

ヒプノセラピー（催眠療法）施術同意書

オンライン（遠隔）セッション用

1 基本情報

施術者氏名・屋号：

クライアント氏名：

セッション実施日：

クライアントの所在地（国・地域）：

2 ヒプノセラピーとは

ヒプノセラピーは、リラックスした集中状態（催眠状態）を活用し、クライアント自身の気づきや行動変容を支援する補完的アプローチです。施術者はクライアントを「コントロール」するものではなく、クライアントは催眠状態の間も自分の意思で行動を選択でき、いつでも目を開けたり中断したりすることができます。

ヒプノセラピーは医療行為、心理療法、精神医学的治療の代替ではありません。診断や投薬の変更を行うものではなく、既存の医療・心理的治療を置き換えるものではありません。

3 ご提供メニューの範囲

本同意書は、以下を含む施術メニューに適用されます。

- 一般的なリラクゼーション・ストレス軽減を目的としたセッション
- 禁煙・減量・習慣改善など、行動変容を目的としたセッション
- 不安、トラウマに関連する不快感の軽減など、より専門的なテーマを扱うセッション

トラウマや強い不安を伴うセッションについては、施術者は心理師ではありますが、ヒプノセラピーという手法自体には対応できる範囲に限界があることをご理解いただき、セッションを通じて症状が悪化した場合には、専門の医療機関への紹介を受け入れることに同意するものとします。

4 禁忌事項・適用除外

以下に該当する場合は、事前に施術者および主治医にご相談ください。施術をお断りする場合、または医師の許可を条件とする場合があります。

- てんかんの既往、または発作性疾患
- 統合失調症、解離性障害など、現実検討力に影響する精神疾患の診断歴
- 重度のうつ病、希死念慮、自傷の既往がある場合
- 妊娠中（一部の暗示・呼吸法が適さない場合があるため）
- 現在、向精神薬による治療を受けている場合

☐ 上記のいずれにも該当しません。

☐ 該当する項目があり、別途施術者と相談のうえ同意します。

5 オンライン（遠隔）セッションに関する事項

5.1 通信・環境

- 安定したインターネット環境、静かでプライバシーが確保された空間をご自身でご用意ください。
- 通信障害等によりセッションが中断した場合の取り扱い（再開・振替・返金等）は別途定める規定によります。
- セッション中は催眠状態に入るため、自動車の運転中や機械操作中などの実施は禁止します。

5.2 録画・録音

☐ セッションの録画・録音に同意します（記録は守秘義務のもと、本人の振り返り目的に限り保管されます）。

☐ 録画・録音には同意しません。

なお、上記でご同意いただけなかった場合でも、施術者が治療上有益と判断した際には、改めて録画・録音をご提案させていただきますことがあります。その場合も、実際の録画・録音にはその都度クライアントの同意を要するものとします。

5.3 緊急時の対応

オンライン施術の特性上、施術者はセッション中のクライアントの身体的安全を物理的に保証できません。クライアントは、セッション環境（転倒の危険がない場所等）について自己責任で確保するものとし、緊急連絡先を以下に記載するものとします。

緊急連絡先（氏名・続柄・電話番号）：

6 専門機関への紹介について

セッション中に、施術者の専門範囲を超える医療的・精神医学的な懸念が認められた場合、施術者はセッションを中断し、医師・精神科医等の専門家への相談を勧めることがあります。これはクライアントの安全を最優先するための措置であることにご理解ください。

7 想定されるリスクと限界

- 効果には個人差があり、特定の結果を保証するものではありません。
- セッション後に一時的な眠気、感情の高まり、過去の記憶の想起などが生じる場合があります。
- ヒプノセラピーは確立された医学的エビデンスが限定的な分野を含むため、補完的な手法として位置づけられます。

8 守秘義務とデータの取り扱い

セッション内容および個人情報、法令上の開示義務がある場合（自傷・他害のおそれがある場合等）を除き、第三者に開示しません。国際的なクライアントに対応するため、各国のデータ保護関連法令（例：EU一般データ保護規則[GDPR]等）の趣旨に沿った適切な管理を行います。

9 キャンセル・返金規定

キャンセルポリシー、返金規定については別紙または予約システムに定める規定によるものとします。

10 同意の撤回

クライアントは、セッション開始前・最中を問わず、理由の如何にかかわらず、いつでも同意を撤回し、施術の中止を求めることができます。

11 備考・その他の情報

任意：施術者が把握しておくべき既往症、服薬中の薬、その他の事項：

12 署名

私は本同意書の内容を読み、理解し、上記すべての事項に同意します。

クライアント署名： 日付：

施術者署名： 日付：

※本書式はテンプレートです。提供先の法域における法務専門家のレビューを経たうえでご使用ください。