

仕様書

1 業務名

性犯罪・性暴力被害者支援体制構築の推進等業務委託

2 業務目的

性犯罪・性暴力の被害者には、迅速な医療機関での対応、精神的なダメージを軽減するカウンセリングなど多岐に亘る支援が必要である。

このため、愛知県内で遍く被害者に対する急性期対応を可能とするため、県内に所在する2か所の性犯罪・性暴力被害者ワンストップ支援センター（「性暴力救援センター日赤なごや なごみ」及び「ハートフルステーション・あいち」と救命救急センター等との連携協力体制を構築するとともに、救命救急センター等に性暴力対応看護師（以下「SANE」という。）の配置を促進する。

また、2か所の支援センターに係る広報を行うことで、県民に対し周知啓発を図る。

さらには、県が行う「医療費等公費負担制度」、「精神的被害に係る医療費等公費負担制度」及び「法律相談費用公費負担制度」に係る請求の受理等を行うことで、制度の円滑な運用を図る。

3 業務の内容

(1) 性犯罪・性暴力被害者支援体制の構築

性犯罪・性暴力被害者支援に係る情報共有、意見交換を図るなど、被害者支援体制を推進するため、連携会議を開催する。

ア 出席者

- ・県内に所在する性犯罪・性暴力被害者ワンストップ支援センター（2か所）の職員
- ・愛知県が指定する救命救急センター等の職員
- ・愛知県防災安全局県民安全課職員
- ・その他、関係者が必要と認める者

イ 内容

- ・被害者支援体制構築の推進に係る調整
- ・救命救急センター等への SANE 配置計画の検討
- ・性犯罪・性暴力被害者に係る事例の共有
- ・その他必要と認める事項

ウ 実施回数

3回以上実施すること。

(2) 救命救急センター等への SANE の配置促進

県内の救命救急センター等への SANE の配置を促進し、被害直後の対応が可能な医療機関を広く設置する。なお、SANE の配置促進にあつては、救命救急センター等の SANE 養成研修（一般社団法人日本フォレンジックヒューマンケアセンター（以下「NFHCC」という。）が実施）の受講に係る事務（救命救急センター等から提出される受講申込に係る書類のとりまとめ、NFHCC への受講料の支払い等）を行う。

SANE 養成研修の受講料の支払いは、契約金額のうち、3,360,000円までの範囲で実施するものとし、これを超えることが見込まれる場合には、あらかじめ愛知県と協議する

ものとする。

また、契約期間が満了した時点において、支払金額を集計し、愛知県へ決算報告をする。支払実績が3,360,000円に満たない場合には、契約第8条第1項に定める支払請求は、契約金額からその剰余の金額を差し引いた金額により行うものとする。(4)「医療費等公費負担制度」及び「精神的被害に係る医療費等公費負担制度」、(5)「法律相談費用公費負担制度」に係る剰余の金額がある場合は、当該金額も契約金額から差し引く。

ア 対象機関

愛知県が指定する救命救急センター等 24か所程度

イ SANE の配置数

連携会議において検討し、愛知県が指定する救命救急センター等につき、1人以上の配置を目標とする。

(3) 広報啓発業務

県民に対して、広く支援センターを周知するため、下記のとおり啓発品を作成し、広報啓発を行う。

なお、詳細は、愛知県と協議して定めるものとする。

ア 作成する啓発品

- ・ワンストップ支援センター等の相談先を記載した啓発カード 22,500枚程度
- ・啓発チラシ 13,500枚程度 等

イ 啓発の方法

医療機関、商業施設、学校等県民に広く周知できる場所に設置、配布を行う。

(4) 「医療費等公費負担制度」及び「精神的被害に係る医療費等公費負担制度」に係る請求の受理、審査及び支払業務

「愛知県性暴力被害者への医療費等に係る公費負担制度実施要綱」及び「愛知県性暴力被害者への精神的被害に係る医療費等公費負担制度実施要綱」に基づき、愛知県が実施する事業について、下記のとおり請求の受理、審査及び支払いに係る事務を行う。

申請に係る支払いは、契約金額のうち、899,800円までの範囲で実施するものとし、これを超えることが見込まれる場合には、あらかじめ愛知県と協議するものとする。

また、契約期間が満了した時点において、支払金額を集計し、愛知県へ決算報告をする。支払実績が899,800円に満たない場合には、契約第8条第1項に定める支払請求は、契約金額からその剰余の金額を差し引いた金額により行うものとする。(2)「SANE養成研修の受講料」、(5)「法律相談費用公費負担制度」に係る剰余の金額がある場合は、当該金額も契約金額から差し引く。

ア 医療費等公費負担制度

(ア) 請求書の受理

ワンストップ支援センターを有する医療機関及び SANE を配置する救命救急センター等が実施した検査の種類に応じ、各様式に基づく請求書を受理する。

- ・様式1-1 基本検査用請求書
- ・様式1-2 性感染症検査用請求書
- ・様式1-3 検査結果日用請求書
- ・様式1-4 人工妊娠中絶手術に係る請求書
- ・各請求書には、支給要件を満たすことを確認するため、請求内容を確認すること

ができる書類等の必要な書類を添付させる。

(イ) 請求の審査

請求書を受理したときは、次の各項目について審査を行い、その結果について様式1-5により知事に報告するものとする。

- ・請求書類の形式的要件
- ・被害者の対象要件
- ・書類の整合性
- ・その他、愛知県が必要と考える事項

(ウ) 支払業務

様式1-5による報告を受けた知事は、30日以内に支払の可否について決定を行って請求者に対して通知するとともに、受託者に対し、請求に係る支払いを依頼する。

イ 精神的被害に係る医療費等公費負担制度

(ア) 請求書の受理

ワンストップ支援センターへの相談により、精神的被害の治療のために医療機関を受診した被害者から請求書を受理する。

- ・様式2-1 医療費等請求書
- ・請求書には、受診した医療機関から発行された領収証の写し等、請求者の支払額が確認できる書類を添付させる。

(イ) 請求の審査

請求書を受理したときは、次の各項目について審査を行い、その結果について様式2-2により知事に報告するものとする。

- ・請求書類の形式的要件
- ・被害者の対象要件
- ・書類の整合性
- ・その他、愛知県が必要と考える事項

(ウ) 支払業務

様式2-2による報告を受けた知事は、30日以内に支払の可否について決定を行って請求者に対して通知するとともに、受託者に対し、請求に係る支払いを依頼する。

(5) 「法律相談費用公費負担制度」に係る請求の受理、審査及び支払業務

「愛知県性暴力被害者への法律相談費用に係る公費負担制度実施要綱」に基づき、愛知県が実施する事業について、下記のとおり請求の受理、審査及び支払いに係る事務を行う。

申請に係る支払いは、契約金額のうち、181,500円までの範囲で実施するものとし、これを超えることが見込まれる場合には、あらかじめ愛知県と協議するものとする。

また、契約期間が満了した時点において、支払金額を集計し、愛知県へ決算報告をする。支払実績が181,500円に満たない場合には、契約第8条第1項に定める支払請求は、契約金額からその剰余の金額を差し引いた金額により行うものとする。(2)「SANE養成研修の受講料」、(4)「医療費等公費負担制度」及び「精神的被害に係る医療費等公費負担制度」に係る剰余の金額がある場合は、当該金額も契約金額から差し引く。

ア 請求書の受理

ワンストップ支援センターへの相談により、弁護士へ法律相談を行った被害者から請求書を受理する。

- ・様式3-1 法律相談費用請求書

イ 請求の審査

請求書を受理したときは、次の各項目について審査を行い、その結果について様式3-2により知事に報告するものとする。

- ・請求書類の形式的要件
- ・被害者の対象要件
- ・書類の整合性
- ・その他、愛知県が必要と考える事項

ウ 支払業務

様式3-2による報告を受けた知事は、30日以内に支払の可否について決定を行って請求者に対して通知するとともに、受託者に対し、請求に係る支払いを依頼する。

4 個人情報の保護

- (1) 相談者のプライバシーについて、細心の注意を払い、保護しなければならない。
- (2) 受託者は本事業を実施する上で個人情報を取り扱う場合は、その取扱いに十分に留意し、漏えい、滅失及び毀損の防止その他個人情報の保護を徹底すること。また、相談業務・同行支援業務に携わる者に、個人情報の保護につき周知徹底を図ること。
- (3) 受託者は、委託業務を履行する上で個人情報を取り扱う場合は、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び愛知県犯罪被害者等支援条例第19条（令和4年3月25日愛知県条例第2号）を遵守すること。

5 業務等の記録・報告等

- (1) 本業務に従事する者について、業務日誌（様式4）、勤務管理簿（様式5）及び出張復命書（様式6）を記載し、月毎にとりまとめの上、翌月20日までに県に提出すること。ただし、3月分は3月末日までに報告すること。
- (2) 本業務の顛末について、記録し、保管すること。
- (3) その他県の要請に応じ、会議等への出席及び必要な報告を県に行うこと。

6 完了検査

受託者は全ての業務完了後、別紙「業務完了届」を提出し、検査を受けるものとする。

7 その他

この仕様書によりがたい細部項目については、愛知県と受託者の協議による。

(別紙)

業 務 完 了 届

年 月 日

愛知県知事 大村 秀章 殿

受 託 者
所在地

名 称

代表者

下記のとおり業務が完了しましたので、お届けします。

記

- 1 業務名
性犯罪・性暴力被害者支援体制構築の推進等業務委託
- 2 実施期間
年 月 日～ 年 月 日
- 3 契約年月日
年 月 日
- 4 契約金額
金 円
うち取引に係る消費税及び地方消費税額 金 円
- 5 添付書類
本業務に従事する者の勤務管理簿及び復命書
本業務による会議等を開催したことが分かる書類、写真
広報啓発業務に用いた成果物

令和 年度

申請番号

A-

様式 1 - 1

基本検査用請求書

令和 年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

(請求者)

所在地

医療機関名

代表者氏名

診断検査料として、下記のとおり請求します。

受診年月日	令和 年 月 日
受診者氏名	(受診者番号:)
請求金額	円

内 訳				
初診料	<input type="checkbox"/>	点	円	
基本検査	細菌顕微鏡検査 (その他のもの)	<input type="checkbox"/>	点	円
	膣洗浄	<input type="checkbox"/>	点	円
	イソジン液 10% (10ml)	<input type="checkbox"/>	点	円
	クロマイ膣錠	<input type="checkbox"/>	点	円
	超音波検査 (胸腹部)	<input type="checkbox"/>	点	円
	検体検査管理加算 (I)	<input type="checkbox"/>	点	円
	微生物学的検査判断料	<input type="checkbox"/>	点	円
時間外	時間外加算 (6:00-8:00、18:00-22:00)	<input type="checkbox"/>	点	円
	深夜加算 (22:00-6:00)	<input type="checkbox"/>	点	円
	休日加算	<input type="checkbox"/>	点	円
	時間外特例	<input type="checkbox"/>	点	円
その他	緊急避妊ピル (プラノバル他)	<input type="checkbox"/>	点	円
	緊急避妊ピル (ノルレボ錠)	<input type="checkbox"/>	点	円
	妊娠反応	<input type="checkbox"/>	点	円
	診断書の発行	<input type="checkbox"/>	点	円
		<input type="checkbox"/>	点	円

備考 実施した項目にチェックし、合計金額を記載する。

【振込先】 ※初回請求時及び前回請求から変更がある場合のみ記載してください

振込口座	金融機関名				店舗名		
	銀行 信用組合 農協				本店 支店 出張所 営業部		
金融機関 コード	銀行コード				支店コード		
口座種別	普通・当座・その他()						
口座番号 (右詰め、7ケタ)							
フリガナ							
口座名義人							

令和 年度

申請番号

B -

様式 1 - 2

性感染症検査用請求書

令和 年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

(請求者)

所在地

医療機関名

代表者氏名

診断検査料として、下記のとおり請求します。

受診年月日	令和 年 月 日
受診者氏名	(受診者番号：)
請求金額	円

内 訳			
初診料	<input type="checkbox"/>	点	円
再診料	<input type="checkbox"/>	点	円
外来診療料	<input type="checkbox"/>	点	円
性感 染 症 検 査	クラミジア・トラコマチス核酸検出	<input type="checkbox"/>	点 円
	淋菌核酸検出	<input type="checkbox"/>	点 円
	梅毒血清反応 (STS) 定性	<input type="checkbox"/>	点 円
	梅毒トレポネーマ抗体定性	<input type="checkbox"/>	点 円
	HBs 抗原定性・半定量	<input type="checkbox"/>	点 円
	HCV 抗体定性・定量	<input type="checkbox"/>	点 円
そ の 他	微生物学的検査判断料	<input type="checkbox"/>	点 円
	免疫学的検査判断料	<input type="checkbox"/>	点 円
	血液採取	<input type="checkbox"/>	点 円
	診断書の発行	<input type="checkbox"/>	点 円
		<input type="checkbox"/>	点 円
		<input type="checkbox"/>	点 円
		<input type="checkbox"/>	点 円

備考 実施した項目にチェックし、合計金額を記載する。

【振込先】 ※初回請求時及び前回請求から変更がある場合のみ記載してください

振込口座	金融機関名				店舗名		
	銀行 信用組合 農協				本店 支店 出張所 営業部		
金融機関 コード	銀行コード				支店コード		
口座種別	普通・当座・その他()						
口座番号 (右詰め、7ケタ)							
フリガナ							
口座名義人							

令和 年度

申請番号

C-

様式 1 - 3

検査結果日用請求書

令和 年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

(請求者)

所在地

医療機関名

代表者氏名

診断検査料として、下記のとおり請求します。

受診年月日	令和 年 月 日
受診者氏名	(受診者番号：)
請求金額	円

内 訳			
診察料	<input type="checkbox"/>	点	円
再診料 (検査結果を聞くための受診)	<input type="checkbox"/>		
診察料	<input type="checkbox"/>	点	円
外来診察料 (検査結果を聞くための受診)	<input type="checkbox"/>		
その他	診断書の発行	<input type="checkbox"/>	点 円
		<input type="checkbox"/>	点 円
		<input type="checkbox"/>	点 円
		<input type="checkbox"/>	点 円
		<input type="checkbox"/>	点 円
		<input type="checkbox"/>	点 円
		<input type="checkbox"/>	点 円

備考 実施した項目にチェックし、合計金額を記載する。

【振込先】 ※初回請求時及び前回請求から変更がある場合のみ記載してください

振込口座	金融機関名				店舗名		
	銀行 信用組合 農協				本店 支店 出張所 営業部		
金融機関 コード	銀行コード				支店コード		
口座種別	普通・当座・その他()						
口座番号 (右詰め、7ケタ)							
フリガナ							
口座名義人							

令和 年度

申請番号

D-

様式 1 - 4

人工妊娠中絶手術に係る請求書

令和 年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

(請求者)

所在地

医療機関名

代表者氏名

人工妊娠中絶手術に関し、下記のとおり請求します。

手術名	人工妊娠中絶（妊娠第 週）
手術年月日	令和 年 月 日
患者（被手術者）	ふりがな 氏 名 生年月日 年 月 日 (受診者番号：)
摘 要	金 額
手術料（麻酔・薬剤料を含む） 再診料	円

備考 施術等に際して医療機関が作成した診療報酬明細書等、医療費の内訳が分かるものを添付する。

【振込先】 ※初回請求時及び前回請求から変更がある場合のみ記載してください

振込口座	金融機関名				店舗名		
	銀行 信用組合 農協				本店 支店 出張所 営業部		
金融機関 コード	銀行コード				支店コード		
口座種別	普通・当座・その他()						
口座番号 (右詰め、7ケタ)							
フリガナ							
口座名義人							

令和 年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

〇〇〇〇

審査結果報告書

愛知県性暴力被害者への医療費等に係る公費負担制度に基づき、(医療機関名)から請求書が提出されました。

請求に係る審査の結果は下記のとおりですので、よろしくお取り計らいください。

記

1 請求の件数及び金額

(A) 基本検査に係る請求	件	円
(B) 性感染症検査に係る請求	件	円
(C) 性感染症検査の結果聴取に係る請求	件	円
(D) 人工妊娠中絶手術に係る請求	件	円

2 審査の結果

別紙のとおり

愛知県性暴力被害者への医療費等に係る公費負担制度

審査結果一覧表

医療機関名

(1) 支払うべきと認めるもの

合計		0円
----	--	----

(内訳)

申請番号	受診年月日	請求年月日	請求金額	備考
(A) 基本検査に係る請求				
(B) 性感染症検査に係る請求				
(C) 性感染症検査の結果聴取に係る請求				
(D) 人工妊娠中絶手術に係る請求				

(2) 審査の結果、支払うべきでないとするもの

合計		0円
----	--	----

(内訳)

申請番号	受診年月日	請求年月日	請求金額	備考
(A) 基本検査に係る請求				
(B) 性感染症検査に係る請求				
(C) 性感染症検査の結果聴取に係る請求				
(D) 人工妊娠中絶手術に係る請求				

令和 年度

申請番号

E -

様式 2 - 1

医療費等請求書

令和 年 月 日

愛知県知事殿

(請求者)

住所

氏名

電話番号

(いずれかにチェックしてください。)

- 性暴力救援センター日赤なごや なごみ
 ハートフルステーション・あいち

に相談の上、

医療機関を受診しましたので、支払った費用について、下記のとおり請求します。

受診年月日	令和 年 月 日
受診した医療機関名	
請求金額	_____円 (内訳) ①医療機関で支払った費用 _____円 ②受診した医療機関で発行された 処方箋により保険薬局で支払った費用 _____円

【振込先】 ※初回請求時及び前回請求から変更がある場合のみ記載してください

振込口座	金融機関名				店舗名		
	銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所 営業部		
金融機関 コード	銀行コード				支店コード		
口座種別	普通・当座・その他()						
口座番号 (右詰め、7ケタ)							
フリガナ							
口座名義人							

※請求書には、受診した医療機関から発行された領収証の写し等、請求者の支払額が確認できる書類を添付してください。

※いただいた個人情報、「愛知県性暴力被害者への精神的被害に係る医療費等公費負担制度」のみに利用します。 【裏面あり】

請求後 30 日以内に愛知県から支払の決定に関する通知書をお送りします。
通知書の送付先及び送付手段の希望をお知らせください。

(いずれかにチェックしてください。)

- 自宅（上記請求者住所）へ郵送
- 指定の郵便局へ郵送（郵便局留）
※受け取る郵便局名を記入してください
_____郵便局留
- 指定のメールアドレスへメール
※受け取るメールアドレスを記入してください

令和 年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

〇〇〇〇

審査結果報告書

愛知県性暴力被害者への精神的被害に係る医療費等公費負担制度に基づき、
(被害者氏名) から請求書が提出されました。

請求に係る審査の結果は下記のとおりですので、よろしくお取り計らいください。

記

- 1 請求の件数及び金額
件 円
- 2 審査の結果
別紙のとおり

愛知県性暴力被害者への精神的被害に係る医療費等公費負担制度

審査結果一覧表

被害者氏名

(1) 支払うべきと認めるもの

合計		0円
----	--	----

(内訳)

申請番号	受診年月日	請求年月日	請求金額	備考

(2) 審査の結果、支払うべきでないとするもの

合計		0円
----	--	----

(内訳)

申請番号	受診年月日	請求年月日	請求金額	備考

令和 年度

申請番号

F -

様式 3 - 1

法律相談費用請求書

令和 年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

(請求者)

住所

氏名

電話番号

- 性暴力救援センター日赤なごや なごみ
ハートフルステーション・あいち
- に相談の上、弁護士に法律相談を行いましたので、法律相談に係る費用として、下記のとおり請求します。

相談実施年月日	令和 年 月 日
請求金額 (※)	円 (請求相談時間: 分)

なお、私が受け取る法律相談費用については、私が法律相談を依頼した弁護士_____に受領の権限を委任しますので、下記2の口座へ振り込むこととしてください。

【振込先】※法律相談を実施した弁護士の方が記載してください。

振込口座	金融機関名				店舗名		
	銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所 営業部		
金融機関 コード	銀行コード				支店コード		
口座種別	普通・当座・その他()						
口座番号 (右詰め、7ケタ)							
フリガナ							
口座名義人							

※法律相談を実施した弁護士の方が記載してください。
上記請求金額に誤りがないことを確認しました。

年 月 日 弁護士

※いただいた個人情報は、「愛知県性暴力被害者への法律相談費用に係る公費負担制度」のみに利用します。

※法律相談を実施した弁護士の方が記載してください。

法律相談の実施結果	相談実施弁護士名 (記入者名)	
	相談実施日時	年 月 日 時 分～ 時 分
	相談場所	<input type="checkbox"/> 相談実施弁護士事務所 <input type="checkbox"/> 愛知県弁護士会 <input type="checkbox"/> その他 ()
	相談種別・内容	<input type="checkbox"/> 刑事 <input type="checkbox"/> 民事 (相談内容) ()
相談結果	<input type="checkbox"/> 相談のみで終了 <input type="checkbox"/> 相談継続 <input type="checkbox"/> 受任 <input type="checkbox"/> 他機関紹介 () <input type="checkbox"/> その他 () (相談結果) ()	

※請求者の方が記載してください。

請求後 30 日以内に愛知県から支払の決定に関する通知書をお送りします。
通知書の送付先及び送付手段の希望をお知らせください。

(いずれかにチェックしてください。)

- 自宅 (上記請求者住所) へ郵送
- 指定の郵便局へ郵送 (郵便局留)
 ※受け取る郵便局名を記入してください
 _____郵便局留
- 指定のメールアドレスへメール
 ※受け取るメールアドレスを記入してください

令和 年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

〇〇〇〇

審査結果報告書

愛知県性暴力被害者への法律相談費用に係る公費負担制度に基づき、(相談者氏名) から請求書が提出されました。

請求に係る審査の結果は下記のとおりですので、よろしくお取り計らいください。

記

- 1 請求の件数及び金額
件 円
- 2 審査の結果
別紙のとおり

愛知県性暴力被害者への法律相談費用に係る公費負担制度

審査結果一覧表

弁護士氏名

(1) 支払うべきと認めるもの

合計		0円
----	--	----

(内訳)

申請番号	相談実施年月日	請求年月日	請求金額	備考

(2) 審査の結果、支払うべきでないとするもの

合計		0円
----	--	----

(内訳)

申請番号	相談実施年月日	請求年月日	請求金額	備考

業 務 日 誌

記入日	年	月	日	()
記入者氏名				

支援員等氏名	勤務時間
	: ~ :
	: ~ :

※ 適宜、行を追加してください。

【従事内容等】

--

令和8年度 勤務管理簿

様式5

○月		職員番号等		職員氏名		○○ ○○	
日付	曜日	勤務時間		実際の勤務時間		備考	
1			～		～		
2			～		～		
3			～		～		
4			～		～		
5			～		～		
6			～		～		
7			～		～		
8			～		～		
9			～		～		
10			～		～		
11			～		～		
12			～		～		
13			～		～		
14			～		～		
15			～		～		
16			～		～		
17			～		～		
18			～		～		
19			～		～		
20			～		～		
21			～		～		
22			～		～		
23			～		～		
24			～		～		
25			～		～		
26			～		～		
27			～		～		
28			～		～		
29			～		～		
30			～		～		
31			～		～		

出張復命書

年 月 日

殿

出張職員 ○○○○

下記により出張したので、その概要を報告します。

用 務	
用務先	
期 間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
用務の 概 要	

(注) 詳細を必要とする場合は別紙に記入すること。