Kobe University Repository : Kernel

PDF issue: 2025-07-20

カンボジア農村女性の幸福度と主観的健康 : 社会関係資本の影響

石黒, 馨

(Citation)
國民經濟雜誌,221(2):1-23

(Issue Date)
2020-02-10

(Resource Type)
departmental bulletin paper

(Version)
Version of Record

(JaLCDOI)
https://doi.org/10.24546/E0041969

(URL)
https://hdl.handle.net/20.500.14094/E0041969

ISSN 0387-3129

国民経済雑誌

カンボジア農村女性の幸福度と主観的健康

――社会関係資本の影響――

石　黒　　馨

国民経済雑誌　第221巻　第２号　抜刷

2020年２月

神戸大学経済経営学会

『国民経済雑誌』第221巻第２号（2020年２月），1-23

カンボジア農村女性の幸福度と主観的健康*

――社会関係資本の影響――

石　黒　　馨[a]

本稿は，カンボジア農村女性の幸福度と主観的健康に社会関係資本が及ぼす影響について，以下の点を実証的に明らかにする。第１に，カンボジア農村女性の幸福度は主観的健康や社会関係資本によって影響を受ける。第２に，主観的健康は，幸福度とは異なる要因によって影響を受ける。第３に，幸福度と主観的健康には認知的社会関係資本や構造的社会関係資本が影響を及ぼす。

キーワード　　カンボジア農村，幸福度，主観的健康，社会関係資本

１　は　じ　め　に

社会関係資本が幸福度や主観的健康に及ぼす影響に関する研究が行われるようになって久しい。この間，社会関係資本の概念やその測定方法に関する研究が進み，幸福度や主観的健康に及ぼす影響についての共通認識も深まっている。従来の研究において最も重要な知見の１つは，幸福度や主観的健康が経済的な富に劣らず社会関係資本に依存しているということである（Frey 2008, Kawachi *et al.* 2008, Dolan *et al.* 2008）。ただし，先進諸国の研究は膨大な量になっているが，発展途上国の幸福度や主観的健康に関する研究はきわめて少ない。

このような研究状況において，本稿は，カンボジア農村女性の幸福度と主観的健康に社会関係資本が及ぼす影響について実証的に分析する。カンボジアの幸福度については，World Happiness Report（WHR），Gallup World Poll（GWP），Happiness Planet Index（HPI）による調査があるが，主観的健康に関する調査はない。カンボジアは，WHR（2018年）では世界120位，GWP（2012年）では世界138位，HPI（2012年）では世界85位である。ASEAN 10ヵ国におけるカンボジアの位置は，WHR では８位，GWP では10位であり，HPI では８位である。これらの調査は評価基準が異なり，WHR は主観的幸福度，GWP は各国の生活の質，HPI はエコロジーや持続可能性を基準にしている（Yuen and Chu 2015）。

カンボジアは，ポル・ポト政権期（1975年４月-1979年１月）とその後のパリ和平協定（1991年10月）まで続く内戦によって，民主化や経済成長のような政治経済活動が停滞した。

a　神戸大学大学院経済学研究科，ishiguro@econ.kobe-u.ac.jp

1998年以降のフン・セン長期政権は，民主化を抑圧しながら，2010年以降は７％前後の経済成長を維持している。このような政治経済的な激変の中で，カンボジアの社会関係資本はどのように変化し，幸福度や主観的健康にどのような影響を及ぼしているのだろうか？政治経済体制の激動がもたらした負の影響に対して，社会関係資本は，カンボジアの幸福度や主観的健康を促進する有効な手段になっているのだろうか？

社会関係資本が幸福度や主観的健康の向上に有効な手段であるとすれば，社会関係資本のどのような点が有効なのだろうか？このような問題に答えるためには，カンボジアにおける幸福度や主観的健康と社会関係資本に関する実証分析が必要になる。カンボジアに関する研究成果は，他の発展途上国，特に東南アジア諸国の研究に応用することができるだけではなく，政策提言に生かすこともできるだろう。本稿では特に，カンボジア農村の女性に焦点を当てる。というのは，カンボジアは今なお農業国（2018年 GDP の22.0%，ADB 2019）であり，農村社会では女性が社会生活において重要な役割を担っているからである。

本稿の目的は，カンボジア農村女性の幸福度と主観的健康に社会関係資本が及ぼす影響について実証的に分析することである。本稿では，特に以下の仮説について検証する。第１に，カンボジア農村女性の幸福度は，主観的健康や社会関係資本によって影響を受ける。第２に，主観的健康は，幸福度とは異なる要因によって影響を受ける。第３に，幸福度と主観的健康には認知的社会関係資本や構造的社会関係資本が影響を及ぼす。

本稿では，筆者らが2018年９月に実施した聞き取り調査によって得たデータを用いて実証分析する。カンボジア・シェムリアップ州の７つの村落で283人の女性に対して日本国際ボランティアセンター（Japan International Volunteer Center）と協力し聞き取り調査を実施した。カンボジア農村女性の幸福度と主観的健康に関する実証分析は，筆者が調査した限りでは存在しない。

本稿の主要な結論は以下の通りである。第１に，カンボジア農村女性の幸福度には以下の要因が影響する。家計所得が多く，金銭を貸与し，家族への信頼が高く，社会参加をし，主観的健康が高いほど，幸福度は高くなる。他方，家族に５歳未満児がいたり，貧困認定（ID Poor）を受けていたり，学歴（小学校卒業）が高かったりする人は，幸福度が低い。

第２に，主観的健康には以下の要因が影響する。幸福度と同様に，家族への信頼が高く，金銭を貸与をし，社会参加する人ほど，主観的健康は高い。しかし主観的健康には，幸福度と異なる要因が影響している。子供の生存人数が多い人は，主観的健康が高い。他方，年齢が高く，出産人数が多く，貧困認定（ID Poor）を受けていると，主観的健康は低くなる。

第３に，幸福度と主観的健康には，社会関係資本が影響している。信頼（家族）や互酬性（金銭貸与）で表される認知的社会関係資本や，社会参加で表される構造的社会関係資本は幸福度や主観的健康を高める。

以下，本稿は次のように構成される。第2節では，発展途上国において社会関係資本が幸福度や主観的健康に及ぼす影響に関する先行研究について検討する。第3節では本稿の分析方法について明らかにし，第4節で推計結果を示し，第5節で推計結果について検討する。最後に，本稿の結論を要約する。

2　先　行　研　究

社会関係資本の定義・指標と，発展途上国における社会関係資本が幸福度や主観的健康に及ぼす影響に関する先行研究について検討しよう。

2.1　社会関係資本の定義と指標

1）社会関係資本の定義：社会関係資本とは，人々の協調的行動を促進することによって社会の効率性を高めるような社会的ネットワーク・互酬性の規範・信頼である（Putnam 1993, 2000[1)]）。社会関係資本は，認知的社会関係資本と構造的社会関係資本に分けられる（Harpham *et al.* 2002, Yip *et al.* 2007, Kawachi *et al.* 2008）。認知的社会関係資本は，社会的ネットワークから生まれる信頼や互酬性の規範および帰属意識などの主観的な関係（感情）である。これに対して構造的社会関係資本は，観察可能な社会的ネットワークや社会組織への参加（行動）である。

認知的社会関係資本は信頼や互酬性の規範からなり，信頼は特定的信頼と一般的信頼に分けられる。特定的信頼は，帰属する集団の中の構成員に対する信頼である。一般的信頼は，「たいていの人は信頼できると思うか」という問いに対する回答で表される。このような信頼はまた，個人レベルと集団レベルに分けられる。集団レベルの信頼は，集団の集合的特性を表し，集合行為を促進し，集団の社会的凝集性（social cohesion）を表す（Kawachi *et al.* 2008: 邦訳33）。互酬性は，何らかの返礼を期待して相手を支援する行為である。支援には，①金銭的支援，②日常的世話，③情緒的支援（会話・癒し・励まし）などがある（Li *et al.* 2009）。このような互酬性に関する規範が認知的社会関係資本である。互酬性の規範は，家族・親族から地域のコミュニティに広がる。

構造的社会関係資本は，①結束型（家族・親族や利害を共有する排他的組織内の関係），②橋渡し型（組織間の異質な人々に開かれた関係），③連結型（権力や行政との関係）などに類型化される（Putnam 2000, Kawachi *et al.* 2008）。結束型社会関係資本では，家族・親族・地域などの社会的ネットワーク内で信頼や互酬性の規範が生まれる（社会支援仮説）。これに対して橋渡し型社会関係資本では，社会的ネットワーク間で信頼や互酬性の規範が形成され，情報の伝搬や外部資源との連携が行われる（社会資源仮説）。構造的社会関係資本はさらに，フォーマルなもの（宗教団体・政治組織など）とインフォーマルなもの（家族・

隣人・友人など）が区別される[2)]。構造的社会関係資本は，信頼・互酬性の規範や人々の同調行動（慣習）の媒体になる。

2）社会関係資本の指標：本稿では，以下のような信頼・互酬性の規範・社会的ネットワークの指標によってカンボジア農村の社会関係資本を測定する。

信頼：家族・親族への信頼は，認知的社会関係資本の特定的信頼に相当する。カンボジア農村には，親族関係（ボーン・プオーン，佐藤 2017: 49）を中心にした結束型社会関係資本があり，特定的な信頼や互酬性の伝統がある。婚姻は一夫一婦制であり，結婚後は女性の世帯に婚入する妻方居住が一般的である。それ故，親族関係は妻方の絆が強くなる。

このような関係は，親族以外に対しては排他的である。一般的信頼は見られず，「誰も排除されないが，同時に，他人は，信頼できると分かるまで信頼されない」（Grahn 2006: 17）。このように信頼の範囲は狭く，隣人や友人までである。ポル・ポト政権と内戦の時期を経て，社会関係が崩壊し，恐怖と不信がカンボジア社会を特徴づけてきた（Sen 2012）。

互酬性の規範：金銭付与（功徳）や金銭貸与（互酬性）も，認知的社会関係資本を構成する。仏教の功徳（金銭付与）は，利他主義と言うよりは，自分自身が徳を積む行為である。カンボジア農村には何らかの事情で生じる所得減少のリスクに対して家族・親族で助け合うという互酬性（金銭貸与）の規範が存在してきた（Sen 2012）。しかし，市場経済の浸透によって，こうした互酬性の規範が侵食されてきている。ただし，このような親族間の金銭貸与（互酬性）に代わるマイクロ・ファイナンスのようなフォーマルな仕組みが十分に機能しているわけではない。

社会的ネットワーク：構造的社会関係資本は，①寺院/パゴダ，②葬儀扶助，③学校保護者会，④森林組合などの社会組織への参加によって検討する。①仏教の寺院/パゴダは，村落コミュニティにおいて住民生活の重要な位置を占め（Grahn 2006, Sen 2012），日常的には週1回寺院で読経の集まりがある。上座仏教を信じるカンボジア社会では僧侶は尊敬されている。②葬儀扶助は，葬儀の際に費用や催事を助け合う地域住民の相互扶助である。葬式・法事・結婚式などの催事の際には地域住民の相互扶助（チュオイ・クニア，佐藤 2017: 132）が行われ，コミュニティの絆を強めている。③教育の地方分権化（cluster school system）が進むカンボジアでは，学校保護者会が年に何回か開催され，子供の就学支援が行われる。また学校支援委員会が機能している場合には，学校運営に地域住民が参加する（Pellini 2005）。④コミュニティ林業がある場合には，村の森林組合がこの管理をすることになる。このような構造的社会関係資本は，地域住民の相互扶助や情報共有および慣習の媒体になっている。

2.2　幸福度と社会関係資本

発展途上国における社会関係資本が幸福度に及ぼす影響についての研究報告は少ない[3)]。その中でASEAN 5カ国（インドネシア・マレーシア・フィリピン・シンガポール・タイ）の幸福度についてTambyan and Tan（2011）がアジアバロメータ（Asia Barometer Survey, 2004/2006/2007年）を用いて検討している。説明変数は，社会生活満足度（家族・友人・隣人との関係―構造的社会関係資本―），個人生活満足度（所得・健康・教育・仕事の満足度），個人的属性（年齢・性別・教育・家計所得）である。社会生活満足度と個人生活満足度は，すべての国の幸福度に有意な要因である。個人的属性は，わずかな例外を除きどの国でも幸福度に有意な要因ではない。

Yip *et al.*（2007）は，中国農村における社会関係資本が幸福度に及ぼす影響について検討している。データは2004年に中国山東省の農村で収集され，調査対象者は1,218人（16-80歳）である。認知的社会関係資本は信頼と互酬性，構造的社会関係資本は社会組織への参加で表される。幸福度に影響を及ぼす要因は，信頼，主観的健康，所得，資産，初等教育，年齢，移民，結婚などである。認知的社会関係資本（信頼）は，幸福度にも主観的健康にも有意な影響を及ぼしている。しかし構造的社会関係資本は，幸福度には有意ではない。

中国雲南省の幸福度については，Monk-Turner and Turner（2012）が分析している。データ収集は2003年。調査対象者は18-55歳の3,641人で，平均年齢は32歳，ドラッグ使用者が4.3%いる。学歴は，小学校卒業が33%，中学校卒業が38%である。都市居住者が38%，職業は自営業が67%である。共産党員が18%，漢民族が多数派であるが，少数民族も多い。構造的社会関係資本の影響は，共産党員は幸福度を高めるが，漢民族は幸福度を低下させる。学歴・相対所得・結婚は幸福度を高めるが，ドラッグ使用は幸福度を低める。男性は相対所得が幸福度を高め，女性は高学歴が幸福度を高める。都市居住者は高学歴が幸福度を高め，農村居住者は相対所得が幸福度を高める。

マレーシア女性の幸福度について，Noor（2006）は，女性の年代別生活様式を考慮したライフコース・アプローチ（life-course approach）によって結束型社会関係資本の負の影響を報告している。調査対象者は，マレーシア都市部の21-57歳の女性389人。既婚者が91%。年齢構成は，20歳代・30歳代・40歳代以上がそれぞれ3分の1である。高校卒業以上の学歴が63%，フルタイムの就業が93%である。すべての年代の女性において，女性としての役割（子供の母親・夫の妻・両親の介護者）―結束型社会関係資本―が幸福度や健康に負の影響を及ぼしている。また仕事と家族のバランスの問題が，20歳代女性の幸福度や健康に負の影響を及ぼしている。ただし30歳代以上ではこの問題の影響はない。

ベトナムの自営農民の幸福度について，Markussen *et al.*（2018）がVietnam Access to Resources Household Survey（2012年，調査対象者2,740人）を用いて検討している[4)]。自営農民

の幸福度の決定要因として，構造的社会関係資本（共産党員・結婚式の参加者数）は幸福度を高める。さらに先進諸国と違い，女性は幸福度が低い。年齢の影響はU字形を描く。教育・所得・健康・結婚は幸福度を高める。子供の人数は有意な変数ではない。

Gray *et al.*（2008）は，タイの高齢者（55-80歳）の幸福度に相対的貧困が影響することを明らかにしている。相対的貧困とは隣人と比べた主観的貧困である。[5] データは2005年にタイ中部のチャイナット県の農村で収集され，調査対象者は986人。相対的貧困以外に幸福度に影響する要因には，隣人との信頼（認知的社会関係資本），健康，負債，資産（電話・洗濯機・エアコン・車）がある。タイの幸福度の決定要因については，Guillen-Royo *et al.*（2013）が富とベーシック・ニーズを区別して検討している。2004年のWeD Resources and Needs Questionnaireのデータ（調査対象者は7村落745人）を用い，富の増大は幸福度を高めるが，ベーシック・ニーズの不足は幸福度を低下させるとしている。

2.3　主観的健康と社会関係資本

主観的健康は，医学的な健康ではなく，健康状態を主観的に自己評価するものである。この指標は，医学的指標では表せない全体的な健康状態を表す。この主観的健康の決定要因として注目されているのが社会関係資本である。[6]

先進諸国に関する調査結果は多く報告されている。例えばGiordano and Lindstrom（2010）とGiordano *et al.*（2012）は，英国のBritish Household Panel Surveyを用いて，社会関係資本が主観的健康に及ぼす影響について検討している。Giordano and Lindstrom（2010）の研究（期間1999-2005年，調査対象者9,303人）では，一般的信頼（認知的社会関係資本）と社会組織（地域・ボランティア・趣味）への参加（構造的社会関係資本）は，主観的健康を高める。信頼は心理的に健康を促進し，社会参加は社会的支援によって健康を促進する。Giordano *et al.*（2012）の研究（期間2000-2007年，調査対象者8,114人）では，一般的信頼・社会組織への参加（フォーマルな構造的社会関係資本）・隣人との会話（インフォーマルな構造的社会関係資本）が，主観的健康を高める。

発展途上国の社会関係資本と主観的健康との関係に関する研究は少ない。その中で前掲のYip *et al.*（2007）は，中国農村の社会関係資本が主観的健康に及ぼす影響について検討している。主観的健康に影響を及ぼす要因は，信頼，共産党員，年齢である。認知的社会関係資本（信頼）は，幸福度にも主観的健康にも有意な影響を及ぼす。しかし構造的社会関係資本は，幸福度には影響しないが，主観的健康を高める。このような相違について，Yip *et al.*（2007）は，情緒的支援が信頼にはあるが，構造的社会関係資本にはないという点を指摘している。

中国農村における社会関係資本（互酬性）が主観的健康に及ぼす影響については，Li *et al.*

（2009）も検討している。親子の世帯間支援（①金銭的支援，②日常的世話，③情緒的支援）―認知的社会関係資本―が高齢者の主観的健康に及ぼす影響の男女間格差について，彼らは以下の点を指摘している（データは2001/2003/2006年，調査対象者は2,036人）。第１に，子世代から老親世代への日常的世話は，男性老親の主観的健康を低下させるが，老親世代から子世代への金銭的支援は，男性老親の主観的健康を高める。第２に，老親世代から子世代への日常的世話と両世代間の情緒的相互支援は，女性老親の主観的健康を高めるが，子世代から女性老親への金銭的支援は，女性老親の主観的健康を低下させる。

コロンビアにおける社会関係資本と主観的健康度との関係については，Hurtado *et al.*（2011）が検討している。調査は2004/2005年に首都ボゴタで実施され，調査対象者は3,025人である。平均年齢は36.9歳，学歴は高校卒業以下が82.8%，就業者は67.5%である。社会関係資本については，認知的社会関係資本は①信頼と②互酬性，構造的社会関係資本は，③社会組織への参加，④ボランティア活動，⑤市民活動（署名活動），⑥政治活動への参加（投票行動）である。主観的健康に有意な影響を及ぼす変数は，認知的社会関係資本の①信頼と②互酬性と，構造的社会関係資本の③社会組織への参加である。

3　分　析　方　法

3.1　調査概要とデータ

幸福度と主観的健康に関する聞き取り調査は，2018年９月３日から10日に実施した。調査地は，シェムリアップ州チクレン郡（Chi Kraeng District）の７村落である。観測単位は出産経験のある女性283人である。村落の各世帯を訪問し，個別対面方式によって聞き取り調査を行った。この地域は，カンボジアの典型的な天水農業の稲作地域である。またカンボジア政府が定義する農村の貧困線（3,503リエル/１人１日，4,000リエル＝1USD）を約７割の家計が下回る貧困地域である（石黒 2017: 18）。

この聞き取り調査では，出産経験のある女性に対して幸福度と主観的健康について質問をした。第１に，幸福度について，あなたは普段どのくらい幸福だと感じていますか。以下のものから当てはまるものに○をつけてください。①とても幸福，②やや幸福，③普通，④やや不幸，⑤不幸。第２に，主観的健康について，あなたは普段どのくらい健康だと感じていますか。以下のものから当てはまるものに○をつけてください。①とても健康，②やや健康，③普通，④やや不健康，⑤不健康。

表１と表２は，幸福度と主観的健康の回答分布を表す。幸福度は，①とても幸福を５，②やや幸福を４，③普通を３，④やや不幸を２，⑤不幸を１に定量化して計算したものである。主観的健康も同様に，①とても健康を５，②やや健康を４，③普通を３，④やや不健康を２，⑤不健康を１に定量化して計算した。

表１　幸福度の回答分布

村名	とても幸福	やや幸福	普通	やや不幸	とても不幸	幸福度	観測数
OL 村	0	1	23	16	0	2.62	40
CH 村	3	4	44	18	3	2.79	72
DS 村	0	1	15	6	4	2.50	26
KS 村	0	8	42	27	1	2.73	78
TV 村	0	1	10	3	0	2.85	14
RO 村	1	4	14	9	3	2.70	31
CL 村	0	0	14	8	0	2.63	22
合計	4(1.4)	19(6.7)	162(57.2)	86(30.4)	12(4.2)	2.70	283

注）幸福度は平均値。括弧内は%。

表２　主観的健康の回答分布

村名	とても健康	やや健康	普通	やや不健康	とても不健康	主観的健康度	観測数
OL 村	0	1	18	20	1	2.57	40
CH 村	0	2	46	23	1	2.68	72
DS 村	1	0	17	8	0	2.76	26
KS 村	0	3	45	30	0	2.65	78
TV 村	0	0	8	6	0	2.57	14
RO 村	0	5	8	16	2	2.51	31
CL 村	0	4	13	5	0	2.95	22
合計	1(0.4)	15(5.3)	155(54.8)	108(38.2)	4(1.4)	2.65	283

注）主観的健康度は平均値。括弧内は%。

表１の幸福度の分布を見ると，①とても幸福が４人（1.4%），②やや幸福が19人（6.7%），③普通が162人（57.2%），④やや不幸が86人（30.4%），⑤とても不幸が12人（4.2%）である。とても不幸と回答した理由の中には，夫の暴力がある。幸福度の平均値は2.70であり，また①＋②が8.1%，③が57.2%，④＋⑤が34.6%であるので，幸福度は平均的には普通よりもやや不幸に傾いている。これは図１の分布図からも分かる。この結果は，日本の幸福度が普通よりも幸福が多い状況（大竹ほか 2010: 35）とは少し異なる。[7)]

表２の主観的健康の分布を見ると，①とても健康が１人（0.4%），②やや健康が15人（5.3%），③普通が155人（54.8%），④やや不健康が108人（38.2%），⑤とても不健康が４人（1.4%）である。とても不健康と回答した理由の中には，HIV 感染がある。主観的健康の平均値は2.65であり，また①＋②が5.7%，③が54.8%，④＋⑤が39.6%であるので，主観的健康も平均的には普通よりもやや不健康に傾いている。図１を見ると，主観的健康は幸福度よりも④（やや不健康）の割合が多く，平均的に主観的健康は幸福度よりも少し低い。

図２を見ると，幸福度と主観的健康度は村落間で相違がある。幸福度は，TV 村の2.85が

図１　幸福度と主観的健康の回答分布

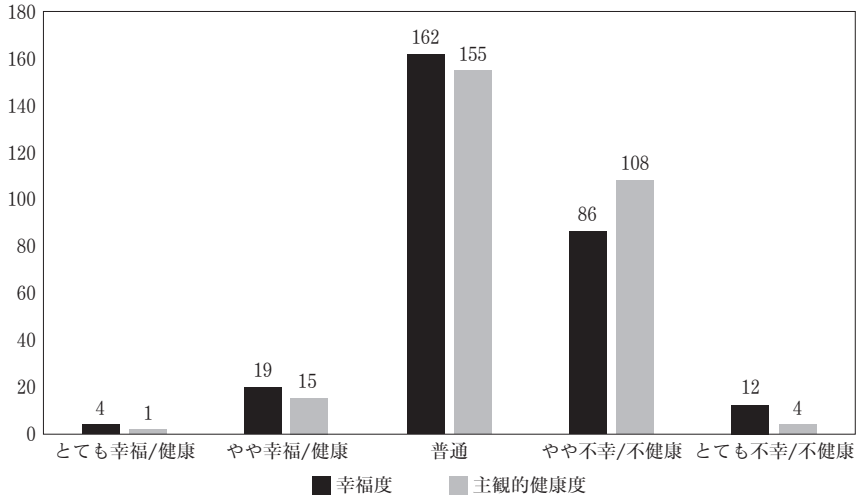
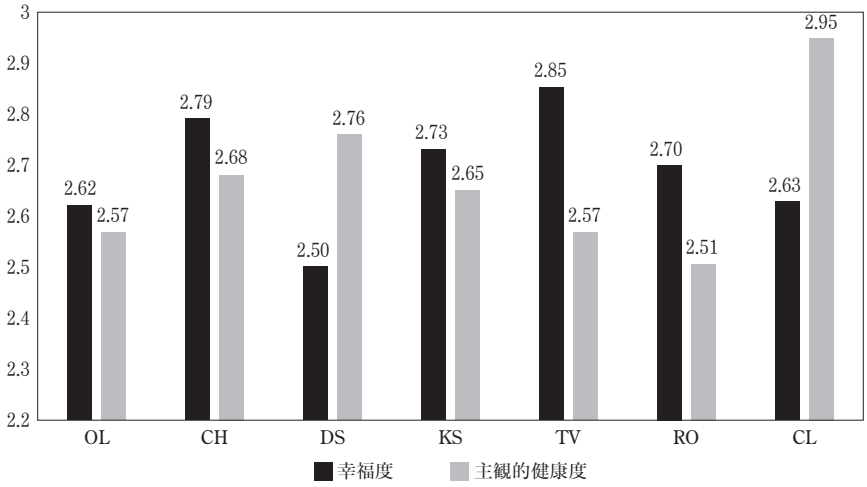


図２　幸福度と主観的健康の村落別分布



最も高く，CH 村の2.79がそれに続き，DS 村の2.50が最も低い。主観的健康度は，CL 村の2.95が最も高く，DS 村の2.76がそれに続き，RO 村の2.51が最も低い。７村落の内５村落は，主観的健康度よりも幸福度の方が高いが，DS 村と CL 村は幸福度よりも主観的健康度の方が高い。特に，CL 村は，やや健康の人の割合が多く，主観的健康と幸福度の差が大きい。

表３は，各村落の調査対象者の社会経済的属性を表す。283人の調査対象者の平均年齢は31.4歳である。家計構成員数は平均5.2人で，その内60歳以上の人数が平均0.2人，15歳未満の子供が平均2.1人，５歳未満の子供が平均1.0人である。家計所得は，出稼ぎの仕送りを含

表３　社会経済的属性の記述統計

変数	OL 村	CH 村	DS 村	KS 村	TV 村	RO 村	CL 村	全村
観測数	40	72	26	78	14	31	22	283
年齢	31.6	29.3	33.9	31.5	31.4	33.9	31.3	31.4
家計構成員人数	4.2	5.2	5.2	4.9	4.9	5.8	5.2	5.2
（60 歳以上人数）	0.2	0.2	0.03	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2
（15 歳未満人数）	2.4	2.0	2.0	1.9	2.0	2.3	2.2	2.1
（５歳未満人数）	1.3	1.04	1.04	0.94	0.92	1.0	0.95	1.0
家計所得（USD/月）	54.8	60.8	47.3	50.4	66.4	67.3	70.9	57.4
出稼ぎの仕送り（USD/月）	21	15.8	15.0	18.1	23.6	17.9	17.7	18.0
貧困認定（ID Poor）	16	1	6	5	4	1	5	38
教育（小学校中退, %）	33(82.5)	51(70.8)	23(88.5)	52(66.7)	6(42.9)	23(74.2)	17(77.3)	205(72.4)
（小学校卒業以上）	7	21	3	26	8	8	5	78
職業（農業, %）	39(97.5)	66(91.7)	22(84.6)	77(98.7)	13(92.9)	28(90.3)	22(100)	267(94.3)
（林業）	0	16	0	2	0	5	1	24
（その他）	20	24	5	34	12	10	16	121
出産人数（平均）	2.37	2.38	2.42	2.23	1.92	2.83	2.63	2.39
（生存率, %）	94.5	89.0	94.6	97.9	100	94.7	97.2	94.4
家族の病気/ケガ（%）	20(50.0)	33(45.8)	16(61.5)	31(39.7)	9(62.3)	15(48.4)	8(36.3)	132(46.6)
本人の病気/ケガ（%）	17(42.5)	16(22.2)	15(57.7)	23(29.5)	3(21.4)	7(22.6)	5(22.7)	86(30.4)
金銭の貸借（貸与）	16	27	10	20	9	21	7	110(38.9)
（借入）	37	58	22	57	11	24	18	227(80.2)
功徳（金銭付与）	5	6	5	7	6	8	4	41(14.4)
信頼度（家族）	4.65	4.57	4.5	4.65	4.71	4.22	4.5	4.56
（隣人）	3.47	3.78	3.69	3.69	3.57	3.8	3.72	3.69
（僧侶）	4.77	4.70	4.92	4.78	4.71	4.87	4.72	4.77
寺院参拝	0	6	4	0	3	1	0	14(4.9)
社会参加（数）	1.8	1.11	1.15	2.08	1.08	1.35	1.77	1.62
（寺院/パゴダ）	0	6	4	0	3	1	0	14(4.9)
（葬儀扶助）	24	37	17	40	10	17	11	156(55.1)
（学校保護者会）	18	17	4	37	6	16	12	110(38.8)
（森林組合）	4	20	4	24	4	8	1	65(22.9)
（その他）	25	1	1	63	10	0	15	115

注）出産人数の生存率は，最後の出産以前の数値。病気/ケガは，直近１年間で７日以上の病気やケガをした人数。寺院参拝は週一回以上の人数。その他の変数の定義については，表４を参照。

み，平均57.4 USD/月である。この内，出稼ぎの仕送りは18.0 USD/月で，31.3%を占める。CL 村の平均70.9 USD/月が最も高く，DS 村の平均47.3 USD/月が最も低い。家計所得は，３択回答の階級値を，①30 USD 未満を15 USD，②30～60 USD 未満を45 USD，③60 USD 以上を75 USD として計算した。家計所得は自己評価であるが，貧困認定（ID Poor）は，政府の客観的な貧困の認定である。

教育水準は小学校中退が72.4%を占め，小学校卒業はこの地域では相対的に高学歴になる。

DS村は小学校中退率が最も高く88.5%である。直近の平均出産年齢は27.7歳である。出産人数は平均2.39人，出産後の子供の平均生存率は94.4%である。職業（複数回答）は，94.3%が農業に従事している。直近1年以内に7日間以上の病気やケガを家族がした者は132人（46.6%）であり，7日間以上の治療を本人がした者は86人（30.4%）である。

社会関係資本を見てみよう。認知的社会関係資本については，金銭を人に貸与したことがある者は110人（38.9%），金銭を人から借りたことがある者は227人（80.2%）である。金銭の貸与は互酬性の代理変数である。金銭付与（功徳）をしたことがある者は41人（14.4%）である。家族・隣人・僧侶に対する信頼度は，5択回答を，①とても信頼を5，②やや信頼を4，③どちらでもないを3，④あまり信頼していないを2，⑤まったく信頼していないを1に定量化して計算した。家族の信頼度は4.56，隣人の信頼度は3.69，僧侶の信頼度は4.77である。隣人よりも家族や僧侶に対する信頼度が高い。構造的社会関係資本の社会参加については，寺院/パゴダへの参加（4.9%）は，家族の中でも高齢者が多く，調査対象者の参加は少ない。葬儀扶助への参加が156人（55.1%），学校保護者会への参加が110人（38.8%），森林組合への参加が65人（22.9%）である。

以上をまとめると，調査対象者の社会経済的属性は，平均年齢が31.4歳で多くが農業に従事し（94.3%），教育水準は低く，小学校中退者が72.4%を占める。直近の出産年齢は平均27.7歳で，出産人数が平均2.39人である。直近1年以内に7日間以上の病気/ケガをした者が30.4%いる。社会関係資本については，隣人よりも家族や僧侶に対する信頼が高く，金銭付与（功徳）をする者は少なく，多くの者が金銭を人から借りた経験（80.2%）がある。社会参加については，葬儀扶助・学校保護者会・森林組合に参加している。

3.2　変数と基本統計量

表4は，分析に用いる変数とその定義を表す。被説明変数は，幸福度と主観的健康度である。説明変数は，①個人的属性，②社会関係資本，③村落の属性からなる。①個人的属性は，年齢，出産人数，家計構成員数，家計所得，直近1年以内に7日間以上の病気/ケガの治療の有無などに分けられる。②社会関係資本は，家族・隣人・僧侶への信頼，金銭貸与（互酬性），金銭付与（功徳），寺院/パゴダ・葬儀扶助・学校保護者会・森林組合などへの社会参加からなる。家族・隣人・僧侶への信頼，金銭貸与（互酬性），金銭付与（功徳）は認知的社会関係資本の代理変数であり，社会組織への参加は構造的社会関係資本の代理変数である。③村落の属性は7村落をダミー変数によって区別する。

表5は，被説明変数と説明変数の基本統計量を表す。

表4　変数の説明

変数名	定義	
被説明変数	1. 幸福度	①とても幸福を5，②やや幸福を4，③普通を3，④やや不幸を2，⑤不幸を1に定量化。
	2. 主観的健康度	①とても健康を5，②やや健康を4，③普通を3，④やや不健康を2，⑤不健康を1に定量化。
説明変数	1. 年齢	
	2. 家計構成員数	
	5歳未満人数	
	15歳未満人数	
	3. 出産人数	
	4. 子供の生存人数	
	5. 家計所得	①30 USD 未満，②30～60 USD 未満，③60 USD 以上の3択回答を，15 USD，45 USD，75 USD に定量化
	6. 貧困認定（ID Poor）	認定を受けていれば1，受けていなければ0
	7. 学歴（小学校卒業）	卒業していれば1，していなければ0
	8. 職業（農業）	就業していれば1，いなければ0
	（林業）	就業していれば1，いなければ0
	9. 病気/ケガ	直近1年以内に7日間以上の病気/ケガを本人がしていれば1，していなければ0
	10. 金銭貸与（互酬性）	金銭を人に貸与したことがあれば1，なければ0
	11. 金銭付与（功徳）	金銭を人に付与したことがあれば1，なければ0
	12. 信頼度	信頼度1（家族への信頼）①とても信頼，②やや信頼，③どちらでもない，④あまり信頼していない，⑤全く信頼していない，の5択回答を，5，4，3，2，1に定量化
		信頼度2（隣人への信頼）①とても信頼，②やや信頼，③どちらでもない，④あまり信頼していない，⑤全く信頼していない，の5択回答を，5，4，3，2，1に定量化
		信頼度3（僧侶への信頼）①とても信頼，②やや信頼，③どちらでもない，④あまり信頼していない，⑤全く信頼していない，の5択回答を，5，4，3，2，1に定量化
	13. 寺院参拝	週1回以上参拝していれば1，していなければ0
	14. 社会参加	寺院/パゴダ，葬儀扶助，学校保護者会，森林組合などのどれかに参加していれば1，そうでなければ0
	15. 村落	OL村ダミー（OL村1，それ以外0）
		CH村ダミー（CH村1，それ以外0）
		DS村ダミー（DS村1，それ以外0）
		KS村ダミー（KS村1，それ以外0）
		TV村ダミー（TV村1，それ以外0）
		RO村ダミー（RO村1，それ以外0）
		CL村ダミー（CL村1，それ以外0）

3.3　仮説とモデル

先行研究や記述統計の結果から，以下では次のような仮説を検証する。第1に，カンボジア農村女性の幸福度は，主観的健康や社会関係資本によって影響を受ける。第2に，主観的健康は，幸福度とは異なる要因によって影響を受ける。第3に，幸福度と主観的健康には認知的社会関係資本や構造的社会関係資本が影響を及ぼす。

幸福度と主観的健康の関数は，①個人的属性・社会関係資本と②村落の属性によって決定され，次のように想定する。

$$Happiness/Health_i = f(X_i, V_i) \qquad (1)$$

$Happiness/Health_i$ は，個人 i の幸福度あるいは主観的健康度，X_i は，個人的属性・社会関係資本を表すベクトル，V_i は，村落の属性を表すベクトルである。(2)式は，実証分析に

表5　基本統計量

変数	観測数	平均	標準偏差	最小値	最大値
幸福度	283	2.70	0.71	1	5
主観的健康度	283	2.65	0.61	1	5
年齢	283	31.4	7.6	18	56
家計構成員数	283	5.2	1.76	2	14
5歳未満人数	282	1.0	0.73	0	3
15歳未満人数	283	1.0	1.0	0	8
出産人数	282	2.39	1.39	1	9
子供の生存人数	282	2.31	1.26	0	8
家計所得（USD/月）	281	57.7	18.9	15	75
貧困認定（ID Poor）	282	0.13	0.34	0	1
学歴（小学校卒業）	283	0.27	0.44	0	1
職業1（農業）	283	0.94	0.23	0	1
職業2（林業）	192	0.06	0.25	0	1
病気/ケガ	283	0.30	0.46	0	1
金銭貸与（互酬性）	283	0.38	0.48	0	1
金銭付与（功徳）	283	0.14	0.35	0	1
信頼度1（家族）	282	4.56	0.71	1	5
信頼度2（隣人）	282	3.69	0.51	1	5
信頼度3（僧侶）	283	4.77	0.43	1	5
寺院参拝	283	0.04	0.21	0	1
社会参加	283	0.86	0.33	0	1
OL村	283	0.14	0.34	0	1
CH村	283	0.25	0.43	0	1
DS村	283	0.09	0.28	0	1
KS村	283	0.27	0.44	0	1
TV村	283	0.04	0.21	0	1
RO村	283	0.10	0.31	0	1
CL村	283	0.07	0.26	0	1

用いるモデルである。

$$Happiness/Health_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + \beta_2 V_i + u_i \qquad (2)$$

β_0 から β_2 は未知パラメータ，u_i は誤差項である。以下では，幸福度と主観的健康を順序ロジットモデルによって推計する。

4　推　計　結　果

表6は幸福度，表7は主観的健康について推計した結果を表す。

表６　推計結果―幸福度―

	モデル１ 係数	モデル２ 係数	モデル３ 係数	モデル４ 係数	モデル５ 係数
年齢	-0.0393*			-0.0491**	-0.0371
	(0.0209)			(0.0224)	(0.0228)
家計構成員数	-0.0027			0.0825	0.0764
	(0.0862)			(0.0932)	(0.0941)
（５歳未満児）	-0.3244			-0.4358*	-0.4679**
	(0.2104)			(0.2243)	(0.2305)
（15歳未満児）	-0.2259		-0.2335*	-0.2679	-0.2875
	(0.1618)		(0.1228)	(0.1687)	(0.1760)
家計所得	0.0320***		0.0288***	0.0348***	0.0342***
	(0.0071)		(0.0071)	(0.0082)	(0.0082)
貧困認定（ID Poor）	-0.9663***		-1.0339***	-1.1422***	-0.9763**
	(0.3598)		(0.3773)	(0.4043)	(0.4164)
学歴（小学校卒業）	-0.8319**		-1.0527**	-1.1804***	-1.3113***
	(0.4177)		(0.4301)	(0.4465)	(0.4610)
職業（農業）	0.5282			0.3551	0.3866
	(0.6126)			(0.6131)	(0.6108)
病気/ケガ	-0.7086**		-0.5580*	-1.0472***	-0.3912
	(0.2776)		(0.3146)	(0.3084)	(0.3388)
金銭貸与（互酬性）		0.5184*	0.5867**	0.7063**	0.5836*
		(0.2818)	(0.2706)	(0.3120)	(0.3187)
金銭付与（功徳）		0.5046		0.3019	0.3649
		(0.3761)		(0.4183)	(0.4265)
信頼度１（家族）		0.5654***	0.4642**	0.6554***	0.4447**
		(0.1828)	(0.1899)	(0.1963)	(0.2066)
信頼度２（隣人）		0.6065**		0.3390	0.3385
		(0.2436)		(0.2712)	(0.2796)
信頼度３（僧侶）		-0.3864		-0.3994	-0.3565
		(0.2913)		(0.3194)	(0.3301)
寺院参拝		0.3660		0.2537	0.2828
		(0.4495)		(0.5118)	(0.5363)
社会参加		0.4664	0.8593**	1.0798**	0.9172*
		(0.3878)	(0.4123)	(0.4637)	(0.4697)
主観的健康度			1.1812***		1.3166***
			(0.2474)		(0.2670)
OL 村				-0.0419	0.6273
				(0.5984)	(0.6356)
CH 村				-0.2189	0.3919
				(0.5866)	(0.6178)
KS 村				-0.1561	0.4007
				(0.5577)	(0.5898)
TV 村				-0.3774	0.4548
				(0.7757)	(0.8206)
RO 村				-0.7542	-0.0346
				(0.6761)	(0.6973)
CL 村				-1.1100	-0.9076
				(0.6947)	(0.7226)
観測数	279	281	279	277	277
疑似決定係数	0.1051	0.0451	0.1844	0.1729	0.2166
対数尤度	-262.71	-283.90	-239.45	-241.37	-228.60

注）村落ダミーの基準は DS 村。*** は１％，** は５％，* は10％の有意水準，括弧内の値は標準誤差を表す。

表 7　推計結果―主観的健康―

	モデル 1 係数	モデル 2 係数	モデル 3 係数	モデル 4 係数	モデル 5 係数
年齢	-0.1044***			-0.1005***	-0.1057***
	(0.0291)			(0.0267)	(0.0321)
家計構成員数	0.0085				0.0033
	(0.0907)				(0.0995)
（5 歳未満児）	-0.4868**				-0.3593
	(0.2455)				(0.2665)
（15 歳未満児）	-0.3221*				-0.2508
	(0.1945)				()0.2025
出産人数	-1.3613***			-0.7430*	-0.9812**
	(0.4099)			(0.4283)	(0.4540)
子供生存人数	1.9316***			1.1244**	1.5293***
	(0.5045)			(0.4890)	(0.5527)
家計所得	0.0108				0.0107
	(0.0074)				(0.0085)
貧困認定（ID Poor）	-0.8982**			-1.2072***	-1.1669**
	(0.4072)			(0.4188)	(0.4787)
学歴（小学校卒業）	0.0713				0.0132
	(0.4377)				(0.4736)
職業（農業）	0.3792				0.1675
	(0.6071)				(0.6531)
（林業）	-0.5230				-0.5759
	(0.4590)				(0.5512)
病気/ケガ	-1.8533***			-2.3494***	-2.4732***
	(0.3104)			(0.3405)	(0.3621)
金銭貸与（互酬性）		0.2689			0.6440*
		(0.2789)			(0.3396)
金銭付与（功徳）		0.2568			-0.1119
		(0.3755)			(0.4547)
信頼度 1（家族）		0.6105***		0.8459***	0.7711***
		(0.1884)		(0.2100)	(0.2203)
信頼度 2（隣人）		0.6123**			0.1845
		(0.2464)			(0.2912)
信頼度 3（僧侶）		-0.4317			-0.2791
		(0.2914)			(0.3350)
寺院参拝		0.0796			0.0448
		(0.4410)			(0.5274)
社会参加		0.3573		0.7856*	0.7799*
		(0.3761)		(0.4261)	(0.4686)
CH 村			0.7059*		0.0284
			(0.3862)		(0.5251)
DS 村			0.8525*	1.6952***	1.8901***
			(0.4967)	(0.4791)	(0.6402)
KS 村			0.5693		0.0697
			(0.3797)		(0.4795)
TV 村			0.3347		-0.5190
			(0.5943)		(0.7286)
RO 村			-0.0444		-0.5913
			(0.4934)		0.6371
CL 村			1.6030***	1.3482**	1.1210*
			(0.5619)	(0.5261)	(0.6481)
観測数	278	281	283	280	276
疑似決定係数	0.1622	0.0407	0.0229	0.2202	0.2455
対数尤度	-217.80	-252.18	-258.03	-203.96	-195.23

注）村落ダミーの基準は OL 村。*** は 1 %，** は 5 %，* は10%の有意水準，括弧内の値は標準誤差を表す。

4.1　幸福度

幸福度について表６をもとに検討しよう。モデル１は，年齢・家計構成員数・家計所得・貧困認定（ID Poor）・学歴・職業・病気/ケガなどの個人的属性を説明変数にしたものである。モデル２は，社会関係資本の金銭貸与・金銭付与・家族/隣人/僧侶の信頼度・寺院参拝・社会参加を説明変数としたものである。モデル３は有意な説明変数を中心に推計し，モデル４は主観的健康度以外の説明変数を用い，モデル５はすべての説明変数を用いて推計したものである。

幸福度は，モデル５を見ると，家計構成員数（５歳未満児）・家計所得・貧困認定（ID Poor）・学歴（小学校卒業）・金銭貸与（互酬性）・信頼度１（家族）・社会参加・主観的健康が有意な変数である。家計所得・金銭貸与（互酬性）・信頼度１（家族）・社会参加・主観的健康度の係数が正の値をとっている。よって，家計所得が多く，金銭を人に貸与し，家族の信頼が高く，社会参加をし，主観的健康度が高いほど，幸福度は高くなる。互酬性（金銭貸与）や信頼（家族）で表される認知的社会関係資本や，社会参加で表される構造的社会関係資本は，幸福度に有意な影響を及ぼす。ここでの社会参加は，寺院/パゴダ・葬儀扶助・学校保護者会・森林組合のような特定の社会組織への参加の有無ではなく，これらの社会組織において何らかの活動に参加していることを表す。

家計構成員数（５歳未満児）・貧困認定（ID Poor）・学歴（小学校卒業）の係数は負で有意である。よって，家族に５才未満児がいたり，貧困認定（ID Poor）を受けていたりすると，幸福度は低下する。５歳未満児は母親にとって育児上のストレスになる。貧困認定（ID Poor）は幸福度を下げる。また学歴が小学校卒業者は幸福度が低い。小学校中退者が72.4%もいる農村では，小学校卒業者は相対的に高学歴者である。高学歴者は願望水準が高く[8]，それが満たされないと，幸福度が下がると言われている（Frey 2008: 邦訳43-44）。

主観的健康度は幸福度の有意な変数であり，その影響も大きい。主観的健康度を説明変数から外したモデル４を見ると，年齢が高く，直近１年以内に病気/ケガの治療をしていると，幸福度が低下する。しかしこれらの変数は，主観的健康度を説明変数に入れたモデル５では有意な変数ではなくなっている。年齢や病気/ケガによる幸福度の低下は，主観的健康度の効果によって表されることが分かる。家計所得や貧困認定（ID Poor）の係数の値はモデル４とモデル５でほぼ同じであるので，これらの経済変数は幸福度への影響において主観的健康度には左右されないことが分かる。

モデル３は，モデル５において有意な変数を中心に推計し直したものである。このモデル３では，病気/ケガが新たに有意になり，５才未満児に代わり15歳未満児が有意な変数になっている。これらの変数は幸福度を低下させる。

4.2　主観的健康

主観的健康について表7をもとに検討しよう。モデル1は個人的属性，モデル2は社会関係資本，モデル3は村落ダミーを説明変数に推計し，モデル4は有意な変数を中心に推計し，モデル5はすべての説明変数を用いて推計したものである。

主観的健康は，モデル5を見ると，年齢・出産人数・子供の生存人数・貧困認定（ID Poor）・病気/ケガ・金銭貸与（互酬性）・信頼度1（家族）・社会参加・DS村・CL村が有意な変数であり，幸福度とは異なる要因が影響している。

子供の生存人数・金銭貸与（互酬性）・信頼度1（家族）・社会参加・DS村・CL村の係数は正の値をとっている。したがって，子供の生存人数が多いほど，主観的健康は高くなる。金銭を人に貸与し，家族への信頼が高く，社会参加する人は，主観的健康が高くなる。DS村とCL村は，基準村のOL村と比べ主観的健康が高い。互酬性（金銭貸与）や信頼（家族）で表される認知的社会関係資本や，社会参加で表される構造的社会関係資本は，幸福度と同様に主観的健康にも有意な正の影響を及ぼす。

他方，年齢・出産人数・貧困認定（ID Poor）・病気/ケガの係数の符号が負で有意である。年齢が高く，出産人数が多く，貧困認定（ID Poor）を受け，病気/ケガがあると，主観的健康は低くなる。出産人数が多くなると，身体的負担から主観的健康を下げるが，子供の生存人数が増えると，主観的健康は高くなる。自己申告の家計所得は有意ではないが，客観的な貧困認定（ID Poor）は有意に主観的健康を低下させる。社会関係資本については，主観的健康に負の影響を及ぼすような変数はない。

5　推計結果に関する検討

5.1　幸福度と主観的健康の相違

幸福度と主観的健康では異なる要因が影響している。幸福度では，5歳未満児・家計所得・学歴（小学校卒業）が有意な変数であるが，これらは主観的健康では有意ではない。主観的健康では，年齢・出産人数・子供の生存人数・病気/ケガ・DS村・CL村が有意な変数であるが，これらは幸福度では有意ではない。貧困認定（ID Poor）・金銭貸与（互酬性）・信頼度1（家族）・社会参加は，幸福度でも主観的健康でも有意な変数である。

第1に，個人的属性を見ると，貧困認定（ID Poor）は共に有意な変数であり，幸福度や主観的健康を低下させる。しかし，5歳未満児・家計所得・学歴は，幸福度では有意であるが，主観的健康では有意ではない。主観的健康では，所得や学歴よりも，年齢・出産人数・子供の生存人数・病気/ケガのような出産や身体に関係する変数が有意になっている。出産については，出産人数が多いと身体的な負担から主観的健康は低下する。しかし子供の生存人数が多いと，精神的な理由によって主観的健康を高める。

第2に，社会関係資本は，幸福度でも主観的健康でも同じ変数が有意な正の影響を及ぼす。認知的社会関係資本では互酬性（金銭貸与）と家族の信頼が有意であり，構造的社会関係資本では社会参加が有意な変数である。僧侶への信頼は家族の信頼よりも高いが，幸福度や主観的健康には影響していない。また社会参加については，何か特定の社会組織への参加というよりは，何らかの社会活動に参加していることが重要であり，それが幸福度や主観的健康を高めている。

第3に，村落ダミーは，幸福度では有意な変数はないが，主観的健康ではDS村とCL村が有意な変数になっている。幸福度と主観的健康は，村落間で相違があることが分かる。ただし，基準のOL村と比較してどのような理由でDS村やCL村の主観的健康が高いのかは明確ではない。

5.2　先行研究との比較

幸福度と主観的健康に影響を及ぼす要因について先行研究と比較しよう。

第1に，個人的属性については，いくつかの点で先行研究の結果と異なる。学歴は，Yip *et al.*（2007），Monk-Turner and Turner（2012），Markussen *et al.*（2018）では幸福度を高めるが，本稿の結果では幸福度に負の影響を及ぼす。この相違は，本稿の調査地の特殊性が考えられる。高学歴（小学校卒業）は，本稿の調査地では必ずしも高所得には繋がらないし，願望水準が満たされないという問題もある。また子供の人数は，Markussen *et al.*（2018）では有意な変数ではないが，本稿の結果では5歳未満児は幸福度に負の影響を及ぼす。出産人数・子供の生存人数・病気/ケガの影響については，先行研究では分析されていないが，本稿の研究では出産人数と病気/ケガは主観的健康を低下させ，子供の生存人数は主観的健康を高める。家計所得や主観的健康については，Yip *et al.*（2007），Markussen *et al.*（2018）と同様に幸福度を高める。

第2に，社会関係資本が幸福度に及ぼす影響については，家族の信頼（認知的社会関係資本）が幸福度を高めるという点は，Yip *et al.*（2007），Gray *et al.*（2008），Tambyan and Tan（2011）の結果と同じである。社会参加（構造的社会関係資本）が幸福度を高める点については，Monk-Turner and Turner（2012），Markussen *et al.*（2018）の結果と同じである。ただし，彼らの研究では社会参加は共産党組織への参加であり，地域の社会組織への参加については先行研究では有意な結果は得られていない。互酬性が幸福度に及ぼす影響については，発展途上国に関する先行研究では検討されていない。

第3に，社会関係資本が主観的健康に及ぼす影響については，認知的社会関係資本の家族の信頼が主観的健康を高める点は，Yip *et al.*（2007）と同じである。また互酬性が主観的健康に及ぼす影響については，Li *et al.*（2009），Hurtado *et al.*（2011）の結果と同じである。

構造的社会関係資本の社会参加が主観的健康を高める点は，Yip *et al.*（2007），Hurtado *et al.*（2011）の結果と同じである。ただし，本稿の分析は地域の社会組織への参加であるが，Hurtado *et al.*（2011）の変数はボランティアのような自主的な社会組織への参加であり，Yip *et al.*（2007）の変数は共産党組織への参加である。

6　む　す　び

本稿は，カンボジア・シェムリアップ州の農村女性の幸福度と主観的健康について観測データをもとに実証的に分析した。本稿の主要な結論は以下のように要約される。

第1に，幸福度に影響する要因は以下の通りである。家計所得が多く，金銭を人に貸与し，家族への信頼が高く，社会参加をし，主観的健康度が高いほど，幸福度は高くなる。他方，家族に5歳未満児がいたり，貧困認定（ID Poor）を受けていたり，学歴（小学校卒業者）が高いと，幸福度は低下する。

第2に，主観的健康については，幸福度と同様に，家族への信頼が高く，社会参加する人ほど，主観的健康は高い。また子供の生存人数が多く，金銭を人に貸与し相互扶助をする人は，主観的健康が高い。他方，年齢が高く，出産人数が多く，貧困認定（ID Poor）を受けていると，主観的健康は低くなる。

第3に，幸福度と主観的健康には，社会関係資本が正の影響を及ぼしている。信頼（家族）や互酬性（金銭貸与）で表される認知的社会関係資本や，社会参加で表される構造的社会関係資本は幸福度や主観的健康を高める。

最後に，今後の課題を指摘し結びとしよう。今回の調査では，社会関係資本が幸福度や主観的健康に及ぼす影響を確認することができたが，認知的社会関係資本や構造的社会関係資本については具体的な影響のメカニズムを十分に検討することができなかった。この点についての検討は今後の課題としたい。

注

＊　本稿は，日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究(A)18H03623）と神戸大学六甲台後援会助成金の研究成果の一部である。カンボジアでの調査では，日本国際ボランティアセンター（JVC）カンボジア事務所にお世話になりました。記して感謝いたします。

1）社会関係資本については，Putnam（1993, 2000）の議論以外に，コミュニティの紐帯に注目するColman（1988）や，社会関係資本の個人資産としての側面を強調するBourdieu（1986）やLin（2001）などの議論がる。Colman（1988）の社会関係資本―①信頼と義務，②情報源，③規範とサンクション―を基礎にした実証研究にはLeung *et al.*（2011）がある。Bourdieu（1986）の議論に依拠したPutnamの社会関係資本の批判については，Kawachi *et al.*（2008）所収の論文を参照のこと。

2）構造的社会関係資本は，①地縁的活動（町内会・自治会・老人会など），②趣味・娯楽・スポーツ，③ボランティア・NPO・市民活動（街づくり・環境美化・国際協力など），④宗教活動・政治団体・同業者組合などに分けられる場合がある（辻・佐藤 2014：196）。これらはフォーマルな構造的社会関係資本であるが，①地縁的活動と④宗教活動・政治団体は参加者間の関係が強く，②趣味と③ボランティアはその関係が緩い。

3）先進諸国の幸福度に関する従来の研究成果は，Frey and Stutzer（2002a, 2002b），Diener and Seligman（2004），Bruni and Porta（2005），大竹ほか（2010），Graham（2011），小塩（2014），橘木・高松（2019）などによって以下の点が指摘されている。①性別：女性は男性よりも幸福度が高い。②年齢：幸福度はU字形を描き，若年期に高く，中年期に低下し，高齢期に再び上昇する。③学歴：高学歴は必ずしも幸福度を高めない。高学歴な人は高い願望水準を持ち，願望水準が満たされないと，幸福度が低下する。④所得：所得は必ずしも幸福度を上昇させない。その理由は，第1に，幸福度は，所得以外の要因，例えば心理的要因にも依存する。第2に，個人の絶対所得よりも他者との相対所得に依存する。第3に，所得の願望水準が時間と共に上昇し，その願望水準が満たされないと，幸福度は低下する。⑤労働：失業は幸福度を低下させる。仕事の満足度は幸福度を高める。⑥健康：主観的健康は幸福度を高める。⑦結婚：既婚者は未婚・離別者よりも幸福度が高い。⑧子供：子供は一般的な幸福度を高めるが，結婚の幸福度を低下させる。⑨宗教：信仰心が篤い人は幸福度が高い。

4）自営農民は，賃金労働者と比較すると，自主性（autonomous）が高く，環境と共生（competence）し，家族の絆（relatedness）が強いので，幸福度が高い（Frey 2008）。

5）貧困層が増大し所得格差が拡大すると，対立的な社会関係が広がり，社会関係資本が侵食される。その結果，幸福度や主観的健康が低下する（Wilkinson 2005, 稲葉 2011）。

6）社会関係資本が健康に及ぼす影響には，以下の点がある（Kawachi and Berkman 2000, 近藤 2017）。第1に，社会関係資本が望ましい保健行動を促進する（社会的影響：social influence）。社会的ネットワークに参加することよって健康に有益な情報が共有され，同調的な行動が行われる。第2に，社会関係資本によって心理的社会的支援を得ることができる（ストレスの緩和：stress buffer）。互いに励まし合いながら，健康に有益な習慣を続けることができる。第3に，社会関係資本の存在によって，健康に有益な規範が守られたり，健康的な生活習慣が作られたりする（インフォーマルな社会的統制：informal social control）。禁煙や散歩などを一緒に習慣にすることができる。第4に，社会関係資本が豊かな地域では，市民活動が活発になり，行政との協力によって健康を促進する環境が充実する（集合的効力：collective efficacy）。

7）幸福度の国際比較や長期の時系列比較には，「幸福のパラドックス」（Easterlin 1974, 2003）と呼ばれる問題があるので，カンボジア農村と日本を単純には比較できない。

8）Frey and Stutzer（2002b：邦訳16-17）は，幸福度に影響する心理的要因として以下の点を挙げている。①適応（adaptation）：新しい環境に慣れるに従い，幸福度は調整される。幸福度が低下（上昇）しても，時間とともに上昇（低下）する。②願望（aspiration）：幸福度を評価する願望水準が満たされる（満たされない）と，幸福度は上昇（低下）する。③社会比較（social comparison）：幸福度は，絶対水準ではなく，周りの人々との相対比較によって評価される。④能動的適応（coping）：不幸な出来事によって幸福度が一時的に低下しても，時間の経過とともに幸福度は元の水準に向かって上昇する傾向がある。

参 考 文 献

ADB（Asian Development Bank）（2019）*Key Indicators Database, Cambodia,* Manila: ADB. https://data.adb.org/sites/default/files/cambodia-key-indicators-2019.pdf（2019/9/20 閲覧）

Bourdieu, Pierre（1986）"The Forms of Capital," in Richardson, J. G. ed., *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education,* New York: Greenwood Press, 241-258.

Bruni, Luigino and Pier Luigi Porta（2005）*Economics and Happiness: Framing the Analysis,* Oxford: Oxford University Press.

Colman, James S.（1988）"Social Capital in the Creation of Human Capital," *American Journal of Sociology,* 94: S95-S120.

Diner, Ed and Martin Seligman（2004）"Beyond Money: Toward an Economy of Well-Being," *Psychological Science in the Public Interest,* 5: 1-31.

Dolan, Paul, Tessa Peasgood, and Mathew P. White（2008）"Do We Really Know What Makes Us Happy? A Review of the Economic Literature on the Factors Associated with Subjective Well-being, *Journal of Economic Psychology,* 29: 94-122.

Easterlin, Richard（1974）"Does Economic Growth Improve the Human Lot?: Some Empirical Evidence," in P. A. David and M. W. Reder eds., *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honor of Moses Abramovitz,* New York: Academic Press, 89-125.

Easterlin, Richard（2003）"Explaining Happiness," *Proceedings of the National Academy of Science,* 100（19）: 1176-1183.

Frey, Bruno（2008）*Happiness: A Revolution in Economics,* Cambridge: MIT Press（白石小百合訳『幸福度をはかる経済学』NTT 出版，2012年）.

Frey, Bruno and Alois Stutzer（2002a）"What Can Economists Learn from Happiness Research?" *Journal of Economic Literature,* 40(2): 402-435.

Frey, Bruno and Alois Stutzer（2002b）*Happiness and Economics,* Princeton: Princeton University Press（佐和隆光監訳『幸福の政治経済学―人々の幸せを促進するものは何か―』ダイヤモンド社，2005年）.

Giordano, Giuseppe N., Björk, Jonas and Martin Lindstrom（2012）"Social Capital and Self-rated Health: A Study of Temporal（Causal）Relationships," *Social Science & Medicine,* 75(2): 340-348.

Giordano, Giuseppe N. and Martin Lindstrom（2010）"The Impact of Changes in Different Aspects of Social Capital and Material Conditions on Self-rated Health over Time: A Longitudinal Cohort Study," *Social Science & Medicine,* 70(5): 700-710.

Graham, Carol（2011）*The Pursuit of Happiness: An Economy of Well-being,* Washington D.C.: Brookings Institution Press（多田洋介訳『幸福の経済学―人々を豊かにするものは何か―』日本経済新聞社，2013年）.

Grahn, Hanna（2006）"In Search of Trust: A Study on the Origin of Social Capital in Cambodia from an Institutional Perspective," Working Paper, Lund University, Department of Political Science.

Gray, Rossarin Soottipong, Pungpond Rukumnuaykit, Sirinan Kittisuksathit, and Varachai Thongthai（2008）"Inner Happiness among Thai Elderly," *Journal of Cross-Cultural Gerontology,* 23: 211-224.

Guillen-Royo, Monica, Jackeline Velazco, and Laura Camfield（2013）"Basic Needs and Wealth as Inde-

pendent Determinants of Happiness: An Illustration from Thailand," *Social Indicators Research,* 110 : 517-536.

Harpham, Trudy, Emma Grant, and Elizabeth Thomas (2002) "Measuring Social Capital within Health Surveys: Some Key Issues," *Health Policy and Planning,* 17(1): 106-111.

Hurtado, David, Ichiro Kawachi, and John Sudarsky (2011) "Social Capital and Self-rated Health in Colombia: The Good, the Bad and the Ugly," *Social Science & Medicine,* 72: 584-590.

Kawachi, Ichiro and Lisa F. Berkman (2000) "Social Cohesion, Social Capital, and Health," in Berkman, Lisa F. and Ichiro Kawachi eds., *Social Epidemiology,* Oxford: Oxford University Press.

Kawachi, Ichiro, S. V. Subramanian, and Daniel Kim (2008) *Social Capital and Health,* New York: Springer（藤澤由和ほか監訳『ソーシャル・キャピタルと健康』日本評論社，2008年）.

Leung, Ambrose, Cheryl Kier, Tak Fung, Linda Fung, and Robert Sproule (2011) "Searching for Happiness: The Importance of Social Capital," *Journal of Happiness Studies,* 12: 443-462.

Li, Shuzhuo, Lu Song, and Marcus W. Feldman (2009) "Intergenerational Support and Subjective Health of Older People in Rural China: A Gender-based Longitudinal Study," *Australasian Journal of Aging,* 28(2): 81-86.

Lin, Nan (2001) *Social Capital: A Theory of Social Structure and Actions,* Cambridge: Cambridge University Press（筒井敦也ほか訳『ソーシャル・キャピタル―社会構造と行為の理論―』ミネルヴァ書房，2008年）.

Markussen, Thomas, Maria Fibaek, Finn Tarp and Nguyen Do Anh Tuan (2018) "The Happy Farmer: Self-Employment and Subjective Well-Being in Rural Vietnam," *Journal of Happiness Studies,* 19(6): 1613-1636.

Monk-Turner, Elizabeth and Charlie G. Turner (2012) "Subjective Wellbeing in a Southwestern Province in China," *Journal of Happiness Studies,* 13(2): 357-369.

Noor, Noraini M. (2006) "Malaysian Women's State of Well-Being: Empirical Validation of a Conceptual Model," *The Journal of Social Psychology,* 146(1): 95-115.

Pellini, Arnald (2005) "Decentralisation of Education in Cambodia: Searching for Spaces of Participation between Traditions and Modernity," *Compare,* 35(2): 205-216.

Putnam, Robert (1993) *Making Democracy Work: Civil Tradition in Modern Italy,* Princeton: Princeton University Press（河田潤一訳『哲学する民主主義―伝統と改革の市民的構造―』NTT 出版，2001年）.

Putnam, Robert (2000) *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community,* New York: Simon & Schuster（柴内康文訳『孤独なボーリング―米国コミュニティの崩壊と再生―』柏書房，2006年）

Sen, Vicheth (2012) "Social Capital in an Urban and a Rural Community in Cambodia," *Cambodia Development Review,* 16(2): 5-10.

Tambyan Siok Kuan and Tan Soo Jiuan (2011) "Subjective Wellbeing in ASEAN: A Cross-Country Study," *Japanese Journal of Political Science,* 12(3): 359-373.

United Nations (2018) *World Happiness Report 2018,* New York: United Nations. https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2018/WHR_web.pdf（2019/4/6 閲覧）

WHO（2008）*Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health,* Geneva: WHO.
http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf（2019/4/6 閲覧）

Wilkinson, Richard（2005）*The Impact of Inequality: How to Make Sick Society Healthier,* New York: Routledge（池本幸生ほか訳『格差社会の衝撃―不健康な格差社会を健康にする法―』書籍工房早山，2009年）.

Yip, Winnie, S. V. Subramanian, Andrew D. Mitchell, Dominic T. S. Lee, Jian Wang, and Ichiro Kawachi（2007）"Does Social Capital Enhance Health and Well-being?: Evidence from Rural China," *Social Science & Medicine,* 64: 35-49.

Yuen, Thomas Wai-kee and Winnie Wan-Ling Chu（2015）"Happiness in ASEAN Countries," *International Journal of Happiness and Development,* 12(1): 69-83.

石黒馨（2017）「カンボジア農村の貧困と家計所得の多様化―シェムリアップ州6村落の実証分析―」『国民経済雑誌』第215巻第6号，11-30頁。

稲葉陽二（2011）『ソーシャル・キャピタル入門―孤立から絆へ―』中央公論新社。

大竹文雄・白石小百合・筒井義郎編（2010）『日本の幸福度―格差・労働・家族―』日本評論社。

小塩隆士（2014）『「幸せ」の決まり方―主観的厚生の経済学―』日本経済新聞出版社。

近藤克則（2017）『健康格差社会への処方箋』医学書院。

佐藤奈穂（2017）『カンボジア農村に暮らすメマーイ―貧困に陥らない社会の仕組み―』京都大学学術出版会。

橘木俊詔・高松里江（2019）『幸福感の統計分析』岩波書店。

辻竜平・佐藤嘉倫編（2014）『ソーシャル・キャピタルと格差社会―幸福の計量社会学―』東京大学出版会。