痴呆性高齢者に対する簡易コミュニケーションスケール作成の試み

武田 章敬¹⁾ 川合 圭成¹⁾ 服部 陽子²⁾
 渡辺 由己³⁾ 水野 裕⁴⁾ 田畑 治⁵⁾
 川村 陽一⁶⁾ 柴山 漠人⁴⁾ 祖父江 元¹⁾

〈要 約〉 痴呆性高齢者のコミュニケーション能力を評価するために「良好なコミュニケーションをとるために必要な能力」に関する半構造化面接の結果抽出された項目をもとに「簡易コミュニケーションスケール」を作成した。本尺度は言語機能、判断力、感情機能等コミュニケーションに関連する能力を総合的に評価し、視線を向ける、うなずき、微笑などの非言語的コミュニケーションをも評価に含めており、高度な痴呆を呈する高齢者にも負担をかけずに施行可能である。施設入所中の痴呆性高齢者 106 名（平均年齢 82.6 ± 7.9 歳）に施行した結果、本尺度の得点は介護スタッフへのアンケートによるコミュニケーション能力の評価 ($r=0.958$ および 0.952)、GBS 痴呆症状評価尺度の知的機能 ($r=-0.904$)、感情機能 ($r=-0.841$)、運動機能 ($r=-0.679$)、改訂長谷川式簡易知能評価スケール ($r=0.625$)、Mini-Mental State ($r=0.733$) と相関を示し、検者間信頼性 ($r=0.828$)、検査一再検査信頼性 ($r=0.940$)、Cronbach の α 係数 (0.938) も有意に高値を示したことから、臨床的使用に耐え得る妥当性・信頼性をもつことが明らかになった。以上の結果から「簡易コミュニケーションスケール」は痴呆性高齢者のコミュニケーション能力を測定するうえで有用な尺度であることが示された。

Key words: 痴呆性高齢者、簡易コミュニケーションスケール

(日老医誌 2004; 41: 402—407)

緒 言

コミュニケーションとは言葉や身振り、文字などの手段を介して相手の意思を理解したり、自分の意思を相手に伝えることであり、自分の生理的欲求を満たすためだけでなく、対人交流や社会生活に欠かすことのできない、きわめて重要な人間の営みである。痴呆性高齢者におけるコミュニケーション能力の低下は知的機能や運動機能の低下と同様、生活の質の低下をもたらす、環境への不適応や行動障害の原因ともなり得る。このように重要な痴呆性高齢者のコミュニケーション能力ではあるがそれを測定することは容易ではなく、実際にコミュニケーション能力を評価するツールは非常に少ない¹⁾²⁾。その原因として、評価の難しい非言語的な要素をはじめ多くの要素が関連すると考えられるコミュニケーション能力そ

のものの定義が曖昧であることがあげられる。

そういった現状を踏まえ、今回我々はコミュニケーション能力を総合的に、かつ短時間で、被検者に負担をかけずに評価できるスケールの開発を試みた。

方法と結果

1. 簡易コミュニケーションスケールの作成

最初にコミュニケーション能力の操作的な定義を明確にするために痴呆性高齢者の臨床にたずさわる臨床心理士と言語聴覚士、医師 7 人を対象として「良好なコミュニケーションをとるために必要な能力」に関して半構造化面接を行った。その結果、抽出された項目は「言語理解力」「言語表現力」「語彙」「文法」「相手の非言語的な意思の表出を理解すること」「非言語的な表現力」「感情理解能力」「感情表現力」「情報処理能力」「判断力」「見当識」「記憶」「行為」「視線をあわせる」「伝統的・文化的・社会的ルールを守る」「同じ体験・気持ちを共有していること」「状況の理解」「注意力」「集中力」「意欲」「あいさつ」「抑揚」「リズム」「ユーモア」「視力」「聴力」であった。こうして得られた項目を可能な限り含むようにしつつ、また綿森らの実用コミュニケーション能力検査¹⁾、矢富らの痴呆性老人における笑いの表出³⁾、本田らの表情による心理評価スケール⁴⁾なども参考にしてコミュニケーション能力に関係すると考えられた 9 の検査項目を選択し、試案とした。検査項目の選択にあたっては、短時間に容易に

1) A. Takeda, Y. Kawai, G. Sobue: 名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学

2) Y. Hattori: 東京少年鑑別所

3) Y. Watanabe: 名古屋大学大学院教育発達科学研究科

4) Y. Mizuno, H. Shibayama: 高齢者痴呆介護研究・研修大府センター

5) O. Tabata: 愛知学院大学心身科学部心理学科

6) Y. Kawamura: 社会福祉法人青山里会

受付日: 2003. 10. 14, 採用日: 2003. 12. 25

Fig. 1 Correlation between brief communication ability scale and GBS scale, HDS-R and MMS
High correlation between brief communication scale and motor functions ($r = -0.679$, $p < 0.0001$), intellectual functions ($r = -0.904$, $p < 0.0001$) and emotional functions ($r = -0.841$, $p < 0.0001$) of dementia syndromes rating scale (Gottfries, Bråne, Steen scale; GBS scale), Hasegawa's Dementia Scale-Revised (HDS-R) ($r = 0.625$, $p < 0.0001$) and Mini-Mental State Examination (MMS) ($r = 0.773$, $p < 0.0001$) were noted. For logarithm transformations, HDS-R+1 and MMS+1 were used to plot the data.

実施が可能で、中等度～高度痴呆の患者においても実施可能で、弁別性の高いと考えられる項目を選択した。

試案をM県の介護老人保健施設入所中の痴呆性高齢者28名に実施したところ、次の結果が得られた。

1) 対象としたすべての痴呆性高齢者に実施可能であった。

2) 施行に要する時間はおおむね3分以内であった。

3) 痴呆性高齢者における得点のばらつきは大きく、得点分布に著しい偏りがなく、識別能力の高さが示された。

4) 同時に実施したGottfries, Bråne, Steenの痴呆症状評価尺度^{5)~7)} (GBS)の知的機能、感情機能、運動機能、改訂長谷川式簡易知能評価スケール⁸⁾ (HDS-R)、Mini-Mental State⁹⁾¹⁰⁾ (MMS)の得点との間に有意な相関関係が認められた。

以上の結果から、このスケールが痴呆性高齢者のコミュニケーション能力を客観的かつ簡便に評価しうる可能性をもつものと解釈された。しかし、9の検査項目中1つが正解率が極端に低く、データの項目全体相関分析においても相関係数が低かったため削除し、8項目とし「簡易コミュニケーションスケール」とした(資料1)。

2. 簡易コミュニケーションスケールの妥当性の検討

1) ケアスタッフへの質問紙との相関

〔対象と方法〕M県の介護老人保健施設で介護に従事

しているケアスタッフ6名に対してアンケート(資料2)を施行し、普段接している入所中の痴呆性高齢者10名のそれぞれのコミュニケーション能力を、自己の意思の表出に関するものと他者の意思の理解に関するものそれぞれについて、正常を100%として何%くらいであると感じているかを回答してもらった。そのケアスタッフとは別の検者がその痴呆性高齢者に対して行った簡易コミュニケーションスケールとアンケートによる得点の平均の相関を検討した。統計解析にはSpearmanの順位相関を用いた。

〔結果〕ケアスタッフに対するアンケートと簡易コミュニケーションスケールの間の相関はそれぞれ0.958および0.952(ともに $p < 0.005$)と有意に高い相関を示した。

2) GBS、簡易知能評価スケールとの相関

〔対象と方法〕M県の介護老人保健施設、特別養護老人ホームに入所中の痴呆性高齢者106名を対象に医師または臨床心理士が簡易コミュニケーションスケール、GBS、HDS-R、MMSを施行し、相関関係を検討した。GBSとの相関関係はPearsonの相関係数を算出して検定し、HDS-R、MMSに関しては対数変換を行い検定した。

〔結果〕簡易コミュニケーションスケールとGBSの運動機能、知的機能、感情機能との相関係数はそれぞれ -0.679 ($p < 0.0001$)、 -0.904 ($p < 0.0001$)、 -0.841 (p

Table 1 Completion rate of sub-scales of brief communication ability scale among demented elderly and non-demented elderly

	Demented (n = 106)	Control (n = 15)
あいさつ	0.79	1.00
名前	0.70	1.00
手をあげる	0.67	1.00
桜の花	0.44	1.00
好きな食べ物	0.29	1.00
じゃんけん	0.60	1.00
握手	0.77	1.00
感情表現	0.77	1.00

<0.0001)であった。HDS-R, MMSとの相関係数はそれぞれ0.625 ($p<0.0001$), 0.733 ($p<0.0001$)であった (Fig. 1)。

3) 内的一貫性の検討

〔対象と方法〕M県の介護老人保健施設、特別養護老人ホームに入所中の痴呆性高齢者106名を対象として施行した簡易コミュニケーションスケールの各下位項目について項目全体相関分析および因子分析を行った。

〔結果〕項目全体相関分析での相関係数は0.737~0.851であり、因子分析において第一因子の因子負荷量が0.757~0.897であった。

以上妥当性に関する3種類の検討の結果、本尺度がケアスタッフによる痴呆性高齢者のコミュニケーション能力評価に対応していることと、GBSによる痴呆の重症度、簡易知能評価スケールの得点と相関すること、高い内的一貫性を持つことが明らかになり、痴呆性高齢者のコミュニケーション能力を測るという目的に適した検査であると解釈された。

3. 簡易コミュニケーションスケールの信頼性の検討

検者間信頼性、検査一再検査信頼性、Cronbachの α 係数の3点から検討を行った。

1) 検者間信頼性について

〔対象と方法〕M県の介護老人保健施設入所中のタイプ、重症度の異なる痴呆患者25名を対象に2名の検査者が同一被験者を1週間の間隔において2回検査し、2回の測定値間の一貫性をSpearman順位相関係数により求めた。

〔結果〕検者間信頼性は0.828と高値を示した。

2) 検査一再検査信頼性について

〔対象と方法〕M県の介護老人保健施設入所中のタイプ、重症度の異なる痴呆患者22名を対象に、同一の検査者が同一の被験者に対して1カ月の間隔において2回検査し、2回の測定値間の一貫性をSpearman順位相関係数により求めた。

〔結果〕検査一再検査信頼性は0.940と高値を示した。

3) Cronbachの α 係数

〔対象と方法〕M県の介護老人保健施設、特別養護老人ホームに入所中の痴呆性高齢者106名に対して施行した簡易コミュニケーションスケールの結果からCronbachの α 係数を算出した。

〔結果〕 α 係数は0.938と高値を示した。

以上の信頼性に関する3種の検討の結果はいずれも高値を示し、臨床的使用に耐え得る信頼性をもつことが確認された。

4. 簡易コミュニケーションスケールの成績の検討

1) 対象と方法

対象となった痴呆性高齢者はM県の介護老人保健施設、特別養護老人ホームに入所中の106例である。平均年齢は 82.6 ± 7.9 歳、平均教育年数は 8.1 ± 1.9 年で、性別は男性17例、女性89例である。原因疾患はアルツハイマー型痴呆67例、脳血管性痴呆37例、前頭側頭型痴呆2例である。アルツハイマー型痴呆はNINCDS-ADRDAの診断基準¹¹⁾でprobable Alzheimer's diseaseと診断された症例であった。脳血管性痴呆はNINDS-AIRENの診断基準¹²⁾でprobable vascular dementiaと診断された症例であり、病型は全例が多発脳梗塞型痴呆であった。前頭側頭型痴呆はLund-Manchesterグループの診断基準¹³⁾で診断された。また、対照として痴呆のない高齢者15例 (年齢 81.1 ± 5.9 歳、教育年数 8.0 ± 1.2 年、男性2例、女性13例)に対しても検査を施行した。検査は医師または臨床心理士が施行した。統計解析には相関関係の検討にはSpearmanの順位相関を、群間比較にはMan-WhitneyのU検定あるいはKruskal-Wallis検定を用いた。

2) 分析

コミュニケーションスケールの合計得点と年齢、教育年数の間に相関関係を認めず、性別、原因疾患によって有意な差は認めなかった。

各下位項目毎に満点を得た症例の割合を課題達成率としてTable 1に示す。

じゃんけんが正しく出来る人は106人中78人いたが、そのうち14人は勝敗がわからなかった。『桜の花は秋に咲きますか?』の質問では106人中47人が正解し、35人が間違った答え、あるいはわからないと答えた。好きな食べ物をひとつ言える人は106人中31人であった。また、言えなかった75人のうちおまんじゅうが好きかどうかを伝えられた人は57人であった。同時に行ったHDS-Rの下位項目で野菜の名前をひとつ以上言えた人は106人中46人であった。(HDS-Rで得点となる、野菜の名前を6つ以上言えた人は106人中9人のみであった。)握手が正しく出来る人が82人いたが、口頭指示のみで挙手が出来る人は71人で、検者がやってみせればさらに7人ができた。

非痴呆群においては全例において満点(24点)であった。

考 察

本検査の特徴として(1)コミュニケーションに関与する能力のうち「言語理解力」「言語表現力」「語彙」「文法」「相手の非言語的な意思の表出を理解すること」「非言語的な表現力」「感情表現力」「情報処理能力」「判断力」「見当識」「記憶」「行為」「視線をあわせる」「伝統的・文化的・社会的ルールを守る」「同じ体験・気持ちを共有していること」「あいさつ」「注意力」「集中力」「意欲」を総合的に評価する検査であること、(2)高度な痴呆を呈する高齢者に対しても施行が可能であり、かつ短時間で行えることがあげられる。本検査の得点がコミュニケーションに関する施設スタッフに対するアンケートと強い相関を有し、痴呆の重症度を評価するGBSと有意な相関を示すことから、本検査は痴呆性高齢者のコミュニケーション能力を評価する尺度としての妥当性を有すると考えられた。また、検者間信頼性、検査—再検査信頼性、Cronbachの α 係数において臨床的使用に耐え得る信頼性を持つことも確認された。

HDS-Rで測定される能力には本研究の半構造化面接で抽出されたコミュニケーションに関与する能力のうち「見当識」「記憶」「言語理解力」「言語表現力」「語彙」「文法」「注意力」「集中力」と、その他に「計算」「数字の逆唱」「語列挙能力」が含まれていると考えられる。一方、MMSで評価される能力にはコミュニケーションに関与する能力のうち「見当識」「記憶」「言語理解力」「言語表現力」「語彙」「文法」「行為」「注意力」「集中力」と、その他に「計算」「復唱」「読字」「書字」「構成能力」が含まれていると考えられる。今回新たに作成した簡易コミュニケーションスケールは視線を向ける、うなずく、微笑むといった「非言語的な表現力」や自分の好き嫌いを含めた「感情表現力」、正誤や勝ち負けに関する「情報処理能力」や「判断力」を評価に含めている点が特徴であり、HDS-RやMMSで評価される認知機能のみならずコミュニケーションに必要な能力をより広い意味で測定することが可能なスケールと考えられた。しかし、本尺度の開発において、今回の研究で抽出されたコミュニケーションに必要な能力のうち「感情理解能力」「抑揚」「リズム」「ユーモア」「視力」「聴力」に関しては評価の対象に含めることが出来なかった。今後の課題としたい。

施設入所中の中等度から高度の痴呆性高齢者106人のうち63人で本検査の得点が22点以下であり、逆に对照の非痴呆群においては本検査の得点が全例24点満点であった。また、本検査の妥当性を調査する過程で行った日頃接しているケアスタッフによるコミュニケーション能力のアンケート結果と本検査の得点を検討したとこ

ろ、本検査の得点が22点以下の痴呆性高齢者は意思疎通の能力が40%以下と評価されていた。以上から本検査で22点以下の場合コミュニケーション障害がある確率が極めて高いと考えられる。また、簡易コミュニケーションスケールの得点が痴呆の重症度を示すGBSの知的機能、感情機能、運動機能、ケアスタッフによるコミュニケーション能力評価と相関関係を示していたことから、本尺度の得点の高低がコミュニケーション障害の重症度をあらわすものと考えられた。

106名の施設入所中の中等度から高度の痴呆性高齢者に本尺度を施行した結果から、痴呆性高齢者のコミュニケーションに関する以下の特徴が再認識された。(1)手続き記憶による行為は保たれていても判断力は低下していることがある。(2)口頭による指示のみよりも視覚的な要素があった方が指示が理解しやすい。(3)『はい』『いいえ』で答えられる質問に対して機械的に『はい』と答えてしまうことが多い。(アルツハイマー型痴呆、脳血管性痴呆の区別なく)(4)自分の好きな食べ物を表現できた人は少なく、おまんじゅうの好き嫌いは伝えられる人が多かった(機械的に『はい』とか『好きです』と答えてしまった人も一定数含まれていると考えられるが)ことから、痴呆性高齢者にとって言語による表現を必要とする質問と『はい』『いいえ』で答えられる質問の間の難易度の差は大きい。以上の点より痴呆性高齢者にこちらの意思を伝える際には手続き記憶と視覚情報を活用することが有効であり、痴呆性高齢者の意思を確認する際には、言葉での表現は難しく『はい』『いいえ』で答える質問には機械的に答えてしまうというコミュニケーション障害の特徴を考慮して判断する必要があると考えられた。

本検査の信頼性を調査する過程において検者間信頼性が同一検者による検査—再検査信頼性より若干低かったことは、この尺度の得点が検者のコミュニケーション能力や検者と被検者との関係をも反映している可能性を示唆している。実際、高度の痴呆性高齢者においては注意を喚起できるかどうかで得点に多少の差が生じていると考えられた。この点については今後更なる検討を要するものと考えられる。

今後さまざまな介入による症状の変化や経時的な症状の変化の評価にも本尺度が使用可能か否かを検討していきたい。

本研究は平成13年度、平成14年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の補助を得て施行した。

文 献

- 1) 綿森淑子, 竹内愛子, 福迫陽子, 伊藤元信, 鈴木 勉, 遠藤教子はか: 実用コミュニケーション能力検査の開発と標準化. リハビリテーション医学 1987; 24: 103—112.
- 2) 町田綾子, 馬場 幸, 平田 文, 長澤晶子, 飯島 節,

資料 1.

1. おじぎをして『こんにちは』などのあいさつに対して
 - 0: 無反応
 - 1: 視線を向けるのみ, あるいはあいさつとは無関係な反応
 - 2: うなずき, おじぎ, 微笑の反応はある
 - 3: 言葉によるあいさつをする
2. 『お名前をおっしゃって下さい』に対して
(姓あるいは名のみの場合, 『苗字あるいは名前もお願いします』と言う)
 - 0: 無反応
 - 1: 反応はあるが発語はない
 - 2: 発語はあるが正確に自分の氏名を言えない(旧姓や配偶者の名前, 姓あるいは名の一方のみ)
 - 3: 正しく自分の氏名を言える
3. 『手を上げて下さい』に対して
(無反応あるいは正しくできない場合は検者がやってみせる)
 - 0: 無反応
 - 1: 反応はあるが手をあげる動作はみられない
 - 2: 言葉の指示だけでは正しくできないが, 検者がやってみせれば正しくできる
 - 3: 言葉の指示だけで正しくできる
4. 『桜の花は秋に咲きますか?』に対して
 - 0: 無反応
 - 1: 何らかの反応はあるが, 質問に対する答えになっていない
 - 2: 正しくない答え, 『わからない』『知らない』などの答え
 - 3: 正しい答え
5. 『好きな食べ物をひとつ教えて下さい』と言う。
(『何でも好き』などの答えの場合『ひとつだけ教えて下さい』と答えを促す。好きな食べ物を言えない場合, 更に『おまんじゅうは好きですか?』ときく。)
 - 0: 無反応
 - 1: 反応はあるが, 好きな食べ物は言えず, おまんじゅうの好き嫌いも伝えられない
 - 2: 好きな食べ物は言えないが, おまんじゅうが好きかどうかは伝えられる
 - 3: 好きな食べ物を言える
6. 『私とじゃんけんをしてください』といって手を出しながらじゃんけんをする。(じゃんけんが正しくできた場合更に『どちらの勝ちですか?』ときく。)
 - 0: 無反応
 - 1: 何らかの反応はあるが正しくじゃんけんができない
 - 2: じゃんけんは正しくできるが, どちらが勝ったかが判断できない
 - 3: どちらが勝ったか判断できる
7. 『握手をして下さい』と言って握手するように片方の手を差し出したとき
 - 0: 無反応
 - 1: 何らかの反応はあるが握手の動作はみられない
 - 2: 握手の動作はみられるが正しくできない(反対の手を出すなど)
 - 3: 正しく握手ができる
8. 感情表現(検査中の状態や検査後お礼を言った時の反応)
 - 0: 無反応
 - 1: 反応はあるが感情表現は全くない
 - 2: 感情表現は乏しい, または状況にはあっていない。(抑うつ, 感情失禁など)
 - 3: 状況にふさわしい感情表現(微笑や謙遜など)

資料 2.

問 1. (自己の意思の表出に関するもの)

あなたは さんが自分の気持ち何%くらい他人に伝えられていると思いますか?

答え: 0-20%・21-40%・41-60%・61-80%・81-100%

問 2. (他者の意思の理解に関するもの)

あなたは さんにこちらの伝えたいことが何%くらい伝わっていると思いますか?

答え: 0-20%・21-40%・41-60%・61-80%・81-100%

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. 日本老年医学会雑誌 2003;40:274-281.

- 3) 矢富直美, 宇良千秋, 吉田圭子, 中谷陽明, 和気純子, 野村豊子: 痴呆性老人における笑いの表出. 老年精神医学雑誌 1996;7:783-791.
- 4) 本多雅亮, 吉山容正, 渡邊晶子, 角田恵麻, 旭 俊臣: デイケアプログラムにおける痴呆患者の表情による心理評価スケールの作成. 老年精神医学雑誌 2001;12:787-793.
- 5) Gottfries CG, Bråne G, Steen G: A new rating scale for dementia syndromes. Gerontol 1982;28 (Suppl. 2):20-

31.

- 6) 本間 昭, 新名理恵, 石井徹郎, 平田進英, 長谷川和夫: GBS スケール日本版の信頼性と妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌 1989;26:617-623.
- 7) 武田滋利, 加藤伸司, 今井幸充, 池田一彦: GBS スケール日本版の信頼性の検討. 老年精神医学雑誌 1990;1:337-344.
- 8) 加藤伸司, 下垣 光, 小野寺敦志, 植田宏樹, 老川賢三, 池田一彦ほか: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の作成. 老年精神医学雑誌 1991;11:1339-1347.
- 9) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State", a practical method for grading the cognitive state for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-198.
- 10) 森 悦朗, 三谷洋子, 山鳥 重: 神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有用性. 神経心理学 1985;1:82-90.
- 11) McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM, et al.: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology 1984;34:939-944.

- 12) Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, et al.: Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 1993; 43: 250—260.
- 13) Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, et al.: Frontotemporal lobar degeneration: A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998; 51: 1546—1554.

Abstract

Development of a brief communication ability scale for Japanese demented elderly

Akinori Takeda¹⁾, Yoshinari Kawai¹⁾, Yoko Hattori²⁾, Yuki Watanabe³⁾, Yutaka Mizuno⁴⁾,
Osamu Tabata⁵⁾, Yoichi Kawamura⁶⁾, Hiroto Shibayama⁴⁾ and Gen Sobue¹⁾

We developed a brief scale to evaluate communication ability of the demented elderly. This scale assesses not only abilities related to overall communication such as verbal function, judgment and emotional function, but also non-verbal communication such as eye-contact, nodding and smiling. The scale places little burden on the demented elderly subject and takes only a few minutes to perform, even if the dementia is severe.

We evaluated 106 demented elderly residents of nursing homes using this brief communication ability scale, and the following results were obtained.

The validity of this scale was confirmed by the high correlation coefficient between this scale and the formal caregiver questionnaire scores concerning communication ability, and the high-correlation coefficient between this scale and intellectual functions ($r = -0.904$), emotional functions ($r = -0.841$) and motor functions ($r = -0.679$) of dementia syndromes rating scale (Gottfries, Bråne, Steen scale; GBS scale), Hasegawa's Dementia Scale-Revised (HDS-R) ($r = 0.625$) and the Mini-Mental State Examination (MMS) ($r = 0.733$). The reliability of this scale was confirmed by the high interrater reliability coefficient of 0.828, test-retest reliability coefficient of 0.940 and Cronbach alpha coefficient of 0.938.

These results indicate that the new scale is useful in the assessment of communication ability among the demented elderly.

Key words: *Demented elderly, Brief communication ability scale*
(*Jpn J Geriatr* 2004; 41: 402—407)

1) Department of Neurology, Nagoya University Graduate School of Medicine

2) Tokyo Juvenile Classification Home

3) Psychology and Human Developmental Sciences, Nagoya University Graduate School of Education and Human Development

4) Obu Dementia Care Research and Training Center

5) Department of Psychology, Faculty of Psychological and Physical Science, Aichi Gakuin University

6) SEISANRIKAI Social Welfare Foundation