

在宅療養者の同居家族が抱える介護負担感と 地域包括支援センターへの期待

～家族介護教室に焦点をあてて～

田中結香¹⁾ 望月宗一郎²⁾

The sense of burden felt by family members caring for patients staying at home and the expectations of these family members from the Regional Comprehensive Support Center

～Focusing on the patient care learning course for family
members provided by the support center

TANAKA Yuka, MOCHIZUKI Soichiro

抄 録

【目的】

在宅療養者の同居家族が抱える介護負担感と地域包括支援センター（以下「包括センター」）への期待について明らかにすることを目的とした。

【方法】

介護サービス利用者の同居家族165人を対象に、無記名自記式質問票調査を実施した。調査項目は、対象の属性、被介護者の概要、介護負担感に関する認識、ストレス軽減への取り組みと家族介護教室の希望内容等であった。

【結果】

被介護者に「要介護度が重い」「障害高齢者の日常生活自立度が重い」「認知症高齢者の日常生活自立度が重い」のいずれかの特徴がある場合、介護者には「排泄」に関する負担が共通項目として見受けられた。家族介護教室には、介護ストレスを軽減する内容で、介護者同士の交流や情報交換のできるスタイルを期待していた。

【考察】

今後、包括センターには、「排泄」をキーワードの一つとして、介護者同士の交流や情報交換を中心とした家族介護教室が求められていると示唆された。

キーワード：介護負担感、同居家族、介護ストレス、地域包括支援センター

1) 甲府市西地域包括支援センター

2) 山梨県立大学看護学部地域看護学領域

I. 緒言

我が国は、諸外国に例を見ないスピードで高齢化が進行しており、本格的な高齢社会を迎えている。平成28年版の高齢社会白書によると、日本における65歳以上の高齢者人口は、過去最高のおよそ3,392万人となり（平成27年10月1日現在）、総人口に占める割合は26.7%と年々増加している¹⁾。厚生労働省の報告²⁾によると、現在、要介護認定者数はおよそ607万人、このうち在宅でのサービス利用者数はおよそ377万人とされている。このように急速な高齢化が進行する中で、認知症や寝たきり高齢者を始め、介護を必要とする高齢者や独居高齢者も増加している³⁾。

このような状況の中、在宅介護を支える家族の介護負担問題が社会問題として顕在化してきている。2006年には介護保険法の改正が行われ、予防重視型システムへの転換とともに、これまでの施設介護から在宅介護への重点が移行されることとなり、家族による在宅介護の負担はますます高まっていると考えられる。

このような背景の中、A市では家族介護者支援事業の拡充を図り、家族の介護負担の軽減に取り組んでいる。一方で、A市内の地域包括支援センター（以下、「包括センター」とする。）が家族介護者の負担軽減を目的の一つとして主催する家族介護教室の参加者は減少傾向にあり、家族介護者支援事業の成果が見えにくくなっている。実際に在宅で介護をする家族がどのような支援を必要としているのかを把握し、それを家族介護者支援事業へとつなげていくことが重要であり、家族介護者のニーズの把握が喫緊の課題となっている。

高齢者を在宅で介護する家族の介護負担に関する研究⁴⁻⁸⁾は多く散見されるものの、包括センター主催の事業評価を通して包括センターの担うべき役割を整理した研究は見当たらない。

そこで本研究は、在宅療養者の同居家族が抱える介護負担感と包括センターへの期待について明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

対象は、B包括センター担当地域内に事務所を構える居宅介護支援事業所の介護支援専門員が担当している利用者の同居家族165人とした。事前にB包括センターが主催する介護支援専門員を対象とした交流会の際に、介護支援専門員が担当している利用者分の無記名自記式質問票調査を配布した。介護支援専門員は、同居家族のいる利用者宅へ訪問し、調査の依頼と調査票の回収を行った。回収後は介護支援専門員が各事業所内に設置された回収ボックスに入れ、包括センター職員がそのボックスを回収した。

調査項目は、対象の概要（性別、年齢、続柄、就業の有無、精神面の健康状態、介護を手伝ってくれる人の有無、1日のうちの介護にかかる時間、介護する上での支援者）、被介護者の概要（性別、年齢、要介護度、同居家族の続柄、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度）のほか、介護内容、介護負担感に関する認識、介

護ストレス軽減の取り組みと家族介護教室内容の希望を確認した。選択肢の項目を作成する際に先行研究⁴⁻⁸⁾を参考にした。

解析には統計ソフト SPSS20を使用し、各検定における有意水準は5%とした。調査は2014年11月に実施した。

調査依頼については、居宅介護支援事業所管理者等に調査の主旨と内容、方法、結果の取り扱い、匿名性の保持等について文章及び口頭で説明した。また、調査対象者には同様の内容を文章で説明した。調査への協力は自由意思とし、調査用紙の回答をもって本調査への同意を得たものとした。回答後は厳封状態で事業所内に設置された回収ボックスに介護支援専門員が入れることとし、回答者・非回答者を特定できないよう工夫した。本研究は疫学研究に関する倫理指針及び臨床研究に関する倫理指針に基づいて行った。

IV. 研究結果

回収数118人(71.5%)のうち、有効回答数は115人(69.7%)であった。

1. 対象及び被介護者の概要

対象の概要を表1に示した。対象者は男性が38人(33.0%)、女性が77人(66.9%)、続柄は配偶者が48人(41.7%)で最も多く、次いで娘が28人(24.3%)、息子19人(16.5%)と続いた。平均年齢は 66.4 ± 13.5 歳で5歳階級別でみると60~69歳が29人(25.2%)と最も多く、次いで50~59歳が28人(24.3%)であった。就業の有無は、仕事をしている者が44人(38.3%)で、仕事をしていない者は70人(60.9%)であった。介護を手伝ってくれる人がいる者は63人(54.8%)で、いない者は52人(45.2%)であった。1日のうちの介護にかかる時間は、3~4時間が32人(27.8%)で最も多く、次いで1~2時間が31人(27.0%)、8時間以上(1日中)が22人(19.0%)と続いた。介護する上での支援者(複数回答可)は、介護支援専門員が87人(75.7%)と最も多く、次いでサービス事業所が71人(61.7%)、同居している家族が59人(51.3%)と続いた。

被介護者の概要を表2に示した。被介護者は男性が44人(38.3%)、女性が68人(59.1%)であった。平均年齢は 83.5 ± 7.8 歳で5歳階級別でみると、80~84歳が29人(25.2%)と最も多く、次いで85~89歳が25人(21.4%)、75~79歳が17人(14.8%)と続き、後期高齢者が91人(79.1%)であった。要介護度は、要介護3が28人(24.3%)と最も多く、次いで要介護2が26人(22.6%)、要介護1が24人(20.9%)と続いた。同居の続柄(複数回答可)は、配偶者が59人(51.3%)と最も多かった。障害高齢者の日常生活自立度は、A2が32人(27.8%)と最も多く、次いでA1が24人(20.9%)であった。認知症高齢者の日常生活自立度は、II aが26人(22.6%)と最も多く、次いでII bが25人(21.7%)と続いた。

表1 対象の概要

		n=115	
カテゴリ		n	%
性別			
	男性	38	33.0
	女性	77	66.9
年齢	Mean ± SD	66.4±13.5	
	50歳未満	10	8.7
	50～59歳	28	24.3
	60～69歳	29	25.2
	70～79歳	20	17.4
	80～89歳	17	14.8
	90歳以上	5	4.3
	無回答	6	5.2
続柄			
	配偶者	48	41.7
	娘	28	24.3
	息子	19	16.5
	子の配偶者	16	13.9
	孫	2	1.7
	その他	1	0.9
	無回答	1	0.9
就業の有無			
	仕事をしている (常勤)	29	25.2
	仕事をしている (パート)	15	13.0
	仕事はしていない	70	60.9
	無回答	1	0.9
精神面の健康状態			
	よい	22	19.1
	まあまあよい	67	58.3
	あまりよくない	23	20.0
	よくない	1	0.9
	無回答	2	1.7
介護を手伝ってくれる人の有無			
	いる	63	54.8
	いない	52	45.2
1日のうちの介護にかかる時間			
	1～2時間	31	27.0
	3～4時間	32	27.8
	4～5時間 (半日程度)	17	14.8
	5～6時間	4	3.5
	6～7時間	3	2.6
	8時間以上 (1日中)	22	19.0
	無回答	6	5.2
介護する上での支援者 (複数回答)			
	介護支援専門員	87	75.7
	サービス事業所	71	61.7
	同居している家族	59	51.3
	別居している家族	45	39.1
	主治医	41	35.7
	親戚	12	10.4
	友人や知人	12	10.4
	地域包括支援センター	10	8.7
	近隣住民	8	7.0
	行政	3	2.6
	誰もいない	1	0.9
	その他	3	2.6

表2 被介護者の概要

		n=115	
カテゴリ		n	%
性別			
男性		44	38.3
女性		68	59.1
無回答		3	2.6
年齢			
	Mean ± SD	83.5±7.8	
65歳未満		2	1.7
65～69歳		1	0.9
70～74歳		10	8.7
75～79歳		17	14.8
80～84歳		29	25.2
85～89歳		25	21.7
90～94歳		13	11.3
95歳以上		7	6.1
無回答		11	9.6
要介護度			
要支援 2		2	1.7
要介護 1		24	20.9
要介護 2		26	22.6
要介護 3		28	24.3
要介護 4		16	13.9
要介護 5		9	7.8
無回答		10	8.7
同居の続柄（複数回答）			
配偶者		59	51.3
息子		47	40.9
娘		32	27.8
子の配偶者		31	27.0
孫		27	23.5
弟・姉妹		1	0.9
その他		3	2.6
無回答			
障害高齢者の日常生活自立度			
J 1		1	0.9
J 2		12	10.4
A 1		24	20.9
A 2		32	27.8
B 1		17	14.8
B 2		15	13.0
C 1		6	5.2
C 2		6	5.2
無回答		2	1.7
認知症高齢者の日常生活自立度			
なし		21	18.3
I		17	14.8
II a		26	22.6
II b		25	21.7
III a		13	11.3
III b		5	4.3
IV		5	4.3
M		1	0.9
無回答		2	1.7

表3 介護負担感の認識

n=115

	精神面の健康状態		p 値	介護時間		p 値
	よい	よくない		短い	長い	
食事の介護負担						
ある	35	16	0.036*	35	14	0.662
ない	52	8		44	14	
排泄の介護負担						
ある	23	6	0.006	26	16	0.045*
ない	59	14		49	12	
入浴の介護負担						
ある	23	6	1.000	19	7	1.000
ない	59	14		53	18	
十分な睡眠を取れているか						
取れている	62	11	0.053	59	12	0.003**
取れていない	27	13		21	17	
介護ストレスがあるか						
ある	67	22	0.152	61	26	0.178
ない	21	2		19	3	
家を留守にし自由な行動が取れるか						
取れる	32	4	0.087	30	4	0.020*
取れない	57	20		50	25	
仕事に行けない状況か						
行ける	66	6	<0.001***	62	9	<0.001***
行けない	18	12		15	15	
経済的な負担						
ある	41	16	0.062	36	21	0.008*
ない	47	7		44	7	
介護の知識不足があるか						
ある	39	19	0.001**	38	19	0.131
ない	49	4		41	10	
介護サービス情報が少ないと思うか						
思う	18	10	0.060	19	8	0.803
思わない	70	14		60	21	
住環境整備されていないことの介護負担						
ある	30	14	0.031*	33	11	0.826
ない	57	9		45	18	

 χ^2 test

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

2. 介護者の介護負担感

介護負担感の認識について表3に示した。「精神面の健康状態がよくない」者は、食事の介護負担が大きい ($p=0.036$)、仕事に行けない ($p<0.001$)、介護の知識不足 ($p=0.001$)、住環境整備不足 ($p=0.031$) と有意に認識していた。また、「介護時間が長い」者は、排泄の介護負担が大きい ($p=0.045$)、十分な睡眠を取れない ($p=0.003$)、家を留守にできない ($p=0.020$)、仕事に行けない ($p<0.001$)、経済的負担が大きい ($p=0.008$) と有意に認識していた。

要介護度の重い療養者を介護している者の方が、排泄の介護負担が大きい ($p=0.001$)、仕事に行けない ($p=0.017$)、経済的負担が大きい ($p=0.010$) と有意に認識していた (表4)。

障害高齢者の日常生活自立度の重い療養者を介護している者の方が、排泄の介護負担が大きい ($p=0.002$)、介護ストレスが大きい ($p=0.017$)、経済的負担が大きい ($p=0.021$) と有意に認識していた (表5)。

認知症高齢者の日常生活自立度の重い療養者を介護している者の方が、排泄の介護負担が大きい ($p=0.003$) と有意に認識していた (表6)。

また、介護ストレス軽減のために自ら取り組んでいることは、「他の人に話を聞いてもらう」、「趣味活動を楽しむ」、「おいしいものを食べたり飲んだりする」、「睡眠をしっかりとする」が多かった。包括センターの家族介護教室に希望する内容は、「介護者同士の交流」や「介護に関する情報交換」、「介護ストレスを軽減するイベント」が多かった (表7)。

V. 考 察

1. 介護者と被介護者の状況

介護者は女性が6割を超えており、先行研究と一致していた。平均年齢は66歳であったことから、介護者に配偶者が多いものの、息子や娘も介護をしている状況がうかがえる。介護する上での支援者では、介護支援専門員が最も多かったことから、介護支援専門員が日頃から介護者に親身に関わることで介護者のストレスの軽減にもつながり、介護者が支援を受けていると認識されることが推察された。また、介護者は日々のサービス利用によりサービス事業所職員との関わりが多く、サービス利用することで介護負担の軽減にもつながることから、支援を受けていると認識されることが推察された。介護支援専門員やサービス事業所職員は、家族の介護負担の軽減に向けて、アセスメント能力を向上させることで家族の介護負担を早期に発見したり、家族のストレスの軽減を図れるような対人援助技術を向上させたりすることが必要と考えられた。

被介護者の平均年齢は84歳であり、後期高齢者が多いことが明らかとなった。要介護度は要介護1～3がおおよそ7割を占めており、要介護度が重くなると在宅生活が困難になり、病院への入院や施設への入所等で在宅を離れて生活していることが示唆された。

表4 要介護度別介護負担感

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	p値
n=115							
食事の介護負担							
ある	1	9	14	9	7	4	0.945
ない	1	15	11	19	9	4	
排泄の介護負担							
ある	0	7	5	10	11	7	0.001**
ない	1	16	17	18	5	2	
入浴の介護負担							
ある	0	7	7	8	2	3	0.706
ない	1	16	15	17	12	6	
十分な睡眠を取れているか							
取れている	1	16	17	16	13	4	0.851
取れていない	1	8	9	12	3	5	
介護ストレスがあるか							
ある	2	17	20	23	13	8	0.196
ない	0	7	6	5	2	1	
家を留守にし自由な行動が取れるか							
取れる	2	14	17	18	12	8	0.202
取れない	0	10	9	10	4	1	
仕事に行けない状況か							
行ける	0	2	6	11	4	4	0.017*
行けない	1	20	16	16	10	4	
経済的負担							
ある	2	8	12	15	14	5	0.010*
ない	0	16	13	12	1	4	
介護の知識不足があるか							
ある	2	12	14	16	9	3	0.491
ない	0	11	11	12	7	6	
介護サービス情報が少ないと思うか							
思う	1	6	6	5	6	3	0.662
思わない	1	18	19	23	10	6	
住環境整備されていないことの介護負担							
ある	1	8	7	16	6	3	0.540
ない	1	15	17	12	10	6	

Mann-Whitney's U test

* p<0.05, ** p<0.01

※「要支援1」は該当者がいないため省略

表5 障害高齢者の日常生活自立度別介護負担感

	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 1	p 値
n=115									
食事の介護負担									
ある	0	5	10	15	9	8	3	1	0.648
ない	1	7	13	17	8	7	3	4	
排泄の介護負担									
ある	0	3	6	11	5	10	5	4	0.002**
ない	1	8	15	20	11	5	1	2	
入浴の介護負担									
ある	0	2	3	11	5	4	2	1	0.315
ない	1	8	17	20	9	9	4	5	
十分な睡眠を取れているか									
取れている	1	8	17	19	11	10	3	4	0.554
取れていない	0	4	7	13	6	5	3	2	
介護ストレスがあるか									
ある	0	6	20	25	15	12	6	5	0.017*
ない	1	6	4	7	2	2	0	1	
家を留守にし自由な行動が取れるか									
取れる	0	8	15	20	13	11	5	5	0.121
取れない	1	4	9	12	4	4	1	1	
仕事に行けない状況か									
行ける	0	0	6	9	6	5	2	1	0.091
行けない	1	11	15	20	9	9	3	4	
経済的負担									
ある	0	4	10	17	9	9	5	3	0.021*
ない	1	8	14	15	6	5	1	3	
介護の知識不足があるか									
ある	0	5	14	18	11	6	5	1	0.793
ない	1	7	8	14	6	9	1	5	
介護サービス情報が少ないと思うか									
思う	0	1	6	10	4	3	3	1	0.461
思わない	1	11	17	22	13	12	3	5	
住環境整備されていないことの介護負担									
ある	0	4	9	12	8	6	4	1	0.665
ない	1	8	12	20	9	9	2	5	

Mann-Whitney's U test

* p < 0.05, ** p < 0.01

表6 認知症高齢者の日常生活自立度別介護負担感

	なし	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	p 値
n=115									
食事の介護負担									
ある	6	11	7	16	6	2	3	0	0.358
ない	13	6	19	9	7	3	2	1	
排泄の介護負担									
ある	5	7	5	12	5	5	5	0	0.003*
ない	15	9	20	10	8	0	0	1	
入浴の介護負担									
ある	7	6	3	6	6	0	0	0	0.285
ない	12	8	21	16	6	4	5	1	
十分な睡眠を取れているか									
取れている	15	10	17	17	8	2	3	1	0.580
取れていない	6	7	9	8	5	3	2	0	
介護ストレスがあるか									
ある	14	12	22	20	11	5	4	1	0.055
ない	7	5	4	4	2	0	1	0	
家を留守にし自由な行動が取れるか									
取れる	12	12	16	16	11	5	4	1	0.066
取れない	9	5	10	9	2	0	1	0	
仕事に行けない状況か									
行ける	3	5	7	7	4	2	1	0	0.390
行けない	17	10	13	17	8	3	4	0	
経済的負担									
ある	8	9	10	15	7	5	3	0	0.078
ない	13	7	15	9	6	0	2	1	
介護の知識不足があるか									
ある	9	11	15	14	5	4	2	0	0.947
ない	12	6	10	10	8	1	3	1	
介護サービス情報が少ないと思うか									
思う	5	3	6	8	3	2	1	0	0.557
思わない	16	14	20	16	10	3	4	1	
住環境整備されていないことの介護負担									
ある	7	7	8	10	6	2	4	0	0.293
ない	13	10	17	14	7	3	1	1	

Mann-Whitney's U test

* p<0.05

表7 介護ストレス軽減の取り組みと家族介護教室内容への希望

n=115		
カテゴリ	n	%
介護ストレス軽減のために自ら取り組んでいること（複数回答）		
他の人に話を聞いてもらう	56	48.7
趣味活動を楽しむ	44	38.3
おいしいものを食べたり飲んだりする	41	35.7
睡眠をしっかりとする	40	34.8
ウォーキングや体を動かす	28	24.3
買い物や旅行をする	28	24.3
取り組んでいることは特になし	18	15.7
地域で開催する行事に参加する	17	14.8
介護ストレス自体がない	7	6.1
市が開催する家族介護教室に参加する	2	1.7
その他	7	6.1
地域包括支援センターの家族介護教室に希望する内容（複数回答）		
介護者同士で話ができる交流会	32	27.8
介護方法を指導してくれる情報交換会	31	27.0
介護ストレスを軽減するためのイベント	27	23.5
癒し系のイベント（音楽・落語・アロマ等）	20	17.4
栄養士による介護食作りや調理実習	19	16.5
福祉用具を紹介したり実際に活用できる展示会	17	14.8
医療従事者による病気の予防の話	16	13.9
介護の疲れを軽減する体操教室	14	12.2
薬剤師による服薬管理の話	10	8.7
歯科衛生士による入れ歯や口腔ケアの方法	8	7.0
移動手段がないので参加できない	1	0.9
その他	11	9.6

2. 介護負担感の認識

精神面の健康状態がよくない者は仕事に行けないような状況であることが明らかとなった。介護者の平均年齢は66歳であることから、主介護者が息子や娘、子の配偶者の場合、仕事をしている者もいると推察される。定年前の年代では責任のある部署に配属されている介護者もあり、仕事と介護の両立が負担となっている可能性も考えられた。また、介護に関する知識不足が精神面の健康状態に影響していることから、適切な情報を介護者が得られるよう、介護者が何に困り、どのような情報を必要としているかを的確に把握できるアセスメント能力を向上させることも介護支援専門員には求められることが推察された。

また、介護時間が長い者は十分な睡眠を取れていない、家を留守にし自由な行動が取れないと認識していることから、介護者が介護から解放される時間の確保に対する支援の必要性が示唆された。介護時間が長いと負担軽減のためにサービスの利用を増やすことも検討されるが、サービス利用が増えれば経済的な負担も増大する。「精神面の健康状態がよくない」、「介護時間が長い」、「要介護度が重い」者を介護している介護者は仕事に行けないと認識していることから、経済的問題に直結し、負担軽減のためにサービス利用したくてもできない状況に陥ることも推察された。

「介護時間が長い」、「要介護度が重い」、「障害高齢者の日常生活自立度が重い」、「認知症高齢者の日常生活自立度が重い」者を介護している介護者は、「排泄」の介護負担が大きいという特徴が見受けられた。排泄の介護負担が最も多いという先行研究⁶⁾と一致しており、特に身体介護に対する負担をどのように軽減していくかも家族介護教室で検討すべき事項であると考えられた。同居家族から情緒的サポートを受けている者はストレス症状の生起する割合が少ないという報告⁴⁾もあるように、在宅介護を継続していく上では、家族成員の理解と協力を始め、介護に関する情報の周知やインフォーマルサポート等の社会資源をどのように活用していくかも重要であると考えられた。

包括センターへの家族介護教室に希望する内容は、「介護者同士の交流」や「介護に関する情報交換」「介護ストレスを軽減するイベント」が多かったことから、介護に関する情報の必要性や介護ストレスの軽減に重点が置かれていることが明らかとなった。今後、包括センターでは、家族介護負担の軽減に向けた取り組みを地域特性に合わせて構築していくことが役割の一つであると考えられた。

VI. 本研究の限界

本研究では、対象とした地域が限定されているため、一般化するには調査する地域を拡大しなければならない。また、本研究デザイン上正確な因果関係を探るには不十分であり、今後もコホート研究の実施を含め更なる検討を行う必要性があると考えられる。

本研究を進めるにあたり、アンケートにご協力くださいました皆様に深く感謝を申し上げます。

本論文は第8回日本保健医療福祉連携教育学会（東京）において発表した内容に、加筆・修正を行ったものです。

本研究は開示すべき COI に相当する事項はありません。

〈引用文献〉

- 1) 内閣府：高齢社会白書 < <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html> >（参照日：2016年10月）
- 2) 厚生労働省：介護保険事業状況報告月報（暫定版） < <http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html> >（参照日：2016年9月）
- 3) 厚生労働省：今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像 < http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8_e.pdf >（参照日：2016年9月）
- 4) 三田寺裕治：要援護高齢者を介護する家族介護者の介護ストレスに関する研究．淑徳短期大学研究紀要、41：83-96、2002.
- 5) 田辺毅彦：家族介護者の在宅介護負担の現状とその対策．北星学園大学文学部北星論集、47(1)：53-62、2009.
- 6) 石橋郁子、井上理絵、松居紀久子、他：男性有職者の家族介護に関する意識調査．富山短期大学紀要、46：85-98、2011.
- 7) 黒澤直子：認知症高齢者の家族介護者への支援に関する現状と課題．北翔大学人間福祉研究、14：121-128、2011.
- 8) 大城トモ子、國吉和子：家族介護者の実態調査・研究報告(3)－高齢者虐待への態度と介護負担との関連について－．地域研究、6：27-36、2009.

Abstract

Purpose : This study was aimed at analyzing the sense of burden felt by family members caring for patients staying at home, and the expectations of these family members from the Regional Comprehensive Support Center (hereinafter called “the support center”), especially focusing on the patient care learning course for family members that the center provides.

Methods : An anonymous self-entry questionnaire survey was carried out of 165 family members of patients receiving the care services. The questionnaire contained questions that were aimed at assessing the attributes of each subject, the characteristics of the patients being cared for, the sense of burden in the caregivers felt related to providing care, attempts to reduce stress, and the interest of the family members in the patient care learning course, etc.

Results : When the patients being cared for fell under any of “high level of care is needed,” “the elderly disabled individual has a low level of independence during daily living activities” or “the mentally ill, elderly individual has a low level of independence during daily living activities,” the family members commonly tended to feel burden related to “urination/defecation”. Regarding the patient care learning course, the family members expected to learn about ways to reduce care-related stress while communicating and exchanging information with caregivers from other families.

Discussion : These results suggest that one of the important roles of the patient care learning course for family members provided by the support center is to facilitate communication and information exchange among family caregivers, with “urination/defecation” serving as a key word.

Key words : the sense of burden felt caring for patients
family members
care-related stress
the Regional Comprehensive Support Center