痴呆相談室からみた痴呆医療の現状と問題点

岩本 俊彦¹⁾ 藤井 広子¹⁾ 馬原 孝彦¹⁾ 高崎 優¹⁾
 今村 敏治²⁾ 近喰 櫻²⁾ 野口寿美子²⁾

〈要 約〉 痴呆患者を抱える家族によって痴呆相談室に持ち込まれた相談事例を通して痴呆医療の現状と問題点を検討した。解析の対象には、患者の家族背景、病歴および相談内容を記録した103件の中で、Clinical Dementia Rating (CDR) が1以上で痴呆ありと判断した75例を取り上げた。このうち病歴では痴呆に随伴する精神症状や行動異常(以下、周辺症状)の有無に加え、加療の有無・形態について検討した。また、相談内容は叙述的内容に基づいて、項目1(痴呆や周辺症状の評価に関する相談)、項目2(症状に対する対応の仕方に関する相談)、項目3(医療機関への受診方法に関する相談)、項目4(治療方法・服薬に関する相談)、項目5(福祉資源の情報に関する相談)に分類して各項目の相談頻度を検討した。対象は女性50例(平均年齢77.8歳)、男性25例(平均年齢77.1歳)で、女性が多かった。対象を世話している者は高齢配偶者が多かったが、相談者の多くは同居の子供や別居の娘であった。脳卒中の既往は3例のみで72例には身体症状がなく、緩徐発症の痴呆や周辺症状の問題で来室した。痴呆の重症度ではCDR 1が54例と多く、周辺症状では幻覚・妄想が21例にみられた。治療は29例に行なわれていた。各項目別の相談頻度は項目1,3,2の順でいずれも半数を越えて高く、医療に対する不満を抱く相談者も13例あった。以上より、項目1の頻度が高かった点や、特に、高齢配偶者では痴呆が緩徐に発症した場合には発見が遅れることも考えられた点で、痴呆患者の早期発見に関する啓蒙がさらに必要であると考えられた。また、項目3が高頻度であった成績は、周辺症状を伴う痴呆があっても何科にどのように連れていったらよいかわからないでいるものが少なくない現状を示唆していた。一方、医療への不満から、治療経過や病状の説明、対応の仕方や薬の副作用、社会資源の活用に関する情報提供が不足していると考えられた。

Key words: 痴呆, 高齢者, 介護, キーパーソン, 相談

(日老医誌 2001; 38: 528—533)

緒 言

近年、痴呆患者の急増する中で、痴呆医療の現状を把握することは急務である。この現状把握には医療側から患者やその家族をみた報告が多数されてきた^{1)~5)}。しかし、痴呆患者を抱える家族側の困惑や苦悩の内容に関する情報が医療機関を受診したものに限られ、また、治療中のものでも医療に対する不満が取りこぼされている可能性がある。したがって、医療機関を受診したものの情報からのみで痴呆医療の現状を全て把握しきれものではないと考えられる。

一方、東京いきいきらいふ推進センター(運営母体は東京都社会福祉協議会)では社会福祉全般にわたる情報

提供の場として痴呆性高齢者医療相談室を設置し、第三者的な立場で痴呆の相談に応じている点で、家族の抱く困惑や苦悩を率直に聞き出すことが可能であると思われる。ここには医療機関で捉えることができない未受診の痴呆患者に関する相談や医療に対する批判も含まれている。本研究の目的は、本相談室を通して、痴呆患者を抱える家族の多種多様な相談内容から痴呆医療の現状と問題点を浮彫りにし、今後の痴呆医療に役立つ情報を提供することである。

方 法

対象は1995年5月より1999年8月までの間に本相談室に持ち込まれた103件の相談事例のうち、Hughes' Clinical Dementia Rating⁶⁾(以下、CDR)に基づいて痴呆の重症度がCDR 1以上と判定された75件75例であった。すなわち、相談者より対象例に関するプロフィールを1時間かけて聴取し、その病歴、家族背景および相談内容を記録した。特に、病歴では主症状と発症様式、日常生

1) T. Iwamoto, H. Fujii, T. Umahara, M. Takasaki: 東京医科大学老年病科

2) T. Imamura, O. Konjiki, S. Noguchi: 武蔵野療園病院内科

受付日: 2000. 9. 18, 採用日: 2001. 1. 31

Fig. 1 Background of Patients' Families Including Key Persons and Visitors

活動能力 (ADL) の自立度, 周辺症状の有無, 治療状況について聴取した。調査期間中に103件の相談件数があり, このうち CDR が1以上と判定された75例について解析した。除外された28件の内容は, 周囲や自分自身が物忘れを気にしているが, 実際には痴呆と考えられなかったものや対象のない問い合わせ (痴呆の症状や予後, 治療に関するもの) であった。

なお, 本研究で用いた周辺症状とは, 聴取内容より, 痴呆に随伴する症状と判断された精神症状 (幻覚・妄想, 譫妄・昼夜逆転, 意欲低下) や行動異常 (徘徊, 攻撃的行為など) を指している。また, 対象患者を日頃世話しているものを key person とし, 対象患者の配偶者で, 相談時, 70歳以上のものを高齢配偶者と表現した。

相談内容は主要なものを次の5項目に整理, 区分し, その頻度を検討した。

〔項目1〕物忘れや周辺症状の評価に関する相談: 対象者の物忘れは痴呆によるものかどうか。痴呆とすればどのような痴呆でどの程度か。観察された症状は一体, 何なのか。将来, 痴呆が進めばどうなるのか。

〔項目2〕その対応の仕方に関する相談: 物忘れや失敗, ADL 低下, 周辺症状に対してどのように対応したらよいか。将来のためにこれからどうしたらよいか。

〔項目3〕医療機関への受診方法に関する相談: どの病院, どの科に連れて行って診てもらったらよいか。どのように本人に言い聞かせて連れていったらよいか。

〔項目4〕治療方法・服薬に関する相談: どのような治療があるのか。現在, 服薬中の薬物に副作用はないか。

〔項目5〕福祉資源の情報に関する相談: 家族の負担, 不安が大きいため, どのような資源が利用できるか。介

Fig. 2 Incidence of Psychiatric Symptoms and Behavioural Disturbance in Patients with Dementia

護量に限りがあり, 今後, どうしたらよいか。

なお, 本研究は被験者の完全無欠性を守るなどの配慮がなされ, ヘルシンキ宣言にも抵触するものでないと判断された。

結 果

1. 対象の背景と相談者

対象患者は女性50例, 平均年齢77.8歳 (54歳~90歳), 男性25例, 平均年齢77.1歳 (55歳~88歳) であった。患者の家族構成を Fig. 1 に示す。二人以上の家族 (62例) は全体の83%を占め, その内訳をみると, key person として高齢配偶者が二人家族の28例中19例, また, 三人以上の家族34例中9例にみられて多かった。一方, 相談者では別居の娘, 同居の子供が多かった。

2. 病歴と症状

痴呆の発症様式に関しては, 片麻痺などの身体症状がなく, 家族が発症時期を明確に指摘できずに徐々に発症し, ADL の低下や周辺症状が出現した例が68例と最も多く, 入院を契機に発症したものが4例, 脳卒中後に発症したものが3例であった。相談時には全例に物忘れや

Fig. 3 Codes Consulted and Their Incidence

何らかの見当識障害がみられ、CDR 1に相当する者は54例、CDR 2は15例、CDR 3は6例あった。周辺症状は42例56%にあることが判明した。このうち幻覚・妄想が最も多く、21例28%にみられた (Fig. 2)。譫妄・昼夜逆転、意欲低下、徘徊、攻撃的行為、その他の問題行動（意味のない行動を繰り返す）も各々7~9%程度にみられた。なお、現在、医療機関に受診しているものは75例中29例であった。

3. 相談内容の内訳とその頻度

相談内容には重複がみられるが、項目1（物忘れや周辺症状の評価に関するもの）、項目2（症状に対する対応の仕方に関するもの）、項目3（医療機関への受診方法に関するもの）の頻度が高く、いずれも過半数を占めていた (Fig. 3)。

1) 物忘れや周辺症状の評価に関するもの

物忘れが痴呆によるものかどうかの評価は25件、周辺症状の評価は30件あった (Table 1a)。評価を希望する周辺症状では幻覚・妄想、特に物盗られ妄想が多かった。治療中でありながら評価を求められた件数も10件あった。

2) 症状に対する対応の仕方に関するもの

物忘れに対する対応の相談は10件あった (Table 1a)。一方、何らかの周辺症状に対する対応に31件が困惑していた。このうち幻覚・妄想、特に物盗られ妄想への対応に関する相談の頻度が高かったが、譫妄・昼夜逆転、徘徊、攻撃的行為、その他の行動異常など、多彩であった。治療中のものも12件あった。

3) 医療機関への受診方法に関するもの

診療を希望してはいるが、その受診方法の問い合わせが物忘れに15件、周辺症状に28件あり、全体で43件と多かった (Table 1b)。受診方法に関する相談の内訳は、どの診療科を選んだらよいか判らないのが37件、患者が受診を拒み、説得に苦慮しているのが6件あった。選択

Table 1-a Incidence of Each Symptom Consulted and Treatment in a Hospital (Codes 1, 2)

	全体	相談された各項目 (Code)	
		1. 評価に関する相談	2. 対応に関する相談
n	75	45	38
対象となった症状 (%)			
物忘れ	75 (100)	25 (56)	10 (26)
周辺症状全体	42 (56)	30 (67)	31 (82)
幻覚・妄想	21 (28)	15 (33)	16 (42)
譫妄・昼夜逆転	6 (8)	5 (11)	5 (13)
意欲低下	8 (10)	3 (7)	3 (8)
徘徊	7 (9)	4 (9)	4 (11)
攻撃的行為	6 (8)	6 (13)	5 (13)
他の異常行動	5 (7)	4 (9)	5 (13)
治療中 (%)	29 (38)	10 (22)	12 (32)

Table 1-b Incidence of Each Symptom Consulted and Treatment in a Hospital (Codes 3 ~ 5)

	相談された各項目 (Code)		
	3. 受診に関する相談	4. 治療に関する相談	5. 福祉資源に関する相談
n	43	10	33
対象となった症状 (%)			
物忘れ	15 (36)	4 (40)	26 (79)
周辺症状全体	28 (66)	8 (80)	13 (39)
幻覚・妄想	14 (33)	3 (30)	7 (21)
譫妄・昼夜逆転	2 (5)	1 (10)	5 (9)
意欲低下	3 (7)	1 (10)	7 (21)
徘徊	5 (12)	2 (20)	4 (12)
攻撃的行為	3 (7)	1 (10)	1 (3)
他の異常行動	4 (9)	0 (0)	0 (0)
治療中 (%)	15 (36)	6 (60)	19 (58)

に迷っている37件のうち、15件は既に医療機関に通院中のもの（痴呆は専門外であるといつて診てくれない、もう年だからといつて取り上げてくれない、挨拶や作話が上手で診察医は痴呆ととってくれない、医療機関に対する不信、が主な理由）であり、12件は家族が標榜科目を選び好みし、10件は痴呆患者を取り扱う科がわからないというものであった。受診を拒否した6件は、患者が生来健康なためにかかりつけ医もなく、自分はどこにも病気がないと思い込んでいるものであった。

4) 治療方法・服薬に関するもの

治療方法に関する相談が痴呆（物忘れ）に4件、周辺症状に8件あった (Table 1b)。12件中8件は薬の副作用（睡眠薬による日中の眠気が4件、抗精神病薬による錐体外路症状3件、糖尿病合併例のインスリン投与1件）に関する問い合わせであった。

Table 2 Incidence and Contents of Claim Concerning Treatment

	件数
1) 入院後、寝たきり、痴呆に	4
2) 診断・治療に対しての説明が不足	4
3) 睡眠薬などの副作用に対する不安	3
4) 痴呆が進行	2

5) 福祉資源の情報に関するもの

物忘れのある例で福祉資源の問い合わせが多かった (Table 1b)。なかでもデイケアや特養、痴呆施設の利用法に関するものが目立っていたが、活用を勧められて始めてその存在を知るものもあった。

6) その他

医療に対する不信、不満を抱く相談者も13件あり、入院後に痴呆が発症した例 (後述の事例 4 や転倒骨折後の寝たきり、痴呆例)、診断や治療経過 (大病院で検査、治療しているが、説明がよく理解できない。別の病気を診てもらってはいるが痴呆は診てくれない。患者の上手な挨拶や作話に騙されて痴呆としてみてくれない)、病状 (痴呆が進行しているが、説明がない) に関するものであった (Table 2)。

4. 相談事例の呈示

事例 1: 対象患者は72歳の女性で、相談者の夫と二人暮らし。以前より、患者が何度も同じ質問を繰り返すため、閉口していた。家事もしなくなり、相談者が食事の用意をして二人で何とかやってきた。以前に比べてだらしなくなり、着衣の乱れなどについては気がつく度に注意をしていた。物忘れが激しく、物がなくなると盗まれたといい、相談者には愛人ができたと思い込んで相談者に暴力をふるうようになった。子供はなし。相談者は患者が痴呆かどうか気にしている。また、物忘れや暴力にどう対応したら良いか、どのような治療があるか。

事例 2: 対象患者は83歳の女性。相談者は患者と同居する娘で、患者の夫を含む娘夫婦の5人家族である。患者は物忘れが激しいが、プライドが高く、話には物盗られ妄想や物忘れを取り繕うような作話傾向が強い。失敗も多く、娘家族は手を焼いているが、患者の夫は痴呆と思っていない。この物忘れは痴呆によるものかどうか、物忘れや物盗られ妄想にどう対応したら良いか、どのようにして、どの科に患者を連れていったら良いか。

事例 3: 対象患者は74歳の男性で、患者の妻、息子家族の4人と同居している。相談者は患者と居を別に構えている患者の娘で、医療機関でアルツハイマー病と診断されているが、徘徊があっても主治医に話を聞いても

来ないという。徘徊にどう対応したら良いか同居者が困っている、患者をみてもらえる科はないか、今後どうしたら良いか。

事例 4: 対象患者は89歳の女性。相談者は患者の娘で、半年前に高熱で入院したところ、熱は下がったが、痴呆が進行し、寝たきりとなってしまった。高齢であるからというだけで病状の説明も十分でなく、どの科で診療してもらえるか、治療はあるか、今後どうしたら良いか。

事例 5: 対象患者は67歳の男性でアルツハイマー病と診断され、抗精神病薬が投与されている。長期療養型に入院後より日中もうとうとするようになり、寝たきりとなった。相談者はその妻で、薬の副作用が心配であるが、主治医からは説明がない。

考 察

一般に、痴呆患者の頻度は加齢とともに増加し、高齢社会を迎えた我が国では痴呆高齢者が深刻な社会問題として注目されている。このため痴呆に関する疫学調査も各市町村単位で行われ、医療側からの痴呆患者の現状は多数報告されてきた^{1)~5)}。しかし、痴呆患者を抱える家族側の困惑や苦悩に関する情報は少なく^{7)~10)}、これを知ってこそ、よい痴呆医療が実現可能と思われる。そこで、本相談室を通して痴呆患者を持つ家族の相談内容から痴呆医療の現状と問題点を明らかにした。

本相談室では家族が何に困っているか、本音に近い部分が聴取できるものと期待されるが、対象者を直接、診察せず、相談者からのインタビューによる情報収集のみで痴呆と診断するのにも限界がある。この点、痴呆の評価に用いた Hughes' Clinical Dementia Rating は、介護者からの情報で痴呆の有無、程度をおおよそ推測することが可能である。本研究はまた、当然、痴呆医療の現状の一側面をみているに過ぎず、さらに、痴呆患者に困惑はしても、相談に來れない家族もいることから、痴呆医療全体からみれば一握りの問題ではあるが、決してこれらを無視できるものではない。

本研究では詳細に記録された患者プロフィールから、記憶障害に加えて見守り程度の ADL 低下を伴うものが多かった。ADL 低下は、既往に脳卒中その他の ADL 低下をきたす特筆すべき疾患が少なかったことから、痴呆に由来するものと考えられ、さらに、過半数にみられた、物忘れ以外の症状は痴呆に関連した周辺症状と判断された。

一般に、アルツハイマー型痴呆は女性に多く、高齢者に緩徐進行性に発症するといわれていることから¹¹⁾、本研究の対象者にもアルツハイマー型痴呆が多いと考えら

れた。このような患者の家族構成をみると高齢夫婦が1/3以上を占め、事例1のごとく日常生活の中で配偶者の欠失した能力部分を補いきれなくなって、あるいは周辺症状に手を焼いて初めて訪室する高齢夫婦がみられた。周辺症状も痴呆の進展とともに生じるといわれ¹⁰⁾¹²⁾、緩徐に進行する痴呆では、物忘れ程度では気付かれずにある程度進行するまで、配偶者の補助で痴呆症状が隠蔽あるいは見過ごされている可能性が考えられた。高齢者では痴呆に罹患する確率も高く、一方が痴呆に罹患しても、他方が痴呆によるADL低下を補い、ある期間、何とか生活が成り立っている高齢夫婦が社会に潜在していることも医療側は認識すべきである。

相談内容別では、痴呆や周辺症状の評価とその対応の仕方、医療機関への受診方法に関するものが多く、各項目別に考察を加えた。

1) 痴呆や周辺症状の評価に関するもの

痴呆相談室である以上、物忘れを危惧する相談で占められるが、痴呆によると思われる物忘れが多かった反面、物忘れを自覚しての相談や痴呆と思い込んでの相談も少なかった。また、主治医に物忘れを訴えても取りあげてくれない例もあり、医療側における痴呆への関心をさらに広めるべきであろう。周辺症状についても治療中の例もある点で患者家族側のニーズに呼応した医療側のきめ細かな説明が必要と考えられた。

2) 対応の仕方に関するもの

物忘れより周辺症状に対する対応の相談が多かった。すなわち、全体的に相談者は痴呆について学習しており、痴呆患者に対しては叱責・説得より寛容・納得を心掛け、むしろ日頃の介護ストレスに伴う鬱憤のはけ口として相談していた。実際に、介護者からの相談には介護ストレスに伴う鬱憤のはけ口としての側面があるといわれている⁸⁾¹³⁾。しかし、周辺症状に対しては、その対応に苦慮している姿が窺われ、なかでも物盗られ妄想の頻度が高かった。物盗られ妄想はアルツハイマー型痴呆にしばしば随伴するが⁷⁾⁸⁾、抗精神病薬による治療も効果的である点¹¹⁾で医療機関への受診を勧めた。一方、事例3,4,5のごとく治療中の例も1/3あり、対応の仕方に関する医療機関の指導が十分ではないことを示していた。

3) 医療機関への受診方法に関するもの

事例2のごとく痴呆症状に困惑しても診療科の選択に躊躇している家族、病識・身体症状のない患者を医療機関に連れ出す機会を失っている家族も多いように思われた。また、事例4のごとく別の病気や痴呆の治療中ではあるが、満足できずに他の医療機関を希望する家族も43件にのぼった。これらを通して、物忘れ外来など、受診

に抵抗感の少ない表示の普及、老人健診を利用してのかかりつけ医との相談や受診に関する綿密な打ち合わせが必要と考えられた。また、治療中の医療機関に対する不満の内容は、診察医が痴呆をよく診てくれない、病状説明が少ないというものであった。

今後、痴呆患者が受診しやすい表示科目、かかりつけ医を窓口とする痴呆専門外来への紹介システムの確立および高齢者を診察する医師全体の痴呆に関わる啓蒙が望まれる。

4) 治療方法・服薬に関するもの

現在、治療中の薬物に対する副作用のうち、事例5のごとく抗精神病薬による錐体外路症状、睡眠薬による日中の眠気に対する不安や問い合わせが多かった。したがって、これらを投薬する場合、医療機関側はきめ細かな観察を行ない、家族が十分納得できる説明が重要と思われた。

5) 福祉資源の情報に関するもの

最寄りのデイケアや特養、痴呆施設に関する情報提供の場が少ないため、その存在や利用方法についての相談が33件あった。この点で痴呆医療に携わる医師は利用できる福祉施設を熟知し、患者の状態に相応して指導すべきであるが、本研究は介護保険導入以前のことで、導入後、これらの問題は徐々に解決されるものと期待される。

6) その他

医療に対する不信、不満の内容から、治療経過や病状の説明、対応の仕方や薬の副作用、社会資源の活用に関する情報提供が不足していると受け止められるものが数件あった。

以上より、痴呆患者を抱えた家族の相談内容を通して観察された痴呆医療の現状は、ほとんどが緩徐に発症する痴呆患者を抱え、介護に負担を覚えてから、あるいは周辺症状に気付かれてから、相談に来るというものであった。この背景には、緩徐に発症するため、あるいは物忘れが唯一の初期症状であるため、加齢性変化と解釈されてしまう傾向やADL低下が配偶者によって隠蔽されてしまう傾向が存在すると思われた。痴呆の初期症状の啓蒙により、より早い受診が期待できるものと考えられる。また、痴呆があっても診療科が判らないという相談も多かった。一方、思い余って訪室する家族の精神的負担は計り知れず、社会資源の活用に向けて情報を十分に提供すべきであると考えられた。また、医療に対する不満の声から、痴呆の診断や治療経過、病状、薬の副作用についての説明、対応の仕方についての指導が不足しているように思われた。

なお、本論文の主旨は第42回日本老年医学会学術集会(仙

台) で発表した。

謝辞: 本発表に協力頂いた東京いきいきらいふ推進センタースタッフに深謝致します。

文 献

- 1) 吉武毅人, 清原 裕, 藤島正敏: 老年期痴呆の最近の疫学調査より—福岡県(久山町)—. 老年期痴呆 1994; 8: 331—338.
- 2) Graves AB, Larson EB, Edland SD, Bowen JD, McCormick WC, McCurry SM, et al.: Prevalence of dementia and its subtypes in the Japanese American population of King county, Washinton state. The Kame project. Am J Epidemiol 1996; 144: 760—771.
- 3) 浦澤喜一: 痴呆の疫学: 疫学調査からみた痴呆老人の実態. 老年期痴呆 1994; 8: 291—303.
- 4) 中島健二, 上田祥博, 孤野一葉, 田中直樹, 水野敏樹, 牧野雅弘ほか: 痴呆の有病率—高齢化率25% (65歳以上) の町における疫学調査—. 日老医誌 1998; 35: 530—534.
- 5) 本間 昭: 老年期精神疾患の疫学: 老年期痴呆の疫学. 老年精神医学雑誌 1999; 10: 895—900.
- 6) Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL: A new clinical scale for the staging of dementia. Br J Psychiatry 1982; 140: 556—572.
- 7) 室伏君士: 痴呆性老人の終末医療・ケア: 痴呆老人を介護する家族のメンタルヘルス. 老年精神医学雑誌 1999; 10: 1033—1039.
- 8) 本間 昭: 痴呆性老人の介護負担: 痴呆性老人の介護者にはどのような負担があるのか. 老年精神医学雑誌 1999; 10: 787—793.
- 9) Pines A, Maslach C: Characteristics of staff burnout in mental health setting. Hosp Community Psychiatry 1978; 29: 233—237.
- 10) Swearer JM, Drächman DA, O'Donnell BF, Mitchell AL: Troublesome and disruptive behaviors in dementia. JAGS 1988; 36: 784—790.
- 11) Small GW, Rabins PV, Barry PP, Buckholts NS, DeKosky ST, Ferris SH, et al.: Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. JAMA 1997; 278: 1363—1371.
- 12) Patterson M, Bolger JP: Assessment of behavioral symptoms in Alzheimer's disease. Alz Dis Asso Disor 1994; 8 (Suppl 3): 4—20.
- 13) 五島シズ: III 痴呆のケアと社会対策: 2 痴呆の介護と実際. 日本医師会雑誌 (臨時増刊号114巻), 老年期痴呆診療マニュアル(長谷川和夫監修), 日本医師会, 東京, 1995, p134—149.

Abstract

Present Status and Problems in Medical Care for Demented Patients using Public Counselling Facilities

Toshihiko Iwamoto¹⁾, Hiroko Fujii¹⁾, Takahiko Umahara¹⁾, Masaru Takasaki¹⁾,
Sumiko Noguchi²⁾, Ou Konjiki²⁾ and Toshiharu Imamura²⁾

To clarify the present status and problems in medical care for the elderly with dementia, 103 cases were studied according to the descriptive records obtained at a public counselling facility for dementia, based on interviews with patients' families. Their records were analysed based on their background, severity of dementia (clinical dementia rating: CDR), and counselling content. There were 75 demented patients with a CDR score of 1 or more, and 50 of them were women aged 54 to 90, while the remaining 25 men were aged 55 to 88. The consultation content was clustered into 5 codes: code 1, evaluation of dementia and/or dementia-related symptoms including psychiatric symptoms and behavioral disturbance; code 2, methods to manage patients; code 3, methods to take a patient to a medical institution; code 4, questions regarding medical treatment and drugs prescribed at present; code 5, information on the welfare resources provided. In most of the 75 patients, the degree of dementia deteriorated insiduously without any physical symptoms. The key person and/or caregiver was usually an elderly spouse, and the family noticed dementia only after cognitive impairment progressed with or without troublesome symptoms. Hallucination was a common troublesome symptom. Concerning consultation content, codes 1, 2, and 3 were common, while 13 cases had dissatisfaction with their medical treatment. Therefore, it was necessary to explain the significance of early diagnosis of dementia to families and their caregivers. There were also many families who felt strain and wondered about what hospital or department to take the patient to. In addition, it seemed that explanation on the clinical course and adverse drug reactions, advice for the correspondence with psychiatric symptoms and abnormal behaviour, and information services concerning utilization of social resources was not yet sufficient.

Key words: *Dementia, Elderly, Care, Key person, Counselling*

(Jpn J Geriat 2001; 38: 528—533)

1) Department of Geriatric Medicine, Tokyo Medical University

2) Department of Internal Medicine, Musashinoryouen Hospital