

地域住民における認知的ソーシャル・キャピタルとメンタルヘルスとの関連

フジタ コウジ カネコ ヨシヒロ モトハシ ユタカ
藤田 幸司*1 金子 善博*2 本橋 豊*3

目的 農村部における地域住民の認知的ソーシャル・キャピタル（以下、SC）とメンタルヘルスとの関連について、前向きコホート研究によって検証する。

方法 秋田県A町において、30歳以上の地域住民を対象に、2008年10月に初回調査、2010年7月に追跡調査を悉皆にて実施した。いずれも自記式質問紙を用いた留置法（健康推進員による配布回収）にて実施し、追跡可能であった2,153人のうち、初回調査時の年齢が90歳以上であった15人を除く2,138人のデータを分析に用いた。分析項目として、性別、年齢、世帯の暮らし向き、主観的健康感、追跡期間中におけるネガティブ・イベントの発生を用いた。認知的SCの評価は、互助と信頼、社会の責任感、地域への愛着、対人的なつながり、地域の優しさを問う5つの質問項目からなる認知的SCスコアを用いて認知的SC得点（得点範囲0～15点）を算出し、9点以下（第1四分位数）を低SC群とした。また、メンタルヘルスの指標としてK6を用い、9点以上（得点範囲0～24点）を抑うつ傾向ありとした。初回調査時に抑うつ傾向なし（ $K6 < 9$ 点）であった集団の、1年9カ月後の追跡調査時における抑うつ傾向（あり／なし）を従属変数、認知的SCスコア（低／高）を説明変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。

結果 初回調査時に抑うつ傾向なし（ $K6 < 9$ 点）であった1,438人のうち、追跡調査時に抑うつ傾向あり（ $K6 \geq 9$ 点）となったのは123人（8.6%）であった。多重ロジスティック回帰分析の結果、初回調査時の低SC群は、抑うつ傾向ありとなる確率が高SC群の約2倍であった（オッズ比1.94、95%信頼区間：1.30-2.90）。また、性別、年齢（10歳階級）を調整した場合のオッズ比は1.70（95%信頼区間：1.12-2.59）、性別、年齢、世帯の暮らし向き、主観的健康感、追跡期間中のネガティブ・イベント（身近な人のつらい喪失）を調整した場合のオッズ比は1.66（95%信頼区間：1.08-2.56）と有意であった。

結論 認知的SCが高いことは、メンタルヘルス悪化を予防する可能性が示唆された。地域づくり活動やコミュニティ・パワメントなどのアプローチが、地域住民のメンタルヘルスの向上に有効であると考えられる。

キーワード メンタルヘルス、ソーシャル・キャピタル、地域保健、地域づくり、地域住民

I はじめに

地域において、精神障害や、精神的に強いストレス状態にある人を支えるためには、社会的

支援が重要である。個人の有するネットワークなどのリソースの多寡に加えて、社会的支援を充実させるために、地域づくりの重要性が認識されるなか、近年、ソーシャル・キャピタル

*1 秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座助教 *2 同准教授 *3 同教授

(social capital, 以下, SC) と呼ばれる概念が注目されている¹⁾。SCとは「地域における人々の信頼関係や結びつき」を表す概念であり、SCの蓄積は経済面や社会面で有益な成果をもたらす(例えば、信頼は様々な「取引コスト」を下げることにつながるため、経済活動の効率性を高める)。SCを「協調的な行動を促進することで社会の効率性を改善することができる、信頼(trust)、規範(norm)、ネットワーク(network)といった社会組織の特徴」としたPutnam²⁾による概念が1990年代に確立した社会疫学に導入されて以降、Kawachiら³⁾の研究をはじめ、SCと健康との関連に関する研究が多く報告されてきた⁴⁾⁻⁶⁾。また、わが国でも高齢者を対象とした大規模な疫学調査研究が行われている⁷⁾。SCは個人レベルと集団(職場・地域社会)レベルでとらえられ、また、構造的(structural)要素と認知的(cognitive)要素に区分される。構造的SCとは、公式あるいは非公式のネットワーク、役割や規則などであり、認知的SCとは信頼や互酬性といったものである。死亡率や罹患率、主観的健康感等をアウトカムとし、SCとの関連について分析を行った研究の多くは、SCが豊かであることが地域住民の健康に寄与することを示唆している。

しかし、SCの精神疾患やメンタルヘルスとの関連については実証的な研究報告が少なく、十分な知見はない⁸⁾⁻¹¹⁾。SCがうつ病などの精神疾患や、その原因となる精神的ストレスの少なさに関連するのであれば、地域づくり型健康増進活動等によってSCの醸成をはかることが、住民のメンタルヘルス対策に有効であると考えられる。

本研究では、農村部の地域住民における個人レベルの認知的SCが、将来のメンタルヘルスの状態を予測するかどうかを、前向きコホート研究によって検証することを目的とした。

Ⅱ 方 法

(1) 調査方法および対象者

秋田県A町に在住する30歳以上の全住民

6,899人(入院、入所中を除く)を対象に、2008年10月に初回調査、2010年7月に追跡調査をいずれも自記式質問紙を用いた留置法(健康推進員による配布回収)にて実施した。初回調査時(2008年10月1日現在)の秋田県A町の総人口は8,456人(男3,921人、女4,535人)、世帯数2,955世帯、高齢化率は35.2%(男29.3%、女40.2%)である。初回調査(6,656人に配布)で有効回答を得た5,295人(有効回答率79.6%)のうち、記名で回答した2,883人を追跡対象者とし、2,153人(74.7%)から追跡調査の回答を得ることができた。本研究では、初回調査時の年齢が90歳以上であった15人を除く2,138人のデータを分析に用いた。

(2) 分析に用いた変数

本研究ではメンタルヘルスの指標として、K6(The Kessler 6-Item Psychological Distress Scale)¹²⁾⁻¹⁴⁾日本語版¹⁵⁾を使用した。K6は過去30日間における抑うつ感情の頻度を問う6項目の簡易的な質問からなり、「全くない」「少しだけ」「ときどき」「たいてい」「いつも」の5段階評価にて回答を求め、それぞれの回答に0~4点を割り付けて合計得点を算出する(得点範囲0~24点)。得点が高いほど精神的ストレスが強い状態と評価される。Kesslerら¹²⁾はserious mental illness(SMI)のcut-off値を13点としているが、本研究ではK6日本語版のパフォーマンスを検証したFurukawaらの報告¹⁶⁾を参考に、正常(0~4点)、軽度(5~8点)、中等度(9~12点)、重度(13~24点)に分類し、中等度(9~12点)および重度(13~24点)を“抑うつ傾向あり”とした。

また、本研究では認知的SCの評価のために、金子らによる「地域におけるSC測定5項目(認知的SCスコア)」¹⁷⁾¹⁸⁾を用いた。これは「近所の人は、お互いに助け合う気持ちがありますか(互助と信頼)」「近所の人は、子ども達だけで危険なことをして遊んでいるのを見かけると注意しますか(社会の責任感)」「あなたは、お住まいの地域に愛着がありますか(地域への愛着)」「あなたは、近所の人と良く話をしますか

（対人的なつながり）」「近所の人は、お年寄りへの優しさがありますか（地域の優しさ）」の5つの質問からなり、「よく（大変）ある・する」「まあ（たまに）ある・する」「あまりない・しない」「ない・しない」の4件法で回答を求めるものである。それぞれの回答に0～3点を割り付けて総合点を算出し、得点が高いほど認知的SCが高い（得点範囲0～15点）。

主観的健康感については4件法で回答を求め、「とても健康」「まあまあ健康」と回答した者を“健康群”，「あまり健康ではない」「健康ではない」と回答した者を“非健康群”とした。世帯の暮らし向き（経済状況）についても4件法で回答を求め、「とてもゆとりがある」「どちらかというゆとりがある」と回答した者を“ゆとりあり群”，「どちらかというゆとりがない」「ゆとりがない」と回答した者を“ゆとりなし群”とした。ネガティブ・イベントの発生については、身近な人のつらい喪失、仕事のつらい変化について、それぞれ追跡期間中にお

ける経験の有無を尋ねた。

（3） 分析方法

初回調査時に抑うつ傾向なし（K 6 < 9 点）であった集団において、1年9カ月後の追跡調査時における抑うつ傾向（あり／なし）を従属変数、認知的SCスコア（低／高）を説明変数とした多重ロジスティック回帰分析を行い、認知的SCとメンタルヘルスとの関連を分析した。調整変数として、性別、年齢に加えて、独立性の検定において追跡調査時における抑うつ傾向と有意な関連がみられた変数をモデルに投入した。解析はすべて、SPSS 11.03J for Windowsを用いて行い、統計学的な有意水準は5%とした。

（4） 倫理的配慮

本研究は、秋田大学医学部倫理委員会の審査を受け承認を得て実施した（医総第10-7号 平成20年10月9日）。調査の実施時には書面にて研究の主旨と方法、個人情報保護と目的以外のデータの不使用、回答の部分的な拒否や途中でも参加を拒否する権利の保障、不参加による不利益はないことについて説明し、質問紙への回答をもって調査協力の同意を得たこととするを約束した。個人を特定可能な氏名、住所などの基本属性データについては住民基本台帳データの提供を受けるため、秋田県A町とは住民情報取り扱いに関する契約を締結し遵守した。質問紙調査への回答は同意が得られた場合にのみ記名とするが、希望しない場合は記名する必要がないことを明記した。

Ⅲ 結 果

初回調査、追跡調査ともに記名で有効回答を得た2,138人のうち、両調査ともK 6 スコアを算出できたの

表1 解析対象者の特性

	全 体 (n = 1,438)	男 性 (n = 682)	女 性 (n = 756)
年齢（平均±標準偏差，歳）	59.8±13.8	59.5±13.3	60.1±14.1
年齢階級（人数（%））			
30～39歳	146(10.2)	63(9.2)	83(11.0)
40～49	184(12.8)	92(13.5)	92(12.2)
50～59	362(25.2)	181(26.5)	181(23.9)
60～69	347(24.1)	175(25.7)	172(22.8)
70～79	298(20.7)	127(18.6)	171(22.6)
80～89	101(7.0)	44(6.5)	57(7.5)
世帯の暮らし向き ¹⁾ （人数（%））			
ゆとりがある	14(1.0)	6(0.9)	8(1.1)
どちらかというゆとりがある	516(36.7)	237(35.5)	279(37.8)
どちらかというゆとりがない	572(40.7)	281(42.1)	291(39.4)
ゆとりがない	304(21.6)	144(21.6)	160(21.7)
主観的健康感 ¹⁾ （人数（%））			
とても健康	135(9.5)	63(9.3)	72(9.7)
まあまあ健康	1 015(71.4)	489(72.1)	526(70.8)
あまり健康ではない	222(15.6)	95(14.0)	127(17.1)
健康ではない	49(3.4)	31(4.6)	18(2.4)
追跡期間中のネガティブ・イベント ¹⁾ （人数（%））			
身近な人のつらい喪失あり	64(4.5)	19(2.8)	45(6.0)
仕事のつらい変化あり	518(36.0)	235(34.5)	283(37.4)
認知的SCスコア ¹⁾ （人数（%））			
低（0～9点）	304(23.1)	142(22.7)	162(23.5)
やや低（10～11）	460(35.0)	215(34.4)	245(35.6)
やや高（12～13）	321(24.4)	158(25.3)	163(23.7)
高（14～15）	229(17.4)	110(17.6)	119(17.3)

注 1) 欠損値を除く

は1,699人であった。初回調査時におけるK6スコアは平均（標準偏差：SD）4.2（4.3）、尖度2.1、歪度1.4の分布を示し、正常（0～4点）61.0%、軽度（5～8点）23.6%、中等度（9～12点）10.2%、重度（13～24点）5.2%であった。抑うつ傾向なし（K6<9点）であったのは1,438人（84.6%）であり、これらを解析対象者とした。表1に初回調査における解析対象者の特性を示した（追跡期間中のネガティヴ・イベントの発生については追跡調査時のデータである）。

初回調査における認知的SCスコアのクロンバックの α 係数は0.78となっており、内的整合

性による信頼性の確認ができた。認知的SCスコアの分布は平均値（SD）11.0（2.5）、尖度0.59、歪度-0.55であった。四分位数を用いて、低（0～9点）23.1%、やや低（10～11点）35.0%、やや高（12～13点）24.4%、高（14～15点）17.4%に区分し、さらに第1四分位数によって、認知的SC高群（10点以上）と認知的SC低群（9点以下）の2群に分けた。

解析対象者の、1年9カ月後におけるK6スコアは平均（SD）3.4（3.6）、尖度2.7、歪度1.4の分布を示し、正常（0～4点）67.7%、軽度（5～8点）23.7%、中等度（9～12点）6.5%、重度（13～24点）2.1%、抑うつ傾向あり（K6 $\geq$ 9点）は123人（8.6%）であった。

次に、1年9カ月後における抑うつ傾向の有無と、初回調査における各変数（曝露）との関連を明らかにするために、 χ^2 検定およびt検定を行った（表2）。その結果、性別、年齢、世帯の暮らし向き、主観的健康感、身近な人のつらい喪失、認知的SCはいずれも統計学的に有意な関連がみられ、抑うつ傾向あり群は、抑うつ傾向なし群と比べて、女性の割合が高く、平均年齢が低い、初回調査時における世帯

表2 抑うつ傾向と心理・社会的要因との関連（n=1,438）

	追跡調査時の抑うつ傾向		p 値
	抑うつ傾向なし (K 6 < 9 点) (n = 1,315)	抑うつ傾向あり (K 6 $\geq$ 9 点) (n = 123)	
性：女性（%）	51.6	63.4	0.014
年齢：平均 $\pm$ 標準偏差（歳）	60.0 $\pm$ 13.6	57.1 $\pm$ 15.5	0.025
世帯の暮らし向き：ゆとりなし（%）	61.4	72.3	0.023
主観的健康感：非健康（%）	18.2	28.9	0.005
ネガティヴ・イベントの発生 ²⁾			
身近な人のつらい喪失：あり（%）	4.0	8.9	0.020
仕事のつらい変化：あり（%）	36.3	33.3	0.556
認知的SCスコア：9点以下（%）	21.9	35.3	0.002

注 1) p 値：年齢はt検定、他はすべて χ^2 検定による

2) ネガティヴ・イベントの発生については、追跡調査時における情報であり、追跡期間中の発生の有無である。

表3 抑うつ傾向を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析の結果

説明変数 比較カテゴリー／基準カテゴリー	調整なし		モデル1		モデル2	
	オッズ比(95%信頼区間)	p 値	オッズ比(95% C.I.)	p 値	オッズ比(95% C.I.)	p 値
認知的SC 低い(9点以下)／高い(10点以上)	1.94 (1.30-2.90)	0.001	1.70 (1.12-2.59)	0.013	1.66 (1.08-2.56)	0.022
性別 女性／男性			1.52 (1.03-2.26)	0.035	1.41 (0.94-2.11)	0.099
年齢階級 40～49歳／30～39歳			1.00 (0.51-1.95)	0.996	0.93 (0.47-1.86)	0.847
50～59 / "			0.75 (0.40-1.40)	0.367	0.62 (0.32-1.18)	0.145
60～69 / "			0.39 (0.19-0.81)	0.011	0.29 (0.13-0.63)	0.002
70～79 / "			0.59 (0.29-1.19)	0.142	0.56 (0.27-1.15)	0.116
80～89 / "			1.16 (0.52-2.59)	0.713	1.04 (0.45-2.40)	0.919
世帯の暮らし向き ゆとりがない／ゆとりがある					1.63 (1.04-2.53)	0.033
主観的健康感 非健康／健康					2.19 (1.39-3.43)	0.001
身近な人のつらい喪失 あり／なし					2.64 (1.24-5.62)	0.012
Hosmer & Lemeshow χ^2			10.25 (d.f. = 8)	p = 0.25	7.88 (d.f. = 8)	p = 0.45

の暮らし向きにゆとりがない、主観的健康感が悪い、認知的SCスコアが低い（9点以下）、また、追跡期間における身近な人のつらい喪失を経験した割合が高い傾向が明らかとなった。しかし、追跡期間における仕事のつらい変化の有無については、統計学的に有意な関連がみられなかった。

追跡調査時における抑うつ傾向（あり／なし）を従属変数、認知的SCスコア（低い／高い）得点を説明変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った結果（表3）、認知的SCのオッズ比は1.94（95%信頼区間（C.I）1.30－2.90）となっており、初回調査時の認知的SC低群は、1年9カ月後の追跡調査時に抑うつ傾向ありとなる確率が認知的SC高群の約2倍であった。また、性別、年齢（10歳階級）を調整変数として投入した多重ロジスティック回帰分析（モデル1）では、認知的SCのオッズ比は1.70（95% C.I 1.12－2.59）となっており、性別、年齢といった交絡因子を調整しても、認知的SCはメンタルヘルスに強く関連していることが示唆された。さらに、性別、年齢（10歳階級）に加えて、 χ^2 検定およびt検定で有意な関連が認められた、世帯の暮らし向き、主観的健康感、追跡期間中のネガティブ・イベント（身近な人のつらい喪失）を調整した多重ロジスティック回帰分析（モデル2）における、認知的SCのオッズ比は1.66（95% C.I 1.08－2.56）となっており、主観的健康感等のメンタルヘルスに強い影響を及ぼす要因を調整しても、認知的SCはメンタルヘルスに強く関連していることが示唆された。

Ⅳ 考 察

本研究は、農村部の地域住民を対象に、認知的SCとメンタルヘルスとの関連について分析し、性別、年齢および世帯の暮らし向き（経済状況）、主観的健康感、ネガティブ・イベントの発生（身近な人のつらい喪失）の影響を調整しても、認知的SCが低いことがメンタルヘルス悪化のリスクを高くすることを明らかにした。

この結果から、認知的SCが高いことは、メンタルヘルス悪化を予防する可能性が示唆される。

Fujiwaraらは、アメリカの25～74歳を対象に、うつ病の発症と個人レベルのSCとの関連を調べた前向き研究において、認知的SCのレベルが高い集団は低い集団と比べて追跡期間中のうつ病発生の確率が有意に低く、構造的SCについてはうつ病の発症との関連が認められなかったと報告している¹⁹⁾。また、認知的SCのレベルが高いことが、気分障害や不安障害などの頻度の高い精神障害（common mental disorders）の発生を低下させるといった関連を報告している横断研究も多い⁹⁾。本研究の結果も欧米の研究の知見に一致するものである。

認知的SCは「地域に対する人々の信頼感」とも言うべきものであり、個人が心の健康問題や強いストレス、さらに個人では解決困難な問題に直面したときの対処行動に大きく影響すると考えられる。つまり、信頼や互酬性といった認知的SCが高い人は、精神的に困難な状況にある時に、家族や友人関係などの個人の有するリソースの多寡に関わらず、地域社会に適切な支援を求め、解決できる可能性が高い。しかし、認知的SCの低い人は、地域に対する信頼も低く、社会参加も積極的ではないために、適切な支援を得ることが困難であることがメンタルヘルスの悪化につながりやすいと考えられる。また、認知的SCは構造的SCと相関しており、認知的SCが低い人は、ネットワークも少なく、社会参加も少ない。

近年、わが国の農村・過疎地域においては、雇用需要の縮小による若年世代の人口流出と少子高齢化が著しく、都市部との経済格差の拡大、一次産業の担い手や後継者不足、多世代同居形態の減少による家族関係の変化、医療・介護ニーズの増大等が地域住民に深刻な心理的孤立や精神的ストレスをもたらしている。地域住民のメンタルヘルスには多様な心理社会的要因が関連しており、それらは同時に複数であることも多い。個別の対応では限界があり、地域づくりによる社会的支援が重要である。地域住民が心理的に孤立することなく、何か困ったり悩み

を抱えた時に必要かつ適切な支援を得られるような、良いつながり、ネットワークを地域住民が再構築していくための社会的支援環境の形成や、積極的な社会参加が可能な新しいコミュニティ、地域づくりが地域のメンタルヘルス対策においては有効であると考えられる。

地域において近所づきあいなどのネットワークや、相互信頼・相互扶助が強まること、社会活動への住民の積極的な参加が促進されることによって地域のSCは蓄積され、豊かになると考えられる。多世代の住民が主体となる地域づくり活動やコミュニティ・パワメントなどのアプローチが、地域住民のメンタルヘルスの向上に有効である。

本研究の限界は次のとおりである。第1に分析対象者は計2回の質問紙調査に記名で有効回答した協力的な集団であることから、認知的SCやメンタルヘルスの評価についてはバイアスが存在する可能性が高いことである。つまり、調査に回答しない集団の認知的SCやメンタルヘルスは低い可能性があり、本研究結果の解釈には注意が必要である。第2に、本研究で認知的SCの評価に用いた尺度の信頼性、妥当性については、まだ十分な検証がされていない。今後、認知的SCの指標としてのさらなる検討が必要である。最後に、本研究では個人レベルのSCについての分析を行ったが、今後はわが国における地域レベルのSCについての分析を集積していく必要があるだろう。

以上のような限界はあるものの、本研究では個人レベルの認知的SCが豊かであることが精神的ストレスの少なさに関連しており、地域づくり型健康増進活動等によってSCの醸成をはかることが、住民のメンタルヘルスの向上に有効であることが示唆された。

謝辞

本研究はJSPS科研費20590632, 23590773の助成を受け実施した。

文 献

1) 本橋豊, 金子善博, 山路真佐子. ソーシャル・キャ

ピタルと自殺予防. 秋田県公衆衛生学雑誌. 2005; 3(1): 21-31.

- 2) Putnam R, Leonardi R, Nanetti R. Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1993.
- 3) Kawachi I, Kennedy BP. The relationship of income inequality to mortality: does the choice of indicator matter? Soc Sci Med. 1997; 45(7): 1121-7.
- 4) Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. Social capital and health. New York: Springer; 2008.
- 5) 木村美也子. ソーシャル・キャピタル—公衆衛生学分野への導入と欧米における議論より—, 保健医療科学. 2008; 57(3): 252-65.
- 6) Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. J Epidemiol. 2012; 22(3): 179-87.
- 7) Ichida Y, Kondo K, Hirai H, et al. Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities. Soc Sci Med. 2009; 69(4): 489-99.
- 8) Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. J Urban Health. 2001 Sep; 78(3): 458-67.
- 9) De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, et al. Social capital and mental illness: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2005; 59(8): 619-27.
- 10) Almedom AM. Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. Soc Sci Med. 2005 Sep; 61(5): 943-64.
- 11) Nyqvist F, Forsman AK, Giuntoli G, et al. Social capital as a resource for mental well-being in older people: a systematic review. Aging Ment Health. 2013; 17(4): 394-410.
- 12) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med. 2002; 32(6): 959-76.
- 13) Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, et al. Screening for serious mental illness in the general population. Arch Gen Psychiatry. 2003; 60(2): 184-9.

- 14) Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, et al. Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale : results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2010 ; 19 (S1) : 4-22.
- 15) National Comorbidity Survey ([http : //www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php](http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php)) 2008.8.1.
- 16) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2008 ; 17(3) : 152-8.
- 17) 金子善博, 本橋豊, 山路真佐子. 地域のソーシャル・キャピタルは住民の抑うつ度と関連する. 第65回日本公衆衛生学会総会抄録集. 2006 ; 53 (10 特別付録) : 857.
- 18) 南園佐知子, 本橋豊, 金子善博, 他. 自殺予防対策にむけたソーシャル・キャピタル測定手法の開発. 第65回日本公衆衛生学会総会抄録集. 2006 ; 53 (10 特別付録) : 861.
- 19) Fujiwara T, Kawachi I. A prospective study of individual-level social capital and major depression in the United States. *J Epidemiol Community Health.* 2008 Jul ; 62(7) : 627-33.