

第76号 2014年10月  
特集 認知症医療 最前線



発行 前橋・在宅ケアネットワークの会 〒371-0037 前橋市上小出町2-42-5 斎藤浩様方  
TEL027-235-6283 FAX027-235-6284 郵便振替口座 00150-2-155119

本紙は高齢者の住みよい街づくりを願って医療、福祉従事者、関心ある市民にむけ年4回刊、毎回1700部発行しています。趣旨にご賛同の方はぜひご入会をお願いします。

増える認知症高齢者

アルツハイマー病の治療戦略

今、何ができるか

公益財団法人 老年病研究所附属病院 副院長(神経内科) 甘利 雅邦

皆さんは認知症の方が年々増えていくという印象をお持ちでしょうか。20年前の厚生省の推計では240〜250万人という予想でしたが、おとしの厚労省の推計では、これは介護保険利用者から推定したものが305万人という数字でした。

昨年、厚労省研究班から新しい報告が出ました。つくば市や福岡県久山町など全国の8地域をサンプリングして出したデータですので、より実数に近いと思われませんが、認知症患者が462万人、軽度認知障害(認知症ではないが正常との境目の状態・以後MCIと略します)が400万人と報告しています。(図1)

また同時に報告された年齢階級別

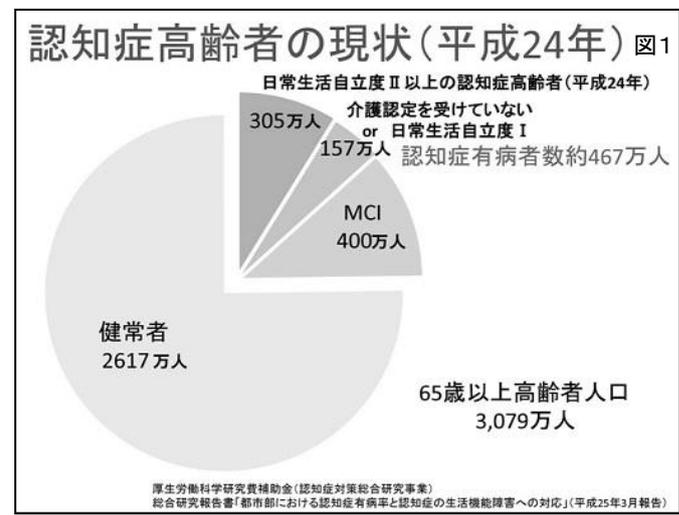
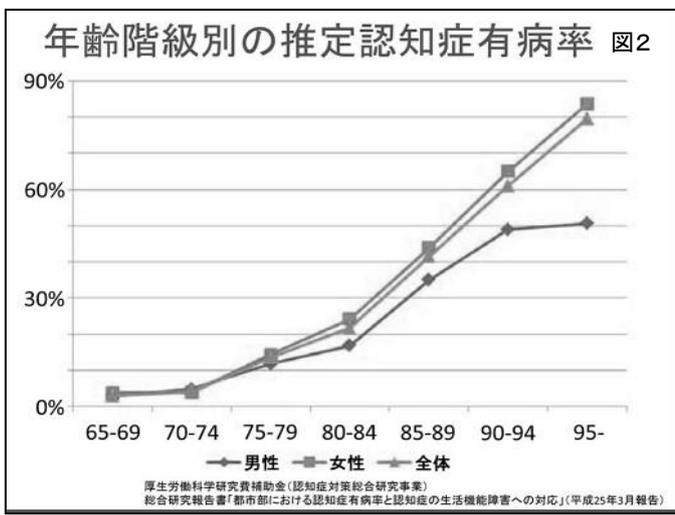


甘利 雅邦先生

の推定認知症有病率のグラフ(図2)を見ますと、65〜69歳では2.9%ですが、5歳刻みにほぼ倍増し80〜84歳だと約2割、85〜89歳だと約4割が認知症の状態です。昨年の日本人男性の平均寿命は80・21歳、女性86・61歳ですので、平均寿命まで生きると3〜4人に1人位は認知症になってしまうという現実があります。研究班のこれらのデータは筑波大学医学部精神神経科のホームページで公開されています。興味ある方はご覧下さい。

([http://www.tsukuba-psychiatry.com/?page\\_id=806](http://www.tsukuba-psychiatry.com/?page_id=806))

このような背景をもとに、厚労省は、2012年に認知症施策推進5カ年計画(オレンジプラン)を発表しました。オレンジというのは国が養成している認知症サポーターが手首に着けることになっているリボンの色に由来するようです。認知症の方を早期に発見して適切な医療やケ



アを開始することで、住み慣れた地域でなるべく暮らしていけるように支援できる体制を整える。つまり認知症が進んでからどうするか考えるという事後的な対応から、早期・事前的な対応を基本とするケアに変換したい。国の財政が厳しくなり施設介護が限界にきているため、在宅介護に重点を移していきたいということです。早期診断・早期対応のための施策として、県内でも「かかりつけ認知症対応力向上研修」、「認知症サポート医養成研修」が実施されています。また、平成27年度から制度化される「認知症初期集中支援チーム」のモデル事業が昨年から全国14カ所始まっており、県内では老年病研究所附属病院が指定されました。スタッフが医療機関を受診することを嫌がっている認知症の方のお宅を訪問して情報収集や相談をすることで医療や介護に結びついたり、すでに治療を受けていても問題行動等在宅での対応が困難な事例では、主治医やケアマネジャー等と連携することで医療や介護サービスを効率よく行えるようになることが期待されます。

今後は全国で100カ所で活動させ

る予定になっています。さらに、現在、県内に10カ所ある認知症疾患医療センターの他に早期診断等を行う医療機関を全国で約500カ所整備する計画も進んでいます。医師以外の研修としては認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修、認知症地域支援推進員研修、一般の方に対する認知症サポーター（全国で540万人いるそうです）養成なども行っています。

### ■認知症とはどういう状態か

さて、認知症とはどういう状態でしょうか。様々な原因で脳細胞が減少したり機能が低下すると、もの忘れに加えて日常生活を送る上で支障が出てきます。この状態が認知症です。もの忘れのみの段階ではいわゆるMCIと診断されます。認知症の原因になる病気はたくさんありますが、最も多いのがアルツハイマー病です。大体50〜70%くらいと言われています。他には、脳梗塞や脳出血などで脳細胞が壊れて生じるのが血管性認知症、これが15〜20%くらい。レビー小体型認知症と言われるものが5〜20%くらいです。この

3種類が多いのですが、その他に甲状腺機能低下症、特発性正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫などの治療できないと片づけられない一度は医師の診察を受ける必要があります。

同じ事を何回も言ったり聞いたりする、財布を盗まれたと言う、置忘れやしまい忘れが目立つ、ささいなことでも怒りっぽくなったなどが最初に出てくることが多い変化です。物の名前が出てこないなどもあります。これは年をとれば誰でも感じることです。加齢によるもの忘れと認知症のもの忘れは大きく異なります。加齢によるもの忘れは体験した事の一部を忘れてしまうのに対し認知症は体験した事自体を忘れる、これが大きな違いです。例えば、昨日電話があったとすると、その内容の一部を忘れてしまうのは加齢によるもの、電話があったこと自体を忘れてしまうのは認知症です。電話があったじやない、と言われて思い出せるのはまだ大丈夫です。本人が認知症を心配して外来に来る場合の90〜95%はただの心配性ですが、周囲が心配して連れて来る場合は9割以上は認

知症かMCIです。病識がない（本人はもの忘れがひどいと自覚してない）のも特徴の一つです。症状や経過から認知症を疑うと、専門医はまず簡単なスクリーニング検査をします。30点満点の長谷川式（HDS-R）とかMMSEという検査を行います。今日は何年何月何日何曜日ですか、ここはどこですかなどと質問します。その後、必要であれば、頭部CTやMRI、血液検査などをして病気の種類を推定します。医療機関受診時に先生方がおかしいなと気づく場面としては、予約の時に来るのを忘れることが増える、前回やつた検査（血液検査・心電図等）のことをすっかり忘れていて、薬の飲み忘れが増えたりなくなることが増える、支払の時に小銭があるのに札をだしてお釣りを貰うなどが良くあります。

### ■アルツハイマー病とは…

認知症の原因として最も多いアルツハイマー病を説明したいと思えます。患者さんの脳内ではどんなことが起きているのでしょうか。第一に、脳細胞が減るので萎縮（脳が小さくなる）が起きます。第二に、脳を

顕微鏡でみると老人斑と神経原線維変化という変化が認められます。老人斑はアミロイドベータ(A $\beta$ )と呼ばれるタンパクが主成分で、認知症が始まる20〜25年も前から脳の中にたまり始めます。アルツハイマー病の原因はまだわかりませんが、現在の有力な説ではA $\beta$ が過剰にたまることが重要だと推定されています。アルツハ

## ■待たれる予防、治療薬の開発

アルツハイマー病脳内の第三の変化として、神経伝達物質の一つであるアセチルコリンが減少します。神経伝達物質とは神経細胞間の情報伝達を助ける物質のことですが、アセチルコリンは主に記憶や学習に関わっています。

1970年代後半にそのことがわかったのですが、当時の研究者はアセチルコリンを分解するアセチルコリン・エステラーゼという酵素の働きを抑えることで、アセチルコリンの量を回復させると認知機能が改善するのではないかと考えました。それが実現したのがアリセプトをはじめとするコリンエステラーゼ阻害薬です。1999年にアリセプトが発売されてから10年以上にわたって他の治療薬はありませんでした。

イマー病で使える薬剤は4種類ありますが、すべて進行を遅らせるのが目的であり、認知症を治すことはできません。すでに10年以上前から動物実験や臨床試験では脳内のA $\beta$ を取り除く目的で抗体療法や免疫(ワクチン)療法が行われています。しかし、脳炎などの強い副作用が起きることもあるし、また脳内のA $\beta$ が消えても認知機

能は十分改善しませんでした。認知症が始まった段階ではすでに脳細胞がかなりのダメージを受けているので、A $\beta$ だけ取り除いても手遅れということがわかってきました。そこで先制医療という考え方が出てきました。まったく認知症症状のない段階でA $\beta$ を取り除けばアルツハイマー病発症を予防できるのではないかと仮説をもとに

行動心理症状―周辺症状に対する効果は異なります。一般的にアリセプトは活動性を上げて元気にする作用が大きいと考えられています。脳を活性化にする作用というのは普通は良いことが多いのですが、そうでない場合もあります。例えば、何もなかった人が食事の用意をするようになった。しかし、味付けがめっちゃくちゃだったり、同じものを食べきれないほど作ってしまった。火を付けっ放しにして鍋を焦がしてしまふ。また、庭いじりをするようになったら、大事な花を切ってしまった。夜、寝ないでタンスの中をいじりまわしていたり、暗いうちから外に出るようになった。気に入らないことがあるとすぐに大声を出す。こういう場合、家族は、余計な事をするようになった、前の方が良か

米国は家族性アルツハイマー病の家系などで、抗体などの予防投与をする臨床試験を昨年から始めています。

昨年12月にロンドンで行われたG8認知症サミットでは、2025年までに認知症治療薬を開発する目標を上げましたが、これらの臨床試験がうまくいけば、アルツハイマー病が予防や治療できる時代が来るかもしれません。

つたと感じます。一面から見ると意欲が向上して活発になっているのですから、薬の効果判定は難しいです。

## ■薬効も多様化している

通常、アリセプトは3mgから開始して、1〜2週後に5mgに増やし、高度のアルツハイマー病では4週以後に10mgまで増量できますが、症状によつて適宜増減できます。細粒やドライシロップもありますので1〜2mgに減量すると興奮や易怒性が収まることもあります。ただし、少量ですと認知機能維持や改善効果は不十分ですので、そういった場合には他の薬剤に変えるという選択肢もあります。アリセプトがダメと感じたら、他の薬も試してみたいです。

\*

## ■症状に合ったお薬の選択に家族・介護者も協力を

アリセプトと同じコリンエステラーゼ阻害薬に分類されるレミニールは 4 mg を 1 日 2 回から開始、4 週後に 8 mg を 2 回、8 週後に 12 mg を 2 回に増量します。副作用で多くみられるのはアリセプト同様に悪心や食欲低下です。ただ、1～2 日で落ち着く場合が多いので、副作用が出てみてもすぐにやめなくて 2～3 日は様子を見てもらうように説明しています。元々胃腸が弱いという

ケースでは最初からドンペリドンやプロトンポンプ阻害薬を併用する場合もあります。イクセロンパッチ／リバスタッチは貼付剤です。4.5 mg で開始、4 週ごとに 9.0 ↓ 13.5 ↓ 18 mg に増量します。貼り薬なので消化器系の副作用はまれですが、皮膚の発赤や痒みが出る可能性が増量と共に増え、1～3 割くらいの方に生じます。スキンケア（保湿）やステロイド軟膏で対処しますが継続できない方もいます。認知症の方の中には、薬を毒だと言って飲んでくれないかたつたり、病気がないから飲む必要がないと言って拒否する方もいます。そういう場合にこの薬は背中貼つて

まえば済むので介護者の負担は軽減します。この 2 剤はアリセプトに比べると興奮や易怒性が悪化する率は低く、治療前から易怒性等がある場合は最初からこちらから始める場合が多いです。以上のコリンエステラーゼ阻害薬は、ごく稀ですが除脈や心ブロックが生じる場合があるので注意下さい。NMDA 受容体拮抗薬に分類されるメマリーは作用機序が全く違うため、コリンエステラーゼ阻害薬の 3 剤と併用できるところが最も大きなメリットです。2 種類の薬剤を飲んでもらうことで、認知機能の改善・維持という点では最大の効果が得られます。メマリーは 1 週間ごとに、5 ↓ 10 ↓ 15 ↓ 20 mg に増量していきます。10 mg まででは副作用が出るケースはほとんどないのですが、それ以上だと眠気、ふらつき、過鎮静が起こることがありその場合は減量が必要です。1 日 1 回いつ飲んでもいいのですが、眠気が出る可能性を考慮して夕に投与するケースがほとんどです。4 剤の中ではメマリーが妄想、攻撃性、易刺激性（ちよつとしたこと）で

### ■家族、介護者の印象が大事

まとめると、無気力が目立ち易怒性や興奮のない時はアリセプト、易怒性や興奮が目立つ場合はメマリー、無気力もあるが易怒性や興奮も見られる場合はレミニールかイクセロンパッチ／リバスタッチから開始します。副作用が生じたり、3～6 カ月くらいみても効果がはっきりしなければ他剤への変更を考えます。降圧剤やスタチン（コレステロールを下げる薬）は血圧測定や血液検査をすることで効果がわかり、薬物の変更や量の増減が可能です。

### ■前橋市医師会が

## 第二回 病院在宅連携の会 症例検討会を開催

10 月 14 日夜、前橋市医師会はアニバーサリーコートラシーネ（旧厚生年金会館）で第 2 回前橋地域病院在宅連携の会症例検討会を開催した。前橋地域病院在宅連携の会は、医師会およびかけて市内の病院と医師会との連携の円滑化をはかるため発足した会で、入院医療から在宅医療への流れがスムーズになるよう多職種間の交流を図るため症例検討会を定期的に開催している。今回はその 2 回目で百名をこす参加者で会場は熱気に溢れていた。

\*

この日は  
中屋光雄  
医師会長、  
当番病院  
として西  
田保二済  
生会前橋  
病院長か  
ら挨拶を  
うけた後、



認知症の薬剤は指標が難しいです。効果判定の指標としてはHDS-RやMMSEの点数がわかりやすいですが、これは効果の一面をみているだけであり、ご家族の印象も大事です。家族の話を十分理解しているか、自分の希望を伝えられるか、家事を手伝おうとするか、自分でできることが増えたか、怒りっぽくないかなどをご家族に質問して判断材料にできます。繰り返しになりますが、患者さんによって効果はまちまちです。残念ながらとびぬけて良い薬というのはありません。

**■患者への理解、接し方が大切**

いずれも認知機能進行抑制を目的にする薬剤ですので、3〜6ヵ月後に横ばいであれば効果があると判断しています。また、副作用が出ないことが前提ですが、認知機能の進行抑制効果に関しては各々の薬剤の最大容量を用いるのが良いと考えます。最大容量を使う問題は医療費が高くなることです。

薬物療法の話を先にしましたが、BPSD（周辺症状）に対しては、ケア、つまり患者さんに接する態度

や環境が最も重要です。また、病気になる前の性格も大きく関与しています。認知症の方にとっては、どんなに常識とはずれていることでも、本人が正しいと思うことが正しいことなのです。ここを理解しないで説得しようとする、かえって興奮したり怒ったりします。ですから介護者の認知症に対する正しい理解とある程度の我慢や割り切りが必要です。

基本の4種類の薬剤でコントロールできず対応が困る場合は別の薬物が必要になります。厚生省が「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神病薬使用ガイドライン」を作成しており参考になると思います。

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shoudou/1249852000036k0c.html>)

**■認知症は予防が可能**

**早期発見により適切なケア  
治療につなげよう**

最後に、認知症は予防できるのでしようか。野菜・果物・魚・赤ワイン・緑茶、知的な活動をする、人とよく付き合う、睡眠をきちんととる、タバコを吸わないなどいろいろ言わ

れています。特に週3回20〜30分以上のウォーキングをすることは多くの研究者によって予防効果が認められているので強くお勧めできます。また、最近では糖尿病・高血圧・脂質異常症などの生活習慣病があるとアルツハイマー病になる危険が数倍に高まると言われていますので、生活習慣病を予防したり、きちんと治療していくことは脳卒中や心臓病を防ぐだけでなく、認知症予防でもとても大事なことです。

また、認知症を早期発見することで適切な治療やケアができます。知識のない状態でやみくもに介護するのは、本人の苦痛は悪化し、介護する側も外的な苦勞をすることに なります。アルツハイマー病であっても、症状を遅らせることで落ち着いた時間を長く過ごして貰ったり、長期的なプランをたてるのが可能になります。その際、介護が困難になるBPSDを上手にコントロールすることも大変重要です。

\*

以上、アルツハイマー病に関して、「今、何ができるか」を中心に説明しました。

小中俊太郎医師会理事を座長に、下田隆也医師会理事が居宅療養管理指導の算定方法について講演。続く症例検討会では済生会前橋病院の武井桂子看護師から「レスパイト」について解説があり、これに関連して現在県が実施中の在宅重症難病患者の一時入院事業の紹介が県保健予防課の担当者よりあった。

次いで「癌終末期患者の家族を支える」と題し在宅医療でレスパイト入院を利用し最後は自宅で看取れた症例を、あずま荘の内河聖賢ケアマネジャー、済生会前橋病院緩和ケア病棟の平山功医師、神宮彩子看護師が、在宅の担当医として当会の中田理事長、県看護協会訪問看護St前橋南の今井栄子看護師がそれぞれの立場から発表。症例との関り、経験談を披露した。

フロア発言も多く活発な意見交換が行われていた。(栗原)



### 前橋市議会が 介護職員の処遇改善を求める意見書

#### 全会一致で可決

ささえあい編集委員 三森 和也

今回は前橋市議会での介護に係る話題の中から介護職員の処遇改善について取組みについて紹介します。

\* 現場で働く専門職の人材が不足しています。その要因のひとつとして、他の産業に比べはるかに賃金が低いことが統計で明らかになっており、去る9月25日「介護職員の処遇改善を求める意見書」が全会一致で可決され国に提出されました。

本市の要介護認定者数は平成21年の12,487人から平成25年の15,682人となっており増加。介護事業者の数は平成21年441事業所から平成26年620事業所と増えています。加えて介護現場で働く人の数は26年8月現在、訪問介護1,437人、通所介護1,172人、介護老人福祉施設744人等

となっており、増加していると考えられるものの、介護施設からは募集をかけても応募がほとんど無いとの声が多く聞かれています。

\* 平成25年の厚生労働省「賃金構造

基本統計調査」の介護職員の賃金では、全国の産業の平均賃金324万円に対し、福祉施設介護員は218万9千円、ホームヘルパー213万9千円と年間100万円以上の格差で介護分野の介護職員の処遇の低さ

### 「介護職員の処遇改善を求める意見書」

急速な超高齢社会にある我が国では、要介護認定者は増加している一方で、介護職員の不足は深刻な状況にある。介護職員の賃金は、全労働者平均と比較しても低い実態もあり、依然として離職者が多い状態が続いている。このため、特別養護老人ホームなどの介護事業者は介護職員の確保に苦慮している状況にあり、介護職員の人材を確保するためには、早急にその対策を講じる必要がある。

介護職員の処遇改善の取組については、平成21年10月から実施されていた介護職員処遇改善交付金制度が、平成24年度介護報酬改定により介護報酬に組み込まれ、介護職員処遇改善加算として継続されているが、この加算制度は平成27年3月31日までの経過的な措置とされており、その後の計画については、不透明な状況にあり、介護現場の不安は増すばかりである。今後とも要介護者の生活を支え、安心・安全な介護を提供する専門職である介護職員の賃金改善などの処遇改善が不可欠である。

よって、国において、介護職員の人材確保が図られるよう、介護職員の処遇改善のため、賃金改善等必要な施策推進を行うこと強く要請する。

平成26年9月25日

前橋市議会



が顕著で、現場からは将来の生活設計に不安があるとの切実な声が多く聞かれている状況です。前橋市では27年度からの高齢者施策の基本となる「まえばしスマイルプラン」策定の中で、人材確保について新たに計画に入れていくことにしています。(ケアマネ・市議)



お電話でのご注文はこちら

ハイショク サンキュー  
0120-8149-39  
受付時間 9:00~20:00

ヘルスケアフードの明日を考える  
日清医療食品株式会社

人が価値を創り 人に価値を提供する

## 株式会社石井設計

代表取締役 石井 繁 紀

〒371-0023

群馬県前橋市本町一丁目1番3号 AMD本町2F

TEL 027-221-1717(代)

## 連載 終の棲家

文・絵 小泉洋一

我が家で(3)



高齢化社会到来に備えて建築的な面からの住まい造りの普及活動をしてきたが、その根幹となる思想や施策を先進諸国から学ぶことも必要となり、住宅の貧しさについて改めて認識させられた。偶々、北欧四か国を旅行する機会があり大使館から取り寄せた資料の一部を垣間見ることができ、又、カナダに住む友人宅を訪ねたが、別棟に暮らす親世帯とは食事など若干の支援をしているもののそれぞれが豊かに生活しており集合住宅や医療施設への転居は彼らの念頭にないように見えた。

※

民間機関に在職して建築審査の仕事をしてきたが、申請は、時の経済情勢や国の政策が反映されること

が多く、世情を知る機会となる。業務の多くは住宅だったが、近年、サービス付き高齢者住宅や多様な形の高齢者ケア施設が目につくようになった。



集合住宅型として一つ屋根の下での個人の居住する部分と、医療・介護サービスが受けられる部分及びシステムを組み合わせたものが基本であるが、設計図を読み込み、建築法規上の防火、避難についての規定

や行政庁の取扱いに対して頭を絞ったことが多かった。

※

ところで、公的病院の顧問の名刺を作って頂いている。病院建設の経験の他に視察や関係書籍、資料類から、患者を中心とした施設の在り方をベースにアドバイスをさせて頂いていたが、病院経営や国の医療費の状況、高齢者の割合等の取り巻く情報も得ることとなった。医療機関は、治療の場と同時に高齢者にとっては終の場所ともなり得る。ケアを受ける身にとって低負担は有難いが国の財政を圧迫することをも併せて考えさせられる。

※

いま、高負担、高福祉政策を取ってきた先進諸国でも高齢化社会に国の財政負担が追従できず抜本的な見直しが行われている。そんな中でオランダの取り組みが注目を集めているが、住宅またはそれに代わる施設での人間としての尊厳を認められながら終末期を過ごせることが基本思想となっているのは羨ましい。終末を病院で迎える率の低さ、地域に回帰

した在宅ケアシステムの整備が根拠かも知れない。

※

翻って、我身であるが、現在の段階では子供たちの手を煩わせない生活が続けられている。

先日、元同僚の突然の訃報に驚き、又、大きな組織の長だった知人が彷徨っているとの話や入院した友人の近況などを耳にするにつけ身辺整理に拍車をかけなければと思い、その時が来たら、と手近なサービス付き高齢者住宅のパンフレットを集めておくか、国の進める地域ケアシステムが浸透し体制が整えられるまで少しでも自立期間を長くして待つかなどを考えている。

ポスト我が家については子供たちが既に対策を立てているようでもあるから。

(編集委員)



## ■訪問診療の現場から その5

## 終末期と死に備えるために

中田裕一

私は、地域から在宅診療の依頼があつた場合、基本的に断らない方針です。それでは患者が増える一方かというそんなことはなくて、施設入所されたり亡くなられたり、不思議と人数の大きな変化はありません。ところで私の診療所は在宅診療だけでなく、むしろ基本は外来診療を行つていきますので、外来中に緊急往診等が発生するとなかなか大変です。先日は立て続いて二件の緊急往診と看取りがありました。

## ◇看取り

一件目は介護付有料老人ホームの患者さんです。老衰による嚥下障害であり、胃痙攣腸栄養は行わず、最小限の末梢輸液で看取りました。しかし輸液のコストはほぼ全て当院の持ち出しになり、



施設のナースはパートタイマーですが深夜に呼び出され、翌日も通常勤務で大変そうでしたが、進んで協力してくれました。その二日後に在宅で二件目の看取りがありました。昼頃に急変したため緊急往診しました。が、恐らく脳幹梗塞を発症したと思われる、夕方には自宅で亡くなられました。このケースは老々介護であり、万が一、長期化して在宅看取りが困難になった場合を想定して、緊急シヨートステイによる施設看取りの準備も並行して行いました。

## ◇地域では

ちよつと一息ついたところでふとこの地域における今後の在宅看取りを推測してみようと思いたちました。私の診療所がある前橋市の東地区は65歳以上の人口が約6,700人です。前橋市の要介護認定率は11.1%、そのうち介護度が4ないし5であるのは24%、また自宅が死亡場所である率は全国的に12.5%、ある研究では

65歳以上の要介護者で23.6%という報告がありますので、将来的にこの地域で在宅死を迎える可能性がある寝たきり患者さんの人数をざつくりと計算すると35から65人ということになります。

これをたとえば5人の医師で受け持つとすると、1人当たりの担当は約7人から13人になります。

## ◇医療、ケアの質

いつ亡くなるともわからない患者さんのこの人数を、多いと考えるか少ないと考えるかは人さまさまでしょうが、その人数が今後さらに増加していくことは確実です。現状のような現場の自己犠牲的な努力だけでは医療とケアの質は担保されませんし、継続性も見込めません。診々連携(複数の診療所の医師が協力してひとりの患者を診ること)の拡充や、施設で働くナースの増員、現状に即した診療報酬、介護報酬の設定などの必要性をひしひしと感じます。

\*

たまたま立て続いた看取りを終え、溜まってしまった未記載カルテと書類の山を前につらつらと考えた次第です。

(医師・理事長)

## ■編集後記

今号は特集で認知症医療の最新の話を取り上げました。医療関係ではない方には特集の原稿量がちよつと多いなど感じられたかも知れませんが。

あなたのご家族に認知症の方はおいでですか？ 病状を理解し適切な対応ができていますか？ 近隣の方で認知症の方をご存知ですか？

認知症の医療はまだ発症前の状態までの回復を望むことは無理のようです。在宅ケアにおいて介護する方とされる方が安心してその生活を続けるためには、認知症への正しい理解が必要です。

本会では今年一月、吉野昭男先生を講師に「認知症」の勉強会をかかりつけ医の会員対象に行いましたが、先月その講演記録が完成し、会員に配布致しました。この冊子、大変わかり易いと好評です。知人にあげたい、もう一冊ほしいという方、ぜひ事務局にご一報下さい。有償となりますが、お頒けできます。

正しく知ること、知らせることが大事だと思いません。(平田)

