

日本における認知症高齢者の疼痛評価に関する文献検討

久田 智未¹⁾, 山崎 智可²⁾, 堀 悦郎³⁾

1) 元富山大学附属病院

2) 富山県立大学看護学部

3) 富山大学学術研究部医学系行動科学

要 旨

本研究は、先行研究から認知症高齢者への疼痛評価について検討し、今後の研究課題を明らかにすることを目的とした。医中誌 Web を使用し「認知症」、「疼痛」、「評価」に関連するキーワードにて検索を行い、11 件の文献を分析対象とした。

分析の結果、認知症高齢者に対して、自己報告や観察及び家族・多職種からの情報に基づいた疼痛評価が実施されていた。自己報告に基づく評価と観察に基づく評価は併用し、対象の認知機能を見極めたうえで適した方法を用いる必要がある。また、認知症高齢者に関わる多職種が専門性を活かし、それぞれ疼痛評価を行うことが求められる。加えて、疼痛評価スケールの使用により、背景の異なる多職種の評価指標を統一することが望ましいであろう。

今後は、看護師以外の職種が実施する疼痛評価の実態の調査や、疼痛評価に評価スケールが使用されない原因の調査及び疼痛評価者への教育が必要となると考えられた。

キーワード

認知症、高齢者、疼痛評価、文献レビュー

はじめに

わが国では、高齢化が進み、2070 年には 65 歳以上の者の割合は 38.7% となると推計されている¹⁾。それに伴い、認知症の有病者数も増加を認めており²⁾ 大きな社会問題となっている。

加齢により運動器疾患やがんの有症率は上昇し、疼痛を有する高齢者は増加する³⁾。慢性的な疼痛は、高齢者の Activities of daily living (ADL) や Quality of life (QOL) の低下に直結し、日常生活に障害をもたらす³⁾。加えて、認知症では、行動・心理症状 (Behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) が介護者の負担となることから、その対策が喫緊の課題とされる⁴⁾。BPSD の誘因は様々であるが、その一つに疼痛があげられている⁴⁾。

国際疼痛学会では痛みについて、実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た感覚かつ情動の不快な体験である⁵⁾ と定義されている。加えて、痛みは個人的な経験であり生物学的、心理的、社会的要因に影響を受ける⁵⁾ とされた。つまり、疼痛は主観的体験でありその評価には自己報告が重要となる。自己報告を基に疼痛の強さを評価する方法として、Visual analogue scale (VAS) や Numerical rating scale (NRS) 及びフェイススケールとも呼ばれる Face rating scale (FRS)⁶⁾ 等が用いられている。一方、2002 年に米国老年医学会 (American geriatrics society : AGS) より、高齢者や認知症患者では自己報告に加え客観的に疼痛を捉える必要があると提言された⁷⁾。その後、欧米では認知症高齢者の疼痛を客観的に評価する方法として、

Abbey pain scale や DOLOPLUS-2 等の行動観察スケールが開発されてきた⁸⁾。わが国では、欧米で開発されたスケールを基にした日本語版 Abbey pain scale (APS-J)^{9,10)} や日本語版 DOLOPLUS-2 の作成¹¹⁾ 及び独自の疼痛評価スケールの開発¹²⁾ が進んでいる。

国外では、高齢者や認知症患者に実施される疼痛評価の視点や使用される疼痛評価スケール等について文献レビューにより明らかになっている⁸⁾。わが国では、認知症ケアにあたる看護師が抱える困難の一つとして、対象者の症状の自覚や訴えが少なく状態悪化が掴みにくいことが報告されている¹³⁾。加えて、認知症高齢者の疼痛緩和は不十分であるとされており¹⁴⁾、認知症高齢者では疼痛の把握が困難なためにその緩和が十分に図れていない可能性がある。また、わが国において認知症高齢者の疼痛評価に関する研究動向を調査した文献はなく、認知症高齢者の疼痛評価に関する検討は十分ではないと考える。認知症高齢者の疼痛を正しく評価しコントロールすることにより、ADL や QOL の維持及び BPSD の出現予防に繋がると考えられ、認知症高齢者への疼痛評価について検討することは重要といえるだろう。

そこで本研究では、先行研究からわが国で実施されている認知症高齢者への疼痛評価の実態や課題及び異なる疼痛評価方法の比較結果について整理することで、認知症高齢者に対する疼痛評価について検討し、今後の研究課題を明らかにすることを目的とした。

用語の定義

疼痛：疾患の有無に関わらず、一定期間繰り返すまたは持続する痛み及び体動に伴い出現する痛みとする。

疼痛評価：疼痛に関する情報収集を行い、疼痛の状況を判断することであり、疼痛の把握やそのコントロールを目的に実施されるものとする。

文献の収集方法と分析方法

本研究では、国内の動向を探る目的から国内文

献を対象とし、データベースは「医中誌 Web」を使用した。検索は「認知症 or 認知機能低下」and「疼痛 or 痛み」and「評価 or 調査 or アセスメント or マネジメント or 把握」のキーワードを組み合わせて実施した。2002 年に AGS より高齢者や認知症患者の疼痛を客観的に捉えることが推奨され⁷⁾、様々な評価が行われるようになった。そのため、検索の期間は 2002 年 1 月 1 日から 2024 年 3 月 31 日とし、原著論文を条件に加えて検索を実施した。また、文献の採択基準を「認知症（または認知機能低下がある）高齢者に対する疼痛評価の方法や視点及び評価の比較に関する記載がある」と設定した。除外基準は、総説及び症例研究、疼痛評価の詳細について記載がない文献、新たな疼痛評価方法の開発や有用性の検証が目的の文献、穿刺時の疼痛を評価した文献、国外文献の 5 つとした。検索の後タイトルと抄録を確認し、採択基準に適さない論文を除外した（一次スクリーニング）。その後文献の内容を精読し、除外基準に基づき二次スクリーニングを行った（図 1）。文献選定の過程においては、2 名の研究者が独立して実施し、文献スクリーニングの過程で意見が分かれた場合には、討議をした後に文献を決定した。

分析では、まず対象文献の発行年や研究デザイン、研究目的、研究対象者、疼痛評価者、疼痛評価の場所、疼痛の概要、文献中に記載があった疼痛評価スケールの概要についてまとめた。次に、疼痛評価の実態と課題を整理するために、対象文献から疼痛評価の方法や視点及び疼痛評価の課題に関する記述を抽出した。疼痛評価の実態では、抽出された疼痛評価の方法や視点について内容の類似性に基づき分類した。疼痛評価の課題についても同様に、抽出された記述内容の類似性に基づき分類した。最後に、異なる疼痛評価方法を比較した文献からその結果と考察を抽出し、これらを整理した。

結 果

検索の結果 610 件の文献が該当した。重複している文献を除外し 279 件とした後、採択基準に基

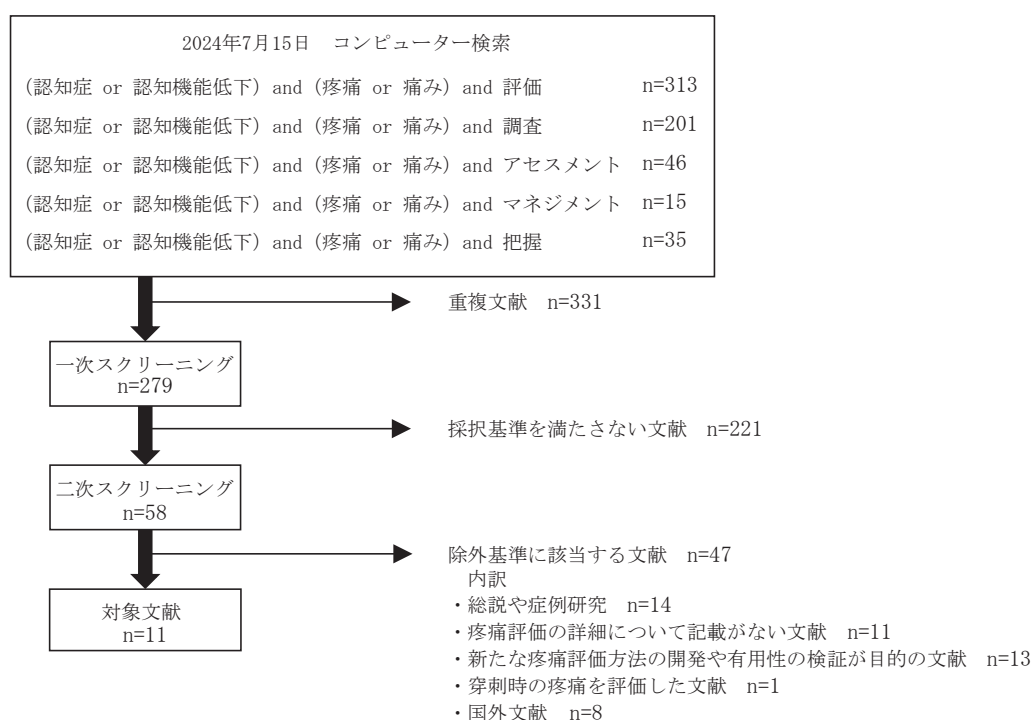


図1 文献の選定過程

づきタイトルと抄録を確認し、文献を58件に絞り込んだ。これらの内容を精読し、除外基準に基づき11件の論文を対象文献とした（図1）。

1. 分析対象とした文献の概要（表1）

分析対象とした文献の発行年は、2010年代が7件¹⁵⁻²¹⁾、2020年代が4件²²⁻²⁵⁾であり、2000年代のものはなかった。研究デザインは、質的研究4件¹⁸⁻²¹⁾、実態調査研究4件^{15, 16, 22, 23)}、横断研究2件^{17, 24)}、非ランダム化比較試験1件²⁵⁾であった。疼痛評価者は、医師が1件¹⁶⁾、看護師が6件^{15, 17-20, 25)}、訪問看護師が1件²¹⁾、理学療法士を含むリハビリ職が2件^{23, 24)}であった。また、看護職・介護職・リハビリ職の3職種を対象とした文献が1件²²⁾あった。疼痛評価を実施した場所は、病院6件^{15, 18-20, 24, 25)}、在宅2件^{16, 21)}、介護老人保健施設1件²²⁾であった。また、病院及び介護老人保健施設で疼痛評価を実施した文献が1件²³⁾、病院、老人ホーム及びグループホームで疼痛評価を実施した文献が1件¹⁷⁾であった。

2. 分析対象とした文献中に記載があった疼痛評価スケール

分析対象とした文献では、フェイススケール^{21, 23)}やFRS²²⁾、VAS^{22, 23)}、NRS^{22, 23, 25)}、Verbal descriptor scale (VDS)¹⁷⁾、Verbal rating scale (VRS)²⁴⁾及びAPS-J^{17, 22-25)}についての記載があった。それぞれの疼痛評価スケールと評価の概要について表2に示す。

3. 認知症高齢者に対する疼痛評価の実態（表3）

本研究では、疼痛を有する認知症高齢者に実施された評価の特徴から疼痛評価を、1) 自己報告に基づく評価、2) 観察に基づく評価、3) 家族・多職種からの情報に基づく評価の3つに分類した。自己報告に基づく評価及び観察に基づく評価では、スケールを使用した評価とスケールを使用しない評価について記述されていた。以下にそれぞれの疼痛評価の概要やその視点及び方法について述べる。なお質的研究から得られたデータは、サブカテゴリー / 中カテゴリーを〈〉、コード /

表 1 分析対象とした文献の概要

文献 No	著者 (発行年)	研究デザイン	目的	対象者 (調査の範囲)	疼痛評価者	疼痛評価の場所	疼痛の概要
15)	北川 (2012)	実態調査研究	認知機能低下のある高齢患者の疼痛の実際と把握時に看護師が着目した患者の行動や反応の特徴を明らかにする	病院の看護師 (A地方, 19病院)	看護師	病院	持続する身体的疼痛 繰り返す身体的疼痛
16)	村上ら (2012)	実態調査研究	高齢のがん患者の疼痛評価や治療薬の選択を明らかにし、在宅医療における傾向を把握する	在宅医療に従事する医師 (全国からランダム抽出)	医師	在宅	がん性疼痛
17)	鈴木ら (2014)	横断研究	観察法による評価と自己報告による疼痛の有症率と疼痛がBPSDに及ぼす影響を明らかにする	認知症と診断された高齢者 (研究協力施設にて実施, 詳細の記載なし)	看護師	病院 老人ホーム グループホーム	運動器疾患による疼痛 がん性疼痛
18)	久米ら (2015)	質的研究	認知症高齢者のがん性疼痛の緩和に関して感じる困難と観察の工夫を明らかにする	・緩和ケアの研修を受講 ・5年以上緩和ケア病棟に勤務 ・がんに罹患した認知症高齢者3名以上のケアを経験 上記3条件に該当する看護師(5箇所)	看護師	病院	がん性疼痛
19)	櫻庭 (2018)	質的研究	認知機能低下を伴う患者へのがん疼痛アセスメントの内容を明らかにする	・管理者や他看護師からがん疼痛緩和の実践に優れていると推薦がある ・臨床経験が5年以上かつ当該病棟経験が1年以上 ・認知機能低下を伴う高齢がん患者の疼痛を緩和した経験を有する 上記3条件に該当する看護師 (研究協力病棟にて実施, 詳細の記載なし)	看護師	病院	がん性疼痛
20)	港ら (2018)	質的研究	認知症高齢者の疼痛に対するアセスメントの内容を明らかにする	一般病棟看護師 (1病院)	看護師	病院	持続する身体的疼痛 繰り返す身体的疼痛
21)	安藤ら (2019)	質的研究	在宅で生活する認知症高齢者に対する疼痛マネジメントの内容を明らかにする	・訪問看護師の経験年数が5年以上 ・在宅認知症高齢者の疼痛マネジメントを3例以上経験し、関心がある 上記2条件に該当する看護師(5箇所)	訪問看護師	在宅	持続する疼痛 (身体・精神・社会的疼痛含む)
22)	山本ら (2022)	実態調査研究	認知症高齢者に対する疼痛評価の実態を明らかにする	介護老人保健施設に勤務する専門職 (A市, 4施設)	看護職 介護職 リハビリ職	介護老人保健施設	持続する身体的疼痛 繰り返す身体的疼痛
23)	若月ら (2023)	実態調査研究	認知症患者への疼痛評価の現状把握と問題点の抽出を行う	病院や介護老人保健施設に勤務する理学療法士(A県内, 323施設)	理学療法士	病院 介護老人保健施設	詳細の記載なし
24)	中田ら (2023)	横断研究	自己報告と行動観察を用いた疼痛評価を行い、認知機能低下の程度による疼痛行動の特徴について検討する	運動器疾患を有し認知機能低下のある高齢者(1病院)	リハビリ職	病院	運動器疾患による疼痛
25)	立原ら (2024)	非ランダム化比較試験	APS-Jを用いて疼痛の程度を評価し、薬剤による除痛を行ったことによる効果を明らかにする	大腿骨骨折が主病名かつ認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・Ⅴランクの患者(1病院)	看護師	病院	大腿骨骨折による疼痛

表 2 対象文献中に記載があった疼痛評価スケールと評価の概要

評価スケール	正式名称	評価の概要
フェイススケール FRS	Face rating scale または Face pain rating scale	笑顔から徐々に苦しそうになる顔の表情を示し、最も合致する痛みの程度を表す顔を対象者が選択する ^{7,8)}
VAS	Visual analogue scale	10cmの線を用意し、痛みがない状態を0cm、想像しうる最も強い痛みを10cmとし、対象者が疼痛の程度を目盛り上に示す ^{6,8)}
NRS	Numerical rating scale	「0：痛みのない状態」～「10：想像しうる最も強い疼痛」の11段階から対象者が疼痛の程度を選択する ^{8,22)}
VDS	Verbal descriptor scale	「0：痛みなし」～「6：想像できる最も強い痛み」の7段階から対象者が疼痛の程度を選択する ^{6,17)}
VRS	Verbal rating scale	0：痛みなし、1：少し痛い、2：痛い、3：かなり痛い、4：耐えられないほど痛いから、対象者が疼痛の程度を選択する ²⁴⁾
APS-J	日本語版 Abbey pain scale	言語的な訴えができない認知症高齢者の疼痛を観察によって評価する尺度であり、声をあげる、表情、ボディランゲージの変化、行動の変化、生理学的変化、身体学的変化の6項目について、それぞれ4段階で疼痛評価者が評価を行い、総合得点から疼痛を評価する (総合得点：0-2点 痛みなし、3-7点 軽度、8-13点 中等度、14-18点 重度) ^{17,24)}

小カテゴリーを「」にて示し、意味を損なわず一部改変して表記する。

1) 自己報告に基づく評価

この評価は、対象者からの言語的訴えや VAS, NRS 等に基づき行う疼痛評価である。

久米ら¹⁸⁾は、看護師が行う疼痛評価について、〈症状の判断には本人に聞く〉とした。北川¹⁵⁾は、看護師の 88.9%は痛みについて対象者自身が言うことに着目すると述べた。また、訪問看護師は、〈言語を用いた疼痛アセスメント〉を実施し、認知機能の程度に合わせてフェイススケールを使用した²¹⁾。

表3 認知症高齢者に対する疼痛評価の実態

評価の種類	評価者	評価の詳細	文献No
自己報告に基づく評価	看護師	○ 〈症状の判断には本人に聞く〉	18)
		◎ 疼痛評価時に着目する言動：痛いなど痛みについて言う (88. 9%)	15)
	訪問看護師	○ 疼痛の訴えが明確でない場合も〈言語を用いた疼痛アセスメント〉を実施した	21)
		○ 軽度認知症高齢者に対しては、フェイススケールを使用する	
	理学療法士	◎ 最も実施された疼痛評価は自覚的強度評価 (76. 6%)	23)
		◎ 自覚的強度評価に用いたことのあるスケール：NRS (78. 4%)、フェイススケール (57. 5%)、VAS (52. 2%)	
観察に基づく評価	看護職 介護職 リハビリ職	◎ 使用されていた疼痛評価スケール ・ VAS (看護3名、介護3名、リハビリ12名にて使用) ・ FRS (看護10名、介護4名、リハビリ1名にて使用) ・ NRS (看護1名、介護1名、リハビリ9名にて使用)	22)
		○ 〈痛みがあることを前提に行動、表情をいつもと比較〉し、「行動をみて痛みを判断する」	18)
	看護師	○ 「検査データは重要」であり、〈薬を使ってみて表情・夜間の睡眠〉等で評価する	
		○ 「急いで帰ろうとする」、「病院に行かなきゃいけないって言う」という一見〈痛みに関連のない言葉〉も痛みのサインではないかと考えていた	
		○ 患者は「取り繕って笑顔見せて」いるが、看護師は患者の痛みとは判断しきれない不快さを察知する	19)
		○ 「なんかこう…ちよっと手が動いてみたり、顔しかめたり」という小さな変化を、疼痛に伴う行動学的徴候と捉えていた	
	観察に 基づく評価	○ 「腹水もたまってるんでやっぱり辛いのはある」というように〈観察可能な生理学的変化に注目する〉	
		○ 〈苦悶表情〉、〈怒りの表出〉、〈意欲低下〉等の表情や言動について把握し、〈普段の発言〉や〈普段の行動〉との変化を検討する	20)
		○ 〈発熱〉、〈頻脈〉、〈血圧上昇〉、〈炎症所見〉、〈検査データの変動〉等の身体状況の変化を把握する	
		◎ 疼痛評価時に着目する言動：しかめっ面 (64. 3%)、眉間にしわを寄せる (55. 6%)	15)
家族・多職種からの情報に基づく評価	訪問看護師	○ 〈フィジカルアセスメント〉を行う	
		○ 重症者には、表情、動きで疼痛アセスメントを行う	21)
		○ 〈表情〉、〈BPSDの出現の有無〉、〈ジェスチャー〉を観察	
	医師	○ 〈臨床症状と照らし合わせて客観的指標で評価する〉	
		◎ 患者の訴え以外に疼痛評価時に重視する言動：表情 (83. 6%)、患部をさする・かばう (76. 5%)	16)
		○ 「痛みに関する行動の観察はチームで情報共有」し、「普段を知っている家族の情報」も参考にする等、複数の目で判断する	18)
	看護師	○ 「私たちから見た目と、ご家族が最近感じている様子の違い」という異なる視点からの情報を確認していた	19)
		○ 「家族から普段の様子」等の情報を得たり、「信頼している人に協力してもらうこと」により痛みの軽減等があるかを評価する	20)
		○ 〈看護記録や看護師〉及び前の「病院のサマリー」からの情報により痛みを評価する	
	訪問看護師	○ 家族、ホームヘルパー、主治医、デイサービス職員等からの情報を統合し、日常生活全体を想像したうえで疼痛アセスメントを実施した	21)
家族・多職種からの情報に基づく評価	医師	◎ 患者の訴え以外に疼痛評価時に重視する言動：家族・介護者の意見 (87. 3%)	16)
		◎ 疼痛評価場面について	
	看護職 介護職 リハビリ職	・ 看護職・介護職では、リハビリ職と比較し、食事・入浴場面に着目した割合が有意に高い (食事：看護68. 0% 介護65. 5% リハビリ34. 8%、入浴：看護95. 5% 介護93. 3% リハビリ60. 9%、 $p<0.05$)	22)
		・ リハビリ職では、看護職・介護職と比較し、階段昇降場面に着目した割合が有意に高い (看護75. 0% 介護61. 6% リハビリ96. 0%、 $p<0.05$)	

○：質的研究から得られたデータ、◎：実態調査研究から得られたデータを示す

理学療法士では、他の評価と比較し自覚的強度評価を実施した割合が76.6%と最も高く、使用されたスケールは、NRSが78.4%と最も多く、フェイススケールが57.5%、VASが52.2%であった²³⁾。看護職・介護職・リハビリ職では、VAS、FRS及びNRSが使用されており、看護職・介護職ではFRSが最も使用され、リハビリ職ではVASが最も使用されていた²²⁾。

2) 観察に基づく評価

この評価は、対象者の行動や表情、反応、日常生活、身体症状、検査データ及びそれらの変化の観察を基に行う疼痛評価である。

看護師は、〈痛みがあることを前提に行動、表情をいつもと比較〉する、「検査データは重要」であり、〈薬を使ってみて表情・夜間の睡眠〉等で評価していた¹⁸⁾。また、〈痛みに関連のない言葉〉も痛みのサインではないかと考える、小さな変化を疼痛に伴う行動学的徴候と捉える、〈観察可能な生理学的変化に注目する〉ことで評価が行われた¹⁹⁾。加えて〈苦悶表情〉、〈怒りの表出〉等の表情や言動及び〈発熱〉、〈血圧上昇〉、〈炎症所見〉等の身体状況の変化の把握により評価が行われていた²⁰⁾。北川¹⁵⁾は、疼痛評価にあたり看護師の64.3%がしかめっ面、55.6%が眉間にしわを寄せるという表情に着目したと述べた。訪問看護師では、〈フィジカルアセスメント〉の実施、〈表情〉や〈BPSDの出現の有無〉及び〈ジェスチャー〉の観察、臨床症状と照らし合わせた評価が行われた²¹⁾。また、患者の訴え以外に疼痛評価時に重視する言動として、医師の83.6%が表情、76.5%が患部をさする・かばうという行動をあげた¹⁶⁾。

3) 家族・多職種からの情報に基づく評価

この評価は、家族や他の看護師及び多職種からの情報を基に行う疼痛評価である。

看護師は、チームで情報共有し「普段を知っている家族の情報」も参考にする等、複数の目で判断する¹⁸⁾、看護師だけでなく家族が持つ異なる視点からの情報の確認を行う¹⁹⁾、「家族から普段の様子」等の情報を得たり、患者が「信頼している人に協力してもらうこと」により評価する²⁰⁾

と述べられた。訪問看護師では、家族やホームヘルパー及び主治医等からの情報を統合し、疼痛アセスメントを実施する²¹⁾とされた。患者の訴え以外に疼痛評価時に重視する言動として、医師の87.3%が家族・介護者の意見を選択しており、患部をさする・かばうという患者の行動よりも家族や介護者の意見が重視される結果であった¹⁶⁾。疼痛評価の場面について、看護職・介護職ではリハビリ職と比較し食事や入浴の場面に着目する割合が有意に高く、リハビリ職では看護職・介護職と比較し階段昇降の場面に着目する割合が有意に高い結果であり、職種により着目する場面が異なっていた²²⁾。

4. 認知症高齢者に対する疼痛評価の課題 (表4)

認知症高齢者に対する疼痛評価の課題として、

1) 評価者が感じる困難、2) 評価スケールの使用、3) 生理学的指標の使用があげられた。

1) 評価者が感じる困難について

久米ら¹⁸⁾は、〈痛みをストレートに表現せず言葉や行動が多様な表現になるので難しい〉、「痛みの訴えが少なく表情や行動でも分かりにくい」と述べた。北川¹⁵⁾は、痛みの強さ、種類、部位について把握可能と評価した患者と把握困難と評価した患者を比較した際、把握困難とした患者において改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の平均得点が有意に低かったと報告した。これは認知機能が低い患者では、評価者による疼痛把握が困難であることを意味する結果であった。医師では、認知機能低下なし群と比較し認知機能低下あり群にて、がんの痛みを適切に表現できると回答した割合は有意に低く、オピオイドの鎮痛効果の評価が困難であると回答した割合は有意に高かった¹⁶⁾。つまり、医師は、認知機能低下のある患者ではがんの痛みを適切に表現できず、鎮痛剤の効果判定も困難と感じていた¹⁶⁾。また、疼痛評価が難しいと回答した割合は、看護職53.6%、介護職45.2%、リハビリ職69.2%であり、看護職・リハビリ職の半数以上が疼痛評価に困難を感じていた²²⁾。理学療法士では、疼痛評価に困ったことがある割合は98.3%と高く、その内容とし

て、87.8%が評価の信頼性について困ったと回答した²³⁾。

2) 評価スケールの使用について

山本ら²²⁾は、疼痛評価時に評価スケールの必要性があるとした割合は、看護職 53.6%、介護職 48.4%、リハビリ職 73.1%であり、評価スケールを使用していた割合は、看護職 35.7%、介護職 16.1%、リハビリ職 53.8%であったと述べた。各職種にて評価スケールの必要性があるとした割合よりも実際に使用している割合が低く、評価者は評価スケールの必要性を感じている一方で使用していないことを意味する結果であった。また、APS-Jは看護職2名でのみ使用されており、介護職・リハビリ職では使用されていなかった。若月ら²³⁾は、理学療法士にて、認知症患者に特化した痛み評価指標を知っている割合は4.3%と低値であったと述べた。

3) 生理学的指標の使用について

生理反応（冷や汗、脈や血圧の上昇等）のなかで、看護師が疼痛評価時に着目すると選択した割合が20%以上となった項目はなかった¹⁵⁾。医師では、疼痛評価時に重要視する項目として67.5%が血圧・脈拍、64.1%が呼吸数を選択したが、家族・介護者の意見や患者の表情等の項目を選択した割合と比較し少なかった¹⁶⁾。加えて、理学療法士では、生理学的評価（心拍数等）の実施割合は15.4%であり、他の評価と比較し最も低かった²³⁾。

5. 自己報告に基づく評価とAPS-Jを用いた評価の結果を比較した文献の概要（表5）

認知症高齢者に対して自己報告に基づく評価（VDS、VRS及びNRS）と観察に基づく評価（APS-J）の2種類の評価を実施した文献では、疼痛評価の結果や認知症高齢者に与える影響についての比較が行われていた。

表4 認知症高齢者に対する疼痛評価の課題

課題	評価者	課題の詳細	文献No
評価者が感じる困難	看護師	○ 〈痛みをストレートに表現せず言葉や行動が多様な表現になるので難しい〉	
		○ 「痛みの訴えが少なく表情や行動でも分かりにくい」	18)
		○ 「薬の使い方、痛みの判断、行動の判断が難しくこれでもいいのかと悩む」	
	医師	◎ 痛み(強さ、種類、部位)を把握可能と評価した患者と把握困難と評価した患者を比較 →把握困難とした患者にてHDS-Rの平均得点が有意に低い (強さ:把握可能12.1点 把握困難9.8点、種類:把握可能13.6点 把握困難7.5点、 部位:把握可能11.0点 把握困難4.2点, $p<0.05$)	15)
		◎ 認知機能低下なし群と認知機能低下あり群を比較 →認知機能低下あり群にてがんの痛みを適切に表現できるとした割合が有意に低い (認知機能低下なし20.7% 認知機能低下あり12.4%, $p<0.05$)	16)
		→認知機能低下あり群にてオピオイドの鎮痛効果の評価が困難とした割合が有意に高い (認知機能低下なし34.4% 認知機能低下あり63.5%, $p<0.0001$)	
評価スケールの使用	看護職 介護職 リハビリ職	◎ 疼痛評価が難しいと回答した割合:看護53.6%,介護45.2%,リハビリ69.2%	22)
	理学療法士	◎ 評価した際に困ったことがあると回答した割合は98.3%	23)
	看護職 介護職 リハビリ職	◎ 評価スケールの必要性ありと回答した割合:看護53.6%,介護48.4%,リハビリ73.1%	
	理学療法士	◎ 認知症患者に特化した痛み評価指標を知っている割合が低い(4.3%)	23)
生理学的指標の使用	看護職	◎ 生理反応(冷や汗、脈や血圧の上昇等)のなかで着目すると選択された割合が20%以上となった項目はない	15)
	医師	◎ 血圧・脈拍、呼吸数を重視する割合は他の項目と比較し少ない(血圧・脈拍67.5%,呼吸数64.1%)	16)
	理学療法士	◎ 生理学的評価(心拍数等)の実施割合は他の評価と比較し最も低い(15.4%)	23)

○: 質的研究から得られたデータ, ◎: 実態調査研究から得られたデータを示す

鈴木ら¹⁷⁾は、VDSとAPS-Jにて認知症高齢者の疼痛を評価し、VDSの評価から対象者を疼痛なし/疼痛不明/疼痛ありの3群に分け、疼痛なし群と疼痛不明群のAPS-J得点を比較した。その結果、疼痛不明群のAPS-J合計得点が有意に高かったと報告し、VDSにて疼痛が判断できない場合も、疼痛が存在している可能性があることが示された。中田ら²⁴⁾は、VRSとAPS-Jを用いて認知症群と軽度認知機能障害群の疼痛を評価し、評価結果を比較した。その結果、両群においてVRSとAPS-J評価の一致率は低値であり、評価結果に乖離があったことから、多面的な評価の必要性があると述べた。立原ら²⁵⁾は、介入群をAPS-Jにて評価した患者、対照群をNRSにて評価した患者とし、両群の鎮痛剤定期内服患者の割合や機能的自立度評価法（Functional independence measure：FIM）得点及び合併症の発症有無を比較した。その結果、対照群と比較し介入群では、有意差はないが鎮痛剤定期内服患者の割合が高かった。また、介入群では、心不全や尿路感染症を引き起こす割合が有意に低く、退院時のFIM得点が有意に上昇しており、APS-J評価に基づく鎮痛剤の効果的な使用は、合併症予防やFIM得点の上昇に繋がる可能性を示す結果であった。

考 察

11件の文献を検討した結果から、認知症高齢者に対する疼痛評価や今後の研究課題について以下に考察する。

1. 多職種に求められる認知症高齢者の疼痛評価

本研究において認知症高齢者の疼痛評価は、病院だけでなく在宅^{16, 21)}、介護老人保健施設^{22, 23)}、老人ホーム及びグループホーム¹⁷⁾で実施されていた。加えて、疼痛評価は、看護師^{15, 17-20, 22, 25)}、訪問看護師²¹⁾、在宅医療に従事する医師¹⁶⁾、リハビリ職²²⁻²⁴⁾及び介護職²²⁾と認知症高齢者に関わる様々な職種にて実施された。

高齢化に伴い、2025年を目途とした地域包括ケアシステムの構築が推進されている。2022年には要介護認定を受けた高齢者のうち、約8割が在宅やグループホーム及びサービス付き高齢者住宅で生活し、約2割が施設で生活している²⁶⁾と報告された。本研究結果から、疼痛を有する認知症高齢者も病院、在宅、グループホーム及び施設等の地域の様々な場所で生活していることが予想される。また、認知症高齢者には複数の職種が関わっており、各職種が疼痛評価を実施していた。疼痛評価において、看護職・介護職では食事や入浴場面に着目し、リハビリ職では階段昇降場面に着目する²²⁾とされ、認知症高齢者に関わる各職種の視点は異なることが示唆された。加えて、疼痛評価はひとりで行うのではなく、家族や多職種からの情報に基づき総合的に実施されていた^{16, 18-22)}。各職種が専門性を活かし異なる視点から疼痛評価を行うことで、対象者の生活全体を踏まえて疼痛を把握できると考える。そのため、認知症高齢者に関わる多職種がそれぞれ疼痛評価を行うことが望ましいであろう。しかしながら本研究において、看護師以外が実施する疼痛評価の実態について述

表5 自己報告に基づく評価とAPS-Jを用いた評価の結果を比較した文献の概要

文献No	実施した評価	比較の概要	結果及び考察
17)	VDS/APS-J	VDSでの疼痛評価を基に群分け (疼痛なし群/疼痛不明群/疼痛あり群) →疼痛なし群と疼痛不明群のAPS-J得点を比較	①疼痛不明群のAPS-J合計得点が有意に高い (疼痛なし群1.37点、疼痛不明群2.96点、 $p<0.05$) ⇒VDSにて疼痛の有無が判断できない場合も、疼痛がある可能性がある
24)	VRS/APS-J	認知症群と軽度認知機能障害(MCI)群に VRS/APS-J評価を実施 →両群の評価結果を比較	①両群におけるVRSとAPS-J評価の一致率は低値 (Kappa係数：認知症群0.282、MCI群0.109) ⇒多面的な評価の必要性がある
25)	NRS/APS-J	介入群：APS-J評価/対照群：NRS評価を実施 →両群の鎮痛剤定期内服患者の割合、 FIM得点、 合併症発症有無を比較	①介入群の鎮痛剤定期内服患者の割合が高い(有意差なし) (介入群79.5%、対照群69.2%) ②介入群では心不全や尿路感染症を引き起こす割合が有意に低い (心不全：介入群36.4%、対照群61.5%、 $p<0.05$ 、尿路感染症：介入群15.9%、対照群42.3%、 $p<0.05$) ③介入群では退院時のFIM得点が有意に高い (介入群48.4点、対照群39.0点、 $p<0.05$) ⇒APS-J評価に基づく鎮痛剤の効果的な使用により、合併症予防、FIM得点の上昇に繋がる

①～③は結果を示し、⇒は考察を示す

べた文献は少なく、3件^{16, 22, 23)}のみであった。医師を対象とした文献は1件であり全国調査が実施されたが、対象者は在宅医療に携わる医師のみとなっていた¹⁶⁾。他2件はリハビリ職や介護職を対象としたが、全国を対象にした調査は実施されていなかった^{22, 23)}。そのため、看護師以外の医師やリハビリ職及び介護職等の疼痛評価に関する実態が明らかになっているとは言い難く、それらの職種が行う認知症高齢者への疼痛評価の実態や課題等を明らかにするために研究の蓄積が必要である。

2. 自己報告に基づく評価と観察に基づく評価を併せて行う重要性

本研究にて、疼痛評価者の多くが認知症高齢者は疼痛を適切に表現できないと思う¹⁶⁾、疼痛評価が難しい²²⁾、評価の信頼性に困った²³⁾としていたことから、評価者は評価自体及び評価の正確性の担保に困難を感じていることが改めて浮き彫りとなった。

Achterbergら²⁷⁾は、疼痛評価のゴールドスタンダードは自己報告に基づいた評価であり、認知機能低下のある高齢者に対しても自己報告による疼痛評価を行う必要があると述べている。しかし、認知症高齢者に対し自己報告に基づく評価を実施する場合いくつかの問題点がある。村上ら²⁸⁾は、重症認知症患者では疼痛に関して言語表現が少なくと述べている。また、認知機能低下のある高齢者では、表情認知を誤る、表情認知に時間がかかる²⁹⁾とされ、表情の変化を読み取るFRSの問題点といえる。加えて、VASでは対象者がその方法を完全に理解することが重要であり³⁰⁾、認知症高齢者への使用時には注意が必要である。以上より、本研究にて疼痛評価者が困難を感じた要因として対象者の認知機能低下の程度が関係したと考える。そのため、疼痛評価者は対象者の認知機能を見極め適した評価スケールを用いることが重要である。また、対象によっては、評価スケールを使用せずにより簡便な言葉で疼痛を尋ねることが有効となるかもしれない。一方、認知症高齢者では〈痛みをストレートに表現せず…難しい〉¹⁸⁾とされており、言語からの疼痛の判断が困難な場

合や、言語のみに頼ることで疼痛のある患者を見落とす可能性も考えられる。加えて、自己報告に基づく評価と観察に基づく評価の結果には乖離があり多面的な評価が必要であること²⁴⁾や観察に基づく評価の有用性²⁵⁾が示されており、認知症高齢者の疼痛評価は単純ではない。このように、認知症高齢者の疼痛は自己報告に基づく評価のみで正しく捉えることができない可能性があり、表情や言動及び活動等から観察に基づく評価を併せて実施する必要があるだろう。

対象者に適した自己報告に基づく評価及び観察に基づく評価の実施に向け、疼痛評価者には、対象者の性格や日常生活の把握に加え認知症や疼痛についての理解が求められる。特に医療的知識が乏しい疼痛評価者に対しては、これらの知識に関する教育も必要となるであろう。

観察に基づく評価の一つとして、生理学的指標を用いた評価があげられ、本研究においても質的研究にて、看護師は身体症状やバイタルサイン及び検査データ等を把握し疼痛評価を行うとされた¹⁸⁻²¹⁾。しかし、実態調査研究では、血圧や脈拍及び呼吸数という生理学的指標を用いた評価の実施割合は低かった^{15, 16, 23)}。

対象者を認知症高齢者に限定しない生理学的指標を用いた疼痛評価について、サーモグラフィによる評価や血液データから評価を行う試み³¹⁾が報告されている。また、認知症高齢者の急性疼痛に対してアミラーゼ値による評価の有用性が報告されている³²⁾。一方、重度アルツハイマー型認知症では、急性疼痛に対する自律神経の反応が低下すること³³⁾やがん性疼痛では、交感神経系の亢進を伴わない場合もあること¹⁶⁾が述べられている。そのため、疼痛や認知症の種類及び重症度によっては疼痛に伴う自律神経系の変化が現れにくい可能性があるといえる。本研究結果からは、認知症高齢者の疼痛評価時に自律神経系の反応を活用することについて一致した見解は得られておらず、それぞれの生理学的指標の信頼性についてさらなる検討が望まれる。

3. 統一された疼痛評価スケールの使用の重要性

山本ら²²⁾の報告から、看護職・介護職・リハ

ビリ職は、評価スケールの必要性を感じている一方で、実際には評価スケールを使用していないことが明らかとなった。質的研究や実態調査研究にて述べられた自己報告に基づく評価では、VASやNRS、フェイススケール及びFRSは比較的使用されていた²¹⁻²³⁾。観察に基づく評価については、これまで複数の評価スケールの開発や有用性の検証⁹⁻¹¹⁾が行われているが、評価スケールはほとんど使用されていなかった²²⁾。

一柳³⁴⁾は、熟練看護師は、直感的な気づきと鋭い観察力を駆使し、支援が必要な患者を見極めると述べた。本研究においても同様に、看護師はこれまでの豊富な経験や知識を基にした直感的な気づきや観察を活かし、評価スケールを使用せずに疼痛評価を実施したと考える。しかし、経験や知識の乏しい新人看護師や福祉職では、経験豊富な看護師のように評価を行うことは困難である。評価スケールの使用により背景が異なる評価者の評価指標が統一され、異なる側面や場面からでも同様の指標を用いた疼痛評価が可能となる。それぞれの職種からの疼痛評価について情報共有や統合を行うためにも、多職種が同一の評価スケールを使用し、統一された指標を基に認知症高齢者の疼痛評価を行うことは重要であると考えられる。

観察に基づく評価に評価スケールが使用されない要因について、理学療法士においては認知症患者に特化した痛み評価指標を知っている割合は低い²³⁾とされており、評価スケールの認知度が低いために使用されていない可能性が考えられる。しかし、本研究では、理学療法士以外の他の職種における疼痛評価スケールの認知度については明らかになっていない。そのため、疼痛評価スケールの認知度が低く使用されていないのか、認知度はあるものの疼痛評価スケールの使用に関する課題があるのかは不明であった。今後は、疼痛評価スケールが使用されない原因を明らかにし、多職種が疼痛評価スケールを使用できるよう検討していくことが重要となるであろう。

研究の限界

本研究では、疼痛や認知症の種類及び重症度に

よる疼痛評価の違いについて、詳細な調査はしておらず言及できない。また、文献の選定にあたり使用した検索ツールは医中誌Webのみであった。そのため、対象となった文献は限られている可能性があり、今後は国外雑誌に投稿された国内の研究に関する調査も実施する必要がある。

結 論

本研究では、認知症高齢者の疼痛評価について述べた先行研究から、認知症高齢者への疼痛評価及び今後の研究課題について検討した。対象とした文献では、自己報告に基づく評価、観察に基づく評価及び家族・多職種からの情報に基づく評価が行われていた。疼痛評価者は対象者の認知機能を見極め、自己報告に基づく評価を実施し、併せて観察に基づく評価を実施する必要がある。また、疼痛評価は認知症高齢者に関わる多職種にて実施されることが望ましく、多職種が同一の疼痛評価スケールを使用することで情報を統合し、対象者の生活全体を踏まえた評価を行うことが重要となるであろう。

今後は、看護師以外の職種が実施している疼痛評価の実態に関する研究の蓄積や生理学的指標を用いた疼痛評価の有効性の検討、疼痛評価スケールが使用されていない原因の調査を実施する必要がある。加えて、疼痛評価者への教育が必要であると考えられた。

利益相反自己申告

申告すべきものなし。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省, 令和5年度版 厚生労働白書. p3, 2023 (2024.8.26 閲覧), <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/22/dl/1-01.pdf>
- 2) 厚生労働省, 令和5年度版 厚生労働白書. p105, 2023 (2024.8.26 閲覧), <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/22/dl/1-03.pdf>
- 3) 堀田晴美: 高齢者における疼痛コントロール:

- 感覚情報伝達調節と老化. 基礎老化研究 42(1): 37-41, 2018.
- 4) 大谷明弘, 林典生: 認知症に伴う介護施設利用者の行動・心理症状 (BPSD) の背景因子の推定に関する文献検討. 最新社会福祉学研究 13: 15-28, 2018.
- 5) 野口光一, 加藤総夫, 矢吹省司ほか: 改定版「痛みの定義: IASP」の意義とその日本語訳について. 日本疼痛学会理事会, 2020.
- 6) 鈴木みずえ, 高井ゆかり編: 認知症の人の「痛み」をケアする: 「痛み」が引き起こす BPSD・せん妄の予防: 「認知症の人」を支えるすべての人に. pp64-71, 日本看護協会出版会, 東京, 2018.
- 7) Elvy Ickowicz: The Management of Persistent Pain in Older Persons AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. Journal of the American Geriatrics Society 50 (6): 205-224, 2002.
- 8) Kim YS, Park JM, Moon YS, et al: Assessment of pain in the elderly: A literature review. The National Medical Journal of India 30 (4): 203-207, 2017.
- 9) Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Chiba Y, et al: Abbey Pain Scale: Development and Validation of the Japanese version. Geriatrics Gerontology 10 (2): 145-153, 2010.
- 10) Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Chiba Y, et al: Feasibility and Clinical Utility of the Japanese Version of the Abbey Pain Scale in Japanese Aged Care. Pain Management Nursing 15 (2): 439-448, 2014.
- 11) Ando C, Hishinuma M: Development of the Japanese DOLOPLUS-2: A pain assessment scale for the elderly with Alzheimer's disease. Psychogeriatrics 10 (3): 131-137, 2010.
- 12) 北岡哲子, 岸太一, 工藤千秋: 臨床的顔表情評価法 C-Face (Clinical Facial Expression Scale) の開発～認知症患者における検証～. 日本早期認知症学会誌 6 (1): 84-89, 2013.
- 13) 吉武亜紀, 福岡欣治: 一般病院において認知症高齢者をケアする看護師の困難感に関する文献検討. 川崎医療福祉学会誌 26 (2): 274-283, 2017.
- 14) Nakanishi M, Nakashima T, Shindo Y, et al: Japanese care location and medical procedures for people with dementia in the last month of life. Journal of Alzheimer's Disease 51 (3): 747-755, 2016.
- 15) 北川公子: 認知機能低下のある高齢患者の痛みの評価－患者の痛み行動・反応に対する看護師の着目点－. 老年精神医学雑誌 23 (8): 967-977, 2012.
- 16) 村上敏史, 岩瀬哲, 西川満則ほか: 在宅医療におけるがん疼痛治療の評価と治療の実態について. Palliative Care Research 8 (1): 158-167, 2012.
- 17) 鈴木みずえ, 古田良江, 高井ゆかりほか: 認知症高齢者における疼痛の有症率と疼痛が認知症の行動・心理症状 (BPSD) に及ぼす影響. 老年看護学 19 (1): 25-33, 2014.
- 18) 久米真代, 高山成子, 小河育恵ほか: がんに罹患した認知症高齢者に対する疼痛の観察・判断に関する看護師の困難と工夫. 石川看護雑誌 12: 45-52, 2015.
- 19) 櫻庭奈美: 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対するがん疼痛アセスメント. 日本がん看護学会誌 32: 109-117, 2018.
- 20) 港美由紀, 小松美砂: 一般病棟の看護師が実施している認知症高齢者の痛みのアセスメント. 老年看護学 23 (1): 85-93, 2018.
- 21) 安藤千晶, 菅野雄介, 鈴木晶子ほか: 訪問看護師が実施している在宅認知症高齢者の疼痛マネジメント. Palliative Care Research 14 (2): 151-157, 2019.
- 22) 山本道代, 宮本真由香, 尾崎香麟ほか: 介護老人保健施設における看護職, 介護職, リハ職の認知症高齢者に対する疼痛評価の実態. 日本健康学会誌 88 (3): 109-116, 2022.
- 23) 若月勇輝, 肥田朋子, 平井達也ほか: 認知症患者への痛み評価に関するアンケート調査. 愛知県理学療法学会誌 35 (2): 72-81, 2023.
- 24) 中田健太, 下和弘, 大賀智史ほか: 疼痛行動は認知機能低下の程度に影響を受けるか?－疼

- 痛行動観察評価を用いた MCI と認知症における疼痛行動の特徴の検討－. PAIN RESEARCH 38 : 20-29, 2023.
- 25) 立原怜, 吉井あかり : 島根県立中央病院に大腿骨骨折で入院した認知機能低下のある高齢者の疼痛評価に対してアビー痛みスケールを活用したことによる効果. 島根県立中央病院医学雑誌 48 : 7-11, 2024.
- 26) 国土交通省, 第 6 回サービス付き高齢者向け住宅に関する懇談会資料. 2022(2024.8.26 閲覧), <https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/content/001464799.pdf>
- 27) Achterberg W, Lautenbacher S, Husebo B, et al : Pain in dementia. PAIN Reports 5 (1) : e803, 2020.
- 28) 村上真基, 山本直樹, 佐藤裕信ほか : 高齢者のがん疼痛表出に認知症が及ぼす影響に関する検討. 緩和ケア 22 (3) : 290-294, 2012.
- 29) 小海宏之, 岸川雄介, 園田薫ほか : 軽度アルツハイマー型認知症者の表情認知に関する研究. 藍野学院紀要 20 : 9-23, 2006.
- 30) 長谷川守, 服部卓 : リハにおけるアウトカム評価尺度 第 14 回 Visual Analogue Scale(VAS), McGill Pain Questionnaire(MPQ). JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 15 (2) : 160-167, 2006.
- 31) 濱田真輔 : 痛みの評価法. 日本臨床麻酔学会誌 31 (4) : 560-569, 2011.
- 32) 森田聖子, 中村美穂, 落合庸子ほか : 認知症高齢者における急性疼痛に対する唾液アミラーゼ活性値の反応～大腿骨転子部骨接合術後の移乗動作前後での比較～. 石川看護雑誌 13 : 67-73, 2016.
- 33) Beach PA, Huck JT, Miranda MM, et al : Autonomic, Behavioral, and Subjective Pain Responses in Alzheimer's Disease. Pain Medicine 16 (10) : 1930-1942, 2015.
- 34) 一柳聡子, 中山栄純 : 一般外来で熟練看護師が行う患者へのセルフケア支援. 日本看護技術学会誌 23 : 75-84, 2024.

Pain Assessment in Older People with Dementia in Japan: A Literature Review

Tomomi KYUDA¹⁾, Chika YAMAZAKI²⁾, Etsuro HORI³⁾

1) Former Toyama University Hospital

2) Faculty of Nursing, Toyama Prefectural University

3) Behavioral Science, Graduate School of Medicine, University of Toyama

Abstract

The purpose of this study was to review previously published studies to examine the pain assessment for older people with dementia in Japan, and to highlight directions for future research. A paper search via Ichushi-Web was carried out with keywords such as “dementia,” “pain,” and “assessment,” and 11 studies were selected for analysis.

The results indicated that current pain assessment in older people with dementia are based on self-reporting, observation, and collecting information from family members and multiple professionals (doctors, nurses, rehabilitation staff, and caregivers). Self-reporting and observation should be conducted in conjunction for pain assessment, and appropriate methods should be used after assessing cognitive function. Additionally, each professional who supports older people with dementia needs to assess pain on the basis of their own expertise. It may be beneficial to unify assessment indices across multiple professionals using common pain assessment scales.

In the future, it was considered necessary to survey the state of pain assessment conducted by multiple professionals other than nurses, to clarify the reasons for not using assessment scales, and to provide education for pain assessors.

Keywords

dementia, older people, pain assessment, literature review