

研究論文

初学者が抱える臨床実践上の悩みと解決策を考える

— 科学的に根拠のある実践を臨床に活かす工夫 —

中道 秀尚 (WALLES ACADEMY／放課後等デイサービス)

渡辺 克徳 (仁愛大学)

松本 一記 (鹿児島大学)

岡村 優希 (CBTメンタルサポート) 牧野 拓也 (福井大学)

はじめに

筆頭著者（企画者：中道）は、大学院を修了し2年目の初学者である。大学院では、スーパーヴァイズを受けながらカウンセリングを担当していた。修了してからは、放課後等デイサービスという発達障害や知的障害を持つ子どもの療育を担当することになった。今までのケースとは、主訴も枠組みも異なる仕事となった。その中で求められた知識は、学習障害、行動分析、発達障害児への配慮、癇癪を起こす子どもへの知識など多岐に渡り、これまで学んでこなかった知識の必要性に迫られた。そのような時に企画者がしていたことは、Google scholarなどの検索エンジンを使いながら論文を検索することだった。だが、日々の臨床の中でそれらを学ぶことは困難を極めるものであった。

企画者が抱えた困難

学ぶ上での困難は全部で3つあった。一つは、沢山の情報の中から有益な情報を探すことである。例えば、自閉症と強迫症状のある子どもへの介入について調べるときに、強迫症に対しての介入マニュアルは厚生労働省が発行しており、アクセス自体は容易に出来る。だが、自閉症を併存した場合の対応についてはマニュアルには書いておらず、工夫を施す必要が出てくる。自閉症と強迫症の情報を検索した場合、数多くの論文が検索結果に出てしまい、それら一つ一つを日々の臨床の中で精査するのは困難であった。

次に、クライアントに合わせた支援を行うという点である。質の高いエビデンスのある介入であって

もクライアントが現段階で変化を望まない場合や疾患が併存している場合は、マニュアルをそのまま使用することが難しい場合がある。そのため、どの療法が合っているのかをまずはアセスメントする必要がある。そのため、併存している疾患の場合や疾患ではない悩みを抱えている場合、その人の社会資源など全体的なアセスメントを行う必要がある。

最後は、マニュアルでは書かれていない部分の介入の工夫についてである。企画者は子どもを対象とすることが多いが、その場合、子ども自身が困り感を持っている場合は少なく、基本的には親御さんの来談意欲が強い場合が多い。そうすると、子ども自身の動機は低いことが多い。また、疾患ではない場合や、疾患を併存している場合も多く存在し、どのように介入が可能なのかを考える必要が出てくる。

このような細かい悩みを多く感じていた。スーパーヴァイズを受けることでこれらの悩みに対して対処することも出来るが、時間やコストの制約があり全てを相談することは難しい。そのため、自助努力により出来ることを増やし、スーパーヴァイズで尋ねることに関しては、的を絞る必要性が出てくるだろう。だが、その自助努力をどのようにすればいいのかの手段が分からない。その為、これらの困難について、これまで臨床現場で活躍してきた先達をお呼びし、それらの困難に対してどのように対処しているのかを尋ねることで、今後の自助努力の指針になることになるのではないかと考えた。また、同様の悩みを抱えた初学者にとって、臨床実践上の悩みをどのように解決するのかということを記録に残

すことは意義のある事だと考え、この度自主シンポジウムを企画し、それを論文として残すことにした。

本論文の目的

今回のシンポジウムでは、昨今注目されている心理学におけるエビデンスに基づいた実践 (Evidence-Based Practice in Psychology ; EBPP) を実際にどのように活かしているのかをテーマに論じていただいた。EBPPを題材にする理由として、様々な領域での基礎となりうる姿勢だと考えられるからだ。今回のシンポジウムの目的は、ある特定の領域や特定の療法に特化する方法ではなく、初学者が特定の療法を学習することを決めるための手段を見つけることを目的としている。

エビデンスにアクセスする方法

松本一記 鹿児島大学病院臨床心理室

はじめに

根拠に基づく医療あるいは根拠に基づく実践において、最良のエビデンスにアクセスすることは最初のステップである。かつては、情報量が膨大であるにもかかわらず、学術誌を定期購入し、毎日膨大な論文を読むことでしか、エビデンスにアクセスすることはできなかった。しかし、1980年代以降、文献

データベースが普及されるに伴い、最新の科学的なエビデンスを即座に入手できるようになった。代表的な文献データベースの例を、Table 1にまとめた。臨床心理学は、医療、教育、福祉、そしてもちろん心理学にまたがる広範囲を網羅する学問であるため、検索する文献データベースは利用者のニーズに応じて異なる。初学者が「最良」のエビデンスにアクセスするためには、文献データベースを活用しなくてはならない。最も「楽に」エビデンスにアクセスするためには、先輩や恩師に相談すれば良い。ただし、専門家の個人的な意見は、いかなる論文や研究発表の情報よりもエビデンスレベルが低いことには留意してほしい (Table 2: Ackley et al., 2008)。

Table 2では、エビデンスレベルに対応する情報を紹介した。そこでは、最良のエビデンスには、臨床実践ガイドラインが含まれていることに気づけただろう。臨床心理学の初学者が、エビデンスに基づく実践に関するエビデンスにアクセスしようとする場合には、Googleで「治療ガイドライン」などと検索してみると良い。例えば、「うつ病の治療ガイドライン」と検索すると、2021年10月4日時点で、日本うつ病学会気分障害の治療ガイドライン作成委員

Table 1. 代表的な文献データベース

データベース名	管理	分野
CINAHL Plus with Full Text	EBSCO 社	看護学・生体臨床医学・健康科学等
MEDLINE	アメリカ国立医学図書館	医学、看護、歯学、保健医療
PsychoINFO	American Psychological Association	心理学
PubMed	アメリカ国立医学図書館	医学系
Scopus	エルゼビア社	総合科学
Web of Science	クラリベイト・アナリティクス社	総合科学

Table 2. エビデンスレベル

レベル	説明
Level 1	関連する全てのランダム化比較試験（Randomized Controlled Trial, RCT）の体系的レビュー、RCT のメタ解析、もしくは上記に基づく臨床実践ガイドライン
Level 2	少なくとも 1 つの適切に設計された RCT から得られたエビデンス
Level 3	ランダム化されていない、適切に設計された対照試験から得られたエビデンス
Level 4	適切に設計されたケースコントロール研究、もしくはコホート研究によるエビデンス
Level 5	記述的及び定性的研究の系統的レビューからのエビデンス
Level 6	単一の記述的、ないしは定性的研究からのエビデンス
Level 7	権威（「偉い」先生）ないし専門家集団の意見

会が2012年に作成し、2019年に改訂された『日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病（DSM-5）/ 大うつ病性障害 2016』にアクセスすることができる。このガイドラインの2章では軽症うつ病についての記述があり、治療には新規抗うつ薬と認知行動療法が推奨されている。なお、いかなる状態の患者についても、力動的精神療法、来談者中心療法、箱庭療法、ゲシュタルト療法は推奨されていない。

現在、臨床心理士は大学院の修士課程を修了すれば受験資格を取得できる。そのため、ほとんどの初学者は博士課程に進学して、臨床心理学の研究者となることはないだろう。このような場合には、上記のようなエビデンスのアクセス方法で良い。一方で、エビデンスがガイドラインにまとまるまでは、国内外の質の高い研究成果の蓄積を待たねばならない。そのため、直近の臨床実践で提供する技法や教育アプローチについて、ガイドライン以外の最良のエビデンス—おそらくはメタ解析を含む体系的レビューかRCTによるもの—toにアクセスしたい者にとっては、文献データベースを利用することは必要不可欠である。

文献データベースの使い方

前述のように、文献データベースはたくさんある。関心分野に合わせて、どの文献データベースを利用するか決めれば良い。ほとんどのデータベースは無料で利用可能であり、有料のものであっても大学によっては、ライセンス契約していて、学生が無料で使える場合も多い。ここでは、検索する前の段階で疑問点を明確にするための方法と、臨床心理学分野において国内外で最も利用されることの多い文献データベースの1つである、PubMedの使い方について紹介する。

臨床問題や疑問点を明確にして、検索しやすいように整理することは、適切な単語を入力することで、ほしい情報を検索してくれる文献データベースを活用する上での、重要な工程である。臨床心理学では、Patient（患者）、Intervention（介入）、Comparison（比較）、Outcome（結果）の頭文字で構成される、PICOと呼ばれるフォーマットを使うと良い。例として、Figure 1は、自閉症合併の強迫症で、抗うつ薬を服用している症例の臨床者問題を、PICOに当てはめたものである。

PICOが定まったら、PubMedのAdvanced機能を

PICOの例

症例 | 20代女性, 16歳ごろから「性的なイメージ」が絶えず頭に浮かび悩まされている。日頃は、不快な思考を頭から追いやろうとしたり、別のことに意識を向けることで対処している。自閉症スペクトラム症を合併しており、コミュニケーションが苦手だが、知能が高く(推定IQ 120以上)大学院博士課程在籍中。精神療法の経験はなく、フルボキサミンを服用中。強迫症を改善したいと来院された。

- **Patient:** 自閉症スペクトラム症を持つ強迫症の20代女性, フルボキサミン服用中
- **Intervention:** 精神療法を提供すると
- **Comparison:** 通常治療と比較して
- **Outcome:** 臨床症状が軽減するか？

Figure 1. 松本, 2021. 日本心理臨床学会第40回大会発表資料より抜粋

活用して文献を検査していく。そのプロセスは以下の通りである：

- ステップ 1. GoogleでPubMedと入力して検索する
- ステップ 2. PubMedのホームページに入る
- ステップ 3. 検索ボックスの左下の「Advanced」をクリックする
- ステップ 4. Add terms to the query boxをクリックして、「Title/Abstract」を選ぶ
- ステップ 5. PICOに従い、専門用語を1つ入力して、ADDを押す
- ステップ 6. さらにPICOに従い、専門用語を1つ入力して、ADDを押す
- ステップ 7. Search（検索）を押す
- ステップ 8. 関心のある記事を抽出するためにフィルター機能を使う

先ほどのPICOでまとめた症例についてのエビデンスをPubMedで調べた際には、やはりAdvanced機能を用いて、Add terms to the query boxの中からTitle/Abstractを選び、「psychotherapy」AND「obsessive-compulsive disorder」でひとまず検索した。その後に、「Free full text」「Meta-Analysis」

「Randomized Controlled Trial」「5 years」「English」「MEDLINE」のフィルター機能を活用した。その結果、2021年6月時点で、検索結果としては4つの研究がヒットした。4つ程度であれば、全ての論文や記事を読んだとしても、さほど時間がかからないが、そのうちの1つSkapinakis et al. (2016) による、強迫症の管理のための薬理的及び心理療法的な介入に関するネットワークメタ解析—最良のエビデンスの1つであるRCTsのメタ解析である—にアクセスすることができる。

おわりに

研究者として、このような最良のエビデンスにアクセスする力は必要不可欠である。また、博士課程の学生でも上記のスキルを早期に習得しておく、研究仮説の構築や研究計画を立てるための文献レビューに割く時間を大幅に削減することができる。紙幅の都合で、簡素にしかエビデンスへのアクセス方法について紹介することができなかったが、より学習することを望む初学者には、康永秀生氏の『必ず読めるようになる医学研究論文 究極の検索術×読解術』を推薦する。最後に、最良のエビデンスにアクセスするほど、臨床心理学という奥が深く、社

会的な意義も大きい素晴らしい学問の面白さや、研究者たちの熱意と献身に触れることができる素晴らしさにも気づいてほしいと願っている。

日常臨床におけるアセスメント

岡村優希 株式会社CBTメンタルサポート

はじめに

筆者は認知行動療法を専門とした私設心理相談室を運営している。相談室には日々さまざまな困りごとを抱えた人が来談する。来談者の年齢や性別、相談内容は多岐にわたる。そのうちのいくつかの相談内容についてはエビデンスにアクセスしても該当する文献を発見することが困難な場合もある。その場合、認知行動療法の視点から個別にアセスメントしケースフォーミレーションを展開していく必要がある。その後、介入を実施することもあれば必要に応じて医療機関などの専門機関を紹介することもある。

認知行動療法ではアセスメントを行う際にデータを重要視するが、エビデンスだけがデータとは限らない。セラピー中の言語報告や日常生活における認知や行動をデータ化し仮説をたて介入を検討することも可能である。本稿では、エビデンスにアクセスが難しい場合の認知行動療法のアセスメントをする際のポイントについてまとめていく。

私設心理相談室での臨床

まず筆者が運営する私設心理相談室での臨床概要を報告する。来談経路の約5割は医療機関からの紹介であり、3割はホームページ経由である。相談内容は多岐にわたるが最も多いのがうつに関する相談で全体の36%を占める。相談内容には何らかの疾患以外の困りごとも多く、「人間関係」、「不登校」「性加害」などが該当する。そのため、特定の領域の知識に偏るのではなく医療、教育、福祉、司法など幅広い領域の知識が必要とされる。また、認知行動療法に関する知識、ビジネスマナー、リファーマーの情報(医療機関、教育機関など)、コミュニケーションスキルなど必要とされる知識やスキルは多い。認知行動療法はコミュニケーションを前提としたカウン

セリングでもあるので、アセスメント同様に重要視している。

初回面接時のアセスメント

初回では受診歴、医療機関からの情報、成育歴、問題歴を整理して困りごとの全体像を把握していく。あわせて自記式の心理検査により定期的に状態のアセスメントを行う。認知行動療法の実施前に、困りごとを把握する過程で何らかの疾患が疑われる場合には医療機関の紹介を行う。そのため疾患に関する知識を前もって身に付けておく必要がある。あわせて、認知行動療法が適応可能かどうかの判断を行う。判断要因として、会話の応答性、認知行動療法の実施によるリスクの有無、症状の重症度などを考慮する。上記事項に問題がなければ認知行動療法を実施する。まずマクロな視点から困りごとを把握するために、日常生活上における困りごとを一問一答形式に近い形式で確認し箇条書きしていく。続いて、箇条書きした困りごとのグループ分けを行う。例えば、人間関係の悩みグループ、抑うつグループ、不安グループなどと整理していく。そうすることで、限られた情報から困りごとをミクロに捉え全体像を把握できなくなることを防ぐことができる。グループ分けを行う際、来談者の言語報告だけでなく、セラピストが面接を通して気づいたことなども箇条書きにしておきそれらも含めると臨床上役立つ場合もある。グループ分けが完了した後、グループごとにミクロなケースフォーミレーションを行う。困りごとが繰り返される状況を把握し、その状況における認知、気分、身体、行動を言語報告により確認し仮説を立てる。仮説を来談者にフィードバックし調整を行う。初回面接時のホームワークは仮説を検証するための観察課題を出すことが多い。日常生活において認知や行動など実際のデータを測定することでアセスメントの精度を高めていく。認知をデータ化するにはコラムなどの記録を参照にする。生活全体を把握する際には、生活記録表を用いて日々どのように過ごしているかを把握する。大切なのは仮説を検証するためにはどのようなデータを入手する必要がある

かの検討である。検討なされないままに観察課題を出しても仮説を検証することはできず来談者に余計な負担を与えてしまう恐れもある。

2回目以降の面接でのアセスメント

ホームワークを振り返り、問題がなければ仮説のフィードバックを行い、介入に向けた心理教育を行う。問題があれば再アセスメントを行う。介入技法の選択についてはエビデンスにアクセスして該当する文献を参考にするが、見当たらなかった場合には相談内容に類似した介入技法の選択を行う。介入を実施する際には来談者に事前にその旨を伝えておく。介入効果をアセスメントするために何をデータ化する必要があるかの検討も行っておく。介入後、効果を検証し改善がみられるようであれば継続して実施していく。改善が見られない場合にはケースフォーミレーションを再度おこない修正する。

日常臨床におけるアセスメント

日常臨床において認知行動療法を行う際にも、上記に記載したようなアセスメントを行うことは大切である。しかし、認知行動療法にはエビデンスがあるといいいながらもアセスメントなく介入が行われるケースも少なくない。例えば、困りごとが「うつ」だからという理由だけで認知再構成に用いるコラム法を介入に用いる人がいたとする。コラム法を用いた理由について確認すると、うつの認知行動療法にエビデンスがあるのはコラム法だと聞いたため実施したと答える人も多い。果たしてそれはエビデンスのある臨床といえるだろうか。来談者一人一人困りごとのパターンは異なるしそれに伴い必要な介入も異なってくるのである。その把握を行うためにもアセスメントは重要となってくるので、ケースフォーミレーションと介入を行う際にはそれを行う根拠となるデータが必要となってくる。それは疾患の有無や困りごとの内容に限らず、すべての相談に行われる必要がある。そのためには面接中、来談者に質問を投げかける段階からアセスメントを意識することが大切となる。

おわりに

認知行動療法は基本的にセラピストの主観ではなく、さまざまなデータを基に困りごとを把握し根拠のある介入を実施する。日常臨床において来談者一人一人に合わせた認知行動療法を実施するにはさまざまな視点からアセスメントをする必要がある。それは決して簡単なことではなく、特に初学者のうちは必要なデータをどのように扱うか苦勞する。日々、学会や事例検討会などでの事例報告やスーパーヴィジョンなどを通して研鑽することでアセスメントスキルが身についていくのではないだろうか。アセスメントを行うスキルは知識だけでは難しく体験的に繰り返し学ぶことが必要となってくるので定期的な研鑽や事例の振り返りは必要不可欠である。

EBPの一工夫

牧野拓也 福井大学

はじめに

これまでにエビデンスの調べ方を松本先生が、その臨床実践を岡村先生が扱った。これらを踏まえて、ここではEBPの工夫について扱う。エビデンスをEBPPあるいはその近接領域にあるEBMにつなげる作業については成書やWEBサイトを参照されたい。「心理職のためのエビデンス・ベイス・プラクティス入門」(原田, 2015)、「The Square of Practicing EBM and Lifelong Learning」(The SPELL) (南郷, 2004) に目を通すことをお勧めする。

このような原稿を執筆するものの、筆者は「あなたの臨床はEBPPそのものであるか」と問われると少し自信がない。ただEBPP的な臨床と学習を志向しており、ここから得られた知見を紹介することで初学者に役立てば幸いである。本稿では大まかに以下のような流れで論を展開する。

- 心理療法の共通性
- 技法の学び方の一工夫－体験する、まとめる、話す
- 実践の一工夫－中道先生の指摘から
- おわりに

心理療法の共通性

筆者が修士課程在籍中、教員の一人からよく「心理療法のお作法を学ぶように」と指導を受けた。ここで重要なのは「〇〇療法のお作法」ではないという点である。そのようなわけで当時から、どうやら心理療法には共通のお作法があるらしい、つまり心理療法には共通性があるらしいということを意識してきた。あまりに基礎的すぎるためか、自明なものとして共有されているのか、案外とこれを議論する機会は少ない。

臨床実践をはじめて様々な学派／技法の専門家と話しているうちに、どうやら心理療法にはFigure2のような共通性があることがわかってきた。来談されたクライアントの主訴と問題歴を確認し、各種アセスメントを行う。これらを踏まえて問題を見立て、それを共有し、介入に入る。介入が終われば効果判定を行う。心理療法とはつまり、こうした一連の流れをミクロにもマクロにも繰り返すことである。技法論や臨床家の好みによって、この順番が入れ替わるとか、もっと繋がる部分があるといった修正はあるかもしれないが、大まかには変わらない（筆者は何度かこの図をリバイズしながら講演などで使っている）。この骨格に肉付けされていくものが、無意識的葛藤であったり、認知や行動であったり、対人関係であったりといった具合に変化する。

異なった学派の専門家が集まると、兎角その差異に目が向きがちであるが、心理療法は実のところ共通性のある営みであり、その共通性を知ることは工

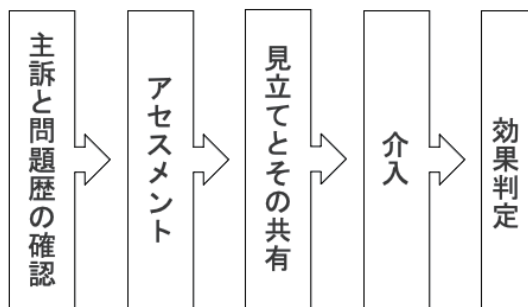
夫の第一歩である。共通性を知ることによって自分の臨床に何を組み込むべきか学びや実践の方向性が見えてくる。

技法の学び方の一工夫一体験する、まとめる、話す

論文を読むこと、成書を読むこと、スーパーヴィジョンを受けること等、心理療法の学び方には多くの方法があるが、EBPPを学ぶにはちょっとしたコツがある。認知行動療法をはじめとしたEBPPの技法のいくつかは「臨床家が自分に当てはめることができる」という特性をもっている。認知行動療法の大家である伊藤（伊藤，2011）も「認知行動療法を身につけて、まずご自身のケアに活用いただき「これは使える！」という実感が持てたら、次に、認知行動療法を必要としている患者さんや周囲の方々に提供していただきたい」と述べている。行動的介入技法ははじめに取り組みやすいかもしれない。自分が知らずして避けている何かに曝露してみることは、ちょっと戸惑うかもしれないが、体験を通してクライアントの目線に立つことができる。

体験してみると、自分なりのつまずきや技法全体の見通しがわかってくる。言い換えると、その心理療法をクライアントに提供したとき、クライアントへの共感やセッションのペース配分をするにあたって、自らの体験が役に立つのである。同じ技法を体験した仲間がいれば、彼らの意見にも耳を傾ける。技法から得られる体験は人によって異なり、見方を広げてくれる。

実践したら、それを職場内外で報告してみる。単に「やってみました」というだけでは新規性はないが、そこで行なった工夫は技法を発展させるかもしれない。また問題の背景や介入、そこから得られた結果、考察をまとめる作業は自分の仕事を俯瞰するのにうってつけである。これができると臨床でも「今クライアントと自分がいるのはこのあたりだろうか」ということが掴めてくる。報告をして周りから批判的な意見を受けることもあるだろう。それを真摯に受け入れてもいいし、事前に準備して批判に耐えうるような返答をまとめておくのもまたトレーニ



技法論はこの中身が異なるにすぎない

Figure2.心理療法の流れ 牧野，2021.日本心理臨床学会大40回大会資料より抜粋

ングになる。もちろん、多くの温かい意見を受けて明日の臨床の励みにするのもよい。発表が終わったら、そこから得られた学びをまとめておく。はじめは戸惑うことも多いかもしれないが、一連の流れがわかってしまえば、それほど難しい作業ではない。

学び方の一工夫を提示した上で、次に実践の一工夫へと論を展開する。

実践の一工夫—中道先生の指摘から

中道先生の指摘は「動機づけの扱い」と「併存症の扱い」であった。いずれも興味深く、中道先生が丁寧な実践をしていることが伝わる指摘である。この指摘の背景は、おそらく次のようなことだろう。Intervention/Exposureに関する研修会にも参加し、その技法の意図するところもわかった。自分でも体験し、その技法に詳しい臨床家のアドバイスをもらいながらクライアントに適用してみた。ここまで来るのも相当な努力である。しかし、いざ終わってみると思ったほどの介入効果はなかった。振り返ってみると、クライアントの動機づけを十分に高められていなかったのではないかと、併存症の扱いは適切であったのだろうか、そんな疑問が湧いてくる。

動機づけ面接法をはじめ、動機づけを扱う技法は多い。しかしもっと基礎的な点に目を向ける。まずもってクライアントは何を求めているのだろうか、そして心理療法家は何を提供できるのだろうか？このステップはまさに、EBPPにおける必須の要素であるのだが、この説明が飛ばされているのをしばしば目にする。この心理療法を受けた場合と受けない場合で何が違うのか、他ならぬこの技法を提示するのはなぜなのか、そのメリットデメリットは何かをクライアントに実直に伝え協働的に検討することは情報提供のみならず動機づけの向上にもつながる。

次に併存症の扱いである。文献を読み込んでいると、こんな認知が働くことがある。「確かに〇〇症に対して△△法は有効な技法であるようだ。だけど目の前のクライアントは（自閉スペクトラム症、抑うつ障害、不安症、不眠などの）併存症を持っている」「だから臨床と研究は違うのだ」と。しかし匙

を投げずにもう一步踏み込む。役立ちそうな論文はPICOのうち、どのような人（P）が参加した臨床研究だろうか、目の前のクライアントは論文の参加者（P）とどれだけ合致するだろうか、何が介入を阻害する因子（抑うつなど）だろうか。併存症に関する報告も行われていないだろうかと他の文献を引いてみる。その上で、再度クライアントのもつ問題を見直してみる。臨床家が研究に精通していなければならぬ理由はここにあるのだろう。

おわりに

本項では、心理療法の共通性に触れた上で、EBPPの学び方と実践の一工夫について述べた。あくまで私論であり、若手臨床家からもぜひ“一工夫”を教えてほしい。

本項の締めくくりに、筆者の初学のころの発言について触れておく。筆者は「どのような臨床家になりたいか」と問われた時に「高度に洗練された柔軟性あるマニュアルワーカー」と答えていた。個別性を重視する心理療法の世界において本流とは逆行する返答である。しかしEvidence based guidelineを読み込み、その背景にある臨床研究を理解し、あらゆる問題に対してEBPPの原則に則ってクライアントに対応することは恐ろしく難しい課題である。ぜひ多くの若手臨床家にも「高度に洗練された柔軟性あるマニュアルワーカー」を目指してほしい。

話題提供（指定討論）

渡辺 克徳 仁愛大学/こころとからだクリニック
福井

はじめに

初学者が医療領域だけでなく、その他の職域も含めてEBPPで悩むのは素晴らしいことである。人類が進化していると言っても過言ではない。なぜなら、本気でクライアントのことを考えているからである。最善を尽くしたいと考えているからこそ、悩むのである。今日の医療現場において、EBMは当たり前である。薬や治療法については、詳細なデータが示され、医療従事者はインフォームドコンセン

トを行う。この説明と選択のプロセスが重要であり、EBPは、患者・クライアントの最大幸福実現のための手段となる。しかし、自戒も込めて、EBPPではどこか曖昧さを含んでいる。例えば、心理療法・カウンセリング・心理検査を行う時に、目の前のクライアントに、どのような心理療法・カウンセリングを用いて、どれくらいの期間、どのような効果が期待できるのか、副作用やデメリットはどのようなことがあるのか、他の選択肢はどのようなものがあるのか、このような情報が提供されているであろうか。EBMとEBPPは異なるのであろうか。医学の研究は進んでいて、こころのことは曖昧で、まだ詳しくわかっていない。だから、EBMとEBPPは異なると言えるのであろうか。医学も試行錯誤を繰り返し、良いと思われた治療法が、後々、修正されたり、まったく逆の効果が示されたりもする。つまり、よく分からないところもあるが、今のところ最善と考えられる治療法を提供するというのがEBMと考えられる (the best available research)。このように考えれば、EBPPも、EBMの姿勢を受け入れることが必要である。

アメリカでの混乱と我が国での混乱から

EBP実践の国、アメリカでも混乱があった。EBMはNBM (Narrative Based Medicine) と対立するという誤解やEBPP=CBT系という誤解などである。アメリカでも、Scientist practitioner modelが提唱されたボルダー会議 (1949) からAPAでPolicy Statement on EBPP (2005) の発表後、混乱をまとめるまで、50~60年かかっている。アメリカと同様の混乱が日本でも起こっているが、日本独自の文化的側面もあり、まったく同じような過程を経ているわけではない。一部、EBPとNBPの捉え方やEBPP=CBTという混乱は日本でも起こっていると言えよう。例えば、2010年ごろからEBMやEBPP関連書籍のほとんどがCBTに関係するものであったことなどが、エビデンスやCBTに対する誤解に繋がっていると考えられる。また、心理療法は、技法や効果、エビデンスよりも、もっと大事なものを扱う

べきだという論点に重きを置いた書籍も出版されている。わが国では、まだまだScientist practitioner modelの広がりも不十分な状況と言える。Clinical psychologist, counselor, psychotherapistが同じ心理士として混在する状況では、欧米よりも混乱するのは避けられないだろうし、EBM・EBPPに対する誤解が解けるには、まだまだ時間がかかるであろう。

このような状況で、今回の企画者・シンポジストの先生方の臨床は目を見張るものがあり学ぶところも多い。先生方は、EBPPを実践されているし日本の臨床心理学の研究・発展に貢献されている。その根拠は、エビデンスを「つくる」努力をされているからである (学会発表・論文発表を積極的にされている)。

指定討論者からの話題提供

まず、エビデンスについての理解を共有したい。原田 (2015) は、EBPに関して3つの視点を展開している。私が強調したい一点は、エビデンスは、クライアントのために、そして心理職のために、つまり、患者・クライアントの最大幸福実現の手段として「つかう」ものであるという視点である。残りの二つは、エビデンスを正しく学ぶこと、「まなぶ」の視点、そして、できれば専門職として研究すること、「つくる」視点である。今回のシンポジウムでは、それぞれの臨床家が、エビデンスを正しく理解し (学ぶ)、エビデンスにアクセスして臨床実践に活かす (つかう) という視点で話題を提供している。非常に実践で役立つ内容であり、私も大いに学ばせていただいた。ここでは、紙面の都合上、各先生方の内容については触れない。コンパクトに先生方が、発表をまとめられているので、読んで頂ければ納得いただけるからである。

シンポジウムでは、各先生方に指定討論者として質問し、様々な回答をいただき、ディスカッションも行えたのであるが、紙面上では、指定討論者が考えるいくつかの問題点・課題に絞って論じることとする。

初学者の悩むところは、2点あると考える。一つ

目は、自分の心理的介入は、「役立っているのか」、「これで良いのか」、「エビデンスについて学んでも、エビデンスのある最適な心理療法を自分ができるとは限らない」、「自分には無理ではないか」、このような考えのもとに発生する『心理療法の選択の問題』である。もう一つは、先輩方はどのように心理療法を学んだのだろうか、アセスメント、技法の習熟、もっとうまくするにはどうしたらよいのだろうか、他の人にも応用できるのではないだろうか、などの『心理療法の成熟の問題』である。これらの問題は、CBTを選択し、スーパーヴィジョンをしっかり受けることや、ガイドライン・マニュアルをしっかり学べば良いというような、単純な問題ではない。CBTを学んだり、実践したりするのはかなりハードルが高いし、理論にも実践にも精通しているスーパーヴァイザーを探すのも大変である。公認心理師や臨床心理士などの専門家を養成している大学でもEBPPについて学ぶ機会は乏しく、今後の課題であると感じている。今回のシンポジストから得られる知見は、これらの悩みに対して、何らかの方向性を示してくれるであろう。

最後に、筆者が是非強調しておきたい課題は、治療者・クライアントのメディアリテラシーの問題である。情報化社会と言われる現代において、エビデンス（情報）は治療者・クライアントを問わず、誰でもアクセスできる時代になった。エビデンスの質の差はあるにしても、情報・研究成果が専門家だけのものではなく、すべての人に開かれているのである。エビデンスに関する情報は避けて通ることはできなくなり、エビデンスを踏まえての専門家としての技量が問われる時代になるだろう。この論文が心理専門職にとってのエビデンスを考えるきっかけになってもらえれば幸いである。

おわりに（企画者：中道）

今回学ばせていただいた内容は、私にとって非常に有意義なものであった。まず、自分の中の誤解として、エビデンスの調べ方についてである。一つの

疾患名だけで検索するのではなく、併存する疾患名、どのような研究手法が使われているのか等、検索したいものを明確にし範囲を狭めていくことで良いデータにアクセスが出来る。

次に、エビデンスがあるものを適応していくのではなく、クライアントに合わせてエビデンスのある療法を選んでいくのが大事だという点だ。そして、アセスメントに合わせながら介入をテラーメイドしていく。だが、初学者としてはテラーメイドを意識していくよりも、マニュアルに乗っ取りながら勉強していくのがまずは大事になってくるのだろう。

今回のシンポジウムの中で、エビデンスを学び活用する方法を学んでいった。だが、やり方が分かったとしても、その後実際にそれを活かすかどうかはまた別のハードルがある。一つは、自分の中のハードルだろう。調べることが出来たとしても、それがクライアントに実際に適用できるのか、自分が実際に出来るのかについて不安になってしまう。クライアントに適応できるのかについては、PICOを用いながら丁寧にアセスメントをしていく必要があるだろう。自分が出来るのかについては、先生方が実践しているように、変わるための努力をする必要があるだろう。これまでに研修を受けることで知識が上がり肯定的な態度に変化するが、クライアントに対する治療効果が上がらないことや、カウンセラーのスキルも変わらないことが分かっている（Beidas, R. S., & Kendall, P. C. ,2010）。そのため、学んで満足するのではなく自らの実践を変えていく努力をしていく必要がある。ただ、渡辺先生の指摘があるように、その為の手段が現段階では整えられていないのは現状だろう。松本先生と岡村先生は現在YouTubeに投稿することで、その環境を整備するために尽力なさっている。牧野先生と渡辺先生は大学内での学習においてその環境を整備することに尽力なさっている。本邦においてはその他にもEBPPを広めるために尽力されている方もいらっしゃるが、発展途上な分野でもある。今回は企画者の抱えた問題に焦点を絞った為、初学者が抱える問題点に対して一義的に

なっている。今後は初学者が抱える困難さに対して、より広い対象で検討していく必要がある。だが、本論文が初学者にとっての方向性を示す一つのキッカケになることを願っている。

注) 本論文は、日本心理臨床学会第40回大会発表の内容をもとに、加筆、修正したものである。

引用文献

- Ackley, B. J., Swan, B. A., Ladwig, G., & Tucker, S. (2008). Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions. (p. 7). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2010). Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 17(1), 1-30.
- 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, 金剛出版.
- 伊藤絵美 (2011) ケアする人も楽になる認知行動療法入門BOOK1. 医学書院.
- 北村 俊. 2013. SCID入門—だれでもできる精神科診断用構造化面接. 東京: 北村メンタルヘルス研究所.
- 日本うつ病学会気分障害の治療ガイドライン作成委員会 (2019) : 日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病 (DSM-5) /大うつ病性障害2016.
- 南郷栄秀 (2004) The Square of Practicing EBM and Lifelong Learning. <http://spell.umin.jp/index.htm>. [cited 2022 Jan 3].
- Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., Welton, N. J., Baxter, H., Kessler, D., Churchill, R., & Lewis, G. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet*.

Psychiatry, 3(8), 730-739.

康永秀生. 必ず読めるようになる医学研究論文 究極の検索術×読解術. 金原出版株式会社, 2021.

