

<原著>

電子カルテと紙カルテによる新人ナースの学習比較

Comparison of New Nurses' Learning between Use of Electronic and Paper Medical Records

加藤和子¹

Kazuko Kato

¹ 常葉大学健康科学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Health Science, Tokoha University

【要 旨】

看護の現場で働く新人ナース（以下，新人）の活動＝学習を個人内部の学習過程ではなく，チーム（共同体）活動の学習過程として焦点をあてる．活動を媒介する人工物（道具）に注目し，電子カルテ使用の病院と紙カルテ使用の病院における活動＝学習の実態を比較することを目的とする．

研究方法は，同じ看護大学で学んだ男女4人（各2名）に対し，就職後約3カ月目に，参与観察法とフォーカスインタビューによるデータ収集を行い逐語録に起こした．Yrjö Engeström の「活動理論」（Learning by Expanding）の活動の媒介項である「道具，ルール，分業」の3つのカテゴリーで会話内容を分析，整理し，カテゴリー別に分析概念として Jean.Lave, Etienne.Wenger の「状況学習論」（Situated learning）を活用し，ナースの仕事の仕組みや医療，看護活動の質的側面にもたらす影響や変化を明らかにした．

Key Words : 道具, 実践共同体, 正統的周辺参加, 文化的透明性, 可視

1. 序文

これまで，看護教育では個別の教育に焦点が当てられた学習観から出発した，学習者「個人」の知識，技術，態度育成に主力をおいた教育展開がなされてきた．

しかし，就職後の臨床現場においては，組織・集団での仕事の流れに即，適応しなければならない．現場の活動は人や物，環境や組織，そして活動の道具となる媒介物などの相互のインタラクションの中で推進されている．ナース達の学習は，さまざまな活動の要素が複雑に絡み合いながら作り出されている現場の“状況”のなかで，仕事を通して育成されていかなければならない．

そこで本研究は，学習や発達を「人間の行動や認知における永続的な変化」という個人に閉じたものとしてきた従来の個人主義的な能力の発達観ではなく，学習や発達を社会的，協働的な過程として捉えるという全く異なる見方に立つ．言い換えれば，他者との協働場面や外的知識源へと拡張したという点で，学習と発達の統合を社会的，文化的な活動の文脈で捉え直すことをねらいとする．個人内部の学習過程でなく，チーム（共同体）活動の学習過程に焦点を当てることから，その活動を媒介するツール（道具）に注目する．

クリティカルパス（以下，パス）電子カルテという看護の仕事のツールを主要な媒介項としてとりあげ，それを中心に活動している医療チームの実態か

ら、ナースの仕事の仕組みや現場での取り組みにどのような影響や変化をもたらしているのか、また、医療、看護活動の質的側面にもたらす影響を具体的に分析する。

ところで、こうしたツールを媒介とした学習過程を浮き彫りにするためには、それを媒介としない場合を比較検討することが不可欠である。そこで、電子カルテが仕事媒体として完全に機能している病院と、一方で医師の指示や看護記録が手書きで書かれる従来からの紙のカルテ使用の病院、両者をフィールドワークの対象として抽出し、仕事の道具（媒介）の違いから生じるナース達の活動の実態、特に新人の適応の実態を比較する。

分析概念として、主に2つの理論、Yrjö Engeström「活動理論」(Learning by Expanding)¹⁾とJean Lave, Etienne Wenger「状況学習論」(Situated learning)²⁾を活用し批判的考察をする。

2. 研究方法

2.1. 参与観察法とフォーカスインタビュー

参与観察法とフォーカスインタビューを併用した方法によるデータ収集を行い逐語録に起こす。使用した会話記録は、①全ての会話内容を活動理論による活動の媒介項である、「道具」「ルール」「分業」で整理し（そのために会話番号が飛んでいる）、②カテゴリー別に分け、主に道具活用に着目した分析と批判的意味判断及び特徴抽出を行った。

2.2. 対象者とフィールド病院

2.2.1. 対象者

対象者は4人、全員同じ大学の看護学科を卒業し、新人として下記の2箇所の病院に2人ずつ就職している。就職後約3ヶ月目にインタビューを実施した。

2.2.2 フィールド病院

① X病院：電子カルテ使用の606床を有する総合病院。日本医療機能評価機構による認定(複合病院種別B)。救急医療指定2次救急医療機関。看護師数常勤489人、非常勤56人。医師

数常勤169人、非常勤61人。

② Z病院：紙カルテ使用の660床を有する総合病院。日本医療機能評価機構による認定(一般病院種別B)。救急医療指定1次・2次・3次救急医療機関。看護師数566人。

X病院のAは女性の会話、Bは男性の会話。Z病院のKは女性の会話、Dは男性の会話。

2.3. 分析概念

J.Lave, E.Wenger は「状況学習論」で実践共同体、正統的周辺参加 (Legitimate Peripheral Participation; LPP)、状況論的学習観、文化的透明性という概念を導き出してそれらの関係性を構成しながら、理論化しようと試みている。実践共同体における人々の学習を正統的周辺参加と文化的透明性という異なるパースペクティブを持つ概念を用いて捉えようとする理論である。正統的周辺参加は周辺、参加の軌道、隙間など空間的なメタファー^Aを用いた概念であり、実践共同体をその中に人々が住み込んでいる社会空間(ネットワーク)として捉える。一方、文化的透明性は可視性-不可視性という知覚的なメタファーを用いて構成され、当事者の視点からの世界(意味)の見えに定位した概念である³⁾

2.4. 倫理的配慮

研究計画書に基づき病院長、看護部長の許可と協力を得た。

研究対象者には、本研究の目的とインタビューの意図、参加、不参加が、不利益を生じないこと、研究者の守秘義務などを説明した。

3. 分析と批判的意味判断及び特徴抽出

3.1. X病院の事例 [道具(パス)が実践共同体への参加を促す]

X病院での逐語録から分析概念により特徴抽出して整理した会話記録をイタリック書体で以下に示

^A 隠喩あるいは暗喩のこと。言葉の上では、たとえの形式をとらない比喩。「…の如し」「…のようだ」などの語を用いていない比喩。「雪の肌」「ばらの微笑」の類。

す。会話番号と発言者記号を最初に記した。批判的意味判断を適宜述べる。

3.1.1. パスにより可視的部分の拡張

105 B, 一応説明はあったんですよ。看護計画を立てる時は、ここをクリックしてこうすれば、画面にこういうのが出てくるから、そこで重要なのを自分で選んで、ポンポンってやって。あとはフリーコメントとして付け足していくんだよ、っていうのはあったんですけど。何のことだかさっぱり、っていう…

96 B, はい。あの、昨日、一昨日、勉強会で説明があったんですけど。その、項目を選ぶ…、消化器内科、何とかの病気、それでパスをこれ、って選んでも、その観察項目にできるだけ患者さんの個別性に添ったものをカッコ書きでもかけるようになって。そういうのをやっていって欲しいって説明されました。

新人には、パスを上手に使うって初期から重症ではないケースをもたせ、病棟の仕事の中心を体験させている。これには適切な共同体の目配りとフォローがあり、又、パスには予測される病状やアクシデントが記載されている。新人はパスに乗らないバリエンス^Bの高い患者ケアは別カルテを作りあげていくといケアの方法も納得している。患者の状態にあったスピーディーな対応、情報共有に感心している。

12 B, で、最初の時点でもう、それを頭に叩き込んでさえいけば、一応、重要な部分というのは見れるわけ。

65 B, 最初のうちは自分で考えながらやるっていうのも…、厳しい部分もあるんだけど…

129 A, あ、ほとんどクリティカルパスです。

135 A, それ以外に、順調に経過をたどっている患者さんは、まず、術後1日目ぐらい書いて。

167 A, うん、書いてますね、ちゃんと。まあ、ほとんどそれもクリティカルパスの中に入ってますから。その日になったら出てきますね

86 A, あー、それに沿わない患者さんの場合は、別のカルテっていうか、自分たちで作り上げていくんですよ。必要な観察項目と、あと、看護計画を自分たちで立てて。それは大変ですよ

66 B, やっぱり、何やるんだっけっていうのとか、いろいろあるので。それが画面上に出てきてくれると、「あ、これを見なきゃいけないんだな」って。で、それはこういう理由があるからやらなきゃいけないんだな、っていうのが。そういうのを考えながらできるので

200 B, ありましたね。この酸素…、あ、モニターがいつ取れるんだって聞かれて。僕は、「先生の指示がないとわからないだろう」ってところなんです。でも、電子カルテ上にはモニターがいつオフになるってこととかも、しっかり書いてあるんですよ。

202 B, それで、やっぱり自分でもチェックして。患者さんの全体的な…、今の状況だけじゃなくて、その後、退院するまでの流れも自分で。せつかく電子カルテ使ってるんだから、それもチェックできるんだな、と思って

現場は新人にとって、目にはいるものすべてがこれまでの世界とまったく異なる新しい環境であるが、新人は、電子媒体に組み込まれたパスを理解していくことから始まる。まさに、何が入っているのか全くわからない、ブラックボックス状態から少しずつその中をわかろうとしていく作業である。しかし、電子媒体の設計が指示するシステムとデータの結びつけとその表示手順などについては、新人はいわば「異邦人」であったため、当初は戸惑いが見られたのである。しかし、徐々に断片的に現れたパスの言語は、学校教育段階で習得したものとの連続性を保持したものであった。このことが、学習とその後の実践の繰り返しを、道具としてのパスを意味のあるものとして位置付けることができた。その結果、パスとして書かれた言語がどのような意味をな

^B Variance. クリティカルパスで予想されたプロセスと異なる経過や結果（アウトカム）のこと。例えば、クリティカルパスになかった検査が追加されたときや、患者の都合で退院日が延長されたときなどが患者のバリエーションとなる。

すものなのか、共同体の成員として、情報のやりとり、そして専門用語の知識の拡大、さらに患者に生じている事象・現象の統合化がなされていったのである。

医療チーム全員で確認しあっている病院公認のパスを道具にして活動できることは、看護実践上のもっとも重要な判断と、実践内容、さらに評価（アウトカム）を明確な指標として接合している。それは、看護行為の絶対的な保証がなされていることになるので、緊張で張りつめている状態から、安心という安定感を生み、電子カルテのパスによる学習が、新人の医療の共同体への「参加のアイデンティティ」を萌芽させ、拡大させている。これにより、実践共同体への正統的参加をパスという人工物が、スムーズにつくりだし、共同体の一成員として、先輩達がこれまでに作り上げてきた実践活動の入り口にうまく立つことができている。実践共同体への参加は、「文化的透明性」獲得への共有の入り口に立つことでもある。文化的透明性とは、新人が所属する病棟における「意味の場」がパスという道具を通して新人にとっては「行動の理解」として定着していつている過程のことである。これまで、病棟内で生成されてきた仕事の内容に、スタート的立場でありながらも、アクセスできる状況がつくられている。準備された「可視性の場」への導入が成立している。ここでいう、準備された「可視性の場」への導入とは、情報を変換することから始まる。病棟でおきている情報、例えば受け持ち患者が2日後に手術予定という情報は、その2日間にどのような情報が必要となるかという具体的情報（可視性）に変換され、実践にむすびつく。

3.1.2. 患者はナースの学習媒体

患者は、インターネットで病院の内容を調べて選択し入院して来る。特に病院評価基準を理解している。そのために医療従事者への要求も明確なため新人も答えるために勉強をする。このことは患者とのコミュニケーションも深まり、仕事から逃げられない自分を形成していく。患者の目が看護の質を高めさせてくれていると実感している。

183 B, それ以外だとやっぱり、自分でインターネットで調べて。あの、病院評価ですよ、そういうのを調べてみて来ている患者さんがけっこういるので

197 B, やっぱり、患者さんから要求があれば、自分もそれに応えるために、より高いところをいかなきゃならないし

211 B, だから、看護の質を高めているのは、患者さんの意識っていうのもすごいあるな、って思いましたね。自分たちで、より高いところを目指そうとしても、患者の目から見て指摘されると、また高まるな、というふうに思います。

近年、特にインターネットを徘徊して、医療情報を徹底的に検索する「e-患者」と呼ばれる患者が増加している。訪れる病院は、患者が選んで来る病院ということになる。そこでは、当然のことながら病院にお任せの患者ではない。

つまり、ここでは、自分の疾病のことを十分学習している患者が質問しているが、新人は電子カルテを通じて実践共同体の力を借り、本来、患者と医療従事者の間に生じる情報量の非対称性をうまく補っている。

3.1.3. 学校の学びがそのまま生かされるパス

受け持ちナースの権限で、患者の状態により電子カルテ上の看護計画を終了する。必要に応じてケースカンファレンスを行い、新人ナースの持つ課題を共同体で共有し、看護の専門職としての責任が明確化され、かつ権限委譲も同時になされている。新人にとっては第2の仕事の道具である標準看護計画（病棟の看護内容を定型化した本）を使って、必要な知識を学習する仕組みや学習した内容を報告する義務もあるため、本当に理解して行動しているかどうかのチェックも働いている。学校で学んだことが、職場での現実と論理思考にうまく統合されてきている様子が見える。

51 A, ケースカンファレンスはしないですね。でも、その項目の看護計画が、その患者さんにもう必要ないって判ったら、その場でその日の受け持ち看護

師が終了しますし

136 B, そうです, はい. もっとこうした方がいいんじゃない, とか. これはこういう理由だからこの患者さんはこうじゃない, とか話してます

235 A, まず, 「今週はこういう反省でした」って言ったら, 先輩たちから一言って言われるんですけど. 「今週はこうこう, こうだったね」って指摘を

546 B, ま, 疾患について, 昨日はこの疾患について勉強しましたっていうのと. モニター, 心電図の～から～についてのことを勉強しましたとか. あと, こういう観察が必要なんだけど, こういう勉強をしました, とか.

新人は, パスにより学校で学んだことを活かして次に何をすべきなのかということはあるものの, 病棟で多く使われているパスの内容の背景の意味が見えていない. なぜこのようなことをするのかということについてはパスには明示されていない. 患者の疾患と治療とのつながりで実施内容が表現されていること, また, その実施結果についても記載されているが, それは単なるマニュアル的の道具として存在しているだけである.

なぜこのようなことをするのかを知るために, 病棟で作成された標準看護計画を探ることにより, 明らかにされる.

つまり, ブラックボックスをガラスボックスに変えていくことが少しずつできる.

パス内容を「知ること」とは, 特定の病棟ナースの社会的文化的共同体という文脈の中で定義される実践に関与することで, その世界において行為活動として「知ること」なのである. システムを中核として, 初心者の正統的周辺参加が成立している.

3.1.4. プリセプターとの Boundary Object (媒介物) はパス

新人に, 標準化された内容とその意味を考えさせることを指示する先輩たちは, 学生の思考の訓練を徹底的にする.

最初の2週間に電子カルテの概要が教えられ, その後, 3週間後に実際に訓練される. 一度に教え込

まないシステムには, 新人も納得して吸収していく段階をうまく計算した教育計画が伴っている. プリセプター以外にも皆で教えてくれる. 教わらないとパスの使用ができない新人は, その内容を分かろうと, 声を出して質問せざるを得ない. 声を出して質問しないと使いこめないという必然性がシステムにある. そのことが, 成員間のコミュニケーションを緊密にしていく方法論として有効に働いている.

33 B, 最初の2週間..., 自分でもいっぱい, いっぱいなのに, そこで電子カルテの使い方を具体的に説明されて..., 今思うと無理だったかなって.

48 Q, 誰にでも, 聞いて?

49 B, はい. 聞いてます

51 Q, で, どんなに忙しくても教えてくれるの?

52 B, はい, 教えてくれます.

55 B, 忙しそう人には聞かないで, ちょっと余裕があるような人に聞いてやっているんで.

171 A, うーん, あ, でも... 先輩, プリセプターの方が, 必ず「今日から食事が始まったら, まず何を見る」というふうに言われているので. 先輩たちはこう, ちゃんと指摘してくれるので

174 A, 初めての検査をするようなのが入れば, 前の日に, 「こういう流れでいくんだよ」って. まあ, 決まった検査の, 処置の流れを書いた紙があるので, それを渡されて, 「これに沿っていくから, 予習してきてね」って

病棟ごとに作成した標準看護計画という冊子の中身は, 電子カルテに組み込まれた用語の定義や根拠, 意味, さらに用語間の意味の関連を表現したものであり, この冊子は, 患者のケアの方向を示す病棟全体の合意書でもある.

3.1.5. 共同体間との連携で拡張された学習が成立

自分の状態を知りたい患者は, 結果をすぐを知ることが要求される. 患者の知る権利を重視したインフォームド・コンセントの適切な施行が電子媒体を通してなされる.

つまり, 医療者に求められる責任と義務の強化性

の中で新人は自分の行動が無駄のないよう訓練される。その中で患者に対して誠実に関わっていくことを学習している。

出勤するとまずカルテ情報を見る。次にベッドサイドに行き、そこで患者の観察をして情報と統合する。つまり観る視点をまず作って、患者と触れ合うことになる。

画面上の患者ケアで不明なことは、スタッフに必ず聞いている。

プリセプターが患者のケア計画を画面上で一緒にみてくれて、手直しもしてくれる。

186 B, 例えば、レントゲンが午前中にあつたら、その結果がどうなっているんだとか。すぐにその結果を教えて欲しいっていう患者さんがけっこういて

72 Q, それをなに? 栄養部にオーダーしちゃうわけ?

73 A, そうです。もう、ポンポンポン、ポン、くらいでできちゃうんで

222 B, そうですね。「僕、今はちょっとわからないので聞いてきますので、ちょっとお待ち下さい」って言って、確認して伝えて

230 B, はい。介助がもう一人必要な時は、そこら辺にいる看護師さんと呼んで。「ちょっと体位お願いします」とか、「オムツ交換するのでちょっとお願いします」って感じで

81 A, クリティカルパスに沿った患者さんが多いので。それはあんまり付け加えたりはないですけど

92 A, はい、プリセプターについて、一応、自分で立てた計画を見てもらって、まあ、一緒に手直しして

患者の積極的な受療行動がチームの適切な活動力の導因となって、さらによくわからない初心者と患者の相互交渉の中から生産された疑問や解決への方が新たな活動を生じさせている。「正統的周辺参加 (LPP)」の概念から分析すると、新参者が有能な仲間とともに実践に関与していることになる。

新人が、他部所との連携を気軽に操作できる。つまりある実践に関与する事により、多様な参加の軌道と成員性形態が織り成す、いくつもの新たな文化

的透明性の開かれた空間に参加できることになる。

患者への直接的ケアという、より十全に近いところでの仕事への参加は、実践共同体への十全的参加の可能性を十分に「感じる」ことができています。こうした感覚は、参加者が変化していく上で不可欠なものである。先輩ナースから、選択的に必要なことを全部チェックするように指示され、初心者は確認してくる。報告され、先輩から確認がなされる。何度か繰り返すうちに、新人は自分で確認ができるようになる。このように LPP とは、ある実践共同体に参加していく軌道の構造と、それが位置づけられていく複数の実践共同体間の全体的構造とを分析する概念である。

3.2. Z病院の事例〔道具・人工物（紙カルテ）のルール化と局所化

3.2.1. 看護計画と道具の固定化

Z病院では、道具として、SOAP (S…Subjective Data, O…Objective Data, A…Assessment, P…Plan) 形式の記録を使って仕事をしている。

短期目標・長期目標をたて計画を立てるのだが、病棟ナース達は、道具を自由に変化させて使うのではなく、ルールにして固定化させて使用している。実施に伴う計画が先にありきでそれに沿ったアセスメントを加えている為、順序が反対で、新人は、おかしいと思い記録の為の記録になっていると感じている。

アセスメントも SOAP が変化しない為、根拠を考えないで感じたレベルで表現している。又、アウトカムが無いので、新人は、行動の評価にも結びつかない。

8 D, うーんと…。結局、受け持ちの看護師さんの看護計画に沿ってケアをするので。アセスメントが看護計画から外れないような内容ばかり

313 D, 記録も、「記録のための記録」みたいな感じになって。アセスメントから S と O が、S と O を探して書いているような感じを受けます。

318 D, S を…。ただ、アセスメントが先に頭の中にある

んですよ。

339 D, で, Pを変えるのは担当の看護師なんですよ。

46 K, 変わりません。私の…, 小児なので計画がすごく早いんです。2日, 3日なので短期ではあるんですけど。変更とかそういう余裕もなく, どんどん…。解決していなくても退院とか, やっぱり…。

62 K, うーん。なんとなく…, なんだろう…。私もちゃんと記録の書き方を解っていないので。こういうのを書いていいのかな, っていうのがあって

実践の道具としての看護計画 (Z病院) ではパスが, 患者の病状に合わせて変化していくのではなく受持ちナースが変えない為, 実践上のルールになってしまっている。しかし(ベッドサイドでのケアは, 患者に合わせた適切な内容のものが実践されている。) Wenger は, 決まりきった作業手続きの有効性を認めながらも, その背景となる知識をもたないと自分のする作業の元の意味がわからないということに注目している。これを Wenger は「無意味性」と呼んでいる。

Z病院の新人は, これまでの学校での学習を通してある程度は実践への手続き化の「あるべき姿」は理解している。それなのに, 矛盾だらけの実践の手続き過程に対し, 疑問を持ちながらも, その矛盾を明らかにしようとはしない。いわゆる, Wenger のいう「実践の手続き化」(proceduralization) と「局所化」(localization) が生じている。これらの2つの概念は, ある一定の手続きに従って作業をすれば, 関連する他の実践に関与しなくても, 「ノルマ」は達成できるという事である。つまり, 新人は実践共同体のある手続きに従えば最小限の知識と単純な方法で与えられた自分の課題をとりあえず達成できるのである。ルーティンワークや先輩達の手書かれた記録の内容の良いところをぬすみとりし, 模写していくという初期段階の構造が出来上がっていく。「振る舞いのルール」で Wenger が述べている職場に暗黙的に浸透している規律とも密接に関連している。

ここは, Wenger が指摘する「規範構造に規定された制度」が, 看護の局所化した実践へと転化する

中で, 元来その制度が持っていた SOAP を使うことの「意味」が消失している事態だと言える。さらにこのケースでは, 単に局所化された実践に押しやられているだけでなく, 道具の本来の目的と実際の使い方の不一致現象も見られ, これが続くとアイデンティティ喪失に至る懸念があるばかりか, ナースとしての職業上のモラルも腐食していく恐れもある。

3.2.2. 実践上のショートカット

プリセプターは1年生の世話係をしてくれる。他の先輩ナース達との交流はほとんど無く, 問題を共有するチャンスが無い。

418 D, プリセプターはどんどん教えてくれます

420 D, 他の人は積極的には…。他の人に聞く時はウチらから聞かない限りは…

421 K, うん, 教えてくれない。

422 D, あんまり教えてくれない。

423 K, やっぱ, 一つの問題をみんなで共有っていう感じでは…

電子カルテシステムや新人・ベテランを交えた実践共同体の活動がないまま, 先輩との関係が続くと, 個々のナースの分断された活動が定着していく。自分の看護に対する正統性(電子カルテは正統性を大いに付与する)が何かによって担保された履歴がないと, 人は自らの孤高の中に閉じこもらざるを得ない。プリセプターのように後輩育成の役割を担われた者として, 決められた人しか新人をサポートしなくなる。

実践共同体がこれまで作り上げてきた, 仕事の仕組みは患者ケアという実践そのものに焦点があてられている。看護過程の流れで見れば, プラン段階を重視していない, ショートカット現象が見られる。プランを変更させないということは, 毎日同じ行為がなされているということでもある(実際は, そうではなく患者の変化に合わせた行為が実践されていることの方が多い)記録に残す「思考に関するショートカット」が非公式にしかも組織全体で行なわれて

いる。ワークシートには、すべきことが記入されているのでそれに沿えば、達成すべきノルマは果たす事ができる。何にも増して、病棟に於ける最優先課題なのであるから、このことを否定するものはない。加えて、「実践上のショートカット」がナース自身で行なえるという危険性もある。しかし、ケア技術そのものについては新人に詳しく教えてくれる。看護ケアは自ら患者に対して長年経験を積み、その結果についてもある意味で実証され納得されている事柄だからである。

3.2.3. 本質的な矛盾にリアリティショック

新人はこれまでの仕事の中で不足していること、また、学べていないことへの心配をしており、事例検討のカンファレンスを期待している。

新人はこれまでの学校での学習と現実での不一致にリアリティショックを起こしており、教育では理想のことばかり教えられてきたと感じている。

767 K, なんかわらうので…。あの、看護師さん同士で、先生が話していたようなケースカンファレンスがしたいような。

768 D, あった方がいいですよ。

769 K, うん、すごいみたいです。

729 D, 自分の仕事が終わればいい、みたいな。

730 Q, そういう人って、本当に無駄なくやることだけをパッパパッとやって、終わらせて帰っちゃう？

635 K, ほんとに、管理っていうか。

新人が実践の共同体に参加する課題は、その実践に局所化されているため、その課題において「有能」であるほど、なぜそのような行動をしなければならぬのか分からなくなる、または分からなくとも済んでしまうと、Wenger は言っている。

しかし、専門教育を受けた新人達は分からないことをなんとか分かりたいという意欲や願いがあふれる。新人の考える本来的な看護と、実践共同体という組織内で実践されている看護の乖離の中でリアリティショックを受けて、「本質的な矛盾」が実践内に生じていることへの不安や不満を処理しきれず、実践

共同体が作ってきた自分達の局所的な実践に都合よく新たな意味を見出している。このような状況の「無意味性」(meaninglessness)の中に参入していかざるを得ない「参加のアイデンティティ」を形成していくことになる。

3.2.4. 道具のルール化がもたらすブラックボックス現象

受け持ちナースの判断で、全ての計画・仕事が左右される仕組みになっているが、初期計画のまま、状態に応じた変更がなされていない。実際には計画と実施で活動している。新人にはこれは理解しにくいところである。

道具である看護計画は、ルールになり、固定化してしまっている。その為、個別のアセスメントは一切されない仕組みになっている。

「続行」というお決まりの表現、看護計画が本来の持つ機能を果たさない為、患者におこっている事象、現象とは不一致が生じている。1年生ナースは、そこで何が起きているのか、なぜこうするのかを理解出来ていない。その為活動は「ブラックボックス」状態に入れ込まれている。新人にはそこが見えないので伝わっていかない為、疑問と不信感がふくらむだけになっていく。ルールになってしまった看護計画という道具を、受け持ちが変えない限り、新人は分業段階でも同じ繰り返しをしてしまう。一人前ナースやベテランナースは記録に頼らなくてもベッドサイドの実践では、勘に頼る実践知で技術を展開していると思われる。新しい記録が当然必要だと思われても病棟のしきたりとは異なる内容や発想のため、結局新たな視点からは書かない。新人から見て重要なことは、この病棟にとっては余計なことでありルール破りになってしまう。

10 D, 看護計画の内容を否定するような内容はアセスメントにはのっていないです

22 K, あー、そうですね。こういうアセスメントからもちょう、こういう計画を付け足したらどうだとか、こういうふうに変更したらどうだっていうのじゃなくて、「続行」。

- 26 Q, じゃ、その人がみない限り移動できない？
- 27 D, そうなんですよ
- 80 d, あとは、他の人は、申し訳ないんですけど、前の人や前の前の人のやつを、ちょっと言葉を変えて書いているだけ、っていうのがけっこうあります。
- 93 K, ここを書いていいのかなー、ってなんか。余計なことは書かない、っていうのがやっぱり…。

1年生は、せいぜい病棟で作成した看護基準、マニュアルレベルを断片的に理解しているにすぎない。つまり、共同体間の関係性を適切に反映する「文化的解釈」これは成員間の独自のやりとりや、ジャーゴンが飛び交い、何か新しい意味の場が作られていくが、このような機会には触れられていない。

記録内容は、個別ナースに任されているため、その人しか分からない表現や前の人と同じことしか書いていないというパスで言う「アウトカム」に向けた評価も見えない記録になっている。初心者にとっては、「文化的解釈」からは程遠い「ブラックボックス」現象の中に置かれているといえる。

いいかえれば、カルテという道具のルール化に伴い、受け持ち制、固定チームナーシングによる組織運営、申し送りの固定化・形式化、儀礼的患者への配慮等の病棟内での制度は、人工物の持つ文化的意義性の閉塞状況がもたらす現象でもある。Wengerのいう制度も人工的モノの一つであり、それを利用する人々にとっては、ブラックボックスになりうるということに一致している。

3.2.5. 形骸化するルールと意味の局所化

先輩とのディスカッションやケースカンファレンスはもたれていない。ナースの共同体の中で知恵の出し合いや新たなケアの方向性を決定するチャンスが少ない。その為、新人は病棟内に自然に出来上がった規範構造の下で、指示・命令で動かされることになっている。つまり新人は、どのような意味を持っているのかわからないまま行動する為、そこで起きている実践そのものに局所化されていく。

- 191 Q, こういうことに関して先輩とディスカッションす

るなんていうのは、あんまり…ない？

- 192 K, ない…、 ないです
- 196 K, あんまり…、もう何か、すごいパタパタしてるから。1人で8人とか持つんですよ。だからもう
- 268 Q, そうすると、患者さんとのコミュニケーションっていうのはとれている？
- 269 D, ……。比較的短いと思います
- 537 D, はい。しかも、さっき、主なケア内容、みたいなこと書いたんですけど。あれ、オムツ交換に吸引に、体位変換に。あと経管栄養とか。ほとんど根拠という根拠も…。吸引だったらまあ、痰が多いからぐらいで、自分で出せないからというぐらいのことが、朝の説明で。
- 539 D, そうですね。同じことの繰り返しですね、その人なんかは。

新人が、初心者が他の実践と関係するときに現れてくる、周縁的 (marginally) な参加形態にとどまっている。脳外科病棟という意識のない患者が多いという特徴もあるが、患者とのコミュニケーションにおいて新人は短い会話か、特に声掛けもせずに処置を済ませる。

定期的な処置にあてられる。実施する事柄が患者にとってどのような意味があるのかの根拠も問われず、同じことが繰り返される。生命の安全性確保はできても、他の処置業務の必要性や、また、ベッドサイドに行ったときの全身的な観察等は全くされていない。

3.3. X病院とZ病院の比較

電子カルテ使用病院と紙カルテ使用病院でのナースのインタビューを活動理論の主要な概念である「道具・ルール・分業」による分析をし、理論的検討を加えて意味判断と特徴抽出をしてきた。明確な違いが生じていることが分かったので、表1に特徴をまとめた。

表1 新人ナースのインタビュー分析結果の病院間比較

特性 項目	病院	
	X病院 (電子カルテ) 医療共同体への 正統的周辺参加	Z病院 (紙カルテ) リアリティショック
学校教育からの 連続性	連続性がある	連続性がない
医療共同体の可 視性	可視性部分の拡張 がされている	ブラックボックス化され ている
患者との相互学 習	電子媒体で容易に なる	局所化されてしま っている
プリセプター制の媒 介物	カルテが Boundary Object として機 能する	カルテが形式化され る
看護活動の透明 性と正統性	保証されている	実践がショートカットさ れる傾向あり
医療共同体との 連携	連携が容易	非参加のアイデンティ ティが形成

4. 結語

新しい学習論を活用して現場の状況を観てみると、電子カルテ使用の病院と紙カルテ使用の病院において、新人の学習に明らかな違いがみられた。

電子カルテ使用病院の新人は、実践共同体の多様な医療者たちの一員になって、成員性を認められ、

現場が可視化され文化的透明性の獲得をして実践において何者かになることが、順調にできている。一方、紙カルテ使用の病院では、学校教育からの思考過程の連続性が脆弱なため、現場における実践のショートカットや実践共同体への非参加のアイデンティティが形成されている。

参考文献

- 1) Engeström Y: Learning by Expanding (1987). 山住勝弘・他訳, 「拡張による学習」, 新曜社, 1999.
- 2) Lave J, Wenger E: Situated Learning; Legitimate Peripheral Participation (1993). 佐伯胖訳, 「状況に埋め込まれた学習」, 産業図書, 1993.
- 3) 伊藤崇, 他: 状況的学習観における「文化的透明性」概念について—Wengerの学位論文とそこから示唆されること—. 北海道大学教育学研究科紀要, 93, 81~157, 2004.

ABSTRACT

The purpose of this study is to compare learning conditions between a hospital using electronic records and the other using paper medical records. The study focuses on the learning process of team activities rather than the individual learning process with attention to artifacts intermediating the activities of the community. Participant observation and focus interviews were used as the methods of the study for four students graduated from the same nursing school and worked three months after graduation. First, applying Yrjö Engeström's activity theory, the data collected was sorted out into three categories - artifacts/tools, rules and division of labor; which intermediate the activities of the nurses. Secondly, each category was analyzed to clarify the effects and changes in mechanism of work and quality of medical and nursing activities by applying Etienne Wenger's theory of situated learning.

key words : tools, communities of practice, legitimate peripheral participation, cultural transparency, glass box