

教師教育における臨床経験と臨床能力の形成

—医師の卒後臨床教育との対比において—

山口恒夫 教育科学講座

キーワード：社会性・公共性・倫理性，外部性，EBM，NBM

1. 問題の所在

(1) 体験と省察の統合をめざす教員養成プログラム

2003年3月に出版された日本教育大学協会「モデル・コア・カリキュラム」研究プロジェクトによる『教員養成の「モデル・コア・カリキュラム」の検討』(以下、「モデル・コア・カリキュラム」と略記)で提案された「教員養成コア科目群」は二つの軸を中心に展開されている。ひとつは「教育実習をはじめ、教育実践や教育現場での観察あるいは教育現場への参加など、学生の教育体験を中心とした授業」であり、いまひとつは「そうした教育体験を大学での研究・理論知と結びつける授業科目」である(日本教育大学協会 2003:23)。これら二つの柱に支えられた教員養成プログラムの改善モデルは「経験と省察(reflection)の統合」という言葉によってその方向が明示されている。教員養成の「モデル・コア・カリキュラム」は、一方では、教育学部入学当初からの教育現場への参加・観察に始まり、各学年段階における教育経験の深化を経て「実践的指導力」の育成を図るというベクトルと、他方では、教育現場での経験を単なる「体験」に終わらせることなく、科学的知見に基づく「知」にまで高めるための「振り返り=省察」を目的とする大学での「リフレクションの機会」の設定というベクトルを併せもっているところに大きな特徴がある。

本学部においても、「臨床経験科目の体系化」という名の下に、1年次から4年次までの種々の「臨床経験科目群」を見直し、それらを学部カリキュラムの中に体系的に位置づけ、附属学校園や地域の公立学校及び地域社会の諸機関との緊密な連携の下に、系統的な臨床経験の機会を学生に提供するとともに、学部の全ての教員が教育現場での「臨床経験」の「リフレクション」にどのように参与していくかという課題に現在取り組んでいるところである¹⁾。

すでに他稿で指摘したように²⁾、教育実践の場への早い段階での参与・観察をはじめとする臨床経験の見直しと体系化において、何よりも重要なのは、教育実践に何ほどか参与するだけにとどまらず、観察・参与を通して経験した事象を大学において省察=リフレクションすることである。教員を志望する学生が、教育実践の場にコミットする中で、子どもの実態や児童生徒と教師の関係性、あるいは教師の職務や学校の組織体制について、文字通り参与観察し、〈文献や講義だけでは理解できない〉学校や教師の〈仕事〉を〈内在的〉に理解することは有意義であろう。しかし、教育実践に身をもって関与し体験した事柄を、教育実践の現場において自明化している既存の固定観念を離れ相対化するという省察作業、つまり大学の授業において、教育学や教科教育学の最新の研究知見に基づいて実践体験を振り返り、自己の教育体験をひとつの〈出来事〉として語るという「リフレクション」の作業を精緻化することはより一層重要である。先に述べた「モデル・コア・カリキュラム」の提言以来、全国の多くの教員養成系大学・学部において「体験的=臨床的」科目の積極的導入、とりわけ教育現場での「実習」の長期化傾向が見られるが、臨床的経験をどのようにリフレクションするかという課題については、研究の蓄積も不十分の感は否めない。「体験」と「省察」の往還運動なしに、教育現場での臨床的経験の教員養成カリキュラムへの導入が学校や教師の職務や役割の〈内在的な理解〉の名の下に行われるなら、それは「大学における教員養成」という原則の背景にある科学的な知見と主体的・批判的な視点からの学修の基盤を揺るがし、〈徒弟修業的〉教員養成や

〈師範学校的〉教員養成への回帰につながる危険を孕むといわざるをえない。大学での「リフレクション」の機会が、学生の「素朴な」疑問や〈外在的な〉批判を封じ込めるものになってはならないことはいまでもない。

「リフレクション」の対象は多様である。教科の授業や教科外活動における児童生徒と教師のあいだのコミュニケーション的行為のあり様、教材使用の根拠や適否、学校と地域社会との関係、教師相互の連携や意思疎通の実態、あるいは子どもに実際関わる際の臨床的・倫理的な判断の諸原則等、従来の実践的・臨床的教育研究において十分な蓄積が行われてこなかったと思われる事柄について、「大学の授業としてのリフレクション」の在り方という点から探究を積み上げ、深化させることが今日強く求められている。

このような課題に 대응することを展望しながら、本稿では、医師の卒後臨床教育の見直しとその実態を参照しつつ、専門職者の育成における臨床能力の形成、とくに教師教育の中で見落とされがちだった「社会性・公共性・倫理性」の育成の問題に焦点を当てて、教員養成＝教師教育プログラムの問題点を明らかにしたい。学校教育の「社会性・公共性」ないし教師の職務の「倫理性」を敢えて議論の俎上に載せるのは、一方には、教員養成プログラムにおける臨床経験が、ともすれば教室内の授業実践や教師－生徒関係を前提とした、〈学習指導〉というある種特異なコミュニケーション的行為をステレオタイプな言説で「物語る」ことに回収されてしまいがちだからであり、他方では、学校や教師集団というコミュニティの「閉塞性＝自閉性」（医師や医療現場にも同様のことが言える）を打破することが求められている現在、「医療の社会性や医師の倫理性」を問うことと同様に「学校教育の社会性や教師の倫理性」をあらためて問うことが不可欠と考えるからである。学校の社会性・公共性や教師の職務に伴随する倫理性を教員養成プログラムとの関連において問うことは、しばしば指摘される教師の「市民的教養の欠如」への批判の妥当性、学校というコミュニティの「閉鎖性」批判の適否を検証する上でも不可欠であり、ひいては教員養成や教師教育における教養教育と専門教育の関係を問い直すことにもつながると考えられる。

（２）〈臨床の場〉に立ち会うことと人間の〈生成〉を物語ること

医師の卒後臨床教育と教員養成プログラムを並列的に論ずることの問題性は明らかである。医師教育や看護教育といった医療現場に携わる専門職の養成には固有の歴史的経緯とそれらの領域に特有の事情があることはいまでもない。周知のとおり、わが国の医師教育は 6 年間の教養教育・専門教育を経て、医師国家試験に合格した「研修医」に対して臨床の場での「研修」が課せられる。看護教育は、4 年間の大学教育ないし 3 年間の医療短期大学あるいは専門学校での教育が施された後、看護師国家試験に合格した者が看護師としての職務に就く。看護教育における臨床経験は、一般に 3 年または 4 年間の教育の初年度から病棟のベッドサイドで行われ、病棟の看護師と大学や専門学校の教員とが協働してリフレクションにあたる。「モデル・コア・カリキュラム」でも指摘しているように、一般に医師教育では基礎的な「医学教育と医師養成教育とが順接的な関係」にあり、「医学教育のガイドライン」が「ほぼそのまま医師養成教育の内容のガイドライン」になりうる³と考えられており、教員養成や教師教育のような広範な領域をカバーしなければならないカリキュラムのガイドライン作りとは問題の次元が異なるといわれている。しかし、医学教育＝医師養成教育や看護教育の内容を、単なる疾病や病いの診断・治療やケアという狭い領域に押し込めるのではなく、人間のライフサイクル全体における〈生成〉や〈変容〉の様態という視点から捉え、専門家と非専門家あるいは異世代間の相互作用という観点から見るとき、つまり臨床教育学や臨床人間学的な視座から見直すとき、そこに教員養成＝教師教育プログラムと地平を共にする課題があることに気づく⁴。結論を先取りするならば、地平を共にする課題とは、医療や看護、そして教育という領域において「他者に臨む知」をどのように編み出し、それをどのように「語る」かという課題である。

今日の医療や看護に求められている視点は、人間を社会的関係の相の下に見、しかも生成・変化の相の

下に見るというスタンスである。病い、老いや死を、単なる生化学的な因果関係的な法則に支配された事象として捉えるのではなく、人文・社会科学の複合的な視座から人間のライフサイクル全体の中に意味づけることは、子どもに限らず全ての世代の人間の生成・変化の様態を、〈生成〉が現出する、その場に立ち会いながら「語る」ことを追究する教育学の課題と重なり合う。人間は、それと自覚する以前に、他者から、また諸々の事態から呼びかけられている存在である。レヴィナスに倣えば、ひとはすでに「召喚」されてしまっている。そこでは、他者からの呼びかけにどのように応答するかという「応答可能性＝責任 (response + ability = responsibility)」が問われているのである⁵。

ひとの生成・変化に立ち会うことは、それ自体こころ惹かれる事態である。だが、その事態をその事態の生起の現場に立ち会い、その事態に巻き込まれ、個々の事態の生起に身をもって対応することと、その事態ををひとつの〈出来事〉として〈物語る〉こととは異なる。人が病いという経験の中で新たな生の局面に立ち至ること、子どもが何かを知り新たな世界に開かれること、これらのどちらにもその現場に立ち会ったものにしか出会うことのできない〈感動〉がある。その〈感動〉の新鮮さを失うことなく〈出来事〉として「物語る」ことは困難である。学生にとっても、教員にとっても、リフレクションとは、〈ことば〉にしようと試みれば指の間からサラサラとこぼれ落ちてしまう不定形な〈出来事〉の断片を〈物語り〉としてつなぎ合わせようとする極めて困難な作業なのである⁶。この困難な作業に携わるという点では、教師教育に身をおく者も、医学教育に関わる者も、同じ〈生成〉の場に立ち会っているということができる。

本稿が試みようとすることは、〈物語る〉ことのできる〈出来事〉と〈言葉〉の限界のかなたにある〈生成する事象〉との境界に立ちながら、人と人との関係性の組み換えの過程である「医療＝病い」や「教育」を「省察する」ことの可能性を、〈徒弟修業モデル〉と〈意識的・自覚的教育モデル〉との対比において探ることである。

2. 医師卒後臨床教育の見直しとその背景

医師の臨床教育の見直しの動きは 1998 (平成 10) 年にまで遡る。国立大学医学部附属病院長会議常置委員会は、同年 12 月、「国立大学附属病院卒後臨床研修共通カリキュラム」を発表し、医師の卒後臨床研修の全面的見直しに着手した。その背景には、「最先端の高度な医療」の推進に伴う診療科の細分化、医療の専門分化の趨勢があった。その一方で、「将来如何なる専門分野に進む医師も『基本的な臨床能力 (知識、技量、態度、判断力)』は具有すべきで、その上に立った専門性を有する医師こそ真の専門医である」という認識も共有されつつあった。このような医療をとりまく社会状況を反映して、すでに 1989 (平成元) 年 6 月に当時の厚生大臣に提出された「医療関係者審議会臨床研修部会意見書」には、以下の能力が医師に期待されると述べられている。

生涯教育を受ける習慣・態度を有する。／科学的妥当性、探求能力を有する。／高い倫理性と豊かな人間性を有する。／社会発展に貢献する使命感と責任感を有する。／自己の能力の限界を自覚し他の専門職と連携する能力を有する。／チーム医療のコーディネーターとしての機能を有する。／後輩の医師に対し指導できる能力を有する。／地域の指導的役割を果たす能力を有する。

(国立大学医学部附属病院長会議常置委員会 1998 : 1)

ここで強調されているのは、「社会的ニーズに応えられる医師の養成」であり、研修医が「全ての医師に求められる基本的な臨床能力」を身につけることである (国立大学医学部附属病院長会議常置委員会 1998 : 1) が、ここに掲げられた期待される医師像は、そのまま期待される教師像として読み替えても何の違和感もない。このような動きを発端として医師の卒後臨床研修の見直しはスタートした。その後、2002 (平成 14) 年 9 月、厚生労働省は「新たな医師臨床研修制度の在り方について (案)」を提出した。この提案の中

で厚生労働省は、「日本の医療の現状と今後の少子高齢化社会」について、近年の医療の著しい専門分化と「若手医師の専門医志向」を背景として、「医師と患者のコミュニケーションを大切にした全人的な幅広い診療能力の欠如」が生じていると指摘し、その原因のひとつに、医師の臨床研修の場が大学病院に大きく依存し、研修内容も「臨床研修病院も含めて大病院で行われる高度専門医療に関することを中心としたものになりがちであること」を挙げている。このような視点に立ち、今後の医療では、「少子高齢化、社会の複雑化・多様化等を背景に、患者の全人的な診療を行うために、多様な診療科と地域保健・医療等の素養を身につけることが、医師にとって不可欠となる」と指摘している。また、従来の臨床研修の問題点として、「専門に特化した臨床研修が行われることで『人を診ずに病気を診る』と評されるようになり」、医療ニーズの変化に対応した臨床研修が行われているとはいえない実態があることを指摘し、さらに「臨床研修が学修であるとともに労働であるという性格を有するという認識が、研修を行う側、研修を受ける側の双方に薄く」、その結果、研修医に対して適切でない処遇がなされている例が数多く見られることを挙げ、そのことが「研修効果や医療安全の面でも問題」を引き起こしていると述べている。

このような現状把握を基に、厚生労働省は「新しい臨床研修の在り方」の理念を次のように規定した。

医師には患者の健康と疾病についての全体を診ることが期待されており、特に小児や高齢者に対しては、医師と患者及びその家族との間での十分なコミュニケーションの下に総合的な診療が行われることが必要である。

したがって、臨床研修は、医療という社会的な重要性、公共性の高い事業の必要不可欠な要素であり、医師個人の技術向上ということを超えて社会にとっての必要性が強いものであり、また、そのような研修が行われる必要がある。

そのため、適切な指導体制の下で、効果的に、プライマリケアを中心に幅広く医師として必要な診療能力を身につけ、人格を涵養する研修である必要がある。

また、医療安全への配慮は医療の基本としてとくに重要な要素であり、臨床研修を通してしっかりと身につける必要がある。(強調点は引用者)(厚生労働省 2002年)

ここに示された現代社会から要請される「期待される医師像」には、医師の臨床研修において目標とすべき課題として、医師としての技術の向上もさることながら、それ以上に医療の社会的な重要性、公共性の認識、医療現場におけるリスク・マネジメントの能力の涵養が最重要課題として挙げられ、中でも医師-患者(家族)間のコミュニケーション能力の形成が診療にとって不可欠な能力・資質であることが明記されている⁷⁾。

臨床教育における医療の社会性・公共性の重視の背景には、医療を取り巻く次のような問題群がある。第1は、「医療の消費者」としての患者(家族)と医療者との関係の変化である。従来の医療現場に遍在していた医療者側のパターンリズム(paternalism: 温情的干渉)と医療サービスを受ける側の〈おまかせ医療〉の相互依存的な構図が崩れ、医療をサービス提供者とサービスの消費者との関係において捉える動きが顕著になってきたことである。臨床の場におけるインフォームド・コンセントや患者の自己決定権の重要性の認識やセカンド・オピニオンの普及、リスク・マネジメントについての深い認識・自覚が、臨床能力としてこれまで以上に社会的に要請されてきているということである。第2は、臨床研修を「教育」の場としてシステムティックに編成・組織しようとする志向である。後述するように、これまでの研修医制度は、いわば〈徒弟修業的〉な慣行の上に成り立っていた。研修医は、医療現場で先輩医師の臨床技術や患者(家族)への技能・態度を「見よう見まね」で習得していった。そこでは、「習うより慣れる」の原理が支配的であり、臨床能力は徒弟修業がそうであるように、「弟子」が「師」の技をいわば「盗み取る」ことによって獲得されるものであった。このような〈徒弟修業的〉臨床教育に代わって、研修を受ける側も、研修医の教育の任にあたる側も、意図的・自覚的な「教育」のシステムとして組織・編成することが

求められるようになった。そこから直接導き出されるのは、臨床研修を主導する「指導医」の育成をどのようにおこなうのかという課題である。医療現場の第一線で診療に携わっている医師は、自ら「意図的・自覚的な臨床研修システム」の中で臨床能力を形成したわけではない。〈徒弟修業的〉臨床教育の経験しか持っていない医師を「指導医」として育成する体制をどのように構築するのかという課題も生起する。第3は、閉じたコミュニティとして存在しがちな医療現場を、地域社会に開かれた公共性を有するものに転換していくという課題である。医療の世界も、「学校」と同様にしばしば「防衛的」で、〈内向き〉な世界でありがちである。各医療現場において診療を行う医師が、地域の実態を知り、他の諸機関・他のコメディカルやパラメディカルとの連携の下にどのような医療システムを構築したらよいか、そのために臨床研修ではどのような内容をカリキュラムに組み込んでいったらよいのかという大きく、困難な課題も出現する。

実はこれらの諸課題は、医師の臨床教育にとどまらず、教員養成教育や教師のライフサイクルに即した研修の在り方にも密接に関連する事項を含んでいる。学部段階での臨床経験の体系化とともに、教職に就いてからの初任者研修、5年・10年研修、現在設置が展望されている「専門職大学院」における教師教育等の制度や内容を再編成する上で、大きな示唆を得られるはずである。

上述のような国立大学医学部附属病院長会議や厚生労働省の意向を受け、信州大学医学部附属病院でも新しい医師卒後臨床研修制度の構築に向けて、すでに1999年から臨床研修カリキュラムの検討とともに、卒後臨床研修の指導医の育成プログラム（ワークショップ）を附属病院のみならず地域の基幹病院の研修指導責任者等を対象として実施し、筆者も、初期段階から臨床教育のプログラム編成に教育学研究者の立場から参加してきた⁸。

毎年度行われてきたワークショップには、当初は附属病院の指導医になる医師が、近年には地域の基幹病院の研修責任者の医師を中心に、毎回50名程度の参加者を集めて、指導医の育成が行われている。ワークショップでは、参加者が各テーマ部門に分かれてグループをつくり、臨床研修の目標づくり、学習内容、学習方略、評価方法等について、具体的なカリキュラムづくりを行う。ちなみに、新たな卒後研修制度がスタートした昨年度（2004年度）の16時間50分にわたるワークショップ〈カリキュラムプランニングのテーマ〉（各研修グループのテーマ）は、次の6つであった⁹。

1. プライマリー・ケアの基本的臨床能力、
2. 医療の社会性、
3. 患者と医師の関係、
4. 根拠に基づいた医療（Evidence-Based Medicine：EBM）、
5. 医療安全管理、
6. 地域保健・医療

これらのグループ討議・作業のテーマにも現れているように、医師の臨床能力の育成カリキュラムは、何よりも医療の社会的役割や公共性及び医療に伴う倫理的課題をめぐって組織されており、そこには、従来の〈閉じた医療のコミュニティ〉を開かれたものにし、患者（家族）と地域の実情に沿った医療制度と市民的教養と倫理性を備えた専門家としての医師を育成するという目的意識が明確に読み取ることができる。このような臨床研修の方向性は、教員養成や現職教員の臨床的な養成プログラム内容や研修内容と対称をなしている。教員養成プログラムにおいて、また現職教員を対象とした種々の研修や研究会において中軸にすえられているのは、学校内・教室内の教育＝学習活動、端的に言えば「授業」に関する「教育課程開発」「教育方法の修得」であり、児童生徒の理解と評価方法の具体化の方法・技術である。大学における養成プログラムにも、各種の現職教員研修プログラムにも、児童生徒の姿の背後にある保護者との関係をどのように良好な関係にしていくか、教師の倫理意識の向上にはどのような視点が必要か、あるいは学校におけるリスク・マネジメントの組織や個々の教師の安全管理にはどのような知識・態度・能力が必要かといった「学校や教師の社会的・公共的・倫理的課題」に迫る内容が乏しいといわざるをえない。

3. 臨床能力の育成と「師」と「弟子」の「物語り」

教員養成プログラムにおける臨床能力の形成を医師の卒後臨床教育システムとの連続性において捉えようとするとき、二つの相互に関連する問題が立ち現れる。一つは、〈徒弟修業的形成モデル〉に基づく臨床能力の形成から〈意識的・自覚的教育モデル〉へと転換することによって、臨床教育という事態にどのような変化が起こるのかという問題であり、いまひとつは、そのような変化を被った臨床教育の「経験」がどのように〈物語られる〉のかという問題である。これら二つの問いを言い換えるなら、個別的で、具体的な状況下での「瞬時の判断」を必要とされる〈臨床〉の場において、指導する側も、指導される側も、自覚的で、段階的なカリキュラムに基づいて「臨床能力」を形成していく過程の功罪は何か、という問題である。以下では、前者の問いについては、「師」と「弟子」の「物語」という視点から、後者の問いについては、「エビデンス (evidence)」と「ナラティブ (narrative)」という鍵概念を手がかりに探究しよう。

(1) 「欲望模倣」としての「師」と「弟子」の関係

矢野智司によれば、「多様な姿をとる先生=教師という在り方」を「その起源を共同体の内部あるいは外部との境界かという基準」で捉え直すなら、二つの理念型に分けられる。すなわち、ソフィスト的教師とソクラテス的教師がそれである。ソフィストは「共同体の内部の教師として、金銭と交換に、未熟な構成員を一人前にするうえでさまざまな役割をはたす者（強調点は引用者）」であり、「彼らは弟子に有用な知識や技術を教える。」これに対して、「ソクラテス的教師は共同体の外部で生まれ、『純粹贈与者』として共同体に戻り、共同体と外部との境界で弟子を生みだす（強調点は引用者）。」ソクラテス的教師は、「溢れでるものを見返りなしに弟子に贈与しようとする。」彼らが贈与するのは、「生きるうえで役に立つ知識」や技術ではなく、「共同体に共有されている意味世界の外部」である。彼らは、共同体にとって有用な役割を果たすわけではないので、「共同体内部における権威の位階に位置づけられることはない。」彼らが教師でありうるのは、「ただ弟子によってその教師の『至高性』が理解されているとき」のみである。「このようなタイプの教師は、予期せぬ出会いによって新たな生まれ変わり（生の「最初」）をもたらす教師であり、また制度化することができない一回かぎりの教師である。」（矢野 2003：55-56）

このような二つの理念的なタイプの教師像を提示した上で、矢野は、R. ジラールの欲望模倣論を援用しつつ、夏目漱石の『こころ』における「先生」と「K」と「私」の関係性を素材として、先生=教師と弟子の関係を次のように析出してみせる。

欲望は通常、欲望する対象自体に価値があり、主体から生じると考えられている。しかし、欲望は自分自身の奥底から自然にわき起こるものではない。欲望が自己の内部に根ざしていると考えるのは、「自律性」というロマンティックな誤った信念に由来している。ジラールによれば、欲望は、自分がモデルとする他者（ジラールは「媒体」と呼ぶ）の欲望を、模倣者（ジラールは「主体」と呼んでいる）が模倣するところから生まれる。媒体が良いとらえる対象への欲望を主体が模倣し、あたかも自己のうちから生じたように欲望を抱くのである（矢野 2003：59）。

先生と弟子の関係も、またジラールのいうところの欲望模倣関係のひとつとみなすことができる。弟子は、先生の知識や技術を・技巧・方法を獲得するとともに、先生の欲望を模倣する。先生の世界観や価値観を模倣するのである。もし弟子が先生の欲望を模倣しないならば、そもそも先生の知識や技術を学ぼうとさえしないだろう。そうなるといかなる意味でも、その関係は先生—弟子関係ということとはできない。弟子が先生の欲望を模倣することは、学習が生起するうえで重要なモメントなのである（矢野 2003：61）。

矢野が指摘するように、ソクラテス的教師モデルでは、師=先生は決して「教える」存在ではない。徒弟修業における親方（マイスター）がそうであるように、師は自ら対象への欲望に従って作品を作成することに専心するのみである。その師の姿をみて、弟子は、師と自らを同一化しつつ、師の欲望を模倣することによって、習作に励む。弟子が模倣するのは、師の作品ではなく、師が対象に向かう欲望であり、師と対象を含む共同体の「仕組み」である。

この場合、弟子にとって師は弟子が所属する世界の外部に存在する。この師の外部性は、学校にける教師—生徒関係には見られない特異な特徴である。学校教育、とりわけ初等教育段階において、「指導」と「学習」という関係性の中に「先生」と「児童」との関係が回収されてしまうなら、「師=先生」の外部性は隠蔽されてしまう。しかも、「先生」が「児童」に〈寄り添い〉、「児童」の発達・成長を「社会化 (socialization)」という視点から促す役割に立つかぎり、「師=先生」は共同体の外部にある〈他者〉として

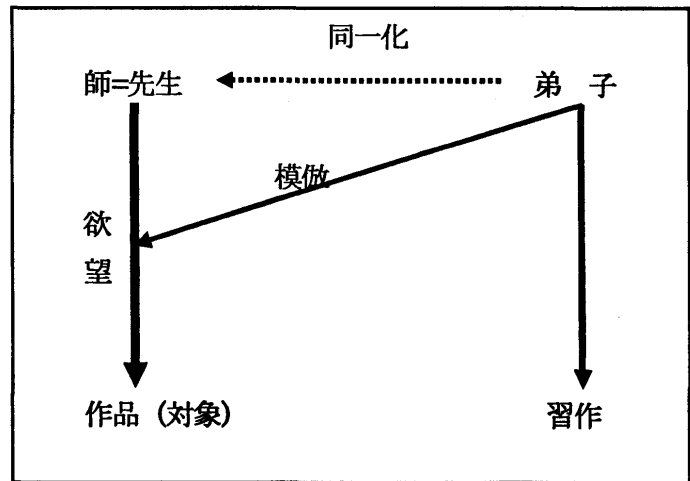


図1 「師=先生」と「弟子」の関係の図式化

の「絶対的審級者」ではなく、「学校」というコミュニティの内部にとどまりつづける。しかも、「先生」と「児童」の関係のように、「媒体」と「主体」との距離が大きい場合には、両者のあいだに軋轢が起こることはない。このような「媒体と主体が互いに触れないほど十分に離れている場合の媒介関係は、『外的媒介』と呼ばれる。このとき媒体は主体によって理想化され尊敬される。」(矢野 2003: 59) ちなみに、「師=先生」自身が「真理」の探究者であれば、初等教育段階の子どもであっても、「師=先生」の背後に「絶対的審級者」の姿を垣間見ることがあるかもしれない。しかし、現代の学校教育のように、「師=先生」の欲望が「教育」の対象である「子どもの指導」に向かい、学習活動が「子ども」の思考や生活に根ざしたものととどまる限り、「弟子」たる児童生徒が「師」の欲望である「子どもの変容を自らの指導の結果として自認する〈自己満足的〉充足感」を模倣することはあれ、「教育関係」の外部を欲望することはありえない¹⁰。

しかし、中等教育段階や高等教育段階、あるいは芸術家の師と弟子や職人の親方と弟子のように「先生」と「弟子」のあいだの距離が接近し始める関係では、「弟子の能力の高まりとともに」、「師」と「弟子」の両者のあいだに「ライバル関係」が顕著になる(矢野 2003: 61)。このように互いの「欲望」が重なる場合、それは「内的媒介」と呼ばれる。この「内的媒介」の関係では、主体にとって媒体は、尊敬すべき理想的モデルではなく、主体の前に「立ちほだかる障害物」となり、「主体と媒体のあいだに熾烈なライバル関係」が生起する。矢野も指摘しているように、主体が媒介とライバル関係になると、「互いに他方の欲望を刺激しあう」という悪循環が生じる。「つまり主体にとって媒体の対象にたいする評価が重要であるように、媒体にとっても主体の対象にたいする評価は重要で、主体によってその対象が欲望されることによって、媒体の欲望もさらに昂進する。その結果、対象の価値はますます高まっていく。」このように、主体と媒体の双方が互いの欲望を模倣しあう媒介関係を、ジラールは「二重媒介」と呼ぶ(矢野 2003: 59-60)。

ジラール=矢野の「欲望模倣」論にはいまひとつ重要な論点がある。それは、弟子が「師」と同じ領域で「師」の力量を凌ぐようになると、「師」が「弟子の才能や能力を羨望し嫉妬」するようになり、そこに「ダブル・バインド状況」が生じる可能性がうまれるという点である。矢野はこの「ダブル・バインド状況」を次のように説明する。

弟子が先生の模倣を脱しようとするとき、先生は弟子に自分への忠誠を促し、反対に弟子が先生の欲望模倣をしつづけようと[すると]ときには、先生は弟子に自分から自律せよと圧力を加える。「模倣しろ、模倣するな」という相互に矛盾するメッセージが、繰り返し弟子に向けられることになる。反対に、いつまでも先生に追いつくことのできない弟子は、先生を羨望し嫉妬し無力な憎悪感を抱き、当初の先生への心からの崇拜は澱んだルサンチマンへと変貌

することになる(矢野 2003: 61-62) ([]内は引用者による補足)。

このような「師」と「弟子」とのあいだに生起する「二重模倣」から「ダブル・バインド状況」への道行きと弟子のルサンチマンの感情をもたらす「内的媒介」は、「師」と「弟子」との関係に緊張を胚胎させる契機となるが、同時にそのような緊張関係こそが、「教えない師」のもとで〈師を超える弟子〉を立ち現せる原動力ともなるといえる。

これに対して、〈意識的・自覚的教育モデル〉では、「師＝指導者」と「弟子」とのあいだに「ダブル・バインド状況」もルサンチマンの感情も生まれないが、その一方でそこでの「教育関係」は、「師」と「弟子」との相互作用性を失い、「指導する側」と「指導を受ける側」が固定化し、「弟子」が「教育」の過程において共同体の〈外部性〉を垣間見せることなく、〈内部〉に留まりつづける。

たしかに、〈意識的・自覚的教育モデル〉の場合、研修医を対象とする臨床教育では、「医療」「診断・治療」あるいは「患者と医療者の関係」という極めて複雑な事象を、測定・評価の可能な行動目標に還元し、科学的な「根拠＝エビデンス (evidence) に基づく医療＝EBM (Evidence-Based Medicine)」の実践技術や態度の修得が得やすいというメリットはある。教員養成＝教師教育プログラムにおいても同様に、教育作用(指導過程)と人間の〈生成・変容〉との複雑な相互作用を、授業研究やカリキュラム開発という視点から、例えば「教師の発問」－「児童生徒の応答」－「評価」の無限の連鎖として分析し、そこから「望ましい教師の資質・実践的指導技術・態度」等を浮かび上がらせることができるという利点もある¹¹。しかし、医療の場における臨床教育も、教員養成の場での臨床経験とそのリフレクションも、医療や教育の専門職の〈卵〉が共同体の〈外部〉に超出する潜勢を殺いでしまう危険性があることも忘れてはならない。

「師」が共同体の〈内部〉にとどまるか、それとも〈外部〉との境界から、「弟子」に共同体の〈外部〉を垣間見せる契機となるかという問題は、今日の「医療」や「教育」を「医療または教育サービスの消費者と提供者」の関係性、つまりアカウントビリティの論理で語るか否かという問題と密接に結びついている。なぜなら、「医療」や「教育」という高度に専門性と倫理性の強い問題領域では、それらの領域に専門職として関与する者とクライアントとの関係の〈非対称性〉が失われ、両者が「サービスの提供者」と「サービスの受け手」として〈対等な〉関係性を構築すると想定されると、そこには専門職者の「責任倫理」が失われることになるからである¹²。

(2) 「エビデンス」と「ナラティブ」の交差する場

医師の臨床教育が〈徒弟修業モデル〉から〈意識的・自覚的教育モデル〉へと転換したのと軌を一にして、医療の現場で「根拠に基づいた医療 (EBM)」が唱導されるようになった。すなわち、旧来の「経験」と「勘」に頼った〈名人芸的医療〉は姿を消し、データと実証に基づく医療が、臨床の場と臨床教育の場の双方において主流となった。

EBM とは、「実証、証拠、データにもとづいた医療」を指すが、米国で医学教育を受けた赤津晴子は、EBM の evidence を「患者から得られる evidence」と「基礎研究や臨床研究から得られた evidence」に分けた上で、医師卒後教育における EBM の実態の一端を次のように紹介している。

(米国のアカデミックな医療機関では日々 evidence が紹介され、それをスタッフ間で共有する機会が設けられているが、例えば、「レジデント症例検討会」では、まず当直明けのレジデントが一人ひとりの新患の簡単な症例報告を行なう。たとえば、患者の所見や処置、現在の容態、ケア方針等が報告される。)すると、集まった他の医者から「どのような理由でこの検査をしたのか」、「こういう可能性もあるのではないか」、「そのケースはおもしろいので、もうすこしくわしく症例報告をしてほしい」など、さまざまな質問やコメントが飛んでくる。「自分も似たような症例に最近遭遇し、論文検索をした結果、こういうことを学んだ」という情報交換も頻繁になされる。「では明日、その論文のコピーをもってこよう」ということになり、evidence を共有することになる。また当直明けのレジデントは、この

症例検討会での質問攻めを想定して、すでに evidence を用意していることも少なくなく、必要な論文のコピーを症例報告と同時に出席者に配ってくれる。」(括弧内は引用者による補足)(赤津 1999: 166-176)

赤津の記述に示されているとおり、EBM の実践は個々の医療行為の「根拠」を問うこと、そして患者に研究の evidence から得られた結果を適用することの妥当性を問うことによって支えられているということが出来る。

EBM の歴史は米国では 1960 年代、わが国では 1980 年代にまで遡ることができるが、その概念は一般に次のように定義されている。

あやふやな経験や直感に頼らず、科学的 evidence (証拠) に基づいて最適な医療・治療を選択し、実践するための方法論／患者の診断・予後・治療に関するデータを、疫学的・生物統計学的手法で解析し、個々の患者に最も適切な臨床判断を下す方法論・学問である臨床疫学を臨床問題解決のために再構成した概念(中川 2003 年)

上記の定義からも、EBM が医療行為を導く実践的原則であるとともに、医療行為を学問的に基礎づける種々のデータの解析し、その適応可能性を批判的に検討する科学的態度に関する概念として捉えられていることが分かる。中川によれば、EBM は次の 4 段階に分類される。すなわち、1) 臨床上の疑問点の抽出、2) 信頼性の高い結果 (evidence) を示す文献の効率的検索、3) 臨床疫学と生物統計学の原則に則った文献の批判的吟味、4) 得られた evidence の患者への適応性の判断、がそれである¹³ (中川 2003 年)。EBM の定義と基本的ステップは上記の記述で明らかだが、中川が「EBM を学ぼうと思った理由」は興味深い。その理由を中川は、次のように率直に述べている。つまり、自分の専門領域である脳卒中の治療方針について、「なぜ脳外科と内科で治療方針が異なるのか?、なぜ大学によって方針・手法が異なるのか?、方針によって明確な予後・侵襲の違いがもたらされることもある。これらの疑問に答えてくれる指導医も論文も見出すことができなかった」(中川 2003 年) という理由である。EBM の背景には、人間の〈生〉の「表現」たる「病い」の個別性・具体性を前にして、それまでに医学教育の中で「生化学」「病理学」といったテキストに依拠した知識や技術が通用しないという〈無効感〉と、眼前の苦悩する患者の「疾患」を、医学という最高水準の知識と技術で制圧したいという〈欲望〉とに翻弄される医療者のアンビバレントな想念があるということ、中川の率直な告白が物語っている。病者は医学という〈共同体〉の〈外部〉にいる。病者の苦痛と訴えは、本来医療者に「医学の言葉」の〈彼方＝外部〉を垣間見せるはずである。だが、「臨床医学」の誕生によって、「病いの経験」が「徴候の文法」によって語られ¹⁴ (Foucault 1963=1969: 15)、〈健康というイデオロギーの成立〉とともに失われた〈再生の術と再生に悩み耐える〉という契機と、それに代わって登場する現れた身体の「審美的な維持と修繕」、あるいは「人間の身体の管理と再定義にかかわる組織的な介入」の増大(ドゥーデン 1985: 127-134)が、結局のところ、医療を〈医学という城砦〉の〈内部〉に押しとどめることになったこともたしかである。

EBM が近代の実証科学の枠内で「病い」「疾患」という事態にあくまでも医療の専門家の視座に立って迫ろうとする「新しい教義」であるとすれば、NBM (Narrative-Based Medicine) は、「病い」という事態が病者にとって〈出来事〉としてどのように立ち現れ、その〈出来事〉を医療者と病者が両者の相互行為を通していかに〈享受〉するかという視点から迫ろうとするところに特徴がある。周知のとおり、NBM の概念の生成には、フッサールやメルロ＝ポンティらの現象学、ハイデガーの実存哲学、J. サールやオーステインに代表される言語行為論、そして P. リクール等に向かうところが大きい物語論など、現代思想・哲学の研究成果が関与している。グリーンハル等が指摘しているように、NBM は、evidence に「意味の洞察」を対置するが、「この上なく殺伐としたものになってしまった現代医学には、内なる傷 (inner hurt) や、絶望、希望、悲しみ、倫理的な痛み (moral pain) などの、実存的な深い感情を測る基準が欠けている。」そして、生命の質 (QOL) の測定は、このような基準への一つのアプローチではあるが、ほとんどの

場合、質を量に還元)してしまう (Greenhalgh and Hurwitz 1998=2001: 12)。「物語る」という行為は、理不尽な〈出来事〉として自らに対して立ち現れた「病い」を、「モノ=事物 (res)」によって形作られる「リアリティ」としてではなく、人間的行為 (act) によって構成される「アクチュアリティ」の次元において記述・理解・納得しようとするのである¹⁵。野家は、『物』の性質や状態を客観的に記述する「自然科学を「三人称の科学」と名づけるとすれば、「実践知」や「臨床の知」に根ざす人間科学は、「二次的性質や心的述語を含んだ生活世界を記述し解明する二人称の科学」であり、医学や看護学は後者に属すると述べている (野家 2004: 4)。NBM の理論的背景についてこれ以上詳述する余裕はないが、臨床教育との関連について付言するなら、グリーンハルが引用しているハンターの言葉が端的に本質をついている。

臨床教育は、実践的、倫理的行動のための準備—最高の行動は何か、…どれが患者のための選択か—である。これらの選択は、決まりきった法則によっては左右されないが、さまざまな教訓の影響は受けるのである。法律家や文芸評論家、歴史家、その他の根拠を重視する学者はよく知っているように、テキストそのものは自分自身を説明しない。それゆえに、これらの教訓は必然的に文脈 (コンテクスト) として作用するのである。(Greenhalgh and Hurwitz 1998=2001: 257)

EBM と NBM は決して対立するものではない。カントに倣えば、「根拠」を欠いた医療は盲目であり、「語り」を欠いた医療は空虚である。そして、臨床の場こそ、「エビデンス」と「ナラティブ」が出会う場であり、医療者と病者が共在しつつ、両者の相互行為によって生成し続ける場である。

4. 結びにかえて

今日の医師の臨床教育が EBM と NBM との間の緊張関係にあるとすれば、翻って教員養成=教師教育プログラムにおける臨床経験と省察の研究・実践には、「エビデンス」と「ナラティブ」へのどのような問いかけがなされているのだろうか。本稿の中ですでに指摘したとおり、教員養成=教師教育プログラムでは、児童生徒の学習活動の実態を教師の視点から語ることは盛んだが、その「語り」は、「教育」という「働きかけ=作用過程」と「結果 (子どもの変容や生成)」を短絡的に結びつけることになってはいないだろうか。そこでは、「指導」と「学習」とが、「師」と「弟子」の関係に見られるような〈外部〉へと開かれた〈出来事〉ではなく、「教育」という「大きな物語」につねに回収されてしまっていないか。「教育」の公共性・倫理性を問い直すためにも、医師教育や看護教育との対比を踏まえつつ、専門家として熟練するということはいかなることか、熟練した教師と未熟練の教師とでは、教育技術や児童生徒理解という点でいかなる相違があるのか、あるいは「師」としての専門性・熟練性を、医師教育に見られるような何らかの「根拠 (evidence)」に基礎づけを求めることは可能であるのか、といった問いに答えることが喫緊の課題として求められている。

【註】

¹ 本学部における「臨床経験科目の体系化」は、学部将来計画委員会のもとにおかれた「カリキュラム専門部会」に、学部附属教育実践総合センター長とセンターの実践分野教員 (1名)、教育実践科学専攻教員 7名、及び附属学校園の代表として 2名の附属学校副校長を含む「臨床教育研究組織構築ワーキング・グループ」の場で 2003 年度から議論を重ね、2004 年 12 月教授会に「臨床経験科目の体系的実施について」が提案された。本提案に基づき、臨床経験科目の体系的実施のための学部組織として「臨床教育推進室」が 2005 年度より正式に発足し、1 年次から 4 年次までの臨床経験科目群の体系的実施及びその包括的な研究体制がスタートした。

² 山口恒夫「臨床経験と省察・序説」(2004)、山口恒夫・山口美和『「体験」と『省察』の統合を目指す『臨床経験』(2004)を参照。

³ 医学教育や医師養成教育に対するこのような見方が当を得ていないことは、すでに前稿で指摘した。山口恒夫・山口美和『「体験」と『省察』の統合を目指す『臨床経験』(2004)を参照。

⁴ 教員養成プログラムにおける臨床経験と医師教育や看護教育における臨床教育との異同の詳細については、稿を改めて論ずる予定である。

⁵ レヴィナスの思想については、以下の文献を参照。(i) E. Lévinas, *Totalité et Infini*. 1961. (ii) E. Lévinas, *Autrement qu'atre ou*

au-delà de l'essence. 1974.

⁶ 見田宗介「言説の鮮度について」朝日新聞「論壇時評」（1986年3月26日）を参照。筆者は、この問題について、他稿（『臨床の知』と『臨床経験』『第2期「信大 YOU 遊広場」の実践』（平成14年度信州大学学長裁量経費による研究報告書）2003年）において言及しているので参照されたい。

⁷ このような社会的要請を背景として、医学研究者のみならず、人文・社会科学の研究者による〈医療システムと倫理〉に関する研究集会が行われるなど、医療問題に対する多角的なアプローチが試みられるようになった。（人文・社会科学振興のためのプロジェクト研究事業 2004年等を参照）

⁸ 筆者は、「信大病院を中心とした医師卒後教育ワークショップ」に毎年、特別講師として参加し、講演を行うとともに、新たな臨床研修システムが実質的にスタートした本年度（2004年度）は、研修医を対象としたオリエンテーションにおいて特別講演を行った。また、筆者は、地域の研修病院であるN病院の臨床研修管理委員会の外部委員として、臨床研修の管理運営にあたっている。

⁹ 「信大病院を中心とした医師卒後教育ワークショップ2004」は、1999（平成11）年に第1回が開かれて以来、第6回目のワークショップであった。ワークショップの詳細については、「信大病院を中心とした医師卒後教育ワークショップ2004」進行表等を参照。

¹⁰ 教育学部において、多くが小学校（または中学校）で出会った「師」を早い時期に「欲望模倣」して、自らも教師になろうとして教育学部を志願して入学した学生に、学問や科学的真理という〈他者〉よりも、「教える」方法や技術を志向する傾向性が見られるのも、彼らが抱いている教師像（「子どもの視点に寄り添う教師」という言説に象徴される教師像）の非外部性と無縁ではない。

¹¹ 最近の授業研究には、旧来の「授業研究」や「授業分析」の方法を超えようとする試みも見られる（稲垣・佐藤 1996）。しかし、現実の教育現場における「実践的研究」の多くは、既存の「教師-生徒関係」を前提として「質問-応答-評価」の過程をいわば「恣意的に」なぞるといえる研究にとどまっている。児童生徒の学習活動と教師の観察との「亀裂」や相互のコミュニケーション行為の様態を「物語論」や「言語行為論」に基づいて探究しようとする試みはまだ極めて少ない。

¹² 今日の臨床医療の場では、「インフォームド・コンセント」はなかば常識となっているが、「インフォームド・コンセント」や「インフォームド・チョイス」を、「医療者」による情報の提供と医療サービスの受け手による「自己決定(権)」の問題として捉えるあまり、「公共性」の概念としての「自己決定(権)」がサービスの受給者の「自己責任」にすりかえられる危険性が生じている。これも専門家の「責任倫理」の放棄の一例といえる（「隠れたパターナリズム」の問題については、山口恒夫「教育関係におけるパターナリズムの研究」2000年を参照）。

¹³ EBMの段階化は、小山にも同様に見られる。小山は、「EBMの基本的な流れ」を、「患者の具体的な個別の問題から出発し、個々の患者に戻る」、以下の5つのステップに分類している。「Step 1：問題点を明確にする、Step 2：情報収集、Step 3：情報の分析（批判的吟味）、Processの妥当性とResultno 信憑性を吟味、Step 4：個々の患者への適用を吟味、Step 5：自己評価」がそれである（小山 弘「EBMとは」を参照）。

¹⁴ フーコーは、「18世紀にさしかかるところで」誕生した「臨床医学」とともに、「病的現象を構成する諸要素の再編成（諸症状の植物学の代わりに、病の徴候の文法が用いられるように）」、「病的事件の直線的系列の定義（これは疾病分類学的な諸類型の繁茂に対抗する）」及び「病気の本体を、その原因と結果とともに、三次元の空間の中に位置づける局在的規定」によって、医師-患者関係に変化が生じたと指摘している。その変化とは、「どうしたのですか？」という質問の代わりに、「どこが具合がわるいのですか？」という別の質問が問われるようになったということに象徴される変化である（Foucault 1961=1969: 14ff）。

¹⁵ 「リアリティ」と「アクチュアリティ」の概念については、木村 敏『偶然性の精神病理』等を参照。

【引用・参考文献】

赤津晴子『アメリカの医学教育』（日本評論社）1996年

——『続 アメリカの医学教育』（日本評論社）1999年

ドゥーデン、バーバラ、玉野井麻利子訳「身体を歴史的に読み解く」『思想』736号（1985年）

Foucault, Michel, *Naissance de la Clinique*. 1963. (=1969年 神谷美恵子訳『臨床医学の誕生』みすず書房)

Greenhalgh, Trisha and Brian Hurwitz (ed.), *Narrative Based Medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*. 1998. (=2001年 斎藤清二他監訳『ナラティブ・ベイスド・メディシン』金剛出版)

稲垣忠彦・佐藤 学『授業研究入門』（岩波書店）1996年

人文・社会科学振興のためのプロジェクト研究事業主催「研究集会《医療の質の向上を目指して》」（2004年）抄録集

木村 敏『偶然性の精神病理』（岩波書店）2000年

Kleinman, Arthur, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. 1988. (=1996年 江口重幸他訳『病いの語り』誠信書房)

国立大学医学部附属病院長会議常置委員会「国立大学附属病院卒後臨床研修共通プログラム」1998

厚生労働省「新たな医師臨床研修制度の在り方について（案）」2002年
(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/09/h0927-1.html>)

小山 弘「EBMとは」(http://www.ebmedu.uminip/ebm1/ebm_1.html)

Lévinas, Emmanuel, *Totalité et Infini*. 1961. (=1989年 合田正人訳『全体性と無限』国文社)

- *Autrement qu'atre ou au-delà de l'essence*. 1974. (=1999年 合田正人訳『存在の彼方へ』講談社)
- 見田宗介「言説の鮮度について」『朝日新聞』「論壇時評」1986年
- 中川 仁「EBM の実践—本来の McMaster 大方式に則って—」科学振興事業団主催「セミナー『新世紀の病院』」講演 (2003年) <http://homepage2.nifty.com/ebm-main/jst.htm>
- 日本教育大学協会「モデル・コア・カリキュラム」研究プロジェクト「教員養成の「モデル・コア・カリキュラム」の検討」2004年
- 野家啓一「ナラトロジーと臨床の知」人文・社会科学振興のためのプロジェクト研究事業主催「研究集会《医療の質の向上を目指して》」(2004年)抄録集所収
- 「物語り行為による世界制作」『思想』2003年10月号
- 岡田敬司『コミュニケーションと人間形成』(ミネルヴァ書房)1998年
- 臨床教育人間学会編『他者に臨む知』(世織書房)2004年
- 信州大学医学部附属病院卒後臨床研修センター「『信大病院を中心とした医師卒後教育ワークショップ』進行表」(未刊行資料)2004年
- 鶴飼 哲「〈裸〉の師」『思想』2005年1月号
- 山口恒夫『教育関係におけるパターナリズムの研究』平成10～11年度科学研究費補助金研究成果報告書,2000年
- 「臨床経験と省察・序説」『信州大学教育学部紀要』第113号(2004年)
- 山口恒夫・山口美和「『体験』と『省察』の統合を目指す『臨床経験』」『信州大学教育学部紀要』第112号(2004年)
- 矢野智司「先生と弟子の物語」矢野智司・蔦野克己編『物語の臨界』(世織書房)2003年所収

(付記)

本稿は、平成15～17年度日本学術振興会科学研究費補助金(基盤研究(C)研究代表者:山口恒夫 課題番号:15530498)による研究成果の一部である。

(2005年5月23日 受理)