



福岡医発第 323 号 (地)

平成 29 年 4 月 26 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

犯罪被害者等のカウンセリング・診察へのご協力について

福岡県警察本部総務部被害者支援・相談課（以下、「県警」）より、犯罪被害者等の精神的被害の回復と経済的負担の軽減のため、犯罪被害者等が医師や臨床心理士によるカウンセリングを希望して医療機関を受診した場合は、その費用を負担する制度を本年 4 月から導入するとのことで、本会に対して協力依頼がありました。

犯罪被害者等がカウンセリングを希望した場合、県警から医療機関へ事前に連絡したうえで、原則として県警職員が同行します。また、請求に関しては、自由診療でも保険診療でも可能とのことで、原則 3 回までとなっております。

本件については、4 月 6 日開催の第 1 回全理事会にて協議の結果、本制度に協力することといたしました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解頂き、県警から診察又はカウンセリングの依頼があった場合には可能な限りご協力いただきますよう、貴会会員への周知方につきよろしくお願い申し上げます。

なお、ご不明な点につきましては、下記連絡先へお問い合わせください。

【連絡先】

〒812-8576

福岡県警察本部総務部

被害者支援・相談課犯罪被害者支援係

電話番号 092-641-4141（内線 2533・2535）

福 警 支 第 1 0 3 号

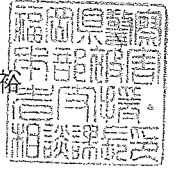
平成29年2月23日

福岡県医師会

会長 松田峻一良 殿

福岡県警察本部総務部

被害者支援・相談課長 古田 裕



犯罪被害者等のカウンセリング・診察への御協力について（依頼）

謹啓 時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

また、平素から警察業務の各般にわたり、格別の御理解、御協力を賜り、厚く御礼を申し上げます。

さて、犯罪被害者やその家族等（以下、犯罪被害者等）は、犯罪による生命、身体に対する直接的な被害のみならず、犯罪による精神的被害又は犯罪被害に起因する不安や悩み等を抱え、苦しみを深めておられる方が数多く見受けられます。

このような中、平成27年4月、精神医学、臨床心理学、被害者学等による有識者で構成される「犯罪被害者の精神的被害の回復に資する施策に関する研究会」は、「犯罪被害者の精神的被害の回復に資する施策に関する報告書」を取りまとめ、犯罪被害者等のカウンセリング費用の公費負担制度を全国展開していくことが望ましい旨を提言しました。

この提言を踏まえ、平成28年春、警察庁が第三次犯罪被害者等基本計画において「公費カウンセリング制度の導入」を示しており、本県警察におきましても、本年4月から犯罪被害者等が医師や臨床心理士によるカウンセリングを希望し受診した場合、その費用を公費負担する制度を導入し、犯罪被害者等の精神的被害の回復と経済的負担の軽減を図りたいと考えております。

本制度は、県内に所在する精神科や心療内科等、医療機関の皆様の御協力が不可欠でありますので、貴会におかれましても、本制度に御理解をいただき、犯罪被害者等の診察及びカウンセリングが円滑に行われるよう、御支援下さいますようお願い申し上げます。

謹言

記

1 御支援いただきたい事項

貴会会員の皆様に対し、本取組の趣旨を御理解いただき、本県警察から診察及びカウンセリングの依頼があった際には、可能な限り御協力いただくよう医療機関に対する周知をお願いします。

また、犯罪被害者等の個人情報の取扱いについては、特段の御配慮をいただくよう、併せてお願いします。

2 その他

各医療機関への説明文及び記載いただく請求書面等を併せて添付させていただきます。

理事会協議



～ 医療関係者の皆様へ ～

犯罪被害にあわれた方々のカウンセリングに要する費用に関するお願い

平成29年2月

貴院におかれましては、平素から警察業務に関し、格段の御理解・御協力を頂き、心から御礼申し上げます。

福岡県警察においては、平成29年4月から、犯罪被害者やその御家族等（以下、「犯罪被害にあわれた方々」）が医師や臨床心理士によるカウンセリングを希望し、医療機関等を受診した場合、その診察やカウンセリングに要する費用を公費負担する制度を導入し、犯罪被害にあわれた方々の精神的被害の回復や経済的負担の軽減を図りたいと考えております。

本制度は、精神科や心療内科等、医療関係者の皆様の御協力が不可欠ですので、被害にあわれた方々の精神的・経済的負担を少しでも和らげるため、同手続きに関しての御理解・御協力をお願いします。

1 公費負担の対象となる医療経費等

犯罪被害にあわれた方々が
診察及び医師や臨床心理士によるカウンセリングに要した費用
の自己負担額（※ 薬に係る費用を除く。）
のことであり、原則3回まで公費負担の対象となります。

- 初・再診料、検査料、精神科専門療法料等、診察やカウンセリングに要する費用は公費負担の対象となりますが、処方せん料や投薬料等、薬に係る費用は対象になりません。大変ご迷惑をおかけいたしますが、請求書作成時にはご注意をお願いします。
- 医療経費等は、自由診療でも保険診療でも可能です。
（生活保護を受給されている方については、医療費扶助の適用をお願いします。）
- 自由診療に該当する場合は、全額公費負担対象となります。
- 被害にあわれた方が保険証の利用を固辞する場合、自由診療でも対応可能ですが、継続的に診察やカウンセリングが必要となった場合の4回目以降の費用は、原則として被害にあわれた方の自己負担となりますので、その料金につきましては、ご本人に対して、改めて保険適用の希望の有無を確認してください。
- 消費税法・同施行令により、健康保険適用及び公費の医療経費については、消費税を付加しないことと定められておりますので、税抜きでお願いします。

2 医療経費等の支払要領等

- 医療経費等は、警察署から貴院が指定した口座への振込による支払いとなります。制度上、現金支払はできませんので、ご理解とご協力をお願いします。
- 「請求書」は、警察職員が事前連絡後に貴院へ郵送、又は、被害にあわれた方に同行して持参しますので、同請求書の項目にチェック（し点）をしていただき、各警察署長あてに医療費の請求をお願いします。

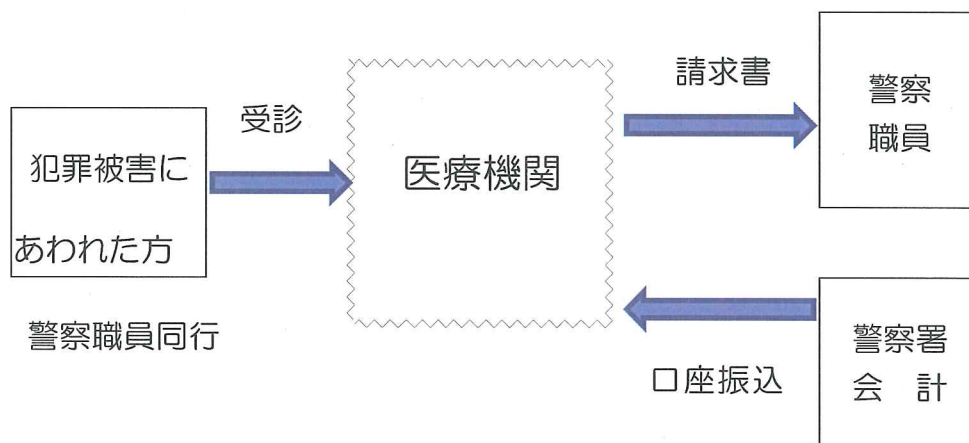
※ 記載例（別添1）を参考にしてください。

- 「請求書」は、診察終了時に作成可能な場合、同行してきた警察職員にその場で手渡して下さい。また、警察職員が同行していない場合、後日、警察職員が受領に赴きますので、よろしくお願いします。
- 医師が4回以上のカウンセリングが必要であると判断した場合、3回目実施後、「請求書」とともに「意見書（別添2）」を警察職員に提出していただくよう、お願いします。

なお、公費負担の継続可否については、貴院作成の意見書を踏まえて検討させていただきますので、時間を要します。また、継続した場合の対象期間は、第1回目のカウンセリングの期日から原則として、1年間となりますので、被害にあわれた方に対しては、その旨ご説明をお願いします。

- 警察職員が請求書を受領してから、概ね2週間程度で、医療経費等が指定口座に振込となる予定です。

【警察職員が同行して受診した場合】



- 犯罪被害にあわれた方が警察の届出前に貴院を受診して、医療経費等を支払っている場合も公費負担の対象となる場合があります。

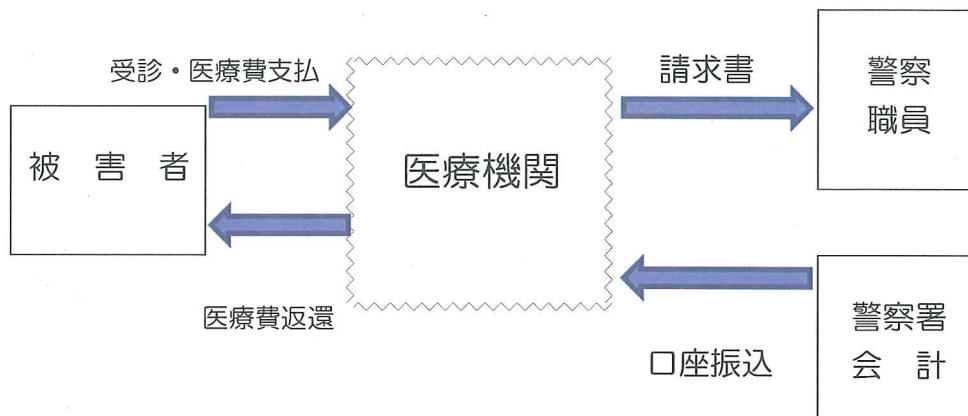
この場合、貴院から、公費負担対象である『医師及び臨床心理士による診察やカウンセリングに要した費用の自己負担額（※ 薬に係る費用を除く。）』を犯罪被害にあわれた方に対して直接返還してもらう手続きをお願いさせていただくことになります。

警察の手続き上、警察から直接お金を返還することはできず、大変ご迷惑をおかけ

いたしますが、被害にあわれた方の精神的・経済的負担を軽減するための制度でありますので、どうぞ御理解・御協力をお願いします。

なお、返還分も、前記同様に、警察署長宛に請求書を作成していただき、口座振込での支払いとなります。

【警察へ届出をする前に、被害者が個人的に受診して、既に支払っている場合】



【連絡先】

〒812-8576

福岡市博多区東公園7番7号

福岡県警察本部総務部被害者支援・相談課犯罪被害者支援係

電話番号 092-641-4141 (内線2533・2535)

別添 1

様式第3号（7の(1)、(3)、(4)、9の(5)、12の(3)、(5)関係）

【記載例】

※ **ゴシック部分を記入すること。**

平成 **29**年 **4**月 **1**日

福岡 警察署長 殿

所在地 **福岡市博多区東公園7番7号**

医療機関名 **福岡メンタルクリニック**

代表者名 **博多 太郎**



請 求 書

平成 **29**年 **4**月 **1**日実施のカウンセリングに係る費用を次のとおり請求します。

受診者氏名 (保護者等氏名)	福岡 一郎 注1のとおり、受診者（保護者等）に自署していただきます。	
種 別	金 額	項 目
初・再診料	1.000 円	☒ 時間内 ☐ 時間外 ☐ 深夜 ☐ 休日
カウンセリング 費用	3.200 円	精神科専門療法料、検査料等、診察や カウンセリングに要する費用（薬に係 る費用を除く。）を記載してください。
合 計	4.200 円	

注 1 太枠内は、受診者（保護者等）が自署すること。

2 該当する□欄には、✓印を記入すること。

別添2

カウンセリング費用公費負担の継続に関する意見書

作成日： 年 月 日

1 氏名： 生年月日（ ）

2 受診・カウンセリング実施日

- 初回： 年 月 日
- 2回目： 年 月 日
- 3回目： 年 月 日

3 所見（主訴及び症状）

4 その他

所在地：

医療機関名：

医師名：

印