

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)

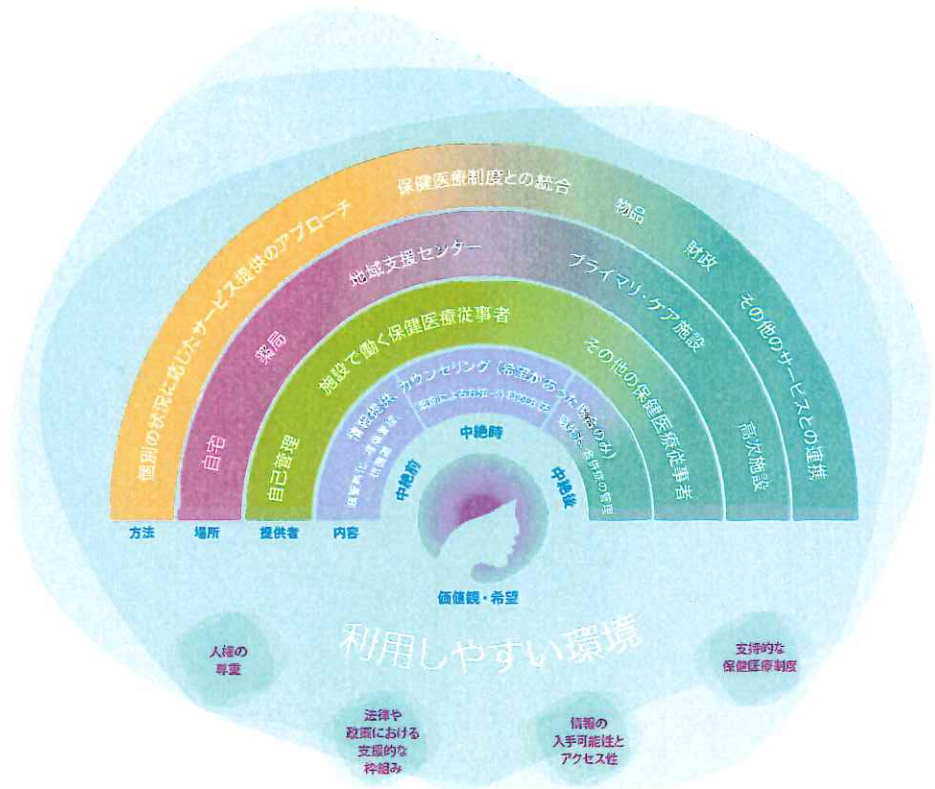
本ガイドラインは、中絶ケアの提供に不可欠な3つの領域、すなわち、「法律と政策」「臨床サービス」「サービスの提供方法」についての勧告が提示されています。質の高い中絶ケアを確実に実施・維持するために、整備されるべき、または除かれるべき法律や政策に関する勧告は、7つの分野をカバーしています。7つの分野とは、中絶の犯罪化、中絶理由によって許可することへのアプローチ、中絶可能な妊娠週数の制限、中絶を希望してから受けるまでの待機期間の義務化、第三者による中絶の承認、中絶サービスが提供可能な保健医療従事者の制限、提供者の信条による異議または拒否です。³ 臨床サービスの勧告は、中絶の方法と、関連する臨床ケア (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、複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。

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)	中絶の完全な非犯罪化を 推奨する 。 備考 <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なるものではない。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)	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 。 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 。 備考 <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)	中絶ケアの全体にわたって： <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 条件：薬局職員が薬剤師の直接の監督下にあり、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)	中絶ケアの全体にわたって： <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 <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。

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
中絶前	
待機期間の義務化	
6 (LP)	中絶の待機期間の義務化を 推奨しない 。
第三者による承認	
7 (LP)	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 。 備考 ・ 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援し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。
妊娠12週未満の中絶におけるRh同種免疫	
8 (臨床サービス; CS) (NEW)	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 。 備考 ・ 妊娠12週以降は、標準的なケアが適用される。
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	
9 (CS)	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 。 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 。 備考 ・ 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。
妊娠週数の決定：中絶前の超音波検査	
10 (CS)	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 *。 備考 ・ 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。 * 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。

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

サービス提供の選択肢と自己管理のアプローチ

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

48 (SD)
(NEW)

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。

備考

- ・ 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。

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

49 (SD)
(NEW)

サービス提供に関するベストプラクティス

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。

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。

- ・ 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。

12週未満での薬剤による中絶の自己管理

50 (自己管理)

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）：

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。

- ・ 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

備考

- ・ 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。