

在宅で高齢者を介護している家族の負担と看護介入 —介護状況及び在宅サービス利用と介護負担との関連から—

斉藤静代*

香川県立医療短期大学看護学科

Nursing Intervention and Burden of the Family who Takes Care of the Elderly at Home —Relations between the Care Situation, the Use of Home Help and Care Burden—

Shizuyo Saitou*

Department of Nursing, Kagawa Prefectural College of Health Sciences

Abstract

To study the nursing intervention of home caregivers, relations between the care situation of home caregivers who take care of the elderly and utilize visiting nursing station, the use of home-care services and the care burden were examined. The study consisted of 63 home caregivers utilized visiting nursing station of the elderly. Results were obtained through questionnaires and were as follows ; 1) The caregivers of aged women have taken care and medical treatment of the elderly requiring high nursing level and high dependency of medical treatment. 2) Seventy percent of caregivers have felt the care burden of “more than moderate degree”. 3) Among home-care services, there was little utilization of visiting care, visiting bathing and short-term stays. 4) There was no relation between the level of care burden and the amount of provision limit of the nursing insurance. 5) To reduce the care burden on the home caregivers, it is necessary to keep in contact with the staff of the hospital when the home-care has started, and to provide a support for reduction of uneasiness concerning the medical treatment and an information of nursing insurance and welfare.

Key words : 在宅ケア (Home care)

介護者 (Caregiver)

介護負担 (Care burden)

在宅サービス (Home help)

*連絡先：〒761-0123 香川県木田郡牟礼町大字原281-1 香川県立医療短期大学看護学科

*Corresponding address : Department of Nursing, Kagawa Prefectural College of Health Sciences,
281-1 Hara, Mure-cho, Kita-gun, Kagawa, 761-0123, Japan

はじめに

人口の高齢化に伴い、寝たきり高齢者も増加し、在宅ケアの推進により、医療依存度の高い患者の在宅への移行が増大している。要介護高齢者の多くは、昼夜の別なく介護を必要とすることが多く、医療依存度が高いことから、家族に求められるケアの内容は専門化・高度化している。そのような中で、在宅で高齢者を介護する家族の精神的・身体的負担は、24時間解放されることのない介護の重圧から非常に大きくなる。この負担は、介護者の健康状態の悪化やQOLの低下、バーンアウトなどの問題につながるおそれがある。

介護保険制度の導入により、介護の社会化に関する意識は前進したが、一般的には要介護度が高いほど介護者の負担は大きいと認識されており、介護保険制度で家族支援として考えられているサービスは、要介護度が高い方が利用できるサービスも多い。しかし、直接的な世話が少なくても、痴呆症状があり徘徊などの問題行動がある場合には、家族は精神的にも身体的にも休まることのない介護を続けなければならない。介護負担軽減のための家族支援が重要になってくる。

介護者の負担に関する研究は数多くみられる¹⁻⁴⁾が、家族介護者が医療処置を行っている実態と家族の負担、在宅サービス利用との関連に関する研究は見あたらない。

そこで、本研究では、老人訪問看護ステーション利用者の家族介護者が行っている介護状況の実態と主介護者の負担感及び在宅サービス利用状況との関連を検討し、在宅における家族介護者への看護介入について考察した。

研究方法

1. 対象者及び調査の方法

対象者はA老人訪問看護ステーション利用者の主介護者90人のうち、調査に同意の得られた63人で、調査期間は平成13年1月から5月の5か月間である。調査内容は介護状況、主介護者の介護負担度、在宅サービス利用状況である。調査の説明は、研究者より訪問看護師に行った後、訪問看護師が対象者に調査の目的、自由意志による参加であること、協力しないことでケア上不利益になることは一切ないことを口頭で十分に説明し、同意の得られた対象者に自記式調査用紙を配付して行

われた。調査用紙は、対象者が特定されないように無記名にて封筒に密封し、1週間後に回収した。要介護者の属性に関する調査は、訪問看護ステーションの看護師に依頼した。

2. 調査内容

1) 介護状況

(1) 対象者（主介護者）の属性は、年齢、性別、続柄、世帯構造及び就労状況である。世帯構造は要介護者を含めた同居者で、「単独世帯」、「夫婦のみの世帯」、「夫婦と未婚の子のみの世帯」、「三世代世帯」、「その他の世帯」に分類した。

(2) 介護状況は、介護期間、副介護者の有無、主介護者の健康意識、介護による心身への影響、要介護者の年齢、性別、ADL、寝たきり度、要介護度、痴呆の程度について尋ねた。

要介護者の寝たきり度と痴呆の程度は、障害老人の日常生活自立度判定基準及び痴呆性老人の日常生活自立度判定基準⁵⁾に従い、訪問看護師が判定したものを用いた。障害老人の日常生活自立度判定基準は、ランクJ（何らかの障害は有するが日常生活はほぼ自立し独力で外出可）・ランクA（屋内での生活はおおむね自立しているが介助なしの外出は不可）を「自立・準寝たきり」とし、ランクB（屋内での生活は介助を要しベッド上での生活が主体であるが座位を保つ）を「寝たきり」とした。痴呆性老人の日常生活自立度判定基準は、ランクI（何らかの痴呆を有するが日常生活はほぼ自立）・ランクII（日常生活に支障を来すような症状・行動が多少あっても誰かが注意していれば自立可）を「ほぼ自立」とし、ランクIII（日常生活に支障を来すような症状・行動があり介護を要す）・ランクIV（日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁にみられ常に介護を要す）・ランクM（著しい精神症状・問題行動または重篤な身体疾患のため専門医療が必要）を「要介護」とした。

(3) 介護の内容及び医療処置の実施状況

介護の内容とその内最も大変と思うこと及びその理由、医療処置の実施状況とそのうち最も大変と思うこと及びその理由について尋ねた。理由については自由記載してもらった。

2) 主介護者の介護負担度

介護負担度は、中谷⁶⁾による負担度スケールを使用した。質問項目は12項目で、それぞれの項目

毎に, 「A=非常にそう思う」, 「B=少しそう思う」, 「C=あまりそう思わない」, 「D=全くそう思わない」の4段階評定で, 0~3点の点数を与え集計した. 負担度総得点は0~36点に分布するようになっており, 10点以下を「負担軽度」, 11~20点を「負担中等度」, 21点以上を「負担重度」とした.

3) 在宅サービスの利用状況

種々の在宅サービスの利用状況と訪問看護のケア内容について調査した. 介護保険支給限度額の利用率は平成12年12月の利用額から算出した. また, 介護技術及び医療処置の指導と介護教室参加について尋ねた.

3. 統計分析

介護負担度と主介護者が行っている介護や医療処置, 在宅サービスの利用状況との関連をカイ二乗検定を行い分析し, $P<0.05$ を有意差ありとした. データ処理は, 統計解析パッケージSPSS10.0J for windowsを使用した.

結 果

1. 介護状況

1) 主介護者の属性 (表1)

年齢は21~87歳, 平均年齢61.6歳 ($SD\pm 13.24$) で, 「60歳代」17人 (27.0%) が最も多く, 60歳以上が半数以上を占めていた. 性別では, 「男性」15人 (23.8%), 「女性」48人 (76.2%) で, 続柄では, 「配偶者」が27人 (42.9%) と4割以上を占めていた. 世帯構造では, 「三世帯世帯」が18世帯 (28.6%), 次いで, 「夫婦のみの世帯」及び「夫婦と未婚の子のみの世帯」が12世帯 (19.0%) であった. 就労状況では, 「している」が21人 (33.3%) で, 「していたが介護をするためにやめた」が12人 (19.0%) であった.

2) 介護の状況 (表2, 3)

介護期間は, 2~372か月 (平均 66.1 ± 65.19) で, 「5年以上」26人 (41.3%) が最も多く, 次いで「2年以上~5年未満」21人 (33.3%), 「2年未満」16人 (25.4%) であった. 副介護者の有無では, 「有り」が34人 (54.0%), 「無し」が29人 (46.0%) で, 半数の人が一人で介護をしていた. 主介護者の健康意識は, 「まあ健康」と答えた人が26人 (41.3%) と最も多かったが, 「やや体調よくない」, 「体調悪い」を合わせると26人 (41.3%) で約4割の人が体調がよくないと答

えていた. 主介護者の介護による心身への影響では, 「時々ある」が37人 (58.7%), 「よくある」が13人 (20.6%) で, 8割近くの人が心身への影響があると答えていた. また, その症状は「腰痛がある」, 「イライラする」, 「疲れがひどい」, 「眠れない」などであった.

要介護者の属性では, 年齢は57~94歳で, 平均年齢79.9歳 ($SD\pm 8.71$), 75歳以上が46人 (73.0%) と7割を占めていた. 性別は, 「男性」27人 (42.9%), 「女性」36人 (57.1%) であった. 寝たきり度は, 「自立・準寝たきり」が17人 (27.0%), 「寝たきり」が46人 (73.0%) であった. 要介護度では, 「要介護5」が29人 (46.0%) と最も多く, 次いで「要介護4」10人 (15.9%) で,

表1 主介護者の属性

		n=63	
		人数	%
年 齢	40歳未満	3	4.8
	40歳代	9	14.3
	50歳代	15	23.8
	60歳代	17	27.0
	70歳代	14	22.2
	80歳以上	5	7.9
性 別	男性	15	23.8
	女性	48	76.2
続 柄	配偶者	27	42.9
	息子	5	7.9
	娘	13	20.6
	嫁	15	23.8
	その他	3	4.8
世帯構造	単独世帯	1	1.6
	夫婦のみの世帯	12	19.0
	夫婦と未婚の子のみの世帯	12	19.0
	三世帯世帯	18	28.6
	その他	20	31.7
就労状況	している	21	33.3
	していない	30	47.6
	介護をするためにやめた	12	19.0

表2 介護の状況

		n=63	
		人数	%
介護期間	2年未満	16	25.4
	2年以上~5年未満	21	33.3
	5年以上	26	41.3
副介護者	有り	34	54.0
	無し	29	46.0
健康意識	健康	11	17.5
	まあ健康	26	41.3
	やや体調よくない	16	25.4
	体調悪い	10	15.9
介護による心身への影響	よくある	13	20.6
	時々ある	37	58.7
	あまりない	11	17.5
	無い	2	3.2

表3 要介護者の属性

			n=63	
			人数	%
年 齢	65歳未満		3	4.8
	65～69歳		6	9.5
	70～74歳		8	12.7
	75～79歳		8	12.7
	80～84歳		17	27.0
	85～89歳		14	22.2
	90歳以上		7	11.1
性 別	男性		27	42.9
	女性		36	57.1
寝たきり度	自立・準寝たきり		17	27.0
	寝たきり		46	73.0
要 介 護 度	要支援		2	3.2
	要介護1		8	12.7
	要介護2		7	11.1
	要介護3		7	11.1
	要介護4		10	15.9
	要介護5		29	46.0
痴呆の程度	ほぼ自立		44	69.8
	要介護		19	30.2

「要介護4」と「要介護5」で6割を占めていた。痴呆の程度では、「ほぼ自立」44人（69.8%），「要介護」19人（30.2%）であった。

3) 主介護者が行っている介護内容と医療処置 (図1, 2)

主介護者が行っている介護内容は、「排泄の介助」50人（79.4%），「着替え」49人（77.8%），「食事の介助」が46人（73.0%）と多かった。そ

の内、最も大変と思っているのは、「排泄の介助」が27人と最も多く、次いで「炊事・洗濯・掃除・買い物など」9人、「歩行・移動の手助け」7人であった。また、大変と思っている理由については、「排泄の介助」では「要介護者が寝返りできず、動かすと息が苦しいため動かせない」など要介護者の身体的状況とともに、「自分自身にリウマチが出て、手首、足などに痛みがある」など、主介護者自身の健康状態により介護が大変というもの等であった。

主介護者が行っている医療処置の主なものは、「湿布・坐薬・内服」42人（66.7%），「経管栄養」15人（23.8%），「吸引」14人（22.2%），「吸入」8人（12.7%），「酸素療法」8人（12.7%）であった。一方、医療処置を全く行っていない人は17人（27.0%）であり、高齢の主介護者が、副介護者のいない状況の中で、要介護度の高い要介護者の介護と種々の医療処置を実施していた。

そして医療処置で大変と思っているのは、「湿布・坐薬・内服」，「吸引」が多く、その理由は、「毎回薬の準備と服薬の確認をしなければならないので、留守にできない」，「薬を口に入れてもはきだしてしまう」，吸引では、「1日に何十回と吸引しなければならない」，「夜も吸引しなければならない」，「痰をとるのがこわい」などであった。

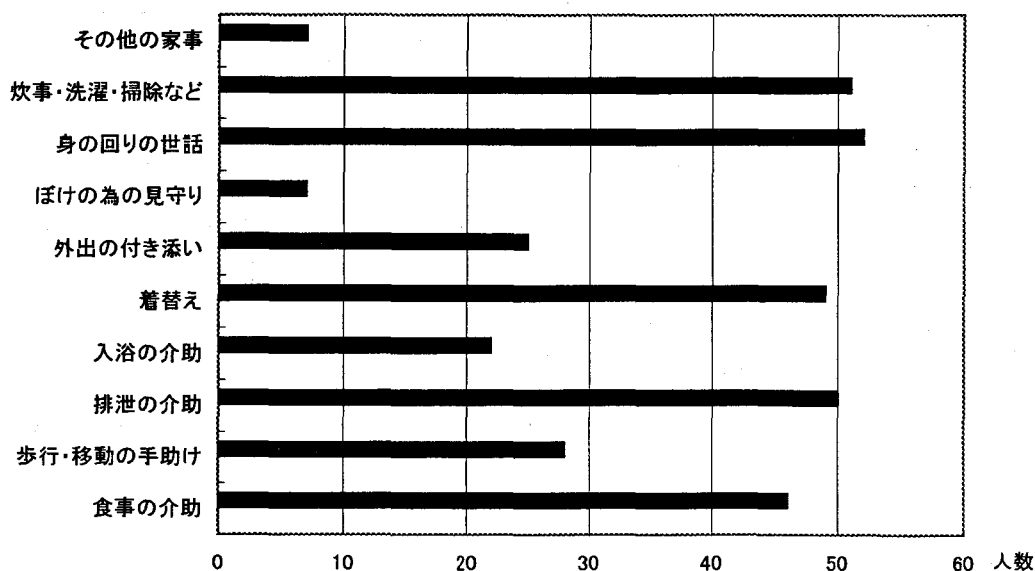


図1 主介護者が行っている介護の内容（複数回答）

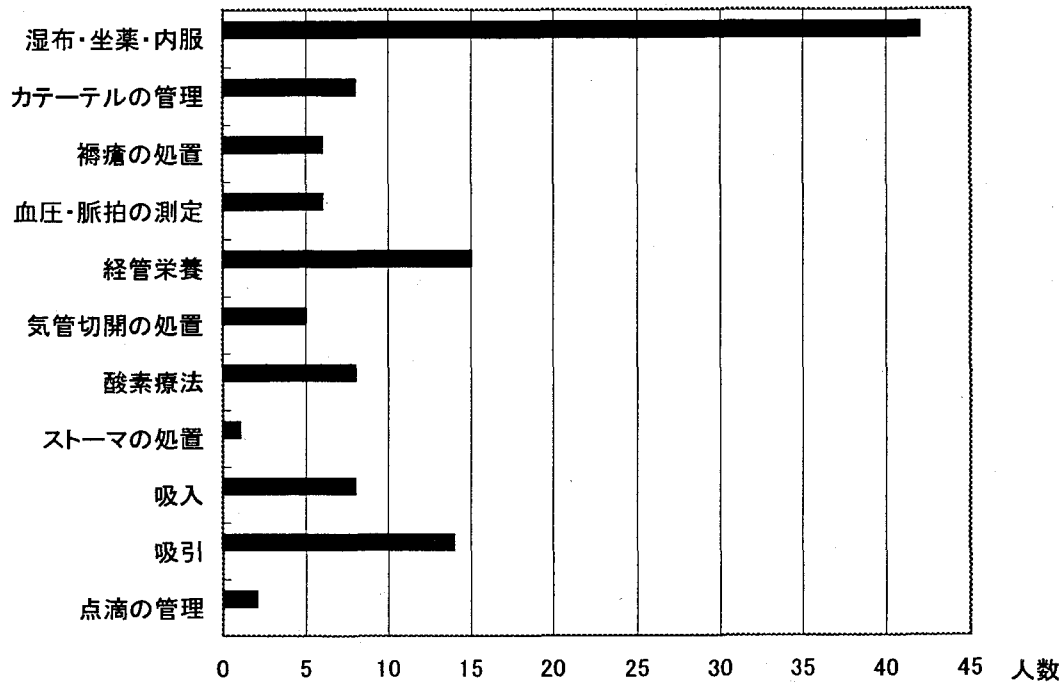


図2 主介護者が行っている医療処置の内容（複数回答）

2. 主介護者の介護負担度（表4）

項目毎に「非常にそう思う」「少し思う」を選
択した人数をみると、「世話はたいした重荷では

ない」は36人（57.1%）で6割近くの方は重荷で
はないと答えていたが、一方で「趣味・学習・そ
の他の社会活動などのために使える時間が持てな

表4 介護負担度項目・評価点

n=63

質 問 項 目	評価基準			
	A	B	C	D
① 世話はたいした重荷ではない	0 (9)	1 (27)	2 (16)	3 (8)
② 趣味・学習・その他の社会活動などのために使える時間が持てなくて困る	3 (10)	2 (22)	1 (22)	0 (6)
③ 世話で毎日精神的にとっても疲れてしまう	3 (17)	2 (23)	1 (16)	0 (5)
④ 世話の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う	0 (43)	1 (15)	2 (4)	3 (0)
⑤ 病院か施設で世話してほしいと思うことがある	3 (3)	2 (22)	1 (15)	0 (19)
⑥ 世話で、家事やその他のことに手がまわらなくて困る	3 (8)	2 (21)	1 (21)	0 (10)
⑦ 今後、世話が私の手におえなくなるのではないかと心配になってしまう	3 (27)	2 (16)	1 (14)	0 (4)
⑧ おじいちゃん、おばあちゃんのことで近所に気兼ねしている	3 (2)	2 (5)	1 (18)	0 (36)
⑨ もし少しでも代わってくれる親族がいれば、世話を代わってほしいと思う	3 (8)	2 (23)	1 (20)	0 (10)
⑩ 世話で精神的にもう精一杯である	3 (14)	2 (18)	1 (24)	0 (4)
⑪ おじいちゃん、おばあちゃんを、自分が最期までみてあげたいと思う	0 (43)	1 (14)	2 (2)	3 (1)
⑫ 世話をしていると、自分の健康のことが心配になってしまう	3 (21)	2 (30)	1 (7)	0 (3)

() 内は人数

A=非常に思う B=少し思う C=あまり思わない D=全く思わない

くて困る」は32人 (50.8%), 「世話で毎日精神的にとっても疲れてしまう」は40人 (63.5%) で、介護による負担感を感じている人も多かった。また、「病院か施設で世話してほしい」25人 (39.7%), 「もし少しでも代わってくれる親族がいれば、世話を代わってほしい」31人 (49.2%), 「世話をしていると、自分の健康のことが心配」51人 (81.0%) であったが、「世話の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う」、「おじいちゃん、おばあちゃんを自分が最後までみてあげたい」は、ともに90%を超えていた。

3. 在宅サービスの利用状況

1) 在宅サービスの利用状況 (表5, 6)

在宅サービスの利用状況では、最も多いのは、「訪問看護」50人 (79.4%) で、次いで「居宅療養管理指導」31人 (49.2%), 「訪問リハビリテーション」30人 (47.6%) であった。「訪問介護」は20人 (31.7%), 「訪問入浴介護」12人 (19.0%), 「通所介護 (デイサービス)」19人 (30.2%), 「短期入所生活介護 (ショートステイ)」4人

表5 在宅サービスの利用状況

内 容	n=63	
	人数	%
訪問介護	20	31.7
訪問入浴介護	12	19.0
訪問看護	50	79.4
訪問リハビリテーション	30	47.6
居宅療養管理指導	31	49.2
通所介護	19	30.2
通所リハビリテーション	8	12.7
短期入所生活介護	4	6.3
短期入所療養介護	4	6.3
福祉用具貸与	26	41.3
用具購入費等	0	0
住宅改修費	3	4.8

表6 訪問看護のケア内容

内 容	n=50	
	人数	%
症状の観察	50	100
清潔に関する援助	46	92
褥瘡の処置	15	30
医療機器の管理	15	30
リハビリテーション	25	50
家族指導	37	74
疾病・服薬指導	33	66
栄養・食事に関する指導	38	76
排泄に関する指導	36	72
ターミナルケア	2	4
精神的援助	16	32
その他	10	20

(6.3%) で少なかった。

訪問看護利用者50人のケア内容では、「症状の観察」50人 (100%), 「清潔に関する援助」46人 (92.0%), 「栄養・食事に関する指導」38人 (76.0%), 「家族指導」37人 (74.0%), 「排泄に関する指導」36人 (72.0%) が多かった。

2) 介護技術及び医療処置に関する指導と介護教室の参加

介護技術及び医療処置に関する指導を受けた人は19人 (30.2%), 受けていない人は41人 (65.1%) であった。また、介護教室に参加したことがある人は11人 (17.5%), 参加したことがない人は50人 (79.4%) であった。指導を受けた19人の内、誰から受けたかでは、保健従事者4人、医療従事者14人、福祉従事者5人であった。医療従事者は主に訪問看護師であった。指導を受けておらず、介護教室への参加もしたことがない人は36人 (57.1%) であった。

4. 介護負担度と介護状況・在宅サービス利用との関連

1) 介護負担度と介護状況との関連

主介護者の負担度総得点は6~30点に分布し、平均は16.1±5.7点であった。負担軽度の「10点以下」が15人 (23.8%), 負担中等度の「11~20点」が34人 (54.0%), 負担重度の「21点以上」が14人 (22.2%) で、7割強の人は負担中等度~負担重度であった。介護負担度と介護状況では、要介護度のみ有意差があり、介護負担度が最も重いのは、「要介護2・3」であり、次いで、「要介護4・5」, 「要支援・要介護1」であった。

また、介護状況と介護者の健康意識では有意差があり、体調が悪いと思っている人は「負担重度」で、健康と思っている人は「負担軽度」であった。介護による心身への影響と医療処置の実施の有無でも有意差があり、心身への影響があると答えたのは医療処置を実施している人で、影響がないと答えたのは医療処置を実施していない人であった。

2) 介護負担度と在宅サービス利用との関連

介護保険支給限度額の利用率をみると、最も多かったのは、「20~49%」が27人 (42.9%) で、次いで「19%以下」18人 (28.6%) で、7割の人が50%以下の利用率であった。「90%以上」は4人 (6.3%) であった (表7)。一方、介護保険支給限度額を全部使ってサービスを受けているかに対しては、「使っている」と思う人が21人 (33.3

表7 介護保険支給限度額の利用率

利用率	n=63	
	人数	%
19%以下	18	28.6
20~49%	27	42.9
50~69%	5	7.9
70~89%	6	9.5
90%以上	4	6.3
無回答	3	4.8

%),「使っていない」と思う人が41人(65.1%)であった。使っていない理由としては、「使う必要がないから」26人,「自己負担が大きくなるから」11人,「必要になったときに困るから」7人であった。介護負担度と介護保険支給限度額の利用率においては有意差はなかった。

考 察

在宅における家族介護者の負担を明らかにし,家族介護者への看護介入を考察することを目的に,老人訪問看護ステーション利用者の主介護者が行っている介護状況の実態を把握し,主介護者の介護負担度及び在宅サービス利用状況との関連を検討した。

その結果,主介護者の半数以上は60歳以上で,副介護者のいない状況の中で,「要介護4・5」の要介護者の介護と種々の医療処置を実施しており,主介護者の7割は中程度以上の負担を感じていた。そして,排泄の介助や内服の介助,吸引が最も大変と思っていた。また,訪問介護や訪問入浴,短期入所の利用や在宅療養移行時に介護方法の指導を受けた人は少なく,介護保険支給限度額の50%以上を利用しているのは3割と少なかった。

主介護者の介護負担は在宅サービスの利用が少なく,それが負担を増大させているのではないかと考えたが,武田ら⁷⁾の調査と同様に介護負担度と介護保険支給限度額の利用率には関連はなかった。しかし,介護保険制度利用の認識では,主介護者の3割が介護保険制度の在宅サービスを全部使っていると認識しており,実際の利用と主介護者の認識にはズレがみられた。そして,使う必要がないや必要になった時に困るという理由で利用を控えていることから,介護負担を感じながらも,在宅サービスを受けずに,家族で介護をしている姿が窺われた。主介護者の多くは副介護者がいない状況のなかで,イライラしたり,腰痛を感じたり,医療処置の不安を感じながらも,一人で介護をしており,主介護者の身

体的・精神的負担は大きいといえる。

しかし,主介護者は介護負担は大きくても介護は継続したいと考えていた。「世話の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う」,「おじいちゃん,おばあちゃんを自分が最後までみてあげたいと思う」は,「非常にそう思う」「そう思う」をあわせると,ともに90%を超えていた。この2項目は介護の継続意思を問う質問項目であり,介護の継続意思は高いといえる。負担が大きく,世話で精神的に疲れるし,他のことに使える時間もない,自分の健康のことも心配である,親族に世話を代わって欲しいと思っているが,前向きに考えて,最後まで介護をしていきたいという気持ちが読みとれる。また「今後世話が私の手に負えなくなるのではないかと思う」,「世話をしていると,自分の健康のことが心配になってしまう」の2項目で,「非常にそう思う」「そう思う」の割合が高いことから,家族介護者の苦悩は介助あるいは家事のレベルにとどまるものではなく,現在から将来にわたる自己の健康や不安を含むものと考えられる。

在宅療養移行時に家族介護者に対しては専門的な介護方法の指導が必要であるが,介護方法の指導を受けたと答えた人は3割程度で,ほとんどの主介護者は病院の看護師より指導を受けたと認識していなかった。主介護者のなかには入院生活の中で,看護師の手技を見たり手伝ったりして自然に身についたと答えた人もいたが,多くの家族介護者は十分な指導もなく在宅での介護生活を始めており,今後,在宅ケアに必要な指導内容やきめ細かな指導方法の検討が必要と考えられる。家族介護者の意見も加えながら共に考え,よりその家庭に即した具体的で即実践につながるものが大切である。また,介護教室への参加は,介護度が高い要介護者を介護している人が必要度は高いと思われるが,参加しているのは要介護度2及び3の要介護者を介護している主介護者が多かった。介護教室への参加が必要と思っても家族介護者は要介護者の状態により側を離れられない状況にある。このことから,入院中に介護教室に参加できるように,病院での介護教室の開催や福祉職者との共同による地域の介護教室の開催,地域の介護教室の情報提供をするなど家族への支援が必要と考えられる。

また,家族介護者は健康上の悩みを抱えているが,家を留守にできないと思うことから,定期的に健康診断を受けたり,体調が悪くてもなかなか受療行動を起こさないことが予測され,看護職は家族介護者

の健康管理や健康相談を定期的に行うなどの支援が必要である。また、介護指導を受けている人や在宅サービスの利用が少ないことは、看護職が在宅サービスの意義を認識していないともいえる。病院に勤務する看護職が在宅サービスの必要性を認識し、在宅ケア従事者と連携をとり、家族介護者の背景に応じた在宅サービス活用の推進についての支援が重要と思われる。そして、今後ますます医療処置や介護度の高い在宅要介護者の増加が予測される。多くの要介護者は、昼間だけでなく夜間も介護が必要である。家族介護者が夜間安心して眠れる環境を提供できる在宅介護支援対策が必要である。

坂本⁸⁾は、在宅で過ごす要援護高齢者の割合の高さに比べて在宅援助サービスの利用が非常に低いのは、適合する在宅サービスの種類・量ともに少なく、家族が問題をぎりぎりまで抱えている傾向が起因していると述べている。主介護者が介護保険制度の利用を控えている理由には、地域性や経済的な要因も考えられるが、介護保険制度について正しく理解されていないことも考えられる。ケアマネージャーがケアプランを立てる際、介護保険制度で利用できる在宅サービスを家族介護者や要介護者に明確に示していないことや、家族介護者に対して介護保険制度についての適切な情報提供を行っていないことから、主介護者は介護保険を全額利用しているという認識になっているのではないかと考えられる。また、利用できるサービスの種類が少ないことも要因と考えられ、今後、要介護者・家族介護者の思いを聴き、在宅サービスの開発やマンパワーの増加など福祉への働きかけが必要である。介護保険制度利用に関しては、ケアマネージャーの存在意義は大きい。家族介護者の思いや専門職としての気づきをケアマネージャーに働きかけ、ケアプランに生かせるように、職種間の連携を深めることが重要である。また、在宅ケア移行システムの構築に向け、医療チーム間で連携をもち、系統的・計画的に進めることや病院の看護師が在宅ケアを進めるために、在宅における家族介護者・要介護者の生活の実態を知ること、そして、利用できる社会資源、特に介護保険制度についての認識を高めることも重要である。

結 論

1. 主介護者の半数以上は、要介護度が高く、医療依存度の高い要介護者の介護と医療処置を一人で行っており、主介護者の7割は中程度以上の介護

負担を感じていた。

2. 在宅サービスでは、訪問介護、訪問入浴、短期入所の利用が少なく、介護保険支給限度額の利用率は50%以上が3割であった。
3. 介護負担度と介護保険支給限度額の利用率では関連はなく、主介護者の3割は介護保険制度を全部使っていると認識しており、利用の実際と主介護者の認識にはズレがみられた。
4. 家族介護者の介護負担を軽減するためには、看護職は、専門的な介護方法に関する支援、医療処置や病状についての不安軽減のための支援、在宅療養移行時における病院と在宅ケア従事者との連携、介護保険制度についての適切な情報提供、福祉への働きかけ、職種間の連携を深めることが必要である。

謝 辞

今回の調査にご協力くださいましたA老人訪問看護ステーション利用者の家族の方々、訪問看護師の方々に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 上田照子, 橋本美知子, 高橋祐夫, 後藤博文 (1994) 在宅要介護老人を介護する高齢者の負担に関する研究. 日本公衛誌 41: 499-505.
- 2) 櫻井美代子 (1994) 在宅痴呆性老人の介護を担う家族の健康状態に関する研究. 平成6年度日本火災ジェロントロジー研究報告. 187-194.
- 3) 佐藤鈴子, 菅田勝也, 阿南みと子 (2000) 在宅高齢者の夜間介護を行う中高年女性家族介護者の睡眠. 日本看護科学会誌 20: 40-49.
- 4) 白井みどり, 柳堀朗子, 中山和弘, 白石知子, 岡本和士 (1996) 在宅要介護高齢者の介護者の健康状態と介護負担. 愛媛県立看護大学紀要 2: 95-102.
- 5) 厚生省大臣官房統計情報部保健社会統計部保健統計室 (1998) 老人訪問看護・訪問看護報告. 週間保健衛生ニュース 958.
- 6) 中谷陽明, 東條光雅 (1989) 家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析—. 社会老年学 29: 27-36.
- 7) 武田順子, 川村哲夫, 栄美貴子, 佐々木勝教, 佐藤正隆, 前田明ほか (1996) 老人介護に携わる介護者の現状と在宅介護サービス. 厚生指針 43 (10): 17-22.
- 8) 坂本真理子 (1996) 現行の在宅援助サービス導入に見る特徴—必要な早期の問題把握と援助の枠組みづくり—.

愛媛県立看護大学紀要 2 : 89-94.

受付日 2002年12月2日