

分類コード	X - 1 - 1 - 1 - 02
保存期間	10年(令和16年12月31日まで)

秋 本 人 安 第 3 7 8 号
令 和 6 年 5 月 7 日

各 所 属 長 殿

秋 田 県 警 察 本 部 長

ストーカー加害者等に対する精神医学的治療等の運用要領の一部改正について
(例規)

みだしのことについては、「ストーカー加害者等に対する精神医学的治療等の運用要領の一部改正について（例規）」（令和3年10月15日付け秋本人安第889号。以下「旧例規」という。）により運用してきたところであるが、この度、所要の整備を行い、令和6年5月10日から、別添「ストーカー加害者等に対する精神医学的治療等の運用要領」のとおり運用することとしたので、対応に誤りのないようにされたい。

なお、旧例規は令和6年5月10日をもって廃止する。

この担当 人身安全対策課
ストーカー・配偶者暴力対策係
(☎3102・3103)

別添

ストーカー加害者等に対する精神医学的治療等の運用要領

1 趣旨

ストーカー事案の加害者の中には、警察から警告や検挙されたにもかかわらず、被害者に強い執着心や支配意識を抱き、つきまとい等を繰り返す者もいることから、警察と地域の精神科医療機関等が連携し、加害者の精神疾患等に応じた精神医学的な治療や心理学的なカウンセリング（以下「精神医学的治療等」という。）につなげ、被害者に対する強い執着心等を払拭させるなど、再犯を防止し、被害者の安全確保を図るものとする。

2 精神医学的治療等の対象者

精神医学的治療等の対象者（以下「対象者」という。）は、ストーカー行為等の規制等に関する法律（平成12年法律第81号。以下「法」という。）に基づく警告、検挙等をされてもつきまとい、位置情報無承諾取得等を継続するおそれのあるストーカー加害者又はストーカー加害者となるおそれがある恋愛感情等のもつれに起因する暴力的事案の加害者（以下「ストーカー加害者等」という。）のうち、次の要件をいずれも満たす者とする。

- (1) 対象者の言動、通院歴、家族等関係者の説明等から総合的に判断して、加害行為の原因に精神疾患又は心理的に不適応な状態があると認められる者
- (2) 精神医学的治療等を自己負担で受ける意思があり、かつ、個人情報に関係する医療機関等に提供することに同意している者

3 地域精神科医師及び地域精神科医療機関の委嘱

(1) 委嘱

ア 連携する地域精神科医師及び地域精神科医療機関（以下「連携医師等」という。）は、生活安全部人身安全対策課長（以下「人身安全対策課長」という。）の推薦に基づき、秋田県警察本部長が委嘱するものとする。

イ アに掲げる推薦は、次の要件を満たす者の中から、推薦書（様式第1号）により行うものとする。

- (ア) 警察官やストーカー加害者等に対して、精神医学的治療等につなげるための助言をするのに必要な専門的知識を有すること。
- (イ) ストーカー加害者等の精神医学的治療等に理解を示し、また、人格や行動について社会的信望を有すること。

ウ 前記アの規定により委嘱するときは、委嘱書（様式第2号）を交付するものとする。

(2) 任期

ア 連携医師等の任期は2年とし、再委嘱を妨げない。

イ 連携医師等が辞意を表明したとき、又は疾病その他の事情により任務の遂行に支障があると認めたときは、任期中にかかわらずこれを解嘱することができる。

(3) 名簿の備付け

人身安全対策課長は、連携医師等名簿（様式第3号）を備え付け、その状況を明らかにしておかなければならない。

4 対象者の報告

警察署長（以下「署長」という。）は、対象者を把握したときは、その者の同意を得た上で、個人情報提供に関する同意書（様式第4号の1）を徴収すること。さらに、対象者が未成年であるなどの理由により、家族からの同意が必要と判断されるときは、同意書（家族用）（様式第4号の2）を徴収し、精神医学的治療等対象者報告書（様式第5号）とともに人身安全対策課長に報告するものとする。

5 運用手順

(1) 連携医師等の手配

人身安全対策課長は、署長から対象者の報告を受けたときは、精神疾患の内容、居住地域等を考慮した上で、最も適当な連携医師等を手配すること。

(2) 連携医師等に対する受診相談等

生活安全部人身安全対策課（以下「人身安全対策課」という。）は、前記の手続により連携医師等を手配したときは、対象者の報告を行った警察署（以下「取扱警察署」という。）と連携し、連携医師等に対して精神医学的治療等の必要性について相談し、助言を受けること。

(3) 精神医学的治療等に関する相談

ア 人身安全対策課及び取扱警察署は、連携医師等に対する相談の結果、精神医学的治療等が必要である旨の助言があったときは、対象者に対して連携医師等への受診を促し、治療等につなげるものとする。

イ 対象者が連携医師等から精神医学的治療等を受けるときは、治療等の開始前に対象者に個人情報提供に関する同意書（連携医師等用）（様式第6号）を作成させ、当該連携医師等に提出させること。

ウ 人身安全対策課及び取扱警察署は、当該精神医学的治療等が再発防止に向けて効果的に行われるように、連携医師等から適切な助言を受けるなど連携を密にすること。

(4) 精神医学的治療等の終了に係る相談

人身安全対策課及び取扱警察署は、対象者に対する精神医学的治療等を終了するときは、連携医師等に相談し、これまでの治療等の結果を踏まえた再発防止に向けた助言を受けること。

6 運用上の留意事項

(1) 精神医学的治療等の教示

法に基づく禁止命令等の措置を講じた人身安全対策課又は取扱警察署は、禁止命令等の発出に際し、原則、加害者全員に対して、精神医学的治療等の有用性について教示すること。

なお、精神医学的治療等の教示を実施した結果については、人身安全関連事案管理システムの「相談等受理後の対応経過」に記録すること。

(2) 対象者の意思の尊重

精神医学的治療等は、対象者の任意の意思に基づいて行われるものであることから、運用に当たっては、対象者の意思を尊重し、強制にわたるような言動は厳に慎むこと。

(3) 対象者等との良好な関係構築

精神医学的治療等に当たっては、対象者やその保護者（親族）等との良好な関係構築に配意し、その趣旨や必要性等について十分に説明を行うこと。

(4) 対象者等への指導等

精神医学的治療等に当たっては、関係機関と緊密に連携しながら、対象者、その保護者（親族）等に対して、同治療等の過程で受けた助言等を踏まえた指導等を行うこと。

(5) 連携医師等に対する保護対策の徹底

連携医師等又は関係機関職員が、対象者から危害を受けるおそれがある場合は、人身安全対策課、取扱警察署及び関係警察署が連携して、対象者の検挙、警戒、張り付け等の保護対策を徹底すること。

(6) 秘密の保持

対象者の個人情報、業務上必要のない者に漏えいすることのないよう、秘密の保持を徹底すること。

7 謝金の支払手続

(1) 支払手続

ア 前記 5 (2) から (4) に規定する連携医師等からの助言を受けた場合、連携医師等に対して謝金を支払うものとする。

イ 前記 5 (3) にかかる謝金の支払いは、2 回までとする。

ウ 支払手続については、秋田県財務規則（昭和39年秋田県規則第 4 号）の定めるところによるものとする。

(2) 事務手続

ア 人身安全対策課長は、前記 5 (2) に規定する精神医学的治療等の決定をした後、前記 5 (2) から (4) に規定する連携医師等からの助言を受けるときは、その都度、ストーカー加害者等に対する精神医学的治療等への謝金支出計画書（様式第 7 号）を作成すること。

イ 連携医師等から助言を受けたときは、当該連携医師等から、ストーカー加害者等に対する精神医学的治療等における助言実施報告書（様式第 8 号）を徴収し、同報告書により、人身安全対策課長に報告すること。

様式第 1 号

分類コード	B－3－1－1－02
保存期間	3年(年12月31日まで)

秋 本 人 安 第 号
年 月 日

秋田県警察本部長 殿

人身安全対策課長

推 薦 書

職 業	専門分野	
	勤 務 先	
本 籍		
住 所		
氏 名		
経 歴		
推薦理由		
備 考		

第

号

委 嘱 書

様

あなた（貴院）をストーカー加害者等に対する精神医学的治療等における連携する医師（医療機関）に委嘱します。

委嘱期間

年 月 日から

年 月 日まで

年 月 日

秋田県警察本部長 印

様式第 3 号

連携医師等名簿

[illegible]

繼續用紙

[illegible]

個人情報提供に関する同意書

私は、「ストーカー加害者等に対する精神医学的治療等」に関する説明を受け、その内容はよく理解しました。

治療等に当たり、私個人に関する情報を医療機関等に伝えることに同意します。

年 月 日

警察署長 殿

住所

氏名

様式第4号の2

同意書（家族用）

私は、

住 所

氏 名

生年月日

続 柄

に対する「ストーカー加害者等に対する精神医学的治療等」に関する説明を受け、その内容はよく理解しました。

治療等に当たり、個人情報連携医師等に伝えることに同意します。

さらに、連携医師等が治療等に関する情報を警察に伝えることに同意します。

年 月 日

警察署長 殿

住所

氏名

様式第 5 号

分類コード	B - 3 - 1 - 1 - 02
保存期間	3 年(年12月31日まで)

秋 本 人 安 第 号
年 月 日

秋 田 県 警 察 本 部 長 殿

人 身 安 全 対 策 課 長

精神医学的治療等対象者報告書

対 象 者	住 居 職 業 氏 名 生年月日
事 案 概 要	
選 定 理 由	
要 件 充 足	☐ 通院歴、言動等から総合的に判断して加害行為の原因に精神疾患があると認められる。 ☐ 精神医学的治療等を受ける意思があり、個人情報等を医療機関等に提供することに同意している。

個人情報提供に関する同意書（連携医師等用）

私の精神医学的治療等に当たり、私個人に関する情報を警察に伝える
ことに同意します。

年 月 日

（連携医師等の名称） 様

住所

氏名

様式第7号

分類コード	B－3－1－1－02
保存期間	3年(○年12月31日まで)

秋 本 人 安 第 ○ 号
令 和 6 年 ○ 月 ○ 日

秋田県警察本部長 殿

人身安全対策課長

ストーカー加害者等に対する精神医学的治療等への謝金支出計画書

助言予定年月日	年	月	日
精神科医師等			
対 象 者		回 目	
助 言 内 容 (予 定)	☐ 精神医学的治療等の必要性に関する助言 ☐ ストーカー加害者等への対応要領に関する助言 ☐ その他 ()		

様式第 8 号

ストーカー加害者等に対する精神医学的治療等における
助言実施報告書

年 月 日

秋田県警察本部
生活安全部
人身安全対策課長 殿

住所

氏名

印

下記のとおり実施したので報告します。
記

対 象 者	
実施年月日	年 月 日 時 分から 時 分までの間
実 施 場 所	
実 施 内 容	☐ 精神医学的治療等の必要性に関する助言 ☐ ストーカー加害者等への対応要領に関する助言 ☐ その他 ()