

長期ケア施設における遺族となったアルツハイマー型認知症高齢者への支援

渡邊 章子

元宮城大学看護学群、現千葉大学大学院看護学研究科

<要 旨>

【目的】高齢になると近親者と死別する割合が増加する。政府は施設での看取りの推進に積極的に取り組んでおり、今後益々、施設で配偶者と死別するアルツハイマー型認知症（以下、AD）高齢者の増加が予測される。そこで本研究では、配偶者と死別したAD高齢者の喪の様相を、職員の視点を通して明らかにし、施設におけるAD高齢者の喪の過程の支援について検討することを目的とする。

【方法】研究デザインは前向き縦断研究。対象者は、配偶者と死別したAD高齢者が利用する長期ケア施設の職員。データ収集は施設の記録物からの情報収集と施設職員への半構造化面接。インタビューで得られたデータとカルテなどの記録物から得られたデータを統合して質的帰納的分析を行った。

【結果】対象者は、認知症看護認定看護師1名、看護師1名、介護福祉士1名の計3名であった。分析対象者であるAD高齢者は、女性3名であった。2事例では、死別から半年までに周囲から死別を伝えられた時に帰宅願望や否認、混乱などの多くの様相が認められたが、1事例では言葉の表出が少なく、様相があまり認められなかった。

【考察】AD高齢者の喪の過程では、死別から半年間に多くの様相が認められたが、これは、この期間にこれまでルーチン化していた事柄をリセットして新たなやり方を身につける期間であったからと考えられた。AD高齢者の喪の過程への支援では、適格なアセスメントと一つ一つのケアの意味づけが重要であることが示唆された。

<キーワード>

アルツハイマー型認知症、死別、配偶者、長期ケア施設、支援

【研究背景】

2005年以降、日本の高齢化率は世界一となっている（内閣府、2018）。高齢になると認知症への罹患率が高まるが、認知症の内、近時記憶障害を特徴とするアルツハイマー型認知症（以下、AD）が全体の7割を占めている（日本神経学会、2018）。記憶障害は日常生活の様々な場面で困難をもたらすが、配偶者と死別した認知症高齢者の喪の過程においてもそれは同じである。先行研究では、認知機能障害のためAD高齢者が近親者の死を記憶できず、死別の現実にも何度も直面しなければならないこと（Venneri, 2000, Rentz 2005）、および死別が原因となり認知症高齢者の妄想が増大し、対応に困った家族などが認知症高齢者を施設に入所させてしまうこと（Grief, 2006）などが明らかにされている。

研究者はこれまでAD高齢者が記憶障害のために、死別当初は配偶者との死別を記録・保持できないが、介護者が繰り返し同じ説明を行うことや妻の遺品の活用などを通じて半年経過後に配偶者との死別を記録・保持し、配偶者不在の新たな生活を始めていくことを明らかにした（渡邊、

2015）。これに続く研究では、①ADの重症度により喪の過程に相違があること、②環境の変化により様相が影響されること、③FAST4 - 6（The Functional Assessment Staging：軽度から重度）（Reisberg, 1988）（表1）の認知症者の喪の過程が従来のグリーフモデルとは異なっていることなどを明らかにした（Watanabe, 2017）。これら2つの継続研究として取り組んだ研究では、AD高齢者が死別を想起する要因として、自宅と施設という場所の相違、ならびに周囲の関わりによる影響があることを明らかにした。これは、自宅と比較した場合、施設では死別の想起が少なく、その要因として施設には死別を想起する物品が少ないこと、ならびに施設職員が死別について話を手向けないことなどが考えられた（渡邊、2019）。

政府は地域包括ケアシステムの推進や施設での看取りの推進に積極的に取り組んでおり（厚生労働省、2017）今後益々、施設で配偶者と死別するAD高齢者の増加が予測される。

そこで本研究では、配偶者と死別したAD高齢者の喪の様相を、職員の視点を通して明らかにし、

施設におけるAD高齢者の喪の過程の支援について検討していく。なお、第三者の視点を通しての研究となることから、データの真実性を高めるために研究デザインを死別から半年目をベースラインとする3年間の前向き縦断研究とする。

【研究方法】

1. 研究デザイン

質的記述的研究（前向き縦断研究）

2. 用語の操作的定義

喪の様相：フロイトの「喪の仕事」(mourning work)の定義「悲哀はきまって愛する者を失ったための反応であるか（中略）愛する者のかわりになった抽象物の喪失に対する反応である」(Freud, 1917)を参考に「AD高齢者が配偶者を失ったことにより生じる様々な反応」とする。

喪の過程：「AD高齢者が配偶者と死別する前後における変化の過程」と定義する。

3. データ収集期間

2017年6月から2020年9月頃まで

4. 研究対象者

選定基準

以下の条件全てに該当する者。

1) 配偶者と死別したAD高齢者が利用する長期ケア施設の職員。

→ 長期ケア施設：介護福祉施設（以下、特養）、有料老人ホームなど

2) AD高齢者と関わりが深い、①看護師、②介護福祉士、③介護支援専門員、④生活相談員、または⑤認知症ケア専門士・上級専門士の資格を保有する者のいずれか1名。

3) 経験が5年以上の者。

4) 当該施設への勤務歴は、AD高齢者が配偶者と死別する以前より勤務しており、AD高齢者の死別前の状況を把握している者。

除外基準

1) 看護師の内、准看護師資格の者。ただし、認知症ケア専門士・上級専門士の資格を保有している場合は対象者として選定した。

AD高齢者の選定基準

以下の条件全てを満たす者。

1) 配偶者との死別から1年以内の者であり、配偶者と死別時に65歳以上だった者。

2) 亡くなった配偶者の死亡について、家族や職員から内容や手段を問わず、告げられたことがあること。

3) 認知症を発症後に配偶者と死別した者。

4) ADと診断されている、あるいは主治医の診断書にその旨が記載されていること。

5) 認知症の重症度がFAST4 - 6（軽度から

重度の者）。

6) 夫婦で施設に入居した者。

5. データ収集方法

1) 施設の記録物からの情報収集

看護・介護記録からのAD高齢者に関する基本情報の情報収集

2) 施設職員へのインタビュー

・インタビューガイドを用いた半構造化面を1回60分行う。

・面接は死別から半年、1年、2年、3年の計4回行う。（本報告書においては2年目までの調査について報告する）

・面接では、「配偶者がご逝去される前後の本人の様子について印象に残っていることは何か？その時にはどのように対応していたのか」などについて尋ねる。

6. データ分析方法

インタビューで得られたデータとカルテなどの記録物から得られたデータは統合して質的帰納的分析を行った。分析手順は以下の通りである。

インタビューデータから逐語録を作成した。逐語録を精読し、AD高齢者の喪の様相、ならびに支援内容を文脈単位で語りを抽出しコードとした。抽出したコードを時系列に並べ、意味内容の類似性に従ってカテゴリー、コアカテゴリーと抽象度を上げて分類した。なお、時期区分は既存の悲嘆モデルと調査時期を基にし、【死別前】【死別時 - 半年】【半年 - 1年】【1年 - 2年】の4期に区分した。

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29-11）。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. 対象者の概要

東北地区を除く日本全国の老年看護専門看護師、認知症看護認定看護師、認知症ケア上級専門士、認知症ケア専門士などが所属する特養、有料老人ホームなど312件に依頼し、選定基準に該当し、研究同意を得られた者が3件（0.96%）であった。

対象者は、認知症看護認定看護師1名、看護師1名、介護福祉士1名（2事例の対象）の計3名であり、1事例に2名の対象者がいたケースが1件、1名で2事例の対象になったケースが1件あった。性別は全員が女性であり、経験年数は7～30年、年齢は20代～50代であった。（表2）

分析対象者であるAD高齢者は、3名全員が女

性であり、年代は80代が2名、90代が1名であった。死別時の認知症重症度は、FAST 5が2名、FAST 6が1名であった。配偶者の死因は、肺がん1名、老衰2名であった。(表3)

2. 分析結果

抽出された様相についてカテゴリーを用いて事例毎に時系列に記述する。AD 高齢者の様相はBehavior(B)、それに対する対応はIntervention(I)で記載する。

1) 事例A

A氏 90代女性。入所施設は公益財団法人経営の介護付有料老人ホーム。配偶者の死因は肺がん。夫婦仲は良好。ご主人とはA氏の父親を介して知り合った。キーパーソンは娘。趣味は水墨画、ピアノ、手芸、飲酒。

専業主婦として夫を支える。ボランティアやPTAの役員をするなど社交的な性格である。夫婦二人で暮らしていたが、夫が末期がんとなったため、有料老人ホームの一時介護室に入所となった。その後、夫が病院に入院したため、同施設の介護居室に住み替えとなった。

< 死別前 >

① - Behavior(B)

「主人はどこに入院しているの？私はここにいってもよいの？」「心配事がある。具合悪いところはないです」と落ち着かず、歩きまわる。

BP 170 / 100 mmHg

① - Intervention (I)

夫の見舞いや外出などに行っても記憶保持できないため、手帳に面会日やx x (夫の名前)と面会、などと記入して対応する。職員は「分からない時はメモ見ましょう」と声をかけるが、手帳を見ても「うーん」と言って納得しない様子が見られる。娘の字でメモが書いてあると納得するため、娘に手帳への記載を依頼する。

< 死別時 - 半年 >

① - B

「お父さん亡くなった。急に思い出した」と涙する。職員が「〇〇病院にはいないの？」と聞くと「いないの」とはっきりと返答する。

② - B

「夫に会いに自宅に行かなきゃ。主人は亡くなっているんです」と繰り返し話す。

② - I

娘と電話で話しをすると落ち着く。

③ - B

手帳の葬儀予定を見て、「葬式って誰の葬式かしら？」と言う。

④ - B

葬儀以降も「夫が肺がんになったので病院訪問して来ます」「お父さま(夫)の病院に行かなくっちゃ」「自宅に夫がいるので帰ります」などと言う。

⑤ - B

スケジュール帳に「50日祭、××(夫の名前)納骨」と書かれており、その内容が気になっている。「私はどうすればよいのでしょうか」など、朝食後からしきりに話す。夜間、「今日、大事な人が亡くなってそれが誰だか、全然思いだせない」と話す。

⑤ - I

職員が「ご主人の納骨に行かれたんですよ」と言い、手帳の内容伝えるが、納得せず困惑している。

⑥ - B

「(遺影を見て)お部屋にこんなものが置いてある(これは何?)。縁起でもない。昨日も話したけど、写真ならいいけど」と話す。

⑥ - I

手帳を見てもらい夫の逝去を確認してもらおうが、「そんなはずはない。昨日もおとといも会っているんだから」と言う。

⑦ - B

位牌と写真をたんすの中にしまいこんでいる。また、夫の写真を袖の中などに包んで入れている。

⑦ - I

位牌と写真をたんすの中にしまいこんでいる場合には触れられたくないのだと判断して関わる。位牌や写真のしまい方の特徴をつかみ、声かけの方法を変える。

⑧ - B

ダイルームから居室トイレに用足しに戻る度に、箆笥から洋服を全て出している。

⑧ - I

職員が毎回出された洋服を箆笥に収納する。洋服の出し方にパターンがあり、その特徴により声かけの方法を変えている。

⑨ - B

手帳に、夫が死亡した日を書いてあり職員が「ここを見てごらん」と言ってページをめくると「何で私は娘から聞いてないのにあなたたちは知ってるの？」と不穏になる。

⑨ - I

本人から不信感を抱かれないように職員は「(ご主人は)結構前に亡くなりませんでしたっけ」と言いながら、手帳の該当欄を一緒に探す。

⑩ - B

職員が「ご主人亡くなったんですよ」と言っても「そんなうそでしょ」と言う。しかし、同じことを娘が話すと「あ、そうなんだ」と納得し、その後も不穏にならない。また、娘と話すとすっきり

した顔で「ありがとうございます」と職員に電話の受話器を返す。

⑪ - B

前年度の手帳には「(夫が) 亡くなった」と書いてあるが、現在持っている今年度の手帳には「亡くなった」との記載がない。しかし、他の利用者から「(ご主人) 亡くなって大変だったわね」と言われると、確認のために今年度の手帳を見て確認するため混乱する。

⑫ - B

「あの主人は亡くなったんですか。どうして教えてくれないんですか」と職員に言う。

⑫ - I

位牌の裏を見せようと「こんなに前に。そうだったんですね」と笑って言う。

⑬ - B

自宅売却の件でスーツを着た 5~6 人の男性が、月に 2~3 回来訪する。その月の水道代とトイレトペーパーの消費量が普段より増加する。

➤ 精神科カンファレンス：死別から 3 か月目

昼夜ともに夫・娘について不安になり落ち着かなくなることがある。

➤ End of Life (エンド・オブ・ライフ。以下、EOL) カンファレンス：死別から 3 か月目

不安の訴えが多いのでその都度、傾聴していく。気分転換をはかっていく。

➤ 精神科カンファレンス：死別から 5 か月目

日中から眠前まで帰宅願望で不穏になることがある。対応で落ち着いている。夜間は眠れている。

< 半年 - 1 年 >

① - B

洋服を箆笥から大量に出すことが少なくなり、夫の写真も隠さなくなる。娘さんに 1 日数回かけていた電話が月数回に減る。

② - B

自宅から持参したピアノを弾く。「楽しいわね。また一緒に弾きたいわ。あなたは何時があいているのかしら」と笑顔見られる。

② - I

職員が A 氏に教えてもらいながら連弾をする。

③ - B

「パン屋さんが来たよと主人が起こしに来た」と真夜中に言うため、職員が時間を伝える。「そうですか。まだ外が暗いですね。でも主人が起こした」

と言う。

④ - B

手帳を見ながら「まもなく主人の一周忌になるんですが、まだ何もしなくてもいいですか?」とやや混乱している。

④ - I

本人が落ち着くダイルームのソファに誘導し一人で過ごしてもらう。予定を早く書き過ぎると不安になるので、娘にはできるだけ直前に予定を記入するように依頼する。

➤ 精神科カンファレンス：死別から 7 か月目

帰宅願望や夫のことで大きく混乱している。夜間時々、ダイルームと居室を行き来している。家族への電話や声掛けで落ち着いている。

➤ EOL カンファレンス：死別から 11 か月目

(「困ったことはないですか?」の問いかけに) 「最近旦那が亡くなったんですが、ここに置いていただいて何不自由がないです」と。

< 1 年 - 2 年 >

① - B

娘との面会后、手帳を持ち出して、「二三日まえに夫が死んだんです。今日家に帰る日なので」と荷物をまとめだす。1 週間前に一周忌に行ったが覚えていない。

① - I

ゆっくり説明し、また遺影を見せるが納得しない。焦燥感あり、シルバーカーを使用せずに歩くため付き添う。

② - B

夕食後、隣の利用者と夫の話をした後に手帳を見る。すると「旦那が亡くなったって聞いたので、娘に電話しないといけません。娘はまだ知らないはずです」と繰り返す。久しぶりに夫の件で不穏になる。

② - I

「娘さんから体調不良の手紙が来ていたので電話は明日にしましょう」と声かけすると納得する。

2) 事例 B

B 氏 80 代女性。入所施設は公益財団法人経営の介護付有料老人ホーム。キーパーソンである姪の近所にある有料老人ホームの介護居室に夫婦二人で入所となる。配偶者の死因は老衰。趣味は旅行、植物の世話、編み物、洋裁、音楽鑑賞。

専業主婦として夫を支えていた。子どもはいない。夫婦仲は良好。

< 死別前 >

① - B

入浴のため血圧測定すると BP170mmHg と高い。「こんなの生まれて初めてや。もう帰る」と怒っている。何度も測りなおすも高値持続。

② - B

「うちのどこ？」と不穏になる。夫と会ってもらうが、「主人？ちゃんとほかにおります。この人ちゃうわ！」と立腹する。夫を甥と主張する。別の機会に職員が「ご主人は今、体がだるいので横になっている」と伝えると「確かに寝ている人はいてはるけど、あれはちゃうねん」と言う。

② - I

不穏時、花が好きのため、外に花を見に行くと落ち着くことがある。

➤ 併設のクリニック 精神科の記録

夫の体の事が気にかかるようで、上手くご自身で表現できないようだ。機嫌が悪い。診察室に来るまで時間がかかる。処方変更なし。

< 死別時 - 半年 >

① - B

「あんた頑張りや。お母さんより先に逝ったらあかんのよ。しっかりしいや」と声をかける。夫が呼吸停止したのを見て、「十分立派やったな」と言い、涙を流す。

② - B

同じテーブルの方が夫の逝去についてねぎらいの声をかけると、「ほんなら出て行きます」と大きな声で怒っている。

② - I

職員が介入。B 氏に最後までよく声かけをして、お世話してくれたことを伝えると「私、ちゃんとやったん？そっか」とすぐに受け入れ、落ち着く。

③ - B

お別れの会があることを伝え喪服へ着替えるように職員から言われると、「何でそんな今今まで言うてくれへんの。行かない。喪服にも着替えない」と返答する。

④ - B

「一人になってしもたんや。もう誰もおれへん」と言うが、「主人のところに行かないと。帰ります」の発言多く聞かれる。

④ - I

都度説明する。

⑤ - B

遺影を見ると、「おじいちゃん行ってくるよ」と声をかけている。「x x さん（夫の名前）ですよ」と職員が言うと、「いいや違う。私のおじいちゃんや」と返答する。

⑥ - B

夫が座る席に別の利用者が座っていると「旦那の席だから座らんといて」と怒る。職員が旦那が亡くなったことを伝えると、はじめ納得しなかったが「一人はさみしいねん」と涙ぐみながら話す。5分後また険しい顔付きになる。

⑥ - I

食席を変更するが、習慣からまた同じ席についている。

⑦ - B

怒ることが一番多い時間帯は職員がフロアからいなくなる 14 時から 16 時。次が業者が掃除機かけをする 13 時。

➤ 精神科カンファレンス：死別から 5 か月目

夕方から不穏になることが多い。睡眠は OK。

< 半年 - 1 年 >

① - B

居室の窓に突っ伏して泣いている。「もうここで死ぬわ」と。

① - I

ドックセラピーに参加し機嫌なおるが、「主人のご飯を作らないといけないからご飯はいらない」と立ち上がる。また、居室で夫の遺影を見ると再び悲しむ。職員と話しをするとすぐに表情戻るが、気分にはむらがあり不安定である。

② - B

散歩時、花を見て旦那のことを思い出し終始にこやか。「よう咲いとるな。うちの主人は温室までもって育ててな、自分で買うのは構わんけど、あの人仕事あってな。いつも水あげは私やねん」

③ - B

姪が相続のサインが欲しいというと「何で来たん。呼んでない」「嫌や。私あんたのこと大嫌いや」と怒る。

④ - B

いつも持っている鞆に食事の残ったものを入れたり、テーブルに飾ってある花を花瓶ごと入れるため、鞆が水浸しになる。夫から「鍵を紛失しないように、鞆にしまうように」と言われていたため、以前から鍵と鞆に執着していたが、認知機能低下により執着がなくなっている。

➤ 精神科カンファレンス：死別から8か月目
帰宅願望や食事の席に関するトラブルは変わらず。夫が亡くなったことを説明すると受け入れることが見られるようになっている。

➤ 精神科カンファレンス：死別から9か月目
認知機能やや落ちてきている。処方の変更はせず。

< 1年 - 2年 >

① - B

散歩中、職員から「x x (夫の名前) さん、あの花好きだったんですね」と言われると「せやなあ」と言い、夫の思い出話をする。

② - B

沢山の花を見て触ろうとしたり、「これ見てみ、すごいな」と楽しそうに過ごす。職員が花について聞くと「x x (夫の名前) に聞くとわかるんやけどな」と返答する。

③ - B

食事配膳時、「うちの主人の食事は？」と職員に尋ねる。不穏はないが、すぐそこにいるかのように話す。ゆっくりと説明をすると不穏や怒りを出すことなく「そうだったかな」と笑い、ご飯を食べ始める。

➤ EOLカンファレンス：死別から1年7か月目
不穏で怒っている様子がある時には少し距離を置きながら、様子を見ていく。

3) 事例 C

C氏 80代女性。入所施設は社会福祉法人経営の特養。配偶者の死因は老衰。夫婦関係は不良。キーパーソンは姪。当該施設には、脳出血にて病院で加療後、老人保健施設を経て入所。夫は妻の入所から2年後に入所。

仕事は学校給食の調理を20年ほど行う。趣味は大正琴、読書、着付け。

< 死別前 >

① - B

夫がいよいよ厳しくなってきたという時に個室に移った。C氏は数度、面会に行ったが、夫に話しかける感じはなく、独語のような感じではしゃべっていたり、無言でうつむいている。

< 死別時 - 半年 >

① - B

最期のお見送り時に職員に対して「お世話になりました」と礼を言う。

② - B

死別後1カ月頃に、本人が「主人に会いたい、主人に会わせて」と言い、泣き顔になっていたが、少し時間を置くと普通に戻る。

② - I

近くで経過観察を行う。

< 半年 - 1年 >

① - B

本人が独語で「ね、あなた」という感じで夫に話しかけていたのを、通りすがりの職員が耳にした。興奮や悲しむ感じはなく、いつもと同じように淡々としている。

① - I

どんな反応になるか予測不能のため、職員から夫との死別についてあえて聞かない。しかしC氏から何か発信があった時には話につき合い、思い出話し行い共感を示す対応をしている。

② - B

たまに、「夫はいないんでしょう」とか、「夫はどこですか」とは言うが、「夫は死んだんですか」とは言わない。

③ - B

夫が存命だった時に「ご主人今日どうしたんですか」とスタッフが聞くと、「夫は亡くなりました」と返事をしていた時があったが、死別後はそういう表現はしない。

< 1年 - 2年 >

① - B

夜間、居室より「お父さん、お父さん」と声がする。ベッド上で180度回転し足元側に頭がある状態で横になっている。

② - B

居室より「お父さん」の音が繰り返し聞こえる。訪室するとベッドに端坐位になっている。

【考察】

1. AD 高齢者の喪の過程 - 様々な困難との対峙

Parkes (1987) は「死別の与える影響が深刻なのは、死別が安心感の土台を削り取るからである」と述べている。安心感の土台とは、配偶者その人や共に暮らしていた家、これまでに配偶者と営んできた生活などの AD 高齢者にとっての馴染みの人や物、場所、文化であろう。認知症者はなじみのものに愛着を抱きやすいとされているが(室伏、1996) 死別とはこれまで愛着を形成していた、なじみのものが消失し不安や寂しさに支配されながら新たな生活を送っていくことに他ならない。小澤 (2003) は高齢期における喪失や喪の仕事について「最も適応する力が衰えた時期に、最も厳しい適応が要求される場所にある。(中略) その課題はこころ・からだ・生活世界のどの領域にも生じ、相互にからみあい、相乗しあって、ますます困難な課題となり老いゆく者、痴呆を生きる者にせまるのである」としている。

本研究の AD 高齢者の喪の過程では、死別から半年間に多くの様相が認められた。これは、この時期がルーチン化していた事柄をリセットして新たなやり方を身につける「最も厳しい適応が要求」される期間であったからと考えられた。例えば、事例 A と B において、「夫の食事を作るので帰ります」という発言が何度も聞かれた。発語の少なかった事例 C では、夜間、「お父さん」と夫を呼ぶ様相が認められた。これは夫に話しかけたのか、助けを求めたのか、定かではないが、自分の隣に夫がいつもいるとのルーチン化から、夫を呼んでいた可能性がある。

施設に入所してからルーチン化したことに起因する様相として、事例 A では夫の病院へ見舞いに行く、という発言が聞かれた。この発言は見舞いに行くことがルーチン化していたこともあるだろうが、別の捉え方としては、夫は、この場ではなく病院にいる、との認識から出た言葉ではないかと考えられた。事例 B では夫が座る席に他の利用者が座ろうとすると、「そこは主人の席だから座らないで」と言い、いさかいの要因となっていた。こうしたルーチン化の事柄が遂行されなかった場合、当事者には違和感が生じる。そうした違和感が積み重なり、事例 A では手帳を見て確認することで違和感や不安を解消しようと努めていた。事例 B ではイライラして怒るという様相として表現されていた。

死別に伴う厳しい適応として、自宅の売却に関する問題が事例 A と B において生じていた。Holmes ら (1967) の研究では、配偶者との死別は人生における最もストレス度が高いライフ・イベントとされているが、高額な取引である自宅の

売却も恐らくストレス度の高いライフ・イベントと考えられる。自宅の売却は住み慣れた場所の喪失や配偶者との思い出が詰まった場所の喪失にもつながり二重の意味でストレスとなり、精神の不安定さにつながる。事例 A において、水道代とトイレトペーパーの消費量が増加したことは A 氏の不安心理を如実にあらわしており、自宅の売却がストレスフルなイベントであったことが明らかとなった。

2. AD 高齢者の喪の過程への支援

まず、周囲の利用者とトラブルになった場合の環境調整という、施設における特徴的な支援について考えていく。事例 B では、一緒の食席や仲が良い利用者から「ご主人亡くなって大変だったわね」と言われ不穏や言い争いになることがあった。これは、AD 高齢者に死別の認識がないことが要因なのであるが、先行研究でも同じ問題が指摘されている(渡邊、2015)。事例 B においては、職員は言い争いにならないような利用者を隣の食席にする、トラブルになりそうな時にはすぐに介入するなど様々な工夫により対応していた。また、本人の好きな花を見に散歩に出かけ(リラクゼーション)、夫が好きだった花について思い出話をするなどで、死別の認識を助け、かつ、新たな生活に踏み出せるようなリカバリー(「壊れたつながりの回復や新しいつながりの構築」(岩崎、2015)) 支援を行い、同時に心細く不安な心を癒すというスピリチュアル・ケアを行い、精神安定をもたらし援助を行っていた。

認知症者を看護することについて湯浅 (2013) は「話す言葉そのものよりも、言葉に込められた意味や行動のサインをとらえる努力が必要である」と述べている。本研究の事例 A において、箆笥から洋服を出すという様相に何度も遭遇した対象者は散らかった洋服を片付けながら、洋服の引き出し方や散らかし方のパターンを観察し、状況に合わせた声かけを行っていた。この対象者は 20 代の経験 7 年目という若手であったが、A 氏の状態や行ったケアに関して、様々な視点からアセスメントを行い、また、カンファレンスを活用してケアの意味付けを行っていた。さらには、キーパーソンである娘とも細目に情報交換などを行って支援にあたっていた。このように経験年数が少なくとも、適格なアセスメントや一つ一つのケアに意味づけを行い、その知識や経験を蓄積していくことが、AD 高齢者への適切な支援につながることが示唆された。

【本研究の限界と課題】

本研究の限界は第三者の視点を通しての語り

であるため、対象者の主観が影響している可能性がある。また、AD 高齢者のどのようなリカバリー（回復）力が新たな生活へ適応することに影響したのか、支援との関係はどのようなものだったのかなど、その詳細について明らかにすることが出来なかった点である。

今後はライフヒストリーの視点などを取り入れながら、喪の過程からのリカバリーに影響する要因などを探り、喪の過程支援の構築を目指すことが課題である。

なお、本研究の一部の結果を第 21 回日本認知症ケア学会大会においてポスター発表を行った。

【引用文献】

内閣府：高齢化の国際的動向、平成 30 年版
高齢社会白書（全体版）

www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w.../s1_1_2.html（2020.4.30 閲覧）

日本神経学会監修：認知症疾患診療ガイドライン 2017、医学書院、東京、2017

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

Rentz C, Krikorian R, Keys M: Grief and Mourning from the Perspective of the Person with a Dementing Illness: Beginning the Dialogue, *Omega*, 50 (3), 165-179, 2004-2005

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

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

Reisberg, B. : Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin*, 24(4), 653-659, 1988.

WATANABE A. and SUWA S. : The mourning process of older people with dementia who lost their spouse, *Journal of Advanced Nursing* 73 (9), 2143-2155, 2017

渡邊章子：配偶者と死別したアルツハイマー型認知症高齢者の喪の過程、千葉大学大学院看護学研究科、平成 30 年度博士論文、2019

厚生労働省：テーマ 1、看取り、参考資料、2017（2020.4.30 閲覧）

www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000156003.pdf

Freud, S. :フロイト著作集 6 悲哀とメランコリー（*Trauer und Melancholie*, 1917）. 人文書院、東京、1970

Parkes CM and Weiss RS, 池辺明子訳：死別からの回復 遺された人の心理学、図書出版社、東京、1987

室伏君士編：痴呆老人の理解とケア、金剛出版、東京、1996

小澤勲：痴呆を生きるということ、岩波書店、東京、2003

Holmes, T. H., & Rahe, R. H.: The Social Readjustment Rating Scale. *Journal Of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218, 1967

正木治恵、真田弘美編集、老年看護学概論「老いを生きる」を支えることとは、第 VII 章 6. 認知症高齢者への看護、湯浅美千代、南江堂、東京、2013

岩崎弥生、渡邊博幸編集：精神看護学概論 精神保健、メヂカルフレンド社、東京、2015

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、約束を忘れてい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。入浴させるときにも何とかなだめすかして説得が必要なおこともある	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のなかかわりがしばしば必要になる。
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、体もまよく洗えなくなる。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なく起こる。この時期の尿失禁は適切な排泄行動を行ううえでの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病様症状のために医療施設に受診することもあり。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とき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なただ1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)

事例	職種	経験年数	年代
A & B	介護福祉士 ^{※1・2}	7	20代
A	看護師・介護支援専門員 ^{※2}	30	50代
C	認知症看護認定看護師	26	40代

※1 介護福祉士はAとB 2事例の対象者

※2 事例Aは介護福祉士と看護師の2名がインタビュー対象

事例	時期	年齢	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	FAST
A	死別時	90歳代	要介護1	Ⅲa	5
	半年	90歳代	要介護1	Ⅲa	6
	1年	90歳代	要介護2	Ⅲa	6
	2年	90歳代	要介護3	Ⅳ	6
B	死別時	80歳代	要介護2	Ⅲa	5
	半年	80歳代	要介護2	Ⅲa	5
	1年	80歳代	要介護3	Ⅳ	6
	2年	90歳代	要介護3	Ⅳ	6
C	死別時	80歳代	要介護4	Ⅳ	6
	半年	80歳代	要介護4	Ⅳ	6
	1年	80歳代	要介護4	Ⅳ	6
	2年	80歳代	要介護4	Ⅳ	6