

# 秋田県多機関ワンストップサービスによる犯罪被害者等支援の実施要領

## 第1 目的

この要領は、犯罪等により害を被った者及びその家族又は遺族（以下「犯罪被害者等」という。）が直面している諸問題を解決するために必要な支援を関係機関・団体が連携して途切れることのないよう実施するにあたり、必要な事項について定める。

## 第2 定義

- 1 この要領において使用する用語の意義は、特別の定めのある場合を除くほか、秋田県犯罪被害者等支援条例（平成25年秋田県条例第19号）の例による。
- 2 この要領において「多機関ワンストップサービス」とは、犯罪被害者等が、被害を受けたときから再び平穏な生活を営むことができるようになるまでの間、必要な支援を途切れなく受け取ることができるようにするため、「秋田県」（以下「県」という。）、「秋田県警察」（以下「県警」という。）、「公益社団法人秋田被害者支援センター」（以下「センター」という。）の三者（以下「三者」という。）、県内の市町村及び支援関係機関・団体（以下「相談受理機関等」という。）が連携して犯罪被害者等支援を行う仕組みをいう。
- 3 この要領において「個人情報」とは「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」第2条に定めるものをいう。
- 4 この要領において「家族」及び「遺族」とは、配偶者及び二親等内の血族及び姻族とし、法律上の身分関係がない者であっても、これと同視し得る事情にある者を含むものとする。

## 第3 支援対象

### （対象事案）

- 1 この要領における対象事案は、次に掲げる事件（未遂を含む。）又は事故をいう。
  - （1）殺人、強盗致死傷、不同意性交等（致死傷を含む。）、不同意わいせつ等（致死傷を含む。）、監護者わいせつ及び監護者性交等、略取・誘拐、逮捕・監禁、人身売買、逮捕等致死傷、傷害致死、傷害（被害者が全治1か月以上の傷害を負ったもの）
  - （2）死亡ひき逃げ、ひき逃げ、交通死亡事故、全治3か月以上の傷害を負った交通事故、危険運転致死傷に該当する事件
  - （3）死傷者が多数発生した大規模事件、相談受理機関等が必要と認めた事件
- （支援対象者）
- 2 本要領による支援対象者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。ただし、三者が特に必要と認める場合は、この限りでない。
  - （1）県内で発生した対象事案により被害を受けた県内に居住する者及びその家族又は遺族

- (2) 相談受理機関等に相談を行った者（以下「相談者」という。）のうち、多機関ワンストップサービスによる支援を希望し、第4に規定する犯罪被害者等支援コーディネーター（以下「支援コーディネーター」という。）が支援対象とすることが適当と判断した者
- (3) 次のいずれかに該当する場合は、支援対象者としなない。
  - ア 犯罪被害者等が暴力団等反社会的組織の構成員又はその関係者である場合
  - イ 犯罪被害者が犯罪を誘発した場合及び当該犯罪被害につき犯罪被害者にも責めに帰すべき行為がある場合
  - ウ その他の事情から判断して支援を行うことが社会通念上適切でない認められる場合

#### 第4 多機関ワンストップサービスの体制

（支援コーディネーター）

- 1 多機関ワンストップサービスによる支援を円滑に行うため、支援コーディネーターを置く。

支援コーディネーターは、県からの委託により、センターの犯罪被害相談員が務めるものとする。

（支援コーディネーターの業務）

- 2 支援コーディネーターは、次に掲げる業務を実施する。
  - (1) 犯罪被害者等支援調整会議（以下「支援調整会議」という。）の必要性の判断及び県への開催要請
  - (2) 支援対象者へのアセスメント及びそれに基づく支援計画案の作成
  - (3) 支援対象者に対する「支援計画書（様式第1号）」の説明及び交付
  - (4) 支援計画に基づく具体的な支援サービスの提供に向けた関係機関・団体との調整
  - (5) 支援対象者に対する支援提供後の面談等
  - (6) 支援計画の評価案の作成と見直し
  - (7) 犯罪被害者等支援に関する市町村担当者への助言

（支援調整会議）

- 3 県は、犯罪被害者等に対して多機関ワンストップサービスによる支援を効果的に行うため、支援調整会議を開催する。

（支援調整会議の所掌事務）

- 4 支援調整会議は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 支援対象者に対する支援内容の検討及び支援計画の決定
- (2) 支援計画の評価
- (3) 上記評価に基づく支援計画の修正・変更
- (4) 支援計画の終結の判断

（支援調整会議の構成員）

- 5 支援調整会議は、次に掲げる機関に属する者（以下「構成員」という。）をもつ

て構成する。

- (1) 県生活環境部県民生活課
- (2) 県警警務部警務課犯罪被害者支援室
- (3) センター
- (4) 支援コーディネーター
- (5) 個別の事案への対応を進める上で必要な市町村
- (6) 前各号に掲げる者のほか、支援コーディネーターが必要と判断した秋田弁護士会、秋田県公認心理師・臨床心理士協会、その他関係機関・団体の担当者

## 第5 多機関ワンストップサービスによる支援の手続

### (支援調整会議)

1 支援調整会議開催に係る手続は、次のとおりとする。

- (1) 相談受理機関等は、相談者から聴取した内容について多機関ワンストップサービスによる支援が必要であり、かつ相談者がこれに同意した場合は、聴取内容をもとに「情報提供票（様式第2号）」を作成するとともに、「個人情報提供同意書（様式第3号）」を徴する。
- (2) 相談受理機関等は、「情報提供票」及び「個人情報提供同意書」を支援コーディネーターに交付し、聴取した内容を引き継ぐものとする。
- (3) 支援コーディネーターは、相談受理機関等から引き継ぎを受けたときから、「経過記録票（様式第4号）」に対応の経過を記録する。
- (4) 支援コーディネーターは、相談者と面談して状況を確認し、必要に応じて「情報提供票」を補記するとともに、「アセスメントシート（様式第5号）」によりニーズを把握する。
- (5) 支援コーディネーターは、相談者の置かれた状況やニーズを総合的に勘案し、必要に応じて関係部署と協議し、多機関ワンストップサービスによる支援を提供する必要性を判断した上で、支援調整会議による支援要請及び被害状況等の情報提供の同意を得たときは、「秋田県犯罪被害者等多機関連携支援希望申出書兼個人情報提供同意書(様式第6号)」を徴する。
- (6) 支援コーディネーターは、支援計画案を作成した上で支援調整会議の開催を県に要請する。
- (7) 支援コーディネーターから要請を受けた県は、支援を提供する関係機関・団体と調整の上、支援調整会議を開催する。

### (支援調整会議の実施)

2 支援調整会議は県が招集し、議長を務める。

- (1) 支援調整会議は、必要に応じて随時開催する。
- (2) 会議の開催及び資料は非公開とする。

### (議事録)

3 支援調整会議の議事内容については、支援コーディネーターが作成し、記録する。

(進捗状況の確認及び評価)

4 支援調整会議において決定された支援計画に対し、支援コーディネーターは次のことを行う。

(1) 支援対象者に対し、支援計画の内容を説明するとともに、支援計画書を交付する。

(2) 支援計画の進捗状況を月1回以上確認するほか、支援対象者と2か月に1回以上の面談や電話連絡等を実施して、支援対象者が置かれている状況やニーズに変化がないか確認する。

(3) 支援計画における評価案を作成し、必要に応じて見直す。

(支援調整会議の再招集)

5 前項(2)の場合において、支援コーディネーターが支援内容の見直しが必要と認める場合は、県に支援調整会議の再開催を要請することができる。

再開催の関係機関・団体の招集は、第5・1(6)の定めによるものとする。

(支援の終結)

6 多機関ワンストップサービスによる支援の終結については、次の各号によるものとする。

(1) 支援計画に基づく支援の提供を開始した日から原則として1年間が経過した段階又は期間中に支援計画で定めた支援内容が全て終了した段階で、三者が支援調整会議において多機関ワンストップサービスによる支援の継続の必要性について判断を行うものとする。

(2) 多機関ワンストップサービスによる支援を終結する際には、県は、支援調整会議の構成員に対してその旨を報告するとともに、支援コーディネーターは、支援対象者に対してその旨と再相談が可能であることなどを伝えるものとする。

(3) 多機関ワンストップサービスによる支援を終結する場合でも、県は、支援提供中の関係機関・団体に対してその後も必要な支援を提供するように依頼するものとする。

## 第6 個人情報保護

個人情報の取扱いについては、次のとおりとする。

(基本的事項)

1 個人情報の保護の重要性を認識し、本業務の実施に当たっては個人の権利利益を害することのないよう、個人情報の取扱いを適正に行わなければならない。

(秘密の保持)

2 本業務に関して知り得た個人情報をみだりに他人に知らせてはならない。業務が終了した後においても、同様とする。

(収集の制限)

3 本業務を行うために個人情報を収集するときは、業務を達成するために必要な範囲内で、適法かつ適正な方法により行わなければならない。

(目的外利用及び提供の禁止)

4 本業務に関して知り得た個人情報を目的以外のために利用し、又は提供してはならない。

(適正管理)

5 本業務に関して知り得た個人情報の漏えい、滅失、き損の防止その他個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

(1) 本業務に従事している者に対して、その在職中であると職を退いた後であることを問わず、業務に関して知り得た個人情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならないこと、その他個人情報の保護に関し必要な事項を周知させなければならない。

(2) 支援対象者の氏名、生年月日、本籍、住所、電話番号等の個人情報を伴う書類にあっては手渡しを原則とする。ただし、やむを得ない事由がある場合は、事前に支援コーディネーターと協議の上、簡易書留、パスワード設定した電子メールを利用できることとする。

(3) 個人情報が含まれない書類にあっては、前項に定める方法以外での送付を認めるが、送付前には必ず、個人情報が記載されていないことを作成者を含む2名以上の職員で確認し送付することとする。

(4) 個人情報を伴う書類にあっては、机上に放置しないなど関係者以外の者が容易に閲覧できないよう配慮するとともに、鍵のかかるロッカーなどで保管することとする。

(5) 支援調整会議で個人情報を伴う資料を配付する必要がある場合は、原則として会議終了後に回収し、廃棄するものとする。

(6) 情報の共有を受けた後の機関・団体内部における共有の範囲は、支援に関係のある職員に留めるものとし、不必要な写しを作成しないなど共有時の注意喚起を徹底する。

(7) 関係書類の保存期間は、支援終了とみなした日(完結日)の属する年度の翌年度の4月1日から5年とする。

5年を経過する前に、再度犯罪被害者等から希望・要望があった際は、新たに希望・要望した支援を終了したとみなした日(完結日)の属する年度の翌年度の4月1日から5年とする。

なお、情報提供を受けたが多機関ワンストップサービスによる支援の必要性が無いとみなした日も完結日として扱う。

(適用範囲)

6 個人情報の保護に関する規定は、本業務に携わる全ての者に適用するものとする。

## 附 則

この要領は、令和8年4月1日から施行する。

【様式第1号】

## 支援計画書

利用者名：

作成者名：

作成年月日： 年 月 日

支援調整会議開催日： 年 月 日

【支援調整会議参加者氏名（機関）： 】

項目	相談者の困りごと 希望すること	支援内容	支援期間	提供機関 (担当者)	評価 時期	優先 順位
特記事項						

支援内容を確認しました。

提供する支援内容について、本計画書に基づき説明しました。（説明者）

利用者署名





【様式第2号】

情報提供票

		提供元 機関			担当者			
相談受理日	年	月	日 ( )	:	~	:	(分)	
				<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
相 談 者	フリガナ	生年月日			歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他		
	氏名							
	住所	電話番号			FAX			
		メール						
	職業	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ( )					
<input type="checkbox"/> 被害者本人 <input type="checkbox"/> 家族・遺族 (続柄 ) <input type="checkbox"/> 関係機関 (機関名: 職名等 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
被 害 者	フリガナ	生年月日			歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他		
	氏名							
	住所	電話番号			FAX			
		メール						
職業								
参 考 事 項	(家族構成・自機関の制度利用状況)							
被 害 状 況	種 別	<input type="checkbox"/> 殺人 <input type="checkbox"/> 強盗致死傷 <input type="checkbox"/> 不同意性交等 (致死傷を含む。) <input type="checkbox"/> 不同意わいせつ等 (致死傷を含む。) <input type="checkbox"/> 監護者わいせつ及び監護者性交等 <input type="checkbox"/> 略取・誘拐 <input type="checkbox"/> 人身売買 <input type="checkbox"/> 逮捕・監禁 (致死傷を含む。) <input type="checkbox"/> 傷害致死 <input type="checkbox"/> 傷害 (全治1か月以上) <input type="checkbox"/> 死亡ひき逃げ <input type="checkbox"/> ひき逃げ <input type="checkbox"/> 交通死亡事故 <input type="checkbox"/> 交通事故 (全治3か月以上) <input type="checkbox"/> 危険運転致死傷 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	発生日			発生場所				
	被害申告	<input type="checkbox"/> 被害届提出済み (受理警察署: 提出日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未提出 <input type="checkbox"/> 不明						
	被害の概要							
	心身の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 終止		後遺症		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	(具体的状態)							

相談内容	
これまで に 受 け た 支 援	<input type="checkbox"/> 警察の支援制度（ ） <input type="checkbox"/> 民間被害者支援団体による支援（ ） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 県の支援制度（ ） <input type="checkbox"/> 市町村の支援制度（ ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 性暴力被害者サポートセンター（ ） <input type="checkbox"/> 法律相談機関の支援（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	(特記事項)
求 め て い る 支 援	<input type="checkbox"/> 安全の確保（ ） <input type="checkbox"/> マスコミ等個人情報保護（ ） <input type="checkbox"/> 住居（ ） <input type="checkbox"/> 心身の健康（ ） <input type="checkbox"/> 後遺症（ ） <input type="checkbox"/> 仕事・雇用・学校（ ） <input type="checkbox"/> 家事・育児・介護（ ） <input type="checkbox"/> 家族・家族関係（ ） <input type="checkbox"/> 経済的支援（ ） <input type="checkbox"/> 医療費・保健・年金（ ） <input type="checkbox"/> 刑事手続（ ） <input type="checkbox"/> 民事・損害賠償（ ） <input type="checkbox"/> 刑事裁判（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	(特記事項)
結 果	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 情報提供（日時： 受理者： ） <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 自機関の支援制度調整（ ） <input type="checkbox"/> 紹介・引継ぎ（引継日時： 引継先： ）

## 個人情報提供同意書

私は、（ ）が受けた犯罪被害に関し、犯罪被害者等支援コーディネーター、秋田県及び支援関係機関・団体による支援を受けるにあたり、

- 被害者及び家族等の氏名、住所、生年月日、連絡先
- 被害状況（発生日時・場所、概要、取扱い警察署）
- 希望する支援制度・サービス

等支援を受けるにあたって必要な情報（相談でお伺いしたこと）を、犯罪被害者等支援コーディネーター、秋田県県民生活課、秋田県警察本部警務部警務課犯罪被害者支援室、公益社団法人秋田被害者支援センターに提供し、共有することに同意します。

年 月 日

住 所（〒 - ）

---

電話番号

---

氏 名

---

※未成年者の場合、保護者または代理人の方も記名願います。

氏 名

---

-----  
<電話による確認の場合>

（ ）に対し、上記のとおり個人情報の提供に関する説明を行い、関係機関・団体への情報提供の同意を得た。

年 月 日

担当者：所属（ ）

氏名（ ）





被害者名				住所			
生年月日		歳					
相談者名		続柄		記入者	所属 氏名		
連絡先							
分野	項目	聴き取り事項		追加情報・特記事項等			
安全の確保	再被害防止	加害者の検挙 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		<b>加害者の状況</b> <input type="checkbox"/> 逮捕・勾留中 <input type="checkbox"/> 在宅捜査中 <input type="checkbox"/> 不起訴 <input type="checkbox"/> 公判中 <input type="checkbox"/> 保釈中 <input type="checkbox"/> 服役中 <input type="checkbox"/> 執行猶予中 <input type="checkbox"/> 出所 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※DV・ストーカー被害の場合の戸籍等の閲覧制限 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> していないが希望 <input type="checkbox"/> 不要			
		再被害の不安 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明					
	プライバシー等	個人情報の拡散 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		個人情報拡散又は報道被害の具体的内容			
		マスコミ報道 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		弁護士対応 <input type="checkbox"/> 依頼済み(弁護士名 ) <input type="checkbox"/> 依頼なし <input type="checkbox"/> 依頼なしだが希望 <input type="checkbox"/> 不要			
居住環境	自宅に住み続けられるか <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> その他( )		自宅に住めない具体的問題 ( ) → 当面の避難場所 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合の場所: )				
	通勤・通学の継続 <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> その他( )		通勤・通学の具体的問題 ( )				
心身の状態	身体状態	被害による身体のけが等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (けが等の内容 )		治療について <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済み <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> その他 (医療機関名 )			
		<b>【性犯罪の場合】</b> 妊娠(又はその不安) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		有の場合の産婦人科の受診 <input type="checkbox"/> 受診済み <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 不明 (医療機関名 )			
		性感染症(又はその不安) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		有の場合の産婦人科等の受診 <input type="checkbox"/> 受診済み <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 不明 (医療機関名 )			
		不眠、食欲不振、頭痛、腹痛等		<b>【被害者】</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		具体的な症状 ( ) 治療について <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済み <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> その他 (医療機関名 ) 後遺症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
				<b>【被害者以外】</b> (家族・遺族等) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 →ある場合、誰が ( )		具体的な症状 ( ) 治療について <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済み <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> その他 (医療機関名 ) 後遺症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
		もともとの病気(持病等)		<b>【被害者】</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		有の場合、悪化したかどうか <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 不明 かかりつけ医への受診 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> その他( )	
<b>【被害者以外】</b> (家族・遺族等) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 →ある場合、誰が ( )				有の場合、悪化したかどうか <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 不明 かかりつけ医への受診 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> その他( )			

分野	項目	聴き取り事項	追加情報・特記事項等
心身の状態	心の状態	<p>【被害者本人】 それぞれ該当する場合にチェック  <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み   <input type="checkbox"/> 自分を責める  <input type="checkbox"/> やる気が出ない   <input type="checkbox"/> 外出困難  <input type="checkbox"/> 恐怖感や不安感   <input type="checkbox"/> 人間不信  <input type="checkbox"/> フラッシュバック   <input type="checkbox"/> 悪夢  <input type="checkbox"/> 物や音、人に過敏に反応する  <input type="checkbox"/> 被害を思い出させる人や場所等を避ける  <input type="checkbox"/> 感覚や感情の麻痺  <input type="checkbox"/> その他( )</p>	<p>左の項目にひとつでもチェックがある場合 いつから( ) いつまで <input type="checkbox"/> 今はない <input type="checkbox"/> 今も続いている <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>精神科・心療内科の治療について  <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済み <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> その他( )  医療機関名( )  診断名( )</p> <p>カウンセリングの利用について  <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 終了  カウンセラー( )  <input type="checkbox"/> 利用していないが利用希望あり  <input type="checkbox"/> 利用しておらず、利用希望なし</p>
		<p>※特に留意すべきこととして  <input type="checkbox"/> 死にたい気持ち  <input type="checkbox"/> 自傷行為  (学童期までのこどもの場合)  <input type="checkbox"/> 腹痛等の身体症状   <input type="checkbox"/> 退行</p>	<p>(学童期までの場合)  児童相談所又はスクールカウンセラー等の利用  <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 終了  カウンセラー( )  <input type="checkbox"/> 利用していないが利用希望あり  <input type="checkbox"/> 利用しておらず、利用希望なし</p>
		<p>【家族等】誰が( ) それぞれ該当する場合にチェック  <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み   <input type="checkbox"/> 自分を責める  <input type="checkbox"/> やる気が出ない   <input type="checkbox"/> 外出困難  <input type="checkbox"/> 恐怖感や不安感   <input type="checkbox"/> 人間不信  <input type="checkbox"/> フラッシュバック   <input type="checkbox"/> 悪夢  <input type="checkbox"/> 物や音、人に過敏に反応する  <input type="checkbox"/> 被害を思い出させる人や場所等を避ける  <input type="checkbox"/> 感覚や感情の麻痺  <input type="checkbox"/> その他( )</p>	<p>左の項目にひとつでもチェックがある場合 いつから( ) いつまで <input type="checkbox"/> 今はない <input type="checkbox"/> 今も続いている <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>精神科・心療内科の治療について  <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済み <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> その他( )  医療機関名( )  診断名( )</p> <p>カウンセリングの利用について  <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 終了  カウンセラー( )  <input type="checkbox"/> 利用していないが利用希望あり  <input type="checkbox"/> 利用しておらず、利用希望なし</p>
		<p>※特に留意すべきこととして  <input type="checkbox"/> 死にたい気持ち  <input type="checkbox"/> 自傷行為( )  (学童期までのこどもの場合)  <input type="checkbox"/> 腹痛等の身体症状   <input type="checkbox"/> 退行</p>	<p>(学童期までの場合)  児童相談所又はスクールカウンセラー等の利用  <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 終了  カウンセラー( )  <input type="checkbox"/> 利用していないが利用希望あり  <input type="checkbox"/> 利用しておらず、利用希望なし</p>
		<p>上記心の状態が日常生活に支障をきたしているか  <input type="checkbox"/> かなりある   <input type="checkbox"/> ある   <input type="checkbox"/> ほぼない  <input type="checkbox"/> ない   <input type="checkbox"/> 不明  (ある場合、誰が: )</p>	<p>具体的な問題  ( )  ある場合の対処  <input type="checkbox"/> 精神科又はカウンセリングの利用  <input type="checkbox"/> 本人又は家族で対処  <input type="checkbox"/> 対処できていない  (どうしたいかの希望: )</p>
		<p>被害以前の精神科・心療内科の受診歴  <input type="checkbox"/> 有(終了又は中断していた)  <input type="checkbox"/> 有(継続中)   <input type="checkbox"/> 無   <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>医療機関名( )  診断名( )  自立支援医療の利用 <input type="checkbox"/> 有   <input type="checkbox"/> 無  精神障害者手帳の利用 <input type="checkbox"/> 有(等級: )   <input type="checkbox"/> 無</p>

分野	項目	聴き取り事項	追加情報・特記事項等
日常生活の維持	仕事	被害者 ・被害後の状況 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 休職 <input type="checkbox"/> 退職	・休職の場合 <input type="checkbox"/> 有給 <input type="checkbox"/> 無給 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 ・退職の場合、(現時点での)再就職の予定、希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )
		・職場に被害事実を <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない	・職場に被害事実を伝えた場合の配慮や理解、協力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )
		・その他の問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・その他の問題の具体的内容 ( )
		被害者 ・被害者との関係( )	・影響を及ぼした具体的事項( )
		被害者以外(家族・遺族等) ・被害後の状況 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 休職 <input type="checkbox"/> 退職	・休職の場合 <input type="checkbox"/> 有給 <input type="checkbox"/> 無給 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 ・退職の場合、(現時点での)再就職の予定、希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )
		・職場に被害事実を <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない	・職場に被害事実を伝えた場合の配慮や理解、協力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )
	学校	被害者 ・被害後の状況 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 登校中断 <input type="checkbox"/> 退学	・登校中断の場合の過ごし方 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> フリースクール等 <input type="checkbox"/> その他( ) ・出欠扱い <input type="checkbox"/> 出席扱い <input type="checkbox"/> 欠席
	・学校に被害事実を <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない	・学校に被害事実を伝えた場合の配慮や理解、協力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )	
	・その他の問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・その他の問題の具体的内容 ( )	
	被害者以外(家族・遺族等) ・被害者との関係( )	・影響を及ぼした具体的事項( )	
	被害者以外(家族・遺族等) ・被害後の状況 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 登校中断 <input type="checkbox"/> 退学	・登校中断の場合の過ごし方 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> フリースクール等 <input type="checkbox"/> その他( ) ・出欠扱い <input type="checkbox"/> 出席扱い <input type="checkbox"/> 欠席	
	・学校に被害事実を <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない	・学校に被害事実を伝えた場合の配慮や理解、協力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )	
	・その他の問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・その他の問題の具体的内容 ( )	
	・スクールソーシャルワーカーへの相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無で不要 <input type="checkbox"/> 無だが相談したい	・スクールソーシャルワーカーへの相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無で不要 <input type="checkbox"/> 無だが相談したい	
	家事・育児・介護	家事・育児・介護についての問題、困難で当てはまるものがあればチェック ・家事の問題 <input type="checkbox"/> 食事の支度 <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 <input type="checkbox"/> 買いもの <input type="checkbox"/> その他( ) ・育児の問題 <input type="checkbox"/> 自宅での育児 <input type="checkbox"/> 保育園等の送迎 <input type="checkbox"/> 子連れの外出 <input type="checkbox"/> その他( ) ・介護の問題 <input type="checkbox"/> 自宅での介護 <input type="checkbox"/> 外出時の付添い <input type="checkbox"/> 施設・病院等の送迎 <input type="checkbox"/> その他( )	左の項目にひとつでもチェックがある場合 いつから( ) いつまで <input type="checkbox"/> 今はない <input type="checkbox"/> 今も続いている <input type="checkbox"/> 不明 ・すでに利用している制度・サービス ( ) ・同居家族以外での協力者 <input type="checkbox"/> いる( ) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> その他( ) ・同居家族以外の協力がいない場合等のヘルパーやボランティア等の利用について <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> その他( )

分野	項目	聴き取り事項	追加情報・特記事項等
日常生活の維持	家族関係等	家族に被害事実を伝えている <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )	・家族に伝えている場合の家族の理解、協力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )
	その他	その他の生活上の不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )	・その他の生活上の不安、問題の具体的内容 ( )
経済状況	就労収入等	被害による就労収入減等の不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )	・ある場合、誰( )の不安、問題の具体的内容 ( )
	当面の支払(医療費等)	医療費の支払に関する不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( ) 葬儀、法要等の支払に関する不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( ) その他の急な出費に関する不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )	・医療費の支払に関する不安、問題等の具体的内容 ( ) ※健康保険の適用について 第三者行為による傷病届の手続き <input type="checkbox"/> 手続済み <input type="checkbox"/> 申請済み <input type="checkbox"/> 準備中 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他( ) ・葬儀、法要等の支払に関する不安、問題の具体的内容( ) ・その他の急な出費に関する不安、問題の具体的内容 ( )
	その他	住宅ローン・賃貸家賃の支払に関する不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( ) 相続に関する不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( ) その他学費・借金の支払等に関する不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )	・住宅ローン・賃貸家賃の支払に関する不安、問題等の具体的内容 ( ) ・相続に関する不安、問題の具体的内容 ( ) ・その他学費・借金の支払等に関する不安、問題の具体的内容 ( )
保険金その他(収入)	生命保険、医療保険等の保険金等 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当又は加入無し 労災保険の保険金等 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当又は加入無し 障害年金等 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明 犯罪被害者等給付金 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明 地方公共団体の見舞金・支援金等 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明 ※交通犯罪の場合の加害車両の保険 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 自賠償のみ <input type="checkbox"/> 無保険 <input type="checkbox"/> 不明・その他( )	・生命保険、医療保険、労災保険等の保険金等の支払該当の場合 (保険の種類: ) <input type="checkbox"/> 支払済み <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請準備中 <input type="checkbox"/> その他( ) ・障害年金等の支給該当の場合 <input type="checkbox"/> 支給済み <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請準備中 <input type="checkbox"/> その他( ) ・犯罪被害者等給付金の支給該当の場合 <input type="checkbox"/> 支給済み <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請準備中 <input type="checkbox"/> その他( ) ・地方公共団体の見舞金・支援金等の支給該当の場合 <input type="checkbox"/> 支給済み <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請準備中 <input type="checkbox"/> その他( ) ※交通犯罪の加害車両の保険の支払 <input type="checkbox"/> 支払済み <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 請求準備中 <input type="checkbox"/> その他( ) ・無保険の場合の政府保障事業について <input type="checkbox"/> 支払済み <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 請求準備中 <input type="checkbox"/> その他( )	

分野	項目	聴き取り事項	追加情報・特記事項等
	警察・検察関係	<p>担当・窓口となる警察官・検察官(又は事務官)について</p> <p>・警察官 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>・検察官 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>今後の司法手続等の説明について</p> <p><input type="checkbox"/>受けて理解した <input type="checkbox"/>受けていない</p> <p><input type="checkbox"/>受けたがよく分からない</p> <p><input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>警察・検察での事情聴取等の予定</p> <p><input type="checkbox"/>済み <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>不明その他( )</p> <p>その他、警察・検察関係での不安、問題</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>※性暴力被害の場合</p> <p>不同意性交等での証拠採取</p> <p><input type="checkbox"/>した <input type="checkbox"/>していないので希望</p> <p><input type="checkbox"/>していないが希望無 <input type="checkbox"/>非該当</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p>	<p>担当・窓口となる警察官・検察官が有の場合</p> <p>・警察官(氏名: )</p> <p>(連絡先: )</p> <p>・検察官(又は事務官)(氏名: )</p> <p>(連絡先: )</p> <p>司法手続等の説明について受けていない、又は受けたがよく分からないの場合、弁護士への相談を</p> <p><input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>希望しない</p> <p><input type="checkbox"/>依頼弁護士がいるので不要</p> <p><input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>警察・検察での事情聴取等の予定有の場合、支援者や弁護士の付添いの希望</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>その他、警察・検察関係での不安、問題有の場合の具体的内容</p> <p>( )</p> <p>捜査等の進捗状況の連絡(被害者連絡制度)についての希望</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>すでに申出済み <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p>
司法関係の手続等	刑事手続・裁判等	<p>刑事裁判の予定</p> <p><input type="checkbox"/>済み(判決等: )</p> <p><input type="checkbox"/>有(日程等: )</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明その他( )</p> <p>刑事裁判での証人出廷の予定</p> <p><input type="checkbox"/>済み</p> <p><input type="checkbox"/>有(日程等: )</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>その他刑事手続・裁判の不安、問題</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>弁護士による法律相談の利用</p> <p><input type="checkbox"/>利用済み <input type="checkbox"/>予定あり</p> <p><input type="checkbox"/>していないが希望 <input type="checkbox"/>希望しない</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p>	<p>刑事裁判の予定有の場合</p> <p>・裁判への関わり方の希望</p> <p><input type="checkbox"/>被害者参加 <input type="checkbox"/>意見陳述 <input type="checkbox"/>傍聴 <input type="checkbox"/>代理傍聴</p> <p><input type="checkbox"/>特に希望しない</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>・公判の結果やその後の処遇等の連絡(被害者等通知制度)についての希望</p> <p><input type="checkbox"/>すでに申出済み <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>刑事裁判での証人出廷の予定有の場合の不安や問題</p> <p><input type="checkbox"/>有(内容: )</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>その他刑事手続・裁判の不安、問題の具体的内容</p> <p>( )</p> <p>刑事手続・裁判等に関する支援弁護士について</p> <p><input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>予定あり <input type="checkbox"/>いないが希望 <input type="checkbox"/>希望しない</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p>
	民事手続・裁判等	<p>示談交渉</p> <p><input type="checkbox"/>済み <input type="checkbox"/>進行中 <input type="checkbox"/>検討中 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>損害賠償請求</p> <p><input type="checkbox"/>判決済み <input type="checkbox"/>訴訟中 <input type="checkbox"/>検討中</p> <p><input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>その他民事手続・裁判に関する不安、問題</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>弁護士による法律相談の利用</p> <p><input type="checkbox"/>利用済み <input type="checkbox"/>予定あり</p> <p><input type="checkbox"/>していないが希望 <input type="checkbox"/>希望しない</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p>	<p>示談が済みの場合の内容</p> <p>( )</p> <p>損害賠償請求が判決済みの場合の内容</p> <p>( )</p> <p>損害賠償請求を行っておらず、刑事裁判が結審していない場合に損害賠償命令制度を</p> <p><input type="checkbox"/>すでに申立て済み <input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>希望しない</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>その他民事手続・裁判に関する不安、問題の具体的内容</p> <p>( )</p> <p>民事手続・裁判等に関する支援弁護士について</p> <p><input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>予定あり <input type="checkbox"/>いないが希望 <input type="checkbox"/>希望しない</p> <p><input type="checkbox"/>不明・その他( )</p>

分野	項目	聴き取り事項	追加情報・特記事項等
その他	その他	その他の不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明・その他( )	不安、問題の具体的内容 ( )
	特記事項		

【様式第6号】

秋田県犯罪被害者等多機関連携支援希望申出書  
兼 個人情報提供同意書

私は、（ ）が受けた犯罪被害に関し、秋田県犯罪被害者等に対する多機関連携支援について説明を受け、参加機関・団体による支援の協議を行うことに同意します。

また、協議を行うにあたり、

- 被害者及び家族等の氏名、住所、生年月日、連絡先
- 被害状況（発生日時・場所、概要、取扱い警察署）
- 希望する支援制度・サービス

等の支援を受けるにあたって必要な情報（犯罪被害者等支援コーディネーターに相談した内容）を、

- 秋田県の関係課
- 秋田県警察本部の関係課（署）
- 個別の事案への対応を進める上で必要な市町村の関係課（係）
- 公益社団法人秋田被害者支援センター
- その他の関係機関・団体（ ）

で共有し、支援内容を協議することについて同意します。

なお、以下の対象除外事項に該当しません。

〔対象除外事項〕

- 1 犯罪被害者等が暴力団等反社会的組織の構成員またはその関係者である。
- 2 犯罪被害者による犯罪を誘発する行為、責めに帰すべき行為がある。

年 月 日

住 所（〒 - ）

連絡先

氏 名

※未成年者の場合、保護者または代理人の方も記名願います。

氏 名

-----  
<電話による確認の場合>

（ ）に対し、秋田県犯罪被害者等に対する多機関連携支援に関する説明を行い、上記のとおり、参加機関・団体との情報の共有及び支援内容の協議についての同意を得た。

年 月 日

担当者：所属（ ）

氏名（ ）