

帰国10年以上の中国帰国者1世およびその中国人配偶者の 精神的健康とその関連要因

コ 胡 シュウエイ*、2* イシガキ カズコ ヤマモト ノリコ
秀英*、2* 石垣 和子^{3*} 山本 則子^{3*}

目的 帰国10年以上の中国帰国者1世およびその中国人配偶者における精神的健康問題の実態とその関連要因を明らかにする。

方法 関東在住の帰国10年以上（10～26年）の中国帰国者1世とその中国人配偶者99人（平均年齢63.9歳）を対象に質問紙調査を行った。対象者の精神的健康の測定には、精神的健康調査票（General Health Questionnaire）12項目版（以下GHQ12）を用い、関連要因として①人口学的特徴、②日本での社会参加状況、③セルフケア行動状況、④高次生活機能（老研式活動能力指標）、⑤身体的健康（体力指標、健康度自己評価）を調査した。分析には、平均値の差の検定と χ^2 検定、GHQ12を従属変数としたロジスティック回帰分析を用いた。

成績 全体的にGHQの得点が高く、精神的健康問題が疑われる対象者（GHQ12 \geq 4点）は7割ほどであった。とくに訴えの多かった症状は生きがいを感しない（74.7%）、不幸せ感（72.7%）、ストレス（59.6%）、物事を決定できない（57.6%）、憂うつ気分（56.6%）、不眠（55.5%）であった。ロジスティック回帰分析の結果、GHQ12 \geq 4点と有意な関連がみられた項目は、日本語によるコミュニケーションが全く不可能（OR: 5.48, 95%CI: 1.52-19.82）、保健医療福祉情報の提供者がいない（OR: 5.25, 95%CI: 1.32-20.95）、若い人に自分から話しかけることがない（OR: 3.51, 95%CI: 1.05-11.74）、健康度自己評価が低い（OR: 15.49, 95%CI: 4.11-58.48）の4項目であった。

結論 本研究に参加した帰国後10年以上の中国帰国者1世とその中国人配偶者は、精神的健康問題の頻度が高いことがうかがわれた。精神的健康度には、言語の障壁や保健医療福祉情報の提供者の有無、若年者とのコミュニケーションの有無、健康度自己評価が関連していた。以上より、中国帰国者1世およびその中国人配偶者への多側面の支援の必要性和緊急性が示唆された。

Key words : 中国帰国者, 精神的健康, 言語の障壁, ヘルスケア・サービス

1 緒 言

中国帰国者1世とその中国人配偶者は異文化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。中国帰国者とは、1945年の敗戦以降中国に残留し、1972年の日中外交回復と1981年からの訪日調査等を契機として帰国し

た日本人とその家族を指す^{1,2)}。中国帰国者は、1世（残留婦人、残留孤児）、1世の中国人配偶者（残留婦人の配偶者、残留孤児の配偶者）、2世・3世（1世の子・孫）、2世・3世の中国人配偶者に分類され、現在10余万人が日本で生活している^{2,3)}。

中国帰国者1世は約40年を中国の文化や気候風土の中で生活してきており、殆どの帰国者は中国人としてのものの感じ方や思考様式などの文化的背景を持っている。したがって、彼らにとって、日本への帰国は、実質的に異文化への移住と考えられる。また、中国において日本人としての意識も植え付けられるため、日本の言葉や文化、社会

* 千葉大学大学院看護学研究科

2* 中国四川大学看護学部

3* 千葉大学看護学部

連絡先：〒260-8672 千葉県千葉市中央区亥鼻1-8-1

千葉大学看護学部 COE 研究室 胡 秀英

の知識の有無に関係なく、日本人のアイデンティティも強く持っている¹⁾。このような二重の心理的構造を持つ帰国者にとって、帰国後の日本社会への適応の困難さは想像に難くない。

中国帰国者に関する先行研究によれば、帰国初期およびその後の帰国者は、帰国を機に有病率が上昇し、自信の喪失や極度に切迫した心理状態を経験し、十分に日本社会へ適応できない状況であると報告されている^{1,4,5)}。また、社会的サポートを得られないことや、日本社会での自己開示がうまく行えず、日本人との親密化が不十分であることも明らかにされている⁵⁾。これらの先行研究では、日本社会への適応を試みる帰国者に対して、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ているが、実際にその体制を確立したという報告やその評価研究などは、ほとんど見当たらなかった。また、医学中央雑誌 Web 検索によると、これらの中国帰国者の健康に関する研究は、1980年代から始まり、1996年に止まったようである。帰国十年以上を経た現在の帰国者に対する心身の健康状態や保健行動の実態、保健・医療・看護サービスの整備に関する研究は、筆者の知る限り皆無に等しい。

2005年度厚生労働省の中国帰国者関連資料⁶⁾によれば、帰国者本人の平均年齢は66.2歳（孤児61.5歳、婦人等は70.0歳）と高齢化が進んでいることから、高齢期に向かいつつある帰国者の心身の健康状態を把握することが必要である。さらに、異文化といえる日本社会の中で高齢期を迎える帰国者への効果的な介入プログラムを開発・実施していくためには、彼らの健康問題に関連する要因を明らかにすることが重要と思われる。

このような問題意識のもとに、本研究は帰国10年以上の中国帰国者1世とその中国人配偶者を対象として、精神的健康問題の実態とその関連要因を明らかにすることを目的に調査を実施した。

II 研究方法

1. 調査対象

本研究の対象は、関東圏A県在住の中国帰国者を支援する会（以下B会と称する）に登録している中国帰国者1世とその中国人配偶者99名である。B会は民間組織であり、活動内容は、帰国者家族を対象とした国内旅行や新年会の開催、そ

の子の日本語学級支援などである。A県に在住する帰国者1世とその配偶者合計約150人のうち約8割がこの会に登録している。研究対象を選定するにあたり、B会の長に本研究の目的や方法を説明し、B会に登録している120人の帰国者1世とその配偶者に研究参加を呼びかけた。また、B会の2005年の新年会において、筆者が本研究の目的や調査方法について中日2か国語を用い口頭と書面で詳細に説明した。以上の手続きで研究参加への同意が得られた102人中、帰国直後の3人を除く99人を本研究の対象とした。

2. 研究の概念枠組み

精神的健康（GHQ12）とそれに関連する可能性のある項目として、①人口学的特徴、②日本での社会参加状況、③セルフケア行動状況、④高次生活機能、⑤身体的健康を調査した。先行研究^{7,8)}において身体的健康と精神的健康には密接な関連があることが指摘されているため、GHQ12の関連要因として身体的健康も考慮することにした。

3. 調査・測定項目

本研究の調査項目は、以下のとおりである。

1) 人口学的特徴

エスニック・アイデンティティ、年齢、性別、帰国後年数、家族構成、職業の有無を尋ねた。

2) 日本での社会参加状況

(1) 日本語によるコミュニケーション

「あなたは普段日本語で人とのコミュニケーションができますか」と尋ね、4つの選択肢（1. 全くできない、2. 簡単な挨拶ができる、3. 日常会話ができる、4. 自分の思いが伝えられる）から1つの回答を求めた。分析では、1. を0=「全く不可能」、2. 3. 4. を1=「ほぼ可能」とリコードした。

(2) 社会活動への参加状況

「あなたは日本社会（地域）と関わりのある活動に参加していますか」と尋ね、4つの選択肢（1. 参加している～4. 全く参加していない）から1つの回答を求めた。分析では、1. と2. を1=「ほぼ参加できている」、3. と4. を0=「殆ど参加できていない」とリコードした。

3) セルフケア行動状況

(1) ウェルネス行動（Wellness Behavior）

ここで用いたウェルネス行動とは、Travis, JW. と Ryan, RS.⁹⁾の提唱した概念であり、呼

吸、栄養、運動、コミュニケーション、感情活動などにおける健康を志向した行動を指し、病気や障害の有無に関わりなく実施可能なものである。先行研究^{9,10)}を参考に、身体的行動13項目と精神的・社会的行動5項目から構成される、18のウェルネス行動に関する質問項目を作成した。各項目について「はい」か「いいえ」で回答を求めた。

(2) サポートネットワーク¹⁰⁾

保健医療福祉情報提供者がいるか、日本語の通訳を頼める者はいるか、寂しい時に慰めてくれる者がいるか、悩む時相談に乗ってくれる者はいるかの4項目を挙げ、各項目について「はい」か「いいえ」で回答を求めた。

(3) ヘルスケア・サービス情報等の獲得

①日本の保健医療福祉制度・サービスと②中国帰国者への援護策・サービスの認知について、関連文献と資料^{6,11)}を参考に質問項目を作成した。各項目について、「1. 知らない」、「2. 名前は聞いたことがある」、「3. 少し知っている」、「4. だいたい知っている」で回答を求めた。分析では、各項目の認知に対して、1. を0=「なし」、2. 3. 4. を1=「あり」と記録した。

4) 高次生活機能

老研式活動能力指標 (TMIG Index) を用いた。TMIG Index の信頼性、妥当性は検証済みであり、広く用いられている^{12,13)}。この尺度は13項目からなり、「はい」に1点、「いいえ」に0点を与え、全体の合計点 (0~13点) で高齢者の高次生活機能の自立度を評価する。10点以下は要介護状態のハイリスク者と判定される^{12,13)}。3つの下位尺度「手段的自立 (IADL) (5項目)」、「知的能動性」(4項目)、「社会的役割」(4項目) ごとに得点を求めた。

5) 身体的健康

(1) 体力指標

先行研究¹⁴⁾を参考に身長、体重、体脂肪率、血圧、バランス能力 (開眼および閉眼片足立時間、手伸ばし試験、タンデム歩行)、歩行能力 (Timed Up & Go Test, 通常歩行速度)、握力を測定した。

(2) 健康度自己評価^{13,15)}

「あなたは普段自分が健康だと思いますか」と尋ね、4つの選択肢 (1. 非常に健康~4. 健康ではない) から1つの回答を求めた。分析では、1.

と2. を1=「健康である」、3. と4. を0=「健康ではない」とした。

6) 精神的健康

信頼性が高く、質問項目が少ないため高齢者に利用しやすいとされる12項目の General Health Questionnaire (GHQ12)^{16~18)}を用いた。使用にあたり、信頼性、妥当性が確立されている GHQ12 の中国語版^{17,18)}を用い、日本語版^{16,19)}と照合し、内容が一致していることを確認した。GHQ12の12項目に関し、4段階の選択肢 (1. できた、2. いつもと変わらなかった、3. いつもよりできなかった、4. 全くできなかった) のそれぞれに0, 0, 1, 1点を与えて単純加算した方法 (GHQ法) でスコアを算出した。スコアのとりうる値は0~12で、スコアが高いほど精神的健康度が低く、4点以上で精神的健康問題が疑われる^{16~19)}。

7) 自由記載

「健康管理上困っている・心配していること」と「健康管理上希望すること」について自由記載を求めた。

4. 調査手続き

今回の調査では、言語の障壁に配慮して以下の手続きを踏んだ。GHQ12を除く調査票の全項目については、筆者が文化的背景を考慮して文言を吟味し、中国語に翻訳した。そして、中国語版が原文の意味内容を反映しているかを検討するため、日本語を母国語とする中国語の専門家2人に中国語から日本語への back translation を依頼し、翻訳文を確認した。また、医学・看護学を専門とする中国人留学生3人と帰国者1世3人を対象にプレテストを行い、中国語版の妥当性を確認し、質の向上に努めた。

調査は対象の都合に合わせて場所を設定し、2005年7月に実施した。調査員10人全員に対して、事前に調査票の測定項目・尺度ごとの実施法^{12,14,16)}、混乱しやすい項目について統一したガイドラインを作成し4時間の教育を行った後、調査員を対象に模擬調査を実施し、調査員が中立性を保って調査できるよう訓練を行った。今回の対象者のなかには、彼らの母語となっている中国語についても読み書きのできない者が10人いたため、以下のように調査を実施した。誘導的な質問にならないように配慮し、対象者全員に向けて1人の調査員がオリジナルの設問のみをゆっくりと

読み上げ、字の読める者には自分で回答を記入してもらった。字を読めない者には、対象者1人につき調査員1人が配置され、対象者の口頭による回答を調査員が中立性を持って記入した。その他の対象者に対しては、数名の調査員が必要な場合にのみ支援することにした。体力指標の測定は、専門家による訓練を受けた中国語と日本語を両方話せる調査員が行った。

5. 倫理的配慮

上記のとおり、説明や調査は文言を吟味して中国語で行った。研究の趣旨、参加が任意であること、匿名性の保持、途中辞退をしても不利益が生じないことなどを口頭と文書で説明し、対象者の同意を得た。また、本研究は千葉大学看護学部倫理審査委員会（2005年2月25日）で承認を得た。

6. データ分析

まず、単純集計と記述統計により、調査項目全体の回答分布を把握した。つぎに、GHQ12のスコアをカットオフ値¹⁹⁾で、GHQ低値（GHQ12 < 4点、精神的に健康）とGHQ高値（GHQ12 ≥ 4点、精神的健康問題が疑われる）の2群に分け、その違いを説明する要因を検討した。

まず、個別の変数ごとにGHQ12との関連を単変量解析で行った。変数が連続量の場合には平均値の差の検定を、カテゴリカルデータの場合には χ^2 検定を用いた。次に、GHQ12を従属変数として、ロジスティック回帰分析を行った。単変量解析でGHQ12と有意な関連がみられた変数をモデルに投入し、変数減少法を用いて最終的なモデルを決定した。その際、独立変数間のSpearmanの相関係数を確認し、全ての変数間の相関係数が0.4以下であり、多重共線性の可能性が低いことを判断してから、多変量解析を実施した。

GHQ12の信頼性についてはCronbachのアルファ係数²⁰⁾を算出した。統計解析には、Windows版SPSS (Ver.11.5)を用い、有意水準は5%に設定した。

III 結 果

1. 実態の全体像

本調査項目の回答分布を表1に示す。

1) 人口学的特徴

99人中、エスニック・アイデンティティーについて、中国帰国者1世は65.7%、中国人配偶者は

34.3%であった。男性が46.5%、女性53.5%であった。平均年齢は63.9歳、平均帰国後年数は14.2年であった。家族構成では、夫婦家族が79.8%、一人暮らし13.1%、それ以外は7.1%であった。職業のあるものは5.1%であった。

2) 日本での社会参加状況

(1) 日本語によるコミュニケーション

「ほぼ可能」の回答は39.4%であった。

(2) 社会活動への参加状況

「ほぼ参加できている」の回答は3.0%と低かった。

3) セルフケア行動状況

(1) ウェルネス行動

「睡眠を十分にとっている」など身体的行動に関する13項目の平均実施率は57.3%であり、「おしゃれ心を忘れないようにしている」など精神・社会的行動に関する5項目の平均実施率は48.3%であった。各行動の上位3項目ずつを表に示す。

(2) サポートネットワーク

「悩む時相談に乗ってくれる者がいる」、「寂しい時に慰めてくれる者がいる」の割合は5割を超えたが、「保健医療福祉情報の提供者がいる」、「日本語の通訳を頼める者がいる」は2割に満たなかった。

(3) ヘルスケア・サービス情報等の獲得

日本の保健医療福祉制度とサービスについて、国民健康保険制度の認知率は4割強であり、その他の制度・サービスについては殆ど認知されていなかった。中国帰国者への援護策・サービスについても、帰国初期の援護策は6割強認知されていたが、帰国3年以降継続支援サービスと「医療介護通訳サービス」等のような新たな支援サービスについては殆ど認知されていなかった。

4) 高次生活機能

老研式活動能力指標では、IADLの自立は7割ほどであったが、知的能動性の自立は3割弱、社会的役割の自立は2割弱であった。指標全体の得点の平均は8.6点で、その自立は4割弱であった。

5) 身体的健康

体力指標では、日常生活を維持するためのバランス能力、歩行能力、握力は正常値範囲内に保たれていた^{12,13)}。一方、健康度自己評価では「健康である」の回答は、3割強であった。

表1 人口学的特徴, 社会参加状況, セルフケア行動状況及び健康状態の回答分布 (n=99)

項目	n	%	項目	n	%	
人口学的特徴			高次生活機能			
エスニック・アイデンティティー			TMIG Index (8.6±3.0) の自立	38	38.4	
中国帰国者1世	65	65.7	IADL (4.4±1.2) の自立	70	70.7	
中国人配偶者	34	34.3	バスや電車を使って一人で外出できる	79	79.8	
性別			日用品の買い物ができる	91	91.9	
男	46	46.5	自分で食事の用意ができる	92	92.9	
女	53	53.5	請求書の支払いができる	87	87.9	
年齢 (55~76歳) (63.9±4.2)			銀行預金・郵便貯金の出し入れができる	76	76.8	
55-64歳	63	63.6	知的能動性 (2.4±1.4) の自立	27	27.3	
65-76歳	36	36.4	年金などの書類が書ける	56	56.6	
帰国後年数 (10~26年) (14.2±4.5)			新聞を読んでいる	52	52.5	
10-20年	92	92.9	本や雑誌を読んでいる	46	46.5	
20年以上	7	7.1	健康記事や番組に関心がある	72	72.7	
家族構成			社会的役割 (2.2±1.2) の自立	17	17.2	
一人暮らし	13	13.1	友達の家を訪ねることがある	52	52.5	
夫婦家族	79	79.8	家族や友達の相談にのることがある	81	81.8	
大家族 (子供と)	7	7.1	病人を見舞うことができる	47	47.5	
職業			若い人に自分から話しかけることがある	33	33.3	
あり	5	5.1	身体的健康			
日本での社会参加状況			体力指標	M	SD	
日本語によるコミュニケーション			開眼片足立ち (秒)	37.7±22.2		
ほぼ可能	39	39.4	閉眼片足立ち (秒)	5.8± 5.2		
社会活動への参加状況			手伸ばし試験 (cm)	37.5± 6.9		
ほぼ参加できている	3	3.0	タンデム歩行 (歩)	9.2± 2.8		
セルフケア行動状況			Timed Up & Go テスト (秒)	7.0± 1.1		
ウェルネス行動			5 m 歩行テスト (秒)	4.6± 1.3		
身体的行動 (13項目の平均実施率)	57.3		握力 (kg)	27.3±10.9		
睡眠を十分にとっている	76	76.8	体脂肪率 (%)	27.4± 7.0		
食品の種類や量に気を配っている	62	62.6		n	%	
常に運動している	53	53.5	健康度自己評価	健康である	36	36.4
精神・社会的行動 (5項目の平均実施率)	48.3		精神的健康 (GHQ12)			
おしゃれ心を忘れないようにしている	39	39.4	③生きがいを感ずる	いいえ	74	74.7
興味と好奇心をもつようにしている	38	38.4	⑫幸せと感ずる	いいえ	72	72.7
自分の考えを表現するようにしている	35	35.4	⑤ストレスを感じない	いいえ	59	59.6
サポートネットワーク			④物事を決定できる	いいえ	57	57.6
悩む時相談に乗ってくれる者がいる	62	62.6	⑨憂うつではない	いいえ	56	56.6
寂しい時に慰めてくれる者がいる	56	56.6	②眠れる	いいえ	55	55.6
保健医療福祉情報の提供者がいる	17	17.2	①いつも集中できる	いいえ	54	54.5
日本語の通訳を頼める者がいる	16	16.2	⑦生活が楽しい	いいえ	49	49.5
ヘルスケア・サービス情報等の獲得			⑪役に立たずと考たことはない	いいえ	48	48.5
日本の保健医療福祉制度とサービスの認知			⑥問題解決できる	いいえ	37	37.4
国民健康保険制度の認知	44	44.4	⑩自信を失うことはない	いいえ	35	35.4
介護保険制度・サービスの認知	5	5.1	⑧問題を積極的に解決する	いいえ	31	31.3
老人医療制度・サービスの認知	3	3.0	精神的健康問題が疑われる (GHQ12≥4点)		72	72.7
健康問題の相談窓口 (保健所) の認知	2	2.0		M	SD	
福祉制度・サービスの認知	0	0.0	GHQ法による GHQ12 の得点の平均	6.3± 3.5		
中国帰国者への援護策・サービスの認知						
帰国初期の援護策・サービスの認知	63	63.6				
帰国3年以降継続支援サービスの認知	2	2.0				
新たな支援サービスの認知	0	0.0				

6) 精神的健康

GHQ12得点の平均値は6.3点であり、GHQ12高値(GHQ12 \geq 4点)は7割ほどであった。否定的な訴えが顕著に多かった項目は、「生きがいを感ずる」、「幸せと感ずる」であり、7割を超える者が「いいえ」と回答していた。次いで、半数を超える者が否定的回答した項目は、「ストレスを感じない」(いいえ59.6%)、「物事を決定できる」(いいえ57.6%)、「憂うつではない」(いいえ56.6%)、「眠れる」(いいえ55.6%)、「いつも集中できる」(いいえ54.5%)であった。また、GHQ12のアルファ係数は0.83であった。

7) 自由記載

(1) 「健康管理上困っていること・心配をしていること」は以下のようにまとめられた。「受診時、日本語が通じなくて困っている」9割強、「病気に対する不安がある」9割強、「日本の保健医療福祉制度を知らない」9割強、「日本語ができないから日本人との交流ができない」9割強、「老後の生活に対して不安がある」9割強、「日本文化・習慣に馴染めない」8割強、「中国で身につけた文化・習慣は日本で通用しない」7割弱等であった。(2) 「健康管理上希望すること」は、「受診時通訳に同行して欲しい」9割強、「中国語でのヘルスケア・サービスが欲しい」7割強、「政府から中国帰国者用の老人ホームを作って欲しい」5割強等のようにまとめられた。

2. GHQ12の関連要因(単変量解析)

まず、対象のエスニック・アイデンティティーを中国帰国者1世と中国人配偶者に分けてGHQ12低値/高値との関連を検討したところ、下位項目と総合得点は共に有意差を認めなかった。したがって、本研究では帰国者1世とその配偶者を合わせて分析を進めた。

単変量解析の結果を表2に示す。人口学的特徴では、年齢のみに有意な関連がみられ、向老期群(<65歳)は高齢者群(\geq 65歳)よりGHQ12高値の割合が高かった。その他の調査項目でGHQ12高値との関連がみられた変数は、社会参加状況では「日本語によるコミュニケーション」の「全く不可能」、セルフケア行動状況では、ウェルネス行動の「常に運動している」の「いいえ」、「おしゃれ心を忘れないようにしている」の「いいえ」、サポートネットワークの「保健医療福祉

情報の提供者がいる」の「いいえ」であった。またヘルスケア・サービス情報等の獲得の「日本の保健医療福祉制度とサービスの認知」における「介護保険制度・サービスの認知」の「なし」であった。さらに、高次生活機能の社会的役割における「若い人に自分から話しかけることがある」の「いいえ」と、身体的健康における「健康度自己評価」の「健康ではない」がGHQ12高値に関連していた。

3. GHQ12の関連要因(ロジスティック回帰分析)

ロジスティック回帰分析では、単変量解析で有意な関連がみられた変数を候補変数とし、これに、エスニック・アイデンティティーと性別を加えた。解析に用いた独立変数間には顕著な内部相関はみられず、多重共線性の可能性は低いと判断されたため全ての変数をモデルに投入して、変数減少法による分析を行った。結果を表3に示す。GHQ12高値との関連が見られた項目は、「日本語によるコミュニケーション」の「全く不可能」、「医療保健福祉情報の提供者がいる」の「いいえ」、「若い人に自分から話しかけることがある」の「いいえ」、「健康度自己評価」の「健康ではない」の4項目であった。

IV 考 察

本研究に参加した対象者の7割ほどに、精神的健康問題が疑われた。具体的な問題としては、生きがいを感ずらない、不幸せ感、ストレス、物事を決定できない、憂うつ気分、不眠のなどの症状が多くみられた。この結果は日本人の地域高齢者や中国における地域高齢者などのGHQ12の結果^{21,22,23)}と比較しても悪く、中国帰国者1世とその中国人配偶者の置かれた状況の厳しさを示している。一般に、移住10年後から20年後は適応の安定期であり、この時期には移住者が移住先の社会の一員になったと感じ、故国からの心理的な乳離れがおこるとされる¹⁾。しかし、中国帰国者の社会生活に関する先行研究では、日中の国交正常化後30余年、残留孤児の訪日調査が始まってから20余年が経ってしまった今日でも、帰国者らは、なかなか日本人として認められないことによるアイデンティティーの揺らぎ、言葉・文化の障壁による日本社会生活への適応困難、総合的な支援策の欠

表2 GHQ12に関する単変量解析の結果※1 (n=99)

項目	合計	GHQ12低値※2 (n=27)	GHQ12高値※2 (n=72)	オッズ比の 95%信頼区間
人口学的特徴				
エスニック・アイデンティティー				
中国帰国者1世	65	14(21.5)	51(78.5)	0.91~5.60
中国人配偶者	34	13(38.2)	21(61.8)	
性別				
男	46	16(34.8)	30(65.2)	0.20~1.21
女	53	11(20.8)	42(79.2)	
年齢				
55-64歳	63	11(17.5)	52(82.5)	1.50~9.54
65-76歳	36	16(44.4)	20(55.6)	
日本での社会参加状況				
日本語によるコミュニケーション				
ほぼ可能	39	16(41.0)	23(59.0)	1.24~7.73
全く不可能	60	11(18.3)	49(81.7)	
セルフケア行動状況				
ウェルネス行動				
身体的行動				
常に運動している				
はい	53	20(37.7)	33(62.3)	1.27~8.98
いいえ	46	7(15.2)	39(84.8)	
精神・社会的健康行動				
おしゃれ心を忘れないようにしている				
はい	39	15(38.5)	24(61.5)	1.01~6.17
いいえ	60	12(20.0)	48(80.0)	
サポートネットワーク				
保健医療福祉情報の提供者がいる				
はい	17	9(52.9)	8(47.1)	1.35~11.86
いいえ	82	18(22.0)	64(78.0)	
ヘルスケア・サービス情報等の獲得				
日本の保健医療福祉制度とサービスの認知				
介護保険制度・サービスの認知				
あり	5	4(80.0)	1(20.0)	1.31~116.13
なし	94	23(24.5)	71(75.5)	
高次生活機能				
TMIG Indexの社会的役割				
若い人に自分から話しかけることがある				
はい	33	17(51.5)	16(48.5)	2.28~15.52
いいえ	66	10(15.2)	56(84.8)	
身体的健康				
健康度自己評価				
健康である	36	21(58.3)	15(41.7)	4.56~38.81
健康でない	63	6(9.5)	57(90.5)	

※1 「帰国者1世・配偶者の別」と「性別」以外は有意な関連のみられるもののみを掲載した。

※2 GHQ12低値=GHQ12<4点, 精神的に健康; GHQ12高値=GHQ12≥4点, 精神的健康問題が疑われる。

表3 GHQ12^{*}を従属変数としたロジスティック回帰分析の結果

独立変数	オッズ比	95%信頼区間
日本での社会参加状況 日本語によるコミュニケーション (全く不可能=0 ほぼ可能=1)	5.48	1.52~19.82
セルフケア行動状況 保健医療福祉情報の提供者がいる (いいえ=0 はい=1)	5.25	1.32~20.95
高次生活機能 (TMIG Index の社会的役割) 若い人に自分から話しかけることがある (いいえ=0 はい=1)	3.51	1.05~11.74
身体的健康 健康度自己評価 (健康ではない=0 健康=1)	15.49	4.11~58.48

^{*} GHQ12高値 (GHQ12 \geq 4点) を0, 低値 (GHQ12<4点) を1とした。

如, 支援ネットワークの欠如などで, 二重三重の苦しみを抱えていると報告されている²⁴⁾。本研究では, 「健康管理上困っていること・心配をしていること」に対する自由記載においても, 「日本語ができないから日本人との交流ができない」, 「日本文化・習慣に馴染めない」, 「中国で身につけた文化・習慣は日本で通用しない」などがみられ, 対象者は帰国10年以上 (10~26年) 経つ現在でも, 言葉の障壁や文化的障壁のため, そのほとんどは日本での社会活動への参加ができず, 日本社会に溶け込んでいない様子が窺われた。中国で所属していた地域コミュニティを喪失してから, 日本ではどこにも所属するコミュニティのないまま, 家族内に閉じこもっている。これは, マズローの欲求階層説²⁵⁾における基本的な生理的欲求の次である「所属の欲求」が満たされていないことにあてはまると思われる。中国帰国者1世とその中国人配偶者の日本社会への適応が一向に進んでいない様子が示され, その適応困難の詳細に対する検討が急務であることが示唆された。

GHQ12を従属変数としたロジスティック回帰分析の結果からは, 対象の精神的健康には, 言葉の障壁, ヘルスケア・サービス情報に関するサポートの不足, 社会的役割形成の困難, 低い健康度自己評価といった多くの課題が関連していることが明らかとなった。中国帰国者の精神的健康を改善するための支援策として, これらの多側面を加味した総合的なプログラムが必要であることが示唆された。

本研究で注目したい点は, 日本語によるコミュニケーションと社会的役割の「若い人に自分から話しかけることがあるか」がGHQ12と強く関連

したことである。対象者の多くは現在も日本語で十分な意思疎通ができず, 社会的役割の形成が困難な状況にある。高齢者の心身医学に関する先行研究でも, コミュニケーションや社会的参加が精神的健康に影響することが指摘されている²⁶⁾。在日外国人の医療上の問題点に関する研究では, 日本語によるコミュニケーションが困難なことにより, 適切な意思伝達の阻害と保健医療福祉に関する情報不足がもたらされると報告されている²⁷⁾。したがって, 中国帰国者のコミュニケーションと社会的参加を促進する支援が精神的健康問題を改善するために重要と思われる。

また, 本研究の対象者の精神的健康が非常に低いことと同時にヘルスケア・サービス等に関する情報提供者やヘルスケア知識をもつ人が極めて少なかった点にとくに関心を寄せたい。本研究の対象者は日本語の障壁のため, 自力でヘルスケア・サービス情報の獲得やサービスへのアクセスをすることができず, 病気や老後に多大な不安を抱えている。このような状況が彼らの精神的健康に影響している可能性がある。Abbottらによる米国における中国系の移民に関する調査では, ヘルスケア・サービスの利用の低さは精神的健康の低さと強く関連している²⁸⁾。藤田らも在宅被介護高齢者を対象とした調査において, インフォーマルなサポートよりフォーマルなサポートを受けた対象の方が精神的健康が高い傾向にあることを報告した²⁹⁾。これらのことから, 中国帰国者が積極的に各種サービスを利用できるような情報提供が切迫した課題であると思われる。

本研究の対象においては, 現在のところ体力指標と精神的健康との間に有意な関連がみられず,

精神的健康問題が疑われる者でも体力は同世代の平均レベル^{13,14)}を維持していた。しかし、高齢者の身体的健康と精神的健康に関する先行研究^{7,8,28)}によれば、身体的健康と精神的健康には密接な関連があり、精神的健康問題が顕著に現れる場合、身体的健康も悪化する可能性がある。また、多くの帰国者は高齢期に向かいつつあり、健康度自己評価の低さから見ても、その精神的健康の改善と同時に、身体的健康の維持増進に働きかける必要性が高いと思われる。

本研究の質問紙調査における自由記載では、「中国で身につけた文化・習慣は日本で通用しない」、「日本文化・習慣に馴染めない」、「中国語でのヘルスケア・サービスが欲しい」などがみられた。中国帰国者に関する先行研究では、これまでの支援体制には、中国的なものを否定し、日本文化や日本語によるコミュニケーションへの同化要請という一元的文化や単一の価値観を押し付けようとする傾向があったと報告している³⁰⁾。しかし、固有文化のアイデンティティと生き方を維持することは、新しい生活モードの習得と新文化への適応に対してポジティブに機能するという報告もある^{28,31)}。また、Leiningerらは精神保健の視点から、異文化への移住者は自身の伝統文化に何らかの誇りもつことが望ましいと強調している³²⁾。すなわち、固有文化の維持と新文化への適応との適切なバランスが必要ということであろう。このような文化的ケアの視点は中国帰国者のような移住者の異文化ケアシステムの構築に際し考慮すべきものであると思われる。

本研究には幾つかの限界がある。まず対象者の特性による一般化可能性に関する限界である。本研究の対象は、中国帰国者を支援する会（B会）に登録されていない者（A県に在住する中国帰国者1世とその中国人配偶者の約20%）、調査参加に同意しなかった者（B会のメンバーの約15%）を除外しており、この集団が調査参加者とのように異なるかを確認することはできなかった。調査結果に影響を与えるようなA県特有の事情は考えられないが、B会の非参加者や調査参加に同意しなかった者には、精神的健康度が高いために支援を要しない者や、反対に大きな問題を抱えている者が存在する可能性は否定できない。以上より、本研究の結果を中国帰国者1世及びその中国

人配偶者全般に一般化するには限界があるといえる。

つぎに、調査方法によるバイアスの可能性である。本研究の対象には、母語となっている中国語についても読み書きのできない非識字者・半非識字者が約10%存在した。調査は、設問を読み上げる形を取り、誘導的な質問にならないように配慮した。中国の文化的特徴を踏まえて、他者に介助されることで自分の精神状態をより悪く回答することは考えにくいと思われた。しかし、非識字者・半非識字者が含まれることによってGHQ得点の高値頻度が増加した可能性は否定できない。また、自由記載に示されたように、困難な生活への支援を望んでいる対象者が多く含まれていると考えられる。この点については、今後一層の検討が必要である。

3番目は、横断的な研究による限界である。本研究は、横断的なデータに基づいてGHQ得点による精神的健康問題の実態を分析し、GHQ得点と関連する要因を抽出し、議論した。横断的な研究であることから、因果関係の推定には今後の新たな調査が必要である。

最後は、帰国（来日）動機の未調査である。本研究の対象者はいずれも帰国してから10年以上を経過しており、帰国動機のトラブルの有無が現在の健康状態に重大な影響を与えている様子は窺われなかったことから、本研究では中国帰国者1世とその中国人配偶者をまとめて検討した。しかし、本来対象者のエスニック・アイデンティティが異なるため、帰国（来日）動機をめぐって夫婦間のトラブルの有無などが彼らの健康に影響する可能性は否定できない。今後の帰国者に関する研究ではそのような要素も考慮する必要があるだろう。

V 結 語

中国帰国者1世とその中国人配偶者を対象として精神的健康問題とその関連要因に関する調査を実施したところ、精神的健康問題の頻度が高いことがうかがわれた。とくに、訴えの多かった症状は、生きがいを感しない、不幸せ感、ストレス、物事を決定できない、憂うつ気分、不眠などであった。また、精神的健康の関連要因の分析結果から、中国帰国者の高齢期における健康支援のため

には、対象者の言語や生活様式、ソーシャルサポート、ヘルスケア・サービス情報等の獲得、社会的役割の形成、健康度の自己評価を高めるなど、多側面への支援を展開する必要性が示唆された。これらの知見に基づき、筆者らは中国帰国者1世とその中国人配偶者に対して、文化に配慮した総合的なケアプログラムを現在試みているところである。

本調査は、平成17年度日中医学協会研究助成金と平成18年度千葉大学21世紀COE特別研究奨励費を受けて行った。本研究の実施にあたり、ご協力くださった東京都老人総合研究所の鈴木隆雄先生、金憲経先生及び千葉大学大学院生の辻村真由子さん、白石澄江さん、近藤ゆり子さん、藤田淳子さん、松川仙奈さんと劉新彦さんをはじめ中国人留学生の皆様深く御礼申し上げます。

(受付 2006. 5. 1)
(採用 2007. 7. 2)

文 献

- 江畑敬介, 箕口雅博, 曾文星. 移住と適応—中国帰国者の適応過程と援助体制に関する研究. 東京: 日本評論社, 1996; 21-469.
- 蘭 信三 (代表). 「中国帰国者」をめぐる地域社会の受容と排除. 文部科学研究補助金成果報告書 1997; 1-30.
- 蘭 信三 (代表). 「中国帰国者」の社会的適応と共生に関する総合的研究: 「中国帰国者」は国民国家を超えるか. 科学研究費補助金研究成果報告書 2004; 1-9.
- 中川泰彬 (代表). 中国帰国者の社会適応状況に関する研究報告 (精神医学的疫学研究). 千葉: 国立精神保健研究所, 1990; 18-101.
- 大坊郁夫, 中川泰彬. 中国残留孤児家族の社会適応過程の心理学的検討. 心理学評論 1993; 36: 398-424.
- 厚生労働省資料. 「中国帰国者生活実態調査」 「帰国者定着促進対策」. 東京: 厚生労働省資料INDEX, 2006; 4.
- 森山浩司, 石津 宏, 與古田孝夫, 他. 高齢者の健康状態とメンタルヘルスに関する研究—沖縄の久高島と北中城村における実地調査研究. 心身医学 2004; 44(9): 661-669.
- 奥野純子, 徳力格爾, 村上晴香, 他. 運動教室参加による「閉じこもり」改善効果 精神健康度・体力との関連より. 厚生指標 2004; 51(6): 7-13.
- Travis JW, Ryan RS. Wellness Workbook 2nd ed. California: Ten Speed Press, 1981; 215-236.
- 宗像恒次. 行動科学からみた健康と病気. 東京: メヂカルフレンド社, 2004; 84-123.
- 厚生統計協会. 国民の福祉の動向. 厚生指標 2004; 51(12): 170-224.
- 古谷野亘, 柴田 博, 中里克治, 他. 地域老人における活動能力の測定—老研式活動能力指標の開発—. 日本公衆衛生雑誌 1987; 34: 109-114.
- 鈴木隆雄, 岩佐 一, 吉田英世, 他. 地域高齢者を対象とした要介護予防のための包括的健診 (「お達者健診」) についての研究. 日本公衆衛生雑誌 2003; 50(1): 39-47.
- 鳥羽研二. 高齢者総合的機能評価ガイドライン. 東京: 厚生省科学研究所, 2004; 126-135.
- 杉澤秀博, 杉澤あつ子. 健康度自己評価に関する研究の展開—米国での研究を中心に—. 日本公衆衛生雑誌 1995; 42(6): 366-378.
- 中川泰彬, 大坊郁夫. 日本版 GHQ の精神健康調査票手引. 東京: 日本文化科学社, 1985; 4-70.
- Chan DW, Chan TS. Reliability, validity, and the structure of the General Health Questionnaire in a Chinese context. Psychological Medicine 1990; 15: 147-155.
- Boey KW. Reliability and validity of GDS and GHQ short form for the aged. Chin J Psychiatry 1999; 32(1): 41-43.
- 福西勇夫. 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point. 心理臨床 1990; 3: 228-234.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951; 6: 297-334.
- 川本龍一, 吉田 理, 土井貴明. 地域在住高齢者の精神的健康に関する調査. 日本老年医学会雑誌 2004; 41(1): 92-98.
- 土井由利子, 尾方克己. 痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の精神的健康に関する研究. 日本公衆衛生雑誌 2000; 47: 32-46.
- Gao ZZ, Cao XY, Zhu JP, et al. A control study among the three epidemiological surveys of mental disorders in 1984, 1994 and 2004 in Weifang. Chinese Journal of Medicine 2006; 6(10): 1074-1077.
- 蘭 信三 (代表). 中国残留日本人孤児の過去, 現在, 未来: 「残留孤児問題」の総括と展望. 京都: 京都大学国際交流センター蘭研究室, 2006; 1-64.
- 上田吉一. マスローの人間観. ナースステーション 1984; (14)1: 22-23.
- 島貫秀樹, 崎原盛造, 芳賀 博, 他. 沖縄農村地域の高齢者における交流頻度と生活満足度及び精神的健康との関連. 民族衛生 2003; 69(6): 195-204.
- 井上千尋, 松井三明, 李 節子, 他. 日本語によるコミュニケーションが困難な外国人妊産婦の周産期医療上の問題点と支援に関する研究. 国際保健医

- 療 2006; 21(1): 25-32.
- 28) Abbott MW, Wang S, Giles LC, et al. Depression in older Chinese migrants to Auckland. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37: 445-451.
- 29) 藤田峯子, 上野範子. 在宅被介護高齢者のソーシャルサポートと精神的健康. *日本看護福祉学会誌* 2003; 8(2): 73-86.
- 30) 小田美智子. 中国帰国者の異文化適応—中高年の日本語教育を中心に—. *早稲田教育評論* 1998; 12(1): 321-335.
- 31) Williams CL, Berry JW. Primary prevention of acculturative stress among refugees. *American Psychologist* 1991; 46: 632-641.
- 32) Leininger MM, McFarland MR. *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory (SECOND EDITION)*. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2005; 1-43.

Mental health status and related factors among first generation Japanese returnees from China and Chinese spouses living in Japan for ten years or more

Xiuying HU*, Kazuko ISHIGAKI**, and Noriko YAMAMOTO-MITANI**

Key words : Japanese returnees from China, Mental health, Language barrier, Health care services

Objective The purpose of this study was to examine mental health status and related factors among 1st generation Japanese returnees from China and Chinese spouses living in Japan for ten years or more.

Methods The subjects were 99 individuals (mean age = 63.9 years), all 1st generation Japanese returnees and their Chinese spouses, living in the Kanto region of Japan. The subjects completed a questionnaire survey, which included items regarding demographics, state of social activity in Japan, self-care behavior, the Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology (TMIG) Index of Competence and physical health. The questionnaire survey also incorporated the General Health Questionnaire 12 (GHQ12). The results of the survey were first analyzed by T- and χ^2 -tests. Logistic regression analysis was then performed in order to identify factors related to the GHQ12.

Results The participants scored high scores on the GHQ12, with 72.7% showing a potential for mental health problems (GHQ12 more than 3). Major complaints were “cannot do useful things” 74.7%, “don’t feel happy” 72.7%, “feeling under psychological strain” 59.6%, “unable to make decisions” 57.6%, “feeling depressed” 56.6%, “feeling worried and cannot sleep” 55.5%. The results of the logistic regression analysis revealed that those with potential mental health problems had a higher language barrier (OR: 5.48, 95%CI: 1.52-19.82), fewer providers of health care information (OR: 5.25, 95%CI: 1.32-20.95), fewer voluntary conversations with young people (OR: 3.51, 95%CI: 1.05-11.74), and lower self-rated health (OR: 15.49, 95%CI: 4.11-58.48).

Conclusions In this study, Japanese returnees and their Chinese spouses were found to have mental health problems, significantly associated with a high language barrier, limited information on health care, few conversations with young people, and low self-rated health. Our findings suggest that this population requires immediate assistance to improve their mental health. Furthermore, comprehensive and culturally sensitive health care programs are necessary.

* 1) Graduate School of Nursing, Chiba University, Japan

2) School of Nursing, Sichuan University, China

** School of Nursing, Chiba University, Japan