

[報告]

「ソーシャル・キャピタルと健康の関連性に関する予備的研究」

藤澤由和¹⁾、濱野強²⁾、Eun Woo Nam³⁾、Sisira Edirippulige⁴⁾、小藪明生⁵⁾

キーワード：ソーシャル・キャピタル、主観的健康観、信頼感、グループメンバーシップ、ロジスティック分析

Preliminary study for relationship between social capital and health status

Yoshikazu Fujisawa, M.A. G.Dip.¹⁾, Tsuyoshi Hamano, M.A.²⁾,
Eun Woo Nam, Ph.D.³⁾, Akio Koyabu, M.A.⁴⁾, Sisira Edirippulige, Ph.D.⁵⁾

Abstract

There has been an increasing interest in the concept of "social capital" in many academic fields. Public health, in particular social epidemiology has been interested in the relationship between social capital and state of health despite the theoretical constructs are associated with other academic field, namely sociology, political science and development economics. The studies of R. Putnam have made a great impact not only on the academic discipline, but also drawing attention of the wider public towards the concept of social capital. However the concept "social capital" which Putnam has dealt in his work has not been clear in its definition. There are scholars who contest Putnam's notion as "social capital in declining". As a result there has been number of different definitions about "social capital" while some studies on social capital have been carried out without any clear definition. Undoubtedly, while conceptualizing the concept "social capital", it is equally important to realize the concept "social capital" in the empirical level to underpin the conceptualization of social capital too. This article takes the latter position and attempts to analyze the relationship between several indicators of social capital and that of self-rated health (SRH) from data of Japanese Genera Social Survey. There are three models to analyze the relationship by logistic analysis. Each model has the indicator of SRH as dependent variables and indicators of social capital (trust, reciprocity and group membership) and other confounding as independent variables. The results of the analysis show that there is a degree of relationship between social capital indicators which are trust and group membership and the indicator of self-rated health, although other confounding indicators, such as aged and income show the relationship with that of SRH. There are several issues to be considered regarding the relationship between social capital and health status according to this preliminary study. Among them the model of this study has limited conceptualization of the relationship between social capital and health status in

1) 新潟医療福祉大学社会福祉学部社会福祉学科

2) 国立保健医療科学院経営科学部

3) Department of Health Administration, College of Health Sciences, Yonsei University

4) 早稲田大学大学院文学研究科

5) Centre for Online Health, University of Queensland

藤澤由和 新潟医療福祉大学 社会福祉学部 社会福祉学科

[連絡先] 〒950-3198 新潟市島見町1398番地
TEL・FAX：025-257-4471
E-mail：fujisawa@nuhw.ac.jp

terms of contextual effects of social capital. To make clear of such an effect the data must be aggregated into community level, but before that there has been a need to establish the concept of community by the method of empirical research.

Key words : social capital, self-rating health, trust, group membership, logistic analysis

和文要約

近年、ソーシャル・キャピタルという概念に様々な分野から関心が高まっているが、健康科学や公衆衛生学の分野においてもソーシャル・キャピタルと健康の関連性への関心が高まっている。ソーシャル・キャピタルへの関心はある種地域社会やコミュニティの変質への関心と重なるものであり、その本質は社会学においても古くから検討されてきた課題である。だが近年のソーシャル・キャピタルへの関心の高まりはR. Putnamの研究にあるが、ソーシャル・キャピタルは一体なんであるのかという課題はいまだ解決されたわけではないと言える。そこで本論文においては、先行研究を踏まえソーシャル・キャピタルを実証的に捉える予備的な検討を行った。その結果、複数のソーシャル・キャピタル指標と主観的健康観の間には関係性が見られた。だがこうした関係性に関する知見を、ソーシャル・キャピタル概念の理論的精緻化に寄与させるためには、さらなる分析が必要とされる。

I はじめに

近年、ソーシャル・キャピタル（以下、SC）といった概念が我々の日常生活の様々な領域および様々なレベルで影響を与えることに対する関心が高まってきているが、こうしたSCに対する関心は健康関連分野においても高まりを見せている。SCに対する関心の背景には、コミュニティの崩壊といった古典的な問題および現代の社会学においても繰り返し検討されてきたテーマが存在する。そもそも社会学自体が近代社会

の出現と産業化の進展の中で変貌するコミュニティのありようを探求することから始まったといえ、初期の社会学者Tonnieはこうした変化をゲマインシャフト（Gemeinschaft）からゲゼルシャフト（Gesellschaft）といった概念で説明し¹⁾、Simmelは都市の様相が人々の生活様式や都市的コミュニティに与える影響を描いている²⁾。こうしたコミュニティの崩壊と政治的な帰結に関してSC概念を軸にその関係性に着目し、学問分野だけでなく広く一般の注目を浴びてきた近年の中心的な動向を形づくってきた研究として、Putnamを指摘することができる³⁾。

Putnamは、まずAlexis de Tocquevilleのアメリカ市民社会に関する考察を元にアメリカ市民社会の特質が低下しているのではないかという問題提起を行っている。具体的には、投票率の低下、社会生活上の市民参加の低下やその質的变化、政府への信頼感の低下、家族および近隣性の崩壊、他者への信頼感の低下傾向などを示して、これらを支えている人々の繋がり、すなわち「ソーシャル・キャピタル」がアメリカにおいて明らかに低下してきていると主張している。

こうしたPutnamの主張は、一見注目に値するように思われ、かつ事実多くの関心と議論を生じせしめてきたのであるが、PutnamがSCといった言葉で指し示している概念が何であるのかに関しては、彼自身論理的な検討をそれほど加えていない。ただ、少なくともPutnamの考えの前提には市民社会と民主主義には重要な関係性があり、その市民社会を支える重要な基盤としての地

域における人々の繋がり (Association) が何らかの変化をきたしているという考えが存在し、そしてこの地域における人々の繋がりのある種の特質をSCとして捉え、関係者相互に利得をもたらす調整や協同を促進するネットワーク、規範、社会的信頼感といった社会的組織化の特徴に関するものであると捉えているといえる。

つまり、SCとは個人および集団がお互いの繋がりから何らかの資源や利益を得ることができるという考えであり、こうした繋がりから得られた資源や利得はある種の成果を作り出すために用いることができるとされるのである。例えば、SCに満ちた地域といったものを例として考えてみるならば、こうした地域に居住する地域住民はお互いをよく知っており、かつ会話の機会に恵まれており、お互いを信頼するであろう。また、こうした地域において母親は公園の近くの道を子供が一人で歩くことになんら不安を感じることがないであろう。一方で、SCが低い地域においては、お互いをよく知らず信頼することも難しい。したがって、こうした地域においては、子供を公園で遊ばせるには自分が付き添うか誰かを雇わざるをえないであろう。

先にも述べたとおり、確かにSCの低下やそれにとまなう市民社会の変質といったテーマが大きな関心の対象となっている一方で、研究者間においてはこのSCが低下している傾向にあるとの考え方に必ずしも同じ認識がもたれているとは言えない。例えばPutnamがSCは低下傾向にあると主張する一方で、Laddなど他の研究者はSCは安定していると主張している⁴⁾。こうした見解の違いには、SC概念に関する二つの問題があると考えられる。

一つ目の問題は、SCという概念の捉え方とこの概念を具体的に測定しようとするときに生じる理論と現実の差に関する問題で

ある。つまりこれまでの研究は、SCを測定するに際してSCの理論的定義とその具体的な測定の間において一貫性が欠けていたといえる。例えば、SCという用語は近年の文献を見ても様々な形で用いられている⁵⁾⁻⁷⁾。こうしたSC概念とその実際の測定における非一貫性は、結果としてSCを把握するには問題があると考えられるような指標の構築という形になって現れている。例えば、投票率の高低といった指標を考えてみた場合、こうした高低率はSCのなんらかの結果として捉えるべきなのか、それともSCそのものと捉えるべきなのか明確になっていないのである。

二つ目の問題は、これまでの多くの先行研究においてSCが測定された場合、その多くが特定のデータに基づく単一の指標によってのみ測定が行なわれてきたということである。SCは非常に抽象的かつ一般的な概念であり、単一の変数によって把握することは困難と考えられる。しかし、その一方では様々な変数の組み合わせが理論的帰結によるものというよりも、単にデータの制約上の問題という理由からSCを把握する指標として提示されてきている。また、データの制約を乗り越えるために多様なデータソースを用いる場合、そこにはサンプリングやワーディングの違いから、各調査結果を統合した形で分析することは難しいといえる。このように、現在のところSCに関する研究の多くが上記のように様々な問題を抱えているといえるが、少なくとも通時的に見てSCが低下してきているのではないかという仮定は共有されている傾向がみられる⁸⁾。

そこで、本論文においては、上記の問題点を把握するための出発点としてSCと健康の関連性に関する研究の可能性と方向性を検討するため、アメリカにおける先行研究を踏まえ^{9) 10)}、日本におけるSC指標と主観的健康観の関連について予備的検討を試

みた。

II 研究方法

1. 対象

本研究においては、日本版General Social Surveys (以下、JGSS) (学術フロンティア推進拠点研究プロジェクト・大阪商業大学比較地域研究所・東京大学社会科学研究所)のデータを用いた。その中で本研究の分析対象としたのは、JGSS第1回本調査(2000)、JGSS第2回本調査(2001)のデータを連結した5,683名である。

2. 調査項目

分析に用いた質問項目は以下のとおりである。

性別、年齢、主観的健康観「あなたの現在の健康状態はいかがですか」、喫煙習慣「あなたはタバコを吸いますか」、所得「税金を差し引く前の収入でお答え下さい。株式配当、年金、不動産収入などすべての収入を合わせてください」、家族形態「あなたが一緒に住んでいるご家族の方はあなたを含めて何人ですか」、信頼性「一般的に人は信用できると思いますか」、互酬性「機会があれば、たいていの方は自分のために他の人を利用すると思いますか」、グループメンバーシップ(以下、GM)「政治関係の団体や会、業界団体・同業者団体、ボランティアグループなどの所属数」である。

なお、信頼性、互酬性、GMはSC指標としてKawachiら(1999)が先行研究で用いている指標であり、これら3項目をSC指標(信頼性)、SC指標(互酬性)、SC指標(GM)とする。なお、各SC指標については次の通り3つのカテゴリーに分類した。

(1) SC指標(信頼性)に関しては、「一般的に人は信用できるとおもいますか」の問に対して、「はい」と回答したものをSC高、「場合による」と回答したものをS

C中、「いいえ」と回答したものをSC低に分類した。

(2) SC指標(互酬性)に関しては、「機会があれば、たいていの方は自分のために他の人を利用すると思いますか」の問に対して、「はい」と回答したものをSC高、「場合による」と回答したものをSC中、「いいえ」と回答したものをSC低に分類した。

(3) SC指標(GM)に関しては、政治関係の団体や会、業界団体・同業者団体、ボランティアのグループ、市民運動・消費者運動のグループ、宗教の団体や会、スポーツ関係のグループやクラブ、趣味の会の7つの会や組織のうち、該当する場合には1点、非該当の場合には2点を配点し7点から14点にスコア化を行った。そして、7点~12点をSC高、13点をSC中、14点をSC低とした。

3. 分析方法

主観的健康観については、「良好」、「不良」の2群に分類し、SC指標を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。なお、性別、年齢、所得、喫煙、居住はSC指標と主観的健康観の交絡因子として考えられるため、カテゴリー変数に変換してロジスティック回帰式に投入した。

分析に際しては、次の3つのモデルを設定した。すなわち、従属変数を主観的健康観として独立変数を性別、年齢、各SC指標(モデル1)、従属変数を主観的健康観として独立変数を性別、年齢、所得、各SC指標(モデル2)、従属変数を主観的健康観として独立変数を年齢、性別、所得、喫煙、居住、各SC指標(モデル3)。すなわち、各モデルに対し3つのSC指標を組み合わせた9つの回帰式について分析を行った。

なお、有意水準は5%とし、統計処理にはSPSS for Windows ver.11.5 Jを用いた。

Ⅲ 結果

モデル 1、2、3 の全てにおいて SC 指標 (互酬性) を除き、SC 指標と健康観の間には何らかの関連性が見られた。また SC 指標以外では年齢と健康観、年収と健康観にそれぞれ一定の関係が見られた。

1. モデル 1 について

「健康不良」に関連する SC 指標のオッズ比は以下の通りである。SC 指標 (信頼性) 高に対する SC 指標 (信頼性) 低のオッズ比は 1.62 (表 1)、SC 指標 (GM) 高に対する SC 指標 (GM) 低のオッズ比は 1.53 (表 2) であった。

その他「健康不良」に関連する SC 指標以外の質問項目については、SC 指標 (信頼性) と主観的健康観とのロジスティック回帰式では、20 歳代に対する 60 歳代のオッズ比は 1.90、70 歳代以上のオッズ比は 3.09 であった (表 1)。SC 指標 (GM) と主観的健康

観のロジスティック回帰式では、20 歳代に対する 60 歳代のオッズ比は 2.08、70 歳代以上のオッズ比は 3.19 であった (表 2)。

2. モデル 2 について

「健康不良」に関連する SC 指標のオッズ比は以下の通りである。SC 指標 (信頼性) 高に対する SC 指標 (信頼性) 低のオッズ比は 1.53 (表 3)、SC 指標 (GM) 高に対する SC 指標 (GM) 低のオッズ比は 1.48 (表 4) であった。

その他「健康不良」に関連する SC 指標以外の質問項目については、SC 指標 (信頼性) と主観的健康観とのロジスティック回帰式では、20 歳代に対する 60 歳代のオッズ比は 1.72、70 歳代以上のオッズ比は 2.70 であった。また、年収については、150 万円未満に対する 150 万円以上～350 万円未満のオッズ比は 0.53、350 万円以上～550 万円未満のオッズ比は 0.44、550 万円以上～850 万円未満のオッズ比は 0.43、850 万円以上のオッズ比は 0.37 であった (表 3)。

SC 指標 (GM) と主観的健康観のロジスティック回帰式では、20 歳代に対する 60 歳代のオッズ比は 1.81、70 歳代以上のオッズ比は 2.74 であった。年収については、150 万

表 1 SC (信頼性) と健康観

	オッズ比	95%信頼区間	P 値
性別 (男性=0)	0.95	(0.84 - 1.09)	0.472
20歳代	1.00		
30歳代	0.96	(0.72 - 1.27)	0.762
40歳代	1.24	(0.95 - 1.61)	0.110
50歳代	1.20	(0.94 - 1.54)	0.151
60歳代	1.90	(1.48 - 2.43)	0.001
70代以上	3.09	(2.42 - 3.95)	0.001
SC (信頼性) 高	1.00		
SC (信頼性) 低	1.62	(1.31 - 2.01)	0.001
SC (信頼性) 中	1.18	(1.00 - 1.39)	0.052

表 2 SC (GM) と健康観

	オッズ比	95%信頼区間	P 値
性別 (男性=0)	0.96	(0.84 - 1.10)	0.578
20歳代	1.00		
30歳代	0.99	(0.75 - 1.32)	0.964
40歳代	1.24	(0.95 - 1.63)	0.113
50歳代	1.28	(0.99 - 1.66)	0.059
60歳代	2.08	(1.62 - 2.69)	0.001
70代以上	3.19	(2.48 - 4.11)	0.001
SC 指標 (GM) 高	1.00		
SC 指標 (GM) 中	1.11	(0.88 - 1.42)	0.381
SC 指標 (GM) 低	1.53	(1.24 - 1.89)	0.001

表 3 SC (信頼性) と健康観

	オッズ比	95%信頼区間	P 値
性別 (男性=0)	0.86	(0.74 - 1.02)	0.077
20歳代	1.00		
30歳代	1.23	(0.85 - 1.78)	0.276
40歳代	1.44	(1.01 - 2.05)	0.045
50歳代	1.39	(0.98 - 1.95)	0.062
60歳代	1.72	(1.22 - 2.42)	0.002
70代以上	2.70	(1.90 - 3.83)	0.001
～150万	1.00		
150万～350万	0.53	(0.39 - 0.71)	0.001
350万～550万	0.44	(0.33 - 0.60)	0.001
550万～850万	0.43	(0.31 - 0.59)	0.001
850万～	0.37	(0.27 - 0.51)	0.001
SC (信頼性) 高			
SC (信頼性) 低	1.53	(1.17 - 1.99)	0.002
SC (信頼性) 中	1.16	(0.95 - 1.42)	0.145

表4 SC (GM) と健康観

	オッズ比	95%信頼区間	P 値
性別 (男性=0)	0.86	(0.73 - 1.02)	0.085
20歳代	1.00		
30歳代	1.22	(0.84 - 1.78)	0.287
40歳代	1.43	(1.00 - 2.05)	0.053
50歳代	1.39	(0.98 - 1.97)	0.064
60歳代	1.81	(1.28 - 2.57)	0.001
70代以上	2.74	(1.91 - 3.92)	0.001
～150万	1.00		
150万～350万	0.51	(0.37 - 0.69)	0.001
350万～550万	0.45	(0.32 - 0.61)	0.001
550万～850万	0.43	(0.31 - 0.60)	0.001
850万～	0.36	(0.26 - 0.50)	0.001
SC指標 (GM) 高	1.00		
SC指標 (GM) 中	1.08	(0.81 - 1.45)	0.588
SC指標 (GM) 低	1.48	(1.15 - 1.92)	0.003

円未満に対する150万円以上～350万円未満のオッズ比は0.51、350万円以上～550万円未満のオッズ比は0.45、550万円以上～850万円未満のオッズ比は0.43、850万円以上のオッズ比は0.36であった(表4)。

3. モデル3について

「健康不良」に関連するSC指標のオッズ比は以下の通りである。SC指標(信頼性)高に対するSC指標(信頼性)低のオッズ比は1.54(表5)、SC指標(GM)高に対するSC指標(GM)低のオッズ比は1.52(表6)であった。

その他、「健康不良」に関連するSC指標以外の質問項目については、SC指標(信頼性)と主観的健康観のロジスティック回帰式では、20歳代に対する60歳代のオッズ比は1.66、70歳代以上のオッズ比は2.59であった。年収においては、150万円未満に対する150万円以上～350万円未満のオッズ比は0.52、350万円以上～550万円未満のオッズ比は0.43、550万円以上～850万円未満のオッズ比は0.42、850万円以上のオッズ比は0.36であった(すなわち、この結果は、年収カテゴリーが上がるほど不健康と感じているものが少ないことを示している)(表5)。

また、SC指標(GM)と主観的健康観のロジスティック回帰式においても、20歳代に対する60歳代のオッズ比は1.74、70歳代以上は2.59であった。

表5 SC (信頼性) と健康観

	オッズ比	95%信頼区間	P 値
性別 (男性=0)	0.83	(0.70 - 0.99)	0.039
20歳代	1.00		
30歳代	1.22	(0.84 - 1.76)	0.301
40歳代	1.41	(0.99 - 2.02)	0.059
50歳代	1.36	(0.96 - 1.91)	0.083
60歳代	1.66	(1.18 - 2.35)	0.004
70代以上	2.59	(1.82 - 3.69)	0.000
～150万	1.00		
150万～350万	0.52	(0.38 - 0.71)	0.001
350万～550万	0.43	(0.31 - 0.60)	0.001
550万～850万	0.42	(0.30 - 0.58)	0.001
850万～	0.36	(0.26 - 0.50)	0.001
住居 (独居=0)	1.05	(0.79 - 1.40)	0.739
喫煙 (あり=0)	1.13	(0.94 - 1.36)	0.202
SC (信頼性) 高	1.00		
SC (信頼性) 低	1.54	(1.18 - 2.00)	0.002
SC (信頼性) 中	1.16	(0.95 - 1.42)	0.147

表6 SC (GM) と健康観

	オッズ比	95%信頼区間	P 値
性別 (男性=0)	0.84	(0.70 - 1.00)	0.049
20歳代	1.00		
30歳代	1.21	(0.83 - 1.76)	0.315
40歳代	1.41	(0.98 - 2.02)	0.066
50歳代	1.36	(0.96 - 1.93)	0.083
60歳代	1.74	(1.23 - 2.48)	0.002
70代以上	2.59	(1.81 - 3.73)	0.001
～150万	1.00		
150万～350万	0.49	(0.35 - 0.68)	0.001
350万～550万	0.43	(0.31 - 0.61)	0.001
550万～850万	0.41	(0.29 - 0.59)	0.001
850万～	0.35	(0.25 - 0.49)	0.001
住居 (独居=0)	1.06	(0.79 - 1.43)	0.703
喫煙 (あり=0)	1.14	(0.94 - 1.38)	0.189
SC指標 (GM) 高	1.00		
SC指標 (GM) 中	1.11	(0.82 - 1.49)	0.503
SC指標 (GM) 低	1.52	(1.18 - 1.98)	0.001

IV 考察

モデル1、モデル2、モデル3ともに、「健康不良」に対するSC指標（信頼性）低、SC指標（GM）低との間には関連性が見られた。この意味するところはつまり、信頼性に関するSC指標が低い場合は、自分の健康に関しての評価が低いことを意味し、何らかの会や組織に所属しているかどうかというグループメンバーシップに関するSC指標が低い場合にも、自分の健康に関しての評価が低いことを示している。この二つのSC指標に限られたものであるが、SCと主観的な健康観には何らかの関連性があると考えられる。

だがその一方で他の要因、年齢および年収も同様に健康観と関連性があると考えられる。具体的には60歳以上の年代は、SCが低いと同様に健康観も低いといえる。年収に関しては、年収が上がるにつれて、健康観は高くなる傾向がある。こうしたSC以外の他の要因とくに年収などの社会的要因とSCとの関連性は先行研究が指摘している点である。また、常識的に考えても、高齢になると自分の健康に不安を感じる率が高くなることは当然といえる。だが、同じ高齢者においても必ずしもすべての人々が健康に不安を感じているわけではなく、不安を感じている人々と感じていない人々の間にはどのような違いがあるのか、とくにSCがその違いを生み出している要因自体であるか、もしくは要因と関わりをもつのかという点にまで今後は踏み込んで検討を行う必要がある。さらに高額所得者ほど、健康に不安を持つ人の割合が減少するが、これは果たして主観的に健康であると感じているだけなのか、実際に健康状態が良いのであるかに関して検討を行う必要があり、その際実際に何らかの健康格差が存在する場合、そこにはSCが重要な要因として関係しているのかを検討する必要があると考えら

れる。

さらに本研究で示された各SC指標と主観的健康観の関係性は、いわゆるCompositional Effectと呼ばれるものである可能性を否定できない。すなわち、こうした結果は単にある種の社会的感覚を持つ人々が自分の健康を低いものであるとみなす傾向が存在するという可能性を否定できないということである。

こうした点は現在、多くの研究者、とくに社会学者がSCとは個人レベルの属性ではなく、集団レベルにおける属性であるとする見解を提示していることを考慮するならば、今後SCと健康に関する研究は、いわゆるContextual Effectと呼ばれる現象を分析していく必要があると考えられる。またそれゆえ、SCを集団レベルの属性として捉え、その健康への影響を検討する際には、データを地域レベルで統合し、地域レベルで分析を行うエコロジカルな研究が必要であると考えられる。その場合、問題はデータのレベルという点を越えてコミュニティもしくは地域とは何かという社会科学において根源的な問題の検討を避けて通るわけには行かないのである。

最後にSC指標（互酬性）と健康観に関係性が見られなかったという点に関して、いわゆる質問におけるワーディングの問題が存在している可能性が考えられる。今後「互酬性」に関しては日本語のSC指標の更なる開発が要であると考えられる。

本研究は、東京大学社会科学研究所付属日本社会研究情報センターSSJデータ・アーカイブから「生活と意識についての国際比較調査（日本版総合的社会調査, JGSS）」第一回、第二回本調査（大阪商業大学比較地域研究所（研究代表者 谷岡一郎）・東京大学社会科学研究所（研究代表者 仁田道夫））の個票データの提供を受けた。また、

本研究は「平成16年度新潟医療福祉大学研究奨励金萌芽的研究」からの研究助成による研究成果の一部を取りまとめたものである。

文献

- 1) Tonnies, F.: *Community and Society-Gemeinschaft and Gesellschaft*. C. P. Loomis (tras.) East Lansing: Michigan State University Press. [1887] 1957.
- 2) Simmel, G.: "The Metropolis and Mental Life." in *The Sociology of Georg Simmel*. Kurt H. Wolff (trans. and ed.) New York: Free Press. [1903] 1950.
- 3) Putnam, R. D.: *Bowling Alone: America's Declining Social Capital*, *Journal of Democracy*, 6: pp65-78, 1995.
- 4) Ladd, E. C.: *The Data Just Don't Show Erosion of America's Social Capital*, *Public Perspective*, 7: pp.1-30, 1996.
- 5) Sanders, J. M., Nee, V.: *Immigrant Self-Employment: The Family as Social Capital and the Value of Human Capital*, *American Sociological Review*, 61: pp231-249, 1996.
- 6) Hagan, J., MacMillan, R., Wheaton, B.: *New Kid in Town: Social Capital and the life Course Effects of Family Migration on Children*, *American Sociological Review*, 61: pp368-385, 1996.
- 7) Schiff, M.: *Social Capital, Labor Mobility, and Welfare*, *Rationality and Society*, 4: pp157-175, 1992.
- 8) Brehm, J., Rahn, W.: *Individual-Level Evidence for the Causes and Consequences of Social Capital*, *American Journal of Political Science*, 41: pp99-1023, 1997.
- 9) Kawachi, I., Kennedy, B., Lochner, K., et al.: *Social Capital, Income Inequality, and Mortality*, *American Journal of Public Health*, 87: pp1491-1498, 1997.
- 10) Kawachi, I., Kennedy B. P., Glass, R.: *Social Capital and Self-Related Health: A Contextual Analysis*, *American Journal of Public Health*, 89: pp1187-1193, 1999.