

心理臨床家として Evidence-Based Practice in Psychology に取り組むということ
—エビデンスをいかにして「つくる」のか—

田所 撰寿

1. はじめに

「根拠に基づく臨床実践を行う」(Evidence-Based Practice : EBP)という考え方は、現在ではさまざまな臨床領域で基本的な概念となった(松下, 2021 ; 斎藤, 2011 ; 山口, 2014)。臨床家の勝手な思い込みや自身の経験のみではなく、実証された根拠に基づく実践を行うということである。エビデンスを重視することによって、広く再現性のある臨床実践を行うことができるようになる。

一方で近年の状況に鑑みると、この根拠(エビデンス)ということについて安易に捉えられ、結果的に EBP が独り歩きしてしまっているのではないかという不安がよぎる。筆者はエビデンスを利用する際に、「科学の知」と「臨床の知」の両方の視点から扱うことの重要性について論じた(田所, 2016)。この両者は決して矛盾するものではなく、臨床家としてエビデンスを大切にしながら実践を行っていくことが重要である。

本論文では次のテーマについて考えてみることを目的とした。①エビデンスはどのように捉え、どのように利用していくべきなのか。これを十分に理解していない結果として、「エビデンス」という概念に振り回されている心理臨床家が少なくないのではないだろうか。②エビデンスを学ぶことの重要性を理解した上で、さらに心理臨床家としてエビデンスを「つくる」ためには何をすればよいのだろうか。これらの疑問を解き明かしていくことによって、われわれ一般の心理臨床家が EBP にどのように取り組んでいくことができるのかについて検討してみたい。

2. EBM から EBP・EBPP へ

今日ではさまざまな臨床現場でエビデンスが重視されるようになった。これは、医療分野で 1990 年代初頭からはじまった「根拠に基づく医療」(Evidence-Based Medicine : EBM)という概念の影響が大きい。EBM とは外的・内的それぞれのエビデンスが内包しているとされる。①内的エビデンス：正式な教育や訓練を通じて得られた知識、日常の診療で蓄積された一般的経験、個々の臨床医と患者の関係を通じて得られた経験からなる、②外的エビデンス：研究から得られるアクセス可能な情報であり、有効な外的エビデンスとしてはランダム化比較試験(Randomized Controlled Trial : RCT)などによって示される。換言するならば、EBM とは、①研究ベースの外的エビデンスのみに拠るものでも、②知識ベースの内的エビデンスのみに拠るものでもなく、これらのエビデンスと、③個々の目の前の患者について得つつある臨床ベースの内的エビデンスとを、丁寧に総合することであるとされる(松下, 2021)。

「エビデンスに基づく」という理念を前にすると、われわれは「経験や知識に基づくもの」では臨床方針を決めるべきではなく、「すべての患者に共通する法則性により証明された RCT の結果のようなもの」を重視すべきであると考えてしまう。しかしここである事例を取り上げ、エビデンスの捉え方を考えてみたい。疫学研究において特定の治療法が、ある疾患のある症状を持つ患者の 60% に有効だが、30%には効果がみられず、10%は悪化したという医学知見が得られているとする。さてどのように判断すべきなのか。単純に確率の高いものを選択することがベスト

な方法でないことは明らかである。これらの数値の意味するところを、患者自身がどのように解釈するのかということが重要である。このように患者それぞれの個のレベルの問題は、特定の要因だけでは捉えられない複合的な要因があり、既存の知見や枠組みだけでは捉えられない未知性も孕んでいる(松下, 2021)。

EBMのながれを受けて、医療領域における広範な対人援助の分野においても、エビデンスに基づく実践(EBP)という概念が生まれてきた。この中でさらに心理学においてエビデンスに基づく実践のことを Evidence-Based Practice in Psychology(EBPP)という。このEBPPについては、2006年にアメリカ心理学会(American Psychological Association : APA)において次のように定義された。「心理学におけるエビデンスに基づく実践は、患者の特徴や文化および選択(意向・嗜好)といった文脈において、利用可能な最良の研究成果と臨床的専門性とを統合することである」(松下, 2021より引用)。そしてAPAでは、実証的研究によって支持された治療法(Empirically Supported Treatments: ESTs)を選別し、そのリストが作られた(松下, 2021)。これら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一般的先入観があり、それを「科学的根拠によって覆す」必要があったことなどが指摘されている(斎藤, 2011)。

ESTsにおいて「十分に確立された治療」の基準は、①異なる研究者によって実施された2つ以上の優れたグループデザインの効果研究で有効性が実証されているか、②有効性を示す一連の優れたシングル・ケース・デザイン研究で、介入の比較研究がなされていることが掲げられ、これらのいずれかに加え、③治療マニュアルを使用していること、④治療対象者サンプルの特徴が明確に規定されている(診断が下りている)ことの2基

準が加えられている(松下, 2021)。

エビデンス(根拠)に基づいて実践を行うという考え方は、とても合理的で理にかなっている。特に心理臨床実践は、なかなかその効果が目にみえる形で実証しにくい。しかしエビデンスを得るためには上記のように厳格な手続きが必要となる。この点がEBPが優勢な時代となった現在、特定の心理療法が重要視されるといった偏った心理療法の捉え方になった一因である。実際に手順通りにエビデンスを得る手続きを採るとするならば、

「診断が確定した者に、マニュアル化された治療または介入を行い、比較研究の形でその効果が実証されている場合」のみその効果を謳うことができる、となる。そうであるならば結果的にはごく限られた問題や対象にしかこのようなエビデンスはカバーされないことになってしまうだろう。われわれの心理臨床活動は、個々の地域性、実践者の臨床哲学、クライアントの価値観、各臨床現場の限界等を踏まえた上で成り立っている。このような各心理臨床の個別性に合わせたエビデンスのあり方を検討しておくことが、今後の心理臨床実践には最も大切なことの一つであろう。

3. エビデンスとは何か

さて、ここで改めてエビデンスとは何かということについて取り上げてみたい。エビデンス(evidence)とは辞書的定義でいうならば、「証拠・物証」ということになる。しかしこの辞書的定義よりEBPでは多義的な意味で扱われており、その意味の広がりを理解しておくことが正しくエビデンスを活用することにつながる。

原田(2015)はエビデンスに基づく実践について、APAによる心理臨床におけるEBPの定義をもとに、次の3つにまとめている。

①エビデンス：内的妥当性および外的妥当性のバランスの取れた研究によるエビデンスのことであり、ランダム化比較試験が治療の効

果を検証するためのより厳密な方法である。②臨床技能：患者の特性や好みに応じて、研究によるエビデンスを見出し、臨床データと統合する能力のこと。これは専門家といえども誤謬はつきものであり、すべての人間は誤りを犯し、バイアスを有するという前提に立っている。③患者の特性：現在の機能、変化へのレディネス、ソーシャルサポートのレベル、症状のバリエーション、年齢、発達段階やライフステージ、社会文化的要因、現在おかれた環境要因、ストレス、個人的嗜好、価値観などが含まれる。

まず、「エビデンス」についてはさまざまところで論じられているように、厳密な方法と手続きによって得られた結果がエビデンスとなることを理解しなければならない。従来まで重視されてきた経験や熟練者の感覚というものは、エビデンスが皆無であるとはいわないまでも学習者にとっては理解し難く、また得るところは少ないであろう。

続いて「臨床技能」についてである。ここで注目すべき点は二つある。一つ目は「患者の好みに応じて」エビデンスを見出すという点である。われわれ心理臨床家は、物理現象や生物学的現象を対象としているのではなく、心理学的現象を対象としている。心理学的現象に大きな影響を与えるのが、その個人の好みといった価値観等である。したがってすべてのクライアントにとって万能である臨床技能は存在せず、個々のクライアントに合わせて臨床技能を使い分けていく必要があるだろう。二つ目としては、臨床技能を扱う心理臨床家は一個の人間であり、不完全な存在であるということである。偏見やステレオタイプを持ち、時に誤りを犯してしまうこともある。そのような不完全な人間が実践を行っているということを踏まなければならない。そして不完全な人間が実践を行っているからこそ、何度も確認を行わなければならないし、他者からの意見を真摯に受け止める姿勢

が必要になるのである。この臨床技能についてさらに8つの詳細な能力が説明されている(原田, 2015)。①アセスメント、臨床判断、ケースフォーミュレーションおよび治療計画を行う能力、②臨床的意思決定、治療遂行、患者の変化をモニタリングする能力、③対人関係能力、④継続的な自己洞察とスキルの獲得をする能力、⑤基礎心理学および応用心理学の研究によるエビデンスを適切に吟味し、活用する能力、⑥治療における個人的、文化的差異の影響を見極める能力、⑦必要に応じて活用可能な資源を求める能力、⑧臨床方略に対して説得力のある論拠を準備する能力、の8つである。これらの能力を簡潔にまとめるとするならば、「基礎的研究によって蓄積されてきた臨床的知識と技術を活用でき、同時に患者(クライアント)の状態、価値観を正確に把握することができること。そして、これらの能力を土台として患者(クライアント)と治療(心理学的介入)方針について十分に話し合い合意のもとで意思決定できること」となるだろう。

最後に「患者の特性」である。これは対象とする患者(クライアント)が常に変化しうる存在であること、そして一個の独特な存在であることを認めるということに他ならない。したがって、すべての人にとって統一されたエビデンスがあるとは言えない。対象となるクライアントの特性や価値観を吟味し、さらに検討した上でどのような条件でのエビデンスが適しているのかについて判断していくことが求められる。

以上の3点を正しく理解するならば、安易に「学会でエビデンスが実証されているから」、「アメリカ心理学会第12部会(臨床心理学部会)の基準によって効果があるとされる治療リストに載っているから」といって、その心理学的介入を行うのは的はずれなことであることに気づくだろう。後述するが、これらの手続きは2つの点で正しくない。1点

目はすでに述べたエビデンスの意味すること、すなわち「患者の特性」を捉えていない点である。2点目は、これらのエビデンスを得るためには厳密な条件統制の上、緻密な手続きによって行われているという点である。これが一般の相談室といった柔軟性が求められる条件で厳密に応用できるのか、緻密な手続きを実践できるのかという点である。心理臨床におけるEBPPとは、心理的な諸条件が心理臨床実践とその結果に多大な影響を与える。この点を十分に踏まえておくことが必要なのは言うまでもないだろう。

われわれが提供する心理学的介入が、一定の科学的根拠に基づくものであることが望ましいのは当然である。一方で、行き過ぎたエビデンス至上主義による弊害も想定される(田中, 2012)。一般的にエビデンスが確認された心理学的介入は、実践現場での運用においてできるかぎり厳格にマニュアルや手続きを守らせようとする。なぜならエビデンスを実証するための研究は、実証しようとする要因以外のさまざまな条件を統制した環境下で実施されるからである。すなわち、多くのエビデンスは「厳格な条件統制下において効果的であった」という条件付きのものとなる。しかし実際の臨床現場では、実践者はさまざまな状況に対応しながら柔軟に心理学的介入を運用していかなければならない。

また、エビデンスの運用にはその心理学的介入の手続きなどといった表面的な理解にとどまらない、本質的な理解を要する(田中, 2012)。その心理療法や検査のマニュアルを読めば、その手法を行う手続きは理解することはできるだろう。しかしエビデンスを活用するためには、使用方法ややり方といった表面的なことだけではなく、本質的な理解を必要とする。これは心理臨床の実践家にとっては負担となる事かもしれない。それは「現場ですぐに役立つ知識」ではなく、これらの心理学的介入の運用はその本質的な意義を理解

することによってはじめて有意義な意味をもたらすからである。このような理解なしにエビデンスへの固執が行われると、実践現場の柔軟性を失わせ、貧困化してしまう可能性がある。同時に、エビデンスを得る研究者と、得られたエビデンスのある心理学的介入を用いる実践者に二分化されることにつながる危険性もある(田中, 2012)。

われわれ心理臨床家はどのようにエビデンスと向かい合い、利用していくことができるのか。エビデンスについて松下(2021)は、次のようにまとめている。EBMにおいてエビデンスとは狭義においては、RCTによる疫学研究の知見であり、EBMはそれを適用する医療と理解される傾向がある。しかしさまざまな臨床場面に鑑み広義に定義するならば、①研究ベースの外的エビデンス、②知識ベースの内的エビデンス、③個々の患者との診療における臨床ベースの内的エビデンスの3つにまとめられる。われわれ心理臨床家もエビデンスを扱う際には、以上の3つを想定し柔軟に使用していくことが望まれよう。

4. インフォームド・コンセント

EBPPという根拠に基づく心理学的介入が重要視される現在では、クライアントに対して用いられる心理学的介入について十分な説明と同意が必要となってくる。特に近年では新しい心理療法が少なからず開発されてきており、心理臨床の現場でも従来の伝統的手法に加えて、エビデンスがあるのだから新しい心理療法を活用しようという動きも活発になってきている。心理臨床家は、国家資格化に伴って今後、社会からの監視のもと質の担保される心理臨床実践が求められるし、専門活動のアカウントビリティを保証しなければならない(松見, 2016)。

「心理臨床のアカウントビリティ」とは、心理臨床の仕事が援助を求めている人にとってどこまであてにできるのか、その人にどの

ような意味を持つのか、援助を受ける側になって、その人々のために働いているのかを認識する責任である(平木, 1998)。そしてアカウンタビリティが重視される理由として、第一に社会における力の弱い人、不利な立場にいる人の存在を認め、社会的、文化的に支配されている人が存在することに目を向けること、第二に社会的な関係の中で優位な立場にいる人は、その特権をきちんと意識し、それをなくすように努めることが必要になる。これらのことを心理臨床における心理臨床家とクライアントに置き換えて考えてみると、われわれがとるべき立場が明確になる。すなわちクライアントという社会的に弱く不利な立場にある人に目を向けることであり、心理臨床家としての特権を意識しそれをなくすべくクライアントに対して心理学的介入に関して十分な説明と同意(インフォームド・コンセント)を得ることである。

金沢(2017)は、心理臨床家の倫理の7原則の一つとして「インフォームド・コンセント」をあげている。「第6原則: インフォームド・コンセントを得、相手の自己決定権を尊重する(十分に説明したうえで本人が合意することのみを行う。相手が拒否することは行わない(強制しない)。記録を本人が見ることができるようにする, など)」(金沢, 2017, p.70)。これは、松下(2021)が指摘する「個々の患者との診療における臨床ベースの内的エビデンス」が示すことと同意である。つまり、心理学的介入は心理臨床家とクライアントの相互信頼を基盤とした共同作業であり、最終的には実際に介入を受けるクライアント自身の意思や価値観などに基づいたクライアントの自己決定権を優先しなければならないのである(金沢, 2017)。

心理学的介入においては援助の内容・方法について、次の4点のインフォームド・コンセントを得る必要があるとしている(金沢, 2017)。①援助の内容、方法、形態、および

目的・目標は何か、②その援助法の効果とリスクは何か、また、それらが示される根拠は何か。③他に可能な方法とそれぞれの効果とリスクは何か、また、それらの他の方法と比較した場合の効果などの違い、およびそれらが示される根拠はなにか、④臨床家が何の援助も行わない場合のリスクと益は何か。これらの内容は医療を受ける際には近年当たり前になってきた内容であると思われるが、心理臨床の現場では果たしてどれだけ浸透しているのだろうか。筆者の勝手な印象であるが、リスクとベネフィットについて十分な説明は行われていないように感じる。

遠藤(2018)は、臨床心理士としてカウンセリングについて①目的と利益、②クライアントの権利、③危険性という3側面についてどのように説明しているのか調査を行った。3側面についての質問内容は、表1を参照されたい。調査の結果、インフォームド・コンセントが部分的にしか行われておらず、そのほとんどが文書ではなく口頭での説明である実態が明らかになった。また行われる説明に関しても、「開始時には説明しないが、その後の経過によって必要に応じて口頭で説明している」が最も多かった。特に「危険性」については文書での説明は1%に満たない。開始時に口頭で説明されるものも含めてもほとんどの内容が10%未満の説明率であった。これでは心理臨床家としてのアカウンタビリティを十分に果たしているとは言えず、またクライアントの自己決定権の尊重の下で心理学的介入が行われているとは言いがたい。裏を返すならば、われわれ心理臨床家は相談活動の開始時に、しっかりと説明と同意を行っていく責任が今後最大の課題の一つであると言えよう。この説明の中にエビデンス研究から得られた知見を含め、カウンセリングの利益や危険性について、数値も合わせて説明していくことがより望ましい。特に新しい心理療法は、心理臨床家自身が正しく十分に理

解した上で行っていくことが必須である。どのようなベネフィットがどの程度あるのか、反対にどのようなリスクがどの程度あるのかを、事前にクライアントに十分に説明しな

ければならない。そして求められれば何度でもそのエビデンスを示しながら、クライアントとの共同作業を行っていくことが求められる。

表 1 インフォームド・コンセントに関する各項目

- 【目的と利益】**
- 1 自己理解を深めることができる
 - 2 人間的に成長することができる
 - 3 主訴を解消することができる
 - 4 症状・苦痛を軽減することができる
 - 5 対人関係・家族関係の問題によりよく対応できるようになる
 - 6 社会（学校・職場・地域など）により良く適応できるようになる
 - 7 面接を受けなかった場合、予想される結果について
- 【クライアントの権利】**
- 8 面接場面で話したことについて秘密が守られること
 - 9 いつでも面接が中止できること
 - 10 話したくないことは無理に話さなくてよいこと
 - 11 希望があれば他の心理士の紹介を受けることができること
 - 12 面接に関する質問・疑問があればいつでもできること
 - 13 面接記録について開示請求ができること
 - 14 機関内での面接記録の保管・取り扱いについて
 - 15 クライアントの許可なく面接内容が第三者に開示されるのは、どのような場合かについて
 - 16 他に可能な援助の方法は何かについて
- 【危険性】**
- 17 内省することで、不安、緊張、怒り、抑うつなどが一時的に強まることがある
 - 18 内省することで、対人葛藤が一時的に強まることがある
 - 19 面接によって、抑圧が解除されて一時的に衝動性が高まることがある
 - 20 面接のなかで過去の苦痛な体験を想起した影響として、不眠、過覚醒、フラッシュバック、ひきこもりといった症状が起こることがある
 - 21 面接開始後、来談の理由となった症状・問題が悪化することがある
 - 22 面接開始後、新しい症状が出現することがある

(遠藤, 2018)

5. エビデンスをつくる

これまでエビデンスの意味について概観し、エビデンスをどのように利用・活用していくのかについて論じてきた。本節ではエビデンスをいかにつくるのかについて、研究と臨床実践を合わせて論じてみたい。ここではエビデンスを「つくる」ことについて、第一にその手法を取り上げ、第二にその姿勢について取り上げ検討する。

エビデンスをつくる手法としては、①事例研究、②前後比較研究（準実験）、③ケース・コントロール研究（観察研究）、④コホート研究（観察研究）、⑤一事例実験（準実験）、そして⑥RCTがある(原田, 2015)。それぞれのエビデンスの質の高低はあるが、いずれもが臨床実践からエビデンスをつくっている。一般の心理臨床家が取り組みやすい手法は、事例研究であろう。事例研究はエビデンスの質としては高くはないが、自らの臨床実践をまとめていくことでエビデンスを示すことができる。日本では特にこの手法によるエビデンスの積み上げが行われてきた。事例研究によりエビデンスをつくる場合は、外的および内的妥当性の問題を十分に考慮しなければならない。ある事例に対して心理学的介入を行ったことにより、その事例が改善したとする。この結果により直ちに行った心理学的介入が効果があったという結論に達するのは早計である。症状が改善したのは、心理学的介入以外の要因であったのかもしれないと検討することは大切であろう。時間的経過に拠るものなのかもしれない、友人や家族の影響なのかもしれない。カウンセリングを受けているのだからというプラセボ効果かもしれない。さまざまな要因を慎重に検討した上

で、心理学的介入の効果について考察することが必要である。事例研究は日本の心理臨床界では一番多く行われてきた研究手法である。しかし EBPP が中心となった現代では、「事例研究は、内的妥当性と外的妥当性のいずれもがきわめて低いので、研究デザインとして最も質が低く、一般的にそこから得られた知見をエビデンスにしてはならない」といった意見もある(原田, 2015)。事例研究によりエビデンスをつくらうとする場合、エビデンスの質という視点から内的妥当性や外的妥当性を検討の上、研究を進める必要がある。

前後比較研究もまた、比較的取り組みやすい手法である。研究のためということだけでなく、自らの心理学的介入が効果的であるのかについて検討するため、介入前後を何らかの客観的指標によって評価することである。心理臨床のケースは、一つひとつの個別性や独立性が高いため、われわれはどうしても主観的に捉えがちである。しかし心理学的介入は仮説を立て、それを検証するという極めて科学的手法に則ったものであり、こうした姿勢で個別ケースに臨んでいくことは大切である。

その他の手法として、ケース・コントロール研究、コホート研究、一事例実験、RCT があるが、いずれも研究を行うことが基となっており、日常の心理臨床活動に持ち込むことは難しいだろう。どちらかというとな一般の心理臨床家は、こうした研究から得られたエビデンスを利用する側である。しかし大規模な RCT やコホート研究などにおいて、自ら研究を計画していくという立場ではなく、研究に参加していくことは一般の心理臨床家でも可能なことである。厳密な統制条件があるだろうが、常に研究情報に対してアンテナを張り、条件に合う場合には研究に参加しようという姿勢を持っているならば、部分的ではあるがこのような大規模研究に参加すること

ができる。こうした形でエビデンスをつくる研究に参加することができるということを、ここに留めておくことが必要であろう。

続いてエビデンスをつくるという姿勢についてまとめてみたい。松下(2021)により、エビデンスには①研究ベースの外的エビデンス、②知識ベースの内的エビデンス、③個々の患者との診療における臨床ベースの内的エビデンスの3つがあることを説明した。「研究ベースの外的エビデンス」をつくっていくことは、厳しい統制条件などが求められるだろうし、一般の心理臨床家には難しいことかもしれない。一方で「知識ベースの内的エビデンス」や「臨床ベースの内的エビデンス」をつくっていくことは可能であろう。つまり心理臨床家はエビデンスをつくる作業として、自ら主体的に必要な情報を得て、その情報や今までの知識を吟味するという姿勢である。これに加えて、個別であり唯一無二の存在であるクライアントについて、アセスメントを通じて理解した情報を、クライアントとの共同作業によって丁寧に統合していくことである。このように常にエビデンスを意識し、エビデンスに対して謙虚な姿勢で取り組んでいくことが、EBPP を行っていくことにつながっていくのであろう。

6. おわりに

エビデンスとは何かを説明できなければならない。そしてエビデンスとは「伝家の宝刀」でもなければ「水戸黄門の印籠」でもない。エビデンスという言葉を使えばあたかもそれが最新の手法であること、科学的であることを暗喩するといった風潮があることは否めない。この原因の一つとしてあげられるのは、研究の場と実践の場の乖離である。研究者と実践家の乖離といってもよい。研究者はなかなか実践応用の場を見越したエビデンスをつくることができていないし、実践家は研究というものに対して畏怖の念を抱き、研究

結果をそのまま受け入れてしまうといった傾向がある。それぞれの立場が苦手とする部分を相手に押し付けいいとこ取りをしているともいえるが、結果としてクライアントには利益をもたらさない。本論文では、これらの懸念点について、われわれ一般の心理臨床家がどうエビデンスと向かい合い、取り組んでいくことができるのかについて論じてきた。まとめてみて改めて思うことが、研究と臨床の乖離を埋めていくことを行わなければ、心理臨床の発展は得られないということである。「研究者は臨床現場を軽んずる無かれ」、常に一般の臨床現場を想定して研究を行っていくことが求められる。そして「実践家は研究に対して畏怖の念を抱く無かれ」、臨床実践は科学であることを深く認識しエビデンスをつくっていくことが求められる。

丹野(2005)によると、「実証に基づく臨床心理学」には4つの側面があるとする。①治療者の経験と勘だけに頼るのではなく、効果が客観的に証明された心理療法の技法を用いる理念のことである。これは心理臨床家の倫理である。②個々の臨床家が、個々のクライアントごとに最適の心理療法のエビデンスを探し出すという行動指針である。これはデータベースを治療に利用することを指している。③実証に基づく臨床心理学を発展させるためには、すでにあるデータベースを使うだけでなく、自分たちで更新していかなければならない。すなわちデータベースをつくる活動をさしている。そして、④治療効果を組織的に調べたデータベースをつくり、インターネットで公開すること、すなわちデータベースをまとめることである。このような具体的な4つの行動指標を常に心がけ、日々の臨床実践を行っていくことがわれわれ心理臨床家には求められている。

引用文献

- 新井雅. (2020). 心理専門職・大学院生の研究活動とエビデンスに基づく実践に関わる要因の検討. *心理臨床学研究*, 37(6), 559-570.
- 遠藤裕乃. (2018). 臨床心理士による心理療法におけるインフォームド・コンセントに関する予備的調査. *教育実践学論集* (兵庫教育大学), 19, 65-74.
- 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—エビデンスを「まなぶ」「つくる」「つかう」. 金剛出版.
- 平木典子. (1998). ところに優しい男と女の関係：心理臨床のアカウンタビリティの視点から. *こころの健康：日本精神衛生学会誌*, 13(1), 3-11.
- 金沢吉展. (2017). 臨床心理学の倫理を学ぶ. 東京大学出版会.
- 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.
- 松下姫歌. (2021). 心理療法における「エビデンス」とは何か：Evidence-based の概念の再検討を通して京都大学大学院教育学研究科紀要, 67, 335-359.
- 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, 1-2.
- 田所撰寿. (2016). 心理臨床における“科学の知”と“臨床の知”. *作新学院大学臨床心理センター研究紀要*, 9, 9-16.
- 田中大介. (2012). 心理学研究を実践に活かすための試案：“エビデンス”と豊かな実践の両立を目指すために. *心理科学*, 33(2), 7-12.
- 丹野義彦. (2005). 基礎心理学と臨床心理学の対話はどのように可能か. *基礎心理学研究*, 24(1), 47-54.
- 山口光治. (2014). ソーシャルワークにおけるエビデンス・ベイスト・プラクティス：高齢者虐待の事例検証を通して. *国際経営・文化研究*, 18(2), 111-123.