

# 日本産業看護学会誌

Journal of Japan Academy of Occupational Health Nursing

第7巻第1号  
2020年10月

## 研究報告

在留邦人就労者等の健康管理に必要な邦人看護職者の役割と能力に関する基礎的調査

..... 大元慶子 1

夫の海外赴任に同行する妻の現地相談相手，社会参加の滞在期間別2年間の比較

—2016年と2017年のWeb縦断調査から—

..... 青柳美樹ほか 9

メンタルヘルス対策の事業企画経験の有無に関する要因

..... 望月由紀子 17

日本人の海外勤務者が抱える健康問題の実態

..... 小倉春香ほか 24

日本産業看護学会誌投稿規程 ..... 32

編集後記 ..... 38

日本産業看護学会

Japan Academy of Occupational Health Nursing (JAOHN)

# 在留邦人就労者等の健康管理に必要な邦人看護職者の 役割と能力に関する基礎的調査

## A Preliminary Study on Roles and Competencies of Japanese Nursing Staff (Public Health Nurses, Midwives, and Nurses) to Support the Health of Japanese Workers Abroad

大元慶子  
Keiko Omoto

関東学院大学看護学部  
Kanto Gakuin University, School of Nursing

**目的:** 本研究は、在留邦人就労者等の健康管理を担う邦人看護職者に求められる役割と能力の明確化を目的とした基礎調査である。**方法:** 先行研究に尺度開発の予備的調査質問項目を作成し、看護職者27名から無記名自記式調査票を回収した。分析はリッカート尺度に基づき点数化し、各設問における平均値、標準偏差および肯定率を求めた。また、やりがいと困難さの自由記述をカテゴリー化した。**結果:** 在外で働く邦人看護職者は、対象国に応じた適切な対応、判断、調整といったマネジメント能力や現地人との高いコミュニケーション能力が不可欠となることが挙げられた。**考察:** 調査対象者の活動地域は開発途上国が多く、地域特有の困難さが存在するため、役割には現地の生活環境や医療体制を熟知しておく必要性が強調されたと考えられる。**結論:** 在留邦人就労者等の健康管理に必要な邦人看護職者の役割と能力は国際看護の実践に求められる事項と一致していた。

**キーワード:** 在留邦人の健康、邦人就労者、邦人看護職者、国際産業保健

**Purpose:** This study aims to survey the roles and competencies required of Japanese nursing staff who are responsible for the health management of Japanese workers living in overseas, from the perspective of international occupational health. **Methods:** A preliminary survey questionnaire was developed based on previous research, and an anonymous self-administered questionnaire was collected from 27 nursing staffs. The analysis was scored based on a Likert scale and the mean, standard deviation and affirmation rate for each question were determined. In addition, the rewarding and difficulties were categorized and summarized. **Results:** Japanese nurses working abroad had recognized that management skills such as appropriate response, judgment, and coordination, as well as high level of communication skills with local people are essential. **Discussion:** Because half of the research areas were in developing countries, and there were difficulties specific to these areas, suggesting the need for familiarity with the local living environment and medical system. **Conclusion:** The results of this study were consistent with what is required in the practice of international nursing, based on a preliminary study of various roles and competencies required of Japanese nursing staffs.

**Key words:** health of overseas Japanese resident, Japanese workers abroad, overseas Japanese nurse, international occupational health

### I. 緒言

本邦では産業構造の変化に伴う海外進出企業の増加、留学意識の向上などを要因として邦人が海外で長期滞在する機会が増加している<sup>1)</sup>。外務省の統計によると、2016年における長期滞在者（永住者含む）は1,338,477人（前年比約1.6%増）存在し、本統計を開始した1968年以来最多である<sup>1)</sup>。在留邦人の滞在先は北米（1位）、アジア（2位）、欧州（3位）となっており、アジアは全体の約29%を占める。また、欧米等の先進国にほぼ限定されていた滞在先が、ODA（政府開発援助）、NGO（非政府組織）あるいはそれに追従する民間企業駐在などによ

り、アフリカ・太平洋・中南米など開発途上国に在留する邦人も欧米・アジアの数に比較して微増傾向にある<sup>1)</sup>。

異邦の地に住むことは様々な健康不安・健康問題が生じることが報告されている<sup>2)</sup>。日本の風土とは大きく異なる気候の変化は在留邦人にとって健康上のリスク要因となり得る<sup>3)</sup>。また、熱帯地域では、日本人が不慣れた高温多湿の環境に起因する体力の消耗や脱水がしばしば起こる。打越らは、特に開発途上国では、衛生環境あるいは医療品質の問題から感染症に罹患する危険性が高く、感染性腸炎の頻発を報告している<sup>4)</sup>。また、身体的な傷病のみならず、ストレスによるメンタル障害や生活習慣病の危険性が指摘されている<sup>5)</sup>。さらに、日本とは

異なる医療体制や言語の違いから医療機関受診の遅れによる健康への影響が生じやすいことも報告され<sup>5)</sup>、在留邦人の健康ニーズが高まってきている。このように開発途上国での邦人在留者が増加傾向にある今、邦人保護の観点から彼らに対する適切な健康管理の体制整備が急務に必要である。

このような状況下、海外在留における健康ニーズに応え、なおかつ疾病の疫学的視点からの国際地域保健アセスメントの知識と技術を持ち、現地で就労する日本人及びその帯同家族の健康管理を支えるために日本人の看護職者が活動しており、彼らは国内企業における保健師看護職に相当する職務を海外において担う役割があり、海外で勤務する看護職者には地域特有の臨床実践能力の向上と維持が望まれるようになってきている。

海外における看護・保健に関する研究として、直接の国際協力を目的とした看護・助産教育<sup>6)</sup>や看護技術移転教育プログラムの開発<sup>7)</sup>、また開発途上国等での疾病<sup>4,5)</sup>、といった報告が知られている。しかし、国際産業保健あるいはそれに類する背景を有して現地に駐在して在留邦人の健康管理を支援する邦人看護職者の活動や求められる役割・能力等に関する研究は見当たらない。そこで本研究の目的は、海外において邦人就労者等の健康管理を担う邦人看護職者に求められる役割と能力を明確にするための尺度開発の予備的調査を行うことである。

## 1. 用語の定義

本論文では以下のように用語を使用する。

本邦/日本/国内および邦人/日本人という用語には必ずしも明確な違いはないが、可能な限り文脈に応じて使い分ける。

開発途上国の定義として頻用されるのが国際連合あるいはOECD（経済協力開発機構）によるものであるが、厳密な定義は避け、本邦に比較して医療・衛生の水準が低いか、あるいは邦人の滞在に際して健康上の不安が顕著な国という意図で用いる。

本国とは医療制度・言語・文化・自然・気候などが異なる異邦の地において、労働者が健康で安心して就労できるようにするための基盤的思想を国際産業保健（International Occupational Health）と呼称する。

国際地域保健アセスメントとは、林らによれば国の文化・社会・経済、さらに保健行政・保健医療サービス提供システムを理解し、保健課題を見極め、課題達成のためのアセスメント、計画、実践、評価と一連の過程を遂行することと説明されている<sup>8)</sup>。

在留邦人とは、海外に3カ月以上在留している日本国籍を有する者のことを言い、長期滞在者と永住者とに分けられる<sup>9)</sup>。長期滞在者とは、3カ月以上の海外滞在者であり、かつ海外での生活は一時的なもので、日本に戻るつもりの方をいう<sup>9)</sup>。永住者とは、在留国等より永住権を認められており、生活の拠点を日本から海外へ移した者をいう<sup>9)</sup>。本研究対象の邦人就労者等とは海外で就労していることが確実な長期滞在者およびその家族、また青年海外協力隊/シニア海外協力隊として派遣された者を指す。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象者

調査対象者は邦人就労者等の健康管理業務に現地で従事した経験のある看護職者とした。邦人就労者等の健康管理を目的とする場合、国内における企業等に配置される産業保健師に相当する職務、すなわち国際産業保健に関する職務が中心となるが、特に開発途上国を想定する場合には現実的には看護師・助産師としての経験・技能も強く求められる。そのため、本調査の対象とする看護職者は保健師・助産師・看護師を想定した。

調査対象者の選定には、著者の職務経験に基づき個人的な繋がりによる紹介の連鎖によって調査対象者を集積する方式であるスノーボウル・サンプリングを用いた。邦人看護職者の絶対数は僅少であることから本研究において本方法が最も有効であった。

### 2. 調査期間

調査期間は2015年1月5日～2017年1月3日であった。

### 3. 調査方法

#### 1) 質問紙の配布と回収

候補者に対して電子メールにて調査協力を依頼し、承諾が得られた者を調査対象者とした。次に、調査対象者に対して電子メールにて調査依頼書と質問紙を添付して送付し、期限までに電子メールに回答済みの質問紙を添付返送するように依頼した。なお、質問紙の返送をもって同意とみなした。

#### 2) 調査内容

邦人看護職者に求められる役割と能力を測定する尺度の項目リストを収集し、専門家による内容妥当性を検討した上で自作の質問紙を作成した。

質問紙での調査内容は、基本属性設問、選択回答方式

設問,自由記述回答式設問の3部構成とした。性別,職種(看護職の資格),年齢区分,日本国内での保健医療職の経験年数,海外の邦人就労者等の健康支援に関わる現地での業務経験年数,所属及び勤務地の7項目を基本属性設問の項目とした。

選択回答設問では,林らの国際看護コラボレーターに必要とされる資質<sup>8)</sup>を参考に,海外における看護職者の役割と求められる能力に関する項目を抽出した。設問はさらに,7領域 [I 基礎的知識], [II 個人の能力], [III 国際地域保健アセスメント], [IV マネジメント], [V 疾病予防対策], [VI 傷病対応], [VII 実践に対する評価] に分類した。

また,各設問は「とてもそう思う/そう思う/わからない/思わない」の四者択一の回答形式とした。質問紙の末尾には対象者の自由意思によりやりがいと困難さについての自由記述形式の欄を設けた。

### 3) 分析方法

回答結果は, SPSS Statistics version 26 を用いて解析した。選択回答方式設問に対して,リッカート尺度に基づき,とてもそう思う:3点,そう思う:2点,わからない:1点,思わない:0点,によって回答は点数化され,平均値と標準偏差を算出した。なお,わからないは中立的な立場として取り扱い,意見として選択できないことを意味する無回答は,欠損値として扱った。また,とてもそう思う・そう思うは「肯定」,わからないは「中立」,そう思わないは「否定」の意見とした。さらに,職種間による認識の違いの検定はクロス集計を用いて Fisher の正確確率検定を行い,有意水準を5%とした。

自由記述設問では,それぞれの回答を集計し,さらに,内容の共通性があるものを統合した。その後,内容の明確さ,理解のし易さ,重複などを吟味し,記述内容の意味を変えることなく要約した。さらに専門家であるスーパーバイザーによる指導を受け,類似性のある回答毎に分け,その内容に沿ってカテゴリー化した。カテゴリー化方法,カテゴリー化された結果についてもスーパーバイザーと妥当性を協議した。

## III. 倫理的配慮

研究協力依頼の文書には,研究目的・方法,研究への参加は自由意思であること,研究への参加・不参加による不利益は一切生じないこと,研究以外の目的でデータを取り扱うことはないことを明記した。また,データの分析および結果を公表する際は,個人や組織,活動地域

が特定できないようにコード化処理した。対象者からは電子メールの返信により承諾を得た。本調査は,大分県立看護科学大学研究倫理安全委員会(承認番号:944)の承認を得た。

## IV. 研究結果

調査対象者28名に電子メールを送信し,回答が得られた27名(回収率96.4%)を本研究の分析対象者とした。

### 1. 基本属性

調査対象者の基本属性を表1に示した。

### 2. 選択記入回答設問の分析

選択回答の45設問の集計結果を表2に示した。肯定率が100%と高く,求められる役割や能力に対する意識

表1 調査対象者の基本属性 n=27

項目	選択肢	人数	%
性別	男性	2	7.4%
	女性	25	92.6%
年齢	30代	7	25.9%
	40代	14	51.9%
	50代	6	22.2%
職種	看護師	17	63.0%
	保健師	6	22.2%
	助産師	3	11.1%
	保健師と助産師	1	3.7%
勤続年数 (日本)	3年未満	0	0.0%
	3~5年	4	14.8%
	6~10年	15	55.6%
	11~16年	5	18.5%
	17年以上	3	11.1%
勤続年数 (在外)	1~2年	7	25.9%
	3~5年	12	44.4%
	6~10年	5	18.5%
	11~15年	1	3.7%
	16年以上 無回答	1	3.7%
海外での所属 (複数回答)	政府機関	11	40.7%
	国際機関	1	3.7%
	専門家	8	29.6%
	ボランティア	19	70.4%
	NGO	4	14.8%
活動地域 (複数回答)	現地医療機関	2	7.4%
	中南米・カリブ	10	37.0%
	アジア	9	33.3%
	アフリカ	8	29.6%
	欧州	2	7.4%
北米	2	7.4%	

表2 海外で働く邦人看護職者に求められる役割と能力に対する意識調査結果

設問	質問事項	平均	標準偏差	肯定率	中立率	否定率
I 基礎的知識	1 1年以上の海外での居住経験は必要だと思いますか	2.26	0.86	88.9%	3.7%	7.4%
	2 医療機関での臨床経験は最低でも5年は必要だと思いますか	1.89	1.31	77.8%	0.0%	22.2%
	3 職務を遂行する使命感は必要ですか	2.23	0.65	96.2%	0.0%	3.8%
	4 看護職者としての倫理観は必要ですか	2.31	0.68	96.2%	0.0%	3.8%
	5 語学力(英語)は必要ですか	2.30	0.82	92.6%	0.0%	7.4%
	6 公用語が英語以外の場合現地語は必要ですか	1.67	1.21	70.4%	3.7%	25.9%
	7 医療資源の質を評価する知識は必要ですか	2.44	0.51	100.0%	0.0%	0.0%
	8 国際保健の知識は必要だと思いますか	1.93	0.62	92.6%	0.0%	7.4%
II 個人の能力	9 現地の人との人間関係を構築する力は必要ですか	2.78	0.42	100.0%	0.0%	0.0%
	10 自立的に職務を遂行していく力は必要ですか	2.52	0.51	100.0%	0.0%	0.0%
	11 自身のメンタルヘルスマネジメント能力は必要ですか	2.67	0.48	100.0%	0.0%	0.0%
	12 全体の状況を把握し適切な対応を判断する力は必要ですか	2.59	0.69	96.3%	0.0%	3.7%
	13 問題発生時に柔軟な対応力は必要ですか	2.67	0.48	100.0%	0.0%	0.0%
III 国際地域保健 アセスメント	14 風土病・感染症の専門的知識、対策は必要ですか	2.70	0.47	100.0%	0.0%	0.0%
	15 対象国の国民性を理解する上で文化、習慣を知ることは必要ですか	2.37	0.63	92.6%	7.4%	0.0%
	16 対象国の宗教を知ることは必要ですか	2.00	0.55	92.6%	3.7%	3.7%
	17 対象国のジェンダー(社会的文化的な性のありよう)を知ることは必要ですか	1.81	0.88	81.5%	3.7%	14.8%
	18 対象国の地理的環境・人体に影響する環境要因を知ることは必要ですか	2.30	0.54	96.3%	3.7%	0.0%
	19 対象国の衛生状態を知ることは必要ですか	2.70	0.47	100.0%	0.0%	0.0%
	20 対象国の一般的な教育体制を理解することは必要ですか	1.70	0.87	81.5%	0.0%	18.5%
	21 対象国の地域アセスメントをすることは重要ですか	2.15	0.61	96.2%	0.0%	3.8%
	22 対象国で入手可能な医薬品を知ることは必要ですか	2.48	0.51	100.0%	0.0%	0.0%
	IV マネジメント	23 対象者に必要な医療体制を構築するための交渉力は必要ですか	2.65	0.56	96.2%	3.8%
24 対象者に必要な医療体制を構築するためにネットワークは重要ですか		2.73	0.45	100.0%	0.0%	0.0%
25 職務遂行には人的・物的環境を整えるための資金を確保する調達力は必要ですか		1.77	0.91	76.9%	7.7%	15.4%
V 疾病予防対策	26 対象者の生活習慣病や慢性疾患を把握し指導する能力は重要ですか	2.19	0.79	96.3%	0.0%	3.7%
	27 対象者の生活習慣病や慢性疾患に環境調整能力は必要ですか	2.00	0.88	85.2%	3.7%	11.1%
	28 風土病・感染症流行などを適宜情報発信する能力は必要ですか	2.44	0.51	100.0%	0.0%	0.0%
	29 ワクチンや医薬品をタイムリーに提供できるための調達力は必要ですか	2.15	0.91	88.9%	0.0%	11.1%
	30 現地の医療機関で健康診断をマネジメントすることは必要ですか	2.15	0.83	88.5%	3.8%	7.7%
	31 健康問題が見つかった対象者に適切な医療が受けられるように手配することは必要ですか	2.37	0.69	96.3%	0.0%	3.7%
VI 疾病対応	32 カウンセリング能力は必要ですか	2.38	0.70	92.6%	0.0%	3.8%
	33 健康相談に対する電話対応能力は必要ですか	2.41	0.50	100.0%	0.0%	0.0%
	34 メンタル相談で緊急性を判断し医師の介入が必要であるか判断する能力は必要ですか	2.56	0.70	96.3%	0.0%	3.7%
	35 対象者の訴えを聴き病状の変化を見守る能力は必要ですか	2.52	0.51	100.0%	0.0%	0.0%
	36 病状の経過を理解し適切なタイミングで医療的介入を見極める能力は必要ですか	2.59	0.50	100.0%	0.0%	0.0%
	37 発生した傷病をトリアージする能力は必要ですか	2.37	0.56	96.3%	3.7%	0.0%
	38 傷病対応には病状から必要な検査データ等を理解し臨床推論する能力は重要ですか	2.41	0.50	100.0%	0.0%	0.0%
	39 フィジカルアセスメント能力は重要ですか	2.33	0.48	100.0%	0.0%	0.0%
	VII リスク管理	40 緊急性に合わせ構築したネットワークを活用することは必要ですか	2.56	0.51	100.0%	0.0%
41 傷病対応時にリーダーシップをとる能力は必要ですか		2.23	0.71	92.3%	3.8%	3.8%
42 実用的な緊急マニュアルを作成することは必要ですか		2.50	0.51	100.0%	0.0%	0.0%
43 自己研鑽する能力は必要ですか		2.46	0.51	100.0%	0.0%	0.0%
44 実施してきた職務を振り返り自己評価することは必要ですか		2.35	0.49	100.0%	0.0%	0.0%
45 職務にやりがいがある		2.15	0.77	85.2%	11.1%	3.7%

として上位となったものは、設問7, 9, 10, 11, 13, 14, 19, 22, 24, 28, 33, 35, 36, 38, 39, 40, 42, 43, 44の19項目であった。一方で、否定率が回答者の10%を超え、求められる役割や能力に対する意識として下位を示したものは設問2, 6, 17, 20, 25, 27, 29の7項目であった。

### 3. 職種間差の解析

設問2, 6は否定的な意見が20%を超えたことから、下の文章で2群間を用いるので、看護師と保健師・助産師の2群で比較分析した結果を表3, 4に示した。5年以上の臨床経験の必要性は2群間で差は認められなかった( $p=0.6506$ )。また、現地語の必要性に対しては保健師又は助産師は1人も否定的でなかったのに対し看護師の約半数は否定的であり、2群間で有意差を認めた( $p=0.0156$ )。

### 4. 自由記述回答設問の分析

記述回答方式で得られた「やりがい」および「困難さ」に対する回答内容をカテゴリー別に分類し、その要約を表5, 表6に示した。

やりがいに関する回答は8つのカテゴリーに分類された。調査結果から、対象者は海外での看護職者としての責任・使命を持ち、様々な側面でやりがいを持っていることが明らかになった。

困難事例の設問に対しては22名(81.4%)から回答が得られ、取り上げた困難事例のうち疾病に関連した事例は16件と最も多く、その内訳はメンタル疾患4例、熱帯感染症3例、外科的手術が必要な疾病3例、交通事故1例、甲状腺疾患1例、心筋梗塞1例、虫垂炎1例、重症な高山病1例、重症な既往症1例であった。困難と感じた内容は、日本では経験のない熱帯感染症の対応や不十分な交通インフラの中の緊急搬送、メンタル対応を挙げたことが特徴的であった。

表3 5年以上の臨床経験の必要性に対する認識

職種	肯定	否定	p 値
看護師	12	5	0.6506
保健師又は助産師	7	3	

Fisherの正確確立検定によるp値

表4 現地語(英語以外)の必要性に対する認識

職種	肯定	否定	p 値
看護師	9	8	0.0156
保健師又は助産師	9	0	

Fisherの正確確立検定によるp値

## V. 考察

### 1. 基礎的知識とマネジメント能力の必要性

表2の結果から領域IIに関する肯定率は非常に高く全ての看護職者において知識を含めた個人の能力が重要であることが挙げられた。また、対象国に応じた適切な対応、判断、調整といったマネジメント能力が求められることが領域IIIおよびVIから明らかとなった。さらには、やりがいに対する回答(看護職者としての支援)から分かるように現地の人との人間関係を構築する力が必要であり、高いコミュニケーション能力が求められることが示唆された。今回の調査対象者は国内外双方での保健医療職の経験を有しており、3年以上の邦人看護職者の経験者が大半であったため、経験豊富な知識を持ち、高いコミュニケーション能力を有することから現地の人との関係性を構築していくことの必要性が強調されているものと考えられる。また、メンタルヘルス自己管理能力の必要性も示された。このことは、一人配置で職務を遂行することの責任の重圧もありながら、メンタルヘルス自己管理が邦人看護職者にとって重要な要件であると考えられた。

困難事例からも現地での傷病対応には臨床判断は必要とされる場面もあり、臨床経験が強みになると想定される。しかし、邦人看護職者の役割には予防から傷病対応まで一貫した実践的な対応が求められるため、臨床経験だけでは偏らない職務内容となることから、医療機関における職務経験年数に対する必要性に職種間の差は得られなかったものと考えられる。しかし、コミュニケーションの重要性から現地語の習得は必須と考えられるが、保健師又は助産師においては全員が必要であるとの認識を示したが、看護師においては約半数が不必要との回答であり、現地語の必要性に対する認識は2群間で差があった。この乖離の原因は、看護師がより言語的な対応よりも専門的スキルによる対処が多いことに起因している可能性がある。

### 2. 国際保健地域アセスメントと医療体制づくりの役割と能力の必要性

今回の調査の活動地域の半数以上は中南米・カリブやアフリカなどの発展途上国が占めていた。特にこのような地域での活動においては、各対象国の風土・気候・文化・習慣・宗教など健康生活に影響を与える地域性を理解し、また国内では罹病することが少ない熱帯感染症や風土病の情報収集をはじめ、対象国の保健医療体制、

表5 やりがいを感じる要素への回答（自由記入式） n=24

カテゴリー	要約
対象者からの反応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現地で傷病を罹った人は日本人に相談したが、希少な日本人医療職者は頼られたこと</li> <li>・対象者から安心できたという聞いた時の喜び</li> <li>・日本語が出来るという安心感を与えられることで頼ってもらえること</li> <li>・対象者が無事に滞在期間を終えて帰国されたことを聞いたとき</li> </ul>
看護職者としての支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者が病気から回復して職場復帰していくことへの喜び</li> <li>・ボランティアとして派遣された日本人の健康面を支援できたこと</li> <li>・対象者の傷病対応の役割を果たし、看護職の必要性を感じたとき</li> <li>・看護職者の介入により、疾病の予防や罹患した病気を重症化させないようにできたこと</li> <li>・在外日本人に対して最初に医療介入する存在であること</li> <li>・日本人医師と日本人看護職者でしかできないことがあること</li> <li>・対象者の興味深い仕事内容の話聞くことが出来、強い信頼関係が築けたこと</li> <li>・海外でありながら日本人を相手に仕事ができる</li> </ul>
看護職者としての責任	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分しか日本人看護職者が居ないので、責任が重く、それがやりがいにも繋がる</li> <li>・在外日本人の健康支援をするには、責任感を持って対応する覚悟が必要である</li> <li>・責任とともにやりがいも大きかった</li> </ul>
自立性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現地では医療職の配置がひとりであるため私一人の判断が重要になる</li> <li>・業務を自分で判断し、傷病悪化予防や早期治療の対応に繋げられる</li> <li>・限られた医療資源の中で最良の医療を日々迷い、考え、自律して実践していくこと</li> </ul>
経験の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本とは異なった医療事情に精通ができたこと</li> <li>・疾患に関する知識が深まり、日本では味わえなかった経験を積んだこと</li> <li>・日本では経験できない仕事内容と責任が得られる</li> </ul>
経験の還元	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本での医療業務と海外での医療経験を活かして仕事出来る</li> <li>・知識と日本での臨床経験を基に対象者の健康管理を支援していくことに携われる</li> </ul>
能力の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自身の業務の質や向上心・自己研鑽に影響する</li> <li>・仕事へのモチベーション、自己効力感が高まる</li> <li>・周囲との良好な人間関係を保てるなど、自身に対してもポジティブな側面が高まる</li> <li>・専門性のほかにはマネジメント能力がとても大切である</li> <li>・対応が困難なケースであっても乗り越える原動力となる</li> </ul>
国際的な協力	<ul style="list-style-type: none"> <li>・間接的に途上国の人々に役に立っていると感じる</li> <li>・国際協力の一部を担っていると感じられる</li> <li>・組織の行っていることへの自分自身の認識が深まり、職務へのやりがいに影響する</li> <li>・相手国の事（習慣、文化等）を知り理解することを大切し、色々なことを判断する</li> </ul>

医療制度を熟知した上で傷病発生時の受診行動や重傷者の搬送手段などの体制を構築しておくことの必要性が示された。看護職として、傷病者の健康状態をアセスメントし分析・判断する能力は、看護の基礎教育課程で教育されている<sup>9)</sup>。これに加えて、海外で従事するためには感染症対策や予防に関して、国内で経験することが少ない昆虫媒介の感染症や消化器系感染症などの徴候や症状、予防などに関する知識と、日常生活の中でさまざまな感染症を予防する方法や、どの地域にどのような感染症が発生しているのか、リアルタイムに情報収集する技能とそれを活用するための知識が必要であることが示唆された。近藤らは、国によって医療制度が異なること、例えば本邦にみられる国民皆保険・母子健康手帳・救急車の無償利用は世界的には稀有な制度であることな

どの具体的な内容を教授することの必要性を指摘している<sup>10)</sup>。他方、小野らは、異文化間能力とは、看護者が対象者の文化に合致したやり方でケアを提供することを目的として、必要な能力を獲得するために努力し続けるプロセスであると説明している<sup>11)</sup>。さらに大野らによれば、そのプロセスの中では、文化的気づき・文化的知識・文化的技能・文化的接触・文化的欲求といった概念が相互に依存し合っていると指摘している<sup>12)</sup>。小野らは、邦人看護職における異文化間能力獲得のためには、文化的気づき（文化的感受性）が最も重要視されることも述べている<sup>11)</sup>。これらのことを統合すると国内ではほとんど考慮する必要のない衛生状態、水源の場所、交通・通信インフラ、宗教などを開発途上国において従事する場合には常に意識する必要があることが示唆され

表6 困難さを感じる要素への回答（自由記入式） n=22

カテゴリー	要約
インフラ整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>通信手段が無線しかない遠隔地では対象者の病状経過の把握がしにくい</li> <li>交通, 医療, 通信の体制に不備があるため緊急対応に影響する</li> </ul>
医療資源	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性のメンタル疾患に必要な医療資源がなかった</li> <li>救急車が機能せず緊急搬送手段の判断と手配が必要だった</li> <li>高山病で意識不明に陥った対象者を人力で下山させ救出した.</li> </ul>
医療システム	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急対応が必要だったが, 高額な前金がない限り治療が開始されなかった</li> <li>現地医療施設で手術をする際, 受入れ体制が確認できないことで混乱した</li> </ul>
診断制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>甲状腺疾患と熱帯感染症との鑑別診断に時間を要した</li> <li>現地医療機関から検査結果をもらうだけで多くの労力を費やした</li> <li>国内組織判断を待つことで対応が遅れた</li> <li>現地と日本との医療レベルや治療方針の相違を調整することが困難であった</li> <li>重症な既往症の未申告で現地の医療費が免責になった</li> </ul>
医療レベル格差	<ul style="list-style-type: none"> <li>診断が可能な医療レベルの適切な医療施設を探すのが困難であった</li> <li>現地医療機関の方針では, 治癒がなかなか期待し得ない状況に陥ることがあった</li> <li>重症な既往症が再発し, 高度医療機関で治療が必要になった</li> </ul>
現地スタッフ体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>現地医療スタッフの緊急傷病の認識が低いこと</li> <li>メンタル疾患の対象者の継続的な病状観察を一人で行うこと</li> </ul>
医師・医療との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>現地主治医のプライドに配慮することが必要</li> <li>様々な身体症状のある対象者を医療や専門家につなぐための見極め</li> <li>マラリア入院中の補液で呼吸困難が増強し, 現地主治医に報告し対応が必要であった</li> <li>日本人医師の療養帰国の指示に対し現地医師が納得せず苦勞した</li> </ul>
カウンセリング能力の不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>メンタルケアの専門的なカウンセリング能力が求められる</li> </ul>
患者のセルフケアの認識	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療方針が異なる場合, 対象者が納得するような説明をすることが困難であった</li> <li>対象者が現状を理解し対処できるような関わりやフォローが必要だった</li> <li>デング熱発症の対象者が自己判断で禁忌薬内服し重篤化した</li> <li>現地で治療可能にも関わらず対象者が治療を拒否し帰国を希望したこと</li> <li>レーザー, 脱毛, 歯科矯正などの治療費(自己責任)への説明と理解を得るのが困難であった</li> </ul>
患者家族への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>日本で離れて暮らす家族や現地のキーパーソンとなる人の対応や調整が困難であった</li> </ul>

る。今回の調査結果も前述と同様に、疾病が生物学的要因だけではなく、その国の社会的・経済的・政治的理由も考慮した上で、対象者の健康を守るための職務遂行をしていかなければならないと考えられた。

### 3. 疾病予防対策と傷病対応に関する役割と能力の必要性

海外特有の疾病、感染症や、対象者の健康管理や生活習慣に関する事柄と、実際に疾病を抱える就労者に対処していくべきかという課題に向き合うことが邦人看護職者の職務として重要となり得た。また対象者に必要な医療体制を構築するためにネットワークは重要であるとほぼ全員が回答していた。このため、主となる現地の医療施設だけではなく、遠隔地の医療機関とも緊急時の受入れ体制を予め交渉しておくなど、連携体制の構築の必要性が示唆された。このことに関連して、海外であれば、対応が遅れることが増えることも想定しなければいけない。現地の感染症情報を常に把握し、適宜注意喚

起をして邦人就労者等の危機管理意識と自己管理能力を高める役割も併せ持つと考えられた。さらに、対面で傷病者を診ることはできずとも電話で相談でき、訴えのみで状況を判断し、適切に対処できる邦人看護職者の存在の意義は大きいと推察された。そして、慣れない海外で長期間、家族や友人と離れて滞在する邦人就労者では、一人で悩んで体調を崩すことも容易に予見できる。そのような事態を未然に防止するために、邦人看護職者として事前に相談に応じるなどの方策の重要性を多くの者が感じていることが推察された。そして、発生した傷病をトリアージする能力はほぼ全員が必要と認識しているように、国内であれば環境や医療設備が充実しているが、在外においても様々な事態に対処できるよう、現場で可能な限りの環境整備に取組まれていると推察された。

### 4. 邦人看護職者としてのやりがい

多くの邦人看護職者が看護専門職として自己研鑽して

常に能力を向上していくべきと考えており、職務へのやりがいについて肯定していた。これは、経験したことがない状況下で勤勉することは責任感を持ち、普段では得られないような知識や技術を得ることが出来、同時に自分自身の成長も期待できることがやりがいに繋がっているものと考えられた。

## 5. 邦人看護職者の役割と意義

邦人看護職者は、国際保健地域アセスメントを基盤に現地人間関係を形成し医療体制やネットワークを構築し、感染症や風土病、およびメンタル疾患の予防など、海外で生活する環境変化に対応した健康管理や緊急の傷病など様々な困難事例に対応するなどの役割を担っていた。邦人看護職者は所属組織の一員としての実質的な日本における産業保健師に該当する役割もあり、邦人就労者が現地において健康面の問題もなく安心して就労できることは、組織全体の利益へと繋がるといえる。また日本の文化や生活様式、日本人の特性をよく理解し、どのような健康ニーズがあるのかを知る日本人の看護職だからこそ果たせる役割がある。在留邦人就労者等の健康管理に必要な邦人看護職者の役割には「異文化看護の理解」、「異文化適応の能力」、「コミュニケーション能力」、「マネジメント能力」、「文化を超えた看護のアセスメント能力」が必要であり、戸崎<sup>13)</sup>が報告した国際看護の実践に求められる事項と一致していた。このような職務にやりがいを持ち自立して現地で活動する邦人看護職者の存在は、邦人就労者が海外の厳しい環境で健康を維持し生活・就労を継続するためのサポートとなり、その意義は大きいと考えられた。

## VI. 結語

本研究では、国際保健地域アセスメントに基づいて、国内とは異なる生活環境や海外の医療体制を熟知することの重要性が困難さを感じる要素から明らかとなり、その上での調整能力、判断力の必要性が意識調査結果から挙げられた。さらには職務遂行の責任感や現地の人との関係性を構築するための高いコミュニケーション能力が不可欠となることが挙げられた。

## 研究の限界

本研究の課題として調査対象者の少なさが挙げられる。看護職者に求められる尺度の開発のためには調査数を増やし、さらに活動地域も発展途上国のみならず先進

国も含めて多岐に渡り分析する必要がある。また、尺度開発に求められる因子分析による信頼性と妥当性が本研究では実施出来なかったのも今後の検討課題として残される。また、肯定率が100%である設問が複数あり、尺度項目として妥当ではない可能性があり、今後の尺度開発においては、項目の文言を再検討する必要があると考えられた。しかしながら、海外で働く邦人看護職者の役割と能力を明らかにする尺度を開発する際は本研究の結果を参考にしたい。

## 謝辞

本研究に対してご協力くださいました先生方、調査対象者の皆様に深く感謝致します。

## 引用文献

- 1) 外務省：海外在留邦人数調査統計。平成30年要約。2017。  
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000368753.pdf> (2019.9.20)
- 2) 津久井要：近年の海外赴任者のメンタルヘルス。海外勤務と健康, 20: 2-206, 2004.
- 3) 倉田由美子：英国在住日本人における精神健康度の季節性変化。早稲田大学学位論文, 2016.
- 4) 打越暁・濱田篤郎・飯塚孝ほか：発展途上国に滞在する日本人成人の受療疾患に関する検討。日本職業・災害医学会誌, 25(6): 432-436, 2003.
- 5) 鈴木桂子・北池正・宮崎有紀子ほか：海外派遣労働者の精神健康度に関連する要因についての検討。産業衛生学雑誌, 45: 105-113, 2003.
- 6) 小川正子：海外での土地柄に適した保健活動すべての住民に高品質の保健医療サービスをパラグアイおよびエルサルバドルにおける看護・助産教育。保健の科学, 50: 34-41, 2008.
- 7) 梶井文子・山崎好美・田代順子ほか：開発途上国における看護技術移転教育プログラムの開発に関する研究国際ワークショップ報告。聖路加看護大学紀要, 31: 17-25, 2005.
- 8) 林直子, 田代順子, 有森直子ほか：国際看護コラボレーターに必要な能力モデル構築と教育プログラムの開発。国際保健医療, 23(1): 23-31, 2006.
- 9) 一般社団法人日本看護系大学協議会：看護学士課程教育におけるコンピテンシーと卒業時到達目標。2018。 <https://doi.org/10.32283/rep.5618b431>
- 10) 近藤裕子・波川京子：看護職としての海外医療へのかかわり方—看護教育の立場から—。海外勤務と健康, 20: 11-15, 2004.
- 11) 小野聡子, 山本八千代：看護者の異文化間能力に関する文献検討, 川崎医療福祉学会誌 20: 507-512, 2011.
- 12) 大野直子：医療の場における異文化理解。順天堂グローバル教養論集, 70-79, 2016.
- 13) 戸崎規子：国際看護は異文化看護を包括する：国際看護が扱う範囲について。インターナショナルナーシングレビュー 32: 18-21, 2009.

# 夫の海外赴任に同行する妻の現地相談相手、 社会参加の滞在期間別2年間の比較

— 2016年と2017年のWeb縦断調査から —

## Two-Year Comparison in Local Counselors and Social Involvement of Wives Accompanying their Husbands Stationed Overseas by Length of Stay: Longitudinal Web Survey Findings in 2016 and 2017

青柳美樹<sup>1</sup>, 高山裕子<sup>2</sup>, 多賀昌江<sup>3</sup>  
Miki Aoyagi<sup>1</sup>, Yuko Takayama<sup>2</sup>, Masae Taga<sup>3</sup>

<sup>1</sup>岩手保健医療大学看護学部, <sup>2</sup>川崎市立看護短期大学, <sup>3</sup>北海道文教大学人間科学部  
<sup>1</sup>Faculty of Nursing, Iwate University of Medical and Science, <sup>2</sup>Kawasaki City College of Nursing  
<sup>3</sup>Faculty of Human Science, Hokkaido Bunkyo University

**目的:** 夫の海外赴任に同行する妻の現地相談相手の有無と社会参加率の滞在期間別の比率の差と変化を明らかにすることを目的とした。**方法:** 2016年と2017年にWeb調査を実施し、 $\chi^2$ 検定または正確確率検定, Cochran Q検定, McNemar検定を用いて差・変化を分析した。**結果:** 1~3年未満群と5~10年未満群において, 人との付き合い, 特に日本人友人との付き合いは2017年に減少していた。一方で, 相談相手のいる妻は増加していた。また, 1~3年未満群では, 2016年の社会参加率が他群よりも低かった。相談相手・社会参加ともない妻, または夫との関わりのみを有する妻は両年とも10%を超え, 同一者の傾向にあった。**考察:** 社会参加や人との付き合いを縮小する期間, または関わりを持たない期間を有する妻が一定数いる可能性が推察された。妻が滞在期間中に孤立せず安定したメンタルヘルスを保つための継続的な支援方法を産業看護職は現地関係者と協働して検討する必要があると考える。

**キーワード:** 夫の海外赴任に同行する妻, 現地相談相手, 社会参加, 滞在期間, Web縦断調査

**Objective:** The aim of this study is to examine differences and changes between 2 years in proportion of local counselors and social involvement of wives accompanying their husbands stationed overseas, according to their length of stay. **Methods:** Web-based surveys were conducted in 2016 and 2017. Differences between these two years were assessed using a  $\chi^2$  or Fisher exact test, and Cochran Q and McNemar tests. **Results:** Wives with relationships with others, especially with a Japanese friend, decreased in 2017 compared to 2016, among wives who had lived overseas for 1 to <3 years and 5 to <10 years' group, despite an increase in wives who had local counselors. The social involvement rate was lower in the 1 to <3 years' group than in the other groups in 2016. In both years, 10% of wives who had no counselors except their husbands or no social involvement, and nearly the same wives responded each year. **Discussion:** These results suggest that a certain number of wives accompanying their husbands stationed overseas have periods of reduced social involvement and relationships with others, or periods of no involvement. Occupational nurses or clinicians should consider collaboration with local stakeholders to provide support for these wives, so that they can maintain stable mental health without becoming isolated.

**Key words:** wives accompanying husbands stationed overseas, local counselors, social involvement, length of stay, longitudinal web survey

### I. 緒言

夫の海外赴任に同行する妻(以下, 妻)は約10万人と推計される。その妻の健康, 特にメンタルヘルスについては古くから問題視されており, 孤独感や現地日本人社会での人との関係がその要因の一つとして示されている<sup>2-4)</sup>。

妻は, 日本人コミュニティや日本人妻との関わり方の困難さや億劫さを抱えるものの<sup>5)</sup>, 夫, 渡航先の夫の上

司や同僚の妻からの情報提供や情緒的サポート, または対等な関係がつけられる仲間などの社会的関わりが抑うつ感や心理的負荷を軽減させるという報告<sup>6,7)</sup>から, 何らかの社会参加や相談相手を有することは, 妻のメンタルヘルスの安定のために重要であると<sup>8)</sup>考えられている。

妻は渡航前の社会参加や相談相手と物理的な距離を置くことになるとともに, 渡航先で新たな関係を一から構築する必要が生じる。その関係は, 夫の会社婦人会などの夫の所属先に依る関係から始まる場合が多い<sup>6,9)</sup>。そし

て、滞在年数を経ると友人をつくる、ボランティアに参加するなど、社会参加はゆるやかに拡大し、調整されていく<sup>10)</sup>といわれている。一方で、長期間海外生活を送っていても疎外感や孤独感を感じている妻の存在も相談事例<sup>11)</sup>から明らかになっており、滞在期間を通して、妻の心理的負荷の高い状態が続く可能性を示している。

しかし、実際、どの程度の妻が社会参加や相談相手のいない状態であるのか、その状況の変化は滞在期間によって変わるのか、短期間の間に変化する可能性があるのか、長期の滞在になると本当に社会参加は拡大していくのか、量的に調査で明らかにされていない。よって、本研究では、2年のWeb縦断調査を行い、社会参加と相談相手の滞在期間別の各年の比率の差、また、2年の変化を明らかにすることを目的とした。明らかになった比率の差、変化は、看護支援の効果的なタイミングや方法の検討に寄与すると考える。

## II. 方法

### 1. 対象および方法

2016年12月に1年以内に夫の海外赴任に同行して渡航予定の妻、および既に同行して海外生活を送っている妻に対し、A社に依頼してインターネット調査を実施した。回答のあった渡航予定妻162名、渡航後妻183名に対し、2017年12月にA社に追跡調査を依頼した。回答者146名(回答率42.3%)から、滞在期間10年以上の者、2017年と2016年の滞在期間に12か月±1か月の範囲外の差を示した者、滞在国の記述が両調査で異なる者、相談相手と社会参加の未回答者を分析から除外し、98名(有効回答率67.1%)を分析対象とした。

### 2. 調査項目

#### 1) 基本属性

年齢(2017年)、滞在期間、滞在国、就学児・未就学児の有無、夫の職種を確認した。

#### 2) 相談相手と社会参加の有無

困った時の現地の相談相手(以下、相談相手)の有無を尋ねた。相談相手がいる妻の選択肢として、夫、夫の会社関係者・家族、近所に住む日本人、近所に住む現地の人、語学学校の日本人、子どもの通う学校の日本人を設定した。回答は複数回答とし、該当する場合は「有」、該当しない場合は「無」と表記した。社会参加として、人との付き合い、グループ活動参加について尋ねた。日本にいる友人、現地に住む日本人の友人、日本人以外の

友人、夫の会社関係者・家族、会社婦人会、日本人会、習い事として現地語スクール、日本語のカルチャースクール、日本語以外のカルチャースクール、スキルアップのための資格学校、および現地の仕事への参加とした。社会参加の回答は、「いつもある」「時々ある」「あまりない」「ほとんどない」で回答し、CochranQ検定、およびMcNemar検定を行うため、「いつもある」「時々ある」を「有」、 「あまりない」「ほとんどない」を「無」の2群とした。

### 3. 分析方法

2017年の滞在年数を基準に、渡航から慣れるまでの1年未満群、適応していく1~3年未満群、同じ立場の妻が帰国していく3~5年未満群、適応や望郷の時期である5~10年未満群、および帰国者の5群に分類した<sup>12)</sup>。各年の5群間の比率の差は、 $\chi^2$ 検定または正確確率検定を行った。渡航後の2年間の比較は、2016年から滞在している1~10年未満の3群において分析を行った。各群の2年間の比率の差はCochranのQ検定、各群の「有から無」「無から有」の変化はMcNemarの検定を用いた。なお、参考として、1年未満群においては2016年の渡航前の社会参加の有無を表中に示した。

分析は、SPSS Ver. 26を用いて実施し、有意水準は5%未満とした。

### 4. 倫理的配慮

本研究は、国際医療福祉大学倫理委員会の承認(16-Io-23)を得て実施した。研究者が作成した調査票をA社がWeb用に体裁を整えて配信した。A社とは、個人情報保護、セキュリティの確保についての倫理基準の厳守を明文化し、文書で契約を交わした。また、調査の趣旨をWeb画面冒頭に提示するよう依頼した。対象者のID管理はA社が行い、各年の回答データはA社がとりまとめて素データの状態で研究者に提供した。2年間のデータの連結は、研究者が各年の素データに付与されているIDによって行った。

## III. 結果

### 1. 対象者の基本属性(表1)

2017年の回答者の平均年齢は40.5歳(SD=7.8, Mdn=39.0)であった。5群の間に有意な差はなかった。

2017年時点の滞在期間は、1年未満群0.7年(SD=0.3, Mdn=0.8)、1~3年未満群1.8年(SD=0.3, Mdn=1.9)、

表1 対象者の基本属性

年齢 (2017年)	n	M	SD	Mdn
全体	98	40.5	7.8	39.0
1年未満	13	38.7	6.5	38.0
1～3年未満	36	40.6	9.0	39.5
3～5年未満	18	38.2	7.0	36.5
5～10年未満	18	41.2	6.7	41.5
帰国者	13	41.1	6.4	39.0
滞在州	n	(%)		
アジア州	38	(38.8)		
アメリカ州	29	(29.6)		
ヨーロッパ州	23	(23.5)		
オセアニア州	3	(3.1)		
不明	5	(5.1)		
就学児・未就学児の有無				
就学児有	19	(19.4)		
未就学児有	43	(43.9)		
夫の職種				
専門職	28	(28.6)		
研究・技術職	24	(24.5)		
製造職	17	(17.3)		
事務職	14	(14.3)		
営業職	8	(8.2)		
その他	7	(7.1)		

3～5年未満群4.1年 (SD=0.6, Mdn=4.0), 5～10年未満群7.4年 (SD=1.5, Mdn=7.3)であった。また、帰国者の平均滞在期間は3.2年 (SD=2.0, Mdn=4.1)であった。

滞在州で最も多いのはアジア州38人 (38.8%)であった。なお、本研究では国による差の検討は行わないため、滞在州のみの記述とする。

就学児を持つ妻は19名 (19.4%), 未就学児を持つ妻は43名 (43.9%)であった。

夫の職種で最も多いのは専門職28名 (28.6%)であった。

## 2. 相談相手, 社会参加の滞在期間別2年間の比較

### 1) 相談相手 (表2)

各年の5群間の相談相手の有無の比率に有意な差はなかった。

いずれかの相談相手「有」の妻は、2016年58名 (68.2%), 2017年78名 (91.8%)であった。1～3年未満群では、2016年の滞在2年未満の時点で相談相手「無」の妻が12名 (33.3%)であったが、2017年に3名 (8.3%)に減少していた。10名 (27.8%)が「無から有」となり、2名 (0.6%)が「無」のままであった。

両年とも全ての群において、夫が最も多く、2016年では56名 (65.9%), 2017年では64名 (75.3%)であった。2017年1年未満の妻では9名 (69.2%)であった。

夫以外の相談相手については、2016年29名 (34.1%), 2017年50名 (58.8%)であった。全体では23名 (31.9%)が、「無から有」となっていた。3～5年未満群では、2016年5名 (27.8%)が2017年には13名 (72.2%)となっており、「無から有」のみ8名 (44.4%)の増加であった ( $p<.01$ )。特に近所に住む日本人が「無から有」である妻が5名 (27.8%)となり、「有」が増加していた。

### 2) 社会参加 (表3)

社会参加の有無の比率においては、2016年の5群間に有意な差を認め ( $p<.05$ )、5～10年群の参加「有」が高く (調整済み残差=2.6)、1～3年未満群の参加「有」は低かった (調整済み残差=-2.3,  $p=.007$ ,  $V=.402$ )。また、人との付き合いにおいても有意な差を認め ( $p<.05$ )、5～10年未満群の「有」が高かった (調整済み残差=2.6,  $p<.05$ ,  $V=.356$ )。人との付き合いでは、日本人以外の友人との付き合いにおいて有意な差を認め、平均滞在期間3.2年の帰国者群の「有」が高かった (調整済み残差=3.2,  $p<.01$ ,  $V=.352$ )。

2017年の習い事について、1年未満群の参加「有」が10名 (76.9%)であり、他群よりも高かった (調整済み残差=2.8,  $p<.05$ ,  $V=.329$ )。社会参加の有無、習い事以外の社会参加の各項目については、滞在期間群の間に有意な差はなかった。

1～3年未満群の人との付き合いにおいて、2016年よりも2017年に「有」の妻が有意に減少していた (2016年83.3%, 2017年61.1%)。その中でも現地に住む日本人の友人において、有意に減少していた (2016年55.6%, 2017年33.3%)。また、習い事への参加についても、「有」の妻が有意に減少しているとともに (2016年58.3%, 2017年33.3%), 「有から無」 (13名, 36.1%)が有意に増加していた ( $p<.05$ )。しかし、夫の会社関係者・家族との付き合いは、2016年より2017年では「有」の妻が有意に増加しているとともに (2016年13.9%, 2017年44.4%), 「有から無」の妻よりも「無から有」の妻が多かった ( $p<.05$ )。

5～10年未満群では、人との付き合いおよび習い事において、「有」の妻が減少していた。

### 3) 相談相手・社会参加ともに「無」または夫との関わりのみの妻 (表4)

両年とも、滞在期間群別の比率に有意な差はなかった。相談相手・社会参加ともに「無」、または夫との関わりのみの妻は、2016年14名 (16.5%), 2017年12名 (14.1%)であった。1～3年未満群では両年とも5名 (13.9%), 3～5年未満群では2016年5名 (27.8%), 2017

表2 妻の相談相手の滞在期間別2年間の比較

相談相手	n	2016年		2017年		ChochranQ		M cNemer <sup>※2</sup>		p
		有 n (%)	無 n (%)	有 n (%)	無 n (%)	p	有から無 n (%)	無から有 n (%)		
相談相手の有無										
全体 <sup>※1</sup>	85	58 (68.2)	27 (31.8)	78 (91.8)	7 (8.2)			2 (2.8)	3 (4.2)	
1年未満	13	—	—	13 (46.4)	0 (0.0)					
1～3年未満	36	24 (66.7)	12 (33.3)	33 (91.7)	3 (8.3)	.007 <sup>※2</sup>	1 (2.8)	10 (27.8)		.012
3～5年未満	18	13 (72.2)	5 (27.8)	17 (94.4)	1 (5.6)		1 (5.6)	5 (27.8)		
5～10年未満	18	11 (61.1)	7 (38.9)	15 (83.3)	3 (16.7)	.046 <sup>※2</sup>	0 (0.0)	4 (22.2)		
帰国者	13	10 (76.9)	3 (23.1)	—	—					
1) 夫										
全体	85	56 (65.9)	29 (34.1)	64 (75.3)	21 (24.7)			4 (5.6)	2 (2.8)	
1年未満	13	—	—	9 (69.2)	4 (30.8)					
1～3年未満	36	23 (63.9)	13 (36.1)	26 (72.2)	10 (27.8)			5 (13.9)	2 (5.6)	
3～5年未満	18	13 (72.2)	5 (27.8)	15 (83.3)	3 (16.7)			1 (5.6)	3 (16.7)	
5～10年未満	18	11 (61.1)	7 (38.9)	14 (77.8)	4 (22.2)			1 (5.6)	4 (22.2)	
帰国者	13	9 (69.2)	4 (30.8)	—	—					
2) 夫以外 <sup>※4</sup>										
全体	85	29 (34.1)	56 (65.9)	50 (58.8)	35 (41.2)			4 (5.6)	23 (31.9)	.000
1年未満	13	—	—	8 (61.5)	5 (38.5)					
1～3年未満	36	12 (33.3)	24 (66.7)	20 (55.6)	16 (44.4)			3 (8.3)	11 (30.6)	
3～5年未満	18	5 (27.8)	13 (72.2)	13 (72.2)	5 (27.8)			0 (0.0)	8 (44.4)	.008
5～10年未満	18	6 (33.3)	12 (66.7)	9 (50.0)	9 (50.0)			1 (5.6)	4 (22.2)	
帰国者	13	6 (46.2)	7 (53.8)	—	—					
(1) 近所に住む日本人										
全体	85	17 (20.0)	68 (80.0)	29 (34.1)	56 (65.9)			2 (2.8)	8 (11.1)	
1年未満	13	—	—	4 (30.8)	9 (69.2)					
1～3年未満	36	9 (25.0)	27 (75.0)	10 (27.8)	26 (72.2)			2 (5.6)	3 (8.3)	
3～5年未満	18	3 (16.7)	15 (83.3)	8 (44.4)	10 (55.6)	.025	0 (0.0)	5 (27.8)		
5～10年未満	18	3 (16.7)	15 (83.3)	7 (38.9)	11 (61.1)	.046	0 (0.0)	4 (22.2)		
帰国者	13	2 (15.4)	11 (84.6)	—	—					
(2) 夫の会社関係者・家族										
全体	85	9 (10.6)	76 (89.4)	17 (20.0)	68 (80.0)			6 (8.3)	4 (5.6)	
1年未満	13	—	—	3 (23.1)	10 (76.9)					
1～3年未満	36	6 (16.7)	30 (83.3)	6 (16.7)	30 (83.3)			5 (13.9)	5 (13.9)	
3～5年未満	18	1 (5.6)	17 (94.4)	7 (38.9)	11 (61.1)			0 (0.0)	3 (16.7)	
5～10年未満	18	1 (5.6)	17 (94.4)	1 (5.6)	17 (94.4)			1 (5.6)	1 (5.6)	
帰国者	13	1 (7.7)	12 (92.3)	—	—					
(3) 近所に住む現地の人										
全体	85	15 (17.6)	70 (82.4)	13 (15.3)	41 (48.2)			4 (5.6)	6 (8.3)	
1年未満	13	—	—	1 (7.7)	12 (92.3)					
1～3年未満	36	5 (13.9)	31 (86.1)	7 (19.4)	29 (80.6)			1 (2.8)	3 (8.3)	
3～5年未満	18	4 (22.2)	14 (77.8)	4 (22.2)	14 (77.8)			2 (11.1)	2 (11.1)	
5～10年未満	18	2 (11.1)	16 (88.9)	3 (16.7)	16 (88.9)			1 (5.6)	2 (11.1)	
帰国者	13	4 (30.8)	9 (69.2)	—	—					

※1 2016年1年未満, 2017年帰国者を各年の全体対象者数に含めない。

※2 相談相手の有無の CochranQ 検定における有意確率は期待値が5未満のセルが20%以上であるため, 参考である。

※3 McNemer 検定における全体の対象者数は, 渡航後の比較ができた1～10年未満滞在期間の計である。n=65

※4 夫以外の相談者については, 相談者数上位3位まで表記した。

年4名(22.2%)だった。2017年1年未満群では, 相談相手, 社会参加とも「無」の妻はいなかった。1～3年未満群, 3～5年未満群の2016年における相談相手・社会参加ともに「無」または夫との関わりのみの妻10名

のうちの9名(90.0%)は, 2017年にもいずれかの回答だった。

表3 妻の社会参加の滞在期間別2年間の比較

	n	2016年			2017年			CochranQ p	McNemer <sup>※2</sup>		
		有 n (%)	無 n (%)	$\chi^2$ /正確 確率検定 p	有 n (%)	無 n (%)	$\chi^2$ /正確 確率検定 p		有から無 n (%)	無から有 n (%)	p
社会参加の有無											
全体 <sup>※1</sup>	85	77 (78.6)	8 (8.2)	.018	70 (82.4)	15 (17.6)		7 (19.4)	2 (5.6)		
1年未満	13	13 (100.0)	0 (0.0)		12 (92.3)	1 (7.7)					
1～3年未満	36	32 (88.9)	4 (11.1)		29 (80.6)	7 (19.4)		5 (13.9)	2 (5.6)		
3～5年未満	18	14 (100.0)	4 (28.6)		13 (92.9)	5 (35.7)		1 (7.1)	0 (0.0)		
5～10年未満	18	18 (100.0)	0 (0.0)		16 (88.9)	2 (11.1)		1 (5.6)	0 (0.0)		
帰国者	13	13 (100.0)	0 (0.0)								
1) 人との付き合い											
全体	85	67 (68.4)	18 (18.4)	.013	57 (67.1)	28 (32.9)		17 (23.6)	5 (6.9)	.017	
1年未満 <sup>※1</sup>	13	11 (84.6)	2 (15.4)		9 (69.2)	4 (30.8)					
1～3年未満	36	30 (83.3)	6 (16.7)		22 (61.1)	14 (38.9)	.009	11 (30.6)	3 (8.3)		
3～5年未満	18	12 (66.7)	6 (33.3)		13 (72.2)	5 (27.8)		1 (5.6)	2 (11.1)		
5～10年未満	18	18 (100.0)	0 (0.0)		13 (72.2)	5 (27.8)	.033 <sup>※3</sup>	5 (27.8)	0 (0.0)		
帰国者	13	7 (53.8)	6 (46.2)		-	-					
(1) 現地に住む日本人の友人											
全体	85	52 (61.2)	33 (38.8)		34 (40.0)	51 (60.0)		14 (19.4)	9 (12.5)		
1年未満	13	-	-		5 (38.5)	8 (61.5)					
1～3年未満	36	20 (55.6)	16 (44.4)		12 (33.3)	24 (66.7)	.009	11 (30.6)	3 (8.3)		
3～5年未満	18	11 (61.1)	7 (38.9)		7 (38.9)	11 (61.1)		5 (27.8)	1 (5.6)		
5～10年未満	18	11 (61.1)	7 (38.9)		10 (55.6)	8 (44.4)		2 (11.1)	1 (5.6)		
帰国者	13	10 (76.9)	3 (23.1)		-	-					
(2) 日本人以外の友人											
全体	85	44 (51.8)	41 (48.2)	.014	35 (41.2)	50 (58.8)		13 (18.1)	11 (15.3)		
1年未満	13	-	-		5 (38.5)	8 (61.5)					
1～3年未満	36	16 (44.4)	20 (55.6)		14 (38.9)	22 (61.1)		8 (22.2)	6 (16.7)		
3～5年未満	18	9 (50.0)	9 (50.0)		9 (50.0)	9 (50.0)		3 (16.7)	3 (16.7)		
5～10年未満	18	7 (38.9)	11 (61.1)		7 (38.9)	11 (61.1)		2 (11.1)	2 (11.1)		
帰国者	13	12 (92.3)	1 (7.7)		-	-					
(3) 夫の会社関係者・家族											
全体	85	23 (27.1)	62 (72.9)		32 (37.6)	53 (62.4)		10 (13.9)	22 (30.6)	.002	
1年未満	13	-	-		4 (30.8)	9 (69.2)					
1～3年未満	36	5 (13.9)	31 (86.1)		16 (44.4)	20 (55.6)	.008	5 (13.9)	15 (41.7)	.027	
3～5年未満	18	5 (27.8)	13 (72.2)		7 (38.9)	11 (61.1)		2 (11.1)	4 (22.2)		
5～10年未満	18	5 (27.8)	13 (72.2)		5 (27.8)	13 (72.2)		3 (16.7)	3 (16.7)		
帰国者	13	8 (61.5)	5 (38.5)		-	-					
2) グループ参加											
全体	85	67 (78.8)	18 (21.2)		52 (61.2)	33 (38.8)		19 (26.4)	7 (9.7)		
1年未満 <sup>※1</sup>	13	7 (53.8)	6 (46.2)		10 (76.9)	3 (23.1)					
1～3年未満	36	26 (72.2)	10 (40.0)		19 (52.8)	17 (47.2)		11 (30.6)	4 (11.1)		
3～5年未満	18	13 (72.2)	5 (27.8)		11 (61.1)	7 (38.9)		3 (16.7)	1 (5.6)		
5～10年未満	18	15 (83.3)	3 (16.7)		12 (66.7)	6 (33.3)		5 (27.8)	2 (11.1)		
帰国者	13	13 (100.0)	0 (0.0)		-	-					
(1) 会社婦人会											
全体	85	22 (25.9)	63 (74.1)		14 (16.5)	71 (83.5)		15 (27.3)	8 (11.1)		
1年未満	13	-	-		5 (38.5)	8 (61.5)					
1～3年未満	36	11 (30.6)	25 (69.4)		4 (11.1)	32 (88.9)		10 (27.8)	3 (8.3)		
3～5年未満	18	2 (11.1)	16 (88.9)		4 (22.2)	14 (77.8)		2 (11.1)	4 (22.2)		
5～10年未満	18	3 (16.7)	15 (83.3)		1 (5.6)	17 (94.4)		3 (16.7)	1 (5.6)		
帰国者	13	6 (46.2)	7 (53.8)		-	-					
(2) 日本人会											
全体	85	29 (34.1)	56 (65.9)		22 (25.9)	63 (74.1)		17 (23.6)	9 (12.5)		
1年未満	13	-	-		5 (38.5)	8 (61.5)					
1～3年未満	36	11 (30.6)	25 (69.4)		7 (19.4)	29 (80.6)		8 (22.2)	4 (11.1)		
3～5年未満	18	7 (38.9)	11 (61.1)		6 (33.3)	12 (66.7)		4 (22.2)	3 (16.7)		
5～10年未満	18	7 (38.9)	11 (61.1)		4 (22.2)	14 (77.8)		5 (27.8)	2 (11.1)		
帰国者	13	4 (30.8)	9 (69.2)		-	-					
(3) 習い事											
全体	85	57 (58.2)	41 (41.8)		35 (41.2)	50 (58.8)	.048	22 (30.6)	3 (4.2)	.000	
1年未満 <sup>※1</sup>	13	7 (53.8)	6 (46.2)		10 (76.9)	3 (23.1)					
1～3年未満	36	21 (58.3)	15 (41.7)		12 (33.3)	24 (66.7)	.029	13 (36.1)	2 (5.6)	.049	
3～5年未満	18	10 (55.6)	8 (44.4)		5 (27.8)	13 (72.2)		4 (22.2)	1 (5.6)		
5～10年未満	18	13 (72.2)	5 (27.8)		8 (44.4)	10 (55.6)	.033 <sup>※3</sup>	5 (27.8)	0 (0.0)		
帰国者	13	6 (46.2)	7 (53.8)		-	-					

※1 2016年の1年未満群は渡航前状況であり参考全体体操者数には含まない。また、2017年の帰国群も全体対象者数には含まない。

※2 McNemer検定における全体の対象者数は、渡航後の比較ができた1～10年未満滞在期間の計である。n=65

※3 5～10年未満群については、期待値5未満のセルがあるため、CochranQ検定の有意確率は参考である。

※4 仕事は全体で7名であり、表に表記しない。

表4 相談相手・社会参加とも「無」または夫との関わりのみ

	n	2016年			2017年		
		無 n (%)	夫との 関わりのみ※1 n (%)	計 n (%)	無 n (%)	夫との 関わりのみ※1 n (%)	計 n (%)
全体	85	8 (9.4)	6 (7.1)	14 (16.5)	3 (3.5)	9 (10.6)	12 (14.1)
1年未満	13				0 (0.0)	2 (15.4)	2 (15.4)
1～3年未満	36	2 (5.6)	3 (8.3)	5 (13.9)	1 (2.8)	4 (11.1)	5 (13.9)
3～5年未満	18	2 (11.1)	3 (16.7)	5 (27.8)	2 (11.1)	2 (11.1)	4 (22.2)
5～10年未満	18	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.6)	1 (0.0)
帰国者	13	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)			

※1 社会参加「無」で相談相手「有」のうち、夫のみが相談相手

#### IV. 考察

##### 1. 妻の相談相手と社会参加の状況

本研究において、困った時の主な相談相手は夫であった。援助を求める際の最初の伝達者が夫であることは、Arnault<sup>6)</sup>や井上<sup>13)</sup>が示している。しかし、夫は主な相談相手ではあるが、約30%の妻は夫を相談相手としていなかった。夫が相談相手でないのは、赴任したばかりの夫に気苦労をかけたくない、自分でなんとかしなくてはとの思い<sup>14)</sup>、一方で出張などの夫の不在によって相談できる環境にない<sup>7)</sup>という先行研究の結果を反映している可能性がある。また、妻は、夫に心理的な支援者としての役割を求めても、夫から頑張っねと突き放される場合もあり<sup>14)</sup>、夫を相談相手にできない現状もあると考えられる。

1～3年未満群の相談相手「有」が2017年に増加している結果から、相談相手のいない妻は、相談相手を得るまでに1～2年を要している可能性がある。また、本研究の結果では、夫の会社関係者・家族を相談相手とする比率に有意な差を示さなかったものの、渡航後数か月で「面倒見るのはこまでね」と先に海外生活を送っていた先輩妻から区切りを示された妻の経験から<sup>14)</sup>、会社婦人会の支援のしくみによって1年未満で相談相手を一旦失い、1～3年未満の期間で別の相談相手を獲得している妻もいると予測される。一方で、5年以上の群においても、相談相手「有」とする妻が増加していた。相談相手としていた妻の帰国によって失った後の再獲得、もしくは長期間において相談相手が不在であったが獲得したのではという見方もできる。

1～3年未満群では、2016年よりも2017年の社会参加率、特に習い事について低下していた。1年未満群の習い事の参加率が高い結果から、渡航初期には対等な仲間を持つ<sup>7)</sup>目的として習い事が活用されていると推測さ

れる。しかし、1～3年未満では、日本人友人との付き合いのある妻の減少も本研究結果で示されており、グループや人との関係に困難感<sup>4)</sup>を感じているなどの理由で参加率が低下した可能性がある。人間関係の困難さや心開ける友人の不在を感じている妻が存在しており<sup>7)</sup>、夫の付属物ではなく一人の個として見てほしい葛藤<sup>14)</sup>や関係構築の困難さが参加率低下の要因となっていると考えられる。その一方で、相談相手や社会参加のある1～3年未満群は、2016年34名(94.4%)、2017年35名(97.2%)であり、夫を含め誰かとながらみを持っていると推測される。特に、夫の会社関係者・家族との付き合い「有」が2016年より2017年に増えているのは、後から来た夫の同僚やその妻の世話をする立場になることが<sup>9)</sup>が反映された結果と考えることもできる。しかし、このことは逆に妻のネガティブなストレス反応を高めている可能性も先行研究で示されている<sup>15)</sup>。

5～10年未満群において人との付き合いが2017年に減少している本研究の結果は、気の合う友人の帰国などにより作りあげた生活や関係が白紙化するものの、新しい人との関係の再構築にエネルギーが費やせない<sup>13)</sup>心理的状況も要因の一つとして考えられる。

女性移民の例における現地ネットワークが生活満足度に影響しているとの報告<sup>16)</sup>、および、同じ文化を有し、互いに理解し合える相手へ移行し、生活世界を調整している<sup>10)</sup>という高丸の結果から、妻は様々なグループ活動に参加しつつ、気の合う日本人と個別の友人関係を構築していくのではないかと著者らは考えていた。確かに、どの群においても現地に住む日本人友人との付き合いが日本人以外の友人や会社関係者・家族との付き合いよりも多い。しかし、1～3年未満群において、現地日本人友人との付き合いを有する妻が2016年に比較して2017年に減少している状況や、2016年にこの滞在群の社会参加率が他群よりも低い結果から、この時期に社会参加

が希薄になる可能性が考えられる。しかし、一方で相談相手は獲得しており、億劫な付き合いを避けるとともに、1年未満の習い事などへの社会参加が相談相手を得る機会となったとも考えられる。高丸<sup>9)</sup>や叶<sup>17)</sup>の研究のように、ネットワークはゆるやかに調整され拡大または維持されるとしても、1～3年未満の時期に縮小し、その後拡大する可能性が推察された。ネットワークは問題解決機能を有するといわれている<sup>5,16-18)</sup>。妻の相談相手や社会参加の形態は一つではないが、夫以外の相談相手の不在、社会参加の希薄がもし妻の心理的負荷の誘因となるのであれば、この1～3年未満群への支援の在り方の検討が必要である。

更に、社会参加がなく、かつ、夫以外の相談相手もしくは相談相手がない妻が一定数存在することが明らかになった。その意味は、滞在期間によって異なる可能性がある。特に1年未満群、1～3年未満群では、孤立との解釈もできるが、今後この時期のメンタルヘルスと社会参加、相談相手の状況や関係の深さとの関連を明らかにする必要があるだろう。

## 2. 夫の海外赴任に同行する妻に対する産業看護職の役割と今後の対策の検討

産業衛生スタッフをはじめとする企業の担当者が妻の渡航前に生活や健康情報を提供する支援の必要性は、井上<sup>13)</sup>やDoi<sup>19)</sup>も示している。産業看護職は、夫の所属先の妻からのおおよその支援期間を把握して伝え、その期間内に現地グループや現地語クラスなどの社会参加の機会を得て他者とのネットワークづくりや気の置けない相談相手を見つけるよう勧めることも、支援として有効であると考えられる。また、渡航後初期だけでなく、渡航後1～3年の時期に、Web面接や定期的なメールのやりとりも必要である可能性が本結果から推察される。

しかし、看護職がいる事業所もあれば、産業医だけの事業所もある。また、産業看護職をはじめとする産業衛生スタッフの存在を妻が知らない場合もある。現地との物理的、時間的距離もあり、直接的な支援には限界がある。滞在国において妻を支援できる体制、互いに支援し合えるしくみが必要であろう。滞在国の情報が集約できるプラットフォームや、Webを活用して同国、他国の妻とのやりとりができる機会ができれば、つながりを得る可能性が高くなることが予測される。現地関係者と協働しての支援のしくみを検討する必要がある。

## V. 研究の限界と今後の課題

2年間の縦断調査への回答であることから、対象者への調査への参加意識が高いと考えられる。また、各群のMcNemer検定およびCochranのQ検定については0.7前後の検定力であるため、対象者の少なさによって、第2種の過誤を生じている可能性が高い。

ただ、2年間とはいえ同一妻の相談相手、社会参加を比較した調査はないため、本研究は妻の支援対策を検討する一助となると考えられる。なお、本研究では、現地の相談相手に限定して調査を行い、日本や他国の相談相手については検討していない。今後、妻が生活に適應していくプロセスにおいて社会参加や日本をはじめ現地以外に在住する相談相手を含めた相談相手の有無がどのように作用しているのかを質的に明らかにしたい。また、妻のメンタルヘルスの状況と相談相手や社会参加、言葉の不自由さの認識、子の有無など他の要因との関連および特徴を明らかにし、特徴に応じた支援方法を検討したい。

## VI. 結論

1. 1年未満群では、習い事への参加率が他群よりも高かった。
2. 1～3年未満群では、2016年に相談相手「無」の妻は、2017年に減少していた。一方で、2016年の社会参加率が他群よりも低く、特に、日本人友人との付き合い「有」の妻が減少していた。
3. 3～5年未満群では、2016年では人との付き合い「有」が他群よりも高かった。
4. 社会参加がなく、更に夫以外の相談相手もしくは相談相手がない妻は、両年とも10%を超えていた。その状態は継続する傾向にあった。

以上より、社会的関わりがない妻だけでなく、関係が希薄化する可能性のある滞在期間1～3年未満の妻にも着目する必要性が推測された。妻の社会的関わりは変化する可能性があるが、妻が滞在期間中に孤立せず安定したメンタルヘルスを保つための継続的な支援方法を、産業看護職は現地関係者と協働して検討する必要があると考える。

## VII. 謝辞

本調査にご回答くださいました皆様に心よりお礼申し上げます。

本研究は、JSPS16K12314の助成を受けて実施した。なお、開示すべきCOIはない。

## 引用文献

- 1) 外務省：海外在留邦人数調査統計 平成29年要約版。  
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000162699.pdf> (2018.12.2)
- 2) 稲村博：海外における不適応現象。日本人の海外不適応，14-53，日本放送出版協会，東京，1985。
- 3) 城戸照彦，山田裕一，石崎正夫ほか：海外派遣社員とその家族の健康管理対策（第1報）東南アジア5カ国における実情とその対策。労働科学，59(10): 475-482, 1983。
- 4) 小山恵理子：在英日本人駐在員の妻の精神的健康にかかわる要因について。こころと文化，7(2): 165-173, 2008。
- 5) 青柳美樹，多賀昌江，高山裕子：夫の海外赴任に同行する妻における渡航前の不安と渡航後の困りごと—Web調査における自由記述から—。渡航医学会誌，12(2): 47-56, 2019。
- 6) Arnault DA: Help-Seeking and Social Support I Japanese Sojourners. West Journal Nursing Researches, 24(3): 295-306, 2002.
- 7) 青柳美樹，山崎恭子，津田志緒：海外派遣労働者家族（配偶者）の生活への適応に関連する因子。日本渡航医学会学術集会抄録集，17回：89, 2013。
- 8) Shaffer MA, Harrison DA: Forgotten partners of international assignments: Development and test of a model of spouse adjustment. Journal of Applied Psychology, 86(2): 238-254, 2001.
- 9) 下野淳子：海外赴任直後から駐妻たちの心に芽生える感情とは。下野淳子，海外赴任のために必要なこと 駐在員家族のメンタルヘルス，6-21，角川学芸出版，東京，2013。
- 10) 高丸理香：海外帯同妻（駐在員妻）の友人・知人ネットワーク形成プロセス。人間文化創成科学論叢，15: 281-289, 2013。
- 11) 田村毅：在英邦人の適応上の諸問題—サマリタンズ日本語電話相談の事例から—。臨床精神医学，22(7): 1041-1056, 1993。
- 12) 下野淳子：赴任後の心理的発展段階 ハネムーン期から成熟期まで。下野淳子，海外赴任のために必要なこと 駐在員家族のメンタルヘルス，22-38，角川学芸出版，東京，2013。
- 13) 井上雅弘，稲本幸雄，大野妃織ほか：海外駐在員の同伴家族（特に妻）のメンタルヘルスについての検討。松仁会医学会誌，43(2): 163-168, 2004。
- 14) 青柳美樹，高山裕子，藤田千：海外派遣労働者の配偶者における生活適応への心理的プロセス。こころと文化，16(14): 71, 2017。
- 15) Aoyagi M, Taga M, Takayama Y, et al.: Community Activities Factors Related to Stress Reactions of Spouses Accompanying Husbands Posted Overseas. Program Book PO16: 102. 2017. <https://www.istm.org/files/Documents/Activities/Meetings/Congresses/CISTM15/09%20May%202017%20-%20Program%20w%20Bookmarks.pdf> (2020.0312)
- 16) Giusta M, Kambhampati U: Women Migrant Workers in the UK: Social Capital, Well-being and Integration. Journal of International Development, 18(6): 819-833, 2006。
- 17) 叶尤奇：日本人海外駐在員妻のパーソナル・ネットワークに関する一考察—上海在住の日本人海外駐在員妻の事例をもとに。多文化関係学，12: 71-88, 2015。
- 18) 竹田美和：国際移動家族の社会的サポートネットワーク。竹田美和神戸松陰大学研究紀要 人間科学部編，2019。 <http://doi.org/10.14946/00002091> (2020.4.2)
- 19) Doi M, Tomokawa S, Kobayashi T: Mental Health of Japanese Overseas Workers' Spouses and Factors Related to Anxiety Their Children's Education. 国際保健医療，23(2): 146, 2008。

# メンタルヘルス対策の事業企画経験の有無に関する要因

## Factors related to experience in mental health issues in project development

望月由紀子

Yukiko Mochizuki

東邦大学看護学部

Toho University, Faculty of Nursing

**目的：**産業看護職のメンタルヘルス対策の事業企画経験の有無に関する要因を明らかにすることを目的とした。

**方法：**日本産業看護学会会員 235 名を対象に自記式質問紙調査を実施し、産業看護職個人の特徴と日頃の実践内容、職場の状況について検討した。分析は、2 群間の比較は、Fisher の直接確率法を用いた。産業看護職のワーク・エンゲイジメントについては、日本語版ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度短縮版 (The Japanese Short Version of the Utrecht Work Engagement Scale: UWES-J) 得点を用いて、全体得点、活力、熱意、没頭の 3 つの下位尺度について、Mann-Whitney U 検定を用いた。解析は、SPSS Statistics, Ver. 23.0 を用い、有意水準は 5% 未満とした。

**結果及び考察：**61 名 (有効回答率 26.0%) を分析対象とした。平均経験年数は 18.9 年であり、メンタルヘルス対策の事業企画の経験ありは 50 名 (82.0%) であった。経験あり群は経験なし群よりも、関係部署との意思疎通、個別分析、集団分析、UWES-J 得点、事業場内でメンタルヘルス対策の事業企画の経験ありと回答した割合が有意に高かった。経験を有する産業看護職は、個別支援のための分析や集団支援のための分析を常に行うことで、メンタルヘルス対策の事業企画につなげていたと考える。

**結論：**産業看護職は日常的な実践内容の分析を常に行うことで、メンタルヘルス対策の事業企画の経験に繋がっていた。

**キーワード：**産業保健、メンタルヘルス対策、事業企画経験、産業看護職

**Purpose:** The purpose of this study was to clarify the factors related to experience in mental health issues in project development as primary treatment by Occupational Health Nurses (OHNs) in a Japanese working environment.

**Methods:** A total of 235 OHNs who had been member of Japan Academy of Occupational Health Nursing, were sent an anonymous self-administered questionnaire survey.

**Results & Discussion:** Sixty one OHNs (valid response rate: 26.0%) were analyzed. The mean number of years of service as an OHNs was 18.9, and 82.0% had experience in project development. These results statistically related with experience showed that the percentage of communication with relevant departments, individual assessment, workplace assessment and a high score in UWES-J were larger in the experienced group than non-experienced group. Accordingly, the work environment were OHNs have been attached to has given them the opportunity to make suggestions in project development in mental health care.

**Conclusion:** OHNs have the capability for workplace assessment and the ability to develop mental health issues into project development.

**Key words:** occupational health, mental health care, experience in project development of mental health care, occupational health nurse

## I. 緒言

産業保健分野で働く保健師・看護師 (以下、産業看護職) が事業場の健康課題を解決するためには、事業場の実情に即した事業を企画する必要がある<sup>1)</sup>、事業企画する能力強化の必要性は、ガイドラインや指針で示されている<sup>2,3)</sup>。そのため産業看護職は、従業員のニーズや職場の健康課題を日常の個別支援を通じて把握し、関係職種と連携しながら事業を企画することで、職場の健康水準を向上させることが期待されている。加えて職場環境の改善は、事業場全体の健康リスクが低下すること<sup>4)</sup>、労働者が精神的な健康問題を抱えることによる業務効率が低下した状態での勤務は労働生産性の損失になることか

らも、事業場全体でメンタルヘルス対策に取り組む必要がある。このことから、事業場全体で取り組むメンタルヘルス対策として、労働者が安心して働けるような体制を整えることが期待されている。

また、行政保健師に関する先行研究では、事業・社会資源を創出するためには日常業務の経験を積み重ねること<sup>5)</sup>や、職位や勤続年数が長くなることで、事業の企画力が高くなること<sup>6)</sup>が報告されている。労働者の安全と健康を守る主体は事業者や労働者であるが、自主的な取り組みを支援するためには、産業看護職として、健康課題を解決するための働きかけや提案をすることが重要である<sup>1,7)</sup>。産業看護職として健康課題を解決するため

の働きかけやその必要性を提案することは、仕事への高いパフォーマンスが必要であり<sup>8)</sup>、創造性や積極的に役割を担い役割以上の行動をする<sup>9)</sup>ことが必要であるため、産業看護職自身のポジティブな側面にも影響する。そのため、産業看護職のワーク・エンゲイジメントの高さも考慮する必要がある<sup>10,11)</sup>。加えて、産業看護職は日常的に労働者の個別ニーズを把握し、職場巡視等において労働環境を把握することで、健康ニーズを事業場全体としての取組みに繋げて健康課題を解決する特徴があることから、行政保健師同様に日常業務の経験を積み重ねることが重要である。

行政保健師の事業企画に関する研究では、事業化提案決定までの思考過程、能力・技術<sup>12)</sup>、事業・社会資源創出、事業企画に関する能力<sup>6,13)</sup>、行政保健師の実践経験と関連要因、困難とその解決策<sup>14,15)</sup>が報告されているが、産業看護職の事業企画の経験に関する実践や事業企画の実践をするための関連要因に関する知見は見当たらない。そこで本研究はメンタルヘルス対策の事業企画経験の有無に関連した要因について検討した。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象

日本産業看護学会の協力を得て、学会正会員 235 名の産業看護職を対象とした (2017年1月1日現在)。日本産業看護学会は2012年に設立され、学問としての産業看護学の発展と高度の実践能力・実践方法の開発により、社会に貢献することをめざしている学会である。学会に所属する産業看護職は、活動意識が高い産業看護職であると推測されたため、本研究の対象として設定した。

### 2. 用語の操作的定義

事業については、健康課題を解決するための具体的な活動内容とした<sup>16)</sup>。メンタルヘルス対策の事業企画は、メンタルヘルス対策のために立案された事業とした<sup>17)</sup>。

### 3. 調査項目

行政保健師を対象とした先行研究を参考にして、調査項目を検討した<sup>12-15,18,19)</sup>。産業看護職の個人の特徴は、性別、年齢、産業看護職の経験年数、勤務状況、取得資格、職位、雇用形態、ワーク・エンゲイジメント、メンタルヘルス対策の事業企画経験の有無、メンタルヘルス対策の一環として企画した事業の具体的項目とした。事業企画経験については、時期を問わず、有無を尋ねた。ワー

ク・エンゲイジメントの測定には、Schaufeli et al<sup>20)</sup>が開発し、Shimazu et al<sup>21)</sup>が翻訳した日本語版ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度短縮版 (The Japanese Short Version of the Utrecht Work Engagement Scale: UWES-J) を使用した。UWES-Jは、「活力」、「熱意」、「没頭」の3つの下位尺度で構成された合計9項目の尺度である。回答の選択肢は、各質問内容に該当する頻度を0点 (全くない) から6点 (いつも感じる) の7件法で、得点範囲は0点から54点、得点が高いほど仕事に熱心に取り組み、誇りを感じ、仕事から活力を得て活き活きしている状態にあると評価する。

日頃の実践内容は、メンタルヘルス対策の事業企画する上で必要と考える内容の10項目、メンタルヘルス対策の事業企画に関わる際の困難の10項目、関係部署との意思疎通の実施頻度の5項目、個別支援のための分析の実施頻度、集団支援のための分析の実施頻度とした。個別支援のための分析の項目として、対象者に影響する組織の特性、対象者に影響する業務の要因、対象者に影響する上司・同僚・部下との人間関係、対象者を支える職場のサポート、対象者の物事の意味づけに対する特性、対象者に影響する家族の状況、対象者が抱えている仕事に対する見通し状況、対象者の身体に現れている症状、対象者の行動に現れている症状、対象者の感情に現れている症状、対象者の日常生活に与えている影響、対象者の労働生活に与えている影響の12項目を作成した。集団支援のための分析の項目として、私傷病の欠勤状況、ストレスチェックの集団分析、ストレスチェック高ストレス者の面談結果の内容、健康相談/保健指導の相談内容の4項目を作成した。なお、調査票回答時に、産業保健の職場で勤務していない場合には、過去に最も長期間勤務した事業場での活動状況について回答を求めた。回答は、「全くしていない」から「いつもしている」の4件法とした。

職場の状況は、所属部署、従業員数、安全衛生方針の明確化、メンタルヘルス対策の事業企画を提案する機会、事業場の健康の保持・増進の行動ステージの項目とした。事業場の健康の保持増進の行動ステージは、Prochaska et al<sup>22)</sup>によって提唱された個人の保健行動についての健康理論を参考に無関心期から維持期の5段階で回答を求めた。

### 4. 調査方法

研究者が所属する大学の研究安全倫理委員会の承認後、日本産業看護学会の事務局を經由して、日本産業看

護学会に名簿利用の申請を行い、学会理事会の審査を経て名簿を借用した。調査期間は、2017年4～6月とした。回収率を上げるために、投函期日の約3週間後に御礼とリマインダーを兼ねたハガキを送付した。

## 5. 分析方法

メンタルヘルス対策の事業企画経験については、経験あり群、経験なし群に区分した。2群間の比較は、Fisherの直接確率法を用いた。産業看護職のワーク・エンゲイジメントについては、UWES-J全体得点、活力、熱意、没頭の3つの下位尺度について、Mann-Whitney U検定を用いた。解析は、SPSS Statistics, Ver. 23.0を用い、有意水準は5%未満とした。

## 6. 倫理的配慮

本調査は、研究者が所属する大学の研究安全倫理委員会の承認を得て実施した(16067)。質問紙は無記名自記式とし、研究協力を拒否しても不利益はないことを説明した研究協力依頼文書を同封した。研究協力への同意は、調査票の返信をもって対象者からの研究同意が得られたこととした。

## III. 研究結果

### 1. 分析対象者の概要

調査対象235名のうち、63名から回答を得た(回収率26.8%)。回答不備2名を除いた61名を分析対象とした(有効回答率26.0%)。勤務状況については、現在勤務している対象者と過去に勤務したことがある対象者に区分して分析したが同様の結果であったため、過去に勤務したことがある対象者も分析に含めた。

メンタルヘルス対策の事業企画経験については、経験ありと回答した人は50名(82.0%)、経験なしと回答した人は11名(18.0%)であった(表1, 2)。また、雇用形態の常勤雇用以外と回答した8名すべての産業看護職は、事業企画の経験なし群であった。UWES-J得点の中央値は、31.0点であった。

### 2. メンタルヘルス対策の事業企画の経験有無別の比較

経験あり群の方が経験なし群よりも、事業場の所属の割合( $p=.01$ )、UWES-J得点( $p=.03$ )が有意に高かった。メンタルヘルス対策の事業企画を提案する機会の割合( $p<.001$ )が有意に高かった(表3)。また、経験あり群の方が経験なし群よりも、メンタルヘルス対策の事業企

画に関わる際の困難について、経験あり群の方が経験なし群よりも、担当業務として位置づいていない、上司・産業医・精神科産業医との考え方の相違、事業場の方針との相違の3項目の割合が低く、有意差がみられた。さらに、経験あり群の方が経験なし群よりも関係部署との意思疎通では、5項目すべてにおいて割合が有意に高かった。個別支援のための分析の実施頻度は、12項目中、11項目の割合が有意に高かった。集団支援のための分析の実施頻度は、4項目すべての割合が有意に高かった(表4)。

## IV. 考察

### 1. 分析対象者の概要

産業看護職の平均経験年数は18.9年であり、十分な経験年数を有する回答者であったと考える。行政保健師を対象とした事業企画に関する研究<sup>23)</sup>では、6割以上の保健師が事業立案や自身で事業を企画した経験があると回答しており、産業看護職を対象とした先行研究<sup>18)</sup>でも75.5%と報告されている。本結果では、82.0%の産業看護職がメンタルヘルス対策の事業企画の経験があると回答しており、これらの先行研究と比較して高い割合であった。

### 2. メンタルヘルス対策の事業企画経験のある産業看護職の特徴

本研究の経験あり群の産業看護職のUWES-J得点は33.5点であり先行研究<sup>10)</sup>の28.6点より高かった。今回の対象者は、学会に所属し、意欲の高い産業看護職であった可能性がある。阪井ら<sup>11)</sup>は、ワーク・エンゲイジメントが高い看護職は、看護職自身の健康状態の維持・促進にとどまらず、組織の効率性とより質の高いケアの提供に寄与すると報告している。また、事業企画の経験から獲得した保健師の事業企画の技術・能力が、モチベーションと行動力<sup>8)</sup>につながる事が報告されている。今回は8割が事業企画の経験を有していたことから、事業を企画することでやりがいや達成感に繋がり、UWES-J得点が高くなった可能性も考えられるため、慎重に解釈する必要がある。

また、日頃の実践内容として、関係部署との意思疎通、集団支援のための分析は約6割以上がいつも実施していた。事業企画を円滑に推進するためには、関係者の理解・協力を得て事業企画への合意形成を図る、上司や同僚の理解を得る<sup>7)</sup>ことが重要となる。事業企画を行う

表1 産業看護職の個人の特徴と職場の状況 (n=61)

項目	n	%	
個人の特徴			
性別	女性	44	72.1
年齢	25～29歳	2	3.3
	30～39歳	11	18.0
	40～49歳	22	36.1
	50～59歳	15	24.6
	60歳以上	11	18.0
経験年数	平均年数 (標準偏差)	18.9 (18.23)	
勤務状況	現在勤務	41	67.2
	過去勤務	20	32.8
取得資格 <sup>a)</sup>	保健師	52	85.2
	看護師	58	95.1
職位	スタッフ	34	55.7
	スタッフ以外 <sup>b)</sup>	27	44.3
雇用形態	常勤雇用	53	86.9
	それ以外 <sup>c)</sup>	8	13.1
UWES-J得点	中央値 (四分位範囲)	31.0 (27.0～40.0)	
活力	中央値 (四分位範囲)	9.9 (8.4～12.9)	
熱意	中央値 (四分位範囲)	12.0 (9.9～15.0)	
没頭	中央値 (四分位範囲)	9.0 (6.9～13.5)	
メンタルヘルス対策の事業企画経験の有無	あり	50	82.0
	なし	11	18.0
具体的内容 <sup>a,d)</sup>	健康関連のイベント	28	45.9
	メルマガ等の発信	16	26.2
	労働衛生/健康教育	42	68.9
	職場診断	25	41.0
	相談窓口の設置	31	50.8
	関係機関とのマニュアル	13	21.3
	管理職教育のマニュアル	15	24.6
	両立支援のマニュアル	5	8.2
職場の状況			
所属部署	事業場	45	73.7
	事業場以外 <sup>e)</sup>	15	24.6
従業員数	50人以上	6	9.8
	201人以上	8	13.1
	501人以上	13	21.3
	1,001人以上	11	18.0
	2,001人以上	2	3.3
	3,001人以上	21	34.4
	安全衛生方針の明確化	明確にしている	47
メンタルヘルス対策の事業企画を提案の機会	あり <sup>f)</sup>	52	85.2
事業場の健康保持増進の行動ステージ	無関心期	0	0.0
	関心期	8	13.1
	準備期	9	14.8
	行動期	18	29.5
	維持期	26	42.6

無回答を除く、a) 複数回答、b) スタッフ以外とは、主任級、係長級、課長級、部長級を含む、c) それ以外とは、非常勤、その他を含む、d) 経験ありと回答したもの、e) 事業場以外とは、健康保険組合、健診機関、教育機関、全国健康保険協会、その他を含む、f) よくある、時々あるを含む

ためには、同僚・上司・関係者間との連携が必要である<sup>18)</sup>。本研究の結果でも、経験あり群の方が経験なし群よりも、担当者や関係部署との考え方の相違、事業場の

方針との相違などの困難の割合が低く同様の結果であると言える。組織支援では、日常的に関係部署との意思疎通を行い、信頼関係を構築して事業企画の方向性等を合

表2 産業看護職の日頃の実践内容 (n=61)

項目	n	%
メンタルヘルス対策の事業企画する上で必要と考える内容		
健康課題を予測し必要性を検討する	43	70.4
関係者間の問題意識を把握する	42	68.8
必要な資源や方法を検討する	39	63.9
実現するためのタイミングを見極める	36	59.8
事業の企画の位置づけを検討する	36	59.0
実施した企画内容を評価する	34	55.7
必要な資源の見通しをつける	33	54.0
個別事例を分析する	32	52.4
成功事例のノウハウを情報収集する	31	50.8
これまで事業化には関与したことがない	2	3.2

無回答を除く、複数回答

意形成していくことが必要である。今回、7割が関係部署に事業の企画の必要性・方向性を日常的に確認していると回答していたが、事業場全体で行う事業企画の合意形成をする範囲に他部門等が含まれることが産業保健特有の特徴である。日頃からの関係性を構築し活動への理解を促進することが重要である<sup>7)</sup>ことから、産業看護職は、健康課題を分析して課題を明確にして、課題解決のための活動を後押しするような関係性の土台づくりを行うことが重要である<sup>8)</sup>と考える。

保健師の事業企画の過程として、保健活動体験や対象者の視点に立つことにより動機づけられ<sup>9)</sup>、日頃の業務を通じて経験を積み重ねることで事業・社会資源の創出に必要な知識や技術の獲得に繋がる<sup>5)</sup>。また、行政保健師は、個から集団の問題を捉える視点がある<sup>12)</sup>。産業看

護職も同様であり、本研究の事業企画経験を有する産業看護職は、個別支援のための分析や集団支援のための分析を常に行うことで、職場のメンタルヘルス対策の事業企画の策定につなげていたと考える。そのため、事業策定の経験を有さない産業看護職においても、日常で実践している活動を分析する能力を向上させることが必要であることが示唆された。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の回収率は26.8%であり、回収率が低かった。複数の産業看護職が配属されている事業場では各業務を業務別に担当している場合、経験なし群の産業看護職において、常勤雇用以外の産業看護職が含まれているため、担当業務外であると回答がしづらい可能性、本調査がメンタルヘルス対策の事業企画に関する内容であったため、事業企画の経験がない産業看護職は回答がしにくかった可能性が考えられる。そのため、メンタルヘルス対策の事業企画に関心があつた産業看護職からの回答に偏った可能性は否定できない。また、産業看護職としての勤務経験を対象としており、現在勤務していない場合には過去に最も長期間勤務した事業場について回答を求めたため、回想バイアスの影響を考慮する必要がある。今回は行政保健師を対象とした先行研究を中心に調査項目を設定しているため、調査項目については今後研究を進めていき再検討する必要がある。また、産業看護職の就業状況が把握できないこと、事業場全体で取り組む事業の企画は高度なスキルであるため、学会に所属す

表3 メンタルヘルス対策の事業企画の経験有無と産業看護職の基本属性との比較 (n=61)

項目	事業企画経験				P 値	
	経験あり群 (n=50)		経験なし群 (n=11)			
	n	%	n	%		
産業看護職個人の特徴						
産業看護職の経験年数 <sup>a)</sup> 中央値 (四分位範囲)	17 (8.5~26.0)		8 (2.5~14.5)		.028	
取得資格	保健師	39	78.0	10	90.9	.30
	看護師	11	22.0	1	9.1	
職位	スタッフ	24	48.0	3	27.3	.18
	スタッフ以外	29	52.0	8	72.7	
職場の状況	事業場	42	82.0	5	45.5	.01
	事業場以外	9	18.0	6	54.5	
UWES-J 得点 <sup>a)</sup> 中央値 (四分位範囲)	33.5 (28.0~41.0)		26.0 (19.0~32.5)		.03	
活力 <sup>a)</sup>	9.9 (9.0~12.9)		7.8 (6.0~11.4)		.07	
熱意 <sup>a)</sup>	12.9 (10.8~15.0)		9.9 (7.8~12.0)		.03	
没頭 <sup>a)</sup>	9.9 (7.8~13.8)		6.9 (6.3~9.3)		.05	
職場の状況						
メンタルヘルス対策の事業企画を提案する機会	46	92.0	3	27.3	<.001	

無回答を除く、a) Mann-Whitney U 検定、それ以外は Fisher の直接確率法、有意水準 5% 未満

表4 メンタルヘルス対策の事業企画の経験有無と困難と日常実践の内容との比較 (n=61)

項目	事業企画経験				P値
	経験あり群 (n=50)		経験なし群 (n=11)		
	n	%	n	%	
メンタルヘルス対策の事業企画に関わる際の困難 <sup>a)</sup>					
多忙	16	32.0	3	27.3	.53
担当業務として位置づいていない	8	16.0	8	72.7	<.001
予算不足	14	28.0	2	18.2	.40
上司・産業医・精神科産業医との考え方の相違	10	20.0	6	54.5	.02
業務経験やノウハウ不足	11	22.0	4	36.4	.26
事業場の方針との相違	7	14.0	5	45.5	.03
業務量増大による周囲の抵抗感	10	20.0	1	9.1	.36
関係機関との合意形成の難しさ	8	16.0	2	18.2	.58
産業看護職の仕事に対する理解不足	7	14.0	3	27.3	.25
メンタルヘルス対策の事業企画は理解が得られにくい	3	6.0	1	9.1	.55
関係部署との意思疎通 <sup>b)</sup>					
関係部署と友好的関係をつくる	46	95.8	6	54.5	<.001
関係部署に事業企画の必要性・方向性を確認する	40	83.3	4	36.4	<.001
事業の企画を円滑に行うため役割分担を明確にする	39	81.3	4	36.4	<.001
事業企画に必要な連携する人材や部署を選定する	38	79.2	2	18.2	<.001
事業を企画するために関係部署間でチームをつくる	33	68.8	2	18.2	<.001
個別支援のための分析 <sup>b)</sup>					
対象者の労働生活に与える影響	48	96.0	7	63.6	<.001
対象者の身体に現れている症状	47	95.9	7	63.6	<.001
対象者の行動に現れている症状	47	95.9	7	63.6	<.001
対象者が抱えている仕事に対する見通し状況	42	85.7	6	54.5	.03
対象者の感情に現れている症状	46	93.9	7	63.6	.01
対象者の日常生活に与える影響	46	93.9	7	63.6	.01
対象者に影響する上司・同僚・部下との人間関係	47	95.9	5	45.5	<.001
対象者を支える職場のサポート	47	95.9	4	36.4	<.001
対象者に影響する業務の要因	44	89.8	6	54.5	.01
対象者に影響する組織の特性	42	85.7	5	45.5	<.001
対象者の物事の意味づけに対する特性	38	77.6	6	54.5	.12
対象者に影響する家族の状況	38	77.6	5	45.5	.04
集団支援のための分析 <sup>b)</sup>					
健康相談/保健指導の内容	45	90.0	7	63.6	.04
ストレスチェック高ストレス者の面談結果の内容	38	76.0	3	27.3	<.001
ストレスチェックの集団分析	35	57.3	2	18.1	<.001
私傷病の欠勤状況	33	54.0	3	27.2	.01

無回答は除く、Fisherの直接確率法、有意水準5%未満 a) 複数回答、b) いつもしていると回答したもの

る産業看護職を対象にした。そのため、活動意識が高い産業看護職であった可能性、対象に偏りがあった可能性が考えられる。また、産業看護職の事業企画についての実態を把握するために、クロスセクショナル分析で行った研究であるため、因果関係を言及した研究ではない。しかしこれまで明らかにされていなかった産業看護職の事業企画についての実態が提示できたことは意義がある。今後は、対象者を拡大するとともに、事業企画の経験に関連する要因を明らかにする必要がある。

## 謝辞

本結果の一部は、第6回日本公衆衛生看護学会学術集会で発表した。本研究へご協力頂きました日本産業看護学会の会員の皆様に深くお礼申し上げます。東京都立大学大学院斉藤恵美子教授に感謝を申し上げます。

## 引用・参考文献

- 1) 山田淳子, 佐藤由美: 個別支援から事業化提案決定に至るまでの産業看護職の思考過程. 千葉看護学会誌, 14: 8-

- 16, 2008.
- 2) 日本看護協会：平成23年度先駆的保健活動交流推進事業 保健師活動強化 コンサルテーション事業報告書 中堅期保健師のコンサルテーションプログラム (産業分野). <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/22-houkoku.pdf> (2020.2.28).
  - 3) 厚生労働省：地域における保健師の保健活動指針. [http://www.nacphn.jp/topics/pdf/2013\\_shishin.pdf](http://www.nacphn.jp/topics/pdf/2013_shishin.pdf) (2020.2.28).
  - 4) 金屋佑子, 佐々木明子, 森田久美子ほか：事業所におけるメンタルヘルスケア活動の展開による効果. お茶の水看護学雑誌, 9(2): 28-39, 2015.
  - 5) 道林千賀子, 小林和成, 石原多佳子：行政機関に所属する保健師の事業・社会資源の創出にかかるコンピテンシーの現状一所属別・保健師経験年数別の比較一. 岐阜看護研究会誌, 7: 23-38, 2015.
  - 6) 鈴木由里子, 田高悦子：行政保健師の施策化能力評価尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌, 61: 275-285, 2014. [https://doi.org/10.11236/jph.61.6\\_275](https://doi.org/10.11236/jph.61.6_275) (2020.7.6).
  - 7) 新里なつみ, 永田晶子, 永田智久, 森見爾：企業における健康施策決定プロ説と企業・労働者のニーズを踏まえた産業医の介入に関する探索的検討. <https://doi.org/10.1539/sangyoeisei.2018-03> (2020.7.6).
  - 8) Salanova M., Agut S., & Peiro J. M.: Linking Organizational Resources and Work Engagement to Employee Performance and Customer Loyalty, The Mediation of Service Climate. *Journal of Applied Psychology*, 90(6): 217-1227, 2005.
  - 9) Sonnentag S.: Recovery, work engagement, and proactive behavior A new look at the interface between nonwork and work. *Journal of Applied Psychology*, 88(3): 518-528, 2003.
  - 10) 福岡悦子, 谷口敏代, 國本政子, ほか：産業看護職と福祉施設看護職のワーク・エンゲイジメントと職業性ストレス. *インターナショナル Nursing Care Research*, 10(4): 13-22, 2011.
  - 11) 阪井万裕, 成瀬昂, 渡井いづみ, ほか：看護師のワーク・エンゲイジメントに関する文献レビュー. *日本科学学会誌*, 32(4): 71-78, 2012.
  - 12) 吉岡京子, 麻原きよみ, 村嶋幸代：地域の健康問題に関する保健師による事業創出のプロセスと方策一課題設定と事業案作成の段階に焦点を当てて一, 日本公衆衛生雑誌, 51: 257-271, 2004. [https://doi.org/10.11236/jph.51.4\\_257](https://doi.org/10.11236/jph.51.4_257) (2020.7.6).
  - 13) 塩見美抄, 岡本玲子, 岩本里織：事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発 信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 56: 391-401, 2009. [https://doi.org/10.11236/jph.56.6\\_391](https://doi.org/10.11236/jph.56.6_391) (2020.7.6).
  - 14) 吉岡京子, 村嶋幸代：日本の市町村保健師による事業化プロセスの経験とその関連要因. *日本公衆衛生学雑誌*, 54: 217-225, 2007. [https://doi.org/10.11236/jph.54.4\\_217](https://doi.org/10.11236/jph.54.4_217) (2020.7.6).
  - 15) 吉岡京子, 村嶋幸代：保健師が事業化する際の困難およびその解決策と事業提供経験との関連一保健師勤務経験年数群別の比較一. *日本公衆衛生学雑誌*, 60(1): 21-29, 2013. [https://doi.org/10.11236/jph.60.1\\_21](https://doi.org/10.11236/jph.60.1_21) (2020.7.6).
  - 16) 厚生労働省局長通知：地域における保健師の保健活動に関する指針. [http://www.nacphn.jp/topics/pdf/2013\\_shishin.pdf](http://www.nacphn.jp/topics/pdf/2013_shishin.pdf) (2020.2.28).
  - 17) 厚生労働省：労働安全衛生法令. <http://anzeninfo.mhlw.go.jp/anzen/hor/hombun/hor1-1/hor1-1-7-1-0.htm> (2020.2.28).
  - 18) 産業看護研究センター：平成22年産業看護活動実態調査報告書. 河野啓子, 産業看護研究センター, 1-36, 四日市地域研究機構産業看護研究センター, 三重県, 2011.
  - 19) 高嶋伸子, 古川文子, 辻よしみ, ほか：保健師の施策化に関する取り組み特性. *日本地域看護学会誌*, 11(1): 39-45, 2008.
  - 20) Schaufeli W. B., Salanova M., & Gonzalez-Roma V.: The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*, 3: 71-91, 2002.
  - 21) Shimazu A., Schaufeli W. B., Kosugi S., et al: Work Engagement in Japan Validation of the Japanese Version of the Utrecht Work Engagement Scale. *Applied Psychology, An International Review*, 57(3): 510-523, 2008.
  - 22) Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C: The transtheoretical model of health behavior change. *Amerian Journal of Health Promotion*, 12(1): 38-48, 1997.
  - 23) 渡部恵子, 田中美延里, 鳥居順子, ほか：自治体保健師の施策化能力に関連する事業化経験と職場環境要因. *四国公衆衛生雑誌*, 62(1): 71-80, 2017. <http://medicalfinder.jp/doi/pdf/10.11477/mf.7005100043> (2020.2.28).

## 日本人の海外勤務者が抱える健康問題の実態

## The health problems for Japanese overseas workers

小倉春香<sup>1</sup>, 麻見公子<sup>1</sup>, 柳下圭代<sup>2</sup>, 清水房枝<sup>1</sup>Haruka Ogura<sup>1</sup>, Kimiko Asami<sup>1</sup>, Kazuyo Yanashita<sup>2</sup>, Fusae Shimizu<sup>1</sup><sup>1</sup>京都光華女子大学, <sup>2</sup>大和大学<sup>1</sup>Kyoto Koka Women's University, <sup>2</sup>Yamato University

**目的:** 日本人の海外勤務者がどのような健康問題を抱えているかを明らかにする。**方法:** 一般企業 A 社に在籍する 1 年以上海外勤務の経験のある日本人 14 名を対象に半構成的面接法を行い、面接で得られた 14 名の逐語録を、質的記述的に分析を行った。**結果:** 海外勤務者が抱える健康問題について抽出されたのは、46 の下位カテゴリー、25 の中位カテゴリーと 7 の上位カテゴリーであった。上位カテゴリーは【本人の体調の変化】【本人の不安】【家族の体調の変化】【家族のストレス】【健康問題に対する対応】【海外勤務者が捉える医療の現状】【海外勤務における希望するサポート】が生成された。**考察:** 気候や環境の変化により身体的な健康問題や、文化の違いや言葉の壁などのストレスが原因となる、精神的な健康問題が生じることが明らかとなった。家族の海外生活への適応が、海外勤務者本人の精神的な健康問題に影響し、本人の身体的健康問題につながる可能性として確認された。

**キーワード:** 海外勤務者, 家族, 健康問題

**Objective:** This study aimed to clarify the health problems of Japanese overseas workers and their families. **Methods:** A semi-structured interview was conducted with 14 Japanese employees who had worked overseas for at least 1 year at A company. Transcripts of the interviews were then analyzed qualitatively. **Results:** The health problems of overseas workers were extracted from 46 lower, 25 middle, and 7 upper categories. The upper categories were: [Changes in the physical condition of the worker themselves], [Anxiety of the worker themselves], [Changes in the physical condition of the family], [Family stress], [Response to health problems], [Current situation of medical care as perceived by overseas workers], and [Support desired for overseas work]. **Discussion:** In terms of health problems, changes in the climate and environment in the area where overseas workers and their families lived were related to physical health problems, while language issues and changes to the living environment were related to mental health problems. The results also revealed that the degree to which families adapt to living overseas not only affects the overseas workers' mental health problems, but also is related to their physical health problems.

**Key words:** overseas workers, family, health problems

## I. 緒言

近年のグローバル化にともない、海外に在留する日本人の長期滞在者数は増加傾向にあり、平成 28 年には約 134 万人となり過去最多となっている。職業別にみると、民間企業関係者が約 54% で最も多い。地域別では、アジアが約 42%、次いで北米約 30%、西欧約 17% の順となっており、これら 3 地域で長期滞在者の約 9 割を占めている<sup>1)</sup>。最近の動向として、中国や東南アジアなど途上国に滞在する勤務者や中小企業からの勤務者が増加している。

海外勤務者にとって、気候、食生活、文化環境、衛生環境などの変化が健康問題を発生させる要因となる。これらの健康問題に対処するために、企業は社員が現地で安全で健康的に働けるよう滞在中の健康管理支援が重要になってくる。労働安全衛生規則により海外へ派遣する

者の健康診断の実施は義務付けられているが健康管理については各企業に委ねられている。

海外勤務者の健康問題の動向として、男性では「疲労感」、「咳」、「鼻汁・鼻閉」といった呼吸器症状が多く、女性では「皮膚の異常」、「疲労感」、「生理痛・生理不順」といった婦人科症状や皮膚症状といった自覚症状が多い<sup>2)</sup>。滞在している国や地域の医療事情、病院へのアクセス、言語の問題などが、有訴者率に影響することが明らかになっている<sup>1)</sup>。

日本人の海外勤務者のメンタルヘルスに関しての要因は幅広く、気候、風土などの地理的・物理的条件、言語、宗教などの異文化環境、勤務者の業務負荷レベル、赴任者配偶者の現地日本人社会における対人関係等様々である<sup>3)</sup>。

日本人の海外勤務者および成人の帯同家族における現地医療機関受診率は先進国、途上国とも 6 割程度と比較

的高いと報告されている。先進国では費用の問題が、途上国では医療レベルの問題が大きいことが指摘されている<sup>9)</sup>。

以上のことから、企業の海外進出の増加に伴い、海外長期滞在者数も増加しており、海外勤務者の健康問題や医療機関受診の問題、企業側が行う健康管理体制については明らかにされつつある。海外赴任は、職場環境の変化、家族の問題、職場での人間関係の難しさなど職場だけでなく、生活環境も巻き込んだ大きなライフイベントとなり、心身の健康問題に発展していく可能性があるが、日本人の海外勤務者が抱える健康問題に対する質的な報告については論じてられていない。海外勤務者が安心して働ける環境を整えていくことが必要であると考え、海外勤務時の健康問題を明らかにし、健康管理支援に向けた知見を得たいと考えた。そこで本研究の目的は、日本人の海外勤務者がどのような健康問題を抱えているかを明らかにすることとした。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象

1年以上海外勤務の経験のある日本人で、本研究の主旨について説明し、研究参加の同意が得られた者14名とした。

### 2. 研究対象者のリクルート方法

研究参加者は、1年以上海外勤務の経験のある日本人とした。インターネットを活用し、グローバルに展開する企業で、従業員数300名以上で製造業とした。機縁法にて2社に協力依頼をし、同意の得られた1社にインタビュー調査を行った。

研究協力企業A社の安全衛生部門も含め統括する責任者に対し、本研究のテーマ・意義・目的・方法・対象者への倫理的配慮について文書と口頭で説明し、研究対象者の紹介を依頼した。紹介を受けた15名に対し研究依頼書を配布し、14名より研究協力の内諾を得た。内諾を得た14名に面接前に再度、研究計画概要の説明とインタビュー内容を会社へフィードバックしないことを文書と口頭で説明し、書面にて同意を得た。

### 3. データ収集方法および内容

- (1) データ収集期間は2019年6月～7月であり、インタビューは、研究対象者の希望した場所で実施した。
- (2) 対象者の基礎情報として、年齢、性別、職種、赴任

国、赴任年数、赴任時の家族形態について聴取した。

- (3) 以下のインタビューガイドに沿って、研究者自身が、半構成的面接を行い、了解を得た上でICレコーダーに録音した。

《インタビューガイド》

- ・海外勤務をする中でどのような健康問題があったか
  - ・その時どのような行動をとったか
  - ・どのようなサポートがあればよいと思ったか
- (4) インタビューは、対象者の語りを妨げないように注意深く実施した。

### 4. データ分析方法

逐語録をデータとし、帰納的に分析した。研究対象者の健康問題や対処は多種多様であると考え、語られた内容を生かすため、語られた内容や意味を研究目的に沿って主題が明らかになるまで統合した。

分析の手順は以下の通りである。

- (1) 面接法で得られたデータを基に逐語録を作成した。
- (2) 海外勤務者の健康問題につながる文脈の意味を読み取り、文章で区切り分割した。
- (3) (2)の文章を、研究目的に沿って関連するものを抽出し、分類した。
- (4) (3)の記述の意味の類似性のあるもの同士を集め、小グループに分けた。
- (5) 再度読み返し、小グループの意味するところを「下位カテゴリー」として要約した。
- (6) さらに「下位カテゴリー」を利用して、抽象度を上げ、「中位カテゴリー」とした。
- (7) 「中位カテゴリー」についても同様に実施し、「上位カテゴリー」としてまとめた。
- (8) 分類されたグループどうしの関連性を図式化した。分析結果について妥当性と信頼性を確保するために、分析を進めていく中で逐語録を何度も読み返し、内容の取り間違えやニュアンスの違いがないように努めた。また、分析を進めていく過程において、質的研究に精通した教員より繰り返しスーパーバイズを受けた。
- (9) 分析内容が研究協力者の意図した内容と合致しているか、インタビュー協力者全員に逐語録と分析結果を提示して意見を求め、妥当性を確認した。

### 5. 倫理的配慮

研究対象者に対して、研究の意義、目的、方法、危険

などについて研究への参加は任意であり、参加に同意しないことをもって不利益な対応を受けないこと、参加に同意した場合であっても、不利益を受けることなくこれを撤回することができることを文書と口頭で説明し同意を得た。また研究にあたっては、個人の尊厳および人権の尊重、個人情報の保護、その他倫理的配慮について、徹底することを説明した。本研究についての同意の可否、撤回の可否、インタビュー内容について企業へフィードバックしない旨を説明した。インタビューは、プライバシーが守られる個室で行い、逐語録作成時には個人名は暗号化した。

尚、本研究は、京都光華女子大学看護学研究科倫理委員会の承認を得て実施した（受付番号 18-2）。

### III. 結果

#### 1. 研究対象者の概要

平均年齢は40.9歳であった。海外勤務年数は、2年以下が5名、3～5年が4名、5～10年が2名、10～15年が1名、15～20年が1名、20年以上が1名であった。勤務国は、世界各国に及んだ（表1）。

研究協力企業A社は、従業員数1,500名の製造業であった。

面接に要した時間は、15分～35分であり、平均24.5分であった。

#### 2. 分析結果

海外勤務者が抱える健康問題について面接内容から抽出されたのは、46の下位カテゴリー、25の中位カテゴリーと7の上位カテゴリーであった。下位カテゴリーは《》で表し、中位カテゴリーは[ ]、上位カテゴリーは【】で表す（表2）。

##### 1) 海外勤務者本人の健康問題の特徴

【本人の体調の変化】は、[気候風土の違いからくる身体症状]、[本人の突発的な疾患]、[交通事情による身体症状]、[本人の歯科症状]、の4つで構成されていた。[気候風土の違いからくる身体症状]は、大気汚染が深刻な国では《大気汚染による咳痰が多かった》。また、《気候の変化により風邪をひいた》や《季節の変わり目の消化器症状》は、熱帯や亜熱帯地域など季節の変わり目で体調を崩していた。また、[本人の突発的な疾患]は、疲れや体調の異変により《疲れやすく頭痛がした》や《高血圧で受診した》という症状がみられた。[交通事情による身体症状]は、道路が整備されていない地域

表1 研究対象者の概要 (n=14)

年齢	
31～35	5
36～40	2
41～45	2
46～50	3
51～55	1
56～60	1
海外勤務年数	
5～10	4
10～15	2
15～20	1
20～25	2
25～30	3
30～35	2
海外勤務国※	
米国	4
フランス	1
UK	2
ドイツ	4
スイス	2
イタリア	1
インド	1
韓国	1
中国	3
インドネシア	1
台湾	1

※複数回答あり

や長時間の車での移動により《交通事情の影響で腰痛になった》。また、《飛行機での出張が多く中耳炎になった》のように、滞在地域を拠点に国内外の出張も多くその際利用する飛行機による気圧の変化が身体症状に影響を及ぼしていた。《長距離移動による疲労感》は、普段とは環境や生活リズムが変わるため、移動により身体に不調を感じていた。[本人の歯科症状]は、赴任中に歯科問題が発生していた。

【本人の不安】は、[食の安全に対する不安]、[治療基準の違いによる不安]、[文化環境の違いによる悩み]、[言語の問題]、[現地の生活に溶け込む難しさ]の5つで構成されていた。[食の安全に対する不安]は、海外生活での食生活の変化は《衛生面が悪く、食生活の偏りからくる健康面の不安》として表れていた。[治療基準の違いによる不安]は、彼らには、診断基準が日本と違うようにうつり、それが不安を生んでいた。[文化環境の違いによる問題]は、《居住問題から起こった悩み事の多さ》があった。異文化環境に慣れるまでは《文化の違いでイライラした》ことがあった。また日本人であるという《差別があった》ことがあげられていた。[言語の問題]は英語だけではなく駐在国の言語に対しても

表2 海外勤務者の健康問題

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー
本人の体調の変化	気候風土の違いからくる身体症状	大気汚染による咳痰が多かった 気候の変化により風邪をひいた 季節の変わり目の消化器症状 湿度が低いので肌の乾燥した
	本人の突発的な疾患	疲れやすく頭痛がした 高血圧で受診した ものもらいがあった 鼓膜が破れた
	交通事情による身体症状	交通事情の影響で腰痛になった 飛行機での出張が多く中耳炎になった 長距離移動による疲労感
	本人の歯科症状	歯が痛くて歯医者を受診した
本人の不安	食の安全に対する不安	衛生面が悪く、食生活の偏りからくる健康面の不安
	治療基準の違いによる不安	治療基準の違いによる不安
	文化環境の違いによる悩み	居住問題から起こった悩み事の多さ 文化の違いでイライラした 差別があった
	言語の問題	言葉の問題が大きかった
	現地の生活に溶け込む難しさ	現地の生活に溶け込む難しさ
家族の体調の変化	家族の突発的な疾患	妻が脳梗塞になった 子どもが感染症にかかった 子どもが骨折をした
	子どもの歯科	子どもの歯の矯正 子どもがむし歯になった
	気候風土の違いからくる子どもの身体症状	子どもがよく風邪をひいた 環境問題で子どもに咳痰が多かった 空気の乾燥による子どもの肌の乾燥 子どもが野生のマダニに噛まれた
家族のストレス	言語の問題	言葉の壁によるストレス
	家族の孤独感	家族が現地の生活になじめない
	単身赴任中の妻の負担	日本で家族を支える妻の負担が大きかった
健康問題に対する対応	病院を受診した	外国人を受け入れる病院を受診した 日本人の医師のいる病院を受診した 現地の病院を受診した 現地の病院を知人（通訳付き）と受診した
	薬で対処した	現地の薬局で薬を購入して服用した 日本の薬を持って行って服用した
	自宅で安静にしていた	気軽に病院に行ける環境になかった
海外勤務者が捉える医療の現状	医療システムの違い	医療システムの違いによる不快な思い
	医療費支援	保険で医療費のサポートが受けられた
海外勤務における希望するサポート	緊急時の対応	病気による緊急帰国できるサポートがほしい 緊急時の連絡の取り方
	日本語サポート	受診時の日本語のサポートがほしい
	情報提供	現地の医療機関情報を提供してほしい
	相談場所の提供	気軽に相談できる場所があればよい
	予防接種ルールの策定	予防接種の実施

《言葉の問題が大きかった》ことがあげられていた。[現地の生活に溶け込む難しさ]は、仕事だけでなく、基盤となる生活においても現地に溶け込むことの難しさがあり《現地の生活に溶け込む難しさ》があった。

## 2) 家族の健康問題の特徴

【家族の体調の変化】は、[家族の突発的な疾患]、[子どもの歯科]、[気候風土の違いからくる子どもの身体症状]の3つで構成されていた。[家族の突発的な疾患]は、《妻が脳梗塞になった》という妻の疾患、《子どもが感染症にかかった》や《子どもが骨折をした》という子供の健康問題があった。[子どもの歯科]は、《子どもの歯の矯正》《子どもがむし歯になった》という歯科問題があった。[気候風土の違いからくる子どもの身体症状]は、《子どもがよく風邪をひいた》や《環境問題で子どもに咳痰が多かった》、《空気の乾燥による子どもの肌の乾燥》など大人と相違ない健康問題があった。また、《子どもが野生のマダニに噛まれた》など、海外生活において危険生物に噛まれたという問題もあった。

【家族のストレス】は、[言語の問題]、[家族の孤独感]、[単身赴任中の妻の負担]の3つで構成されていた。[言語の問題]は、言語の問題で《言葉の壁によるストレス》があった。また、[家族の孤独感]は、《家族が現地の生活になじめない》ことがあった。家族を日本に残してきた場合、[単身赴任中の妻の負担]があった。家族の世話を妻一人で担うことになり《日本で家族を支える妻の負担が大きかった》。

## 3) 健康問題が起きた時の対応について

【健康問題に対する対応】は、病気に罹患した時に本人と家族はどのように対応したかを示しており、[病院を受診した]、[薬で対処した]、[自宅で安静にしていた]の3つで構成されていた。[病院を受診した]は、《外国人を受け入れる病院を受診した》、大都市においては《日本人の医師のいる病院を受診した》また、地方においては《現地の病院を受診した》、《現地の病院を知人(通訳付き)と受診した》など現地の言葉話せる知人や、通訳と共に現地の病院を受診していた。[薬で対処した]は、《現地の薬局で薬を購入して服用した》場合もあれば、《日本の薬を持って行って服用した》対処をとっていた。[自宅で安静にしていた]は、《気軽に病院に行ける環境になかった》ことも語られていた。

## 4) 海外勤務者が捉える医療の現状と、希望するサポートについて

【海外勤務者が捉える医療の現状】は、[医療システムの違い]、[医療費支援]の2つで構成されていた。[医

療システムの違い]は、日本と異なる医療システムに加え、《医療システムの違いによる不快な思い》をしたことがあった。[医療費支援]は、在籍する企業から《保険で医療費のサポートが受けられた》ことが語られた。

【海外勤務における希望するサポート】は、[緊急時の対応]、[日本語サポート]、[情報提供]、[相談場所の提供]、[予防接種ルールの策定]の5つで構成されていた。[緊急時の対応]は、本人や家族が帰国して治療が必要な場合に対応できる《病気による緊急帰国できるサポートがほしい》や、言語の問題が慣れない土地での緊急時に備えて《緊急時の連絡の取り方》を明確にしておく必要がある。[日本語サポート]は、医療用語などは特殊であり、《受診時の日本語のサポートがほしい》という希望があった。[情報提供]は、事前に《現地の医療機関情報を提供してほしい》と望んでいた。[相談場所の提供]は、日本で生活している時と同様に、海外においても健康相談やカウンセリングなど《気軽に相談できる場所があればよい》ことを望んでいた。海外赴任の辞令がおりてから赴任するまでの期間が短かった場合、必要な予防接種を日本で接種できない場合もあり、《予防接種の実施》を確実にやりたいと希望していた。

## IV. 考察

本研究は、海外勤務者本人の健康問題について明らかにした。そこで得られた特徴について、考察する。

### 1. 海外勤務者本人の健康問題の特徴

海外勤務者本人の身体的健康問題として、抽出された上位カテゴリーの【本人の体調の変化】は、《大気汚染による咳痰が多かった》など、日本の風土と異なる気候や環境の変化が身体的健康に影響を及ぼしていた。長期滞在者を対象にした疾病調査によると、呼吸器疾患(上気道炎など)、感染症(下痢など)、消化器疾患(歯科疾患など)、皮膚疾患(アトピー性皮膚炎など)、損傷(外傷など)が上位を占めている<sup>9)</sup>と報告されており、本研究においても、滞在地域の気候や環境の変化によって、呼吸器症状や皮膚症状、消化器症状といった身体的な症状などの健康問題が示唆された。

精神的健康問題として、【本人の不安】は、身体症状だけでなく生活環境の中からおこる不安からも健康問題が生じることが示唆された。海外勤務は仕事のストレスに加え、家族の問題や日本では得られた周囲の支援が変化する転勤という側面がまず問題であり、この変化には

異文化という国内転勤にはない要素が加わり、一層複雑になると考えられる。日本で当然とみなしていたことが失われることで海外生活での不安が生じるのではないかと考える。

## 2. 家族の健康問題の特徴

海外勤務者の家族の身体的健康問題も海外勤務者同様に、[気候風土の違いからくる子どもの身体症状]などの【家族の体調の変化】があり、気候や環境に影響を受けている。精神的健康問題として、帯同している妻や子どもにも【家族のストレス】があった。これまで培ってきた人との関係やキャリア、日本での学校教育など、海外生活によって失ってしまったものもあり、言語の問題や孤立した環境がストレスの要因の一つであると考えられる。

夫は、自分自身の体調やストレスよりも、妻や子どもがうけているストレスの影響の方が大きく、家族の海外生活への適応は、赴任の成功を左右する海外勤務者本人の適応に影響を及ぼすと<sup>9)</sup>考えられる。

## 3. 海外勤務者が捉える医療の現状と、希望するサポートについて

健康問題がおきた時、海外勤務者本人および家族は、[病院を受診した]、[薬で対処した]、[自宅で安静にしていた]の【健康問題に対する対応】をとっており、健康問題は、受診行動や、医療費の問題に影響していた。【海外勤務者が捉える医療の現状】は、医療費支払い時のシステムの違いに戸惑いがあるが、海外旅行保険などに加入しておくことで、医療費の心配がなく安心して現地で医療が受けられたと考える。近年の海外勤務者の現地受診率は高く、受診における不満率も以前より低下しているが、費用への不満は地域問わず多くみられ、現地の医療制度にあった医療保険への加入が最重要である<sup>9)</sup>。今回の研究においては、海外医療保険の加入に関して充実しており、医療費については大きな問題と捉えていなかったことが示唆された。【海外勤務における希望するサポート】は、日本語のサポートを前提とし、予防接種とともに、現地の医療機関の情報やカウンセリングなどのシステムも必要としていることが示唆された。海外においても、日本と同じような医療を期待していると推測される。海外勤務地での生活状況を想像することは容易ではないが、産業看護職は、海外勤務者の性格や生活状況を把握し、現地での健康問題の解決に向けて、「病院受診支援」「自宅での内服支援」「自宅での静養支援」に

対し、電話やメール、テレビ電話などによる日本と同様のサポートが有効であることが示唆された。

## 4. カテゴリー間の関連性 (図1)

抽出された上位カテゴリーの【本人の体調の変化】は、《大気汚染による咳痰が多かった》や《湿度が低いので肌が乾燥した》など [気候風土の違いからくる身体症状] など、日本の風土と異なる身体的健康問題を抱えていた。また、[言語の問題] や [文化環境の違いによる問題] は、仕事上の支障などからストレスが生じた。その結果【本人の不安】となり、精神的健康問題が生じていた。

また、海外勤務者の家族も海外勤務者同様に、[気候風土の違いからくる子どもの身体症状] があり、【家族の体調の変化】は、医療機関への受診や治療など、慣れない環境で《言葉の壁によるストレス》や不安などの精神的なストレスを生じていた。これらに加えて、日常生活の中で《家族が現地の生活になじめない》など、妻や子どもが持つ【家族のストレス】があった。家族の海外生活への適応の中で、身体的・精神的な健康問題が起こり、それらは、海外勤務者本人の心理的な健康問題となり影響し、それぞれが持つ要因が関連している。

健康問題に対する対応としては、海外勤務者本人および家族は、[病院を受診した]、[薬で対処した]、[自宅で安静にしていた]の【健康問題に対する対応】をとっており、健康問題は、その状態だけでなく問題の解決を図る受診行動や、かかる金銭問題に影響し、その結果によって精神的な健康問題に発展することから、海外勤務者が希望するサポートまで関連していた。【海外勤務者が捉える医療の現状】は、【健康問題に対する対応】と相互に関連しており、この要因は【海外勤務における希望するサポート】に関連していた。

## V. 結論

身体的健康問題として、【本人の体調の変化】は、日本の風土と異なる気候や環境の変化が身体的健康に影響を及ぼしている。また、海外勤務者の家族も海外勤務者同様に、【家族の体調の変化】があり、気候や環境に影響を受けていることが明らかとなった。

精神的健康問題として、【本人の不安】は、身体症状だけでなく生活環境の中からおこる不安も健康問題がおこることが示唆された。帯同している妻や子どもにも言語の問題や孤立した環境などが要因の一つとなり【家族

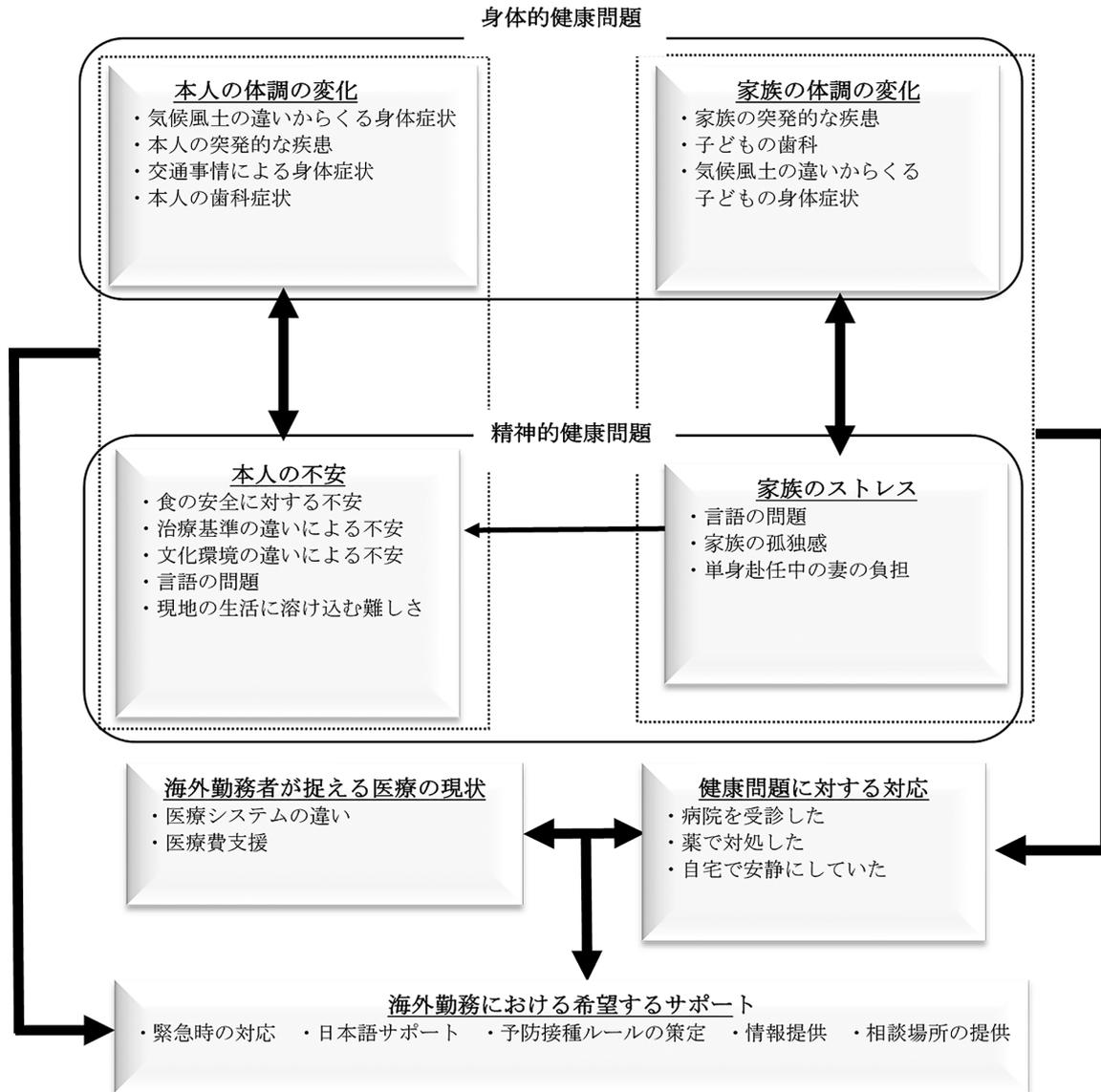


図1 海外勤務における希望するサポート

のストレス】があった。家族の海外生活への適応は、赴任の成功を左右する駐在員の適応に影響を及ぼすと言われており<sup>9)</sup>、今回の研究においても夫は、自分自身の体調やストレスよりも、妻や子どもがうけているストレスの影響の方が大きいことが示唆された。

家族の海外生活への適応の中で、身体的・精神的な健康問題が起こり、それらは、海外勤務者本人の心理的な健康問題へと影響し、それぞれが持つ要因に関連している。

健康問題がおきた時、海外勤務者本人および家族は、[病院を受診した]、[薬で対処した]、[自宅で安静にしていた]の【健康問題に対する対応】をとっており、健康問題は、受診行動や、医療費の問題に影響し、海外勤

務者が希望するサポートまで関連していた。【海外勤務者が捉える医療の現状】は、【健康問題に対する対応】と相互に関連しており、この要因は、【海外勤務における希望するサポート】に関連している。今回の研究によって、海外勤務者の健康問題として、家族の海外生活への適応が、海外勤務者本人の健康問題に影響される可能性として確認された。日本では当たり前に行動化されている、病院受診、内服、自宅で安静の3つの行動を、医療システムの異なる海外でも同じように行動化することが示唆され、また、海外においても日本と同様のサポートが有効であることが示唆された。

### 研究の限界と今後の課題

研究の限界として、国別や各地域において健康問題が異なる可能性が考えられる。1社だけのインタビュー調査であり、医療保険のサポートが充実していたため、支援が受けることができているため、健康問題としてとらえきれなかった可能性がある。今回の研究は、海外勤務者の健康問題を明らかにするために行ったものであり、帯同家族からの情報は得ていないため、今後は、配偶者の健康に関わる要因についての調査を行う必要がある。また、面接結果を一般化するための量的な大規模調査を行う必要がある。

(本研究は、京都光華女子大学大学院看護学研究科修士論文の一部に加筆修正したものであり、日本看護研究学会第45回学術集会にて報告した。)

### 引用・参考文献

- 1) 外務省：海外在留邦人数調査統計平成29年要約版。 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000260884.pdf> (2018.12.24)
- 2) 福島慎二・濱田篤郎：2006年度海外巡回健康相談報告 途上国に長期滞在する日本人成人の有訴者率と通院歴。日本職業・災害医学会会誌, 59(5): 225-231, 2011.
- 3) 津久井要：メンタルヘルス対策。診断と治療, 88(8): 1301-1306, 2000.
- 4) 大塚優子・古賀才博・阿部慎治・福島慎二ほか：海外勤務者における現地医療機関受診状況の調査。日本職業・災害医学会会誌, 59(3): 69-72, 2011.
- 5) 濱田篤郎：日本人海外渡航者の疾病罹患状況。Biomedical Perspectives, 8(3): 18-25, 1999.
- 6) 小山(矢島)恵理子：在英日本人駐在員の配偶者の精神的健康にかかわる要因について。こころと文化, 7(2): 165-173, 2008.

# 日本産業看護学会誌投稿規程

(令和2年10月31日改訂)

1. 本誌への投稿は共著者も含めて日本産業看護学会会員とする。ただし編集委員会からの依頼原稿はこの限りでない。
2. 他誌に発表された原稿（予定も含む）の投稿は認めない。人を対象とする研究報告はヘルシンキ宣言（1964年採択，1975年修正，1983，1989，1996，2000，2002年，2013年改訂）の精神に則ったものでなくてはならない。
3. 共著の場合，著者は投稿された論文執筆に重要な知的貢献をした者であり，研究資金の獲得，データ収集等研究への部分的な助言のみを行った者は含まず，謝辞に記載する。
4. 分析結果にデータの捏造，改ざん，盗用はないものとする。

5. 研究についての利益相反の有無を本文中に記載する。

利益相反（COI）とは，研究や看護実践における公的利益（得た成果を社会へ還元する）と研究者に私的利益（取得する金銭，地位，利権など）が生じる状態のことを指す。看護研究や実践では企業から無償でデータ提供を受けることや企業や営利団体から研究費の提供を受ける場合があり，そのような利益関係などにより，研究の成果が影響を受けた場合が問題となる。そのため，論文に利益相反の有無を記載し，自己申告することにより，結果の中立性と公明性を確保して研究の責務を適正に果たしていることを実証する必要がある。本誌においては，利益相反については以下の記載を必須とする（学会・公的研究助成は該当しないが，別途明記）。

例）〈利益相反がある場合〉

- ・本論文の研究（実践）に関連して，△△社から筆者に対し委託研究費・奨学寄付金などの研究費，および個人的な講演謝礼を受けている（該当するものを明記）。
- ・筆者は，〇〇社の社員である（顧問等役割を明記）。

〈利益相反がない場合〉本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

参考：日本医学会 COI 管理ガイドライン [http://jams.med.or.jp/guideline/coi\\_guidelines\\_2020.pdf](http://jams.med.or.jp/guideline/coi_guidelines_2020.pdf)

6. 投稿に際して，所定の「著作権委譲承諾書」に著者全員の自筆署名を記した用紙を PDF ファイル等に加工し提出する。
7. 本誌は投稿原稿およびその他のものを掲載する。
  - 1) 投稿原稿の種類とその内容および制限頁数は表1のとおりとする。頁数には本文，抄録，英文抄録，図表，文献が含まれる。

表1 投稿原稿の種類

種類	内容	制限頁
原著 (Original Article)	独創的な新たな知見を科学的に提示しており、学術や社会にとって意義の高い論文	12頁
総説 (Review Article)	研究・調査論文の知見の総括及び系統的かつ総合的な解説	10頁
研究報告 (Preliminary Report)	新たな知見を提示している研究論文	12頁
活動報告 (Occupational Health Nursing Report)	産業看護活動に関する活動方法の改良や発展に対して有用な知見を提起する報告	10頁
資料 (Information)	産業看護に有用な実態や課題を提示する資料	12頁
その他 (Letter)	巻頭言、掲載論文に対する意見、産業看護に関する提言、海外事情、関連学術集会の報告など	4頁

2) 投稿原稿の構成と記載順序は原則として表2のとおりとする。

表2 投稿原稿の構成・記載順序

項目	内容
タイトル	日本語と英語を併記する
著者名	著者名と所属、日本語と英語を併記する
抄録	目的・方法・結果・考察・結論について、和文と英文を併記する 和文は400字以内、英文は250 words以内とする (活動報告、資料、その他、は省略可)
キーワード	6個以内、日本語と英語を併記する
I. 緒言	研究の背景・目的
II. 研究方法	調査・実験・解析に関する手法および資料・材料の集め方
III. 研究結果	研究等の結果
IV. 考察	結果の考察・評価
V. 結論	省略も可
引用・参考文献	記載は5.5)に従う

3) 英文抄録・本文はネイティブによるチェックを受けること。

4) 図表中の文字は英文または和文で統一して作成する。英文はネイティブによるチェックを受けること(論文投稿時チェックリストにチェック者または業者名を記載すること)。

## 8. 投稿原稿の執筆要領

1) 原稿はワープロを使用し、原稿フォーマットを用いて日本語または英語で表記する。

2) 特殊な、あるいは特定分野でのみ用いられている単位、符号、略語、ならびに表現には必ず簡単な説明を加える。

3) 原稿はA4判の用紙に図・表及び写真も含めた刷り上がり原稿とし、以下の体裁をとる。

(1) タイトル、著者名、和文抄録、英文抄録、キーワードは、50字×43行×1段で記述、本文は、24字×43行×2段とする。余白は上下・左右とも25mmとする。

(2) 本文には行番号と頁番号を付す。

(3) 日本語フォントはMS明朝を使用し、タイトルは12ポイント、本文は10ポイントとする。数字および英字のフォントはTimes New Romanで、原則として半角とする。句読点は「,」または「.」を使用する。

- 4) 異なる機関に属する者の共著である場合は、各所属機関に番号をつけて氏名欄の下に一括して示し、その番号を対応する著者の氏名の右肩に記す。
- 5) 引用・参考文献は本文の引用箇所の肩に1), 1-5)などの番号で示し、本文の最後に一括して引用番号順に記載する。文献の著者が3人までは全員、4人以上の場合は3人までを挙げ、4人目以降は省略して「ほか」とする。

〈記載例〉

【雑誌の場合】著者名：表題. 雑誌名, 巻(号)：頁-頁, 発行年(西暦).

- 1) 巽あさみ・住吉健一・川口仁美ほか：短時間で進む積極的傾聴研修の効果 2時間30分で実施する管理監督者研修の検討. 産業衛生学雑誌, 52(2): 81-91, 2010.

【単行本の場合】著者名：表題. 編著者名, 書名, 頁-頁, 発行所, 発行地, 発行年(西暦).

- 2) 河野啓子：わが国における産業保健・産業看護の実態. 河野啓子, 産業看護学, 43-58, 日本看護協会出版会, 東京, 2012.

【電子情報の場合】著者名：タイトル. URL(検索年月日).

- 3) 厚生労働省：平成23年労働災害防止対策等重点調査 結果の概要. [http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h23-46-50\\_121025\\_03.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h23-46-50_121025_03.pdf) (2013.8.29)

## 9. 表紙の作成要領

表紙は、上半分に表題、希望する原稿の種類、原稿枚数、使用したコンピューターのOS、キーワードを記す。下半分には、著者名、会員番号、所属機関名、編集委員会への連絡事項、連絡者の氏名および連絡先(所属機関、所在地、電話、Fax、E-mail)などを付記する。

## 10. 投稿原稿の送付

- 1) 原稿等は電子メールによる送付でのみ受け付ける。
- 2) 原稿は、著者名・所属入りの正本と、正本から著者名や所属など個人が特定できる部分を削除した副本を作成し、副本はPDF形式としWord形式の正本とともに添付する。
- 3) 副本では、本文中の倫理審査委員会名、科学研究費の課題番号、謝辞等の個人が特定できる部分に伏せ字を用いる(例：●●大学倫理審査委員会)。
- 4) 表紙は、Word形式の正本にのみ挿入し(表紙と本文一体)添付する。
- 5) 投稿時にHPにある論文投稿時チェックリストを用いて自己確認を行い、共著の場合は著者全員の自記署名をした上でPDFにして投稿論文に添える。
- 6) 送付時のメール本文には、所属、住所、氏名、メールアドレスを記載する。
- 7) 送付先は、下記アドレスとし、件名を「日本産業看護学会誌投稿原稿」とする。

〈送付先〉

日本産業看護学会編集委員会

E-mail アドレス : [sangyoukango.toukou@gmail.com](mailto:sangyoukango.toukou@gmail.com)

## 11. 投稿原稿の受付

- 1) 投稿論文は随時受け付ける。その年の雑誌掲載のために複数名の査読者および編集委員による審査をおこなう。投稿原稿の採否は編集委員会で審議し決定する。
- 2) 査読の結果、投稿原稿に修正を求められた場合には、指定された期限までに修正原稿を再投稿する。その際には、指摘された事項に対応する回答を別に付記する。
- 3) 編集委員会から審査結果を送付後、3か月以上経過してから再投稿されたものは、新規投稿として取り扱う。
- 4) 採用決定は編集委員会から著者に通知する。採用された場合は指定された期日までに、最終原稿および、所定の著作権委譲承諾書を提出する。著者校正は1回のみとする。以降、掲載論文の著作権は日本産業看護学会に帰属する。

12. 「日本産業看護学会誌」は雑誌をPDF形式で日本産業看護学会ホームページに掲載する。また、医学中央雑誌、メディカルオンライン、J-STAGE に掲載する。

附則) 本規程は、平成27年9月1日から施行する。

附則) 本規程は、平成28年11月4日から施行する。

附則) 本規程は、平成30年5月16日から施行する。

附則) 本規程は、令和元年10月1日から施行する。

附則) 本規程は、令和2年10月31日から施行する。

## 著作権委譲承諾書

日本産業看護学会 御中

論文名

---

上記の論文は、下記の者が共同で執筆したものであり、今までに他の雑誌に掲載されたり、あるいは他の雑誌に投稿中でないことを誓約いたします。

この論文が「日本産業看護学雑誌」に掲載された場合は、その著作権を「日本産業看護学会」に委嘱することを承諾いたします。

筆頭著者署名 ( 年 月 日)

---

共著者署名 ( 年 月 日)

---

” ( 年 月 日)

---

注) 全著者の自筆署名を記入して提出してください。(捺印は不要です)。

## 日本産業看護学会誌 投稿論文 チェックリスト

\*投稿前に作成された原稿を下記各点検確認して✓を入力署名後、PDFにして原稿に添付提出して下さい。下記項目に✓があっても内容が一致していない場合は、投稿を受領しないことがあります。

No	確認内容	✓
1	著者は学会員である。共著の場合、全員学会員であるか入会手続きをしている。	
2	共著の場合、著者は投稿された論文執筆に重要な知的貢献をした者である。共著者は研究資金の獲得、データ収集等研究への部分的な助言のみを行った者は含んでいない。	
3	この論文は他の出版物（国の内外を問わず）に未発表であり投稿中でない。	
4	人を対象とする研究の場合、倫理審査を受けたことを明記している。 副本では、一例として：●●大学倫理審査委員会と伏字にしている。	
5	分析結果にデータの捏造、改ざん、盗用はない。	
6	希望する論文の種類と原稿頁数の投稿規程は一致している。	
7	用紙余白は上下・左右とも25 <sup>^</sup> mmである。	
8	日本語フォントはMS明朝を使用し、タイトルは12ポイント、本文は10ポイント、英数字はTimes New Roman、原則として半角。句読点は「,」「.」である。	
9	表紙は作成要領に沿っている。	
10	タイトルは日本語と英語を併記し、著者名 著者名と所属、日本語と英語を併記している。	
11	抄録は、記載内容と和文400字以内、英文250 words以内を満たしているキーワードは6個以内で和英文併記している。タイトル～抄録のキーワードまでは50字×43行×1段である。	
12	英文タイトル・英文抄録・英文図表は、ネイティブチェックを受けている。 ネイティブ者（チェック業者）名 _____	
13	本文は24字×43行×2段で原稿フォーマットを用いて行番号と頁挿入済、文字フォント和英、文字の大きさ、区読点はチェック項目8に沿い、適切で誤字脱字はない。	
14	論文構成は、Ⅰ. 緒言 研究の背景・目的 Ⅱ. 研究方法 調査・実験・解析に関する手法および資料・材料の集め方 Ⅲ. 研究結果 研究等の結果 Ⅳ. 考察 結果の考察・評価 Ⅴ. 結論（省略可）を適切に記述している。	
15	利益相反の有無の記述を満たしている。無い場合は、「本論文に開示すべき利益相反関連事項は無い」と明記している。有る場合には、投稿規程の書き方に沿って記載している。	
16	図表はタイトル含み見やすい大きさで、検定方法は正しく明記し、本文中にも明記している。図表同列内の小数点の位置、小数点以下の桁数および配置位置は統一している。	
17	当該研究の学会発表歴、または学位論文の一部あるいは修正版であることを明記済み	
18	文献の書き方・引用順は適切である（英数文字含む）。	
19	投稿原稿は、表紙付き正本（Word）1部、著者記名なし（著者が特定できる記述は伏字にしている）副本PDF形式1部の計2部である。	

以上チェック表に記載した事項に相違ありません。

年 月 日

著者直筆署名（全員）

日本産業看護学会誌は「医中誌」及び「メディカルオンライン」に収載許可・登録されました。第1巻1号の論文からアップされています。

[2015188255](#)

日本産業看護学会がめざすもの(解説)

Author : 河野 啓子(日本産業看護学会)

Source : [日本産業看護学会誌](#) 1巻1号 Page2-9(2014.03)



また第6巻より J-STAGE にも収載されています。  
ぜひご覧ください。

## 編集後記

第7巻第1号には、研究報告4本が収載されました。

研究報告は、3本が海外赴任または長期滞在する労働者やその家族の健康支援を行う看護職を対象としたもので、近年のグローバル化社会の中で地域特性の影響を受けやすい労働環境下の中での課題や人々の疾病予防と健康増進に対する産業看護職に求められる能力や役割等が明確にされていました。

今年の2月以降、瞬く間に世界に感染拡大した新型コロナウイルスの健康危機への対応が必要となっている中、現代の課題に即したタイムリーな論文が揃い、編集作業を行いながら特集を組んだように感じました。またもう1件の研究報告は、産業看護職のメンタルヘルス対策における事業企画経験要因には、関係部署との意思疎通の他、個別分析や集団分析の実施が関連しており、産業看護の基盤となるものであることが再度確認されたものでした。いずれの論文も今後の対策や産業看護実践において参考になるものと思われまふ。

さて、本誌も発刊から7年を経て、掲載論文数も増えてまいりました。本誌は、産業看護分野における皆様の実践活動や研究成果を公表する場として位置付けておりますが、一方で科学論文においては、オーサーシップやデータ分析における真実性や重複投稿、分割投稿防止などの研究者倫理を踏まえ、学術雑誌としての適切な査読に基づく編集作業による公開がなされていることが問われる時代となっています。本誌においてもIT上での論文公開拡大に伴い、今後の看護実践や研究の発展に資する論文としての質も担保していくことが必要となります。

そこで編集委員会では、投稿規定を改訂し別途チェック表を追加したほか、原稿フォーマットも提示しています。以上の事項に対するご理解とご確認の上投稿していただきますようお願い致します。皆様からの投稿をお待ちしております。

(松本 泉美)

---

日本産業看護学会誌 第1巻第1号 2014年3月31日発行  
日本産業看護学会誌 第2巻第1号 2015年9月2日発行  
日本産業看護学会誌 第3巻第1号 2016年7月27日発行  
日本産業看護学会誌 第4巻第1号 2017年8月31日発行  
日本産業看護学会誌 第5巻第1号 2018年8月31日発行  
日本産業看護学会誌 第6巻第1号 2019年10月2日発行  
日本産業看護学会誌 第7巻第1号 2020年10月31日発行

編 集 日本産業看護学会編集委員会  
委員長：松本泉美（畿央大学）  
委 員：西内恭子（梅花女子大学），白石知子（中部大学），酒井太一（順天堂大学），  
久井志保（フリーランス），吉川悦子（日本赤十字看護大学）  
〒635-0832 奈良県北葛城郡広陵町馬見中4-2-2  
畿央大学 健康科学部 看護医療学科  
TEL: 0745-54-1601 / FAX: 0745-54-1600

本部事務局 日本産業看護学会（理事長：河野啓子）  
〒807-8555 福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1  
産業医科大学 産業保健学部 産業・地域看護学講座内  
TEL / FAX: 093-691-7160  
e-mail: jaohnadmin@mbox.health.uoeh-u.ac.jp

---