

[研究論文] 中国におけるリハビリテーションセンター入院中の 患者家族の介護不安に関する調査

花里陽子¹・秋山純和²・霍明³・胡春英⁴・龐紅⁴・常冬梅⁴・劉建華⁴

1 神奈川工科大学看護学部看護学科

2 人間総合科学大学保健医療学部

リハビリテーション学科理学療法専攻

3 姫路獨協大学医療保健学部理学療法学科

4 中国リハビリテーション研究センター

Investigation of the patient during hospitalization at rehabilitation center in China regarding anxiety about family care

Yoko HANAZATO¹, Sumikazu AKIYAMA², Ming HUO³
ChunYing HU⁴, Hong PANG⁴, Dong Mei CHANG⁴, Jian Hhua LIU⁴

Abstract

The purpose of this study was to reveal the relationship of "care anxiety" and ADL of patients and their families in the hospitalization to rehabilitation centers in China. Those survey involved 50. family members of patients who were admitted to the "A rehabilitation center" of China. These patient's impairment was the result of spinal cord injury or brain vascular disease, with the average FIM score of 73.1 (\pm 22.3) points. 86.0% of the families showed "care anxiety" resulting from the mental burden associated with the care of the disabled family member, as well as not knowing how to care for the person. With respect to the ADL of these patients, family "care anxiety" was due to concerns around toilet activity and self care of the patients. The results of this study show the need for support for families of patients with involvement for acceptance of the disability and methods in helping patients who have paralysis with activities of daily living.

Keywords : China, rehabilitation, FIM, care anxiety, family support

1. はじめに

中華人民共和国（中国）では、2013年には65歳以上の高齢者人口が1億3千万人を超え、高齢化率は9.7%に達している¹⁾。また、1982年に22.3%であった出生率は、2010年には11.9%まで低下し、少子高齢化が加速し、世帯規模は、2010年には1世帯3.1人まで減少し¹⁾、高齢者の夫婦のみ世帯や独り暮らし世帯を意味する「空巢化」が増えている²⁾。中国では、かつてない人口規模と速度で人口の高齢化を迎えて

いる。さらに、一人っ子政策により、中国の人口構造、社会構造は偏り、少子高齢化の問題が他国と比べ深刻化しているといわれている²⁾。このような世帯規模の縮小は、高齢者の介護や扶養だけではなく、障害を抱える家族にとっても、深刻な介護の問題が生じると考えられる。特に麻痺などの身体機能障害がある者が自宅で生活する場合、家族への支援が重要であることが報告されている³⁾。

中国において高齢者介護に関する介護負担の報告は散見されるが^{4,5)}、身体機能障害がある者の家族の不安や家族支援に関する調査はみあたらない。

リハビリテーション医療では当然ながら、急性期、回復期リハビリテーション後の社会復帰も視野に、継続した支援が求められている。中国では、少子高齢化による高齢者人口の増加ならびに交通事故や労働災害による障害者の増加から、理学療法士などリハビリテーションの専門職の養成が急務となっていた⁶⁾。A リハビリテーションセンターは、国を代表する施設であり、中国全土から患者が入院している。我々は、国際協力機構 (JAICA) における専門家派遣とカウンターパートとの関係において、中国の代表機関である A リハビリテーションセンターで活動し、また同施設を中心に中国専門家と研究の交流を続けてきた⁶⁻¹⁰⁾。

本研究では、リハビリテーションセンターを退院後、介護を担う家族の介護不安を明らかにすることで、中国におけるリハビリテーションセンターの患者家族が置かれている介護の現状の把握と今後の家族支援の一助とし本調査を実施した。家族の介護不安を分析し若干の知見を得たので報告する。

2. 研究目的

本研究は、A リハビリテーションセンターに入院中の患者家族への調査から、家族の介護不安を把握し、ADL と介護不安との関連を明らかにすることを目的とした。

3. 研究方法

調査対象者は、A リハビリテーションセンターに入院している麻痺など重度障害のある患者の家族 50 名である。対象者の選定は、家族用説明文書をもとに、A リハビリテーションセンターの部門責任者より、調査目的、方法、個人情報保護についての説明を行い、調査協力への同意が得られた家族とした。調査員となるリハビリスタッフには、調査実施の手引きを作成し、留意事項を確認した。調査員となったリハビリテーションスタッフは、日本語と中国語ができるスタッフを選定した。調査票は日本語で作成したものを中国語に翻訳し、プレテストを行い再翻訳により確認した。

調査方法は、留置法で行い、調査員が配布、回収を行い、回収時に記入漏れの確認をし、記入漏れがある場合は聞き取りを行った。調査期間は平成 26 年 10 月から 12 月であった。

調査項目は、家族の基本属性として年齢、性別、学歴、退院後の介護の状況として介護不安の有無、不安の内容、介護意識¹¹⁾、介護サービス利用意向、退院後の主介護者、介護が必要な患者の背景として

居住形態、世帯構成、経済状況、機能的自立度評価法 (functional independence measure ; FIM)¹²⁾、疾病、障害部位とした。FIM は、実際の日常生活動作 ADL (Activities of Daily Living) を評価する方法で、特に介護負担度の評価が可能であり、ADL の評価法の中でも信頼性、妥当性があり広く活用されている。また、リハビリテーション専門職でなくても評価ができること、介護分野でも幅広く利用していること、介助量の評価が容易であることから本調査で利用した。この FIM は、運動項目 13 項目、認知項目 5 項目の全 18 項目を介助量に応じて 7 段階で評価する。最高点は 126 点、最低点は 18 点で、点数が高いほど自立度が高いことを意味している。

分析には、IBM SPSS Statistics version 22 を用いた。各変数は度数分布、記述統計量を算出し、介護不安の有無と ADL 関連は、 χ^2 検定を行った。有意水準は 5%未満とした。

本調査の倫理的配慮として、家族に対し、研究目的と方法、匿名性等を説明し、調査票回答をもって同意したこととした。また、調査に協力できない場合でもリハビリテーションに影響はないことを説明した。本研究は人間総合科学大学倫理審査委員会の承認 (第 422 号) を得て行われた。

4. 結果

4.1. 家族の特性 (表 1)

家族の特性を表 1 に示した。家族の平均年齢は、40.2±11.8 歳と若く、性別は、男性 22 名 (44.9%)、女性 27 名 (55.1%) であった。学歴は、大学卒が最も多く 23 名 (46.9%)、次いで高等学校 10 名 (20.4%) であり、大学卒業以上の学歴が半数以上を占めた。入院中の患者との関係では、自分の子どもが最も多く 15 名 (30.6%)、次いで母親 12 名 (24.5%)、父親 4 名 (8.2%)、夫 4 名 (8.2%)、妻 4 名 (8.2%) で、夫婦または親子が中心であった。患者が退院した後、主に介護する者は、患者の親 18 名 (36.0%) か、子ども 9 名 (18.0%) が中心であり、家族以外には家政婦 9 名 (18.0%) が介護者であった。公的サービスの利用意向については、利用したいと希望する家族が 42 名 (85.7%) おり、多くの家族が社会的支援を希望していた。退院後の介護不安では、介護不安がある者が 43 名 (86.0%) おり、介護不安がない者は 7 名 (14.0%) であった。

表1 家族の特性		N=50(人)	
		Mean ± SD	Range
年齢		40.2 ± 11.8	21-72
		n	(%)
性別	男	22	44.9%
	女	27	55.1%
学歴	小学校	4	8.2%
	中学校	7	14.3%
	高等学校	10	20.4%
	大学	23	46.9%
	大学院	4	8.2%
	その他	1	2.0%
入院患者との関係	父	4	8.2%
	母	12	24.5%
	義理の父	1	2.0%
	夫	4	8.2%
	妻	4	8.2%
	子ども	15	30.6%
	兄弟姉妹	3	6.1%
	祖父母	1	2.0%
	その他	5	10.2%
退院後の主介護者	患者自身	4	8.0%
	子ども	9	18.0%
	親	18	36.0%
	家政婦	9	18.0%
	介護サービス	3	6.0%
	その他	7	14.0%
公的サービス利用意向	あり	42	85.7%
	なし	7	14.3%
介護不安の有無	あり	43	86.0%
	なし	7	14.0%

欠損値があり総数が50に満たない項目あり。

4.2. 家族の介護不安の内容と介護意識 (表2, 表3)

家族の介護不安の有無では、86.0%の家族が介護に対する不安があると回答していた。家族がどのような不安を感じているのか、その内容を表2に示した。家族が感じている不安は、「精神的負担になること」、「介護の仕方がわからないこと」が23名(53.5%)で最も多く、「障害が残ること」が20名(46.5%)、「経済的負担」が19名(44.2%)、「時間が拘束されること」14名(32.6%)であった。

家族の介護意識では(表3)、「家族の介護が当然だと思う」と回答した者が30名(85.7%)、「家族だけで介護するのは大変である」が30名(81.1%)、「家族が介護しないのは世間体が悪い」が28名(82.4%)、「要介護者が反対でも公的サービスは利用すべきである」が26名(81.3%)であった。家族介護を当然としながらも、公的サービス利用ニーズは高かった。

表2 家族の介護不安の内容		N=50 (人)	
		不安に思う n (%)	不安ではない n (%)
精神的負担になること		23 (53.5%)	20 (46.5%)
介護の仕方がわからない		23 (53.5%)	20 (46.5%)
時間が拘束される		14 (32.6%)	29 (67.4%)
障害が残る		20 (46.5%)	23 (53.5%)
経済的負担		19 (44.2%)	24 (55.8%)

欠損値があり総数が50に満たない項目あり。

表3 家族の介護意識		N=50 (人)	
		そう思う n (%)	思わない n (%)
家族が介護するのは当然である		30 (85.7%)	5 (14.3%)
家族だけで介護するのは大変である		30 (81.1%)	7 (18.9%)
家族を介護しないのは世間体が悪い		28 (82.4%)	6 (17.6%)
要介護者が反対でも公的サービスは利用すべき		26 (81.3%)	6 (18.8%)

欠損値があり総数が50に満たない項目あり。

4.3. 入院患者の特性 (表4)

入院患者の特性を表4に示した。患者の年齢は、34.1±17.5歳で若い者が多かった。居住形態は、持家19名(39.6%)、賃貸17名(35.4%)、公社12名(25.0%)であった。経済的状況として、退院後の生活費は、十分にある者が6名(12.0%)、困らない程度ある者が22名(44.0%)、やや困っている者が12名(24.0%)、大変困っている者が10名(20.0%)であった。医療費の支払いでは、自費が最も多く23名(46.0%)、次いで公費15名(30.0%)、保険12名(24.0%)であった。

世帯構成は、2世代同居が最も多く23名(46.0%)で、夫婦のみ世帯が12名(24.0%)、3世代同居7名(14%)、単身5名(10.0%)の順であった。

患者は、中国全土17の地域から北京にあるAリハビリテーション研究センターへ入院していた。山西省7名(14%)、河南省6名(12%)、北京市、河北省が各5名(10%)、山東省4名(8%)、陝西省、湖北省、広東省が各3名(6%)、内モンゴル自治区、安徽省、福建省、上海市が各2名(4%)、浙江省、重慶市、四川省、吉林省、甘粛省が各1名(2%)であった。

リハビリテーションが必要となった原因は、本調査においては、脊髄損傷が最も多く30名(61.2%)、次いで脳血管疾患15名(30.6%)、整形外科疾患3名(6.1%)であった。障害の程度では、両下肢麻痺21名(42.9%)、片麻痺14名(28.6%)、四肢麻痺6名(12.2%)、筋力低下11名(22.4%)、疼痛2名(4.1%)、高次脳機能障害2名(4.1%)、関節可動

域障害 9 名 (18.4%) であった。FIM 得点の合計は、 73.1 ± 22.3 点 (22-112) であった。

表4 入院患者の特性 $N=50$ (人)

		Mean \pm SD	Range
年齢		34.1 ± 17.5	10-62
		n	(%)
居住形態	持家	19	39.6%
	賃貸	17	35.4%
	その他(公社)	12	25.0%
生活費	十分ある	6	12.0%
	困らない程度ある	22	44.0%
	やや困っている	12	24.0%
	大変困っている	10	20.0%
医療費の支払い	保険	12	24.0%
	自費	23	46.0%
	公費	15	30.0%
世帯構成	夫婦のみ	12	24.0%
	2世代同居	23	46.0%
	3世代同居	7	14.0%
	単身	5	10.0%
	その他	3	6.0%
患者の住まい	山西省	7	14.0%
	河南省	6	12.0%
	北京市	5	10.0%
	河北省	5	10.0%
	山東省	4	8.0%
	陝西省	3	6.0%
	湖北省	3	6.0%
	広東省	3	6.0%
	内モンゴル自治区	3	6.0%
	安徽省	2	4.0%
	福建省	2	4.0%
	上海市	2	4.0%
	浙江省	1	2.0%
	重慶市	1	2.0%
	四川省	1	2.0%
	吉林省	1	2.0%
	甘肅省	1	2.0%
疾病	脳血管疾患	15	30.6%
	脊髄損傷	30	61.2%
	整形外科疾患	3	6.1%
	その他	1	2.0%
障害部位 (複数可)	片麻痺	14	28.6%
	両下肢麻痺	21	42.9%
	四肢麻痺	6	12.2%
	疼痛	2	4.1%
	筋力低下	11	22.4%
	関節可動域障害	9	18.4%
	高次脳機能障害	2	4.1%
	その他	3	6.1%
FIM 得点	合計	73.1 ± 22.3	(22-112)

欠損値があり総数が50に満たない項目あり。

4.4. 患者の FIM 分布 (表 5) と ADL と介護不安の関係 (表 6)

患者の ADL 状況を表 5 に示した。完全に自立している項目を運動項目、認知項目別にみると、セルフケアでは、食事、整容、更衣 (上半身) で完全自立の割合が高かった。認知項目では、コミュニケーション、社会的認知の各項目で完全自立の割合が高かった。FIM 得点分布で 25% (中等度) 以上の介護を必要とする項目をみると、清拭、更衣 (上半身)、トイレ動作、排泄コントロール、移乗、移動で介護を必要としていた。そのうち、100% (全介護) の介護が必要な項目は、セルフケア (下半身更衣、トイレ動作)、排泄コントロール (排尿・排便管理)、トイレ移乗、階段移動で、FIM 得点の分布から、排泄に関連する介護が多かった。

ADL と家族の介護不安の関連では (表 6)、セルフケアのトイレ動作と介護不安との関連が認められた ($p<0.05$)。

5. 考察

入院患者の年齢、家族の年齢ともに 30 歳～40 歳代が多かった。これは、本調査対象者の 50 名のうち 30 名が脊髄損傷であり、脊髄損傷の原因は¹³⁾、交通事故、転落、転倒と考えられ、若年に多いといった日本の現状と同じような傾向にあると推測される。30 名の脊髄損傷患者のうち、四肢麻痺が 12.2%あり、重度障害を抱えていた。脊髄損傷や脳血管疾患による麻痺は当然ながら治癒することではなく、身体に機能障害が残るため、本人だけでなく家族にとっても、障害の受容、就労の問題や経済的な問題、介護の問題など社会復帰には多くの課題に直面することになると推察される。梁らが中国で実施した、大学生の親に対する介護意識の調査では¹⁴⁾、将来介護者となったときに困ることとして、ストレスや精神的負担が大きいこと、介護の仕方がわからないこと、知識がないこと、仕事に出られないこと、自由に行動できないことが報告されており、本調査結果と同様であった。家族の介護不安として、介護の仕方がわからないことや精神的負担、障害が残ることが介護を担うことになる家族の不安であることがわかった。

家族の介護不安と関連のあった ADL は、セルフケアのトイレ動作であった。このトイレ動作で評価する内容は、排尿や排便の前後にズボンや下着の上げ下ろし、排泄後の陰部の清潔を保つことができるかという内容である。排泄に関連する項目に着目するとセルフケアのトイレ動作、排泄コントロール、トイレ移乗といった排泄の一連の動作に全介護が必要であり、特にトイレ介護が家族の不安や負担につながっていることが考えられた。

表5 患者のADL (FIM 得点の分布)

N=50(人)

		完全自立	修正自立	監視指示促し	25%介助	50%介助	75%介助	100%介助
		7点 n (%)	6点 n (%)	5点 n (%)	4点 n (%)	3点 n (%)	2点 n (%)	1点 n (%)
運動項目	セルフケア							
	食事	40 (83.3%)	4 (8.3%)	3 (6.3%)	0 (0.0%)	1 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	整容	23 (46.9%)	8 (16.3%)	8 (16.3%)	3 (6.1%)	3 (6.1%)	2 (4.1%)	2 (4.1%)
	清拭	5 (10.4%)	5 (10.4%)	9 (18.8%)	10 (20.8%)	8 (16.7%)	5 (10.4%)	6 (12.5%)
	更衣：上半身	16 (32.3%)	5 (10.4%)	7 (14.6%)	4 (8.3%)	5 (10.4%)	4 (8.3%)	7 (14.6%)
	更衣：下半身	5 (10.4%)	6 (12.5%)	7 (14.6%)	7 (14.6%)	7 (14.6%)	5 (10.4%)	11 (22.9%)
	トイレ動作	3 (6.1%)	6 (12.2%)	6 (12.2%)	9 (18.4%)	9 (18.4%)	5 (10.2%)	11 (22.4%)
	排泄コントロール							
	排尿管理	4 (8.2%)	7 (14.3%)	6 (12.2%)	11 (22.4%)	5 (10.2%)	3 (6.1%)	13 (26.5%)
	排便管理	4 (8.3%)	4 (8.3%)	9 (18.8%)	8 (16.7%)	6 (12.5%)	5 (10.4%)	12 (25.0%)
移動	移乗							
	ベッド、車椅子、椅子	7 (14.3%)	8 (16.3%)	4 (8.2%)	11 (22.4%)	7 (14.3%)	5 (10.2%)	7 (14.3%)
	トイレ動作	7 (14.9%)	7 (14.9%)	6 (12.8%)	4 (8.5%)	5 (10.6%)	7 (14.9%)	11 (23.4%)
	浴室・シャワー	2 (4.2%)	6 (12.5%)	7 (14.6%)	7 (14.6%)	5 (10.4%)	11 (22.9%)	10 (20.8%)
	移動							
	歩行・車椅子	10 (21.3%)	11 (23.4%)	6 (12.8%)	5 (10.6%)	5 (10.6%)	2 (4.3%)	8 (17.0%)
認知項目	階段	3 (6.5%)	8 (17.4%)	6 (13.0%)	3 (6.5%)	5 (10.9%)	4 (8.7%)	17 (37.0%)
	コミュニケーション							
	理解	31 (63.3%)	8 (16.3%)	4 (8.2%)	2 (4.1%)	0 (0.0%)	3 (6.1%)	1 (2.0%)
	表出	33 (68.8%)	7 (14.6%)	4 (8.3%)	2 (4.2%)	0 (0.0%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)
	社会的認知							
	社会的交流	29 (59.2%)	8 (16.3%)	5 (10.2%)	1 (2.0%)	4 (8.2%)	0 (0.0%)	2 (4.1%)
社会的認知	問題解決	23 (46.9%)	10 (20.4%)	5 (10.2%)	5 (10.2%)	3 (6.1%)	1 (2.0%)	2 (4.1%)
	記憶	36 (73.5%)	4 (8.2%)	1 (2.0%)	3 (6.1%)	2 (4.1%)	2 (4.1%)	1 (2.0%)

1)7段階の評価で点数が高いほど自立していることを示す(18～126点).

2)網掛け部分は最も割合の多かった項目である.

3)欠損値があり総数が50に満たない項目あり.

表6 ADLと家族の介護不安との関連

N=50(人)

		自立群		軽度介助群		重度介助群		χ^2 検定
		不安の有無	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
セルフケア	食事	有	40 (83.3%)	1 (2.1%)	0 (0.0%)			n.s.
		無	7 (14.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)			
	整容	有	33 (67.3%)	6 (12.2%)	3 (6.1%)			n.s.
		無	6 (12.2%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)			
	清拭	有	15 (31.3%)	16 (33.3%)	10 (20.8%)			n.s.
		無	4 (8.3%)	2 (4.2%)	1 (2.1%)			
	更衣：上半身	有	22 (45.8%)	9 (18.8%)	10 (20.8%)			n.s.
		無	6 (12.5%)	0 (0.0%)	1 (2.1%)			
	更衣：下半身	有	13 (27.1%)	13 (27.1%)	15 (31.3%)			n.s.
		無	5 (10.4%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)			
排泄コントロール	トイレ動作	有	10 (20.4%)	17 (34.7%)	15 (30.6%)			*
		無	5 (10.2%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)			
	排尿管理	有	13 (26.5%)	14 (28.6%)	15 (30.6%)			n.s.
		無	4 (8.2%)	2 (4.1%)	1 (2.0%)			
	排便管理	有	13 (27.1%)	12 (25.0%)	16 (33.3%)			n.s.
		無	4 (8.3%)	2 (4.2%)	1 (2.1%)			
移乗	ベッド、車椅子、椅子	有	16 (32.7%)	15 (30.6%)	11 (22.4%)			n.s.
		無	3 (6.1%)	3 (6.1%)	1 (2.0%)			
	トイレ動作	有	15 (31.9%)	8 (17.0%)	17 (36.2%)			n.s.
		無	5 (10.6%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)			
	浴室・シャワー	有	12 (25.0%)	9 (18.8%)	20 (41.7%)			n.s.
		無	3 (6.3%)	3 (6.3%)	1 (2.1%)			
移動	歩行・車椅子	有	22 (46.8%)	9 (19.1%)	9 (19.1%)			n.s.
		無	5 (10.6%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)			
	階段	有	14 (30.4%)	6 (13.0%)	19 (41.3%)			n.s.
		無	3 (6.5%)	2 (4.3%)	2 (4.3%)			
	コミュニケーション	有	37 (75.7%)	1 (2.0%)	4 (8.2%)			n.s.
		無	6 (12.2%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)			
社会的認知	表出	有	38 (79.2%)	1 (2.1%)	2 (4.2%)			n.s.
		無	6 (12.5%)	1 (2.1%)	0 (0.0%)			
	社会的交流	有	35 (71.4%)	5 (10.2%)	2 (4.1%)			n.s.
		無	7 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)			
	問題解決	有	32 (65.3%)	7 (14.3%)	3 (6.1%)			n.s.
		無	6 (12.2%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)			
	記憶	有	35 (71.4%)	4 (8.2%)	3 (6.1%)			n.s.
		無	6 (12.2%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)			

 χ^2 検定: * p<.05, n.s(not significant)

自立: 7点 (完全自立), 6点 (修正自立), 5点 (指示促し)

軽度介助: 4点 (25%介助), 3点 (50%介助)

重度介助: 2点 (75%介助), 1点 (100%介助)

本調査の結果から、患者同様に家族に対する障害受容に向けたかかわりや、麻痺のある患者の ADL 指導など、家族への支援もリハビリテーションスタッフにより求められていることがわかった。

我々は、JICA を通じてリハビリテーション専門職の育成に協力してきたが、本調査から、リハビリテーション病院の機能である、医療の場から社会への橋渡しを円滑に行うためには、家族への支援の充実が必要であることが明らかとなった。

今回の調査では、一施設の調査であったことから、他施設や日本との比較検討は次の課題としたい。

また、本研究では脊髄損傷の患者が中心であったが、要介護の原因として最も多い脳血管疾患患者の介護に関しては、報告を準備中である。

なお研究結果は、第 17 回理学療法科学学会国際学術大会で発表した内容¹⁵⁾に加筆修正したものである。

引用文献

- [1] Science potal China: 中国統計年鑑 2013 年版, 第 3 章人口 : <http://www.spc.jst.go.jp/statistics/stats2013/index.html> (2015 年 8 月)
- [2] 沈潔: 特集中国の社会保障, 社会保障と介護福祉, 海外社会保障研究, 189, 32-43, (2014)
- [3] 河原加代子, 小泉美佐子, 矢島まさえ他: 脳血管障害者の家族の介護場面に生じる困難に対する効果的な支援方法の検討, Kitakannto Med.J, 50(3), 267-274, (2000)

- [4] 権海善, 奥野純子, 深作貴子他: 中国北部に在住の朝鮮族と漢族の要介護高齢者の介護者の介護負担感に影響する要因, 日本公衛誌, 57(9), 816-824, (2010)
- [5] 馮巧蓮, 堀口逸子, 清水隆司他: 中国瀋陽市における高齢者介護必要者とその家族介護者の現状調査 - 介護負担を中心として -, 民族衛生, 73(1), 3-13, (2007)
- [6] 霍明, 藤沢しげ子, 丸山仁司, 李建軍, 陳立嘉, 魯哲: 中国における理学療法士の実態調査, 理学療法科学, 1(4), 269-274, (2004)
- [7] 丸山仁司, 藤沢しげ子, 霍明: 中国における理学療法教育への国際協力, 理学療法ジャーナル, 38(12), 1013-1019, (2004)
- [8] 秋山 純和: 中華人民共和国における神経筋促通法指導, PNF リサーチ, 5(1), 61-65, (2005)
- [9] 藤沢しげ子, 石井博之, 秋山純和他: JICA 中国リハビリテーション専門職養成プロジェクト終了報告, 国際医療福祉大学紀要, 11(2), 29-36, (2007)
- [10] 富田浩, 秋山純和, 霍明他: 中国における小児理学療法, 人間総合科学 24 号, 57-66, (2013)
- [11] 安梅勅江, 鈴木英子: 家族の介護意識と要介護者の自己決定阻害の関係に関する研究, 厚生の指標, 53(8), 25-33, (2006)
- [12] Granger CV, et al.: Advances in functional assessment for medical rehabilitation. Top Geriatr Rehabil 1, 59-74, (1986)
- [13] 新宮彦助: 脊髄損傷の疫学と予防, 整形外科と災害外科, 41(6), 745 - 752, (1998)
- [14] 梁春玉, 高橋謙造, 王徳文他: 中国における初代目一人っ子の親世代の高齢者介護に関する意識(第1報), 民族衛生, 71(6), 235-243, (2005)
- [15] 秋山純和, 花里陽子, 霍明, 胡春英, 扈紅, 常冬梅, 劉建華: 家族の介護不安 - リハビリテーションセンター入院中患者の家族への実態調査, 理学療法科学, 30(2), 33, (2015)