

講演3 「受診を拒否する認知症の人への対応」について

石津 秀樹 先生

Q1. 認知症疑いがあり周囲にも勧めてもらったが、その場では「受診する」と言っても絶対に受診しない。家族が言うと怒る。本人も気づいているが診断されることが怖いのだと思うが、家族としては早く受診し、治療を受けてもらいたい。どうしたらよいか？また親子間の関わり方について教えてほしい。

A：認知症の疑いがあっても、本人が受診を拒むことはよくあります。特に本人が自分の変化にうすうす気づいている場合、「認知症」と診断されることへの恐怖やプライドの傷つきが強く、家族からの言葉に反発してしまいます。「行ってほしい」という家族の気持ちが正しくても、命令的な言い方や感情的な対立は逆効果になりがちです。対応のポイントは、病気や物忘れを直接指摘せず、「最近疲れてるみたいだから一緒に健診に行こう」など、日常の延長線上で自然に受診につなげる工夫です。また、親子関係では「親に言っても無駄」「怒られる」とあきらめず、第三者（かかりつけ医、友人、包括支援センターなど）の声かけを借りるのも有効です。本人の不安や自尊心を理解し、押しつけず、時間をかけて信頼を築くことが何より大切です。

Q2. 先生自身が認知症の患者さんに関わる際に、実際に気をつけていることはあるか？

A：本人からみたらどう感じているか、本人目線を大切にすることです。本人の意思決定の支援がどこまでできるかを重視します。

Q3. ケアマネをしている。被害妄想のある方についてどこまで話を傾聴すればよいか対応についてご助言いただきたい。

A：被害妄想そのものを否定せず、まず「怖かったですね」など気持ちに寄り添って傾聴します。ただし妄想内容を延々と詳しく聞き続ける必要はありません。感情が落ち着く範囲で共感し、その後は話題をそらす・安心できる方向へ導くのが現実的です。「そう感じるのですね、では〇〇してみましょうか」と気持ちを受け止めつつ、生活支援や安全確認に焦点を移す対応が望ましいです。

Q4. 健診と言って通院した際に、頭部の検査をするというのは病院に嘘をついてもらうことにならないか？

A： 「健診のついでに頭の検査をする」と伝えることは、本人に不安を与えず受診につなげる工夫として実際の現場でも広く行われています。ただし、病院に嘘をつかせるわけではなく、あくまで健康チェックの一環として認知機能を確認するという枠組みで行うのが望ましく、完全な虚偽説明は避けるべきです。本人の不安や自尊心に配慮しつつ、医療機関とも事前に情報を共有して自然な流れで診察に入れるよう準備しましょう。

Q5. 通院していない状態での訪問診療は断られやすいイメージがあるが、良い導入方法はあるか？また他者の訪問も拒否される場合、どのように関わっていけばよいか？最初の段階では訪問より電話をする方が良いか？

A： 訪問診療は、普段通院されていない方の場合「関係性がない」と見なされ、受け入れが難しくなることが多いです。そのため導入時には、①地域包括支援センターやケアマネジャー、かかりつけ医からの紹介を得ること、②「緊急時対応のための情報共有」など目的を限定して関係を作り始めることが有効です。

また、他者の訪問自体を拒否される場合には、いきなり訪問するよりも、まず電話や手紙など負担の少ない方法で接触し、信頼関係を築くことが望ましいです。電話での安否確認や体調相談から始め、「必要な時に選べる支援」として伝えることで拒否感を下げられます。関わり方としては「無理に訪問する」のではなく、「いつでも相談できる味方として控えている」という姿勢を丁寧に示すことが大切です。

Q6. 事例は受診拒否の女性のパターンを紹介されたが、男性パターンも知りたい。また男性と女性ではどちらが認知症の進む速度は速いのか？

A： 女性例でも説明したように、男性は「自分は正常だ」「年寄り扱いするな」といった強い自尊心や病識の欠如が前面に出やすく、説得されると怒りや攻撃的態度で反応されることがあります。そのため、家族よりも第三者（男性医師、民生委員、元同僚など）を介した導入や、「治療ではなく健康チェックです」「血压だけ測らせてください」といった、抵抗感の少ない関わり方が効果的です。

認知症の進行速度については、研究上、男性の方が女性よりも進行がやや速い傾向が

あるとされています。一方、女性は発症数こそ多いものの、進行自体は比較的ゆるやかであるとされています。つまり、男性の受診拒否にはプライドと不信感への配慮が重要であり、進行も速い可能性を意識しながら早期介入を検討することが大切です。

Q7. 初期集中支援チームは、どのように機能しており、有用なのか？どこに相談したら良いか？また最初の段階で、訪問した支援者が支援の必要性を判断する基準と当事者たちの気持ちのズレがある場合もあると思う。福祉サービスに繋がるか否かは支援者の個人差も影響していると思うが、その辺りについて先生のお考えを聞きたい。

A：初期集中支援チームは、認知症の早期発見・早期支援を目的とし、医師、看護師、社会福祉士、作業療法士など多職種で構成されています。自宅を訪問して本人・家族の状況を把握し、医療受診への同行や介護保険申請、地域資源との調整などを短期間で集中的に行います。本人が受診や支援を拒否している場合でも、「生活の困りごと」「体調の確認」といった入り口から関わることで、介入のきっかけを作る役割があります。相談先は、市町村の地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、保健所などが窓口となります。岡山市では地域包括支援センターへお問い合わせください。一方で、支援者が「支援が必要」と判断する基準と、本人や家族の「まだ大丈夫」という感覚にズレが生じることも少なくありません。また、支援者の経験や人柄、価値観によって、医療や福祉サービスに繋がれるかどうかには差が出ることもあります。実際には「介入の押しつけ」ではなく、「困ったときに戻れる場所」「選択肢を提示する存在」として示すことが大切です。つまり、初期集中支援チームは早期介入の窓口として有用ですが、支援の受け止め方には個人差があり、本人の尊厳と支援の必要性のバランスを丁寧に調整する姿勢が求められます。

Q8. 一人暮らし（特に引きこもり）の人とのコミュニケーションを取り始めるのに、難しいと思うが何か良い方法はあるか？

A：一人暮らしで引きこもり状態の方とコミュニケーションを始める際には、いきなり訪問や長時間の対話を求めるのではなく、「負担にならない接点」をつくることが重要です。最初は手紙やメモ、ポストへの簡単な挨拶カード、電話での短い安否確認など、相手のペースを尊重した方法が有効です。内容も「心配だから」ではなく「気になったので」「何かあればいつでも声をかけてください」のような、選択を相手に委ねる言い方が安心感につながります。

近隣の人や民生委員、地域包括支援センターなど第三者からのさりげない声かけや

「地域の情報提供」という形での接触も、拒否感が少なく始めやすいです。重要なのは「支援する側」ではなく「味方として存在している」という姿勢を示し、返事がなくても関心を持ち続けることです。信頼が芽生えるまで時間はかかりますが、小さな接点を継続することが、関係づくりの第一歩になります。

Q9. 岡山は車がないと大変不便であり、認知症と診断されると自動車運転ができなくなるということが受診拒否に繋がる可能性があるように思う。どう対応するのが良いか？

A：岡山のように車が生活手段として不可欠な地域では、認知症と診断されると運転を制限される不安から、受診自体を拒否されることがあります。この場合、「診断＝即運転禁止」ではなく、評価や相談を経て段階的に判断されることを丁寧に説明することが大切です。また、「免許を失うこと」ではなく「安全に暮らし続ける方法を一緒に考えること」が医療の目的であると伝えたと受け入れやすくなります。

軽度認知障害（MCI）と判断できる範囲であれば、運転できる期間を限定して見守る場合もあります。代替手段として、家族の送迎、デマンドタクシー、地域の移動支援サービス、買い物代行や宅配利用など、具体的な生活手段を提示することも不安を軽減します。さらに、「すぐに運転をやめる」ではなく「まず認知機能と運転能力の専門的評価を受けてみませんか」と提案する方が協力が得られやすいです。運転は尊厳に直結する問題であるため、禁止ではなく「安全と自由を両立する方法を一緒に考える姿勢」が重要です。

Q10. 独居で身寄りがない人が受診拒否した際、どう対応しているか？優しく声掛けをした方がよいか？また本人を説得して連れて行く時は、包括支援センターの人等は車に乗せて連れて行ってくれるのか？

A：独居で身寄りがない方が受診を拒否される場合には、無理に連れて行くのではなく、まず「心配している」「困ったときに頼ってほしい」という気持ちが伝わる優しい声掛けが大切です。ただし、過度な説得は反発を招くため、「行かなければならない」ではなく「体調の確認だけでも一緒に行きませんか」「検査を受けるかどうかは診察後に考えましょう」と、選択の余地を残した言い方が効果的です。

包括支援センターや民生委員、地域の訪問看護師などは、状況に応じて受診同行や医療機関との調整を行ってくれますが、必ずしも車で送迎まで行うわけではありません。送迎の可否は自治体や担当者によって異なり、タクシーや福祉移送サービスの手配を支援する形が一般的です。本人の意思と安全の両立を図りながら、時間をかけて関係性を築く姿勢が重要です。

Q11. 対応策として、配食サービスや家庭訪問は、どこで、どのように利用できるか(相談先)?一人暮らしの親について別居している家族からお願いできるか?

A: 配食サービスや家庭訪問は、主に市町村の地域包括支援センターが窓口となっており、本人だけでなく離れて暮らす家族からの相談でも利用の手続きが可能です。まず地域包括支援センターに連絡し、状況を伝えることで、配食サービス、高齢者見守り、訪問介護、訪問看護などの福祉サービスの利用調整を行ってもらえます。介護認定を受けていない場合でも、「自費サービス」や民間配食業者、社会福祉協議会の「見守り配食」などにつなげることができます。

家庭訪問、訪問介護（生活援助・身体介護）、訪問看護、民生委員の見守りなどがあり、これも家族からの依頼で導入が可能です。家族が遠方にいても、支援者が鍵の保管方法や連絡体制を整えることで対応できる場合があります。重要なのは、「本人の生活を支える目的」であることを明確にし、押しつけではなく「心配しているからこそ提案している」という姿勢で相談を進めることです。

Q12. 食事拒否の方に対する経口摂取のアプローチについて教えてほしい。

A: 状況によって対応は異なりますが、一般的に食事拒否の方への経口摂取のアプローチでは、まず「無理に食べさせる」のではなく、本人の体調・気分・背景に寄り添うことが大切です。食事拒否の理由は、食欲低下、嚥下障害、うつ状態、認知症による拒否感、味覚変化や義歯の不具合など多様であるため、原因の見極めが第一です。その上で、少量・好きな食品から提供する、色や香り、温度を整える、食器を馴染みのあるものにする、家族や信頼できる人と一緒に食卓を囲むなど、負担の少ない工夫を行います。

声かけも「食べないとだめ」ではなく、「少し味見してみませんか」「一口だけでも大丈夫です」と促す形が効果的です。また、飲み込みが難しい場合はゼリー状食品やとろみを付けた食事への変更も有効です。重要なのは、本人の尊厳を保ちつつ、食べられた量ではなく「食べようとした意欲」を評価し、安心できる環境で継続的に支えていくことです。

Q13. 物忘れを感じた時、どこの病院に行ったらよいか?

A: 最初は「かかりつけ医」や「地域包括支援センター」で相談し、必要に応じて「もの忘れ外来」や「認知症疾患医療センター」に紹介してもらう流れが最も確実です。早めの相談が、治療や介護の選択肢を広げます。

Q14. 自身でも物忘れの自覚があり、記憶力低下のためすぐに忘れて不安になり、数分おきに家族に電話するため家族も疲弊している。声かけの方法など、関わり方を教えてほしい。

A: 初期の認知症の可能性はありますが、物忘れの不安から何度も家族に電話してしまう方には、まず「忘れても大丈夫です」「困ったらまた聞いてください」という安心感を伝える声かけが有効です。「どうして覚えられないの」「さっき言ったでしょう」と否定したり注意するほど不安と混乱が強まり、行動はさらに繰り返されます。

具体的には、メモやホワイトボード・カレンダーなど“安心できる確認先”を用意することが効果的です。「電話の代わりに、ここを見てくださいね」と優しく伝え、繰り返し一緒に使う習慣を作ります。また、電話が来た際には「心配だったんですね、聞いてくれてありがとう」と気持ちを受け止めつつ、短く安心を伝える対応が望ましいです。さらに、昼夜逆転や不安感の増悪がある場合は、医療・地域包括支援センターなどに相談し、環境調整や薬物治療を含めた支援も検討します。大切なのは「叱らず、安心を繰り返し示す」姿勢です。

Q15. 認知症当事者が病識をもつ、自分で病気を受け入れるきっかけは、どのような場面や出来事が多いか？本人が受け入れるのを家族が待つ場合、家族が焦ってしまわないよう目安や事例が知りたい。

A: 認知症の当事者が病識を持ち始めるきっかけは、いくつかの共通した場面があります。例えば、財布や鍵を何度も失くし、自分で見つけれなくなったとき、道に迷い警察や近隣の人に助けられたとき、仕事や家事がいつものようにできなくなり周囲から指摘されたときなどです。また、信頼している医師や家族から「責める」のではなく「一緒に考えたい」と優しく伝えられた際に、初めて自分の変化に向き合える方もいます。

しかし、本人が病気を受け入れるまでには時間差があり、家族が焦るほど関係が悪化することもあります。受け入れに至る目安としては、①忘れたことを自分から認める発言が出る、②メモやカレンダーを自ら使おうとする、③医療や支援の話題を拒否せず聞こうとする、などが挙げられます。逆に、強く否定している時期には「まだ納得できる段階ではない」と考え、無理に説得しようとしなくていいことが大切です。

家族には「受け入れには数か月～数年かかることもある」「否認は病気の一部であり、わざと反対しているわけではない」と理解してもらうことが心の支えになります。焦らず、「安心できる環境を保ちつつ、いつでも支援できる姿勢」を示すことが、結果的に本人の自己受容へつながります。

Q16. 会話をしている時に、時々どこを見て話しているのかわからない人がいるが、それは認知症の始まりなのか？また仕事をしていて、「高齢者扱いしないでよ」と急に怒ったり反発されて業務に困っている。どのように対応したらよいか？

A：会話中に視線が合わず、どこを見て話しているのか分からない場合、それだけで認知症とは判断できません。疲れ・緊張・視力低下・発達特性でも見られるため、物忘れや理解力の低下など他の症状と合わせて判断することが必要です。ただし、会話の内容が繋がらない、質問への返答がずれる、表情の変化が乏しいなどが重なる場合には、早めの受診や相談が望ましいです。

また、仕事に「高齢者扱いしないで」と怒りや反発を示す方には、プライドの傷つきや不安が背景にあることが多いです。「心配だから言っている」「注意している」ではなく「いつも助けてもらっているから確認させてください」「一緒に進めたいと思って声をかけました」と、尊厳を守る形で伝えることが大切です。感情的な対立を避け、気持ちを受け止めたうえで業務のルールや安全性を共有する姿勢が効果的です。必要に応じて上司や産業医、地域の支援窓口への相談も検討します。

Q17. 認知症で自分でもわかる自覚症状はあるか？

A：認知症の方でも、病気の初期には「なんだか最近おかしい」「覚えられない」「言葉が出にくい」など、自分の変化を自覚されることがあります。代表的な自覚症状としては、物や予定を忘れてしまい不安になる、何度も同じことを聞いてしまう自分に戸惑う、会話の流れがつかめず恥ずかしさを感じる、手順や段取りがうまくいかず家事や仕事でミスが増える、といったものです。また、自信を失ったり、怒りっぽくなったり、落ち込むなど感情面の変化に気付く方もいます。

ただし、病気が進むと自分の状態を認識できなくなる「病識の低下」がみられ、自覚しないまま拒否や否定に転じることもあります。重要なのは、本人が「不安」「おかしい」と感じている段階で、周囲が否定せず「気付いて話してくれてありがとう」と受け止めることです。この時期は受診や支援につなげやすい貴重な機会でもあるため、焦らず寄り添った対応が望まれます。

Q18. 介護だと「要介護Ⅰ」など程度によってランクがあるが、認知症にもランクがあるのか？

A：認知症にも、介護保険の「要介護度」のように状態を段階的に評価する仕組みがあります。簡単なものから細かく評価するものまで、それぞれの用途で使い分けされています。

代表的なのは「認知症の重症度分類（CDR：Clinical Dementia Rating）」です。これは記憶・判断力・生活機能などをもとに、0（正常）→0.5（軽度）→1（軽度認知症）→2（中等度）→3（重度）と段階で評価します。日本でも医療機関や認知症疾患医療センターでよく使われています。

また、介護現場では「認知症高齢者の日常生活自立度（Ⅰ～Ⅳ・M）」という分類があります。これは厚生労働省が定めたもので、日常生活が自立している段階（Ⅰ）から、常時介護が必要でベッド上で生活する段階（Ⅳ）、さらに幻覚・妄想・徘徊など精神症状が目立つ場合（M）までを示します。介護保険の申請時にも用いられており、実際の支援内容の判断に影響します。

その他、MMSE や長谷川式（HDS-R）などの認知機能検査で点数評価されることもあります。これも「ランク」ではありませんが、現状把握や進行の目安として使われます。