

石川県立看護大学
大学院 看護学研究科

博士論文

中等度・重度認知症高齢者のがん性疼痛評価尺度の開発
—信頼性・妥当性の予備的検証—

久米 真代

2017

Development of Cancer Pain Rating Scale for Moderate to Severe Elderly Patients with Dementia

— Preliminary Verification of Reliability and Validity —

In the area of a cancer pain that requires aggressive pain relief, it has been reported that, compared to patients without clinically evident dementia, elderly patients present fewer behaviors indicating pain or a need for a dose reduction of analgesics. Literature in this area suggested that current pain assessment scale created to assess pain in elderly patients with dementia may contain limitation, including reliance on behavior observation. Thus, the purpose of this study was to develop a pain assessment scale that will enhance pain management for elderly patients with dementia.

The study was conducted in three steps: Step 1) Extraction of pain assessment items from two types of data, first, “empirical knowledge “ obtained from interviews with five palliative care unit nurses, and second “patient perspectives” obtained through observation of eight elderly patients with dementia. Step 2) Extracted from one existing pain on and validity testing scale items in three sub-steps: a) collation of items extracted in the first step the items: We collated items extracted in the first step and other one of existing pain assessment scale; b) creation of a “cancer pain assessment”(hereafter referred to as The Scale)”; and c) checking and modification of scale items through face validity checking by two certified clinical cancer nurses and content validity checking by thirty-four clinical nurses. Step 3) Preliminary verification of the scale's validity and reliability through the employment of The Scale by thirteen nurses to clinically assess the pain of elderly patients with dementia. The following four parameters were verified: A. inner consistency, B. interrater reliability, C. concurrent validity with the Abbey Pain Scale, Japanese version, and D. discriminant validity of cancer and non-cancer control scores produced by the scale.

Interview results revealed that nurses had expanded their communicative strategies to include “presuming the presence of pain to elicit patient responses,” “encouraging patients to talk about their pain,” and “systematically observing patient responses while caring for them.” Nurses reported that because the nurses “lacked confidence to

initiate interventions based only on patient complaints, decisions tended to be delayed and excessive analgesic doses resulted.” Elderly patients reported “excluding pain from their conversations with nurses” and “generally distancing themselves from their nurses.”

Thus, use of the scale resulted in the isolation 35 assessment items at first in addition to three components such as “observing patient’s behavior”, “asking patients about their pain” and “patient’s response to care”. However, in verification of the content validity, the final version of the scale resulted in a reduction of the items from 35 to 30 by deleting five behavior observation- related items, that more than 40% of nurses answered “inadequacy”.

The preliminary verification conducted a total of 34 times, 10 times with the cancer cohort (5 patients, two times each), 24 times with the non-cancer cohort (24 patients, each one time). Inner verification in The scale was $\alpha=0.91$ ($n=10$) . Additionally, the verification indicated for the interrater reliability was a significant at $=0.745$, $p=0.021$ ($n=9$) as a high reliability. Conversely, a significant correlation was not demonstrated for concurrent validity at $r=0.48$, $p=0.16$ ($n=10$) . Though there was a significant correlation for discriminant validity at $p=0.002(p<0.05)$, sufficient analytical power was lacking due to the small number of cases in the cancer cohort.

In spite of tentative nature of the results, however, a preliminary check of the scale reliability was accomplished as applied to pain assessment scale for elderly patients with dementia. Consequently, the resulting assessment tool, given further refinement, can be considered to hold promise a clinical nursing tool for finding the cancer pain.

目次

第 1 章 序論	1
1 研究の背景	1
2 文献検討	3
2-1 文献検討の方向性	3
2-2 がん性疼痛の表出に認知症が及ぼす影響と鎮痛薬の使用について	3
2-3 がん罹患した認知症高齢者の看護について	5
2-4 がん性疼痛の評価尺度について	7
2-5 がん性疼痛の客観的評価について	9
2-6 認知症高齢者の疼痛評価尺度について	9
2-7 アルツハイマー型認知症が疼痛の知覚に及ぼす影響について	13
3 研究目的	15
4 研究の意義	15
5 本研究の構成	16
第 2 章 現象からの疼痛評価項目の抽出	17
第 1 節 緩和ケア病棟の熟練看護師へのインタビューによる疼痛評価項目の抽出	17
1 はじめに	17
2 研究方法	18
2-1 研究協力者	18
2-2 調査期間	18
2-3 調査場所・方法	18
2-4 分析方法	19
2-5 倫理的配慮	19
3 結果	20
3-1 研究協力者の概要	20
3-2 緩和ケア病棟看護師の認知症高齢者の疼痛緩和の看護における困難	20
3-3 緩和ケア病棟看護師の認知症高齢者の疼痛緩和の看護における工夫	24
4 考察	25
4-1 認知症疾患による言語表現の少なさ・多様さによる疼痛観察の困難	26
4-2 客観的指標と生活行動の照合による疼痛観察の必要性	26

4-3 訴えを引き出していく必要性	27
第2節 がん罹患した認知症高齢者の参加観察による疼痛評価項目の抽出	28
1 はじめに	28
2 研究方法	29
2-1 研究参加者	29
2-2 調査期間	29
2-3 調査場所・方法	29
2-4 分析方法	30
2-5 倫理的配慮	30
3 結果	31
3-1 研究参加者の概要	31
3-2 参加観察の内容に基づく分析	32
4 考察	37
4-1 行動観察と合わせて“触れて聞く”必要性	37
4-2 日常生活動作を促して反応を観察する必要性	38
4-3 複合的なアセスメントと鎮痛薬使用の決定を選択する機会を提供する必要性	38
5 本研究の限界と課題	39
第3節 尺度項目の作成	40
3-1 看護師の調査結果と認知症高齢者の調査結果からの項目抽出	40
3-2 文献の検討による既存の疼痛評価尺度項目との照合	45
3-3 がん性疼痛評価尺度（案）の作成	47
第3章 尺度項目の妥当性の検討および修正	51
第1節 がん性疼痛看護の専門家による表面妥当性の検討	51
1 目的	51
2 研究協力者	51
3 調査方法	51
4 結果	52
第2節 緩和ケア病棟の看護師による内容妥当性の検討	54
1 目的	54
2 研究方法	54

2-1 研究協力者と評価対象者	54
2-2 調査期間	54
2-3 調査場所・方法	55
2-4 分析方法	55
2-5 倫理的配慮	56
3 結果	56
3-1 研究協力者と評価対象者の概要	56
3-2 項目内容の妥当性について	57
3-3 表現の適切性と内容の網羅性について	59
3-4 本尺度（案 2）を使った感想や意見	60
4 がん性疼痛評価尺度(案)の修正	62
第 4 章 尺度の信頼性・妥当性の予備的検証	63
1 目的	63
2 方法	63
3 結果	66
3-1 研究協力者の概要	66
3-2 評価対象者の概要	66
3-3 内的一貫性の検証	67
3-4 評定者信頼性の検証	68
3-5 併存妥当性の検証	69
3-6 弁別妥当性の検証	71
4 考察	72
第 5 章 総括	76
1 全体考察	76
2 本研究の限界と今後の課題	81
引用文献	82
謝辞	93

第 1 章 序論

1 研究の背景

2015 年に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）¹⁾ が公表され、7 つの柱のひとつに、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供が掲げられ、身体疾患に罹患した認知症高齢者が適切な医療を適切な場所で受けられるような基盤作りが推進されている。そのなかでも日本人の 2 人に 1 人はがんに罹患する現代において、がんに罹患する認知症高齢者の増加が予測される。がん患者の場合、7～9 割はオピオイドを必要とする強度の痛みがあり²⁾、疼痛コントロールが非常に重要である。2007 年のがん対策基本法施行とそれに基づくがん対策推進基本計画により、積極的な疼痛コントロールを中心とした緩和ケアが提供される場所は、緩和ケア病棟だけでなく一般病棟へと広がり³⁾、どの病棟に入院していても苦痛の予防と苦痛からの解放が実現される環境が整ってきている。しかし、がんに罹患した認知症高齢者の疼痛コントロールのための鎮痛薬の投与量については、認知症の無い人と比較すると少なかったとの報告⁴⁻⁶⁾ が多くみられ、認知症高齢者におけるがん性疼痛のコントロールには大きな課題があると言わざるを得ない。

確かに認知症高齢者は、認知機能障害が中等度以上になると、言語障害が出現し会話が空虚になる。それゆえに疼痛を自ら訴えにくくなり、興奮や抑うつなど様々な症状が出現する。高山は「中等度、重度認知症高齢者の経験は、ケア提供者が言葉を理解しようとする、言葉を引き出そうとする働きかけなしには示されない」²⁴⁾ と中等度以上の認知症高齢者の経験を看護師が理解する難しさを示している。

痛みは「実際に何らかの損傷が起こった時、あるいは組織損傷が起こりそうな時、あるいはそのような損傷の際に表現されるような不快な感覚体験（sensory experience）および情動体験」⁷⁾ と定義され、主観的体験であると捉えられている。そのため、痛みの評価は、行動観察より痛みを感じている本人の自己報告がゴールドスタンダードとされている。しかし、認知症高齢者の場合、2002 年にアメリカ老年医学会（American Geriatric Society；AGS）から、認知機能障害のある高齢者の痛み評価に有用な視点として、1. 表情、2. 言葉・声、3. 体の動き、4. 対人関係の変化、5. 日常生活行動の変化、6. 精神状態の変化の 6 つが示され⁸⁾、表情や声、体の動きなどの行動をケア提供者が観察して客観的に評価を行う尺度が多く開発⁹⁻²³⁾ されている。このように痛みは本人の主観的感覚による評価がゴールドスタンダードであるにもかかわらず、認知症高齢者の疼痛評価は行動観察による

評価に主眼がおかれている現状がある。認知症高齢者の場合、疼痛コントロールを適切に行われなければ、攻撃的な行動や興奮、抑うつなどの認知症の行動・心理症状（Behavioral Psychological Symptoms of Dementia：以下 BPSD）が出現し、家族の困惑を招いたり、看護師が対応に苦慮したり、身体拘束などの倫理的な課題に直面するだけでなく、本人の苦痛が非常に増加する。特にがん性疼痛の場合、がんの進行に伴い疼痛が強度になってくことから、看護師が疼痛を適切に評価しコントロールすることは喫緊の課題であり、認知症高齢者が終末期を穏やかに過ごす鍵となる。

そこで、本研究は、非常に強い痛みが生じるがん性疼痛をもつ認知症高齢者の疼痛を看護師が評価する尺度の開発を行うことを目的とした。がん性疼痛のある認知症高齢者を看護している緩和ケア病棟の看護師から、がん性疼痛のコントロールをするうえでどのような困難を感じ、どのように工夫しているのかをインタビューで明らかにし、その次に認知症看護を専門分野として認知症高齢者への対応ができる看護師が、緩和ケア病棟に入院しているがん性疼痛のある認知症高齢者に付き添いながら、疼痛をどのように表現し、どのように対処しているのかを明らかにしてゆくこととした。最後に、先行研究の結果と 2 つの調査結果から、がんに罹患した認知症高齢者のがん性疼痛評価尺度を作成し、信頼性・妥当性の予備的検証を行ったため報告する。

2 文献検討

2-1 文献検討の方向性

本研究では、がん罹患した中等度・重度認知症高齢者のがん性疼痛を本人の主観と、行動観察による客観的な視点を組み合わせて評価することにより、疼痛を適切に評価する評価尺度を作成することを目的としている。そこで、文献検討は、まず、認知症とがん、2つの疾患に罹患した高齢者の疼痛に関する研究について検討を行った。次に、本研究の主題に沿って、がん性疼痛の評価スケール、がん性疼痛の客観的評価、認知症高齢者の疼痛評価スケール、アルツハイマー型認知症が疼痛の知覚に及ぼす影響について検討した。

認知症とがん、2つの疾患に罹患した高齢者の疼痛についての研究は、国内文献を、医学中央雑誌 Web(Ver.5)をデータベースとして検索した。キーワードは、「認知症」、「がん」、「疼痛(痛み)」とし、原著論文に絞り込んだ。その結果、51件が検索された。論文タイトルと抄録からがん罹患した認知症高齢者を対象とする研究ではない論文14件と、治療成果に関する研究25件を除いた研究を除いた12件を抽出し、さらにがん性疼痛に関する記述のない論文5件と英語論文2件を削除した。海外文献は、MEDLINE および CINAHL をデータベースとして検索した。キーワードは、「dementia」「cancer」「pain」の3語とした。Abstract、English、Age65+years で絞り込みを行った。その結果88件が検索された。このうち、論文タイトルと抄録からがん罹患した認知症高齢者を対象とする研究ではない論文47件と、文献レビューやがん以外の疾患に関する研究16件、重複している論文20件を除いた。最終的に国内文献、海外文献合わせて10論文を分析対象とした。10論文のうち半数は、後ろ向きにカルテ調査を行い、認知症罹患の有無によってがん性疼痛を表出する行動の違いを明らかにした研究であった。残りの5論文はがん罹患した認知症高齢者の看護の実際を事例から検討していた。文献の内容について検討を行う。

2-2 がん性疼痛の表出に認知症が及ぼす影響と鎮痛薬の使用について

村上ら²⁶⁾は、緩和ケア病棟に入院した71歳以上のがん患者135名を対象に、認知機能障害の重症度による身体的疼痛の表出の違いについて、①苦痛表情②疼痛部に触れる③大声など④せん妄⑤質問にうなずき⑥多動の6つ行動について医師記録と看護記録から後ろ向きに調査を行っている。その結果、疼痛表出回数は、正常群717回、境界群491回、軽症群401回、中等症群287回、重症群62回と重症になるほど表出回数が激減していた。また、入院1日あたりの疼痛回数を比較すると、正常群から中等症群までは0.5回であったのに対し、重症群では0.17回と有意に少なかった。疼痛表出全体に占める非言語表現の

割合は、正常群から中等症群までが 30%以下であったのに対して、重症群では 58%であり、他のいずれの群に比しても有意に高かった。非言語的表現として、認知症なし群から中等症群までは苦痛表情と疼痛部を触れるが多いのに対し、重症群では大声・奇声が多くなっていると報告している。

人種によるがん性疼痛の表現の違いについて明らかにした研究²⁷⁾では、ナーシングホームに入所しているがんで死亡した認知症高齢者 55 名の医療記録をもとに調査を行い、アフリカ系アメリカ人は白人に比べて、有意に DBS (Discomfort Behavior Scale: Minimum Data Set 2.0 の不快と疼痛の行動に関連した 17 項目から評価する尺度：得点が高いほど疼痛が強い) 得点が高く、人種による疼痛の表現に違いがあるとした。

認知症の有無が鎮痛薬の投与量に及ぼす影響を後ろ向きにカルテ調査を行い明らかにした研究は 3 件ある。Iritani ら⁴⁾は、10 年間に外科病棟で治療を行ったがん患者 134 名（認知症あり 50 名/なし 84 名）の看護記録を対象に、がん性疼痛報告の頻度、麻薬性鎮痛薬の使用について検討をしている。その結果、認知症のない患者は 76%にがん性疼痛の記録があるのに対し、認知症患者は 22%にしか疼痛の記録がなかったと報告した。それはがんのステージ別に見ても同様で、ステージ I と II では、認知症のない患者 64%に対し認知症患者は 16%、ステージ III と IV では 84%に対して 26%であった。また、認知症患者は鎮痛薬の要求がはるかに少なく、麻薬を必要としたのはステージ IV の 1 名のみであったと報告している。アメリカのナーシングホームに入所中の中等度から重度の認知症に罹患し、予後 3 か月のがんと診断され、がん性疼痛のある高齢者 48 名のカルテから、がんの痛みを評価した結果⁵⁾、アルツハイマー型認知症が進行するにつれ、DBS の得点は減少し、中等度では 91%の高齢者が痛み行動を示したのに対し、重度では 37.5%、最重度では 25%しかなかった。そして、認知機能とオピオイド鎮痛薬の総投与量との関係は、重度のアルツハイマー型認知症の高齢者はオピオイドをほとんど使用していないという負の相関を示した ($\rho = -0.44$, $P = 0.001$)。がんで死亡した介護施設に入所している 55 名の認知症高齢者の記録を後ろ向きに検討し、入所者の 45% (25 名) が終末期をホスピスで過ごしたと報告した研究⁶⁾では、ホスピス入所者ではホスピスに入所していない高齢者に比べオピオイド投与の頻度が高かった (80% vs 43%) が、オピオイドの投与量は認知症の重症度によって有意な差は見られなかったと報告した。

2-3 がんに罹患した認知症高齢者の看護について

5 件すべてが事例報告であり、病院での看護事例が 4 件、在宅事例が 1 件であった。後ら²⁸⁾は、90 歳代前半の膀胱がんの認知症高齢者 1 事例を報告した。下腹部を押さえながら「おなかが痛い」と訴える、眉間にしわを寄せて表情が険しい、笑顔がなく表情が悪い、視線が定まらない、発語がない、ベッド上での体動が多くなる、ベッド上での体動がまったくない、身体を硬くしている、夜眠れていない、食事やおやつを全く口にしないことに気付き、そのサインをもとに鎮痛剤を用いて痛み緩和をはかることができたとした。同時に、末期であることを考慮し、定期的な鎮痛剤の内服を医師に相談し変更した結果、苦痛の表情がなくなり、夜間の睡眠が 7～8 時間確保できるようになったと報告されている。田中ら²⁹⁾は、認知症のために痛みを的確に表現できない口腔がん患者 1 事例に、点数式のアセスメント表（ウォング・ベーカー）と写真版フェイススケール（ウォング・ベーカーと照らし合わせて患者の写真を撮影）を作成し、痛みの評価をしてケアを実施し評価している。アセスメント表は痛みに影響される ADL として、食事、行動、睡眠をポイントに 3 段階で評価できるように作成されている。結果として、フェイススケールは患者と看護師の判断にズレがあったため、行動の低下、食事量の急激な低下を判断して鎮痛剤を増量、変更したとして、痛みコントロールには、食事、行動、睡眠の状態を医療チーム全員が共通理解して痛み評価を行うことが有効であったと述べている。大腸がんのアルツハイマー型認知症の女性 1 名を対象に報告したのは塩塚ら³⁰⁾である。チームで情報を共有しながら苦痛を表情やしぐさから判断し、腹部膨満感や排便状況と合わせて食事の中止をすることで嘔吐なく経過し、状態悪化後は、声かけに顔を向ける、笑顔がある、口をもごもご動かしていることを観察し、覚醒状態や反応をみながら食事介助を継続し、亡くなる日まで食べものを口にすることができたと報告されている。野口³¹⁾はアルツハイマー型認知症に乳がんを合併した 70 歳台の女性とその夫が希望していた在宅生活を継続できた事例を示した。その症例は認知症を理由に夫が手術を選択せず、在宅療養生活を送っていたが、乳頭局所の壊死と出血量の増加、苦痛を伴うため夫の処置を拒否するようになってきて、夫が在宅生活継続に不安を感じて訪問看護が導入となっている。また、苦痛を伴う処置に対し足浴や夫に手を握ってもらうことでリラックスや安心感を提供している。苦痛の評価はフェイススケールを用いて行うことで、鎮痛薬の使用頻度やレスキューの使用、薬の変更を検討するのに有効であったとしている。

Hume らは、79 歳の肺がんに罹患した軽度～中等度の認知症高齢者が、疼痛コントロールのためのオピオイドによる便秘と、背部痛により緩和ケア病棟に緊急入院となった事例を報告している³²⁾。入院後、患者は看護師が接近すると目を閉じ、鼻の上まで布団カバーを引き上げ、話をすることを拒否し、検査の必要性を説明しても力強く‘NO’と声を出して断り、経口の内服薬もすべて拒否をしていた。しかし、鎮痛薬と消化管運動改善薬の皮下からの持続投与と、入院前に入所していた施設のケアワーカーからの情報で、なじみのマグカップや好みの飲み物の提供、更衣や入浴は自分で行うことを日常のケアとした結果、「痛みが落ち着いた」と看護師と会話をするようになり、食事を食べ、経口から内服ができるようになったとしている。

以上から、がん罹患した認知症高齢者の疼痛緩和には、①言葉ではない表情や行動、②睡眠の変化の観察に加え、③鎮痛薬を使ってみて行動の変化を評価すること、④食事の提供やケアを提供しながら反応を観察して痛みの評価を行うことが重要である（表 1）。

表 1. 事例報告におけるがん性疼痛を判断する項目の比較

著者	認知症の種類・重症度	がんの種類	看護師が痛みを判断する行動
田中ら (2006)	認知症（疾患名は不明、HDS-R11/30 点） 器質性精神病（頭部外傷後精神障害）	口腔腫瘍 （左下顎歯肉腫瘍） 病期 IVA	ベッドで臥床している 自室で頬を押さえうずくまっている 「痛くて食べられん」という本人の言葉 笑顔・無表情でもデイルームに出てくるときは痛みが軽度と判断
後ら (2008)	血管性認知症 (MMSE17 点、CDR2)	膀胱がん グレード 3	笑顔がなく表情が悪い 眉間にしわがよる・視線が定まらない 発語がない ベッド上での体動が多くなる、ベッド上での体動が全くない 身体を硬くしている 夜眠れていない 食事やおやつを全く口にしない
野口 (2009)	アルツハイマー型認知症（HDS-R 測定不能、NM スケール 8 点）	乳がん（外上部 C に発症、腫瘍の境界は不明瞭であるが 20×14cm に拡大）、左乳頭局所が壊死し、血管内侵襲があり、出血量が増加し、痛みも伴っている	フェイススケール 「痛い」と手をはらいのける
Hume ら (2009)	認知症（疾患名は不明、軽度～中等度）	肺がん 肋骨と胸椎に骨転移	話をすることの拒否
塩塚ら (2011)	アルツハイマー型認知症（認知機能検査の結果は不明、認知症高齢者の日常生活自立度 IV）	大腸がん（5cm 大） 上腸間膜動脈症候群	眉間にしわを寄せる表情 手で払いのけるしぐさ 苦痛そうな表情出現と通常より血圧が上昇していた時は鎮痛剤を使用し、表情の変化を観察した

2-4 がん性疼痛の評価尺度について

がん性疼痛は、患者の自覚症状として日常生活への影響、痛みのパターン、痛みの強さ、痛みの部位、痛みの性状、痛みの増悪因子・軽快因子、現在行っている治療の反応、レスキュー薬の効果と副作用を包括的に評価され、患者に合わせた痛み治療の計画に用いられる²¹⁾。ガイドラインは、痛みのパターンを聞くこと、強さは尺度を使用して評価すること、痛みが及ぼす日常生活と睡眠への影響を重視している。自己報告式の痛み評価尺度と、観察式の痛み評価尺度について特徴をまとめる。

1) 自己報告式痛み評価尺度

痛みの強さについては、NRS (numerical rating scale)、VAS(visual analogue scale)、VRS(verbal rating scale)、Functional Pain Scale などが用いられる。NRS、VAS、VRSは臨床上妥当性が高く、ガイドラインにおいて推奨されるスケールである。

Numerical Rating Scale(NRS)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Visual Analogue Scale(VAS)10cm

全く痛みがない	これ以上の強い痛みは考えられない、 または最悪の痛み
---------	-------------------------------

Verbal Rating Scale(VRS)

痛みなし	少し痛い	痛い	かなり痛い	耐えられないくらい痛い
------	------	----	-------	-------------

いずれも、MMSE が 18 点以上の認知機能低下患者に使用することが可能であることがガイドラインに示されている³³⁾。さらに、NRS と VRS は MMSE10～17 点の中等度の認知機能低下患者においても使用が可能で、認知機能低下患者においては、NRS または VRS を用いるのが良いとされている³³⁾。つまり、軽度から中等度の認知症高齢者は、スケールを用いて疼痛の強さを回答することが可能であるといえる。

2) 観察式痛み評価スケール

ケア提供者が代理で痛みの強さを判定する場合、Support Team Assessment Schedule

日本語版（STAS-J）が信頼性・妥当性の確認された尺度として、ホスピス・緩和ケアで用いられている³³⁾。STAS-Jは「痛みのコントロール」「症状が患者に及ぼす影響」「患者の不安」「家族の不安」「患者の病状認識」「家族の病状認識」「患者と家族のコミュニケーション」「医療専門職間のコミュニケーション」「患者・家族に対する医療専門職とのコミュニケーション」の9項目からなり、0～4の5段階で医療者が評価する方法である。しかし、患者が今以上の治療を求めているのか、不安や心配があるのか、予後についての思いなど本人の主観をもとに評価が行われるため、認知症高齢者の場合、ケア提供者が認知症高齢者の主観を引き出せなければ、このスケールを用いた評価は行えない。

3) 痛み評価シート

痛みの包括的評価はケアや治療を考えるために重要である。そのために、日常生活への影響、痛みのパターン、痛みの強さ、痛みの部位、痛みの性状、増悪因子、軽快因子、治療の反応（定期薬剤の有無と副作用、レスキュー・ドーズの薬剤名と量・効果・副作用）などの評価項目がA4用紙1～2枚程度にまとめられた痛み評価シートが用いられている³³⁾。これらの項目に加えて、除痛に対する患者の希望を記入するもの³⁴⁾など、各施設が独自に開発し、主に緩和ケア病棟において活用されている。自己報告式のスケール評価も加えながらケア提供者もしくは本人が記載するため、がん患者の主観的な返答が重要となるシートである。

痛みの評価シート 氏名 _____ ID _____

記入日 年 月 日 記入者 ()

○ 日常生活への影響

0: 症状なし	1: 現在の治療に満足している	2: 時に悪い日もあり日常生活に支障を来す	3: しばしばひどい痛みがあり日常生活に著しく支障を来す	4: ひどい痛みが常にある
---------	-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------

○ 痛みのパターン

1. ほとんど痛みがない

2. 普段はほとんど痛みがないが、1日に何回か強い痛みがある

3. 普段から強い痛みがあり、1日の間に強くなったりと弱くなったりする

4. 強い痛みが1日中続く

○ 痛みの強さ

	← 全くなかった → これ以上考えられないほどひどかった										
痛み（一番強い時）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
痛み（一番弱い時）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
痛み（1日の平均）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

○ 痛みの部位

○ 痛みの性状

鈍い	重苦しい
鋭い	うずくような
灼けるような	ビーンと走るような
刺されたような	or 刺すような

○ 増悪因子

1. 夜間
2. 体動
3. 食事(前・後)
4. 排尿・排便
5. 不安・抑うつ
6. その他 ()

○ 軽快因子

1. 安静
2. 保温
3. 冷却
4. マッサージ
5. その他 ()

○ 治療の反応

● 定期薬剤

- なし
- あり _____
- オピオイド ()
- 非オピオイド ()
- 鎮痛補助薬 ()

○ 副作用

- 眠気
 - なし
 - あり(不快ではない)
 - あり(不快である)
- 見当識障害
 - なし
 - あり
- 便秘
 - なし
 - あり(硬・普通・軟)
- 嘔気
 - なし
 - あり(経口摂取可能)
 - あり(経口摂取不可能)

● レスキュー・ドーズ

使用薬剤と量 ()

○ 使用回数と効果 () 回/日

使用前NRS () → 使用后 ()

1. 完全によくなった
2. だいたいよくなった
3. 少しよくなった
4. 変わらない

○ 副作用

- 眠気
 - なし
 - あり(不快ではない)
 - あり(不快である)
- 嘔気
 - なし
 - あり(経口摂取可能)
 - あり(経口摂取不可能)

2-5 がん性疼痛の客観的評価について

肺がん患者におけるがん性疼痛の客観的評価について福岡ら³⁵⁾はコルチゾールの血中濃度を用いて検討している。22名の肺がん患者を有痛群と無痛群に分け、血中濃度を比較した結果、入院時の血中コルチゾール濃度が有痛群は無痛群と比較して有意に高値を示し、 $15\mu\text{dl}$ 以上の高値例の比率も有痛群に有意に多いことを示した。また、有痛群においては、除痛前後で血中コルチゾール濃度が有意に変動すると報告した。

知覚痛覚分析装置を用いてがん性疼痛を客観的に評価する可能性を調査したのは野田ら³⁶⁾である。消化器・一般外科でがん性疼痛に対してオキシコドン内服している12名を対象に、疼痛強度を数値化によって評価する知覚痛覚分析装置を用い、オキシコドン内服3時間後の最小感知電流値(CPT)と痛み対応電流値(PCC)の測定を行い、VAS、NRS、フェイススケールの値と比較している。その結果、オキシコドン内服後のPCCとVASは相関係数0.70、フェイススケールとは相関係数0.70、NRSは相関係数0.62と強い相関を示し、知覚痛覚分析装置により、がん性疼痛が客観的に評価できる可能性を示唆している。佐々木ら³⁷⁾も同様に、知覚痛覚分析装置を用いて最小感知電流値、痛み対応電流値、痛み度($100 \times (\text{痛み対応電流} - \text{最小感知電流}) / \text{最小感知電流}$)、安静時痛に対するVASを7名のがん性疼痛のある患者を対象に測定している。その結果、痛み度とVASとの間に有意な相関関係を認めたと報告した。これらの報告はすべて認知症のない患者を対象としている。また、知覚痛覚分析装置は患者の感じている痛みの強さを、電流により発生させた痛みを伴わない異種感覚の大きさと比較し、痛みに対応する感覚を刺激電流値として定量化した装置であり、中等度以上の認知症高齢者に使用するには課題があると考えられる。

2-6 認知症高齢者の疼痛評価尺度について

認知症高齢者を対象とし、疼痛の評価を行うための尺度は2000年以降欧米で開発され、信頼性・妥当性の検証が行われている尺度は12件あった(表2)。これらの尺度は、認知症高齢者の示す行動を観察して疼痛を評価するものであり、項目数は5~60と幅がある。評価方法としては、「はい」「いいえ」、もしくは「あり」「なし」の2件法と、0~3などの段階評価、ビジュアルアナログスケールが用いられている。

疼痛強度の判定基準が示されているのは、Abbey Pain Scaleのみで総得点によって、なし~重度の4段階で評価できるようになっている。またDoloplus-2は総得点5点以上で疼痛ありと判定基準が設けられている。カットオフポイントを示してはいないが、CPAT

は得点が 1 点以上の場合、疼痛評価を行うことや医師もしくは看護師に報告するよう明示している。

認知症高齢者に質問をして、その回答を評価に含んでいるのは Doloplus-2 と NOPPAIN の 2 つの尺度である。Doloplus-2 は疼痛を評価する際に、質問した時の反応、アプローチをした時の反応を観察して評価する項目を含み、NOPPAIN は評価項目の中に、認知症高齢者に「痛いですか」、「不快ですか」と質問し、「Yes」「No」で評価するものが含まれている。評価場面を設定している尺度は 4 件（CNPI、EPCA-2、MOBID、NOPPAIN）あり、活動（動作）時、ケア（処置）時、休息時の行動を観察して評価するものが多い。PADE は評価対象者に気づかれないように 5 分間観察を行って評価を行うように指示されている。また過去 1 週間の様子を評価する尺度として PAINЕ がある。

基礎疾患を限定した尺度は、変形性関節症の認知症高齢者の疼痛評価尺度が 2008 年に開発された²⁰⁾のみである。北川は³⁸⁾、認知症高齢者の示す行動が基礎疾患によって特徴的なものを示すことから基礎疾患と連動した痛み評価尺度の必要性を示しているが、詳細な項目については発表されていない。

表 2. 認知症高齢者の疼痛評価尺度の一覧

尺度名	発表年	対象者	項目数
CNPI (Feldt, K.)	2000	認知機能障害のある高齢者	6
Doloplus-2 (Lefebvre-Chapiro S, the Doloplus Group)	2001	言語障害のある高齢者	10
NOPPAIN (Snow, AL., et. al.)	2003	コミュニケーション能力に障害のある高齢者	6
PADE(Villanueva MR, et al.)	2003	重度認知症高齢者	24
PAINAD(Warden,V., et. al.)	2003	重度認知症患者	5
PACSLAC (Fuchs-Lacelle, S.K., et. al.)	2004	コミュニケーション能力に障害のある高齢者	60
Abbey scale(Abbey, J., et al.)	2004	後期 (late-stage) の認知症患者	6
CPAT(Cervo FA., et al.)	2007	重度認知症高齢者	5
EPCA-2 (Morello, R., et al.)	2007	言語的コミュニケーションの困難な高齢者	8
MOBID(Husebo BS., et al.)	2007	重度の認知機能障害のある高齢者	3
PAINE(Cohen-Mansfield J.)	2006	コミュニケーション能力に障害のある高齢者	22
PBOICIE (Tsai PF, et al.)	2008	膝や股関節の変形性関節症をもつ認知機能障害のある高齢者	10

疼痛評価の方法として、「行動を観察して評価」、「場面を設定して行動を評価」、「頻度や強度を評価」、「複数の方法を用いて評価」の 4 つに大別できる。評価方法別に、12 尺度の特徴を概観する。

行動を観察して評価するスケール（PACSLAC、CPAT、PBOICE）

PACSLAC¹³⁾（Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate）は 60 項目で構成されており、最も項目数の多いスケールである。表情、

活動性/体の動き、社会性/気分、その他 4 つの要素が設定されている。それぞれの要素には、表情 13 項目、活動性/体の動き 20 項目、社会性/気分 12 項目、その他（身体症状、食欲、睡眠の変化、言語行動）15 項目から構成されている。該当する項目にチェックを行い、チェックの数で得点を算出することができるが、カットオフポイントは示されていない。

CPAT¹⁷⁾ (Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool) は看護補助者が使用するために作成されたスケールである。表情、行動、気分、ボディランゲージ、活動レベルの 5 項目を 0（自然な状態）、1（自然ではない状態）で評価する。総得点は 0～5 点であり、1 点以上の場合疼痛評価が必要とされ、看護師や医師などに連絡をするといった行動基準が示されている。

PBOICIE²⁰⁾ (Pain Behavior for Osteoarthritis Instrument for Cognitively Impaired Elderly) は変形性関節症の認知症高齢者の疼痛評価スケールである。過度の関節硬直、座位時の体重移動、患部をつかむ、患部をマッサージする、緊張した姿勢、歯を食いしばる、の 6 項目から構成され、0：なし、1：ありの 2 件法で評価する。

設定された場面の行動を観察して評価するスケール (CNPI)

CNPI⁹⁾ (Checklist of Nonverbal Pain Indicators) は、活動時と休息時の様子を観察し、それぞれに「なし：0」「あり：1」で評価する。評価項目は、うめき声、しかめ面、支えが必要、さする、落ち着きのなさ、「痛い」「やめて」などと言う、の 6 項目で構成されている。カットオフポイントは設定されていない。

行動観察から疼痛の強度、頻度を評価するスケール (Doloplus-2、PADE、PAINAD、Abbey pain scale、EPCA-2、MOBID、PAINE)

Doloplus-2¹⁰⁾ は 5 つの身体的な項目と 2 つの精神運動的な項目、3 つの心理社会的項目からなる 10 項目を 4 段階（0～3）で評価する。総得点は 30 点であり、合計得点が 5 点以上で痛みありと判断するとされている。疼痛を 4 段階で評価する中には、聞くと痛みを訴える、ケアをしている時に痛みの部位をかばおうとする、ケアをする時にしかめ面などの表情がみられるなど、評価者が働きかけた時の反応が含まれている。

PADE¹²⁾ (Patient Assessment for Dementing Elderly) は 5 分間、気づかれないように行動観察を行い、観察後に評価を行うスケールである。24 項目で構成され、3 つの領域に分けられている。1 つ目の領域は、表情、落ち着きのなさ、移動時の表情や声の変化、

患部の保護の 7 項目から構成され、なし - かなり、穏やか - 落ち着かないのように疼痛の段階を示す言葉が示された線上（ビジュアルアナログスケール）にチェックを入れて評価を行う。次の領域は、声、話し方、会話の流暢性、呼吸、身なりの手入れ、疼痛のレベルの 7 項目で、1 つ目の領域と同様に、ビジュアルアナログスケールで評価する。3 つ目の領域は、過去 24 時間の情報を用いて食事（自立度・摂取量・食後の居場所）、覚醒（時間、ベッド以外で過ごした時間、部屋から出て他者と関わる時間）、援助への協力、興奮、徘徊、望みを伝えるかどうかの 10 項目を 1～4 の 4 段階もしくは、ビジュアルアナログスケールで評価を行う。

PAINAD¹¹⁾ (The Pain Assessment in Advanced Dementia Scale) は呼吸、ネガティブな発声、表情、ボディランゲージ、慰めやすさの 5 項目を 0（正常）～2 の 3 段階で評価する。合計得点は 10 点であるが、カットオフポイントは示されていない。

Abbey Pain Scale¹⁵⁾ は、声、表情、ボディランゲージの変化、行動の変化、生理学的変化、身体的変化の 6 項目で構成され、各項目を 4 段階（0：なし～3：重度）で評価する。総合得点は 18 点であり、得点によって痛みなし（0～2 点）、軽度（3～7 点）、中等度（8～13 点）、重度（14 点以上）に分類される。

EPCA-2¹⁹⁾ (Elderly Pain Caring Assessment 2) はケア前に表情、安静時の姿勢、動き、他者との相互作用の 4 項目を観察し、不安の表出、ケアへの反応、疼痛のある部位を看護した時の反応、ケア中の苦情の 4 項目をケア中に観察し、0（正常）～4 の 5 段階で評価するスケールである。合計得点は 32 点であるが、カットオフポイントはない。

MOBID¹⁸⁾ (Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale) はケアを行う前に患者の様子を観察し、5 つの動作（両手を開く、両腕を伸ばす、両膝を伸ばして曲げる、体位変換する、ベッドサイドに座る）の時に、「痛い」などの声、表情、防御する、の 3 つの行動が観察されるかどうかの 2 件法と、痛みの強さを 0～10 段階のビジュアルアナログスケールで評価するものである。

PAINE¹⁶⁾ (Pain Assessment in Noncommunicative Elderly Person) は過去 1 週間に観察した疼痛行動の頻度をもとに評価するスケールである。①特定の反復行動（動き：3 項目、声：4 項目）、②行動の変化（7 項目）、③活動（1 項目）、④身体徴候（7 項目）の 4 つのカテゴリーに分類されており、①-③の 15 項目について 7 段階評価（1：なし～7：1 時間に何度も）、④を「あり」「なし」で評価する。

複数の方法を用いて評価するスケール（NOPPAIN）

NOPPAIN¹⁴⁾（Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument）は看護補助者が使用するために作成された、認知症の入所者の疼痛行動を評価するスケールである。複合的に評価するスケールであり、①動作時の反応、ケア中の反応、②痛みのある部位と皮膚トラブルのある部位の明示、③痛みの温度計を用いたケア中の状態の評価の3段階構成となっている。動作時は、臥床、体位変換、移動、座位、更衣、食事、立位、歩行、入浴または清拭の9つの場面で疼痛があるように見えたかどうかを「はい」「いいえ」の2件法で回答する。その際、入所者に疼痛があるかを質問し「はい」「いいえ」の回答を得る。ケア中の患者の反応は、言葉（「痛い」「やめて」など）、表情（しかめ面など）、身体の動き（硬直、保護）、声（うめき声など）、さする、落ち着きのなさ（頻繁に移動、揺れるなど）の6項目から観察し、これらの行動を「あり」「なし」の2件法と、頻度を0～5の6段階で回答する。最後に、痛みの温度計を用いて、ケア中に観察した入所者の最も痛みの高いレベルを7段階で評価する。

12の尺度以外に疼痛評価の枠組みの試案として、「認知症高齢者の痛みサインを用いた評価枠組み」が、わが国で2012年に開発された³⁸⁾。この枠組みでは、共通項目と個別項目の2段階で評価を行う。共通項目は、安静時、動作・介助時、処置時の3場面で、「痛い」など言う、しかめっ面、眉間のしわ、（特定の部位に）手を当てる、怒る、の5項目について該当のあり、なしをチェックする。個別項目は、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つの要素から構成されており、それぞれ2～6項目、合計26項目の該当項目にチェックをする。基礎疾患との連動評価も考慮されており、疾患に特異的な症状がみられる場合は、チェックを行うものであるが、信頼性・妥当性の検証はされていない。

2-7 アルツハイマー型認知症が疼痛の知覚に及ぼす影響について

痛みは、内部痛覚系（前脊髄視床路）と外部痛覚系（外側脊髄視床路）により伝導される。内部痛覚系は扁桃体、視床内側、海馬、前帯状回や前頭前皮質から構成され、痛みの情動・認識・評価面の伝達経路である。また、自律・内分泌系も内部痛覚系によって媒介されている。痛みの感覚的・弁別的側面を媒介するのは、外部痛覚系であり、感覚野や視床外側核を網羅している。アルツハイマー型認知症（Alzheimer's disease：以下AD）の神経病理学的変化は、内部痛覚系に大きな影響をもたらすことが明らかとなっており、痛

みの情動・認識・評価的な側面が影響を受ける³⁹⁾。

Porter ら⁴⁰⁾は、65 歳以上の認知症群と非認知症群の静脈穿刺前・中・後の心拍数と呼吸洞性不整脈 (RSA)、表情の変化を比較した結果、RSA に差はなかったが、静脈穿刺前の心拍数の増加が、認知症の進行により減少することを報告した。また、30 名の AD 患者に電気刺激を用いた研究⁴¹⁾では、疼痛閾値と MMSE 得点、刺激検出と MMSE 得点に相関関係はないが、痛みの予想 (「15 秒後に刺激を与えます」というアナウンス) における MMSE 得点と心拍数の増加、痛み刺激後の MMSE と心拍数の増加に正の相関がみられた。つまり、認知症の進行に伴い疼痛が生じることを予測した自律神経反応は生じにくくなると考えられる。

認知症群と非認知症群では、疼痛刺激に対する自律神経反応に違いはないとする研究もある。AD 群 (MMSE 平均 13.8 ± 2.8 点) と非認知症群 (認知機能障害なし) 各 20 名に 2 種類の異なる強度 (軽度の刺激とその 2 倍の強度の刺激) の電気刺激を用い、心拍数と収縮期血圧の値の変化、自己報告による疼痛強度の評価尺度 NRS を比較する研究⁴²⁾では、ベースラインと最初の刺激から 60 秒後の変化は両群に差はなかったが、刺激から 5 秒後の心拍数と血圧の上昇が AD 群では有意に少ない。しかし、刺激の強度が 2 倍になると心拍数、血圧ともに両群に差はなかった。また、2 倍の強度の刺激の時に、NRS で示された疼痛強度は AD 群で有意に低く、MMSE 得点が低くなるほど疼痛強度を低く知覚していると報告されている。Hsu ら⁴³⁾は、認知症の人 10 名 (MMSE 平均 11.8 点) と非認知症群 12 名 (MMSE 平均 26.4 点) の、定期的な歯科処置のために必要な局所麻酔薬注射を疼痛刺激として、表情の変化を評価する FACS (Facial Action Coding System)、自己報告による疼痛評価 VDS (Verbal Descriptor Scale)、疼痛に対する自律神経反応として心拍数の変化を比較した。その結果、注射前と注射時の FACS 得点の変化が、認知症の人の方が大きく、認知症の人は自己報告式の痛み評価得点が非認知症群より有意に高かった ($P=.022$) が、心拍数の変化に違いはなかった。つまり、疼痛刺激に対する自律神経反応は認知症の有無で差はないが、自己報告による疼痛強度の評価は一貫した見解が得られていない。

疼痛応答システムにおける年齢と MCI (軽度認知機能障害: Mild Cognitive Impairment) の影響を明らかにする研究⁴⁴⁾では、若者 40 名と高齢者 45 名、MCI の人 42 名に電気刺激を与えて交感神経皮膚反応と誘発された心拍数反応の変化を比較している。その結果、MCI では非認知症群と比較して、電気刺激に対する交感神経皮膚反応の振幅が減少するが、

心拍数の変化に違いはない。しかし、MCI 群の中で MMSE 得点が低下すると心拍数も低下した。35 名の認知症群 (MMSE 16.4 ± 5.3) と 46 名の非認知症群 (MMSE 29.5 ± 0.8) に、電気刺激を与えて、自己報告による主観的評価と表情、侵害受容屈曲反射 (NFR) と自律神経反応の変化を比較した研究⁴⁵⁾では、認知症群は非認知症群に比べ、主観的な評価に違いはないが、NRF の閾値が有意に減少した。また認知症群は非認知症群に比べ、表情の反応は電気刺激の周波数と強度が有意に増加していた。さらに、電気刺激により自律神経反応として、心拍数の反応に両群で差はなかったが、認知症群は交感神経皮膚反応 (SSR) の振幅が有意に減少した。

検討した結果、認知症高齢者が疼痛をまったく感じないとする報告はなかった。認知症の進行が疼痛刺激を予測することによって引き起こされる自律神経反応の低下に影響していることは明らかとなっているが、疼痛強度の認識や疼痛耐性、閾値の変化については統一した見解が得られていない。しかし、AD が中等度に進行しても疼痛を認識し、自己報告によって疼痛強度を表現する力はあるといえる。

3 研究目的

本研究の目的は、非常に強い疼痛が生じるがん性疼痛をもつ中等度・重度認知症高齢者の疼痛を、看護師が評価する尺度の開発を行うことである。

4 研究の意義

主観的評価が重要となるがん性疼痛の緩和において、表出力の低下する中等度・重度認知症高齢者の疼痛を看護師が評価する尺度ができることで、疼痛緩和ケアが早期から行われ、認知症高齢者の行動・心理症状 (BPSD) の発生を予防し、QOL の改善につながる。また、看護師が認知症高齢者のがん性疼痛を統一した視点で評価できる尺度を入手することで、認知症高齢者のがん性疼痛の観察と判断における困難が軽減する。

5 本研究の構成

本研究は3段階の調査で構成した（図1）。第一段階は、現象から疼痛評価項目の抽出を行った。最初に、緩和ケア病棟の熟練看護師へのインタビューを行い、経験知を明らかにした。看護師へのインタビューを最初に行った理由は、熟練看護師が日々の臨床の中で直面している、認知症高齢者ゆえのがん性疼痛緩和の難しさを明らかにし、それに対して行っている様々な工夫を明らかにしたいと考えたためである。次に、がんに罹患した認知症高齢者の参加観察を行った。参加観察を行った理由は、認知症高齢者がどのようにがん性疼痛を表すのかは実際に現場に入り、観察を行い、患者の視点から疼痛評価に必要な項目を抽出する必要があると考えたからである。また、熟練看護師のがん性疼痛緩和に必要な評価視点を明らかにした後、認知症高齢者の行動を参加観察することで、看護師が見逃しやすい疼痛の表現方法を抽出できると考えた。

第二段階は、尺度項目の抽出と項目の妥当性の検討を行った。尺度項目の抽出は、第一段階で得られた看護師へのインタビューと認知症高齢者の参加観察の結果から行った。抽出したがん性疼痛評価尺度の項目を、既存の認知症高齢者を対象とした疼痛評価尺度項目と照合した。尺度項目の妥当性は、表面妥当性と内容妥当性の検討を行った。

第三段階は、中等度・重度認知症高齢者を対象とした、がん性疼痛評価尺度を実際に看護師に使ってもらい、信頼性・妥当性の予備的検証を行った。信頼性の検証として、内的・一貫性と評定者間信頼性の検討を行った。妥当性の検証は、併存妥当性と弁別妥当性の検討を行った。

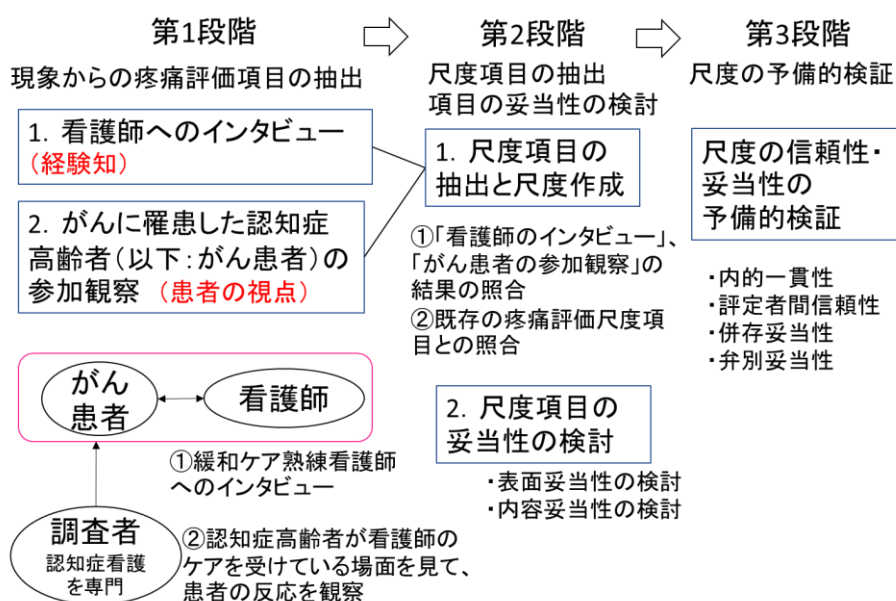


図1. 中等度・重度認知症高齢者のがん性疼痛評価尺度作成のためのプロセス

第2章 現象からの疼痛評価項目の抽出

「緩和ケア病棟の熟練看護師へのインタビュー」と「認知症高齢者の参加観察」の2つの調査から、中等度・重度認知症高齢者を対象とした、がん性疼痛評価尺度の項目を抽出した。

第1節 緩和ケア病棟の熟練看護師へのインタビューによる疼痛評価項目の抽出

『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, 第12巻 P.45~P.52, 2015. 掲載)

1 はじめに

65歳以上の死亡原因の第1位はがんである。がんに罹患した患者のQOLに破滅的な影響を及ぼすものは、がん性疼痛（神経障害疼痛、内臓痛、体性痛）である。近年は、がん性疼痛緩和のガイドライン⁴⁶⁾に沿って、鎮痛薬による積極的疼痛コントロールが行われ、緩和ケア病棟では、看護師が患者の自覚症状としての疼痛の強さや部位、性状、パターンを査定し、医師の包括指示のもと鎮痛薬投与が積極的に実施されている。WHOの報告によれば、このような積極的な鎮痛薬使用で約8割の苦痛を取り除くことができる⁴⁷⁾とされる。

ところが、がんに罹患した認知症高齢者の場合には、認知症のない人と比べると、がん性疼痛が1/3にしか認められておらず、鎮痛薬が1/6程度しか投与されていない⁴⁾との報告がある。このことは、認知症、特にアルツハイマー型認知症の場合、前帯状回、一次体性感覚野神経細胞の脱落と青斑核の機能低下により、痛み刺激が感知されにくくなり、痛みの識別が困難になる³⁹⁾とも考えられる。それと同時に、記憶障害や見当識障害のために、疼痛の様相を言語的に適切に訴えることが困難となることで、看護師が疼痛を適切に捉えきれない可能性も示唆している。

2009年頃より、がんに罹患した認知症高齢者の疼痛緩和の研究が散見されるようになった。国内の研究では、事例報告が6件見られ、共通していたのは、がんの認知症高齢者に対し、看護師が困難感を強く抱いていたこと、言葉ではなくわずかな表情や行動の変化を疼痛評価指標として疼痛の緩和につなげていたことであった^{28・31,48・49)}。しかしながら、これらの報告は1事例毎の報告で、また、緩和ケア病棟の看護師のように疼痛緩和のための研修を受けた看護師からの報告ではない。

そこで、本研究は、緩和ケア病棟の看護師が、がんに罹患した認知症高齢者のがん性疼痛の緩和についてどのように困難を感じ、どのように観察の工夫を行っているのかを明らかにすることを目的とした。がん性疼痛に関する基本的な知識を持ち、疼痛コントロールを実施している看護師からこれらの結果を得ることで、認知症高齢者のがん性疼痛の観察方法の構築のための根拠が得られると考える。

2 研究方法

本研究は、がんの認知症高齢者に対する疼痛緩和についての看護の実態がまだほとんど報告されていないため、質的帰納的研究法を用いた。この方法は、看護師の語りから、認知症高齢者のがん性疼痛緩和に関する具体的な困難の所在と、有効な観察方法を抽出するのに適切であると考えた。

2-1 研究協力者

研究協力者は、以下の 3 条件に該当する看護師 5 名である。①緩和ケアの研修を受講、②5 年以上緩和ケア病棟に勤務、③65 歳以上のがんに罹患した認知症高齢者 3 名以上のケアを経験。認知症のケア経験については、医師の診断の有無にかかわらず、記憶障害、見当識障害のいずれかがあると看護師が判断した高齢者のケア経験とした。

2-2 調査期間

平成 23 年 3 月から 5 月までの期間であった。

2-3 調査場所・方法

調査は緩和ケア病棟 5 か所で行った。調査方法は、基本属性（年齢、勤務経験、がん疾患に罹患した認知症高齢者の看護経験、ケアした高齢者のがんの種類など）について質問をした後、インタビューガイドを用いて、協力者が所属する施設の個室で半構造化面接を行った。インタビューガイドは、「がんに罹患した認知症高齢者の疼痛緩和のケアは何が難しいか」「疼痛はどのようにアセスメントしているか」「認知症の方とそうでない方では疼痛の訴えに違いがあるか」「認知症の方の痛みを評価するための工夫があるか」である。協力者の語る内容の流れに沿って質問を加えながら進めた。面接時間は 60 分とし、事前に協力者の同意を得てから面接内容を IC レコーダーに録音した。また、インタビュー中の協力者の表情や会話の流れを適宜ノートに記録した。

2-4 分析方法

分析は、インタビュー内容を全て逐語録にして、できる限り協力者の言葉を用いてラベル化し、協力者ごとに進めた。それらのラベルを類似性、相違性、関連性を検討しながら分類し、カテゴリー化を進めた。分析の全行程において、随時逐語録にもどり、分析内容が適切であるかを検討し修正を加えた。抽象度をあげる時には、がんに罹患した認知症高齢者の疼痛緩和に対する困難と観察の工夫を適切に表現するようにした。分析結果の信頼性・妥当性を確保するために、認知症看護の教育研究者および臨床家とがん看護の教育研究者4名と共同して、著者が行った分析結果をもとに複数回検討を行った。また、研究協力者数名に分析結果をみてもらい、理解可能な記述であること、「現場でよく見られる」というように支持されることの2点について客観的な意見をもらうことで、多角的な視点からの検討を行った。

2-5 倫理的配慮

書面に研究の主旨を記し、研究への参加は自由意思に基づいて決定されるもので、施設責任者の影響は受けないこと、拒否によって不利益を受けないこと、守秘義務ならびに機密保持の義務を遵守すること、インタビューは個室で行い承諾が得られた場合のみ IC レコーダーを使用すること、得られた結果は論文として発表をすることなどを記した。口頭で説明後、署名にて同意を得た。インタビューにおいては、精神的負担を感じないようにインタビュー時間に留意した。本研究は、研究者の所属施設の倫理委員会ならびに研究協力病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

3 結果

3-1 研究協力者の概要

協力者の概要を表1に示す。研究協力者は5名であった。全員が女性、年齢は29～51歳であった。看護師としての経験年数は8～30年、緩和ケア病棟の経験は5～25年であった。また2名は緩和ケア認定看護師であった（表1）。

表1. 研究協力者の概要

研究協力者	A	B	C	D	E
年齢	40代	30代	20代	30代	50代
看護師経験年数	27年	8年	8年	18年	30年
緩和ケア病棟経験	8年	5年	8年	10年	25年
病棟内の認知症患者数	約2割	約5割	約4割	約2割	約2割

3-2 緩和ケア病棟看護師の認知症高齢者の疼痛緩和の看護における困難

インタビューの逐語録から5つのカテゴリーを導き出した（表2）。以下、大カテゴリーを【 】, 中カテゴリーを《 》、語られた言葉を『 』で示す。

緩和ケア病棟の看護師は、認知症高齢者の疼痛緩和の看護について、【疼痛表現の多様さによる症状の見逃し】、【訴えを中心とした判断による鎮痛薬投与の遅れと過量】と認知症高齢者の訴えに対する観察と判断の困難を感じていた。そして、これらの困難のなかで、【痛みがある前提で反応を引き出す】というがん性疼痛の専門的知識に裏付けされた予測的観察の方法と、【客観的な指標と行動変化の照合による疼痛の判断】という鎮痛薬投与後の判断の視点をもっていた。そして、【複数の目で判断する】と認知症高齢者の疼痛の観察・判断がよりの確にできるような工夫をしていた。

以下に、看護師の認知症高齢者の疼痛緩和の看護における観察と判断の困難（2カテゴリー）、疼痛緩和の看護における観察と判断の工夫（3カテゴリー）について示す。

表 2. がんに罹患した認知症高齢者に対する疼痛の観察・判断に関する困難と工夫
カテゴリー化の過程

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
疼痛表現の多様さによる症状の見逃し	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	痛みや呼吸困難があると言葉では言わず、行動が落ち着かなくなる
		緩和ケアでは症状コントロールが重要だが表現ができないので予測がつかず難しい
		痛いと言わず、「辛い・苦しい」ということが多く痛みが分かりにくい
	痛みの表現が少なく分かりにくい	痛みの訴えがなく表情や行動でも分かりにくい
		認知症の人は身体の辛さの訴えは少ない
		肺がんだと痛みが分かりにくい
	がんの部位で痛みの表現が変化し悪循環になることを知らないで見逃す	肺がん人の辛さがでやすい行動を知っていると行動調整しやすい
		呼吸困難は加減ができず悪循環になる
		がんの部位（直腸がんは立ったり座ったり）で痛みを訴える行動が違うので判断が難しい
		乳がんの皮膚転移は痛みの訴えができないので発見が遅れる
訴えを中心とした判断による鎮痛薬投与の遅れと過量	訴えが少ないと鎮痛薬の使用が遅れる	訴えが少ないと見守ることが増え痛み止めの使い方が遅れる
	本人の言葉を受け止めすぎると鎮痛薬の量が多くなる	認知症の人は痛みが少ない人が多い半面、自制がきかず鎮痛薬の要求が大の人もある
		緩和ケアの理念「受け止める」は認知症の人の言葉に合わせてしまい、薬を多くする
	痛みの判断や鎮痛薬使用後の評価が困難で悩む	薬の使い方、痛みの判断、行動の判断が難しくこれでいいのかと悩む
		鎮痛薬の決定と評価は反応が得られないため非常に困難
		緩和ケアは個別の価値観に合わせる看護が重要だが価値観が分かりにくい

痛みがある前提で反応を引き出す	痛みがあることを前提に行動、表情をいつもと比較してみる	痛みがあることを前提に行動をみるとその意味がみえる
		痛みが出る時期を知り痛みがあることを前提にしないと行動への対応に看護師が疲弊する
		痛み・呼吸困難などがおかしな行動につながることを理解し対応することが大切
		訴えが明確でないので、痛みがあることを前提に行動の意味を多方面から考える
	行動を観察するだけでなく聞き方を変えて真意を探る	痛みがあることを前提に行動、表情、日頃とちがう「ひっぱる、叩く、手、そわそわ」といった細かな情報を重ねてみて考える
		言葉の真意を捉えにくいので聞きなおす、行動をみて痛みを判断する
	症状の判断には本人に聞く、からだに触れる、何らかの反応は逃さずに対応する	痛みの判断は難しく、症状コントロールのためには「いつもと違う行動、表情」「手をどこにもってゆくか」を観察し、表現を変えて聞くことが重要
		言葉の真意を捉えにくいので聞きなおす、行動をみることで症状・苦痛を判断する
		認知症の症状の変動があるのでその都度聞いて判断する
		「嫌」「つらい」「痛い」「怒る」の反応は、何が原因であれ取り上げて必ず対応する
客観的な指標と行動変化の照合による疼痛の判断	がんの知識と認知症の人を全体にみる力が重要	言葉から真意がつかめない時はふれる、ケアをする、そのときの反応がその人の意思を表している
		からだをみる、触れてみる
		がん終末期の認知症の看護には認知症の人をみる視点を知ることが重要
		看護師には患者を全体にみる力とがんを専門的にみれる人に相談できることが特に重要
	検査所見や薬効は予測したケアのために重要	認知症の症状や対応を知っている看護師、がんの痛みを知る看護師の両方が必要
		認知症の専門家がいと相談でき助かる
		行動変化の原因が認知症の人の場合分かりにくく検査データは重要
		痛みをうまく表現できないので身体面、行動、検査所見、薬効の出る時間と切れる時間から判断する
複数の目で判断する	客観的な指標と行動変化の照合による疼痛の判断	薬の副作用など予測した観察や対応が大切
		正しく訴えられないので血液データは重要となる
		言葉での評価がないので、試しに薬を出してひとつひとつ評価することが大事
		鎮痛剤など少し使って評価することが大切
	薬を使ってみて表情・夜間の睡眠などで評価する	やってみて評価するのが大切であり穏やかな表情は指針となる
		夜間の睡眠状況を認知症の人の症状コントロールの指標としている
		痛みに関する行動の観察はチームで情報共有して次にいかす
		痛みの表現が多様なので、鎮痛薬を使うタイミングや鎮痛薬を投与した後の表情や行動の変化を丁寧にチームで共有してその後のケアにつなぐ
複数の目で判断する	疼痛コントロールにはチームでの情報共有と検討が欠かせない	症状コントロールするうえでの困難をチームで共有し、皆で援助方法を検討する
		家族からみた表情や行動の変化を情報交換して鎮痛薬の効果を評価する
		普段を知っている家族の情報を参考に痛みの評価をする

（１）【疼痛表現の多様さによる症状の見逃し】

疼痛の早期発見は緩和ケアの第一歩であるが、疼痛の現れ方は多様である。このカテゴリーは、そのがんの疼痛表現の多様さ、高齢者の個別性の多様さ、そして認知症の行動の多様さのなかでの疼痛判断の困難を示している。看護師は、《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》《痛みの表現が少なく分かりにくい》と、認知症高齢者が疼痛を的確に言わない、予測のつかない行動をとることに疼痛の観察の困難を強く感じていた。また、《がんの部位で痛みの表現が変化し悪循環することを知らないと見逃す》と、がんの部位と疼痛表現の知識、痛いと動く・動くと痛いという悪循環の理解が前提にないと判断が難しいとした。

『痛いと言う人はいない。表情、言葉にならない言葉で訴える、手を叩く、私たちの体をひっぱるとか、その人その人なので難しい。』

『直腸がんの方は、ずっとトイレに座ったり、お尻がいじいじするので座ったり立ったりを繰り返すだけで上手に痛みが表現できなかった。どこがと言うのが難しかったので、いじいじし始めたら痛みが強いのかなと考えていくしかなかった。』

『肺がんの人は呼吸困難と痛みが判断し辛い。困るのは、辛いんだろうけれど、なかなか言えないので、多くが落ち着きのない行動になる。「辛い、辛い」と言って、横になる、端座位になる、の繰り返しで判断がつかない。』

『認知症の方の呼吸困難の特徴は、ぜいぜい言っても行動を抑制できない。そして、歩いたり動いたりして一層辛くなる。』

『乳がんの皮膚転移で皮膚がただれるのは、痛いとか辛いとか表現がなかなかできないので、治療開始が遅れてしまう。』

（２）【訴えを中心とした判断による鎮痛薬投与の遅れと過量】

緩和ケアではがん性疼痛への鎮痛薬使用を行っているが、その判断の中心は患者の訴えである。このカテゴリーは、認知症のコミュニケーション障害の多様性ゆえに彼らの疼痛の訴えが判断できない難しさを示している。認知症高齢者の場合、《訴えが少ないと鎮痛薬の使用が遅れる》、《本人の言葉を受け止め過ぎると鎮痛薬の量が多くなる》と、本人の訴えを中心とする鎮痛薬投与の判断の原則が適用できないことによる難しさを述べた。さらに、鎮痛薬を使用しても効果を自ら訴えないため《痛みの判断や鎮痛薬使用後の評価が困難で悩む》と、次のケアに活かし辛い状況に困難を感じていた。

『緩和の大前提が、「本人の訴えはそのまま受け取る」ことで、認知症の方の「痛い」「苦しい」の訴えに合わせてあまりにも飲ませすぎると、今度は眠気がきて（転倒）事故につながったりするので、とっても苦労した。』

『本人に合わせるので、痛みをあまり訴えない場合はちょっと見ていく。だから（鎮痛薬を）使う量が少ないのかもしれない。そのままを見守っていくため、どう判断するかは難しい。』

『「つらい、つらい」と言っている時に、坐薬を入れようと言っても「いい、いい」となると、時間をおいての対応になる。』

『日常動作の具合とか表情とか、細かいところを見て、洞察するというか、うかがう。見ていて辛いかなと薬を使うけど、一般の人達から見ると使い方が遅れる、少なくなっていると感じる。』

3-3 緩和ケア病棟看護師の認知症高齢者の疼痛緩和の看護における工夫

（１）【痛みがある前提で反応を引き出す】

このカテゴリーは、訴えの少なさ・不正確さにより疼痛の判断が困難となる認知症高齢者に対する、看護師のがん性疼痛の知識に基づいた専門的な観察方法である。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してみる》、《行動を観察するだけでなく聞き方を変えて真意を探る》、《症状の判断には本人に聞く、からだに触れる、何らかの反応は逃さずに対応する》と、がん性疼痛があることを前提とした観察だけでなく、聞く、触れるという関わりを通して認知症高齢者の言葉や反応を引き出す工夫を行っていた。看護師は、これらの工夫には、《がんの知識と認知症の人を全体にみる力が重要》と述べた。

『観察が重要。辛くなってきた時に、表情や手がいくとか、体が縮こまるとか伸ばすとかを見る。』

『「痛い」「辛い」と訴えがあった時は「ある」という前提で動いていく。「気持ちのせいで痛いか」と対処しないので、認知症の有無に関係はしない。』

『正解かどうか言えない人ばかりではないので、表現をかえて聞いて「うん」というかをみる。』

『症状が出てきてもおかしくない時期を分かっておかないと、（認知症の人は）大暴れする人、認知症が悪化した人になってしまう。症状のコントロールが必要な人であると見ないと、（疼痛に対する）反応の強さと頻度に疲れきってしまう。』

『がんによって起こってくる症状を視点において患者さんを見るので、（がんの知識は）絶対に必要だと思う。それに、認知症の人を見る視点をもっている人がいると違う。本人は言わないので、患者さんを総合的に見れること、全体的にアセスメントできる能力が大事。』

（２）【客観的な指標と行動変化の照合による疼痛の判断】

これは、認知症高齢者の訴えの判断の難しさに対する、客観的指標と組み合わせた専門的看護を示したカテゴリーである。看護師は、疼痛の訴えや反応が少なく的確な答えが返ってこない認知症高齢者に対し、《検査所見や薬効は予測したケアのために重要》、《薬を使ってみて表情・夜間の睡眠などで評価する》と、薬効の発現時間や消失時間という客観的指標と生活行動の照合によって疼痛の程度を判断するという工夫をしていた。

『薬剤の血中濃度が高い時間に痛い場所をかばうことがないとか、薬が切れる時にそわそわしていたら足りないと考えて、レスキューを使うかどうかの判断をする。』

『医師の判断と看護師が見ている様子から、痛み止めの薬を試しに使ってみて、後の反応をみる。』

（３）【複数の目で判断する】

これは、認知症高齢者の疼痛判断における、一人の看護師の判断の限界を示したカテゴリーである。看護師は、認知症高齢者の場合、《疼痛コントロールにはチームでの情報共有と検討が欠かせない》《鎮痛薬の評価には入院前を知っている家族の協力が重要》と述べて、疼痛の緩和には家族を含めたチーム全体で一人一人が得た情報をつなぎあわせていく必要性を示した。このことにより、少しでも疼痛コントロールがしやすくなる状況を作れるとした。

『家族の人にどんなふうに映っているのかを指標にする。普段の表情とか、もともと～だからという情報や、一だからそんなに辛そうではないという家族だからできる判断がある。』

『一人ひとりが丁寧にみてきて、こういう薬を使うと楽そうな顔になった、使うと楽そうになったと言う、その時の表情とかその時の様子を共有していく。』

４ 考察

がん性疼痛は、がん細胞の浸潤による組織損傷が原因で生じ、身体的苦痛だけでなく心理面や生活面への影響が非常に大きい。そのため、緩和ケアでは全人的ケアを謳いながらも、「痛みに対応しない医師は倫理的に許されない」⁵⁰⁾と疼痛緩和の重要性が示されている。がん性疼痛は除痛ラダーに従って治療が行われれば、取り除くことができる症状である。そして、そのためのケアを受ける権利は誰にでもある。しかし、認知症の疾患ゆえに、医療従事者が疼痛を適切にとらえることができず、疼痛緩和が十分に行われていなければ、がん疾患と認知症疾患に罹患した患者のケアを受ける権利は奪われてしまう可能性がある。

このような考えに基づいて、本研究では緩和ケア病棟の熟練した看護師へのインタビューから、認知症高齢者の疼痛緩和のための観察の困難と工夫を明らかにした。結果に基づき、認知症高齢者特有の困難と有効な観察の視点について考察する。

4-1 認知症疾患による言語表現の少なさ・多様さによる疼痛観察の困難

緩和ケア病棟の基本理念は、本人の疼痛の訴えを受けとめて対処することである。本研究では、【疼痛表現の多様さによる症状の見逃し】【訴えを中心とした判断による鎮痛薬投与の遅れと過量】の2つの困難が示された。これは、本人の疼痛の訴えはそのまま受けとめるという疼痛緩和の原則が適用できにくいという問題だけでなく、見逃しによる認知症高齢者の苦痛増大、鎮痛薬投与による危険性の増大という深刻な問題に至ることを示した。カテゴリーにある、多様な疼痛表現、鎮痛薬投与の遅れ・過量につながる訴えとは、「手を叩く」「ひっぱる」「訴えが変わる」「落ち着きのない行動」であった。これらは、認知症の中核症状の言語障害及び、行動・心理症状（BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）である。認知症、特にアルツハイマー型認知症では、初期から記憶障害を基盤にした喚語困難、適切に言えない代わりに理解しにくい会話（迂言）が見られ、進行すると理解障害に伴う語彙の減少や代名詞の増加が著明となる。そして、これらのコミュニケーション障害による心理的負担は、叩く、喚くなどの BPSD として表れ、それは認知症の中等度において最も激しい。すなわち、認知症高齢者のがん性疼痛の観察・判断を困難にさせているのは、認知症の症状の多様さである。

しかし、認知症と一括りにせず、認知症の原因疾患の違いによるコミュニケーションの特徴、重症度による言語障害の進行、BPSD の変化についての知識を看護師が学んでゆくことによって、多様さの一言ではなく表現された言動を個別にアセスメントし、対応することが可能になるといえる。本人の訴えが疼痛緩和の重要な一歩であることを考えると、緩和ケア病棟においても認知症の知識は必要不可欠である。

4-2 客観的指標と生活行動の照合による疼痛観察の必要性

塩塚らは、介護療養型医療施設に入院しているがん終末期の認知症高齢者の事例報告で、血液データやがんの進行によって起こり得る問題を予測し予防することの重要性を述べている³⁰⁾。本研究の5名の協力者に共通した疼痛の観察・判断の視点は、【客観的な指標と行動変化の照合による疼痛の判断】と、【痛みがある前提で反応を引き出す】であった。つ

まり、緩和ケアで最も重視される本人の訴えが、認知症では不確実となるため、客観的指標（薬効発現時間、消失時間）と行動変化との照合による疼痛の判断方法は非常に有用と考えられた。これらは、主観的指標だけでは疼痛観察が行えない認知症高齢者への看護の困難から生まれた、がん疾患の病態の知識、使用する薬剤の知識に基づいた専門的な看護師独自の観察方法である。

4-3 訴えを引き出していく必要性

緩和ケア病棟の熟練した看護師は、《痛みがあることを前提に行動、表情をいつもと比較》《聞き方を変えて探る》《聞く、触れる》と、痛みがあることを前提として、聞く、触れるという関わりを通して、認知症高齢者の言葉や反応を引き出していた。認知症高齢者に対して、観察するだけでなく「聞く」「触れる」「表現を変えて聞く」という方法は、認知症看護において基本的なケア技術である。これらの方法は、認知症ケアを専門とする看護師による事例報告^{28・31,48・49)}でも示されており、がんの認知症高齢者の疼痛緩和を行うための基本的な観察点とケアであると考ええる。

しかし、「中等度から重度の認知症高齢者の経験を知るためには、“今”その瞬間に言葉の意味を聞き返したり、問い直したりすることでわずかの言葉ではあるが、経験している世界を示すことができる」²⁴⁾と報告されていることから、記憶障害のある認知症高齢者の訴えを引き出すためには、“いつ聞くか”が重要である。本研究のインタビューのなかでは、認知症高齢者に対して、いつ・どのような時に様々な工夫をしながら聞いているかを明らかにすることができなかった。そのため、緩和ケア病棟の看護師が、認知症高齢者の疼痛緩和をより効果的に行うためには、引き出すタイミングもふまえた観察方法を作成することが必要であると考ええる。

第2節 がん罹患した認知症高齢者の参加観察による疼痛評価項目の抽出

『がん罹患した中等度から重度認知症高齢者の疼痛の表現』

(ホスピスケアと在宅ケア, 第24巻2号 P.72 ~83, 2016. 掲載)

1 はじめに

がん性疼痛は、すべてのがん種で50%以上に発生し、痛みを有する患者の1/3以上が中等度以上の痛みを訴えているとされる⁵¹⁾。また、新しい痛みが次々と加わっていき、急性疼痛と慢性疼痛が複合した痛みであり、痛みが長時間持続する⁵²⁾ことから、QOL(Quality of Life)に深刻な影響を及ぼす。そのため、苦痛の予防と苦痛からの解放を目標とする緩和ケアが重要となる。緩和ケア病棟に勤務している看護師は、認知症高齢者のがん性疼痛の緩和において、「疼痛表現の多様さによる症状の見逃しや、訴えを中心とした判断による鎮痛薬投与の遅れと過量、という困難を感じている。そして、痛みがある前提で反応を引き出す工夫をしていた」⁵³⁾と報告されている。つまり、緩和ケア病棟の看護師は、認知症高齢者の主観をもとにがん性疼痛を評価することへの困難を感じながらも、本人の主観を引き出そうとしている。しかし、看護師がどのように反応を引き出す工夫をすれば、認知症高齢者がどのような反応を示すのかは明らかにされていない。

認知症、特にアルツハイマー型認知症（以下、AD）は記憶障害や言語障害を中核症状とする。その症状は認知症が進行するにつれ顕著に出現するため、中等度から重度の認知症高齢者は、自ら痛みを言葉で表現することに困難を伴う。しかし、新里らは平均 HDS-R 得点 14.3 ± 6.4 点の認知症高齢者に胃ろう導入の意向を直接質問した結果、胃ろう造設を希望したものはおらず、積極的に拒否した者が80%に及んだ⁵⁴⁾と報告し、高山らは重度の認知症高齢者であっても、援助者が意図的に「きく」ことで言葉が引き出される⁵⁵⁾ことを報告した。このことから、語彙の減少や喚語困難、反響言語などにより表現力の低下する中等度、重度の認知症高齢者であっても、きくことで痛みを表現できる可能性がある。

2002年に米国老年学会（American Geriatric Society；AGS）は、本人からの訴えをゴールドスタンダードと前提したうえで、認知機能障害のある高齢者の痛みの評価に有用な視点として、表情、言葉・発声、体の動き、対人関係の相互作用における変化、活動パターンまたは日常生活の変化、精神状態の変化の6つの行動を提示した⁸⁾。この頃より、欧米では言語的に痛みを訴えることが困難となる認知機能障害のある高齢者の痛みを評価する行動観察式の尺度が多く開発され⁹⁻²⁰⁾、2010年より日本語版の開発もされている²¹⁻²³⁾。

しかし、行動観察式の尺度を用いて、がん性疼痛を評価したものは会議録で 1 件報告⁵⁶⁾があるのみで、がんに罹患した認知症高齢者が、どのように痛みを表現しているのかを明らかにした研究はない。

そこで、今回、行動観察に焦点があてられている認知症高齢者の痛みの評価をより効果的にするために、がんに罹患した中等度、重度認知症高齢者の生活の場に入り、参加観察し、意図的に聞くことで、本人にしか測り得ない痛みを、認知症高齢者がどのように表現するのか、また看護師のどのような働きかけによってどのような反応を示すのかを明らかにする必要があると考えた。

2 研究方法

本研究は、がんに罹患した認知症高齢者の言葉や行動を詳細に観察した内容から、痛みの表現を明らかにするため、質的記述的研究法を用いた。

2-1 研究参加者

研究参加者は、緩和ケア病棟に入院しているがんに罹患した 65 歳以上の中等度、重度の認知症高齢者 8 名である。認知症の重症度の評価は、MMSE (Mini-Mental State Examination: 30 点満点) と CDR (Clinical Dementia Rating : 5 段階評価) を用いて行い、MMSE 19 点以下、CDR 2~3 のどちらかに該当する者とした。なお、寝たきりの高齢者と、認知症が進行し無動・無言となった高齢者は行動が観察できないため除いた。

2-2 調査期間

平成 25 年 1 月から平成 26 年 12 月までの期間であった。

2-3 調査場所・方法

調査は、緩和ケア病棟 3 か所で行った。緩和ケア病棟に限定したのは、痛みなどの身体的問題に対して、早期に治療や対応により苦痛の予防と苦痛からの解放を実現するためのケアが積極的に行われており、がん性疼痛のある認知症高齢者に対して、疼痛緩和のための本人の主観を聞く働きかけや、鎮痛薬投与などの対応が早い段階から行われていると考えたためである。

調査方法は、基本属性（年齢、性別、がんの疾患名、認知症の疾患名、日常生活動作、

定期的な鎮痛薬投与の有無・量など）についてカルテと看護師から情報収集した。認知機能検査については、調査の開始日に研究者が MMSE の評価を行い、CDR は担当看護師と研究者が共に評価を行った。

中等度から重度認知症高齢者は、記憶障害により、過去のことを想起して自分の体験を語ることが困難となる。痛みの表現を知るためには、痛みの出現しているその時に聞いていく必要があったため、参加者の生活の場に入り、2 日間行動を共にする参加観察を行った。そして、表情・行動・言葉にわずかな変化があった時に、「痛みますか、痛みませんか」、「どんな痛みですか」、「どうすると楽ですか」と聞く半構成質問を行った。

会話の内容は、事前に参加者と家族の同意を得てから IC レコーダーに録音した。録音の承諾が得られなかった場合には、その都度フィールドノートに記録した。また、参加者の表情や動きを適宜、フィールドノートに記録した。

2-4 分析方法

分析は、録音データとフィールドノートをすべて逐語録にして、できる限り参加者の言葉や行動を用いてラベル化し、参加者ごとにすすめた。そのラベルの類似性、相違性、関連性を検討しながら分類し、カテゴリー化を進めた。分析の全過程において、随時逐語録に戻り、分析内容が適切であるかを検討し修正を加えた。分析結果の信頼性・妥当性を確保するために、研究者が行った分析結果をもとに、認知症看護の教育研究者ならびに、認知症看護認定看護師、がん看護の教育研究者と複数回検討を行った。また、がん性疼痛看護認定看護師に分析結果をみてもらい、理解可能な記述であること、「現場でよくみられる」というように支持されることの 2 点について客観的な意見をもらうことで、多角的な視点からの検討を行った。

2-5 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属大学の倫理委員会、ならびに研究協力施設の倫理委員会の承認を得て実施した。研究参加者と家族（2 親等以内）には、書面にて研究の主旨、研究への参加は自由意思に基づいて決定されるもので、病院関係者の影響は受けないこと、拒否によって不利益を受けないこと、守秘義務ならびに機密保持の義務を遵守すること、承諾が得られた場合のみ会話を IC レコーダーで録音すること、得られた結果は論文として発表することなどを記し、説明し、書面にて同意を得た。参加者に対しては、参加観察の開始

時に毎回、研究者が1日行動をともにすることを口頭で説明し、拒否がなかった場合に参加観察を行った。また、緩和ケア病棟のスタッフ全員に対し、書面に研究の主旨、任意性の保障、個人情報の保護、結果の公表を記し、口頭で説明し、書面で同意を得た。

3 結果

3-1 研究参加者の概要

参加者は8名で、男性3名、女性5名で、年齢は72～95歳であった。認知症の診断を受けていた4名は全員がADであり、4名は診断を受けていなかった。MMSEとCDRのいずれかによって全員が中等度から重度のレベルであった。がんの疾患名は、結腸がん1名、胃がん2名、血管肉腫、乳がん、膀胱がん、肺がん、胆管がんが1名ずつであった。

(表1)

表1 研究参加者の概要

参加者	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏	F氏	G氏	H氏
年齢	89	89	95	82	87	72	84	88
性別	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	女性
がん疾患	下肢血管肉腫	胃	乳	胃	膀胱	肺	横行結腸	下部胆管
転移	なし	なし	不明	多発リンパ節 腹膜播種	肺	頸部リンパ節	肝	なし
定期投与の鎮痛薬	フェントステープ	トラマール オキシコンチン モービック	ロキソニン	ハイペン フェントステープ	カロナール	ロキソニン 塩酸モルヒネ座薬	モービック	なし
認知症疾患	AD	診断なし	AD	診断なし	AD	診断なし	AD	診断なし
MMSE	4点	8点	2点	途中で回答できず	2点	途中で回答できず	途中で回答できず	途中で回答できず
CDR	3	3	3	3	3	2	3	2

※AD:アルツハイマー型認知症

1名を除いて全員が、鎮痛薬の定期的な投与を受けていた。非オピオイド鎮痛薬4名、オピオイド鎮痛薬1名であり、3名は非オピオイド鎮痛薬とオピオイド鎮痛薬を併用していた。また、突出痛と考えられる言動があった時には、レスキュー薬が投与されていた。

全員が過鎮静になることなく、会話をすることが可能であり、食事、排泄、洗面などの日常生活動作は、介助を受けながらも自分でできることは行っていた。

3-2 参加観察の内容に基づく分析

参加観察から、5つのカテゴリを作成した（表2）。以下、大カテゴリを【 】, 中カテゴリを《 》、語られた言葉を「 」、場面をゴシック体で示す。

表2. がん罹患した認知症高齢者の主観的体験に関するカテゴリ化の過程

大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ
表情・体の動き・手の動き・言葉による痛みの表現	眉間のしわ・しかめ面・唇を噛む・うつむいて顔をあげないことで痛みを表現する	「痛い」と言い眉間のしわで痛みを表現する
		痛みがあると顔をしかめ、眉間に深くしわを寄せ、唇をかむがどうして欲しいとは言わない
		「痛い」「ひどい」などの言葉と、眉間のしわ、うつむいて顔を上げない、顔をしかめるという表情で痛みを示す
		表情が陰しくなる
	体を左右に揺らす・体をねじる・足を動かす・体を硬くすることで痛みを表現する	痛みがあると体を左右にねじる
		目に涙をうかべ呼吸が苦しくなっても動くことを止められない
		痛いと言った後、体を硬くして全く動かない
		体を揺らす、前屈みになることで痛みを表現する
	痛みのある部位を手で示す、その部位に手をもっていき抑える	手で患部を示して「痛い」と言う
		痛みのある部位に手をもっていき強く抑える
		言葉で言わず痛みのある部位に自分の手や看護師の手をもっていく
		「痛い」と言い眉間のしわで痛みを表現する
表情・体の動き・手の動き・言葉による痛みの表現	「痛い」と言い、部位は単語で表現する	手で患部を示して「痛い」と言う
		「痛い」と言うが聞き返される、部位を聞かれると無言でどうして欲しいと言わない
		「痛い」「ひどい」などの言葉と、眉間のしわ、うつむいて顔を上げない、顔をしかめるという表情で痛みを示す
		「足」「腰」「痛い」と単語で看護師に訴える
	看護師から移動や食事をすすめられ動こうとするが動けない	動くことを促され承諾しても動くことができず無言でじっとする
		排泄時は「痛い」と言いながら歩き始め、制止しても止まらないが、排泄以外のときは動くことを承諾しても全く動くことができない
		自覚症状はないと言い食事を楽しみにしていても数口で食べない
		「死んだ方がまし」「殺してほしい」「たまらない」と大きな声で繰り返し言う
	「痛い」以外の同じ言葉の繰り返しで痛みを表現する	「痛い」「ひどい」などの言葉と、眉間のしわ、うつむいて顔を上げない、顔をしかめるという表情で痛みを示す
		痛みがあると「痛いから」と言わず「あっち行って」「下の人に聞いてみて」と繰り返しうずくまって動かない
		看護師に視線を送り目があってから痛みを表現する
		看護師の顔をじっと見つめ、しかめ面をして「怖い」と言う

看護師との対話から引き出される痛みの訴え	看護師が痛みのある部位に軽く触れる、聞き方に工夫をして対話をする痛みの有無、部位、性状をこたえる	ため息、体を落ち着くなく動かしている時に質問される、別の症状を出して聞かれると痛みの有無を答える
		「どこが痛い」聞かれると手をもっていき示す
		触れてきかれることで痛みのある部位をみせる、さすするという手の動きと言葉で答える
		患部に注意を向けるように示す、短い言葉で質問する、タイミングよく質問すると数分かかることもあるが、痛みの有無、性状を答える
		軽く触れて聞く、「ここ」「刺すような」と部位や症状を限定した聞き方をすると痛みの有無、部位、性状を答える
	看護師から聞かれると痛みの変化、痛みのある状態への思い、自分なりの対処法を答える	部位を示す、左右両方に触れて質問されると痛みのあるほうだけで痛いという
		短い言葉で質問されると症状の有無を答える
		「今はない」「もう痛くない」「まだ痛い」と時間経過のなかで痛みの変化を捉えている
		今の自分の状態を「どうしようもない」「我慢する」「仕方ない」と表現する
		何度質問しても、痛みで思うように動けなくなると「じっとして耐える」と言う
関わりの遮断	看護師から痛みの有無を質問されると曖昧に答える、無言になることがある	思うように動けないことに「辛い」「仕方ない」「もう終わり」と今の自分の気持ちを表現する
		痛みの有無、部位を曖昧に答える、無言になることがある
		質問に答えないこともある
		「痛い」と言った後、聞き返されると答えない
		質問された症状がない場合は「ない」とはっきり言うが、無言になることがある
	痛みが強いと一切の関わりを遮断する	眉間に深いしわ・ため息をついても質問されると首を横にふり症状があることを否定する
		痛みが強くなると強い口調で会話を遮断する
		楽になるといわれ鎮痛薬の内服をすすめられても「やめてくれ」「このままでいい」と体を動かすことを強く拒否する
		痛みが出現すると「痛いから」と言わず「あっち行って」「下の人に聞いてみて」と繰り返してうずくまって動かない
		体位によって苦しくなっても自分で動かす、苦しいと訴えることはしない
鎮痛薬内服の自己選択	「痛い」と看護師には言わず耐える	ケアで体位を変えた時に痛みが生じて何も言わない
		看護師が近くにいても辛くなったことは言わず体を動かす、体を揺らす、足を動かして表現する
		「痛い」と大きな声で騒いでも「痛み止め」と薬を提示し「飲みますか」と選択を促されると拒否せず内服する
		痛みがあると知らないが鎮痛薬の使用の選択を聞かれると、内服するしないを選ぶ
痛みを伴う処置への抵抗	鎮痛薬が欲しいとは自ら言わず、看護師から「痛み止め」と薬をみせられて選択を促されると内服の有無を自分で決める	痛みを強く訴えても薬が欲しいとは言わず「薬」「楽になる」と鎮痛薬を提示して選択を促されても首を横に振って飲まない
		看護師の声の大きさ、言葉の数、患部に触れるタイミングが影響して処置を受ける時の行動が変わる
	処置の痛みは我慢するが、声・言葉の数・触れるタイミングと外的要因が影響して騒ぐ	患部に近づくだけで「痛い」と大きな声をだし、無言で触れるとさらに大きな声を出す処置やケアを妨げない

認知症高齢者が示した、がんの痛みを表現する行動は、【表情、体の動き、手の動き、言葉】や【関わりの遮断】であった。また、看護師が意図的に症状を聞いていくことによって、痛みの有無、性状や部位、痛みによる今の思いを表現するといった【看護師との対話から引き出される痛みの表出】をしていた。その一方で、看護師の声のかけ方や処置の進め方によって、【痛みを伴う処置への抵抗】を示すこともあった。さらに、認知症高齢者は、痛みの出現している時に、看護師が鎮痛薬の内服の必要性を判断し、鎮痛薬の内服をするかどうか確認されると、【鎮痛薬内服の自己選択】をする行動をとっていた。

1) 【表情、体の動き、手の動き、言葉による痛みの表現】

このカテゴリーは認知症高齢者の表現した痛みに伴う行動を示したものである。認知症高齢者は、痛みを《眉間のしわ、しかめ面、唇を噛む、うつむいて顔をあげない》といった表情、《体を左右に揺らす、体をねじる、足を動かす、体を硬くする》、《痛みのある部位を手で示す、その部位に手をもっていき抑える》のような体や手の動きで表現した。「車いすに移って食事に行きますか？」と看護師から質問されると、「行く」と答えるが、車いすが目の前に来ると全く体を動かすことができず、しばらく無言でじっと車いすを見つめるなど《看護師から移動や食事をすすめられ動こうとするが動けない》こともあった。また、痛みがあると自ら《「痛い」と言い部位は単語で表現》していた。同時に、「怖い」「ひどい」「あっちいって」など《「痛い」以外の同じ言葉を繰り返す》ことでも表現していた。言葉で表現する時には、《看護師に視線を送り目があってから痛みを表現する》ことをしていた。

Dさんは突然「地球の半分が！」と眉間にしわを寄せ、顔を歪めて繰り返し言う。看護師が「地球の半分ですか？」と言うともどかしそうに布団をめくり下腹部を自分でさする。しばらくさすると看護師のほうをみて視線が合うと「うーん」と低い声で顔をしかめたり、眉間に深くしわを寄せ、「あー、いたたたたた、どーい」と言い、こぶしを握る。看護師から「どこが痛いですか」と聞かれても「あー、いたたたた」としか言わず、看護師が腹部に触れて「ここが痛みますか」と聞いても反応せず、「どうせいちゅうんや」と言いながら左の腰背部に手をもっていく。Fさんは車いすに乗り、食事が運ばれてくるまでの間、テレビをみていると言うが、左足を何度も動かしたり、体を前に倒したり、腰をもぞもぞと動かしてじっとしていることができない。看護師に「だるいですか」と聞かれると首を横に振るが、「痛いですか」と聞かれると無言で陰しい表情をして体を前後に揺らしたり、左右に動かしたりする。Aさんは「足、足が痛い！」と左下肢を手で抑え「痛い！痛い！痛くてたまらん。こんなに痛いなら殺してくれたらええのに。もう死んだ方がましや！」と大声で繰り返し言う。

2)【看護師との対話から引き出される痛みの訴え】

認知症高齢者は、記憶障害や言語障害のため言葉での表現が難しくなる。このカテゴリーは、言葉での表現が難しくなる認知症高齢者が、看護師から聞かれ答えることを繰り返す中で痛みの経験を表現できることを示している。認知症高齢者は、看護師が認知症の症状を理解し《痛みのある部位に軽くふれる、聞き方に工夫をして対話をする》と痛みの有無、部位、性状を答える》、《看護師から聞かれると痛みの変化、痛みのある状態への思い、自分なりの対処法を答える》と、意図的に聞かれることで痛みという主観的体験を言葉で表現できていた。その一方で、《看護師から痛みの有無を質問されると曖昧に答えたり無言になる》ことがあった。

Bさんは「痛みどうですか」と聞かれると「二重腰になる方が痛いです」という。「この辺りですか」と看護師が腰部に触れると「それよりもっと下」という。「この辺りですか」と手を下にもっていくとうなずく。「ずっと痛いんですか」と聞かれると「腰の下半分、耐えられないくらい痛いから」、「耐えられないくらい」と看護師が繰り返すと「……立つ時にね。一番こたえるんですよ」と言う。「そんなときはどうしますか」と聞かれると「その時は、あの一、どういったらいいかな一。じっとしておって……そしたらとまるんですよ。(中略)抑える」と言う。Cさんは看護師が静かに「ここ、きれいにしますね」と患部の処置に使用する物品をみせて言うと、その物品をみて「ああ！これ、そう！」と言う。看護師が患部を指さすと「ああ」と首を縦に一度ふり「しくしくと痛い」とはっきり言う。Fさんは「体はどうですか」と聞くと「辛いわね」と言う。「辛いですよね」にはじっと黙るが「全身ですか」と聞くと「何ともいえん。誰もが経験することやで仕方ないわね」と言う。Aさんは、日勤の看護師が担当の挨拶に来た際、「痛みですか」と質問されると「痛い」と表情を変えずに答え、「どこが痛みですか」と聞かれると「丸い所」と言う。「ここですか」と患部と患部とは全く関係のない部位に軽く触れて質問すると、どの部位でも「痛い」と言う。

3)【関わりの遮断】

これは、認知症高齢者が他者と関わらないことで痛みに耐えている様子を示したカテゴリーである。認知症高齢者は、《痛みが強いと一切の関わりを遮断する》様子を示した。また、ケアによって痛みが生じ、表情を変えたりその部位に手をもっていたりしても何も言わずに耐えるという《「痛い」と看護師には言わず耐える》ことがあった。

Aさんは数分前まで穏やかに会話をしていたも、急に「足、足が痛い」と患部のある下肢を抑え「痛い！痛い！」と繰り返す。看護師が「痛み止めなので飲んでください」と言うと、何も言わずに口を開け内服する。内服した直後に「もう結構」と強い口調で言い、それ以上話しかけられても反応しない。Bさんは痛みが強いと、「下の人に聞いてみて」と言う。看護師から名前を呼ばれても、痛みの有無を聞かれても同じ調子で「下の人に聞いてみて」としか

言わない。Dさんは、痛みが強くなってくると言葉の数が減り、体をくの字に曲げて全く動かない。看護師が「楽になる薬」、「痛み止め」と伝えて鎮痛薬の内服を促しても、体を硬くしたまま「やめてくれ」、「ええんや」と言い全く動かない。

4)【鎮痛薬内服の自己選択】

8名中4名と半数は、痛みが出現しても鎮痛薬を欲しいと自ら看護師に求めることはなかったが、看護師が鎮痛薬の必要性を判断してすすめても、内服するかしらないかは、今の状態に合わせて自分で決定していた。《鎮痛薬が欲しいとは自ら言わず看護師から「痛み止め」と薬を見せられて選択を促されると内服の有無を自分で決める》ことがあった。

Fさんは大きくため息をつき、手を胸元にあてている時、看護師から「痛かったらお薬使いますよ」と言われると「いらん」と言う。「痛かったり、だるかったりしません」とさらに聞かれると「せん」と強い口調で言う。別の時は、ため息をつき、体を落ち着きなく揺らし、足を動かしている時に「痛いですか」と聞かれても答えない。看護師が「辛そうなので、薬を飲んで横になりましょうか」と言うとうなずいて内服する。Dさんは「痛い」と繰り返し言い、体を硬くして動かない時に看護師から「痛み止め、飲みましょうか」とすすめられるとうなずくが、なかなか体を動かすことができない。10分ほどすると「自信がある、任せてくれ」と言い看護師の介助で体を起こし内服することがあった。別の時には陰しい表情をして「痛い」と看護師に訴えるが、「痛み止めを飲みますか」と聞かれると首を横に振る。看護師が薬をもって来て見せながら「楽になる薬。痛み止め、飲みますか」と聞いても首を横にふって飲まない。

5)【痛みを伴う処置への抵抗】

このカテゴリーは、認知症高齢者が、痛みによって大きな声を出す、体を激しく動かすなど認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia；BPSD）といわれる症状を示すのではなく、看護師のケアの方法によって混乱が生じることを示したカテゴリーである。認知症高齢者は、《処置の痛みは我慢するが、外的要因（声・言葉の数・触れるタイミング）が影響して騒ぐ》ことがあった。

Cさんは、患部の処置のときに「これから処置をしますね。ちょっと失礼しますよ」と2名の看護師が声をかけながら衣服に手を伸ばす、両側から同時に話しかける、大きな声で話しながらケアを行うことで、「もうええ、やめて」と言い続ける。呼吸が乱れても体を動かし続け、看護師を押しつけようとしたり、手をつねったり、叩く行動が続く。しかし、看護師が、患部に使用する物品を見せながら、静かに「きれいにしますね」と言い、Cさんの注意が患部に向いたことを確認してから衣服に触れると身をよじり「痛い、痛いよ」と強い口調で言うが体を動かさずに処置を終えることができる。

4 考察

これまでの認知症高齢者のがん性疼痛に関する研究は、鎮痛薬の投与量の少なさや、行動観察からどのように痛みを評価し、疼痛緩和につなげたのかといった事例報告が多かった。本研究では、認知症高齢者がどのようにがん性疼痛を表現し、看護師からどのような働きかけによってどのような反応を示すのかを明らかにすることを目的とした。その結果、認知症高齢者は【表情、体の動き、手の動き、言葉】や【関わりの遮断】、【痛みを伴う処置への抵抗】によってがん性疼痛を表現し、【看護師との対話から引き出される痛みの訴え】、【鎮痛薬内服の自己選択】を示すことを明らかにした。結果に基づき、認知症高齢者のがん性疼痛を評価する時に必要な視点について考察する。

4-1 行動観察と合わせて“触れて聞く”必要性

認知症高齢者の疼痛を評価する既存の行動観察尺度⁹⁻²⁰⁾に示されている項目と同様に、本研究でも、表情、体の動き、疼痛のある部位に手を持っていき抑える、言葉で示すという結果が示された。これらの行動は、疾患に関わらず、認知症高齢者の疼痛を評価する時の行動観察項目として有用であるといえる。参加観察をするなかで、本研究の参加者は、看護師と視線が合ってから声を出したり、眉間にしわをよせたりする行動を示した。これは、認知症高齢者が、自分の体験しているがん性疼痛を意図的に看護師に伝えようとしていることを表している。北川は、コミュニケーションを動機付けるのは、私のことを分かっている、お互いにわかり合いたいという集団社会における基本的な欲求である⁵⁷⁾、と述べている。つまり、認知症高齢者は看護師に疼痛があることを分かっている、コミュニケーションを取りたいと表現しているといえる。そのため、看護師は、認知症高齢者のがん性疼痛を評価する時に、行動観察をするだけでなく、今の疼痛の状態について“聞く”必要がある。ただ聞くだけでなく、疼痛が出現することが予測される部位に“触れて聞く”ことで、「もっと下」、「立つ時に一番堪える」、「しくしく痛い」など疼痛の部位や性状、どのような時に痛いのかの疼痛緩和に重要な情報を得ることができた。つまり、中等度、重度認知症高齢者のがん性疼痛を評価するためには、行動観察と合わせて“触れて聞く”ことが重要であると考えられる。

4-2 日常生活動作を促して反応を観察する必要性

本研究の参加者は、《看護師から移動や食事をすすめられ動こうとするが動けない》ことがあった。がんに罹患した認知症高齢者への看護では、日常生活の中で、食事摂取量²⁸⁾、²⁹⁾、食事中の表情やしぐさ³⁰⁾を観察し、鎮痛薬の投与やケアにつながった事例報告がある。この疼痛が日常生活にどの程度支障をきたしているのかを確認することは、がん性疼痛のガイドライン⁴⁶⁾で示されており、重要である。しかし、本研究の参加者が示したように、食事をするための体位変換や移動を促してみること、言葉では「動く」と言っても実際に動けないことから、観察するだけでなく、看護師が行動を促して反応を観察することで、がん性疼痛の評価、ひいては鎮痛薬の使用につながり、適切な時期に鎮痛薬を投与することにつながるといえる。

4-3 複合的なアセスメントと鎮痛薬使用の決定を選択する機会を提供する必要性

患者の権利に関する WMA リスボン宣言は、尊厳に対する権利の中で「患者は、人間的な終末期ケアを受ける権利を有し、またできる限り尊厳を保ち、かつ安楽に死を迎えるためのあらゆる可能な助力を与えられる権利を有する」⁵⁸⁾としている。この権利は認知症高齢者も有するはずで、看護師はがんに罹患した認知症高齢者が終末期を安楽に過ごせるようなケアを提供する必要がある。その一つに、がん性疼痛を緩和するための鎮痛薬の投与がある。先行研究では、緩和ケア病棟の看護師は認知症高齢者への鎮痛薬の投与について、患者の訴えをもとに判断することで、投与の遅れや過量に困難を感じている⁵³⁾こと、がんに罹患した認知症高齢者の場合、認知症のない人と比べると、鎮痛薬が 1/6 程度しか投与されていない⁴⁾、認知症の重症度とオピオイド鎮痛薬治療は明確に負の相関関係にあり、重度 AD 患者のオピオイド使用は少なかった⁵⁾と報告されている。しかし、本研究の参加者は、定期的に鎮痛薬が投与され、突出痛があると考えられる時には、レスキュー薬が投与され、早期に疼痛の緩和が行われていた。これは、本研究において看護師が行動を観察するだけでなく、認知症高齢者に聞く、日常生活を促して反応をみるといった複合的な判断をもとに安楽に過ごせるようなケアが提供されている結果といえる。つまり、認知症高齢者のがん性疼痛をコントロールし、安楽に過ごせるようにするためには、行動観察、本人の言葉を聞くこと、日常生活を促して反応を観察することが重要である。

本研究の参加者は、看護師が鎮痛薬を「飲みますか?」「使えますよ」と選択できるように聞いた結果、【鎮痛薬内服の自己選択】を行っていた。箕岡は、認知症ケアの倫理のな

かで、私たちは認知症の人たちに対して、守ってあげようというパターンリズムから、「自分で決めることができないだろうから、保護する立場の介護者が決めてあげよう」と考えがちである。しかし、認知症であってもすべての場面で自己決定ができないわけではなく、すべての場面において本当に自己決定が不可能かどうかを慎重に評価し、少しでも可能であれば自己決定を尊重し支援する方向でケアにあたる必要があります⁵⁹⁾と認知症高齢者の自己決定の支援の重要性について述べている。また、新里らが、平均 HDS-R 得点が 14 点の認知症高齢者に胃ろうについて質問して適切な回答が得られた⁵⁴⁾と報告していることから、自分の体に関することは、本人に選択を促すことで、自己決定できる可能性がある。つまり、看護師が認知症高齢者は鎮痛薬の内服をするかしないかの判断はできないだろうから、判断して投与しようとするのではなく、複合的に判断をして鎮痛薬が必要と判断した時に、「飲みますか、飲みませんか」と選択肢を提示することが必要であると考ええる。

5 本研究の限界と課題

研究期間に緩和ケア病棟へ入院した中等度、重度認知症高齢者が少なく、参加者が 8 名であったため、一般化するには限界がある。また、認知症が進行し、無言・無動となった高齢者の方は参加者から除いたため、がん性疼痛をどのように表現するのかを明らかにすることはできなかった。今後、認知症が進行し、無言・無動となった方の痛みの表現を明らかにし、重症度に応じた看護を考える必要がある。

第3節 尺度項目の作成

3-1 看護師の調査結果と認知症高齢者の調査結果からの項目抽出

緩和ケア病棟で看護している看護師が、がんに罹患した認知症高齢者に対してがん性疼痛の緩和を行う時に感じている困難と観察の工夫を明らかにした結果の、中カテゴリーから、がん性疼痛の評価に必要な項目を21項目抽出した（表3）。看護師が行っている工夫として、がん疾患の特徴から、痛みがある前提で反応を引き出すために、「痛みがあることを前提に行動・表情をみる」、「聞き方を変えて探る」、「本人に聞く」、「体に触れる」が抽出できた。これらのカテゴリーから、疼痛評価に必要な項目として、行動観察の項目として「聞き方を変えて聞く」、「触れて反応をみる」、「ケア時の反応をみる」が抽出できた。また、【客観的な指標と行動変化の照合による疼痛の判断】のカテゴリーから、「鎮痛薬投与後の表情の変化を見る」が抽出できた。

同様に、がんに罹患した認知症高齢者の疼痛表現の結果の中カテゴリーから、がん性疼痛の評価に必要な項目を28項目抽出した（表4）。認知症高齢者のカテゴリーからは、「表情」、「体の動き」、「手の動き」、「言葉」によって疼痛を表現していることから、行動観察に必要な項目が抽出できた。また、「関わりの遮断」のように人と関わらない様子も、疼痛評価に必要な項目として抽出することができた。さらに、【看護師との対話から引き出される痛みの訴え】のカテゴリーから、「対話の中で疼痛の有無、部位、性状を聞く」を抽出し、【鎮痛薬内服の自己選択】のカテゴリーからは、「鎮痛薬をみせて選択を促す」が疼痛評価に必要な内容として抽出できた。

表 3. 看護師の疼痛判断の困難と工夫から抽出した評価項目

大カテゴリー	中カテゴリー	評価に必要な項目（評価に必要とされる内容）
疼痛表現の多様さによる症状の見逃し	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	N1. 行動が落ち着かない(精神状態) N2. 「苦しい」等痛い以外の言葉を使う(言葉) N3. ストレートに痛いとは言わない(言葉)
	痛みの表現が少なく分かりにくい	
	がんの部位で痛みの表現が変化し悪循環になることを知らないで見逃す	N4. 加減をしないで動き回る(精神状態) N5. 立ったり、座ったりを繰り返して落ち着かない(精神状態)
訴えを中心とした判断による鎮痛薬投与の遅れと過量	訴えが少ないと鎮痛薬の使用が遅れる	
	本人の言葉を受け止めすぎると鎮痛薬の量が多くなる	
	痛みの判断や鎮痛薬使用後の評価が困難で悩む	
痛みがある前提で反応を引き出す	痛みがあることを前提に行動、表情をいつもと比較してみる	N6. がんの病態から疼痛がある前提で行動と表情を観察する(表情) N7. 普段と比較して細かな行動を観察する(おかしい行動をとる、ひっぱる、叩く、手の位置、そわそわする)(精神状態) N8. 普段と比較して表情を観察する(表情)
		N9. 本人の言葉を聞き返す(聞き方を変えて聞く) N10. 普段と違う行動、表情、手をもっていく位置を観察する N11. 表現を変えてがん性疼痛を聞く(聞き方を変えて聞く)
		N12. その都度、疼痛について聞く(その都度聞く) N13. 「嫌」「辛い」と言う(言葉) N14. 「痛い」と言う(言葉) N15. 怒る(精神状態) N16. 痛みのある部位に触れて反応をみる(触れて反応を見る) N17. ケアをした時の反応をみる(ケア時の反応を見る)
	行動を観察するだけでなく聞き方を変えて真意を探る	
	症状の判断には本人に聞く、からだに触れる、何らかの反応は逃さずに対応する	
	がんの知識と認知症の人を全体にみる力が重要	
客観的な指標と行動変化の照合による疼痛の判断	検査所見や薬効は予測したケアのために重要	N18. 検査データ、画像所見から疼痛を予測する N19. 検査所見、薬効の出現時間と行動の変化を組み合わせて考える(複合的に見る)
	薬を使ってみて表情・夜間の睡眠などで評価する	N20. 鎮痛薬投与後の表情の変化を観察する(鎮痛薬投与後、表情の変化を見る) N21. 夜間の睡眠状況(日常生活の変化)
複数の目で判断する	疼痛コントロールにはチームでの情報共有と検討が欠かせない	
	鎮痛薬の評価には入院前を知っている家族の協力が重要	

表 4. 認知症高齢者の参加観察から抽出した評価項目

大カテゴリー	中カテゴリー	評価に必要な項目（評価に必要とされる内容）
表情・体の動き・手の動き・言葉による痛みの表現	眉間のしわ・しかめ面・唇を噛む・うつむいて顔をあげないことで痛みを表現する	P1. 眉間にしわをよせる（表情） P2. 顔をしかめる、陰しい表情をする（表情） P3. 「ひどい」など痛い以外の言葉を使う（言葉） P4. うつむいて顔をあげない（体の動き）
	体を左右に揺らす・体をねじる・足を動かす・体を硬くすることで痛みを表現する	P5. 体を左右にねじる（精神状態の変化） P6. 体を揺らす（精神状態の変化） P7. 動き回る（精神状態の変化） P8. 体を硬くして全く動かない（体の動き） P9. 前屈みになる（体の動き） P10. 体や足を何度も動かす（精神状態の変化）
	痛みのある部位を手で示す、その部位に手をもっていきおさえる	P11. 疼痛のある部位に手をもっていく（体の動き） P12. 疼痛のある部位を手でおさえる（体の動き）
	「痛い」と言い、部位は単語で表現する	P13. 「痛い」と言う（言葉） P14. 質問されると疼痛のある部位を手で示す（聞く）
	看護師から移動や食事をすすめられ動こうとするが動けない	P15. ケアのための移動や食事のための移動で動こうとしても動くことができない（生活動作のケアの反応、活動の変化） P16. 食事を楽しみにしていても数口で食べない（日常生活の変化）
	「痛い」以外の同じ言葉の繰り返しで痛みを表現する	P17. 「死んだ方がまし」「殺してほしい」と大きな声を出す（精神状態の変化） P18. 「あっち行って」など同じ言葉を繰り返す（言葉）
	看護師に視線を送り目があってから痛みを表現する	P19. しかめ面をする（表情）
	看護師が痛みのある部位に軽く触れる、聞き方に工夫をして対話をする、痛みのある部位、部位、性状を答える	P20. 落ち着きなく体を動かす（精神状態の変化） P21. 別の症状を出して質問されると疼痛の有無を答える P22. 触れて質問されると答える P23. 疼痛のある部位をさする P24. 疼痛のある部位に注意を向ける、短い言葉で質問する、部位や性状を限定した聞き方、タイミングよく質問する、左右両方に触れて質問すると答える P.21～P.24（対話の中で疼痛の有無、部位、性状を聞く）
	看護師から聞かれると痛みの変化、痛みのある状態への思い、自分なりの対処法を答える	
	看護師から痛みのある部位の有無を質問されると曖昧に答える、無言になることがある	
関わりの遮断	痛みが強いと一切の関わりを遮断する	P25. 会話を遮断する（関わりの遮断） P26. 体を動かすことを強く拒否する（活動の変化）
	「痛い」と看護師には言わず耐える	
鎮痛薬内服の自己選択	鎮痛薬が欲しいとは自ら言わず、看護師から「痛み止め」と薬をみせられて選択を促されると内服の有無を自分で決める	P27. 「痛み止め」「薬」「楽になる」と鎮痛薬を提示し「飲みますか」と選択を促されると内服する P28. （苦痛な様子でも）鎮痛薬を「使いますか」と何度聞かれても首を振って飲まない（鎮痛薬を見せて内服の選択を促す）
	処置の痛みは我慢するが、声・言葉の数・触れるタイミングと外的要因が影響して騒ぐ	

熟練看護師へのインタビューと、認知症高齢者への参加観察の2つの研究結果から抽出した内容を表5で比較した。2つの研究結果から抽出した内容で共通していたのは、①言葉、②表情、③精神状態の変化、④日常生活の変化、⑤ケアへの反応をみるであった。認知症高齢者の参加観察の結果から抽出された内容の特徴は、⑨対話の中で疼痛の有無、部位、性状を聞く、⑩鎮痛薬を見せて内服を促すの2点であり、看護師の結果だけでは抽出できなかった、「どのような時に評価を行うと良いのか」といった、より詳細に言葉を引き出す方法が明らかとなった。

表 5. 2つの研究結果から抽出した内容の比較

看護師の結果からの内容	認知症高齢者の結果からの内容
①言葉・発声	①言葉・発声
②表情	②表情
③精神状態の変化	③精神状態の変化
④日常生活の変化（睡眠）	④日常生活の変化（食欲）
⑤ケアへの反応をみる	⑤生活動作のケアへの反応をみる
⑥聞き方を変えて聞く	⑥体の動き
⑦触れて反応を見る	⑦活動の変化
⑧複合的に見る	⑧関わりの遮断
⑨鎮痛薬投与後の変化	⑨対話の中で疼痛の有無、部位、性状を聞く
	⑩鎮痛薬を見せて内服の選択を促す

看護師へのインタビュー結果から抽出した21項目、認知症高齢者の参加観察の結果から抽出した28項目、合計49項目を整理・統合し、行動観察7要素（「表情」、「言葉・発声」、「体の動き」、「日常生活の変化」、「活動の変化」、「対人関係の変化」、「精神状態の変化」）、「聞く」、「ケアへの反応」の合計9要素46項目に分類した（表6）。

表 6. 2 つの研究結果から抽出した評価項目の一覧

要素	項目 (N.番号:看護師からの抽出項目、P.番号:認知症高齢者からの抽出項目を示す)
表情	1. 眉間にしわをよせる(P1) 2. 顔をしかめる、陰しい表情をする(N10,P2) 3. しかめ面をする(P19) 4. 普段と比較して表情を観察する(N8,N10)
言葉・発声	5. 「苦しい」など「痛い」以外の言葉を使う(N2) 6. 「嫌」「辛い」と言う(N13) 7. 「痛い」と言う(N14,P13) 8. 「ひどい」など「痛い」以外の言葉を使う(P3) 9. 「あっち行って」など同じ言葉を繰り返す(P18)
体の動き	10. うつむいて顔をあげない(P4) 11. 体を硬くして全く動かない(P8) 12. 前屈みになる(P9) 13. 疼痛のある部位に手をもっていく(P11) 14. 疼痛のある部位を手でおさえる(P12) 15. 疼痛のある部位をさする(P23)
日常生活の変化	16. 夜間の睡眠状況(N21) 17. 食事を楽しみにしていても数口で食べない(P16)
活動の変化	18. ケアのための移動や食事のための移動で動こうとしても動くことができない(P15) 19. 体を動かすことを強く拒否する(P26)
対人関係の変化	20. 会話を遮断する(P25)
精神状態の変化	21. 行動が落ち着かない(N1,P20) 22. 加減をしないで動き回る(N4,P7) 23. 立ったり、座ったりを繰り返して落ち着かない(N5) 24. そわそわする、ひっぱる、叩く、普段と比較しておかしな行動をとる(N7) 25. 体を揺らす(P6) 26. 体を左右にねじる(P5) 27. 体や足を何度も動かす(P10) 28. 怒る(N15) 29. 「死んだ方がまし」「殺してほしい」と大きな声を出す(P17)
聞く	30. ストレートに痛いとは言わない(N3) 31. 本人の言葉を聞き返す(N9) 32. 表現を変えてがん性疼痛を聞く(N11) 33. その都度、疼痛について聞く(N12) 34. 質問されると疼痛のある部位を手で示す(P14) 35. 別の症状を出して質問されると疼痛の有無を答える(P21) 36. 触れて質問されると答える(P22) 37. 疼痛のある部位に注意を向ける、短い言葉で質問する、部位や性状を限定した聞き方をする、タイミングよく質問する、左右両方に触れて聞くと答える(P24) 38. 「痛み止め」「薬」「楽になる」と鎮痛薬を提示され、「飲みますか」と選択を促されると使用するかどうかを選択する(P27) 39. (苦痛な様子でも)鎮痛薬を「使いますか」と何度聞かれも首を振って飲まない(P28)
ケアへの反応	40. 痛みのある部位に触れて反応をみる(N16) 41. ケアした時の反応をみる(N17) 42. 鎮痛薬投与後の表情の変化を観察する(N20) 43. 普段と違う行動、表情、手をもっていく位置を観察する(N10)
複合的に判断する	44. がんの病態から疼痛がある前提で行動と表情を観察する(N6) 45. 検査データ、画像所見から疼痛を予測する(N18) 46. 検査所見、薬効の出現時間と行動の変化を組み合わせで考える(N19)

「複合的に判断する」要素は、がん性疼痛を評価する時の注意事項として①疼痛がある前提で行動と表情を観察する、②検査データ、画像所見から疼痛があることを前提に評価する、の2つに分類した。

3-2 文献の検討による既存の疼痛評価尺度項目との照合

認知症高齢者の疼痛評価尺度 13 件を検討し、認知症高齢者の疼痛を行動観察から評価する要素として、9 つの要素を抽出した（表 7）。9 つの要素は、表情、言葉・発声、体の動き、日常生活の変化、活動の変化、対人関係の変化、精神状態の変化、生理的反応、身体徴候であった。「表情」と「体の動き」は 13 尺度すべてに使用されていた。「言葉・発声」は 13 尺度のうち 12 尺度、「精神状態の変化」は 13 尺度中 10 尺度で使用されていた。「活動の変化」は 13 尺度のうち 7 尺度、「対人関係の変化」と「生理的反応」は 6 尺度、「日常生活の変化」は 5 尺度で使用されていた。「身体徴候」は 13 尺度中 3 尺度で使用されているのみであった。

本研究で作成した行動観察の 7 要素 29 項目を既存の尺度と照合すると、ほぼ網羅していた。既存の尺度にあり、本尺度にないのは「生理的反応」と「身体徴候」であった。「生理的反応」については、がん性疼痛は「急性疼痛と慢性疼痛が複合した痛みであり、痛みが長時間持続するために、痛みの程度が変わらなくても身体の適応反応がみられ、交感神経活動の亢進は起こらないため、頻脈、血圧上昇、発汗などの徴候が現れなくなる。」⁵²⁾といわれている。そのため、がん性疼痛の評価に生理的反応を用いても、疼痛を評価し辛い可能性があると考え項目を追加しなかった。

抽出された要素のうち、「聞く」は既存の尺度では、DOLOPLUS-2 と NOPPAIN に含まれているが、「聞くと痛みを訴える」や、「痛いですか」、「不快ですか」と 1 度だけ質問し「はい」「いいえ」の回答を得るものであり、本研究で作成した疼痛評価尺度のように、疼痛の有無や部位、性状など具体的な聞き方を示すものではなかった。また、「ケアへの反応」は、日常生活動作時の反応や鎮痛薬投与後の反応を評価することを示すことができた。

表 7. 既存の疼痛評価尺度項目と本研究で作成した疼痛評価項目の一覧

要素 尺度	行動観察									聞く	ケア への 反応
	表情	言葉	体の動き	日常生活	活動変化	対人関係	精神状態	生理反応	身体徴候		
CNPI	○ しかめ面	○ うめき声、「痛い」等	○ 支えが必要、さする	—	—	—	○ 落ち着きのなさ	—	—	—	—
Doloplus-2	○ しかめ面	○ 痛みの訴え	○ 疼痛部位の保護、保護姿勢	○ 睡眠排泄、着脱	○ 活動への参加	○ コミュニケーション	○ 行動の繰返し	—	—	△ 聞くと(痛みを)訴える	○
NOPPAIN	○ しかめ面	○ 「痛い」等 うめき声	○ 硬直・保護、さ する	—	—	—	○ 落ち着きのなさ	—	—	△ 「痛いですか」「不快ですか」	○
PADE	○ しかめ面等	○ うめき声等	○ 患部の保護等	○ 食事等	○ 覚醒時間等	○ 援助に非協力的等	○ 落ち着きのなさ	○ 過呼吸等	—	—	—
PAINAD	○ 顔を歪める	○ 大声で叫ぶ	○ 硬直,拳握る	—	—	—	○ 安心できない	○ 呼吸	—	—	—
PACSLAC	○ しかめ面等	○ 叫ぶ等	○ 保護等	○ 食欲変化等	○ 活動低下等	○ 何に非協力的等	○ 怒る、興奮等	○ 顔面蒼白等	—	—	—
APS	○ 苦悶の表情	○ 声をあげる	○ 体をよける	—	—	—	○ 混乱の増強	○ 体温等	○ 拘縮等	—	—
CPAT	○ おびえた顔	○ うめき声	○ 緊張	—	○ 動く時に手を 硬く握る	—	○ 泣く	—	—	—	—
EPCA-2	○ 硬い表情	○ ため息等	○ 全く動かない	—	○ 動くことへの 抵抗	○ ケアの拒否 普段より無関心	○ 普段と違い興奮 状態	—	—	—	—
MOBID	○ しかめ面等	○ 「痛い」等	○ 保護する	—	—	—	—	—	—	—	—
PAINE	○ しかめ面	○ うめき声等	○ さする等	○ 食欲の変化	○ 移動の抵抗等	○ 無関心	○ 落ち着きのなさ 泣く等	○ バイタルサイン の変化	○ 転倒/振戦、関節腫脹等	—	—
PBOICE	○ 歯を食いしばる	—	○ 患部を掴む、マッサージする等	—	—	—	—	—	○ 過度の関節硬直	—	—
北川	○ しかめ面等	○ 「痛い」等	○ 手をあてる等	○ 食欲低下等	○ 動かない時間の増加	○ 介助などの拒否	○ 罵る・暴言、怒る、叩く等	○ 冷や汗/発熱 脈拍等	—	—	—
本尺度	○ しかめ面等	○ 「痛い」等	○ 体を硬くして動かない等	○ 睡眠の変化 食欲の変化	○ 動くことを拒否する	○ 会話を遮断する	○ 落ち着かない等	—	—	○ 疼痛の有無、性状等	○

3-3 がん性疼痛評価尺度（案）の作成

がん性疼痛評価尺度（案）（以下、本尺度（案））を 9 要素 33 項目で作成した（資料 1 参照）。本尺度（案）の各項目は「あり／なし」の二者択一法で評価を行う。その理由は、本評価尺度が疼痛の強度を評価するものではなく、疼痛の有無を評価することを目指すとしたためである。また、「AD の中期になると、一般的な長めの会話を理解できなくなる」⁶⁰⁾ ことから、多肢選択法は認知症高齢者が混乱し、回答することが困難となる可能性があると考え、二者択一法とした。看護師へのインタビューから抽出した項目と、認知症高齢者の参加観察から抽出した項目から作成した評価項目を表 8 に示し、尺度の要素ごとに整理・統合した内容を示す。

1) 表情

4 項目を整理し 2 項目にした。看護師が「普段と比較して表情を観察」していたため、「普段と比較する」ことを前提とし、「顔をしかめる、険しい表情をする」と「しかめ面をする」は同じ内容を示していると考え、「しかめ面をしている」にまとめた。

2) 言葉・発声

5 項目を 3 項目にした。「嫌」「辛い」と言う。「苦しい」など「痛い」以外の言葉を使う、「ひどい」など「痛い」以外の言葉を使うは疼痛を多様な表現で示しているものであるため、一つにまとめ「辛い、苦しいなど痛い以外の言葉を使う」とした。

3) 体の動き

6 項目を 3 項目にまとめた。「体を硬くして全く動かない」と「前屈みになる」は、全身を使って表現する項目として 1 つにまとめ「体をまったく動かさない・前屈みになる」とした。「疼痛のある部位に手をもっていく」「疼痛のある部位をさする」「疼痛のある部位を手でおさえる」は手の表現として 1 つの項目にまとめ「(疼痛のある部位を)手でおさえる、さする、手をもっていく」とした。

4) 日常生活の変化

「食事をたのしみにしていても数口で食べない」を「食欲の低下、食事摂取量の低下」に修正した。

5)活動の変化

抽出された 2 項目はケアや声かけがなければ評価ができない項目であるため、“ケアを行ったときの反応の観察”の評価とし、「これまで好きだったことをしなくなる」を評価項目として挙げた。これは、「体を動かすことを強く拒否する」は、食事・排泄など日常生活の基本的な動作時に動くことを拒否する場合と、これまでは大相撲が好きで見えていたが見ることを拒否する、家族の面会時に車いすへ乗り散歩をすることが好きであったが車いすに乗ることを拒否する様子が高齢者の参加観察で観察できたため、好きなこと、興味関心のあることでも動くことを拒否する場合があると考えたためである。

6)対人関係の変化

「会話を遮断する」は人との関わりを避ける様子を示しているため、「一切の関わりを遮断する」とした。

7)精神状態の変化

9 項目を 6 項目にまとめた。「行動が落ち着かない」、「加減をしないで動き回る」、「立ったり、座ったりを繰り返して落ち着かない」、「そわそわする」、「体を揺らす」、「体を左右にねじる」、「体や足を何度も動かす」は行動の不安定さを示す項目として「体や足を動かす、そわそわする」にまとめた。

8) 聞く

10 項目を 6 項目にした。質問する項目は、がん性疼痛の評価に重要で、認知症高齢者の回答が得られた「疼痛の有無」、「疼痛の部位」、「疼痛の性状」、「鎮痛薬の使用の判断」の 4 つを軸に分類した。聞く時の工夫として、「表現を変えて聞く」、「別の症状を出して聞く」、「触れて聞く」、「具体的に聞く」、「反対側を示して聞く」ことに留意し項目を作成した。これは、高山が「看護者が選択を促す質問をした時に、対象者（中等度・重度認知症高齢者）が自分の意思を明確に示す」と気持ちや感情を表現する「確かさ」を明らかにしている⁵⁵⁾ことから、認知症高齢者が選択できるような聞き方をするすることで、認知症高齢者がその時の「がん性疼痛」を適切に表現することが可能であると考えたからである。しかし、AD の場合、記憶障害やエピソード記憶障害のため、以前との比較、鎮痛薬使用前後の比較をすることは困難であると考えられる。そのため、その時の状態

を聞き、評価する内容とした。がん性疼痛を継続して評価を行うためには、鎮痛薬投与前後で使用し、記録することで看護師が疼痛の変化を評価することができる。

9) ケアへの反応

ケアとして3項目「移動など体を動かすケア時」、「食事で体を動かすケア時」と「鎮痛薬投与後の効果が高い時間」を設定した。これら3つケア時に観察する項目として、5項目、「眉間にしわをよせる」、「痛いと言う言葉」、「手の動き」、「体の動き」、「体を動かそうとすると強く拒否する」があげられた。5項目を3項目にまとめた。

表 8. 評価項目作成の過程

要素	抽出した項目	評価項目
表情	1. 眉間にしわをよせる(P1) 2. 顔をしかめる、陰い表情をする(N10,P2) 3. しかめ面をする(P19) 4. 普段と比較して表情を観察する(N8,N10)	1. 普段と比較して、眉間にしわをよせている 2. 普段と比較して、しかめ面をしている
言葉・発声	5. 「苦しい」など「痛い」以外の言葉を使う(N2) 6. 「嫌」「辛い」と言う(N13) 7. 「痛い」と言う(N14,P13) 8. 「ひどい」など「痛い」以外の言葉を使う(P3) 9. 「あっち行って」など同じ言葉を繰り返す(P18)	3. 「痛い」と言う 4. 「辛い」「苦しい」など「痛い」以外の言葉を使う 5. 「あっち行って」等同じ言葉を繰り返す
体の動き	10. うつむいて顔をあげない(P4) 11. 体を硬くして全く動かない(P8) 12. 前屈みになる(P9) 13. 疼痛のある部位に手をもっていく(P11) 14. 疼痛のある部位を手でおさえる(P12) 15. 疼痛のある部位をさする(P23)	6. うつむいて顔をあげない 7. 体をまったく動かさない・前屈みになる 8. (疼痛のある部位を)手でおさえる、さする、手をもっていく
日常生活の変化	16. 夜間の睡眠状況(N21) 17. 食事を楽しみにしていても数口で食べない(P16)	9. 夜間の睡眠の変化 10. 食欲の低下・食事摂取量の低下
活動の変化	18. ケアのための移動や食事のための移動で動こうとしても動くことができない(P15) 19. 体を動かすことを強く拒否する(P26)	11. これまで好きだったことをしなくなる(テレビで相撲を見なくなるなど)
対人関係の変化	20. 会話を遮断する(P25)	12. 一切の関わりを遮断する
精神状態の変化	21. 行動が落ち着かない(N1,P20) 22. 加減をしないで動き回る(N4,P7) 23. 立ったり、座ったりを繰り返して落ち着かない(N5) 24. そわそわする、ひっぱる、叩く、普段と比較しておかしな行動をとる(N7) 25. 体を揺らす(P6) 26. 体を左右にねじる(P5) 27. 体や足を何度も動かす(P10) 28. 怒る(N15) 29. 「死んだ方がまし」「殺してほしい」と大きな声を出す(P17)	13. 体や足を動かす、そわそわする 14. 普段と比較しておかしな行動をとる 15. ひっぱる 16. 叩く 17. 怒る 18. 「死んだ方がまし」「殺してほしい」と繰り返して言う

要素	抽出した項目	評価項目
聞く	30. ストレートに痛いとは言わない(N3)	19.疼痛があると予測される部位に触れて「痛いですか」「痛くないですか」と聞くと「痛い」と言う
	31. 本人の言葉を聞き返す(N9)	20.「痛いところを指してください」と言う
	32. 表現を変えてがん性疼痛を聞く(N11)	21.疼痛のあると示した部位に触れ、ズキズキするような、ビリビリするような、と性状を具体的に提示して質問すると答える
	33. その都度、疼痛について聞く(N12)	22.鎮痛薬を見せて、「痛み止め」と伝え、「飲みますか」と聞くと内服したり、かわりを拒否したりする
	34. 質問されると疼痛のある部位を手で示す(P14)	23.「かゆい」「寒い」など別の症状を出して聞いても「痛い」と言う
	35. 別の症状を出して質問されると疼痛の有無を答える(P21)	24.疼痛があると示した部位と反対に触れて、痛いですか、痛くないですかと聞くと痛いとした側だけで「痛い」と言う
	36. 触れて質問されると答える(P22)	
	37. 疼痛のある部位に注意を向ける、短い言葉で質問する、部位や性状を限定した聞き方をする、タイミングよく質問する、左右両方に触れて聞くと答える(P24)	
	38. 「痛み止め」「薬」「楽になる」と鎮痛薬を提示され、「飲みますか」と選択を促されると使用するかどうかを選択する(P27)	
ケアへの反応の観察	39. (苦痛な様子でも)鎮痛薬を「使いますか」と何度聞かれも首を振って飲まない(P28)	
	40. 痛みのある部位に触れて反応をみる(N16)	25.眉間にしわをよせる
	41. ケアした時の反応をみる(N17)	26.痛いと言う、手をもっていく、体を動かして落ち着かなくなる
	42. 鎮痛薬投与後の表情の変化を観察する(N20)	27.動かそうとすると拒否をする
	43. 普段と違う行動、表情、手をもっていく位置を観察する(N10)	

本尺度（案）の構成要素は、「聞く」、「行動観察」、「ケアへの反応」の3要素となった。

各要素の項目数と得点は、「聞く」は疼痛の有無や部位について聞く、6項目6点、「行動観察」は、眉間にしわをよせている、痛いと言うなどの行動を観察する、18項目18点、「ケアへの反応の観察」は、移動時、食事時などに眉間にしわをよせるなどを観察する、9項目9点、合計33点となった。本尺度（案）33項目の内訳を表9に示す。

表9. 本尺度(案)の構成要素と項目数、得点配分

要素と項目数	内容	項目数	得点配分
聞く 6項目	疼痛の有無	2項目	6点
	疼痛の部位	2項目	
	疼痛の性状	1項目	
	鎮痛薬使用の選択	1項目	
行動観察 18項目	表情	2項目	18点
	言葉	3項目	
	体の動き	3項目	
	日常生活の変化	2項目	
	活動の変化	1項目	
	対人関係の変化	1項目	
	精神状態の変化	6項目	
	移動時	3項目	
ケアへの反応 9項目	食事時	3項目	9点
	鎮痛薬投与後	3項目	

第3章 尺度項目の妥当性の検討および修正

前章で作成した本尺度（案）の項目の検討として、表面妥当性および内容妥当性の検討を行い、その結果に基づいて修正を行った。

第1節 がん性疼痛看護の専門家による表面妥当性の検討

表面妥当性とは、「測定用具が適切な構成概念を測定していそうかどうかを検討する」⁶¹⁾といわれている。また、「テストを実施する人や受検する人がその正しさを主観的に判断したもの」⁶²⁾とされ、「作成した尺度が対象者にとって答えやすいか、明確であるかなどを検討する」⁶³⁾といわれている。そこで、本研究では、本尺度（案）の項目について、「構成要素が妥当かどうか」、「内容が明確であるか」、「臨床で行われる評価内容と合致しているのか」などを、がん性疼痛看護の専門家から1項目ずつ意見をもらうこととした。

1 目的

がん性疼痛看護の専門家に、インタビューを行い、本尺度（案）の構成要素が妥当かどうか、項目内容が明確であるか、がん性疼痛を評価する時に評価しやすいか、表現の分かりにくい項目がないか、評価項目が臨床で疼痛評価を行う項目と合っているかを検討することである。

2 研究協力者

がん性疼痛看護認定看護師の資格を取得後5年以上が経過し、認知症高齢者のがん性疼痛緩和の経験をもつ専門家2名とした。がん性疼痛看護認定看護師を選定したのは、がん性疼痛に関する専門的な知識を有しているがゆえに分かる、認知症高齢者のがん性疼痛を評価する時に必要な項目について、客観的な意見を得ることができると考えたからである。

3 調査方法

調査方法は、研究者が本尺度（案）を提示し、項目一つひとつについて説明し、5つの視点で意見を求めた。5つの視点は、①尺度項目の構成要素が妥当かどうか、②内容が明確であるか、③がん性疼痛を評価する時に評価しやすいか、④分かりにくい項目がないか、⑤評価項目が臨床で疼痛評価を行う項目と合っているか、とした。同時に、気

付いたことを自由に語ってもらった。調査は個別にインタビューを行い、面接時間は 60 分程度とした。語られた内容は記録し、尺度項目に必要な意見を抽出した。

4 結果

4-1 研究協力者の概要

協力者は 2 名とも女性であった。協力者は、がん性疼痛看護認定看護師の資格取得後、6 年と 15 年の経験を有しており、公立総合病院の緩和ケア病棟と大学附属病院の緩和ケアチームに所属し、病院全体のがん性疼痛看護の指導をしている立場の人であった。面接時間は、45 分と 90 分であった。

4-2 本尺度（案）の項目についての意見と修正

構成要素の妥当性について質問をした結果、本尺度（案）の「聞く」「行動観察」「ケアへの反応」の 3 つの構成要素は、臨床現場において、認知症高齢者のがん性疼痛を評価する時に用いている内容であり、がん性疼痛評価の内容を網羅し妥当であるとの意見であった。

各項目については、表 10 に示した 4 つの視点で表面妥当性を確認した結果、5 つの項目について修正が必要であった。①内容の明確さについては、「聞く」2 項目について、表現の検討が必要であった。②評価のしやすさについては、検討が必要な項目はなかった。③項目の分かりにくさについては、「行動観察」の 1 項目について削除が必要であった。④評価項目が臨床で疼痛評価を行う項目と合っているかについては、「聞く」1 項目と「ケアへの反応」1 項目について内容の追加が必要であった。以上の結果に基づいて、本尺度（案）の項目を、33 項目から 35 項目（資料 2）に修正した。

表 10. 表面妥当性の検討結果(*意見の番号は資料2の項目番号を示す)

検討内容	意見	修正内容	修正理由
① 内容の 明確さ	1-1「痛いですか」「痛くないですか」と聞くと「痛い」という項目(表現の検討が必要) 1回の質問に「痛い」と回答したことを疼痛ありと評価するのは信憑性に欠ける	「何度聞いても必ず痛いと言う」に修正する	2回以上の質問を意図的に行うため
	1-4 鎮痛薬を見せて「飲みますか」と聞く項目(表現の検討が必要) 「飲みますか」だけでは復唱して「飲む」という可能性があるので、「飲みませんか」とも聞き、認知症高齢者の選択を促す工夫が必要である	「飲みますか」「飲みませんか」と選択肢を示す	認知症高齢者の意思表出を促すため
② 評価の しやすさ	評価し辛い項目はない		
③ 分かり にくさ	2-3-⑥うつむいて顔をあげないと行動観察する項目(項目の削除の検討が必要) がん性疼痛の症状としてより、抑うつ症状を示す表現として考える症状である	項目の削除(-1)	疼痛以外の症状を評価する可能性を減らすため
④ 疼痛評価 の実際と の合致	1-3「ズキズキするような」「ビリビリするような」と疼痛の性状を提示して聞く項目(疼痛の性状の追加が必要) 体性痛の特徴が抜けている	「重い感じ」を追加する	がん性疼痛の性状を網羅するため
	3 要素「ケアへの反応」の視点の偏り(視点の追加が必要) 「安静時」の様子も評価して視点が偏らないようにする必要がある	安静時の評価を追加する(+3)	疼痛評価に偏りを生じないため

第 2 節 緩和ケア病棟の看護師による内容妥当性の検討

内容妥当性とは、「個々の項目が構成概念という点において関連し、適切か（ふさわしいかどうか）、項目が構成概念の全ての次元を妥当に（十分に）測定しているかどうか」⁶¹⁾を評価することであり、「内容妥当性の確認という目的を達成するために、①質問内容の妥当性、②質問表現の適切性、③質問項目数の適切性、④その他を検討する」⁶⁴⁾といわれている。今回は、内容妥当性を検討するため、実際に、緩和ケア病棟の看護師に、がんに罹患した中等度・重度認知症高齢者のがん性疼痛評価尺度（案 2）（以下、本尺度（案 2））を用いて評価してもらった後、①項目内容が妥当か、②項目の表現が適切か、③評価内容を網羅しているか、④本尺度（案 2）を使ってみた感想や意見をもらうこととした。

1 目的

緩和ケア病棟の看護師に、本尺度（案 2）（資料 2）を使用してもらった後インタビューを行い、項目内容が妥当であるか、表現が適切であるか、評価項目が疼痛評価項目を網羅しているのか、本尺度（案 2）を使ってみた感想や意見を検討することである。

2 研究方法

2-1 研究協力者と評価対象者

研究協力者は、緩和ケア病棟に勤務する看護師 34 名である。5 か所の緩和ケア病棟に勤務している看護師全員に研究の主旨を説明し、同意が得られた看護師のうち、調査日に評価対象者の受け持ちであった看護師を研究協力者とした。

評価対象者は、入院しているがんに罹患した認知症高齢者 11 名（以下、評価対象者とする）である。評価対象者は、以下の要件をすべて満たす者を選定する。①65 歳以上である、②がんに罹患し、薬剤による痛みのコントロールが行われている、③認知症が進行し、無言となり、精神活動がすべて失われた失外套症候群と呼ばれる状態ではない、④MMSE が 23 点以下または、認知症の重症度を評価する尺度である CDR（Clinical Dementia Rating：周囲の人からの情報で認知症の重症度を評価する。記憶、社会適応など 6 項目からなり、正常 0～高度 3 の 5 段階で評価する）が 1 から 3 であること。

2-2 調査期間

平成 27 年 10 月～平成 28 年 1 月までの期間であった。

2-3 調査場所・方法

調査は5か所の緩和ケア病棟で行った。調査方法は、研究協力者である受け持ち看護師が、本尺度（案2）を用いて評価対象者の疼痛評価を行った後、研究者が研究協力者に対して30分程度の個別面接を行った。なお、研究協力者が評価対象者の疼痛評価を複数回行った場合は、2回目以降は個別面接を行わなかった。個別面接では、基本属性（年齢、性別、看護師の経験年数、緩和ケアの経験年数）について質問を行った後、内容妥当性の検討を表11に示す4つの視点で行った。検討視点は①項目内容が妥当か、②表現の適切性、③評価内容の網羅性、④評価尺度（案）を使ってみた感想や意見の4点とした。インタビューの内容は、事前に協力者の同意を得てからICレコーダーに録音した。録音の承諾が得られなかった場合は、その都度記録した。

評価対象者の基本属性（年齢、性別、がんの疾患名、認知症の疾患名、日常生活動作、定期的な鎮痛薬投与の有無・量など）は、カルテと看護師から情報収集した。認知機能検査については、研究者が調査の開始前にMMSEの評価を行い、CDRは研究協力者と研究者が共に評価を行った。

表 11. 内容妥当性の検討視点と評価方法

検討視点 評価・ 分析方法	①項目内容が妥当か			②表現の 適切性	③評価内容 の網羅性	④評価尺度 を使った 感想や意見
	「聞く」 6項目	「行動観察」 17項目	「ケアへの 反応」 12項目			
評価方法	5段階評価 (5:評価できる ～0:全く評価 できない)	2段階評価 (妥当である、 妥当でない)	2段階評価 (妥当である、 妥当でない)	自由回答	自由回答	自由回答
妥当とす評価 ライン	5と4が妥当である 60%以上	5と4が妥当である 60%以上	5と4が妥当である 60%以上			
分析方法	記述統計	記述統計	記述統計	逐語録から 内容抽出	逐語録から 内容抽出	逐語録から 内容抽出

2-4 分析方法

分析は表11に示した方法で行った。①項目内容の妥当性については記述統計を行った。なお、妥当であるかどうかを判断するラインを60%（5段階評価：5と4が60%以上、2段階評価：妥当である60%以上）とした。②表現の適切性、③評価内容の網羅性、④評価尺度（案）を使った感想や意見は、個別面接で語られた内容をすべて逐語録にして、尺度項目の修正に必要な意見を抽出した。

2-5 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属大学の倫理委員会ならびに研究協力施設の倫理委員会の承認を得て実施した。緩和ケア病棟の看護師全員に対し、書面にて研究の主旨、任意性の保障、個人情報の保護、強制力の排除、結果の公表などを記し、口頭で説明し、書面で同意を得た。また、認知症高齢者と家族（2 親等以内）には、書面にて研究の主旨、研究への参加は自由意思に基づいて決定されるもので、病院関係者の影響は受けないこと、拒否によって不利益を受けないこと、守秘義務ならびに機密保持の義務を遵守すること、得られた結果は論文として発表することなどを記し、説明し、書面にて同意を得た。評価対象者には評価前に毎回、研究者が看護師と共にケアに参加し、質問をすることを口頭で説明し、拒否がなかった場合に評価を行った。

3 結果

3-1 研究協力者と評価対象者の概要

研究に協力の得られた看護師は 34 名で、男性 2 名、女性 32 名であった。平均年齢は 38 歳（26～58 歳）、看護師経験年数は平均 16.3 年（5～35 年）、緩和ケアの経験年数は平均 3.8 年（3 か月～11 年）であり、がん性疼痛看護認定看護師、緩和ケア認定看護師が 1 名ずつであった。認知症看護やケアについての研修を受けた経験があるのは 15 名であった。研究協力者が評価尺度（案）を用いて、評価対象者の疼痛評価を行った回数は、1 回が 25 名、2 回 5 名、3 回 1 名、4 回 3 名であった。

評価対象者の平均年齢は 82.2 歳（72～92 歳）、男性 2 名、女性 9 名であった。がん疾患は、大腸がん 2 名、肺がん 2 名、胃がん、尿管がん、肝臓がん、胆管がん、膵臓がん、直腸がん、リンパ腫が 1 名ずつであった。鎮痛薬は 9 名が定期的な投与を受けていたが、1 名は本人が拒否したため定期では使用せず、レスキュー薬で対応がされていた。認知症の診断を受けていた 4 名は全員が AD であり、7 名は確定診断を受けていなかった。1 名を除き全員が、MMSE もしくは CDR のいずれかによって認知機能の低下を認めた（表 12）。

表 12. 評価対象者 11 名の概要

	A 氏	B 氏	C 氏	D 氏	E 氏	F 氏	G 氏	H 氏	I 氏	J 氏	K 氏
年齢 (歳)	89	84	92	81	80	80	81	73	84	88	72
性別	女性	男性	女性	女性	女性	女性	男性	女性	女性	女性	女性
がんの 疾患名	大腸	肺	リンパ腫	尿管	肝	肺	胆管	胃	膵臓	大腸	直腸
転移	肺 腹膜播種 リンパ節	骨	なし	肺 肝臓 リンパ節 骨	膵臓	骨	骨	腹膜	肝臓 腹膜播種	なし	肺 肝臓 リンパ節
定期の 鎮痛薬	アセリオ	オキシコンチ ン フェントステ ーブ セレコックス リカ	フェントステ ーブ	オキシコンチ ン セレコックス	オキシコンチ ン	オキシコンチ ン セレコックス トラムセット	フェントステ ーブ セレコックス	フェントステ ーブ コカル	オキシコンチ ン ロキソニン カロナール	なし	なし
認知症 の疾患 名	診断 なし	診断 なし	AD	診断 なし	AD	AD	診断 なし	診断 なし	診断 なし	AD	診断 なし
MMSE	不可	23	不可	22	25	19	19	13	拒否	15	16
CDR	3	1	2	0.5	1	1	0.5	2	0.5	2	2

* 不可：測定不可、拒否：測定拒否を示す

3-2 項目内容の妥当性について

1) 要素「聞く」の項目の内容妥当性

図 2 で示したように、6 項目中 5 項目は妥当ライン（5：評価できる、4：まずまず評価できるを合わせて 60%以上）であった。ただし、1 項目 1-4「鎮痛薬の選択（鎮痛薬を見せて「痛み止め」と伝え、「飲みますか」「飲みませんか」と聞くと内服したりかわりを拒否したりする）」は 41%と妥当ラインに達しなかった。その理由として、「認知症高齢者は、重度になると痛み止めという理解や認識が難しい（9 名）」、「麻薬の場合、金庫から出して“見せる”ことが難しい（5 名）」、「関わりを拒否するというのが分かりにくい（4 名）」であった。しかし、全く評価できないと回答したものはなかった。

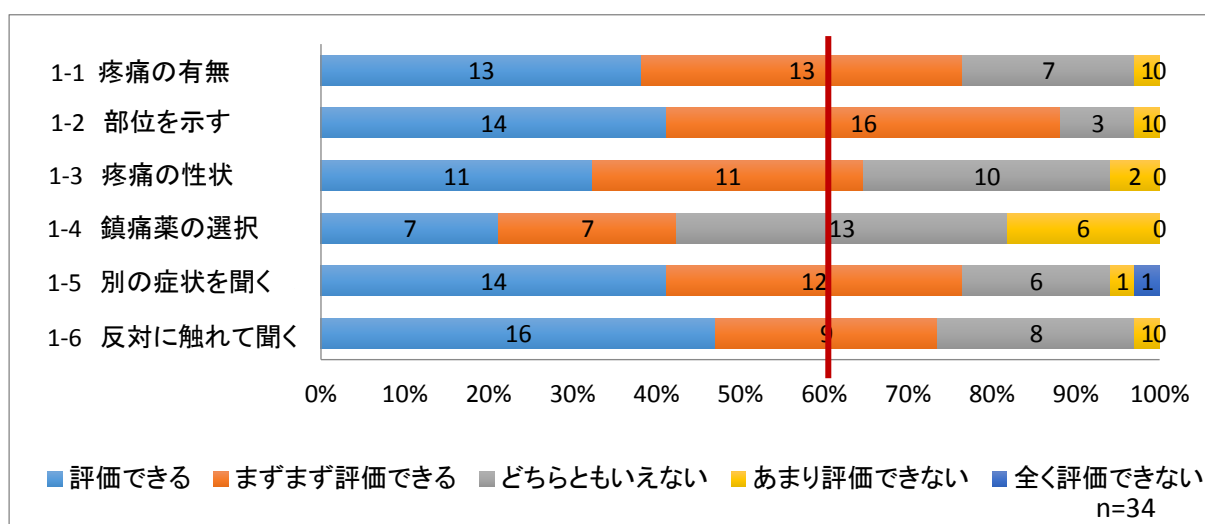


図 2. 要素「聞く」6 項目の評価結果

2) 要素「行動観察」の項目の内容妥当性

表 13 で示したように、行動観察による評価項目 17 項目は 2 段階で評価を行った。その結果、妥当ライン 60%以下の項目が 3 項目あった。言葉・発声の項目「「あっち行って」など同じ言葉を繰り返す（56%）」、精神状態の変化の項目「ひっばる（59%）」と「「死んだ方がまし」と繰り返して言う（56%）」であった（表 13 網掛け部分）。妥当でないと評価された 3 項目の回答理由は、「「同じ言葉を繰り返す」が疼痛の指標になるかどうかわからない（14 名）」、「「ひっばる」は、疼痛以外の可能性がある（12 名）」、「「死んだほうがまし」などは言わず、「大きな声を出す」人が多い（10 名）」であった。

表 13. 要素「行動観察」の項目の内容妥当性の評価結果 (n=34)

要素	項目	妥当でない	妥当である
表情	普段と比較して、眉間にしわをよせている	3 (9%)	31 (91%)
	普段と比較して、しかめ面をしている	3 (9%)	31 (91%)
言葉・発声	「痛い」と言う	3 (9%)	31 (91%)
	「あっち行って」など同じ言葉を繰り返す	15 (44%)	19 (56%)
	「痛い」以外の言葉を使う	2 (6%)	32 (94%)
体の動き	体をまったく動かさない・前屈みになる	3 (9%)	31 (91%)
	手でおさえる、さする、手をもっていく	1 (3%)	33 (97%)
日常生活の変化	夜間の睡眠の変化（不眠・中途覚醒）	8 (24%)	26 (76%)
	食欲の低下・食事摂取量の低下	7 (21%)	27 (79%)
活動の変化	これまで好きだったことをしなくなる	8 (24%)	26 (76%)
対人関係の変化	一切の関わりを遮断する	10 (29%)	24 (71%)
精神状態の変化	体や足を動かす、そわそわする	7 (21%)	27 (79%)
	普段と比較しておかしな行動をとる	9 (26%)	25 (74%)
	ひっばる	14 (41%)	20 (59%)
	叩く	9 (26%)	25 (74%)
	怒る	10 (29%)	24 (71%)
	「死んだほうがまし」と繰り返して言う	15 (44%)	19 (56%)

3) 要素「ケアへの反応」の項目の内容妥当性

3項目すべてが、79%～97%と高い割合で妥当であると評価された（表14）。「体を動かして落ち着かなくなる」は、「疼痛以外の可能性がある（10名）」という意見があった。

表14. 要素「ケアへの反応」の項目の内容妥当性の評価(n=34)

項目	妥当でない	妥当である
眉間にしわをよせる	1 (3%)	33 (97%)
痛いと言う、手をもっていく、体を動かして落ち着かなくなる	3 (9%)	31 (91%)
動かそうとすると強く拒否をする	7 (21%)	27 (79%)

3-3 表現の適切性と内容の網羅性について

表現の適切性と内容の網羅性については、研究者が個別面接で研究協力者に「本尺度（案2）の項目の表現が適切でない項目がありますか」、「本尺度（案2）はがん性疼痛を評価するときに必要な内容を網羅していますか。他に追加したほうがよい項目はありますか」と質問した。その結果、表15に示したように、表現の適切性で4つ、内容の網羅性で4つ、計8つの項目について検討が必要であった。要素「聞く」、1-3「ズキズキするような、ビリビリするような、重い感じ、と疼痛の性状を提示して聞く」項目など2項目で表現の検討が必要であった。また、要素「行動観察」では、2-1-①と2-1-②表情の「眉間にしわをよせている」、「しかめ面をしている」の違いが分かりにくいなどの意見があり項目の整理と追加を行った。要素「ケアへの反応」の項目では、「移動、食事に限定すると、食事を食べていない人や食事を食べたいという欲求がない人の場合評価できないので、評価対象者が限られてしまう」、「声をかけた時に、嫌という場合は疼痛があると考えるので、追加したほうがよい」など4つについて、項目の整理と追加、削除を行った。

表 15. 表現の適切性、内容の網羅性の検討結果（＊意見の番号は資料 3 の項目番号を示す）

検討視点	意見	修正内容
表現の適切性	1-3「ズキズキするような」「びりびりするような」「重い感じ」と疼痛の性状を提示して聞く項目（表現の検討が必要） 3 つ提示すると最後の性状を復唱することがあるので、2 つ提示して選んでもらう方がよい	「異なる痛みの性状を 2 つ提示すると」に修正
	1-4 鎮痛薬を見せて「飲みますか」「飲みませんか」と聞く項目（表現の検討が必要） 「痛み止め」と説明すると分からないことがあるので、「楽になる」「痛いのをとる」と言うほうが伝わる	「痛みをとる（楽になる）薬」に修正
	2-1-①, 2-1-②行動観察の項目、表情「眉間にしわをよせている」、「しかめ面をしている」（項目の整理が必要） 2 項目の違いが分かりにくい	1 項目にまとめる（－1）
	3-1-②「ケアへの反応」項目（項目の整理が必要） 3 つの項目が含まれていて混乱する	項目を分ける（＋2）
内容の網羅性	2 行動観察項目（項目の追加が必要） 疼痛がある時、認知症高齢者は大きな声を出す人が多い	2-2 言葉・発声に「大きな声を出す」を追加する（＋1）
	3-1, 3-2 ケアへの反応の観察項目（項目の変更が必要） 移動、食事に限定すると「食事を食べていない人や食事を食べたいという欲求がない人の場合評価できない」ので評価の対象者が限られてしまう	「移動、清潔、排泄、食事など日常生活動作を行う時」に修正する（－3）
	3-3 ケアへの反応の観察項目（項目の削除が必要） ケア前後の反応以外は、安静にしている時に評価するので、評価項目が重複する	安静時を削除（－3）
	3-3 ケアへの反応の観察項目（項目の追加が必要） 声をかけた時に、「嫌という」「やめておく」と言う場合は疼痛があると考えるので、追加したほうが良い	声をかけると「やめておく」「嫌」と言うを追加（＋2）

3-4 本尺度（案 2）を使った感想や意見

個別面接で、研究者が研究協力者に「本尺度（案 2）を使って、認知症高齢者の疼痛評価を行ってみての感想や意見があれば聞かせてください」と質問した。その結果、表 16 に示したように 4 つの感想と意見を抽出することができた。実際に評価を行った時の認知症高齢者の反応から、【疼痛を「聞く」項目の重要性】、【「触れる」「待つ」「何度も聞く」「具体的に聞く」ことの重要性】と、看護師が意図的に聞くことの必

要性についての感想があった。また、【統一した視点で評価する重要性】と、評価尺度の有用性についての意見がある一方、【疼痛強度や鎮痛薬投与の判断基準設定の必要性】のように、評価を行った結果をケアにつなげることの難しさが明らかになった。

表 16. 評価後に語られた意見内容

抽出した意見	具体的な意見内容
疼痛を「聞く」項目の重要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 具体的に（疼痛の）性状を示して聞いたほうが良いことが分かった。いつもは「痛い」しか言わない人が、今日は聞くことで、「重いかな」と表現した ・ いつもは「どんな痛みですか」と聞いて返答が得られなかったけど、「ズキズキ」とか具体的に聞くと「しめつけるような」と本人が感じている性状を言ってくれることが分かった ・ 認知症の人は聞いてもあまり返答がない印象だったが、今回は痛みの性状を答えてくれて驚いた ・ 聞いてみたら、はっきりと「こっちは痛いけど、こっちは痛くない」と答えてくれた
「触れる」「待つ」「何度も聞く」「具体的に聞く」ことの重要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「触れる」「待つ」ことで、しばらく考えてから痛みを答えてくれたので、聞き方の工夫をすれば認知症の人も痛みを訴えられると思った ・ 「痛い」と言うと、レスキュー薬の投与という流れになっていて深く聞けていない部分があると思った。いつもは「痛い、痛くない」くらいの返答しかない患者さんが、（聞くことで）具体的に話してくれていつもより言葉が広がったと思う ・ 「痛いですか」「痛くないですか」と聞いたとき、患者さんが両方にうなずいて判断がし辛かったけど、質問を重ねることで、「ここ」とか「重い感じ」と言ってくれたので判断ができた ・ （評価を）やってみて、認知症の人には「具体的に提示して聞く」ことが良いとわかった
統一した視点で評価する重要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の患者さんから疼痛を聞く時に、どのように声をかけて良いのか悩むことがあったので、この評価表があると評価しやすいと思う ・ 使ってみて、効果のある聞き方が挙げてあると思った。認知症の人でもこういう聞き方をすれば、痛みの評価ができることが分かるし、統一した評価ができて良い ・ 専門家だからできる高度な疼痛判断ではなく、緩和ケア病棟に来たばかりの人や新人など誰でも簡単に使えて、一貫した評価ができる指標になると思う
疼痛強度や鎮痛薬投与の判断基準設定の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 評価をした後に、どうしようと思った。すぐに鎮痛薬を使う必要もないかなと思う項目にチェックが入ったので、どうやって使っていけば良いのか悩んだ ・ がん性疼痛のスクリーニングとしては良いと思うが、それだけだともったいないので、点数化して評価基準やケアにつなげる指標を作って欲しい ・ 鎮痛薬を使うタイミングを検討するためには、点数化して、何点以上は「痛みがある」となったほうが使いやすい

4 がん性疼痛評価尺度（案）の修正

内容妥当性の検討を行った結果、本尺度（案 2）の項目を 35 項目から 30 項目に修正した（資料 4 参照）。案 1 から案 3 の修正内容を示す（表 17）。

表 17. がん性疼痛評価尺度項目の一覧（案 1 から案 3 までの変化）

要素	案 1 (33 項目)	案 2 (35 項目)	案 3 (30 項目)
聞く	「痛いですか」「痛くないですか」と聞くと「痛い」と言う	「痛いですか」「痛くないですか」と聞くと 何度聞いても ・・	同左
	「痛いところを指してください」と言うと部位を指し示す	同左	同左
	ズキズキするような、ビリビリするような性状を具体的に提示して質問すると答える	ズキズキするような、ビリビリするような、 重い感じ と性状を提示して質問すると答える	ズキズキ、ビリビリ、と異なる 2 つの性状を提示 すると答える
	薬を見せて、痛み止めと伝え飲みますかと聞くと内服したりかかわりを拒否したりする	薬を見せて痛み止めと伝え飲みますか、 飲みませんか と聞くと内服したり関わりを拒否する	痛みをとる（楽になる）薬 を使いますか、（中略）と 使うと言う
	「かゆい」など別の症状を出しても「痛い」と言う	同左	同左
	反対の部位に触れて聞くと痛い部位だけ痛いと言う	同左	同左
表情	眉間にしわをよせている	同左	眉間にしわをよせている、顔をしかめる
	しかめ面をしている	同左	
言葉・発声	「痛い」と言う	同左	同左
	同じ言葉を繰り返す	同左	削除
	痛い以外の言葉と言う	同左	同左
			大きな声を出す
行動観察	体の動き	うつむいて顔をあげない 削除	
		体を全く動かさない	同左
		手でおさえる、さする	同左
		夜間の睡眠の変化	同左
		食欲の低下	同左
		これまで好きだったことをしなくなる	同左
	精神状態の変化	一切の関わりを遮断する	同左
		体や足を動かす	同左
		おかしい行動をとる	同左
		ひっばる	削除
		叩く	同左
		怒る	同左
		「死んだ方がまし」と言う	削除
ケアへの反応	移動などの時	眉間にしわをよせる	日常生活動作時 眉間にしわ
		痛いと言う、手をもっていく	痛いと言う
		動かそうとすると拒否をする	手で抑える
	食事の時	眉間にしわをよせる	動かそうとすると拒否
		痛いと言う、手をもっていく	嫌と言う
		動かそうとすると拒否をする	
	鎮痛薬投与後	眉間にしわをよせる	同左
		痛いと言う、手をもっていく	痛いと言う、抑える
		動かそうとすると拒否をする	同左
	安静時	眉間にしわをよせる	削除
		痛いと言う、手をもっていく	
		動かそうとすると拒否をする	

第 4 章 尺度の信頼性・妥当性の予備的検証

(内的一貫性、評定者間信頼性、併存妥当性、弁別的妥当性の検証)

ポーリットは、「測定用具の信頼性は、安定性、内的一貫性、均等性という 3 つの側面が重要である」⁶¹⁾と述べている。安定性の査定は再テスト法で評価を行い、内的一貫性の評価は Cronbach の α 係数を用いて検証し、均等性は評定者間信頼性によって検証される。これらをふまえて、本研究では、信頼性の検証を、内的一貫性、評定者間信頼性を用いて行った。安定性の検討を除いた理由は、本尺度が、「がん性疼痛」という、時間とともに変化する身体症状を評価することを目的としているため、測定法の安定性とはかかわりなく測定値が変化するため、再テスト法を用いて評価を行うことは適していないと考えたためである。妥当性の検証は、「内容妥当性、表面妥当性、構成概念妥当性、基準関連・併存的妥当性などの複数の方法で評価され、いくつかの手法を組み合わせることで妥当であるかどうかの知見が積み重ねられることが多い」⁶³⁾と述べられている。本研究では、併存妥当性、弁別妥当性を用いて妥当性の検証を行った。

1 目的

本研究の目的は、中等度・重度認知症高齢者を対象とした「がん性疼痛評価尺度（以下、本尺度）」を用いて、認知症高齢者の疼痛評価を行い、内的一貫性、評定者間信頼性、併存妥当性、弁別妥当性の予備的検証を行うことである。

2 方法

2-1 研究協力者

調査施設の協力病棟に勤務している看護師で、研究に協力の得られた 13 名である。

2-2 評価対象者

がん性疼痛のある認知症高齢者（以下、がん群）5 名と、がんや骨・関節疾患など疼痛が生じる疾患の既往がない認知症高齢者（以下、非がん群）24 名である。非がん群を評価対象者としたのは、本尺度が疼痛を評価できることを示す弁別妥当性を検討するためである。

がん群の選定要件は、①がんの診断がある、②今回の入院中に手術療法を受けていな

い、③褥瘡がない、④カルテ上に認知症の診断名が記載されているもしくは、認知症の治療薬を使用している、⑤認知症が進行し無言となり、全く話すことができない状態ではないとした。非がん群の選定要件は、がん群の選定要件①以外を満たし、骨・関節疾患による既往歴や手術歴、現病歴のないこととした。なお、本研究では認知症の重症度を限定しなかった。その理由は、認知症高齢者全体に対する効果を確認するためである。

2-3 調査期間

平成 28 年 4 月～平成 28 年 8 月までの期間であった。

2-4 調査場所・方法

調査は 3 病院 5 病棟で行った。がん群の調査は、評価対象者 1 名につき 2 回（5 名×2=10 回）行い、非がん群の調査は評価対象者 1 名につき 1 回（1 名×1=24 回）の合計 34 回行った。がん群の調査を 2 回行ったのは、1 回の調査では疼痛が出現している時の評価が確実に行えるとは限らなかったためである。

がん群の調査は、以下のように行った。①研究協力者である看護師が、本尺度を用いて評価対象者の疼痛評価をする、②研究協力者が疼痛評価を行った 15～20 分後に、研究者が日本語版アビー痛みスケール（以下、APS-J）を用いて評価対象者の疼痛評価を行い、③研究者が本尺度を用いて評価対象者の疼痛評価を行った。なお、研究者が研究協力者の疼痛評価の 15～20 分後に疼痛評価を行ったのは、評価対象者が示す突出痛の持続時間を考えたためである。非がん群の調査は、①研究協力者である看護師が本尺度を用いて、評価対象者の疼痛評価を行う、②研究協力者が疼痛評価を行った直後に、研究者が APS-J を用いて疼痛評価を行った。本尺度の信頼性・妥当性の検証内容と調査項目、評価対象者、調査者を表 18 に示す。

APS-J は、認知症高齢者の疼痛を行動観察によって評価する尺度で、施設に入所している重度の認知症高齢者を対象に作成されたものである（資料 4）。「声をあげる」、「表情」、「ボディランゲージの変化」など 6 項目で構成され、各項目を 4 段階で評価し総合得点（18 点満点）によって「痛みなし」から「重度」（0～2 点：痛みなし、3～7 点：軽度、8～13 点：中等度、14 点以上：重度）の 4 段階で評価される。APS-J の使用については開発者の承諾を得た。

表 18. 本尺度の信頼性・妥当性の検証内容と調査項目

検証内容	調査項目	評価対象者	調査者
内的一貫性	本尺度得点	がん群	研究協力者と研究者
評定者間信頼性	本尺度得点	がん群	研究協力者と研究者
併存妥当性	本尺度得点と APS-J 得点	がん群	研究協力者と研究者
弁別妥当性	本尺度得点	がん群と非がん群	研究協力者

2-5 分析方法

研究協力者と評価対象者の基本情報については、記述統計を行った。内的一貫性、評定者間信頼性、併存妥当性、弁別妥当性の分析方法を表 19 に示す。統計解析ソフトは SPSS Statistics Base Ver.24 を使用した。

内的一貫性の確認のため、本尺度の各要素（「聞く」、「行動観察」、「ケアへの反応」）の Cronbach の α 係数を算出した。評定者間信頼性は、研究協力者と研究者の本尺度得点を Spearman の順位相関係数で評価した。併存妥当性は、本尺度得点と APS-J 得点を Spearman の順位相関係数を算出した。弁別妥当性は、本尺度得点をがん群と非がん群で比較し、マン・ホイットニーの U 検定を用いて評価した。

表 19. 本尺度の信頼性・妥当性の検証内容と分析方法

検証内容	比較項目	分析方法
内的一貫性	本尺度の 3 要素 「聞く」、「行動観察」、「ケアへの反応」 (研究協力者と研究者の得点の平均)	Cronbach の α 係数
評定者間信頼性	本尺度得点 研究協力者の得点と研究者の得点	Spearman の順位相関係数 $p<0.05$
併存妥当性	本尺度得点 (研究協力者と研究者の得点の 平均値) と APS-J 得点	Spearman の順位相関係数 $p<0.05$
弁別妥当性	本尺度得点 がん群 (研究協力者が疼痛ありと判断した 時) の得点と 非がん群 の得点	マン・ホイットニーの U 検定 $p<0.05$

2-6 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属大学の倫理委員会、ならびに研究協力施設の倫理委員会の承認を得て実施した。協力病棟の看護師全員に対し、書面に研究の主旨、任意性の保障、個人情報の保護、結果の公表を記し、口頭で説明し、書面で同意を得た。

認知症高齢者と家族（2 親等以内）にも同様に、書面にて研究の主旨、任意性の保障、個人情報の保護、結果の公表を記し、口頭で説明し書面にて同意を得た。評価対象者である認知症高齢者に対しては、評価当日、研究者が、研究の主旨と調査方法を再度口頭で説明し、拒否がなかった場合に評価を行った。

3 結果

3-1 研究協力者の概要

研究協力者である看護師 13 名は、男性 2 名、女性 11 名であった。年齢は 38.4 ± 8.6 歳（22～49 歳）、看護師の経験年数は 14.4 ± 9.4 年（3 か月～29 年）と新人看護師から熟練看護師まで幅広かった。2 名は認知症看護認定看護師であった。

3-2 評価対象者の概要

評価対象者の概要と一覧を表 20、表 21 に記す。評価対象者である認知症高齢者 29 名の年齢は、がん群の平均 85.2 ± 10.8 歳、非がん群は平均 83.8 ± 4.5 歳であった。MMSE 得点の平均は、がん群 16.0 ± 7.1 点、非がん群 14.2 ± 5.7 点であった。認知症疾患は、アルツハイマー型認知症（以下、AD）が、がん群 5 名中 4 名、非がん群 24 名中 14 名と両群とも半数以上が AD であった。がん群 5 名のうち 4 名は、モービック、デュロテップパッチなどの鎮痛薬が定期的に投与されていた。

表 20. 評価対象者の概要 (n=26)

		がん群(5 名)	非がん群(24 名)
性別	男性	0 名	7 名
	女性	5 名	17 名
年齢		85.2 ± 10.8 歳	83.8 ± 4.5 歳
MMSE 得点 (30 点満点)		16.0 ± 7.1 点	14.2 ± 5.7 点
認知症疾患	アルツハイマー型認知症	4 名	14 名
	レビー小体型認知症	1 名	3 名
	その他	0 名	7 名
がん疾患	卵巣、膵臓、胃、乳、食道	各 1 名	0 名
鎮痛薬の定期投与		4 名	0 名

表 21. 評価対象者の一覧 (n=29)

	ID	診断名	年齢	性別	MMSE	NM スケール	認知症の 重症度	鎮痛薬の 定期投与
がん群	A1	DLB/胃がん	90	女性	8	15	重度	なし
	A2	AD/乳がん・膵臓がん	96	女性	11	29	中等度	モービック
	A3	AD/卵巣がん	68	女性	15	23		デュロテップパッチ
	A4	AD/膵臓がん	90	女性	20	35		オキシコドン
	A5	AD/食道がん・歯肉がん	82	女性	26	47	軽度	ノイロトロピン
非がん群	B1	特定不能	80	女性	1	19	重度	なし
	B2	AD	84	男性	5	16		
	B3	AD	90	女性	6	15		
	B4	DLB	85	男性	6	15		
	B5	特定不能	78	男性	11	17		
	B6	AD or DLB	91	女性	11	29	中等度	
	B7	AD	88	女性	13	23		
	B8	AD	81	女性	13	33		
	B9	DLB	77	女性	14	38		
	B10	AD	85	女性	14	27		
	B11	AD	84	女性	15	35		
	B12	AD	86	男性	15	29		
	B13	AD or DLB	85	女性	15	33		
	B14	AD or DLB	81	女性	16	43		
	B15	DLB	85	男性	16	15		
	B16	晩発性 AD	79	男性	16	37		
	B17	晩発性 AD	85	女性	17	22		
	B18	特定不能	78	女性	17	37		
	B19	NPH or DLB	92	男性	19	27		
	B20	AD	75	女性	測定不可	24		
	B21	AD	90	女性	20	23		
	B22	晩発性 AD	79	女性	22	27		
	B23	晩発性 AD	86	女性	20	37	軽度	
	B24	AD	78	女性	25	32		

3-3 内的一貫性の検証

本尺度の内的一貫性を検証するため、がん群の 10 回の研究協力者と研究者の本尺度得点の平均値について、Cronbach の α 係数を算出した。その結果、 $\alpha = 0.91$ であり、「 α 係数はどの程度あれば信頼性があるかは一概にいけないが 0.8 程度を目安にするとよい」⁶⁵⁾とされる 0.8 以上であったことから本尺度の内的一貫性は確認された。また、各要素間（「聞く」、「行動観察」、「ケアへの反応」）の偏りをみるために各要素の得点とそれ以外の要素の合計得点との α 係数を算出した結果、「聞く」は $\alpha = 0.76$ 、「行動観察」は $\alpha = 0.90$ 、「ケアへの反応」は $\alpha = 0.89$ であり、項目間に大きな差はなく、内的一貫性は確認された。さらに、各要素間の相関係数を求めた結果、 $\alpha = 0.74$

～0.95 と各要素間に強い関連がみられた（表 22）。

表 22. がん群の本尺度得点の各要素間の相関 (n=10)

	「聞く」	「行動観察」	「ケアへの反応」
「聞く」	1.000	.754	.741
「行動観察」	.754	1.000	.946
「ケアへの反応」	.741	.946	1.000

3-4 評定者信頼性の検証

評定者間信頼性は、がん群の研究協力者と研究者の本尺度得点を Spearman の順位相関係数で分析し、結果を図 3 に示した。分析した結果、 $r=0.745^*$, $p=0.021$ ($n=9$) と評定者間で強い相関がみられた。また、本尺度の各項目の、研究協力者と研究者の回答（「あり」、「なし」）の一致割合を算出した（表 23）。ただし、「ケアへの反応（鎮痛薬投与後）」の 5 項目は、評価対象者に該当者がいなかったため一致割合を算出できなかった。その結果、研究協力者と研究者の回答が 100%一致した項目が 25 項目中 14 項目、89%一致した項目が 4 項目、78%一致した項目が 7 項目と、すべての項目で高い一致割合であった。研究協力者と研究者が「あり」と回答した人数が 0 名であった項目は 25 項目中 7 項目あり、100%一致した 14 項目のうち半数は、その項目に該当する評価対象者がいなかった。該当する評価対象者がいなかった 7 項目は、すべて「行動観察」の要素に含まれる項目であり、「大きな声を出す」、「夜間の睡眠の変化」、「これまで好きだったことをしなくなる」などであった。

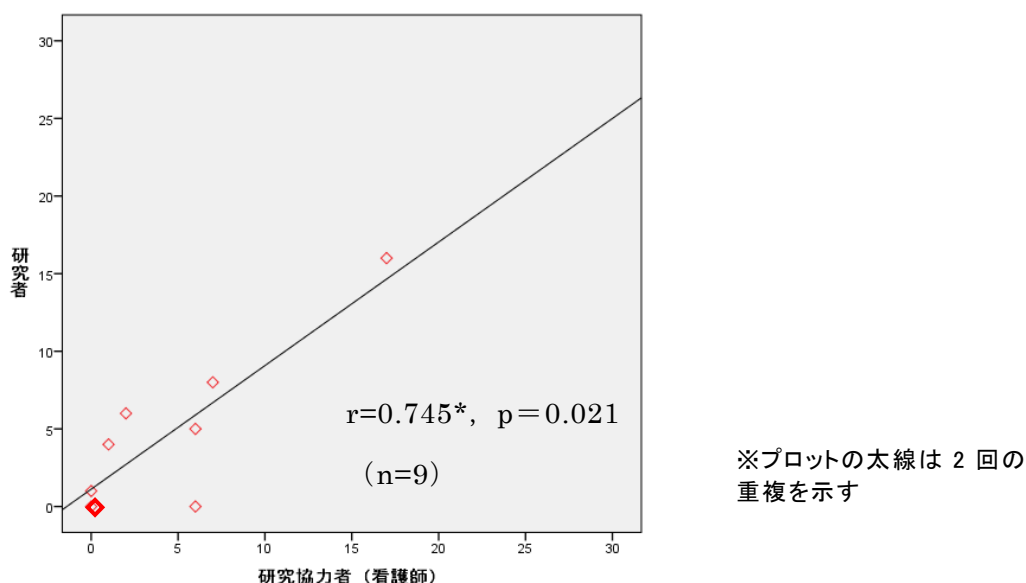


図 3. がん群の研究協力者と研究者の本尺度得点の分布 (n=9)

表 23. 本尺度の各項目の研究協力者と研究者の回答の一致割合 (n=9)

要素	各項目	「あり」と回答した人数 (n)		研究協力者と研究者の回答の一致数 (n, %)
		研究協力者	研究者	
聞く	疼痛の有無	4	4	7 (77.8%)
	疼痛の部位	4	4	7 (77.8%)
	反対の部位	4	4	7 (77.8%)
	別の症状	3	2	8 (88.9%)
	疼痛の性状	3	4	8 (88.9%)
	鎮痛薬の使用	1	1	9 (100%)
行動観察	表情	1	3	7 (77.8%)
	「痛い」と言う	4	2	7 (77.8%)
	「痛い」以外の言葉	1	1	9 (100%)
	大きな声を出す	0	0	9 (100%)
	前屈み	2	3	8 (88.9%)
	手で押さえる	3	3	7 (77.8%)
	睡眠の変化	0	0	9 (100%)
	食欲の低下	1	1	9 (100%)
	好きだったこと	0	0	9 (100%)
	関わりの遮断	0	0	9 (100%)
	体や足を動かす	0	0	9 (100%)
	おかしい行動	1	1	9 (100%)
	叩く	0	0	9 (100%)
	怒る	0	0	9 (100%)
ケアへの反応	ケア時の表情	1	2	8 (88.9%)
	ケア時に痛いと言う	2	2	9 (100%)
	ケア時に手で押さえる	2	2	7 (77.8%)
	ケアの声をかけると「嫌」と言う	1	1	9 (100%)
	ケア時に動かそうとすると拒否	1	1	9 (100%)

3-5 併存妥当性の検証

本尺度と APS-J の併存妥当性は Spearman の順位相関係数で分析した結果、 $r=0.48$, $p=0.16$ ($n=10$) と有意な相関はみられなかった (図 4)。APS-J 得点は 0~6 点で分布しており、本尺度は 0~17 点と幅広く分布していた。APS-J で 0~2 点 (「痛みなし」) に対する本尺度得点は、0~7.5 点と幅があり、APS-J に比べて本尺度が疼痛の詳細を捉えていた。表 24 に APS-J で「痛みなし」と評価される 0~2 点であった 8 回の本尺度得点の合計と 3 つの要素別の得点を示した。本尺度の各要素が合計得点に占める割合は、「聞く」57.1%、「行動観察」32.2%、「ケアへの反応」10.7%と、「聞く」要素が 50%以上と高い割合であった。

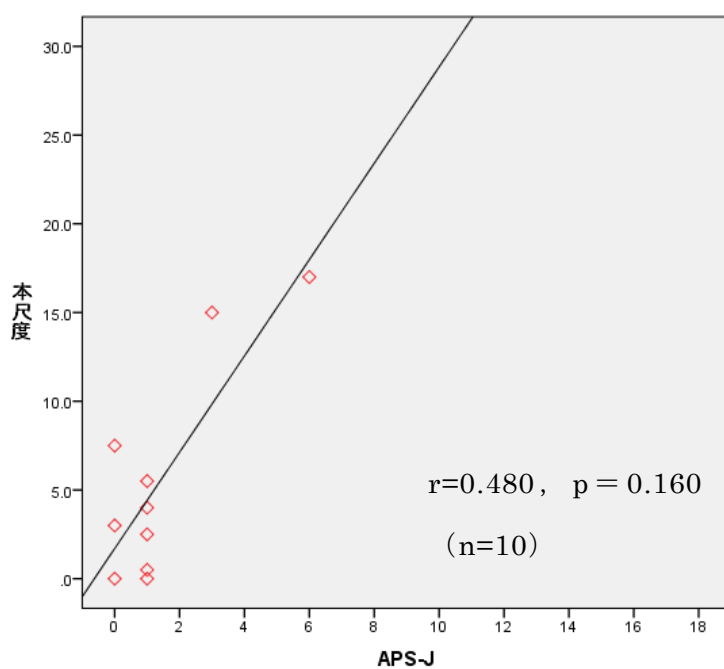


図 4. がん群の本尺度と APS-J の得点の分布 (n=10)

表 24. APS-J 得点 0~2 点 (痛みなし) と本尺度得点の合計と各要素の得点内訳 (n=8)

ID 尺度										平均値 (合計点に対する割合)
		A1-1	A1-2	A2-1	A2-2	A3-2	A4-1	A4-2	A5-2	
本 尺 度	APS-J (18 点満点)	1	1	0	1	0	1	1	0	0.6
	合計 (30 点満点)	4	0.5	3	5.5	7.5	0	2.5	0	2.8
	「聞く」 (6 点)	2	0	2	4	5	0	0	0	1.6(57.1%)
	「行動観察」 (14 点)	2	0.5	1	1	1.5	0	1.5	0	0.9(32.2%)
	「ケアへの 反応」 (10 点)	0	0	0	0.5	1	0	1	0	0.3(10.7%)

3-6 弁別妥当性の検証

本尺度の弁別妥当性について、がん群 10 回、非がん群 24 回の間における、本尺度得点をマン・ホイットニーの U 検定を用いて分析した結果を図 5 に示す。この分析において、がん群の疼痛がないと研究協力者が判断した 3 回の測定結果 (A1-2、A4-1、A5-2) は除外し、7 回の測定結果を用いた。中央値は、非がん群 0 点、がん群 6.0 点であり、 $p=0.002$ ($p<0.05$) と有意な差がみられた。ただし、がん群 7 回、非がん群 24 回と 2 群間の測定回数に差があるため、十分な検出力が得られず、有意差があるとはいえなかった。がん群の得点範囲は 1~17 点 (四分位範囲 13)、非がん群の得点は 0~10 点 (四分位範囲 2) であり、がん群の疼痛を検出していた。

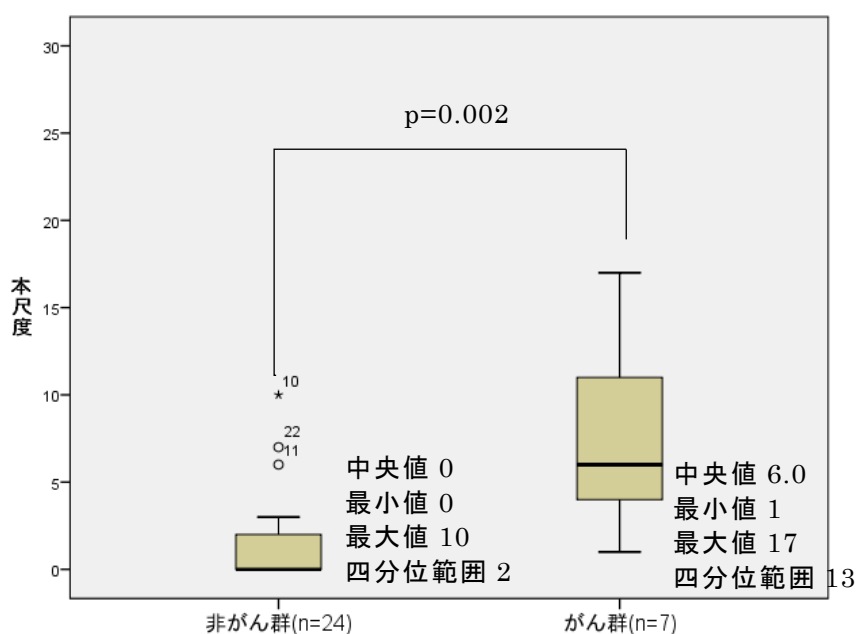


図 5. 非がん群とがん群の本尺度得点

4 考察

本研究では、がん罹患した認知症高齢者を対象とした、本尺度の信頼性・妥当性の予備的検証を行うことを目的に、研究協力者（看護師）と研究者が本尺度を使用して、認知症高齢者の疼痛評価を行い、内的一貫性の検証、評定者間信頼性の検証、併存妥当性および弁別妥当性の検証を行った。その結果、内的一貫性は Cronbach の α 係数 0.91、評定者間信頼性 $r=0.745$ 、 $p=0.021$ と高い信頼性が得られた。一方、妥当性の検証においては、併存妥当性の検証で APS-J と本尺度の相関は $r=0.48$ 、 $p=0.16$ と関連性が認められず、弁別妥当性においては、がん群と非がん群の本尺度得点の中央値が、非がん群 0 点、がん群 6.0 点と差は見られたが有意差はなかった。予備的検証の結果から、本尺度の信頼性は確認できたと考える。結果に基づき、本尺度の認知症高齢者を対象とした、がん性疼痛評価尺度としての信頼性と妥当性について考察する。

4-1 予備的検証における信頼性・妥当性について

村上は「新しい尺度を開発したら、まず信頼性研究をおこなうべきである。そして、信頼性係数が 0.5 を下回った場合、その尺度は破棄すべきである」⁶²⁾と述べている。本研究においては、信頼性の検証を内的一貫性と均等性の 2 側面から行った。その結果、内的一貫性の検証においては、Cronbach の α 係数 0.91、各要素（「聞く」、「行動観察」、「ケアへの反応」）の得点とそれ以外の要素の合計得点との α 係数は、「聞く」 $\alpha=0.75$ 、「行動観察」 $\alpha=0.89$ 、「ケアへの反応」は $\alpha=0.89$ と高い信頼性係数を得ることができた。 α 係数は「一般に等質な項目を追加した場合、項目数が大きくなるほど α 係数は高くなる」⁶⁵⁾とされている。本尺度は 3 要素と少ない要素で検証を行った結果、 $\alpha=0.91$ と高い信頼性係数を算出していることから、項目数が影響して信頼性係数が高くなったのではないと考える。また、本尺度の均等性の検証として行った評定者間信頼性の結果、研究協力者と研究者の本尺度得点の間で、 $r=0.745$ 、 $p=0.021$ と強い相関が得られた。さらに、本尺度の研究協力者と研究者の回答の一致割合を算出した結果、100% 一致した項目が 25 項目中 14 項目、89% 一致した項目が 4 項目、78% 一致した項目が 7 項目と、すべての項目で高い一致割合であった。このことは、本尺度の均等性があることを示すことができたと考える。さらに、評定者間信頼性を高めるためには、研究協力者と研究者が本尺度を用いて疼痛評価を行った時に、一致割合が 78% であった、7 項目、「聞く」に含まれる「疼痛の有無」と「疼痛の部位」、要素「行動観察」の「表情」と

「痛いと言う」などの一致度を高める必要があると考える。これらの項目の一致割合が他の項目に比べて低くなったのは、認知症高齢者の疼痛評価を行う時に、評価者の主観が影響した可能性があり、評価対象者を増やして検証する必要がある。

次に本尺度の妥当性について考える。妥当性の検証について、ポーリットは、「量的な測定用具を評価する基準として、2 番目に重要なものは妥当性である。しかし、信頼性と違って、測定用具の妥当性を確立するのは難しい。測定用具の妥当性は証明されたり確立されたり、立証されるものではなく、証拠によって支持される程度が違う。」⁶¹⁾と述べている。本研究では、妥当性の検証のために、併存妥当性の検討と弁別妥当性の検討を行った。併存妥当性の検討の結果、認知症高齢者の疼痛評価尺度である APS-J と本尺度の相関係数は、 $r=0.48$ 、 $p=0.16$ と有意な相関はみられなかった。APS-J と本尺度の関連の低さは、データ数の少なさが影響していると考ええる。また、本尺度が APS-J とは独立した側面を測定している可能性もある。そこで、APS-J の項目と本尺度の要素「行動観察」の項目を比較すると、APS-J の 4 項目、「声をあげる（例：しくしく泣いている）」、「表情（例：緊張してみえる）」、「ボディランゲージの変化（例：落ち着かずそわそわしている）」、「行動の変化（例：食事の拒否）」は、本尺度にも「言葉・声（大きな声を出す）」、「表情（眉間にしわをよせている）」、「精神状態の変化（そわそわする、普段と比較しておかしな行動をとる）」、「日常生活の変化（食欲の低下）」として含まれている項目であった。このことから、APS-J と本尺度が疼痛の全く違う側面を評価しているとはいえない。しかし、APS-J に含まれている「生理学的変化（例：体温などの正常な範囲外）」と「身体的変化（例：皮膚の損傷）」は本尺度に含まれておらず、本尺度に含まれていて APS-J に含まれていない要素が 2 つ（「聞く」と「ケアへの反応」による表情や言葉、体の動きなどの観察）がある。このことは、本尺度が APS-J では捉えきれない疼痛を捉えた可能性があり、そのことが関連の低さに影響している可能性が示唆された。以上の結果から、本尺度と APS-J の併存妥当性は示すことができたとはいえず、本尺度の妥当性の検証には課題がある。

弁別妥当性の検証を行った結果、がん群と非がん群の本尺度得点の中央値が、非がん群 0 点、がん群 6.0 点と差は見られたが、がん群の症例数が 7 回と少なく、十分な検出力が得られなかった。疼痛のないと考えられる非がん群の本尺度得点の中央値が 0 点、強度疼痛のあるがん群の中央値が 6 点であったことを考えると、本尺度は認知症高齢者の疼痛の有無を弁別して評価することが可能であることを示唆している。しかし、本尺

度はがん性疼痛を評価する尺度であること考えると、がん性疼痛のある高齢者に限定して、がん性疼痛の出現時と疼痛に対して鎮痛薬を投与後、疼痛が軽減した時に本尺度を用いて疼痛評価を行い十分な検出力が得られるのかを検証する必要がある。

4-2 尺度項目の抽出過程において看護師と認知症高齢者 2 つの視点を用いる必要性

本尺度の予備的検証において、内的一貫性と評定者間信頼性の検証の結果、 α 係数 0.91、 $r=0.745$ 、 $p=0.021$ と高い信頼性係数を得ることができた。これは、本尺度の項目の抽出過程において、熟練看護師のもつ経験知と、がん性疼痛を経験している当事者である認知症高齢者の示す現象の 2 つの視点を用いたことが関連していると考えられる。これは、熟練看護師の経験知だけでは、「聞き方を変えて聞く」、「ケア時の反応をみる」と、認知症高齢者の言葉や反応を引き出す必要性を示す項目を抽出するにとどまったが、認知症高齢者の示す現象を明らかにすることで、「生活動作のケアへの反応をみる」、「対話の中で疼痛の有無、部位、性状を聞く」、「鎮痛薬を見せて内服の選択を促す」とより詳細に、がん性疼痛を評価する時に必要な項目が抽出できたことからいえる。「がん性疼痛評価の基本は、患者に疼痛をできるだけ表現してもらうことである」⁶⁶⁾ と言われている。本研究において、評価をする看護師の視点だけでなく、疼痛を体験している認知症高齢者に表現をしてもらったことで、がん性疼痛を評価する時に必要な項目を詳細に抽出でき、高い信頼性を確認することにつながったと考える。

また、尺度作成の過程において、本尺度が、認知症高齢者のがん性疼痛を評価する側面を網羅的に測定することができているかについて、がん性疼痛看護の専門家から意見をもらったことと、緩和ケア病棟の看護師に本尺度を使用してもらい評価をしてもらったことにより、内的一貫性の高い尺度を開発することができたといえる。専門家の視点を入れることによって、表面妥当性の検討では、がん性疼痛看護専門看護師から、本尺度の要素「聞く」の「鎮痛薬を見せて、飲みますか、と聞く」項目において、「飲みますか、とだけ聞くと、飲む、と復唱する可能性が高いので、飲みませんか、も入れたほうが良い」など、認知症高齢者のより正確な回答を得る内容に修正することができた。同様に内容妥当性の検討において、緩和ケア病棟の看護師に実際に本尺度を使用してもらうことで、本尺度の要素「ケアへの反応」の項目として、「声をかけた時に、嫌という、と言う場合は疼痛があると考えるので、追加したほうが良い」、「移動、食事に限定すると、食事を食べていない人や食事を食べたいという欲求がない人の場合、評価でき

ないので評価の対象者が限られてしまうため、清潔や排泄時も含めた方が良い」など、疼痛をより詳細に評価する項目が抽出できた。尺度項目の修正を行う過程において、がん性疼痛の専門家と緩和ケア病棟の看護師に実際使ってみてもらったことが、本尺度の疼痛評価尺度として、高い内的一貫性を確認することができたと考える。

4-3 本研究の限界と課題

本研究で得られた結果は、がん群 5 名（10 回）と非がん群 24 名（24 回）と少数例で、本尺度の信頼性・妥当性の予備的検証を行った結果であるため、限界がある。今回、少数例で予備的検証を行った理由は、本尺度が、既存の認知症高齢者の疼痛評価尺度とは異なる要素、「聞く」と「ケアへの反応」を含めたものであるため、慎重に信頼性・妥当性の検証を行い、尺度の精度を高める必要があると考えたためである。今後の課題として、本尺度の精度を高めるために、症例数を増やして検証を行う必要がある。また、今回は、本尺度の評価者を研究協力者である看護師と研究者としたが、評価者の条件をそろえるために、同じ病棟で勤務する看護師に評価を行ってもらい評定者間信頼性の検証を行う必要がある。

第 5 章 総括

1 全体考察

本研究の目的は、これまで明らかにされていなかった中等度・重度認知症高齢者のがん性疼痛を測定する尺度を開発することであった。結果として、客観的な観察項目で評価が行われてきた認知症高齢者の疼痛評価を「行動観察」だけでなく、「聞く」、「ケアへの反応」の 3 要素で評価する尺度を開発した。痛みの評価は、行動観察より痛みを感じている本人の自己報告がゴールドスタンダードとされている。本研究において、尺度の要素に「聞く」を抽出できたのは、尺度項目の抽出過程に、熟練看護師へのインタビューと、がんに罹患した中等度・重度認知症高齢者の参加観察を含めたためである。熟練看護師は【痛みがある前提で反応を引き出す】として、「聞き方を変えて探る」、「本人に聞く」、「ケア時の反応をみる」ことを行っていた。認知症高齢者は【看護師との対話から引き出される痛みの訴え】で「対話から痛みの有無、部位、性状を答える」様子が明らかとなった。つまり、看護師の視点から見ても、認知症高齢者の視点から考えても、「行動観察」だけではがん性疼痛を評価するに十分でなく、「聞く」ことが重要であることを意味している。また、項目抽出の過程において看護師へのインタビューのみでは、いつ聞くか、どのように働きかけると認知症高齢者の言葉が引き出されるのかという相互作用を明らかにすることができず、言葉を引き出す複数の項目を抽出することは困難であったと示唆される。さらに、看護師へのインタビューを行ったうえで認知症高齢者の参加観察を行ったことにより、研究者が看護師の働きかけの意図を見落とすことが減り、言葉を引き出す聞き方や「ケアへの反応」の項目抽出につながることを示すことができたと考える。

南風原らは尺度の開発過程について、予備調査では“妥当性”、“信頼性”、“内的整合性”といった観点から検討がなされる。予備調査の結果が良好で、特に修正を要する項目がない場合には、そのまま本調査に移行できることになるが、そうした事態はむしろまれである。ときには、予備調査と尺度の修正が何度も繰り返されることがある⁶⁷⁾と慎重に尺度作成をする必要性を述べている。本尺度を臨床で利用できる、信頼性・妥当性の高い尺度にするには、本尺度の予備的検証の結果を慎重に検討し、1 つ 1 つの結果の意味を掘り下げ、尺度の修正と調査を継続する必要がある。本尺度は妥当性の検証において限界があるが、少数例での検証において、内的一貫性 Cronbach の α 係数 0.91、評定者間信頼性 $r=0.745$ 、 $p=0.021$ と高い信頼性係数が得られたことから、本尺度を臨床現場において活用する意義と課題について考察する。

1-1 本尺度が認知症高齢者のがん性疼痛を“引き出す”可能性

鈴木らは「看護師は認知症高齢者から痛みの報告がされないから痛みがないという観念を打ち消し、痛みの種類、慢性疼痛、急性疼痛、神経障害性疼痛などもアセスメントする必要がある」⁶⁸⁾と、看護師は認知症高齢者に痛みがないという観念を打ち消す必要性を述べている。看護師が認知症高齢者に痛みがないと考える理由の一つとして、認知症になると痛みを知覚することができないのではないかという点がある。この点については、認知症の進行に伴い、痛み刺激を予測することによって生じる自律神経反応の減少⁴⁰⁾、疼痛耐性の上昇⁴²⁾など痛みの情動・評価面（内部痛覚系）に影響が生じるとする研究はあるが、痛みの感覚的・弁別的側面に影響があるとする研究はない。つまり、認知症になっても痛みを知覚し、弁別することは可能であり、看護師は疼痛を評価し疼痛緩和を行う必要があるといえる。本尺度は、認知症高齢者が分かりやすく、答えやすいように「ズキズキしませんか、ビリビリしませんか、など異なる痛みの性状を2つ以上提示する」など複数の質問を重ねることで、疼痛の評価に必要な痛みの部位や性状といった情報を引き出す。また、「痛いですか、痛くないですか、と2回以上質問する」など、反対の症状を提示して認知症高齢者の体験をより正確に評価しようと「聞く」ことが特徴である。本研究においては、軽度の認知症高齢者であっても、回答を得ることができたが、認知症の重症度によっては、複数の質問を重ね、反対の症状を出して質問をすることが困難となる可能性はある。しかし、内容妥当性の検証において、本尺度を用いた看護師が、「聞く」と認知症高齢者から「重いかな」や「しめつけるような」と回答が得られたことで、「普段は表現しないような具体的な返答が得られた」と述べたことから、質問を重ね「聞く」ことは欠かせない。言い換えると、本尺度を用いることで看護師が認知症高齢者の経験している疼痛のありようを“引き出せる”体験をすることができる。看護師が認知症高齢者に「聞く」ことでがん性疼痛を“引き出す”ことが可能であると考え、認知症高齢者から痛みの報告がされなくても、認知症高齢者に痛みがないという観念をもつことが低減できると考える。

1-2 認知症高齢者と共に行動の意味を探る必要性

強度のがん性疼痛を看護師が評価する尺度として、「ケアへの反応」を含む本尺度は、看護師が日常生活動作のケアを行いながら認知症高齢者に働きかけ、認知症高齢者からの反応を確認して疼痛の有無を評価する。水野は「認知症高齢者の動作や表情をケア提供者が一方的に意味づけるのではなく、意味を一緒に探ることが重要」²⁵⁾ であると、認知症高齢者とともに行動の意味を探る必要性を述べている。本尺度に含めたケアは看護師が日々のケアの中で行う、清拭などの清潔ケアと排泄ケア、体位変換といった日常生活動作のケアである。排泄ケアや体位変換は、1日に何度も繰り返し行われるケアであり、評価のために特別な場面を設定する必要がない。看護師はケアを行いながら認知症高齢者が示す、「(痛みのある部位を)手でおさえる・さする」、「声をかけるとやめておくとする」、「動かそうとすると拒否をする」などの反応を観察して評価を行う。評価をした時に認知症高齢者が拒否をした場合、その時に「どうして嫌なのですか」と理由を確認したり、さすっている部位に触れて「ここが痛いですか」と質問したりすることができ、認知症高齢者の動作や表情を一方的に評価することはなくなる。つまり看護師は本尺度を用いて疼痛を評価することで、日常生活のケアを通して認知症高齢者に働きかけ、かつ認知症高齢者から反応を示される相互作用によって、認知症高齢者と一緒に動作や表情の意味を探ることができる可能性が示唆された。

1-3 疼痛を見逃すことによる BPSD 悪化の悪循環を断ち切ることのできる可能性

がん性疼痛は持続性の強い痛みで、自然に軽快することが期待できない場合が多く、患者の日常生活や生き方、情緒状態にまで影響を及ぼすことになり、出現頻度はがんの進行とともに高くなり、放置すると緩和が難しくなる傾向にある⁶⁹⁾といわれている。このため、がん性疼痛は早期からアセスメントを行い、疼痛がある場合は早急に除痛対策を行うことが重要となる。しかし、がんに罹患した認知症高齢者の場合、言語障害や判断力の低下など複数の高次脳機能の障害により、がん性疼痛を適切に訴えることが難しくなる。そこで、疼痛コントロールが適切に行われない場合の問題点を図6に示してみた。認知症高齢者は適切にがん性疼痛を訴えることができないため、興奮や攻撃的な行動、抑うつなど様々な認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：以下、BPSD）を示す。認知症高齢者が明確に“痛い”と訴えないため、看護師は認知症高齢者が示す BPSD の背景に、がん性疼痛があることに気付

かない、行動の意味が分からないことがある。看護師が痛みに気付かなければ、除痛対策である鎮痛薬の投与につながらず、認知症高齢者が示す BPSD は悪化する。BPSD が悪化すると、看護師は認知症高齢者の安全を考慮し一時的に身体拘束を行うことがある。一時的であっても身体拘束が行われると、認知症高齢者が受ける刺激の量が低下し、認知機能の悪化、BPSD の悪化といった悪循環に陥る。つまり、自然に軽快することが期待できず、放置すると緩和が難しくなる傾向にあるがん性疼痛の性質上、看護師が疼痛を見逃すと BPSD 悪化の悪循環が容易に成立することになる。そこで、看護師が本尺度を用いて評価することによって、認知症高齢者のがん性疼痛に気付かないことが減ると考える。それは、本尺度が「聞く」、「行動観察」、「ケアへの反応」の 3 つの要素で、認知症高齢者の言葉と行動を引き出し評価するためである。例えば、「聞く」要素において、「痛いですか、痛くないですか、と 2 回以上質問」した時に何度聞いても認知症高齢者が「痛い、痛くない」と両方の回答をした場合、看護師が疼痛の有無を評価するのは難しい。しかし、本尺度は「聞く」だけでなく「行動観察」、「ケアへの反応」を含むため、認知症高齢者が眉間にしわをよせている、体を全く動かさないなどの客観的な行動の変化と、「おむつを交換しますねと声をかけると、やめとくわと言う」などの反応を示すと「聞く」だけでは評価しきれなかった疼痛の有無を、看護師が評価しやすくなる。つまり、本尺度を用いて「聞く」「行動観察」「ケアへの反応」の 3 要素でがん性疼痛を評価することにより、看護師が認知症高齢者のがん性疼痛に気付かない、痛みを見逃すことが低減し疼痛の増強による BPSD 悪化の悪循環を、断ち切ることのできる可能性があると考ええる。

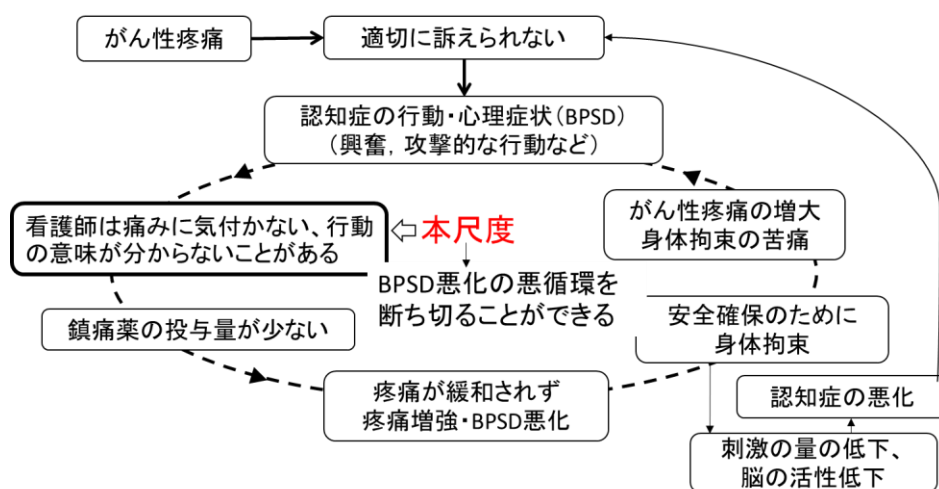


図 6. 中等度・重度認知症高齢者のがん性疼痛コントロールが適切に行われなかった場合の問題点

1-4 認知症高齢者が療養する様々な場のケア提供者が使用できる可能性

厚生労働省は 2015 年に「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」¹⁾を発表し、認知症をもつ人にとって、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みの構築を目指している。この中には看護師が認知症をもつ人の身体合併症や BPSD 等へ適切な対応ができることも含まれており、看護師が認知症の知識だけでなく、身体合併症に対する知識を併せてもつことが喫緊の課題となっている。がんに罹患した認知症高齢者の場合、疼痛などの身体的苦痛が、つじつまのあわない言動や BPSD につながることを看護師が知らないと、疼痛を見逃し BPSD だけに着目してしまう可能性がある。つまり、看護師に認知症とがん性疼痛評価の両方の知識がないと、がん性疼痛を見逃し、認知症高齢者の QOL に深刻な影響を及ぼす可能性がある。これは、Iritani らが、外科病棟に入院したがん患者の看護記録から鎮痛薬の投与量を調査した結果、「認知症のない患者は 76% に非麻薬性鎮痛薬が投与されているにもかかわらず、認知症患者には 12%、1/6 しか投与されておらず、痛みの見逃し、管理不足といった意味合いにおいて注目するに値する」⁴⁾と示唆していることに関連する。このことから、認知症高齢者が療養する様々な場にいるケア提供者が、認知症をもつ人の身体合併症に適切な対応ができることが重要であると考え。本尺度は、認知症の知識とがん性疼痛評価の知識を含めた尺度である。さらに本尺度は、あり／なしの二者択一法で評価しやすいことと、項目が「痛みのある部位と反対に触れて、痛みの有無を質問する」、「清潔など日常生活動作の時に、声をかけると嫌という」など具体的に示しており、表面妥当性の検討、内容妥当性の検討においても評価し辛いという意見はなかった。そのため、本尺度は病院だけでなく、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、外来など様々な場で療養している認知症高齢者をケアしている人にとって使いやすいといえる。本尺度を用いてがん性疼痛評価を行うことで、認知症高齢者の痛みの見逃しを回避でき、どこで療養をしても、適切な疼痛緩和ケアが提供される一助になると考える。

2 本研究の限界と今後の課題

本研究の妥当性の検証において、本尺度を用いた評価は、研究者だけでなく研究協力者である受け持ち看護師も行っているため、評価時の疼痛の有無を正しく評価できていないとは言い切れない。しかし、研究協力者の経験年数が3か月から29年と幅広かったことを考えると、看護師の経験の多様性が評価に影響している可能性は否定できない。また尺度を作成した研究者が評価を行ったことの影響も考えられるが、今回その影響については言及できない。さらに、APS-Jを外部基準として併存妥当性を検討したが、有意な相関関係は見られず、APS-Jとは独立した側面を測定している可能性があり課題がある。このように本尺度はがん性疼痛を正しく評価できるのかという点において限界がある。この限界に対し、熟練看護師の判断を基準として用いたり、鎮痛薬を投与する前後の本尺度得点の変化を確認したり、コルチゾール濃度³⁵⁾や唾液アミラーゼ活性値⁷⁰⁾のような客観的な指標を活用して疼痛の有無を評価するなど、複数の基準を組み合わせることで妥当性の検証を行うことが今後継続すべき課題である。

がん性疼痛緩和のための鎮痛薬使用に関しては、WHO方式がん疼痛治療法を用いることで、70～80%以上の鎮痛効果が得られている⁷¹⁾とされており、医師の包括指示のもと看護師が、鎮痛薬の定期的な投与とレスキュー薬の投与を行いながら効果判定を繰り返している。つまり、がん性疼痛の鎮痛薬使用や疼痛緩和ケアは看護師にゆだねられている部分が多い。鎮痛薬の投与と同時に罂法などの疼痛緩和ケアも行われている。そのため看護師が疼痛緩和ケアを行ったり、鎮痛薬投与の決定と効果判定を行ったりする時に用いることのできる指標が必要である。しかし、本研究ではケアや鎮痛薬投与が必要となる本尺度の基準を設定することができなかった点において課題がある。本尺度の総合得点をどのように判断するか、また、30点満点のうち何点以上であればケアの実施や鎮痛薬を使用する必要があるのかを設定しなければ、看護師が共通した視点でケア実施と鎮痛薬使用の判断や、効果判定に用いることができない。今後、継続して研究を重ね、看護師が本尺度の総合得点何点以上であればケアの提供や鎮痛薬投与を判断するのか、どの項目にチェックが入れば鎮痛薬の投与が必要であると判断するのかを検証し、基準を設定する必要があると考える。

引用文献

- 1) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン），
http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchisho-ugyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/01_1.pdf, 2015.6.20 アクセス
- 2) M.H.J.van den Beuken-van Everdingen, J.M. de Rijke., A.G. Kessels., et al. :
Prevalence of pain in patients with cancer : a systematic review of the past 40 years. *Annals Oncology*. 18, 1437-1449, 2007.
- 3) 日本緩和医療学会編：専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南光堂, 4, 2014.
- 4) Shuji, Iritani., Mizuho, Tohgi., Hiroaki, Miyata., et al. : Impact of dementia on cancer discovery and pain. *PSYCHOGERIATRICS*. 11, 6-13, 2011.
- 5) Todd, Monroe., Michael, Carter., Karen, Feldt., et al. : Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life. *Journal of advanced nursing*. 68(9), 2070-2078, 2012.
- 6) Todd, Monroe., Michael, Carter., Karen, Feldt., et al. : Pain and hospice care in nursing home residents with dementia and terminal cancer. *Geriatrics and Gerontology International*. 13, 1018-1025, 2013.
- 7) 緩和医療ガイドライン作成委員会編：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン. 東京, 金原出版, 14, 2010.
- 8) AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. : The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*.50(suppl6). S205-224, 2002.
- 9) Feldt KS : The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1 (1) ,13-21,2000.
- 10) Lefebvre-Chapiro S, The Doloplus Group : The Doloplus 2 scale-evaluating pain in the elderly. *European Journal of Palliative Care*, 8,191-194, 2001.
- 11) Warden, V., Hurley, AC, Volicer, L. : Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4 (1) , 9-15, 2003.
- 12) Villanueva, MR., Smith, T., Erickson, JS., et al. : Pain assessment for the dementing elderly(PADE): Reliability and validity of a new measure. *Journal of*

- the American Medical Directors Association, 4, 1-8, 2003.
- 13) Fuchs-Lacelle,S., Hadjistavropoulos, T.: Development and preliminary Validation of the Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate (PACSLAC). Pain Management Nursing, 5 (1) , 37-49, 2004.
 - 14) Snow, AL., Weber, JB., O'Malley, KJ., et al. : NOPPAIN: A nursing assistant-administered pain assessment instrument for use in dementia. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 17, 240-246, 2004.
 - 15) Abbey, JA., Piller, N., DeBellis, A., et al. : The Abbey Pain Scale. A 1-minute numerical indicator for people with late-stage dementia. International Journal of Palliative Nursing, 10 (1) , 6-13, 2004.
 - 16) Cohen-Mansfield,J.: Pain assessment in noncommunicative elderly persons-PAIN. The Clinical Journal of Pain, 22 (6) , 569-574, 2006.
 - 17) Cervo, FA., Raggi, RP., Bright-Long, LE., et al. : Use of the certified nursing assistant pain assessment tool (CPAT) in nursing home residents with dementia. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 22 (2) , 112-119, 2007.
 - 18) Husebo, BS., Strand, LI., Moe-Nilssen,R., et al. : Mobilization-observation-behavior-intensity-dementia pain scale(MOBID): Development and validation of nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. Journal of Pain and Symptoms Management,34, 67-79, 2007.
 - 19) Morello, R., Jean, A., Alix M., et al. : A scale to measuer pain in non-verbally communicating older patients: The EPCA-2 Study of its psychometric properties. Pain, 133, 87-98, 2007.
 - 20) Tsai, PF., Beck, C., Richard, KC., et al. : The pain behaviors osteoarthritis instrument for cognitively impaired elders(PBOICIE). Research in Gerontological Nursing, 1, 116-122, 2008.
 - 21) Ando, C., Hishinuma, M. : Development of the Japanese DOLOPLUS-2: A pain assessment scale for the elderly with Alzheimer's disease. PSYCHOGERIATRICS, 10, 131-137, 2010.

- 22) Takai Y., Yamamoto-Mitani N., Chiba Y., et al. : Abbey Pain Scale; Development and validation of the Japanese version. *Geriatrics & Gerontology International*, 10(2), 145-153, 2010.
- 23) Takai Y., Yamamoto-Mitani N., Suzuki M., Furuta Y., Sato A., Fujimaki Y. : Developing and validationg a Japanese version of the Assessment of Pain in Elderly People with Communication Impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), 403-410, 2013.
- 24) 高山成子, 水谷信子 : 中等度・重度痴呆症高齢者が経験している世界についての研究. *老年看護学*, 5 (1), 88-95, 2000.
- 25) 水野裕 : 実践パーソン・センタード・ケア. 東京, ワールドプランニング, 2008.
- 26) 村上真基, 山本直樹, 佐藤裕信, 他 : 高齢者のがん苦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.
- 27) Todd B Monroe. , Michael A. Carter. : A Retrospective Pilot Study of African-American and Caucasian Nursing Home Residents with Dementia Who Died From Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 40(4), e1-e3 , 2010.
- 28) 後智子, 米倉靖子, 本間千代子, 他 3 名 : 膀胱癌を抱えた認知症高齢者のケア—終末期の病状変化に添うケアを模索した事例を通して—. *認知症ケア事例ジャーナル*, 1(3), 341-349, 2008.
- 29) 田中正孝, 松比良彩, 桐原本佳代, 他 4 名 : 認知症で苦痛を的確に表現できない口腔がん患者の苦痛コントロール—点数式アセスメント表と写真版フェイススケールの有効性を考える—. *国立病院看護研究学会誌*, 1(1), 9-13, 2006.
- 30) 塩塚優子, 山岸小夜子, 遠藤三恵子, 他 1 名 : 大腸がんが発見された重度認知症高齢者のターミナルケア—亡くなるその日まで食べる楽しみを支える—. *認知症ケア事例ジャーナル*, 3(4), 347-353, 2011.
- 31) 野口智子 : 認知症に乳がんを合併した患者の在宅看護. *認知症ケア事例ジャーナル*, 2(3), 231-235, 2009.
- 32) Hume A., Davis C. : Case 42: an elderly patient with opioid-induced constipation. *European Journal of Palliative Care*. 16(1), 19-20, 2009.
- 33) 前掲書 7), 24-30.
- 34) 聖路加国際病院看護部緩和ケア検討会編 : がん疼痛マネジメントマニュアル. 東京,

- 医学書院，8，1999.
- 35) 福岡和也，堅田均，三笠桂一，他 7 名：肺癌患者における客観的疼痛評価の検討—血中
コルチゾール濃度は癌性疼痛と相関する—。日本胸部臨床，50(12)，967-972，1991.
- 36) 野田顕義，四万村司，中野浩，他 2 名：癌性疼痛に対する客観的評価の可能性について。
聖マリアンナ医科大学雑誌，37，351-358，2009.
- 37) 佐々木綾，小板橋俊哉，加藤梓，他 2 名：がん性疼痛の客観的評価法としての Pain
Vision の有用性と問題点。臨床麻酔，36 (8)，2012.
- 38) 北川公子：認知症高齢者の痛みサインを用いた評価枠組みの検討。国際医療福祉大学
大学院医療福祉学研究科博士後期課程，博士論文，2012.
- 39) Erik, JA. Scherder., Joseph, A. Sergeant., Dick, F. Swaab., et al. : Pain processing
in dementia and its relation to neuropathology. THE LANCET neurology, 2,
677-686,2003.
- 40) Porter, FL., Malhotra, KM., Wolf, CM., et al. : Dementia and response to pain in
the elderly. Pain.68(2-3),413-421,1996.
- 41) Benedetti, F., Arduino, C., Vighetti, S., et al. : Pain reactivity in Alzheimer
patients with different degrees of cognitive impairment and brain electrical
activity deterioration. PAIN.111,22-29,2004.
- 42) Rainero, I.,Vighetti, S., Bergamsco, B., et al. : Autonomic responses and pain
perception in Alzheimer's disease. European Journal of Pain. 4(3), 267-274, 2000.
- 43) Kuo-Tung Hsu., Steohen K., Darryl T. Hamamoto., et al : The application of facial
expressions to the assessment of orofacial pain in cognitively impaired older adults.
The journal of the American Dental Association. 138, 963-969, 2007.
- 44) Miriam Kunz., Veit Mylius., Karsten Schepelmann., et al : Effects of Age and Mild
Cognitive Impairment on the Pain Response System. Gerontology. 55(6), 674-682,
2009.
- 45) Miriam Kunz., Veit Mylius., Siegfried Scharmann., et al : Influence of dementia on
multiple components of pain. European Journal of Pain. 13, 317-325, 2009.
- 46) 前掲書 7), 31-34.
- 47) World Health Organization : Cancer Pain Relief with a guide to opioid
availability.1987.

- 48) 阿部久美子, 妹尾弘幸, 仲肥好美, 他 8 名: グループホームでのターミナル期における入居者の身体的苦痛への対応と課題. 認知症ケア事例ジャーナル, 1(4), 463-469, 2009.
- 49) 市原美宏, 吉村照代, 河島光彦, 他 1 名: 痴呆を合併した末期癌患者のケアホームでの緩和ケアと臨終. 治療学, 136(3), 301-303, 2002.
- 50) 世界保健機関編, 武田文和訳: がんの痛みからの解放第 2 版. 東京, 金原出版, 40, 1996.
- 51) 前掲書 3), 63.
- 52) 高橋美智子, 梅田恵, 熊谷靖代: 新装版ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント. 東京, 日本看護協会出版会, 17-25, 2014.
- 53) 久米真代, 高山成子, 小河育恵, 他 2 名: 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.
- 54) 新里和弘, 大井玄: 認知能力の衰えた人の「胃ろう」造設に対する反応. *Dementia Japan*, 27, 70-80, 2013.
- 55) 高山成子, 水谷信子: 中等度・重度痴呆症高齢者に残された現実認識の力についての研究 —看護師との対話から—. 日本看護科学会誌, 21(2), 46-55, 2001.
- 56) 寺澤尚起, 羽生伸, 後藤和美: 認知症がん患者の疼痛評価スケールについての考察 —PAINAD の使用経験から—. 日本農村医学会雑誌, 61(2), 138, 2012.
- 57) 中島紀恵子 責任編集: 新版認知症の人々の看護. 東京, 医歯薬出版, 96-101, 2013.
- 58) 患者の権利に関する WMA リスボン宣言, 日本医師会訳 (2005): <http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon2005j.pdf>, 2016 年 4 月 1 日アクセス
- 59) 箕岡真子: 認知症ケアの倫理. 東京, ワールドプランニング, 89, 2010.
- 60) 前掲書 57), 100.
- 61) D.F.ポーリット, C.T.ベック著. 近藤潤子監訳: 看護研究 原理と方法. 東京, 医学書院, 430-438, 2010.
- 62) 村上宣寛: 心理尺度のつくり方. 京都, 北大路書房, 33-62, 2006.
- 63) 特定非営利活動法人日本緩和医療学会編: 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 340-341, 2014.
- 64) 舟島なをみ監修: 看護実践・教育のための測定用具ファイルー開発過程から活用の実際まで—. 東京, 医学書院, 13, 2009.

- 65) 鎌原雅彦, 宮下一博, 大野木裕明, 他編: 心理学マニュアル 質問紙法. 京都, 北大路書房, 68, 1998.
- 66) 木澤義之編: カラービジュアルで見てわかる! はじめてのがん疼痛ケア. 大阪, メディカ出版, 26-27, 2015.
- 67) 南風原朝和, 市川伸一, 下山晴彦編: 心理学研究法入門 調査・実験から実践まで. 東京, 東京大学出版会, 70-71, 2001.
- 68) 鈴木みずえ, 古田良江, 高井ゆかり, 他: 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.
- 69) 林章敏, 中村めぐみ, 高橋美賀子: エキスパートナース・ガイド がん性疼痛ケア完全ガイド. 東京, 照林社, 24-26, 2010.
- 70) 森田聖子, 中村美穂, 落合庸子, 他: 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.
- 71) 前掲書 7), 31-34.

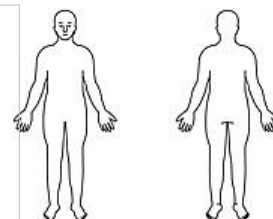
資料 1 <中等度・重度認知症高齢者のがん性疼痛評価尺度（案 1）>

患者氏名 _____ 年齢 _____ 歳 評価者 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名 _____ 転移 _____ 鎮痛薬（定期／レスキュー薬） _____

【評価を行う前のチェック項目】

- ☐ 疼痛があることを前提に評価をしてください
- ☐ 声をかけるタイミング：その都度聞いてください
- ☐ 声の大きさ：大きな声を出さないようにしてください
- ☐ 言葉の数：重度の方の場合は単語で伝える・2つ以上の質問を続けてしない
- ☐ 触れるタイミング：突然触れない・本人の注意がその部位に向いたことを確認してから触れてください
- ☐ 痛みのある部位は必ず観てください



痛みの部位（図に示す）

1. 「聞く」ことによる痛みの評価

小項目	✓
1-1 疼痛があると予測される部位に触れて「痛いですか」、「痛くないですか」と聞くと「痛い」と言う	
1-2「痛いところを指してください」と言うとき部位を指し示す	
1-3 疼痛のあると示した部位に触れ、ズキズキするような、ビリビリするような、と性状を具体的に提示して質問すると答える	
1-4 鎮痛薬を見せて、「痛み止め」と伝え、「飲みますか」と聞くと内服したり、かわかりを拒否したりする	
1-5「かゆい」「寒い」など別の症状を出して聞いても「痛い」と言う	
1-6 疼痛があると示した部位と反対に触れて、痛いですか、痛くないですかと聞くと痛いとした側だけで「痛い」と言う	

2. 「行動観察」による痛みの評価

大項目	小項目	0:なし 1:あり
2-1 表情	① 普段と比較して、眉間にしわをよせている	
	② 普段と比較して、しかめ面をしている	
	③「痛い」と言う	
2-2 言葉・発声	④「あっち行って」など同じ言葉を繰り返す	
	⑤「辛い」「苦しい」など「痛い」以外の言葉を使う	
2-3 体の動き	⑥ うつむいて顔をあげない	
	⑦ 体をまったく動かさない・前屈みになる	
	⑧（疼痛のある部位を）手でおさえる、さする、手をもっていく	
2-4 日常生活の変化	⑨ 夜間の睡眠の変化（不眠・中途覚醒）	
	⑩ 食欲の低下・食事摂取量の低下	
2-5 活動の変化	⑪ これまで好きだったことをしなくなる（テレビで相撲を見なくなるなど）	
2-6 対人関係の変化	⑫ 一切の関わりを遮断する	
2-7 精神状態の変化	⑬ 体や足を動かす、そわそわする	
	⑭ 普段と比較しておかしな行動をとる	
	⑮ ひっぱる	
	⑯ 叩く	
	⑰ 怒る	
	⑱ 「死んだほうがまし」「殺してほしい」と繰り返して言う	

3. 「ケアへの反応」による痛みの評価

大項目	小項目	0:なし 1:あり
3-1 移動など体を動かすケアを行った時	① 眉間にしわをよせる	
	② 痛いと言う、手をもっていく、体を動かして落ち着かなくなる	
	③ 動かそうとすると強く拒否をする	
3-2 食事で体を動かすケアを行った時	① 眉間にしわをよせる	
	② 痛いと言う、手をもっていく、体を動かして落ち着かなくなる	
	③ 動かそうとすると強く拒否をする	
3-3 鎮痛薬投与後、効果が最も高い時間	① 眉間にしわをよせる	
	② 痛いと言う、手をもっていく、体を動かして落ち着かなくなる	
	③ 動かそうとすると強く拒否をする	

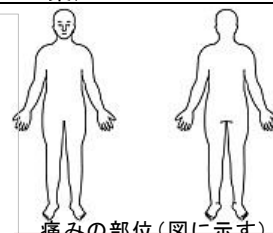
資料 2 < 中等度・重度認知症高齢者のがん性疼痛評価尺度（案 2） >

患者氏名 _____ 年齢 _____ 歳 評価者 _____ * 案 1 から案 2 への修正部分を赤字で示す

病名 _____ 転移 _____ 鎮痛薬（定期／レスキュー薬） _____

【評価を行う前のチェック項目】

- ☐ 疼痛があることを前提に評価をしてください
- ☐ 声をかけるタイミング：その都度聞いてください
- ☐ 声の大きさ：大きな声を出さないようにしてください
- ☐ 言葉の数：重度の方の場合は単語で伝える・2 つ以上の質問を続けてしない
- ☐ 触れるタイミング：突然触れない・本人の注意がその部位に向いたことを確認する
- ☐ 触れ方：その部位に本人の注意を向けるために触れてください
- ☐ 痛みのある部位は必ず観てください



1. 「聞く」ことによる痛み

意見 1

1 回の質問に「痛い」と言う、を疼痛ありと評価するのは信憑性に欠ける

意見 2

体性痛の「特徴」が抜けている

- 1-1 疼痛があると予測される部位に触れて「痛いですか」、「痛くないですか」と聞くと何度聞いても必ず「痛い」と言う
- 1-2 「痛いところを指してください」と言うとう部位を指し示す
- 1-3 疼痛のあると示した部位に触れ、「ズキズキするような」、「びりびりするような」、「重い感じ」と性状を具体的に提示して質問すると答える
- 1-4 鎮痛薬を見せて「痛み止め」と伝え「飲みますか」「飲みませんか」と聞くと内服したり関わりを拒否する
- 1-5 「かゆい」「寒い」など別の症状を出して聞いても「痛い」と言う
- 1-6 疼痛がある部位と反対に触れて痛いですか、痛くないですか

2. 「行動観察」による痛みの評価

意見 3

「飲みますか」だけでは復唱して「飲む」という可能性がある

大項目	小項目	0: なし 1: あり
2-1 表情	① 普段と比較して、眉間にしわをよせている	
	② 普段と比較して、しかめ面をしている	
2-2 言葉・発声	③ 「痛い」と言う	
	④ 「あっち行って」など同じ言葉を繰り返す	
	⑤ 「辛い」「苦しい」など「痛い」以外の言葉	
2-3 体の動き	⑥ うつむいて顔をあげない→削除	
	⑦ 体をまったく動かさない・前屈みになる	
	⑧ (疼痛のある部位を) 手でおさえる、さする、手をもっていく	
2-4 日常生活の変化	⑨ 夜間の睡眠の変化 (不眠・中途覚醒)	
	⑩ 食欲の低下・食事摂取量の低下	
2-5 活動の変化	⑪ これまで好きだったことをしなくなる (テレビで相撲を見なくなるなど)	
2-6 対人関係の変化	⑫ 一切の関わりを遮断する	
2-7 精神状態の変化	⑬ 体や足を動かす、そわそわする	
	⑭ 普段と比較しておかしな行動をとる	
	⑮ ひっぱる	
	⑯ 叩く	
	⑰ 怒る	
	⑱ 「死んだほうがまし」「殺してほしい」と繰り返して言う	

意見 4

抑うつ的な時に出現する症状と考える

3. 「ケアへの反応」による痛みの評価

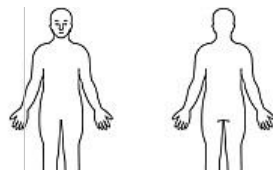
大項目	小項目	0: なし 1: あり
3-1 移動など体を動かすケアを行った時	① 眉間にしわをよせる	
	② 動かしにくくなる、落ち着かなくなる	
3-2 食事で体を動かすケアを行った時	③ 動く時だけでは視点が偏るので、「安静時」も評価する必要がある	
	④ 痛いと言う、手をもっていく、体を動かして落ち着かなくなる	
3-3 (追加) 安静時	⑤ 動かそうとすると強く拒否をする	
	⑥ 眉間にしわをよせる	
3-4 鎮痛薬投与後、効果が最も高い時間	⑦ 痛いと言う、手をもっていく、体を動かして落ち着かなくなる	
	⑧ 動かそうとすると強く拒否をする	

資料3 <中等度・重度認知症高齢者のがん性疼痛評価尺度（案3）>

【評価を行う前のチェック項目】

- ☐ 疼痛があることを前提に評価をしてください
- ☐ 声をかけるタイミング: その都度聞いてください
- ☐ 声の大きさ: 大きな声を出さないようにしてください
- ☐ 言葉の数: 重度の方の場合は単語で伝える・2つ以上の質問を続けてしない
- ☐ 触れるタイミング: 突然触れない・本人の注意がその部位に向いたことを確認する
- ☐ 触れ方: その部位に本人の注意を向けるために触れてください
- ☐ 痛みのある部位は必ず観てください

* 案2から案3への修正部分を青字で示す



意見1(表現の適切性)

3つの性状を同時に提示すると、最後の性状を復唱する

1. 「聞く」ことによる痛みの評価

小項目	
1-1 疼痛があると予測される部位に触れて「痛いですか」、「痛くないですか」と聞くと何度聞いても必ず「痛い」と言う	
1-2 「痛いところを指してください」と言うと部位を指し示す	
1-3 疼痛のあると示した部位に触れ「ズキズキするような」「重い感じ」等異なる2つの性状を提示すると答える	
1-4 (文言の修正)「痛みをとる(楽になる)薬を「使いますか」「使いませんか」と聞くと「使う」と言う	
1-5 「かゆい」「寒い」など別の症状を出して聞いても「痛い」と言う	
1-6 疼痛がある部位と反対に触れて、痛いですか、痛くないですか	

意見3(表現の適切性)

2項目の違いが分かりにくい

意見2(表現の適切性)

「痛み止め」を「楽になる」「痛いのをとる」という方が伝わる

小項目		0:なし 1:あり
2-1 表情	① 普段と比較して、眉間にしわをよせている ② 普段と比較して、しかめ面をしている	(統合) 眉間にしわをよせている
2-2 言葉・発声	③ 「痛い」と言う ④ 「あっち行って」など同じ言葉を繰り返す→削除 ⑤ 「辛い」「苦しい」など「痛い」以外の言葉を使う (追加) 大きな声を出す ←	
2-3 体の動き	⑦ 体をまったく動かさない・前 ⑧ (疼痛のある部位を) 手でおさえる、さする、手をもっていく	大きな声を出す人が多い
2-4 日常生活の変化	⑨ 夜間の睡眠の変化(不眠・中途覚醒) ⑩ 食欲の低下・食事摂取量の低下	
2-5 活動の変化	⑪ これまで好きだったことをしなくなる(テレビで相撲を見なくなるなど)	
2-6 対人関係の変化	⑫ 一切の関わりを遮断する	
2-7 精神状態の変化	⑬ 体や足を動かす、そわそわする ⑭ 普段と比較しておかしな行動をとる ⑮ ひっぱる→削除 ⑯ 叩く ⑰ 怒る ⑱ 「死んだほうがまし」「殺してほしい」と繰り返して言う→削除	

3. 「ケアへの反応」による痛

意見B(項目の網羅性)

移動、食事に限定すると
移動、食事に限定すると
評価対象者が限られる

意見4(表現の適切性)

小項目のなかに3つの項目が含まれていて混乱する

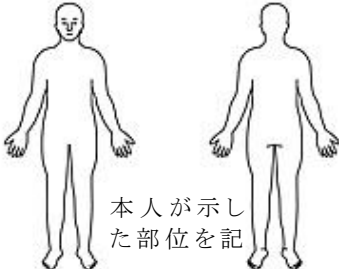
大項目		
3-1 移動など体を動かすケアを行った時	① 眉間にしわをよせる ② 痛いと言う、手をもっていく、体を動かして落ち着かなくなる (修正) 移動、清潔、排泄、食事など日常生活動作を行う時 すると強く拒否をする をよせる	(項目を分ける) 「痛いと言う」「手でおさえる」
すケアを行った時	③ 動かそうとすると強く拒否をする	
3-3 安静時→削除	① 眉間にしわをよせる ② 痛いと言う、手をもっていく、体を動かして落ち着かなくなる ③ 動かそうとすると強く拒否をする	(追加) 声をかけると「嫌」と言う
3-4 鎮痛薬投与効果が最も高い時	要素「聞く」、「行動観察」は安静時を評価しているので重複する	意見D(項目の網羅性) ケアを行おうと声をかけた時に、「嫌」「やめておく」と言う人が多いので追加したほうが良い

資料 4

中等度・重度認知症高齢者のがん性疼痛評価尺度

患者氏名 _____ 記入日時 _____ / _____ / _____

1. 「聞く」ことによる痛みの評価（「あり」に○がついた時点で、2 の評価へ）

質問内容	高齢者の反応	
● 痛みの有無について質問する 「痛いですか」と聞いた後、「痛くないですか」と聞く。2 回以上聞く	◇ 「痛い」と必ずいう	なし あり
● 「痛いところを指してください」と言う	 ◇ その部位に手をもっていく	なし あり
● 痛みのある部位と反対に触れて痛みの有無を質問する	◇ 痛みのある部位のみ 「痛い」という	なし あり
● 痛みのある部位に触れて「かゆいですか」など別の症状を出して聞く	◇ 「痛い」という	なし あり
● 「ズキズキしませんか」、「ビリビリしませんか」、「重い感じはないですか」と異なる痛みの性状を 2 つ提示する	◇ 提示した痛みの性状のどちらかを答える	なし あり ・ズキズキ ・ビリビリ ・重い感じ ・その他 ()
● 「痛みをとる(楽になる)薬」を「使いますか」、「使いませんか」と聞く	◇ 「使う」と答える	なし あり

2. 「行動観察」による痛みの評価

表情	● 眉間にしわをよせている、顔をしかめている	なし	あり
言葉・発声	● 「痛い」と自ら言う	なし	あり
	● 「辛い」「苦しい」など痛い以外の言葉を自ら言う	なし	あり
	● 大きな声を出す	なし	あり
体の動き	● 前屈みになる・体を全く動かさない	なし	あり
	● (痛みのある部位を)手で押さえる・さする・手をもつていく	なし	あり
日常生活の変化	● 夜間の睡眠の変化(不眠・中途覚醒)	なし	あり
	● 食欲の低下・食事摂取量の低下	なし	あり
活動の変化	● これまで好きだったことをしなくなる	なし	あり
対人関係	● 一切の関わりを遮断する	なし	あり
精神状態	● 体や足を動かす、そわそわする	なし	あり
	● 普段と比較しておかしな行動をとる	なし	あり
	● 叩く	なし	あり
	● 怒る	なし	あり

3. 「ケア（日常生活動作時）への反応」による痛みの評価

体位変換・清潔・排泄・食事など日常生活動作の時	● 眉間にしわをよせている、顔をしかめている	なし	あり
	● 「痛い」と言う	なし	あり
	● (痛みのある部位を)手で押さえる・さする	なし	あり
	● 声をかけると「やめておく」「嫌」と言う	なし	あり
	● 動かそうとすると拒否をする	なし	あり

4. 「ケア（鎮痛薬投与後）への反応」による痛みの評価

(鎮痛薬投与後)			
● 眉間にしわをよせている、顔をしかめている		なし	あり
● 痛いと言う		なし	あり
● (痛みのある部位を)手で抑える・さする		なし	あり
● (体位変換などの)声をかけると「やめておく」「嫌」と言う		なし	あり
● 動かそうとすると拒否をする		なし	あり

謝辞

本研究にご協力いただきました高齢者の皆様、ご家族、看護師の皆様、心より御礼を申し上げます。また、調査を行うにあたり、快くフィールドの提供を承諾してくださった病院の病院長、看護部長、看護師長の皆様に深く感謝いたします。

研究の遂行ならびに論文執筆にあたり、常に前向きに鋭い切り口でご指導くださいました、金城大学看護学部の高山成子教授に心より感謝申し上げます。様々な面でご支援いただきましたおかげでここまでたどり着くことができました。

石川県立看護大学の川島和代教授には、論文執筆にあたりご指導・ご支援をいただき感謝申し上げます。本論文をご精読いただき、貴重なご意見と発展的なご指導をいただきました石川県立看護大学の村井嘉子教授、武山雅志教授、小林宏光教授に心より感謝いたします。

最後になりましたが、博士後期課程の仲間からの多大なる支援に深く感謝申し上げます。

なお、本研究の第2章 第1節は安田記念医学財団癌看護研究助成、第2章 第2節は笹川記念保健協力財団の研究助成を受けて実施しました。