

家族介護者の予防的健康行動と関連する要因

－ヘルスビリーフモデルを用いて－

The factor related to preventive health behavior of family caregivers
－ utilize Health Belief Model －

横山 芳子¹⁾

Yoshiko YOKOYAMA

1) 元松本短期大学看護学科

要旨

在宅で介護している家族介護者の健康は、介護者自身の将来の健康と在宅介護の継続に大きく影響する。そこで本研究は、在宅で要介護4・5の要介護者を介護している家族介護者を対象に、家族介護者の予防的健康行動をヘルスビリーフモデルを活用して、その行動に関連する要因について明らかにすることを目的とした。A市の家族介護者361人の無記名自記式質問紙を分析した結果、以下のことが明らかになった。

予防的健康行動と関連する家族要因として、予防的健康行動が取りにくいハイリスク者は、男性、64歳以下、13時間以上の介護、経済的ゆとりなしが明らかになった。

介護による「健康悪化の認識」と健康を保つために健診を受ける必要性や良い生活習慣を続ける必要性である「行動の起こる見込みの有効性」は、ほとんどの家族介護者が認識していた。介護を続けながらの健診受診、休養や運動の実施は難しい「障害性の認識」があると、実際の予防的健康行動がとれていなかった。「行動のきっかけ」では、健康や知識の情報数や健診を勧める人、助言者がいると、予防的健康行動がとれていた。また、情報種類として媒体だけでなく、人による情報が有効であることが明らかになった。

地域保健活動として、重度な介護をしている家族介護者の予防的健康行動を維持するために、優先して支援すべき家族介護者や、地域の関係機関等との連携の必要性や有効な支援手段の示唆を得た。

【キーワード】 家族介護者 予防的健康行動 ヘルスビリーフモデル 介護度

I. はじめに

わが国では、国民の健康づくりを推進する健康日本21において、生活習慣病の予防に重点がおかれている。地域保健活動は住民の健康に予防的にかかわり支援することに主軸を置き、生活の質の向上や健康寿命の延伸を図る中心的役割を担う。地域住民の中で、健康行動の実践に課題を抱える対象として家族介護者の存在があると考えられる。家族介護者は、特に介護が重度になると介護に要する時間や労力が増加し、家族介護者自身の生活習慣等健康行動の遂行に影響することが推察できる。

実際に、日頃地域保健活動の中で接する家族介護者は、介護負担や困難を抱えていたり、高齢介護者では疾病や症状を抱え、介護を続けながら受診や治療の継続困難や健康診査に出向くことができないことも少なくない。しかし、家族介護者の健康は、介護者自身の将来の健康と在宅介護の継続に大きく影響する。そのためには、家族介護者が良い生活習慣を維持し、必要な疾病の治療を継続していくことが

重要となる。

介護者の健康診査受診、がん検診受診と受療については、Matthews¹⁾らによる、50歳以上の女性介護者250人、男性介護者69人に1～3年以内とそれ以前の血液検査、マンモグラフィー検査、前立腺検査に関する受診率の報告によれば、いずれの検査も1～3年以内に受診している割合はそれ以前より少なくなっていた。

我が国の検診受診に関する報告では、在宅高齢者のがん検診受診行動について、三觜ら²⁾は、検診を受診している者として、現在仕事を有している者、男性は喫煙習慣がなく身体的活動習慣があり、食生活に配慮しており、手段的・情緒的サポートを多く受領している者との報告があり、男女ともソーシャルネットワークが豊富だと受診しているとの報告がされている。

家族介護者が健康を維持増進するための健診、がん検診、疾病の治療を含めた予防的健康行動を明らかにした研究の報告は少ない。そこで、概念枠組

みとして Health Belief Model (以下 HBM と略す) の 4 つの因子を活用して、家族介護者の予防的健康行動と関連する要因を明らかにし、地域における家族介護者の健康を支援する施策の提言に寄与することを目的に調査した。

II. 研究目的

A 市における家族介護が行っている予防的健康行動を明らかにし、予防的健康行動の実践に関連する要因を検討する。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

横断的調査研究

2. 調査期間

2008 年 7 月～2008 年 8 月

3. 調査対象

A 市在住で、2008 年 4 月 1 日時点で要介護 4・5 の認定を受けた要介護者を在宅で介護する家族介護者 1,055 人とした。

4. 調査方法

自記式調査票を対象家族介護者に配布し、郵送で回収した。

1) A 市に調査の趣旨を説明の上、協力を依頼し、A 市内の全 51 居宅介護支援事業所ごとの要介護 4・5 の人数を把握した。

2) 介護支援専門員の研修会で、研究の趣旨を介護支援専門員に文書と口頭にて説明した。また、介護支援専門員の所属する居宅介護支援事業所長に文書にて研究協力を依頼した。

3) 協力の得られた居宅介護支援事業所ごとに家族介護者あての調査票を持ち帰ってもらい、介護支援専門員が、介護者を定期訪問する際に調査票配布を依頼した。

4) 家族介護者には、調査票とともに研究の主旨と概要を説明する文書を添付し、無記名自記式の調査票の返送を以って協力の意思表示とし、郵送回収した。

5) 居宅介護支援事業所には、調査票の配布数と配布できなかった件数とその理由の集計を依頼し、郵送回収した。

5. 調査内容

1) 概念枠組

HBM は 1966 年に Rosenstock³⁾ が健康行動の要因構造を提唱したモデルで、その後 1974 年 Becker ら⁴⁾ が病気でない人の予防的健康行動だけでなく、病気である人の受療行動まで拡大した。HBM は住民の健康行動に関わる要因構造のモデル

として、「ある疾病になる可能性の認識」や「疾病にかかった場合の重大さに関する認識」が疾病への恐れとなり、それが疾病を予防するための準備状態を作り、「疾病を予防するための行動の有効性の認識」が予防行動を促進し、逆に、「予防行動に伴う苦痛や負担に関する認識」がその行動を阻害するという 4 つの因子で構成されている。

今回はこのモデルを活用して、家族介護者が介護により健康が悪化するかもしれないと認識し、健康の悪化による介護継続困難の重大さの認識から生じる健康を損なうかもしれないとの思いが家族介護者の予防的健康行動の準備状態をつくり、健康行動の有効性の認識が予防的健康行動を促進し、逆に予防的健康行動をとるための負担の認識が、予防的健康行動の実行を阻害すると定義した。さらに、健康を損なうかもしれないという思いに影響する行動のきっかけは、健診や生活習慣に関する情報源、交通の便、健診や生活習慣病の助言をすすめてくれる人の存在とした (図 1)

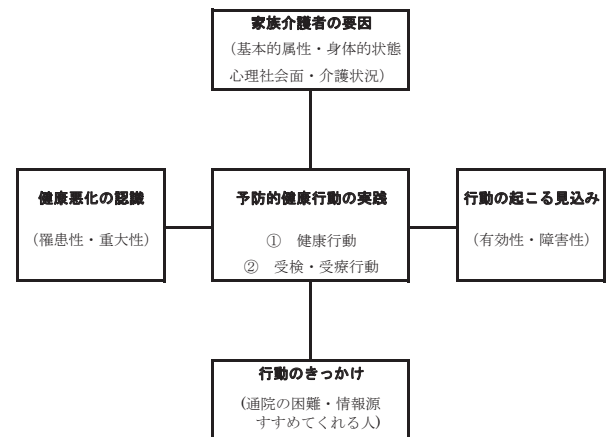


図 1 ヘルスビリーフモデルを活用した調査の枠組み

2) 用語の定義

予防的健康行動

保健行動を Kasl & Cobb ら⁵⁾ は予防的健康行動、病気対処行動、病者役割行動と定義し、宗像⁶⁾ は「健康のあらゆる段階にみられる、健康保持、回復、増進を目的として、人々が行なうあらゆる行動」を保健行動としたことから本研究では、予防的健康行動は健康増進行動、予防的健康行動、病気対処行動まで含めた行動を予防的健康行動と定義する。

3) 調査票

「予防的健康行動の実践の項目」「家族介護者の要因の項目」「健康悪化の認識の項目」「行動の起こる見込みの項目」「行動のきっかけの項目」からなる調査票を作成した。

健康行動では、生活習慣に関する予防的健康行動を測った藤内ら⁷⁾ で使用されていた「健康行動」

の指標を改変して使用した。これは「規則正しい食事」「欠かさず野菜をとる」「牛乳を1日1本飲む(約200ml)」「塩辛いものを控える」「酒を控える」「煙草を控える」「間食や夜食を控える」「動物性脂肪を控える」「1日に7時間以上睡眠をとる」「疲労を感じたら休息をとる」「毎日決まった運動をする」の11項目を「実行している」を2点、「時々実行している」を1点、「実行していない」を0点の3件法で尋ねた。ただし酒と煙草の2項目のみ、「飲まない」「吸わない」を3点とする4件法で尋ねた。11項目の配点範囲は0～24点である。信頼性はクロンバック α 係数で、内的整合性を検証し、 α 係数は0.701であった。

「健診の受診」、「がん検診の受診」を「実行している」を2点、「時々実行している」を1点、「実行していない」を0点の3件法で尋ねた。「治療が必要な定期的な受診」を「受診の必要はない」を3点、「実行している」を2点、「時々実行している」を1点、「実行していない」を0点の4件法で尋ね0～3点を配点した。3項目の配点範囲は0～7点である。信頼性はクロンバック α 係数で、内的整合性を検証し、3項目と項目数が少なかったが α 係数は0.654であったため、使用できると判断した。

家族介護者の基本的属性として性別、年齢、家族員数、家族形態、就労の有無、経済状況のゆとりの有無は「ゆとりあり」「ややゆとりあり」「ふつう」「あまりゆとりなし」「ゆとりなし」の5件法で尋ねた。

介護状況として要介護者の性別、年齢、介護度、認知症、医療処置の有無、介護サービス、要介護者との続柄、1日の介護時間、夜間起きる回数、副介護者の有無を尋ねた。

家族介護者の健康悪化の認識として「介護を続けると介護者の体調を崩したり健康を損ないやすい」「介護者が健康をそこなえば介護に大きく影響する」の2項目を「そう思わない」から「そう思う」までの5件法で尋ねた。

家族介護者の行動の起こる見込みは、行動の有効性として「健康診査等は健康を保つために大切なので受ける必要がある」「健康のために良い生活習慣を続けることが必要である」を、また行動の障害性として「介護を続けながら健康診査を受けに行くことは難しい」「介護を続けながら健康のために休息をとったり運動等をするのは難しい」を「そう思わない」から「そう思う」まで5件法で尋ねた。

家族介護者の行動のきっかけの5項目は、定期的な通院を要する家族介護者の「受診時の交通の便」、家族介護者に「健診をすすめてくれる人」の有無、「生活習慣の助言をしてくれる人」の有無、家族介護者の得ている「健康診査やがん検診の情報数」、家族

介護者が得ている「健康に関する知識や方法の情報源」を質問した。家族介護者の受診時の交通の便は、「とても困難」から「困難ではない」まで3件法で尋ねた。

6. データ分析方法

調査項目は全て記述統計として集計した。「家族介護者の状況」では、質問項目から2～5群に分類した。「健康悪化の認識」「行動の起こる見込み」に関する項目では、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」を「そう思う」とし、それ以外を「そう思わない」の2群に分類した。「行動のきっかけ」に関する項目では「受診時の交通の便」は「とても困難」「少し困難」を「あり」「困難ではない」を「なし」の2群に分類した。「健診やがん検診の情報数」は平均値を参考に「1個以下」と「2個以上」に分類し、「健康に関する知識や方法の情報源」は平均値を参考に「2個以下」と「3個以上」に分類した。各項目を健康行動と受検・受療行動の平均を比較した。2群間の比較にはt検定を、多群間の比較には一元配置分散分析、多重比較にはTukeyの方法を用いた。

各検定における有意水準は0.05(両側)とした。統計ソフトは、SPSS Ver 17.0j for windowsを用いた。

7. 倫理的配慮

居宅介護支援事業所と家族介護者に研究協力への同意、不同意は自由であること、得られた情報は厳重に保管されること、調査票や同意書から個人や事業所が特定できないようプライバシーの保護に努め、結果の報告や発表に際して特定されることはない旨を文書で説明し、書面にて同意を得た。

この研究は、2008年5月12日に開催された信州大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て実施した。(承認番号1099)

IV. 結果

1. 家族介護者の基本的属性

A市にある居宅介護支援事業所51か所のうち、46か所の居宅介護支援事業所から協力が得られ、在宅で介護を受けている要介護4・5の985人のうち、家族が遠隔地、入院等の理由で調査できなかった205人を除き、780人に調査票を配布した。そのうち420人から回答が得られた(回収率53.8%)。健康行動の項目に欠損値があった回答者57人と性別不明の2人を除外し、最終的に361人を分析対象とした。(有効回答率86.0%)。家族介護者の状況は表1に示す。

介護者の性別は男性 81 人 (22.4%)、女性 280 人 (77.6%) と女性が多く、平均年齢 (SD 標準偏差) は、男性は 66.7 歳 (± 11.85)、女性 63.8 歳 (± 10.31) と男性が有意に高齢であった ($p < 0.05$)。

年齢分布では 64 歳までが 193 人 (53.4%)、65 歳以上 164 人 (45.4%) とほぼ同じであった。要介護者と同居している介護者は 340 人 (94.2%) で、家族数では、介護者と要介護者の「2 人暮らし」が 89 人 (26.2%)、「3 人以上」が 249 人 (69.0%) と、3 人以上で暮らしている家庭が多かった。家族形態では、介護者と要介護者が夫婦である二人暮らしが 58 人 (16.1%)、親子など夫婦以外の関係の二人暮らしが 31 人 (8.6%) であった。介護者の就業状況は、「就業あり」125 人 (34.6%)、「就業なし」231 人 (64.0%) と就業していない人が多かった。介護者の経済状況では、「ふつう」が 182 人 (50.4%) と最も多く、次いで「ゆとりなし」132 人 (36.6%)、「ゆとりあり」45 人 (12.5%) の順であった。

表1 家族介護者の状況

n=361

| 項目 | n | (%) |
|---------------|---------------|----------|
| 基本的属性 | | |
| 性別 | | |
| | 男 | 81 22.4 |
| | 女 | 280 77.6 |
| 年齢 | | |
| | 64歳まで | 193 53.4 |
| | 65歳以上 | 164 45.4 |
| (再掲) | 60歳まで | 116 32.1 |
| | 60歳以上 | 241 66.8 |
| 家族数(別居21人は除く) | n=340 | |
| | 2人 | 89 26.2 |
| | 3人以上 | 249 69.0 |
| 家族形態 | | |
| | 2人暮らし(配偶者と同居) | 58 16.1 |
| | 2人暮らし(その他と同居) | 31 8.6 |
| | 3人以上 | 249 73.2 |
| 就業 | | |
| | あり | 125 34.6 |
| | なし | 231 64.0 |
| 経済状況 | | |
| | ゆとりあり | 45 12.5 |
| | ふつう | 182 50.4 |
| | ゆとりなし | 132 36.6 |

2. 要介護者との状況 (表2)

要介護者の性別は男性 136 人 (37.7%)、女性 224 人 (62.0%) と女性が多かった。要介護者の年齢は 84 歳未満が 165 人 (45.7%)、85 歳以上 191 人 (52.9%) と 85 歳以上の高齢者がやや多い状況であった。

要介護者との続柄では、夫 41 人と妻 90 人を合わせると、配偶者の介護が 131 人 (36.3%) と一番多く、次いで子 128 人 (35.5%)、嫁、兄弟姉妹・婿等の順であった。

表2 要介護者との状況

n=361

| 項目 | n | (%) |
|----------|---------|----------|
| 介護状況 | | |
| 要介護者の状況 | | |
| 性別 | | |
| | 男性 | 136 37.7 |
| | 女性 | 224 62.0 |
| 要介護者年齢 | | |
| | ~84歳まで | 165 45.7 |
| | 85歳以上 | 191 52.9 |
| 介護度 | | |
| | 介護度4 | 214 59.3 |
| | 介護度5 | 144 39.9 |
| 認知症 | | |
| | あり | 210 58.2 |
| | なし | 141 39.1 |
| 医療処置 | | |
| | あり | 143 39.6 |
| | なし | 198 54.8 |
| 要介護者との続柄 | | |
| | 夫 | 41 11.4 |
| | 妻 | 90 24.9 |
| | 子 | 128 35.5 |
| | 嫁 | 85 23.5 |
| | 兄弟姉妹、婿他 | 17 4.7 |
| 介護期間 | | |
| | ~36か月 | 205 56.8 |
| | 37か月以上 | 133 36.8 |
| 1日の介護時間 | | |
| | ~6時間まで | 192 53.2 |
| | 7~12時間 | 57 15.8 |
| | 13~24時間 | 65 18.0 |
| 夜間起きる回数 | | |
| | 0回 | 115 31.9 |
| | 1~2回 | 179 49.6 |
| | 3回以上 | 55 15.2 |
| 副介護者 | | |
| | ある | 252 69.8 |
| | なし | 102 28.3 |

3. 家族介護者の予防的健康行動

1) 項目別健康行動

現在の健康行動では、生活習慣の 11 項目の中で「実行している」「時々実行している」と合わせて最も実行できていた生活習慣は、「欠かさず野菜をとる」348 人 (96.4%)、「規則正しい食事」339 人 (93.9%)、「動物性脂肪を控える」325 人 (90.0%) であった。「実行している」が最も少なかったのは、「毎日決まった運動をする」156 人 (43.2%)、「1 日に 7 時間以上睡眠をとる」200 人 (55.4%) の順であった。酒は、「飲まない」が 174 人 (48.2%) と最も多く、「酒を控えている」158 人 (43.7%)、「控えていない」29 人 (8.0%) であった。煙草では、「吸わない」236 人 (65.4%) と最も多く、「煙草を控えている」103 人 (28.5%)、「煙草を控えていない」22 人 (6.1%) であった。

2) 受検受診行動

現在の受検受診行動では、健診は 251 人 (69.5%) が実行しており、実行していないのは 110 人 (30.5%) であった。がん検診は実行しているが 152 人 (42.1%) で、実行していないは 209 人 (57.9%) であった。定期的な受診は 228 人 (63.2%) がしており実行していないは 119 人 (33.0%) であった。

4. 健康悪化の認識 (表 3)

「介護を続けると介護者の体調を崩したり健康を損ないやすい」を「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答した介護者は 275 人 (76.2%) であった。「介護者が健康をそこなえば介護に大きく影響する」を「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答した介護者は 347 人 (96.1%) で、ほとんどの介護者が介護の及ぼす健康悪化の重大性を認識していた。

表3 家族介護者の健康と介護の認識

n=361

| 項目 | n | (%) |
|------------------|-----|------|
| 罹患性 | | |
| 介護は健康をそこないやすい | | |
| そう思う | 176 | 48.8 |
| どちらかと言えばそう思う | 99 | 27.4 |
| どちらともいえない | 57 | 15.8 |
| どちらかとうえばそう思わない | 9 | 2.5 |
| そう思わない | 10 | 2.8 |
| 重大性 | | |
| 介護に大きく影響する | | |
| そう思う | 335 | 92.8 |
| どちらかと言えばそう思う | 12 | 3.3 |
| どちらともいえない | 5 | 1.4 |
| どちらかとうえばそう思わない | 1 | 0.3 |
| そう思わない | 0 | 0.0 |
| 行動の有効性 | | |
| 健康診査は受ける必要がある | | |
| そう思う | 275 | 76.2 |
| どちらかと言えばそう思う | 67 | 18.6 |
| どちらともいえない | 12 | 3.3 |
| どちらかとうえばそう思わない | 2 | 0.6 |
| そう思わない | 3 | 0.8 |
| 良い生活習慣を続けること必要 | | |
| そう思う | 300 | 83.1 |
| どちらかと言えばそう思う | 53 | 14.7 |
| どちらともいえない | 5 | 1.4 |
| どちらかとうえばそう思わない | 0 | 0.0 |
| そう思わない | 1 | 0.3 |
| 行動の障害性 | | |
| 健康診査を受けに行くことは難しい | | |
| そう思う | 101 | 28.0 |
| どちらかと言えばそう思う | 95 | 26.3 |
| どちらともいえない | 57 | 15.8 |
| どちらかとうえばそう思わない | 36 | 10.0 |
| そう思わない | 67 | 18.6 |

| | | |
|----------------|-----|------|
| 休息・運動とること難しい | | |
| そう思う | 125 | 34.6 |
| どちらかといえばそう思う | 101 | 28.0 |
| どちらともいえない | 53 | 14.7 |
| どちらかとうえばそう思わない | 39 | 10.8 |
| そう思わない | 40 | 11.1 |

5. 行動の起こる見込みの認識 (表 3)

「健康診査等は健康を保つために大切なので受ける必要がある」は、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」が 342 人 (94.8%)、「健康のために良い生活習慣を続けることが必要である」は、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」が 353 人 (97.8%) と、ほとんどの介護者が健康行動の有効性を認識していた。

「介護を続けながら健康診査を受けに行くことは難しい」は「そう思う」と「どちらかと言えばそう思う」が 196 人 (54.3%)、「どちらともいえない」が 57 人 (15.8%)、「どちらかといえばそう思わない」と「そう思わない」を合わせて 103 人 (28.6%) であった。「介護を続けながら健康のために休息をとったり運動等をすることは難しい」は「そう思う」と「どちらかと言えばそう思う」が 226 人 (62.6%)、「どちらともいえない」53 人 (14.7%)、「どちらかといえばそう思わない」と「そう思わない」を合わせて 79 人 (21.9%) であった。

6. 行動のきっかけ (表 4)

介護者に「健診の受診を勧めてくれる人」の有無では、「いる」219 人 (60.7%)、「いない」135 人 (37.4%) であった。健診の受診をすすめてくれる人の内訳 (複数回答) は、家族 141 人 (39.1%)、医師や看護師 43 人 (11.9%)、友人 32 人 (8.9%) の順で多かった。

介護者に「生活習慣の助言をしてくれる人」の有無では、「いる」169 人 (46.8%)、「いない」(49.9%) とほぼ同じ割合であった。助言してくれる人の内訳 (複数回答) は、家族や友人などの一般人から 259 人 (71.7%)、医師や看護師などの専門職が 198 人 (54.8%) と一般人が多かった。

介護者の得ている「健診やがん検診の情報数」は、1 個以下が 170 人 (47.1%)、2 個以上が 190 人 (52.6%) と約半々であった。情報源 (複数回答) として市の広報から 251 人 (69.5%)、市の健康診査の冊子から 158 人 (43.8%)、医師や看護師から 92 人 (25.5%)、友人から 46 人 (12.7%) であった。また、介護者の健康に関する知識や方法の情報数は 2 個以下が 169 人 (46.8%)、3 個以上が 181 人 (50.1%) であった。介護者の得ている健康知識の種類 (複数

回答)は、「テレビから」が237人(65.7%)と最も多く、「医師などの専門職から」198人(54.8%)、「新聞から」183人(50.7%)、「友人から」115人(31.9%)、「家族から」114人(31.6%)の順であった。テレビや新聞の「媒体のみ」が71人(19.7%)、家族や医師などの「人からのみ」は75人(20.8%)、「媒体と人の両方」からは204人(56.5%)で、媒体と人の両方から得ている介護者が多かった。

定期的な受診の必要がある介護者は347名で、通院する上で「困難あり」が79名(21.8%)、「なし」168人(46.5%)であった。介護者が通院必要ない人は94人(26.0%)であった。

表4 行動のきっかけ n=361

| 項目 | n | (%) |
|-----------------|-----|------|
| 健診の受診をすすめてくれる人 | | |
| いる | 219 | 60.7 |
| いない | 135 | 37.4 |
| 生活習慣の助言をしてくれる人 | | |
| いる | 169 | 46.8 |
| いない | 180 | 49.9 |
| 健康診査やがん検診の情報数 | | |
| 1個以下 | 170 | 47.1 |
| 2個以上 | 190 | 52.6 |
| 健康に関する知識や方法の情報数 | | |
| 2個以下 | 169 | 46.8 |
| 3個以上 | 181 | 50.1 |
| 健康知識の種類別 | | |
| 媒体のみ | 71 | 19.7 |
| 人のみ | 75 | 20.8 |
| 媒体と人の両方 | 204 | 56.5 |
| 受診の交通の困難 | | |
| あり | 79 | 21.8 |
| なし | 168 | 46.5 |
| 通院必要ない | 94 | 26.0 |

7. 健康行動に関する得点と関連要因の検討

1) 介護者の基本的属性 (表5)

介護者の基本的属性で、健康行動得点と関連がみられた要因は、性別で女性介護者は(16.21点, SD3.59)と、男性介護者(14.94点, SD4.47)に比べ、健康行動得点有意に高かった($p<0.05$)。年齢では、65歳以上(16.81点, SD3.84)は64歳まで(15.18点, SD3.66)に比べ、健康行動得点有意に高かった($p<0.01$)。

家族形態では3群間で健康行動得点に有意差があった($p<0.05$)。配偶者と同居の2人暮らし(16.72点, SD4.15)はその他と同居している2人暮らし(14.39点, SD4.07)に比べ、健康行動得点有意

に高かった($p<0.05$)。

経済状況では3群間で健康行動得点に有意差があった($p<0.01$)。経済状況の「ゆとりあり」(17.07点, SD3.81)は「ゆとりなし」(14.71点, SD3.88)に比べ、健康行動得点有意に高かった($p<0.01$)。また、経済状況の「ふつう」(16.52点, SD3.61)は「ゆとりなし」(14.71点, SD3.88)に比べ、健康行動得点有意に高かった($p<0.01$)。

2) 家族介護者の状況 (表5)

介護状況で関連がみられたのは、要介護者と介護者の続柄であった。要介護者との続柄による5群間で受検・受療行動得点に有意差があった($p<0.01$)。介護者が「夫」(3.73点, SD2.27)は介護者が「子」(2.67点, SD2.06)に比べ、受検・受療行動得点有意に高かった($p<0.05$)。また、介護者が「妻」(3.71点, SD1.80)は介護者が「子」(2.67点, SD2.06)に比べ、受検・受療行動得点有意に高かった($p<0.01$)。副介護者の有無、1日の介護時間、要介護者の状況と受検・受療行動得点は有意差がみられなかった。

3) 健康悪化の認識 (表6)

罹患性の認識である「介護を続けると介護者の体調を崩したり健康を損ないやすい」は「そう思う」(15.95点, SD3.90)は「そう思わない」(15.70点, SD3.72)と比べ、健康行動得点に有意差はなかった。重大性の認識である「介護者が健康をそこなえば介護に大きく影響する」は「そう思う」(15.96点, SD3.80)は「そう思わない」(16.83点, SD4.67)と比べ、健康行動得点に有意差はなかった。

4) 行動の起こる見込み (表6)

行動の起こる見込みで関連がみられた要因は3つあった。行動の有効性である「健康診査は受ける必要がある」では、「そう思う」(16.07点, SD3.80)は「そう思わない」(13.65点, SD3.43)に比べ、健康行動得点有意に高かった($p<0.05$)。行動の障害としての項目は2つとも関連があった。「健康診査を受けに行くことは難しい」では、「そう思わない」(16.56点, SD3.41)は「そう思う」(15.47点, SD4.10)に比べ、健康行動得点有意に高かった($p<0.01$)。「休息・運動とること難しい」では、「そう思わない」(17.04点, SD3.28)は「そう思う」(15.31点, SD4.00)に比べ、健康行動得点有意に高かった($p<0.01$)。

5) 行動のきっかけ (表6)

介護者の行動のきっかけでは、「生活習慣の助言

をしてくれる人がいる」(16.64点, SD3.53)は「生活習慣の助言をしてくれる人がいない」(15.21点, SD3.987点)に比べ、健康行動得点が有意に高かった($p<0.01$)。健康診査やがん検診の情報数が「2個以上」(16.36点, SD3.64)は「1個まで」(15.45点, SD3.99)に比べ、健康行動得点が有意に高かった($p<0.05$)。健康に関する知識や方法の情報数では、「3

個以上」(16.52点, SD3.53)は「2個まで」(15.32点, SD4.02)に比べ、健康行動得点が有意に高かった($p<0.01$)。健康知識の種類別による3群間で健康行動得点に有意差があった($p<0.01$)。健康知識の種類別で、「媒体と人の両方」(16.47点, SD3.49)は「媒体のみ」(14.58点, SD3.97)に比べ、健康行動得点が有意に高かった($p<0.01$)。

表5 予防的健康行動の得点と家族介護者の状況

| | 項目 | 健康行動得点 | | | | 受検受診行動得点 | | | |
|----------|---------------|--------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|--|
| | | n | 平均値 | SD | p値 | 平均値 | SD | p値 | |
| 基本的属性 | 性別 | | | | | | | | |
| | 男 | 81 | 14.94 | 4.47 | 0.021 | 3.15 | 2.27 | 0.944 | |
| | 女 | 280 | 16.21 | 3.59 | | 3.17 | 2.01 | | |
| | 年齢 | | | | | | | | |
| | 64歳まで | 193 | 15.18 | 3.66 | 0.000 | 2.65 | 2.09 | 0.000 | |
| | 65歳以上 | 164 | 16.81 | 3.84 | | 3.77 | 1.85 | | |
| | 家族形態 | | | | | | | | |
| | 2人暮らし(配偶者と同居) | 58 | 16.72 | 4.15 | 0.022 | 3.97 | 1.80 | 0.005 | |
| | 2人暮らし(その他と同居) | 31 | 14.39 | 4.07 | 0.016 | 2.90 | 1.66 | | |
| | 3人以上 | 249 | 15.94 | 3.65 | | 3.03 | 2.12 | | |
| | 家族数 | | | | | | | | |
| | 2人 | 89 | 15.91 | 4.25 | 0.943 | 3.60 | 1.81 | 0.017 | |
| | 3人以上 | 249 | 15.94 | 3.65 | | 3.03 | 2.12 | | |
| | 就労 | | | | | | | | |
| あり | 125 | 15.42 | 3.74 | 0.086 | 3.16 | 1.97 | 0.956 | | |
| なし | 231 | 16.16 | 3.88 | | 3.15 | 2.13 | | | |
| 経済状況 | | | | | | | | | |
| ゆとりあり | 45 | 17.07 | 3.81 | 0.000 | 3.56 | 2.04 | 0.001 | | |
| ふつう | 182 | 16.52 | 3.61 | 0.001 | 3.45 | 1.95 | | | |
| ゆとりなし | 132 | 14.71 | 3.88 | 0.000 | 2.64 | 2.15 | | | |
| 家族介護者の状況 | 要介護者年齢 | | | | | | | | |
| | ～84歳まで | 165 | 15.93 | 3.94 | 0.948 | 3.21 | 2.11 | 0.747 | |
| | 85歳以上 | 191 | 15.90 | 3.78 | | 3.14 | 2.02 | | |
| | 介護度 | | | | | | | | |
| | 介護度4 | 214 | 16.33 | 3.54 | 0.013 | 3.21 | 2.04 | 0.764 | |
| | 介護度5 | 144 | 15.27 | 4.16 | | 3.14 | 2.09 | | |
| | 認知症 | | | | | | | | |
| | あり | 210 | 15.69 | 3.77 | 0.235 | 3.19 | 2.09 | 0.904 | |
| | なし | 141 | 16.18 | 3.97 | | 3.21 | 2.02 | | |
| | 医療処置 | | | | | | | | |
| | あり | 143 | 16.37 | 3.58 | 0.018 | 3.04 | 2.04 | 0.342 | |
| | なし | 198 | 15.38 | 4.00 | | 3.26 | 2.08 | | |
| | 要介護者との続柄 | | | | | | | | |
| | 夫 | 41 | 15.10 | 4.68 | 0.000 | 3.73 | 2.27 | 0.001 | |
| | 妻 | 90 | 17.49 | 3.33 | 0.007 | 3.71 | 1.80 | | |
| | 子 | 128 | 15.16 | 4.02 | 0.000 | 2.67 | 2.06 | | |
| | 嫁 | 85 | 15.72 | 3.10 | 0.016 | 3.01 | 2.14 | | |
| | 兄弟姉妹、婿他 | 17 | 16.35 | 3.86 | | 3.35 | 1.62 | | |
| | 介護期間 | | | | | | | | |
| | ～36か月 | 205 | 16.19 | 3.66 | 0.116 | 3.19 | 2.11 | 0.617 | |
| | 37か月以上 | 133 | 15.51 | 4.11 | | 3.08 | 1.98 | | |
| | 1日の介護時間 | | | | | | | | |
| | ～6時間まで | 192 | 16.28 | 3.68 | 0.007 | 3.09 | 2.05 | 0.115 | |
| 7～12時間 | 57 | 15.93 | 3.51 | | 3.67 | 2.00 | | | |
| 13～24時間 | 65 | 14.65 | 3.95 | | 2.95 | 2.05 | | | |
| 夜間起きる回数 | | | | | | | | | |
| 0から2回 | 294 | 15.99 | 3.81 | 0.665 | 3.13 | 2.09 | 0.282 | | |
| 3回以上 | 55 | 15.75 | 3.64 | | 3.45 | 1.82 | | | |
| 副介護者 | | | | | | | | | |
| ある | 252 | 16.28 | 3.54 | 0.022 | 3.28 | 2.07 | 0.130 | | |
| なし | 102 | 15.18 | 4.26 | | 2.91 | 2.07 | | | |

8. 受検・受療行動と関連要因のとの検討

1) 家族介護者の基本的属性 (表5)

受検・受療行動得点と関連がみられた要因は、年齢、家族数、家族形態、経済状況であった。介護者の年齢では、「65歳以上」(3.77点, SD1.85)は「64歳まで」(2.65点, SD2.09)に比べ、受検・受療行動得点が有意に高かった($p<0.01$)。家族数が「2人」(3.60点, SD1.81)の場合は「3人以上」(3.03点, SD2.12)に比べ、受検・受療行動得点が有意に高かつ

た($p<0.05$)。

家族形態では3群間で受検・受療行動得点に有意差があった($p<0.05$)。家族形態で、「配偶者と同介護者の性別では男性介護者(3.15点, SD2.27)は女性介護者(3.17点, SD2.00)と比べ、受検・受療行動得点に有意差はみられなかった。介護者の「就労あり」(3.16点, SD1.97)は「就労なし」(3.15点, SD2.13)と比べ、受検・受療行動得点に有意差はみられなかった。

表6 予防的健康行動の得点と家族介護者の認識

| | 項目 | n | 健康行動得点 | | p値 | 受検受診行動得点 | | p値 |
|------------------|----------------|-------|--------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | | | 平均値 | SD | | 平均値 | SD | |
| 健康と介護に関する認識 | 健康悪化の認識 | | | | | | | |
| | 罹患性 | | | | | | | |
| | 介護は健康をそこないやすい | | | | | | | |
| | そう思わない | 76 | 15.70 | 3.72 | 0.621 | 3.09 | 2.01 | 0.728 |
| | そう思う | 275 | 15.95 | 3.90 | | 3.19 | 2.09 | |
| | 重大性 | | | | | | | |
| | 介護に大きく影響する | | | | | | | |
| | そう思わない | 6 | 16.83 | 4.67 | 0.578 | 2.33 | 2.34 | 0.308 |
| | そう思う | 347 | 15.96 | 3.80 | | 3.20 | 2.06 | |
| | 行動の有効性 | | | | | | | |
| | 健康診査は受ける必要がある | | | | | | | |
| | そう思わない | 17 | 13.65 | 3.43 | 0.011 | 1.18 | 1.33 | 0.000 |
| そう思う | 342 | 16.07 | 3.80 | | 3.27 | 2.04 | | |
| 良い生活習慣を続けること必要 | | | | | | | | |
| そう思わない | 6 | 15.17 | 4.83 | 0.612 | 3.00 | 2.00 | 0.836 | |
| そう思う | 353 | 15.97 | 3.81 | | 3.18 | 2.07 | | |
| 行動の障害性 | | | | | | | | |
| 健康診査を受けに行くことは難しい | | | | | | | | |
| そう思わない | 160 | 16.56 | 3.41 | 0.006 | 3.59 | 2.01 | 0.001 | |
| そう思う | 196 | 15.47 | 4.10 | | 2.84 | 2.04 | | |
| 休息・運動とること難しい | | | | | | | | |
| そう思わない | 132 | 17.04 | 3.28 | 0.000 | 3.55 | 2.11 | 0.008 | |
| そう思う | 226 | 15.31 | 4.00 | | 2.95 | 2.01 | | |
| 行動のきっかけ | 受診の交通の困難 | | | | | | | |
| | あり | 79 | 15.38 | 4.05 | 0.052 | 3.12 | 1.98 | 0.891 |
| | なし | 168 | 16.24 | 3.70 | | 3.15 | 2.14 | |
| | 健診の受診をすすめてくれる人 | | | | | | | |
| | いる | 219 | 16.14 | 3.79 | 0.144 | 3.44 | 2.04 | 0.001 |
| | いない | 135 | 15.53 | 3.93 | | 2.70 | 2.03 | |
| | 生活習慣の助言をしてくれる人 | | | | | | | |
| | いる | 169 | 16.64 | 3.53 | 0.000 | 3.63 | 2.00 | 0.000 |
| | いない | 180 | 15.21 | 3.99 | | 2.69 | 2.02 | |
| | 健康診査やがん検診の情報数 | | | | | | | |
| | 1個以下 | 170 | 15.45 | 3.99 | 0.023 | 2.64 | 2.11 | 0.000 |
| | 2個以上 | 190 | 16.36 | 3.64 | | 3.65 | 1.89 | |
| 健康に関する知識や方法の情報数 | | | | | | | | |
| 2個以下 | 169 | 15.32 | 4.02 | 0.003 | 2.76 | 2.13 | 0.000 | |
| 3個以上 | 181 | 16.52 | 3.53 | | 3.60 | 1.91 | | |
| 健康知識の種類別 | | | | | | | | |
| 媒体のみ | 71 | 14.58 | 3.97 | 0.001 | 1.86 | 1.91 | 0.000 | |
| 人のみ | 75 | 15.79 | 4.22 | | 3.63 | 1.97 | | |
| 媒体と人の両方 | 204 | 16.47 | 3.49 | | 3.50 | 1.96 | | |

2) 健康悪化の認識 (表6)

罹患性の認識である「介護を続けると介護者の体調を崩したり健康を損ないやすい」では「そう思う」(3.19点, SD2.09)は「そう思わない」(3.09点, SD2.01)と比べ、受検・受療行動得点に有意差はなかった。重大性の認識である「介護者が健康をそこなえば介護に大きく影響する」では「そう思う」(3.20点, SD2.06)は「そう思わない」(2.33点, SD2.34)と比べ、受検・受療行動得点に有意差はみられなかった。

3) 行動の起こる見込み (表6)

行動の起こる見込みで関連がみられた要因は3つあった。行動の有効性の認識である「健康診査は受ける必要がある」では、「そう思う」(3.27点, SD2.04)は「そう思わない」(1.18点, SD1.34)に比べ、受検・受療行動得点が有意に高かった($p<0.01$)。行動の障害としての認識の項目は2つとも関連があった。「健康診査を受けに行くことは難しい」では、「そう思わない」(3.59点, SD2.01)は「そう思う」(2.84点, SD2.04)に比べ、受検・受療行動得点が有意に高かった($p<0.01$)。「休息・運動とること難しい」では、「そう思わない」(3.55点, SD2.11)は「そう思う」(2.95点, SD2.01)に比べ、受検・受療行動得点が有意に高かった($p<0.01$)。

4) 行動のきっかけ (表6)

行動のきっかけの6項目のうち5項目に関連がみられた。「健診の受診をすすめてくれる人」が「いる」(3.44点, SD2.04)は「いない」(2.70点, SD2.03)に比べ、受検・受療行動得点が有意に高かった($p<0.01$)。「生活習慣の助言をしてくれる人」が「いる」(3.63点, SD2.00)は「いない」(2.69点, SD2.02)に比べ、受検・受療行動得点が有意に高かった($p<0.01$)。「健康診査やがん検診の情報数」では、「2個以上」(3.65点, SD1.89)は「1個まで」(2.64点, SD2.11)に比べ、受検・受療行動得点が有意に高かった($p<0.01$)。「健康に関する知識や方法の情報数」では、「3個以上」(3.60点, SD1.91)は「2個まで」(2.76点, SD2.13)に比べ、受検・受療行動得点が有意に高かった($p<0.01$)。「健康知識の種類別」では、3群間で受検・受療行動得点に有意差があった($p<0.01$)。「健康知識の種類別」で「媒体と人の両方」(3.50点, SD1.96)は「媒体のみ」(1.86点, SD1.91)に比べ、受検・受療行動得点が有意に高かった($p<0.01$)。また、「人のみ」(3.63点, SD1.97)は「媒体のみ」(1.86点, SD1.91)に比べ、受検・受療行動得点が有意に高かった($p<0.01$)。

V. 考察

1. 家族介護者の特性について

2007年国民生活基礎調査⁸⁾では、要介護者(要介護1~5)と同居している介護者の性別は、男性26.1%、女性71.9%と、本研究の家族介護者とほぼ同じ割合であり、全国と同様な傾向であった。年齢について同調査では、50歳代が男25.4%、女31.6%と最も多く、本研究の介護者の平均年齢60歳代は高齢であり、60歳以上が全国⁸⁾は6割であるが、本研究は7割を占めており、特に男性介護者で高齢であった。

介護者の家族形態をみると、2004年国民生活基礎調査⁹⁾では要介護者のいる世帯で、夫婦のみの世帯は19.5%、それ以外の核家族が30.4%、三世帯世帯が29.4%であった。本研究の介護者は夫婦のみの世帯は16.1%、三世帯世帯が69.0%とそれ以外の核家族8.6%が少なく、三世帯世帯が多い家族形態である。

本研究における介護者の特徴は、他の調査対象者に比べ、全国の介護者と同じ傾向であるが、女性が3/4を占め、年齢は60歳代以上が7割を占める高齢で、全国調査の約2倍と三世帯世帯が多く、2/3は就労せずに介護を行っていたことである。

2. 予防的健康行動と家族介護者の状況との関連について

家族介護者の健康行動と関連していた要因は、性別、年齢、経済状況、続柄、1日の介護時間であった。受検・受療行動では、年齢、経済状況、続柄であった。本研究の介護者は健康行動がとれていた。これは、持病を持ちながら介護していることや、配偶者との2人暮らしから、現在の生活を継続するためにより健康行動に注意しているのではないかと考えられる。

黒岩ら¹⁰⁾は、「収入と健康や体力に投資する資金との関連性が認められており、経済的な余裕が健康などに対して、お金を投資する可能性がある」と報告している。このことから本研究の家族介護者も経済的に余裕があると、サービスの利用も多くなり、自由な時間が使えるのではないかと推測される。自由な時間を確保出来ることにより、休息や運動ができ、さらに社会的参加により、心身機能が高まり、健康行動をとれるとも考えられる。

一方、健康行動をとりにくい介護者として、64歳以下や、小野ら¹¹⁾の「経済的負担額が介護保険の導入前の3倍となり家計を圧迫している」という報告のように、介護保険サービス利用の負担があり経済的に余裕がない介護者や、2人暮らしでも配偶者以外の家族形態をとり、介護時間が13時間以

上となっている介護者への支援が必要になってくると思われる。本研究の対象者は、7時間以上の介護している介護者は33.8%、夜間覚醒3回以上の介護者は15.2%であった。このことから、介護者の体調や介護時間、夜間覚醒の回数等の視点で検討する必要があると考える。

以上のことから、男性、64歳以下、13時間以上の介護、経済的ゆとりについてアセスメントする必要性が示唆された。介護支援専門員に家族介護者のハイリスク者を知ってもらい地域包括支援センター等の保健師と連携をとり支援することが重要であると考えられる。

また、64歳以下の年代は、平成20年度から開始となっている特定健診、特定保健指導の対象者の年代でもある。2008年高齢者白書では、メタボリックシンドロームが強く疑われる者と予備軍は、特に40歳以降増加する傾向がみられ、若年期からの健康づくりが重要である¹²⁾ように、この年代からの生活習慣病のハイリスクを予防し疾病の発症が防げれば、高齢期の健康の維持につながるため、効果的な生活習慣病予防を行わなければいけない大切な年代である。

一方、本研究の受検・受療行動については、受検・受療行動がとれていたのは65歳以上、配偶者、嫁であり、とれていなかったのは64歳以下、子の世代であった。これは、64歳以下の年代では、就労していれば職場健診があると考えられるが、介護をしながらの就労は、就労状況の形態ではフルタイムではないかもしれない、職場で受けられる雇用形態ではない可能性も考えられる。しかし、本研究では、就労形態への回答数が少なかったため明らかにはできなかった。

また、本研究の介護者は、経済的にゆとりがないと受検行動はとれていなかった。川上ら¹³⁾は、50・60歳代611人の調査から、「仮想状況でのがん検診受診希望を質問した結果、がん検診の受診行動に影響を与える因子は検診にかかる時間と費用であった」。また、実際に「世帯年収ごとに検討してみると年収300万円未満の群では、年1回受診している割合は低く、受けたことがない人が多くなっていた」とあるように、介護者と接することができる看護職等が経済的なことも含めた生活の様子を確認していく必要がある。また、行政として財政が厳しい状況であるが、保健予防である健診、がん検診に継続して予算をつけ、受診者の負担を軽減する必要があると考える。

3. 予防的健康行動と行動のきっかけについて

介護者の健康行動には、生活習慣の助言をしてく

れる人の存在や健康知識の情報数に関係していた。本研究の介護者は高齢であるが、介護時間が7時間以上になると、地域で行われる教室等には参加しにくいと考えられる。Matthewsら¹⁴⁾は、中年または高齢の家族介護者と行き会う看護師は、介護者の健康増進や病気の予防行動を促す良い位置にることから、地域で介護者と行き会う看護職は、健康行動を支援するうえで重要な存在であるといえる。助言者は医療の専門職だけとは限らず、介護支援専門員、介護福祉士、友人、家族など介護者の周囲にいる人の助言は有効であった。本研究の結果で、助言をしてくれる人がいない介護者は49.9%存在し、助言者を得ることが大事である。

健康に関する知識において、新聞やテレビなどの媒体のみから得ているだけでなく、また、人からのみ得るだけでなく、媒体と人の両方から知識を得ていた介護者は健康行動がとれていた。このことから、媒体から情報を得、人からも直接情報を得、そこで人と内容について確認し合ったり等の相互作用で、健康行動を実行しようとするのではないかと考え、人が関与することに意味があるといえる。また、地域での健康教室も開催されているが、グループワークなど参加者同士やスタッフとの交流ができる機会を設けることが効果的だと再度確認出来た。

受検・受療行動においても健診の受診を勧められる人、生活習慣の助言をしてくれる人、健診やがん検診の情報数、知識、知識の種類別において関連を示していた。健診の受診をすすめてくれる人として、家族(39.1%)、医師や看護師(11.9%)の順であったが、地域における健康づくりを担っている健康づくり推進員等の地域組織を育成・活用して、情報提供と健康行動への助言が有効と考える。

4. 予防的健康行動と健康悪化の認識

本研究では、罹患性、重大性の認識は、HBMの仮説とは逆の結果を示し、これは、介護者は介護によって健康が損なわれ、健康を損なえば介護に影響すると大多数が認識していたため、健康行動と受検・受療行動には関連がみられなかったと考えられる。

5. 予防的健康行動と行動の起こる見込み

本研究の介護者も健診を受けることの有効性は認識しているが、介護を続けながら健診を受けにくいことや休養や運動をすることの難しさの障害性の認識がみられた。このことから、健診を受けることの有効性の情報を伝えながら、健康診査を受けにくいことを負担に思っている介護者には、その負担の認識を少なくすることが必要であると考えられる。

休養、運動をとることが難しいと感じている認識

も同様に確認しながら支援することが必要と考える。しかし、健診や休息、運動をとることが難しくないと認識している介護者もあり、そう認識している介護者の背景が明らかになると支援の方向も明確になると考える。本研究では、休息は、重度になる前よりとりにくくなっており有意差がみられたが、運動習慣については有意差がなく、現在も継続して運動しており、習慣化に伴い、介護状況が変化しても継続されていると受け取ることもできる。しかし、運動を継続しているのは、43.2%と半数以下である。神田ら¹⁵⁾の60歳以上の一般住民2,200人での調査では、「体操や運動をよくする割合は約25%」であり、黒岩ら¹⁰⁾の60～75歳地域高齢者1,298人では、運動している者は41.1%の結果と同じように、介護者も健康行動の中では実行できない割合が高い運動習慣である。しかし、神田ら¹⁵⁾の「10年以上にわたる長期の生命予後には運動習慣が寄与し、比較的短期間では精神的健康に効果が期待される」ことから、精神的健康ではうつが悪化が抑えられ、長期的には生命予後に寄与することやGallantら¹⁶⁾の運動を含めた健康行動は介護ストレスの対処に効果もあることが報告されており、習慣化した健康行動であると考えられる。

VI. 結論

A市の要介護4・5の重度の家族介護者361人の回答から家族介護者の予防的健康行動である健康行動と受検・受療行動を、HBMを活用して明らかにし、それに関連する要因を検討し以下の結果を得た。

1. HBMの活用により予防的健康行動と関連する家族要因として、特に男性、64歳以下、13時間以上の介護、経済的ゆとりなしのハイリスク者が明らかになった。
2. 健康悪化と行動が起こる見込みの有効性はほとんどの家族介護者が認識していた。障害性の認識があると、実際の予防的健康行動がとれなかった。行動のきっかけでは、健康や知識の情報数や健診を勧める人、助言者がいると、予防的健康行動がとれていた。また、情報種類として媒体だけでなく、人による情報が有効であることが明らかになった。
3. 家族介護者の健康維持や療養継続のためには、ハイリスク者や定期的な受療についてアセスメントすること、有効性の認識を高めること、障害性の認識を低減すること、情報提供を含む助言者の存在があると有効であることが明らかになった。

従って、HBMの活用により地域保健活動として、重度な介護をしている家族介護者の予防的健康行動を維持するために、優先して支援すべき家族介護者

や、地域の関係機関等との連携の必要性や有効な支援手段の示唆を得た。

VII. 本研究の限界と課題

本研究はA市という一地方都市の結果であること、また、回収率は53.8%と家族介護者全部ではないが、本研究の家族介護者は男81人(22.4%)、女280人(77.6%)と、A市全体の介護者の男(26.3%)、女(73.7%)と比率が類似しており、家族介護者全体のものとして反映できると考えられる。しかし、調査票を返送した介護者は介護時間が短い、夜間起きる回数が少ないなど、比較的介護状況が安定している方や介護に熱心に取り組んでいる方が協力してくれた可能性があり、この結果の一般化には限界がある。また、介護支援専門員を通じて調査票を配布しているため、任意性の確保に課題が残る。

今後の課題として、縦断的な調査及び介護度が低い認知症のある要介護者を介護している介護者や、家族形態で健康行動が取りにくかった介護者への調査も必要である。また、予防的健康行動に関わる要因は示されたが、直接的な因果関係はさらに検討が必要である。

引用文献

- 1) Matthews J T, Dunbar-jacob J, Sereika S, Schulz R, Mcdowell J. Preventive health Practices. Journal of Gerontological Nursing(2):46 - 54,2004.
- 2) 三嘴雄, 岸玲子, 江口照子, 三宅浩次, 前田信雄. 在宅高齢者の検診受診行動と関連する要因. 日本公衆衛生誌 50(1): 49-61, 2003.
- 3) Becker M H, Haefner D P, Kasl S V, Kirscht J P, Mainman L A, Rosenstock I M. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors 15(5): 27-46, 1977.
- 4) Marshall H, Lois A. Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. Medical Care 8(1):10-24,1975.
- 5) Kasl S V, Cobb S, Arbor A. Health behavior, Illness and Sick Role behavior. Arch Environ Health 12: 246-266, 1966.
- 6) 宗像恒次. 行動科学からみた健康と病気. 84-85, メディカルフレンド社(東京), 2000.
- 7) 藤内修二, 畑栄一. 地域住民の健康行動を規定する要因 - Health Belief Model による分析 -. 日本公衛誌 41(4): 362-369, 1995.

- 8) 厚生労働省. 国民生活基礎調査. 2007.
- 9) 厚生労働省. 国民生活基礎調査. 2004.
- 10) 黒岩寿美子, 森脇睦子, 林田賢史, 梯正之, 山口昇, 鳥帽子田彰. 「健康で長生きしたい」ということと地域高齢者の生活習慣・健康行動との関連性についての検討. 広島大学保健学ジャーナル 6(2): 135 - 145, 2007.
- 11) 小野ミツ, 木村裕美. 介護保険導入後の介護者の負担感に関する意識調査－介護保険制度の導入前と後の介護状況－. 高齢者のケアと行動科学 9(1): 75 - 83, 2003.
- 12) 内閣府. 高齢社会白書平成 20 年版. 28 - 39.
- 13) 川上ちひろ, 岡本直幸, 大重賢治, 朽久保修. がん検診受診行動に関する市民意識調査. 厚生指標 54(5): 16 - 23, 2007.
- 14) Matthews J T, Dunbar-jacob J, Sereika S Schulz R, McDowell J. Preventive health Practices. Journal of Gerontological Nursing(2):46 - 54, 2004.
- 15) 神田茂, 井口昭久. 高齢者の疾患と生活習慣. Geriatric Medicine 38(4): 473-477, 2000.
- 16) Gallant M P, Connell C M. Predictor of Decreased Self-Care Among Spouse Caregivers of Older Adult With Dementing Illnesses. Journal of aging and health 9(3): 373-395, 1997.