

認知症高齢者がたどる配偶者との死別悲嘆過程に関する研究

渡邊章子¹⁾ 諏訪さゆり²⁾

1) 千葉大学大学院看護学研究科 博士後期課程 2) 千葉大学大学院看護学研究科

<要 旨>

【目的】

本研究の目的は、配偶者と死別した認知症高齢者の悲嘆過程のありようを家族ならびに専門職者の二者の視点を通して明らかにし、認知症高齢者の死別悲嘆への看護支援の示唆を得ることである。

【方法】

データ収集は認知症高齢者と同居の家族、ならびに専門職者を2名1組として、60分間の半構造化面接を各々に行った。面接で得られたデータから認知症高齢者の死別悲嘆の様相を抽出し時期別、および重症度別に分類したものを質的帰納的に分析した。

【結果】

認知症高齢者の死別悲嘆過程は FAST2 - 3 (軽度) の者では、死別時から死別の認識ができていた。しかし、FAST4 - 6 (中等度 - 重度) の者では、死別時 - 葬儀時には【見た瞬間は状況がわかったが記憶に残らなかった】。葬儀時 - 1年は【配偶者がいると思い行動しており、長年の生活習慣が乱れる夕食時や就寝時などに配偶者の不在が気になり尋ねる言動が続いた】。1 - 2年では【配偶者の逝去について1年目以降は同意し、「私一人だし」と言えるようになった】。FAST7 (重度) の者では、死別時から、配偶者の死別に気づかず死別前と同じ生活を送っていたが、オムツ交換時にイライラが認められた。

【考察】

認知症高齢者の死別悲嘆の様相は、重症度により配偶者との死別に関する記憶の保持状況が異なることから、様相の特徴に重症度による相違がみられること、ならびに配偶者の不在が気にかかる場所や時間帯があることなどが見いだされた。

これらへの看護支援として、①配偶者の不在により長年の生活が遂行できず戸惑いや寂しさを感じている気持ちに共感して関わること、②死別したことや配偶者との関係性を実感できるようになる環境調整への支援などが重要であることが示唆された。

<キーワード>

認知症高齢者、死別、配偶者、悲嘆過程

【はじめに】

近年、日本を含む先進国で高齢化が加速している。日本は2007年に超高齢社会となったが、東京、神奈川、千葉、埼玉の関東圏における高齢者の増加が著しい¹⁾。65歳以上になると認知症への罹患率が高まることが指摘されているが²⁾、二宮(2015)は65歳以上の高齢者における認知症有病率は15.2~15.7%ではないかと推定している³⁾。厚生労働省は、認知症高齢者が通所介護施設、および介護予防通所介護施設、(以下、デイサービス)、短期入所生活介護施設(以下、ショートス

テイ)、小規模多機能型居宅介護(以下、小規模多機能)をはじめとする様々なサービスを利用しながら、家族とともにあるいは単独で自宅での生活を送っていることを明らかにしている⁴⁾。

認知症という病は認知機能や身体機能の低下から、終には死に至る病である。このため、認知症高齢者は家族よりも先に逝くという先入観が一般には有されていることが多い。だが、超高齢社会の日本では認知症ケアの質の向上がめざましく、認知症高齢者が家族との死別による喪失体

験をする機会が増加することが予測される。2012年の75歳以上の死亡者は全体の7割を超え⁵⁾、配偶者と死別した65歳以上の男性は10.7%、女性が40.7%であった⁶⁾。これらのデータは配偶者との死別体験をする認知症高齢者が今後益々、増加するであろうことを示している。

Worden (2008/2015)は死別悲嘆過程について、①「喪失の現実を受け入れること」、②「悲嘆の痛みを消化していくこと」、③「故人のいない世界に適応すること」、④「新たな人生を歩み始める途上において故人との永続的なつながりを見出すこと」、これら4つの課題を乗り越えるものと定義している⁷⁾。

しかし、遺族となった認知症高齢者が配偶者と死別後、どのように悲嘆過程をたどっているのかは十分に明らかにされてはいない。国外の先行研究では、死別がきっかけとなり、認知症高齢者の妄想や行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) が発生し家族の介護負担が増え、それまで踏みとどまっていた施設入所の選択をせざるを得ないこと⁸⁾⁹⁾や精神科医などへの相談が増えたこと¹⁰⁾、薬物療法などが必要となったことなどが明らかとなっていた¹¹⁾。また、専門職者を対象とした認知症高齢者の死別悲嘆過程に対するケア教育が未整備のため、スタッフが手探り状態で介護にあたっている現状も報告されていた¹²⁾。こうした現状を改善し、新たなケアの潮流を作るためには認知症高齢者の死別悲嘆に関する研究の蓄積やその研究から得られた知見を活用した教育プログラムの作成が喫緊の課題と考える。

【目的】

認知症高齢者が配偶者との死別後、どのような

死別悲嘆過程をたどっているのか、そのありようを家族と専門職者の二者の視点を通して明らかにし、認知症高齢者の死別悲嘆過程への看護支援について示唆を得ること。

【方法】

1 研究デザイン
質的記述的研究

2 用語の定義

死別悲嘆過程：配偶者の死別前後における一連の心理過程と生活のありようの変化の過程

3 対象者

1) 面接対象者

配偶者と死別した関東圏 (東京、千葉、神奈川県、埼玉) に在住する、認知症高齢者と同居 (同一家屋内または同一敷地内に居住) の家族1名、および認知症高齢者が利用する、デイサービス、ショートステイ、小規模多機能のいずれかの施設職員 (以下、スタッフ) 1名の2名を1組とした。

2) 分析対象者

配偶者と死別した65歳以上の認知症高齢者

4 データ収集方法

1) 記録物からの情報収集

施設の記録物、ならびに作成した調査用紙から認知症高齢者・家族・スタッフの基本属性の情報収集を行った。

2) 半構造化面接

認知症高齢者と同居の家族、ならびに専門職者を2名1組とする合計15名に各々60分間の半構造化面接を行った。面接では「配偶者との

死別後の認知症高齢者の様子で印象的だったこと」などについて語ってもらった。

5 データ収集期間

2015.4-2016.3

6 分析方法

面接により得られたデータから認知症高齢者がたどっている死別悲嘆を抽出し、意味内容の類似性に従って分類後、時期別、および重症度別に並べ質的帰納的に分析をした。

時期の区分は死別前、死別時 - 葬儀時、葬儀時 - 半年、半年 - 1年、1 - 2年、2 - 3年の6期に区切った。重症度はFunctional Assessment Staging (FAST) (アルツハイマー型認知症の重症度評価) (表1)により、FAST2 (軽度) から7 (重度) の6ステージに分類した。

7 倫理的配慮

本研究は千葉大学の倫理審査委員会の承認を受けて行った (承認番号 26-87)。研究参加者には、任意性の保障、自由意思の尊重、途中辞退の保障、データ収集から公表におけるプライバシー・匿名性・個人情報の保護を保証した。

【結果】

1 対象者概要

1) 認知症高齢者の概要

配偶者と死別した認知症高齢者は女性6名、男性2名、8事例8名であった。年齢は70~90歳代、平均年齢88歳であった。認知症タイプはアルツハイマー型認知症が7名、血管型認知症が1名であった。認知症の重症度はFASTステージ2

(軽度) が2名、FASTステージ3 (軽度) が1名、FASTステージ4 (中等度) が1名、FASTステージ5 (中等度) が1名、FASTステージ6 (重度) が2名、FASTステージ7 (重度) が1名であった。要介護度は要介護1-4の者であった。死別からの期間は6ヶ月から3年5ヶ月、平均1年7ヶ月であった。

2) 家族の概要

家族は女性7名、男性1名、8事例8名であった。年齢は40~60歳代であった。8名中3名が就業しながら介護を行っていた。

3) 専門職者の概要

専門職者は女性6名、男性1名、8事例7名であった。1事例では研究協力が得られなかった。また、2事例の面接対象者となった介護福祉士が1名いた。年齢は30~60歳代。職種は介護福祉士5名、看護師1名、医師1名であった。医師へは面接調査ではなく、調査用紙への記入のみ研究協力を依頼した。経験年数は10~38年、平均19.6年であった。所属はデイサービス、認知症対応型デイサービス、小規模多機能、ショートステイ、病院などであった。

2 死別悲嘆過程

全8事例の面接で語られた内容を死別悲嘆過程の時期ごと、および認知症重症度ごとに意味内容の類似性に従って分類した結果、46のコアカテゴリーにまとめられた。以下にコアカテゴリー (I) で示す) とカテゴリー (II) で示す) を用いて、特徴的な死別悲嘆の様相について述べる (時期別および重症度別の死別悲嘆過程は表2)。

1) FAST2 (軽度) の死別悲嘆過程

FASTステージ2の認知症高齢者は事例IとII

の認知症高齢者が該当した。このステージの認知症高齢者は配偶者との死別を死別当初から認識できていた。しかし、朝食時、一緒に食卓を囲む配偶者がいないと、どうしたのかと家族に尋ねる言動が死別5か月目くらいから半年間ほどあった。また、配偶者が突然死をした事例Ⅰでは、配偶者の死亡を認知症高齢者が発見しており、その衝撃の大きさから認知症の症状が強くなり一時的に思考停止状態となるなどの様相が認められた。

死別前には【配偶者の病状や入院を深刻なものとは思っていなかった】。死別時 - 葬儀時は【配偶者の逝去は年長的に仕方が無いと淡々としていた】。また配偶者が突然亡くなっているのを発見した事例Ⅰでは【配偶者が突然死しているのを発見しパニック状態であったが、お線香をあげてよいと言われた時に初めて泣いた】という様相が見出された。葬儀時 - 半年には【毎朝来る配偶者が来ないと尋ねることがあった】。そして、1 - 2年では【配偶者は逝去して彼岸の人になったと認識している】。これは、〔1周忌後から写真をベッドのところに飾り、「早く迎えに来いよ」と言っている〕などからまとめられた。

2) FAST3（軽度）の死別悲嘆過程

FAST ステージ3の認知症高齢者は事例Ⅲのみであり、死別からの期間が半年のため、半年間の死別悲嘆過程で語りが終了した。FAST ステージ3の認知症高齢者は配偶者との死別を死別当初から認識できていたというFAST ステージ2の認知症高齢者と同様の特徴が認められた。

なお、事例Ⅲの認知症タイプは血管型認知症であり、他7事例と異なっていた。

3) FAST4（中等度）の死別悲嘆過程

FAST ステージ4の認知症高齢者は事例Ⅳが該当した。このステージの認知症高齢者は認知機能低下の影響から様々な死別悲嘆の様相が認められた。

死別前は【配偶者の状態把握が出来ず、周囲とかみ合わない言動があった】。死別時 - 葬儀時では【見た瞬間は状況がわかったが記憶に残らなかった】。【非日常および日常の変化と配偶者の死とが結びついていなかった】。これは、〔白いキレをかぶり起きてこないと安置されている遺体について言うので、夫の逝去を伝えたが、「そうだったかしら」と返事をした〕という言動から見出された。葬儀時 - 1年には【配偶者がいると思い行動しており、長年の生活習慣が乱れる夕食時や就寝時などに配偶者の不在が気になり尋ねる言動が続いた】。【位牌や遺影を見ながら配偶者の逝去を説明されるとその時は納得するがすぐに忘れ、配偶者逝去の話を聞く度に驚くまたは腑に落ちない表情をした】。【配偶者の不在についてお骨と写真がある間は説明を聞けば納得したが、納骨後から「お坊さんはどうした？」などの言動が始まったが薬を変更後少しだけ落ち着いた】。1 - 2年では【配偶者の逝去について1年目以降は同意し、「私一人だし」と言えるようになった】。そして、2 - 3年には【配偶者のいない新たな生活になじんできている時もあるが未だに不在について尋ねることもある】。

4) FAST5（中等度）の死別悲嘆過程

FAST ステージ5の認知症高齢者は事例Ⅴが該当した。この事例では、諸事情から認知症高齢者

へ配偶者の死亡について告知をしなかった。そのため、認知症高齢者は1年間ほど、配偶者の不在を外出のためと認識していた。そして夕食時に配偶者の不在を気にして、家族に「お父さんは？」と尋ね続けていた。家族はその度に「遅いね」とか「病院だよ」などと返答していた。その結果、【未告知だったが、死別1年後頃、自ら配偶者の逝去について確認してきた】。

5) FAST6（重度）の死別悲嘆過程

FAST ステージ6の認知症高齢者は事例VIとVIIであり、このステージの認知症高齢者の死別悲嘆過程はFAST ステージ4と同様の様相が見出された。以下、FAST ステージ4と異なるコアカテゴリーについて記載する。

葬儀時 - 半年は【配偶者の逝去を伝えられても「私は知らない」と怒りイライラしてゴミを庭に捨てた】。これは配偶者の死を否認していた事例VIの事例から見出された。他には、【配偶者の写真に対して就寝の挨拶などをしている】。【配偶者に会った夢を現実だと混同していた】などの様相が認められた。半年 - 1年には【自身の体調が悪い時は幻覚や妄想から配偶者に話かけていた】。これは事例VIの認知症高齢者がターミナル状態となった時の言動から見出された。

6) FAST7（重度）の死別悲嘆過程

FAST ステージ7の認知症高齢者は事例VIIIが該当した。このステージは最重度にあたり配偶者の死別を死別当初から認識しておらず、その認識に変化はなかった。

死別時 - 葬儀時は【死別時や葬送儀礼に居合わ

せず変化に気づかなかった】。【配偶者の死別を伝えられても変化がなかった】。葬儀時 - 半年では【配偶者の死別に気づかず死別前と同じ生活を送っていたが、オムツ交換時にイライラしたりセクシュアル・ハラスメントと周囲から捉えられるような行為があった】。こうした状況に対して家族は医師に相談し、認知症薬を変更して対応していた。

【考察】

認知症高齢者の死別悲嘆過程では、「重症度による相違」と「環境の変化による様相」が明らかとなった。

「重症度による相違」とは、具体的には中等度から重度の者（FAST4-6）において、死別を認識するまでに1年という時間を要すること、ならびに死別を告げられる度に現実直面することなどの特徴が認められたことである。これは、認知機能低下により、①死別を記銘・保持できにくいこと、②判断力・理解力が低下し状況判断ができにくいこと、③時間・空間・人物の失見当識により誰と、いつ、死別したのか認識するのが困難であることなどの要因が影響していた。

FAST ステージ4・事例IV、およびFAST ステージ6・事例VIIでは配偶者の逝去を伝えられる度に認知症高齢者が驚いていた。同様の事例を渡邊と諏訪（2015）、およびGriefとMyran（2006）なども報告している¹³⁻¹⁴。これは、認知症高齢者と介護者の視点の相違が要因として考えられた。FAST ステージ4の事例では、家族が、認知症高齢者に、本人が葬儀に参列している写真を見せながら、「葬儀にも参加したでしょう」と説明したが、「そうなのかしら、でも葬儀なんてぜんぜん出席した覚えがない」と認知症高齢者は応答して

いた。この場合、介護者の視点は、「葬儀に出席している写真という証拠を見せれば、配偶者が亡くなったことがわかるだろう」であるが、認知症高齢者にとっては、配偶者の逝去も、葬儀への参列も、その時に初めて聞いたこと、あるいは、事実ではないことである。この両者の視点に相違がある限り、認知症高齢者と介護者の認識のズレは解消されない。認識のズレの解消には、認知症高齢者にとっての事実をアセスメントにより把握し、本人の捉えている事実と介護者の事実の相違を、時間をかけながら解消していき、認知症高齢者の認識を現実近づけていけるような声かけや関わりをもつことが重要である。認知症高齢者の認識に合わせた声かけや関わりが重要であることはTuffrey-WijneとWatchman(2015)も述べている¹⁵⁾。認知症高齢者の認識が現実見当をつけやすくなるための看護支援として、配偶者との死別を認識できるように配偶者のアルバムを見ながら会話を行うことや配偶者の写真をリビングなどに飾ること、配偶者の死別を記銘・保持できるように何度も繰り返し話すことなどが重要である。

2点目の「環境の変化による様相」とは、中等度から重度の者(FAST4-6)において、配偶者の不在が気にかかる場所や時間があるということである。FASTステージ6・事例VIでは、小規模多機能などの施設では配偶者について「お父さんは出かけていないのよ」と他の利用者に話していても、自宅では「お父さん死んじゃった、いなくなっちゃった」と話していた。また、FASTステージ4・事例IVでは就寝時に布団を敷いた後で配偶者が帰宅しないと、「(夫は) どうしたのかし

ら?出張?」と2階に居住する娘に何度も尋ねに行ったという言動が認められた。こうした様相は、認知症高齢者が死別した配偶者のことを想起できる環境に身をおけば、死別を認識できるという状況依存的な存在であることを意味する。認知症高齢者は認知機能低下から理解・判断力の低下、ならびに近時記憶がより障害されやすく¹⁶⁾、また将来に向かっての記憶である、展望的記憶に関しても困難が生じる¹⁷⁾という特徴がある。こうした特徴を踏まえ、死別悲嘆過程にある認知症高齢者への看護支援として、葬儀や墓参りなどの儀式へ参加できるように支援すること、仏壇へのお供えを共におこなうこと、対応に困難感を抱いている家族に対して専門的アドバイスを行うことなどが重要であることが示唆された。

【研究の限界と課題】

本研究では配偶者と死別した認知症高齢者の死別悲嘆過程に焦点をあてたが、関東圏における8事例のみの研究であり、研究結果の一般化には限界があると考えられる。今後の課題は研究対象者数や地域などを拡充し、一般の高齢者の死別悲嘆過程、ならびに国外の認知症高齢者の死別悲嘆過程との相違を明らかにしていくことである。

【謝辞】

最後に、本調査にご協力頂きましたご家族、専門職の皆様に厚くお礼申し上げますとともに、研究へのご支援を賜りました明治安田こころの健康財団に心より感謝申し上げます。

表1. Functional Assessment Staging (FAST)

FAST stage	臨床診断	FASTにおける特徴	臨床的特徴
1. 認知機能の障害なし	正常	主観的にも客観的機能低下は認められない。	5~10年前と比較して職業あるいは社会生活上、主観的および客観的にも変化はまったく認められず支障をきたすこともない。
2. 非常に軽度の認知機能低下	年齢相応	ものの置き忘れを訴える。換語困難。	名前や物の場所、約束を忘れたりすることがあるが年齢相応の変化であり、親しい友人や同僚にも通常は気づかれない。複雑な仕事をしたり、込みいった社会生活に適応していくうえで支障はない。多くの場合、正常な老化以外の状態は認められない。
3. 軽度の認知機能低下	境界状態	熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。	重要な約束を忘れてしまうことがある。はじめての土地への旅行のような複雑な作業を遂行する場合には機能低下が明らかになる。買い物や家計の管理あるいはよく知っている場所への旅行など日常行っている作業をするうえでは支障はない。熟練を要する職業や社会的活動から退職してしまうこともあるが、その後の日常生活のなかでは障害は明らかとはならず、臨床的には軽微である。
4. 中等度の認知機能低下	軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。	買い物でも必要なものを必要な量だけ買うことができない。だれかがついていないと買い物の勘定を正しく払うことができない。自分で洋服を選んで着たり、入浴したり、行き慣れている所へ行ったりすることには支障はないために日常生活では介助を要しないが、社会生活では支障をきたすことがある。単身でアパート生活している高齢者の場合、家賃の額で大家とのトラブルを起こすようなことがある。
5. やや重度の認知機能低下	中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときに何とかなだめすかして説得が必要なこともある。	家庭での日常生活でも自立ができない。買い物を1人ですることはできない。季節にあった洋服が選べず、明らかに釣り合いがとれていない組み合わせで服を着たりするために、きちんと服をそろえるなどの介助が必要となる。毎日の入浴を忘れることもある。なだめすかして入浴させなければならない。自分で体をきちんと洗うことができるし、お湯の調整もできる。自動車を適切かつ安全に運転できなくなり、不適切にスピードを上げたり下げたり、また信号を無視したりする。無事故だった人がはじめて事故を起こすこともある。大声をあげたりするような感情障害や多動、睡眠障害によって家庭で不適応を起こし医師による治療的なかわりが必要になる。
6. 重度の認知機能低下	やや高度のアルツハイマー型認知症	a) 不適切な着衣	寝まきの上に普段着を重ねて着てしまう。靴紐が結べなかったり、ボタンを掛けられなかったり、ネクタイをきちんと結べなかったり、左右間違えずに靴を履けなかったりする。着衣も介助が必要になる。
		b) 入浴に介助を要する。入浴を嫌がる	お風呂の温度や量が調整できなくなり、体もうまく洗えなくなる。浴槽への出入りもできなくなり、風呂から出たあときちんと体を拭くことができない。このような障害に先行して風呂に入りたがらない、嫌がるという行動がみられることもある。
		c) トイレの水を流せなくなる	用をすませたあとの水を流すのを忘れたり、きちんと拭くのを忘れる。あるいはすませたあとの服をきちんと直せなかったりする。
		d) 尿失禁	ときに(c)の段階と同時に起こるが、これらの段階の間には数カ月の間隔があることが多い。この時期に起こる尿失禁は尿路感染やほかの生殖器泌尿器系の障害が主な原因となる。この時期の尿失禁は適切な排泄行動を行ううえで認知機能の低下によって起こる。
		e) 便失禁	この時期の障害は(c)や(d)の段階でみられることもあるが、通常は一時的にしろ別々にみられることが多い。焦燥や明らかな精神症状のために医療施設に受診することも多い。攻撃的行動や失禁のために施設入所が考慮されることが多い。
7. 非常に重度の認知機能低下	高度のアルツハイマー型認知症	a) 最大限6語に限定された言語機能の低下	語彙と言語能力の貧困化はアルツハイマー型認知症の特徴であるが、発語量の減少と話し言葉のどぎれがしばしば認められる。さらに進行すると完全な文章を話す能力は失われ、失禁がみられるようになると、話し言葉はいくつかの単語あるいは短い文章に限られ、語彙は2、3の単語のみに限られてしまう。
		b) 理解しうる語彙はただ一つの単語となる	最後に残される単語には個人差があり、ある患者では「はい」という言葉が肯定と否定の両方の意志を示すときもあり、逆に「いいえ」という返事が両方の意味を持つこともある。病気が進行するにしたがってこのようただ一つの言葉も失われてしまう。一見言葉が完全に失われたと思われてから数カ月後に突然最後に残されていた単語を一時的に発語することがあるが、理解しうる話し言葉が失われた後は、呼び声や意味不明のブツブツいう声のみとなる。
		c) 歩行能力の喪失	歩行障害が出現する。ゆっくりとした小刻みの歩行となり階段の上がり下りに介助を要するようになる。歩行ができなくなる時期は個人差があるが、しだいに歩行がゆっくりとなる。歩幅が小さくなっていく場合もあり、歩くときに前方あるいは後方や側方に傾いたりする。寝たきりとなって数カ月すると拘縮が出現する。
		d) 着座能力の喪失	寝たきり状態であっても、はじめのうちは介助なしでいすに座っていることは可能である。しかし、しだいに介助なしでいすに座っていることもできなくなる。この時期ではまだ笑ったり、噛んだり、握ることはできる。
		e) 笑う能力の喪失	この時期では刺激に対して眼球をゆっくりと動かすことは可能である。多くの患者では把握反射は嚥下運動とともに保たれる。
		f) 混迷および昏睡	アルツハイマー型認知症の末期ともいえるこの時期は、本疾患に付随する代謝機能の低下と関連する。

(出典) Reisberg B, Ferris SH, Anand R, et al.: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci, 435: 481-483(1984)

表2: 時期別および重症度別の死別悲嘆過程

認知症ステージ	死別前	死別時-葬儀時	葬儀時-半年	半年-1年	1-2年	2-3年 ※3
FAST 2 (事例Ⅰ-Ⅱ)	<p>配偶者の病状や入院を深刻なものとは思っていなかった</p>	<p>配偶者の逝去は年齢的に仕方が無いと思っており淡々としていた</p> <p>配偶者と死別した事を発見時から認識していた</p> <p>配偶者が突然死しているのを見出しパニック状態であったが、お線香をあげてよと言われた時に初めて泣いた</p>	<p>毎朝来る配偶者が来ないと尋ねることがあった</p> <p>配偶者の不在に対して相反する感情を抱き生活している</p>			<p>配偶者は逝去して彼岸の人になったと認識している</p>
FAST 3 (事例Ⅲ) ※1	<p>配偶者が長くないからと促されて見舞いに行っても、配偶者を慰めた言動は全く聞かれない別事であった</p>	<p>配偶者の逝去は年齢的に仕方が無いと思っており淡々としていた</p> <p>配偶者と死別したと認識しており祭壇に供え物を置いて哀悼の意を表していた</p>	<p>配偶者との死別を認識し仏壇への供養を行っていた</p>			
FAST 4 (事例Ⅳ)	<p>配偶者の状態把握が出来ず、周慮とかみ合わない言動があった</p> <p>配偶者の状態に気づかず怒っていた</p>	<p>最終の場面や葬儀時にも取り乱さず淡々としていた</p> <p>非日常および日常の変化と配偶者の死とが結びついていなかった</p> <p>見た瞬間は状況がわかったが記憶に残らなかった</p>	<p>配偶者がいると思いついており、長年の生活習慣が乱れる夕食時や就業時などに配偶者の不在が気になり尋ねる言動が続いた</p> <p>位時や道形を見ながら配偶者の逝去を説明されるとその時は納得するがすぐに忘れ、配偶者逝去の話聞く度に驚くまたは涙に落ちない表情をした</p> <p>配偶者の写真に対してしまい込む行動があった</p> <p>配偶者の不在についてお香と写真がある間は説明を聞けば納得したが、納骨後から「お坊さんはどうした？」などの言動が始まったが案を变更后少しだけ落ち着いた</p>			<p>配偶者のいない新たな生活になんてきていける時もあるが未だに不在について尋ねることもある</p> <p>配偶者の逝去について1年目以降は同意し、「私一人だし」と言えるようになった</p>
FAST 5 (事例Ⅴ)	<p>配偶者の病状や入院を深刻なものとは思っていなかった</p> <p>配偶者を自分の親と思いついていた</p> <p>配偶者の状態に気づき心配していた</p>	<p>日常の変化と配偶者の死とが結びついていなかった</p>	<p>配偶者がいると思いついており、夕食時に配偶者の不在が気になり尋ねる言動が続いた</p>			<p>未告知だったが、死別1年後頃、自ら配偶者の逝去について確認してきた</p>
FAST 6 (事例Ⅵ-Ⅷ)	<p>配偶者の病状や入院に対して年齢的に仕方が無いと受け止めていた</p> <p>配偶者の状態に気づかず安心感を抱いたり、怒ったりしていた</p>	<p>見た瞬間は状況がわかったが記憶に残らなかった</p> <p>最終の場面や葬儀時にも取り乱さず淡々としていた</p>	<p>位時や道形を見ながら配偶者の逝去を説明されるとその時は納得するがすぐに忘れ、配偶者逝去の話聞く度に驚くまたは涙に落ちない表情をした</p> <p>配偶者がいると思っており、夕食時に配偶者が不在だと気が付いたり、買物の度に配偶者の好物を買った</p> <p>配偶者の写真に対して就寝の挨拶などしている</p> <p>配偶者と息子を思い出していた</p> <p>配偶者の逝去を伝えられても「私は知らない」と怒りイライラしてゴミを庭に捨てた</p> <p>配偶者を故人とみなして振舞うこともあった</p> <p>配偶者に出会った夢を現実だと拒回していた</p>			<p>配偶者が逝去したことを認識する発音があった</p> <p>配偶者は逝去して彼岸の人になったと認識している</p> <p>自身の体調が悪い時は幻覚や妄想から配偶者に話しかけていた</p> <p>配偶者のいない新たな生活になんてきていける時もあるが未だに不在について尋ねることもある</p>
FAST 7 (事例Ⅷ) ※2		<p>配偶者の死別を伝えられても変化がなかった</p> <p>死別時や葬儀時に居合わせず変化に気が付かなかった</p>	<p>配偶者の死別に気づかず死別前と同じ生活を送っていたが、オムツ交換時にイライラしたりセクシュアル・ハラスメントと周囲から扱えられるような行為があった</p>			

※1 死別から半年の経過

矢印は時期をまたいで継続していることを示す

※2 死別から8カ月

※3 FAST4と6(事例Ⅵ)のみが該当

【引用文献】

¹ 東京都福祉保健局 HP 高齢社会対策部 東京の高齢者と介護保険 :

www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/shisaku/.../01-8.pdf, 2016/06/16 閲覧

² 朝田隆 : 認知症有病率と精神医療資源の今後、老年精神医学雑誌 23(5), 535-543, 2012

³ 二宮利治 : 厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究 平成26年度 総括・分担研究報告書

⁴ 厚生労働省 HP 介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業 :

www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000116472.pdf, 2016/06/16 閲覧

⁵ 厚生労働省 HP 平成25年人口動態統計月報年計(概数)の概況 :

www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppou/nengail3/dl/gaikyou25.pdf, 2015.12.16 閲覧

⁶ 平成26年版高齢社会白書(全版) HP : www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index_w.html, 2015/2/11 閲覧

⁷ Worden, JW・山本力監訳 : 悲嘆カウンセリング第4版、16, 誠心書房、東京、(2008/2015)

⁸ Venneri A, Shanks MF, Staff RT, Sala SD. : Nurturing Syndrome: A Form of Pathological Bereavement with Delusions in Alzheimer's Disease, *Neuropsychologia*, 38, 213-224, 2000

⁹ Grief C J and Myran D D: Bereavement in Cognitively Impaired Older Adults: Case Series and Clinical Considerations, *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 19 (4) December, 209-215, 2006

¹⁰ Johansson AK and Grimby A: Grief Among Demented Elderly Individuals: A Pilot Study, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(5), 445-449, 2012

¹¹ 前掲書 9

¹² Gataric G, Kinsel B, Currie BG, Lawhorne LW.: Reflections on the Under-Researched Topic of Grief in Persons with Dementia: A Report from a Symposium on Grief and Dementia, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 27(8), 567-574, 2010

¹³ 渡邊章子、諏訪さゆり : 病気の妻を亡くした認知症高齢者のグリーフワークへの支援、認知症ケア事例ジャーナル、7(4), 368-376, 2015

¹⁴ 前掲書 9

¹⁵ Irene Tuffrey-Wijne and Karen Watchman: Breaking Bad News to People with Learning Disabilities and Dementia, *Learning Disability Practice* 7(18), 16-23, 2015

¹⁶ 日本神経学会監修: 認知症疾患治療ガイドライン2010、17-19、医学書院、東京、2011

¹⁷ 前島伸一郎、種村純、大沢愛子、川原田美保、山田裕子 : 高齢者における展望的記憶の検討、とくに存在想起と内容想起の違いについて、*リハビリテーション医学* 43, 446-453, 2006