

# 新人看護師が臨床現場において一人前の看護師になるまでの学習過程 — 正統的周辺参加論 (LPP) の視点から —

山 田 香<sup>1)</sup>・齋 藤 ひろみ<sup>2)</sup>

## The Learning Process of Nurses' Clinical Performance Development from Novice to Competence from the Perspective of Legitimate Peripheral Participation (LPP)

Kaoru YAMADA<sup>1)</sup>, Hiromi SAITO<sup>2)</sup>

**Abstract :** The purpose of this study was to analyze nurses' clinical performance development from novice to competence from the perspective of legitimate peripheral participation (LPP). A survey of nurses with three years experience since graduation was conducted using a semi-structured interview. The findings included the following: one of the characteristics of novice learning was that they set their own learning tasks in response to changes in their clinical duties on the ward. In addition, novices were encouraged to learn by interaction with their senior nurses. Furthermore, it was shown that the ward has a social structure that promotes novice learning, and in turn, helps create sub-communities based on the skill level of the novices' role models. Interactions between the sub-communities through reports, nursing care planning, team conferences, and casual conversation were identified as the key to effective learning from novice to competence.

**Key words :** novice, continuing education, nurse-identity, learning process

### はじめに

近年の医療の高度化複雑化に伴い、新人看護師教育に関する議論が活発になって久しい。

そのような中、看護師の臨床知とは何かが問い直されている<sup>1)2)</sup>。看護実践は言語化することが難しく、その場その時に即応して創造されるものであり再現性に乏しい。そのため、看護実践能力の獲得には、実践から学び続ける姿勢が必要であるとされている<sup>3)</sup>とされている。

「実践における学び」に焦点をあてた正統的周辺参加論 (Legitimate Peripheral Participation ; 以下 LPP)<sup>4)</sup> においては「何者かになる」という組織社

会化および職業社会化していく経験を、次のような「学習」としてとらえている。「学習とは、単に脱文脈化された知識やスキルを獲得することとしてではなく、それらが埋め込まれている実践において何者かになること、すなわち成員性を獲得しアイデンティティを獲得することと切り離せないもの」<sup>5)</sup> としている。つまり、一人前の看護師になるという過程は、教科書に書かれているような知識の理解や看護技術を獲得することだけではなく、その所属する看護チームの一員としてのモラルに裏打ちされた相応しい振る舞いや言動、思考を身につけ、同時にチームメンバーとしても認められていくことである。したがって、新人看護師

1) 山形県立中央病院  
〒990-2292 山形市青柳 1800  
Yamagata Prefectural Central Hospital  
1800 Aoyagi, Yamagata 990-2292, Japan

2) 山形県立保健医療大学 保健医療学部 看護学科  
〒990-2212 山形市上柳 260  
Yamagata Prefectural University of Health Sciences  
260 Kamiyanagi, Yamagata 990-2212, Japan

の学習過程をこのような看護師アイデンティティの形成過程として捉えた場合、これまでの議論の中心であったように、単に教育における何らかの取り組みの有効性を明らかにするだけでなく、やはり新人看護師の視点に立って、その意味世界を解明していく必要があると考えた。

そこで、本研究はLPPを分析概念とし、臨床現場の看護師の入職から3年間の経験をインタビューで検証することにより、看護師が一人前になるまでの学習過程を明らかにすることを目的とした。

### 用語の定義

**一人前**：同一の病棟で入職から3年間働いた看護師（Bennerは一人前を類似の臨床状況で2～3年働いた看護師<sup>3)</sup>としているが、本研究ではより具体的に定義した。）

**新人**：一人前になっていない看護師

**実践共同体**：職場など、集団への参与を通して知識と技巧の習得が可能となる社会的実践がくりひろげられる場<sup>4)</sup>

### 分析概念

LPPは1991年に文化人類学者のLaveとWengerによって提唱された状況的学習論である。専門性が必要とされること、与えられる仕事が熟練段階に応じて拡大していくこと、なんらかの実践共同体で行なわれることなどの特徴がある職業を対象とした研究<sup>4) 6)</sup>が行なわれており、近年、看護師への適用も注目されている<sup>7) 8) 9)</sup>。

LPPでは学習者の「正統性; Legitimate」「周辺; Peripheral」「参加; Participation」の3つが同期的に変化する過程をみることにより、学習者の辿った「参加の軌道」(=学習過程)が明らかにできている。正統性とは、学習者が実践共同体の正統なメンバーとしてその分野で熟練者や先輩の行う実践に参加することで彼らが行うことを直接観察することができ、自分もいずれはそこにたどり着けるという実感が持てる実践参加の機会が認められていることである。また、周辺とは、あまり責任の伴わない実践の周辺から活動に参加し、熟達するにつれて徐々に中心的な活動(LPPでは十全的参加という)に移行していくことであり、参加とは、学習者の実践共同体におけるアイデン

ティティや参加位置が変化していくことである。Wengerは実践共同体内における相互承認の関係性(等価でなくてもよい)を上から眺めた時、各メンバーはしかるべき位置を占めており、その位置が変化することが「学習」であるとしている(図1)<sup>5)</sup>。

実践共同体のなかで学習者が参加の軌道を進んでいくためには、与えられる仕事そのものやその仕事に伴うツールの使い方を理解しなければならない。しかも、それは単純に仕事の手順やツールの使い方を学習者個人が理解することだけではなく、そのツールや周りの他者との関わりによって展開される実践活動を通して、実践共同体の具体的な活動の意味を実感として理解することまでを含むのである。このような理解をWengerは実践共同体における「文化的透明性の獲得」<sup>5)</sup>という概念として表し、文化的透明性を獲得していくことが実践共同体の学習の本質であるとしている。そして、その過程において変わりつづける参加の位置と見方こそが、参加の軌道であり、発達するアイデンティティであり、成員性の形態でもある<sup>4)</sup>。また、実践共同体は、複数の、しかも多様な集団から構成され、様々な位置取りをしながら互いに重なりをもって存在している<sup>5)</sup>。したがって、参加の軌道が進むにつれ、実際の実践活動に習熟していくという知識やスキルの向上だけでなく、実践共同体に関わる他者とのコミュニケーションの変化や実践に使われるツールを理解し使いこなすようになり、参加する実践共同体における参加位置やアイデンティティを形成していくという全人格的な変化がみられるのである。言い換えれば、文化的透明性を獲得するという学習過程に連動して「学習者の知識・技能」「学習者と他者・ツールとの関係」「学習者のアイデンティティ」の3つが同期的に変化していくのである。

これらのことから、LPPを分析概念とし、新人が臨床現場で与えられる仕事に変化していくなかで、いかにして学習資源となる他者・ツールを見出して対話をし、一人前へのアイデンティティの変化を遂げたのかという過程に注目することで、看護師としての学習という複雑な過程をより具体的に記述することが可能となると考えた。

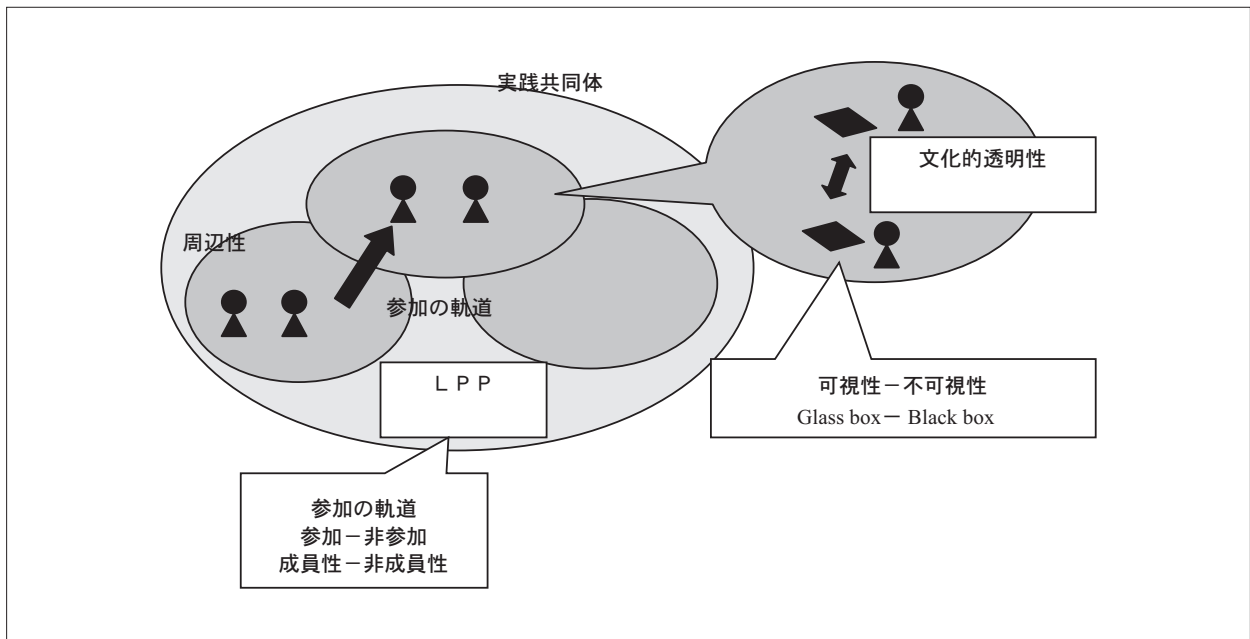


図1 Wenger 論文における主要な概念群

出典: 伊藤崇ほか, 状況論的学習観における「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, 北海道大学大学院教育学研究科紀要第 93 号 P132<sup>9)</sup>

## 研究方法

### 1. 対象

本研究で捉える一人前の看護師になるまでの学習過程とは、入職から3年間の経験である。さらに病院規模や設置主体等の職場環境条件、看護師以前の他の職業経験や年齢的な社会経験の有無が学習過程に及ぼす影響を考慮し、病床数600床以上の急性期病院であるA公立総合病院（以下A病院）において入職から3年間の勤務経験があり（休職や人事異動を伴わない）、看護基礎教育前後において職業経験がない28歳以下の看護師を研究参加者（以下参加者）として選定した。尚、臨床現場での学習に焦点をあてているため、参加者の教育背景・性別に関しては選定基準を設けていない。

参加者の選定にあたっては、A病院の看護部長に対し研究協力の内諾を得たのち、病院長に文書にて研究協力を依頼し承諾を得た。看護部長には臨床経験4年目の看護師全員の紹介を依頼し、その際、看護部長は研究協力の強制はしないことおよび参加者の選定結果については看護部長に報告しないことについて了承を得た。看護部長よりの紹介人数は8名で（A病院の新規採用者は例年10名前後）うち選定基準に該当し、かつ研究趣旨と面接調査依頼に同意を得られた3名（N1, N2, N3）を今回の参加者とした。

### 2. 調査期間

平成18年10月5日～29日

### 3. データ収集方法

プライバシーの保護される個室で1対1の面接による半構成的インタビューを行なった。面接時間は平均約120分であった。内容は参加者の了解をもとにすべて録音し逐語録化した。

### 4. 質問内容

- 1) 病棟での仕事の割り当ての変化
- 2) 1)に伴う医療器械・マニュアル・クリティカルパス<sup>注1)</sup>・カルテ・看護記録などのツールの使い方や病棟内での先輩看護師（以下先輩）や医師、患者との関わりの変化、またその変化のためにとった行動
- 3) 看護実践や看護観、チームメンバーとしての意識の変化

以上について入職から3年間の経験を振り返ってもらった。さらに参加者の学習過程をより具体的に理解するため、当時の所属病棟のスタッフの構成・業務内容の特徴・集合研修等についても質問を行い、これらを付加的データとした。

注1) 患者の退院に向けてセルフケア向上を含めた効果的な回復を目指し入院中のケアの流れを効率よく

組み立てていこうとする考え方。ケアマップとよぶこともある<sup>10)</sup>。

## 5. 分析方法

逐語録化したインタビュー内容を入職からの経過に沿って並べ替えた。その時点で参加者3名それぞれにデータを提示し、データの記述や解釈に誤りがないか内容の確認を得た<sup>11)</sup>。次にLPPの分析視点に基づいて「仕事の割り当て」「学習行動」「アイデンティティ」の3つのカテゴリに関するキーセンテンスを抽出して整理した。その際、バイアスや不適切な主観性を排除し妥当性を高めるために、LPPを熟知した研究協力者2名とともに検討を行ない、さらに批判的分析のために一定期間を置いて2回目の検討を行なった<sup>11)</sup>。各事例を比較し、特徴および共通点をとらえた。

## 6. 倫理的配慮

山形県立保健医療大学倫理委員会で平成18年6月30日に承認された。また、図1<sup>9)</sup>に関しては、著者から引用の承諾を得ている。

## 結 果

### 1. 参加者の背景 (表1)

研究参加者の背景は表1の通りである。

### 2. 学習過程の4つのフェーズ

今回の3事例に共通する一般的な新人看護師の「仕事の割り当ての変化」により<sup>12) 13)</sup>、学習過程を以下の4段階のフェーズ(局面)に区分した。

**フェーズ1**：先輩と行動をともにしながら、看護実践を行う。主に見学、補助。

**フェーズ2**：看護実践を一人で行う(軽症の患者から徐々に重症の患者へ)。夜勤開始。

**フェーズ3**：担当看護師として患者を受け持ち、看護計画を立案する。重症患者も任される。

**フェーズ4**：先輩とほぼ同等の患者の割り当てがされる。後輩が入ってくる。

さらに、「仕事の割り当て」「学習行動」「アイデンティティ」の3つのカテゴリの文脈でキーセンテンスを整理した(表2)。尚、表中の「イベント」とは、患者の入退院・大きな検査・手術・手術前日・化学療法など、煩雑な準備や処置を伴い時間的制限がある業務であり、これらの習得は新人の学習過程におけるハードルの一つである<sup>12) 13)</sup>。

### 3. フェーズ毎にみる変化 (表2)

《フェーズ1：先輩と行動をともにしながら、看護実践を行う。主に見学、補助》

仕事の割り当てでは、3事例ともプリセプターからマンツーマンの指導を受けながらの看護実践を行っていた。学習行動では、カルテの使い方を覚えることを今の自分の課題と捉え、プリセプターに質問しながら、カルテ用語を理解したり、患者情報の収集、医師の指示受け、看護記録のしかたを理解しようとしていた。またアイデンティティとしては、N1は病棟にいただけでストレスを感じ、N3は自分から先輩に近づけずにいた。一方、N2は同じ病棟の同期とお互いの知識を交換したり励ましあったりしていた。

表1 参加者の背景

	所属病棟	プリセプターシップ <sup>注2)</sup> の有無	所属内の同期の有無
N1	外科病棟	あり	なし
N2	外科病棟	あり	あり
N3	内科外科混合病棟	あり	なし

注2) 1人の新人プリセプティ(学習者)に対して、1人の先輩プリセプター(実践のエキスパート<sup>注3)</sup>)がマンツーマンで一緒の実務につき、臨床の教育を担当するオン・ザ・ジョブ・トレーニングの一方法。1960年代のアメリカにおいて、看護学生の臨床へのスムーズな移行を促進するために教育者と管理者によって考え出された方法で、役割の社会人化と成人学習の考え方を基盤としている。プリセプターは指導者・助言者・相談役でもあり、通常の業務を遂行しながらプリセプティに関わっていくことで、能力開発・教育・訓練といった職員教育的な意味のみならず、プリセプティのリアリティショック予防にもつながる。日本では1980年代から基礎教育よりも新規採用看護師へのオリエンテーションに用いられてきた。決まった先輩看護師が相談相手となるエルダー制は一緒の勤務につかない点が大きく異なる。<sup>10)</sup>

注3) 下線は筆者によるもの。日本においてはプリセプターは2-3年の臨床経験者が担い、新人に対して“お姉さん”的な存在で関わっている現状がほとんどである。

表2 新人看護師の学習過程

フェーズ	事例	仕事の割り当て	学 習 行 動	アイデンティティ
フェーズ1 先輩と行動を ともにしながら 看護実践を 行う 主に見学・補 助	N1	全部ついてって、教えてもらいながらケアを手伝ってイベントは見学。	記録も下書きして先輩から OK もらって清書。	もう病棟にいただけでストレス！はやく、時間が過ぎないかなあって。
	N2	びちっとついてくれたのは1. 2週間。	先輩と一緒に手術帰ってきたのをみたり。いろんなイベントを教えられながら、みてやれるところはやって。カルテも点検してもらって。(患者) 情報の取り方とか指示拾いとか、一緒にしてもらって。	新人一人じゃなかったから気持ちは楽でした。一緒に入ってきた子は専門学校卒で、採血とかできて。逆に私が知ってることを向こうが知らないとか。支えにも刺激にもなったっていうか。
	N3	毎日誰かついてくれて。一緒にみてくれて。	わからないことは聞けなかった。何か言われるのがこわくて。	スタッフには恵まれてました。周りが忙しいかどうかもわからなかった。
フェーズ2 看護実践を 一人で行う (軽症の患者 から徐々に重 症の患者へ)	N1	夜勤は手術のない休日の深夜から始まった。軽い手術患者とかみるようになった。	プリセプターは最初は怖かった。悔しくて泣いた。でも、聞けばちゃんと教えてくれたから……忙しい病棟だから聞くのほんとにストレス。だんだんこの人のやり方はやばいとか、人が怖いとか、選びながら。結局色んなやり方をみて自分で身につける。とにかく覚えてやれるようにならないって思った。マニュアルはあったけど、あれだけで動けない！	教わった通りにやったのに他の人から怒られたとか。そういう時は「はい」って。人間関係も学んだ。先輩に怒られるより、自分一人だけでするほうが怖かった。とにかく何をやるにしても怖かったから、聞かずにはいられないかった。
	N2	受持つ人数は少なくても、イベントはつく。あとは退院間近な人とか。点検はしてもらってましたね。	あの先輩に聞いたら危険！聞いたのに違ってたとか、わかってきて。お互い忙しいので、「今これだけ教えてください！」って。困った時は捕まえて聞く！食いついてました。間違っって患者さんになんかあったらっって。最初はケアどころよりも、ルーチンをこなす、覚える。	捕まえて聞くのも結構、ストレスですよ。忙しいのわかってるから。それで早く一人で動けるように勉強した。……同期と愚痴ったり。そこで救われた。毎日やめるやめるって。
	夜勤開始	N3	最初の夜勤は日勤深夜で。イベントは主任が入れてくれてたり。	私、聞けなかったんです。プリセプターが何回も「わかった？」って聞いてくれて「はい」って言うんですけど、わかってない。でも言えなかった。でも、だんだん聞けるように。マニュアルはみたけどよくわからなかったから聞かないと仕事できないし。とにかくやり方を覚えて仕事として進められるように。先輩によってやり方が違うっていうのは困りました。でもやってるうちになんとなくわかってきて。
フェーズ3 担当看護師として 患者を受け持ち、 看護計画立案する 重症患者も任 される	N1	受け持ちがついて計画立てて。その前はクリティカルパスの患者さんとか。パスで観察項目とか勉強できた。	申送りの時に「え！こんなに(出血)出てるの？」って聞かれて初めて多いってわかる。ガーゼの色とか「あったかい出血」とか聞かれることがわからないし。そういう見方って、ドクターとか一緒に見てくれた先輩とか、引き継ぐときのやり取りとかから……そこで先輩との視点の違いとかもわかって。これはどうだったのって、突っ込まれるところって、大抵大事なところだし。だと、そこで足りないことに気づいてもう一回みてくるとか。そういうことの積み重ね。	計画も個性出せて言われたけど、なかなか……時間に追われて。仕事を楽しんでいるというのは、12月ぐらい。仕事もわかるようになって……先輩に聞かないでできるっていうのが、楽しかった。やりがいとかとは違う。やりがいってその先だと思う。
	N2	受け持ちはパスの患者さんから。自分で(計画)立て始めたのはその後。	計画は立てたけど、この病棟ではどう書いたらいいのかよくわからなかった。主任とかがこう書いたらいいんじゃない？って。カンファレンスも受け持ち持ってから、入っていけるように。それまではお客。少しずつ予測できるようになってきたり、わかるようになってきたりっていう時期でした。	(看護計画を立てるとき) ずばり(問題点は)心配なことは何かを患者さんに聞きたくて身構えてて、聞ききたいけど！……言い出せなかった。ぎこちなかった。
	N3	最初の受け持ちは、計画も立てやすい疾患で。その後、続けて同じ疾患とらせてもらって。	患者さんからの質問にどう答えようとか、疾患とか経過とか覚えなくて思っって結構勉強した。情報収集するときに、医師記録を読むっていうことを知らなかった！で、みんな読んでるのを見て、自分も読むようになった。他人の記録をみながら、こういう書き方すればいいんだって勉強しました。優先順位がわからなくて、先輩から助けてもらった。そのサポートのおかげで、こういう時はこうっていうのがわかるようになったと思う。末期がんの患者さんの言動が受け入れられなくてイライラしてしゃべりたくない！ナースコールも取りたくない！って。	自分のキャパシティを越えちゃって涙出てきて。主任に計画もどうしたらいいかわからないって相談したら「自分ひとりで見なきゃいけないわけじゃないんだから。」って言ってきて。

フェーズ	事例	仕事の割り当て	学習行動	アイデンティティ
フェーズ 4 先輩とほぼ同等の患者の割り当てがされる 後輩が入ってくる	N1	次の新人が入ってきたとき、急に重症の患者さんの担当が付き始めた。	落ち込んでるとき、先輩が新人時代の辛かったことを楽しく笑い話してくれて救われた。仕事もわかるようになってその次っていう時、主任から計画とかみてもらったりするとすごい考えさせるような投げかけが。簡単に答えられないような…。だから主任の計画から勉強したり。 かと思えば、患者さんのためっていう考えさえ、共有できない人たちも。誰のための看護っていうか、なんのために看護師してるのかなって。一生懸命、勉強して、専門職としてプライドもって働きたいって思ってるのに。	どこに「仕事ができる」って基準を持ってくるかによって……(チームの)仕事の仕方とか、看護観とか、違ってくるような気がする。まあこっちも、あっち(年配の看護師)をわかってほしいとだめなんだろうけど。あっちの人たちは、ガンガンこなすっていう時代に育ってる人たちだから、なんか。もちろんそういう意味ではすごく頼りになるんだけど……。自分も一応病棟では一通りはできるって位置?まあ、新人とはいえない。お姉さんのなところ。
	N2	容赦なく先輩と同じ割り当て。	患者さんの反応とかが楽しくなってきて。あと先輩と話して新しい発見とか違う視点で気づくこととか自分で納得することとか、多々あります。あの先輩は面倒見がいいんですよ。仕事も主任さんレベルにできて、尊敬できるし。しかも面白いし。頼りにできる人です。 人工呼吸器つけて (ICU から) きた患者さんがいて、その日、日勤深夜で新人の子と夜勤をしながらいけなくて。呼吸器の使い方とかでいっぱいばいばいで、急変とかしたらどうしようって。そこで、もうウワーって泣いて「看れませぬー！」って。で、主任さんが(新人と)夜勤変わってくれて。結局その夜勤でその患者さん看たんですけど…。その人を見てから、色々判断して、自信を持ってできるようになってきたのって。それまでは自信がなくて。	新人には自分が辛かったので、そういう思いさせないように。古い人たちは新しいものを取り入れてとか、根拠に基づいてっていうのが、どうも気に食わないみたい。 最初は、なんか全部をうまくやろうとして、でもそれじゃあ、抱え込むものが大きくて、間違っているとか、無理だったのになって……。力が入ってっていうか。色々な人と話してる間に、そういうことに気がついて。 患者さんにも今はさらーっと問題聞けたり。自分のケア全体がスムーズに、関わり方も余裕が出てきた。大きいところを超えたっていうのが、自分のケアに自信が持てて、周りからも認められてっていうか、でもこれ(呼吸器の扱い)ができたからっていうわけじゃなくて、その時のいろんな大変な状況とかそういうもの全てを越えられたっていうかが……。
	N3	割り当ては、ほとんど先輩と同じですね。3年目で新人の子が入ってきて、自立しなきて。すごく遅いんですけど。	(急変は)自分があったり、先輩がどうやってるかを見て。後でまた聞いたり。先輩も自分から色々話してくれてたし、あたしはこう考えてたのに、全然違うところで考えるっていう。(末期患者特有の)パターンがわかってきたっていうか。色々な患者さんを見てきて、こういときはこうしたほうが楽になるかもとか、言われた言葉自体じゃなく、なんでその言葉が出てくるのかとか、わかるようになってきた。あと自分がちゃんと話せる自信みたいな……。	ケアの手伝いとか自分から誘い合っているようになりました。他の人のみると勉強になるし。前は、完璧めざして、できないと落ち込んでたけど、今はある程度息が抜けたっていうか。今は一人前だねっていわれますけどキツイですね。新人にも私こっちはから、こっちしてたらっていう風にも、やっぱり自分がしてもらったから、いえる。

《フェーズ 2：看護実践を一人で行う(軽症の患者から徐々に重症の患者へ)。夜勤開始》

仕事の割り当てでは、3事例ともプリセプターから離れ始め、さらに手術・検査・処置・入退院などの、いわゆるイベントがつくようになるが、それらの取り扱いは新人一人ではほとんどできなかった。学習行動では、マニュアル類が実際には有効ではないためプリセプターや先輩から一つひとつ指導を受けながら業務を行うが、その指導内容も先輩によって異なり混乱していた。さらに先輩らが忙しく動き回る姿に声をかけること自体にも困難さを感じていた。しかし、しだいに有効な知識を所有する先輩や声がけしやすい先輩を選んで聞くようになり、その際、タイミングを計り手短かに手順だけ聞くなどの工夫もするようになっていた。アイデンティティとしては、同期や友人と

の会話の中で自分の仕事の悩みを新人共通のものと理解し、悩む新人としての自分を肯定的にとらえることができていた。

《フェーズ 3：担当看護師として患者を受け持ち、看護計画を立案する。重症患者も任される》

仕事の割り当てでは、3事例とも一通りのルーチン業務ができるようになり、重症者の看護も任されるようになっていた。学習行動では、先輩や医師からの指摘、口頭やベッドサイドで先輩と共同で行なう確認作業により、その状況で注目すべき観察事項やその必要性などを理解するようになっていた。N1は術後の出血の色の段階的な表現や“あったかい出血”といった病棟独特の言葉が出血の程度や性質を意味することをまだ理解できなかったことから、病棟独特の言葉を理解することを含めて術後の観察の仕方がわかることを学習

課題としていた。N3 は自分の臨床判断に関して先輩とともに振り返ることにより、クリティカルパスの観察項目だけではなく、術後の経過や患者の個別の情報を結びつけながら観察を行なえるようになったり、先輩の仕事ぶりや看護記録の記載を模倣したりしていた。また、N2 は看護計画立案について、病棟の設備、スタッフ数、業務の煩雑さ、時間的な制限、患者家族の協力度などの周囲の状況を考慮した「この病棟にふさわしい看護計画」の書き方に悩み、病棟の古参者である主任にアドバイスを求めたり、それまでは「お客」であったカンファレンスに積極的に参加したりするようになっていた。さらにN2は療養上の問題点を患者自身から聞き出すという課題を自分に与えていたが、この時期はまだ業務をこなすのが精一杯な「一人前ではない自分」が患者に“心配なことはないか”と尋ねる行為にある種のおこがましさを感ず、患者とのコミュニケーションがうまくできていなかった。一方、N3 は担当の末期がん患者との関わりが辛いことを周囲に表出することで、一人で頑張らずにチームに頼ることが許される存在というアイデンティティを得ていた。

《フェーズ4：先輩とほぼ同等の患者の割り当てがされる。後輩が入ってくる》

仕事の割り当てでは、3事例とも自分の判断で一通りの仕事がこなせるようになり、後輩との関わりもみられていた。学習行動では、先輩との関わりもより深いものとなり、N1 は尊敬するベテラン看護師や先輩とのふとした会話から、自分との視点の違いを認識したり、先輩の経験談に励まされたりしていた。その一方で、N1 は患者の意向を汲んで立案した看護計画をチームメンバーから否定された経験を世代間における看護観のギャップととらえ、それによる対立が学習意欲を減退させていた。N2 は初めての人工呼吸器の患者の看護に加え、新人と夜勤を組むという過剰な役割に対し、「できない」と泣きながら周囲に訴えることで、自分の実践能力と学習課題とのバランスを守ろうとする学習行動がみられた。N2 はこの出来事をきっかけに“なんか全部をうまくやろうとして”という気負いがなくなり、“大変な状況を越えた”自分にアイデンティティの変化を自覚し、同時に周囲からも重症患者のケアができたことを認められていた。N2 も N1 同様に尊敬できる先輩の存在に

より学習が促された一方で、年配の先輩との看護観のギャップが学習を妨げたことを語っていた。N3 は、以前患者からの言動そのものに注目し混乱していたが、ここでは“末期患者特有のパターンがわかってきた”というように、その言動の背景に注目し患者が安楽になる看護実践を選択できるようになっていた。また、急変時は先輩の対応を観察し後日さらに質問するという学習行動ができるようにもなっていた。チーム内でもリーダーシップをとるなど積極的に行動し、“前は完璧めざしててできないと落ち込んでたけど、今はある程度息が抜けた”というアイデンティティの変化を自覚していた。このようなアイデンティティの変化はN3と共通していた。また、N2・N3 は自分の経験をもとに後輩への教育的配慮を行い、先輩としての自覚も芽生えていた。この時期、3事例とも病棟内ではすでに「一人前」と承認され、自らもそのアイデンティティを認めながらも、いまだに自分自身の未熟さに不安を感じていた。

## 考 察

### 1. 新人の学習過程の特徴

#### 1) 仕事の割り当ての変化と学習行動の変化

3事例の学習過程では、フェーズ毎に「カルテを使えるようになる」「一人で動けるようになる」「術後の観察のしかたがわかる」「この病棟にふさわしい看護計画を立てる」等、新人自身が病棟での自分の置かれている状況を察知し、それに見合った学習課題を設定していることがわかる。

このように新人の学習を方向づけているのは「この病棟での学習 (=看護実践への参加) というのは何をすることか、そして自分はその看護実践にどのような形態で参加したいのか」という新人自身の学習課題の捉え方である。そして自分がこの病棟の看護実践に参加していくためには「何が本当に知るべきことなのか」「何を知っておくべきか」というその病棟の中での知識の価値や必要性を探りつつ、同時に「自分はどこまでわかっているのか」「今の自分には何が必要か」というように自分自身を理解しようとしながら、自らの学習課題を達成しようとして行動している。

《フェーズ1～2》では、「カルテを使えるよ

うになる」「一人で動けるようになる」を学習課題とし、その達成のために病棟のマニュアル類・クリティカルパス・カルテなどを学習資源としようとする。ところが、入職当初はカルテを読むことも満足にできないうえ、マニュアルにしたがって看護実践を行なおうとするとマニュアルには記載されていない臨床状況に阻まれ、一人で看護実践を行うことは困難である。この過程においては先輩との対話が不可欠であるが、新人らはこの時期、先輩との関わりに困難さを感じている。そのため、新人から積極的に先輩に近づくことは少なく、むしろ先輩のほうから新人に働きかけていることが多い。しかし、フェーズが進むにつれ、新人から先輩への働きかけが活発となっていく。この変化の過程で新人は、先輩に対する遠慮や恐怖と自己の看護師としての未熟さとの葛藤のなかで、先輩に質問することに「看護師としての責任」という意味づけをし、自分を奮い立たせている。そして、この意味づけによって自ら行動することで、知識・技術の獲得だけでなく看護師アイデンティティも更新されている。それと同時に有効な学習資源となる先輩の選択や聞き方を工夫し、コミュニケーションにも変化がみられる。N3は直接的に先輩から教わることだけではなく、先輩の仕事のしかたや看護記録の記載を模倣することでも学習しようとする行動がみえる。

《フェーズ3》で、担当看護師としてクリティカルパス患者を受け持つようになると、クリティカルパスを学習資源とし、観察項目や使用薬剤、入退院の一連の流れや必要なケアなどを学習している。ところが、看護実践を繰り返すうちにクリティカルパスに記載されている項目を機械的にこなすだけでは不十分であることに気づき始め、クリティカルパスでの学習に限界を感じるようになる。実際、3事例とも患者をトータルでアセスメントしたうえで看護実践を行える力が身につき始めたのは、自分で計画を立案する患者を受け持つ頃からであったと自覚している。つまり、学習過程の初期ではチームメンバーの一員として看護実践を進めていくために、まずは決まりきった看護実践手順を覚えることが優先されるものの、自分の行なう看護実践の意味が理解できていない状況である。や

がて、担当看護師としてのアイデンティティが芽生える時期になると、看護実践の手順だけを覚えることの限界を感じ、自分の行なう看護実践の持つ意味やそこで使われるツールの持つ意味をも理解したうえで看護実践しようとする時期へと移行していくこととなる。

## 2) 新人の学習を促す先輩との対話

《フェーズ3～4》では、先輩との関わりが特に重要である。新人は先輩と共同で行なう看護実践において、その状況で注目すべき観察事項やその必要性などを理解するようになる。この時期は自分の行なう看護実践の意味を理解するための先輩との対話も活発に行えるだけの関係性が形成されており、学習が加速的に進んでいると考えられる。例えば《フェーズ3》でN1が“申し送りの時に…”と語っているように、先輩がベッドサイドで患者の観察をするときに、新人がその先輩の視線を追い、新人もまた先輩と同じように患者を観察する。そしてその新人の観察の様子を先輩が確認するといった相互的な関わりがみられる。佐伯はこれを「共同注視」<sup>14)</sup>といい「視線を対象の世界で結合させるということであり、視線結合ともいえる。この視線結合によりお互い同士が共に実践しているという共感が広がる」<sup>14)</sup>とし、相互の学びあいにとって重要な行為であると述べている。同様に、N1が“ガーゼの色”や“あったかい出血”のように病棟独特の言葉が理解できなかったのは、“あったかい出血”=大量に出血しているサインというような、医師や先輩がその言葉に対して持っているコンテキストを理解できていなかったからである。それらが先輩との共同注視により擦りあわされ、コンテキストを共有できたことで、N1もそれら病棟独特の言葉を観察のツールとして使いこなせるようになっていく。このような先輩との相互的な関わりにより、手順だけを理解しようとして「ブラックボックス」<sup>9)</sup>であった看護実践が「ガラスボックス」<sup>9)</sup>化し、中身（その看護実践の持つ意味）が見えるようになったのである。これが文化的透明性の獲得である。

また、「共同注視」は看護計画を媒体にしても行われている。新人は看護計画を通して、先輩



が患者のどのような問題に着目して看護計画を立案しているか、その看護計画に基づいてどのような看護実践を行ない、それをどのような視点で観察し記録しているかというように先輩の視線を追うことができる。そのようにして、新人は先輩の視線と自分の視線との差異を認識し、その差異の中に自分とは違う視点、自分の知らない知識や病棟の暗黙のルール、病棟独特の裏技などを見出すことができる。しかし、新人が達人の立案した看護計画を使用したからといって新人は達人になれるわけではない。なぜなら、新人と達人では実際のスキルや文化的透明性獲得の程度も違えば、看護師としての熟練したアイデンティティも伴っていないため、新人は新人としての看護計画の使い方しかできないからである。加藤らはクリティカルパスを使用した看護師を対象とした研究において、ベテランは「経験的法則から判断し、クリティカルパスからその患者に合った指示を選択して、看護実践場面では経験知や暗黙知から行為を追加して行う」、新人は「クリティカルパスの指示を全て患者に行う」といったパターンがよくみられると述べている<sup>15)</sup>。つまり、この看護計画の使い方に看護師としての技量、すなわち、患者の状況に即応した創造的な看護実践が行えるかという「看護の質」の差があらわれるのである。

新人は病棟で展開される看護実践を通して、先輩と自分の視線の差異を敏感に感じとり、それらを模倣したり先輩と対話したりしながら、自らも看護実践に参加することで、看護実践へのより深い意味づけや、病棟において意味のある看護実践を生み出した手ごたえを得て、先輩の視線に少し近づいていくのである。さらにその新たな視線で先輩とより専門性の高い次元での複雑な対話が行なえるようになり、熟練看護師に少し近づいた自分の看護師アイデンティティが自覚されると、新人の参加意識は高まり一層深く看護実践に関与するようになる。それと同時にチーム内での他のメンバーから新人に向けられるまなざしも変化し、参加位置も変化している。

《フェーズ4》では、先輩らとの対話がさらに大きく影響している。先輩に仕事上の悩みを打ち明けた際、新人は先輩の体験談を通して先輩

が辿った学習過程を垣間見、今自分がいる参加の位置にかつては先輩も位置し、同じような経験を乗り越えてきたのだという心強い経験の共有を感じている。山口らは今の自分の困難な状態を先輩らと語り合うことで「乗り越えるべき壁」<sup>16)</sup>として肯定的にとらえることができると述べている。経験の共有を実感することで、新人は先輩に自分の未来像を重ね合わせることができ、その未来像につながっている今の自分として自らのアイデンティティの意味づけを行なうことができている。

このように、先輩との対話が有効に行われる組織文化を有する病棟の場合、その病棟の実践活動そのものが新人の実践行為への有効な意味づけや参加位置の承認をもたらすだけでなく、未来像への参加の軌道を見通すための有効な手がかりとなり、学習を促している。

それに対して、N1・N2が語っていた看護チーム内の世代間ギャップによる価値観の対立は、新人が自己の看護実践の意味づけを行うのを困難なものとし学習を妨げている。これは新人と先輩の看護実践についての視点（新人は患者だけに注目しがちだが先輩は全体を見ている）の違いか、病棟の組織文化の問題か、または新人らの発達段階における自我の芽生え、いわゆる反抗期とも捉えられるが、いずれも今回のデータのみでは検証することはできない。ただ、新人の学習過程において、世代間における看護観のギャップをお互い否定するのではなく、先輩も新人を一人前と認めていくことや何らかの役割を持つものとして新人の存在価値を認め、お互いが学びあって高めていけるような組織文化を形成することが、新人が臨床現場に期待するものであったことが示唆された。

これらのことから、新人の学習過程の特徴として、学習過程に応じて新人自らが学習課題を設定し、看護実践そのもの、他者とのコミュニケーションや看護実践上のツールへの関与のしかた、看護師アイデンティティが同時に変化していく過程が明らかにされた。そして、その過程においては、先輩との有効な対話が新人の学習を促していたことが明らかにされた。

## 2. 学習を方向づける病棟の社会的構造

### 1) 臨床実践能力に応じたサブ共同体の存在

インタビューでは、“一人前といわれる”“新人ではない”“主任さんレベル”という病棟中の実践能力に応じたいくつかの階層的なグループの存在が語られていた。新人が「あの先輩のようになりたい」というように自分に新たに与えられた仕事やいずれ自分に与えられる仕事を有能にこなしている先輩の仕事振りをロールモデルとすることは、病棟における参加の軌道を見出すことになり、学習の大きな方向づけになる。実践共同体の学習においては、今から自分が行おうとしている学習過程が見通せる場合、いずれ自分もそこに行けるという実感のともなった学習課題を持つことができ、学習が進みやすいといわれている<sup>17)</sup>。Bennerは「異なった実践レベルにある臨床看護師はそれぞれ別の臨床世界に住んでいる、つまり、それぞれ異なった視点を持って行動している」<sup>18)</sup>とし、新人と達人の活発なセッションにより「新人が自分の熟達レベルを確認し、将来の自分の成長の可能性を考える意欲を持つようになる」<sup>3)</sup>と、異なった実践レベルのメンバー同士が対話することの意義を述べている。また、澤井はエキスパートがチームメンバーの業務配分を行う際には、チームメンバー一人一人の役割遂行能力に応じた配分と必要なサポートを把握したうえで適切な業務配分を行なっているとしている<sup>19)</sup>。したがって、病棟の中には実践能力に応じた階層的なグループが、病棟全体としての実践共同体に対する、いわばサブ共同体として存在し、個々の看護師はお互いがどのサブ共同体に属する参加位置にいるのかを常に確認しているといえる。さらに今回の結果からはエキスパートのみならず新人も、他のメンバーの参加位置を敏感に認識していることが明らかになった。

しかし、Wengerらが実践共同体内における相互承認の関係性は必ずしも等価でない<sup>3)</sup>としているように、先輩らが認識する新人の参加位置と新人自身が認識するそれとの、ずれが生じることがある。N2の「夜勤で人工呼吸器の患者を見る」、N3の「末期がんの担当患者との関わりが辛い」の語りのように、先輩らが新人の参加

位置を過大評価して仕事を割り当ててしまった場合、新人はその過剰な役割を遂行しようとして、実際の看護師アイデンティティとのギャップに苦しむ。N2・N3らは周囲に対してそれを表出したことにより、病棟内での参加位置が再確認されている。これは同時に「できない」と言える新たなアイデンティティ(Wengerはこれを非参加のアイデンティティ<sup>3)</sup>としている)を獲得していることになる。この非参加のアイデンティティの獲得は決して消極的な学習行動ではなく、むしろ学習をコントロールするための積極的な行動である。それだけでなく、「できない」意思表示をすることがチームメンバーとして必要なことであり、それが許されるチームにいるという新たな理解をも、もたらしている。つまり、非参加のアイデンティティを獲得したことにより、自分に相応な学習課題が守られ、同時にチームメンバーとしての看護師アイデンティティも変化し、精神的余裕が生まれている。《フェーズ4》で、すでに自他共に「一人前」と認められているにも関わらず自分自身の未熟さに不安を感じていることから、新人は常にゆらぎながらその参加位置を模索し、時には参加の軌道を行きつ戻りつしながら、徐々に一人前へと成長していると考えられる。

### 2) サブ共同体間の対話をつなぐもの

これまでの考察から、実践共同体である病棟のなかで、新人が文化的透明性を獲得し参加の軌道をすすめていく過程では、臨床実践能力レベルの異なるサブ共同体間での対話が、大きな役割を果たしていると考えられる。そして、それらは公式な対話の場としての申送りやカンファレンスが提供されることで、新人でも参加することが可能となる。さらには看護計画を通しての対話もみることができた。その他に休憩時間の非公式な日常会話中でも対話は行なわれており、サブ共同体間での対話をこのように媒介するものが存在することで、新人と先輩らの対話はより促されていると考えられる。

これまでみてきたように、新人の学習の方向づけというのは、個人の特性といった内在的要因のみに左右されるのではなく、むしろ病棟内の実践におけるメンバー間の相互作用から大き

な影響を受けるものと考えられる。つまり、学習の方向づけを生み出すような構造が病棟にあるならば、新人は主体的に学習課題を捉え、実践に参加するようになるといえる。

以上、新人が臨床現場において一人前の看護師になるまでの学習過程をLPPの主要概念をもとに整理し、図2のように構造化した。

新人の学習過程では、仕事の割り当ての変化に応じて新人自身が学習課題を意識し、看護実践そのものの獲得だけでなく、看護実践上のツールの使い方や他者とのコミュニケーション、病棟におけるメンバーシップや看護師アイデンティティ、それらの同期的な変化とともに「一人前」になっていく過程がみられた。また、その過程を促す社会的構造として、病棟内に存在する熟練度に応じたサブ共同体が新人にとって志向性をもったロールモデルとなっており、それらの先輩との有効な対話が重要な学習の鍵となることが示唆された。

## 結 論

本研究は、看護師としての学習という複雑な過

程をより具体的に記述することを目的に、新人が臨床現場で与えられる仕事に変化していくなかで、いかにして学習資源となる他者・ツールを見出して対話をし、一人前へのアイデンティティの変化を遂げたのかという過程に注目した。

その結果、以下のことが明らかになった。

### 1. 新人の学習過程の特徴

- 1) 病棟での仕事の割り当ての変化に応じ、新人自らが学習課題を設定していた。
- 2) 先輩との対話により新人の看護実践行為への意味づけや承認がなされる場合は、学習が促されていた。

### 2. 新人の学習を方向づける病棟の社会的構造

- 1) 実践共同体である病棟の看護チームの中に、熟練度に応じたサブ共同体があり、それらが新人にとって志向性をもったロールモデルとなっていた。
- 2) 異なったサブ共同体のメンバー間で行なわれる対話においては、申送り・看護計画・カンファレンス・日常会話が重要な媒体となっていた。

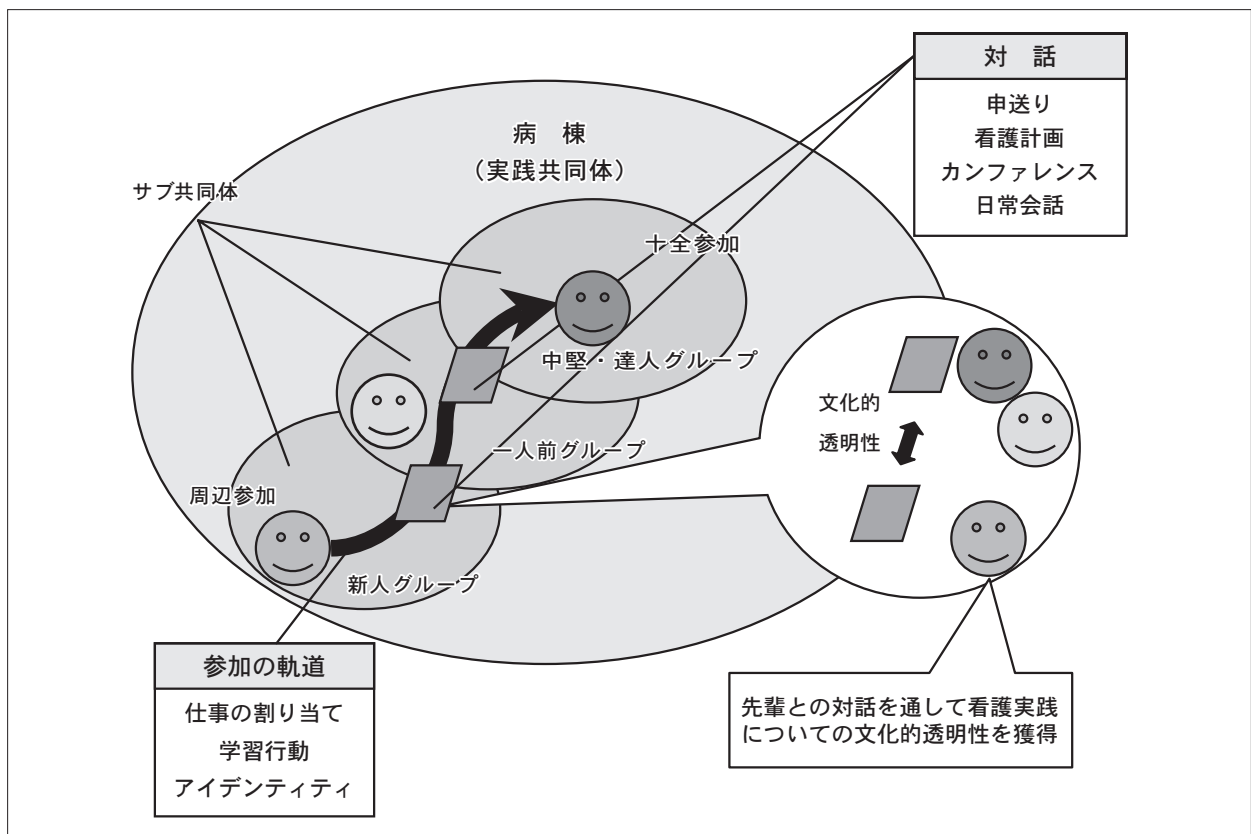


図2 LPPの主要概念による新人看護師の学習過程の構造  
出典：前掲図1<sup>5)</sup>をもとに作図

## おわりに

本研究の意義は、LPPを分析概念として新人の視点から看護師の学習過程を明らかにしたことである。その結果、新人自身がとらえる学習過程の特徴および学習を方向づける病棟の社会的構造を明らかにできた。

今回対象としたA病院は例年の新規採用者が10名前後と他の同規模病院と比較して少なく、院内の看護師平均年齢も比較的高い。したがって、今回の結果は新人の学習過程の一例と捉える必要がある。しかし、質的研究における移転可能性<sup>10)</sup>から、今後、多様な立場の新人の学習過程を明らかにしていくうえで意義のある結果が得られたと考える。

尚、3事例の各フェーズへの到達時期について若干のばらつきがあったが、本人に由るものよりも仕事の割り当ての影響を受けていたので、今回の結果では言及しなかった。

また、本研究は新人の看護実践能力の向上に関して、看護基礎教育修了直後の未熟な看護師の個々の特性に言及するものではなく、新人を迎え入れる現任教育側の社会的構造を新人の視点から見直すことに注目したものである。今後は現任教育側の視点から病棟の社会的構造を見直すことで今回明らかにした新人の学習過程をより立体的になることが期待される。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、インタビューにご協力いただきました皆様、ならび研究参加者選定にあたりご協力をいただきました、A病院関係者の皆様に心より御礼を申し上げます。

尚、本研究は山形県立保健医療大学大学院修士論文として提出したものの一部を抜粋・加筆したものであります。

## 引用文献

- 1) 健和会臨床看護学研究所. 看護実践—経験知から創造へ—健和会臨床看護学研究所20年の歩み. 川島みどり 編. 東京:看護の科学社; 2003.
- 2) 陣田泰子. 科学知と臨床知(看護の知) 対立から両立へ. 臨床看護. 2009; 35: 4-8.

- 3) P. Benner. ベナー看護論 新訳版. 井部俊子 訳. 東京:医学書院; 2005.
- 4) Jean Lave & Etienne Wenger. 状況に埋め込まれた学習—正統的周辺参加—. 佐伯胖 訳. 東京:産業図書; 1993.
- 5) 伊藤崇, 藤本愉, 川俣智路, 鹿嶋桃子, 山口雄, 保坂和貴, 城間祥子, 佐藤公治. 状況論的学習観における「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. 北海道大学大学院教育学研究科紀要. 2004; 93: 81-157.
- 6) 山本茂. 日本企業における作業組織のフレキシビリティ: 技能形成に内包された組織文化的価値の学習に注目して. 三田商学研究. 1995; 38: 147-160.
- 7) 柳原真知子. 「正統的周辺参加(LPP)」としての臨床実習—訪問看護実習での学びを検証して—. 東北大学医療技術短期大学部紀要. 2000; 9: 9-22.
- 8) 亀井美弥子. 職業参加におけるアイデンティティ変容と学びの組織化の関係: 新人の視点から見た学びの手がかりをめぐって. 発達心理学研究. 2006; 17: 14-27.
- 9) 陣田泰子. 「看護現場学」誕生の経過とその方法. 開拓・開発まで. 臨床看護. 2009; 35: 9-14.
- 10) 和田攻, 南裕子, 小峰光博 編. 看護大事典. 東京:医学書院; 2002.
- 11) Holloway, I. & Wheeler, S. ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで(第2版). 野口美和子 訳. 東京:医学書院; 2006.
- 12) 川島みどり, 陣田泰子 編. はじめてのプリセプター 新人とともに学ぶ12ヶ月. 東京:医学書院; 2003.
- 13) 永井則子. プリセプターシップの理解と実践 改訂版 新人ナースの教育法. 東京:日本看護協会出版会; 2006.
- 14) 佐伯 胖. 学習力を育む—現場で生きる実践知とは—. 日本看護学教育学会誌. 2006; 16: 39-47.
- 15) 加藤和子, 南雲美代子, 中村祐子, 内田伸樹, 片桐智子, 原萃子. クリティカルパスを使用した看護活動の実証的研究. 山形保健医療研究. 2005; 8: 13-23.

- 16) 山口知代, 島津聖子, 山田貴代子, 荒木孝治. 精神科病棟に勤務する若手看護師の看護者間対人葛藤とサポートシステムについて. 大阪府立大学看護学部紀要. 2006; 12: 77-84.
- 17) 佐伯 胖. 「学ぶ」ということの意味. 東京: 岩波書店; 1995.
- 18) Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. . From beginner to expert: gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advances in Nursing Science*. 1992; 14:13-28.
- 19) 澤井信江. “エキスパートナースの思考と行動”. 野島良子 編. エキスパートナース その力と魅力の構造. 東京: へるす出版; 2003. 47-67.
- 2009. 2. 12 受稿, 2009. 3. 10 受理 —

## 要 旨

近年, 新人看護師の臨床実践能力不足が問題視され, 現任教育のあり方が検討されているが, その能力形成過程の実態の報告は少ない。

本研究は, 正統的周辺参加論の視点から新人看護師が一人前になるまでの学習過程を明らかにすることを目的に, 卒後4年目の看護師に臨床現場での体験を半構成的にインタビューし, 質的に分析した。

学習過程の特徴として, 病棟での仕事の割り当ての変化に応じ自ら学習課題を設定していた。先輩との対話により看護実践行為への意味づけや承認がなされる場合, 学習が促されていた。また, 学習を方向づける病棟の社会的構造として, 病棟の中には熟練度に応じたサブ共同体が存在し, それらは新人にとって志向性をもったロールモデルになっていた。異なった段階のサブ共同体メンバー間の対話においては, 申し送り・看護計画・カンファレンス・日常会話が重要な媒体となっており, 先輩との有効な対話が学習の鍵となることが示唆された。

**キーワード:** 新人看護師, 現任教育, 看護師アイデンティティ, 学習過程