

教育臨床の現場で科学の知をどう駆動するか — エビデンスとナラティブをめぐる一考察 —

磯 邊 聡

千葉大学・教育学部

How can we drive the knowledge of science in the field of clinical education
— A note on evidence based approach and narrative based approach —

ISOBE Satoshi

Faculty of Education, Chiba University, Japan

教育臨床という場は多様性を持ったエコロジカルな場である。本小論では、そのような教育臨床の現場で、目の前の対象者と「エビデンスの知」「ナラティブの知」とを、どう結びつけ生かしていけばよいのかについて論考を行った。はじめにエビデンスベースドアプローチとナラティブベースドアプローチの特徴について概観し、これらはいずれも反証可能性を備えた「科学の知」であることを指摘した。そして、教育臨床の場においては、「科学の知」を適切に駆動するために能動的な臨床的主体が重要であること、さらにこの臨床的主体は、「臨床の知」「専門的に訓練された主観」によって支えられていることを述べた。最後に、臨床的主体を深めるために、理論・学説・技法の習得、日々の実践、省察する場が不可欠であることを論じた。

キーワード：教育臨床 (clinical education) 臨床的主体 (clinical entity)
科学の知 (knowledge of science) 臨床の知 (knowledge obtained from clinical practice)
専門的に訓練された主観 (professionally trained subjectivity)

I. はじめに

近年、心理臨床をめぐる環境は大きく変わりつつある。これまでの「アート」を重んじる風潮や立場から、「エビデンス」を重視する風潮や立場に、緩やかにしかし確実にシフトしているようだ。とくに精神科領域を中心に認知行動療法がもてはやされ、いわゆる昔ながらの「力動的心理療法」や「来談者中心療法」はすっかり表看板から消えてしまったようにさえ感じられる。それは、認知行動療法や行動療法が創始以来一貫して実証性や明晰性を備えた治療・理論体系であり続けたことや、社会全体が費用対効果や説明責任を求めるようになってきたこととも無関係ではあるまい。心理臨床の世界では『エビデンスに基づく臨床心理学』という言葉も聞かれるようになってきた。実は筆者も学部時代に実験心理学が盛んな心理学コースに在籍し、実証性を重んじる研究法や統計手法、そしてその立場から見た人間像などを基礎から学んできており、これらの考え方には一定の親和性と理解を覚えるものである。しかし同時に、あまりに定式化されたマニュアルのみしが見つかり、一方的かつ機械的な「乱暴な適用」がなされている現場に遭遇することも残念ながらないわけではない。そこにはエビデンスと目の前のクライアントとをつなぐ「何か」が欠落していると言わざるをえない。

いっぽう、このようなエビデンス重視の流れに対抗す

るように「ナラティブ (ものがたり)」を標榜する立場もあらわれてきた。主に力動的な接近法を得意とする筆者から見ると、ナラティブの考え方や主張は取り立てて目新しいものとは思えないが、エビデンスに対する一つの対立軸としての意義は大いにあるように思える。ナラティブな立場から発信されるメッセージや知見には、臨床感覚とフィットし「なるほどこう考えればよいのだ」と深く納得するものも少なくないが、なかには「これは言いすぎではないか？」と訝しく思える主張や、独善的で了解困難な解釈も散見される。さらには思い込みのナラティブをクライアントに覆い被せてしまい、援助者がどこをそして誰を見てるのか分からないといった、いわば「クライアント不在」としか言いようがない例に出会うこともないわけではない。ここでもナラティブと目の前のクライアントとをつなぐ「何か」が抜け落ちているのである。

ところで、現在の筆者の主なフィールドはスクールカウンセリングなどの教育臨床の現場である。教育臨床という場の特徴については別の場所 (磯邊, 2015) で指摘したとおりが、一言でいうと非常に多様性を持ったエコロジカル (生態学的) な場だといえる。それがゆえに筆者にとって教育臨床はなかなか難易度の高い「応用編」と感じられるのだが、このような場で援助者として関わるとき、私たちはエビデンスおよびナラティブ、そしてこれらの立場から生み出された「知」とどのようにつきあっていけばよいのだろうか？ これらの「知」とクライアントとをつなぐ「何か」とは何なのだろうか？ 本稿ではこのことについて論考してみたい。

連絡先著者：磯邊 聡 isobe@faculty.chiba-u.jp
Corresponding Author : isobe@faculty.chiba-u.jp

Ⅱ. エビデンスベースドアプローチ

まずはじめにエビデンスを重視したエビデンスベースドアプローチ（Evidence Based Approach：以下EBA）から考えてみたい。エビデンスevidenceとは、辞書的には「証拠」「根拠」を意味する言葉であり、本稿では実証的なエビデンスに基づいて研究や治療・支援を行おうとする立場をEBAと呼ぶことにする。

もともとEBAは1990年代より、薬学や身体医学の領域で提唱された「実証に基づく医学（Evidence Based Medicine：以下EBM）」に端を発する。EBMでは、客観的なデータと吟味された研究デザインによって、明確に効果があると認められた治療法を採用することで、患者に対して最適なサービスの提供を目指す。このような実証的なデータを重んじる立場は、その客観性や説得力から薬学や身体医学の分野にとどまらず、看護学、リハビリテーション学、心理学などに急速にその範囲を広げつつある。

臨床心理学者の丹野（2001）はEBAの背景と特徴を次のように述べている。

実証に基づく治療評価とは、治療の効果をきちんとアセスメントして、効果のある技法だけを用いるというポリシーである（p.5）。EBMはこれまでの医療が医師個人の経験と勘に頼っていたことを反省し、客観的に実証された根拠に基づいて医療を行っていくとする医療現場での運動である（p.196）。

このようにEBAはそれまでのどちらかといえば職人性や技（アート）に偏重しがちだった治療姿勢に対するアンチテーゼとして、米国の医療や研究領域を中心に急速に広まった。そこには、米国における医療費抑制政策などの費用対効果を求める医療経済学的な背景（朱，2010）も少なからず関係している。

このようなEBAは我が国の臨床実践および研究領域のみならず、政策決定の場においても重視されるようになってきた。2010年の政権交代時に華々しく取り上げられた行政刷新会議によるいわゆる「事業仕分け」の場で頻繁に発せられた「データを示してください」という言葉に含まれている「データ」とは他ならぬこのエビデンスのことである。

さて、EBAに基づく介入・研究は典型的には次のようなプロセスを経て行われる。

【EBAに基づく研究の手順例】

- ①対象の同定（正しい診断） → 対象者を明確に定義し、同質性を確保する
- ②ターゲットの量的アセスメント（ベースライン測定） → 問題とする症状や現象を量的に測定し、介入前のベースラインを取る
- ③介入方法の選択（デザインの決定） → どのような介入や治療を、どのようなデザインで実施するかを決定する
- ④介入の実施と効果測定（事後評価） → 実際に介入を行い、再度量的アセスメントおよび統計的検定等を実施してその効果を吟味する

上記のプロセスをそれぞれ医療そして教育の領域に適用したとき、以下のような例を挙げることができる。

【EBAモデルの医療への適用例】

テーマ：高校生の糖尿病1型患者に対する効果的な介入（治療）法の検討

- ①対象者を高校生年齢の糖尿病1型患者とする
- ②介入前の血糖値を一定期間測定し、その平均をベースラインとする
- ③対象者を3群にわけ、介入A群、介入B群、統制群にランダムに割り当てる
- ④統制群以外は介入を開始し、一定期間後に血糖値を測定する。さらに一定期間経過後にフォローアップとして2回測定し、介入効果を吟味する

【EBAモデルの教育への適用例】

テーマ：中学生における自己否定感情の低減を目指す教材の開発

- ①対象者を中学生とする
- ②介入前の自己否定感情を適切な尺度を用いて測定し、ベースラインとする
- ③対象者を3群にわけ、教材A群、教材B群、統制群にランダムに割り当てる
- ④教材を用いた授業を行い、授業後に再度自己否定感情を測定する。さらに一定期間経過後にフォローアップとして2回測定し、授業の効果を吟味する

得られた結果は統計的な吟味を施すことでどの介入が有意に効果的であるかが検討できる。このようなデザインを用いた介入の結果は図1のように表現される。

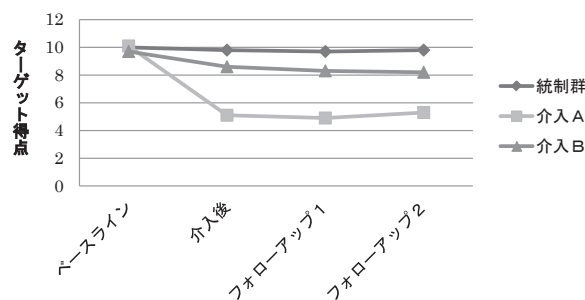


図1. エビデンスアプローチの模擬結果

このEBAで特に重要なのは、ターゲットの同定と測定、対象者のランダムな割り当て、定式化された介入である。ターゲットの同定と測定は、問題を適切に定義しアセスメントする際に必要なだけでなく、効果を吟味する際の重要なマーカーとなる。また、ランダムな割り当ては介入者（研究者）の恣意性を排除することに寄与する。そして、定式化された介入は追試可能性や再現可能性を確保するものであり、いずれもエビデンスの正当性や説得力を高めるものである（レヴィ・アブロン，2012）。

臨床現場においてEBAを導入する意味は何であろうか？ 前出の丹野（2001）は、治療効果をEBAに基づいて提示することは、①クライアント（対象者）へのインフォームドコンセントの観点から、②費用対効果

の観点から（限られた予算をより効果的に使用できる）、③自らの専門性を他者に主張するため、④プロとしての職業倫理として、それぞれ必要であると論じている。

確かに専門家としての説明責任や倫理、そして費用対効果などの側面からも、EBAに基づいて研究や実践を積み重ねることはきわめて重要である。

しかし、スクールカウンセリングなどの教育臨床の現場にこれらの手法を持ち込もうとすると、筆者の中にいくつかの懸念や疑問が生じるのもまた事実である。それは具体的には次のような点である。

① 教育臨床現場の多要因性

上述のEBAのプロセスは実際の教育臨床現場に照らして考えると、あまりに実験室的に統制された環境下でなされているとは言えないだろうか。EBAのモデルは不確定要素をできるだけ減らし、介入の効果をより純粋な形で検出できる、あるいはしやすいうようにデザインされたものであり、なるほどそのような統制された条件下では示されたような結果が得られるのかもしれないが、教育臨床の現場は、子ども・家庭・学校や社会といったさまざまな要因が複雑に絡み合った多要因決定論に基づいたエコロジカルな場だと考えられるので、EBAのような相対的にシンプルなモデルに基づく理解と介入では、生じている現象を適切に扱うことができないのではないだろうか。

② エビデンスの定義の難しさ

そしてそもそも教育臨床における「エビデンス」とはいったい何を持って定義すればよいのだろうか。たとえば、不登校の子どもへの援助を考えたとき、ベースラインそして改善のマーカーとして測定される「エビデンス」とはいったい何を指すのだろうか？ 心理臨床におけるEBAのもっとも輝かしい成功例の一つに認知療法があげられるが、認知療法は従属変数となる「うつ病尺度(BDI)」の開発とうつの認知モデル構築および定式化された介入方法がセットになって初めて成立しうるものであった。しかし教育臨床におけるもっとも重要なテーマの一つである不登校をとっても、説得力を持つ包括的なメカニズムモデルは現時点では見当たらない。そのような中で、不登校児童生徒の介入効果のマーカーとして何を設定すればよいのだろうか？ ケースによっては登校を目指した方がよい場合もあるし、逆に安心して欠席する（できる）ようになることが大切な場合もある。このようにさまざまな状況をダイナミックな視点から分析し、問題の成り立ちや目指すべき方向そしてアプローチを決定する。実はこのような多角的な「見立て」の能力が教育臨床においては特に求められるのであり、目の前の主訴を単に数値化してマーカーとするだけでは十分とはいえない場合が多い。同様のことが、教育臨床上の主要なテーマであるいじめ問題、虐待問題、反社会的行動などにも当てはまる。

このように、EBAの考え方や手法は明晰性を備え、定式化されているのだが、教育臨床の現場にこれをそのまま持ち込むことは容易ではない。もちろんテーマや症

状によってはEBAが劇的な効果を生むこともあるだろうが、それでもEBAとクライアントとの関係は決してダイレクトではなく、そこには何らかのプロセスが介在しなくてはならない。

Ⅲ. ナラティブベースドアプローチ

前節のEBAに対して、「ナラティブ（ものがたり）」や「意味づけること」の持つ意義を強調し、EBAを補完するものとして登場したのがナラティブに基づく医療(Narrative Based Medicine：以下NBM)であり、ナラティブベースドアプローチ(Narrative Based Approach：以下NBA)である。

NBMを提唱した医師のグリーンハルとハーウィッツ(2001)は、臨床におけるナラティブの意味を次のように記している。

私たちは、^{ナラティブ}物語りによって生きているというだけでなく、^{ナラティブ}物語りによって病気になる、回復し、悪化し、小康状態を保ち、そして結局は^{ナラティブ}物語りによって死ぬのである(p.6)。病の^{ナラティブ}物語りの文脈を理解することは、患者が抱える問題に全人的にアプローチするための枠組みを提供する。また、同時に診断あるいは治療上の可能な選択肢をも示してくれる(p.8)。

私たちが「ナラティブ」によって生き、そして死ぬ。これは決してレトリックや誇張ではない。たとえばフランクル(1971)の『夜と霧』には、強制収容所という過酷きわまりない環境下において、人が生きる意味や希望を持つこと、そしてそれを失うことがどんな影響を与えるのかについて次のように描かれている。

一つの未来を、彼自身の未来を信ずることのできなかった人間は、収容所で滅亡していった。未来を失うとともに彼はそのよりどころを失い、内的に崩壊し身体的にも心理的にも転落したのであった(p.179)。

人間が「ものがたり」なくしては生きられないことを臨床心理学者の河合隼雄(1982)も次のように指摘している。

人間の心はわからないところがある。つまり物語らないとわからないことがある、と私は思うのです。たとえば途方もない事故が起こった。なぜこんな事故が起こったのか。その時に自然科学的な説明は非常に簡単です。なぜ私の恋人が死んだのかというときに、自然科学は完全に説明ができます。「あれは頭蓋骨の損傷です」とか何とかいって、それで終わりになる。しかしその人はそんなことではなくて、私の恋人がなぜ私の目の前で死んだのか、それを聞きたいのです。それに対しては物語るより仕方がない。つまり、腹におさまるようどう物語るか(p.53)。

NBAにおいては一人ひとりが持つ主観的な「ナラティブ」が現実世界を人間的に生きていくための装置として位置づけられている。このように人生の意味やものがたり性を重視するNBAは、人間存在のトータルなありよ

うが問われる領域、たとえばターミナルケアやモーニングワークなどの分野でより一層重要な意味を持つ。

EBAが客観的なエビデンスを重視し、人を平均値や確率で捉えようとするのに対し、NBAでは人を質的に捉え、その人や関係性が持つ固有の体験や意味を重視する。

NBAの特徴を挙げると次のようになろう。

【NBAの特徴】

- ①人間を全体的 (holistic) に捉える → モザイク的理解 (機械論的) や還元主義的な立場は取らない
- ②その人にとっての「意味」や「ものがたり」を重視する → 表面的な症状や問題のみに焦点を当てるのではない
- ③その人そのものの個性や一回性を重視する → 人間を平均や確率では捉えない
- ④関係性そのものを重視する → 関わり手との関係性を重視する

このようなNBAの立場に立った臨床とはどのようなものだろうか？ 我が国においてNBMを積極的に展開している医師の斎藤と岸本 (2003) は、ナラティブに基づいた一般診療のプロセスを以下のように記している。

【NBAを用いた一般診療プロセス】

- ①「患者の病の体験の物語り」の聴取のプロセス (listening)
- ②「患者の物語りに関する物語り」の共有のプロセス (emplotting)
- ③「医師の物語り」の進展のプロセス (abduction)
- ④「物語のすり合わせと新しい物語りの浮上」のプロセス (negotiation and emergence of new story)
- ⑤ここまでの医療の評価のプロセス (assessment)

もちろん上述のプロセスは単独でなされるのではなく、EBAに基づいた身体治療も平行しておこなわれる。その意味でも、EBAとNBAは対立する概念なのではなく補完的な関係を持つ概念であるといえよう。

このNBAは援助の手法としてだけでなく、研究の手法としても有用である。前出の斎藤と岸本 (2003) は、NBAに基づく研究の原則として「仮説の反証可能性の保証」を強調した上で、次の4つの方法を紹介している。

【NBAに基づく研究法】

- ①対話 (談話) 分析法：録音、録画データをもとにした逐語録や非言語分析を行い、対話を詳細に検討する
- ②事例研究法 (ケーススタディ)：原則として1事例のプロセスを詳細に検討し、仮説やモデルを生成する方法
- ③エスノグラフィー (民族志)：現場に参加しフィールドワークを行う。参与観察記録や情報提供者とのインタビュー記録をデータ源とする
- ④グラウンデッドセオリーアプローチ：実践への応用性の高い理論生成を目的とし、データをコード化、カテゴリー化し、コアカテゴリーを生成する

ここでNBAに基づく研究の例としてキューブラー＝ロス (2001) の末期患者の死の受容プロセスを紹介した

い。この研究は今から50年ほど前に行われたものだが、未だに数多くの示唆をわれわれ臨床家に与え続けているものである。

【NBAに基づく研究例】

テーマ：患者が末期疾患に対処する際に用いる心理的メカニズムの解明

- ①対象者：死に直面している患者、200名以上
- ②方法：個別に半構造化面接を行い、録音データ等をもとに研究者間でディスカッションを繰り返す。なお、面接者は先入観を排するためカルテは見ずに面接を実施する
- ③結果：末期患者は、自分が助からないと知ってから、1) 否認、2) 怒り、3) 取引、4) 抑うつ、5) 受容、というプロセスを経ることが示唆された

この研究においては、患者の内的状態の検討だけでなく研究者自身に生じた感情や反応についても包み隠さず検討の対象にしている点が特徴的である。

このようなNBAに基づくプロセスは、個別性を重んじた質的なものであるがゆえに、専門的中立性や客観性をどう担保するのが非常に重要である。関わり手が十分に訓練されていない場合や、ある種の先入観をすでに抱いた状態で関わりを行った場合、得られるデータや解釈結果は過度に主観的だったり偏ったものになりやすく、再現性や公正さを著しく欠いた、いってみれば「あらかじめ見たいものを見たいように見いだした」だけの研究に終わりがかねない。

このように個人にとっての意味や関係性に重きをおくNBAであっても、独善性や先入観などの偏りは排除されなくてはならず、そこには手続きの定式化や追試可能性の担保、そして専門的中立性の確保が必要である。

そうして生み出されたNBAの「知」は、実際に問題を抱えたクライアントに援助を行う臨床現場との親和性が非常に高いと言える。しかしながら、EBAと同じように、NBAに基づく知見をそのままクライアントに当てはめることはできない。なぜならNBAの「知」も、目の前のクライアント (あなた) そして援助者 (わたし) ではなく、過去の介入者と対象者という三人称性を持つ関係性から導き出されたものに過ぎないからである。どんなにポピュラーで説明力が高いとされるNBAの「知」であっても、目の前のクライアントに妥当するかについての保証はどこにもない。つまりEBMと同様に、NBAとクライアントとの関係も決してダイレクトではなく、そこには何らかのプロセスが介在しなくてはならない。

IV. 「科学」という方法論

このようにEBAとNBAはいずれも手続きを定め、追試可能性や反証可能性を備えることで、導き出された結論の真偽を他者が検証できるように設計されている。この手続きの定式化や反証可能性こそが「科学」に求められる要件であり、両者はいずれも科学的方法論に従ったアプローチと言える。では、この両者はどのような関係

なのだろうか。前出の斎藤と岸本（2003）は以下のよう
に指摘している。

NBMとEBMは決して相対立する方法論ではなく、むしろ患者中心の医療を実践するための車の両輪と考えるべき相補的な方法論なのである（p.30）。EBMとは『エビデンス』という明確に定義された情報を利用することによって、『目の前の個々の患者』に最良の医療を提供することを目的とした方法論なのである。NBMの観点からは、EBMも医療における一つの有力な物語りであると理解される（p.31）。いずれにせよ、EBMとNBMは、ともに「目の前の患者の最大幸福に焦点を当てる医療の方法論」である（p.33）。

このように、EBAとNBAは「科学」という方法論においてお互いに補完し合うアプローチであり、どちらかが優位性を持つというものではない。そしてEBAに基づく「知」とNBAに基づく「知」は、いずれも結局のところは、現在ではない過去の、私ではない誰かが、あなたではない誰かと関わって得られたデータに基づいて導き出された結果以上のものではなく、今ここで、他の誰でもない私が、他の誰でもないあなたに何をすればよいのかという切実な問かけに対しては、実のところ何も語ってはくれない。

さて、私たちの足元にはこのような「科学の知」がうずたかく積み上げられているわけだが、実際の臨床現場、特に教育臨床においてはこれらをダイレクトに適用することは困難である。では、私たちはこれらの知と目の前のクライアントとをどう結びつけたらよいのだろうか？

そのことを考える手がかりとして哲学者の中村雄二郎の論説を引用したい。中村は『臨床の知とは何か（1992）』の中で、科学の特徴を次のように指摘している。

近代科学が一七世紀の〈科学革命〉以降、〈普遍性〉と〈論理性〉と〈客観性〉という、自分の説を論証して他人を説得するのにきわめて好都合な三つの性質を合わせて手に入れ、保持してきた……（p.6）。しかしながら、〈現実〉とは、このように近代科学によって捉えられたものだけに限られるのだろうか？（p.7）近代科学の客観性は、基本的に、主観と客観、主体と対象の分離・断絶を前提としている。……。つまりここでは、事物の側からのわれわれに対する働きかけ、われわれの側からいえば受動になるような作用は一切無視され、無いものとされている（p.9）。

明示された条件と方法を用意すれば、誰でも同じ結果が客観性を持って得られる（あるいは得られるかどうかの検証が可能となる）。このことを、近代科学論の生みの親であるポパーは「反証（駁）可能性」と呼び、これを備えた体系を科学と呼んだ（川村、1990）。

科学のもたらした恩恵はきわめて大きなものであり、現代社会を支えるさまざまな基盤の多くは、科学なくしては達成されなかっただろう。

この科学的手法の特徴の一つは「誰がやっても」というところにある。つまり、関わり手（介入者）の「三人称性」あるいは「匿名性」こそが重要なものであり、関わり手はいつでも取り替え可能である。たとえば科学にお

いて、ある物体の落下速度を測定するのに、「誰が」それを落としたかは一切関係がない（というよりそれが関係することがあっては絶対にならない）。同様に十分に定式化された方法で介入するならば、その薬を投与するのは、あるいはその半構造化インタビューを行うのは、あるいは相手のその言葉を繰り返す応答を行うのは、誰でも構わないというのが科学の考え方である。

確かに、科学は世界や現象を捉える一つの有力な方法論である。しかし、これは人間が介入しない（あるいはしたとしても人間をパーツや機械論的に捉える）、自然科学的世界観においてもっとも妥当するものであろう。

いっぽう教育や心理臨床などの、人間をそれぞれ固有の性質や歴史を持った存在として捉え、今ここでの関係性に基づいて、目的を持ってその人固有の何かを変えることを目指した働きかけを行おうとする領域や事象において、これらの自然科学的アプローチははたしてどこまで適用することができるのだろうか？ もっと言うと、これらの営みにおける関わり手はいつでも取り替え可能であり、「誰がそれを行ったか」を無視してよいのだろうか？ 筆者の臨床経験に基づいていうなら、特に教育臨床の現場においては「誰が」「どんな関係で」その働きかけや操作を行ったのかこそが実はもっとも重要なものであり、このような一人称性・二人称性や関係性そのものが問われるこれらの場に、科学の知をそのまま適用することは困難だと思われる。だからこそ、教育や心理臨床は、いまだに生の人間関係、すなわちライブ性に重きがおかれているのではないだろうか。つまり、教育臨床という場においてEBAおよびNBAに基づく「科学の知」は万能ではない。

V. 教育臨床の現場で科学の知を駆動するもの —臨床的主体—

では、教育臨床の現場でわれわれがこれらの「科学の知」を適切に駆動し、目の前の対象者（クライアント）と結びつけていくものとは何であろうか？

たとえば目の前に、「希死念慮」を抱くクライアントがいたとしよう。その人が突然「先生。私もう消えてしまってもいいですか？」と援助者に問うたとしよう。その瞬間、援助者はどのように応答を決定しているのだろうか？ EBAに基づく「知」を頭の中でレビューして、もっとも成功率の高い応答をするだろうか？ それともNBAに基づく「知」を心の中でひもといて、近似した事例に対してなされた応答をするだろうか？ 恐らくそうではあるまい。最終的に状況を判断し、その瞬間、自分がどう応答するかを決定し実行するのは、そこに存在する生身の「臨床家としてのわたくし」において他にない。この「臨床家としてのわたくし」がさまざまな内的・外的状況を五感を駆使して読み取り、応答のバリエーションを瞬時に吟味し、その結果わき起こってきた直感に基づいて応答しているのではないだろうか（少なくとも筆者はそうである）。応答は「科学の知」ではなく、「臨床家としてのわたくし」が直感に基づいて能動的に行うのである。つまり臨床場面においてはこの「わたくし」の主体的なありようこそが問われなくてはならない。こ

ここではこのような臨床場面における一人称性を帯びた存在を「臨床的主体」と呼ぶことにしたい。これまで問題にしてきた、EBAそしてNBAに基づく「科学の知」と、目の前の対象者とを介在する「何か」とは、この「臨床的主体」にはかならない。

では、この臨床的主体は何によって支えられ構成されているのだろうか？ ここで再び中村（1992）の言説を引用したい。

近代科学の三つの原理、つまり〈普遍性〉と〈論理性〉と〈客観性〉が無視し排除した〈現実〉の側面を捉えなおす重要な原理として、ここに得られるのは、〈コスモロジー〉と〈シンボリズム〉と〈パフォーマンス〉の三つである。わかりやすく言いなおせば、〈固有世界〉〈事物の多様性〉〈身体性をそなえた行為〉の三つである。そして、これらをあわせて体现しているのが、私が〈臨床の知〉としてモデル化したものなのである（p.9）。

（科学的医学と臨床の知の）一種の統合が可能であるとすれば、科学的医学と〈臨床の知〉との対等の結合ではなくて、〈臨床の知〉の主導下に科学的医学の諸成果を思い切って取捨選択し、再組織することであろう。医学・医療において高度化した科学や技術の自己目的化や自己満足は、〈臨床の知〉によって初めてチェックすることができるからである。また、それがそのまま、医療を、商業主義と結びついた科学や技術による奴隷状態から、人間の手に、生活世界に取り戻すことにもなるのである（p.156）。

中村は「科学の知」と対置させて「臨床の知」を提唱する。いつでもどこでも通用する普遍性に対して、ここでこの人にしか通用しない固有世界、単純な因果律に対して多義性、対象を観察する客観性に対して積極的に関わりを持つとする行為。これらによって体现された知が「臨床の知」であるといい、「科学の知」を統べるものとして上位に位置づけた。臨床的主体はまさにこの「臨床の知」によって支えられているといえるだろう。

足元にはさまざまな「科学の知」の蓄積がある。そして目の前には対象者（クライアント）がいる。その時に、どのように現象を見立て、どのような関わりを選択するかは、「臨床の知」に支えられた臨床的主体が能動的にこれを行わなくてはならない。

ところで、このような臨床的主体に生じる直感は、「主観」と言い換えてもよいだろう。とどのつまり私たち臨床家は、パーソナルな主観に基づいて援助を行っているのだ。いや、この表現は正確ではないかもしれない。パーソナルな主観だけが頼りであるといった方がよいだろうか。精神分析家のエリクソン（1971）は、臨床家に生じるこのような主観を次のように論じている。

人は治療の出会いによって、治療前よりも健康な、よりまとまった人間になることを期待して、もっとも個人的にして神聖なるものを資料に供するのである。このことから心理療法家には、他の臨床家と同様、更に、つぎのことが要求されることになる。……たとえ、素朴なかたちであるとしても、知的な内的整合性を自分のよって立つ理論的図式との間で保つこと。しかしいずれにもまして、心理療法家に要求されるのは、患者の行

為や反応を捉える自分の動きの中に、特別にとぎすまされた自己意識を持つことである。臨床活動には、中核となる専門的に訓練された主観があると私は主張したい（p.39）。

臨床的主体が行う関わりは援助者の主観に基づいてなされる。しかし、この主観はナイーブで素人的なそれではなく、専門的に訓練されていなくてはならない。エリクソンの臨床姿勢が垣間見えるこの指摘は見事と言うよりない。

EBAそしてNBAの「知」と、目の前の対象者をつなぐ「何か」とは、臨床的主体であった。そして、この臨床的主体は「臨床の知」に支えられており、「専門的に訓練された主観」を頼りに、今ここに存在し、目の前の対象者に働きかけを行う（図2）。

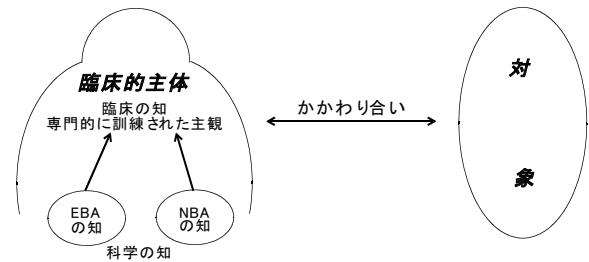


図2. 臨床的主体

エビデンスとナラティブはいずれも「科学の知」を構成する重要な要素である。そしてこれらを駆動し、目の前の対象者との関わりに生かすのは能動的な存在である臨床的主体である。臨床家として成長するという事は、この臨床的主体を支える「臨床の知」を深め、「主観」を専門的に訓練していくことである。わずかに数行であるが、これが本稿における筆者なりの結論である。

VI. 臨床的主体の深まり —結びにかえて—

教育臨床において臨床家が成長する、つまり「科学の知」を駆動するための臨床的主体を深めていくには何が必要だろうか？ 最後にこの点について筆者の見解を述べてみたい。

自らの経験を振り返るとき、次の3点が重要なのではないかと筆者は考えている（図3）。

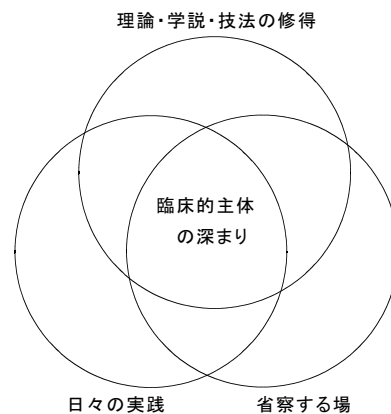


図3. 臨床的主体を磨くもの

① 理論・学説・技法の習得

基本的な理論や学説、そして援助技法等の学びである。ここには、科学的思考法（そして非科学的思考も）の習得や先行研究の渉猟なども含まれる。人間存在に対するさまざまな視点や世界を捉える視座、そして具体的な関わり方などについて幅広く知ること、臨床的主体は、より広いものを見方を獲得することができる。その際、一見関係が薄いように思える世界や苦手とする分野などにも関心を向けると意外な発見が得られることがある。

しかし、他の領域に目を向けず不釣り合いにこの領域のみが肥大してしまうと、単なる「知の愛好家」「誰かのレプリカやミニチュア」に陥ってしまう危険性があるので注意が必要である。

② 日々の実践

臨床経験を積み重ね、実践を継続するということである。援助者にとって臨床という営みは、語ったり評論したりするものではなく、なによりも「実践」するものである。臨床心理学者の田島（2009）は「現場は学問のはるか先を行っている」という実感を吐露しているが筆者も全く同感である。当たり前のことだが、対象者は理論やマニュアルの中ではなく、「目の前にいる」のである。道具としての自分の刃先が鈍にならないよう、日々の実践現場にとどまり続け、数多くのことを学ぶと同時に、臨床感覚を常に新鮮なものにし続けたい。実践から離れると（これはときに「陸に上がったカッパ」などといささか自嘲気味に称されることもあるが）、次第に評論家になってしまう（というより、評論するより他になくなる）危険があることにも自覚的でいたい。

いっぽう、他の領域に目を向けず不釣り合いにこの領域のみが肥大化すると、単なる「行き当たりばったり」「自己流」にとどまってしまう危険性があるのでこの点にも注意が必要である。

③ 省察する場

自らのありようや実践を反省（内省）する場を持つことである。学びっぱなし、やりっ放しではなく、自らの臨床を常に省察し続ける。たとえば自己分析・スーパービジョンや事例研究・教育分析などはその典型的なものであろう。自分の課題や癖、そしてありようを振り返り、常に自己点検を行い続ける。今の姿に決して満足することなく、自分らしい臨床を求めて日々成長しようとする。このような作業を可能にするのが「省察する場」である。「臨床は二者関係であると同時に、一者関係である」「自分のことを分からない人がどうして他者を理解することができるだろうか」。これは筆者がいつも抱えている思いである。自分を振り返る作業は時につらいものとなりうるが、これを怠ると成長への可能性を自ら閉ざしてし

まうことになりかねない。

いっぽう、他の領域に目を向けず不釣り合いにこの領域のみが肥大化すると、「自分がせり出た臨床」「対象者を自己目的のために利用する援助者」になってしまう危険性があるのでこの点にも注意が必要である。

臨床的主体の成熟とはこれらの三者の交差する地点で時間をかけて達成されていくものだろう。人によってバランスの差はありこそすれ、どれが欠けても十分ではない。そしてこのプロセスは、臨床家であり続ける限り終わることはない。「科学の知」やその手法を習得することがプロとして求められる要件であるのと同様に、臨床的主体を深めていくこともまた、プロに課せられた不可欠の責務と言えらるだろう。

さて、本稿では「教育臨床」という場を想定しながら論を進めた。しかしここで論じたことは、教育臨床のみならず他の臨床現場においても当てはまることがあるかもしれない。この点についてはこれ以上議論することはせず、読者の判断に任せたい。

対人援助という営みは、生身の人間が、生身の人間に関わり続けるという行為である。人間に対する深い関心とまなざしを持つと同時に、プロとして自らの臨床的主体を少しでも深めつつ臨床現場にとどまり続けることができればこれ以上の喜びはない。

Ⅶ. 文 献

- エリクソン（鑑訳） 1971 洞察と責任. 誠信書房
 フランクル（霜山訳） 1971 夜と霧. みすず書房
 グリーンハル・ハーウィッツ 2001 ナラティブ・ベイスド・メディスン. 金剛出版
 磯邊 聡 2015 学校臨床の視角—私家版・学校臨床心理学入門—. 千葉大学教育学部研究紀要. 63. 77-84
 河合隼雄 1992 河合隼雄 その多様な世界. 岩波書店
 川村仁也 1990 ポパー. 清水書院
 キューブラー＝ロス（鈴木訳） 2001 死ぬ瞬間. 中央公論社
 レヴィ・アブロン（編著）（安達ほか訳） 2012 エビデンスベイスド精神力動的な心理療法ハンドブック. 北大路書房
 斎藤清二・岸本寛史 2003 ナラティブ・ベイスド・メディスンの実践. 金剛出版
 朱 賢 2010 アメリカ医療保険制度の展開過程. 社会システム研究. 20. 143-169
 田嶋誠一 2009 現実に介入しつつ心に関わる. 金剛出版
 丹野義彦 2001 エビデンス臨床心理学. 日本評論社
 中村雄二郎 1992 臨床の知とは何か. 岩波新書