

表1 医療観察法における精神鑑定の特徴

1. 医療観察法による医療の必要性の鑑定が主目的
2. 刑事責任能力に関する司法判断は決定済み^{*1}
3. 鑑定の結果は合議体審判によって検討される
4. 治療を組み込んだ鑑定作業
5. 医療観察法の医療による事後検証が可能^{*2}

^{*1}責任能力については通常囑託事項に含まれないが、重大な疑義があるときは意見をすることが可能

^{*2}不処遇・却下例については検証困難

為が同法の規定する行為には当てはまらなると判断される場合(放火未遂とされていたものが放火予備罪と認定変更された場合等)や、対象者に責任能力が十分に認められると判断される場合(詐病と認定される場合等)等である。

同法の処遇の全体の流れについては図1に示す。

3 医療観察法における精神鑑定の特徴

医療観察法による精神鑑定は、従来行われてきた刑事責任能力に関する精神鑑定(以下、刑事鑑定)などとは異なる性格を持つ。その特徴は以下の5点に要約できる(表1)。

1. 医療観察法による医療の必要性の鑑定が主目的

同法の精神鑑定は同法第37条に規定されているように、同法による医療が必要であるか否かについての鑑定を行うものである。通常その医療が必要な場合には指定入院医療と指定通院医療のいずれがふさわしいかの意見を添えることが求められる。

2. 刑事責任能力に関する司法判断は決定済み

「心神喪失等の状態」と司法判断された者が同法の申し立て対象となるのであるから、刑事責任能力についての判断はすでになされている。同法による精神鑑定の囑託事項には刑事責任能力に関する問題は通常含まれない。しかしながら同法40条に規定されているように、裁判所は対象行為の認定、心神喪失者等の認定の問題で重要な判断変更があるときには、申し立て却下の判断をすることになるので、同法精神鑑定においてこれらの判

断変更を必要とする知見が得られたときには、その旨の意見を鑑定意見に盛り込む必要がある。ただし一度決定した司法判断、特に確定裁判による司法判断を変更することは容易なことではない。

3. 鑑定の結果は合議体審判によって検討される

通常の刑事鑑定において、その鑑定結果は法律家によって採否の判断がなされる。そこにおいては法律家と精神医療の専門家(鑑定人)の間で見解が大きく異なることも少なからずあるようである。しかしながら同法における審判では、法律家である裁判官だけでなく精神医療の専門家(審判員、参与員)等も合議体の一員として参加することになるので、精神医療の側の意見が盛り込みやすくなる。後で触れるが、同法精神鑑定による処遇意見は多くがそのまま審判で採用されているようである。

4. 治療を組み込んだ鑑定作業

同法による精神鑑定は、同法による医療の適合性を判断するという目的のために、鑑定期間中も積極的に治療を行い、その治療反応性などを鑑定意見に盛り込むことになる。この点が従来の刑事鑑定と異なるところである。急性期病態にある対象者の場合など、もしも鑑定期間中十分な治療をすることなく鑑定入院医療機関で処遇するとなれば、鑑定入院医療機関にとって大きなストレスであるだけでなく、対象者に対する人道上ならびに医療上の大きな問題となりうる。

5. 医療観察法の医療による事後検証が可能

この点が同法精神鑑定と刑事鑑定との最も大きな相違点だと考えられる。刑事司法段階で精神鑑定を受けた被疑者は、刑事司法判断後は矯正施設処遇、医療処遇(医療観察法による処遇ならびに措置入院等による処遇)、釈放などに振り分けられる。このとき原則的にはその鑑定人が刑事司法判断後の対象者について関与する機会はなく、その後の検証は不可能である。しかしながら医療観察法の精神鑑定においては、当初審判後医療観察法による処遇が開始されると、指定入院医療や指定通院医療のもとで通常数年間にわたり同法による医療が継続されることになり、当該裁判所は当該指定医療機関から医療上の情報を受け取り続け

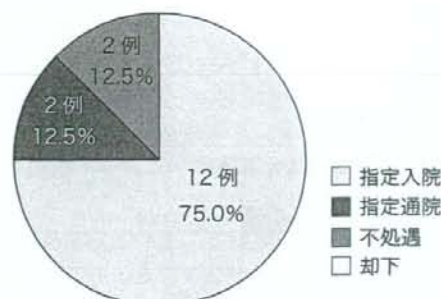


図2 東尾張病院での医療観察法精神鑑定を行った対象者16例の当初審判による決定種目

ることになる。特に当院のように医療観察法の精神鑑定入院、指定入院医療、指定通院医療を併せて担当していると、当院の関係者は同法の処遇の初期から処遇終了まで継続的に関わることが可能となる。

ただし当初審判で不処遇と却下となった者についての事後検証は困難である。このことによる新たな問題点については後で触れる。

4 東尾張病院における医療観察法精神鑑定

1. 鑑定後の審判結果の分析

当院での同法精神鑑定を経た16例の当初審判の結果は、指定入院決定は12例(75.0%)、指定通院決定は2例(12.5%)、不処遇は2例(12.5%)、却下は0であった(図2)。これに対して平成19年1月15日の時点で、全国での同法の申し立ては513件であった。そのうち処遇が決定したものは435件である。そのうち指定入院決定は244例(56.1%)、指定通院決定は100例(23.0%)、不処遇は65例(14.9%)、却下は15例(3.4%)、不明11例であった(図3)。

母集団の対象者数の限界から安易な比較はできないが、当院での同法精神鑑定を経た対象者の指定入院の決定比率は全国平均より高い。また16例中、現在までに14例について鑑定後の経過が当院の医療等によって追跡可能であった。不処遇の2例について現時点では追跡調査ができていない。

当院での医療観察法の精神鑑定を行った者のプロフィールを表2に示す。

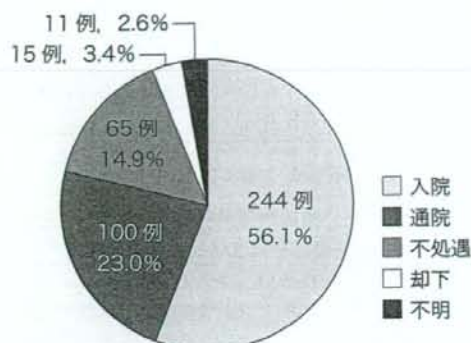


図3 全国435件決定種目 2007年1月15日現在

2. 指定医療による鑑定結果の検討

1) 刑事司法処遇時の診断が医療観察法の精神鑑定により診断変更となった事例

当院での同法精神鑑定により、それまでの診断が変更となった者は3例あった。それは以下のような内訳であった。診断は原則的にICD-10に準拠している。

- ①統合失調症→軽度精神遅滞+情緒不安定性(衝動型)パーソナリティ障害(表 事例2)
- ②統合失調症→妄想性障害(表 事例4)
- ③統合失調症→軽度精神遅滞+急性一過性精神病性障害(表 事例8)

このように3例とも刑事司法段階では統合失調症と診断された者が、医療観察法の精神鑑定によって診断変更となっている。この理由については、まだ十分な検討はなされていないものの、次のような事態が推定される。

- i) 刑事司法段階の精神鑑定は1回ないし、数回の面接によって判断をする必要がある。このときに妄想などの精神病性の症状が認められれば、精神病性疾患の中で発生比率が高く病像が多様な統合失調症の診断を採用することが多くなる。
- ii) 刑事司法段階の精神鑑定は、対象行為からの経過時間が短く、対象者の病態はより急性期の病態を示していることが多い。急性精神病状態では、統合失調症とそれ以外の精神疾患との区別が困難なことが少なくない。

表2 東尾張病院 医療観察法 鑑定入院 対象者 (左端の番号は入院受け入れの順番)

年齢	性	対象行為	診断	責任能力	刑事処分	処遇	特記事項	
1	30代	男	殺人未遂	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院	
2	30代	男	傷害致死	精神遅滞・人格障害	心神耗弱	不起訴	指定入院	指定入院で診断変更
3	60代	男	傷害	妄想性障害	心神耗弱	不起訴	指定通院(他院)	
4	60代	女	放火未遂	妄想性障害	心神耗弱	執行猶予	指定入院	
5	30代	男	放火	統合失調症・精神遅滞	心神耗弱	不起訴	指定入院	
6	20代	男	強姦	統合失調症	心神耗弱	執行猶予	指定入院	
7	20代	男	傷害	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院	
8	30代	男	殺人	精神遅滞・急性一過性 精神病性障害	心神喪失	不起訴	不処遇	措置解除後任意入院中の申立
9	50代	男	傷害	統合失調症	心神耗弱	不起訴	不処遇	医保入院 指定通院困難
10	50代	女	強盗致傷	統合失調感情傷害	心神耗弱	執行猶予	指定通院(当院)	
11	40代	男	殺人未遂	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院	
12	30代	男	強盗	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院	
13	30代	男	傷害	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院	被害者(父)は意識不明
14	30代	女	殺人	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院	拡大自殺にて実子殺害
15	20代	男	放火	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院	
16	40代	男	放火	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院	

iii) 医療観察法の精神鑑定では、対象行為から一定時間が経過しており、医療機関において(同法の精神鑑定は刑事司法の精神鑑定の多くと異なり、鑑定医療機関にて行われる)積極的に治療を行いつつ鑑定作業を進められる。鑑定医療機関においては病棟看護師などの多くの人による観察が鑑定入院期間中継続的に行われる。また治療というダイナミズムの中での観察が可能である。これは医療観察法の精神鑑定により得られる情報が、刑事司法段階での精神鑑定よりも量的にも豊富であるだけでなく、「回復過程を観察できる」という質的にも多様な情報を得ることができることを意味している。

2) 医療観察法の精神鑑定の診断が指定入院医療において診断変更^{註4)}となった事例

医療観察法の精神鑑定による診断が、指定入院医療において診断変更となった者が1例あった。

それは先に述べた医療観察法の精神鑑定において刑事司法段階の診断が変更された事例(表 事

例2)が、その後の指定入院医療の過程で再び統合失調症の診断へと戻されたものである。

この事例は、さまざまな角度からの検討を要するものではあるが、ここではごく簡単に診断変更の経緯を示しておく。

- i) 対象行為以前に4回の精神科病院入院歴があり、そこでの診断は統合失調症であった。
- ii) 対象行為後の刑事司法段階での情報では、対象行為時幻覚は確認できなかったが、奇妙な妄想的言動が認められた。これらのことから刑事司法では統合失調症の診断が採用された。
- iii) 医療観察法の鑑定入院においては、統合失調症の診断基準(ICD-10など)を満たさないと判断された。一方で軽度精神遅滞と情緒不安定性(衝動型)パーソナリティ障害の診断基準は満たすと考えられた。鑑定人の意見は「不処遇」であったが、当初審判では指定入院処遇が決定された。
- iv) その後の指定入院医療においては、薬物療法への良好な反応が認められたこと、その結果パーソナリティの障害は小さいと評価されたことなどから再び統合失調症と診断された。

註4: ここでの診断変更は、指定入院医療機関の中での変更であり、これを当該裁判所における審判において認定された診断までさかのぼって変更が認められたわけではない。

ただし、この指定入院医療での治療期間中も統合失調症の診断基準を厳密に満たしているとはいえない。

この事例から考えられることは、指定入院医療における情報は、医療観察法の鑑定入院における情報よりも質・量ともにさらに多くなるということが考えられる。しかしそれ以上に重要な相違は、精神鑑定(刑事司法と医療観察法の両者の精神鑑定を含む)における診断は一定期間に得られた情報の中から最適の分類へと導く帰納的なものであるのに対し、指定入院医療などの治療における診断は、治療方針を立てるために情報を取捨選択して戦略的に決定する演繹的な側面が強いものということがあげられよう。もちろん多くの事例ではそれらの診断は一致するものではあるが、ときにはこのように診断が分かれることもある。

3. 医療観察法の精神鑑定の評価

当院は平成19年5月31日現在までに総計46名の同法指定入院医療を担当した。この中で医療観察法の精神鑑定における処遇意見と、それを受けて行われる当初審判での判断とで異なる判断がなされた者は2例のみである。そのいずれも「不処遇」との鑑定意見に対して「指定入院医療を要する」と判断されたものである。

裏を返せば同法の精神鑑定による処遇意見は、多くの当初審判においてそのまま採用されていると考えられる。ゆえに同法精神鑑定での鑑定人の意見は極めて重要であることがわかる。その一方で、不処遇決定された者は、その判断の妥当性を事後的に検証することは困難となる。

5 考察—医療観察法の精神鑑定と指定(入院・通院)医療を併せて担当する立場から—

1. 医療観察法の精神鑑定の般化の問題

医療観察制度は施行後2年に満たない新しい医療制度である。日本の精神医療全体からみれば、精神医療の分野でのシェアとしても限定的であり、対象となる症例の数の比率も高くない。また同制度は司法判断を経た後に改めて検察の申し立てから始まり、鑑定入院、裁判所の審判、指定医療という極めて複雑な過程をたどることになる。

一方、指定入院医療機関は現在全国に10カ所しかない。これらの指定入院医療機関の配属スタッフは原則として従事者養成研修を受けているが、それ以外の施設に従事するものはそのような研修を受ける機会を得ることは必ずしも容易ではない。指定通院医療に関しては、基本的には既成の一般精神医療のシステムの中に同居しているのが現状である。先にあげた平成19年1月15日の時点で100例ほど⁵⁾の指定通院医療の対象者が存在することになるが、指定通院医療機関は全国で200カ所あまりあるという。このために各指定通院医療機関の処遇経験数もごく少ないものと考えられる。

このような現状から、鑑定人や審判員として医療観察法に携わる精神保健判定医ですらその多くが、同法指定入院医療などの指定医療に触れる機会が乏しいのである。

それゆえ現在のところ医療観察法の医療は一般精神医療の側からはその全貌が見えにくいものといわざるを得ない。

そのような中で医療観察法の精神鑑定は第3章で触れたように従来行われてきた刑事責任能力に関する精神鑑定とは大きな相違がある。

以上のようなことから、今後医療観察法の医療の処遇例が増え、より多くの関係者が同法の医療に関与するようになることを考えると、同法精神鑑定の精度や水準を高めてゆく必要がある。そのためには精神保健判定医が資格取得後も再トレーニングを受けられ、より新しい医療観察法の医療や司法精神医学の知見を学ぶことのできる場を用意する必要があるだろう。

2. 医療観察法の医療の適応に関する問題

医療観察法の医療は、精神医学的には「(精神障害による)心神喪失等の状態」と認定されたものに適応される。ここには統合失調症、感情障害(躁うつ病)などといった個別の診断が直接問われてはいない。しかしながら現状では、同法の治療処遇の具体的指針となるガイドラインなどは統合失

⁵⁾：当初審判で指定通院医療が決定したものに、指定入院医療を終了して指定通院医療に切り替えられたものが加わる。

調症の急性期治療モデルに準じて作られている。

その一方で同法の精神鑑定において同法の医療を受けさせることが必要か否かを判断するときには、治療反応性を検討することが必要となる。このとき同法指定入院医療の「手厚い医療」の成果を期待する視点と、「統合失調症の急性期治療モデル」の限界という視点で判断に迷うことがある。反社会的で衝動的なパーソナリティ傾向を持つ対象者や物質依存、発達障害が関わる対象者の場合などでは問題は深刻である。

3. 医療観察法の精神鑑定や同法指定医療における診断変更の問題

第4章の2.で触れたように医療観察法の鑑定入院や指定入院医療の中で、それまでの診断と異なる診断がなされることがある。特に指定(入院・通院)医療の中で診断が変更された場合どのように対応したら良いであろうか。刑事司法における精神鑑定の診断は事後変更はしないのが通例であるとのことである。特に確定裁判による決定に際して採用された診断を事後的に変更することは原則的にはできない。第2章に触れたとおり医療観察制度は確定裁判後に処遇申し立てがなされることがある。この医療観察法による処遇中も当初審判での診断を事後的に裁判所レベルで変更することは望めないであろうか。

第4章に示したように指定医療の中での診断変更は、情報の質・量の違いによる診断の精度や妥当性の問題にとどまらないものを含む。それは指定医療の処遇中は処遇の節目ごとに処遇終了までの間、指定医療機関から裁判所に治療内容や経過および治療反応等の医療情報を伝達し続けるのであるから、その中で肝腎の診断についてその診断変更が処遇終了まで認められないとすれば、指定医療機関の関係者のモチベーションに関わる問題となるからである。診断と治療方針は医療におい

ては不可分の問題であるので、医療の実施主体において「診断変更を決定できない」とすれば治療の進め方にも大きな障害になりうる。

しかし一方で、同法指定医療機関というごく一部の施設に従事する者のみが裁判所の決定事項に変更を加えられるとすることにも問題はあつた。法律の運用はできるだけ平等性・普遍性が重要であるからである。今後各方面の関係者の入念な検討が必要であらう。

6 おわりに

医療観察制度は新しい制度である。まだまだハード、ソフト両面での不備は多い。しかしこれは医療観察制度の不備というよりも日本の精神医療と刑事政策の不備の結果であるとみなすべきであらう。呉秀三³⁾が1918年の報告で日本の司法精神医学・医療の未整備を嘆いて以来の懸案がようやく1つの解決の糸口をつかんだといえよう。まさにパンドラの箱を開けたところといえるのかもしれない。この未熟な医療観察制度でこれまでの日本の司法精神医学・医療の宿題が一気に解決できるものとは思われない。

われわれは歴史的にも国際的にも広い視野に立って、関係者と協力しつつ、また国民の理解を得る努力をしつつ、問題を1つひとつ解決してゆけぬであろう。

本稿は第3回日本司法精神医学会大会(2007年東京)における発表演題をもとにしております。

文献

- 1) 呉 秀三, 櫻田五郎: 精神病患者私宅監置の実況及び其の統計的観察. 内務省報告(1918). 復刻版: 創造出版, 東京, 1973

* * *

精神医療と個人情報保護法

柑本美和

1：問題の所在

精神医療を実践する際には、患者の医療情報を使用することが不可欠である。よりよい医療を患者に提供するためには、医療関係者が情報を共有した上で、最善の策を探ることが必要となる。さらに、その情報が医学研究に役立てられることによって、新たな治療法が生み出される可能性も高くなる。このように患者の医療情報は、適切に利用されれば患者本人に利益をもたらすことになる。

その一方で、病気に関する情報、特に精神疾患に罹患しているという事実は、即、社会的偏見と結びつく。他人に知られることによって、例えば居住先や就職先の選択などに際し差別を受けるなど、患者本人の不利益に作用する可能性も生じる。内閣府が平成15年に行った「個人情報保護に関する世論調査」の結果においても、精神医療の情報に限定されているわけではないが、「個人の病歴・身体の障害などの記録」は、他人に知られたくない個人情報の第五位に挙げられている¹。患者本人が、その情報を他者に漏らしたくないと考えるのはもともとである²、医療関係者には医療情報の取り扱いにつき一層適切な配慮が求められているのである。

しかし、患者と医師とが一対一で対応していた医療モデルは、現在ではもう過去のものである。現在の医療現場ではチーム医療が主流となり、医師、看護師、ソーシャルワーカー、リハ

ビリワーカーなど、多数の医療従事者が一人の患者に関与する。患者への医療提供のために、患者の医療情報が、これら医療スタッフの間で共有されることは当たり前のこととなり、さらに、診療費の請求などといった事務の関係上、患者の医療情報が外部へ提供されることも通常である。

精神医療の現場も例外ではない。しかも、精神医療が他の医療と異なるのは、それに加えて、入院中心医療から地域精神医療の時代へと医療構造が大きく変革しているという点である。患者が病院の中だけで治療を受けている場合には、チーム体制で医療が行われても、医療情報は病院内部に留まっていた。しかし、地域精神医療は、医療機関だけでなく精神保健福祉センターや保健所、社会復帰施設等との連携の下に行われる。つまり、患者は地域において保健、医療、福祉の総合的なケアの対象となり、多くの人々が精神保健多職種チームとして患者の社会復帰に向けたケアに関与する。そこでは、ケアの現場における医療・福祉・保健の各関係者の適切な医療情報共有が、患者のスムーズな社会復帰を図るために不可欠とされる³。

精神医療の現場では、個人情報保護法が全面施行されて以降、医療情報の共有に躊躇が見られ混乱が生じているという⁴。そして、患者への適切な医療提供を妨げる事態を引き起こすことが危惧されている。

本稿は、このような問題状況を踏まえた上で、

精神医療提供の場面における患者の医療情報の利用、特に個人データの第三者提供の問題を考察する⁵。まず、個人情報保護法と個人データの第三者提供について、次に、医療情報と、秘密、名誉、プライバシー、そして個人情報との関係について、最後に、個人情報保護法の目的から見た、精神医療に関する個人データの第三者提供のあり方について検討する。

2：個人情報保護法と 個人データの第三者提供

病院に適用される「個人情報保護法」は次の3種類である。民間病院に適用される「個人情報の保護に関する法律」(以下、「個人情報保護法」という)、国立病院に適用される「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」、独立行政法人国立病院機構などに適用される「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」である。さらに、自治体立病院には、各地方自治体の「個人情報保護条例」が適用される。このように、患者が訪ねる病院によって、個人情報保護に関する法は異なっている。そのため、各法律間で生じた内容のバラつきを埋め、さらに、個人情報を法律以上に保護するために、「医療・介護事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(以下、「医療情報保護ガイドライン」という)が策定されている⁶。個人情報保護法は、その対象から国、地方公共団体、独立行政法人等が設置する事業者を除外してい



PROFILE

柑本美和
(こうじもと みわ 1968年生)
城西大学現代政策学部専任講師
専門：刑法、刑事政策

るのであるが⁷、医療情報保護ガイドラインは、「医療・介護分野における個人情報保護の精神は同一であることから、これらの事業者も本ガイドラインに十分配慮することが望ましい」⁸として、それらの事業者についても本ガイドラインのルールが一律に適用されるとした。さらに、保護の対象に直載に死者の情報を含める(個人情報保護法は死者の情報は対象とせず(2条1項)、それが生存している人の個人情報と見られるときのみ対象となるということである)、個人情報取扱事業者の扱うデータ数の制約を外すなど、個人情報保護法よりも保護の範囲が拡大されている。いうまでもなく、医療情報保護ガイドラインは法律ではなく、行政指針に過ぎないからこのようなことが可能なのである。そして、それは行政指導のセットであるから、強制力を有しない(行政手続法32条参照)。しかし、臨床現場の人たちは、法律と同じように、これを遵守しなければならないと思っている。

個人情報保護法16条は、あらかじめ本人の同意を得ずに、利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことを原則として禁止する。さらに、個人データの第三者提供に際しても、あらかじめ本人の同意を得ることを原則

とする（個人情報保護法23条1項）⁹。例外的に目的外利用、または第三者提供ができるのは、「法令に基づく場合」、「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」といった法律上の限られた事由に該当する場合だけである（個人情報保護法16条3項、23条1項）¹⁰。

3：秘密・名誉・プライバシーと個人情報

従来、患者の医療に関する情報については、秘密、名誉、プライバシーという概念との関係が問題とされてきた。

まず、医療情報は個人の「秘密」として、医療関係者に守秘義務を課すことによって保護されてきた。医師や薬剤師に対しては刑法134条1項の秘密漏示罪によって、精神保健福祉士、看護師や作業療法士等に対しては個別の業法によって（それぞれ、精神保健福祉士法40条、保健師助産師看護師法42条の2、理学療法士及び作業療法士法16条）、さらに、精神科病院の職員に対しては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律53条2項で守秘義務が課されている。但し、患者の秘密は本人の医療情報に限られるわけではなく、業務上知りえた秘密であれば、仕事上の秘密や家庭内の秘密なども含まれる。そして、秘密を一人だけに告知しても漏示となるので、プライバシー侵害よりも広い範囲の行為が処罰されることになる。

次に、「名誉」であるが、「名誉」は人に対する社

会的評価とされ、一般に、医療情報の中でも、肉体的・精神的障害や病気などについての事実は「名誉」に関するものと理解されている¹¹。そして、その侵害は名誉毀損罪によって処罰されるか、あるいは民事の不法行為となり得る。

最後に、「プライバシー」は、「一人にしておいてもらう権利」とされ、個人のプライベートな事実を公表する行為については、判例上、民法の不法行為が成立することは認められている。しかし、そのような行為を処罰する規定は存在せず、人の社会的評価が低下させられるに足るプライベートな事実が公然と摘示された時に限り、名誉毀損罪の成否が問題となる¹²。

このように、秘密、名誉、プライバシーという概念が保護する利益は狭い範囲に限定されている。ところが、個人情報保護法の施行により、医療情報については「個人情報」としての検討も必要となってきた。「個人情報」とは、「生存する個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日、その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）をいう」（個人情報保護法2条1項）と定義されている¹³。つまり、当該個人に関係し、個人を識別することができる以上、あらゆる情報が個人情報となり、およそ「秘密」「名誉」「プライバシー」とは言えない、氏名、性別、生年月日などといった「希薄化された情報」までもが、個人情報として法の保護を受ける。そし

て、「個人情報」が保護する利益の内容は、限定的ではない¹⁴。それは、個人情報保護法が、プライバシー権から発展した自己情報コントロール権という考え方、すなわち、自分に関する情報は自分で管理するという考えを背景に成立したことによる¹⁵。

医療情報が個人情報である以上、個人データを第三者に提供するためには、あらかじめ患者の同意を得ることが原則となる。しかし、既に述べたように、精神医療は、地域精神医療の時代を迎え、地域での患者の医療やケアには様々な分野の多くの人々が関与する。その一つ一つの場面で、原則として患者の同意を得ることとするのは現実的ではなく、医療コストの増大にもつながってくる¹⁶。さらに、中には同意を得にくい患者も存在し、同意原則に固執すれば、患者への医療提供に真に必要な場面に遭遇した際に、関係者は「どうせ同意はとれないからやめておこう・・・」と考え、結果として本人の利益に反する事態を引き起こしかねない。では、個人情報保護法の下で、この問題をどう考えればいいのか。

4：精神医療と 個人データの第三者提供

個人情報保護法の目的は、「個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護すること」にある（個人情報保護法1条）。立法関係者によれば、この目的は、「一面的に個人の権利利益の保護のみを目的とするのではなく、個人情報の

有用性と保護の両面の適正な利益衡量の上に立っている」と解されている¹⁷。そして、個人情報の有用性は、社会一般からは是認され得る個人情報の利用によってもたらされる利益全般だとされる¹⁸。他方、医療情報は個人情報であるが、名誉や秘密やプライバシーと同じではない「薄い」法益も含まれている¹⁹。医療情報に社会的な合理性が認められる場合には、このような内容の個人データの第三者提供を含む情報の利用は正当化されると考えられるであろう。

この点、医療情報保護ガイドラインは、当然あり得べき第三者提供の場合を事前に通知公表することで、患者の黙示の同意を得たこととし現場の混乱に対処しようとしている。同ガイドラインは、医療機関と福祉介護関係者との連携が通常となり、医療情報の第三者提供が日常的に行われている現状に鑑み、「第三者への情報提供のうち、患者の傷病の回復等を含めた患者への医療の提供に必要であり、かつ、個人情報の利用目的として院内掲示等により明示されている場合は、原則として黙示による同意が得られているものと考えられる」と規定する²⁰。しかし、ガイドライン立案者も指摘するように、黙示の同意という擬制を行ってまで、患者の医療の提供に真に必要な場合にも同意を必要とすべきかは疑問である²¹。むしろ、個人情報保護法の目的に鑑みれば、患者への医療提供のためという社会的に合理性のある理由の下では、個人データの第三者提供は原則として許されると柔軟に解釈したほうがいいのか。

さらに精神医療に限って言えば、精神医療の実施は重要な公衆衛生施策の一つと位置づけられる。そうであるなら、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進の為に特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」には、事前に本人の同意を得ることなく患者の個人データを第三者に提供できるとも考えられるのではないだろうか（個人情報保護法23条1項3号。なお、行政機関個人情報保護法8条2項4号、独立行政法人等個人情報保護法9条2項4号は「特別の理由」としてその許容性を定めている）²²。そう解することで、他の医療関係者や精神保健福祉関係者への医療情報提供は、精神医療の実施に必要な範囲において、原則として、本人の事前の同意がなくても許されることになる。ただ、この場合であっても、「社会復帰のことを考えて、ある範囲の人にはあなたの病気のこと等を言うこともあつたが了解して欲しい」旨を患者に前もって説明しておくことは必要とすべきであろう。しかし、これは、あくまでも患者本人の協力を得ながら行うためのものであり、同意を得るという意味ではない。いずれにしても、精神医療の適切な提供を阻害しないために、精神医療情報の利用や個人データの第三者提供については、現在よりも柔軟な解釈が求められるように思われる。そして、そのようにして得られた解釈は、精神医療の現場を念頭に置きつつ、できる限り具体的にガイドライン等で例示解説されることが望まれる²³。

もう一点、今後の課題として、精神医療の特

性からくる情報保護や利用のあり方を、ガイドラインに反映させることも重要である。繰り返しになるが、精神医療の特徴は、地域精神医療の下、医療機関同士に留まらず、地域の保健機関、福祉関係機関との連携、そのための情報共有が必須となっている点にある。そして、地域精神医療の重要な担い手は、精神障害者社会復帰施設、授産施設、精神障害者居宅生活支援事業等を実施する機関などである。そして、これらの事業者には、医療情報保護ガイドラインではなく、「福祉関係事業者における個人情報の適正な取扱いのためのガイドライン」（以下、「福祉情報保護ガイドライン」という）が適用される²⁴。ところが、個人データの第三者提供に関し福祉情報保護ガイドラインは、「法第18条の規定に基づき利用目的として第三者に提供することを公表している場合であっても、実際に第三者に情報を提供する際には第23条に基づき本人の同意が必要となる」と規定する²⁵。これは、患者の医療のために必要で個人情報の利用目的として院内掲示等で明示されている場合には、患者の黙示の同意があったと擬制する医療情報保護ガイドラインとは異なる内容である。これでは、医療・介護事業者と福祉関係事業者間でのスムーズな情報共有が求められる地域精神医療の実施は困難となろう。不必要な現場の混乱を招かないためにも、精神医療の現状を踏まえた上で、ガイドライン間の調整が図られることも期待される。

文献

- 1 内閣府による「個人情報保護に関する世論調査」の結果は、<http://www8.cao.go.jp/survey/h15/h15-kojinjouho/index.html>から入手可能である。
- 2 山田卓生「病氣とプライバシー」法学セミナー399号10頁(1988年)。
- 3 この問題については、飛鳥井望・西山隆「地域精神医療における情報の共有化と守秘義務」『精神科臨床における倫理—法と精神医学の対話3』121頁以下(金剛出版・1996年)が詳しい。
- 4 佐藤忠彦・萱間真美・大塚淳子「精神科領域の個人情報についてどう考えるか」こころの臨床第24巻増刊号20頁(2005年)。
- 5 さらに、患者の精神医療情報については、地域住民への情報提供の問題(地域住民の理解を得ながら地域精神医療を実施するため)、さらに、精神医学研究における利用の問題が考えられるが、本稿ではこれらの問題を指摘するに留める。
- 6 医療情報保護ガイドラインについては、樋口範雄「個人情報保護法と厚生労働省ガイドラインが医療に与える影響」関原成允・樋口範雄編『医療の個人情報保護とセキュリティ—個人情報保護法とHIPPA法 第2版』77頁以下(有斐閣・2005年)、安川孝志・吉川風代「医療分野における個人情報保護に対する取組み」樋口範雄・土屋裕子編『生命倫理と法』189頁以下(弘文堂・2005年)、厚生労働省医政局「(医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン)について」厚生労働3月号9頁以下(2005年)、宇賀克也「医療分野における個人情報保護」ジュリスト1339号47頁以下(2007年)参照。
- 7 厚生労働省『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン』(平成16年12月24日付け医政発第1224001号・薬食発第1224002号・老発第1224002号厚生労働省医政局長・医薬食品局長・老健局長通知、平成18年4月21日改正)I3。
- 8 厚生労働省・前出注(7)。
- 9 本人の同意がなくても、情報を匿名化すれば第三者提供を行うことは可能であるが、本人への医療提供のために当該医療情報を用いる場合には、匿名化は意味をなさない。
- 10 但し、第三者提供については、第三者提供を利用目的としている場合であれば、項目や提供の手段・方法、また本人が求めれば提供を停止することを通知すれば許されるとの規定がある(法23条2項。いわゆるオプトアウトの権利)。さらに、「第三者」に当たらないため同意が必要とされない場合もある(法23条4項)。
- 11 西田典之『刑法各論 第4版』104頁(弘文堂・2007年)。なお、身体的特質を始めとする個人の人格の評価と無関係な事柄は、名誉に含まれるべきではないとする有力説も存在する。佐伯仁志「プライバシーと名誉の保護—主に刑罰的観点から(4・完)」法学協会雑誌101巻11号70頁(1984年)。
- 12 名誉とプライバシーの関係については、町野朔「名誉毀損罪とプライバシー」石原一彦他編『現代刑罰法大系3 個人生活と刑罰』310-311頁(1982年)を参照。
- 13 行政機関個人情報保護法2条2項と独立行政法人等個人情報保護法2条2項では、照合の「容易性」は要件とされていない。
- 14 個人情報保護法が保護する「個人の権利利益」(法1条)とは、個人の人格的、財産的な権利利益全般とされている。園部逸夫編『個人情報保護法の解説 改訂版』43頁(ぎょうせい・2005年)。
- 15 宇賀克也『個人情報保護法の逐条解説 第2版』29頁(有斐閣・2005年)。
- 16 樋口範雄「個人情報保護法と医療」『医療と法を考える—救急車と正義』192頁(有斐閣・2007年)。
- 17 園部・前出注(14)。
- 18 園部・前出注(14)。
- 19 日本医事法学会「シンポジウム医療情報 総合討論」(町野朔発言部分)年報医事法学22巻121頁(2007年)。
- 20 厚生労働省・前出注(7) III 5 (3)。
- 21 樋口範雄「医療情報保護ガイドライン」法学教室291号3頁(2004年)。
- 22 町野朔・山本輝之「通院医療と地域処遇における情報の取扱いについて」平成17年度 司法精神医療等人材養成研修会編『通院・地域処遇における課題 パネルディスカッション「地域処遇をめぐって」参考資料』10-11頁(司法精神医療等人材養成研修企画委員会・2005年)。
- 23 宇賀克也「個人情報保護法の施行状況と今後の課題」法学教室311号18頁(2006年)。
- 24 同ガイドラインは、個人情報保護法の対象とならない国、地方公共団体、独立行政法人等を対象から除外し、そして、個人情報取扱事業者に当たらない事業者については、法令や同ガイドラインの趣旨を踏まえ、個人情報の適正な取扱いに取り組むことを期待するに留める。厚生労働省『福祉関係事業者における個人情報の適正な取扱いのためのガイドライン(平成16年11月30日付け雇児発第1130001号・社援発第1130002号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・厚生労働省社会・援護局長通知)』I3。
- 25 厚生労働省・前出注(24) III 5 (5)。

追記：本稿脱稿後、辻伸行「医療個人情報の保護について—精神科医療における個人情報の取扱いを中心に—」法と精神医療20・21号94頁以下(2007年)に接した。

2 医療機関が個人情報の取扱いに関して行うべき措置

(1) 個人情報保護に関する考え方・指針の宣言及び 明確な規則の策定と、その公表

ガイドラインは、各医療機関において個人情報保護に関する考え方・方針の宣言及び個人情報の取扱いに関する明確かつ適正な規則（以下、「個人情報取扱規則」という）を策定し、これらを公表することを求めている⁽²⁾。そして、個人情報取扱規則には、個人情報の安全管理措置の概要、利用目的の特定、第三者提供の取扱い、および医療個人情報開示等の手続等が具体的に定められるべきであるとしている⁽³⁾。

(2) 個人情報の取扱いについての組織体制・責任体制の構築と 患者・利用者窓口の設置

ガイドラインは、個人情報取扱規則の策定や安全管理措置の計画立案等を効果的に実施できるように、個人情報の取扱いに関する組織体制・責任体制を構築すべきであるとしている。また、患者・利用者からの問い合わせ、相談や苦情に対応できる窓口機能等の整備を求めている⁽⁴⁾。

(3) 医療機関の積極的かつ自律的な取組みの必要

ガイドラインが、以上のように、各医療機関に個人情報保護に関する考え方・方針の宣言及び個人情報取扱規則の策定を要求し、また、個人情報の取扱いに関する組織体制・責任体制の構築等を求めていることは、いうまでもなく各医療機関が医療個人情報保護のために積極的かつ自律的に取り組むことを求められていることを意味する。医療個人情報を実際に扱う医療機関自らが、その保護のためにどのようなポリシーに基づいて、どのような取扱いをするのかについて（例えば、利用目的の特定や第三者提供、医療個人情報開示手続などについて）、医療機関内部で検討し、個人情報保護法の理念に沿った医療

個人情報保護のあり方を作り上げ、また見直しをしていかなければならないということである。そして、このことを通じて、医療個人情報保護について医療機関の管理者および医療従事者の問題意識を涵養し、その重要性を理解させるとともに、医療機関における個人情報の適正な取扱いを実現することができるのである。

3 医療個人情報の安全管理

(1) 個人情報の漏洩と法的責任

精神科医療の個人情報の保護については、刑法のほか精神科医療に係る法律により、精神科医療従事者はその職務上知り得た秘密を漏らしてはならない義務⁽⁵⁾（秘密保持義務）を負い、この秘密を第三者に漏らした者は懲役又は罰金の刑に処せられることが、職種等に応じて規定されている。また、医療個人情報が外部に流出し、その結果精神的・財産的損害を被った者は、その外部流出が故意又は過失によるものであれば、人格権など個人の権利や利益の侵害としてそれに関わった医療従事者に対して損害賠償を請求することができるし（民法709条）、また、その医療従事者を使用している医療機関に対しても同様の損害賠償を請求することができる（民法715条1項）。

このように、個人情報を正当な理由なしに外部に流出させれば刑事・民事の法的責任を負わせるという形で、法律はこれまで医療個人情報の保護を図ってきた。しかし、このような事後的な救済だけでは、医療個人情報の保護として十分ではない。特に精神科医療に係る個人情報はいったん外部に漏れるとその被害は深刻なものとなるおそれがあり、他方、医療個人情報がコンピュータ処理されることに伴って、個人情報の大量流出によって被害が広範囲に及ぶ危険が増大している。また、不適切な情報管理により医療個人情報の滅失・毀損の危険もある。このような問題状況においては、医療個人情報の漏洩や滅失・毀損を未然に防止するための方策を講ずることがいっそう重要になっているといえるのであり、個人情報保護法のもとで、医療個人情報

の安全管理をどのように図っていくかがまさに喫緊の課題なのである。

(2) 医療個人情報の漏洩・滅失・毀損の防止

——医療機関が講ずるべき安全管理措置

個人情報保護法20条は、「個人情報取扱事業者は、その取り扱う個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人データの安全管理のために必要かつ適切な措置を講じなければならない。」と規定する。これを受けて、ガイドラインは、「個人データ安全管理のため、組織的、人的、物理的、及び技術的安全管理措置を講じなければならない」とし、具体的には、①個人情報保護に関する規程の整備・公表、②個人情報保護推進のための組織体制等の整備、③個人データ漏洩等の問題が生じた場合の対応（報告連絡体制などの整備）、④従業者の守秘義務等に関する個人情報保護規程の整備・徹底、⑤従業者に対する教育研修の実施、⑥物理的安全管理措置（入退室の管理、盗難予防対策、機器の固定など）、⑦技術的安全管理措置（アクセス管理など）、⑧個人データの適切な保存・廃棄・消去について、個人情報の安全管理の方策を提示している⁽⁶⁾。各医療機関は、これらを参考にしながら、個人情報の安全管理に具体的に取り組んでいくことになるが、医療個人情報の漏洩などを未然に防止するためには、各医療機関が積極的かつ自律的にこのような取組みの評価と見直しを継続的に行っていくことが特に重要となる。

4 医療個人情報の目的外利用と第三者への提供

(1) 序

医療個人情報は個人の人格権の対象となるものであるから、一定の利用目的で提供した個人情報が本人の同意なしに別の目的に利用されたり、第三者に提供された場合、本人の権利・利益が侵害される可能性がある。しかし、他方で、医療個人情報は、患者の治療など本人の利益を図るために第三者に提供する必要がある場合や、社会に有用な情報として利用目的外で利用する

ことが必要とされる場合がある。このような場合には、本人の同意が得られないという理由で、個人情報の利用や第三者提供を認めないことは妥当でない。

そこで、個人情報保護法は、個人情報の利用目的外の利用や第三者提供については、本人の同意を得ることが原則であるとしながらも、例外的に一定の場合に本人の同意がなくても個人情報の利用目的外での利用や第三者への提供を認めており（個人情報保護法16条、23条）、ガイドラインもこれに沿って医療個人情報の取扱いの具体化⁽⁷⁾を行っている。

なお、医療機関を設置したのが国又は独立行政法人等であれば、行政機関個人情報保護法8条又は独立行政法人等個人情報保護法9条により、また、設置者が地方公共団体又は地方独立行政法人であれば、地方公共団体が制定する個人情報保護条例により、患者の医療情報の取扱いは規律されることになるが、設置主体によって精神科医療情報の取扱いが異なってよい合理的理由はないと思われるので、実質的には、公的医療機関についても同様の取扱いがなされるべきであろう（注（1）参照）。

以下では、精神科医療を念頭において医療個人情報の利用および第三者提供について具体的に考えてみたい。

（2）他の医療機関等への個人医療情報の提供と本人の同意

(a) 患者に医療を提供するために、他の医療機関等との連携を図ったり、外部の医師等の意見・助言を得る目的で、当該患者の医療個人情報をこれらの第三者に提供することが必要となる場合が少なくないと思われ、この場合の対応が問題となる。

個人情報保護法23条によれば、第三者への情報提供には原則として本人の同意を必要とするとしており、上記の問題は本人の同意を要しない例外事項に当たらないため、患者本人の同意を得なければならない。しかし、このような場合に、個別的にそのつど本人の同意を得なければならないとすることは、他の医療機関等との円滑な連携を図り、より良い医療を行おうとする場

合の障害となる。そこで、ガイドラインは、この場合にも患者本人の同意を得ることが必要であるとの立場に立って、「患者の傷病の回復等を含めた患者への医療の提供に必要であり、かつ、個人情報の利用目的として院内掲示等により明示されている場合には、原則として黙示による同意が得られているものと考えられる。」⁽⁸⁾として、個別の同意を得えなくても他の医療機関等への医療情報の提供ができるとしている。個人情報保護法23条を前提にする以上、ガイドラインのように取り扱うほかないし、また、院内掲示等によりその旨を明示しておけば、医療機関にとってもまた患者本人にとってもとくに不都合は生じないであろうが、しかし、原理的にみて、黙示とはいえここまで患者本人の同意を要求することには、違和感をおぼえる。患者本人は適切な医療の提供を受けるために医療機関を利用しているのであり、その医療機関が本人に適切な医療を提供するために医療個人情報の第三者提供が必要であると判断しているのに、このような場合にも、本人の同意を介在させなければならぬものであろうか。専門的知見を得たり専門的助言を受けるのに患者本人の意思を介在させる必要は、本来ないはずであろう。このような問題が生ずるのは、医療の特殊性を考慮に入れていない個人情報保護法を前提にして医療個人情報関連のガイドラインを作ることで対応する方式を採用し、医療個人情報保護のための特別法を制定する方式を採用をしなかったことに由来するのであり、今後の検討すべき課題として十分に問題の所在を認識しておくことが必要である。⁽⁹⁾

(b) 過去に受診したことのある医療機関が、現在受診している他の医療機関から当該患者の過去の医療情報の照会があった場合、照会に応じてこれを提供するには本人の同意が必要であろうか。ガイドラインは、照会を求める医療機関が患者から同意を得ていることを照会先医療機関が確認できれば、患者本人の同意が得られたものと考えられるとしている。⁽¹⁰⁾この場合、本人の同意の確認といっても、照会を求める医療機関の言うことを信ずるほかないであろうし、また、医療機関の院内掲示等に明示する利用目的に「他の医療機関からの照会に応じること」を含めることによって黙示の同意があるとする

だけのことであるから、本人の同意を介在させることは実質的にほとんど意味のないことといってもよいであろう。個人情報保護法を前提にしたガイドラインである以上、このような取扱いになるほかないのであろうが、それにしても、本人の同意を無理に擬制している感は否めない。むしろ、ここでも重要なのは、患者本人に適切な医療を提供する上で提供が必要な情報か否かという点であり、原理的には、医療の提供に必要な本人の医療情報の照会・回答は本人の同意を要しないとすべきものであろう。

(c) 同じ病院の精神科内で情報の交換や情報の共有をしたり、同じ病院の他の診療科と連携するため、内部で医療情報を提供する必要がある場合がある。この場合は、第三者への情報提供ではないので、情報の利用・提供が利用目的の範囲を超えない限り、本人の同意を必要としない。もっとも、例えば病院内でも医療従事者研修で医療個人情報を利用する場合、当該利用目的が院内掲示等により公表されていないときは医療個人情報の利用は利用目的⁽¹¹⁾ 外の利用であるから、本人の同意を得るか、匿名化が必要となる。

(3) 第三者への情報提供に本人の同意を必要としない場合

個人情報保護法23条では、本人の同意を得ないで個人データを第三者に提供できる場合として、法令に基づく場合など、4つの場合を挙げている。精神科医療個人情報の第三者提供に関連させて見ておくことにする。

(a) 法令に基づく場合（個人情報保護法23条1項1号）

法令によって医療機関等に第三者への医療個人情報の提供が義務づけられている場合と、第三者が医療個人情報の提供を受けることに法令が根拠を与えている場合とがある。いずれの場合にも本人の同意なしに本人の医療個人情報を第三者に提供することが個人情報保護法上許される（個人情報保護法に基づくサンクションがない）といえる。

(ア) 法令によって第三者への医療個人情報の提供が義務づけられている場合

① 麻薬及び向精神薬取締法58条の2は、医師が麻薬中毒者と診断した場合には、都道府県知事へ届出ることを義務づけている。

- ②精神保健福祉法38条の2第1項は、精神科病院の管理者に措置入院患者の症状等について定期的に保健所長を経て都道府県知事に報告することを義務づけている。
- ③精神保健福祉法38条の6第1項は、厚生労働大臣又は都道府県知事が必要と認めるときは、精神科病院の管理者に対し、入院中の患者の症状等の報告を求め、診療録等の書類の提出等を命ずることができるとしている。
- ④精神保健福祉法39条1項は、自傷他害のおそれのある入院患者が無断退去し行方不明になったときは、当該精神科病院の管理者に入院患者の病状の概要等の事項を所轄の警察署長に通知することを義務づけている⁽¹²⁾。
- ⑤精神保健福祉法26条の3（心神喪失者等医療観察法付則5条）は、心神喪失者等医療観察法における指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長が対象者に自傷他害のおそれがあると認めたときは、直ちに保健所長を経て都道府県知事に通報すべきことを義務づけている。
- ⑥心神喪失者等医療観察法99条3項は、対象者が無断退去し行方不明になったときは、当該指定入院医療機関の管理者に当該退去者の病状の概要等の事項を所轄の警察署長に通知することを義務づけている。
- ⑦心神喪失者等医療観察法110条は、通院医療を受けている対象者の処遇に関して指定通院医療機関の管理者に保護観察所の長への通知を義務づけている。
- ⑧心神喪失者等医療観察法111条は、指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長が対象者に違反行為の事実があると認めたときは、速やかに保護観察所の長に通報することを義務づけている。
- ⑨刑事訴訟法218条（令状による捜査）に基づく捜査機関への情報提供

以上は、法令によって情報提供が義務づけられており、本人の同意がなくても本人の個人情報を提供しなければならない場合であり、個人情報保護法16条、同23条、行政機関個人情報保護法8条または独立行政法人等個人情報保護法9条などに違反しないだけでなく、個人情報を提供したことによる民

事・刑事上の責任も生じない。

(イ) 第三者が医療情報の提供を受けることに法令が根拠を与えている場合

①心神喪失者等医療観察法90条2項は、「指定医療機関の管理者は、適切な医療を行うため必要があると認めるときは、その必要な限度において、他の医療施設に対し、対象者の診療又は調剤に関する情報その他の必要な資料の提供を求めることができる。」と規定している。

②心神喪失者等医療観察法101条2項は、対象者への援助が円滑かつ効果的に行われるように、保護観察所の長は、当該指定入院医療機関の管理者等に対して必要な協力を求めることができる旨を規定している。その際、対象者の個人情報の提供が求められることが考えられる。

③弁護士法23条の2は、弁護士会は所属弁護士の申し出に基づき、公務所又は公私の団体に照会して必要な事項の報告を求めることができる旨を定めており、この規定により、照会を受けた医療機関がこれに応じて患者の医療情報を当該弁護士会に提供することが考えられる。

④刑事訴訟法197条2項は、捜査について警察官は公務所又は公私の団体に照会して必要な事項の報告を求めることができる旨を定めており、この規定により、照会を受けた医療機関がこれに応じて患者の医療情報を捜査機関に提供することが考えられる。

これらの場合には、個人情報保護法16条3項1号に違反しないからといって、当然に民事の責任がないということにはならない。一般論としていえば、これらの場合は、個人情報保護法では許されるにしても、本人の利益が不当に害されることは許されないから、個々の事例において第三者への情報提供により本人の利益が侵害されたとみられるときは、損害賠償責任が生ずることになる。ただし、①と②が対象としている場面は、患者本人への適切な医療を提供するために他の医療機関等と連携し、情報の提供や交換を行うことが必要とされる場合であるから、原理的には、法令のあるなし、法令による情報提供義務のあるなしに関わらず、本人の同意を介在させる必要の