

看護サービスのマネジメントから
「看護における笑い」研究へ

小林 廣美

**From Management of Nursing Services
to Research on "Laughter in Nursing"**

Hiromi Kobayashi

姫路大学大学院看護学研究科論究

第3号

2020年3月1日発行

看護サービスのマネジメントから 「看護における笑い」研究へ

小林 廣美

From Management of Nursing Services to Research on "Laughter in Nursing"

Hiromi Kobayashi

要旨

筆者は、先行研究において「看護における笑い」の定義は、「看護師と対象者との人間関係の中で生まれる。対象者と出会い、健康の段階に応じて個々のニーズを充足し共有するプロセスの中で笑いは生まれる」とした。本稿では、看護師長として看護サービスのマネジメントの経験から「看護における笑い」を生み出す必要な理論を明らかにしたい。方法は、看護師長としての看護サービスのマネジメントの実際の経験知から理論を可視化する。看護実践は、受け持ち患者に関して、受け持ち看護師が看護ケアの責任者としてマネジメントできるよう環境を整えた。看護理論をもとに看護過程の展開をしながら、看護実践の結果は看護研究につなげることができるようマネジメントした。看護できる環境づくりとして看護提供サービスの変更や医療の標準化としてのクリニカルパス導入を進めた。その結果、「看護における笑い」を看護サービスのマネジメントから経験知を可視化することで、「看護理論」、「看護実践」、「看護研究」の三本柱が重要であることがわかった。それと同時に、個々の患者のニーズを満たすケアやケアリングのプロセスの中で「看護における笑い」は生じると考えられるので、対象者主体の看護ができる部下の育成が重要であることが示唆された。

キーワード：看護における笑い、マネジメントの視点、看護理論、看護実践、看護研究、
部下の育成

I. はじめに

笑いの効用について、「笑い」が人間の「健康」に様々なプラスの影響を及ぼすことは、多くの研究者や実践者によって明らかにされており、国民の関心も高く認識も広がっている^{1)~6)}。看護師の「笑い」は、人間が本来持っている自然治癒力を促し、人間の生きたいという目標にむけて、「対象者を主役」にし「対象者の主体性の発揮」と「その人が持っている可能性の発揮」を生み出す⁷⁾。看護は、看護の対象の健康、不健康にかかわらず健康保持増進、健康の回復、苦痛の緩和、疾病の予防を目的に関わっている⁸⁾。「看護における笑い」は、対象者の健康の水準、治療の経過等に応じて、志水ら⁹⁾の笑いの分類にあるように、「快の笑い」である本能充足の笑い、期待充足の笑い、優越の笑い、「社交上の笑い」として協調の笑い、防衛の笑い、「緊張緩和の笑い」として強い緊張が緩んだ時の笑いや弱い緊張の笑いが生じる。様々な場面で看護における笑いは重要である。

筆者は、先行研究¹⁰⁾において「看護における笑い」の定義を導くことを試みた。「看護における笑い」の定義は、「看護師と対象者との人間関係の中で生まれる。対象者と出会い健康の段階に応じて個々のニーズを充足し共有するプロセスの中で笑いは生まれる」とした。

本稿では、看護師長としての「マネジメント」から筆者の経験知を可視化することで「看護における笑い」の理論を構築していきたいと考える。

看護師長は、対象者が「自然治癒力を発揮できる」よう受け持ち患者に関して、受け持ち看護師が責任者となり、マネジメントができるよう看護のできる環境を整える必要がある。看護師長は、社会情勢や医療の状況、その時々を対象者のニーズに応じて変革（イノベーション）が必要とな

る^{11) 12)}。これから述べる看護サービスのマネジメントは、平成6年4月から平成12年3月の看護師長としての経験から理論を導きたい。時代は変わっても看護の本質とマネジメントの本質は変わらないと考えている。

II. 看護師長としてのマネジメントの実際

1. 厚生教官としての経験

厚生労働省の看護師長昇任試験に合格した筆者は、「今、師長になることは華やかだけれど、長い将来を見据えたとき厚生教官を経験して師長になるほうが望ましい」という上司の助言で、厚生教官として看護専門学校に赴任し10年間学生と共に学びを深める機会を得た。先行研究¹³⁾の「看護における笑い」の定義を導いた「看護の目的は何か」、「人間とは何か」、「健康に対する考え」、「看護とは何か、特に看護独自の機能とは何か」、「看護理論の活用」等に関しては、厚生教官の経験の過程の中で、看護の理論の基礎固めができたと考えている。いつの日か学生と学び続けてきた理論を看護の実践や研究につなげたいという夢があった。学生と学び続けてきた看護理論を実践することで患者や家族、多くの人々の笑顔が見えると信じていた。リーダーとしてのビジョンは看護教育の場で培ってきた理論を臨床の場で看護実践につなげる、そして、働きやすい環境づくりであった。

2. 看護師長としてリウマチ・整形外科病棟への就任と病棟の現状

就任した病棟は、リウマチ・整形外科病棟で50床であった。リウマチに関しては全国でも有名な病院であり、医師たちや理学療法士は全国レベルで活躍し、患者の信頼度も高く外来患者も全国各地から押し寄せ、リウマチ病棟は常に満床の状況

であった。病棟は日常生活動作 Activities of daily living (以下ADL) の著しい低下を来した重度のリウマチ Rheumatoid Arthritis (以下RA) 患者が多く、そのために退院後の家庭生活に適応しにくいので、家庭復帰が難しい患者が多かった。看護に関しては、看護師は患者を大切に適切な業務ができていたと思われた。しかし、看護提供サービスは「機能別看護」で、「医師の指示受け」が多い中で看護業務をしていると思われた。保健師助産師看護師法第5条の「傷病者もしくはじょく婦に対する診療の補助」は指示が必要であるが、「療養上の世話」に関しても、「先生、食事はどうしますか、入浴はいいですか、安静度はどうしましょう・・・など」医師の指示を仰ぎすぎ、看護独自の機能や判断力が発揮できていない、そして、患者の主体性を導きにくい環境下であると考えた。病棟の8割を占めるリウマチ患者は、非化膿性滑膜炎を主徴とする全身疾患で、そのほとんどが生涯にわたって慢性に経過し、多発性に生じる関節の拘縮・変形・破壊のため、また、これらによって引き起こされる脊髄や神経障害のため重度の身体障害をつくる難病であるため在院日数が長かった。そのため、将来の不安の中で身体的にも精神的にも大きな苦悩と抑圧を抱えていた。

この状況下で看護師長の役割として、病院理念、看護部理念を基に患者・家族のQOL quality of life (生活の質、人生の質) を高め、その人らしく患者の目標を到達させて患者満足につなげる取り組みの必要性を感じた。そのため、受け持ち患者に関しては、受け持ち看護師が責任を持ち看護が継続できるような環境づくりと、看護が展開できる看護師の育成が重要と考えた。そこで、問題を解決するためには、P.F.ドラッカーが「人こそ最大の資産」¹⁴⁾ と述べているように、「看護における笑える環境づくり」には部下の育成が重要

と考えた。人材を育てるために看護師長として以下の①から④の方針を出した。①看護部の理念である看護の質向上を念頭に、看護が展開できるようヘンダーソンの看護理論を用いて看護過程の展開ができるようにする。②目標は「患者が自分のことが自分でできるよう援助することである。できない部分の担い手をどうするのか、できない部分を自助具の活用や他部門の連携、社会福祉資源の活用、保健・医療・福祉と連携し患者が自立できるよう援助する。③受け持ち看護師は入院時から退院指導につながるよう看護計画を立て目標到達できるよう責任を持つ。④看護提供方式にはいろいろなものがある。現状は機能別看護で「入退院係」「手術係」「投薬係」「清拭係」「検温係」など、患者のケアは看護師の手で小間切れの看護が提供されている。この状況を改善するため、看護の継続性、看護の質の向上を図り患者の満足度につながるよう固定チームナーシングを導入する。この方針が実現可能になった要因として、看護部のトップマネジャーである看護部長と看護観や管理に対する考え方が一致したことや、看護部の教育担当を担っていたため全病棟を巻き込んだ組織人としてのマネジメントが可能になったと考えている。さらに、患者中心の医療・看護を実施しようという人材に恵まれたことが大きかったと考えている。

3. リウマチ患者の特性を踏まえた退院指導

まず取り組んだのはRA患者の特性を踏まえた退院指導である。入院時よりADLの維持・拡大を図り、疼痛と病気の進行による変形や機能障害を持ちながらも、その人らしいQOLを高め、在宅医療への移行を円滑に進めるよう退院指導の充実に取り組んだ。必要に応じて積極的に保健・医療・福祉の連携をはかった。

1) 退院指導を効果的にするために

(1) 病気の受容と問題解決 (合同カンファレンスの実施)

RA患者が自らの病気を受容し、病気とよりよく共生していけるようになるか否かは、入院当初の対応が大きく影響する。RA患者は、40~60歳の女性が多い。この年代の女性の家庭生活での果たす役割は大きいので、RA罹患による家事労働力の不足や医療費負担などの経済的損失も大きい。たとえ薬剤療法や手術でADLが改善されても、次から次へと関節の変形や破壊が進むことが多いので、不安な日々を送ることになりかねない。

RA患者の病気の受容過程¹⁵⁾は、ショック期、否認期、混乱期、解決への努力期、受容期の5段階を体験し、それぞれの段階に応じて患者はさまざまな反応を示すといわれている。各過程で患者の気持ちを大切にしながら、家族と医療者側が同じ姿勢でかかわることが大切である。問題が混沌として対応が難しいとき、医師、理学療法士、看護師、地域の医療、福祉関係者の合同カンファレンスを実施し効果を上げた¹⁶⁾。

(2) 患者が病気を正しく理解する。(院内リウマチ教室)

患者教育の一環として他部門と連携して7週を1クールとしたリウマチ教室を開催した。内容は講義が主で、医師による「RAの総論」「RAの外科的治療」「RAの内科的治療」「RAの合併症」、理学療法士による「RAのリハビリテーション」、薬剤師による「RAの薬」、栄養士による「バランスのとれた食生活」、看護師は「日常生活について」と毎回握力強化運動を取り入れたリウマチ体操を実施した。リウマチ教室への参加が、退院指導に向けての全身管理の必要性と機能訓練を継続するためのモチベーションを見出す機会になっ

た。退院後もリウマチ体操ができるように握力強化運動で使用する握りっこを作成し、握力強化運動を取り入れたリウマチ体操も考案し、パンフレットを作成し継続してもらえるようにした¹⁷⁾。また、退院後は院外リウマチ教室も開催して退院後のフォローをした。

(3) “自分のことは自分でしよう”

ヘンダーソン¹⁸⁾は、「看護師の独自の機能は、病人であれ、健康人であれ、各人が健康あるいは健康の回復(あるいは平和な死)に資するような行動をするのを援助することである。その人が必要なだけの体力と意思力と知識とをもっていれば、これらの行動は他者の援助を得なくても可能であろう。この援助は、その人ができるだけ早く自立できるようにしむけるやり方で行う」と述べている。RA患者の看護は、安静と運動のバランスを考え、疼痛のコントロールと全身状態の維持・改善を図りながら、ADLを拡大していく過程でのかわりである。援助の方向性としては、“自分のことは自分で行う”である。ADLの自立に向けて見守り、励まし、毎日継続し自信を持たせることが重要である。できない部分については、自助具や装具を活用し、個々の患者に合わせて家屋改造や社会資源の活用を含めた環境整備を行うことが必要になってくる。また、変形や拘縮予防に握力強化運動を毎日実施するよう指導する。握力がADLやQOLと大いに相関することも知られている¹⁹⁾。ADL自立に向けては患者・家族の目標に向かって、同じ姿勢で関わる大切である。問題があるときは、前述のように合同カンファレンスを開催して問題解決につなげた。

(4) 退院指導の効果を上げる合同カンファレンスでのビデオの活用

個別性を踏まえた退院指導を充実させるために、医師、理学療法士、看護師だけでなく、在宅

医療を含めた継続性の重要性を念頭に置き、外来看護師や転院先の施設の職員など、地域の医療、福祉関係者を加えて15～20名で合同カンファレンスを実施した²⁰⁾。毎週金曜日の夕刻に1時間をかけて、その時点での最も問題の多い1患者について討議する。最初に患者紹介はビデオを用いて、ADLの実際やリハビリテーションの風景を放映する。ビデオの撮影は受け持ち看護師が担当する。その後、主治医は、病状説明と治療経過及び問題点を、理学療法士はリハビリテーションの経過と問題点を、受け持ち看護師は看護実践経過と問題点をそれぞれ発表する。その後、参加者が情報交換しながら、患者の思い、家族の思い、医師、理学療法士、看護師、そして在宅医療担当者の思い、それぞれの思いの接点を探り、実現可能なゴールを設定する。問題解決の具体的な方策を打ち出し、設定されたゴールに向かって新たな援助を開始する。必要に応じて、患者や家族にも参加してもらう。患者紹介のビデオ活用は、参加者が患者の全体像を把握しやすく、ビデオを通して患者の思いがわかり、ADLの自立状況、退院指導や在宅医療に向けての問題点がより明確となり、個別性のある討議が可能となる。特に病棟看護師以外の参加者には好評であった。

ビデオ撮りは、カンファレンスの前日か当日に行い、最新情報を提供する。中間評価の場合は、患者の1回目と2回目の到達度の比較ができ、患者の成長が一目瞭然にわかり、評価が容易にできる。一方、撮影される患者は、「恥ずかしいけど・・・」と言いながら、カメラに向かって精一杯自分をアピールしており、ADLの自立状況も普段より頑張り「私ここまでできるようになったよ」と驚かされる場面も度々ある。このビデオ活用により現実的で、獲得可能なゴールを設定することが可能となり、合同カンファレンス後は比較

的早期に新たに設定されたゴールに到達できるようになった。このことが在院日数の短縮につながるようになった。

(5) 病診連携に向けてのビデオの活用

重度のRAの場合、その疾病や身体障害の特殊性から家庭復帰が難しい場合がある。このような場合は病診連携をとり、訪問看護師が患者を理解し援助できるよう、また、看護を継続してほしい内容をビデオで撮影し、退院サマリーとともに依頼した²¹⁾。

4. 部下の育成

1) 看護の実践が研究につながる

部下の育成に関しては、受け持ち看護師が受け持ち患者ケアのマネジメントの責任者とし、看護が継続できるよう看護過程の展開をしていく。看護実践の成果が目に見えるようになり、看護師や患者・家族にも笑顔が見られるようになった。厚生教官をしていた頃、上司が「看護師長になった時、何か一つ人より優れているものを持っていればリーダーシップを発揮しチームをまとめていくことができる。優れているものとは、知識、技術、態度、研究のうちのどれかを持っていること」と教えられたことがある。どのように部下を育てるか悩んだ末に、日頃から、医療と福祉の連携の必要性を感じていたことや、教育の現場で「看護教育と社会福祉の統合に向けて」の必要性を感じており、また、病院に限られた看護は時代の背景と共に在宅への移行が必要と感じていたので、看護手法に基づく看護実践の問題解決を図る研究を推進することとした。筆者は看護実践の成果を「研究」につなげることで部下を育てようと考えた。なによりも強く感じたことは、実践できている看護を外に向けて発信できないかと考えた。医師も理学療法士も全国レベルの活躍である。看護も

他部門と肩を並べ全国に近づきたいと考えた。このことが看護の質向上につながり、社会のニーズに積極的に応えていけると考えた。看護師の役割は、受け持ち患者の看護ケア実践の責任者である。受け持ち患者の看護に関しては、問題解決のための情報収集、アセスメント（情報の分析）、健康上の問題の明確化、看護目標（長期目標）、具体的なケアの実施等に関してリーダーシップを取らなければならない。フローレンス・ナイチンゲール²²⁾が小管理で「あなたがそこにいるとき自分がすることを、あなたがそこにいるときにも行われるよう対処する」と述べているように、看護過程という道具を使って、看護者一人一人の思いを具体的に表現して実践していく必要がある。看護過程は、仕事を進める方向、手順を示すが「どのような看護がしたいのか」という看護の目的と、患者の全体像から人を見る看護の視点や看護の役割が明確になっていることが必要となる。また、看護師がどのような看護行為をするかということから、逆にその人がどのような看護観（看護理論）を持っているかを推し測ることができる。この看護過程を展開する受け持ち看護師は、意思決定者であり、ケアの提供者である。患者の状況により、教育・指導する必要やキーパーソンとしての、医療提供チームのコーディネーターとしての役割もある。これらの役割は、看護過程の展開技術やコミュニケーション技術、ヘルスアセスメント技術、生活援助技術、診療における看護技術、教育・指導の技術、倫理的意思決定、医療チームの中心としての調整等の技術を駆使しながら遂行している。

看護理論はヘンダーソンの理論²³⁾をベースの看護を実践していった。看護理論、実践、研究と繋げていくために学会発表につなげていけるようにマネジメントした。リウマチ病棟の最初

の研究につなげたのは、宮崎²⁴⁾の地域のリウマチ教室における握力強化運動を取り入れたリウマチ体操の効果的な指導であった。これに続いて、重度リウマチ患者の退院指導の実際や効果^{25) 26) 27)}、リウマチ特有の痛みやいびきの要因へのかかわり^{28) 29)}日常生活の自立に向けての工夫と関わり^{30) 31) 32) 33)}、クリニカルパスの効果³⁴⁾に関わることである。筆者も他部門との共同研究^{35) 36) 37) 38) 39) 40)}、シンポジスト⁴¹⁾として活動し、看護実践を研究につなげる後姿を部下に見せるようにした。研究をするという意図的な活動ではなく、受け持ち患者の看護の責任者として看護過程を展開していくプロセスがおのずと研究につながっていった。受け持ち看護師が責任を持って看護するということは、患者にとって大きな喜びがあった。看護師が関心を持つだけでなく情報共有した医師や理学療法士等も関心を持つようになり、患者の到達ゴールにむけて全員が同じ方向で進むことができた。患者は目標に向かって頑張っていることを評価してもらうことで、喜びと自信につながり、行動変容する姿を見て、職員の満足度もあがり、他部門からの協力も得やすくなり、患者にとっての療養しやすい環境、職員にとっての看護や医療のしやすい環境が整ってきた。患者にも「笑顔」が生まれ、職員にも「笑顔」が伝染し、楽しい環境の中で患者は退院のゴールを迎えることができていた⁴²⁾。

5. 医療・看護の可視化－クリニカルパスを活用－

クリニカルパスに関しては、1996年頃、患者さんの生活の質（QOL）を高める患者中心の高質な医療を提供しようと言う気運が社会情勢や医療関係者から高まっていた。その頃、整形外科・リウマチ病棟では師長のラウンド時に、術後の患者から、「リハビリの時期はいつですか?」、「車椅

子へはいつから移れますか?」,「お風呂はいつから入れますか?」,「おしっこの管(バルンカテテル)はいつ抜けますか?」,「抜糸の日はいつですか?」,「点滴はいつまで続きますか?」,「薬はいつから開始ですか?」,「術後の検査はいつですか?」,「退院はいつ頃ですか?」等々,個々の患者の関心ごとに対する返事はあいまいにはできないので苦慮していた。ラウンドの前には,個別的に情報をとった上で患者の病室に行くが,当時8名~12名の医師の出身大学の方針で治療方法が個々の患者で違っていた。ラウンドを終えて,またカルテで情報を取りなおし,再び病室に戻るといふ日々が続いた。導入前は,入院治療計画書に沿って,各職種間が自分達の目標にむけて患者さんとかかわっていたが,患者の入院治療計画書だけでは,どのような治療でどのような経過をたどるのが具体的に見えないため,治療経過中に患者の不安も強く,質問も多く,医師の診療を中断して連携せざるを得ない場面もあった。看護サイドからは,患者のゴールが見えにくいいため,退院の時期が遅れることも度々で,退院に向けて在宅との連携が取りにくいという問題があった。なんとか【治療の標準化】ができないものだろうか。そこで,毎週金曜日の18時から医師,看護師,理学療法士,地域の福祉関係者等で実施している,「合同カンファレンス」で問題提起とクリニカルパス導入に向けて提案し,薬剤師や栄養士,検査技師,放射線技師も参加してもらい「関節リウマチ患者の人工膝関節置換術前後の流れ」が完成した。クリニカルパスが誕生するまでには約6か月を要した。標準化できにくかったのは,「術後の抗生物質の点滴の期間」である。個々の患者の治療方針は,整形外科の合同カンファレンスで決定されるが,手術後の治療については,各医師の出身大学の治療方針や個人の経験やコツといったも

のに頼られ,抗生剤の点滴を術後7日間,6日間,5日間,3日間と終了時期が様々であった。決定には医師達のエビデンスを持ち寄り検討の結果,やっとクリニカルパスが誕生した。このクリニカルパスは患者,医師,看護師,理学療法士,臨床検査技師,放射線技師,栄養士,事務職員,地域の医療・福祉関係者の者に手渡される診療スケジュール表のことである。治療・検査・リハビリ・ケアなどを縦軸に,時間軸[日付]を横軸にとり作成している。

クリニカルパスの誕生は,患者にとって,治療の経過や日常生活が具体的にわかるので,患者からの反応は大きかった。「退院までの目標や日々の目標が自分なりに立てることができます」,「一本杖で術後10週間目に退院できるので,日々過ごし方やリハビリテーションにも積極的になれます」,「同じ病気の患者さんとも話題が共有できるので楽しいのです」と大喜びであった。また,クリニカルパス通りにリハビリテーションが進まない場合でも,医師の説明により「なぜ自分が遅れるのかよくわかる」と主体的に自己管理されている患者さんもいた。このような場合のバリエーションが生じた場合でも患者参画の下でアウトカムを決め到達目標にむけて患者と共に歩むことができた。[患者参加型]の医療が可能になり,医療・看護の可視化が重要であると認識した。

クリニカルパスの効果として,患者の目標にむけて,患者・家族を中心として,医師・看護師など他部門の連携のもとで質のいい医療・看護が提供できるということである。患者は,治療の全体像と経過がよくわかるため目標に向けて患者自身が日々努力できるようになった。医療・看護の可視化によって患者の主体性が発揮され,目標に向けての日々の積み重ねが可能となった。患者の笑顔は家族や職員の笑顔につながり,患者さん自身

の持てる力をさらに側面から支えることができた。

医療者側からは、医療の標準化により患者との関係や他部門との連携がスムーズにはかれるようになり、チーム医療の推進につながった。また、疾病の経過と、そのとき必要な治療や検査、ケアが書かれているため職員の教育ツールとしても有効であった。病院側からみると、平均在院日数の短縮や経費の削減等につながったと考える。クリニカルパスは患者と医療スタッフ両者のための羅針盤のような役割を果たしていた。

人工膝関節置換術を受けクリニカルパスを使用した患者が、「こんなに入院生活が楽しいと感じた経験は初めてです。入院が楽しいなんておかしいのですが、毎日が楽しくてしょうがないのです。病室をラウンドしていると、「師長さん今日は車椅子に乗れるのよ」、「今日から点滴がなくなるのです」、「今日から一本杖歩行です」、毎日毎日うれしい報告があった。人工膝関節置換術を受ける患者の術前、術後の看護も、ベテランも新人も同じ内容の指導ができ、また、インフォームドコンセントにもつながり、看護の質向上にもつながったと考えられる^{43) 44)}。

Ⅲ. 患者の視点から医療・看護の現場を語ったA子さん

1. 患者中心の医療・看護の現場について⁵³⁾

A子さんの語りから

「あの頃のリウマチ病棟は、患者中心で医療者のみんなが、患者のことを一生懸命考えてディスカッションしていました。医師も看護師もリハビリの先生方も生き生きと働いていました。」

「他の病棟に入院した時、病棟の師長さんは、何をするにも医師の指示通りにやっているように

感じていました。しかし、師長さんは（筆者のこと）「患者の希望を叶えてあげようと、いつも患者中心で意見を言っていました。医師やリハビリの先生にも、患者の立場できちんと意見を言って、医師もリハビリの先生も、患者の思いが叶うように調整していました。それまでは、医師の下に看護師もリハビリの先生もいると思っていましたが、そうではないことに気付きました。患者を中心に医師も看護師もリハビリの先生も対等であることがわかりました。」

「どの医師も看護師さんたちやリハビリの先生をととても大切にしていたと思います。今まで何度も入退院を繰り返しましたが、あんなに患者中心で医療者が生き生きと働いている現場をみたことがありません。」

「看護師さんもよく働いていました。洗面も洗面所に連れて行ってくれ、排泄の世話も、遠慮なく頼むことができました。看護師さんは、当たり前のように何度もトイレに連れて行ってくれました。気兼ねなく当たり前前に接してくれてほんとうにうれしかったです」

「あの頃の患者は、患者同士がとても仲が良く、どの部屋も楽しそうに会話が弾み、どの病室からも笑い声が聞こえ、にぎやかな病棟でした。患者同士が病気を共有しあい、そして、助け合って入院生活を送っていました。入院していて楽しいという体験を始めてしました。たぶん、私が好き勝手なことを言えて、いい医療を受けることができたのは、いい人々のめぐりあわせの中で自分の思いを表出できたからだと思います。」

A子の語りは、「患者が主役」の医療・看護の現場であった。診療報酬改定前で、現在のように在院日数や経営収支もあまり気にしなくてもいい時代であった。患者の目標が叶うように各職種が

連携をとり協働しながら、医療・福祉・保健と合同カンファレンスしながら患者さんと医療者でゴールを決め、日常生活を自立させ、在宅に帰していった時代であった。患者が主役になることで、患者の自然治癒力を発揮でき、可能性をより伸ばすことができた環境だったと考える。あの当時の医療現場に戻してほしいとA子が語ってくれた。医療の原点と看護の原点がこの語りの中にあると考える。患者を中心に、医師、看護師、理学療法士など、そして、地域の訪問看護ステーションの方、ヘルパーの方、保健所の保健師さんと連携をしながら、リウマチのトータル医療が行われており、看護師がトータルマネジメントを行っていた懐かしい時代であった。

IV. 看護マネジメント実践から看護における笑いの研究へ

P.F.ドラッカー⁴⁵⁾は、マネジメントの基本機能はマーケティングとイノベーションであると述べている。マーケティングとは「顧客のニーズを探り、顧客が満足する価値を提供する活動である」と述べている。看護の場合は、顧客のニーズを知るには、「看護における笑い」の定義⁴⁶⁾でも述べているように、「人間とは何か」、「人間の基本的欲求の理解」、「尊厳や権利の尊重」等の人間観の基盤となる。これを土台に対象者の健康の水準に応じたニーズを探り、出会いの中で「ケア」・「ケアリング」していく中で、その時々目標が達成するプロセスの中で、さらに信頼関係を深めながら笑顔と自信を得ていくことであると考え。つまり、患者主体の看護の実践である。

「看護における笑い」は、看護の対象である「患者を主役」にするということである。患者を主役にする事で「患者の主体性の発揮」につながり、

患者さんの生きたい目標に向かって自分から変容しようとする行動につながると考える。このことは、「その人が持っている可能性の発揮」につながり、患者自身の「笑顔」につながる。患者の笑顔に励まされ看護師も笑顔があふれだし、笑顔は伝播し、お互いの「よいところがたくさん見える」あるいは「信頼関係」にもつながると考える。フローレンス・ナイチンゲール⁴⁷⁾は、「どのような病気でもその経過のどの時期かは、程度の差こそあれ回復過程であって・・・その過程の中で人間は自然治癒力を持っている」と述べている。したがって人間本来の持てる力を発揮できる環境をつくるためには患者を主体とした看護を実践できるよう看護理論を用い、受け持ち患者に関しては、看護ケアの責任者として役割が果たせる看護師の育成は重要である。また、フローレンス・ナイチンゲールは、看護師という仕事の素晴らしさは、「この世の中に看護師ほど無味乾燥どころか自己を投入する能力を、これほど必要とする仕事は他に存在しないのである」と述べている。自己を投入する能力には相手が置かれている状況下で何を感じているのか、何を必要としているのか、どのようなニーズがあるのかを五感を使って感じ取れる能力を磨き続けていくことが必要になると考える。

「看護における笑い」をマネジメントの視点から概念図(図1)を導き出した。概念図に示したように、対象者主体の看護の実践には、看護理論を活用して24時間切れ目のない看護を提供すること、受け持ち患者に関しては受け持ち看護師が責任をもち、継続看護できるようフォローシップや他部門の連携が必要である。また、看護過程の展開の看護目標や看護計画は、患者が主体となれるよう患者の参画が重要で、患者と看護側の共同目標とする。看護師がケアの責任者となれるよう

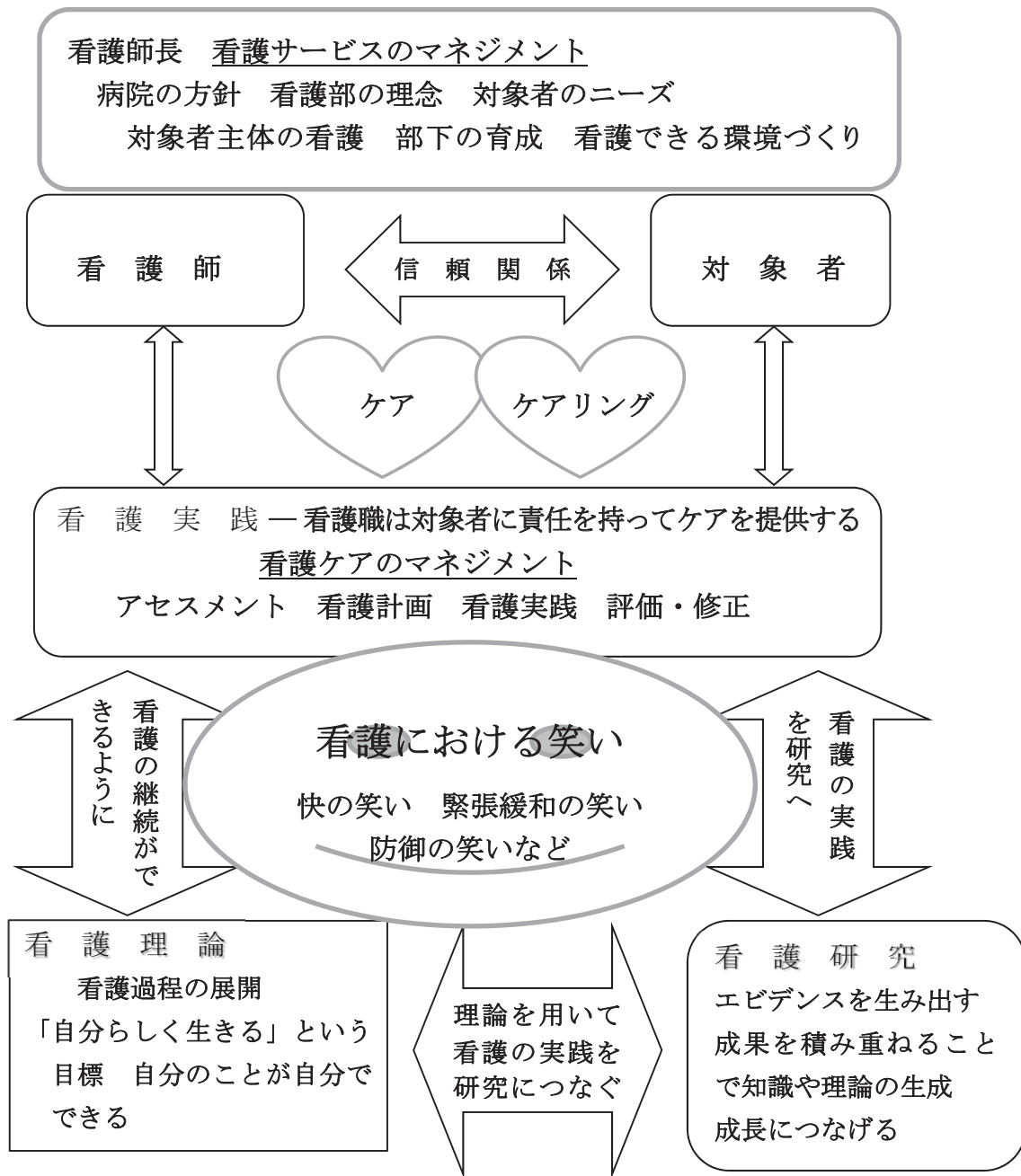


図1. 「看護における笑い」看護サービスのマネジメントの視点から

看護師長は組織人として看護サービスのマネジメントをする必要がある。看護理論を用いて患者主体の看護を実践すれば、おのずと研究につながり、理論と実践と研究は相互に関係しあっていることがわかる。実践科学は、理論と研究と実践の柱からなる⁴⁸⁾といわれており、本稿で述べた経験知から可視化していくプロセスの中で看護理論を活用した看護実践、看護実践を研究につなげる構図ができた。

患者が生きたいという目標に向かって「自然治癒力」を発揮できる環境を整えるために、P.F.ドラッカー⁴⁹⁾は現状の問題点を解決するためにはイノベーション (Innovation) が必要と述べている。社会情勢や医療の状況、その時々を対象者のニーズに応じて現状の問題を解決し、自分たちの考える看護に向けて組織人としてのマネジメントが必要となりイノベーションにつながる。イノベーションにつなげるためには、対象者主体の看

護理論を活用した看護実践と看護研究の3本の柱を視野に入れたマネジメントが重要であることが示唆された。このような看護実践・看護理論・研究のプロセスの中で、患者と共に成長するには、看護師長の役割として「部下の育成」は重要である。筆者らの先行研究⁵⁰⁾で、看護師長が看護管理していく上で重要視していることは「部下の育成」であることが明らかになっている。また、中西・坂本⁵¹⁾が、看護部が組織を変えると報告しているように、看護の実践現場に活気があると、看護職がやりがいを感じ、仕事を楽しみ、その環境の中で、患者を成長させることができずと笑いの絶えない息吹が感じられる職場となると考える。それは、周りの職員にも良い影響となり病院における顧客満足にもつながっていくと考えられる。メイヤロフがケアの本質⁵²⁾において、「一人の人格をケアするとは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすけることである。」と述べているように、患者の成長と共に成長を実感できるような部下の育成は看護師長として重要なマネジメントである。

引用文献

- 1) 吉野楨一：自己免疫疾患（関節リウマチ）における免疫と神経内分泌クロストーク機構の解明—特に脳内リセット機構と免疫の関係について，上原記念生命科学財団研究報告集，17.388-389，2003.
- 2) 吉野楨一：脳内リセット 笑いと涙が人生を変える，主婦の友社，東京，2003.
- 3) 吉野楨一：笑いと免疫力 心とからだの不思議な関係，主婦の友社，東京50-72，2004.
- 4) Cousins, N, 松田鍬訳：笑いと治癒力，岩波書店 東京，17-18，2005.
- 5) 伊丹仁郎：笑いの健康学 笑いが免疫力を高める，三省堂 東京，58-66，1999.
- 6) 昇幹夫：笑顔がくすり 笑いが心と体を強くする，保健同人社，14-17，2001.
- 7) 小林廣美：笑いと看護，笑い学研究RIDEO, No.20, 日本笑い学会，62-69，2013.
- 8) 日本看護協会編 看護者の基本的責務：定義・概念/基本法/倫理，日本看護協会出版会，2007.
- 9) 志水彰，角辻豊，中村真：人はなぜ笑うのか，講談社，43-67，1994.
- 10) 小林廣美：「看護における笑い」の概念化，姫路大学大学院看護学研究科論究創刊号，19-38，2017.
- 11) P.F.ドラッカー 上田惇生編訳：(エッセンシャル版) マネジメント基本と原則，ダイヤモンド社，2001.
- 12) 岩崎夏海：もし高校野球の女子マネージャーがドラッカーの『マネジメント』を読んだら，ダイヤモンド社，2011.
- 13) 前掲書10)
- 14) 前掲書11)
- 15) 上田敏：リハビリテーションを考える，212，青木書店，1995.
- 16) 小林廣美，畑鈴江，西林保朗：ビデオを用いた慢性関節リウマチ患者への退院指導の実際，月間ナースデータ，Vol.19，55-60，1998.
- 17) 宮崎よりの，岩崎百合子，小林廣美ら：地域におけるリウマチ教室—効果的なりウマチ体操の指導—，国立病院療養所総合医学会（第50回）医療第49巻増刊号1，1995.
- 18) V.ヘンダーソン：看護の基本となるもの，日本看護協会出版会，1995.
- 19) 西林保朗，小林廣美ほか：RA患者の生活実態の把握と在宅リハの可能性の検討，Medical

- Topics リウマチ' 96, メディカルレビュー社, 126-136, 1996.
- 20) 庭野三枝子, 岩崎百合子, 小林廣美ら: 重度リウマチ患者の退院指導—リハカンファレンスの効果—, 国立病院療養所総合医学会 (第51回) 抄録, 1996.
- 21) 前掲書16)
- 22) フローレンス・ナイチンゲール 湯槇ます訳: 看護覚え書—看護であること看護でないこと—, 現代社, 64-80, 2005.
- 23) 前掲書18)
- 24) 前掲書17)
- 25) 前田美和, 糸井靖子, 小林廣美ら: 重度慢性関節リウマチ患者の退院指導—ADL自立にむけてのかかわりの評価—, 近畿地区国立病院・療養所第38回看護学会, 1996.
- 26) 庭野三枝子, 小林廣美ら: 在宅支援に向けて排泄の自立を図る—合同カンファレンスの効果—, 日本プライマリケア学会 第11回近畿地方会, 1998.
- 27) 川西千景, 小林廣美ら: 重度リウマチ患者の退院指導—ADL自立に向けてのかかわりの評価—, 日本プライマリケア学会 第11回近畿地方会, 1998.
- 28) 末澤香代子, 玉田陽子, 小林廣美ら: 慢性関節リウマチ患者の痛みの関わり—1事例を通して—, 日本プライマリケア学会, 1998.
- 29) 松本礼子, 宮本志津子, 小林廣美: いびきの要因を探り援助する, 国立病院療養所総合医学会 (第54回) 抄録, 1999.
- 30) 小谷純子, 小林廣美ら: 重度リウマチ患者の在宅に向けて—合同カンファレンスにおけるビデオ活用の効果—, 第5回播磨ホスピス在宅ケア研究会抄録, 1999.
- 31) 井村珠子, 宗行香代子, 小林廣美ら: 重度慢性関節リウマチ患者の保健・医療・福祉の連携—安心して在宅で生活するためのかかわり—, 国立病院療養所総合医学会 (第54回) 抄録, 1999.
- 32) 田中小由里, 玉田陽子, 小林廣美: 重度リウマチ患者のハローベスト装置装着患者の看護—清潔の関わりから苦痛の軽減を図る—, 国立病院療養所総合医学会 (第53回) 抄録, 1999.
- 33) 宗行香代子, 小谷純子, 小林廣美ら: 重度慢性関節リウマチ患者の在宅看護に向けて—QOLの向上につながった食事援助の工夫—, 国立病院療養所総合医学会 (第53回) 抄録, 1999.
- 34) 増子愛, 末澤香代子, 小林廣美: 慢性関節リウマチの人工膝関節置換術のクリニカルパス—チーム医療の確立とインフォームドコンセントをめざして—, 兵庫県看護協会東播支部看護研究発表会集録, 2000.
- 35) 居村茂明, 小林廣美: リウマチ患者のADL・QOL評価, SEIKEI-GEKAKANGO, 2 (1), 71-77, 1997.
- 36) 小林廣美: リウマチ患者さんの在宅医療上の提言, 平成8年度リウマチの在宅ケア試行的事業 (厚生省助成事業), 1996.
- 37) 小林廣美: 重度リウマチ患者が有意義な在宅生活を送るために: 兵庫県リウマチケア研究会, 1998.
- 38) 前掲書18)
- 39) 西林保朗, 八木範彦, 小林廣美ら: 慢性関節リウマチに対する運動療法, 整形・災害外科, 金原出版株式会社, Vol.19.2000.
- 40) 小林廣美ら: RAのリハビリテーション—在宅リハビリテーションや介護保険制度の影響—看護サイドから見たリハビリテーション, 関節外科 基礎と臨床, メジカルビュー社,

Vol.19, 2000.

- 41) 小林廣美：Impairmentにどのように関わるか？看護師の立場から，日本RAのリハビリ研究会No.12March, 1998.
- 42) 小林廣美：あなたと共に歩むリウマチ看護痛みの緩和と笑いの効用，中央法規，48-53.2013.
- 43) 前掲書42)
- 44) 前掲書34)
- 45) 前掲書4)
- 46) 前掲書10)
- 47) 前掲書22)
- 48) George, J.B. Nursing Theories : The Base For Professional Nursing Practice. 4th ed. Appleton & Lange, 1995, ジュリア・B・ジョージ. 看護理論集：より高度な看護実践のために. 増補改訂版. 南裕子ほか訳. 日本看護協会出版会, 2007.
- 49) 前掲書11)
- 50) 北野貞 小林廣美：看護師長が看護管理をしていく上で重要視していることに関する研究, 第50回日本看護学会—看護管理—学術集会, 128, 2019.
- 51) 中西睦子 坂本すが：看護部が組織を変えるマグネットホスピタルへの道を拓く, 日本看護協会出版会, 2007.
- 52) ミルトン・メイヤロフ 田村真, 向野宣之訳：ケアの本質 生きることの意味, ゆるみ出版, 2001.