琉球大学学術リポジトリ

# 高齢者自殺の抑制・促進にかかわる心理社会的要因の検討



| メタデータ | 言語:<br>出版者: 名嘉幸一<br>公開日: 2007-04-09<br>キーワード (Ja): 高齢者, 自殺, 生きがい, 長寿, 抑うつ, メンタルヘルス, ソーシャルサポート<br>キーワード (En): Elderly, Suicide, Depression, Mental health, Social support, Morale, Longivity, Community participation<br>作成者: 名嘉, 幸一, 和氣, 則江, 渡辺, 直樹, Naka, Koichi, Wake, Norie, Watanabe, Naoki<br>メールアドレス:<br>所属: |
|---|---|
| URL | http://hdl.handle.net/20.500.12000/312 |

# Ⅱ章　沖縄県本部町における調査結果

# 沖縄県本部町における高齢女性の精神的健康とその関連要因

名嘉幸一　琉球大学医学部保健学科教授
瀧澤透　琉球大学大学院医学研究科
和氣則江　琉球大学医学部保健学科助手
塩月亮子　日本橋学館大学人文経営学部講師
崎原盛造　沖縄国際大学総合文化学部教授
大城宜武　沖縄キリスト教短期大学総合教育系教授
洲鎌　実　沖縄県本部町社会福祉協議会　在宅介護支援センター所長
篠藤潔仁　沖縄県本部町社会福祉協議会　在宅介護支援センター
嶺井政澄　琉球大学医学部附属病院
松田竹央　沖縄県今帰仁村役場保健師

研究要旨

【目的】

本調査の目的は高齢者の心の健康にかかわる要因、特に抑うつ感が増すのを抑制したり、幸福感を高めるといった諸要因の調査・分析にある。世界的に女性の長寿地域であり、また、日本で最も高齢女性の自殺死亡の少ない沖縄県の本島北部農村の高齢女性の心の健康の構造と関連諸要因を明らかにすることが本調査の目的である。

【対象と方法】

調査対象者は、本部町社会福祉協議会・在宅介護支援センターが行なっている『地域型ミニディサービス』に登録をし利用している高齢者で、調査時に参加可能であった65歳以上合計160名である。ミニディはいわば公民館活動や老人クラブ活動にあたるもので対象者の多くは地域で普通に暮らしている高齢者である。なお、調査参加者は男性19名（11.9%）女性141名（88.1%）であった。

調査期間は平成14年2月25日～3月1日および3月6日、14日、20日の合計8日間で
調査方法は会場（社協および地区の公民館）での面接法であった。調査項目は、属性、家族と住居、健康状況、ストレス、経済、交流頻度、PGCモラールスケール、老研式活動能力指標、ソーシャルサポート、CES－Dなど秋田県由利町での調査項目と同一項目で構成された。さらに、「祭りに参加」「ユタの利用状況」「ウチャトー（御茶湯）」といった沖縄社会に特有な信仰儀礼等に関する項目を加えた。なお、解析は女性だけ行うことにした。

【結果】

重回帰分析（ステップワイズ法）をおこないCES-D得点に影響がある要因について分析した。その結果、女性では持病数（$\beta=0.246$）同居家族への提供サポート得点（$\beta=-0.264$）睡眠状況の得点（$\beta=-0.256$）の3要因で$R=0.499$、$R^2=0.203$の説明がえられた。またPGCモラール得点では健康度自己評価得点、睡眠得点の2要因で$R=0.460$、$R^2=0.197$の結果が得られた

【考察】

ANOVAなどで抑うつ得点と関連があった要因は、①健康（健康度自己評価、睡眠、食欲、持病数）　②対人関係（隣近所との交流頻度、同居家族への提供サポート、同居家族以外からの情緒的サポート）などであり、また重回帰分析では睡眠、持病数、家族への提供サポートといった要因が重要であったことから、本部町の高齢女性のこころの健康は自己の健康と対人関係や家族への役割が大きく影響している結果となった。健康長寿や家族の平安を願い、良好な対人関係をはかることでソーシャルサポートを授受しあうような暮らしが、心の健康を維持増進するものといえよう。

## Ⅰ．緒言

日本は急速に超高齢化社会を向かえつつある。平成12年現在老年人口が17.2%、即ち65歳以上の人口が2000万人を超えており、これが2025年では27.4%になると予想されている。

老年期は老化による体力の衰えに加え、社会的地位や役割、そして配偶者の喪失など社会的、精神的、身体的に多くのストレスにさらされる。このような状況の中、生涯発達の観点から、サクセスフルエイジングをめざし、人生を順調に全うするために発達心理学では人格の統合や適応などを課題としている。

こういった個人の努力による克服に加え、豊かな高齢者社会を実現するためには、例えば友人や子供からのインフォーマルサポートや看護職やホームヘルパーらによるフォーマルサポートの充実、自己効力感や自尊感情を高める役割（簡単な仕事など）や生きがいの存在、そして、健康で不安なく暮らせる負担の少ない医療や介護の整備が必要であろう。

本調査の目的は、高齢者の心の健康にかかわる要因、特に高齢女性の心の健康の維持増進に影響を与える要因の調査・分析にある。高齢女性の自殺多発地帯である秋田県と同一の質問紙による比較調査で高齢者の自殺予防となるための要因を抽出することが目的である。

## Ⅱ．対象および方法

### 1．対象地域の概要

本部町の総人口は平成14年1月現在で男性7377人、女性7238人の計14615人である。65歳以上の老人人口比率は男性17.43%、女性28.53%、合計22.85%であり、全国の17.2%（平成12年）、沖縄県の13.9%（平成12年）に比べ高く、高齢化の進んだ地域であるといえる。背景には近年は横這いが続くものの過疎化が長年進んでいる社会であることと、特養ホームや老健施設、療養型病床のある病院など施設が揃い[1]、これらの入所者が194名（平成11年）いることなどがあげられる。世代別には70代が30代より多く1472名、80代が906人、90代が237人、そして百寿者が11人となっており、また、前期高齢者と後期高齢者の割合はそれぞれ46.1%と53.9%で75歳以上の人口の方が多い。平成12年度の国勢調査では総人口に占める後期高齢者の割合は県下8位の12.5%、また100歳以上の割合は県下9位の0.069%であった。

なお、本部町の概要は次の通りである。総面積は54.29km$^2$で八重岳や本部富士といった丘陵地から水納島、瀬底島の小島など地形が変化に富み、これらが集落を27字に分けている。平成13年10月現在で世帯数は4836世帯、1世帯あたりの家族人員は3.00人である。

産業は平成12年の国勢調査では第1次産業が14.8%、第2次産業が23.9%、第3次産業が61.3%である。農業人口の割合は県下21位の13.3%で菊や豚、さとうきびタンカンなどを生産している。建設業人口の割合は県下15位の17.9%、サービス業の割合は同21位の32.7%である。

### 2．対象および方法

調査対象者は、本部町『介護予防・生活支援事業』のうち、平成13年度より本部町社会福祉協議会・在宅介護支援センターが行なっている『地域型ミニディサービス』に登録をし利用している高齢者で、調査時に参加可能だった65歳以上の高齢者151名と、同支援センター内にあるデイケアに通所している方より7名、

及び調査当日、会場に来た未登録の地域住民2名の合計160名である。『ミニディ』は公民館活動や老人クラブに類似し、対象者は（デイケア通所者を除く）と地域に住む一般の高齢者といえる。

調査参加者は男性19名（11.9%）女性141名（88.1%）であった。

調査期間は平成14年2月25日～3月1日および3月6日、14日、20日の合計8日間で、加えてこの間若干の補足日があった。調査地はミニディサービスが開催されている町内5ヶ所の公民館（伊豆味、東、具志堅、崎本部、健堅）および2月27日行った社会福祉協議会内である。

調査方法は会場での面接法であり、面接者は経験の豊富な学生調査員5名と教職員3名、ミニディサービススタッフ4～5名と地域の民生委員が期間中、1日～全日参加して聞き取り調査を行なった。なお、質問紙を無理なく読み、回答できる方は会場で自分で記入してもらった。

3. 調査項目

質問紙調査票は以下の構成になっている。

①属性

- 性別・年齢、生年月日

②家族と住居

- 世帯人員、家族形態、婚姻（相手の出身地、離婚歴）
- 住居の種類、広さ（部屋数）、同居について

③健康

- 健康度自己評価（主観的健康感　4件法）
- 生活習慣（飲酒、喫煙、睡眠、食欲）
- 健康状況（現在の通院・服薬状況、慢性疾患等（12項目）の有無

③－2 生活満足

- PGCモラールスケール

④経済

- 仕事の有無、こづかいの満足、田畑からの収入、年金や資産の状況

⑤社会活動

- 対人関係（話相手、心安らぐ人の有無）
- 老研式活動能力指標
- 交流頻度（別居子の有無や、その居住地域）
- ソーシャルサポート（MOSS－E）

⑥心の健康

- 信仰の有無、墓は本部にあるかどうか
- 祭りに参加する・しない
- ユタ（沖縄のシャーマン）の利用状況
- ウチャトー（御茶湯、仏壇に御茶を供えること）の有無
- ストレス（ストレッサー5項目から）
- ストレス対処行動（19項目から選択）
- CES－D（抑うつ評価尺度）

なお、本部町社会福祉協議会との事前の打ち合わせの結果、『食事』（欠食状況やよく食べる食品）、『介護』（施設利用の考えや介護を受ける場合の場所や援助者について）、『生きがい』（11選択肢から複数回答）、『月収』（年金プラス雑収入）の4項目が調査時に追加されたが、本報告では集計および解析を割愛した。

統計処理は欠損値のあるものを除き、%は有効回答のものを表示した。統計的有意水準は5%以下とし、また、使用した統計ソフトはSPSS for Windows 10.0 J　を用いた。

## Ⅲ. 結果

### 1. 調査対象者の特徴

#### 1）年齢および性別

調査対象者160名は平均年齢77.75±6.10歳、最頻値は81歳で15名いた。性別では男性19名（11.9%）、女性141名（88.1%）となっており、男性は81.68±7.15歳、73歳～99歳の年齢構成で、女性は77.22歳±5.78歳、65歳～93歳の年齢構成であった。また、前期高齢者は52名（32.5%）、後期高齢者は108名（67.5%）であった。なお、調査地別では伊豆味公民館が18名、東公民館が21名、具志堅公民館が34名、崎本部公民館が60名、健堅公民館が20名、社会福祉協議会内が7名であった。

2）家族と住居

平均家族人員は2.75人で2人世帯が多く、また独居は40名いた。家族形態は夫婦のみの世帯が30.3%、ついで独居の25.8%の順で、子供と離れて暮らしている人の方が多く、3世代同居は20.0%であった。なお、80歳以上（n＝61）となると、家族形態は独居が35.6%と増え、夫婦のみ世帯が16.9%と減る。

婚姻については結婚相手が部落内（シマ内婚）の者が70.6%と多く、そして本部町内の人が21.9%と続いた。両者をあわせると92.5%もの配偶者が町内出身者となる。なお、県外の者との結婚は2名、未婚者は1名いた。

離婚歴があるものは9.2%で男性2名、女性は12名であった。

住まいについては98.1%が一戸建てに住み、平均部屋数は4.57±1.58部屋、86.5%の者が「自分の専用の部屋がある」と答えている。また、息子や娘達との同居については63.7%のものが「同居が良い」と答えおり34.2%は「別居が良い」と答えている。なお、部屋数については年齢間（前期・後期）で違いがあり、前期は4.96±1.43部屋に対し後期は4.39±1.62部屋（P<.05）で有意な差があった（$\chi^2$検定、P<.05）。

3）健康

i）健康度自己評価

『健康度自己評価（主観的健康感）』では、「非常に健康」が14.4%、「まあ健康」が45.8%、「あまり健康でない」が35.5%、「健康でない」が4.6%であった。5歳階級別では健康群（非常に＋まあ健康）が75～79歳で52.2%と低かったが85～89歳では71.4%と高かった。

ii）飲酒・喫煙

生活習慣については『飲酒』を「毎晩」が7名（4.7%）でこのうち男性は6名、また「週に1回程度」が5名（3.4%）でうち男性3名であった。飲酒習慣のないものは「年に何回」が1.3%、「飲まない」が90.6%であった。男性は回答者の半数が飲酒をしていた。『喫煙』では「一日1箱以上」が2名の1.3%、「1日数本」が7名（4.7%）でこのうち女性が6名であった。また、「喫煙しない」ものは94.0%であった。

iii）睡眠・食欲

『睡眠』については「眠りが良い」ものは52.2%、「眠りが悪い時がたまにある」40.1%であった。「眠れない」と答えたものは12名の7.6%で全員女性であり、このうち5名は70～74歳の群であった。

『食欲』については、「いつもおいしい」が91.0%、「ときどき食欲がない」が13名の8.4%、いつも食欲がないが1名（0.6%）であった。

iv）通院・服薬

『通院』については「通院中」と答えたものは82.6%であり、「通院をしていない」ものは17.4%であった。通院をしていないものは前期高齢者で18.8%、後期高齢者で16.8%と通院は加齢の影響は無かった。

『服薬』に関しては「（毎日）薬を飲んでいる」と答えたものは77.6%で、「飲んでいな

い」ものは22.4%であった。飲んでいるものは75〜79歳で82.6%、80〜84歳で87.5%と高率だったが60代と85歳以上は50%台と低かった。

通院と服薬を両方行なっているものは116名で平均年齢が77.61歳、両方とも行なっていない健康な人は22名で平均年齢79.55歳であった。22名の内には90代が3名いた。

v）疾患・持病

『持病』について13の選択肢から複数の病名を選んでもらい、質問の結果は多い順で次ぎの通りとなった。「血圧が高い」48.8%、「足が悪い」43.8%、「目が悪い」26.9%、「腰痛」26.9%、「白内障」20.6%、「耳がとおい」18.1%、「糖尿病」8.8%、「心臓が悪い」8.8%、「胃腸が悪い」5.6%、「肺・呼吸器が悪い」3.8%、「リウマチ」3.8%。「その他」は13.8%で泌尿器、神経痛、肝臓、緑内障、頭痛などであった。また、「病気はない」と答えたものは17名、10.6%であった。前期高齢者と後期高齢者の間で有意な差が見られたのは、「耳がとおい」（前期5.8%、後期24.1%、P<.005　$\chi^2$検定）、「糖尿病」（前期15.4%、後期5.6%、P<.05）の2項目であった。

4）経済

『現金収入のある仕事をしているもの』は12.2%、『畑、田から自分の収入のあるものは16.6%、また、『おこづかいは満足している』ものは53.2%、『年金や資産でやっていけるもの』は57.8%であった。男性の方がやっていけると答えた割合が高く（男性83.3%、女性54.4%）男女間では有意差があった(P<.05)。

5）社会活動

『対人関係』について、「話し相手がいる」は93.7%、「こころ安らぐ人がいる」は94.2%と高かった。また、「別居子がいる」と答えたものは85.7%で、場所については（複数回答）、「同じ集落内」が16.9%、「本部町内」33.8%、「沖縄北部」34.4%、「沖縄県内」55.6%、「県外」41.3%であった。比較的近隣と考えられる沖縄北部以内に少なくとも1名の別居子がいるものは60.0%、同じく本部町内では43.8%であった。

別居子や友人，隣人との交流頻度については、「ほとんど毎日会うもの」は別居子で22.8%、友人が59.2%、隣近所が67.3%で、「週に1回以上会うもの」は、別居子26.6%、友人33.8%、隣人25.5%であった。交流頻度については年齢差(前期・後期)はないが、性差はあり、友人と毎日会うは男性36.8%、女性62.3%（P<.05　$\chi^2$検定)、隣人と毎日会うは男性31.6%、女子72.4%(P<.001)と有意な差があった。

6）心の健康

i）信仰ほか

『ウチャトーをしている』ものは94.3%、『信仰がある』の回答は64.7%であった。『墓が本部にある』ものは93.0%、『祭に参加する』ものは81.0%と高かった。信仰があると答えたものは女性の方が高く男女間で有意な差があった（P<.05)。

『ユタに相談することはありますか』の質問では61名の39.4%があると答えていた。詳細は、年齢では前期高齢者が54.9%に対し後期高齢者が31.4%と世代差があり（P<.005)、性別では女性は回答者の40.9%が、あると答えていた。地域別ではユタへの相談が多い地域は崎本部で48.2%とほぼ半数と高く、次いで伊豆味の44.4%が多く、少ない地域は具志堅の29.4%であった。

ii）ストレス

『ストレスと感じることは何ですか』と5つの選択肢から1つ選ぶ質問では次の結果となった。「病気」が最も多く37.8%、「お金」

が26.6%、「老いていくこと」19.6%、「対人関係」4.2%、「その他」11.9%となっていた。

ストレスが「老いていくこと」(n＝27)と答えたものは交流頻度が最も高く、75%が友人と、82.1%が隣人と毎日会っており、これはお金がストレスと答えたものの1.5～1.7倍であった。また、老いがストレスな者は健康度自己評価が良く、健康群(非常に健康＋まあ健康)と答えたもの)は70.4%と最も高かった。さらに服薬率は64.3%と最も低かった。

『この1年間にストレスがあったとき、どのようにしていたか(ストレス対処行動)』の質問は19の選択肢から3つまで選ぶものであった(n＝138)。多い順で結果は次のとおりであった。「人に話して発散する」52.2%、「テレビを見たりラジオを聞いたりする」43.5%、「趣味・スポーツに打ち込む」20.3%、「のんびりする」18.8%、「じっと耐える」13.0%、「周囲の人や専門家に相談をする」12.3%、「買い物をする」10.9%の順であった。また、「睡眠補助剤(睡眠薬や精神安定剤)を飲む」と答えたものは9名、そして、「なし」、と答えたものは19名であった。その他は13.8%で自由記入の回答にはカラオケ、芝居、家事、老人会のおどり、孫、植木、などがあった。

年齢別では前期高齢者(n＝47)と後期高齢者(n＝91)との間での違いは、「趣味・スポーツに打ち込む」が前期31.9%に対し後期14.3%(P<.05)、「その他」が前10.6%に対し後期2.2%(P<.05)の2項目で有意な差があった。また、性別では有意差が3項目見られ、「なやみやストレスの内容の解決に積極的に取り組む」、(男性23.5%＝13人中4人、女性5.4%＝7人、P<.05)、「アルコール飲料(酒)を飲む」、(男性17.6%＝3人,女性2.7%＝1名、P<.005)の2項目で男性が高く、「人に話して発散する」、(男性29.4%＝5人、女性55.0%＝71人、P<.05)の1項目で女性が有意に高かった。

2. スケール得点

①抑うつ自己評価尺度(CES－D)

CES－Dは1977年アメリカ国立精神保健研究所のラドルフがうつ病の疫学研究用に開発された尺度で、信頼性・妥当性は確認をされている。

ミニディサービスに参加をしている本部町の高齢者の結果は以下のとおりになった。有効回答は105人で男性10人、女性96人、平均点は11.40±7.16点で男性11.10±6.05、女性11.43±7.29、また、前期高齢者(n＝33)11.03±7.81、後期高齢者(n＝73)11.56±6.89点であった(表13-1-1、13-1-2)。

また、得点分布は図2のようになり、最高点は37点、16点以上は22人(20.6%)で前期8人後期14人、21点以上は11人、31点以上は4人いた(図3)。

この得点は東京で60歳以上(男性106人、女性197人、平均76.8歳)を対象に行なわれた調査の抑うつ得点15.3±8.1(n＝238)、16点以上31%[Hashimoto、et al.1999][26]や、全国で60歳以上の層化無作為による1987年の訪問調査(男性872人　女性1068人)の結果、14.94±2.07(n=901)、および1990年の追跡調査14.91±2.03[岡林ら1997][27]に比べ低い値となった。また、女性については厚生労働省が平成12年に全国32022人を対象に行なった調査[厚生労働省保健福祉動向調査2002][25]で、65歳以上(有効回答＝868)の平均得点15.26に比べても低い値となった。しかし、1990年秋田県A

村で65歳以上を対象に行なわれた悉皆調査（n＝825）の16点以上5.3%［井原1993］[28]の結果に比べると高い値である。

②PGCモラールスケール

平均得点は10.63±3.30点（M±SD）で、男性（n＝13）11.77±3.21点、女性（n＝113）10.50±3.28点であった。この得点は全国の男性12.3±3.36、女性11.6±3.58［杉澤1994］[30]、大宜味の男性（n＝61）12.2±3.08、女性（n＝144）11.2±3.18［伊志嶺1989］[45]に比べ低い得点だった。また、前期高齢者（n＝38）の得点は12.05±3.57、後期高齢者（n=88）の得点は10.02±2.99であった（表13-2-1、13-2-2）。

モラール得点が高いとは、自分自身に有用感や満足感がある、自分の居場所があり存在価値がある、年齢など努力しても動かし難い事実を受容できる、の3つの意味が含まれている。また、この得点は主観的幸福感や生きがいを測定する尺度とされている。

回答で男女差が見られたのは「心配だったり気になったりして眠れないことがありますか」、「年をとるということは若い時に考えていたより、よい　と思いますか」の2問において、いずれも女性の肯定的回答が低かった（P＜.05　$\chi^2$検定）。

③老研式活動能力指標

この尺度は地域で暮らす高齢者の自立性を評価する尺度で、食事や入浴といったADLより、もう少し高度で複雑な日常生活動作能力（IADL）を測定することができる。そして11点以上が高次生活活動能力が維持されているといわれている。

平均得点は11.05±2.00点（M±SD）で、男性（n＝16）10.88±2.36点、女性（n＝131）11.08±1.96点であった（表13-3-1、13-3-2）。この得点は全国65歳以上の男性11.0±3.0（n＝782）、女性10.6±3.1（n＝1027）［古谷野ら1993］[31]、岐阜県東白川村の65歳以上の男性10.9±3.3（n＝310）、女性10.5±3.4（n＝408）［宮田ら1997］[32]に比べ女性の得点が高かった。しかし、北海道石狩地方での65歳以上の男性11.8±1.55（n＝517）、女性12.0±1.54（n＝332）［佐藤ら1998］[33]、および福島県西会津での調査結果の男性（n＝316）12.10、女性（n＝433）11.36［大城1994］[34]に比べ得点が低かった。また、前期高齢者（n＝48）の得点は12.13±1.67、後期高齢者（n=88）の得点は10.54±2.12であった。

得点が11点未満で自立性が低い高齢者の49人（男性9人、女性40人）は、年齢や健康状況で自立良好群と比較して大きな差は無かった。

④ソーシャルサポート

用いた尺度は沖縄社会で十分に信頼性・妥当性が確認されている崎原のMOSS-E[38]で、手段的、情緒的、提供の3つの下位尺度からなっている。

質問を同居家族内と同居家族以外（別居子や友人、隣人）のそれぞれについてたずね、得点は「ある」、「いる」、の場合を1点とした。なお前者は9点満点で後者は10点満点である。平均得点は同居家族内で6.95±2.76点（M±SD）（n=98）、同居家族以外で7.29±2.63点（n＝95）であった（表13-4-1、13-4-2）。女性についてはそれぞれ、7.03±2.78（n＝89）、7.48±2.57（n＝86）で、この得点は同居・同居以外を問わずに今帰仁村で実施された得点8.22（1998年n=403）、もしくは8.08（2000年n＝403）［崎原2001］[46]に比べ低かった。

3. スケールと各項目との関連

1）分散分析

CES－D（抑うつ）得点およびPGCモラー

ル（生きがい・幸福感）得点と各質問項目との間の関連を知るため　項目ごとに平均得点を算出し、それぞれ t 検定（選択枝が 2 の場合）、および一元配置分散分析（選択枝が 3 以上）を行い比較をした（表 14-1、14-2）。また、分散分析後は多重比較（Sheffe の検定または Games - Howell の検定）を行なった。なお、分析は女性のみ行った。

①家族と住居

居住形態と抑うつ得点、モラール得点との関連はなかったが、独居という居住形態はその他の形態より際立った値は示さなかった。また、「娘や息子との同居」については「改築して同居がよい」というものが最も抑うつ得点が低く、また、モラール得点が有意に高かった（P<.001 多重比較）。

離婚歴の有無でも有意差がみられ（P<.05 t 検定）離婚している者の方がモラールが高かった。

②健康

健康度自己評価ではモラール得点に有意差がみられ、また、通院の有無では抑うつ得点に有意傾向があった。睡眠においても有意差がみられ、「眠りがよい」と答えているものは最も抑うつ得点が低くモラール得点が高かった。

③経済

「現金収入の仕事の有無」「年金や資産でやっていけるか」では、沖縄の高齢女性では抑うつ得点やモラール得点に有意な差異がみられなかった。後述するが、秋田県の高齢女性と明確な相違点（表 9-2）となった。

④交流頻度

友人や別居子との交流頻度は抑うつ得点やモラール得点に関連がなかった。隣人との交流がないものが抑うつ感や幸福感の得点に現れた形となった。

⑤信仰・民俗（ユタ、祭り）

信仰の有無、ユタへの相談の有無、祭りの参加の有無は、いづれも抑うつ得点やモラール得点に関連を示さなかった。

2）相関分析

CES - D（抑うつ）得点および PGC モラール（生きがい・幸福感）得点と各質問項目との間の関連を知るため、ピアソンの積率相関係数を女性のみ求めた（表 15 ）。

その際、健康度自己評価（良い⇒悪い）のように 4 件法の順序尺度は、非常に健康である＝4 点、まあ健康である＝3 点、あまり健康でない＝2 点、健康でない＝1 点、　のように（得点が高いほど良好）得点化した。また、老研式活動能力指標、ソーシャルサポートは下位尺度得点を用いた。

CES - D（抑うつ）得点と相関が高かったのは、PGC 得点、睡眠得点、食欲得点、隣人との交流頻度得点、ソーシャルサポート下位尺度得点（同居家族への提供）、などであった。一方、PGC モラール得点と相関が高かったのは健康度自己評価得点、睡眠得点、食欲得点などであった。

4. 重回帰分析

1）CES-D 得点

一元配置分散分析、t 検定　およびピアソンの積率相関係数で有意であったものを独立変数、CES-D 得点を従属変数として、女性のみ重回帰分析（ステップワイズ法）を行い CES-D 得点に影響がある要因について分析した。その際、項目で回答が 2 択のものはダミー得点とした（表 16）。

その結果、『同居家族への提供サポート』、『睡眠得点』、『持病数』、の 3 要因で R＝0.499、$R^2$＝0.203 の説明がえられた。

2）PGC モラール得点

同様にPGCモラール得点においても重回帰分析を行った。その結果、『健康度自己評価得点』、『睡眠得点』の2要因でR＝0.460、$R^2$＝0.197の結果が得られた(表17)。

## Ⅳ．考　察

### 1．本部町の高齢者

1) ミニディサービスに通う高齢者

地域で暮らすミニディサービスを利用する高齢者160名（未登録者2名、デイケアの方々7名を含む）についての実態調査の概要は次のとおりになった。

①家族と住居

25%の40人が独居、また、2/3（67.5%）が後期高齢者であった。婚姻については70%がシマ内婚(部落内の結婚)であった。子供と同居は4割だが、別居子が同じ本部町内に在住は44%と高かった。

②健康

48%は血圧が高い。通院率は82.6%。「眠りが悪いときがたまにある」＋「眠れない」は合わせて47.7%。

③経済

女性は現金収入や年金の有無と抑うつ感・幸福感とは関連がなかった。

④社会活動

「友人や隣人と毎日会う」は男性より女性の方が高い。(女性の72.4%は毎日隣近所の人と会っている)。女性において隣近所との交流と抑うつ得点との間には有意な関連があった（分散分析P＜.05)。

⑤こころの健康

i）信仰・民俗（ユタ、祭り）

「ユタに相談」は39.4%で世代差があり、前期高齢者は54.9%と高い。また、「信仰」があると答えたものは女性で67.9%だったが多くは祖先祭祀を指していた。

「祭りに参加する」は女性で79.4%と高かった。しかし、ユタに相談、信仰がある、祭りに参加するの3項目と抑うつ得点およびモラール得点とはそれぞれ関連がなく、これら沖縄の伝統文化が高齢者のこころの健康に良好な影響を与えているといった仮説は立証されなかった。

ii）ストレス

ストレスは病気である、と答えたものが37.8%と高い。また、ストレス対処行動は、人に話す52.2%、テレビ43.5%、趣味・スポーツに打ち込む20.3%の順であった。この趣味・スポーツに打ち込むはミニディサービスのグラウンドボールやゲートボールを指すと思われるが、これらは主観的幸福感（モラール）を高める要因であり、抑うつを低める要因であった。

2) 沖縄の高齢女性のストレス対処行動

ストレス対処行動の質問は1年間に精神的ストレス（不満、悩み、苦労、イライラ）があったときのものである。これとほぼ同じ選択枝で構成されている質問が平成12年6月1日に全国で厚生省（当時）によって行なわれた[25]。対象は12歳以上でこのうち65歳以上の高齢女性は3645人であった。本部町と厚生省の調査の異なる点は、①方法が面接法と自記式、②質問に「1年間の精神的ストレス」の言葉の有無。③選択数で本部町での調査は3つまで、全国はあてはまるものすべて。④選択枝に本部町では「旅行にいく」、「睡眠補助品を使う」の2項目があったが厚生省にはない。以上4点が違う。したがって単純な比較は出来ないが、参考までに本部町の高齢女性のストレス対処行動の全国比較

をしてみる（図 4）。

（全国と本部町）

| | 人に話して発散 | テレビ・ラジオ | のんびり | 趣味・スポーツ | 買い物 | 周囲・専門家に相談 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 全国 (n=3645) | 33.1% | 41.9% | 24.5% | 18.3% | 15.3% | 4.9% |
| 本部町 (n=129) | 55.0% | 45.7% | 22.5% | 20.2% | 13.2% | 12.4% |

（『保健福祉動向調査（心身の健康）』2002 より）

**図4　65 歳以上の女性のストレス対処行動の比較**

沖縄は口の文化（話す、食べる）と言われているが、ストレスが実際、人に話して発散されていることがわかる。周囲や専門家に相談の回答も全国と比較して高い。信頼でき、アドバイスが受けられる知人の存在が身近にいるのではと推察される。また、専門家は単にカウンセラーや医師を指すのでなく「野のカウンセラー」と呼ばれる霊的職能者＝ユタも指すものと考えられる。

2. 沖縄の高齢女性のこころの健康

こころの健康は今回、CES-D（抑うつ感）と PGC モラールスケール（生活満足度、主観的幸福感、）との 2 つのスケールをもって評価をした。ここでそれぞれの結果について考察を行い、そして、伝統社会が持っている心の健康に果たす機能について考察をしてみる。

1). CES-D（抑うつ評価尺度）

平成 12 年の全国の女性の自殺死亡率は人口 10 万対で 13.26 であった[47]。65 歳以上に限ると 25.21（10 万対）で、これは日本で 3222 人の高齢女性の自殺数ということになる。沖縄県は女性全体で 11.19（10 万対）、65 歳以上では 15.6（10 万対）で 17 名が自殺をしている。県内の高齢女性の自殺は過去 5 年間は 11 人⇒4 人⇒11 人⇒14 人⇒17 人と推移し増加傾向だが、全国的にはまだ少ない地域であるといえる。

『高齢者の自殺例の少なくとも 60%程度はうつ病・うつ状態』といった報告があることを第 1 章の緒言でも触れたが、本研究は抑うつ尺度の関連要因から高齢女性の抑うつ感の抑制要因について解析し、自殺予防について推論をしている。

そこで、抑うつ得点と関連があった要因は次のような項目があった。

①健康　（健康度自己評価、睡眠、食欲、持病数）

②対人関係（隣近所との交流頻度、同居家族への提供サポート、同居家族以外からの情緒的サポート）

まず、健康に関する項目が抑うつ得点と関連がみられたが、平素から健康長寿を願う気持ちの強い沖縄の高齢女性の姿が伺えた。そして、対人関係では、農村ではシマ社会という比較的小さな集落で幼少の頃から生活しているといった背景要因が考えられる。良好な対人関係やソーシャルサポートが心の健康に大きな影響を与えているといえよう。そしてなによりも命を大切にする精神が存在することが大きい。命どぅ宝　という諺が沖縄にはあるが第 2 次大戦の沖縄戦を 8 歳～30 歳の間に体験し、生き残った高齢女性は自ら命を絶つことは少ないのかもしれない。

2). PGC モラールスケール

モラール得点と関連があった要因は次のような項目があった。

①健康（健康度自己評価、睡眠、食欲）

②家族（息子や娘たちとの同居（改築して同

居)、離婚歴あり、)

ここで、注目すべきは②家族(離婚歴、子供とも同居)の2項目であろう。これは家族内のストレスフルな人間関係や葛藤の解決や意向がモラール得点と関連があったのではないかと考えられる。なお高齢女性の離婚率は今回の調査で8.8%であったが、現在の居住形態は独居は2名のみで多くは息子や孫と生活をしていた。

また、ここでも健康や生活習慣に関する項目とモラール得点との間に関連がみられたが、健康(チャーガンジュウ)は多くの高齢者の願いでもある。実際、調査会場でも、皆『長生きしたい』と答えていた。

沖縄の農村の高齢女性はもともと、祖先崇拝を行なうことで同居している家族の安寧を願う役割を担っており、また、IADL得点が低下しないことなどから明らかなように、野菜を作るなどして自立した生活をおくっている。家族に対しての役割感や居場所感、そして心理的、経済的自立心が、自殺多発地帯と異なっていると考えられる。子や孫の世代に対して精神文化の継承者としての役割が本来あり、家族内の葛藤は未然に解決され、現実を肯定的に受容する姿が沖縄の高齢女性の幸福感の背景にあるのではないだろうか。

3) 伝統社会が果たす役割

今回の調査で本部町に住む高齢女性の約7%にあたる141名から聞き取り調査をすることができた。地域に住む高齢女性のこころの健康に与える要因について以下のように考察をしてみる。

注目すべきは「独居」しているものが38人(27%)もいるということである。
この中に90歳以上が3名もいる(平均78.9歳)が皆、自立度が高く、独居者の老研式活動能力指標の得点は平均11.24点で他の家族同居をしている高齢女性よりも高かった。また、地域で孤独や孤立がないのは、独居の高齢女性は80.6%のものが隣近所の人々とほぼ毎日会っていることがあげられる。これは男女合わせた全体より13.3ポイント高い。

そして、このうち32名は配偶者と死別しての独居であったが(他は未婚1　離婚歴あり2　不明3)が抑うつ得点は13.69±7.17と65歳以上の女性全国平均15.26を下回った。このように独居世帯が多く、自立志向的な生活を背景にもつ沖縄の高齢女性の心の健康を考えるには、まず沖縄の民俗社会の構造を理解しなければならない。

地域においては大和のムラ(村)を意味するシマが行政単位の字を形成している[48]。中心に村落のカミの鎮座する御嶽や神事の場となる神アサギがあり、また、自治活動の拠点となる公民館や共同店がある。調査では「結婚相手がシマ(部落)の人」が70.6%であったが、これは明治まで続いた村内法で決められていたからである。ゆえにシマンチュ(シマ人)は皆、遠い親戚(ウェーカ)であり、部落は大きな家とも考えられ、水平的で平等なヨコ社会が集落内に形成されるのである[49]。

地縁のつぎに血縁に触れると、こういったシマの中には父系の血縁集団=門中が、何系統か存在している。本家(ムトゥヤー)や位牌を中心とした共同の祖先を祀る集団が門中である。そして家の中で主婦が毎月旧暦の1日、15日にヒヌカン(火の神)やトートーメ(位牌)に向かって家内安全をウガン(願う)する風習がウチャトー(御茶湯)である。調査で「オチャトーはしていますか」の質問に女性の97.12%がしていると答えている。沖縄の高齢女性は、祖先を祀り、祖先と子孫をつなぎながら家族の平安を護るという重要な役を担っている。

仏教やキリスト教のような歴史的に近世以前の国家が管理した大宗教が無い沖縄社会は、信仰とは通常、祖先崇拝を指す。調査で信仰がありますか、の質問は答えにくかったようだが『祖先を崇拝しています』などと言いながら回答をしており、64.7%があると答えている。

祖先崇拝の社会は祖霊やあの世(後生=グソー)についての民俗知識が発達をし、多くの人は祖先祭祀のルール(女を祖先にしない、他系をまぜない、兄弟は分ける)やあの世とこの世の関係(連続性)についても知っている。そしてこのグソーと現世とをつなぐ専門職がシャーマン=ユタである[50) 51) 52)]。調査で「ユタに相談することはありますか」、の質問に39.4%の人が肯定的な回答をした。とくに前期高齢者は56%が「はい」、と答えている。相談内容は運勢判断、ミーグソー(新しい死者の想いをユタを通してきく)、病気・けがの相談が多く、このほか土地や財産、祖先のこと、結婚や受験、心身の不調や夢、抜霊や鎮魂などの儀礼、などがあるといわれている(大橋英寿による)[53)]。このようにユタは半ばカウンセラーの役割を果しているといえる。そして重要なことは、祖先祭祀を中心とした精神世界、すなわちあの世というものは日常に身近で現世と連続しているといった世界観を、祖先を祀る行事や信仰、あるいはユタへの相談といった地域の暮らしの中で、人々に共有され形成されていることである。高齢女性の自殺死亡が全国でも最も少ない大きな理由が、この、死後が日常と連続をし、身近にあるといった精神文化のもつ倫理性が抑制的に働くのではないだろうか。現世に災いを与える、さまよう霊にならないように、己も自分がしてきたように子孫から祀られる様に、そして、子々孫々にまで加護をあたえるカミになるように、健やかな霊魂としてあろうとするなら、自殺などはしない。

こういった「こころの世界」は、今回の調査では、スケール得点や統計的に有意な結果はえられなかった。しかし、調査会場では多くの高齢者と触れ合い話を聞くことができた。

沖縄社会の心の健康を考える上で、自立生活志向や旧来の結婚慣習および地域での支え合い、祭礼などでの女性の役割、そして祖先崇拝やシャーマン(ユタ)といった精神世界が共有されているなど、伝統社会の果たす役割が大きいと考えられる。

表 13-1-1 CES-D

| | | 平均±標準偏差 |
|---|---|---|
| 総 合 | n=106 | 11.40±7.16 |
| 男 性 | n=10 | 11.10±6.05 |
| 女 性 | n=96 | 11.43±7.29 |
| 前 期 | n=33 | 11.03±7.81 |
| 後 期 | n=73 | 11.56±6.89 |

表 13-2-1 PGCモラールスケール

| | | 平均±標準偏差 |
|---|---|---|
| 総 合 | n=128 | 10.43±3.36 |
| 男 性 | n=13 | 11.77±3.32 |
| 女 性 | n=113 | 10.50±3.28 |
| 前 期 | n=38 | 12.05±3.57 |
| 後 期 | n=88 | 10.02±2.99 |

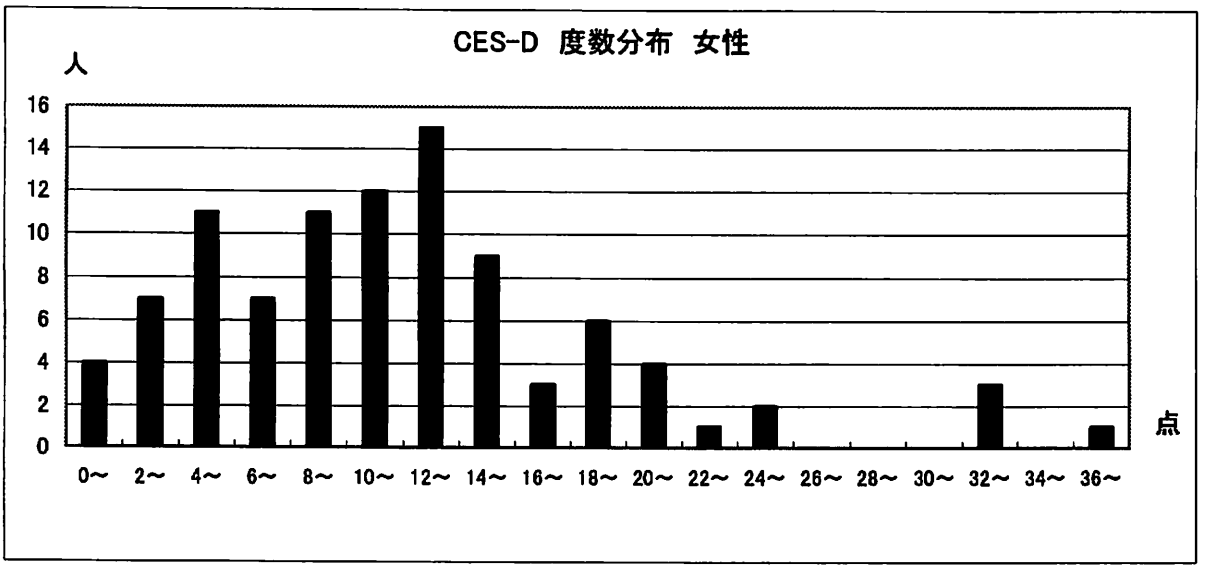


図3 得点分布

表 13-1-2 CES-D 男女差

| | 男性(M±SD)1) | 女性(M±SD)1) | P 値 2) |
|---|---|---|---|
| (1) 普段は何でもないことが わずらわしい | 0.40±0.70 | 0.44±0.77 | 0.968 |
| (2) 食べたくない 食欲が落ちた | 0.40±0.70 | 0.24±0.61 | 0.278 |
| (3) 家族や友達からはげましてもらっても気分がはれない | 0.60±1.07 | 0.49±0.93 | 0.759 |
| (4) 他の人と同じ程度には、能力があると思う | 1.10±1.29 | 1.27±1.27 | 0.723 |
| (5) 物事に集中できない | 0.80±1.23 | 0.71±1.05 | 0.812 |
| (6) ゆううつだ | 0.40±0.84 | 0.41±0.72 | 0.769 |
| (7) 何をするのも面倒だ | 0.90±1.20 | 0.46±0.83 | 0.260 |
| (8) これから先のことについて積極的に考えることができる | 1.40±1.51 | 1.39±1.21 | 0.978 |
| (9) 過去のことについてくよくよ考える | 0.40±0.97 | 0.55±0.95 | 0.531 |
| (10)何か恐ろしい気持ちがする | 0.30±0.95 | 0.25±0.66 | 0.840 |
| (11)なかなか眠れない | 0.60±1.07 | 0.77±0.97 | 0.458 |
| (12)生活について不満なくすごせる | 0.80±1.32 | 1.43±1.34 | 0.135 |
| (13)ふだんより口数が少ない、口が重い | 0.70±0.95 | 0.43±0.83 | 0.301 |
| (14)一人ぼっちでさみしい | 0.50±0.85 | 0.64±0.83 | 0.756 |
| (15)皆がよそよそしいと思う | 0.20±0.63 | 0.21±0.60 | 0.797 |
| (16)毎日が楽しい | 0.90±1.45 | 0.75±1.17 | 0.917 |
| (17)急に泣き出すことがある | 0.00±0.00 | 0.15±0.50 | 0.345 |
| (18)悲しいと感じる | 0.00±0.00 | 0.40±0.70 | 0.062 |
| (19)皆が自分をきらっていると感じる | 0.20±0.63 | 0.06±0.35 | 0.393 |
| (20)仕事が手につかない | 0.50±0.85 | 0.41±0.82 | 0.641 |

1)数値は中央値でなく平均値を表示した 2)Mann-Whitney - Utest

表 13-2-2 PGC モラールスケール 男女差

| | モラール (+) の回答 | 男性(%) | 女性(%) | P 値 |
|---|---|---|---|---|
| (1) 自分の人生は 年をとるにしたがって だんだん悪くなってゆくとあなたは感じますか | 2. そうは思わない | 22.2 | 28.1 | 0.780 |
| (2) あなたは去年と同じように元気だと思っていますか | 1. はい | 61.1 | 62.2 | 1.000 |
| (3) さびしいと感じることがありますか | 1. ない | 52.9 | 63.5 | 0.430 |
| (4) 最近になって小さなことを気にするようになったと思いますか | 2. いいえ | 55.6 | 54.6 | 1.000 |
| (5) 家族や親戚や友人との 行き来に満足をしていますか | 1. 満足 | 88.9 | 88.7 | 1.000 |
| (6) あなたは年をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか | 2. そうは思わない | 22.2 | 32.4 | 0.430 |
| (7) 心配だったり気になったりして眠れないことがありますか | 2. ない | 72.2 | 42.8 | 0.020 |
| (8) 年をとるということは若い時に考えていたよりよいと思いますか | 1. よい | 37.5 | 15.6 | 0.040 |
| (9) 生きていても仕方がないと思うことがありますか | 2. ない | 83.3 | 87.8 | 0.710 |
| (10) あなたは若い時と同じように幸福だと思いますか | 1. はい | 72.2 | 71.6 | 1.000 |
| (11) 悲しいことがたくさんありますか | 2. いいえ | 76.6 | 84.1 | 0.490 |
| (12) あなたには心配なことが沢山ありますか | 2. いいえ | 77.8 | 82.2 | 0.750 |
| (13) 前よりも腹を立てる回数が多くなった | 2. いいえ | 88.9 | 82.1 | 0.740 |
| (14) 生きることは大変、きびしいと思いますか | 2. いいえ | 41.2 | 49.3 | 0.610 |
| (15) 今の生活に満足をしていますか | 1. はい | 88.9 | 84.8 | 1.000 |
| (16) 物ごとをいつも深刻に考える方ですか | 2. いいえ | 35.3 | 41.9 | 0.790 |
| (17) 心配ごとがあると直ぐおろおろする方ですか | 2. いいえ | 72.2 | 53.6 | 0.210 |

$\chi^2$検定

表 13-3-1 老研式活動能力指標

| | 合計 | 下位尺度 | | |
|---|---|---|---|---|
| | 平均±標準偏差 | 手段的自立 | 知的能動性 | 社会的自立 |
| 総合 n=147 | 11.05±2.00 | 4.64±0.81 | 2.94±1.04 | 3.47±0.83 |
| 男性 n=16 | 10.88±2.36 | 4.35±0.70 | 3.26±0.93 | 3.28±1.02 |
| 女性 n=131 | 11.08±1.96 | 4.67±0.82 | 2.90±1.05 | 3.50±0.80 |
| 前期 n=48 | 12.13±1.12 | 4.96±0.20 | 3.38±0.75 | 3.77±0.61 |
| 後期 n=99 | 10.54±2.12 | 4.48±0.94 | 2.73±1.10 | 3.33±0.88 |

表 13-3-2 老研式活動能力指標 男女差

| | 男性 (%) | 女性 (%) | P 値 |
|---|---|---|---|
| (1) バスやタクシーを使って、一人で外出できますか？ | 94.1 | 87.7 | 0.69 |
| (2) 日用品の買い物ができますか？ | 94.1 | 93.1 | 1.00 |
| (3) 自分の食事の用意ができますか？ | 64.7 | 98.5 | 0.001 |
| (4) 請求書の支払いができますか？ | 88.2 | 96.9 | 0.14 |
| (5) 預貯金の出し入れが自分でできます　か？ | 94.1 | 93.1 | 1.00 |
| (6) 年金などの書類が自分で書けますか？ | 88.2 | 72.3 | 0.16 |
| (7) 新聞を読んでいますか？ | 82.4 | 66.9 | 0.09 |
| (8) 本を読みますか？ | 58.8 | 54.6 | 1.00 |
| (9) 健康に関する情報に関心がありまか？ | 94.1 | 93.1 | 1.00 |
| (10) 友人の家を訪問することがありますか？ | 76.5 | 93.1 | 0.02 |
| (11) 家族や友人の相談にのることがありますか？ | 88.2 | 76.2 | 0.36 |
| (12) 病人を見舞うことがありますか？ | 82.4 | 95.4 | 0.14 |
| (13) 若い人に自分から話しかけることがありますか？ | 82.4 | 86.9 | 0.70 |

$\chi^2$検定

表 13-4-1 ソーシャルサポート(同居家族)

| | | 合　計 | 下位尺度 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 平均±標準偏差 | 手段的サポート | 情緒的サポート | 提供サポート |
| 総合 | n=98 | 6.95±2.76 | 2.21±1.12 | 3.35±1.35 | 1.43±0.81 |
| 男性 | n=9 | 6.11±2.57 | 2.42±1.08 | 3.10±1.52 | 1.33±0.82 |
| 女性 | n=89 | 7.03±2.78 | 2.22±1.12 | 3.38±1.33 | 1.45±0.81 |
| 前期 | n=34 | 7.79±2.00 | 2.43±0.98 | 3.76±0.80 | 1.60±0.69 |
| 後期 | n=64 | 6.50±3.01 | 2.09±1.18 | 3.13±1.52 | 1.35±0.86 |

表 13-4-2 ソーシャルサポート(同居家族以外)

| | | 合　計 | 下位尺度 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 平均±標準偏差 | 手段的サポート | 情緒的サポート | 提供サポート |
| 総合 | n=95 | 7.29±2.63 | 2.29±1.03 | 3.58±0.93 | 1.61±1.22 |
| 男性 | n=9 | 5.54±2.76 | 2.20±1.14 | 3.44±1.13 | 0.91±0.94 |
| 女性 | n=86 | 7.48±2.57 | 2.29±1.02 | 3.60±0.91 | 1.69±1.23 |
| 前期高齢者 | n=31 | 7.93±2.36 | 2.42±1.06 | 3.55±0.96 | 1.68±1.20 |
| 後期高齢者 | n=73 | 7.25±2.48 | 2.23±1.01 | 3.60±0.92 | 1.58±1.24 |

表 14-1 CES-D 得点および PGC モラールスケール得点の関連要因

| | CES-D | | | PGC モラール | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 女 性 | | | 女 性 | | |
| | N | Mean±SD | P 値 | N | Mean±SD | P 値 |
| 家族形態 | | | | | | |
| 一人暮らし | 28 | 11.86±6.80 | 0.884 | 31 | 9.84±3.36 | 0.323 |
| 夫婦のみ | 21 | 10.71±7.07 | | 26 | 11.31±3.41 | |
| 子ども(未婚)と同居 | 21 | 11.95±7.77 | | 23 | 10.91±3.01 | |
| 息子夫婦と同居 | 7 | 9.00±7.59 | | 6 | 8.83±3.31 | |
| 3世代同居 | 17 | 11.65±8.36 | | 23 | 10.35±3.38 | |
| 息子や娘達との同居について | | | | | | |
| 同居がよい | 61 | 11.23±6.66 | 0.649 | 67 | 10.42±3.43 ┐**** | 0.061 |
| 改築して同居が良い | 2 | 7.00±4.24 | | 3 | 15.00±0.00┐┘ | |
| 別居が良い | 30 | 11.77±8.01 | | 36 | 10.31±3.14┘**** | |
| 健康度自己評価 | | | | | | |
| 非常に健康である | 17 | 9.24±6.99 | 0.163 | 18 | 13.11±2.37┐┐┐* | 0.001 |
| まあ 健康な方だと思う | 43 | 10.61±6.35 | | 50 | 10.71±2.87 ｜ ｜┘ | |
| あまり健康でない | 30 | 13.73±8.54 | | 39 | 9.26±3.45 ｜┘**** | |
| 健康でない | 6 | 10.67±6.59 | | 4 | 7.75±2.99┘* | |
| 通院 | | | | | | |
| している | 76 | 12.07±7.59 | 0.062 | 93 | 10.33±3.24 | 0.234 |
| していない | 21 | 8.71±5.52 | | 20 | 11.30±3.47 | |
| 睡眠 | | | | | | |
| 眠りはよい | 48 | 9.65±6.17 | 0.001 | 57 | 11.26±2.92┐ | 0.005 |
| 眠りが悪いときがたまにある | 40 | 11.55±6.68 | | 46 | 10.17±3.27 ｜** | |
| 眠れない | 8 | 20.00±10.95 | | 9 | 7.67±4.09┘ | |
| 現金収入の仕事 | | | | | | |
| している | 14 | 10.36±6.86 | 0.589 | 15 | 11.93±3.33 | 0.076 |
| していない | 83 | 11.51±7.40 | | 97 | 10.32±3.24 | |
| 年金や資産でやっていけるか | | | | | | |
| はい | 51 | 10.06±6.70 | 0.071 | 57 | 10.96±3.23 | 0.212 |
| いいえ | 43 | 12.77±7.67 | | 51 | 10.18±3.29 | |

ANOVA および t検定 *P<.05 **P<.01 ****P<.001

表 14-2 CES-D 得点および PGC モラールスケール得点の関連要因

| | CES-D | | | PGC モラール | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | Mean±SD | P 値 | N | Mean±SD | P 値 |
| 別居子との交流頻度 | | | | | | |
| ほとんど毎日 | 24 | 9.13±5.73 | 0.239 | 25 | 11.44±3.14 | 0.277 |
| 週に1回以上 | 20 | 11.25±5.93 | | 26 | 10.00±3.37 | |
| 月に1回以上 | 40 | 12.60±7.43 | | 39 | 10.15±3.09 | |
| あまり話をしない | 9 | 9.44±9.70 | | 14 | 11.79±4.87 | |
| 友人との交流頻度 | | | | | | |
| ほとんど毎日 | 58 | 10.03±6.25 | 0.140 | 67 | 10.69±3.33 | 0.759 |
| 週に1回以上 | 32 | 13.41±8.79 | | 38 | 10.47±3.30 | |
| 月に1回以上 | 3 | 15.67±9.02 | | 2 | 9.00±0.00 | |
| あまり話をしない | 3 | 12.00±2.65 | | 4 | 9.25±4.03 | |
| 隣近所との交流頻度 | | | | | | |
| ほとんど毎日 | 67 | 9.90±5.23 | 0.011 | 79 | 10.66±3.31 | 0.165 |
| 週に1回以上 | 22 | 14.27±10.32 | | 23 | 10.52±3.76 | |
| 月に1回以上 | 4 | 14.50±9.00 | | 4 | 11.25±2.22 | |
| あまり話をしない | 3 | 19.67±10.69 | | 3 | 6.33±1.15 | |
| ユタ | | | | | | |
| 相談する | 29 | 12.93±7.81 | 0.178 | 42 | 10.24±3.44 | 0.495 |
| 相談しない | 67 | 10.73±7.06 | | 67 | 10.69±3.25 | |
| 信 仰 | | | | | | |
| あり | 64 | 11.14±7.31 | 0.596 | 73 | 10.58±3.42 | 0.862 |
| なし | 31 | 12.00±7.33 | | 35 | 10.46±3.02 | |
| 祭りに参加 | | | | | | |
| する | 74 | 10.96±7.37 | 0.253 | 83 | 10.75±3.33 | 0.332 |
| しない | 21 | 13.05±7.23 | | 27 | 10.04±3.14 | |
| ウチャトー | | | | | | |
| している | 93 | 11.49±7.38 | 0.465 | 108 | 10.44±3.27 | 0.064 |
| していない | 3 | 8.33±5.03 | | 3 | 14.00±2.65 | |

ANOVA および t検定

表 15 相関

| | 全体 | | 女性 | |
|---|---|---|---|---|
| | CES-D 得点 | PGC 得点 | CES-得点 | PGC 得点 |
| CES-D 得点 | 1.000 . | | 1.000 . | |
| PGC 得点 | −0.431 **** | 1.000 . | −0.448 **** | 1.000 |
| 年齢 | −0.035 | −0.173 | −0.035 | −0.168 |
| 家族人数 | 0.046 | −0.002 | 0.051 | 0.034 |
| 住居の広さ | −0.024 | 0.034 | 0.025 | 0.050 |
| 健康度自己評価得点 | −0.181 | 0.410 **** | −0.171 | 0.416 **** |
| 喫煙得点 | −0.109 | −0.094 | −0.111 | −0.063 |
| 睡眠得点 | −0.312 *** | 0.321 **** | −0.325 **** | 0.285 *** |
| 食欲得点 | −0.253 ** | 0.234 ** | −0.261 * | 0.237 * |
| 持病数 | 0.244 * | −0.242 ** | 0.262 ** | −0.195 * |
| 老研　手段的自立 | −0.119 | 0.120 | −0.121 | 0.122 |
| 老研　知的能動性 | −0.115 | 0.159 | −0.097 | 0.140 |
| 老研　社会的役割 | −0.065 | 0.028 | −0.040 | −0.004 |
| 別居子との交流頻度 | −0.105 | 0.002 | −0.150 | 0.034 |
| 友人との交流頻度 | −0.178 | 0.134 | −0.186 | 0.088 |
| 隣近所との交流頻度 | −0.276 *** | 0.121 | −0.321 *** | 0.127 |
| サポート　手段的 | −0.195 | 0.098 | −0.166 | 0.047 |
| サポート　情緒的 | −0.116 | 0.065 | −0.145 | 0.039 |
| サポート　提供 | −0.275 * | 0.268 ** | −0.301 ** | 0.251 * |
| サポート(家族外)手段的 | −0.180 | −0.014 | −0.205 | 0.000 |
| サポート(家族外)情緒的 | −0.247 * | 0.094 | −0.328 *** | 0.115 |
| サポート(家族外)提供的 | −0.176 | 0.137 | −0.192 | 0.172 |

Pearson correlation　　*P<.05　**P<.01　***P<.005　****P<.001

表16　CES-D　沖縄女性

| 独立変数 | β | P |
|---|---|---|
| 持病数 | 0.246 | 0.060 |
| ソーシャルサポート | | |
| 提供得点(同居家族) | −0.264 | 0.042 |
| 睡眠得点 | −0.256 | 0.046 |

R=0.499

$R^2$=0.203

表17　PGC　沖縄女性

| 独立変数 | β | P |
|---|---|---|
| 健康度自己評価 | 0.366 | 0.001 |
| 睡眠得点 | 0.210 | 0.019 |

R=0.460

$R^2$=0.197