

遠隔カウンセリングご利用にあたって（同意書）

長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

制定 2020年10月1日

改訂 2024年1月4日

長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）では、心を病む方々とそのご家族、関係者および地域の方々に対し、安心と満足を提供することをめざして、メンタルヘルスケアをおこなっており、その一環として遠隔カウンセリングを実施しています。遠隔カウンセリングの利用を希望される方は、以下の説明にご同意の上、お申し込みください。

【遠隔カウンセリングのしくみについて】

1. 遠隔カウンセリングは電話やインターネット回線を利用したカウンセリングです。メールによるカウンセリングは行っていません。インターネット回線を利用したカウンセリングではZoomを使用します。対面と同等のサービスを提供できないことを予めご了承ください。遠隔カウンセリングによって生じる通信費、通話料はご自身で負担してください。
2. 技術的な問題でインターネットの接続不良や中断があった場合は、電話によるカウンセリングに切り替えさせていただきます。連絡がつかない場合はキャンセルとさせていただきますのでご注意ください。
3. 遠隔カウンセリングは有料で、医療保険および介護保険は適用されません。1回毎の料金を予約日の3日前までに振り込んでください。未納の場合はキャンセルとみなします。入金時や返金時の手数料はご自身でご負担ください。

料金：9,000円/50分、5,000円/25分（消費税別）

※ただし、カウンセラーを指名する場合は、1回につき500円（消費税別）を追加させていただきます。

振込先：〔銀行名〕京都銀行 長岡支店 〔種別〕普通 〔番号〕3785954

〔口座名義〕一般財団法人長岡記念財団 長岡病院 患者会計 理事長 中野種樹

4. 予約された遠隔カウンセリングの当日のキャンセルについては、以下のキャンセル料金をいただきます。
 - ・予約時間までにご連絡いただいた場合：カウンセリング料金の50%
 - ・無断でキャンセルされた場合：カウンセリング料金の100%
5. 連絡なく面接の空白期間が3ヶ月をこえた場合は終結とみなします。再度、遠隔カウンセリングを希望される時は新規にお申し込みください。
6. 医療機関や他の相談機関等で治療やカウンセリングを受けている場合、ご本人の了解を得たうえで、その機関の主治医や担当者と連絡を取ることがあります。
7. カウンセリングのご利用にあたっては、基本的な約束をお守りください。ご本人の病状が不安定であると判断した時や自傷他害のおそれ、器物破損等の行為がみられるなど、遠隔でのカウンセリングが適切ではないと判断した際には、実施しない、あるいは対面でのカウンセリングに切り替える場合もあります。
8. 遠隔カウンセリング利用中の利用者および利用者側環境に応じるあらゆる問題について当院は一切の責任を負いません。
9. カウンセラーの判断により当院での受療や他機関への相談をお勧めすることがありますので、あらかじめご了承ください。
10. 諸般の事情により、担当カウンセラーが交替することがあります。

【プライバシーの保護について】

1. カウンセリングでお話されたことについて、カウンセラーがご本人の了解なく口外することはありません。ただし、以下の項目に該当する場合、ご本人や他の人を守るために、適切な人および機関に情報を提供することがあります。
 - (1) 法に従って証言の義務が課せられる場合
 - (2) カウンセリングを受けているご本人自身や他の人に重大な危険が及びうる場合
2. 情報漏洩のリスクを最小限にするために、フリーのWi-Fiは使用しないでください。プライバシーの保護には最大限努めておりますが、ハッキングのリスクは0ではありません。情報漏洩などの問題が生じても当院は責任を負いかねます。
3. 遠隔カウンセリングの中の録画・録音・撮影・SNSへの投稿は禁止します。また、許可なく第三者を同席させることも禁止します。面接担当者も許可なくそれらを行うことはありません。
4. 遠隔カウンセリングでは、プライバシーが守られる静かな環境の確保が必要です。カフェやコンビニなどの場所は絶対に避けてください。自宅でも、あなた以外の方が途中で入ってきたり話を聞かれたりするののないよう、ご自身で調整してください。背景についても、映り込むものに不都合がないかご確認ください。
5. 技能を向上し、よりよいカウンセリングをおこなうため、個人を特定できない形に内容を変更しプライバシーを守ったうえで、専門の学会や研究会において専門家による検討をおこなうことがあります。

ご質問がありましたら、担当カウンセラーにお尋ねください。上記に同意のうえ、カウンセリングをおこなうことをお決めになりましたら、下記にご署名ください。

以上の内容について、同意します。

日付：_____年____月____日

ご本人署名：_____

保護者署名：_____