

# 在宅要介護老人の主介護者のストレスに対する介護期間の影響

杉原 陽子\* 杉澤 秀博<sup>2\*</sup>  
中谷 陽明<sup>3\*</sup> 柴田 博<sup>4\*</sup>

本研究の目的は、(1)介護期間による介護ストレスの違い、および(2)介護ストレスに対する介護者の内的資源(経済、就労)と外的資源(私的支援と専門家による支援)の影響が、介護期間によってどのように異なるのかを検討することである。分析対象者は、東京都三鷹市在住の65歳以上の全住民を対象としたスクリーニングによって抽出された要介護高齢者の主介護者833人である。ストレスの指標は、介護場面において介護者にのみ適用可能な指標として「介護負担感スケール」を、一般集団においても適用可能な指標として「Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)」を用いた。これらの指標に対する介護期間の直接効果と内的・外的資源との交互作用効果について分析した結果、以下の知見を得た。

1. 介護負担感に関しては、介護期間によって有意な差がみられ、介護期間が長い群ほど負担感が増悪していた。介護期間と内的・外的資源との間に有意な交互作用効果は認められなかった。この結果から、現行の資源の提供では長期介護者の負担感の悪化を防ぐことができない可能性が示唆された。

2. CES-Dに関しては、介護期間による有意な差は認められなかったが、介護期間と内的・外的資源との間に有意な交互作用効果が認められた。具体的には、(1)介護者が経済的に困窮していたり、無職で介護に専従している場合、長期介護の悪影響が強く現れる傾向がみられた。(2)副介護者のような私的支援があると、要介護高齢者がADL障害の場合、初期は介護者の抑うつ的な精神状態を防ぐ上で有効だが、長期介護群ではこの効果は消失した。(3)専門家からの情緒的支援があると、要介護高齢者が認知機能障害の場合、長期介護群では抑うつ的な精神状態の防止に寄与していたが、初期はその効果が弱かった。

抑うつ的な精神状態を防止する資源の種類は介護期間によって異なり、介護期間を考慮した支援のあり方を考える必要性が示唆された。

**Key words** : 介護期間, 介護負担感, CES-D, 社会経済状態, 社会的支援, 悉皆調査

## I 緒 言

高齢者を在宅で介護している家族にとって、介護ストレスが深刻な問題となっている。介護ストレスとその関連要因を把握し、軽減策を探るために、介護ストレスに関する実証的な研究が行われるようになった。その中で近年、欧米では介護期間に着目した量的な分析が散見されるようになった。その中心的な課題は、介護期間によって介護者のストレスがどのように異なるかを検討することであるが、統一的な知見は得られていない<sup>1)~8)</sup>。

他方、事例研究では、在宅介護を担当し始めた頃と長期間たった頃とでは介護者のストレスが異なり、それに応じてストレスを軽減するのに有効な支援のあり方も変わってくることを示唆した報告がある<sup>9)</sup>。介護期間が介護ストレスや支援とどのような関係にあるかを科学的に検証していくことは、効果的な支援のあり方を考える上で重要となる。しかし、現状では以下のような方法論的な制約により、十分な結論を導き出すに至っていないと思われる。

ひとつは、介護期間が介護者のストレスに与える直接効果の分析が主流で、介護期間と他の要因との交互作用効果が検討されていない点である。介護期間が介護者のストレスに与える直接効果は強くないという結果が多いため、介護ストレス研究において介護期間の影響は軽視される傾向にあった。しかし、介護ストレスに対する介護期間の影響は介護者の特性によって異なるといった、介

\* 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻健康社会学分野

<sup>2\*</sup> 東京都老人総合研究所保健社会学部門

<sup>3\*</sup> 日本女子大学人間社会学部社会福祉学科

<sup>4\*</sup> 東京都老人総合研究所地域保健部門

連絡先: 〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1  
東京大学大学院医学系研究科健康社会学研究室  
杉原陽子

護期間と介護者の特性との組み合わせによる2次の交互作用効果を指摘した報告<sup>10,11)</sup>がある。また、介護期間によって介護ストレスが介護者のストレスに与える影響を軽減する支援のあり方が異なること、すなわち、介護者のストレスに対して、介護期間とストレスと支援とからなる3次の交互作用効果の可能性も考えられる。

他の制約は、標本数と代表性の問題である。多くの研究は、被介護高齢者が通っている病院で研究への呼びかけに応じた介護者、あるいは、何らかの社会福祉サービスの利用者や利用申請をした少数の介護者に限定されている。このような介護者では、教育歴や社会経済的地位が高い、被介護高齢者の障害程度が比較的軽いといったバイアスがかかっている可能性があり<sup>12)</sup>、介護者集団を代表しているとはいえない。

以上の問題点を踏まえて、本研究では次の2つの課題に基づき、介護期間の介護ストレスに対する影響を分析した。

第1に、介護期間によって、介護者のストレスがどのように異なるかを明らかにすることである。分析にあたっては、介護期間と介護ストレスとの関係が直線的でない場合も想定できるため<sup>13)</sup>、共分散分析により、各介護期間毎の介護者のストレスの違いを検討した。

第2に、介護期間によって、介護ストレスを軽減するのに有効な資源の種類が異なるか否かを明らかにすることである。そこで、介護ストレス、介護期間、および資源に関する変数との交互作用効果について検討した。

以上の分析は、標本数と都市部の介護者における代表性を確保するため、東京都の平均的な市に在住する65歳以上の全住民を対象とした悉皆調査をもとに要介護高齢者をスクリーニングし、その主介護者に対して行った調査データに基づいている。

## II 研究方法

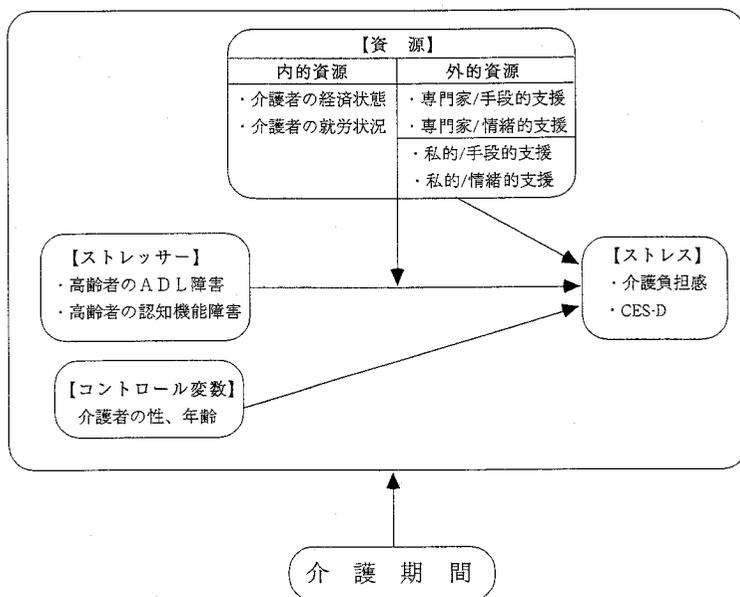
### 1. 対象

#### 1) 対象地域の特性

本研究の調査対象地域は、東京都三鷹市で、東京都のほぼ中央部に位置し、人口16万535人(1995. 1. 1現在)を擁する首都圏の典型的な住宅都市である。65歳以上の高齢者の割合は12.7%(同上)で、全国平均の14.8%(1995. 10. 1現在)をやや下回る。しかし、1965年時点では、老年人口比率が全国の約半分(全国:6.3%, 三鷹:3.6%)であり、急速に高齢化が進んできたといえる。

老人福祉サービスの実施状況(1993)<sup>14)</sup>は、ホ

図1 分析の枠組み



ームヘルパーの利用延人員が15,368人、65歳以上人口100人当たり年間利用日数が77.1日であった。デイサービスは利用延人員が54,020人、65歳以上人口100人当たり年間利用日数が271.0日で、ショートステイは利用延人員が1,492人、65歳以上人口100人当たり年間利用日数が7.5日であった。施設の設定状況は、特別養護老人ホームが2カ所であり、老人保健施設は開設されていない。

## 2) 要介護高齢者のスクリーニング

三鷹市の65歳以上の住民(外国人登録者を含む)全数21,567人を対象に、郵送回収調査および訪問面接調査を併用して、1996年2~3月にスクリーニングを実施した。東京都老人総合研究所社会福祉部門の開発したスケール<sup>15)</sup>を用いて、日常生活動作能力と認知機能の回答から要介護状態か否かを判定した。調査票の回収数は19,880(回収率92.2%)で、1,390人を要介護高齢者として抽出した。

## 3) 介護者に対する調査

抽出された要介護高齢者の介護者を対象に1996年4~5月に訪問面接調査を行い、943人に調査を完了した(完了率67.8%)。未完了者の中には、スクリーニング調査時はADLが低下していたものの介護者調査の時点では回復し、対象外となった人が221人含まれている(未完了者中49.4%)。その他の主な調査不能理由は、高齢者の入院が103人、死亡が49人、回答拒否が32人であった。本研究の分析対象は、高齢者の介護を主に担当している家族が回答した833ケースである。

## 2. 測定

### 1) 従属変数：介護者のストレス

介護者のストレスに関する従来の研究では、介護負担感や介護満足感、在宅介護継続意思のような介護場面において介護者にのみ適用可能な変数をストレスの指標にする場合と、抑うつ、不安や怒り、生活満足度のような一般集団においても適用可能な変数を指標にする場合とがある。本研究では、指標によって結果が一致するか否かの知見を得るため、従来の研究で汎用されてきた変数の中から介護場面において介護者にのみ適用可能な指標として「介護負担感」を、一般集団にも適用可能な指標として「抑うつの精神状態」を用いた。

介護負担感スケール<sup>15)</sup>は、介護による身体的不調、精神的不調、就労制限、家事の制約、外出制

限、時間の拘束、家族の軋轢、経済負担の8項目に関して、「非常にあてはまる」に3点、「少しあてはまる」に2点、「あまりあてはまらない」に1点、「まったくあてはまらない」に0点を与えた。Cronbachの $\alpha$ 係数は0.79であり、一次元のスケールとみなして単純加算した。

抑うつの精神状態は、Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)の日本語版<sup>16)</sup>を一部修正したものを用いて評価した。CES-Dは20項目から成り、Cronbachの $\alpha$ 係数は0.84であった。

### 2) 独立変数

#### (1) 介護期間

介護期間の数え方としては、以下の3種類がある。1つは、高齢者の症状が現れ始めた時を始点として数える方法、2つめは、医学的な診断が下された時を始点として数える方法、3つめは、介護者が何らかの介護を行うようになった時を始点として数える方法である。本研究では、主介護者の介護ストレスに注目しているため、3つめの数え方を採用し、「あなたが、〇〇さんの歩行、着替え、入浴、排泄などのお世話をされるようになってからどのくらい経ちますか」という問に対して、「6カ月未満」、「6カ月以上~1年未満」、「1年以上~3年未満」、「3年以上~5年未満」、「5年以上~10年未満」、「10年以上」の6段階で回答を得た。途中に入院等をはさんで在宅介護が休止する場合もあるので、本研究では、原則的に短期間の入院は介護期間に含めるものの、6カ月を超える長期の入院・入所に関しては介護期間から除外し、最後の入院・入所以降、現在の介護を行うようになった期間を数えるようにした。介護期間を数量化して分析に使用する場合は、各期間の中央の値(例えば、6カ月未満の場合は0.25年)を用いた。

#### (2) ストレッサー

介護場面におけるストレッサーとして、Pearlinら<sup>17)</sup>は被介護者の心身状態など、介護困難の直接的な原因を一次ストレッサー、介護と他の活動との間に生じるストレインや介護によってもたらされる精神的ストレインを二次ストレッサーと定義している。本研究では、ストレッサーを普遍的で自明な一次ストレッサーに限定し、要介護高齢者の日常生活動作能力(ADL)障害と認

知機能障害の程度によって評価した。

「ADL 障害の程度」は、歩行、食事、着替え、入浴、排泄、全体的な活動性の6項目について、「介助を要する」場合は1点を、「何とか一人でできる」場合は0点を与えてスコア化した。Cronbachの $\alpha$ 係数は0.77であり、一次元のスケールとみなして単純加算した。

「認知機能障害の程度」は、「直前に食べた食事を、食べていないと言うことがある」、「理由なく夜起きて騒ぐ」などの16項目について、該当する項目が何項目あるかで測定した。Cronbachの $\alpha$ 係数は0.87であり、一次元のスケールとみなして単純加算した。

以上の測度は、東京都老人総合研究所社会福祉部門が開発し、信頼性、妥当性が検証されたものを用いた<sup>15)</sup>。

### (3) 資源

資源は、個人の知識や情報、健康、経済力、収入のある仕事など、介護者自身の能力や特性に関する「内的資源」と、社会的支援、社会的ネットワークなど、周囲からの援助に関する「外的資源」に分類できる<sup>12,18)</sup>。本研究では、内的資源としては「経済状態」と「就労状況」を、外的資源としては「社会的支援」を取り上げた。

「経済状態」は、全般的な暮らし向きについて、「かなり苦しい」に0点、「やや苦しい」に1点、「普通」に2点、「やや余裕がある」に3点、「余裕がある」に4点を与えてスコア化した。「就労状況」は、「有職群」に1点を、「無職群」に0点を与えて、スコア化した。

「社会的支援」に関しては、その提供主体と機能によって効果に違いがあることが想定されるため<sup>19)</sup>、提供主体と機能の二次元で捉えた。すなわち、提供主体を「医療・福祉の専門家」と「介護者の私的ネットワーク（家族・親戚・友人・隣人）」の2種類に分類し、さらに提供主体別に支援の機能を「手段的支援」と「情緒的支援」の2種類に分類して、合計4種類の支援について評価した。

従来の社会的支援に関する研究では、支援の「受領可能性の認知 Perceived availability」を測定したものが多く、受領可能性の認知は、回答者の精神状態の影響を強く受けることが予測される。そのため、支援が得られると思うことで精神

的に安定するのか、それとも精神的に安定している人が支援を得やすいと感じるのか、区別できない恐れがある。そこで、社会的支援については受領可能性ではなく、過去半年以内の受領実績で質問した。

「専門家による手段的支援」は、「在宅サービス利用の有無」で測定した。これは、在宅サービスの中で現在最も利用ニーズが高いといわれている「入浴」、「ホームヘルプ」、「ショートステイ」、「デイサービス」、「訪問看護」の5種類のサービスのうち、1種類でも利用している場合は「サービス利用あり」として1点を、いずれも利用していない場合は「サービス利用なし」として0点を与えて、スコア化した。

「専門家による情緒的支援」としては、「医療や福祉の専門家の中で、この半年間に、高齢者のお世話のことで相談にのってもらった方はいましたか」または「心配事や悩み事を聞いてくれた方はいましたか」という設問に対し、どちらか1つでも「いた」と回答した場合は「専門家による情緒的支援あり」として1点を、どちらもいない場合は「専門家による情緒的支援なし」として0点を与えた。

「私的な手段的支援」は、「副介護者の有無」で測定した。副介護者とは、主介護者以外で、高齢者のお世話や家事を最もよく手伝っている人のことである。スコア化の方法は、「副介護者あり」を1点、「副介護者なし」を0点とした。

「私的な情緒的支援」としては、「家族・親族・友人・近隣の人の中で、この半年間に、高齢者のお世話のことで相談にのってもらった方はいましたか」または「心配事や悩み事を聞いてくれた方はいましたか」という設問に対し、どちらか1つでも「いた」と回答した場合は「私的な情緒的支援あり」として1点を、どちらもいない場合は「私的な情緒的支援なし」として0点を与えた。

### (4) コントロール変数

ストレッサーとしてとりあげた変数以外に、ストレスに影響を与える変数をコントロール変数として、「介護者の性と年齢」を取り上げた<sup>17,20)</sup>。介護者と高齢者の続柄や同別居といった変数もストレスに影響するといわれているが<sup>20,21)</sup>、続柄は介護者の年齢との相関が高く、年齢の方がストレスに強い影響を与えていたため、年齢の方をコン

トロール変数として取り上げた。同別居は、本研究の対象者のほとんどが同居しているため、コントロール変数から除外した。スコア化は女性に1点、男性に0点を与えた。介護者の年齢は実数を用いた。

### 3. 分析方法

#### 1) 介護ストレスの介護期間による違い

介護期間によって、介護ストレスがどのように異なるかを調べるために、介護者の「介護負担感」と「CES-D」の各々を従属変数に、「介護期間」を要因に、高齢者のADL障害と認知機能障害の程度、および介護者の性、年齢を共変量として投入する共分散分析を行った。また、介護期間別に、共変量の影響を調整した介護負担感とCES-Dの最小二乗平均を算出し、多重比較を行った。分析は、要因の各水準における例数がアンバランスなため、SASのGLMプロシジャーを用いて行った。

#### 2) 介護ストレスに対する介護期間の交互作用効果

介護期間の交互作用効果を調べるために、交互作用の検出方法として適切とされている、交互作用項を加えた重回帰分析法<sup>22,23)</sup>を用いた。重回帰分析は、介護者の「介護負担感」と「CES-D」の各々を従属変数に、「ストレス」、「資源」、「介護期間」を独立変数として、これらの1次項、および2次と3次の交互作用項を順次追加する階層的方法によって行った。資源は、「内的資源」と「外的資源」の2種類あるが、これらの1次項と交互作用項をすべて重回帰式に一括投入すると、変数の数が多くなりすぎるため、内的・外的資源に関しては、それぞれ別々に分析を行った。

内的資源に関して具体的に分析方法を示すと、第1ステップでは、「介護期間」、「コントロール変数」、「ストレス」、「内的資源」の1次項を独立変数として投入し、従属変数に対する直接効果を調べた。第2ステップでは、第1ステップで投入した変数に加えて、「介護期間×ストレス」、「介護期間×内的資源」、「ストレス×内的資源」の2次の交互作用項を重回帰式に投入した。この際、独立変数の1次項と交互作用項は相関が高いため、コントロール変数とダミー変数以外の独立変数の各項から平均値の差をとってセンターード化した項を投入する、AikenとWest

(1991)の方法<sup>24)</sup>に従った。第3ステップでは、第2ステップで投入した独立変数に加えて、「介護期間×ストレス×内的資源」の3次の交互作用項を重回帰式に投入した。ここでもAikenとWestの方法に従ってセンターード化した項を投入した。

統計的に有意な寄与が認められた交互作用項については、効果の向きを明らかにするために回帰直線を作図した。回帰直線の作図にあたっては、重回帰分析によって得られた偏回帰係数と回帰定数を使用し、有意な寄与を示した交互作用項に含まれている変数以外の変数には、すべて平均値を代入して標準的な介護者を想定した。以上の方法は、「外的資源」の場合も同様に適用した。

## III 結 果

### 1. 分析対象とした要介護高齢者と主介護者の属性

要介護高齢者の平均年齢は81.2歳、性別は女性が63.0%、主介護者と同居している者が96.2%を占めていた。ADLの総合評価は、「日中も寝たり起きたり～まったく寝たきり」（寝たきり度判定基準ランクB～C相当）という者が64.3%、理解力や意思の疎通に問題がある者が43.8%であった。

介護者の特徴は、平均年齢が62.0歳、性別は女性が80.4%、今回の在宅介護を担当してからの継続年数をみると、5年未満という者が65.9%を占めていた。要介護高齢者との続柄では、配偶者が40.9%、娘が29.3%、嫁が19.9%、息子が7.4%、その他の親族が2.5%であった。

### 2. 介護期間別にみた高齢者の状態、介護者の属性、資源の分布(表1)

高齢者のADL障害、介護者の属性、内的資源(経済と就労)、外的資源(社会的支援)は、介護期間によって差はみられなかったが、高齢者の認知機能障害については有意差がみられ、1～3年、3～5年群で障害が重かった。

### 3. 介護者の介護負担感とCES-Dの介護期間による違い

表2のように、介護負担感に関しては、介護期間による有意な主効果がみられたが、CES-Dに関しては、介護期間による有意な主効果はみられなかった。

表1 介護期間別にみた高齢者の状態と介護者の属性、資源の分布

独立変数		6カ月未満 (N=36)	6カ月~1年 (N=86)	1年~3年 (N=244)	3年~5年 (N=183)	5年~10年 (N=185)	10年以上 (N=99)
[高齢者の状態]							
ADL障害	平均±S.D.	3.0±1.9	3.0±1.8	3.2±1.9	3.2±1.9	3.3±1.9	3.2±2.0
認知機能障害 <sup>1)</sup>	平均±S.D.	1.8±2.5	1.9±2.5	3.2±3.7	3.1±3.7	2.4±3.3	1.8±2.8
				*	*		
[介護者の属性]							
性	男 (%)	8.3	26.7	18.0	19.7	21.1	18.2
	女 (%)	91.7	73.3	82.0	80.3	78.9	81.8
年齢	平均±S.D.	59.6±13.8	62.1±12.2	61.3±12.7	61.9±12.4	62.3±11.1	64.6±11.4
[介護者の内的資源]							
就労	有職 (%)	41.7	29.1	31.6	32.8	35.1	29.3
	無職 (%)	58.3	70.9	68.4	67.2	64.9	70.7
経済	苦 (%)	13.9	17.4	20.6	15.9	17.0	16.2
	普通 (%)	61.1	61.6	59.7	66.5	67.8	63.6
	余裕 (%)	25.0	20.9	19.7	17.5	15.3	20.2
[介護者の外的資源]							
副介護者	なし (%)	41.7	38.4	43.4	43.2	38.6	29.3
	あり (%)	58.3	61.6	56.6	56.8	61.4	70.7
私的・情緒 <sup>2)</sup>	なし (%)	25.0	14.0	25.1	25.1	24.2	24.2
	あり (%)	75.0	86.0	74.9	74.9	75.8	75.8
在宅サービス <sup>3)</sup>	利用 (%)	33.3	39.5	42.6	49.7	50.3	37.4
	非利用 (%)	66.7	60.5	57.4	50.3	49.7	62.6
専門家・情緒 <sup>4)</sup>	なし (%)	38.9	34.9	46.3	49.7	48.1	45.4
	あり (%)	61.1	65.1	53.8	50.3	51.9	54.6

<sup>1)</sup> 高齢者の認知機能障害についてのみ、介護期間による差がみられた。(\*: p<0.05)

<sup>2)</sup> 私的・情緒：介護者の私的な情緒的支援

<sup>3)</sup> ショートステイ、デイサービス、ホームヘルパー、入浴サービス、訪問看護のいずれか一つでも利用している場合を、「利用」とした。

<sup>4)</sup> 専門家・情緒：医療や福祉の専門家による情緒的支援

表2 介護者の介護負担感とCES-Dの共分散分析

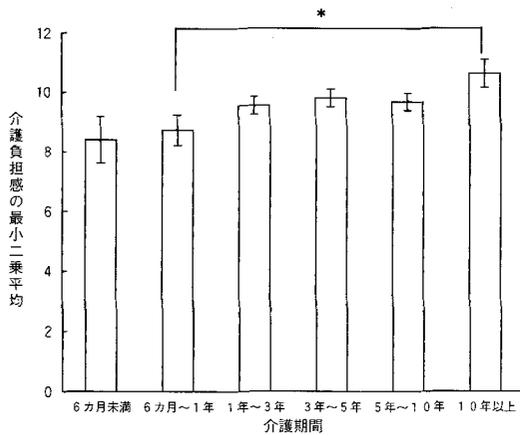
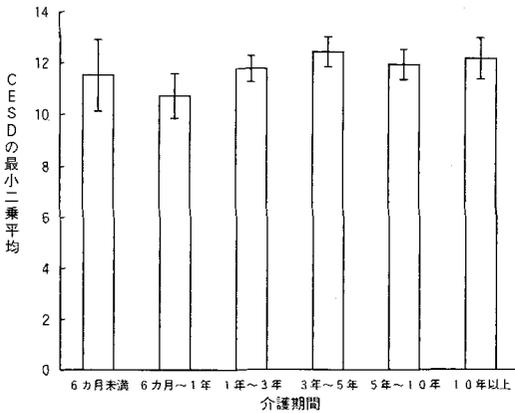
要因	介護負担感		CES-D	
	自由度	F値	自由度	F値
介護期間	5	2.11*	5	0.58
共変量				
要介護高齢者のADL障害の程度	1	37.66***	1	0.27
要介護高齢者の認知機能障害の程度	1	52.71***	1	25.66***
主介護者の性	1	17.34***	1	1.53
主介護者の年齢	1	12.44***	1	0.97

\*: p≤0.05, \*\*: p≤0.01, \*\*\*: p≤0.001

共変量の影響を調整した介護負担感とCES-Dの最小二乗平均を介護期間別に示したものが図2である。介護負担感に関しては、介護期間が長い群ほど負担感が高くなる傾向がみられた。CES-Dに関しては主効果は有意ではなかったが、介護期間別の調整済み平均値をみると、6カ月未満でCES-Dが悪く、6カ月~1年群でやや改善し、それ以上の群で、悪化する傾向がみられた。

介護負担感には介護期間が長期化するにつれて直線的に増加する傾向を示し、CES-Dに関しては、調査対象者の過半数を占める6カ月~5年の範囲において、統計的に有意ではないものの直線的な増加傾向がみられたので、以下の交互作用に関する分析では、重回帰分析法を用いることにした。

図2 介護期間別にみた介護負担感とCES-Dの調整済み平均値



\*; p ≤ 0.05 (多重比較: Tukey-Kramer)

4. 介護者の介護負担感に対するストレス要因、資源、介護期間の効果

1) 直接効果

直接効果の結果では、介護期間が長いこと、介護者の年齢が若いこと、介護者が女性であること、高齢者のADL障害と認知機能障害が重篤なこと(表3, 4)、経済状態が悪いこと(表3)、副介護者がいないこと、私的ネットワークから情緒的支援を受けていること、在宅サービスを利用していること(表4)が、介護負担感が高いことと有意な関連を示した。

2) 交互作用効果

2次および3次の交互作用項については、「認知機能障害×在宅サービス」が、介護負担感と10%の危険率で関連を示した以外は、介護期間に

関する交互作用項で介護負担感と有意な関連を示したものはなかった(表3, 4)。

5. 介護者のCES-Dに対するストレス要因、資源、介護期間の効果

1) 直接効果

直接効果の結果では、要介護高齢者の認知機能障害が重篤であること(表5, 表6)、介護者の経済状態が悪いこと、無職であること(表5)、副介護者がいないこと、私的な情緒的支援を受けていること(表6)が、介護者のCES-Dが悪いことと関連していた。

2) 2次の交互作用効果

内的資源と介護期間との間に2次の交互作用効果がみられ、「介護期間×経済状態」および「介護期間×就労状況」が、CES-Dに10%の危険率で効果をもっていた(表5)。2次の交互作用効果の重回帰式に基づき、CES-Dの介護期間への回帰直線を経済状態別(経済困窮群と余裕群)に作図したものが図3、就労状況別(有職群と無職群)に作図したものが図4である。

経済状態は、CES-Dに対する直接効果も大きいため、介護初期ですでに経済困窮群の方が経済余裕群よりCES-Dが悪いが、介護期間が長くなると困窮群はさらに悪化するのに対して、余裕群はCES-Dが改善する傾向がみられた。就労状況に関しては、介護初期の段階では就労の有無による差はみられないが、長期では有職群はCES-Dが変わらないのに対し、無職群では悪化する傾向を示した。

3) 3次の交互作用効果

外的資源とストレス要因、介護期間との間に3次の交互作用効果がみられ、「介護期間×高齢者のADL障害×専門家による情緒的支援」および「介護期間×高齢者の認知機能障害×副介護者」が、介護者のCES-Dに対して有意な効果をもっていた(表6)。

図5は、介護担当初期群(介護期間:6カ月)と長期介護群(介護期間:5年)の2群を想定し、各群について「軽度障害・支援なし」、「軽度障害・支援あり」、「重度障害・支援なし」、「重度障害・支援あり」の4タイプ別にCES-Dの値を3次の交互作用効果の重回帰式をもとに算出し、作図したものである。介護初期群では、専門家から情緒的支援を受けていてもADL障害がCES-Dに

表3 介護者の介護負担感に対するストレス、内的資源、介護期間の直接効果と交互作用効果

	直接効果		2次の交互作用効果		3次の交互作用効果	
	b	$\beta$	b	$\beta$	b	$\beta$
介護期間	.129**	.080	.177**	.110	.190**	.118
(コントロール変数)						
介護者の年齢	-.042*	-.102	-.044**	-.106	-.044**	-.107
介護者の性	1.816***	.143	1.825***	.144	1.852***	.146
(ストレス：要介護高齢者の状態)						
ADL障害	.470***	.175	.439***	.163	.432***	.160
認知機能障害	.359***	.241	.321***	.216	.328***	.220
(介護者の内的資源)						
経済状態	-1.181***	-.198	-1.197***	-.201	-1.232***	-.207
就労状況	-.166	-.015	-.187	-.017	-.266	-.025
(介護期間×ストレス)						
介護期間×ADL障害	—	—	.011	.013	-.010	-.011
〃 × 認知機能障害	—	—	-.009	-.016	.003	.005
(介護期間×内的資源)						
介護期間×経済状態	—	—	-.030	-.016	-.044	-.023
〃 × 就労状況	—	—	-.160	-.056	-.171	-.060
(ストレス×内的資源)						
ADL障害×経済状態	—	—	-.029	-.009	-.022	-.007
〃 × 就労状況	—	—	.127	.027	.137	.029
認知機能障害×経済状態	—	—	.043	.024	.029	.016
〃 × 就労状況	—	—	.107	.043	.087	.035
(介護期間×ストレス×内的資源)						
介護期間×ADL障害×経済	—	—	—	—	.031	.034
〃 × 〃 × 就労	—	—	—	—	.055	.036
介護期間×認知機能障害×経済	—	—	—	—	-.016	-.025
〃 × 〃 × 就労	—	—	—	—	-.033	-.036
決定係数 (R <sup>2</sup> )	.204***		.209***		.213***	

†: p&lt;0.1, \*: p&lt;0.05, \*\*: p&lt;0.01, \*\*\*: p&lt;0.001

与える影響は軽減せず、支援がある群の方が、かえってCES-Dが悪くなっている。これに対して長期介護群では、専門家からの情緒的支援を受けていると、高齢者のADL障害が重度になっても介護者のCES-Dは悪化しないという緩衝効果がみられた(図5)。

図6は、「介護期間×高齢者の認知機能障害×副介護者」の交互作用効果について、図5と同様な手順で作図したものである。介護初期群では、副介護者がいると、高齢者の認知機能障害が重度になっても介護者のCES-Dが悪化しないという

緩衝効果が認められた。しかし、長期介護群では、副介護者がいることによる緩衝効果は、みられなくなった(図6)。

3次の交互作用効果については、結果の信頼性を確認するために、サンプルをランダムに2群に分け、各群について、上記と同様な手順で分析を行った。この作業においても、両群とも上記の結果と同様な傾向を示したので、交互作用効果の信頼性が確認できたものと思われる。

介護者の介護負担感とCES-Dに関する以上の重回帰分析では、介護期間の影響を直線回帰する

表4 介護者の介護負担感に対するストレッサー、外的資源、介護期間の直接効果と交互作用効果

	直接効果		2次の交互作用効果		3次の交互作用効果	
	b	$\beta$	b	$\beta$	b	$\beta$
介護期間	.151**	.093	-.006	-.004	.044	.027
(コントロール変数)						
介護者の年齢	-.043***	-.103	-.044***	-.106	-.045***	-.110
介護者の性	1.471***	.116	1.530***	.121	1.580***	.124
(ストレッサー：要介護高齢者の状態)						
ADL 障害	.457***	.170	.397†	.147	.396†	.147
認知機能障害	.330***	.221	.484***	.325	.471***	.316
(外的資源)						
副介護者の有無	-.913**	-.089	-.961**	-.093	-.982**	-.095
私的 (情) <sup>1)</sup> の有無	2.187***	.185	1.993***	.168	1.977***	.167
在宅サービス利用の有無	.593†	.058	.574†	.057	.528	.052
専門家 (情) <sup>2)</sup> の有無	.506	.050	.541	.053	.583†	.058
(介護期間×ストレッサー)						
介護期間×ADL 障害	—		.008	.010	.071	.083
〃 × 認知機能障害	—		-.013	-.024	.019	.037
(介護期間×外的資源)						
介護期間×副介護者	—		-.042	-.021	-.065	-.032
〃 × 私的 (情)	—		.215	.116	.196	.106
〃 × 在宅サービス	—		.111	.044	.115	.045
〃 × 専門家 (情)	—		-.062	-.029	-.045	-.021
(ストレッサー×外的資源)						
ADL 障害×副介護者	—		-.025	-.007	-.034	-.010
〃 × 私的 (情)	—		.035	.011	.017	.005
〃 × 在宅サービス	—		.107	.026	.145	.036
〃 × 専門家 (情)	—		.021	.006	.035	.010
認知機能障害×副介護者	—		-.015	-.008	-.020	-.011
〃 × 私的 (情)	—		-.172	-.105	-.163	-.099
〃 × 在宅サービス	—		-.171†	-.080	-.179†	-.083
〃 × 専門家 (情)	—		.130	.069	.153	.082
(介護期間×ストレッサー×外的資源)						
介護期間×ADL 障害×副介護者	—		—		.012	.011
〃 × 〃 × 私的 (情)	—		—		.007	.007
〃 × 〃 × 在宅サービス	—		—		-.057	-.045
〃 × 〃 × 専門家 (情)	—		—		-.088	-.078
介護期間×認知機能障害×副介護者	—		—		-.022	-.034
〃 × 〃 × 私的 (情)	—		—		-.012	-.021
〃 × 〃 × 在宅サービス	—		—		-.037	-.046
〃 × 〃 × 専門家 (情)	—		—		.016	.024
決定係数 (R <sup>2</sup> )	.214***		.225***		.231***	

†: p&lt;0.1, \*: p&lt;0.05, \*\*: p&lt;0.01, \*\*\*: p&lt;0.001

1) 私 的 (情): 介護者の私的ネットワークによる情緒的支援

2) 専門家 (情): 医療や福祉の専門家による情緒的支援

表5 介護者のCES-Dに対するストレッサー、内的資源、介護期間の直接効果と交互作用効果

	直接効果		2次の交互作用効果		3次の交互作用効果	
	b	$\beta$	b	$\beta$	b	$\beta$
介護期間	.088	.034	.196†	.076	.218*	.085
(コントロール変数)						
介護者の年齢	.011	.016	.012	.018	.010	.016
介護者の性	.738	.037	.692	.034	.706	.035
(ストレッサー：要介護高齢者の状態)						
ADL 障害	-.050	-.012	-.005	-.001	-.022	-.005
認知機能障害	.425***	.181	.417***	.178	.425***	.181
(介護者の内的資源)						
経済状態	-2.287***	-.243	-2.336***	-.249	-2.351***	-.250
就労状況	-1.715**	-.101	-1.742**	-.102	-1.888**	-.111
(介護期間×ストレッサー)						
介護期間×ADL 障害	—	—	-.022	-.017	-.006	-.004
〃 × 認知機能障害	—	—	.012	.015	.039	.048
(介護期間×内的資源)						
介護期間×経済状態	—	—	-.166†	-.056	-.184†	-.062
〃 × 就労状況	—	—	-.314†	-.069	-.368†	-.081
(ストレッサー×内的資源)						
ADL 障害×経済状態	—	—	.221	.046	.232	.049
〃 × 就労状況	—	—	-.129	-.017	-.084	-.011
認知機能障害×経済状態	—	—	-.048	-.017	-.086	-.030
〃 × 就労状況	—	—	.021	.005	-.020	-.005
(介護期間×ストレッサー×内的資源)						
介護期間×ADL 障害×経済	—	—	—	—	.068	.047
〃 × 〃 × 就労	—	—	—	—	-.084	-.034
介護期間×認知機能障害×経済	—	—	—	—	-.034	-.033
〃 × 〃 × 就労	—	—	—	—	-.098	-.068
決定係数 (R <sup>2</sup> )	.106***		.115***		.121***	

† : p<0.1, \* : p<0.05, \*\* : p<0.01, \*\*\* : p<0.001

ことによって、その影響を評価している。そのため、各要因と介護期間との間に有意な交互作用効果がみられなかったとしても、曲線回帰の方があてはまりがよい可能性があるならば、この結果のみで、介護期間によって、介護負担感やCES-Dの関連要因が異なることを否定することはできない。その可能性を評価するために、介護期間別に群分けし、それぞれの群で、介護負担感およびCES-Dの関連要因を分析した。この作業においても、上記の分析と共通する結果が得られたことから、重回帰分析で抽出された各要因と介護期間

との交互作用以外の可能性は、少ないものと思われる。

#### IV 考 察

本研究では、ストレスの指標を介護負担感のように介護場面において介護者にのみ適用可能な指標とCES-Dのように一般集団にも適用可能な指標の2種類設定し、両側面から結果を整理することを試みた。その結果、一般的な指標と介護者特異的な指標を用いた場合には、結果が異なることがわかった。

表6 介護者のCES-Dに対するストレス、外的資源、介護期間の直接効果と交互作用効果

	直接効果		2次の交互作用効果		3次の交互作用効果	
	b	$\beta$	b	$\beta$	b	$\beta$
介護期間	.094	.036	-.149	-.058	-.159	-.062
(コントロール変数)						
介護者の年齢	.259	.040	.028	.042	.025	.038
介護者の性	.690	.034	.700	.035	.741	.037
(ストレス：要介護高齢者の状態)						
ADL障害	.074	.017	.329	.077	.397	.093
認知機能障害	.427***	.182	.531*	.226	.567*	.241
(外的資源)						
副介護者の有無	-1.235*	-.075	-1.219*	-.074	-1.215*	-.074
私的(情) <sup>1)</sup> の有無	1.805**	.096	1.687*	.090	1.498*	.079
在宅サービス利用の有無	.025	.002	.063	.004	.084	.005
専門家(情) <sup>2)</sup> の有無	.175	.011	.303	.019	.379	.024
(介護期間×ストレス)						
介護期間×ADL障害	—	—	-.010	-.007	.097	.071
“ × 認知機能障害	—	—	.011	.013	-.075	-.091
(介護期間×外的資源)						
介護期間×副介護者	—	—	.123	.038	.163	.050
“ × 私的(情)	—	—	.212	.072	.222	.076
“ × 在宅サービス	—	—	-.107	-.027	-.116	-.029
“ × 専門家(情)	—	—	.076	.022	.089	.026
(ストレス×外的資源)						
ADL障害×副介護者	—	—	.441	.081	.353	.065
“ × 私的(情)	—	—	-.483	-.099	-.511	-.105
“ × 在宅サービス	—	—	-.112	-.018	-.093	-.015
“ × 専門家(情)	—	—	-.168	-.029	-.147	-.026
認知機能障害×副介護者	—	—	-.246	-.083	-.224	-.076
“ × 私的(情)	—	—	.153	.059	.070	.027
“ × 在宅サービス	—	—	-.111	-.033	-.096	-.029
“ × 専門家(情)	—	—	-.023	-.008	.015	.005
(介護期間×ストレス×外的資源)						
介護期間×ADL障害×副介護者	—	—	—	—	-.056	-.033
“ × “ × 私的(情)	—	—	—	—	.145	.094
“ × “ × 在宅サービス	—	—	—	—	-.064	-.032
“ × “ × 専門家(情)	—	—	—	—	-.267*	-.150
介護期間×認知機能障害×副介護者	—	—	—	—	.126*	.121
“ × “ × 私的(情)	—	—	—	—	-.031	-.033
“ × “ × 在宅サービス	—	—	—	—	-.059	-.047
“ × “ × 専門家(情)	—	—	—	—	.091	.088
決定係数 (R <sup>2</sup> )	.054***		.065***		.081***	

†: p&lt;0.1, \*: p&lt;0.05, \*\*: p&lt;0.01, \*\*\*: p&lt;0.001

1) 私的(情): 介護者の私的ネットワークによる情緒的支援

2) 専門家(情): 医療や福祉の専門家による情緒的支援

図3 介護者の経済状態別にみた介護期間とCES-Dとの関係

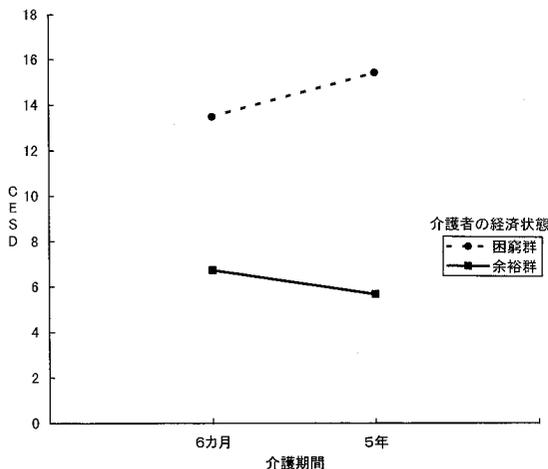


図4 介護者の就労状況別にみた介護期間とCES-Dとの関係

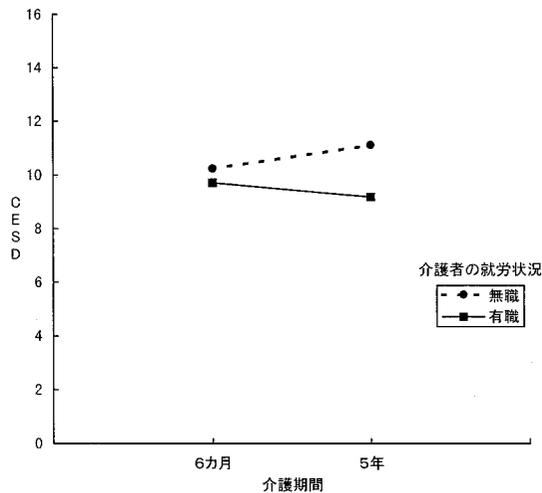


図5 専門家による情緒的支援がある群とない群における高齢者のADL障害と介護者のCES-Dとの関係 (介護期間別にみた緩衝効果の違い)

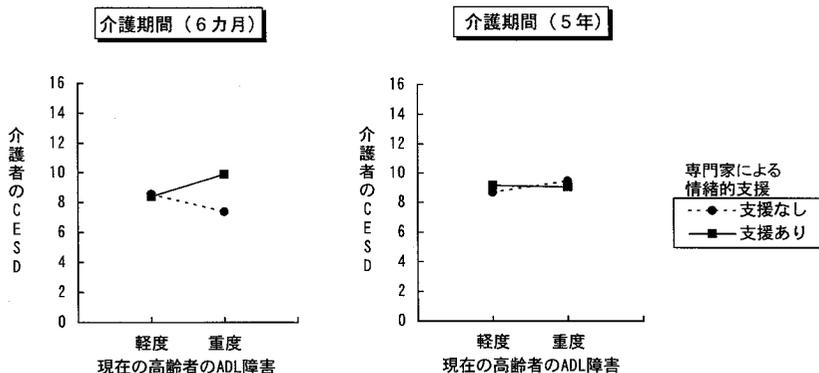
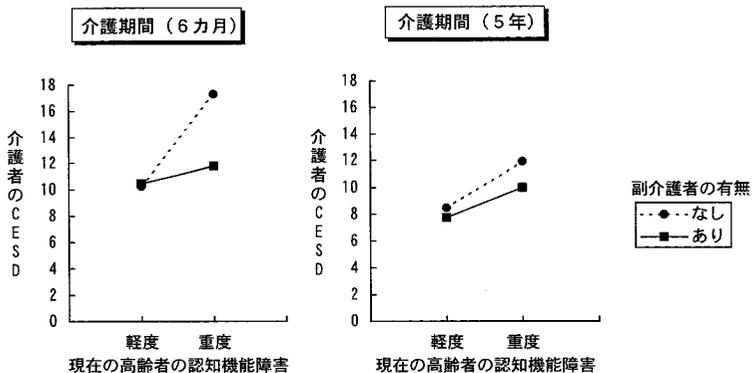


図6 副介護者がいる群とない群における高齢者の認知機能障害の程度と介護者のCES-Dとの関係 (介護期間別にみた緩衝効果の違い)



介護負担感に対しては、介護期間の直接効果が認められ、期間が長い群ほど増悪する傾向がみられた。本研究では、介護ストレスの介護期間による変化は、期間が長くなるほどストレスが増悪するといった直線的な変化ではない可能性を考えて分析したが、これは介護負担感に関する限り、棄却されたといえる。

しかし、介護負担感に対して、介護期間と内的・外的資源との有意な交互作用効果は認められなかった。このことから、介護期間が長い群ほど負担感が高くなるが、現行の資源では介護の長期化による負担感の悪化を防ぐことができないことが示唆された。

CES-D に対しては、介護期間の直接効果は統計的に有意ではないものの、初期の段階で一時的に改善する曲線的な変化の傾向がみられた。このことから、一部の研究でいわれていたように、介護期間と介護者の精神的健康の関係は、直線的な変化ではない可能性、すなわち、介護担当初期はストレスが高く、その後一時的にストレスレベルが改善され適応状態を示すものの、介護期間が長期化するにつれてストレスが再び高まるのではないかとという仮説も考えられる。この点に関しては、今後さらに検討が必要である。

介護期間が長くなっても CES-D は微小にしか変化しないからといって、ある程度介護への適応が図られ、恒常性を保っているとみることは適当ではない。介護者が、「適応」と表裏一体である「過剰適応」に陥る危険性が潜んでいることも否定できないため、必要に応じて入院や入所も考えながら、介護者が介護から解放される時間を少しでも持つように援助することが、特に長期介護者に対して必要であると思われる。

CES-D に関しては、内的資源としてとりあげた経済状態と介護期間との間に交互作用が認められた。介護初期群ですでに、経済的に余裕がある介護者と比較して経済的に困窮している介護者は CES-D が悪いが、長期介護群では、経済的な困窮が重なると CES-D がさらに悪化し、経済余裕群との差が拡大する傾向がみられた。この結果は、経済的に困窮している介護者は、長期化の悪影響を特に受けやすいことを示唆している。

内的資源として介護者の就労状況もとりあげ、これについても介護期間との交互作用効果が認め

られた。介護初期は、有職、無職に関わりなく、同程度の CES-D レベルだが、介護期間が長くなると、有職群は CES-D が改善傾向を示すのに対し、無職群は悪化する傾向がみられた。介護者の就労に関しては、就労に従事し、介護以外の複数の役割を持つことは、介護者の well-being を高めるのか (Role Enhancement)、ストレスを高めるのか (Role Strain) という点について昨今議論が多い<sup>25~28)</sup>。しかし、介護期間との交互作用を検討した研究はほとんどない。本研究の結果から、長期介護群では、就労のような介護以外の社会的役割に従事することのプラスの効果が発揮される可能性が示唆された。しかし、統計的な有意差は大きくないこと、および、多重役割をこなせるような人は能力が高く、ストレッサーに対する対処能力が高いことも考えられるため、就労によって抑うつ的な精神状態が低くおさえられているのか、抑うつ的な精神状態が悪くならない人が、介護と就労を両立できているのかは、この結果から評価できない。今後、さらに検討する必要がある。

CES-D に関しては、外的資源としてとりあげた社会的支援と介護期間との間にも交互作用が認められた。

「専門家による情緒的支援」に関しては、介護担当初期は、専門家から情緒的支援を受けていても、高齢者の ADL 障害が重篤になった場合、介護者の CES-D が軽減されず、むしろ支援を受けている方が、CES-D が悪い傾向を示した。このことについて、在宅介護の初期は、専門家からの情緒的支援は効果がないというのではなく、初期の段階は介護問題が顕在化していないため、専門家とのつながりが希薄であり、すでにかなり介護問題を抱えた、ニーズの大きい人だけが、支援を受けていることを反映したものと思われる。また、相談相手として医師が多くあげられていたことから、診断を言い渡された精神的ダメージが影響している可能性も考えられる。

長期介護群では、効果としては弱いものの、専門家の情緒的支援を受けている場合、高齢者の ADL 障害が重篤になっても CES-D が悪化しないという緩衝効果を示した。介護が長くなると、家族内での軋轢が多くなることが報告されており<sup>29)</sup>、家族よりも近くの他人の方が、情緒的に頼

れる可能性が考えられる。

「副介護者がいること」は、介護初期群においては、高齢者の認知機能障害が介護者のCES-Dに与える影響を防ぐ効果を示したが、長期介護群では、この緩衝効果は消失していた。介護者の私的支援だけでは、長期介護に耐えられないものと思われる。介護担当初期は、介護者は情緒的混乱状態にあることが考えられ、そのような場合は、家族による私的支援が主介護者の情緒的混乱を下げる上で有効であると思われる。しかし、介護期間が長引くと、特に高齢者の障害が認知機能である場合、家族だけでは耐えられない可能性が考えられ、迅速な公的支援の導入の必要性をうかがわせる。

本研究では、介護者特異的な指標として介護負担感を、一般的なストレスの指標としてCES-Dを用いて、介護期間と内的・外的資源との関係を検討した。Lazarusらのストレス認知理論<sup>30)</sup>によれば、負担感はストレスに対する「認知的評価」であり、CES-Dはアウトカムである「ストレス症状」として位置づけられており、両者は概念的に区別される。この理論モデルにおいて負担感とCES-Dの関係は、介護者が介護場面で生じるさまざまなストレスを自分にとってネガティブなものとして評価し、負担に感じると、介護者に心理的・身体的ストレス症状が現れるという関係にあり、負担感、ストレスとストレス症状とを媒介するものとして定義されている。このような負担感とCES-Dの関係性を踏まえながら、両指標の結果を合わせて考察すると、介護期間が長い群では、多くの介護者で介護負担感が高くなる傾向を示すが、この負担感が抑うつ的な精神状態にまで結びつくか否かは、介護者のもつ内的・外的資源によって異なるのではないかと考えられる。

今後に残された課題として、第1に縦断調査を行って結果の因果関係を明確にすること、第2に文化社会的背景や在宅福祉サービスの様相が異なる農村部を対象として、地域別に結果を比較していく必要がある。

調査にご協力頂いた三鷹市民の皆様、および三鷹市役所の皆様に厚く御礼申し上げます。本研究をまとめるにあたって多大なるご協力を頂いた東京都老人総合

研究所保健社会学部門の岡林秀樹氏、高梨 薫氏、社会福祉部門の川元克秀氏、東洋大学の深谷太郎氏、法政大学の佐藤晴美氏、東京大学大学院医学系研究科健康社会学研究室の山崎喜比古助教授に、感謝いたします。

(受付 '97. 5.21)  
(採用 '98. 1.16)

## 文 献

- 1) Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *Gerontologist* 1986; 26: 260-266.
- 2) Townsend A, et al. Longitudinal Impact of Interhousehold Caregiving on Adult Children's Mental Health. *Psychol Aging* 1989; 4: 393-401.
- 3) Rabins PV, et al. Emotional Adaptation over Time in Caregivers for Chronically Ill Elderly People. *Age Ageing* 1990; 19: 185-190.
- 4) Walker AJ, et al. Amount of Care Given and Caregiving Satisfaction: A Latent Growth Curve Analysis. *J Gerontol B: Psychol Sci Soc Sci* 1996; 51B: 130-142.
- 5) Wright LK. Alzheimer's Disease Afflicted Spouses Who Remain at Home: Can Human Dialectics Explain the Findings?. *Soc Sci Med* 1994; 38: 1037-1046.
- 6) Montgomery RJV, Kosloski K. A Longitudinal Analysis of Nursing Home Placement for Dependent Elders Cared for by Spouses vs Adult Children. *J Gerontol B: Psychol Sci Soc Sci* 1994; 49: s62-s74.
- 7) Schulz R, Williamson GM. A 2-Year Longitudinal Study of Depression Among Alzheimer's Caregivers. *Psychol Aging* 1991; 6: 569-578.
- 8) Skaff MM, Perlin LI, Mullan JT. Transitions in the Caregiving Career: Effects on Sense of Mastery. *Psychol Aging* 1996; 11: 247-257.
- 9) 鶴田 聡. 老年期痴呆患者の在宅介護に対する介護者の心理的態度の変化. *老年精医誌* 1995; 6: 737-753.
- 10) Moen P, Robison J, D-McClain D. Caregiving and Women's Well-being: A Life Course Approach. *J Health Soc Behav* 1995; 36: 259-273.
- 11) Seltzer MM, Li LW. The Transitions of Caregiving: Subjective and Objective Definitions. *Gerontologist* 1996; 36: 614-626.
- 12) 新名理恵. 在宅痴呆老人の介護者負担感一研究の問題点と今後の課題一. *老年精医誌* 1991; 2: 754-762.
- 13) Stoller EP, Pugliesi KL. The Transition to the Caregiving Role. A Panel Study of Helpers of Elderly People. *Research on Aging* 1989; 11: 312-330.

- 14) 長寿社会開発センター. 平成6年版老人保健福祉マップ数値表. 東京: 第一法規出版株式会社. 1995.
- 15) 東京都老人総合研究所社会福祉部門編. 高齢者の家族介護と介護サービスニーズ. 東京: 光生館, 1996; 108-186.
- 16) 島 悟, 他. 新しい抑うつ性自己計価尺度について. 精神医学 1985; 27: 717-723.
- 17) Pearlín LI, et al. Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. Gerontologist 1990; 30: 583-594.
- 18) 松岡英子. 在宅要介護老人の介護者のストレス. 家族社会学研究 1993; 5: 101-112.
- 19) 野口裕二. 高齢者のソーシャルサポート: その概念と測定. 社老年学 1991; 34: 37-48.
- 20) Bass D, Noelker L, Rechlin LR. The Moderating Effects of Service Use on Negative Caregiving Consequences. J Gerontol B: Psychol Sci Soc Sci 1996; 51B: s121-s131.
- 21) Pruchno RA et al. Mental and Physical Health of Caregiving Spouses: Development of a Causal Model. J Gerontol B: Psychol Sci Soc Sci 1990; 45: P192-P199.
- 22) 古谷野亘. 団地老人におけるモラルと社会関係一性と配偶者の有無の調節関係一. 社老年学 1992; 35: 3-9.
- 23) Krause N. Stress, Gender, Cognitive Impairment, and Outpatient Physician Use in Later Life. J Gerontol B: Psychol Sci Soc Sci 1996; 51B: P15-P23.
- 24) Aiken LS, West SG. Multiple Regression: Testing and Interpreting Interactions. Newbury Park, CA: Sage, 1991; 49-61.
- 25) Scharlach AE. Caregiving and Employment: Competing or Complementary Roles?. Gerontologist 1994; 34: 378-385.
- 26) Lechner VM, Gupta C. Employed Caregivers: A Four-Year Follow-Up. The Journal of Applied Gerontology 1996; 15: 102-115.
- 27) D-Worters PB. Adding Elder Care to Women's Multiple Roles: A Critical Review of the Caregiver Stress and Multiple Roles Literatures. Sex Roles 1994; 31: 597-616.
- 28) Fredriksen KI. Gender Differences in Employment and the Informal Care of Adults. J of Women and Aging 1996; 8: 35-53.
- 29) Strawbridge WJ, Wallhangen MI. Impact of Family Conflict on Adult Child Caregivers. Gerontologist 1991; 31:770-777.
- 30) Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. NY: Springer, 1984. (本明 寛, 春木 豊, 織田正美監訳. ストレスの心理学 [認知的評価と対処の研究], 東京: 実務教育出版. 1991)

## IMPACT OF DURATION OF CAREGIVING ON STRESS AMONG PRIMARY CAREGIVERS OF ELDERLY

Yoko SUGIHARA\*, Hidehiro SUGISAWA<sup>2\*</sup>, Yomei NAKATANI<sup>3\*</sup>, Hiroshi SHIBATA<sup>4\*</sup>

**Key words:** Caregiving duration, Caregiving burden, CES-D, Socio-economic status, Social support, Representative study

This study examined (1) the direct effect of the duration of caregiving on caregiver psychological distress, and (2) two- or three-way interactions between duration, stressors (elderly's physical and cognitive impairments), and personal (caregiver's economic or work status) or social (informal or formal supports) resources. We interviewed 833 primary family caregivers of non-institutionalized frail elderly who had been selected through a screening process of all residents aged 65 and over (21,567 persons) in a suburban area of Tokyo. Caregiver psychological distress was evaluated by "Caregiving Burden Scale" as a caregiving-specific psychological measurement, and "Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)" as a general psychological measurement.

The results were as follows.

1. For Caregiving Burden, duration showed a direct effect, as those who had been providing care for a longer duration of time reported higher burden. We found no interactions between duration, stressors, and resources on caregiving burden.

2. For CES-D, duration had interactions, but no direct effect. (1) Two-way interactions were observed between duration and caregiver's economic or work status, as caregivers with a low economic status or who were unemployed showed a stronger negative impact from duration of caregiving. (2) Three-way interactions were observed between duration, the elderly's ADL impairment, and informal support. Informal support, such as a secondary caregiver, buffered the negative impact of the elderly's ADL impairment in cases with a shorter duration of caregiving, but not for those with longer duration. (3) Three-way interactions were observed between duration, the elderly's cognitive impairment, and formal emotional support. Formal emotional support buffered the negative impact of the elderly's cognitive impairment for those with a longer duration of caregiving, but not for those with a shorter duration.

These findings suggest that stress-buffering resources differ according to duration of caregiving.

---

\* Dept. of Health Sociology, School of Health Science & Nursing, The Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

<sup>2\*</sup> Dept. of Health Sociology, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

<sup>3\*</sup> Dept. of Social Welfare, Faculty of Integrated Arts and Social Sciences, Japan Women's University

<sup>4\*</sup> Dept. of Community Health, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology