

大通達甲（人少）第12号  
平成31年3月14日

簿冊名	例規(1年)
保存期間	1年

生活安全部人身安全・少年課長  
各 警 察 署 長 殿

生 活 安 全 部 長

ストーカー事案の行為者に対する精神医学的・心理学的アプローチの運用について（通達）

ストーカー事案の行為者に対する精神医学的・心理学的アプローチについては、大分大学医学部附属病院精神神経医学講座（以下「対象医療機関」という。）と連携し、下記のとおり運用することとしたので、積極的な活用を図られたい。

なお、「ストーカー事案の行為者に対する精神医学的・心理学的アプローチの運用について」（平成28年8月8日付け大通達甲（生企）第17号）は、廃止する。

#### 記

#### 1 趣旨

ストーカー事案及び配偶者暴力事案の対応件数は年々増加傾向にあり、警察においても被害者等の安全確保を最優先に事案対処に当たっている。特にストーカー事案においては、行為者の被害者等に対する執着心・支配意識が強いことから、医療機関の紹介や当該行為者への受診の働き掛けなどを行うことにより、加害行為の沈静化、重大事案発展への未然防止を図るものである。

#### 2 対象者

警察で対応したストーカー事案の行為者のうち、地域の精神科医等からアドバイスを得ることについて同意を得たものとする。

#### 3 運用要領

##### (1) 警察本部への報告

警察署長は、行為者、その家族等から精神科医等の紹介の要請を受けた場合又は行為者に対し、何らかの精神医学的・心理学的アプローチの必要性を認めた場合は、事案概要連絡票（第1号様式）を作成するとともに、同対象者から同意書（本人用）（第2号様式）及び同意書（親族用）（第3号様式）を受領し、それぞれの写しを生活安全部人身安全・少年課長（以下「人身安全・少年課長」という。）へ送付すること。

##### (2) 医療機関への連絡・調整

人身安全・少年課長は、対象医療機関へ事案概要連絡票により当該対象者の加害行為の状況等を説明し、専門的見地から対象者へのカウンセリング等、精神医学的・心理学的アプローチの必要性の有無、警察が当該行為者に対応する際の留意事項等のアドバイスを受けること。

##### (3) 対象者の受診等

###### ア 受診日の調整

(ア) 人身安全・少年課長は、対象医療機関が対象者へのカウンセリング等を必要と認

めた場合は、当該事案を担当する警察署長に対し、その旨を連絡すること。

- (イ) 前記(ア)の規定による連絡を受けた警察署長は、対象医療機関と対象者の受診日を調整し、受診日が決定した場合は、人身安全・少年課長に連絡すること。

#### イ 対象者の受診

- (ア) 警察署長は、対象者の受診状況、治療経過等について、経過連絡票（第4号様式）により人身安全・少年課長に報告すること。
- (イ) 対象者の受診に当たっては、警察署の生活安全課員が同行するなどして、対象医療機関から当該対象者の治療経過や今後の対応上の留意事項等についてアドバイスを受けること。

#### 4 留意事項

対象者に受診内容等を説明する際には、カウンセリング・治療について（別添）を示して行うこと。

なお、カウンセリング及び治療に要する費用については自己負担となることを説明し、理解を求めること。

(人身安全・少年課ストーカー・DV対策係)

事 案 概 要 連 絡 票

( )警察署

1 加害者（治療を受ける者）
本籍
住所
職業
氏名
生年月日
2 家族構成
-----
-----
-----
-----
3 既往歴、通院歴等
-----
-----
4 被害者（性別、年齢のみ記載すること）
-----
-----
5 両者の関係
-----
-----
6 事案概要
(1) 認知の経緯
-----
-----
-----
(2) 両者の関係（交際の程度及び期間等）
-----
-----
-----
-----
-----



第2号様式

## 同意書（本人用）

住所：

氏名：

生年月日：                      年        月        日生（        歳）

連絡先：

私は、カウンセリングや治療を受ける必要があるとの説明を受けた上で、  
カウンセリングや治療を受けることに同意します。

また、カウンセリングや治療に際し、警察と医療機関が、私に関する情報  
を共有することに同意します。

年        月        日

警察署長 殿

第3号様式

同意書（親族用）

私は、

続柄：

住所：

氏名：

生年月日： 年 月 日生（ 歳）

連絡先：

が、カウンセリングや治療を受ける必要があるとの説明を受けた上で、上記の者がカウンセリングや治療を受けることに同意します。

また、カウンセリングや治療に際し、警察と医療機関が、上記の者に関する情報を共有することに同意します。

年 月 日

警察署長 殿

住所：

氏名：

経過連絡票

( )警察署

1 加害者（治療を受ける者）
住所
氏名
生年月日
対応開始日
2 治療経過
-----
3 今後の方針、担当医からのアドバイス
-----

## カウンセリング・治療について

### 1 医療機関への情報提供について

カウンセリング・治療（以下「治療等」といいます。）を有効なものとするため、治療等を希望される方の住所、氏名、生年月日及び家族構成並びに警察で取り扱った事案の概要を、あらかじめ、医療機関に情報提供します。

### 2 治療の費用について

健康保険による治療等となるため、費用に関しては、自己負担となります。

### 3 個人情報保護の徹底について

警察と医療機関には守秘義務が課せられており、受診を希望される方の個人情報保護の徹底を図ります。

### 4 現に精神科等の医療機関に通院されている方について

現に精神科や心療内科の医療機関に通院している方には、原則、通院先での治療等をお願いします。

他の医療機関での治療等を希望される時は、通院先の医師からの紹介状が必要となる場合がありますので、その際は、御自身で紹介状の入手をお願いします。

### 5 治療等の拒否について

治療等を希望された場合でも、医療機関において治療等を拒否する場合があります。

### 6 同意書の提出について

受診を希望される方には、医療機関での受診や、警察と医療機関相互における情報提供に関する「同意書」の提出をお願いしています。

また、受診を希望される方が未成年者の場合は、保護者の方からも「同意書」の提出をお願いします。



## 警察と医療機関の対応について

### 【 警察の対応 】

#### ①加害者の選定

治療等が有効と認められる加害者を  
選定し、加害者に治療等の必要性を説明する。

#### ②加害者等の同意

加害者が治療等に同意した時は、  
○警察から医療機関に対し、加害者住所、氏名、生年月日、家族構成と事案概要を情報提供する  
○治療等の開始後は、医療機関と警察が相互に情報を提供し合うことに同意を得る。加害者が未成年者の場合は、保護者からも同意を得る。

#### ③医療機関への治療依頼

医療機関に対し、加害者の個人情報と事案概要を説明し、加害者の治療等を依頼する。

#### ⑥加害者等への連絡

加害者に対し、医療機関の治療等の可否、治療等が可能であれば、受診日などを通知する。

#### ⑦加害者の受診・治療等

加害者の治療等をする際は、必要に応じて、警察官が加害者に付き添うなど、治療等の支援をする。

#### ⑧連携と情報共有

警察と医療機関は連携を図り、加害者の動向・治療等の状況などについて情報を共有する。

### 【 医療機関の対応 】

#### ④加害者の治療等の検討

警察からの依頼に基づき、加害者の治療等の必要性、可否について、検討する。

#### ⑤検討結果の連絡

治療等が可能であれば、治療内容、受診日等について警察と協議して決定する。

