

【Special Contributions for 20th Anniversary of NCN】

## Nursing Education and Dementia

Patricia LYNCH<sup>1)</sup>

【Abstract】 Preparing nurses to provide safe and effective care for the older patient and patients with dementia requires knowledge of the current trends related to the increase in the older population including: morbidities, hospital admissions, and prevalence of dementia. Awareness of the symptoms of dementia assists nurses and other caregivers in identifying interventions to manage behavior and in providing patient-centered care.

【Keywords】 dementia, aging, assessment, workforce, educational programs

### Introduction

“To care for those who once cared for us is one of the highest honors.”

— Tia Walker (2013) *The Inspired Caregiver: Finding Joy While Caring for Those You Love*

Dementia is not a normal part of the aging process. It happens to some of us but not to all of us. The majority of older adults retain their intellectual capabilities well into their 80s and 90's. Some researchers have stated that deterioration before the age of 80 reflects disease not the aging process. Whatever the reason, less than 2% of older adults between 65-69 have dementia. This number increases with each decade and reaches 37% for those 90 and over (UCSF, 2014).

In the US in 2002 there were 35 million Americans over 65 and by 2030 it is expected that there will be 70 million.

Every day in the US 10,000 people reach 65 years of age. Their life expectancy will be an additional 17-19 years. As the population ages at this rapid pace we will see an increased prevalence of dementia. The US Department of Health and Human Services (2013) provides us with a list of selected publications on dementia and chronic diseases. We know that 80% of the population over 65 have at least one chronic condition and 23% have 5 or more. The chances that these individuals will require nursing care in a hospital are high. Newly licensed nurses report that nearly 63% of their patients in acute care settings are 65 years of age or older (Berman & Thornlow, 2005). The need to provide education to entry level nursing students, to nurses studying to be advanced practice nurses and to nurses at the point of care about the care of this older population and patients with dementia is more important now than ever.

---

<sup>1)</sup>University of San Francisco  
2015年3月15日受付

Patricia Lynch  
University of San Francisco  
E-mail: lynch@usfca.edu

## What is Dementia?

Dementia is one of the major causes of disability globally. It is a disorder of the brain and how well it works. It is used to describe a group of symptoms that include deterioration in memory, reasoning and judgment, behavior, personality and the ability to complete everyday tasks and activities. It is progressive and terminal. There is no cure. Its impact is on the patient, the caregiver, the family and society. Dementia is a group of symptoms not the person.

## Characteristics of Patient with Dementia

Many older adults may function well at home in a place they know and with people with whom they feel comfortable. In some instances they can mask their early signs of deteriorating cognitive impairment. Changes may become apparent only when they enter into an unfamiliar or stressful environment such as a hospital. In that setting, which seems strange to the patient, they may not feel in control and this may trigger dysfunctional behaviors. They will become confused, nurses may find themselves repeating information multiple times or being asked the same questions multiple times. Patients may try to get out of bed without help or walk the halls by themselves possibly falling or wandering off.

## Problems with Eating/Feeding

They may not recognize foods they are served, forget what foods are their favorites, spit out the food or resist being fed. Sometimes because they need assistance to eat, they are served last or their food is placed before them on a tray but they are not fed by the nursing staff until after other patients are served. By then the food is cold and nurses or caregivers may become frustrated because the patient does not want to eat or is slow in eating and so the patient does not get nourishment.

If they have intravenous or other tubes in place they may try to pull them out because they do not understand why they are needed. The hospitalized patient with dementia is at a greater risk for higher mortality, longer lengths of stay

and likelihood for readmissions. They may suffer from delirium, falls, dehydration, inadequate nutrition, untreated pain, pressure ulcers, and medication related problems.

They may also wander, exhibit agitated and aggressive behavior, sun-downing (confusion and agitation when the sun goes down and throughout the night) and may need to be physically restrained.

## Assessment of Dementia

Early assessment and preventive measures will be helpful in avoiding suboptimal care. This includes data collection by taking a history from the patient, the family, care-givers and medical professionals who know the patient. The Hartford Institute for Geriatric Nursing provides us with the Family Questionnaire and the Patient Behavior Triggers for Clinical Staff (Mezey, 2007). These instruments can be used when dementia is not reported on admission to the hospital. The existence of any of these symptoms indicates a need for further dementia assessment. Assessment followed by problem identification will assist the nurse in developing strategies for safe and effective patient care.

## Care Framework

Individuals with dementia often experience losses in both cognitive and communicative function. This can be frightening to the patient. They may act out in ways that are not easily understood by the nurse. Getting to know the patient is important. In the late 90's Kitwood from the UK advocated for what he termed "*personhood of persons*" with dementia (Kitwood, 1997). In 2001 the Institute of Medicine in the US in their report Crossing the Quality Chasm, called for a person-centered approach to patient care (IOM, 2001). Seeing the individual behind the symptoms leads us to a person centered care approach. Person-centered care focuses on the patient not the nurse and is achieved when the individual's bio-psycho-social-spiritual needs are acknowledged and are met. This happens when the nurse allows the patient to express his feelings and listens to what the patient is actually saying and treats the patient not the disease or symptom.

Another care framework focuses on the patient's environment. It is the *Progressively Lowered Stress Threshold* (Buckwalter et al., 1999) introduced in the late 1980's. This focus on environment is important since the ability of the patient with dementia to cope with the environment declines as the disease progresses. It becomes important to decrease or modify the internal and external stressors in the environment to prevent or alleviate dysfunctional behavior. However, it should not be reduced to the point of causing sensory deprivation.

Patients may not understand what is happening to them and may strike out verbally or physically in an attempt to protect their space or personal belongings. For instance bathing the patient, giving medications, doing invasive procedures may all increase stress. Nurses can redirect the patient by letting them assist when possible or by distracting them. Speaking in a soft calm manner throughout the entire procedure, limiting the numbers of people in the patient's room and being organized will allow the patient to feel safe. Some suggestions from the literature (McCloskey, 2004) include:

1. Modifying the environment to compensate for cognitive losses
2. Controlling factors that might increase stress such as fatigue, changes in care givers...multiple nurses
3. Keeping a consistent routine
4. Having regular rest periods
5. Being non-judgmental about behaviors

### **Nursing Education Preparation**

Nurses in the US are prepared to care for the older adult in three primary educational ways: 1) The Gerontology Primary Care Nurse Practitioner, 2) Adult Gerontology Clinical Nurse Specialist, and 3) Baccalaureate nurses.

#### **Gerontology Primary Care Nurse Practitioner (GPCNP)**

The GPCNP is a master's or doctorally prepared Registered Nurse who works with elderly patients, diagnosing illness, conducting exams, and prescribing

medication. They can work in nursing homes, with home healthcare services and in hospice facilities, or run their own private practice.

They synthesize clinical knowledge for the assessment and management of both health and illness states. Their focus is on providing primary care for the entire adult-older adult age spectrum and across the continuum of care from wellness to illness. The scope of practice is not setting-specific but rather is based on patient care needs. It could be in primary care clinics, acute care settings, emergency departments, and private practice. It is a cost effective way to provide assessment and interventions.

#### **Adult Gerontology Clinical Nurse Specialist (GCNS)**

The GCNS is an advanced practice nurse prepared at the master's or doctoral level who directly influences health outcomes by providing expert patient care and assisting patients in the prevention and resolution of illness when a medical diagnosis or treatment of disease, injury and disability is required. The GCNS focuses on developing theoretical and clinical expertise in the following core areas: clinical judgment and consultation; clinical inquiry; facilitation of learning; intra and inter-disciplinary collaboration; systems thinking and care delivery models.

#### **Baccalaureate Nurses**

Baccalaureate nurses who are the entry-level nurses into the profession of nursing have skills which prepare them for the care of patients at all levels and ages. Gerontological education is threaded throughout their educational program. They are prepared at the entry level to care for all patients at all ages in the health care continuum in a variety of settings. In addition, in 2010 the American Association of Colleges of Nursing identified nineteen Recommended Baccalaureate Competencies and Curricular Guidelines for the Nursing Care of Older Adults. These items are to be incorporated into the curriculum of baccalaureate programs. They include content areas such as professional attitudes, values, communication skills, use of assessment tools, elder abuse identification and referral, ethical issues, advocacy,

palliative and hospice care. A nurse at this level is prepared to enter advanced practice programs for the GCNS or GPCNP.

There are approximately 3.06 million RNs in the US with an average age of 47. Of this group, 86% are employed in nursing, 13% have advanced degrees, 62% work in hospitals, 5.3% in nursing homes but only 1% are certified as geriatric nurses (HIGN, 2015). This latter statistics is worrisome. With the recent passage of the Affordable Care Act (ACA) in the US there will be an increase in the need for advanced practice nurses to provide primary care and prevention. ACA will not adversely affect the older adult 65 years and over. Medicare is the US health insurance for citizens with disabilities and older adults, 65 and over. We will need more nurses prepared in geriatrics to work with older adults and as the population ages, to work with patients with dementia.

### Nursing Students

In a study by DeWitt et al. (2013), nursing students in the US held the most positive attitudes, compared with pharmacy and medical students, toward adult patients with dementia and indicated a greater preference for a person centered approach to care. They also reported high confidence and competence in dealing with psychological aspects of care and with pain management. Unfortunately, undergraduate nursing students generally do not find that care for the older patient or the patient with dementia as challenging as the care of a sick child, a young adult or a middle- aged person with multiple trauma. Studies from various countries demonstrate that caring for older patients and patients with dementia were some of the least sought after clinical specialties by nursing students. Anecdotally, this is also true for the new graduates who seek positions in intensive care units, emergency rooms or other specialty care units. Patients with illnesses, which require constant, close monitoring and support from specialists, high tech equipment and medications in order to ensure normal bodily function are considered to be challenging and ensure use of the nurses' critical thinking ability and skills. Many

graduates look for positions in long term care or senior resident facilities only when the job market does not provide a more "glamorous" alternative. They view the care of older patients with dementia as custodial.

In reality the care of these patients requires a workforce that can manage multiple medical diagnoses and complex conditions, such as acute episodes of chronic problems, transitions in care and real or potential risks and who demonstrate symptoms of dementia. Our responsibility as nurse educators is to prepare that nursing workforce.

In general, looking after someone with dementia involves providing an environment in which the patient feels secure. It may be their own home or that of a family member, a residence for the care of older adults with dementia, an acute care hospital or any number of places in which this person is located. Because many of those individuals afflicted with dementia initially know that they are having problems with their memory or that they are not as agile as they used to be, they become frightened. Helping them maintain a regular routine in a relaxed environment is important. As nurse educators we can assist the student to understand these principles. Patients with dementia who are losing their memory, wandering, not sleeping, crying out and demonstrating a variety of symptoms, frighten the student. The student may also become frustrated and at times angry. Knowing that these things are normal and expected assist the student in providing care for the patient. The student needs to remember that it is not personal...it is a symptom of a disease.

There are some exciting ways that we can teach nursing students to care for patients with dementia and to manage their own behavior at the same time. Simulation, a technique to replace real experiences with guided scenarios is used to enhance the skills of the nurse and Role playing is an active and experiential feature of simulation which puts the nurse directly into situations that they will face in the real world. These activities are very helpful for learners prior to an encounter with someone exhibiting symptoms of dementia. These experiences assist the learner in developing skills so that they feel confident and competent when placed in an

environment that is challenging or frightening. They assist the student to feel less frustrated and helpless, less impatient and less angry.

In conclusion, let me say, we have an obligation in nursing education to teach the nursing student and the new nurse to identify and manage the patient with symptoms of dementia and to enjoy doing this. She should not be afraid, and should believe that she truly makes a difference. Only then will she see the patient with dementia as a human being needing help. We have the tools to accomplish it. It is our responsibility to use them wisely in an effective and productive manner.

### Acknowledgements

This article is based on the paper read at the symposium “Nursing and Community for People Living with Dementia” held at Nagano College of Nursing on 14 June 2014 with support by the Grants-in-Aid for Scientific Research No. 24390508 funding the research for development and evaluation of a community-based total care program for people with dementia led by Prof. Midori Watanabe and the Special Research Funding of Nagano College of Nursing.

### References

- Berman A., Thornlow D. (2005): Your bright future in geriatric nursing, *Journal of The National Student Nurses Association*, 52(1), 24-26.
- Buckwalter K., Stolley J., Farran C. (1999): Managing cognitive impairment in the elderly: conceptual, intervention and methodological issues, *Worldviews On Evidence-Based Nursing Presents The Archives Of Online Journal Of Knowledge Synthesis For Nursing*, E6(1), 127-142. doi:10.1111/j.1524-475x.1999.00127.x
- De Witt Jansen B., Weckmann M., Nguyen C., Parsons C., Hughes C. (2013): A cross-national cross-sectional survey of the attitudes and perceived competence of final-year medicine, nursing and pharmacy students in relation to end-of-life care in dementia. *Palliative Medicine*, 27(9), 847-854. doi:10.1177/0269216313483661
- Geriatric Trends & Statistics. Hartford Institute for Geriatric Nursing/ About Us. Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University's College of Nursing, n.d. Web, 05 Apr. 2015. <http://hartfordign.org/about>.
- Institute of Medicine (U.S.) (2001): *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Kitwood, T. (1997): *Dementia reconsidered: the person comes first*. Open University Press.
- McCloskey, R. M. (2004): Caring for patients with dementia in an acute care environment. *Geriatric Nursing*, 25(3), 139-144.
- Mezey, M. (2007): Recognition of dementia in hospitalized older adults (try this D5), The Hartford Institute for Geriatric Nursing, [http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try\\_this\\_d5.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_d5.pdf)
- UCSF Memory and Aging Center (2014): Normal aging vs. dementia. Retrieved from <http://memory.ucsf.edu/brain/aging/dementia>
- U.S. Department of Health & Human Services (2013): Selected Publications on Multiple Chronic Conditions, 2002-2013. <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/decision/mcc/selectmccpubs.html>

## 看護教育と認知症

パトリシア・リンチ<sup>1)</sup> 著,  
井村俊義<sup>2)</sup>, 多賀谷昭<sup>2)</sup> 共訳

**【要 旨】** 本この論考では、高齢者や認知症をもつ人々のケアに関する学部教育および認知症ケアを安全かつ効果的に行うための卒後教育について論じる。また、米国の高齢者人口の増加や、高齢者における併存症、入院、認知症の有病率についても概観する。さらに、馴染みのない脅威を与える状況において認知症患者が示す症状にも焦点を当てる。

具体的には 1) 高齢化と認知症に関連する人口統計、2) 認知症患者と家族のケアに影響することがら、3) 多様な場面における認知症看護のためのいくつかの情報源、4) 認知症患者の環境ストレスを減らす看護介入、5) 認知症患者と家族のケアによい影響をもたらす看護教育プログラムについて論じる。

**【キーワード】** 認知症、高齢化、アセスメント、人材養成、看護教育プログラム

### はじめに

かつて私たちが世話してくれた人々をケアすることは、最高の名誉の一つである(Tia Walker, *The Inspired Caregiver*)

認知症は加齢変化に必然的なものではない。一部の人は認知症になるが、大部分の高齢者は80代、90代になっても知的能力を維持する。80歳未満の退行的変化は加齢変化ではなく病気の結果であるとする研究者もいる。理由はさておき、認知症を持つ人の割合は65-70歳では2%で、年齢とともに上昇し、90歳以上では37%に達する(Plassmanら, 2007)。

65歳以上のアメリカ人は2002年には3500万人で

あったが、2030年には7000万人と推定される。毎日1万人が65歳に達しており、その平均余命は17-19年である。このような急激な高齢化にともなって認知症の有病率もとうぜん増加する。米国健康福祉局は慢性疾患や認知症に関する文献のリストを提供している(2013)。65歳以上では、慢性疾患を一つ以上もつ者が80%、5つ以上持つ者も23%いる。これらの人々はしばしば病院での看護ケアを必要とする。新卒看護師にケアされる患者の63%近くが65歳以上だという報告がある。学部教育でも、上級実践看護師養成の教育でも、臨床看護においても高齢者や認知症のケアの重要性がこれまでになく高まっている。

<sup>1)</sup> サンフランシスコ大学

<sup>2)</sup> 長野県看護大学

多賀谷昭

〒399-4117

長野県駒ヶ根市赤穂1694番地

長野県看護大学

Tel: 0265-81-5100

E-mail: tagaya@nagano-nurs.ac.jp

## 認知症とは

認知症は、脳の機能障害で、世界的にも障害の主な原因の一つになっている。認知症は、一群の退化的症状を指しており、記憶、論理操作、判断、行動、人格的特徴、日常の仕事や生活行動の能力などが進行性に退化し、死に至る。治癒の可能性はなく、患者自身の外、ケア提供者、家族、社会に影響を与える。認知症は症状であり、人ではない。

## 認知症を持つ患者の特徴

多くの高齢者は場所や人に馴染みがある場合は、機能に問題は起こらない。そのために、初期の認知障害の兆候を見落とすことがある。病院のような馴染みのない場所やストレスの多い環境におかれて初めて変化がはっきりわかる。馴染みのない環境では、コントロール感を喪失し、それが機能不全の引き金になる。患者は混乱し、看護師は同じ話や質問を何度も聞かされることになる。患者はベッドから出ようとしたり広間を歩こうとし、転倒したり、徘徊したりする。

## 摂食障害

出された食物を認識しない、好物を忘れる、食べ物を吐き出す、食べさせようとすると抵抗するといったことが出てくる。食事の介助が必要なために、ほかの患者の配膳が済むまで食物を目の前におかれたまま待たされる場合がある。その間に食物は冷め、患者は食べなくなったり、食べるのが遅くなったりして看護師や介護者はイライラし、その結果、栄養が十分取れなくなる。点滴などの管は、その必要性が理解できずに引き抜こうとする。認知症のある入院患者の死亡率は高く、入院期間は長く、再入院率が高い傾向がある。患者には、せん妄や、転倒、脱水、栄養不良、治療されない痛み、褥瘡、薬に関する問題などが起きることがある。また、徘徊、動揺、攻撃的行動、日没兆候(夕暮れ時の混乱や動揺)が見られ、望ましくないことだが、抑制が必要になることもある。

## 認知症のアセスメント

早期の評価と予防策によって、劣ったケアを避ける

ことができるだろう。まず、患者、家族、介護者、患者をよく知る医療職から病歴のデータを収集する必要がある。Hartford老年看護研究所が家族用質問紙と臨床スタッフ用の評価票を出している(Menzey, 2007)。これらの調査票は認知症と診断されていない入院患者に使用される。症状が一つでもあれば、より詳しい検査が必要である。評価し問題を特定することは安全で効果的なケア方法の開発に役立つ。

## ケアの枠組み

認知症はしばしば認知機能とコミュニケーション機能の両方を失わせる。これは患者には恐怖である。患者の表出は理解し難いことがあるので、患者をよく知ることが大事である。1990年代に英国のTitwood (1997)が認知症をもつ人の人間性の尊重を提唱した。2001年には米国医学研究所が「質の断裂を超えて」と題する人間中心の患者ケアに向けた報告を出した(Kohn, Corrigan & Donaldson, 2001)。症状の向こう側に人を見ることが人間中心のケアにつながる。人間中心のケアは看護者でなく患者に焦点を合わせ、その人の生物的・心理的・社会的・霊的ニードを満たすことで達成される。それには、患者の気持ちを自由に表現させ、本当にいいたいことを傾聴し、病気や症状ではなく患者を人として扱う必要がある。

もう一つの枠組みは、患者の環境に関するもので、1980年代後半に導入された「ストレス閾値の進行性低下」である(Hall & Buckwalter, 1987)。環境が重要な理由は、認知症の患者は症状が進むにつれて、環境に適応できなくなるからである。機能障害の予防や軽減には、内外のストレス要因を減らし和らげることが重要である。しかし同時に、知覚を失わない程度に止めるべきである。患者は自分に何が起きているのか理解できず、身の回りや持ち物を守ろうとして、言葉も体も思い通りにいかなくなってしまうかもしれない。たとえば、入浴や服薬、侵襲的処置は、すべてストレスを高める。看護師は、患者ができる範囲で手っもらったり、注意をそらしたりして、患者の気を紛らわせることができる。いつも優しい口調で話しかけ、部屋にいる人数を少なくし、整理整頓をすることで、患者は安心する。文献によれば、そのために次の

ようなことが推奨されている(McCloskey, 2004).

1. 認知機能の低下を補うために環境を変えること
2. いつも同じやり方を続けること
3. 定期的に休息を取ることに
4. 行動に関する批判をしないこと

### 高齢者のケアに関する米国の看護師の養成課程

米国の看護師を老年看護に関する養成課程から見ると、1) 老年プライマリーケアNP、2) 成人老年CNS、3) 学部卒の看護師の3種類がある。

#### 老年プライマリーケアNP (GPCNP)

高齢者プライマリーケア専門のナース・プラクティショナーであるGPCNPは、修士か博士の学位を持ち、高齢者の病気の診断、診察、薬の処方などを行う。彼らは老人ホーム、在宅、ホスピスで働くことができ、自ら開業することもできる。GPCNPは、高齢者の健康状態や病状のアセスメントと管理のために臨床知識を統合する。その主な目的は、成人から高齢までの年齢層の健康から病気までの状態に対するプライマリーケアの提供にある。実践の範囲は、実践の場ではなく、患者のケアニーズによって決まる。それは、診療所、救急病棟、救急科、個人開業などの場で行われる。アセスメントや治療介入をするのに、費用の面では効率的な方法である。

#### 成人・老年CNS (GCNS)

成人・老年専門看護師であるGCNSは、大学院の学位をもっている。専門的なケアにより直接健康状態を改善するとともに、医学的な診断や治療が必要な疾病、外傷、障害の予防と解決にむけて患者を支援する。GCNSが理論的・臨床的な専門性を発揮する分野には、臨床判断と相談、臨床研究、研修の支援、学際的協力、システム思考とケア供給モデルなどがある。

#### 学部卒看護師

学部卒レベルの看護師でも、あらゆる病状・年齢の患者のケアができる技能を身につけている。老年看護学の教育は、教育課程全体を通じて行われる。学生は多様な実践の場で、あらゆる年代の患者の(学部卒レ

ベルの)ケアができるよう教育される。2010年には、米国看護大学協会が、老年看護に関して学部卒看護師が持つべき19の能力とカリキュラムのガイドラインを決めた。これらの項目を学部教育のカリキュラムに組み込む必要がある。その内容に含まれるのは、専門職としての態度、価値観、コミュニケーション能力、アセスメントツールの使用、高齢者虐待の発見と通知、倫理問題、アドボカシー、緩和ケアとホスピスケアなどである。この段階の看護師は、さらに上級の臨床看護師(GCNSやGPCNP)の養成課程に進む資格がある。

アメリカには、約306万人の正看護師がおり、平均年齢は47歳、そのうち、86%が看護師として働き、13パーセントが大学院の学位をもっている。62%が病院、5.3%が介護施設で働いている。しかし、老年専門の看護師はわずか1%である。これは問題である。最近可決された医療保険制度改革法の影響で、上級実践看護師によるプライマリーケアと予防に関するニーズが増加している。医療保険制度改革法は65歳以上の人びとに悪影響は与えないだろう。メディケア(高齢者向け医療保険制度)は、障害者と65歳以上の高齢者向けの保険制度である。私たちは高齢者や認知症患者に携わる、老年学の看護師をさらに必要としている。

#### 看護学生について

Jansenら(2013)による研究では、アメリカの看護学生は、薬学や医学の学生に比べると、認知症の患者に対して非常に肯定的な姿勢を示し、人間中心のケア方法を好む傾向があるとされた。彼らはまた、ケアの心理的側面と疼痛の扱いに関する自信と能力があると述べている。しかし残念なことに、学部の看護学生は、高齢者や認知症の患者のケアは、病気の子どもや複数のトラウマを抱えている成人のケアほどにはやりがいを感じない者が多い。さまざまな国の研究結果でも、高齢者や認知症患者のケアは、看護学生の最も不人気な臨床専門領域であることが明らかにされている。大学院生も同様に、ICU、緊急救命室、その他の集中治療室での職を求める。身体機能の維持に専門家やハイテク器具、投薬などによる持続的で緻密な監視や支援



を必要とする患者は、やりがいがあり、看護師のクリティカルシンキングの能力と技能を活用できる対象だと考えられている。多くの大学院生は、労働市場により魅力的な選択肢がないときだけ、長期ケアや介護施設の職を探す。彼らは認知症患者のケアを、ケアというより単なる保護監督だと思っている。現実には決して簡単ではなく、これらの患者のケアに従事する人々は、複数の疾病や合併症の管理できる必要がある。例えば、慢性疾患の急な悪化、ケアの推移、潜在的なものも含めたリスク管理などである。そのような看護従事者の養成は私たち看護教育者の責任である。

一般に、認知症の人の世話には、患者が安心できる環境を整えることも含まれる。それは自分の家や家族の家かも知れないし、その人が入っている認知症の施設、救急病院などかもしれない。認知症に苦しむ人びとの多くは、自分の記憶に問題があることや運動がうまくできなくなることによって困惑し脅える。落ち着いた環境で、いつも通りのやり方ができるように手助けをすることが重要である。私たち看護教育者は、学生がこれらの原則を理解できるよう支援する。認知症患者は記憶を失い、徘徊し、不眠になり、叫び、さまざまな症状を示すので、学生は怖がってしまう。学生はさらに、イライラしたり、ときには怒りを覚えたりもする。しかし、これらの行動は普通のことで予期されたことだと知っていれば、ケアを行う際に役立つ。人格の問題ではなく、ただ病気の症状である。そのことを頭に入れておくことが必要である。

認知症患者のケア方法と自身の行動を制御する方法を同時に学生に教育するための楽しい方法がいくつかある。シナリオ付シミュレーションは技能の向上に使われ、そのうち、ロールプレイは能動的で実験的な性格を持ち、看護師は現実で直面するような状況におかれる。認知症の症状をもつ患者に出会う前にこうした訓練をすることは、大きな助けになる。このような経験により、技能が向上し、困難や恐怖を覚えるような環境でも自信をもって機能できるようになる。学生の不満や無力感、イライラや怒りの減少にも役立つ。

## 結 論

認知症を持つ患者を見つけて適切に対応することが楽しめるように看護学生を教育するのが私たち看護教育者の務めである。学生が恐れなくて、真によい仕事ができる信じられるようにしなければならない。それでこそ、援助が必要な一人の人間として患者をみることができ、私たちはそのための道具を持っており、それを賢く効果的かつ生産的に使う責任がある。

## 謝 辞

この論文の内容は、2014年6月14日に長野県看護大学で開催された公開シンポジウム「認知症と生きるコミュニティと看護」において発表されたものである。同シンポジウムは、科学研究費補助金No. 24390508(基盤研究(B)「長寿社会における地域参画型認知症トータルケアプログラムの開発と評価」研究代表者・渡辺みどり)、長野県看護大学特別研究費、およびみらい基金の援助を受けて開催された。