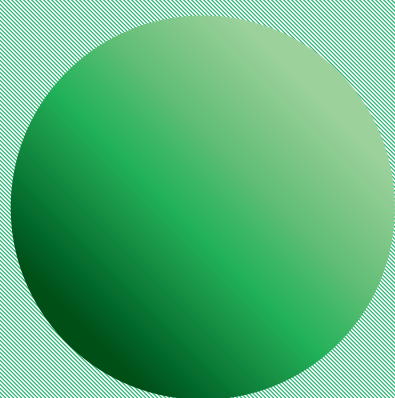


東京大学大学院教育学研究科

心理教育相談室年報

2021年 第16号



東京大学
THE UNIVERSITY OF TOKYO

目 次

◆巻頭言

東京大学大学院教育学研究科長

小玉 重夫…………… 1

◆運営小委員会委員長ご挨拶

東京大学大学院教育学研究科総合教育科学専攻長

針生 悦子…………… 2

◆心理教育相談室長ご挨拶

東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース教授

能智 正博…………… 3

● 公開講座の記録

◆サービス・ギャップを越えるオンライン心理支援の実践と課題

花園大学心理カウンセリングセンター

シュレンベル・レナ…………… 5

◆子ども虐待対応にAI&ICT技術はどう役立つのか？

株式会社AiCAN

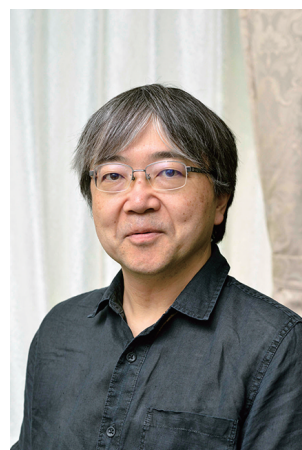
高岡 昂太…………… 13

■2020年度活動報告…………… 25

■心理教育相談室のご案内…………… 30

■心理教育相談室の構成（2020年度）…………… 32

巻 頭 言



東京大学大学院教育学研究科長
小玉 重夫

昨年からの新型コロナウイルス感染拡大は、心理教育相談室を取り巻く状況にも大きな変化を及ぼしています。昨年度は一時期の閉室を余儀なくされましたが、その後、感染対策に配慮しつつ活動の再開がなされ、以下の二つの点で、コロナ以後の心理教育相談活動の新しい展開を考える局面に入りつつあるのではないかと思います。

第一に、感染拡大によって生じた人々の人間関係の変化と、その中での社会的排除等の顕在化は、心理的問題に対処する専門家の社会的役割を大きく増大させると同時に、そこでの専門家の社会的位置づけにも新しい側面が付与されつつあるのではないかと思います。コロナ禍での心理的問題の顕在化の背景に、社会経済的な環境要因の存在が明らかになるにつれ、心理教育の実践も、個人を焦点とした問題解決と共に、インクルーシブな地域社会形成に関わるコミュニティ的次元へと拡大しつつあります。そうした状況のなかで、大学での研修と社会的実践とを架橋する心理教育相談室の役割は、さらに一層高まりつつあるといえます。

第二は、コロナ禍における学生の関心が、社会的距離確保によって生じた心理的問題を含む社会的諸問題に広がり、社会における生きづらさや人と人とのつながりに対する知的な探究を求める動きが強まっているのではないかという点です。そうした学生の関心やニーズの高まりに応えるためにも、公認心理師養成のカリキュラムが本研究科・学部だけでなく、教養学部、文学部を含む東京大学全体の部局横断的なものへと拡充されていくことが望まれます。教育学研究科としても、バリアフリー教育開発研究センターと連携しながら、インクルーシブな知性を育む教養教育の裾野を広げつつ、心理専門職の人材育成を全面的に支えていきたいと考えています。

関係者の皆様の変わらぬご支援をお願い申し上げます。

心理教育相談室運営小委員会委員長ご挨拶

心理教育相談室運営小委員会委員長
東京大学大学院教育学研究科総合教育科学専攻長

針生 悦子



本年度から心理教育相談室運営小委員会委員長を務めさせていただくことになりました、針生と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

心理教育相談室は昭和32年の開設以来、東京大学において、心理臨床領域における専門家養成の拠点となってきました。大学の研究知見を生かし、また、実践経験から理論や手法を開発し洗練していくという、実践と研究を両輪に据えた取り組みを行い、大学ならではの社会貢献に努めてまいりました。

その心理教育相談室ですが、昨年度は、新型コロナウイルス感染症の流行の中で、4月から8月にかけては完全閉室を余儀なくされました。9月以降は感染対策を行い、電話受付、面接業務も順次、再開いたしました。2021年1月の緊急事態宣言発出では、再び面接の新規受付を停止するなど、現在もその運営では予断を許さない状況が続いています。

そのような中で、昨年度の面接数は例年に比べて激減しましたが、スーパーバイズを含めた学生指導や、例年実施している公開講座については、オンラインに形式を変えてなんとか継続してきました。オンラインという手法の活用は、現在の状況ゆえ余儀なくされたものではありましたが、だからこそ一層、対面であることの意味やこの高度情報化時代における相談室・業務の在り方についても改めて深く考えさせられることとなりました。

ワクチンの接種は始まりましたが、このような手探りの状況はしばらく続きそうです。心理教育相談室としましては、この試練を、新たな飛躍につなげるべく、今後とも努力してまいります。ご関係の皆様におかれまして、相談室の運営につきまして、今後とも一層のご指導、ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

心理教育相談室長ご挨拶

心理教育相談室室長
東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース教授
能智 正博



本年度より相談室長を拝命いたしました能智と申します。下山前相談室長を引き継いで相談室を支えていきたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

もちろん実際には、相談室は誰かひとりが支えるものでも、支えることができるものでもありません。すべての組織はそうかもしれませんが、相談室もまた1つの有機体として絶えず動いています。頭が心理教育相談室運営小委員会であり、心臓部に相談室長と運営スタッフを含む臨床心理学コース教員がいて、臨床相談員の先生方の協力も得て身体各部分の動きを調整していきます。しかし、現実の個々の動きを担うのは実際に心理臨床の実践を行う相談員の皆さんであり、その一人ひとりの活動とその協力体制が、実質的に相談室を支えていると言えるでしょう。最前線に立っている相談員の活動があってはじめて、相談室長もスタッフも役割を果たしていけるのです。

加えてこの1年は、別の意味で相談室の「身体性」を強く実感させられた1年でした。有機体は常に外の世界とエネルギーや物質を交換し続けなければ生き続けることができません。コロナ禍という環境変化は、そうした交換過程がいかに様々な条件によって支えられてきたのかを思い出させてくれました。これまでにない環境変化が生じたときに生き続け発展し続けていくために、決まったマニュアルが特に用意されているわけではありません。周囲の条件やニーズを敏感にとりこみながら柔軟に自らを変え、自らと環境の関係を変えていく発想と行動力が必要になるでしょう。昨年度、下山相談室長を中心とした素晴らしいチームによって相談室の活動は、縮小しつつも継続してきました。今年度もそれを引き継ぎつつ、コロナ禍という状況のなかでの地域社会の新たなニーズも取り込みながら、よりいっそうの発展を目指して運営を進めていきたいと思っております。

経験も知識もまだまだ足りないところではありますが、精一杯務めさせていただきますので、皆様のご支援とご協力を心よりお願い申し上げます。

公開講座の記録

心理教育相談室では毎年秋に公開講座を開催していますが、第16回となる2020年度は、11月15日（日）に「インターネット技術を用いた心理援助の最前線」というテーマで行われました。初めてのオンラインでの開催となりましたが、全国から、多様な現場で活躍する心理職の方々、学生・院生など、約200名が参加しました。

プログラムとしては、まず、花園大学心理カウンセリングセンター相談員であるシュレンベル・レナ先生が、「サービス・ギャップを越えるオンライン心理支援の実践と課題」と題して講演を行いました。続いて、産総研人工知能研究センター主任研究員・産総研発ベンチャー株式会社AiCANのCTOである高岡昂太先生による講演、「子ども虐待対応にインターネット技術はどう役立つか？」が行われました。後半では、教育学研究科下山晴彦教授も交え、会場からの質問に答えつつ、3名によるディスカッションが行われました。

以下に掲げるのは、講演のパートをテープ起こししたものに対し、各先生にご確認いただいたものです。今回申し込み多数によりご参加できなかった方にも講演の内容をご覧頂ければと思っております。



第16回公開講座 「インターネット技術 を用いた心理援助 の最前線」

オンラインにて実施いたします

2020年11月15日（日）

**14時～17時（先着100名）
（参加費無料）**

＜お申し込み・お問い合わせは＞

心理教育相談室ホームページ URL

<http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/>

右記バーコードからも御覧いただけます。

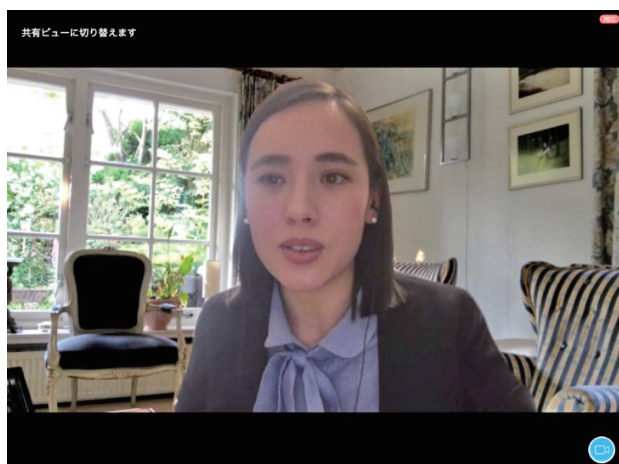
Mail: koukai@p.u-tokyo.ac.jp



ご挨拶
14:00 - 14:05
下山晴彦 （東京大学大学院教育学研究科附属 心理教育相談室 相談室長）
第一部
14:05 - 14:55
・「サービス・ギャップを越えるオンライン 心理支援の実践と課題」 シュレンベル・レナ先生 （花園大学心理カウンセリングセンター相談員）
14:55 - 15:45
・「子ども虐待対応にインターネット技術は どう役立つか？」 高岡 昂太先生 （産総研人工知能研究センター 主任研究員 / 産総研発ベンチャー 株式会社 AiCAN CTO）
休憩
第二部
16:00 - 16:50
コメントと議論 シュレンベル・レナ先生 高岡昂太先生 下山晴彦
16:50 - 17:00
閉会の言葉 能智正博 （東京大学大学院教育学研究科教授）

サービス・ギャップを越えるオンライン心理支援の実践と課題

花園大学心理カウンセリングセンター シュレンペル・レナ



はじめに

本日はサービス・ギャップとは何か、サービス・ギャップに対するこれまでの対策とオンライン心理支援の役割、オンライン心理支援を用いた効果研究の紹介とオンライン心理支援の課題についてお話していきたいと思います。また、サービス・ギャップについて、全体的にうつ病を例にして話ししていきたいと思います。

サービス・ギャップとは何か

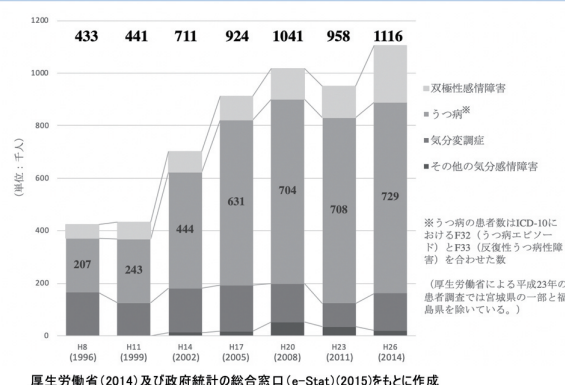
日本ではメンタルヘルスの問題が皆さんもご存じのとおり、とても深刻です。2017年度の最新の統計になりますが、自殺者数が1998年以降14年連続で3万人を超える状態が続き、2012年には15年ぶりに3万人を下回りましたが、現在は20代、30代の自殺率が上昇傾向にあります。国外と比較すると日本の自殺率は先進国の中でも世界7位と、いまだに自殺者数が多い状態です。

これらは、問題を抱える個人だけの問題ではなく、現状の制度や社会、経済の問題によって生じており、メンタルヘルスの問題は大きな社会問題となっています。

具体的に見ていくと、例えばうつ病の場合、現在のストレス社会の中で10人に1人はうつ病にかかるといわれています。厚生労働省が3年ごとに患者調査（【スライ

ド1】）を行っておりまして、平成8年では43.3万人のうつ病患者だったのが、現在は2.9倍に増加し、127.6万人に増えています。うつ病の診断基準の変化から増加しているということもありますが、それでも患者数は増え続けております。日本での自殺者数を減らすためにも、自殺に強く関連しているうつ病の早期発見と早期治療が重要といわれています。

うつ病患者数の推移



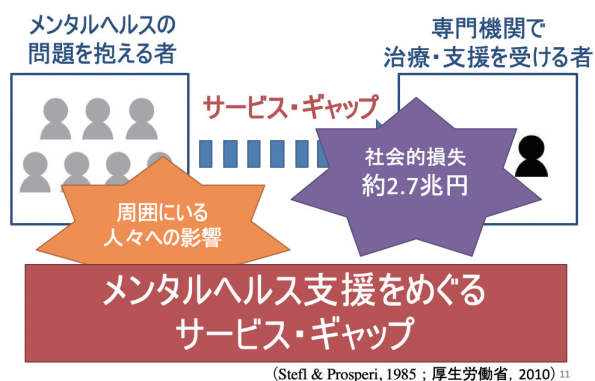
【スライド1】

専門機関では、改善できる治療や支援が提供されており、病院やクリニック、心理相談室、企業や学校内に所属されている医師や臨床心理士、校内心理士、多職種チームの方がいらっしゃいます。さまざまな治療法や支援が提供されており、薬物療法や休養、心理療法、環境調整、コンサルテーションなど、クライアントの症状や問題に合わせて、これらの支援を組み合わせ提供されています。しかし、日本では例えばうつ病にかかったとしても74.8%は治療しない、専門機関に受診しないということが報告されています。

このようにメンタルヘルスの問題を抱えている人々が、適切な支援や治療につながらないことを「サービス・ギャップ」といいます（【スライド2】）。メンタルヘルスの問題を抱えている場合、早期に治療や支援を受けることは治療後の症状の回復率である予後が良いことと関係するといわれています。しかし、サービス・ギャップの

問題があることで、その個人や周囲の方々が症状や問題を放置していたりすると、ますます問題が悪化したり、再発したり、慢性化したりします。いざ、支援につながり、治療を受けようとしても、なかなか症状がよくなり、問題が解決しない、自殺リスクが高まる、といった悪循環に陥ります。

社会的問題



【スライド2】

また、メンタルヘルスの問題を抱えている個人だけでなく、うつ病患者（りかん）者周囲にいる人々への影響もあります。周囲にいる家族や友人、会社の同僚なども、うつ病患者のケアによって大きな負担を抱えることになります。罹患者をケアすることは、ケアに対する不安や心配、緊張感、怒りといった感情が喚起されたり、周りの人も社会的な活動や余暇が制限されたりするということが報告されています。これらの負担から周囲の人々もケアの対象になる場合があります。

さらに、社会経済への影響もあります。2009年の調査によると、うつ病と自殺による社会的損失は約2.7兆円といわれています。

このようにサービス・ギャップは大きな社会問題であり、メンタルヘルス支援をめぐるサービス・ギャップの解決が必要です。サービス・ギャップが生じる背景には、さまざまな要因が報告されていますが、大きく分けて、サービスを受ける前とサービスを受ける時の問題があります（【スライド3】）。

まず、サービスを受ける前の課題としては、症状理解の乏しさがあります。個人がうつ病など何かしらの問題を抱えているときに、まずはその症状に気づいたり、認識していたりすることが必要であり、それが専門機関への来談を検討する最初のステップといわれています。

先行研究によると、日本では特に症状理解が乏しく、例えばうつ病がどういう状態かをさす事例を提示した場

サービス・ギャップの背景

① サービスを受けるまえ

- 症状理解・・・認識度22.8% (Jorm et al., 2005)
- スティグマ・・・「恥ずかしい病気」「性格が弱い」
- コスト・・・経済的, 物質的, 心理的
- 治療効果の理解・・・利益の予期, 期待

② サービスを受けるとき

- 薬物療法への偏り・・・「薬漬け」、過剰投与、多剤大量処方
- 心理療法の提供不足・・・質向上、サービス体制の問題

12

【スライド3】

合、その状態をうつ病と回答できたものは約22.8%と低いことが報告されています。また、たとえ症状に気付いても、スティグマの問題があります。例えば、「うつ病は恥ずかしい病気」だと考えたり、周りの人々が「うつ病にかかる人は性格が弱い」と考えたりするスティグマを認識しているほど、専門家に援助を要請する意図は低くなることが分かっています。

さらに、コストの問題もあります。支援を受けるための治療費、相談費、専門機関に行くまでの交通費といった経済的コストや、それに伴う機会の損失といった物質的コストがあります。また、専門家に話すことで個人が自尊心に対する脅威を感じたり、恥ずかしいと感じたりする心理的コストなども来談を抵抗する要因につながっているといわれています。

また、治療効果に対する理解が低いことも来談することへの抵抗につながります。先行研究によると、治療や支援の効果を理解しているほど支援を受けることにつながるが報告されていますが、日本では現在、専門機関で提供されている治療や心理療法などのサービスの効果について認識している者は少ないといわれています。

このように、サービスを受ける前に個人は、専門機関に至るまでに様々な要因を乗り越えることが求められます。では、いざサービスを受けるときはどうでしょうか。個人がうつ病と適切に診断された場合、急性期において薬物療法と心理療法を併用し、回復期と維持期、再発予防期においても併用し続けると、うつ病を回復した状態が長期的に得られることが明らかにされていますが、薬物療法のための単一療法を提供することは、再発予防率が低くなることが指摘されています。しかし、現状では医療機関を受診すると薬物療法を受けることが多く、多剤大量処方の問題や、受診すると「薬漬けにされる」とい

うイメージを持つ人が多いです。そういったイメージがますます専門機関への受診を抵抗させる要因となっているといわれています。専門機関を来談したとしても、なかなか心理療法を受けられない、個人の問題に合った支援を受けることができない、といったサービスを受ける時の問題もサービス・ギャップが生じている要因となっています。

これまでの対策

これまではサービス・ギャップの問題に対してどのような対策を行ってきたのでしょうか。日本では、自殺対策として2004年から実施されてきています。最初に、「このころのバリアフリー宣言～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針」が打ち出されました。うつ病や症状を正しく理解すること、精神疾患が生活習慣病などのほかの病気と同じように、誰もがかかり得る病気であるため、自分自身の問題として捉えることが重要であるといったことが述べられてきました。この頃より、うつ病が「心の風邪」というふうにいわれ始めました。

2007年には、「新健康フロンティア戦略アクションプラン」が打ち出され、当時の受診率20%を2017年までに40%に上げることを目標とし、うつ病の認知度を上げる必要性と早期発見・早期治療の推進の重要性が訴えられました。

2010年には、厚生労働省・うつ病等自殺対策プロジェクトチームが発足し、主に普及啓発活動の推進が実施されてきました。当事者の気持ちに寄り添ったメッセージを発信するために睡眠キャンペーンの実施や、当事者が相談しやすくなるようなメッセージの配信、うつ病を含めた精神疾患に関するウェブサイトの開発といった様々な対策が行われてきました。例えば、睡眠キャンペーンに使われたポスターには、「お父さん、眠れてる？」といったメッセージを送るポスターが貼られたり、誰もがうつ病にかかるといったメッセージを伝えるポスターが作られました。ウェブサイトでは症状についてや、どのように相談したら良いのかといった情報提供が行われています。

また、先行研究では、サービス・ギャップの問題の解決策を検討する上で、学生相談や医療機関などの専門機関への援助を要請する行動に着目し、その阻害要因が検討されてきました。例えば、うつ病の場合、先ほど説明したうつ病の症状理解や認知度、どこに受診すれば良いのかといったメンタルヘルスに関するリテラシーを「メ

ンタルヘルス・リテラシー」と言いますが、先行研究によるとうつ病の認知度は2003年には22.6%であり、2012年の調査では65.2%に上がっていることが報告されています。また、先ほど説明したように、精神疾患や罹患者に対するスティグマの強さが援助要請意図の低さに関連していることが検討されてきました。

そこで、これまでの対策では症状理解を向上することとスティグマを解消することを中心とした情報提供による普及啓発活動が行われてきましたが、日本ではこうした対策がうつ病患者の受診率向上に寄与するかどうかのエビデンスは示されてきませんでした。

国外の先行研究（【スライド4】）によると、症状理解を促す情報提供を実施することによって、メンタルヘルス・リテラシーの向上とスティグマの低減に対して小～中程度の効果が報告されています。しかし、専門家への援助要請行動、つまり、専門機関への受診行動の促進効果が見られることは少ないことが報告されています。

また、パンフレットを用いた情報提供や対面式、または、ビデオを使った講義による心理教育、うつ病罹患者と交流する機会の設定といった、さまざまな介入方法の有効性が検討されてきましたが、日本では、これらの対策がどの程度、効果があるのかについて検討している研究は少ないです。

先行研究・従来の対策の課題

① 受療行動の促進の難しさ

- 「症状理解」と「スティグマ」には小～中程度の効果が示されているが、援助要請行動の促進効果は低い(Christensen et al., 2006等)

② 介入方法の効果検討の少なさ

- パンフレット・ウェブサイト等を用いた情報提供
- 対面式またはビデオを使った講義による心理教育
- うつ病罹患者と交流する機会の設定

サービスを受けるまえの課題

【スライド4】

これらの対策は、サービスを受ける前の課題に焦点が当てられていますが、対策としてパンフレットによる情報提供や心理教育を実施することはコストがかかります。また、サービスを受けるときの課題として、心理療法の提供不足といった社会的課題に対する対策が検討されることは少ないです。

オンライン心理支援の役割

こうしたサービス・ギャップにおける、サービスを受ける前と受けるときの課題を乗り越える介入方法として、現在はICTを用いた心理支援の活用が世界的に発展してきています。メンタルヘルスの予防やセルフヘルプに向けた情報提供サイトの開発や、治療効果が示されている認知行動療法を提供するCCBTやiCBTといった心理支援サービスは、軽度から中等度のうつ病などのメンタルヘルスの改善効果が示されています。また、研究数は限られていますが、専門家への援助要請行動を促進することも報告されています。

日本では、軽度から重度の症状を持つ人々やどのような問題を持っていても、まずは医療機関への受診や専門機関を来談することが勧められていますが、例えばイギリスのステップドケア・モデルでは、症状や問題の段階に応じて、適切な支援方法や治療方法の提供ができるように、エビデンスに基づいて個人に合った支援のあり方が考えられています。うつ病治療のガイドラインでは、軽度から中度のうつ病治療の1つにCCBTやiCBTが有効であると記載されています。

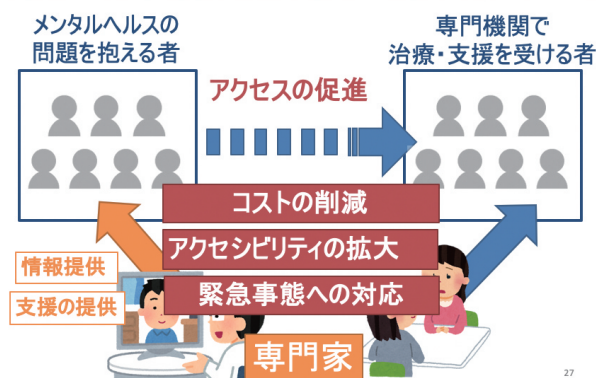
ICTを用いたオンライン心理支援の役割としては、これまでは専門機関を来談された方々のみに治療や支援を提供することが可能でしたが、ICTを活用することで専門家から直接、問題を抱えている人々に支援を提供するというアウトリーチが可能となり、情報提供を実施したり、アクセスを促進したりすることで支援を提供することができます（【スライド5】）。

ICTの利点としては、これまではコストの問題がありましたが、低コストで支援を提供することが可能であることと、アクセシビリティの拡大が挙げられます。また、今回のように新型コロナウイルスの感染拡大による緊急事態においても、ICTを用いることで支援を提供することが可能というメリットがあります。

現在は、さまざまなオンライン心理支援が普及しており、セルフヘルプを目的としたウェブサイトや、専門家によるガイドがついた心理支援ウェブサイト、ICTを介して専門家と対話したりするものなどがあります。

支援の提供方法としては、ウェブサイトを始め、アプリやゲーミフィケーションを用いたもの、AIを用いたスクリーニングや、専門家とのメール・カウンセリングやSNSカウンセリング、電話相談、ビデオやテレビ電話を用いたカウンセリングなど、さまざまな方法を用いた支援が発展してきています（【スライド6】）。

オンライン心理支援の役割



【スライド5】

例えば、オーストラリアではメンタルヘルスの予防に力を入れており、うつ病に関する情報提供サイトとして、「Bluepages」や、セルフヘルプを目的とした心理支援ウェブサイト「Mood GYM」が開発されています。ニュージーランドでは、認知行動療法を基に開発したRPGゲーム、「SPARX」が開発されていたりしています。

様々なオンライン心理支援の普及



【スライド6】

効果研究の紹介

次に、オンライン心理支援を用いた効果研究について紹介していきしたいと思います。先ほど説明したサービス・ギャップの問題について、その対策に有効な介入ターゲットとは何か、援助要請を促進する有効な介入方法とは何か、といったことを研究してきました。

これまでの対策では、うつ病の症状理解の促進とスティグマの解消に向けて、一般住民に向けた情報提供がされてきましたが、その効果に関する調査は行われてき

ておりませんでした。国外では、こうした心理教育が症状理解とスティグマにはある程度効果が示されていますが、専門家への援助要請行動、受診行動を促進するという効果が得られることは少なく、国内外において対策は奏功していないことが考えられます。

そのため、まずはサービスを受ける前の促進要因を検討する必要があると考え、私の博士論文の研究の1つになります。うつ病の症状を理解することで援助要請が促進されるかについて検討しました。

うつ病患者の事例を示す場面想定法を用いた質問紙調査を行った結果、その事例の状態を「うつ病」と回答した者は61%おりました。うつ病の症状を理解している者は多いことがわかりましたが、うつ病と回答した者のうち、医療機関に援助要請する意図をもつ者は48%と低いことが示唆されました。つまり、症状を理解していても受診にまでは至らないことが窺われました。

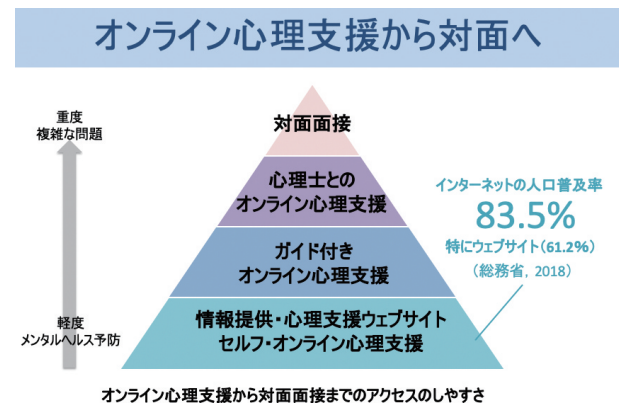
そこで、医療機関への援助要請意図の促進要因を検討することを目的に、学生731名を対象に質問紙調査を実施して分析した結果、治療効果を理解している者は援助要請意図と中程度に関連していることが示唆されました。治療効果を理解しているほど、専門機関への援助要請意図、受診する意図があることが示唆されました。

これまでの対策では、症状理解の促進とスティグマの解消に焦点が当てられてきましたが、研究では介入ターゲットとして、治療効果の理解を向上させることに焦点を当てていきました。

次に、治療効果の理解を促進するためにはどのような介入方法が有効なのかについて検討しました。先ほど説明したように、現在はオンライン心理支援が用いられていますが、オンライン心理支援の中でも人々が最もアクセスしやすい媒体はウェブサイトであることが研究当時は報告されていました。現在、国内におけるインターネットの人口普及率は83.5%といわれています。ICTはアクセシビリティを高めるといわれていますが、ICTの中でも個人がアクセスしやすい媒体は異なることが考えられます（【スライド7】）。

アクセスしやすいものとしては、はじめにインターネット検索でアクセスしやすい情報提供サイトや心理支援ウェブサイトがあります。個人によっては、専門家がガイドしながらオンライン心理支援を提供するウェブサイトや、オンライン上で心理職と相談したりするサービスがアクセスしやすかったりします。また、メンタルヘルスの予防や軽度の症状を持つ方には情報提供サイトや心理支援ウェブサイトが有効といわれていますが、問題が複雑であったり、症状が中程度・重度であったり、オ

ンライン上の支援で解決できない問題は、対面で行われる支援につなげることが求められると思います。



【スライド7】

研究では、オンライン心理支援の中でもアクセスしやすいウェブサイトに焦点を当て、ウェブサイトの利用が専門家への援助要請を促進するかについて検討しました。

ウェブサイトを活用した介入研究の課題として、先行研究をレビューしたところ、まず、日本人は諸外国と比較して、心理療法などの専門的な治療よりも、運動や読書といった非専門的な対策を選択する傾向が高いこと、治療効果に対して悲観的な認識を持つ者が多いことから、先ほど述べた治療効果の理解を高める情報提供を実施していく必要があると考えられました。

また2つ目に、ウェブサイトの中でも様々な情報提供のあり方があると思います。先行研究によると、文章による情報提供サイトと、クイズやフィードバック機能がついているウェブサイトでは、その効果が違うという報告があり、ウェブサイトを利用するユーザーとそのウェブサイトの提供者側との間で相互交流を促すインタラクティブな機能があるほうが有効であるといわれています。

また、オンライン心理支援には、利用者が1人でウェブサイトを閲覧するものより、専門家によるガイドがついているオンライン心理支援の有効性が高いということがいわれています。さらに、オンライン心理支援はドロップアウトする者が多いということがいわれてきましたが、専門家によるガイドがついていることでドロップアウトを防止する役割があることが分かっています。また、日本ではウェブサイトを用いて専門家への援助要請行動、受診行動を高められるかといった効果を検討している研究が少ないことから、その効果検証を蓄積してい

く必要性が挙げられました。

情報提供サイトの開発

そこで研究では、先行研究の課題を踏まえて、症状理解の促進とスティグマの解消を介入ターゲットとするだけでなく、治療効果に関する情報提供によって、専門家への援助要請が促進されるかを検討することを目的に、情報提供サイトを開発し、ランダム化比較試験を行いました。

対象者の条件として、精神的健康度が低いこと、現在専門的な治療を受けていないことや、参加者の等質を統一するためにクイズ項目に答えてもらったりし、835名を分析対象としました。

介入方法としては、症状理解とスティグマに関する情報提供サイトを閲覧する介入群Aと、それらに加えて治療効果に関する情報提供サイトを閲覧する介入群Bと、質問項目への回答のみを行う統制群の3つの群にランダム割り当てを行いました。ウェブサイトの閲覧期間は1週間とし、その3カ月後に追跡調査を実施しております。

介入の結果ですが、まずはインターネット調査会社を利用しての調査であったため、分析する前にウェブサイトの閲覧回数を算出したところ、研究参加者が実際に情報提供サイトを閲覧した回数は少なかったことや、各コンテンツに進むにつれて閲覧回数が減っていたことが分かり、分析対象者の中にウェブサイトを閲覧していない方が多く含まれていました。

これはウェブサイトのコンテンツの問題もあるかと思いますが、症状理解とスティグマに関する情報提供サイトを閲覧してもらったグループも治療効果の理解に関する情報提供サイトを閲覧してもらったグループのどちらも、援助要請の促進効果は見られませんでした。

これは先行研究と同様に、専門家への援助要請行動、専門機関への受診行動を促進するのは難しいことの要因の1つに、介入期間が短く、治療効果に関する理解を深めるには不十分であったりしたこと、一定の介入期間を設定することが課題としてあります。

また、2つ目に、ウェブサイトをそもそも閲覧していない研究参加者が多く含まれており、閲覧へのモチベーションが上げられなかったことがあります。このウェブサイトでは文章による情報提示の割合が多かったことから、今後はユーザーの動機づけを高めるためにフィードバック機能を加えるなどの工夫が必要と考えられました。

また、今回の調査では精神的健康度が低い者を対象と

しており、ユーザーにはある程度の抑うつ症状があったことから、意欲の減退や集中力の低下、疲労感を抱えながら情報提供サイトを閲覧していたことを考慮すると、ウェブサイトの文章量の多さは意欲の低下につながった可能性が考えられます。

うつ病患者には専門家によるガイド、サポートがついているウェブサイトの有効性が高いことがいわれているので、今後はガイドをつけることが課題として挙げられました。

オンライン心理支援サイトの開発

先ほど説明した課題を踏まえ、次の研究では、よりインタラクティブなフィードバック機能を加えた情報提供サイトと、人工知能によるガイド付きiCBTを提供するオンライン心理支援サイトを開発し、これらの利用を通して専門家への援助要請行動が促進されるかを検討しました。

研究で用いた情報提供サイトとオンライン心理支援は、博士課程のときに所属していた研究室が開発したものを改修して用いております。ランダム化比較試験を実施し、先ほどの研究と同じスクリーニング条件に当てはまる1,075名を対象に実施しました。

ウェブサイトについて具体的に説明すると、情報提供サイトでは、うつ病の症状やよくある誤解、治療法や治療効果などの情報を提供しています。インタラクティブな機能としては、ユーザーがクイズに答えて回答が得られたり、うつ病の症状のスクリーニング機能を加えて情報提供を行っています。

オンライン心理支援サイトでは、認知行動療法の行動活性化療法の理論をもとに開発された「いっぽく堂」というアプリに、AIを入れて改修された「いっぽく堂AI」を使用しております。自然言語処理と機械学習が応用されており、AIを通して専門家との対話を再現したり、ユーザーとのやり取りから得られた情報をもとにユーザーのうつ状態を推測したり、ユーザーに合った行動提案を提供するサービスとなっています。例えば、ユーザーの疲労感が強い状態のときには、「今はリラックスすることをしましょう」といったアドバイスがもらえます。

介入方法としては、情報提供サイトを1週間閲覧してもらう介入群Aと、情報提供サイトの閲覧に加えてオンライン心理支援サイトを1カ月間利用してもらう介入群Bと、質問項目への回答のみをしてもらう統制群の3群にランダム割り当てを行なって調査しました。その結

果、うつ病に関するリテラシーは介入群（介入群Aと介入群B）が、統制群（何も閲覧していない群）と比較して有意に高まっていました。また、スティグマにおいても、介入群（介入群Aと介入群B）が統制群と比較してスティグマが有意に低減したという結果が得られました。また、CBTに関する治療効果の理解についても、統制群と比較して介入群（介入群Aと介入群B）の治療効果の理解は有意に高まったことが示されました。ただ、専門家への援助要請行動は今回の調査では促進効果が見られませんでした。

今回の介入研究のまとめとしては、はじめに行なった効果研究では介入効果が得られませんでした。今回の研究で使用したインタラクティブな機能を加えた情報提供サイトは、ユーザーのリテラシーの向上やスティグマの低減、治療効果の理解向上の効果が得られたことから、文章のみで情報を提供することよりフィードバック機能を加えたインタラクティブなサイトが有効であることが示唆されました。

また、オンライン心理支援サイトの効果として、AIを使ったガイド付きiCBTは症状理解の向上、スティグマの低減、CBTに関する治療効果の理解の向上に役立ちました。しかし、いずれも専門家への援助要請行動の促進には限界が示唆されました。

研究には様々な課題があります。その1つに介入方法として今回はAIを用いたことで間接的なサポートの限界があると考えられます。国外では、専門家がユーザーとメールや電話で対話したりするガイドを用いたオンライン心理支援の有効性が高いといわれているので、今後は国内においてもその効果を見ていく必要があると思います。

また、ICTは発展途上であり、オンライン心理支援の技術の課題やコンテンツの質の問題という課題も挙げられます。今後は様々な課題を踏まえ、心理職による直接的なサポートの有効性や、オンライン心理支援の質を向上していき、臨床現場での効果検証の実施が必要となってくると思います。

今後の課題

今後のオンライン心理支援の課題としては、ユーザーの個性に応じた支援の提供が必要になってくると思います。どのような対象にオンライン心理支援を提供するのが有効なのか。現在は、軽度から中度のうつ病や不安症への効果について、主に国外で行われたオンライン心理支援の実践を基に示されています。日本でも軽度

のうつ病に効果があるといった研究報告がありますが、複雑な問題や重度の症状を持つ人々は専門機関にアクセスすることが難しいため、そういう方々にどのような支援が有効なのか。引きこもりや社交不安などにもオンライン心理支援を活用できるといわれていますが、今後どのような心理的問題に有効なのかについて検討することが求められています。

また、オンライン心理支援から専門機関で提供されている対面面接で行われる支援へと橋渡しするシステムの課題もあります。オンライン上で支援を受けても回復しない者、問題が改善されない者は、ドロップアウトするといわれています。ドロップアウトする者を放置せずに、どういう風により適切な支援につなげるのかといった橋渡し、システムの課題を検討する必要があると思います。

ウェブサイトやメール・SNS・ビデオ・カウンセリングなど様々なオンライン心理支援があるかと思いますが、それぞれがどのような対象に有効なのかといったことも検討していく必要があると思います。

また、オンライン心理支援の質の向上が課題として挙げられております。これまでの研究では、オンライン心理支援が対面面接で行われる支援と同じような効果が得られるのかについての比較検討が行われてきました。国外では対面面接と同じように効果があるといったことが報告されており、現在はオンライン心理支援の効果に寄与する要因を検討することがホットトピックとなっています。

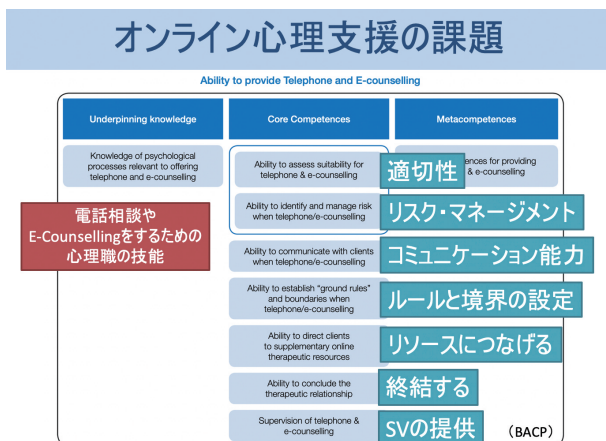
例えば、対面面接で行われるカウンセリングや心理療法では、クライアントの回復に大きく関連しているといわれている治療関係があると思います。オンライン心理支援でも治療関係に焦点が当てられており、治療同盟や作業同盟が形成可能なのかについて検討され、オンライン心理支援上においても治療関係が形成できるという研究報告が出てきています。

ただ、オンラインと対面では言語的・非言語的コミュニケーションの特徴や質が異なることが示唆されています。例えば、対面面接ではクライアントと同じ場を共有するため、セラピストがクライアントの微妙な表情の変化を見ながら関わり方を調整することが可能な一方で、オンライン面接では会話速度のズレや会話速度の違い、表情が見えない、物理的距離があることでセラピストはクライアントについて限られた情報で関わることになります。

オンライン面接では、インターネット環境やIT技術の限界によるコミュニケーションの制限があることでセラ

ピストは非言語的コミュニケーションを誇張して表現したり、クライアントは物理的距離と匿名性の高さによって対面時より自己開示が高まったりすることが報告されています。

また、国外では、オンライン心理支援のガイドラインが策定されており、日本心理学会でも今回のコロナ禍の中で翻訳されたガイドラインが提供されましたが、国内の状況に合わせたガイドラインの策定も必要になってくると思います。例えば、イギリスではオンライン心理支援を心理職が提供するためのコンピテンシーが定められています（【スライド8】）。心理職の力量やリスク・マネジメント能力、コミュニケーション・スキル、ルールと境界の設定、オンライン心理支援からまた別のオンライン心理支援や対面面接につなげるといった他リソースにつなげるスキル、終結の仕方、SVの提供などのコンピテンシーが定められています。



【スライド8】

また、日本でもアプリやメール・SNS・ビデオ・カウンセリングが実施されたりしていますが、効果研究や実践研究の実施が少ないため、長期間のフォローアップ調査を実施し、オンライン心理支援の有効性を検討していくことが課題として挙げられます。

国外ではうつ病を始め、パニック症、社交不安、PTSDなど様々な問題を抱える人々を対象とした研究が行われており、ある程度の効果があることが示唆されているため、日本でも治療・社会文化に合ったオンライン心理支援の実践とその効果を検討していく必要があると思います。

また、これまでは専門機関に相談されるクライアントを対象に支援を提供してきましたが、ICTを活用したオンライン心理支援を用いることで、専門家から直接、メンタルヘルスの問題を抱えている者にアウトリーチできることで、支援へのアクセスを促進できると考えられます。オンライン心理支援は低コストで提供可能であり、メンタルヘルスに関する理解を促進したり、スティグマを低減したり、支援の効果に関する理解を促進したりするメリットが挙げられます。今後の課題としては、個性に応じた支援の提供や、オンライン上で問題が解決されないときに、より適切な支援につなげる橋渡しの方法を検討することや、オンライン心理支援の質向上と効果検証を蓄積していくことが課題としてあります。私からの発表は以上となります。

子ども虐待対応にAI&ICT技術はどう役立つのか？

株式会社AiCAN 高岡 昂太



はじめに

子ども虐待対応にAI&ICTはどう役立つかということでお話を致します。

今日の話の内容なんですが、子ども虐待の現状を最初にお話しし、その中で、虐待対応で解くべき課題の設定を、まず皆さんと共有できればと思っております。その後、その課題に対してどうやってAIやICT技術を使っていくのか。最後に今後の展望として、社会課題解決に向けた社会インフラの構築、さらに心理としてのキャリアをどういうふうに進化させていくかということについて、少し皆さんと一緒に検討できればと思っております。よろしくお願いいたします。

子ども虐待の現状について

では、最初のお話ですが、子ども虐待の現状についてです。子どもの安全に関するこの30年と、実際に虐待死のデータがありますので、最初にそのあたりをご紹介しますから内容に入っていきたいと思います。

いきなりなんですが、30年前って皆さん、どんなイメージでしょうか。まだ生まれてない方もいらっしゃると思いますし、現役バリバリだった方もいらっしゃるかもしれませんが。いま2020年ですので、1990年代ということで

すね。本当にいろんなことがあったと思います。例えばですが当時、スーパーファミコンや初代プレイステーションが出てきた頃です。それが今やスマホで同等以上のゲームが出てきています。ほかにも、教科書なども、鎌倉幕府は30年前は「いい国作ろう」で1192年と覚えたと思うんですけども、いま現代だったら1185年が幕府の開幕が常識となっています。

そういったかたちで、結構30年前の常識とか技術っていうのは、どんどん代替わりしていきます。

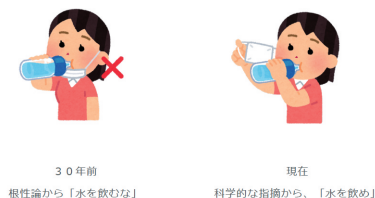
一方で、コンピューターの世界ですと30年前はWindows 95が出た頃で、そこから家庭の中にコンピューターがどんどん入っていくという時代背景だったと思います。今はもうスマホやタブレット、それからコンピューターがどんどん小型化してって、高速化していきますので、自宅でもAIを開発できたり、ということが現在の状況になっています。

ただ、何で30年前のこの話をしたかという、実は子育てに関していうと30年は大それたざりだからです。平均の初婚年齢が、男性がいま30歳超えぐらいで女性がもう少し若いですが、同様に平均出産年齢がだいたい30歳過ぎぐらいです。そうすると、子どもを生んで次の子どもが親になっていくというのを1サイクル30年と考えていくと、子育ても常識といえますか、知見や背景がある程度共有できるという時間単位になってきます。実際に欧米でも30年を1世代と考えて、それを3世代ぐらい続けていくことで世界は変わっていくというようなロードマップを描いていたりしますので、そういった意味で30年というのを区切りにしてみました。

じゃあ、この30年のところに対して、もう少し子どもの安全についてお話をしたいと思います。30年前と今の子どもの安全に関する違いとして、一般的などころでは、当時は学校の部活で水を飲むことっていうのが、根性論から「水を飲むな」と言われることが多くありました。当時はそれが当然だったという時代背景があります。エビデンスに基づかないんですけれども、監督にばれないように水飲んだら根性無しと思われ、レギュラーを外されるとかそういったことがあったと思います。

30年前と今の子どもの安全に関する違い

水を飲むこと



© 2020 AICAN Inc.

P7

スライド 1

一方で、現在は科学的な指摘から、ちゃんと部活とかスポーツをするときには、定期的に水を飲んだほうが良いと言われています。それは健康の問題ももちろんですし、水を飲まないことによる身体的なリスクを減じるためです。最悪、死んでしまったり、後遺症が残ったりしないようにというリスクがあった場合、きちんとその打ち手として水を飲むということが効果的な解決策だったので、それが重要な科学的知見として共有されたわけです。

同様に、組体操とかも今は変わってきています。30年前頃は学校対決みたいに伝統的に何段の人間ピラミッドを作るかとか結構競われていたりとかしたようです。ただし、物理的な重さを測っていくと、下の段にかかる子どもたちの重さがとんでもないことになっているということが分かってきています。そこで、科学的な指摘から、下の段にいる子どもたちに対して科学的に危険すぎるということで、人間ピラミッドはやめようという動きになってきています。もちろん、さまざまな人間ピラミッドに対するメリット、デメリットは議論されている最中ですので、全国で一律禁止になっているわけではないと思いますが、子どもの安全ということに関しますと、人間ピラミッドはいま危険と認識するほうに寄ってきているということになります。

さらに、子どもを見守る環境です。30年前では、希望すれば幼稚園とか保育園には大体全国的に入れるという状況がありました。当時、入園を希望されないというご家庭ももちろんいらっしゃいましたけれども、一方で、現状を見ますと、都市部に一極集中してきて、待機児童問題で保育園に入れない、あるいはタワーマンションが建って急に子ども世代が増えた地域や、保育園・幼稚園が地域から無くなった地域では、保育園はおろか幼稚園

にすら入れないという地域もあったりします。なので、子どもの安全をきちんと親元から離れて第三者が見られるという環境が、いま現在だと整わない地域もあります。

他にも、30年前はしつけで体罰っていうのが割と肯定されていたといえますか、「叩いて分からせないと」とか、「命の痛みは叩かないと分からない」というしつけ論がまかり通っていたと思われます。ただ、さまざまな虐待死に関する状況もありまして、現在は東京都をはじめとする自治体によっては体罰禁止条例が発表されている地域もあります。つまり、自治体ごとにおいては、条例の中で体罰は駄目だよというルールの上アップデートが起きています。

さまざまな心理学の研究でも体罰は子どもたちにとって、一時的には問題行動が止まるけれども、長期的に見ると予後が悪かったり、むしろ悪影響が大きいということも分かっていますので、そういった科学的な点からも、子どもの安全に関する常識のアップデートが出てきます。事実、スウェーデンでは、30年前にちょうど体罰禁止法を施行し、30年経った今は、もし親が子どもを叩くと、子どもが自ら「学校でも習ったよね。何でお母さんは私をたたくの？言葉で説明してよ」のようなやりとりができてくる家庭もあるようです。つまり、親子における子どものしつけを含む安全の観点が30年前と今の大きな違いとして出てきています。

まとめますと、コンピューターなどの考え方をアップデートしていく必要と同様に、子育てや子どもの安全に関する常識のアップデートは、時代を通して新たな変遷を理解する必要があります。つまり、今30代から60代までの方々にとっての子育て観は、多分30年前と全然違うはずなので、自分の世代でされたことを今の子どもにすると、子どもの安全という基準について間違えることがあるという可能性があります。

では、子どもの安全を考える際に、どうしていくといいのか、それが課題となります。大人は、誰も子ども時代を経ているわけですが、大人になることについて、子どもの安全に関するスキルや知見というのは学校では全く習いませんでした。なので、親になれば自然とできるだろうという考えがあったとしたら、それはわりと昔の「水を飲むな」と同じようなかたちで、根性論的に考えてしまっている可能性があります。むしろ、より適切な考え方としては、「誰もがうまくできるわけではない。うまくできないときもある」となります。そのようなときは手を差しのべたり、サポートをしたり、事前に予防ができるようなことを一緒に考えていくような取り組み、さらにはこちらから出向いていくアウトリーチの観点が

必要になってきます。

「不適切な養育」の現状について

では、こういった養育について考えていくと、適切な養育と不適切な養育をパターンとして見ていくと、それぞれのパターンの割合が見えてきます（スライド2）。諸外国の規約や公衆衛生のデータを見ますと、大体5人に1人ぐらいたたかれたことがあり、それは一過性でたまたま悪いことしたらパチンとたたかれたという状態です。そのために必要な対応としては、養育者の支援で叩かなくてすむ養育者支援をしていかなければいけないねという枠組みになります。

子育て常識のアップデート

不適切な養育の発生割合

諸外国のデータから

不適切養育の進行度	5人に1人	50人に1人	500人に1人	5000人に1人	50000人に1人
養育者の行動	叩く	強く叩く	突き倒す	暴行	過度の暴行
子どもの損傷	一過性	打撲・あざ	裂傷	頭部打撲・損傷	昏睡・死
必要な対応	保護者の支援	早期診断・支援	保護者・子どもへの介入と支援		

一方、日本の調査（2003）では、5人に3.5人は叩かれた経験あり

© 2020 AICAN Inc.

P13

スライド2

次に、50人に1人くらいで強くたたきイベントが発生し、子どもによっては打撲やあざになったりします。その次に500人に1人くらいで子どもを養育者が突き倒すことなどで、子どもに裂傷ができたりします。それによって必要な対応は今ここでの生命の危険や将来的な安全のリスクに関する早期診断と支援が必要です。

さらに、5,000人に1人くらいの割合で養育者から子どもへの暴行に発展し、その結果頭部打撲や損傷になったりしています。他にも、5万人に1人の割合で養育者による子どもへの過度な暴行によって、被害を受けた子どもが昏睡状態になったり死んでしまったりすることもあります。この段階では養育者や子どもへの介入や継続的な支援が必要な段階になってきます。

これらは特に先進国における不適切養育の発生割合というふうになっているんですけれども、一方で、日本の調査でちょっと古い2003年のデータですが割と大規模な調査結果を見ていきますと、5人に3.5人くらいは叩かれた経験があるといわれています。先進国だと5人に1人ということになっているんですが、20年前ぐらいの日

本では、まだ叩くという文化がごく当たり前であった可能性がありそうです。

では、こういった状況に関しまして、さらに議論を進めてみます。先ほどの表で、左のほうが安全な子育ての形態ですけれども、右側に行けば行くほど過度の暴行をしてしまったり、虐待死が起こりえるレベルなので、こういう状況は防がないといけません。つまり、この防ぐべき右側のデータを見ていくことで、虐待死とか重篤事例がどういう特性を持つものなのか、事実をデータに基づいて見ていく必要があります。

家庭側の課題

2016年の小児科学会の推計では、毎年500人の子どもが虐待で死んでいる可能性があるだろうという報告が出てきます。実際にこれは推計ですけれども、では死んでしまった子どもたちに対する最新の厚生労働省の虐待死亡事例検証報告を見ていきますと、41%の子どもが0歳児でした。特に、残念ながら予期せぬ妊娠によって生後世話をされずに死んでしまった子どもや、トイレで産み捨てられてしまった子どものニュースなどがこの数値の意味を表しています。

それから虐待死亡事例における主な虐待種別としましては、身体的虐待とネグレクトの特に重度な事例については危険が高く出ています。さらに、関係機関が関与していたかということ、相談、児童相談所が関与したのは大体30%ぐらい、市区町村が関係していたのも31%ぐらいということになります。

このデータからは、児童相談所と市区町村が両方関わっていたようなケースもあるとは思われますが、少なく見積もって3割から多くて6割ぐらいは関係機関が子どもと家庭に関わっていたと考えられます。それ以外の人たちが、残念ながら関係機関からの関与がなく、支援を受けられなかったり、あるいは支援機関を見つけられなかった、あるいは地域の中でもなかなか通報や通告ができなかったという状況になっています。

こういった事例は虐待死に関係する内容ですけれども、虐待死亡事例検証報告書に記載された有識者の方々からの提案ですと、関係機関が関与している場合には、家庭側のまず問題として見ていくべき点は、例えば健診ですね、1歳半とか3歳の健診が義務付けられています。そこにいらっしゃらなかったご家庭は、もしかしたら危険が高いかもしれないという警鐘が鳴らされています。それから養育スキルについてです。先ほど、子育ての常識のアップデートでお話しましたが、誰しも最初か

ら親になれば子育てがうまくできるわけではありません。さまざまな要因からうまく子育てができないこともあります。ですので、そういった養育スキルの問題が関係していること。あとはDV家庭で、被害を受けている養育者が加害者に脅される、または加害者からコントロールされていて外部機関に援助を求められないことがあります。あるいはDVの結果、被害を受けている養育者がうつ状態になっているなど、そもそも援助を求めないだけでなく、求められないという家庭環境の状況もありえます。それくらい、加害者に知られるのが怖くてなかなかSOSを言えないとか、そういった状況も含めて、DV家庭で援助を求められない要因もありそうだと指摘されています。

ほかにも産後うつや、地域コミュニティでの孤立、若年妊娠、子どもに支援機関の人に誰も会わせないなど、子どもの安全について外部に生物的・心理的・社会的に話せない状況などが、家庭側の課題として挙げられています。

こういったデータが、皆さんの関わりのある家庭で、もしかしたら子どもの安全についてリスクがあるかもしれないと専門家として考えたほうが良い大事な知見として紹介されています。

支援者側の課題

一方で、関係機関が関与したけれどもうまく子どもの安全リスクを防げないところは何かというところ、それは支援者側の運営課題になってきます。以下では、支援者側の代表的な問題を五つあげていきます。

一つ目に、児童相談所の業務量が多過ぎることがあげられます。仕事が多過ぎて、職員における業務適性や業務量のコントロールが誰もできないくらい、現場は非常に忙しい状況です。特に都市部の児童相談所などがこういった業務量の問題が多くてできます。また後ほど、この辺りはデータでお話しします。

二つ目に判断の質の問題です。リスク評価の問題ともいえます。判断の評価は誰がどうやってするのかというと、人が人に対する支援になっていますので、誰が担当するのかという問題は、本来であればきちんとデータを取って見ていかなければいけません。ここは個人の評価とか人事評価としてではなく、アウトカムの設定として子どもの安全を守るという組織目標に対して、どれくらいの達成率を、何を以て評価するのかという部分を含めて考えていく必要があります。それにより、本来であれば教育研修プログラムは、一律に提供するのではなく、

職員の実績や得手不得手を含めて職員個々人の特性に合わせて提供していくことが必要不可欠になってきます。

三つ目に組織間の問題です。連携ルールの問題ともいえます。よくさまざまな報告書などで「切れ目のない専門職や機関の連携を」という言葉が出てきます。ただ、あまりこの言葉は、精神論のような意味が多く、具体的にどうするか情報は含まれていません。本来、連携や具体的な手続きについては、ある程度、データから評価したり、困難事例における連携の失敗や連携困難事例から、認識の齟齬や行動の水準にブレがないよう、明文化されたルールを策定したり、こういう条件の場合は次のように連携するといった機関間協定などによる「仕組み化」が必要になってきます。もちろん、忙しいからこそ、現場はそのようなルールを作る時間やエフォートがとれないことは重々承知しています。ただ、今の忙しい現場に、ただ盲目的に「切れ目のない連携を」とか「より速い情報共有を」と言われても、具体的に何をすればいいかが示されないと、現場の、まさに最前線の方にとってはさらに仕事を増やしてしまいます。そして、そのようなルールがないと、年度毎の異動や退職で職員が替わったら、どう連携すべきかのノウハウが継承されず、その場その場のケース対応で同じような困難な連携が繰り返され、本質的な問題解決にならないことになってきます。そういった課題が、支援者側の課題の一つとしてあげられます。

四つ目に、業務効率化の問題です。データベースや業務フローについて見直す時期にきています。残念ながら、今、児童相談所や市区町村、このコロナ禍においてだいたい自治体のデジタルトランスフォーメーションにより、システムが変わってきたところもあるとは思いますが、それでも児童相談所では電話とファックスがまだ主流です。厚労省のほうで、今後全国の児童相談所と自治体の虐待事例に関する情報共有システムをとにかくたちで、やっとデータベースで情報のやり取りをするというシステム化も検討されています。ただ、実は児童相談所のデータベースは、各自治体が委託開発をベンダーにしているので、同じようなシステムでも、データベースの構造は独自の作り方がされています。そうすると、情報共有をデータベースにするには、ちゃんとデータベースの項目や列の情報を論理的に整合させなければ情報連携ができません。例えばですが、1列目がID、2列目が名前、3番目が性別、4列目が年齢のように、順序と情報をそろえていくことが大切です。各自治体でその列内容なども標準化されていないので、全国共通のデータベースはおろか、情報共有も完全にはできないという問題も

少しずつ明らかになってきました。

そのため、そういったところで業務の効率化を考え、業務フローに合わせてシステム設計を見直す必要があります。

五つ目に、人員や予算、制度設計の問題です。児童福祉領域に人と予算が足りてないということは盛んに言われているのですが、では何人増やせば業務が回るのかという議論が進んでいません。その理由は、現場に適正なデータがないので検証や推計ができないためです。そのようなエビデンスに基づく政策決定においても、データがないという問題が、制度設計にも影響を与えています。

代表的な5つの要因を挙げてきましたが、こういった課題について、現場の皆さまに対して丸投げするのではなくて、研究や開発という点でお手伝いをさせていただきたいというモチベーションが、私が今回お話をさせていただくプロジェクトの背景にあります。

そもそもなんですけれども、子どもの安全を守るのは誰かという、最初のコンセンサスを皆さんとも共有しておきたいと思います。子どもの虐待という問題を捉えたときに、虐待とってしまうとあんまり議論が発展しません。なぜかという子どもの虐待と言ってしまうと、虐待か虐待じゃないかみたいな、白黒つけるゼロイチの議論に落とし込まれてしまいます。これは日本だけではなくて欧米でも全く同じような議論になるので、どう考えるかとなったときに、「子どもの安全問題」という考え方をし、それが現在グローバルスタンダードになりました。虐待ではなく、「子どもの安全問題」として考えると、具体的にはどれくらい安全なのかというスケールの話になります。虐待か虐待じゃないかのゼロイチ議論ではなく、10%ぐらいまで安全とか、今は60%ぐらい安全になったとか、そういった話にできますので、尺度として前後比較した際も、評価しやすくなります。そのような点から、虐待は子どもの安全問題というように今は変わっています。

では、子どもの安全を守るのは、誰でしょうか。守るのは法律上、子どもの監護権を持つ養育者の方です。ただ、その養育者の方が子どもの安全を守れないときには、社会、具体的には行政が児童相談所の方々と一緒に、養育者の方と安全を守っていくということになります。でも、そうはいっても皆さんがお住まいの近隣のお子さんとか、自分が組織で支援を担当しているお子さんに何か気になるがあったとしても、「子どもの安全を疑うっていうのはちょっと後ろめたい裏切り行為なんじゃないかな」とか、「せっかく親御さんとも信頼関係が出てきているのに、そんな風に思うだなんて支援者としてひどいん

じゃないか」というふうな不安を覚えることがあるかと思っています。

ご不安はもっともですが、ただ、これは専門的に見ると違います。子どもの安全を疑うことは家庭のニーズを見つけるための必要なスキルです。子どもの安全は疑わないと見つけられません。そのため、そもそも子どもの安全を疑うことは、専門家としてとても必要なスキルになってきます。さらに、疑ったのはいいんだけど、じゃあ、次どうするのというアクションの部分なんです。具体的に通告というものが国民には義務として命じられています。皆さま、お1人お1人に、子どもの安全を疑われた場合には児童相談所に通告するという義務があるんですけれども、特に子どもに関わるお仕事をされている方には、組織としてもそういった職業倫理上の問題を規定されているところがあります。

ここについてもなかなか通告の壁がある場合もあります。「授業とかでは習ったけれども、いざするとどうなるのかな」とか、「言ったらこの子、どうなっちゃうんだろうって予後が分からない」とか、「そのあとの見通しが立たないために、告げ口じゃないか?」「加害者告発になるんじゃないか?」というようなところで、すごい不安を覚える方がいらっしゃいます。その不安ももっともですが、それも実は専門的に理解すると見方が変わってきます。

通告というのは家庭内だけで何とかしようとしてもうまく解決できなかった子どもの安全問題を、きちんと地域に開いていって、支援を開始するための支援行為だからです。私たち専門家は、通告の問題や、子どもの安全を疑うというところについては、なかなかハードルが高かったり、情報提供の内容や研修が行き届いていないこともあるので、社会心理学における認知的不協和や正常性バイアスのようなかたちで、「多分大丈夫だろう」と思ってしまい、通告しない理由を探して落ち着いてしまっていることがあるかもしれません。こういったところを専門家の皆さんと一緒に仕事をしていながら見直し、制度として仕組み化していくことが必要になってきます。

次に、もう少し踏み込んで議論させていただきたいのですが、社会の中で子どもの安全を守る一番専門性の高い機関はどこかというと、児童相談所です。でも、児童相談所って、何をしているところでしょうか。ここも、もうすでに現場にいらっしゃる方はご存じかもしれませんが、一般的な方からするとなかなかわかりづらい部分かもしれませんので、ちょっとだけご紹介致します。

児童相談所について、昨今のニュースを見ていると、

重度な虐待にばかり対応されている機関だというふうに思われていませんか。例えばですが、厚労省の統計から図を作ってみました。児童相談所の相談件数が100件来ていたとしたら、知的相談とか身体的な障害のある方の相談とか、そういった福祉枠組みでの障害相談が42件を占めています。その次に虐待の問題が23件あります。その他残りの相談は、例えば子どもの心理特性や発達（性格）の問題とか非行の問題とか、さまざまな相談があるんですけれども、それが35件あります。虐待事例に再度注目すると100件あったら23件でした。その23件の内訳を見てみると、心理的虐待が11件、身体的虐待が6件、ネグレクトが5件、性的虐待が1件以下というところになっています。身体的虐待の6件についても、全部がものすごく重いというわけではありません。身体的虐待として受理されているのは6件ですが、そのうち、重篤なケースはほぼ1件以下です。つまり、ほとんどのケースについて、重篤化する前に歯止めとして対応しているのが、児童相談所業務のメインの業務になっているのです。そういったところを背景として思っただきながら、さらに議論を深めていければと思います。

課題の設定

こういった児童相談所を含めた子どもの安全をアップデートするために、何が課題でしょうか。

実は、現場にいてとても大変なのは、まずもって判断自体がとても難しいということです。なぜならば、例えばですが親御さんが残念ながら真実をお話されない場合などがあげられます。本当は養育者が叩いて子どもにできた傷なんだけれども、「この子、滑り台で転んだんです」と説明される場合があります。それから子どもが0歳や1歳、特に0歳は死亡事例が多いと申し上げましたが、その0歳や1歳はまだ年齢的に幼くしてお話することが難しいため、誰も真実を聞くことができないということがあります。さらには子どもが加害者から脅されて話せないことがあります。「お前、言ったら殺すからな」とかいうかたちで脅されていて、残念ながら子どもが怖くて、親御さんから叩かれているんだけど「いや、自分でやりました」とか「滑り台で転んだ」とか養育者の話に合わせることもあります。

すなわち、課題としては、その場の情報だけで判断しようにも正確な事実が分からないわけです。これはどんなにベテランの児童相談所職員の方で経験や感覚が鋭かったとしても、最初の段階から真実が分からない。しかも、不確かな状況がとても多く続きます。特に、最初

に通告に来た段階の限られた情報だけで、家族全体の背景やアセスメントを完成させるというのはほぼ無理です。さらに子どもと保護者は真実を話していないかもしれないというシナリオも同時並行で見立てて判断しなければいけません。

そういった状況に対して、ベテランでさえ判断が難しいのに、児童相談所に入って1年目の職員の方であれば、さらに判断自体が難しいはずで。そういったところを、AIやICT技術によって、判断のサポートをするということが一つの解決策になります。

もう1つの課題です。先ほど、児童相談所の現場の人が足りないとお話ししました。今、児童相談所に対応している児童虐待対応ケースはこの20年くらいで、大体12倍ぐらい増えていきます。ただ、そこに対応されている現場の方々、最前線の方々数は2.6倍にしか増えていないです。1人当たり忙しい児童相談所によっては大体4倍から6倍くらい、仕事が増えているという状況です。皆さんがもし心理士として担当されているケース数が一気に4倍から6倍に増えたらどれくらい忙しいでしょうか。相当大変ですね。もちろん、厚労省としてもこの点については人を増やすということも政策上位置付けていますが、そういったときには同じような問題として、人が増えても経験年数1年目の方がたくさん入ってくるので、判断の質をどう研修し即戦力にするのかという課題がでてきます。

とはいえ、現場の人が足りないという課題に議論を戻しますと、職員1人当たりの対応件数が多過ぎてしまっていて、子ども1人にかかる時間がないということになります。すなわち、業務の効率化がここで必要になります。つまり、重篤事故を起こさない判断の質、それ自体の向上に貢献した上で、業務の効率化に役立つという優先順位を付けた仕組み化が、課題の設定として、とても重要になってきます。児童虐待相談でも最も留意すべき点は、重篤事故を起こさないとか見逃さないということです。繰り返しになりますが、それが確保された上で、増加する対応件数をうまく裁いていくことができる。そういった仕組み化が必要なのです。

言い換えると、手段としてAIやICTを駆使していくわけですので、その課題設定を解くべき目的は、判断の質の向上にあるべきです。これに貢献した上で、重篤事故の防止をサポートするというのが必要不可欠になってきます。と同時に、ただ、AIを使うだけじゃなくて、その仕組み自体が業務を結果的に効率化し、人材育成にも使われているというところにつなげる、自動的に伝達する仕組みを構築することが非常に大切になります。

世界の中でも「ウェルビーイング」という指標がスマートシティ構想の中でも大事にされています。ただ、その前に考えなければいけないところは、「マズローの欲求階層説」の中でも、この下の方にあたる、生理的欲求、健康的に生きていく欲求、安全欲求、暴力・体罰を振るわれないという層があって、その上に社会的欲求、居場所があったりとか、承認欲求、褒めてもらえるとか、ちゃんとお給料をもらえるとかがあります。さらに一番上の階層は自己実現の欲求で、自分らしく生きたい、生きたいということが担保されているものがあります。

ただ、これをよく見てみると、政府の枠組みですと「ウェルビーイング」と思われているのは結構上の階層レベルなのです。社会的欲求から上、「いかに自分らしく生きるか」という階層に注目して、スマートシティやSociety5.0のビジョンを語られたとしても、よくよく考えてみると、階層の土台にくる安全や安心の階層がとても大事になります。

そのため、弊社AiCANサービスのターゲットはまさにこの安全欲求と生理的欲求に対して、なるべく見逃しを防いでいくことになります。児童相談所の方がされている業務を応援させていただきたいし、子どもの安全問題に見逃しがないかどうかとか、そういったところと一緒にデータを活用して解決していくことを大事にしています。なぜならば、土台を堅固にしないとウェルビーイングにならないからです。子どもたちが健康かつ、安全安心に生活でき、暴力・体罰を振るわれない社会を作れたら、もっとウェルビーイングを向上できますし、国の豊かさを拡大する場合もレバレッジになると考えています。

手段としてのAIやICT技術

これまで述べてきた課題を解くために、弊社としてはAIやICTを使っていくという取り組みをしまいいりました。まさにこの判断のサポート、それから業務の効率化を実現するために作ったプラットフォームがAiCANというサービスになります。AiCANはAssistant of intelligence for Child Abuse and Neglectの頭文字を取っています。Artificial Intelligenceになかったところは、やはり支援は人同士の営みですので、人工的かつ機械的なニュアンスよりは、現場に携わる方々をサポートしたいというイメージや想いを込めてAssistant of intelligenceというふうに名付けています。

では、次に弊社AiCANサービスについてお話致します。この判断の質のサポートにつきましては、データに

Solution

①判断のサポート

②業務効率化

を実現するのが



© 2020 AiCAN Inc.

P34

スライド3

基づくリスク管理を行えるようにしています。このリスク管理の項目は、内部でしか使っていない情報になっており、今回はお見せできない点をご了承いただければと思います。

具体的にはそういったリスク管理の内容を、現場にタブレットを持って行って、職員様にチェックをして頂きます。すると、データに基づき、どれくらい危ないかであったり、どれくらい予後がよくなるのかどうかとか、そういったところが自動的にリアルタイムで見れるというユーザーインターフェースになっています。

Solution x

①判断のサポート

データに基づくリスク管理を行う



© 2020 AiCAN Inc.

スライド4

例えば今、「ヤマダタロウ」君、4歳の男の子のお話をします。身体的虐待で通告があったところを入力していきます。子どもの情報を入力し終わったら、実際に過去の対応の入力記録やさまざまな過去のデータに基づいてAIがそのチェックリストを付けた内容から「この事例と似ているから結構危ないですね」「この事例は早期に終結しても大丈夫そうです」とそういったところを

判断してリアルタイムにシミュレーションをしていきます。例えば、ヤマダタロウ君のチェックリストを付けていくと、現状の危険度や重篤度が99%ぐらいあるということが分かりました。かなり危険という状況です。それに対して、この場合、一時保護をするのか、しないのかというところが現場での判断のポイントになってきます。例えば「一時保護して調査すると、ある程度支援をしていけるラインで、再発率の予測は大体5%ぐらいです」とか、「対応日数は、通告から終結まで大体180日ぐらいです」というように、数値をリアルタイムに出していきます。現場判断を支援するような知見やノウハウを提示していった、現場の職員様と共に再発率を下げていくということを目的にしています。

次に、なぜ再発を目的にしているかというところなんですけれども、児童相談所は虐待を起こさない予防の段階で関わるのではなく、すでに起きてしまった虐待に対して介入をしていく機関です。そうすると再発しないということが、とても組織の目的にかなったアウトカムになってまいります。そこを示す指標として再発率というところを今回、アウトカムに設定しています。

こういったかたちで経験の浅い方であったとしても、訪問した先や関係機関との会議で新たに分かった情報を、リスクアセスメントなどのチェックリストを更新していただくことで、どれくらい危ないかのシミュレーション結果の変遷がリアルタイムで分かってくるようになります。

情報を入れていただくときに、過度な手間になってしまったりとか、本来の業務と違う、追加業務になってしまったりは業務が増えてしまいますので、入れていただくデータはまさに現場の業務に必要なデータに絞り、かつそれがすぐにリアルタイムに情報共有ができたり、業務スピードを向上できるようなユーザーエクスペリエンスを工夫して日々開発しています。

また、個人情報についてセキュリティを担保したネットワークを構築していますので、いつでもどこでも安全に情報を閲覧、入力できるようになります。また、他機関とも情報共有ができるようなプラットフォームにしておりますので、タブレットを持って現場に出動いただければ、登録されているアクセス権を持った組織とは情報共有が可能です。情報共有自体もどこまでするか個別に設定することができるようになり、より迅速な対応に結びつけることが可能となります。

さらにはチャット機能なども備えていますので、訪問先から相談所へ電話やファクスができない状況だったとしても、チャット機能を用いて、リアルタイムに同僚や

管理職とやり取りできるとご好評いただいています。

実際に使っていただいた若手の児童相談所の職員さんの方から頂いたコメントなのですが、「ベテラン職員になっても数千件の事例って経験することってないですよね。ただ、AIってというのはデータを登録すればできる。そういったところで知見を活かせるってことはいいな」と言っていました。あと、もう一つ言われたのは、「AIは疲れず人が異動しても知見は生き続けるということなんです」と言われました。児童相談所は児童福祉領域で本当に大事な重要な機関ですが、その分本当に過酷な現場のため、例年異動や退職希望者が多かったりもします。ですので、早期に退職されてしまうと、せっかく一から研修をして育てていた人材の知見がリセットされてしまいます。特に、その人材に重要な知見が経験と直感で集約されていた場合、その方が辞めてしまったらその人の知見を共有できなくなってしまいます。即ち、人材流出がいわゆる知見の流出にもつながってしまって、現場の専門性を保ちにくいことが課題となっていました。その問題を解決するため、AIに知見をためていくことによって人が異動していったとしても引き継げるということをご指摘いただいた次第です。

では、続いて、どのようなAIが使われているのかの概要です。今回複雑なAI説明は省かせていただきますが、どんな構造が入っているかということについて概要をお話を致します。AiCANサービスでは、現在確率モデリングと機械学習という2種類のAIを使っています。それぞれ得意な点、苦手な点があります。

1つは機械学習という、まさにディープラーニングといった内容が当てはまる分野ですが、こちらは予測がとても得意になっています。勾配ブースティングというものを使得対応が終結するまでの日数ですとか、一時保護はどれくらい必要かというところを総合リスクとして表示しています。

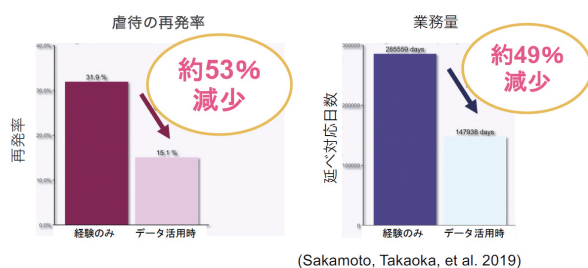
もう一方は、確率モデリングといって、理由の説明ができるものです。確率潜在意味分析というものを使得虐待の重篤度をクラスタリングし、人間が理解可能なかたちで、なぜ重篤だと判断されたのか、人間が解釈しやすい説明を提示しています。それからベイジアンネットワークにより、将来的な再発率を確率的に因果推論をしたりする技術を提供しています。

なぜこの2つを使っているかというところなんですけれども、現場は行政職の方が多いので、なぜその行為を取ったのか、なぜその判断をしたのかという説明責任が常に求められます。そうしますと予測は得意だけれども理由は示せない機械学習ですと、「AIが言ったから」と

いうようなかたちでしか、現場の方が説明せざるを得ません。そうすると説明責任が担保できないので、確率モデリングのほうで「この項目が危なかったから、これくらいのリスクがあると判断しました」というふうに理由をお示しすることで、現場の方々の説明責任をお手伝いできるようになります。そのような意味で、確率モデリングも機械学習と合わせて使っています。

実際に、シミュレーションをした結果、虐待の再発率と業務量について傾向スコアで比較したグラフ（スライド5）ですが、現場の経験と感覚のみでやった場合と、データを活用したことによってそれが対応された場合、再発率が大体53%ぐらい減少するということが分かりました。また同じように業務量につきましても、現場の感覚や経験だけではなくてデータを活用したときと比較しますと、大体49%ほど減っているということが分かります。

再発率が減る対応を取れ、業務量も削減できる



スライド5

もうちょっと丸めて言いますと半分ぐらい子どもの危険が減って、さらに業務としても半分かくらい減らせる可能性があるという結果です。援助が必要な子どもたちに必要な支援を届けていくということで、現場の経験だけでなく、データも合わせて活用いただくことにより、判断とサポートと業務の効率化両方が担保できる可能性が示唆されました。

具体的な使用場面は、児童相談所での通告時に集まっている情報や、緊急受理会議時、そこから初期対応で実際に現場にアウトリーチで出動し訪問した際に、在宅か保護かを決めていくというかたちになります。通告の段階で「4歳・男の子・身体的虐待」という情報がわかれば、その場でデータを作成をしていくことが可能です。その時点の分かっている情報だけでまず、AIのリスク判定ができるようになっています。

ICT&AI導入後の業務の流れ 初期対応例



スライド6

タブレットを訪問先に持参し、分かった情報を電話やチャットで、最新記録が常に閲覧できますし、入力が進むとリスクのシミュレーション結果がどんどん更新されていきます。他にも、訪問先で子どもの傷アザ写真を撮影し、相談所に待機している職員や管理職に画像を即時共有したり、帰るときもすぐに記録を入力できます。口頭では伝え方に温度差が出ますが、詳細を文書で管理職に随時伝えることができます。

冒頭で申し上げましたが、このAiCANサービスは、現場判断のサポートということを何よりも重要視しています。その上でICTによる業務の効率化をサポートします。

最後に、AIの使い方です。弊社としてはエビデンスを参照した業務のあり方を追求していますが、ベテランの経験や感覚をおろそかにしたいわけではありません。ベテランの方々の経験や感覚もデータとして尊重しています。事実、AIは与えられたデータからしか判断ができない限界があります。データを項目として取得できない場合や、AIの予測結果と現場判断が食い違う部分は、常に専門家の合議的な知見を優先します。そして、それをAI側に蓄積し、どんどんアップデートしていきます。

業務内容に戻りますと、児童相談所においては、業務を児童相談所だけで行うわけではありません。お子さまや養育者様が児童相談所や複数の関係機関とやり取りをどんどん重ねていきます。そうなりますと実際に、さまざまな関係者や関係機関の方々が一つのケースに関わっていかれますし、ネットワークを作って対応されています。

となりますと、児童相談所が本来対処すべき重大な事案が漏れてしまってはならないという前提の下に、連携

自体も児童相談所が対処すべきものなのか、関係機関が主担当を担うべきなのか、それとも複数機関で一緒に対応を考えていくのかなど、そういった連携に関するデータも集まってくることになります。

連携でテーマとなる課題は、「重篤度は軽度だけれど、とりあえず全件児童相談所に通告だ」という形で児童相談所の業務量を圧迫してしまう場合と、「けっこう重篤だけれど、児童相談所に通告してもいいのかな、まだうちの機関だけで対応しようかな」という形で、実は重篤な事例を児童相談所以外の機関が一機関で抱えてしまって児童相談所に上がってこない場合があります。これは今のコロナ禍でもそうですが、医療機関で例えてみると、児童相談所は医療機関における集中治療室（ICU）、その他の機関は外来や一般病棟のようになるかもしれません。軽度事例を病院のICUに全て送ってしまうとICUは崩壊してしまいます。同様に、即時入院が必要な重症事例をICUに送らず外来や一般病棟だけで対応していたら、後遺症が残ったり、最悪死んでしまう可能性があります。限られた児童相談所のリソースを、本当に支援が必要な子どもに届けるためには、どのような子どもの安全リスクを児童相談所に送るべきなのか、そういう点もデータが活用できます。

こういった重篤な事故を撲滅していくためには、児童相談所が対処すべき事案が漏れず、かつその負担が大きくなり過ぎないようにかたちの調整が必要です。これがまさにネット（連携）をより良くワークさせるために、その判断をデータ（AI）を用いて支援させていただくことが弊社のもう一つのミッションにしております。

児童虐待相談対応は、 子どもの安全を守るネットワーク構造である

重篤事故の撲滅のためには、児童相談所が対処すべき重要な事案が漏れてしまってはならない
しかし、すべてが児童相談所に集中すると、児童相談所の職員の負担が大きくなりすぎる

ネットをよりワークさせるために、人の判断をAIが支援する



© 2020 AICAN Inc.

P46

スライド 7

子どもの安全を社会インフラへ

最後に、社会課題解決に向けた社会インフラの構築と心理キャリアの展望についてお話させていただきたいと思います。子育ての常識をアップデートしていくことが必要と冒頭で申し上げました。今このタイミングで、本当に家庭で安全に困っている子ども達が非常に多くいます。私たちは、子どもは社会で育てるという観点をグローバルスタンダードにしていけないといけないですし、そのためにどうやって社会全体をアップデートするかというアクションプランにつなげていく必要があります。

私たちの生活環境には、常に生活に内包されるさまざまな社会課題があります。これを弊社は、生活環境におけるデータを利活用し、社会インフラにしていきたいと考えています。インフラというのは人間活動の基盤であって、道路や水道や電気など、そういった活動の基盤となる必要不可欠なライフラインです。こういったインフラを考えた場合には、子どもの安全のような話もインフラになり得ると考えられます。それはなぜかという、情報社会になったからです。

先ほども申し上げましたが、この子どもの安全というものをきちんとデータにできるところはデータベースに蓄積し、社会インフラとして組み込まれ、利活用できる未来を作っていきたいと考えています。

具体的に弊社が実現したいこととして、今は児童相談所の方々を対象に、児童虐待の問題に特化しておりますが、今後はより幅広い児童福祉の世界にAIなどの客観的な支援ツールを仕組み化し、より良い子どもの安全と幸せに貢献し、ウィルビーイングな世界を構築していくことをプランとして掲げています。そのため、この児童虐待の問題に対する児童相談所様向けのAiCANサービスを、今後はさらに市区町村や里親、児童養護施設の方々、医療機関や警察、学校、幼稚園・保育園、子どもの安全に関わる民間企業やNPO・NGOなどの方々にもお使いいただけるようにしていきます。さらに児童虐待の知見を、近接領域のDVや性暴力、いじめ、犯罪、非行、身体障害、発達障害、高齢者虐待、子どもの貧困の問題などに適用し、データを共有することにより、さまざまな知見を関係するステークホルダーの方々と協働していくことができと思っています。

弊社としてはこの社会課題解決のAIベンチャーの挑戦として、SDGs #16.2に分類される児童虐待の問題を解決し、さらにほかの分野にもどんどん展開していきたい

と思います。その際は、弊社だけではできませんので、さまざまな社会課題解決のビジョンを持つ産学官の皆さまと協働し、社会インフラとしてのデータ利活用を構築していきたいと考えています。

最近の社会インフラは、特に医療福祉関係だと介護の分野がマーケットとしても開けてきています。弊社としても、未来を担う子どもの安全を1つの産学官の連携拠点としていくことで、より子どもに安全な社会を構築できる具体的な支援策やプランを作っていくことで、さまざまな関連分野と実際にシナジーを興していきながら価値を作りたいと考えています。そしてそれらをデータに基づく政策として後押し、市民の皆様にもその価値を共有できるようにしていきます。そのためには、個人情報保護とその取り扱いなども配慮しながら検討することが重要です。そのような社会が進み、さまざまなデータを利活用することで問題に対して「解決の打ち手を論理的に見つけること」が「定常的に」できれば、それは社会インフラができたといえる段階と考えられます。弊社としてはそれを構築できるようにお手伝いをさせていただきながら、それをさらにさまざまな社会課題に活かせるように、オープンデータ、オープンサイエンスにつなげていくようなかたちで、産学官の連携価値を目指していきたいと考えています。

そして最後に、心理のキャリア展望について触れたいと思います。スライドタイトルを「心理×○○×○○なキャリア」と書きました。私自身が臨床心理学を学んできた当時につきましては、やはり臨床実践のためにクリニックや公的機関に就職をしていったりとか、個人開業をされたりとか、アカデミックで活躍するために大学や研究所に行ったりということが臨床心理学を学んだ諸先輩方のキャリアパスだったように思います。もちろん民間企業に就職してご活躍されている方もたくさんいらっしゃいます。ただし、今このコロナ禍においても、クライアントが求めるニーズというのはどんどん多様化しています。そこにどんどん心理は解決策を共に考え、行動し、クライアントに関わっていかねばなりません。そうすると、今までのキャリアパスだけでなく、企業内でメンタルヘルスに関する新規事業をスピンオフしたりとか、大学や研究所からスタートアップを作ったりとか、そういった課題解決型のベンチャー化も今後の心理のキャリアパスとして、重要度が高まっていくと考えられます。

なぜならば、臨床心理学の中でとても大事にされている科学者兼実務家モデルにおいて、生物-心理-社会のパラダイムにおいてあらゆる物事を見ることができ

ば、全ての出来事において必ず心理の観点からニーズを認識し、原因を検知し、解決策へ貢献できるはずです。もちろんその他の要因である生物や社会の要因も解決策には不可欠ですが、少なくとも私たち心理はわれわれの存在価値やクライアントや組織、システム、文化に役立つ効果を見いだせるチャンスがあるはずです。

新たなイノベーションを生むコツについては、イノベーションの仕組みの再現性から考えられた指摘では、何か新しい要素を2つ以上掛け合わせることと言われます。例えば心理×福祉のような2要素だけでなく、さらに新しい要素を加えて、心理×福祉×VRのように、3つ以上の要素を組み合わせることでイノベーションが起こるというふうにいわれています。

AiCANは、心理 x テクノロジー x デザインで世界を変える

子どもにとって安全な世界に変えていくため

・心理：生物-心理-社会の考え方をベースに実践と研究を進める

- リーダーシップと心理的安全性に基づくチームビルディング
- トレイルブレイザーとしてのレジリエンスとグリッド
- セルフケアとしての認知行動療法と動機付け面接

・テクノロジー：現場に価値を提供できるAI x ICT技術開発

- 現場の課題に対するKPI評価と詳細のアップデート
- アジャイル開発としての柔軟性

・デザイン：データ・ニーズ・技術シーズに基づく設計

- エビデンスを参照した意思決定と業務改善フローの設計と教育研修デザイン
- エビデンスに基づく政策決定/評価/ガバナンスデザイン
- 現場が使いやすいアプリ、使ってもらい子どもが安全になるUI/UXデザイン

© 2020 AiCAN Inc.

P59

スライド8

私としては特に今このAiCANサービスを提供していくに当たって、心理という効果や価値をテクノロジーとデザインで世界をより良く変えていきたいと考えています。我々にとっての一番の関心は、子どもにとって安全な世界を作っていくことです。そのために心理としてのアイデンティティを元に、生物・心理・社会の考え方をベースに実践と研究を進めていくことが重要です。その中で、組織として仕事をしていく以上、リーダーシップと職場環境の心理的安全性に基づくチームビルディング、ここら辺はまさに臨床心理学が得意とする分野だと思っています。さらに新しい分野にくじけず入っていき、リスクを恐れずに立ち向かい、社会課題解決に貢献する人たちを、最近の書籍でトレイルブレイザーと呼んでいます。そのような方々は、心理学的にはあきらめずに打たれ強くやっていくハーディネスの要素と、失敗しても立ち上がれるレジリエンスの要素、そして困難があってもやり抜くグリットの要素という3つの概念で整理されることが考えられます。ここを心理としてまさに体现しなが

ら、行動していくことが重要と考えています。ただし、時には誰しも不安になったり傷ついたりすることがあります。私自身もやっていることですが、心理はまさにセルフケアとして自分自身に認知行動療法を行い、自分の自動思考や驚異的な解釈に気付いたときとかに自分自身にセルフCBTをやったりとか、なかなかうまくやる気が出ないときには自分自身、動機付け面接を行って、「ああ、やはりこういうことやりたいんだな」というふうに、自分をエンパワーしたりもしています。

こういったかたちで臨床心理学で学んだ知見が活かせることは社会課題解決のためのスタートアップには様々ありまして、自分自身に対してだけでなく、支援サービスとして、お客様やクライアントに対しての価値や効果を伝えていくことができると考えています。

さらにテクノロジーについてです。現場に価値を提供できるAIやICT技術開発をしていくことが重要ですので、現場の課題に対するKPI（キー・パフォーマンス・インジケータ）として、何をアウトカムにしていけるべきか、そういった点をアセスメントし、リフレーミングレポジティブな観点から検討したり、ケースフォーミュレーションして課題を詳細化する手段として臨床心理学の知見は活かれます。それが出てくるところでどんどんアウトカムや関係する変数を、状況やニーズに応じてアップデートしていけます。また、アジャイル開発といいますが、解くべき課題を実験的に小規模で繰り返し、より現場が必要な開発を繰り返していくことが大切です。設計を丁寧に考えるだけでなく、短期間でコストをなるべく掛けずに開発し使ってみる。上手くいかない点は改善し、変える。一方、上手くいく点は残すというふうに、柔軟に考えていくことができます。

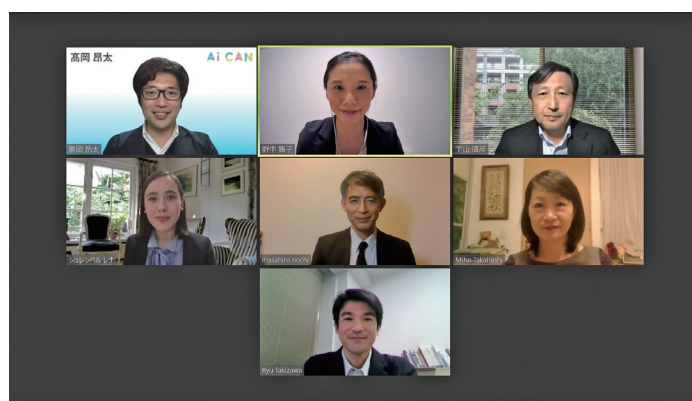
最後にデザインの部分です。デザインというとなんだか、使いやすく直感的でおしゃれなアプリデザインというふうに思われがちですが、それだけではありません。ここはもうちょっと広い意味まで含んでいます。具体的にはデータと現場のニーズや対象者の方々のニーズ、そして何ができるかの技術のニーズ、これらをつないだ「設

計する」という意味を含んだデザインです。エビデンスを参照した現場の意思決定への支援はもちろんですが、どうAIを現場で使っていただくか。テクノロジーに不慣れな方にはどのようなサポートを組み入れるべきか、より児童福祉における効果を生む指標は何か、より良い仕事をするための業務改善など、業務フロー自体を刷新していく業務デザイン。さらに人材育成としての教育研修デザインなど、このように児童相談所の業務を中心に置いた際に、どのようなサポートがあるべきなのか、サービス提供しながらの研究開発（Research as Services）を通して、価値を生み出す研究開発を有機的につないでいくということがサービス全体のデザイン（設計）には必要不可欠です。

ほかにもエビデンスに基づく政策決定や評価をどうあるべきか。さらにガバナンスとしてのデザイン。ほかに実際にアプリを使っていただく皆さまに対して、現場が使いやすいユーザーインターフェースやユーザーエクスペリエンスのデザインというところをまさにゲーミフィケーション立てるとか動機付け、認知行動理論に基づく視点で新しい知見や現場に必要な価値を提供できるチームとしての強みなどもあると考えています。

あくまでこれは私が今、考えているところですが、ほかに皆さまのほうでもさまざまな得意分野があると思います。こういった視点で、新しい心理としてのキャリア展望が見込める時代になったというふうに考えております。

最後に児童相談業務の改善と子どもの安全の向上に向けて、弊社としては子どもの安全を守ることが、わが国の未来の成長を支える重要な基盤だと信じています。安全だからこそ、子どもたちがチャレンジできる。安全だからこそ、成長することができます。そのような未来に向けて現場の業務知見を大切にしながら、テクノロジーを手段として活用し子どもの安全な社会に貢献していきたいと思います。本日の発表は以上です。ありがとうございました。



2020年度 活動報告

1. 全般的動向

東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室では、研究および大学院生の研修の一環として、臨床活動が行われている。本相談室は、1957年（昭和32年）に開設され、1983年（昭和58年）に臨床心理学の教育・研究のための特別施設として、有料の相談活動が認められ、相談室運営のために予算措置（相談料金収入に基づく）が講じられるようになった。相談室の関係規則としては、「東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室」、「同研究科心理教育相談室運営委員会内規」、「同研究科心理教育相談室内規」がある。実習施設としては、本郷地区弥生キャンパスの総合研究棟3階に、面接室5室、プレイルーム2室、待合室兼事務室1室、相談準備室1室を備えている。また、相談室と隣接してカンファレンスや演習等に使用する演習室がある。

本相談室には、幼年期から老年期に至るまで、発達障害、不登校、非行、対人関係や心理的な問題等を抱えた方が来談している。また最近では、子どもを対象とした強迫性障害およびうつ病の治療プログラムを求めて来談するケースも増加している。さらに2015年度からは子どもと若者の発達障害系こだわりプログラムを、2018年度からは心理検査に特化したところの発達健診プログラムをスタートした。2020年度の活動状況・相談件数等については、次ページ以降の表に示した。

相談にあたるスタッフは、教育学研究科臨床心理学コースの教員（臨床心理スーパーバイザー）、臨床心理学コースの大学院生（相談員）である。2020年度は、下山晴彦教授を相談室室長とし、下山晴彦教授、能智正博教授、高橋美保教授、滝沢龍准教授、野中舞子講師、原田隆之客員教授（本務：筑波大学人間学群心理学類 教授）が臨床心理スーパーバイザーとして指導に当たった。本学専任の臨床心理スーパーバイザーは、月2回の教員会議を開き、相談室運営・指導にかかわる事項について検討した。また、瀧井有美子先生（児童心理治療施設横浜いずみ学園治療課長）、田中究先生（関内カウンセリングオフィス代表）、林潤一郎先生（成蹊大学経営学部 教授）、日下華奈子先生（東京認知行動療法センター／東京発達・家族相談センター、9月より就任）の5名が臨床相談員として、相談員のスーパービジョンを担当した。また、2名の特任助教が相談室運営の実務の補助にあたり、2名の事務補佐員が電話取り次ぎ、来談者受付などの事務業務を担当した。相談員は修士課程28名、博士課程15名からなり、心理相談活動、相談室運営を行った。

なお、活動状況でも言及するが、2020年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響のため、4月から8月まで心理教育相談室は完全閉室をしていた。その間、十分な感染対策やオンラインでの指導体制の構築を行い、9月より電話対応の再開、10月より面接を再開した。その後も、1月の緊急事態宣言下では新規面接の受付を再度停止せざるを得なかった。2021年度に入った現在も、使用する面接室や予約可能時間を制限しながら活動を続けている。

2. 相談活動状況

表1に、過去5年間の新規来談申込み件数を示す。2020年度の新規申込み件数は29件であり、前年度に比べて大幅に減少した。この背景として先述した通り、新型コロナウイルス感染拡大の影響で新規面接の受け入れを中止していた期間が非常に長かったことが挙げられる。そのため、以降の記載も非常に限定された申し込み者数の中で論じている点を御留意いただきたい。

表2に、過去3年間の新規申込者年齢別・男女別件数を示す。2020年度の傾向として、やや成人の割合が例年よりも高かった。これは、プレイセラピーの実施を制限している影響や、感染拡大下で子どもを連れての来談を控えているケースが多いことが影響していると考えられた。

表3は、2020年度の新規来談者年齢別・男女別相談内容である。昨年度同様、対人関係を中心としたカウンセリングを希望する者が多かった。表4に、新規来談者来談経路を示す。ここ数年は、インターネットを見ての直接来談が多い傾向がみられたが、2020年度もその傾向は続いている。

表5に、新規来談者居住区域を示す。今年度は特に、東京在住の来談者がほとんどを占めていた。例年は一都三県

以外の遠方からの相談も、数件みられるが、この傾向にも新型コロナウイルス感染拡大の影響で他県往来が制限されていたことが影響していると考えられる。

表6には、過去5年間の延べ面接回数を示す。2020年度の面接回数は、例年と比較して非常に少なかった。新型コロナウイルスの流行の影響が大きいと考えられた。

3. 研修活動

新型コロナウイルス感染拡大対策の観点から、2020年度のカンファレンスはオンラインで実施された。毎週火曜日の午前中にカンファレンス（事例検討会）が行われた。2020年度も計5形態のカンファレンスが実施された。

1つ目は、各ゼミ別個別カンファレンスであり、前期に月に1回行われた。このカンファレンスの目的は、学生がそれぞれの指導教員の専門とする視点や技法を学ぶことである。2つ目は、さまざまなゼミや学年からなる混成グループによる合同カンファレンスであり、月1回実施された。4つのグループが編成され、各教員はローテーションで各グループに参加した。大学院生がすべての教員によるカンファレンスに参加できるように設計されている。3つ目は、月2回行われる初期事例カンファレンスであり、当相談室で新たに受理したケースについて、報告がなされた。このカンファレンスの目的は、心理臨床面接の核である面接初期の見立てや、相談室に申し込まれたケースの概要や全体的な傾向を、大学院生と教員が共有することである。4つ目は、実習カンファレンスである。実習カンファレンスでは、修士課程の学生が外部の実習機関でどのようなことを学び、疑問に思ったのかを発表し、教員や上級生から助言や指導を得た。最後に、継続・終結カンファレンスである。継続・終結カンファレンスでは10回程度行われたケースについての報告がなされ、終結に向けた見通しや、援助方針について議論をおこなった。このようにさまざまな形態からなるカンファレンスを行うことによって、偏りのない研修を可能にし、優れた臨床心理学研究者および実践家の育成を目指している。なお、今年度は受理されたケースが少なかったことを鑑みて、教員が過去に担当した事例を発表し学生と議論する教員カンファレンスも1度開催された。

4. その他の活動

その他、いくつかの教育啓発活動を行った。夏学期の教育学部の講義として「臨床心理学概論」を開講し、臨床心理学コースの専任教員5名によるオムニバス形式で授業を行った。授業の目的は、心理教育相談室で実施している心理療法を中心に、臨床心理学の基本的な介入技法やアセスメントについて、その知識や技能を参加者が学ぶことであった。本講義は公認心理師の指定科目でもある。

また、2020年9月には、「心理教育相談室年報15号」を発行した。2020年度は新型コロナウイルス感染拡大対策のため電子版の配信とし、希望する関係機関にPDFで送付した。

さらに、2020年11月15日には、「インターネット技術を用いた心理援助の最前線」と題する心理教育相談室第16回公開講座を行った。初めてのオンラインでの開催となった。詳細は、本誌の「公開講座の記録」のセクションをご覧ください。

表1 2020年度 新規来談申し込み件数

月	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
4月	16	12	16	10	0
5月	18	13	9	11	0
6月	13	17	18	12	0
7月	12	10	14	12	0
8月	6	6	10	9	0
9月	9	18	15	11	1
10月	9	18	13	13	14
11月	11	12	14	5	11
12月	5	10	5	10	3
1月	13	9	17	8	0
2月	8	11	11	10	0
3月	10	8	5	3	0
合計	130	144	147	114	29

表2 2020年度 年齢男女別来談申し込み者数（2018年～2020年）

		2018年度					2019年度					2020年度				
		男子		女子		計	男子		女子		計	男子		女子		計
		本人	並行	本人	並行		本人	並行	本人	並行		本人	並行	本人	並行	
就学前		0	1	0	3	4	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1
小学生		0	24	0	12	36	0	12	0	11	23	0	5	0	3	8
中学生		0	10	1	9	20	0	16	0	12	28	0	2	0	1	3
高校生		0	6	0	9	15	0	4	1	8	13	0	2	0	2	4
他未成年		1	3	0	3	7	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0
浪人生		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
大学生		0	3	0	2	5	0	0	2	0	2	1	0	2	0	3
成人	20～29	5	1	12	0	18	3	2	9	1	15	0	0	5	0	5
	30～39	9	0	12	0	21	4	0	11	0	15	0	0	1	0	1
	40～59	5	0	16	0	21	4	0	8	0	12	0	0	3	0	3
	60～	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	0	0	0	0	0
	計	19	1	40	0	60	12	2	30	1	45	0	0	9	0	9
合計		20	48	41	38	147	12	35	34	33	114	2	9	11	7	29

表3 2020年度 新規来談申し込み者年齢別・男女別相談内容

区分	相談内容	
	男	女
就学前児		発達障害・発達相談 1
小学生	カウンセリング希望 2	カウンセリング希望 1
	不安障害 1	親子関係 1
	OCD・CBT 1	発達障害・発達相談 1
	親子関係 1	
中学生	OCD・CBT 1	カウンセリング希望 1
	発達障害・発達相談 1	
高校生	カウンセリング希望 2	カウンセリング希望 1
		不登校 1
他未成年 浪人生	カウンセリング希望 1	
大学生	カウンセリング希望 1	心理検査 2
成人		カウンセリング希望 2
		双極性障害 1
		うつ 1
		OCD 1
		親子関係 2
		発達障害・発達相談 1
		心理検査 1

表4 2020年度 新規来談申し込み者来談経路

各種機関	幼稚園・学校より紹介	2
	医療機関より紹介	3
	他の相談機関より紹介	0
	上記以外のサービス機関より紹介	0
個人の紹介	クライアントより	0
	現役相談室関係者より	0
	当相談室関係者OBOGより	0
	東大教員・学生より	0
	他大教員・学生より	1
	その他（知人・家族）	4
直接	本を読んで	0
	再 来	2
	インターネット	17
	講演会・公開講座	0
	ちらし	0
	学内広報	0
そ の 他		0
計		29

表5 2020年度 新規来談者居住地域

	東京	千葉	埼玉	神奈川	その他	計
2016年度	97	6	9	14	4	130
2017年度	95	8	15	20	6	144
2018年度	108	6	16	15	2	147
2019年度	83	9	9	10	3	114
2020年度	26	1	1	0	1	29

表6 延べ面接回数

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
受付面接	82	95	95	72	22
カウンセリング	1398	1172	1255	937	191
プレイセラピー	234	312	262	211	61
保護者面接	575	575	740	537	116
家族面接	2	0	0	0	0
コンサルテーション	0	3	10	4	0
検査面接	9	11	15	23	5
計	2300	2168	2377	1784	395

心理教育相談室のご案内

● 1. 東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室とは●

心理教育相談室は心理的な問題への援助に携わろうとする大学院生の実践的な研修の場として設置された、本研究科附属の相談機関です。相談は、東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コースに所属する大学院生、研究員、臨床相談員が担当します。当相談室で相談業務にあたる者は全員、臨床心理学の専門教育訓練を受け、実際の相談業務の他に、毎週開かれる心理検査・心理療法などに関する研究会や事例検討会に参加し、能力・知識向上のために日々研鑽を積んでいます。また、大学院生については、教育相談機関や精神保健相談機関、医療機関の臨床心理士などの専門職、あるいは臨床心理学的実践研究者を目指して研修を受けている者で、一定以上の技能を修得したことが認められている者が、経験豊富なスーパーバイザーの指導を受けながら、実際の相談に当たります。

● 2. 相談内容●

次のような問題でお困りの方のご相談を受けています（ただし、ご本人の来談が難しい場合、医療的処置が優先される場合については、ご相談を受けることが難しい場合もあります）。

- ・漠然とした不安感や無気力、落ち込みなどの心理状態を改善したい
- ・自分自身のことをもっとよく理解したい
- ・人前で緊張する、過ぎてしまったことをくよくよ考えるなど、性格的なことを何とかしたい
- ・友人や職場の同僚との人間関係上の問題を相談したい
- ・家族関係について考えたい
- ・親として子どもにどう対応してよいか困っている
- ・学校に行かない、行けない
- ・言葉が遅い、多動、集中困難であるなど、発達の心配がある
- ・チック、夜尿など気になる行動が見られる
- ・反抗・暴力・盗みなどの問題行動があるetc.

● 3. 相談の種類と料金●

○初回のご相談の場合 <u>受理面接</u>	4,000円
○中学生以上の方のご相談の場合 <u>本人面接</u>	3,000円
○小学生までのお子様にプレイセラピー（遊戯療法）などを含む面接を行う場合 <u>プレイセラピー</u>	2,000円
○お子様について、保護者の方からのご相談の場合 <u>保護者面接</u> （※保護者の方のみでのご相談はお受けしておりません）	2,000円
○教師など、専門職の方へのコンサルテーションを行う場合 <u>コンサルテーション</u>	4,000円
○心理検査や発達検査を実施する場合 <u>検査面接</u>	3,000円
○文書を発行する場合 <u>文書料</u>	2,000円

※2016年4月より料金改定を行いました。医療機関ではありませんので、健康保険などの適用はできません。

※2018年度より、継続的に相談できる機関におかかりの方を対象に、心理検査に特化したプログラム（こころの発達健診プログラム）を開始しました。

2020年度以降は新型コロナウイルス感染対策の関係で、受付を中止しております。

●4. 相談申込の流れ●

当相談室における相談申込みの流れは下記の通りです。相談は予約制をとっています。まずはお電話で申し込み、後日担当者と日時を調整します。こころの発達健診プログラムは専用の申込フォームからの申込みとなります。詳細については、03-3818-0439にお電話もしくは<http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/>を参照してください。



●5. 設備●

面接室 5 部屋

プレイルーム 2 部屋

待合室

スタッフルーム、ミーティングルームなど



心理教育相談室の構成（2020年度）

心理教育相談室運営小委員会

委員長	山本 義春	（教育学研究科教授 身体教育学コース）
委員	下山 晴彦	（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
委員	東郷 忠治	（教育学研究科准教授 身体教育学コース）
委員	岡田 謙介	（教育学研究科准教授 教育心理学コース）
委員	能智 正博	（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
委員	野中 舞子	（教育学研究科講師 臨床心理学コース）

室長

下山 晴彦

臨床心理スーパーバイザー

下山 晴彦	（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
能智 正博	（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
高橋 美保	（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
滝沢 龍	（教育学研究科准教授 臨床心理学コース）
野中 舞子	（教育学研究科講師 臨床心理学コース）
原田 隆之	（教育学研究科客員教授／筑波大学人間学群心理学類 教授）

臨床相談員

瀧井有美子	（児童心理治療施設 横浜いずみ学園治療課長）
田中 究	（関内カウンセリングオフィス 代表）
林 潤一郎	（成蹊大学 教授）
日下華奈子	（東京認知行動療法センター／東京発達・家族相談センター 臨床心理士）

特任助教

片岡 優介	（教育学研究科特任助教 心理教育相談室）
信吉真璃奈	（教育学研究科特任助教 心理教育相談室）

相談員

博士課程3年	新井素子	一柳貴博	井原祐子	鈴木拓朗	佐藤遊馬
博士課程2年	伊森裕平	内村慶士	江浦瑛子	加藤明日花	
博士課程1年	石川千春	三枝弘幸	佐野真莉奈	高堰仁美	谷 真美華 柳 百合子
修士課程3年	遠藤凌河	中山莉子			
修士課程2年	安達滉一郎	天野奈津美	江刺香奈	黒沢拓夢	下田茉莉子 隅田 玲 関島真美子 鳥羽翔太
	藤沢祐未	中牟田春美	松原朋香	松本珠実	和智遥香 金 里紗
修士課程1年	石川智子	大橋英永	徐 安里	高橋史也	竹林裕美 太齋 慧 田嶋志保 橋本里奈 森 孝太
	若子静保	薛 海升	蒲 東寧		

相談補佐員

木名瀬彩子 葛原史子

東京大学大学院教育学研究科 心理教育相談室年報 第16号

2021年9月1日 発行

発行者 東京大学大学院教育学研究科附属
心理教育相談室
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
Tel (03) 3818-0439

