コミュニケーション障害を持つ高齢者の痛み 行動観察尺度：日本語版 DOLOPLUS-2 の紹介

安藤 千晶

文京学院大学 保健医療技術学部看護学科

DOLOPLUS-2はコミュニケーション障害を持つ高齢者のために開発された痛み行動観察尺度である。1992年にフランスの Bernard Wary によって開発され、3領域、10項目の痛み行動からなる。痛みのレベルは0点から3点までの点数で表し、点数が高いことは痛みが強いことを示す。最大点数は30点であり5点以上であれば痛みが存在しているとし、痛みのマネジメントの対象となる。筆者は2005年度よりDOLOPLUS-2の日本語版の作成とその妥当性の検討に取り組んでいるが、本稿では日本語版DOLOPLUS-2の紹介とともに、現在までの調査・研究により明らかになった尺度の対象者と使用方法について述べる。

Palliat Care Res 2016; 11(3): 910-15

Key words: 高齢者, 言語的コミュニケーション障害, 認知症, 疼痛アセスメント, 観察尺度

緒言

加齢に伴いがんや筋骨格系の罹患率は高くなり¹⁾、痛みは抑うつ、不安、社会性の低下、睡眠障害、歩行障害、ヘルスケアの利用が増えコストがかかる等²⁾高齢者のQOLに直結している。2002年の米国老年医学会が発表した慢性痛のガイドライン²⁾では、一番的確なのは自己報告法での痛みのアセスメントであるとしながらも、認知機能障害を持つ高齢者において、言葉での痛みの訴えに加え、痛みに関連した行動とその変化も同時に観察されるべきであるとし、6つのカテゴリー「痛みに関連した行動」を紹介している。海外で開発された痛み行動観察尺度の中で、日本語版の妥当性が証明されている尺度はDOLOPLUS-2尺度³⁾とAbbey尺度⁴⁾があり、妥当性は証明されていないが紹介がなされているものとしてThe Pain Assessment In Advanced Dementia Scale⁵⁾と、The Disability Distress Assessment Tool⁶⁾がある。他の尺度とDOLOPLUS-2尺度の違いは、第一にDOLOPLUS-2は使用説明書が開発されていることである。観察法はどのデータ収集よりも人間の知覚上の誤差をこうむりやすく、観察者の訓練と演習はきわめて重要である等⁷⁾自己報告法とは異なる特徴を持つこと

から使用説明書の意義は大きい。次にHerrら⁸⁾が指摘しているように、DOLOPLUS-2は包括的に検証されている尺度であり、とくに「痛み指標」として日々の活動パターンやいつもの様子からの変化、また精神状態の変化を示す指標が組み込まれていることが大きな特徴である。

文献検討の結果、尺度の信頼性・妥当性⁹⁾が高く10項目と非常に簡潔であり、かつ使用説明書や用語集も開発されていたため本尺度に関心を持ち、翻訳と妥当性の検証を行った。本稿では日本語版DOLOPLUS-2の紹介とともに、現在までの調査・研究により明らかになった尺度の対象者と使用方法について述べる。

対象と方法

1. 日本語版 DOLOPLUS-2 (Fig.1: コミュニケーション障害を持つ高齢者の痛み行動観察尺度)について

DOLOPLUS-2は、がんの疾患を持つ子供達のために開発されたThe Douleur Enfant Gustave Roussy尺度を基に、他者に痛みを訴えられない慢性痛を持つ高齢者のために開発された¹⁰⁾。1992年にフランスのBernard Wary医師によって開発され、1994年には15人の老年医学と緩和ケアの医師達をメンバーとする研究グループとなった¹⁰⁾。尺度は3領域、10項目の痛み行動からなり、痛みのレベルは0点から3点までの点数で表し点数が高いことは痛みが強いことを示す。最大スコアは30点であり、5点以上であれば痛みがあるとする。また尺度の観察項目には自律神経系の項目がないが、使用説明書には、頻脈、血圧上昇、発汗等の記録は疼痛マネジメン

受付日 2016 年 4 月 21 日 / 改訂日 2016 年 6 月 6 日 / 受理日 2016 年 6 月 20 日

Corresponding Author: 安藤千晶
文京学院大学 保健医療技術学部看護学科
〒113-0023 東京都文京区向丘1-19-1
TEL 03-3814-1661 FAX 03-5684-4579
E-mail: c-ando@bgu.ac.jp

コミュニケーション障害を持つ高齢者の痛み行動観察尺度

患者氏名 [] 評価日 [] 評価者名 []

〔測定時の留意点〕

- ・自分が観察していないところは、他の看護師・助手・ご家族に聞いていただいて結構です。
- ・チェックの重複は可です。

1. 痛みの訴え

訴えの種類 程 度	言葉	ジェスチャー	声をあげて泣く	涙が出て いる	うめき	その他 (具体的)
0. 訴えない						
1. 聞くと訴える						
2. 時々訴える/観察される						
3. 常に訴える/観察される						

点

2. 安静時に痛みを防ぐような体位をしている (いつもと異なる体位をするのは、痛みを避け、緩和するためである。)

0. 安静時、いつもの体位である〔安静時いつもの体位は	〕
1. 安静時、時々ある体位を避ける	
2. 安静時、いつも痛みを避けるような体位をとっている	
3. 安静時、痛みを避けるような体位を絶えず探している	

点

3. 痛みの部位の保護 (ケアをしている時に、防衛的なジェスチャーで、痛みの部位をかばおうとする。)

0 痛みの部位をかばおうとする行動はみられない	
1. どんなケアにも抵抗しないが、痛みの部位をかばおうとする	
2. ケアに対して抵抗し、痛みの部位をかばっている	
3. ケアしていないときでさえ、痛みの部位をかばっている	

点

4. 表情

表情の種類 程 度	しかめ顔	ひきつった 顔	だるそうな 顔	凝視	ぼんやりし た目つき	涙目	その他 (具体的)
0. いつもと変わらない〔いつもは右記である〕							
1. ケアをする時に(右のような)表情がみられる							
2. ケアをしていない時も(右のような)表情がみられる							
3. 常に(右のような)表情がみられる							

点

図 1 日本語版 DOLOPLUS-2

本尺度の使用に際しては使用許諾を得る必要はなく、引用を明示の上使用可能である。

5. 睡眠

0.いつもと変わらない [いつもは]	
1.寝つきが悪い[いつもは 時頃に入眠する]	
2.夜間覚醒が多い	
3.夜間十分な睡眠がとれないため、日中の覚醒レベルが低い	

点

6. 排泄・着脱

0.排泄・着脱は、いつもできることはできる[いつもは]	
1.排泄・着脱は、気をつければできる	
2.排泄・着脱が非常に困難である	
3.患者が抵抗するので、排泄・着脱ができない	

点

7. 移動動作（移動動作とは、姿勢を変えること・移動・歩行である。）

0.いつも通りにできる[いつもは]	
1.移動動作が減る	
2.手助けしても、移動動作が減る	
3.どんな移動動作も不可能であり、説得しても動くことを拒否する	

点

8. コミュニケーション

0.いつもと変わらない[いつもは]	
1.いつもより大げさ	
2.いつもより少ない	
3.誰ともどんな方法でも、コミュニケーションしない	

点

9. 食事、レクリエーション、アクティビティ、理学・作業療法、行事・外出等への参加

0.いつもと変わらない[いつもは]	
1.促すと、いつも通り参加する	
2.時折、拒否する	
3.すべて拒否する	

点

10. 行動心理症状（行動心理症状とは、攻撃的・興奮・混乱・無関心・失念・心理的退行・死にたい、である。）

0.いつもの行動と変わらない[いつもは]	
1.何かしたあと、上記のような行動がその度にみられる	
2.何かしたあと、上記のような行動がずっと続く	
3.きっかけがなくても、常に上記のような行動が続く	

点

合計点

COPYRIGHT

点

図 1 （つづき）

トにおいて不可欠であると述べられている¹⁰⁾。なお DOLOPLUS-2 の日本語版を 2007 年に作成した際¹¹⁾、尺度開発者らに日本語版の作成と書式の変更の許可を得て、より使いやすいように用具そのものに用語集(レキシコン)を組み込んだ。

2. 日本語版 DOLOPLUS-2 の対象者とその使い方について

本尺度の対象者と使用方法について、DOLOPLUS グループの先行研究・英語版の使用説明書¹⁰⁾と、日本語版の妥当性の検証^{3,11,12)}によって明らかとなった内容は以下である。

1) 本尺度で疼痛を測定できる対象者について

(1) DOLOPLUS-2 グループが明記している対象者

DOLOPLUS グループは本尺度の対象者について 'behavioral pain assessment scale for the elderly presenting with verbal communication disorders' と表現していること、先行研究において¹³⁾被験者として失語症等の患者も含有していることから、認知症だけではなく、せん妄や失語症、難聴のために自己報告法が使用できない高齢者に適用が可能であると示唆される。

(2) 日本語版の妥当性の検証により明らかになった対象者

- ① Functional Assessment Staging¹⁴⁾ (以下 FAST と省略) 5-6 の中等度～重度認知症高齢者
- ② 初回の測定時に項目 1「痛みの訴え」が点数化できる。

2) 本尺度の使用方法について

(1) DOLOPLUS-2 グループが明記している使用方法

- ① 自己報告法のアセスメント尺度が使えない場合に、痛み行動観察尺度を用いる。
- ② 本尺度を理解する勉強会と練習は重要なプロセスである。
- ③ 自己報告法では今その時の患者の痛みを口頭にて聞くが、DOLOPLUS-2 は、ある一定の時間内で観察された患者の行動を点数化する。
- ④ 測定は痛みが治まるまでは一日 2 回、ある一定時間観察した後に点数をつける。
- ⑤ 評価できない項目は点数化しなくてよい。
- ⑥ 痛みが存在していると考えられる点数(カットオフ)は 5 点である。
- ⑦ 尺度は痛みを測定するものであり、抑うつ、自立の程度、認知機能を測定するのではない。
- ⑧ 点数化は学際的チームで行う。つまり複数のケア提供者(医師・看護師・介護士等)により点数化することが望ましい。
- ⑨ 5 点以上であれば痛みが存在すると考えられるため、薬物・非薬物療法による痛みのマネジメントを行う。痛みのマネジメントを行った後に再測定を

し、点数が下がった場合は「その時痛みが存在した」ことを示す。

- ⑩ たとえ 5 点以下であっても痛みが疑われる場合は鎮痛薬の使用を躊躇してはならない。

- ⑪ 痛みは主観的な体験であり個人的な感覚と感情であることから、他の患者と点数を比較しない。

(2) 日本語版の妥当性の検証により明らかになった使用方法

- ① 尺度への理解を深めるため、使用前に 1 回以上測定の実習を行う。
- ② 患者の習慣や行動パターン等、患者の「いつもの状態」を測定の基準にする。可能であれば「いつもの状態」を知っている家族やケアスタッフへの聞き取りを行う。
- ③ 測定前に「いつもの状態」の欄に記入する。
- ④ 点数をつける時は行動の原因を考えてチェックするのではなく、観察したことをそのままチェックをする。
- ⑤ 認知症の行動・心理症状と痛み行動の判別は、項目 1「痛みの訴え」の点数の有無とともに、10 項目の中でどの項目に点数がついているかを検討することにより判別は可能である。
- ⑥ 仮に合計点が 4 点以下であっても項目 4「表情」に点数がついた場合は、疼痛マネジメントを実施する。
- ⑦ 欠損項目が 3 項目以下であれば測定は可能である。

3. 事例

ケース A (Mini-Mental State Examination 16 点, FAST 6, アルツハイマー型認知症)は、絞扼性イレウスのため入退院を繰り返していたため、看護・介護スタッフは A の「いつもの状態」を把握していた。ある日 A は左大腿骨頸部骨折と診断され入院した。入院直後はベッド上で長坐位になり言語での疼痛の訴えも全く聞かれなかったため、医療者には疼痛が全くないように見受けられた。しかし 1 時間半経過した頃より、ベッド上に置いてあったおむつを投げる行為や、「私の食べ物を持って行ってしまった」と繰り返し訴え、普段の入院時では観察されない認知症の行動心理症状が出現したため、尺度の使用を開始した。

入院初日、項目 1「痛みの訴え」: 1 点、項目 8「コミュニケーション」: 1 点、項目 10「行動心理症状」: 3 点合計 5 点となった。痛みが存在していると判断する(カットオフ値) 5 点以上であったことから、受け持ち看護師は頓用で処方されたエトドラク(ハイベン) 200 mg を 1 錠投与した。その結果、約 3 時間後には項目 1「痛みの訴え」: 1 点のみが点数化され合計点 1 点に下降した。入院 4 日目には「死んでしまう、皆さんと離れなければいけない」と悲しい、私は死に行く」と繰り返し訴え、不安な表情が観察された。合計点が 11 点であっ

たため頓用処方のエトドラク(ハイベン)200 mg が投与され3時間後には4点まで下降し、笑顔で鼻歌を歌っている姿が観察された。

今後の課題

徳永¹⁵⁾は東京都多摩老人医療センター(現 多摩北部医療センター)の院内の看護研究において、大腿骨頸部骨折の術前後において認知症高齢者に観察された痛みサイン調査し、その結果痛みを言葉で訴えなくても興奮状態になることや怒り・拒否の態度を示すことが多いことを明らかにした。また平原¹⁶⁾は高齢者の身体アセスメントに関し、「多くの疾患の初期症状は‘いつもと様子が違う’ことがほとんどである」と述べており、筆者の経験においても身体的変化を適切に他者に訴えることが難しい認知症高齢者に対して、看護職・介護職は「いつもの様子」との比較から身体のアセスメントを行っていた。つまり本尺度の測定基準や項目内容は、認知症医療・ケアに熟練した看護・介護スタッフが通常行っているアセスメント行為を言語化した尺度であると考えている。

またフランス語版の使用説明書では複数のケアスタッフで使用することが望ましいとされており、中には介護士や家族も含まれていることから、今後誰もが理解できるような簡潔な使用説明書を作成したいと考えている。さらに開発者らの先行研究や筆者の調査研究においてせん妄や失語症、難聴のために自己報告法が使用できない高齢者に適応が可能であることが示唆されていることから、対象者を「コミュニケーション障害を持つ高齢者」に広げ、かつ病院や在宅など様々な Setting において試用を重ね、各々の「対象者」と「Setting」での使い方の特徴を明らかにしたい。

著者の申告すべき利益相反なし

文 献

1) 厚生労働統計協会. 平成 25 年度国民生活基礎調査. 第

一卷. 厚生労働大臣官房統計情報部編, 東京, 2015; 137-8.

- 2) AGS panel on persistent pain in older persons. The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002; 50(6 Suppl): S205-24.
- 3) Ando C, Ito Y, Amemiya S, et al. Effectiveness of the Japanese DOLOPLUS-2: a pain assessment scale for patients with moderate-to-severe dementia. Psychogeriatrics 2016; IN PRESS.
- 4) Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Chiba Y, et al. Abbey pain scale: development and validation of the Japanese version. Geriatr Gerontol Int 2010; 10: 145-53.
- 5) 平原佐斗司. 認知症の緩和ケア. 緩和医療学 2009; 11: 32-9.
- 6) 武田雅俊監修, 小川朝生, 篠崎和弘編. 認知症の緩和ケア 診断時から始まる患者と家族の支援. 新興医学出版社, 東京, 2015.
- 7) Polit DF, Beck CT. Nursing Research Principles and Methods, 7th edn. Williams & Wilkins, Philadelphia: Lippincott, 2004.
- 8) Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. J Pain Symptom Manage 2006; 31: 170-92.
- 9) Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad, et al: Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural assessment tools. BMJ Geriatrics 2006; 6.
- 10) Lefebvre-Chapiro S, The DOLOPLUS Group. The DOLOPLUS-2scale evaluating pain in the elderly. Eur J Palliat Care 2001; 8: 191-4.
- 11) Ando C, Hishinuma M. Development of the Japanese DOLOPLUS-2: a pain assessment scale for the elderly with Alzheimer's disease. Psychogeriatrics 2010; 10: 131-7.
- 12) 安藤千晶, 伊藤嘉憲, 田村京子, 他. 疼痛行動評価尺度 日本語版 DOLOPLUS-2 妥当性の検討. 日本老年精神医学雑誌 2011; Supple22: 203.
- 13) Pickering G, Gibson SJ, Serbouti S, et al. Reliability study in five language of the translation of pain behavioral scale Doloplus. European Journal of Pain 2010; 14: 545e1-e10.
- 14) 本間 昭, 白井樹子. Functional Assessment Staging (FAST). 日本臨床(増刊号)痴呆疫学 2003; 1: 125-8.
- 15) 徳永好美, 藤澤光代, 小浦聖子. 大腿骨骨折の手術を受ける認知症高齢者の痛みのサインを知る試み～看護師のアンケートによる意識調査と事例を通して～. 平成 17 年度東京都看護協会看護研究学会抄録集 2005.
- 16) 平原佐斗司. いつもと様子が違うとき連携に役立つ観察と記録. おはよう 21 2016; 27: 32-7.

Clinical Practice Report

Introduction of the Japanese DOLOPLUS-2: A Behavioral Pain Assessment Scale for Elderly with Verbal Communication Disorders

Chiaki Ando

Department of Nursing Science, Faculty of Health Science Technology, Bunkyo Gakuin University

The DOLOPLUS-2 scale was developed by Bernard Wary in 1992, and is a behavioral pain assessment scale for elderly individuals with verbal communication disorders. The scale comprises 10 items divided into 3 sub-groups. Each item has four levels of pain intensity, with scores ranging from 0 to 3. A score of ≥ 5 (out of a maximum of 30) indicates the presence of pain. In 2007, our team translated this scale from French into Japanese, and the translated version was validated in 2012. In this manuscript, I discuss the introduction and use of this scale based on the results of our research.

Palliat Care Res 2016; 11(3): 910–15

Key words: the elderly, verbal communication disorders, dementia, pain assessment, observational instrument