



二重科学過程としての対人援助学

—「二人称の科学」へのコメント—

齋藤 清二

(立命館大学総合心理学部)

Science for Human Services as Dual Scientific Process

—A Commentary on “Second-Person Science”—

SAITO Seiji

(College of Comprehensive Psychology, Ritsumeikan University)

本稿は、武藤 (2013, 2017) の提唱する「二人称の科学 Second-Person Science」に対する、部分的な批判的思考実践 (practice of critical thinking) の試みである。ここでいう批判的思考とは、抱井 (2005) の定義に従い、「見かけに惑わされずに、物事を多面的にとらえて、本質を求め続けること」とする。抱井は、ポスト実証主義パラダイムに基づく批判的思考が「本質」を实在物とみなし、批判的思考の目的を「本質を見抜く」ことと考えるのに対して、構成主義的パラダイムにおける批判的思考は「本質」を先験的な实在物とはみなさず、社会的な相互交流によって言語を通じて構成されるものとみなすことを指摘した。同時に批判的思考の認知的前提として、1) 他者の見解への共感, 2) 多面的な観点からの検討, を挙げている。よって、本稿においては、まず武藤が提示した「二人称の科学」への著者の理解 (それは基本的に共感を含むものである) をごく簡単に整理した上で、それを多面的に検討するための手がかりとして、広い意味での対人援助におけるひとつの代表例である「医学」に関して論じられているいくつかの科学モデルを援用する。

医学はしばしば他の領域 (心理学や社会科学) の視点からは、柔軟性に乏しい狭隘な自然科学モデルに依拠しているかのように語られる。しかし著者の見解では、このような単純化された医学論は、本来の医学のもつ多様性、学際性を過小評価しており、いわゆる「藁人形論法 Straw man fallacy」に陥っ

ていると考える。このような傾向を補償する目的で、本稿では広い意味での医学的科学論として、Montgomery K がその著書「Doctors' Stories-The Narrative Structure of Medical Knowledge」(1991/2016) で述べている「個別性の科学 Science of Individuals」モデル、および一般には科学的医学の典型であるとみなされている「科学的根拠に基づく医療 Evidence-based Medicine (EBM)」モデルを参照しながら論じる。なお、すでに齋藤 (2016) が指摘しているように、EBM をめぐる言説は、本邦においては多くの混乱と誤解を内包しており、本論では主として、Sackett DL (1996), Gyatt GH (1991, 2008) などの、EBM の創設に関わった研究者・実践者の論を参照しつつ論じたい。

1. 武藤の提唱する「二人称の科学」

武藤 (2013, 2017) は、Gendlin & Johnson による、通常の客観的科学である「三人称」(third-person) の科学の専一に対抗あるいは補完するモデルとしての「一人称」(first-person) 科学言説を引用した上で、「二人称」(second-person) の科学の確立が可能であり、そのような科学が対人援助学により適合する、と主張した。武藤は「科学」の一般的な性質として、Gendlin らの言う、「科学とは、追試可能性 (操作可能性を含んだ) に依拠する方法論」であるという主張を認めた上で、「二人称」の科学とは、「動的な過

程を扱いながらも、他者を再帰的に記述していく」ものであるとしている。

さらに武藤は、「二人称の科学」を実現する実践の典型例として、臨床行動分析 (Clinical Behavior Analysis) を挙げており、その要諦として①「三項随伴性」(three-term contingency) による分析, ②「一事例の実験デザイン」(single-case experimental design), ③「アクセプタンス&コミットメント・セラピー」(Acceptance and Commitment Therapy : ACT) における体験的な (experiential) アプローチ, の3点を挙げている。本稿では武藤の論考を参照枠として、医学的実践におけるプロセスと臨床行動分析のプロセスを比較しながら、両者の共通点と相違点について論じ、最終的には「二人称の科学」という視点が医学を含む対人援助学自体の理解において有益であるかどうかを論じたい。

2. 「個別性の科学」と「二人称の科学」

Montgomery K はその著書 (1991/2016) において、以下のように述べている。

医学は科学ではない。そうではなくて、それは病む人をケアするための、合理的で、科学を利用する、間レベル的な、解釈的活動 (interpretive activity) である。次々と果てしなく訪れる個人を解釈する行為として、医学は患者をテキストとして受け取り、その病気を、現代の生物学的、疫学的、心理学的な知識の光のもとで理解しようとする。(訳書 p51)

この記述において Montgomery は、「科学」という言葉を二回使っているが、ここでいう「科学」とは、Gendlin と武藤が「三人称の科学」と呼ぶものである。医学は「科学そのもの」ではなく「『科学』を利用する営み」である。この言説は、医学は科学でなければならないと頑迷に思い込んでいる者にとっては受け容れがたいものかもしれないが、おそらく臨床実践に携わる多くの医師にとっては受け容れがたいものではない。例えば著名な医師で医学教育者であった Osler W の有名な「医学は科学に基づくアー

ト (技芸) である」という言葉には、おそらく大多数の医師が肯首するだろう。この営みはさまざまな言葉で呼ばれるが、重要なことは、医学は「『科学そのもの』ではないが『科学と無関係』ではない」ということである。Montgomery は以下のように述べている。

科学とはアリストテレスが述べているように、一般的な真実を確立し、普遍的な自然法則を探し求める試みである。しかし医学の一般法則に対するあり方は、それが真実である一方で、しばしば変化の過程の中にあるような個々の異なる事例に対して有効に適用されなければならないという点で、物理学や生物学とは異なっている。医師は病いや疾患の変数を操作することはできないし、患者の利益を代弁して行動するという彼らの義務は、しばしば継続的な科学的観察を不可能にする… (略) …予測は多数例の平均に関しては信用できても、個別の地域や個人のレベルにおいては恐ろしいほどに不確実である。こうして医学は、道徳的な決疑論者が行ったのと同じように、具体的な事例に基づく推論を行いつつ、臨床的な決疑論を実践する。個々の事例こそが、医学における知の試金石なのである (p55)。

上記のように「科学を個別実践に調和させる営み」としての医学は、解釈的実践であり物語的作業であると Montgomery は主張する。しかし同時に Montgomery は、その医学の営みを「個別性の科学 science of individuals」と呼び、それは「病人のケアに科学を利用する1つの合理的な企て」であるとする (p54)。ここで問題になるのは、科学それ自体がもつ合理性と、「個別事例において科学を利用する営み」がもつ合理性の異同である。

抱井 (2005) は、三宮を引用して、合理性を「合法則的合理性」と「合目的合理性」の二つに区別することを提案している。前者は「論理学や統計学といった法則に一致しているという意味での合理性」であり、後者は「個人に限らず、社会や人間のもつ価値や目的と切り離すことのできない合理性」である。この考え方にしたがって医学のもつ合理性

を吟味すると、医学そのものは「患者（＝苦しむ人）へのケア」を究極の目的として、その目的を達成するための複雑で柔軟な合理的過程を目指しているという点から、医学のもつ合理性は「合目的合理性」であることがあきらかである。しかし、医学において利用される「科学」のもつ合理性は「合法的合理性」である。よって、「個別性の科学」として理解されるところの「医学」においては、2種類の区別される「合理性」が機能しているということになる。

個別性の科学としての医学は、1) 医療者と患者という二者性を基本とし、2) 医療者と患者の双方が参加するプロセス（通常は診断／治療という経過をとる）は、動的で相互交流的な実践過程であり、3) 医療者は患者という「他者」をプロセスにおける最も重要な存在とみなすと同時に、「他者」を再帰的に記述しつつ、他者からの応答によって再帰的かつ主体的に自己の判断と行動選択を行う、といった特徴を明らかに示すことから、武藤のいう、「二人称の科学＝動的な過程を扱いながらも、他者を再帰的に記述していく」と多くの点で重なることが明らかである。

Montgomery の「個別性の科学」モデルは、米国における医学教育病院における参与観察から導き出されたものであり、すでに四半世紀前に提唱されたモデルでもある。ほぼ同じ時期に医学界で提唱され、その後の全世界を席卷し、現在においても科学的医学の主流であるとみなされている「科学的根拠に基づく医療＝EBM」において、このような医学的実践と科学との関係はどうなっているのだろうか。それについて次項で考察したい。

3. EBM と「二人称の科学」

Evidence-based Medicine (EBM) という概念が正式に医学界に登場したのは、Gyatt GH によって ACP Journal Club に掲載された 1991 年の論文においてである。この小論文は以下の書き出しで始まる。

ある（女性）内科医が、倦怠感を主訴とする 70 歳の男性患者を診察した。初診時の血液検査で血

清ヘモグロビン濃度は 9mg/dl であった。内科医は鉄欠乏性貧血を疑った。さて、それに引き続いて彼女は どうした だろうか？

このように典型的な物語的形式でこの論文は始まり、架空の 2 つの対極的な診療のパターンを描写することによって、Gyatt はこの後の医学のパラダイムを根本的に変化させるほどのインパクトを与えることに成功した。Gyatt とそのグループが提唱した新しい臨床医学のパラダイムは「Evidence-based Medicine (EBM)」と名付けられた。それまでの古い診療パターンでは、権威者の経験や推奨に従って臨床判断を行うのに対して、新しいパラダイムにおける医師は、患者の問題を定式化し、その問題を解決するために適切と思われる研究データ（これが一般にはエビデンスと呼ばれる）を収集し、定められた手法によって情報を批判的に吟味し、その情報が目の前の患者に適用できるかどうかの判断を行う。この手順にそって行われた臨床判断とその実践は、批判的・再帰的に評価されて、次の新たな実践に活かされる。

Gyatt は、この「新しい臨床医学の行動様式」に、最初は Scientific Medicine（科学的医療）と命名するつもりであったことを、後に明らかにしている。しかし、この名称は同僚を含む多くの医師や科学者からの反対を考慮して採用が断念されたという。現在でも EBM 実践のバイブルとなっている「Users' Guides to the Medical Literature—a Manual for Evidence-Based Clinical Practice (2nd edition, 2008)」の EBM の哲学的背景について論じられている章において、Gyatt らは EBM の基本的な 2 つの原則を以下のようにまとめている。

患者のケアへの個別のアプローチとして、EBM には以下の 2 つの基本的原則がある。第一に、EBM は臨床判断を導くためにエビデンスの階層 (hierarchy) を認める。第二に、エビデンス単独では十分な臨床判断を行うことは決してできない。臨床判断を行う者は常に、代替のマネジメント戦略との間で、その利益と、害、不便さ、コストを比較しなければならず、それと同時に、患者

の価値観と選好を考慮しなければならない。(p10)

この第一原則は「エビデンスそのものの評価」に関わり、第二原則は、「エビデンスを如何に患者ケアに利用するか」に関わる。このEBMの二層構造は、Sackett DLらの有名な論文である、Evidence based medicine: what it is and what it isn't. (Sackett et al, 1996)におけるEBMの定義:「EBMとは、個々の患者のケアにおける意思決定のために、最新かつ最良のエビデンスを、一貫性を持って、明示的に、思慮深く用いることである」においても明確に示されている。エビデンスとはEBMにおいて用いられる情報であり、EBMとエビデンスは異なる論理階層に属する。EBMは「個々の患者のケアのための臨床判断」のプロセスであり、エビデンスはそのプロセスにおいて利用される「科学的な」情報(原則として学術論文)である。本邦において、このエビデンスとEBMという2つの概念があまりにもしばしば混同されることの問題点については斎藤(2016)がすでに詳しく論じているが、オリジナルのEBM言説において、この点の区別は明確なものである。

エビデンスは、科学論的に言うならば、「三人称の科学」に属するものである。それは主として論理実証主義的な科学観に従い、出来る限り厳密な統計学的方法論を用いた実験的あるいは準実験的なデザインによって作成される。報告されたエビデンスの質も、同じ原則に従う批判的吟味(critical appraisal)の方法によって吟味され価値づけられる。エビデンスにおいて働いている合理性は「合法的合理性」である。研究者と研究対象は分離され、その結果はできる限りの一般化可能性(generalizability)を持つことが期待される。

しかし、EBMそれ自体はエビデンスとは全く異なる科学的原理に従っている。EBMは個別の事象(臨床)に関わる実践のプロセスであり、その本体は連続する臨床判断(clinical judgement)である。EBMは個別の患者への最良のケアをその揺るぎない目的に据え、複数のレベルの異なる要素(科学的エビデンス、患者の価値観、医療者の臨床能力)を個別の臨床文脈において統合し、臨床判断に結びつける営みである。この統合の過程は、臨床決疑論

(clinical casuistry)と強い類似性をもっている。以上のことを考え合わせると、EBMのプロセスにおいて働いている合理性は「合法的合理性」ではなく、むしろ「合目的合理性」をもった「複雑な批判的思考」こそがEBMを支えている。EBMについての言説において「個別性の科学」という言葉が語られることはほとんどないが、これまでの考察からは、EBMは「三人称の科学」によって限定されるものではなく、むしろ「二人称の科学」あるいは「個別性の科学」のモデルにしたがっているとと言える。

「二人称の科学」との対比という観点から、再度EBMの特徴をまとめると、EBMは、1) 個別の患者のケアという医療者と患者の二者関係を基盤として行われる実践であり、2) エビデンスという「科学的」な情報を、患者へのケアという動的な過程において、臨床判断に「利用する」実践であり、3) 患者の選好や医療者自身の専門能力、臨床における個別のコンテキストなどのレベルの異なる要素を統合することを目指す実践である、といった点から、二人称の科学との間に共通点をもっていることがうかがわれる。

もう一点、特にEBMが臨床行動分析と強い親和性を示している点を指摘しておきたい。それは、EBMが個別の医療実践と「実験的 experimental」な方法論を結びつけようとしていることである。元来の医療は、臨床現場において患者を実験対象として扱うということについて、極めて強い倫理上のアンビバレンスを持つものであった。したがってRCTなどの実験的な研究を、個別の臨床のセッティングで行う場合、非常に厳密な倫理的配慮が求められてきた。Gyattらのユーザーズ・ガイド(2008)においては、エビデンスに多くの種類があり得ること、その階層は臨床判断の目的や状況によって複数ありうるということが説明された上で、予防と治療における階層表の一例が掲載されている(p11)が、この階層の最上位にくるものは、実はシステム・レビューでもメタ・アナリシスでもなく、N-of-1 RCTと呼ばれる、1事例実験法なのである。

武藤(2017)は、1事例実験における再現性の問題について「援助者としての『あなた』と『あなたの』クライアント』,そして『クライアント』と『ク

ライエントが生活している時空間』との関係をきめ細やかに記述し、かつ援助者としての『あなた』の援助の有効性を実証的に検討することが可能なのである」と述べており、動的な二者関係における1事例実験のもつ転移可能性（transferability）のメリットを強調している。一方で武藤は、二人称の科学は「限定的で、一般性を欠いた、きわめて普遍性から遠い科学である」としてその限界についても率直に述べている。しかしながら、逆に医学における実践とは、EBMにおいてさえ「個別の状況での動的な実践」なのであることを考慮するならば、このことは大きなデメリットとは考えられないだろう。医学、臨床行動分析を含む広い意味での対人援助実践は、その全てが地に足をつけた「個別状況における実践」である。このことはしばしば忘れられやすく、我々は容易に、仮想的な「普遍的な世界」「論理的な世界」に迷い込みやすい。しかし現実に立脚するならば、対人援助実践とは常に「不確実性」「複雑性」を避けることはできず、このことは否定し得ない現実として直視されるべきである。EBMは、確率論と蓋然性を根本原理とする臨床疫学に基づく行動様式を定式化し、医学において避け得ない「不確実性」に挑戦しようとしている。EBMを「『二人称の科学』の中で『三人称の科学』を利用しようとする方法論」として考えるならば、それは「個別性の科学」とも「臨床行動分析」とも矛盾しない科学的行動様式であると考えられる。

一方でEBMの歴史と現状から見て注意しなければならない点を付け加えておきたい。大きな問題は、EBMが個々の患者への最良のケアを提供するという本来の目的から外れて、ガイドラインによる医療の標準化や、甚だしくは特定の企業の経済的利益の追求、あるいは研究者集団の研究費獲得などの目的にすり替わってしまっていることが否定できないことである。これは、創始者達の意図したものとは全く異なった方向にEBMが変貌してしまうことであり、やや諧謔的な意味をこめて「EBMのハイジャック」という言葉で概念化されている。そもそも1996年のSackettの論文自体が、EBMをめぐるそのような傾向に対する警告の意味を込めたものであったし、Sackettの有力な後継者の一人であるIoannidis

JPAが、Clinical Epidemiology 誌（2016）に「Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett」と題するコメントを寄稿しており、この問題の深刻さをうかがわせる。また近年、Greenhalgh Tらを中心とするEBM Renaissance Groupは、上記のような変質したEBMをRubbish EBMと呼んで、本来のEBMであるReal EBMと区別し、鋭く批判している（Greenhalgh et al, 2014）。

4. 結論

武藤の提唱する「二人称の科学」を著者なりに理解すると、1)「治療者」と「患者」、「支援者」と「クライアント」などの、二人の人間の親密な相互交流の場において有効に機能する科学モデルであり、2) その本態は「動的なプロセスにおいて他者を再帰的に記述すること」であり、3) 適切な手段で実験的手法とその客観的評価を動的なプロセスの中に組み込むような実践である、とまとめられる。本論ではMontgomeryが米国の医学教育の現場における質的研究から生成した医学モデルである「個別性の科学」と、GyattとSackettらによって創設された「本来の」EBMを検討することにより、現代における医学の実践が、2つの異なったレベルの合理的プロセスを内包する「複合的な科学的過程」であることを明らかにした。著者の暫定的な結論は、医学のプロセスは「『三人称の科学』を利用する『二人称の科学』」と表現されうる、というものである。この意味で、少なくとも武藤の提唱する『二人称の科学』モデルは、臨床行動分析という限られた方法論の範疇を超えて、より広い範囲の対人援助の領域において有効に機能する概念であることが示唆される。著者の力が及ばず、本稿で論じきれなかった点は多く残されているが、広義の対人援助学における古い常識に囚われない科学論の発展に少しでも寄与する議論となれば幸いである。

文 献

Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, Evidence Based

- Medicine Renaissance Group, (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 348: g3725.
- Gyatt GH, (1991), Evidence-based Medicine. *ACP Journal Club*, 114: A-16.
- Gyatt GH, Rennie D, Meade MO, Cook DJ, (2008) Users' Guides to the Medical Literature-a Manual for Evidence-Based Clinical Practice (2nd edition). New York, McGraw Hill. pp9-16.
- Hunter KM, (1991). Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge, Princeton University Press. (斎藤清二・岸本寛史 (監訳) (2016). ドクターズ・ストーリーズ: 医学の知の物語的構造. 新曜社)
- Ioannidis JPA (2016), Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *Journal of Clinical Epidemiology online* (Accepted 18 February 2016).
- 抱井尚子 (2005), ポスト論理主義モデルの批判的思考とその実現形態について - 補完代替療法の使用をめぐる医療的意思決定からの考察 -. 青山国際政経論集, 66, 71-110.
- 武藤 崇 (2013). 臨床行動分析と ACT : 「二人称」の科学とその実際. *臨床心理学*, 13, 202-205.
- 武藤 崇 (2017), 対人援助学の方法論としての「二人称」の科学, *対人援助学研究*, 5, 1-12.
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes, RB, (1996), Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312: 71-72.
- 斎藤清二 (2016), 医療におけるナラティブとエビデンス - 対立から調和へ - (改訂版). 遠見書房, pp17-29.

(2016. 11. 18 受理)

(ホームページ掲載 2017年5月)