

中国の貧困村における農家の主婦の健康自己評価に影響を与える社会的要因

—中国河北省L村のケーススタディから—

三橋かほり

はじめに：

近年、社会疫学などの分野において、主観的健康感という概念が注目されている¹。

主観的健康感とは、「自分の健康の程度はどのくらいだと思うか。」について、主観的で自主的な判断に基づく、健康の自己評価である。この指標は、既に先進諸国における人々の健康と健康格差の研究では広く用いられている健康指標であり、疾病の有無や生命予後に対する予測するのみならず、心理・精神的な状態や社会関係などを、総合的に反映する包括的な健康評価指標として、その有効性と信頼性が支持されている²。西側の先進諸国以外にも、例えば、近年、移行経済下におかれたポーランドやリトアニア等の東欧諸国を含む広範囲にわたる国々を対象とする研究からも、不良な主観的健康感将来の死亡率³や障害⁴に影響していたことが明らか

1 馬場康彦、近藤克典「女性の労働と主観的健康感－就業形態・状況分析」『季刊家計経済』No.65, 2005, WINTER, 51-59

2 Miilunpalo, S., Vuoria, L., Oja, P., Pasanen, M., & Urponen, H. Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physicians services and on mortality in the working-age population. *Social Science & Medicine* 1998; 46: 1121-1136.

Lundberg & Manderbacka, Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1996; 24:218-224.

3 Kaplan & Camacho. Perceived health and mortality: A nine year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 1983;117;292-298.

Miilunpalo, S., et al.; Self-perceived health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physicians services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1997; 50; 517-528.

4 Ferraro, K. F., & Su, Y.P. Physician-evaluated and self-reported morbidity for predicting disability. *American Journal of Public Health*. 2000; 90; 103-108.

にされている。このように、経済の転換期におかれた社会では、社会環境の変化が人々の健康状態に与える影響が大きいことがうかがえる。例えば、社会階層間における健康の格差についても、社会の下層レベルに属する集団の多くが健康状態においても、社会的ストレスに影響を受けやすく、社会的病理⁵に表わされるように、健康状態にも影響を及ぼしていることが幾つかの研究で示されている^{6,7}。

中国については、今日も、国をあげて経済成長が追求される一方で、教育、健康、福祉、労働等の社会保障の分野では依然として手薄な状態が続き、これらの格差が特に都市と農村との間に顕著に存在していることは、日本でも既に広く知られるようになった。

こうした社会状況の下、本論文が扱う健康科学の分野においても、近年、社会や環境の急速な変動についてゆけない人達の健康問題が浮上している⁸。

中国では、建国後、都市優先の経済成長が追及され、その結果としてもたらされた社会の変動は、農村の人々の生活にかつてないひずみを強いている。国民の約8割を占める農村人口の健康問題は、社会保障の課題として最も重要な問題である。特に、中国の農村の女性は社会経済的にも格差の影響に曝されがちな集団である。そうした意味からも、近年になり、よ

5 移行経済の下、失業・過重労働・貧困に起因するストレスによって、人々は、例えば、うつ病・うつ状態、神経症、心身症の増発、アルコール中毒、心身の過労による心不全、脳卒中による突然死、自殺未遂・自殺などの様々な社会的病理に苦しんだのである

6 Cockerham, W.C.: The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and Eastern Europe: A lifestyle explanation. *Journal of Health and Social Behavior*, 1997; 38,117-130

Chenet, L., Leon, D., McKee, M., & Vassin, S.: Deaths from alcohol and violence in Moscow: Socioeconomic determinants. *European Journal of Population*, 1998; 14: 19-37.

Chenet, L., McKee, m., Leon, D., Shkolnikov, V., & Vassin, S.: Alcohol and cardiovascular mortality in Moscow; new evidence of a causal association. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998; 52: 772-774.

*例えば、ロシアや東欧諸国のような旧社会主義国でも、社会主義経済から市場経済への転換の過程で、人々は経済格差を原因とする社会的ストレスに見舞われ、ロシアではそれが男子の平均寿命の低下となって現れた。

7 Peder Walberg, Martin McKee, et al. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *BMJ* 1998;317:312-318

8 Hsiao, WC. Transformation of Health Care in China, *The New England Journal of Medicine*. 1984;310(14):932-936

Liu, YL., Hsiao, WC., et al. Equity in health and health care – the Chinese experiences, *Soc.Sci.Med*, 1999;49:1349-1356

Rosenthal, MM. Modernization and Healthcare in the People's Republic of China- The Period of Transition, *The Journal of Medical Practice and Management*, 1987;2(3):207-215

中国の貧困村における農家の主婦の健康自己評価に影響を与える社会的要因

うやく中国でも、この集団の健康問題は重要な課題として認識され、彼女達の健康状態に関する基礎的な研究が開始されるようになった。彼女達の健康状態が身体的要因だけではなく、社会・心理的要因にもどのように影響を受けているかを、主観的健康感において総合的に明らかにすることは重要である⁹。

本論文は、筆者が中国河北省L村で行った調査に基づき、中国の農村の女性の主観的な健康感とその関連要因との関係について論じたものである。主観的健康感に影響を与える社会的・経済的要因が明らかになれば、今後の彼女達の健康問題に対する予防介入が可能になる。本論文は、予防介入に向けた調査・研究の基礎資料とすることを目的としている。

1. 背景

中国の農村の女性の健康状態と社会的環境及び女性の役割負担

社会環境の変化が、女性の健康状態に及ぼす影響に関する研究は、家庭と仕事といった女性が抱える多重の役割の状態に注目した研究¹⁰が中心となっている。しかし、その結果は一貫しておらず多様である。欧米における研究では、欧米の女性が抱える多重役割については、担う役割の数、役割のパターン（仕事と家庭役割の組み合わせ）、健康状態との関係が、一般に研究されてきた¹¹。しかしながら、研究を通じて、多重役割と健康状態との関係は、担う役割の数や型のみならず、役割の特性にも依っているため、例えば、各国で女性が担う仕事の種類や家庭で妻や親として

9 Paul S.F. Yip. Suicide rates in China during a decade of rapid social changes. *Soc Psychiatr epidemiol.* 2005;40:792-798

Lu Li. The mental health status of Chinese rural-urban migrant workers comparison with permanent urban and rural dwellers. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2007; 42:716-722

劉武 農村婦群体高自殺率原因探析 (On reasons of the high suicide rates of the rural women in China). *中国農業大学学报* 2004;4:63-67

陳阿阿 城市農民工心理健康透視及対策研究 (Perspective and countermeasures of the psycho-health issues among rural people working in city). *衛生軟科学* 2007; 2 (85) 398-401

10 Hunt, K., & Annandale, E. Relocating gender and morbidity: Examining mens and womens health in contemporary Western societies. Introduction to special issue on gender and health. *Social Science & Medicine.* 1999;48(1), 1-5.

11 Soresen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Annual Review Public Health.* 1987;8:235-51

担う家事のありように深く関わっていることが明らかとなっている。こうした欧米における研究背景において、近年では、特に、役割の質や経験が健康に及ぼす影響の重要性が取り上げられるようになってきた¹²。ただし、こうした欧米での研究によって得られた知見は、異なる社会環境と文化によって、違いが生じるものである。

中国の農村の主婦の場合、担う仕事は主に家事と農作業である。この農作業は雇用というかたちを取らないにしても、収入につながるため、家事とはまた別の意味合いを有している。社会・経済環境の変化は、個人や家族の生活や社会関係に影響を与え、ひいては個人の担う役割のありかたと健康状態との関係にも影響を及ぼす。中国の農村においても同様に、近年、市場経済の浸透により、農家の主婦の生活や労働も変化している。その特徴として、農家の主婦は家庭内における家事役割という伝統的な役割のみならず、近年、商品作物の生産と副業による経済的貢献といった新たな役割が主婦の仕事として強調されるようになった。

ここで、中国の農村の女性を取り巻く社会状況について、彼女達の社会制度上の立場及び農家の主婦の生活と役割のありようにふれてみる。

1980年代までは、戸籍制度による社会的身分上の制約と、「男は外、女は内」といった封建的価値観から、農村の女性たちの都市への移動やそこでの教育・就労の機会は限定されていた¹³。今日でも、男尊女卑という価値観の下、女性の社会的位置づけは低く、このため、女性達は生活上の過重労働を強いられがちである。

その一方で、彼女たちは教養や知識等の問題へ対処するための能力や資源を得難く、大多数の農村の女性達は現状の問題解決の術を見い出せていない。そうした状況にくわえて、近年の市場経済の浸透による農村での現金収入の必要性の高まりは、農家の嫁に新たな負担を投げかけている。例えば、農作業の基幹労働力である中青年男子が出稼ぎに出るために、農家の主体として、女性たちは、従来からの伝統的な家事役割¹⁴を担い、ま

12 Annandale, E., & Hunt, K.. Gender inequalities in health: Research at the crossroads. In E. Annandale, & K. Hunt (Eds.), *Gender inequalities in health* (pp1-35). 2000 Buckingham: Open University Press.

13 三橋かほり「中国の貧困村における農家の主婦の精神的健康と関連要因」『愛知大学国際問題研究所紀要』第135、2010年143-171

中国の貧困村における農家の主婦の健康自己評価に影響を与える社会的要因

た新たに、一家の糊口をしのぐために農作業と農業収入について一手に対応をし経済的役割を担わざるを得ない¹⁵。

また、農民にとって生計を確保してゆく手段は唯一、農業¹⁶や出稼ぎであるが、他方で、市場経済の浸透がもたらした農村をとりまく社会変動は、農村コミュニティにおける人間関係や家庭での人間関係の在り方を変化させてしまっているために、農村の女性が期待される役割を担う上でのサポート環境が脆弱化してしまっている。

こうした農村の社会環境の下、農村の女性は身体的な側面もさることながら、心理的・精神的にも社会的変動の影響を最も受ける層とされている¹⁷。他方で、中国では、社会環境の変遷に伴う人々の健康のありよう、とりわけ、農村の女性の社会環境と健康状態との関連づけ、農家の女性が担う役割負担と健康状態の関心に焦点を当てた研究は、まだ始まったばかりである。

中国の農家の女性の場合、不確実性の高い中国の農村の経済状況下、特に、経済的役割という市場経済の浸透がもたらした新たな役割の遂行が、彼女たちの主観的健康感に大きく影響を及ぼしていることが予想される。

同時に、今日、農村の女性の身体的・精神的健康の問題が社会問題化し、早急な予防介入が必要とされている。このため、筆者は農村の青年および中年層の女性の集団の主観的健康感とその関連要因を検討し、基礎研究の一助となることを目的とした。

中国河北省L村で、一般健常者集団の主観的健康感の実態を把握するためのアンケート調査を実施した。

14 老人扶養、介護、家事一般、副業等

* 実際、多くの女性は、農村という閉じられた環境において、農家の嫁として農作業に従事する一生で終わることが多かった。外界（村の外）とのつながりや接触が制限されていたため、外から得られる知識や情報もまた限定され、教養や技能なども低いレベルにおかれていた。また、家事・農作業に対する意思決定権・発言権も欠如しており、それは健康管理にも影響を与えていたとされる。女性は、病気になっても医者にかからないとする思考なども、その一例として挙げられよう。

15 Zhang, Y. W. Xileito village survey, 1998 Beijing: Knowledge Press

16 特に農業については、農作業の性質上、農村コミュニティとの友好的な関係なくしては生活を維持してゆけない。

17 Ofra Anson, Shifang Sun. Health inequalities in rural China: evidence from HeBei Province. 2004;10, 75-84

2. 調査の概要

(1) 調査内容及び目的；

① 調査内容

これまで中国では社会保障の対象は都市住民であり、農民に対する社会保障は皆無であった。このため、農民の包括的な健康状態に対する研究は中国でもほとんど存在しておらず、近年になってようやく開始されたばかりであり¹⁸、基礎的な研究の整備が必要とされている。その一助となる基礎的資料として、本研究では農村の女性の主観的健康感の測定を実施した。

② 調査目的

上述のように、中国の農村住民の包括的な健康状態に関する基礎研究は少なく、参考指標となり得る基礎的指標が確立されていない。このため研究はまず、主観的健康感の良い者と悪い者との間で、西側諸国で一般に適用されている主観的健康感に関する要因、すなわち、社会人口学的・経済的・社会・心理的及び役割負担の要因が主観的健康感に与える影響を比較、検討することとした。

(2) 調査地点；河北省満城県 L 村の概況

2006年6月から2008年3月の期間、中華人民共和国河北省満城県L村において、ヒアリング調査2回及びアンケート調査1回から成る調査を実施した。

調査地点のL村は河北省の南西部の満県県の山麓地帯に位置し、交通網（公道）より5kmほど隔離した僻地に位置する。総面積は22km²ほどである。旱害を中心とする災害の多発地域であるため、灌漑や水利整備が村の生活や産業発展の要となっている。

村の総人口は1,048人（男子577人、女子471人）、世帯数は351世帯（2007年度）である。世帯形態は二世帯ないし三世帯が主であり、出稼ぎ者を有する世帯が多い。

18 Chen,S.T., Hamid,N.P., 1996. A Chinese symptom checklist:preliminary data concerning reliability and validity. Journal of Social Behavior and personality 11,241-252.

中国の貧困村における農家の主婦の健康自己評価に影響を与える社会的要因

村内の主要施設は、小学校（1校）、幼稚園（1園）、井戸6カ所、診療所1カ所、雑貨売店6軒、運搬業1軒である。また、電気・ガス・水道、固定電話等の通信設備はほとんど整備されていない。村の主な産業は農業で、現在、農産物の商品化を軸に畜羊、糧食作物、果樹・薬草の栽培に重点がおかれている¹⁹。

(3) 調査対象と方法

河北省M県L村における20歳以上60歳未満の農家の主婦全数430人の中から、本村における全10組の隣組の名簿を用い、各年代層ごとに2人から4人を抽出することで、合計96人の調査対象者を得た。調査対象者に対し、事前に、調査目的、意義、方法、プライバシー保護を説明し、了解を得られた人に対し、調査の協力依頼を行った。

調査方法については、自記式質問表を基本とする面接法を用いた。また、回答者のうち、非識字の者については、読み上げた質問に対し口頭による回答を依頼し、調査員が回答の代理記入を行った。質問表の回収は無記名で行った。

また、本調査及び事前調査の実施にあたっては、農村出身者²⁰で調査当時、北京市の北京大学及び中国人民大学で社会学を専攻する大学院生3人を調査員として協力を依頼した。事前調査も含め、本調査は2006年6月から2008年3月にかけて行われた。

(4) 測定項目

本調査では、以下のように、1) 社会人口学的要因、2) 役割負担の要因、3) 経済的要因、4) 社会心理的要因、5) 心理的要因、6) 主観的健康感の各要因に関する幾つかの項目の測定を行い、分析に用いた；

1) 社会人口学的要因；①年齢、②教育レベル、③世帯主の留守状況

19 村人の生活：村人の取入源は主に商品作物の栽培と果樹栽培、養羊、出稼ぎから得られている。また、村人の家計のうち、支出負担が大きいものは主に教育費（小学校：年間180—240元ほど、中学校：年間2,000—2,400元ほど）、家屋の改築、税金（農業税）、農業生産の資財購入・投資、医療費とされている。

20 都市と農村とでは社会的文化的背景の相違から言葉使いや表現が異なるため、ヒアリング及びアンケート調査活動は、農村出身者に依頼した。

の3項目²¹

- 2) 役割負担の要因： ①家族人数、②子供の有無、③扶養老人の数、
④慢性病人の数の4項目²²
- 3) 経済的要因：①世帯の現金収入の1項目²³
- 4) 心理的要因：

心理的要因として、主観的健康感に効果があるとされている①自尊心、及び、②ストレス対処能力の2項目を測定した。自尊心は、自分に価値があるとみたり、自分が重要な存在であるという感覚を持っていることと定義されている²⁴。特に、女性の精神的健康への有効資源として、自尊心は社会的な接触や支援から得られるものと考えられている²⁵。自尊心の測定にあたっては Rosenberg の Self-Esteem10 項目版²⁶ の中国語版を用いた²⁷。α 係数は 0.72 であった。また、ストレス対処能力²⁸ の測定は、SOC13 項目版（7 件法）を用いた²⁹。SOC 尺度は、中国の都市部の住民における精神的健康調査で既に使用されており、その信頼

21 各項目の内訳は次のとおりである：

- ① 年齢
② 教育レベル（1. 小学校教育未修了、2. 小学校卒業、3. 中学校卒業、4. 高卒以上）
③ 世帯主の留守（夫が1. 家に常在、2. 留守をしている）

22 各項目の内訳は次のとおりである：①家族人数（1.0-3 人、2.4 人以上）、②子供の有無（1. 有り、0. 無し）、③扶養老人の数（1. 0 人、2. 1 人、3. 2 人以上）④慢性病人の数（1. 0 人、2. 1 人、3. 2 人以上）

23 項目の内訳は次のとおりである：① 4,000 元以下、② 4,001-7,000 元、③ 7,001-10,000 元 ④ 10,001 元以上

24 Blascovich J, Tomaka J. Measures of Self-Esteem. Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS. Measures of personality and social psychological attitudes. San Diego: Academic Press, 1991; 115-160.

25 Gove WR, Tudor MR. Adult sex roles and mental illness. American Journal of Sociology 1977; 78:812-835.

Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. Ann Rev Public Health 1987; 8:235-251.

26 Rosenberg, M, Society and the adolescent self-image, Princeton University Press, New Jersey, 1965.

27 回答形式は、各質問について、「大変あてはまる」、「あてはまる」、「あまりあてはまらない」、「あてはまらない」の4段階の選択肢から一つを選び、高い順に3点から0点を配し、単純加算し点数化を図った。その結果、本調査対象者における点数の範囲は低い順に10点から26点であり、α 係数は 0.72 であった。自尊心の得点が高いほど原則的に自尊心が高いとされる。

28 榎本妙子「健康生成論に基づく地域住民の健康実態」『立命館産業社会論集』第36巻第4号、2001年、53-73.

29 使用にあたり、既存の SOC13 項目版（英文版）を中国語に翻訳し、本調査での測定へと用いた。（本調査では、農村部の農民に対する測定であるために、幾つかの質問文について、現地の方言に即し農民にとり意味を理解し易くするために、質問文の意味を損なわない程度に表現を変えて用いた。回答形式は、13 項目のそれぞれの質問について、「まったくそう思う」から「まったくそう思わない」までの7つの選択肢から一つを選び、低い順に1点から7点を配した。

中国の貧困村における農家の主婦の健康自己評価に影響を与える社会的要因

性及び妥当性ともに実証されている³⁰。SOCの α 係数は0.65であった。自尊感情、ストレス対処能力共に、点数が高いほど良いとされている。

5) 社会心理的要因；

i) 役割遂行の満足度；

日常生活において担う役割の遂行と主観的な健康状態に関連する要因として、役割の遂行に対する満足感に着目し、測定を行った。L村の女性たちも、今日では従来のような家庭内のみ活動が限定される家事一般を遂行する役割のみならず、商品作物の生産などによる現金収入への貢献といった経済的役割が求められている。このような状況下、これまでの単一的な役割から多面的な役割を求められるようになってきている。こうした役割を遂行することへの満足感と農村部の女性の主観的健康感との関わりを検討するために、①家事遂行に対する満足度、及び②副業である商品作物生産の遂行に対する満足度の2項目³¹について測定した。

ii) 社会的支援；

問題状況の発生に際して頼れる人的支援と主観的な健康状態との関係については、これまでに多くの研究で検討されている³²。本調査においても、変わりゆく農村社会における人間関係と農村の女性の主観

評価方法は13項目それぞれの得点をすべて単純加算し点数化を図った。このSOCの得点が高いほど原則的にSOCが高い、すなわちストレス対処能力が高いとされる。結果、本調査対象者におけるSOC点数の範囲は低い順に34点から85点であり、また、 α 係数は0.65であった。また、この尺度の妥当性については、これまでの研究²⁹で、SOCが精神的健康尺度(GHQ)と負の関係にあるという仮説に基づき、評価されている。本研究ではGHQとの相関を分析した結果、-.33であり、妥当性の面で大きな問題はないことが示された。SOC、自尊感情のいずれについても、それぞれの得点を四分位値によって、高・中・低と3レベルに分けて得点のカテゴリー化を行い、分析に用いた。

30 包蕾萍、劉俊升 心理一致感量表(SOC-13) 中文版的修訂 中国臨床心理雜誌 2005;13(4):399-401

周跃萍、馬劍虹、周蓮英 关于城市居民心理凝聚感與压力源關係的研究 心理科学 2004;27(4):964-966

31 各項目の質問文と回答の内訳は次のとおりである：「あなたは日頃、家事(或いは副業)について、どのくらい満足して行えていますか？」とたずね、回答を「大変満足」、「ほぼ満足」、「あまり満足でない」、「満足でない」、の4段階評価とし、「大変満足」「ほぼ満足」とする回答は「満足している」、「あまり満足でない」「満足でない」とする回答は「満足していない」と二分した。

32 Field, M.G., & Twing, J.L.(2000). Russia's torn safety nets. New York: St. Martin's Press.

Rose, R. How much does social capital add to individual health? A survey of Russians. Social Science and Medicine, 2000;51, 1421-1435.

的な健康状態との関係に着目し、その機能的側面である社会的支援について、① 家族の支え、及び②村人のサポートネットワーク数の2項目³³について測定した。

6) 主観的健康感の測定：

主観的健康感とは、包括的な健康状態を測定する指標として、主観的健康感の高低により、生存予後を捉える事が出来るとされる指標である。質問は、「ここ1カ月くらいの自分の健康状態をどのように感じていますか？」と設定した。回答については、大変良い、まあ良い、少し悪い、かなり悪い、の4段階評価から一つを回答させた。「大変良い」、「まあ良い」という回答を主観的健康感が「良好」とし、「少し悪い」、「かなり悪い」という回答については主観的健康感が「不良」と、2つにカテゴリ分けした。

(5) 分析方法

1) 主観的健康感に関連する可能性のある要因の分布状況を比較

各関連要因に関する変数の分布を主観的健康感が良好な者と不良な者との間で比較した。検定方法については、連続変量についてはt検討で、離散変量については χ 二乗検定を用いた。

2) 主観的健康感に対して各関連要因が及ぼす影響の分析

ロジスティック回帰分析を用いて、主観的健康感を不良な者と良好な者に2分した従属変数に、社会人口学的・役割負担の要因・経済的要因・心理的要因・社会心理的要因とした各要因ごとの関連を検討するため、

33 各項目の内訳は次のとおりである：①家族の支えでは「あなたに困り事や苦しい事があったとき、あなたに力になってくれると期待出来る人」という質問を設定し、配偶者、義父、義母、子供、義理のきょうだいといった、それぞれのサポート源に対して、回答を「おそろくそうだ」「おそろくちがう」「絶対ちがう」の3つの選択肢から一つを選択させ、期待出来る順に2点から0点を配し、得点を単純加算し、家族の支えの得点とした。②村人のサポートネットワーク数については、「家族以外の方で、日常における悩み事について耳を傾けてくれる人が何人ほどいますか？」と設問し、親戚、友人、近所の人、他の村の人といった、それぞれのサポート源に対して、回答を「一人もいない」「1～2人」「3～5人」「6人以上」の4つ選択肢から、一つを選択させ、人数の多い順に3点から0点を配し、得点を単純加算し、村人のサポートネットワーク数の点数とした。家族の支え及び村人のサポートネットワーク数については、それぞれの得点について、平均値より高い群を「家族の支えが多い（或いは村人のサポート数が多い）」、また、低い群を「家族の支えが少ない（或いは村人のサポートが少ない）」としたカテゴリに分けて分析に用いた。

中国の貧困村における農家の主婦の健康自己評価に影響を与える社会的要因

オッズ比 (OR) とその 95% 信頼区間 (95%CI)、及び有意水準 p 値を求めた。オッズ比は年齢と教育レベルの調整を入れたものを、算出した。

本研究では、有意水準を $p < 0.05$ とした。しかし、その水準を満たさなくても、 $p < 0.10$ の場合には、ある傾向がみられるということで、結果及び考察で言及した。回収された 91 人 (回収率 94.7%) を分析対象とし、分析には統計解析パッケージ SPSS 15.0 を使用した。

3. 調査結果

(1) 調査対象者における主観的健康感及び関連する要因の分布

表 A に示されるとおり、主観的健康感について回答を求めたところ、「大変良い」とする者が回答者全体の 20.7%、「まあ良い」と答えた者が回答者全体の 39.1% であった。また、「少し悪い」と答えた者、「かなり悪い」と答えた者については、それぞれ、回答者全体の 26.1%、14.1% であった。したがって、主観的健康感を良好とする者は、回答者全体の約 59.8% であり、また、主観的健康感を不良とする者は回答者全体の約 40.2% という結果であった。

表 B において示されるように、調査対象者の主観的健康感の特徴と関連要因の分布状況は次のとおりであった；

1) 社会人口学的要因

① 年齢；

分析対象者全体の平均年齢は、40.8(± 8.9) 歳であった。このうち主観的健康感が不良な者の平均年齢は、46.7(± 7.3) 歳、また、主観的健康感が良好である者の平均年齢は、36.8(± 7.8) 歳であった。

② 学歴レベル；

未就学者や小学校中退者という小学校教育を修了していない者が分析対象者全体の約 32% を占めていた。また、この集団は分析対象者全体においても、主観的健康感を不良とする者が最も多かった。学歴レベルごとにおける主観的健康感について検討してみると、小卒者の間では、主観的健康感が良好とする者の割合の方が、不良者の約 2 倍以上多かった。一方、中卒者の間では、主観的健康感を良

好とする者の割合は不良者よりも4倍多かった。

③ 世帯主の留守状況；

世帯主の留守の有無と主観的健康感の良・不良との関係については、世帯主が留守の者は、主観的健康感を良好とする者が、不良者の2倍多く、有意差がみられた。

2) 役割負担の要因

① 慢性病人人数；

慢性病人を2人以上抱えている集団は、分析対象者全体の約11.5%ほどを占めていた。この2人以上抱えている集団では、主観的健康感が不良である者は良好者よりも5倍多く、有意差がみられた。

② 子供の有無

子供が有りとする者は、主観的健康感が良好とする者が、不良者の約2倍ほど多く、有意差がみられた。

また、家族の人数、扶養老人数の分布と主観的健康感の良好・不良との関係については、違いはみられなかった。

3) 経済的要因

① 世帯の年収；

世帯の年収の上昇に比例して、主観的健康感が不良である者の割合が少なくなっていた。特に世帯年収が7,000円以上の集団では、精神的健康が不良である者は有意に少なかった。

4) 心理的要因；

① 自尊感情；

対象者全体の自尊感情の平均点は、18.4(±3.1)点であった。このうち、主観的健康感が不良な者の平均点は、17.1(±3.1)であった。また、主観的健康感が良好な者の自尊感情の平均点は、19.3(±2.9)であった。自尊感情が低い集団は、主観的健康感が不良である者が良好者よりも多く、自尊感情が高い集団との間に有意差が存在した。

② ストレス対処能力；

対象者全体のストレス対処能力の平均点は、53.2(±9.8)であった。このうち、主観的健康感が不良な者のストレス対処能力の平均点は、50.1(±6.7)であった。また、主観的健康感が良好な者のス

ストレス対処能力の平均点は、55.5(± 11.0)であった。ストレス対処能力が高い集団は、主観的健康感が良好である者が不良者よりも有意に多かった。

5) 社会心理的要因；

① 役割の遂行に対する満足度；

- i) 家事の遂行について不満を抱く集団について、主観的健康感が不良である者の方が良好者よりも多く、不満を抱かない集団においては、主観的健康感が不良である者は良好者よりも少なかった。
- ii) また、商品作物の生産について不満を抱く集団については、主観的健康感が不良である者の方が良好者よりも多く、不満を抱かない集団との間で有意差が存在した。

② 家族の支え；

対象者全体の家族の支えの平均点は、5.8(± 3.0)であった。このうち、主観的健康感が不良な者の家族の支えの平均点は4.7(± 2.8)であり、主観的健康感が良好な者の平均点は6.5(± 2.9)であった。家族の支えが多い集団は、主観的健康感が良好とする者が不良者よりも多かった。

③ 村人のサポートネットワーク；

対象者全体の村人のサポートネットワーク数の平均は、2.7(± 1.6)であった。このうち、主観的健康感が不良な者のサポートネットワークの平均は、2.2(± 1.4)であり、また、主観的健康感が良好な者のサポートネットワークの平均は、3.1(± 1.7)であった。村人のサポートネットワークが多い集団について、主観的健康感が良好である者は不良者よりも多かった。

表A 調査対象者における主観的健康感のうちわけ (n,%)

良 好		不 良	
大変良い	まあ良い	少し悪い	かなり悪い
19(20.7)	36(39.1)	24(26.1)	13(14.1)

表 B 調査対象者における主観的健康感の特徴と関連要因の分布

項 目	主観的健康感	主観的健康感	p
	不良 N(%)	良好 N(%)	
<人口学的要因>			
平均年齢 (Mean, SD)	46.7 ± 7.3	36.8 ± 7.8	***
教育レベル			
未就学・小学中退	19(65.5)	10(34.5)	**
小学卒	5(27.8)	13(72.2)	
中学卒	6(20.0)	24(80.0)	
高卒以上	7(46.7)	8(53.3)	
世帯主の留守状況			
常在	15(57.7)	11(42.3)	*
留守	22(33.3)	44(66.7)	
<役割負担の要因>			
家族人数			
0 - 3	6(46.2)	7(53.8)	
4+	31(39.2)	48(60.8)	
子供の有無			
有り	27(33.8)	53(66.3)	**
無し	10(83.3)	2(16.7)	
慢性病病人数			
0	14(31.8)	30(68.2)	*
1	11(35.5)	20(64.5)	
2+	10(71.4)	2(16.7)	
扶養老人の人数			
0	17(44.7)	21(55.3)	
1	13(43.3)	17(56.7)	
2+	7(29.2)	17(70.8)	
<経済的要因>			
世帯年収 (円)			
-4,000	18(60.0)	12(40.0)	**
4001 - 7000	10(34.5)	10(34.5)	
7001 - 10,000	1(8.3)	11(91.7)	
10,001+	5(27.8)	13(72.2)	

中国の貧困村における農家の主婦の健康自己評価に影響を与える社会的要因

<心理的要因>			
自尊心 (Mean, SD)	17.1 ± 3.1	19.3 ± 2.9	**
高	6(21.4)	22(78.6)	*
中	22(44.0)	28(56.0)	
低	8(66.7)	4(33.3)	
ストレス対処能力 (Mean, SD)	50.1 ± 6.7	55.5 ± 11.0	*
高	3(12.0)	22(88.0)	**
中	25(55.6)	20(44.4)	
低	9(40.9)	13(59.1)	
<社会心理的要因>			
家事遂行の満足度			
満足	29(36.3)	51(63.8)	+
不満足	8(66.7)	4(33.3)	
商品作物生産の満足度			
満足	22(34.9)	41(65.1)	*
不満足	13(65.0)	7(35.0)	
家族の支え (Mean, SD)	4.7 ± 2.8	6.5 ± 2.9	+
多い	15(31.9)	32(68.1)	
少ない	22(40.0)	23(60.0)	
村人のサポートネットワーク (Mean, SD)	2.2 ± 1.4	3.0 ± 1.7	+
多い	11(29.7)	26(70.3)	
少ない	26(47.3)	29(52.7)	

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05 +p<0.1

注) 年齢、自尊心、ストレス対処能力、家族の支え及び村人のサポートネットワーク数の各項目に関しては、主観的健康感不良者及び良好者のそれぞれについて、Mean ± SD (平均値 ± 標準偏差) を表わしている。

表C 主観的健康感の不良に関連する要因の影響

	オッズ比	95%CI ^{b)}	P
<社会人口学的要因>			
年齢	1.1	1.0 - 1.2	***
学歴			
未就学・小学中退 ^{a)}	4.0	1.3 - 12.3	*
世帯主の留守状況			
常在 ^{a)}	2.1	.67- 6.8	
<役割負担の要因>			
家族人数			
4人以上 ^{a)}	1.6	.35- 7.8	

子供有無 有り ^{a)}	.46	.04 - 4.5	
慢性病病人数 2人以上 ^{a)}	6.3	1.3 - 29.6	*
扶養老人数 2人以上 ^{a)}	2.5	.60 - 11.0	
<経済的要因> 世帯年収 4,000以下 ^{a)}	4.7	1.4 - 15.1	**
<心理的要因> 自尊感情 高い ^{a)}	3.6	1.0 - 12.3	*
ストレス対処能力 高い ^{a)}	4.2	.96 - 17.8	+
<社会心理的要因> 家事遂行の満足度 不満 ^{a)}	5.3	1.0 - 26.5	*
商品作物生産の満足度 不満 ^{a)}	7.6	1.8 - 30.9	**
家族の支え 少ない ^{a)}	1.7	.58 - 4.9	
村人のサポートネットワーク 少ない ^{a)}	1.2	.41 - 3.5	

年齢・学歴を調整済みオッズ比

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05 +p<0.1 a) 参照カテゴリー

学歴：未就学・小学中退、小学卒業以上に再分類、世帯年収：4,000元以下、それ以上に再分類、慢性病病人：2人以上、2人未満に再分類、扶養老人数：2人以上、2人未満に再分類、自尊感情：高い、それ以下に再分類、ストレス対処能力：高い、それ以下に再分類
b) 95% CI：95% 信頼区間

(2) 主観的健康感に影響を与える要因

表Cに示されるとおり、主観的健康感の不良と各関連要因の影響について、ロジスティック回帰分析を用い、年齢と教育レベルの影響を調整した多変量解析を行った。その結果、世帯主が留守であること、家族人数が多いこと、子供の有無、扶養老人数を2人以上抱えていること、家族の支えや村人のサポートネットワークが少ないことと主観的健康感の不良との

中国の貧困村における農家の主婦の健康自己評価に影響を与える社会的要因

間には、有意な関係は存在しなかった。

また、主観的健康感が不良となる確率が高い要因として、年齢（オッズ比 1.1(CI 1.0-1.2)）が高いこと、未就学ないし小学校中退であること（オッズ比 4.0(CI 1.3-12.3)）、慢性病人を 2 人以上抱えていること（オッズ比 6.3(CI 1.3-29.6)）、世帯年収が 4,000 元以下の低レベル層であること（オッズ比 4.7(CI 1.4-15.1)）、自尊感情が低いこと（オッズ比 3.6(CI 1.0-12.3)）、家事遂行の満足度が低いこと（オッズ比 5.3(CI 1.0-26.5)）、商品作物生産の満足度が低いこと（オッズ比 7.6(CI 1.8-30.9)）が確認され、いずれも、主観的健康感の不良さと有意に関連していた。また、ストレス対処能力が低い集団も、高い集団と比べると、主観的健康感が不良となる確率が 4.2 倍であり、両者の間には大きな差が存在した。

以上より、主観的健康感の不良者にとって、最も強い影響が示された要因は、年齢、次に、年収が 4,000 元以下であること、商品作物生産に不満であること、であった。さらに、未就学ないし小学校中退であること、慢性病人を 2 人以上抱えていること、自尊感情が低いこと、家事遂行に不満であることが、主観的健康感の不良に強い影響を及ぼす要因であった。また、ストレス対処能力の低さといった心理的能力が低いこととの関係性の強さも示された。

4. 考察

考察にあたり、次のような、本調査の限界を示しておかなければならない。まず、本調査は横断的調査であったため、その因果関係を時系列において把握することが不可能であった。さらに、調査は一農村で実施されたため、代表性をサポートするには限界があった。また、調査を実施するにあたって、調査実施に必要な情報のやりとり膨大な手間とコストを必要とした事情から、調査で得られたサンプル数は少なくならざるを得なかった。

調査では、主観的健康感に与える各種の社会的要因として、社会人口学的要因、経済及び役割負担の要因、心理的要因、そして社会心理的要因をそれぞれ測定した。

このうち、農家の主婦の主観的健康感にとって、影響を与える重要な要因は年齢であること以外に、未就学であること、慢性病病人を2人以上抱えていること、年収が4,000元以下であることであり、未就学者の集団は、就学者の集団の約4.0倍も主観的健康感を不良であるとし、また、慢性病病人を2人以上抱えている集団は、そうではない集団の約6.3倍も主観的健康感を不良としていた。さらに、年収が4,000元以下と低い集団も、それより高い者の約4.7倍も、主観的健康感が不良となることが示されていた。これは、女性の主観的健康感と社会経済状況との関係の深さを示すものであり、この傾向は欧米の研究や先行研究において示されていたとおりであった³⁴。

これら要因について、年齢が高くなると主観的健康感が不良になる確率が最も大きいと示されたが、年齢と身体の老化との関係や、女性の更年期の影響など、年齢の上昇に伴う体調の不調に影響していると考えられる。また、教育レベルについては、未就学者及び小学校中退者の主観的健康感の不良が目立っていた。中国の農村の女性は、教育を受ける機会が社会的にも経済的にも不足していたが、改革開放後は、中国の農村の女性にとっても、字の読み書き等を中心とした基本的な教育は、農村の社会開発のために重要視されるようになった。本調査の分析結果にも、農家の主婦にとって、役割の遂行と健康状態との関係性を考える上で、生活と労働を改善してゆくためにも、基礎的な知識や教育を受けてゆく重要性が反映されているといえよう。実際に、現在、中国の農村においても、女性の社会教育が様々なかたちで実施されている。

役割負担の要因について検討すると、慢性病病人数と主観的健康感との関係については、慢性病病人数を2人以上を有する者は、そうではない者の約6倍ほどの確率で、主観的健康感が不良となることが示された。このことに関しては、中国の農村部では公的医療などの社会保障がまだ十分に普及していないという現状では³⁵、病人のケアと病気の予防は家族で賄わなければならない、病人を抱えることで、経済的にも労力的にも受ける負担の

34 Anson, O., Paran, E., Neumann, L., & Chernichovsky, D. Gender differences in health perceptions and their predictors. *Social Science & Medicine*, 1993;36,419-427.

Denton, M., & Walters, V. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: An analysis of social production of health. *Social Science & Medicine*, 1999;48, 1221-1235.

大きさが、農家の主婦の健康状態に如実に反映しているといえよう。また、農村の社会的文化的側面において、農家の主婦は嫁として、一家における病人の世話はほとんど一手に引き受けなければならず、慢性病の病人を多数抱えるほど、心身の負担も大きく健康状態にも影響していることも判明した。

社会・心理的要因と主観的健康感との関係性について、まず、心理的要因として自尊感情およびストレス対処能力についてふれたい。自尊感情とストレス対処能力のいずれについても、それぞれが低いほど、主観的健康感が不良となる確率が大きかった。これは、欧米の研究と同じ結果である。男尊女卑が主流である中国の農村の社会文化的環境から、教育や就職の機会が限定されがちな農村の女性は、特に、自尊感情が低い傾向にあり、そのことが主観的健康感へ影響を及ぼすことが、本調査からも示された。また、ストレス対処能力は、危機に対する対処資源として知られている。その能力の発展には教育や周囲の支えなど社会環境の重要性が問われているように、限定された農村の社会環境に生活する農家の女性については、これらの心理的能力の主観的健康感へのかかわりの重要性が明らかになった。実際、近年、中国の農村部でも、農家の主婦を対象に、商品作物の生産経営の技能訓練を通じて、家庭外における社会的統合の機会が提供されるなど、また、自己啓発を目指す社会教育プログラムへの参加が奨励されるなど、解決に向けて模索が行われている³⁶。生活や農作業のありようが繰り返し変化する中、状況変化への適応力をつけ、心的な健康力をつけることが求められている。健康状態の維持を確保してゆくためにも、農村の女性を取り巻く社会環境の整備だけでなく、今後はこのような心理的資源の育成が必要とされよう。

さらに、本分析では、農村の女性が担う役割の遂行に対する満足感について、興味深い示唆が得られた。家事の遂行に不満を持つ者の主観的健康感は、不満を持たない者の約 5.3 倍の確率で不良とされ、比較的弱い有意差が示された ($p<0.05$)。さらに、商品作物生産に不満を持つ者の主観的

35 三橋かほり「中国の貧困村における農家の主婦の精神的健康と関連要因—中国河北省 L 村のケーススタディから—」『愛知大学国際問題研究所紀要』第 135 号、2010 年、145-150

36 Yu, P. (1996). Family planning program and woman's status in China. In The population situation in China (pp.16-22). Beijing: China population Association.

健康状態については、不満を持たない者より約7.6倍の確立で不良と示され、比較的強い有意差が示された ($p<0.01$)。

L村の場合、現状では、従来からの伝統的な役割としての家事遂行の充実と主観的健康状態との関係性は依然として深いものの、商品作物生産の満足度を示されるように、それ以上に、新たな役割としての経済的役割の遂行の充実と主観的健康状態の関係性の方がより深いことが示された。

中国の農村では、これまでは、農家の女性は伝統的にも社会的文化的にも、家庭外とのつながりや役割をもたず、女性は主婦としての家庭内役割のみを遂行し充実させることが農家の女性の美德とされてきた。このように、中国の農村社会においてみられるような女性に対する伝統的な規範が、女性の役割の遂行と健康状態との関係に影響を及ぼす事象は、社会経済的環境の変化におかれた中東の女性の役割遂行と健康状態に関する研究にも示されているとおりである³⁷。市場経済が導入された現在においては、中国の農村でも、農家の主婦の生活や労働のありかたにも変化が見られる。特に、近年、農村の社会経済環境が変化し、農村社会においても、農家の主婦が商品作物の生産経営に参加し経済的貢献をすることを通じて、経済的にも社会的にも女性が自らの手で活路を開くことが期待されている。こうした商品作物生産を軸とした経済的な貢献という新たな役割は、不確実性の高い中国の農村の社会状況の下では、特に、農家の主婦の仕事としてより強調されていることがうかがえる。本調査の分析結果からも、こうした2つの役割の遂行をいかに充実してゆくかが、農家の主婦の健康状態に影響を及ぼすことがうかがえる。

ソーシャルネットワークの不足が、精神的或いは身体的健康状態へ影響を及ぼす点³⁸については、欧米では既に幾つもの研究において明らかにされている^{39,40}。しかしながら、欧米社会の研究における知見が必ずしも、中国の農村社会においてあてはまるとは言い難い。中国の農村において

37 Shirin Ahmad-Nia. Women's work and health in Iran:a comparison of working and non-working mothers. *Social Science & Medicine*. 2002;54:753-765.

38 馬場康彦、近藤克則「社会的ネットワークと健康感 - 縦断的分析による検証」『季刊家計経済研究』No.62, 2004, SPRING, 59-67.

39 Brown GW, Andrews B, Harris T, Adler Z, Bridge L. Social support, self-esteem and depression. *Psychol Med*. 1986;16:813-831.

は、都市とは異なり、人民公社の崩壊以後、村という基底レベルでは行政機能が実際には有効に働き難く、欧米社会で示すところの社会資本としての公的機関は、事実上、存在していない。前述のように、中国の場合、農民に対する社会保障は全くと言ってよいほど存在せず、そのような社会保障のない社会においては、例えば、血縁的・地縁的ネットワークなどのインフォーマルなソーシャルネットワークのストレス緩和への有効性が知られている。この関わりにおいて、特に農村の女性にとって家庭の中と外において得られるサポート、すなわち、家族の支えや村人のサポートネットワークが重要となってくる。本調査からは、家族の支えや村人のサポートネットワークのいずれについても、主観的健康感との間には特に強い関係性は示されなかった。しかし、こうした社会的支援のありようは、サポートの機能性などに見られるように多様であり、今後、あらためて分析と検討が行われる必要があると考える。

本研究では、中国の農家の主婦の主観的健康感について、社会人口学的・経済的、役割負担及び社会・心理的要因の関係から検討した。

社会人口学的要因では、年齢との関係が最も大きく、次に未就学・小学校中退との関係の大きさが示された。経済的要因としての年取との関係性は最も大きかった。また、役割負担の要因では、慢性病患者数との関係性の強さが大きいことが示された。心理的要因では、自尊感情やストレス対処能力の主観的健康感に対する重要性が示され、社会心理的要因では、家事遂行の満足度と商品作物生産の満足度との関係性が示される中、商品作物生産の満足度との関係性が最も大きく、その関係性が強調された。以上より、市場経済の農村への浸透を反映し、近年の農家の主婦の主観的な健康状態は、現金収入と商品作物生産の満足度を中心とした経済的貢献という新たな役割の遂行状態によって、主に影響されていることが示された。

40 Timothy Crosier, Peter Butterworth, Bryan Rodgers. Mental health problems among single and partnered mothers. The role of financial hardship and social support. *Social Psychiatry Epidemiology* 2007;42:6-13.

Influential factors of self-perceived health among peasant wives in rural community, Hebei, China

MITSUHASHI Kaori

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between self-perceived health and relevant social factors among peasant wives residing in one community in rural Hebei, China. The explanatory variables including higher age, ill-educated, having a high number(+2) of chronic diseased, low income, low self-esteem, dissatisfaction with role performance of housework and sideline products were significantly associated with poor self-perceived health of the peasant wives. Recent market economy's influence on social life of the peasant wives has been contributed to these findings, the significance of which has placed on the new role as breadwinners in producing sideline products.

Keywords: peasant wives, self-perceived health, social life, new role as breadwinners, China