在宅要介護高齢者ならびにその家族介護者における 主観的言語コミュニケーション満足度の関連要因

三浦 宏子¹⁾ 荒井由美子²⁾ 山崎きよ子³⁾

〈要 約〉 在宅要介護高齢者とその家族介護者 85 組を対象として、要介護高齢者とその介護者間の言語コミュニケーション満足度の一致度と調べるとともに、それぞれの言語コミュニケーション満足度に影響を及ぼす関連要因について解析を行った。介護者に対しては自記式質問紙による留置調査を実施し、その基本属性、言語コミュニケーション満足度、介護負担感、1 日あたりの介護時間、1 日あたりの自由時間、介護期間、介護サービスの利用状況などについて調べた。一方、要介護高齢者に対しては、デイスサービス利用時に聞き取り調査を行い、その基本属性、言語コミュニケーション満足度、痴呆の程度、日常生活機能、意思伝達機能、情報理解能、摂食・嚥下機能などについて調べた。その結果、言語コミュニケーション満足者の割合は、要介護高齢者で 82.4%、介護者で 55.3% であった。両者の統計的一致度は κ 値 = 0.17 と低かった。2 変量解析の結果、要介護高齢者の言語コミュニケーション満足度と有意な関連性を示した項目は、日常生活機能 ($p < 0.01$)、情報理解能 ($p < 0.05$)、ならびに嚥下機能 ($p < 0.05$) であり、いずれも要介護高齢者自身の身体的機能に関するものであった。一方、介護者の言語コミュニケーション満足度は、要介護高齢者の性別 ($p < 0.05$) ならびに介護者の介護負担感 ($p < 0.01$) と有意な関連性を示した。次に多重ロジスティック回帰分析を行ったところ、要介護高齢者の言語コミュニケーション満足度と有意な関連性を示した項目は情報理解能であり (p 値 = 0.032, オッズ比 = 2.960)、介護者の言語コミュニケーション満足度と有意な関連性を示した項目は介護負担感であった (p 値 = 0.004, オッズ比 = 0.842)。これらの結果より、要介護高齢者とその家族介護者の言語コミュニケーション満足度の一致性は低く、その関連要因も大きく異なることが示唆された。

Key words: 要介護高齢者, 言語コミュニケーション, 介護者, 介護負担感

(日老医誌 2005; 42: 328—334)

緒 言

現在、介護保険サービスを受給している要介護高齢者の数は 269 万人にも昇り、そのうちの約 7 割を在宅サービスが占めている¹⁾。この数は、今後さらに増加することが予測されており、在宅介護の質のさらなる向上が求められている²⁾。円滑に質の高い在宅介護を行うためには、介護保険に代表される公的サービスの拡充だけでなく、要介護高齢者とその家族介護者との間に良好なコミュニケーションが確立されていることが、重要な条件となる。コミュニケーションには、大別して言語コミュニケーションと非言語コミュニケーションの 2 つがある

が、特に言語コミュニケーション能力は、要介護高齢者が自分の現状や希望を、介護者や医療従事者などの他者に伝達するだけではなく、人間関係の構築のうえでも極めて重要な役割を果たす^{3)~5)}。しかし、要介護高齢者とその家族介護者の言語コミュニケーションに関する調査研究は少なく、両者間の言語コミュニケーション状態の詳細は十分に明らかになっていない。

要介護高齢者の介護は長期間にわたる例が多く、要介護高齢者と家庭内の介護者との間の言語コミュニケーションが不足している場合では、介護者の介護負担感の増加をきたすことが予想される。しかし、要介護老人ならびにその介護者間の言語コミュニケーションと介護者の介護負担感との直接的な関連性を調べた先行研究はほとんどなく、その詳細は不明である。在宅介護の質の向上のためにも、要介護者のみならず介護者の言語コミュニケーションに関わる要因を明らかにすることは意義あるものと考えられる。

言語コミュニケーションは神経系、感覚系、運動系の器官や機能が複雑に関与して営まれるものであるため、

1) H. Miura: 九州保健福祉大学保健科学部言語聴覚療法学科

2) Y. Arai: 国立長寿研究センター研究所 長寿政策科学研究部

3) K. Yamasaki: 九州保健福祉大学社会福祉学部福祉環境マネジメント学科

受付日: 2004. 7. 22, 採用日: 2004. 9. 14

その状態の総合評価が難しいという側面がある⁶⁾。そこで、まず要介護高齢者ならびに介護者のそれぞれに対して、自身の言語コミュニケーションに対する満足度について主観的に自己評価をしてもらい、その結果を用いて、言語コミュニケーションに関係する要因分析を行った。本研究では、要介護高齢者とその主たる介護者の言語コミュニケーション満足度との間に一致性が認められるのか、また介護者の介護負担感と言語コミュニケーション能力ならびに満足度との間に関連性が見られるのかの2点を明らかにすることを目的に、2変量解析と多変量解析を行った。

対象および方法

1. 調査対象

宮崎県延岡市内に居住している高齢者で家族と同居し、平成15年10月1日の時点で要介護認定を受けている者のうち、デイサービスを利用している要介護高齢者とその主たる家族介護者の両者から調査に同意が得られた115組に調査をお願いした。調査の実施にあたっては、調査実施前に本学の倫理委員会において承認を得た後に、予定対象者のために説明会を開催し、要介護高齢者とその家族介護者、ならびにデイサービスセンターの管理者と担当者に、調査内容を説明した。上記の115組のうち、有効回答が得られた85組の要介護高齢者とその介護者を、実際の解析対象者とした（有効回答率＝73.9%）。なお、本調査は、平成15年10月より平成16年1月に実施した。

2. 調査項目ならびに調査方法

本研究は、断面調査の方法を用いて行った。上述した家族介護者には、自記式質問紙を配布し、約1週間後に回収する留置調査を実施し、その基本属性、主観的言語コミュニケーション満足度、介護負担感、1日あたりの介護時間、1日あたりの自由時間、今までの介護期間などについて調べた。一方、要介護高齢者に対しては、デイサービス利用時にインタビュアーが聞き取り調査を行い、その基本属性、主観的言語コミュニケーション満足度、痴呆の程度、摂食・嚥下機能、日常生活機能、意思伝達機能、情報理解能などについて調べた。

1) 主観的言語コミュニケーション満足度

本研究では、我々が従来から用いている主観的方法⁴⁾を用いて、言語コミュニケーション満足度に関する評価を行った。すなわち、要介護高齢者とその家族介護者の両者に対して、「あなたは、自分のご家族との日常会話に満足していますか」という同じ質問を設定し、「はい」、「いいえ」の2段階で回答を求めた。

2) 介護負担感

介護負担感の評価指標としては様々なものが考案されているが、本研究では、荒井らが作成したZarit介護負担尺度日本語短縮版(J-ZBI_8)⁷⁾を用いて評価を行った。この評価指標は、以前より広く使用されてきたZarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)を簡便化したものであり、このスケールを用いて0～32点で評価した。

3) 摂食・嚥下機能の評価

摂食・嚥下機能の評価は、我々が従来から用いている摂食・嚥下障害ケアアセスメント法の本人評価表の18項目の質問事項⁸⁾を用いた。18項目それぞれについて、「よくある」、「時々ある」、「まったくない」の3段階で評価し、各回答項目について2点、1点、0点を与えてスコア化し、0～36点で摂食・嚥下障害の程度を判定した。すなわち、摂食・嚥下機能にまったく問題がない場合は0点を割り付け、摂食・嚥下障害のスコア値（嚥下スコア）の上昇は、摂食・嚥下障害のリスク要因の増加を示すものとした。

4) 日常生活機能（ADL）ならびにコミュニケーション機能の評価

本研究では、コミュニケーション能力を含めて、広くADLを評価することができるADL-20⁹⁾を用いて、要介護高齢者のADLを0～60点で評価した。また、ADL-20の下位階層であるコミュニケーションADL(CADL)評価項目を用いて、対象者の意思伝達機能と情報理解機能についても調べた。

5) 痴呆の評価

痴呆の程度については、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)¹⁰⁾を用いて0～30点で評価した。

3. 統計解析

言語コミュニケーション満足度に関しての要介護高齢者とその介護者の回答の一致性については、Kappa(κ)統計量¹¹⁾を用いて解析を行った。また、主観的言語コミュニケーション満足群と不満足群の2群間の比較には、t検定とWelch検定を用いた。さらに、交絡要因の影響を取り除いたうえで、要介護高齢者と家族介護者における各々の言語コミュニケーション満足度の関連要因を調べるために、多重ロジスティック回帰分析を行った。独立変数は、要介護高齢者自身の年齢ならびに性別、嚥下スコア、HDS-Rスコア、ADL-20スコア、意思伝達能スコア、情報伝達能スコア、介護者の年齢ならびに性別、1日あたりの介護時間、1日あたりの自由時間、今までの介護期間、利用している介護サービス数とした。なお、これらの一連の統計解析には、SPSS Ver.12(エス・ピー・エス・ジャパン社、東京)を用いた。

結 果

解析対象者の要介護高齢者の平均年齢は 80.8 ± 7.6 歳で、男性 27 名、女性 58 名であった。介護保険における要介護度については、要支援者が 14.1%，要介護度 1 の者が 15.3%，要介護度 2 の者が 23.5%，要介護度 3 の者が 23.5%，要介護度 4 の者が 16.5%，要介護度 5 の者が 7.1% であった。一方、家族介護者の平均年齢は 64.3 ± 12.9 歳で、男性 19 名、女性 66 名であった。要介護高齢者との続柄は、配偶者が 29.4%，子が 34.1%，子の配偶者が 23.5%，その他が 12.9% であった。

表 1 に、要介護高齢者と介護者における主観的言語コミュニケーションに対する満足度の一致性について記した。言語コミュニケーションに満足している者の割合は 82.4% であるのに対し、家族介護者では 55.3% であった。両者の一致性について統計的に調べたところ κ 値 = 0.17 (信頼区間 = 0.007 ~ 0.339) であり、有意な一致性は認められなかった。

次に、要介護高齢者の言語コミュニケーション満足度の関連要因を調べた。表 2 には、要介護高齢者自身の身体的機能状態、介護サービス利用状況や基本属性との関連性を示し、表 3 には介護者の介護負担感や基本属性との関連性を示した。要介護高齢者の言語コミュニケーション満足度と有意な関連性が見られた項目は、要介護高齢者の ADL-20 総スコア、ADL-20 スコアの下位項目のひとつである情報理解能に関するスコア、嚥下スコアであり ($p < 0.05$)、いずれも要介護高齢者自身の身体的機能に関わる項目であった。一方、要介護高齢者の言語コミュニケーション満足度は、続柄、介護者の介護負担感などの介護者側の要因との間には有意な関連性を認めなかった。次に、交絡要因の影響を除き、要介護高齢者の言語コミュニケーション満足度と有意に関係する項目を調べるために、多重ロジスティック回帰分析を行ったところ、情報理解能スコアのみが有意な関連性を示した (p 値 = 0.032, Wald = 4.597, オッズ比 = 2.960, 95% 信頼区間 = 1.098 ~ 7.982)。

さらに、介護者の言語コミュニケーション満足度の関連要因を調べた。表 4 には、要介護高齢者の身体的機能状態、介護サービス利用状況や基本属性との関連性を示し、表 5 には介護者の介護負担感や基本属性との関連性を示した。介護者の言語コミュニケーション満足度と有意な関連性が認められた項目は、要介護高齢者の性別 ($p < 0.05$) と介護者の J-ZBI_8 スコアであった。また、多重ロジスティック回帰分析を行った結果、J-ZBI_8 スコアのみが有意な関連性を示した (p 値 = 0.004, Wald =

表 1 言語コミュニケーション満足度に対する要介護高齢者とその家族介護者の一致性

	家族介護者	
	満足群 (N = 47)	不満足群 (N = 38)
要介護高齢者 満足群 (N = 70)	42	28
不満足群 (N = 15)	5	10

κ 値 = 0.17 (z 値 = 1.885, 95% 信頼区間 = 0.007 ~ 0.339)

8.318, オッズ比 = 0.842, 95% 信頼区間 = 0.749 ~ 0.946)。

考 察

本研究の結果、要介護高齢者とその家族介護者に対して、同様な主観的方法を用いて、言語コミュニケーション満足度を評価した場合、両者においては統計的な一致度は低く、相互の関連性は低いものと考えられた。いくつかの研究において、生活状況に関する要介護高齢者と家族介護者の認識については、個人の主観に依存する程度が高いものほど一致度は低下すると報告されているが¹²⁾、本研究で調べた言語コミュニケーション満足度においても同様な傾向を示した。

2 変量解析と多重ロジスティック回帰分析の結果、要介護高齢者とその家族介護者における各々の言語コミュニケーション満足度と関連していた項目は、大きく異なっていた。多重ロジスティック回帰分析の結果、要介護高齢者の言語コミュニケーション満足度に最も関連していた項目は情報理解能であったが、情報理解能とともに CADL の構成要素である意思伝達能は、言語コミュニケーション満足度と有意な関連性を示さなかった。これらの結果より、要介護高齢者の言語コミュニケーションでは、表出よりも理解が大きなウェイトを占めることが示唆された。要介護高齢者より ADL が高い水準にある虚弱老人を対象とした言語コミュニケーションに関する先行研究では、社会活動状況と主観的健康状態が言語コミュニケーション満足度と密接な関連性を有することが報告されているが⁴⁾、本研究でも対象者自身の身体的機能が大きな関連要因であることが明らかになった。しかし、在宅要介護高齢者という対象者の特性もあり、社会活動状況との関連性は認められなかった。また、要介護高齢者の摂食・嚥下機能は、2 変量解析において、要介護高齢者自身の言語コミュニケーション満足度と有意な関連性を示したが、摂食・嚥下機能は発声・発語機能と密接な関連性を有するので¹³⁾、本研究の多重ロジスティック回帰分析においては交絡要因として除外され

表2 要介護高齢者の言語コミュニケーション満足度と要介護高齢者自身の健康状態ならびに基本属性との関連性

(a) t検定または Welch 検定による分析

要介護高齢者の要因	要介護高齢者の主観的言語コミュニケーション		p 値
	満足群 (N = 70)	不満足群 (N = 15)	
年齢 (年)	81.33 ± 7.49	80.71 ± 7.75	NS
HDS-R	15.24 ± 7.99	12.30 ± 7.44	NS
嚥下スコア	7.27 ± 5.68	10.67 ± 5.13	0.02
ADL-20	40.12 ± 14.98	24.44 ± 18.85	0.00
意思伝達機能	2.77 ± 0.59	2.36 ± 1.01	NS
情報理解能	2.82 ± 0.54	2.23 ± 0.93	0.04
在宅介護サービス利用数	1.67 ± 1.12	1.78 ± 1.52	NS

(b) χ^2 検定による分析

要介護高齢者の要因	要介護高齢者の主観的言語コミュニケーション		p 値
	満足群 (N = 70)	不満足群 (N = 15)	
性別			NS
男性	19 (70.4%)	8 (29.6%)	
女性	51 (87.9%)	7 (12.1%)	
要介護度			NS
要支援	11 (91.7%)	1 (8.3%)	
要介護 1	12 (92.3%)	1 (7.7%)	
要介護 2	17 (85.0%)	3 (15.0%)	
要介護 3	16 (80.0%)	4 (20.0%)	
要介護 4	9 (64.3%)	5 (35.7%)	
要介護 5	5 (83.3%)	1 (16.7%)	

NS : not significant

表3 要介護高齢者の言語コミュニケーション満足度とその家族介護者の介護負担感ならびに基本属性との関連性

(a) t検定または Welch 検定による分析

家族介護者の要因	要介護高齢者の主観的言語コミュニケーション		p 値
	満足群 (N = 70)	不満足群 (N = 15)	
年齢 (年)	65.77 ± 12.54	64.69 ± 13.03	NS
J-ZBI_8	10.16 ± 7.16	11.88 ± 7.70	NS
介護時間 (時間/日)	6.34 ± 6.77	7.32 ± 6.99	NS
自由時間 (時間/日)	4.21 ± 5.71	3.61 ± 2.66	NS
介護期間 (年)	4.94 ± 5.42	6.17 ± 6.94	NS

(b) χ^2 検定による分析

家族介護者の要因	要介護高齢者の主観的言語コミュニケーション		p 値
	満足群 (N = 70)	不満足群 (N = 15)	
性別			NS
男性	18 (94.7%)	1 (5.3%)	
女性	52 (78.8%)	14 (21.2%)	
続柄			NS
配偶者	21 (84.0%)	4 (16.0%)	
子	24 (82.8%)	5 (17.2%)	
子の配偶者	15 (75.0%)	5 (25.0%)	
その他	10 (90.9%)	1 (9.1%)	

NS : not significant

表4 家族介護者の言語コミュニケーション満足度と要介護高齢者の健康状態ならびに基本属性との関連性

(a) t検定または Welch 検定による分析

要介護高齢者の要因	家族介護者の主観的言語コミュニケーション		p 値
	満足群 (N = 47)	不満足群 (N = 38)	
年齢 (年)	81.76 ± 7.54	79.39 ± 7.53	NS
HDS-R	14.73 ± 8.44	13.25 ± 7.52	NS
嚥下スコア	7.38 ± 5.47	8.39 ± 5.93	NS
ADL-20	34.44 ± 16.26	38.00 ± 18.14	NS
意思伝達機能	2.65 ± 0.81	2.56 ± 0.84	NS
情報理解能	2.72 ± 0.66	2.67 ± 0.72	NS
居宅サービス利用数	1.75 ± 1.04	1.81 ± 1.27	NS

(b) χ^2 検定による分析

要介護高齢者の要因	家族介護者の主観的言語コミュニケーション		p 値
	満足群 (N = 47)	不満足群 (N = 38)	
性別			
男性	10 (37.0%)	17 (63.0%)	0.04
女性	37 (63.8%)	21 (36.2%)	
要介護度			
要支援	6 (50.0%)	6 (50.0%)	NS
要介護 1	9 (69.2%)	4 (30.8%)	
要介護 2	10 (50.0%)	10 (50.0%)	
要介護 3	12 (60.0%)	8 (40.0%)	
要介護 4	7 (50.0%)	7 (50.0%)	
要介護 5	3 (50.0%)	3 (50.0%)	

NS: not significant

表5 家族介護者の言語コミュニケーション満足度と家族介護者自身の介護負担感ならびに基本属性との関連性

(a) t検定または Welch 検定による分析

家族介護者の要因	家族介護者の主観的言語コミュニケーション		p 値
	満足群 (N = 47)	不満足群 (N = 38)	
年齢 (年)	65.76 ± 12.06	65.49 ± 13.60	NS
J-ZBI 8	8.37 ± 5.73	13.66 ± 7.85	0.001
介護時間 (時間/日)	6.36 ± 6.19	6.81 ± 7.51	NS
自由時間 (時間/日)	4.43 ± 5.79	3.84 ± 4.40	NS
介護期間 (年)	4.56 ± 4.35	5.72 ± 6.96	NS

(b) χ^2 検定による分析

家族介護者の要因	家族介護者の主観的言語コミュニケーション		p 値
	満足群 (N = 47)	不満足群 (N = 38)	
性別			
男性	16 (59.3%)	11 (40.7%)	NS
女性	31 (53.4%)	27 (46.6%)	
続柄			
配偶者	14 (56.0%)	11 (44.0%)	NS
子	15 (51.7%)	14 (48.3%)	
子の配偶者	13 (65.0%)	7 (35.0%)	
その他	5 (45.5%)	6 (54.5%)	

NS: not significant

た。本研究で対象とした要介護高齢者において、摂食・嚥下機能の低下を示した者が多数認められたが、その多くで言語コミュニケーション満足度が低下していた。これらのことより、口腔機能賦活を含むリハビリテーションを適切に導入することは、言語コミュニケーションと摂食・嚥下機能の維持・向上を目指す上でも、極めて有効な手段であると考えられた。

本研究の結果、介護者の言語コミュニケーション満足度は、介護者の介護負担感と密接な関連性を示したが、本研究の解析結果のみでは両者の直接的な因果関係を特定することはできない。しかし、言語コミュニケーション満足度が低下している家族介護者では、介護負担感も高いことが多いことが明らかになったことから、在宅介護サービスを導入する場合には、要介護高齢者だけでなく家族介護者の状況にも配慮する必要があることが示唆された。先行研究では、要介護高齢者の介護負担とADLについては関連性を認める研究と認めない研究の両者が報告されており^{14)~16)}、統一した見解が現時点で得られていないが、言語コミュニケーションは文化的要因や地理的背景など様々な要因の影響を受けるため、言語コミュニケーション満足度と介護負担感との関連性については、今後、他地域における同様な調査の実施などの詳細な検討が必要であると考えられる。2変量解析の結果では、介護者の言語コミュニケーション満足度は、要介護高齢者の性別と有意な関連性を示し、要介護高齢者が女性であるほうが、より言語コミュニケーション満足度が高い傾向が認められたが、多重ロジスティック回帰分析では有意な関連性を認めなかったことから、性別と言語コミュニケーション満足度の関連性については、現時点では明確ではない。両者の関連性についても、より大きな例数を用いて詳細に検討する必要があると考えられた。

本研究の結果より、要介護高齢者とその家族介護者の言語コミュニケーション満足度とその影響要因は必ずしも一致せず、それぞれの言語コミュニケーション満足度を向上させるためには、一元的対策のみでは不十分であることが明らかになった。また、家族介護者において、言語コミュニケーション満足度が低下している場合は、高い介護負担感を有している危険性があることがわかった。在宅介護を円滑に行うためには、要介護高齢者だけでなく家族介護者のQOLへの配慮が重要であり、今後は、介護者における言語コミュニケーション満足度と介護負担感、QOLの三者の関連性についても検討していく必要があるものと考えられた。

謝辞：本研究は、厚生労働科学研究費長寿科学研究事

業(H15-長寿-025)の助成を受けて遂行されたものであることを付記して、ここに謝意を表わすものである。

文 献

- 1) 内閣府：平成16年版 高齢社会白書。ぎょうせい，東京，2004，p36—38.
- 2) 松嶋甲枝，鷺尾昌一，荒井由美子，朔 義亮，井出三郎：訪問看護サービスを利用している在宅要介護高齢者の主介護者の介護負担。臨牀と研究 2003；80：1687—1688.
- 3) 綿森淑子，竹内愛子，福迫陽子，宮森孝史，鈴木 勉，遠藤教子ほか：痴呆患者のコミュニケーション能力。リハビリテーション医学 1989；26：23—33.
- 4) Miura H, Kariyasu M, Yamasaki K, Sumi Y: Physical, mental and social factors affecting self-rated verbal communication among elderly individuals. Geriatr Gerontol Int 2004；4：100—104.
- 5) Marin DB, Dugue M, Schmeidler J, Santoro J, Neugroschl J, Zaklad G, et al.: The caregiver activity survey (CAS) : Longitudinal validation of an instrument that measures time spent caregiving for individuals with Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry 2000；15：680—686.
- 6) 町田綾子，馬場 幸，平田 文，長澤晶子，飯島 節，原美津子ほか：痴呆性高齢者の認知・言語コミュニケーション能力を短時間で測定する「ミニコミュニケーションテスト—MCT」の開発と信頼性・妥当性の検討。日老医誌 2003；40：274—281.
- 7) 荒井由美子，田宮菜奈子，矢野栄二：Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI-8) の作成：その信頼性と妥当性に関する検討。日老医誌 2003；40：497—503.
- 8) 三浦宏子，荻安 誠，山崎きよ子，荒井由美子：虚弱老人における摂食・嚥下障害に関するケアアセスメント。日老医誌 2004；41：217—222.
- 9) 江藤文夫，田中正則，千島 亮，五十嵐雅哉，溝口 環，和田博史ほか：老年者のADL評価法に関する研究。日老医誌 1992；29：841—848.
- 10) 加藤伸司，長谷川和夫：改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成。老年精神医学誌 1991；2：1339—1347.
- 11) Cohen J: A coefficient of agreement for nominal scales. Edu Psychol Meas 1960；20：37—46.
- 12) Nelson LM, Longstreth Jr WT, Koepsell TD, Checkoway H, Van Bell G: Completeness and accuracy of interview data from proxy respondents: demographic, medical and life-style factors. Epidemiology 1994；5：204—217.
- 13) Sonies BC, Stone M, Shawker T: Speech and swallowing in the elderly. Gerontology 1984；2：115—123.
- 14) Scholte op Reimer WJ, de Haan RJ, Rijnders PT, Limburg M, van den Boo GA: The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. Stroke 1998；29：1605—1611.
- 15) Annerstedt L, Elmstahl S, Ingvald B, Samuelsson SM: Family caregiving in dementia: an analysis of caregiver's burden and the "breaking-point" when home care becomes inadequate. Scand J Public Health 2000；28：23—31.
- 16) Elmstahl S, Malmberg B, Annerstedt L: Caregiver's

burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. Arch Phys Med Rehabil 1996;77:177-182.

Abstract

Factors affecting subjective satisfaction with verbal communication among the disabled elderly and their family caregivers

Hiroko Miura¹⁾²⁾, Yumiko Arai²⁾ and Kiyoko Yamasaki³⁾

The aims of the present study were to investigate satisfaction with verbal communication among the disabled elderly and their family caregivers; and to find the significantly influential factors of satisfaction with verbal communication. The subjects were 85 disabled elderly and 85 family caregivers. For the disabled elderly, satisfaction with verbal communication, demographic, and physical factors were examined using an interview survey. For the caregivers, satisfaction with verbal communication, demographic factors, and some factors related caregiving were examined using a self-administered questionnaire. In the disabled elderly, 82.4% were satisfied with their verbal communication while 55.3% of family caregivers were satisfied. Satisfaction with verbal communication between the disabled elderly and their caregivers showed low agreement ($\kappa=0.17$). Bivariate analysis revealed that satisfaction with verbal communication of the disabled elderly was significantly related to ADL ($p<0.01$), dysphagia risk ($p<0.05$), and ability of comprehension ($p<0.05$) while satisfaction with verbal communication of caregivers was significantly related to the gender of the disabled elderly and caregivers' burden. Furthermore, multiple regression analysis showed that the factor most related to satisfaction with verbal communication for the disabled elderly was ability of comprehension (p value = 0.032, odds ratio = 2.960), and the most related factor for their caregivers was the burden evaluated by J-ZBI_8 (p value = 0.004, odds ratio = 0.842). These results suggest that satisfaction with verbal communication of the disabled elderly disagrees with that of the family caregivers, and that some related factors for the disabled elderly are different from those in their family caregivers.

Key words : *Disabled elderly, Verbal communication, Caregiver, Burden*

(Jpn J Geriatr 2005; 42:328-334)

1) Department of Speech Therapy, Faculty of Health Science, Kyushu University of Health and Welfare

2) Department of Gerontological Policy (Health Policy for the Aged), National Institute for Longevity Sciences (NILS)

3) Department of Welfare Environmental Management, Faculty of Health Science, Kyushu University of Health and Welfare