

## 科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 26 年 6 月 27 日現在

機関番号：32608

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2011～2013

課題番号：23593451

研究課題名(和文) 終末期にある認知症高齢者の緩和ケア開発：苦痛症状評価指標作成の試み

研究課題名(英文) Development of an assessment framework including signs of pain among elderly people with dementia

研究代表者

北川 公子 (KITAGAWA, Kimiko)

共立女子大学・看護学部・教授

研究者番号：30224950

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 4,200,000円、(間接経費) 1,260,000円

研究成果の概要(和文)：認知症高齢者の終末期において重視される痛みの観察式評価指標を検討した。(1)既存資料の分析から導いた、ことば・声、表情、身体表現、生活行為・動作、行動・気分、生理反応の6要素に対して、看護師へのインタビューから36の痛みサインを形成した。(2)痛みのある認知症高齢者106名における該当率30%以上の痛みサインは6項目、10%未満は13項目であった。(3)評価項目として適切と回答した看護師の割合が75%未満のサインが17項目あった。以上から、該当率10%未満で、疾患別等分析で有意差がなく、かつ適切性75%未満の5項目を削除して31項目に精選した上で、共通項目と個別項目から成る評価枠組を作成した。

研究成果の概要(英文)：To develop an assessment framework including signs of pain as an observational assessment tool to screen for pain among elderly people with dementia.(1) Seventeen nurses were interviewed regarding specific behaviors with pain in patients with dementia.The interview results were analyzed on the basis of the following six categories: words/sounds, facial expressions, body language, daily living activities, behaviors/moods, and physiological responses.A total of 36 sub-items were elicited.(2) In a survey of 106 elderly dementia suffering from pain, 6 items were observed in >30% of the individuals, whereas 13 items were present in <10% of the individuals.(3) In a survey for evaluating signs of pain that could be appropriately include in the pain assessment framework, 17 items were rated as appropriate by less than 75% of nurses. This resulted in a final version of 31 signs of pain in 6 categories.

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・地域老年看護学

キーワード：認知症 痛み 高齢者 評価 緩和ケア 終末期

## 1. 研究開始当初の背景

痛みは、人々の生活の質を最も脅かす苦痛症状の一つであり、そのことは認知症高齢者においてもかわらない。終末期こそ、痛みをはじめとする苦痛に対する緩和ケアが求められる。しかし、認知症高齢者の場合、“痛い”と言わなければ周囲の人々は「痛み症状なし」と判断し、認知症高齢者が“痛い”と繰り返し訴えたとしても、「好訴的」や「常同行為」とみなされ、結局、痛みが放置されてきた可能性がある。このような事態から脱するために必要なのは、セルフレポートのみに依存しない看護師の痛みに対する観察評価能力を強化していくことだと考える。

欧米では、ナーシングホームにおける、痛みを有する認知症高齢者の割合（以下、有病率）が報告されているが、痛みの評価基準や方法が多様であることなどにより、その割合は17～80%と開きがある。認知症高齢者の痛みのマネジメントに関する実態調査も進められ、大腿骨骨折の治療過程における認知症群の鎮痛薬の使用量の少なさや認知症の重症度が高いほど鎮痛薬を使用している患者の割合が低いことも指摘されるようになった。このように、痛みのある認知症高齢者への緩和ケアが必ずしも十分とはいえない状況が明らかになると並行して、認知症高齢者が苦痛症状を有するがために表現・表出している表情や行動に着目した、第三者の観察に基づく痛み評価スケールが開発されるようになった。2000年以降、欧米を中心に積極的に取り組まれており、信頼性・妥当性のあるスケールは10件以上になる。

一方、わが国では認知症高齢者に限定した痛みに関する研究報告は多くない。1994年に、一病院での調査から、認知症患者のうち痛みのある者の割合は23%であったことが報告されているが、大規模な実態調査は今のところみられないので、認知症高齢者の有病率や痛みの原因、鎮痛薬の使用状況等は明

確にされていない。

アメリカ老年学会 American Geriatrics Society は認知症高齢者の痛みの評価をセルフレポート優先としたうえで、観察評価の指標として、①表情、②言語・音声、③体の動き、④対人相互関係の変化、⑤日課的行動の変化、⑥精神状態の変化、の6つの視点が有用であると指摘した。しかし、この中には痛みに伴う血圧変動などの生理的変化の項目は含まれていない。痛みが心拍や呼吸、発汗などの生理的変化を引き起こすことや看護師にとって日々、把握可能で、かつ急変時の必須の観察項目であることから生理反応は有効であると考えられる。

## 2. 研究の目的

本研究の目的は、認知症高齢者の重度期ならびに終末期において見過ごされる可能性があり、かつ本人にとって苦痛の大きい「痛み」に着目し、その実態、ならびに評価方法を開発することである。痛みの把握を通して、認知症高齢者の緩和ケアの適切な提供の一助となると考える。

## 3. 研究の方法

この目的に即して、本研究は次の3部から構成した。第1には認知症高齢者が重度期ならびに終末期を過ごすことの多い療養病床等と、認知症高齢者の終末期をも含んだ生活の場として期待されるグループホームを対象とした、認知症高齢者の有病率に関する実態調査である。第2には、重度期・終末期における痛みを評価する指標開発を行うことである。第3には、認知症の終末期（予後半年）の振り返りから、終末期の進行プロセスにおける痛みなどの苦痛症状の出現状況を明らかにすることである。

## 4. 研究成果

### (1) 認知症高齢者の有病者率

#### ①グループホームの有病者率

2011年12月現在、WAM-NET に施設情報を

公開している関東地方に所在する認知症対応型共同生活介護（以下、グループホーム）2,620 ヲ所を対象に質問紙調査を行った。返信は679施設（回収率25.9%）であり、このうち563施設（83.0%）が「痛みのある認知症高齢者が入居している」と回答した。グループホームの8割以上が有痛者をかかえているという現状が示された。また、記入漏れのない590施設の回答時点の入居実人数が8,945名、有痛者が1,908名であり、グループホームにおける有痛者率は21.3%であった。

有痛者1,209事例中、男性211名（17.5%）、女性998名（82.5%）、80歳代681名（56.3%）、90歳代281名（28.0%）であった。痛みの原因は「腰痛」と「関節炎」が多く、各々29.8%、23.7%であった。次いで、「関節拘縮」「骨折」が多く、骨関節系の不具合を原因とする痛みが多かった。「がん」や「術後」、「褥瘡」など重篤な疾患や長期寝たきり、あるいは侵襲的な治療を原因とする痛みは少なかった。

## ②療養病床等の有痛者率

WAM-NET に施設情報を公開している療養病床、老人性認知症疾患療養病棟、老人性認知症疾患治療病棟を有する関東地方の病院756 ヲ所の病院長宛に調査協力依頼を送付した。最終的に19病院43病棟から返信を得た。

療養病床での痛みのある認知症高齢者数の平均は4.2名（最低1名、最高14名）、認知症療養病棟2.6名（最低1名、最高6名）、認知症治療病棟6.0名（最低1名、最高16名）であった。各病棟の認知症の有痛者率は12.1%、5.5%、14.1%であった。

## （2）認知症高齢者の痛み評価指標の開発

この課題には、3つの調査を行った。調査1は、老人看護専門看護師および認知症看護認定看護師へのインタビューから痛みの言語・非言語表出を抽出し、既存のスケールか

ら導いた評価項目6要素のもとにカテゴリ化して痛みサインのリストを作ることを目的とした。調査2では、看護師を回答者とし、調査1で作成した痛みサインのリストを用いて、痛みのある認知症高齢者に関する質問紙調査を実施した。これは、実際の援助事例に対する痛みサインの該当率と、痛みサインと原因疾患等とを連動させた評価枠組みの案出を目的とした。調査3では、看護師を回答者に、痛みサインが認知症高齢者の痛みを評価する項目としての適切性の評価を行った。最後に調査2と3の結果から、痛みサインを精選した。

## ①調査1:「痛みサイン」抽出のためのインタビュー調査

認知症高齢者の痛みサインを抽出するとともに、痛みサインの観察上の工夫を把握するために、老人看護専門看護師および認知症看護認定看護師17名にインタビューを行った。

インタビューから抽出した言語・非言語表出の項目数は54であった。このうち、最も多くの事例で語られていた痛みサインは、「痛い」という発言の10名であった。次に、顔をしかめる・しかめっ面（7名）、眉間にしわ（6名）、大声（6名）、要安静にもかかわらず起きる・動こうとする（6名）、徘徊・ウロウロする（6名）、身の回りの物やチューブ類をいじる（5名）、怒る・怒りっぽい（5名）が多く確認された。生理反応について言及される事例は少なかった。6つの要素ごとの項目数は、多い順に行動・気分19個、表情9個、ことば・声、身体表現が各8個、生活行為・動作6個、生理反応4個であった。事例から54個、その他看護師の観察ポイントから42個の言語・非言語表出からカテゴリ化を行い、表現を整えた。最終的に6群36項目の痛みサインが形成された。

②調査 2：療養病床等に入院する認知症高齢者の「痛みサイン」に関する質問紙調査

実際の痛みサイン（36 項目）の該当率と、痛みサインと痛みの原因疾患等との関係を明らかにするために、看護師を回答者とした質問紙調査を行った。回答者である看護師数は 99 名、痛みのある認知症者の数（有効回答）は 106 名であった。

痛みのある認知症高齢者の概要：この 106 名の内訳は男性 27 名（25.5%）、平均年齢 82.8 ± 7.5 歳、女性 79 名（74.5%）、平均 84.0 ± 6.3 歳であり、80 歳以上が全体の 73.6%を占めた。認知症の診断名は、アルツハイマー病が 54 名（50.9%）と最も多く、血管性認知症が 19 名（17.9%）と次いで多く、それ以外はレビー小体病 2 名、前頭側頭型認知症 1 名、混合型認知症 2 名と少なかった。

痛みの原因：推定される痛みの原因（複数回答）は骨折（33.3%）が最も多く、次いで関節拘縮（21.7%）、腰痛症（17.9%）。褥瘡（12.3%）であり、がんは多くなかった。

痛みサインへの看護師の注目：看護師が注目した痛みサインの該当者数の上位は、「“痛い” など痛みについて言う（以下、痛みについて言う）」94 名（88.7%）、「しかめっ面」69 名（65.1%）、「眉間にしわを寄せる（以下、眉間にしわ）」59 名（55.7%）であり、半数以上の看護師が注目していた。さらに該当率 30%以上の項目は「叫ぶ、大声をあげる」「（痛む部位に）手を当てる、抑える」「怒る、怒りっぽい」の 3 項目、20%以上は、「笑わない、硬い表情」「（痛む部位を）さする」「（触れられた時に）ピクッとする」「食欲の低下、食事摂取量の減少（以下、食欲の低下）」「動かないでいる時間の増加」「ADL のできる部分の縮小」「介助や服薬などの拒否、介助への抵抗」「興奮、混乱」の 8 項目であった。VI 群の〔生理反応〕5 項目の中に 20%を超える項目はなかった。一方、看護師による注目が 10%未満と少なかったサインは、「話をしな

くなる、ことば数の減少」「閉眼している」「口を固くむすぶ」「体を丸めて臥床する」「手を挙げられないなど動きの制限」「足を引きずるなど歩き方の変化」「泣く」「落ち着かない、あちこち歩き回る」「多弁」「冷や汗」「脈や血圧の上昇」「顔面紅潮」「顔面蒼白」の 13 項目であった。

痛みの原因疾患等による痛みサインの特徴：関節疾患では「さする」と「ADL のできる部分の縮小」の該当率が高く、有意差を認めた ( $p < .05$ )。関節拘縮では「笑わない、硬い表情」( $p < .05$ ) に有意差を認めたが、これは関節拘縮あり群に該当率が低いものであった。痛みを伴うほどの関節拘縮とは大きな関節が拘縮し、身体可動性も低い状態と考えられる。このようなレベルの高齢者は、痛みの有無に寄らず表情の変化に乏しいため、拘縮あり群での該当率が低かったと考えられる。打撲では「食欲の低下」( $p < .05$ ) の割合が高く有意であり、褥瘡等では「叫ぶ、大声をあげる」の比率が高く、有意であった ( $p < .01$ )。「笑わない、硬い表情」と「ADL のできる部分の縮小」も有意差がみられたが、これは褥瘡等あり群に該当率が低かった。関節拘縮あり群での「笑わない、硬い表情」と同じ理由と考える。腰痛症では「動かないでいる時間の増加」の比率が高く、有意であった ( $p < .05$ )。がんは人数が 5 名と少ないこともあり、有意差のみられたサインはなかったが、その中で「体をこわばらせる」の割合がやや高い傾向を認めた ( $p = .052$ )。神経損傷による痛みでは、あり群に「食欲の低下」の該当率が高く、有意であった ( $p < .05$ )。神経圧迫による痛みでは、「うっという声、ハッと息をのむ」「動かないでいる時間の増加」「人や助けを呼ぶ」の 3 つのサインであり群に該当率が高く、有意であった（いずれも  $p < .05$ )。急性痛の痛みサインをみると、あり群に「血圧や脈拍の上昇」の割合が高く、有意であった ( $p < .05$ )。

痛みの表出場面と痛みサイン：30%以上の看護師が着目した「痛みについて言う」「しかめっ面」「眉間にしわ」「叫ぶ、大声をあげる」「手を当てる、抑える」「怒る、怒りっぽい」の6つの痛みサインについて、痛みの原因別に表出場面の分析をした。その結果、関節拘縮「あり」では更衣時の「痛みについて言う」と「しかめっ面」、褥瘡等「あり」は処置時において「痛みについて言う」「しかめっ面」「眉間にしわ」「怒る、怒りっぽい」の4項目に割合が高く、有意であった。「叫ぶ、大声をあげる」「手を当てる、抑える」は場面別の分析で、いずれの疾患においても有意差を示すものはなかった。

③調査3：「痛みサイン」の評価項目としての適切性に関する質問紙調査

「痛みサイン」の評価項目としての適切性を検討するために、看護師を回答者とした質問紙調査を行った。看護師75名の返信があり、このうち有効回答71名を分析対象とした。

「(おおむね)適切」と回答した割合が75%を超えたサインは7項目であった。これらはI群〔ことば・声〕、II群〔表情〕、III群〔身体表現〕とVI群〔生理反応〕を構成するサインであり、IV群〔生活行為・動作〕とV群〔行動・気分〕には75%を超えるサインはなかった。

痛みサインを用いた評価枠組み試案：6群36項目の痛みサインのうち、調査2で該当率が10%未満であった13項目のうち、「閉眼している」「足を引きずるなど歩き方の変化」「脈や血圧の上昇」の3項目は痛みの原因疾患等との分析で有意差を認め、該当率は低くても特定の痛みの評価に有効な項目であると判断した。残った該当率の低い痛みサイン10項目のうち、調査2で該当率が10%未満で、有意差もなく、かつ調査3の病棟タイプ別分析で75%に満たなかった5つのサイン、

すなわち「話をしなくなる、ことば数の減少」「口を固くむすぶ」「体を丸めて臥床する」「泣く」「多弁」の4項目をリストから除き、痛みサインを31項目に精選した。その上で、該当率が30%以上だった「痛みについて言う」「しかめっ面」「眉間にしわを寄せる」「怒る、怒りっぽい」の4つの痛みサインと、該当率30%以上で、疾患別分析等において有意差がなく、適切性評価で各病棟タイプとも75%以上だった「手を当てる、抑える」の計5項目を<共通項目>、それ以外の26項目(I群①ののしる、暴言をはく、②うめく、③叫ぶ、大声をあげる、④「うっ」という声、ハッと息をのむ、II群①笑わない、硬い表情、②閉眼している、III群①さする、②こぶしを握る、衣類やベッド柵などを握る、③体をこわばらせる、硬直、④(触られた時に)ビクッとする、IV群①手を挙げられないなど動きの制限、②足を引きずるなど歩き方の変化、③食欲の低下、食事摂取量の減少、④不眠など睡眠パターンの変調、⑤動かないでいる時間の増加、⑥ADLのできる部分の縮小、V群①介助や服薬などの拒否、介助への抵抗、②人を叩く、手をはねのけるなどの攻撃、③人や助けを呼ぶ、④興奮、混乱、⑤落ち着かない、あちこち歩き回る、VI群①冷や汗、②脈や血圧の上昇、③発熱、④顔面紅潮、⑤顔面蒼白)を、共通性は高くないが、個々の認知症の重症度や痛みの原因によって特徴を示す<個別項目>として、評価枠組みの縦軸とした(図1)。

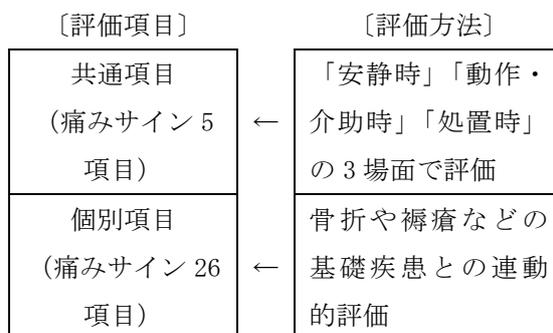


図1 認知症高齢者の痛み評価のフレーム

本課題の最終年度には当該評価指標の信頼性検討を行った。実際に認知症高齢者 10 名に用いたところ、2 名の評価者間の一致度は 0.77 であった。今後は、得点基準の明確化、行動心理症状との識別の可否の検討、および評価マニュアル作成を行う必要がある。

### (3) 終末期の進行プロセスと苦痛症状

認知症高齢者の予後半年以降の状態像の推移を把握するために、全国の訪問看護ステーションのうち、系統的抽出法で抽出した 559 施設を対象に 2012 年 2 月、質問紙調査を行い、47 施設から返信（回収率 8.4%）があった。有効回答 37 件の分析の結果、死亡半年前の時点ですでに「ADL 全介助」「褥瘡」「四肢の関節拘縮」「肺炎」のいずれかを呈する経過（A 群 12 件）と、死亡半年前の時点で「易転倒性」「睡眠・活動リズムの変化」のいずれかを呈する経過（B 群 25 件）とに分かれた。B 群の方が死亡半年前の時点での自立度は高いが、死亡 1～2 ヶ月前になると、B 群にも「褥瘡」や「肺炎」「ADL 全介助」が加わり、A 群との差異が縮まり、死亡 1～2 週間前、死亡 1～2 日前では両群の状態像はほぼ同じであった。「転倒」「褥瘡」「口腔内乾燥」など、苦痛を伴うことが予測される身体徴候はほぼ全ての回答に認められたが、「疼痛」や「倦怠感」などの自覚的な苦痛症状の記載は 8 件（21.7%）にとどまったが、終末期における身体徴候の出現状況とともに、苦痛症状を評価するツールの必要性が示唆された。

## 5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕（計 1 件）

北川公子（2012）：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 卷 8 号，967-977.（査読付き）

## 6. 研究組織

### (1) 研究代表者

北川 公子 (KITAGAWA, Kimiko)