事例３　脳血管性認知症

老人クラブの世話役だったＣさん（70 歳）　女性
１人暮らしの場合

初期

＊ 主な症状 ＊

●糖尿病・高血圧：自覚症状がほとんどなく、検査の値が病状のバロメーター
●記銘力の低下　：新しいことが覚えられない、同じことを何度も聞く
●短期記憶障害　：物忘れ、同じ話を繰り返す、できたりできなかったりする

＊＊ この時期に適したサービスや社会資源 ＊＊

かかりつけ医・認知症対応医	認知症サポート医	老人クラブ
高齢者あんしんコール	配食サービス	民生委員・児童委員
地域包括支援センター	ケアマネジャー	デイケア（通所リハ）

＊＊＊ 具体的なエピソード ＊＊＊

●地域のつながり

・老人クラブの役員をしているＣさん。３年前に軽い脳梗塞を経験しましたが、後遺症もなく、かかりつけ医で糖尿病と高血圧の薬をもらって飲んでいました。

・最近のＣさんの様子について、「じっと座っていても首が小刻みに揺れる」、「会合の日程調整がおかしい」「同じことを何度も聞く」ということがクラブで話題になりました。

・民生委員でもある仲間が地域包括支援センターに相談し、脳外科の認知症サポート医を紹介されます。市内に住む息子さんの同行で受診した結果、多発性脳梗塞と脳血管性認知症との診断がされました。

●生活習慣病の重度化予防

・糖尿病が影響して、気づかないうちに小さな脳梗塞を何度も繰り返していたことがわかり、Ｃさんは息子さんとともに脳梗塞の再発防止、糖尿病の食事療法、軽い運動などの指導を受けます。病院の紹介により、要介護認定も受けました。

・退院後は糖尿病食の配食サービスを受け、緊急時連絡のための高齢者あんしんコールを利用し、糖尿病と認知症の悪化防止のために通所リハビリを開始しました。

●できるだけ以前と同じ生活をめざす

・一度要介護になっても、リハビリによって回復する場合があります。Ｃさんも治療とリハビリの甲斐があって、要介護１から要支援１にまで回復し、日常生活も以前の状態に近くなり、老人クラブに復帰しました。

中期

＊ 主な症状 ＊

●脳梗塞の再発：再発の場合、小さな血管から太い血管に広がることがある
●歩行障害　　：梗塞の部位によって、麻痺や動作緩慢、ぎこちなさが現れる
●見当識障害　：外出先から戻れなくなる、自分がどこにいるのかわからなくなる

＊＊ この時期に適したサービスや社会資源 ＊＊

- 訪問介護（ホームヘルパー）と訪問看護
  または
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 私の手帳（連絡ノート）
- 男性介護者の交流会

＊＊＊ 具体的なエピソード ＊＊＊

●頻回な介護の必要性

・脳梗塞の再発後、Ｃさんは足の運びが小刻みになり、頻繁に転ぶようになったため、夜間でもヘルパーまたは看護師が訪問してくれるサービスを導入しました。
・睡眠リズムが崩れ、Ｃさんから息子さんを呼んでくれと頼まれることが多く、夜中に息子さんが駆けつけることが増えました。
・息子さんは介護のための同居を決断し、Ｃさんと暮らし始めます。

●予測できない症状に家族が困惑

・Ｃさんは、１日ぼんやり過ごしている日、急に外出すると言いだして止めてもいうことを聞かない日、家事をテキパキとこなしたと思ったら急に怒り出す日など、日々の変化が大きく、まるで別人になったようでした。
・病気の母親とはいえ腹の立つこともあり、夜中に外出したがるのを止めようとして強く腕をつかんだら、真っ青に皮下出血を起こすこともありました。脳梗塞の再発を防止するために飲んでいる薬は、出血しやすくなります。

●ひとりで抱え込まない方策

・仕事と介護の両立に疲れ、ケアマネジャーに相談したところ、男性介護者の交流会（ケア友の会）を紹介されました。男性同士で愚痴をこぼし合い、介護のコツを情報交換するうちに、息子さんは「ひとりではない、仲間がいる」という気持ちになりました。
・また、日々の介護記録や本人の様子を書き込むノートを紹介され、そのノートを通じてケアマネジャーやヘルパー、看護師と情報交換することによって、自分の介護を客観視できるようになり、完璧を目指さなくてもいいんだ、人に頼ってもいいんだと思えるようにもなりました。
・息子さんの気持ちに変化が現れてからＣさんの態度も変化し、息子さんが笑えばＣさんも笑顔になり、息子さんが愚痴ればＣさんが慰める場面もありました。

後期

＊ 主な症状 ＊

●要介護度の悪化：生活すべてに介助が必要
●失語　　　　　：会話ができない、意思疎通が困難
●知覚障害　　　：触った感じがしない、痛みや熱さがわからない

＊＊ この時期に適したサービスや社会資源 ＊＊

おむつサービス事業	在宅医療（訪問診療）	ショートステイ（短期入所）
福祉用具のレンタル・購入	デイサービス	特別養護老人ホーム

＊＊＊ 具体的なエピソード ＊＊＊

●寝たきりの生活

・Ｃさんは、入浴、排せつ、食事、更衣など、すべての介助が必要となり、ほぼ寝たきりの生活になりました。
・時々、着替えをいやがったり、食事を口から出したり、介護に抵抗することもあります。
・日中はデイサービスの利用、仕事の繁忙期はショートステイを併用しながら、在宅介護を続けていましたが、夜間・休日は介護を休むこともできず、息子さんの疲労が蓄積していきます。
・Ｃさんがどんな生活を望んでいるかはわかりませんが、息子さんが疲労困憊する姿は見たくないのではないか、というのが支援チームの意見でした。

●家族の生活設計

・息子さんは、仕事を辞めて介護に専念することも考えましたが、自分のこれからの長い人生を考えたとき、ここで仕事を辞めるわけにはいかないと判断しました。
・男性介護者の集いで出会った先輩介護者にも相談しながら、施設入所か在宅介護かを検討し、ケアマネジャーに依頼して施設見学をすることにしました。
・広域型の特別養護老人ホームと地域密着型で少人数ユニット制の特別養護老人ホームを見学します。最初は息子さんが一人で行き、２回目はＣさんも連れて行きました。
・費用負担は少し高いけれど、自宅に近く、待機者も少ない地域密着型特別養護老人ホームを申し込むことにしました。この施設は、地域の老人クラブとの交流も行われており、かつてのクラブ仲間にも会えるということが決め手でした。

●施設に入っても要介護になっても社会の一員

・介護を受けているからといって、何もできない人ではありません。Ｃさんは息子さんにとって生きる張り合いとなる存在です。老人クラブ仲間もＣさんがクラブに貢献してくれたことを忘れません。仲間が話しかけるとＣさんも笑顔になります。
・施設の中でも地域の方々と交流し、最期まで社会の一員として暮らし続けます。