

中国帰国者における体力および生活の質

—帰国者支援・交流センター通所者の現状—

クマハラ ヒデアキ ニシ ダ ジョンイチ モリムラ カズヒロ タ ナカ ヒロアキ
熊原 秀晃*1 西田 順一*2 森村 和浩*3 田中 宏暁*4*5

目的 最新の厚生労働省の調査において、中国帰国者の高齢化が進んでおり、「健康の不安」が将来に対する心配・不安として最も多く回答されたことが示されている。また、先行研究で、帰国後間もない者では地域社会への適応不足と共に生活の質（QOL）やメンタルヘルスが低下していることが報告されている。しかし、帰国後長期間を経た現在の帰国者に対する身心の健康状態やQOLに関する報告は極めて少ない。本研究は、現在の帰国者のQOLやメンタルヘルスの現状を調査すると共に、日常身体活動量および身体的体力の水準を明らかにすることを目的とした。

方法 対象者は、A地区中国帰国者支援・交流センターに通所する成人男女46名（62±10歳）であり、帰国後10年以上経過した者が8割であった。日常身体活動量は、加速度計内蔵歩数計を用い評価した。全身持久力は、多段階漸増運動負荷試験により血中乳酸閾値相当の運動強度を測定した。また、下肢筋力、柔軟性体力、静的バランス能力を評価した。メンタルヘルスはGeneral Health Questionnaire28項目版（GHQ28）、包括的QOLはWHOQOL26、健康関連QOLはSF36v2を用い評価した。

結果 身体活動量（6,820±2,872歩/日；9.1±6.5METs・時/週）は、生活習慣病等の予防に推奨されている水準に比して極めて低値であった。また、全身持久力（4.4±0.8METs）と下肢筋力は、改善が望まれる水準であった。包括的QOLは、一般日本人の平均値より比較的高値を示し、移住に対して適応していると推察された。しかし、健康関連QOLは、身体的側面と役割/社会的側面（43.1±12.0、42.8±10.2ポイント）が日本国民の平均より有意に低値であった。また、GHQ28の得点合計は4.1±4.7点であり、対象者の約2割がメンタルヘルスに何らかの問題を有すると判定された。

結論 帰国者の健康関連QOLは低く、健康上の障害や不安を抱えている者が多いことが推察された。また、メンタルヘルスに問題を有する者が潜在することが示唆された。生活習慣病やロコモティブシンドロームの予防、および精神的ストレス性疾患の低減に重要と考えられている身体活動量や健康関連体力は低水準であった。高齢化が進む現在の帰国者には、より具体的に身心の健康づくりを推進する支援が必要と考えられた。

キーワード 身体活動量、健康関連体力、QOL、健康支援、中国残留邦人

I 緒 言

最新の厚生労働省の集計によると、現在まで
国費帰国した中国帰国者（以下、帰国者）は、

家族を含め20,866人（平成25年4月30日現在）¹⁾
にのぼるとされているが、私費帰国者や呼び寄
せ家族を含めると10万人は下らないと推計され
ている²⁾。また、帰国者1世代の高齢化が著

*1 中村学園大学栄養科学部講師 *2 群馬大学教育学部准教授 *3 福岡大学スポーツ科学部助教

*4 同教授 *5 福岡大学基盤研究機関身体活動研究所長

しいことが報告されている³⁾。中国帰国者とは第二次世界大戦前に中国に移住し、終戦前後の混乱の中で中国に残って生活し、日中国交回復以降に日本に帰ってきた中国残留日本人孤児や中国残留婦人等とその家族のことを指す。帰国者は、長年中国人によって中国の中で中国人として育てられてきた現実があり、日本人としてのアイデンティティを持っているが、日本の文化や言葉の知識は少なく、中国人としての心性を持っていると考えられ、日本への永住帰国においては長期にわたり言葉や習慣のギャップを克服し適応していく努力を重ねてきている⁴⁾。帰国者においては、帰国を機にメンタルヘルスに関する有病率が上昇し、生活の質（Quality of Life：以下、QOL）が低下していること、また地域社会への適応が困難に陥っていること、そして健康維持増進に係る生活習慣の形成やそのための情報の獲得過程において課題があることが指摘されている⁵⁾⁻⁷⁾。

このような帰国後間もない者を対象とした先行研究は、帰国者受け入れ開始直後の1980年代から1990年代後半には比較的多くみられる⁴⁾⁵⁾⁸⁾⁹⁾。しかし、帰国後長期間を経た帰国者における身心の健康状態やQOLに関する報告はほとんどなく、著者らが知る限り、胡ら⁶⁾が帰国後10年以上の帰国者ではメンタルヘルスに問題が疑われる対象者が7割にも達したことを報告しているのみである。このように、帰国後長期間を経た現在の帰国者では、なおQOLやメンタルヘルスが低水準であり、さらには高齢化と共に生活習慣病やロコモティブシンドローム（運動器症候群）といった健康問題を抱える者が多く潜在していることが推察される。厚生労働省の最新の中国残留邦人等実態調査³⁾によると、健康

状態について「好ましくない」と回答した者が7割、将来に対する心配・不安で最も多い回答は「健康の不安」が挙げられている。しかし、具体的な健康状態やQOL、メンタルヘルスの現状については調査されていない。

ところで、活動的な日常生活、あるいは一定水準の有酸素性作業能（全身持久力）を保持することは、生活習慣病等の罹患や死亡リスク、ロコモティブシンドローム等の加齢に伴う生活機能低下のリスクを低減させることが明らかになってきている¹⁰⁾⁻¹²⁾。わが国では、最近、がんを含む生活習慣病等およびロコモティブシンドローム、認知症の予防を目的とした日常身体活動量および体力の基準値が改めて示され¹⁰⁾、積極的な身体活動習慣形成の必要性が国民へ広く啓蒙されているところである。

したがって、本研究は、現在の帰国者とその家族のQOLやメンタルヘルスの状態を調査すると共に、疾病予防やQOLの維持向上に密接に影響する日常身体活動量および身体的体力の水準を明らかにすることを目的とした。このような基礎的調査は、高齢化が進む現在の帰国者とその家族が生涯にわたり安心して生活できるようにするために支援すべき施策の課題を明らかにし、より効果的な支援策を検討していくために必要な情報と考えられる。

Ⅱ 方 法

（1）対象者

本研究の対象者は、A地区の中国帰国者支援・交流センター（以下、センター）の通所者へ広報にて募集した。公募に対して参加登録した50名のうち研究説明会を経て参加辞退の申し出の

あった4名を除く46名（男性20名、女性26名）を対象とした（表1）。対象者のセンター通所歴は 3.3 ± 1.8 年、通所頻度は 3.5 ± 1.4 回／週で

表1 対象者の身体的特性

	合計（n = 46）	男性（n = 20）	女性（n = 26）
年齢（歳）	62.2 ± 10.0 (31-76)	64.0 ± 9.8 (36-76)	60.9 ± 10.1 (31-74)
身長（cm）	158.2 ± 8.6 (138.0-173.8)	164.5 ± 6.1 (150.5-173.8)	153.3 ± 6.8 (138.0-166.1)**
体重（kg）	62.2 ± 9.2 (44.2-91.1)	66.3 ± 6.9 (54.6-80.0)	59.0 ± 9.6 (44.2-91.1)**
BMI（kg/[m] ² ） ³⁾	24.8 ± 3.0 (19.1-34.7)	24.6 ± 2.8 (20.5-33.7)	25.0 ± 3.2 (19.1-34.7)

注 1) 数値は、平均 ± 標準偏差（最小値 - 最大値）を示す。

2) 男性vs.女性：**p < 0.01

3) body mass index

あり、60歳以上が34名、50歳代が8名、40歳代が1名、30歳代が3名と高齢層が多かった。また、帰国者1世（またはその配偶者）と2世（またはその配偶者）の割合は、それぞれ54.3%、45.7%であった。全員が中国での生活を経て帰国した者であり、帰国後10年以上経過した者が80.4%、5年以上10年未満の者が13.0%であった。日本語能力に関して、「買い物、交通機関の利用に不自由しない」「日常のほとんどの会話に不便を感じない」「片言のあいさつ程度」「まったくできない」のうち、日常生活に支障がないと思われる前二者を選択した対象者は60.9%であり、最新の全国実態調査³⁾と同様の傾向であった。

すべての対象者には、研究の目的を十分に説明し、書面にて同意を得た。本研究は、中村学園大学・中村学園短期大学部ヒトを対象にした研究倫理審査の承認（倫理-10-010）を得て実施した。

（2）測定項目

測定項目は、身長、体重、および身体的体力（全身持久力、下肢筋力、柔軟性体力、静的バランス能力）を測定すると共に、日常生活下にて身体活動量を評価した。また、生活習慣、QOLおよびメンタルヘルスの評価のための質問紙調査を実施した。

1) 日常身体活動量

加速度計内蔵歩数計（Lifecorder EX 4秒版、Suzuken社製）¹³⁾を用い、1日当たりの歩数および週当たりのMETs・時を評価した。歩数計は、数値画面を見ることができないようにフタをシールで厳封し、最低9日間、睡眠時および入浴時を除き連続して装着するよう指示した。記録ならびに口頭にて装着忘れがなかったと申告された連続した7日間の平均値を採用した。

2) 体力テスト

全身持久力は、血中乳酸閾値強度（Lactate threshold：以下、LT）により評価した。LTは、運動負荷に伴い血中乳酸濃度が急増する運動強度であり、全身持久力の良い指標となることが知られており、一般成人では最大酸素摂取量の

約40～60%の運動強度で発現する¹⁴⁾。LTの測定は、先行研究¹⁵⁾に基づき、踏み台昇降運動負荷試験を用いた。昇降頻度は25回／分とし、台高は10cmの高さから対象者が安全に運動できる範囲で2.5cmまたは5cmずつ漸増した。運動中の身体的負担度は、心拍数（Polar FT1、Polar Electro社製）ならびに主観的運動強度を聴取した。各ステージの運動時間は4分間とし、ステージ間に2分間の休息を設けた。血中乳酸濃度は、安静時ならびに各ステージ終了後に指尖より5μlの血液を採取し、簡易血中乳酸測定器（ラクテートプロLT1710、ARKRAY社製）を用いて測定した。LTは、先行研究¹⁵⁾の簡易法に基づき決定し、米国スポーツ医学会の換算式¹¹⁾を用いてMetabolic equivalents（代謝等量：METs）値を算出した。さらに、LTを最大酸素摂取量の50%と仮定して、1METを酸素摂取量3.5ml/kg体重／分とし最大酸素摂取量を推算した。柔軟性体力と静的バランス能力の評価は、長座体前屈テストおよび開眼片足立ちテストを実施した。文部科学省新体力テストマニュアル¹⁶⁾に従って2回測定を行い、良い方の値を採用した。なお、開眼片足立ちテストの記録は、120秒を最大とした。これらの測定値は、マニュアル¹⁶⁾に従い10段階の評価も行った（10点が最も優れている水準）。下肢筋力の評価は、30秒立ち上がりテストを実施した。先行研究¹⁷⁾¹⁸⁾の手順に従い、高さ40cmの椅子を用いて測定は1回のみとした。本計測値は、先行研究¹⁷⁾¹⁸⁾に基づき5段階の評価も行った（1：劣っている～5：優れている）。

3) 質問紙調査

非識字者や半非識字者など設問の意味が理解できないなど、個人で質問紙調査を実施できない対象者については、適宜通訳を介して言語的なフォローを行った上で実施した。

メンタルヘルスの指標には、General Health Questionnaire28項目版（GHQ28）¹⁹⁾の中国語版を用いた。これは、身体的症状、不安と睡眠、社会的活動障害、うつ傾向の4つの下位尺度から構成され、合計得点でメンタルヘルスの水準を総合的に評価できる。対象者は過去2～3週間

を振り返って各質問に対して4段階の反応尺度を選択した。スコアの換算はマニュアルに基づき標準的な0-0-1-1法を用い、欠測値は0と換算した。合計得点は、スコアが高いほどメンタルヘルスが低く、5点以下ならば健常、6点以上ならば臨床上何らかの問題あり（精神的健康問題の疑い）と判定される。

包括的QOLの評価は、身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境領域の24項目と全体を問う2項目を加えた26項目の質問から構成されているWHOQOL26⁽²⁰⁾⁽²¹⁾の中国語版を用いた。ここで評価される包括的QOLは、「個人が生活する文化や価値観の中で目標や期待、基準および関心に関わる自分自身の人生の状況についての認識」と定義され「人の心身の自立レベル、社会関係、信念、環境などの関わりあいという複雑なあり方を取り入れた広範囲な概念」により評価するものである⁽²⁰⁾。対象者は過去4週間を振り返って各質問に対して5段階の反応尺度を選択した。スコアの採点および欠損値の処理や除外は、マニュアル⁽²⁰⁾⁽²¹⁾に従って行い、質問ごとに5段階に得点化され、4つの下位領域の総得点およびこれらのQOL平均値を算出した（点数が高い方がQOL水準良好と判断される）。QOL平均値は、日本人の一般人口のデータ⁽²⁰⁾として示されている平均値と比較した。

健康関連QOLの評価は、SF36v2⁽²²⁾の中国語版を用いた。これは、前述のWHOQOL26と異なり、障害や機能状態を測定することに特化した質問紙であり、身体機能、日常役割機能-身体、体の痛み、全体的健康感、活力、社会生活機能、日常生活機能-精神、心の健康の8つの

健康概念下位尺度の36問で構成されている。対象者は、過去4週間程度を振り返って各質問に対して5段階の反応尺度を選択した。採点方法および欠測値の処理は、マニュアル⁽²²⁾に準じて行い、尺度ごとに2007年国民標準値に基づいたスコア（norm-based scoring：NBS得点；標準値を50点、標準偏差を10点）を算出した。さらに、身体的側面、精神的側面、役割／社会的側面を評価する3コンポーネント・サマリースコア、および従来の2コンポーネント・サマリースコアも算出した。

（3）統計

結果は、平均値±標準偏差で示した。すべての統計処理は、StatView ソフトウェア（Version 5.0.1, SAS Institute, Cary, NC）を用い、有意水準は5%とした。性差の検定は、対応のないt検定を用いた。また、WHOQOL26およびSF36v2において、それぞれの先行研究の調査資料による標準値や平均値との比較は、危険率5%水準にてz検定（片側検定）により行った。なお、測定や質問紙への回答が無効と判断されたサンプルが確認された場合は、除外して解析した。

Ⅲ 結 果

表2に日常身体活動量および体力の結果を示した。体力の結果は、体力テストが実施できなかった4名を除く42名で示した。長座体前屈テストおよび開眼片足立ちテストは、10段階評価でそれぞれ4.2±1.8点、7.2±2.5点であった。

30秒立ち上がりテストは、5段階評価で2.7±1.1点であった。また、LTより推算した最大酸素摂取量は、男女それぞれ平均30.8、30.1ml/kg/分であった。

表3にGHQ28の結果を示した。得点合計は平均4.1点であり、6点以上の者が10名（男性2名、女性8名；全対

表2 帰国者の日常身体活動量および体力

	合計	男性	女性
歩数（歩/日）	(n=46) 6 820±2 872	(n=20) 6 694±3 128	(n=26) 6 917±2 718
METs・時/週	(%) 9.1± 6.5	(%) 8.7± 7.2	(%) 9.5± 6.0
長座体前屈（cm）	(n=42) 34.1± 9.4	(n=18) 32.4± 11.8	(n=24) 35.4± 7.1
開眼片足立ち（秒）	(%) 57.4± 42.8	(%) 52.3± 42.3	(%) 61.3± 43.7
30秒立ち上がり（回）	(%) 19.2± 5.2	(%) 20.6± 4.0	(%) 18.3± 5.8
乳酸閾値強度（METs）	(%) 4.4± 0.8	(%) 4.4± 1.0	(%) 4.3± 0.8

注 1) 数値は、平均±標準偏差を示す。4名の体力測定が実施できなかった為、欠損値として処理した。

2) 男性vs.女性；いずれの項目も有意な性差なし

象者の23%)確認された。この10名に関して下位尺度各々において中等度以上の症状を有すると判定された者は、「身体的症状」で6名、「不安と不眠」で7名、「社会的活動障害」5名、「うつ傾向」2名であった。この10名中9名が帰国後10年以上ないし20年以上経過していること、3名が25歳以降、7名が45歳以降に帰国した者であること、日本語の理解度については4名が日常生活に支障がない水準であった。

WHOQOL26による包括的QOLは、女性2名で回答不備があったため、44名を解析対象とした。QOL平均値は、 3.51 ± 0.57 (男性 3.56 ± 0.45 、女性 3.47 ± 0.66)であり、日本人一般人口データの平均値(3.29 ± 0.46)²⁰⁾より有意に高値であった($p < 0.05$)。

一方、SF36v2で調査した健康関連QOLにおいては、精神的健康度については日本人の標準値(NBS得点:平均50点)²¹⁾より有意に高い値であったが、身体的健康度および役割/社会的健康度においては、有意に低い水準であることが認められた(表4)。

Ⅳ 考 察

本対象者の歩数は、現在の日本人の成人の平均歩数²³⁾に比して少なく、低水準²⁴⁾に位置づけられ、さらに、「健康づくりのための身体活動基準2013」にて疾病予防のために推奨されている身体活動量(23METs・時/週)¹⁰⁾に比して極めて低水準であった。これは、SF36v2で評価した下位尺度のうち、身体活動やその遂行能力に関連する質問項目の得点より算出される「身体機能」や「日常役割機能-身体」が低水準であることにも反映されている。活動的な日常生活は、生活習慣病等の予防に有効であるのみならず¹⁰⁾⁻¹²⁾、精神的ストレス性疾患の低減に資す

表3 General Health Questionnaire 28 (GHQ28) にて
評価した中国帰国者のメンタルヘルス

	合計(n=44)	男性(n=19)	女性(n=25)
得点合計(点)	4.1 ± 4.7	2.8 ± 3.0	5.1 ± 5.5
6点以上(名)	10	2	8
身体的症状(点)	1.1 ± 1.6	0.5 ± 1.0	$1.6 \pm 1.8^*$
不安と不眠(点)	1.1 ± 1.9	0.5 ± 1.1	$1.6 \pm 2.2^*$
社会的活動障害(点)	1.2 ± 1.5	1.3 ± 1.4	1.2 ± 1.6
うつ傾向(点)	0.6 ± 1.5	0.5 ± 0.8	0.7 ± 1.8

注 1) 数値は、平均±標準偏差を示す。回答に不備があった2名を除外した。
2) 得点合計で6点以上を区分点とし臨床的に「何らかの問題あり」と判定される(5点以下が健常)
3) 男性vs.女性: * $p < 0.05$

表4 SF36v2にて評価した中国帰国者の健康関連QOL尺度

	合計(n=45)	男性(n=20)	女性(n=25)
3 コンポーネント・サマリースコア			
身体的健康度	$43.1 \pm 12.0^{\dagger}$	$45.0 \pm 10.3^{\dagger}$	$41.6 \pm 13.3^{\dagger}$
精神的健康度	$56.0 \pm 10.3^{\dagger}$	$60.6 \pm 8.1^{\dagger}$	$52.4 \pm 10.5^{**}$
役割/社会的健康度	$42.8 \pm 10.2^{\dagger}$	$41.8 \pm 9.8^{\dagger}$	$43.6 \pm 10.7^{\dagger}$
2 コンポーネント・サマリースコア			
身体的健康度	$39.0 \pm 13.3^{\dagger}$	$39.4 \pm 12.7^{\dagger}$	$38.7 \pm 14.0^{\dagger}$
精神的健康度	$54.8 \pm 10.0^{\dagger}$	$59.0 \pm 8.2^{\dagger}$	$51.4 \pm 10.2^{**}$
下位尺度			
身体的機能	$43.9 \pm 13.3^{\dagger}$	45.7 ± 12.9	$42.5 \pm 13.7^{\dagger}$
日常役割機能-身体	$40.6 \pm 12.6^{\dagger}$	$41.9 \pm 12.2^{\dagger}$	$39.5 \pm 13.0^{\dagger}$
体の痛み	48.7 ± 9.6	51.5 ± 9.2	46.4 ± 9.4
全体的健康観	47.7 ± 12.7	51.1 ± 13.5	$45.0 \pm 11.5^{\dagger}$
活力	53.0 ± 11.4	$58.1 \pm 8.7^{\dagger}$	$48.9 \pm 11.8^{**}$
社会生活機能	48.4 ± 9.8	49.6 ± 9.9	47.5 ± 9.9
日常生活機能-精神	$42.7 \pm 12.9^{\dagger}$	$43.6 \pm 11.7^{\dagger}$	$42.1 \pm 14.0^{\dagger}$
心の健康	51.7 ± 9.2	$54.8 \pm 7.8^{\dagger}$	$49.2 \pm 9.7^*$

注 1) 平均±標準偏差を示す。回答に不備のあった1名を除外した。
2) いずれの項目も2007年日本国民標準値にて標準化されたスコア(norm-based scoring: NBS得点)で示した。サマリースコアは、8つの下位尺度よりマニュアルに基づき算出された。
3) 危険率5%水準にてz検定(片側検定)により国民標準値(平均値が50.0)との比較を行った($^{\dagger} p < 0.05$)
4) 男性vs.女性: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ることも国際スポーツ心理学会の指針²⁵⁾において指摘されている。したがって、本対象集団は、積極的な活動量の向上が必要と考えられた。また、本対象者は、生活習慣病予防や介護予防に必要な身体的体力も高めることが勧められる。柔軟性体力は、平均的に低水準であり、一方、静的バランス能力は平均的には良好な水準であったものの45%の者が5点未満であった。下肢筋力の平均評価点は、「やや劣っている」の範囲であった。現在の下肢筋力が低水準であることは、外出や活動的な生活を過ごす意欲の低下とさらなる不活動を引き起こし、加齢性の筋力低下を加速させ、ロコモティブシンドロームならびに生活機能の低下につながるものが危惧される。また、全身持久力は、先行研究²⁶⁾にて

同様の方法で測定された 72 ± 3 歳の日本人高齢者の平均LT (4.7 ± 0.8 METs) に比して低値であり、加齢性の体力低下を勘案すると、平均62歳の集団としては極めて低い水準と考えられた。さらに、推定最大酸素摂取量は、特に男性において60歳代の維持目標値 (32 ml/kg/分)¹⁰⁾を下回った。全身持久力は、その他の生活習慣や肥満といった疾病リスクと独立した生活習慣病の危険因子である¹⁰⁾⁻¹²⁾。

広義の包括的QOLは、統計的には日本人の平均値に比して有意に高値を示したが、おおよそ日本人一般人口データの標準偏差の範囲内と考えられた。本対象者の多くは帰国後10年以上経過している者であり、移住による社会生活への適応への安定期にあると推察される。一方、健康関連QOLに関しては、日本人の平均値と比較した場合、身体的健康度および役割/社会的健康度が明らかに低水準であり、健康上の障害や機能状態の不具合を有する者や社会的役割・立場に不安を抱いている者が多いことが示唆された。これは、下位尺度のうち「身体的機能」「日常役割機能-身体」「日常生活機能-精神」といった身体活動・日常作業の量やその実行能力、および心理的ストレスによる妨げを評価する尺度因子が低水準であることに影響されていると考えられた。一方、精神的健康度は、とりわけ男性において日本人の平均値よりも有意に高値を示した。本サマリースコアは、「心の健康」と「活力」の下位尺度が比較的高いことに影響されていると考えられた。以上のことは、本対象者の多くは、健康感や心理的ストレスなど対象者が主観的に感知する範囲での問題は少ないものの、生活を送る上での実際的な健康関連QOLに弊害が出始めていることを示唆する結果である。厚生労働省による最新の全国実態調査³⁾では、健康状況について「あまり健康でない」「健康ではない」と自覚している帰国者は68%、配偶者は64%と高値であり、定期的に医療機関を受診している者は6割程度いることが報告されている。さらに、「健康の不安」が将来に対する心配・不安で最も多い回答とされている。このようなことから、高齢化が

進む現在の帰国者においては、これまでの語学や就業、各種情報習得に対するサポートに加え、健康とそれを支援する具体的サービスの受容における対策も急務と考えられる。

また、SF36v2による「精神的健康度」は、メンタル的要素のみならず、健康感や体の痛みなど他の下位尺度の影響も受け、必ずしもメンタルヘルスの状態を反映しない。したがって、本研究では、神経症の評価、把握および診断について妥当性と信頼性が担保されている¹⁹⁾ GHQ28を用いてメンタルヘルスの評価を行った。その結果、平均的には「臨床上何らかの問題あり」とされる水準には至らなかったものの、特に女性の平均値は健康と判断される最下限の水準であり、全対象者の約2割が「臨床上何らかの問題あり」と判定された。同様の質問紙であるGHQ30を用いた先行研究⁴⁾において、メンタルヘルスに問題が疑われる帰国者は、帰国1年を機に増加し、帰国後3年程度では2割程度の者が該当することが報告されており、本研究の結果と近似している。しかし、GHQ12を用い帰国後10年以上の帰国者を対象とした調査においては、有病率は7割にも達したことが報告されており⁶⁾、本研究とは乖離した結果である。この要因は、調査対象の居住地域や調査人数の違いの他、対象者が日常受けている社会的な支援の程度の差も考えられる。つまり、本研究の対象者は全員がセンターに定期的に通所しており、その通所頻度も比較的高い特徴がある。すなわち、センターでの様々な事業、イベントにより得られる情報や帰国者同士のコミュニティ形成によって、メンタルヘルスに一定の好影響を及ぼしている可能性が考えられた。メンタルヘルスが低下する原因としては、言葉の障壁、地域社会への不適応により誘因されるヘルスケアサービス情報に関するサポート不足、社会的役割形成の困難、低い健康度自己評価などの多要因が関連していることが示唆されており⁶⁾、帰国者のメンタルヘルスを改善するための支援策としてこれら多側面を加味した総合的なプログラムの提供の必要性が指摘されている。

また、GHQ28の「身体的症状」と「不安と

不眠」の下位項目に性差が認められ、女性は男性に比して低い水準であることが示唆された。先行研究で日本人の健常男女において性差は認められておらず、本対象者の特徴として男女のQOLおよびメンタルヘルスの水準が異なる可能性が考えられた。この傾向は帰国者を対象とした先行研究¹⁹⁾でも同様の傾向が報告されており帰国者の特徴といえるかもしれない。ただし、このような傾向が何の要因によるものかは今後の検討課題である。

本研究にはいくつかの限界がある。まず、世代間の差異に関する検討や、QOLおよびメンタルヘルスと身体活動や体力の関連性を検討するに十分な対象者数を有しなかったため、追検討を要する点である。また、居住地区が限定されており、全員がA地区のセンターに通所する者であった。つまり、日本への定着が身心および環境ともに完了し、センターへ通所する必要のない者や、反対に大きな問題を抱え「閉じこもり」様になっている者が含まれていない可能性もあり、一般化可能性に関する限界が考えられた。本研究は、帰国者1世と2世世代を対象としたが、対象者の多くは高齢者であり、また定着の必要要件の一つである日本語能力は平均的には厚生労働省の実態調査と似通った集団であることから、帰国者の現状を検討する上で重要なデータとなり得ると考えられる。

V 結 語

現在の帰国者は、生活習慣病をはじめとした疾病予防や介護予防と密接に関連する日常身体活動量や身体的体力が低水準であり、メンタルヘルスにも何らかの問題がある者が比較的多く潜在していることが示唆された。また、身体的側面と役割／社会的側面に関する健康関連QOLも低水準であった。このような現状は、帰国者の高齢化に伴う健康問題の発生と定住に関わる日本への適応の問題が複合的な原因となり、身心の健康問題が顕在化してきたものと推察される。したがって、帰国者の支援は、長期的な適応の促進を目指し、社会経済的側面、文化的差異、

母文化の保持といった側面からのサポート⁸⁾がかねてより重要視されてきたが、帰国者の身体と心の健康問題に特化した支援策を提供していくことが喫緊の課題と考えられた。

謝辞

本研究の対象者としてご協力いただいた帰国者の皆様に深謝申し上げます。中国語翻訳・資料作成および対象者募集に係るコーディネートは、谷内学氏、江口智彦氏、波賀奈緒美氏、小久江信義氏、李英玉氏はじめ九州中国帰国者支援・交流センターのスタッフの皆様の多大なるご助力を賜った。さらに、各種測定においては、測定補助員として福岡大学スポーツ科学部および中村学園大学栄養科学部の皆様、また通訳として九州中国帰国者支援・交流センター協力員の皆様にご協力を頂いた。本研究は、一般社団法人福岡県中国帰国者自立促進協議会（厚生労働省社会・援護局中国帰国者支援・交流センター運営事業）の委託を受け実施した。

文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/engo/seido02/toukei.html>) 2013.5.9.
- 2) 黄英蓮、依光正哲、「中国帰国者」2世・3世の教育に関する現状と課題。一橋大学経済研究所世代間問題の経済分析ディスカッションペーパーNo.130. 2002 (http://hermes-ir.lib.hit-u.ac.jp/rs/bitstream/10086/14464/1/pie_dp130.pdf)
- 3) 厚生労働省社会・援護局、平成21年度中国残留邦人等実態調査結果報告書。2010.
- 4) 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 (3): 398-424.
- 5) 箕口雅博、中国帰国者へのコミュニティ心理学的接近。現代のエスプリ 1998; 377: 165-78.
- 6) 胡秀英、石垣和子、山本則子、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。日本公衆衛生雑誌 2007; 54 (7): 454-64.
- 7) 胡秀英、中国帰国高齢者の身体機能および主観的健康感に及ぼす太極拳の効果：無作為割付け比較

- 試験. 体力科学 2007; 56(4): 409-17.
- 8) 箕口雅博. 中国帰国者の適応過程に関するプロスペクティブ・スタディー-総合適応指標からみた三年間の適応過程と関連要因の検討-. 現代のエスプリ 2001; 412: 106-18.
- 9) 丹羽郁夫, 箕口雅博. 中国帰国者におけるソーシャル・サポート利用の精神健康への影響. コミュニティ心理学研究 1999; 2(2): 119-30.
- 10) 厚生労働省. 健康づくりのための身体活動基準 2013. 2013.3.18.
- 11) アメリカスポーツ医学会. 運動処方指針-運動負荷試験とプログラム-原著第6版. 東京: 南江堂, 2001.
- 12) Haskell WL, Lee IM, Pate RR, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the american college of sports medicine and the american heart association. Med Sci Sports Exerc 2007; 39(8): 1423-34.
- 13) Kumahara H, Schutz Y, Ayabe M, et al. The use of uniaxial accelerometry for the assessment of physical-activity-related energy expenditure: a validation study against whole-body indirect calorimetry. Br J Nutr. 2004; 91(2): 235-43.
- 14) 進藤宗洋, 田中宏暁, 田中守編. 健康づくりトレーニングハンドブック. 東京: 朝倉書店, 2010; 334-6.
- 15) Ayabe M, Yahiro T, Mori Y, et al. Simple assessment of lactate threshold by means of the bench stepping in older population. Int J Sport Health Sci 2003; 1(2): 207-15.
- 16) 文部科学省. 新体力テスト実施要項 (20歳~64歳対象, 65歳~79歳対象). 1999.
- 17) 中谷敏昭, 灘本雅一, 三村寛一, 他. 30秒椅子立ち上がりテスト (CS-30テスト) 成績の加齢変化と標準値の作成. 臨床スポーツ医学 2003; 20(3): 349-55.
- 18) 中谷敏昭, 灘本雅一, 三村寛一, 他. 日本人高齢者の下肢筋力を簡便に評価する30秒椅子立ち上がりテストの妥当性. 体育学研究 2002; 47(5): 451-61.
- 19) 中川泰彬, 大坊郁夫. 日本版GHQ精神健康調査票手引. 東京: 日本文化科学社. 1985.
- 20) 田崎美弥子, 中根允文. WHOQOL26手引き改訂版. 東京: 金子書房, 2007.
- 21) World Health Organization. WHOQOL-BREF, Introduction, Administration, Scoring and Generic version of the assessment-Field Trial Version - Geneva. 1996.
- 22) 福原俊一, 鈴鴨よしみ. SF-36v2日本語版マニュアル2011年11月 (第3) 版. 京都: NPO健康医療評価研究機構, 2011.
- 23) 厚生労働省. 「健康日本21」最終評価. 2011.
- 24) Tudor-Locke C, Bassett DR Jr. How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. Sports Med. 2004; 34(1): 1-8.
- 25) Singer RN. Professional Practice Physical Activity and Psychological Benefits: A Position Statement International Society of Sport Psychology (ISSP). The Sport Psychologist 1992; 6(2): 199-203.
- 26) Mori Y, Ayabe M, Yahiro T, et al. The effects of home-based bench step exercise on aerobic capacity, lower extremity power and static balance in older adults. Int J Sport Health Sci 2006; 4(2): 570-6.