研究報告

認知症患者への痛み評価に関するアンケート調査 *

若月勇輝[1)]・肥田朋子[2)]・平井達也[3)]・平賀慎一郎[4)]・松原崇紀[5)]
吉元勇輝[6)]・石川康伸[7)]・舟木浩平[1)]

【要　旨】

【目的】本研究の目的は，理学療法士に対するアンケート調査により，認知症患者への痛み評価の現状把握と問題点の抽出を行うことであった．【方法】理学療法士646名に回答を求めた．アンケートはGoogle Formsにて作成し，質問は16項目であった．【結果】188名より回答が得られた（有効回答数187）．認知症患者に対する痛み評価の経験がある者は176名であり，痛み評価に困った者は173名で，主に評価結果の信頼性の低さに課題を感じていた．認知症患者に特化した痛み評価指標を知っている者は8名，その使用経験がある者はわずか4名であった．【結論】認知症患者の痛みの評価に難渋していた理学療法士の割合が多かった．認知症患者に特化した痛み評価指標は信頼性が確認されているが，臨床での認知度や使用率が極めて低い問題が明らかとなった．今後，学術や教育活動を通して認知症患者に特化した痛み評価指標を理学療法士に知ってもらう必要がある．

キーワード：認知症（dementia），痛み評価（pain assessment），アンケート（questionnaire）

はじめに

我が国の認知症高齢者は，2012年で約462万人と推定され[1)]，2025年には約700万人前後（65歳以上の約5人に1人）に増加する見込みである[1) 2)]．厚生労働省は，増加する認知症高齢者への対策として，7つの柱からなる「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を策定した[1)]．柱の1つである「認知症の容態に応じた適時・適切な医療介護等の提供」として，認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia；以下，BPSD）や身体合併症への適切な対応を重要視している．

認知症高齢者の身体合併症には，骨折を含む筋骨格系の疾患がある[3)]．高齢者に多く発生する大腿骨近位部骨折の発生リスクは，認知機能障害を伴うことで2倍となり[4)]，また骨折全体では，ア

＊ Questionnaire survey regarding pain assessment for dementia patients

1）医療法人和光会　川島病院　リハビリテーション部
（〒463-0032　愛知県名古屋市守山区白山3-501）
Yuuki Wakatsuki, PT, Kohei Funaki, PT: Department of Rehabilitation, Kawashima Hospital

2）名古屋学院大学　リハビリテーション学部
Tomoko Koeda, PT, PhD: Department of Physical Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Nagoya Gakuin University

3）ユースタイルラボラトリー株式会社
Tatsuya Hirai, PT, MA: Eustyle laboratory Corporation

4）フライブルグ大学
Shin-ichiro Hiraga, PT, PhD: University of Freiburg

5）ノースカロライナ大学チャペルヒル校
ニューロサイエンスセンター
Takanori Matsubara, PT, PhD: University of North Carolina at Chapel Hill, Neuroscience center

6）医療法人和光会　介護老人保健施設　清風苑
リハビリテーション部
Yuuki Yoshimoto, PT: Department of Rehabilitation, Health Care Facility Seifuuen

7）医療法人田中会　西尾病院　リハビリテーション室
Yasunobu Ishikawa, PT, MSc: Department of Rehabilitation, Nishio Hospital

＃ E-mail: dement.pain.waka@ozzio.jp

（受付日　2023年3月27日／受理日　2023年5月15日）

ルツハイマー型認知症を有し徘徊する患者は6.9倍となることが報告されている[5]．本邦でも大腿骨頸部骨折患者の認知症や認知機能障害を有する者は50%を超えるとする報告[6,7]があることから，認知機能の低下は骨折の発生リスクを増加させている．これは認知症を合併した骨折患者に対し，痛みを評価する機会が多いことを意味する．

また，認知症患者はコミュニケーション障害から痛みを訴えることが少なくなる傾向があることや，痛みを誇張して繰り返して表現することがある[8]．このような認知症患者に痛み評価を行う際に，質問内容が理解できないことなど，適切に行えない場合がある．痛み評価を行えなければ，評価の目的である痛みの程度の把握，痛みの原因の検索[9]，緊急に対応すべき症状であるか否かの判断をするなどのリスク管理が難しくなる[10]．

この問題に対して，痛みを患者の自己報告に頼るVisual Analogue Scale（以下，VAS）やNumeric Rating Scale（以下，NRS）などの方法ではなく，痛みに付随する行動を他者の観察によって評価する指標が提案されており，認知機能が低下した患者に特化した痛み評価として利用されている．その評価指標には，Abbey Pain Scale（以下，APS），Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate（以下，PACSLAC），DOLOPLUS-2などがある[11]．これらは顔をしかめる，泣く，体の一部をかばうなどの痛みを反映する行動を観察し点数化することにより，痛みを数値化する評価方法である．国際疼痛学会では，認知症の痛みの評価は自己報告と観察による評価を常に組み合わせて使用することを推奨している[12]．近年，日本語版APS（以下，APS-J）や日本語版PACSLAC（以下，PACSLAC-J）の信頼性・妥当性が確認された[13,14]．看護領域では，これらの評価方法を利用した報告がいくつかなされている[15]．一方，痛みに介入することが多い理学療法の領域では，認知症患者への痛みの研究はほとんど行われておらず，臨床の現状や問題点さえ明らかになっていない．そこで本研究の目的は，理学療法士に対するアンケート調査により，臨床における認知症患者への痛み評価の現状把握と問題点の抽出を行うこととした．

対象および方法

アンケートを依頼した施設は，愛知県理学療法士会所属の理学療法士が在籍する病院と介護老人保健施設323施設とした．過去に同様のアンケート調査を実施した施設がある西三河南部地区を除外した．回収率を算出するため，部門責任者に対して，各施設の理学療法士2名の選出と依頼書の提示を依頼し，646名に回答を求めた．回答者の所属や経験年数などの属性は限定しなかった．

アンケートの方法はweb調査とし，アンケート項目は理学療法士5名により作成した．アンケートは，ミーティングで意見交換し，仮作成後，メールで意見を収集し，再度修正した．メールでの意見交換と修正を10回以上にわたって繰り返し行い作成した．パイロットテストを行い，10分程度で完了することを確認した．

調査項目は，①属性について，②認知症患者に特化した痛み評価指標の認知度について，③認知症患者への痛み評価の現状について，④認知症患者の痛みの印象についてなどの16設問であった（表1）．質問方法は，プリコード回答質問，多項目選択式回答質問，および自由回答型質問を採用した[16]．Webアンケートはセキュリティーを考慮し，Google Suite（現在Google Workspace）を契約したうえでGoogle Formsにて作成した．調査依頼は，webアンケートのURLとQRコードが添付された用紙を郵送あるいは電子メール配信によって実施した．調査期間は2020年12月23日～2021年1月31日とした．

分析方法は，度数，割合を算出し，グラフ化した．自由記載の設問は，コーディングの手法を用い，内容をカテゴリーに分類し集計した[16]．コーディングは，データをエクセルに記載し，類似した内容を1名の理学療法士がカテゴリーに分け，それを他7名の理学療法士が確認し，全員により同意が得られた後，集計しグラフ化した．また，認知症患者に特化した痛み評価指標の認知度と経験年数の関係について，5年毎の経験年数で群分けし，期待度数を算出後，フィッシャーの正確確率検定を実施した．統計ソフトはRコマンダー（ver. 4.1.2）を使用し，有意水準を5%とした．

本研究は名古屋学院大学人を対象とする研究倫理委員会の承認を得て実施した（2020-01）．

結果

回答者は188名，回収率29.1%であり，除外は，単一回答を複数回答した1名であった．

属性（表2）

経験年数は，6～10年目の54名（28.9%）が最も多かった．主たる職場は，入院中あるいは入所中の患者へ介入する理学療法士が在籍する病院（急性期，回復期，生活期）124名（66.3%），介護

表 1-a. アンケートの内容

あなたがこれまでに関わった認知症患者についてお伺いします.

1）あなたの経験年数に該当する箇所を 1 つ選択してください.
☐ 1-5 年目　☐ 6-10 年目　☐ 11-15 年目　☐ 16-20 年目　☐ 21-25 年目　☐ 26 年以上

2）主たる所属に該当する箇所を選択してください .
病院　☐ 急性期病院　☐ 老人保健施設　☐ 外来
☐ 回復期病院　☐ 通所リハ　☐ その他（　　）
☐ 生活期病院　☐ 訪問リハ

3）認知症患者の痛みを評価した経験がありますか？
☐ ある → 5）へ　☐ ない → 4）へ

4）その理由について教えてください.
☐ 認知症患者を経験していない.
☐ 認知症患者の痛みを評価しようと考えたことがない.　☐ その他（　　）

5）認知症患者の痛みについての印象を教えてください .（自由記載）
例：痛みの感じ方が（鋭い / 鈍い）と思う .
3）で「ある」と答えた方→ 6）へ　3）で「ない」と答えた方→ 14）へ

6）認知症患者の痛みに対してどのように対処しているのか教えてください.
（自由記載）

7）認知症患者の痛みを評価した際に困ったことがありますか？
☐ ある → 8）へ　☐ ない → 9）へ

8）どのような事で困りましたか？該当する箇所を選択してください .
（　）内は自由に記載してください. ※ 複数選択可能.
☐ 痛みの有無が分からない.　☐ 痛みの強さが分からない.
☐ 痛みの部位が分からない.　☐ 痛みの種類（鈍痛・鋭痛 など）が分からない.
☐ 痛みの理由が分からない.　☐ 評価の信頼性が低い.　☐その他（　　）

9）-1-① 認知症患者に痛みの自覚的強度評価（VAS や NRS など）をおこなったことがありますか？
☐ 評価したことがある. → 9）-1-②へ　☐ 評価したことがない. → 9）-2-①へ

9）-1-② 認知症患者におこなった痛みの自覚的強度評価は何ですか？※ 複数選択可能 .
（　）内はその他の評価を自由記載してください.
☐ 自覚的強度評価を行っていない.　☐ 視覚的アナログスケール（VAS）
☐ 数値評価スケール（NRS）　☐ 語句評価スケール（VRS）
☐ フェイススケール （Faces Pain Rating Scale）
☐ マクギル疼痛質問票（簡易型も含む）　☐ その他（　　）

9）-2-① 認知症患者に痛み評価として理学的検査（疼痛誘発検査）をおこなったことがありますか？
☐ 評価したことがある. → 9）-2-②へ　☐ 評価したことがない. → 9）-3-①へ

9）-2-② 認知症患者に痛み評価としておこなった理学的検査（疼痛誘発検査）は何ですか？　※ 複数選択可能.
（　）内はその他の評価を自由記載してください.
☐ 整形外科的な疼痛誘発検査　☐ 関節可動域検査　☐ MMT　☐ その他（　　）

9）-3-① 認知症患者に痛み評価として生理学的（自律神経）評価をおこなったことがありますか？
☐ 評価したことがある. → 9）-3-②へ　☐ 評価したことがない. → 9）-4-①へ

9）-3-② 認知症患者に痛み評価としておこなった生理学的（自律神経）評価は何ですか？※ 複数選択可能.
（　）内はその他の評価を自由記載してください.
☐ 血清カテコラミン濃度　☐ 心拍数　☐ サーモグラフィ
☐ その他（　　）

アンケートは web で実施しているが，その展開図としてアンケート内容を示す.
VAS : Visual Analogue Scale，NRS : Numeric Rating Scale，VRS : Verbal Rating Scale，MMT : Manual Muscle Testing

表 1-b. アンケートの内容（続き）

9）-4-① 認知症患者に痛み評価として ADL / QOL 評価をおこなったことがありますか？
□ 評価したことがある．→ 9）-4-②へ □ 評価したことがない．→ 9）-5-①へ

9）-4-② 認知症患者に痛み評価としておこなった ADL / QOL 評価は何ですか？ ※ 複数選択可能.
（　　）内はその他の評価を自由記載してください.
□ Barthel Index（BI） □ Functional Independence Measure（FIM） □ その他（　　）

9）-5-① 認知症患者に痛み評価として行動学的評価をおこなったことがありますか？
□ 評価したことがある．→ 9）-5-②へ　□ 評価したことがない．→ 9）-6-①へ

9）-5-② 認知症患者に痛み評価としておこなった行動学的評価は何ですか？ ※ 複数選択可能.
（　　）内はその他の評価を自由記載してください.
□ 歩行速度（最大歩行速度など）　□ 活動量モニタリング（歩数計など）
□ 認知症患者に特化した痛み評価指標（日本語版 Abbey Pain Scale など）
□ その他（　　）

9）-6-① 認知症患者に痛み評価として心理学的（情動）評価をおこなったことがありますか？
□ 評価したことがある．→ 9）-6-②へ　□ 評価したことがない．→ 10）へ

9）-6-② 認知症患者に痛み評価としておこなった心理学的（情動）評価は何ですか？ ※ 複数選択可能.
（　　）内はその他の評価を自由記載してください.
□ 抑うつ（hospital anxiety and depression scale など）
□ 不安（state trait anxiety inventory など） □ 気分（profile of mood states など）
□ 破局化（pain catastrophizing scale）　□ その他（　　）

10）あなたが痛みを評価した際，その患者の認知機能はどの程度低下していましたか？
下記の認知機能検査の得点と程度を参考に選択してください．※ 複数選択可能.
□ 軽度　□ 中等度　□ 重度
○ MMSE　軽度：20 ～ 26 点程度　中等度：10 ～ 20 点程度　重度：10 点～採点不能
○ HDS-R　軽度：17 ～ 20 点程度　中等度：13 ～ 16 点程度　重度：12 点～採点不能

11）痛み評価を行った患者に，認知機能低下の原因となる疾患があれば，その疾患を選択してください.
※複数選択可能.
□ 不明　□ アルツハイマー型認知症　□ レビー小体型認知症　□ 脳血管性認知症
□ 前頭側頭型認知症　□ その他（　　）

12）痛みを有する認知症患者に対して，事故やトラブルが生じた事例を経験したことがありますか？
□ ある → 13）へ　□ ない → 14）へ

13）どのようなトラブルだったのか該当する項目を選択してください．※複数選択可能
その他は（　　）内に自由記載してください.
□ 骨折（再骨折を含む）　□ 認知症の悪化
□ 骨折癒合の遅延・悪化　□ 拒否・不隠の出現や増加
□ 傷口の治癒遅延　□ 抑うつの出現や増加
□ 炎症の増加　□ 活動性の低下
□ 疼痛の増悪　□ その他（　　）

14）認知症患者に特化した痛み評価指標を知っていますか？
□ 知っている．→　15）へ　□ 知らない．→ 終了

15）あなたが知っている認知症患者に特化した痛み評価指標は何ですか？ ※複数選択可能
□ Abbey Pain Scale　□ DOLOPLUS-2　□ PACSLAC-II　□ その他（　　）

16）認知症患者に特化した痛み評価指標を使用したことがありますか？
□ ある　□ ない

ADL / QOL：Activities of Daily Living / Quality of Life，MMSE：Mini-Mental State Examination，HDS-R：Revised Hasegawa’s Dementia Scale，PACSLAC：Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate

表 2. 属性

経験年数	名（%）	職場	名（%）
1–5 年目	41（21.9%）	急性期病院	54（28.9%）
6–10 年目	54（28.9%）	回復期病院	41（21.9%）
11–15 年目	45（24.1%）	生活期病院	29（15.5%）
16–20 年目	28（15.0%）	介護老人保健施設	50（26.7%）
21–25 年目	13（7.0%）	通所リハビリテーション	8（4.3%）
26 年目以上	6（3.2%）	外来	2（1.1%）
		訪問リハビリテーション	0（0.0%）
		その他	3（1.6%）

n = 187　回収率 29.1%（有効回答率 28.9%）

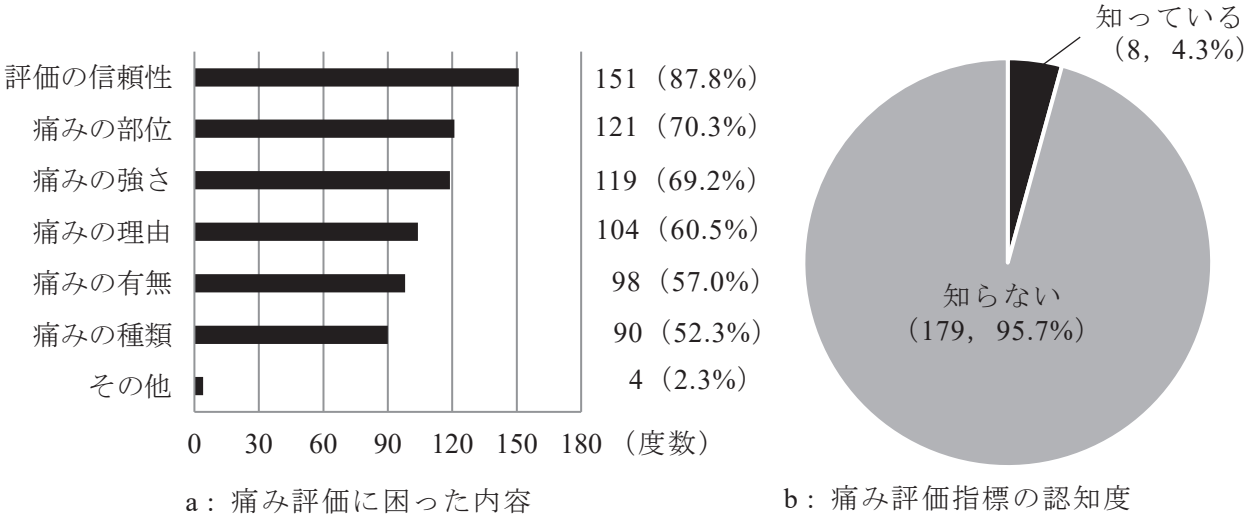

図 1. 痛み評価に困った内容と認知症患者に特化した痛み評価の認知度

a：痛み評価に困った内容の詳細（認知症患者の痛み評価経験がある者による複数回答）　n = 175
b：認知症患者に特化した痛み評価指標の認知度．観測値は度数（%）で記載．n = 187

老人保健施設 50 名（26.7%）であった．

認知症患者への痛み評価の現状について

認知症患者の痛みを評価した経験がある者は 175 名（93.6%），ない者は 12 名（6.4%）であった．評価したことがない理由は，痛みを評価しようと考えたことがない 8 名（66.7%），評価困難 3 名（25.0%），認知症患者を経験していない 1 名（8.3%）であった．評価した経験がある者のうち，評価した際に困ったことがある者は 172 名（98.3%）であり，困った内容は，評価の信頼性が低いが 151 名（87.8%）であり，最も多かった（図 1-a）．一方，アンケート項目 15 の結果から，認知症患者に特化した痛み評価を知っている者は 8 名（4.3%）であった（図 1-b）．

認知症患者に対して痛みの評価として実施した方法を表 3 に示す．自覚的強度評価を実施した者が最も多い 134 名（76.6%）で，そのうち，NRS が 105 名（78.4%）であった．行動評価を使用した経験がある者は，67 名（38.3%）であった．生理学的評価を実施した経験がある者は 27 名（15.4%）で最も少なかった．

痛み評価を実施した際の当該患者の認知機能低下の程度は，軽度 89 名（50.9%），中等度 143 名（81.7%），重度 100 名（57.1%）であった（複数回答）．また，痛み評価を実施した患者の認知機能低下の原因疾患は，アルツハイマー型認知症 151 名（86.3%），脳血管性認知症 118 名（67.4%），レビー小体型認知症 92 名（52.6%）であった（複数回答）．

認知症患者に特化した痛み評価指標の認知度とその使用経験について

認知症患者に特化した痛み評価を知っている者は 8 名（4.3%）であったが（図 1-b），そのうち

表 3. 認知症患者に対して痛み評価として実施した評価方法

a 自覚的強度評価		
自覚的強度評価の経験　n = 175	ある 134（76.6%）	ない 41（23.4%）
評価方法　n = 134		
ー NRS	105（78.4%）	
ー フェイススケール	77（57.5%）	
ー VAS	70（52.2%）	
ー VRS	5（3.7%）	
ー マクギル疼痛質問票	0（0%）	
b 理学的評価		
理学的評価の経験　n = 175	ある 105（60.0%）	ない 70（40.0%）
評価方法　n = 105		
ー 関節可動域検査	100（95.2%）	
ー 整形外科的な疼痛誘発検査	75（71.4%）	
ー MMT	64（61.0%）	
ー その他	14（13.3%）	
c 生理学的評価		
生理学的評価の経験　n = 175	ある 27（15.4%）	ない 148（84.6%）
評価方法　n = 27		
ー 脈拍数	27（100%）	
ー 血清カテコラミン濃度	1（3.7%）	
ー サーモグラフィ	1（3.7%）	
ー その他	1（3.7%）	
d ADL / QOL 評価		
ADL / QOL 評価の経験　n = 175	ある 132（75.4%）	ない 43（24.6%）
評価方法　n = 132		
ー FIM	111（84.1%）	
ー BI	81（61.4%）	
ー その他	4（3.0%）	
e 行動学的評価		
行動学的評価の経験　n = 175	ある 67（38.3%）	ない 108（61.7%）
評価方法　n = 67		
ー 歩行速度（最大歩行速度など）	63（95.5%）	
ー 活動量モニタリング（歩数計など）	9（13.6%）	
ー 認知症患者に特化した痛み評価指標（APS-J など）	6（9.1%）	
ー その他	3（4.5%）	
f 心理学的評価		
心理学的評価の経験　n = 175	ある 30（17.1%）	ない 145（82.9%）
評価方法　n = 30		
ー 不安（state trait anxiety inventory など）	24（80.0%）	
ー 抑うつ（hospital anxiety and depression scale など）	22（73.3%）	
ー 気分（profile of mood states など）	15（50.0%）	
ー 破局化（Pain Catastrophizing Scale）	6（20.0%）	
ー その他	4（13.3%）	

表 a ～ f の評価方法は複数回答．観測値は度数（%）で記載．

VAS : Visual Analogue Scale，NRS : Numeric Rating Scale，VRS : Verbal Rating Scale，MMT : Manual Muscle Testing，ADL / QOL : Activities of Daily Living / Quality of Life，FIM : Functional Independence Measure，BI : Barthel Index

表 4. 認知症患者に特化した痛み評価指標の認知度と経験年数

a : 認知度

経験年数	知っている	知らない
1-5 年目	5（2.7%）	36（19.3%）
6-10 年目	1（0.5%）	53（28.3%）
11-15 年目	1（0.5%）	44（23.5%）
16-20 年目	1（0.5%）	27（14.4%）
21-25 年目	0（0.0%）	13（7.0%）
26 年目以上	0（0.0%）	6（3.2%）

a : 観測値は度数（%）で記載

b : 期待値

経験年数	知っている	知らない
1-5 年目	1.8	39.2
6-10 年目	2.3	51.7
11-15 年目	1.9	43.1
16-20 年目	1.2	26.8
21-25 年目	0.6	12.4
26 年目以上	0.3	5.7

b : フィッシャーの正確確率検定，P 値 = 0.25

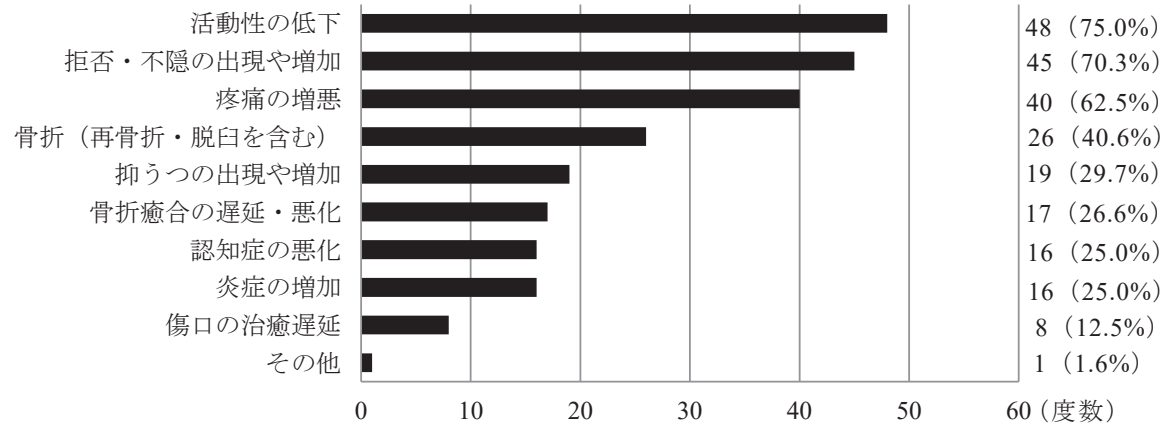

図 2. 痛みを有する認知症患者の事故やトラブルの詳細

認知症患者の痛みを評価した経験があると回答した者 175 名のうち，事故やトラブルを経験した 64 名の複数回答．観測値は度数（%）で記載．

APS を知っている者 6 名（75.0%），DOLOPLUS-2 を知っている者 2 名（25.0%）であった（複数回答）．この 8 名のうち，その使用経験がある者は 4 名（50.0%）であり，全体のわずか 2.1% であった．

認知症患者に特化した痛み評価指標の認知度と経験年数の関係について，有意差はなかった（表4）．

痛みを有する認知症患者の事故やトラブルについて（図 2）

認知症患者の痛みを評価した経験がある者のうち，痛みを有する認知症患者に対して，事故やトラブルを経験したことがあると回答した者は 64 名（36.6%）であった．そのトラブルは，活動性の低下 48 名（75.0%）が最も多く，重篤なトラブルである骨折（再骨折・脱臼を含む）が 26 名（40.6%）であった．また，BPSD である拒否・不穏の出現や増加 45 名（70.3%），抑うつの出現や増加 19 名（29.7%）であった．

認知症患者の痛みの印象や対処方法について

痛みの印象についてカテゴリー分類した結果，10 項目に分けられた．評価の信頼性が低いことを表す，「信頼性が乏しい」，「患者によって差がある」という回答は合わせて 41.7% であった（図3）．認知症患者の痛みの対処方法については，15 項目のカテゴリーに分けられた．最も多かった回答は，表情や逃避行動などの痛み行動の観察 48 名（27.4%）であった（図 4）．

考察

理学療法士の認知症患者に対する痛み評価の方法と問題

認知症患者の痛みを評価した経験がある者は 93.6% であり，その内，痛みを評価した際に困ったことがある者は 98.3% であった．これは，臨床ではほとんどの理学療法士が認知症患者の痛み評価に難渋していることを示している．しかしながら，認知症患者に特化した痛み評価指標を知って

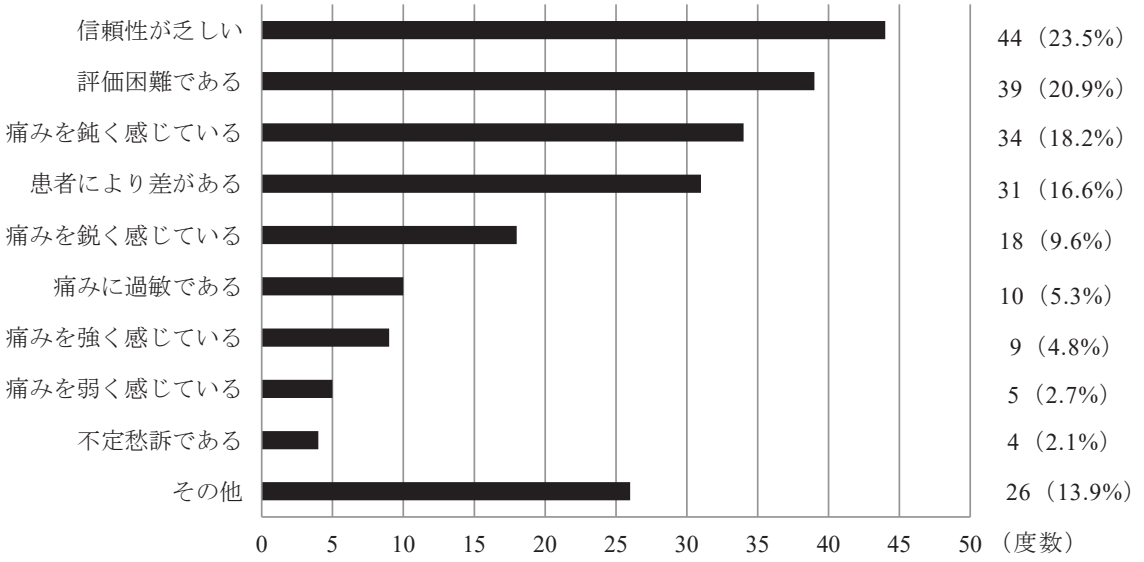

図 3. 認知症患者の痛みの印象について

認知症患者の痛みを評価した経験があると回答した者による自由記載．n = 175

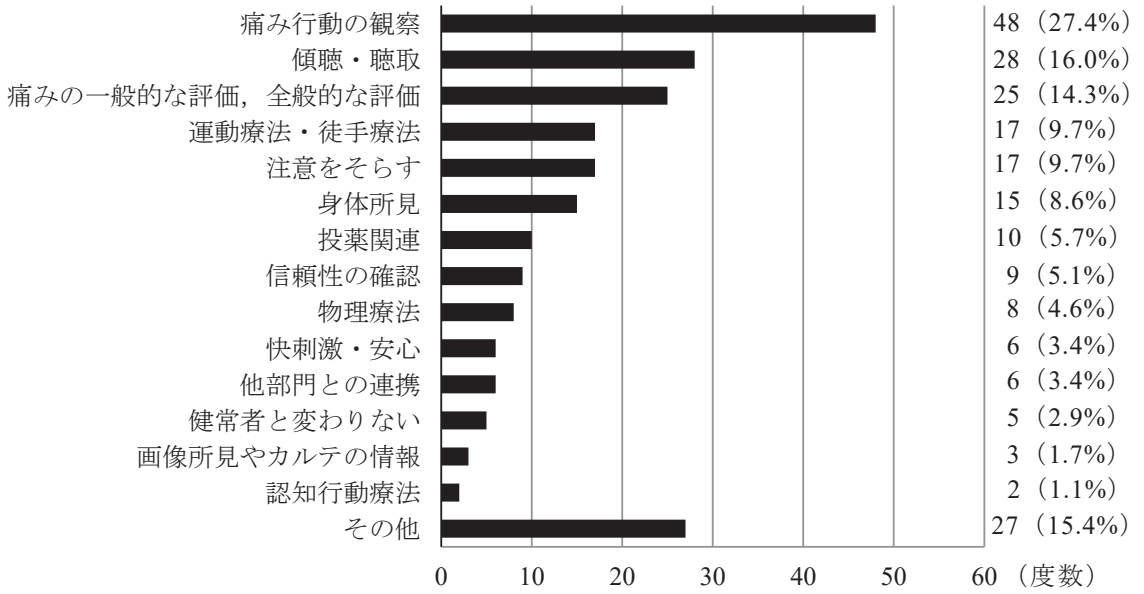

図 4. 認知症患者の痛みへの対処方法について

いる者は 4.3%，評価を使用したことがある者はわずか 4 名で，全体の 2.1% であった．認知症患者に特化した痛み評価指標の認知度と経験年数の関係については有意差を認めず，経験年数は認知度に影響していなかった．この結果は，理学療法士の経験年数に関係なく，認知症患者に特化した痛み評価指標の存在を知らず，痛み評価を適切にできていないことを示している．現在の痛み評価のゴールデンスタンダードは VAS や NRS などの自覚的強度評価であるといわれている[9]．実際に臨床で痛み評価として実施している評価は，自覚的な評価が 76.6% であり，多くの理学療法士が患者の自己報告に頼っていた．自覚的強度評価をよく用いる要因として，理学療法士が認知症患者に特化した痛み評価指標を知らないため，ゴールデンスタンダードである自覚的強度評価を使用しやすいことが示唆される．Scherder らは，認知症患者に対しての痛み評価は，従来の VAS や NRS など

の自覚的強度評価と認知症患者に特化した評価の両方を用いて評価することを推奨している[17]．認知症患者に特化した評価を使用していない理学療法士が極めて多く，認知症患者の痛みの評価や管理が不十分であることが示唆される．一方で痛みの印象として痛み行動を観察している者が 48 名いたことから，まず理学療法士が認知症患者に特化した痛み評価指標を知り，臨床で使用することで，より適切な痛み管理や効果判定が行える可能性があると考える．

認知症患者の痛みを評価しようと考えたことがない，評価困難のため評価していない理学療法士が 11 名存在することは，重要な問題であると考える．これは，本邦の認知症患者の痛みに関する理学療法領域での研究が少なく，知る機会が乏しいことから，認知症患者に特化した痛みの評価が存在しないと思っていた可能性が考えられる．このことは，認知症患者に特化した評価指標の日本語版は看護領域で作成されており，理学療法領域では，研究報告がほとんどなく，ゆえに養成課程で教育内容に含まれていない可能性があるため，理学療法領域での学術活動，理学療法士への卒後教育の必要性があることを示唆する．

認知症患者に特化した痛み評価の利点

認知症患者に対して痛み評価をした際に困った内容の詳細は，「評価の信頼性が低い」，「痛みの強さが分からない」，「痛みの有無が分からない」が 50% 以上であった．認知症患者に特化した痛み評価指標である APS-J は信頼性が確認された指標であり[13]，痛みの有無が分かり，痛みの強さを数値化することが可能である．そのため，APS-J などの痛み評価指標を用いることで，これらの問題を解決できる可能性がある．APS-J は，歩行や移乗などの動作時に 6 項目の行動（表情，ボディランゲージの変化など）を評価する[13]．各項目を 0 ～ 3 点（合計 18 点）で評価するため，痛みの有無と程度を把握することができる．また，評価した際の困った内容で「痛みの理由が分からない」と回答した者は，認知症患者に特化した痛み評価を用いることにより，効果判定ができるため，アプローチの戦略が広がる可能性がある．

痛みを有する認知症患者に対して，事故やトラブルが生じた事例を経験している者は 36.6% であり，その内，BPSD に含まれる「拒否や不穏の出現や増加」，「抑うつの出現や増加」を経験した者がいた．鈴木らは，認知症患者の痛みが BPSD を促進する可能性を示しており，適切な痛み管理の重要性を述べている[15]．APS-J などの痛み評価指標を用いて，より適切な痛み管理を行うことで，BPSD 増悪に対する対策ができることが示唆される．また，「骨折」や「骨折癒合の遅延・悪化」といった重篤なトラブルに関しても，これらの評価を用いることで，骨折の早期発見につながると考える．

認知症患者の痛みについて，理学療法士の印象は，患者により差があり，信頼性が乏しく評価困難と感じている者が多く，そもそも評価しようと考えたことがない者が 8 名（全体の 4.3%）いたことから，評価すること自体を断念してしまうことが示唆される．このことからも理学療法士が認知症患者に特化した痛み評価指標の存在を知ることは非常に重要と考える．

認知症患者の痛みの対処方法については，表情や逃避行動などの観察から痛みを評価していることが多いことが分かった．認知症患者に特化した痛み評価指標は行動観察により評価するため，この指標を使用することで痛みを数値化でき，効果判定に有用となることが示唆される．

本研究の限界としては，回収率が低く，愛知県の病院と介護老人保健施設の理学療法士に回答が偏っているため，理学療法士全体を把握するデータになっていない可能性がある．しかしながら，日本理学療法士協会における所属施設データで，教育研究施設や身体障害者施設など認知症高齢者への介入機会が少ない施設を除いた場合，病院と介護老人保健施設などの割合は合計約 85% であり，本研究での所属割合の 93% は，入院中あるいは入所中の認知症患者へ介入する理学療法士をある程度反映したデータと考える．また，日本理学療法士協会に所属する年齢分布[18]と，本研究の回答者の経験年数を比較した場合も，大きく異なっていないため，経験年数に関しても理学療法士全体を代表した結果として捉えることが可能であると考える．

結論

本研究は，理学療法士に対する認知症患者への痛み評価のアンケート調査により，臨床における現状把握と問題点の抽出を行った．その結果，多くの理学療法士は，認知症患者の痛み評価に難渋しているが，認知症患者に特化した痛み評価の認知度，使用率が極めて低いという問題点が把握できた．そのため，臨床での認知症患者の痛み評価や管理が不十分であることが示唆された．学術や教育活動を通して認知症患者への痛み評価方法を

理学療法士に知ってもらう必要性がある．

なお，本論文の要旨は第30回愛知県理学療法学術大会（2022年4月）において発表した．本研究における利益相反は存在しない．

謝辞

認知症患者への痛み評価に関するアンケート調査にご協力いただきました愛知県の理学療法士の皆様方に厚く御礼申し上げます．

【文　献】

1) 厚生労働省ホームページ　認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（概要）．https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/kaitei_orangeplan_gaiyou.pdf（2022年6月21日引用）
2) 二宮利治：厚生労働省科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「日本における認知症の人口の将来推計に関する研究」平成26年度総括・分担研究報告書．ミドリ印刷，福岡，2015，pp. 2-19.
3) 厚生労働省ホームページ　今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会．https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/dl/s0521-3b.pdf（2022年6月21日引用）
4) Gou Z, Wills P, et al.: Cognitive impairment, drug use, and the risk of hip fracture in persons over 75 years old: a community-based prospective study. Am J Epidemiol. 1998; 148: 887-892.
5) Buchner DM, Larson EB: Falls and fractures in patients with Alzheimer-type dementia. JAMA. 1987; 257: 1492-1495.
6) 山崎譲，渥美敬：整形外科疾患と認知症．老年精神医学雑誌．2010; 21: 329-334.
7) 岩井信彦，青柳陽一郎：認知症を有する脳卒中および大腿骨頸部骨折患者のADL構造－認知症高齢者の日常生活自立度判定基準による解析－．理学療法科学．2014; 29: 123-129.
8) 鈴木みずえ：高齢者の「痛み」に関するさまざまな課題．鈴木みずえ（編），日本看護協会出版会，東京，2017，pp. 16.
9) 中村重敏，森島優・他：痛みの評価尺度－VAS，NRS，McGill pain questionnaire，face scale－．理学療法．2006; 23: 67-73.
10) 榎本雪絵：痛み．理学療法ジャーナル．2010; 44: 1003-1009.
11) Hadjistavropoulos T, Herr K, et al.: Pain assessment in elderly adults with dementia. Lancet Neurol. 2014; 13: 1216-1227.
12) International Association for the Study of Pain ホームページ　Pain assessment in dementia. https://www.iasp- pain.org/resources/fact-sheets/pain-assessment-in-dementia/（2023年5月10日引用）
13) Takai Y, Yamamoto-Mitani N, et al.: Abbey pain scale: development and validation of the Japanese version. Geriatr Gerontol Int. 2010; 10: 145-153.
14) Takai Y, Yamamoto-Mitani N, et al.: Developing and validating a japanese version of the assessment of pain in elderly people with communication impairment. Arch Gerontol Geriatr. 2013; 57: 403-410.
15) 鈴木みずえ，吉田良江・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．2014; 19: 25-33.
16) 酒井隆：アンケート調査の進め方（第2版）．日本経済新聞出版社，東京，2012，pp. 84-186.
17) Scherder EJ, Plooij B: Assessment and management of pain, with particular emphasis on central neuropathic pain, in moderate to severe dementia. Drugs Aging. 2012; 29: 701-706.
18) 日本理学療法士協会ホームページ　統計情報．https://www.japanpt.or.jp/activity/data/（2022年6月21日参照）