

# 中国の壮年期及び中年期の農婦における 健康保持資源と健康状態との関係

—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

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及ぼす影響について、これまでに幾つかの研究において示されてきた<sup>1</sup>。例えば、中国については、国の経済成長が追及される一方で、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、これらの格差が都市と農村との間に顕著に存在している<sup>2</sup>。こうした社会状況の下、近年、社会や環境の急速な変化についてゆけない人々の健康問題が浮上している。建国後、都市優先の経済成長が優先され、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。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り、そうした意味からも、近年、ようやくこの集団の健康問題は重要な課題とされ、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なく、社会心理的要因によってもどのように影響をうけているのか、その関係を明らかにすることは重要である<sup>3</sup>。

本論文は筆者が中国河北省L村で行った調査に基づき、中国の農家の主

- 
- 1 Cockerrham, 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.
  - 2 Hsiao, W.C.: Transformation of Health Care in China, *The New England Journal of Medicine*. 1984;310(14):932-936  
Liu, Y.L., Hsia, W.C., et al.: Equity in health and health care – the Chinese experiences. *Social Science and Medicine*. 1999;49:1349-1356
  - 3 Paul, S.F. Yip.: Suicide rates in China during a decade of rapid social changes. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:792-798

婦の健康状態に影響を与える関連要因との関係について論じたものであり、今後の彼女達の健康問題に対する予防介入への一助として、調査・研究の基礎資料とすることを目的としている。

## 成人期の女性の健康状態と資源

一般に、成人期における女性の健康状態は、更年期に入ると大きく変化するとされている<sup>4</sup>。この時期の女性は、自らの家庭や就労場における役割の変化を受け、心身共に様々な問題に直面し、健康状態にも影響を受けやすいとされる。そのため、彼女達の健康状態を生物医学的観点のみならず、文化・社会環境的観点から取り上げた研究が行われている<sup>5</sup>。

欧米の研究では、こうした女性の健康状態が、社会的役割、心理的状态、対処資源の保有状況等の要因との関連性において追求されてきた。例えば、危機への対処資源としての、教育、収入、ソーシャルサポートを、健康保持資源として位置づけ<sup>6</sup>、これら資源の保有状況は、女性の社会的位置づけや社会的経験によっても影響されることを示している<sup>7</sup>。ただし、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。

---

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

三橋かほり「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—」『愛知大学国際問題研究所紀要』2011年3月第137号  
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』2010年3月第135号

4 杉山みち子：更年期障害（不定愁訴）、臨床スポーツ医学、13(12)、1359-1365、1996

5 中山和弘：更年期女性における更年期症状、閉経に関するイメージ、QOLとソーシャルサポート、人文学報、261、245-285、1995

Mari Takahashi, Yukari Takehana: Correlation between climacteric syndroms and psychological traits in Japanese women, 9 th International Menopause Society World Congress on the Menopause, 2(1), 152, 1999

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

Vebrugge, L. M.: The twain meet: Empirical explanation of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior.* 1989;30:282-304

Turner, H.A., & Turner, J.R.: Gender, Social status, and emotional reliance. *Journal of Health and Social Behavior.* 1999; 40:360-373

7 Shek, D.T.: Gender differences in marital quality and well-being in Chinese married adults. *Sex Roles.* 1995;32:699-715

ここで、中国の農村の女性を取り巻く社会環境について、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、農村の女性達の都市への移動やそこで教育・就労は限定されがちであった。今日でも、男尊女卑という農村の根強い価値観の下、農村の女性達の社会的位置づけは低く、教養や知識等の問題へ対処するための能力・資源を得難い状況におかれ、農作業を中心とした生活上の過重労働を強いられがちである。また、近年の市場経済の浸透により、出稼ぎによる世帯主の不在は、農家の主婦を一家の主体とさせ、家事労働のみならず、一家の糊口をしのぐために農作業と農業収入を担うという新たな役割を課している。また、農家にとって生計を確保してゆく手段は唯一農業や出稼ぎであるが、この状況において農家の生活と労働を担保してゆくには、家族の支えや近隣との有効なサポート関係が必要不可欠である。しかしながら、市場経済の浸透がもたらした農村をとりまく社会の変動は、家庭内や近隣との人間関係の在り方を変化させてしまっている状況から、農家の主婦が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<sup>8</sup>。このような中国の農村の社会環境を反映し、農家の主婦達の社会的位置づけと経験は、対処資源に与り難い状況におかれる年配者であるほど不安定であり手薄となりがちであり、そのことが、健康保持資源としての社会心理的資源の保有状況に反映することが予想される。したがって、更年期に該当する年齢層は該当しない年齢層と比べて、身体状況のみならず、社会心理的資源についてもその保有量が低く、ひいては健康状態も影響されていることが推察される。

今日の中国では、農村の女性の青年及び中年層の健康状態の問題が社会問題化<sup>9</sup>し、早急な予防介入が必要とされている。例えば、中国の農村社会では、概ね45歳前後から60歳までを中年層としているが、特にこの年齢

---

8 三橋かほり「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—」『愛知大学国際問題研究所紀要』2011年3月第137号  
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』2010年3月第135号

9 刘武 农村妇群体高自杀率原因探析(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

層の女性は更年期を迎えることで、身体的不調をきたしやすく、また、自らの社会的役割についても変化を経験することから、心身の健康の変化が他年齢層に比べて大きいと指摘されている<sup>10</sup>。一方で、現在の中国の農村社会では、経済的にも青年・壮年層の離村がすすむ中、中年層の女性が農村に占める割合が今後増加することが予想されている。彼女達の保健・福祉問題を予測し、有効な対策を講じるために、中年層の女性達がどのような特性をもった集団であるかを把握することが重要となる。

本研究では、農村の45歳以下の主婦を壮年層、46歳以上の主婦を中年層と二分し<sup>11</sup>、それぞれの健康保持に必要な対処資源の保有状況を比較し、健康状態への関連を分析することで、基礎研究の一助となることを目的とした。

## 調査概要

### 1. 調査地点

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回から成る現地調査を実施した。調査地点のL村は河北省の南西部の満県県の山麓地帯の僻地に位置する。村の総面積は22km<sup>2</sup>。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）。世帯形態は二世帯及び三世帯が主であり、出稼ぎ者を有する世帯が多い。村の主要施設は、小学校と幼稚園が各一所、診療所一所、雑貨小売店6軒、運搬業一軒、井戸6所であり、電気・ガス・水道、固定電話等の設備はほとんど普及していない。村の主要産業は農業で、農産物の商品化を軸に畜羊、糧食作物、果樹・約層の栽培に重点がおかれている<sup>12</sup>。

---

10, 11 Anson, O.: Gender and health in rural China: evidence from Hebei province. *Social Science & Medicine*.2002;55:1039-1054.

12 村人の生活: 村人の収入源は主に果樹栽培、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。

## 2. 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り、農村出身者<sup>13</sup>で調査当時、北京市内の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月にかけて実施された。

## 3. 測定項目

本調査では、以下の項目の測定を行い、分析に用いた：

- 1) 社会人口学的属性；①年齢、②世帯主の留守状況の2項目<sup>14</sup>
- 2) 役割負担；①扶養老人の数、②慢性病人の数、③就学子女の有無、の3項目<sup>15</sup>
- 3) 教育及び経済的資源；①教育レベル、②世帯の現金収入、の2項目<sup>16</sup>
- 4) 健康状態；  
①精神的健康；

精神的健康は、Goldberg,D.Pの精神健康調査票（GHQ 1 2項目版）を

---

13 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における応答は、農村出身者に依頼した。

14 各項目の内訳は次のとおりである：

①年齢、②世帯主の留守（夫が1.家に常在、2.留守をしている）

15 各項目の内訳は次のとおりである；①扶養老人の数（1.0-1人、2.2人以上）②慢性病人の数（1.0-1人、2.2人以上）、③就学子女の有無（1.有り、0.無し）

16 項目の内訳は次のとおりである；①教育レベル（1.未就学・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）②収入レベル（1.-4,000元、2.4,001-7,000元、3.7,001元-）

用いることで測定した。本尺度は、中国の農村住民における精神的健康調査で既に使用されており、その信頼性及び妥当性ともに実証されている<sup>17</sup>。この尺度における幾つかの質問文については、農民にとり言葉の意味を理解し易いように、質問文の意味を損なわない程度に表現を変えて用いた。各質問項目について、回答の点数が2点以上は精神健康度が不良 (case (症例)) とし、そうでないものは精神的健康度が良好 (non-case (非症例)) とした<sup>18</sup>。a 係数は0.82であった。

#### ②身体的健康：

身体的健康状態の指標として主観的健康度<sup>19</sup>を用いた。主観的健康度は、全体的な健康状態を測定する健康度を測定する指標として、中国においてもその信頼性・妥当性は実証されている。主観的健康度が「悪い方」(case, (症例)) と、「良い方」(non-case, (非症例)) の2つにカテゴリー分けし用いた。

### 5) 社会心理的資源：

#### ①役割遂行の満足度：

日常生活において担う役割の遂行と健康状態に関連する資源として、役割の遂行に対する満足感に着目し測定を行った。L村の主婦達たちも、今日では従来のような家庭内だけに活動が限定される家事一般を担う役割のみならず、商品作物の生産など副業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健康状態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副業の遂行に対する満足度の2項目<sup>20</sup>について測定した。

---

17 Lee, D.T., Yip, W.C., Chen, Y., Meng, Q., & Kleinman, A. Ethno-psychometric evaluation of the General Health Questionnaire in rural China. *Psychological Medicine*, 2006;36(2)249-255.

18 評価方法は2分法とし、回答「まったくない」、「たまにある」については0点、回答「しばしばある」「ほとんどある」については1点を与え、単純加算し点数化した。

19 主観的健康度は、全体的な健康状態を測定する健康度を測定する指標として、主観的健康度の高低により、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度が「良い方」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度が「悪い方」と、2つにカテゴリー分けした。

20 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

## 中国の壮年期及び中年期の農婦における健康保持資源と健康状態との関係

### ②サポート資源：

問題状況の発生に際して頼れる人的支援と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<sup>21</sup>。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女性の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<sup>22</sup>について測定した。

### ③自尊感情及びストレス対処能力：

心理的資源として、健康状態に効果があるとされている①自尊感情、及び②ストレス対処能力の2項目を測定した。自尊感情は、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<sup>23</sup>。特に、女性の精神的健康への有効資源として、自尊感情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<sup>24</sup>。

自尊感情の測定にあたってはRosenbergのSelf-Esteem10項目版<sup>25</sup>の中国語版を用いた<sup>26</sup>。α係数は0.72だった。また、ストレス対処能力<sup>27</sup>の測定

---

について、どのくらい満足して行っていますか？」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。

21 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.

22 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「おそらくそうだ」「おそらくちがう」「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。

23 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.

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

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

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

26 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。自尊感情の得点が高いほど原則的に自尊感情が高いとされる。

は、SOC13項目版（7件法）を用いた<sup>28</sup>。α係数は0.65だった。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。

#### 4. 分析方法

##### 1) 壮年期女性と中年期女性の資源の保有状況の比較

各資源に関する変数の分布を、分析対象者の壮年期女性（年齢45歳以下）と中年期女性（年齢46歳以上）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検定（Mann-Whitney検定）で、離散変量についてはχ<sup>2</sup>乗検定（Fisher直接法）を用いた。

##### 2) 健康状態と各資源との関連

分析対象者の精神的健康、身体的健康、学歴、収入、家事遂行の満足度、副業遂行の満足度、ストレス対処能力、自尊感情、家族の支え、村のサポートネットワーク数との関連について、Spearman相関分析を行った。

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92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。

#### 5. 結果

##### (1) 壮年期女性と中年期女性の特徴の比較

---

27 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。

28 使用にあたり、既存のSOC13項目版（英文版<sup>28</sup>）を中国語に翻訳し、本調査での測定へと用いた。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、その信頼性及び妥当性ともに実証されている<sup>28</sup>。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。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<sup>28</sup>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。（図）また、この尺度の妥当性については、これまでの研究<sup>28</sup>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。

中国の壮年期及び中年期の農婦における健康保持資源と健康状態との関係

壮年期女性と中年期女性の特性の比較を行った結果、次の表1のように表わされた；

表1 壮年期女性と中年期女性の特性比較

		壮年期女性	中年期女性	p	
<属性>					
年齢		(36.5±6.4)	(51.3±4.6)	***	b)
世帯主の留守状況	留守	49(75.4%)	17(63.0%)	-	-a)
	在宅	16(24.6%)	10(37.0%)		
<役割負担状況>					
扶養老人数	2-	22(33.8%)	2(7.4%)	**	a)
	0-1	43(66.2%)	25(92.6%)		
慢性病人数	2-	10(16.1%)	4(14.8%)	-	
	0-1	52(83.9%)	23(85.2%)		
就学子女	有り	62(95.4%)	18(66.7%)	***	a)
	無し	3(4.6%)	9(33.3%)		
<健康状態>					
精神的健康	不良	26(41.3%)	18(66.7%)	*	a)
	良好	37(58.7%)	9(33.3%)		
身体的健康	不良	18(27.7%)	19(70.4%)	***	a)
	良好	47(72.3%)	8(29.6%)		
<教育・経済的資源>					
学歴	未就学・小学校中退	18(27.7%)	11(40.7%)	*	a)
	小学卒業	18(27.7%)	0(0.0%)		
	中学卒業	21(32.3%)	9(33.3%)		
	高校卒業以上	8(12.3%)	7(25.9%)		
収入 (元)	- 4,000	19(29.7%)	11(44.0%)	-	a)
	4,001 - 7,000	21(32.8%)	8(32.0%)		
	7,000-	24(37.5%)	6(24.0%)		
<社会心理的資源>					
家事遂行の満足度	満足	57(89.1%)	22(81.5%)	-	a)
	不満足	7(10.9%)	5(18.5%)		
副業遂行の満足度	満足	43(76.8%)	20(74.1%)	-	a)
	不満足	13(23.2%)	7(25.9%)		

家族の支え	6.40±2.89	4.41±2.93	**	b)
村のサポートネットワーク数	2.88±1.79	2.33±1.42	-	b)
ストレス対処能力	54.6±10.22	50.0±8.08	*	b)
自尊感情	18.9±2.71	17.1±3.76	*	b)

\*\*\*p<.001 \*\*p<.01 \*p<.05      a)= $\chi^2$ 検定 (Fisher直接法) b)=Mann-Whitney 検定

## ①属性と役割の負担状況

### 1) 属性；

分析対象者全体の平均年齢は、40.8(±8.9)歳であった。年齢が45歳以下の者を壮年期女性、46歳以上を中年期女性と分けところ、壮年期女性の平均年齢は36.5(±6.4)歳、また、中年期女性の平均年齢は51.3(±4.6)歳であった。また、両者とも世帯主が留守である割合について差異はなく、壮年期女性では7割以上が、また、中年期女性では6割以上が、配偶者不在の留守世帯であった。

### 2) 役割の負担状況；

役割の負担状況については、扶養老人数、就学子女の有無、慢性病人数について分析すると、2人以上の老人と就学中の子女の扶養を担う割合は、壮年期女性に比べ中年期女性の方が有意に少なかった。慢性病人数について担う割合は、両者の間で差異はなかった。役割全体において担う数と割合は、壮年期女性よりも中年期女性の方が少なかった。

## ②壮年期女性と中年期女性における健康保持資源の保有状況及び健康状態の比較

### 1) 教育及び経済的資源；

学歴に関し、未就学及び小学校中退者として示されるように、小学校教育を受けていない者は、壮年期女性では全体の27.7%の割合を占めているのに対し、中年期女性では全体の40.7%と高い割合を占め、有意差がみられた。また、中年期女性において高校教育以上を受けた者7人のうち、50歳以上の者は2人しかいなかった。

世帯年収について、中年期女性では全体の44%の者が最低層を占め最

中国の壮年期及び中年期の農婦における健康保持資源と健康状態との関係

も多い割合であった。一方、壮年期女性では全体の37.5%の者が世帯年収の最高層を占め最も多い割合であった。

## 2) 社会心理的資源；

家事及び副業のそれぞれの役割遂行に対する満足度については、壮年期女性及び中年期女性のいずれにおいても、満足とする者が70%以上と高い割合を占めていた。また、中年期女性よりも壮年期女性の方が、家事や副業の遂行に満足する者の割合が若干多かった。

家族の支えの平均得点については、壮年期女性の方が中年期女性よりも高い得点を示し、有意差がみられた。また、村におけるサポートネットワークの保有数についても、壮年期女性の方が中年期女性よりも若干多かった。

また、自尊感情、ストレス対処能力の平均得点のいずれについても、壮年期女性の方が中年期女性よりも有意に高い得点を保有していた。

## 3) 健康状態；

精神的健康については、壮年期女性全体のうち41.3%の者が精神的健康を不良としているのに対し、中年期女性では精神的健康を不良とする者が全体の66.7%と高い割合を占めており、有意差がみられた。

身体的健康については、壮年期女性では全体の27.7%の者が身体的健康を不良としているのに対し、中年期女性では身体的健康を不良とする者が全体の70.4%と高い割合を占め、有意差がみられた。

以上より、健康保持資源の保有については、壮年期女性に比べ中年期女性の方が、小学校教育や収入に不足している傾向がみられた。また、家族の支え、自尊感情、ストレス対処能力も有意に不足していた。精神的健康及び身体的健康についても、壮年期女性に比べ中年期女性の方が、不良であり、有意差がみられた。

## (2) 健康状態と健康保持資源の相互関係

表2に示されるとおり、精神的健康、身体的健康、教育・経済的資源、社会心理的資源との相関分析を行った結果は、次のとおりであった；

表2 調査対象者における健康状態と健康保持資源の相互相関

	A	B	C	D	E	F	I	J	G	H
A.精神的健康 不良	1									
B.身体的健康 不良	.29**	1								
C.学歴	.01	-.23*	1							
D.収入	-.31**	-.33**	.08	1						
E.家事遂行の満足度	-.21*	-.20*	.00	.27**	1					
F.副業遂行の満足度	.04	-.26*	-.09	.26*	.22*	1				
I.家族の支え	-.51***	-.28**	-.05	.29**	.23*	.26*	1			
J.村のネットワーク数	-.30**	-.25*	.19+	.16	.13	-.10	.04	1		
G.ストレス対処能力	-.21*	-.27**	.11	.26*	.11	.07	.27**	.01	1	
H.自尊感情	-.35**	-.33**	.13	.26*	.02	.10	.17	.19+	.40***	1

Spearman 相関分析

\*\*\* p<.001 \*\*p<.01 \*p<.05 +p<.1

### ①健康状態と健康保持資源との相関

精神的健康と収入( $r=-.31$ )、家事遂行の満足度( $r=-.21$ )、ストレス対処能力( $r=-.21$ )、自尊感情( $r=.35$ )、家族の支え( $r=-.51$ )、村のサポートネットワーク数( $r=-.30$ )との間に有意な負の相関がみられた。

身体的健康と学歴( $r=-.31$ )、収入( $r=-.33$ )、家事遂行の満足感( $r=-.20$ )、副業遂行の満足感( $r=-.26$ )、ストレス対処能力( $r=-.21$ )、自尊感情( $r=-.33$ )、家族の支え( $r=-.28$ )、村のサポートネットワーク数( $r=-.25$ )との間に有意な負の相関がみられた。

### ②健康保持資源における相互関係

学歴については、学歴が高くなるほど、村のサポートネットワークが増す傾向にあった( $r=.19$ )。収入については、家事遂行の満足度( $r=.27$ )、副業遂行の満足度( $r=.26$ )、ストレス対処能力( $r=.26$ )、自尊感情( $r=.26$ )、家族の支え( $r=.29$ )との間に有意な正の相関がみられた。家事遂行の満足度については、副業遂行の満足度( $r=.22$ )、家族の支え( $r=.23$ )との間に有意な正の相関がみられた。副業遂行の満足度については、家族の支え( $r=.26$ )との間に有意な正の相関がみられた。ストレス対処能力と自尊感情( $r=.40$ )、家族の支え( $r=.27$ )との間に有意な正の相関がみられた。自尊感情と村のサポートネットワーク( $r=.19$ )との間に比例する傾向がみられた。

以上より、健康保持資源のうち、収入は、最多数の社会心理的資源と

中国の壮年期及び中年期の農婦における健康保持資源と健康状態との関係

有意に相関していた。収入の次に、多数の社会心理的資源と有意に相関していたのは、家族の支えというサポート資源であった。

## 6. 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は不可能であった。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。調査では壮年期女性と中年期女性の間で、社会人口学的属性、役割負担、精神的及び身体的健康状態、及び健康保持資源としての学歴、収入、家事及び副業の役割遂行の満足度、家族の支え、村のサポートネットワーク数、自尊感情、ストレス対処能力を測定し、その保有状況の比較を行った。また、これら健康保持資源と健康状態との関連について分析した。

社会人口学的な属性と役割負担状況に関しては、壮年期女性と中年期女性のいずれにおいても、ほぼ6割の割合で夫が出稼ぎに出ている状況下、壮年期女性の方が、老人や就学児童を扶養する割合が多かったことから、中年期女性は壮年期女性よりも、役割を担う立場が不明確になる要因を抱えていることがうかがえる。

健康保持資源のうち、学歴については、小学校教育を修了出来なかった者の割合が、中年期女性の方が圧倒的に多く、壮年期女性の約1.5倍であった。これは、中年期女性については、政治的にも学校教育の機会が限られた時代に学齢期を過ごした年代層が多いことが考えられる。この関わりにおいて、中年期女性は教育という健康危機への対処資源に不足していることが見てとれる。

収入については、世帯年収が最低層に属する者の割合と、最高層に属する者の割合を鑑みると、中年期女性は壮年期女性よりも収入という資源の保有が少なく、このことは、一方では、危機対処への資源の少なさを兼ね添えていることがうかがえる。これは中年層に入ると、身体的にも労働力を失いがちであることが、世帯主の農業や出稼ぎ等の稼得活動に影響を及ぼすことや、また、留守宅の農業収入を担保してゆくための基礎的な教

育・知識やサポート資源等が、中年期女性では不足しがちであることが、収入状況に影響していることが考えられる。

社会心理資源としてのサポート資源について、特に家族の支えは、中年期女性よりも壮年期女性の方が圧倒的に多く保有していた。農家の主婦は一般的に、配偶者不在の中、農作業を軸とした家事と副業を担保してゆかざるを得ない。農家では、農作業労働の性質上、家族の協力を得られていることが、家事や副業の担保に関連してゆく。中年期女性に比べ、壮年期女性は身体的にも農作業労働を活発に行うことが可能であることや、老人や就学子女の扶養を担保してゆく必要性からも、一家の糊口をしのぎ、農作業に励まざるを得ず、そのためにも家族の支えを確保せざるを得ない状況を反映している状況がうかがえる。家事と副業遂行については、壮年期女性と中年期女性のいずれも満足をしている者の割合が7割以上を占めていた。女性達が、配偶者の留守宅で一家の主体として、農作業を軸とした家事と副業を達成せざるを得ない状況が満足として反映されているのかも知れない。

自尊感情やストレス対処能力といった心理資源についても、中年期女性よりも壮年期女性の方が多く保有していた。こうした心理能力的な資源は、教育、家族や周囲の支え、収入等といった危機への対処資源により促進される。上述で示したように、これらの危機への対処資源は壮年期女性の方が中年期女性より多く保有していることが、壮年期女性の高い心理能力の保有へと関連しているといえよう。

健康状態については、精神的健康の不良、及び、身体的健康の不良を訴える者の割合は、中年期女性の方が壮年期女性より圧倒的に多かった。これは、中年期女性の方が壮年期女性よりも、身体的にも更年期の影響を受け体調の不調を得やすいこと、また、教育、収入、周囲からのサポート、自尊感情及びストレス対処能力といった、健康を保持する資源が不足していることが影響していると考えられる。

ここで、健康状態を保持する各資源間の相関性についてふれてみる。欧米の研究では、学歴、収入、ソーシャルサポートの各資源は健康状態に影響を与える中心的な対処資源<sup>29</sup>とされている。

---

29 Arber, S., Thomas, H. (2001). From women's health to gender analysis of health. In: W.C.Cockerham(Ed.), Comparative medical sociology, (pp94-113) New York:Blackwell.

## 中国の壮年期及び中年期の農婦における健康保持資源と健康状態との関係

本調査では、特に、収入という経済的資源と家族の支えという社会心理的資源が、精神的及び身体的健康のみならず、ほとんどの社会心理・心理資源との相関性を有していた。

中国の農村社会では、農家の収入と生活は、農作業という家庭単位を中心とした労働生産により担保されてゆく。また特に、農家にとり、現金収入が多いことは、生活と労働に活路を開く成功のシンボルであり、自信やストレス対処能力といった心理資源の獲得へとつながってゆくことがうかがえる。この事情において、家族の支えは、農作業と家事を一手に引き受ける農家の主婦を支えるサポート資源として関わり、ひいては稼得の成果へと側面的に影響し、このことが、さらにひいては役割遂行の満足度やストレス対処能力といった社会心理的資源の獲得へと連関しているとうかがえる。このような収入とサポート資源の関係の強調性が、農家の主婦における健康保持資源のありようを示しているといえよう。また、収入や家族の支えという資源が、精神的健康と身体的健康の双方に相関性を呈する一方、教育という資源は身体的健康のみに相関していた。中国の農村社会の場合、高学歴は社会的な尊敬を受けても、収入にはつながらないことから、特に高学歴自体が、収入、ひいては精神的健康に影響を及ぼす心理的資源の促進にはつながらないことがうかがえる。

本調査では、壮年期女性と中年期女性との比較において、中年期女性は基本的教育や収入、また、家族の支え、ストレス対処能力及び自尊感情といった社会心理的資源、すなわち、健康保持資源が不足しており、両者の健康状態には格差が存在していることが判明した。また、これらの健康保持資源では、特に収入と家族の支えとの関係性が強調されていた。

以上より、本調査では、中年期以後の農家の主婦の健康状態は、更年期という身体的な影響のみならず、収入と家族の支えといった健康保持資源の関係性により影響され、市場経済の農村へ浸透といった社会環境を反映していることが示された。農村の女性を取り巻く社会・経済的環境の整備より、彼女達の社会心理的資源の育成を図ってゆくことの重要性が示唆された。

# **Comparison of Socioeconomic, Psychological, and Social Resources and their health status between Adult and Older-Adult Peasant Wives in Rural Community, Hebei, People's Republic of China**

MITSUHASHI Kaori

Abstract:

We compared the availability of socioeconomic, psychological, and social resources, and both mental and physical health status between the adult(25-45) and the older adult(46-59) peasant wives in one rural community, Hebei, People's Republic of China. The results show that the adult peasant wives, rather than the older-adult peasant wives, possessed a larger amount of generalized resources contributing to the maintenance of good health, such as primary education, household income, family support, self-esteem and sense of coherence. For those subjects, both physical and mental health status were related to most of the socioeconomic, the psychological, and the social resources. The household income and good family relations may contribute to lead the development of good mental and physical health for all the peasant wives. Lack of the primary education, the social, and the psychological resources, may be associated with poor health status in the older adult peasant wives.

Keywords: maintenance of good health, good family relations, primary education, psychological resources, peasant wives