

財団法人日中医学協会
2005年度共同研究等助成金—在留中国人研究者—報告書

2006年 3月 13日

財団法人 日中医学協会 御中

貴財団より助成金を受領して行った研究テーマについて報告いたします。

添付資料： 研究報告書

中国人研究者名： 胡 秀英



指導責任者名： 石垣 和子 職名： 教授

所属機関名： 千葉大学大学院看護学研究科
〒 260-8672

所在地： 千葉市中央区亥鼻1-8-1

電話： 043-226-2445(直通) 内線： _____

1. 助成金額： 600,000 円

2. 研究テーマ

中国帰国者の高齢期の健康維持増進を目指すヘルスケアシステムの構築に関する基礎研究

3. 成果の概要(100字程度)

研究Ⅰでは、帰国十年以上の中国帰国者1世(孤児及び配偶者)を対象者として、それらの心身的健康問題とその関連要因を明らかにした。

研究Ⅱでは、対象者の心身的健康問題に対して、文化背景を考慮した介入プログラムを作成し、Randomized Controlled Trialのデザインで検証した。その結果、対照群より介入群で大きな効果が観察され、文化を考慮した介入プログラムは帰国者の心身的健康を向上させる有効な方法であることが示唆され。

4. 研究業績

(1) 学会における発表 無 ・ (有)(学会名・演題)

① 「第64回日本公衆衛生学会」にてポスター発表(2005年9月16日); 演題: 中国帰国者高齢期の健康維持・増進を目指す看護援助に関する研究Ⅰ—健康実態調査から—

② 「The 9th East Asian Forum of Nursing Scholars (Bangkok,Thailand)」にて口演発表する予定(2006年3月30日); 演題: The effects of a cultural health promotion program for Japanese returnees from China: A randomized controlled trial

(2) 発表した論文 無 ・ (雑誌名・題名)

① 「日本公衆衛生雑誌」に投稿中(2006年3月); 題名: 異文化適応における中国帰国者1世の心身的健康状態とその関連要因—帰国十年以上の中国残留孤児とその配偶者を対象者として—

中国帰国者の向老期・高齢期の健康維持増進を目指すヘルスケアシステムの構築

に関する基礎研究：研究 I—帰国者の心身的健康問題とその関連要因

研究者氏名	胡 秀英
中国所属機関	四川大学医学部看護学科
日本研究機関	千葉大学大学院看護学研究科
指導責任者	教授 石垣 和子
共同研究者名	助教授 山本則子

要旨

「目的」帰国十年以上の中国帰国者 1 世（孤児及び配偶者）を対象者として、それらの心身的健康問題とその関連要因を明らかにすることを目的とした。「方法」99 人の対象者に質問紙調査を行った。質問項目は主に精神的健康（GHQ12）、主観的健康評価、老研式活動能力、要介護複合的リスク、人口学的特徴、日本語のコミュニケーション能力、ウェルネス行動、日本の医療保健福祉サービスへの認知・アクセス等を設定した。また、身体機能の定量的評価を加えた。分析には主に精神的健康を目的変数としてロジスティック回帰モデルを用いて進めた。「結果」対象者の心身的健康状態については精神的健康が最も悪い。精神的問題が疑われる（GHQ12 ≥ 4 点）人は 72（72.7%）であった。ロジスティック回帰分析の結果、精神的健康の低さ（GHQ12 ≥ 4 点）と関連が見られたのは、健康度自己評価（ $R^2=0.001$ ）の低さ、健康に対する不安認知（ $R^2=0.01$ ）、医療保健福祉情報を提供してくれる人がいない（ $R^2=0.01$ ）、若い人に自分から話しかけることがない（ $P=0.03$ ）、言葉の障害（ $R^2=0.01$ ）の 5 項目であった。「結論」異文化といえる日本社会に適応の努力を重ねつつある中国帰国者 1 世は、大きな精神的健康問題が存在し、その健康維持・増進においては、言語、生活モード、医療保健福祉サービスへのアクセス、社会的役割の形成などの文化的要素も含めた大きな課題が複合的に絡み合った状況にある様子が判明された。文化背景を考慮したヘルスケア（culturally sensitive care）を提供する切迫した必要性が考えられた。

Key words：中国帰国者 1 世、精神的健康（GHQ12）、健康度自己評価、言葉の障害、医療保健福祉サービス

I 緒 言

中国帰国者 1 世（中国残留孤児及びその配偶者）が異文化社会とも言える日本社会に定着適応の努力を重ねつつ、高齢期を目前にしている。

中国残留孤児とは第二次世界大戦の末期、中国東北部に居留していた日本人は混乱の中で親や兄弟と別れ別れになってしまい、中国人養父母に引き取られ、身元も知らないまま育った者を指す言葉である。また、生活の手段を得るため中国人の妻になるなどして中国にとどまった婦人等いわゆる中国残留婦人もいった。中国残留孤児と中国残留婦人を中国残留邦人と総称している。終戦後 38 年あまりを経過した 1984 年に日本政府はようやく残留邦人の帰国対策への取り組みを開始した。これらの中国残留邦人は日本に帰国したら、中国帰国者と呼ばれる¹⁾。帰国者総数は、平成 17 年現在、残留孤児本人 9,121 人、家族を含め 20,150 人を数えている²⁾。

中国帰国者 1 世は、40 年ぐらいに中国で中国人のように生活していた。彼らは日本人のルーツとアイデンティティを持っているけれども、日本語は話せず、日本の社会、文化なども全く知らない。帰国と言っても、実質的には家族と一緒に異文化に移住しているといえる。しかし、他の移住と異なり、強い日本人のアイデンティティを持っているものの、文化的面がもちろん、経済的にも一般の日本人と予想外の大きな格差が生じている。それに、予備知識も与えられないことなく、移住してくるとい実態が積み重ねられ、一層適応困難な状況にある⁴⁾。

1980 年代の後半から 1990 年代の前半の間に、帰国初期・中間期の中国帰国者の日本社会への適応状況に関する先行研究によれば、中国残留孤児およびその配偶者を含め、帰国を契機にして有病率は増大し、自信を喪失し、強度に追い詰められた心理状態になり、なかなか日本社会に適応できない状態にある。また、帰国後からサポート源が増加しないこと、他者への自己開示がうまくなされておらず、関係の親密化が不十分であり、いわば「日本化」が遅々としていることを明らかとなった^{1, 3, 4, 5, 6)}。これらの先行研究は中国帰国者の移住期における精神保健面でのサポート体制が重要な課題であることが提言されたが、それが活かされた支援体制の確立のよう

な研究・報告などがその後に見当たらなかった。また、今日まで中国帰国者が抱える特異な社会的事情や異文化的な価値観を考慮した、適切な保健・医療・看護サービスを整えようとする議論はほとんどなされていなかったのが現状である。さらに、2005年度の「中国帰国者生活実態調査の結果」報告によれば、帰国者の平均年齢は、孤児61.5歳、婦人等は70.0歳、全体平均では66.2歳となり、高齢化が進んでいることが明らかとなった⁷⁾。帰国者の高齢期への適応や健康維持・増進は切迫した課題と言えよう。

現在、帰国10年以上を経て、高齢化が進んでいる帰国者1世は適応状況と心身健康状態がどのようになっているか、その高齢期における健康維持・増進への阻害要因は何か？帰国者はどんな健康意識や行動を持っているのか？保健医療福祉サービスや看護援助についてどのように求められているか？について検討した先行研究が見当たらない。このような帰国者1世の健康実態とヘルスケアのニーズを明らかにし、その改善策を考えることにより、実質的に中国帰国者の高齢期のQOLを高めることに繋がり、異文化における高齢者の健康増進を目指すヘルスケアのあり方や異文化ケアシステムの構築に助言できると考える。

これらの背景を踏まえて、中国文化を身につけた中国帰国者1世を対象者として、異文化といえる日本社会において高齢期にどのように健康維持・増進していくのか、また日本側としてそれらの帰国者に対するどのような理解のもとにどのような支援・援助を提供していくべきかを明らかにするために、筆者は「異文化適応における高齢期の健康維持・増進を目指すヘルスケアシステムの構築に関する研究」を行っている。

本研究は以上の研究の一部であり、帰国10年以上の中国帰国者1世（孤児及び配偶者）を対象者として、その心身的健康状態とその関連要因を詳細に把握し、異文化を考慮した改善策を探ることを目的とした。

II 研究方法

1. 調査対象者及びその倫理的配慮

1) 対象者と分析データの選定手順: 本研究の対象者は、関東圏A県内に在住している中国帰国者1世（孤児とその配偶者）99人である。対象者の選定手順について、筆者が中国帰国者の入院・通院時の通訳ボランティア活動をしたきっかけで、中国帰国者のことを知り、関東圏A県の中国帰国者家族を支援する会と連携を取った。その会には、本研究の目的、方法などを説明し、同意を得た上で、その会に属する120人の中国帰国者1世を呼びかけた。そして、2005年4月に、その会の年に数回の集会にて、帰国者に対して、中国語と日本語で本研究の目的、調査方法などについて口頭と書面で詳細に説明し、同意を得た者102人を対象者とした。対象者の都合に合わせて、調査の場所と時間を設定した。その後、文化背景を配慮して、中国語で調査項目の文言を吟味し、帰国者の心理に詳しい人にプレテストを行った。プレテストでは、調査項目は本人の健康状態や健康行動、医療保健福祉サービスへの認知とアクセスなどに関連する項目に関心が高く、身体機能の測定も入れて、いままでやったことがない新鮮な項目だったので、体に負担があまりなく楽しくできたとの意見があった。調査は対象者に大きな負担にならないことを確認した。そして、2005年7月に本調査を行った。得たデータについて、帰国したばかりの2人と1945年前帰国した1人を除外し、99人のデータを分析データとした。

2) 倫理的配慮: 対象者は中国帰国者である特殊な事情により、説明も調査も文言を吟味して中国語で行った。対象者には、研究趣旨、参加が任意であること、匿名性の保持、途中でやめても不利益が生じないことなどを口頭と文書で説明した。調査時、対象者に対して身体的・心理的苦痛や危険性を与えないように配慮した。分析には氏名を用いず匿名性を保持した。本研究は千葉大学看護学部倫理審査委員会で承認を得た。

2. 調査方法

1) 調査票の作成: 先行研究^{1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23)}と関係資料を参考に、中国帰国者の心身的健康状態とその関連要因として、心身的健康状況（精神的健康GHQ12、主観的健康評価—健康度自己評価・生活満足度・健康に対する不安、老研式活動能力、要介護複合的リスク）、人口学的特徴、日本語のコミュニケーション能力、ウェルネス行動、日本の医療保健福祉サービスの認知度とアクセスの大項目を設定し調査票を作成した。また、身体機能の定量的評価を加えた。調査票の言語について、精神的健康（GHQ12）の既存中国語版⁸⁾の他に、日本語版の調査全項目について、筆者が文化背景を配慮して文言を吟味し、中国語に翻訳した。そして、中国版の翻訳文が原文の意味内容を反映しているか検討し、日本語を母国語とする専門家2人が中国語から日本語へback translationを行い、中国版の翻訳文を修正した。また、医学・看護学専門の留学生3人と対象者としての帰国者1世3人により、調査プレテストを行い、調査票の中国版の妥当性と調査票の質の向上に努めた。

2) 調査方法：調査質問紙には簡単に答えを選択できる工夫をした。質問紙調査時には、中国帰国者の教育水準などの特殊な事情を考慮し、筆者は調査質問紙を中国語で一つ一つ設問を読み上げ、対象者は一斉に答えを書いてもらった。回答が難しいと感じる対象者に対して、中国語ができる10人の調査員がフォローするように配置した。身体機能の定量的測定については、中国語と日本語ともを話せる調査員は身体測定の専門家による訓練を受けてから、対象者99人について、1対1の測定を行なった。

3. データ分析

上述の調査によって収集されたデータについて、単純集計と記述統計により、対象者の全体的な心身的健康状態を把握した。また、対象者を孤児・配偶者に分けての精神的健康問題 (GHQ12 \geq 4点) の割合を検討したところ、孤児78.5%、孤児の配偶者61.8% (χ^2 値=3.14, $P=0.08$) で、かつGHQ12の下位項目ごとにも、有意差がなかった。先行研究でも、長年残留孤児と一緒に生活してきた孤児の配偶者は心身的健康状態については孤児と似ていると指摘している¹⁾。従って、本研究では孤児とその配偶者一緒に分析を進めた。

主眼問題になっている精神的健康 (GHQ12) のデータをカットオフ値よりGHQ12<4点の者とGHQ12 \geq 4点の者に分けて、諸項目に対して、連続量には平均値の差の検定 (t 検定) を、離散量には χ^2 検定を用いて有意確率を求めた。統計学的な有意水準は5%に設定した。

ロジスティック回帰分析の予備的解析として、Cochran Mantel-Haenszel の傾向性検定もしくはFisherの直接確率検定を用いた単変量解析を行った。5%水準で有意な関連がみられた変数をロジスティック回帰モデルに投入する候補変数とし、変数減少法による説明変数選択を行った。その際、候補変数間のSpearmanの相関関係数は0.3以下であり、多重共線性はないものと判断した。検定はすべて両側検定とし、ロジスティック回帰分析の結果の解釈に当たっては、 $p<0.05$ を関連ありとした。

III 結 果

1. 対象者の特徴と心身的健康の実態

対象者99人の構成について、残留孤児65人 (65.7%)、その中に男性32人 (69.6%)、女性33人 (62.3%)；孤児の配偶者について34人 (34.3%)、その中に男性14人 (30.4%)、女性20人 (37.7%)であった。平均年齢は63.9 \pm 4.2歳 (55~76歳)であった。平均帰国時間は14.2 \pm 4.5年間 (10~26年)であった。言葉の障害人の割合は96.0%であった。

精神的健康 (GHQ12) について：GHQ法¹⁾によりGHQ12の平均値は6.32 \pm 3.47点となり、日本の一般的地域在住高齢者のGHQ12平均値²⁾ (3.20)より倍に高く、在日中国人の平均値²⁾ (5.60 \pm 2.20点)より高くなっている。精神的問題が疑われる (GHQ12 \geq 4点)人は72 (72.7%)であった。その中に、孤児の平均値は6.65 \pm 3.40点、精神的問題が疑われる人は51 ((78.5%)であり、その配偶者の平均値は5.71 \pm 3.56点、精神的問題が疑われる人は21 (61.8%)であり、有意差がなかった。GHQ12の下位項目ごとにみたところ、孤児とその配偶者には有意差が見られなかった。

精神的健康群 (GHQ12<4点) と精神的不健康群を分けて、対象者の属性と精神的健康との関連をみたところ (単変量解析)、表1に示した通り、対象者の年齢のみ有意な関連をみられた ($P<0.01$)。即ち、高齢者予備群 (55-65

表1 属性及び精神的健康に関する単変量解析の結果 (n=99)

項 目	人 (%)	GHQ-12「人 (%)」		χ^2 値	p	
		GHQ<4 群	GHQ \geq 4 点群			
アイデンティティ	孤児	65 (65.7)	14 (51.9)	51 (70.8)	3.138	0.077
	配偶者	34 (34.3)	13 (48.1)	21 (29.2)		
性	男	46 (46.5)	16 (59.3)	30 (47.1)	2.443	0.118
	女	53 (53.5)	11 (40.7)	42 (58.3)		
年齢	55-64 歳	63 (63.6)	11 (40.7)	52 (72.2)	8.410	0.004
	65-76 歳	36 (36.4)	16 (59.3)	20 (27.8)		
帰国期間	10-19 年	92 (92.9)	26 (96.3)	66 (91.7)	0.641	0.424
	20-26 年	7 (7.1)	1 (3.7)	6 (8.3)		

歳)は高齢者群より精神的健康が悪い。また、年齢との関連要因をみたところ、老後の生活に対する不安 (χ^2 値=9.22, $P<0.01$)、日本社会に溶け込まない (χ^2 値=5.41, $P=0.02$)、日本語で意思疎通できない (χ^2 値=7.295,

R<0.001)) が強い関連をみられた。

2. 精神的健康 GHQ12 の関連要因 (単変量解析)

表 2 回答分布及び精神的健康に関する単変量解析の結果 (n=99)

項 目	人 (%)	GHQ-12 「人 (%)」		χ ² 値	p	
		GHQ<4 群	GHQ≥4 点群			
日本語能力 (意思疎通)	できない	95 (96.0)	24 (88.9)	71 (98.6)	4.787	0.029 *
主観的評価						
健康度自己評価	健康でない	63 (63.6)	6 (22.2)	57 (79.2)	27.516	0.000 **
健康に対する不安	不安	84 (84.8)	17 (63.0)	67 (93.1)	13.832	0.000 **
生活満足度	不満足	42 (73.7)	6 (46.2)	36 (81.8)	6.583	0.000 **
生活不満足の主な理由(有意な関連項目のみ)						
老後生活の不安	はい	94 (94.9)	22 (81.5)	72 (100.0)	14.043	0.000 **
病気に対する不安	はい	96 (97.0)	24 (88.9)	72 (100.0)	8.250	0.004 **
医療福祉保健情報がない	はい	96 (97.0)	24 (88.9)	72 (100.0)	8.250	0.004 **
老研式活動能力指標						
手段的自立 (IADL)	自立でない	29 (29.3)	6 (22.2)	23 (31.9)	0.896	0.344
知的能動性	自立でない	71 (72.4)	15 (55.6)	56 (78.9)	5.328	0.021 *
社会的役割	自立でない	82 (82.8)	18 (66.7)	64 (88.9)	6.818	0.009 **
TMIG Index 全体的自立	自立でない	61 (61.6)	11 (40.7)	50 (69.4)	6.841	0.009 **
要介護リスク(有意な関連項目のみ)						
転倒恐怖感	あり	69 (69.9)	13 (48.1)	56 (77.8)	8.162	0.004 **
外出を控える	あり	44 (44.4)	7 (25.9)	35 (51.4)	5.156	0.023 *
医療保健制度とサービスに対する認知						
国民健康保険制度	知らない	44 (44.4)	8 (29.6)	36 (50.0)	3.300	0.069
老人医療制度	知らない	94 (94.9)	23 (85.2)	71 (98.6)	7.381	0.007 **
介護保険制度	知らない	92 (92.9)	22 (81.5)	70 (97.2)	7.405	0.007 **
健康問題相談の窓口(保健所等)	知らない	96 (97.0)	27 (100.0)	69 (95.8)	1.160	0.281
保健福祉サービス	知らない	99 (100.0)	27 (100.0)	72 (100.0)	—	—
帰国者への援護策						
初期の援護策	知らない	36 (36.4)	14 (51.9)	50 (69.4)	2.983	0.084
帰国3年以降の継続支援策	知らない	97 (98.0)	27 (100.0)	70 (97.2)	0.765	0.382
帰国者に対する新たな支援策	知らない	99 (100.0)	27 (100.0)	72 (100.0)	—	—
サポートネット(有意な関連項目のみ)						
医療保健福祉情報を提供する人	いない	82 (82.8)	18 (66.7)	64 (88.9)	6.818	0.009 **
日本語の通訳を頼める人	いない	83 (83.8)	19 (70.4)	64 (88.9)	4.970	0.026 *
ウェルネス行動(有意な関連項目のみ)						
身体的行動						
運動している	いいえ	46 (46.5)	7 (25.9)	39 (54.2)	6.296	0.012 *
精神・社会的健康行動						
若々しく、おしゃれを忘れない	いいえ	60 (60.6)	12 (44.4)	48 (66.7)	4.062	0.044 *
明るい気持ちで生活する	いいえ	37 (37.4)	3 (11.1)	34 (47.2)	10.940	0.001 **
自分の考えを表現する	いいえ	64 (64.6)	13 (48.1)	51 (70.8)	4.421	0.035 *

* P<0.05; **P<0.01

表 2 に示した通り、離散量の項目として分析した結果、精神的健康 (GHQ12) と関連がみられた項目は、言葉

の障害 ($P=0.03$) ; 健康度自己評価 ($R0.001$)、健康に対する不安認知 ($R0.001$)、生活満足度 ($R0.001$)、老後生活に対する不安認知 ($R0.001$)、病気に対する不安認知 ($R0.01$)、医療福祉保健情報がない ($R0.01$) ; 老研式活動能力指標 ($R0.01$) とその下位項目の知的能動性 ($P=0.02$) と社会的役割 ($R0.01$)、若い人に自分から話しかけることがない ($P=0.03$) ; 要介護リスクの中の転倒恐怖感 ($R0.01$) と外出を控える ($P=0.02$) ; ウェルネス行動の中の常に運動をしている ($P=0.01$) という身体的行動、若々しくおしゃれを忘れない ($P=0.04$)・明るい気持ちで生活する ($P=0.001$) と自分の考えを表現する ($P=0.04$) という精神・社会的行動 ; 医療保健福祉制度とサービスに対する認知の中の老人医療制度に対する認知 ($R0.01$)、介護保険制度に対する認知 ($R0.01$) ; サポートネットの医療保健福祉情報を提供する人がいるか ($R0.01$) と、日本語の通訳を頼める人がいるか ($P=0.03$) であった。

連続量の項目として分析した結果、身体機能は精神的健康 (GHQ12) との関連が見られなかった。対象者の身体的機能はある程度に保っている。

3. 精神的健康 (GHQ12) の関連要因 (ロジステック回帰分析)

単変量解析で有意な関連がみられた変数 20 項目を候補変数として、候補変数間の Spearman の相関係数は 0.3 以下である 8 項目を採用し、変数減少法によるロジステック回帰分析を行った結果、精神的健康 (GHQ12) と関連が見られた項目は、健康度自己評価 ($R0.001$)、健康に対する不安認知 ($R0.01$)、医療保健福祉情報を提供してくれる人がいない ($R0.01$)、若い人に自分から話しかけることがない ($P=0.03$)、言葉の障害 ($R0.01$) 5 項目であった (表 3)。

表 3 精神的健康(GHQ12)に関するロジステック分析結果(n=99)

説明変数	カテゴリー	オッズ比	95%信頼区間	P 値
健康度自己評価	0=不健康, 1=健康	0.07	0.02~0.27	0.000
健康に対する不安認知	0=なし, 1=あり	12.40	2.25~68.59	0.004
医療保健福祉情報を提供してくれる人	0=なし, 1=あり	0.12	0.03~0.55	0.007
若い人に自分から話しかけることがある	0=いいえ, 1=はい	0.22	0.60~0.84	0.026
言葉の障害(日本語で意思疎通できない)	0=はい, 1=いいえ	3.14	1.08~9.17	0.036

※ 目的変数は GHQ12 で、得点(0=GHQ12<4, 1=GHQ12≥4)

IV 考 察

移住が言葉、生活様式、価値観、社会習慣の違う外国の社会文化への移動であるから、このような文化をこえた移住は精神的ストレスをもたらし、それによって精神障害が引き起こされると想定される⁴⁾。異文化への適応は容易ではない。移住 10 年後から 20 年後の間は適応の最終期—安定期と言われている。この時期には移住者が移住した社会の一員となったと感じ、故国からの心理的な乳離れがおこるとは一般的である³⁾。しかし、本研究で明らかになったのは、中国帰国者 1 世は帰国 (「移住」) して 10 年以上経っても日本語で意思疎通ができず、精神的健康度 (GHQ12) が低く、健康度自己評価が悪く、老研式活動能力指標の下位項目の知的能動性・社会役割が低く、日本の医療保健福祉サービスに対する認知が低く、アクセスができていない状況であった。また、本研究の対象者の 97.0% (96 人) は「日本社会に溶け込まない」と答えていた。これらのことから、帰国者 1 世はまだ適応の最終期—安定期に入っていないと言えよ。また、中国帰国者 1 世の日本社会への適応困難の深いレベルまでの原因を探るために、インタビューなどのような質的研究を追加する必要があると考える。

中国帰国者が日本社会にどのように定着・自立を果たしていくかを継続的に観察した江畑らの報告 (1992、1996) によれば、帰国者に「身体化」、「強迫症状」、「恐怖症状」などが観察された¹⁾。Westermeyer ら²⁰⁾ がベトナム難民のアメリカに適応する過程で観察された症状と類似した傾向を指摘している。Ying ら³⁰⁾ はアメリカにおける高齢の中国移住者はうつ障害へのハイリスク者となっていると示している。Ren ら³¹⁾ のボストンに住んでいる 219 人の中国高齢者の健康状態を分析した調査によれば、身体的な健康状態はアメリカ人に比べて同等あるいは優れる傾向を示すが、精神的健康状態は悪いことを強調している。本研究では、精神的健康度を評価する指標として GHQ12 を用いた調査により、帰国者 1 世の精神的健康度は身体機能とは関連性がなく、精神的健康の悪い群 (GHQ≥4 点) でも身体機能は比較的高い水準を維持していることから、帰国十年以上を経た帰国者には身体的問題より精神的問題が著しいであることが確認された。従って、本研究は精神的問題を主眼 (目的変数) として分析を進めてきた。

Blazerら³³⁾は抑うつ状態については年齢とともに強まると報告がみられ、また、川本ら²⁵⁾や杉澤ら³⁴⁾は精神的健康度については年齢とともに悪化する傾向があった報告も見られた。一方で、Smith³⁵⁾らやHelmchen³⁶⁾らは精神的健康の指標は加齢の影響を受けにくいと報告し、その理由として緩衝要因や精神的健康を維持する適応機序の関与を指摘している。本研究では、対象者の属性と精神的健康との関連をみたところ、高齢者予備群 (<65歳) は高齢者群 (≥65歳) より精神的健康が悪い傾向がみられた。その原因として、老後の生活に対する不安、日本社会に溶け込まない、日本語で意思疎通できない三つの要素が強く関連していた。これは、これまでの二つの傾向とも違って、対象者の特有な背景にあると考えられる。高齢者予備群は日本人の家族と離れた時にはすべて5歳以下で、日本について何の記憶もなく、中国人の養父母に丸ごと中国人のように育てられてきて、深く身につけたのは中国文化であった。彼らは日本語、日本の文化、日本の社会などについての知識はほぼゼロのまま、日本に帰国してきた。また、小田ら³⁷⁾の研究によれば、今までの帰国者支援体制にみた適応問題の中、中国帰国者を取り巻く組織が帰国者の為を思う善意から日本社会への同化を促し、「適応」指導のもとに中国的なものを否定し、主流的な支配的な日本文化や言語への同化要請がなされ、一元的文化や単一の価値観を押し付けようとする指導のあり方を強く見られた³⁷⁾。これらの指導に対して帰国者は感謝しつつも、日本社会に適応することは必須条件であり、思う善意一日も早く40年以上身につけた中国的なものを拭き去り、日本文化・習慣に従い、「日本人化」という暗黙の要請のもとに大きな精神的圧力を強く感じていた³⁷⁾。本研究の自由記載にも帰国者により似たような感想があった。これらの社会背景と特異性が、中国帰国者には日本社会の冷淡さを感じ、疎外感を強め、感情の深いレベルにおける所属感やアイデンティティの疑問が再び起こされ、日常生活でのストレスがなかなか解消できなく、精神的健康の阻害要因となる^{1, 37)}という悪循環になっている可能性と考える。このような帰国者の高齢者予備群に対して文化背景を考慮したヘルスケアが切迫した課題であろう。

江畑ら (1996)¹⁾は帰国3年後の精神的健康と心理的な適応に関連する要因について分析したところ、就労状況、職業、収入源、受診歴、里帰りの有無の5項目であることを見出し、Nicassioら³⁸⁾がアメリカに住む東南アジア難民の調査結果やMavreasら⁴⁰⁾がロンドンに住むギリシャ難民の調査結果と同様であることを報告している。Abbottら⁴¹⁾の研究は、過去1年間の既往歴や健康度自己評価の低さ、医療機関への訪問回数はいづれも症状と強く関連することが明らかになった。本研究では、対象者は60代に入り、退職 (あるいは元々は職業がない) しており、就労・職業・収入源についてはほぼ同じ状況にある。その上で、ロジスティック回帰モデルを用いて分析した結果、精神的健康度の関連要因として有意差がみられた項目は、健康度自己評価、健康に対する不安認知、医療保健福祉情報を提供してくれる人がいない、若い人に自分から話しかけることがない、言葉の障害の5項目であった。

健康度自己評価は、身体的側面、精神的側面、社会的側面を総合化した指標であると指摘されている^{42, 43)}。健康度自己評価が健康との関連について、Rakowskiら⁴³⁾は3つの仮説を提唱している。第一は、健康度自己評価が低いことは、神経システムが刺激され、免疫システムが弱められ、感染などへの感受性は高められる精神神経免疫学的な仮説である；第二は、健康度自己評価が低いことは、身体機能の低下の前段階と認知されていること；第三、健康度自己評価が低い人は健康維持・増進活動を積極的に行わない仮説である。健康度自己評価の低さは帰国者の精神的健康を深く影響したと言えよ。

Lazarus⁴⁴⁾らはストレスの認知と心理的安寧や精神的健康度と強く関連していることを強調している。森本ら⁴⁵⁾は患者の病気や生活に関する不安認知が高いほど、精神的健康度が低下することを明らかになった。不安認知は、人があるイベントで遭遇する心理面の諸課題に対する心配の程度をストレスに対する認知評価として位置づけたものである。本研究の対象者の健康に対する不安認知や老後の生活に対する不安認知などは、異文化といえる日本社会に不適應や日本語での意思疎通ができないという言葉の障害で、若い人に話しかけないというコミュニケーション能力の低下、医療保健福祉サービスへのアクセスの難しさ、不確定な未来に対する自信のなさなどで生じる心配がその精神的健康に大きな影響を及ぼしていると推察される。

Lazarusら⁴⁴⁾によれば、自己評価の高さや社会的なサポートの多さは、ストレスを受けた後にポジティブな健康をもたらすとの研究結果が得られている。出村ら⁴⁶⁾はソーシャルサポートは精神的ストレスの緩和と軽減に効果があると指摘している。Abbott⁴⁷⁾らは中国系の移民において保健サービスの利用の低さは精神的障害と強く関連していると報告している。藤田ら⁴⁸⁾はインフォーマルなサポート (例えば家族や親戚のかかわり) よりフォーマルなサポート (例えば専門職のかかわり) を受けた対象者のほうは精神的健康度が高い傾向を示している。本研究では、言葉の障害で医療保健福祉情報を得るのは難しく、医療保健福祉情報を提供してくれる人

がないことで、医療保健福祉サービスへのアクセスが極めて困難となり、対象者が一層に不安を感じ、その精神的健康に大きな影響を与えたと推測される。また、谷垣ら²¹⁾は健康自己評価が高い人と不安を感じていない人は自己効力感が高いという結果を明らかになった。これらのことから、対象者の背景を考慮し、専門職による情報提供や対象者の自己効力感を高める専門的な介入方法は中国帰国者の不安認知を克服し、健康度自己評価を高め、心身的健康状態を改善することができると考えられる。

ニュージーランドに住んでいるアジア移民のヘルスケアニーズに関する調査によれば、共通の苦情は一般診療や個別健康管理のコストが高いこと、健康管理システムの理解や情報の不足、言語や文化的な障害であることを強調している。また、ヘルスサービスに接した者は非常に少なく、その知識も初歩的なものである⁴¹⁾。本研究では、言葉の障害と文化の壁で、帰国者は日本の医療保健福祉サービスに対する理解不足、そしてアクセスができていない状況であったことが先行研究に類似している。本研究の対象者は非常に低い心身健康状態にあるが、ヘルスケアを求めるには不相応な困難を経験していることに特に関心を寄せたい。これらの確認された数多くの心身健康の危険因子は、健康維持・増進プログラムに対する介入のポイントを提案するものであると考える。

移住者の適応に対して、文化的側面は強い影響を与えている。Abbott⁴⁷⁾らの研究では、高い同化的（新文化的）適応指向とうつ症状の低率と強い関連性をみられたが、対象者の大多数は非常に強い固有文化（中国文化）的適応指向を持っていて、同化的モードを持っているのは少ないことが明らかになった。Williams⁴⁹⁾らは移住者の適応について、固有文化のアイデンティティと生き方を維持している人は、新しい生活モードの習得と新文化への適応に対して、他の人よりポジティブな経験になると指摘している。Leininger³⁸⁾らは精神保健の視点からいえば、移住者は自身の伝統文化になんらかの誇りもつことが望ましい。しかし、新しい文化の利点と有用性を認識することによって均衡のとれた文化受容も重要であると強調している。本研究では、対象者の心身的健康とその関連要因を考察したところ、文化的背景は重要であることが示された。いかに固有文化を維持するかといかに受け入れ社会に適応していくかとのあいだに適切なバランスが必要である。このような文化ケアの視点は中国帰国者のこれからのケアシステム、或いは在日外国移住者に対する異文化ケアシステムの構築に最も重要な考慮すべきものであると示唆された。

V 結 語

本研究では、異文化といえる日本社会に適応の努力をしつつある中国帰国者1世における心身的健康状態とその関連要因を調査し、以下の点が明らかになった。

中国帰国者1世は、帰国して10年以上経っても日本語で意思疎通ができず、日本社会への適応水準は低く、心身的健康状態が悪く、日本の医療保健福祉サービスへの理解が不足、アクセスができていない状況であった。特に、対象者の7割が精神的健康GHQ12で4点以上であり、精神的問題が疑われていることが示された。精神的健康に関連がみられた要因は、健康度自己評価、健康に対する不安認知、医療保健福祉情報を提供してくれる人がいない、若い人に自分から話しかけることがない、言葉の障害5項目であった。

以上より、中国帰国者あるいは在日外国移住者の健康維持・増進においては、言語、生活モード、医療保健福祉サービスへのアクセス、社会的役割の形成などの文化的要素も含めた大きな課題が複合的に絡み合った状況にある様子が判明された。クライアントの身近な存在であるべき医療保健福祉にかかわる医療従事者は、これらの健康状態を改善するための多様な役割を担う必要性のあることが示唆された。これらの知見に基づいて、筆者らは文化を考慮した介入プログラム（culturally sensitive care program）を実施中である。

参考文献 (1~49 略)

注：①本研究Ⅰの一部は、2005年9月16日「第64回日本公衆衛生学会」にてポスター発表、2006年3月に「日本公衆衛生雑誌」に投稿中。

②研究Ⅱ(The effects of a cultural health promotion program for Japanese returnees from China: A randomized controlled trial)は、「The 9th East Asian Forum of Nursing Scholars (Bangkok, Thailand)」にて口演発表する予定(2006年3月30日)。

作成日：2006年3月13日