

原 著

大学生および社会人における抑うつ症状とスピリチュアルな態度との関連

木村 友昭¹ 佐久間 哲也² 伊坂 裕子³ 鈴木 直人⁴
牧 美輝⁵ 烏帽子田 彰⁶ 内田 誠也¹ 山岡 淳¹

抄 録

本研究の目的は、大学生と社会人におけるスピリチュアルな態度の比較を行い、抑うつ症状と spirituality との関連を明らかにすることである。2011年、大学生を対象とした調査（527人）、および社会人を対象とした調査（175人）を行った。対象者は、25項目版SKY式精神性尺度（SS-25）、うつ尺度（東邦大式うつ自己評価票：SRQ-D）、およびその他の質問（ライフスタイルや宗教について）に回答した。SS-25は、「社会・他者とのつながり（社会）」が8項目、「信仰的感性（信仰）」が8項目、「人生への満足感（満足）」が4項目、およびその他の5項目の質問から構成されている。SRQ-D得点は、大学生の方が有意に高く、一方、SS-25の合計得点、およびすべての下位尺度において、社会人の方が有意に高い得点であった。性別と大学生・社会人の種別を共変量としたANCOVAの結果、うつ症状のある人は、SS-25の合計得点、および「社会」と「満足」の得点が有意に低かった。また、宗教を信仰している人は、SS-25の合計得点、および「社会」と「信仰」の得点が有意に高かった。

キーワード

精神保健、抑うつ、スピリチュアリティ、信仰心、質問票

1. 緒 言

近年、欧米諸国を中心に spirituality に関する研究が増加し、健康問題、心理状態や宗教性との関連について検討されている¹⁻⁴⁾。また、WHO（世界保健機関）⁵⁾において、その健康の定義に spiritual という単語を挿

入することが議論され^{6,7)}、spirituality はQOL（生活の質）の重要な領域として位置づけられた⁸⁾。その結果、日本の医療、福祉分野や心理学関係者の間で spirituality が注目されるようになった。日本においては、訳語（霊性、精神性、スピリチュアリティなど）によるニュアンスの違いもあり、定義や考え方を統一することは困難である。本論文では、英単語の spirituality を訳さずに使用することとする。

Spirituality の定義は、領域や研究者によって多種多様である。狭義には宗教性（神、魂、霊）と同義であり、広義には、個人の信念や価値観・人生観に基づき、生きがい、道徳心、社会奉仕、他者とのつながりなどを含んでいる。狭義の例として、スピリチュアルケアの専門家である窪寺⁹⁾は、「スピリチュアリティ」を「目に見えない超越的存在（神仏など）と関係を作る機能で、生命維持のための癒しの機能をもつ」と定義した。一方、統合医療の専門家であるアンドルー・ワイル¹⁰⁾は、secular spirituality（世俗的霊性）という言葉を使って、「スピリチュアリティ」は神を信じるこ

¹一般財団法人MOA健康科学センター

〒413-0038 静岡県熱海市西熱海町1-1-60

²医療法人財団玉川会 エムオーエー奥熱海クリニック

〒410-2311 静岡県伊豆の国市浮橋1606-1

³日本大学国際関係学部

〒411-8555 静岡県三島市文教町2-31-145

⁴同志社大学心理学部

〒610-0394 京都府京田辺市多々羅都谷1-3

⁵医療法人財団光輪会 光輪会鹿児島クリニック

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町5-28

⁶広島大学大学院医歯薬保健学研究院

〒734-8553 広島市南区霞1-2-3

連絡先：

木村友昭. TEL: 0557-86-0663, FAX: 0557-86-0665,

E-mail: t-kimura@mhs.or.jp

受付日：2016年5月27日，受理日：2016年9月24日。

とや宗教儀式ではなく、「総合的なセルフケアの一部として、非物質的・本質的な自己の存在を認め、そこにこころを寄せる」ことと定義し、自然とのふれあい、芸術や美の鑑賞、共感と慈悲心、そして感謝の心などをスピリチュアルな健康法として紹介した。

さて、厚生労働省が進める国民健康づくり運動「健康日本21 (第二次)」¹¹⁾では、全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現をスローガンにしており、地域のつながりの強化や、健康づくり、自然環境保全、防災などのボランティア活動の拡大が期待されている。また、心の健康の分野では、「自殺者の減少」が重点課題であり、ゲートキーパーなどの見守りが注目されている^{11, 12)}。これらの支え合いや社会参加は、広義のspiritualityが関連していると考えられる。しかし、広義のspiritualityとメンタルヘルスの境界線は曖昧であり、それらの概念がオーバーラップしているように見える。自殺の最大の原因は抑うつ症状であるが、自殺を選択するかどうかは、個人の価値観の影響を受ける。

欧米ではspirituality尺度が多く開発されているが、文化や宗教性の違いがあるので、日本でそれらの翻訳版を使用することは難しいと考えられる。WHOは、Spirituality, Religion, and Personal Beliefs (SRPB)⁸⁾を開発し、その日本語版の検討が質的および量的に行われた^{13, 14)}。その結果、日本人のspiritualityの概念が曖昧であり、WHOの呈示した概念に合致しないことが示された。中村ら¹⁵⁾は、総説の中で、宗教、医療、およびトランスパーソナル学の視点でspiritualityの多様性を指摘し、「わが国ではスピリチュアリティを実存性の次元でとらえようとする傾向が強く、ターミナルケア、緩和ケアといった限定された文脈において、病者の生きる意味と目的の探求を支援する『身体的、社会的、精神的ケア』という意味合いでスピリチュアルケアを位置づけようとしている。」と述べている。広義のspiritualityは、スピリチュアルケアにおける人生観、死生観、および宗教性を内包しつつ、一般の健康な学生や社会人における心の持ち方、言い換えれば、包括的なスピリチュアルな態度も含める必要がある。

著者らは、日本人における広義のスピリチュアルな態度を検討し、広義のspiritualityを評価するための尺

度を開発した。著者らは、その尺度を用いて、大学生における抑うつ症状とspiritualityとの関連について、すでに報告している¹⁶⁾。この先行研究において、抑うつ症状とspiritualityとの間に相関が示されたとともに、大学生に対する尺度の信頼性と妥当性が確認された。しかしながら、大学生の結果を日本人全般にそのまま当てはめることはできない。大学生は社会人より人生経験が乏しく、価値観にも違いがあると考えられる。したがって、抑うつ症状とspiritualityについて、大学生と一般社会人との相違を検討する必要がある。本研究は、既報の大学生のサンプルに社会人のデータを加えて、抑うつ症状とスピリチュアルな態度を比較検討するとともに、別の分析手法を用いて、それらの関連を明らかにするために行った。

2. 方 法

2-1 対象者および手順

2011年、2つの私立大学で大学生を対象に調査を行った(調査A)。また、同年、2つの職域(一般企業および社会福祉法人)で従業員を対象に調査を行った(調査B)。調査には、25項目版SKY式精神性尺度(SS-25)¹⁶⁾、うつ尺度(東邦大式うつ自己評価票:SRQ-D)¹⁷⁾、およびその他の質問(ライフスタイルや宗教について)を使用した。

調査に先立って、MOA健康科学センターの治験審査委員会の承認を受け、調査Aにおいては、当該大学倫理委員会の承認を得た。調査Aにおいて、質問紙は授業中に配付し、参加は自由意思によるもので成績評価と無関係との説明を行った。調査Bにおいて、職場で配付し、参加は自由意思によるもので待遇や業務と無関係との説明を行った。調査A、Bとも無記名方式で行い、調査票の記入をもって研究参加の同意とみなした。また、大学名および社名は匿名とし、統計分析前に連結不可能匿名化を行い、大学や職場を特定できないように配慮した。

2-2 質問票

2-2-1 SKY式精神性尺度

著者らは、広義のspiritualityを評価するため、以下

の手順でオリジナルな尺度の開発を行った。2008年、著者の一人である佐久間が先行研究や既存の尺度を参考に spirituality の傾向を評価する尺度を試作した。それをもとに、著者らが追加の質問を加え、50項目の質問から構成される質問票を作成した。2010年、予備調査のデータを因子分析した結果に基づき、25項目を選択して、「25項目版SKY式精神性尺度 (The 25-Item Sky Spirituality Scale: SS-25)」¹⁶⁾を作成した (付録参照)。

SS-25は、社会・他者とのつながり (「社会」: social connection) が8項目、信仰の感性 (「信仰」: pious mind) が8項目、人生への満足感 (「満足」: life satisfaction) が4項目、およびその他の5項目の質問から構成されている。「社会」の領域は、社会貢献や他者への感謝などの行動により、他者や社会との良好な関係性を築くことを評価するものである。「信仰」の領域は、超越した力や目に見えない世界を信じることを評価するものであり、神仏の信仰だけでなく非宗教的な信念を含んでいる。「満足」の領域は、人生の目的に関して満足や安寧を感じることを評価するものである。その他の項目は、因子分析で抽出されなかった項目であるが、臨床、教育、福祉などの現場で、個人の spirituality を評価するために重要と思われる質問を選択して追加したものである。

回答は、各質問に対して、「全然あてはまらない」「あまりあてはまらない」「どちらともいえない」「ややあてはまる」「あてはまる」の5個の選択肢である。25項目中、反転項目が7つある。それらに0点から4点を与えて加算することにより合計得点が得られる。また、下位尺度 (社会・信仰・満足) の回答を加算し、0点から100点の範囲になるように換算した。さらに、3つの下位尺度の平均値を平均得点とした。高い得点は、精神性や満足感が高く、好ましい態度であることを示す。

SS-25の信頼性は、内部一貫性で評価した。さらに、SS-25の妥当性は、因子分析、および宗教との関連により確認した。

2-2-2 うつ尺度

SRQ-Dは、仮面うつ病をスクリーニングするため、

東邦大学医学部第二内科で開発された¹⁷⁾。SRQ-Dの利点は、対象者が回答しやすいこと、多くの回答者がうつ尺度であると感じにくいこと、使用料が不要なので多くの医療施設やインターネットのサイトなどで広く使用されていることが挙げられる。

SRQ-Dは18項目の質問から構成されており、回答の選択肢は、「いいえ (0点)」「ときどき (1点)」「しばしば (2点)」「つねに (3点)」の4つである。18項目中、6項目はダミーの質問であり、得点計算から除外される。したがって、12項目の得点を加算することにより、合計得点 (範囲: 0~36点) が得られる。高い得点は、抑うつ傾向が強いことを示す。合計得点が16点以上は臨床域 (うつ症状あり)、11点から15点は境界域、10点以下は正常域 (問題なし) と判定される。

2-2-3 その他の質問

ライフスタイルや宗教に関連する質問を使用した。ライフスタイルに関しては、飲酒、喫煙、ギャンブル、および宝くじの購入について質問した。宗教に関して、「あなたは、宗教 (仏教、キリスト教、神道など) を信仰していますか?」と、「あなたは、中学校、または高等学校で宗教系 (キリスト教、仏教など) の私立学校に通学しましたか?」の2つの質問を使用した。調査Bでは、後者の質問の宗教系の私立学校に大学も含めた。

2-3 統計解析

質問票の回答に基づき、2つの尺度 (SS-25およびSRQ-D) の得点を計算し、統計解析を行った。年代および2つの尺度間の相関は、Spearmanの順位相関係数で分析した。SRQ-D得点に基づいたうつ判定はクロス集計し、その分析はカイ2乗検定で行った。

また、SS-25の信頼性 (内部一貫性) は、Cronbachの α 係数で分析した。SS-25の因子分析は、下位尺度にかかわる20項目について主成分分析法で因子を抽出し、promax法で回転を行った。

2つの尺度と各変数との関連は、以下の通り分析した。

2群の比較はt検定で行った。変数のうち2群は、性別、宗教の有無、および宗教系学校への通学であった。

多群の比較はANOVA（分散分析）で分析後、Bonferroniの調整を行い多重比較した。変数のうち多群は、飲酒、喫煙、ギャンブル、および宝くじの購入であった。

さらに、性別および大学生・社会人種別を共変量としたANCOVA（共分散分析）で分析した。

これらの統計解析は、すべてIBM SPSS Statistics Ver.20を使用し、有意水準は5%未満とした。

3. 結果

3-1 分析サンプルの概要

調査Aに参加した大学生は527人で、調査Bに参加した社会人は175人であった。そのうち、SS-25の全項目が有効な回答であった677人（大学生509人、社会人168人；96.4%）を分析対象とした。分析対象者のうち、男性は329人、女性は338人、および性別無回答が10人であった。また、年代は、10代が197人、20代が345人、30代が45人、40代が47人、50代が22人、60代以上が10人、および年代無回答が11人であった。

3-2 SRQ-Dの結果の概要

うつ尺度であるSRQ-Dの全体での得点の平均は 10.2 ± 5.0 SD（標準偏差）であった。図1にSRQ-D得点のヒストグラムを示す。得点の分布は、正規分布ではなく、最頻値は低い得点側に位置している。大学生の得点は 10.5 ± 5.1 SD、社会人の得点は 9.2 ± 4.3 SDであり、大学生の方が有意に高い得点（ $p < 0.01$ ）であった。また、女性の方が男性より、有意に高い得点（ $p < 0.05$ ）であった。表1に、大学生および社会人におけるうつ判定のクロス集計表を示す。大学生のうち16.5%がうつ症状ありと判定された。一方、社会人は9.6%であった。しかし、カイ2乗検定の結果、うつ判定に有意な違いは見られなかった。

3-3 SS-25の結果の概要

SS-25の合計得点の平均は 58.8 ± 11.0 SDであった。図2にSS-25の合計得点のヒストグラムを示す。得点の分布は、ほぼ正規分布と見なすことができる。SS-25の下位尺度の平均は、「社会」が 75.2 ± 14.4 SD、「信

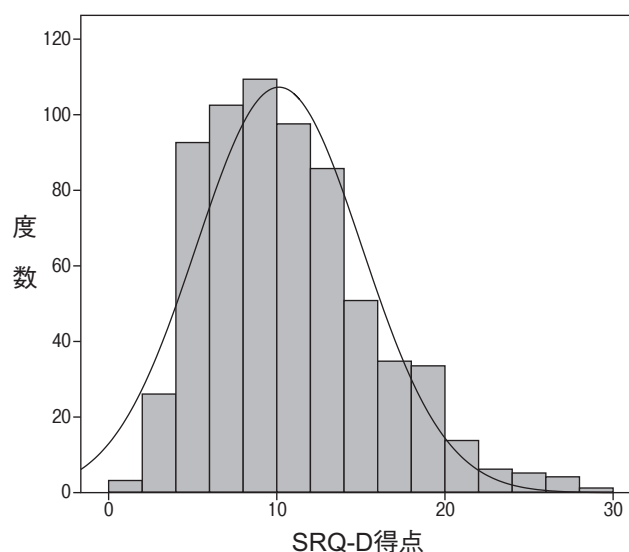


図1 東邦大式うつ自己評価票（SRQ-D）の得点におけるヒストグラム（正規曲線の当てはめ）

カットオフポイントは、16点である。

表1 大学生および社会人におけるうつ判定のクロス集計[†]

	うつ判定			合計
	問題なし	境界域	うつ症状	
大学生	279 55.5%	141 28.0%	83 16.5%	503 100.0%
社会人	104 62.7%	46 27.7%	16 9.6%	166 100.0%
合計	383 57.2%	187 28.0%	99 14.8%	669 100.0%

[†] カイ2乗検定による有意差なし（欠損データ数：8）

仰」が 49.3 ± 20.2 SD、および「満足」が 49.1 ± 18.8 SDであった。図3にSS-25の得点における大学生と社会人との比較を示す。SS-25の合計得点、およびすべての下位尺度において、社会人の方が有意に高い得点であった。表2にSS-25の得点における性別の比較、Cronbachの α 係数、およびSRQ-Dとの相関を示す。SS-25の合計得点、およびすべての下位尺度において、女性の方が有意に高い得点であった。内部一貫性を示すCronbachの α 係数は、下位尺度の「満足」を除いて、0.7を超えた。SS-25の合計得点とSRQ-Dの間に、

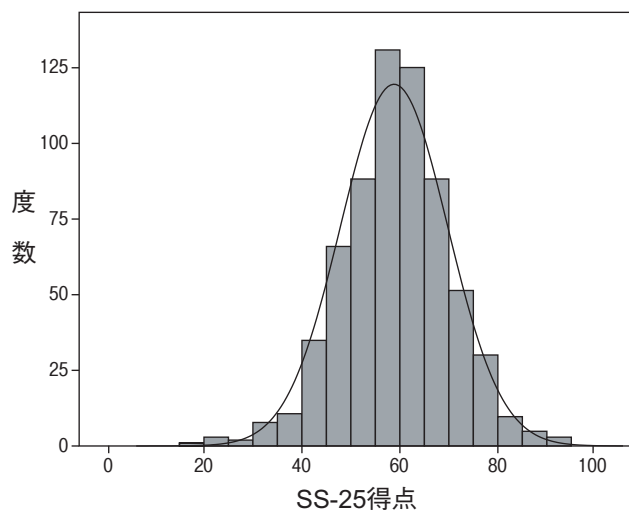


図2 25項目版SKY式精神性尺度（SS-25）の合計得点におけるヒストグラム（正規曲線の当てはめ）

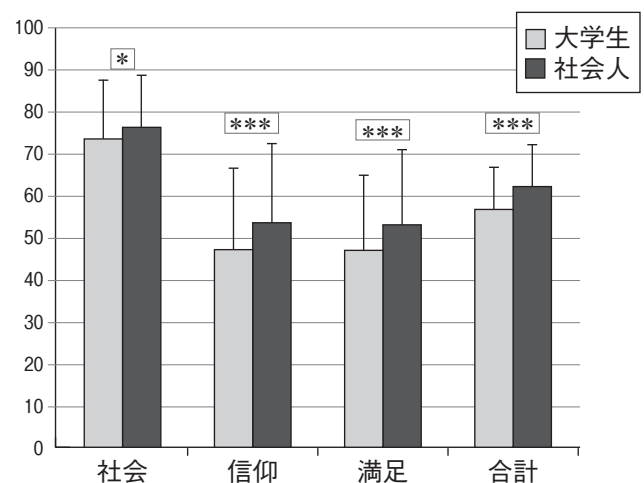


図3 25項目版SKY式精神性尺度の得点における大学生と社会人との比較

統計分析は、t検定による。エラーバーは、標準偏差を示す。

*** $p < 0.001$; * $p < 0.05$

表2 25項目版SKY式精神性尺度の得点における性別の比較、Cronbachの α 係数、および東邦大式うつ自己評価票（SRQ-D）との相関

	合計 (n=677)	男性 (n=329)	女性 (n=338)		Cronbachの α 係数	SRQ-Dとの 相関 [†] (n=669)
SKY式精神性尺度の 下位尺度	平均値 (標準偏差)			性別における 有意差 [†]		
社会・他者とのつながり	75.2 (14.4)	72.8 (15.4)	77.8 (12.7)	***	0.75	-0.11 ***
信仰的感性	49.3 (20.2)	46.3 (20.3)	52.3 (19.8)	***	0.80	ns
人生への満足感	49.1 (18.8)	47.5 (19.5)	50.5 (18.2)	*	0.59	-0.42 ***
平均得点	57.9 (12.6)	55.6 (12.6)	60.2 (12.3)	***	0.81	-0.22 ***
合計得点	58.8 (11.0)	57.3 (11.0)	60.4 (10.8)	***	0.76	-0.22 ***

[†] 性別の比較は、t検定による（欠損データ数：10）

[†] Spearmanの順位相関係数による（欠損データ数：8）

*** $p < 0.001$; * $p < 0.05$; ns: not significant（有意ではない）

弱い負の相関が認められた。SS-25の3つの下位尺度とSRQ-Dとの相関では、「満足」との相関がもっとも強かったが、「信仰」との間には有意な相関が見られなかった。表3にSS-25における因子分析結果を示す。20項目から3因子が抽出され、それぞれの因子と下位尺度が一致した。また、「信仰」の中の1項目を除き、因子負荷量は0.4を超えた。

3-4 その他の因子との関連

年代とSRQ-Dとの間に有意な相関は見られなかったが、年代とSS-25の合計得点との間に、弱い正の相関が見られた（ $r = 0.17$, $p < 0.001$ ）。年代とSS-25の下位尺度との間には、「社会」を除いて、弱い正の相関が見られた。

宗教を信仰している人は14.9%であり、信仰していな

表3 25項目版SKY式精神性尺度(SS-25)における因子分析結果[†]

項目番号	下位尺度の番号	第1成分	第2成分	第3成分
24	信仰 8	0.83	-0.10	-0.04
18	信仰 6	0.80	-0.03	0.02
23	信仰 7	0.73	-0.03	-0.05
17	信仰 5	0.69	0.08	0.10
11	信仰 3	0.62	0.16	-0.17
6	信仰 2	0.61	0.06	0.00
12 #	信仰 4	-0.49	0.19	0.02
5	信仰 1	0.37	0.01	0.05
1	社会 1	-0.07	0.76	-0.13
2	社会 2	-0.05	0.67	-0.13
20	社会 8	-0.21	0.65	-0.06
14	社会 6	0.01	0.61	0.01
19	社会 7	0.13	0.60	0.01
7	社会 3	0.04	0.59	0.18
8	社会 4	0.04	0.49	0.08
13	社会 5	0.05	0.45	0.04
22 #	満足 4	0.12	0.06	-0.73
10 #	満足 2	0.00	0.25	-0.72
4	満足 1	-0.02	0.19	0.63
16	満足 3	0.14	0.24	0.54
因子寄与		4.1	3.8	2.1
第1成分との相関			0.40	0.16
第2成分との相関			—	0.24

[†] 因子抽出法：主成分分析、回転法：promax法（累積寄与率：42.8%）

反転項目

い人より、SS-25の合計得点、および「社会」と「信仰」の得点が有意に高かったが、SRQ-Dとの関連は見られなかった。宗教系の学校に通学していた人は18.6%であったが、SS-25との有意な関連は見られなかった。

飲酒については、社会人の方が毎日、または、だいたい毎日飲酒している人の割合が高かった ($p < 0.001$) が、SS-25やSRQ-Dとの関連は見られなかった。喫煙については、社会人の方が現在の喫煙者の割合が高かった ($p < 0.001$)。喫煙者は、SS-25の「社会」の得点が有意に低かった ($p < 0.05$)。ギャンブルについては、社会人の方がギャンブルをする人の割合が有意に高かった ($p < 0.001$)。ギャンブルをよくする人は、SS-25の「社会」の得点が有意に低かった ($p < 0.01$)。宝く

じについては、社会人の方がよく買う人が多かった。宝くじを買わない人は、SS-25の合計得点が有意に低かった ($p < 0.01$)。

3-5 ANCOVAの結果

上記の結果は、性別、大学生・社会人の種別、および年代が交絡している可能性がある。これらの交絡因子のうち、大学生・社会人の種別と年代は、独立した因子ではなく、強い共線性があると考えられる。したがって、著者らは性別と大学生・社会人の種別を共変量としたANCOVAの分析を行った。

図4にSS-25の得点におけるうつ判定との関連について、ANCOVAで分析した結果を示す。うつ症状のある人は、SS-25の合計得点、および「社会」と「満足」の得点が有意に低かった。図5にSS-25の得点における宗教の信仰の有無との関連について、ANCOVAで分析した結果を示す。宗教を信仰している人は、SS-25の合計得点、および「社会」と「信仰」の得点が有意に高かった。宗教系学校への通学、飲酒、喫煙、ギャンブル、および宝くじの因子については、ANCOVAで有意な結果を得ることができなかった。

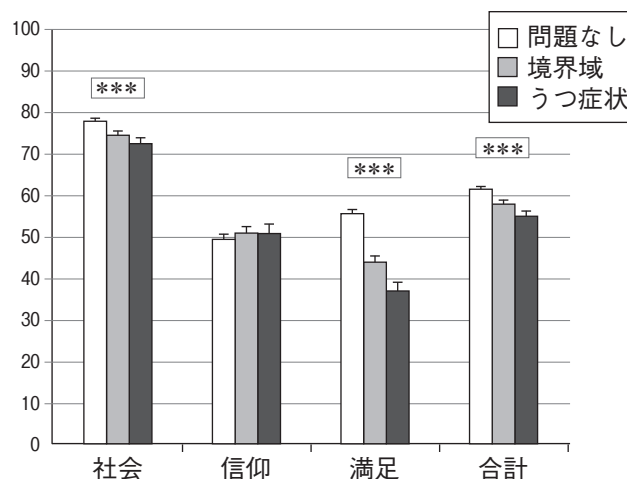


図4 25項目版SKY式精神性尺度の得点におけるうつ判定との関連

統計分析は、性別および大学生/社会人を共変量としたANCOVAによる。得点は推定周辺平均の値を示し、エラーバーは標準誤差を示す。

*** $p < 0.001$

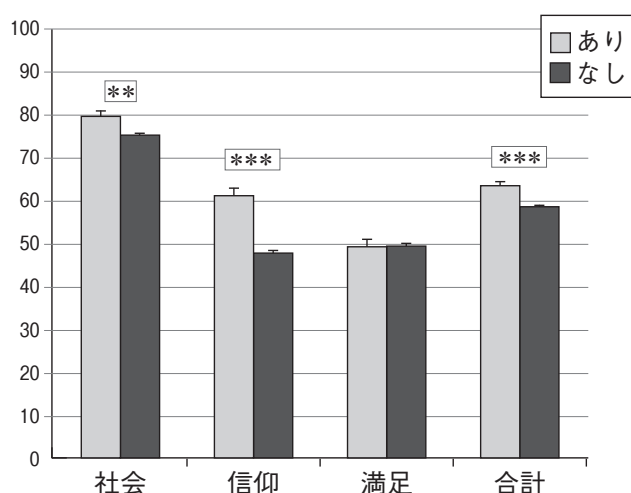


図5 25項目版SKY式精神性尺度の得点における宗教の信仰の有無との関連

統計分析は、性別および大学生/社会人を共変量としたANCOVAによる。

得点は推定周辺平均の値を示し、エラーバーは標準誤差を示す。

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$

4. 考察

4-1 大学生と社会人との比較

SRQ-Dの得点は大学生の方が有意に高かったが、うつ判定においては有意な違いは見られなかった。この理由として、社会人のサンプル・サイズが比較的小さいことが一因であるかもしれない。先行研究では、2006年から2008年にSelf-Rating Depression Scale (SDS)を使用した調査¹⁸⁾で、日本の歯学部の大學生の31.4～37.2%が中程度から重度の抑うつ症状であった。SRQ-Dを使用した短大生の調査¹⁹⁾では、21.6%がうつ症状ありと判定された。SDSを使用した社会人調査²⁰⁾では、抑うつ状態にある人は39.6%であった。本研究の結果は、これらの先行研究より、抑うつ症状のある人の割合は低かった。

SS-25の得点は、合計得点、およびすべての下位尺度において、社会人の方が有意に高かった。この違いには、大学生と社会人という社会的立場の違いというよりも、むしろ年代の違いと見なした方が自然である。厳密に検討するためには、同年代の大学生と社会人を比較することが必要であるが、本研究のサンプルでは不可能であった。しかしながら、年代が高くなるほど、

信仰心や社会貢献の意識が高いという傾向は、受け入れやすい妥当な結果であると思われる。WHOの比較文化研究⁸⁾において、高齢者のSRPBの得点が高いと報告されており、本研究の結果と一致している。

4-2 抑うつ症状とspiritualityとの関連

SRQ-Dの得点とSS-25の合計得点との間に弱い相関が見られた。このことは、両者はまったく異なる概念であるが、下位尺度の中で「満足」の領域が抑うつと概念がオーバーラップしていることを示唆するものである。うつ症状のある人は、自己評価が低く、人生への満足感が乏しいことは、十分説明可能である。「社会」の領域と抑うつとも弱い相関が見られた。うつ症状のある人は、社会貢献や社会参加の意欲が減退することが考えられる。しかし、「信仰」の領域と抑うつとは、関連が見られなかった。このことは、気分感情や精神症状と信仰心は完全に独立した概念であることを示唆している。

先行研究においても、抑うつとspiritualityの負の相関が報告されている。たとえば、アメリカのクリニック患者の研究²¹⁾において、抑うつ尺度の得点とSpiritual Involvement and Beliefs Scaleとの間に相関($r = -0.36$)があると報告されている。また、Spiritual Experience Scaleを使用したイランの大學生の研究²²⁾では、抑うつと人生の意味に関する領域との間に強い相関($r = -0.69$)があったが、宗教・社会活動の領域との相関は弱かった($r = -0.14$)。さらに、ガン、慢性閉塞性肺疾患(COPD: chronic obstructive pulmonary disease)や心不全の重症患者における研究²³⁾において、Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp)は、抑うつおよび不安症状との間に有意な関連があった。日本の高齢者における研究²⁴⁾でも、高いspiritualityが抑うつ傾向となるリスクを低下させたと報告されている。一方、Index of Core Spiritual Experiences (INSPIRIT)を使用したアメリカの研究²⁵⁾では、抑うつとspiritualityとの間に有意な相関は見られなかった。その理由の一つとして、狭義のspiritualityの定義に基づき、INSPIRITが宗教的な項目から構成された尺度であることが考えられる。

緒言において、広義の spirituality とメンタルヘルスの概念がオーバーラップしているという問題提起について述べた。コーニックは、「心の平安、他者とのつながり、目的と意味、信念と価値、驚きや畏敬あるいは愛という感情、許し、感謝、救い、支援、そして良好なメンタルヘルスを示すそのほかの類似した指標について語るときには、これらは spirituality そのものではなく、熱心に spirituality を実践した結果である」と指摘している²⁶⁾。そして、研究では狭義の spirituality を使用し、臨床では広義の spirituality を使用することを推奨している。著者らは、SS-25の下位尺度で解釈することにより、臨床的にも研究的にも使用が可能であると考えた。アメリカの大学生の研究²⁷⁾では、spirituality と12個の尺度（ウェルビーイング、幸福感、人生の満足感など）との関連を研究したところ、Expressions of Spiritual Inventory (ESI) の実存的ウェルビーイングの領域は、幸福感の尺度である Oxford Happiness Questionnaire や人生への満足感の尺度である Satisfaction With Life Scale と中程度の相関があり、一方、ESIの超常性や宗教性の領域は、幸福感や人生への満足感と関連は見られなかった。この先行研究²⁰⁾の結果はポジティブな心理尺度との関係であり、本研究の抑うつ尺度とは反対の概念であるが、下位尺度の適切な使用により、メンタルヘルスとのオーバーラップの問題が回避できることを示している。

4-3 性別、宗教およびその他の因子と spirituality との関連

女性の方が男性より、SS-25の得点が高かった。女性の方が目に見えない世界を信じ、関心を持つ人が多いことを示唆している。WHOのSRPBの研究⁸⁾において、「スピリチュアルな存在または力とのつながり」、「畏怖」、および「信仰」の3つの下位尺度で女性の得点が有意に高かったが、本研究の結果と類似している。性差については、職業や婚姻などの関連もあり、さらなる研究が必要である。

宗教を信仰している人の方がSS-25の得点が高かったことは妥当な結果である。宗教団体に所属している人の中には、人や地域の付き合いのために所属しているが信仰心はないという人もいるかもしれない。一方、

宗教団体に所属していなくても、信仰心や宗教心の豊かな人もある。したがって、宗教と spirituality は一致しないが、ある程度の相関が認められると考えられる。宗教系学校への通学は、日本においては宗教の信仰とは別で、学校の知名度、一流大学への進学率、通学しやすさなど、別の要因が関連している。SS-25との間に有意な関連が見られなかったのは、妥当な結果であると考えられる。

喫煙、ギャンブル、および宝くじの因子は、性別、および大学生・社会人の種別が交絡していることが明らかになった。したがって、ライフスタイルとの関連は、性別・年代別の層別分析による検討が必要である。

4-4 SS-25の信頼性および妥当性

SS-25は日本文化や日本人の感性に適したオリジナルな尺度なので、本研究では、欧米の先行研究で使用されている spirituality 尺度との比較は行っていない。緒言で述べたように、spirituality の定義が多種多様であり、専門家や研究者の間でコンセンサスが得られていない状況である。したがって、本論文においては、著者らの広汎な定義に基づいて作成されたSS-25が狙い通りに使用できたかどうかを確かめることとする。

SS-25の信頼性は、内部一貫性の指標であるCronbachの α 係数で明らかになった。下位尺度のうち、「社会」と「信仰」は高い信頼性が示されたが、「満足」は若干低い係数であった。「満足」の項目数が少ないことと反転項目を含むことが原因と考えられる。尺度の計算など、実用上は問題ないが、内部一貫性が若干低いことに留意して使用する必要がある。

因子分析の結果は、SS-25の因子妥当性を明らかにした。因子分析によって抽出された成分と下位尺度が一致している。因子負荷量が0.4を下回った「信仰」の1項目は、「偶然とは思えない出来事を経験した」という内容である。この質問の解釈が、多様であったものと思われる。また、前述した抑うつとの関連や宗教との関連についての結果は、SS-25の概念の妥当性を裏付けるものである。

4-5 研究の限界と今後の課題

本研究にはいくつかの限界がある。調査対象の大学

や職域は、ある特定地域のもので、何らかのバイアスがあり、日本人を代表しているとは言えないことである。調査Aは、2つの私立大学で行ったが、国公立大学と結果が異なるかもしれない。また、学部や専攻に関するデータを収集していないので、専門に関する相違を検討することができなかった。調査Bは、大学生と比べて、サンプル数が少なく、統計解析の信頼性が十分とは言えない。本研究は、横断的な調査なので、因果関係を論ずることができない。したがって、抑うつ症状がspiritualityに影響を与えているのか、あるいはSS-25の得点の低い人が抑うつ傾向にあるのか不明である。

これらの研究の限界にもかかわらず、本研究は、大学生と社会人における広義のspiritualityの違いや、抑うつ症状とspiritualityとの関連について新たな知見を得ることができた。また、新たに開発されたSS-25の信頼性と妥当性の一部を示した。今後の課題は、一般的な日本人、または地域住民や高齢者などのサンプルにおけるspiritualityを明らかにし、SS-25をさまざまな調査研究に応用していくことである。臨床場面では、患者の個々のスピリチュアルな態度を評価するとともに、spiritualityをアウトカムとしたフォローアップ研究への使用も期待される。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、2つの大学、および2つの職域における研究参加者の皆さま、およびそれらの関係者のご協力をいただきました。また、SKY式精神性尺度の開発において、MOA健康科学センター特別研究員の津田康民博士、園芸療法士の水野百合子氏、およびエムオーエー奥熱海クリニックの医療関係者のご支援をいただきました。深甚なる感謝をさせていただきます。

なお、本研究の一部は、第79回日本応用心理学会大会（2012、札幌）、および第80回日本応用心理学会大会（2013、東京）で発表した。

[参考文献]

- 1) Mytko JJ, SJ Knight. Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*. 8, 439-450. 1999
- 2) Zinnbauer BJ, KI Pargament, AB Scott. The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *J Pers*. 67, 889-919. 1999
- 3) Hill PC, KI Pargament. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Am Psychol*. 58, 64-74. 2003
- 4) Hufford DJ, MJ Fritts, JE Rhodes. Spiritual fitness. *Mil Med*. 175, 73-87. 2010
- 5) World Health Organization. About WHO. <http://www.who.int/about/en/>, (アクセス日：2016年3月9日)。
- 6) 臼田寛, 玉城英彦, 河野公一. WHOの健康定義制定過程と健康概念の変遷について. *日本公衛誌*. 51, 884-889. 2004
- 7) 棚次正和. スピリチュアリティと医療と宗教. (編者) 安藤治, 湯浅泰雄. スピリチュアリティの心理学：心の時代の学問を求めて. せせらぎ出版. 大阪. 55-69. 2007
- 8) WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med*. 62, 1486-1497. 2006
- 9) 窪寺俊之. ホスピス・チャプレンとスピリチュアルケア. (編者) 鎌田東二. 講座スピリチュアル学第1巻 スピリチュアルケア. ビイグ・ネット・プレス. 相模原. 91-124. 2014
- 10) アンドルー・ワイル. (訳者) 上野圭一. 「第7章 世俗的霊性と感情のウェルビーイング」. ワイル博士のうつが消えるころのレッスン. 角川書店. 東京. 239-279. 2012 (原著：Weil A. "Secular spirituality and emotional well-being." *Spontaneous happiness*. Little, Brown and Company. New York. 167-194. 2011)
- 11) 厚生労働省. 健康日本21 (第二次). http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html, (アクセス日：2016年3月9日)。
- 12) 厚生労働省. 自殺対策.

- http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/jisatsu/, (アクセス日：2016年5月1日).
- 13) 田崎美弥子, 松田正己, 中根允文. スピリチュアリティに関する質的調査の試み：健康およびQOLの概念のからみの中で. 日本醫事新報. (4036), 24-32. 2001
 - 14) 藤井美和, 李政元, 田崎美弥子ほか. 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. 日社精医誌. 14, 3-17. 2005
 - 15) 中村雅彦, 長瀬雅子. スピリチュアルな癒しに関するトランスパーソナル・パラダイムの展望：癒し, 医療, スピリチュアリティの相互関係. 愛媛大学教育学部紀要. 51, 83-93. 2004
 - 16) Kimura T, Sakuma T, Isaka H, et al. Depressive symptoms and spiritual wellbeing in Japanese university students. *Int J Cult Ment Health*. 9, 14-30. 2016
 - 17) 阿部達夫, 筒井末春, 難波経彦ほか. Masked depression (仮面うつ病) の Screening test としての質問票 (SRQ-D) について. 精神身体医学. 12, 243-247. 1972
 - 18) Takayama Y, Miura E, Miura K, et al. Condition of depressive symptoms among Japanese dental students. *Odontology*. 99, 179-187. 2011
 - 19) 田副真美, 片岡ちなつ. 美容を専攻する短大生のストレス評価および情緒的支援ネットワークの認知度. 山野研究紀要. 14, 81-89. 2006
 - 20) 横田京子, 山村礎. 企業労働者の抑うつ状態と関連要因についての研究：SDS (自己評価式抑うつ性尺度) と定期健康診断情報を用いて. *J Jpn Health Sci*. 9, 217-224. 2007
 - 21) Doolittle BR, M Farrell. The association between spirituality and depression in an urban clinic. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 6, 114-118. 2004
 - 22) B Ghobary Bonab, E Hakimirad, A Habibi. Relation between mental health and spirituality in Tehran University student. *Procedia Soc Behav Sci*. 5, 887-891. 2010
 - 23) Johnson KS, JA Tulskey, JC Hays, et al. Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *J Gen Intern Med*. 26, 751-758. 2011
 - 24) 豊里竹彦, 伊波佑香, 與古田孝夫ほか. 地域高齢者の抑うつ傾向と, 身体的健康, ソーシャルサポートおよびスピリチュアリティとの関連. 心身医. 52, 1129-1136. 2012
 - 25) RMB Springer, AJ Weaver, RC Linderblatt, et al. Spirituality, depression, and loneliness among Jewish seniors residing in New York City. *J Pastoral Care Counsel*. 57, 305-318. 2003
 - 26) ハロルド・コーニック. (訳者) 杉岡良彦. スピリチュアリティは健康をもたらすか：科学的研究にもとづく医療と宗教の関係. 医学書院. 東京. 2009 (原著：Koenig HG. *Medicine, religion, and health: Where science and spirituality meet*. Templeton Foundation Press. West Conshohocken, PA, USA. 2008)
 - 27) Migdal L, DA MacDonald. Clarifying the relation between spirituality and well-being. *J Nerv Ment Dis*. 201, 274-280. 2013

付録. 25項目版SKY式精神性尺度 (SS-25)

以下の質問項目に対して、自分の考え方や日頃の言動に該当する答を一つ選び、番号（1～5）に○をつけてください。

1. 全然あてはまらない 2. あまりあてはまらない 3. どちらともいえない
4. ややあてはまる 5. あてはまる

項目番号	種別†	質問内容
1	社会1	他人を助けることに喜びを感じる
2	社会2	社会が良くなるために、何かできることをやってみたい
3 #	その他1	身近にどうしても受け入れられない人がいる
4	満足1	自分の人生に満足している
5	信仰1	偶然とは思えない出来事を経験した
6	信仰2	家族の幸福を願い、神仏などに祈ることがよくある
7	社会3	相手が幸せそうにしていると、自分のことのように嬉しくなる
8	社会4	自然との ふれあいを楽しんでいる
9	その他2	反対意見にも耳を傾けるようにしている
10 #	満足2	あの時もっと別の選択をすべきだったと、後悔している
11	信仰3	宿命や運命を感じる
12 #	信仰4	天国（極楽）・地獄などは、迷信である
13	社会5	芸術（絵画や音楽など）に癒される
14	社会6	未来の子ども達のために自然を残していきたい
15 #	その他3	占いの結果が悪いと、気になる
16	満足3	心の安らぎを感じている
17	信仰5	祖先や子孫と「見えない糸」でつながっている
18	信仰6	目に見えない何かに守られている
19	社会7	今の自分があるのは、多くの人のおかげと、感謝している
20	社会8	迷惑をかけたときは、相手に謝る
21 #	その他4	今の社会は、一度壊れなければならない
22 #	満足4	自分は他の人より不運だと感じることもある
23	信仰7	人は死んでも、魂は永遠である
24	信仰8	自分は、大きな見えない力によって生かされている
25 #	その他5	幸福そうな人を見ると、嫉妬することがある

† 下位尺度の種別を示す。種別ごとに番号を付す。使用に当たって、種別は明示しない。社会：社会・他者とのつながり、信仰：信仰的感性、満足：人生への満足感

反転項目

Depressive Symptoms and Spiritual Attitudes in University Students and those in Employees

Tomoaki KIMURA¹, Tetsuya SAKUMA², Hiroko ISAKA³, Naoto SUZUKI⁴, Yoshiteru MAKI⁵, Akira EBOSHIDA⁶, Seiya UCHIDA¹ and Kiyoshi YAMAOKA¹

Abstract

The objective of this study was to compare spiritual attitudes between university students and employees and to examine the relationship between depressive symptoms and spirituality. A survey for university students (n=527) and a survey for employees (n=175) were distributed in 2011. Participants completed the 25-item SKY Spirituality Scale (SS-25) used to assess spiritual attitudes; it is comprised of 8 items related to a pious mind, 8 items related to social connections, 4 items related to life satisfaction, 5 other items, the Self-Rating Questionnaire for Depression (SRQ-D), and other items that included lifestyle and religion. The university students had significantly higher SRQ-D scores than the employees. Moreover, the employees had significantly higher total SS-25 scores, across all subscale scores. The results of an analysis of covariance (ANCOVA), which was adjusted for gender and the student/employee variable revealed that people with depressive symptoms had significantly lower total SS-25 scores, and lower subscale scores for social connections and life satisfaction. Moreover, people who believed in religion had significantly higher total SS-25 scores, as well as higher subscale scores for social connections and pious mind.

Keywords:

mental health, depression, spirituality, religious belief, questionnaire

¹MOA Health Science Foundation, 1-1-60 Nishi-Atami, Atami, Shizuoka 413-0038, Japan. ²MOA Oku-Atami Clinic, Medical Corporation Gyokusen-kai, 1606-1 Ukihashi, Izunokuni, Shizuoka 410-2311, Japan. ³Nihon University College of International Relations, 2-31-145 Bunkyo-cho, Mishima, Shizuoka 411-8555, Japan. ⁴Doshisha University Faculty of Psychology, 1-3 Tatara, Miyakodani, Kyotanabe, Kyoto 610-0394, Japan. ⁵Korin-kai Kagoshima Clinic, Medical Corporation Korin-kai, 5-28 Tokai, Kagoshima, Kagoshima 891-0115, Japan. ⁶Hiroshima University Graduate School of Biomedical & Health Sciences, 1-2-3 Kasumi, Minami-ku, Hiroshima, Hiroshima 734-8553, Japan.
Corresponding author: Tomoaki Kimura, Ph.D. TEL: (+81)557-86-0663, FAX: (+81)557-86-0665, E-mail: t-kimura@mhs.or.jp
Received 27 May 2016; accepted 24 September 2016.