


 原著

# 認知症医療と介護連携のための縦断型連携パスの有用性の検証

丸山 貴志<sup>1)</sup>, 橋本 衛<sup>2)</sup>, 石川 智久<sup>1)</sup>  
 福原 竜治<sup>1)</sup>, 田中 響<sup>1)</sup>, 畑田 裕<sup>2,3)</sup>  
 小嶋誠志郎<sup>5)</sup>, 池田 学<sup>4)</sup>

## 要 旨

長期の経過をとることの多い認知症の特徴を考慮して、可能な限り簡素化し、さらに横断面だけでなく縦断の連携を重視することで、医療と介護のさらなる有機的な連携に必要なシステムの構築を目的に連携手帳「火の国あんしん受診手帳」を作成した。その連携手帳を熊本県認知症疾患医療センターで1,000件に配付し、手帳の有用性について検証した。

アンケート調査などの結果から連携手帳の有用性は支持され、連携の構築と維持の促進に重要なツールであることが分かった。しかし継続的に携帯し効果的な運用を行うためには、配付前や配付時に意義の啓発や重要性を十分に説明するだけでなく配付後にも一定の取り組みが必要であることが明らかになった。

キーワード：縦断型連携パス，認知症ケア，地域連携，認知症疾患医療センター，認知症

## 1. はじめに

急増する認知症患者への対策には医療と介護の連携の重要性が強調され、これまで連携のためのツールとして様々な連携パスが考案され運用されてきた。これらの多くは手帳形式であり、患者やその家族介護者に携帯してもらうことによってケアを行う上で必要な情報を共有できるため、現場では非常に有用であると言われている（数井ら, 2012; 杉山ら, 2012; 田口, 2014）。しかし10年以上という長期の経過をとり、さらに経過とともに病像が変化する認知症では、対応すべき専門職や施設がしばしば変更されるため継続的な運用が難しいことや、認知症患者本人や介護者が、病院受診や介護サービス利用時に常に手帳を携帯する動機を維持することの困難さ、多忙なかかりつけ医や介護事業所からの協力を

Usefulness of longitudinal type clinical pathway in the medical and nursing care network for dementia

Takashi Maruyama<sup>1)</sup>, Mamoru Hashimoto<sup>2)</sup>, Tomohisa Ishikawa<sup>2)</sup>, Ryuji Fukuhara<sup>2)</sup>, Hibiki Tanaka<sup>1)</sup>, Yutaka Hatada<sup>2,3)</sup>, Seishiro Kojima<sup>1)</sup>, Manabu Ikeda<sup>2,4)</sup>

<sup>1)</sup> 熊本大学医学部附属病院神経精神科 [〒 860-8556 熊本県熊本市中央区本荘 1-1-1]

Department of Neuropsychiatry, Kumamoto University Hospital (1-1-1 Honjo, Chuo-ku, Kumamoto-shi, Kumamoto 860-8556, Japan)

<sup>2)</sup> 熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野 [〒 860-8556 熊本県熊本市中央区本荘 1-1-1]

Department of Neuropsychiatry, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University (1-1-1 Honjo, Chuo-ku, Kumamoto-shi, Kumamoto 860-8556, Japan)

<sup>3)</sup> 平成病院 [〒 866-0895 熊本県八代市大村町 720-1]

Heisei Hospital (720-1 Omuramachi, Yatsushiro-shi, Kumamoto 866-0895, Japan)

<sup>4)</sup> 大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 [〒 565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-15]

Department of Psychiatry, Osaka University Graduate School of Medicine (2-15 Yamadaoka, Suita-shi, Osaka 565-0871, Japan)

<sup>5)</sup> ソラクリニック [〒 862-0916 熊本県熊本市東区佐土原 2-7-1] Sola Clinic (2-7-1 Sadowara, Higashi-ku, Kumamoto-shi, Kumamoto 862-0916, Japan)

得ることの難しさ、さらには個人情報保護の問題等、連携手帳の普及には数多くの課題があることが指摘されている（数井ら，2012；山田，依田，2014）。

手帳の内容に目を向ければ、従来の認知症ケアに関する医療と介護の連携は、かかりつけ医のケア会議への参加，ケアプランの共有など横断的な連携が中心であり，連携手帳の内容も横断的な連携を前提とした内容となっている。一方で，在宅介護から一定の期間を経て施設入所へと移行するコースをたどることが多い認知症において，認知症関連施設の介護担当者や嘱託医が，個々の認知症患者がそれまでに受けてきた医療情報を入所時に取得し，疾患の特徴に基づくケアの実践や，漫然とした薬物投与を防止できるような縦断的な連携機能も手帳には求められている（公益社団法人全国老人福祉施設協議会，2011）。縦断的な連携パスの代表例としては，がんや脳卒中などの連携パスが運用されている。特に急性期，回復期，維持期と一定のコースをたどる脳卒中では，① 急性期病院，② リハビリテーション専門病院，③ 療養型病院や老人保健施設，④ かかりつけ医が，それぞれの役割に応じた介入を行うためには縦断的な連携は必須であり，連携手帳もそれに対応して，再発予防や再発時の対応も含めた縦断面を重視した構成となっている（橋本ら，2014）。しかし我々の知る限り，認知症連携パスにおいて，縦断的な連携の要素を組み込んだパスはこれまで作成されていない。

そこで本研究では，① 縦断的な連携機能を持つこと，② 運用のしやすさ，の2点に焦点を当てた認知症医療連携手帳「火の国あんしん受診手帳」（Figure 1）を作成し，運用を試みると共に，その有用性について検証を行った。

## 2. 対象および方法

新たな連携手帳の作成，運用を実施するにあたり，まず多方面の関係機関（熊本県医師会，精神科病院協会，薬剤師協会，看護協会，老人福祉施設協議会，老人保健施設協会，宅老所・グループホーム連絡会，地域包括・在宅介護支援センター協議会，介護支援

Figure 1 shows the cover and contents of the 'Hinokuni Anshin Jushin Techo'. The cover is green and white, featuring a black bear mascot. The title is '火の国 あんしん受診手帳'. The contents page is white with a green header. It includes a section for '先生が記入してください' (Please fill in by the doctor), a section for 'お薬情報' (Medication Information) with a table for recording medication names, dosages, and frequencies, and a section for '出発時刻・副作用' (Departure time/Side effects).

Figure 1. HINOKUNI ANSHIN JUSHIN TECHO. A cover and the contents.

専門員協会，介護福祉士協会，認知症の人と家族の会熊本県支部など）から連携手帳に関する意見を収集した。さらに，熊本県地域拠点型認知症疾患医療センター（以下，地域型センター）の一つである平成病院において，平成22年に作成された連携手帳を参考にした（坂本，2011）。平成病院版の手帳は，日本精神科病院が発行しているオレンジ手帳（田口，2014）の原型で，関係機関から多くの賛同を得られたものの地域において十分には普及しなかった。その原因として，地域の医療機関や介護施設を起点として配付されたこと，インフォームドコンセントの取得や基本情報の記入などが，忙しい医療や介護の現場では大きな負担になったことなどが考えられた。そこで本研究では，より簡素化した連携手帳を「火の国あんしん受診手帳」として作成し，配付時の利用方法の説明やインフォームドコンセントの実施は，認知症疾患医療センターが担うこととした。

### 2.1 手帳の内容

「火の国あんしん受診手帳」は以下に示す4つの項目から構成される。

#### ① 家族・ケアマネジャーが記載するページ

ここには患者の基本情報（生年月日や既往症，介護保険の情報など）を記載する欄，「主治医に伝えたいこと，困っていること」を記載する欄（認知症で主に出現しやすい症状25項目をあらかじめ取り上げ，チェック形式で記述できるように工夫されている），患者ケアに主として関わっている人の名前

やかかりつけの医療機関を記入する欄などが含まれる。

② 医療機関が記入するページ

ここには認知機能検査の結果 (MMSE や HDS-R 得点) に加えて、画像検査や血液検査などの検査結果を記載する欄、薬剤情報を記載する欄等が含まれる。薬剤情報については、「お薬手帳」では確認できない薬剤使用目的「いつ何の目的で処方されたのか」を記載することが大きな特徴である (Figure 1)。

③ 連絡ノートのページ

ここには家族、介護施設、医療機関がその都度、伝えたいことや質問などを記載する。

④ 使用マニュアル

ここには連携手帳の活用方法を、使用例をあげながら説明している。

2.2 連携手帳の配付と運用

平成 24 年の時点で、熊本県内には 1 カ所の基幹型認知症疾患医療センター (以下、基幹型センター) と 9 カ所の地域型センターが設置されていた (小嶋, 池田, 2012; 小嶋ら, 2013; 小嶋, 池田, 2014)。本研究では、基幹型センター 1 カ所と地域型センター 9 カ所、計 10 カ所のセンターを新規に受診した認知症患者ならびにその家族介護者に対して連携手帳を配付した。平成 24 年 11 月から配付を開始し、各センター 100 件 (合計 1,000 件) に達するまで配付を継続した。施設入所中や独居の患者の場合も同様に、本人ならびに受診に同伴した家族に配付した。手帳を配付する際には、各認知症疾患医療センターの連携担当者 (主に精神保健福祉士) が連携手帳利用の趣旨や活用方法を家族もしくは受診同伴者に詳しく説明し、家族の負担軽減のため、連携担当者が把握できている項目については事前に記載し手渡した。またかかりつけ医や介護事業所に対しても協力依頼の文書を手渡し、受診や介護サービス利用時には連携手帳を持参するように、配付した本人もしくは家族介護者に依頼した。

2.3 手帳の有用性、使用頻度の評価

配付から 6 カ月後に、家族介護者に対して手帳の使用状況、かかりつけ医の連絡先、利用中の介護事業所の連絡先を電話にて聴取した後、家族介護者、

かかりつけ医、利用中の介護事業所それぞれに対して、手帳の有用性、使用頻度などを問う自記式アンケート調査を郵送法にて実施した。

2.4 縦断的効果の評価

本手帳の目的の一つである縦断的な連携に対する有用性を検証するために、6 カ月以上連携手帳を使用し施設入所となった手帳携帯者の手帳の情報が、適切に活用されたかどうかを入所施設に対してアンケートにより調査した。

2.5 倫理的配慮

解析研究に関するデータ使用について熊本大学医学部附属病院の倫理委員会 (倫理第 622 号) の承認を得た。また「火の国あんしん受診手帳」の配付時には、同意書にて同意を得られた者のみに配付した。

3. 結果

3.1 手帳の使いやすさと有用性に関する評価

手帳の使いやすさについては、配付 6 カ月後に家族介護者、かかりつけ医、介護事業所に対して、「非常に使いやすい」「使いやすい」「使いにくい」の 3 段階で評価した。アンケートの送付数と回答率はそれぞれ、家族介護者 (910 件, 61.4%), かかりつけ医 (653 件, 50.5%), 介護事業所 (444 件, 58.8%) であった。Figure 2 に結果を示すが、家族介護者の 60%, かかりつけ医の 82%, 介護事業所の 81% から、「非常に使いやすい」もしくは「使いやすい」との

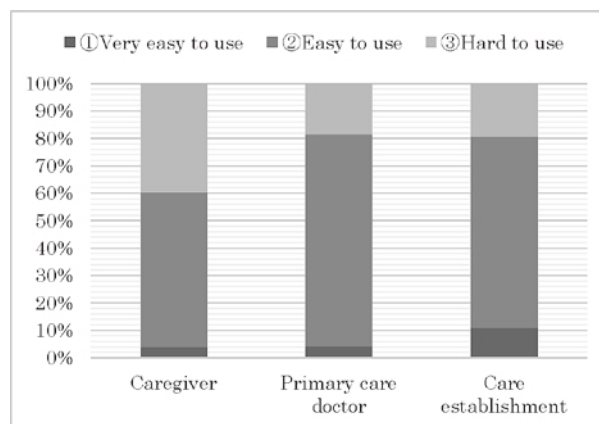


Figure 2. Comparison of the usability of the communication notebook among the groups.

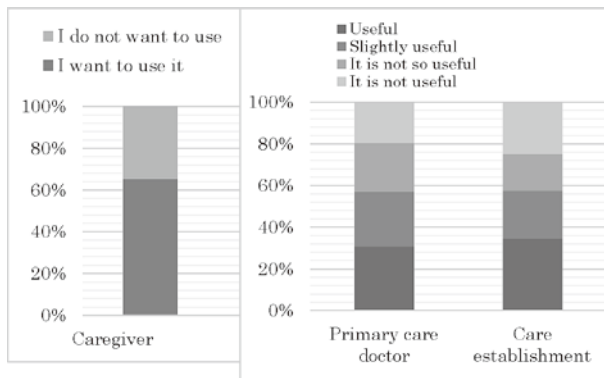


Figure 3. Comparison of the usefulness of the communication notebook among the groups.

回答が得られた。次に「連携手帳が患者、家族に役に立っていると思うか」という質問に対しては、かかりつけ医の 57%, 介護事業所の 57% が、「役に立っていると思う」もしくは「少し役に立っていると思う」と回答した。また、65% の家族介護者が、手帳の継続使用を希望していることが示された (Figure 3)。

上記のアンケート調査の結果には、はじめから手帳を十分に活用しなかった人の意見も含まれているため、家族介護者からのアンケートでは「現在も使用している」もしくは「時々使用している」と回答した群のみを、かかりつけ医と介護事業所へのアンケートでは「活用している」もしくは「時々活用している」と回答した群のみを抽出して解析を行った。その結果、Figure 4 と Figure 5 に示すように、家族介護者、かかりつけ医、介護事業所いずれの群においても、「非常に使いやすい」もしくは「使いやすい」、「役に立っていると思う」もしくは「少し役に立っていると思う」の比率がさらに増加した。

### 3.2 手帳の携帯率について

6 カ月後の時点で家族介護者が手帳を使用しているかどうかの設問では、「現在も使用している」もしくは「時々使用している」という回答は 22% であった。また「持参していますか」という質問についても、かかりつけ医の 81%, 介護事業所の 77% が「持参していない」と回答した。この結果から、半年以上経過すると携帯率が急激に低下する課題が明らかになった。そこで「使用していない」「あま

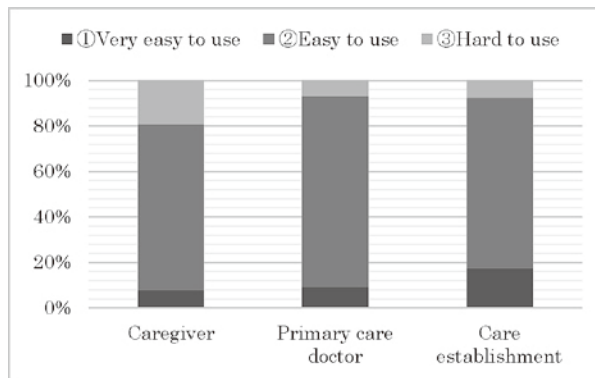


Figure 4. Comparison of the usability of the communication notebook among the groups who answered that it had been actually used.

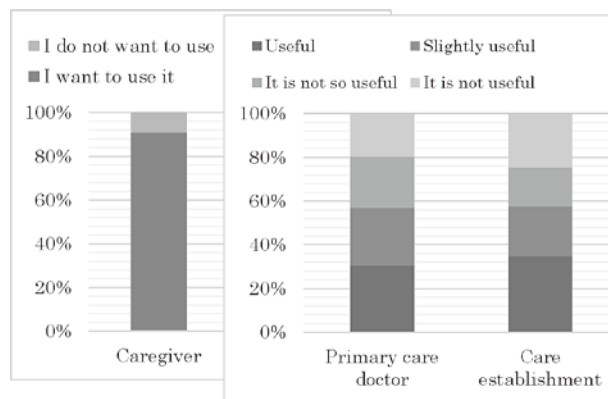


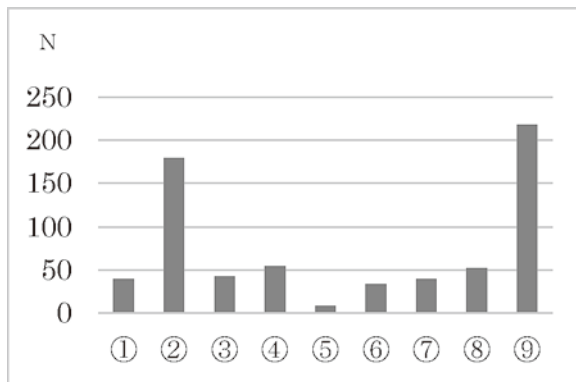
Figure 5. Comparison of the usefulness of the communication notebook among the groups who answered that it had been actually used.

り使用していない」と回答した 414 件 (78%) に、その理由についても回答を求めたところ、最も多かった回答は「使う必要性を感じない」であり、「かかりつけの先生が手帳を活用してくれない」、「なくしてしまった」が次いで多かった (Figure 6)。

### 3.3 携帯率を上げる取り組みとその効果について

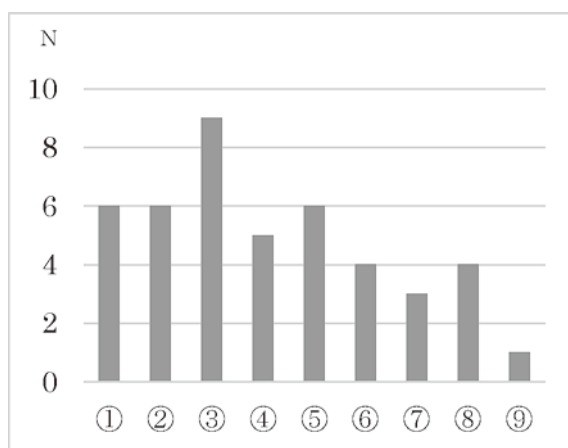
6 カ月後のアンケート調査で手帳携帯率の低さが明らかになったため、連携手帳の携帯率改善を目的とした以下の 1~4 の取り組みを疾患センターごとに割り振り、その効果を検証した。

1. 認知症疾患医療センター連携担当者が通院継続者すべてに受診時に声をかけ携帯の有無を



- ① Because it was inconvenient
- ② Because I did not need to use
- ③ Because a primary care doctor did not know the notebook
- ④ Because a primary care doctor did not utilize the notebook
- ⑤ Because a doctor of the Dementia-related medical center did not utilize the notebook
- ⑥ Because staffs of care facility did not know the notebook
- ⑦ Because staffs of care facility did not utilize a notebook
- ⑧ Because I lost the notebook
- ⑨ Others

Figure 6. The reasons why caregivers did not use the communication notebook ; multiple answers allowed.



- ① The record of care service use
- ② List of the persons involved in patient's care
- ③ Medical institution of the primary care doctor
- ④ The course of cognitive tests
- ⑤ Diagnosis
- ⑥ Medication profile
- ⑦ Blood examination data
- ⑧ Referral documents, Communication notebook
- ⑨ Others

Figure 7. Usefulness of the communication notebook in nursing home admission ; answers from staffs of nursing home ; multiple answers allowed.

確認する。携帯していた場合は、血圧を測定し、新たに連携手帳内にページを追加した血圧表に記載する。携帯していない場合は次回から血圧測定を行い連携手帳に記録することを伝える（13名に実施）。

2. 連携担当者が患者，家族に受診予約前日に電話で連携手帳の携帯を促す（23名に実施）。
3. 次回の受診日記録（診察券の裏など）に連携手帳持参について記載する（49名に実施）。
4. 受付や診察室に連携手帳携帯お願いのポスターを掲示する。さらに持参した連携手帳のポケットに「診察券入れ」「お薬手帳入れ」とラベルシールを張り、手帳に診察券、薬剤手帳入れとしての役割を持たせる（62名に実施）。

5. 介入なし（コントロール群 107名）。

結果は、1の血圧測定で携帯率が61.5%，2の電話連絡が携帯率78.3%，3の手帳持参の記載が93.8%，4のポスターとラベルシールが携帯率59.7%と、すべての取り組みにおいて、5のコントロール群の携帯率8.6%より高かった。

### 3.4 縦断的効果の検証

本連携手帳の主要目的の一つである縦断的連携強化については、配付してから効果検証までの期間が半年と短くその間に入所に至った患者が24件と少数例での検証となった。まず「入所時の情報として役に立ちましたか」という質問には88%の施設が「役に立った」と回答した。次に連携手帳の中の「どの項目が役に立ちましたか」という質問に対する回答（Figure 7）では、③の「かかりつけ医療機関」

が最も多く、またそのほかの項目についても手帳に含まれるすべての情報について、役に立ったとされた。「どのようなケアに役立ちましたか」と具体的な事例を問う質問には、「診断がついてから入所までの経過が分かった」「かかりつけ医や介護事業所担当者、家族情報といったこれまでの社会資源との関わりや家族とのやり取りなどが役に立った」といった回答が得られた。その他「連絡ノートに書かれた家族の記載により当時の家族の気持ちを知ることができ、今後も家族と長く付き合っていく上でとても参考になった」という意見もあった。本連携手帳について「今後すべての患者に必要だと思いますか」という質問については「すべてに必要」もしくは「すべてではないが必要」という回答が合わせて96%であった。

#### 4. 考 察

今回我々は、① 縦断的な連携機能を持つこと、② 運用のしやすさ、に焦点を当てた「火の国あんしん受診手帳」を作成し、その運用を試みた。前者の縦断的な連携機能については、入所施設へのアンケート結果において、「ノート記載で診断がついてから入所までの経過が分かった」や「かかりつけ医や介護事業所担当者、家族情報といったこれまでの社会資源との関わりや家族とのやり取りなどが役に立った」といった肯定的な回答が得られており、本手帳の情報が入所後のケアにも有用であることが明らかになった。連携手帳の一般的な役割である横断的な連携機能についても、6カ月後に実施した家族介護者、かかりつけ医や介護事業所からのアンケート結果で、「役に立っていると思う」が多数を占めたことから、その有用性が示唆された。これらの結果から、認知症連携手帳には、横断的な連携機能だけでなく、本手帳のような縦断的な連携機能も備わっていることが望ましいと考えられた。

本研究のもう一つの目的である「運用のしやすさ」については課題の残る結果であった。本連携手帳は内容を可能な限り簡素化し、配付元を認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターに一元化

し、さらに配付時に連携担当者により手帳の一部をあらかじめ記載しておくとともに、使用目的やその意義など詳しく説明するといった工夫を加えたにもかかわらず、半年後の使用率、携帯率ともに20%程度と低い数字であった。この結果は、認知症連携手帳が日常的に普及・運用されるためにはさらなる工夫が必要であることを示している。

本研究では携帯率を上げるため4つの新たな取り組みを実施した。その一つとして、「受診日前日に携帯を促す電話をかける」ことにより携帯率が上がることが示されたが、実臨床において全ての患者に前もって電話をかけることは現実的ではない。「次の受診日記録（診察券の裏など）に手帳持参を記載する」工夫が、今回の結果においては携帯率が最も高かった。この方法は手間もかからず最も効果的であると考えられる。また、手帳に新たな付加価値をつけることも有用かもしれない。例えば、大阪大学精神医学教室で配付された連携手帳「つながりノート・みまもりノート」では、活用を支援するために「疾患別・重症度別ガイドブック」を作成し、連携手帳に添付している（数井ら、2012）。これは家族介護者及びケア職員向けに疾患別、重症度別のBPSDの解説とその対応法についてのヒントを記載したもので10種類にも及ぶものである。ここまで詳細な内容でなくとも、本研究で実施した「血圧表をつける」「診察券や薬剤手帳入れとして用いる」といった簡単な工夫でも携帯率は十分に向上すると思われる。その他、連携手帳を利用した連携に対して診療報酬や介護報酬が得られるような付加価値を付けることも今後の検討事項の一つとして挙げられる。

連携手帳の意義や趣旨についての介護者やかかりつけ医、介護事業所の認識が、月日が経つにつれて次第に薄れてしまうことに対しても対策が必要である。前述した大阪大学では、「つながりノート・みまもりノート」の配付とともに、認知症医療・介護と関わる専門職と家族介護者が集まり月に1回会議を行う「連絡会」を開催し、連携手帳の基本的な使用法や皆で議論することによってよりよい運用法を模索している（数井ら、2012；杉山ら、2012）。ま

た在宅生活を支える上で、地域の実情に詳しい地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャーの協力を得ることは、手帳配付の啓発や維持につながることを期待される。そこで連携手帳の配付者が、地域包括支援センターのケアマネジャーの会議に赴き連携手帳の説明を行い、手帳をケアマネジャーから配付してもらうような工夫をしている地域もある（山田，依田，2014）。このように、連携手帳配付の啓発や継続的な利用普及のためには、かかりつけ医や介護事業所に連携の重要性を繰り返し伝える取り組みが必要である。

連携手帳の内容についても検討すべき余地がある。本連携手帳は運用のしやすさの観点から、可能な限り簡素化した内容となるよう工夫を試みたが、かかりつけ医からは、「記入項目が多い」「もう少しスリム化してほしい」という意見が得られた。これらの意見は、かかりつけ医が手間に見合うほどの利点を感じていない可能性を示しており、スリム化を検討するとともに、かかりつけ医や介護事業所が求めている情報を供給できるように内容を再検討することも考えるべきであろう。その一方であまりに内容を簡素化し過ぎると、施設入所時に伝達できる情報が不十分となり縦断的効果が失われてしまう恐れもあり、慎重な検討が必要である。

熊本県内の一部の地域型センターではこの連携手帳を医科-歯科連携に用いるなど、独自に取り組みが行われ活用の幅が広がった（宗ら，2015；田中ら，2015；田中ら，2016）。今後は、地域医師会のみならず歯科医師会や薬剤師会をも巻き込んだ、認知症を中心とした高齢者特有の疾患を網羅した連携パスを普及させることも必要である（Ito et al., 2015）。さらには、熊本県ではあらゆる疾患を ICT（情報通信技術）化し管理するシステムの検討も始まっている。ICT 化の際に認知症疾患に対しては、この「火の国あんしん受診手帳」の内容を活用することが検討されている。

## 5. 結 論

認知症医療における今後のさらなる連携をはかる

ための縦断型連携手帳を新たに作成し、連携手帳の内容、より有効な配付方法、携帯率の維持方法について検証した。配付前に医師会や介護支援専門員協会など関係機関へ説明し、配付時にも家族介護者に対する意義の啓発や説明を十分に行ったにもかかわらず、配付したのちに比較的短期間に携帯率が下がることが分かったため、配付後にも経過とともに何らかのアプローチをし続ける必要がある。今回の検証では熊本県内で 1,000 件という限定したケースであったことからアプローチができたが、すべての認知症患者に配付する場合には現実的なアプローチ方法をさらに検討することが課題である。一方で、すべての認知症患者に配付することを想定すると、本人や家族、関係機関からは、連携手帳を携帯していることが当然であるという認識が生まれ、携帯率が向上する可能性も考えられる。そのため今後、認知症患者全員に配付することの有用性を検証するために、1カ所の地域型センターで受診した認知症患者すべてに配付することを検討している。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、多大なご協力をいただいた熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課の皆様、熊本県認知症疾患医療センター及び東京慈恵会医科大学、浅香山病院、高知大学医学部附属病院、愛媛大学医学部附属病院の関係者の皆様に深謝申し上げます。本研究は平成 24 年度から平成 26 年度厚生労働科学研究「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究（H24-認知症-一般-001）」（研究代表者：池田学）の一環として行われたものである。

## 文 献

公益社団法人全国老人福祉施設協議会（2011） 特別養護老人ホームにおける認知症高齢者の原因疾患別アプローチとケアの在り方調査研究 報告書  
橋本洋一郎，伊藤康幸，寺崎修司，米原敏郎，徳永 誠，渡辺 進（2014） 地域連携システムの実例 — 熊本で

- は一. 脳卒中 36: 99-104
- Ito H, Hattori H, Kazui H, Taguchi M, Ikeda M (2015) Integrating psychiatric services into comprehensive dementia care in the community. *Open J Psychiatry* 5: 129-136
- 数井裕光, 杉山博通, 武田雅俊 (2012) 認知症診療におけるクリニカルパスと情報共有ノートを用いた認知症地域連携: つながりノート・みまもりノートの有用性 (特集 長寿社会における認知症診療の課題). *臨床精神医学* 41: 1731-1740
- 小嶋誠志郎, 池田 学 (2012) 認知症疾患医療センターの連携機能. *老年精神医学雑誌* 23: 294-298
- 小嶋誠志郎, 橋本 衛, 池田 学 (2013) 熊本県における認知症疾患医療センターを中心とした地域医療連携について. *日本社会精神医学会雑誌* 22: 568-557
- 小嶋誠志郎, 池田 学 (2014) 認知症医療における基幹型認知症疾患医療センターの役割と課題. *老年精神医学会* 25: 738-743
- 坂本眞一 (2011) 認知症地域連携 (熊本モデル—八代での取り組みを中心に) (第15回認知症予防研究会学術総会要旨集) — (パネルディスカッション 地域との連携). *認知症予防研究* 15: 28-29
- 繁田雅弘, 半田幸子, 今井幸充 (2014) ケアラーへの情報提供 — 医療機関の情報提供に対する家族の満足度調査から —. *老年精神医学雑誌* 25: 985-992
- 宗 久美, 田中みどり, 江口明希, 西田唯花ら (2015) 熊本県荒尾市を中心とした有明圏域での専門職による認知症地域支援の取り組み 認知症疾患医療センターを中心としたインフォーマルな関わり (会議録). *日本認知症ケア学会誌* 14: 208
- 杉山博通, 数井裕光, 繁信和恵, 田伏 薫, 武田雅俊 (2012) 認知症地域連携パス. *老年精神医学雑誌* 23: 314-322
- 田口真源 (2014) 地域連携と地域連携パス: 日本精神科病院協会における地域連携の取組み (認知症医療の新展開: アルツハイマー病研究会 記録) — (トラックセッション 地域における認知症戦略). *老年精神医学雑誌* 25(312増刊1): 129-133
- 田中みどり (荒尾市歯科医師会), 田中文丸, 山本 宏, 宗久美ら (2015) 荒尾市歯科医師会会員の意識向上へのアプローチ 訪問歯科診療における認知症患者の受け入れ先増加 (会議録). *日本認知症ケア学会誌* 14: 274
- 田中みどり, 田中文丸, 石川智久, 池田 学 (2016) 歯科治療の臨床における歯科医師の認知症高齢者に対する意識調査. *老年精神医学雑誌* 27: 195-205
- 内海久美子 (2013) 地域の実践 — 北海道・中空知地域における地域連携の取組み —. *老年精神医学雑誌* 24: 905-912
- 山田明美, 依田尚美 (2014) 認知症地域連携クリティカルパス「あったか手帳」作成の経緯と運用 (長野県東信・北信地域). *看護技術* 60: 55-57



### Usefulness of longitudinal type clinical pathway in the medical and nursing care network for dementia

Takashi Maruyama<sup>1)</sup>, Mamoru Hashimoto<sup>2)</sup>, Tomohisa Ishikawa<sup>1)</sup>, Ryuji Fukuhara<sup>1)</sup>,  
Hibiki Tanaka<sup>1)</sup>, Yutaka Hatada<sup>2,3)</sup>, Seishiro Kojima<sup>5)</sup>, Manabu Ikeda<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup>Department of Neuropsychiatry, Kumamoto University Hospital

<sup>2)</sup>Department of Neuropsychiatry, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University

<sup>3)</sup>Heisei Hospital

<sup>4)</sup>Department of Psychiatry, Osaka University Graduate School of Medicine

<sup>5)</sup>Sola Clinic

We created a communication notebook to establish an effective cooperative system between medical care and nursing care for dementia, so called “HINOKUNI ANSHIN JUSHIN TECHO”. The notebook was designed for the purpose of not only cross-sectional multidisciplinary cooperation but also longitudinal communication among patient/carer and multidisciplinary professionals for many years. We distributed the notebook to 1,000 patients with dementia or their carers at Kumamoto Prefecture Dementia-Related Medical center and investigated its usefulness through the questionnaire survey six months later. The results revealed that more effective cooperation for dementia care could be promoted through the use of the notebook. However, the continuation of the effect requires the different strategies.

Key words : Clinical pathway for dementia care, Regional alliances, Dementia-related medical center for dementia, dementia

---

Address correspondence to Dr. Takashi Maruyama, Department of Neuropsychiatry, Kumamoto University Hospital (1-1-1 Honjo, Chuo-ku, Kumamoto-shi, Kumamoto 860-8556, Japan)