

アルツハイマー病の病名告知に対する専門職集団の 態度に関する研究

A Study on Attitudes of Professional Caregivers and Medical staff to disclosure of Alzheimer's disease

渡邊浩文・今井幸充・北村世都

(Watanabe Hirofumi, Imai Yukimichi, Kitamura Setsu)

Abstract :

Although the diagnosis disclosure of Alzheimer's disease is very important ethical issue in dementia clinic, there are not so many studies about attitude of carers, who taking care of people of Alzheimer in their institution, toward telling the truth about diagnosis of AD.

We have developed a attitude scale by Thurstone scale and surveyed attitudes of professional carers by this scale.

There are difference between professional carers by comparison with the attitude score, correspondence analysis and cluster analysis of the result of each question item.

キーワード：認知症、告知、診断、態度尺度

Key Word : Dementia ,truth telling ,diagnosis ,disclosure ,attitude scale

I 研究背景・目的

近年の抗認知症薬の開発に伴って、アルツハイマー病（以下AD）患者本人への病名告知をどのように行うかは重要な課題となってきたといえる。また、介護保険制度に代表される契約利用方式による介護サービス利用が普及する中で、AD患者のような判断能力が低下した人々の権利擁護の話題が議論されているが、そうした権利擁護を考えていく上でも病名告知の問題は避けては通れない。介護保険制度は、利用者本人の自己決定・自己選択を尊重するサービスの提供をその理念として掲げている。しかし、実際のサービス提供現場において、どの程度、その支援にあたる専門職がそのことに意識

をくんでいるであろうか。患者本人へのADの病名告知は、患者自身がADにより生じる生活上の課題を家族・専門職らと共有しあいながら、主体的に自らの課題に取り組んでいこうとするときの最初のステップとして位置づけられるであろう。そして、医療・保健・福祉の各専門職はそれらのプロセスをどう援助していくべきかを考えていかねばなるまい。ADが患者及びその家族、地域住民らの生活に与える影響は決して小さいものではない。介護保険サービスの利用も含めた、発症後の患者本人・その家族らの生活を考えたとき、ADの診断を患者本人にどのように告知すべきか、また、告知後どのようなフォローアップを行っていくべきかは重

わたなべひろふみ：人間社会学部人間福祉学科助手

いまいゆきみち：日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科教授

きたむらせつ：日本大学大学院文学研究科大学院生

要な問題であると考え。

しかしながら、そのあり方について十分な議論がなされているとはいえない。現在、ADの病名告知に関する研究においては、告知に対する是非とその理由について尋ねたものや、告知しているかどうかについて医師に現状を尋ねたものなどがようやく散見されるようになってきたところである^{1) 3) 4) 5) 6) 8)}。したがって、あるべき告知のあり方を考えていく上で必要なエビデンスとなる研究成果の蓄積が急務であるといえよう。

さて、ADの病名告知の問題は治療をめぐる医師と患者の2者間で完結する問題ではない。発症してからの長い介護生活をめぐって、家族介護者や関わる医療・保健・福祉専門職にとっては、本人に病名が告知されているか、それを本人が自覚しているか否かは非常に大きな問題であろう。

そこで我々はこれまで行われてきたような単に告知の是非を問うようなものではなく、患者本人へのAD告知に対する人々の態度を社会的態度と位置づけ、それを測定するための態度尺度を作成することとした。また、それを用いて、専門職集団へ調査を行い、専門職集団の態度のありようについて明らかにすることとした。

II 研究の方法

尺度構成はThurstoneによる等現間隔法（以下Thurstone法）に従って行った。

まず、我々は、AD患者への病名告知や一般の病名告知に関する記事を集め、そこからADの病名告知への態度を表明する意見項目80個を作成した。次に、それぞれの意見が持つ態度の強さを決定するため、意見項目評定を高齢者とかかわる看護職・介護職らに行った。

次に分析対象の選定を行った。以下の基準に当てはまるものを分析対象から除外した。まず、欠損値が20以上ある者、そして回答値が連続10以上同じものをつけている者は除外した。また、回答者が、評定の主旨を理解せず間違っ

て除外した。算出し、これが1.5以上の人は、回答の偏差が大きいため、その回答の妥当性が低いと判断して除外した。

その後、各意見項目が、強く賛成する意見から強く反対する意見までの7段階のうちどの段階に当てはまっているかを問い、全対象者の平均値と標準偏差を算出した。そして、各平均値を小数点以下第一位で四捨五入したものを各意見項目の評価値とした。

次に意見項目の選択を行った。まず評価値の標準偏差が1.00未満の意見項目を抽出し、このうち文意の分かりやすさ・標準偏差の小さいものを考慮し、さらに選んだ意見項目の評価値が高いものから低いものまで均一にばらつくように抽出して態度尺度を構成した。

Thurstone法では、この項目評価値をもって項目得点とする。しかしながら本研究においては、尺度としての利便性を高める観点から、最終的な尺度得点の結果を計算しやすくすることを考え、各項目に1から7の整数にした評価値を割り振る手続きをとった。

次に、作成した尺度を用いて、介護職、看護師、ケアマネージャー、PT、OT、医師の専門職に対して調査を行った。調査対象は、2002年から2004年に行われた認知症に関する研修会、及び講演に参加した参加者を対象に行った。参加者に対し、研修会等の開催前にあらかじめ調査に関する目的を説明し、同意が得られた者に対して、無記名で回答を依頼し、その場で質問紙は回収した。

分析にはSPSS12.0jを使用した。得点はThurstone法に従い、各質問項目に割り当てられた点数のうち賛成されたものを加算し、それを賛成項目数で割って算出した。算出された得点は各職種毎に平均得点を出し比較を行った。また、各質問項目に「そう思う」と回答した人数と職種別の人数のクロス集計表を作成した後、(質問項目) × (職種) 行列を用いてコレスポネンス分析を行った。さらにコレスポネンス分析により算出された次元の得点に対してクラスター分析を行い、質問項目間の距離についてデンドログラムを作成した。クラスター分析は、測定方法の間隔として平方ユークリッ

表1 質問項目と得点

質問項目	平均値	項目得点
1. 医師は患者の性格にかかわらず、アルツハイマー病であればそれを伝えるほうがよい。	2.06	2
2. アルツハイマー病を患者に告知してくれる医者にかかりたい。	1.68	1
3. 患者の立場にたてば、アルツハイマー病の告知なんてできないはずだ。	6.2	7
4. アルツハイマー病の告知が普及すれば、人々の人権意識は高まるだろう。	2.03	2
5. できるだけ、アルツハイマー病患者には病名を知られないようにするべきだ。	6	7
6. アルツハイマー病の病名を患者に告知することは良いとも悪いともいえない。	4.05	4
7. アルツハイマー病の病名告知は医師の判断にまかせるべきである。	3.97	4
8. アルツハイマー病の患者に、病名を告知することは許せない行為である。	6.61	7
9. 自分がアルツハイマー病であることを知らされたら、その後の人生設計を残しておきたい。	2.07	2
10. 患者本人にアルツハイマー病の告知をしたら、介護は大変になるだろう。	5.11	5
11. アルツハイマー病の告知について考えても、良いか、悪いか決めることはできないと思う。	4.05	4
12. 患者にアルツハイマー病だと教えてしまったら、立ち直れないと思う。	5.71	6
13. アルツハイマー病であることを、患者の家族が知っていれば患者に知らせる必要はない。	5.09	5
14. アルツハイマー病の病名を患者本人に告げても、特にメリットはないと思う。	4.86	5
15. アルツハイマー病の告知は、患者にとって必要なことである。	1.96	2
16. アルツハイマー病患者には自分の病名を知る権利がある。	1.74	1
17. 患者の年齢が若ければ、アルツハイマー病であることを告知すべきだろう。	2.66	3
18. 性格的に自分がアルツハイマー病であることを受容できる患者もいると思う。	2.75	3
19. 今後の介護のことを考えれば、患者が病名を知っておいたほうがよい。	2.61	3
20. 患者自身が自分の人生を決める権利があるのだから、アルツハイマー病の告知を本人に行うべきである。	1.67	1
21. 治らない病気なら、アルツハイマー病患者に病名を伝える必要はない。	5.69	6
22. アルツハイマー病の本人への告知の是非は一概には決めることはできない。	3.93	4
23. 患者本人が、自分がアルツハイマー病であることを知らないでいることもひとつの幸せだと思う。	5.13	5
24. 患者にはアルツハイマー病であることを伏せて、平穩に生活できるようにすることが大切だ。	5.71	6
25. アルツハイマー病であることを患者に伝えたほうがいい。	2.08	2
26. あまり伝えたくないが、アルツハイマー病であれば本人に病名を伝えなくてはいけないと思う。	3.04	3

平均値は、回答者が項目に対して回答した数値の平均値、同じく項目得点は、最終的に各質問項目に割り当てられた点数を示している。

表2 調査対象の尺度得点に関する基礎統計

平均値	3.08
標準偏差	0.72
中央値	3
最頻値	3
分散	0.522
範囲	5.5
最小値	0.2
最大値	5.7

尺度得点は、「そう思う」と回答した項目に割り当てられた項目得点を加算したものを、その数で割った平均値。

ド距離、クラスター化の方法としてWard法を用いた。

Ⅲ 結果

意見項目評定は238名の高齢者とかかわる看護職・介護職らに行った。有効回答数は208名であった。項目選定の対象となった集団は、平均年齢が35.55歳、性別は、男性が7名、女性が192名、無回答が9名であった（SD=11.57、MAX=68.00、MIN=19.00）。職種の内訳は介護職17人（8.17%）、看護職173人（83.17%）、ケアマネージャー2名（0.96%）、その他6人（2.88%）、無回答10名（4.81%）であった。

項目選定の結果、全80項目より評価値標準偏差が1.00未満の項目が52項目抽出された。これらより文意のわかりやすさ・標準偏差の小さいものなどを考慮して評価値が高いものから低いものまで均一にばらつくように抽出し、最終的に26項目からなる尺度とした。

項目の評価値を整数値に割りなおすために、後段の調査結果において平均値を用いて集計された得点結果と、1から7の評価値に割り振りなおして集計された結果との相関を見た結果、両者が高い相関を示すことを確認した（pearsonの相関係数=0.767）。そのため、整数での評価値の妥当性はあると考え、それらを用いて測定を行うこととした。作成された項目と、その評価値は表1に示した。

表3 職種ごと尺度得点の平均値と標準偏差

	N (%)	平均値	標準偏差
介護職	155 (35.8)	3.26	0.73
看護職	99 (22.86)	3.02	0.76
ケアマネージャー	28 (6.47)	3.14	0.67
PT	21 (4.85)	2.82	0.66
OT	15 (3.46)	2.67	0.52
医師	115 (26.56)	2.97	0.67

N=人数, PT=理学療法士, OT=作業療法士

また、専門職集団への調査の結果、介護職、医師らの専門職より、697人の回答を得た。そのうち、欠損値のない項目得点の集計が可能な433人を分析対象とした。算出された得点の基礎統計を表2、各職種毎に平均得点及び標準偏差をマトリクスにしたものを表3に示した。

また、職種と質問項目についてのクロス集計表は表4に、コレスポネンス分析の結果出された布置図は職種・質問項目の同時に布置したものを図1に示した。また、分析の結果算出された次元の得点については表6に示した。クラスター分析の結果算出されたデンドログラムは図2に示した。

Ⅳ 考察

1. 尺度の作成

本研究は、まず、ADの患者本人への病名告知に対する態度を測定するための尺度の作成を試みた。

尺度作成は、尺度構成法としてThurstone法を用いた。今回の尺度作成にあたり、Thurstone法を選択した理由として、回答者の心的負荷が少なくすむということが挙げられる。本テーマについて問うことは、心理的負荷が伴う作業であると考えられる。このような質問項目を5件法などで問う場合、回答者は判定に際し判定に迷い、いい加減な回答をしたり、決めかねて「どちらともいえない」といった特定

表4 (質問項目) × (職種) 行列クロス集計表

	行和 ↓	介護職	看護職	ケアマネ ージャー	PT	OT	医師
列和→	5482	1997	1223	342	267	194	1459
1	150	46	33	8	9	5	49
2	295	93	68	22	16	13	83
3	77	45	11	6	3	1	11
4	283	100	59	22	15	10	77
5	71	40	13	5	2	0	11
6	339	124	78	22	14	11	90
7	130	56	32	7	5	1	29
8	28	17	2	3	0	0	6
9	387	136	88	27	19	15	102
10	81	33	20	2	2	3	21
11	343	124	78	22	15	12	92
12	51	27	9	6	1	0	8
13	70	37	15	3	2	1	12
14	70	28	17	4	4	1	16
15	267	82	63	15	15	13	79
16	365	124	78	24	20	15	104
17	248	81	62	16	13	9	67
18	411	142	96	27	20	15	111
19	310	126	61	10	15	14	84
20	266	89	59	14	16	12	76
21	44	19	11	6	0	0	8
22	372	133	85	24	17	13	100
23	295	103	68	21	15	9	79
24	120	56	27	7	4	3	23
25	210	65	49	11	13	10	62
26	199	71	41	8	12	8	59

表5 コレスポネンス分析

次元	特異値	固有値	カイ2乗	有意確率	寄与率	
					説明	累積
1	.131	.017			.712	.712
2	.063	.004			.165	.876
3	.042	.002			.072	.948
4	.026	.001			.028	.976
5	.024	.001			.024	1.000
要約合計		.024	133.116	.293 (a)	1.000	1.000

a 自由度125

表6 コレスポネンス分析より算出された次元の得点

質問項目	次元の得点	
	1	2
1	-.379	-.046
2	-.253	.232
3	1.286	-.231
4	-.027	.201
5	1.248	-.137
6	.047	.075
7	.479	-.051
8	1.511	.113
9	-.048	.124
10	.151	-.534
11	.004	.050
12	1.245	.605
13	.938	-.467
14	.270	-.017
15	-.384	-.030
16	-.166	.036
17	-.174	.148
18	-.082	.100
19	.049	-.611
20	-.255	-.153
21	.894	1.246
22	-.017	.062
23	-.027	.188
24	.623	-.164
25	-.392	-.100
26	-.187	-.386

質問項目の数字は、尺度を構成する質問項目の番号（表1を参照）

の項目に回答が集中し、分散が小さくなるなどの問題が生じることが考えられる。Thurstone法による回答方法は、質問項目に対して回答者が自分の意見に近いものを選択していく方法であり、このような回答者の心理的負荷が軽減されることが考えられる。

また、尺度項目の評価にあたり、主に看護職に依頼することとなった。項目評価は、問われている事象（ここではADの病名告知）について、ある程度知識を持っている者に行ってもら

なければ、正確な評価はできないと考えられる。ADの告知は先述したように誰もが容易に想像しうる事柄ではないと考えられる。ある程度想像可能な者として本尺度においては、主に看護職に評価を依頼した。

最終的に選出された質問項目をみると、評価値の低い質問項目に『アルツハイマー病を患者に告知してくれる医者にかかりたい』といった、告知に対し肯定的な態度を示す質問項目が選出されている。逆に評価値の高い質問項目には、『患者の立場にたてば、アルツハイマー病の告知なんてできないはずだ』という項目が選出されている。また、評価値が中間くらいの質問項目には、『アルツハイマー病の病名告知は医師の判断に任せるべきである』といった、肯定、否定どちらともつかない態度を示す項目が選出されている。この質問項目に対し、賛成か、反対かの2件法で回答してもらう。そして、上述したように、得点の集計は、賛成した項目評価値を加算していき、その項目数で割る、つまり平均値をとって個々の尺度得点を出していくこととなる。したがって、告知に対し積極的な態度を有する被験者は、その尺度得点は低くなり、告知に対して消極的な被験者ほど尺度得点は高くなると考えられる。

本尺度における、妥当性及び信頼性についてであるが、妥当性のうち、基準関連妥当性の検証を行うためには、測定指標として適切だと思われる外的基準との相関を検討することになる。現在のところ、ADの病名告知に対する態度という概念を測定する尺度の外的基準となるような妥当性、信頼性の高い既存の尺度の設定は困難であると考えられる。したがって、本尺度においては、基準関連妥当性を補う尺度構成法の一つであるThurstone法を用いることにより配慮を行うこととした。Thurstone法による尺度作成は、外的基準尺度がない場合に妥当性の高い項目によって尺度を構成しようとして考案されてきた尺度構成法の一つであるとされている。²⁾なお、信頼性については、今後の課題として、再テスト法などを用いた検証などを行っていかねばならないと考える。

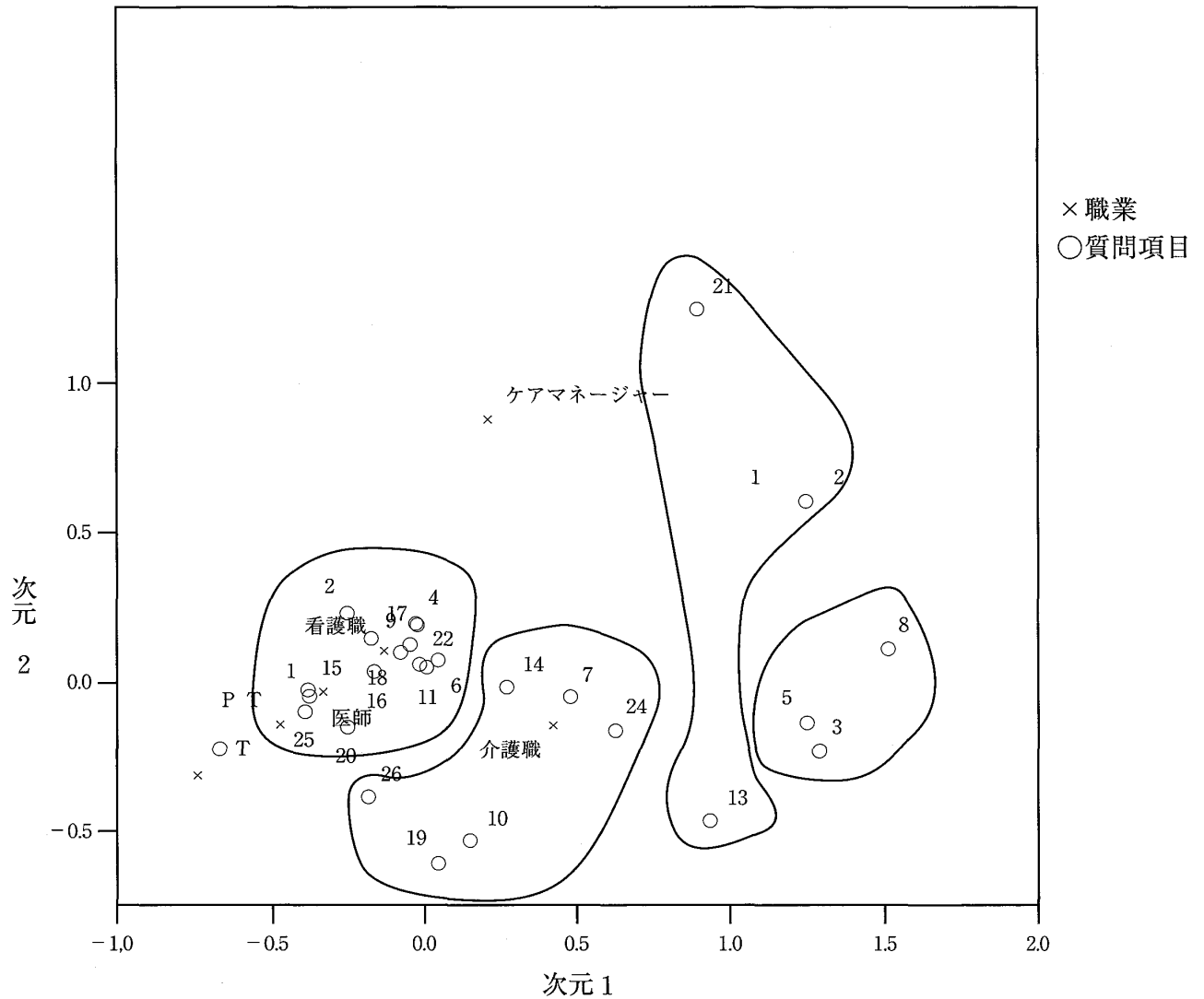


図1 質問項目と職種の関係（同時布置図）

図の中の囲いは、クラスター分析の結果分けられた質問項目のクラスターを示している。

2. 専門職集団への調査

本研究の調査対象となった、各職種の態度得点の平均値をみると、介護職が最も高く、OTが最も低い結果となった。したがって、態度得点の状況から、本研究における調査対象では、介護職が最も告知に否定的な態度を示していることが示された。反対に、医師、PT、OTは肯定的な態度を示す集団であることが示された。また、標準偏差をみると、看護職が最も高く、OTが最も低い結果となっており、看護職、介護職は比較の様々な態度を示す集団であることが示された。反対に医師、PT、OTは、介護職、看護職に比べ、態度の一貫性が認められた。また、集団全体の結果からみても、介護職は平均

より、告知に否定的な態度を示しており、医師、PT、OTは肯定的な態度を示しているといえる。

クラスター分析の結果、質問項目に関しては4クラスターを最も解釈しやすいものとして採用した。第1のクラスターを構成する質問項目は、1、2、4、6、9、11、15、16、17、18、20、22、23、25であった。第2のクラスターを構成する質問項目は、7、24、14、10、19、26であった。第3のクラスターは、3、5、8、13の質問項目から構成された。第4のクラスターは12、21の質問項目から構成された。各質問項目に与えられた評価値の1から3点までを賛成よりの態度を示す項目、4点を中間の態度を

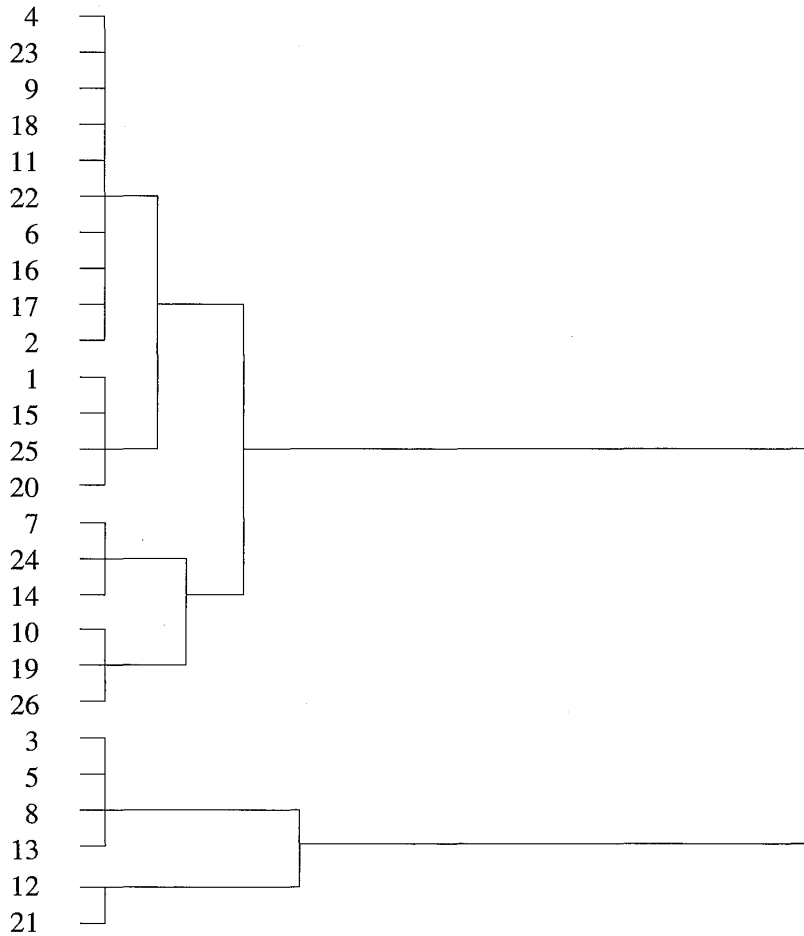


図2 質問項目に関するデンドログラム

デンドログラム中の数字は、尺度を構成する質問項目の番号（表1を参照）

示す項目、5から7点を反対の態度を示す項目とすると、第1のクラスターを構成する項目は、評価値が賛成よりの質問項目が10項目、中間的な態度を示す項目が3項目、反対の態度を示す項目が1項目と、賛成よりの全質問項目12項目のうち10項目が含まれるという結果になった。このことからこのクラスターを「患者本人への病名告知への肯定的態度」とした。第2のクラスターは7『アルツハイマー病の病名告知は医師の判断に任せるべきである』、24『患者にはアルツハイマー病であることを伏せて、平穏に生活できるようにすることが大切だ。』、14『アルツハイマー病の病名を患者本人に告げても、特にメリットはないと思う。』、10『患者本人にアルツハイマー病の告知をしたら、介護は大変になるだろう』、19『今後の介護のことを考えれば、患者が病名を知っておいたほうがいい。』、26『あまり伝えたくはないが、アルツハイマー

病であれば本人に病名を伝えなくてはいけないと思う。』の項目から構成されている。その内容をみると、10、19、24では告知後の介護生活に着目した意見がみられる。そのうち10、19は、告知後の介護という同様の内容に対して賛否両極端の意見が同クラスターに属する形となっている。それ以外の構成項目も、項目得点をみると告知に対して極端な賛否の態度を示しているものはない。このことから、このクラスターは、告知をすべきか否かという原則的な議論よりも、告知後の個々の生活のありようから告知をすべきであったか否かを判断するという態度として解釈できる。したがって「告知後の生活を判断基準とする態度」とした。第3のクラスターはクラスターを構成する項目の4つの内3つが、最も反対の態度を示す項目から構成されている。従ってこのクラスターを「強い否定的態度」とした。第4のクラスターは、12『患者

にアルツハイマー病だと教えてしまったら、立ち直れないと思う。』21『治らない病気なら、アルツハイマー病患者に病名を伝える必要はない。』という項目内容から、パターンリスティックな態度を示すクラスターとして「父権的態度」とした。

尺度得点の比較から、介護職は、医師・PT・OTに比較して、ADの病名告知に対して否定的な態度を示す職種であることが示唆された。コレスポネンス分析により算出された布置図をみると、看護師、医師、PT、OTらの付近には「患者本人への病名告知への肯定的態度」のクラスターが付置されている。また、介護職の付近には「告知後の生活を判断基準とする態度」クラスターが布置された。付置された質問項目、職種の状況から、次元1は、告知に対する賛否の態度を示していると考えられる。したがって医師らと介護職の位置関係、また、付近にあるクラスターを構成する質問項目の項目得点の状況を踏まえても、介護職は医師ら比較して、病名告知に対して否定的な態度を示している職種であることが確認できる。しかしながら、介護職の付近に付置されたクラスターをみると、医師らの集団と比較して、はじめに「すべき」「すべきでない」ありきではなく、その患者の状況を踏まえた上で病名告知の是非を考えたいというより柔軟な態度を示していることも示唆された。

V 今後の課題

本研究の結果から、ADの患者本人への病名告知に対する専門職の態度には差があることが示唆された。今後は、尺度の信頼性・妥当性の検証を行っていくとともに、専門職集団への調査に対してはサンプリングの方法を検討しなおすなどの修正を行い、本研究から得た示唆を実証的に確認していく必要があると考える。さらに、専門職間の態度の差の解釈については、例えば、被験者の受けた教育期間や、認知症に対するイメージや意識といった、関連するであろう変数と同時に調査を行い、態度尺度の得点との関係性を探っていくことで、専門職集団ごとの態度の差の意味をより具体的に分析していく

ことができるようになると思う。それによって、専門職養成のあり方についても新たな知見が得られるのではないかと考える。

参考文献

- 1) 今井幸充,杉山美香,北村世都:アルツハイマー病告知の現状と問題点.老年精神医学雑誌・第11(11),1225-1232(2000)
- 2) 今井慶一郎、大淵憲一:質問紙調査法,高橋順一、渡辺文夫、大淵憲一 編「人間研究法ハンドブック」,ナカニシヤ出版,京都 pp.149-170,(1998)
- 3) Johnson H, Bouman WP, Pinner G:On telling the truth in Alzheimer's disease ; A pilot study of current practice and attitudes. Int Psychogeriatr, 12:221-229 (2000)
- 4) 杉山美香,矢富直美,宇良千秋,本間昭:痴呆高齢者家族の痴呆に対する態度.日本痴呆ケア学会誌,2(2),pp.140-149(2003)
- 5) Holroyd S, Snustad DG, Chalifoux ZL : Attitudes of older adults' on being told the diagnosis of Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc,44,400-403 (1996)
- 6) Barnes, RC .Telling the diagnosis to patients with Alzheimer's disease, BMJ314, 375 (1997)
- 7) Maguire CP, Kirby M, Coen R, Coakley D, et al.: Family members' attitudes toward telling the patient with Alzheimer's disease their diagnosis. BMJ, 313,529-530 (1996)
- 8) 山下真理子,小林敏子,藤野久美子:アルツハイマー病の病名告知に関する健常成人の意識調査.老年精神医学雑誌,13(12),1433-1445(2002)