが、高齢者版スピリチュアリティ健康尺度 (SP健康尺度) である。現在その信頼性、妥当性が実証されてきている²³⁾。

このように日本においてもスピリチュアリティのスケール開発が

徐々にではあるが、確実に進んできている。しかし日本において健康に関するスピリチュアリティの本格的な研究は緒についたばかりである。心身医学において、身体的健康、精神的健康、社会的健康といった側面をスピリチュアルな視点により統合して行くことで、より包括的な健康モデルの可能性を示唆していたり²⁴⁾、宗教学において人間存在の区分を身体・物質的 (corporeal)、心的 (mental)、霊的 (spiritual) の 3 区分とし、これら 3 者は同格に並列するのではなく、spiritual は corporeal と mental を成り立たせる基盤の位置を占めるなどと提言しているが²⁵⁾、スピリチュアルを測定するスケールを用いた量的研究での検証は未だ行われていない。高齢者を対象に、幸福な老いにとってどの程度スピリチュアリティが関与しているかなどを検証した研究は、殆ど見当たらないといった状況である。

高齢者は、身体的機能の損失、家族や友人との死別体験、社会的な役割からの引退などにより、自らの存在意義 (人生の意味など) を見つめ直さざるを得ないという危機的状況におかれやすい。また自らの死についても必然的な終焉として、より現実的かつ日常的に捉える傾向にあり、終末期にあるがん患者と同様に、「老い」を生きる高齢者もスピリチュアリティへの関心が高まっている存在として捉えることが出来る²⁶⁾。しかし日本におけるスピリチュアリティに関する研究の多くは、がん患者の終末期ケアに関するものである。スピリチュアリティは、高齢者の健康を考える上で非常に重要な概念であるが、日本において高齢者のスピリチュアリティに焦点をあてた研究は皆無に等しい。またスピリチュアリティは、宗教や社会文化的な影響を受けると考えられるため、諸外国の研究成果をそのまま参考にする事は出来ない。

よって本研究は、日本の高齢者を対象者として、日本の民族的文化的

特徴を考慮した、高齢者向きのスケールを用い、スピリチュアリティが、従来のWHOの健康（身体的健康、精神的健康、社会的健康）を包括的に背後から支えながら、たとえ身体的健康が衰えても、幸福に老いる手立てとして、高齢者のQOLを高めることに繋がるという仮説を量的研究と質的研究の両面から立証するものである。この仮説が立証されれば、世界最長寿国であり、高齢社会に突き進んでいる日本において、身体的健康が衰えても、心穏やかに老後を過ごすための新たな活路を見出し、健康寿命の延伸へと繋がる健康戦略に少なからず示唆を与えるものと確信している。そして日本が世界に対し、高齢社会の手本となるための一つの礎になるものと確信している。

II. 研究の枠組み

本研究の枠組みは、従来のWHOの健康（身体的健康、精神的健康、社会的健康）に4つ目の健康であるスピリチュアリティを含めた場合、健康概念はどのような構造となるのが相応しいのか、そしてそれが高齢者のQOLにどのように影響を与えているのかを明らかとするものである。本研究は、スピリチュアリティが従来のWHOの健康を背後から支える形で高齢者のQOLに影響を与えているという仮説に立脚し、WHOが定義しているような4つの健康が並列に位置するモデルと、心身医学などが提唱するスピリチュアリティが、従来のWHOの健康を背後から支える形で構成されるモデルとを比較検証することによって明らかとする。また基本的属性、心理社会的因子、生活習慣要因と従来のWHOの健康、及びスピリチュアリティとの関係の中から、スピリチュアリ

ティの特徴を明らかにしていく。更に、対象者からの聞き取り調査による質的研究によって、スピリチュアリティの内容を下位概念のレベルで把握し、量的研究で明らかとする健康概念と高齢者の QOL との関係、及びスピリチュアリティの特徴を明確化する。

Ⅲ.用語及び尺度の説明

1. スピリチュアリティ

各学問領域におけるスピリチュアリティの代表的な概念を表 2 に示しているが、その捉え方は様々である。医学^{27,28,29,30,31}、宗教哲学^{32,33}、看護学^{34,35}などの領域で、学際的な研究が行われるようになったが、現時点では、広くコンセンサスが得られた概念はできていない³⁶。そのため研究間での比較検討を難しくしているのが実情である³⁷。しかし重要な捉え方が大きく分けて 3 つあると思われる。

1 つは「意味」と「関係性」がスピリチュアリティを構成する重要な概念であるという捉え方である。つまりスピリチュアリティは、人間存在の根源となるものであり、どのような状態になっても自分の存在に意味を見つけ、生きることに根拠を与えてくれるものである。そしてその根拠は、他者との「関係性」のような人間関係からだけではなく、人間を超えた超越的なものとの「関係性」によってこそ見出すことができるというものである。

2 つめは、「水平軸」と「垂直軸」という捉え方である。「水平軸」とは、人間関係や自然や環境などの生態系といった、目に見えるものとの繋がりを示し、「垂直軸」とは大いなるもの、超越的なものとの繋がり、

さらには時間軸を超えた、祖先などとの繋がりを示すものである。そしてその超越的なものの対極には、内なる自己への探求が存在するのである。それ故、この「垂直軸」には生きる意味や目的といった実存的な概念とも深い関わりがある。そして「水平軸」と「垂直軸」の交わったところに、生かされている自分が存在するのである。先祖から子孫へという、いのちの連続性は、この「水平軸」から「垂直軸」への繋がりであり、まさに魂の繋がりとと言えるのである。

3つめは「内からみるもの」と、「外からみるもの」という捉え方である。従来のWHOの健康である身体的健康、精神的健康、社会的健康はすべて人間を外から見るものであった。それに対し、スピリチュアリティは人間を「内からみるもの」という捉え方である。スピリチュアルな痛みは、身体的、精神的、社会的な痛みとは異なっている。例えば身体的な痛みは、薬や治療によって取り除くことができるし、精神的、社会的な痛みは精神カウンセリングや社会資源の利用によってある程度解決することができる。しかしスピリチュアルな痛みでは、人生の意味や、生まれてきた意味などに答えを出さなくてはならない。外からの解釈や評価はその痛みを癒す助けにはならない。問いかけの答えは、苦しむ本人が自分自身で見出してはじめて、その人にとって意味のあるものになるからである。従来のWHOの健康における痛みとは根本的に違っているのである。

スピリチュアリティとの疑似概念である、精神的健康（メンタル・ヘルス）及び宗教との違いにもふれておきたい。メンタル・ヘルスとスピリチュアリティは、いずれも目に見えない人間の内面を扱うため、一見して非常に近い意味であるかのような印象を与える。そのため明確に分類するのは難しく、重なり合う部分を持っていると捉えられているのが

一般的である。これは上記のスピリチュアリティが持つ「水平軸」への関わりが起因していると考えられる。そんな中、精神医学では、メンタル・ヘルスは現実適応が1つの重要な要素という立場から、スピリチュアリティとの区別を試みている³⁸⁾。例えば、社会的には地位も名誉もあり、成功者と見られるような人でも、人生の目的や価値が見出せなくなり、空しさを感じる状態は、適応を中心概念としたメンタル・ヘルスでは見逃されるが、スピリチュアルなレベルでは問題となる。また、生きる意味を模索するプロセスの中で見られる苦悩は、メンタル・ヘルス的には同じようにうつ状態として症状が観察されるが、内因性やストレス反応として起きるうつ状態とは原因も治療法も異なるといった捉え方である。Kissaneらは、終末期患者の意味・目的のなさを中心とした精神的苦悩を **demoralization syndrome** と概念化することで、抑うつ状態と区別することを強調している³⁹⁾。日本でもスピリチュアルな痛み（スピリチュアル・ペイン）は抑うつなどの精神状態とは区別され、別概念として捉える方向にある⁴⁰⁾。しかし精神医学の専門家でもなければ、簡単に区別できるものではない。

専門知識以外の区別の仕方として、メンタル・ヘルスは有限で相対的な次元に関わるのに対し、スピリチュアリティは無限で絶対的な次元に関わる。即ちメンタル・ヘルスが生と死が混在する現象界に属するとすれば、スピリチュアリティは生と死を超えた不生不滅の实在界に属するとする考え方である⁴¹⁾。これは上記のスピリチュアリティの「垂直軸」との対比で表そうとしているものだが、「水平軸」で重なり合う部分は、この考えでは説明しきれない。逆にメンタル・ヘルスとスピリチュアリティを無理やり区別するのではなく、スピリチュアリティがメンタルを含め、すべてを包括しているという考え方も存在する⁴²⁾。これが身体、

精神、社会といった側面をスピリチュアルな視点により統合していくことで、より包括的な健康モデルが可能になるのではないかという考えの発端となっている。

何れにせよ、メンタル・ヘルスとスピリチュアリティの違いは上記で示した通り、「外からみるもの」と「内からみるもの」との違い、と捉えておくのが一番分かりやすいと思われる。

宗教とスピリチュアリティとの違いについては、メンタル以上に容易ではない。英語圏（特に米国）では、スピリチュアリティという概念は、常に宗教の枠組みで語られ、宗教とスピリチュアリティは区別されることなく同義語として使われることが多い⁴³⁾。多次元尺度法を用いて3世代間（若年群、中年群、高齢群）で行った研究では、一般的に英語圏においてこの2つの概念は非常に似通ったものとしてとらえられていると報告している⁴⁴⁾。英語の **spirit** の語源はラテン語の **spiritus** もしくはギリシア語の **psyche** であり、どちらも「生命、魂」を意味する。キリスト教神学で、**Body-Mind-Spirit** と示されるように **spirit** は人間を形づくる要素なのである。旧約聖書創世記2章7節には、**spirit** とは神によって吹き込まれる息の中にある、と考えられている生命の息、命の根源、生气と記している。こういったことを幼少期から学んでいる世界の宗教大国である米国では、やむをえない結果ではある。そして宗教には人間存在に包括的な意味付けをするという担当領域があり、スピリチュアリティを構成する重要な要素である、意味や「関係性」の側面を担っている。そしてそれはまさに「垂直軸」の捉え方とも合致する。

それではスピリチュアリティとの違いは一体何であろうか。それは宗教が超越的なものとの関わりを固定させた体系で表現したところにある。表現が固定しているか否かということが、宗教かスピリチュアリテ

ィかの大きな分かれ目となる。宗教では、生きる意味や目的で悩み苦しむ人に対し、宗教の持つ固定された表現を受け入れることが前提となる。つまり宗教の信仰を是認することが前提となるのである。そうしてはじめて宗教は問題を抱える人が自分自身で答えを導き出す手助けをすることが出来る。それに対しスピリチュアリティは、逆に支援する側が悩み苦しんでいる人の世界観に入ることが前提となる。その世界観は宗教、すなわち固定された表現である必要はなく、自由にスピリチュアリティを表現する、つまり何を信じても構わないことが許される⁴⁵⁾。日野原は、日本人が超越的なものを求める時は、必ずしもキリスト教的な神学の概念のような明確なものを求めているで、ただ漠然とした大きな力が生命や愛として存在しているというように大まかな受け止め方をしている人が多いと述べている⁴⁶⁾。これがまさに日本人にとってのスピリチュアリティであろう。

日本のスピリチュアリティ研究は、宗教に触れずに、あるいは曖昧にしたまま展開されるものが多い。しかし宗教そのものが生きる意味、苦しみの意味、生命のあり方を根本的な課題とし、人が信仰によってその意味を見出していることを考えると、宗教はスピリチュアリティに含まれるものであり、スピリチュアリティは、宗教を含むより大きな概念だと考えるのが妥当である⁴⁷⁾。宗教はスピリチュアリティの一つの形なのである。藤井らによれば、宗教を持たない日本人が多いと言われる中でも、宗教を持つ人にとって信仰がスピリチュアリティの重要な領域になっていることを明らかにしている⁴⁸⁾。これは上記の考えを裏付けるものと言える。

以上のような解釈から、スピリチュアリティを一言で表すのは、容易ではない。日本では古くからト部兼友や道元禅師、平田篤胤らが靈性と

という言葉を使っていたが、スピリチュアリティを靈性と訳し、広く世に知らしめたのは、仏教思想家で禅学者の鈴木大拙の著書『日本的靈性』である⁴⁹⁾。鈴木大拙の言う靈性とは精神と物質の二元的対立の奥にあって、両者が不一不二なることを見る働きを指している。確かに靈性という訳語は、スピリチュアリティの重要な要素である意味や「関係性」、さらに「垂直軸」を指し示すには適していると言えるが、「水平軸」や「内からみるもの」といったニュアンスは含まれていない。また靈性という言葉は、超常現象や靈魂、靈媒師、水子の靈、亡靈、幽霊といったオカルト的な印象を与えるということで敬遠される帰来もある。それゆえ、あえてカタカナのまま再定義した方がよいという意見もある⁵⁰⁾。逆の意見として、日本の大衆文化の中でひとり歩きを始めてしまったスピリチュアリティという言葉は、一般の人々にとって、占いや前世の靈、というように解釈され、研究の中で定義するスピリチュアリティ元来の意味との間に大きな隔たりが出来てしまった。そのため他の対応語、例えば仏性や靈性などで置き換えて研究していくことを今後、視野に入れていく必要があると述べている⁵¹⁾。阿岸は靈性の持つオカルト的ニュアンスを薄らぎ、現代的感覚にもマッチするという意味で、靈魂性という訳語を推奨している⁵²⁾。

WHOから新たな健康定義が提案された時、一見して非常に近い意味であるかのような印象を与える **mental** と **spiritual** という 2 つの語をどのように区別し、それぞれにどういった適切な邦訳を与えるかということが大きな問題となった。そもそも **mental** を精神的と訳したところに問題があり、当時の厚生省の中には **spiritual** を精神的と訳してはどうかといった意見があった⁵³⁾。精神の精には生命の力という意味が込められているからである。その場合 **mental** は知的もしくは知性的と訳す

ことで問題はなくなる。しかし精神医学において **mental** は精神的という訳語が確立しており、それを廃してまで知的もしくは知性的に変更するのは難しいという反論が出されたのである。

何れにしても、スピリチュアリティの持つ複数の側面を完全に網羅した形での訳語が見当たらない以上、本研究ではスピリチュアリティという言葉をもそのまま用いることとする。

スピリチュアリティを測定するスケールは上記研究の背景で示した通り、日本の社会文化的な背景を考慮し、信頼性、妥当性が検証されている、高齢者のスピリチュアリティを測定するスケールとして開発された、高齢者版スピリチュアリティ健康尺度（S P 健康尺度）を用いる。このスケールは、生きる意味・目的、自己超越、他者との調和、よりどころ、自然との調和、死と死にゆくことへの態度、の6つの下位概念から構成されている。生きる意味・目的と死と死にゆくことへの態度は、上記で示したスピリチュアリティの3つの側面のうち、意味と「内からみるもの」に位置し、自己超越は「関係性」に位置する。そして生きる意味・目的、死と死にゆくことへの態度、自己超越は「垂直軸」にも含まれる。他者との調和と自然との調和は、「水平軸」に含まれる。よりどころは「垂直軸」と「水平軸」の交わった点に位置する下位概念である。

スピリチュアリティの定義は、スピリチュアリティの3つの側面を網羅した、S P 健康尺度を開発した、竹田らの示す、「すべての人間に内在しており、人生の危機に直面したときに意識化するという性質を持つが、日々の平凡な日常生活においても存在し、人生の質や精神的な側面に対する幸福感を高める関係にあるもの」を踏襲するものとする。

2. QOL (Quality of Life)

QOLは、人生の質、生活の質、生命の質、など幅広い意味を持ち、医学、社会心理学、老年学などの学問領域において、それぞれの目的に沿って研究が行われてきている。QOLという概念や定義は多種多様に解釈されているのが現状である⁵⁴⁾。それに伴い QOL を評価する尺度もそれぞれの研究分野で開発されてきているが、大きく分けて 2 つの種類が存在する。一つは医学の分野で、医療や看護における治療等の効果を測定する目的として開発された、健康関連 QOL 尺度である。主なものとして、SF-36 (Medical Outcome Study Short Form 36)、WHOQOL (World Health Organization QOL)、SIP (Sickness Impact Profile)、WQ-5D (EuroQOL 5 Dimensions)、HUI (Health Utilities Index) などの包括的尺度が作成されている。

今一つは社会心理学、老年学において主観的幸福感や生きがいといったような概念を用いて、日常生活や人生全体に対する満足度、充実度を測定する主観的 QOL である。高齢者自身の主観的評価の結果は QOL の必須の部分とされ、しばしば QOL と同義とみなされてきた。その測定に多く用いられてきたのは、カッター・モラル・スケール (Kutner Morale Scale)⁵⁵⁾、PGC モラル・スケール (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)^{56,57)}、LSIA (Life Satisfaction Index A: 生活満足度尺度 A)⁵⁸⁾、LSIK (Life Satisfaction Index K: 生活満足度尺度 K)^{59,60,61)}などである。このうち PGC モラル・スケールと生活満足度尺度は幸福な老い (successful aging) に関する研究の過程で開発され、用いられてきたものである。

本研究は、医療における治療等の効果を見るのが目的ではなく、健康的な高齢者の幸福な老いの程度を見るのが目的のため、主観的幸福感を

測定する主観的 QOL を用いることとした。但し PGC モラール・スケールはモラールを、生活満足度尺度は生活満足度という構成概念を測定するために開発された尺度であって、厳密には QOL を測定する尺度ではない。本研究では QOL を「生活の質」と捉え、日常生活における生活満足度に主眼をおいた QOL を測定したと考えている。

具体的には、高齢者の主観的幸福感 well-being を測定する尺度として、信頼性、妥当性が検証され、国内で広く使用されている LSIK を用いて QOL を測定した。本尺度は PGC モラール・スケールと LSIA の長所を保ちつつ、短所を補完し合う形で作成されたものである。主観的幸福感の全体を簡便に測定することができる、9 項目（PGC モラール・スケールから 5 項目、LSIA から 3 項目、カットナー・モラール・スケールから 1 項目を得て作成）、3 因子の尺度である。3 つの因子は「人生全体の満足度」「老いについての評価」「心理的安定」である。PGC モラール・スケールに比べ因子構造が明瞭とも言われている⁶²⁾。

本尺度を選択したもう一つの理由は項目数が少ない点である。PGC モラール・スケールの 17 項目、LSIA の 20 項目に対し、LSIK は 9 項目で測定することができる。高齢者にとって、できるだけ調査の負担を軽減する意味からも、最も適している尺度と判断した。

3. ふれあいサロン

久米島町で行われている「ふれあいサロン」とは久米島町社会福祉協議会が実施主体となって行われている地域の高齢者の健康増進のための取り組みの一つである。事業の目的は、地域住民がお互い助け合い、誰もが安心して暮らせるまちづくりを目指すため、地域での楽しみ・生きがい作り・社会参加を促進し、高齢者の寝たきりや痴呆になる最大の

原因である閉じこもりを防止し、誰もが生き生きと楽しく生活できる地域づくりに寄与することである。具体的な活動内容は月 2 回程度、自宅又は近所の歩いて行ける公民館等の場所で、近所の仲間や友人が集い、お茶を飲んでおしゃべりして楽しい時間を過ごせる支援を行うことである。参加者やその地域の実情に合わせて、無理なく、楽しく、それぞれの興味や関心にあわせて自由な考えでプログラムを作り、活動を行うといった地域高齢者の自主的な活動を推進している。調査した部落では、それぞれ歌や踊りなどで楽しい時間を過ごしている、数多くのふれあいサロンが散見された。

2011 年の時点で久米島町には 32 の部落が存在するが、その中で「ふれあいサロン」を実施している部落は 21 となっている。それぞれのサロンには「ゆいまーるの会」、「ゆうなの会」、「たぬしみ会」など会の命名がそれぞれなされている。但し 11 の部落では、いまだ「ふれあいサロン」は発足されていない。この活動は地域高齢者自身が自主的に活動することを推進しているため、その牽引役のリーダーが 11 の部落には不在であるためである。

介護を必要とせず、健康的に生活している高齢者として最も適した集団であると考え、この「ふれあいサロン」に参加している高齢者を、本研究の調査対象者とした。

第1章 スピリチュアリティに関する量的研究

I. 研究の目的

本研究の目的は、従来のWHOの健康（身体的健康、精神的健康、社会的健康）に4つ目の健康として、スピリチュアリティを含めた場合、健康概念はどのような構造となるのが相応しいのか、そしてそれは、高齢者のQOLにどのように影響を与えているのかを明らかとすることである。

本研究は、スピリチュアリティが従来のWHOの健康を背後から支える形で高齢者のQOLに影響を与えているという仮説に立脚し、WHOが新たな健康定義で示しているように、従来のWHOの健康にスピリチュアリティが並列に位置しているというモデルとの比較検証を通して、仮説の立証を行う。また基本的属性、心理社会的因子、生活習慣要因と従来のWHOの健康、及びスピリチュアリティとの関係の中から、スピリチュアリティの特徴を明らかにしていく。

II. 研究の対象及び方法

1. 調査対象

1) 対象地域

(1) 歴史的背景と民間信仰

最近における考古学の発掘報告によれば、沖縄本島の勝連城址その他からは、宋の時代の青磁や、元の時代の文字を刻んだ青磁などの一連の

青磁類が出土しており、これは宋元時代すなわち十一世紀から十四世紀にかけてのころには、沖縄諸島に抛る多くの豪族いわゆる按司たちが、それぞれ中国と私的な交渉を行っていたと推測される。そして沖縄側、当時の琉球王国側が、国家として正式に中国と極めて親密な関係をもつようになったのは、明の時代に入った十四世紀後半以降とされている。中国は隋唐すなわち六世紀の後半以来十九世紀の前半ごろまでは、つねに東アジアにおける先進国として、その地域においての主導権をもち、その文化はいわば東アジア諸国民の憧憬の的であった。従って、東アジアの一国であり、しかも中国の冊封体制下に組み入れられていた琉球王国に、その宗主国ともいべき中国の諸文化が伝来するのは、至極当然なりゆきだったと考えられる。琉球王国時代に伝えられた中国文化としての風習や信仰の名残は、沖縄の各地で今日なお数多く見出されるのである。

ところで今なお沖縄の人々の間で行われている代表的な民間信仰は、祖霊信仰とヒヌカン（竈神）である。但し祖霊信仰は中国には認められないので、沖縄（琉球）古来のものと考えられている。まず中国からの信仰の名残としてのヒヌカンについてであるが、人間生活の中心は火であり、火の発明によって人類の文化が発達したといっても過言ではない。よって火を大切に神聖視することは、世界中できわめて古くから行われていた。ギリシャやローマ、もしくは古代インドなどにその例が見られるが、中国もまた例外ではなかった。中国における火およびヒヌカンの信仰の起こった時期は正確には分かってはいないが、少なくとも孔子は、火神とヒヌカンとを区別していることから、彼の生きていた紀元前六世紀より前であったのではないかと推測されている。中国では、天上に人間の罪惡を看視し、その生命を司る神すなわち司命神がいると考

えられていたが、紀元前三世紀ごろには、ヒヌカンはそれらの神に家族の人々の犯した過失や悪事を告げるために上天する神とされるようになっていた。ヒヌカンが上天すると信じられたのは、煙が立ちのぼることからの連想だと説く説などもあるが定かではない。家族の言動の看視とその結果を天上の神に告げるべく上天することとが、ヒヌカンの性格の本質とされて、今日に及んでいる。但し、八、九世紀以前は家族の犯した悪事だけを報告するとされていたが、九世紀以後は善悪双方の言動を報告に行くと考えられるように変った。特に台所を司る主婦たちは今でもヒヌカンを尊敬し、そして畏怖し、その取扱いに注意を払う一方、朝に晩に線香を供えて拝み、ヒヌカンの前における言動を慎んでいるのである⁶³⁾。

次に祖霊信仰についてであるが、沖縄（琉球）で自然発生的に生まれたと考えられている。いつ頃発生したかは明確ではないが、七世紀にはすでに原型はあったと考えられている。但し教義、経典の類は存在しない。また偶像崇拜はせず、集落ごとに祖霊神が訪れる自然の聖域であるウタキ（御嶽）を拝所として設け、神の来訪を祝う神事としての祭りをを行い、安全や豊作を祈願し、感謝する。ウタキ（御嶽）は古代集落が原型と考えられており、御嶽信仰は祖霊崇拜が変化したものである。沖縄（琉球）では祖先の霊は一族の守護神として敬われ、墓は「後生の家」すなわち死後の家であるとして、立派なものを作る傾向がある。葬制は風葬が一般的であった。これは明治期に禁止されたが、実際は1970年代まで行われていたことが確認されている。遺体はまず崖や洞窟に置かれて自然の腐敗を待ち、3年後に親族の女性が洗骨して納骨する。崖や洞窟は古来、現世と後生の境界の世界とされ、聖域であると同時に忌むものとされてきた。祖霊を崇める一方で、「死」はあくまで「穢れ」と

捉えられているのである。沖縄には、神と人間を介在する存在として集落の神官であるノロと、民間の在野のシャーマンであるユタがいるが、これらは典型的なシャマニズムに分類できる。前者のノロは、神との交信ができるのみでなく、神をその身に憑依させると考えられている。祭祀において、成り子君と呼ばれる神の憑依したノロは、神と人間の介在者ではなく、まさしく神そのものとして扱われる。これは古代日本神道のいうところの「神がかり」であり、他の宗教の神官とは性格を異にする神官といえる。各地に様々な呼び方をされていた聖域をウタキ(御嶽)という呼称に統一し、集落のノロが各集落のウタキ(御嶽)を管理し、地方の豪族領主である按司の血縁の女性をその地域全体のノロを統括する大阿母(神職名)とし、さらに国王の血縁の女性をノロの頂点である聞得大君とした。旧暦8月には祖霊が集落、家族のもとへ帰ってくるという、本土の「お盆」と共通した概念を持ち、同様の祭事を行う。なお、祭事の日取りは旧暦を用いる。祭祀において、行事の一切を取り仕切り、来訪神の依代となるのが集落の神官であるノロである。琉球では女性を神聖視して、霊力を持つ女性をノロやユタとした。一般に女性は血縁の男性の霊的な守護神であると概念しており、これを「おなり神信仰」という。おなり神信仰は、古代の母系社会や女性上位社会の変化と考えられているが、この考え方は、現在も残っており、各集落のノロ職は、もともとその集落の宗家やあるいは有力豪族の血縁の女性(妹や姉や母)に由来すると考えられ、代々世襲とされているほか、民間のシャーマンであるユタも多くが女性とされている⁶⁴⁾。

祖先崇拝を重んじる祖霊信仰では、不幸や病気の原因について祖先との関係が大きな役割を果たしている。亡くなった祖先の魂の安定は生きている子孫の御願や供養によって可能となり、それによって現世の子孫

たちの霊的・身体的健康がもたらされるのである。逆に言うと、生きている現世の子孫の不幸や病気は、無視されたり、十分な御願や供養を受けていない御願不足の祖先の霊魂からの知らせであり、祖先の霊魂が供養を求めているのである。霊魂もあの世で苦しんでいるのである。つまり祖先への御願や供養が満足いく形で行われないと、祖霊が生者に病気や不幸を通して知らせを送ってくるという訳である。しかし知らせによる症状なのか本当の病気のせいなのかは一般の人では簡単に判断できないため、ある症状が祖霊からの知らせであるのかどうかは、ユタが判断することになる。ユタは祖霊の意志を解釈するために大事な役割を担っているのである⁶⁵⁾。

各部落は日常生活や祭祀ごとにおける基本的な単位ではあるが、沖縄にはもう一つ門中と呼ばれる親族集団による基本的単位が存在する。門中は、門中の始祖がいて、その始祖の男系血縁者で構成される集団であり、祖先祭祀集団としての機能を持っている。門中の中核にあたる家の神棚には、門中の始祖や遠祖が祀られ、門中の成員が集う行事では、例えば清明祭（シーミー）や一月十六日、五月ウマチー、六月ウマチーなど、それに対する祭祀が行われる。また、遠い祖先にゆかりのある土地をウタキとし、拝むこともある。先祖の位牌（トートーメー）を祀る権利は、長男だけが持ち、それを継承することで、父系血筋の一貫性を厳守している。もし息子がいない場合は、父系血縁の男性を養子に組み入れて嫁取りすることが望まれている⁶⁶⁾。門中は土着の親族組織として沖縄に存在したものではなく、十七世紀後半に士族社会の身分制度の一環として成立したものとされている。門中という父系血縁組織の中における、女性の位置づけに関しては、沖縄では結婚後も女性はその生家との繋がりが強く、生家あるいは生家の属する門中での成員としての地位を

保持する傾向がある。結婚したら嫁いだ先の家族として生きるという日本本土の考えとは異なっている。それは生家にとって、上記で説明した「おなり神信仰」が影響しているからである。門中によっては、女性の司祭者が中心となって祖先祭祀が行われるところがある。この女性司祭者には、霊的な質の高い女性がユタの助言などに従って就任するのであるが、生家の門中でなることはあっても、嫁いだ先の門中でなることはない⁶⁷⁾。沖縄には父系血縁を尊重した祖先崇拜と女性を神聖視し、霊力を持つ女性を通した祖先崇拜とが複雑に絡み合っているのである。

こういった歴史的背景と土着の民間信仰によって形成された日本の中でも特異的なスピリチュアリティが、本研究の対象となっているのである。

(2) 対象地域の特徴

本研究の調査対象地域である久米島町は沖縄本島那覇市の西方100kmの東シナ海に位置し、周囲約48km、面積6,343haとなる島嶼地域である。空の便は沖縄那覇空港から日に3~5便、所要時間は約25分である。船の便は日に1~2便で、約3時間の所要時間である。平成14年に旧仲里村、旧具志川村の合併により久米島町となった。現在、久米島町は32の部落(字)によって構成されている(2011)⁶⁸⁾。

久米島町の人口は8,627人(男性4,532人、女性4,095人)であり、総世帯数は3,924である(2011)。一番大きな部落は人口が1,109人、世帯数467であり、一番小さな部落は人口が7人、世帯数は4である(2011)。久米島町において、65歳以上の高齢者がいる世帯数は809であり、その内、高齢夫婦のみの世帯数は311、高齢単身世帯数は310である(2005)。

久米島町の65歳以上人口は2,171人であり、高齢化率は25.1%(2010)

である。沖縄県全体の 17.5% (2009) や、全国平均の 22.7% (2009) に比べてもやや高い割合を示している。因みに後期高齢者となる 75 歳以上の人口は 1,379 人であり、その中でも 100 歳以上の人口は 6 人となっている (2010)。

各部落には多少の差異はあるが、公民館組織が存在している。部落には地域別と部会別の大きく分けて二つの区分が存在する。部落で暮らす住人は少なくとも二つの区分に属することになる。地域別とは住んでいる場所による区分である。部落を幾つかの地域 (班) に分けて、それぞれに班長を置いている。部会別とは具体的には、子供会、青年会、成人会、婦人会、老人会といった形で区分しているものである。それぞれの会には会長、副会長を置いている。また部落全体の長として、区長が存在し、その下に区長の補佐役として会計がおり、その下に各部会が位置している。区長は 1 年任期で選出されるのが一般的である。主な活動としては常会を年に 1 回行い部落の予算案などについて話し合っている。ここには区長、会計、各班の班長、各部会の会長が一同に集まる。定例会は毎月行われ、区長、会計、各班の班長、各部会の代表が集まり、区の運営について話し合いを行っている。班長会も毎月行われ、区長会での取り決めなどの情報を各班の班長に伝搬している。区長会は月に一回、久米島の全部落の区長が集まり、役所からの情報などが伝えられている。子供会は子供が減って来ているせいもあり、活発な活動が行われている部落は少ないが、年に一度の敬老会では、子供会として演舞を高齢者に対し披露しており、高齢者の大きな楽しみの一つとなっている。青年会は 10 代後半から 30 代くらいで構成されている。毎年 9 月下旬ごろに開催される相撲大会への出場や準備の手伝いなどが主な活動となっている。成人会は 40 代で構成されている。サトウキビなどを共同で栽培

耕作し、得られた収益を成人会の運営資金などにあてたりしている。婦人会は65歳以下までの主婦で構成されることになっているが、以下の老人会と両方に属している方が多く散見される。婦人会の主な活動は、部落の年中行事参加の他、母の日イベントや婦人会歓迎会、各種の趣味活動など独自のイベントを考案し行っている。老人会は65歳以上を対象に構成されている。

久米島町の平均寿命は男性で78.9歳、女性で87.5歳であり(2005)、沖縄県全体の平均寿命(男性:78.7歳、女性:86.9歳)(2005)よりやや高い値となっている。日本全国の平均寿命(男性:78.8歳、女性:85.8歳)(2005)と比べると、特に女性が長生きする傾向が見られる⁶⁹⁾。基本健康診査における20歳以上の受診率(2005)をみると全体では27.6%となっており、男女別では男性が20.6%、女性が35.6%である。65歳以上の受診率をみると、男性が31.4%、女性が45.3%となっている。保健医療福祉関係では(2008)、一般病院は1ヶ所、一般診療所は5ヶ所、歯科診療所は2ヶ所、薬局は5ヶ所、医師は11人、歯科医師は2人、看護師は31人、薬剤師は8人である。国民健康保険被保険者は3,748人、生活保護世帯は127世帯である⁷⁰⁾。

社会資源面では(2012)、特別養護老人ホームは1ヶ所、認知症対応型グループホームは1ヶ所、デイサービスセンターは5ヶ所、認知症対応型デイサービスセンターは1ヶ所、配食サービスは1ヶ所、居宅介護支援事業所は2ヶ所、訪問介護支援事業所は1ヶ所、包括支援センターは1ヶ所である。学校は小学校が6校、中学校が3校、高校が1校である⁷¹⁾。

久米島町の産業の特色は、農業を基軸とした産業構造が形成されていることである。さとうきびを中心に、肉用牛、野菜(さやいんげん、に

がうり、さといも等)、花き類、葉タバコなどが生産され、経営の複合化が進んでいる。さとうきびを生産している農家は久米島町全体で 952 世帯である (2010)。農業に従事している人口は久米島町全体で 1,243 人であり、その中で、60 歳以上で従事している人数は 717 人であり、農業就業人口の約 58%を占めている (2005)。第一次産業就業者比率は沖縄県全体で 5.87%に対し、久米島では 28.05%である。

その他の特産品として、久米島紬、泡盛、味噌、焼き物などがあげられ、その生産は順調に伸びており、島外にも広く知られるようになってきている。一人当たりの所得は沖縄県全体で 2049 千円に対し、久米島では 2009 千円である。一人当たりの税負担額は沖縄県全体で 98.05 千円に対し、久米島では 74.10 千円である⁷²⁾。自然環境や歴史的・文化的遺産にも恵まれ、多彩な観光資源も有している⁷³⁾。

沖縄は気温の年較差が 12.3 度しかなく、本土とは違って一年を通じて野外での活動を可能にしている。この事は冬の間屋内で静かな生活を強いられる場合が多い本土の生活とは大きく異なることを示している。このような環境下で季節に関係なく、高齢になっても体の動く限りは畑仕事をしたり、ゲートボールやグランドゴルフなどの運動やその他社会活動を行っている。それが日常生活動作能力 (ADL) のレベルや高齢者の就労率向上に寄与しており、生涯現役意識を高くしている。また、久米島の高齢者は単身者や高齢夫婦でも、寂しく静かな生活をしているのではなく、友人同士の交流や別居の子や孫達との交流、そして地域の部会活動などを盛んに行っている。

2) 対象者

本研究の調査対象者は介護を必要としていない、つまり要介護認定を受けておらず、健康的に生活している 65 歳以上の高齢者とし、対象集団は久米島町の社会福祉協議会が主体となって行っている、前記の「ふれあいサロン」に参加している高齢者である。

現在「ふれあいサロン」を実施している部落は 21 であるため、対象集団はその 21 全ての部落の「ふれあいサロン」参加者とした。但し「ふれあいサロン」は実施されていないが健康増進に関心が高く、調査に協力的な部落を追加し、対象集団は 22 の部落とした。

2010 年に行った第 1 回目の調査では、その内の 11 の部落において調査を実施した。調査に協力を得られた対象者は 205 名（男性 47 名、女性 158 名）であった。調査の条件に合致しない対象者（年齢が 65 歳以上でなかった人や、介護を必要とする認知症であった人）を外し、200 名（男性 46 名、女性 154 名）を分析対象者とした。

2011 年に行った第 2 回目の調査では、残りの 11 部落において調査を実施する予定であったが、気象状況（台風）及び部落の都合等により、9 つの部落での調査となった。調査に協力を得られた対象者は 146 名（男性 49 名、女性 97 名）であった。第 1 回目の調査と同じく、調査の条件に合致しない対象者を外し、138 名（男性 47 名、女性 91 名）を分析対象者とした。第 1 回目と第 2 回目の分析対象者を合計した 338 名（男性 93 名、女性 245 名）を最終的な分析対象者とした。

後述するように必要なサンプルサイズを考慮しながら調査計画を立案した。結果として本研究の分析対象者数は統計学的に見て、十分に満たしているものと判断された。

3) 調査時期

予備調査を含めて調査は下記の通り 3 回実施した。

予備調査：2010 年 8 月 30 日から 31 日

調査地域：都内品川区某老人ホーム（対象者 10 名）

本調査（第 1 回）：2010 年 9 月 12 日から 18 日

調査地域（部落）：兼城、西銘、仲泊、真謝、
宇江城（比屋定含む）、比嘉、大原、仲地、
北原、具志川（対象者計 200 名）

本調査（第 2 回）：2011 年 9 月 15 日から 21 日

調査地域（部落）：山里、島尻、嘉手苺、儀間、山城、真我里、
大田、鳥島、銭田（対象者計 138 名）

予備調査

本調査に先立ち、アンケート用紙を用いた聞き取りの予備調査を都内品川区某老人ホームで運営されているデイサービスに通われている要介護認定を受けていない高齢者に対して実施した。アンケート内容の理解度や所要時間の見積もり、聞き取りの順番などを検討するために行った。調査対象者は男性 1 名、女性 9 名、年齢は 67 歳から 97 歳であった。詳細は表 3 に示す通りである。

2. 調査方法及び調査項目

1) 調査方法

調査は大きく分けて 2 つの種類を実施した。一つはアンケート用紙を用いた聞き取り調査であり、今ひとつは計測器を用いた身体計測及び血

圧測定である。聞き取り調査は、アンケート用紙を用いた面接調査で、集合法によって行った。身体測定の内、身長は金属製のメジャーを柱に固定させる形で計測を行った。体重はタニタの体重計を用いて計測を行った。どちらも身体計測の専門家から指導を受け、調査に臨んだ。血圧測定に関しては、看護職の専門家から指導を受け、誤差が少なくなるまで練習を積んだ後に調査に臨んだ。

アンケート調査では、調査対象者に対し一人ずつ調査者が質問項目を読み上げながら、回答して頂くやり方とした。アンケート調査に要した所用時間は、1人当たり15分から20分であった。身体計測及び血圧測定を含む調査時間は、1人当たり約30分であった。

2) 調査項目

アンケート調査の項目は、表4に示した通り、大きく分けて6つの項目に分類される。基本的属性に関する項目、心理社会的因子に関する項目、生活習慣要因に関する項目、従来のWHOの健康に関する項目、スピリチュアリティに関する項目、そしてQOLに関する項目である。

(1) 基本的属性

基本的属性として、性、年齢（生年月日を基に調査年の9月1日現在の年齢に再計算を実施）、家族構成（「単身」「配偶者と2人」「配偶者と子供ら」「子供らのみ」「その他」から選択、但し「その他」を選択された場合は家族構成を口頭により聞き取りを行った）、学歴（「義務教育まで」「高校まで」「大学以上」から選択）、身長（自己申告及び実測によりデータを入手）、体重（自己申告（第2回調査のみ）及び実測によりデータを入手）、BMI（実測した身長と体重の値から計算して算出）、血圧（収縮期及び拡張期を計測）、血圧の薬服用の有無を取り上げた。

(2) 心理社会的因子

心理社会的因子として、配偶者の有無、笑い、世の中や社会への関心、信仰心、経済意識（相対所得）の5項目を設定した。配偶者の有無は基本属性における家族構成から「配偶者と2人」「配偶者と子供ら」及び「その他」を選んだ中に配偶者が含まれていたものを「配偶者あり」、「単身」「子供らのみ」及び「その他」を選んだ中に配偶者が含まれないものを「配偶者なし」として分類した。笑いについては「日ごろ良く笑う方ですか」という問いに対し、「良く笑う」「時々笑う」「あまり笑わない」「ほとんど笑わない」の4択からの選択とした。「良く笑う」を選択した人を笑う群とし、それ以外を選択した人を笑わない群として分類し、分析を行った。世の中や社会への関心は「非常にある」「ややある」「あまりない」「まったくない」の4択からの選択とした。「非常にある」を選択した人を関心が高い群とし、それ以外を選択した人を関心が低い群として分類し、分析を行った。信仰心に関しては3つの設問から求めている。3つの設問とは「神仏の世話はよくしますか」「占いは信じますか」「天国は信じますか」であり、それぞれの問いに対し、「はい」「いいえ」で回答を求め、「はい」を選択した場合を1点、「いいえ」を選択した場合を0点とし、単純加算して合計得点を算出し、信仰得点とした。合計得点の範囲は0から3点までとなり、得点が高いほど信仰心が高いことを意味する。第2回目の本調査においてのみ、宗教の有無についても設問を行った。「宗教はお持ちですか」という問いに対して、「はい」「いいえ」で回答を求め、「はい」を選択した場合さらに、その内容として「仏教」「キリスト教」「その他」のどれに該当するかという回答を求めた。但しこの設問は信仰得点には加算していない。経済意識（相対所得）は「経済的に他の人より恵まれていると思いますか」という問いに対し、

「とても恵まれている」「恵まれている方だと思う」「あまり恵まれていない」「全く恵まれていない」の4件法によって回答を求めた。「とても恵まれている」「恵まれている方だと思う」を選択した人を相対的所得意識が高い群とし、「あまり恵まれていない」「全く恵まれていない」を選択した人を相対的所得意識が低い群として分類し、分析を行った。

(3) 生活習慣要因

①健康習慣：健康習慣に関してはブレスローの7つの健康習慣⁷⁴⁾に準じて項目を設定した。質問は「はい」「いいえ」の2択とし、肯定的な選択肢が選ばれた場合は1点、否定的な選択肢が選ばれた場合は0点とし、単純加算して合計得点を算出した（選択肢の詳細は表9-1の脚注を参照）。合計得点の範囲は0から7点までとなる。得点が高いほど健康習慣が良いことを意味する。7つの健康習慣とは「睡眠」「たばこ」「適正体重」「お酒」「運動」「朝食」「間食」である。

②食生活：食生活に関しては食物摂取頻度に関する項目を設定した。「ごはん」「パン」「魚介類」「肉類」「卵類」「牛乳類」「とうふ類」「野菜類」「海藻類」「果物類」の10食物群に関して、「ほとんど毎日」「週に4~5回」「週に2~3回」「ほとんど食べない」の4件法として回答を求めた。「ごはん」と「野菜類」に関しては「ほとんど毎日」の選択肢を選択した場合を1点とし、それ以外の選択肢を選択した場合は0点として計算した。「パン」「魚介類」「肉類」「卵類」「牛乳類」「とうふ類」「海藻類」「果物類」に関しては「ほとんど毎日」と「週に4~5回」の選択肢が選ばれた場合を1点とし、「週に2~3回」「ほとんど食べない」の選択肢が選択された場合は0点として計算した。食物群は「ごはん」「パン」を炭水化物源、「魚介類」「肉類」「卵類」「牛乳類」「とうふ類」をタンパク質源、「野菜類」「海藻類」「果物類」をビタミン・ミネラル源

として区分し、それぞれの区分ごとに合計得点の平均値と標準偏差を算出し分析を行った。

(4) 従来のWHOの健康

①身体的健康：身体的健康に関しては先行研究⁷⁵⁾を参考にして、「現在治療中の疾病の数」「自覚症状の数」「生活活動能力」の3項目を調査項目として設定した。疾病の数及び自覚症状の数は12個の選択肢の中から該当するものを全て選んでもらう形式とした。生活活動能力は先行研究ではADL及びIADLの指標を用いていたが、本研究では「身の回りのことは自分でできますか」という問いに対して「全てできる」「大体できる」「あまりできない」「できない」の4件法として回答を求めた。

「現在治療中の疾病の数」「自覚症状の数」に関しては該当する個数が1個以下であった場合1点、2個以上あった場合は0点として計算した。

「生活活動能力」に関しては「全てできる」を選択した場合には1点、それ以外の選択肢を選択した場合は0点として計算した。3項目の点数を単純加算して合計得点を算出し分析を行った。合計得点の範囲は0から3点までであり、得点は高いほど身体的健康が良いことを意味する。

②精神的健康：精神的健康に関しては先行研究⁷⁶⁾を参考にして、「主観的健康感」「主観的満足感」「ストレス感」の3項目を調査項目として設定した。「主観的健康感」は、「現在、自分の健康についてどう思っていますか」という問いに対して「とても良い」「まあまあ良い」「あまり良くない」「悪い」の4件法にて回答を求めた。「とても良い」を選択した場合に1点、それ以外の選択肢を選択した場合0点として計算した。

「主観的満足感」に関しては、「今の生活に満足していますか」という問いに対して「非常に満足」「まあまあ満足」「どちらともいえない」「満足していない」の4件法にて回答を求めた。「非常に満足」を選択した

場合に 1 点、それ以外の選択肢を選択した場合 0 点として計算した。「ストレス感」は、「現在ストレスを感じていることがありますか」という問いに対して「よくある」「たまにある」「あまりない」「全くない」の 4 件法にて回答を求めた。「全くない」を選択した場合に 1 点、それ以外の選択肢を選択した場合 0 点として計算した。3 項目の点数を単純加算して合計得点を算出し分析を行った。合計得点の範囲は 0 から 3 点までであり、得点は高いほど精神的健康が良いことを意味する。

③社会的健康：社会的健康に関しても先行研究⁷⁷⁾を参考にして、「外出の頻度」「近所付き合いの程度」「家族や地域における役割」の 3 項目を調査項目として設定した。「外出の頻度」は、「ここ一週間、どの程度外出をしましたか」という問いに対して「ほぼ毎日」「週に 4～5 回」「週 1～2 回」「ほとんどない」の 4 件法にて回答を求めた。「ほぼ毎日」を選択した場合 1 点、それ以外の選択肢を選択した場合 0 点として計算した。

「近所付き合いの程度」は、「ここ一週間、どの程度ご近所つきあいをされましたか」という問いに対して「ほぼ毎日」「週に 4～5 回」「週 1～2 回」「ほとんどない」の 4 件法にて回答を求めた。「ほぼ毎日」を選択した場合 1 点、それ以外の選択肢を選択した場合 0 点として計算した。

「家族や地域における役割」では、「あなたは家族や地域のために何かやっていることはありますか」という問いに対して「たくさんある」「少しある」「あまりない」「ほとんどない」の 4 件法にて回答を求めた。「たくさんある」を選択した場合 1 点、それ以外の選択肢を選択した場合 0 点として計算した。3 項目の点数を単純加算して合計得点を算出し分析を行った。合計得点の範囲は 0 から 3 点までであり、得点は高いほど社会的健康が良いことを意味する。

(5) スピリチュアリティ

スピリチュアリティの測定には信頼性、妥当性が既に検証されている高齢者版スピリチュアリティ健康尺度（以下、S P健康尺度と示す）を用いた⁷⁸⁾。このS P健康尺度は「生きる意味・目的」「自己超越」「他者との調和」「よりどころ」「自然との調和」「死と死にゆくことへの態度」の6つの下位概念から構成されており、各々の下位概念に対して3項目の質問項目がある。よって計18の質問項目で構成される。

全ての質問項目に対して「非常にそう思う」「そう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」「まったくそう思わない」の5件法にて回答を求めた。得点化に際しては「まったくそう思わない」の1点から「非常にそう思う」を5点として単純加算した素点の範囲は18点から90点となる。「非常にそう思う」を1点、それ以外の選択肢を選んだ場合を0点とし、点数を再カテゴリー化した得点の範囲は0点から18点となる。何れも得点が高いほどスピリチュアリティが高いことを意味する。

(6) QOL

QOLの測定には信頼性、妥当性が検証され、概念整理の枠組みに従って理論的な意味づけを与えられている生活満足度尺度 K (Life Satisfaction Index K: 以下LSIKと示す)を用いた⁷⁹⁾。LSIKは主観的幸福感を測定する代表的な主観的QOL尺度の一つである。LSIKは「人生全体についての満足感」「心理的安定」「老いについての評価」の3つの下位概念から構成されている。「人生全体についての満足感」には4つの質問項目、「心理的安定」には3つの質問項目、「老いについての評価」には2つの質問項目があり、計9つの質問項目からなる。質問項目のそれぞれについて、肯定的な選択肢(表11-4の脚注で下線を付した選択肢)が選ばれた場合に1点、その他の選択肢が選ばれた場合には

0点とし、単純加算して合計得点を算出する。合計得点の値の範囲は0から9点までであり、得点が高いほどQOLが高いことを意味する。

3. 分析方法

①統計手法：データがカテゴリ別の場合の検定にはカイ2乗検定を用いた。カテゴリが3以上の場合には必要に応じて残差分析も合わせて行った。各カテゴリの平均スコアを比較する場合には、対応のないt検定により有意差を検定した。比較するカテゴリ間の等分散性により、2群の分散が等しい場合はスチューデントのt検定、2群の分散が等しくない場合は、ウェルチ（Welch）のt検定によって有意差の検定を行った。

カテゴリが3以上での平均スコアの比較には一元配置分散分析を用いた。カテゴリ間に有意な差が見られた場合は、多重比較による検定を行った。多重比較は、各カテゴリの母集団分布により、正規分布だった場合は、テューキー（Tukey）、正規分布でなかった場合は、クラスカル・ウォリスを用いた。スピリチュアリティを群別に分類するために、スピリチュアリティの総合得点において、平均±1/2標準偏差範囲で対象者を区分し、低群、中群、高群の3つの群に分類した。

多変量解析は重回帰分析を用いて行った。変数選択の方法として全変数選択を採用した。但し線形結合している変数は除外して分析を行った。

因子の探索には探索的因子分析を用いて分析を行った。主成分法による因子抽出と、バリマックス回転を用いて行った。固有値が1以上となる条件で因子抽出を行った。信頼性に関しては信頼係数（Chronbachの α 係数）によって検証を行った。

潜在変数を検証する因子分析には、検証的因子分析を用いて分析を行

った。適合度の検定には、カイ 2 乗検定、GFI (goodness of fit index)、AGFI (adjusted goodness of fit index)、CFI (comparative fit index)、RMSEA (root mean square error of approximation) の各指標を用いた。各指標の受容は、カイ 2 乗検定が 0.05 以上、GFI が 0.9 以上、AGFI が 0.9 以上、CFI が 0.9 以上、RMSEA が 0.05 以下を基準とした。識別性を確保するため、従来の WHO の健康においては、各因子 (潜在変数) の分散を 1 に固定した。スピリチュアリティにおいては、識別性を確保するために、因子モデルの拘束条件として、外生的潜在変数「スピリチュアリティ」の分散を 1 に、他の 6 つの下位概念となる潜在変数から観測変数へのパスのうち、それぞれ図上で最も上にあるパスについてパス係数を 1 と設定した。信頼性に関しては信頼係数 (Chronbach の α 係数) によって検証を行った。QOL においては、識別性を確保するため、各因子 (潜在変数) の分散を 1 に固定した。

仮説モデルの検証には共分散構造分析を用いて解析を行った。仮説モデル 1 においては、潜在変数の「QOL」は内生変数になるので、ここから観測変数の「満足」へのパス係数を 1 に固定して、その尺度を規定した。その他の潜在変数「身体的健康」「精神的健康」「社会的健康」「スピリチュアリティ」は全て外生変数となるので、その分散を 1 に固定した。仮説モデル 2 においても、潜在変数「QOL」は内生変数になるので、ここから観測変数の「満足」へのパス係数を 1 に固定して、その尺度を規定した。また潜在変数「身体的健康」「精神的健康」「社会的健康」も内生変数となるので、それぞれ観測変数の「疾病数」「主観的健康観」「役割」へのパス係数 1 に固定した。潜在変数の「スピリチュアリティ」は外生変数となるので、その分散を 1 に固定した。モデルを比較するための指標として、AIC (Akaike Information Criterion) を用いた。この

指標は数値が低い方がモデルとして適合していることを意味する。検証的因子分析および共分散構造分析において、全て推定法は最尤法を用い、標準化パス係数を算出した。有意差の検定にはワルド検定を用いた。

サンプルサイズの推計は、母平均の区間推定の観点からと、各検定（カイニ乗検定、t検定、一元配置分散分析）に見合うカテゴリーサイズの観点から推計を行った。

②統計解析ツール：一般的統計解析（カイ2乗検定、t検定、一元配置分散分析、探索的因子分析、重回帰分析）には、エクセル統計 2008 ver1.24 を用い、検証的因子分析及び共分散構造分析には、SPSS Amos ver18 を用いた。サンプルサイズの推計には R ver2.13.1 の pwr パッケージを用いた。

4. サンプルサイズの推計

分析対象者のサンプルサイズの推計は、上記で示した通り、母平均の区間推定の観点からと、統計的仮説検定における第2種の判断の誤りの観点から行った。

母平均の区間推定においては、第1回目の調査結果からSP健康尺度の標準偏差を4とし、誤差0.5及び信頼度95%で推計した結果、必要サンプルサイズは248となった。

統計的仮説検定における第2種の判断の誤りの観点では、統計手法ごとに分析を行った。カイ2乗検定の場合、必要なサンプルサイズは検定力分析により、クロス集計表の総度数として88名以上必要であることが判明した。対応のないt検定の場合、必要なサンプルサイズは、群（カテゴリー）あたり64名以上、即ち2群合わせて128名以上必要であることが判明した。一元配置分散分析の場合は3群に分けて分析を行う場

合、1 群あたり 53 名以上必要となり、3 群合わせて 159 名以上のサンプルサイズが必要であることが判明した。また共分散構造分析においては 200 名以上が最低必要と言われている⁸⁰⁾。以上の分析結果を調査計画の立案に役立てた。

5. 倫理的配慮

本研究に際して文書にて久米島町社協へ面接調査の趣旨、意義、目的及び内容を説明し、承諾を得た。久米島社協から各部落の区長並びにふれあいサロンのリーダーに対し、研究の目的を説明頂き了解を得た。調査対象者個人に対しても、久米島町社協の方から事前に研究目的を説明して頂き、承諾を得た方のみに対し調査を実施した。

対象者自身に対しては、口頭で面接の目的と内容を説明し、調査用紙に署名を頂く事です承の意思を確認した。調査用紙で得られた内容はこの研究以外では用いないこと、匿名性の厳守や協力者のプライバシーに配慮することを約束し、調査への回答を持って研究協力の承諾が得られたものとした。なお本研究は、女子栄養大学医学倫理審査委員会の承認番号第 107 号を受けて実施している。

Ⅲ. 研究の結果

1. 対象者の属性

分析対象者 338 名の属性を表 5 に示す。男性が 93 名 (27.5%)、女性が 245 名 (72.5%) であった。年齢区分別では前期高齢者が 127 名 (37.6%)、後期高齢者が 211 名 (62.4%) であり、平均年齢は 77.2 ± 6.4 歳 (65～

94歳)であった。家族構成は配偶者と2人暮らしが116名(34.3%)と最も多く、次いで配偶者と子供らとが102名(30.2%)、一人暮らしが52名(15.4%)であった。最終学歴は義務教育までが最も多く257名(76.0%)、高校までが68名(20.1%)であり、大学以上はわずか13名(3.8%)であった。

身長は自己申告と実測によって求めた結果、自己申告(有効者数280名)では 149.4 ± 8.1 (120.0~175.0) cmであったのに対し、実測(有効者数334名)では 148.3 ± 7.9 (129.5~174.0) cmと自己申告値の方が高くなる傾向が伺えた。体重は第1回、第2回調査において実測を行い、第2回調査においてのみ、自己申告値を求めた。自己申告(有効者数124名)では 53.9 ± 8.7 (32.0~78.0) kgという結果となり、実測(有効者数333名)では、 54.0 ± 9.2 (31.5~83.6) kgという計測結果となった。実測による身長と体重から計算したBMI(有効者数333名)は 24.5 ± 3.4 (15.3~35.7) kg/m²であった。血圧は収縮期血圧(有効者数334名)が 144.9 ± 20.3 (87~216) mmHg、拡張期血圧(有効者数334名)が 77.8 ± 11.2 (42~115) mmHgであったが、概ねWHOの定める高齢者の正常血圧から境界域高血圧内⁸¹⁾であることが伺えた。但し血圧の薬を服用している人が206名(60.9%)と半数以上いた。

2. 地域別参加率

地域別の65歳以上人口に対する対象者の割合を地域別参加率として、表6-1(2010年)及び表6-2(2011年)に示す。2010年に行った第1回目の調査では11の部落で調査を行った。但し宇江城と比屋定は隣接している地域であるため一緒に調査を行っている。地域別で見ると約15%~40%となり、総計200名では21.6%となった。

2011年に行った第2回目の調査では9の部落で調査を行った。地域別で見ると、約9%~42%となり、総計138名では18.2%であった。第1回、第2回調査の総合計338名では20.1%となり、これは本調査地域に在住している65歳以上人口の約5人に1人が対象者となったことを意味している。

3. 性別年齢区分別の実態

1) 基本的属性

性別年齢区分別における基本的属性の結果を表7に示す。年齢を性別でみると男性が75.6±6.2歳に対し、女性が77.8±6.4歳と有意に女性の方が高い結果であった($p<0.01$)。

学歴に関しては「義務教育まで」と、高校までと大学以上を合わせた「義務教育以上」の2群に分けて分析を行った。性別では男性が「義務教育まで」が61名(66%)、「義務教育以上」が32名(34%)に対し、女性は「義務教育まで」が196名(80%)、「義務教育以上」が49名(20%)となり、男性の方が女性に比べ高学歴であった($p<0.01$)。年齢区分別では前期高齢者において「義務教育まで」が78名(61%)、「義務教育以上」が49名(39%)に対し、後期高齢者においては「義務教育まで」が179名(85%)、「義務教育以上」が32名(15%)と、前期高齢者の方が、有意に学齢が高かった($p<0.01$)。

身長(cm)に関しては自己申告値と実測値の2つのデータから分析を行った。有効データ数は自己申告が280人、実測が334人である。まず自己申告値を性別で見ると男性が158.3±5.9に対し、女性は145.8±5.9と当然ながら、男性の方が有意に高身長である結果となった($p<0.01$)。

年齢区分別では前期高齢者が 151.7 ± 7.9 に対し、後期高齢者は 147.7 ± 7.8 と前期高齢者の方が有意に高身長であった ($p < 0.01$)。

次に実測値を性別で見ると、男性が 157.4 ± 6.1 に対し、女性は 144.8 ± 5.3 と同じく男性の方が、有意に高身長である結果となった ($p < 0.01$)。年齢区分別では前期高齢者が 150.7 ± 8.2 に対し、後期高齢者は 146.8 ± 7.3 とこちらも同じく前期高齢者の方が、有意に高身長であった ($p < 0.01$)。

自己申告値と実測値を性別及び年齢区分別で比較してみるために対応のある 2 群の差の検定を行った結果、男性 ($n=79$)、女性 ($n=200$) ともに自己申告値の方が有意に高くなる傾向があった。男性 ($p < 0.05$)、女性 ($p < 0.01$)。年齢区分別で見ても、前期高齢者 ($n=118$)、後期高齢者 ($n=161$) ともに自己申告値の方が有意に高くなる傾向があった。前期高齢者 ($p < 0.05$)、後期高齢者 ($p < 0.01$)。因みに全体で見ても、自己申告値の方が有意に高くなる結果となった ($p < 0.01$)。

体重 (kg) に関しても自己申告値 (第 2 回調査のみ実施) と実測値の 2 つのデータで分析を行った。有効データ数は自己申告 124 人、実測 333 人である。自己申告値を性別で見ると、男性が 59.7 ± 7.5 に対し、女性は 50.8 ± 7.7 となり、男性の方が有意に重い結果となった ($p < 0.01$)。年齢区分別で見ると、前期高齢者が 55.4 ± 8.6 に対し、後期高齢者は 52.5 ± 8.6 となり、前期高齢者の方が有意に重い結果となった ($p < 0.05$)。

次に実測値を性別で見ると、男性は 59.9 ± 8.9 に対し、女性は 51.8 ± 8.3 となり、男性の方が有意に重い結果となった ($p < 0.01$)。年齢区分別では、前期高齢者が 56.2 ± 9.1 に対し、後期高齢者は 52.7 ± 8.9 となり、前期高齢者が有意に重い結果となった ($p < 0.01$)。

身長と同じく体重でも自己申告値と実測値を性別及び年齢区分別で比較してみるために、対応のある 2 群の差の検定を行ったところ、性別

では男性のみ、実測値の方が有意に重くなる結果となった($p<0.01$)。年齢区分別では後期高齢者のみ、実測値の方が有意に重くなる結果となった($p<0.05$)。因みに全体でも実測値の方が有意に重くなる結果となった($p<0.05$)。

BMI (kg/m^2) に関しては実測による身長と体重から算出した結果のみを用いた。平均値と肥満の判定基準に沿った分類⁸²⁾の2つで分析を行った。性別では男性が 24.1 ± 3.0 に対し、女性は 24.7 ± 3.5 となり、有意な違いは見られなかった。これを肥満の判定基準に沿った分類で見ると、やせの分類となる BMI 18.5 未満には、男性は僅か 3 名 (3%)、女性も 7 名 (3%) であった。普通の分類となる BMI 18.5 以上 25 未満には男性 49 名 (54%)、女性 131 名 (54%) と約半数がこの分類に属する結果となった。肥満の分類となる BMI 25 以上には男性 39 名 (43%)、女性 104 名 (43%) とこちらも約半数が属する結果となった。性別には有意な差は見られなかった。

次に年齢区分別では前期高齢者が 24.7 ± 3.0 に対し、後期高齢者は 24.4 ± 3.6 となり、有意な差は見られなかった。肥満の判定基準に沿った分類では、やせの分類には前期高齢者は僅か 2 名 (2%)、後期高齢者でも 8 名 (4%) であった。普通の分類には前期高齢者は 63 名 (50%)、後期高齢者は 117 名 (57%) であった。肥満の分類には前期高齢者は 61 名 (48%)、後期高齢者は 82 名 (40%) という結果であった。年齢区分別には有意な差は見られなかった。

血圧 (mmHg) に関しては、収縮期血圧と拡張期血圧の2つの測定結果から分析を行った。収縮期血圧を性別で見ると、男性が 144.0 ± 20.4 に対し、女性は 145.2 ± 20.2 となり、統計的に有意な差は見られなかった。年齢区分別では前期高齢者が 143.9 ± 19.2 に対し、後期高齢者は

145.5±20.9 となり同じく有意な差は見られなかった。

次に拡張期血圧を性別でみると、男性が 77.3±11.4 に対し、女性は 77.9±11.2 となり、有意な差は見られなかった。年齢区分別では前期高齢者が 80.8±10.6 に対し、後期高齢者は 75.9±11.2 と、前期高齢者の方が有意に高い結果となった($p<0.01$)。

血圧の薬の服用に関しては、男性は 53 名 (57%) に対し、女性は 153 名 (62%) が服用していたが、有意な差は見られなかった。年齢区分別では、前期高齢者は 68 名 (54%) に対し後期高齢者は 138 名 (65%) が服用しており有意な差が見られた($p<0.05$)。このことより前期高齢者の方が、拡張期血圧が高かったのは、薬を服用している割合が少なかったことが、影響していることが考えられる。

2) 心理社会的因子

性別年齢区分別に見た心理社会的因子の結果を表 8 に示す。家族構成を配偶者の有無で分類した結果、男性は「配偶者あり」が 76 名 (82%) に対し、女性では 143 名 (58%) となり、男性の方が有意に配偶者ありの割合が高い結果となった($p<0.01$)。年齢区分別では、前期高齢者で「配偶者あり」は 100 名 (79%) に対し、後期高齢者では 119 名 (56%) となり、前期高齢者の方が有意に配偶者ありの割合が高い結果となった($p<0.01$)。

笑いに関しては、男性で「笑う」というのが 50 名 (54%) に対し、女性は 185 名 (76%) となり、女性の方が有意に笑う割合が高い結果となった($p<0.01$)。年齢区分別では、前期高齢者は「笑う」というのが 77 名 (61%) に対し、後期高齢者では 158 名 (75%) となり、後期高齢者の方が有意に笑う割合が高い結果となった($p<0.01$)。

世の中や社会への関心については、男性は「関心あり」というのが 63 名（68%）に対し、女性では 127 名（52%）となり、男性の方が有意に関心ありの割合が高い結果となった。年齢区分別では有意な差は見られなかった。

信仰心については 3 項目（神仏の世話、占い、天国）及びその 3 項目から算出した信仰得点と宗教の有無について分析を行った。神仏の世話に関しては、「する」と回答したのは男性で 69 名（74%）に対し、女性は 239 名（98%）と女性の方が高い割合を示し、有意な差が見られた ($p<0.01$)。年齢区分別では、前期高齢者では 108 名（85%）、後期高齢者では 200 名（95%）と後期高齢者の方が有意に高い結果となった ($p<0.01$)。

占いに関しては、「信じる」と回答したのは男性で 18 名（19%）に対し、女性では 88 名（36%）となり、女性の方が有意に高い結果となった ($p<0.01$)。年齢区分別では前期高齢者が 48 名（38%）に対し、後期高齢者は 58 名（27%）と前期高齢者の方が有意に高い結果となった ($p<0.05$)。

天国に関して「信じる」と回答したのは男性で 44 名（47%）に対し、女性は 169 名（69%）と女性の方が有意に高い結果となった ($p<0.01$)。しかし年齢区分別では有意な差は見られなかった。

上記 3 項目から算出した信仰得点においては、男性が 1.4 ± 0.9 に対し、女性は 2.0 ± 0.7 となり女性の方が有意に高い結果となった。年齢区分別では前期高齢者が 1.9 ± 0.9 に対し、後期高齢者は 1.9 ± 0.8 となり有意な差は見られなかった。

宗教の有無に関しては、第 2 回調査においてのみの、有効データ数 138 人における集計であるが、男性で 2 名（4%）、女性で 9 名（10%）、年齢区分別では前期高齢者で 5 名（8%）、後期高齢者で 6 名（8%）、全体と

して 11 名（8%）の方が何かしらの宗教を持っている事が分かった。

3) 生活習慣要因

(1) 健康習慣

ブレスローの健康習慣得点で見た性別年齢区分別の結果を表 9 に示す。男性、女性ともに健康習慣得点が 2 点以下の人はいなかった。男性は 3 点が 3 名（3%）、4 点が 8 名（9%）、5 点が 16 名（17%）、6 点が 31 名（33%）そして満点の 7 点が 35 名（38%）と最も高い割合であった。平均値は 5.9 ± 1.1 であった。これに対し女性は 3 点が 3 名（1%）、4 点が 8 名（3%）、5 点が 40 名（16%）、6 点が 97 名（40%）そして満点の 7 点も 97 名（40%）と男性と同じく高い割合であった。平均値は 6.1 ± 0.9 であった。女性の方がやや高い傾向にあったが、統計的には、比率、平均値ともに、有意な差は見られなかった。年齢区分別では前期高齢者が平均値は 6.1 ± 1.0 に対し、後期高齢者は 6.1 ± 0.9 となり、有意な差は見られなかった。全体でも平均値は 6.1 ± 0.9 となり、健康習慣得点はかなり高い傾向が見られた。

(2) 食生活

①炭水化物源の食物摂取状況：性別年齢区分別における炭水化物源に関わる食物摂取頻度の結果を表 10-1 に示す。「ごはん」に関しては、性年齢を問わず殆ど全ての人が毎日食べていた。因みに「ほとんど毎日」を選択したのは男性で 89 名（96%）、女性は 234 名（96%）、前期高齢者では 122 名（96%）、後期高齢者で 201 名（95%）であった。

「ごはん」と「パン」の摂取頻度に対する回答から算出した炭水化物得点で見ると、男性は 1.2 ± 0.5 に対し、女性は 1.3 ± 0.5 となり、統計的に有意な差は見られなかった。年齢区分別でも前期高齢者 $1.3 \pm$

0.5 に対し、後期高齢者 1.3 ± 0.5 となり、性別年齢区分別ともに有意な差は見られなかった。

②タンパク質源の食物摂取状況：タンパク質源に関わる食物摂取頻度の結果を表 10-2 に示す。「魚介類」「肉類」「卵類」「牛乳類」「豆腐類」の摂取頻度に対する回答から算出した、タンパク質得点の平均値を、性別年齢区分別で見ると、男性 2.2 ± 1.3 に対し、女性 2.2 ± 1.3 となり、有意な差は見られなかった。但し「卵類」では男性が ($p < 0.01$)、「牛乳類」では女性が ($p < 0.05$)、多く摂取する傾向にあった。年齢区分別では、前期高齢者 2.3 ± 1.3 、後期高齢者 2.1 ± 1.3 となり、こちらも有意な差は見られなかった。

③ビタミン・ミネラル源の食物摂取状況：ビタミン・ミネラル源に関わる食物摂取頻度の結果を表 10-3 に示す。「野菜類」「海藻類」「果物類」の摂取頻度に対する回答から算出した、ビタミン・ミネラル得点の平均値を、性別年齢区分別で見ると、男性 1.5 ± 0.8 に対し、女性 1.8 ± 0.9 となり、女性の方が有意に高い結果となった ($p < 0.01$)。これは「果物類」において女性の方が摂取する割合が高いためと思われる ($p < 0.01$)。年齢区分別では、前期高齢者 1.7 ± 0.9 に対し、後期高齢者 1.7 ± 0.9 となり、こちらは有意な差は見られなかった。

4) 従来のWHOの健康

(1) 健康の探索 (探索的因子分析)

従来のWHOの健康 (身体的健康、精神的健康、社会的健康) に関する因子構造を調べるために、先行研究を基に採用した 9 つの観測変数を対象に、探索的因子分析を行った結果を表 11 に示す。探索的因子分析は主成分法による因子抽出と、バリマックス回転を用いて行った。固有

値が 1 以上となる条件で因子抽出を行ったところ 3 因子が抽出され、累積寄与率は 47.84%であった。これらの 3 因子について、因子負荷量に基づいて、関与する観測変数との関係からその意味を判断した。第 1 因子は、「主観的満足感」「生活満足度」「ストレス感」で構成されるため、精神的健康因子と判断した。因子寄与は 1.638 であり、因子寄与率は 18.20%であった。第 2 因子は、「外出頻度」「近所付き合い」「家族・地域への貢献」で構成されるため、社会的健康因子と判断した。因子寄与は 1.452 であり、因子寄与率は 16.13%であった。第 3 因子は、「治療中疾病数」「自覚症状数」「日常生活活動」で構成されるため、身体的健康因子と判断した。因子寄与は 1.216 であり、因子寄与率は 13.51%であった。第 3 因子までの因子寄与は 4.305 であった。各因子の信頼係数は、第 1 因子で 0.551、第 2 因子で 0.451、そして第 3 因子で 0.241 であった。全体での信頼係数は 0.501 であった。

以上の結果より、本研究で用いた 9 つの観測変数は、それぞれ 3 項目ずつに、身体的健康因子、精神的健康因子、社会的健康因子に明確に 3 区分され、WHO が規定している、身体的健康、精神的健康、社会的健康の 3 因子に該当することが確認された。

(2) 身体的健康

性別年齢区分別における身体的健康の結果を表 12-1 に示す。「疾病の数」「自覚症状の数」「生活活動能力」の 3 項目から算出した身体的健康得点を性別で見ると、男性 2.2 ± 0.7 に対し、女性 1.9 ± 0.8 となり、男性の方が有意に高い結果となった ($p < 0.05$)。年齢区分別では、前期高齢者 2.3 ± 0.7 に対し、後期高齢者 1.9 ± 0.8 となり、前期高齢者の方が有意に高い結果となった ($p < 0.01$)。

(3) 精神的健康

性別年齢区分別における精神的健康の結果を表 12-2 に示す。「主観的健康感」「生活満足度」「ストレス度」の 3 項目から算出した精神的健康得点を性別で見ると、男性 1.0 ± 1.0 に対し、女性 0.9 ± 1.0 とほぼ同等の結果となり、有意な差は見られなかった。年齢区分別では、前期高齢者 0.8 ± 0.9 に対し、後期高齢者 1.0 ± 1.0 となり、こちらも有意な差は見られなかった。

(4) 社会的健康

性別年齢区分別における社会的健康の結果を表 12-3 に示す。「外出の回数」「近所付き合い」「役割」の 3 項目から算出した社会的健康得点を性別で見ると、男性 1.8 ± 1.0 に対し、女性 1.5 ± 1.0 となり、男性の方が有意に高い結果となった ($p < 0.05$)。年齢区分別では、前期高齢者 1.7 ± 1.1 に対し、後期高齢者 1.5 ± 1.0 となり、こちらは有意な差は見られなかった。

5) スピリチュアリティ

(1) 6 つの下位概念

スピリチュアリティ (SP 健康尺度) は 6 つの下位概念から構成されているため、ここでは 6 つの下位概念別の得点による結果と、総合得点による結果を示す (表では下位概念は中項目として表示)。6 つの下位概念は、全て 3 項目の設問で構成されている (表では設問は小項目として表示)。

① 「生きる意味」: 1 つ目の下位概念である「生きる意味」に関して、性別年齢区分別の結果を表 13-1 に示す。3 つの設問の合計得点から算出した「生きる意味」得点を性別で見ると、男性 1.6 ± 1.1 、女性 $1.5 \pm$

1.0、年齢区分別では、前期高齢者 1.5 ± 1.1 、後期高齢者 1.6 ± 1.0 となり、性別年齢区分別ともに有意な差は見られなかった。

②「自己超越」：2つ目の下位概念である「自己超越」に関して、性別年齢区分別の結果を表 13-2 に示す。3つの設問の合計得点から算出した「自己超越」得点を性別で見ると、男性 1.7 ± 1.0 に対し、女性 1.9 ± 0.9 となり、女性の方が有意に高い結果となった ($p < 0.05$)。年齢区分別では、前期高齢者 1.7 ± 1.0 に対し、後期高齢者 2.0 ± 0.9 となり、こちらは後期高齢者の方が有意に高くなる結果となった ($p < 0.01$)。

③「他者との調和」：3つ目の下位概念である「他者との調和」に関して、性別年齢区分別の結果を表 13-3 に示す。3つの設問の合計得点から算出した「他者との調和」得点を性別で見ると、男性 1.4 ± 1.1 、女性 1.5 ± 1.0 、年齢区分別では、前期高齢者 1.4 ± 1.1 、後期高齢者 1.6 ± 1.0 となり、性別年齢区分別ともに有意な差は見られなかった。

④「よりどころ」：4つ目の下位概念である「よりどころ」に関して、性別年齢区分別の結果を表 13-4 に示す。3つの設問の合計得点から算出した「よりどころ」得点を性別で見ると、男性 2.2 ± 1.0 、女性は 2.4 ± 0.9 、年齢区分別では、前期高齢者 2.3 ± 0.9 、後期高齢者 2.4 ± 0.9 となり、性別年齢区分別ともに有意な差は見られなかった。

⑤「自然との調和」：5つ目の下位概念である「自然との調和」に関して、性別年齢区分別の結果を表 13-5 に示す。3つの設問の合計得点から算出した「自然との調和」得点を性別で見ると、男性 1.6 ± 1.1 、女性 1.8 ± 1.0 、年齢区分別では、前期高齢者 1.8 ± 1.0 、後期高齢者 1.7 ± 1.0 となり、性別年齢区分別ともに有意な差は見られなかった。

⑥「死と死にゆくことへの態度」：6つ目の下位概念である「死と死にゆくことへの態度」に関して、性別年齢区分別の結果を表 13-6 に示す。

3つの設問の合計得点から算出した「死と死にゆくことへの態度」得点を性別で見ると、男性 1.6 ± 0.9 に対し、女性 1.6 ± 0.9 となり、有意な差は見られなかった。年齢区分別では、前期高齢者 1.3 ± 0.9 に対し、後期高齢者 1.8 ± 0.8 となり、こちらは後期高齢者の方が有意に高い結果となった ($p < 0.01$)。

⑦「総合得点」: 6つの下位概念の総合得点の結果を表 13-7 に示す。性別では、男性 10.1 ± 4.5 に対し、女性 10.8 ± 3.7 となり、有意な差は見られなかった。年齢区分別では、前期高齢者 10.0 ± 3.8 に対して、後期高齢者 11.0 ± 4.0 となり、後期高齢者の方が有意に高い結果となった ($p < 0.05$)。

(2) 先行研究との比較

本研究における S P 健康尺度得点を、先行研究⁸³⁾と比較した結果を表 14 に示す。性別において、先行研究では男性 (326 人) 67.5 ± 6.3 に対し、本研究 (93 人) では 75.1 ± 7.8 となり、有意に高い結果となった ($p < 0.01$)。女性では、先行研究 (206 人) の 69.8 ± 7.4 に対し、本研究 (245 人) では 76.2 ± 7.0 となり、こちらも有意に高い結果となった。全体でも先行研究 (532 人) 68.4 ± 6.8 に対し、本研究 (338 人) では 75.9 ± 7.2 となり、有意に高い結果となった。因みに年齢区分別では、先行研究における前期高齢者、後期高齢者別での対象者の人数が不明なため、統計的な検定はできないが、前期高齢者では、先行研究では 67.7 ± 6.9 に対し、本研究 (127 人) では 74.9 ± 7.0 となり、先行研究に比べて高い傾向が見られた。後期高齢者でも、先行研究では 69.4 ± 6.9 に対して、本研究 (211 人) では 76.5 ± 7.3 となり、先行研究に比べて高い傾向が見られた。

以上の結果より本研究の対象者は全体的に見ても、性別年齢区分別に

見てもスピリチュアリティが高いことが考えられる。この理由については第2章の質的研究において考察する。

6) QOL

本研究で用いた QOL を測定する尺度 LSIK (Life Satisfaction Index K) は 3 つの下位概念から構成されている。ここでは 3 つの下位概念別の結果と総合得点による結果を示す (表では下位概念は中項目として表示)。

①「人生全体についての満足感」: 1 つ目の下位概念である「人生全体についての満足感」に関して、性別年齢別区分の結果を表 15-1 に示す。この下位概念は 4 つの設問 (表では小項目として表示) から構成されている。その 4 つの設問の合計得点から算出した「人生満足度感」得点をみると、男女とも 2.2 ± 1.2 となり、有意な差は見られなかった。年齢区分別では、前期高齢者 1.9 ± 1.1 に対し、後期高齢者 2.4 ± 1.2 となり、こちらは後期高齢者で高い得点となる結果となり、有意な差が見られた ($p < 0.01$)。

②「心理的安定」: 2 つ目の下位概念である「心理的安定」に関する結果を表 15-2 に示す。この下位概念は 3 つの設問から構成されている。その 3 つの設問の合計得点から算出した「心理的安定」得点でみると、男性 1.4 ± 1.0 に対し、女性 1.2 ± 1.0 となり、前期高齢者 1.3 ± 1.0 に対し、後期高齢者 1.2 ± 1.0 となった。性別年齢区分別ともに有意な差は見られなかった。

③「老いについての評価」: 3 つ目の下位概念である「老いについての評価」に関する結果を表 15-3 に示す。この下位概念は 2 つの設問から構成されている。その 2 つの設問の合計得点から算出した「老いの評価」

得点でみると、男性 1.1 ± 0.7 に対し、女性 1.0 ± 0.8 となり、有意な差は見られなかった。年齢区分別では、前期高齢者 1.3 ± 0.7 に対し、後期高齢者 0.9 ± 0.7 となり、前期高齢者の方が高い結果となり、有意な差が見られた ($p < 0.01$)。

④「総合得点」：上記 3 つの下位概念を総合した結果を表 15-4 に示す。「総合得点」でみると、男性 4.7 ± 1.9 に対し、女性 4.4 ± 2.1 となり、有意な差は見られなかった。前期高齢者 4.4 ± 2.0 に対し、後期高齢者 4.5 ± 2.1 となり、こちらも有意な差は見られなかった。

因みに「人生の満足度」では年齢が高くなるほど、満足感が高まるのに対し、「老いについての評価」では逆に年齢が高くなるほど、評価が低くなった。そのことが総合得点において、年齢による差が出なかったことに関わっていると思われる。

4. スピリチュアリティと各要因との関連（分散分析）

1) 基本的属性との関連

スピリチュアリティ分類と基本的属性との関連を表 16-1 に示す。基本的属性として用いた変数は、性別、年齢区分、学歴、BMI、血圧、血圧薬服用の有無であり、性別年齢区分別の実態のところでは分析した（表 7）ものと同じものを用いている。この中で群間差に有意差が見られたのは、性別 ($p < 0.05$) のみであり、他の変数においては有意な差は見られなかった。性別においてさらに残差分析を行った結果、スピリチュアリティ低群で全体に比べ、男性の割合が有意に高く ($p < 0.05$)、スピリチュアリティ中群で全体に比べ、女性の割合が有意に高い ($p < 0.05$) という結果となった。つまり女性の方が、スピリチュアリティが高くなることを

意味する。

2) 心理社会的因子との関連

スピリチュアリティ分類と心理社会的因子との関連を表 16-2 に示す。心理社会的因子として用いた変数は、配偶者の有無、笑い、世の中や社会への関心、信仰心、経済意識であり、性別年齢区分別の実態のところ
で分析した (表 8) ものと同じものを用いている。

この中で群間差に有意差が見られたのは、笑い ($p<0.01$)、世の中や社会への関心 ($p<0.01$)、信仰心の中の「占い」 ($p<0.01$)、「天国」 ($p<0.01$) 及び信仰得点 ($p<0.01$) であった。笑いに関して残差分析を行った結果、スピリチュアリティ低群で全体に比べ、笑わない人の割合が有意に高く ($p<0.01$)、スピリチュアリティ高群では全体に比べ、笑う人の割合が有意に高い結果となった ($p<0.01$)。

世の中や社会への関心では、スピリチュアリティ低群で全体に比べ、関心なしの割合が有意に高く ($p<0.01$)、スピリチュアリティ高群では全体に比べ、関心ありの割合が有意に高い結果となった ($p<0.01$)。

占いに関しては、スピリチュアリティ低群で全体に比べ、信じない人の割合が有意に高く ($p<0.05$)、スピリチュアリティ中群で全体に比べ、信じる人の割合が有意に高い結果となった ($p<0.01$)。

天国に関しては、スピリチュアリティ低群で全体に比べ、信じない人の割合が有意に高く ($p<0.01$)、スピリチュアリティ高群では全体に比べ、信じる人の割合が有意に高い結果となった ($p<0.01$)。

信仰得点に関して多重比較による検定を行った結果、スピリチュアリティ低群の信仰得点に対し、中群の得点が有意に高く ($p<0.01$)、また低群の得点に対し、高群の得点も有意に高い結果となった ($p<0.01$)。

以上の結果より、スピリチュアリティが高い人は、よく笑い、世の中や社会への関心が高く、占いや天国を信じるような信仰心の強さが特徴と言える。但し笑いや世の中や社会への関心及び信仰心とスピリチュアリティとの因果関係はこの結果からのみでは判別は難しい。

3) 生活習慣要因との関連

スピリチュアリティ分類と生活習慣要因との関連を表 16-3 に示す。生活習慣として用いた変数は健康習慣と食生活である。健康習慣は健康習慣得点により、食生活は炭水化物得点、タンパク質得点及びビタミン・ミネラル得点によって分析を行った。性別年齢区分別の実態のところで分析した（表 9、表 10-1、表 10-2、表 10-3）ものと同じものを用いている。この中で群間差に有意な差が見られたものは食生活の中のビタミン・ミネラル得点のみであった ($p<0.05$)。ビタミン・ミネラル得点において多重比較による検定を行った結果、スピリチュアリティ低群の得点に対し、高群の得点が有意に高い結果となった ($p<0.05$)。スピリチュアリティと生活習慣との関連はあまり強くはなさそうであり、ビタミン・ミネラルとの因果関係はこの結果からのみでは判断は難しい。

4) 各要因との関連（重回帰分析）

スピリチュアリティと各要因（基本的属性、心理社会的因子）との関連を重回帰分析において求めた結果を表 17-1-1 に示す。生活習慣要因は原因というより結果と捉えた方が妥当と考え、重回帰分析の要因からは外している。

スピリチュアリティを目的変数にした場合に有意に影響のあった説明変数は、基本的属性の中では「学歴」であった ($p<0.01$)。そしてこ

れは負の相関であった。つまり学歴が高い人ほどスピリチュアリティが低くなる事を意味している。性別と年齢は、それぞれ正の相関になっていた。これは男性より女性、年齢が高い人ほどスピリチュアリティが高くなる傾向を示している。

心理社会的因子の中では、「笑い」($p<0.01$)と「世の中や社会への関心」($p<0.01$)であった。そしてこれはどちらも正の相関を示していた。つまり良く笑い、世の中や社会への関心が高い人ほどスピリチュアリティが高いことを意味する。そしてこれは、性年齢など他の要因の影響を取り除いても、「笑い」と「世の中や社会への関心」はスピリチュアリティに影響を与えていることを示すものである。

この分析の重相関係数は 0.401、決定係数は 0.161 であった。これは目的変数であるスピリチュアリティに対し、説明変数が約 16%寄与していることを意味している。またこの重回帰分析の分散分析表を表 17-1-2 に示す。回帰変動の F 値が有意($p<0.01$)であったことから、分析に用いた説明変数で目的変数が説明できることが示された。

5. 従来のWHOの健康と各要因との関連（重回帰分析）

従来のWHOの健康（身体的健康、精神的健康、社会的健康）と各要因（基本的属性、心理社会的因子）との関連について、重回帰分析を用いて解析を行った。ここでもスピリチュアリティと同様、生活習慣要因は説明変数から除外している。

1) 身体的健康と各要因

身体的健康を目的変数にした場合の結果を表 18-1-1 に示す。統計的に有意な説明変数は、基本的属性の中では「年齢」であった($p<0.01$)。

そしてこれは負の相関であった。つまり年齢が高い人ほど、身体的健康は低くなる事を意味している。性別に関しては、負の相関を示していた。これは女性より男性の方が、身体的健康が高い傾向を示すものである。

心理社会的因子の中では「笑い」($p<0.01$)であった。これは正の相関を示すことより、良く笑う人ほど身体的健康が高いことを意味する。

この分析の重相関係数は 0.312、決定係数は 0.098 であった。これは目的変数である身体的健康に対し、説明変数が約 10%寄与していることを意味している。またこの重回帰分析の分散分析表を表 18-1-2 に示す。回帰変動の F 値が有意($p<0.01$)であったことから、分析に用いた説明変数で目的変数が説明できることが示された。

2) 精神的健康と各要因

精神的健康を目的変数にした場合の結果を表 18-2-1 に示す。統計的に有意であった説明変数は、基本的属性の中では「学歴」であった($p<0.01$)。これは負の相関を示しており、学齢が高い人ほど精神的健康が低くなることを意味している。性別に関しては負の相関を、年齢に関しては正の相関を示していた。これは女性より男性、年齢が高い人ほど精神的健康が高い傾向を示している。

心理社会的因子の中では「笑い」($p<0.01$)、「相対所得」($p<0.01$)であった。どちらも正の相関を示しており、良く笑い、人より恵まれていると思っている人ほど、精神的健康が高いことを意味している。

この分析の重相関係数は 0.363、決定係数は 0.132 であった。これは目的変数である精神的健康に対し、説明変数が約 13%寄与していることを意味している。またこの重回帰分析の分散分析表を表 18-2-2 に示す。回帰変動の F 値が有意($p<0.01$)であったことから、分析に用いた説

明変数で目的変数が説明できることが示された。

3) 社会的健康と各要因

社会的健康を目的変数にした場合の結果を表 18-3-1 に示す。統計的に有意であった説明変数は、基本的属性の中では「性別」($p<0.01$)、「年齢」($p<0.05$)であった。そしてこれはどちらも負の相関を示していた。これは女性より男性、年齢が低い人ほど社会的健康が高いことを示している。

心理社会的因子の中では、「笑い」($p<0.01$)、「世の中や社会への関心」($p<0.05$)であった。これはどちらも正の相関を示しており、良く笑い、世の中や社会への関心が高い人ほど、社会的健康が高いことを意味する。

この分析の重相関係数は 0.400、決定係数は 0.160 であった。これは目的変数である社会的健康に対し、説明変数が約 16%寄与していることを意味している。またこの重回帰分析の分散分析表を表 18-3-2 に示す。回帰変動の F 値が有意($p<0.01$)であったことから、分析に用いた説明変数で目的変数が説明できることが示された。

6. QOL と各要因との関連 (重回帰分析)

QOL を目的変数にした場合の結果を表 19-1-1 に示す。統計的に有意であった説明変数は、基本的属性の中の「学歴」であった($p<0.01$)。そしてこれは負の相関を示しており、学歴が高い人ほど、QOL が低くなることを意味している。性別は負の相関を、年齢は正の相関を示していた。これは女性より男性、年齢が高い人ほど QOL が高くなる傾向を示すものである。

心理社会的因子の中では「笑い」($p<0.01$)、「相対所得」($p<0.01$)であ

った。これはどちらも正の相関を示しており、良く笑い、人より恵まれていると思っている人が、QOLが高いことを意味している。

この分析の重相関係数は 0.407、決定係数は 0.166 であった。これは目的変数である QOL に対し、説明変数が約 17% 寄与していることを意味している。またこの重回帰分析の分散分析表を表 19-1-2 に示す。回帰変動の F 値が有意 ($p < 0.01$) であったことから、分析に用いた説明変数で目的変数が説明できることが示された。

7. 潜在変数の確認 (検証的因子分析)

1) 従来のWHOの健康

本研究の探索的因子分析の結果に基づいて構成した、従来のWHOの健康における検証的因子分析のモデルを図 1 に示す。各因子(潜在変数)は観測変数との関連からそれぞれ身体的健康、精神的健康、社会的健康と解釈した。各種の適合度指標の結果を表 20-1 に示す。

カイ 2 乗値は 34.125 であり、その確率は 0.082 であった。GFI は 0.978、AGFI は 0.959、CFI は 0.936 となった。RMSEA は 0.035 となった。全ての適合度指標において受容できる結果となった。

因子間の相関は、身体的健康と精神的健康の間が 0.504 となり、有意な相関が認められた ($P < 0.01$)。精神的健康と社会的健康の間は 0.272 となり、有意な相関が認められた ($p < 0.01$)。身体的健康と社会的健康の間は 0.326 となり、有意な相関が認められた ($p < 0.05$)。相関の強さは、精神的健康と身体的健康の間が一番強く、次いで身体的健康と社会的健康、そして精神的健康と社会的健康という順番となった。

標準化パス係数の結果を表 20-2 に示す。得られたパスは全て有意と

なる結果となった。その中で、5%有意水準で有意だったパスは、身体的健康と疾病数、身体的健康と生活活動能力であった。それ以外のパスは全て 1%有意水準で有意となった。パス係数の有意性については、有意なものについては、パス図（図 1）のパス係数にも表示した。以上の結果より、従来のWHOの健康（身体的健康、精神的健康、社会的健康）の因子モデルは十分に受容でき、妥当性が検証されたと考えられる。

2) スピリチュアリティ

先行研究において実証されている因子構造に基づいて、スピリチュアリティにおける検証的因子分析のモデルを図 2 に示す。スピリチュアリティは 6 つの下位概念を一次因子とする 6 因子二次因子モデルで構成される。6 つの下位概念となる各因子（潜在変数）はそれぞれ、「生きる意味」「自己超越」「他者との調和」「よりどころ」「自然との融和」そして「死と死にゆくことへの態度」である。各種の適合度指標の結果を表 21-1 に示す。カイ 2 乗値は 233.082 であり、その確率は 0.000 であった。GFI は 0.927、AGFI は 0.904、CFI は 0.896 となった。RMSEA は 0.049 となった。

標準化パス係数の結果を表 21-2 に示す。第二次因子から第一次因子に対するパス係数は、全て有意水準 1%で有意であった。また第一次因子から観測変数へのパス係数も全て、有意水準 1%で有意であった。但し第一次因子から各観測変数へのパスのうち、それぞれ図上で最も上にあるパスは拘束されたパスであるため検定統計量は算出されていない。このため有意差の検証も行われていない。

スピリチュアリティを構成する 6 因子を測定尺度とみなした時の内的整合性及びスケール全体の内的整合性を検討するために、Chronbach の

α 係数を算出したところ、「生きる意味」で 0.538、「自己超越」で 0.537、「他者との調和」で 0.565、「よりどころ」で 0.608、「自然との融和」で 0.494、そして「死と死にゆくこと」で 0.352 となった。スピリチュアリティ全体では 0.821 であり、これは先行研究とほぼ同一の結果であった。

以上の結果より、スピリチュアリティを構成する 6 因子二次因子モデルは十分に受容でき、妥当性が検証されたと考えられる。

3) QOL

先行研究において実証されている因子構造に基づいて、QOL における検証的因子分析のモデルを図 3 に示す。各種の適合度指標の結果は、表 22-1 に示す通りである。

カイ 2 乗値は 41.637 であり、その確率は 0.014 であった。GFI は 0.973、AGFI は 0.950、CFI は 0.906 となった。RMSEA は 0.047 となった。

標準化パス係数の結果は表 22-2 に示す通りである。因子間の相関では、第 1 因子「満足感」と第 2 因子「心理的安定」との間が 0.449 となり、有意な相関が認められた ($p < 0.01$)。第 2 因子「心理的安定」と第 3 因子「評価」の間は 0.738 となり、有意な相関が認められた ($p < 0.01$)。第 1 因子「満足感」と第 3 因子「評価」の間は 0.425 となり、こちらも有意な相関が認められた ($p < 0.05$)。

各因子から観測変数へのパスは、全て統計的に有意となる結果となった。第 3 因子の「評価」から観測変数「役割」が有意水準 5% で有意となり、それ以外のパスは全て有意水準 1% で有意となる結果となった。

QOL を構成する 3 因子を測定尺度とみなした時の内的整合性及びスケール全体の内的整合性を検討するために、Chronbach の α 係数を算出

した。その結果は、QOL 全体で 0.571 であった。因みに Chronbach の α 係数を算出するためには 3 変数以上が必要となるため、下位因子毎の算出は行っていない。

以上の結果より、QOL を構成する 3 因子モデルは十分に受容でき、妥当性が検証されたと考えられる。

8. 仮説モデルの検証（共分散構造分析）

従来の WHO の健康（身体的健康、精神的健康、社会的健康）に 4 つ目の健康としてスピリチュアリティが加わった場合、各健康がどのように位置しながら健康概念を構成し、それが高齢者の QOL にどのように影響を与えているのかを明らかにするために、WHO が提唱する考えをモデル化したものと、心身医学や緩和医療が提唱する考えをモデル化したものの、2 つの仮説モデルについて、共分散構造分析を用いて、モデルの適合度、標準化パス係数、総合効果、決定係数の観点から検証を行った。

1) 仮説モデル 1（WHO 提唱モデル）

仮説モデル 1 としてまず、WHO が提唱する考えを基に、従来の WHO の健康に並列した形でスピリチュアリティが位置し、均等に QOL に影響を与えているというモデルを図 4 に示し、各種適合度指標の結果を表 23-1 に示す。カイ 2 乗値は 250.480 であり、その確率は 0.000 であった。修正指標によって、カイ 2 乗値の大幅な減少が期待できるものはなかった。GFI は 0.924、AGFI は 0.900、CFI は 0.844 となった。RMSEA は 0.052 となった。

標準化パス係数の結果を表 23-2 に示す。「精神的健康」から「QOL」

のパス係数は 0.588 となり、有意な結果となった ($p < 0.01$)。「社会的健康」から「QOL」へのパス係数は 0.253 となり、有意な結果となった ($p < 0.05$)。

「精神的健康」に対しての下位概念からのパスは、0.441 から 0.638 となり、全て有意水準 1% で有意となる結果となった。「社会的健康」に対しての下位概念からのパスは、0.423 から 0.502 となり、全て有意水準 1% で有意となる結果となった。「スピリチュアリティ」に対しての 6 つの下位概念からのパスは、0.233 から 0.715 となり、全て有意水準 1% で有意となる結果となった。この中で一番効果が高かった下位概念は「よりどころ」の 0.715 であり、一番効果が低かったのは「死と死にゆくことへの態度」の 0.233 であった。「QOL」に対しての下位概念からのパスは、0.387 から 0.533 となり、全て有意水準 1% で有意となる結果となった。

「QOL」への総合効果（直接効果＋間接効果：但し今回のモデルでは直接効果のみとなる）を表 23-3 に示す。一番効果の大きかったのは、「精神的健康」から「QOL」の 0.588 であり、次いで「身体的健康」から「QOL」の 0.401、次が「社会的健康」から「QOL」の 0.253、そして最も効果が小さかったのが「スピリチュアリティ」から「QOL」の 0.116 であった。このモデルの目的変数となる「QOL」の決定係数は 0.583 であった。

2) 仮説モデル 2 (心身医学などの提唱モデル)

仮説モデル 2 として、心身医学や緩和医療などが提唱する考えを基に、スピリチュアリティが従来の WHO の健康を背後から支えながら QOL に影響を与えているというモデルを図 5 に示す。各種適合度指標の結果を表 24-1 に示す。

カイ 2 乗値は 227.670 であり、その確率は 0.000 であった。修正指標によって、カイ 2 乗値の大幅な減少が期待できるものはなかった。GFI は 0.929、AGFI は 0.906、CFI は 0.870 となった。RMSEA は 0.048 となり、何れも仮説モデル 1 より受容レベルが高い結果となった。

標準化パス係数の結果を表 24-2 に示す。「スピリチュアリティ」から「精神的健康」へのパス係数は 0.363 となり、有意な結果となった ($p < 0.01$)。「精神的健康」から「QOL」へのパス係数は 0.622 となり、有意な結果となった ($p < 0.01$)。「精神的健康」に対しての下位概念からのパスは、0.419 から 0.630 となり、全て有意水準 1% で有意となる結果となった。「社会的健康」に対しての下位概念からのパスは、0.403 から 0.541 となり、全て有意水準 1% で有意となる結果となった。「スピリチュアリティ」に対しての 6 つの下位概念からのパスは、0.235 から 0.719 となり、全て有意水準 1% で有意となる結果となった。この中で一番効果が高かった下位概念は「よりどころ」の 0.719 であり、一番効果が低かったのは「死と死にゆくことへの態度」の 0.235 であった。「QOL」に対しての下位概念からのパスは、0.377 から 0.521 となり、全て有意水準 1% で有意となる結果となった。

「QOL」への総合効果（直接効果＋間接効果）を表 24-3 に示す。一番効果が大きかったのは、「精神的健康」から「QOL」の 0.622 であり、次が「身体的健康」から「QOL」の 0.377、次が「スピリチュアリティ」から「QOL」の 0.278、そして最も小さかったのが「社会的健康」から「QOL」の 0.240 であった。「スピリチュアリティ」から「QOL」の総合効果を直接効果と間接効果に分割して見てみると、それぞれ -0.008 と 0.286 であった。つまり「スピリチュアリティ」から「QOL」への効果は、間接効果の方が遥かに大きいということを意味している。このモ

デルの目的変数となる「QOL」の決定係数は 0.610 となり、モデル 1 よりも説明される割合が高いことが示された。以上の結果より、モデル 2 は十分に受容できると考えられる。

3) 仮説モデル 1 と仮説モデル 2 の比較検証

仮説モデル 1 と仮説モデル 2 の分析結果の比較を表 25 に示す。モデルを比較するための指標として、AIC を追加した。因みに AIC の値は、モデル 1 が 330.48 に対し、モデル 2 が 313.67 である。決定係数、適合度指標及び AIC の観点から、仮説モデル 2 の方が相対的に優れていることが示された。

IV. 研究の考察

以上の研究結果をもとに、幾つかの観点から考察を行う。

1) 基本属性と健康及びスピリチュアリティとの関連について

スピリチュアリティの特徴として、男性より女性の方が高くなる、つまり良好である傾向が伺えた（表 13-7,16-1）。これは従来のWHOの健康とは逆の傾向となる。従来のWHOの健康では、女性より男性の方が高くなる傾向となり、本研究でも同様の結果となった（表 18-1-1,18-2-1,18-3-1）。高齢化に伴う健康には性差があることは今までも報告されてきている。例えば、治療中の病気の保有状況（高コレステロール血症など）は、50 歳以降それまで少なかった女性が急激に伸び、70 歳以降になってもあまり減ることがなく、男性との保有率を逆転して

しまうことが明らかとされている⁸⁴⁾。また身体的健康を計る重要な指標である ADL についても、女性の方が男性に比べ年齢と共に低下しやすいことが報告されている⁸⁵⁾。うつ病の頻度は、一般に男性より女性で約 2~3 倍と言われ、高齢者においても、女性の罹患率が高いことが示されている⁸⁶⁾。これらのことから高齢社会における性差医療 (Gender-specific medicine) の重要性が謳われているのである。性差医療とは、著しい男女差のある病態、未だ生理学や生物学的解明が男性あるいは女性で遅れている病態を研究し、その結果を疾病の診断や治療、予防などに反映することを目的とする新しい医療概念である。これらの研究は生物学的側面、すなわち生得の生物学的特性としての Sex のみではなく、社会的環境的要因で決まる男女差としての Gender に波及し、男女の社会的地位と健康との関連など社会文化的側面にも及ぶことが性差医療の特徴である⁸⁷⁾。これから益々、女性の社会進出が進んでいく中で、ストレスなどの精神的健康と関連して、スピリチュアリティが性差医療の大きなテーマの一つになっていくことが予想される。

年齢に関しても、スピリチュアリティは従来の WHO の健康とは逆の傾向を示した。つまり、身体的健康や社会的健康は年齢とともに低下する傾向にあるのに対し (表 18-1-1, 18-3-1)、スピリチュアリティは高齢になるほど高くなる結果となった (表 13-7)。これらのことは、Wink と Dillon による縦断研究において、スピリチュアリティに関連すると思われる性別、ライフイベント、コホートなど各種要因についての影響を検討した結果、高齢期においてそれ以前の時期よりもスピリチュアリティが高いことが確認され、特に女性においてその増加傾向が顕著であったと報告していることと一致する⁸⁸⁾。また最近の日本における竹田らの研究でもスピリチュアリティは性別と年齢とに関連があり、女性や高齢

者で高くなることを報告しており⁸⁹⁾、これは本研究の結果を裏付けるものと言える。

現在日本の人口の約 20%が高齢者であるが、女性は男性より長寿であるため、65 歳以上の人口では約 60%が女性となる。加齢に伴い女性の割合はさらに増加し、85 歳以上で 70%、100 歳以上で 80%以上が女性なのである。ところが平均寿命と健康寿命との差、つまり要介護期間は、男性が約 6.5 年に対し女性は約 9 年と女性の方が長期となっている⁹⁰⁾。介護保険制度のサービスを受給した 65 歳以上の被保険者は、平成 23 年 1 月審査分で約 402 万人となっており、性別では男性で約 113 万人に対し、女性は約 289 万人である。実に 70%以上が女性といった状況なのである⁹¹⁾。従来の WHO の健康は、高齢になるほど、また女性ほど低下してしまうものであったが、スピリチュアリティはそれとは逆に働く可能性を秘めている。この点からも今後高齢社会において、スピリチュアリティの重要性が伺われるのである。

高齢になるほど、つまり死に近づけば近づくほどスピリチュアリティが高まることは、スピリチュアリティは人生の危機に直面した時に、意識化するという性質をもつことから、緩和ケア領域を中心に議論されてきている⁹²⁾。しかし、なぜ女性の方が男性よりスピリチュアリティが高くなるのかを究明したような報告は今までされていない。本研究も量的研究のデータのみで原因を探るのは難しいと判断し、インタビューによる聞き取り調査によって解明を試みた。その結果は第 2 章の質的研究にて考察する。

学歴に関しては、スピリチュアリティとは負の相関を示した（表 17-1-1）。これは精神的健康と同じ傾向であった（表 18-2-1）。学歴や教育年数と健康との関連については、WHOをはじめとして今までも色々

と報告されてきている。教育年数が短いほど、睡眠障害が多いといったものや、要介護になるリスクが高くなるといったもの、教育年数が高い人の方が、死亡率が低いといったような報告などである⁹³⁾。一般的には、学歴や教育年数は健康にプラスに働くといった報告が多い。WHOも社会経済的地位が低いほど不健康や死亡が多いことから、今後の健康戦略などへ提言を行っているのである⁹⁴⁾。しかし社会が高学歴化し、物事を全て理論的に考えるようになると、ストレスなどの精神的な病が増加することが既に報告されている⁹⁵⁾。これと同じく、高度化した社会の中で、生きる意味や目的を見失ったり、先祖の霊のような科学的には証明しきれないものが信じられなくなり、スピリチュアリティが薄れていってしまうことは十分に考えられる。現在の日本は既に高学歴社会であり、この傾向は今後も続いていくことは明らかである。そのような状況の中で、スピリチュアリティは精神的健康と同じく、競争社会の中で病んでいってしまうことになるのかどうかは今後の課題である。このためには、本研究調査地域の縦断的研究と合わせ、進学率の異なる都市部や地方などの地域においても同様な調査研究が必要である。

2) 心理社会的因子と健康及びスピリチュアリティとの関連について

従来のWHOの健康との共通点として、心理社会的因子の中の「笑い」が正の相関を示していた点が挙げられる。「笑い」は中島らの先行研究^{96,97)}によって、運動や免疫力、脳と体の活性化に効果があることが分かっている。本研究では、「笑い」は身体的健康、精神的健康、社会的健康、そしてスピリチュアリティ全てにおいて、性や年齢など他の要因の影響を取り除いても正の相関があることが分かった（表17-1-1,18-1-1,18-2-1,18-3-1）。「笑い」が従来のWHOの健康以外にス

スピリチュアリティにも、正の相関があることが明らかになった点は、新たな知見と思われる。「笑い」によって従来のWHOの健康以外にも、スピリチュアリティを高めることが出来る可能性が示唆されたと言える。また「世の中や社会への関心」もスピリチュアリティに影響を与えている要因であることが分かった（表 16-2,17-1-1）。人間は生物医学的な存在であると同時に、心理社会的な側面を持つ多次元な存在である。健康戦略には生物医学的な観点以外にも、昔から「病は気から」と言われるように心理社会的因子が重要となる。そういった意味で「笑い」と「世の中や社会への関心」は重要なファクターとなりうる可能性がある。

3) 地域特性とスピリチュアリティとの関連について

本研究の対象集団のスピリチュアリティは、先行研究と比べてかなり高い結果となった（表 14）。調査地域や調査した年度の違いなどから単純には比較できないものの、本研究の対象者が相対的にスピリチュアリティが高い集団であることが言えた。この要因として性別や年齢、心理社会的因子以外にも、本調査地域の民族文化的背景が関与している可能性が高い。祖先崇拝を重んじる土着の民間信仰を持つといった地域特性が存在しており、その表れとして祖霊祭祀にかかわる神事ごとは今でもこの地域には多く残されている。久米島は沖縄の中でも神々の島と呼ばれ、「チンペー」や「ノロ」と呼ばれるカミンチュ（神様の使い）が今でも島の豊作を祈ったり、村落の祭祀を司ったりしている。また各家庭の台所には「ヒヌカン」と呼ばれる神様がいたり、トイレには「フル」と呼ばれる神様がいたりする。「ユタ」と呼ばれる霊能力者（シャーマン）がこの近代科学が発達した現代でも、病気や不幸になった時の大きなよりどころとなっているのである。これらの特徴を明らかにすること

によって、スピリチュアリティを高めているヒントを得られる可能性は高いが、こういった地域特性の観点からスピリチュアリティへの影響を探るには、アンケート形式の調査では限界がある。よってここでも、インタビューによる聞き取り調査による分析を試みた。その結果は、第2章の質的研究にて考察する。

4) スピリチュアリティの下位概念及び因子構造について

スピリチュアリティを構成する6つの下位概念は、主な適合度指標において受容基準をクリアし（GFI,AGFI>0.9 及び PMSEA<0.05）、第二次因子から第一次因子及び第一次因子から観測変数への標準化パス係数が、全て有意水準1%で有意であったことから、十分に受容される因子構造であることが実証された（表21-1,21-2 及び 図2）。これは先行研究が示した因子構造の妥当性を裏付けるものである。この中で「自己超越」と「死と死に行くことへの態度」が特に年齢と関連していた（表13-7）。つまり年齢が高いほど「自己超越」と「死と死に行くことへの態度」が高くなることを意味している。「自己超越」は、高齢者が他の世代よりも超越的なものや意識の次元に関心が向かい、スピリチュアルな課題を、自己を超えたものとの関係の中で解決するという先行研究の結果を支持するものである。また、「死と死に行くことへの態度」といったようなスピリチュアルな課題は、高齢者ほど生活課題を構成する重要な要素となるという先行研究の結果を支持するものである⁹⁸⁾。

今後健康寿命が延びることに伴い、高齢になっても健康である限り、死について考えたり、家族と話をするのは早すぎると考える人たちが増えてくることは十分推測される。そうなると、この「死と死に行くことへの態度」という下位概念の点数が低くなったからといって、即ちスピ

リチュアリティの低下とは言い難いとも考えられる。「死と死に行くことへの態度」は信仰的に死の境地に達するという観点から、スピリチュアリティになくってはならない概念であると同時に、健康で長生きするという観点からは拮抗する概念とも考えられる。この下位概念は、宗教的な考えを持つ人たちには受け入れられやすいかもしれないが、特別な宗教を持たない人たちにとっては、死が間近にならない限り受け入れるのが難しいようにも思われる。今後この下位概念をどのように扱っていけばいいのか、調査地域や調査対象者の特性を考慮しながら、検討していく必要がある。

5) スピリチュアリティを含めた健康概念と QOL に関して

本研究は、従来のWHOの健康（身体的健康、精神的健康、社会的健康）に、4つ目の健康としてスピリチュアリティを含めた場合、健康概念はスピリチュアリティが従来のWHOの健康を背後から支える形となり、高齢者のQOLに寄与するというを量的データを用いて実証した（表 24-1,24-2,25 及び図 5）。そしてスピリチュアリティの寄与の仕方は、高齢者のQOLに対して直接効果ではなく、社会的健康及び精神的健康を経由した間接効果として、特に精神的健康に強く関与しながら、寄与するというものであることが分かった（表 24-3）。これは精神の奥底に存在するはたらきとしてのスピリチュアリティが目覚めることによって、精神は自己の主体、正体に触れ、その本来の諸活動を十分に現し、真の意義を得るという鈴木大拙の考えとも合致する⁹⁹⁾。

このモデルは、心身医学において身体的健康、精神的健康、社会的健康といった側面をスピリチュアルな視点により統合していくことで、より包括的な健康モデルが可能となるという提唱¹⁰⁰⁾を具現化したもので

ある。この中で身体的健康が殆ど関与していなかったことから（スピリチュアリティから身体的健康への標準化パス係数:0.048）、スピリチュアリティとは拮抗する関係と見るのが妥当ではないかと考えている。これはつまり、サクセスフル・エイジングで報告されている身体的に虚弱な方が、スピリチュアリティが強くなるということの表れでないかと考えている¹⁰¹⁾。本研究の対象者が比較的健康的な高齢者であったため、負の関係にまでは至らなかったが、今後コホート研究などによってたとえ身体的健康が衰えていったとしても、逆にスピリチュアリティが高まり、精神的健康に影響を与え、QOLを維持もしくは向上させていくことが可能であることを実証することによって、更なる確証が得られるものと考えている。

また、スピリチュアリティと QOL の間に直接効果が殆ど無かった点に関しては（スピリチュアリティから QOL への標準化パス係数:-0.008）、スピリチュアリティと QOL との関係を検討した研究のメタ分析の結果において、両者の関係は全く無関係ではないものの、必ずしも強いとはいえないと述べており、これは両者の関係の間に何らかの仲介要因が存在するからではないかと推測している¹⁰²⁾。この仲介要因が、まさしく本研究における精神的健康ではないかと考えている。

6) 健康概念の構築と今後の保健医療とのあり方について

本研究は、高齢者の QOL を高めるためにスピリチュアリティという健康によって精神的健康を高め、そして QOL を高めることができるという新たな道筋を示すことが出来た。これは従来考えられている健康は病の悪化や年齢によって低下し、そのため QOL は死に近づくにつれ徐々に低くなり、最後にゼロになるという考えに対し¹⁰³⁾、健康的な高齢者が年

齡と共に、たとえ多少の病気になり、自覚症状が増え、身体的健康が侵されて QOL の低下が免れない状況になったとしても、スピリチュアリティを高めることで QOL の低下を防ぎ、死ぬまで幸せであり続けることができる可能性を示唆するものである。

現在も現役の 100 歳の医師、日野原重明氏は、老いの人生にこそ QOL が高められなければならないとし、そして、高齢者の QOL を高めるためには心身の脆弱化への対策とともに、生きがいの獲得が重要であると述べている¹⁰⁴⁾。正にこのためにスピリチュアリティがどうしても必要なのである。

これからの世界は、日本同様に高齢社会へと突き進んで行く。高齢社会で大切なことは、医療技術の進歩によって単に寿命を延ばすことではなく、どれだけ健康長寿者を増やすかに掛かっている。たとえ多少の病気や自覚症状があったとしても、自分は幸福な人生であったと感じながら天寿を全うすることが大切なのである。そのためには高齢になればなるほど衰えていく身体的健康を、ただただ医療技術によって維持するだけではなく、もっと積極的な保健医療が必要になってくる。これこそまさに 21 世紀の新しい保健医療であり、その中心となるのがスピリチュアリティなのである。高齢者になっても、いや高齢になればなるほど高めることが出来る健康として、スピリチュアリティを活かす事ができれば、死ぬまで幸福に暮らす事が出来ると思う。本研究は、従来の健康概念にスピリチュアリティを加えた健康概念を提唱するとともに、従来の保健医療のあり方にも一石を投じるものとする。

V.研究の限界と今後の課題

1) 従来 of 健康 of 下位概念 of ための観測変数選定に關して

本研究において、従来 of WHO of 健康（身体的健康、精神的健康、社会的健康）を潜在変数とするために選定した観測変数は、既に信頼性、妥当性が検証されている先行研究を参考とし、更に探索的因子分析（表 11）及び検証的因子分析（表 20-1,20-2 及び図 1）において十分に受容できることを確認した。しかし先行研究でも述べている通り、従来 of WHO of 健康を全て網羅した観測変数を採用している訳ではない。身体的健康 of 観測変数である生活活動能力は、アンケート項目数 of 關係から、最小限度 of 項目数に絞った形での調査となった。今後は ADL 及び IADL などの項目を分析に加えてみる必要性を感じている。更にアンケート用紙と併用して、簡単な運動作業を取り入れた形での生活活動能力をも検討する必要があると考えている。精神的健康においては、今後都市などを含む全国レベルでの比較検討を行うためには、うつ尺度を含める事も検討したいと考えている。社会的健康においてはソーシャルサポート・ネットワークを含めた調査項目を用いて分析を行う事が、研究 of 精度を上げる上でも重要な研究課題と認識している。

2) 因子構造 of 信頼性に關して

本研究において、従来 of WHO of 健康（表 20-1,20-2 及び図 1）、スピリチュアリティ（表 21-1,21-2 及び図 2）、QOL（表 22-1,22-2 及び図 3） of 因子構造及び健康概念 of 仮説モデル（表 23-1,23-2,24-1,24-2 及び図 4,5）に關する統計的妥当性は検証できたとはいえ、信頼性に關しては、従来 of WHO of 健康において（特に身体的健康）、十分ではない部分がある

見られた（表 11）。この理由として因子を構成するための設問数が少なかった事と、本研究の対象者が比較的健康的な高齢者であったことから、日常の生活活動にはそれほど大きな違いはなく、調査対象者の生活活動能力の均一性が一つの原因ではなかったかと考えている。設問数に関しては、上記の精度向上と合わせて、お互いの相関が強くない設問項目を吟味し追加する形で対応して行きたいと考えている。調査対象者の均一性の対策として、今後は対象者の幅を広げる意味で、健康レベルの異なる高齢者を含めた形での調査を試みたいと考えている。また都市部を含む他の地域や他府県、更に信仰の異なる国々での調査も今後進めて行きたいと考えている。

3) 調査対象者集団に関して

本研究において、必要なサンプルサイズは母平均の区間推定の観点から（248人以上）と、統計的仮説検定における第2種の判断の誤りの観点から各検定ごとに算出した。カイニ乗検定（88人以上）、t検定（128人以上）、一元配置分散分析（159人以上）及び共分散構造分析において、モデルの識別性を確保する観点から（200人以上）推計した。本研究における338人の分析対象者数は十分に条件を満たしているものと判断している。しかし、スピリチュアリティにおいて、女性や高齢になるほど高くなる傾向がみられたが、本研究では男性及び前期高齢者の対象者の数が、十分でなかったために（男性:93人,前期高齢者:127人）、共分散構造分析において階層化した分析、つまり性別及び年齢区分別の分析を行うことが出来なかった。今後はまだ調査していない部落の中から、出来るだけ男性及び前期高齢者の対象者を抽出するように心がけ、性別年齢区分別の階層化したモデルによる分析によって、スピリチュアリティ

に対する性・年齢の影響を追求して行きたいと考えている。

本研究の対象集団は、沖縄県の離島という環境ゆえ、都市部などとは医療面でも、経済的、社会的な面でも大きく異なっており、決して恵まれた環境で生活しているとは言えない。また、若年者の都市部への流出はあるものの、高齢者における人口移動は殆どなく、そのため多くの高齢者は昔からずっと同じ地域に住み続けており、仕事も昔からずっと農作業であったものが多い。これは対象集団が変化の少ない同一環境で、ずっと住み続け生活してきたことを示すものである。都市部のような人口の移り変わりや様々な文化交流、経済変化などの複雑な要因を排除するには好都合な対象集団と言える。但し、全国の高齢者を代表するものではないことも確かであり、今後は環境の異なった多くの地域での調査結果の知見を増やすとともに、スピリチュアリティに影響を与えていると思われる「笑い」や「世の中や社会への関心」に関しても、本調査地域におけるコホート調査を通して因果関係を明らかにして行きたいと考えている。

第2章 スピリチュアリティに関する質的研究

I. 研究の目的

本研究の目的は、第1章の量的研究で明らかとなった、健康概念におけるスピリチュアリティについて、高齢者がどのように捉え、認識しているのかを6つの下位概念を踏まえながら、対象者からの聞き取り調査を通して具現化することである。そしてその内容を通して、量的研究では十分に明らかとすることが出来なかったスピリチュアリティの特徴や、従来の健康との関わりについて明確化することである。

II. 研究の対象と方法

1. 調査対象

1) 対象地域及び調査時期

本研究の対象地域は、第1章の量的研究と同じく、沖縄県久米島町である。第1回目の調査に協力頂いた10部落の中の8つの部落（比嘉、真謝、宇江城、具志川、仲地、西銘、大原、兼城）を調査地域とした。調査時期は2011年6月12日から22日である。

2) 対象者

本研究における対象者の選定は、第1回目の調査（質問紙調査）対象者の中から無作為抽出を行い、調査対象者の約15%に当たる32名を本研究の対象者として選定し、久米島町社会福祉協議会を通して協力の依

頼を行った。但し、既に死亡してしまっていた人が1名、配偶者を最近亡くされ協力が難しい人が1名、子供のいる沖縄本島に移住してしまった人が1名、ケガで入院されていた人が1名、難聴のため協力を辞退された人が1名の計5名の人を対象者から除外した。よって最終的な調査対象者は27名とした。

調査対象者の属性を表27に示す。性別では男性9名、女性18名、年齢は70歳から95歳であった。23名が久米島出身であったが、4名は久米島以外の出身である。久米島での居住期間は24名が生まれてからずっと居住しており、概ね65年以上であったが、居住期間が30年未満の人が3人いた。一番短い人は4年であった。配偶者が健在な人は19名であったが、配偶者が認知症の人が3名（うち1名は糖尿病も併発）、片麻痺の人が1名いた。配偶者が再婚である人が1名いた。単身者は8名であった。子供が全くいない人は1名で、残りの26名には子供がいた。子供の数は1名から7名であった。既に子供を亡くされた人が5名いた。孫がいる人は26名で、孫の数は1名から23名であった。孫を亡くされた人も1名いた。曾孫がいる人は15名で、曾孫の数は1名から15名であった。学歴は21名が義務教育までであったが、高校まで行った人が5名、大学まで行った人が1名いた。

2. 調査方法

プライバシーの保護には細心の注意を払い、実施場所は各部落の公民館に来てもらえる人は公民館で、自宅を希望される人は自宅で行った。面接時間は1人当たり約40分から約120分で、平均すると約60分であった。

データ収集は半構造化面接によって実施した。設問項目は、参考資料¹⁰⁵⁾ならびに文化人類学の専門家からの助言を基に作成した。更に地元の有識者から地域特性に根ざした独特のキーワードを幾つか教示頂き、設問に活用した。設問構成は、スピリチュアリティの下位概念に即した 6 項目と、健康や QOL に関する 2 項目、そして生活・家族に関する 1 項目である。設問内容は、スピリチュアリティの 6 つの下位概念に即して、「生きる意味・目的」に関しては、「生きる楽しみや生きがいは何ですか？」など、「自己超越」に関しては、「何か特別に信じていたり、頼っていたりするもの（例えばヒヌカンやトートーメーなど）はありますか？」など、「他者との調和」に関しては、「あなたにとって最も大切な人は誰ですか（亡くなった人も含めて）？」「何でも話せる人、困った時に話せる人は誰ですか？」など、「自然との融和」に関しては、「自然の美しさに感動したことはありますか？」「久米島の自然をどう思いますか？」「自然に対し豊作を祈ったり（ノロやチンベーを祀ったり）はしますか？」など、「よりどころ」に関しては、「心の支えになっているようなものや人はありますか？」「困難を乗り越えるための支えとなるもの（例えばユタやマブイ、ヌチグスイなど）はありますか？」など、「死と死にゆくことへの態度」に関しては、「死について相談するとしたら誰としますか？」「死ぬことは怖くありませんか？」「死んだあと人はどうなると思いますか？」などとした。

健康や QOL に関しては、「長生き・健康」に関して、「今まで健康で長生きするために心がけてきたことはありますか？」「自分が健康だと思う時はどんな時ですか？」など、「幸せ」に関しては、「自分が幸せだと思う時はどんな時ですか？」「生きてきて良かったと思う時はどんな時ですか？」など、更に「生活・家族」として、配偶者の有無及び健康

状態、久米島での居住年数や子供や孫の数について確認した。

全ての面接は、著者が一人で行い、極力、対象者の自発的な発言に従うように努めた。一方で、重要と思われた内容が語られた時は、その時の状況や対象者の真意を詳細に聞き出すよう心がけた。面接調査中には出来る限り、対象者の発言はメモするように努め、分析時の参考資料とした。全ての面接は協力者の同意を得て、ICレコーダーにて録音を行った。

3. 分析方法

本研究において、高齢者に対する面接データの分析方法には、主題分析（テーマ分析）**thematic analysis** を用いた。この方法では、データをテーマごとにまとめ、その関係などを検討する分析方法である¹⁰⁶⁾。

調査終了後、録音データから逐語録（トランスクリプト）を作成した。実際のコーディング手法は、社会調査における幾つかの専門書^{107,108)}を参考にして行った。トランスクリプトを繰り返し読み、全体ならびに文脈を捉えた上で、スピリチュアリティを構成している下位概念（生きる意味、自己超越、他者との調和、よりどころ、自然との融和、死と死にゆくことへの態度）に関する部分を意味のまとまりごとに文章として抽出し、設問項目毎に整理し、比較検討した。トランスクリプトを何度も読み返し、全体の文脈と乖離しないよう細心の注意を払いながら進めた。

更に聞き取り結果は、スピリチュアリティの表出の仕方の違いから5つに類型化した。ヒヌカンやご先祖様との繋がりを特に大切にしているトランスクリプトが比較的多かったものを類型1、人との繋がり、特に子供や孫達との絆を特に大切にしているトランスクリプトが比較的多

かったものを類型2、ご先祖様も人との繋がりも両方大切にしており、トランスクリプトも同等ぐらいであったものを類型3、ヒヌカンやご先祖様以外の超越的なもの（具体的な宗教）を重んじる傾向が強かったものを類型4、そしてスピリチュアリティを表出させるトランスクリプトが比較的少なかったものを類型5とした。

分析結果の妥当性を高めるためにトライアングレーションを用いた。アンケート調査の際に収集したデータや、家族などから得られたコメント、役場に残されている民族誌のような参考資料^{109,110})は出来る限り収集するように努め、多元的な情報を組み合わせることにより、妥当性の向上に努めた。地元の有識者に協力頂き、地域特性に根ざした独特のキーワード及び島のしきたりや習わしなどに関するデータの解釈が、正しいかどうかを確認するメンバーチェックを行った。具体的にはヒヌカンやトートーメーに纏わる行事ごとや、ノロ、チンベーに関わる祭事ごとなどに関して確認及び示唆を頂いた。また島の歴史や風習などの話を聞き、見識を深める努力を行った。更に高齢者の話す方言の意味などについても面接後に確認し示唆を頂いた。面接調査中、対象者から仕事風景や趣味を披露する場などに招待された場合は、可能な限り参加し、日常場面での情報を収集するよう努めた。具体的には久米島紬の織りや三線（沖縄の三味線）の稽古場風景などに参加した。また特別な祭事などがあった場合も極力参加し、行事を体感すると同時に、対象者から情報を収集し、島の風習や祭事内容の理解を深める努力を行った。具体的にはチンベーによる島の豊作を祈る五月ウマチーに参加した。

分析が進んだ段階で、人類生態学及び文化人類学の専門家の方々に分析結果をチェックしてもらい、第三者的な立場からアドバイスや助言をもらった。

地元の有識者から教示された地域特性に根ざした独特のキーワードに関して、簡単な解説を下記に示す。

ヒヌカン：台所（昔は竈）にいる火の神を指す。ヒヌカンを祀るのは一家の主婦で、家族の健康や病気からの快復、旅の安全、厄払いなどを祈願する。また出産、入学、就職、結婚、死亡など家庭で起こるさまざまな出来事が報告され祈願される。旧暦の一日と十五日には、定期的に拝む習慣が残されている¹¹¹⁾。

トートーメー：先祖の位牌のことで、「尊い御前」の意味とされている。先祖崇拝の対象として、各家庭で非常に重要視されている。仏壇に祀られ、亡くなった先祖の霊の憑代として考えられている。毎朝お茶やお水を供え、正月やお盆などの行事の際には、親戚が一同に集まり、料理を供え、皆で揃ってご先祖に感謝し、手を合わせるのである。トートーメーを継ぐのは長男だが、いない場合は男系の血縁が継ぐ。家族に娘しかいない場合でも娘が継承することはできない¹¹²⁾。

フール：便所兼用の豚舎のことを指す。フールには霊力の強い神がいると信じられていて、その神はフールヌカミと呼ばれている。葬式や夜の外出から帰ったとき、特に小さな子供が外から戻ったときは、フールに寄って魔物を追い払ってから家にあがるという習慣がある。また原因不明の体調不良などが起こった時などにマブイ（下記参照）を落とすと判断されるが、マブイを落とすとされる場所が不明な場合、フールの神に拝みフールの神を介してマブイを呼び寄せる習俗もある¹¹³⁾。

マブイ（マブヤー）：霊魂のことを指す。マブイは何らかのショック（事故や大怪我など）を受けると身体から抜け落ちてしまうことがあるとされ、そのようなことをマブイ落としと言う。無気力や食欲不振など原因不明の精神的・身体的不調などは、マブイが自然に抜け出したため

に起こるとされる。身体を離れてしまったマブイを再び体に戻すことを、マブイグミ（マブイ込め）と言い、マブイを落としてしまった場所からマブイを持ち帰り、マブイをもとの身体に込めるのである。マブイを落とした場所が不明な場合は、上記のフルの神に探してもらったりもする。またなかなかマブイが戻らないような場合には、下記のユタに依頼することもある。このマブイグミは、極めてスピリチュアル的なケアとすることが出来る¹¹⁴⁾。

チンベ（君南風）：久米島のノロ（巫女）を統率する、もっとも身分の高い高級巫女のことを指す。ウマチー（旧 5 月 15 日の初穂祭や旧 6 月 15 日の収穫祭など）などの神行事を司っている¹¹⁵⁾。またこの神行事を司る拝所のことも同じくチンベと言う。

ノロ：神に仕える女性（巫女）を指す。世襲制で部落の祭祀を司る上で中心的な役割を果たす。ノロは公的な巫女であり、ユタは民間の巫女である¹¹⁶⁾。

ユタ：霊的能力によって人々の宗教生活に関わる人のこと、いわゆるシャーマンのことを指す。ユタのほとんどが女性だと言われている。生まれつき霊力が高かった彼女たちは、ある時神からの思し召しによってユタになると言われている。ユタは、部落の公的な祭祀に関わることはなく、個人的な相談内容に対して占いや祈祷、助言などを行う。病気や災いが生じたときの超自然的な原因の追究、あるいは死者や祖霊からのメッセージを感受して、それを関係者に伝達するなどを行う。科学技術が発達した現在でも、原因不明の病気や不幸になった場合にユタに判断を仰ぐ人は多いとされている¹¹⁷⁾。

ヌチグスイ：命の薬という意味。体にいいものを食べることは、薬となるという考え方。病気の治療も、普段の食事も、ともに人間の生命を

養い健康を維持するためのもので、その源は同じとする考え方に由来する。長寿の島を作り出した思想とも言える¹¹⁸⁾。

ユイマール：順番に労力交換を行なうこと、相互扶助とも訳される。おもに農家の畑仕事について言うが、転じて他の仕事についても言うようになった¹¹⁹⁾。

シーミー（清明祭）：太陰暦の清明の節に行われる先祖の墓参りのこと。時期は年によって変わるが、4月初旬で、週末に行う家庭が多い。但し離島（久米島含む）では、旧暦の1月16日に行われる十六日日祭の方が盛んである。十六日祭はあの世の正月と言われ、内容はシーミー同様に先祖供養である¹²⁰⁾。

その他主な行事（新暦は2011年のものを示す）¹²¹⁾

ムーチー（旧暦12月8日）（新暦1月11日）：月桃の葉に包まれた餅を供え、家族の健康を祈願する

ハマウリ（旧暦3月3日）（新暦4月5日）：浜に出て悪いけがれを流し、健康を祈願する。

アブシバレー（旧暦4月吉日）：田畑の害虫を払う。部落全体でノロを中心に行う。

5月ウマチー（旧暦5月15日）（新暦6月16日）：稲の豊作を祈願してチンベーを中心に部落全体で行う。

6月ウマチー（旧暦6月15日）（新暦7月15日）：稲の収穫を祝ってチンベーを中心に部落全体で行う。

7月盆（旧暦7月13日から15日）（新暦8月12日から14日）：祖霊を各家庭で招き、今年の豊作の感謝と来年の豊作を祈願する。

トーカチ（旧暦8月8日）（新暦9月5日）：米寿の祝い。

カジマヤー（旧暦9月7日）（新暦10月3日）：白寿の祝い。

4. 倫理的配慮

本研究に際して文書にて久米島町社協へ面接調査の趣旨、意義、目的及び内容を説明し承諾を得た。久米島社協から各部落の区長並びにふれあいサロンのリーダーに対し、研究の目的を説明して頂き了解を得た。面接協力者個々人に対しても、久米島町社協の方から事前に研究目的を説明して頂き、承諾を得た方のみに対し面接を実施した。協力者への面接を行うごとに、久米島社協担当者の方に状況を報告し、了承を得ながら継続した。

協力者自身に対しては、口頭で面接の目的と内容を説明し、改めて了承の意思を確認した。面接で語られた内容はこの研究以外では用いないこと、匿名性の厳守や協力者のプライバシーに配慮することを約束した。本研究は、女子栄養大学医学倫理審査委員会の承認番号第 107 号を受けて実施した。

Ⅲ.研究の結果

1. 対象者からの聞き取り結果

各調査対象者の聞き取り内容の概要を表 26 にまとめた。対象者への聞き取り内容は 9 つのカテゴリーに分類される。分類内容は、スピリチュアリティの下位概念である「生きる意味・目的」「自己超越」「他者との調和」「自然との融和」「よりどころ」「死と死にゆくことへの態度」の 6 つと、健康や QOL に関わる「長生き・健康」「幸せ」の 2 つ、及び生活環境に関わる「生活・家族」の 1 つである。

ID1（女性、76歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は仲地）で生活している。配偶者は7年前に亡くなっている。子供は7人だが、昨年長女が亡くなった。四男も既に亡くなっている。孫は12人いるが、その内1人は既に亡くなっている。現在、子供は5人、孫が11人、曾孫が5人である。

＜生きる意味・目的＞趣味はゲートボール、裁縫。家族との食事が楽しみ。

＜自己超越＞ヒヌカンは旧の1日、15日に拝む。トートーメーは毎日拝む。家族の健康を祈る。フルは拝まない。ヒヌカン、チンベー、トートーメーの順で大切と感じている。

＜他者との調和＞大切な人は子供達、孫、跡取り。

＜自然との融和＞家の傍に鳥居があることもあり、毎年チンベーに行かないと気になる。旧の16日は必ず拝みに行く。

＜よりどころ＞ユタをご主人のために頼んだ事がある。三男が事故を起こした時にマブイを拾いに行った事がある。

＜死と死にゆくことへの態度＞死ぬ事は怖い、死ぬことに関して子供たちとは相談しない、子供たちに嫌われるから。

＜長生き・健康＞家の中に閉じこもらないこと。外を2時間くらい毎日歩いている。自分が健康だと人が喜ぶのが励みになる。あと10年から15年長生きしたい。子供たちに何か言われるとイライラしてしまう。

＜幸せ＞みんなが健康でゆっくりと生活できること。子供の成長を見守ること、それが楽しみで働いているようなもの。生まれ変わっても久米島で暮らしたい。

ID2（女性、77歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は）で生活している。配偶者は8年前に亡くなっている。子供は7人だが、その内の1人は既に亡くなっている。現在、子供は6人、孫が12人であるが、曾孫はまだいない。

＜生きる意味・目的＞趣味は書道とゲートボール。特にゲートボールが大好きで、前の日は遠足の（前の日の）ような気分になる。

＜自己超越＞ヒヌカンには毎日お茶をお供えし、旧の1日、15日にお線香をお供えする。家族を守って下さる。トートーメーにも毎日お茶をお供えし、旧の1日、15日にはお花をお供えする。旧の16日、七夕、お盆にはお墓参りをする。フールはびっくりした時に拝む。

＜他者との調和＞何でも話せる大切な人は息子の嫁。

＜自然との融和＞チンベーには久米島全体の健康祈願、進入学祈願をする。5月に豊作を祈ってアブシバレーを行う。久米島は花がきれいと感じている。

＜よりどころ＞長男が40歳で亡くなった時にユタに相談した。事故の時などマブイを信じている。孫が事故を起こしたとき、マブヤーを持って帰った。びっくりした時にマブヤーは落ちる。病気（かぜ）になった時にヌチグスイを食べる。

＜死と死にゆくことへの態度＞死ぬことに関して、子供たちとまだ話す時期ではないと思っている。

＜長生き・健康＞長寿のお祝いが生きがい（73歳、85歳、88歳、97歳）。お祝いの度に孫や家族が増えていくのが楽しみ。だから97歳のお祝いまで長生きしたい。朝に散歩を20分ぐらいしている。食事の量を減らすようにしている。今日は調子がいいぞと思う時が健康だと思うと

き。誰かに何かを言われるとイライラするが、そんな時はカラオケで忘れる。法事や行事のやり方を息子の嫁に伝えること、ゲートボールのチェッカー（審判のようなもの）、サロンの世話役が自分の役目。

＜幸せ＞今が一番幸せと感じている。子供や孫のいい話を聞く時、子供や孫の成功が自分の幸せ。

ID3（男性、80歳）

＜生活・家族＞久米島で生まれたが、40年以上島を離れて生活していた。那覇の農林高校を卒業し、短大では農業や畜産を学ばれた。県庁や役場で勤められ、仕事（土地の測量など）の関係で各地を転々とされた。現在は西銘の部落で配偶者（80歳）と一緒に農業をしながら生活している。子供は4人、孫は12人いるが、曾孫はまだいない。

＜生きる意味・目的＞趣味はゲートボールをすることで、毎日3～4時間ぐらいやっている。自分で野菜を作ること、友達と話をすることが楽しみ。

＜自己超越＞自分は男だからヒヌカンは拝まない。ヒヌカンはトートーメーより上で強いもの。ヒヌカンの実体は石である。トートーメーに毎日お茶を供え、七夕にはお墓の掃除に行く。フールにはマブヤーを落とした所を聞く。宇宙万物全てに神がいて、神と仏の区別はない。

＜他者との調和＞昔は何でも話せる親友がいたが死んでしまった。

＜自然との融和＞チンベーには特別行ったりはしない。

＜よりどころ＞ユタには今まで頼ったことはない。息子がバイクでタクシーと事故を起こした時マブイを拾いに行った。人からごちそうになったことをヌチグスイと言う。

＜死と死にゆくことへの態度＞あの世は信じている、匂いでわかる。

死ぬことに関して子供たちとまだ話す時期ではないと思っている。

＜長生き・健康＞自家製の薬草、ストレッチなど運動をすること、人に心配をかけない、神経質にならないことも大切。あと10年、90歳ぐらいまで長生きしたい。嫌な事があった時は畑に行って忘れる。自分の役割はもうないと感じている。

＜幸せ＞孫に自分で作った野菜を送ること。

ID4（男性、82歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は西銘）で生活している。配偶者（80歳）は健在で一緒に暮らしている。子供は5人いたが、すでに2人が亡くなっている。孫は8人いるが、曾孫はまだいない。

＜生きる意味・目的＞ゲートボールが趣味で、毎日3～4時間ぐらいやっている。友達との付き合い、自分で野菜を作ることが楽しみ。

＜自己超越＞ヒヌカンには家内安全を祈るのだが、自分は男だから拝まない。奥さんが毎日お茶を供えている。トートーメーは毎月1日と15日にお茶を供える。トートーメーもあまり拝まない。

＜他者との調和＞家族とはあまり話はしない。親友が一番。

＜自然との融和＞こんなに美しい島はない、でも昔はもっとよかった、赤土の流出のせいで自然が破壊された。

＜よりどころ＞マブイグミを小さい頃お母さんがやってくれた。マブイを落とした時（病気の時）ユタに頼んだ。30年くらい前から自家製の薬草を食後1日3回飲んでいる。

＜死と死にゆくことへの態度＞子供たちのいる本島にいずれは移住する。それまでは死について家族とは話さない。

＜長生き・健康＞自家製の薬草、ゲートボール。90歳まで現役でいた

い、農業に定年なし。体の続く限り畑仕事をやっていたい、そのために健康でいたい。何をやっても疲れないう時が健康だと思うとき。老人連合会の世話役、ボランティア活動、戦争体験を引き継いで行くことが自分の役目。

＜幸せ＞昔、大学と連携して仕事のできた事。孫に自分の作った野菜を送ること。

ID5（男性、69歳）

＜生活・家族＞出身は沖縄本島だが、奥さん（65歳）が久米島出身ということで4年前から西銘の部落で本島と行き来しながら暮らしている。子供は2人、孫も2人いるが、曾孫はまだいない。

＜生きる意味・目的＞趣味はボーリング、読書。現在放送大学で勉強中、仕事で使っていた法律以外の心理学や社会学を学ぶのが楽しみ。自分で野菜を作ることも楽しみ。

＜自己超越＞ヒヌカンは家内安全を祈るものだが、自分は男だから拝まない。トートーメーは旧の1日、15日にお花を供えるが、自分はトートーメーも拝まない。家庭にいいことがあった時には報告する。

＜他者との調和＞お互いを助け合う精神（ユイマール）は持っている。コミュニケーションの場や機会が多くなれば、ユイマールは継続されるのではないかと思う。何でも話せる大切な人は親友や同級生。

＜自然との融和＞久米島には山あり、川あり、谷ありと自然が色々ある。名所や文化遺産も豊富にある。ふるさとに帰ってきたという感じがする。

＜よりどころ＞ユタは信じていないし、使ったこともない。ユタに聞いたからと言って何とかなるわけではないから。マブイも信じない、現

実味がない。ヌチグスイは自分のためになるんだという喩話のことに過ぎない。

＜死と死にゆくことへの態度＞あの世があるとかは信じていない。あの世とは家族の思い出の中にしかないものだから。死ぬことに関して子供たちと話してはいない、まだ話す時期ではないから。

＜長生き・健康＞放送大学で勉強（心理学、社会学など仕事の法律以外の勉強）すること。夫婦で運動すること、週に2～3回、1時間程度、部落周辺を歩きながら探索したりしている。友達とボーリングもよくする。とにかくよく動くことが大切。食事は好きなものを食べるようにしている。あと10年くらい長生きしたいが、長さよりも一日一日を大切に生きて行きたい、長寿はその結果に過ぎないのだから。健康について普段あんまり考えたりしない。嫌な事があった時は、時間が経つのを待つ、時間が解決してくれるから。何事も思う通りには行かないものと思っている。自分にしかというような役割はもうない。

＜幸せ＞家族と一緒にいる時。子供ができた時、孫が生まれた時。仕事をしていた時は役職が上がった時も感じた。

ID6（女性、71歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は真謝）で生活している。配偶者（70歳）は健在で一緒に暮らしている。子供は7人、孫は8人いるが、曾孫はまだいない。

＜生きる意味・目的＞お孫さんが生きがい。昔は海で蛸を取ることが趣味だったが、今は神経痛で行けない。ゲートボールはやらない。

＜自己超越＞ヒヌカンに毎日お水を供える。家庭の守り神である。家内安全、子供や自分の健康を祈願する。フールの神がマブヤーを探すの

だが、探し方は知らない。トートーメーに毎日水とお茶を供える。旧の1日、15日は特別に何もやらないが、旧の16日と七夕にはお墓参りに行く。お盆（7月）は家でやる。

＜他者との調和＞何でも話せる大切な人は、ご主人と娘さん。ユイマールの精神を自分は持っている。

＜自然との融和＞チンベーはしたくない。

＜よりどころ＞マブイグミはやらないが、娘が病院に行っても病気が良くならないような時は、マブヤーメー（マブヤーに供えるもち米ご飯）を作る。ユタは信じない、ユタよりご先祖様を信じる。かぜをひいた時とか体の調子が悪い時にヌチグスイ（豚のレバー＋赤肉＋野菜）を食べる。ぜんそくやかぜの時は、長命草を飲む。

＜死と死にゆくことへの態度＞死んだあとのことが気になっているので次女と話をしている。家の跡継ぎがない（子供7人全員女性）ことが心配。あの世は信じていない。

＜長生き・健康＞なるべく油をとらないようにしている、揚げ物とかはしないし食べない。毎日ノニを飲んでいる。孫の一人でも結婚するまで長生きしたい。今は、体調はよくないと感じている。しかし自分のためにマブヤーは呼ばない。イライラしたりすることはない。雨の日以外は毎日、夕方、友人と2人で20分ぐらい一緒に歩いている。家族の健康を守るのが自分の役目。

＜幸せ＞子供が生まれたこと。子供が全員健康で、大学まで行かせることができたこと。ただ2人の子供がまだ結婚していないのが心配。

ID7（女性、79歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は兼城）で生活して

いる。配偶者（80歳）は健在で一緒に暮らしている。子供は5人、孫は10人、そして曾孫も3人いる。

＜生きる意味・目的＞お孫さんが生きがい。花を育てること、週2回の体操の集まり、みんなのおしゃべりが楽しみ。ゲートボールは老人会がなくなってからやらなくなった。

＜自己超越＞ヒヌカンには毎月1日、15日にお花、お塩、お酒、お水を供え、毎日お水を供えている。ヒヌカンは家族を守ってくれている、心配事があると祈る。屋敷の神やフルも拝む。トートーメーはヒヌカンと同じく家族を見守って下さる。1月のニントウガミ（年頭の神拝み）、2月のお彼岸、旧の16日のお墓参り、3月のシーミー、8月のお彼岸、お盆などには、子供や孫たちが全員集まる。

＜他者との調和＞何でも話せるのは息子のお嫁さん。昔からみんなで助け合うことはお互い様で、当然なこと。

＜自然との融和＞昔は稲だったが、今はキビになったから豊作は祈らないが、その代わり家族の健康を祈る。病気になっても拝みに行く。

＜よりどころ＞ご主人が台風で怪我した時、何人ものユタを呼んだ。ユタは半信半疑だが、心のやすらぎにはなった。昔ご主人が棧橋から落ちた時、ユタを呼んでマブイをすくってもらったこともある。ヌチグスイとして手作りのタマネギのジュース、長命草、ヨモギ、ニガナバー、手作りヨーグルト、薬草などを食べる。

＜死と死にゆくことへの態度＞死について息子のお嫁さんと話はしない。家を建ててから3年は死のことに話してはいけない、お墓を作ってはいけないという決まりがあるから。あの世は半信半疑、ご主人はあの世に行って戻ってきたと言うが、頭がおかしいからかもしれない。

＜長生き・健康＞運動すること、週に 2～3 回 1 時間ぐらい歩く、毎日 1 時間程度体操している。薬草を飲んでいる。食べすぎないように（少食を）心がける。ご主人（認知症）が死ぬまでは死ねない（10 年は少なくとも）。外でみんなとワイワイしている時が健康と感じるとき。ご主人とけんかすると落ち込んでしまうが、「ごめんね」の一言で治ってしまう。良く眠る事ができる、夜中 1 回も起きない。起きる時間はいつも決まっている。

＜幸せ＞家族がみなやさしいので、いつも幸せを感じている。子供や孫の成功が自分の幸せ。

ID8（女性、78 歳）

＜生活・家族＞生まれは那覇で、13 歳ぐらいまで台湾で暮らしていた。昭和 58 年から久米島に来られ、30 年近くずっと久米島（部落は西銘）で生活している。配偶者（77 歳）は片麻痺の障害があるが、一緒に暮らしている。子供はいない。

＜生きる意味・目的＞趣味は踊りで愛好会に入っている。ふれあいサロンに行くことが楽しみ。ゲートボールはまだやっていない。

＜自己超越＞ヒメカンは旧の 1 日、15 日に拝むが、忘れてしまうこともある。フルは知らない。家にトートーメーはないが、旧の 16 日にお墓参りはする。

＜他者との調和＞打ち解けて話せる人、悩みを話せるような人はあまりいない。ご主人ともあまり話をしない（片麻痺の障害もあるから）。ユイマールが大切かどうかよくわからない。

＜自然との融和＞久米島の空気がいい、那覇よりずっといいと感じている。

＜よりどころ＞ユタを信じる方ではない、でも一度いつまで元気でいられるのかを聞いてみたい。マブイグミの経験はない。ヌチグスイはしない、病気になったら病院の薬のみ。

＜死と死にゆくことへの態度＞死についてご主人と話したりはしない、まだそんな時期ではないから。あの世はあまり信じない。

＜長生き・健康＞運動（歩く）すること。天気のいい日は毎日 40 分くらい夕方 5 時ごろから一人で歩く。ご主人が活着ている限り、面倒を見たい。そのために健康でいたい。日々健康と感じているが、ご主人と言い争ったりするとイライラする。家事が自分の役割。

＜幸せ＞生活ができること。平々凡々が一番幸せ。

ID9（男性、79 歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は西銘）で生活している。配偶者（75 歳）は健在で一緒に暮らしている。子供は 4 人、孫は 6 人いるが、曾孫はまだいない。

＜生きる意味・目的＞人と話をすること、人とかかわることが楽しみ。趣味はグラウンドゴルフだが、足が不自由になってからやらなくなった。

＜自己超越＞ヒヌカンは毎月 1 日、15 日に奥さんと一緒にお供えをするが、毎日はやらない。家族の健康と豊作を祈る。フールは知らない、トートーメーは本家でないからない。お正月、お盆、旧の 16 日にお墓参りをする。トートーメーとヒヌカンは同等である。

＜他者との調和＞何でも話せる大切な人は子供達と家内。昔ほどユイマールはなくなった気がする、それは機械化のせいだと思う、今はトラクターなどがあるから人出がなくてもキビが出来るようになったからではないか。

＜自然との融和＞足が不自由になってから、チンベーのお宮にはあまり行かなくなった。

＜よりどころ＞ユタは信じない、何かあれば先祖に祈るし、先祖を信じている。マブイは、昔はあったが今は聞かない、近代化したからもうないのではないか、自分は信じていない。病気になった時は、ヌチグスイとして生姜、薬草、木の葉を煎じて飲む。

＜死と死にゆくことへの態度＞死についてはまだ時期的に早いので家族とは話さない。あの世はあると思う。

＜長生き・健康＞病院に行くことが第一で、それ以外は運動すること、天気がいい日は病院まで歩く、体操をすること。人に迷惑がかからない時まで長生きしたい。今は足が不自由だから、健康的には良くない。特に思うように出来ない時はイライラする。昔のような役割は、今はできなくなった。

＜幸せ＞家族が元気であることが一番の幸せ、若いころに遊んだ時は幸せだった。

ID11（女性、88歳）

＜生活・家族＞出身は宮崎で、家族全員でテニアンに渡り、昭和15年まで暮らしていた。その後70年以上ずっと久米島（部落は仲地）で生活している。配偶者は96歳で、認知症ではあるが一緒に暮らしている。子供は5人、孫は11人、曾孫は12人いる。

＜生きる意味・目的＞子供や孫や曾孫たちが生きがい。畑が好きで今でもやりたいのだが、長男がやらせてくれない。趣味はゲートボール、グランドゴルフで競争するのが楽しい。

＜自己超越＞ヒヌカンには毎日お茶を供えるが、特別な行事はしない。

家族の健康、家内安全を祈る。フールは知らない。トートーメーにも毎日お茶を供え、家族の健康を祈っている。今年の3月に転倒で怪我して入院した時は、トートーメーにお祈りした。旧の16日、お彼岸（旧の2月、8月）、お盆には家族全員が集まってお墓参りをする。

＜他者との調和＞何でも話せるのは三男で、一番話しやすいから。長男の嫁は気が強くて話ができない。

＜自然との融和＞チンペーには行かない。

＜よりどころ＞ユタは信じないし、マブイも今はやる人はいないのではないか。体の調子が悪い時は、ヌチグスイとしてフーチバ、ヘチマを食べる。

＜死と死にゆくことへの態度＞死について三男とは話すが、ご主人にはボケてしまったので話さない。死ぬのは運命だから仕方がない、あの世があるかどうかは関係ない。

＜長生き・健康＞運動すること。家で体操したり、畑を歩いて一人で回ったり（2時間ぐらい）している。長男の嫁とうまくいなくてイライラする時は、三男のところの孫と話をするとう癒される。通常は8時間ぐらい睡眠をとっているが、ご主人が大変な時は3時間ぐらいしか眠る事ができない。人をまとめること、人を誘ってお店に買い物に行ったりすることが自分の役目。

＜幸せ＞長男の嫁と合わないことは不幸なことだが、孫を自転車に乗せて走る時は幸せを感じる。家族がりっぱになってくれることが一番の幸せ。

ID12（男性、79歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は仲地）で生活して

いる。配偶者（72歳）は健在で一緒に暮らしている。子供は5人、孫は3人いるが、曾孫はまだいない。

＜生きる意味・目的＞孫の成長や、友達と楽しくやることが生きる楽しみ。趣味は盆栽とゲートボール、特にゲートボールは農閑期には毎日、農繁期でも時々やる。勝つことではなく皆と楽しくやる事が大切である。

＜自己超越＞ヒヌカンには旧の1日、15日にお茶を供える。ヒヌカンは自分の家を守ってくれるもので、決して女性だけのものではない。ヒヌカンとフルは繋がっている、旧の12月25日にはフルを祝う。トートーメーには毎日お茶を供え、家族の無事と健康を祈っている。

＜他者との調和＞何でも話せる大切な人は兄弟、特に本島にいる弟。何事も勝つ意識があり過ぎると前に進まなくなる、緊張するだけ、ブンブンしていても何も自分のためにならない。

＜自然との融和＞チンベーにはお正月に行き、一年の家族の無事と健康を祈る。

＜よりどころ＞ユタにはたまに行く。家族の運勢を見てもらったり、何か気に掛ったことがあった時に聞きに行く。お兄さんが沖縄戦で亡くなった時は、魂が戻ってきたかを聞きに行った。マブイはユタに探してもらおう。最近不整脈なのだが、ユタには行かず病院へ行く。もっと悪くなったらユタに聞きに行くかもしれない。ヌチグスイは知らない。

＜死と死にゆくことへの態度＞死について家族とは話さない、話すような時期ではないから。あの世は信じているが、ユタは教えてはくれない。死は自然に任せるしかない。

＜長生き・健康＞あまり無理をしすぎないようにすること。100歳まで現役でいたい。睡眠時間は約7時間、寝る時間も起きる時間も決まっ

ている。不整脈以外は健康と感じているが、奥さんが約束を忘れたような時はイライラする。ふれあいサロンのまとめ役が現在の自分の役割。

＜幸せ＞作物の収穫期に特にいいものが出来た時などに感じる。家を作った時、結婚した時が特に幸せだった。

ID13（女性、75歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は大原）で生活している。配偶者は既に亡くなっており、現在は一人で暮らしている。本当は長男夫婦と一緒に暮らしたいと思っている。子供は6人、孫は23人、曾孫も4人いる。

＜生きる意味・目的＞友達とゲートボールすること、みんなと集まって話をするのが楽しみ。今はもう畑はやっていない。

＜自己超越＞ヒヌカンは旧の1日と15日だけお供えし、毎日はやらない。家族を守って下さいと祈る。フルは話を聞いたことがある程度。トトローメーには毎日お水とお花をお供えし、旧の16日と七夕にはお墓を掃除しに行く。シーミーには家族が全員集まる。ヒヌカンよりトトローメーの方が大事。

＜他者との調和＞何でも話せる人はお姉さんのご主人。ゲートボールは助け合える所が魅力で、楽しくやればいい、勝ち負けは関係ない、負けても怒ったりはしない。今はユイマールがなくなってきている、自分さえ良ければいいという感じになってきている、昔は機械がなく、皆手作業だったからユイマールが育まれたのではと感じている。

＜自然との融和＞海を眺めていると気分が良くなる、気分が良くない時に眺めに来たりする。

＜よりどころ＞ユタは信じないが、靈感のあるご主人のお姉さんに相

談する事はある。マブイの話は知っているが、やったことはない。ヌチグスイはかぜや疲れた時に食べ、気持ち的に元気になる。

＜死と死にゆくことへの態度＞死については子供たちと話をしている、ぴんぴんころりが願い。ご主人が夢に出てくることもあり、あの世はあるのかなあと思う時もある。死ぬのは仕方がない、歳なんだから、生まれてきた以上仕方がない。

＜長生き・健康＞食事の時間はいつも同じにしている。乳製品は食べない。何事も平等に扱うように心がけている。自分のことが自分でできるまでは生きていたい。人に迷惑をかけてまで長生きはしたくない。睡眠時間は約 5 時間、就寝起床は決まっておき、毎日昼寝を 15 分～20 分ぐらいする。今は健康的には良い、平均していいと思う。友達と意見が合わなかったりするとイライラしたりする、しかし、人間なら誰でもあることだから仕方がない。友達と遊びに、週 1～2 回は出かけ、朝のラジオ体操にも出かける。皆のまとめ役、食事の準備をすることが自分の役目。

＜幸せ＞友達と話をしている時が幸せなとき、ご主人と旅行したことが一番の幸せ。逆にそのご主人が亡くなってしまったことが一番の不幸。

ID14（男性、84 歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は宇江城）で生活している。配偶者（81 歳）は健在で一緒に暮らしている。嘉手納にある県立農林学校に 2 年間通った。子供は 4 人、孫は 6 人いて、曾孫も 1 人いる。

＜生きる意味・目的＞趣味は歴史物などの本を読むこと、友達とカラオケに行くこと、ゲートボールはやらない。部落の相談を受けることも

生きがい。

＜自己超越＞ヒヌカンは女性がやるものだから男の自分はやらない。フールは今はやらなくなった。トートーメーも男はやらない。

＜他者との調和＞何でも話せる大切な人は奥さん。ゲートボールをやらないのは人と言ひ争いをしたくないから、勝ち負けばかりに拘るのはよくない、勝負ことは嫌い、精神的によくはないから。皆でお金の積み立てをして、旅行や飲み会をやっている。ユイマールは稲やキビ作りの時は大切だったが、今は負担に感じる。お金さえ出せば手伝ってくれる人は幾らでもいる。経済が豊かになって、ユイマールは必要なくなってきたのではないかと感じている。

＜自然との融和＞チンベーはやらないが、アブシバレーは農閑期にやる。ウマチー（豊作の祈り）は各家庭で奥さんがやっている。久米島の自然はこれとっていいというものはない。

＜よりどころ＞ユタは信じない、マブイは子供のころ親にやってもらったが、自分ではやらないし、信じていない。かぜをひいた時などは、かつおぶしにお湯とみそを足したものを食べる。

＜死と死にゆくことへの態度＞死について家族と話し合うことを考え始めてはいる。自分が死んだ後の奥さんのこと、家の事、お墓も作らなくてはと考えている。ご先祖様は信じているが、あの世は信じていない、死ぬことは怖い。

＜長生き・健康＞お酒の量を減らして、ドリンク剤を飲むようになってから調子が良くなった。しかし農業をやめて無理をしなくなったからかもしれない。90歳までは生きたい。睡眠時間は7～9時間、就寝起床は決まっている。肩の痛みと喉の調子以外は健康、しかし肩の痛みのために農業はやめた。たばこは止めて30年になるが、喉の調子は悪い、

息切れするから運動（歩いたり）はしない。イライラはあまりしない。老人会の役員をやっていたが、2年前にやめた、今は部落の相談役が自分の役目。

＜幸せ＞本を読んでいる時（1日に4～5時間は読む）。40歳代で働き盛りだった頃（稲、サトウキビ作り）が一番幸せだった。逆に不幸せなことはあまりない。

ID15（男性、82歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は宇江城）で生活している。配偶者（78歳）は健在で一緒に暮らしている。子供は5人、孫は14人、曾孫も2人いる。

＜生きる意味・目的＞家族や子供、孫が生きがい。趣味はゲートボール。

＜自己超越＞ヒヌカンは旧の1日、15日に女性がやる、男の自分はやらない、フールは今はやらない、豚を飼わなくなったから。トートーメーは旧の1日、15日にやるが、特別に祈ったりはしない。旧の16日は家族全員でお墓参りをする。

＜他者との調和＞大切な人は奥さんと友達。ゲートボールはみんなで集まって楽しくやる、勝負はあまり関係ない。ユイマールは自分にはあるが、機械化のせいで無くなりつつあるようにも感じる。

＜自然との融和＞旧の10日にハマウリを部落総出で行う。ウマチーは家で奥さんがやる。宇江城城址に行くと気分が大きくなる。

＜よりどころ＞ユタは奥さんが信じているが、自分はやらない。半信半疑、心のよりどころではあるように思う。マブイグミも奥さんが子供のためにやったが、自分は信じてはいない。しかし、心が落ち着くのは確

かだとは思ふ。食欲がない時は今でもヌチグスイ（かつおぶし＋お湯＋みそ）を食べる。気分が大事。

＜死と死にゆくことへの態度＞死について今までは家族とは話していない、これからだと思ふ。あの世は信じていない、死んだらどうなるかなんか分からない、誰でもみな死ぬのだから怖くはない。

＜長生き・健康＞意識してやっていることは何もない、食事も気にしている事は何もない、運動やウォーキングもあまりしない、ただ 90 歳まで現役で生きていたい。睡眠時間は 8 時間、就寝起床は決まっている。段々と健康が落ちているように感じている、やる気がでない日がときどきある、ただ畑をやっていると元気になることもある。イライラすることはあまりない。何か行事がある時だけ外出する。老人会の役員が自分の役目。

＜幸せ＞あまり感じた事はない、毎日あまり代わり映えしない。子供（次男）が亡くなったことが一番不幸なこと。

ID16（女性、81 歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は宇江城）で生活している。配偶者（82 歳）は健在で一緒に暮らしている。子供は 8 人、孫は 7 人、曾孫は 1 人である。

＜生きる意味・目的＞ゲートボールは週に 3 日はやる、試合がある時は毎日やる。機織りが得意で、昔学校にも通っていた。家族、特に子供や孫が生きがい。

＜自己超越＞ヒヌカンに毎日お水を供え、旧の 1 日、15 日には拝んだりする。トートーメーに対しても同じである。家庭の災難を払ってもらふ。ヒヌカンを拜んでからトートーメーを拜む。フールはきれい好きな

神様、トイレを掃除するといいいことがある。お盆、七夕、旧の 16 日には家族全員が集まってお墓参りをする。但しシーミーはやらない、那覇の方しかやらないものだから。

＜他者との調和＞何でも話せる大切な人はご主人、娘さん。ゲートボールは人と一緒にやるのが楽しい、勝負のためではない、健康のためにもやっている。今の人は自分さえよければいいと考えている。

＜自然との融和＞チンペーには 4～5 年前にユタと一緒にいった。久米島の浜は美しい。

＜よりどころ＞昔はユタを頼ったが、今も少しは信じているが頼らなくなった。某宗教に最近入信した。ご利益信仰ではない、世界の平和を祈る。某宗教は家庭の中にある因縁を断ち切ってくれる、ユタではこれは切れない。ご主人が C 型肝炎になり入信したら、いつのまにか治った、これをきっかけに入信した。月に 5～6 回集まりがある。マブイは某宗教に入ってから信じなくなった。製糖期が終わるとヌチグスイ（ヤギ汁）を食べる習慣がある。

＜死と死にゆくことへの態度＞死について家族と話している、長男が島に戻ってくる事になった。あの世はあると信じている、死ぬ事は怖くない。

＜長生き・健康＞以前はジョギングをしていたが、膝が痛くなったのでやらなくなった、行事があった時ぐらいしか外出はしない、たまに友達と朝 1 時間くらい歩く。100 歳まで長生きしたい。最近、体が弱くなったと感じる、食べ物が固く感じるようになった、歳かもしれない。時々人とい争ったときにイライラしたりする。ご主人の世話をするのが自分の役割。

＜幸せ＞孫が遊びに来たりする時が幸せ、昔ご主人や友達と旅行した

り、遊んだ時が幸せだった。

ID17（女性、95歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は宇江城）で生活している。配偶者はすでに亡くなり、現在は一人で暮らしている。子供は7人いるが内1人はすでに亡くなっている。孫は15人、曾孫は10人である。

＜生きる意味・目的＞みんなでゲートボールや体操をしたり、おしゃべりすることが楽しみ。機織りでは幾つも表彰を受けており、今でも現役。

＜自己超越＞ヒヌカンは旧の1日、15日に拝み、お水は毎日供える。家を守って下さる神様である。トートーメーには毎朝子供たちの健康を祈る。旧の16日、7月15日にはお墓参りをする。ヒヌカンとトートーメーは同じものである。

＜他者との調和＞ユイマールは今はもうなくなってしまった、良く知っている人との間だけに残っている。

＜自然との融和＞チンベーでは部落の健康を祈り、ウマチーは家でやる。

＜よりどころ＞ユタは今はやらない、いなくなってしまったから、もし今いたらお願いする、病院でも分からないような時、かかえむんの時、悪い霊が付いたような時。マブイは今はやらないし、信じていない。体の調子が悪くなったら病院に行く。

＜死と死にゆくことへの態度＞あの世があるかどうかは分からない。

＜長生き・健康＞みんなとおしゃべりすること。自分は明るい性格である。ちょっと調子が悪い時はジキニンを飲む。

＜幸せ＞特になし。

ID18（男性、81歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は西銘）で生活している。配偶者はすでに亡くなっており、現在は再婚された配偶者と一緒に暮らしている。子供は6人、孫は7人、曾孫はまだいない。

＜生きる意味・目的＞趣味はゲートボールで、三線を子供達に教えることが生きがい。

＜自己超越＞ヒヌカンは旧の1日、15日にやっている。一年間の家内安全、無事を祈る。ヒヌカンはトートーメーより上である。台所は食事を作るところ、すなわち生命の源を示す、だからヒヌカンは各家庭の守り神なのである。フールはヒヌカンと繋がっている、食と便が繋がっているように。昔は乳幼児の死亡率が高かったので、乳幼児の健康をヒヌカンやフールに祈った。トートーメーには毎朝お茶を供え、旧の16日は家族全員でお墓参りする。お盆、お彼岸、シーミー（清明祭）は各家庭でやり、その時ウチガミ（あの世の紙幣と言われるもの）を燃やす。ウマチーも旧の6月25日に各家庭でやり、ご先祖様に赤飯で感謝する。

＜他者との調和＞大切な人はいどこ、お友達（老人会長さん）。ゲートボールは精神衛生上よくないという意見もあるが、チームワークやコミュニケーション、勝負心や根性がつくなどいい点もある、これは長生きにとって大切なことのように思う。ユイマールは機械化でなくなってしまった、みなお金や物で解決しようとするようになったからだ。

＜自然との融和＞チンペーでは旧の5月15日に豊作を祈っていたが、今はやっていない。1963年に大干ばつがあり田んぼが使えなくなった、それからサトウキビに変ったのだが、その頃から祈らなくなった。久米

島は自然が全て整っている。しかし恵まれ過ぎて根性がない。自然を大切にしないといけない、開発ばかりを優先させてはいけない。

<よりどころ>昔乳幼児の死亡率の高さはマブイが落ちたせいと考えられていたので、このマブイはユタに探してもらった。自分は普段はユタには頼らないが、災難とかがあった時は頼る、でも過ぎてしまうと有難味は忘れてしまう。ただユタに聞くだけで心が癒される。元気がない時は、元気にするためにマブヤーメー（ID6 参照）を食べる、病み上がりの時はニワトリを食べ、部落同士の試合の時はヤギ料理を食べて元気を付けた。

<死と死にゆくことへの態度>あの世は信じている、あの世で死んだ奥さんと会うつもり、だからあの世は怖くない。死んだ後の事を全て済ませておくと心が安らかになる、財産分与も全て済んでいる。

<長生き・健康>冗談を言ってみんなを笑わせることが好き、子供達に三線を教えると元気をもらえる、生きるバネにもなっている。子供達をウヤマシグァー（親のいない子）にしてはいけない、そのためには出来る限り長生きしなくてはと言う。少なくとも三線を現役で 90 までは生きたい、その前にトウカチ（88）のお祝いもある。睡眠時間は 9～10 時間（睡眠剤を飲んでいる）、毎日夜 10 時ごろまでは三線の稽古をしている。肺気腫の持病はあるが、それ以外は健康と感じている。ゲートボールで言い争ったりすると精神的によくはないが、一日経つと忘れてしまう。

<幸せ>子供達に三線を教えること。

ID19（女性、82 歳）

<生活・家族>生まれは大阪であるが、5 歳の時からずっと久米島（部

落は西銘)で生活している。配偶者は14年前に亡くなり、現在は娘と孫の3人で暮らしている。子供は5人、孫は12人いるが、曾孫はまだいない。

＜生きる意味・目的＞みんなとおしゃべりをする事、新聞を読むこと、野菜を作ることが楽しみで、孫の成長が生きがい。趣味はグラウンドゴルフ。

＜自己超越＞ヒヌカンは旧の1日、15日にやる、家族を守ってくれてありがとうございますと拝む。トートーメーには毎日お茶を供え、家族の健康を祈る。病気になった時もトートーメーには祈るが、ヒヌカンには祈らない。

＜他者との調和＞何でも話せる大切な人は自分の兄弟、娘とは話ができない。グラウンドゴルフは勝負よりもみんなと楽しむことが大切。ユイマールは近代化のせいで無くなってはきているが、行事関連では今でも大切に残されている。

＜自然との融和＞旧の12日～13日に老人会、婦人会で正月ウガン(祈願)を行う。そこでは家族の健康や豊作を祈る。

＜よりどころ＞ユタは信じない、お金がかかるだけだから。マブイはやったことはないが信じている、ヌチグスイ(ヤギ汁)はお祝いの時に食べる。

＜死と死にゆくことへの態度＞死について家族と話していないが、そろそろしたいと思っている。あの世はよく分からないが、死はあまり怖くない、皆どうせ死んでしまうのだから。

＜長生き・健康＞くよくよしないこと、毎日ヒヌカン、トートーメーに感謝すること、行事の節目節目を楽しみにすること。人の世話にならない限り長生きしたい。太り過ぎだと病院の先生に言われるが、痩せた

ら気力が無くなってしまうような気がする。イライラしたりすることはあまりない。行事を行う事、やり方を伝える事が自分の役目。

＜幸せ＞日本の将来のことを考えると、孫の将来がとても心配である。孫に自分が作った野菜を送ることが一番の幸せ。

ID20（女性、79歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は西銘）で生活している。配偶者（78歳）は健在で一緒に暮らしている。子供は6人、孫は17人、そして曾孫も14人いる。

＜生きる意味・目的＞畑で野菜を作ることが楽しみ。ゲートボールはやらない、日光が怖いから、スポーツは好きじゃない。

＜自己超越＞ヒヌカンに毎日お水とお花を供え、旧の1日と15日にお祈りをする、孫の交通安全、健康を祈る。フルは、今は何もしない。トートーメーには毎日お茶を供え、家内安全と健康を祈る。お盆と旧の16日には家族全員でお墓参り、七夕にはお墓の掃除、シーミーとお彼岸は家でやる。ヒヌカンを先に拝むがトートーメーの方を大切にしている。

＜他者との調和＞何でも話せる大切な人はご主人、子供達、息子のお嫁さんともうまく行っている。昔は兄弟が多かったので自然とユイマー精神が身に付いたのではないか。

＜自然との融和＞正月ウガンを部落の女性たちで行う。最近は若い人は来なくなった。そこでは健康祈願、入試祈願を行う。旧の5月15日の稲穂祀りには婦人会が参加する。

＜よりどころ＞ユタには今は頼らないが昔は頼った。孫が熱を出した時、ユタに相談した、どこかでびっくりしたことが原因ということで、マブイを探してもらって拾ってきて孫に戻したら熱が下がった、マブイ

は今でも信じている。ヌチグスイも食べる（色々なお茶をブレンド、お酒に漬けたにんにく、キクイモ茶など）。

＜死と死にゆくことへの態度＞昔出産の時に死にかけたことがあるので死は怖くない。みんなのお陰で生かされていると感じている、感謝している、あの世は親や兄弟が行っている所だから怖くない。死については家族とは特別には話さない。子供たちが何も心配する事はないと言ってくれるので、特別に話すことはないから。お墓は既に準備した。

＜長生き・健康＞色々なお茶をブレンドして飲む、にんにくをお酒に漬けたもの、キクイモ茶などをヌチグスイとして飲む。孫が結婚するまで長生きしたい、けど天命に任せる、よくばってもいけない。睡眠時間は 7 時間半、就寝起床は決まっている。血压以外は健康と感じている。色々なお茶で血压対策をしている。イライラするようなことはあまりない。毎日畑に出かけ、一日おきにスーパーに野菜を届けている。行事や家族の集まりを見守るのが自分の役目。

＜幸せ＞孫に自分の作った野菜を送ること。

ID21（女性、84 歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は兼城）で生活している。配偶者は 15 年前に亡くなり、現在は一人で暮らしている。子供は 6 人、孫は 16 人、そして曾孫も 10 人いる。

＜生きる意味・目的＞みんなと仲良くすること、週に 1 回の老人会の体操、月に 2 回のユンタク会（おしゃべりの会）に出る事が楽しみ。孫の成長が生きがい。懐メロのテープを聞くこと、ゲートボール（腰が痛くて出来なくなった）が趣味。紬の会社に勤めていたので畑はやっていない。

＜自己超越＞ヒヌカンは旧の1日、15日にお水、お塩、お酒、お花を供え、家内安全、子や孫達の健康、屋敷を守ってくれる事を祈る。トートローメーは家にはないから拝めない（長男家にある）、よってヒヌカンを通してトートローメーにお祈りをする。ご先祖様は神様になっているので、子や孫達を守って欲しいと祈る。シーミーの時には家族全員が集まってお墓参りする。

＜他者との調和＞大切な人は友達と娘。自分の部落はあまり大きくないので団結力が強いが、大きな部落ではユイマールは行き届かず、家族のみにしか残っていないように感じる。

＜自然との融和＞ご主人の先祖がいる首里に向かって拝む事がある。

＜よりどころ＞ユタに長男の結婚式の日取りについて相談した事がある、うれしいことがあると聞いてみたくなる、でも今はあまり聞こうとは思わなくなった。マブイは信じないし、やったこともない。ヌチグスイは特別には食べない、今は食生活が良くなったのでやらなくなったのでは。

＜死と死にゆくことへの態度＞死ぬことについて家族とは話していない、いずれはしなくてはいけないと思っている。そして感謝の気持ちを伝えたいから。でも子供達の生活の事が心配で死ねない。あの世は良く分からないが、ご先祖様のところに行くのだと思う。自分だけに死があるわけではないので怖くは無い。

＜長生き・健康＞塩辛いものを食べない、野菜を食べるようにする。以前は散歩を週3回、2時間ぐらいしていたが、腰が痛くなってからやっていない。くよくよしないことも大事。人に迷惑をかけない間は長生きしたい。睡眠時間は5時間、就寝起床は決まっている、お昼寝はするが決まっていない。以前肝臓の病気をして今も薬を飲んでいる、腰が痛

い（骨粗鬆症）、血圧も高いので健康が心配である。鈍感だからあまりイライラとかはしない。外出は老人会の体操、ユンタク会、病院（3 ヶ月に1回）、銀行（月に1回）程度。自分の役割はもうないと感じる。

＜幸せ＞孫に年金からお小遣いをあげること、孫の顔を見る時、孫の成長、成功（入学、結婚、成人式、まご2人は医者に）が幸せ。家族が健康で幸せだと、自分の健康は悪くても幸せと感じる。友達にも恵まれ、良くしてもらった、いい人生だったと思っている。昔大病してから今まで生きてこられただけでも幸せである。ただ次男、三男が酒やたばこをやっているの、健康が心配でならない。

ID22（女性、94歳）

＜生活・家族＞生まれは久米島だが、しばらく大阪や尼崎の方で暮らしていた。戦後戻ってきてからはずっと久米島で生活している。配偶者は50年ぐらい前に亡くなっており、現在は一人で暮らしている。子供は3人（養子）、孫は10人、そして曾孫も15人いる。

＜生きる意味・目的＞紬は今でも頼まれればやっている。趣味は、編み物（最近手がしびれてよくやれないが）、三味線、ゲートボール。孫や曾孫の顔をみるのが生きがい。

＜自己超越＞ヒヌカンは旧の1日と15日に祝う、毎日お水を供える、旧の12月24日には一年守ってくれた感謝に白いご飯をお供えし、家内安全、家族の健康を祈る。フルは魔よけ、赤ちゃんが帰ってきた時にフルで悪いものをとってから家に入った。トートーメーは家族を守って下さる。お盆には親戚中が集まってお墓参りをする。

＜他者との調和＞今は人の情が薄れてきたように感じる、今は自分さえよければいいという風潮になってきている。ただ今でも行事とかある

と女性は集まって助け合っている。女性は誰とでも助け合えるが、男性は気の合うもの同士でないと駄目なような気がする。何でも話せる大切な人は兄弟、親友、娘。部落でゲートボールをやる人が少なくなった、でも他の部落にまで行ってやる気はない。

＜自然との融和＞旧の 5 月 15 日（ツマ）、旧の 6 月 15 日（ウマチー）は家で祝う。気分が落ち込んだ時は海を見ると心が和む。

＜よりどころ＞ユタは信じない、うそが多いから。長男のお嫁さんが亡くなった時に、ユタを呼んだが、何を言っているのか分からなかった。マブイは信じていないが、昔子供が田んぼに落ちた時、近くのおばあさんがマブイを拾って助けてくれたことがある。病気の時チムシンジ（赤肉、レバー、大根、フーチバを入れて煎じた物）を食べる。

＜死と死にゆくことへの態度＞死について娘とは話をしている。やって欲しい事を紙に書いてくれと言われるのだが、心配事は何もない。

＜長生き・健康＞あまり物事に対し気にしなくなった、歳をとってから（70 歳ぐらいから）そうになってきた。全ての曾孫にランドセルを買うまで長生きしたい（一番小さい曾孫が 1 歳なのであと 5 年）。あの世は信じていない、死んだらどうなるかなんか気にしないので、死ぬのは怖くない、どうせみんな死ぬんだから。でも孫、曾孫たちと別れるのは淋しい。睡眠時間は 4～8 時間と決まっていない、就寝起床の時間も決まっていない。人間関係ではイライラしないが、雨降った後に霧が深かったりするとイライラする。息切れはするし、腰も痛いので健康ではないと感じている。紬を教える事が自分の役割。また家事をやらないとフコマル（怠け者のこと）になってしまう。

＜幸せ＞孫や曾孫に会えること

ID23（女性、85歳）

＜生活・家族＞生まれは久米島だが、テニアンやサイパンで21歳になるまで暮らしていた。戻ってからはずっと久米島で生活している。配偶者は4年前、82歳の時に脳梗塞で亡くなっており、現在は娘と孫、曾孫の4人で一緒に暮らしている。子供は6人、孫は15人、曾孫も12人いる。

＜生きる意味・目的＞旅行で色々なところに連れて行ってもらうこと。孫や曾孫の顔を見るのが楽しみ。紬をつぐこと、畑で野菜を育てるのも楽しみ。今は腰が痛くてやれないが、ゲートボールが趣味。

＜自己超越＞ヒヌカンは女の神様、旧の1日、15日にお花、お酒、お線香、お水、お食事を供え、家内安全、家族の健康を祈る。フールは子ども達のための魔除けだったが、今はやらない。しかし、今でもススキを結んだものをお届けものに入れたりするのは誰もがやっている（邪気を払うという意味）。トートーメーには毎日お茶を供え、家内安全、家族の健康を祈る。祈る順番はヒヌカンが先だが、トートーメー（ご先祖様）の方が大切と感じている。

＜他者との調和＞何でも話せる大切な人は兄弟と娘とのことである。昔はみんな協力しないと生きてはいけなかった、それは今も同じである。男性も女性も関係なく、この精神（ユイマール）は若い世代にも引き継がれていると思う。ただこの部落が特にその精神が強いのは親戚（血縁）が多いからではないかと思っている。

＜自然との融和＞昔は旧の5月15日（ツマ）、6月25日（ウマチー）にチンベーを祀ったりしたが、稲がなくなったから今はやらなくなった。部落の豊作の祈りは、今はカミンチュ（巫女）の一族しかやらない、普通の家庭はご先祖様に供えるだけになった。海を見ていると心が安から

になる。

<よりどころ>ユタは信じない、信じると財産をなくしてしまう。単なる金儲けにすぎないから。気が弱い人が頼るのではないかと思う。自分がもし何か頼りたいようなことがあれば、お寺に頼んでいる（地鎮祭、家を建てる時とか）。マブイ（マブイグミ）はあると思う。昔長女が溺れて高熱が出た時、曾祖父の兄弟（104歳まで生きた女性）がマブイを拾ってくれて助けてくれた（高熱が治った）ことがあり、それ以来信じている。でもそういうものを頼ったのは、昔は医者がいなかったせいかもしれない。また、熱さましにヨモギ＋黒糖、氷枕としてバナナの芯＋塩、熱を下げるために頭を突いて血を出す、ジフテリアの薬として雄鶏の血＋酒＋水などを利用したことがある。

<死と死にゆくことへの態度>死について家族とは話さない。話す必要がないから。何も心配な事は残っていないから。健康なまま死にたい、ポックリと往きたい。あの世のことは分からない、亡くなったご主人が夢で教えてくれないから。死ぬのは運命だから怖くない、ヒヌカンやトートーメーのお陰もあるかもしれない。

<長生き・健康>孫たちが色々なところに連れて行ってくれるので、長生きしたいと思う。一番下の孫が今、中学1年生、この子が成人するまで長生きしたい（あと7年）。毎朝の散歩15～20分は欠かさない。睡眠時間は8時間、就寝起床は決まっていて、昼寝も1時間から1.5時間はする。イライラすることはあまりないが、もしあればそんな時は昼寝して忘れる。腰さえ痛くなければ何でも出来るのと思う。膝が痛い時は漢方薬やサプリメントのニンニクを飲んでいる。血圧の薬も飲んでいるが、精神的には健康と感じている。他の人たちはデイサービスに行っているが自分にはまだ早いと感じている。

＜幸せ＞ 紬をついで稼いだお金を孫たちに送ってあげること。孫や曾孫に囲まれている時、生きていて良かったと思う。

ID24（女性、84歳）

＜生活・家族＞ 生まれてからずっと久米島（部落は大原）で生活している。配偶者（85歳）は要介護5の認知症を患っているが、一緒に暮らしている。子供は6人、孫は7人、そして曾孫も1人いる。

＜生きる意味・目的＞ 野菜を作ることや、お孫さんの顔を見ること、みんなと集まっておしゃべりすることが楽しみ。趣味はゲートボール、グランドゴルフ。

＜自己超越＞ ヒヌカンは旧の1日、15日に祀る、家族の健康を祈る。フルは年に2回、お餅、お米で祀る、屋敷を守ってくれたことへの感謝。トートーメーには毎日お茶を供え、家族の健康、孫達を守って下さいと祈る。順番としてはヒヌカンから祈る、しかし気持ち的にはトートーメーが大切。ヒヌカンとトートーメーは繋がっている。

＜他者との調和＞ 何でも話せる大切な人は長男と娘。ゲートボールよりグランドゴルフの方が好き、人との争いがないから。ユイマールは今はない、自分のことは自分でという時代になってきたから。しかし家族に不幸があったような時は今でも部落内で助け合う風習はある。

＜自然との融和＞ 旧の5月17日に豊作の祈りをやる。若い人が中心で30名くらい、自分も参加する。

＜よりどころ＞ ユタに戦争で亡くなった兄がどこで亡くなったのか調べてもらった（4年間で、200万円くらい取られた）、あっちだとかこっちだとか言われて結局よくわからず、今は後悔している。しかし最近車の事故で怪我してしまい、それ以降体の調子が良くない（食欲がない）

ので、マブイを拾うためにユタに頼んだ。仏壇に向かって拝んでもらっただけだったが、マブイが戻ってから少し良くなった気がする、気持ちの問題かもしれないが。食欲がない時は、芋の葉っぱでジューシー、風邪をひいたときは、レバー＋赤肉を食べる。

＜死と死にゆくことへの態度＞死について家族とは話さない、時期的に早すぎるから。長男がしっかりしているので何も心配はない。宗教団体の人が来て、あの世のこととか生き返りについて説明するが、自分は信じられない、あの世とか天国は宗教の話、ヒヌカンやトートーメーとは別の話。死ぬのは怖い、死んだ後のことが分からないから。ご先祖様があの世で待っているというような考えはない。

＜長生き・健康＞買った野菜は体が受け付けない、自分にはすぐに分かる。お腹がポコポコする、自分が作った無農薬の野菜でないとだめ。味噌も自分で作っている、他のものではだめ、買ったものは食べない。毎日畑で働くこと（午前9時から11時半、午後2時から4時）が健康の秘訣。みんなが大切にしてくれている限り長生きしたい、子や孫に迷惑をかけない限り長生きしたい。車の事故以来健康がよくないと感じている。

＜幸せ＞子どもや孫に自分の作った無農薬野菜や味噌を送ってあげること

ID25（男性、85歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島（部落は具志川）で生活している。配偶者（82歳）は健在で一緒に暮らしている。子供は5人、孫は7人、曾孫も3人いる。

＜生きる意味・目的＞家系を継続させること。そのために長男を久米

島に帰郷させ、2年間で自立できるように指導し、畑（サトウキビ）を継がせる。孫や曾孫に会うこと、自分で野菜を作る事が楽しみ。趣味は釣り、ゲートボール。

＜自己超越＞ヒヌカンは旧の1日と15日に祀るが、男性はやらない、火は人間生活に不可欠と言うような常識的な感覚しかない。ヒヌカンには家内安全を祈る。フールは良く分からないが、ゲーヌ（ススキの葉を結んだもの）はお裾分けの時とかに今でもやっている。トートーメーは奥さんが旅行とかでいないときに代わりに行う程度。先祖の家系を思い出し、家内安全、家族の健康を祈る。ヒヌカンとトートーメーは一緒ではない。

＜他者との調和＞ゲートボールは個性と個性のぶつかり合い、ルールの中で各個人に役割があり、チームが成り立つもの。ユイマールは最近崩れ、血族の間には残っているが、部落の中には残っていない。物の貸し借りはあるが、労力の貸し借りはなくなった。昔は何でも話せる親友がいたがみな死んでしまった。

＜自然との融和＞チンベーは女性が司るもの、母方の兄弟がノロであった。アブシバレーは今はやっていないが、ハマウリは今も部落の人たちとやっている。しかし部落の輪のための形だけとなっており、現代風になってしまっている。

＜よりどころ＞お墓を竣工した時、父親に言われて厄払いでお願いしたことはあるが、ユタは信じていない。悩み事でストレスが溜まったような時、溺れる者藁をも掴むような心境で頼るのではないか、心の安心につながるのかもしれない。小4の時、野イチゴを山ほど食べたらお腹が痛くなって倒れた、ユタを母親が呼んで、マブイグミが必要と言うことになり、キリギリスを捕まえてきてお腹にのせたら、元気になった経

験がある。胃腸の調子が良くない時はサクナ（長命草）の茎が効く。

＜死と死にゆくことへの態度＞長男に畑を引き継ぎ、自立できるようにするまでは死ねない

＜長生き・健康＞ゲートボールは畑仕事の合間の気分転換になっている。健康の秘訣は生活リズムを安定させること、睡眠時間は9時間、就寝起床は決まっている。朝食はコーヒー、パン、ヨーグルト、夕食はご飯、味噌汁、やさいのおかず。長男に畑を教え、引き継がせることが最も大切な役目

＜幸せ＞孫や曾孫に作った野菜やお小遣いをあげること。予定した一日の目標がちゃんと出来た時。

ID26（女性、83歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島で生活している。配偶者（85歳）は健在で一緒に暮らしている。子供は3人だが内1名はすでに亡くなっている。孫は1人いるが、曾孫はまだいない。

＜生きる意味・目的＞趣味はゲートボール、グランドゴルフ。子どもや孫は生きがいではない。

＜自己超越＞ヒヌカンは家にはない。トートーメーには毎日お水を供え、旧の16日、お盆、七夕、シーミーにはお墓参りをする。家族の健康、家内安全を祈る。トートーメーのそばに某宗教団体の本尊があり、一緒に祈る。

＜他者との調和＞何でも話せるのは弟のお嫁さん。ゲートボールやグランドゴルフは人と競うのが楽しい。ユイマールは物と物との間はあるが、手伝い（労力）の貸し借りは親戚の間だけにしかない。今は結婚式場とかがみなやってくれるから。

＜自然との融和＞チンベーは昔はやっていたが今はやっていない。

＜よりどころ＞ユタは信じない、知り合いでユタにお金がかかり過ぎて、家族がバラバラになってしまったものがあるから。マブイは信じられないが、ススキの先を結んでフールのところでマブイを探すのを見たことがある。ヌチグスイは知らない。

＜死と死にゆくことへの態度＞某宗教団体の教えでは、人は生まれ変わる。しかし死ぬのは怖い。死については宗教団体の人に相談している。

＜長生き・健康＞脂っこい物を食べないようにしている、自分で作った野菜を食べるようにしている。月 2 回の体操に参加している。天気のいい日は、歩け歩け 20 分、家の周りの道沿い、近所の人に会えばおしゃべりする。ご主人の母親がカジマヤー（99 歳）で亡くなったので、そこまで長生きしたい。睡眠時間は 8 時間、就寝起床は決まっている、お昼寝はしない。今は、自分は健康だと思う、時々ご主人と言いつ争ったりするとイライラする程度。現在、某宗教団体のグループリーダーをしており、月 1 回集まって勉強会を行っている。

＜幸せ＞健康であること、宗教団体の影響は大きい。子どもや孫が生まれ、成長していること。

ID27（女性、70 歳）

＜生活・家族＞生まれてからずっと久米島で生活している。配偶者（71 歳）は健在で一緒に暮らしている。子供は 6 人、孫は 14 人、そして曾孫も 1 人いる。

＜生きる意味・目的＞趣味はゲートボール、グランドゴルフ、三線、舞踊愛好会。婦人部の会長、子どもや孫、畑で野菜を作るのが楽しみ。

＜自己超越＞ヒヌカンに旧の 1 日、15 日にお水とお塩を供え、屋敷内

の家族の無事や健康、屋敷の外に出て行ってしまった子どもや孫の成長を祈る。祈ると気持ちの整理が付き、心が落ち着く。トートーメーは旧の1日と15日に祀り、旧の16日、お盆、お彼岸、シーミーにはお墓参りをする。家族全員の健康と安全を祈る。

＜他者との調和＞何でも話せる大切な人はご主人、長男、お姉さん、友達。ゲートボールは頭を使うから楽しい、人から何か言われても撥ね退ける、引っ込んだら負け、練習の時は和気藹藹だが試合となったら別、勝負が大切。機械化のせいで力仕事のユイマールは少なくなった、でもこの精神は生まれた時から身に付いている。

＜自然との融和＞チンベーは神様だから前を通る時はお辞儀をする、でも今は車で通り過ぎることが多いのでサッと通ってしまう。旧の5月15日、6月25日は家でお祝いをする。

＜よりどころ＞ユタに次男が亡くなった時に聞いたことがある。地上に魂が残らないように、成仏してくれるようにユタにマブイを拾ってもらった、心が安らいだ。昔病気した時とか体力がない時、豚のレバー＋赤肉を食べた。昔は栄養が足りなかったけど、今は栄養が豊かになったのでやらなくなった。

＜死と死にゆくことへの態度＞死について家族と話したりしない、時期的に早いから。あの世は信じている、死んだら先祖のところに行く、でも今は死ぬことなんか考えられない、今を大切に生きていく。

＜長生き・健康＞朝起きたらストレッチ、体をよく動かす、よく笑うこと。少なくとも85歳ぐらいまではゲートボールしていきたい、何も出来ないで生きているのでは意味がない。睡眠時間は6時間、就寝起床は決まっている、夜中に1回くらい起きる。足の痛みが10年くらい前から、職業病だと思う。三叉神経痛は20年前から。でも精神的には健康、

生まれ持った性格もあるが、先祖が支えてくれているから。JA婦人部の会長が今の自分の役割。

＜幸せ＞子どもや孫に野菜を送ること、このために無農薬の農業をやっているようなもの。寝たい時に寝られること、サンシンや踊りをしている時、子どもや孫が育っていること。

ID28（女性、75歳）

＜生活・家族＞生まれてから4歳まで久米島で暮らし、その後、小学校の2年生までサイパンで暮らした。日本に戻ってからは中学3年まで石川県で暮らした後、25歳まで那覇で暮らした。その後久米島に戻り現在まで生活している。配偶者（77歳）は健在で一緒に暮らしている。子供は1人（養子）、孫は3人いるが、曾孫はまだいない。

＜生きる意味・目的＞趣味はゲートボール、グランドゴルフ、踊り、レク愛好会。地域のサークル活動、畑の仕事、孫の世話をすることが楽しみ。孫の成長が生きがい。

＜自己超越＞ヒヌカンは祀らない。トートーメーはあるが、某宗教のご本尊と一緒に拝んでいる。毎日朝晩勤行を行う、やればやるほど自分に返ってくるから。

＜他者との調和＞何でも話せる大切な人はご主人とお子さん。ユイマールは今でもある、小さな島では皆が助け合っていないと生きていけないから、周りの人たちはみな知り合い、家族のようなもの、部落間での繋がりもある。

＜自然との融和＞チンベーはやらない。

＜よりどころ＞ユタはきれい、信じない。マブイは半信半疑。全てご本尊様に委ねている。体が疲れたような時、チムシンジ（ID22 参照）

としてお肉を炊いて食べる。

＜死と死にゆくことへの態度＞人は生まれ変わる、現世で人に対していいことをすると来世にそのお返しが戻ってくる。死について話すことはない、今はまだ健康だから、話すような時期ではない。

＜長生き・健康＞色々な種類の食べ物を食べる、揚げ物は控える。畑で十分に体を動かす。畑は 80 歳までで、90 歳まで元気でゲートボールがしたい。睡眠時間は 8 時間、就寝起床は決まっている。キビの作業のために足が痛い、でも精神的には健康。ご本尊様の力によるところが大きい。仕事のことでご主人と言い争ったような時はカラオケで吹き飛ばす。いつも何かやっていないと落ち着かない、ゆっくりする性格じゃない、習慣かもしれない。全島の宗教団体の集まりは月に 4～5 回、部落の座談会は月に 1 回、現在婦人部の副部長を務めている。

＜幸せ＞今日一日健康だったと思える時。畑仕事で達成感を感じる時。家族が増えたこと。野菜を作って子どもや孫に分けてあげること。

2. 聞き取り結果の類型化

上記聞き取り結果をスピリチュアリティの表出の仕方の違いから 5 つに類型化した(表 28)。類型 1 はスピリチュアリティの概念構造図(図 6)における縦軸、つまりヒヌカン、トートーメーといった超越的なものを重んじる垂直軸を中心としたタイプ。類型 2 は同じく概念構造図の横軸、つまり他人との繋がりや関係を重んじる水平軸を中心としたタイプ。類型 3 はその垂直軸と水平軸の両方を重んじる混合型タイプ。類型 4 はヒヌカンやトートーメー以外の超越的なものを重んじる非ヒヌカン・トートーメー重視タイプ。そして類型 5 は上記のどの類型にも属さないタイプとした。

因みに類型 1 に属する対象者は ID17,24、類型 2 に属する対象者は ID4,6,11,13,14,19,21,22,23、類型 3 に属する対象者は ID1,2,7,12,15,18,20,27、類型 4 に属する対象者は ID16,26,28、類型 5 に属する対象者は ID3,5,8,9,25 である。

類型 1 の特徴はヒヌカン、トートーメーを毎日拝み、家族の健康や子どもたちの健康を祈っている。そしてユタやマブイを心の拠り所としている。病気になれば病院には行くが、病院に行っても良くならないような時に、悪い霊が付いたのではないかと心配になりユタに見てもらいたいと考えている。これは現世の子孫の不幸や病気は、祖先の霊魂からの知らせであり、祖先の霊魂が供養を求めているというこの地域の民間信仰である祖霊信仰に通じるものと考えられる。また車の事故によって怪我をし、それ以降からだの調子が悪くなったのはマブイを落としてしまったからだと考え、ユタにマブイを拾うことを頼み、拾ってもらって戻してから何となく体の調子が良くなったと感じている。これは量的研究で示したモデル 2 の具現化、つまり身体的健康が損なわれたことにより、垂直軸のスピリチュアリティを高め、それが精神的健康の安定につながるという関係を示す典型と考えられる。あの世とか天国のことは良く分からず、信じていない。そういったことは宗教の話と考えているのもヒヌカン、トートーメーを重要視するこの地域の民間信仰である祖霊信仰の典型と考えられる。

類型 2 の特徴は、トートーメーは大切にするが、ヒヌカンは拝まなかったりもする。そしてユタやマブイはあまり信じていない。何でも話せる大切な人を家族以外にも持っており、ユイマール精神は今でも生き続けていると信じている。家族、特に子供や孫をととても大切に思っている。子や孫に自分の作った野菜を送ってあげたり、年金からお小遣いをあげ

ることを楽しみにしている。孫の顔を見る時や成長、成功する姿を見守る事を生きがい、幸せと感じている。自分の健康がたとえ悪かったとしても家族が健康で幸せであれば自分も幸せであると感じている。これは身体的健康が損なわれても、水平軸のスピリチュアリティを高めることによって精神的安定を保つ典型例と考えられる。多くの友達に恵まれ、皆から良くしてもらったことを喜びと感じ、いい人生であったと感謝しているのも大きな特徴である。

類型3の特徴は、ヒヌカン、トートーメーを家族の守り神としてとても大切に毎日拝んでいる。ユタやマブイを頼る傾向もある。但し自分のことよりも家族のために頼っている傾向がある。長男が亡くなった時にユタに相談したり、孫が事故にあった時にユタに相談し、マブイを拾ってもらったりしている。ご主人が台風で大怪我をした時、何人ものユタを呼んで回復を願ったりしている。ユタを完全に信じている訳ではなく半信半疑ではあるのだが、心のやすらぎにはなったと感じている。そのご主人は今でも半身不随で認知症にもなっているのだが、そのご主人の介抱をすることこそ自分の役目、生きがいだと感じている。ご主人の面倒は一生自分が見ると決めており、ご主人が死を迎えるまで自分は死ねない、それまで健康で生き続けたいと願っている。そんな母親を子供たちが暖かく見守っており、その家族のやさしさをに包まれていることを幸せと感じている。これはどんな逆境にあらうとも垂直軸と水平軸のスピリチュアリティの力によって精神的安定をもたらし、ひいては幸せに繋げて行っている典型と考えられる。

類型4の特徴は、トートーメーは拝んではいるが、ヒヌカンは家になかったり祀ったりもしていない。トートーメーのとなりに別のご本尊を置いて祈っていたりしている。ユタやマブイも信じていない。もしくは

昔は信じたり頼ったりしていたが、今は全く信じなくなっている。家庭や先祖からの繋がりの中にある様々な因縁というものをユタは切ることが出来ないと考え、これを切る事ができるのは宗教だけという教えを信じている。これは宗教団体に入信した動機の大きな特徴である。長年の農作業のための疲労や年齢などによる身体的な痛みなどの障害が起こっても、ご本尊の力によって精神的には健康と感じている。これは類型1の地域の民間信仰である祖霊信仰の代わりに宗教がスピリチュアリティの役目をしている典型例と考えられる。

類型5の特徴は、ヒヌカンを拝んだりはしない。また拝むとしても忘れる事もしばしばある。トートーメーも家にはなかつたりする。ユタを頼ったりしないし、信じてもない。マブイは昔はやったことがあるが今は近代化したのでもう無くなったと考えている。どこかの宗教団体に属していることもなく、身体の調子が悪くなった時は病院に行って治す。毎日平々凡々と暮らす事、予定した一日の仕事がちゃんと出来た時に幸せや喜びを感じている。

IV.研究の考察

対象者からの聞き取り結果をもとに、スピリチュアリティの意味するところを、6つの下位概念を踏まえて具現化する。そしてその内容をもとに、この地域のスピリチュアリティの高さを、民族文化的背景から明らかとする。また量的研究では十分に明らかとすることが出来なかった、スピリチュアリティの特徴と、従来健康との関係を考察する。

①「生きる意味・目的」：スピリチュアリティの下位概念の一つであ

る「生きる意味・目的」においては、自分自身以外のため、特に子供や孫に代表される家族のためと考えている人が殆どであった。家族は先祖から子孫へと繋がる強い絆なのである。この絆がスピリチュアリティの根幹を成していると言っても過言ではない。自分のためではなく、家族のために生きることに意味を見出しているのが大きな特徴と言える。これは生きがいとも密接に関連している。子供や孫のために自分自身がしてあげられること、例えば、殆どの人は自分自身の畑で野菜を作っており、これを子供や孫達に送ってあげて生きる意味や、生きがいと感じている(ID3,4,19,20,24,25,27,28)。そのために長生きしたい、健康でいたいと願うのである。畑をやっていない人でも、紬で紡いだお金や、年金の一部を子供や孫のお祝いに送ってあげて生きる意味や、生きがいとしていた(ID21,23)。自分自身のために何かを買うとか、老後のためにお金を貯めるなどと言う人は一人もいなかった。これは、都会で一人で暮らす高齢者や、老人施設で暮らす高齢者の考え方とは大きく異なる点と言える。先行研究¹²²⁾では「生きる意味・目的」は「生きる希望」「生の実感」などから構成されると述べているが、本研究対象者の「生きる希望」はまさに子や孫などの子孫であり家族なのである。その絆の強さがスピリチュアリティに直結していると考えられる。これはまさしくスピリチュアリティの重要な概念である「意味」と「水平軸」なのである（用語及び尺度の説明の項参照）。

久米島の高齢者の多くは子供や孫に囲まれて暮らしている訳ではない。殆どの子供や孫たちは沖縄本島などで暮らしている。久米島に残っているのは、ほんの僅かである。そのため多くの高齢者は、祭祀に纏わる行事の度に、家族や孫達が集まる事を非常に楽しみにしていた。これが、この地域での祭祀ごとが盛んな背景とも考えられる。そして、この

祭祀ごとはスピリチュアリティの下位概念である「自己超越」「他者との調和」「よりどころ」とも深く関連しているのである。

②「自己超越」：久米島の高齢者の「自己超越」を特徴付けているのがヒヌカンとトートーメーであった。ヒヌカンは台所に祀られている火の神である。火の神の火は台所にある、かまどの火を指しているのである。もともとは台所にあったかまどそのものを大切に祀っていたが、各部落や家々でかまどを象った 3 個の石を祀るようになったようである。現在では台所の隅に 3 個の石と共に水、塩、花木を供える形が一般的となっている。ヒヌカンを祀り管理するのは、台所にあるということもあってか、一家の主婦の役割で、家族の健康や安全など家内安全を祈願している。また家族の喜び事（入学・進学・就職・結婚など）があるごとに御願して報告をする。但しヒヌカンはそれぞれの家の神なので、その家族以外の人には拝んだりはしない。これは宗教的な神のように皆が同じ神を祈ると言うのとは異なっている。そのため天国と言うような考えもヒヌカンには無い。そんな全体的なことの面倒ではなく、自分達の家族のことにのみを守ってくれると考えている。これはスピリチュアリティの下位概念「死と死にゆくことへの態度」とも関連することである。死んでから天国に行くといったような考えや、そもそも天国と言う概念すらなかったのも、こういった考えから来ているものと思われる。一般的な宗教がもつ、大いなるもの、神といった「自己超越」とは異なるスピリチュアリティが、久米島の高齢者の大きな特徴の一つと言える。

旧暦の 1 日と 15 日にヒヌカンを拝むのはこの家庭でも一緒のようであるが、それ以外の祭祀においては家庭によって異なり、統一はされていない。毎日お茶やお水を供える (ID2,4,6)、お彼岸や旧の 16 日、シーミー (清明祭)、お盆の時 (ID7)、お正月、お盆、旧の 16 日 (ID9)、

旧の 16 日と七夕、お盆 (ID2)、またある家庭では特別な祀りはしない (ID11) といったように、異なる祭祀に対しヒヌカンを拝んでおり、その扱いの重さもそれぞれであった。また男だからヒヌカンは拝まない (ID3,4,5,14,15,25) という人もいた。

12 月 24 日にヒヌカンの昇天、1 月 3 日もしくは 1 月 4 日にヒヌカン迎えのために祀ると参考資料などには記されているが¹²³⁾、必ずしもどここの家庭でも行われている訳ではなかった。これは、ヒヌカンが地域や全住民のためのものではなく、各家庭に根ざしているものの表れと推測される。各家庭によって扱いの重さが異なり、これがスピリチュアリティの強さにも関係しているものと思われる。特に男性に比べて女性の方が、この「自己超越」の得点が有意に高かったのは、こういった背景があったからではないかと考えられる。

トートーメーは先祖の位牌の別称であり、尊いお方を意味する尊御前が変化したものと考えられている¹²⁴⁾。トートーメーもヒヌカンと同じく祭祀ごとに拝むが、これも各家庭によって異なっている。トートーメーは男性だから拝まないという人 (ID4,5,14,15,25) もヒヌカンと同様にいた。勿論男性でもちゃんと拝むという人 (ID12,18) もいた。ヒヌカンと異なる点は本家 (長男の家系) ではないため、トートーメーを拝む事ができない (ID8、ID9、ID21) という人がいた点が挙げられる。こういった場合、トートーメーの代わりにヒヌカンを通して先祖を拝み、家庭で起こった出来事を報告している。これはヒヌカンの持つ「御通し御願」と呼ばれるもので、祈願したい場所に行けない時でも、ヒヌカンから願いをその場所に「通す」ことができるというものである¹²⁵⁾。

ヒヌカンとトートーメーとのプライオリティー (優先順位) に関しては、ヒヌカンとトートーメーは同等もしくはヒヌカンの方が重要と考え

ているようであった(ID3,7,9,17,18)。拝むのは必ずヒヌカンの方を先にと
いう人もいれば(ID16)、気持ち的には(心の中では)先祖を祀ってい
るトートーメーの方を大切にしている、と答える人もいた(ID13,20,23)。
何れにせよ地域に根付いている民間信仰として先祖との繋がりを重ん
じる、この地域のスピリチュアリティの特徴と言えるのではないかと感
じている。そしてこの繋がりの重さがスピリチュアリティの強さとも関
係していると考えられる。この点においても、女性の方が男性よりスピ
リチュアリティが高くなる点として納得できる。

名嘉¹²⁶⁾は沖縄高齢女性達の日常生活時間構造調査の中から平均的な
朝の日課を取り出してみると、ヒヌカンやトートーメーへの拝み、祈願
といった儀礼行為を行う頻度が高いことを見出し、家の中の健康祈願や
信仰儀礼の担い手としての役割、機能が際立って強いことを示唆してい
る。これは本研究の考察を裏付けるものと言える。そして、これがスピ
リチュアリティの「関係性」と「垂直軸」を指し示すものなのである(用
語及び尺度の説明の項参照)。

③「他者との調和」：この下位概念において、最も大切なキーワード
は「ユイマール」であった。「ユイマール」とはお互いを助け合う精神
のことであるが、経済的に恵まれていなかったこの地域では、昔から皆
で助け合わなければ生きて行けないという環境にあり、自然とこの精神
が育まれてきたようである。これはスピリチュアリティにも大きな影響
を与えると同時に、精神的健康にも大きく関連するものと思われる。こ
の「ユイマール」が育まれてきた背景として、昔は兄弟が多かったので、
このユイマール精神が自然と身に付いた(ID20)、この部落でユイマール
精神が強いのは、親戚、血縁が多いからではないか(ID23)、といった意
見があった。もしかすると大家族が当たり前だった昔の日本では、どこ

にでもあった精神だったのかもしれない。それが少子高齢化になって、徐々に希薄になってきたのではないかと感じている。

この精神は、今でも生きてはいるが、残念ながら徐々に薄れてきていることを懸念されている人が多かった。その大きな理由の一つが機械化であると述べていた(ID9,13,15,18,19,27)。この地域の主な農作物はさとうきびである。収穫時期は相当な重労働となり、とても一人では賄えず、多くの人手を必要とする。そのため家々で時期をずらしながら、お互い助け合うことで乗り切ってきたのである。しかし近年になって機械化が進み、一人でも収穫ができるようになってきた。そうすると労力を貸し借りしたり、お願いすることを煩わしいと感じる人も出始めてきた。特にこういった傾向は、仕事柄当然ではあるが、男性に多い(ID9,14,25)。それに対し女性は、今でもユイマールの精神が生き残っている。それは、今でも祭祀ごとがこの地域には多く残っており、家々で大勢の親戚一同のためのごちそうを準備したりするには、人手が必要なのである(ID19,22)。そのため家々ではお互い助けあう風習が今も残っているのである。こういったことが、女性の方が男性よりもスピリチュアリティが高くなる、大きな要因の一つとも言える。

多くの人が、物の貸し借りは今でも残っているが、労力の貸し借りは、間違いなく少なくなったと言っている。そしてその傾向は若い世代になるに従って大きくなっているようである。機械化に加え、貨幣経済の発達により、金銭で物事を片付けてしまおうという考えが広まってきているからである。これはこの地域特有のことではなく、沖縄県全体でも言えることである。沖縄県が他府県に比べて長寿の地位が低下しているのは、特に男性が顕著に低下しているのには、この経済発展に伴うスピリチュアリティの低下が、少なからず関係しているのではないかと感じて

いる。今や日本のビジネス界では、当たり前になりつつある、成果主義では、頑張った者は評価されるが、他の人が困っている時に助けても評価はされない。自分の仕事に専念した方が成果に結びつくため、人を育てようといった気運も起こり難い。こういった助け合う気風が減ると、職業性ストレスが増加することが既に報告されている^{127,128})。「ユイマー」の精神は、スピリチュアリティの大きな要因の一つとして、精神的健康に深く関与しているのである。

④「自然との融和」：この下位概念における、自然から力を得ていたり、心を震わせたり、心が安らかになっていると感じている人は僅かであった(ID4,8)。これは長い間豊富な自然に囲まれ、慣れ親しんできたせいで、あまりにも当たり前になってしまっているためと思われる。久米島に最近越してきて、まだ数年しかたっていない対象者(ID5)は、何となく故郷に帰ってきたという感じがすると答えていた。島の自然に慣れ親しんでいない人ほど、自然の素晴らしさを肌で感じているように思える。

一つ特徴的なのが、農作物の豊作を通しての自然への崇拝である。これは「自己超越」とも繋がるものであるが、「チンベー」への崇拝の程度によって違いが伺えた。「チンベー」とは豊作を禱るカミンチュ（巫女）であるが、その崇拝の程度は地域によって異なっている。「チンベー」が祀られている仲地の部落では高いが、この部落から離れた部落では、関係性が薄らいでいるように感じられた。この地域性が少なからずスピリチュアリティの程度にも影響しているのではと推測される。この「自然への融和」に関しては性別の違いは感じられなかった。これは量的研究における、この下位概念において、性別に有意差が見られなかったこととも一致する。

⑤「よりどころ」：先行研究において「よりどころ」とは、人間が人生における困難な事象に直面した時に、その困難を乗り越えるための支えであると述べている¹²⁹⁾。そういった観点からすると、「ユタ」の存在はこの地域の大きな特徴と言える。昔は久米島にも「ユタ」は数名いたそうであるが、現在はいない。どうしても「ユタ」に相談したい場合は沖縄本島的那覇などに行かねばならない。昔は医療技術が発達していなかったり、そもそも医療従事者が久米島にいなかったこともあるかと思うが、家族の誰かが原因不明の病気に掛ったり、大怪我をしたような時に、「ユタ」の霊能力を頼った経験のある人はかなりいた（ID1,2,16,20,21,22,24）。現在でも家族の運勢を見てもらうためにたまに行く（ID12）という人もいれば、今もし久米島にいればお願いしたい（ID17）という人もいた。科学的でないことは分かっているが、半信半疑であったり（ID7,15）、悩みを聞いてもらったり、拝んでもらうことにより、心の安らぎが得られた（ID7,18,27）、という人もいた。逆にユタを信じると財産をなくしてしまう（ID23）、お金が掛り過ぎて家族がバラバラになってしまった知り合いがいる（ID26）、うそが多い（ID22）などの理由から「ユタ」を全く信じない人もいたが、半信半疑ながらも精神的安定に繋がると感じている傾向は、女性の方に強く見られた。これは現代社会における占い、手相、おみくじなどに通じるものとも言える¹³⁰⁾。科学的に効果は証明できなくとも、「よりどころ」として信じる力、即ちスピリチュアリティの強さによって、精神的健康に少なからず影響を与えていることは否定できない。

「ユタ」と同じく「よりどころ」となっていたのが「マブイ」や「ヌチグスイ」である。落とした魂（マブイ）を拾って戻すことによって体調が良くなった人は、かなりいた（ID2,3,4,7,12,15,18,19,20,23,24,25,27）。

「マブイ」を上記の「ユタ」に探してもらったという人もいた(ID4,12,18,20,24,27)。また、体にいいと言い伝えられているものを、食べることによって元気になるという「ヌチグスイ」について語る人も多かった(ID3,711,13,14,15,18,19,20,22,23,24,25,27,28)。これらは、決して科学的でない部分も確かにあるが、それを信じることによって、心が安定するということは十分にあり得る。特にこの傾向は、女性の方に見られた。

近代化が進んだ現在の日本でも、多かれ少なかれ、自分なりのおまじないや迷信を持っているのではないであろうか。合理主義だけに頼ろうとするあまりに、精神的な病気に陥ってしまうのは現代社会の大きな問題とも言える。自分なりに何か信じられるものを持つ事は、心の平安にも繋がり、精神的健康にも寄与することは大いに考えられる。対象者の中には「よりどころ」として、先祖を頼りにするという人もいた(ID6,9)。これは「自己超越」とも繋がっている。

⑥「死と死ぬことへの態度」：この下位概念の因子は量的研究において、第二次因子（スピリチュアリティ）からのパス係数が最も低かった（表 24-2）。これは先行研究でも同じ結果となっており、平均年齢が比較的若く、日常生活自立度や、主観的健康度の高い高齢者を対象としたことなどを理由として述べている。本研究の結果も同じ理由と推測される。対象者が比較的健康的な高齢者であるがゆえ、死ぬことに関して子供たちとまだ話す時期ではないと感じている人が多かったのである（ID2,3,5,8,9,12,15,21,24,27,28）。また死ぬことが怖い（ID1,14）、死んだあとのことや、あの世のことは分からないという人もいた（ID5,6）ことは、この地域のスピリチュアリティが、宗教的なものとは異なることを裏付けている。つまりヒヌカンやトトローメーを拝んだりはしてい

るが、これは宗教というより土着の民間信仰と言えるものである。それゆえ死んだあとのことや、あの世、天国については特定の宗教が教えるような考えは持っていない。そのため、死を不安に思ったり、死んだあとの考えを持っていない人がいたことも頷ける。ヒヌカンは家族のことは面倒をみってくれるが、天国のことまでは面倒をみしてくれないのである。これらのことが下位概念である「死と死にゆくことへの態度」が、スピリチュアリティとしての影響度としては、低くなってしまっている所以と考えられる。

但しあの世で死んだ奥さんと会うつもりだから怖くない (ID18)、あの世は親や兄弟が行っているところだから怖くない (ID20)、あの世は良く分からないが、ご先祖様のところに行くのだと思う (ID21) などという人もいた点は、「自己超越」が「死と死にゆくことへの態度」とも深く結びついていることを意味している。「自己超越」が死を受け入れる土壌となり、心の平安をもたらす一因となっているのも、確かなようであった。

但し健康であることや、特定の宗教を持たないことは、スピリチュアリティを低める要因ではない筈である。今後、総合的にスピリチュアリティを測定するという点において、この因子を構成している質問項目を含め、再考を期す必要があるように感じられる。Rando¹³¹⁾は、高齢者は死そのものの不安は低いが、死にゆくことに対する不安は高齢期に集中すると述べている。また藤井¹³²⁾による日本人高齢者を対象としたWHOQOL-OLD 調査において、死をコントロールできないこと、どのように死ぬか、死に対する心配などが、下位概念である「死と死にゆくこと」の項目として妥当性があることを検証している。「死の意識」「悔い」などのスピリチュアリティな課題は高齢者の生活課題を構成する重

要な要素である。「死と死にゆくことへの態度」は高齢者のスピリチュアリティにおいて不可欠な概念であることに変わりはない。

⑦「長生き・幸せ」：長寿のお祝いの度に孫や家族が増えて行くのが楽しみ (ID2)、孫の一人でも結婚するまで長生きしたい (ID6)、お父さん (認知症) が死ぬまでは死ねない (ID7)、人に迷惑がかからない間は生きていたい、人に迷惑をかけてまで長生きはしたくない (ID9,13,19,24)、曾孫のランドセルを全て買ってあげるまで長生きしたい (ID22) など、長生きは自分自身のためというよりも、孫や子供、家族のためであり、家族に迷惑をかけたくない、迷惑をかけるぐらいなら死にたいという思いが根底にあると言える。また単に迷惑がかからないように生きるのではなく、家族の役に立つ間は生きたい、生かされたいと願っているのである。これは幸せに端的に表れており、孫に自分の作った野菜を送るのが幸せ (ID3,4,19,20,24,27)、自分の技術 (三線の弾き方) を子供達に教え伝えたい (ID18)、孫に年金からお小遣いをあげられるのが幸せ (ID21)、紬をついで稼いだお金を孫に送ってあげることが生きがい (ID23) など、自分の出来る範囲で家族の役にたつことを幸せと感じ、それができるために健康でいたいと願い、それが結局長生きに繋がっているのである。死ぬまで現役でいたい、農業に定年なし (ID4,12,15) という思いは男女関係なく持っていた。「何よりも大切にすべきは、ただ生きることではなく、より良く生きることである」という古代ギリシャの哲学者ソクラテスの言葉を、この地域の高齢者は自然と実践しているように思える。そして、これはいかに「長く生きるか」ではなく、いかに「よく生きるか」という QOL の中心概念とも一致する。祖先から子孫へと繋がる家族という強い絆が、スピリチュアリティの中核をなし、それが生きがいや幸せを生み、健康へと繋ぐ原動力とな

っていると言える。これは、奄美大島における長寿とスピリチュアリティを調査した富澤¹³³⁾の、身近な祖先崇拜という習慣に超越感を軸とした生き方が見出され、これがスピリチュアルな生き方に直結し、長寿を支えているという結論にも通じるものである。また、沖縄の伝統的地域特性と地域高齢者のメンタルヘルスを研究した與古田らは、祖先崇拜を中心とする伝統的な信仰や礼儀行為において、高齢者は重要な役割を担っており、伝統的社会風土に培われた地域性を背景に、高齢者に対する周囲の役割期待は自己肯定感を高め、自尊感情や自己効力感の獲得要因として無視できず、高齢者のメンタルヘルス向上や QOL 向上にも寄与していると述べている¹³⁴⁾。これは本研究のスピリチュアリティが、精神的健康に強く関与しながら、QOL 向上に寄与していることを表したものと見え、本研究の妥当性を裏付けるものと言える。

⑧「健康」：対象者の中には、今は体の調子は良くない(ID6)、足が不自由になってしまった(ID9)、肩の痛みのために農業をやめた(ID14)、段々と健康が落ちているように感じている(ID15)、体が弱くなったと感じる(ID16)、骨粗鬆症で腰が痛い(ID21,23)、足が痛い(ID27,28)など、身体的健康をあまり良くないと思っている人が散見された。しかしそんな中でも、精神的には健康であり、幸せであると答えた人もいた(ID14,15,23,27,28)。家族が健康で幸せだと、自分の健康は悪くても幸せと答えた人(ID21)、足腰が痛くても、精神的には健康、先祖が支えてくれているからという人(ID27)がいたことは、身体的健康がスピリチュアリティとは拮抗することを裏付けるものと考えられる。つまり例え身体的健康が悪くなくても、スピリチュアリティによって、精神的安定を得ることが出来、それが幸せに繋がっていることを示していると考えられる。

⑨「スピリチュアリティの特徴」：なぜ男性より女性の方が、スピリチュアリティが高いのかは、上記の考察からも明らかなように、量的研究で有意な差として見られた「自己超越」においては、祭祀ごとの主体が女性であるということが挙げられる。台所にいる火の神やご先祖様に接する機会は、圧倒的に女性の方が多いのである。その祭祀に纏わる行事の度に、多くの人と協力し合うユイマール精神も、女性には強く残っていた。これは「他者との調和」にも影響しているものと思われる。更に「よりどころ」として「ユタ」や「マブイ」「ヌチグスイ」に代表されるような非科学的と思えるようなものでも、心のよりどころにする傾向は、女性の方が高かったことが理由として挙げられるのではないかと考えている。

V.研究の限界と今後の課題

名嘉は、沖縄の高齢女性達の生きている世界は、この世とあの世が連続し、祖先と子や孫の世代が連環し、自然と人間が一体となる豊かでおやかな空間と、とぎれることのない時間軸が交差するまさにスピリチュアリティに満ちた精神世界であると述べている¹³⁵⁾。今回の質的研究においての結論は、その指摘に一致すると言える。但し、今後より多くの幅広い高齢男性の対象者を調査することによって、性別の違いを更に解明して行きたいと考えている。

本研究では、身体的健康がたとえ衰えたとしても、スピリチュアリティによって、精神的健康を維持し、それが幸せに繋がるということを証明することが出来たと考える。しかし、本研究の対象者が男女とも比較

的健康な高齢者であったために、完全に身体的健康が悪くなった状態での考察はできていない。そして、スピリチュアリティが精神的健康をなぜ向上させたのか、QOLにどの程度寄与したのかといった因果関係までは解明しきれていない。これを証明するためには、健康レベルが異なる幅広い高齢者を対象に研究を進めると同時に、本研究の対象者が今後、更に高齢化によって身体的健康を損ない始めても、スピリチュアリティは維持できるのか、もしくは更に高める事が出来るのか、そしてそれが精神的健康を通して QOL に影響を与えることが出来るのかについて、コホート研究を通して解明して行く必要があると考える。

本研究の対象者はみな標準語を使う事ができ、意思の疎通に何ら問題はなかったのだが、この地域には特有の方言が存在し、高齢者にとっては方言の方が話しやすいのは事実である。有識者から指摘のあったヒヌカンやトートーメーという言葉をもし方言を使わず、火の神様やご位牌という言葉で通していたらもっと表面的な意見しか聞き出せなかった可能性がある。もし調査者が方言を使うことが出来れば、更に真の意見を聞き出せる可能性がある。今後はキーとなる言葉や考えを、方言を使って示すやり方を、有識者を通して学んで行き、更なる研究の精度向上に繋げて行きたいと考えている。

結論

本研究の量的研究において、4 つ目の健康であるスピリチュアリティは従来のWHOの健康（身体的健康、精神的健康、社会的健康）を背後から支えながら、高齢者の QOL 向上に寄与していることが分かった。特にスピリチュアリティは、身体的健康とは拮抗しながら、精神的健康に深く関与し、QOL に影響を与えていることが分かった。これは高齢者の QOL を高めるために、スピリチュアリティという健康によって精神的健康を高め、そして QOL を高めることができるという新たな道筋を示すものである。

従来からの健康は、病の悪化や年齢によって低下し、そのため QOL は死に近づくにつれ徐々に低くなり、最後にゼロになると考えられていた。しかし、健康な高齢者が年齢と共に、たとえ多少の病気になり、身体的健康が侵され、QOL の低下が免れない状況になったとしても、スピリチュアリティを高めることで QOL の低下を防ぎ、死ぬまで幸せであり続けることができる可能性が示されたのである。

このスピリチュアリティに影響を与えている要因として、基本的属性である性と年齢、および心理社会的因子の中の「笑い」と「世の中と社会への関心」が明らかとなった。性と年齢に関しては、従来の健康とは逆に、高齢者ほどそして女性ほど高まる傾向が示された。これはこれから、益々高齢化が進む社会において、特に男性より長寿であり、高齢者の割合も高い女性の健康寿命の延伸に向けた健康戦略に大きく貢献できる可能性を示している。

人間は、生物医学的な存在であると同時に、心理社会的な側面を持つ多次元な存在である。健康戦略には生物医学的な観点以外にも、昔から

「病は気から」と言われるように心理社会的因子が重要となる。そういった意味で、「笑い」と「世の中や社会への関心」は重要なファクターとなりうる可能性がある。

従来の健康とは逆に、男性に比べ女性の方が、スピリチュアリティが高くなる原因を質的研究によって明らかとした。祖先崇拝を重んじる土着の民間信仰を持つといった、地域特性を背景に、今も数多く残る祭祀ごとの主体は女性なのである。それゆえ、「ヒヌカン」（台所にいる火の神）や、「トートーメー」（先祖の位牌）に接する機会は、圧倒的に女性の方が多い。そして、その祭祀に纏わる行事の度に、多くの人と協力し合う「ユイマール精神」も、女性には強く残されていた。「よりどころ」として「ユタ」や「マブイ」「ヌチグスイ」に代表されるような非科学的と思えるようなものでも、心のよりどころにする傾向は、文字通り「病は気から」を彷彿させるものであり、これも女性の方が高かったことなどが原因と考えている。

そして、この地域のスピリチュアリティとは、子供や孫など子孫との繋がりと、先祖との繋がりの交わりの中から生きている意味を見出し、先祖から子孫へと繋がる「いのち」の連続性の中に自我を認識し、それを繋ぐ事こそ自分の役目であり、生きがいと感じていることが分かった。そしてその役目が終わった時に、安らかに死を迎えたいと願っていることも明らかとなった。

こういった特徴は、決してこの地域特有のことではない。昔から日本の各地にあったものだと思う。しかし、日本が高度経済成長の旗印の下、生産性や合理化を至上主義としてきたことから、今や失われつつあるのだと思われる。

21世紀は間違いなく、日本は更なる高齢社会へと突き進んでいく。90

歳や 100 歳が珍しくない時代になって行く。しかし、高齢者にとって大事な事は、寝たきりや認知症になって長生きすることではない。どうやって幸せに天寿を全うするかである。そのためには、その人に本当の命を与える事が重要となる。許された年齢にどうやって命を与えるか、それがスピリチュアリティの役目である。今年 100 歳を迎えた現役の医師、日野原重明氏は、身体に障害が無いとか、検査値が正常であるとかということ以上に、その人がいきいきとして生きること、最後に死ぬ時に感謝して死ねるような気持ちになっているかどうかということが、最も重要ではないかと述べている。まさにこのためにスピリチュアリティがどうしても必要なのである。スピリチュアリティは今日的な重要な課題であり、本研究の結果が従来の保健医療のあり方に一石を投じるものと考ええる。

謝辞

本論文作成にあたりまして、多くの方々のご協力とご支援を賜りました。ここに感謝の意を述べさせていただきます。特に調査におきまして、沖縄県久米島町の高齢者の方々に、真摯にご協力頂けた事を、深く感謝申し上げます。また現地にて親身にお世話を下さった、久米島町社会福祉協議会の皆さまに深く御礼を述べさせていただきます。

また研究を進めるにあたりまして、宮城重二教授から、熱心なご指導を賜り心より感謝を申し上げます。

参考文献

- 1) WHO Fifty-second World Health Assembly:A52/24, provisional agenda item 16, amendments to the constitution, report by the secretariat. April 7, (1999)
- 2) 棚次正和: スピリチュアリティ概念の射程－医療と宗教の両分野において, 医学のあゆみ, 229(6):485-486 (2009)
- 3) 小楠範子: スピリチュアリティの概念の検討, 臨床死生学, 9:1-8 (2004)
- 4) 野口海,松島英介: 緩和医療におけるスピリチュアルケア, 医学のあゆみ, 216(2):153-157 (2006)
- 5) 田崎美弥子: 健康におけるスピリチュアリティ, 医学のあゆみ, 216(2):149-151 (2006)
- 6) 藤井美和: 死にゆく人のクオリティーオブライフ ; その構成概念の妥当性, 医療社会福祉研究, 6(1):64-73 (1997)
- 7) 藤井美和: 病む人のクオリティーオブライフとスピリチュアリティ, 関西学院大学社会学部紀要, 85:33-42 (2000)
- 8) 小川まどか,権藤恭之,増井幸恵,他: 地域高齢者を対象とした心理的・社会的・身体的側面からの類型化の試み, 老年社会科学, 30(1):3-14 (2008)
- 9) Mowat, H. : Successful aging and the spiritual journey. In :Aging, spirituality, and well-being 8ed. By Jewell, A.). Jessica Kingsley, London, 42-57 (2004)
- 10) 藤井美和: スピリチュアルケアの本質－死生学の視点から－, 老年社会科学, 31(4):522-528 (2010)
- 11) Fujii, M. : The constructs of Quality of Life for cancer patients ; Exploring factors that affect QOL. Washington University, St. Louis (1999)
- 12) WHOQOL and Spirituality : Religiousness and Personal belief Report on WHO Consultation. WHO/MSA, (1998)

-
- 13) 藤井美和,李政元,田崎美弥子,他: 日本人のスピリチュアリティの表すもの: WHOQOL のスピリチュアリティ予備調査から, 日本社会精神医学会誌, 14:3-17 (2005)
- 14) Ellison CW : Spiritual well-being conceptualization and measurement. *J Psychol Theol* 11:330-340 (1983)
- 15) Crumbaugh JC, Maholick LT : An experimental study in existentialism-The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *J Clin Psychol* 20:200-207 (1964)
- 16) Crumbaugh JC, Maholick LT : Manual of Instruction for the Purpose-in Life test. *Psychometric Affiliates* (1969)
- 17) Cohen SR, Mount BM, Bruera E et al : ValIDity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting : a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliat Med* 11:3-20 (1997)
- 18) Cohen SR, Mount BM, Strobel MG et al : The McGill Quality of Life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of valIDity and acceptability. *Palliat Med* 9:207-219 (1995)
- 19) Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ et al : Measuring spiritual well-being in people with cancer : the functional assessment of chronic illness therapy-Spiritual Well-Being Scale(FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 24:49-58 (2002)
- 20) Hungelmann J, Kenkel-Rossi E, Klassen L, et al : Focus on Spiritual Well-Being : Harmonious Interconnectedness of Mind-Body-Spirit – Use of the JAREL Spiritual Well-Being Scale. *GERIATRIC NURSING*, 17(6):262-266 (1996)
- 21) 比嘉勇人: Spirituality 評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検証, 日本看護科学学会誌, 23(3):29-38 (2002)
- 22) 野口海,大野達也,森田智視,他: がん患者に対する Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) 日本語版の信頼性・妥当性の検討, 総合病院精神医学, 16:42-48 (2004)
- 23) 竹田恵子,太湯好子,桐野匡史,他: 高齢者のスピリチュアリティ健康尺度の開発－妥当性と信頼性の検証－, *The Journal of Japan Academy of Health Sciences*, 10(2):63-72 (2007)

-
- 24) 尾崎真奈美,奥建夫: 心身医学におけるスピリチュアリティの位置づけー心身を超越しかつ内在する非局在的な意識として (後編)ー, 心身医, 46:915-918 (2006)
- 25) 宇都宮輝夫: スピリチュアル・ケアと宗教ー宗教学の立場からー, 緩和医療学, 4(1):3-11 (2002)
- 26) 竹田恵子,太湯好子: 日本人高齢者のスピリチュアリティ概念構造の検討, 川崎医療福祉学会誌, 6(1):53-66 (2006)
- 27) 黒田輝政: ターミナルにおけるスピリチュアルケア, 総合ケア, 13(4):36-41 (2003)
- 28) 青木信雄: 高齢者を対象とした“たましいのケア”のわく組み, ホスピスと在宅ケア, 12(1):29-32 (2004)
- 29) Hicks TJ Jr. Spirituality and the Elderly : Nursing Implications with Nursing Home ResIDents. Geriatric Nursing, 20:144-146 (1999)
- 30) 田崎美弥子: 健康の定義におけるスピリチュアリティ, 医学のあゆみ, 216(2):149-151 (2006)
- 31) 阿岸鉄三: 統合医療とスピリチュアリティ, Modern Physician, 28(11):1608-1611 (2008)
- 32) 岩崎清隆: スピリチュアリティ論争の本質とそれが作業療法に提起するもの, 作業療法, 24:111-123 (2005)
- 33) 石井八恵子,片岡智子: 文献からみるスピリチュアリティへの関心の高まり, ホスピスケアと在宅ケア, 11(3):288-297 (2003)
- 34) 高橋正実,井出訓: スピリチュアリティの意味ー若・中・高齢者の3世代比較による霊性・精神性についての分析ー, 老年社会科学, 26(3):296-307 (2004)
- 35) 小楠範子: スピリチュアリティの概念の検討, 臨床死生学, 9:1-8 (2004)
- 36) 田村恵子: スピリチュアルケア, 死の臨床, 32(1):9-11 (2009)

-
- 37) Ozaki M, Oku T : The authentic meaning of Spiritual Healing. *J Intl So. Life Information Sci*, (2007)
- 38) 尾崎真奈美,奥建夫,深尾篤嗣: スピリチュアル・ヘルスの提唱, *心身医*, 48(9):809-811 (2008)
- 39) Kissane, D.W. et al. : Demoralization syndrome a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J. Palliative Care*, 17:12-21 (2001)
- 40) 野口海,松島英介: がん患者の Spirituality (スピリチュアルペイン、スピリチュアルケア) , *精神科*, 3(6):562-565 (2003)
- 41) 棚次正和: スピリチュアリティ概念の射程－医療と宗教の両分野において, *医学のあゆみ*, 229(6):485-486 (2009)
- 42) 西平直: スピリチュアリティ再考, *トランスパーソナル心理学・精神医学*, 4 (2003)
- 43) Spilka B, McIntosh DN : Religion and Spirituality ; The known and the unknown. Paper presented at the annual conference of the American Psychological Association, Toronto, Canada (1996)
- 44) Takahashi M, IDe S : Implicit theories of spirituality across three generations ; A cross-cultural comparison in the U.S. and Japan. *The journal of Religious Gerontology*, 15(4):15-38 (2003)
- 45) 谷山洋三: 仏教の死生観とスピリチュアリティ, *臨床精神医学*, 38(7):929-936 (2009)
- 46) 日野原重明: 加齢と QOL, *日本老年医学会雑誌*, 39(6):590-597 (2002)
- 47) 藤井美和: スピリチュアルケアの本質－死生学の視点から－, *老年社会科学*, 2010;31(4):522-528
- 48) 松島公望: 日本人高齢者における宗教性およびスピリチュアリティに関する実証的研究の可能性を探る, *老年社会科学*, 31(4):509-514 (2010)
- 49) 鈴木大拙: 日本的靈性, 岩波文庫 (1972) [初版 1944]

-
- 50) 伊田広行: スピリチュアリティ概念をめぐる一考察, ホスピスと在宅ケア講座, (2004)
- 51) 高橋正実: 老年学におけるスピリチュアリティの理論的研究の歴史と動向, 老年社会科学, 31(4):502-508 (2010)
- 52) 阿岸鉄三: 統合医療とスピリチュアリティ, *Modern Physician*, 28(11):1608-1611 (2008)
- 53) 江藤裕之: mentalとの差異からみた spiritualの本質について—WHO憲章における「健康」の定義改正案が投げかけたもの—, *Quality Nursing*, 10(12):59-67 (2004)
- 54) 出村慎一,佐藤進: 日本人高齢者の QOL 評価—研究の流れと健康観連 QOL および主観的 QOL, 体育学研究, 51:103-115 (2006)
- 55) Kutner B, Fanshel D, Togo AM, Langner TS : Five hundred over sixty ; A community survey on aging. Russel Sage Foundation, New York (1956)
- 56) Lawton MP : The demensions of morale. In Research planning and action for the elderly ; The power and potential of social science, ed. by Kent DP, Kastenbaum R, Sherwood S, 144-165, Behavioral Publications, New York (1972)
- 57) Lawton MP : The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale ; A revision. *J Gerontol*, 30:85-89 (1975)
- 58) Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS : The measurement of life satisfaction. *J Gerontol*, 16:134-143 (1961)
- 59) 古谷野亘,柴田博,芳賀博,須山靖男: 生活満足度尺度の構造;主観的幸福感の多次元性とその測定, 老年社会科学, 11:99-115 (1989)
- 60) 古谷野亘,柴田博,芳賀博: 生活満足度尺度の構造;因子構造の不変性老年社会科学, 12:102-116 (1990)
- 61) Koyano W, Shibata H : Development of a measure of subjective well-being in Japan. *Facts and Research in Gerontology* 8[Suppl.]:181-187 (1994)

-
- 62) 古谷野亘: 社会老年学における QOL 研究の現状と課題, *J. Natl. Inst. Public Health*, 53(3):204-208 (2004)
- 63) 窪徳忠: 沖縄の民間信仰, ひるぎ社, (1990)
- 64) W・P・リーブラ: 沖縄の宗教と社会構造, 弘文堂, (1974)
- 65) 浜崎盛康,他: ユタとスピリチュアルケアー沖縄の民間信仰とスピリチュアルな現実をめぐって, ボーダーインク, (2011)
- 66) 宮城重二: 沖縄県の一農村における在宅ねたきり老人の介護パターンについて, *民族衛生*, 50(5):210-225
- 67) 赤嶺政信: 沖縄の神と食の文化, 青春出版社, (2003)
- 68) 久米島町役場 企画財政課
- 69) 前掲 69)
- 70) 総務省統計局 統計で見る市町村のすがた
- 71) 久米島町役場 久米島町の福祉の概要
- 72) 100の指標からみた沖縄県のすがた
- 73) 久米島町役場 平成22年度 産業の概況
- 74) Breslow L, Enstrom JE : Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Prev Med* 9:469-483 (1980)
- 75) 星 且二,中山直子,井上直子,他: 都市郊外在住高齢者の身体的,精神的,社会的健康の経年変化とその因果関係, *日健教誌*, 18(2):103-114 (2010)
- 76) 前掲 77)
- 77) 前掲 77)
- 78) 竹田恵子,太湯好子,桐野匡史,他: 高齢者のスピリチュアリティ健康尺度の開発ー妥当性と信頼性の検証ー, *The Journal of Japan Academy of Health Sciences*, 10(2):63-72 (2007)

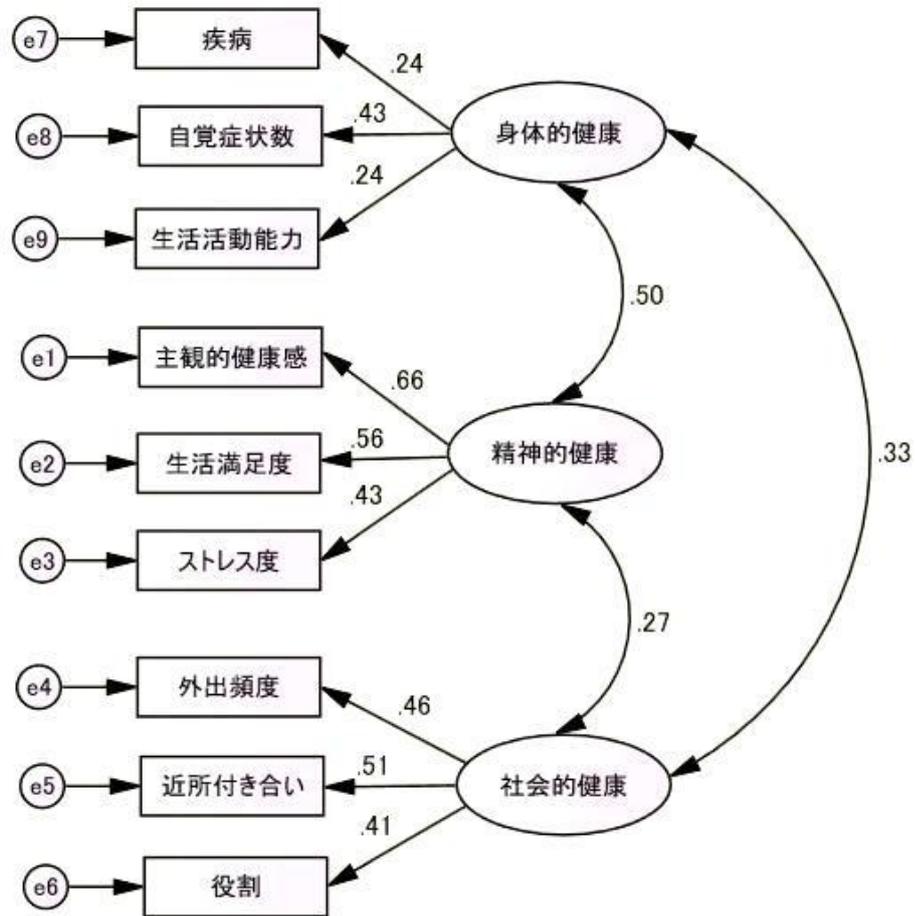
-
- 79) 古谷野亘: QOL を測定するための測度(2), 老年精神医学雑誌, 7(4):439-441 (1996)
- 80) 山本嘉一郎,小野寺孝義: AMOS による共分散構造分析と解析事例 [第 2 版], ナカニシヤ出版, (2008)
- 81) WHO/ISH guideline for the management of Mild Hypertension : Hypertension 22:392 (1993)
- 82) 肥満度の判定基準 日本肥満学会 (2000)
- 83) Keiko Takeda, Development of a spirituality scale related to health in the elderly -A study of the validity and reliability-, J Jpn Health Sci, 10(2):63-72 (2007)
- 84) 堂本暁子: 女性診療と行政, 治療, 89(10):2738-2744 (2007)
- 85) 秋下雅弘: 高齢者の Q O L , Geriatric Medicine, 41(6):827-832 (2003)
- 86) 朝田隆: 老年期うつ病の性差, 性差と医療, 2:411-415 (2005)
- 87) 上條美樹子: 性差医療とは, 現在医学, 58(1):119-123 (2010)
- 88) Wink, P. and Dillon, M. : Spiritual development across the adult life course : Findings from a longitudinal study. J.Adult Development, 9:79-94 (2002)
- 89) 竹田恵子,太湯好子,桐野匡史,他: 高齢者のスピリチュアリティの特徴, 老年看護, 40:96-98 (2009)
- 90) 宮尾益理子: 性差医学領域 b)女性医学, 老年医学, 45(1):33-40 (2007)
- 91) 内閣府 高齢社会白書 平成 23 年版
- 92) 竹田恵子, 高齢者看護の観点からみたスピリチュアルケア, 老年社会学, 31(4):515-521 (2010)
- 93) 近藤克則: 健康格差社会を生き抜く, 朝日新聞出版, (2010)

-
- 94) Wilkinson R.G, Marmot M: Social Determinants of Health; The SOLID Facts 2nd edition. World Health Organization, Geneva (2003)
- 95) 小田切優子,下光輝一: 職場のメンタルヘルス, 臨床と研究, 88(3):281-286 (2011)
- 96) 中島英雄: 笑いの医学的効果, 臨床栄養, 113(6):773-779 (2008)
- 97) 大谷泰弘: 情動反応の成熟化ー笑いとうりについてー, 心身健康科学, 4(1):27-36 (2008)
- 98) 岡本宣雄: 高齢者のスピリチュアルな課題に対する研究ー高齢者へのアンケート調査からー, キリスト教社会福祉学研究, 35:37-47 (2003)
- 99) 前掲 49)
- 100) 前掲 24)
- 101) 石崎淳一: 高齢者とスピリチュアリテイ, 医学のあゆみ, 216(2):159-162 (2006)
- 102) 真鍋顕久,古屋健,三谷嘉明: スピリチュアリテイと QOL の関係に関する理論的検討, 名古屋女子大学紀要 56:41-52 (2010)
- 103) 前掲 10)
- 104) 日野原重明: 高齢者の生きる力, Geriatric Medicine 44(1):9-13 (2006)
- 105) 上野和男,他: 民族調査ハンドブック, 吉川弘文館, (2008)
- 106) キャサリン・ホープ、ニコラス・メイズ編 (大滝純司監訳) : 質的研究実践ガイド第 2 版 保健医療サービスの向上のために, 医学書院, (2008)
- 107) Lofland, J. & Lofland, L. H. Analyzing social settings: A guide to qualitative observation and analysis (3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth Publishing (1995)
- 108) Creswell, J. W. Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches. Thousand Oaks, Sage publications. (2007)

-
- 109) 久米島調査報告書 (2) , 沖縄国際大学南島文化研究所, (2010)
- 110) 民族研究 久米島・仲地・山里の六月ウマチー調査報告, 沖縄国際大学 総合文化学部 社会文化学科 南島民俗研究室, (2009)
- 111) 浜崎盛康,他: ユタとスピリチュアルケアー沖縄の民間信仰とスピリチュアルな現実をめぐって, ボーダーインク, (2011)
- 112) 垂見健吾: 沖縄いろいろ事典, 新潮社, (1993)
- 113) 赤嶺政信: 沖縄の神と食の文化, 青春出版社, (2003)
- 114) 浜崎盛康,他: ユタとスピリチュアルケアー沖縄の民間信仰とスピリチュアルな現実をめぐって, ボーダーインク, (2011)
- 115) 前掲 111)
- 116) 前掲 111)
- 117) 前掲 115)
- 118) 前掲 115)
- 119) 沖縄大百科, Weblio 辞書
- 120) 前掲 114)
- 121) 沖縄手帳 (2011)
- 122) 前掲 26)
- 123) 前掲 115)
- 124) 浜崎盛康,他: ユタとスピリチュアルケアー沖縄の民間信仰とスピリチュアルな現実をめぐって, ボーダーインク, (2011)
- 125) 前掲 126)
- 126) 名嘉幸一: 世界の最長寿地域・沖縄高齢女性のメンタルヘルス, 日本女性心身医学会雑誌, 8(3):261-266 (2003)

-
- 127) 近藤克則：健康格差社会を生き抜く，朝日新聞出版，(2010)
- 128) 小田切優子,下光輝一：職場のメンタルヘルス，臨床と研究，88(3):281-286 (2011)
- 129) 前掲 26)
- 130) 中村希明：血液占いの心理学，治療，77(3):161-164 (1995)
- 131) Rando TA : Grief, dying, and death ; Clinical interventions for caregivers. Research Press, Champaign, IL (1984)
- 132) 藤井美和：世界保健機関高齢者 QOL 尺度 (WHOQOL-OLD) の信頼性と妥当性の検証，平成 14 年度日本興亜ジェロントロジー報告，6:144-151 (2004)
- 133) 富澤公子：奄美群島における長寿とスピリチュアリティー奄美大島，徳之島，与論島の事例からー，老年社会科学，33(2):218 (2011)
- 134) 與古田孝夫,石津宏,高江洲なつ子,他：沖縄の伝統的地域特性と地域高齢者のメンタルヘルスに及ぼす要因についての検討，心身医学，44(9):682-687 (2004)
- 135) 前掲 128)

図1 検証的因子分析（WHOの健康）



GFI=.978
 AGFI=.959
 CFI=.936
 RMSEA=.035
 χ^2 乗=34.125
 p=.082

図2 検証的因子分析（スピリチュアリティ）

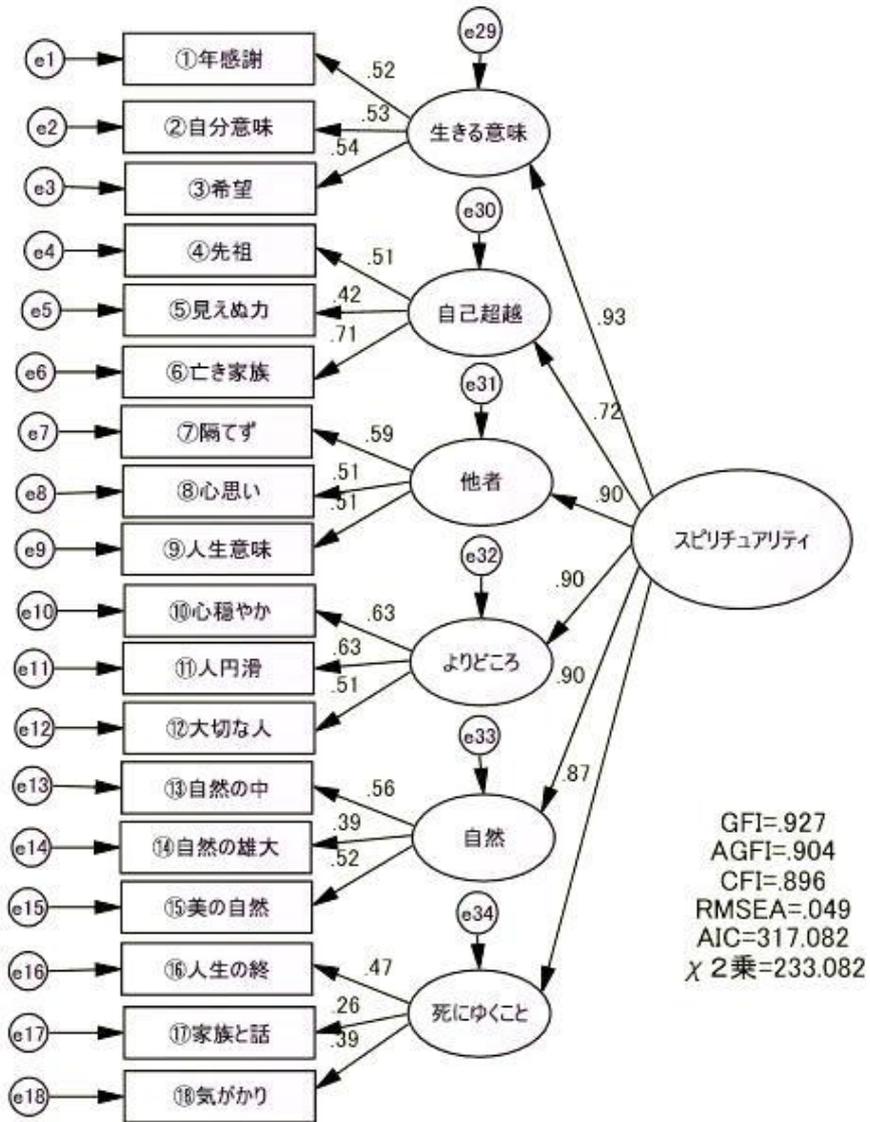
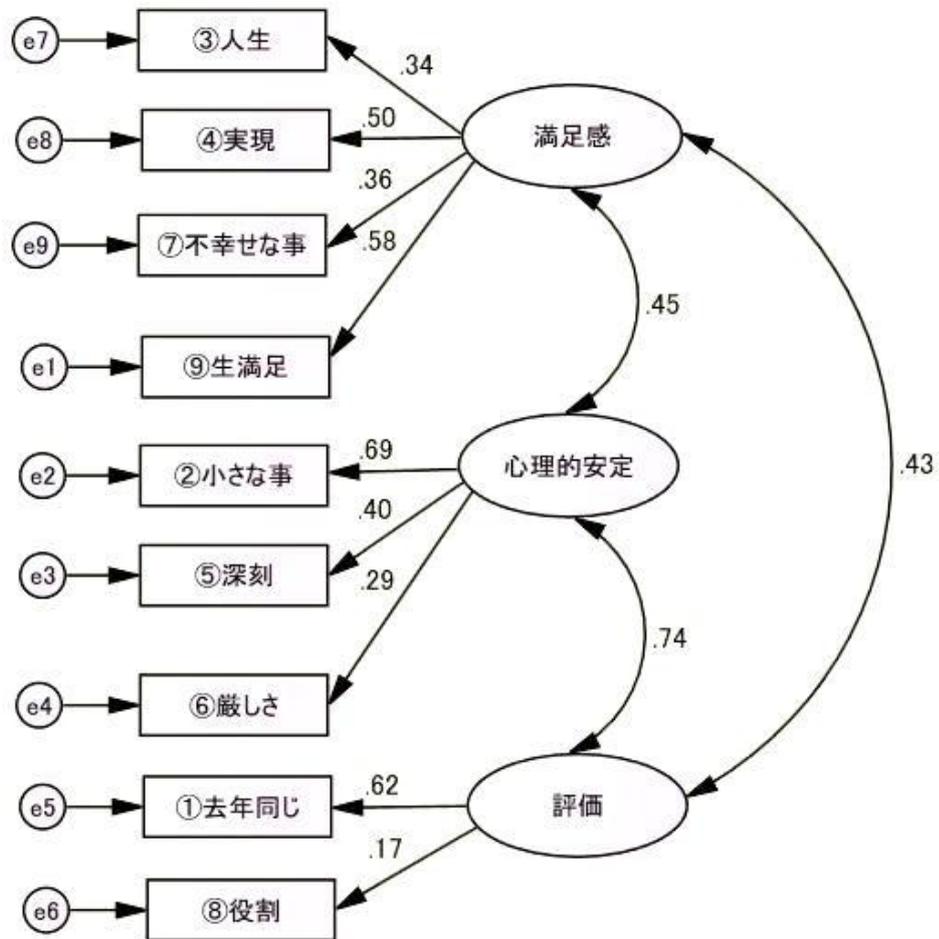


図3 検証的因子分析 (QOL)



GFI=.973
 AGFI=.950
 CFI=.906
 RMSEA=.047
 χ^2 乗=41.637
 p=.014

図4 仮説モデル1の検証

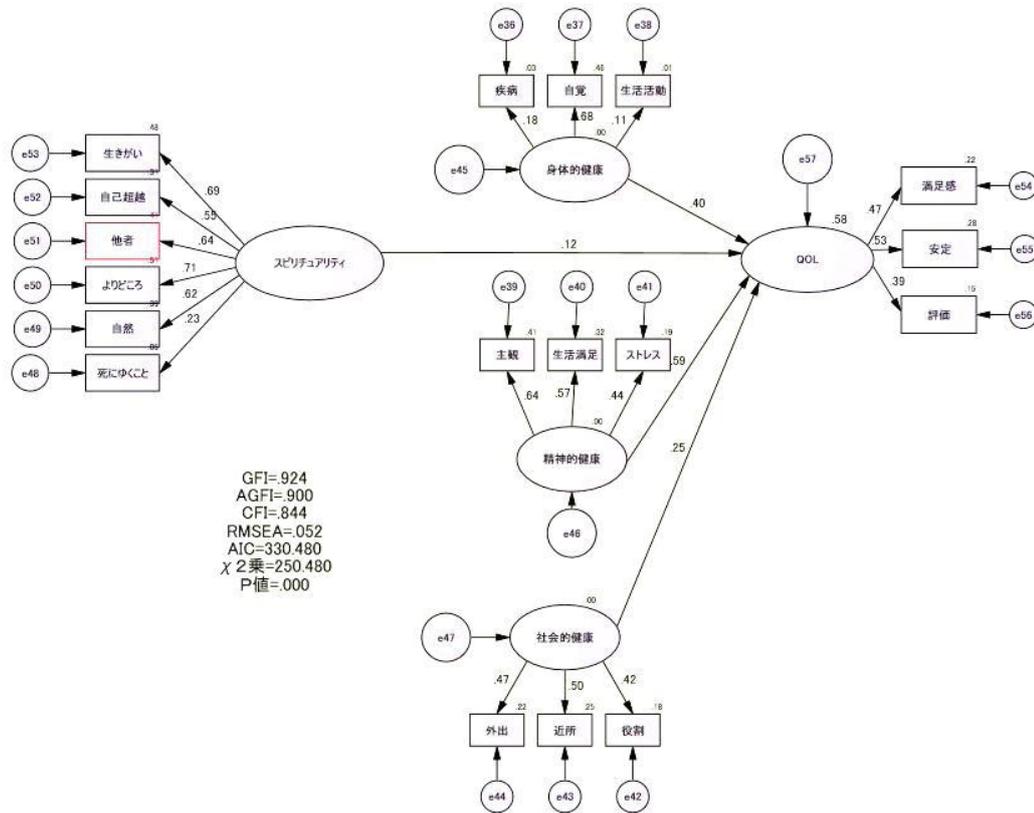


図5 仮説モデル2の検証

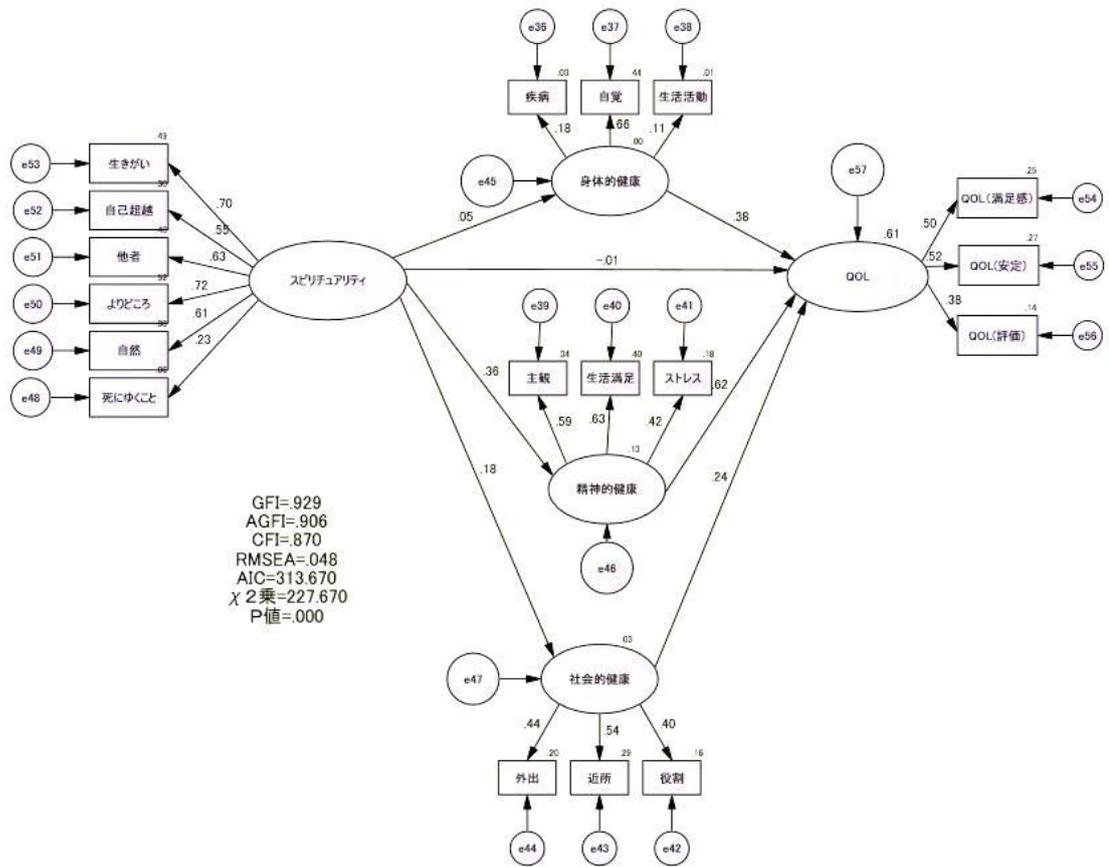


表1 スピリチュアリティを測定するスケール

スケール名	正式名称	開発者	開発年	対象	用途(目的)	項目数	下位概念	特徴	日本語版対応	その他
PIL	Purpose in Life test	Crumbaugh JC et al	1969	一般対象者向け	スピリチュアリティの測定	20		質問紙法以外に文書完成法および自由記述部分から構成される	あり	日本語版での信頼性、妥当性の検証済み
HLC	Health Locus of Control Scale	Wallston KA et al	1978	一般対象者、青年期向け	病気や健康の原因帰属に関する信念を測定	25	5	病気の原因を「自分自身」「家族」「専門職」「偶然」「超自然・報い」に帰属する傾向を定量化する	あり	日本語版での信頼性、妥当性の検証済み
	改訂版 UCLA Loneliness Scale	Russel D et al	1980	一般社会人、学生向け	人間関係における孤独感の測定	20		アルコール依存症患者では得点が高くなることで確認されている	あり	日本語版での信頼性、妥当性の検証済み
SWES	Spiritual Well-being Scale	Ellison CW et al	1983	一般対象者向け	スピリチュアリティの測定	20	2	キリスト教の信仰を前提としており、それ以外の対象者では回答が困難	なし	
	The JAREL Spiritual Well-being Scale	HungeImann J et al	1987	一般対象者向け	スピリチュアリティの測定	21		質問項目にスピリチュアリティという表現がそのまま用いられている		
LEG	Life Evaluation Questionnaire	Salmon P et al	1996	癌患者向け	スピリチュアリティの測定	44	5	実際の終末期癌患者に対する半構造化面接から項目を収集	なし	
MQOL	McGill Quality of life Questionnaire	Cohen SR et al	1997	癌患者向け	QOL尺度の一部をスピリチュアリティの評価で構成	16	4	身体、心理、社会、実存の4下位尺度から構成されている	あり	
SBI-15R	Systems of Belief Inventory	Holland JD et al	1998	一般対象者	宗教的なそしてスピリチュアルな信念と実践の測定	15		宗教的なそしてスピリチュアルな信念と実践、そしてそれらの信念を共有する共同体からの社会的サポートを評価する	なし	
FACT-SP	Functional Assessment of Cancer Therapy-Spiritual Well-Being	Cella DF et al	2002	癌患者向け	QOL尺度にスピリチュアリティの評価を追加	12	2	身体、機能、情緒、社会/家族の4下位概念からなる癌患者のためのQOL尺度にスピリチュアリティの評価を追加したものを追加したもの	現在準備中	
FACT-SP	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy scale-Spiritual Well-Being	Peterman AH et al	2002	AIDS患者と癌患者向け	スピリチュアリティ測定サブスケール	12	2	特定の宗教にかかわる質問がいくつか見られる	あり	日本語版での信頼性、妥当性の検証済み
SWB	Spirituality Index of Well-Being	Dalerman TP et al	2002	癌患者および一般人向け	スピリチュアリティの測定	12		自己効力感、生活設計の要素から構成されている	なし	
SRS-A	Spirituality 評定尺度 A	比嘉典人	2002	日本人全般	スピリチュアリティの測定	15	5	宗教的な項目は採択していない	あり	信頼性、妥当性の検証済み
日本語版 FACT-SP	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-spiritual	野口海 他	2004	AIDS患者と癌患者(日本人)	スピリチュアリティ測定サブスケール	12	2	日本での有用性については今後の検討課題	あり	信頼性、妥当性の検証済み
SRS-B	Spirituality 評定尺度 B	比嘉典人	2005	日本人全般	スピリチュアリティの具体的な内容の把握	5		SRS-Aを補完する尺度	あり	
WHOQOL SRPB	Spirituality, Religious, Personal Belief Scale	藤井美和 他	2005	一般対象者(日本人)	スピリチュアリティの測定	118	18	日本人のスピリチュアリティ概念の大筋を捉えているが、その下位概念については、民族的文化的特徴として日本人が持っているスピリチュアリティを十分に捉えていない	あり	信頼性、妥当性の検証済み
WHOQOL OLD	WHOQOL調査票高齢者版	田崎美寿子 他	2005	一般対象者(高齢者)	高齢者のQOL	46	6	高齢者特有のものとして「感覚能力」「認知」「寝食・進食・排泄の活動性」「時間の使い方」「社会参加」「死と死にいくこと」が取り上げられている	あり	調査中
SP健康尺度	高齢者版スピリチュアリティ健康尺度	竹田恵子 他	2007	一般高齢者	スピリチュアリティの測定	18	6	高齢者のスピリチュアリティを測定するための尺度	あり	信頼性、妥当性の検証済み

表2 スピリチュアリティの定義

分野	領域	著者	年度	用語	訳語	概念内容
医学	保健	WHO執行情事会	1998	spirituality	スピリチュアリティ	人間の尊厳の確保や生活の質を高めるために必要な、本質的なものである。
	ホスピスケア	T.J.Hicks Jr.	1999	spirituality	スピリチュアリティ	人の世界観を導き、日常の営みに枠組みと意味を与えるもので、生きているあるいは存在の意味を探し求めることであり、生きるための原動力となるもの。
	ターミナルケア	稲葉裕	2000	spiritual well-being	霊的に良好な状態	自己および他者の生きる根拠を認める死生観の確立した状態のことをいう。
	ホスピス	黒田輝政	2003	spirituality	実存的、霊的、魂	死や死ぬような状況に直面した人が、自分の全存在に疑念をもち、生きてきた意味、生きてきた価値を問いかけ、確かめようとする動き。
	高齢者医療	青木信雄	2004	spirituality	たましい性	人の世界観を導き、日常の営みに枠組みを与えるもの。存在の意味を探し求めることでもあり、生きるための原動力となるもの。
	ターミナルケア	日野原重明	2006	spirituality	気	医学という科学は人間を外からみるが、spiritualityは人間を中からみるものである。人間として基本的に必要なもの、人間性に共通するものである。
	医療	田嶋美弥子	2006	spirituality	スピリチュアリティ	具体的な医療ケアではなく、人間を自然環境の一部とらえ、よりよく生きるために必要な生き方であり、それが健康に大きく影響するという認識によるもの。
	心身医学 トランスパーソナル 心理学	尾崎真奈美	2006	spirituality	スピリチュアリティ	本来包括的なものであり、垂直方向に医療倫理や実存的な広がりを持ち、また水平方向には、場の意識やエゴロジカルな視点ももつ。さらに時間軸も超えた超越的な、いのちの存在といった根源的な視点も持つ概念である。
	緩和医療	松島英介	2006	spirituality	スピリチュアリティ	人生に意味や目的を与える、その人の人生観
	統合医療	阿岸鉄三	2008	spirituality	霊魂性	原理や理性にのみ基づくというより、感情や情緒を重視するものと理解され、支離したり服従したりすることより、共感し支えあうことを、つまりタテの関係より、ヨコの関係基盤とするものととらえられる。仏教の慈悲、キリスト教の愛、儒教の仁、神道のまごころといった理念は、このような基層的なスピリチュアリティを各宗教において表現したものであって、特定の宗教伝統と結びつくことなく十分に伝えられ、育てられてきたものである。
宗教哲学	神学	鈴木大拙	1972	spirituality	霊性	精神の内奥に潜在している、宗教意識を覚醒させる働きであり、物質と精神の二元性を解消するものである。
	死生学の提唱者	Deeken		spirituality	スピリチュアリティ	死に直面し、人生の生きがい(人生の意義と目的)を探求しようとする魂の傾き、危機を乗り越えよう、だれでも持っているもの。
	死生学	Reed PG	1987	spirituality	スピリチュアリティ	自己を超える偉大なものとのかわりであり、もの見方や行動に影響を与える領域。
	死生学	Efficace F他	2002	spirituality	スピリチュアリティ	人生の意味や目的、人間を超越するものとの関係を求めるものである。
	宗教学	宇都宮輝夫	2002	spirituality	霊性	人生全体が何であるかを定義し、意味づけ、アイデンティティを確保するものがなければならない。霊性はそのにかかわる。それは、生における究極的な意味ないし価値に対する関心であり、真の自己と人間存在の探求でもある。
	神学	窪寺俊之	2003	spirituality	霊性	人生の危機に直面して生きる拠り所が揺れ動き、あるいは見失われてしまった時、その危機の中で生きる力や、希望を見つけ出そうとして、自分の外の大きなものに新たな拠り所を求める機能のことであり、また、危機の中で失われた生きる意味や目的を自己の内面に新たに見つけ出そうとする機能のことである。
	死生学	藤井美和	2010	spirituality	スピリチュアリティ	人間存在の根源を支える領域と考えられ、どのような状態であっても自分の存在をよとできる、生きることに根拠を与える根源的領域のことである。
看護学	心理学	高橋正美	2003	spirituality	霊性、精神性	人生の意味や死の恐怖、神の存在の探求など、人間存在の根拠に関わる人間自身の内面性である。そしてそれは全ての人間が共通に持つ生命の根源である。
	看護学	井出訓				
	看護学	石井八恵子	2003	spirituality	スピリチュアリティ	人間の生き方の根元に関わることであり、人間に普遍的に与えられたものである
	高齢者看護	小楠純子	2004	spirituality	スピリチュアリティ	人間に本来備わっており、人生の節目となる出来事において覚醒するものであり、自己、他者、自分の力を超える大きなものとの関係性を有し、これらの関係性を基盤とし、生きる意味・目的、死や苦しみの意味について探求する性質をもつもの。
	看護学	比嘉真人	2006	spirituality	神気性	なにかを求め、それに関係しようとする心のもちようであり、自分自身やある事柄に対する感じ、または思い(意気・観念)
	医療福祉	竹田恵子他	2007	spirituality	スピリチュアリティ	すべての人間に内在しており、人生の危機に直面したときに意識化するという性質を持つが、日々の平凡な日常生活においても存在し、人生の質や精神的な側面に対する幸福感を高める関係にあるもの。
看護学	三澤久恵他	2007	spirituality	スピリチュアリティ	生かされている自分、すなわち特定の宗教は持たないが、先祖や仏様に手を合わせるなど、自分を越えた力に生かされて、共に生きていると感じていること。	

表3 対象者の属性(予備調査)

ID	性別	年齢	家族構成	学歴	身長	体重	SP得点
1	女性	80	子供ら	高校	148	58	49
2	女性	90	単身	高校	NA	NA	49
3	女性	87	単身	義務教育	144	56	50
4	女性	77	配偶者と子供ら	高校	156	NA	30
5	女性	67	配偶者と子供ら	高校	151	NA	72
6	女性	80	配偶者と子供ら	義務教育	150	NA	81
7	女性	88	子供ら	義務教育	NA	NA	77
8	女性	97	子供ら	義務教育	160	NA	71
9	女性	87	単身	義務教育	155	NA	63
10	男性	78	配偶者と子供ら	高校	172	NA	74

SP得点: 高齢者版スピリチュアリティ健康尺度得点

表4 調査項目一覧

大項目		中項目	小項目	
基本的属性			性	
			年齢	
			家族構成	
			学歴	
			身長(自己、実測)・体重	
			BMI	
健康状態		身体的健康	治療中の病気の数	
			自覚症状の数	
			日常の生活活動	
			主観的健康感	
		精神的健康	生活満足度	
			ストレス感	
		社会的健康	外出頻度	
			近所付き合い	
		スピリチュアリティ	SP健康尺度(J Jpn Health Sci,2007)	家族や地域への貢献
				生きる意味・目的
				自己超越
				他者との調和
				よりどころ
				自然との融和
				死と死にゆくことへの態度
				配偶者の有無
心理社会的因子		笑い		
		世の中や社会への関心度		
		信仰心		
		経済意識(相対所得)		
生活習慣		健康習慣(プレスローの7つの健康習慣)	睡眠	
			喫煙	
			適正体重	
			飲酒	
			運動	
			朝食	
			間食	
		食生活	炭水化物源	
			タンパク質源	
			ビタミン・ミネラル源	
QOL		LSIK	人生全体についての満足感	
			心理的安定	
			老いについての評価	

表5 対象者の属性

		(n=338)	
	カテゴリー	人数	(%)
性別	男性	93	27.5%
	女性	245	72.5%
年齢区分	前期高齢者	127	37.6%
	後期高齢者	211	62.4%
年齢(平均±標準偏差(範囲))	全数	77.2±6.4(65-94歳)	
家族構成	単身	52	15.4%
	配偶者と2人	116	34.3%
	配偶者と子供ら	102	30.2%
	子供らと(配偶者なし)	56	16.6%
	その他	12	3.6%
最終学歴	義務教育まで	257	76.0%
	高校まで	68	20.1%
	大学以上	13	3.8%
身長(平均±標準偏差(範囲))	実測値(334)	148.3±7.9(129.5-174.0)cm	
	自己申告値(280)	149.4±8.1(120.0-175.0)cm	
体重(平均±標準偏差(範囲))	実測値(333)	54.0±9.2(31.5-83.6)kg	
	自己申告値(124)	53.9±8.7(32.0-78.0)kg	
BMI(平均±標準偏差(範囲))	実測値(333)	24.5±3.4(15.3-35.7)kg/m ²	
	自己申告値(105)	23.9±3.1(16.0-34.2)kg/m ²	
血圧(平均±標準偏差(範囲))	収縮期血圧(334)	144.9±20.3(87.0-216.0)mmHg	
	拡張期血圧(334)	77.8±11.2(42.0-115.0)mmHg	
血圧の薬服用	あり	206	60.9%
	なし	132	39.1%

表6-1 第1回調査(2010)における地域別参加率

部落名	65歳以上人口	ふれあいサロン 登録者	分析対象者	参加率(%)
兼城	84	10	18	21.4
西銘	70	22	27	38.6
仲泊	132	23	23	17.4
真謝	192	13	29	15.1
宇江城	76	18	32	29.9
比屋定	31			
比嘉	112	12	18	16.1
大原	73	16	17	23.3
仲地	61	16	15	24.6
北原	44	N/A	9	20.5
具志川	53	11	12	22.6
計	928	141	200	21.6

65歳以上人口:2011年5月末現在のデータ(久米島町福祉課)

参加率:分析対象者/65歳以上人口

表6-2 第2回調査(2011)における地域別参加率

部落名	65歳以上人口	ふれあいサロン 登録者	分析対象者	参加率(%)
山里	29	11	11	37.9
島尻	45	16	13	28.9
嘉手苅	130	39	25	19.2
儀間	249	9	21	8.4
山城	36	8	15	41.7
真我里	57	6	15	26.3
大田	55	9	9	16.4
鳥島	100	12	15	15.0
銭田	56	21	14	25.0
計	757	131	138	18.2
総計	1685	272	338	20.1

65歳以上人口:2011年5月末現在のデータ(久米島町福祉課)

参加率:分析対象者/65歳以上人口

表7 性別年齢区分別基本的属性

		性 別		年 齢 区 分 別				計 N=338					
		男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127		後期 N=211							
年 齢	平均値	75.6	77.8	**	70.6	81.2	**	77.2					
	S D	6.2	6.4		3.1	4.3		6.4					
学 歴	義務教育まで	61	86%	196	80%	**	78	61%	179	85%	**	257	76%
	義務教育以上	32	34%	49	20%		49	39%	32	15%		81	24%
身 長	自己申告値 (n=280)	平均値	158.3	145.8	**	151.7	147.7	**	149.4				
		S D	5.9	5.9		7.9	7.8		8.1				
	実測値 (n=334)	平均値	157.4	144.8	**	150.7	146.8	**	148.3				
		S D	6.1	5.3	**	8.2	7.3	**	7.9				
体 重	自己申告値 (n=124)	平均値	59.7	50.8	**	55.4	52.5	*	53.9				
		S D	7.5	7.7		8.6	8.6		8.7				
	実測値 (n=333)	平均値	59.9	51.8	**	56.2	52.7	**	54.0				
		S D	8.9	8.3		9.1	8.9		9.2				
B M I	実測値 (n=333)	平均値	24.1	24.7		24.7	24.4		24.5				
		S D	3.0	3.5		3.0	3.6		3.4				
	18.5未満	3	3%	7	3%	2	2%	8	4%	10	3%		
	18.5～25未満	49	54%	131	54%	63	50%	117	57%	180	54%		
	25以上	39	43%	104	43%	61	48%	82	40%	143	43%		
血 圧	収縮期 (n=334)	平均値	144.0	145.2		143.9	145.5		144.9				
		S D	20.4	20.2		19.2	20.9		20.3				
	拡張期 (n=334)	平均値	77.3	77.9		80.8	75.9	**	77.8				
		S D	11.4	11.2		10.6	11.2		11.2				
血圧の薬服用	あり	53	57%	153	62%	68	54%	138	65%	*	206	61%	
	なし	40	43%	92	38%	59	46%	73	35%		132	39%	

年齢区分別) 前期: 65歳～74歳未満、後期: 75歳以上

** P<0.01 * P<0.05

学歴) 義務教育まで: 小・中学校、義務教育以上: 高校+大学以上

表8 性別年齢区分別心理社会的因子

		性 別				年 齢 区 分 別				計	
		男性		女性		前期		後期		N=338	
		N=93		N=245		N=127		N=211			
配偶者の有無	配偶者あり	76	82%	143	58%	100	79%	119	56%	219	65%
	配偶者なし	17	18%	102	42%	27	21%	92	44%	119	35%
笑い	笑う	50	54%	185	76%	77	61%	158	75%	235	70%
	笑わない	43	46%	60	24%	50	39%	53	25%	103	30%
世の中や社会への関心	関心あり	63	68%	127	52%	68	54%	122	58%	190	56%
	関心なし	30	32%	118	48%	59	46%	89	42%	148	44%
信仰得点	平均値	1.4		2.0		1.9		1.9		1.9	
	S D	0.9		0.7		0.9		0.8		0.8	
神仏の世話	する	69	74%	239	98%	108	85%	200	95%	308	91%
	しない	24	26%	6	2%	19	15%	11	5%	30	9%
占い	信じる	18	19%	88	36%	48	38%	58	27%	106	31%
	信じない	75	81%	157	64%	79	62%	153	73%	232	69%
天国	信じる	44	47%	169	69%	79	62%	134	64%	213	63%
	信じない	49	53%	76	31%	48	38%	77	36%	125	37%
宗教の有無 (n=138)	ある	2	4%	9	10%	5	8%	6	8%	11	8%
	ない	45	96%	82	90%	56	92%	71	92%	127	92%
経済意識 (相対所得)	恵まれている	76	82%	199	81%	105	83%	170	81%	275	81%
	恵まれていない	17	18%	46	19%	22	17%	41	19%	63	19%

年齢区分別) 前期: 65歳~74歳未満、後期: 75歳以上

** P<0.01 * P<0.05

配偶者関係) 配偶者なし: 単身+子供ら(配偶者なし)+その他、配偶者あり: 配偶者+配偶者と子供ら

信仰得点: t検定(Welchの方法)

表9 性別年齢区分別健康習慣

		性 別		年 齢 区 分				計			
		男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127		後期 N=211		N=338			
健康 習慣 得点	0点	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	1点	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	2点	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	3点	3	3%	3	1%	3	2%	3	1%	6	2%
	4点	8	9%	8	3%	8	6%	8	4%	16	5%
	5点	16	17%	40	16%	12	9%	44	21%	56	17%
	6点	31	33%	97	40%	52	41%	76	36%	128	38%
	7点	35	38%	97	40%	52	41%	80	38%	132	39%
総合得点	平均値	5.9	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1	
	SD	1.1	0.9	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	

** P<0.01 * P<0.05

各項目は下記のとおりであり、下線部を選択した場合を1点とした

- ①睡眠は十分とっていますか 1. はい 2. いいえ
- ②たばこを吸っていますか 1. はい 2. いいえ
- ③太りすぎたりやせすぎたりしないようにしていますか 1. はい 2. いいえ
- ④お酒を飲みすぎないようにしていますか 1. はい 2. いいえ
- ⑤適度にからだを動かすようにしていますか 1. はい 2. いいえ
- ⑥朝食を毎日食べますか 1. はい 2. いいえ
- ⑦間食をしないようにしていますか 1. はい 2. いいえ

表10-1 性別年齢区分別食物摂取頻度（炭水化物源）

変数	カテゴリー	区分	性別		年齢区分				計			
			男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	N=338					
ごはん	ほとんど毎日	高群(1点)	89	96%	234	96%	122	96%	201	95%	323	96%
	週に4~5回		3		9		2		10		12	
	週に2~3回	低群(0点)	1	4%	2	4%	3	4%	0	5%	3	4%
	ほとんど食べない		0		0		0		0		0	
パン	ほとんど毎日	高群(1点)	19	26%	74	36%	35	34%	58	33%	93	33%
	週に4~5回		5		15		8		12		20	
	週に2~3回	低群(0点)	25	74%	70	64%	39	66%	56	67%	95	67%
	ほとんど食べない		44		86		45		85		130	
炭水化物得点		平均値	1.2		1.3		1.3		1.3		1.3	
		S D	0.5		0.5		0.5		0.5		0.5	

** P<0.01 * P<0.05

表10-2 性別年齢区分別食物摂取頻度（タンパク質源）

変数	カテゴリー	区分	性別		年齢区分				計			
			男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	N=338					
魚介類	ほとんど毎日	高群(1点)	17	38%	34	30%	21	35%	30	30%	51	32%
	週に4~5回		18		39		24		33		57	
	週に2~3回	低群(0点)	44	62%	128	70%	61	65%	111	70%	172	68%
	ほとんど食べない		14		44		21		37		58	
肉類	ほとんど毎日	高群(1点)	11	25%	19	24%	14	25%	16	23%	30	24%
	週に4~5回		12		39		18		33		51	
	週に2~3回	低群(0点)	47	75%	118	76%	63	75%	102	77%	165	76%
	ほとんど食べない		23		69		32		60		92	
卵類	ほとんど毎日	高群(1点)	44	67%	86	51%	52	55%	78	55%	130	55%
	週に4~5回		18		39		18		39		57	
	週に2~3回	低群(0点)	24	33%	82	49%	43	45%	63	45%	106	45%
	ほとんど食べない		7		38		14		31		45	
牛乳類	ほとんど毎日	高群(1点)	35	44%	129	59%	58	51%	106	57%	164	55%
	週に4~5回		6		16		7		15		22	
	週に2~3回	低群(0点)	15	56%	33	41%	24	49%	24	43%	48	45%
	ほとんど食べない		37		67		38		66		104	
豆腐類	ほとんど毎日	高群(1点)	19	44%	87	56%	43	58%	63	49%	106	52%
	週に4~5回		22		49		31		40		71	
	週に2~3回	低群(0点)	40	56%	88	44%	43	42%	85	51%	128	48%
	ほとんど食べない		12		21		10		23		33	
タンパク質得点		平均値	2.2		2.2		2.3		2.1		2.2	
		S D	1.3		1.3		1.3		1.3		1.3	

** P<0.01 * P<0.05

表10-3 性別年齢区分別食物摂取頻度 (ビタミン・ミネラル源)

変数	カテゴリー	区分	性別		年齢区分		計					
			男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211		N=338				
野菜類	ほとんど毎日	高群(1点)	80	86%	224	91%	113	89%	191	91%	304	90%
	週に4~5		9		12		10		11		21	
	週に2~3	低群(0点)	2	14%	7	9%	2	11%	7	9%	9	10%
	ほとんど食べない		2		2		2		2		4	
海藻類	ほとんど毎日	高群(1点)	16	37%	61	46%	22	43%	55	44%	77	43%
	週に4~5		18		52		33		37		70	
	週に2~3	低群(0点)	36	63%	90	54%	51	57%	75	56%	126	57%
	ほとんど食べない		23		42		21		44		65	
果物類	ほとんど毎日	高群(1点)	14	29%	68	45%	28	40%	54	41%	82	41%
	週に4~5		13		42	**	23		32		55	
	週に2~3	低群(0点)	36	71%	75	55%	52	60%	59	59%	111	59%
	ほとんど食べない		30		60		24		66		90	
ビタミン・ミネラル得点		平均値	1.5		1.8	**	1.7		1.7		1.7	
		SD	0.8		0.9	**	0.9		0.9		0.9	

** P<0.01 * P<0.05

表11 探索的因子分析(身体的健康・精神的健康・社会的健康)

	因子負荷量			共通性
	因子1	因子2	因子3	
主観的健康感	0.761	0.010	0.082	0.586
生活満足度	0.712	-0.002	0.140	0.527
ストレス感	0.671	0.128	-0.067	0.471
外出頻度	-0.035	0.686	0.231	0.526
近所付き合い	0.149	0.674	-0.019	0.477
家族・地域への貢献	0.026	0.680	-0.130	0.480
治療中疾病数	-0.044	-0.046	0.745	0.560
自覚症状数	0.267	0.212	0.382	0.262
日常生活活動	0.068	-0.016	0.642	0.418
固有値	1.883	1.299	1.124	
因子寄与	1.638	1.452	1.216	4.305
因子寄与率(%)	18.20%	16.13%	13.51%	47.84%
信頼係数(α)	0.5512	0.4511	0.2407	0.5007

因子抽出法: 主成分(主因子)分析, バリマックス回転

因子1 精神的健康
 因子2 社会的健康
 因子3 身体的健康

表 1 2 - 1 性別年齢区分別健康状態（身体的健康）

変数	カテゴリー	区分	性別		年齢区分		計
			男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	
疾病の数	0個	高群(1点)	23	46	32	37	69
	1個		86%	63%	74%	57%	64%
	2個	27	71	27	71	98	
	3個	4	13	5	12	17	
	4個	低群(0点)	1	6	1	6	7
	5個		34%	37%	26%	43%	36%
	6個		0	0	0	0	0
身体的健康 自覚症状の数	0個	高群(1点)	24	38	29	33	62
	1個		73%	50%	63%	53%	57%
	2個	12	56	22	46	68	
	3個	10	39	18	31	49	
	4個	10	29	14	25	39	
	5個	低群(0点)	0	11	2	9	11
	6個		27%	50%	37%	47%	43%
	7個		0	5	1	4	5
	8個		1	6	1	6	7
	9個	0	1	0	1	1	
生活活動能力	全てできる	高群(1点)	83	226	124	185	309
	89%		92%	93%	88%	91%	
	大体できる	7	15	2	20	22	
	あまりできない できない	低群(0点)	1	4	0	5	5
11%	8%		2%	12%	9%		
身体的健康得点	平均値	2.2	1.9	2.3	1.9	2.0	
	SD	0.7	0.8	0.7	0.8	0.8	

** P<0.01 * P<0.05

表 1 2 - 2 性別年齢区分別健康状態（精神的健康）

変数	カテゴリー	区分	性別		年齢区分		計
			男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	
主観的健康感	とても良い	高群(1点)	25	64	28	61	89
	27%		26%	22%	29%	26%	
	まあまあ	55	133	75	113	188	
精神的健康 生活満足度	あまり良くない	低群(0点)	11	43	21	33	54
	73%		74%	78%	71%	74%	
	悪い	2	5	3	4	7	
ストレス感	非常に満足	高群(1点)	33	88	34	87	121
	35%		36%	27%	41%	36%	
	まあまあ	50	125	80	95	175	
精神的健康 ストレス感	どちらともいえない	低群(0点)	5	19	9	15	24
	65%		64%	73%	59%	64%	
	満足していない	5	13	4	14	18	
精神的健康得点	全くない	高群(1点)	39	65	39	65	104
	42%		27%	31%	31%	31%	
	あまりない	19	66	32	53	85	
精神的健康得点	たまにある	低群(0点)	28	86	45	69	114
	58%		73%	69%	69%	69%	
	よくある	7	28	11	24	35	
	平均値	1.0	0.9	0.8	1.0	0.9	
	SD	1.0	1.0	0.9	1.0	1.0	

** P<0.01 * P<0.05

表12-3 性別年齢区分別健康状態（社会的健康）

変数	カテゴリー	区分	性別		年齢区分		計 N=338	
			男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211		
社会的健康	外出の回数	ほぼ毎日	高群(1点)	67 72%	151 62%	84 66%	134 64%	218 64%
		週4~5回		14	41	25	30	55
		週1~2回	低群(0点)	10 28%	42 38%	17 34%	35 36%	52 36%
	近所付き合い	ほとんどない		2	11	1	12	13
		ほぼ毎日	高群(1点)	48 52%	117 48%	64 50%	101 48%	165 49%
		週4~5回		13	49	22	40	62
	役割	週1~2回	低群(0点)	21 48%	61 52%	32 50%	50 52%	82 51%
		ほとんどない		11	18	9	20	29
		たくさんある	高群(1点)	49 53%	94 38%	63 50%	80 38%	143 42%
役割	少しある		25	98	43	80	123	
	あまりない	低群(0点)	8 47%	32 62% *	10 50%	30 62% *	40 58%	
	ほとんどない		11	21	11	21	32	
社会的健康得点		平均値	1.8	1.5	1.7	1.5	1.6	
		SD	1.0	1.0	1.1	1.0	1.0	

** P<0.01 * P<0.05

表 1 3 - 1 性別年齢区分別スピリチュアリティ (生きる意味)

中項目	小項目	カテゴリー	区分	性別		年齢区分		計
				男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	
生きる意味	①感謝の気持ち	全く思わない		2	2	0	4	4
		そうとは思わない	低群(0点)	9	7	8	8	16
		どちらともいえない		5	18	8	15	23
		そう思う		37	98	57	78	135
		とてもそう思う	高群(1点)	40	120	54	106	160
	43%	49%	43%	50%	47%			
	②生まれた意味	全く思わない		5	9	8	6	14
		そうとは思わない	低群(0点)	3	21	6	18	24
		どちらともいえない		8	19	6	21	27
		そう思う		33	107	56	84	140
		とてもそう思う	高群(1点)	44	89	51	82	133
	47%	36%	40%	39%	39%			
	③生きる希望	全く思わない		0	4	3	1	4
		そうとは思わない	低群(0点)	1	5	3	3	6
		どちらともいえない		0	6	1	5	6
そう思う		29		63	33	59	92	
とてもそう思う		高群(1点)	63	167	87	143	230	
68%	68%	69%	68%	68%				
生きる意味得点			平均値	1.6	1.5	1.5	1.6	1.5
			SD	1.1	1.0	1.1	1.1	1.1

** P<0.01 * P<0.05

表 1 3 - 2 性別年齢区分別スピリチュアリティ (自己超越)

中項目	小項目	カテゴリー	区分	性別		年齢区分		計
				男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	
自己超越	④先祖様	全く思わない		1	1	1	1	2
		そうとは思わない	低群(0点)	1	4	2	3	5
		どちらともいえない		2	5	3	4	7
		そう思う		13	30	23	20	43
		とてもそう思う	高群(1点)	76	205	98	183	281
	82%	84%	77%	87%	83%			
	⑤見えない力	全く思わない		14	21	13	22	35
		そうとは思わない	低群(0点)	12	27	13	26	39
		どちらともいえない		12	25	18	19	37
		そう思う		30	84	47	67	114
		とてもそう思う	高群(1点)	25	88	36	77	113
	27%	36%	28%	36%	33%			
	⑥亡き家族	全く思わない		3	2	2	3	5
		そうとは思わない	低群(0点)	5	4	6	3	9
		どちらともいえない		3	12	9	6	15
そう思う		27		47	32	42	74	
とてもそう思う		高群(1点)	55	180	78	157	235	
58%	73%	61%	74%	70%				
自己超越得点			平均値	1.7	1.9	1.7	2.0	1.9
			SD	1.0	0.9	1.0	0.9	0.9

** P<0.01 * P<0.05

表 1 3 - 3 性別年齢区分別スピリチュアリティ (他者との調和)

中項目	小項目	カテゴリー	区分	性別		年齢区分		計
				男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	
他者との調和	①受け入れる気持ち	全く思わない		0	1	1	0	1
		そうとは思わない	低群(0点)	6	4	3	7	10
		どちらともいえない		6	2	5	3	8
		そう思う		27	67	44	50	94
		とてもそう思う	高群(1点)	54	171	74	151	225
	②心の奥にある思い	全く思わない		5	11	3	13	16
		そうとは思わない	低群(0点)	14	36	18	32	50
		どちらともいえない		11	6	12	5	17
		そう思う		30	84	42	72	114
		とてもそう思う	高群(1点)	33	108	52	89	141
	③人生の意味	全く思わない		5	15	6	14	20
		そうとは思わない	低群(0点)	6	22	12	16	28
		どちらともいえない		11	17	10	18	28
		そう思う		32	96	53	75	128
		とてもそう思う	高群(1点)	39	95	46	88	134
他者との調和得点			平均値	1.4	1.5	1.4	1.6	1.5
			SD	1.1	1.0	1.1	1.0	1.1

** P<0.01 * P<0.05

表 1 3 - 4 性別年齢区分別スピリチュアリティ (よりどころ)

中項目	小項目	カテゴリー	区分	性別		年齢区分		計
				男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	
よりどころ	④人と仲良く	全く思わない		0	0	0	0	0
		そうとは思わない	低群(0点)	1	1	0	2	2
		どちらともいえない		0	3	3	0	3
		そう思う		24	29	24	29	53
		とてもそう思う	高群(1点)	68	212	100	180	280
	⑤思いやり	全く思わない		0	1	0	1	1
		そうとは思わない	低群(0点)	0	3	2	1	3
		どちらともいえない		0	1	0	1	1
		そう思う		27	55	35	47	82
		とてもそう思う	高群(1点)	66	185	90	161	251
	⑥大切な人との絆	全く思わない		0	2	0	2	2
		そうとは思わない	低群(0点)	1	4	1	4	5
		どちらともいえない		0	1	1	0	1
		そう思う		17	43	18	42	60
		とてもそう思う	高群(1点)	75	195	107	163	270
よろどころ得点			平均値	2.2	2.4	2.3	2.4	2.4
			SD	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9

** P<0.01 * P<0.05

表 1 3 - 5 性別年齢区分別スピリチュアリティ（自然との調和）

中項目	小項目	カテゴリー	区分	性別		年齢区分		計
				男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	
自然との調和	㊸自然からの力	全く思わない		1	11	0	12	12
		そうとは思わない	低群(0点)	8	13	10	11	21
		どちらともいえない		10	10	9	11	20
		そう思う		29	86	42	73	115
		とてもそう思う	高群(1点)	45	125	66	104	170
	48%	51%	52%	49%	50%			
	㊹自然の雄大さ	全く思わない		6	14	5	15	20
		そうとは思わない	低群(0点)	7	26	13	20	33
		どちらともいえない		7	12	6	13	19
		そう思う		30	74	36	68	104
		とてもそう思う	高群(1点)	43	119	67	95	162
	46%	49%	53%	45%	48%			
	㊺美しい自然	全く思わない		2	3	1	4	5
		そうとは思わない	低群(0点)	3	5	2	6	8
		どちらともいえない		4	5	6	3	9
そう思う		23		47	26	44	70	
とてもそう思う		高群(1点)	61	185	92	154	246	
66%	76%	72%	73%	73%				
自然との調和得点			平均値	1.6	1.8	1.8	1.7	1.7
			SD	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0

** P<0.01 * P<0.05

表 1 3 - 6 性別年齢区分別スピリチュアリティ（死と死にゆくことへの態度）

中項目	小項目	カテゴリー	区分	性別		年齢区分		計
				男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	
死と死にゆくことへの態度	㊸人生の終わり	全く思わない		2	23	19	6	25
		そうとは思わない	低群(0点)	2	20	13	9	22
		どちらともいえない		11	25	23	13	36
		そう思う		27	56	28	55	83
		とてもそう思う	高群(1点)	51	121	44	128	172
	55%	49%	35%	61%	51%			
	㊹死ぬことについて	全く思わない		37	100	50	87	137
		そうとは思わない	低群(0点)	18	38	23	33	56
		どちらともいえない		9	8	11	6	17
		そう思う		15	45	25	35	60
		とてもそう思う	高群(1点)	14	54	18	50	68
	15%	22%	14%	24%	20%			
	㊺心の整理	全く思わない		13	46	24	35	59
		そうとは思わない	低群(0点)	11	19	11	19	30
		どちらともいえない		6	13	13	6	19
そう思う		21		51	24	48	72	
とてもそう思う		高群(1点)	42	116	55	103	158	
45%	47%	43%	49%	47%				
死と死にゆくことへの態度得点			平均値	1.6	1.6	1.3	1.8	1.6
			SD	0.9	0.9	0.9	0.8	0.9

** P<0.01 * P<0.05

表 13-7 性別年齢区分別スピリチュアリティ (総合得点)

中項目		性別		年齢区分		計 N=338
		男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	
生きる意味得点	平均値	1.6	1.5	1.5	1.6	1.5
	SD	1.1	1.0	1.1	1.1	1.1
自己超越得点	平均値	1.7	1.9	1.7	2.0	1.9
	SD	1.0	0.9	*	1.0	0.9
他者との調和得点	平均値	1.4	1.5	1.4	1.6	1.5
	SD	1.1	1.0	1.1	1.0	1.1
よろどころ得点	平均値	2.2	2.4	2.3	2.4	2.4
	SD	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9
自然との調和得点	平均値	1.6	1.8	1.8	1.7	1.7
	SD	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
死と死にゆくことへの態度得点	平均値	1.6	1.6	1.3	1.8	1.6
	SD	0.9	0.9	0.9	0.8	0.9
総合得点	平均値	10.1	10.8	10.0	11.0	10.6
	SD	4.5	3.7	3.8	4.0	3.9

** P<0.01 * P<0.05

表14 SP健康尺度得点 先行研究との比較

		男性			女性			計					
		N	平均	SD	N	平均	SD	N	平均	SD			
前期高齢者	先行研究	-	-	-	-	-	-	-	67.7	6.9			
	久米島	42	74.7	6.1	85	75.0	7.4	127	74.9	7.0			
後期高齢者	先行研究	-	-	-	-	-	-	-	69.4	6.9			
	久米島	51	75.4	9.0	160	76.8	6.7	211	76.5	7.3			
計	先行研究	326	67.5	6.3	**	206	69.8	7.4	**	532	68.4	6.8	**
	久米島	93	75.1	7.8		245	76.2	7.0		338	75.9	7.2	

*: p<0.05, **: p<0.01

先行研究データ出典: Keiko Takeda, Development of a spirituality scale related to health in the elderly
-A study of the validity and reliability-, J Jpn Health Sci, 10(2):63-72, 2007

表15-1 性別年齢区分別QOL(人生全体満足感)

中項目	小項目	区分	性別		年齢区分		計	
			男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	N=338	
人生全体満足感	㊸恵まれ	1点	77 83%	191 78%	97 76%	171 81%	268	79%
		0点	16 17%	54 22%	30 24%	40 19%	70	21%
	㊹実現	1点	50 54%	141 58%	57 45%	134 64%	191	57%
		0点	43 46%	104 42%	70 55%	77 36%	147	43%
	㊺不幸せ	1点	60 65%	140 57%	40 31%	98 46%	200	59%
		0点	33 35%	105 43%	87 69%	113 54%	138	41%
	㊻満足	1点	45 48%	147 60%	43 34%	103 49%	192	57%
		0点	48 52%	98 40%	84 66%	108 51%	146	43%
人生全体満足感得点		平均値	2.2	2.2	1.9	2.4	2.2	
		SD	1.2	1.2	1.1	1.2	1.2	

** P<0.01 * P<0.05

表15-2 性別年齢区分別QOL(心理的安定)

中項目	小項目	区分	性別		年齢区分		計	
			男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	N=338	
心理的安定	㊼小さなこと	1点	65 70%	137 56%	77 61%	125 59%	202	60%
		0点	28 30%	108 44%	50 39%	86 41%	136	40%
	㊽深刻	1点	33 35%	77 31%	44 35%	66 31%	110	33%
		0点	60 65%	168 69%	83 65%	145 69%	228	67%
	㊾厳しさ	1点	28 30%	70 29%	39 31%	59 28%	98	29%
		0点	65 70%	175 71%	88 69%	152 72%	240	71%
心理的安定得点		平均値	1.4	1.2	1.3	1.2	1.2	
		SD	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	

** P<0.01 * P<0.05

表15-3 性別年齢区分別QOL(老いの評価)

中項目	小項目	区分	性別		年齢区分		計
			男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	
老いの評価	①去年と同じ	1点	67 72%	133 54% **	85 67%	115 55% *	200 59%
		0点	26 28%	112 46%	42 33%	96 45%	138 41%
	②役に立つ	1点	37 40%	122 50%	77 61%	82 39% **	159 47%
		0点	56 60%	123 50%	50 39%	129 61%	179 53%
老いの評価得点		平均値	1.1	1.0	1.3	0.9 **	1.1
		SD	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7

** P<0.01 * P<0.05

表15-4 性別年齢区分別QOL(総合得点)

中項目	区分	性別		年齢区分		計
		男性 N=93	女性 N=245	前期 N=127	後期 N=211	
人生全体満足感得点	平均値	2.2	2.2	1.9	2.4 **	2.2
	SD	1.2	1.2	1.1	1.2	1.2
心理的安定得点	平均値	1.4	1.2	1.3	1.2	1.2
	SD	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
老いの評価得点	平均値	1.1	1.0	1.3	0.9 **	1.1
	SD	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7
総合得点	平均値	4.7	4.4	4.4	4.5	4.5
	SD	1.9	2.1	2.0	2.1	2.0

** P<0.01 * P<0.05

表16-1 スピリチュアリティ群間差比較（基本的属性）

変数	カテゴリー	区分	計 (N=338)	低群 (N=100)	%	中群 (N=122)	%	高群 (N=116)	%	群間差
性別		男性	93	37	39.8	25	26.9	31	33.3	* 0.023
		女性	245	63	25.7	97	39.6	85	34.7	
年齢区分		前期高齢者	127	43	33.9	48	37.8	36	28.3	0.171
		後期高齢者	211	57	27.0	74	35.1	80	37.9	
学歴		義務教育まで	257	73	28.4	91	35.4	93	36.2	0.420
		義務教育以上	81	27	33.3	31	38.3	23	28.4	
BMI		平均値		24.4		24.6		24.6		0.880
		SD		3.3		3.6		3.4		
血圧	収縮期血圧	平均値		146.3		143.5		145.1		0.592
		SD		21.8		21.5		17.5		
	拡張期血圧	平均値		78.6		77.4		77.4		0.671
		SD		12.3		10.9		10.5		
血圧の薬服用		あり	206	64	31.1	66	32.0	76	36.9	0.149
		なし	132	36	27.3	56	42.4	40	30.3	

スピリチュアリティ群：平均±1/2標準偏差範囲で対象者を区分し、低群、中群、高群に分割 *：p<0.05, **: p<0.01

表16-2 スピリチュアリティ群間差比較（心理社会的因子）

変数	カテゴリー	区分	計 (N=338)	低群 (N=100)	%	中群 (N=122)	%	高群 (N=116)	%	群間差
配偶者の有無		配偶者あり	219	66	30.1	77	35.2	76	34.7	0.886
		配偶者なし	119	34	28.6	45	37.8	40	33.6	
笑い		笑う	235	55	23.4	88	37.4	92	39.1	** 0.000
		笑わない	103	45	43.7	34	33.0	24	23.3	
世の中や社会への関心		関心あり	190	43	22.6	70	36.8	77	40.5	** 0.002
		関心なし	148	57	38.5	52	35.1	39	26.4	
信仰心	神仏の世話	する	308	86	27.9	114	37.0	108	35.1	0.099
		しない	30	14	46.7	8	26.7	8	26.7	
	占い	信じる	106	23	21.7	52	49.1	31	29.2	** 0.003
		信じない	232	77	33.2	70	30.2	85	36.6	
天国		信じる	213	51	23.9	77	36.2	85	39.9	** 0.003
		信じない	125	49	39.2	45	36.0	31	24.8	
信仰得点		平均値		1.6		2.0		1.9		** 0.001
		SD		0.9		0.8		0.7		
経済意識（相対所得）		恵まれている	275	82	29.8	99	36.0	94	34.2	0.981
		恵まれていない	63	18	28.6	23	36.5	22	34.9	

スピリチュアリティ群：平均±1/2標準偏差範囲で対象者を区分し、低群、中群、高群に分割 *：p<0.05, **: p<0.01

表16-3 スピリチュアリティ群間差比較（生活習慣）

変数	カテゴリー	区分	計	低群	%	中群	%	高群	%	群間差
			(N=338)	(N=100)		(N=122)		(N=116)		
健康習慣	①睡眠	いいえ	58	20	34.5	13	22.4	25	43.1	0.056
		はい	280	80	28.6	109	38.9	91	32.5	
	②たばこ	はい	14	5	35.7	3	21.4	6	42.9	0.505
		いいえ	324	95	29.3	119	36.7	110	34.0	
	③適正体重	いいえ	52	18	34.6	18	34.6	16	30.8	0.674
		はい	286	82	28.7	104	36.4	100	35.0	
	④お酒	いいえ	51	15	29.4	20	39.2	16	31.4	0.854
		はい	287	85	29.6	102	35.5	100	34.8	
	⑤運動	いいえ	13	5	38.5	4	30.8	4	30.8	0.773
		はい	325	95	29.2	118	36.3	112	34.5	
	⑥朝食	いいえ	9	5	55.6	3	33.3	1	11.1	0.167
		はい	329	95	28.9	119	36.2	115	35.0	
	⑦間食	いいえ	114	43	37.7	44	38.6	27	23.7	** 0.007
		はい	224	57	25.4	78	34.8	89	39.7	
	健康習慣得点	平均値		5.9		6.1		6.2		0.061
		SD		1.0		0.9		0.9		
食生活	炭水化物得点	平均値		1.3		1.3		1.4		0.238
		SD		0.5		0.5		0.5		
	タンパク質得点	平均値		2.3		2.0		2.3		0.147
		SD		1.4		1.4		1.2		
	ビタミン・ミネラル得点	平均値		1.6		1.8		1.9		* 0.023
		SD		0.9		0.9		0.9		

スピリチュアリティ群：平均±1/2標準偏差範囲で対象者を区分し、低群、中群、高群に分割 *: p<0.05, **: p<0.01

表17-1-1 重回帰分析の結果(スピリチュアリティ)

変数名		偏回帰係数	標準偏回帰係数(β)	P 値		相関係数(r)
基本 属性	性別	0.0292	0.0033	0.9539		0.0840
	年齢	0.0294	0.0479	0.4047		0.1670 **
	学歴	-1.4721	-0.1598	0.0038	**	-0.1880 **
心理 社会 的 因 子	家族構成	-0.6368	-0.0773	0.1565		-0.1111 *
	笑い	2.0359	0.2383	0.0000	**	0.3005 **
	社会への関心	1.6889	0.2131	0.0001	**	0.2076 **
	相対所得	0.3444	0.0341	0.5055		-0.0003
	神仏	-0.2989	-0.0216	0.6969		0.0662
	占い	-0.0023	-0.0003	0.9959		0.0070
	天国	0.8418	0.1033	0.0507		0.1217 *
	定数項	8.2561		0.0146		*
重相関係数(R)		0.4170				
決定係数(R ²)		0.1739				

*: p<0.05, **: p<0.01

表17-1-2 分散分析表(スピリチュアリティ)

要因	偏差平方和	自由度	平均平方	F 値	P 値
回帰変動	908.882	10	90.888	6.883	0.0000 **
誤差変動	4318.198	327	13.205		
全体変動	5227.080	337			

*: p<0.05, **: p<0.01

表18-1-1 重回帰分析の結果(身体的健康)

変数名		偏回帰係数	標準偏回帰係数(β)	P 値	相関係数(r)
基本属性	性別	-0.1992	-0.1090	0.0728	
	年齢	-0.0243	-0.1916	0.0017	**
	学歴	0.0695	0.0364	0.5302	
心理社会的因子	家族構成	0.0543	0.0318	0.5807	
	笑い	0.2758	0.1556	0.0061	**
	社会への関心	0.0101	0.0062	0.9108	
	相対所得	0.0325	0.0155	0.7745	
	神仏	-0.0125	-0.0043	0.9410	
	占い	-0.0847	-0.0482	0.3842	
	天国	-0.0561	-0.0332	0.5515	
	定数項	3.9105		0.0000	**
重相関係数(R)				0.2797	
決定係数(R ²)				0.0782	

*: p<0.05, **: p<0.01

表18-1-2 分散分析表(身体的健康)

要因	偏差平方和	自由度	平均平方	F 値	P 値
回帰変動	17.592	10	1.759	2.775	0.0026
誤差変動	207.334	327	0.634		
全体変動	224.926	337			

*: p<0.05, **: p<0.01

表18-2-1 重回帰分析の結果(精神的健康)

変数名		偏回帰係数	標準偏回帰係数(β)	P 値	相関係数(r)	
基本属性	性別	-0.2560	-0.1139	0.0529		-0.0700
	年齢	0.0132	0.0845	0.1513		0.1697 **
	学歴	-0.4915	-0.2091	0.0002 **		-0.2228 **
心理社会的因子	家族構成	-0.0003	-0.0001	0.9982		-0.0028
	笑い	0.3951	0.1812	0.0010 **		0.1966 **
	社会への関心	0.0646	0.0320	0.5480		0.0326
	相対所得	0.3784	0.1469	0.0053 **		0.1403 **
	神仏	-0.1524	-0.0432	0.4469		-0.0221
	占い	-0.0187	-0.0086	0.8718		-0.0602
	天国	-0.1683	-0.0810	0.1339		-0.1031
定数項		0.5930		0.4997		
重相関係数(R)			0.3688			
決定係数(R ²)			0.1360			

*: p<0.05, **: p<0.01

表18-2-2 分散分析表(精神的健康)

要因	偏差平方和	自由度	平均平方	F 値	P 値	
回帰変動	46.276	10	4.628	5.147	0.0000	**
誤差変動	294.020	327	0.899			
全体変動	340.296	337				

*: p<0.05, **: p<0.01

表18-3-1 重回帰分析の結果(社会的健康)

変数名		偏回帰係数	標準偏回帰係数(β)	P 値		相関係数(r)
基本 属性	性別	-0.3671	-0.1612	0.0057	**	-0.1256 *
	年齢	-0.0256	-0.1619	0.0056	**	-0.1041
	学歴	-0.1403	-0.0589	0.2882		-0.0072
心理 社会 的 因 子	家族構成	0.0965	0.0453	0.4111		0.1047
	笑い	0.7083	0.3206	0.0000	**	0.2737 **
	社会への関心	0.2549	0.1244	0.0185	*	0.1837 **
	相対所得	-0.1363	-0.0522	0.3138		-0.0445
	神仏	0.1433	0.0401	0.4751		-0.0032
	占い	-0.0319	-0.0146	0.7834		-0.0311
	天国	-0.0100	-0.0048	0.9289		-0.0089
定数項		3.5437		0.0001	**	
重相関係数(R)			0.3944			
決定係数(R ²)			0.1555			

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

表18-3-2 分散分析表(社会的健康)

要因	偏差平方和	自由度	平均平方	F 値	P 値
回帰変動	54.352	10	5.435	6.023	0.0000 **
誤差変動	295.080	327	0.902		
全体変動	349.432	337			

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

表19-1-1 重回帰分析の結果(QOL)

変数名		偏回帰係数	標準偏回帰係数(β)	P 値	相関係数(r)	
基本属性	性別	-0.5113	-0.1119	0.0554		-0.0713
	年齢	0.0147	0.0461	0.4292		0.0970
	学歴	-0.6182	-0.1293	0.0206	*	-0.1302 *
心理社会的因子	家族構成	0.4144	0.0970	0.0802		0.1072 *
	笑い	1.0614	0.2394	0.0000	**	0.2480 **
	社会への関心	0.1378	0.0335	0.5257		0.0498
	相対所得	1.0402	0.1985	0.0002	**	0.2115 **
	神仏	0.0532	0.0074	0.8953		0.0112
	占い	-0.2742	-0.0623	0.2413		-0.1036
	天国	-0.0471	-0.0111	0.8352		-0.0415
定数項		2.7121		0.1266		
重相関係数(R)			0.3869			
決定係数(R ²)			0.1497			

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

表19-1-2 分散分析表(QOL)

要因	偏差平方和	自由度	平均平方	F 値	P 値	
回帰変動	210.802	10	21.080	5.757	0.0000	**
誤差変動	1197.459	327	3.662			
全体変動	1408.260	337				

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

表20-1 WHOの健康についての検証的因子分析の結果(主な適合度指標)

適合度指標		値
カイ2乗検定	カイ2乗値	34.125
	自由度	24
	確率	0.082
GFI		0.978
AGFI		0.959
CFI		0.936
RMSEA		0.035

表20-2 WHOの健康についての検証的因子分析の結果(標準化パス係数)

パス		パス係数	有意差
身体的健康	<--> 精神的健康	0.504	**
精神的健康	<--> 社会的健康	0.272	**
身体的健康	<--> 社会的健康	0.326	*
主観的健康感	<--- 精神的健康	0.659	**
生活満足度	<--- 精神的健康	0.558	**
ストレス度	<--- 精神的健康	0.431	**
外出頻度	<--- 社会的健康	0.465	**
近所付き合い	<--- 社会的健康	0.513	**
役割	<--- 社会的健康	0.413	**
疾病数	<--- 身体的健康	0.243	*
自覚症状数	<--- 身体的健康	0.428	**
生活活動能力	<--- 身体的健康	0.241	*

** P<0.01 * P<0.05

表21-1 スピリチュアリティについての検証的因子分析の結果(主な適合度指標)

適合度指標		値
カイ2乗検定	カイ2乗値	233.082
	自由度	129
	確率	0.000
GFI		0.927
AGFI		0.904
CFI		0.896
RMSEA		0.049

表21-2 スピリチュアリティについての検証的因子分析の結果(標準化パス係数)

	パス		パス係数	有意差
生きる意味	<---	スピリチュアリティ	0.926	**
自己超越	<---	スピリチュアリティ	0.724	**
他者	<---	スピリチュアリティ	0.904	**
よりどころ	<---	スピリチュアリティ	0.900	**
自然	<---	スピリチュアリティ	0.898	**
死にゆくこと	<---	スピリチュアリティ	0.870	**
①年感謝	<---	生きる意味	0.518	※1
②自分意味	<---	生きる意味	0.531	**
③希望	<---	生きる意味	0.539	**
④先祖	<---	自己超越	0.507	※1
⑤見えぬ力	<---	自己超越	0.418	**
⑥亡き家族	<---	自己超越	0.714	**
⑦隔てず	<---	他者	0.593	※1
⑧心遣い	<---	他者	0.505	**
⑨人生意味	<---	他者	0.511	**
⑩心穏やか	<---	よりどころ	0.632	※1
⑪人円滑	<---	よりどころ	0.634	**
⑫大切な人	<---	よりどころ	0.510	**
⑬自然の中	<---	自然	0.557	※1
⑭自然の雄大	<---	自然	0.388	**
⑮美の自然	<---	自然	0.521	**
⑯人生の終	<---	死にゆくこと	0.467	※1
⑰家族と話	<---	死にゆくこと	0.257	**
⑱気がかり	<---	死にゆくこと	0.395	**

※1 観測変数へのパスを1に固定

** P<0.01 * P<0.05

表22-1 QOLについての検証的因子分析の結果(主な適合度指標)

適合度指標		値
カイ2乗検定	カイ2乗値	41.637
	自由度	24
	確率	0.014
GFI		0.973
AGFI		0.950
CFI		0.906
RMSEA		0.047

表22-2 QOLについての検証的因子分析の結果(標準化パス係数)

	パス		パス係数	有意差
満足感	<-->	心理的安定	0.449	**
心理的安定	<-->	評価	0.738	**
満足感	<-->	評価	0.425	**
③人生	<---	満足感	0.339	**
④実現	<---	満足感	0.502	**
⑦不幸せな事	<---	満足感	0.364	**
⑨生満足	<---	満足感	0.576	**
②小さな事	<---	心理的安定	0.687	**
⑤深刻	<---	心理的安定	0.396	**
⑥厳しさ	<---	心理的安定	0.287	**
①去年同じ	<---	評価	0.622	**
⑧役割	<---	評価	0.173	*

** P<0.01 * P<0.05

表23-1 仮説モデル1についての共分散構造分析の結果(主な適合度指標)

適合度指標		値
カイ2乗検定	カイ2乗値	250.480
	自由度	131
	確率	0.000
GFI		0.924
AGFI		0.900
CFI		0.844
RMSEA		0.052

表23-2 仮説モデル1についての共分散構造分析の結果(標準化パス係数)

	パス		パス係数	有意差
QOL	<---	身体的健康	0.401	-
QOL	<---	精神的健康	0.588	**
QOL	<---	社会的健康	0.253	*
QOL	<---	スピリチュアリティ	0.116	-
疾病	<---	身体的健康	0.176	-
自覚	<---	身体的健康	0.676	-
生活活動	<---	身体的健康	0.113	※1
主観	<---	精神的健康	0.638	※1
生活満足	<---	精神的健康	0.569	**
ストレス	<---	精神的健康	0.441	**
役割	<---	社会的健康	0.423	※1
近所	<---	社会的健康	0.502	**
外出	<---	社会的健康	0.467	**
死に行くこと	<---	スピリチュアリティ	0.233	**
自然	<---	スピリチュアリティ	0.623	**
よりどころ	<---	スピリチュアリティ	0.715	**
他者	<---	スピリチュアリティ	0.638	**
自己超越	<---	スピリチュアリティ	0.554	**
生きがい	<---	スピリチュアリティ	0.691	**
QOL(満足感)	<---	QOL	0.469	※1
QOL(評価)	<---	QOL	0.387	**
QOL(安定)	<---	QOL	0.533	**

※1 観測変数へのパスを1に固定

** P<0.01 * P<0.05

表23-3 従属変数に対する効果(直接及び総合効果)

従属変数	独立変数	直接効果	間接効果	総合効果
QOL	身体的健康	0.401	-	0.401
	精神的健康	0.588	-	0.588
	社会的健康	0.253	-	0.253
	スピリチュアリティ	0.116	-	0.116

表24-1 仮説モデル2についての共分散構造分析の結果(主な適合度指標)

適合度指標		値
カイ2乗検定	カイ2乗値	227.670
	自由度	128
	確率	0.000
GFI		0.929
AGFI		0.906
CFI		0.870
RMSEA		0.048

表24-2 仮説モデル2についての共分散構造分析の結果(標準化パス係数)

	パス	パス係数	有意差
身体的健康	<--- スピリチュアリティ	0.048	-
精神的健康	<--- スピリチュアリティ	0.363	**
社会的健康	<--- スピリチュアリティ	0.178	0.065
QOL	<--- 身体的健康	0.377	-
QOL	<--- 精神的健康	0.622	**
QOL	<--- 社会的健康	0.240	0.054
QOL	<--- スピリチュアリティ	-0.008	-
疾病	<--- 身体的健康	0.182	-
自覚	<--- 身体的健康	0.664	-
生活活動	<--- 身体的健康	0.113	※1
主観	<--- 精神的健康	0.587	※1
生活満足	<--- 精神的健康	0.630	**
ストレス	<--- 精神的健康	0.419	**
役割	<--- 社会的健康	0.403	※1
近所	<--- 社会的健康	0.541	**
外出	<--- 社会的健康	0.445	**
死に行くこと	<--- スピリチュアリティ	0.235	**
自然	<--- スピリチュアリティ	0.613	**
よりどころ	<--- スピリチュアリティ	0.719	**
他者	<--- スピリチュアリティ	0.633	**
自己超越	<--- スピリチュアリティ	0.549	**
生きがい	<--- スピリチュアリティ	0.700	**
QOL(満足感)	<--- QOL	0.503	※1
QOL(評価)	<--- QOL	0.377	**
QOL(安定)	<--- QOL	0.521	**

※1 観測変数へのパスを1に固定

** P<0.01 * P<0.05

表24-3 従属変数に対する効果(直接、間接及び総合効果)

従属変数	独立変数	直接効果	間接効果	総合効果
身体的健康	スピリチュアリティ	0.048	-	0.178
精神的健康	スピリチュアリティ	0.363	-	0.363
社会的健康	スピリチュアリティ	0.178	-	0.048
QOL	身体的健康	0.377	-	0.377
	精神的健康	0.622	-	0.622
	社会的健康	0.240	-	0.240
	スピリチュアリティ	-0.008	0.286	0.278

表25 仮説モデルにおける共分散構造分析結果の比較(主な適合度指標及び従属変数の決定係数)

モデル	カイ2乗検定			GFI	AGFI	CFI	RMSEA	AIC	決定係数 (QOL)
	カイ2乗値	自由度	確率						
仮説モデル1	250.480	131	0.000	0.924	0.900	0.844	0.052	330.480	0.583
仮説モデル2	227.670	128	0.000	0.929	0.906	0.870	0.048	313.670	0.610

表27 調査対象者の属性

ID	性別	年齢	部落名	出身地	居住期間	配偶者の有無	子供の数 孫の数 曾孫の数	学歴	BMI	SP得点	面接時間(分)
1	女性	76	仲地	久米島	生まれてからずっと	無	子供:7(2) 孫:12(1) 曾孫:5	義務教育まで	28.2	3	93
2	女性	77	比嘉	久米島	生まれてからずっと	無	子供:6(1) 孫:12 曾孫:0	義務教育まで	35.7	4	79
3	男性	80	西銘	久米島	24年	有(健康)	子供:4 孫:12 曾孫:0	高校まで	22.8	3	75
4	男性	82	西銘	久米島	生まれてからずっと	有(健康)	子供:5(2) 孫:8 曾孫:0	義務教育まで	24.8	2	45
5	男性	69	西銘	今帰仁	4年	有(健康)	子供:2 孫:2 曾孫:0	大学まで	22.7	1	40
6	女性	71	真謝	久米島	生まれてからずっと	有(健康)	子供:7 孫:8 曾孫:0	義務教育まで	22.5	3	69
7	女性	79	兼城	久米島	生まれてからずっと	有(認知症)	子供:5 孫:10 曾孫:3	義務教育まで	28.6	17	95
8	女性	78	西銘	那覇	29年	有(片麻痺)	子供:0 孫:0 曾孫:0	高校まで	22.4	1	36
9	男性	79	西銘	久米島	生まれてからずっと	有(健康)	子供:4 孫:6 曾孫:0	義務教育まで	30.4	4	51
11	女性	88	仲地	宮崎	70年	有(認知症)	子供:5 孫:11 曾孫:12	義務教育まで	25.8	16	49
12	男性	79	仲地	久米島	生まれてからずっと	有(健康)	子供:5 孫:3 曾孫:0	義務教育まで	21	16	55
13	女性	75	大原	久米島	生まれてからずっと	無	子供:6 孫:23 曾孫:4	義務教育まで	21.2	15	60
14	男性	84	宇江城	久米島	生まれてからずっと	有(健康)	子供:4 孫:6 曾孫:1	高校まで	23.1	3	50
15	男性	82	宇江城	久米島	生まれてからずっと	有(健康)	子供:5 孫:14 曾孫:2	高校まで	20.9	2	36
16	女性	81	宇江城	久米島	生まれてからずっと	有(健康)	子供:8 孫:7 曾孫:1	義務教育まで	26.3	17	49
17	女性	95	宇江城	久米島	生まれてからずっと	無	子供:7(1) 孫:15 曾孫:10	義務教育まで	25.3	3	40
18	男性	81	西銘	久米島	生まれてからずっと	有(再婚:健康)	子供:6 孫:7 曾孫:0	義務教育まで	24.5	15	119
19	女性	82	西銘	大阪	77年	無	子供:5 孫:12 曾孫:0	義務教育まで	27.5	15	48
20	女性	79	西銘	久米島	生まれてからずっと	有(健康)	子供:6 孫:17 曾孫:14	義務教育まで	29.8	15	73
21	女性	84	兼城	久米島	生まれてからずっと	無	子供:6 孫:16 曾孫:10	義務教育まで	20.1	15	76
22	女性	94	宇江城	久米島	64年	無	子供:3 孫:10 曾孫:15	義務教育まで	24.5	15	63
23	女性	85	宇江城	久米島	63年	無	子供:6 孫:15 曾孫:12	義務教育まで	20	15	88
24	女性	84	大原	久米島	生まれてからずっと	有(糖尿、認知症)	子供:6 孫:7 曾孫:1	義務教育まで	18.7	17	84
25	男性	85	具志川	久米島	生まれてからずっと	有(健康)	子供:5 孫:7 曾孫:3	高校まで	20.5	16	87
26	女性	83	具志川	久米島	生まれてからずっと	有(健康)	子供:3(1) 孫:1 曾孫:0	義務教育まで	27.3	16	60
27	女性	70	具志川	久米島	生まれてからずっと	有(健康)	子供:6 孫:14 曾孫:1	義務教育まで	34.6	17	60
28	女性	75	具志川	久米島	50年	有(健康)	子供:1 孫:3 曾孫:0	義務教育まで	27.2	15	56

子供の数、孫の数、曾孫の数の欄の()は亡くなった人の数

表28 聞き取り結果の類型化

類型化	類型の基準	概念構造との関連	属する対象者	SP平均得点	類型の特徴
類型1	ヒヌカンやご先祖様との繋がりを特に大切にしているトランスクリプトが比較的多かったもの	概念構造図(図6)における縦軸、つまりヒヌカン、トートメーといった超越的なものを重んじる垂直軸を中心としたタイプ	ID17,24	10.0	・昔大きな怪我や病気の経験がある
類型2	人との繋がり、特に子供や孫達との絆を特に大切にしているトランスクリプトが比較的多かったもの	概念構造図の横軸、つまり他人との繋がりがりや関係を重んじる水平軸を中心としたタイプ	ID4,6,11,13,14,19,21,22,23	11.0	・比較的女性に多い ・友達や家族、嫁、子供達に恵まれている
類型3	ご先祖様も人との繋がりも両方大切にしており、トランスクリプトも同等ぐらいであったもの	概念構造図の垂直軸と水平軸の両方を重んじる混合型タイプ	ID1,2,7,12,15,18,20,27	11.1	・男女差はあまりない ・昔家族や配偶者に大きな怪我や病気の経験がある
類型4	ヒヌカンやご先祖様以外の超越的なもの(具体的な宗教)を重んじる傾向が強かったもの	ヒヌカンやトートメー以外の超越的なものを重んじる垂直軸を中心とした類型1の亜型タイプ	ID16,26,28	16.0	・ある特定の地域(部落)に集中している ・その地域は昔他府県からの居住者が多い ・女性に多い
類型5	スピリチュアリティを表出させるトランスクリプトが比較的少なかったもの	どの類型にも属さないタイプ	ID3,5,8,9,25	5.0	・男性に多い ・比較的高学歴

SP平均得点:スピリチュアリティ健康尺度の平均得点

No. _____

この調査は、皆様の暮らしや健康状態についてお聞きし、皆様の健康や生きがい作りに役立てるためのものです。調査結果は全体としてまとめますので、一人ひとりにご迷惑をお掛けすることはありません。ありのままにお答えください。ご協力の程よろしくお願いいたします。

問1 あなた自身のことについてお聞かせください。

氏名: _____ 性別; 1. 男 2. 女

生年月日: 大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)

住所: _____ 電話番号: 098-985- _____

家族: 1. 単身 2. 配偶者 3. 配偶者と子供ら 4. 子供ら(配偶者なし)
5. その他(_____)

学歴: 1. 義務教育(小・中学校) 2. 高校 3. 大学

*身体計測値・血圧について

身長:(自己申告) _____ cm (実測) _____ cm

体重:(自己申告) _____ Kg (実測) _____ Kg

血圧: _____ / _____ mmHg 心拍数: _____ 拍

血圧の薬を飲んでいますか: 1. 飲んでいる 2. 飲んでない

問2 現在治療中の病気はありますか(あればいくつでも○を)

1. 高血圧 2. 心臓病 3. 脳卒中 4. 肝臓病 5. 腎臓病 6. 神経痛/関節炎
7. 胃腸病 8. 糖尿病 9. 呼吸器疾患 10. 眼疾患 11. その他 12. なし

問3 次のような自覚症状がありますか(あればいくつでも○を)。

1. 体がだるい 2. 肩がこる 3. 足の痛み 4. 頭の痛み 5. 腰の痛み 6. 目の疲れ
7. 首の痛み 8. 腕の痛み 9. 背中中の痛み 10. 膝の痛み 11. その他 12. なし

問4 身の回りのことはご自分でできますか。

1. 全てできる 2. 大体できる 3. あまりできない 4. できない

問5 夜寝てから何回トイレに起きますか。

1. 0回 2. 1回 3. 2回 4. 3回 5. それ以上

問6 現在、自分の健康についてどう思っていますか。

1. とても良い 2. まあまあ良い 3. あまり良くない 4. 悪い

問 7 今の生活に満足していますか。

1. 非常に満足 2. まあまあ満足 3. どちらともいえない 4. 満足していない

問 8 ここ一週間、どの程度外出をしましたか。

1. ほぼ毎日 2. 週 4～5 回 3. 週 1～2 回 4. ほとんどない

問 9 ここ一週間、どの程度ご近所つきあいをされましたか。

1. ほぼ毎日 2. 週 4～5 回 3. 週 1～2 回 4. ほとんどない

問 10 あなたは家族や地域のために何かやっていることはありますか。

1. たくさんある 2. 少しある 3. あまりない 4. ほとんどない

問 11 現在ストレスを感じていることがありますか。

1. よくある 2. たまにある 3. あまりない 4. 全くない

問 12 食事の時間は決まっていますか。

1. いつも決まっている 2. 大体決まっている
3. あまり決まっていない 4. 決まっていない

問 13 ふだんつぎのような食品をどのくらい食べますか。

- | | | | | |
|---------|-----------|-------------|-------------|-------------|
| [ごはん]: | 1. ほとんど毎日 | 2. 週に 4～5 回 | 3. 週に 2～3 回 | 4. ほとんど食べない |
| [パン]: | 1. ほとんど毎日 | 2. 週に 4～5 回 | 3. 週に 2～3 回 | 4. ほとんど食べない |
| [魚介類]: | 1. ほとんど毎日 | 2. 週に 4～5 回 | 3. 週に 2～3 回 | 4. ほとんど食べない |
| [肉類]: | 1. ほとんど毎日 | 2. 週に 4～5 回 | 3. 週に 2～3 回 | 4. ほとんど食べない |
| [卵類]: | 1. ほとんど毎日 | 2. 週に 4～5 回 | 3. 週に 2～3 回 | 4. ほとんど食べない |
| [牛乳類]: | 1. ほとんど毎日 | 2. 週に 4～5 回 | 3. 週に 2～3 回 | 4. ほとんど食べない |
| [とうふ類]: | 1. ほとんど毎日 | 2. 週に 4～5 回 | 3. 週に 2～3 回 | 4. ほとんど食べない |
| [野菜類]: | 1. ほとんど毎日 | 2. 週に 4～5 回 | 3. 週に 2～3 回 | 4. ほとんど食べない |
| [海草類]: | 1. ほとんど毎日 | 2. 週に 4～5 回 | 3. 週に 2～3 回 | 4. ほとんど食べない |
| [果物類]: | 1. ほとんど毎日 | 2. 週に 4～5 回 | 3. 週に 2～3 回 | 4. ほとんど食べない |

問 14 ポーク缶を普段どの程度食べていますか。

1. ほとんど毎日 2. 週に 2～3 回 3. 月に 2～3 回 4. その他(行事など)

問 15-1 豚の生肉を普段どの程度食べていますか。

1. ほとんど毎日 2. 週に 2～3 回 3. 月に 2～3 回 4. その他(行事など)

問 15-2 豚の生肉を利用するとき長くゆでて下ごしらえをしてから使いますか。

1. そうすることが多い 2. 生肉のまま使うことが多い 3. どちらとも言えない

問 16 豚肉(生肉・ポーク缶)はチャンプルー料理にして食べることが多いですか。

1. そうすることが多い 2. それ以外で使うことが多い 3. どちらとも言えない

問 17 日ごろ良く笑う方ですか。

1. 良く笑う 2. 時々わらう 3. あまり笑わない 4. ほとんど笑わない

問 18 世の中や社会の出来事に関心を持っていますか。

1. 非常にある 2. ややある 3. あまりない 4. まったくない

問 19 以下の質問に関してお答えください。

- 1) 神仏の世話はよくしますか (1. はい 2. いいえ)
 2) 占いは信じる方ですか (1. はい 2. いいえ)
 3) 天国は信じますか (1. はい 2. いいえ)
 4) 宗教はお持ちですか 1. はい (a. 仏教 b. キリスト教 c. その他) 2. いいえ

問 20 経済的に他の人より恵まれていると思いますか。

1. とても恵まれている 2. 恵まれている方だと思う
 3. あまり恵まれていない 4. 全く恵まれていない

問 21 次の質問について、「はい、いいえ」でお答えください。

- 1) 睡眠は十分とっていますか。 (1. はい 2. いいえ)
 2) たばこを吸っていますか。 (1. はい 2. いいえ)
 3) 太りすぎたり、やせすぎたりしないようにしていますか。 (1. はい 2. いいえ)
 4) お酒を飲みすぎないようにしていますか。 (1. はい 2. いいえ)
 5) 適度にからだを動かすようにしていますか。 (1. はい 2. いいえ)
 6) 朝食を毎日食べますか。 (1. はい 2. いいえ)
 7) 間食をしないようにしていますか。 (1. はい 2. いいえ)

問 22 次の質問について 1. はい 2. いいえ でお答えください。

- 1) あなたは去年と同じように元気だと思いますか。 (1. はい 2. いいえ)
 2) 最近になって小さなことを気にするようになりましたか。 (1. はい 2. いいえ)
 3) あなたの人生は、他の人と比べて恵まれていたと思いますか。 (1. はい 2. いいえ)
 4) これまでの人生で、あなたは求めていたことのほとんどを實現できたと思いますか。
 (1. はい 2. いいえ)
 5) 物事をいつも深刻に考える方ですか。 (1. はい 2. いいえ)
 6) 生きることは大変きびしいと思いますか。 (1. はい 2. いいえ)
 7) 全体として、今の生活に、不幸せなことがどれくらいあると思いますか。

- (1. ほとんどない 2. いくらかある 3. たくさんある)

8)あなたは年をとって前よりも役割が少なくなったと思いますか。 (1. 思う 2. 思わない)

9)あなたの人生を振りかえってみて、満足できますか。

(1. 満足できる 2. だいたい満足できる 3. 満足できない)

問 23 次の質問について、以下の中から選んで、その番号に○をして下さい。

1. とてもそう思う(とてもある) 2. そう思う(まあまあある) 3. どちらともいえない
4. そうとは思わない(あまりない) 5. 全く思わない(全くない)

- 1)年を重ねることに感謝の気持ちが深くなっていますか。 (1 2 3 4 5)
- 2)自分がこの世に生まれてきたことに大きな意味があると思いますか。 (1 2 3 4 5)
- 3)日々の生活の中に、楽しみや生きる希望がありますか。 (1 2 3 4 5)
- 4)自分とご先祖さまや子孫とは結びついていると思いますか。 (1 2 3 4 5)
- 5)自分は何か見えない力によって生かされていると思いますか。 (1 2 3 4 5)
- 6)亡くなったご家族やご先祖さまに支えられていると思いますか。 (1 2 3 4 5)
- 7)どんな相手でも分けへだてなく受け入れようとしていますか。 (1 2 3 4 5)
- 8)心の奥にある思いを人に話したりすることがありますか。 (1 2 3 4 5)
- 9)これまでの人生での出来事や思いを人に話すことによって
自分の人生の意味を再確認できたと感じることがありますか。 (1 2 3 4 5)
- 10)周りの人と仲良くし、心おだやかに生きていますか。 (1 2 3 4 5)
- 11)思いやりや感謝のきもちを持つことで、人とのつながりを円滑にしていますか。 (1 2 3 4 5)
- 12)大切な人との絆が生きていく上での支えになっていますか。 (1 2 3 4 5)
- 13)自然の中にいるとそこから力を得ているように思うことがありますか。 (1 2 3 4 5)
- 14)自然の雄大さ、美しさに心ふるわせた経験がありますか。 (1 2 3 4 5)
- 15)美しい自然にふれることで、心がやすらかになることがありますか。 (1 2 3 4 5)
- 16)いつ人生の終わりが来ても大丈夫ですか。 (1 2 3 4 5)
- 17)生きることや死ぬことについて、日ごろから家族で話し合っていますか。 (1 2 3 4 5)
- 18)亡くなる前に、心の奥にある気がかりな事を解決したいと思いますか。 (1 2 3 4 5)

調査者氏名 _____