

## 犯罪被害者等支援に係る多機関ワンストップサービス実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、山口県犯罪被害者等支援条例（令和3年山口県条例第1号）第4条の趣旨に基づき、犯罪被害者等が直面する諸問題を解決するため、県が、山口県警察、市町、公益社団法人山口被害者支援センター（以下「センター」という。）及びその他関係機関・団体（以下「相談受付機関等」という。）と連携して、必要な支援を途切れなく行う、多機関ワンストップサービスの実施に必要な事項を定めるものとする。

### (目的)

第2条 県は、多機関ワンストップサービスにより、犯罪被害者等の負担軽減及び早期回復を図るため、犯罪被害者等への複数機関による支援が必要と認められる場合に、関係機関と連携して迅速に支援内容を調整し、総合的な支援を途切れなく提供するものとする。

### (定義)

第3条 この要綱において使用する用語の定義は、特別の定めがある場合を除き、山口県犯罪被害者等支援条例の例によるほか、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

#### (1) 個人情報

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第2条に規定するものをいう。

#### (2) 対象犯罪行為

別表に掲げる「事件の種類」に該当する犯罪及び日本国外において行われた人の生命又は身体を害する行為のうち、日本国内において行われたとした場合に、当該行為が日本国の法令に照らし別表に掲げる犯罪に該当すると認められるものをいう。

#### (3) 家族又は遺族

民法（明治29年法律第89号）第725条に規定する親族の範囲に準じ、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いう。

### (支援対象者)

第4条 多機関ワンストップサービスにおける支援対象者（以下「支援対象者」という。）は、前条に定める対象犯罪行為による犯罪被害者等のうち、次の各号のいずれにも該当する者とする。

#### (1) 犯罪発生時において、次のいずれかに該当する者

ア 県内及び県外で発生した対象犯罪行為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

イ 県内で発生した対象犯罪行為により被害を受けた県外に居住する者及びその家族又は遺族

- (2) 相談受付機関等に相談を行い、複数機関による支援を希望する者であつて、第9条に定める犯罪被害者等支援コーディネーター（以下「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する者
- (3) 警察に被害申告があるなど、犯罪被害者等であることが客観的に確認できる者

（支援対象者に関する制限）

第5条 支援対象者が次の各号いずれかに該当する場合は、支援対象者としな

- (1) 犯罪被害者等が、暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。以下「法」という。）第2条第6号に規定する暴力団員をいう。）又は、暴力団（同法第2条第2号に規定する暴力団をいう。）又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有していると認められるとき
- (2) 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とき

（犯罪被害者等支援調整会議）

第6条 犯罪被害者等に対し、多機関ワンストップサービスによる効果的な支援を行うため、山口県犯罪被害者等支援調整会議（以下「支援調整会議」という。）を設置する。

2 支援調整会議の事務局は、環境生活部県民生活課（以下「県民生活課」という。）に置く。

（所掌事項）

第7条 支援調整会議は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 支援対象者に関する支援内容の協議
- (2) 支援対象者に関する支援計画の決定、検証及び見直し
- (3) 被害者が多数に及ぶなど、人の生命又は身体に甚大な被害が発生した大規模事案における緊急支援に関する協議
- (4) 前各号に定めるもののほか、支援対象者の支援のために必要な事項に関する協議

（構成機関等）

第8条 支援調整会議の構成機関は、県民生活課、警察本部警務部警察県民課（以下「警察県民課」という。）、支援対象者が居住する市町及びセンターとする。

2 前項に掲げるもののほか、コーディネーターが前条各号に掲げる事項の協議に必要と認める者を支援調整会議の構成機関等とすることができる。

(コーディネーター)

第9条 第7条の所掌事項を円滑に行うため、県民生活課にコーディネーターを置く。

2 コーディネーターは、次に掲げる業務を行う。

- (1) 支援対象者への面談によるアセスメントの作成
- (2) 支援調整会議の開催判断
- (3) 支援対象者に対する支援計画案の作成
- (4) 支援計画案に基づく支援サービスの提供に向けた構成機関等との調整
- (5) 支援対象者に対する支援計画の説明及び実施状況の確認
- (6) 支援対象者に対する支援提供後の面談
- (7) 支援計画の検証及びその見直し
- (8) 犯罪被害者等支援に関する市町担当者への助言
- (9) 前各号に掲げるもののほか、支援対象者の支援に関する業務

3 コーディネーターの業務については、警察県民課及びセンターと緊密に連携し、必要に応じて犯罪被害者等に対する共同聴取、面談への同行及び情報共有等を行う。

(支援調整会議の開催)

第10条 支援調整会議は、県民生活課が招集する。

2 支援調整会議は、定例会及び臨時会とする。

3 定例会は、月1回程度開催し、支援計画の進捗状況の確認及び必要に応じた検証・見直しを行う。

4 臨時会は、県民生活課が必要と認めるときに招集する。

5 支援調整会議は、公開しない。支援調整会議において使用した資料についても同様とする。

(支援調整会議の手続)

第11条 支援調整会議に係る手続は、次のとおりとする。

(1) 相談受付機関等は、複数機関による支援が必要と認められる相談があった場合、相談受理票(様式第1号。以下「受理票」という。)を作成し、犯罪被害者等の同意を得た上で、個人情報提供同意書(様式第2号。以下「同意書」という。)を徴するとともに、速やかに受理票の写し及び同意書の原本をコーディネーターに交付し、聴取した内容を引き継ぐ。

ただし、コーディネーターは、必要に応じて相談受付機関等から聞き取りを行い、受理票を作成することができる。

(2) コーディネーターは、犯罪被害者等と面談して、その状況を確認し、必要に応じて受理票を補記するとともに、アセスメントシート(様式第3号)を作成し、支援ニーズを把握する。

ただし、県警察職員又はセンター職員がコーディネーターに代わり、犯罪被害者等に面談を行い、作成することができる。

(3) コーディネーターが支援調整会議の開催の必要があると判断した場合は、犯罪被害者等に対し、支援調整会議において個人情報共有することについて同意を得た上で、山口県犯罪被害者等支援調整会議開催申出書兼個人情報提供同意書（様式第4号）を徴し、併せて支援計画書（案）（様式第5号）を作成する。

(4) コーディネーターは、支援調整会議において支援計画（案）に基づく支援内容等について構成機関等で協議を行い、その協議結果に基づき支援計画書（様式第6号）を作成し、その写しを支援対象者に交付して説明する。

ただし、支援対象者に対する説明等は、県警察職員又はセンター職員と協力して行うことができる。

(5) コーディネーターは、以後の支援調整会議等において支援の進捗状況等を確認し、支援計画検証シート（様式第7号）を作成して、必要に応じて支援計画の検証・見直しを行う。

(6) 多機関ワンストップサービスによる支援は、支援計画に基づく支援の提供から原則1年間実施するものとし、その間に支援の進捗の確認及び支援計画の検証・見直しを行う。

ただし、支援計画に基づく支援が終了した場合等、犯罪被害者等の状況に応じて、コーディネーターが支援の終了を判断することができる。

(7) 支援を終了するに当たっては、犯罪被害者等に対し、再相談が可能である旨を伝えるとともに、支援提供中の相談受付機関に対して、引き続き必要な支援の提供を依頼する。

(8) コーディネーターは、支援調整会議を開催しない場合であっても、相談受付機関等と連携して、犯罪被害者等に対し、必要な支援を行う。

（議事録）

第12条 県民生活課は、支援調整会議終了後、支援調整会議結果報告書（様式第8号）を作成し、適切に保管する。

（秘密保持義務）

第13条 支援調整会議の出席者は、会議で知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。

（個人情報の保護）

第14条 相談受付機関等及び支援調整会議に参加する構成機関等は、支援対象者の個人情報について、漏えい等がないよう保護に万全を期すため、当該個人情報について、次のとおり取り扱うものとする。

- (1) 個人情報をはじめ他の機関等に提供するに当たっては、情報漏えい防止の観点から専用の鞆等に収納の上、原則として送付先に対して直接手渡しにより引き渡すものとする。  
ただし、郵送(簡易書留その他相手方の受取りが確認できる方法によるものに限る。)又は電子メール(機密情報送付に対応したパスワード付きのものに限る。)による送付は、必要に応じて認める。
- (2) 書類等を電子メールで送付する場合は、送付前に複数の職員で送信先を確認した上で送付するとともに、送信後は、送信先に対する受信確認を行い、確認の後、送信メールの削除を依頼する。
- (3) 関係機関における情報共有の範囲は、支援に関係する職員に限るものとし、不要な写しの作成や、関係職員以外の者が閲覧可能なネットワーク共有フォルダ等に電磁的記録を保管することを禁止する。
- (4) 個人情報を有する書類にあつては、執務中は机上に放置せず、関係職員以外の者が容易に閲覧できないよう配慮するとともに、保管責任者を指定し、鍵のかかるロッカー等で保管する。
- (5) 支援調整会議等で個人情報が記載された書類を配布する必要がある場合は、複写を禁止するとともに、原則として会議終了後に回収し、裁断その他確実に処分できると認められる方法により処分する。

(文書保存年限)

第 15 条 支援調整会議に係る書類の保存年限は、支援終了と判断した日(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。

- 2 前項に規定する保存年限が経過する前に、同一の支援対象者に対して、再度支援を行った場合は、当該再度行った支援について支援終了と判断した日の属する年度の翌年度の4月1日から5年とする。

(庶務)

第 16 条 支援調整会議の庶務は、県民生活課が処理する。

(その他)

第 17 条 この要綱に定めるもののほか、支援調整会議の運営に関し必要な事項は、構成機関等と協議の上、決定する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

別表（第3条関係）

区分	事件の種類
<p>1 刑法（明治40年法律第45号）に定めのある罪に当たる違法な行為</p>	<p>(1) 次に掲げる犯罪（未遂の規定のあるものは、未遂を含む。）行為            ア 殺人            イ 強盗致死傷            ウ 逮捕及び監禁            エ 逮捕等致死傷            オ 略取及び誘拐            カ 人身売買            キ 傷害致死            ク 傷害のうち、被害者が全治1か月以上の傷害を負ったもの            ケ 前各号に掲げる犯罪以外で、致死傷を結果とする結果的加重犯において、致死の結果が生じたもの又は致傷の結果が生じたものうち被害者が全治1か月以上の傷害（PTSD等の精神疾患を含む。）を負ったもの            ((2)に掲げるもの及び2において事件の種類欄に掲げる事件に係るものを除く。)</p> <p>(2) 性犯罪（刑法に規定する身体に対する侵害を内容とする性犯罪に限る。未遂を含む。)</p>
<p>2 交通事故事件（ひき逃げ事件を含む。)</p>	<p>(1) 交通死亡事故            (2) 交通事故（全治3か月以上の傷害を負った事故に限る。)            (3) 自動車の運転により人を死傷させる行為等の処罰に関する法律（平成25年法律第86号）に定める危険運転致死傷罪に当たる事件（全治1か月以上の傷害を負った事故に限る。)</p>
<p>3 その他</p>	<p>上記に準ずる行為等で、相談受付機関等が多機関ワンストップサービス体制による支援を必要と認めた事案</p>

## 相談受理票(兼 情報提供票)

受理者

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"/> メール <input type="checkbox"/> FAX		
相談者	フリガナ 氏名: 様	生年月日	歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ( )	
	住所:	電話	FAX	
		メール		
	職業:	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"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・遺族(続柄 ) <input type="checkbox"/> 関係機関(名称: 職名等: ) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明				
被害者	フリガナ 氏名: 様	生年月日	歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ( )	
	住所:	電話	FAX	
		メール		
職業等:				
その他の情報	(家族構成・制度利用状況等)			
被害状況	種別	<input type="checkbox"/> 殺人・傷害致死 <input type="checkbox"/> 傷害・暴行 <input type="checkbox"/> 交通犯罪( ) <input type="checkbox"/> DV・ストーカー <input type="checkbox"/> 性暴力( ) <input type="checkbox"/> 児童虐待 <input type="checkbox"/> 財産犯罪 <input type="checkbox"/> その他( )		
	発生日	年 月 日	発生場所	
	被害届	<input type="checkbox"/> 提出済み(受理警察署: 受理番号: 提出日: 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未提出 <input type="checkbox"/> 不明		
	加害者	<input type="checkbox"/> 特定 → 氏名: (関係性) <input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 非特定		
	刑事手続	逮捕: 済 <input type="checkbox"/> ( 月 日 ) ・未 <input type="checkbox"/>		送致: 済 <input type="checkbox"/> ( 月 日 ) ・未 <input type="checkbox"/>
		起訴: 済 <input type="checkbox"/> ( 月 日 ) ・未 <input type="checkbox"/>		その他( )
	被害の概況			
	心身の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 終了 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"/> 有 → <input type="checkbox"/> 警察被害者支援室の支援員( ) <input type="checkbox"/> 警察部内カウンセラー( ) <input type="checkbox"/> 警察の公費負担制度( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 民間被害者支援団体による支援( ) <input type="checkbox"/> 県の支援制度( ) <input type="checkbox"/> 市町村の支援制度( ) <input type="checkbox"/> 性犯罪・性暴力被害者のためのワストップ支援センター( ) <input type="checkbox"/> 法テラス( ) <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"/> 家族と家族関係( ) <input type="checkbox"/> 経済的支援( ) <input type="checkbox"/> 医療費・保険・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)
	【情報伝達・共有の必要性】 ・コーディネーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・自機関内の他部署等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(特記事項)
	【自由記載欄】	
結 果	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 傾聴・情報収集・助言等 <input type="checkbox"/> 電話・面談等の予約(内容: 年 月 日 : ) <input type="checkbox"/> 自機関の支援制度調整・利用(内容: 担当: ) <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 情報提供(内容: 担当: ) <input type="checkbox"/> 紹介・引継ぎ( 年 月 日 紹介先機関: 担当: ) <input type="checkbox"/> 他機関との連絡調整( 年 月 日 連絡先: 担当: ) <input type="checkbox"/> その他( )	
相 談 経 路	直接相談 <input type="checkbox"/> 広報媒体( ) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他( ) 関係機関等から 紹介 <input type="checkbox"/> 警察( ) <input type="checkbox"/> 地方公共団体( ) <input type="checkbox"/> 民間支援団体( ) <input type="checkbox"/> その他関係機関( ) その他 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 再相談	
備 考		



相談等受理機関・団体→犯罪被害者等支援コーディネーター宛て

## 個人情報提供同意書

私は、( ) が受けた犯罪被害に関し、山口県及び支援関係機関等による支援を受けるに当たり、

- 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、被害の罪種、取扱い警察署等）
- 希望する支援制度・サービス

等の支援を受けるに当たって必要な情報（相談でお伺いしたこと）を、

- 山口県県民生活課（犯罪被害者等支援コーディネーター）
- 山口県警察本部警務部警察県民課犯罪被害者支援室
- ( ) 市・町 ( ) 課
- 山口被害者支援センター

へ提供することに同意します。

年 月 日

住 所 (〒 - )

連絡先

氏 名

※未成年の場合、保護者又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( )

アセスメントシート

被害者名:		住所:	
生年月日: ( 歳)			
相談者名: (続柄 )		記入者氏名:	
連絡先:		所属:	
分野	項目	聴き取り事項	追加情報・特記事項等
安全の確保	再被害の防止	加害者の検挙 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 再被害の不安 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	加害者の状況 <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・住民票の閲覧制限 <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
	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 マスコミ報道 <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 ( ) 弁護士対応 <input type="checkbox"/> 依頼済み <input type="checkbox"/> 依頼なし <input type="checkbox"/> 依頼なしだが希望 <input type="checkbox"/> 不要 ↳ 弁護士氏名( )
	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( ) 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( )	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・通学の具体的問題 ( )
心身の状態	被害による身体のけが等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合、どのようなけが、疾病か ( ) 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( )
		【性犯罪の場合】 妊娠(又はその不安) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 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の受診 <input type="checkbox"/> 受診済み <input type="checkbox"/> 未受診 <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
	不眠、食欲不振、頭痛、腹痛等	【被害者本人】 <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
		【家族等】 <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)	【被害者本人】 <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( )
【家族等】 <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>※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>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>(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>※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>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>(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>有又は有った場合                      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	<p>【被害者本人】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被害後の状況 □変化なし □休職 □退職</li> <li>・職場に被害事実を □伝えた □伝えていない</li> <li>・その他の問題 □有 □無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・休職の場合 □有給 □無給 □傷病手当金</li> <li>・退職の場合、(現時点での)再就職の予定、希望 □有 □無 □その他( )</li> <li>・職場に被害事実を伝えた場合の配慮や理解、協力 □有 □無 □その他( )</li> <li>・その他の問題の具体的内容 ( )</li> </ul>
		<p>【家族等】誰が( )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被害後の状況 □変化なし □休職 □退職</li> <li>・職場に被害事実を □伝えた □伝えていない</li> <li>・その他の問題 □有 □無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・休職の場合 □有給 □無給 □傷病手当金</li> <li>・退職の場合、(現時点での)再就職の予定、希望 □有 □無 □その他( )</li> <li>・職場に被害事実を伝えた場合の配慮や理解、協力 □有 □無 □その他( )</li> <li>・その他の問題の具体的内容 ( )</li> </ul>
	学校	<p>【被害者本人】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被害後の状況 □変化なし □登校中断 □退学</li> <li>・学校に被害事実を □伝えた □伝えていない</li> <li>・その他の問題 □有 □無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・登校中断の場合の過ごし方 □自宅 □フリースクール等 □その他( )</li> <li>出欠扱い □出席扱い □欠席</li> <li>・学校に被害事実を伝えた場合の配慮や理解、協力 □有 □無 □その他( )</li> <li>・その他の問題の具体的内容 ( )</li> <li>・スクールソーシャルワーカーへの相談 □有 □無で不要 □無だが相談したい</li> </ul>
		<p>【家族等】誰が( )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被害後の状況 □変化なし □登校中断 □退学</li> <li>・学校に被害事実を □伝えた □伝えていない</li> <li>・その他の問題 □有 □無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・登校中断の場合の過ごし方 □自宅 □フリースクール等 □その他( )</li> <li>出欠扱い □出席扱い □欠席</li> <li>・学校に被害事実を伝えた場合の配慮や理解、協力 □有 □無 □その他( )</li> <li>・その他の問題の具体的内容 ( )</li> <li>・スクールソーシャルワーカーへの相談 □有 □無で不要 □無だが相談したい</li> </ul>
	家事・育児・介護	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家事の問題 □食事の支度 □掃除・洗濯 □買いもの □その他( )</li> <li>・育児の問題 □自宅での育児 □保育園等の送迎 □子連れの外出 □その他( )</li> <li>・介護の問題 □自宅での介護 □外出時の付添い □施設・病院等の送迎 □その他( )</li> </ul>	<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 □今はない □今も続いている □不明</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・すでに利用している制度・サービス ( )</li> <li>・同居家族以外での協力者 □いる( ) □いない □その他( )</li> <li>・同居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 □希望する □しない □その他( )</li> </ul>

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( ) 家族関係の悪化、問題等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( ) 被害者本人の家族への接し方の疑問、不安 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( ) 家族の被害者本人への接し方の疑問、不安 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( ) 友人等との関係の変化、問題等 <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( ) ・家族関係の悪化、問題等の具体的内容 ( ) ・被害者本人の家族への接し方の疑問、不安の内容 ( ) ・家族の被害者本人への接し方の疑問、不安の内容 ( ) ・友人等との関係の変化、問題等の具体的内容 ( ) ・相談や手助けをしてくれる(してくれそうな)友人等 <input type="checkbox"/> いる( ) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明
	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"/> 自賠責のみ <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                      ・警察官 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明                      ・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  <input type="checkbox"/>受けて理解した <input type="checkbox"/>受けていない  <input type="checkbox"/>受けたがよく分からない  <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>警察・検察での事情聴取等の予定  <input type="checkbox"/>済み <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  <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無  <input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>※性暴力被害の場合                      不同意性交等での証拠採取  <input type="checkbox"/>した <input type="checkbox"/>していないので希望  <input type="checkbox"/>していないが希望無 <input type="checkbox"/>非該当  <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                      ・警察官(氏名: )                      (連絡先: )                      ・検察官(又は事務官)(氏名: )                      (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  <input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>希望しない  <input type="checkbox"/>依頼弁護士がいるので不要  <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  <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>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  <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>すでに申出済み <input type="checkbox"/>無  <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  <input type="checkbox"/>済み(判決等: )  <input type="checkbox"/>有(日程等: )  <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  <input type="checkbox"/>済み  <input type="checkbox"/>有(日程等: )  <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  <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無  <input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>弁護士による法律相談の利用  <input type="checkbox"/>利用済み <input type="checkbox"/>予定あり  <input type="checkbox"/>していないが希望 <input type="checkbox"/>希望しない  <input type="checkbox"/>不明・その他( )</p>	<p>刑事裁判の予定有の場合                      ・裁判への関わり方の希望  <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  <input type="checkbox"/>特に希望しない  <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  <input type="checkbox"/>すでに申出済み <input type="checkbox"/>有 <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有の場合の不安や問題  <input type="checkbox"/>有(内容: )  <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>刑事手続・裁判等に関する支援弁護士について  <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  <input type="checkbox"/>不明・その他( )</p>
	民事手続・裁判等	<p>示談交渉  <input type="checkbox"/>済み <input type="checkbox"/>進行中 <input type="checkbox"/>検討中 <input type="checkbox"/>無  <input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>損害賠償請求  <input type="checkbox"/>判決済み <input type="checkbox"/>訴訟中 <input type="checkbox"/>検討中 <input type="checkbox"/>無  <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  <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無  <input type="checkbox"/>不明・その他( )</p> <p>弁護士による法律相談の利用  <input type="checkbox"/>利用済み <input type="checkbox"/>予定あり  <input type="checkbox"/>していないが希望 <input type="checkbox"/>希望しない  <input type="checkbox"/>不明・その他( )</p>	<p>示談が済みの場合の内容                      ( )</p> <p>損害賠償請求が判決済みの場合の内容                      ( )</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  <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  <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>民事手続・裁判等に関する支援弁護士について  <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  <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 ( )
その他	特記事項		

山口県犯罪被害者等支援調整会議開催申出書  
兼 個人情報提供同意書

私は、山口県犯罪被害者等支援調整会議に関する説明を受け、( ) が受けた犯罪被害に関し、参加機関等による支援の協議を行うことに同意します。

また、協議を行うに当たり、

- 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、被害の罪種、取扱い警察署等）  
 希望する支援制度・サービス

等の支援を受けるに当たって必要な情報（コーディネーター等に相談した内容）を、

山口県犯罪被害者等支援調整会議に参加する機関・団体

- 山口県の関係課（係）  
 山口県警察本部の関係課（署）  
 ( ) 市・町の関係課（係）  
 山口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。

年 月 日

住 所 (〒 - )

連絡先

氏 名

※未成年の場合、保護者又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、山口県犯罪被害者等支援調整会議の開催に関する説明を行い、上記のとおり開催に当たっての参加機関・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( )



# 支援計画書

様式第6号

利用者氏名：

作成者氏名：

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						

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。

本計画書に基づき支援内容の説明を受け、内容に同意しました。

説明者氏名：

年 月 日（利用者署名）



## 支援調整会議結果報告書

日 時	年 月 日 ( ) : ~ :
場 所	
出 席 者	山口県 担当 : 山口県警察本部 担当 : 市町 担当 : 山口被害者支援センター 担当 : ( ) 担当 :
検 討 内 容	
検 討 結 果	
作 成 者	