

要介護者の性別および家族介護者の続柄別に見る在宅介護の認知評価、 対処方略および生活への影響の相違

イワタ ノボル ホリグチ カズコ
岩田 昇* 堀口 和子^{2*}

目的 本研究は在宅介護に関わる認知的評価および対処方略・介護による生活影響が、要介護者の性別および主介護者の続柄（配偶者・息子・娘・嫁）によって異なるか否かを検討することを目的とした。

方法 37都道府県内の比較的規模の大きい1,110訪問看護ステーションに調査協力を依頼し、83ステーションから協力同意を得た。各ステーションの管理者に高齢者介護を行っている同居家族を最大20まで選抜し、その家族に質問紙調査票を配布するよう依頼した。その結果選抜された1,278家族の主介護者に、介護に関する認知評価および対処方略・介護による生活への影響に関する自記式測定尺度を含む無記名の質問紙調査を行った。郵送法にて調査票を回収し、計1,020家族から回答を得た（回収率79.8%）。

結果 要介護者の性別および主介護者の続柄の二元配置分散分析の結果、要介護者の要介護度、主介護者の認知的介護評価・対処方略・介護による生活への影響の約半数の尺度で有意な交互作用が認められた。要介護度は、娘が介護する場合、父親より母親の方が高かった。妻を介護する夫や義父を介護する嫁で、社会活動制限感が強く、介護のペース配分が悪く、介護による生活へのネガティブな影響をより強く感じていた。妻を介護する夫は、夫を介護する妻より自己成長感が低く、父親を介護する娘は受容感が低く、妻を介護する夫は家族等の支援が乏しかった。要介護者の性別による主効果は認められなかったが、主介護者続柄では、配偶者に介護されている要介護者は、子に介護されている要介護者より年齢が低く、認知症も少なかった。また、介護する夫の介護継続に関する不安は高いが、夫・妻とも介護の充足感や受容感が高かった。

結論 在宅介護に関する認知的評価や対処方略および介護による生活への影響は要介護者の性別と介護者の続柄の組合せによって異なっていることが明らかになった。要介護者のケアだけでなく、家族介護者の心理的な負担感の軽減方略を視野に入れた介護保険サービスの必要性が示唆された。

Key words : 家族介護, 要介護者の性, 介護者の続柄, 認知評価, 対処方略, 介護による生活への影響

日本公衆衛生雑誌 2016; 63(4): 179-189. doi:10.11236/jph.63.4_179

I 緒 言

『家族による介護から社会による介護へ』というスローガンで導入された介護保険制度^{1~3)}によって、在宅介護問題における家族に要求される比重は相対的に小さくなったと考えられている。しかし、

この制度により身体的側面に関するサービスは確かに充実したものの、行政側ではカバーできない側面における家族介護者への要求はむしろ増大したという報告もある^{4~8)}。家族介護者の負担増大の問題は、在宅での介護生活の継続困難に直結すると考えられる^{1,9,10)}。

かつて三世代世帯が多くを占めた時代の家族介護意識に比べ、現代日本人の介護意識は大きく変容してきている^{7,11)}。そして、それは続柄間でも異なっており¹²⁾、受容できる介護負担レベルも続柄によって異なる可能性がある。たとえば夫を介護する妻で

* 広島国際大学心理学部心理学科

^{2*} 兵庫医療大学看護学部看護学科
責任著者連絡先：〒739-2695 広島県東広島市黒瀬学園台555-36
広島国際大学心理学部心理学科 岩田 昇

あれば、要介護に至るまでの夫と共有してきた時間・思い出や関係性によって受容できる程度の介護負担であっても、介護する子（息子・娘・嫁）にとっては、より大きな負荷と感じられ、受容レベルを超えてしまうような場合である¹³⁾。

家族介護者にとって、介護は何らかの労力を要するものであり、生活上も何らかの制約を受ける。したがって、介護者が要介護者を介護するという何をどうとらえているのかという認知的評価は、介護の負担感の形成に大きな影響を持つ。これまでの研究で、介護者は介護を否定的にとらえるとは限らず、むしろ肯定的にとらえ、やりがいのある活動となっている場合もある^{14,15)}ことが分かっている。そのため、介護に関する認知的評価は多面的にとらえる必要がある^{16,17)}といわれている。

認知的評価とともに重要な変数となっているのが対処方略である。たとえば、介護をストレスと評価した場合でも、適切な対処方略が執られていれば、ストレスによるネガティブな影響（心身の不調など）の発現程度は抑えられる^{18~20)}。ポジティブに評価した場合でも、介護生活を継続していくには気分転換などの対処方略は有効である^{21~23)}。このように、対処方略の機能によって介護が介護者の生活に及ぼす影響は規定される。そして、その結果が、再び介護に関する認知的評価に影響するのである。このように、介護者が介護を続けている間、これらの変数は常に相互に影響しあっていると考えられる。

ところで、これまでの家族介護者の介護負担や精神健康状態に関する研究では、女性介護者と男性介護者との比較^{21,24~26)}や世代・続柄間^{14,27,28)}での比較などが行われてきた。しかし、要介護者の性別と介護者の続柄とを組合せて検討した報告は、我々の知る限り存在しない。この理由の一つは、これまでの研究では介護者のカテゴリーで夫と妻を別々に扱い、息子・娘・嫁等と同時に解析していたことにある。夫と妻を別カテゴリーとした続柄変数では、要介護者の性別をもう一つの要因として二元配置分散分析を行おうとしても、欠落セルが生じてしまい解析ができないのである。

著者ら¹³⁾は、介護者の続柄を配偶者・息子・娘・嫁とカテゴリー化し、要介護者の性別と組合せて介護者の精神健康状態を検討した。その結果、要介護者の性別と介護者の続柄との有意な交互作用を認め、義父を介護する嫁は最もメンタル不調状態にあり、夫を介護する妻や義母を介護する嫁、母親を介護する息子・娘よりも有意に悪いことを報告した。さらに、精神健康状態を従属変数とした介護に関する

認知的評価・対処方略・生活への影響との関連性検討から、嫁および娘のメンタル不調に関連する要因は要介護者の性別によって影響が異なっていることを明らかにした。

この報告¹³⁾は、要介護者の性別や介護者の続柄によって、介護者の精神健康状態に対する認知的介護評価や対処方略・生活への影響の関わりが異なるのか否かを検討したものである。しかしながら、認知的介護評価・対処方略・生活への影響自体の相違については言及されていない。すなわち、たとえば介護のために社会活動が制限されているという認知的評価は、どの続柄の介護者にも共通にみられる危険因子だが、その認知的評価の程度が、要介護者の性別と介護者の続柄の組合せによって異なるのか否かというような、平均値レベルの検討はされていないのである。介護を担う子の認知的評価や対処方略・生活への影響が、要介護者が父母あるいは義父母によって異なるのか否かを検討するためにも、要介護者の性別と介護者の続柄とを組合せて検討する必要がある。そこで本研究ではこの点を検討することを目的とした。本研究では次の3仮説を設定した。

仮説1：介護に関わる主介護者の認知的評価は、要介護者の性別と介護者の続柄の組合せによって異なる。とくに義父を介護する嫁が最もネガティブであり、夫を介護する妻は最もポジティブである。

仮説2：介護に関わる主介護者の対処方略の活用程度は、要介護者の性別と介護者の続柄の組合せによって異なる。とくに義父を介護する嫁が対処方略の活用が最も少なく、夫を介護する妻は最も多い。

仮説3：介護による主介護者の生活への影響の評価は、要介護者の性別と介護者の続柄の組合せによって異なる。とくに義父を介護する嫁が最も生活へのネガティブな影響を評価している。

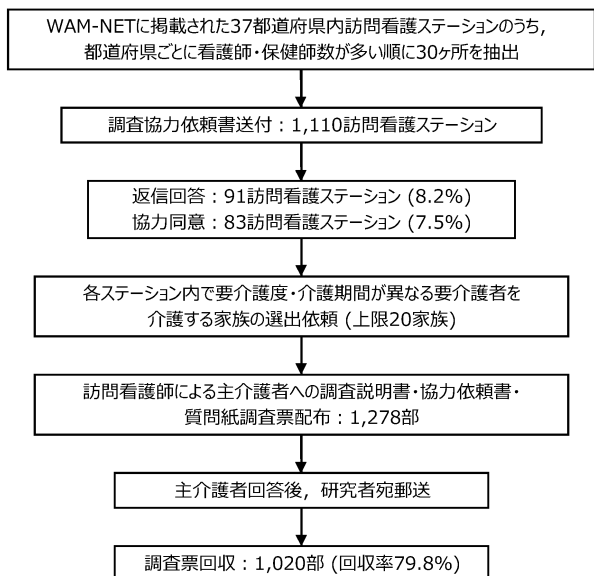
なお、これまで要介護者性別と主介護者続柄を組合せた在宅介護状況や介護者の認知的評価・対処方略・生活への影響に関する比較検討は存在せず、本報告が初めてである。

II 研究方法

1. 調査対象と調査方法

調査対象のサンプリング手続きは図1に示すとおりである。まず、東日本大震災被災指定地域を除く37都道府県内のWAM-NET²⁹⁾に掲載された訪問看護ステーションから、都道府県ごとに看護・保健師数が多い順に30ヶ所を抽出し、抽出した1,110ステーションの管理者に調査協力依頼書を送付した。

図1 本研究の調査手続き



その結果、91ステーション（8.2%）から返信回答が得られ、83ステーション（7.5%）から同意が得られた。その83ステーションの管理者に協力の得られそうな在宅介護を行っている世帯で、要介護度および介護期間が異なる世帯を最大20世帯まで選定するよう依頼した。各ステーションより3～20世帯、83ステーションで計1,278世帯が選定された。訪問看護師の協力を得て、この調査対象世帯に調査趣旨説明書・協力依頼書・質問紙調査票を配布した。

調査は主介護者を対象として行い、調査に同意した場合に調査票回答後、返信用封筒を用いて直接研究者宛に郵送するよう依頼した。1,278部の調査票を配布したうち、1,020部の回答が得られた（回収率79.8%）。なお、調査は無記名で行い、調査概要の説明文書および調査票表紙には、回答をもって同意したとみなす旨を明記した。調査票配布から郵送受取メチまでの調査期間は2011年11～12月であった。

2. 調査項目

介護状況の基本情報として、次の事項を尋ねた。すなわち、要介護者の性・年齢、要介護度、認知症の程度（なし・軽度・中等度・重度）、日常生活自立度、医療的ケアの数（胃ろう・人工肛門・バルン留置カテーテル・吸引・在宅酸素療法・人工呼吸器・点滴・インスリン注射・中心静脈栄養・褥瘡・透析）、利用している介護保険サービス（訪問看護・訪問介護・デイサービス・デイケア・訪問入浴・訪問リハビリテーション・ショートステイ）、介助の程度（食事・服薬・入浴・着替え・歩行・車椅子移動・トイレ・オムツ交換）、夜間介護の有無、同居家族数および続柄、在宅介護期間である。また、主

介護者の性・年齢に加えて、主介護者の要介護者との続柄、健康状態（かなり良い・まあ良い・やや悪い・悪い）、仕事（無職・パート・常勤）、介護を手伝ってくれる人（いる・いない、いる場合にはそれは誰か）、介護のことで相談できる人（いる・いない、いる場合にはそれは誰か）についての回答も求めた。

介護者の認知評価や対処方略の測定には、2つの標準的な測定尺度を用いた。介護の認知的評価は広瀬らの認知的介護評価尺度¹⁷⁾を用いた。この尺度は介護に対する評価を肯定・否定の両側面から捉えた尺度であり、肯定的側面は「介護役割充足感」6項目、「高齢者への親近感」4項目、「自己成長感」3項目、否定的側面は「社会活動制限感」5項目、「介護継続不安感」5項目、「関係性における精神的負担感」3項目の全26項目で構成され、十分な信頼性、妥当性が確認されている。回答選択肢は「まったくそう思わない（配点1）」から「とてもそう思う（配点4）」までの4段階評定で、得点が高いほど肯定的あるいは否定的な認知評価が高いことを表す。本研究では、精神健康尺度と内容的に重複する項目がある「関係性における精神的負担感」を除いた5下位尺度各々で、広瀬らの因子分析結果¹⁷⁾で因子負荷量の上位3項目を抜粋した計15項目を用いた。なお、本研究のデータでこの短縮版の因子分析（最尤法）を行い、固有値1.0以上の5因子をプロマックス回転し、元の因子構造が保たれていることを確認した（表1）。各短縮下位尺度（ α 信頼性係数）は「社会活動制限感（.81）」、「介護継続不安感（.84）」、「介護役割充足感（.68）」、「高齢者への親近感（.86）」、「自己成長感（.75）」であった。

岡林らの対処方略尺度²⁰⁾は介護者の対処方略を捉えるのに頻用されている測定尺度で、5下位尺度全16項目で構成されている。回答選択肢は「全然できていない（配点1）」から「よくできている（配点4）」までの4段階評定である。いずれも得点が高いほど、各側面の対処方略が用いられていることを表す。本研究での α 信頼性係数は「介護におけるペース配分（.68）」・「介護役割の積極的受容（.83）」・「気分転換（.83）」・「私的支援追求（.75）」・「公的支援追求（.65）」であった。

また、主介護者の介護による生活への影響を測定するために、独自に作成した介護生活影響尺度を用いた。これは家族介護者に対する質的研究³⁰⁾で抽出された介護による生活への影響を測定するもので、「介護による生活へのポジティブな影響（.82）」・「介護による生活へのネガティブな影響（.87）」の2下位尺度・各4項目より構成される（カッコ内は

表1 広瀬らの認知的介護評価尺度短縮版の因子構造

項 目	1 高齢者への 親近感	2 介護継続 不安感	3 社会活動 制限感	4 自己 成長感	5 介護役割 充足感
1 趣味や社会活動など自由時間がとれなくて困る。	-.008	-.019	.853	.008	-.016
2 ○○さんのことが気になって、昼間思うように外出できないので困る。	.021	-.029	.821	-.036	.058
3 親戚・近隣・友人との付き合いに支障をきたして困る。	-.029	.096	.600	.010	-.007
4 この先ずっとお世話を続けていかなければならないことが不安である。	-.030	.719	.147	.040	-.138
5 この先、○○さんの状態がどうなるのかわからないことが不安である。	.007	.813	-.066	-.016	.118
6 今後お世話をすることが自分の手に負えなくなるのではないかと不安になる。	.022	.823	-.004	-.006	.016
7 ○○さんのお世話を義務感というより自分の意思で行っている。	.097	.012	.008	-.048	.583
8 私たちは介護することは価値のあることだと思う。	-.104	.012	-.058	.041	.839
9 自分たちは○○さんのために必要なことを行っている。	.127	.018	.170	-.001	.465
10 ○○さんはあなたがお世話をしていることに感謝していると思う。	.935	.037	.001	-.019	-.111
11 お世話することで○○さんと気持ちが通じ合うように感じる。	.728	.003	-.054	.060	.108
12 ○○さんが家族によって介護されていることをうれしく思う。	.706	-.053	.027	.029	.100
13 介護することは自分の老後のためになると思う。	.065	.049	-.074	.587	-.049
14 介護のおかげで人間として成長したと思う。	-.017	-.043	.053	.930	-.055
15 ○○さんのお世話をすることで学ぶことがたくさんある。	-.002	.014	-.011	.552	.202
因子間相関					
	2	3	4	5	
		-.118			
			.576		
				-.033	
					.589

因子抽出法：最尤法，プロマックス回転

α 信頼性係数)。回答選択肢は「よくあてはまる」から「あてはまらない」の4段階評定で、得点が高いほどポジティブあるいはネガティブな影響が高いことを表す。この介護生活影響尺度は看護学教授・講師計3人、心理学教授1人による内容的妥当性の検討を経て作成されており、2因子構造および構成概念妥当性が確認されている（詳細は筆頭著者より提供可能）。なお、これらの測定尺度の回答に際しては、過去3か月を測定期間とした。

3. 分析方法

要介護者の状況、主介護者の認知的介護評価や対処方略などを要介護者の性別および主介護者の続柄間で比較した。介護手伝い（有無）のような二値変数では、要介護者の性別および主介護者の続柄を要因とした比の差の分散分析（逆正弦変換検定）を用い、認知的介護評価や対処方略などの連続変数では通常の分散分析を用いた。要介護者性別と主介護者続柄の交互作用を認めた場合、通常の分散分析では

単純主効果検定（Bonferroni補正）を行った。交互作用が認められない場合には、要介護者性別および主介護者続柄の主効果検定を行った。比の分析では χ^2 検定の調整済残差分析を行った。比の差の分散分析には岡本安晴氏提供の分析ソフト³¹⁾を用い、その他の分析にはIBM/SPSS ver18を用いた。

4. 倫理的配慮

訪問看護ステーションの管理者および介護家族には、研究目的・方法、介護家族および施設の匿名性の確保、研究参加への自由意思の尊重、不参加による不利益がないこと、本調査は介護サービス機関とは関係がないことなどについて、文書で説明した。回答済調査票の返信をもって、介護家族の同意を得たとみなした。なお、本研究は神戸大学大学院保健学研究科保健学倫理委員会の承認（平成23年10月18日）を得た。

Ⅲ 研究結果

1. 要介護者の状況および主介護者の年齢

要介護者の年齢・要介護状態に関する情報および主介護者の年齢を表2に示す。調査期間中に1,020部の調査票回答が得られたが、要介護者の性別および主介護者続柄の記入漏れ、あるいは配偶者・子以外が主介護者の回答を除外し、932家族のデータを本研究の解析対象とした(有効回答率91.4%)。なお、要介護者の年齢や主介護者の状況、ならびに介護に関わる主介護者の認知的評価や対処方略などの個別の解析では、欠損値回答者が除外されている場合がある。

女性要介護者(n=531)に対しては娘が主介護者となっている場合が最も多く(n=204:38.4%)、次いで嫁と夫がほぼ同数(順に128:24.1%, 126:23.7%)であった。男性要介護者(401)では妻がほとんど(320:79.8%)で、娘(43:10.7%)・嫁(23:5.7%)と続いていた。

要介護者の年齢に対する要介護者の性別と主介護者の続柄の交互作用は有意であった。配偶者間での介護では、妻が介護する夫の方が夫が介護する妻よりも有意に高齢であった。息子が介護する場合には逆に、母親の方が高齢であった。なお、主介護者続柄の有意な主効果を認め、配偶者が介護する場合、

要介護者の年齢は70歳代半ばであるのに対し、子が介護する場合にはそれより10歳は高齢だった。要介護度も交互作用を認め、娘が介護する父親より母親の方が要介護度が有意に高かった。医療的ケア数・介護月間・家族人数では交互作用は認められず、主介護者の続柄の主効果が認められた。

主介護者の年齢でも交互作用は認められなかったが、要介護者性別および主介護者続柄それぞれの主効果が認められた。女性要介護者の方が主介護者は高齢で、また配偶者介護者の方が高齢であった。また全体として、日常生活自立度(寝たきり度)はランクB以上で、4~5種類の介護を受けており、2~3種類の介護サービスを利用していた。

2. 要介護者の認知症および主介護者の状況(表3)

要介護者の認知症率および主介護者の状況(有無で測定された変数)のうち、要介護者性別と主介護者続柄の交互作用を認めたのは、健康問題ありの比率のみであった。残差分析に基づく、義父を介護する嫁で有意に健康問題を有する割合が高く、義母を介護する嫁では有意に少なかった。それ以外の変数では主介護者続柄の主効果が認められた。要介護者の年齢差を反映して、認知症の割合は配偶者が介護する場合では4割程度で有意に低く、子が介護す

表2 要介護者の介護状況および主介護者の年齢・年齢差

	女性要介護者				男性要介護者				F 値			単純主効果検定	
	主介護者続柄(人数)				主介護者続柄(人数)				要介護者性別	主介護者続柄	性別 X 続柄	要介護者性別間	主介護者続柄間
	夫(126)	息子(73)	娘(204)	嫁(128)	妻(320)	息子(15)	娘(43)	嫁(23)					
要介護者													
年齢	73.4 ¹ (7.7)	88.0 ² (7.0)	86.7 ³ (8.9)	90.0 ⁴ (6.0)	75.8 ⁵ (8.5)	82.5 ⁶ (9.4)	87.2 ⁷ (5.8)	87.7 ⁸ (7.3)	2.3	130.2**	4.8*	1<5 6<2	1<2,3,4;3<4 5<6,7,8
要介護度	3.8 (1.5)	3.6 (1.5)	4.0 ³ (1.4)	3.8 (1.3)	3.8 (1.4)	4.3 (1.3)	3.4 ⁷ (1.4)	4.0 (1.0)	0.4	0.5	3.1*	7<3	
自立度	3.5 (0.7)	3.4 (0.7)	3.5 (0.7)	3.5 (0.8)	3.4 (0.8)	3.7 (0.6)	3.2 (0.8)	3.4 (0.7)	0.6	1.0	2.6		
介護種類数	4.9 (2.1)	4.1 (2.0)	5.0 (1.9)	4.5 (1.9)	5.1 (1.9)	4.6 (2.0)	4.9 (2.1)	5.1 (1.8)	2.2	1.5	0.6		
医療的ケア数	1.3 (1.3)	0.9 (1.1)	1.0 (1.1)	0.9 (1.0)	1.3 (1.3)	1.5 (1.3)	0.8 (1.1)	1.1 (1.1)	2.0	3.6*	1.5		
サービス利用種類数	3.0 (1.1)	2.7 (0.9)	2.7 (1.0)	2.6 (0.9)	2.8 (1.1)	2.8 (1.3)	2.7 (0.9)	2.9 (0.8)	0.1	1.2	0.9		
介護月間	71.6 (62.1)	61.5 (66.8)	71.3 (62.6)	61.5 (53.2)	76.3 (72.3)	39.6 (32.7)	71.3 (86.8)	48.3 (38.2)	1.2	3.1*	0.8		
家族人数(要介護者除く)	2.0 (1.6)	1.8 (1.3)	2.1 (1.4)	3.1 (1.5)	2.1 (1.6)	2.3 (1.0)	2.2 (1.5)	3.6 (1.4)	3.3	16.6**	0.5		
主介護者													
年齢	75.2 (7.8)	63.1 (10.2)	59.7 (9.7)	60.3 (8.6)	71.9 (8.4)	56.0 (9.0)	58.1 (8.3)	56.5 (6.9)	18.7**	144.0**	1.2		
年齢差	-1.6 ¹ (3.1)	25.1 ² (8.9)	27.1 ³ (5.4)	29.7 ⁴ (7.0)	3.9 ⁵ (3.8)	26.5 ⁶ (11.0)	29.1 ⁷ (6.1)	31.2 ⁸ (4.4)	21.2**	1,293.3**	6.1**	1<5 3<7	1<2<3<4 5<6,7,8

表中の数字は平均(SD)を表す。* P<.05, ** P<.01.

表3 要介護者の認知症保有率および主介護者の状況 (%)

	女性要介護者				男性要介護者				χ^2 (逆正弦変換検定)		
	主介護者続柄 (人数)				主介護者続柄 (人数)						
	夫 (126)	息子 (73)	娘 (204)	嫁 (128)	妻 (320)	息子 (15)	娘 (43)	嫁 (23)	要介護者 性別	主介護者 続柄	性別 X 続柄
要介護者											
認知症あり (%)	40.9 ^a	66.7 ^b	63.3 ^b	70.6 ^b	42.2 ^a	71.4	42.5	73.9	0.3	23.3 ^{**}	4.0
主介護者											
介護手伝いなし (%)	44.4	38.4	39.7	18.8 ^a	45.6 ^b	26.7	39.5	13.0 ^a	0.9	23.0 ^{**}	1.2
相談相手なし (%)	46.0	54.8 ^b	38.2	30.5 ^a	36.6	53.3	37.2	34.8	0.1	9.7 [*]	1.0
健康問題あり (%)	32.8	21.9	23.3	17.3 ^a	28.5	14.3	23.3	43.5 ^b	0.5	5.2	8.3 [*]
仕事あり (%)	10.3 ^a	39.7 ^b	29.4 ^b	32.3 ^b	7.9 ^a	33.3	25.6	26.1	1.1	24.7 ^{**}	0.1

* $P < .05$, ** $P < .01$. a : 調整済み残差 < -1.96 , b : 調整済み残差 $> +1.96$

表4 要介護者性別および主介護者続柄別にみた認知的介護評価尺度・対処方略尺度・介護生活影響尺度の平均値 (標準偏差)

	女性要介護者				男性要介護者				F 値			単純主効果検定	
	主介護者続柄 (人数)				主介護者続柄 (人数)				要介護者 性別	主介護者 続柄	性別 X 続柄	要介護者 性別間	主介護者 続柄間
	夫 (123)	息子 (71)	娘 (201)	嫁 (125)	妻 (304)	息子 (14)	娘 (43)	嫁 (23)					
認知的介護評価尺度 (短縮版)													
社会活動制限感	8.4 ¹ (1.7)	7.6 (1.7)	7.7 ³ (1.7)	7.7 ⁴ (1.9)	7.9 ⁵ (2.0)	7.6 (2.0)	7.9 (1.7)	8.7 ⁸ (2.1)	1.0	1.9	4.2 ^{**}	5 < 1 4 < 8	3, 4 < 1
介護継続不安感	9.1 (1.8)	7.8 (1.8)	7.9 (1.9)	8.1 (2.1)	8.7 (1.9)	8.4 (2.3)	8.3 (2.1)	8.7 (2.1)	2.4	7.0 ^{**}	2.0		
介護役割充足感	9.3 (1.1)	8.9 (1.6)	9.1 (1.5)	8.8 (1.3)	9.3 (1.4)	8.8 (0.7)	8.8 (1.6)	8.4 (1.1)	1.8	6.5 ^{**}	0.9		
高齢者への親近感	8.8 (1.6)	8.7 (1.9)	8.9 (1.7)	8.3 (2.0)	9.0 (1.8)	8.6 (1.4)	8.3 (1.8)	7.9 (2.2)	1.9	5.3 ^{**}	2.4		
自己成長感	8.3 ¹ (1.5)	8.0 (1.6)	8.4 (1.9)	8.3 (1.5)	8.7 ⁵ (1.8)	7.9 (2.0)	8.0 (1.5)	8.0 (1.8)	0.5	2.2	2.7 [*]	1 < 5	
対処方略尺度													
介護における ペース配分	8.9 ¹ (1.5)	9.1 (1.6)	9.0 ³ (1.5)	8.9 (1.7)	9.3 ⁵ (1.7)	8.8 (1.7)	8.5 ⁷ (2.1)	8.3 ⁸ (2.0)	2.3	2.9 [*]	4.5 ^{**}	1 < 5 7 < 3	7, 8 < 5
介護役割の積極 的受容	9.4 ¹ (1.7)	8.9 (1.7)	9.3 ³ (1.6)	9.0 (1.5)	9.8 ⁵ (1.7)	8.9 (1.5)	8.8 ⁷ (2.0)	9.0 (1.3)	0.1	6.7 ^{**}	3.3 [*]	1 < 5 7 < 3	7 < 5
気分転換	7.2 (2.1)	7.6 (2.5)	7.6 (2.4)	7.8 (2.5)	7.6 (2.5)	7.4 (2.9)	7.6 (2.6)	7.0 (2.2)	0.3	0.2	1.3		
私的支援追求	6.6 ¹ (2.1)	6.9 (2.1)	7.5 ³ (2.3)	7.6 ⁴ (1.9)	7.4 ⁵ (2.2)	6.5 (2.4)	7.3 (2.5)	7.3 (1.9)	0.0	2.1	2.8 [*]	1 < 5	1 < 3, 4
公的支援追求	8.7 (1.8)	9.0 (1.5)	9.0 (1.8)	9.1 (1.6)	9.0 (1.8)	9.0 (1.7)	9.0 (1.7)	9.2 (2.0)	0.2	0.6	0.4		
介護生活影響尺度													
介護による生活 へのポジティブ な影響	10.4 (2.1)	10.1 (2.5)	10.4 (2.6)	10.3 (2.3)	10.7 (2.7)	9.3 (3.3)	9.8 (2.7)	9.9 (2.7)	2.0	3.0 [*]	1.4		
介護による生活 へのネガティブ な影響	9.9 ¹ (2.7)	9.1 (2.5)	9.1 (2.6)	9.1 ⁴ (2.8)	8.8 ⁵ (3.1)	9.0 (3.5)	9.9 (2.9)	10.5 ⁸ (2.6)	0.6	1.0	6.2 ^{**}	5 < 1 4 < 8	4 < 1 5 < 8

* $P < .05$, ** $P < .01$.

る女性で有意に高かった。介護手伝いがいない割合は嫁で有意に低かった。相談相手なしの割合は母親を介護する息子で有意に高く、嫁で有意に低かった。仕事を持っている介護者の割合は、配偶者を介護する夫・妻で有意に低く、母親・義母を介護する子で有意に高かった。

3. 認知的介護評価・対処方略・介護による生活への影響における要介護者の性および主介護者続柄による相違 (表4)

認知的介護評価5尺度のうち2尺度、対処方略5尺度のうち3尺度、介護による生活へのネガティブな影響尺度で、要介護者性別と主介護者続柄の交互

作用が認められた。ネガティブな認知的介護評価の「社会活動制限感」は、配偶者が介護する場合には女性を介護する方（夫）が有意に高いが、嫁が介護する場合は男性を介護する方が高かった。さらに、女性を介護する場合には、娘や嫁よりも配偶者の方が有意に高値を示し、男性を介護する場合には配偶者より嫁の方が高値を示した。ポジティブな認知的介護評価の「自己成長感」は、妻を介護する夫より、夫を介護する妻の方が高かった。

「介護におけるペース配分」および「介護役割の積極的受容」は、配偶者が介護する場合には男性を介護する方（妻）が有意に高いが、娘が介護する場合には逆に女性を介護する方が高かった。また男性を介護する場合には、娘よりも配偶者の方が有意に高かった。配偶者間での有意差は「私的支援追求」でも同様だったが、妻を介護する夫は母親・義母を介護する娘・嫁とも有意差を認めた。「介護による生活へのネガティブな影響」は、「社会活動制限感」とほぼ同様の有意差がみられた。

要介護者性別の主効果は検出されなかったが、主介護者続柄では「介護継続不安感」・「介護役割充足感」・「高齢者への親近感」の3認知的介護評価尺度、対処方略の「介護におけるペース配分」・「介護役割の積極的受容」、および「介護による生活へのポジティブな影響」で認められた。唯一のネガティブ尺度である「介護継続不安感」では、嫁と配偶者が息子・娘よりも高い値を示した。その他のポジティブ6尺度は、いずれも配偶者が高値を、嫁・息子が低値を示した。

Ⅳ 考 察

1. 対象者の属性

本研究では37都道府県の比較的規模の大きい1,110訪問看護ステーションのうち、調査協力が得られた83ステーションを利用している1,020介護家族から得た質問紙調査に基づき、在宅介護に関わる主介護者の認知的介護評価・対処方略・介護による生活影響が要介護者の性別および主介護者の続柄によって異なるか否かを検討した。

平成25年国民生活基礎調査³²⁾によると、要介護者の年齢分布は男性要介護者では80～84歳(25.4%)、女性要介護者では85～89歳(26.8%)が最も多い。主介護者の年齢分布を介護者との組合せでみると、70歳代の要介護者に対しては70歳代の主介護者が最も多いが(50.6%)、80歳代の要介護者では50歳代の要介護者が最も多い(29.9%)。主介護者の68.7%は女性で、要介護者と同居している場合が最も多く(61.6%)、続柄では配偶者(26.2%)、子(21.8%)、

子の配偶者(11.2%)の順となっている。

本研究の要介護者および主介護者の性・年齢分布(表2)は、この全国調査³²⁾と概ね同程度であり、本研究が全国の在宅家族の介護状況にある程度反映しているものと推察できる。ただ、本研究の調査が訪問看護ステーションを利用している家族をベースにしたものであるため、平成25年介護保険事業状況報告³³⁾と比較すると、本研究の方が中重度要介護者の割合が多い。要介護度別にみた同居の主介護者の介護時間³²⁾は、要介護3以上では「ほとんど終日」が最も多い。このように介護に多くの時間を要する状況が、本研究における認知評価や対処方略、ならびに生活への影響に関する評定に影響している可能性は否定できない。

2. 認知的介護評価・対処方略・介護による生活影響の要介護者性別と主介護者続柄の組合せによる相違

要介護者性別および主介護者続柄を組合せた検討では、12変数のうち半数で有意な交互作用を認めた(表4)。とくに義父を介護する嫁はネガティブな認知的介護評価の「社会活動制限感」が高く、「介護におけるペース配分」対処が乏しく、「介護による生活へのネガティブな影響」をより強く感じていた。義母を介護する嫁では、実の息子や娘が介護している場合とほぼ同程度であることから、義父を介護する場合にとくに認められる結果であるといえよう。

介護する夫の方がより好ましくない値を示す尺度もあるが、これらの結果より、本研究の仮説1～3は部分的に支持されたとみなすことができる。娘の「高齢者への親近感」・「介護役割の積極的受容」は、母親より父親を介護する場合の方が有意に低かったが、実の娘でも介護に否定的なのだから、義理の関係であれば尚のこと抵抗があるのは容易に想像できる。これまで、嫁は他の家族介護者に比べて、介護に対してポジティブな評価をせず³⁴⁾、介護継続意思が乏しい¹⁴⁾ことや長男の嫁は他の続柄(妻・長女)よりも介護受容レベルが低い³⁵⁾など、とくに嫁の介護に関するネガティブな状況が報告されているが、本研究の結果もそれらと符合する。

ただし、表3にみるように、嫁が介護する場合、要介護者の認知症保有率が最も高く、とくに嫁が介護する義父の認知症保有率は、娘が介護する実父より有意に高いことも考慮に入れる必要がある。認知症介護の場合、症状によっては非常に多くの時間を介護に費やさざるを得ない³²⁾。介護に要する時間に応じて、介護者の日常生活が束縛される程度は増す。介護者は自身の社会生活が制限されていると感

じ、散歩や趣味を楽しむというような気分転換を促進する対処方略の時間も奪われる。ほとんどの場合、介護生活の期限は不明である。したがって、このような介護生活がいつまで続くのかという不安は増大し、介護に対してより否定的な認知をもたらすものと考えられる。嫁が介護する義父の場合、高い認知症率ゆえ、このような介護状況となっている可能性もある。

3. 従来の介護役割規範と現在の介護者の認知的介護評価とのずれ

我々はすでに、主介護者の精神健康状態は要介護者性別および主介護者続柄の組合せによって異なり、とくに義父を介護する嫁が精神的に最も不健康状態にあることを報告した¹³⁾。これは妻と嫁が他の続柄に比べて抑うつ症状が高いという Sugihara らの知見³⁶⁾をさらに深めるものであり、とくに男性要介護者の場合に精神健康状態が悪化することを示したものである。

日本における女性の介護役割は大きく変わってきている^{7,11)}。高齢者を介護する嫁介護者の割合も1995年の34%³⁷⁾から、2001年22.5%³⁸⁾、2011年11.2%³²⁾と大きく減少してきている。反して、同居する実子の介護割合は微増している(2001年19.9%、2011年21.8%)^{32,38)}。一方、現在の要介護高齢者のうち、女性は自分自身も義父母・父母の嫁や娘としての介護経験者であり⁷⁾、男性も女性も、親の介護規範が優勢な頃に育っている¹¹⁾。それゆえ、子ども世代の介護役割に関する規範意識の低下⁷⁾は要介護者の意識や期待とのギャップを生み、双方に情緒的な葛藤を生じさせる可能性がある。

平松³⁹⁾は伝統的な価値観に基づく介護規範意識と80年代後半から推進されてきた男女平等役割意識との矛盾がどう介護ストレスと関係するのかを調査し、「平等志向型」介護意識を持つ娘や「葛藤型」の嫁では介護ストレスを強く認知していることを報告している。介護規範意識は介護のとらえ方に影響しており、それにより介護者の受容可能な負担レベルは異なると考えられる。介護は主婦業としての仕事の一部であり、主婦の義務であると考えられる伝統的な要介護者および家族の場合、当然の「務め」として義父母の介護役割を担わざるを得ない⁴⁰⁾。しかし、義父母の介護者は要介護者と血縁関係がないため、愛情や情緒的な絆を持ちにくく、介護を否定的にとらえる傾向があり²⁸⁾、ポジティブな介護意識である「充実感」は嫁が最も低く、娘より有意に低いという報告¹²⁾もある。血縁関係のない異性である義父の介護は、嫁の負担感の増大や精神健康を損なう可能性が高いといえる。

夫が介護する場合、社会活動制限感が高く、介護による生活へのネガティブな影響も高いが(表4)、この理由の一つも、上述のような自身の子どもの介護することへの期待と現実のギャップによることと考えることもできる。一方、息子ではこのような父・母を介護する場合の差異は認められず、妻が介護する場合は、夫や子が介護する者よりも、介護に関するネガティブな評価が低く、より望ましい対処方略であった(表4)。息子が介護する者のうち、とくに父親を介護する息子の人数が少ないことの影響も否定できないが、これらは社会的圧力とは関係しないところで介護役割を担っていることを示唆しているのかもしれない。

4. 家族介護者の心理的側面への介入の重要性

本論文では、精神健康状態が最も悪い義父を介護する嫁に注目したが、実際にはどの続柄の家族介護者も一般地域住民に比べて著しく精神不健康状態である¹³⁾ことに留意すべきである。在宅介護は介護者にポジティブ・ネガティブ両方の感情^{12,26)}やアンビバレントな感情・評価^{41,42)}を引き起こす。在宅介護の根幹には要介護者と家族介護者との情緒的なつながりがあり、さらに家族内で互いを尊重し配慮しあうような関係、専門職への信頼感や近所の人々の心理的な支え(共感や賞賛)など、情緒的・心理的要素が重要である¹⁰⁾。介護に対する負担感・ネガティブ感情の軽減と肯定感・ポジティブ感情の保有は介護の継続意思を規定する大きな要因となっている^{14,34)}。

介護肯定感の形成には気分転換などの回避型対処行動が有効である¹⁵⁾と言われている。Sugiura ら²⁵⁾は夫が介護する場合、仕事を持つことがうつ軽減に関連していると報告しているが、本集団でも同様に、仕事ありは介護する夫の精神不健康状態を有意に軽減する要因となっている¹³⁾。仕事を持つということは、定期的に家族外の人や外部組織との接触を促すという機能があり、また周りの人たちに説明しやすい「介護から一時的に離れることの正当な理由」を提供するものでもある。ワークライフバランスの重要性が叫ばれる中で、外に仕事を持つことはむしろ有効な対処方略の一つであることを示唆しているともいえる。その一方で、女性が介護する場合にはその効果が認められていないのは、家事のほとんどを女性が担っており、気分転換を図る余裕はないという現状を反映しているのかもしれない。

高齢者の要介護者数は急速に増加してきており⁴³⁾、それに伴い、在宅介護に関わる家族介護者の数も今後明らかに増えていく。その一方で、介護制度で対応できる要介護者数には限りがあるため、同

居家族がいる場合には介護サービスの利用が制限されてしまっているという現実もある。先行研究¹³⁾および本研究で示された家族介護者の負担の様相は、要介護者のケアによる介護者の物理的な負担の軽減だけではなく、心理的な側面への介入も視野に入れた施策の必要性を示唆している。介護認定に応じて、一定期間、ケアプランを固定するという現在の方法から、家族介護者の都合や状況に応じて介護サービス内容を増減できるような柔軟な運用方法の導入や、介護者の続柄も考慮に入れた介護者に対する支援プログラムなどの構築・運用が望まれる。

5. 研究の限界と課題

本研究には、いくつかの限界と課題がある。第一に、標本抽出および調査票回収の過程で生じているセレクションバイアスである。本研究では、多忙をきわめる訪問看護ステーションの中でも、人的資源の関係で相対的に協力可能性が高いと思われた規模の大きなステーションを選抜し、そのステーションに質問紙調査への協力が得られそうな家族介護者への配布を依頼した。そのため、依頼対象が訪問看護ステーションとの関係が良好な家庭に偏っている可能性は否定できず、標本の代表性が確保されているとは言えない。今後、より適切な標本抽出に基づいた再検討が必要である。第二に、要介護者の性別と主介護者続柄の組合せのうち、いくつかの群のデータ数が十分ではないことが挙げられる。とくに、実父を介護する息子や義父を介護する嫁は他の群よりも非常に少数であり、結果の一般化は大きく制限される。第三に、横断調査に基づく本研究のデータは、現在の主介護者のある時点での結果でしかないということである。男性要介護者を介護する妻と息子の介護期間(表1)のように、続柄によって介護期間は2倍近い開きがある。これは、おそらく介護当初、妻が介護していたものが、何らかの理由により息子に交代したというような、家族介護の状況の変化が反映されている可能性が高いものと思われる。嫁が主介護者になっている場合も同様のことが想定される。今後の研究では、要介護状態になってから、家族員の中で主介護者・副介護者(複数の場合も)を誰が担当してきているのか、さらにその役割担当・分担がどのように決められたのかという家族介護の経緯など、介護意識や負担感、あるいは介護に対するネガティブ・ポジティブな認知に大きな影響を及ぼす可能性がある事項に関する情報も考慮する必要があるだろう。

本研究の調査にご協力いただいた介護家族および訪問看護師のみなさまに、心より御礼申し上げます。本研究

は公益財団法人日本生命財団の助成を受け実施した。なお、両著者ともに開示すべきCOI状態はない。

(受付 2015. 8.26)
(採用 2016. 2.29)

文 献

- 厚生労働省, 編. 平成23年版厚生労働白書 社会保障の検証と展望: 国民皆保険・皆年金制度実現から半世紀. 2011; 311-318. <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/> (2016年2月24日アクセス可能).
- Campbell JC, Ikegami N. Long-term care insurance comes to Japan. *Health Aff (Millwood)* 2000; 19(3): 26-39.
- Tsutsui T, Muramatsu N. Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(3): 522-527.
- Arai Y, Kumamoto K. Caregiver burden not 'worse' after new public long-term care (LTC) insurance scheme took over in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19(12): 1205-1206.
- Arai Y, Masui K, Sugiura M, et al. Fewer hours of care yet undiminished caregiver burden with new long-term care insurance in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17(5): 489-491.
- 杉原陽子. 介護の社会化は進んだか. *訪問看護と介護* 2006; 11(12): 1106-1110.
- Tsutsui T, Muramatsu N, Higashino S. Changes in perceived filial obligation norms among coresident family caregivers in Japan. *Gerontologist* 2014; 54(5): 797-807.
- 厚生労働省老健局. 「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集」(結果概要について). 2010. <http://www.mhlw.go.jp/public/kekka/2010/dl/p0517-1a.pdf> (2015年8月25日アクセス可能).
- 後藤真澄, 若松利昭. 要介護度別の介護サービス利用特性に関する研究: 生活場所(在宅, 施設)の選択志向にかかわる要因. *厚生指針* 2003; 50(7): 17-22.
- 堀口和子, 岩田昇, 松田宣子. 家族ユニットにおける介護生活評価指標の開発. *老年社会科学* 2013; 35(1): 15-28.
- Hashizume Y. Gender issues and Japanese family-centered caregiving for frail elderly parents or parents-in-law in modern Japan: from the sociocultural and historical perspectives. *Public Health Nurs* 2000; 17(1): 25-31.
- 新鞍真理子, 荒木晴美, 炭谷靖子. 家族介護者の続柄別にみた介護に対する意識の特徴. *老年社会科学* 2008; 30(3): 415-425.
- Iwata N, Horiguchi K. Differences in caregivers' psychological distress and associated factors by care recipients' gender and kinship. *Aging Ment Health* 2015 [Epub ahead of print].
- 斉藤恵美子, 國崎ちはる, 金川克子. 家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討. 日

- 日本公衆衛生雑誌 2001; 48(3): 180-189.
- 15) 陶山啓子, 河野理恵, 河野保子. 家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析. 老年社会科学 2004; 25(4): 461-470.
 - 16) Lawton MP, Moss M, Kleban MH, et al. A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *J Gerontol* 1991; 46(4): P181-P189.
 - 17) 広瀬美千代, 岡田進一, 白澤政和. 家族介護者の介護に対する認知的評価を測定する尺度の構造: 肯定・否定の両側面に焦点をあてて. 日本在宅ケア学会誌 2005; 9(1): 52-60.
 - 18) 櫻井成美. 介護肯定感をもつ負担軽減効果. 心理学研究 1999; 70(3): 203-210.
 - 19) 岡林秀樹, 杉澤秀博, 高梨 薫, 他. 在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果. 心理学研究 1999; 69(6): 486-493.
 - 20) 岡林秀樹, 杉澤秀博, 高梨 薫, 他. 障害高齢者の在宅介護における対処方略のストレス緩衝効果. 心理学研究 2003; 74(1): 57-63.
 - 21) 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 九津見雅美, 他. 在宅介護継続配偶者介護者における介護経験と精神的健康状態との因果関係の性差の検討. 日本公衆衛生雑誌 2010; 57(1): 3-16.
 - 22) 長澤久美子, 飯田澄美子. 男性介護者の介護継続要因. 家族看護学研究 2008; 14(1): 58-67.
 - 23) 鹿子供宏, 上野伸哉, 安田 肇. アルツハイマー型老年認知症患者を介護する家族の介護負担に関する研究: 介護者の介護負担感, バーンアウトスケールとコーピングの関連を中心に. 老年精神医学雑誌 2008; 19(3): 333-341.
 - 24) 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. 日本公衆衛生雑誌 2004; 51(4): 240-251.
 - 25) Sugiura K, Ito M, Kutsumi M, et al. Gender differences in spousal caregiving in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009; 64(1): 147-156.
 - 26) 大槻優子, 樋口キエ子. 家族介護者の負担感に関する研究: 性差による相違. 女性心身医学 2012; 16(3): 306-314.
 - 27) Nagatomo I, Akasaki Y, Uchida M, et al. Gender of demented patients and specific family relationship of caregiver to patients influence mental fatigue and burdens on relatives as caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(8): 618-625.
 - 28) 小澤芳子. 家族介護者の続柄別にみた介護評価の研究. 日本認知症ケア学会誌 2006; 5(1): 27-34.
 - 29) 福祉医療機構. WAM NET 介護 サービス提供機関の情報. [http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/service/\(2016年2月28日アクセス可能\)](http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/service/(2016年2月28日アクセス可能)).
 - 30) Horiguchi K, Matsuda N, Kotera S, et al. Changing process of the perception of family caregivers for enabling long-term care at home. 10th International Family Nursing Conference, Kobe. 2011; 273.
 - 31) 岡本安晴. 比の差の分散分析. <http://homepage2.nifty.com/okamotoy/anoavp/> (2015年11月22日アクセス可能).
 - 32) 厚生労働省. 平成25年国民生活基礎調査の概況. 2014. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/> (2015年8月25日アクセス可能).
 - 33) 厚生労働省. 平成25年度介護保険事業状況報告(年報). 2015. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/13/> (2015年8月25日アクセス可能).
 - 34) 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), 生きがい感および介護継続意思との関連: 続柄別の検討. 日本公衆衛生雑誌 2002; 49(7): 660-671.
 - 35) 鈴木規子, 谷口幸一, 浅川達人. 在宅高齢者の介護をになう女性介護者の「介護の意味づけ」の構成概念と規定要因の検討. 老年社会科学 2004; 26(1): 68-77.
 - 36) Sugihara Y, Sugisawa H, Nakatani Y, et al. Longitudinal changes in the well-being of Japanese caregivers: variations across kin relationships. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2004; 59(4): P177-P184.
 - 37) 厚生労働省. 平成10年国民生活基礎調査の概況. 1999. http://www1.mhlw.go.jp/toukei/h10-ktyosa/index_8.html (2015年8月25日アクセス可能).
 - 38) 厚生労働省. 平成13年国民生活基礎調査の概況. 2002. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa01/> (2015年8月25日アクセス可能).
 - 39) 平松喜美子. 介護者のストレス認知・評価に影響する介護規範意識と男女平等役割意識. 看護・保健科学研究誌 2005; 5(2): 101-110.
 - 40) 山本則子. 痴呆老人の家族介護に関する研究: 娘および嫁介護者の人生における介護経験の意味(1) 研究背景・文献検討・研究方法. 看護研究 1995; 28(3): 178-199.
 - 41) 天田城介. 在宅痴呆性老人家族介護者の価値変容過程. 老年社会科学 1999; 21(1): 48-61.
 - 42) 広瀬美千代. 家族介護者の「アンビバレントな世界」における語りの記述: もう1つのストーリー構築に向けて. 老年社会科学 2010; 31(4): 481-491.
 - 43) 内閣府. 平成27年版高齢社会白書. 2015; 24-29. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html(2016年2月28日アクセス可能).

Differences in caregivers' cognitive appraisal, coping strategies, and perceived influence on life by care recipients' sex and kinship with primary caregivers

Noboru IWATA* and Kazuko HORIGUCHI^{2*}

Key words : family caregiving, care recipient's sex, kinship, caregivers' cognitive appraisal, coping strategies, perceived influence on life

Objectives This study was aimed at examining whether caregivers' cognitive appraisal, coping strategies, and perceived influence on life vary according to care recipients' sex and caregivers' kinship (e.g., spouse, son, daughter, or daughter-in-law).

Methods We contacted 1,110 relatively large visiting nursing stations in 37 prefectures, 83 of which agreed to participate in the study. Station managers were requested to select up to 20 families with an elderly person to care for. A questionnaire that included measures for caregivers' cognitive appraisal, coping strategies toward family caregiving, and caregivers' perception, which measures the perceptions of negative and positive influences on family life through caregiving, was administered to the 1,278 families selected by the nursing stations. From this pool, 1,020 questionnaires (79.8%) were returned, completed anonymously by primary caregivers.

Results Two-way analysis of variance was used to analyze the care recipients' sex and kinship with primary caregivers. The analysis revealed significant interactions regarding the level of care required and approximately half of the scales measuring cognitive appraisal, coping strategies, and perceived influence on life. The level of care required was higher for male care recipients than for female care recipients when recipients were cared for by their daughters.

Husbands caring for wives and daughters-in-law caring for fathers-in-law were more likely to feel "restricted in their social life," have difficulty "keeping pace" with caregiving, and have "negative influence on life." Husbands caring for wives felt less "personal growth through caregiving" than wives caring for husbands. Daughters caring for fathers perceived a lower "positive acceptance of caregiving role" than those caring for mothers. Husbands caring for wives tended not to seek "informal support."

Care recipients' sex had little influence on caregivers' cognitive appraisal, coping strategies, and caregivers' perceptions of negative and positive influences on family life. Regarding the main effects of caregivers' kinship, spousal caregivers felt more anxious about continuous caregiving but felt more "fulfilled" and "positively accepted" in their caregiving role.

Conclusion Cognitive appraisal and coping strategies toward family caregiving, and the caregivers' perceptions of negative and positive influences on life might vary according to care recipients' sex and caregivers' kinship. Our findings suggest the necessity for long-term care insurance services to incorporate not only care for the care recipients but also a strategy to deal with the psychological burden of family caregivers.

* Department of Psychology, Hiroshima International University

^{2*} School of Nursing, Hyogo University of Health Sciences