

看護におけるグループワークとリーダーシップ

小宮敬子 *Komiya Keiko*
日本赤十字看護大学教授

はじめに

グループには不思議な力がある。

私がそのことを実感したのは、保健師として働いていたときに会った「酒害相談ミーティング」の場である。このミーティングは、アルコール問題に苦しむ本人や家族、そして保健師や福祉事務所のワーカーといった関係者が一同に介して、それぞれがアルコール問題にまつわる体験を語るというものだ。

私はそのとき、保健師になって1年目で、なかなか厄介なアルコール依存症の20代の男性を担当していた。職場の先輩に勧められるままに、その青年とともに酒害相談ミーティングに参加した私は、心底驚いた。そこで語られていたアルコール依存症本人や家族の体験は、悲惨で深刻なものなのだが、それを率直に語る姿には不思議と安心感が感じられたからだ。そして何より衝撃的だったのは、そのミーティングの場にあふれていた何ともいえない温かさやパワーが、私自身をもエンパワーしてくれたことである。

このグループの力は何なのか、ここではいったい何が起きているのだろうか…。その疑問に引き寄せられて、ここまでグループをやってきたように思う。

このように、私のグループとの出会いは、幸いにして肯定的な体験だったが、残念ながらそれは、看護師全般に一般化はできないようだ。看護師のなかに、いわゆる「グループ嫌い」が多いこともまた事実である。それには、基礎教育におけるグループの導入の仕方などさまざまな要因が絡み合っているのだが、それを論じるのは本稿の目的ではない。私はここで、グループワークにおけるリーダーシップについて考えてみたいと思う。

グループは、参加する一人ひとりのメンバーの役割も大きいですが、やはりリーダーが及ぼす影響は計り知れないものがある。看護師が仕事のなかでグループを活用したいと思ったときに、リーダーシップの問題を避けて通ることはできない。そしてこのリーダーシップもまた、看護師の苦手分野の1つなのである。

本稿では、リーダーシップの観点から、看護の仕事としてのグループの意義についてもふれてみたい。

ある師長の事例

今、私の手元に「手のとどく位置を求めて」と題したセミナーの古い記録集¹⁾がある。開催されたのは1983(昭和58)年で、講師は、当時長野県立駒ヶ根病院(現長野県立こころの医療センター駒ヶ根)の婦長だった松崎澄子さんである。主催したのは「精神医療をよくする会」で、講演の後の質疑応答を見ると、職種を問わず、精神医療について考える人々が参加していたセミナーのようである。

これは、30年も前のものであるにもかかわらず、今読んでも、ほとんど古びた感じがしない。松崎さんがここで語っていることは、看護師とグループ、リーダーシップを考えるうえで、非常に原則的で示唆に富んでいるのである。彼女の実践を、病棟師長のリーダーシップの1事例として、まずは紹介していこう。

1 言いたいことが言えるチームづくりを

松崎さんは当時、全開放の精神科病院の婦長として、病棟看護師のチームづくりに心を砕いていた。看護師の「患者受持制」がようやく定着しつつあった頃のことである。それは同時に、それまでの業務志向型の疾患中心の看護から、患者の個性や人間性を重視したケアへと転換した時代でもあった。

松崎さんは、受持制に移行したことで、看護師の個性が直接患者に影響すると同時に、看護師も患者から影響を受けて変化していることを発見した。それには、よい面もあるが、悪い面もあったという。その悪い面とは何か。

受け持ちの看護婦というのは、「とにかく、私がなんとかする」というふうに陥りやすいんですね。「私の責任でなんとかしますから」というような気持ちに、責任感の強い人や、やる気のある人ほどなっていくわけです。当時、私は、それを見て、自分だけで解決しようと思いきるんじゃないかと思ったわけです。

自分だけで患者を抱え込もうとする看護師に、周囲は口を出しにくい。ほかのスタッフが、その人の受持患者のカンファレンスをしようと言うことすら、「日頃のやり方と方針に、ケチをつけるみたいになって」なかなか言えない雰囲気があったという。

そこで松崎さんは、皆が意見を出しやすいカンファレンスをつくるのが大事だと考えた。日頃のカンファレンスでは、3～4人の人しか意見を言わず、ほかのスタッフは黙っている。看護師の力関係で物事が決まっていくことすらある。これではまずいと思った。

やっぱり、チームの人間関係づくりが、一番患者さんの中に影響してくるんじゃないかと(略)。それで、なんとかものが言い合えるようなチームをつくらないことには、看護はできないと、とても強く思うようになり、どうやってチームづくりをするのかが、課題となりました。

そこで松崎さんは、自由に意見が言える場として「病棟学習会」をつくった。その発想の起点となったのは、夜勤の体験だった。夜勤をする看護師が気の合う者同士であると、お互いのカウンセリングの場のようになって話が尽きないのだという。松崎さんは、この「夜勤をいかに昼間にもってくるか」ということを考えた。

話し合いは最初からうまくいったわけではない。ほかの人とは異なる意見を出すということに慣れていないために、「ちょっと陰口みたいな話が表に出てくる」ように感じて、スタッフは困ったという。そのときに決め手になったのは、「自分の気持ちを話す」ことだった。

自分の「気持ち」を話すことを中心にしていましたら、それが受け入れられることを体験すると、だんだん言えるようになってきました。その辺で、ようやく、病棟の中の雰囲気はなごんできて、生き生きとしてきて、みんなやる気になってきたわけですね。自分が考えたことや、あるいは、自分が嫌だと思ったことが、素直に口に出せるというのは、仕事への意欲につながるようで、なにか前と違って看護婦さんたちが仕事に熱意

をもつようになったとも感じました。

2 患者との小グループ活動から学んだこと

こうしてチームづくりが進んできて、松崎さんが次に行ったことは、患者と看護師との「小グループ活動」だった。それは当時、慢性期の患者を多くかかえる病棟婦長だった松崎さん自身の悩みがきっかけだった。

その悩みというのは、ある患者とは、天気や散歩のこと以外に話すことがない、ということだった。松崎さん自身が学習会の場で、スタッフにその悩みをぶつけたところ、ほかのスタッフも皆、「実はそうなんです」と言う。

そこで松崎さんは、「これは一緒に楽しむことを考えるしかない」と思ったそう。病棟で毎朝行っていた「おはよう会」の場で、患者からやりたいことを募り、それを中心にして患者を主体としたグループ活動が始まった。

すると、そこで起こったのは、看護師が「患者から教えられる」ということ、看護師が「自分について気づく」ということだったという。

こんなエピソードがあった。ある若い2人の看護師が、グループ活動で買い物を間違えた若い女性患者を怒鳴りつけた年配の患者に腹を立て、申し送りのときに「あんなんじゃグループやったって意味がないから、きょうは私たちさばります」と宣言したことがあった。松崎さんは、それに対して何か言おうと思ったのだが、よい考えが浮かばず「ああ、そう」と聞いていただけだった。

患者たちがどうするかと思っていたら、自分たちでどんどん調理を始めただけでなく、そっとグループをのぞいていた2人の看護師に、怒鳴られた当の患者が、「どうしてあの患者さんを責めるの？ そんなふうに責めたってしょうがない」「そんなに怒って、すねたってしょうがないじゃない」と諭したのだという。そう言われた2人は驚いて、それからまた仲間に入れてもらったのだという。

あとで話したんですが、普段私たちも「あの人は、ああいう人なんだから言ったってしょうがないのよ」とか、

あるいは、「じょうずにそこを避けて通らなきゃね」とかね。それを患者さんに言われたことで、その若い看護婦たちは、すごく勉強になったらしいですよ、そのことを何回も言っていましたから。「ああ、本当に驚いたわ、あんなこと言われて驚いたわ」とね。

また、グループで雑談していたときに、長く入院しているある患者が「このグループはね、人生の敗残者が集まっているんだよ」と言ったことがあった。それを聞いた看護師は、ドキッとして何も言えなかった。後からそれを聞いた看護師たちも、みんなでシーンとしてしまったのだという。病院の生活に甘んじて淡々と行動しているようにみえても、「患者さんなりに苦しい闘いがあった末に、今こうしているかもしれない」と思ったという。

こうして続けたグループ活動をまとめてみると、いろいろなことがみえてきた。1つは「自分がいつも、指導的で、指示的で、一方的な態度だったことがわかった」というものである。それはグループでは、看護師が指示的・指導的だと患者が動かない、ということから気づいたのである。

また、「黙っていることに耐えられない自分があること」に大勢の看護師が気づいた。それは何か話し合おうとしても、患者がなかなか発言しないと、看護師がせっかちになって話し出してしまっていたからである。

松崎さんは、どの患者にも話のできる看護者が、「手の届く位置にいる関係」を求めていきたいと述べたうえで、次のように語る。

そうするためには、一番大事なことは、看護婦の仲間の人間関係づくりであると思うんですね。そのことに、半分以上の熱意を注がないと患者さんの方へ、それが広がりになっていかないし、さっきのようにいろいろ、看護婦が素直に患者さんに言われたことを受け止められない。何か言うと仲間のスタッフに批判されるような関係が詰め所の中に渦巻いていますとね、患者さんから学ぶということさえもできなくなっちゃうんですね。

看護師の仕事と病棟チーム

この松崎さんの体験から学べることは豊富にあるが、リーダーシップの前提となる、看護の仕事と病棟チームとの関連について考えてみたい。

1) 患者を受けとめる病棟チームという「器」

松崎さんは、チームの人間関係が患者にいちばん影響を与える、ということを繰り返して述べている。これはいったいどのような意味なのだろう。

個々の看護師のケアが重要であることはいうまでもないが、少し視野を広げてみると、それは病棟(あるいは病院)という治療環境の一部であるといえる。患者は、入院することで病棟という生活環境のなかにおかれ、その場がどのような雰囲気であるか—騒がしくて落ち着かないのか、とげとげしく冷たい雰囲気なのか、あるいは穏やかで温かい感じなのか—は、患者の回復に多大な影響を及ぼす。

したがって、病棟という環境をいかに患者の回復に役立つものにしていけるかがポイントになる。宮本は、ナイチンゲールの考え方を土台にしながら、「患者が安らげる環境条件を整え維持する」ことが看護師の重要な役割だとする²⁾。患者との相互作用を感じ取れる看護師に支えられた人間的な環境が、患者の自然治癒を促すからである。そしてその「人間的な環境」には、チームの人間関係が反映しているのである。

松崎さんの事例では、「このグループは、人生の敗残者が集まっている」という患者の言葉を聞いた看護師たちが「シーンとしてしまった」という場面があった。どんな病気であれ、長い経過をたどり、それがその人の社会生活に大きく影響を及ぼすような病いを背負った患者が、自分を「人生の敗残者」であると思ってしまうことはまれではない。これを聞いた看護師たちがシーンとしたのは、そう言った患者の無念さや悲しさ、絶望感を感じ取ったからではないだろうか。それはまた、患者のこの言葉を、単に後ろ向き

だなどとして退けず、その思いを共有し受けとめられるチームの関係があったことを示していると思う。

看護師は、こうした患者の傷つきに直接触れることが多いが、それは、看護師1人で受けとめるには重たすぎる。病棟というチームが、患者の苦悩を受けとめる「器」として機能していることが必要なのである。

2) 言いたいことを言い合えるということ

松崎さんはまた、「ものが言い合えるようなチームをつくらないことには、看護はできない」ともいう。これもまた、興味深い考え方である。

看護師の組織の特徴として、武井は、同じユニフォームを着て、規律とマニュアルを重んじ、全体としてのまとまりと均一性が看護師の個性や判断よりも優先されることを指摘する³⁾。松崎さんのいう「ものが言い合えるチーム」というのは、こうした看護組織とは正反対のものである。松崎さんは、看護師たちが自由に意見を言い合えて、しかもそれが互いの不信にはならない、本来の意味での信頼関係のあるチームをつくらうとした。そのチームの力が個々の看護を支えるものだと考えたからだろう。

ただ、それはそう容易ではなかったはずだ。「陰口みたいなことが表に出てくる」ように感じてスタッフは困った、というところにそれがうかがえる。確かに看護師には、カンファレンスの場では口を閉ざしていても、休憩時間になると驚くほどよくしゃべる人が多いのは周知のことである。悪いことはなおさらである。

松崎さんの実践で印象的だったのは、看護師が「気持ちを話す」ことに焦点化し、それが受け入れられるようになったら、言い合えるようになったという点である。これはまさに、グループワークの基本でもある。「私はこう感じている」ということを、率直に短い言葉で表現し、それがその場で受けとめられることが、グループの醍醐味なのである。

個々の看護師がチームのなかで自由に発言して、しかもそれが否定されない体験を積み重ねていくと、スタッフ同士の関係が生き生きとしたものになり、それはまた患者との関係に反映していくことも、この事例からみてとれる。

小グループ活動のなかで患者から「そんなに怒って、すねたってしょうがないじゃない」と言われた若い看護師が、それを素直に受けとめられたのは、チームのなかで受け入れられているという安心感があったからだろう。

松崎さんの実践は、グループワークの基本が信頼できるチームづくりの土台となることを示唆している。

看護のリーダーシップに向けて

さて、ここまで書いて、ようやく本稿の目的である看護のリーダーシップにたどり着いた気がする。松崎さんの実践をたどりながら、グループとリーダーシップについて考えてみよう。

1) 安全な場をつくる

松崎さんが「ものが言い合えるチームづくり」のためにつくった「病棟学習会」は、看護師の相互学習と支援の場であった。それが十分に機能するためには、そこが看護師にとっての「安全な場」であることが必要である。その枠組みのなかで看護師は、自由に意見を交わしながら、看護についてのアイデアを膨らませることができた。松崎さんは病棟のリーダーとして、その場の安全感を保障したのである。

安全な場をつくることは、グループのリーダーが担う重要な役割である。精神療法家のヤーロムは、こうしたリーダーの役割を「サポート」と呼び、「葛藤が許されるグループの土壌は、セラピストによって安全や支持のしっかりした基礎が確立された後で初めて、作られなければならない¹⁾と指摘する。言いたいことを言い合えるチームの裏には、おそらく松崎さんのスタッフへのサポートが幾重にも張りめぐらされていたのだろう。

2) 「率直さ」というモデリング

松崎さんの実践をみて驚くのは、そこに彼女の率直さが

随所に現れていることである。例えば、病棟学習会のなかで松崎さん自身が、ある患者とは「話すことがない」という悩みを正直にぶつけていることなどがそれである。ふつう病棟の師長がこうした場で、スタッフを指導することはあれ、自分の悩みを語ることはまれであろう。松崎さんのこの発言に呼応した形で、ほかのスタッフもまた同様であることが語られ、これがきっかけとなって小グループ活動が生まれていった。

こうした松崎さんの率直な姿勢は(元々のパーソナリティもあったのかもしれないが)、病棟チームというグループのなかで「モデリング」としての機能を果たしている。先のヤーロムも、多くの研究が、リーダーがグループ文化を構築するうえで、モデリングが有効であることを裏づけているとする。自由に言い合えるチームという文化をつくるうえでは、リーダー自身が率直に振る舞うというその行動によって、モデルを提供していたのである。

3) 完璧さにとらわれないこと

またこうした松崎さんの態度は、リーダーとして「完璧であること」にとらわれていないことを示している。多くの看護師がリーダーシップを苦手とする背景には、リーダーは完璧でなければならないと思い込んでいることがあると思う。完璧なリーダー像に縛られると、現実の自分と比べてしまい、不安と劣等感が刺激され、自分にはできないと思ってしまうのである。しかし、リーダーが完璧さにとらわれて慎重になりすぎると、グループは堅苦しく生気のないものになるとヤーロムは指摘する。

若い2人の看護師が、「きょうはグループをさぼります」と宣言したときに、松崎さんは何か言おうと思ったがよい考えが浮かばずに、「ああ、そう」と聞いていただけだったと正直に述べている。それがよかったのではないだろうか。もしここで松崎さんが、何か立派な助言やお説教をしていたら、看護師が患者から諭される、というその後の展開は生まれなかったかもしれない。リーダーが等身大であることのほうが、グループは生き生きと動き出すのである。

4) プロセスを重視する

今、看護の世界でも「アウトカム」が重視されている。ある看護行為が、どんな結果を出したかを目に見える形にしようとするのである。そのこと自体の重要性を否定はしないが、看護の場面では常に結果が明確にわかるとは限らない。とりわけグループはそうである。ただ、そのプロセスをたどり、そこで何が起こっていたのかを検討し合うことができれば、看護師のケアの質の向上につながる。

松崎さんの事例では、グループ活動をまとめるなかで、多くの看護師が「黙っていることに耐えられない自分」や「一方的で、指示的・指導的な態度でいた自分」に気づいていった。こうした傾向は多くの看護師に見られるものであるが、それを自分から気づけることはそう多くはない。ここではなぜそれが可能だったのだろうか。

グループを行うことは、患者の反応を見るだけでなく、看護師が自分自身の反応も大勢の前にさらすことになる。それは時に恥ずかしいことではあるが、そのプロセスを大事にしようとするリーダーがいれば、なぜそう反応したのか、そこで何が起こっていたのかをチームで振り返り、リフレクションの場とすることができる。それは、患者理解と自己理解、そしてその場の状況を読み取る力をつけるための貴重な機会となる。グループが、患者にとっても看護師にとっても対人学習の場である所以である。

5) 明確な理念

松崎さんの実践に一貫して流れているのは、病棟チームのリーダーとして「こういう看護を提供したい」という明確な理念があることだ。それは、この講演のタイトルともなった「手のとどく位置を求めて」という言葉で表現されている。どの患者にも、話ができる看護師が「手のとどく位置にいること」、つまり患者と看護師とがきちんとコミュニケーションができる関係を求めていきたい、という看護の理念がはっきりしているのである。看護師のチームづくりも小グループ活動も、それを実現するためにある。松崎さんは決してその理念を振りかざしてはいないのだが、端々

の何気ない言動にそれがにじみ出ている。そこにリーダーシップの意味があるのだろう。

おそらくグループを行うリーダーに求められているのは、明確な理念をもちながらも、それをメンバーに押しつけるのではなく、裏表のない日々の言動によって伝え続けていくという、忍耐強い態度なのではないだろうか。

おわりに

看護という仕事は、心身ともに傷ついた人々をケアするという価値ある仕事であるが、3Kとも5Kともいわれる「汚れ仕事」という一面もある。ベナーらは、看護師のみならず、医療従事者は、「人の衰弱していくさまや痛ましい出来事、そして死に絶えずさらされている」⁵⁾ことを指摘する。それは看護師に、恐怖や心痛をもたらすが、「こうした感覚に襲われたときには、そのことを互いに認め合い、それに立ち向かえるように互いに支え合う」⁶⁾ことが、最も有効な対処戦略だという。

看護師がグループワークを行うことで、それが同僚とのものであれ、患者とのものであれ、互いに支え合えるようなコミュニティとしてのグループを体験できれば、ケアの力を向上させることになるのだと思う。誰かから支えられた体験が、誰かを支えることの源泉になるのだから。

●参考文献●

- 1) 松崎澄子：手のとどく位置を求めて。第18回精神医療セミナー記録集、精神医療改革の方向をさぐる＝連続公開講座精神医療セミナー実行委員会編、1984。
- 2) 宮本真己：精神科における看護とは。加藤進昌・編、精神疾患：看護のための最新医学講座第12巻、中山書店、東京、2001、pp.98-112。
- 3) 武井麻子：精神看護学ノート。第2版、医学書院、東京、2005、p.162。
- 4) アーヴィン・D・ヤーロム(中久喜雅文、川室優・監訳)：ヤーロムグループサイコセラピー：理論と実践。西村書店、東京、2012、p.180。
- 5) バトリシア・ベナー、ジュディス・ルーベル(難波卓志・訳)：ベナー／ルーベル：現象学的人間論と看護。医学書院、東京、1999、p.412。
- 6) 前掲書5) p.414。