

市民のための認知症ガイド



名古屋市千種区認知症連携の会
名古屋市千種区医師会

<監修>認知症介護研究・研修大府センター
センター長 柴山 漢人

はじめに

日本人の平均寿命が延びて、長寿大国となったことは、喜ばしいことでありますが、一方では、出生率の低下もあり、超高齢少子化は、日本にとって厳しい現実であります。

2015年には、団塊の世代が高齢者の仲間入りし、現在2400万人の高齢者人口が、3300万人になると推計されておりまして、これに伴い、認知症高齢者も、現在160万人が、250万人になると考えられております。

これは、日本国民にとって、市民にとって、深刻であり、重大な問題でありまして、市民一人一人が、自分の問題として考え、取り組むことが重要であります。

まず、認知症の中には、予防可能なものがあることを知って頂き、生活習慣を変えることで、予防に努めて頂くことが大切です。

また、早期発見・早期治療によって、ご本人やご家族のQOL(生活の質)を維持できることも可能です。

更に、不幸にして、認知症が、進行してしまった場合も、その介護(ケア)の仕方によって、ご本人やご家族の生活が、より良い状態になることも可能です。

これらの予防、早期発見・早期治療、適切なケアについての市民としての取り組みの参考になるようにと考えまして、この「認知症ガイド」をまとめました。

利用法としては、市民の方が、それぞれ、必要な部分を読んで、気軽にご利用頂きたいと考えております。詳しいことも知りたいというご希望も入れてありますので、必要でない方は、省略して下さい結構です。

また、簡単な内容のパンフレットは、姉妹編として、名古屋市医師会の「シルバー世代の健康づくり(認知症の予防と発見、介護について)」がありますので、ご覧頂ければ幸いです。

最後に、この小冊子が、名古屋市民の認知症に対する知識、ひいては、予防、早期発見・早期治療、介護(ケア)に、少しでもお役に立てばと祈念致しております。

2005年(平成17年)2月吉日

認知症介護研究・研修大府センター センター長

柴山 漢人

名古屋市千種区医師会長

中出 泰充

目次

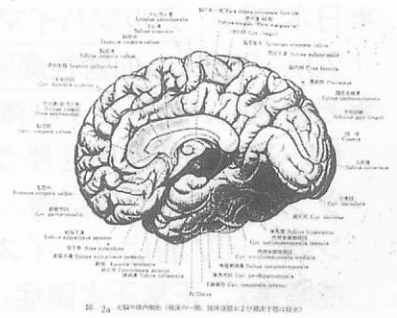
認知症とは	3
認知症には、原因となる多くの病気があります	4
早期発見が大切です	9
早期発見には、早期受診・早期診断が重要です	9
治療法は、病気によって違います	9
認知症の予防	10
ケア(介護)は、ご本人にあったケア(個別ケア)をしましょう	11
原因となる病気によってケアは異なることがあります(疾患別ケア)	11
「なじみの人間関係」を作りましょう	12
「なじみの環境」を作りましょう	12
してあげるケアから、ご本人の自立の支援へ	13
地域の力を借りましょう	13
ケアする家族にも、十分なケアをしましょう	14
こころの健康度チェック表—本人用	15
こころの健康度チェック表—家族用	17



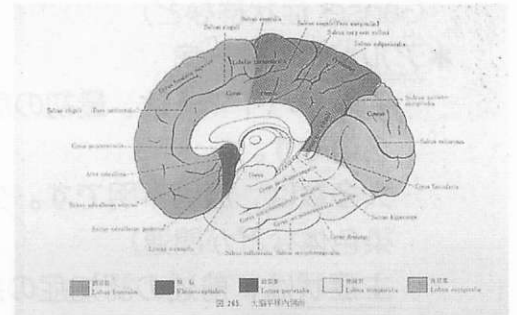
認知症とは

- * 「認知症」とは、以前は「痴呆」と呼ばれていた状態のことです。
- * 「認知症」とは、生後発達したその人の知的水準からの著しい低下により激変した精神状態です。
- * 具体的には、記憶障害（物忘れ）、見当識障害（時間、日付、場所などが判らない）、判断力障害、理解力障害、計算力障害、抽象思考障害（言葉やことわざなどの意味が判らない）、高度大脳皮質機能障害（失語、失行、失認）、感情障害（感情失禁、うつ、躁など）、行動障害（徘徊、攻撃性、不潔行為、過食、異食、拒食、性的逸脱行為、火の不始末など）、人格（性格）の変化などの障害が起こることです。一種の症状群です。

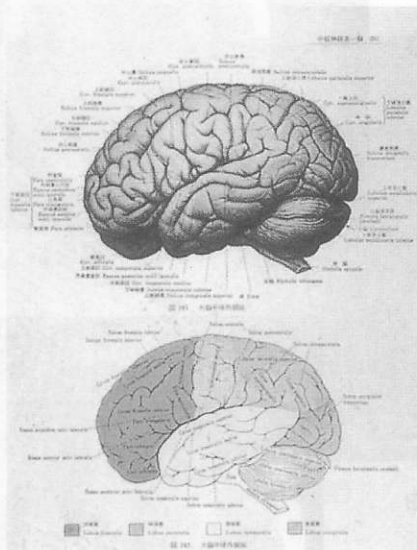
(注) 失語とは、言語の表現と了解ができないことで、運動失語（うまくしゃべれない）、感覚失語（意味がわからない）などがあります。失行とは、手足に障害がないのに、動作が正しくできないことで、着衣失行などがあります。失認とは、視覚、聴覚、触覚に異常がないのに、よく知っていることが認識できないことで、視覚失認などがあります。



大脳内面
(平沢 興、岡本 道雄：解剖学2—脈管系／神経系) 金原出版 1976年より引用

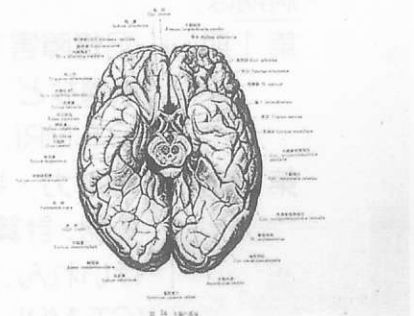


大脳内面
(平沢 興、岡本 道雄：解剖学2—脈管系／神経系) 金原出版 1976年より引用

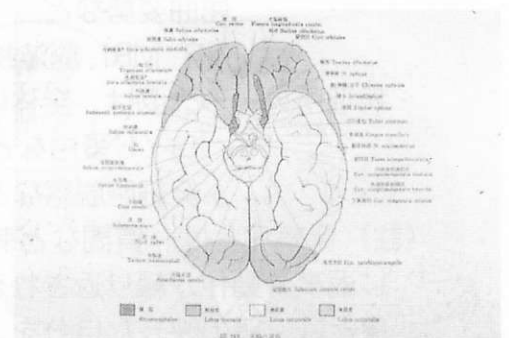


- 前頭葉
- 頭頂葉
- 側頭葉
- 後頭葉

大脳表面
(平沢 興、岡本 道雄：解剖学2—脈管系／神経系) 金原出版 1976年より引用



大脳底面
(平沢 興、岡本 道雄：解剖学2—脈管系／神経系) 金原出版 1976年より引用



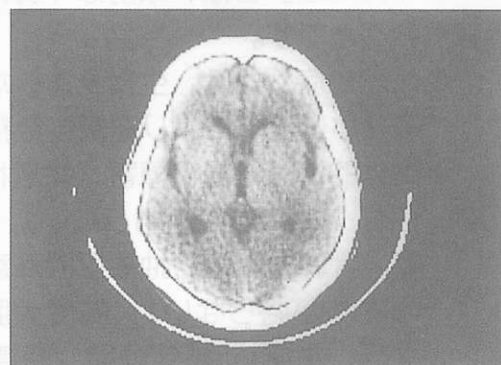
大脳底面
(平沢 興、岡本 道雄：解剖学2—脈管系／神経系) 金原出版 1976年より引用

認知症には、原因となる多くの病気があります

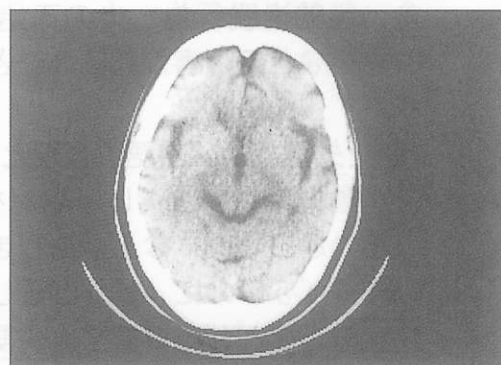
- *日本では、アルツハイマー病が、約60%（欧米では、70～80%）、血管性痴呆が、約20%であり、
- *その他に、レービィ小体病、前頭側頭型痴呆（ピック病、運動神経疾患を伴う痴呆、前頭型痴呆）、クロイツフェルト・ヤコブ病、ハンチントン病、パーキンソン病、HIV脳症（エイズ）、脳外傷後脳症（高次脳機能障害）、正常圧水頭症、脳腫瘍、甲状腺機能低下症、VitB1欠乏症、VitB12欠乏症、頭蓋内放射線照射など、100以上の病気があります。
- *仮性認知症（本当の認知症ではない）（うつ病、Ganser症状群など）
- *アルツハイマー病

- ・アルツハイマーは、最初の症例報告をした研究者の名前です。
- ・大多数は、原因不明です。少数は、家族性（第1,14染色体などが関連）
- ・主症状は、前述の認知症の症状です。即ち、記憶、見当識、判断力、理解力、等々の障害です。
- ・副（周辺）症状は、うつ状態、幻覚・妄想、せん妄、不安などです。
- ・病期は、
第1期……記憶障害で始まり、見当識障害、不安、焦燥など
（CT、MRI、脳波などの検査は、正常範囲）
第2期……理解力・判断力などの障害、着衣失行、失認、計算障害、多幸、落ち着きのなさ、けいれん、保続症、鏡現象など
（CT、MRI、脳波などの検査で、異常所見）
第3期……脳機能障害高度、言語がなくなり、失外套症状群（一種の植物状態）、四肢拘縮、屈曲姿勢など
（CT、MRI、脳波検査などで、著明な異常）
・病理所見……大脳は、全体に萎縮し、老人斑（アミロイド蛋白など）、神経原線維変化、神経細胞脱落など。

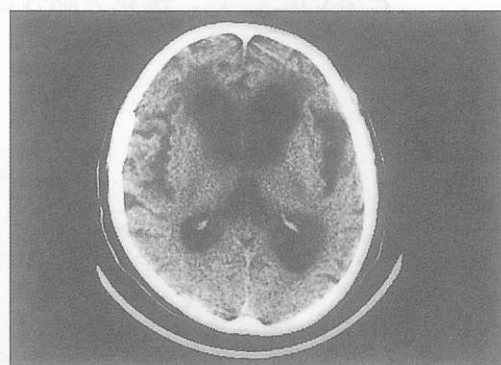
（注）保続症とは、質問など刺激を与えられた時、同じ返事や動作が繰り返される症状を指します。鏡現象とは、鏡の映った自分を、他人と誤認する症状です。CT、MRIは、脳画像による診断手段です。



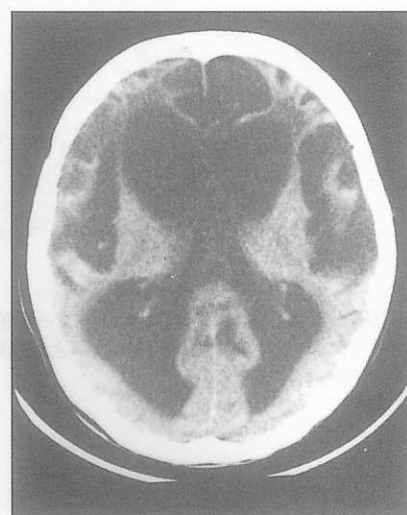
正常高齢者の大脳



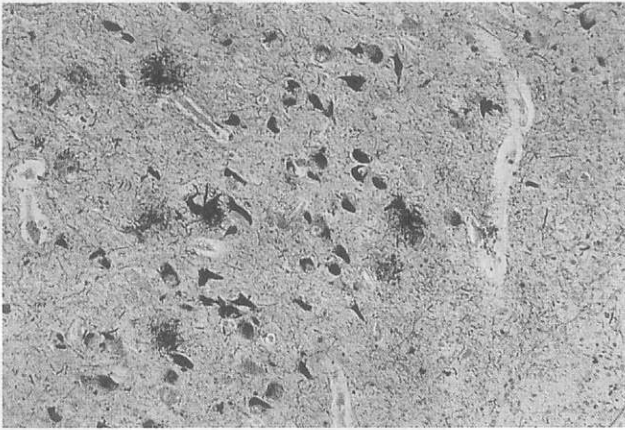
アルツハイマー病（第一期）



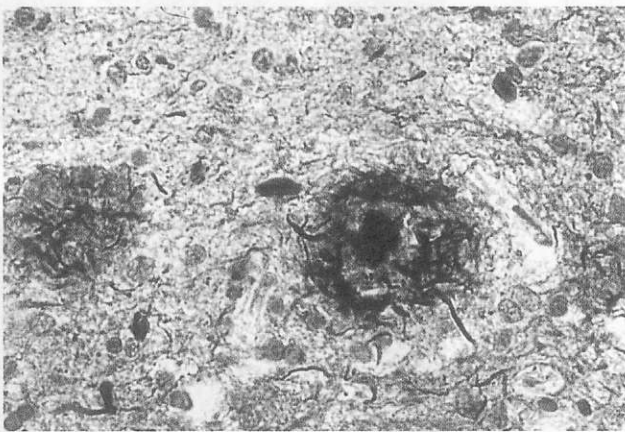
アルツハイマー病（第二期）



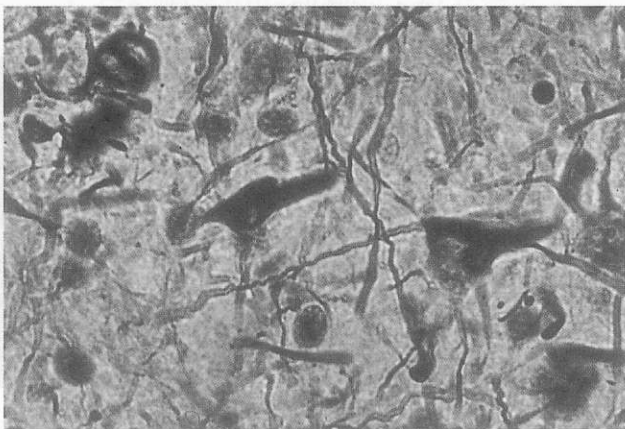
アルツハイマー病（第三期）



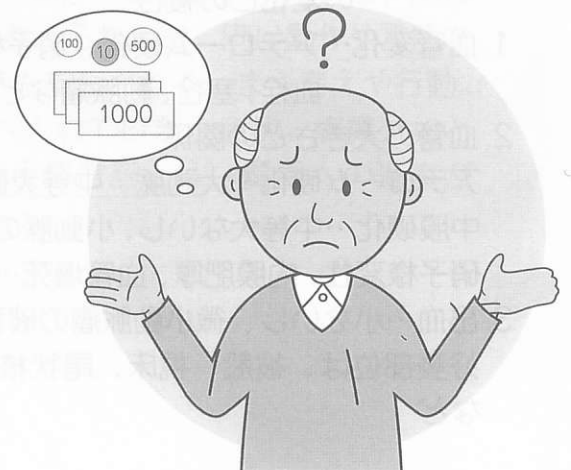
アルツハイマー病の病理像（神経原繊維変化と老人斑）



老人斑（拡大）



神経原線維変化（拡大）



***血管性痴呆（多発梗塞性痴呆）**

・原因は、アテローム（粥状）動脈硬化が最も多く、心臓性静脈血栓、低血圧、外傷など。（註）アテロームとは、脂肪の一種です。脂質代謝異常（コレステロールなど）、高血圧、血小板凝集能亢進、HDL（善玉コレステロール）低下なども関与

・症状

1. 症状のあり方

- 1) 急性：発作型…神経症状
- 2) 緩徐…精神症状

2. 初期症状…頭痛、しびれ、めまいなど

3. 精神症状

- 1) まだら（斑状）認知症
- 2) 感情失禁（喜怒哀楽に対して、閾値が下がることで、些細なことで、泣いたり、怒ったりする状態）
- 3) 人格変化（病前人格の尖鋭化）
- 4) 意欲低下
- 5) せん妄（夜間せん妄が多い）
- 6) 行動障害
- 7) 幻覚・妄想…被害・関係・心気妄想が多い
- 8) 失語、失行、失認

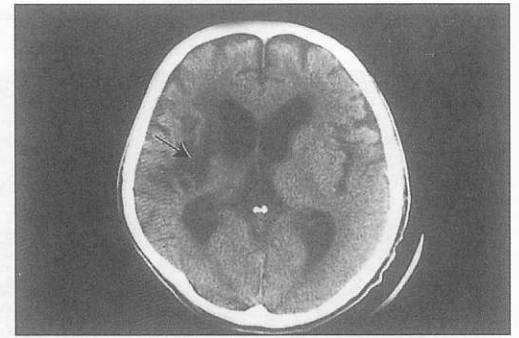
4. 神経症状

- 1) 仮性球麻痺（發語・嚥下・呼吸などの障害）
- 2) 片麻痺（半身不随）
- 3) 歩行障害、四肢筋力低下、深部反射亢進、病的反射

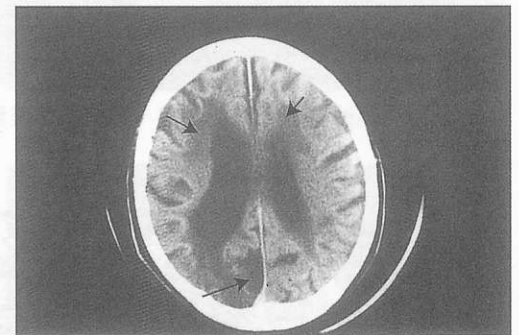
（註）せん妄とは、意識障害があって、錯覚、幻覚、妄想など異常な言動がある状態で、時には、錯乱状態になることもある。

・病理所見…脳の内外の血管変化とそれに基づく脳実質の変化との複合

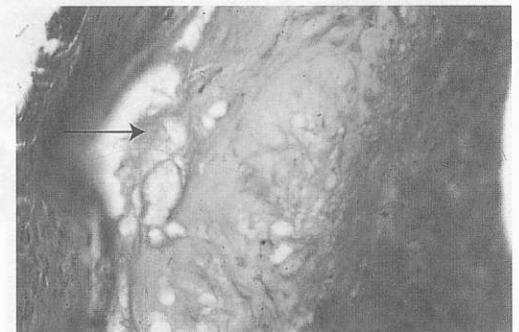
- 1. 血管変化…アテローム硬化、硝子様硬化、血管壊死、血栓、塞栓、動脈瘤など
- 2. 血管の大きさとの関係
アテローム硬化…大動脈、中等大動脈
中膜硬化…中等大ないし、小動脈の中膜に石灰沈着
硝子様変性、内膜肥厚、血管壊死…微小動脈、毛細管
- 3. 出血…小ないし、微小動脈瘤の破裂が多い
好発部位は、被殻、視床、尾状核、内包、大脳皮質など



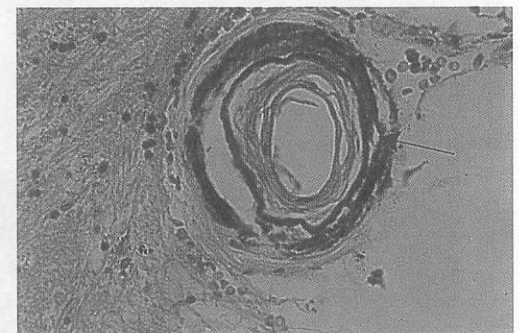
血管性痴呆（1）
（矢印＝梗塞）



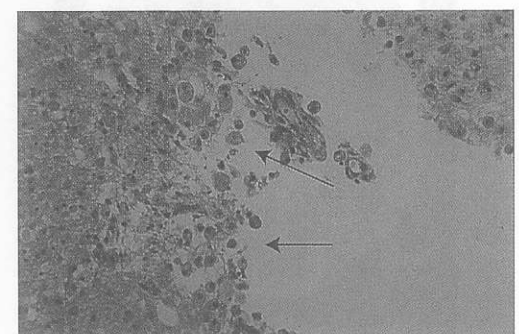
血管性痴呆（2）
（矢印＝梗塞）



大動脈のアテローム硬化



中等大動脈の中膜の石灰沈着



脳梗塞—亜急性期
（脂肪顆粒細胞が多数）

・脳梗塞の発生機序

1. 血栓…アテローム硬化によることが多い
2. 塞栓…心臓性が最も多く、次いで、総頸・内頸動脈、椎骨動脈のアテローム
3. 血行力学的要因…血圧低下など

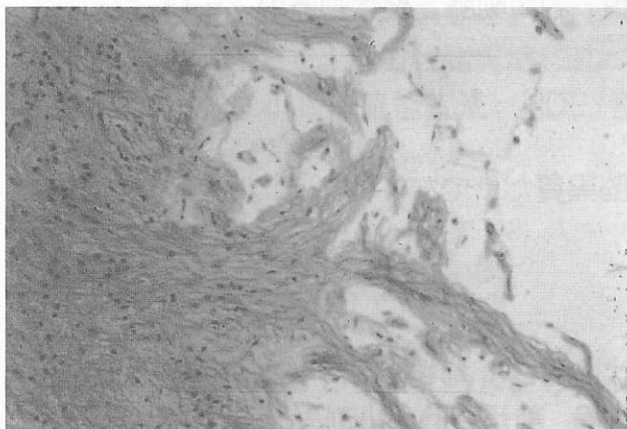
*レービィ小体病

- ・レービィ小体（神経細胞内封入体）が、中脳黒質だけでなく（C f：パーキンソン病）、大脳にも広範に出現する病気です。
- ・原因は、不詳
- ・症状
 1. 主症状…動揺する認知障害（認知症の症状に同じ）、幻視、パーキンソン症状（筋強剛、振戦、動作緩慢、仮面様顔貌、前傾姿勢、小刻み歩行など）
 2. その他の症状…転倒、失神、一過性意識障害など
- ・病理所見…レービィ小体、アルツハイマー病所見
（註）筋強剛とは、筋肉が硬くなることです。振戦とは、震えることです。

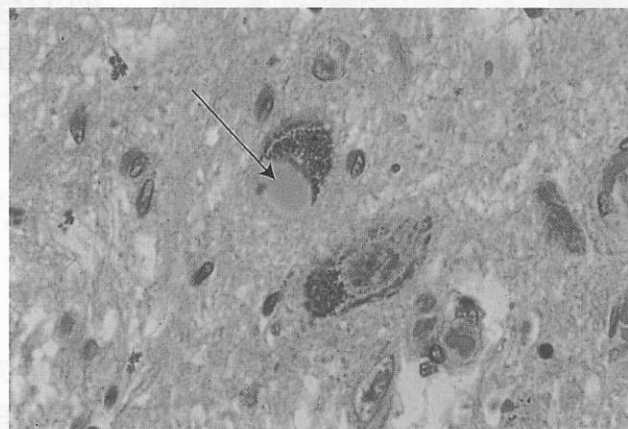
*前頭側頭型痴呆

- ・これは、「臨床概念」で、病的には、
 - 1) ピック病
 - 2) 運動神経疾患を伴う痴呆
 - 3) 前頭型痴呆、の三型が包含されています。
- ・原因は、不詳
- ・症状
 1. 行動障害…脱抑制的・反社会的・常同的・滞続的・衝動的・強迫的行動、口唇傾向、不潔、病識欠如など
 2. 感情障害…抑うつ、不安、無頓着、無表情など
 3. 言語の障害…發語の減少、常同言語、滞続言語、反響言語など
- ・画像では、前頭葉と側頭葉の萎縮
- ・病理所見…前頭葉と側頭葉の萎縮（詳細は省略）

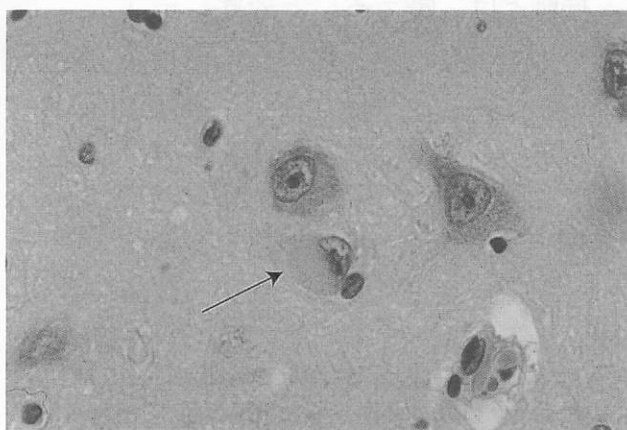
（註）脱抑制とは、抑制がとれて、コントロールが効かない状態。常同とは、同じ動作や言語を繰り返す状態。滞続とは、刺激を与えられた時、同じ動作や言語を繰り返す状態。強迫とは、無意味と判っていても支配されてしまう考えや行動。口唇傾向とは、食べられない物でも何でも口へ入れてしまう症状。病識欠如とは、自分が病気であることが判らない状態。反響言語とは、質問への返事が「おうむ返し」の状態。



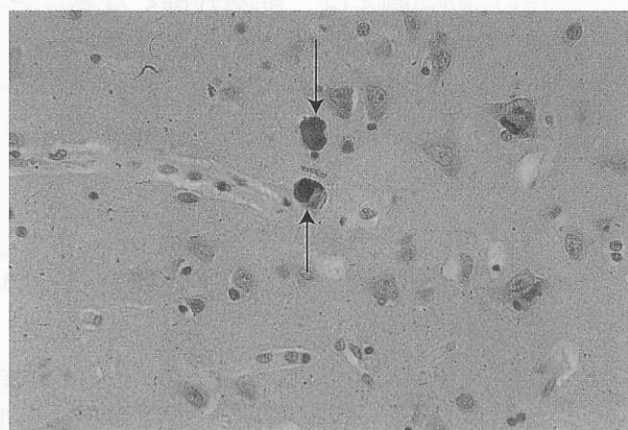
脳梗塞—慢性期
(グリア線維の増殖)



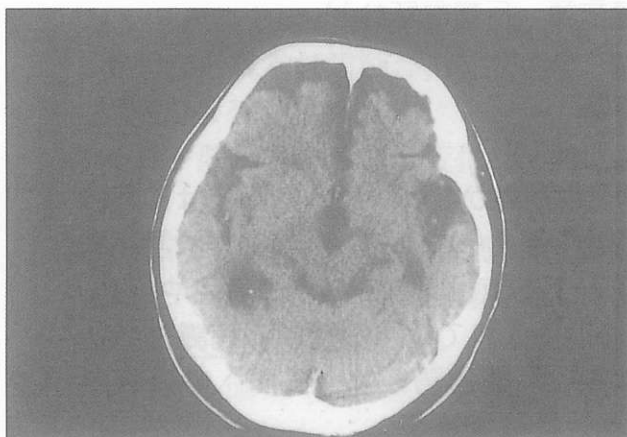
レービィ小体 (中脳黒質)



レービィ小体病 (大脳皮質のレービィ小体)



レービィ小体病 (大脳皮質のレービィ小体)



前頭側頭型痴呆 (第2期)



前頭側頭型痴呆 (第3期)

早期発見が大切です

- * 早期診断によって、将来の生活、治療、財産管理などについて、自己決定できます。
- * アルツハイマー病には、進行を緩和する薬物があり、近い将来、ワクチン療法の可能性もあります。(既に動物実験では、有効性が確認されています)
- * 早期発見により、本人および家族などの介護者のQOL(生活の質)を長く維持できます。

早期発見には、早期受診・早期診断が重要です

- * 認知症は、年のせいではありません。
- * まず、本人や家族が、気付くか、疑うことが大事です。
- * 気付く手掛かりに、「こころの健康度チェック表」を利用してください。
- * 早目に、認知症(痴呆)に詳しいかかりつけ医、または、専門機関を受診して、相談・診断をしてもらいましょう。
- * かかりつけ医は、早期に専門機関へ鑑別診断を依頼し、治療方針決定後は、フォローアップします。また定期的なチェックも必要です。これにより、患者・家族との信頼関係は深まります。
- * 発見が遅れるほど、本人の苦しみは深くなり、治療もケア(介護)も大変になります。

治療法は、病気によって違います

- * 治療法は、病気によって違いますし、早期治療で、よくなる病気もたくさんありますので、早期発見・早期診断が重要なのです。
- * アルツハイマー病
 - ・ 認知障害に対して、ドネペジル(アリセプト)、ガランタミン、リバスティグミンなどがあります。
 - ・ その他、抗うつ剤、抗不安剤、抗精神薬、抗痙攣剤、睡眠導入剤なども、必要に応じて使われます。
 - ・ 将来的には、ワクチン療法なども期待できます。
 - ・ 様々な非薬物療法も実施されています。(回想法、音楽療法など)
- * 血管性痴呆(多発梗塞性痴呆)
 - ・ 基礎疾患に対して、動脈硬化(脂質低下剤、血管拡張薬、抗血小板凝集剤)、心疾患(薬物治療、外科的治療)、糖尿病(薬物治療、生活指導)、高血圧(降圧剤、食事など生活指導)などの治療法があります。
- * レービィ小体病
 - ・ 認知障害に対して、ドネペジル(アリセプト)の有効例があります。
 - ・ パーキンソン症状に対して、L-ドーパ(DOPA)が使われます。
- * 詳しいことは、かかりつけ医、または、専門機関にご相談下さい。

認知症の予防

*アルツハイマー病

- 1) 脳を刺激するプログラム
 - ・旅行、料理、パソコン、学習療法（読み、書き、計算）などがあります
- 2) 疫学研究で有効とされていること
 - ・野菜、果物、魚を多く摂取しましょう
 - ・運動（歩行でもOK）を習慣的に行いましょう
 - ・知的活動や対人接触行動の頻度を高めましょう
- 3) 趣味の中で、有効な Evidence（証拠）のあるもの
 - ・読書
 - ・楽器演奏（どんな楽器でもよい）
 - ・ボード・ゲーム（碁、将棋、トランプ、麻雀、人生ゲームなど）
 - ・社交ダンス

*血管性痴呆（多発梗塞性痴呆）

- 1) 危険因子を回避しましょう
(注) 危険因子 ・ 高血圧：糖尿病：高脂血症：心疾患：喫煙：肥満（BMI 25 以上）：飲酒習慣（アルコール 30g / 日以内ならOK）：薬物乱用など
- 2) 生活習慣を改善しましょう
 - ・バランスのよい食事・嗜好・運動に心掛けましょう
- 3) 脳の活性化に努めましょう
 - ・文化的趣味（前述のような）を楽しみましょう
 - ・適度な仕事（自営業、専門職などの場合、続ける方がよい）をしましょう
 - ・ボランティア活動などに参加しましょう

*その他

- ・HIV（エイズ）に罹患しないようにしましょう。
- ・頭部外傷を可能な限り、避ける努力をしましょう。



ケア(介護)は、ご本人に合ったケア(個別ケア)をしましょう

- *ご本人の現在の状況を把握すると共に、ご本人の背景(精神的問題、身体的問題、家族構成・力動、経済的問題、生育歴、学歴、職歴、趣味、嗜好、倫理観、人生観など)を多面的に配慮し、ご本人のニーズに合った最適のケア(個別ケア)を目指して最善の努力をしましょう。
- *可能な限り、ご本人の自己決定を尊重し、Well-Being(ご本人にとって好ましい状態)を重視し、QOL(生活の質)に配慮した「その人を中心にしたケア」をしましょう。



原因となる病気によってケアは異なることがあります(疾患別ケア)

- *例えば、アルツハイマー病、血管性痴呆、脳外傷性脳症、脳腫瘍などでは、病気の性質・症状・進行等は、著しく異なり、治療だけでなく、リハビリテーションやケアの仕方も異なってきます。
- *原因となる病気に合ったケア(疾患別ケア)で、しかも「個別ケア」であることが「理想的なケア」なのです。



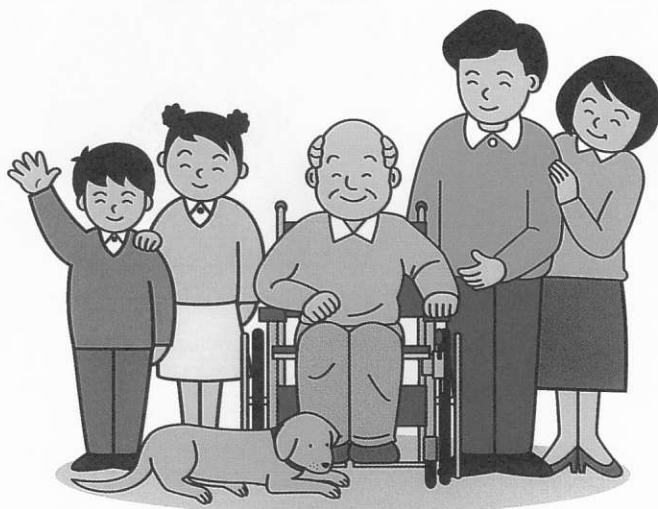
「なじみの人間関係」を作しましょう

- *軽症の段階では、家族、友人、知人などとの交流は、普通にできます。
- *重症になると、家族さえ判らなくなり、周囲は、判らない・知らない人だらけとなり、不安・緊張は高まり、行動障害を誘発し易くなります。
- *この段階では、誤認や作話や仮性会話（本当の会話になっていないのに表面上会話をしているような状態）のような虚構の世界におりながら、それなりの「なじみの仲間」の集まりを形成し、落ち着いていることが多いのです。
- *家族などの介護者としては、ご本人の不安が強いので、出会いの度に、向き合う度に、安心を与えるような・受容するような・共感する・温かく接する態度が重要です。



「なじみの環境」を作しましょう

- *自分の家や家の中でも判らなくなると、病院や施設での混乱は想像以上です。
- *騒音、大きなテレビ・ラジオなどの音、大きな話し声などは、ストレスとなる刺激であり、徘徊、不穏などの行動障害の誘因となります。
- *ご本人のなじみの品々や家具・調度品も利用して、懐かしく、くつろげる場所を作しましょう。



してあげるケアから、ご本人の自立の支援へ

- *身体で覚えたことは、よく保たれていることがあるので、そっと助けながら、潜在能力を引き出してあげましょう。(例えば、家事、育児、仕事、趣味、着付けなどの特技など)
- *ご本人の過去とのつながりのある「自分らしい生き方」をサポートしましょう。



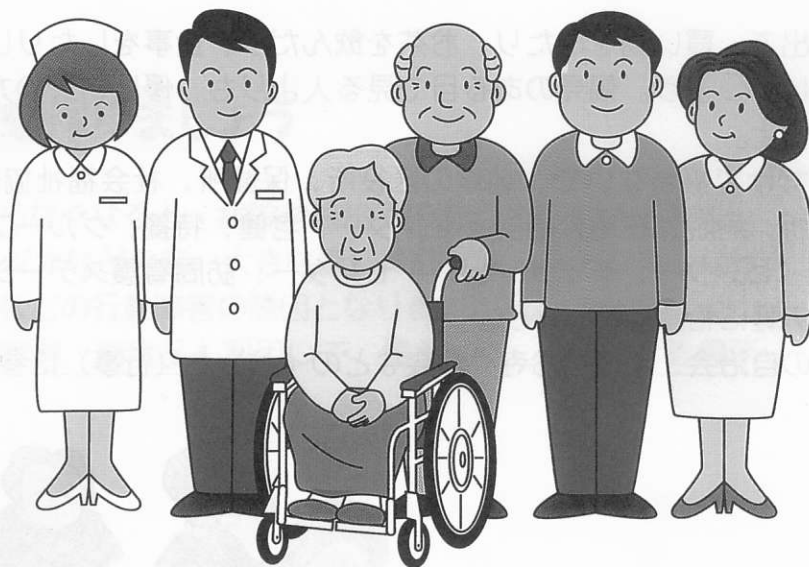
地域力を借りましょう

- *町に出て、買い物をしたり、お茶を飲んだり、食事をしたりして、町の人達と交流しましょう。偏見のある目で見える人よりも、優しい人の方が、はるかに多いですよ。
- *家族だけで悩まないで、地域の区役所、保健所、社会福祉協議会、民生委員、診療所、病院、在宅介護支援センター、老健、特養、グループ・ホーム、デイケア・センター、デイサービス・センター、訪問看護ステーション、家族会などに気軽に相談しましょう。
- *地域の自治会、学校、お寺、教会などのイベント（行事）に参加しましょう。



ケアする家族にも、十分なケアをしましょう

- * 認知症のケアをするのは、圧倒されるようなストレスと疲労を伴うものです。
- * 何もかも自分でやろうとすると、燃え尽きて、うつ状態になったり、虐待をしたり、果ては、無理心中を図るといった結末になりかねません。
(介護者の80%は、強いストレス、50%は、うつ状態)
- * できるだけ公的サービス（デイケア、デイサービス、訪問介護、訪問看護、ショート・ステイなど）を利用しましょう。
- * 介護者自身の精神的・身体的健康管理をきちんとしましょう。
- * 十分な休息（Respite Care）をとりましょう。
- * 気分転換して、介護者が、趣味に打ち込む時間を確保しましょう。
- * 定期的な運動とバランスのよい食事を心掛けましょう。
- * 家族の他のメンバー、友人、地域の資源（ボランティアなど）から支援を受けるようにしましょう。
- * ケア（介護）技術についての教育を受けましょう。（講演会・研修会などに参加、個別相談）
- * ご本人（病人）の現在の状態を受け入れられると、気持ちは楽になります。
- * ストレス解消の場を持ちましょう。



こころの健康度チェック表 本人用

氏名： (男・女)

生年月日：M・T・S 年 月 日 (歳)

最近、次のようなことがありますか？

よくある 1

たまにある 2

ない 3

わからない 4

- () 1) 仕事、買い物、社会的グループ活動（趣味の会、老人会など）が、できなくなった。
- () 2) 物忘れがひどい。大事なこと（通帳、印鑑など）も忘れてしまう。
- () 3) テレビのつけ方、洗濯機の使い方、料理の仕方などがわからないことがある。
- () 4) 若い時と性格が変わったと思う。
- () 5) お金の勘定や計算ができないことがある。
- () 6) 月日や場所がわからない。よく知っている道に迷ったりすることがある。
- () 7) よく知っている人の顔と名前を間違えることがある。
- () 8) 何か聞かれたとき、意味がわからないことがある。
- () 9) よく知っていたことわざ、格言などの意味がわからないことがある。
- () 10) ほかの人とうまく話ができないことがある。
- () 11) 衣服の着け方がわからないことがある。

- () 12) 台所やトイレ（便所）の場所がわからないことがある。
- () 13) ちょっとしたこと、すぐ怒ったり、泣いたりしてしまう。
- () 14) 実際には居ない人や無いものが見えたり、居ない人の声が聞こえたりすることがある。
- () 15) 前より疑い深くなったような気がする。
- () 16) 夕方や夜になると、どうも嫌なことが多い。
- () 17) 元気がなく、ゆううつである。
- () 18) すぐ自分を責めてしまう。自分は価値のない人間だと思い込んでしまう。
- () 19) 死にたいと思うことがある。
- () 20) 夜、よく眠れないことがある。
- () 21) 何に対しても、やる気がしない。好きだったこともやらなくなった。楽しみがなくなってしまった。
- () 22) いらいらして、落ち着かないことがある。
- () 23) つまらないことを気にしてしまう。
- () 24) 自分の身体のことをとても心配である。疲れやすい。
- () 25) 食欲がない。体重が減った。
- () 26) 朝の方が、どうも調子が悪い。（夕方・夜には元気になる）
- () 27) どうも物事に集中できない。（いろいろなことで決断ができない）

以上の事柄で、1（よくある）が3つ以上に当てはまる場合には、一度、かかりつけ医にご相談ください。

こころの健康度チェック表 家族用

氏名： (男・女)

生年月日：M・T・S 年 月 日 (歳)

最近、次のようなことがありますか？

よくある・・・・・・・・・・ 1

たまにある・・・・・・・・・・ 2

ない・・・・・・・・・・ 3

わからない・・・・・・・・・・ 4

- () 1) 仕事、買い物、社会的グループ活動（趣味の会、老人会など）が、自立してできなくなった。
- () 2) 物忘れがひどい。大事なこと（通帳、印鑑など）も忘れてしまう。
- () 3) 自分の立場、まわりの状況、ことの善悪などの理解や判断ができない。
- () 4) 若い時と性格が変わった。
- () 5) お金の勘定や計算ができない。
- () 6) 月日や場所がわからない。よく知っている道に迷ったりする。
- () 7) なじみの人の顔を間違えることがある。
- () 8) 簡単な事柄や質問の意味がわからない。
- () 9) ことわざ、格言などの意味が理解できない、動物や物などの類似性などの説明ができない。（意味がわからない）
- () 10) 普通に会話ができない。（話が通じない）
- () 11) 衣服の着け方がわからない。

- () 12) 台所やトイレ（便所）の場所がわからない。
- () 13) すぐ怒ったり、泣いたり、笑ったりする。
- () 14) 実際には無いものが見えたり、声が聞こえたりする。
- () 15) 疑い深く、事実でないことを事実だと思い込んでいる。
- () 16) 昼間は普通で、夕方や夜になると、おかしいことを言ったり、やったりする。
- () 17) 元気がなく、ふさいでいる。
- () 18) 悪くないのに自分を責める。自分は価値のない人間だと思い込む。
- () 19) 死にたいと言ったりする。
- () 20) 夜、よく眠れない。
- () 21) 何に対しても、やる気がしない。好きだったこともやらなくなった。楽しみがなくなってしまった。
- () 22) いらいらして、落ち着きがない。
- () 23) つまらないことを気にする。
- () 24) 自分の身体のことを異常に心配する。疲れやすい。
- () 25) 食欲がない。体重が減った。
- () 26) 朝の方が調子が悪い。（夕方・夜には元気になる）
- () 27) 物事に集中できない。（決断ができない）

以上の事柄で、1（よくある）が3つ以上に当てはまる場合には、一度、かかりつけ医にご相談ください。



<相談窓口>

*区役所の介護保険担当（介護福祉係）

電話（代）052-753-1848 FAX052-751-3120

*千種区在宅介護支援センター

介護についての総合的な相談に応じてもらえます。

電話 052-763-1530

*保健所（保健予防課 保健看護）

相談や介護教室などを行っております。

電話 052-753-1984 FAX052-751-3545

*老人性痴呆疾患センター（いまいせ）

老人性痴呆疾患等について、専門的医療相談、鑑別診断、治療方針等を行うと共に、保健・医療・福祉サービスの情報を提供します。

電話 0586-45-2531

*呆け老人をかかえる家族の会

痴呆性高齢者をかかえる家族などによって運営されている民間団体。全国40都道府県に支部をもち、電話相談、啓発活動、会報の発行などの活動を行っています。

「ぼけの電話相談 110番」

電話 0120-294-456

（月～金 10時～15時）