
 <<総説>>

実証的臨床心理学教育における科学者実践家モデルの役割

村椿 智彦¹⁾ 富家 直明²⁾ 坂野 雄二²⁾

The Role of the Scientist-Practitioner Model in the Education of Evidence-Based Clinical Psychology

Tomohiko MURATSUBAKI Tadaaki TOMIIE Yuji SAKANO

Abstract : This review focuses on the education of evidence-based clinical psychology (EBCP) using the Scientist-Practitioner model. First, the paradigm of the EBCP and the principal method of the systematic review are described to discuss the role of the Scientist-Practitioner Model in EBCP. Second, several modern Scientist-Practitioner models are briefly summarized to understand the changing educational model to meet the needs of the times since the Boulder Conference. Finally, two representative educational programs that include the elements of modern Scientist-Practitioner models are introduced. The conclusion emphasizes the importance of the Scientist-Practitioner model in the education that reflects needs and demands of modern society.

Key words : 実証的臨床心理学 (evidence-based clinical psychology : EBCP), 科学者実践家モデル (scientist-practitioner model), 臨床心理学教育 (clinical psychological education)

実証的臨床心理学

実証的臨床心理学 (Evidence-based Clinical Psychology : EBCP) とは、科学的根拠に基づく医療 (Evidence-Based Medicine : EBM) をその背景にして生まれ、客観的に実証された治療技法を積極的に用いていくという臨床上の理念であり、また、個々の臨床家は個々の患者ごとに最適の実証を探し出さなければならないとする行動原則であり、そのために臨床家の行動を支援するデータベースを作りインターネットで公開するなどのインフラストラクチャーを用意していくという政

策でもある (丹野, 2001)。

さらに、実証的証拠に基づいて臨床心理学的介入を行うことは心理臨床家の倫理でもある。客観的な実証が不明なまま心理療法を行うことは、問題解決を目指すクライアントに応える心理臨床家の職業倫理に関わる問題であると考えられる (坂野, 2005)。また、客観的な治療効果の説明は、クライアントに対するインフォームドコンセントの観点からも重要であると同時に、治療費を負担する政府や保険会社にも正確な判断基準を提供することになる (丹野, 2006)。

EBM の先駆けになったといわれる発想とは、個々の患者に対して、現存する最良の根拠を良心的にかつ確実に理解したうえで慎重に行う医療のことであり (増井, 2003)、これまでの医療が医師個人の経験と勘に頼っていたことを反省し、客観的に実証された根拠に基づいて医療を行って

1) 東北大学大学院医学系研究科

2) 北海道医療大学心理科学部

1) Tohoku University Graduate School of Medicine

2) School of Psychological Science, Health Sciences University of Hokkaido

こうとする医療現場の運動であった（丹野，2001）。その実践は，臨床研究から得られた最善の根拠を，臨床的技量と患者の価値観とを統合した上で治療を開始することであって，臨床研究から得られた最善の根拠，臨床的技量，患者の価値観の3つが統合されるとき，臨床家と患者の間に診断と治療の同盟が成立し，臨床の成果とQOL（Quality of Life）を最適にすることが可能となると考えられる（中野，2004）。

EBCP および EBM の基盤となる客観的に実証された根拠とは，メタアナリシスを用いたシステムティックレビューによる治療効果研究が主要なものとなる。特に有名なものとしてコクラン共同計画（Cochrane Collaboration）が提供する，コクランライブラリー（Cochrane Library）があり，その中に収録されているシステムティックレビューは，コクランレビュー（Cochrane Review）とも呼ばれている。

1970年代にイギリスの医学者であるアーチボルド・コクラン（Archiebald Cochrane, 1909-1988）によれば，最も信頼できる実証的証拠は無作為化比較試験（Randomized controlled trial：RCT）によって得られた証拠であり，その情報は定期的に更新され，広く伝えられるべきであると提唱し，これを受けたイギリスの国民健康サービス（National Health Service：NHS）がシステムティックレビューを広く提供する国際的な医療評価プロジェクトを1992年に発足させた。これをコクラン共同計画という。

コクランライブラリーには，The Cochrane Database of Systematic Reviews（CDSR）を中心に，Database of Abstracts of Reviews of Effects（DARE），Cochrane Central Register of Controlled Trials（CENTRAL），Cochrane Methodology Register（CMR），Health Technology Assessment Database（HTA），NHS Economic Evaluation Database（NHSEED）の6種類のデータベースが収録されおり，データは年に4回更新される（The Cochrane Collaboration, 2008）。精神医学関連の分野は統合失調症グループ，うつ

病・不安・神経症グループ，痴呆・認知障害グループ，ドラッグ・アルコールグループに分かれてレビューが行われている。また，2000年には，キャンベル共同計画（The Campbell Collaboration）が発足され，教育，刑事司法，社会政策，社会福祉の分野におけるシステムティックレビューを作成，維持，推進している（The Campbell Collaboration, 2008）。

システムティックレビューは，研究テーマおよび選択基準を明確に定義することで，対象研究を網羅的に収集し，メタアナリシスと呼ばれる統計処理を行うことにより，情報を要約・統合して介入の効果などを推測するものであり，客観的事実を記載することを重視したレビューであるといえる（増井，2003）。メタアナリシスとは，過去に行われた複数の研究結果を特定の指標に基づいて統合・分析する統計学的な分析方法である（増井，2003）。システムティックレビューの実施手順の概略を述べると，1）研究テーマの決定と仮説の設定，2）デザインとエンドポイントの設定，3）研究資料の収集，4）選択基準によるデータ抽出，5）抽出データの統合，6）統合データの検討となる。実施にあたっては，個々の研究により，デザイン，対象疾患，対象者，治療法などが微妙に異なるため，いくつかの選択基準を用意し，基準を変え分析を繰り返したときに結果がどの程度変わるか分析することで，潜在的な交絡要因を探索する（増井，2003；丹後，2002）。最も高い水準の科学的根拠を得るためには対象となる研究デザインをRandomized Controlled Trial（RCT）に絞る必要がある。

RCTとは，被験者個人のレベルで治療群と対照群にランダム割り付ける臨床研究デザインであり，交絡因子を含む統制不可能な全ての要因を実験群と対照群にバランスよく分布させることができるため，等分散性が期待され，統計解析の結果の解釈を容易にしてくれる。治療法の臨床的有効性を示す良い証拠となるため，ゴールデンスタンダードと呼ばれることもある（丹後，2003，中野，2004）。

EBMを実施する手順は、1) 臨床での疑問の明確化、2) 疑問を解決する情報の網羅的収集、3) 収集した情報のエビデンスの質の批判的吟味、4) 得られたエビデンスの患者適用、5) 自己点検評価、という5つのステップからなるのが一般的である(増井, 2003)。これを基にEBCPとしての必要な手順を考えると、1) 厳密な診断をし、2) 症状を量的にアセスメントし、3) 症状別に治療を選択し、4) その治療効果を量的にアセスメントする、という要素が最小限含まれることになるだろう。さらに、研究者はメタアナリシスによる治療効果研究をまとめたデータベースを作成し、現場の臨床心理士は、そのデータベースを活用し、個々の患者ごとに最適の実証を探し出し、それに基づいて治療技法を選択することができる、というようなバックアップ制度も構築する必要がある(丹野, 2001)。坂野(2005)は、このようなEBCPの概念を推進するためには、1) 心理療法の目標を明確にし、共有する、2) 心理療法の内容を客観的に記述する、3) 評価方法を明確にし、共有する、4) 適切な統制群を設定する、5) 心理療法で取り扱う変数以外は無作為化する、6) 収集されたデータをメタアナリシスし有効な方法を明らかにする、ことが必要であると指摘している。

今日の臨床心理学において心理療法の有効性があると判断される条件は、非無作為化の統制研究や単一事例デザインを用いた臨床研究、コーホート研究などの多数の報告において結論が一致し、さらに、RCT試験の結果がメタアナリシスにより一致していると判定されることにより確定する。その証拠水準の高さは、メタアナリシス>無作為化比較試験>対照試験>コーホート研究>一事例実験>事例研究、の順である(中野, 2004; 丹野, 2006)。

こうしたさまざまな研究の証拠に基づき特定の問題に対する臨床心理学的介入を標準化し、援助の方策を策定する際のガイドラインを開発することによって、心理臨床家はより適切な心理学的サービスを社会に提供することができるようになる

(坂野, 2005)。欧米では多くの心理療法のガイドラインが作成されており、1993年にアメリカ心理学会の第12部会(臨床心理学部会)のタクスフォースがまとめた「十分に確立された治療法」18種と「おそらく効果がある治療法」7種、また、1996年にイギリスのNHSの要請によりロスとフォナギーが報告した「どの治療法が誰にきくか?」などはよく知られたガイドラインである(丹野, 2006)。

ボルダーモデルと さまざまな科学者実践家モデル

EBCPを確立するためにはふさわしい教育モデルが用意されなければならない。科学者実践家モデルといわれる教育理念がもっともそれに適していると考えられるため、以下にこのモデルを概説したい。

第2次世界大戦後のアメリカにおいて、多数の帰還兵に対する精神療法や再雇用のための職業教育やカウンセリングの必要性と精神科医の不足により、専門的な心理士を育成する要求が劇的に高まった(Drabick & Goldfried, 2000; Petersen, 2007)。復員軍人援護局(Veterans Administration)が臨床心理士向けの訓練プログラムを設けたこと、アメリカ合衆国公衆衛生局(United States Public Health Service)が訓練助成金の供給したこと、アメリカ心理学会(American Psychological Association: APA)が訓練に関する委員会を開いたことも専門的な心理士の育成熟に寄与したといわれる(Drabick & Goldfried, 2000)。

そうした社会的機運の中で、精神保健研究所(National Institute of Mental Health: NIMH)とAPAの援助を受けた臨床心理学訓練プログラムの標準化のための会議が、1949年夏、コロラドのボルダーで2週間にわたって開催され、73名の関連分野の代表者たちが集まった(Drabick & Goldfried, 2000; Petersen, 2007)。

このボルダー会議には、診断、治療、研究の能力を獲得するために提案された教育モデルである

Shakow 報告書と APA の臨床心理学における訓練に関する会議 (Committee on Training in Clinical Psychology : CTCP) の報告書がたたき台として使用され、会議参加者の訓練モデルに関するさらなる意見を盛り込んで科学者実践家モデル (Scientist-Practitioner Model)、あるいはボルダーモデル (Boulder Model) として後に広く知られる臨床心理士訓練モデルを生んだ。この科学者実践家モデルは、精神医学の治療者養成モデルをベースにしつつ、臨床心理学の領域における独自の実践家の養成に関して、研究者と臨床家を融合した訓練を行うものであり、このモデルに則って育成された臨床心理士は、科学界に自ら産出した臨床データを提出する能力がある研究者であると同時に、アセスメントと治療の最新の研究知見を臨床実践に適用し臨床介入の適正な評価ができる実践家となることが期待された (Petersen, 2007, Drabick & Goldfried, 2000)。

たたき台となった Shakow の報告書は、1 年次は臨床業務に必要な心理学および医科学の系統的学習をすることに当てられ、2 年次は心理測定および治療法の理論と演習に、3 年次はインターンの経験に、そして 4 年次は学位論文の完成に当てられるという 4 年間の PhD プログラムであった。ボルダー報告書は、生理学、パーソナリティ理論、発達心理学、社会心理学、精神病理学、臨床技法といった学習科目をカリキュラムの構成要素とした。科学者実践家モデルにおける訓練の主要な目的は、臨床場面において臨床技法を批判的に選択する十分な知識の獲得と、観察、面接、アセスメント、心理療法に関する臨床技法の熟達を目指していた (Petersen, 2007, Drabick & Goldfried, 2000)。

このボルダー会議において科学者実践家モデルが提唱されて以来、半世紀以上が経ち、数多くのバリエーションが生まれた。以下に、そのモデルをいくつか取り上げて紹介したい。

応用科学者モデル Applied scientist model

ボルダー会議から数年後、シャピロは直接的に

科学と実践を一体化する問題に取り組み、1967年イギリスにおいて、科学者実践家モデルとは異なる応用科学としての臨床心理学について提言した (Shapiro, 2002)。このモデルは、研究と臨床業務を分離して活動することにあまり強調をおかず、臨床業務に科学的手法を応用することに強調をおくものであり、臨床心理士の臨床業務の主要な 3 側面を、アセスメント、変容援助、研究であると定義している (Shapiro, 1967)。ここで使用される変容援助という概念には、治療、マネジメント、環境適応といった活動が含まれている。アセスメントにおいては、個々の患者の特定の心理的障害を記述・説明することだけではなく、構成的で情報探索的な情報収集面接技法を使用すること、基礎心理学研究と臨床研究そして心理学以外の一般科学的方法からも有効な診断情報を導き出し、活用することとした (Shapiro, 1985)。また、治療においても同様なポリシーを持つが、より機能補償志向であること、治療技法の科学的批判的選択が行われること、アウトカムを測定すること、治療者の行動も評価することを加えた (Shapiro, 1985)。

このように、本モデルは臨床心理士の活動は応用科学者としての活動であると極めて限定的に考えており、メンタルヘルスに対する一般心理学の知見の応用すること、科学的妥当性のあるアセスメントと治療だけを使用すること、クライアントの問題に関する仮説立案とその検証のためのデータ収集という科学的手法の枠組みの中で臨床業務を行うべきであるとしている (Shapiro, 1985)。

実践家研究者モデル (ベイルモデル)

practitioner-scholar model (Vail model)

NIMH の助成を受けた会議が、1973年、コロラドのベイルにおいて開催された。このベイル会議は、より社会的ニーズが増大していた臨床心理実践家の育成にあたって、当時急激に進化していた心理学の発展を反映させた訓練プログラムを作成するためのものであった (Korman, 1974)。ここで作成されたモデルは、臨床と研究の両方の

訓練を強調する科学者実践家モデルに対し、臨床において科学的理論を応用する実践家として機能するための実践志向の訓練を設定したものであり、実践家研究者モデル (practitioner-scholar model)、あるいはベイルモデル (Vail model) と呼ばれる。このモデルは、マイノリティや女性といった特定の集団にも関心を広げ、3つの主要な訓練水準 (博士、修士、学士以下) を設定し、心理的援助に対する社会の要求に応じて適切な心理士訓練プログラムを変更していくことを推奨した。(Korman, 1974)。

育成のための訓練方略は以下の4点を順守することとされた。1) 現場における訓練と教室で学ぶ技能と知識を統合することがより重要であると考へ、実地経験は、訓練プログラム側の目的とコミュニティ側のニーズを一致させることに注意を払う。2) 文化的に多様なバックグラウンドのある人々に広く目を向け、差別の無いサービスを提供する義務を自覚する。3) 教授陣と学生は、訓練プログラムの一部として臨床業務提供を行い、臨床心理援助を受けることが不十分な人々への関与を増加させる。4) 多数の心理士の業務が社会に及ぼすであろう影響について慎重な検討を行い、心理士集団が公共政策に寄与できることに関して高度に倫理的な判断を行う。

一方、博士課程においては、社会的ニーズを反映させた新しいサービスプログラムの開発や、実践と理論の統合に基づく新しい概念モデルへの挑戦、スーパービジョンと訓練などを専門的なメニューとして加えるべきであるとした (Korman, 1974)。

4レベルマトリックスモデル

Four level matrix model

Snyder, C. R. & Elliott, T. R. (2005) によって提唱された4レベルマトリックスモデルはポスト・ボルダーモデルを目指し、近未来の臨床心理士像を想定した作られたカリキュラムである。彼らが提唱する4レベルマトリックスモデルを理解するために、まずコア・マトリックスモデルを説

明する。図1に示すように、Valence (強さと弱さ) と Source (個人と環境) という2つの軸から4つのマトリックスが形成される。この4つのマトリックスは臨床心理学の対象を区別するための指針となる。図1による第3の象限、すなわち「個人の弱さ」とはいわゆる精神的疾患のことであり、第1の象限が示す「個人の強さ」とはプラスの意味を含めた精神的健康のことである。精神的健康とは Seligman & Csikszentmihalyi (2000) が提唱するポジティブ・サイコロジーの発想が含まれる。こうした強弱は、人々が生活する地域や政策、所属する組織などのような環境因子にも存在する。しかしながら、これまでの臨床心理学の対象はほとんどが第3象限の問題、すなわち、個人の精神的疾患をどうするかという視点に拘泥して教育のカリキュラムを設計してきたというのが著者らの指摘である。そのため、本モデルはその限定を超越するための視座として、第1, 2, 4象限を対象としたカリキュラム編成を主張している。

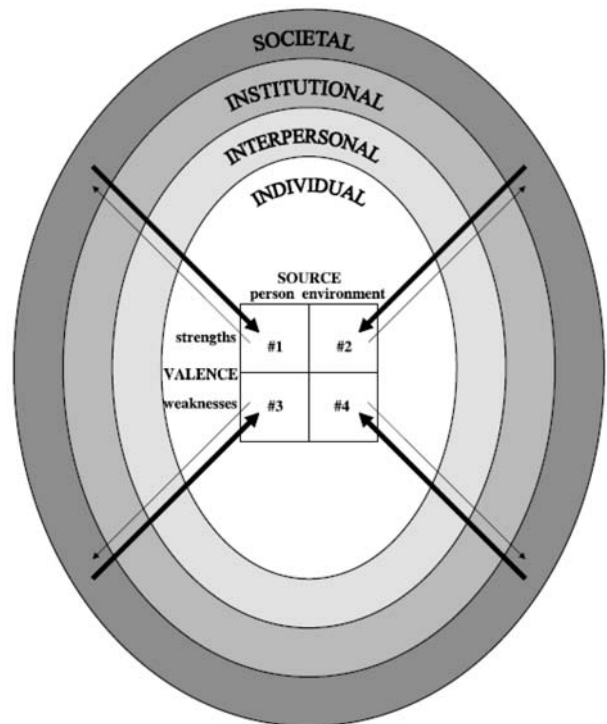


図1 4レベルマトリックスモデルの概念図—Valence (強さと弱さ) と Source (個人と環境) からなるコアマトリックスモデルと個人から社会までの4層に広がる臨床心理学教育領域。

次に理解すべきことは、マトリックスモデルが4つの階層レベルに広がりを持つことである。マトリックスモデルは4つのレベルに応じた具体的なテーマを掲げている。4つのレベルとは、個人内レベル、個人間レベル、組織・制度レベル、社会・地域レベルのことである。個人内レベルとは弱さに関わることとしては個人の精神病理、強さに関わることとしては自己肯定感や楽観的思考の獲得などのことがらである。個人間レベルとは、弱さに関わることとしては対人関係ストレスやカップルの問題、集団療法などがあり、強さに関わることとしてはアサーティブネスやソーシャルスキルの獲得、人材能力開発、人材研修プログラムの開発などが含まれる。組織・制度的レベルには総合病院や学校、企業を対象としたリエゾンまたはコンサルテーションの問題が含まれる。社会・地域レベルの問題とは、健康政策提言や法律、コスト効果の分析、人口政策立案などの広い視野に立ったことがらである。4レベルコアマトリックスはこのようにして、「4コア4層」からなる臨床的課題を分類整理し、今後の教育カリキュラムが何を含めたらよいかの指針とすることを目的としている。では、具体的に何を含めたらよいと彼らはいうのであろうか。

まず第1に、生活習慣病や慢性疾患の治療と予防に貢献できる臨床心理学の役割が強調される。第2に、心理療法の大衆サービス化にともなって、経済的、時間的、距離的、人的コスト効果のよい治療方法を開発するニーズが増大していることをふまえ、とりわけコスト上の配慮を必要とする小児・老人・マイノリティに対する臨床心理サービスの開発とコミュニティアプローチに関する実践的教育。第3に、ICTの活用や遠隔地コントロールである。

このほか、基礎臨床心理学分野においては、臨床の実態に即した統計技術の教育、たとえば、IRT（項目反応理論）やSEM（共分散構造分析）、質的データの分析、群内変動の検定方法や臨床効果評価技術などが必要であり、仮説検証のあり方についても古典的植物学向け実験方法の安易な転用

を再考することを薦めている。

さらに、時代背景を反映させた未来の臨床心理士にとって必要な教養のあり方も提案する。精神分析や行動科学を背景としてきた従来の臨床心理学とは明瞭に異なり、今後は、認知神経科学や脳科学、コンピュータ科学、薬理学、遺伝学、経済や法律の知識などが基盤的な知識となるであろうと予測している。また、臨床心理学の理論的体系を俯瞰する視点としてはSystemic constructivismとも呼べるシステムの構成主義アプローチの発想が有用になると提案する。これは従来の学派専一主義から脱却し、不適応から適応へ至る個人や社会の変化を全体的に把握できる包括論的見方のことである。

本モデルはさらに教育カリキュラムの進め方に関して、実践と学問のリンケージを強く推奨している。従来の科学者実践家モデルが科学的知識の応用としての臨床というものをイメージさせてきたことは否めない事実であるが、しばしば画期的な心理療法は科学的結果よりも実践知の中から現れてきたことから、臨床の発展は単なる科学的事実の応用だけではなかったはずであるという。また、RCT至上主義には限界があることも指摘している。現実に多数存在する複雑な合併症患者には厳しい対象基準を満たしたRCT研究の結果を外挿できないからである。しかし、どのような発想も科学的検証手段を常に意識しておかなければならないと強調する。実践と学問は主従関係ではなく、協力的補完関係にある。

最後に、臨床心理サービス提供者のグレード化と認証システムについても提案をしている。博士号や、薬物処方権を持った臨床心理士のような高度専門家を育成することと、より一般的なサービス提供者の少なくとも2つ以上のグレード化が必要であり、また、学界による教育成果の認証システムも用意しなければならないという。

欧米の臨床心理学教育の例

上述のようにさまざまな臨床心理学教育モデル

に関する熱い議論が存在するという事は、それだけ実証に基づく臨床心理学の考え方が普及し発展していることの生きた証拠といえるだろう。ここでは教育モデル論から具体的なカリキュラムに目を移してみたい。イギリスでは科学合理的な治療メカニズム研究が、アメリカではプラグマティズム的な治療効果研究が重視されているといわれており（丹野，2001；丹野，2006），以下にそれぞれの例をあげる。

Marzillier & Hall (1999) によると、欧米の臨床心理学の専門的訓練は、一般的には学術的な知識の学習と実践的な体験学習を組み合わせたものとなり、学術的な心理学を基礎的な科学として学習する学部の過程と多様なメンタルヘルスの現場においてスーパーバイズを受けながら臨床活動を行う形式をとる専門実践的な訓練に分けられる。アメリカでは、大学院での最初の2、3年は学術的な学習が中心となり、実践的な学習は、病院などの現場で行われる数週間程度の短期研修に限られ、この学術的な課程を修了した後、フルタイムのインターンに出て1年間を過ごす形をとる。一方、イギリスでは、学術面と実践面の訓練が当初から統合され、週の2日間は大学院で学術的な学習を受け、3日間は臨床現場で実践教育を受けることを少なくとも3年間は続けられる。アメリカのように学術面と実践面の訓練を分離することは、各々の学習に個別に専念できるという利点はある。一方、イギリスでの統合型の訓練は、心理学の科学的知識を実践的に活用し体験することができる点で優れている。

まず、アメリカの教育カリキュラムとして、出版回数と引用回数の平均値に基づく臨床心理学 Ph. D. プログラムランキング (Matson, Malone, Gonzalez, McClure, Laud & Minshawi, 2005) において1位に位置づけられたペンシルバニア大学を例に挙げる。ペンシルバニア大学心理学部の博士課程は、フルタイム4年制 Ph. D. プログラムであり、修士課程はない (University of Pennsylvania, 2008c)。大学院1年生に対して要求されるコースは、プロセミナー、統計、個人研究、

選択コース1つである。プロセミナーは、広範囲にわたる心理学的研究をカバーする半期あるいは全学期コースから成り、初年度に3ユニットのプロセミナーを取らなければならない。すべての学生が、研究法のプロセミナーを取ることが要求される。統計は、統計学、あるいは、より上級のコースにより満たすことができる。個人研究は、教員の指導の下で、研究を計画し、必要なテクニックを学び、初年度の終わりまでに達成されたことをレポートに書くことになる。臨床プログラムの学生は初年度と次年度で臨床セミナーを受講する。2年生は、さらに2ユニットのプロセミナーを受講するがその中には、認知（心理言語学、知覚、動物学習、思考と決定）、脳（行動神経科学、認知神経科学）、産業および組織（文化、パーソナリティ、精神病理学、社会）等が含まれるようになっている。臨床プログラムの学生は、臨床実習と1年のアセスメントを取る。3年目の後半に、学生は博士資格認定試験を取り、4年目に学位論文を終える (University of Pennsylvania, 2008d)。臨床訓練プログラムは、1. 心理アセスメント、精神診断面接、2. 導入的な実習と高度な実習での観察、研究、治療、診断を通じて、精神病理学の現象への経験を増すこと、3. 倫理学での半学期コースを終えること、4. 秋学期の間は毎週、春学期の間は毎月開かれる臨床プログラムの教授陣と学生との会議である臨床セミナーへの参加と3.5学期の臨床心理学セミナーを終えること、5. 精神病理学プロセミナーを終えること、6. APA 認可のプログラムである、(a) 行動の生物学的側面、(b) 行動の認知的、感情的側面、(c) 行動の社会的側面、(d) 心理学の歴史とシステム、(e) 心理測定学、(f) 研究法（介入の評価を含む）、(g) データ分析の技術、(h) 人間発達、(i) 倫理と文化の多様性を含む行動の個体差を終えること、7.1年の臨床のインターンを終えることなどが要求されている (University of Pennsylvania, 2008a)。

次に、イギリスの教育カリキュラムの例として、オックスフォード大学を見てみる。オックスフォー

ド大学大学院臨床心理学博士課程は、イギリス心理学会 (the British Psychological Society) が認定する臨床心理学訓練コース32校の1つであり、フルタイムの3年制である。プログラムは、創造的で自律した学習を奨励し、講義よりむしろワークショップ、セミナー、および対話的なセッションを目指し、学術的な学習と臨床現場における訓練が連動して設定される。3年間を通して、週3日の臨床現場での教育を受け、残りの2日は訓練段階に応じた、教育、研究活動、個人学習に割り当てられる (The Oxford Doctoral Course in Clinical Psychology, 2007)。学術的なプログラムは、4週間の導入的な学習の後、それぞれの年に3回10週の期間行われる。訓練モジュールには、成人メンタルヘルス、子どもと若者と家族、学習障害、高齢者、健康心理学、神経心理学、薬物乱用、心理学と法、職業的な問題を含み、臨床技量と、認知行動療法、システム療法、精神力動的療法そしてグループワークを含むさまざまな理論的そして治療的モデルが教育される。臨床現場における訓練は、広範囲の専門領域と理論モデルをカバーし、訓練が進むにつれて、訓練生は自身の訓練経験の形成のために選択と量を増加する。通常、訓練生は3年間に渡って、5つの臨床現場を完了する。これらの4つの臨床現場は、通常、成人メンタルヘルス、若年層と家族、学習障害者、高齢者の領域となる。3年目に、訓練生は臨床能力の広範囲をカバーする12カ月1つの臨床現場を完了する。臨床現場における訓練は、慎重にモニターされ、臨床技能の有効な発展を促進するために、訓練生は同じ個人指導教授の下で訓練を続ける。臨床能力の開発は、臨床現場とコース中で組織化されたワークショップと教育を通して行われる。ワークショップは、様々な側面でNHSと連携して、認知的、行動的、システムの、精神力動的といった治療アプローチを提供する。

結 語

下山 (2003) によると、本来の臨床心理学は、

心理学の実証性が専門性の基本として重視される学問であり、実証的なデータに基づき、対象となる問題のアセスメントを行ったうえで、介入に向けての方針を立て、様々な技法を用いて問題に介入し、さらにその有効性を確認していく活動を意味し、カウンセリング、心理療法とは異なる分野にあると位置づけられている。一方、カウンセリングは、人間性を尊重した総合的な人間援助を目指し、専門性よりも一般性や日常性が重視され、心理療法は、特定の学派の理論の技能の向上を目指すものであり、学派色が強くなる。

世界的なEBM隆盛の機運にあわせて、我が国の臨床心理学も実証的臨床心理学への変化を求められている。下山の整理をふまればこのような変化をしていくことも不可能ではない。クライアントや社会の利益にとって、治療技法の選択は臨床効果に関する正しい評価に基づいた決定であることが望ましいことはいままでもないが、そのためには、とりわけ臨床研究の方法論や臨床評価学に関する教育を取り込み、一層発展させていく必要があるだろう。心理療法家の育成については学派専一主義的に行われるのではなく、科学者実践家モデルに基づいて行われることが期待される。しかし、要求される心理臨床のあり方は、時代背景や地域特性によって変化していく。科学者実践家モデルは実証的臨床心理学における教育的基盤を作ったが、ボルダー会議から約60年が経過し、その間にさまざまな教育モデルが派生した。今後も新しい時代背景やニーズにマッチした教育モデルの絶え間ない点検と議論が必要である。

引用文献

- Drabick, D. A. G. & Goldfried, M. R. (2000). Training the scientist-practitioner for the 21st century: putting the bloom back on the rose. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (3), 327-340.
- Korman, M. (1974). National conference on levels and patterns of professional training in

- psychology. *American Psychologist*, 29, 441-449.
- Marzillier, J. & Hall, J. (1999). *What is Clinical Psychology?* 3rd ed. Oxford University Press.
(マツイリア, J.・ホール, J. 下山晴彦(編訳)
(2003) 専門職としての臨床心理士 東京大学出版会)
- 増井健一(2003)ここからはじめるメタ・アナリシス—Excelを使って簡単に 真興交易(株)医書出版部
- Matson, J. L., Malone, C. J., Gonzalez, M. L., McClure, D. R., Laud, R. B. & Minshawi, N. F. (2005). Clinical psychology Ph.D. program ranking: evaluation eminence on faculty publications and citations. *Research in Developmental Disabilities*, 26, 503-513.
- 中野良顯(2004)行動倫理学の確立に向けて—EST時代の行動分析の倫理— 行動分析研究 19(1) 18-51
- Petersen, C. A. (2007). A historical look at psychology and scientist-practitioner model. *American Behavioral Scientist*. 50(6). 758-765.
- 坂野雄二(2005)実証に基づく臨床心理学 中島義明・繁榊算男・箱田裕司(編)新・心理学の基礎知識 有斐閣ブックス pp. 457-458.
- Shapiro, M. B. (1967). Clinical psychology as an applied science. *British Journal of Clinical Psychiatry*, 113, 1039-1042.
- Shapiro, M. B. (1985). A reassessment of clinical psychology as an applied science. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 1-11.
- Shapiro, D. (2002). Renewing the scientist-practitioner model. *The Psychologist*, 15(5), 232-234.
- Snyder, C.R. & Elliott, T.R. (2005) Twenty-First Century Graduate Education in Clinical Psychology: A Four Level Matrix Model *Journal of Clinical Psychology*, 61(9), 1033-1054.
- 丹後俊郎(2002)メタ・アナリシス入門—エビデンスの統合をめざす統計手法 朝倉書店
- 丹後俊郎(2003)無作為化比較試験 朝倉書店
- 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
- 丹野義彦(2006)認知行動アプローチと臨床心理学—イギリスで学んだこと 金剛出版
- The Cochrane Collaboration. (2008). Databases included in The Cochrane Library. The Cochrane Collaboration <<http://www.cochrane.org/reviews/clibintro.htm>> (January 28, 2008)
- The Campbell Collaboration. (2008). About the Campbell Collaboration. The Campbell Collaboration <<http://www.campbellcollaboration.org/About.asp>> (January 28, 2008)
- The Oxford Doctoral Course in Clinical Psychology. (2007). Course Handbook. The Oxford Doctoral Course in Clinical Psychology <<http://www.hmc.ox.ac.uk/clinicalpsychology/COURSEHANDBOOK2007.pdf>> (November 15, 2007)
- University of Pennsylvania. (2008 a). Clinical Training Program. Department of Psychology, University of Pennsylvania <<http://www.psych.upenn.edu/grad/clinprog.htm>> (February 5, 2008)
- University of Pennsylvania. (2008 b). Fall 2007 PROSEMINARS. Department of Psychology, University of Pennsylvania <http://www.psych.upenn.edu/gradold/Fall_2007_Grad.html> (February 5, 2008)
- University of Pennsylvania. (2008 c). Graduate Program. Department of Psychology, University of Pennsylvania <<http://www.psych.upenn.edu/graduate.php>> (February 5, 2008)
- University of Pennsylvania. (2008 d). Graduate Program: Information for Applicants. Department of Psychology, University of

Pennsylvania < http://www.psych.upenn.edu/graduate_proginfo.php > (February 5, 2008)

University of Pennsylvania. (2008 e). Proseminars. Department of Psychology, University of Pennsylvania <http://www.psych.upenn.edu/gradold/Spring_08_newGrad.php> (February 5, 2008)

University of Pennsylvania. (2008 f). SEMINARS. Department of Psychology, University of Pennsylvania <http://www.psych.upenn.edu/gradold/Fall_2007_Grad.html> (February 5, 2008)

University of Pennsylvania. (2008 g). Seminars. Department of Psychology, University of Pennsylvania <http://www.psych.upenn.edu/gradold/Spring_08_newGrad.php> (February 5, 2008)