インターネットはメンタルヘルスの援助方法を補完・増強できるか

代表研究者　　小堀修　国際医療福祉大学　赤坂医療福祉マネジメント学部　准教授

1 研究調査の目的

本研究は、WEB 会議や SNS が、うつ病や不安障害といった精神疾患への援助方法を補完・増強できるかを検証する。研究 1 は、メンタルヘルスに特化した SNS を利用することが、援助を求める行動を促進するかを検証した。研究 2 は、WEB 会議でカウンセリングを提供することへの抵抗感や問題点を、カウンセラーの視点から明らかにしたうえで、WEB 会議でカウンセリングを提供するうえでの倫理要綱となるガイドラインを作成した。

精神疾患は 5 大疾患のひとつであり、その社会的損失は、計 8 兆円以上と試算され、年間 25,000 人を超える自殺者の 6-9 割は、何らかの精神疾患を抱えている。他の疾患と同様、精神疾患もできるだけ早く治療を始めることが重要であるが、症状を自覚しても受診しない、カウンセリングを受けたいが価格が高い、住んでいる地域にカウンセラーがいないといった問題がある。

WEB 会議でのカウンセリングは、どこからでもアクセスできる、対面のカウンセリングより低価格であるといった利点がある。しかし我が国では、WEB 会議でカウンセリングを提供するカウンセラーの数は少なく、これから発展が期待される、発展させるべき領域である。以上の背景を踏まえ、情報通信技術の利用が、メンタルヘルスの援助方法を補完・増強するかを検証する。具体的には 2 つの研究を通じて、メンタルヘルスに特化した SNS が担う役割を明らかにしつつ、カウンセラーが WEB 会議で援助しやすい環境を整備していく:

研究 1: うつ症状を抱える者を対象にした SNS 上で他のユーザーと交流することが、偏見やスティグマが減ることにつながり、精神科クリニックなどを受診しやすくなるか、WEB 会議によるカウンセリングの利用が促進されるかを検証した。

研究 2: WEB 会議の利点だけでなく、オンラインでカウンセリングをすることの問題点や心理的な障壁を明らかにするため、カウンセラーを対象とした質的研究を行う。その結果を踏まえ、WEB 会議でカウンセリングを提供する組織の代表者と、オンラインのカウンセリングのための倫理要綱とガイドラインを作成した。

2 研究 1

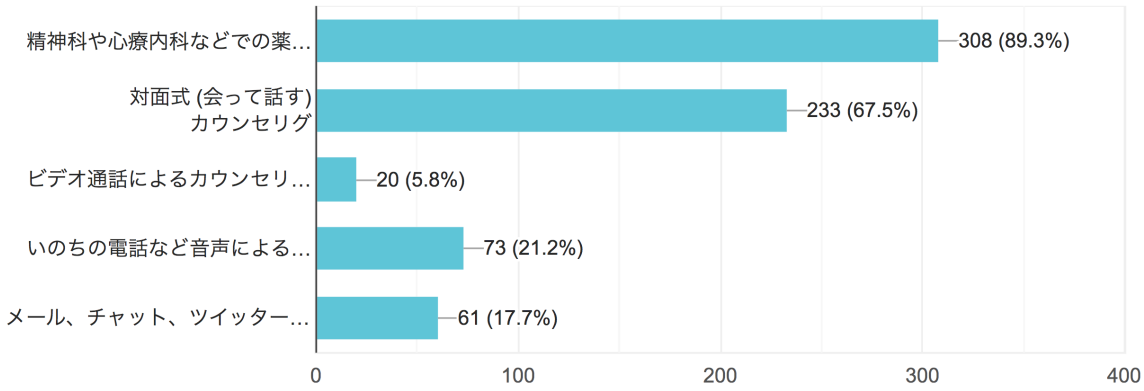
2-1 目的

U2plus.jp は、メンタルヘルスの問題を持った者が、オンラインで、簡単な認知行動療法を実践しながら、互いに支え合うサポートグループとしての機能を持ったコミュニティである。このようなオンラインのコミュニティあるいはセラピストの支援のないオンラインプログラムは、症状を改善させる効果は小さいことが指摘されている (Anderson, 2016)。本調査では、U2plus を利用することで、症状の改善のほかに、どのような効果があるかを探索することを目的とした。特に、U2plus を利用する頻度が高いほど、孤独感が低くなるだろう、メンタルヘルスに関するスティグマが低くなるだろう、という仮説を検証した。オンライン調査に参加してもらうよう、23864 名の U2plus 登録者に依頼文とオンライン調査のリンクをメール配信した。2019 年の 11 月 6 日から 11 月 30 日の 4 週間にかけて参加を募集したところ、350 名からの回答があった。よって回収率は 1.2%であった。

2-2 対象者の属性

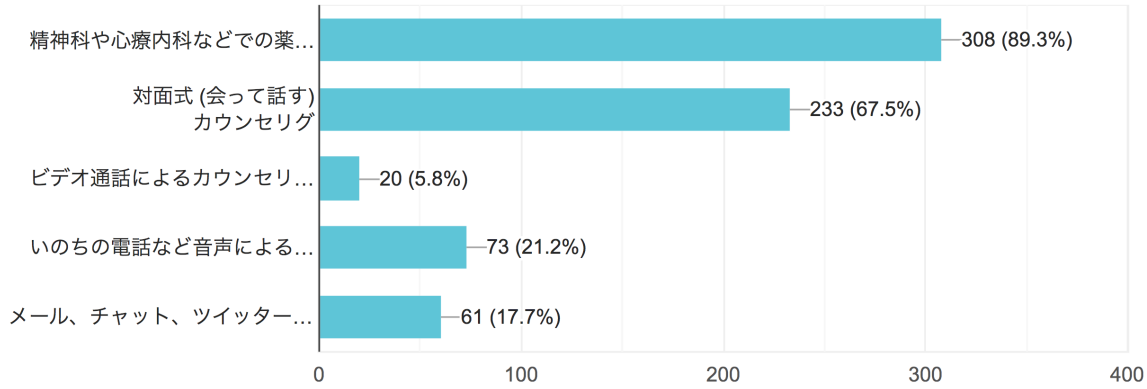
女子 219 名、男子 118 名、不明 13 名であった。平均年齢は 38.36 歳 (SD=10.095)であった。まず、これまで受けたことのあるメンタルヘルスのサービスについて複数選択してもらったところ、以下の図のような結果となった。90%に近い参加者が薬物療法の経験があり、3 分の 2 に近い参加者が対面式のカウンセリングを受けたことがあった。

公益財団法人電気通信普及財団
研究調査助成報告書　第36号　2021年度



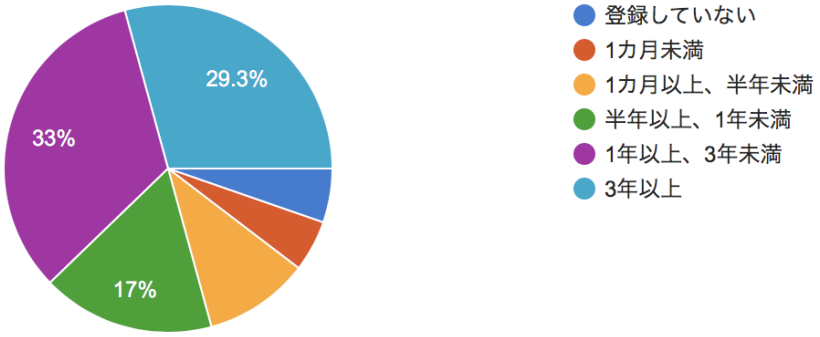
2-3 対象者の属性

女子 219 名、男子 118 名、不明 13 名であった。平均年齢は 38.36 歳 (SD=10.095)であった。まず、これまで受けたことのあるメンタルヘルスのサービスについて複数選択してもらったところ、以下の図のような結果となった。90%に近い参加者が薬物療法の経験があり、3 分の 2 に近い参加者が対面式のカウンセリングを受けたことがあった。



2-4 U2Plus の利用状況

U2plus に登録している期間を調査したところ、1 年以上と回答した者が 3 分の 2 を占めた。このことからも、短期的に症状を改善するという機能ではなく、長く利用し続ける何らかの理由があることが示唆された。

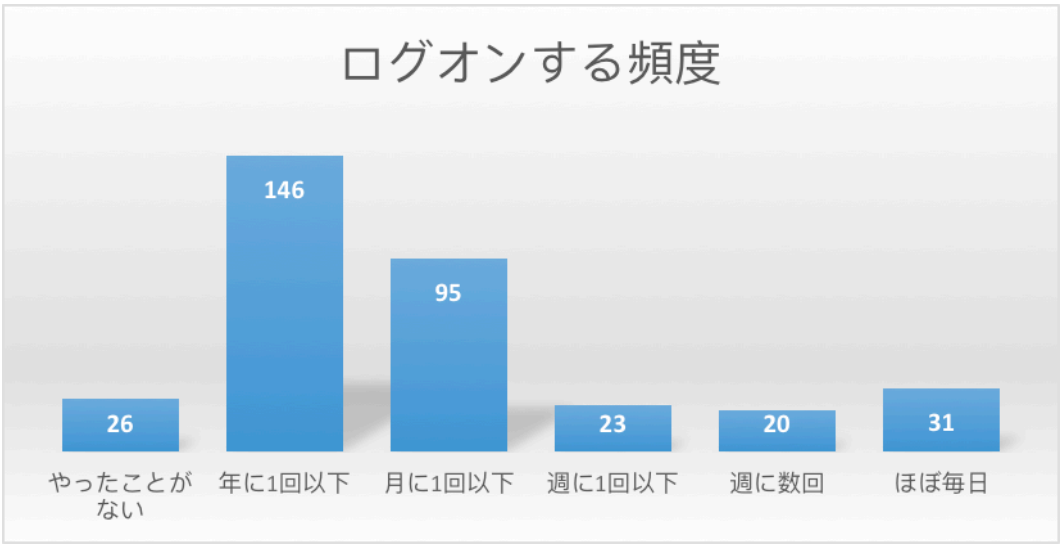


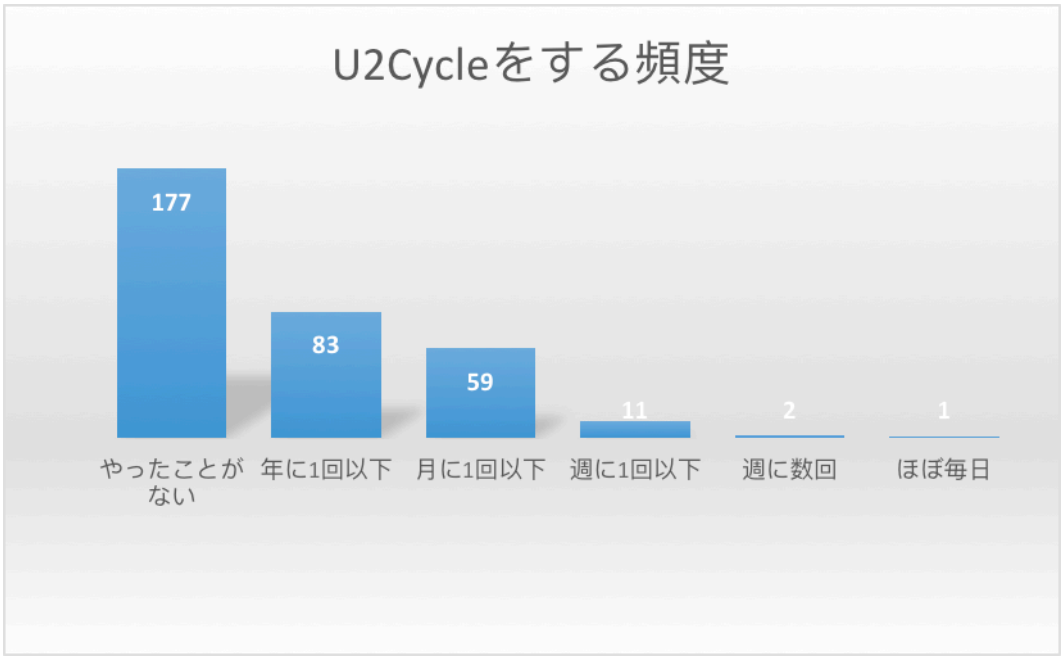
次に、U2plus のそれぞれのアクティビティを実施する頻度を「やったことがない」から「ほぼ毎日」までの 6 件法で回答してもらった。各アクティビティの説明は以下のとおりである:

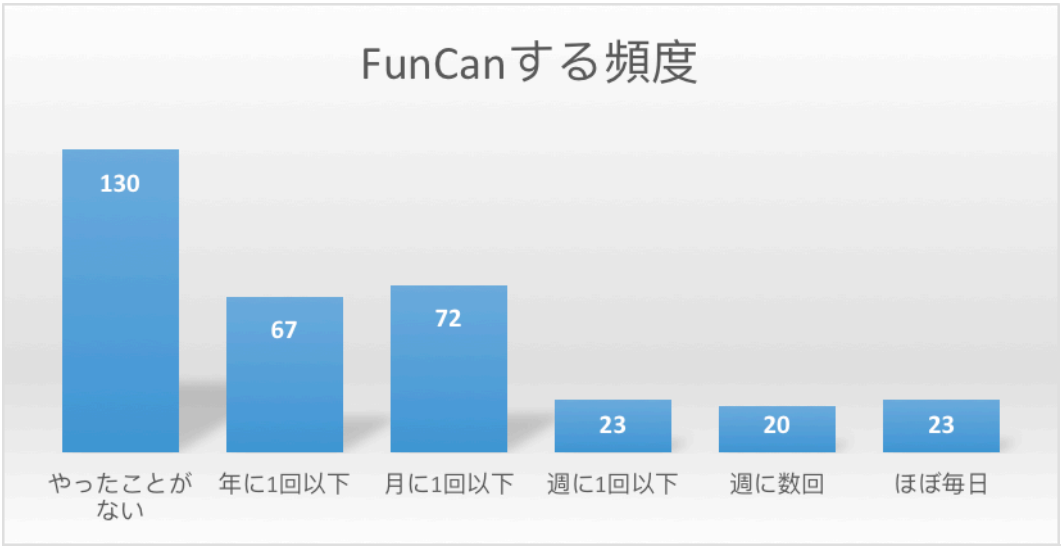
- ログオン: ユーザー名とパスワードを入力して U2plus を閲覧すること
- FunCan: 自分ができたこと、楽しめたことを、どれだけ小さくともいいから投稿すること。他のユーザーに公開することも、非公開にすることもできる

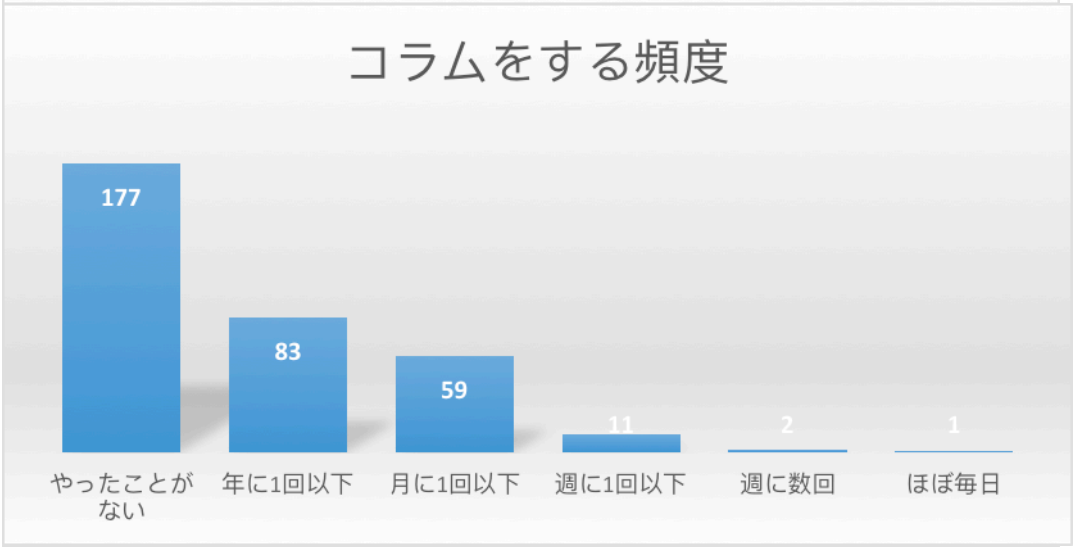
•コラム: 嫌な気分になったできごと、そのできごとに対する見方やうけとめかた、気分の程度を書き込む。別の見方や受け止め方ができないかを探すことで、嫌な気分の程度を下げようとすること。他のユーザーに公開することも、非公開にすることもできる
•リアクション: 他のユーザーが投稿したFunCanやコラムに対して「いいね」などあらかじめ設定された方法で応答すること。
•U2 Friendを読む: 各ユーザーが、自分がメンタルヘルスの問題を抱えるに至った経緯やその経過、その他の自己紹介をするページを持っている。他のユーザーに公開されている場合、どのようなユーザーかを読んで知ることができる

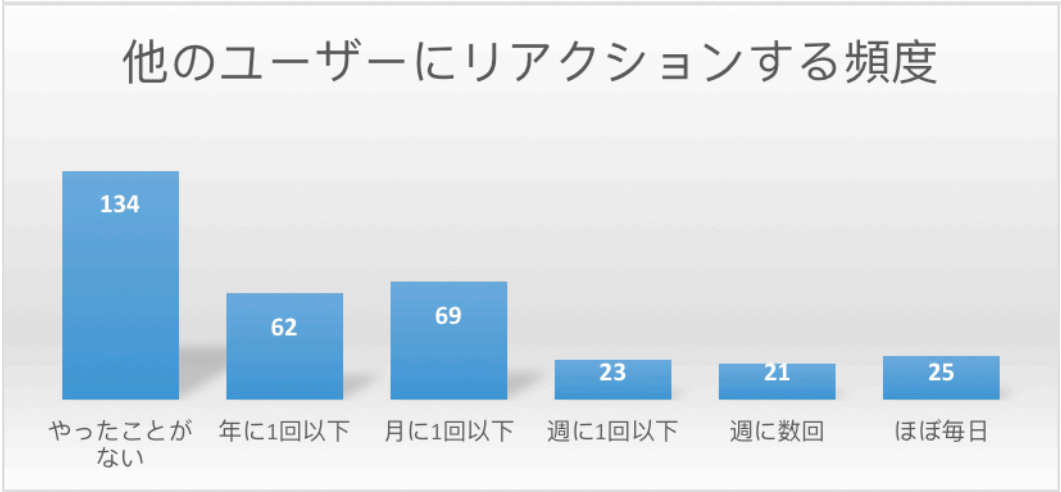
以上のアクティビティを実施する頻度についてのヒストグラムを示したところ、週に1回以上の頻度でログオンしたり、FunCanなどの活動を行うユーザーは、およそ20%であることが明らかとなった。登録はしているが、継続的に利用していない者が多数であり、これらの頻度と上記の登録期間との相関係数を算出すると、長く登録している人ほど利用頻度が下がることが示唆された。登録してすぐは利用する頻度が高いが、叙々に利用しなくなり、場合によっては、何かつらいことがあったら利用するために登録を続けている者がいるかもしれない。

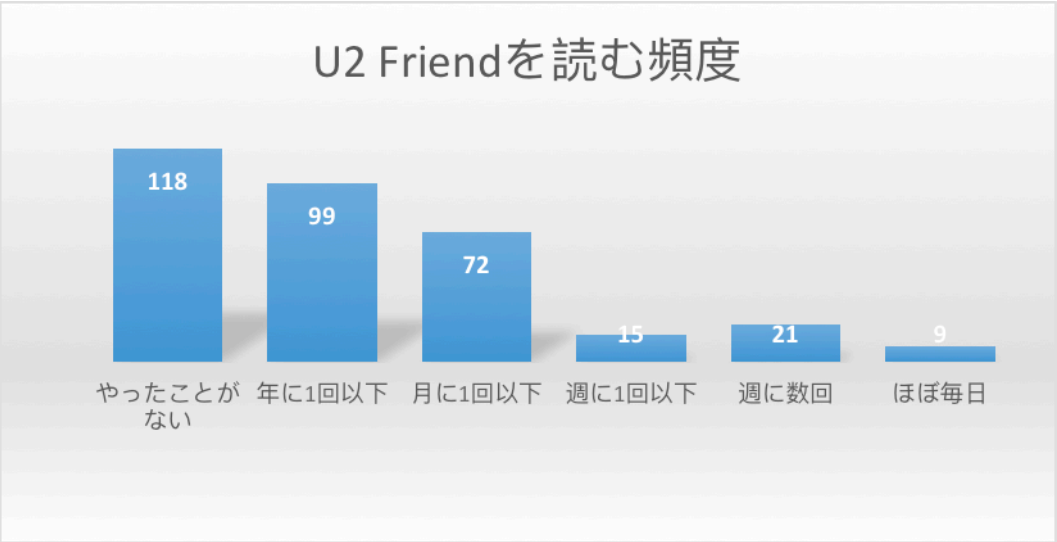





FunCanする頻度
130
67
72
23
20
23
やったことがない
年に1回以下
月に1回以下
週に1回以下
週に数回
ほぼ毎日


コラムをする頻度
177
83
59
11
2
1
やったことがない
年に1回以下
月に1回以下
週に1回以下
週に数回
ほぼ毎日


他のユーザーにリアクションする頻度
134
62
69
23
21
25
やったことがない
年に1回以下
月に1回以下
週に1回以下
週に数回
ほぼ毎日



2-5 使用した尺度と相関分析

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001)

PHQ-9 は、9 項目で抑うつ症状を測定する自己報告式の質問紙である。各症状についての頻度を“全くない”から“ほとんど毎日”の 4 件法で回答する。

Linkスティグマ尺度 (Devaluation-Discrimination Scale: *Link, 1987; Linkら, 1989)*

日本語版の Link スティグマ尺度 (下津ら, 2006) を使用した。Link スティグマ尺度は、精神的治療を受けたことのある人を見下したり差別したりするような態度を測定し、そのような人たちの社会的親密さ (項目例“多くの若者は，深刻な精神疾患で入院したことのある人と、デートしたがらないだろう”)、知的能力の評価 (項目例“多くの人は精神的な治療を受けたことのある人を低く見ている”)、雇用の受け入れ (項目例“多くの雇用者は他の応募者の方を選んで，精神的な治療を受けたことのある人を候補から外すだろう”) などについて問う。12項目を“全くそう思わない”から“とてもそう思う”までの6件法で回答し、得点が高いほど、スティグマを持っていると解釈する。

General Help-Seeking Questionnaire (Wilson et al, 2005).

従属変数として、General Help Seeking Questionnaire を用いた。この尺度は、援助希求の意図 (Intention) を測定する自己記入式尺度である。感情的な問題を抱えたときに、参加者は、各資源からどのくらい援助を求めるか、”全くそうしないだろう”から“極めてそうするだろう”の7件法で回答する。援助を求める資源として、身体の専門家、精神科医や臨床心理士、オンラインの相談機関、の3つの項目の平均値を“専門家”の得点とした。次に、恋人や配偶者、友達 、家族の3つの項目の平均値を ”知人”の得点とした。

各尺度の記述統計

	平均値	標準偏差
Link スティグマ尺度	48.965	10.421
PHQ-9	12.377	6.949
改訂 UCLA 孤独感尺度	51.917	12.397
援助希求-専門家	4.534	1.265
援助希求-知人	3.715	1.326

U2plus の利用頻度との相関分析

	Link スティグマ尺度	PHQ-9	改訂 UCLA 孤独感尺度	GHSQ-専門家	GHSQ_知人
ログオン	0.001	0.048	-0.002	.110*	-0.032
FunCan	-0.005	0.046	-0.042	.111*	-0.020
コラム	0.027	.161**	0.047	0.037	-0.045
U2Cycle	0.042	.125*	0.068	0.049	-0.048
リアクション	-0.015	0.072	-0.017	0.103	-0.036
U2Friend	-0.018	0.099	0.022	0.063	-0.011

考察: 仮説に反して、U2plus の利用頻度は、スティグマや孤独感の低さと結びつかなかった。スティグマの間接的な指標となる援助希求との関連では、ログオンして FunCan を使う頻度が高いほど、専門家に援助を求めようとする意図が高くなることが示唆された。これは U2plus を使うことで援助を求めるための敷居が下がるというよりは、自分の問題を解決するために利用可能な資源を活用しようとする、問題解決への積極的な態度が両者に影響していると考えられる。最後に、抑うつ症状が高いほど、コラムや U2Cycle を利用していることが明らかとなり、これは症状を自覚しているものほど認知行動療法に取り組んでいることが示唆された。

総合考察: U2plus のようなオンラインサポートグループ、ガイドのないオープンアクセスプログラムが持つ代替機能として、孤独感やスティグマの低減は確認できなかった。すでに薬物療法やカウンセリングを受けたことのある者が、自ら主体的にリハビリテーションをする/リハビリテーションを再開するために、代替手段として利用/登録していることが示唆された。

3 研究 2

3-1 背景と目的

近年、医療提供体制の地域間格差を是正するために、「遠隔診療」が注目されている。遠隔診療の活用により、地方に住む患者であっても、 ひきこもり状態で外出が困難な患者であっても、その症状にあった専門家から治療を受けられるようになることが期待される。Cotree や HIKARI Lab など企業セクターにおいても、オンラインでカウンセリングが提供されており、このようなサービスは増加することが見込まれる。本研究では、このような遠隔診療やオンラインでの心理的援助を、メンタルヘルスの領域で実践する利点と問題点を、セラピーを提供する者の視点から質的に明らかにする。

3-2 方法の概略

オンラインで心理的援助を実践したことのある医療従事者に対して、半構造化面接を実施した。オンラインでの心理的援助について、その利点と問題点についてインタビューし、質的分析を行った。なお、インタビューへの参加者が当初の予定に達しないことが予想されたため、セラピストに対する調査を追加することで情報収集を継続した。調査の結果は、次のセクションに記載する。

3-3 対象者

30 代の男性 2 名、30 代の女性 2 名、50 代の男性 1 名。資格としては、臨床心理士の保持者が 4 名、看護師が 1 名で、このうち 4 名が公認心理師も取得していた。全員がオンラインでビデオ通話によるカウンセリングの経験があった。

3-4 インタビューガイド

以下の質問項目を基本にして、適宜、必要に応じて質問を追加した。

1) オンラインでどんな心理的援助をしているか
2) オンラインでの援助を始めたきっかけや動機
3) セラピスト、ユーザー双方にとって、オンラインの調査の利点

4)　オンライン特有のやりづらさ、トラブルなどの経験
5)　オンラインに特有の倫理的な問題について
6)　オンラインの心理的援助を管理するサービス経営者、大学、学術団体への要望

3-5 分析方法

質的研究法のひとつである主題分析を行った。Braun and Clarke (2006) のガイドラインを利用して、以下の手続きに従った。

1) Familiarizing yourself with your data: Transcribing data (if necessary), reading and re-reading the data, noting down initial ideas.
2) Generating initial codes: Coding interesting features of the data in a systematic fashion across the entire data set, collating data relevant to each code.
3) Searching for themes: Collating codes into potential themes, gathering all data relevant to each potential theme.
4) Reviewing themes: Checking if the themes work in relation to the coded extracts (Level 1) and the entire data set (Level 2), generating a thematic 'map' of the analysis.
5) Defining and naming themes: Ongoing analysis to refine the specifics of each theme, and the overall story the analysis tells, generating clear definitions and names for each theme.
6) Producing the report: The final opportunity for analysis. Selection of vivid, compelling extract examples, final analysis of selected extracts, relating back of the analysis to the research question and literature, producing a scholarly report of the analysis.

3-6 結果と考察

A アクセシビリティがもたらす多様性

o　専門家がいない地域に届く: クリニックや病院が近隣にない場合でも、あるいは、特定の心理学的問題(例えば強迫性障害) の専門家が通える範囲にいない場合でも、オンラインで援助を求めることができる。さらに、重度の精神症状で外出が困難である場合 (e.g. 社交不安や醜形恐怖、強迫性障害) や、身体障害などで移動が困難な場合でも、援助を受けることが可能となる。

o　低価格で提供できる: 援助を提供するセラピストが自宅で仕事ができるため、場所代や移動費のコストがなくなり、価格を低く設定できる。心理学的な問題を抱えたときに、値段が障壁となる程度も低くなるため、より多くの人々に心理的援助を届けることができる。

o　スキマ時間の活用: 地域によっては、心理の資格を持ちながらも、勤務先で心理検査などの業務しか実施できない場合がある。そうしたセラピストにとっては、心理療法を実践する機会となり、仕事に対する満足度やキャリアアップにつながる。心理の資格を持った大学の教員も、教育や実習の業務におわれ、自身が臨床実践を行う時間が極めて限られている。オンラインの心理学的援助は、どこからもアクセスでき、かつ、隙間時間を使って心理学的援助ができる。他の職業と同様に、育児中のセラピストも空いた時間を使って臨床実践の継続と収入の維持が可能となる。クライアントも同様に、クリニックや相談室までの移動時間、待合室での待機時間が確保できなくとも、オンラインであればカウンセリングを受けることが可能になる場合がある。

考察: オンラインによってアクセシビリティが高まることで、心理的援助への参入の仕方も多様になることが予想され、それはリスクを伴う。例えば生活拠点を海外におくセラピストが、極めて低価格で、時差を利用して深夜の時間帯に、援助を提供することも可能となるため、オンライン英会話のような価格競争が生じかねない。

B オフラインで起こりうる問題が「加速」しうる

o　偽名の使用、住所や緊急連絡先の非公開: 保険証などの提出が必要ない場合、援助を求める側は、偽名を使ったり、住所をごまかして書くことができる。オンラインでは元来「ハンドルネーム」というニックネームを使う習慣や「匿名性」という文化があるため、偽名を使うことへの抵抗が下がる。特に住所を届けていない場合、援助中に危機的な状況になった際、警察や救急車が介入することが不可能になったり、かなりの時間が必要になる。

o　セラピストの孤立: 心理職は病院やクリニック、あるいは福祉施設においても、一人職場、つまり、同じ職種が職場にいないことが多い。オンラインで援助をする場合、同じ職種の者が組織に所属していたとしても、そのような同僚と接触する機会が極めて限られる。このため、自分が担当しているケースについてのちょっとした相談や、雑談を通じた情報交換や気分転換をする時間がほとんどなくなってしまう。

o　入室する部屋を間違える: クリニックや相談室においても、他のセラピストがすでに使用している部屋にうっかり入ってしまうことがある。オンラインでの援助においても、似たような問題が起こりうる。情報漏洩が起こらないよう、パスワードなどで管理された「ビデオ会議室」を設定しても、システムのエラーなどで、「ダブルブッキング」してしまったり「入室」してしまうことがある。
o　録音を拡散される: 心理的援助を録音して、セラピストが自己研鑽に利用したり、クライアントがえ話し合ったことの復習に利用することがある。通常は、録音の利用方法を話し合い合意したうえで、双方が録音するが、クライアントがセラピストに断りなく録音して、音声を公開してしまう可能性がある。これはオンラインで加速しうる問題といえる。なぜならば、クライアントが本名を使っていない場合、もしくは、個人が特定される情報を提供していない場合、自分を匿名にしたまま音声を公開、拡散できるためである。

考察: セラピストの活動がオンラインに限定されている場合、そのセラピストが本当に資格を持っているか、援助を求める側が確かめることが難しくなるだろう。セラピストはリスクアセスメントを持続的に行い、クライアントの本名や住所が不明確の場合は、本名や正確な住所を提供するよう交渉する必要性を意識しなければならないだろう。セラピストの臨床実践がオンラインに限られた場合、担当している事例を相談できる仲間や場を確保する必要性を認識しなければならないだろう。録音については、するかしないかに関わらず、その利用方法について、同意書などで説明する必要があるだろう。

C 日常性と治療構造の葛藤
o　生活状況の把握: クライアントの同意をえたうえで、ウェブカメラなどを通じて、どのような部屋に住んでいるのかを瞬時に把握することができる。その結果、衛生状況や睡眠の環境だけでなく、服や持ち物、家具などの特徴から、その人の趣向や興味関心を推測することも可能となる。
o　問題行動が生じやすいこと: 一方で、刃物や食品のストックなど自傷や無茶食いをするための手段や、過去の記憶を想起させて自傷や無茶食い、解離状態の引き金となる刺激が身近にあるというリスクも伴う。セラピストが近くにいないため、このような行動を制止することがより難しくなる。
o　守りきれない治療空間: クリニックや相談室は、クライアントにとって非日常的な空間であり、そのような守られた場所だからこそ、話せること、表出できる感情もあると考えられる。自宅の場合、急な来客、思いがけない家族の帰宅など、治療空間に入り込んでくる刺激がある。また、スマートフォン、タブレット、パソコンを使ってセラピストと話すことで、他のアプリから通知が入ったり、たまたま開いていたショッピングサイトのことが気になったりと、注意が逸れてしまうこともある。

考察: クリニックや相談室が非日常的な時空間であり、そこに向かうまでの道のりにも特別な意味があるかもしれないことが、改めてハイライトされることになった。自宅からアクセスする場合は、(別室にいる)家族には聞かれたくない話がしにくいかもしれないし、テキストでのメッセージでは抑制が低まる (Suler, 2004) がゆえに「対面ではいいにくいこと」をセラピストに必要以上に伝えてしまう可能性がある。自宅という環境が心理的援助にどのように影響するかは、さらなる検証が必要であると同時に、セラピストが最大限の配慮をする必要があるだろう。パソコンなどのデバイスを用いることは、メールやツイッターなどのアプリでセラピストのアドレスを探してメッセージを送ろうという動機づけも高まるだろう。弁護士のように、そのような連絡方法に応じるのかについては、治療構造にどのような影響があるのかを議論したうえで、セラピストが方針を明示しておく必要があるだろう。最後に、リスク管理として、自傷や解離の可能性が見えた場合、クライアントの近くに誰かにいてもらう、誰かがクライアントの家に向かえるようにしておくなどの対策が考えられる。

D 情報伝達の限界と挑戦
o　限られた情報の伝達: オンラインでビデオ通話をした場合、現行の方法では、全身が見えない、隣にいる人が見えにくい、表情が読み取りにくい、通信環境が悪いとタイムラグが生じる、といった限界がある。心理的援助をするセラピストは、ちょっとした表情の変化や体の動きを察知する習慣があるため、このような限界をストレスに感じることが多いだろう。
o　共同作業の限界: クリニックや相談室では、セラピストとクライアントが 2 人で、1 つの紙やホワイトボードに書き込むなど、共同作業が行われる。このような共同作業は、治療同盟に貢献したり、クライアントの主体性や積極性を高める。オンラインでも、Drawing Pad などを用いて、共有された画面に 2 人で書き込むことが可能であるが、クライアントの使う端末に依存したり、実際に顔を付き合わせて行う共同作業よりも一体感が小さくなる。

考察: これらの限界の一部は、テクノロジーの発展によって克服できる可能性がある。例えば、いずれ全身が見えるようになるだけでなく、VR などで目の前に複数の人が存在するような通信技術が利用できるようになるかもしれない。同意されることはないかもしれないが、サーモグラフィーなどでクライアントの体の変化をリアルタイムで測定したり、脳内の血流の変化をモニターすることも可能となるだろう。オンラインでの共同作業には限界があるものの、ICT 教育の普及によって、それを限界と感じない世代がやってくるかもしれない。つまり、画面上での共同作業に慣れており、それを紙の上の共同作業よりも好む世代が登場する可能性がある。セラピストは、クライアントの年齢や教育歴などから、そのようなデジタル親和性をアセスメントしながら、どの機能をどこまで使うかを提案していくことが望まれる。

3-7 総合考察:
(1) オンラインでの心理的援助は、上記のように患者にとってのメリットだけでなく、医療従事者のキャリアにとっても望ましい影響があることが明らかとなった。(2) つぎに、通信の精度やセキュリティの問題に関しては、情報技術の発展と同時に改善されていくと期待されていたが、モデリングや共同作業、そして自傷行為の予防など、同じ空間を共有していないがゆえの限界も指摘された。(3) 最後に、普及を目指すべくサービスの敷居を下げようとすると、倫理的な問題が起こりやすくなる可能性があるという、相反する力動が働いていることが明らかとなった。

4 研究 3

4-1 背景と目的

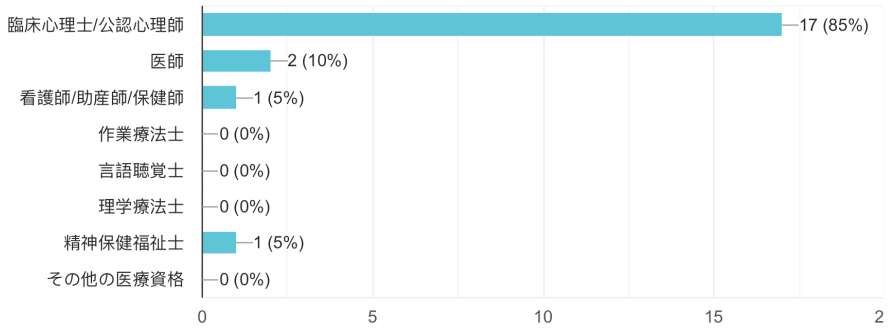
インタビューへの参加者が当初の予定に達しないことが予想されたため、セラピストに対する調査を追加することで情報収集を継続した。この調査では、ビデオ通話によるカウンセリングをはじめとするオンラインでの心理的援助を実践したことがあるか、そのような援助に伴う問題点は何かを明らかにすることを目的とした。

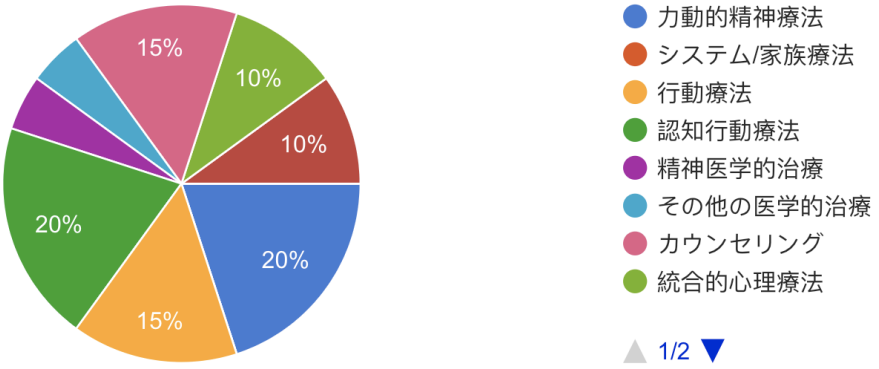
4-2 方法の概略

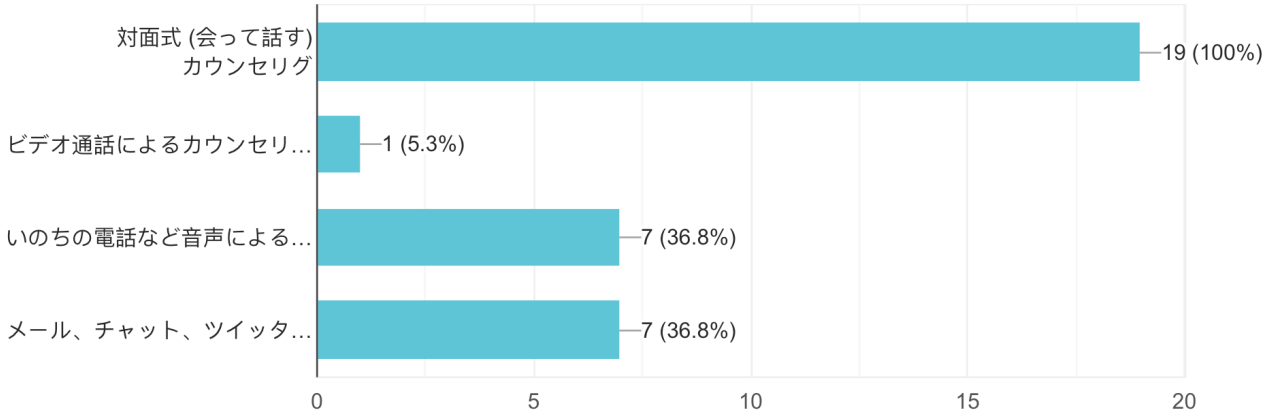
対人援助の資格を持つ者、あるいは、その資格を取得するために大学院等で学習をしている者を対象に、Google Forms を用いてオンライン調査を実施した。

4-3 対象者

男子 14 名、女子 6 名、平均年齢は 35.6 歳 (SD=8.86) 、資格を取得してからの年数 (実務経験年数) の平均は 8.85 年 (SD=8.65) であった。保持している資格と心理的オリエンテーションは以下の図の通りであった。実践経験のある心理的援助を複数回答してもらったところ、下図のような結果となった。20 人全員が対面式のカウンセリングを経験しており、ビデオ通話によるカウンセリングは 1 人のみ、音声によるカウンセリングと文字によるカウンセリングはそれぞれ 7 名ずつであった。このことから、ビデオ通話によるカウンセリングはごく限られたセラピストしか経験していないことが推測された。







4-4 結果と考察

まず、オンラインでの心理的援助に特有の問題について、自由記述してもらった。その結果、非言語情報など伝達される情報が限られていること、継続的なカウンセリングが難しくなること、そして、倫理的な問題が生じやすくなること、が挙げられた。以下に参加者の記述を抜粋してグループに分けた:

情報の伝達が限られていること

- ノンバーバルな情報をどこまで切り落とせるか。ビデオは表情が読み取れるが、電話で表情は読み取れない。情報が少なくなるほど、アセスメントの精度は下がる
- ビデオで顔がみれたとしても、スピーカーを通した音声という点で、まだまだリアルのフェイストゥフェイスで伝わる非言語メッセージがとらえにくい
    - 電話およびチャット(SNS)カウンセリングをしたことがあるのですが、相手の状況(どこ（いるのか、表情、何をしているのか)がわならないため相手のことを理解するのに難しさを感じた
    - ノンバーバルな情報のやり取りが難しいため、言語的なやり取りが中心になりすぎるところがあって難しい。導入前に相手の言語能力や自我機能のアセスメントが必須であり、そこをどのようにカバーするかの難しさを感じる
    - お互いの非言語的コミュニケーションにおいて、対面に比べて伝わらない部分が存在する可能性が考えられる

継続が困難になること

- 継続的な心理療法におけるモチベーション低下が懸念される
- 相手は簡単にセッションを終わらせることができる

倫理的問題

- 守秘義務を守って相談できる環境を保証するのが難しい
- オンラインを介することによる情報漏洩のリスク
- 切られてしまうと一気に繋がりがたたれるので希死念慮のある方の場合が心配
- 記録媒体を Cl が発信しうるプレッシャーに Th はどうたえるか
- 症状が増悪した際に遠隔故に適切な対応がとりにくい
- 通信障害、通話中に第三者が紛れ込んでしまう
- 通信トラブルやタイムラグ

考察: 伝達される情報が限られることは、オンラインでの援助経験がなくとも推測できる問題であり、記述量は最も多かった。継続が困難になるという問題は、ユーザーの視点に立つと、あれこれつまみぐいできる、オフラインでは「ドクターショッピング」に対応する行動がしやすくなることである。心理的援助においては、援助者と被援助者の相性も重要であるため、これはメリットにもなりうる一方で、心理的な問題は継続的な援助によって少しずつ効果が出るものでもあるため、デメリットにもなりうる。

5 ビデオ通話を利用したカウンセリングにおけるガイドライン

近年に公開されているガイドラインから、2020 年春、本邦での実践に役立つと思われるものを、重複をさけるように選定した。選定する上で「オンラインでの心理的援助、特にビデオ通話を利用したカウンセリングを実施あるいは運営する際に、クライアントとのあいだに生じる可能性のある倫理的な問題を予防し、かつ、そのような問題の影響を最小限にすること」を指針とした。このガイドラインは単独で用いるものではなく、対面式のカウンセリングに必要な倫理指針に追加、補完するものである。

Evans, J. (2008). *Online counselling and guidance skills: A practical resource for trainees and practitioners*. Sage.

- どのような支援が受けられるのか、料金、支払い方法、キャンセルの方法についての詳細な情報を開示することが望ましい
- カウンセリング中あるいは終了後に、データをどのように保管、管理、(学会発表やスーパービジョンの目的で) 公開するか、また、データが漏洩する可能性についての情報を開示することが望ましい
- 援助者が持つ資格と訓練の経験について公開し、また、その資格を検証する方法(例: 資格認定協会の連絡先など) を追記することが望ましい
- インターネット回線が不通になった際に連絡を取り合うための電話番号を伝え合うことが望ましい。援助者の電話番号は、個人の番号ではなく、所属する機関の番号であることが望ましい
- 援助者とクライアントのトラブルが解決できないときの手続きと、第三者機関の情報 (ADR センターなど)を開示することが望ましい
- 予約した時間以外に、クライアントが援助者にコンタクトをとる方法 (メールや電話など) と、時間帯や回数等の制限について開示することが望ましい
- 対面式の相談と比較して、幅広いクライアントから依頼があることを踏まえ、文化的な多様性について継続的に学習することが望ましい
- 緊急の問題が生じたとき、あるいは、援助者の専門外の問題が生じたときに備えて、クライアントの居住地で、信頼のできる紹介先を伝えることが望ましい
- セラピストの勤務場所とクライアントの居住地が、保険で補償されるかを確認しておくことが望ましい

Shaw, H. E., & Shaw, S. F. (2006). Critical ethical issues in online counseling: Assessing current practices with an ethical intent checklist. *Journal of Counseling & Development*, *84*(1), 41-53.

- サービスを受けるためには、クライアントが 20 歳以上であること、未成年の場合は、保護者の同意が必要であることを明記することが望ましい
- オンラインでは完全な機密保持が不可能であることを免責事項に明記することが望ましい
- どのような場合に (児童福祉法、精神保健福祉法、道路交通法などに基づいて) 守秘義務を守らないことがあるかを免責事項に明記することが望ましい

- The British Association for Counselling and Psychotherapy: Working online in the counselling professions.
- セラピストが他国に居住し、日本のクライアントにカウンセリングを提供する場合、その国の法律、特に名称独占や業務独占がないか、確認することが望ましい
- 自己研鑽のためだけでなく、オンラインの利点と欠点を理解するためにも、定期的にオンラインでスーパービジョンを受けることが望ましい
- セキュリティを最大にするために、ハードウェアやソフトウェア、ウィルス対策を最新にすると同時に、インターネットセキュリティに関する自らの知識を常に最新に保つことが望ましい
- SNS の利用にあたり公私の区別を明確にし、友人の申請にどのように応じるのか、SNS を介してのメッセージに回答をするのか、あらかじめ伝えておくことが望ましい

全文は認知行動療法学会が和訳している http://jabt.umin.ne.jp/j/headline/200413.html

申請者らの調査にもとづき独自に追加した項目

- ハンドルネームやアバターなどオンラインでの自己提示は匿名性が高いこと背景に、クライアントが実名や住所を偽る、あるいは、伝えようとしない可能性を十分に認識したうえで、危機介入が必要な際、他施設との連携にはこれらの情報が不可欠であることを理解してもらい、氏名と住所、電話番号を伝えてもらうことが望ましい (公認心理師法第 42 条第 2 項も参照すること)
- オンラインの心理的援助において、クライアントが自宅からアクセスする場合、自傷他害をする手段や、解離やフラッシュバックを引き起こす刺激が身近にある可能性を十分に認識し、クライアントが自傷他害をする可能性、解離する可能性が見えた場合、その対応先について速やかに話し合うことが望ましい
- オンラインでの心理的援助をするセラピストは、他の援助者と接触する機会が限られてしまうため、援助に関する相談や、心理的サポートを受けることができるコミュニティを確保しておくことが望ましい
- オンラインでの心理的援助では、互いに録音していることに気づきにくいことからも、録音についての取り決めについて合意しておくことが望ましい
- オンラインの心理的援助では、クリニックや心理相談室のような空間との違いを踏まえて、「他の人に聞かれたくない話」が言いにくくなる、反対に、テキストのやりとりでは抑制が低まり「対面では言いにくいことを書いてしまう」可能性を十分に認識することが望ましい

ガイドラインを公開しているその他の団体

Association for counseling and therapy online: Professional Conduct & Code of Ethics
https://acto-org.uk/professional-conduct-code-ethics/

【参考文献】

Andersson G. The internet and CBT: A clinical guide. London: CRC Press; 2014. ISBN:9781444170214

Barak A, Klein B, Proudfoot JG. Defining internet-supported therapeutic interventions. Ann Behav Med; 2009;38(1):4-17. PMID:19787305

Gowen LK. Online mental health information seeking in young adults with mental health challenges. J Technol Hum Serv; 2013;31(2):97-111. doi:10.1007/s12160-009-9130-7

Spinzy Y, Nitzan U, Becker G, Bloch Y, Fennig S. Does the Internet offer social opportunities for individuals with schizophrenia? A cross-sectional pilot study. Psychiatry Res; 2012;198(2):319-20. PMID:22440545

Kummervold PE, Gammon D, Bergvik S, Johnsen JAK, Hasvold T, Rosenvinge JH. Social support in a wired world: Use of online mental health forums in Norway. Nord J Psychiatry; 2002;56(1):59-65. PMID:11869468

Haker H, Lauber C, Rössler W. Internet forums: A self-help approach for individuals with schizophrenia? Acta Psychiatr Scand; 2005;112(6):474-7. PMID:16279878

Pfeiffer PN, Heisler M, Piette JD, Rogers MAM, Valenstein M. Efficacy of peer support interventions for depression: A meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry; 2011;33(1):29-36. PMID:21353125

Esterling BA, L'Abate L, Murray EJ, Pennebaker JW. Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. Clin Psychol Rev; 1999;19(1):79-96. PMID:9987585

Høybye MT, Johansen C, Tjørnhøj-Thomsen T. Online interaction. Effects of storytelling in an internet breast cancer support group. Psychooncology; 2005;14(3):211-20. PMID:15386774

Lieberman MA, Goldstein, BA. Not all negative emotions are equal: The role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. Psychooncology; 2006;15(2):160-8. PMID:15880627

Ali K, Farrer L, Gulliver A, Griffiths KM. Online peer-to-peer support for young people with mental health problems: A systematic review. JMIR Ment Health; 2015;2(2):e19. PMID:26543923

Goodwin BC, Ford DE, Hsiung RC, Houston TK, Fogel J, Van Voorhees BW. First, do no harm: Referring primary care patients with depression to an internet support group. Telemed J E Health; 2018;24(1):37-44. PMID:28657881

Lawlor A, Kirakowski J. Online support groups for mental health: A space for challenging self-stigma or a means of social avoidance? Comput Human Behav; 2014;32:152-61. doi:10.1016/j.chb.2013.11.015

Burns JM, Durkin LA, Nicholas J. Mental health of young people in the United States: What role can the internet play in reducing stigma and promoting help seeking? J Adolesc Health; 2009;45(1):95-7. PMID:19541256

Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler, M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. Health Serv Res; 2005;40(6pt1):1918-1930. ISBN: 14756773

Entwistle VA, France EF, Wyke S, Jepson R, Hunt K, Ziebland S, Thompson A. How information about other people's personal experiences can help with healthcare decision-making: A qualitative study. Patient Educ Couns; 2011;85(3):e291-8. PMID:21652162

Setoyama Y, Yamazaki Y, Namayama K. Benefits of peer support in online Japanese breast cancer communities: Differences between lurkers and posters. J Med Internet Res; 2011;13(4):e122. PMID:22204869

van Uden-Kraan CF, Drossaert CHC, Taal E, Seydel ER, van de Laar MAFJ. Self-reported differences in empowerment between lurkers and posters in online patient support groups. J Med Internet Res; 2008;10(2):e18. PMID:18653442
Kingdon DG, Turkington D. Cognitive therapy of schizophrenia. New York, NY: Guilford Press; 2004. ISBN:9781593858193

Eysenbach, G. Improving the quality of Web surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). J Med Internet Res; 2004;6(3)e34.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med; 2001;16(9):606-13. PMID:11556941

Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. Psychiatr Ann; 2002;32(9):509-15. doi:10.3928/0048-5713-20020901-06

Inagaki M, Ohtsuki T, Yonemoto N, Kawashima Y, Saitoh A, Oikawa Y, Kurosawa M, Muramatsu K, Furukawa TA, Yamada M. Validity of the patient health questionnaire (PHQ)-9 and PHQ-2 in general internal medicine primary care at a Japanese rural hospital: A cross-sectional study. Gen Hosp Psychiatry; 2013;35(6):592-7. PMID:24029431

Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. Am Sociol Rev; 1987;52(1):96-112. doi:10.2307/2095395

Shimotsu S, Sakamoto S, Horikawa N, Sakano Y. Reliability and validity of the Japanese version of Link's devaluation–discrimination scale. Jpn J Psychiatr Treat; 2006;21:521-8.

Wilson CJ, Deane FP, Ciarrochi JV, Rickwood D. Measuring help-seeking intentions: Properties of the general help seeking questionnaire. Can J Couns; 2005;39(1):15–28.

Houston TK, Cooper LA, Ford DE. Internet support groups for depression: A 1-year prospective cohort study. Am J Psychiatry; 2002;159(12):2062-8. PMID:12450957

Raupach JCA, Hiller JE. Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. Health Expec; 2002;5(4):289-301. PMID:12460218

Masumoto S, Sato M, Maeno T, Ichinohe Y, Maeno T. Association between potentially inappropriate medications and anxiety in Japanese older patients. Geriatr Gerontol Int; 2017;17(12):2520-6. PMID:28858424

Bartels SJ, Aschbrenner KA, Rolin SA, Hendrick DC, Naslund JA, Faber MJ. Activating older adults with serious mental illness for collaborative primary care visits. Psychiatr Rehabil J; 2013;36(4):278-88. PMID:24219769

〈発　表　資　料〉

題　　名	掲載誌・学会名等	発表年月
サイバー空間における心理的援助の来し方と行く末．シンポジウム「サイバー空間を活用した認知行動療法の近未来」	日本行動医学会第 27 回大会	2020 年 12 月 12 日.
4K の 画面の死角に リスクあり： オンライン心理療法の倫理的課題．シンポジウム「インターネットを用いた認知行動療法の実際と課題」	日本認知・行動療法学会第 46 回大会	2020 年 9 月 11 日.

【文字のフォントとサイズについて】

■タイトル
　左揃え　（日）MSゴシック　（英）Arial　14pt

■研究者
　左揃え　（日）MS明朝　（英）Century　10pt（タブ設定されています）

■見出し1
　左揃え　（日）MSゴシック　（英）Arial　11pt

■見出し2
　左揃え　（日）MSゴシック　（英）Arial　10pt

■見出し3
　左揃え　（日）MSゴシック　（英）Arial　10pt

■本文
　左揃え　（日）MS明朝　（英）MS明朝　10pt

■参考文献
　左揃え　（日）MS明朝　（英）Century　10pt

■発表資料
　左揃え　（日）MS明朝　（英）Century　9pt

■注書き
　左揃え　（日）MS明朝　（英）MS明朝　10pt