

原 著

## 中国残留日本人孤児とその配偶者の予防的保健行動

— 関連要因の検証 —

綱脇 慎治<sup>1)</sup>, 秋山 智<sup>2)</sup>, 西川まり子<sup>3)</sup>

### 要 旨

中国残留日本人孤児は、帰国後に適応過程や医療受診時に問題を抱えやすい特徴がある。彼らとその配偶者の帰国後の予防的保健行動と属性、受療行動・健康認識、社会的支援状況との関連要因を検証して、健康を保持する為の示唆を得ることを目的とした。分析対象は、中国・四国地方の中国帰国者支援・交流センターの、中国残留日本人孤児とその配偶者 122 名とした。質問紙は、宗像らの予防的保健行動尺度 21 項目と、属性、受療行動・健康認識、社会的支援状況との関連を軸に、中国語へ翻訳して構成した。比較分析の結果、予防的保健行動の得点が有意に高かったのは、1) 属性の中から、家族有り世帯、2) 受療行動・健康認識の中から、健康をより良くする為の知識を持っていると捉えていた群、3) 社会的支援状況からは、日本語通訳の存在がある群であった。これらから、単身者への健康に関する情報提供や、通訳を含む対人援助への環境づくりの必要性が示唆された。

キーワード：中国残留日本人孤児，配偶者，高齢者，予防的保健行動

### Original Article

#### Preventive health behavior for Japanese orphans from China and their spouses: Investigation to determine relevant factors

Shinji Tsunawaki<sup>1)</sup>, Satoru Akiyama<sup>2)</sup>, Mariko Nishikawa<sup>3)</sup>

### Abstract

After Japanese orphans leave China to return to Japan, special factors cause problems to arise during the process of adaptation and when receiving medical evaluations. In order to understand how best to maintain the health of these orphans and their spouses after repatriation, we investigated their preventive health behaviors and attributes, medical treatment reception behaviors and knowledge of health, social support, and related factors. Subjects for analysis were 122 Japanese orphans and their spouses who live in the Chugoku region and on the island of Shikoku, and who are being supported by one of the China returnee support centers. The survey sheet, translated into Chinese, was composed of Munakata et al's 21-item preventive health behavior scale, attribute measures, medical treatment reception behavior and knowledge of health, social support, and related key points. The results of the comparative analysis show that the statistically significant factors for preventive health behavior were: 1) within the attributes measured, the presence of a family; 2) within the area of medical treatment reception behavior and knowledge of health, the group that possessed and understood knowledge relating to improving one's health; and 3) within the area of social support, the group that was provided with Japanese interpretation.

These results imply that it is necessary to provide information about health to people living alone, and to create an environment with an eye toward personal assistance, including interpretation service.

Key words: Japanese orphans from China, spouse, the elderly, preventive health behavior

1) 聖マリア学院大学看護学部 (Faculty of Nursing, St. Mary's University)

2) 広島国際大学看護学部 (Faculty of Nursing, Hiroshima International University)

3) 人間環境大学看護学部 (Faculty of Nursing, Human Environments University)

## I. はじめに

1972年の日中国交正常化を契機として、2017年5月末現在で中国残留日本人孤児と家族を含めた20,899人が中国から日本へ永住帰国している。現在の帰国者数は、1987年から1990年を最盛期に減少傾向にある。40年近くを中国で習慣や社会体制の異なる生活をしてきたため、日本文化にほとんど馴染みがなく帰国後は、ことばの壁や異文化の壁に直面しながら生活をしている（春田ら、1990；胡ら、2007）。また、家族形態や職歴は多様で生育歴・年齢・学歴も千差万別である（八木、1996）。そのため、帰国後20年以上経過しているものも多いが、未だ通訳を必要としている状況である。

現在の対象者は、平均年齢が71.6歳と高齢化が進み、将来の課題の大半は健康状態に関する問題である（厚生労働省、2009）。今後は高齢化がさらに進み、健康問題を抱えやすい対象者は、医療機関を受診する機会が増すことが予測される。しかし、我が国の医療機関受診に伴う外国人の医療上の課題は、ことば、文化・習慣の違い、保健や医療に関するシステムの問題による誤解が生じやすいことが報告されている（百瀬ら、1995；長谷川ら、2002；高山ら、2002）。すなわち、対象者も日本へ帰国後に同様の課題を抱えている可能性が考えられ、日常生活の中で何らかの病気を避ける行動を行っているかと推察する。

積極的な保健行動をとる人は、社会的支援に恵まれた人であり、特に家族からの支援が影響している。また、安心感や信頼感が得られる情緒的支援、情報提供など問題解決の方法が得られる手段的支援が適切であれば、保健行動の動機へ影響を及ぼすことが述べられている（Munakata, 1982；宗像, 1996）。中国の都市高齢者は、一般的に集合住宅団地に居住し

ており、外の庭園などで雑談する習慣がみられ、病気症状の有無に関わらず近所付き合いの頻度が高くなることが報告されている（艾ら、2006）。しかし、日本へ帰国後の世帯状況は、子との同居割合が少なく、単身もしくは夫婦のみで暮らしている割合が高い（厚生労働省、2009）。そのため中国では、情緒的支援や手段的支援を受けやすい環境であるが、日本ではその逆の環境となる可能性が高い。よって、中国での生活に比べ日本では、積極的な保健行動を起こしにくいことが考えられる。日本の各地域で孤立せず安心して老後を暮らしていくためには、普段の日常生活の中で予防的保健行動を高め、医療や介護を要する状態を予防していくことが重要となる。

以上のことから、本研究では、対象者の予防的保健行動と属性、受療行動・健康認識、社会的支援状況について調査を行い関連要因について検証した。

### 【用語の定義】

1. 予防的保健行動：あらゆる病気予防のための行動や、病気の早期発見のために行う行動とする。
2. 中国残留日本人孤児（中国帰国者1世）：以下の3要件が揃った人を指す。
  - 1) 戸籍の有無に関わらず、日本人を両親として出生し、日本人として国が認めている人とする。
  - 2) 1945年8月9日のソ連侵攻以来の混乱により、中国で保護者と死別または生別した人とする。
  - 3) 終戦当時の年齢が13歳未満で、引き続き中国に残留し成長した人とする。
3. 配偶者：帰国後の中国残留日本人孤児の、中国人も含む配偶者とする。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

自記式質問紙による集合質問紙調査研究。

### 2. 調査対象

中国・四国地方の中国帰国者支援・交流センターに登録している、中国残留日本人孤児及びその配偶者を合わせた 150 名である。

### 3. 調査方法

中国・四国中国帰国者支援・交流センターで開催されている、日本語教室への参加者に対して、教室の終了後に通訳者である支援相談員と共に、中国語記載した文書と通訳で説明し同意を得た。自記式質問紙調査用紙を配布後、調査票に記入してもらい回収箱へ投函したことにより同意を得たものとした。

### 4. 調査期間

2013年8月から2013年12月まで。

### 5. 質問紙の構成

質問紙は4部で構成した。また、概念枠組みは Becker, et al. (1974) の Health Belief Model を参考とした。一部では、対象者に関する基本的な事項として1) 基本属性である、(1) 対象者の続柄、(2) 性別、(3) 年齢、2) 社会背景は、語学力を含む(1) 帰国年数、(2) 職業の有無、(3) 婚姻状況、(4) 家族構成、(5) 学歴、(6) 日本語を話す力、(7) 日本語を読む力、3) 居住地は、(1) 中国の居住地、(2) 日本の住居について質問した。箕口ら(1995)の研究では、日本語学習歴のある群の方が、社会資源の利用度が高いことが報告されている。また、日本語の学習歴は、ストレス要因よりサポート要因との関連がみられている。対象者の多くは日本の語学力に問題を抱えており、社会活動へ

参加することや、社会的支援を受けるためには、語学力が必要となる。

二部は予防的保健行動を測定する目的で、宗像ら(1996)が開発した予防的保健行動尺度を中国語に翻訳して用いた。本尺度は21項目で構成されており、食事(11項目)、睡眠(4項目)、運動(3項目)、環境(3項目)となっている。1「はい」、2「いいえ」、3「どちらでもない」、の選択の中で1「はい」と答えた場合を1点、2「いいえ」、3「どちらでもない」と答えた場合は加点しないとして、1から21の項目を加算したものを指標とした尺度であり、信頼性係数は $\alpha = 0.7387$ である。

三部では受療行動・健康認識について、4つの観点から質問項目を構成した。ことばや文化・習慣の違いにより、日本の保健医療機関を活用できていない可能性が考えられる。また、保健医療に満足を得ることができていなければ、保健行動を起こす、もしくは起こさないに関わると推察する。これらのことより、(1) 日本の保健医療に対する満足度、(2) 保健医療機関の活用状況、(3) 主観的健康状態、(4) 健康をよりよくするための知識について調査した。

四部は社会的支援状況について、(1) 帰国者同士の交流、(2) 帰国者以外の交流、(3) 日本語通訳を依頼できる存在の有無、(4) 依頼できる通訳者を調査した。

質問紙の作成は、中国人研究者1名と中国・四国中国帰国者支援・交流センターに所属し、普段より翻訳業務を行なっている生活相談員2名で行った。また、質問内容は1項目ずつ中国人研究者が日本語から中国語へ翻訳し、日本人翻訳者が逆翻訳を行い内容の確認作業を行った。最終的に、中国残留日本人孤児とその配偶者に質問内容の確認を求めてから質問紙を完成させ、翻訳に伴う誤差が最小限となるように留意した。

## 6. 分析方法

統計的分析には SPSS17.0 J for Windows を用いた。予防的保健行動尺度と属性、受療行動・健康認識、社会的支援状況との比較、2 項目間は t 検定、3 項目以上の検定には Kruskal-Wallis 検定を行なった。有意差検定の信頼度は 5% 以下 ( $p < 0.05$ ) を有意とした。

## 7. 倫理的配慮

この研究は、広島国際大学医療研究倫理委員会の審査、承認を得て実施した（承認番号：倫 13-57）。研究対象者の国籍は日本であるが、中国で約 40 年を過ごしているため、日本語の理解力に差がある。このことから、中国語版と日本語版の研究協力の依頼文書と調査説明文書を準備し、研究対象者へ配布した後に、通訳と共に説明を口頭で行った。調査協力への同意については、研究への参加は研究対象者の自由意思であり、参加及び途中でも中断ができることを伝え、調査票の回収をもって研究に参加及び協力することに同意が得られたと判断した。

集合質問紙調査を行うため、研究に関する質問があった場合には、通訳者と共にその場で対応を行った。得られたデータから、個人が特定できない形で統計的処理を行った。また、鍵のかかる保管庫でデータを厳重に管理し、調査の集計が終了したあとにシュレッダーを用いて裁断後に破棄した。

研究結果の公表については、個人が特定されないように配慮し、研究目的以外に使用しないことを遵守した。団体名の公表については、対象者と団体代表者の承諾を得た。

## III. 結果

### 1. 対象者に関する基本的な事項（属性）

対象者の基本属性を表 1 に示す。調査協力の同意が得られた 133 名に配布した。123 名

(92.5%) が回収され、回答に欠損がない 122 名（有効回答率 99.1%）を分析対象とした。

#### 1) 属性

続柄は中国帰国者 1 世 66 名（54.1%）、配偶者 56 名（45.9%）であった。性別は男性 50 名（41.0%）、女性 72 名（59.0%）、調査時の平均年齢は  $70.8 \pm 5.7$  歳であった。

#### 2) 社会背景

中国から日本へ帰国後年数の範囲は、7 年から 50 年で、平均は 23 年であった。婚姻状況では、未婚者はおらず家族構成は、夫婦のみが最も多く 98 名（80.3%）、次いで単身者 17 名（13.9%）であった。最終学歴は、小学校が最も多く 38 名（31.1%）であり、未就学は 13 名（10.7%）であった。日本語を話す力は、「買い物、交通機関の利用に不自由しない」47 名（38.5%）が最も多く、「全く話せない」は 8 名（6.6%）であった。日本語を読む力については、「回覧板や通知文が理解できる」51 名（41.8%）が最も多く、「全く読めない」は 20 名（16.4%）であった。現在の日本の住居は、公営住宅が最も多く 100 名（82.0%）、次いで賃貸住宅 12 人（9.8%）であった。

#### 3) 単身者の詳細

単身者の詳細を表 2 に示す。単身者 17 名の詳細は、続柄において中国帰国者 1 世 10 名（58.8%）、配偶者 7 名（41.2%）であり、性別は男性 2 名（11.8%）、女性 15 名（88.2%）であった。年齢は 70-74 歳が 12 名（70.6%）と最も多かった。また帰国年数は、20 年以上が 13 名（76.5%）と最も多かった。最終学歴は、小学校の 6 名（35.3%）が最も多く、次いで中学校 4 名（23.5%）であった。

### 2. 受療行動・健康認識及び知識

受療行動・健康認識及び知識を表 3 に示す。日本の医療への満足感は、「かなり満足してい

る」,「やや満足している」を合わせると 112 名 (91.8%) であり, 9 割を超えていた. 医療機関の活用は,「出来ている」を 65 名 (53.3%) が選んでおり,「どちらともいえない」,「できていない」は, 49 名 (40.2%) であった. 主観的健康状態は,「とてもよい」,「まあよい」を合わせると 68 名 (55.8%) であり, 5 割を

超えていた. 本人が健康をより良くする為の知識を持っていると捉えていた群は,「十分にもっている」,「少しはもっている」を合わせると 76 名 (62.3%) であり,「あまりもっていない」,「全くもっていない」を選んだ人は 42 名 (34.4%) であった.

表 1. 基本属性

項 目		n ( % )	Mean	SD	Mode			
続柄	中国帰国者 1世	66 (54.1)	70.8	5.7	70			
	1世の配偶者	56 (45.9)						
性別	男性	50 (41.0)						
	女性	72 (59.0)						
年齢	64歳以下	16 (13.1)						
	65-69歳	20 (16.4)						
	70-74歳	56 (45.9)						
	75歳以上	30 (24.6)						
帰国後の年数	10年未満	9 (7.4)				22.9	7.9	18
	10年-19年	51 (41.8)						
	20年以上	60 (49.2)						
	無回答	2 (1.6)						
婚姻状況	既婚	122 (100.0)						
	未婚	0 (0.0)						
家族構成	夫婦のみ世帯	98 (80.3)						
	単身者	17 (13.9)						
	三世代世帯	2 (1.6)						
	夫婦と未婚の子のみの世帯	2 (1.6)						
	ひとり親と未婚の子のみの世帯	1 (1.0)						
	無回答	2 (1.6)						
学歴	未就学	13 (10.7)						
	小学校	38 (31.1)						
	中学校	28 (23.0)						
	高校	21 (17.2)						
	専門学校	12 (9.8)						
	大学	8 (6.6)						
	無回答	2 (1.6)						
日本語を話す力	日常のほとんどの会話に不自由を感じない	22 (18.2)						
	買い物、交通機関の利用に不自由しない	47 (38.3)						
	片言の会話や挨拶	42 (34.2)						
	全く話せない	8 (6.4)						
日本語を読む力	新聞や小説が読める	10 (8.2)						
	回覧板や通知文が理解できる	51 (41.8)						
	簡単な案内板や看板が理解できる	35 (28.7)						
	全く読めない	20 (16.4)						
	無回答	6 (4.9)						
日本の住居	公営住宅	100 (82.0)						
	賃貸住宅	12 (9.8)						
	持ち家 (一軒家)	6 (4.9)						
	持ち家 (マンション)	4 (3.3)						

SD:Standard Deviation

### 3. 対象者の社会的支援状況

社会参加状況及び語学力を表4に示す。帰国者同士の交流は、「よく話をする」48名(39.3%)が最も多く、「全く付き合いはない」は14名(11.5%)であった。帰国者以外の交流では、「挨拶だけで、家族のことは知らない」が74名(60.7%)と最も多く、「全く付き合いはない」は23名(18.9%)であり、帰国者同士の交流

表2. 単身者の詳細 n=17

項目	n	(%)
続柄	中国帰国者 1世	10 (58.8)
	1世の配偶者	7 (41.2)
性別	男性	2 (11.8)
	女性	15 (88.2)
年齢	65-69 歳	3 (17.6)
	70-74 歳	12 (70.6)
	75 歳以上	2 (11.8)
帰国年数	10年未満	1 (5.9)
	10年-19年	3 (17.6)
	20年以上	13 (76.5)
日本の住居	公営住宅	14 (82.4)
	公営住宅以外	3 (17.6)
学歴	未就学	3 (17.6)
	小学校	6 (35.3)
	中学校	4 (23.5)
	高校	2 (11.8)
	専門学校	2 (11.8)

の方が多結果であった。町内会の行事へ参加は、「積極的に参加している」、「時々参加している」を合わせると82名(67.2%)であり、「参加したことがない」は、37名(30.3%)であった。

通訳者の有無を表5に示す。日本語の通訳を依頼できる存在は、「いる」91名(74.6%)、「いない」26名(21.3%)であった。また、通訳者の内訳を表6に示す。表5で「いる」と答えた91名に対して、日本語ができる通訳者の内訳を複数回答で尋ねた結果、子ども59名(48.4%)、支援相談員、自立支援通訳44名(36.1%)、中国帰国者の友人15名(12.3%)、配偶者11名(9.0%)、身元引受人6名(4.9%)であった。

### 4. 予防的保健行動に関連する要因

対象者全員の予防的保健行動尺度得点は、16.03 ± 3.54点であった。年齢階級別では、50-64歳16.25点、65-69歳16.50点、70-74歳15.96点、75歳以上15.73点であった。また、最終学歴別は、未就学17.08点、小学校16.16

表3. 受療行動・健康認識及び知識

項目	n	(%)
日本の医療への満足感	かなり満足している	61 (50.0)
	やや満足している	51 (41.8)
	どちらともいえない	3 (2.5)
	やや不満である	4 (3.3)
	かなり不満である	2 (1.6)
	無回答	1 (0.8)
医療機関の活用	出来ている	65 (53.3)
	どちらともいえない	24 (19.7)
	できていない	25 (20.5)
	無回答	8 (6.6)
主観的健康状態	とてもよい	9 (7.4)
	まあよい	59 (48.4)
	あまりよくない	48 (39.3)
	よくない	4 (3.3)
	無回答	2 (1.6)
健康を向上させる知識	十分にもっている	22 (18.0)
	少しはもっている	54 (44.3)
	あまりもっていない	38 (31.1)
	全くもっていない	4 (3.3)
	無回答	4 (3.3)

表 4. 社会参加状況及び語学力

		n=122	
項	目	n	(%)
帰国者同士の交流	よく話をする	48	(39.3)
	挨拶をしたり、家庭状況がわかる	27	(22.1)
	挨拶だけで、家族のことは知らない	30	(24.6)
	全く付き合いはない	14	(11.5)
	無回答	3	(2.5)
帰国者以外の交流	よく話をする	15	(12.3)
	挨拶をしたり、家庭状況がわかる	6	(4.9)
	挨拶だけで、家族のことは知らない	74	(60.7)
	全く付き合いはない	23	(18.9)
	無回答	4	(3.3)
町内会の行事へ参加	積極的に参加している	47	(38.5)
	時々参加している	35	(28.7)
	参加したことがない	37	(30.3)
	無回答	3	(2.5)

表 5. 通訳者の有無

		n=122	
項	目	n	(%)
日本語の通訳を依頼できる存在	いる	91	(74.6)
	いない	26	(21.3)
	無回答	5	(4.1)

表 6. 通訳者の内訳

		n=91	
項	目	*1 n	*2 (%)
日本語を依頼出来る通訳者 (複数回答)	子ども	59	(64.8)
	支援相談員、自立支援通訳	44	(48.4)
	中国帰国者の友人	15	(16.5)
	配偶者	11	(12.1)
	身元引受人	6	(6.6)
	その他	4	(4.4)

\*1: 複数回答の人数

\*2: %は 91で割っている

点, 中学校 15.61 点, 高校 15.57 点, 専門学校 16.58 点, 大学 16.00 点であった。帰国年数別では, 10 年未満 17.11 点, 10-20 年 16.41 点, 20 年以上 15.65 点であった。中国の居住地別は, 内蒙古自治区 17.67 点が最も高く, 次いで遼寧省 16.34 点, 吉林省 16.17 点, 黒竜江省 16.17 点であった。

3 項目以上の検定は, 各年齢階級, 最終学歴, 帰国年数, 中国の居住地と予防的保健行動得点について Kruskal-Wallis 検定を行なったが, 有意な差はみられなかった。予防的保健行動得点と 2 項目の各要因との関連を表 7 に示した。

今回調査した属性の中から, 予防的保健行動に影響を及ぼしている関連要因は, ほとんど見

られなかった。ただ, 家族構成を単身者と家族有り世帯に分類した結果, 予防的保健行動の得点は, 家族有り世帯の方が有意 ( $p < 0.05$ ) に高かった。受療行動・健康認識が予防的保健行動に影響を及ぼしている関連要因は, ほとんど見られなかった。しかし, 健康知識の捉え方と予防的保健行動の比較では, 健康をより良くする為の知識を本人が持っていると思えた群の得点が有意 ( $p < 0.05$ ) に高かった。また, 社会的支援状況と予防的保健行動との関連要因は, 通訳の存在の有無との比較において, 日本語通訳の存在がある群の得点が有意 ( $p < 0.05$ ) に高かった。

表 7. 予防的保健行動に影響を及ぼしている関連要因

		n	M±SD	p	t
<b>属 性</b>					
続柄	中国帰国者 1世	66	16.03±3.69	0.993	n.s.
	1世配偶者	56	16.04±3.37		
性別	男性	50	15.68±3.12	0.361	n.s.
	女性	72	16.28±3.80		
家族構成	単身	17	14.18±4.96	0.033	*
	家族有り	103	16.29±3.19		
日本語を話す力	話せる	69	16.30±3.26	0.277	n.s.
	話せない	50	15.58±3.97		
日本語を読む力	読める	61	15.79±3.39	0.790	n.s.
	読めない	55	15.96±3.73		
日本の居住地	公営住宅	100	16.09±3.61	0.705	n.s.
	公営住宅以外	22	15.77±3.23		
<b>受 療 行 動 ・ 健 康 認 識</b>					
医療満足	満足している	112	16.19±3.51	0.061	n.s.
	満足していない	9	13.89±3.51		
医療機関の活用	活用できている	65	16.32±3.28	0.274	n.s.
	活用できていない	49	15.57±4.01		
主観的健康状態	健康である	68	16.26±3.43	0.418	n.s.
	健康ではない	52	15.73±3.73		
健康知識の捉え方	健康知識を持っている	76	16.54±3.37	0.018	*
	健康知識を持っていない	42	14.93±3.65		
<b>社 会 的 支 援 状 況</b>					
帰国者同士の交流	交流あり	75	15.92±3.50	0.644	n.s.
	交流なし	44	16.23±3.57		
帰国者以外の交流	交流あり	21	16.29±3.22	0.653	n.s.
	交流なし	97	15.90±3.65		
町内会行事の参加	積極的に参加	82	15.74±3.50	0.278	n.s.
	積極的な参加なし	37	16.51±3.57		
通訳者の存在	通訳者有り	91	16.41±3.48	0.011	*
	通訳者なし	26	14.38±3.41		

n.s. 有意差なし \*p &lt; 0.05

#### IV. 考察

##### 1. 属性が予防的保健行動に影響を及ぼす要因について

対象者の属性の中で、予防的保健行動の得点に有意差がみられた項目は、家族構成のみであり、単身者より家族有り世帯の方が有意に高かった。

田村ら（2005）の研究では、単身者の方が家族有り世帯より予防的保健行動の得点が高い結果であり、本研究結果とは一致しなかった。田村ら（2005）の調査対象者は、高齢者世帯や単身世帯が多い特性は似ているが、近所付き

合いが密であり、幼い頃から同じ地域で生活を営む住民が多い。しかし、本研究の対象者は、中国から日本へ帰国しており地域に慣れ親しむ住民が少ない特徴がある。そのため、情緒的支援ネットワークをもちやすい家族有り世帯の予防的保健行動得点が高くなった可能性がある。また、子どもが日常生活や医療を含む通訳者として、重要な位置を占めている事も、得点が高くなった要因の1つであると考えられる。

世帯があれば、同居家族とのコミュニケーションや同居家族を通じて、サポートを受けやすい状況にあるといえる。その反面、単身であ



ると同居家族とのコミュニケーションもなく、サポートも受けることが出来ない状況となる事が考えられる。そのため、家族有り世帯よりも、単身者の群の予防的保健行動を促していく必要がある。

性別と予防的保健行動得点では有意な差はみられなかったが、女性の得点の方が高い結果であった。この結果は先行研究と一致しており、女性は男性より栄養面を改善する傾向があり(別所, 2000), 規則正しい食生活を実施している(武村ら, 1997)ことが述べられている。しかし、福永ら(1997)は、健康診査の受診割合を男女で比較すると、女性は年齢が高くなるにつれ受診が低下するが、男性ではその傾向がないと報告している。その要因の一つとして、女性は60歳以前から無職であるものが男性よりも多く、60歳以降も生活習慣は大きく変化しないが、男性は60歳代の退職後に、新たな生活習慣を形成・獲得することが影響していると述べている。そのため、男性に対しては、規則正しい食生活を維持できるサポート、女性には継続的な健康教育についての介入を考える必要がある。

年代別の平均得点は65-69歳の16.50点が最も高く、75歳以上の15.73点が低い結果であった。本研究の結果は、岩永(1998)と田村ら(2005)より70-80歳代の予防的保健行動得点が低かった。宗像(1996)は、健康に必要な行動をとる人は、周囲との人間関係に恵まれている人であると述べている。また、良好な人との繋がり、積極的な保健行動と有意な関連があると報告している。対象者は、単身者や夫婦のみ世帯が多く、帰国者以外とは挨拶程度しかない状況である。そのため、対象者は高齢になるにつれ、生きがいや情緒的支援ネットワークが低下する可能性がある。よって、慣れた地域で暮らし、生活環境に不便をあまり感じてい

ない先行研究の対象者との結果に異なりがあったと推察する。したがって、本調査の対象者は、70歳以上においては予防的保健行動が低下しないよう積極的に支援していく事が重要であると考えられる。

学歴と予防的保健行動得点との比較では有意差はみられず、教育歴が高いほど予防的保健行動が高くなる傾向はなかった。尾ノ井ら(2002)は、学歴の高いものほど健康を意識した健康的な生活習慣を実施していると述べている。また、松田ら(2005)は男性、女性ともに低学歴者ほど健診を受診したことがない者が多くなると述べている。さらに、男性、女性ともに低学歴者ほどどうつ状態が多く(近藤ら, 2004)教育歴が6年以上の方が健康寿命を保持し、認知症にならないオッズ比が高い事を示している(竹田ら, 2010)。江畑ら(1996)は文化適応、生活ストレスにおいて教育歴が高いほど文化適応が早く、生活ストレスが少ないことを明らかにしている。

これらの先行研究より、学歴が高いものほど予防的保健行動が高くなると推察できる。しかし、異なる見解となった理由として、所得が関連している可能性がある。近藤ら(2004)は、世帯所得が低いほどどうつ状態が多いと述べている。また、低所得層では高齢者の閉じこもりが多いことを報告(平井ら, 2005)しており、所得は健康に影響していると考えられる。対象者は、国民年金の被保険者期間に係る保険料の追納が認められ、追納に必要な保険料相当額を全額国が負担することで、満額の老齢基礎年金が支給される制度が2008年度から始まっている。この制度に伴い、生活が苦しいと答える中国帰国者は減少している(厚生労働省, 2009)。そのため、今回の調査からは学歴と予防的保健行動に有意差はみられなかった可能性がある。だが、先行研究から学歴と健康問題の

関連は明らかであり、今後の調査は所得についても調査し、所得差を調整した学歴の検討が必要である。

日本語を話せる群と日本語を話せない群では、予防的保健行動得点に有意な差はみられなかったが、日本語を話せる群の得点が高い結果であった。胡ら（2007）の **General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)** を用いた精神的健康と関連要因の研究において、ロジスティック回帰分析の結果、**GHQ-12** 高値と関連がみられた項目では、日本語によるコミュニケーションが全く不可能、医療従事者の提供がない、若い人に自らはなしかけることがない、健康ではない、の4つを報告している。また、箕口ら（1995）は中国での日本語学習歴のある群の方が、日本語学習歴のない群よりサポート資源保有度が高い傾向を示している。さらに、井上ら（2006）は言語的コミュニケーションが阻害されることは信頼関係に影響を及ぼすと述べている。以上から、日本語を話すことができなければ精神的健康が悪くなり、人との信頼関係に影響を及ぼす事で生きがいが低下し、予防的保健行動を低下させると推察する。

## 2. 受療行動・健康認識が予防的保健行動に影響を及ぼす要因について

対象者の受療行動・健康認識が予防的保健行動に影響を及ぼしている関連要因は、健康知識の捉え方と予防的保健行動の比較において、健康をより良くする為の知識を本人が持っていると捉えた群の得点が高く有意差がみられた。

宗像（1996）は、健康であるために勧められた行動に積極的な人は、生きることや健康であることに価値を見出している人であると述べている。健康の知識は、予防的保健行動における保健信念モデルの媒介要因にあたる。そのため、自分の健康をより良くするための知識を

もっていると捉えていた群は、健康であることに価値を見出している人に当たり、予防的保健行動を実行する可能性が高いことから得点が高くなったと推察する。そのため、健康を維持するための知識を増やすことで、予防的保健行動へのきっかけが高まる可能性がある。

主観的健康状態と予防的保健行動に有意な差はみられず、田村ら（2005）の研究結果と一致していた。主観的健康感は、日本において社会関係指標、中国においては家族関係指標との関連が高いと述べている（艾ら、2005）。主観的健康状態は、**Health Belief Model (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974 ; Becker, & Maiman, 1975)** の個人的認知に該当する。認知された主観的健康状態は、保健行動の採択と関連している。さらに保健行動の実現因子として、メディアからの健康に関する情報や人からのアドバイスなどが行動へのきっかけとなる（畑ら、2012）。これらの先行研究より、健康群と非健康群の両群は、自らの健康問題を含む問題の解決に、積極的な対処しようとする保健行動（宗像, 1996）がとれていた可能性がある。記述統計は、6割が健康群で4割が非健康群であり、田村ら（2005）とほぼ同様の結果であった。しかし、北海道中国帰国者・交流センター（2010）の調査では、4割が健康群で6割が非健康群であり、生活歴や生活から疾病を抱えているものが多いことが述べられている。単純比較は出来ないが、本研究と結果に違いが生じた理由は、健康感や生活満足度が影響している可能性がある。また、日本の医療に満足している群や医療機関の活用が出来ている群が多いことも関連していると推察する。

したがって本調査の対象者は、健康を向上させる知識が少ない群、主観的健康状態が良くない群の特に、メディアからの情報収集ができない人、親しい人からの支援を受けにくい人は今

後、予防的保健行動が低下する可能性が高い。そのため、健康に関する情報や対人援助の環境づくりが必要であると考えられる。

### 3. 社会的支援状況が予防的保健行動に影響を及ぼす要因について

社会的支援状況と予防的保健行動との関連では、通訳の存在の有無との比較において、日本語の通訳の存在がある群の得点が高く、有意な差がみられた。本調査結果より、日本語の通訳を依頼できる存在のいる割合が約7割、日本語の通訳を依頼できる存在がいない割合が約2割であった。通訳者の存在に関する詳細では、子どもが約4割で最も多く、次いで支援相談員・自立支援通訳者が約3割という結果であった。厚生労働省（2009）によると、日本へ帰国後に通訳が特に必要とされている場所は医療現場である。通訳を必要とする理由は、「より良いサービスを受けるため」、「スムーズにコミュニケーションをとるために必要」、「コミュニケーションがとれず施設を利用することが困難」であることが報告されている。医療通訳の共通基準は、日本語会話が十分でない患者の命と健康に関わり、患者や家族と医療従事者の間のことばの橋渡しを行い、患者等の医療への安心感と医療従事者への信頼感の醸成をサポートする業務である。また、医療通訳の大項目として求められるのは、知識、技術、倫理とされている（特定非営利活動法人多文化共生センターきょうと、2010）。しかし、対象者が日本語の通訳を依頼できる存在は、子ども、配偶者、中国帰国者の友人であり、支援相談員・自立支援通訳者を除くと、医療機関などで専門用語を通訳出来るとは考えにくい。

患者を受け入れる側の問題として尾世川ら（2002）は、外国人診療の場で病歴の聴取や病状説明、インフォームド・コンセント時に困

難を生じると述べている。長谷川（2002）は、外国人患者をケアする際の不安内容として、言語、文化の違い、生活習慣の違い、病気の考え方に違いがあると述べている。これらのことから、通訳者の存在は対象者のみの問題だけでなく、患者を受け入れる医療従事者側においても問題となり、医療機関への受診時には医療通訳の存在の必要性がわかる。そのため、日本語通訳を依頼できる存在が身近に居るほど、医療機関を利用しやすい状況となり健康も保たれる。よって、日本語の通訳の存在がある群の方が、予防的保健行動の得点が高く有意な差がみられたと考える。帰国後に日本語の習得も必要であるが、命に係る医療通訳の整備が大きな課題であると考えられる。

町内会行事の参加、帰国者同士の交流及び帰国者以外の交流と予防的保健行動尺度の比較において、有意な差はみられなかった。田村ら（2005）の調査では、近所付き合いが少ない群より、近所付き合いが多い群の予防的保健行動得点が有意に高く、本研究とは異なる結果であった。田村ら（2005）の調査対象者は、幼い頃から同じ地域で生活しており、近所付き合いが密で慣れ親しんでいる。一方、本研究の対象者は中国から慣れない日本へ帰国しており、年齢、性別、中国での最終学歴、居住地に異なるがある。そのため対象者同士の交流が、日本の対象者のように密ではないため、近所付き合いの有無で予防的保健行動得点に有意な差がみられなかった可能性がある。だが、帰国者同士とさえ話し相手や交流が全く無い対象者は今後、孤立する可能性が高く手段的な支援や情緒的な支援に恵まれず、予防的保健行動が低下していくと推察する。厚生労働省（2009）の調査から、地域活動に参加しない理由として多い順に「日本語がわからないから」、「近所の人と付き合いがないから」、「興味が無いから」、「参

加したいものがないから」、「時間がないから」が報告されている。また、生活状況の悩みの相談相手について多い順に「子」、「配偶者」、「中国帰国者の友人」、「親戚」、「自立指導員、支援・相談員、自立支援通訳」と報告している。よって、予防的保健行動及び心身の健康状態を維持していくためにも、帰国者同士や帰国者以外との交流の促進や、対象者が選択できる帰国者の文化的な背景を考慮した参加型の支援が必要であると考える。

これらのことから、今回の調査から社会的支援状況では、日本語通訳の存在がない人、帰国者同士の交流及び帰国者以外の交流がない人、町内会行事へ参加していない人は今後、予防的保健行動が低下する可能性が高い。したがって、日本語通訳や地域住民との交流は、健康を維持するための情報を得る上で重要であるだけでなく、医療従事者や住民との信頼関係にも影響を及ぼすため、社会的支援情報ネットワークの整備が必要であると考えられる。

## V. 本研究の限界

本研究は、中国帰国者支援センターが主催する日本語教室に参加している対象者を調査しているため、家から外出することが困難な対象者ではなく、健康状態が高く活動的な対象者であるといえる。また、中国帰国者支援センターは全国に7ブロックあるが本調査では中国・四国1ブロックの調査である。以上のことより、本研究の結果を帰国後の中国残留日本人孤児とその配偶者全般に一般化するには限界があるといえる。また、家族構成と予防的保健行動との比較において、比較する人数に差があり統計分析の限界がある可能性がある。今後は外出することが困難な帰国後の中国残留日本人孤児とその配偶者の予防的保健行動の実態を調査し、健康支援のあり方や具体的な介入を検討していく事

が必要である。

## VI. 結論

帰国後の中国残留日本人孤児とその配偶者122名を対象として、予防的保健行動の関連要因を検証し、以下の事が明らかになった。

1. 属性の中から予防的保健行動に影響を及ぼしている関連要因は、家族構成であり、単身者より家族有り世帯の方が予防的保健行動の得点が高く、有意な差がみられた。
2. 受療行動・健康認識が予防的保健行動に影響を及ぼしている関連要因は、健康知識の有無であった。本人が健康をより良くする為の知識を持っていると捉えていた群は、持っているとは捉えていない群より予防的保健行動尺度の得点が高く、有意な差がみられた。
3. 社会的支援状況と予防的保健行動との関連では、通訳の存在の有無との比較において、日本語の通訳の存在がある群の方が、予防的保健行動尺度の得点が高く、有意な差がみられた。
4. 今回の調査では、中国残留日本人孤児とその配偶者において、帰国後の予防的保健行動に問題を抱えている人々は、家族のいない単身者、本人が健康をより良くする為の知識を持っているとは捉えていない人、日本語の通訳の存在がいない人、であることが明らかとなった。

これらの事から、本調査の対象者の予防的保健行動が行われるためには、単身者への健康に関する情報提供や、通訳を含む対人援助への環境づくりが必要であると考えられる。

## 謝辞

調査協力を頂きました中国・四国、中国帰国者支援センターの企画主任様、生活支援相談員

様, ならびに中国帰国者支援センターの皆様, 大学の先生方に心から感謝を申し上げます。

## 文献

艾斌, 星旦二 (2005). 高齢者における主観的健康感の有用性に関する研究—日本と中国における研究を中心に—, *日本公衆衛生雑誌* 52(10), 841-852.

艾斌, 星旦二 (2006). 中国の都市高齢者における主観的健康感の構造に関する研究, *民族衛生*, 72(1), 3-14.

Becker, M.H., Drachman, R.H., & Kirscht, J.P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations, *American journal of public health*, 64, 205-216.

Becker, M.H., & Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations, *Medical care*, 13(1), 10-24.

別所遊子 (2000). 壮年期地域住民の健康行動パターンの分析, *北陸公衆衛生会誌*, 26(2), 56-62.

江畑敬介, 曾文星 (1996). 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(第6報) 3年間の文化受容過程, *日本社会精神医学会雑誌*, 5(1), 48-62.

福永一郎, 實成文彦, 武田則昭, 浅川富美雪, 丸山保夫 (1997). 無職高齢者の保健行動に関する研究—健康審査受診行動と保健行動との関連について—, *日本衛生学雑誌* 52(2), 490-503.

春田有二, 塩津多恵子, 伊藤美樹, 片山久子, 植本雅治, 阪田憲二郎 (1990). 中国帰国者への援助をめぐる—精神医学的な問題の治療と予防のための地域ネットワーク—, *病院*

・地域精神医学, 98, 112-116.

長谷川智子, 竹田千佐子, 月田佳寿美, 白川かおる (2002). 医療機関における在日外国人患者への看護の現状, *福井医科大学研究雑誌*, 3(1/2), 49-55.

畑栄一, 土井由利子 (2012). 行動科学—健康づくりのための理論と適応—, 改訂第2版, 37-56, 南江堂, 東京.

平井寛, 近藤克則, 市田行信 (2005). 日本の高齢者—介護予防に向けた社会疫学的大規模調査—, 高齢者の「閉じこもり」, *公衆衛生*, 69(6), 485-489.

北海道中国帰国者支援・交流センター (2010). 中国残留邦人等生活ニーズ調査報告書, 2013年4月30日引用, <http://www.hokkaido-sien-center.jp/shienn.html>.

井上千尋, 松井三明, 李節子, 中村安秀, 箕浦茂樹, 牛島 廣治 (2006). 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—医療機関における12年間の分娩事例より—, *国際保健医療*, 21(1), 25-32.

岩永秀子 (1998). 長崎県小値賀島住民の保健行動特性, *日本看護科学会誌*, 18(1), 30-39.

近藤克則, 吉井清子, 平井寛, 松田亮三 (2004). SES (社会経済的地位) と抑うつ・主観的幸福感・主観的健康感, *一般高齢調査 (2)*, 第63回日本公衆衛生学会抄録集, *日本公衆衛生雑誌*, 51, 643.

胡秀英, 石垣和子, 山本則子 (2007). 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*, 54(7), 454-464.

厚生労働省 (2009). 平成21年度中国残留邦人等実態調査, 2013年3月15日引用, <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001067956>.

- 松田亮三, 平井寛, 近藤克則, 斎藤嘉孝 (2005). 高齢者の保健行動と転倒歴—社会経済的地位との相関—, 公衆衛生, 69(3), 231-235.
- 箕口雅博, 丹羽郁夫, 江畑敬介, 曾文星 (1995). 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 (第4報), 移住前の生活ストレスとサポート・ネットワーク要因の検討, 日本社会精神医学会雑誌, 4(1), 11-24.
- 箕口雅博, 江畑敬介, 曾文星, 原裕視, 丹羽郁夫, 鈴木淑元 (1995). 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 面接法にもとづく3年間の追跡調査, 日本社会精神医学会雑誌, 3(2), 85-95.
- 百瀬義人, 江崎廣次 (1995). 福岡市における在日外国人の医療問題の特徴, 民族衛生, 61(6), 336-347.
- Munakata, T. (1982). Psycho-social influence on self-care of the hemodialysis patient, *Social Science and Medicine*, 16(13), 1253-1264.
- 宗像恒次 (1996). 最新行動科学からみた健康と病気, 84-161, メヂカルフレンド社, 東京.
- 尾ノ井美由紀, 斯琴, 早川和生 (2003). 在日中国人の身体的・精神的健康度と生活習慣—H市における健康ニーズ実態調査から—, 日本地域看護学会誌, 5(2), 70-78.
- 尾世川正明, 森尾比呂志, 野本和弘, 西澤正彦, 貞広智仁 (2002). 入院を必要とした外国人旅行者の救急疾患に対する医療の現状と問題点, 日救急医学会雑誌, 13, 703-710.
- 高山直子, 青木貴子, 風間和子, 小林記久子 (2002). コミュニケーションの取りにくい外国人患者の看護を経験して, 甲信救急集中治療研究, 18(1), 79-81.
- 特定非営利活動法人多文化共生センターきょうと (2010). 医療通訳共通基準—日本語版—, 医療通訳の基準を検討する協議会 10/20 発表版, 2014年2月1日引用, <https://www.tabunkakyoto.org>.
- 竹田徳則, 近藤克則, 平井寛 (2010). 地域在住高齢者における認知症を伴う要介護認定の心理社会的危機因子—AGESプロジェクト3年間のコホート研究—, 日本公衆衛生雑誌, 57(12), 1054-1065.
- 武村真治, 橋本迪生, 郡司篤晃 (1997). 受療行動と予防的保健行動との関連, 日本公衆衛生雑誌, 44(2), 102-112.
- 田村麻衣子, 岩本里織, 中島美繪子 (2005). 農山村部住民の予防的保健行動の実態調査, 神戸市看護大学紀要 9, 105-110.
- 八木巖 (1996). 第2節, 中国帰国者の実状とその背景, 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—, 江畑敬介, 曾文星, 箕口雅博 (編), 21-31, 日本評論社, 東京.