

〔報 告〕

## 男性が主介護者である家族への生活力量向上を目指した支援

川野 英子<sup>1)</sup> 平野 美穂<sup>2)</sup> 鳥居 央子<sup>3)</sup> 菱山 祐子<sup>3)</sup>

### 要 旨

本研究の目的は、男性が主介護者である家族の日常生活を把握し、その支援内容を家族生活力量の視点に基づいて検討することである。データは、家族生活力量アセスメントスケール簡易版の得点から算出された、家族生活力量のパターンおよび充足率である。さらに、看護記録から収集した家族情報も加え、家族を主介護者の性別で分類し比較した。

その結果、男性介護者が行う介護の傾向は、被介護者に認知症がなく日常生活自立度A・Bランクが多く、介護期間は長期間であった。そして、訪問系のサービスをより多く利用する傾向が示唆された。また、男性が主介護者である家族の生活力量の充足度は、「健康問題対処力」「社会資源活用力」は高く、「関係調整・統合力」は低い傾向があった。さらに、男性介護者の世代によっても、領域によって充足度に違いが見られた。

訪問看護では、男性介護者が生活をコントロールできているという自信につながる看護を提供することと、男性介護者を通して、女性など他の家族員へのアプローチを視野に入れた看護を提供することで、生活力量の充足度が向上する可能性があると考えられる。

キーワード：男性介護者、訪問看護師、家族生活力量

### 1. 緒 言

従来日本では「イエ」という形が重んじられ、男は社会で働き、女は家事や介護を担うという価値観が多かった。しかし国民生活基礎調査における男性介護者の推移は、平成10年は15.6%であったが、平成16年では25.1%と、家族形態の変化、慢性疾患の増加などに伴い増加している。介護する男性は、配偶者である夫と被介護者の子どもである息子が多く、石橋<sup>1)</sup>は、男性は日常的な家事、介護に必要な知識や体験は乏しく、女性が介護する場合とは違う認識や行動を起すと考えられると述べている。

訪問看護では療養者の看護とともに介護者への看護も重要な部分を占める。そのため家族看護の視点

に立ち、介護を含む生活を全体的に支援することが必要である。けれども男性介護者に焦点を当てた研究は少なく、炊事やおむつ交換そのものに葛藤がある<sup>2)3)</sup>という報告や、男性介護者の介護負担感が高い<sup>4)</sup>という報告の一方、低いという報告<sup>5)</sup>もある。また、介護を他人に任せられない気持ちが強い<sup>6)</sup>などの先行研究があるものの、調査年や結果がさまざまであり十分とはいえない。

そのため、今後も増加することが予測される、男性が主介護者となっている家族の日常生活を把握し、男性介護者への支援を通じた家族看護の方策を検討することは、訪問看護を展開する上で必要であると考えた。そこで、主介護者の性差による介護の現状および、日常生活の運営能力を評価し、その特徴から男性が主介護者である家族への支援方法を検討することを目的とした。

1) 国際医療福祉大学保健医療学部

2) 訪問看護ステーション鶴川ひまわり

3) 北里大学看護学部

## II. 調査方法

### 1. 調査対象と期間

A市内の訪問看護ステーションを利用している家族を対象とした。そして、対象家族をよく把握し、かつ研究協力の同意が得られた訪問看護師6名に、家族生活力量アセスメントスケール簡易版による評価を依頼した。なお、調査期間は2006年4月であった。

### 2. 調査項目

看護記録の家族情報および、訪問看護師が評価した家族生活力量アセスメントスケール簡易版の得点とパターンをデータとした。家族情報は、主介護者属性として性別、年齢、続柄、家族構成、就労の有無などとし、介護提供状況として、介護期間、介護提供内容（ADLに関する食事、移動、服薬、更衣、入浴、整容、排泄の7項目とIADLに関する金銭管理、洗濯掃除、食事の準備、買い物、病院などへの送迎、外出、代理交渉の7項目）、利用しているフォーマルサービスの種類（訪問看護のほか、ホームヘルプサービスなどの訪問系サービス、デイサービスなどの通所系サービス、福祉用具貸与などの利用）、副介護者などのインフォーマルサポートの有無とした。また、被介護者属性として性別、年齢、障害老人の日常生活自立度判定基準、認知症の有無、主疾患とした。看護記録のデータは、研究者らが訪問看護ステーションに訪問して収集した。

家族生活力量アセスメントスケール<sup>7)</sup>は「健康維持力」「健康問題対処力」「介護力」「社会資源活用力」「家事運営力」「役割再配分・補完力」「関係調整・統合力」「住環境整備力」「経済・家計管理力」の9領域から構成されている。簡易版では全60個の質問があり、当てはまるかそうでないかを記入するものである。

### 3. 分析方法

家族情報については主介護者の性別で、クロス集計を行った。

家族生活力量アセスメントスケールの採点方法は、

領域別に得点を合計し「指標別到達率の早見表」よりその得点到達率に該当する充足度（%）を算出した。一般的に高い値はその領域の能力が高いといえる。その後、領域の得点をもとにレーダーチャートを作成し、そのパターンから研究者間で「満月型」「箱型」「星型」「げんこつ型」に分類<sup>8)</sup>した。一般的に在宅療養生活が安定していれば「満月型」である。しかし重複した健康問題などがあれば「箱型」、その状態が続くと「星型」へと変化する。さらに各領域の充足度が低い場合は「げんこつ型」となる。そして、得られた充足度は主介護者の性別および続柄別に比較した。

### 4. 倫理的配慮

訪問看護ステーションの所長に研究の目的を説明し、利用者家族と訪問看護師の紹介は断ることができること、データは訪問看護ステーション名、個人が特定されないように提示するなどのプライバシーに配慮することなどを説明し、同意を得た。さらに利用者家族の紹介に当たっては、利用者主介護者が研究へ参加することが負担にならないと思われる利用者家族の紹介をお願いした。後日、所長から紹介された利用者家族にアポイントを取り、研究目的とカルテに記載されている情報を見ることを説明した。さらに、個人を特定できないように情報管理を徹底すること、結果の公表方法なども説明した。また協力はあくまでも自由であり、断っても、また途中で参加を中断しても、訪問看護ステーションとのサービス内容にはなんら不利益を受けることはないこと、研究への疑問がある場合の連絡先を文書内に明記し、口頭と文書で説明した。同様に、同意が得られた利用者へサービスを提供している訪問看護師へも口頭と文書で説明し同意を得た。

## III. 結果

### 1. 調査対象家族の基本属性

紹介された80家族中、65家族（81.3%）から研究協力の同意が得られた。対象家族のうち主介護者が

男性の家族は17例、女性の家族は48例であった。

主介護者の平均年齢は63.7歳であった。また被介護者との続柄では「配偶者」が35例と多く、「子ども」が23例、「嫁やきょうだい」が7例で、就労に関しては、仕事を持っている者が16例であった。また、被介護者との同居は58例であった。

家族構成は核家族23例、夫婦のみ世帯20例、三世帯世帯12例、単独世帯6例、その他の世帯が4例であった。

被介護者の平均年齢は77.0歳で、性別は男性39名、女性は26名であった。また、日常生活自立度はランク「J」「A」が多く36名だったが「B」「C」も29例おりさまざまであった。主疾患は脳血管疾患が多く17例、神経系疾患12例、悪性新生物と精神／行動障害が6例ずつ、循環器系疾患と筋骨格系疾患／結合組織が5例ずつ、呼吸器系疾患が4例、内分泌／代謝疾患3例であった。

介護提供状況は、介護期間が「1年未満」が24例と多い一方、「5年以上10年未満」も13例であった。加えて、主介護者のサポート体制については、副介護者がいる家族が37例、サポートする人が全くいない家族も24例認められた。

2. 基本属性における男性介護者の特徴 (表1)

男性介護者17名の平均年齢は66.3歳で、女性介護者より3.6歳年配であった。11名は無職であった。さらに、被介護者との同居は16例であった。家族構成は核家族が9例、夫婦のみ世帯が5例、三世帯世帯が2例、その他の世帯が1例であった。

被介護者との続柄は「配偶者」が9例、「子ども」が6例、「きょうだい」が2例であった。また、被介護者の日常生活自立度はランク「A」「B」が多かった。認知症の有無では、女性介護者では約半数に認知症を認めたが、男性介護者では被介護者17名中4名に認められた。なお被介護者の主疾患は、女性介護者は脳血管疾患が約30%を占めるのに対し、男性介護者ではALSやパーキンソン病などの神経系疾患や骨粗鬆症などの筋骨格系／結合組織疾患で、52.9%

表1. 介護者の性別による被介護者の属性

被介護者の属性	介護者 ( )内は%	
	男性 n=17	女性 n=48
性別:男性	3(17.6)	36(75.0)
:女性	14(82.4)	12(25.0)
平均年齢	75.1	77.6
ADL:ランクJ	1(5.9)	9(18.8)
:ランクA	7(41.2)	19(39.5)
:ランクB	6(35.3)	9(18.8)
:ランクC	3(17.6)	11(22.9)
認知症:あり	4(23.5)	22(47.9)
主疾患:脳血管疾患	3(17.6)	14(29.2)
:神経系疾患	5(29.4)	7(14.6)
:筋骨格系/結合組織疾患	4(23.5)	1(2.1)
:呼吸器系疾患	0(0)	4(8.3)
:悪性新生物	2(11.8)	4(8.3)
:精神/行動障害	1(5.9)	5(10.4)
:循環器系疾患	1(5.9)	4(8.3)
:泌尿器系疾患	1(5.9)	0(0)
:内分泌/代謝疾患	0(0)	3(6.3)
:その他	0(0)	6(12.5)

表2. 介護者の性別による介護提供状況

介護提供状況	介護者 ( )内は%	
	男性 n=17	女性 n=48
介護期間:1年未満	5(29.4)	19(39.6)
:1年以上~3年未満	3(17.6)	13(27.1)
:3年以上~5年未満	3(17.6)	9(18.7)
:5年以上~10年未満	6(35.4)	7(14.6)
フォーマルサービス:平均利用数	3.5	3.7
:訪問系のみ	6(35.3)	9(18.8)
:訪問と通所系の利用	3(17.6)	7(14.6)
:訪問と福祉用具の利用	4(23.5)	13(27.1)
:訪問, 通所, 福祉用具の利用	4(23.5)	19(39.6)
インフォーマルサポート:あり	13(76.5)	28(58.4)

を占めていた。

3. 介護提供状況における男性介護者の特徴 (表2)

男性介護者の介護期間は「1年未満」・「5年以上10年未満」が多く、介護期間の平均は38.0ヶ月であり、女性介護者より8.5ヶ月長かった。そして女性介護者と比べ男性介護者は、訪問看護のほかホームヘルプサービスなどの訪問系サービスのみを利用する傾向があった。それに対し、フォーマルサービス平均利用数と、食事、服薬、外出などの介護提供内容は、介護者の性差による特徴は見られなかった。

表3. 家族生活力量のパターン

( ) 内は%

パターン	主介護者が男性	主介護者が女性
満月型	0(0)	3(6.3)
箱型	6(35.3)	18(37.5)
星型	9(52.9)	20(41.7)
げんこつ型	2(11.8)	7(14.6)
合計	17(100)	48(100)

4. 家族生活力量のパターンと領域別の充足度 (表3)

家族生活力量のパターン分類の結果、「箱型」と「星型」が53例と多かった。さらに、この4パターンを主介護者の性別で分類しても同様であった。

「星型」と「げんこつ型」に分類された男性が主介護者である家族のうち、主介護者をサポートする家族員が男性のみでは、「関係調整・統合力」「役割再配分・補完力」「介護力」の充足度が低い傾向にあった。そして、女性がいる場合は、「介護力」の充足度がやや高くなる傾向にあった。65家族の9領域別の平均充足度は、「健康維持力」64.3%、「健康問題対処力」72.1%、「介護力」52.9%、「社会資源活用力」77.8%、「家事運営力」68.3%、「役割再配分・補完力」57.5%、「関係調整・統合力」58.2%、「住環境整備力」73.5%、「経済・家計管理力」77.8%であった。

5. 男性が主介護者である家族の領域別の充足度 (図1, 図2)

家族生活力量アセスメントスケール領域別の充足度の平均を性別で比較すると、違いが見られた領域は「健康問題対処力」男性77.2%・女性70.3%、「社会資源活用力」男性85.9%・女性75.0%、「関係調整・統合力」男性54.1%・女性59.6%であった。

さらに、男性介護者の続柄として「配偶者」と「子ども」とで比較すると、配偶者では「健康維持力」配偶者64.4% (子ども56.7%)、「経済・家計管理力」配偶者80.0% (子ども70.0%) の充足度が高かった。そして子どもでは「家事運営力」子ども76.7% (配偶者60.0%)、「役割再配分・補完力」子ども63.3% (配偶者57.8%) の充足度が高かった。

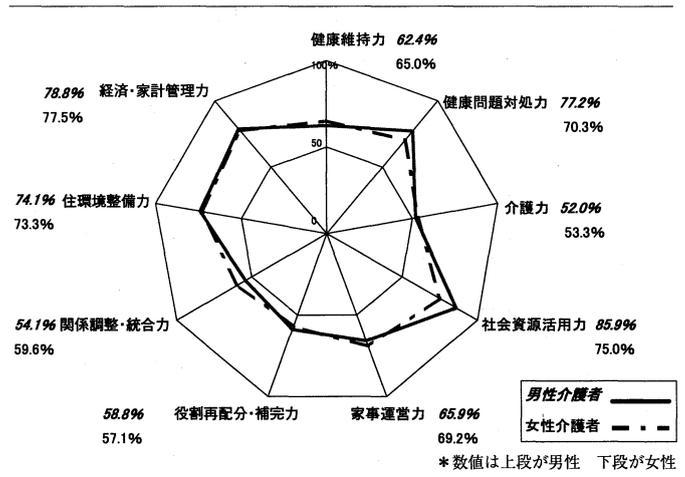


図1. 介護者の性別による日常生活の運営能力充足度

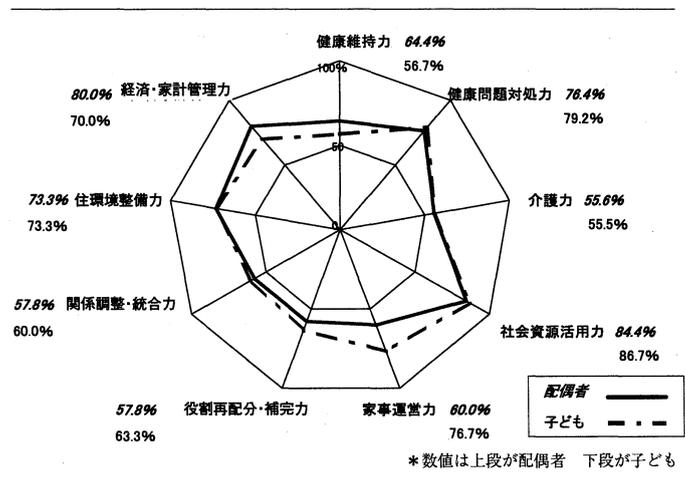


図2. 男性介護者の続柄別による日常生活の運営能力充足度

IV. 考 察

1. 男性介護者の介護生活の現状

男性介護者のほとんどは、配偶者もしくは親を介護していた。男性が主介護者である17世帯中、夫婦のみ世帯と夫婦と未婚の子世帯とで14例を占めていた。これは、近年、1世帯あたりの家族員数が少なくなったことによって、男性が被介護者の一番身近な家族員であるため、介護を行っている状況をうかがわせる。また、日常生活自立度がBランクまでで、かつ認知症をもたない被介護者を介護していた。杉浦<sup>9)</sup>は、女性介護者のほうが認知障害の重症度が高い要介護者を介護していたと報告している。同様に一瀬<sup>10)</sup>は、男性介護者は認知症状の出現に戸惑いを抱く傾向があること、自らの介護役割に高い価値を

抱くと述べている。そのため、認知障害の重度化は、男性介護者が在宅療養を断念する要因となりえ、加えて本調査結果から、日常生活自立度の低下も一要因となる可能性があるとして示唆される。それは例えば、認知機能低下を中心とする中核症状と徘徊や被害妄想などの周辺症状への対応に時間がかかること、日常生活自立度が低いため、食事や排泄など朝に行う介護内容が多く、会社に間に合わないことが予測される。あるいは、意思疎通が図れないことで、コミュニケーションを通じた被介護者の希望に沿った介護方法の選択ができないことが予測される。したがって、訪問看護では認知障害の病態を把握し、諸症状への対処方法や自立度に見合った介護方法を、男性介護者とともに創造していくことが必要である。

介護期間は、被介護者の主疾患が関連し、利用するサービスの内容に影響を及ぼしていると考えられる。男性介護者が介護する被介護者の主疾患の多くは、発症や病状の進行が緩やかであるため、介護が徐々に日常生活全般にわたることが特徴と思われる。この特徴は、男性介護者にとって慣れない介護や家事を自らが日々工夫し、自分の生活として受け入れることを可能にし、結果、介護期間が長期になったと考える。また、男性介護者は、訪問系のサービスを中心に活用していた。杉浦<sup>11)</sup>は、男性のほうがホームヘルプサービスを頻繁に利用していたと報告している。さらに馬庭<sup>12)</sup>は、男性介護者は「自分が何とかして治してやらなくてはいけない」「妻のためには自分が選んだ治療が一番いい」といった主治医的な発想を持っており、自分の力を信じて自分がいいと思ったことは何でも取り入れるが、他の意見は取り入れることが少ないと述べている。つまり訪問系のサービスは、被介護者の様子を常時介護者自身の目で確認できる状況がある。そのため、ホームヘルプサービスでは不慣れな家事のサポート、訪問看護では健康に関する介護者の疑問を解消でき、何よりも男性介護者自身が、被介護者の生活も含めてコントロールできているという自信につながると考える。一方通所系のサービスは、出かける準備や帰り

の受け入れなど、特に就労している息子には難しいことが考えられる。これらから、男性介護者は訪問系サービスを多く利用する可能性が示唆される。それに対し女性介護者は、一時的な休息をとるサービスを好む傾向があるとCollin<sup>13)</sup>らは報告している。

本結果では、女性介護者が介護する被介護者の主疾患は多様であった。疾患によっては症状の急激な変化を伴い、即座に介護に反映させなければならないというストレスが高いと推測される。加えて脳血管後遺症や認知症などでは日常生活のリズムをつけることが重要であり、訪問や通所系のサービスを複数利用して要介護者の生活にメリハリをつけるとともに、主介護者の休息になっていると考えられる。

## 2. 男性が主介護者である家族の家族生活力量の充足度

男性が主介護者である家族の生活力量パターンは、主介護者をサポートする女性家族員が存在している場合、箱型に近づく傾向があった。これは女性家族員が、男性介護者に何らかの影響を与えていると考えられる。石橋<sup>14)</sup>は、男性の家族との親密性はもともと低く、介護者役割を担うようになってその傾向は持続していると述べている。領域別の充足度を見ても、「関係調整・統合力」は低い。それに対して「健康問題対処力」「社会資源活用力」は高いことから、問題解決の手段はインフォーマルな役割調整以上に、フォーマルな社会資源を活用するのではないかと考えられる。特に、息子は就労している人がほとんどであり、仕事と介護の両立を図ろうとするため「社会資源活用力」が高いと推測する。1995年前後のデータを使用した奥山<sup>15)</sup>の研究では、男性介護者は男の活券から、サービスを知っていても他人の世話にはなれないと孤絶することが多いと述べている。しかし本調査では異なる結果となり、2000年に施行された介護保険によって、従来の措置制度から利用者主体という意識を持つ男性介護者が増加したため、男性介護者の意識は変化していることが示唆される。けれども、石橋が述べている家族員との親密性への支援は、意識の変化よりも現在までの

家族の文脈を知ることが重要である。そのため訪問看護では、同居・別居を問わず、男性介護者を取り巻く家族関係を把握し、長期間にわたる介護によって家族関係の悪化や孤立を予防する視点が必要である。また、本結果は、訪問看護師が家族の日常生活の運営能力を支える1つの方法として、「関係調整・統合力」充足率の向上にあたっては女性家族員を、「健康問題対処力」「社会資源活用力」充足率の向上にあたっては、男性家族員に対して、主介護者を通じた間接的なアプローチを試みることで、満月型のパターンに近づく可能性があると考えられる。あるいは、主介護者の家族員が男性だけ、または女性だけという場合も考えられる。その際には、地縁などのインフォーマルサポートも活用しながら、主介護者への直接的なアプローチを試みることで、家族の日常生活の運営能力を支える看護が提供できるのではないかと考える。

次に、家族生活力量アセスメントスケールの領域別充足度を、夫と息子で比較した。息子より夫の充足度が高い領域は、「健康維持力」「経済・家計管理能力」であった。これは、夫が自身の健康にも留意し、被介護者との生活を維持できるよう努力していると考えられる。よって訪問看護では、介護疲れという視点とともに加齢による老化現象や疾病の発生の有無について、その早期発見と健康維持に関する情報提供が必要と考える。加えて家計については、医療費控除や障害者福祉などの各種控除情報の提供をし、介護にかけられる費用について、男性介護者を通じて家族と相談できる信頼関係を築くことが重要と考える。一方、息子の充足度が高い領域は「家事運営力」「関係調整・統合力」であった。一般的に家事の遂行に関しては、男性にとって負担とされている生活行動であるが、近年の介護休暇制度の浸透による介護の社会化や男女共同参画社会という社会規範の変化により、性別役割分業の認識が変化してきていると考えられる。森岡<sup>16)</sup>は、小家族化や個人化に伴い専門的な社会機関の分化による家族機能の委譲、社会規範の変化によって、性別による役割配分は変

わっていくと述べている。そのため訪問看護師は、主介護者の“世代”にも注目する必要性が示唆される。また、保健医療福祉の情報だけにとどまらず、関連する法律や企業独自の取り組みなどの情報にも視野を広げることが必要になると推測される。そして被介護者の病状から生活状態を予測し、多様な制度を利用するタイミングを図る力も求められると考える。

### 3. 本研究における今後の課題

本研究の課題として、1ヶ所の訪問看護ステーションを利用している介護者を対象としたため、一般化は難しいことがあげられる。今後は、男性介護者の人数を増やすこと、複数の地域で調査を実施し、検討を深めることが必要である。さらに、今回の調査では一時点における生活力量の充足度であったため、経時的に検討することも必要である。

## V. 結 論

本研究では、男性が主介護者である家族の日常生活を把握し、日常生活の運営能力という視点から家族への支援を検討した。

1. 男性介護者が行う介護の傾向は、被介護者に認知症がなく日常生活自立度A・Bランクが多く、平均介護期間は女性介護者よりも長期間であった。そして、認知障害の重度化や日常生活自立度の低下は、在宅療養を断念する要因となる可能性が示唆された。また、訪問系サービスを多く利用する傾向が示唆されるため、男性介護者が生活をコントロールできているという自信につながる看護を提供することが重要であると考えられる。

2. 男性が主介護者である家族の生活力量の充足度は、女性が主介護者である家族の場合と比べ、「健康問題対処力」「社会資源活用力」が高い一方、「関係調整・統合力」は低い傾向があった。そのため、訪問看護師が男性介護者を通して、女性など他の家族員へのアプローチを視野に入れた看護を提供することで、生活力量の充足度が向上する可能性が

あると考えられる。

3. 介護の社会化などを背景に、男性介護者自身の介護に対する意識も変化してきていることが示唆されるため、訪問看護師は主介護者の世代を考慮する必要がある。

謝 辞

最後に本研究にご協力を賜りましたA訪問看護ステーションの看護師の皆様、そして利用者の主介護者の方に心より感謝します。

なお、本研究は第13回日本家族看護学会で発表した一部を加筆修正したものである。

〔受付 '07.06.04〕  
〔採用 '08.01.09〕

引用・参考文献

- 1) 石橋文枝：在宅看護における家族介護者の対人認知に関する研究－男性介護者の対人認知の実態－，藍野学院紀要，16：74-79，2002
- 2) 小田原弘子，中山壽比古：痴呆老人患者の在宅看護に及ぼす影響の検討－男性介護者の意識と実態調査－，老年社会科学，14（4）：84-89，1992
- 3) 市森明恵，大下真以子，北島麻美，他：男性介護者が抱く排泄ケアへの抵抗感と排泄ケアを受け入れる思い，日本地域看護学会誌，6（2）：28-37，2004
- 4) 斎藤久美子，木田和幸，木立るり子，他：在宅要介護高齢者を介護する介護者の介護負担感とその影響要因，弘前大学医学部保健学科紀要，第2巻：37-44，2003
- 5) 杉浦圭子，伊藤美樹子，三上洋：在宅介護の状況および介護ストレスに関する介護者の性差の検討，日本公衆衛生学会誌，51（4）：240-251，2004

- 6) 阿南みと子，佐藤鈴子：男性介護者がALS患者の在宅介護を受容する要因，日本難病看護学会誌，6（2）：157-161，2002
- 7) 家族ケア研究会：家族生活力量モデル，5-19，医学書院，東京，2002
- 8) 前掲書7
- 9) 前掲書5
- 10) 一瀬貴子：在宅痴呆症高齢者に対する老老介護の実態とその問題－高齢男性介護者の介護実態に着目して－，家政学研究，48（1）：28-37，2001
- 11) 前掲書5
- 12) 馬庭恭子：男性介護者の現状と今後のあり方，保健の科学，38（8）：538-541，1996
- 13) Collin C, Jones R: Emotional distress and morbidity in dementia carers A matched comparison of husbands and wives, International Journal Geriatric Psychiatry, 12:1168-1173, 1997
- 14) 前掲書1
- 15) 奥山則子：文献から見た在宅での男性介護者，東京都医療技術短期大学紀要，10：267-272，1997
- 16) 森岡清美，望月崇：新しい家族社会学 四訂版，90-186，培風館，東京，2003
- 17) 山口麻衣：高齢者のケア規範－扶養期待感とジェンダー規範の関連を中心に－，老年社会科学，27（4）：407-415，2006
- 18) 山本則子，石垣和子，国吉緑，他：高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質（QOL）－生きがいの感および介護継続意思との関連：統柄別の検討－，日本公衆衛生学会誌，49（7）：660-671，2004
- 19) 松村剛司：介護関係の発生による夫婦関係の変化－夫婦間介護をめぐる語りの分析を通じて－，保健医療社会学会誌，16（1）：25-36，2005
- 20) 片山陽子，陶山啓子：在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関する要因の分析，日本看護研究学会雑誌，28（4）：43-52，2005

## Support for Families with Male Primary Caregivers: Focusing on Family Living Capacity

Eiko Kawano<sup>1)</sup> Miho Hirono<sup>2)</sup> Hiroko Torii<sup>3)</sup> Yoko Hishiyama<sup>3)</sup>

1)International University of Health and Welfare School of health sciences

2)Home visiting and Nursing Station Tsurukawa Himawari

3)Kitasato University School of Nursing

**Key words:** male caregiver, Home visiting nurse, Family Living Capacity

The purpose of this study is to grasp the daily lives of families which are having home visiting care services and find the way to support the families in which the male take care of their family members. The data based on the Assessment Scale of Family Living Capacity score sheet was collected and analyzed the patterns and the rate of fulfillment. Furthermore, we classified information of their nursing records and compared the male caregivers' information with the female caregivers'.

We discovered some tendencies among those male caregivers. Their patients hardly have cognitive disorder, and their Daily Living Independence tends to be A or B. The duration of the nursing tends to be long and the male caregivers make use of home visiting services more than other services. Moreover, the male caregivers' Family Living Capacity indicates high scores at "health problem measures competency" and "society resources practical use competency" compared with the female caregivers'. On the other hand, "role division and complement competency" tends to be lower. In addition, some differences at the Fulfillment Levels are seen according to the generation among those male caregivers.

Due to these tendencies, we consume that the Fulfillment Levels will improve by offering nursing which gives the male caregivers confidence of having control, and also which tries to include female family members as well as the male caregivers.

---