

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—

三 橋 かほり

はじめに：

社会階層間における健康の格差は、人々が曝される社会的ストレスと深く関わっている。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、例えば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¹⁾。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²⁾。

中国では今日も、国をあげて経済成長が追求されている。しかし、成長の一方で、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、本論文が扱う精神衛生の分野においても、近年、社会や環境の急速

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

(2) Anna B. C. Gilmore, Martin McKee, et al. Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Soc. Sci. Med.* 2002;55:2177-2188

Peggy Watson. Explaining Rising Mortality Among Men in Eastern Europe. *Soc. Sci. Med.* 1995;41(7):923-934

Iikka Henrik Makinen. Eastern Europe transition and suicide mortality. *Soc.Sci.Med.* 2000;51:1405-1420

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³⁾。特に、近年において中国では、農村の青年及び中年層の女性の自殺・自殺未遂が著しく増加し、彼女らの精神的健康に注目が集まるようになった⁴⁾。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。

本論文は、筆者が中国河北省L村で行った調査に基づき、中国の農村女性の精神的健康状態とその関連要因との関係について論じたものである。精神健康に影響を与える社会的・経済的要因が明らかになれば、今後の彼女達の精神的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。

本論文の構成は次のようになっている；

第一章 中国農村における貧困

- (1) 農村部における社会保障サービスの普及状況
- (2) 農村の女性の精神的健康をとりまく社会経済的環境
 - 1) 社会的環境と女性の役割負担

(3) 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

(4) 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对策研究 (Perspective and countermeasures of the psycho-health issues among rural people working in city) .*衛生軟科学*2007; 2 (85) 398-401

2) 中国の農家の女性を取り巻く社会状況と生活

第二章 中国の貧困村における農家の主婦の精神的健康の実態と関連要因

第一節：調査概要

- (1) 研究の仮説と調査の内容・目的
- (2) 調査地点；河北省満城県L村の概況
- (3) 調査対象と方法
- (4) 測定項目
- (5) 分析方法

第二節：調査結果

第三章 考察

第一章 中国農村における貧困

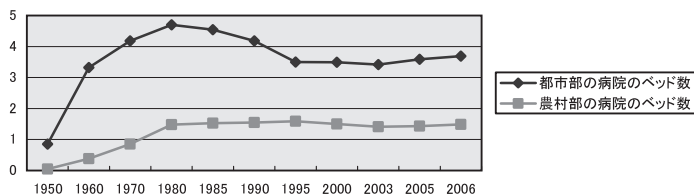
(1) 農村部における医療保障サービスの普及状況

ここで、今日に至るまでの中国の社会保障サービスの普及状況を、都市と農村とを比較しながら概観してみたい。

医療保障の分野でも、1949年の建国以来、中国では都市・農村間で深刻な格差が存在し、今日でも以下のように、農村住民の健康は依然として劣悪な状態におかれている⁵⁾。

表1、表2、表3は医療資源の格差を示すデータである。これらの表から判るように、病院のベッド保有数及び1,000人当たりの医者数について、

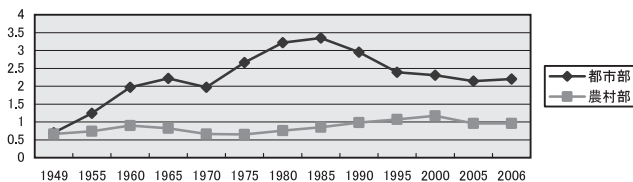
表1. 医療設備普及の格差：都市・農村の病院における1,000人当り保有ベッド数



出典：中国衛生統計年鑑 2007年 p20-30、一部加筆修正

(5) 三橋かほり「現代中国の農村社会の変遷における郷村医の形成—はだしの医者形成と「再生」」『日本医史学雑誌』2005；51(4)：569-592

表2. 医療従事者数の格差：都市部と農村部における1,000人当りにおける医師の人数の推移

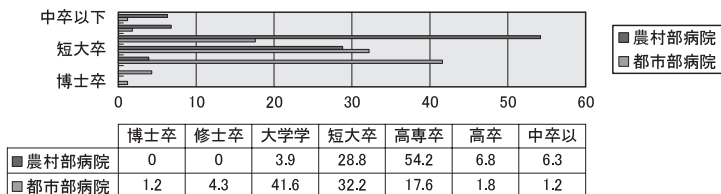


出典：中国衛生統計年鑑 2007年 p20-30、一部加筆修正

都市と農村とでは、約2倍以上の差が存在している。この差は1960年以来、変化していない。

表3が示すように、医療資源の質的側面を取り上げてみても、都市と農村の病院に配属される医師の学歴について見てみると、四年制大学の医学部で正規の医学教育を受け卒業した医師は、都市の病院では40%にのぼる一方、農村の病院では僅か4%にも満たず、その差は10倍以上となっている。

表3. 医師の質の格差：都市部病院と農村部病院における医師の学歴（2005年度）



出典：中国衛生統計年鑑 2007年 p20-30、一部加筆修正

また次に、こうした医療資源の普及格差が、人々の健康状態に影響を与える例を取り上げたい。表4は1991年から2007年までの母子保健状況に関する都市・農村別の妊産婦及び乳児の死亡率の推移を取り上げたものである。妊産婦死亡率は農村では都市の約1.5倍以上、また、乳児死亡率についても、農村は都市の2倍以上であり、また表4は、91年以来、この格差は一向に縮まっていないことを示している。乳児の生存は母体の健康・養育条件等の影響を強く受けることから、乳児死亡率は、一般に母体が生活す

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

る地域社会の経済・教育水準や保健医療の普及水準を反映する指標とされる⁶。その意味で、表4は都市と農村における社会経済的格差が人々の健康状態に与える影響を如実に示すものといえよう。

表4. 健康状態の格差：母子保健状況（都市部と農村部における妊産婦死亡率及び乳児死亡率の推移）

| | 1991 | 1993 | 1997 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 妊産婦死亡率(1/10万) | | | | | | | | | | |
| 総計 | 80.0 | 67.3 | 63.6 | 53.0 | 43.2 | 51.3 | 48.3 | 47.7 | 41.1 | 36.6 |
| 都市 | 46.3 | 38.5 | 38.3 | 28.9 | 22.3 | 27.6 | 26.1 | 25.0 | 24.8 | 25.2 |
| 農村 | 100.0 | 85.1 | 80.4 | 69.6 | 58.2 | 65.4 | 63.0 | 53.8 | 45.5 | 41.3 |
| 乳児死亡率(%) | | | | | | | | | | |
| 総計 | 50.2 | 43.6 | 33.1 | 32.2 | 29.2 | 25.5 | 21.5 | 19 | 17.2 | 15.3 |
| 都市 | 17.3 | 15.9 | 13.1 | 11.8 | 12.2 | 11.3 | 10.1 | 9.1 | 8.0 | 7.7 |
| 農村 | 58.0 | 50.0 | 37.7 | 37.0 | 33.1 | 28.7 | 24.5 | 21.6 | 19.7 | 18.6 |

出典：中国衛生統計年鑑 2007年 P187-202、一部加筆修正

次に、2003年に中国衛生部が実施した西部地区衛生サービス調査のデータを使って、都市と農村における社会経済的指標の比較（表5）、及び、医療の受療行動の実態（表6）の比較を行いたい。表5からは、都市に比べ農村は教育の普及が遅れ、一人当たり平均年間収入・消費支出の構成についても、農村は収入が少ない一方で、教育や医療の支出負担が大きいことが見て取れる。表6は、医療の受療行動についても、経済的理由から医療に与れない人の割合が農村において圧倒的に多く、農村において十分な医療の保障を得られていない状況を示すものである。

表5. 都市・農村における社会経済的指標の比較

| | 西部11省 | |
|--------|-------|-------|
| | 都市 | 農村 |
| 調査総世帯数 | 21310 | 22125 |
| 調査総人口数 | 63229 | 83378 |
| 家庭平均人数 | 3.0 | 3.8 |
| 文化程度 | | |

(6) 『衛生公衆衛生学』 p7, p171-172、1994年、南江堂

| | | |
|--------------|--------|--------|
| 文盲・半文盲 | 8.9 | 28.7 |
| 小学 | 15.0 | 32.2 |
| 中学 | 32.0 | 30.1 |
| 高校・中技 | 20.3 | 5.9 |
| 中専 | 7.6 | 1.7 |
| 大専 | 9.6 | 0.7 |
| 大学以上 | 6.3 | 0.3 |
| 職業 | | |
| 管理職 | 10.7 | 0.9 |
| 専門技術職 | 7.3 | 1.0 |
| 一般事務職 | 12.3 | 2.1 |
| 労働者 | 6.7 | 0.3 |
| 農民工 | 2.2 | 0.9 |
| 農業労働者 | 5.0 | 84.5 |
| 学生 | 6.9 | 6.1 |
| 離・停年退職 | 20.0 | 0.9 |
| 失業・無職・半失業 | 28.7 | 2.7 |
| 人均年収入 | 5369*1 | 1705*2 |
| 人均年消費支出構成(%) | 4245 | 1660 |
| 食物支出 | 41.6 | 32.0 |
| 衣服日用品 | 10.5 | 10.1 |
| 交通・通信 | 9.8 | 6.6 |
| 家賃・光熱費 | 9.7 | 7.6 |
| 文化娯楽・教育 | 11.0 | 13.8 |
| 医療 | 9.7 | 20.1 |
| その他 | 7.5 | 9.8 |

* 西部11省：内蒙古、陝西、甘肅、青海、宁夏、新疆、広西、重慶、四川、貴州、雲南

*1：全国平均年収の80%分ほど

*2：全国平均年収の78%分ほど

出典：中国西部地区衛生服務調査 2003年

表6. 罹患時における外来受診の未受診率、未治療率、対処法、及び診療を受けない理由

| | 西部11省 | | 全国 | |
|---------------|-------|------|------|------|
| | 都市 | 農村 | 都市 | 農村 |
| 未受診率(2週間内)(%) | 56.0 | 47.5 | 57.0 | 45.8 |
| 未治療率(2週間内)(%) | 12.1 | 18.7 | 9.7 | 14.5 |
| 罹病時の対処方法(%) | | | — | — |
| 受診 | 44.0 | 52.6 | | |
| 自己対処 | 43.9 | 28.8 | — | — |
| 何もしない | 12.1 | 18.7 | — | — |
| 診療を受けない理由 | | | | |
| 病状が軽いと思うため | 35.0 | 22.3 | — | — |
| 経済的困難 | 40.9 | 62.0 | 36.4 | 38.6 |
| 時間がない | 3.5 | 5.3 | — | — |
| 交通の不便 | 0.1 | 1.5 | — | — |
| 有効な処置を得られないため | 11.1 | 5.3 | — | — |
| その他 | 9.4 | 3.6 | — | — |
| 受診をした医療機(%) | | | | |
| 問診部・衛生室 | 27.7 | 45.4 | — | — |
| 社区中心・衛生院 | 10.3 | 32.5 | — | — |
| 県・市・区立病院 | 16.2 | 10.6 | — | — |
| 地・市立病院 | 25.8 | 3.4 | — | — |
| 省立病院 | 12.5 | 1.3 | — | — |

出典：中国西部地区衛生服務調査 2003年

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

最後に表7は、中国の農村では、農民は従来からの経済的貧困と医療の貧窮に加えて、近年は、医療費の高騰もたらす深刻な経済的負担に苦しんでいる現実を示すものである。こうした状況の下、農村の人々が実際に抱える疾病の傾向を、表8で示してみたい。

表7. 要入院患者のうち未だ入院していない患者数の比率と入院をしない理由、及び入院患者の退院理由と依願退院の理由

| | 西部11省 | | 全 国 | |
|--------------------|-------|------|------|------|
| | 都 市 | 農 村 | 都 市 | 農 村 |
| 未だ入院していない患者の比率 | 38.4 | 45.0 | 27.8 | 30.3 |
| 入院しない理由 | | | | |
| 必要ないと思うから | 20.8 | 21.9 | - | - |
| 時間がない | 5.9 | 3.3 | - | - |
| 経済的理由 | 67.3 | 70.7 | 56.1 | 75.4 |
| その他 | 6.0 | 4.1 | - | - |
| 退院の理由 | | | | |
| 医者許可(病気が治癒したため) | 49.3 | 37.0 | - | - |
| 医者の勧告(治療の見込みがないため) | 9.4 | 6.5 | - | - |
| 自ら依願 | 37.5 | 53.1 | 34.5 | 47.0 |
| 依願退院の理由 | | | | |
| 長患いで治癒しないため | 8.1 | 4.1 | - | - |
| 経済的困難 | 57.2 | 75.1 | 53.0 | 67.3 |
| 病院の条件に制限がある | 4.4 | 2.4 | - | - |
| 態度が悪い | 1.0 | 0.6 | - | - |
| その他 | 29.3 | 17.8 | - | - |

出典：中国西部地区衛生服務調査 2003年

表8. 農村部住民における疾病別死亡順位の推移

| | 1990 | | 1995 | | 2000 | | 2006 | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 |
| 1 | 呼吸器系疾患 | 呼吸器系疾患 | 呼吸器系疾患 | 呼吸器系疾患 | 呼吸器系疾患 | 呼吸器系疾患 | 悪性腫瘍 | 脳血管系疾患 |
| 2 | 悪性腫瘍 | 脳血管系疾患 | 悪性腫瘍 | 脳血管系疾患 | 悪性腫瘍 | 脳血管系疾患 | 脳血管系疾患 | 悪性腫瘍 |
| 3 | 脳血管系疾患 | 悪性腫瘍 | 脳血管系疾患 | 悪性腫瘍 | 脳血管系疾患 | 悪性腫瘍 | 呼吸器系疾患 | 呼吸器系疾患 |
| 4 | 損傷・中毒 | 心疾患 | 損傷・中毒 | 心疾患 | 損傷・中毒 | 心疾患 | 心疾患 | 心疾患 |
| 5 | 心疾患 | 損傷・中毒 | 心疾患 | 損傷・中毒 | 心疾患 | 損傷・中毒 | 損傷・中毒 | 損傷・中毒 |

出典：中国衛生統計年鑑 2007年 p 294-295、p 306、一部加筆・修正

以上のように、経済格差と社会保障の貧窮の下、中国では、近年、社会経済的変動についてゆけない人達の健康問題が浮上している。特に最近、農村の青年および中年層の女性の自殺・自殺未遂の顕著な増加に対して高い社会的関心が寄せられるようになり、彼女らの精神的健康問題の解決

が、中国の公衆衛生における重要な課題となっている⁷⁾。表8が示すように、1990年から2007年の18年間に於ける農村住民の間の疾病別死亡順位の推移においても、「損傷・中毒」による死亡は常に5位を占め、一向に改善がみられていない。またその死亡内訳(表9)からも、自殺及び潜在的な自殺と推定される死因の存在が見てとれる。

表9. 損傷・中毒死の内訳(2006年度)

| 死 因 | 農村部 | | 都市部 | |
|------|-------|-------|-------|-------|
| | 女性(%) | 男性(%) | 女性(%) | 男性(%) |
| 交通事故 | 27 | 41 | 27 | 39 |
| 自殺 | 28 | 16 | 14 | 11 |
| 墜落死 | 15 | 10 | 26 | 16 |
| 溺死 | 11 | 11 | 4 | 4 |
| 薬物中毒 | 9 | 8 | 16 | 13 |
| その他 | 10 | 14 | 13 | 17 |

出典：中国衛生統計年鑑(2006年)

こうした状況を前に、近年ようやく中国でも、転換期にある農村の青年および中年層の女性の中に潜むストレスと健康の問題、そして、彼女達に対する精神衛生対策の普及の重要性が指摘されるようになった⁸⁾。

(2) 農村の女性の精神的健康をとりまく社会経済的環境

1) 社会的環境と女性の役割負担

社会階層間、男女間における健康状態の不均衡、罹病率及び死亡率の相違は、1970年代初頭より、精神衛生の分野では学際的な研究課題として存在してきた⁹⁾。社会環境の変化が、男性、女性それぞれの健康状態に及ぼす影響に関する研究は、次のような幾つかの社会的視点から行われてきた。

(7) 蘇林『現代中国のジェンダー』p162-163, 2005年、明石書店

Michael R Phillips, Xianyun Lin, et al. Suicide rates in China, 1995-1999. THE LANCET 2002;359:835-840.

(8) その一例として、農村の青年中年層の女性に対する自殺予防プログラムが農村や都市の出稼ぎ者コミュニティにおいて定期的に開催されている。

(9) 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.

男性の健康状態については、職業階層別による死亡率や罹病率の相違に着眼した構造的なフレームを使った研究が多い。一方、女性の健康状態については、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、一般に、担う役割の数と健康状態との関係が研究されてきた。他方で、多重役割は、仕事及び家庭における役割の組み合わせを意味するため、複数のタイプの役割があることが前提とされている¹⁰。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。

このように、欧米では女性が社会生活上で担う役割のありようと健康状態との関係について、長年、研究が培われ、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¹¹。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のみならず、近年、商品作物の生産と副業による経済的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

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

(11) 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.

制度上の立場及び農家の主婦の生活と役割のありようを、以下、ふれてみたい；

2) 中国の農家の女性を取り巻く社会状況と生活

(i) 農家の嫁が抱える厳しい生活と過重労働：農家の主体として

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の教育・就労の機会は限定されていた。

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。このように、農村においては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、今日でも、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、彼女たちは教養知識等の問題への対処能力や資源を持ち合わせていない。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年・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、老人扶養、介護、家事一般、副業等の生活全般を維持し、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しなければならない¹²⁾。また一方で、農村の多くが経済的に展望を欠いている今日の中国では、農村の女性であっても、稼ぎ手として、都市への出稼ぎが求められている。都市へ出稼ぎに出ても、都市では、彼女らのような出稼ぎ労働者にはセーフティネットが保障されていない。当然、仕事は低賃金で重労働のものが多く、劣悪な環境が彼女達の精神的健康を質の低いものにしていく。

(12) Zhang, Y. W. Xileito village survey, 1998 Beijing: Knowledge Press

(ii) 農村の女性のジレンマ

こうした社会環境の下、農村の女性達は、中国社会の変動の影響を最も受けている層といえよう。このため、農村の女性は身体的な側面もさることながら、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。その現れの一つが冒頭でふれた、近年、増加の傾向にある農村の青年および中年層の女性の自殺未遂・自殺である。このため、ここ数年、中国では、農村の女性が抱えるストレスと健康への影響への関心が高まり、その中から幾つかの先駆的な研究が現れてきた¹³。

また、そうした研究を通して、彼女達の精神的健康が容易に向上し得ない背景には、彼女達を育んだ農村の社会的文化的環境が大きく影響していることが明らかになってきた。現代の中国の農村では、女性たちは、精神的健康状態の危機に関係する教育・収入・各種の社会的支援（ソーシャルサポート）といった対処資源¹⁴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。また、農民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。特に農業については、農作業の性質上¹⁵、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。しかし、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た。当然、そこには、農村における社会的支援の中心をなす人間関係の質をも変化させている。このように、今日の中国の農村では、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。以上の構図から、社会変動が農村女性の心身の健康へ影響を及ぼしてしまうことは容易に理解出来よう。

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精神的健康状態の関係に焦点を当てた研究は、まだ始まったばかり

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

(14) Turner, H.A. & Tuerner, J.R. Gender, Social status, and emotional reliance. Journal of Health and social Behavior, 1999;40,374-404.

(15) 土地が村の共同所有であるため、村落社会との友好的な関係なくしては土地の分配上、不利益を被る可能性が高い。

かりである。

同時に、今日、農村の女性のストレスと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るにもかかわらず、予防介入はおろか精神的健康に関する実態報告さえも少ないのが現状である。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社会生活におけるストレスとその関連要因を検討し、そこから精神的健康における予防介入への手が見出すために、精神的健康の実態調査として、中国河北省L村で、一般健常者集団の精神的健康の実態を把握するためのアンケート調査を実施した。

第二章 中国の貧困村における農家の主婦の精神的健康の実態と関連要因

第一節：調査概要

(1) 研究仮説と調査の内容・目的

1) 研究仮説；

社会的支援は社会心理的要因として、ストレスを緩和するものとして、その有効性が知られている。中国の場合、農民に対する社会保障はほとんど存在しない。そのため、農民にとって農業生産と生活を確保してゆくためにも、農村コミュニティにおいて、地縁・血縁を通じた信頼における有効なネットワークが必要となる。不確実性の高い中国の農村の社会状況下、家族の支えや近隣のサポートのネットワークを有効にしてゆくことが、農家の主婦のストレスを緩和するファクターとして機能していることが予想される。

以上の仮説を検証するため、次のような調査を設計した。

2) 調査内容及び目的；

①調査内容

i. 中国の農村女性における精神的健康の基本的状態の測定；

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、農民の精神的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

ばかりである¹⁶。深刻化する農村の女性のストレスと精神的健康の問題に対し、彼女達の精神的健康に関する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精神的健康状態の測定を実施した。

②調査目的

- i. 中国の農村の女性の精神的健康に対して影響を与える関連要因の検討
上述のように、中国の農村住民の精神的健康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存在しない。このため研究はまず、精神的健康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精神的健康に関する要因、すなわち、社会人口学的・経済的・身体・社会心理的及び役割負担の要因が精神的健康に与える効果を比較、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。調査地点の概況については、次のとおりである。

- 1) 地理的位置：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ある。村の総面積は22km²。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。
- 2) 主要産業：L村の主な産業は農業で、現在、畜羊、糧食作物(玉蜀黍・五穀、小麦、さつまいも)果樹・薬草が栽培されている。この村は、かつて、自給自足が成り立たず、国から糧食の補助を受けていた貧困村であった。しかし、90年代に入り村に商品経済が導入され、今日では、農業収入(果樹・薬草・畜羊などを商品化する経済開発プロジェクト)の増加が目指されるまでになっている。
- 3) 主要施設：L村に設置されている主要施設は、小学校(1校：児童

(16) 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.

は80名、教師6名(中卒レベル)、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。

4) エネルギー及び通信: 電気・上下水道・ガスは整備されていない。ただし、一部の世帯は自家発電を整備し、全村のうち、3割の世帯が固定電話を所有している。

5) 村総人口は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。

6) 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。

(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、本調査において使用する質問表作成のために、同村で2度にわたりヒアリングを中心とした事前調査を実施している。こうした一連の調査活動の実施にあたり、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、農村出身者で調査当時、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) 身体的要因、5) 社会心理的要因、6) 心理的要因、7) 精神的健康度の各要因に関する幾つかの項目の測定を行った；

- 1) 社会人口学的要因；①年齢、②教育レベル、③世帯主の留守状況の3項目¹⁷
- 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¹⁸
- 3) 経済的要因；①世帯の現金収入の1項目¹⁹。
- 4) 身体的要因；身体的健康状態の指標としての主観的健康度²⁰の1項目。
- 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精神的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精神的健康状態との関わりを検討するために、①家事遂行に対

(17) 各項目の内訳は次のとおりである；

- ①年齢 (1. 20-29歳、2. 30-39歳、3. 40-49歳、4. 50-59歳)
- 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)

(18) 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)

(19) 項目の内訳は次のとおりである；①-4,000元、②4,001-7,000元、③7,001-10,000元 ④10,001元以上

(20) 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り、中国においてもその信頼性・妥当性は実証されている。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つにカテゴリ分けした。

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²¹⁾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精神的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²²⁾。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精神的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²³⁾について測定した。

6) 心理的要因；

心理的要因として、精神的健康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

(21) 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。

(22) 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.

(23) 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つを選択肢から、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）」としたカテゴリーに分けて分析に用いた。

(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.

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²⁵。自尊感情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。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。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。

7) 精神的健康度の測定；

精神的健康は、Goldberg,D.Pにより開発された精神健康調査票（GHQ12項目版）を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³⁰。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

(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。

(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²⁹）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²⁹。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²⁹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) 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.

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³¹。a係数は0.82であった。

(5) 分析方法

1) 精神的健康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精神的健康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) 精神的健康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、精神的健康度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・経済的・身体的・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、オッズ比（OR）とその95%信頼区間、及び有意水準p値を求めた。オッズ比は年齢、及び、年齢と教育レベルの調整を入れたものを、それぞれ算出した。

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を使用した。

第二節：調査結果

1. 調査対象者における精神的健康に関連する要因の分布

表Aにおいて示されるように、調査対象者の精神的健康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

精神的健康が不良である者は、分析対象者全体の約50%を占めていた。

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。このうち精神

(31) 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。

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

表 A：調査対象者における精神的健康（GHQ）の特徴と関連要因の分布

| 項目 | 人数計 N | 精神的健康 不良 (GHQ/Case) N (%) | 精神的健康 良好 (GHQ/Non-Case) N (%) | p |
|------------------|-----------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----|
| <人口学的要因> | | | | |
| 年齢 (歳) | (40.8 ± 8.9) *1 | (41.6 ± 9.8) *2 | (40.4 ± 8.2) *3 | |
| 20 - 29 | 12 | 6 (50.0) | 6 (50.0) | |
| 30 - 39 | 23 | 12 (52.2) | 11 (47.8) | |
| 40 - 49 | 40 | 16 (40.0) | 24 (60.0) | |
| 50 - 59 | 16 | 11 (68.8) | 5 (31.3) | |
| 教育レベル | | | | + |
| 未就学・小学中退 | 28 | 15 (53.6) | 13 (46.4) | |
| 小学卒 | 18 | 9 (50.6) | 9 (50.6) | |
| 中学卒 | 30 | 10 (33.3) | 20 (66.7) | |
| 高卒以上 | 15 | 11 (73.3) | 4 (26.7) | |
| 世帯主の留守状況 | | | | |
| 常在 | 26 | 14 (53.8) | 12 (46.2) | |
| 留守 | 65 | 31 (47.7) | 34 (52.3) | |
| <役割負担の要因> | | | | |
| 家族人数 (人) | | | | |
| 0 - 3 | 13 | 5 (38.5) | 8 (61.5) | |
| 4 + | 78 | 40 (51.3) | 38 (48.7) | |
| 子供の有無 | | | | |
| 有り | 79 | 38 (48.1) | 41 (51.9) | |
| 無し | 12 | 7 (58.3) | 5 (41.7) | |
| 慢性病人数 (人) | | | | |
| 0 | 43 | 19 (44.2) | 24 (55.8) | |
| 1 | 33 | 17 (51.5) | 16 (48.5) | |
| 2 + | 14 | 8 (57.1) | 6 (42.9) | |
| 扶養老人の人数 (人) | | | | * |
| 0 | 38 | 17 (44.7) | 21 (55.3) | |
| 1 | 29 | 11 (37.9) | 18 (62.1) | |
| 2 + | 24 | 17 (70.8) | 7 (29.2) | |
| <経済的要因> | | | | |
| 世帯年収 (元) | | | | |
| - 4,000 | 31 | 22 (71.0) | 9 (29.0) | * |
| 4001 - 7000 | 29 | 17 (58.6) | 12 (41.4) | |
| 7001 - 10,000 | 12 | 4 (33.3) | 8 (66.7) | |
| 10,001 + | 17 | 5 (29.4) | 12 (70.6) | |
| <身体的要因> | | | | |
| 主観的健康度 | | | | |
| 大変良い | 19 | 5 (26.3) | 14 (73.7) | |
| まあ良い | 36 | 16 (44.4) | 20 (55.6) | |
| あまり良くない | 24 | 15 (62.5) | 9 (37.5) | |
| 良くない | 12 | 9 (75.0) | 3 (25.0) | ** |
| <心理的要因> | | | | |
| 自尊感情 | | | | |
| (18.40 ± 3.1) *1 | | (17.2 ± 2.8) *2 | (19.5 ± 3.1) *3 | |
| 高 | 30 | 9 (30.0) | 21 (70.0) | * |
| 中 | 49 | 22 (44.9) | 27 (55.1) | |
| 低 | 12 | 9 (75.0) | 3 (25.0) | |
| ストレス対処能力 (SOC) | | | | |
| (53.2 ± 9.8) *1 | | (51.4 ± 9.1) *2 | (55.8 ± 10.2) *3 | |
| 高 | 25 | 8 (32.0) | 17 (68.0) | + |
| 中 | 45 | 23 (51.1) | 22 (48.9) | |
| 低 | 21 | 14 (66.7) | 7 (33.3) | |
| <社会心理的要因> | | | | |
| 家事の満足度 | | | | |
| 満足 | 79 | 36 (45.6) | 43 (54.4) | + |
| 不満足 | 12 | 9 (75.0) | 3 (25.0) | |
| 商品作物生産の満足度 | | | | |
| 満足 | 20 | 9 (45.0) | 11 (55.0) | |
| 不満足 | 71 | 36 (50.7) | 35 (49.3) | |
| 家族の支え | | | | |
| (5.8 ± 3.0) *1 | | (4.2 ± 2.2) *2 | (7.4 ± 2.8) *3 | *** |
| 多い | 46 | 12 (26.1) | 34 (73.9) | *** |
| 少ない | 45 | 33 (73.3) | 12 (26.7) | |
| 村人サポートネットワーク数 | | | | |
| (2.56 ± 1.92) *1 | | (1.9 ± 1.5) *2 | (3.2 ± 2.1) *3 | ** |
| 多い | 37 | 12 (32.4) | 25 (67.6) | ** |
| 少ない | 54 | 33 (61.1) | 21 (38.9) | |

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

注) 年齢、自尊感情、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項目について、* 1は、分析対象者全体のMean±SD (平均値±標準偏差)、* 2は、精神的健康不良者のMean±SD (平均値±標準偏差) Mean±SD、そして、* 3は、精神的健康良好者のMean±SD (平均値±標準偏差) をそれぞれ表している。

的健康が不良な者の平均年齢は、41.6(±8)歳、また、精神的健康が良好である者の平均年齢は、40.4(±8.2)歳であった。年齢層ごとの分布については、50歳代で精神的健康が不良である者の割合が良好者の約2倍となっていた。

2) 学歴レベル；

学歴の分布については、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、分析対象者全体において精神的健康が不良である者が最も多かったのも、この小学校教育を修了していない群であった。学歴レベルごとにおける精神的健康状態について検討してみると、中卒者の間では、精神的健康が良好とする者の割合の方が、不良者の約2倍多かった。一方、高卒者の間では、精神的健康を不良とする者の割合は良好者よりも約2倍多かった。

3) 世帯主の留守状況；

世帯主の留守の有無と精神的健康の良・不良との関係については、違いはみられなかった。

(2) 役割負担の要因

扶養老人を2人以上抱えている集団は、分析対象者全体の約26%を占めていた。この2人以上抱えている集団では、精神的健康が不良である者は良好者よりも約3倍多く、1人以下の有意差がみられた。

また、家族の人数、子供の有無、慢性病人数の分布と精神的健康の良・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、精神的健康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元以上の集団では、精神的健康が不良である者は有意に少なかった。

(4) 身体的要因；

1) 主観的健康度；

自分の健康状態を悪い方だとする集団のうち、精神的健康が不良である者は良好である者よりも約2倍ほど多く、有意差が存在した。

(5) 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、 $18.4(\pm 3.1)$ 点であった。このうち、精神的健康が不良な者の自尊感情の平均点は、 $17.2(\pm 2.8)$ であった。また、精神的健康が良好な者の自尊感情の平均点は、 $19.5(\pm 3.1)$ であった。自尊感情が低い集団は、精神的健康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 (SOC)；

対象者全体のストレス対処能力の平均点は、 $53.2(\pm 9.8)$ であった。このうち、精神的健康が不良な者のストレス対処能力の平均点は、 $51.4(\pm 9.1)$ であった。また、精神的健康が良好な者のストレス対処能力の平均点は、 $55.8(\pm 10.2)$ であった。ストレス対処能力が低い集団は、精神的健康が不良である者が良好者よりも多かった。

(6) 社会心理的要因；

1) 家族の支え；

対象者全体の家族の支えの平均点は、 $5.8(\pm 3.0)$ であった。このうち、精神的健康が不良な者の家族の支えの平均点 $4.2(\pm 2.2)$ であり、精神的健康が良好な者の平均点は $7.4(\pm 2.8)$ であった。家族の支えが少ない集団について、精神的健康が不良である者は良好者よりも多く、家族の支えが多い集団との間に有意差が存在した。

2) 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、 $2.5(\pm 1.9)$ であった。このうち、精神的健康が不良な者のサポートネットワークの平均は、 $1.9(\pm 1.5)$ であり、また、精神的健康が良好な者のサポートネットワークの平均は、 $3.2(\pm 2.1)$ であった。村人のサポートネット

ワークが少ない集団について、精神的健康が不良である者は良好よりも多く、サポートネットワークが多い集団との間で有意差が存在した。

3) 役割の遂行に対する満足；

家事の遂行に不満を抱く集団について、精神的健康が不良である者の方が良好者よりも多かった。

2. 精神的健康に影響を与える要因（表B）

精神的健康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、及び、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、年齢、学歴レベル、子供の有無、慢性病病人数、世帯主の留守、商品作物生産の満足度と精神的健康の不良との間には、有意な関係は存在しなかった。

一方、精神的健康が不良となる確率が高い要因として、扶養老人を2人以上有していること（オッズ比 5.1 (CI 1.4-18.7)）、世帯年収レベルが7,000元以下の低レベル層であること（オッズ比 5.7 (CI 1.5-21.1)）、主観的健康度が悪い方であること（オッズ比 4.5 (CI 1.5-13.6)）、自尊感情が低いこと（オッズ比6.9 (CI .90-.99)）、ストレス対処能力が低いこと（オッズ比4.3 (CI .88-14.0)）、家族の支えが少ないこと（オッズ比 8.5 (CI 3.2-23.0)）、村人のサポートネットワークが少ないこと（オッズ比 3.2 (CI 1.3-7.8)）が確認され、いずれも、精神的健康の不良さと有意に関連していた。また、役割負担の要因についても、家事の遂行に対し不満を抱いている集団も、不満を抱いていない集団と比べると、精神的健康が不良となる確率が3倍以上であり、両者の間には大きな差が存在した。

表A，表Bの結果より、精神的健康の不良者にとって、最も高い確率が示された要因は、家族の支えという社会的支援であった。次に、村人のサポートネットワーク数、低い年収、扶養老人を2以上抱えていること、主観的に身体的健康が悪いこと、自尊感情やストレス対処能力等の心理的能力が低いこと等との関係性の強さも示された。

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

表B：精神的健康の不良（GHQ Case）に関連する要因の影響

| | 調整なしオッズ比 OR(95%CI) | 年齢を調整済み オッズ比 OR(95%CI) | 年齢・学歴を調整済み オッズ比 OR(95%CI) |
|---------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------------|
| <社会人口学的要因> | | | |
| 年齢 | | | |
| 20-29 | 1 | 1 | 1 |
| 30-39 | 1.1(.27-4.4) | 1.1(.27-4.7) | 1.1(.27-4.7) |
| 40-49 | .66(.18-2.4) | .70(.18-2.6) | .70(.18-2.6) |
| 50-59 | 2.1(.46-10.3) | 2.3(.48-11.6) | 2.3(.48-11.6) |
| 学歴 | | | |
| 小学中退・未就学 | 1+ | 1 | 1 |
| 小学卒 | .86(.26-2.8) | .93(.27-3.1) | .93(.27-3.1) |
| 中卒 | .43(.15-1.2) | .45(.15-1.3) | .45(.15-1.3) |
| 高卒以上 | 2.3(.60-9.3) | 2.5(.63-10.1) | 2.5(.63-10.1) |
| 世帯主の留守状況 a) | | | |
| 常在 | 1.2(.51-3.1) | 1.2(.47-3.1) | 1.2(.48-3.1) |
| <役割負担の要因> | | | |
| 家族人数 a) | | | |
| 多い | 1.6(.50-5.6) | 1.7(.53-6.0) | 1.7(.51-6.0) |
| 子供有り a) | .66(.19-2.2) | .71(.19-2.6) | .67(.17-2.5) |
| 慢性病人数 | | | |
| 0 | 1 | 1 | 1 |
| 1 | 1.1(.46-2.9) | 1.1(.46-2.9) | 1.1(.45-2.9) |
| 2- | 1.2(.37-4.4) | 1.2(.35-4.2) | 1.2(.35-4.3) |
| 扶養老人の数 | | | |
| 0 | 1+ | 1* | 1* |
| 1 | .75(.28-2.0) | .80(.29-2.1) | .77(.27-2.1) |
| 2- | 3.0(1.0-8.9)* | 5.1(1.4-18.7)* | 5.0(1.3-18.5)* |
| <経済的要因> | | | |
| 世帯年収 | | | |
| 10,001以上 | 1* | 1* | 1* |
| 10,000-7,001元 | 1.2(.24-5.8) | 1.1(.22-5.6) | 1.1(.22-5.6) |
| 7,000-4,000元 | 1.6(.47-6.0) | 1.6(.45-5.9) | 1.6(.45-5.9) |
| 4,001以下 | 5.6(1.5-20.6)* | 5.7(1.5-21.1)** | 5.8(1.5-21.7)** |
| <身体的要因> | | | |
| 主観的健康度 a) | | | |
| 悪い方 | 3.2(1.3-7.8)** | 4.5(1.5-13.6)** | 4.9(1.6-15.1)** |
| <心理的要因> | | | |
| 自尊感情 | | | |
| 高 | 1* | 1* | 1* |
| 中 | 2.8(1.0-7.4)* | 2.8(1.0-7.4)* | 2.8(1.0-7.4)* |
| 低 | 7.0(1.5-32.0)* | 6.9(1.4-32.3)* | 7.3(1.5-34.6)* |
| ストレス対処能力(SOC) | | | |
| 高 | 1+ | 1+ | 1+ |
| 中 | 2.2(.79-6.1) | 2.2(.76-6.8) | 2.3(.77-7.0) |
| 低 | 4.2(1.2-14.6)* | 4.3(1.2-15.6)* | 4.5(1.2-16.4)* |
| <社会心理的要因> | | | |
| 家事遂行の満足度 不満 a) | 3.5(.90-14.2)+ | 3.5(.88-14.0)+ | 3.5(.88-14.0)+ |
| 商品作物生産の満足度 不満 a) | 1.2(.46-3.4) | 1.2(.47-3.4) | 1.3(.47-3.5) |
| 家族の支え a) | | | |
| 少ない | 7.7(3.0-19.7)*** | 8.5(3.2-23.0)*** | 8.5(3.1-22.9)*** |
| 村人のサポートネットワーク a) | | | |
| 少ない | 3.2(1.3-7.8)** | 3.2(1.3-7.8)** | 3.6(1.4-9.2)** |

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

第三章 考察

前述のとおり、中国では、多発する農村女性の自殺・自殺未遂を前に、今日の農村女性の生活におけるストレスを構成する関連要因を検討し、その結果をふまえ、精神的健康分野での予防介入を行うことが喫緊の課題となっている。本研究は、そのための予備調査の一環として、農村女性のう

ちの健常者集団の精神的健康の実態を把握することで、ストレスを緩和する社会的要因を探ったものである。

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に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、精神的健康に与える各種の社会的要因として、農家の主婦の社会人口学的、経済的指標、さらに、役割負担の要因として、年齢層、教育レベル、世帯主の留守状況、年取レベル、子供の有無、病人数、扶養老人数の影響をそれぞれ測定した。このうち、農家の主婦の精神的健康状態にとって、大きな影響を与える重要な要因は年取であり、低い年取の集団は高い者の約5.8倍も、精神的健康が確率的に悪くなることが示されていた。これは、女性の精神的健康と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³²。

年齢層については、50歳代の層が精神的健康が不良となる確率が最も高い結果となったが、この結果については、この年代層は教育の機会が限られ、また、政治的にも不安定な時代に青年期を過ごした世代であることに加え、身体的にも更年期の影響を受け体調の不調を得やすいなど、危機への対処資源が限定されがちな世代であることが影響していると考えられる。世帯主の留守の有無の影響については、世帯主が常在であると精神的健康が悪いと示された。これは、世帯主が留守であることは、すなわち、出稼ぎを行なっていることを意味し、出稼ぎは現金収入につながり、農村社会では現金収入が多いことは成功のシンボルであることから、農家の女性にとっては出稼ぎは経済的活路を見出すための積極的事項である。この

(32) 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.

ため、悩みの種とはならないことが本調査からも明らかとなった。

教育レベルについては、高卒以上の者の間で精神的健康の不良さが目立っていた。中国の農村の女性の間では、高卒者はエリートとされており、こうした女性は地域の行政が推奨する農業技術訓練や講習会へ村の代表として参加するなど、社会的役割を特に多く担いがちである。このため、家庭内における役割との両立において、精神的健康に影響をきたしがちなことがうかがえる。また、中国の農村社会においては、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、高学歴自体が精神的健康の良好さにはつながらないこともうかがえる。

役割負担の要因について検討すると、扶養老人数と精神的健康状態との関係については、扶養老人が皆無の者に対して、扶養老人が2人以上を有する者は、精神的健康状態が5倍の確率で悪くなることが示された。その一方で、扶養老人を1人有する者の場合は、扶養老人が皆無の者よりも精神的健康は若干改善されていた。このことに関しては、欧米の研究でも、扶養老人を抱えることは女性の精神的健康に明らかに影響を与えるとされているものの、扶養老人がケアの対象ばかりではなく、時には家事の助け手として家庭で存在し、主婦の精神的健康に対し、中立的な影響を与える可能性が指摘されている³³。中国の農村部では養老の社会保障が欠如しているため、多数の老人扶養は負担となることは明らかであるが、本調査の結果は基本的に日常生活に支障をきたさない老人の存在は、農家の主婦の家事役割の負担の助けとなっていることが関係しているとして解決出来るのではないだろうか。他方で、社会的文化的側面において、中国の農村社会にあって、農家の主婦は嫁の立場であり、扶養老人とは義理の親やその兄弟であることがほとんどであり、扶養老人を多数抱えるほど、精神的負担が大きくなることも判明した。

家族人数の大小について、欧米の研究ではストレスと家族規模との深い関係性が欧明らかになっているが³⁴、本研究の結果においては、農家の主婦

(33) L Artazcoz, C Borrell, J Benach. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands 2001;55:639-647.

(34) Walters V. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. Social Science & Medicine. 1991; 32:114-29

の精神的健康状態と家族人数の多少について、有意な関係は存在しなかった。中国の農家は家族人数が5人以上であることが一般的であり、このような大きな世帯規模では家族人数とストレスとの関係性もさほど顕著ではないことがうかがえよう。

社会・心理的要因と精神的健康状態との関係性については、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、精神的健康状態が悪く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的文化的な環境から、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、そのことが精神的健康状態へ影響を及ぼすことが、本調査からも示された。また、ストレス対処能力についても、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精神的健康状態へのかかわりの重要性が明らかになった。自尊感情、ストレス対処能力はともに危機に対する対処資源である。このため、農村の女性を取り巻く社会環境の整備より、今後はこれらの心理的資源の育成が必要とされよう。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、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ているなど、解決に向けて模索が行われている³⁵。

さらに、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精神的健康状態は、不満を持たない者の約3倍の確率で悪いとされた。しかしながら、商品作物生産に不満を持つ者の精神的健康状態については、不満を持たない者より若干悪いものの、有意な差は存在しなかった。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活路を開く

(35) 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.

ことが期待されている。ただし、L村の場合、現状では、近代的な役割の遂行の充実よりは、家事の遂行の充実といった従来からの伝統的な役割遂行と精神的健康状態の関係性が深いことが示された。中国の農村では、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。本調査からも、この規範はいまだに農村の女性において主流となっていることがうかがえる。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³⁶。

ソーシャルサポートの不足が精神的健康状態へ影響を及ぼす点については、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^{37,38}。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、インフォーマルなサポートネットワーク、例えば、血縁的・地縁的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。本調査からも、特に家族の支えと精神的健康状態との間に有意な関係が示された。家族の支えが少ない者は、家族の支えが多い者の約8倍も精神的健康

(36) 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.

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

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

が、確率的に悪くなることが示された。一方、家庭外におけるサポート、すなわち、村人のサポートネットワークについては、このネットワークが少ない者は、多い者より約3倍、精神的健康が悪くなる確率が示されたが、家庭内におけるサポート(家族の支え)ほどの確率の高さではなかった。このことから、農村の女性の精神的健康にとって、家庭外におけるサポートよりも、家族の支えが重要であることが示された。しかしながら、家庭外におけるサポートといっても、サポートの機能性、サポート源などの組み合わせにより、サポートのありようにも多様性が存在するはずである。この点については、今後、あらためて分析と検討を行う必要があると考えている。

本研究では、中国の農村の主婦の精神的健康状態の問題について、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。社会経済的要因では、年取との関係が最も大きく、役割負担の要因では、扶養老人数との関係性の強さが最も大きいことが示された。また、心理的要因では、自尊感情やストレス対処能力の精神的健康に対する重要性が示され、社会心理的要因では、家族の支えや村人のサポートネットワークの大きさととの精神的健康に対する重要性が示された。

本調査が明らかにした、こうした結果をさらに確認するためにも、今後とも縦断的研究を実施することが必要である。

Determinants of Mental Health among Housewives in Rural China: case study from HeBei province

MITSUHASHI, Kaori

Abstract

This study investigated the relationships between mental health and relevant social factors among housewives in rural China. Data were collected from 91 housewives residing in one village in HeBei Province, the People's Republic of China. Information on socio-demographic factors, family demands, economic factors, physical health status, psychological factors, psychosocial factors, and mental health was obtained using questionnaires. Odds ratios for poor mental health were calculated using logistic regression. Poor self-rated health status, lower income, having a high number (2+) of dependent elderly, self-esteem, sense of coherence, good family relations, and social networks were significantly associated with poor mental health. Good family relations may contribute to lead the development of good mental health for rural housewives.

Keywords: rural housewives, mental health, good family relations, China