

北陸3県医療観察法における通院処遇対象者に関する調査
 (移行通院対象者)

※対象者1名につき調査用紙1部をご記入ください。

医療機関名： _____ 記入担当者： _____

記入日：平成 年 月 日

貴院での医療観察法通院処遇対象者（移行通院）について下記の問いにご記入ください。
 該当するものに○をつけてください。

問1. 性別 1 男性 2 女性

問2. 年代 1 20歳代 2 30歳代 3 40歳代
 4 50歳代 5 60歳代 6 70歳以上

問3. 対象行為

- | | | |
|--------------------------------------|-----------|-----------|
| 1 殺人・殺人未遂 | 2 放火・放火未遂 | 3 強盗・強盗未遂 |
| 4 強姦・強姦未遂 | 5 強制わいせつ | 6 傷害 |
| 7 その他 () | | |

問4. 診断名 ()

問5. 帰住先はどこですか？

- | | |
|---------------|----------------------------------------|
| 1 単身で元の居住地 | 2 単身で居住地変更 |
| 3 家族と同居 元の居住地 | 4 家族と同居 居住地変更 |
| 5 グループホーム | 6 その他施設 () |

問6. 対象者と通院医療機関の多職種チームとしての顔合わせはどの時点で実施しましたか？

- 1 入院医療機関でのケア会議 (CPA 会議)
- 2 外出・外泊時
- 3 初診当日
- 4 その他 ()

問7. 入院医療機関でのケア会議 (CPA 会議)・ケア会議の参加回数 () 回

問8. 通院医療機関のケア会議の参加回数 () 回

問9. 帰住地への外出回数 () 回

問10. 帰住地への外泊回数 () 回 内 平日外泊 () 回 週末外泊 () 回

問 9. 通院を開始してからのクライシスプランの作成にあたり、困難な点はありますか？
具体的にご記入ください。

[]

問 10. 処遇実施計画策定上での問題点を具体的にご記入ください。

[]

問 11. 直接通院における課題、問題点を具体的にご記入ください。

[]

ご協力ありがとうございました。

北陸3県医療観察法における通院処遇対象者に関する調査

実施日 平成25年10月

方法 北陸3県指定通院医療機関13病院に調査用紙を郵送
郵送にて回答

回収率 12病院より回答 30事例

結果

男女比

	男	女	計
直接通院	7	6	13
移行通院	12	5	17
計	19	11	30

年代

	20代	30代	40代	50代	60代	70代	計
直接通院	5	0	1	4	1	2	13
移行通院	1	6	7	2	0	1	17
計	6	6	8	6	1	3	30

対象行為

	殺人・殺人未遂	放火	強盗	強姦	強制わいせつ	傷害	計
直接通院	4	4	1	0	0	4	13
移行通院	8	4	1	0	1	3	17
計	12	8	2	0	1	7	30

診断名

移行		直接	
統合失調症	8	統合失調症	5
妄想型統合失調症	2	統合失調症感情障害	1
残遺型統合失調症	2	統合失調症、知的障害	1
統合失調症感情障害	1	アスペルガー障害	1
妄想性障害	2	双極性感情障害	2
双極性感情障害	1	反復性うつ病性障害	3
反復性うつ病性障害	1	計	13
計	17		

帰住先

	単身 元の居住地	単身 居住地変更	家族と同居 元の居住地	家族と同居 居住地変更	グループホーム	その他施設	計
直接通院	1	0	5	4	3	0	13
移行通院	0	3	5	4	2	2	16
計	1	3	10	8	5	2	29 無回答1

(入所授産施設、養護老人ホーム)

開始時 精神保健福祉法上の入院

	あり	なし	計
直接通院	4	9	13
移行通院	3	14	17
計	7	23	30

理由

直接通院：居住地未定3名、医療チームとの関係構築2名、
地域生活の支援体制構築2名
本人の生活訓練2名、疾病教育1名

移行通院：居住地未定、医療チームとの関係構築、
グループホーム入所待機

移行通院 17名

多職種チームとしての顔合わせの時点

外出・外泊時	15		
その他	1	無回答	1

CPA会議の参加回数

0回	1回	2回	不明	計
8	2	3	4	17

ケア会議参加回数

0回	1回	2回	3回	4回	5回	6回	20回～	計
1	2	3	3	3	1	2	2	17

帰住地への外出回数

0回	1回	2回	3回	4回	不明	計
3	2	2	3	2	5	17

帰住地への外泊回数

0回	1回	2回	3回	12回	不明	計
3	2	3	3	1	5	17

週末 2名

試験的外来受診

あり	なし	無回答	計
12	3	2	17

デイケア・作業療法への体験

あり	なし	無回答	計
11	5	1	17

直接通院 8名

鑑定実施医療機関は通院医療機関と同じですか

同じ	異なる	計
5	8	13

多職種チームとしての顔合わせの時点

通院処遇開始前(鑑定入院機関において)	5
通院機関初診当日	8

第7回北陸医療観察法研究会

日 時：平成25年10月26日（土）14：00（13：00 受付開始）

場 所：本多の森会議室 2階 第3会議室（金沢市石引4-17-1 TEL076-231-0192）

プログラム

1. 開会

2. 北陸三県指定通院医療機関からの報告（発表12分 質疑3分）

1) 石川県「移行通院における入院医療機関との連携について」

松原病院 中村美智代

2) 富山県「ACTを行ったが治療経過がうまくいかなかった統合失調症例」

富山市民病院 長谷川雄介

3) 福井県「通院処遇中期からの初めての関わりを通して－現状と課題－」

猪原病院 永井祥子

3. ご挨拶 金沢地方裁判所 裁判官 手崎政人 判事

4. 特別講演 「指定入院医療機関における多職種チーム医療」

独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院

総看護師長 佐藤 るみ子 先生

4. 閉会

第8回 通院医療等研究会

日 時： 平成 26 年 2 月 1 日（土） 13：00 （12：00 受付開始）

会 場： 建築会館 （裏面地図）

〒108-8414 東京都港区芝 5 丁目 26 番 20 号

プログラム

13：00 開会

13：05 一般演題（発表 12 分 質疑 3 分）

- 1) 東日本大震災時の医療観察対象者の状況
～地震・津波・原発事故・風評被害の中で～
鈴木恵利子 （福島県・舞子浜病院）
- 2) 医療観察法の通院処遇開始期における、入院処遇中に使用した
リスクマネジメントツール等の導入に関する一考察
小野 誠 三 （広島県・よこがわ駅前クリニック）
- 3) 医療観察法外来通院処遇者第一例目の経験から
青木 治 樹 （長野県・メンタルサポートそよかぜ病院）
- 4) 現在処遇中の取組みの紹介と処遇終了になった方のその後
金丸 真 弓 （北海道・デイケアクリニックほっとステーション）
- 5) 就労を目指して
～対象行為が薬物使用に起因する通院処遇者との関わりから～
長 和 洋 光 （広島県・ジョブハウス ノイエ
多機能型就労移行支援事業所・就労継続支援 B 型事業所）

<休憩>

14：40 研究報告

松原 三 郎 松原病院

15：00 特別講演「医療観察法のリスクアセスメントとマネジメントの考え方について」

八木 深 独立行政法人国立病院機構花巻病院 院長

16：00 総合討論

16：30 閉会

主催：平成 25 年度厚生労働省障害者対策総合研究事業
研究分担者 松原三郎

<問合せ先> 〒920-8654 石川県金沢市石引 4-3-5 松原病院

TEL076-231-4138 FAX076-231-4110

E-Mail matsubarahospital@ishikawa.med.or.jp

通院医療等研究会 主催者 松原三郎

事務担当：一ノ宮・林

分担研究報告

司法精神医療における行政機関の役割に関する研究

角野 文彦

滋賀県健康福祉部

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
分担研究報告書

司法精神医療における行政機関の役割に関する研究

研究分担者：角野文彦 滋賀県健康福祉部次長

研究要旨：医療観察制度に基づいて、地域処遇を円滑に行うために、医療観察法と精神保健福祉法との有機的運用が求められている。これまでの研究では、行政機関の医療観察法処遇事例の支援の現状から行政機関の役割や司法医療機関との連携における課題を明らかにしてきた。本研究では、法整備から9年が経過し、地域処遇事例が増加する中、行政機関の地域処遇事例への司法医療機関と地域関係者との連携、対象者の社会復帰の現状から、地域処遇の課題を検討した。

研究協力者：原田小夜（聖泉大学看護学部准教授）、辻本哲士（滋賀県精神保健福祉センター所長）、村田浩（大牟田保養院院長）、中原由美（福岡県筑紫保健所保健監）、梶本まどか（滋賀県健康福祉部医療福祉推進課副参事）、黒橋真奈美（滋賀県健康福祉部健康長寿課主幹）

A. 研究目的

全国の保健所では、医療観察制度の地域処遇事例が年々増加している。円滑に地域処遇を進めるには、司法精神医療関係者と地域支援者の連携が重要であり、これまでの研究で、共通評価項目を用いた情報共有の有効性が示唆された。また、保健所は、再犯に対する危惧から事例に関わる不安を感じており、その背景にマンパワー不足があった。また、地域処遇対象者の40%が地域支援者の継続的な支援が必要であった。法対象者の支援に関する医療計画への記述は5割に満たなかった。

本年度は、地域処遇事例の支援課題について、地域の医療資源状況との比較、24年度データとを比較、検討した。

B. 研究方法

[調査対象]

全国の494保健所（対象保健所内訳：県392、政令市8、中核市40、指定都市31、特別区23）

[調査方法]

- 1) 自記式質問紙法による郵送留置き調査
- 2) 調査期間：平成25年10月1日～10月末日

[調査内容]

①調査票A：医療観察法の処遇ケースに関する司法精神医療と地域精神保健福祉との連携に関する意識

②調査票B：保健所において、医療観察法施行後に支援を行ったケース概要（平成24年7月現在）

分析は記述統計を実施。項目名に欠損値を除いて集計した。

聖泉大学倫理委員会の承認を受けた。

C. 研究結果

回答保健所数：311カ所（回収率 63.0%）

1. 調査票A

1)保健所管内の医療機関の状況

表1のとおり、精神科病院を持たない保健所は8.4%、指定通院医療機関を持たない保健所は42.1%であった。

表1 保健所管内の精神科医療機関の状況

	有	無	NA
精神科病院	284(91.3)	26(8.4)	1(0.3)
指定入院医療機関	47(15.1)	261(83.9)	3(1.0)
指定通院医療機関	169(54.3)	131(42.1)	11(3.5)

2) 保健所の医療観察法事例への対応状況

平成24年度は77.3%、平成25年度も76.5%とほぼ同様の割合であったが、支援事例数は昨年度より回収率が低下したにも関わらず、1124件に急激に増加していた。

表2 医療観察法の対応有の割合と事例数

	事例有の割合	事例数
平成24年度	77.3%	785
平成25年度	76.5%	1403

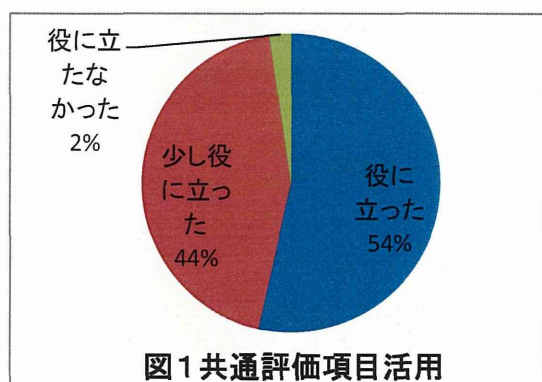
支援経験の平均は3.6件、10件以上支援したとした保健所は、27カ所と昨年度の11カ所とお幅に増加していた。

2) 「共通評価項目」について(n=308)

表3 共通評価項目の知識

	平成24年度	平成25年度
カンファレンスでの利用	38(10.8)	45(14.6)
知っているが活用はない	148(42.2)	132(42.9)
知らない	165(47.0)	131(42.5)

共通評価項目の活用割合が増加、知らないがやや低下した。活用者の評価を図1に示す。



「役に立った」、「少し役に立った」で98%であり、平成24年度と同様に活用者の評価は高かった。

3)指定通院医療機関からの情報提供について

共通評価項目のうち、主だった11項目を抜粋して、設問を設定した。「必ずほしい」から「どちらでもよい」の4分位で聞いた。「必ずほしい」の回答割合が70%を超えたのは、「幻覚・妄想等の精神症状」80.8%、「病識の有無」76.3%、「非社会性」72.5%であった。

4)司法関係機関との研修・交流について

司法関係機関と保健所との連携や交流では、平成24年度に開催有りは、132件(42.4%)であった。最も多かったのは、4回であったが、大半が1回のみであった。平成24年度調査結果では「定期的な開催」が39.9%であり、本調査結果とほぼ同様の割合であった。昨年度は、「不定期な開催」と回答したところが35.6%であったが、1年間の実績では、研修・交流が無いところが57.6%であったことから、ケースを通しての連携はあっても、研修・交流会は継続されていないことが考えられた。

5)医療観察法のケース対応についての考え

回答のあった308カ所では、医療観察法のケース対応では、「特別な支援はいらない」が54件(17.5%)で、「特別な対応が必要」が172件(55.8%)であった。「よくわからない」が40件(13.0%)で、その他が42件(13.7%)で、その理由として、ケースによって異なる、特別な支援はいらない人の方が多い、通常のケースより環境面への配慮が必要等について記載されていた。この割合は、昨年度もほぼ同様の割合であった。

7)医療観察法のケースに関わる担当者の気持ち

医療観察法ケースに関わる担当者の気持ちでは、記載があった306件中、「かなり不安が

ある」24人(7.8%)、「不安がある」176人(57.5%)
「あまり不安はない」95人(31.0%)「不安はない」11人(3.7%)であり、不安を持つものの割合が高く、平成24年度調査とほぼ同様の割合であった。

8) 医療観察法の地域処遇の課題について

「大いにある」の割合は多かったのは、「被害者支援、同じ町で生活するにあたって、被害者への配慮がある」が42.3%、「保健所のマンパワーが不足し、きめ細やかな対応は難しい」35.2%、「法の処遇終了後の対応、支援体制に不安がある」32.0%、「発達障害、アルコール等、統合失調症以外の対象者の処遇が難しい」31.1%と高く、この4項目と「処遇困難な事例に対する丁寧な関わりをするには時間がない」、「地域の理解が不足しているので、生活の場の確保が難しい」の2項目を加えた6項目で、「大いにある」と「少しある」の割合が6割を超えていた。

9) 自由記載内容

(1)退院調整・地域移行に関する課題

- ・指定入院機関が遠く、退院調整に行けない。
- ・刺激の無い入院施設から地域の施設に移るのが難しい。
- ・入院中に地域処遇で利用する事業所にカンファレンス等に行ってもらえない。
- ・対象行為について説明がない。
- ・地域処遇に向けてのグループホーム等の体験入所に関する期間制限等、地域処遇のアセスメントが難しい。

(2)地域処遇中の課題

- ・保健師の毎週訪問が対象者にとって負担。
- ・訪問看護の交通費も補助が必要。
- ・障害者総合支援法の事業所が利用を断る
- ・管内に指定通院医療機関が無いので、通院が困る。

- ・社会復帰調整官の役割がわからない。
- ・手厚いケアがあり、かかる稼働も膨大。
- ・独居の男性に対する女性支援者のみの訪問が難しいが、人の体制が取れない。
- ・各機関(HPやHC、観察所)の特性を生かして対応することが必要かと思う。

- ・経験のあるスタッフが異動でいなくなったとき、全く関わった経験のない方は不安になる。
- ・対象行為についての振り返りをこれ程までに地域で対応することは困難。

(1)処遇終了後の支援に関する課題

- ・社会復帰調整官の支援期間が事例によって異なるべきではないか、処遇期間が過ぎると、全く支援が無くなるのはおかしい。
- ・法処遇終了時に、裁判所の評価がなく、地域に任される形にも疑問を持つ。
- ・法の処遇期間中は手厚いが、切れるとフォローも本人の自覚も低下していく。
- ・現在社会復帰はしているが、本人の罪の意識はわからない。地域の理解も低く、将来が不安、法による支援期間の終了後が不安。

- ・処遇終了者のフォローアップをいつまでしたらよいのか、ケースが多くなると大変。
- ・処遇中はDCの通所のため転居、終了後は自宅、本人の生活を中心に考えられていない。
- ・処遇終了後のコーディネート機関が不明。
- ・担当者の交替があると、意識が薄れる。

(3)再犯に関する問題

- ・病院での治療もうまくいかず、拒否のあるケースがどうして地域で支援できるのか。
- ・処遇終了と同時に情緒不安定で再犯した。
- ・再犯されるケースを見ると何かできることはないかと悩む。再犯しない意識づけ後に必要な福祉サービスの調整になると思う。
- ・内省が深まらない対象者が多い。

(4)その他の記述

- ・知的障害等で法の対象とならないケース、罪を犯す人のケアができていない。
- ・法の対象とならないケースの支援が困る。
- ・医療観察法のケース処遇を通じて、連携が深まった。
- ・被害者への情報提供。
- ・外国人の場合、言葉、ビザの問題、身近な支援者への謝金の問題。
- ・再犯防止プログラムなどの一部を担う必要が求められるならば、スキル向上も必要。
- ・実際に生活される場所と住基が異なる場合、退院後どこが支援（定期訪問など）する方がよいのかと悩むことがある。

今回の調査では、支援終了後の課題が多く記述されており、また、人事異動に伴う支援経験者がいない場合の不安が記述されていた。昨年度と比較して多くなった記述は、再犯の問題であった。処遇が終了によって社会復帰調整管の支援が終了することにより地域支援者だけで支援を継続しなければいけないという問題である。実際に法終了後に再犯したケースもあり、担当者は再犯しないかという不安を持つ。もともと、対象者の意識が低いケースもある。支援者の交替による支援者の意識の低下の記述もあった。その一方、支援経験が無い保健所では、イメージがわからないことから不安に思うという記述があった。

[調査票 A まとめ]

保健所の地域処遇事例への対応割合は、昨年とほぼ同様であり、一か所あたりの平均支援事例数は増加し、10 事例以上支援を実施した保健所が大幅に増加し、事例が集中していた。共通評価項目の活用割合は、5%増加し、「知らない」の割合がやや低下した。指定医療機関からの情報提供では、精神症状、病識の有無、非社会性の割合が高く、生活面の

情報より、再犯に影響する疾患や行動についての情報が重要と考えていた。司法機関の地域支援者との研修や交流会は定期的実施している割合は変化がなく、平成 24 年度に不定期に開催とした保健所では実績は無い状況であった。医療観察法事例への支援に関する不安は約 65%で平成 24 年度と同様であった。支援課題では保健所のマンパワー不足、被害者への配慮、法処遇終了後の支援に対する課題が大きく、自由記載においても法処遇終了後の再犯への不安に関する課題の記述が増加していた。

2. 調査票 B

保健所において、医療観察法施行後に支援を行ったケース概要（触法行為、診断名、社会復帰の状況等処遇内容に関する横断調査を継続（平成 25 年 7 月現在）

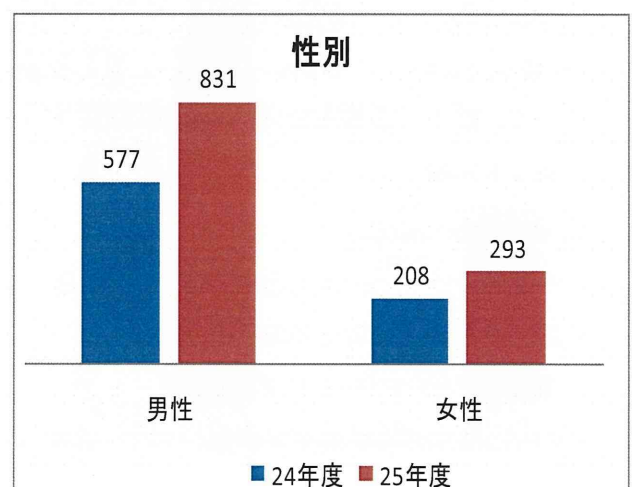
<調査内容>

性別、年齢、対象行為、主たる診断病名、問題行動、生活場所、処遇状況、支援状況、経済状況、支援機関等。

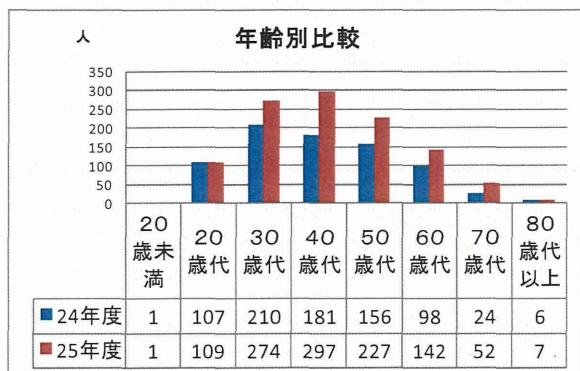
<結果>

全対象者数：1124 人であり、24 年度と 25 年度の結果を比較した。

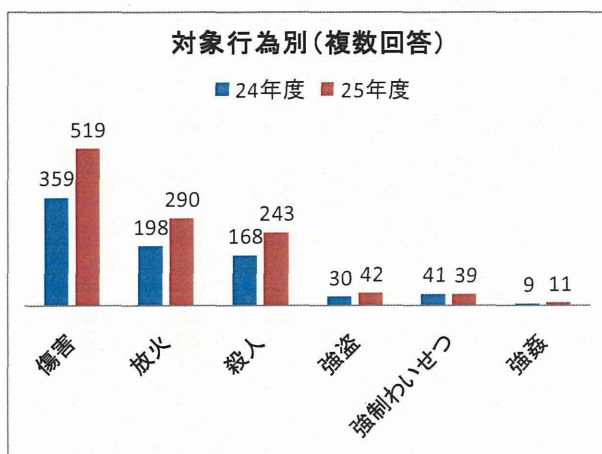
1)性別について、24 年度、25 年度とも対象者は男性が多かった



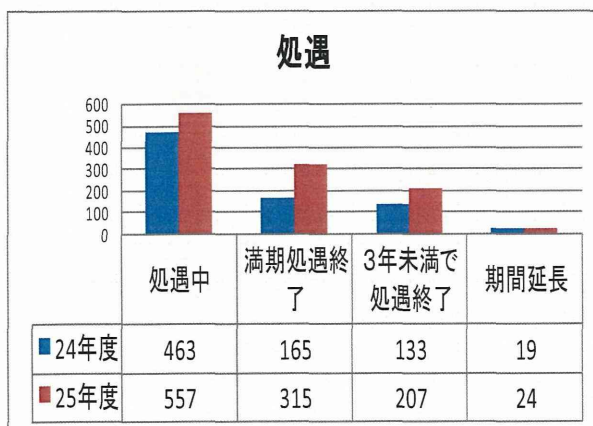
2)年齢について、24年度は30歳代が最多であったが、25年度は40歳代が最多であった。



3)対象行為については、24年度、25年度とも傷害、放火、殺人の順で多かった。25年度は若干強盗が増え、強制わいせつが減っていた。



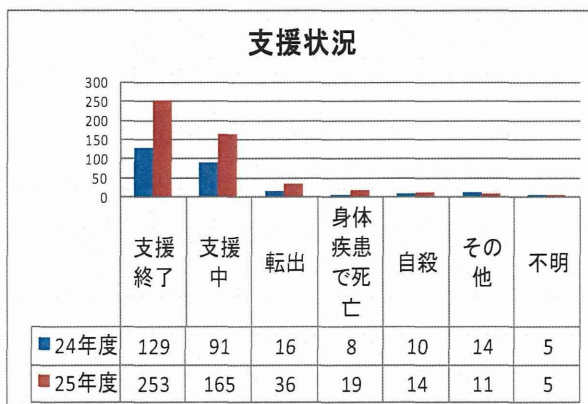
4)処遇状況は、24、25年度ともに処遇中が最も多かった。



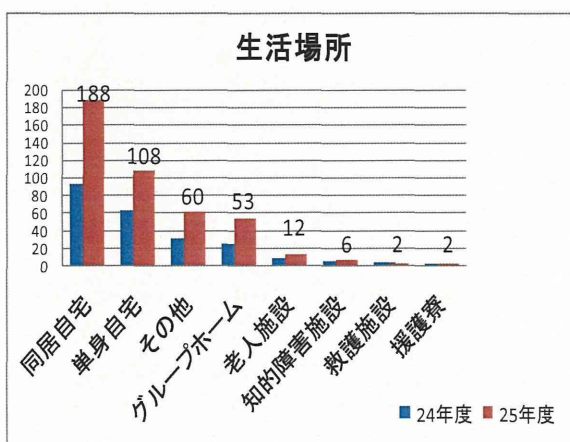
*5)以降の項目は、法処遇終了となった者に

ついでの結果を示す

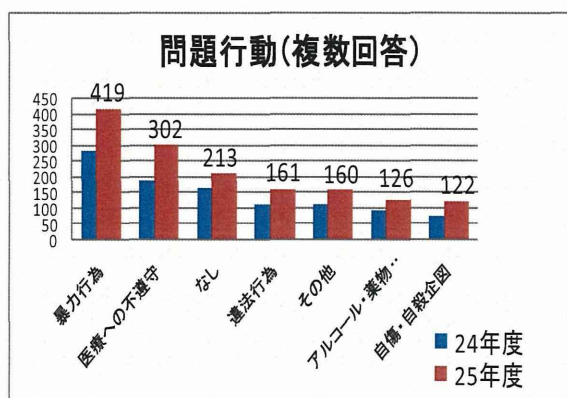
5)支援状況として、24年度、25年度とも支援終了、支援中の順に多い。



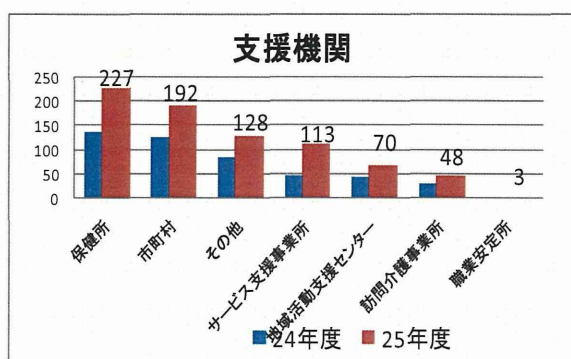
6)現在の生活場所について、24年度、25年度とも同居自宅、単身自宅が多い。対象者は親族に対する触法行為が多いため、家族の心労が懸念される。



7)現在の問題行動は、24年度が「なし」が多かったが、25年度では暴力行為や医療への不遵守が激増している。調査回収できた保健所の年度による違いに影響されている可能性があるが、今後の検討が必要。



8) 支援機関に関しては、24年度、25年度ともに保健所、市町村が多い



<まとめ>

- ・保健所が把握している医療換算法対象者について、24年度調査と25年度調査を比較した。
- ・24年度、25年度とも、性別、年齢、対象行為、主たる診断病名、問題行動、生活場所、処遇状況、支援状況、経済状況、支援機関等、同様の傾向を示していた。
- ・地域で支援すべき対象者は年々層化する可能性が高い。支援終了できる対象者も増えているが、支援を継続している対象者も激増し、支援側の負担が懸念される。
- ・現状での問題行動（暴力行為、医療への不遵守）が増加し、対応の難しい対象者の支援が求められている
- ・24年度、25年度ともに回答のあった保健所の対象者の状況を比較し、新規に支援が始まった事例、支援を終了できた事例、支援を

継続している事例に関し、傾向、要因、支援ありかた等について検討したい。

D. 考察

1. 指定医療機関と地域支援機関との連携の充実として、共通評価項目を用いた情報共有が有効であり、活用を進めていく必要がある。
2. 地域支援者のケースに関わる不安があり、特に再犯に対する危惧をしていた。平成24年度調査と比較すると暴力行為や医療への不遵守が増加しており、支援チームで再犯防止に対する対象者の意識を高めるための支援が重要であり、地域支援者に対する再犯防止プログラムに関する研修も必要である。
3. 法の施行から期間が経過し、昨年度よりも事例数が急増しており、また対象者が特定の地域、特定の保健所に集中していた。法処遇終了になった時点で支援の中心であった社会復帰調整官の支援も終了、保健所も職員の異動に伴い、法処遇事例の支援経験のない職員に引き継がれる等、支援の継続性についての課題が明らかになった。法終了後に社会復帰調整官が担っていた役割を継続して保健所職員が行うだけのマンパワーが保健所に無いことが保健所の負担感や不安感に影響していると考えられる。

今後、対象者数の増加に伴い質の高い医療と地域処遇（地域ケア）への予算の投入が必要である。

E. 結論

医療観察法による対象者は増えており、対象者の安定した地域生活のためには、今後も指定医療機関、保護観察所と連携を図り、市町村を含めた地域支援体制の人的、質的な充実が必要である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

辻本哲士、他：医療観察法で処遇された者の社会復帰の現状 保健所のアンケート調査から、公衆衛生 77(11)：931-934、2013

2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

分担研究報告

地域における処遇を含めた 医療観察法制度に対する法学的視点からの研究

資料1：発表スライド「地域における処遇を含めた医療観察法制度
に対する法学的視点からの研究」

山本 輝之

成城大学 法学部

分担研究報告書

地域における処遇を含めた医療観察法制度に対する法学的視点からの研究

研究分担者 山本輝之 成城大学法学部教授

研究要旨

2003 年に、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察に関する法律」（以下、「医療観察法」、「法律」または「法」ということもある）が制定・公布され、2005 年 7 月から施行された。これは、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害という重大な他害行為を行ったが、不起訴処分となった心神喪失者、心神耗弱者または責任無能力を理由として無罪の確定判決を受けた者あるいは限定責任能力を理由として自由刑の執行を免れた者（以下、これらの者を「対象者」ということもある）に対し、適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療ならびにその確保のために必要な観察および指導を行うことによって、その病状の改善およびこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、その社会復帰を促進することを目的として、制定されたものである（1 条）。この法律の施行後、その運用についてさまざまな課題が指摘されているが、その 1 つに、地域処遇を行う場合の多職種による連携の問題がある。そして、このような連携を行うためには、対象者に関する情報を、そのような医療にかかわる多職種間で共有することが必要不可欠である。他方、このような対象者の情報は個人情報にかかわるものであるため、その取扱いについては個人情報保護との関係において検討を要する多くの法的問題が存在する。そこで、本研究は、地域処遇における多職種間での対象者に関する情報共有に関する法的問題点について、整理・検討を行った。

研究協力者

柑本美和（東海大学大学院法務研究科准教授）

水留正流（南山大学法学部専任講師）

A. 研究の目的

医療観察法による地域処遇を行う上では、

多職種が連携することが必要であり、その連携のためには、その処遇にかかわる多職種間で対象者に関する情報を共有することが必要不可欠である。他方、社会における個人情報の保護の要請は、ますます高くなっているのが現状である。とりわけ医療観察法による処遇の対象者については、彼の

精神障害に関する情報と彼が重大な他害行為を行ったということに関する情報という、二重の意味でセンシティブな情報が共有されざるを得ない。したがって、ここでは、個人情報の保護という観点から多くの法的問題点が存在するのである。そこで、本研究は、地域処遇における多職種間での対象者に関する情報共有に関する法的問題点を整理・検討することを目的とした。

B. 研究方法

分担研究者、研究協力者による研究会を頻繁に開催し、そこには、法律研究者だけでなく、実際に医療観察法における地域処遇に携わっておられる精神医療関係者をお招きし、意見交換と行い、問題点の抽出・整理・分析・検討を行った。

C. 研究結果

以上の研究会活動により、地域処遇における多職種間における情報共有に関する法的問題点、すなわち、①通院処遇・地域処遇における情報の取扱いの問題、②他害行為のおそれがある場合の情報提供の許容性とその義務の問題について、整理・検討を行った。

D. 考察

[1] はじめに

(1) まず、個人情報保護法体系が保護の対

象としている「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であり、個人の属性・行動、個人に対する評価、個人が創作した表現等、当該個人と関係する全ての情報をいう。つまり、いわゆる、個人情報保護法は、「プライバシー」「名誉」とは言えない「希薄化した情報」までも保護するものである。この法律の背後には、個人の情報コントロール権という考え方、すなわち、自分に関する情報については自分で決定するという考え方が存在している。そして、そのようなプライバシーとはいえないような希薄化した情報を保護しようとする法律、条例が作られ、さらに法律が保護していない部分についてガイドラインによる規制がなされている。

前述したように、多職種が連携して行われる最先端の地域精神医療という医療目標と、個人情報の保護との関係をどのように考えるかが課題となる。この点は、例えば、「地域処遇ガイドライン」も配慮していて、そこには情報のやり取りについては対象者の同意を得るよう努めるべきである旨が定められている。

(2) しかし、同意が得られない場合はどうするのかについては何も定められていない。もちろん、対象者本人が承諾した上で情報が提供されることがベストであるが、ある場合には、本人の同意を得ることができない場合もある。このような場合、どのよう

に考えるべきであるかということが問題となる。以下、この点について検討する。

[2] 通院医療・地域処遇における情報の取扱い

(1) たとえば、対象者に対して住居を準備する場合、保護観察所からその貸主に対して、対象者に関する情報を提供することが許されるのか、また、対象者が民間の社会復帰施設、生活支援センターを利用する場合、保護観察所からその施設のスタッフに対して、彼に関する情報を提供することが許されるのかが問題となる。

最高裁判所の判例には、区役所が、弁護士法23条の2に基づく弁護士会からの前科の照会に対して、必要性の有無を十分検討することなく漫然とこれに応じたことが違法とされ、原告の損害賠償請求が認められたものがある（最判昭和56年4月14日民集35巻3号620頁）。その事案は、以下のようなものである。被上告人（原告、控訴人）Aは、B自動車教習所の技能指導員をしていたが、解雇され、Bを相手に地位保全の仮処分を申請し、従業員たる地位が彼に定められていた。その後、Bの委任を受けた弁護士Cが、弁護士法23条の2に基づき、その所属する京都弁護士会を介して京都市伏見区役所に、中労委、京都地裁に提出するため、Aの前科および犯罪歴について照会したところ、同区役所はこれを同

市中京区役所に回付し、同所から弁護士あてに、Aには道路交通法違反11犯、業務上過失傷害1犯、暴行1犯の前科がある旨の回答があった。弁護士を通じてAの前科を知ったBは、中労委、地裁の構内等でAの前科を摘示し、経歴詐称を理由に、Aの予備的解雇を通告した。これに対して、Aは、当人の名誉、信用、プライバシーに関する、「自己の前科や犯歴を知られたくない権利」を侵され、予備的解雇を通告されたことでいくつもの裁判などを抱え多大な労力・費用を要することになったが、その原因は中京区長の過失にあるとして、上告人（被告、被控訴人）京都市Dに対して、損害賠償を求めた。これに対して、1審（京都地裁昭和50年9月25日判時819号69頁）は、この照会と回答のため、「個人のプライバシー等が侵されることがあるのはやむを得ない」とし、権威ある弁護士会からの法律に基づく照会について公務所は応ずる義務があるから、区長には故意又は過失はないとして、Aの請求を棄却した。これに対して、原審（大阪高判昭和51年12月21日判時839号55頁）は、Aの主張を容れ、1審判決を変更し、前科や犯罪経歴の公表については、法令に根拠のある場合とか、公共の福祉による要請が優先する場合であるが、本件はそのような場合ではなかったとして、区長の行為に違法性を認めた。Bは、弁護士会の照会権がもつ高度の公共性がCのも