



新型コロナ・ウィルス感染症（COVID-19）パンデミック下における 子どもと家族の心理臨床ガイドライン

【本ガイドラインの趣旨】

すでに COVID-19 の感染拡大が生じている国々の報告によれば、COVID-19 が人々の生活にもたらす影響は甚大であり、その規模は予測の範疇を超えている状態にあります。精神衛生上の影響についても、その甚大さは指摘されており、既に COVID-19 影響下の精神サービスにかかわる医療機関からは、大災害や戦争による心的ストレスに匹敵するレベルであるという報告もあります（2020）。これは、私達が心理療法支援の対象としている子どもたちも例外ではなく、むしろ平時から傷つきやすさや生きていく上での様々な困難を抱える彼らにとって、COVID-19 はともすると更なるトラウマ体験となりうる深刻な影響をもたらしかねません。私達はそれを深刻に捉え、臨床活動に制限がかかるなかでも、支援対象である子どもとその家族をサポートするために、最善を尽くす必要があります。

本ガイドラインは、子どもと家族の心理臨床に携わる専門家が、ともすれば思考停止に陥り兼ねない危機的な状況下にあって、子どもたちの心の健康のために何ができるか、あるいはできないかを考え続け、必要な判断をしていくことをサポートするために作成されています。「都市封鎖（ロックダウン）」という形で政府が明確な指示を出している国とは異なり、日本の場合は「緊急事態宣言」というあいまいな形で政府が私たちに対応を促しています。同時に、多くの心理臨床家は、所属機関や上司の指示に従うことを強く求められる環境下であり、それぞれのクライアントに則して自分で考えていくことが難しい傾向もあります。このような厳しい状況において、一人一人のクライアントにできるだけ役に立つ方策を臨床家が考えていく一助として、本ガイドラインがその指針として役立つことを願っています。それぞれが所属されている機関の方針に照らし、自身自身の臨床判断を行っていく際に活用していただけると幸いです。

この刻々と変わる未曾有の事態では、このガイドラインも現実の状況と経験の蓄積に合わせて更新し、必要な修正を随時行っていきます。

まとめ

本ガイドラインは、子どもと家族の心理臨床家が、COVID-19 パン

デミック状況の中で、クライアントのために最善の選択を考えると

きの指針を提供することを目的としています。

内容

はじめに	p.2
1. COVID-19 感染拡大に伴う臨床活動の制限と対応	p.4
2. 対面の臨床活動の停止、非対面臨床活動への移行検討時のリスクアセスメントおよびリスクマネジメント	p.13
3. オンラインによる臨床介入の導入	p.16
4. COVID-19 下での被虐待経験を抱えた子どもへの支援	p.19
5. COVID-19 下での発達障害を抱えた子どもへの支援	p.20
6. 親への支援	p.21
<資料> オンライン面接の有効性	p.22

はじめに

新型コロナウイルスの感染拡大による生命への不安、行動の制限や環境変化によるストレス、経済的基盤へのダメージなど、私たち自身が日常生活の安全安心を脅かされる状況の中にいます。これは今まで経験したことのない事態です。こうした状況の中で、シビアな現実や事実との接触を保ちながら考え続けることが重要であることは明らかですが、難しいことでもあります。緊張や不安、心身の不調だけでなく、否認に代表される防衛機制が容易に私たちの心の中に起こってきます。諸説ありますが、おおむねこのパンデミックが終息するのは早くて来年春、あるいはそれ以上に長引く可能性もあるというのが多くの専門家の

指摘するところです。個々のケースについて、局面局面での短期的な対応だけではなく、より長期的な見通しのもとでの介入の指針を持つことも大切です。

このような長期的スパンの見通しを持ち、正体不明の不安を私たち自身が抱え考える続けるためには、同僚やスーパーバイザーとの話し合いは必要不可欠です。ピア・サポートの場を活用することも役に立ちます。刻々と変わる状況の中、私たち自身が安全安心を確保し、自身の不安や力量を見定めていくことが必要です。自分自身の心との対話、同僚やスーパーバイザーとの対話を通じてなされる私たち自身のワークは、子どもと家族への援助を安全にマネジメントするための要となります。

このような状況下で、日本で臨床活動をしている私たちは、ともすれば職場の上司や政府の意向や社会や「まわり」の動きに同調することを優先し、私たちが臨床責任を負っている子どもや家族にとって、与えられた状況の中で最善の方法はなんなのかを十分に考えることなく行動してしまう傾向があるように思います。もちろん、それぞれの職場のやり方や判断と折り合いをつけていくことも大切ですし、なによりも私たち臨床家自身の健康を守り、専門家としての力量の範囲内で行動していくように努めることも重要でしょう。

本ガイドラインが、私たち子どもと家族の臨床家がこの状況下において、担当する子どもと家族のために、より長期的でバランスのとれた見地から自分自身の臨床判断を行う際の指針として役立つことを願います。

まとめ

・パンデミックはアップダウンを繰り返しながら、1年以上続くと想

定し、長期的な見通しで介入の方策を考えること。

・臨床家が互いに支えあえる同僚やスーパーバイザー、ピアグルー

プとの対話を大切にすること。

1. COVID-19 感染拡大に伴う臨床活動の制限と対応

WHO の報告によれば、COVID-19 は無症状でも感染の可能性がある伝染病と報告されています。少数であっても感染が認められている地域では、COVID-19 の症状がなくとも、クライアントだけでなく、セラピスト自らも感染源になる可能性があります。特に心理療法は、50分間親密なセッティングで行うため、COVID-19 の感染予防において特に注意を払う必要のある濃厚接触にあたります。したがって、感染状況に合わせて、レベル1以上の対策を行っていくことをおすすめします。

今後おそらく1年余りの間、COVID-19 の感染拡大の状況は継続し、その都度緊急事態宣言が発出されたり、解除されたりしていくなかで終息に向かうものと思われます。そうした政府や地方自治体の示す方針とは別に私たちは臨床判断を行う必要があります。こうした判断を行う場合、それぞれのケースの事情をよく考え、担当する子どもや親の考えを聞きながら話し合っていくことが必須でしょう。以下はそうした作業の指針として利用していただきたいと思えます。

まとめ

・セラピスト自身が感染源になるリスクにも配慮すること

・感染拡大状況に応じて対応を変えていくこと

A) 臨床活動の制限と停止の判断のための指針

レベル1) 衛生活動の推進/クライアントへの啓蒙活動

このレベルの制限は、通常の臨床を行うことを前提に導入していきます。導入の際には、メールあるいは電話でクライアントの養育者に導入の説明を行い、同意を得た上で、クライアント本人への説明と同意の確認を行うという手順が一つのあり方として考えられます。具体的には、通常の臨床を行う際に次のような行動が必要だと考えられます。

- ・セラピストは、毎セッションごとの手洗い／部屋の換気／消毒を行う。
アルコールや次亜塩素酸水を用いて、飛沫や接触の生じる部分（ドアノブや手すり、共用の機器類、トイレ、ゴミ箱など）を中心に清掃を行う。
- ・以上に加えて、プレイセラピーの場合、共用のおもちゃ類はセッションごとに消毒すること。個別のおもちゃ類を用意する精神分析的な心理療法とは異なり、基本プレイルーム内にあるおもちゃをすべて共有するタイプのプレイセラピーの場合、パンデミックが終息するまでプレイルームの使用は停止し、通常のおもちゃのない面接室で、子どもごとに個別のおもちゃ類を用意して行うことも必要であろう。その際、事前に子どもと親には十分な説明が必要である。
- ・セラピストあるいはクライアントのいずれかに風邪症状がある場合はセッションをキャンセルする（この状況下ではキャンセル料はとらない）。
- ・セラピスト、あるいはクライアントに咳／37.5 以上の発熱があった場合、最低1週間の自己隔離期間を設ける。
- ・以上の点については、あらかじめ養育者への説明と同意を得て、子ども本人への説明と同意の確認を行う。
- ・予測される状況、見通しを養育者と子どもと話し合っておく。例えば、感染状況が改善しない場合、自治体の方針や家庭の事情で来室が困難になる可能性がある場合について、養育者と子どもがどのような思いや希望を持ち、来室をどのような形にするのかを話し合っておく。

レベル2) ケースバイケースによる直接コンタクトを伴う臨床活動の停止

このレベルの制限は、特定のクライアントあるいは特定のクライアントの家族が抱える健康状態を考慮して導入していきます。例えば、クライアントが1型糖尿病や重度の喘息等、COVID-19 に感染後、悪化を導く可能性のある慢性疾患や免疫低下にかかわるコンディションを抱えている場合、そのクライアントへの直接の臨床介入はCOVID-19の感染リスクが高い時期は停止する、等（この場合の対応については、次のBの項で記述）。他方、こういったリスクが低いクライアントに対する介入はレベル1)の制限を設けた上で通常通り行います。

レベル3) 対面での臨床活動の停止

このレベルの制限は、臨床活動を行う地域においてCOVID-19の感染が拡大しており、対面での臨床活動の継続がクライアントおよびセラピスト、そして地

域の人々の COVID-19 感染リスクを高める可能性がある場合に導入します。その場合、臨床家個人、あるいは所属する組織の独自の判断で導入していく場合と、緊急事態宣言等、社会からの要請に答える形で導入していく場合が考えられます。前者の場合であれば、クライアント及び家族にメールや電話で事前に説明をし、停止前にセッションを設けることで、その影響を少しでも消化していくというプロセスが可能になると思われます。しかし、後者の場合は、準備期間なく突然の導入という形をとるため、クライアント及び養育者の受ける影響をどのように受け止めていくかを事後に検討していくことが必要だと思われます。

* 4月8日にすでに7都府県に緊急事態宣言が発出されました。これを受け、当該地域では準備がなく臨床活動を停止した臨床家も多くおられることと思います。また、4月16日には緊急事態宣言の対象地域は全国に拡大され、先の7都府県に新たに6府県を加えた13都道府県が特定警戒都道府県と位置付けられている状況です。緊急事態宣言は5月6日までとされており、政府もその時点で解除できるように伝えていますが、諸外国の状況や日本の接触の低減状況を鑑みるとこれは楽観的すぎる見方だとも思われます。むしろ、5月の時点で感染拡大状況がさらに悪化している場合も想定した見通しで今後の方針を定めて、クライアントとコンタクトを取っていく必要があるでしょう。

レベル4) 通常の臨床活動の回復 [この項目は今後補充します]

まとめ

・パンデミックが終息するまで状況に応じてレベル1からレベル3

のいずれかの選択を行っていきます。

・レベル1) 衛生活動の推進/クライアントへの啓蒙活動: パンデ

ミックが続いている状況

・レベル2) ケースバイケースによる直接コンタクトを伴う臨床活

動の停止：クライアント自身もしくは家族に基礎疾患がある場合な

ど。

・レベル3) 対面での臨床活動の停止：地域全体に感染の恐れが極

めて強くなっている場合。

B) 対面臨床活動を停止する場合の対応

対面臨床活動を停止する場合、以下の選択肢を考えていく必要があるでしょう。こうした選択肢のいずれを選択するかは担当する子どもや親の状況や意向をふまえて決めていく必要があります。また、同僚やスーパーバイザーとの話し合いも必須でしょうし、職場や上司の方針と付き合わせていく必要もあるでしょう。

(1) 対面臨床活動の停止を伝える手段と期間

手段としては直接会う方法の他、オンライン、電話、手紙、メールなどの選択があります。できるだけ直接会って伝えることが望ましいですが、緊急事態宣言などによりそれが難しい場合、電話やメールという手段も仕方ないでしょう。オンラインという方法もあるでしょう。

期間については、「安全になるまで」という曖昧なものよりも、できるだけ具体的な日程を提示することが望ましいでしょう。具体的な日程を提示できないときも、何らかの手段で連絡を取る日程くらいは提示しておいたほうがよいでしょう。

停止期間ですが、緊急事態宣言などの期間が一つの目安ではあります。が、政府が示している期間でそれが解除されるとは限らないことを想定して「プランB」を考えておく必要があるでしょう。いずれにせよ、しばらくは対面セッションの再開が不可能になる可能性を想定して先の見通しを立てていくことが大切でしょう。頻度を下げて親面接を行う、子どもも交えた振り返り面接を1か月ごとに行うなどの選択肢もあります。これらをオンラインで行ってもよいかもしれません。

繰り返しますが、基本的には、政府やその地域の行政判断の状況をふまえるこ

とは必要ですが、それに振り回されない、より長期的な見通しのもとに考えていくことが必要でしょう。まず COVID-19 の感染拡大状況は簡単には終息はしないでしょう。少なくとも来年の春くらいまでは悪化と軽減の波を繰り返していくことが想定されます。

まとめ

対面臨床活動の停止期間はできるだけ明確に、具体的に示すことが

肝要。停止期間が長期化する可能性も考慮しておく。

(2) 対面以外の選択肢

対面での臨床活動を停止する場合、停止期間が長期にわたる可能性が高い状況で、メール、対面以外の方法での臨床活動の可能性を模索することも重要です。その場合、セラピストが意識しておく必要があるのは、対面以外の臨床介入は、基本的にそれまで対面の臨床介入によって培ってきたクライアントとの接触の維持であり、それに代わるものではないということです。対面外の臨床介入は、それぞれ固有の臨床介入としてのメリット・デメリットがあり、場合によっては、対面による臨床介入が想定していたクライアントのニーズに応じるものではないかもしれません。既に特定の訓練および経験により対面以外での臨床介入の技術と経験を積んでいる臨床家は、それに基づく判断により、クライアントのニーズを見極め、それに応じていくことが可能になるかもしれませんが、そうではない臨床家は接触の維持以上の効果を期待する立場にはないでしょう。この点は、専門家としての限界を見極めておくことは非常に重要だと思われま。しかし、現況のような危機的状況においては、接触の維持自体がなによりも最優先される必要があるクライアントのニーズとなるかもしれませんし、私達はそのニーズに対し、できるだけ臨機応変に応じていく必要があると思われま。これは接触の時間、頻度についても同じであり、対面時のセッティングを画一的に維持することがクライアントのニーズに合うとは限りません。例えば、週1回の心理療法を行っていたクライアントであっても、この危機状況における

クライアントの生活環境、およびニーズによっては、週1回、各回5－10分程度の電話による状況の確認が、その時のクライアントのニーズに最も合う臨床介入の形となることもありえます。

以下にあげる選択肢は、クライアントの家庭環境によっては（あるいはセラピストの仕事環境、能力によっては）、実施が難しいことも考えられます。さらに、それぞれ対面とは異なる経験となるため、クライアントのニーズがその介入によって満たされるものなのか、そしてクライアントがそれを希望するかを慎重に確認しながら導入していく必要があると思われる。

● 電話によるコンタクト

クライアント、あるいはセラピストのいずれかが、メール、オンラインを用いたコンタクトが可能な技術、あるいは環境がない状態にある場合は、電話によるコンタクトが選択肢として有力だと思われます。電話による臨床介入（種々の電話相談）は、対面による臨床介入と同様、歴史的にも確立された方法であり、また危機状況への臨床介入（いのちの電話、子どもの虐待ホットライン等）としても使用されていることは周知の通りです。したがって、セラピスト、クライアントにとっても大きな違和感なく経験できるコンタクトの形態と考えられます。

● メールによるコンタクト

メールによるコンタクトは、クライアント側、あるいはセラピスト側に、安心して相談できる空間や時間が無い場合に、有力な選択肢となりえます。また、クライアントによっては、他の対面以外の接触が、対面での臨床介入よりも強い不安、緊張を喚起させる可能性が考えられる場合、クライアントの養育者に対しては電話、あるいはオンラインによるコンタクトで介入を行い、クライアント本人に対してはメールによるコンタクトにより臨床介入を図るといった形も有効性を発揮するかもしれません。

● オンラインによるコンタクト

オンラインによるコンタクトは、クライアント側、およびセラピスト側に、それを用いて接触できる技術、環境が整っている場合に有効な選択肢となります。メリットとしては、音声だけでなく映像を通してコンタクトをとることが可能となるため、クライアントによっては対面に近いコンタクトを経験することが

可能になるかもしれません。

オンラインでのコンタクトによる臨床活動については、本ガイドラインの別の項で詳細に説明していますので、そちらを参照してください。

なお、臨床家側に上記の対面以外のコンタクトにより、それ独自の臨床介入を行っていく技術と経験が備わっている場合、あるいはスーパービジョンやピア・サポートをうけながら接触の維持以上の臨床介入としてそれを活用していくことを模索していく場合、対面臨床活動停止がクライアント及びその家族に与える影響をアセスメントしていくことは大切です。その上で、対面以外のコンタクトによる臨床介入が実際、クライアントのニーズに応じることができるかについて、少なくともその臨床介入導入期に見立てていく必要があります。それらのアセスメントの内容によっては、導入予定であった臨床介入を別の形に変える（例えば、コンタクトの維持のみを図るタイプの介入に変更）等の検討が必要となるかもしれません。

以下には、対面時の介入が精神分析的心理療法であった場合に考えられる対面以外の臨床介入の選択肢を紹介します。

a) クライアントへの心理療法＋親面接

対面外のコンタクトにシフトしてもなおクライアントに心理療法の介入の余地があると判断される場合、電話によるコンタクトであれ、オンラインによるコンタクトであれ、心理療法と親面接の継続を模索することが選択肢になる場合もあるかと思われます。

b) 頻度を上げたレビュー面接

対面外のコンタクトではクライアントの心理療法の維持は難しいと判断される場合、通常学期に1度行っている親に対するレビューの頻度を上げ（例えば月1回等の頻度）、心理療法が停止している期間のクライアントおよび家族の様子をレビューしていくことが選択肢になるかもしれません。適当であると判断される場合、子どもがそのレビューに参加することが有効となることもあるでしょう。

c) 親面接のみの継続

対面外のコンタクトではクライアントの心理療法の維持が難しいと判断されるが、親面接のニーズが高い場合、親面接は通常と同頻度で行っていくことが選択肢となることもあります。場合によっては、心理療法停止状況では、子どもの抱える問題がより困難なものとなる可能性があるかもしれませんが、親も学校の停止等で子どもと接触する時間が増えるなか、子どもをより困難に感じる状況に陥る可能性もあります。その場合、通常より頻度を上げた親面接を設定することが有効に働く場合もあると思われます。

d) 家族面接

対面による心理療法停止に対する反応、および心理療法停止時のクライアントおよび親を含めた家族の状態によっては、家族面接による介入が選択肢として有効になるかもしれません。特に心理療法対象のクライアントが5歳以下の子どもであったり、発達障害を抱えた子どもの場合、既にアセスメントプロセスで家族面接を経験しているケースも少なくないでしょうから、心理療法停止期間にこの介入にシフトすることには抵抗も比較的少ないでしょうし、また介入自体の効果も期待できるケースも多いと思われます。

3) 対面臨床活動停止期間における新規ケースの取り扱いについて

対面臨床活動停止期間であっても、関連機関からクライアントが紹介される、あるいはクライアント自ら新規の相談を申し込んでくることが考えられます。もしその期間が1ヶ月前後の短期的なものとなるようであれば、対面臨床活動のできない期間中は新規の申込みは受け付けないという形が妥当かと思われませんが、それが1ヶ月以上の長期に及ぶ可能性がある場合、何らかの形で新規の申し込みに応じる必要がでてくると考えられます。以下に挙げる介入は、臨床家がそれを提供する技術と経験があるか否かによって選択肢として有効かどうかかわかってくると思われられます。ここにおいても、臨床家が自らの限界設定を設けておくことは重要であり、それにしたがって以下の介入を提供するかどうかを決めることは大切です。

A) 電話あるいはオンラインによる治療コンサルテーションの提供

臨床家に電話やオンラインによる治療コンサルテーションを提供できる技術と経験がある場合、対面によるアセスメントが可能となる期間まで、クライアント、およびその家族に治療コンサルテーションを提供することが助けとなる場合もあるかと思われます。ケースによっては、治療コンサルテーションを対面によるアセスメントの延長として捉え、治療介入としての有効性を期待するよりも、対面が可能となったときに完結される包括的アセスメントの一部として捉えていくことで、クライアントのニーズおよび状態の理解を目指す形で行われる方が助けとなる場合もあるかもしれません。ただその場合であっても、治療コンサルテーションは必ずしも対面のアセスメント導入まで継続する必要はなく、例えば、コンサルテーションの経過の中で臨床リスク等の問題により他機関への紹介が妥当だと判断される場合は、その時点でコンサルテーションの提供を終了することが必要なケースも考えられます。したがって、治療コンサルテーションの場合、基本的には単回の介入であり、必要があれば延長していくといった形の介入として捉えておいた方が、クライアントの様々なニーズに応じることが可能かと思われます。

B) 電話あるいはオンラインによるアセスメント、セラピーの導入

臨床家に電話あるいはオンラインによるアセスメント、セラピーの技術と経験がある場合、それに基づいてアセスメントを行い、その結果オンラインでのセラピーがクライアントのニーズに応じることができると判断された場合、クライアントと親の了解を得た上でオンラインセラピーを導入することは可能であると思われます。その場合、対面臨床活動再開後に、それを対面にシフトさせるかどうかについては細心の注意を払う必要があります。ケースによっては、構造の安定が治療上重要な要素かもしれず、対面臨床活動が可能となっても、オンラインでのセラピーを継続していく方がクライアントのニーズにかなうこともありえます。

C) 新規のケースは受け付けない

臨床家に A)あるいは B)を行う技術や経験がない場合は、対面臨床活動停止期間が長期にわたったとしても、新規のケースは受け付けない方が専門家としての倫理にかなうあり方だと考えられます。ただ、それであっても、探索的に、ス

ーパービジョンやピアグループのサポート、技術習得に必要なトレーニングを受けながら、A)、あるいは B)を試験的に試みられることは、臨床技術の研鑽上、このような状態にあっても必要なことかもしれません。ただその場合、臨床家自らの立場と試みの目的をクライアントに十分に説明し、了解をとった上で介入を試みていくことは大切です。

なお、通常の臨床活動でも必要なことですが、対面臨床停止期間中に A)あるいは B)の介入を行う場合は特に、クライアントに児童虐待の懸念、自殺企図等のリスクがあること等が申し込みの段階、あるいは介入の経過で判明した場合、即座に必要な対応がとれるよう、相談申込みの段階でクライアントが緊急事態宣言下であっても直接アクセスすることのできる児童相談所、精神科医療機関を把握しておくことは重要です。

まとめ

・対面セッション以外の方法としては、電話、オンラインでの臨床

活動などがある。

・クライアントや家族のニーズと準備性を確認すること。

2. 対面の臨床活動の停止、非対面臨床活動への移行検討時のリス

クアセスメントおよびリスクマネジメント

多くの場合、臨床家が対面臨床活動を停止する期間は、緊急事態宣言下かそうでなくても COVID-19 の感染拡大防止のために様々な社会活動の自粛が求められる期間とみなせます。先にも述べたように、この期間は、COVID-19 が直接

的、間接的にもたらす様々な不安により、多くの人々が平時よりも精神的に苦しむ可能性がある時期です。既に UNICEF は 2020 年 3 月 20 日の時点で、COVID-19 の感染拡大防止に伴う対策による影響で、児童虐待のリスクの増加に警鐘を鳴らしています。私達が臨床活動によって支援するクライアントはそもそも精神的に苦しんでいる状態にあり、多くの場合、そういった不安やストレスに対する脆さを抱えて生きています。臨床家が対面臨床活動を停止する期間は、それによる様々な社会的／精神的リスクにクライアントは平時よりもさらにさらされることになると思われます。したがって、臨床家は平時よりもクライアントのリスクにより注意を払い、必要な対処をしていく必要があります。

以下、特に注意を払っていくリスクについて取り上げます。

- 家庭内暴力／児童虐待のリスク
- 自傷／自殺リスク
- 精神障害発症のリスク
- 他害（他者への暴力）リスク

A) クライアントの上記リスク（のいずれか）が既に高い場合

クライアントが既にこれらのリスクが高いとき、多くの場合、クライアントは同じ組織、あるいは別組織の他の専門家にそのリスクのマネジメントのための何らかの介入を受けている状態にあり、臨床家もその専門家たちと協働関係にあると思われます。対面臨床活動停止期間は、オンラインによる臨床活動に移行する場合であっても、それがクライアントの心の状態に大きな影響を与え、既存のリスクを高める可能性があります。したがって、連携している他の専門家に事前に連絡を取り、現時点でのクライアントの抱えているリスクのレベルについて確認し、必要な対応を話し合っておくことが大切です。

B) クライアントの上記リスク（のいずれか）は現時点では高くないが、対面臨床活動停止期間中にリスクが高まる可能性が考えられる場合

緊急事態宣言下のような危機的状況においては、臨床家自身の介入およびその即時性だけでなく、他の専門機関のそれも失われる可能性があります。したがって、リスクがマイルドな場合であっても、対面臨床活動停止期間中に、万が一

クライアントのリスクが高まったときに、クライアントがどの専門機関にコンタクトをとる必要があるかを、クライアント、少なくともクライアントの養育者との間で確認しておくことが大切です。もし、対面臨床活動停止が準備期間なく行われた場合、その後であっても、電話等により、クライアント、あるいはクライアントの養育者にその確認を行うことは、懸念されるリスク自体の軽減効果も期待できるため重要な介入となりえます。

C)クライアントの上記リスク（のいずれか）が対面臨床活動停止期間中であっても高まる可能性は低い場合

対面臨床活動停止期間中であっても上記リスクが高まる可能性が低いクライアントであっても、特に非対面臨床活動によって何らかの介入を維持する場合、上記リスクについては常に注意を払っておく必要はあると思われます。ただ、その際、臨床家が自覚しておく必要があるのは、対面臨床活動のできる状況と比較して、非対面臨床活動の間は臨床家の観察に様々な点で制限が加わるため、通常よりもリスクの見立てが困難になりうることです。したがって、少しでもリスクのサインがある場合、取り越し苦労であったとしてもそれは深刻に受け止める必要があります。内容によっては即座に連携機関に報告することが必要かもしれませんが、少なくともそれを同僚やスーパーバイザーと話し合うことによって、対応を検討しておくことが大切かと思われます。

なお、リスクアセスメントは平時でもそうですが、特に現在のような危機的状況の場合、臨床家自身、不安等にさらされることにより的確な判断が難しくなっている可能性が高く考えられるため、単独の臨床家で行うことは望ましくありません。可能であれば、リスクアセスメントは協働関係にある他の専門家と協働して行うことが重要です。そのような環境にない場合は、少なくとも同僚やスーパービジョンの助けを借りながら、リスクアセスメントの内容を検討する機会を持つ等、他者のサポートを得る形で行うことが望ましいと思われます。

3. オンラインによる臨床活動の導入

A) オンラインによる臨床活動の導入について

子どもと家族の心理臨床において、対面による臨床活動を停止せざるを得ない場合、オンラインによる臨床活動を検討することになります。パンデミック状況下においては、上述したレベル 2 や感染リスクの高い期間や政府の緊急事態宣言の期間が長期にわたる場合もあり、ほとんどのケースにおいては、何らかの接触を維持することが望ましいだけでなく、虐待や自殺などのリスクがある場合などはセラピストとの繋がりは必須かもしれません。

大半の心理臨床家は、オンラインによる臨床活動の経験もなく、訓練も受けていない状況であること、さらに、刻々と変化する感染拡大状況や社会状況の中でこうした新しい臨床活動を行うのは様々な困難を伴います。したがって、心理臨床家は、関わる個々の子どもと家族のニーズや状況に応じてその対応を考えていく必要があります。その際に、スーパービジョンだけでなく、ピアグループや職場の同僚との情報交換や話し合いがとても大切になるでしょう。

オンラインによる臨床活動によって、何もなかったかのようにこれまでの臨床活動が継続できるわけでもないですし、逆にほとんど意味がないか有害かもしれない介入であると断定することもないでしょう。繰り返しますが、多くのケースで、臨床家が子どもや家族のことを気にかけているということを示すだけでも助けになると思われれます。特に、感染の懸念や経済的な不安に襲われながら、家庭に閉じ込められ、孤立と分断の中にいる子どもや家族にとって、私たち臨床家が彼らのことを気にかけて考えようとしていることを知ることそのものがサポートになると思われれます。

大人とのオンライン臨床活動以上に、子どもと家族との臨床におけるオンライン臨床活動は複雑で多くの困難を伴います。子どもとのプレイセラピーをオンラインで行うことは難しいと考えられます。それでも子どものニーズに応えるために、何らかの工夫をすることでオンラインでのセッションを行うことは検討されてもいいと考えます。この場合も親による十分な理解とサポートが必要になるでしょう。こうした試みを行った臨床家の知見を積み重ねていくことも重要でしょう。現実的には、オンラインの臨床活動は、親と一緒にいるか、あるいは言葉によるコミュニケーションが十分可能な、ある程度年長の子どもか思春期や青年期の子どもに限られてくるでしょう。その場合も彼らの部屋で行

うことになる際に侵襲的な経験になる可能性にも配慮する必要があるでしょう。

オンラインでの臨床活動は、継続的なものでなくても、ストレス下において私たち臨床家との繋がりも失うという苦境に私たちのクライアントを陥れないための苦肉の策として断続的に提供することも視野に入れ、柔軟に取り入れていくべきものと思われます。オンラインによる面接の有効性、オンラインによる精神分析的子どもの心理療法については本ガイドラインの最後に資料を掲載していますので、ぜひお読みください。

どのケースも、子どもと家族の状況に応じて、注意深く介入の方法を考えていく必要があります。そして介入の影響をその都度見極めて、必要であれば変更する用意があることも大切でしょう。個々のケースについては、スーパーヴィジョンを受けたり、同僚との話し合いをしたりしていくことが、こうした未知の臨床領域で仕事をしていくために必須でしょう。

B) オンラインの臨床活動の方法

オンラインでの臨床活動は、**基本的に**ビデオ通話を用いる方法を指すが、上述したように家の内部や部屋の内部が映ってしまうビデオ通話が侵襲的になったり、過度に興奮させてしまう場合もあることは考慮する必要がある。

ビデオ通話の手段としては、Skype、ZOOM、LINE、FaceTime などがある。プライバシー保護のためのセキュリティ、通信の安定度、利用のしやすさなどそれぞれの特徴がある。それぞれの特徴を把握して、個々のケースやセラピストの装備や準備に応じてオンラインの手段を選択していく必要があるだろう。

英国の心理学の諸団体が連名で作成した『新型コロナウイルス感染症が世界的に流行する状況下における心理士のための指針』では、「サービスの継続が最優先であり、データ保護に対する懸念はこれを妨げるべきではありません。英国個人情報保護監督機関(Information Commissioner's Office)は、この特別な期間中に、通常のアプローチを調整させる必要がある組織に罰則を科すことはありません。」とあります。我が国の法制度上の扱いは不明ですが、オンライン臨床活動におけるデータ保護を過度に懸念して、クライアントの福祉をサポートするための臨床活動を停止しない方がいいと考えるべきではないかと思われます。

C) 導入にあたっての注意点

オンラインによる臨床活動は、対面の臨床活動に比べて私たち臨床家の多くにもその利点や欠点、リスクなどがあまりわかっておらず、また私たちの訓練の中にもない未知の領域なので、その導入には慎重さが必要ではありますし、クライアントへの丁寧な説明と同意をもって始める必要があります。

以下にオンライン臨床活動を導入するにあたっての注意点を挙げます。

*セラピスト側の準備は十分だろうか？

・オンラインの臨床活動を導入するには適切な端末やネット環境が必要です。また、相談室や面接室がそのまま使える場合もありますが、場合によってはセラピストも家から出ることができず、家から臨床活動を行う場合もあります。その際、クライアントのプライバシーが十分保護される空間が確保されている必要があります。セラピストの他の家族が聞いていたり、子どもが背後をうろうろしたりすることのない準備が必要となります。

・セラピストがセッションに集中できる環境を持つことは重要です。個室が難しい場合、自家用車などを臨時のオフィスとして活用するセラピストもあります。また、イヤフォンの使用は外の雑音を遮断し、セラピストがセッションに集中することを助けてくれます。

*クライアント側の準備は十分だろうか？

・オンラインによる臨床活動は各家庭の状況に応じてやり方を工夫する必要があります。ネット環境やプライバシーが保たれる個室があることが基本条件です。しかし、多くの家庭では、個室の確保は不可能な場合があります。親子同席面接に似た形で、親がビデオ通話している中に子どもも会話に参加したり、遊んでいる様子を見せてくれたりする「ビデオ通話による親子同席面接」などを行うなどの方法もあります。

・子どもとの間でのオンラインによるセッションを検討する場合、子どもがそれを用いることができるかどうかの検討と同時に、それを親が十分にサポートできるかどうかの検討も行う必要があります。

*セラピスト自身が十分なサポートが得られるのだろうか？

・オンラインの臨床活動はもとより、このパンデミックという未曾有の経験の

中でセラピストが孤立して臨床活動を行うことは避けるべきです。スーパービジョンやピアグループ等のサポートを受けながら行う必要があります。

* 守秘義務の問題

・オンラインの臨床活動を行う場合、通常の臨床活動とは異なる形での守秘義務への留意が必要となります。セラピストが在宅でオンラインでの臨床を行う場合は特別の注意が必要です。また、用いるビデオ通話システムのセキュリティの問題にも注意を払う必要があるでしょう。しかしながら、上述したようにデータ保護の過度の懸念により、臨床活動を停止することは避けた方がよいのではないかと考えます。

D) オンラインによる臨床活動の内容

オンラインによる臨床活動には以下のものが挙げられます。

- ・ オンラインによる心理療法
- ・ オンラインによる親面接
- ・ オンラインによる振り返り面接
- ・ オンラインによる家族面接・親子同席面接

クライアントが来談できても、諸般の事情により、例えば子ども担当の心理士が面接室に来られなくなることもありえます。そのような場合、変則的ですが、親面接者が面接室に端末を設置し、子ども担当者はオンラインにより参加する形で、親子同席で振り返り面接などを行う方法もあります。

4: COVID-19 下での被虐待経験を抱えた子どもへの支援

〔この項目は今後補充します〕

パンデミック状況下では、家庭内に閉じ込められることで虐待状況が悪化する危険性は一般的に高いと考えられます。心理士は、そのリスクをアセスメントする必要があります。場合によっては、児童相談所や地域の家庭支援センター等と連携を取り合うことを検討する必要があります。

リスクマネジメントをするために、通常提供している心理療法とは異なる臨時の対応とそのリスクを検討する必要があるかもしれません。

子どもと家族の安全を優先する必要性から、セラピストが提供できることは何かを明確にし、具体的な介入が必要な場合は、抱え過ぎずに連携諸機関に緊急措置を委ねる必要があります。

このような状況が起こり得ることを前提とし、親子関係が悪化し、リスクが高まるときには、保護者あるいは子ども自身が連携諸機関に緊急の連絡を入れることが必要であることを事前に話し合うことも大切です。

5：COVID-19 下での発達障害を抱えた子どもへの支援

〔この項目は今後補充します〕

長期間家庭内に居る必要があるストレス下においては、情緒的な問題やコミュニケーションの問題が悪化し、親子間、兄弟姉妹間、家族内の緊張やストレス状況がさらに増すという悪循環を呈する可能性があります。場合によっては、子どもの暴力、あるいは親の虐待などが起こるリスクがあります。こうしたリスクを検討し、適切な臨床介入を検討する必要があります。

心理療法の枠組みを超えて、リスクマネジメントを優先し、このような悪循環をいかに脱するか具体的な対応を思案する必要があります。可能ならば、問題が顕在化する前から、保護者と話し合いをもち、保護者あるいは子ども自身がセラピストやそれ以外に緊急時に連絡をとり対処できる資源を検討しておくことが望ましいでしょう。

できる限り活用可能な社会資源や、助けを求めることが可能な親族・知人を具体的に一緒に検討しておくことは、保護者自身のリスクマネジメント能力を強化することにつながるかもしれません。

ウイルスといった目に見えないものに対する漠然とした恐怖が脅威となり、極度の不安に陥っている子どもや家族、いつもと変わらない様子を見せつつも背景にはこうした不安を抱えている子ども/家族もいると思われます。新型コロナウイルスを子ども/家族がどのように体験しているかについて、心理士が実感をもって理解しようとし、現実感をもって介入する必要がある場合があります。

6：親への支援〔この項目は今後補充します〕

子どもと家族は、これまでも様々な苦楽の経験や人との繋がりを体験し、苦境を乗り越えてきたそれぞれのやり方、自然治癒力や回復力をもっています。しかし、外出などの行動の制約や、普段接している人とのつながりから隔離された生活をはっきりとした見通しがなく長期間過ごすことは、私たちが対象にしている子どもと家族にとっては特に困難を伴います。

こうした状況において、心理士が子どもと家族にコンタクトをとり続けようと模索し、子どもと家族と話し合っていく過程そのものが、臨床的に意義のある介入となる可能性があります。

親への支援については、下記の資料が役に立つでしょう。ストレス下での子どもの反応、必要な対処、子どもに事実を伝えること等について書かれています。
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/healthy-parenting>

引用文献

Guidance on working remotely with children, young people and families. The Association of Child Psychotherapists. 2020.この文献の翻訳に関して、松本拓磨さん、加藤のぞみさん、松波美里さん、樹下勝弥さんの協力を得ました。

『新型コロナウイルス感染症が世界的に流行する状況下における心理士のための指針』（Guidance for psychological professionals during the COVID-19 pandemic）、全国心理職能団体連合（The national Psychological Professions Workforce Group and professional bodies）,2020

<資料> オンライン面接の有効性

CBT アプローチを使った研究では、破壊的行動障害や強迫性障害への親子治療プログラムについてオンラインと対面で実施した RCT 研究もされており、治療継続率、治療効果、効果持続性において、いずれも 2 つに大差がないことが示されるなど、オンラインの活用が心理療法にとって一つの有効な手段となり得ることが示唆されています。

Journal of Consulting and Clinical Psychology 2017, Vol 85, No2, 178-186

<http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000155>

Journal of Consulting and Clinical Psychology 2017, Vol 85, No9, 909-917

<http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000230>

精神分析アプローチにおいても、1988 年には”Psychoanalysis by telephone”が Bulletin of the Menninger Clinic に掲載されるなど、長きにわたり遠隔治療の試みは続けられてきており、特に国土が広く、国内移住や移動の多い北米では患者の出張や転勤に応じて電話やネットを使って治療を継続する文化は一定根付いています。オンラインによる精神分析的子どもの心理療法については、Dr Schon による事例研究にも詳しく記述されており、下記のような点が指摘されています。

- 子どもたちはオンラインでのコミュニケーションに日頃から十分に親しんでおり (digital native)、その抵抗は大人が思うよりも低い。
- 対面が中断される期間に遠隔での治療を継続することのリスクとメリットを十分に精査することが重要。
- この期間の遠隔治療について話し合い、同意書の更新も含めて明確なコミュニケーションのもとに始めること。
- トラウマや愛着の問題を抱える子どもがセラピストを長期間にわたって「失う」ことのインパクトを考えることは必要。
- すぐに遠隔治療を始めない、子どもや親がそれを希望しない場合でも、遠隔治療の可能性があることを提示しておくことは支援的。
- オンライン面接について、子どもとの間で十分に話し合い自由に不安や期待を表現できるよう配慮する。
- オンライン面接中は、セラピストの画面に見えている映像 (子どもの顔が

見切れていたり、遊びが十分に見えないなど) を子どもに言葉で伝え、何が映っていて何が映っていないかも、面接過程の子どもの表現やコミュニケーションの一つとして配慮すること。

- オンラインでは、セラピストも言葉に頼りやすくなることから、いつもよりも知識化 intellectualized された解釈や言葉がけをしやすくなることに留意すること。
- オンライン面接移行へのアセスメント：子どもの遊ぶ力は十分に確保されそうか、子どものコミュニケーション能力は十分か、治療同盟（画面を通して Th の存在を感じる事が出来る治療関係の内在化）が出来ているかどうか。治療テーマや見立てが定まっていない段階ではオンライン面接でワークを続けることは難しい。
- 子どもにも画面の調整（Th に見せたいものを見せること）や音量などの管理が求められることから、面接におけるコミュニケーションへの積極性を引き出す機会にもなり得る。
- 子どもが必要としている支援に照らし合わせて、オンラインの可能性があるにも関わらず一律に治療を止めてしまうことは子どもの治療への権利を剥奪するものであり、それ自体が非倫理的であるとも考えられる。
- 効果研究については、研究が待たれる状況にある。

Sehon, Caroline M. (2018). "Teleanalysis and teletherapy for children and adolescents?" In Sharff, Jill S. (Eds), *Psychoanalysis online 2: impact of technology on development, training, and therapy*. London. Routledge

【第1版発行日 2020年4月19日】

本ガイドラインに関するお問い合わせはサポチル事務局までお願いいたします。

【発行元】

認定 NPO 法人 子どもの心理療法支援会（サポチル）

〒604-8187 京都市中京区東洞院通御池下ル笹屋町4 4 4 初音館3 0 2

TEL: 075-600-3238 E-mail: info@sacp.jp