

2018 年度科学技術インタープリター養成プログラム修了論文

臨床実践家によるエビデンスの捉え方

How Clinical Practitioners Grasp “Evidence”:
The Value and Its Usage in Their Practice

2019 年 3 月

東京大学大学院 教育学研究科 臨床心理学コース 博士課程

科学技術インタープリター養成プログラム 13 期生

馬場 絢子

指導教員 孫大輔 講師

要旨	63
1. 問題と目的	64
1-1. 臨床実践への注目	64
1-2. エビデンスと臨床実践	65
1-3. 日本の臨床実践	70
1-4. 問題と目的	70
2. 方法	71
2-1. 研究協力者	71
2-2. データ収集	71
2-3. 倫理的配慮	71
2-4. データ分析	72
2-4. 分析の質を高める工夫	72
3. 分析 1	72
3-1. 目的	72
3-2. 方法	72
3-3. 結果	72
3-4. 考察	78
4. 分析 2	79
4-1. 目的	80
4-2. 方法	80
4-3. 結果	80
4-4. 考察	89
5. 総合考察	92
5-1. 結果の概略	92
5-2. 分析 1・分析 2 の結果を踏まえた総合的考察	93
謝辞	94
図表	94
文献	99
インタープリター養成プログラムを受講して	103

要旨

臨床心理学に基づく心理的支援は根拠に基づいて行われることが推奨されている。しかし心理学における根拠に基づく実践（Evidence-Based Practice; EBP と略す）には課題も多く、特に主観性を重んじてきた日本の臨床実践には十分になじんでいるとは言いがたい。そこで本研究は、日本の臨床実践家がエビデンスと臨床実践をどのように関連づけて理解し、実践活動に従事しているのか明らかにすることを目的とした。

6名の臨床心理士に半構造化インタビューを行い、分析1では得られたデータをフローチャート化、分析2では修正版グラウンデッドセオリーアプローチによる質的分析を行った。

分析1の結果、実際の臨床実践において科学的知見がアプローチ選択の根拠になったり、数量的指標により効果を捉えたりしていることが明らかになった。分析2では、日本の臨床実践家が EBP と出会いそのメリットを味わう一方で難しさや課題にも打ち当たり、科学との距離感を模索している様子を描出した。

今改めて EBP の定義に立ち返り、科学の強みを臨床実践に適合的な形で吸収できるよう対話を重ねていく必要がある。

Abstract

OBJECTIVE: Clinical practitioners are recommended to support clients based on evidence. However, Evidence-Based Practice (EBP) have a lot of challenges, especially in Japan where clinical practitioners have respect subjectivity. Then, this study aimed to explore how Japanese clinical practitioners understand the relationship between evidence and their clinical practices. **METHOD:** Semi-structured interviews were conducted with 6 clinical psychologists. Data were extracted into flowcharts (Analysis 1) and analyzed based on the Modified-Grounded Theory Approach (Analysis 2). **RESULT:** Analysis 1 found that clinical practitioners selected the approach based on scientific knowledge and grasp effectiveness with quantitative indicators in clinical practice. In Analysis 2, it was described the process that Japanese clinical practitioners met EBP and go through both merits and difficulties of it, and seek the appropriate distance from science. **CONCLUSION:** Dialogue is needed to absorb the strength of science into clinical practice in an appropriate way, going back to the definition of EBP.

1. 問題と目的

1-1. 臨床実践への注目

2019年は公認心理師たちがいよいよ現場に出ることとなる記念すべき年である¹。心理職にとって初めての国家資格制定は、心の健康への注目度の高まりを示唆しているといえよう。

従来日本の心理的支援は、臨床心理士という民間資格の保有者が主に担ってきた。例えば1996年以降文部科学省の実施する小中学校でスクールカウンセラーとして活躍してきたのは、臨床心理士資格保有者であった²。臨床心理士の活動領域は多岐にわたり、前述のスクールカウンセラーを含む教育領域、企業内外の産業・労働領域、個人やグループが運営する私設心理相談領域、学生相談室や大学附属機関などの大学・研究所領域、家庭裁判所などの司法・法務・警察領域、病院などの医療・保健領域、児童相談所などの福祉領域がその代表例である³。

臨床心理士の専門的技術は、心理アセスメント、心理面接、臨床心理的地域援助、研究活動の4つに大別される³。このうち前者3つはおおよそ公認心理師の業務とも重なっており、心理に関する支援を要する者（クライアント；以下、CLと略す）の心理状態の観察や分析、当事者のみならず関係者をも対象とした相談・助言・指導その他の援助、そして心の健康に関する知識の普及活動が求められている¹。こうした技術は専門性が高いため、臨床心理士になる一般的なルートは指定大学院修士課程を修了し、臨床心理士試験の受験資格を得るといものである。これに対し公認心理師は、大学院修了ルートのほかに学部を卒業し実務経験を積んで受験資格を得るルートも設けられた。

アセスメントや面接は様々なツールや臨床心理学的アプローチを用いて実施される。臨床心理学的アプローチのうちアメリカ心理学会が理論にもとづくものとして認めているのは精神分析、心理力動療法、行動療法、人間性実存療法、認知療法、対人関係療法、システムズアプローチ、多文化カウンセリング、マインドフルネス&アクセプタンス理論、統合療法の10個である（Norcross, VandenBos, Freedheim, & Olatunji, 2016）。多くの臨床実践はこうした理論に基づいて行われている。それでは臨床心理士は、面接においてどのようにアプローチを選択しているのだろうか。

なお本稿では、臨床心理士・公認心理師・諸外国の類似の心理職の総称として基本的に「臨床実践家」という用語を用いる。しかしCLとの二者関係においては、慣例を重んじセラピスト（Therapist；以下、Thと略す）という表現を採用することもある。また、臨床心理学的アプローチのうち理論や技法、療法などの区別が必要ない場合は単に「アプロー

¹ 厚生労働省. 公認心理師 厚生労働省 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000116049.html> (最終閲覧日 2019年2月4日)

² 公益財団法人 日本臨床心理士資格認定協会. 臨床心理士とは 公益財団法人 日本臨床心理士資格認定協会 Retrieved from <http://fjcbcp.or.jp/rinshou/about-2/> (最終閲覧日 2019年2月4日)

³ 一般社団法人 日本臨床心理士会. 臨床心理士とは 一般社団法人 日本臨床心理士会 Retrieved from <http://www.jsccp.jp/person/> (最終閲覧日 2019年2月4日)

チ」と記す。

1-2. エビデンスと臨床実践

EBP の理念

臨床実践のプロセスに大きな変化をもたらしたものの一つに、「根拠に基づく医療 (Evidence-Based Medicine, 以下 EBM と略す)」というパラダイムがある。EBM という用語が初めに使用されたのは Guyatt(1991)の論文においてである。Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, & Haynes (2000)はこれを洗練させ、EBM を以下のように定義づけている。

「Evidence-Based Medicine (EBM)とは、研究による最善のエビデンスと臨床的技能、および患者の価値観を統合するものである (原田, 2015)。」

アメリカ心理学会 (American Psychological Association; 以下, APA と略す) は医療領域におけるこうした動きを心理の領域にも移入した。この背景には心理療法の効果が薬物療法の効果よりも劣っているという先入観や、保険の対象外であるといった状況があった(斎藤, 2011)。心理学における根拠に基づく実践 (Evidence-Based Practice in Psychology; 以下, EBP と略す) として以下のように定義された(American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)。

「心理学におけるエビデンスに基づく実践とは、患者の特性、文化、好みに照らし合わせて、活用できる最善の研究成果を臨床技能と統合することである (原田, 2015)。」

この定義には「エビデンス」「患者の特性」「臨床技能」という3つの要素が含まれている。まず「エビデンス」とは、内的妥当性・外的妥当性のバランスのとれた研究知見のことである。そしてエビデンスには研究デザインに応じて表 1-1 のようなヒエラルキーが存在する(Greenhalgh, 1997)。原田(2015)によれば、EBM におけるエビデンスとは、通常 Randomised Controlled Trials (以下, RCT と略す) の系統的レビューの知見や個々の RCT の知見を指す。APA も当初は、比較臨床試験で効果が示されたアプローチを選別し (Empirically Supported Treatments; 以下, ESTs と略す) リストを作成する試みを行っていた。しかし心理療法に焦点を当てていた ESTs は、アプローチから出発し、特定の状況下である症状や問題に効果をもたらすかどうか確認する、という発想に基づいており、本来の EBM と乖離があったためしばしば批判や議論の的となった。そこで、アセスメント、ケースフォーミュレーション、治療関係などより広い臨床実践を包括する EBP は、患者から出発し、最良の効果を得るためにはどの研究知見 (RCT の結果など) が有用であるか確認するものとして、ESTs との違いが明確に打ち出された。このため EBP におけるエビデンスとは、RCT を含みはするもののそれに限定しない様々な研究知見を含むことが明記された (American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)。なお、臨床研究は効能研究と効果研究の2種類に大別できる。前者は内

的妥当性の高さを重視し、科学的に統制された状況での効果を検討するもので、RCT などによって行われる。一方後者は外的妥当性を重視して自然な臨床場面での効果を検討するもので、観察研究などのデザインによって行われる (Gartlehner, Hansen, Nissman, Lohr, & Carey, 2006)。APA の方針は、効能研究のみならず効果研究を含む臨床研究をエビデンスとして認めるものであった。

次に「患者の特性」とは、機能の状態、変化への準備性、ソーシャルサポートのレベルに加え、問題や症状のバリエーション、年齢や発達段階、社会文化的要因や家族要因、現在の環境やストレス、個人的な好みや価値観などを含むものである。APA は、この患者の価値観や好みこそが EBP の中心となる構成要素であるとしている (American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)。EBP はしばしば患者の語りに基づくナラティブ・ベイストな実践と対置されるが、本来の EBP とは患者を最も重視しており、いわばナラティブ・ベイストな実践を包含するものである (原田, 2015)。

3つ目の「臨床技能」とは、①アセスメント・見立て・治療計画に関する技能、②臨床的意思決定・治療の遂行・患者の変化のモニタリングに関する技能、③対人関係に関する能力、④継続的な内省とスキル獲得に関する技能、⑤基礎心理学および応用心理学の研究知見を適切に評価し活用する能力技能、⑥個人差や文化差が治療に与える影響への理解力、⑦必要に応じて利用可能な資源を探し求める技能、⑧臨床的戦略について説得力のある根拠を提示できる技能、の8つの技能を含むものとされている (American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)。⑤研究知見の評価・活用や⑦根拠の提示までもが臨床技能として求められるようになった背景には、実践のみならず研究や教育をも重視する科学者—実践者モデル (ボールダー・モデル) という考え方があった (松見, 2016)。

以上、EBP の3つの要素について概説してきた。改めて確認しておきたいのは、「エビデンスとは RCT 以上のレベルのものである」「EBP は患者の特性を軽視している」といった言説は誤解であるということだ。EBP は、あくまで患者を中心に据えた臨床実践を、その場に応じた研究デザインによるエビデンスという科学の力で補強してきたのである。

EBP の利点

EBP のメリットとしては、安全で一貫した費用対効果の高いアプローチをとることができる、個人的な意見だけに依拠するのではなく研究によるエビデンスを根拠とすることでバイアスを減らせる、といったものが挙げられる (Cook, Schwartz, & Kaslow, 2017)。

個人的な意見におけるバイアスとは、成功事例ばかりを思い出してしまうというものがある。さらに、その成功事例が本当に成功事例なのかどうかという疑いの余地もある。たとえば、ある症状を持つ CL に対してあるアプローチを用いた介入を行い、その症状が改善したとする。このとき、アプローチが症状に対して奏功したと解釈してよいのだろうか。プラセボ効果に過ぎないのではないか、単なる経時的変化ではないか、平均への回帰ではないか、共介入によるものではないか、といった様々な解釈可能性がある (原田, 2015)。そこで提供する介入にプラセボ効果を凌ぐ効果があることを立証することこそがエビデンスであり、そのために行われるのが RCT なのである。

実際に、アプローチの効果については様々な議論がなされてきた。衝撃的であったものの1つに、Asay, & Lambert (1999)による報告がある。その内容は、自らの臨床経験に基づき、介入に関わる4つの要因がCLの改善に寄与する影響力の大きさを見積もったものであった。この報告によれば、アプローチに固有の技法要因の影響力は15%に過ぎず、クライアントの期待（プラセボ効果）が同じく15%、治療関係要因が30%、そして残りの40%を占めるのは治療外要因であった。効果をもたらす治療関係要因としては、ポジティブな治療同盟を形成することや、共感や、患者からフィードバックを引き出すことなどが知られている (Norcross, & Wampold, 2011)。また治療外要因とは、恋人ができた・就職が決まった、といった治療とは全く関係のない変化のことである。実証研究に基づく報告でないものの、心理的支援の効果と限界について正しく認識する必要性を示唆している。

EBPでは、CLの状態に適した介入を行うために、その状態に対して最も効果的であることが示されている、すなわち最善のエビデンスがあるアプローチをとることが求められる。言い換えれば、心理的支援の共通要因（プラセボ要因・治療関係要因・治療外要因）の効果に加えて特異な効果も高いアプローチが採用されるべきであろう。こうした姿勢により、臨床実践家の意識も高まり、臨床実践の質や説明責任を高めることができるのだ (Spring, 2007)。

EBPのプロセス

ところで、エビデンス全体の流れに目を向けてみると、エビデンスを「つくる」局面、「つたえる」局面、「つかう」局面、の3つに分けられる (津谷, 2000)。エビデンスを「つくる」というのは臨床研究によってある介入方法を評価することである。こうしてつくられたエビデンスのうち最善のものに効率よくアクセスできるようにするのが、エビデンス「つたえる」局面である。「つたえる」主体としては、メタアナリシスによる系統的レビューをweb上で発表しているコクラン共同計画 (The Cochrane Collaboration) などがある。そして、こうしたツールを用いてエビデンスにアクセスし、研鑽を積んでそのアプローチを習得し、目の前のCLに適用するのが、エビデンスを「つかう」ということである。

現場で活躍する臨床実践家にとって馴染み深いのは、やはりエビデンスを「つかう」局面であろう。Cook et al. (2017)によればEBPとは、主訴から臨床的課題を練り上げ、患者にとって有用な文献を批判的に吟味し、その知見を臨床実践で実施し、結果を評価する、というものである。結果の評価は広い意味でエビデンスを「つくる」ことにつながることもあるが、EBPやEBMの主要となるのはエビデンスを「つかう」ことなのである。

EBPの現状と課題

実際のところ、EBPはどれほど「つか」われているのだろうか？Walrath, Sheehan, Holden, Hernandez, & Blau (2006)は臨床実践家を対象に調査を行い、調査協力者の62%が職務においてEBPを求められていないことを明らかにした。EBPへのポジティブな態度について8項目5件法(0~4)の自記式尺度を用いて59名の臨床実践家から回答を得たBorntreger, Chorpita, Higa-McMillan, & Weisz (2009)の研究では、項目ごとの平均値がそれぞれ2.51から2.76の間に収まった。この結果から、ThはEBPに対してかなりポジティブであると考えられる。しかし同時に、少なくとも無視できない程度にはEBPの受け入れに後ろ向きな気持ちもあることが示唆された。さらに、治療マニュアルに基づ

くアプローチという観点での質問項目では、EBP への好意的な態度がはるかに低下することも明らかになった。Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin, & Lutzman, (2013)曰く、臨床実践家はEBPに対して、抽象的な問いにおいては好意的な態度を示すが、具体的な問いにおいては消極的になる。こうした複雑で曖昧な態度は、アプローチに関する研究結果が臨床実践家にとってわかりやすい形になっていないことを反映しているのかもしれない。

このようにEBPは十分に普及しているとは言えず、また手放しに受け入れられているとも言い難い状況にある。Lilienfeld et al. (2013)は心理学者や心理学の学生がEBPに対して抱く抵抗感の原因を6つに整理している。以下ではこの6つを軸に、EBPへの誤解や課題に関する議論をまとめる。

① 素朴実在論 素朴実在論、すなわち自分に見えるものが真実である、という考え方を理由にEBPを退けることは、系統的研究よりも臨床的直感を優先することを意味する。しかし、直感的な効果が必ずしも真の効果であるとは言えないのは、前述の通りである。とはいえ系統的研究などによるエビデンスもまた必ずしも真な効果であるとは限らず、スポンサーの影響等により偏った結果になっている可能性があることに注意しておく必要がある(Cook et al., 2017)。

② 人間の性質への誤解 人間の性質への誤解とは、抑圧された記憶を掘り起こさねばならない、幼少期の経験が精神病理の主要な原因である、といった誤信念のことである。こうした信念は、対照試験で有効性が示されたアプローチも現実世界では効果がない、といった誤解を導き、科学的エビデンスを無視させてしまう。

③ 集団から得られた知見を個別事例に適用することはできないという統計的誤解 一般化可能性に関する懸念は多くの論文で指摘されてきている(Cook et al., 2017; Kazdin, 2008)。というのも、症状や問題の改善に焦点を当てるEBPと生活主体として課題により効率的に対処できるようになるためのアプローチとの間にはギャップがあるからである。こうしたギャップは、エビデンスのあるアプローチの大部分が認知行動的なものであるのに対して、臨床実践家の多くが人間性実存療法・対人関係療法・心理力動療法・システム論・統合的アプローチなどを用いている点にも表れている(Emmelkamp et al., 2013)。さらに効能研究では並存疾患があるケースや過度なストレスに晒されているケースが対象から除外されるため、そういった問題に苦しむCLへの有効性が不明という問題もある。

この問題へ対応としては、メタ分析において調整変数を活用し介入に反応しやすい小集団を抽出することで、集団から得られた知見と個別事例とを橋渡しする、といった方法が提案されている(Lilienfeld et al., 2013)。また、RCTなどの効能研究のみならず実践研究(Practice-Based Evidence; 以下、PBEと略す)を行い相補的に活用することが研究と現場の距離を近づけるという提案もされている(Barkham, & Clark, 2003; Margison et al., 2000)。とはいえ一般化可能性はEBPが抱える課題の1つであると言えよう。

④ 立証責任の転嫁 EBPは、まだ十分に研究されていない治療法もあるから不公平である、といった批判に晒されることもある。実際、臨床実践において「エビデンスに基づいている」と認められるレベルのエビデンスを出すことは非常に難しい(Cook et al., 2017)。科学研究で全てを扱えるわけではないのだ。エビデンスを実証したければ厳密な研究を行う必要があることには変わらないが、まだ効果が確認されていないアプローチに対してオ

オープンでいることもまた必要である(Lilienfeld, 2011)。致命的な欠陥が示されているわけではないのであれば、臨床技能や患者の好みに応じて、慎重に活用されることもあってしかるべきであろう。

⑤ EBP の特性に関する誤解 ここには、「EBP はアプローチ開発における革新を阻害する」「EBP ではマス向けのアプローチが求められる」「EBP では共通要因の効果が排除される」「EBP は対照試験の対象になっていない個人に一般化できない」「EBP は RCT 以外のエビデンスを無視している」「治療効果は定量化できないので EBP は本質的に限定的である」「人間の行動を確実に予測することはできないので EBP は誤りである」といった EBP への誤解が含まれる。

中には、ここまでの記述ですでに正当な批判ではないことが示されているものもある。たとえば、「EBP は RCT 以外のエビデンスを無視している」という言説について、APA が否定しているのは前述のとおりである。にも関わらず一般的な認識となっている背景には、実際問題 RCT 以外のエビデンスを RCT と同様に扱うことはできないエビデンス階層の存在があると考えられる。しかしそもそもエビデンス階層自体が少数の専門家の合意という最もエビデンスレベルが低いとされる方法でつくられているという皮肉な批判もある(Upshur, & Tracy, 2004)。EBP はあくまで暫定的な概念であり、修正の余地があることは認めるべきであろう。

⑥ 実用・教育・態度上の障壁 この項目ではまさに修正されるべき EBP 導入の障壁として、時間的束縛、教材に関する知識不足、膨大なタスク、進化し続ける統計の難しさ、学術的心理学と現場の臨床実践家との断絶などが挙げられている。適切な EBP のためには訓練が必要であり、臨床実践家には継続的で高い負担がかかる。結果的に、EBP を使いこなすことができる臨床実践家と、彼らによって事前に評価されたエビデンスのユーザーにすぎない臨床実践家という格差が生まれてしまうことになる(Upshur, & Tracy, 2004)。エビデンスの登場により従来猛威を振るっていた専門家の権威は弱まるかもしれないが、エビデンスそのものが新たな権威ともなりかねないのだ。

Cook et al. (2017)は、EBP により臨床実践家と CL との協働によって意思決定がなされるようになってきた、と述べている。しかし、エビデンスのあるアプローチをあまりに厳密に実施しようとするれば、臨床経験は軽視され患者中心ではなくなってしまう。EBP のプロセスにおける患者は、情報を引き出されエビデンスのあるアプローチを適用される客体に過ぎないという見方もある(Upshur, & Tracy, 2004)。APA は、エビデンスのあるアプローチに臨床技能や判断(患者の価値観や好みに関するものも含む)を組み込むことを推奨しており(American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)、厳密さ・忠実さと柔軟性とのバランスがとれた態度が求められる。

以上、本節では EBP について概観してきた。EBP は臨床実践を科学という調味料で味付けしよりよいものにしてきたが、本来の味を消してしまったり喧嘩してしまったりしているのが現状である。改善策も提案されてきているが、現在のところ EBP への誤解や課題に激的な変化は起きていないようである。

1-3. 日本の臨床実践

前節の議論を踏まえ、本節では日本の臨床実践に目を向ける。その前提として、臨床実践家の発達モデルに言及しておきたい。臨床実践家の発達は「ウナギの育ち」に例えられることがある(福島, 2017)。その内容は以下のようなものである。まず大学院修士課程では、まるで南洋の大海原で生まれるウナギのように、様々なアプローチに触れて育つ。そして修士課程修了後しばらくの間は、ある程度育ったウナギが特定の河川などに住み着くように、特定のアプローチに集中する。さらにそのあとは、大海原に戻り産卵に向かうウナギのように、再び多様なアプローチと向き合いながら後進の指導にもあたるようになる。

このうち修士課程から修了後にかけて集中的に磨く特定のアプローチは、前述の 10 の理論を含む様々なアプローチの中から選択され、「拠って立つ理論」と呼ばれることがある。「拠って立つ理論」とは、誤解を恐れずに言えば「流派」のようなものである。日本の臨床実践家は、このうち心理力動療法を理想モデルとして発展してきた(下山, 2010)。なぜならユング派精神分析家の資格をもつ河合隼雄が卓越したリーダーシップを持っていたためである。この結果、学術的心理学や精神医学と接点をもち科学者—実践者モデルに基づく教育・実践・研究が行われるはずの本来の臨床心理学は鳴りを潜め、代わりに心理力動療法を中心とする「心理臨床学」という独特の展開が生じた。特定の理論の偏重はアセスメントや研究を軽視させ、教育・訓練システムをゆがめてきたのだ。こうした状況について丹野(2001)は「サイエンスとしての『臨床心理学』が不在」と述べている。

なお、心理力動療法は長期型の療法であり方法論も十分に定式化されていないために有効性に関する実証研究が難しく、前述の ESTs においても外されてしまっていた(Chambless, & Hollon, 1998)。現在では RCT によって精神分析的心理療法の効果を示す研究論文も発表されているが(e.g. Fonagy et al., 2015)、科学的に効果を示すことよりも CL の変容が起こる条件を丁寧に記述することを重視する立場もある(山本, 2017)。こうした状況で、日本の臨床実践家はエビデンスをどのように理解し、付き合っているのだろうか。

1-4. 問題と目的

ここまで述べてきたように、臨床実践家は EBP というパラダイムを獲得して以降、そのメリットを享受する一方で課題を積み残してきた。しかし EBP に関する研究の多くが文献研究や実態調査的な量的研究であり、臨床実践家自身が EBP の潮流をどのように体験してきたのかという複雑かつ曖昧で多面的な主観的現象は明らかになっていない。

特に、臨床実践において独特の様相を呈し、特に科学性に関しては世界に遅れをとっている日本の臨床実践家に焦点を当て、臨床実践と科学との関連についてどのように捉えているのか描き出そうとした研究も見当たらない。

そこで本研究では、日本の臨床実践家が臨床実践と科学とをどのように関連づけて実践活動を行なっているのか、明らかにすることを目的にインタビュー調査を行うこととした。

なおインタビューデータは 2 つの分析に用いられた。まず分析 1 では、各研究協力者の臨床実践の流れとその根拠について図示し、科学が実際の臨床実践にどのように寄与しているのか明らかにすることを目指した。続いて分析 2 では、臨床実践家が科学をどのように理解し受け止めているのか整理し、臨床実践における科学の意味づけに関するモデル作

成を目指した。

2. 方法

本研究の目的は、臨床実践家が EBP の潮流の中で科学とどのように関連づけて臨床実践を行なっているのか、という主観的体験を描き出すことであった。よって、仮説生成型の研究法が適切と考え、インタビューデータの質的分析を行なった。研究者は構成主義的な立場をとり、データ収集・分析を行った。

2-1. 研究協力者

研究協力者の条件は「臨床心理士の資格を有し、継続的な臨床実践に従事している者」とし、便宜的サンプリングにより、依って立つ理論および経験年数の偏りに留意して選定した6名の協力を得た（表 2-1）。

2-2. データ収集

調査実施期間は2018年9月～11月であり、一人あたり80分～180分程度を要した。

調査は半構造化インタビューの形式をとった。半構造化インタビューとは、事前に質問事項をある程度用意しつつ、語りに応じた柔軟な働きかけによってさらに詳細な語りを得る手法である。これにより、テーマをある程度限定しつつ、研究協力者の語りに沿って深掘することでより詳細なデータを収集できると考えた。インタビューガイドの構成を表 2-2 に示す。「エビデンスをつかうことに関する質問」では、EBP のプロセスに則り、主訴から臨床的課題を練り上げ、患者にとって有用な文献を批判的に吟味し、その知見を臨床実践で実施するアプローチの選択過程と、その結果を評価する改善・終結の判断過程に重心を置いた。なお、インタビューの中で研究協力者の語りを明確にしたり発展させたりするために、表 1-1 のようなエビデンスの階層などの資料を提示することがあった。

インタビューの内容は IC レコーダーに録音し、調査実施後に文字データに変換してトランスクリプトを作成した。録音データとそのトランスクリプト、またインタビュー時にとったメモ等をデータとして扱った。不明瞭な点についてはインタビュー終了後にメール等で確認をとり、了承を得られた場合その回答も検討材料に加えた。

2-3. 倫理的配慮

依頼の際には研究の目的・方法・インタビューの内容・所要時間および協力の任意性などについて説明した。

実施の際には、研究の概要（目的・方法・意義）、協力の任意性（インタビューの中断も可能であることなど）、個人情報の取り扱い、成果の発表、研究協力者にもたらされる利益・不利益、研究協力者の費用負担について文章を示し、口頭で説明した。研究への協力および録音について同意が得られたのち、同意書への署名を得てインタビュー調査を開始した。またこの際インタビュー終了後の同意撤回を可能とする書類を配布した。

インタビューは所属研究科の一室、研究協力者の職場など研究協力者のプライバシーが

守られることを考慮し研究協力者と相談の上決定した。

2-4. データ分析

上記の手順によって得られたインタビューデータは、分析1・分析2においてそれぞれ異なる方法で分析された。詳細に関する説明は次節以降に譲る。

2-4. 分析の質を高める工夫

質的研究の質を高めるにあたって、研究協力者6名の協力を得てメンバーチェックの手続きをとった。さらに医学系教員の確認を受け修正を加えるトライアンギュレーションを行った。

3. 分析1

3-1. 目的

分析1では、臨床実践の流れとその根拠を可視化することを目的とした。臨床実践家がどのような根拠に基づいてどのように思考・判断しながら実践活動を行なっているのか明らかにすることで、そのパターンやバリエーション、そしてエビデンス活用の実態について考察することができると考えた。

3-2. 方法

2節に示した手続きで得られたデータを用い、研究協力者ごとにフローチャートを作成した。なお、臨床実践家がなんらかの意思決定を行う手順についてはその根拠を並べて記し、臨床実践家がどのような場面でなにを根拠に意思決定しているのかが読み取れるように工夫した。

実際に行ったフローチャート作成の手順を説明する。まずデータから臨床実践の流れとその根拠に関する語りを取り出した。対象となったのは、主に「アプローチや技法の選択をどのように行っていますか。」「実践の効果の確認や改善・終結の判断はどのようにしていますか。」という問いかけに対する返答の場面であったが、そのほかの場面における臨床実践の流れに関する情報を含む語りも含まれた。次にこれらを手順ごとに分割し、臨床実践の開始・終了を意味する「端子」、ほぼ全てのケースで行う「処理」、複数の選択肢に分かれる「判断」、そしてこれらの根拠に分類した。最後にこれらの要素がプロセスを示すように並べ、矢印でつないだ。

3-3. 結果

各研究協力者のフローチャートを図3-1～3-6に示し、概要を述べる。なお、図中ではスーパーバイザーを「SVer」、医師を「Dr」、ソーシャルワーカーを「SW」と略記した。

ID: A のフローチャート

ID: A のアプローチの選択プロセス ID: A は、はじめに拠って立つ理論である認知行動療

法 (Cognitive Behavioral Therapy; 以下, CBT と略す) をベースに CL の語りから問題を見立て、二次的知見や経験を参照しながら介入方法の「手札」を抽出していた。ここでいう二次的知見とは、特定の状態に対してあるアプローチが有効である、という書籍や講義などで得た理解のことである。ID:A はこれについて以下のように述べている。

(IR: それはつまりエビデンスっていうことを言っているのかな?) まあエビデンスって言えるところか微妙なところで、明確にこれに効くっていうのがわかっているもの? このわかっている、がエビデンスかっていうとなんか俺としては違うんだけども。

(エビデンスを使う、とは) だからたとえばあの社交不安障害にはエクスポージャーきくっていうエビデンス出てるよ、だからやろう、っていうのじゃなくて、ちゃんとそのなんか数値とかみたいにどういう対象にやってるのかみたいなのもふまえてやる。

このような、元論文にあたってどのような状況でエビデンスが出たのか確認することまではしておらず、あくまでそうした論文からうまれた伝聞形の知見を参照している状態を、本稿では二次的知見の参照と表現した。

手札の中で二次的知見などから特に CL への適合度が高いと判断されるアプローチがあり、自分のスキルや知識で実行できそうであればこれを実施した。一方勉強不足で実行が難しい場合や、実施してみたものの手応えがない場合は、自分のバイアスのかかったアプローチがあればこれを実施していた。バイアスのかかったアプローチとは、最近勉強したアプローチや以前から「やってみたい」と思っていたアプローチのことであり、メリットが強調され適合度を高く見積もりやすくなっている他、「せっかく勉強したから使ってみよう」という個人的な欲求も喚起していた。バイアスのかかったアプローチで手応えを感じられない場合や、そもそもそういったアプローチがない場合は、残りの手札のうち適合度の低いアプローチを除去した上で流れにあったアプローチを採用した。流れにあったアプローチとは、面接の流れに即したアプローチのことであり、フィーリングも活用しながら「CLに合いそう」なものを選択していた。このアプローチで手応えを得られない場合や、こういったアプローチに心当たりがない場合は、傾聴的なカウンセリングを行っていた。ID:A の終結のプロセス ID:A は、主訴の改善、あるいは終結の意思に関する CL の自己申告を終結検討の契機としていた。この背景には、

抑うつが点数が変わっていないけども CL さんがまあ今生活やれそうなきがするし別になんかうつっぽくないから大丈夫ですとかいったらいやでも抑うつが点数変わってないからもうちょっと介入続けるぞっていうわけにはいかないような気がして

という考えがあった。しかし、改善が一時的なものであると見立てられる場合は

*Th*の見立て的に *CL*の主訴改善したとは思ってるけども一別の形の残ってるぞって
いうのが一こちら仮説であるからその仮説にたどり着くように話していく。

というケースもあった。こうした判断は、経験を参照しつつ、*CL*の語りから、問題のみならずその発生要因レベルの変化が生じているか否かを確認しながら行われていた。

なお、上記のような観点から改善が見られるにもかかわらず *CL*が継続の意志を示す場合は、終結を意識した問題の整理や終結への不安を扱いながらケースは続けられていた。

ID: Bのフローチャート

ID: Bのアプローチ選択プロセス まず **ID: B**は、*CL*の意識レベルの主訴を増減が把握できるレベルにまで練り上げようとしていた。その中で、ある特定のアプローチが明らかに有効と考えられ、また身近にそのアプローチの専門家がいる場合は、リファアーが選択されていた。なおリファアーとは、自分のセッション以外に *CL*にとって最善の方法があるときに他の専門家に紹介することを意味する。リファアーにならない場合は、**ID: B**の依って立つ理論である精神分析に基づくセラピーを実施するか、マネジメントを行うか判断することとなるが、9割方のケースが後者に分類された。精神分析的セラピーが実施されるのは、問題が反復しているなど根本的に扱う必要が見られ、さらに *CL*の言動から *Th*の解釈に開かれていると判断されるときに限られた。この背景には、精神分析的セラピーは長期的な介入が基本となり高額であるため *CL*にとって時間的・金銭的負担が大きいことに加え、*Th*にとっても負担が高い、というコスト感覚があった。またマネジメントという用語は、ここでは精神分析的セラピー以外のアプローチ（カウンセリングなど）の総称として使われていた。

ID: Bの終結プロセス 前述の主訴の練り上げは主訴達成度の共有を可能にした。もし主訴の達成が不十分な状態で *CL*から終結の申し出があれば、それがマネジメントであった場合、「人の人生に口出すこと」はせず *CL*の判断に任せていた。一方精神分析的セラピーであった場合には、それ自体を解釈の対象としセラピーを継続していた。なお、主訴の達成とともに *CL*の自己と向き合う動機付けと準備性が高まった場合は、再契約して精神分析的セラピーを実施した。こうした新しいニーズが生じない場合は、終結へと進んだ。

ID: Cのフローチャート

ID: Cのアプローチ選択プロセス **ID: C**は、自らの依って立つ理論であるエモーション・フォーカスト・セラピー（Emotion Focused Therapy; 以下、EFT）の観点からアセスメントをしていた。その中で EFT の対象範囲であると判断された場合はこれを実施した。この判断は、EFT の書籍や論文などの知見を参照しながら行われていた。一方 EFT の適用が難しいと考えられる場合はスーパーバイザーや医師などに相談した。この結果 EFT での対応可能性が見出され、EFT が実施されるケースも存在した。そうでなければ、自分で受け持つかリファアーするかの判断が行われた。この判断は病態水準などを根拠に行われていた。EFT の対象範囲ではないが自分で受け持つことになった場合は、スーパーバイザーや医師などに相談しながら *CL*の特性にあったアプローチを行っていた。また、当初 EFT の対象範囲であると思われたものの、実施してみたところ適応がないと考えられたケースもあり、こうした場合も *CL*の特性にあった別のアプローチを行なった。なお、**ID: C**

が担当するケースの9割以上においてEFTが実施されていた。

ID: Cの終結プロセス まず、組織によってセッションの回数が決まっている場合とそうでない場合があり、前者の場合は規定回数での終結を目指してケースが進められていた。規定回数に達してもCLに継続の希望があるときや、Thが改善していないと判断するときは、スーパーバイザーと相談しながらフォローアップセッションという形で継続することがあった。後者の場合は、CLから改善の実感が語られたりThが改善したと判断したりしたらセッションの間隔をあけていき、様子を見て問題がなければ終結を提案していた。いずれの場合も、改善の判断の根拠として、CLの言動に加え質問紙が活用されていた。質問紙はセッション評価のために毎回実施するものと、介入前後の変化を確認するためにケース開始前と終結後に実施するものの2種類が使われていた。

ID: Dのフローチャート

ID: Dのアプローチ選択プロセス **ID: D**は、まずCLがどのような問題を解決したいと思っているのか話し合い、共感に加えて助言もするなどアクティブな関わりをもっていた。その時点で問題が解決したり、あるいは解決されないことを受けとめられるようになったり、といった変化が生じることもあった。そうでなければケースは継続していくことになるが、CLの問題の背景に心理的な葛藤が存在するかどうかが分岐点となっていた。問題が心理的葛藤に由来していない場合は、内因性の精神疾患がある場合と、問題が行動レベルである場合の2パターンに分かれた。前者の場合は、医師と相談しつつThとしてはなにか積極的に介入するというよりも様子を見る役割を担っていた。後者の場合は、行動変容に向けて心理的な背景について話しあったり、課題を出してその取り組み方について話し合ったりするアクティブな関わりを続けることとなった。一方問題が心理的葛藤に由来すると考えられる場合は、さらにCLにそれを解決する動機付けがあるかどうか判断の焦点となった。心理的葛藤に取り組む動機付けが高ければ、**ID: D**の依って立つ理論である精神分析的セラピーに進んだ。その時点で心理的葛藤に取り組む動機付けが高くなければ、見立ては伝えた上でソーシャルワーカーにつなぐ等の対応がとられていた。この背景には、心理的葛藤を解決する上で精神分析的セラピーは非常に効果的ではあるが、動機付けが低い状態で必ず受けさせなければならないものではない、という価値観があった。**ID: D**は、むしろ身近な人や、今後のライフイベントをきっかけにつなげた別のサポートやグループとのつながりの中で、より主体的に取り組める可能性があるのであればそれでもよいのではないかと考えていた。

ID: Dによる「アクティブな関わり」という用語は、Thの中立性が重視される精神分析的セラピーと比較してより能動的に関わるという意味合いで用いられていた。ケースの初期においては、中立的な関わりをとればより効率的な介入の可能性を排除してしまうリスクがあること、また精神分析的なセラピーの対象となることが見込まれるケースであってもまずは問題と向き合い扱える準備をしていく必要があることから、このアクティブな関わりがとられていた。

なお精神分析的セラピーに対するCLの動機付けや準備性については、「助言を求めなくなる」「率直に話せるようになる」などのCLの言動を根拠に判断していた。

ID: Dの終結プロセス 終結の判断においては、CLが終結の意志を持つことと、CLが自

分で症状や問題が生じるメカニズムや表面化した際の適切な対処を理解し身につけていることの2点が重視された。前者があればそれ自体が健康的なことと捉え、後者が不十分であっても、懸念を伝えた上で後押ししていた。逆に後者は十分であるが前者が見られない場合は終結について話し合い、セッションの間隔をあげながら様子を見て終結に向かっていった。

後者が十分であるかどうかの判断は、CLの語りの内容に加えて実際のセッションにおける振る舞いなどの行動も根拠としていた。

ID: Eのフローチャート

ID: Eのアプローチ選択プロセス ID: Eは一貫してCLのニーズを最も重んじたアプローチ選択を行っていた。以下に語りを示す。

いらっしゃる方によって一なになに療法っていうようななんかこう、画一的なやり方ではなくってThと本当にじっくり話をして自分への理解を深めていくっていう事で良くなっていきたいんだっていうような方もいらっしゃるし、そうではなくて専門家から見て、それこそエビデンスのある、なんかしっかり確立されたやり方を紹介してもらって一指導してもらってそれに則ってトレーニングをしていききたいんだ、それで良くなっていききたいんだ、っていう構えでいらっしゃる方もいらっしゃるしーすごい色々なんですそれはニーズが。そこにあんまり外れた提案を私がしても、あんまりうまくいかないことが多い。ので一あのそこは私から見てこの方にこれが合ってるんじゃないかなっていうのももちろんあるんですけど、あのお客様のニーズっていうのはやっぱり尊重しないとうまくいかないんで、そこは兼ね合いだなっていうことですね。

こうしたCLのニーズの読み取りや見立ては、ID: Eの依って立つ理論であるシステムズアプローチで用いられているフレーム把握という方法で常に更新された。これをふまえ、これまでの経験や学習により適切なアプローチを判断し提案した。この提案がCLにフィットすることもあれば、違和感が語られることもあった。前者の場合は目標設定・実施に至った。後者の場合は、違和感について丁寧に聞き必要に応じて説明をすることでCLの違和感が解消され目標設定・実施に至るパターンと、Th側がCLの違和感に納得し別のアプローチを模索するためにさらにアセスメントを行うパターンとに分かれた。

上記のようにアプローチの提案は把握できたCLのニーズに即して行われており、エビデンスがあることを理由に特定のアプローチを提案するということはなかった。これに関する語りを示す。

一般的に効果があるっていうふうにな社会的に認められているっていうことが一その方にとって重要そうというか、そういう事を言ってもらえると安心するっていうような、それこそフレームが把握できる方には積極的にそういうエビデンスがあるっていうことをお伝えしたりはしますね。

なにに療法の正しさっていうのを示しているものがエビデンスっていうことでは私にとってはなくて、あくまでもエビデンスがあるっていうことを CL さんとの関係性において活用できるかどうかっていうところだけが重要っていう感じです。

ID: E の終結プロセス CL から終結の要望が出たときはその思いの詳細を聞き、そのタイミングでの終結が自然であると判断されればオープンな形で終結した。一方終結に Th の心配が伴うならば、把握されたフレームに応じて継続を提案することもあればあえて口出ししないこともあった。あえて口出ししない例としては、自立的に生きることは是とするフレームを把握できているケースが挙げられた。こうした CL に継続を提案することはそのフレームを阻害する効果をもち、Th と CL との関係性を悪化させる。特に面接料金が高い私設相談室では、CL のニーズに反して来談させ続けることが関係性に与える悪影響が大きい。それならば一度ケースを区切っておくことで、必要に応じて再来できる関係性が保たれる、という見通しがあった。CL から終結の要望が出ないときは、設定していた目標の変化を見ながら Th から今後についての話し合いを持ちかけていた。CL が不安を残している場合はそれについて丁寧に聞き、必要に応じてサポートを続けていた。

ID: F のフローチャート

ID: F のアプローチ選択プロセス ID: F は主に発達障害の子どもを対象とした Relationship Developmental Intervention（以下、RDI）と呼ばれるアプローチを行っていたが、このアプローチの専門家はごく少数しかいないということもあり、ID: F のもとを訪れる CL は初めから RDI を希望して来談する者がほとんどであった。このためアプローチの選択プロセスは、様々な問題を関係性の視点から捉えて RDI を活用していくプロセスであった。

まずはアセスメントの段階で、RDI をどのように理解しているのか、なぜ RDI に興味を持ったのか、などアプローチに関する CL の意味づけも確認した。その上で ID: F の方針を説明し、丁寧に了解を得ながら見通しを共有した。こうした初期のセッションの中で CL 家族の考え方や関係性を見立て、RDI への準備性が不十分と考えられる場合は「環境整備」的な関わりにもウェイトを置いた。「環境整備」的な関わりの例としては、親と子どもとの関係性に焦点を当てる前にまずは子どもにとっての社会的モデルでもある父と母との関係性、すなわち夫婦間コミュニケーションに焦点を当てる、といったケースが述べられた。このようなステップも踏みながら CL の準備性を高め、これに応じて RDI ベースの介入に焦点化していった。

ID: F の終結プロセス 発達障害という生得的な特性を扱っていることもあり、ID: F は終結について以下のような基本姿勢を持っていた。

終わりは本当はないと思うんです。ただしそれはわたしとのやりとりを終えるっていうか、区切りとする、っていうことになると思うんですね。なので、もちろんその相談に来られてる方がいろんな事情でちょっと継続が難しいってなったらそれが終わり。

このような継続が不可能になる例としては、引っ越し・金銭的問題・子どもの動機付け・学校の忙しさなど様々な CL の事情が挙げられた。一方、Th から区切りの提案をすることもあった。これは、語りの内容などから子どもの社会性や親の養育力などの成長がうかがえたときに、卒業進学などのタイミングで持ちかけていた。いずれにしても、ID: F にとっての終結は ID: E と同じくあくまで一区切りであり、来談をやめてみたことでニーズや動機付けが明確になり再開に至るケースや、メールで親から相談を受けるケースなどが存在した。

3-4. 考察

フローチャート間の比較

以上の各フローチャートの概説をふまえて比較し、共通点・相違点を述べる。

まず共通点として、経験年数によらず ID: A~F の全員が各々の依って立つ理論の観点から CL の語りの内容や面接室での行動などに注目し、アプローチの選択から終結まで絶えず CL の状態や変化をアセスメントしていた。これは、依って立つ理論が CL や問題の見立て方、すなわち価値観とも呼ぶべきレベルで臨床実践を規定していることを示唆している。多くの研究協力者において依って立つ理論が大学院や指導教員・スーパーバイザーから受けた教育と一致していることを考慮すれば、日本の臨床心理士の臨床実践のベースは大学院や指導教員を選択した時点でほぼ決まっていることも少なくないのではないだろうか。これは福島 (2017) の臨床実践家発達モデルの通り、大学院修士課程修了後に特定のアプローチに集中し研鑽を積んでいることを反映しているとも考えられる。

しかし、具体的な介入方法を CL に提案したり実施したりする段階になると、ID: C や F のようにやはり拠って立つ理論の技法を基本としながら必要に応じて他の技法を取り入れる臨床実践家と、ID: A, B, D, E のように問題や CL のニーズに合わせて技法を選択しようとしている臨床実践家の 2 パターンに分かれた。前者のうち ID: C は、こうしたスタイルについて以下のように述べている。

多分それは私の臨床家としての経験の浅さっていうのもあって多分指導教員はそういう指導をしてるんじゃないのかなって思うんですけどね。

この語りから、ID: C の指導教員は臨床実践家発達モデルに則り、ID: C が EFT の研鑽に集中できるよう意識して指導していると考えられる。これに対して ID: F は、前述の通り特定のアプローチの数少ない専門家として知られているために、ほとんどの CL がそのアプローチを希望して来談していた。このように、依って立つ理論の技法を基本としながら必要に応じて他の技法を取り入れるスタイルには、臨床実践家の経験や CL の希望といった様々な背景があった。後者のうち ID: B, D は、前述の通り自らの依って立つ理論の性質上コスト感覚を強く意識しており、これを適用するケースを限定していた。ID: A は依って立つ理論をアセスメントの観点としているものの幅広いアプローチに関心を持っており、実施可能なものの中からゼロベースで技法を選択していた。ID: E は、依って立つ理論に則って CL との関係において活用できる技法を選択していた。

そして CL や主訴の変化，そしてセッションの評価方法についても，CL の言動をその根拠とする ID: A, B, D, E と，これに加えて質問紙・スケールも活用している ID: C, F とに分かれた。前者のうち ID: A は数量的指標ではなく投影法と呼ばれる検査で変化を把握することに関心をもっていた。その理由としては，関心や学習といった Th 側の要因と，ターゲットとなる症状が明確でなく物事の捉え方といったより本質的なものの変化が問われるという CL・ケース側の要因とが挙げられた。ID: B, D は CL の主観的な改善感や言動の変化を重視しており，ID: D は所属組織において数量的指標の導入を提案する余裕のなさにも言及した。ID: E は CL 側に変化を可視化する要望がなく必要性を感じてこなかったと語った。後者のうち ID: C は，質問紙を活用するスタイルの背景には臨床研究を専門にしている指導教員の影響があると述べた。ID: C, F ともに数量的指標の導入により CL・ケースの変化を確認し，臨床実践の振り返りに活用していた。なお，CL の言動は 6 名すべての研究協力者にとってセッション評価や効果測定 of 指標となっていたが，中でも ID: C, F は録音・録画によってこれを保存し，再確認や共有を可能にしていた。

分析 1 の意義

分析 1 の結果から，臨床実践家がそれぞれの依って立つ理論をもとに幅広い CL と関係性を築き，ケースを見立て，時には様々なアプローチを試しながら最も CL に資すると思われる介入を行い，変化を捉えて終結に導いていく具体的なプロセスが明らかになった。研究協力者は依って立つ理論に習熟するばかりでなくその使い所を知り，一見適用が不適切と思われる場合には問題の捉え方や技法を柔軟に工夫したり，依って立つ理論にとらわれない幅広い技法を採用したりするスキルをもっていた。このために，様々な理論や技法にアンテナを張り身につけようとする不断努力や，不十分な技量で実施するのではなく正しい知識に基づきリファラーする判断力が求められていた。

プロセスにおける選択や判断の根拠に着目すると，アプローチの選択において RCT 以上の論文にあたる者はいなかったが，CL の言動を注意深く観察した上で経験や感覚に基づく選択を行なっているケースと，書籍や教育課程で得た知識など論文に基づく二次的知見・事例研究等を参照しているケースとが見られた。また改善の判断においては，CL の語りや行動のみを根拠とするケースと，録音録画・数量的な指標などもまた根拠とするケースとが存在した。改善の判断のために得た記録・音声・映像・数値などのデータは，事例研究を含む研究活動にも活用されていた。

以上のように分析 1 では，アプローチ選択プロセス，改善の判断および終結のプロセス，それらの選択や判断の根拠に注目しながら，研究協力者それぞれの臨床実践のスタイルを可視化した。臨床実践のスタイルは経験の蓄積の中で独自に形成されていくものであり，このような共有可能な形に落とし込んだ文献は見当たらない。よって，臨床実践の実態理解や臨床実践家の学びにおいて有意義であると考えられる。

4. 分析 2

4-1. 目的

分析2では、臨床実践家がEBPの潮流をどのように体験し、自らの実践において科学をどのように意味づけているか明らかにすることを目的とした。これによって、臨床実践とエビデンスとの付き合い方について示唆を得ることができると考えた。

4-2. 方法

分析2は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(木下, 2003) (以下, M-GTAと略す) の手法を援用して実施した。M-GTAとは, Glaser, & Strauss (1967)が考案したグラウンデッド・セオリー・アプローチ (以下, GTAと略す) の基本的特性を継承しながら実践性を増した分析法である。木下(2003)によれば, GTAはデータに密着した分析から独自の説明概念を作り, それらによって統合的に説明力の高い理論を構成する。特にフィールドワーク型調査に適合的とされるGTAに対し, M-GTAはインタビュー型調査での使用も意識しており, 「研究する人間」の視点を重視する。本研究は臨床実践家の体験・理解・認識に注目したインタビューをデータとしており, 分析者自身もまた臨床心理士として実践活動を行なっていることから, 上記の特徴をもつM-GTAの援用が妥当であると判断した。

実際に行ったM-GTAの手順を説明する。まず分析テーマを「日本の臨床実践家によるエビデンスの捉え方」とし, 分析焦点者は「継続的な臨床実践に従事する臨床心理士」に定めた。これらに照らしてデータを読み込み, 関連箇所があれば1つの具体例(ヴァリエーション)として, 他の類似具体例をも説明できると考えられる概念を生成した。概念を創る際には概念名とその定義を定めた。引き続きデータを読み進める中で新たな概念を生成するのと並行し, 既存の概念に当てはまる語りや対立する語りにも注目した。既存の概念に当てはまる語りは具体例として追加し, 対立する語りは概念に追加した上でメモ欄に記入した。次に概念間の関係を検討し, 上位概念であるカテゴリを生成した。この時点で具体例の乏しい概念は無効とした。最後にカテゴリ間の関係から分析結果をまとめ, その概要を結果図およびストーリーラインにまとめた。

なお, 分析にはMAXQDA (バージョン 18.1.1) を使用した。

4-3. 結果

エビデンスという概念

M-GTAの結果を述べる前に, 研究協力者によるエビデンス理解について整理しておく。

ID: Aは, エビデンスについて以下のように理解していた。

教科書通りの俺の中のエビデンスっていうのは一要はあの研究の論文, RCT とかの論文でちゃんとあの数値的に証明されているもの, なんだけどー

ID: Eも, 直接的には言及しなかったものの, 以下のような語りから技法要因の効果を見出そうとするRCTなどの厳密な研究デザインによる研究知見をいわゆるエビデンスと捉えていると考えられる。

何々療法のエビデンスっていうの出す時に一きっとその研究—調査研究治験とかするわけじゃないですか。で、心理療法のその何々療法だから絶対その人間対人間でやるわけじゃないですか。(中略) その何々療法っていう部分だけが本当にここで効果をあげているっていう事って—そこまでコントロール絶対できないと思うんですよね。心理療法の調査研究に関しては。(ID: E)

一方 ID: B, D の語りからは、エビデンスの階層において RCT 以上の研究デザインへのプレッシャーを感じている様子もうかがえたが、自らの拠って立つ理論に即して実践研究にエビデンスとしての役割を付与していた。

基本はこの RCT より上のことをエビデンスって言ってるんだと思っているけど。だからいわゆる、EBP 的な意味でのエビデンスっていうのはそういうことでしょ？っていうのは理解はしてる。(ID: B)

精神分析的心理療法やるにしても無根拠にやってるわけじゃなくて、まあ反応を見てやってるわけで。うーんまあだからそういう意味ではエビデンスを使ってないわけではないですけど—みたいな。でも我々(注: 心理力動療法の臨床実践家) 事例研究をやったりエビデンスだと思ってますよね。(ID: B)

テクニックじゃなくてサイコセラピー自体のエビデンスっていうのがなかなか出すことができなくて—難しいところがあって—ただ、まあやらないといけないとは思ってるんですよね。なので、本当は RCT とかできた方がいいですけどそのために大規模な計画が必要なんですよね。そこが多分ほかのアプローチと違ってかなり難しいところ。(ID: D)

「こういう問題でこういう風なことになってるのでこれが必要でこういう風な話し合いを経てこういうふうなことをやっている。で、今何年か経っているけど、こういう経過をたどっていて、この状態だったら今後何年かの間にこういう変化が予想される。」みたいなことを(中略) 量的に集めて研究するのがエビデンス研究、あの、分析的なセラピーのエビデンス研究にあたることになると思うんですけど、(ID: D)

ID: C, F はエビデンスの階層にはあまりこだわらず、それぞれなにかしらの知見をもたらしてくれるもの、なにかしらの形で変化を捉えたもの、と理解していると考えられた。

事例研究はもちろん全部の事例に当てはまるかどうか、その事例の特性なのか、っていうのは考えなければいけないところですけど—それでもあの—エビデンスの一つだとは思っているので—。そこから学べることとか参考にできること・参照できることっていうのはあると思っているので、この中(注: エビデンスの階層の中) でいうと全部が—私はエビデンスだと思っています。(ID: C)

映像を捉えることによって、映像を撮る、使うことによって、エビデンスを担保したいっていか（中略）（インタビューアー「エビデンスの担保というのは？」）変化し
たしないっていうことをとらえる指標になるっていうことですかね。（ID: F）

このように、そもそもエビデンスという概念に関する理解は非常に多様であり、APAが示すエビデンスの定義とは必ずしも一致しなかった。この複雑な概念をいたずらに単純化することを避けるため、本来的な定義とは異なるものの以下のように用語を定義した。まず、エビデンスの階層（表 1-1）において3位以上、すなわち RCT および系統的レビューに基づく知見を狭義的な「エビデンス」とした。そして、二次的知見や事例研究等を参照してアプローチを選択したり数量的指標を用いて変化を捉えたりしようとする姿勢を、狭義的な「エビデンス」を活用しているとまではいえないものの「科学的」とであると定義した。これに対して CL の言動や経験・感覚のみを根拠とする姿勢を「主観的」とであると表現した。

M-GTA の結果

以降は上記の用語の定義に沿った記述を行う。分析の結果、エビデンスとの関連における臨床実践の位置づけに関わる5個のカテゴリ、13個の概念が生成された（表 4-1）。

図 4-1 はこれらのカテゴリ同士の関係を矢印などを用いて図示したものである。これを文章化しストーリーラインとして以下に述べる。なおカテゴリは《》、概念は【】内にそれぞれ示した。

臨床心理学の理論は価値観という側面をもっており（【価値観としての理論】）、日本ではその発展の歴史上【specialty と generality のバランスがとりづらい】状況や、【科学的な臨床の土壌がない】という特徴があり、エビデンスへの姿勢を含む《理論間の距離》が感じられていた。

こうした中 EBP の潮流が高まってきたことで、日本で EBP を行うことの良し悪しが体験された。まず《科学的姿勢をもつメリット》としては【CL に資する臨床ができる】ことと【社会的責任を果たせる】ことが挙げられ、両者が円環的な因果関係にあった。しかし【エビデンスの実践的活用法が不明】であるということもあり、【臨床実践家の負担が高い】という《科学的な臨床実践の難しさ》も存在した。さらに《EBP の課題》も浮き彫りになり、【技法要因の取り出しがたさ】のような「正確なエビデンスがとれているのか」という疑問のみならず、【エビデンスの虚像感】といったエビデンスそのものへの違和感、これにもとづく【エビデンスに固執して CL から目を逸らす】、そして科学的姿勢を持ち込むこと自体が喚起する【治療関係を阻害する不安】が見られた。

これをふまえて、臨床実践においては《科学との距離感を模索》していく必要性が示された。具体的には【RCT 未満の科学的根拠も評価する】構えや【ニーズによる理論の棲み分け】が目指されていた。

このようにエビデンスを重視する EBP の潮流は、科学とは異なる価値観が優勢であった日本の臨床実践にインパクトを与え、追従でも対抗でもない《科学との距離感を模索》するという新展開に導いていた。よってこれが中核的機能を果たしていると考えコアカテゴ

リーとした。

以下、カテゴリとこれを構成する概念について具体的に語りを例示しながら述べる。

《理論間の距離》

このカテゴリは、理論間の相違が大きく構造的にも蛸壺化しやすい日本の臨床実践の背景を示す3つの概念【価値観としての理論】【specialty と generality のバランスがとりづらい】【科学的な臨床の土壌がない】から構成された。【価値観としての理論】は理論が臨床実践家としての価値観をも規定することを示す語りを包括していた。以下に具体例を示す。

まあどっちかって言うと個別的な事と思考する、人間観および心理療法があり、どっちかっていうと一こう一般的なことを思考する心理療法および人間観がある、みたいな感じで。(ID: B)

こうした価値観の相違は臨床実践家を特定の理論を極める方へ向かわせるが、日本の臨床実践家は多様な CL を適切な介入に振り分ける機能をも担うため幅広い知識が求められる。こうした語りが【specialty と generality のバランスがとりづらい】にまとめられた。具体例を以下に述べる。

新しいことに手を伸ばすよりは、あるいは自分の専門外のことに手を伸ばすよりは、その専門性を生かす方を優先したいって気持ちがあるのはある。ただ、全く不要かって言われるとまあそうでもなくて、それこそやっぱり勉強しないと知らないこともあるので、それにリファーマーするためにも？勉強したりとかっていうことは意味があるかなと思ってる。(ID: D)

さらに価値観レベルでの理論の相違は、エビデンスが重視されない「心理臨床学」と呼ばれる状態を維持してきた。こうした日本独特の状況に関する語りは【科学的な臨床の土壌がない】に含まれた。具体例は以下のとおりである。

やっぱ軽視されてると思います、臨床の現場ではそのエビデンス（注：本稿が定義する「科学性」のこと）ていうのが。もちろんそうじゃない方もたくさんいらっしゃると思うんですが、なんか、まだまだそうは言ってもすごい達人技！みたいな感じだったりとか、その本人の特殊な勘とかセンスだったりとか、そういう面がすごくもてはやされるというか (ID: C)

このカテゴリに含まれる3つの概念は、【価値観としての理論】が【specialty と generality のバランスがとりづらい】や【科学的な臨床の土壌がない】を引き起こしているという関連をもっていたが、依って立つ理論を価値観として意識しているかどうかには個人差・理論差があった。これについて ID: B は以下のように述べていた。

CBTにはCBTの人間観があると思ってるから、それを、あんまり考えてないなって思ってる。そんなの（注：依って立つ理論の価値観に縛られないこと）は無理でしょうと思ってるから。科学っていう価値観があるから。効率化とかね。

こうした語りから、科学を用いるEBPをパラダイムとする捉え方と、あくまで1つの価値観とする捉え方がありズレが生じている様子が伺えた。

《科学的姿勢をもつメリット》

このカテゴリは、日本の臨床実践にエビデンスという発想やEBPの潮流がやってきたことで生じたよい変化や、日々の臨床実践で感じるEBPの良さに関する【CLに資する臨床ができる】【社会的責任を果たせる】の2つの概念から構成された。【CLに資する臨床ができる】には結果的にCLに還元される臨床の質向上に関する語りが含まれた。以下に具体例を挙げる。

初学者は自分に自信もてなくてぶれやすいから、そういう意味ではなんか担保されてることをやるっていうのは自信が持てて一貫した介入につながるし、(ID: A)

セッション、そのものが効果が果たしてあったんだろうかっていう結果を見る時に、その変化のプロセスが質問紙があれば追えるので一実際にどうだったかっていうことも、そこからわかる部分っていうのが、なんていうかなその主観的なものだけではなくて、もうちょっと、その客観的だったりCLの感じたもの、として一Thの主観ではないところから判断ができる、その材料の一つになってくる、ので一。(ID: C)

エビデンスに対する意識っていうものが芽生えると、やっぱりなんていうのかな、知識量を増やしていくことになると思うし、どうやったらより良くなるんだろうかっていうことを考えて一学ぶと思うんですね。なんかそうしたらきっとそれがクライアントに還元されていいセッションになって、っていうことに繋がっていくと思うので、(ID: C)

ID: Aの語りは蓄積された知見をつかうメリット、ID: Cの1つ目の語りは科学的に評価することのメリット、ID: Cの2つ目の語りはそのどちらにも関連したメリットに言及していた。こうした語りから、科学的姿勢をもつことで臨床実践家の自信や意識を高めたり多角的な判断を可能にしたりすることで臨床実践の質が高まり、CLによりよいサービスを提供することにつながる様子がうかがえた。【社会的責任を果たせる】は説明責任を果たし社会の信頼を得ることに関する以下のような語りが分類された。

やっぱりだからそれはEBPのよかったところだと思うよ。精神分析が弱くなってる。根拠がなく、自分が思ってる主観って言うだけではデータにならないっていうのは、だからさっきもいったけどその、最低品質保証になるんで、(ID: B)

職人芸みたいに、捉えられないように、やっぱり分かりやすく説明していくってい

うこと自体が一あの一大事なことかなーというふうに思うのでーうん。(ID: F)

ID: B の語りから、説明責任を果たそうとすることで臨床実践家側がやりたいからという理由で特定のアプローチを行うシーズ・オリエンテッドな姿勢が抑制されうることも示唆された。

このカテゴリに含まれる2つの概念は、RCT以上のレベルに限定したエビデンスに限らずとも、論文や書籍・学会・共有知などの科学的根拠をもつことや、事例研究やセッション評価を通じて自らの臨床実践を科学的に評価することで、【CLに資する臨床ができる】がゆえに【社会的責任を果たせる】、また後者を意識することでさらに【CLに資する臨床ができる】という円環的な関係を持っていた。

《科学的な臨床実践の難しさ》

このカテゴリは、エビデンス・ベーストな臨床実践を心がけたいとは思いますが実現できない要因に関する【臨床実践家の負担が高い】【エビデンスの実践的活用法が不明】の2つの概念から構成された。【臨床実践家の負担が高い】は知見の蓄積をつかうにしても、効果を科学的に評価するにしても、臨床実践家に多面的な負担がかかることを述べた以下のような語りが包括された。

結局（注：エビデンスを活用）しないのは、なんか自分たちにエビデンスがないから、できるんじゃないかみたいなふうに思ってるところがあって、まあなんでもかんでもできると思ってるわけじゃないんですけど、それをまあ検証することを恐れてるところがあるので、本当はした方がいいと思います。(ID: D)

そうですね（注：エビデンスを積み上げる臨床研究を）できた方がいいかなとはいえやっぱり自分にこれ以上またエビデンスをね？築いてくような何かその研究に力を割いて行くとか、それだけの体力や気力っていうのはないと思うのでー多分そっちに関しては一本当りに引き続き人任せになってしまうのかなっていうふうに思うんですけどー (ID: E)

前者からは、エビデンスに基づいてアプローチを選択したり効果を検証したりすることが、研究にのりにくい理論に依拠している臨床実践家にとっては脅威になりかねないことがうかがえる。後者からは、1つ1つのケースに全力で取り組みながらさらに臨床研究にも従事する体力的・気力的負担の高さがうかがえた。こうした負担の高さの背景には、エビデンスの参照の仕方や実践への適用の仕方がわかりづらいという【エビデンスの実践的活用法が不明】があった。以下に語りの具体例を挙げる。

適切な調べ方みたいなのをちょっと教育で教えて欲しいしーそのエビデンス・ベースト・アプローチへの論文のあたり方って。膨大に出てくるからさ。で日本の国内の調べようにも国内のだとちょっとなかなか出てこないし。(ID: A)

なんか青年期で—ASD（注：自閉スペクトラム症）併発してる、ASDのOCD（注：強迫性障害）にERP（注：曝露反応妨害法）したいっていてもなんか、確かめるべき論文どれをみればいいかわからないやん？OCDのERPをやる（注：検索する）ときりないし、今のだとわかりやすいけどもっと複合的になればなるほど全然検索できなくなるからー。（ID: A）

前者はエビデンスへのアクセシビリティの悪さを指摘しており、膨大かつ玉石混交な論文の中から質の高いものを見抜いたりデータベースを活用したりするための教育、ガイドラインの作成、日本人を対象とした研究の充実などが求められていた。後者では、さらにケースが複雑になればなるほど、研究成果をそのまま生かしづらいという一般化可能性の問題が言及された。

このカテゴリに含まれる2つの概念は、【エビデンスの実践的活用法が不明】であることが【臨床実践家の負担が高い】を促進しているという関係性にあった。

《EBPの課題》

このカテゴリは、EBPの潮流の中で科学的姿勢を心がけてみて感じるEBPの問題点である【技法要因の取り出しがたさ】【エビデンスの虚像感】【治療関係を阻害する不安】【エビデンスに固執してCLから目を逸らす】の4つの概念から構成された。【技法要因の取り出しがたさ】には、技法要因の主効果をうたうエビデンスへの疑問に関する以下のような語りがまとめられた。

その療法が効果がありますエビデンスがありますということだったら、誰がやっても同じ結果が出るでしょ？ということです。CBT一生懸命勉強してるんだけどーいつまでたってもなかなか上手にならないんですよ、っていう方もいればーあのほんとに天才的に、あのなんていったらいいかな、上手なって言ったらあれかもしれないけども非常に効果的に治療なさってる先生も、いらっしゃると思うんですけどーそういう差が、出てこないはずだと思うんですよ。（ID: E）

この語りからは、エビデンスがあるアプローチであっても実施するセラピストによって効果が左右される現状から、エビデンスはプラセボ効果を凌ぐ技法要因の主効果を捉えられていないのではないかという疑問がうかがえた。一方【エビデンスの虚像感】には、エビデンスは技法要因の主効果を何らかのアウトカムで測定することを目指しているが、これはCLの本質的な変化とは必ずしも合致せず表層的な数値に甘んじているのではないかという疑念が含まれた。

「こいつまじいけすかねえな」みたいなことを見た目からだけで思ってる人から（注：エビデンスが出ているアプローチを）受けるのと、「ああなんかこの子はすごい綺麗で可愛いな」とか思ってる人から受けるの全然違うはずなので、そこは統制が難しいと思うので、それを排除しない方向で進んでるのが、中でなるべく科学的にやろうと思ってるのが分析だと僕は思ってる。それは排除できない、と思ってるので。（ID: B）

短期間での効果っていうのはもちろんその技法の効果としてはエビデンスになると思うんですが、それがその人にとっての長期的な視点での効果っていう風に一なるかどうか？(中略)本当にその人の生活の質をあげることにつながっているのかどうか、っていう事って本当は測れないよなっていうか (ID: F)

ID: B の語りは、【技法要因の取り出しがたさ】同様に治療関係要因や交互作用の大きさを実感した上で、それを排除するのではなくむしろ積極的に扱っていく姿勢を示していた。ID: F の語りからは、実際に CL の生活の質が向上することとエビデンスと呼ばれるアウトカムが変化することとの間に乖離を感じていることがうかがえた。【治療関係を阻害する不安】には、セッションを科学的に評価したり効果研究をしたりすることがケースに対してネガティブにも作用しうることを示す以下のような語りが分類された。

それは多分方法、その測定可能にするためのいろんな方法があると思うんですけど、それがその親密さみたいなものをちょっと阻害するようなところは確かにあって、で、それに対する罪悪感が多分あるんだと思うんですけど、(ID: D)

この語りからは、録音・録画や質問紙を用いてデータをとることが自然な治療関係を阻害するリスクや、臨床実践家の罪悪感が明らかになった。【エビデンスに固執して CL から目を逸らす】には、エビデンスを過信することで CL の求める臨床実践と離れてしまうリスクに関する以下のような語りを含んでいた。

ただやっぱり、時にはなんかそのエビデンスではいいと言われていてもその人にマッチしないことっていうのは当然出てくると思うので、そういう時に、なんかあまりにもそのエビデンスにこだわってしまったりとかすると、なんかこの CL に本当はマッチしてないのにそれをやり続けてるとか、そういうことにはなりかねないと思うんですけど。(ID: C)

効果があるからこれがいい、っていう潮流になってくと、やっぱりそのコミュニケーションとかやりとりっていうところはみんな、省いていこうと思うんですね。多分それはまあ本末転倒というかそれじゃエビデンスも生きないだろうなって一気はするので。(ID: E)

ID: E の語りは、よい治療関係に乗せてこそアプローチが効果を発揮する前提のもと、エビデンス一辺倒になっていくことでむしろエビデンスのあるアプローチを生かせなくなっていくのではないかという思いを表現していた。

このカテゴリに含まれる 4 つの概念のうち、技法要因の主効果を単純な指標で測ること自体への疑問である【エビデンスの虚像感】と、技法要因の主効果を測ることの是非は別にしてその難しさを指摘した【技法要因の取り出しがたさ】が EBP そのものへの疑問であ

った。【エビデンスに固執してCLから目を逸らす】がエビデンスに依存しすぎるリスクを示している一方、【治療関係を阻害する不安】はEBP導入の一步として効果検証を取り入れるだけでも臨床実践に悪影響が及ぶ懸念に言及しているという関係をもっていた。

《科学との距離感を模索》

このカテゴリは、科学とほどよい距離を保とうとする姿勢や理想である【RCT未満の根拠も評価する】【ニーズによる理論の棲み分け】の2つの概念から構成された。【RCT未満の根拠も評価する】は狭義のエビデンスのみならずなにかしらの根拠をもったり評価をしたりすることの意義も認める以下のような語りを包括した。

まあだからEBPの人たちからしたら、だから僕らの言う、その反応（注：CLの反応をを判断の根拠とすること）とかっていうのはだからエビデンスっていう言葉を当てない方がいいと思うんだよね。なんだけど、まあ臨床のエビデンス（注：本稿が定義する「主観的根拠」のこと）ってやっぱりそれでしょうみたいなところはやっぱりありますよね。（ID: B）

やっぱり言葉がないお子さんのエビデンスってやっぱりとても難しいですよ。なので映像を捉えることによって、映像を撮る、使うことによって、エビデンス（注：本稿が定義する「主観的根拠」のこと）を担保したいっていうか。（ID: F）

エビデンスにならないものを一過小評価する？っていう風なことはしちゃいけないだろうな。（ID: F）

ID: Bの語りは、臨床実践においてRCT以上のレベルに限定したエビデンスをつかうことは難しいが無根拠に臨床実践を行なっているわけではなく、CLの言動といった言わば主観的な根拠にも意味があると述べていた。一方ID: Fの1つ目語りは、RCT以上のレベルに限定したエビデンスをつくることは難しくとも、なにかしらの方法で変化を可視化することはでき、それにも意味を感じていることを示していた。【ニーズによる理論の棲み分け】は、エビデンスが出ているアプローチにも限界があり、エビデンスが出ていないアプローチにも使い所があり、特定の理論を過信したり偏重したりせずバランス良く柔軟に活用していく姿勢に関する以下のような語りが分類された。

どれだけエビデンスのあることをちゃんとやっても治らないのと、エビデンスなんかなくても「いやこのツボ買ったらあなたよくなりますよ」で良くなるのとどっちがいいかってことですよ。（ID: B）

多くの人にはだから、正規分布のここね（注：平均値から ± 2 *標準偏差の範囲内）？ここに対してはそれはエビデンスっていうのは超有効だと思う。だけど、患者になる人はここじゃない人もたくさんいるわけですよ。っていうのを考えるとエビデンスだけではカバーできないんじゃないのっていう、（ID: B）

どっちも（注：エビデンスとコミュニケーション）大事だなんて思います。そうそうだから今エビデンスっていうのがねすごく隆盛している一方で一それこそナラティブとかね，オープンダイアログなんていうのが一部のお医者さんにね，すごく着目されたり，コミュニケーションとかあとコラボレーションとか，着目される流れっていうのがまた一方で出てきてるって言うのは一すごくバランスの良いことだなんていうふうに思ってますけどね。（ID: E）

ID: B からは，一般的な効果すなわちエビデンスのあるアプローチは大多数のケースに対しては有効であるが，より個別性を重視したオーダーメイドなアプローチが必要とされるケースもあること，そして最も重要なのはエビデンスの有無ではなく効果の有無であることが語られた。ID: E の語りは科学を対話で相対化する態度を示していた。

このカテゴリに含まれる2つの概念は，【ニーズによる理論の棲み分け】のためには【RCT未満の根拠も評価する】姿勢も必要である，という関係にあった。

以上，結果図・ストーリーラインを示した上で，各カテゴリ・概念について説明してきた。「日本の臨床実践家によるエビデンスの捉え方」とは，EBPの価値観は《理論間の距離》のある日本の臨床実践に《科学的姿勢をもつメリット》ももたらしたが，《科学的な臨床実践の難しさ》や《EBPの課題》をも明確にし，《科学との距離感を模索》する契機となった，というものであった。

4-4. 考察

分析2では，EBPの潮流の中で科学的な臨床実践を心がけることで質が底上げされたり社会的位置づけが高まったりするメリットが感じられた一方，科学的な臨床の土壌がなく理論間の対話が不十分な日本では，エビデンスと臨床実践の本質とのずれやCLニーズの軽視といったデメリットも強く感じられてきたことが明らかになった。こうした実感をふまえて《科学との距離感を模索》へと至る過程は，主観的理解に偏っていた日本の臨床実践がEBPを経験することで，EBPはおろか科学ですらも1つの価値観にすぎないとして相対化していくプロセスであると考えられる。以下に具体的な語りを引用する。

宗教的に信仰してるのはよくないと思うし，とある療法を。ただそれをよくないって批判してる側も，「エビデンスがあるからCBTがいい」っていうふうに結局エビデンスを確認せずにやってる以上エビデンス・ベスト・アプローチじゃなくてただ信奉してるだけだから一っていうような現状がちょっと，まあどうでもいいんだけど変だなんていう感じだな。（ID: A）

このような語りから，エビデンスという概念を鵜呑みにしたりエビデンスが示されたアプローチに思考停止したりする態度は必ずしも臨床的であるとは言えない可能性が示された。そもそもエビデンスという言葉の解釈は拠って立つ理論や臨床実践家によって一致せず，曖昧な概念であった。臨床実践家同士の対話を深めエビデンスという発想もまた疑ってい

く姿勢こそが、臨床実践において科学性を絶対視しすぎず適切に活用することにつながると考えられた。

ポスト EBP の提案

以降は、分析 2 の結果について先行研究と比較しながら、浮かび上がってきた課題への対応可能性について考察する。

《理論間の距離》 このカテゴリでは、これまで実証的には示されてこなかった日本の臨床実践をとりまく環境について描出することができた。《理論間の距離》があるということは、CL にとっては訪れた機関や所属する臨床実践家によって受けられる支援が限られてしまうことを意味する。そこで 2 つ、新たな提案をしたい。

まず 1 つ目は、CL をアセスメントし適切な機関に振り分ける窓口を設け、トリアージ機能を外在化・強化することである。これにより CL は、広い知識と技能をもつ窓口の臨床実践家と特定のアプローチについて専門性の高い知識と技能をもつ臨床実践家のサービスを受けることができるのではないかと。

そして 2 つ目は、理論の異なる臨床実践家間でのリファーがしやすい体制を整えることである。公認心理師法第 42 条 1 項にも定められている通り(厚生労働省, 2015), 心理職は医療職・福祉職・教職など領域に応じて様々な他職種との連携が求められる。しかしそれ以前に、【価値観としての理論】を尊重しあい職種内での連携を進める必要があるのではないかと。

2 つの提案が実現すれば、臨床実践家の【specialty と generality のバランスがとりづらい】も軽減される可能性がある。《理論間の距離》の解消は【ニーズによる理論の棲み分け】へ向けた一歩になると考える。

《科学的姿勢をもつメリット》 このカテゴリを構成した【CL に資する臨床ができる】【社会的責任を果たせる】は Spring(2007)による EBP の利点と一致していたが、両者が円環的な関係にあることを示すことができた。

《科学的な臨床実践の難しさ》 このカテゴリは Lilienfeld et al. (2013) が述べた EBP 導入の障壁や、全ての臨床実践家が習得するには高度すぎること(Upshur, & Tracy, 2004)と類似していたが、【臨床実践家の負担が高い】では新たに臨床実践家自身の心理的な脅威を喚起することも明らかになった。こうした心理的脅威の背景にある脆弱な職業アイデンティティは、一見脆弱性を科学の力で補完してくれるように見える【エビデンスに固執して CL から目を逸らす】方向に影響する可能性も考えられる。この歴史的・構造的な問題を示唆する語りを以下に引用する。

アイデンティティ自体がある程度きちっと成熟してないと、エビデンス研究はそもそもなかなかできなくて、それでエビデンス研究すると、エビデンス研究にしがみつくことになっちゃって、対話ができなくなっちゃう？(ID: D)

日本の力動的な、とか分析的なサイコロジストの歴史は、基本的にドクターの指示に従って？ドクターに庇護されてやってきたみたいなのところがあって。それで、結局その……自分で選択して、とか自分で判断して、みたいなことがまあ薄いんですよね。

なのでそうやって判断したことについて、何かこう客観的に吟味するみたいなこともできないし、自分の意見を言ったりとかもったりとかってということについてもすごく抵抗があって、(ID: D)

【エビデンスの実践的活用法が不明】の要素の1つにはエビデンスへのアクセスの悪さがある。日本語のデータベースが未整備であることから、日本の臨床実践家にとっては特にエビデンスにあたるハードルが高いと考えられる。そこで、日本の臨床実践家が簡便に参照できるように、日本人を対象とした質の高い研究に基づく日本語のガイドラインを定めるなど、エビデンスへのアクセシビリティを高める対応が考えられる。さらに、臨床実践家の教育・養成課程においてエビデンスの活用方法について実践的に扱うことも考えられる。しかし、前述の通り公認心理師では大学院に進学せずとも受験資格が得られるため、科学者—実践者モデルに基づく教育の充実は大きな課題となるであろう。

さらにエビデンスへのアクセシビリティが高まれば、多様で個別性の高い実際のケースと研究の文脈でつくられたエビデンスとのギャップが顕在化する可能性もある。こうした一般化可能性の課題は、先行研究でも議論を呼んできたところである (Cook et al., 2017; Kazdin, 2008)。Lilienfeld et al. (2013)が提案したメタ分析における調整変数の活用、というエビデンス側からの歩み寄りも重要であるが、まずはエビデンスの適用を試みたもののギャップが感じられた事例を積み重ね、このギャップ感や実際の効果のなさについてより詳細に理解する必要がある。現場側からEBPの課題に取り組むという意味では、これもまたBarkham, & Clark (2003)やMargison et al. (2000)が提案する実践研究と言えるのではないか。

《EBPの課題》 【エビデンスの虚像感】は、Lilienfeld et al. (2013)による「人間の性質への誤解」「EBPの特性に関する誤解」を含む複雑な概念であると考えられる。しかし、技法要因以外の効果が大きい心理的支援において特に重要と考えられ (Asay, & Lambert, 1999), 誤解やステレオタイプとして軽視するのは得策ではない。臨床実践の本質的な効果を科学的な議論の俎上に載せるためには、CLの多面的・根本的な変化を捉えられる指標の開発が必要である。

さらに技法要因以外の存在感は【技法要因の取り出しがたさ】にも関連する。そこで、同じデータから治療関係の効果と技法要因の効果をとともに抽出するような研究デザインや、プラセボ効果・治療外効果を高める技法の解明など、要因間の関連を紐解いていく試みが考えられる。これにより、より臨床実践がCLや問題にもたらす作用を包括的に理解することができ、エビデンス概念の多様化につながることを期待される。

【エビデンスに固執してCLから目を逸らす】は、「忠実性」によりすぎて「柔軟性」が失われてしまっている状態であると考えられる。Cook et al. (2017)によれば、アプローチを忠実に実施することで望む結果を得られる可能性が高まる一方、使いづらくなってしまいうアプローチもある。本稿ではより根本的な問題として、エビデンスに固執した結果治療関係が悪化し、せつかくエビデンスのあるアプローチを実施しても十分な効果が得られないリスクに言及できた。なおエビデンスへの固執は、前述の通り臨床実践家の職業アイデンティティの脆弱性を反映している可能性がある。

【治療関係を阻害する不安】という概念は、EBP が CL 中心になっていないという指摘との関連がうかがえるが (Upshur, & Tracy, 2004), 臨床実践家の不安という形ではこれまで十分に扱われてこなかった。EBP においてしばしば主体であるはずの CL が客体化されてしまう背景には、臨床実践家や科学者の中では広く知られている EBP であるが CL とは十分に共有されていない現状があるのではないか。CL が EBP を理解しているという前提があれば、【治療関係を阻害する不安】も低減される可能性がある。そもそも CL は自らが受ける介入について知る権利があり、臨床実践家にはインフォームドコンセントを得る義務があるはずである。同時に、EBP について理解した上で CL がエビデンスの高いアプローチや効果の測定に違和感を覚える場合は、決して無理強いせずその判断に丁寧に寄り添うことも求められるであろう。まず臨床実践家や科学者の中での対話が重要であることには変わりないが、次のステップとしては非専門家との対話に取り組んでいく必要があると考えられる。《科学との距離感を模索》 前述の通り、EBP におけるエビデンスとは本来 RCT に限定しない研究知見を含むものである (American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)。しかし【RCT 未満の根拠も評価する】という概念からは、RCT や系統的レビュー以外の研究デザインによる知見が十分に評価されていない現状がうかがえた。この問題は先行研究においても指摘されてきたものである (Lilienfeld et al., 2013)。様々な形の根拠を適切な場面で活用していくためには、研究デザインに応じた評価方法を明確にし、その価値を見出していくことが有用であろう。特に PBE の考え方においては、事例研究などの研究デザインがその良さを発揮すると考えられる。

以上の通り、分析 2 で得られた個々の概念は先行研究と大きく異なるものではなかったが、現場の臨床実践家自身の認識・感情・考えとして確認できたことで、現状に即した体験をふまえた議論を展開することができた。さらに各カテゴリ・概念を羅列的に扱うのではなく関連を重視しながら図示したこと描き出せた臨床実践家の複雑な主観的体験は、本分析で新たに得られた知見である。特に独特の展開を経験してきた日本の臨床実践家を対象とした EBP への認識に関する実証研究は見当たらず、より現場に即した臨床実践のスタイルを模索していく一歩として大きな意義があったと考える。

ここで挙げた論点や提案について議論を積み重ねていくことで、エビデンスに翻弄され偏重と反発の間を漂っていた EBP 時代は終わりを告げ、本来の科学の強みを臨床実践に適合的な形で吸収した「ポスト EBP」の臨床実践が可能になるのではないだろうか。

5. 総合考察

5-1. 結果の概略

本研究では、臨床実践家が臨床と科学との関連についてどのように捉えて実践活動を行っているのか明らかにすることを目的に、分析 1 として各研究協力者の臨床活動のフローチャートを作成し、分析 2 として M-GTA を行なって EBP の受け止め方と自らの臨床実践の位置づけに関するモデルを作成した。

分析1では、様々な理論に依拠する臨床実践家がどのような根拠に基づいてアプローチを選択したり改善・終結を判断したりしているのかという具体的なプロセスが明らかになった。そのプロセスは多様であったが、科学的な姿勢は、アセスメントにおいて既存の知見を参照する、改善の判断において量的指標をとり変化を追う、といった形で現れていた。

分析2では、独特の様相を呈する日本の臨床実践においてEBPの潮流は科学的姿勢を持つことのメリットのみならず、難しさ、そして課題も同時に浮き上がらせ、科学の相対化を促進していることが明らかになった。

2つの分析を通じて、臨床実践において科学がどのように活用されているか(分析1)、これと連動して臨床実践と科学に関するどのような理解が形成されているのか(分析2)、立体的・多角的に把握することができた。

5-2. 分析1・分析2の結果を踏まえた総合的考察

そもそも、目に見えず、聞くこともできず、触れることもできない人の心の動きを科学的に扱うことは非常に困難である。それでも心を科学的に研究するために、心理学は長い時間をかけて研究方法を発展させてきた(高野・岡, 2004)。こうした英知を臨床実践に還元しようとしたのがEBPであるとすれば、本研究で明らかになったのは科学としての心理学と実際の臨床実践とのギャップであった。エビデンスの新奇な魅力や、科学の良さを取り入れたい思いは臨床実践家をしてエビデンス偏重に走らせる。今ここで、EBPの定義や理念に立ち返る必要があるのではないか。CLの特性、文化、好みに照らし合わせて、活用できる最善の研究成果を臨床技能と統合する。そのためには、臨床実践家や心理学者内での対話、ひいてはCLやその向こうにいる無数の非専門家との対話も極めて重要と考えられる。

本稿の最後に、ここまでの議論をふまえてこれからの臨床実践モデルとして一つの構想を提示したい(図5-1)。

本研究の限界と課題

本研究の限界は2つあった。1点目はサンプルの少なさと偏りであった。臨床心理学における理論・技法は非常に多様であり、本研究で扱うことができたのは限られた理論に依拠する臨床実践家に過ぎなかった。また各理論に依拠する臨床実践家としての代表性にも疑問が残った。さらに研究協力者の経験年数・ケース数には大きな幅があったため、バリエーションの要因に関する考察が困難であった。このため本研究の結果・考察は普遍的な理論ではなく仮説モデルとして扱うべきである。2点目としては、臨床実践における適切な科学の活用に向けた具体策の提案には至らなかった点が挙げられる。

今後はより一般性の高い結果を導出するために、依って立つ理論やエビデンスに対する立場をもとに理論的サンプリングによる追加データを収集し、さらなる分析を行う必要がある。また、臨床実践家によるワークショップを開催し、臨床実践における科学の活用方法に関する対話の機会を設けることも有用であろう。

謝辞

本稿を完成させるにあたりお力添えくださった皆様に、この場を借りて御礼申しあげます。まず指導教員の孫大輔先生には、構想から実施・分析まで研究のあらゆる過程において丁寧にご指導いただきました。また見上公一先生・内田麻理香先生・江間有沙先生をはじめとするプログラムの先生方には、様々な観点からたくさんのご助言をいただきました。そしてプログラム13期生の皆様は気軽に相談できる存在であり、いつも率直なコメントをくださいました。心より感謝いたします。

最後になりましたが、長時間にわたるインタビューに積極的に取り組んでくださった6名の研究協力者の皆様に、厚く御礼申しあげます。

図表

表1-1 エビデンスの階層

順位	研究デザイン
1	系統的レビューとメタ分析
2	決定的な結果が出たRandomised Controlled Trials*
3	結果が決定的であるとは言えないRandomised Controlled Trials*
4	コホート研究
5	ケースコントロール研究
6	縦断調査
7	事例報告

*結果が決定的なものであるかどうかは、臨床的に有意な効果の閾値と信頼区間との重なりによる

表2-1 対象者の属性

ID	性別	年齢	経験年数 ※資格取得後	経験ケース数	オリエンテーション		拠って立つ理論	主な臨床領域 (その他の経歴)
					指導教員	スーパーバイザー		
A	M	25	1年	20	エビデンスを重視しつつ、様々なアプローチを取り入れ	認知行動療法、ブリーフセラピー	CBTを援用	大学, 医療
B	M	33	8年	200-300	精神分析	精神分析	精神分析	私設(医療, 教育, 産業, 福祉)
C	F	37	3年	30	エモーション・フォーカスト・セラピー, Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy		EFTを中心とする人間性実存理論	私設(大学, 医療, 教育)
D	M	34	6, 7年	50	絵画療法, 精神分析	精神分析	クライン派精神分析	医療(私設, 福祉)
E	F	44	18年	800-900	コミュニティ心理学	システムズアプローチ, 精神分析	システムズアプローチを中心とする家族療法・ブリーフセラピー	私設(医療, 福祉, 教育)
F	F	53	20年以上	50くらい		催眠療法	システム論をベースにした Relationship Developmental Intervention	大学

表2-2 インタビューガイドの構成

基本情報	年齢/性別/経験年数・ケース数/オリエンテーション/依って立つ理論/臨床領域
臨床実践に関する質問	アプローチの選択方法/改善や終結の判断方法
エビデンスに関する質問	エビデンスをどのようなものと捉えているか
エビデンスをつかうことに関する質問	アプローチの選択や改善・終結の判断においてエビデンスを活用しているか/エビデンスをつかうメリット・デメリット・難しさ
科学的知見をつくることに関する質問	科学的知見を積み上げる意識について/科学的知見を出すメリット・デメリット・難しさ
その他	日本の臨床実践へのコメント/EBPへのコメント/今後の臨床実践家としての目標

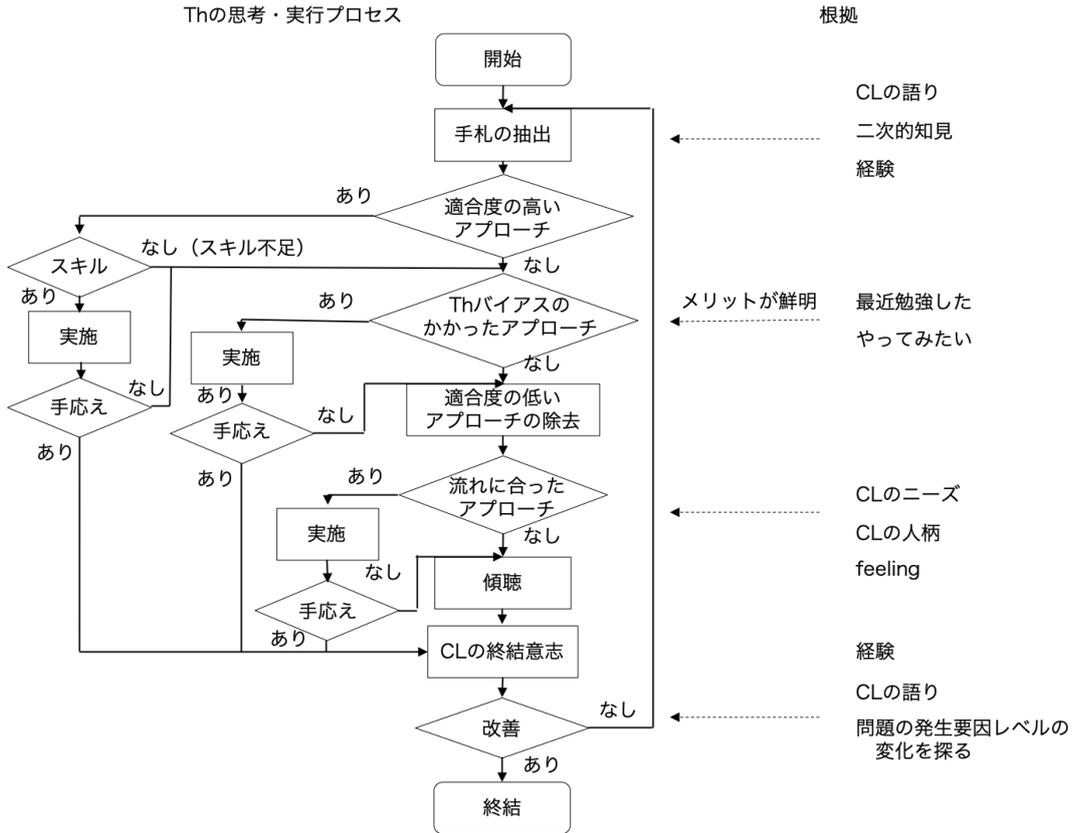
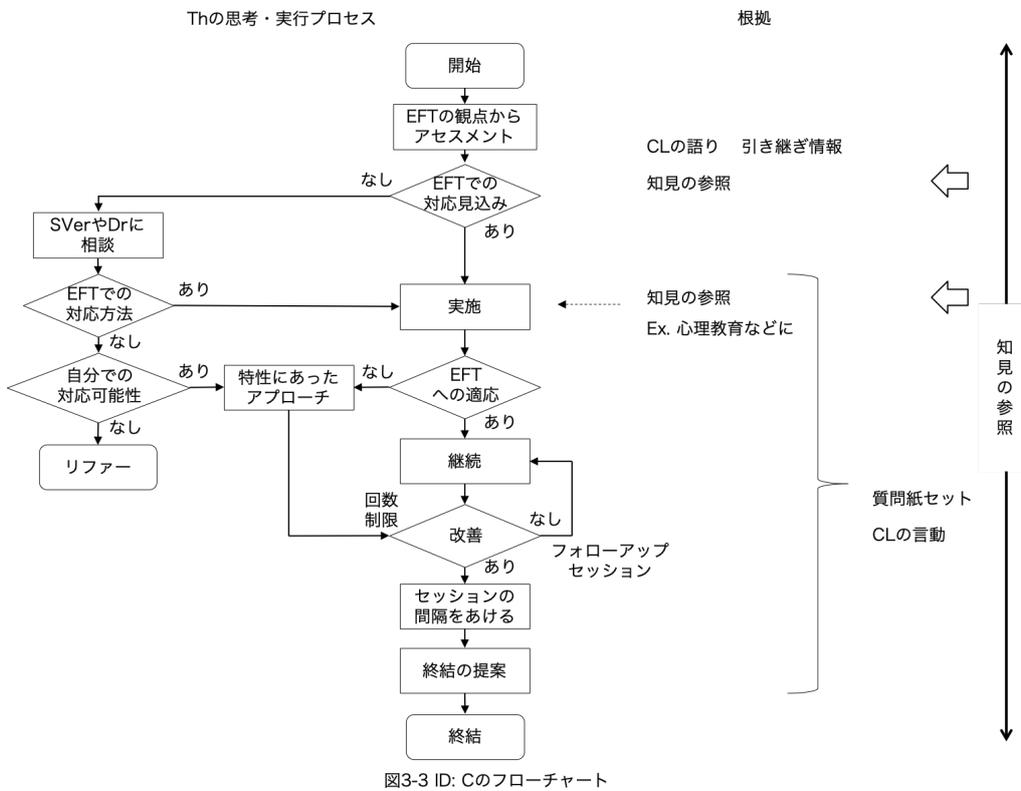
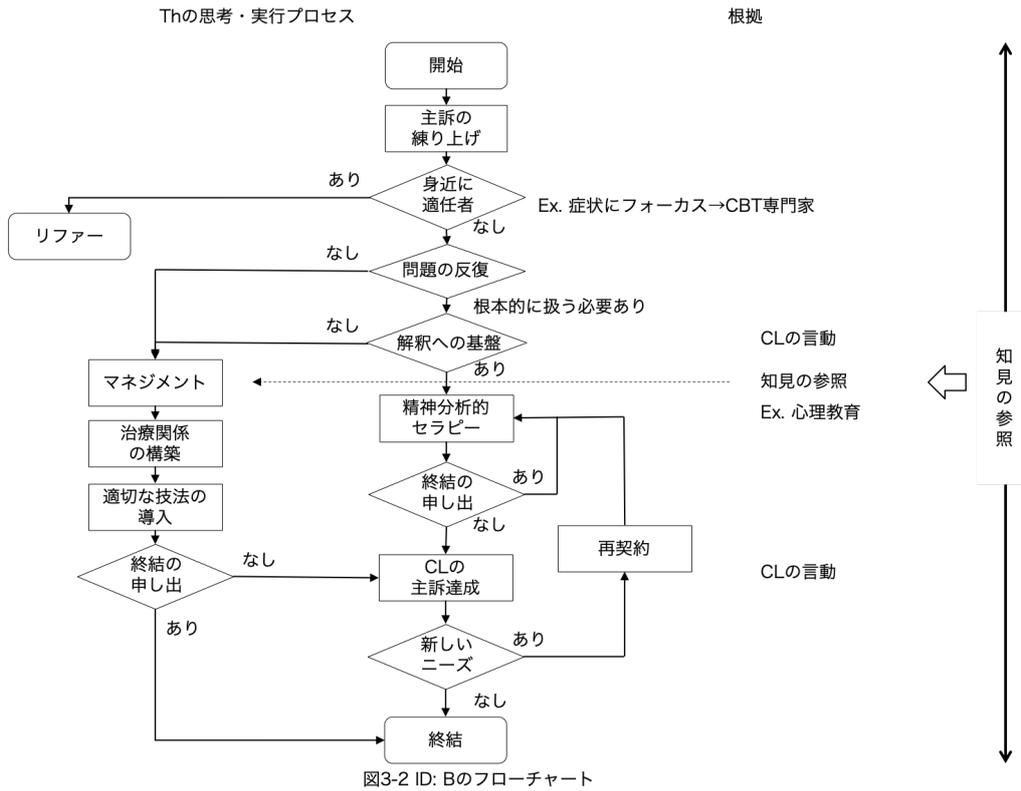


図3-1 ID: Aのフローチャート



Thの思考・実行プロセス

根拠

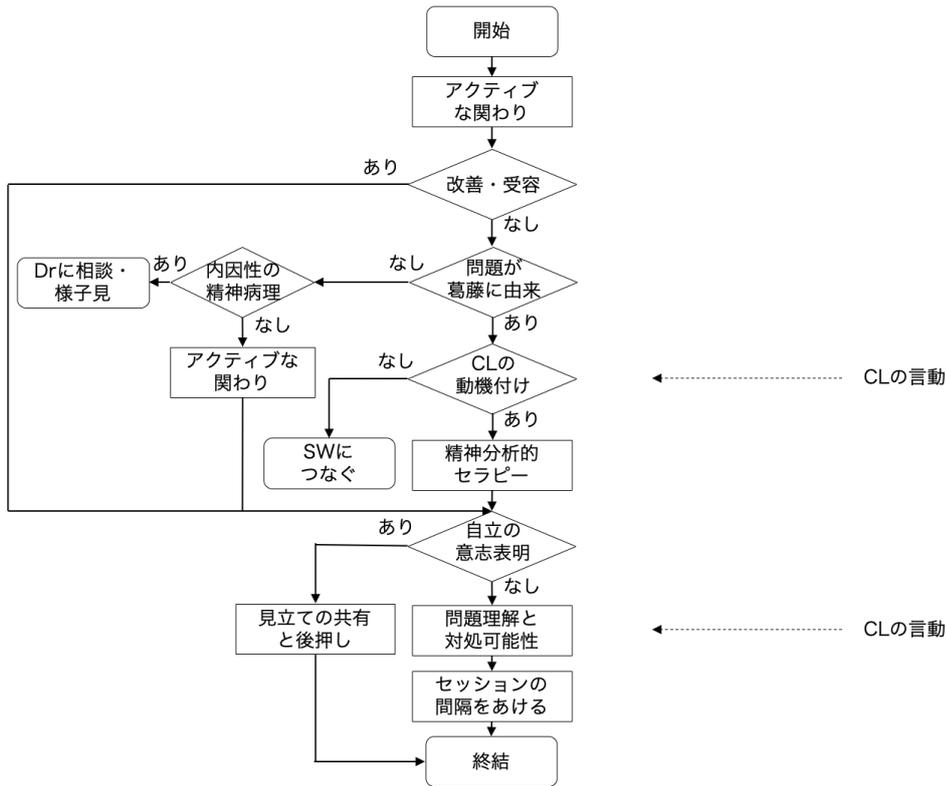


図3-4 ID: Dのフローチャート

Thの思考・実行プロセス

根拠

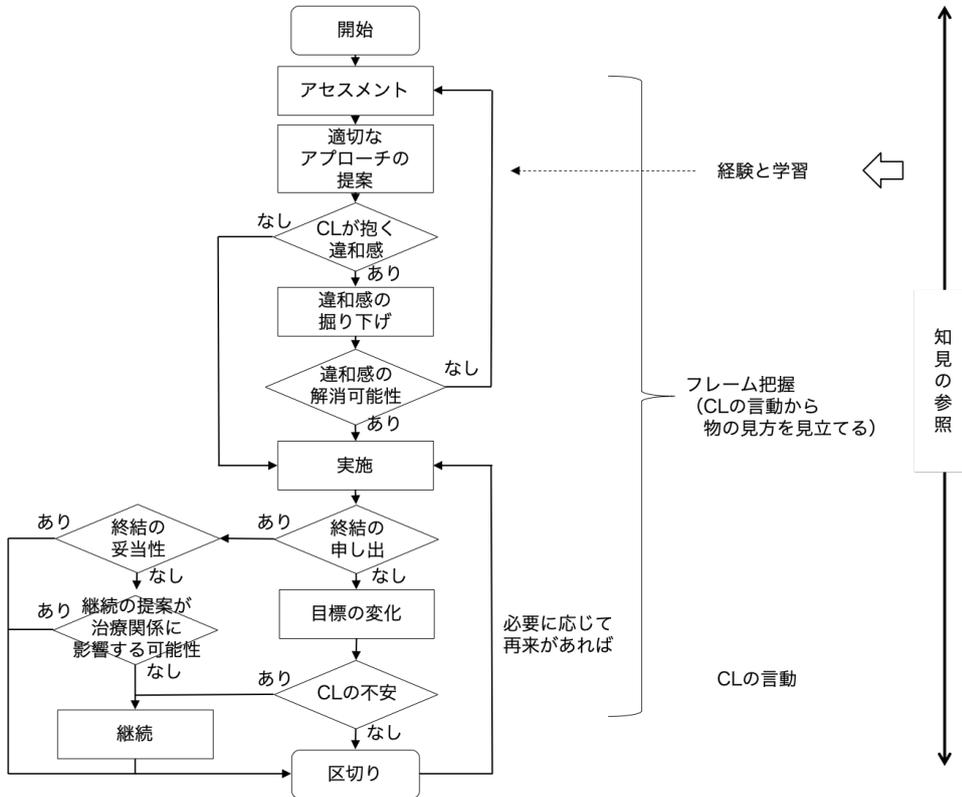


図3-5 ID: Eのフローチャート

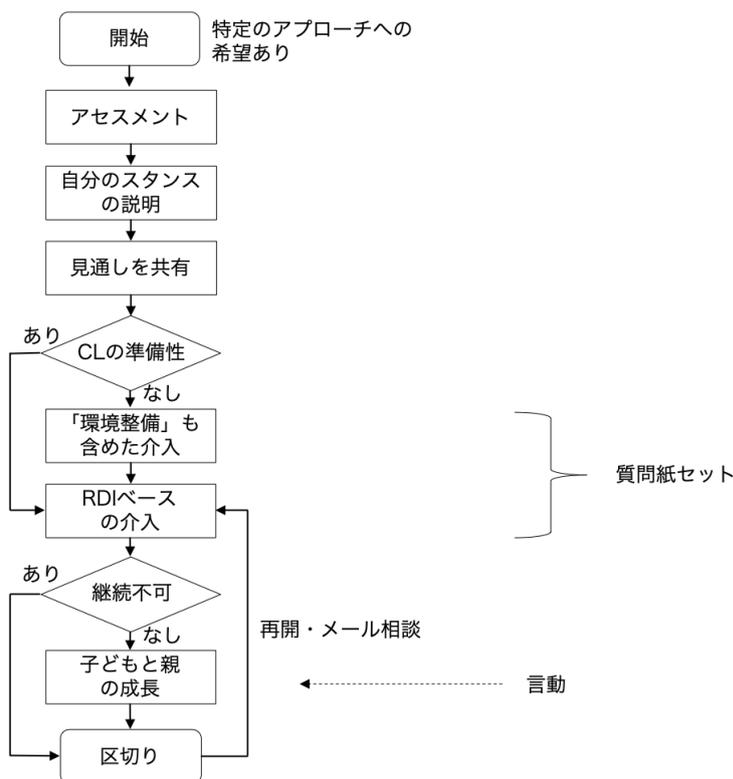


図3-6 ID: Fのフローチャート

表4-1 カテゴリと概念の一覧

カテゴリ	概念	定義
理論間の距離	価値観としての理論	依って立つ理論の違いは価値観レベルの違いを意味するため交流や相互理解が薄く、相容れないために排他的な対立が生じることもある。
	specialtyとgeneralityのバランスがとりづらい	特定の理論の専門性を極めるにはトリアージやリファラーの環境が整っておらず、様々な技法に手を出せば価値観がぶつかったり習熟度が下がったりする。
	科学的な臨床の土壌がない	CLとの個別の関係を重んじる理論やセンス・勘をもてはやす風潮が日本の臨床実践を牽引してきたために、科学性を追求することへの違和感や反発が大きい。
科学的姿勢をもつメリット	CLに資する臨床ができる	共有知や指標は、アプローチの選択やセッション評価において主観を補完する視点として臨床実践家の自信や効果的な臨床への意識を高め、またCLに安心と納得感を与える。
	社会的責任を果たせる	特定のアプローチではなくケースに応じた低コストで治療可能性が高いアプローチを提供することで、専門家としての説明責任を果たすことができ、社会的信頼を得られる。
科学的な臨床実践の難しさ	臨床実践家の負担が高い	多忙な臨床実践家にとって最新の知見にアンテナを張り続けることや臨床研究を行うことは時間的・気力的・心理的負担が重い。
	エビデンスの実践的活用法が不明	エビデンスの参照の仕方がわからず、また対象や介入が限られたエビデンスを個別具体的な実践にどのように取り入れればよいのかもわからない。
EBPの課題	技法要因の取り出しがたさ	臨床経験から治療関係は技法の作用に強く影響している感覚があり、治療関係がもつ効果を除いた純粋な技法の効果を取り出すことはできないのではないかと訝る。
	エビデンスの虚像感	セラピスト要因、治療関係、CLの受け取り方などの個性・複雑性こそが重要であり、これらを捨象したアウトカムは実質的な効果を示して得るのか、慎重に考える。
	治療関係を阻害する不安	効果研究にのせるためにCLに時間的・体力的・心理的負担をかけたりケースの自然な流れを妨げたりするのは避けたい。
	エビデンスに固執してCLから目を逸らす	エビデンスのあるアプローチにこだわりすぎると、CLのニーズが無視されたり、エビデンスのあるアプローチが合わないCLが見捨てられたりするリスクがある。
科学との距離感を模索	RCT未満の科学的根拠も評価する	RCT以上のエビデンスに限らずなんらかの根拠をもって臨床実践を行い、なんらかの効果検証・公表をすることの意味にも目を向ける。
	ニーズによる理論の棲み分け	エビデンスの有無に関わらず、各理論の弱みや強みを認め合った上でCLのニーズに応じて適切なアプローチを柔軟に提供できる体制を望む。

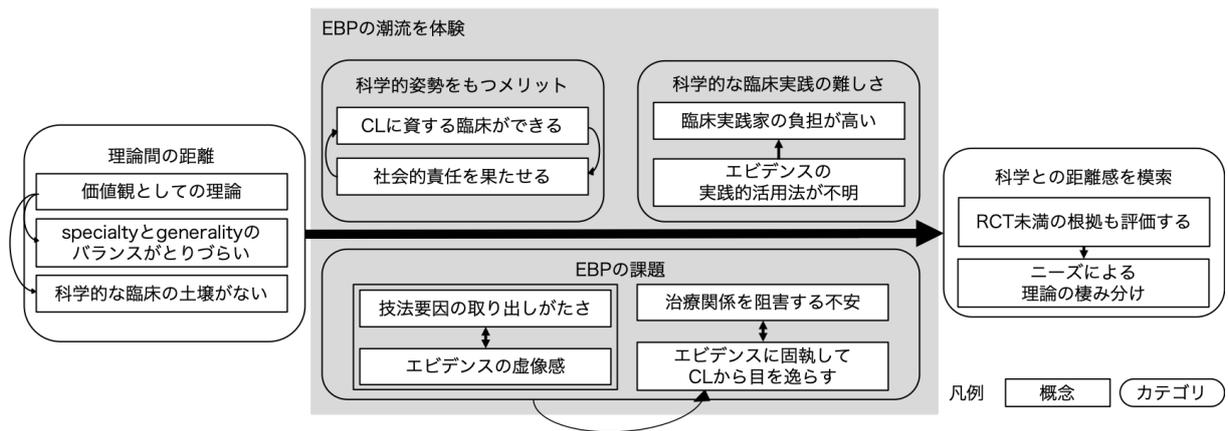


図4-1 結果図

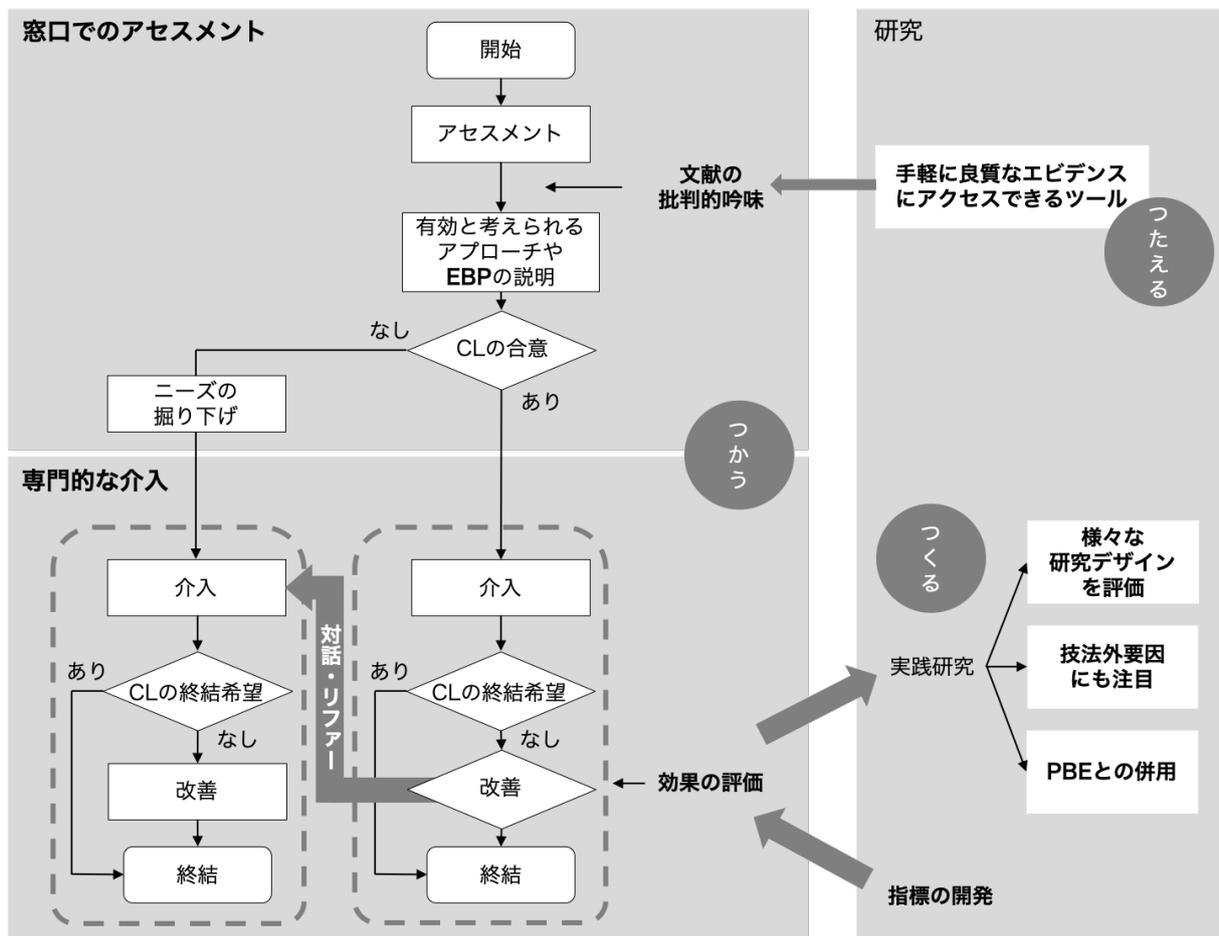


図5-1モデルの提案

文献

American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based

- Practice (2006) Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Asay, T.P. & Lambert, M.J. (1999) The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (Eds.) *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy* (pp.23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barkham, M., & Clark, J.M. (2003). Bridging evidence - based practice and practice - based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 319-327.
- Borntrager, C., Chorpita, B., Higa-McMillan, C., & Weisz, J. (2009). Provider attitudes toward evidence-based practices: Are the concerns with the evidence or with the manuals? *Psychiatric Services*, 60, 677-681.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Cook, S.C., Schwartz, A.C. & Kaslow, N.J. (2017). Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics*, 14, 537-545.
- Emmelkamp, P.M.G., David, D., Beckers, T., Muris, P., Cuijpers, P., Lutz, W., Andersson, G., Araya, R., Rivera, R.M.B., Barkham, M., Berking, M., Berger, T., Botella, C., Carlbring, P., Colom, F., Essau, C., Hermans, D., Hofmann, S.G., Knappe, S., Ollendick, T.H., Raes, F., Rief, W., Riper, H., Oord, S.V.D., & Vervliet, B. (2014). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (S1), 58-91.
- Fonagy, P., Rost, F., Carlyle, J. A., McPherson, S., Thomas, R., Pasco Fearon, R. M., Goldberg, D., ... Taylor, D. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(3), 312-21.
- 福島哲夫 (2017). 心理療法統合-常に探求を続ける姿勢そのもの. *臨床心理学*, 17 (4), 472-473.
- Gartlehner, G., Hansen, R.A., Nissman, D., Lohr, K.N., & Carey, T.S. (2006). Criteria for Distinguishing Effectiveness From Efficacy Trials in Systematic Reviews. *Agency for Healthcare Research and Quality Technical Reviews*, Vol. 12. US: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Glaser, B., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine Publishing Company.
- Greenhalgh T. (1997). How to read a paper. Getting your bearings (deciding what the paper is about). *BMJ*. 315. 243.
- Guyatt, G.H. (1991). Evidence-based medicine. *ACP Journal Club*, 114 (2), A-16.

- 原田隆之 (2015). 心理職のためのエビデンス・ベイスト・プラクティス入門 金剛出版
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159.
- 木下康仁 (2003) グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い 弘文堂
- 厚生労働省 (2015). 公認心理師法 (平成 27 年法律第 68 号) 厚生労働省 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougai-hokenfukushibu/0000121345.pdf> (2019 年 2 月 4 日)
- Lilienfeld S.O. (2011). Distinguishing Scientific From Pseudoscientific Psychotherapies: Evaluating the Role of Theoretical Plausibility, With a Little Help From Reverend Bayes. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18 (2), 105-112.
- Lilienfeld S. O., Ritschel, L. A., Lynn S. J., Cautin, R. L., & Lutzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883-900.
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clark, J. M., Audin, K., & Connell, J. (2000). Measurement and psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- 松見淳子 (2016). エビデンスに基づく応用心理学的実践と科学者-実践家モデル -教育・研究・実践の連携- 応用心理学研究, 41(3), 249-255
- Norcross, J. C., VandenBos, G. R., Freedheim, D. K., & Olatunji, B. O. (Eds.). (2016). *Theory and research. APA handbook of clinical psychology*. Vol. 2. US: American Psychological Association.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- 斎藤清二 (2011). 心理療法におけるエビデンス概念の変遷 箱庭療法学研究, 24(3), 1-2.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*(2nd ed.). London: Churchill Livingstone.
- 下山晴彦 (2010). これからの臨床心理学 東京大学出版会
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: what it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631.
- 高野陽太郎・岡 隆 (編) (2004). 心理学研究法—心を見つめる科学のまなざし 有斐閣アルマ
- 丹野義彦 (2001). エビデンス臨床心理学—認知行動理論の最前線 日本評論社
- 津谷喜一郎 (2000). コクラン共同計画とシステマティック・レビュー—EBMにおける位置付け— 公衆衛生研究, 49(4), 313-319.
- Upshur, R. E. G., & Tracy, C. S. (2004). Legitimacy, Authority, and Hierarchy: Critical

Challenges for Evidence-Based Medicine. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 197-204.

Walrath, C.M., Sheehan, A.K., Holden, E.W., Hernandez, M., & Blau, G.M. (2006). Evidence-based treatments in the field: A brief report on provider knowledge, implementation, and practice. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 33, 244-253.

山本力 (2017). 力動的心理療法での臨床的エビデンスとは何か-Erikson 論文の夢分析を素材にした試論- 就実大学大学院教育学研究科紀要, (2), 91-98.

インタープリター養成プログラムを受講して

このプログラムの受講を志望したときに考えていたことは、一言で言えば「心理学ってなんかナメられてない!？」ということだったような気がします。心理学だって科学なんです。それを、一般社会にもアカデミアにも分かってほしい。そうすればきっと瞬く間に興味を持ってもらえて、好きになってもらえて……。そう、欠如モデル的発想です。当時の私はそんなことも知らないくらい、科学技術社会論に対して無知でした。

いや、今でも無知です。でも無知を知ることができました。それは、それぞれの分野において第一人者でありながら社会とのコミュニケーションにも本気で取り組まれている先生方や、教養に富み好奇心が旺盛でどんなトピックに対しても質問が絶えない同期の6人に揉まれた1年半があったからです。インタープリター養成プログラムでは、とにかく幅広いトピックに触れ、「科学と社会」という切り口で捉え、議論する機会をたくさん与えられました。綿密な準備をして挑んだ研修旅行では、日本たばこ産業株式会社および近畿大学水産研究所の方と議論することができ、多大なる刺激的を受けました。こうした経験は、今まさにこの修了研究として実を結ぼうとしているばかりでなく、臨床心理学者としての自分や生活者としての自分の思考にも大きな影響を与えてくれたように思います。

本専攻との両立が負担になったり、本郷と駒場の移動で交通費が嵩んだりしたこともありました。専門外のトピックについていけない自分の教養のなさを恥じたこともありました。そんなときは、逆に臨床心理学の専門性がインタープリター見習いとしての自分を励ましてくれました。臨床心理士の仕事ってインタープリターとちょっと似てるような気がするのです。心理学の知見をクライアントの状況に合わせてわかりやすく伝えていく。冒頭のような葛藤は、そんな社会や非専門家との接点に恵まれた分野だからこそ生じていたのだと気がつきました。

「心理学だって科学なんです」1年半前には世界の中心でそう叫びたかった私ですが、修了研究を経て、臨床心理学は科学だ、と断言できなくなりました。でも断言できないところに、妙な魅力を感じてしまうのです。たとえ科学的に割り切れない事象であっても社会に存在するのであれば、ニーズがあるのであれば、決して見捨てたりバカにしたりするのではなくなんとか扱おうとする。そんな柔軟さが、科学としての心理学に新たな課題を与え発展させてきたのではないのでしょうか。

科学と社会の狭間にいる学問に魅せられし者として、臨床心理学にも科学技術社会論にも新たな視点を付与できるような研究者になる!そんな野望をこっそりとしたため、筆を置きたいと思います。