

各 位

公益社団法人日本産婦人科医会

女性保健部 担当副会長 平原 史樹
女性保健部 担当常務理事 安達 知子
女性保健委員会 委員長 野口まゆみ

性犯罪・性暴力被害者診療チェックリスト改訂版

性犯罪・性暴力被害者の診療において、必ず確認しなくてはならないことを記録の漏れがないように整理する、「性犯罪・性暴力被害者診療チェックリスト」は、すでに2011年に本会によって作成され、広く「産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編」にも掲載され、日常で使用されております。

しかし、2017年7月に刑法の性犯罪規定が改正され、男性も強制性交等被害者になりうること、強制性交等による性器等の傷害部位の詳細な記録の必要性などが高まり、この度、チェックリストの内容を変更した「改訂版」を作成いたしました。実地医療で活用して頂きたくよろしくお願ひいたします。

活用における留意事項

1. 警察への届出がなされていない場合、本人の意向を確認し、可能なら届出を勧めて下さい。
 - ① 届出は、被害遭遇場所の所轄警察署です。届出は告訴する・しない事とは無関係です。
貴施設所轄の警察署に問い合せて、届出警察署を確認して下さい。
 - ② 被害後、時間が経過し妊娠してから受診したケースでも通報すれば、原則的に診療にかかった料金は支援されます。(ただし、各都道府県で対応が異なるため、警察本部に確認して下さい)
2. 貴施設がワンストップ支援センターに属する場合で警察への届出がなされない際には、2017年度から始まった「ワンストップ支援センター交付金」により、内閣府と都道府県からの予算で診療費の支援を受けられます。
3. 本人の同意
写真撮影、証拠採取・保存をする場合、また警察へこれらを提供する場合等には、別途書面による同意が必要です。
4. 傷害部位の所見の記載はより詳細にお願いします。場合により別紙に記録し保存してください。
5. 特に未成年の場合：状況の問診などでは、本人の話したことばをできる限りそのまま、自由記載欄に記録してください。
6. レイプドラッグを検出するために尿の採取も行って下さい。

参 考

- ・ワンストップ支援センター：http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/avjk/pdf/one_stop.pdf
- ・緊急避妊法の適正使用に関する指針 平成28年改訂版 日本産科婦人科学会編：
http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/kinkyuhinin_shishin_H28.pdf
- ・弁護士会犯罪被害者支援センター：<https://www.toben.or.jp/bengoshi/center/madoguchi/higaisya.html>
- ・各都道府県警察の性犯罪被害相談電話窓口：<https://www.npa.go.jp/higaisya/seihanzai/seihanzai.html>
- ・性犯罪被害相談電話全国共通番号：「#8103（ハートさん）」
- ・全国被害者支援ネットワーク被害者支援センター一覧：<https://www.nnvs.org/shien/list/>
- ・精神的な相談全般全国精神保健福祉センター一覧：<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/mhcenter.html>

□性器の所見	所見	A 裂傷	B 擦傷	C 擦過	D 打撲	E 出血斑	F 外出血	G 発赤	H 痛み・その他
大陰唇	□なし								
小陰唇	□なし								
陰核	□なし								
膣前庭	□なし								
処女膜	□なし								
膣壁	□なし								
後陰唇連合	□なし								
会陰部	□なし								
肛門	□なし								
その他	□なし								

異常のある部分に印

検査				
<血液検査>	初診検査日	結果	再診検査日	結果
梅毒血清反応	/		/	
HBs 抗原 (B型肝炎) 検査	/		/	
HCV 抗体 (C型肝炎) 検査	/		/	
HIV (エイズウィルス) 検査	/		/	
クラミジア検査 (抗体)	/		/	
<膣分泌物及び子宮頸管検査>	初診検査日	結果	再診検査日	結果
淋菌	/		/	
クラミジア検査 (抗原/PCR)	/		/	
一般細菌	/		/	
トリコモナス	/		/	
<薬物検査>				
尿検査・血液検査	/	陽性・陰性	/	
<その他>	初診検査日	結果	再診検査日	結果
妊娠反応	/		/	
その他 ()	/		/	
警察への提出物	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した 引渡時刻： 年 月 日 時 引渡者： 受取者：			
治療内容	<input type="checkbox"/> 緊急避妊 () <input type="checkbox"/> 傷の手当て <input type="checkbox"/> 抗菌剤 <input type="checkbox"/> 膣洗浄 (行なった・行なわず) <input type="checkbox"/> 抗菌剤膣錠挿入 (した・しない)			
メンタルケアへの紹介・対応	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設 ()			
料金請求先	<input type="checkbox"/> 本人 (初診・再診) <input type="checkbox"/> 警察 (初診・再診) <input type="checkbox"/> その他			
写真撮影	<input type="checkbox"/> 撮影者 () <input type="checkbox"/> 一時場所 ()			
記録者：				
担当医師：	コメディカル：			

問 診	
強制的なペニスの膣への挿入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない
強制的なペニスの肛門への挿入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない
強制的な異物の膣への挿入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (物:) <input type="checkbox"/> わからない
強制的な異物の肛門への挿入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (物:) <input type="checkbox"/> わからない
強制的なペニスの口腔への挿入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない
コンドームの使用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない
その他	
衣類	<input type="checkbox"/> 着替えた <input type="checkbox"/> 着替えていない
シャワーまたは入浴	<input type="checkbox"/> 浴びた・入浴した <input type="checkbox"/> 浴びていない・入浴していない
膣の洗浄	<input type="checkbox"/> 洗浄した <input type="checkbox"/> 洗浄していない
うがい	<input type="checkbox"/> うがいした <input type="checkbox"/> うがいしていない
排尿	<input type="checkbox"/> 排尿した <input type="checkbox"/> 排尿していない
排便	<input type="checkbox"/> 排便した <input type="checkbox"/> 排便していない
常用薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
薬 (睡眠剤、覚せい剤等)・ アルコールの服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () (ありの疑い) → <input type="checkbox"/> 自ら服用 <input type="checkbox"/> 強制的な投与 <input type="checkbox"/> 不明
SNS への関与	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (LINE・ツイッター・)
記憶途絶えの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
現在内服中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
結婚歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (継続中・別居中・離婚) <input type="checkbox"/> 同棲中
経妊歴・経産歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (流産・中絶・出産・妊娠中 (週 日))
月経	<input type="checkbox"/> 最終月経 年 月 日～ 日間 <input type="checkbox"/> 月経周期 日・不規則 (日～ 日) <input type="checkbox"/> 初経未発来 <input type="checkbox"/> 閉経 年 月頃
被害前の性交 最終性交日 避妊の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (避妊方法:)
本人の同意 (*別途同意書にサイン必要)	診察することへの本人の同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし *写真撮影することへの本人の同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし *証拠採取することへの本人の同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし *保存することへの本人の同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 保存場所 <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 警察署 <input type="checkbox"/> その他 () *その他の同意 ()
被害状況等・自由記載欄 (可能な限り本人のことばで)	