

ボランティア団体の高齢者における 個人レベルのソーシャル・キャピタルと コロナ禍の心理的健康との関連

児玉 小百合¹, 栗盛 須雅子²

1. 相模女子大学短期大学部食物栄養学科

2. 聖徳大学看護学部

ボランティア団体の高齢者における 個人レベルのソーシャル・キャピタルと コロナ禍の心理的健康との関連

児玉 小百合¹，栗盛 須雅子²

1. 相模女子大学短期大学部食物栄養学科
2. 聖徳大学看護学部

Relationship between individual-level social capital and psychological well-being among older adults belonging to the volunteer group during the COVID-19 pandemic

Sayuri KODAMA¹, Sugako KURIMORI²

1. Department of Food and Nutrition Science, Sagami Women's Junior College
2. Department of Nursing, Seitoku University

Objectives This study aimed to elucidate the relationship between individual-level social capital (SC) and psychological well-being among older adults belonging to volunteer groups during the COVID-19 pandemic.

Methods Between December 1, 2020 and January 20, 2021, self-reported questionnaires were mailed to 67 community-dwelling people belonging to the volunteer group. The survey had a response rate of 76.1% (51 respondents). Excluding responses with missing data and those from participants aged <65 years, the study analyzed the data from 40 respondents (29 women). Psychological well-being was evaluated using five depression-related questions from the Kihon Checklist. The study grouped the respondents as follows: those with 0 items belonged to the “no mood/anxiety disorder group,” and those with one or more items belonged to the “mood/anxiety disorder (MAD) group.” The indicators of individual-level SC were “civic participation (volunteer before the COVID-19 pandemic),” “social cohesion,” and “reciprocity.” A logistic regression analysis was performed to determine the relation between MAD and “trust in neighbors” of “social cohesion.”

Results Twelve respondents were classified into the MAD group, including 11 women. A higher level of “trust in neighbors” was significantly associated with a higher odds ratio for MAD, which indicated psychological distress (OR = 17.79, 95%CI: 1.26–251.70).

Conclusions The effects of SC on psychological health might differ depending on the frequency of social participation activities and the purpose of the activities.

Key Words : older adults, social capital, volunteer, COVID-19

I 緒言

人口の高齢化ならびに高齢者人口の増加により、高齢者の生活を地域で一体となって支援する地域づくりが推進されている¹⁾。地域住民が主体的に参加するボランティア活動は、高齢者の身体面の健康のみならず、心理的健康度を高める効果が期待できる^{2,3)}。月1回以上のボランティアグループ参加が、高齢者のうつ発症を予防する可能性についても検討されている³⁾。また、高齢ボランティアによる介護予防体操の普及活動が、軽度の要介護認定者割合および介護保険料の抑制に関連したと報告されており⁴⁾、「元気な高齢者等が担い手として活動する場の確保」が、生活支援・介護予防の取組みとして推奨されている¹⁾。

一方、人々のつながりなど高齢者を取り巻く地域環境と、要介護予防の関連についても検討されている。要支援高齢者の居住地から1,000m以内に住民ボランティアの近隣づきあいの頻度が高いほど、要支援高齢者のフレイル予防に関連したという⁵⁾。近隣づきあいは人々の協調行動を促す社会的ネット

ワークであり、「ソーシャル・キャピタル（以下、SC）」の一要素として評価されている⁵⁾。Robert D Putnamは著書“Bowling Alone（孤独なボウリング）”⁶⁾において、戦後の米国のコミュニティ脆弱化を報告し、社会的ネットワークは人々の生活をより生産的にするため⁶⁾、SCの醸成が必要であると指摘した。SCの定義は複数あるが、Putnamによると「人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴」^{7,8)}と定義されている。また、SCは「個人に影響を及ぼす集合的な影響」の「文脈（contextual）」効果（地域レベルのSC）と、「個人が自らのソーシャル・ネットワークを介して得ることのできる価値あるリソース」とする個人レベルのSCがあり^{8~10)}、両方が測定されるべきとされている¹⁰⁾。

1980年から2015年までに報告された、高齢者を対象とした介入研究において、SCが高齢者の健康全般や精神・身体面の健康、健康関連の資源の活用等と関連していることが明らかにされている¹¹⁾。国内の高齢者を対象とした研究においても、地域レベル

のSCの市民参加と抑うつ症状の発症予防との関連¹²⁾や、個人レベルのSCの他者に対する信頼と、男性の主観的健康感および男女の抑うつとの関連¹³⁾が報告されている。このような潮流を受け、国は「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」¹⁴⁾において、地域に根ざしたSCを活用し、住民参加型の地域ボランティア等の活動を支援し、SCを醸成することを推奨している¹⁴⁾。

さらにSCは、健康危機が生じた際にも有効に機能することから、平常時からSCを醸成する取組の推進が必要とされている¹⁴⁾。2011年の東日本大震災における生存者を対象とした、震災2年半後の追跡調査において、被災地の高齢者の認知機能低下予防に、非公式な交わりや社会参加のSCが関連し¹⁵⁾、近隣の絆が高齢者の抑うつ症状を軽減した¹⁶⁾と報告されている。2020年3月11日に世界保健機関（WHO）がパンデミックを宣言し、世界的に健康危機をもたらした新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）においても、SCと心理的健康との関連が報告されている。新型コロナウイルス禍（以下、コロナ禍）以前に住民同士の信頼が高かった州では、気分の落ち込みや不安が少なかったという米国の研究や¹⁷⁾、コロナ禍のボランティア等の市民参加・信頼・互酬性（たすけあい）によるSCは、60歳以上の高齢者のうつ症状に負の関連を示し、生活満足感には正の関連を示したという中国の報告がある¹⁸⁾。コロナ禍の社会的孤立は、高齢者の心理的健康への影響が大きかったと報告されている¹⁹⁾。国内の高齢者を対象としたコロナ禍前後の追跡調査によると、コロナ禍前の個人レベルの信頼等の社会的連帯および互酬性、地域レベルの互酬性は、コロナ禍のSCの変化を考慮しても、うつ症状のリスク低下に関連したという²⁰⁾。

以上の報告から、SCはコロナ禍の心理的健康に予防的な効果があったことが示されている。しかしながら、大半の研究は一般市民を対象としたものであった。ボランティア団体に所属し、ボランティア等の地域活動の頻度が高かった高齢者については、コロナ禍のSCと心理的健康との関連は検討されていない。また、一般的に地域活動を自主的に行っている高齢者は、社会的ネットワークをもち、個人レベルのSCが高い可能性がある。しかしながら、コロナ禍では、予期せず活動を自粛せざるを得なくなり、個人レベルのSCは必ずしも心理的健康に予防的効果を発揮しなかったのではないかと考えた。コロナ禍前の社会参加活動が、一般高齢者と比べて高

い傾向にあった高齢者を対象に、SCと心理的健康との関連を検討することは、今後の高齢期の健康支援策を講じる際の一助となると考えた。そこで本研究は、地域のボランティア団体に所属する高齢者を対象に、SCとコロナ禍の心理的健康との関連を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ 研究方法

1. 調査対象と調査方法

対象者はA市において地域ボランティア団体Bに所属し、活動を行っていた地域住民67名であった。調査は、コロナ禍の2020年12月1日～2021年1月20日に実施した²¹⁾。自記式の質問表を対象者に郵送し、無記名での回答を依頼した。回収数51名（回収率76.1%）のうち、回答不備（4名）、65歳未満（7名）を除いた40名（男性11名、女性29名、年齢66～84歳）を分析対象とした（有効回答率59.7%）。

2. 調査項目

1) 基本属性

性、年齢、家族構成、就業、経済的満足感、治療中の病気、自立状況に関連する生活機能全般についてたずねた。生活機能は、介護予防のための「基本チェックリスト」²²⁾を使用し、「運動」「栄養」「口腔」「閉じこもり」「認知」「うつ状況」に関連する25項目を評価した。回答は「はい」「いいえ」の2択で、「はい」を選択した場合は1点、「いいえ」を0点とし、合計0～25点で評価した。生活習慣は、飲酒や喫煙の頻度等をたずねた。BMIは自己申告の身長・体重を用いて算出し、低栄養傾向に関連するBMI20以下²³⁾を把握した。BMI20以下を把握した根拠は、「健康日本21（第二次）」の目標では、「低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制」として、要介護や総死亡リスクが統計的に有意に高くなるBMI20以下を指標としていること²³⁾、「国民健康・栄養調査」において高齢者のBMI20以下の低栄養傾向の者を調査していることである²⁴⁾。

2) 心理的健康の評価項目

心理的健康は、「基本チェックリスト」²²⁾のうつ状況の質問5項目を用いて、調査時点を含む2週間における気分や不安の障害について評価した。質問項目は、毎日の生活に充実感がない、これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった、以前は楽しんでできていたことが今ではおっくうに感じられる、自分が役に立つ人間だと思えない、わけもなく疲れ

たような感じがする、とした。回答の「はい」を選択した場合を1点、「いいえ」を0点とし、合計0～5点で評価した。

対象者の群分けは、うつ状況に1項目以上該当した者を「気分・不安障害あり」に分類し、0項目を「気分・不安障害なし」として分析を行った。群分けの根拠については、高齢者の気分・不安障害が軽度である者の中には、「基本チェックリスト」のうつ1項目の者が含まれていたという報告を参考にした²⁵⁾。

3) SCの評価

SCの評価は、Saitoらが開発した高齢者の健康と関連のあるSCの測定指標²⁶⁾を使用した。「市民参加」「社会的連帯」「互酬性」の3因子を使用した。「市民参加」は、コロナ禍前のボランティア活動等の頻度をたずね、回答は「週4回以上」「週2～3回」「週1回」「月1～3回」「年に数回」「参加していない」とした²⁶⁾。

「社会的連帯」は、住んでいる地域についてたずねた。設問は「あなたの地域の人々は、一般的に信用できると思いますか」、「あなたの地域の人々は、多くの場合、他の人の役に立とうとしますか」、「あなたは現在住んでいる地域にどの程度愛着がありますか」とした。回答は全て5件法とした(他者信用の回答:「とても信用できる」「まあ信用できる」「どちらともいえない」「あまり信用できない」「全く信用できない」)。

「互酬性」は、まわりの人との「たすけあい」についてたずねた。設問は、「あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人」「反対に、あなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人」「あなたが病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人」とし、あてはまる対象が1人以上いる場合を「いる」と評価した。

3. 分析方法

「気分・不安障害なし」と「気分・不安障害あり」の群別にみた基本属性およびSC要因の関連は、順序尺度化データと正規分布を仮定しない平均の差はWilcoxonの順位和検定、その他の回答割合の比較は χ^2 検定を使用し、分析を実施した。コロナ禍の「気分・不安障害あり」を従属変数としたSC要因との関連は、ロジスティック回帰分析を実施し、多変量調整オッズ比(OR)および95%信頼区間(95%CI)を算出した。分析モデル1は無調整とし、モデル2に性、年齢、社会経済的要因(一人暮らし、経済的満足感(順序尺度4択))、治療中の病気の有無を調

整変数として投入した。なお生活習慣および栄養状況については、「気分・不安障害あり」の飲酒習慣は2名、喫煙習慣は0名、BMI20以下は1名と少なかったため、調整変数として加えなかった。

統計解析ソフトはIBM SPSS Statistics ver.28を使用し、統計学的有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

本研究は相模女子大学ヒトを対象とする研究に関する倫理審査委員会の承諾を得た(受理番号19083号、2019年9月30日)。調査対象者に対し、文書でアンケート調査の目的ならびに個人が特定されることはないことを伝えた。調査票は個人を特定できないようIDで管理した。

III 結果

1. 対象者の基本的特性

対象者の基本属性を表1に示す。「気分・不安障害なし」に分類された対象者は28名(70%)、「気分・不安障害あり」は12名(30%)であった。女性の「気分・不安障害あり」は11名(37.9%)で、男性1名(9%)と比べて高かった。「気分・不安障害あり」の平均年齢は 76.6 ± 4.9 歳で、「気分・不安障害なし」の 73.1 ± 4.5 歳と比べて有意に高かった。

「気分・不安障害あり」は、飲酒頻度の「ほとんど飲まない」(83.4%)や、喫煙頻度の「以前から吸わない」(100%)が、「気分・不安障害なし」に比べて有意に高かった。一人暮らしや経済的満足感等の社会経済的要因や、低栄養および治療中の病気の割合には有意差が認められなかった。うつ状況に関連する5項目を除いた生活機能全般20項目の平均値は、「気分・不安障害あり」(3.7 ± 2.1 点)の方が「気分・不安障害なし」(2.7 ± 2.2 点)と比べて高く、生活機能全般のリスクが高かった。なお対象者の既往歴に、うつ病や認知症を選択した者はいなかった。

65歳以降の社会参加活動期間は、両群ともに3年以上活動している者が8割以上であった。また社会参加活動の理由として、「気分・不安障害あり」の「友人・知人と一緒にできる」「いろいろな世代と交流できる」という他者交流に関連する項目を選択した割合は75%であった。一方の「気分・不安障害なし」の「生きがい・やりがいがある」という高齢者自身の満足感に関連する項目を選択した者は71.4%で最も高かった。

表1 対象者の基本属性

		気分・不安 障害なし (n=28)		気分・不安 障害あり (n=12)		P値
		n	%	n	%	
性別	男性	10	90.9	1	9.1	0.076
	女性	18	62.1	11	37.9	
年齢 ^{a)}	平均年齢	73.1±4.5		76.6±4.9		0.049*
家族構成	一人暮らし	6	21.4	2	16.7	0.730
収入のある仕事	している	5	17.9	2	16.7	0.928
経済的満足感 ^{a)}	満足している	8	28.6	1	8.3	0.184
	まあまあ満足している	14	50.0	7	58.4	
	あまり満足していない	6	21.4	4	33.3	
	満足していない	0	0.0	0	0.0	
BMI区分	20以下（低栄養）	4	14.2	1	8.3	0.602
治療中の病気	あり	24	85.7	11	91.7	0.602
生活機能全般 ^{a)}	生活機能20項目平均値	2.7±2.2		3.7±2.1		0.210
うつ状況	うつ症状0項目	28	100.0	0	0.0	<0.001***
	1項目	0	0.0	8	66.7	
	2項目以上	0	0.0	4	33.3	
主観的健康感 ^{a)}	とても健康である	4	14.3	1	8.3	0.475
	まあまあ健康である	23	82.1	10	83.3	
	あまり健康ではない	0	0.0	1	8.3	
	健康でない	1	3.6	0	0.0	
飲酒頻度 ^{a)}	ほとんど飲まない	11	39.3	10	83.4	0.021*
	週1~2回位飲む	4	14.2	0	0.0	
	週3~4回位飲む	5	17.9	1	8.3	
	ほぼ毎日飲む	8	28.6	1	8.3	
喫煙頻度 ^{a)}	以前から吸わない	12	42.9	12	100.0	0.001**
	やめた	12	42.9	0	0.0	
	吸っている	4	14.2	0	0.0	
社会参加活動期間 (65歳以降)	1~2年程度	3	10.7	2	16.7	0.602
	3年以上	25	89.3	10	83.3	
社会参加活動の理由	友人・知人と一緒にできる	13	46.4	9	75.0	0.096
	健康状態がよくなる	7	25.0	6	50.0	0.122
	生きがい・やりがいがある	20	71.4	8	66.7	0.763
	いろいろな世代と交流できる	17	60.7	9	75.0	0.385

a) 順序尺度化データの検定および平均の差（非正規分布）：Wilcoxonの順位和検定，他は χ^2 検定

* $P<0.05$, ** $P<0.01$, *** $P<0.001$

2. SC要因との関連

SC要因は、「市民参加」(コロナ禍前), 「社会的連帯」, 「互酬性」に関連する3要因をたずねた(表2)。コロナ禍前のボランティア活動は、「気分・不安障害あり」の活動頻度が高い傾向が認められた。活動頻度が「週4回以上」の割合は、「気分・不安障害あり」16.7%で、「気分・不安障害なし」7.1%に比べて約2倍以上高かった。一方で活動に「参加していない」割合は、「気分・不安障害あり」0%、

「気分・不安障害なし」14.3%であった。「気分・不安障害あり」は、約7割が「週1回以上」コロナ禍前にボランティア活動を行っており、全体的に「気分・不安障害なし」に比べて活動頻度が高かった。

次に「社会的連帯」の「地域の人々への信用」については、「気分・不安障害あり」の「とても信用できる」と回答した割合は41.7%で、「気分・不安障害なし」の7.1%に比べて有意に高かった。また両群ともに「あまり信用できない」「全く信用できない

い」と回答した者はいなかった。回答の「まあ信用できる」と「どちらともいえない」の回答を一つにまとめ、「とても信用できる」との2値の回答における差を分析した。

「地域の人々の他者貢献」や「住んでいる地域への愛着」、たすけあいに関連する「互酬性」については、群間の回答に有意な差は認められなかった。

表2 気分・不安障害の有無別にみたソーシャル・キャピタル要因との関連

		気分・不安障害なし (n=28)		気分・不安障害あり (n=12)		P値
		n	%	n	%	
		市民参加				
ボランティア頻度 (コロナ禍前)	週4回以上	2	7.1	2	16.7	0.205
	週2~3回	8	28.6	3	25.0	
	週1回	3	10.7	3	25.0	
	月1~3回	7	25.0	3	25.0	
	年に数回	4	14.3	1	8.3	
	参加していない	4	14.3	0	0.0	
社会的連帯						
地域の人々への信用	とても信用できる	2	7.1	5	41.7	0.031*
	まあ信用できる	22	78.6	6	50.0	
	どちらともいえない	4	14.3	1	8.3	
	あまり信用できない	0	0.0	0	0.0	
	全く信用できない	0	0.0	0	0.0	
地域の人々の他者貢献	とても信用できる	2	7.1	5	41.7	0.008**
	まあ信用できる・どちらともいえない	26	92.9	7	58.3	
	とてもそう思う	0	0.0	1	8.3	
地域の人々の他者貢献	まあそう思う	18	64.3	9	75.0	0.116
	どちらともいえない	7	25.0	2	16.7	
	あまりそう思わない	3	10.7	0	0.0	
	全くそう思わない	0	0.0	0	0.0	
	とてもそう思う・まあそう思う	18	64.3	10	83.3	
	どちらともいえない・あまりそう思わない	10	35.7	2	16.7	
住んでいる地域への愛着	とても愛着がある	9	32.1	5	41.7	0.496
	まあ愛着がある	18	64.3	7	58.3	
	どちらともいえない	1	3.6	0	0.0	
	あまり愛着がない	0	0.0	0	0.0	
	全く愛着がない	0	0.0	0	0.0	
	とても愛着がある・まあ愛着がある	27	96.4	12	100.0	
互酬性 (たすけあい)	どちらともいえない	1	3.6	0	0.0	0.507
	心配事や愚痴を聞いてくれる人がいる	27	96.4	12	100.0	
	心配事や愚痴を聞いてあげる人がいる	27	96.4	11	91.7	
互酬性 (たすけあい)	看病や世話をしてくれる人がいる	27	96.4	12	100.0	0.507

2値の回答割合の比較: χ^2 検定, その他の順序尺度化データ: Wilcoxonの順位和検定, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

3. SC要因と「気分・不安障害あり」との関連

コロナ禍の「気分・不安障害あり」を従属変数としたSC要因との関連について、ロジスティック回帰分析を実施した。群間に有意な差が認められた「地域の人々への信用」(表2)を独立変数とした分析結果を、表3に示す。性・年齢・社会経済的要因

等の影響を調整した多変量調整モデル(モデル2)において、地域の人々を「とても信用できる」と回答した者は、「まあ信用できる・どちらともいえない」と比較し、コロナ禍の気分・不安障害への関連が有意に大きかった(OR=17.79, 95%CI:1.26-251.70)。

表3 地域の人々への信用とコロナ禍の「気分・不安障害あり」との関連

	モデル1		モデル2	
	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
地域の人々への信用				
まあ信用できる・どちらともいえない	1		1	
とても信用できる	9.29	(1.48-58.47)*	17.79	(1.26-251.70)*

モデル1:調整なし モデル2:モデル1+性, 年齢, 一人暮らし, 経済的満足感, 治療中の病気あり
OR:オッズ比, CI:信頼区間 *P<0.05

その他のSC要因(「市民参加」,「社会的連帯」の他者貢献・地域への愛着,「互酬性」)の分析結果は、有意な関連は認められなかったが、ボランティア頻度が高いこと(OR=1.44, 95%CI:0.78-2.66)、地域の人々の他者貢献について「とてもそう思う・まあそう思う」(OR=2.25, 95%CI:0.32-15.71)、住んでいる地域への愛着がある(5段階の連続変数:OR=2.61, 95%CI:0.44-15.36)ことが、コロナ禍の気分・不安障害に関連する傾向が認められた。

なお全ての分析はHosmer-Lemeshowの検定によりモデルの適合性を評価し、 $P \geq 0.05$ で有意な結果が得られた。

IV 考察

本研究は地域のボランティア団体に所属する高齢者を対象に、個人レベルのSCとコロナ禍の活動自粛中における心理的健康との関連を検討した。その結果、地域の人々への信用が高い高齢者ほど、コロナ禍に気分が落ち込みやすく、不安を感じていたことが明らかになった。

「気分・不安障害あり」の高齢者は、約7割がコロナ禍前に週1回以上ボランティア活動を行っており、社会参加活動の理由として「友人・知人と一緒にできる」を選択した割合が高かった。このように、他者との交流を主な活動理由とし、積極的に活動を行っていた高齢者は、COVID-19など予期しない健康危機による活動制限時には、個人要因のSC

が心理的健康のリスクとなる可能性があることが示唆された。

1. SCの信頼とコロナ禍の心理的健康との関連

「気分・不安障害あり」に関連が大きかったSC要因は、地域の人々への信頼であった。調査の設問は「あなたの地域の人々は、一般的に信用できると思いますか」²⁶⁾とし、「周囲に対する信頼」⁸⁾に該当する「一般的信頼」²⁷⁾をたずねた。なおSaitoら²⁶⁾が開発した設問は「信用」という用語を使用しているため、本研究においても「信用」を設問に使用した。「一般的信頼」とは、身近な人々への信頼ではなく、広く一般的な他者への信頼であり、SCの測定指標として使用されている²⁷⁾。本研究の対象者には、民生委員経験者も含まれていたため、地域の人々への信頼度が高い傾向があったと推察した。加えて「気分・不安障害あり」の高齢者は、コロナ禍前のボランティア活動頻度が高かったことも、「一般的信頼」のSCが高い傾向であった一因と考えられた。

国内外ともにSCはコロナ禍の心理的健康に予防的な効果があるとする報告が多い。84ヶ国の既存データを活用し、SCの信頼とCOVID-19による死亡者数との関連を検討した研究²⁸⁾によると、SCの市民参加と国家機関への信頼が高い国ほど、コロナ禍の死亡者数が少なかったと報告されている。一方、アジア諸国の高齢者を対象とした報告をみると、社会的信頼(政府, 医療, 隣人)の度合とストレス症状の関連は、地域によって大幅に異なる可能性が示

唆されていた。これらは国を対象とした地域レベルのSCの結果であり、本研究の個人レベルのSCを測定した結果に適用することは注意が必要であるが、本研究結果と同様にSCと健康との関連には負の関連があることを示唆するものと考えられた。

2. SCと高齢者の健康寿命の延伸

SCは負の側面¹⁰⁾(dark side⁹⁾)があることに注意が必要であるという。例として「個人の自由を制限しかねないほど規範に従うことが期待され」¹⁰⁾、SCが良い結果にも悪い結果にも結びつきうると指摘されている¹⁰⁾。本研究の「気分・不安障害あり」の高齢者は、ボランティア団体に所属し、コロナ禍前のボランティア活動頻度が高かった。健康危機下においては、SCの負の側面が影響し、地域の人々への信頼によるSCの高さが心理的健康のリスクとなったのではないかと推察した。

高齢期は自身の病気や伴侶の病気や死、世帯環境の変化等の予期しないライフイベントが発生する。健康寿命延伸の施策として、高齢者がボランティアの担い手として主体的に活動することが推奨されている。社会参加は高齢者の心理的健康度を高める効果がある一方で、思い入れの強い活動が予期せず停止することが起こりうるため、特に心理面の支援が重要であることを、本研究結果は示唆していると考えた。2020年に国連は「健康な高齢化の10年(United Nations Decade of Healthy Ageing 2021-2030)」^{30,31)}を採択し、COVID-19を含む高齢者に対する多様なリスクから、高齢者の心身面の健康を一体となって支援することを宣言した。要介護予防を支援する資源として、SCの醸成を推進するとともに、高齢者の心身面の健康度を可視化し³²⁾、科学的根拠に基づいた健康寿命延伸の施策を策定していくことが重要と考える。

3. 今後の課題

本研究はコロナ禍に調査を実施したため、対象の高齢者のコロナ禍前のSCについて考慮できていない。高齢者のボランティア活動をはじめとする社会参加活動の頻度や目的と、SCの因果関係を明らかにするために、より多くの高齢者を対象に縦断研究を実施することが、今後の課題である。

V 結 論

地域の人々への信用が高い高齢者ほど、コロナ禍

の活動制限時に気分の落ち込みや不安を感じやすいことが明らかになった。社会参加活動の頻度や活動の目的により、SCが心理的健康に及ぼす影響は異なる可能性が示唆された。

VI 謝 辞

本研究の地域ボランティア団体に所属する高齢者の皆様に、コロナ禍での調査にも関わらず御協力いただき、深く感謝申し上げます。

本研究は相模女子大学2020(令和2)年度特定研究助成費(A)の交付を受け実施した。開示すべき利益相反に相当する事項はない。

VII 参考文献

- 1) 厚生労働省老健局振興課. 介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000192996.pdf> (2022年12月6日アクセス可能)
- 2) 藤原佳典, 杉原陽子, 新開省二. ボランティア活動が高齢者の心身の健康に及ぼす影響 地域保健福祉における高齢者ボランティアの意義. 日本公衆衛生雑誌 2005;52(4):293-307.
- 3) 田村元樹, 服部真治, 辻 大士, 他. 高齢者のボランティアグループ参加と個人のうつ傾向との関連: 傾向スコアマッチング法を用いた3年間のJAGES縦断研究. 日本公衆衛生雑誌 2021;68(12):899-913.
- 4) 小澤多賀子, 田中喜代次, 栗盛須雅子, 他. 高齢ボランティアによる介護予防体操の普及活動が要介護認定状況に及ぼす影響. 厚生指標 2017;64(13):9-15.
- 5) 吉行紀子, 河野あゆみ. 要支援高齢者のフレイルと近隣住民ボランティアのソーシャル・キャピタルの関連. 日本公衆衛生雑誌 2020;67(2):111-120.
- 6) Putnam RD. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. New York: Simon & Schuster, 2000.
- 7) Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1993;163-185.

- 8) 厚生労働省. ソーシャル・キャピタル関連資料, 住民組織活動を通じたソーシャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き. 2015. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000092157.pdf> (2022年12月6日アクセス可能)
- 9) Ichiro Kawachi and Lisa F. Berkman. Chapter 8, Social capital, social cohesion, and health. Lisa F. Berkman, Ichiro Kawachi, and M. Maria Glymour (eds), *Social Epidemiology*, second edition. New York, Oxford University Press. 2014; 290-319.
- 10) 藤澤由和・高尾総司・濱野 強 (監訳). ソーシャル・キャピタルと健康. 第2章個人レベルのソーシャル・キャピタル測定. 東京: 日本評論社. 2009; 49-79. (翻訳元: Kawachi I, Subramanian S, Kim D (Eds.). *Social Capital and Health*. Springer Science+Business Media, LLC).
- 11) Coll-Planas L, Nyqvist F, Puig T, et al. Social capital interventions targeting older people and their impact on health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2017; 71(7): 663-672.
- 12) Yamaguchi M, Inoue Y, Shinozaki T, et al. Community social capital and depressive symptoms among older people in Japan: A Multilevel Longitudinal Study 2019; 29(10): 363-369.
- 13) 太田ひろみ. 個人レベルのソーシャル・キャピタルと高齢者の主観的健康感・抑うつとの関連男女別の検討. *日本公衆衛生雑誌* 2014; 61(2): 71-85.
- 14) 厚生労働省. 地域保健対策の推進に関する基本的な指針 (最終改正: 令和4年2月1日厚生労働省告示第24号). <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000905616.pdf> (2022年12月6日アクセス可能).
- 15) Hikichi H, Aida J, Matsuyama Y, et al. Community-level social capital and cognitive decline after a natural disaster: A natural experiment from the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami. *Soc Sci Med*. 2020; 257: 111981.
- 16) Sasaki Y, Tsuji T, Koyama S, et al. Neighborhood ties reduced depressive symptoms in older disaster survivors: Iwanuma study, a natural experiment. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(1): 337.
- 17) Dauner KN, Wilmot NA. Did states with more social capital pre-pandemic offer mental health protection during the COVID-19 pandemic? A cross-sectional view. *Front Public Health*. 2022; 18(10): 947569.
- 18) Sun Q, Lu N. Social capital and mental health among older adults living in urban China in the context of COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(21): 7947.
- 19) Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, et al. Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations. *J Nutr Health Aging*. 2020; 24(9): 938-947.
- 20) Sato K, Kondo N, Kondo K. Pre-pandemic individual- and community-level social capital and depressive symptoms during COVID-19: A longitudinal study of Japanese older adults in 2019-21. *Health Place*. 2022; 74: 102772.
- 21) 児玉小百合, 栗盛須雅子. 新型コロナウイルス禍のボランティア活動自粛中における地域在住高齢者の心理的健康と食事摂取を主とした健康要因の関連. *相模女子大学紀要* 2021; 85.
- 22) 厚生労働省老健局老人保健課. 基本チェックリストについての考え方について. 2006. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2007/03/dl/tp0313-1a-11.pdf> (2022年12月6日アクセス可能).
- 23) 厚生労働省. 健康日本21 (第二次). 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. 別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標, (3)高齢者の健康. https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf (2022年12月6日アクセス可能).
- 24) 厚生労働省. 令和元年国民健康・栄養調査. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/r1-houkoku_00002.html (2022年12月6日アクセス可能).
- 25) 南部泰士, 石井範子, 柳屋道子. 介護予防基本チェックリストにおけるうつ項目の検討. *厚生*の指標 2014; 61(5): 23-30.

- 26) Saito M, Kondo N, Aida J, et al. Development of an instrument for community-level health related social capital among Japanese older people: The JAGES Project. *Journal of epidemiology*. 2017 ; 27(5) : 221-227.
- 27) 小藪明生, 濱野 強, 藤澤由和. ソーシャル・キャピタル研究における一般的信頼の位置づけ. *新潟医療福祉学会誌* 2007 ; 7(1) : 60-63.
- 28) Elgar FJ, Stefaniak A, Wohl MJA. The trouble with trust: Time-series analysis of social capital, income inequality, and COVID-19 deaths in 84 countries. *Soc Sci Med*. 2020 ; 263 : 113365.
- 29) Jiang N, Wu AM, Cheng EW. Social trust and stress symptoms among older adults during the COVID-19 pandemic: evidence from Asia. *BMC Geriatr*. 2022 ; 22(1) : 330.
- 30) United Nations. General assembly. United Nations decade of healthy ageing (2021-2030). [https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N20/346/48/PDF/N2034648.pdf? Open Element](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N20/346/48/PDF/N2034648.pdf?OpenElement) (2022年12月6日アクセス可能).
- 31) 外務省. 外交政策 保健・医療「健康な高齢化の10年」決議案の国連総会本会議での採択. 2020. https://www.mofa.go.jp/mofaj/ic/ghp/page23_003244.html (2022年12月6日アクセス可能).
- 32) 栗盛須雅子, 福田吉治, 星 旦二, 他. 介護予防事業の包括的評価指標としての年齢調整WDP: 要介護認定者数を用いた「質」を含む高齢者健康指標による評価および可視化. *厚生*の指標 2022 ; 69(4) : 8-16.