これは第一次草稿です。改訂する可能性がありますので、引用はお控えください。

英語教育実践支援のためのエビデンスとナラティブ
—EBM と NBM からの考察—

広島大学　柳瀬陽介

これは第一次草稿です。改訂する可能性がありますので、引用はお控えください。

1　序論

背景　従来質的研究に対しては、「これは一つの事例に過ぎず、一般性・普遍性を欠くものである」といったコメントが投げかけられていた。このコメントは、量的研究 (特に無作為抽出標本から母数への統計的推測) の考えに基づく再現可能性や検証可能性の認識論だけに依拠した理論的偏見であり、質的研究のエピソード記述が提示する「可能的真実」が読者に与える理解・洞察について考察することを怠っている (鯨岡　2005, pp. 45-48) 。幸い、平山（1997: I-V）も報告するように、日本教育方法学会、日本教育工学会、教育心理学会などの教育研究諸分野では、1990 年代中頃に方法論上の論争が激しく行なわれ、以来、質的研究は、量的研究とならんで、教育研究の一つの柱となった。しかし日本の英語教育学界では、ジャーナル投稿論文の傾向を見る限り、日本の他の教育研究界と比較しても、海外の第 2 言語教育研究界と比べても、質的研究は非常に少ない。質的研究に関する理解は日本の英語教育学界では遅れているといえる。

問題　フーコー (Foucault 1980)も言うように、ある種の言説(discourse)の圧倒は、他の種の言説の抑圧と封殺につながりかねない。これは言説だけの問題でなく、権力 (power) の問題となる [1]。言説は、「真理」を標榜することを通じて権力につながるからである。

フーコーは、権力に関する旧来の考え、すなわち「国家などの制度的実体が固定的に所有し使用する強制的支配力」を斥け、権力を「社会関係の中で循環し、さまざまな事柄を抑圧すると同時に、他のさまざまな事柄を生み出すもの」として考えた (Foucault 1980, p. 119) 。その権力関係を強化するのが、それぞれの社会がもつ「真理の体制」(regime of truth)である。「真理の体制」は、何が真で何が偽かを確定する手続きを定め、真理を語る者の地位を確かなものにする (ibid. p. 131) 。この権力関係生成システムである「真理の体制」は、絶対善でも絶対悪でもない。権力はそれ自体が「絶対」的な「善」でも「悪」でもなく、真理は—少なくとも価値が絡む人文・社会系の論考では—「絶対」ではなく、もちろん「善」でも「悪」でもない。

「真理の体制」に関して気をつけるべきは、ある者がある言説に対して「それは科学ですか?」と問い

これは第一次草稿です。改訂する可能性がありますので、引用はお控えください。

かけるときに—その者が意図しているにせよしていないにせよ—どのような知識を真理に値しない、つまりは権力が与えられるべきでない、不適格なものとしようとしているのか、ということである (ibid. p. 85) 。もとよりある種の言説が「真理」として主張されるとき、他の種類の言説が「非-真理」と含意されることは避けがたいことである。また啓蒙主義の洗礼を経た近代社会が今更、真理と権力の共生の軛から脱することは容易ではない (ibid. p. 93) 。だが私たちは、「真理の体制」がもつ抑圧性に対して少なくとも自覚的でなければならない。

したがって私たちが行なうべきことは、「真理の体制」の破壊ではなく—破壊は反啓蒙的退行に連なる怖れがある—、現行の「真理の体制」を分析的に自覚しながら、その部分的変革を検討することである。逆に言うなら、言説の生産メカニズム (「真理の体制」) である学界が、英語教育研究のあり方を、他分野研究との比較などから、客観的に把握しなければ、ある種の支配的言説による権力関係の固定化が悪化するおそれがある。現代日本の英語教育学界において、質的研究、特にその中心となる「ナラティブ」 (やまだ 2007) についての適切な評価と判断を怠ることは、現在支配的な量的研究の言説を語る者と、現在等閑視されているナラティブを語る者の権力バランス—支配と制御の関係—を歪なものとする可能性がある。これが現代日本の英語教育界の問題の 1 つである。

Research Question　上述の問題を受けて、本研究では、現代日本の英語教育研究におけるエビデンス (量的研究の指標) とナラティブ (質的研究の指標) の扱われ方の比較を行なう。具体的な問いは、他分野研究と比較した場合、英語教育研究は、エビデンスとナラティブの扱いに関してどのような特徴を示すか、である。

意義　この研究は、潜在的な英語教育界の言説の偏向を理論的かつ客観的に検討し、これまで英語教育研究が抑圧していた (かもしれない) 言説の権力関係の是正を行なうことが期待できる。

2　方法

手順　本論考は、(1) 比較対象の決定と予備的考察、(2) エビデンスについての比較と考察、(3) ナラティブについての考察、の順番で論考を行なう。(1) については、臨床現場をかかえ、かつ英語教育研究よりも先進的な研究であるという理由で、医学を選ぶこととする。医学が、その質と量において、英語教育研究を凌駕していることに関しては議論の余地はないだろう。(2) については Evidence Based Medicine (EBM) 、(3) については Narrative Based Medicine (NBM) を特に考察の対象とする。それぞれが「エビデンス」、「ナラティブ」を中心的課題としてとらえているからである。

定義　本稿での「英語教育研究」は実践を支援するための研究であり、実践への応用を全く考慮していない理論的実証研究 (特に SLA 分野) は意味しない。同様に「医学」の研究も、実践適用のための「臨床試験」あるいは「治験」(clinical study)を始めとした臨床的な研究を意味し、生命科学などの基礎科学は意味しないこととする。なお、このように定義しても「医学」の範囲は広いので、本稿ではさらに医学の典型例としての内科を中心に考察を進める。また、「エビデンス」や「ナラティブ」などの重要語については後続の章で説明的に定義する。

3　予備的考察: 医療実践と英語教育実践の比較

以下、英語教育研究を医学と比較しながら考察するが、当然のことながら、両者が対象とする実践が構造的に有する相違点を予め考慮しておかなければならない。相違点に関する予備的考察を欠いた比較は、皮相な見解を生み出すだけになりかねないからである。両研究の主な違いは、表 1 のようにまとめられる。

表 1 のまとめを、英語教育実践を支援する英語教育研究の観点から言い換えれば、それぞれの点で次のように言える。(1) 集団力学に関する知見がさらに必要。(2) 教師の多面的なニーズに応えることが困難。(3) 同僚間で知見が共有されることが期待しにくい。(4) 知見の適用だけでは個人的対応ができない。(5) 多彩な個性の複合的相互作用について支援が極めて困難。(6) 研究は実践に対する「ヒント」にすぎない。(7) 研究論文は、実践者が考えなければならない長い期間と広い範囲を通常扱えない。(8) 研究論文の科学的妥当性に関して多くを主張できない。

これは第一次草稿です。改訂する可能性がありますので、引用はお控えください。

表 1　医療実践と英語教育実践の比較

	医療実践	英語教育実践
(1) 対象	患者は、特異的な 1 名として扱われる。	学習者は、本来個別的存在であるが、通常は集団の中の 1 名としてしか扱われない。
(2) 分業制	医師は、手法や臓器別で専門化される。さらに看護師・薬剤師・理学療法士などとも分業される。	通常、学年や教科別に専門化されない。生活指導、クラブ指導などの各種校務分掌という教科専門以外にも多くの時間を注がなければならない。
(3) 協働体制	「カンファレンス」の制度化により同僚との協働体制が確保	英語科会議は必ずしも制度化されていない。
(4) 介入	薬剤投与が中心で、介入手段が標準化されている。	介入手段としての授業は、個人的技能・個性の役割が大きい。
(5) 相互作用	他の疾患や薬剤との相互作用に関しては知見が集積し、データベース化されている。	教員の個性、学習者個人の個性、クラスの個性などがあり、相互作用は複合的で予測が非常に困難。
(6) 診断	薬剤の効能は一般に強力であるので、慎重な診断が必要。	授業中のフィードバックにより診断の誤りを正すことが比較的容易。
(7) 効果とリスク	生死にかかわるため、非常に重要で、短期的(数日~数ヶ月)で顕在的になる。	重要度は劣り、長期的(数ヶ月~数十年)で潜在的であることが多い。
(8) 基礎科学	生命科学を中心に急速に進展中。かなりの知見は標準化されている。	質・量ともに、自然科学・生命科学と比べるなら、後進的。

こうしてみるとこの予備的考察だけで、英語教育研究は、医学研究と比較して、実践者支援能力が極めて限定的であり ((1)~(7))、科学的知見としての正当性も低いことがわかる((8))。このことを勘案に入れた上で、次に、量的研究の指標としての「エビデンス」を英語教育研究はどのように扱っているかを、医学研究を比較の対象としながら考察してみよう。

4　医学との比較から考える英語教育研究のエビデンス

エビデンスの考察を始める前に、エビデンスの基盤である数的処理および実験計画で、英語教育研究が医学とどのように異なっているかを確認しておく必要があるだろう。この章では、数的処理、実験計画、エビデンスの扱いの順で両研究を比較する。

数的処理に関しての医学と英語教育研究相違は、表 2 のようにまとめられる。

数的処理に関して、(1) と (2) から言えることは、英語教育研究での数値 (尺度) が、医学研究での数値 (尺度) と比べて、非常に恣意的であることである。(1) で示されているように英語教育研究の構成概念は非常に曖昧で前-理論的であり、(2) が示すように、操作的定義も標準化されていないか、その使用に対して理論的に自覚的でない (つまり非理論的である) 。したがって、ある英語教育研究での数値が、他の英語教育研究での数値と同一の事態を記述しているとは言い難い。

(3) と (4) が示しているのは、英語教育研究が、知見の現実世界での適用に対して、ほとんど配慮していないということである。 (3) に示されているように、英語教育研究は「有意差至上主義」(水野 2008) ともいえる事態に陥り、5%の有意差さえ認められれば、研究結果が有効な結果だとされ、現実世界の母数での予測範囲 (「信頼区間」) のチェックが行なわれない。これは臨床統計の扱い方としては非常に不徹底である(能登 2008)。加えて、(4)の医学統計が提供している、知見の現実適用のための各種統計データは、英語教育研究ではほぼ皆無である。これは、英語教育研究者が現実適用に対して真剣に考えてないのか、それとも初めから英語教育研究が現実に適用されることは想定していないかのどちらか、あるいは両方の理由が関わっているようにも思われる。

表 2　数的処理に関する医学と英語教育研究の比較

	医学	英語教育研究
(1)　被介入者の分類	患者の分類は、病理診断で標準化され、厳密。	学習者の分類は、「初級者」「日本人学習者」など非常に曖昧。
(2)　評価項目	多数の outcome (介入から得られる結果) と endpoint (outcome を評価するための項目) が標準化。	研究独自の指標か、いくつか資格試験の合計スコアが用いられるだけ。
(3)　統計	有意差検定だけでなく、信頼区間を明示することが義務化されている。感度と特異度[2]が区別される。	有意差検定だけで、信頼区間が示されず[3]、有意差も 5%が機械的に適用されるだけ。
(4)　適用に関する指標	オッズ比・ハザード比、(絶対・相対)リスク減少率、NNT、費用効果分析などで、研究結果の適用が現実的かをチェックする手段[4]が複数存在する。	ほぼ皆無。

このように数値の構成概念および操作定義に一貫性がない以上、その数値をどのように統計分析しても、妥当性と信頼性の高いデータは得られないが、実験計画に関する英語教育研究の特徴は、さらにデータの妥当性と信頼性を低下させている。実験計画については表 3 のようにまとめられる。

表 3　実験計画に関する医学と英語教育研究の比較

	医学	英語教育研究
(1) 実験統制	介入手段(薬剤投与)が標準化されているので、実験要因(独立変数)の統制が比較的容易。	介入手段(授業)が、介入者と非介入者の個性的かつ複合的な相互作用に大きく依存するので実験要因(独立変数)の統制が事実上困難。
(2) 研究	対象は個人なので多数の調査協力者が得られ、ランダム化比較試験実施が比較的容易。二重マスク試験 (二重盲検) 実施も比較的容易で、剰余変数・交絡因子の制御が可能。	対象は集団であり、総人数が多数であっても、集団ごとのランダム割付けを行なうので、十分な数の割付けによる剰余変数・交絡因子の制御が非常に困難。介入が介入者の個人的実践である以上、介入者へのマスク化が不可能。

表 3 の (1) に関して、医学では介入手段が標準化された薬剤の投与であるので、その介入がどの病院行なわれても、あるいはどの医師によって行なわれても、すべて同等と考えることができる。病院や医者の社会・文化的特性は、薬剤に対して直接影響を与えることはない。しかし英語教育研究では、介入手段が教師個人の行なう実践であり、それは教師の技能や個性に大きく依存したものである。さらにその実践は、学習者集団との相互作用に大きく影響を受け、さらにその教師-学習集団の相互作用関係も、それぞれの学校の社会・文化的特性により特異的な影響を受ける。したがって比較の対象である授業は同等なものとは考えがたい (少なくとも標準化されたものとは言えない)。ゆえに英語教育研究では、ある教授法が他の教授法と比較されたとしても、その検討は、教師-学習者集団-学校などとの強い相互作用関係にある固有の授業実践の比較となり、純粋な教授法の比較とは言い難い。

(2) について、医学では、被介入者と介入者の両者を介入法についての情報を遮蔽 (マスク化) した上で、多くの個人を無作為割付けした研究が標準的研究スタイルとして普及している。それに対して、英語教育研究では、せいぜいある 1 集団を実験群(介入群)、もう 1 つの集団を統制群(対照群)とするだけであり、集団固有の剰余変数を多数の無作為割付けで制御することができない。したがって交絡

因子(cofounding factor, cofounder)―介入手段と介入結果の両方に影響を与える外部変数―が入りやすい。しかもマスク化されていない介入者は介入手段の特性を熟知しており―しばしば介入者自身が研究者である―、学習者にも介入手段の効果を期待させることが教育実践の倫理として求められるので、ホーソン効果やピグマリオン効果などの主観的要因が多く入り込む「オープン試験」(open study)となる。元々の数的処理が厳密でないことに加えて、このように実験計画法の点からも厳密でないことを考えれば、英語教育研究に、医学やその他の科学研究と同じような信頼は置きがたい。

さらに英語教育研究は、医学のようにエビデンスの扱いが体系化していないという劣性的特徴を有している。医学と英語教育研究でのエビデンスの扱いは表 4 のようにまとめられる。

表 4　エビデンスに関する医学と英語教育研究の比較

	医学	英語教育研究
(1) レベル	確立 (表 5 を参照)	不明瞭
(2) 適用法	問題の定式化→情報の検索→得られた情報の批判的吟味→得られた結果の臨床場面での適用→実行された医療行為の評価、の 5 ステップが EBM 教育で確立	不明瞭
(3) 利用促進	データベース化と系統的レビューが計画的に勧められている。	データベース化が遅れている。メタ分析[5]がようやく萌芽状態。
(4) ガイドライン	エビデンスに基づく診療ガイドラインが年々更新される。	ガイドラインは少数の専門家の意見によるもの。

表 4 の (1) は、エビデンスのレベルが医学では明確に区別されているのに対して、英語教育では、その区分が不明瞭であることを示している。医学でのエビデンスレベルは、その代表例の一つであるオックスフォード大学 EBM センターのエビデンスレベル(Levels of Evidence (Therapy/Prevention, Aetiology/Harm))[6] によってその考え方を知ることができる(表 5)。

表 5 のレベルはアラビア数字とアルファベットの組み合わせで構成されており、上に行くほどレベルは高い。アラビア数字が示しているのは (ランダム化比較試験>コホート研究>症例対照研究>症例集積>専門家の意見)、アルファベットが示しているのは (系統的レビュー>個々の試験・研究>その他) の順番である。英語教育界にとって不慣れな用語が多いので、それらの用語を以下解説する。

表 5 の 1a では、「系統的レビュー」(Systematic Review (SR)) 、「ランダム化比較試験」(Randomised Controlled Trial (RCT)) 、「均質性」(homogeneity) の用語解説が必要である。SR とはあるテーマについて過去の研究を網羅的に収集・批判的吟味したもの、RCT とは介入群と対照群にランダム割付けをした仮説検証研究、homogeneity とは SR で複数の研究結果が、仮説支持・棄却の方向と程度においてほぼ同じことを示す。

2a の「コホート研究」(Cohort Studies) とは、因果関係の原因と考えられるある因子の有無で「コホート」を定め、その 2 つのコホートを追跡調査 (前向き研究 Prospective Study) する研究である。無作為割付がない点で RCT と異なり、この点から結果への交絡因子の影響が出やすい欠点をもつ。2c の "Outcomes" Research とは、対照群なしで介入群を対象とし、その群が受けた影響 (アウトカム) を観察するものである。因果性については何も言えないが、現場の生態学的報告ができる利点をもち、Ecological Studies とも呼ばれる。

3a の「症例対照研究」(Case-control Studies) とは、Cohort Studies と時間の向きを逆にし、あるアウトカムの有無で 2 群を定め、それぞれの群で原因と考えられる因子の影響を時間を溯って調査 (後向き研究 retrospective study) する研究である。時間を溯っての調査なので調査が限定的であり、因果性の重要要件である原因の先発性・結果の後発性が不明確であるため因果性については結論できないといった欠点をもつ。

これは第一次草稿です。改訂する可能性がありますので、引用はお控えください。

4 の「症例集積研究」(Case Series) とは、ある介入もしくはアウトカムを有した複数の症例をまとめて報告するものである。

5 の「第一原理」(First Principles) とは、病態生理学理論に基づく原理的な実践への推奨であり、その意味で、生理学や人間を対象としない基礎実験に基づく推奨と同じものである。

表 5　オックスフォード大学 EBM センターのエビデンスレベル

レベル	エビデンスの種類
1a	ランダム化比較試験の系統的レビュー (均質性あり) Systematic Review (with homogeneity) of Randomized Controlled Trials
1b	個々のランダム化比較試験 (信頼区間の狭いもの) Individual RCT (with narrow Confidence Interval)
1c	治療群以外全例死亡か、治療群全例生存の結果を示す研究 All or none
2a	コホート研究の系統的レビュー (均質性あり) SR (with homogeneity) of Cohort Studies
2b	個々のコホート研究 (追跡率 80%未満などの質の低いランダム化試験を含む) Individual Cohort Study (including low quality RCT; eg., <80% follow-up)
2c	アウトカム研究・生態学的研究 “Outcomes” Research; Ecological Studies
3a	症例対照研究の系統的レビュー (均質性あり) SR (with homogeneity) of Case-control Studies
3b	個々の症例対照研究 Individual Case-control Study
4	症例集積 (および質の低いコホート研究と症例対照研究) Case-Series (and poor quality Cohort and Case-Control Studies)
5	明確な批判的吟味のない専門家の意見、生理学、基礎実験や「第一原則」に基づく専門家の意見 Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or “first principles”

以上の専門用語理解に基づき、表 5 を英語教育関係者にわかりやすく「翻訳」したのが表 6 である。

この表 6 から考えるなら、現状の英語教育研究では、研究者がせいぜい 2b レベルのエビデンスを出しているだけで、実践的研究者は 2c と 4 レベルのエビデンスをまとめているだけと総括できる。さらに驚くべきことは、教育行政は 5 レベルのエビデンスだけでもって、学習指導要領も含めた強制力を伴う勧告を行なっていることである。

これまでの考察から取り得るオプションは理論的に 2 つある。1 つは英語教育研究でもエビデンスのレベルを上げる努力をすることである。しかしこれまで確認してきた、英語教育実践の複合性から生じるエビデンスの実践者支援能力の構造的限界、基礎科学の脆弱さ、数的処理および実験計画の不備から考えると、このオプションは無謀な試みにも思える。さらに、表 4 で示された (2) エビデンスの適用法、(3) 利用促進、(4) ガイドラインを医学レベルにそろえようとする試みも、根本のエビデンスの質の低さから考えるなら、砂上の楼閣—研究者だけが信じ、実践者は近寄ろうとしない虚構—、あるいは誰も使わない「ハコモノ」—「公共投資」として建築関係者だけが潤う無駄な建物—、を構築しようとすることと言えるのかもしれない。

そうするともう 1 つのオプションを考えるべきであろう。つまり量的研究のエビデンスを補完する、別種類の情報収集を積極的に行なうことである。私たちはそういった情報としてナラティブを考える。

これは第一次草稿です。改訂する可能性がありますので、引用はお控えください。

表 6　英語教育研究のエビデンスについて考察するためのレベル分類

レベル	エビデンスの種類
1a	多くのランダム化比較試験を包括的・批判的に吟味して、ほぼ同じ結論となった結果
1b	標本が多いなどの理由で、母集団でも同じ結果が出ることが期待できる、ランダム化比較試験の結果
1c	ある介入をしないと全員悲惨な結果となるか、その介入があると全員悲惨な結果は回避できるという結果
2a	介入群(実験群)と対照群(統制群)を定めて、その結果を検討した多くの研究を包括的・批判的に吟味して、ほぼ同じ結論となった結果
2b	介入群(実験群)と対照群(統制群)を定めて、その結果を検討した結果
2c	アクション・リサーチ
3a	ある結果の有無で分けた 2 群を過去に溯って検討する多くの調査結果を、包括的・批判的に吟味して、ほぼ同じ結論となった結果
3b	ある結果の有無で分けた 2 群を過去に溯って検討する調査結果
4	ある共通の実践経験に関する報告集
5	「有識者」の推奨、あるいは言語学者や心理学者などの現場に関する知識・経験の乏しい「専門家」の推奨

5　医学と英語教育研究でのナラティブの扱い

「ナラティブ」(narrative)とは本来、特定の相手に向けて口頭で語られた、内容およびその語りの構造である。しかし研究に登場するナラティブは通常、語り手自身が書き直したり、語り手の語りを研究者が書き起こしたりした形で文字として現れる。類義語として「物語」(story)があるが、英語の語感で説明するなら、story が主に「語られた内容」を意味するのに対し、narrative は「語られた内容 (つまり story) と、語り手自身も必ずしも自覚していない語りの構造」の両方を意味する点で両者は異なり、"Tell me your story."とは言っても、 "Tell me your narrative."は不自然な表現となる(斎藤・岸本 2003, pp. 22-23)。また、ナラティブの思考法(the narrative mode)は、論理-科学的思考法(the paradigmatic or logico-scientific mode)と、対比的・相補的にとらえられる(Bruner 1986)。

そういったナラティブは、医学において Narrative Based Medicine (NBM)として臨床研究で定着している。NBM でのナラティブをまとめると表 7 のようになる (グリーンハル、ハーウィッツ　2001、斎藤・岸本 2003、斎藤 2005、Chase, H. et al. 2008、Greenhalgh & Hurwitz 1999)。

表 7 でまとめられているナラティブ的思考法を、エビデンス的思考法との比較という点から再整理すると、それは、(i) 語り手という「当事者」[7]を尊重(1a, 2c, 2d,3a, 3d, 3e)、(ii) 研究者の「真理」に対する専有的特権性を否定 (1b, 2b, 2d, 2e, 4a, 4b)、(iii) 単純な因果関係でなく、複合的な相互作用関係を重視する(2a, 2b, 2d, 3a, 3b, 3d)となる。もし英語教育研究が、支援すべき教師にもっと注目し(i)、研究者自らの研究の限界を自覚し(ii)、教育実践の複合性を真剣に考える(iii)なら、英語教育研究は医学と同じように、あるいはそれ以上にナラティブを取り込むべきであろう。具体的には、教師とメンター(先輩教師あるいは関連学問研究者)の間、教師と学習者の間、同僚教師の間(司会役つき)、学習者の間(司会役つき)で創発されるナラティブなどを研究することができる。

実際、これまでの英語教育界においても教師などのナラティブを活かす試みは、少数行なわれてきた。現場教師が自らの経験を整理して語り、かつワークショップの形で参加者にも追体験させる「英語教育達人セミナー」は、まったく公的な支えもないままに 12 年以上続き、多くの教師が自ら語ることで成長し、さらに多くの教師がその語りを聞くことにより力量を上げている。また日本学術振興会科学研究費補助金(科研)による研究でも、ナラティブに関する研究が、若干ながら採択されはじめている。また研究スタイルそのものに関しても、1990 年代半ばからアクション・リサーチ(AR)は学界の話題となり、海外の Exploratory Practice (EP) の考えも導入されている (柳瀬 2008)。

しかしこれらの質的研究の流れは、「真理の体制」から十分な認知を得ていない。たとえば、AR が 10 年以上実施された現在でさえ、AR の第一人者は、「現場から来ている大学院生 が『AR で修士論文を書きたい』 と希望すると、いろいろな反対が陰に陽に出てきて、論文の質そのものよりは、AR だというだけで冷たくあしらわれたり、『論文ではないから受理しない』と脅かされることがよくあります」と証言している [8]。日本の英語教育関係学会が発行するジャーナルでの質的研究の公刊率は、海外のジャーナルと比べても明らかに低い。公刊を拒否された質的研究者は、しばしば査読者の質的研究に関する無理解を嘆く(しかしそのような声を正統な言説として掲載する公的なメディアはなく、そういった声は権力を奪われている)。また、学会の口頭発表でさえ、20 分というフレームワークは量的研究には最適かもしれないが、質的研究には短すぎる [9] と言えるだろうし、そもそもそれほど時間枠も取らずに対話を深められる、他の学会では普通に行なわれているポスター発表形式でさえも、本学会 (全国英語教育学会) では一度の試行だけで打ち切られ、再開されていない。というより、2009 年度大会では質疑応答時間はわずか 5 分である。討議の時間が 5 分というのは、量的研究でも十分であるとは思いがたい。質的研究に関する討議としては論外の短さである。しかし、もしこのような時間設定も「仕方がない」とされるのなら、それは何のために「仕方がない」のか、このような学会言説生成システムは、どんな権力を生成あるいは維持することに貢献をしているのかを問う必要があるだろう。

他の教育諸分野や海外の第 2 言語教育研究の現状から考えると、日本の英語教育学界の頑なさは驚くべきである。英語教育研究におけるエビデンスの限界と、ナラティブの潜在的能力からするならば、英語教育学界は、ナラティブそして広く質的研究を、正統な言説として具体的に論文・発表の形で認め、そういった言説に正当な権力を与えるべきであろう。

表 7　NBM でのナラティブ

(1) 関与者	(a) 語り手: 研究の「対象」ではなく、個性ある個人として扱われる。 (b) 聞き手: 独自の解釈をしつつ、語り手と相互作用的にナラティブを構築する協働者として扱われる。
(2) 物語	(a) 時間縦断的に語られるが、複数の事象の相互作用を重視し、非線形的な発展を容認し、複合性 (complexity) に対応しやすい。 (b) 物語の複数性を認め、唯一絶対の真理を想定しない。 (c) 語り手自身のことばが尊重され、学術用語などが押し付けられないよう配慮される。 (d) 語られる物語は、語り手の人生というより大きな物語の中の物語であると認識されている。
(3) NBM 実践のプロセス	(a) 患者のナラティブを聴取する (listening) (b) 患者のナラティブについてのナラティブを医者と患者で共有する (emplotting) (c) 医者がナラティブに対する、適切な仮説を考えつこうとする (abduction) (d) 患者と医者が互いのナラティブをすり合わせ、お互いに「腑に落ちる」新たなナラティブを創発させる (negotiation and emergence) (e) これまでの語り合いをふり返り、評価する (assessment)
(4) NBM と EBM の関係	(a) EBM 実践は患者の問題の定式化、エビデンスの患者への適用などでナラティブを必要としている。 (b) EBM と NBM は相互補完関係にある。

6　結論

以上の医学との比較対照的考察から結論されるべきは、医学がエビデンスとナラティブを高いレベルで両立的・補完的に使用しているのに対して、英語教育研究はエビデンスの扱い方のレベルが低いにもかかわらず、それを補完することができるはずのナラティブを軽視しているということであ

これは第一次草稿です。改訂する可能性がありますので、引用はお控えください。

る。英語教育研究はエビデンスを過大評価し、ナラティブを過小評価している。

この偏りの十分な認識を欠いたまま、英語教育研究界がこれまでの「真理の体制」に無批判に依拠し続ければ、英語教育研究界は、私たちが予備的考察で確認した英語教育研究の構造的限界と英語教育実践の本質的複合性を無視して、徒にエビデンスレベルやエビデンス利用体制を高度化し、その反動としてナラティブをさらに抑圧しかねない。そういった「高度化」は、英語教育研究をますます虚学化するだろう。優れた実践者はすでに現行の英語教育研究の虚構性を見抜いている。「なぜいつも実証的研究の名のもとに統制することをほとんど望めない統制群を作りたがるのか」とは松井 (2009) の、「実践者は、その場での実践を普遍化しないものです。普遍化する怖さを知っていますから」とは組田 (2009) の言葉である―こういった言説が学会誌ではなくブログでしか見られないということも、現在の英語教育研究界の特徴である―。さらに、虚学の「真理の体制」化は、他の言説―ナラティブ―が本来もつ権力を奪う。また、エビデンス至上主義は、1990 年末期から教育界を席巻している「説明責任」の隆盛と組み合わさり、数値エビデンスになりにくい教室・学校のエコロジー (生態学的環境) の軽視を構造的に助長している (柳瀬 2009) 。エビデンス至上主義的管理が、実践者を追い込み、実践者のモチベーションと観察力を低下させているという懸念は、看護の世界で表明されているが (川島 2007) 、英語教育界にとってもこの懸念は他人事ではないかもしれない。英語教育研究の虚学化を防ぎ、実践者のもつ power を活かすため、英語教育研究界は、自身がもつエビデンスとナラティブに関する認識を改め、「真理の体制」の部分的変革を図らなければならない [10]。

注

1 Power は日本語に訳しにくい用語である。アレント(1994)が『人間の条件』で語っている文脈では「活力」と訳し、「自由で開かれた言論空間には活力が生じる」などと表現した方が、日本語として自然であろう (柳瀬 2005)。しかし、そのような活力こそが民主主義的権力の正当性・正統性の基盤であることからすれば、power は、言説や言論について語られる際にも「権力」と機械的に訳されるべきかもしれない。

2 感度 (sensitivity) とは「ある特性を有する (陽性) と判定されるべきものを正しく陽性と判定する可能性」、特異度 (specificity) とは「ある特性を有しない (陰性) と判定されるべきものを正しく陰性と判定する可能性」であり、検査のもつ臨床的意味合いに応じてこれらの数値基準はそれぞれに決められる。

3 有意差検定だけを取り上げる「有意差至上主義」の批判として、英語教育研究では水野 (2008) が効果量 (effect size) を含めることを提言しているが、その論考でも信頼区間については触れられていない。なお信頼区間 (Confidence Interval)とは、標本からの推定値が、母数ではどのような範囲で分布するかを区間推定した範囲であり、通常、95%を信頼水準(信頼係数)として算出される。

4 それぞれの用語をここでは簡単に説明する (正確な定義を記載するには紙面が足りないので、統計的な定義に関しては専門的文献を参照のこと) 。オッズ比 (odds ratio)とは、ある介入を行なった場合に望ましい結果がでる確率を分子、比較対照の介入の場合での確率を分母とした数値であり、これが 1 より多ければその調査した介入が望ましいと判断できる。ハザード比(hazard rate)は、ごく単純化すれば、介入の結果が望ましくないリスクである場合のオッズ比といえる。絶対リスク減少率 (absolute risk reduction; ARR)は、対照介入でのリスク発生率からある介入でのリスク発生率を単純に引いた数値であり、相対リスク減少率 (relative risk reduction; RRR)は、ARR を当該介入でのリスク発症率で割った数値である。NNT (Numbers Needed to Treat) は、一人を救うために必要な介入人数であり、ARR の逆数で算出される。費用効果分析 (Cost-Effectiveness Analysis) とは、ある効果 (健康状態) を獲得するのにかかる費用を表した分析である。

5 メタ分析 (Meta-Analysis) とは、複数の量的研究結果を統計手法を用いて統合するものであり、包括的・網羅的に行なわれる系統的レビュー (Systematic Review) の一部を構成する。英語教育研究におけるメタ分析については In'nami, Y., & Koizumi, R. (2009) を参照のこと。

6 表 5 の訳出においては、聖路加看護大学研究班 (2004) を参照した。

7　問題に悩み、従来は専門的・職業的研究者の「対象」としかみなされていなかった「当事者」を研究者とし、協働研究者と共に問題構造の解明に取り組む「当事者研究」については浦河べてるの家 (2005) を参照されたい。

8　佐野正之　(横浜国立大学名誉教授) による証言。なおこの証言は重要なものであると考えられるため、筆者は佐野の許可を得て、誰でもアクセスできるウェブ空間にこの証言を掲載している。
http://yanaseyosuke.blogspot.com/2009/05/blog-post_01.html

9　たとえば心理関係では日本で最大規模の学会である日本心理臨床学会は、事例研究重視の立場を貫き、一般の個別発表にも 90-120 分の時間を与えている。(斎藤・岸本 2003, p. 137)

10　英語教育学界の具体的改革の可能性の一つは、ナラティブに基づく研究を正当に論文公刊させるためのガイドラインづくりかもしれない。例えば TESOL Quarterly の例は以下で参照できる。
http://www.tesol.org/s_tesol/sec_document.asp?CID=476&DID=2153

引用文献

アレント、H. (著)、志水速雄 (訳) (1994). 『人間の条件』 東京：ちくま学芸文庫.

浦河べてるの家　(2005).　『べてるの家の「当事者研究」』　東京: 医学書院.

川島みどり　(2007). 『看護を語ることの意味― “ナラティブ”に生きて』　東京: 看護の科学社

組田幸一郎 (2009). 『英語教育にもの申す　2009 年 7 月 5 日記事』2009 年 8 月 5 日に以下より取得 http://rintaro.way-nifty.com/tsurezure/2009/07/post-9ecf.html

斎藤清二・岸本寛史 (2003). 『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』　東京:　金剛出版.

聖路加看護大学研究班　(2004)　「医療・GL（04 年）／ガイドライン」2009 年 8 月 5 日に以下より取得　http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0027/1/0027_G0000069_0083.html

松井孝志 (2009).　『英語教育の明日はどっちだ!　2009 年 6 月 6 日記事』2009 年 8 月 5 日に以下より取得　http://d.hatena.ne.jptmrowing/20090606

水本篤 (2008).「研究論文における効果量の報告のために」『英語教育研究 (関西英語教育学会) 』31, 57-66.

能登洋 (2008). 『臨床統計はじめの一歩 Q&A』東京: 羊土社.

やまだようこ (編著) 2007 『質的心理学の方法　語りをきく』東京:　新曜社.

グリーンハル, T・ハーウィッツ, B　(編著)、斎藤清二・岸本寛史・山本和利 (訳) (2001).

斎藤清二　(2005).「患者と医療者の物語―Narrative Based Medicine の意義」. 『理学療法学』32, 445-449.

柳瀬陽介 (2005).「アレント『人間の条件』による田尻悟郎・公立中学校スピーチ実践の分析」『中国地区英語教育学会研究紀要』35, 167-176.

柳瀬陽介 (2008). 「Exploratory Practice の特質と「理解」概念に関する理論的考察―アクション・リサーチを超えて」『中国地区英語教育学会研究紀要』38, 71-80.

柳瀬陽介 (2009).「現代社会における英語教育の人間形成について―社会哲学的考察」『中国地区英語教育学会研究紀要』39, 89-98.

Bruner, Jerome (1986). *Actual minds, possible worlds.* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Chase, H. et al. (2008). The art of medicine: Narrative evidence based medicine. *Lancet*, 371, 296-297.

Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge*. New York: Pantheon Books.

Greenhalgh , T. & Hurwitz, B. (1999). Narrative based medicine: Why study narrative?. *BMJ*, 318, 48-50.

In'nami, Y., & Koizumi, R. (2009). Database selection guidelines for meta-analysis in applied linguistics. Unpublished manuscript.