

-報告-

老人クラブ会員におけるボランティア活動と 身体・心理・社会的健康状態との関連

The Association between volunteer activities and the physical,
mental and social health-status in Senior Citizens Clubs members

伊藤倫¹⁾・和泉京子²⁾・金谷志子²⁾

Abstract

An anonymous self-recording questionnaire survey was conducted involving 234 members of senior citizens clubs in City A of area B to clarify the potential association of volunteer activities with the physical, mental and social health status of the club members.

Subjects of the survey were 146 members of senior citizens clubs whose responses were rated valid. Univariate analysis of whether volunteer activities were implemented and whether volunteer activities aided directly people were implemented or not revealed that participation in volunteer activities had a beneficial effect on the participants' health status compared to non-participation. However, more subjective aspects of the subjects' health, such as their personal assessment, their impression, social activities and social networking by participants in volunteer activities, was the same as of those who had not participated. Multivariate analysis of whether volunteer activities were implemented or participated in, chosen as a dependent variable, revealed that the subjective view of their health status was related to participation in volunteer activities. Furthermore, even those who are frail participated in volunteer activities.

For these reasons, health status didn't depend on activities' content, and to enhance their personal assessment, to participate in volunteer activities seemed to be related to maintenance and improvement of health status. We should view all senior citizens as supporters.

要 旨

老人クラブ会員におけるボランティア活動と身体・心理・社会的健康状態との関連を明らかにするため、A市B地区老人クラブの60歳以上の高齢者234人を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。

有効回答の146人を分析対象とし、ボランティア活動の有無別および人を直接的に支援する活動の有無別に単変量解析を行った結果、ボランティア活動を行っている者は、主観的健康感とIADL、抑うつ、社会活動とソーシャルネットワークが有意に高く、人を直接的に支援する活動の有無別にはいずれの項目にも有意差はなかった。ボランティア活動の有無を従属変数とした多変量解析では主観的健康感が抽出された。また、フレイル状態の者も一定数ボランティア活動へ参加していた。以上より、活動内容に関わらず、あらゆる高齢者を支援者側として捉え、主観的健康感の強化とボランティア活動への参加を促すことが、健康状態の維持・向上につながると考えられる。

key words: senior citizens clubs, volunteer activities, physical - mental and social health status

キーワード：老人クラブ、ボランティア活動、身体・心理・社会的健康状態

受付日：2023年6月4日 受理日：2023年12月18日

所 属 1) 武庫川女子大学大学院看護学研究科看護学専攻 2) 武庫川女子大学看護学部

連絡先 *E-mail：2127156@mwu.jp

I. はじめに

我が国では、急速に高齢化が進み、2021年10月1日現在では、65歳以上の高齢者の割合(以下、高齢化率)が28.9%と過去最高を記録している(総務省統計局, 2021)。また、2040年時点で65歳以上の高齢者のうち、男性では約4割が90歳まで、女性では約2割が100歳まで生きると推定されている(厚生労働省, 2020)。平均寿命の延伸とそれに伴う高齢化は今後ますます進行すると予測され、介護予防と健康寿命の延伸が重要である。厚生労働省(2020)も、人生100年時代に向けて高齢者の就業率の向上や就労以外の社会参加を支える環境整備、ボランティアなどによる新たなつながり・支え合いの構築が重要であるとしている。こうした背景から、人口減少による地域とのつながりの希薄化や担い手不足が懸念される現代において、高齢者自身が地域社会の担い手としてボランティア活動を行うことは、急速に高齢化が進行している我が国においてより一層重要になっている。

高齢者のボランティア活動に関しては多くの研究がなされてきた。ボランティア活動を行っている者は、生きがいがある(苗加, 野口, 長津, 新鞍, 2012)、ストレス対処能力・ソーシャルネットワークが高い(原田, 榊原, 2017)、主観的健康感が高い(片桐ら, 2014; 安田, 2007)、うつ傾向が低い(井関, 大橋, 2011)などが報告されている。これらの先行研究から、高齢者のボランティア活動は、主観的健康感などの身体、生きがいやうつ傾向などの心理、ソーシャルネットワークなどの社会的健康状態と関連しており、ボランティア活動を行うことは、地域貢献のみならず、高齢者自身の健康の維持および向上においても重要な役割を果たしていると考えられる。

ボランティア活動とは、一般的に「自発的な意思に基づき他人や社会に貢献する行為」を指しており、活動の特徴として「自主性(主体性)」「社会性(連帯性)」「無償性(無給性)」などが挙げられる(厚生労働省, 2002)。高齢者のボランティア活動を推進する組織の1つとして老人クラブがある。老人クラブは、「健康」「友愛」「奉仕」の三大運動を推進する全国組織である(全国老人クラブ連合会)。各市区町村の老人クラブ連合会が実施主体となってボランティア活動をはじめとする様々な活動を行っており、地域の高齢者にとって、老人クラブでの活動は、家庭

外での対人活動となる社会活動(橋本, 1997)に参加する貴重な機会であると考えられる。このことから、高齢者の約13%が加入する(厚生労働省, 2020; 総務省統計局, 2020)全国組織である老人クラブは、高齢者の社会活動への参加を促し健康の維持および向上を推進していく上で、重要な組織の1つであると言える。全国老人クラブ連合会による実態調査(2016)における活動内容を見ると、高齢者世帯への訪問をはじめとする「人を直接的に支援する活動」と、清掃活動など「人を間接的に支援する活動」の2種類に分類できると考える。しかし、前述した先行研究の通り、ボランティア活動が高齢者の健康状態と関連していることは明らかにされているが、老人クラブ会員を対象に、活動内容ごとに「人を直接的に支援する活動」と「人を間接的に支援する活動」に分類し、高齢者の身体・心理・社会的健康状態を比較検討した研究は見当たらない。古谷野(2020)が定義するフレイルの特性として、外出頻度の低下、社会関係の縮小、社会参加・社会的活動の低下などが挙げられているように、高齢者の健康状態の維持・向上には、対人交流が重要な要素の一つであると考えられる。そこで、本研究では、「人を直接的に支援する活動」、すなわち、対人交流を主とするボランティア活動を行っている者の方が、より健康状態が高いと仮定し、「人を直接的に支援する活動」の有無別に身体・心理・社会的健康状態を比較検討することとした。これにより、高齢者のボランティアの活動における、活動内容ごとの健康状態との関連を明らかにすることができ、より高齢者のフレイル予防、QOLの維持および向上に寄与するボランティア活動の推進につなげることができると考える。

II. 目的

老人クラブ会員におけるボランティア活動の有無と身体・心理・社会的健康状態との関連を明らかにすることである。

III. 方法

1. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究は量的研究であり、無記名自記式質問紙調査による横断的実態調査研究である。

2) 研究対象者

研究対象者は、A市B地区老人クラブに加入している60歳以上の高齢者234人とした。

A市は人口482,981人(2022年6月現在)であり高齢化率は24.4%の中核市である。2022年2月時点で、A市には347の老人クラブがあり、A市B地区老人クラブは580人が所属している。対象者数については、本研究で用いる統計手法から必要な対象者数を150余りと算出し、回収率を60%前後と仮定した場合の必要枚数の調査票を配布した。

3) 調査方法

A市老人クラブ連合会の会長および各地区の代表者に研究協力の依頼文書、研究対象者への研究協力の依頼文書、調査票を用いて、研究の趣旨と目的、研究内容、研究対象者、研究方法について文書および口頭で説明した。その後、A市B地区老人クラブの運営メンバーである代表者14人に依頼文書および調査票を各担当地区の会員数に応じて15～17部ずつ配布し、A市B地区老人クラブに所属している60歳以上の高齢者に無作為に配布してもらった。この際、配布する代表者のバイアスがかからないよう、性別や年齢、社会活動の有無などに偏りがでないように配布してもらうよう依頼した。調査には無記名自記式質問紙調査票を用いた。調査票の回収は、研究対象者が調査票に回答後、返信用封筒に入れて郵便ポストに投函してもらった。研究対象者の研究協力への同意は、調査票の回答および郵便ポストへの投函をもって得たものとした。調査期間は、2022年2月～3月であった。

2. 調査項目

調査項目および概念枠組み、調査項目の回答に基づく分類について、以下に示す通りである。

1) 基本属性

年齢、性別、世帯構成、就労の有無、居住期間、最終学歴、主観的経済状況、既往歴・現病歴の有無とした。

2) ボランティア活動

ボランティア活動の有無、頻度、活動期間、活動内容とした。ここで言うボランティア活動は、自発的な意思に基づき他人や社会に貢献する行為(厚生労働省, 2022)であり家庭外での対人活動である社会活動(橋本, 1997)の1つである。ボランティア活動の有無は、「はい」「いいえ」、頻度は、「ほぼ毎日」「週に3～4回」「週に1回」「1か月に2～3回」「半年に1回」、活

動期間は、ボランティア活動を行ってから現在までの年数および月数を回答することとした。活動内容は、計15項目よりあてはまるものすべてに回答を求めた。人を直接的に支援する活動として「子どもの登下校の見守り」「高齢者世帯への訪問」「子育てに関する支援」「子どもの学習支援」「外国人に対する支援活動」「昔遊びの伝承」、人を間接的に支援する活動として「防犯パトロール」「防災活動」「清掃活動(ゴミ拾いなど)」「交通安全運動」「リサイクル活動」「地域の祭りなどの手伝い」「講演会」「献血など健康・医療サービスに関するもの」「その他」とし、いずれか1つでも回答があれば、その活動に従事していると分類した。頻度については、先行研究(藤原ら, 2005)において、年間100時間(週2, 3時間)までは活動時間が長いほど健康状態への好影響を及ぼすが、それ以上の活動時間では健康状態への効果は徐々に減少するとの研究報告が示されていることから、本研究において、頻度を「週1回以上」「週1回未満」の2群に分類した。

3) 身体的健康状態

(1) 主観的健康感

主観的健康感は簡便な健康評価指標として実用性が高いことが示されている(艾, 星, 2005)。「とても健康だと思う」「まあまあ健康だと思う」「あまり健康ではない」「健康ではない」の4件法とし、先行研究(岡戸, 艾, 巴山, 星, 2003; 中村ら, 2002)を参考に、「とても健康だと思う」と「まあまあ健康だと思う」を「健康である」、「あまり健康ではない」と「健康ではない」を「健康ではない」の2群に分類した。

(2) IADL

鈴木ら(2018)のJST版活動能力指標を用いた。本尺度は、老研式活動能力指標を基盤に、「1人暮らし高齢者が自立し活動的に暮らす」ために必要な能力を測定する尺度として開発されたものであり、信頼性と妥当性についても示されている(岩佐ら, 2018)。本研究における回答は、「新機器利用」「情報収集」「生活マネジメント」「社会参加」4カテゴリー各4項目、計16項目のうちボランティア活動に関する項目を除いた15項目に対して「はい」「いいえ」の2件法とした。平均値±標準偏差は、JST版活動能力指標マニュアル(2017)において全国の高齢者2,580名のデータをもとに算出した値は9.7±4.2点、本

研究では 10.6 ± 2.9 点であったことから、平均値と最も近位の 10 点をカットオフ値とし、10 点未満と 10 点以上の 2 群に分類した。16 項目のうち、奉仕活動については、ボランティア活動の有無を問うた設問の回答を用いた。

(3) フレイル

フレイルは高齢者の予備能力の低下を示す重要な概念であり、フレイルの診断のための簡易フレイルインデックス（国立長寿医療研究センター，2018）を使用する。回答は「体重減少」「筋力低下」「歩行速度」「疲労感」「身体活動」の 5 項目に対して「はい」「いいえ」の 2 件法とし、「はい」を 1 点、「いいえ」を 0 点とした。日本版 CHS 基準（J-CHS 基準）をもとに、0 点の場合を「ノンフレイル」、1～2 点の場合を「プレフレイル」、3 点以上の場合を「フレイル」とした。分析については、ボランティア活動の有無別にフレイルの該当の有無を比較するため、「プレフレイル」を「ノンフレイル」に分類した場合と「フレイル」に分類した場合の 2 通りで行うこととした。

4) 心理的健康状態

(1) 抑うつ

杉下ら（2009）、和田ら（2014）および矢富（1994）による高齢者用うつ尺度短縮版である 5 項目版（Geriatric Depression Scale-Short Version）の日本語版（以下、GDS5）を用いた。本尺度は高齢者のうつ病のスクリーニング手段として開発され、抑うつに関する 5 項目に対して「はい」「いいえ」の 2 件法で回答するものであり、妥当性についても示されている。GDS-5（杉下ら，2009；和田ら，2014；矢富，1994）において、2 点以上を「うつ傾向あり」、2 点未満を「うつ傾向なし」としており、本研究においても同様とした。

(2) 主観的幸福感

古谷野ら（1990）の生活満足度尺度 K（LSIK）を用いた。本尺度は主観的幸福感に関する 9 項目に対して 2 件法または 3 件法で回答するものであり、信頼性についても示されている（古谷野ら，1990）。平均値が 5.1 点であったため、平均値を境に 2 群に分類した。

5) 社会的健康状態

(1) ボランティア活動以外の社会活動

社会活動の有無、活動内容とした。家庭外での対人活動である社会活動（橋本，1997）をも

とに、ボランティア活動を除く、「自治会」「趣味活動」「近所づきあい」「買い物」「スポーツ」「旅行」「友人・親戚への訪問」「シルバー人材センター」「大学など学習に関するもの」「料理教室などの習い事」「その他」、これらの項目から当てはまるものすべてに、「参加している」「参加していない」の 2 件法で回答することとした。

(2) ソーシャルネットワーク

栗本ら（2011）の日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版（以下、LSNS-6）を用いた。本尺度は高齢者のネットワークスケール評価のために開発され、家族・親戚および友人のソーシャルネットワークに関する各 3 項目に対して「いない」「1人」「2人」「3～4人」「5～8人」「9人以上」の 6 件法で回答するものであり、信頼性および妥当性についても示されている（栗本ら，2011）。LSNS-6 において、12 点未満を「社会的孤立あり」、12 点以上を「社会的孤立なし」としていることから、本研究においても同様に 12 点をカットオフ値として 2 群に分類することとした。

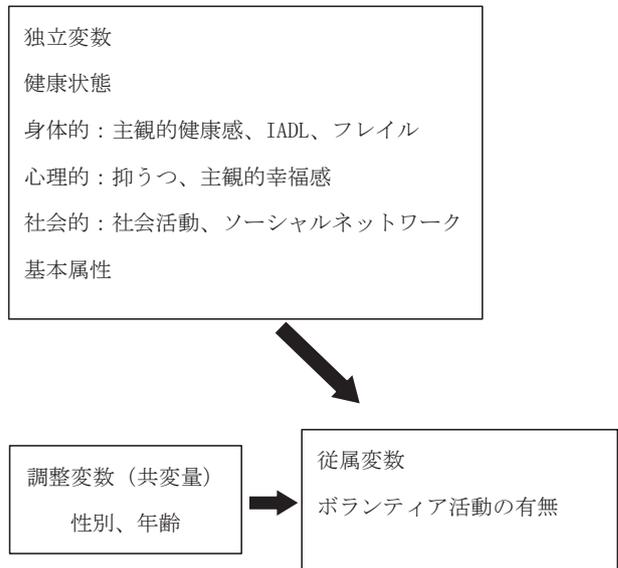


図1 概念枠組み

3. 分析方法

各項目について単純集計を行った。本研究の対象者の集団としての特徴を考察するために男女別にも分析を行う必要があると考え、男女別の基本属性について、平均年齢は t 検定、主観

的幸福感、ソーシャルネットワーク、IADL はマンホイットニーの U 検定、それ以外の項目は χ^2 検定を用いて分析を行った。身体・心理・社会的健康状態については、ボランティア活動の有無別および人を直接的に支援する活動の有無別に、マンホイットニーの U 検定、 χ^2 検定、Fisher 正確検定を行った。また、ボランティア活動の関連要因を抽出するため、ボランティア活動の有無を従属変数、単変量解析において有意差のみられた項目および性別、年齢を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。解析には SPSSver.25.0 を用い、有意水準は 5% とした。

4. 倫理的配慮

本研究は、武庫川女子大学・武庫川女子大学短期大学部研究倫理委員会（承認番号：21-87、承認日：2022 年 12 月 4 日）の承認を得て実施した。研究への協力は自由意思に基づくものであり、研究への協力を承諾するまたは承諾しないにかかわらず、A 市老人クラブ連合会の会長および各地区の代表者、研究対象者に不利益を被ることはなく、一旦承諾した後でも、研究協力の承諾を撤回することは可能であり、その場合にも不利益を被ることはないことを、会長および各地区の代表者へは文書および口頭で説明した。研究対象者が代表者からの配布により回答するよう圧力を感じることがないように、調査票への回答は個人の自由意思に基づくものであることを、調査票配布時に代表者から研究対象者へ明確に説明するよう依頼した。研究対象者の研究協力への同意は、調査票の回答および郵便ポストへの投函をもって得たものとした。

IV. 結果

1. 調査票配布および回収

回収数は 180 人（回収率 76.9%）であった。ボランティア活動の有無、基本属性が未回答の者 33 人、60 歳未満の者 1 人を除いた 146 人を有効回答（有効回答率 62.4%）とした。

2. 対象者の概要（表 1）

男性 28.8%、女性 71.2% であり、平均年齢は 78.4 ± 5.5 歳であった。年齢 2 区分において 75 歳以上の男性が 85.7%、女性が 69.2% であった ($p=0.040$)。

3. ボランティア活動（表 2）

ボランティア活動を行っている者は 58.2% であ

った。活動内容は、清掃活動が 63.5% と最も多く、次いで子どもの登下校の見守りが 32.9%、地域の祭りなどの手伝いが 31.8% であった。

4. 身体・心理・社会的健康状態

1) ボランティア活動の有無別の身体・心理・社会的健康状態（表 3）

身体的健康状態のうち、主観的健康感において、健康であると回答した者が、ボランティア活動を行っている者では 92.9%、行っていない者では 68.9% ($p < 0.001$)、IADL において、JST 版活動能力指標が 10 点以上の者が、ボランティア活動を行っている者では 76.5%、行っていない者では 54.1% であり ($p=0.005$)、健康であると回答した者および活動能力指標 10 点以上の者の割合が有意に高かった。また、IADL において、JST 版活動能力指標の平均値が、ボランティア活動を行っている者では 11.5 ± 2.7 点、行っていない者では 9.3 ± 2.7 点であり有意差があった ($p < 0.001$)。

フレイルにおいては、プレフレイルをフレイルに分類したノンフレイル (0 点) とプレフレイル・フレイル (1~5 点) の 2 区分、プレフレイルをノンフレイルに分類したノンフレイル・プレフレイル (0~2 点) とフレイル (3~5 点) の 2 区分それぞれで比較した結果、いずれの区分においてもボランティア活動の有無別に有意差はみられなかった ($p=0.083$, $p=0.618$)。

心理的健康状態のうち、抑うつにおいて、うつ傾向ありに該当する者が、ボランティア活動を行っている者では 15.3%、行っていない者では 36.1% であり、うつ傾向ありに該当する者の割合に有意差があった ($p=0.004$)。

社会的健康状態のうち、社会活動において、社会活動に参加している者が、ボランティア活動を行っている者では 96.5%、行っていない者では 62.3% ($p < 0.001$) であり有意差があった。ソーシャルネットワークは、LSNS-6 の得点から、12 点未満を「社会的孤立あり」、12 点以上を「社会的孤立なし」の 2 群に分類した結果、「社会的孤立あり」の者が、ボランティア活動を行っている者では 14.3%、行っていない者では 26.7% であり有意差はみられなかった。

2) 人を直接的に支援する活動の有無別の身体・心理・社会的健康状態（表 4）

ボランティア活動を行っている者のうち、人を直接的に支援する活動の有無別に健康状態を

比較した結果、身体・心理的健康状態のいずれの項目にも有意差はみられなかった。

5. ボランティア活動の有無と関連する要因(表 5)

ボランティア活動の有無を従属変数、単変量解析においてボランティア活動の有無と有意差

のあった項目を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。ロジスティック回帰分析の結果、ボランティア活動の有無は、主観的健康感 ($p=0.008$ 、OR=4.177、95%信頼区間: 1.454-12.000) と関連していた。

表1 基本属性

		全体 n=146	男性 n=42	女性 n=104	n (%) p値
年齢	平均値±標準偏差	78.4 (5.5)	79.8 (5.0)	77.8 (5.7)	0.051 ²⁾
年齢2区分	60~74歳	38 (26.0)	6 (14.3)	32 (30.8)	0.040 ¹⁾
	75歳以上	108 (74.0)	36 (85.7)	72 (69.2)	
世帯構成	同居者あり	106 (73.1)	39 (95.1)	67 (64.4)	<0.001 ³⁾
	同居者なし	39 (26.9)	2 (4.9)	37 (35.6)	
居住年数	20年以上	126 (88.1)	40 (97.6)	86 (84.3)	0.042 ³⁾
	20年未満	17 (11.9)	1 (2.4)	16 (15.7)	
就労状況	就労している	15 (10.3)	4 (9.5)	11 (10.6)	0.850 ¹⁾
	就労していない	131 (89.7)	38 (90.5)	93 (89.4)	
最終学歴	中学卒業	29 (20.0)	8 (19.0)	21 (20.4)	0.855 ¹⁾
	高校卒業以上	116 (80.0)	34 (81.0)	82 (79.6)	
暮らし向き	ゆとりがある	133 (91.1)	40 (95.2)	93 (89.4)	0.349 ³⁾
	ゆとりがない	13 (8.9)	2 (4.8)	11 (10.6)	
既往歴・現病歴の有無	なし	37 (25.3)	9 (21.4)	28 (26.9)	0.490 ¹⁾
	あり	109 (74.7)	33 (78.6)	76 (73.1)	
病名	がん	17 (15.9)	9 (28.1)	8 (10.7)	0.024 ¹⁾
	心臓病	18 (16.8)	7 (21.9)	11 (14.7)	0.361 ¹⁾
	脳卒中	2 (1.9)	0 (0.0)	2 (2.7)	1.000 ³⁾
	高血圧	45 (42.1)	13 (40.6)	32 (42.7)	0.845 ¹⁾
	糖尿病	14 (13.1)	5 (15.6)	9 (12.0)	0.611 ¹⁾
	肥満	8 (7.5)	0 (0.0)	8 (10.7)	1.020 ³⁾
	脂質異常症	11 (10.3)	3 (9.4)	8 (10.7)	1.000 ³⁾
	肝臓病	4 (3.7)	1 (3.1)	3 (4.0)	1.000 ³⁾
	関節症・神経痛	25 (23.4)	5 (15.6)	20 (26.7)	0.217 ¹⁾
	呼吸器の病気	6 (5.6)	3 (9.4)	3 (4.0)	0.361 ³⁾
	胃・腸の病気	10 (9.3)	3 (9.4)	7 (9.3)	1.000 ³⁾
	骨粗しょう症	12 (11.2)	0 (0.0)	12 (16)	0.017 ³⁾
	こころの病気	3 (2.8)	1 (3.1)	2 (2.7)	1.000 ³⁾
	外傷・骨折	10 (9.3)	2 (6.3)	8 (10.7)	0.720 ³⁾
	聴力障害 (耳が遠い)	18 (16.8)	8 (25)	10 (13.3)	0.140 ¹⁾
	視力障害 (ものが見えにくい)	7 (6.5)	3 (9.4)	4 (5.3)	0.425 ³⁾
	その他	17 (15.9)	3 (9.4)	14 (18.7)	0.266 ³⁾

1) Pearsonの χ^2 検定 2) t検定 3) Fisher正確検定

注: 欠損値は除く

表2 ボランティア活動

		n (%)			
		全体 n=146	男性 n=42	女性 n=104	p値
ボランティア活動	行っていない	61 (41.8)	14 (33.3)	47 (45.2)	0.188 ¹⁾
	行っている	85 (58.2)	28 (66.7)	57 (54.8)	
活動頻度	ほぼ毎日	4 (2.8)	3 (10.7)	1 (1.8)	0.643 ¹⁾
	週に3~4回	18 (21.4)	5 (17.9)	13 (23.2)	
	週に1回	23 (27.4)	6 (21.4)	17 (30.4)	
	1か月に2~3回	34 (40.5)	13 (46.4)	21 (37.5)	
	半年に1回	5 (6.0)	1 (3.6)	4 (7.1)	
活動頻度2区分	週に1回未満	45 (53.6)	14 (50.0)	31 (55.4)	0.643 ¹⁾
	週に1回以上	39 (46.4)	14 (50.0)	25 (44.6)	
活動内容					
人を直接的に支援する活動	子どもの登下校の見守り	28 (32.9)	9 (32.1)	19 (33.3)	0.909 ¹⁾
	高齢者世帯への訪問	12 (14.1)	3 (10.7)	9 (15.8)	0.745 ²⁾
	子育てに関する支援活動	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-
	子どもの学習支援	2 (2.4)	1 (3.6)	0 (0.0)	0.531 ²⁾
	外国人に対する支援活動	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (1.8)	1.000 ²⁾
	昔あそびの伝承	5 (5.9)	3 (10.7)	2 (3.5)	0.175 ²⁾
人を間接的に支援する活動	防災活動	2 (2.4)	2 (7.1)	0 (0.0)	0.096 ²⁾
	防犯パトロール	10 (11.8)	6 (21.4)	4 (7.0)	0.064 ²⁾
	清掃活動 (ゴミ拾いなど)	54 (63.5)	18 (64.3)	36 (63.2)	0.590 ¹⁾
	交通安全運動	4 (4.7)	3 (10.3)	1 (1.8)	0.096 ²⁾
	リサイクル活動	16 (18.8)	9 (32.1)	7 (12.3)	0.017 ¹⁾
	地域の祭りなどの手伝い	27 (31.8)	13 (46.4)	14 (24.6)	0.022 ¹⁾
	講演会	3 (3.5)	1 (3.6)	2 (3.5)	1.000 ²⁾
	献血などの健康・医療サービスに関すること	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (1.8)	1.000 ²⁾
	その他	16 (18.8)	4 (14.3)	12 (21.1)	0.765 ²⁾
活動期間	平均値±標準偏差	12 (12.8)	12.73 (15.6)	11.48 (11.3)	
	5年未満	31 (38.8)	11 (40.7)	20 (37.7)	
	5~9年	14 (17.5)	5 (18.5)	9 (17.0)	
	10~19年	14 (17.5)	4 (14.8)	10 (18.9)	
	20年以上	21 (26.3)	7 (25.9)	14 (26.4)	
活動期間2区分	10年未満	45 (56.3)	16 (59.3)	29 (54.7)	0.699 ¹⁾
	10年以上	35 (43.8)	11 (40.7)	24 (45.3)	

1) Pearsonの χ^2 検定 2) Fisher正確検定

注：欠損値は除く

表3 ボランティア活動の有無別の基本属性および身体・心理・社会的健康状態

		ボランティア活動			n (%)
		全体 n=146	行っている n=85	行っていない n=61	p値
基本属性					
性別	男性	42 (28.8)	28 (32.9)	14 (23.0)	0.188 ¹⁾
	女性	104 (71.2)	57 (67.1)	47 (77.0)	
年齢	平均値±標準偏差	78.4 (5.5)	78.1 (5.1)	78.7 (6.1)	0.561 ²⁾
年齢2区分	60~74歳	38 (26.0)	23 (27.1)	15 (24.6)	0.737 ¹⁾
	75歳以上	108 (74.0)	62 (72.9)	46 (75.4)	
世帯構成	同居者あり	106 (73.1)	64 (75.3)	42 (70.0)	0.479 ¹⁾
	同居者なし	39 (26.9)	21 (24.7)	18 (30.0)	
居住年数	20年以上	126 (88.1)	76 (90.5)	50 (84.7)	0.297 ¹⁾
	20年未満	17 (11.9)	8 (9.5)	9 (15.3)	
就労状況	就労している	15 (10.3)	7 (8.2)	8 (13.1)	0.338 ¹⁾
	就労していない	131 (89.7)	78 (91.8)	53 (86.9)	
最終学歴	中学卒業	29 (20.0)	18 (21.2)	11 (18.3)	0.673 ¹⁾
	高校卒業以上	116 (80.0)	67 (78.8)	49 (81.7)	
暮らし向き	ゆとりがある	133 (91.1)	80 (94.1)	53 (86.9)	0.130 ¹⁾
	ゆとりがない	13 (8.9)	5 (5.9)	8 (13.1)	
既往歴・現病歴の有無	なし	37 (25.3)	22 (25.9)	15 (24.6)	0.859 ¹⁾
	あり	109 (74.7)	63 (74.1)	46 (75.4)	
健康状態					
身体的					
主観的健康感2区分	健康である	121 (82.9)	79 (92.9)	42 (68.9)	<0.001 ¹⁾
	健康ではない	25 (17.1)	6 (7.1)	19 (31.1)	
IADL	平均値±標準偏差	10.6 (2.9)	11.5 (2.7)	9.3 (2.7)	<0.001 ²⁾
IADL2区分	10点未満	48 (32.9)	20 (23.5)	28 (45.9)	0.005 ¹⁾
	10点以上	98 (67.1)	65 (76.5)	33 (54.1)	
フレイル2区分 (0点・1~5点)	ノンフレイル (0点)	29 (19.9)	21 (24.7)	8 (13.1)	0.083 ¹⁾
	プレフレイル(1~2点)・フレイル(3~5点)	117 (80.1)	64 (75.3)	53 (86.9)	
フレイル2区分 (0~2点・3~5点)	ノンフレイル(0点)・プレフレイル(1~2点)	120 (82.2)	71 (83.5)	49 (80.3)	0.618 ¹⁾
	フレイル (3~5点)	26 (17.8)	14 (16.5)	12 (19.7)	
心理的					
抑うつ	うつ傾向なし	111 (76.0)	72 (84.7)	39 (63.9)	0.004 ¹⁾
	うつ傾向あり	35 (24.0)	13 (15.3)	22 (36.1)	
主観的幸福感 [0-9]	平均値±標準偏差	5.1 (2.3)	5.2 (2.2)	5.0 (2.3)	0.548 ²⁾
社会的					
社会活動	参加していない	26 (17.8)	3 (3.5)	23 (37.7)	<0.001 ¹⁾
	参加している	120 (82.2)	82 (96.5)	38 (62.3)	
活動内容	自治会・町内会	103 (86.6)	78 (96.3)	25 (65.8)	<0.001 ¹⁾
	趣味活動	33 (27.7)	20 (24.7)	13 (34.2)	0.280 ¹⁾
	近所づきあい	65 (54.6)	42 (51.9)	23 (60.5)	0.376 ¹⁾
	買い物	44 (37.0)	22 (27.2)	22 (57.9)	0.001 ¹⁾
	スポーツ	40 (33.6)	27 (33.3)	13 (34.2)	0.925 ¹⁾
	旅行	29 (24.4)	16 (19.8)	13 (34.2)	0.087 ¹⁾
	友人・親戚への訪問	31 (26.1)	18 (22.2)	13 (34.2)	0.165 ¹⁾
	シルバー人材センター	4 (3.4)	3 (3.7)	1 (2.6)	1.000 ³⁾
	大学など学習に関するもの	6 (5.0)	4 (4.9)	2 (5.3)	0.940 ¹⁾
	料理教室などの習い事	3 (2.5)	1 (1.2)	2 (5.3)	0.239 ³⁾
その他	4 (3.4)	1 (1.2)	3 (7.9)	0.095 ³⁾	
ソーシャルネットワーク	平均値±標準偏差	16.3 (5.5)	17.1 (5.2)	15.2 (5.8)	0.024 ²⁾
社会的孤立の有無	なし	116 (80.6)	72 (85.7)	44 (73.3)	0.064 ¹⁾
	あり	28 (19.4)	12 (14.3)	16 (26.7)	

1) Pearsonのχ²検定 2) マンホイットニーのU検定 3) Fisher正確検定

注：欠損値は除く

表4 人を直接的に支援する活動の有無別の基本属性および身体・心理・社会的健康状態

		人を直接的に支援するボランティア活動			n (%)
		全体 n=85	行っている n=38	行っていない n=45	p値
基本属性					
性別	男性	26 (31.3)	11 (28.9)	15 (33.3)	0.668
	女性	57 (68.7)	27 (71.1)	30 (66.7)	
年齢	平均値±標準偏差	78.1 (5.1)	77.3 (5.5)	78.7 (4.9)	0.248 ²⁾
年齢2区分	60~74歳	23 (27.7)	12 (31.6)	11 (24.4)	0.469 ¹⁾
	75歳以上	60 (72.3)	26 (68.4)	34 (75.6)	
世帯構成	同居者あり	63 (75.9)	29 (76.3)	32 (75.6)	0.9361 ¹⁾
	同居者なし	20 (24.1)	9 (23.7)	11 (24.4)	
居住年数	20年以上	74 (90.2)	35 (94.6)	39 (86.7)	0.229 ¹⁾
	20年未満	8 (9.8)	2 (5.4)	6 (13.3)	
就労状況	就労している	7 (8.4)	2 (5.3)	5 (11.1)	0.339 ¹⁾
	就労していない	76 (91.6)	36 (94.7)	40 (88.9)	
最終学歴	中学卒業	18 (21.7)	6 (15.8)	12 (26.7)	0.231 ¹⁾
	高校卒業以上	65 (78.3)	32 (84.2)	33 (73.3)	
暮らし向き	ゆとりがある	78 (94.0)	37 (97.4)	41 (91.1)	0.233 ¹⁾
	ゆとりがない	5 (6.0)	1 (2.6)	4 (8.9)	
既往歴・現病歴の有無	なし	22 (26.5)	14 (36.8)	8 (17.8)	0.050 ¹⁾
	あり	61 (73.5)	24 (63.2)	37 (82.2)	
健康状態					
身体的					
主観的健康感2区分	健康である	79 (92.9)	36 (94.7)	41 (91.1)	0.525 ¹⁾
	健康ではない	6 (7.1)	2 (5.3)	4 (8.9)	
IADL	平均値±標準偏差	11.5 (2.7)	11.7 (2.9)	11.2 (2.4)	0.222 ²⁾
IADL2区分	10点未満	20 (23.5)	8 (21.1)	11 (24.4)	0.714 ¹⁾
	10点以上	65 (76.5)	30 (78.9)	34 (75.6)	
フレイル3区分	ノンフレイル	21 (24.7)	8 (21.1)	12 (26.7)	
	プレフレイル	50 (58.8)	22 (57.9)	28 (62.2)	
	フレイル	14 (16.5)	8 (21.1)	5 (11.1)	
心理的					
抑うつ	うつ傾向なし	72 (84.7)	33 (86.8)	37 (82.2)	0.564 ¹⁾
	うつ傾向あり	13 (15.3)	5 (13.2)	8 (17.8)	
主観的幸福感 [0-9]	平均値±標準偏差	5.2 (2.2)	5.4 (2.0)	5.1 (2.3)	0.396 ²⁾
社会的					
社会活動	参加していない	3 (3.6)	2 (5.3)	1 (2.2)	0.460 ¹⁾
	参加している	80 (96.4)	36 (94.7)	44 (97.8)	
活動内容	自治会・町内会	76 (96.2)	35 (97.2)	41 (95.3)	0.664 ¹⁾
	趣味活動	20 (25.3)	8 (22.2)	12 (27.9)	0.563 ¹⁾
	近所づきあい	42 (53.2)	21 (58.3)	21 (48.8)	0.400 ¹⁾
	買い物	22 (27.8)	12 (33.3)	10 (23.3)	0.320 ¹⁾
	スポーツ	26 (32.9)	15 (41.7)	11 (25.6)	0.130 ¹⁾
	旅行	16 (20.3)	9 (25.0)	7 (16.3)	0.337 ¹⁾
	友人・親戚への訪問	18 (22.8)	13 (36.1)	5 (11.6)	0.010 ¹⁾
	シルバー人材センター	3 (3.8)	1 (2.8)	2 (4.7)	1.000 ³⁾
	大学など学習に関するもの	4 (5.1)	1 (2.8)	3 (7)	0.621 ³⁾
	料理教室などの習い事	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (2.3)	1.000 ³⁾
	その他	1 (1.3)	1 (2.8)	0 (0.0)	0.456 ³⁾
ソーシャルネットワーク	平均値±標準偏差	17.1 (5.2)	17.5 (5.5)	16.6 (4.9)	0.464 ²⁾
社会的孤立の有無	なし	72 (85.7)	34 (89.5)	36 (81.8)	0.328 ¹⁾
	あり	12 (14.3)	4 (10.5)	8 (18.2)	

1) Pearsonのχ²検定 2) マンホイットニーのU検定 3) Fisher正確検定

注：欠損値は除く

表5 ボランティア活動の有無と関連する要因

独立変数	ボランティア活動		
	オッズ比	p	95%CI
性別 (0:男性、1:女性)	0.558	0.170	0.242 - 1.283
年齢2区分 (0:60~74歳、1:75歳以上)	0.930	0.864	0.406 - 2.132
主観的健康感 (0:健康ではない、1:健康である)	4.177	0.008	1.454 - 12.000
うつ傾向 (0:うつ傾向あり、1:うつ傾向なし)	1.896	0.150	0.793 - 4.535
IADL (0:10点未満、1:10点以上)	2.006	0.088	0.902 - 4.459

ロジスティック回帰分析：強制投入法

95%CI：95%信頼区間

従属変数：ボランティア活動の有無 (0:ボランティア活動なし、1:ボランティア活動あり)

独立変数：性別、年齢、主観的健康感、うつ傾向、IADL

V. 考察

1. 本研究の対象者の特徴

平均年齢は、老人クラブ会員を対象とした大河原，大矢（2021）の研究の78.7 ± 6.0歳とほぼ同様であったことから、本研究の対象者は平均的な年齢の集団と言える。

性別では、女性が7割を占めており、全国老人クラブ連合会（2016）の老人クラブ実態調査の6割と比較すると女性がやや多かったが、性別のボランティア活動に有意差はなかったことから、男女比による研究結果への影響は少ないものとする。

2. ボランティア活動の実態

ボランティア活動を行っている者は58.2%であった。令和3年度社会生活基本調査におけるボランティア活動の年齢階級別割合は、60～64歳で21.7%、65～69歳で23.4%、70～74歳で23.0%、75歳以上で16.4%であり（総務省統計局，2021）、これらの結果と比較すると本研究の対象者はボランティア活動を行っている者の割合が高かった。老人クラブは活動目標の1つに「ボランティア活動」を掲げていることから（全国老人クラブ連合会）、老人クラブ会員である本研究の対象者はボランティア活動への参加意欲が高い集団であった可能性が考えられる。

活動内容としては、清掃活動が63.5%と最も多く、その他の活動内容も含め、全国老人クラブ連合会による2016年度の単位老人クラブ実態調査（2016）における活動内容とほぼ同様であった。老人クラブにおいては、清掃活動を中

心に幅広いボランティア活動を展開していると考えられる。

3. ボランティア活動と身体・心理・社会的健康状態の比較

1) ボランティア活動の有無別の身体・心理・社会的健康状態

身体では主観的健康感とIADLが高い者、心理ではうつ傾向なしの者、社会では社会活動に参加している者とソーシャルネットワークが高い者の割合が、ボランティア活動を行っている者の方が、行っていない者よりも有意に高かった。先行研究において、ボランティア活動が健康状態へ与える影響としては、日常生活動作に対する自己効力感・近所との交流頻度の低下抑制（島貫ら，2007）、低いうつ傾向（藤原ら，2005）日常生活動作の自立（藤原ら，2005；深谷ら，2013）が報告されており、本研究も同様の結果であった。本研究は横断研究であるため因果関係はわからないが、ボランティア活動が、身体・心理・社会的健康状態の向上と関連していることが示され、ボランティア活動は健康の向上につながることを示唆された。

ボランティア活動の有無別のフレイル2区分では、プレフレイルをノンフレイルに分類した場合もフレイルに分類した場合も有意差はみられなかったことから、フレイルやプレフレイルは支援が必要な対象とされるが、支援が必要な対象としてだけでなくノンフレイルと同様に支援を行う側としても捉え、ボランティア活動をはじめとする社会活動への参加を積極的に促していくことが重要と考えられる。本研究を通し

て、ボランティア活動の有無と健康状態との関連のほか、フレイルの有無に関わらず、あらゆる高齢者、老人クラブ会員をボランティア活動の担い手として支援することの重要性に関する示唆を得た。

2) 人を直接的に支援する活動の有無別の身体・心理・社会的健康状態

ボランティア活動の活動内容において、人を直接的に支援する活動の有無別に健康状態の比較検討を行った。その結果、身体・心理・社会的健康状態のいずれの項目にも有意差はみられなかった。このことから、活動内容に関わらずボランティア活動を行うこと自体が健康状態の向上に寄与していると考えられる。

4. ボランティア活動の有無に影響する要因

ボランティア活動の有無に影響する要因として主観的健康感が抽出された。高齢者の生産的活動と主観的健康感の関連を調査した研究では、ボランティア頻度が高いと主観的健康感が高いという結果が示されている(片桐ら, 2014)。また、高齢者を対象とした縦断研究(岡戸ら, 2003)では、主観的健康感において健康でないと回答した者はそれより肯定的な回答をした者と比較して生存曲線が低く、主観的健康感が死亡リスクや生命予後に関連することが報告されている。したがって、ボランティア活動への参加を促進する際には、主観的健康感を高めることでボランティア活動の参加につながることでボランティア活動の参加が主観的健康感を高めることの両者を考慮することの重要性が示唆された。

5. 看護実践への示唆

ボランティア活動の有無に関連する要因として、主観的健康感が抽出された。先行研究においても、主観的健康感とはボランティア活動への参加(安田, 2007)、さらには死亡リスクの軽減や生命予後(岡戸ら, 2003)との関連が報告されており、高齢者のボランティア活動の促進、QOLの維持および向上において、主観的健康感とは重要な因子の1つと言える。また、人を直接的に支援する活動の有無別に健康状態を比較した結果、いずれの項目においても有意差はみられなかった。このことから、人を直接的に支援するか否かに関わらず、ボランティア活動への参加自体が高齢者の健康の維持および向上において重要である。ゆえに、プレフレイルおよび

フレイルの者を含むすべての高齢者が、ボランティア活動をはじめとする社会活動に参加しやすい環境づくりが必要であると考えられる。しかし、ボランティア活動を行っている者の割合は、高齢者を含むすべての年齢階級で減少傾向にあり(総務省統計局, 2021)、老人クラブ数や会員数自体も減少傾向にある(内閣府, 2022)。また、ボランティア活動への参加の妨げに関する調査では、ボランティア活動に関する十分な情報がないが34.1%を占めていた(内閣府, 2019)。よって、看護実践への示唆として、ボランティア活動の啓発が重要と考える。自治体における広報誌や市政ニュースの活用、行政職による高齢者向け健康教育における情報提供などを通して、地域社会の担い手としての活動を促すことがボランティア活動の推進につながると考える。また、ボランティア活動を活動目標の一つに掲げている老人クラブ会員は、非会員よりもボランティア活動に参加する機会が多いと考えられることから、老人クラブへの加入への働きかけもボランティア活動のきっかけとなると考える。

6. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界としては、横断研究であり因果関係を結論づけることができなかったこと、限られた地域での研究であったため一般化することは困難であること、新型コロナウイルス感染症流行前後における健康状態および活動内容の変化を比較検討できていないことである。今後の課題として、縦断研究の実施、対象とする高齢者の地域や老人クラブの範囲拡大、新型コロナウイルス感染症流行前後および流行時期における健康状態および活動内容の変化に関する比較検討が挙げられる。

VI. 結語

本研究は、老人クラブ会員におけるボランティア活動と身体・心理・社会的健康状態との関連を明らかにすることを目的に、老人クラブに加入している60歳以上の高齢者を対象に無記名自記式質問紙調査を行った。その結果、主観的健康感が高齢者のボランティア活動や身体・心理・社会的健康状態と関連していること、活動内容に関わらず、ボランティア活動を行うこと自体が高齢者の健康の維持および向上につながることで、老人クラブへの加入の利点や活動内容に関して高齢者への呼びかけや広報誌を活用した情

報周知を行っていくことが必要であることが示された。

謝辞

本研究にご協力くださいました老人クラブの皆様、A市老人クラブ連合会会長様および各地区の代表者様に深くお礼申し上げます。

文献

艾 斌, 星旦二. (2005). 高齢者における主観的健康感の有用性に関する研究. 日本公衆衛生雑誌, 52 (10), 841-852.

後迫由衣, 和泉比佐子, 小寺さやか. (2021). 地域在住高齢者の社会活動の関連要因 —地域コミットメントを含めた活動別の検討—. 日本公衆衛生看護学会誌, 10 (2), 34-42.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults : evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56. M146-M156, 2001. doi : 10.1093/gerona/56.3.m146.

藤原佳典, 杉原陽子, 新開省二. (2005). 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, 52 (4), 293-307.

深谷太郎, 小林江里香, 杉原陽子, 新開省二, Liang Jersey, 秋山弘子. (2013). ボランティア活動からの引退が健康に与える影響 7年間の縦断研究データを用いて. 老年社会科学, 35 (2), 241

原田直子, 榊原久孝. (2017). 地域在住高齢者における生きがいボランティア. 東海公衆衛生雑誌, 5 (1), 20.

橋本修二, 青木利恵, 玉腰暁子, 柴崎智美, 永井正規, 川上憲人, 五十里明, 尾島俊之, 大野良之. (1997). 高齢者における社会活動状況の指標の開発. 日本公衆衛生雑誌, 44 (10), 760-768.

井関淳子, 大橋一友. (2011). 地域在住の中老年女性のうつ傾向と社会的背景および自尊感情との関連 中年期群と更年期群との比較. 母性衛生, 51 (4), 640-646.

片桐恵子, 竹中優子, 岡田修一, 近藤徳彦, 長ヶ原誠, 増本康平, 朴木佳緒留. (2014). 高齢期の生産的活動と主観的健康. 老年社会科学, 36 (2), 227.

金貞任, 新開省二, 熊谷修, 藤原佳典, 吉田祐子, 天野秀紀, 鈴木隆雄. (2004). 地域中高年者の社会参加の現状とその関連要因—埼玉県鳩山町の調査から—. 日本公衆衛生雑誌, 51 (5), 322-334

木村裕美, 西尾美登里, 久木原博子, 古賀佳代子, 井上ゆりこ. (2019). 地域で生活する虚弱高齢者の生きがい感の実態と影響する要因. 日本健康支援学会誌, 21 (1), 39-44.

公益財団法人全国老人クラブ連合会 第1章「単位老人クラブ実態調査」結果の要約 150316_2.pdf (zenrouren.com) (閲覧日: 2022年11月14日)

公益財団法人全国老人クラブ連合会 老人クラブについて
老人クラブとは ~全国運動~ 全国老人クラブ連合会 (zenrouren.com) (閲覧日: 2022年11月14日)

厚生労働省. (2020) 令和2年度 福祉行政報告例の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/20/dl/gaikyo.pdf> (閲覧日: 2023年1月15日)

厚生労働省. (2020) 令和2年版厚生労働白書. <https://www.mhlw.go.jp/content/000684406.pdf> (閲覧日: 2022年11月14日)

厚生労働省社会・援護局地域福祉課. (2002) ボランティアについて s1203-5e_0001.pdf (mhlw.go.jp) (閲覧日: 2022年11月14日)

古谷野亘, 柴田博, 芳賀博, 須山靖男. (1990). 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.

栗本鮎美, 栗田 圭一, 大久保孝義, 坪田 (宇津木) 恵, 浅山敬, 高橋香子, 末永カツ子, 佐藤洋, 今井潤. (2011). 日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版 (LSNS-6) の作成と信頼性および妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌, 48 (2), 149-157.

文鐘聲, 松本大輔, 山崎尚美, 高取克彦, 宮崎誠. (2018). 地域在住高齢者におけるソーシャル・キャピタル及び社会経済的状态と主観的健康感との関連—KAGUYAプロジェクトベースライン調査. 畿央大学紀要, 15 (1), 11-19.

苗加拓也, 野口真里, 長津舞, 新鞍真理子. (2012). 高齢者の老いの意識と生きがいとの関係—高齢者自身によるボランティア活動を通して—. 富山大学看護学会誌, 11 (1),

- 内閣府 . (2019) 令和元年度 (2019 年度) 市民の社会貢献に関する実態調査 . https://www.npo-homepage.go.jp/uploads/r-1_houkokusyo.pdf (閲覧日 : 2022 年 11 月 14 日)
- 内閣府 . (2022) 令和 4 年度版高齢社会白書 (全体版) 第 2 節 分野別の施策の実施の状況 (3) 3 学習・社会参加 | 令和 4 年版高齢社会白書 (全体版) - 内閣府 (cao.go.jp) (閲覧日 : 2022 年 11 月 14 日)
- 大河原和也 , 大矢敏之 . (2021). 異なる通いの場に参加する地域在住高齢者におけるフレイルの実態 . 北海道理学療法士会誌 , 38, 22-27.
- 岡戸順一 , 艾斌 , 巴山玉蓮 , 星旦二 . (2003). 主観的健康感が高齢者の生命予後に及ぼす影響 . 日本健康教育学会誌 , 11(1), 31-38.
- 島貫秀樹 , 本田春彦 , 伊藤常久 , 河西敏幸 , 高戸仁郎 , 坂本譲 , 犬塚剛 , 伊藤弓月 , 荒山直子 , 植木章三 , 芳賀博 . (2007). 地域在宅高齢者の介護予防推進ボランティア活動と社会・身体的健康 および QOL との関係 . 日本公衆衛生誌 , 54 (11), 749-759.
- 総務省統計局 . (2020) 令和 2 年度国勢調査 . https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka/pdf/outline_01.pdf (閲覧日 : 2023 年 1 月 15 日)
- 総務省統計局 . (2021) 令和 3 年社会生活基本調査の結果 結果の概要 . <https://www.stat.go.jp/data/shakai/2021/pdf/gaiyoua.pdf> (閲覧日 : 2022 年 11 月 14 日)
- 総務省統計局 . (2021) 人口推計 (2021 年 (令和 3 年) 10 月 1 日 現在) . <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2021np/index.html#a05k01-b> (閲覧日 : 2023 年 3 月 15 日)
- 杉下守弘 , 朝田隆 . (2009). 高齢者用うつ尺度短縮版 - 日本版 (Geriatric Depression Scale-Short Version-Japanese, GDS-S-J) の作成について . 認知神経科学 , 11 (1), 87 - 90.
- 鈴木隆雄 , 岩佐一 , 吉田裕子 , 稲垣宏樹 , 増井幸恵 , 島田裕之 , 菊池和則 , 大塚理加 , 野中久美子 , 吉田裕人 . (2018). 地域高齢者における新たな生活機能指標の開発 : JST 版活動能力指標の測定不変性ならびに標準値 . 厚生の指標 , 65 (15), 1-7.
- 和田有理 , 村田千代栄 , 平井寛 , 近藤尚己 , 近藤克則 , 植田一博 , 市田行信 . (2014). AGES プロジェクトのデータを用いた GDS5 の予測的妥当性に関する検討 - 妖怪介護認定、死亡、健康寿命の喪失のリスク評価を通して - . 厚生の指標 , 61 (11), 7-12.
- 山田実 , 荒井秀典 . (2018). 介護予防ガイド (平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業) . 26. 0 - 介護 cc2019. indd (ncgg.go.jp) (閲覧日 : 2022 年 11 月 14 日)
- 安田節之 . (2007). 大都市近郊の団地における高齢者の人間関係量と地域参加 . 老年社会科学 , 28 (4), 450-463.
- 矢富直美 . (1994). 日本老人における老人用うつスケール (GDS) 短縮版の因子構造と項目特性の検討 . 老年社会科学 , 16 (1), 29-36.