

医療機関に求められる機能と役割 —認知症者およびその家族のニーズに関する文献的検討—

倉本亜優未* 杉山京** 仲井達哉*** 桐野匡史**** 神部智司*****
広瀬美千代***** 竹本与志人****

本研究では、認知症者とその家族の視点から医療機関および従事する専門職に求められる機能や役割を明らかにすることを目的とし、医療機関に対する認知症者とその家族のニーズについて記載された文献の内容の整理・統合を行った。文献の収集は、医学中央雑誌 Web 版等の検索システムを用い、「認知症」「医療機関」「思い」等の 26 語を組み合わせて行った。設定した 3 つの選定基準に該当した 7 編の文献を基に分析を行った結果、認知症者とその家族のニーズは、【医療機関の診療体制】【医師の能力・知識】【医師の態度・姿勢】【医療スタッフの支援体制】【医療と福祉の連携】【認知症医療の現状と課題】の 6 つのコア・カテゴリーに類型化された。今後は、本研究で確認された医療機関に対する認知症者とその家族のニーズが母集団を反映したものであるか否かを確認することが課題である。

キーワード：認知症、医療機関、ニーズ、文献的検討

I. 緒言

超高齢社会を迎えたわが国において、認知症予備軍といわれる軽度認知障害者を含めた認知症有病者数は約 862 万人に達すると推計され¹⁾、今後さらなる増加が予測されている。このような状況の下、わが国の認知症対応関連施策は「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指し、危機状況への事後的対応のみならず危機状況の発生を防ぐ早期・事前的対応から取り組むよう拡大転換されてきている。先行研究によると、認知症が疑われる高齢者（以下、当事者）の早期発見・早期受診により初期段階において適切な治療・ケアを開始することが可能となれば、症状の軽減ならびに進行を抑制し、認知症者とその家族の生活の質を維持・向上させるのみならず医療経済面においても大きく貢献できることが示されており^{2,8)}、早期受診の実現が重要であることに疑いの余地はない。

しかしながら、現状では早期対応の遅れから認知症症状が悪化し、行動・心理症状等の発生後に医療機関の受診に至っている事例が散見されるなど、課題を有している。早期対応が遅れる要因としては、当事者の病識の欠如や家族と当事者の心理的距離の近さ、認知症に対する知識不足などから、当事者やその家族が受診・受療の必要性を受け入れることが困難であることが指摘されている⁹⁻¹⁴⁾。

当事者やその家族にとって、受診は人生を好転させる機会にもなり得る。この岐路に関わる専門職や非専門職には各々の立場に応じた機能と役割が求められることをふまえた竹本¹⁵⁾の研究では、当事者が初期段階で早期に認知症専門医療機関での受診が可能となる当事者主体の専門職・非専門職による連携の理論モデルが提唱されている。この連携モデルで提示されている専門職・非専門職の援助行動に関する研究には、民生委員・福祉委員、地域包括支援センターの専門職を対象とした実証研究がある。

* 岡山県立大学大学院 保健福祉学研究科

** 日本福祉大学 福祉経営学部

*** 川崎医療福祉大学 医療福祉学部

**** 岡山県立大学 保健福祉学部

***** 大阪大谷大学 人間社会学部

***** 大阪市立大学大学院 文学研究科

〒719-1197 岡山県総社市窪木111

〒470-3295 愛知県知多郡美浜町奥田

〒701-0193 岡山県倉敷市松島288

〒719-1197 岡山県総社市窪木111

〒584-8540 大阪府富田林市錦織北3-11-1

〒558-8585 大阪市住吉区杉本3-3-138

民生委員・福祉委員を対象とした研究では、認知症に対する負のイメージの改善によって受診を促進する意向が高まることが確認されており¹⁶⁾、地域包括支援センターの専門職を対象とした研究では、認知症専門医療機関との連携実践におけるあるべき姿を体現している専門職が6割にとどまっていたことが報告されている¹⁷⁾。他方、介護支援専門員を対象とした研究においては、「説得がむずかしい」「加齢によるもの忘れ」等を理由に早期受診を遅延させる可能性があることが指摘されている¹⁸⁾。しかしながら、これまでの研究は受診の促進を目的とした認知症者やその家族に対する医療機関外の専門職の支援に焦点化されている。早期受診の実現には医療機関側の診療体制等も重要になると考えられるが、これに着目した研究は見当たらない。

そこで、本研究ではまず認知症者とその家族の視点から医療機関および従事する専門職に求められる機能や役割を明らかにすることを目的として、医療機関に対する認知症者とその家族のニーズについて記載された文献内容の整理・統合を行うこととした。

II. 研究方法

1. 「医療機関」の定義

本研究での医療機関とは、医療法1条の2第2項に基づく医療提供施設（病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設）のうち、認知症の診療を担当する病院ならびに診療所とした。

2. 文献の収集方法

文献検索は、医学中央雑誌 Web 版、Google 等の検索システムを用いて2018年6月～同年7月に行った。検索用語は‘認知症’‘医療機関’‘病院’‘認知症疾患医療センター’‘受診’‘診断’‘鑑別’‘専門’‘連携’‘ソーシャルワーク’‘家族’‘視点’‘語り’‘思い’‘心理’‘心情’‘満足’‘感謝’‘期待’‘願い’‘不安’‘困難’‘不満’‘不十分’‘調査’‘実態’の26語とし、これらの用語を組み合わせた。文献の選定に関する包含基準は、①国内の文献であり、②本文に医療機関に対する認知症者とその家族のニーズが記載されていることとした。一方で、除外基準は会議録であることとし、以上3つの基準に該当する文献を分析対象とした。

なお、国内の文献に限定した理由は、国外の文献では医療保険制度や社会情勢等の差異を考慮する必

要性があり、得られた記述をそのまま援用し難いためである。

以上における文献の収集方法はメタスタディの方法論¹⁹⁾を参考にした。

3. 分析方法

分析方法は、メタスタディの方法論¹⁹⁾および定性的コーディング^{20,21)}を参考に次の手順を採った。まず当該分析対象文献から、医療機関に対する認知症者とその家族のニーズが記載されている部分を取り出し、データとした。次いで、それらを意味内容の類似性により分類整理しコードおよびカテゴリーを生成し、カテゴリー間において類似の内容が確認できなくなるまで統合することによりコア・カテゴリーを生成した。

また、分析ではデータをコードに集約したが、その解釈の可能性をデータで確認する作業を繰り返すなど、データ解釈の厳密性とその妥当性の要請に応えた。さらに、コード同士、コードとカテゴリー、カテゴリー同士、カテゴリーとコア・カテゴリー、コア・カテゴリー同士についても比較分析の作業を継続した。加えて、医療ソーシャルワーカーとしての臨床経験を有する大学教員の協力を得てカテゴリの過程と結果の確認を重ね、分析内容の妥当性を確保した。

4. 倫理的配慮

公表されている文献を分析対象とし、倫理的侵害はないことを確認した。また、当該文献の記載内容を記述する際には、個人名や機関名等が特定されないように配慮した。分析にあたっては、著者が用いる文章をそのまま引用したが、これらの手順を採ることによって文献の主旨や意図が損なわれる場合には、それらを正確に反映する表現に整えた。

III. 研究結果

文献検索および設定した3つの基準に該当した7編の文献^{12, 22-27)}を分析対象とした(表1)。分析対象文献から115のデータが得られ、認知症者とその家族のニーズの主体や内容の類似性によって整理したところ、13コード、20カテゴリー、6コア・カテゴリーに分類された(表2)。なお、分析対象文献における診療場面は、発症から現在に至るまでの診療に関する内容²³⁾、認知症であると診断した医療機

表1 分析対象文献の詳細

文献番号	対象者	対象者数	調査期間	診療場面
12	認知症高齢者を抱える家族と、認知症高齢者の介護や治療にかかわる医療・介護関係従事者	6	記載なし	記載なし
22	平成25年11月15日から平成26年2月末日までに「若年性認知症がいる」と回答した医療機関・事務所から報告があった人および「認知症の人と家族の会沖縄県支部準備会」把握の若年性認知症の家族介護者のうち3月初旬時点で調査票未到着であった人	499	平成25年12月20日～平成26年3月15日	記載なし
23	若年性認知症の本人(青森県内の医療機関、介護保険・障害福祉サービス等事業所を平成24年4月1日から平成25年3月31日までの1年間に利用した人)・家族・介護者	628	平成25年10月中旬～同年12月下旬	発症から現在に至るまでの診療に関する内容
24	認知症の人とその家族(認知症の人と家族の会の会員)で、介護経験5年以内程度の介護家族	465	平成25年9月1日～同年10月31日	認知症の診断(確定診断とは限らない)後の経験に関する内容
25	若年認知症の本人(家族)	335	記載なし	発症から現在に至るまでの診療に関する内容
26	若年性認知症の人がいると回答した医療機関、在宅系事務所、施設・居住系事業所のうち重複を除く対象者および北海道若年認知症の人と家族会会員の内、同意書の提出があった世帯	25	平成24年11月～同年12月	記載なし
27	認知症の人の介護経験のある家族(介護を終えて3年以内の家族を含む)	399	平成22年9月～同年11月	認知症であると診断した医療機関に関する内容および日ごろの診療場面に関する内容

※各文献の記載内容に基づいて作成した。

関に関する内容²⁷⁾、認知症の診断(確定診断とは限らない)後の経験に関する内容²⁴⁾、日ごろの診療場面に関する内容²⁷⁾が混在していた。3編の文献^{12, 22, 26)}においては、具体的な診療場面について記載されていなかった。以下、【 】内をコア・カテゴリ、《 》内をカテゴリ、[]内をコードとして示す。

【医療機関の診療体制】は、《予約から受診までの待機期間》《診察に掛ける時間》《担当医の責任体制》《多専門職による診療》《医療機器の十分な整備》《治療の円滑な開始》で構成されており、診療に至るまでの期間や診察時間、医療機器の整備状況をはじめとする医療機関における診療体制に関する内容であった。

【医師の能力・知識】は、《医師の認知症に関する知識や経験》に属する[医師の認知症に関する知識の程度][診断名がつくまでの期間]と《処方された治療薬の信頼性》で構成され、医師の認知症医療に関する能力や知識についての内容であった。

【医師の態度・姿勢】は、最も多くのデータから成るコア・カテゴリであり、医師の認知症者とその家族に対する態度や姿勢に関する内容であった。《十分な診療内容と診断》《医師のインフォームド・

コンセントの質》《医師の診療場面における態度》《医師の医療連携に対する意識》の4カテゴリとそれらに属する11コードで構成されていた。

【医療スタッフの支援体制】は、《認知症への受容の姿勢》《福祉的情報支援》《認知症者とその家族への精神的ケア》《医療スタッフの相談体制》から成り、認知症者とその家族に対する医療スタッフの受容姿勢や相談支援体制に関する内容であった。

【医療と福祉の連携】は、医療・介護・福祉の連携に関する内容であり、《医療と福祉系専門職の連携》《医療と介護の連携》の2カテゴリで構成されていた。

【認知症医療の現状と課題】は、《認知症に理解のある医師の偏在》《高い画像診断料》で構成されており、認知症者とその家族が認知症医療において難渋している現状に関する内容であった。

IV. 考察

本研究では、認知症者とその家族の視点から医療機関および従事する専門職に求められる機能や役割を明らかにすることを目的に、医療機関に対する認知症者とその家族のニーズについて記載された文献内容を整理・統合した。その結果、認知症者とその

表2 医療機関に対する認知症者とその家族のニーズの類型化

データの一部	コード	カテゴリー	コア・カテゴリー
相談してから予約、受診までの期間が長い。(25, I)	予約から受診までの待機期間		
よく言われる2時間待ちの3分診療で、毎回おさなりの対応で終わり。(27, II)	診療に掛ける時間		
担当医が何回も変わり、お座なりに接されているように感じる。(27, II)	担当医の責任体制		医療機関の診療体制
診療時間が短くて、十分に医師と話ができない。医師だけでは情報を得られない場合もある。診療もチーム制として医師・看護師・ケースワーカー・薬剤師などに対応してほしい。(27, II)	多専門職による診療		
最新の技術、整備で対応して頂いた。(27, II)	医療機器の十分な整備		
初診の時に、血液検査等すべての検査をして、アルツハイマーと診断ができたので、アリセプトの服用がすぐに始められた。(27, II)	治療の円滑な開始		
認知症に対する知識があまりないのではないかと不安。(27, II)	医師の認知症に関する知識の程度	医師の認知症に関する知識や経験	医師の能力・知識
平成11年に受診してから、精神・認知症の専門病院への入院を回行い、平成20年にアルコール性の認知症と診断されるまでの期間が長く、家族の苦勞・戸惑いをなかなか周囲に理解してもらえなかった。(25, I)	診断名がつくまでの期間	処方された治療薬の種類性	
薬が適切な心配だった。(22)	処方された治療薬の種類性		
認知症であるかもしれないという診断(テストの結果)なので、自分でも自覚症状がなく、どのあたりが老年性認知症なのか少し詳しく診断していただきたい。(25, I)	十分な診療内容と診断		
いろいろな検査した結果、アルツハイマーではないと医師から言われていたが、診断書にはアルツハイマーと書かれていた。一体どういうことなのだろうと思った。(27, II)	医師の説明の一貫性		
脳24Tをとるよう指示され、画像診断の結果をいかに説明して下さった。長谷川式スケール他のテストを複数回実施し、なおそれぞれに家族として立ち合いも見てきた時間をおかけくださり感謝して頂いたので、満足している。(27, II)	医師の丁寧な説明	医師のインフォーマット・コメントの質	
分かりやすい説明と情報を求め、症状、これから先のこと、薬のこと。(26)	医師による説明や助言、情報提供の必要性		
担当医がとても良い先生で、主人にやさしく接して下さり、自信をなくし苦しんでいる主人に話しかける内容が素晴らしい。(27, II)	医師の親身な姿勢		
今でも胸に落ちないのはお目目の病院で、諸症状を訴えだにも聞かず、「頑張りましょうね」と薬を処方するだけ。最初の頃は症状を言おうとすると「関係ないこととは言わないでください」と言葉遣いを悪くされた。アルツハイマーだと薬を処方、増量しながら下痢をして受診をしたが、また元の重に戻しただけ。本当は、その時点で病名の違いが気づくのです。ただ、鼻をささげただけでなく、もう少し患者・家族の話に耳を傾けて欲しいと感じました。(23, I)	認知症者とその家族の話の傾聴		
最終段階まで(死を迎えるまで)預りごとの相談に乗ってくれて、安心した日々を過ごせた。(27, II)	家族の相談への対応力		
本人に対して、「15年で何も分からなくなると、8年で寝たきり、10年の余命です」と言われた。本人の精神的負担が非常に大きかった。(24, II)	医師の発言の妥当性		
かかりつけ医の専門医紹介に不満。(24, II)	かかりつけ医の専門医紹介		
セカンドオピニオンにも気持ちよく紹介状を書いて下さいました。(27, II)	セカンドオピニオンへの対応		
認知症専門医と連携しながら本人をかかりつけ医のところまで、つなげていける体制が必要だと思います。専門医のいるような大きな病院へ定期的に連れて行くこと自体、段々困難になってきます。本人の症状のようや運行によつては、近く、あるいは施設の担当医などにすぐみくらうことができないです。(27, III)	専門医とかかりつけ医の連携		
水いりワナで、大学病院で診療を受けていたのに、診療科と関係がないといえ、もう少し早い段階で神経内科や精神科への受診を勧めて頂けなかったものかと思いましたが、疾患の専門分野が細分化されているが患者側は多種疾患の知識を持っていないわけではない。(27, III)	診療科間の連携		
一部が医療機関で離見などがあった。(23, I)	認知症への受容の姿勢		
障害年金申請、各制度・サービスの説明はほとんど無かったので、利用できる制度、サービス等を教えてもらえればすごく助かったと思う。(23, I)	福祉的情報支援		
診察初期に本人、家族の精神的ケアをすする体制が少ない。(24, II)	認知症者とその家族への精神的ケア		医療スタッフの支援体制
2~3か月に1度の診察日に先生との会話は10分位です。いろいろ伺いたいことがあっても、終わってしまいます。介護さんでもないのですが、別室でも相談や話を聞いていただける機会があると、ありがたいと思います。(27, III)	医療スタッフの相談体制		
医療と介護の連携を強く望みます。対象は同一人物一人なので、例えば、退院時の介護施設への紹介、説明等、主治医が直接行うべきです。文章やケアマネジャーを介しては、微妙な症状・行動(225)など正確には伝わりませんが、主治医・担当看護師、ソーシャルワーカーが介護士・ケアマネジャーと連携するシステムが必要ではないでしょうか。この時点での不連携が家族にとっては、一番不安でした。(27, III)	医療と福祉系専門職の連携		医療と福祉の連携
医療機関では、介護施設の事や介護の話などは、ほとんど聞かなくて、介護については自分で調べているか、とても不安である。(27, III)	医療と介護の連携		
話しやすくて理解ある方の病院は本人で予約とりにくく、数時間待ちで、遠方だったので日頃通った病院にできなかった。父も私も仕事があり、そぐわないため、うつや認知症と理解のある医師が担当にもあると良いと感じる。(23, I)	認知症に理解のある医師の備在		
画像診断料が高いため、定期的にみてもらえないので、頭の中がどのように進んでいくのか、とても不安である。(26)	高い画像診断料		認知症医療の現状と課題

※()内のアルファベット(22-27)は文献番号を示し、ローマ数字(I~III)は各データの診療場面に示す(I : 発症から現在に至るまでの診療に関する内容、 II : 認知症であると診断した医療機関に関する内容、 III : 認知症と関係のない)後の経緯に関する内容、 III : 日ごろの診療場面にに関する内容。なお、文献に診療場面の記載が見られなかった場合は記していない。

家族のニーズは、【医療機関の診療体制】【医師の能力・知識】【医師の態度・姿勢】【医療スタッフの支援体制】【医療と福祉の連携】【認知症医療の現状と課題】に類型化された。

特に、医師に関する内容である【医師の能力・知識】【医師の態度・姿勢】の占める割合が高く、認知症者とその家族が医師に対する多くの要望を持っていることが明らかとなった。慢性疾患患者を対象とした先行研究では、医師の診療姿勢やサポートの様相、関係性が患者の心理面へ作用することが確認されている²⁸⁻³⁰⁾。本研究において抽出された《十分な診療内容と診断》《医師のインフォームド・コンセントの質》《医師の診療場面における態度》は、医師の診療姿勢に関する内容であり、先行研究と同様に認知症者とその家族においても医師に対して受容的な診療姿勢や情緒的サポートを求めていると考えられた。しかしながら、実際の診療場面では、認知症者とその家族が治療方法等に関する説明が不十分であることに対する不満²⁷⁾や治療薬に関する不安²²⁾を抱えていることが確認された。この背景には、医師の高い専門知識ゆえに検査や治療法の選択において医師の裁量権が優先されることが多い医療現場の現状³¹⁾があり、認知症者の診療においても同様であったと考えられる。また、診察では患者の期待する時間を確保することが患者の満足につながると報告されているが³²⁾、現実的にはその期待に応じることができず認知症者とその家族が診療時間の短さに不満を有していることが確認された²⁷⁾。以上のことから、医師は認知症者とその家族の話を十分に傾聴し、インフォームド・コンセントの質の向上に努めていく必要があると示唆された。加えてこのような状況に対しては、医療ソーシャルワーカーや看護師等の専門職が仲介者となって認知症者とその家族の訴えを傾聴し、その内容を医師に代弁することも有効であると考えられる。そして、「診察時間が短くて、十分に医師と話ができない。医師だけでは情報を得られない場合もあるので、診療もチーム制として医師・看護師・ケースワーカー・薬剤師などで対応してほしい」²⁷⁾といった《多専門職による診療》に関するニーズにも応える必要がある。

また、本研究の結果カテゴライズされた《福祉的情報支援》《認知症者とその家族への精神的ケア》《医療スタッフの相談体制》《医療と福祉系専門職の連携》《医療と介護の連携》に関する内容から、認知症

者とその家族が医療機関に対してソーシャルワーク機能に関する期待を有している側面も明らかとなった。認知症に罹患すると、認知機能が持続的に低下し日常生活や社会生活に支障を来すことから、生活環境の調整が必要不可欠である。そのため、認知症者とその家族は療養生活や介護の不安に対する助言等を求めるものと考えられる。また、先行研究では、認知症診断後における家族のソーシャルサポートの獲得は、認知症介護に向き合い、生活を円滑に送るための介護量の調整を行うことが可能となる起点になり得ることが明らかとなっており³³⁾、介護の負担やストレス等の軽減に寄与するソーシャルサポートの重要性が示されている。そのため医療機関に従事する専門職は、《福祉的情報支援》等の情報支援や《認知症者とその家族への精神的ケア》等の情緒的サポートをはじめとするソーシャルサポートを提供できるよう、《医療スタッフの相談体制》を整えておく必要がある。さらに、認知症者とその家族に対する支援には多職種による連携も欠かせないため、日ごろから介護や福祉に関する機関・専門職と密接な関係を築いておくことが求められる。

一方で、早期受診の実現に向けて、認知症者とその家族の視点から医療機関に求められる機能や役割に着目すると、予約から受診までの待機期間を短縮させ早期対応を実現させることやかかりつけ医が迅速に認知症専門医につなげること、認知症に理解のある医師の偏在を解消することが必要であることが示された。予約から受診までの待機期間が長期化している背景には、認知症専門医療機関の配置数の少なさや広域な担当圏域など現在の認知症医療の課題があるが、早期受診の実現に向けてはこれらの解決に向けて早急に取り組んでいく必要性が示唆された。また、認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱³⁴⁾によれば、「サポート医研修や、かかりつけ医研修の実施状況等を踏まえつつ、研修を自ら行い、又は他の主体の実施する研修に協力するなど、地域における認知症の専門医療に係る研修に積極的に取り組んでいること」とされている。栗田は、かかりつけ医を対象とする研修会を実施した認知症専門医療機関は7割を超えることを確認しているが³⁵⁾、研修会の実施が連携の促進には有効に働いているとはいえない可能性が推測された。なお、早期受診に向けて先行研究では、非専門職¹⁶⁾や専門職^{17,18)}を対象に当事者とその家族を医療機関につなぐための

支援が検討されてきたが、本研究結果から、診療体制を整えるなど医療機関側の取り組みも重要であることが示唆された。

V. 今後の課題

今後の課題は、本研究において確認された医療機関に対する認知症者とその家族のニーズが母集団を反映したものであるか否かを確認することである。また、本研究では公表されている文献を分析対象としたため、診療場面について、発症から現在に至るまでの診療や認知症であると診断した医療機関、認知症の診断（確定診断とは限らない）後の経験、日ごろの診療場面に関する内容が混在していた。そのため、各診療場面におけるニーズを詳細に検討するには限界があった。よって、今後はインタビュー調査やアンケート調査などの実施によって、これらの課題に対応していく必要がある。

また、竹本ら¹⁵⁾が示した連携モデルでは、当事者を早期に認知症専門医療機関につなげるため、当該医療機関に従事する専門職の中でも特に精神保健福祉士等の連携担当者の働きが重要であることが示されている。具体的には、連携担当者の役割として、地域包括支援センターの専門職に対して受診に関する助言をすることや当事者の家族からの受診相談に応じること、認知症専門医に対して受診相談で得た情報の提供を行うことなどが挙げられている¹⁵⁾。しかしながら、本分析対象文献における「ソーシャルワーカー部門があるのか否かもわからなかった」²⁷⁾との記述から、当事者とその家族に対する連携担当者の周知が不十分であり、連携担当者が十分に機能していない可能性が示唆された。また本研究では、連携担当者への受診相談等に関する認知症者とその家族のニーズについての記述は確認されなかったことから、後続研究では連携担当者に対するニーズについて、連携担当者による支援の実態もふまえて明らかにしていく必要がある。

VI. 結論

本研究では、認知症者とその家族の視点から医療機関および従事する専門職に求められる機能や役割を明らかにすることを目的として、選定した7編の文献内容の整理・統合を行った。その結果、認知症者とその家族のニーズは、【医療機関の診療体制】【医師の能力・知識】【医師の態度・姿勢】【医療ス

タッフの支援体制】【医療と福祉の連携】【認知症医療の現状と課題】の6つのコア・カテゴリーに類型化された。今後は、本研究で確認された医療機関に対する認知症者とその家族のニーズが母集団を反映したものであるか否かを確認することが課題である。

付記

本論文は、第20回日本認知症ケア学会大会（2019）にてポスター発表を行った内容に加筆・修正を行ったものである。

本研究は、文部科学省科学研究費補助金事業（基盤研究（B））「認知症が疑われる高齢者に対する受診・受療援助に関する実践モデルの開発（2018～2022年度）」（研究代表者：竹本与志人）の一環として実施したものである。

文献

- 1) 朝田隆, 泰羅雅登, 石合純夫他 (2013). 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成23年～平成24年度総合研究報告書（研究代表者：朝田隆）.
- 2) 鷺見幸彦, 太田壽城 (2004). 痴呆疾患に関する医療経済的検討. 日本老年医学会雑誌, 41 (5): 451-459.
- 3) Banerjee, S., Willis, R., Matthews, D., et al. (2007). Improving the quality of care for mild to moderate dementia; An evaluation of the Croydon Memory Service Model. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (8): 782-788.
- 4) Mittelman, M.S., Roth, D.L., Clay, O.J., et al. (2007). Preserving health of Alzheimer caregivers; Impact of a spouse caregiver intervention. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (9): 780-789.
- 5) Tanaka, T., Kazui, H., Morihara, T., et al. (2008). Post-marketing survey of donepezil hydrochloride in Japanese patients with Alzheimer's disease with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Psychogeriatrics*, 8 (3): 114-123.
- 6) Banerjee, S. and Wittenberg, R. (2009). Clinical and cost effectiveness of services for

- early diagnosis and intervention in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (7) : 748-754.
- 7) Hashimoto, M., Yatabe, Y., Kaneda, K., et al. (2009). Impact of donepezil hydrochloride on the care burden of family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, 9 (4) : 196-203.
- 8) 杉山京, 中尾竜二, 澤田陽一他 (2012). 一般地域住民における家族に認知症症状がみられた際の受診促進意向と認知症の知識量との関連. *老年精神医学雑誌*, 23 (12) : 1453-1462.
- 9) 本間昭 (2001). 地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査. *老年社会科学*, 23 (3) : 345-351.
- 10) Werner, P. (2001). Correlates of family caregiver's knowledge about Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 : 32-38.
- 11) 本間昭 (2003). 痴呆性高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護・受診の状況. *老年精神医学雑誌*, 14 (5) : 573-591.
- 12) 鹿野由利子, 花上憲司, 木村哲朗他 (2003). 痴呆の早期受診はなぜ難しいのか—家族からみた障壁要因と情報提供の必要性. *日本痴呆ケア学会誌*, 2 (2) : 158-181.
- 13) 杉原百合子, 山田裕子, 武地一 (2005). 一般高齢者がもつアルツハイマー型認知症についての知識量と関連要因の検討. *日本認知症ケア学会誌*, 4 (1) : 9-16.
- 14) 小松直子 (2012). 高齢者の認知症が疑われる早期の症状に気付いたときの家族の問題解決行動について. *日本看護学会論文集 地域看護*, 42 : 108-111.
- 15) 竹本与志人, 杉山京 (2016). 認知症が疑われる高齢者の早期受診に向けた保健医療福祉連携モデルの理論構築. *日本早期認知症学会誌*, 9 (1) : 22-31.
- 16) 竹本与志人, 杉山京, 中尾竜二他 (2013). 民生委員と福祉委員を対象とした認知症研修受講前後の受診促進意向の変化と関連要因. *認知症の最新医療*, 13 (1) : 37-41.
- 17) 杉山京, 中尾竜二, 佐藤ゆかり他 (2015). 地域包括支援センター専門職を対象とした認知症高齢者の受診援助における専門医療機関との連携実践状況の類型化. *老年精神医学雑誌*, 26 (2) : 169-182.
- 18) 品川俊一郎, 中山和彦 (2007). 認知症患者の早期受診・介入の障害となる要因に関する検討—一般市民・かかりつけ医・介護支援専門員のアンケート調査より. *老年精神医学雑誌*, 18 : 1224-1233.
- 19) Paterson, B.L., Thorne, E.S., Canam, C., et al. (2001). *Meta-Study of Qualitative Health Research A Practical Guide to Meta-Analysis and Meta-Synthesis*, Sage Publications. (石垣和子, 宮崎美砂子, 北池正他監訳 (2010). *質的研究のメタスタディ実践ガイド*. 医学書院.)
- 20) 佐藤郁哉 (2006). *定性データ分析入門—QDAソフトウェア・マニュアル*. 新曜社.
- 21) 佐藤郁哉 (2008). *質的データ分析法—原理・方法・実践*. 新曜社.
- 22) 沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課 (2014). 平成25年度沖縄県若年性認知症実態調査報告書.
- 23) 青森県健康福祉部高齢福祉保険課 (2014). 青森県若年性認知症実態調査報告書.
- 24) 日本イーライリリー株式会社 (2014). 認知症の診断と治療に関するアンケート調査 調査報告書.
- 25) 滋賀県健康福祉部医療福祉推進課 (2013). 若年性認知症に関する実態調査報告書.
- 26) 北海道保健福祉部高齢者支援局高齢者福祉課 (2013). 若年性認知症実態調査報告書.
- 27) 繁田雅弘, 半田幸子, 今井幸充 (2011). 認知症診療における適切な情報提供と対応; 患者と家族の安心と納得を左右する要因調査結果報告書.
- 28) 岡美智代 (2006). 透析患者の医療に対する満足の要素. *東北腎不全研究会誌*, 16 (1) : 1-5.
- 29) 金澤悦子, 疋田美鈴, 武藤愛他 (2011). エイズ拠点病院外来通院中の HIV 感染者および AIDS 患者へのソーシャルサポートの検討. *日本エイズ学会誌*, 13 (1) : 33-39.
- 30) 李孟蓉, 岡美智代 (2013). 医師・看護師のサポートと外来通院中の2型糖尿病患者の自己効力感との関連. *高崎健康福祉大学紀要*, 12 : 105-114.
- 31) 田中千枝子 (2008). *保健医療ソーシャルワーク論*. 勁草書房.

- 32) Cape, J. (2002). Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *British Journal of General Practice.*, 52 (485) : 1004-1006.
- 33) 安武綾 (2011). 認知症患者を介護している家族の体験のメタ統合. *家族看護研究*, 17 (1) : 2-12.
- 34) 粟田主一, 山下元康, 福島摂他 (2012). 認知症疾患に対する統合的救急医療モデルに関する研究. 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」. 平成 20 年度総括・分担報告書.
- 35) 粟田主一 (2013). 「認知症疾患医療センターの活動状況調査及び機能評価指標の策定に関する研究報告書」.

Functions and Roles Necessary in Healthcare Settings: A Literature Review on the Needs of Patients with Dementia and their Families

AYUMI KURAMOTO*, KEI SUGIYAMA**, TATSUYA NAKAI***,
MASAFUMI KIRINO****, SATOSHI KAMBE*****,
MICHIYO HIROSE*****, YOSHIHITO TAKEMOTO****

* *Graduate of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja, Okayama, Japan*

** *Faculty of Healthcare Management, Nihon Fukushi University, Okuda, Mihama, Chita, Aichi, Japan*

*** *Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare, 288 Matsushima, Kurashiki, Okayama, Japan*

**** *Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja, Okayama, Japan*

***** *Faculty of Human Society, Osaka Ohtani University, 3-11-1 Nishikiorikita, Tondabayashi, Osaka, Japan*

***** *Graduate School of Literature and Human Sciences, Osaka City University, 3-3-138 Sugimoto, Osaka Sumiyoshi-ku, Osaka, Japan*

This study aimed to determine the functions and roles of healthcare professionals required in healthcare settings from the perspective of patients with dementia and their families. A literature review of several studies reporting the needs of patients with dementia and their families was conducted. Papers were identified by combining 26 words, for example, “dementia,” “healthcare settings,” and “feelings,” using academic journal databases (Ichushi, etc.). Seven papers met the three selection criteria. The needs of patients with dementia and their families were classified into six groups: medical care system in healthcare settings; doctors’ ability and knowledge; doctors’ attitude; support system from healthcare professionals; collaborations between medical care and social service; current situation of dementia medicine; and other associated problems. Additional studies should be conducted to confirm whether the needs of patients with dementia and their families in healthcare settings identified in this study are the same as those of the general population.

Keywords : Dementia, Healthcare settings, Needs, Literature review