

中絶ケア ガイドライン エグゼクティブサマリー

Abortion care guideline
executive summary

翻訳:

リブラ (リプロダクティブライツ情報発信チーム) &
一般社団法人 日本助産学会



中絶ケアガイドライン エグゼクティブサマリー

本書は2022年にWHO（世界保健機関）により以下のタイトルで出版されました。
Abortion care guideline executive summary

ISBN 978-92-4-004516-3 (電子版)

ISBN 978-92-4-004517-0 (印刷版)

© World Health Organization 2022

この翻訳物はCC BY-NC-SA 3.0（表示 - 非営利 - 継承 3.0 非移植）の下において使用可能です。

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>

本翻訳は、WHOの許可を得て、2022年8月にリプラ（リプロダクティブライツ情報発信チーム）赤羽宏基（産婦人科医）、遠見才希子（産婦人科医）、柴田綾子（産婦人科医）、空野すみれ（産婦人科医）、高橋孝幸（産婦人科医）、細井遊布（医学生）、李美慧（医師）が日本語訳を協力して行い、一般社団法人 日本助産学会 片岡弥恵子、五十嵐ゆかり、江藤宏美、大田えりか、中込さと子（すべて助産師）が監訳しました。

WHOは本翻訳の内容や正確性について責任を負いません。
英語版と日本語版の間に矛盾がある場合は、英語版の原文が真正で拘束力があります。

日本語版

©リプラ（リプロダクティブライツ情報発信チーム）&一般社団法人 日本助産学会



エグゼクティブサマリー

性と生殖に関する健康は、個人、カップル、家族にとって、また地域社会や国家の社会的・経済的発展にとって基盤となるものです。世界保健機関（WHO）の憲章に規定されているように、WHOは、「すべての人々が可能な限り最良の健康状態を達成すること」を目的とし、その目的を達成するために、保健分野において各国への技術支援を行うことを職務としています。性と生殖に関する健康（SRH）についての情報とサービスへのユニバーサル・アクセス（だれでも、いかなる場合でも入手したり、たどりつくことができること）は、個人とコミュニティの健康、そして人権の保障にとって中心となるものです。COVID-19のパンデミックや過去の疾病の大流行の状況下では、SRHサービスが著しく阻害され、個人が無力感を感じ、予防可能な健康リスクにさらされました。この教訓を受け、WHOは今日のいくつかの刊行物で包括的中絶ケアを必須保健サービスのリストに含めています。¹

包括的中絶ケアには、情報の提供、中絶の管理（人工妊娠中絶、自然流産に関連するケア、中絶後ケアなど）が含まれます。保健医療制度における包括的中絶ケアへのアクセスの強化は、健康と福祉（SDG3）およびジェンダー平等（SDG5）に関する持続可能な開発目標（SDGs）を達成するための基本です。国際開発目標の達成に向けた進展を加速させようとするWHOの「グローバル・リプロダクティブ・ヘルス戦略」は、危険な中絶の撲滅を優先事項として掲げています。² 健康のための質の高い中絶ケアの重要性は、同様に「女性、子ども、思春期の若者の健康に関する国連グローバル戦略」でも強調されており、個人の繁栄とコミュニティの変革を支援する効果的な方法の一つとして、中絶と中絶後ケアに対するエビデンスに基づく介入が組み込まれています。

中絶ケアの質は、この中絶ケアガイドラインの基礎となるものです。ケアの質（用語集参照）には複数の要素が含まれており、質の高いケアとは、効果的、効率的、アクセス可能、受け入れ可能な患者中心のケア、公平で安全なケアと定義されています。効果的なケアには、個人と地域社会の健康を改善し、そのニーズに応える、エビデンスに基づくケアの提供が含まれます。効率的なケアとは、資源の使用を最適化し、無駄を最小限に抑えることです。そして、質の高い中絶ケアは、アクセス可能（適切なタイミングで、手の届く価格で、地理的に行ける範囲にあり、一人一人の医療ニーズに適したスキルと資源がある環境で提供されるもの）で、受け入れ可能（サービスを利用する個人の意向や価値観、コミュニティの文化が組み込まれているもの）でなければなりません。中絶ケアへのアクセスが公平であることは不可欠であり、性別、人種、宗教、民族、社会経済的地位、教育、障害の有無、国内の地理的な位置など、ケアを求める人の個人的特徴によって、ケアの質が異なることが非常に重要です。最後に、質の高い中絶ケアとは、それが安全に提供され、サービス利用者に対するあらゆるリスクや有害性を最小限に抑えることを意味します。

1. 「必須保健サービス」の概念を考えると、同じ国であっても、地域によって異なるアプローチをもって、必須保健サービスを指定し、そのサービスを維持するために保健医療制度の構成要素を再調整が必要となる場合があることに注意することが重要です。必須保健サービスの維持：COVID-19文脈のための運用手引き 2020年6月1日 中間手引き (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>) を参照してください。その他の関連文献については、第1章1.1節を参照してください。
2. 「安全でない中絶」とは、必要な技術を持たない者が中絶を行った場合、最低限の医療基準に適合していない環境で中絶が行われた場合、またはその両方の場合を指します。

訳者注釈：「Abortion」は人工妊娠中絶だけでなく自然流産を含むことがありますが、本翻訳においては便宜上「中絶」と訳します。

中絶は、安全で複雑ではないヘルスケアの介入であり、様々な環境において薬剤や外科的処置によって効果的に管理することができます。薬剤による中絶や外科的中絶も、中絶が安全である場合、つまり、WHOが推奨する方法かつ妊娠週数に適した方法で、必要なスキルを持つ人によって実施される場合には、合併症はほとんどありません。世界的に見ると、中絶は一般的な処置であり、意図しない妊娠の10件中6件、全妊娠の10件中3件が人工妊娠中絶に至っています。しかし、世界的な推定によると、全中絶の45%が安全でないものであることが分かっています。これは公衆衛生と人権に関わる重要な問題です。安全でない中絶は、発展途上国（安全でない中絶の97%を占める）や社会的弱者、疎外された人々の間にますます集中しています。法的規制やその他の障壁のために、多くの女性が質の高い中絶ケアを受けることが困難または不可能であると感じ、安全でない方法を用いて自ら中絶を誘発したり、技術のない提供者に中絶を求めたりすることがあります。各国の法律の違いが、中絶を必要とする状況に変化をもたらすわけではありません。しかし、法的な状況は安全な中絶へのアクセスには劇的な影響を及ぼします。全妊婦死亡の4.7%から13.2%が安全でない中絶に起因しており、これは安全な中絶が提供されないことが原因で毎年1万3865人から3万8940人が死亡していることに相当します。

薬剤による中絶は、質の高い中絶ケアへのアクセスに世界的な革命をもたらしました。中絶のための薬剤は、保健医療施設で安全かつ効果的に投与することができ、また、正確な情報と品質が保証された薬が供給されれば、施設外（例えば自宅など）でも自分自身で服用することができます。自宅で妊娠12週までの安全な中絶を行う場合においても、いずれかの段階で保健医療従事者からの支援を必要とする、もしくは希望する場合があります。最小限の医療の管理下でサービスを提供することは、安全性や有効性を損なうことなく、中絶のプロセスのプライバシー、利便性、受け入れやすさを大幅に向上させることができます。

中絶を必要とするすべての人が包括的中絶ケアを受けられるように、法律、保健医療制度、地域社会の各レベルにおいて複数のアクションが必要です。個人がおかれる環境は、ケアに到達すること、健康状態を左右する重要な要素です。環境を整えることは、質の高い包括的中絶ケアの基礎となります。中絶ケアを可能にする基礎となる環境は以下の3点です。

1. 支持的な法律と政策の枠組みによって人権が尊重されること
2. 情報が有用で活用しやすいこと
3. 支持的で、だれもがアクセスできて、手の届く価格で、利用しやすい、よく整った保健医療制度であること

中絶は、ほぼすべての国で合法ですが、個人が中絶にアクセスできる具体的な状況には違いがあります。さらに、中絶が合法的に可能なほぼすべての国は、中絶を他のヘルスケアとは異なる形態で規制しています。他の保健サービスとは異なり、中絶は一般的に、医療法に基づく規制に加えて、刑法によって様々な程度で規制されています。これは妊娠中の個人の権利に影響を与え、質の高いケアの提供への抑制効果（例：報復や罰則を恐れての行動抑制）をもたらす可能性があります。このため、明確で利用しやすい、権利に基づいた法律や政策は、環境を整えるための一端を担っています。

ガイドラインの目的、範囲、概念構造

ガイドラインは、WHOが保健分野における技術的リーダーシップを発揮するための基本的な手段です。WHOのガイドラインでは、厳格な質の保証プロセスのもと、個人または集団の健康上の最善の成果を達成することを目的として、臨床実践または公衆衛生政策に対する勧告を作成しています。この目的に向けて、WHOは、健康と人権に対する包括的なアプローチの一環として、健康の根本的な決定要因に注目し、国や地域レベルのヘルスケアプログラムや政策に人権を取り込むことを公約してきました。

本ガイドラインの目的は、中絶に関するWHOの勧告とベストプラクティスの全容を提示することです。法律、規制、政策、サービス提供の状況は国によって異なるかもしれませんが、本文書に書かれている勧告とベストプラクティスは、質の高い中絶ケアに関して、エビデンスに基づいた意思決定を可能にすることを目的としています。

本ガイドラインは、以下の過去のWHOガイドラインの勧告を更新し、置き換えるものです。

- 安全な中絶：医療保健システムのための技術及び政策の手引き 第2版 (2012)
- 安全な中絶のためのケアと中絶後の避妊法を提供する保健医療従事者の役割 (旧称「タスクシェアリング」手引き) (2015)、および
- 薬剤による中絶の管理 (2018)

本手引きは、新しい勧告と更新された勧告の両方を同様に厳密な方法を用いて再評価した上で、既存のものから変更がない勧告と更新された勧告が統合されて新しい勧告として含んでいます。(詳細は下記「ガイドライン作成の方法」参照)

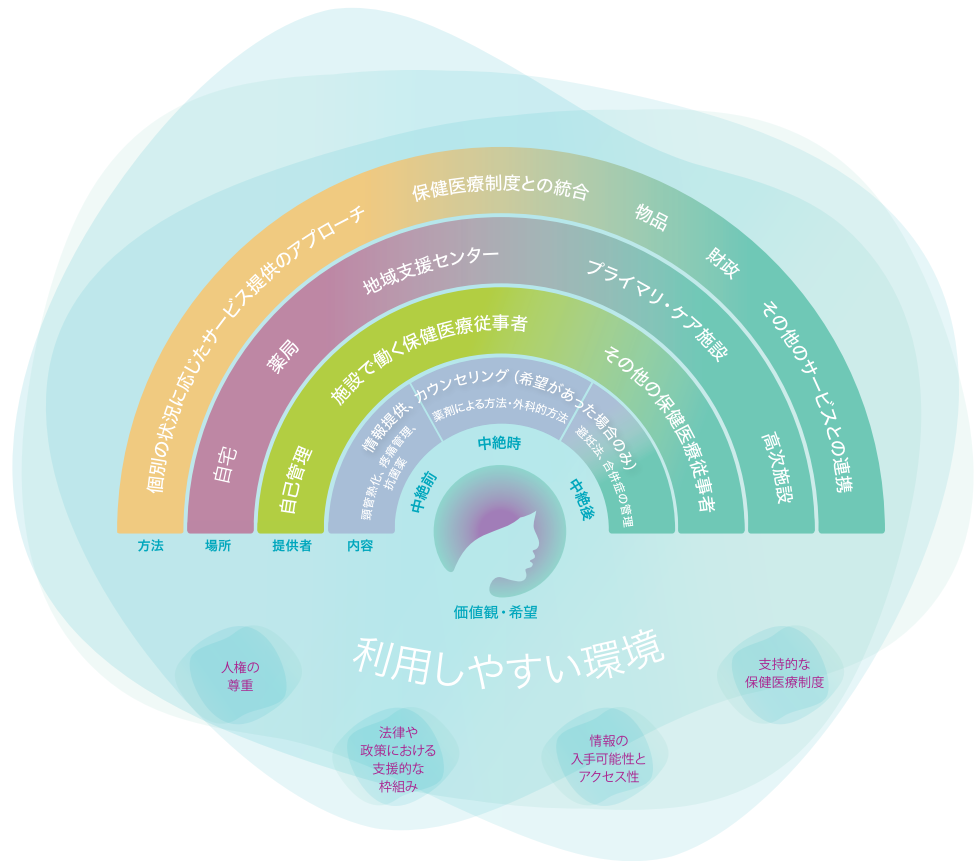
本ガイドラインは、中絶ケアの提供に不可欠な3つの領域、すなわち、「法律と政策」「臨床サービス」「サービスの提供方法」についての勧告が提示されています。質の高い中絶ケアを確実に実施・維持するために、整備されるべき、または除かれるべき法律や政策に関する勧告は、7つの分野をカバーしています。7つの分野とは、中絶の犯罪化、中絶理由によって許可することへのアプローチ、中絶可能な妊娠週数の制限、中絶を希望してから受けるまでの待機期間の義務化、第三者による中絶の承認、中絶サービスが提供可能な保健医療従事者の制限、提供者の信条による異議または拒否です。³ 臨床サービスの勧告は、中絶の方法と、関連する臨床ケア(情報提供、カウンセリング、疼痛管理から中絶の方法とレジメン(異なる臨床適応の場合も含む))、そしてすべての避妊法を含む中絶後ケアの提供までを扱っています。⁴ サービスの提供方法に関する勧告には、どの職種の保健医療従事者が、関連する臨床サービスを提供できるかについての勧告が含まれています。自己管理に関する勧告には、女性自身で管理できるタスクについて提示されています。内容としては、妊娠初期の薬剤による中絶や、避妊注射の自己投与を含む多くの避妊法の使用についてです。また、中絶ケアのため、その他のサービス提供のアプローチに関するベストプラクティスの声明とともに、妊娠初期の薬剤による中絶を促進するための遠隔医療に関する勧告も作成されました。本手引きは、中絶ケアに関する前述の項目に関する最近の動向を反映させています。最終章では、研究におけるギャップや優先事項、新たな関心領域が示されています。

本手引きの配置に示されているように、女性、女子、その他妊娠した人が、中絶前、中絶時、中絶後のケアという中絶ケアの過程を進行する間、保健サービスは保健医療制度内で統合され、サービス提供が公平かつ差別なく彼らのニーズを満たすように行わなければなりません。本ガイドラインにおける中絶ケアの概念枠組み(図1参照)は、中絶に関するすべての個人のニーズを認識し、受け入れるとともに、中絶を希望する人を保健サービスの受益者としてだけでなく積極的な参加者であると考え、彼らの価値感と意向を中心に据えています。個人の健康に対する希望は様々であり、中絶ケアを求めるすべての人のニーズを満たすような中絶ケアの単一のモデルはありません。しかし、尊厳、自律性、平等、守秘、コミュニケーション、社会的支援、支持的ケア、信頼といった核となる価値観は、中絶ケアの基礎であり、本手引き全体を通して反映されています。質の高い中絶ケアへのつながりを保健医療制度全体に組み込むための重要な取り組みがまだ必要であり、ヘルスケアを求める人々にサービスを提供するすべての場面において人権とジェンダー平等の視点が適用されなければなりません。

3. 前版の安全な中絶の手引き(WHO, 2012)では、これらの問題や関連する介入を取り上げ、統合された勧告を提供しています。本ガイドラインでは、これらはそれぞれ7つの個別の推奨(推奨1、2、3、6、7、21、22)として扱われています。

4. すべての避妊法を完全に検討することは、このガイドラインの範囲を超えていますが、自己管理する様々な避妊法を含め、すべての避妊法を中絶後に検討することができます。

図1：中絶ケアの概念的枠組み



対象者と包括性

本手引きは、国や地域の政策立案者、性と生殖に関する健康（SRH）プログラムの実施者や管理者、NGOやその他の市民社会組織、専門職学会のメンバー、保健医療従事者、および、その他の性と生殖に関する健康と権利（SRHR）の分野の関係者に対して、エビデンスに基づいた質の高い中絶ケアが世界中で利用可能となるように彼らをサポートするための提言を提供することを目指しています。

すべての個人は、SRHサービスの利用にあたって、差別をされない権利かつ平等にアクセスできる権利をもっています。差別をされない権利は、世界人権宣言、その他の国際的な人権条約、地域における人権文書に記載されています。差別をされない権利は、経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（ICESCR）によって保証されており、そこには性的指向、性自認及び性に関する特徴が含まれます。性的指向と性自認に基づく暴力と差別からの保護に関する独立専門家によって国連総会に提出された2018年の報告書には、「自身の認識する性が実際に認められる権利は、法の下で平等に認められる権利と結びついている」と記載されています。

本ガイドラインでは、中絶に関する利用可能なエビデンスのほとんどは、シスジェンダー女性の集団における研究から得られたとみなすことができることを認識しています。また、シスジェンダー女性、トランスジェンダー男性、ノンバイナリー、性別流動的、インターセックスの人々など、女性の生殖系を有し、妊娠することが可能な人々が中絶ケアを必要とする可能性があることを認識しています。本ガイドラインを簡潔に、読みやすくするために、中絶ケアを必要とする可能性のあるすべての多様な性の人々に言及する場合、「女性」という言葉を最も頻繁に使用しますが、「個人」「人」「中絶を希望する人」という言葉も様々に使用します。中絶ケアを含むSRHサービスの提供者は、すべての人のニーズを考慮し、平等なケアを提供しなければなりません。性自認やその表明が差別につながることはあってはなりません。

ガイドラインの作成方法

WHOガイドライン運営グループと、WHO本部および地域事務局のスタッフを含むより広範囲のWHO事務局が、さまざまな分野の専門家およびサポート職員と関わり、広範なガイドライン作成プロセスを主導しました。このプロセスは、2018年9月に安全な中絶に関するWHOの手引きの更新をテーマとしたオンライン調査から始まり、2018年11月から2019年6月にかけて開催されたスコーピング会議（設問を設定する会議）において、「法律と政策」、「臨床サービス」、「サービスの提供方法」という3つの分野それぞれについて、主要なトピックの領域を決定し、エビデンスに基づいた検索と分析によって評価すべき主要な設問を策定しました。幅広い意見が反映されることを保証するため、(i) 人道的環境における中絶ケアの実施に関する検討事項 (ii) 中絶ケアに関する世界の価値観と意向 (iii) 若者と安全な中絶、に関する会議を開催し、ガイドラインの内容をさらに充実させました。

世界的な専門家たちが（運営グループにより）3つの専門家委員会（各領域のエビデンスと推奨レビューグループ（ERRGs））に招待され、エビデンス統合チーム（ESTs）が提供するエビデンスに基づいて、新しい勧告と更新された勧告について議論し起草する2日間にわたる一連の会議に積極的に参加しました。ガイドライン作成グループ（GDG）のメンバーは、各領域のERRGメンバーの中から運営グループにより選出・招聘され、若者の代表と人権アドバイザーを含む1つの学際的なグループを結成し、最終的に推奨をまとめました。

ERRGとGDGによる推奨の策定と改良は、WHOガイドラインの策定プロセスに従い、利用可能なエビデンス（エビデンスの質は高いものから非常に低いものまで含める）に基づき、推奨策定へのGRADE（Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation）により評価し、ESTsが作成したEtD（Evidence-to-Decision）表を参照し、参加者の専門性と経験に基づいても行われました。WHO統合フレームワーク（WHO-INTEGRATE framework）は、各推奨の方向性と強度を決定するための基準として用いられました（以下の要約表に付された注釈を参照のこと）。法律と政策の提言については、これと同じフレームワークが用いられましたが、健康上のアウトカムと分析の一部として人権の保護と享受を効果的に統合する方法で、エビデンスを評価するための革新的なアプローチが開発されました。

ERRGとGDGの会議終了後、修正された推奨案とガイドラインの全文草稿がGDGメンバーとピアレビューアーの外部審査グループのメンバーによってレビューされました。GDG会議のオブザーバーといくつかの実施機関からの個人レビューアーにも同じ草稿に対してコメントを求めました。さらに修正が加えられた本ガイドラインは、WHOガイドライン審査委員会に提出され、承認されました。その後、国連人権高等弁務官事務所（OHCHR）による最終修正があり、最終編集、出版・発表の計画などが行われました。ガイドラインの作成方法の全容は、付属書4に示されています。

本ガイドラインで示された推奨事項の総括表

重要な注意事項

i. 各推奨とその方向性（推奨する、推奨しない）、推奨度（強い、弱い）は、この目的のためにWHOが招集した専門家パネルによって決定されました。その決定は、WHO統合フレームワークの特定集団に対する各介入に適用される6つの実質的基準（健康上の利益と害のバランス、人権と社会文化的受容性、健康の公平・平等・非差別、社会的影響、財政・経済的検討、実現可能性と保健医療制度の検討）に基づいており、またメタ基準であるエビデンスの質（エビデンスとして用いられる利用可能な研究の種類、規模、限界）を考慮に入れて決定されています。使用されている文言は以下の通りです。

- **推奨する**—介入を支持する強い推奨
- **提案する**—介入を支持する弱い推奨
- **推奨しない**—介入に反対する、もしくは比較群を支持する強い推奨

ii. ほとんどの推奨は、「法律と政策(Law and policy):LP」、「臨床サービス(Clinical services):CS」、「サービスの提供方法(Service delivery):SD」に分類されており、これらの推奨のエビデンスがそれぞれの専門家委員会(ERRG)によって検討、評価された大まかな領域を指しています。さらに、5つの推奨は、自己管理に分類されています。

iii. 保健医療従事者のカテゴリーに言及したサービスの提供方法(SD)の推奨は、言及されたカテゴリーの中で働く人々が、指定された介入に必要な技術と能力を有していることを前提としています。これらの推奨で言及されている各タイプの医療保健従事者の役割、技術、能力は、付属文書5の医療保健従事者のカテゴリーと役割に関する表に記載されており、さらなる情報は、2011年発行のWHOガイドライン「性と生殖に関する健康：プライマリ・ケアにおける中核的能力」に記載されており、それぞれの業務に必要な能力（技術や知識を含む）が説明されています。

iv. 設問に対する特定のトピックや介入について過去のWHOガイドラインに推奨が存在しない場合、（本総括表と第3章に記載されているように）「新しい」推奨として認識されました。特に、2012年の安全な中絶の手引きは、法律と政策に関連する複合的な推奨を提供していることに留意すべきです。本ガイドラインでは、これらを7つの個別の推奨に発展させていますが、これらは「新しい」推奨とは認識されていません。（推奨1、2、3、6、7、21、22）。

セクション トピックエリア 推奨またはベストプラクティスの 番号と種類	推奨またはベストプラクティス
中絶の規制	
犯罪化	
1 (法律と政策; LP)	<p>中絶の完全な非犯罪化を推奨する。</p> <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 非犯罪化とは、中絶をすべての刑法から排除し、中絶に他の刑事犯罪（殺人、傷害致死など）を適用せず、すべての関係者に対して、中絶をすること、中絶を支援すること、中絶に関する情報を提供すること、中絶を提供することに刑事罰が課せられないことを保証することである。 ・ 非犯罪化することで、自然流産した人が治療を受ける際に、違法な中絶の疑いをかけられないようにすることができる。 ・ 中絶の非犯罪化は、女性、女子、その他妊娠した人が、中絶を強制または強要されるリスクに晒されやすくするものではない。中絶の強制や強要は、非同意的な介入であり、深刻な暴行にあたるものである。
中絶の理由に基づいたアプローチ	
2 (LP)	<p>a. 中絶の理由に基づいて中絶を制限する法律やその他の規制を推奨しない。</p> <p>b. 女性、女子、その他妊娠した人の希望で中絶ができるようにすることを推奨する。</p> <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 女性、女子、その他妊娠した人の希望に応じて中絶できる方向にむけて、中絶の理由に基づいて中絶へのアクセスを制限するアプローチは修正されるべきである。 ・ 希望による中絶が可能になるまでは、既存のいかなる理由（に基づく制限）も国際人権法に沿った形式で考案され、適用されるべきである。これは、理由に基づく（制限を課す）法律や政策の内容、解釈、適用を、人権遵守を確保するために改訂する必要があることを意味する。そのためには、以下のことが必要である。 <ol style="list-style-type: none"> i. 既存の理由が人権に則って定義され、解釈され、適用されていること。 ii. 妊娠を継続することが女性、女子、その他妊娠した人に相当な苦痛を与える場合、中絶が可能であること。これには、妊娠がレイプまたは近親姦の結果である場合、または胎児が生存可能でない妊娠の場合が含まれるが、その限りではない。 iii. 女性、女子、その他妊娠した人の生命と健康が危険にさらされている場合、中絶が可能であること。 iv. 健康上の理由が、WHOの定義する健康とメンタルヘルス（用語集参照）を反映していること。 v. 強姦や性的暴行の場合、司法命令や警察の報告書を必要とするなど、理由を満たすことを「証明」または「立証」するための手続き上の要件がないこと（参考資料としてWeb 付属書 A：中絶に関する主要な国際人権基準を参照）。
妊娠週数の制限	
3 (LP)	妊娠週数の制限に基づいて中絶を禁止する法律等を 推奨しない 。
連続したケアの提供	
中絶ケアに関する情報提供	
4(サービスの提供方法;SD)	<p>中絶ケアの全体にわたって：</p> <p>a. 地域保健師、薬剤師、伝統医学・補完代替医療の専門家、補助看護師・補助助産師、看護師、助産師、准・上級准臨床医、一般医、専門医[※]による中絶ケアに関する情報提供を推奨する。</p> <p>b. 薬局職員[※]による中絶ケアに関する情報提供を提案する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 条件：薬局職員が薬剤師の直接の監督下であり、適切な保健医療サービスへのアクセスまたは紹介が可能であること。
カウンセリングの提供	
5 (SD)	<p>中絶ケアの全体にわたって：</p> <p>a. 地域保健師、伝統医学・補完代替医療の専門家、補助看護師・補助助産師、看護師、助産師、准・上級准臨床医、一般医、専門医[※]によるカウンセリングの提供を推奨する。</p> <p>b. 薬局員や薬剤師[※]によるカウンセリングの実施を提案する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 条件：バランスのとれたカウンセリングが行われ（すなわち、薬剤による方法と外科的方法の両方について）、女性が外科的方法を選択した場合には適切な医療サービスへのアクセスまたは紹介が可能であること。

※訳者注釈：これらの職種は必ずしも日本国内の現状と対応していません。詳細は付録5「保健医療従事者の分類と役割」を参照してください。

<p>セクション トピックエリア 推奨またはベストプラクティスの 番号と種類</p>	<p>推奨またはベストプラクティス</p>
<p>中絶前</p>	
<p>待機期間の義務化</p>	
<p>6 (LP)</p>	<p>中絶の待機期間の義務化を推奨しない。</p>
<p>第三者による承認</p>	
<p>7 (LP)</p>	<p>本人以外のいかなる個人、団体または機関の承認の必要なく、女性、女子、その他妊娠した人の希望に応じて中絶できるようにすることを推奨する。</p> <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> 中絶の意思決定に親やパートナーが関わることは、女性、女子、その他妊娠した人を支え援助することになるが、これは中絶する本人の価値観や希望に基づいていなければならない、第三者の承認の要件によって押し付けられるものではない。
<p>妊娠12週未満の中絶におけるRh同種免疫</p>	
<p>8 (臨床サービス; CS) (NEW)</p>	<p>12週未満の薬剤による中絶と外科的中絶の両方において：抗D免疫グロブリンの投与を推奨しない。</p> <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> 妊娠12週以降は、標準的なケアが適用される。
<p>外科的中絶と薬剤による中絶における予防的抗菌薬投与</p>	
<p>9 (CS)</p>	<p>a. 外科的中絶の場合、骨盤内炎症性感染症のリスクに関係なく、術前または周手術期における適切な予防的抗菌薬投与を推奨する。</p> <p>b. 薬剤による中絶の場合、予防的抗菌薬投与は推奨しない。</p> <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> 抗菌薬が投与できないために、中絶サービスへのアクセスが制限されることがあってはならない。
<p>妊娠週数の決定：中絶前の超音波検査</p>	
<p>10 (CS)</p>	<p>薬剤による中絶と外科的中絶の両方において：中絶サービスを提供するための前提条件として超音波検査を用いることを推奨しない*。</p> <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> 臨床的観点から必要でないにも関わらず、妊娠週数によって中絶の可否を制限する法的規制によって、中絶前に妊娠週数を確認するために超音波検査を必要とすることがあるかもしれない。中絶可能な妊娠週数の法的制限を撤廃すること（推奨3を参照）は、不必要な中絶前の超音波検査が回避され、超音波検査へのアクセスが困難な環境における中絶の利用可能性を高めることになるはずである。 <p>* 症例によっては中絶前に超音波検査を用いる臨床的な理由が存在する場合もあるだろう。</p>

セクション トピックエリア 推奨またはベストプラクティスの 番号と種類	推奨またはベストプラクティス
中絶時の疼痛管理	
11-14 (CS) 外科的中絶および事前の 子宮頸管熟化 注：新しい推奨12、13、14 は、NSAID (11a) に追加す る疼痛管理である。	11. 外科的中絶の疼痛管理 (いずれの妊娠週数においても) : a. 鎮痛剤 (例：非ステロイド性抗炎症薬[NSAIDs]など) をルーチンに提示し、希望する人に 提供することを 推奨する 。および、 b. ルーチンでの全身麻酔の使用を 推奨しない 。 12. (NEW) 14週未満での外科的中絶の疼痛管理： a. 傍子宮頸管ブロックの使用を 推奨する 。および、 b. 意識下鎮静が可能な場合は、意識下鎮静と傍子宮頸管ブロックを併用した疼痛管理の選択肢を 提示することを 提案する 。 13. (NEW) 14週以降での外科的中絶前に行われる吸湿性頸管拡張材を用いた子宮頸管熟化における 疼痛管理：傍子宮頸管ブロックの使用を 提案する 。 備考 ・ 子宮頸管熟化のために、腔内ジェルの使用など、追加の鎮痛剤を検討することができる。(子宮頸管熟化については、以下の推 奨17~20を参照)。 14. (NEW) 14週以降での外科的中絶の疼痛管理： a. 傍子宮頸管ブロックの使用を 推奨する 。および、 b. 意識下鎮静が可能な場合は、意識下鎮静と傍子宮頸管ブロックを併用した疼痛管理の選択肢を 提示することを 提案する 。
15、16 (CS) 薬剤による中絶 注：新推奨16 は、NSAIDs (15) に追加す る疼痛管理である。	15. 薬剤による中絶の場合 (いずれの妊娠週数においても) : 鎮痛剤 (例：非ステロイド性抗炎症薬[NSAIDs] など) をルーチンに提示し、希望する場合に提供することを 推奨する 。 16. (NEW) 12週以降での薬剤による中絶の疼痛管理：妊娠週数の進行に伴い痛みが増加する ため、痛みや不快感をコントロールする追加の方法を検討することを 提案する 。その方法には、制吐剤や 硬膜外麻酔 (利用可能な場合) が含まれる。 備考 ・ 妊娠14週未満での薬剤による中絶において、NSAIDs (例：イブプロフェン) が利用できない、または、選択できない場合、疼痛 管理としてアセトアミノフェンを考慮することが可能である。
外科的中絶前の子宮頸管熟化	
17 (CS) 12週未満	12週未満での外科的中絶前： a. 子宮頸管熟化を行う場合、以下の投薬レジメンを 提案する 。 ・ ミフェプリストン200mgを処置を行う24-48時間前に経口投与する。 ・ ミソプロストール400 μ gを処置を行う1-2時間前に舌下投与する ・ ミソプロストール400 μ gを処置を行う2-3時間前に経腔投与または口腔内投与する。 b. 子宮頸管熟化に吸湿性頸管拡張材を使用することを 推奨しない 。 備考 ・ ミソプロストールの投与は、舌下投与がより効果的である。 ・ 適切な鎮痛剤を提供する必要がある。

セクション トピックエリア 推奨またはベストプラクティスの 番号と種類	推奨またはベストプラクティス
18 (CS) (NEW) 12週以降	<p>より進行した妊娠週数での外科的中絶前：</p> <ol style="list-style-type: none"> 12週以降での外科的中絶の場合：処置前に子宮頸管熟化を行うことを提案する。 12週から19週の間での外科的中絶の場合：薬剤のみ（ミフェプリストンとミソプロストールの併用が望ましい）、または吸湿性頸管拡張材と薬剤（ミフェプリストン、ミソプロストール、または両方の併用）を用いた子宮頸管熟化を提案する。 12週から19週の間での外科的中絶において子宮頸管熟化のために吸湿性頸管拡張材を使用する場合：吸湿性頸管拡張材を挿入してから外科的中絶を行うまでの期間が2日を超えないようにすることを提案する。 19週以降での外科的中絶の場合：吸湿性頸管拡張材と薬剤（ミフェプリストン、ミソプロストール、またはその両方の併用）を用いた子宮頸管熟化を行うことを推奨する。 <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> 12週から14週までの子宮頸管熟化に関するエビデンスは限られているため、保健医療従事者はこの妊娠週数の範囲では、真空吸引法の前に行う子宮頸管熟化について最も便利な方法を臨床的判断で決定する必要がある。
19 (SD) 薬剤の使用 （いずれの 妊娠週数においても）	<p>外科的中絶前（いずれの妊娠週数においても）：</p> <ol style="list-style-type: none"> 伝統医学・補完代替医療の専門家、補助看護師・補助助産師、看護師、助産師、准・上級准臨床医、一般医、専門医*による薬剤を用いた子宮頸管熟化を推奨する。 地域保健師、薬局員、薬剤師*による薬剤を用いた子宮頸管熟化を提案する。 <ul style="list-style-type: none"> 条件：子宮頸管熟化のための薬剤投与は、外科的中絶プロセスの一部であるため、保健医療従事者は、女性が薬剤を入手してから外科的中絶を受けるまで、継続してケアを受けられるようにすること。
20 (SD) 吸湿性頸管拡張材の使用 （12週以降）	<p>12週以降での拡張・排出法（D&E）前：</p> <ol style="list-style-type: none"> 補助看護師・補助助産師、看護師、助産師、准・上級准臨床医、一般医、専門医*による吸湿性頸管拡張材を用いた子宮頸管熟化を推奨する。 伝統医学・補完代替医療の専門家*による浸吸湿性頸管拡張材を用いた子宮頸管熟化を提案する。 <ul style="list-style-type: none"> 条件：保健医療従事者は、子宮頸管熟化からD&Eまで、女性が継続してケアを受けられるようにすること。
提供者の制限	
21 (LP)	<p>WHOの手引きと矛盾するような中絶の提供・管理者に関する規制を推奨しない。</p> <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> 法律や政策が中絶の提供者や管理者を規制する場合、その規制は本ガイドライン第3章を通して提示されるWHOの手引きと一致しなければならない。
信条による診療拒否	
22 (LP)	<p>包括的な中絶ケアへのアクセスと継続性が、信条による診療拒否によって妨げられないようにすることを推奨する。</p> <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> 信条による診療拒否が、質の高い中絶ケアへのアクセスを妨げないようにするべきであるという人権上の義務や、信条による診療拒否が中絶ケアへのアクセスを損なったり妨げたりしないようにすることを目的としたWHO勧告がこれまでにあるにもかかわらず、いまだに信条による診療拒否が質の高い中絶ケアへのアクセスを妨げ続けている。質の高い中絶ケアへのアクセスと継続性を確保するために、国は規制が遵守されることを確実にし、そのような保健医療制度を設計または組織化することが重要である。中絶を希望する人の権利が尊重され、保護され、満たされるように、信条による診療拒否を規制することが不可能であると判明した場合、中絶提供における信条による診療拒否は擁護できないものになる可能性がある。 今回レビューされたエビデンスは、信条による診療拒否が中絶ケアへのアクセスと利用可能性に与える影響を考慮しているが、信条による診療拒否の規制がどのようにこれらの結果を改善したかという有効性に関しては考慮されていない。しかし、国際人権法は、中絶を希望する人の人権が尊重され、保護され、満たされることを国家がどのように保証できるかについて、いくつかの指針を示している（詳細は本文参照）。

*訳者注釈：これらの職種は必ずしも日本国内の現状と対応していません。詳細は付録5「保健医療従事者の分類と役割」を参照してください。

セクション トピックエリア 推奨またはベストプラクティスの 番号と種類	推奨またはベストプラクティス
中絶時	
外科的中絶の方法	
23 (CS) 14週未満	<p>14週未満での外科的中絶の場合：</p> <ol style="list-style-type: none"> 真空吸引法を推奨する。 真空吸引法後の鋭利な搔爬による確認（すなわち、中絶を「完了」させる）を含め、搔爬法（D&C）（頸管拡張と鋭利な搔爬）の実施を推奨しない。 <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> 観察研究では、真空吸引法は搔爬法（D&C）よりも合併症が少ないことが示されている。しかし、ランダム化比較試験は検出力不足で合併症率の差を検出するには至っていない。 真空吸引法後の鋭利な搔爬による確認を支持するエビデンスはない。 ランダム化比較試験に基づくエビデンスの質は、低～中程度である。
24 (SD) 14週未満での真空吸引法	<p>14週未満での外科的中絶の場合：</p> <ol style="list-style-type: none"> 伝統医学・補完代替医療の専門家、看護師、助産師、准・上級准臨床医、一般医、専門医*による真空吸引法を推奨する。 補助看護師・補助助産師*による真空吸引法を提案する。 <ul style="list-style-type: none"> 条件：補助看護師・補助助産師が基本的な産科救急ケアを提供する確立した保健医療制度の中で、紹介制度と監視体制が十分整っている状況において行うこと。
25 (CS) 14週以降	<p>14週以降での外科的中絶の場合：拡張・排出法（D&E）を推奨する。</p> <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> 真空吸引法は、D&E施行中に使用することができる（人工破膜やD&E終了時の組織除去の目的で使用する場合など）。
26 (SD) 14週以降でのD&E	<p>14週以降での中絶手術の場合：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一般医や専門医*によるD&Eを推奨する。 伝統医学・補完代替医療の専門家、助産師、准・上級准臨床医*によるD&Eを提案する。 <ul style="list-style-type: none"> 条件：これらの保健医療従事者が妊産婦とリプロダクティブヘルスに関する他の業務に携わる確立された保健医療制度の仕組みが存在すること。
薬剤による人工妊娠中絶の管理	
27 (CS) 12週未満	<p>12週未満での薬剤による中絶の場合：</p> <ol style="list-style-type: none"> ミフェプリストン200mgを経口投与し、1-2日後にミソプロストール800μgを経腔投与、舌下投与または口腔内投与する方法を推奨する。ミフェプリストンとミソプロストールの使用間隔は、最低でも24時間あけることを推奨する*。 ミソプロストールを単独で使用する場合：ミソプロストール800μgを経腔投与、舌下投与、または口腔内投与することを推奨する*。 (NEW) レトロゾールとミソプロストールの併用レジメン（レトロゾール10mgを3日間経口投与し、4日目にミソプロストール800μgを舌下投与する方法）を安全かつ効果的な選択肢として提案する**。 <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> 臨床研究では、併用レジメン（推奨27a）がミソプロストール単独よりも効果的であることがエビデンスで示されている。 患者や提供者の意向を考慮し、すべての選択肢にミソプロストールの選択肢を含んでいる。 上記のレトロゾールとミソプロストールの併用レジメンは、妊娠14週までは安全で有効であると考えられる。 <p>*中絶を完了させるために必要であれば、ミソプロストールの反復投与を検討することができる。本ガイドラインでは、ミソプロストールの最大投与回数と回数を提示していない。</p> <p>**進行した妊娠週数でのレトロゾールとミソプロストールの併用レジメンの安全性、有効性、受容性を判断するためには、さらなるエビデンス、特にミフェプリストンとミソプロストールの併用レジメンと比較したものが必要である。（現在のエビデンスはミソプロストール単独の使用との比較に焦点を当てているため）。</p>

※訳者注釈：これらの職種は必ずしも日本国内の現状と対応していません。詳細は付録5「保健医療従事者の分類と役割」を参照してください。

セクション トピックエリア 推奨またはベストプラクティスの 番号と種類	推奨またはベストプラクティス
28 (SD) 12週未満* (全部または一部の サブタスクを実施した 場合) †	<p>12週未満での薬剤による中絶の場合：</p> <p>患者自身による薬剤の管理 (推奨50参照) もしくは、地域保健師、薬局員、薬剤師、伝統医学・補完代替医療の専門家、補助看護師・補助助産師、看護師、助産師、准・上級准臨床医、一般医、専門医*による薬剤の管理を推奨する。</p> <p>* 医師でない人単独によって提供される薬剤による中絶に関しての現存のエビデンスは、10週(妊娠70日)までである。</p> <p>† この推奨では、ミフェプリストンとミソプロストールの併用、またはミソプロストール単独が薬剤による中絶のレジメンとして現在のエビデンスで取り上げられている(シトロゾールを用いたレジメンは含まれていない)。</p>
29 (CS) 12週以降	<p>12週以降での薬剤による中絶の場合：</p> <p>a. ミフェプリストン200mgを経口投与し、1-2日後にミソプロストール400μgを3時間ごとに経腔投与、舌下投与または口腔内投与を反復する方法を提案する*。ミフェプリストンとミソプロストールの使用間隔は最低24時間。</p> <p>b. ミソプロストールを単独で使用する場合：ミソプロストール400μgを3時間おきに経腔投与、舌下投与、または口腔内投与を反復する方法を提案する*。</p> <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> ミフェプリストンとミソプロストールの併用レジメン (推奨29a) は、ミソプロストールを単独で使用するよりも効果的である。 経腔投与が最も効果的であることがエビデンスで示唆されている。患者や提供者の希望を考慮し、すべての方法が提案される。 妊娠組織は、本人が別の方法で管理することを希望しない限り、他の生物学的組織と同じように扱われるべきである。 <p>* ミソプロストールは、中絶を完了させるのに必要であれば、上記に記載された間隔で反復投与することができます。子宮切開の既往がある妊娠中の人へのミソプロストールの最大投与回数について、提供者は注意深く臨床的判断をする必要がある。子宮破裂はまれな合併症であり、子宮破裂の緊急管理に対する臨床的判断と保健医療制度の備えは、妊娠週数が進行するほど考慮されなければならない。</p>
30 (SD) 12週以降	<p>12週以降での薬剤による中絶の場合：</p> <p>a. 一般医と専門医*による薬剤の管理を推奨する。</p> <p>b. 伝統医学・補完代替医療の専門家、補助看護師・補助助産師、看護師、助産師、准・上級准臨床医*による薬剤の管理を提案する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 条件：不完全な中絶やその他の合併症に対処するために、適切な外科的備えと適切なインフラへのアクセスが確立され、容易に利用できる状況であること。
稽留流産	
31 (CS) (NEW) 14週未満での 薬剤による管理	<p>14週未満での稽留流産において、薬剤による管理を希望する場合：</p> <p>ミフェプリストンとミソプロストールの併用をミソプロストール単独の使用よりも推奨する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 推奨されるレジメン：ミフェプリストン200mgを経口投与した後、ミソプロストール800μgを任意の経路(口腔内、経腔、舌下)で投与する*。 代替レジメン：800μgのミソプロストールを任意の経路(口腔内、経腔、舌下)で投与する†。 <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> 稽留流産の管理(自然待機、薬剤、外科的)については、個人の臨床状態と治療に対する希望に基づいて決定する必要がある。 自然待機では、妊娠組織の排出に時間がかかること、排出が不完全になるリスクが高まることを女性、女子、その他妊娠した人に伝えるという条件のもと、選択肢として提供することができる。 妊娠組織は、本人が別の方法で管理することを希望しない限り、他の生物学的組織と同じように扱われるべきである。 <p>*ミフェプリストンとミソプロストールの使用間隔は、最低でも24時間あけることが推奨されている。</p> <p>†代替レジメン(ミソプロストール単独)を用いる場合、9週以降では、ミソプロストールを反復投与することが流産を完了させるために効果的であるというエビデンスがある。本ガイドラインでは、ミソプロストールの最大投与回数を提示していない。</p>

※訳者注釈：これらの職種は必ずしも日本国内の現状と対応していません。詳細は付録5「保健医療従事者の分類と役割」を参照してください。

セクション トピックエリア 推奨またはベストプラクティスの 番号と種類	推奨またはベストプラクティス
子宮内胎児死亡	
32 (CS) 14週以降28週以下での 薬剤による管理	14週以降28週以下での子宮内胎児死亡における薬剤の管理：ミフェプリストンとミソプロストールの併用を、ミソプロストール単独の使用よりも 推奨する 。 <ul style="list-style-type: none"> 推奨されるレジメン：ミフェプリストン200mgを経口投与し、1-2日後にミソプロストール400μgを4-6時間ごとに舌下投与または経腔投与を反復する*。 代替レジメン：ミソプロストール400μgを4-6時間おきに舌下投与または経腔投与を反復する*。 備考 <ul style="list-style-type: none"> 臨床研究では、併用レジメンがミソプロストール単独よりも効果的であることがエビデンスで示されている。 妊娠組織は、本人が別の方法で管理することを希望しない限り、他の生物学的組織と同じように扱われるべきである。 <p>*ミソプロストールは、流産を完了させるのに必要であれば、上記に記載された間隔で反復投与することができる。子宮切開の既往がある妊娠中の人へのミソプロストールの最大投与回数について、提供者は注意深く臨床的判断をする必要がある。子宮破裂はまれな合併症であり、子宮破裂の緊急管理に対する臨床的判断と保健医療制度の備えは、妊娠週数が進行するほど考慮されなければならない。</p>
33 (SD) (NEW) 14週以降28週以下での 薬剤による管理	14週以降28週以下での子宮内胎児死亡の場合： <ol style="list-style-type: none"> 一般医と専門医による薬剤の管理を推奨する。 伝統医学や補完代替医療の専門家、補助看護師・補助助産師、看護師、助産師、 准・上級准臨床医*による薬剤の管理を提案する。 <ul style="list-style-type: none"> 条件：不全流産やその他の合併症に対処するために、適切な外科的備えと適切なインフラへのアクセスが確立され、容易に利用できる状況である。
中絶後	
フォローアップケアまたは追加サービス	
34 (CS)	合併症のない外科的中絶後または薬剤による中絶後：ルーチンでの経過観察の受診が医学的に必要ないことを 推奨する 。しかし、希望または必要があれば追加のサービスの利用可能性について情報を提供する必要がある。 備考 <ul style="list-style-type: none"> 女性、女子、その他妊娠した人は、妊娠が継続している兆候（中絶の失敗の場合もあれば、そうでない場合もある）や、医療施設へ受診が必要な症状、すなわち、多量出血が長引く、薬剤による中絶後に全く性器出血がない、薬で緩和できない痛み、発熱などについて十分に知らされなければならない。 エビデンスの質は低い（観察研究、間接的エビデンス）。
不全流産	
35、36 (CS)	35. 14週未満の不全流産の場合： 真空吸引法または薬剤による管理のどちらかを 推奨する 。 36a. 子宮の大きさから14週未満相当の不全流産における薬剤による管理：ミソプロストール600 μ gを経口投与する方法またはミソプロストール400 μ gを舌下投与する方法を 提案する 。 36b. 子宮の大きさから14週以降相当の不完全流産における薬物による管理： ミソプロストール400 μ gを3時間おきに舌下投与、経腔投与または口腔内投与する方法を 提案する *。 備考 <ul style="list-style-type: none"> 不全流産の管理は、個人の臨床状態と治療に対する希望に基づいて決定する必要がある。 不全流産の待機管理はミソプロストールと同程度の効果があるが、女性、女子、その他妊娠した人に、妊娠組織の排出にかかる時間が長いこと、子宮内遺残が起こるリスクが高いことを説明した上で、選択肢として提供することができる。 推奨35は、自然流産と報告されている女性を対象に行われた研究から推定されたものである。 <p>*ミソプロストールは、流産を完了させるのに必要であれば、上記に記載された間隔で反復投与することができる。妊娠週数14週以降の場合、子宮切開の既往がある妊娠中の人へのミソプロストールの最大投与回数について、提供者は注意深く臨床的判断をする必要がある。子宮破裂はまれな合併症であり、子宮破裂の緊急管理に対する臨床的判断と保健医療制度の備えは、妊娠週数が進行するほど考慮されなければならない。</p>

※訳者注釈：これらの職種は必ずしも日本国内の現状と対応していません。詳細は付録5「保健医療従事者の分類と役割」を参照してください。

セクション トピックエリア 推奨またはベストプラクティスの 番号と種類	推奨またはベストプラクティス
37 (SD) 14週未満での ミソプロストールによる 薬剤の管理	14週未満での合併症のない不全流産の場合： 地域保健師、薬局職員、薬剤師、伝統医学・補完代替医療の専門家、補助看護師・補助助産師、看護師、助産師、准・上級准臨床医、一般医、専門医*によるミソプロストールによる薬剤の管理を 推奨する 。
38 (SD) 14週未満での真空吸引法	14週未満での合併症のない不全流産の場合： a. 伝統医学・補完代替医療の専門家、看護師、助産師、准・上級准臨床医、一般医、専門医*による真空吸引法を 推奨する 。 b. 補助看護師・補助助産師*による真空吸引法を 提案する 。 ・ 条件：補助看護師・補助助産師*が基本的な産科救急ケアを提供する確立した保健医療制度の中で、紹介制度と監視体制が十分整っている状況において行うこと。
生命を脅かすことのない合併症の管理	
39 (SD) 感染症	中絶後の致死性ではない感染症： 伝統医学・補完代替医療の専門家、補助看護師・補助助産師、看護師、助産師、准・上級准臨床医、一般医、専門医*による初期管理を 推奨する* 。 *薬剤師、薬局員、地域保健師は、この合併症の兆候や症状を認識するための知識を身につけることが重要である。
40 (SD) 出血	中絶後の致死性ではない出血： 伝統医学・補完代替医療の専門家、補助看護師・補助助産師、看護師、助産師、准・上級准臨床医、一般医、専門医*による初期管理を 推奨する* 。 *薬剤師、薬局員、地域保健師*は、この合併症の兆候や症状を認識するための知識を身につけることが重要である。
中絶後の避妊のタイミング	
41 (CS) 避妊の使用に関する 医療適格基準 (MEC)	以下の避妊法は、外科的または薬剤による中絶（妊娠第1三半期と第2三半期、または感染性流産後）の直後に開始できる (MECカテゴリー1-制限なし)：混合型ホルモン避妊薬 (CHC)、黄体ホルモン単独避妊薬 (POC)、バリア法 (コンドーム、殺精子剤、ダイアフラム、子宮頸管キャップ。注：ダイアフラムと子宮頸管キャップは第2三半期中絶後6週間は適さない)。 子宮内避妊器具 (IUD) は、第1三半期中絶 (MECカテゴリー1-制限なし)、または妊娠第2三半期中絶 (MECカテゴリー2-一般的に利点がリスクを上回る) の直後に装着できるが、感染性流産の直後は装着できない (MECカテゴリー4-IUD挿入によって状態が大幅に悪化する可能性がある)。 妊孕性を考慮した方法 (Fertility-awareness-based (FAB) methods)：症状に基づく方法 (Symptom-based methods) は、中絶後「注意深く」始める必要がある。(この方法を、中絶後正しく使用するためには、特別なカウンセリングが必要かもしれない) カレンダーに基づく方法 (Calendar-based methods) は (状態が評価されるまで) 延期すべき (一時的に別の避妊法を提案すべき) である。
42 (CS) 避妊と外科的中絶	外科的中絶を受ける人で、避妊を希望する人に対して：外科的中絶と同時に開始可能な避妊法の選択肢を 推奨する 。 備考 ・ ランダム化比較試験に基づくエビデンスの質は非常に低かった。

※訳者注釈：これらの職種は必ずしも日本国内の現状と対応していません。詳細は付録5「保健医療従事者の分類と役割」を参照してください。

セクション トピックエリア 推奨またはベストプラクティスの 番号と種類	推奨またはベストプラクティス
43 (CS) 避妊と薬剤による中絶	<p>ミフェプリストンとミソプロストールの併用またはミソプロストール単独での薬剤による中絶を受ける人に対して：</p> <ol style="list-style-type: none"> ホルモン避妊法 (ピル、パッチ、リング、インプラント、注射) を選択する人： 薬剤による中絶のレジメンの最初の錠剤を服用した直後にホルモン避妊法を開始する選択肢を提示することを提案する。 IUD挿入を選択する人：中絶の完了を確認した時点でのIUD装着を提案する。 <p>備考 (推奨43a、bについて)</p> <ul style="list-style-type: none"> この推奨は、ミフェプリストンとミソプロストールの併用とミソプロストール単独の場合に適用される。レトロゾールとミソプロストールの併用レジメンについては、本推奨に記載した研究では評価していないため、ここでは言及しない。 <p>備考 (推奨43aのみについて)</p> <ul style="list-style-type: none"> 酢酸メドロキシプロゲステロン筋肉内注射液 (DMPA) の即時投与は、薬剤による中絶レジメンの効果をわずかに低下させる可能性がある。しかし、それでもDMPAの即時開始は、中絶後に利用できる避妊法として提示されるべきである。 ミソプロストール単独の薬剤による中絶を受ける人の避妊法の選択肢において、ホルモン避妊法を開始することの意思決定の基礎として、間接的エビデンスが用いられた。 薬剤による中絶の施行中の混合型ホルモン避妊法 (ピルや避妊注射) に関するデータはない。 避妊リングの開始を選択した人は、薬剤による中絶の過程で大量出血があった場合、リングが脱落していないかどうかを確認する必要がある。
44 (SD) 子宮内避妊器具 (IUD)	<p>子宮内避妊器具 (IUD)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 補助助産師、看護師、助産師、准・上級准臨床医、一般医、専門医*による挿入・除去を推奨する。 伝統医学・補完代替医療の専門家 (TCMP) や補助看護師*による挿入・除去を提案する。 <ul style="list-style-type: none"> 条件 (伝統医学・補完代替医療の専門家)：これらの職種が妊産婦とリプロダクティブヘルスに関する他の業務に携わる確立された保健医療制度の仕組みが存在すること。 条件 (補助看護師)：厳密な研究的状況下で行うこと。
45 (SD) 避妊インプラント	<p>避妊インプラント：</p> <ol style="list-style-type: none"> 看護師、助産師、准・上級准臨床医、一般医、専門医*による挿入・除去を推奨する。 地域保健師、伝統医学・補完代替医療の専門家、補助看護師・補助助産師*による挿入・除去を提案する。 <ul style="list-style-type: none"> 条件 (地域保健師*)：厳密な研究的状況下で行うこと。 条件 (伝統医学・補完代替医療の専門家*)：これらの職種が妊産婦とリプロダクティブヘルスに関する他の業務に携わる確立された保健医療制度の仕組みが存在し、インプラントの挿入と除去に関する研修が行われること。 条件 (補助看護師・補助助産師*)：標的を絞ったモニタリングと評価の中で行うこと。
46 (SD) 避妊注射	<p>避妊注射 (開始および継続)：</p> <p>自己投与 (推奨51参照)、もしくは地域保健員、薬局員、薬剤師、伝統医学・補完代替医療の専門家、補助看護師・補助助産師、看護師、助産師、准・上級准臨床医、一般医、専門医*による投与を推奨する。</p>
47 (SD) 卵管結紮術	<p>卵管結紮術：</p> <ol style="list-style-type: none"> 准・上級准医師、一般医、専門医*による卵管結紮術を推奨する。 看護師や助産師による卵管結紮術を提案する。 <ul style="list-style-type: none"> 条件：厳密な研究的状況下で行うこと。

※訳者注釈：これらの職種は必ずしも日本国内の現状に対応していません。詳細は付録5「保健医療従事者の分類と役割」を参照してください。

<p>セクション トピックエリア 推奨またはベストプラクティスの 番号と種類</p>	<p>推奨またはベストプラクティス</p>
<p>サービス提供の選択肢と自己管理のアプローチ</p>	
<p>薬剤による中絶ケアを提供するための遠隔医療アプローチ</p>	
<p>48 (SD) (NEW)</p>	<p>薬剤による中絶サービスの全てまたは一部を提供するため、保健医療従事者との対面でのやりとりで代わる選択肢として、遠隔医療を推奨する。</p> <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> 上記の推奨は、薬剤による中絶の適性の評価、中絶のプロセスに関するカウンセリングや指導、薬物投与の指導や円滑に行うための積極的な支援、中絶後ケアのフォローアップなど、いずれの過程も遠隔医療に適用される。 ホットライン、デジタルアプリ、または単に情報を提供する一方的なコミュニケーション様式（例：リマインダーのテキストメッセージ）は、この推奨のためのエビデンスのレビューに含まれなかった。
<p>情報提供、カウンセリング、薬剤による中絶のためのサービス提供のアプローチ</p>	
<p>49 (SD) (NEW)</p>	<p>サービス提供に関するベストプラクティス</p> <p>第1部 中絶サービスを提供するために推奨されるアプローチは一つではない。特定の保健医療従事者の選択（推奨される選択肢の中から）、または自分自身による管理、サービス提供の場所（推奨される選択肢の中から）は、女性、女子、その他妊娠した人の価値観や好み、利用できる資源、国や地域の状況によって決まる。どのような状況においても、複数のサービス提供の方法が両立することが可能である。</p> <p>第2部 サービスの提供方法は多様となりえるため、ケアを必要とする個人に対して、様々なサービス提供の選択肢を総合して、以下の点を確実に提供することが重要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> あらゆる段階において、科学的に正確で理解しやすい情報を、入手できるようにすること。 品質が保証された医薬品（疼痛管理のための医薬品を含む）を入手できるようにすること。 希望する場合または必要な場合は、バックアップの紹介体制を支援すること。 中絶後の避妊を希望する人を、適切な避妊サービスの選択肢につなげること。
<p>12週未満での薬剤による中絶の自己管理</p>	
<p>50 (自己管理)</p>	<p>12週未満での薬剤による中絶の場合（ミフェプリストンとミソプロストールの併用、またはミソプロストール単独の使用）：</p> <p>薬剤による中絶のプロセスの以下の3つの構成要素の全て、もしくはいずれかを自己管理する選択肢を推奨する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 適性の自己評価（妊娠期間の決定、禁忌事項の除外） 医療施設外で、保健医療従事者の直接の監視なしに中絶薬を自身で投与し、中絶の過程を管理すること 中絶が完遂したかどうかの自己評価 <p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬剤による中絶の自己管理に関するエビデンスは（いずれのレジメンにおいても）、10週までの方がより多く存在した。 この推奨は、ミフェプリストンとミソプロストールの併用と、ミソプロストール単独の使用に適用される。この推奨の元となった研究では、レトロゾールとミソプロストール併用のレジメンについては評価されていない。 薬剤による中絶の自己管理を行うすべての人は、正確な情報、疼痛の管理を含む品質が保証された医薬品、保健医療従事者の支援、必要な場合や希望する場合には、医療施設へのアクセスや紹介体制の支援を受けることができる必要がある。 保健医療制度の規制の枠組みの中で中絶薬の処方と調剤の権限に関する制限を修正するか、自己管理するための他の仕組みを取り入れる必要があるかもしれない。

セクション トピックエリア 推奨またはベストプラクティスの 番号と種類	推奨またはベストプラクティス
中絶後の避妊のための自己管理アプローチ（上記の推奨41-47「中絶後の避妊のタイミング」も参照）	
51（自己管理） 避妊注射 （開始および継続）	中絶後、避妊注射を自己管理する選択肢を 推奨する 。 備考 ・ 避妊注射は、注射器を使用し、筋肉内または皮下に投与することがある。自己注射を容易にするために、CPADs (Compact pre-filled auto- disable devices) が開発された。
52（自己管理） 市販の経口避妊薬	経口避妊薬を使用する人が、処方箋なしで市販の経口避妊薬を入手できるようにすることを 推奨する 。
53（自己管理） 市販の緊急避妊薬	緊急避妊を希望する人が、処方箋なしで市販の緊急避妊薬を入手できるようにすることを 推奨する 。
54（自己管理） コンドームの使用	男性用・女性用コンドームの一貫した正しい使用は、HIVの性感染防止、どちらかのみHIV陽性のカップルにおける男性から女性、女性から男性へのHIV感染のリスク低減、その他の性感染症や尖圭コンジローマ・子宮頸がんなど関連疾患のリスク低減、意図しない妊娠の防止に非常に効果的である。

訳者注釈：付録5はWHO中絶ケアガイドラインのエグゼクティブサマリーではなくガイドライン巻末の付録に含まれます。保健医療従事者の分類と役割についての理解を助けるために訳者の判断でここに掲載しました。

付録 5. 保健医療従事者の分類と役割

本ガイドラインで検討される保健医療従事者のタイプは、下表の通りである。記述は、本ガイドラインの目的のために、様々な環境に適用できるように一般的なものであるように適合されている。これらの記述は、あくまでも参考であり、特定の国で使用されている専門機関や称号の正式な定義に代わるものではない。

大分類	本ガイドラインのための、資格とタスクの説明	これらのタイプの保健医療従事者を表す他の用語の例示 (国や地域の事情に応じた例もある)
地域保健師	保健の提供/情報提供に関連する機能を果たし、その業務の中で何らかの訓練を受けているが、正式な専門職・準専門職の資格や高等教育の学位を取得していない者。	保健員、村の保健師、女性の地域保健ボランティア、訓練を受けた出産介助者、訓練を受けたヘルプラインワーカー、中絶の付添人、ホットラインカウンセラー
薬局員	薬剤師の指導のもと、医薬品の調剤に関連する様々な業務を行う技術者とアシスタント。医薬品やその他の医薬品化合物、消耗品の在庫管理、準備、保管を行い、医療専門家の処方に従って顧客に医薬品や薬剤を調剤し、その使用方法を指導することもある。技術者は通常、薬学部で2～3年の訓練を受け、大学の学位に相当しない称号を授与される。アシスタントも通常、2年または3年の中等教育を受けて、その後、実地訓練または見習い期間を経る。	薬局助手、薬局技師調剤師、薬剤師補助者、調剤薬局助手
薬剤師	医薬品の調剤を行う医療従事者。薬剤師は、医師や医療従事者が発行する処方箋に従って、薬や医薬品の適切な使用方法や副作用について相談に乗ることができる。薬学、薬化学、または関連分野の理論的、実践的な大学レベルの教育を受けている。	薬局薬剤師、臨床薬剤師、地域薬剤師
伝統医学・補完代替医療の専門家	伝統医学と補完代替医療の専門家(非アロパシー医)。その訓練は、人体解剖学、生理学、正常な陣痛の管理、産科と婦人科で使われる現代医薬の薬理学を教える4、5年制大学の学位を含んでいる。 本ガイドラインの中では、これらの医師は、従来の医療行為に準じて中絶関連のケアの要素を提供することに言及して含まれる。	アユルシュ (Ayush) 医、アーユルヴェーダ医、補完代替医療の医師、非アロパシー医
補助助産師 補助看護師	補助看護師は、基本的な看護技術の訓練を受けた人だが、看護の意思決定には関与しない。 補助助産師は、基本的な看護技能といくつかの助産能力を備えているが、助産師としての完全な資格は持っていない。教育の期間は、数ヶ月から3年までと様々である。研修期間に実地研修の期間が含まれることもあり、これを正式な研修制度とすることもある。	補助助産師、訪問福祉員
看護師	州の看護師試験委員会または同様の規制当局による審査を経て、実務を行うことを法的に認められた(登録された)者。教育には3年以上の看護学校での教育を含み、大学または大学院の学位またはそれに相当するものを取得する。	登録看護師、臨床看護専門家、専門看護、看護学士
助産師	州の助産所または類似の規制当局に登録され、助産実践に不可欠な能力の訓練を受けた者である。訓練は通常、看護学校または助産学校で3年以上行われ、大学の学位またはそれに相当する学位を取得することになる。登録助産師は、中絶を含むあらゆる助産技術を有している。	登録助産師、地域助産師、看護助産師
准・上級准臨床医	一般的な内科・外科疾患の診断と管理、およびある種の外科手術を行う基本的な能力を備えた職業上の臨床家である。一般的に、3年または4年の中等教育修了後、高等教育機関で研修を受ける必要がある。登録され、その診療は国または地域の規制当局によって規制されている。	医務官補、臨床医、医務官、保健医、助手、外科技師、非医師臨床家、医務助手、ナース・プラクティショナー
一般医	大学レベルの基礎医学教育を受けた医師であるが、産婦人科を専門としない者。	家庭医、一般開業医、医師、内科医
専門医	卒後の臨床研修を受け、産科・婦人科を専門とする医師。	婦人科医、産科医

出典：国際標準職業分類 (ISCO)、第III部：主要グループ、サブ主要グループ、マイナーグループ、ユニットグループの定義、2016年6月21日更新 (入手先：<https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm>) に示されているように、保健医療従事者のカテゴリーの名称の一部を更新して現在好ましいWHO用語を使用するなどWHO (2015) の(18)を若干修正して適応したものである。

英文内容についてのお問い合わせは以下にご連絡ください。

WHO (世界保健機関)
セクシュアルリプロダクティブヘルス・リサーチ部門
(Department of Sexual and Reproductive Health and Research)

World Health Organization
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

Email: srhrp@who.int

Website: www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research

日本語版発行

リブラ (リプロダクティブライツ情報発信チーム) <https://reproductiverights.jp/>

一般社団法人 日本助産学会 <https://www.jyosan.jp/>