

マージ・ベラー 著

塚原久美、片山亜紀 訳

● はじめに

中絶ケア²のための^{テレメディシン}遠隔医療とは、通信技術を用い、医療施設ないし自宅での薬による中絶³の準備を整えること、そして中絶後のフォローアップを行うことである。〈女性の安全な中絶権のための国際キャンペーン (ICWRSA)〉は、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) のパンデミックのさなかに迎えることになった 2020 年 9 月 28 日の国際セーフ・アボーション・デーに向け、中絶前の準備とそのフォローアップのために、そして女性本人の選択に応じ、中絶薬の服用によって妊娠初期に自宅で中絶する権利をサポートするために、遠隔医療の活用を推進している。

このディスカッションペーパーでは、遠隔医療が利用されるようになった経緯と、自宅で中絶薬を服用する自己管理中絶が発展してきた経緯を振り返る。最初は 1980 年代ブラジルにおいて、女性たちは〔中絶に〕ミソプロストールを使うことができるという情報を内々で交換していた。それから 2005 年にフェミニストたちによって〈安全な中絶⁴〉情報ホットラインが作られ、女性が自宅で中絶するために必要な情報が（場合によっては中絶薬も）提供されるようになった。現在、世界全域の少なくとも 26 カ国で、このようなホットラインが一国につき一つ以上開設されている。そしてごく最近になって、現在では遠隔医療（または^{テレヘルス}遠隔保健）と呼ばれているものを、医療専門家たちが中絶ケアのために使い始めた。このペーパーは遠隔医療に関するものであり、自己管理中絶を安全に行うための諸条件を挙げ、遠隔医療と自己管理中絶を組み合わせた中絶サービスの諸例を示したい。またこうした変化をもたらすのに薬局に何ができるのか、また実際にどんな役割を果たしているのかにも触れたい。

¹ 本ペーパーは、2020 年 9 月 28 日の国際セーフ・アボーション・デーの資料として、〈女性の安全な中絶権のための国際キャンペーン (International Campaign for Women's Rights to Safe Abortion, ICWRSA)〉のニューズレター 2020 年 8 月 26 日号に同団体のコーディネーター Marge Berer 氏が寄稿したものの日本語訳である。訳出を快諾してくださった Berer 氏に感謝したい。原文は以下の URL を参照のこと。<https://www.safeabortionwomensright.org/telemedicine-and-self-managed-abortion-a-discussion-paper/> (2020/10/20 閲覧)

² abortion care とはアボーション（人工妊娠中絶／流産）の事前・最中・事後にわたるあらゆる医療、心理ケア、避妊指導などを指す。英語の“abortion”は中絶のみならず避妊も網羅する言葉である。英語の abortion care には中絶と流産の両方のケアが含まれ、中絶術と流産後の処置には同一の方法が用いられる。ただし本ペーパーの翻訳では、便宜上「中絶」という訳語のみを当てる。

³ 薬による中絶とは、外科的 (surgical) 中絶との対比でメディカル・アボーション（内科的中絶 medical abortion, 略 MA）とも呼ばれ、薬を内服することで人工的に流産を引き起こす方法である。

⁴ WHO では、妊娠 12～14 週未満については中絶薬の内服または吸引を、それ以上の妊娠週数については中絶薬の内服または D&E をそれぞれ「セーフ・アボーション（安全な中絶）」と位置付けている。

遠隔医療と自己管理中絶は、あらゆるケースの中絶について常に実行可能である、より好ましい、適切である、安全である、とは言えないかもしれない。法律や規制の制限を受けたり、通信技術に限界があったり、遠隔医療相談を受けるだけのスキルがなかったり、女性が自宅で中絶するのに不可欠なプライバシーの確保などの条件を満たせなかったりすることもある。しかし過去 40 年間近くにわたって、中絶薬のおかげで女性たちはまさに自らの手で中絶を行えるようになってきた。友人たち、〈安全な中絶〉情報ホットライン、数を増しつつある医療専門家たちから少しだけ助けをもらいつつ、薬による中絶を実行する女性たちはますます増えている。

COVID-19 のために遠隔医療がヘルスケアにもたらそうとしている変化を踏まえ、中絶サービス全体を、21 世紀のレンズを通して構想し直さねばならない。つまり対面診療による中絶に感染リスクがある場合には、中絶前と中絶後に遠隔医療を受けられるようにしなくてはならない。それは自宅での自己管理中絶か、診療所での中絶かのどちらかを選択できるということでもある。後者、すなわち診療所での中絶は、地域に根ざした 1 次レベルの医療施設で、中間レベルの医療提供者〔助産師、上級看護師、医師助手など〕が行う。国は安全な中絶が「^{エッセンシャル・メディシン}必須医療」であると認めねばならず、中絶を脱犯罪化し、不要な規制を撤廃し、中間レベルの医療提供者を訓練し、女性本人が中絶に関する意志決定を行い、中絶を行う場所を選択できると認めねばならない。これらの変化をもたらすことができるかどうかは、医療制度の問題に関わるものもあるが、すべては女性本人の要求のみに基づいて安全な中絶を得る権利を保障する法律と政策と実践があるかどうかによる。

● 背景

1997 年に、WHO は「〈あらゆる人に健康を〉を支援するテレマティクス⁵・ポリシー」を発表した[1]。2014 年までに遠隔医療は日常語になった。それから遠隔医療はさまざまな診療科で導入され、2020 年には COVID-19 パンデミックの影響できわめて急速に普及した。2020 年 7 月には「^{テレメディシン}遠隔医療」と「^{テレヘルス}遠隔保健」は医学論文データベース PubMed やその他の数多くの専門誌で 34,000 回以上検索された。

1999 年のある論文は、遠隔医療を次のように広く定義している——「人々が離れたところにいる場合に、ヘルスケアを提供し支援するために電子情報および通信技術を用いること」。遠隔医療の技術には「ビデオ会議、電話、コンピュータ、インターネット、ファックス、ラジオ、テレビ」[2]などがあり、それぞれ長所と短所がある。インターネットにアクセスしにくい場合はアプリも使われる。1999 年の同論文はこう続く。

⁵ テレマティクスとはリモート・モニタリングのこと。

インターネットによって消費者がエンパワーされ、スピード・アクセス・利便性への期待が高まり、従来の医療システムでは満足できなくなっている……。オンラインの薬品販売店が大きな注目を集めている。遠隔医療の潜在的な利点は、ケアにアクセスしやすくなること、診断と治療の効率の向上、生産性の向上、21世紀に向けた市場ポジショニングなどである。遠隔医療は、ヘルスケア・システム全域において、経済・規制・法律・倫理・診療に関する専門知識に対応を迫るだろう。遠隔医療の有効性、コスト、社会にもたらす意味に関する調査が必要である。同時に、実践モデル、基準、訓練プログラム、規制やライセンスや法律に関わる疑問点への解決策も必要である。

「テレメディシン」「テレヘルス」以外にも、〈eヘルス（電子保健）〉〈mヘルス（モバイルヘルス）〉という用語も登場している。いずれの名称にせよ、テレコミュニケーションには特定のスキルが必要で、一回限りのやりとりか複数回か、日常治療か救急治療か慢性疾患の医療か、それらのケアの準備なのか監視なのかフォローアップなのかによって必要なスキルも部分的に変わる。いずれの場合も意図した結果が得られたどうかを判断するために、行われたやりとりは評価されねばならない。

2010年以降、特定の専門分野・国家・地域での遠隔医療を記述し評価するレビュー論文や記事が発表されるようになった。遠隔医療の利用を妨げる重要な問題点もわかってきた。たとえば、遠隔医療を行うのに適切な技術がなかったり、スタッフおよび支援スタッフの訓練が必要とされたり、患者のプライバシーを確保する方法、標準化を実現する方法、保険で費用を補填するための方法などである。また、遠隔医療が適切である患者グループと、適切でない患者グループを明確に分ける方法も見つけねばならない。現在これらはすべて、医療サービス提供に遠隔医療を活用するためにきわめて重要な課題と考えられている[3]。

2020年に医学誌『ランセット』に掲載されたあるレビュー論文は、COVID-19によりディスタンシングの必要性が生じたために、医療の全領域において、医療提供者と患者の対面診療からバーチャル診療への移行がきわめて短期間のうちに進みつつあると報告している[4]。同レビューはカナダ、中国、ドイツ、インド、イタリア、南アフリカ共和国、英国、米国の状況を網羅しており、カナダでは上級医療スタッフの支援を得て「規制や主導権争いに縛られた専門職という障壁を一掃する段階に来ている」と述べている。ある専門家は次のように指摘する。「この数十年、バーチャル医療を阻んできたさまざまな規制は、決して正当なものではなかった。[COVID-19は] これらの障壁をすべて吹き飛ばす機会となった。目下の問題は『どこまで進めるつもりか』ということだ」

これらすべてが安全な中絶ケアと関連している。たとえば2014年に南アフリカ共和国で行われた研究

[5]では、中絶薬の提供に携帯電話を取り入れて、次の3点で対面診療に代替できることが示された。

- ・SMS⁶／テキストメッセージを使って、中絶薬の服用をコーチングする。
- ・アンケートを用いて、中絶を完了させることができたかを判定する。
- ・中絶後の避妊について情報提供する。

遠隔医療があれば患者は長距離を移動しなくてすむため、医療専門家の少ない遠隔地で暮らす患者にとって遠隔医療が特に有益であることがすでに明らかになっている。たとえばオーストラリアで行われている中絶ケアの例がある[6]。

こうした経緯を踏まえ、本ペーパーでは医療施設で行う中絶で、あるいは中絶薬を用いて自宅で行う自己管理中絶で、中絶の準備とフォローアップに遠隔医療を活用できることに注目する。また訓練を受けたスタッフによる〈安全な中絶〉情報ホットラインから、訓練を受けた薬剤師から、医療提供者から情報と支援を提供することについても扱う。

● 遠隔医療と薬を用いる自己管理中絶は、〈安全な中絶〉情報ホットラインから始まった

ブラジルで初めてミソプロストールが中絶を誘発すると知られるようになった1980年代以降、女性たちは薬局、薬の販売者、路上販売、オンライン薬局を介してミソプロストールを入手し、合法的であってもそうでなくても自己管理中絶を行ってきた。ミソプロストールに関する情報は、中南米全域に一気に広まり、やがて他の地域にも広まった。

インドではかなり前から、自宅で行う中絶（自宅中絶）で服用する中絶薬の主な供給源は薬局である。2015年のインドでは推定1,560万件の中絶が行われ、その7割以上が中絶薬によるもので、手術による中絶はわずか14%、その他の方法によるものは5%だった。薬による中絶のうち91%は医療施設以外で行われ、公立の医療施設で行われたのはわずか2%、民間の医療施設でも7%にすぎない[7]。この調査ではほとんどの場合、中絶薬は処方箋なしで入手されていたが、薬剤師らによる最近の報告では、中絶薬の71~100%が処方された薬だという[8]。しかしインドの保健家族福祉省が2020年3月25日に発表したガイドラインでは、インドで行われる遠隔医療の一部が合法的なのに[9]、中絶は対象外である。なぜ対象外なのだろうか？ インド医学評議会はNGO団体〈ヒドゥン・ポケット〉に対し、インド政府はごく一部の例外を除き、店頭販売されている薬のみ電子処方を許可していると回答したと報告されている[10]。

⁶ SMSとはショート・メッセージ・サービス、LINEなど。

世界中で、正規の医療制度を介して中絶薬を入手できない女性たちは、薬局、ウェブ上の薬局、独立した中絶プロバイダーによるオンラインサービスから中絶薬を入手し、〈安全な中絶〉を支持する活動家らの運営するホットラインから服用方法についての情報を入手している。2005年に医師が創設した〈ウィメン・オン・ウェブ（Women on Web）〉は、遠隔医療を利用して、世界中の女性に自宅で服用するための中絶薬を届ける支援活動を開始した。その数年後には〈ウィメン・ヘルプ・ウィメン（Women Help Women）〉[11]が続いた。〈ウィメン・ヘルプ・ウィメン〉は遠隔医療でカウンセリングを行い中絶薬を提供するだけでなく、世界中の数多くの地域で全国的な〈安全な中絶〉ホットラインを立ち上げることを奨励し、ホットライン間のネットワーク作りも支援してきた。

今日では、少なくとも 26 カ国に 31 の〈安全な中絶〉情報ホットラインが作られており、そのすべてが〈女性の安全な中絶権のための国際キャンペーン（ICWRSA）〉のウェブサイトに掲載されている[12]。これらのホットラインは、電話、電子メール、ウェブサイト、アプリ、ソーシャルメディアを介し、女性たちに安全な中絶について、そして他の SRH⁷について、情報と支援を提供している。ほとんどの場合、スタッフやボランティアたちは WHO の指針に基づいた訓練を受けており、医療専門家、フェミニスト活動家、訓練を受けたカウンセラー、研究者などがさまざまな形で参加している[13]。

〈女性と若者のためのジェネレーション・イニシアティブ（GIWYN）〉のプロジェクトの一つ、ナイジェリアの〈ミズ・ロージー・リプロダクティブ・ヘルス情報ホットライン〉は、コロナ禍のなかで女性のニーズに対応しているホットラインの一例である[14]。スタッフたちは有効な避妊法、中絶の選択肢、エッセンシャル・メディスン 必須医薬品に関する情報へのアクセスを高めるために、自宅からサービスを提供している。スタッフたちは自分たちのサービスを、地域社会への介入方法としてもっとも費用対効果が高くて実用的なものの一つと見なしており、とりわけ COVID-19 による公的医療制度への負担が大きい現在、意図しない妊娠を減らすのに、そして安全でない中絶のせいで死に至る人々の数を減らすのに役立つと考えている。

同様のヘルプラインは、全国的な家族計画協会によって避妊を求める女性たちのために数十年前から開設されており、これらの協会は活動を広げ、避妊以外の SRH サービスも網羅してきた。あるいは HIV 感染者のためのヘルプラインもある。国の医療制度にこの種の支援が欠如しているなかで、これらのヘルプラインは非常に多くの人々に情報を届けながら啓発活動をしており、それは〈安全な中絶〉ヘルプラインが中絶に関して行っている活動と同様である。ヘルプラインがあるために、かつてに比べ非合法の中絶はずっと安全である。実際、侵襲的な方法⁸を使う危険な中絶提供者を多くの政府は根絶できずにおり、その責任を取ろうともしないが、薬による中絶を自宅で秘密裡に行うことで、それらの提供者のもと

⁷ SRH とは性と生殖の健康（セクシュアル&リプロダクティブ・ヘルス）のこと。

⁸ 身体に器具を挿入することによって行われる方法などを指す。

に行かなくても済むようになってきた。

- 中絶ケアのための遠隔医療は、なぜ通常の医療制度のなかで広く利用されていないのか

世界中で毎日推定 15 万件の中絶が行われ、4 件の妊娠のうち 1 件は中絶で終わっている[15]。2020 年 6 月 1 日に、WHO は安全な中絶は〈^{エッセンシャル・ヘルスケア}必須医療〉であると宣言した（ただし初めての宣言ではない）[16]。

COVID-19 のために遠隔医療の利用が急速に増加していることを考えると、なぜ中絶医療のために遠隔ケアがもっと広く活用されないのだろうか？ 移動は制限されており、人々はロックダウン状態におかれ、ウイルスに対処するために医療はいくつもの必須サービスを後回しにしており、可能な限り対面での接触を減らすことが推奨されている状況であるというのに。

シンプルな答えは、中絶は他のたいていの医療処置よりも安全でありながら、多くの国々でいまでも犯罪とされたり、法律で制限されたりしているからである。安全でない中絶による死亡数は減ってきたが、年間およそ 700 万人もの女性が安全でない中絶による合併症のため、病院でポスト・アボーション・ケア⁹を受けている[17]。ますます多くの国際機関と国際会議が、何十年にもわたってキャンペーンと支援を続けているにもかかわらず、ごくわずかな国々を除き、妊娠 24 週未満の中絶（ここにほぼすべての中絶が含まれる）を女性が自分の希望のみにもとづいて受けることはできない。あまりにも矛盾している。

遠隔医療を用いれば、広く普及している技術の中絶ケアのために有効に活用できる。ところがこうした政治的事情のせいで、中絶ケアへの利用が制限されている。

- 自宅における初期中絶は、医療施設における中絶に代わる安全で受け入れられやすい選択肢

2016 年に、自己管理中絶における女性の経験についての質的調査を網羅したレビューが発表された。このレビューによれば、合法の場合も法的制限のある場合も、中絶薬を公式な医療制度内で入手した場合もそうでない場合も、全般的な自己管理中絶は女性にも提供者にも望ましいものである[18]。

2018 年に WHO が妊娠初期の自宅における自己管理中絶は安全であると述べた際、そこには十分な証拠があった[19]。ところがほとんどの国で、中絶薬の自宅での服用は違法とされている。この矛盾した状況下で、中絶を必要とする女性たちは、合併症が発生したら医療制度を使えばいいと理解した上で、許可の有無にかかわらず中絶薬を手に入れ、自宅で中絶を行っている。

⁹ ポスト・アボーション・ケアとは、中絶後の診察、治療、心理カウンセリング、避妊指導などを指す。

遠隔医療による中絶の準備とフォローアップは、女性が自宅にいて、医療提供者が自分の自宅ないし診療所にいながら行える。女性側の事情によって自宅中絶が不可能である場合、または女性自身が自宅中絶を希望しない場合、または妊娠 12 週以上の場合には、医療提供者が対面での中絶を提供することもできる。妊娠 16 週未満の場合は外来で吸引（手動または真空吸引）による中絶も可能だが、できれば 1 次レベルの医療施設で、中間レベルの医療提供者が行うのが望ましい。施術自体は数分間しかかからず、簡単な防護服やマスクを着用すればよく、無菌の手術室である必要はなく、すべてがごく短時間で終わる。また、合併症のあるケースや D&E¹⁰の場合を除き、婦人科医が立ち会う必要はない。こうすることで対面診察やサービス提供の時間やコストが大幅に削減される。

遠隔医療への移行は、一晩にして成立するというわけにはいかないが、形式的な手続きや罰則付きの規制などに縛られていないなら複雑ではない。患者とテレコミュニケーションするための技術とスキルがあればいい。中絶提供者は、中絶薬の自宅服用と対面診療の両方をふくむガイダンスを、それぞれの地域の事情にあった形で開発しておかねばならない。対面診療の場合は患者と提供者双方の自宅からできるだけ近い場所で行い、できる限り訪問回数を減らし、可能な限り短時間にすべきだ。不必要な障壁はなくすべきだ。これらは COVID-19 への対処としても必要なことだが、実際、そのほうが理に叶っている。

2013 年の米国アイオワ州の農村部で得られたデータを分析した結果、中絶薬の遠隔医療サービスの導入によって中期中絶は減少しており、診療所から離れたところで暮らす女性たちのサービス利用は増加している[20]。

カナダでは 2014 年に遠隔医療による初期中絶が認められるようになった[21]。2017 年 11 月までの世界各地の研究に関する系統的レビューが 2019 年に発表されたが[22]、包括的な薬による中絶サービスに遠隔医療が用いられたことで、以下のことが明らかになったとしている[23]。

……さまざまな場面で、遠隔医療による薬を使った中絶の提供は安全で効果的であり、患者と提供者の双方に好まれているという確かな証拠がある。臨床結果は、対面訪問を伴うケアモデルと変わらないことが判明した。

ヨーロッパではアイルランドが、COVID-19 パンデミックが始まった 2020 年 3 月に、遠隔医療による中絶を承認した最初の国になった。その後、イギリスでは 3 月中に、フランスでは 4 月に承認された[24]。しかしながら、各国で全国レベルの要望が出されているのに、遠隔医療による中絶を承認した国はごくわ

¹⁰ 中期中絶で行われる外科手術。日本でも「子宮内容除去術」として行われることがあるが、D&C と混同されることも多く、D&E という言葉はあまり用いられない。

ずかである。スペインのカタルーニャ州では義務づけられていた受診回数が 2 回から 1 回に減ったが、遠隔医療は承認されていない。対照的に、モルドバ共和国の〈リプロダクティブ・ヘルス訓練センター〉は 2019 年から全国的な遠隔医療による中絶サービスの準備を始め、中絶薬を確保し、患者向けのビデオなどの資料を開発してきた。偶然にもプログラム開始の準備が整ったまさにそのとき、COVID-19 の問題が発生したという（リプロダクティブ・ヘルス訓練センター長ロディカ・コメンダント博士の 2020 年 4 月 29 日の私信より）。

英国では、〈英国妊娠相談サービス (Bpas)〉が 2018 年の時点でイングランドとウェールズの全中絶の 72% をカバーする最大の独立した中絶プロバイダーである。〈英国妊娠相談サービス〉では COVID-19 パンデミックが 2020 年 3 月に始まった際、スタッフが自己隔離の必要に迫られ、個人用防護具が不足していたせいもあって、クリニックの 23% を閉鎖せざるを得なくなった。英国政府は、中絶権擁護者、国會議員、さまざまな医療専門家グループからの圧力に応じ、2020 年 3 月 30 日からパンデミックが続く限り、遠隔医療による中絶を承認した。女性たちは現在、遠隔医療で〔医師から〕中絶の許可を得て、中絶薬を郵送で受け取り、自宅で自己管理中絶を行い、遠隔医療で中絶後のフォローアップを受けている。

外部からのアドバイスに支えられ、〈英国妊娠相談サービス〉はわずか 1 週間で全国規模の遠隔医療サービスを立ち上げ、稼働させることができた。2020 年 4 月末まで、通常より 35% 多くの女性たちにサービスを提供していたが、2020 年 7 月中旬には COVID-19 以前の水準を約 10% 上回る程度に落ち着いた。その時点までに遠隔医療を用いて 15,000 件以上の薬による初期中絶が行われた。スタッフが自宅からリモートで働いていたため COVID-19 の感染リスクは下がり、スタッフの自己隔離や個人用防護具の必要性も減った[25]。7 月に英国政府は、パンデミック後も遠隔医療を継続することを認めるかどうかを協議すると発表した。

● 遠隔医療による中絶への政治的抵抗

遠隔医療の利用はたんなる技術的な問題とか、提供者と患者が別々のところにいることだけを意味しているのではない。政治的な動機に基づく障壁を克服しなければならず、中絶への反対を拒まねばならない。残念ながら、中絶の提供を管理している医師たちが（そして政府も）管理を続けたがることは珍しくない。遠隔医療と在宅中絶への移行は、医師たちの覇権、医師たちへの政治的支持、医師たちの収入を脅かしかねないので、彼らは変化に抵抗する。しかし長期的に考えれば、時代遅れの慣習や法律は破棄するしかない。そうしなければより多くの人たちが医師たちの周辺で、あるいは医師たちを抜きにして、〔遠隔医療による中絶のために〕活動するだろう——そうした活動は可能なからだ。

たとえばケニアでは、2020 年 4 月に COVID-19 に関するガイダンスが発表され、リプロダクティブ・

ケア、妊産婦ケア、新生児ケア、家族計画ケアのサービス提供を必須サービスと見なして継続するように呼びかけられた。このガイダンスでは、サービス提供者と患者の安全のために遠隔医療などのディスタンシングの手段が提唱されている。しかし、合法的な中絶やポスト・アブーション・ケアのことはガイダンスに明記されておらず、ましてやそれを遠隔医療で行うことについては一切触れられていない[26]。2020年5月には、安全な中絶などのリプロダクティブ・ヘルス・サービスを国内ほぼ全域で提供している医療提供者ネットワーク〈リプロダクティブ・ヘルス・ネットワーク・ケニア〉は、新しいホットラインを開設して、ケニアの女性たちや少女たちにカウンセリングを施し、訓練を受けていて若者に親切な、安全な中絶の提供者への紹介を始め、24時間体制で運営している[27]。

- 自己管理中絶は全国民レベルで安全でなくてはならない

しかしながら、秘密裡に行われる違法中絶の安全性は相対的なものかもしれない。2015～19年に毎年推定7,330万件の中絶が行われたが、ポスト・アブーション・ケアを求めた700万人のうち、どれだけの人が危険で侵襲的な処置ではなく中絶薬を服用していたのかは不明である。

2020年になって、インドの6州での中絶についての研究が発表された。その6州はアッサム州、ビハール州、グジャラート州、マディヤ州、プラデシュ州、タミルナドゥ州、ウッタルプラデシュ州で、インドの人口の45%を占めている。この研究によれば、2015年にポスト・アブーション・ケアを受けた女性のうち、かなりの数の女性が、中絶薬の服用後に不全中絶〔子宮内容遺残〕で病院を受診しており、タミルナドゥ州の33%が最少で、アッサム州の65%が最多だった[28]。これは明らかに懸念すべき数値だが、女性たちがどのくらい情報や支援にアクセスできるかは国によって違うため、数値にも違いがあるだろう。

チリで行われた質的研究は、2006～16年にかけて、自宅で自己管理中絶を行った比較的恵まれた環境にある若い大学生30人を対象にしており、秘密裡に中絶薬を用いた個人がどんな経験をしているかがうかがえる[29]。この研究では、女性たちが中絶に至った経緯と、学内のネットワークをどのように使って中絶薬を見つけ服用方法を学んだのか、そして中絶の最中と事後にどんな経験をしたのかを記録している。対象となった若い女性たちは、正規の医療サービスを活用した——子宮外妊娠ではないことを確認するために妊娠前の超音波検査を受け、中絶後にも、中絶が完了したかどうかを確認するために流産したと申告して、超音波検査を受けていた。またホットライン、パートナー、友人からの支援も受けていた。それでも秘密裡に中絶するという状況からは不確かさと恐怖がもたらされ、中絶薬を探して購入することに始まり、服用量が正しいかどうか、自分の中絶が正しく進行しているかどうか、中絶が完了したかどうかに至るまで、ずっとその不確かさと恐怖はつきまとった。失敗するかもしれない、合併症が起こるかもし

れないという思いが強く、実際には不要だったポスト・アボーション・ケアを求めた人も少なからずいたために、統計値を引き上げる結果になった。女性たちの経験は困難なもので、中絶に必要な情報、時間、プライバシー、支援、お金を自分で確保しなければならず、リスクが生じた場合には自分で対処する能力も必要とされた。これは「必須医療」のあるべき姿ではない。

マダガスカルでも 2015～16 年に質的研究が行われ[30]、ミソプロストール服用による中絶後に合併症になった 19 人の若い女性たち（中絶時に 16～21 歳）の経験——他の方法を併用していたのかどうか、服用前にどんな情報を得ていたか、どれだけの用量をどのような服用方法で用いたか、どんな合併症を経験し、服用後にどのような治療を受けたか——に焦点が当たっている。この研究によると、若い女性たちは医療提供者に助言を求めるだけでなく、パートナー、友人、家族、伝統療法師からも助言を得ていた。ミソプロストールの入手は、正規の経路でも非正規の経路でも容易だったが、相談相手の助言にしたがって女性たちが用いたミソプロストールの量や服用方法はかなりばらつきがあり、WHO のガイドラインと違っていた。そのために効果がなく、中絶が失敗に終わったり、不全中絶になったり、大量出血をしたり、強い痛みが生じたり、感染症に至ったりしていた。研究者たちは、女性たちだけでなく医療提供者と薬剤師も、ミソプロストールの正しい使用法と合併症の治療について早急に訓練を受けねばならないとしている。

ここで明らかにしておきたい。このような状況で行われている自己管理中絶は、WHO のいう「セルフケア」[31]には当てはまらないし、中絶権利運動のいう「自己管理」でもない。医療制度が本来なすべき仕事をしていないのだから。

それでも繰り返しになるが、他国には異なる状況もある。2018 年にナイジェリアで行われた研究では、調査の過程に遠隔医療を組み入れ、法的制限のあるこの国でミスプロストール服用による自己管理中絶がどこまで有効なのかを見るために、薬品販売店からミスプロストールを入手して服用に関する情報を得た 394 人の女性に回答してもらっている。薬品販売店から得た薬に関する情報は不十分だったものの、対象者の 94% が薬の服用後約 1 ヶ月経った時点で外科的介入を受けることなく中絶を完了したと報告した。86 人の女性が合併症を示唆する身体症状を報告したが、医療施設での治療を必要としたと答えたのはわずか 6 人で、そのうち実際に治療を受けたのは 4 人だけだった。研究者たちは、現状において薬品販売店は中絶薬の重要な供給源になっており、自己報告という限界はあるものの相当数の女性がミスプロストールの自己投与〔による中絶〕に成功したようだと言っている[32]。研究者たちは追跡調査が必要だとしているが、同種の研究が数多く公表されるようになってきている現在、自己管理中絶が世界中で行われており、命の危険にさらされる女性の数が以前と比べれば激減していることが明らかになりつつある。

19 世紀から 20 世紀初頭にかけて、英国やフランスなどの宗主国で採用されていた刑法は、多くの旧植民地諸国でそのまま刑法の一部に組み込まれた。多くの場合、そうした法律は現存している。その時代の刑法は、女性本人や第三者が中絶を引き起こすために何らかの物質や器具を用いることをことごとく禁止した。当時の刑法は、危険で侵襲的な手段から女性を守るためのものだった。ところが現在では、同じ法律が女性を取り締まるために使われている。米国、英国、アイルランド、オーストラリアでは中絶薬を使った女性たちが起訴され、投獄されることもあった。

〈安全な中絶〉情報ホットラインは、合法的な中絶を受けられない国で自己管理中絶を安全に行えるようにするために多大な貢献をしている。ボランティアで運営されるホットラインに国の医療制度の代わりはできないが、政府から支援を受けて全国規模にサービスを拡大することは可能なはずである。ともあれホットラインが必要とされているという事実は、合法的であろうとなかろうと自宅で自己管理中絶を行おうとする人たちに対し、必要な情報と支援と手ごろな価格の中絶薬を確実に提供することが、医療制度に課せられた倫理的な義務であることを浮き彫りにしている。

中絶を法律でもっとも厳しく取り締まっている国々では、中絶が「必須医療」とであると宣言されることはなく、COVID-19 のパンデミックに際しても、中絶のための遠隔医療が始められていない。これらの国々にはパンデミックのためにどのくらい中絶を得られない人々がいるのか、おそらくさらに深刻な問題としてポスト・アパーション・ケアを得られない人々がどのくらいいるのか、エビデンスに基づく情報も現在のところあまり出ていない[33]。しかしきわめて問題のある現状となっている可能性がある。

● 遠隔医療と自己管理中絶を組み合わせる

今年〔2020 年〕の初め、性教育を教えている一人の助産師が 8 本のポッドキャストを作って「自己管理中絶の話——8 部作」と名づけた。これは自己管理中絶を紹介するもので、実際に自己管理中絶を経験した女性の話のあと、各ポッドキャストで医療専門家や弁護士らが登場し、米国で中絶を自宅で行う女性たちを支援している遠隔医療サービスのさまざまな側面について語る[34]。これは優れた教材で、それぞれの国に合わせて導入できそうである。

オーストラリアでは、2016 年にポール・ハイランド博士が設立した〈タボット財団〉が、医療専門家による初めての遠隔医療サービスとなった。電話で診察して自宅に中絶薬を届けるサービスが（承認されなかった一つの州を除いて）国内全域で行われたのである。この活動はタスマニア州から始まり、数年という短い期間で、オーストラリアの 7 つの州を網羅するまでに拡大した。サービスの手順は次のとおりである。専門医が電話で初診を行い、薬による自宅中絶に適しているケースかどうかを判断する。問題がなければクリニックから必要な薬がすべて郵送で届けられ、女性が薬局に足を運ぶ必要はない。中絶が進

行している最中は正看護師が電話で女性をサポートし、医師が 24 時間体制で待機している。中絶が無事に完了したかどうかは、電話によるフォローアップ診察で確認される。〈タボット財団〉は 2019 年 3 月に閉鎖せざるを得なかったが、サービス提供に問題があったわけでも需要がなかったわけでもなかった。閉鎖に至ったのは「こうした目的のための助成金も政府の補助金も後援者もないこの国で、サービスを運営していくにはコストがかかりすぎた」ためだった[35]。

〈ジニユイティ・ヘルス・プロジェクト (Gynuity Health Projects)〉は、2018 年に米国でテラボーション (TelAbortion) と呼ばれる遠隔医療プロジェクトを立ち上げ、このサービスを合法とする全国 13 州で、遠隔医療による中絶サービスを行っている。そのうち 5 州について、2019 年にサービスの評価結果が公表された[36]。これは 32 か月という期間を評価したもので、この期間中 248 パックの中絶薬が送付されている。ビデオ会議システムを用い、すべての必要な物品は郵便で女性たちに送られるこのサービスは、安全で有効であり、女性たちにとって受け入れやすいものだった。アンケートに答えた 159 人の女性の全員がサービスに満足していた。ただし、ピルを受け取ってから何かしらの記載のあるフォローアップ・データを送り返してきた 217 人 (88%) のうち、1 人が術後の発病により入院しており、別の 1 人は大量出血で入院した。また 27 人が予定していた以外に病院で診察を受けていた——そのうち 12 人は治療が必要ではなかったのだが。これらの例から、合併症は非常に少ないとはいえ、バックアップ・サービスをつねに備えておかねばならないことがわかる。

● 遠隔医療と自己管理型中絶における薬局の役割

多くの国で人々は薬局に出かけて行き、処方箋を提示するか、薬剤師の指導を受けるか、あるいは秘密裡に薬を購入できる。胃潰瘍の治療薬でもあるミソプロストールは、何十年も前から、世界の多くの国において処方箋がなくても薬局で買える薬となっている。

薬局と薬品販売店は、〈グローバル・サウス¹¹⁾〉において、合法の場合も超法規的な場合も中絶薬の供給源として中心的な役割を果たしてきた。ネパールとカナダというまったく環境の異なる二国の研究からは、薬剤師はシンプルな訓練を受ければ中絶薬の提供を管理でき、安全な服用方法についての情報を提供でき、必要に応じて合併症についての相談にも乗れるということがわかる。ネパールの研究[37]では、中絶薬を求めてきた 992 人の女性のほとんどが妊娠 6 週目前後だったため、かなり早期に中絶していた。その結果はきわめて安全で有効なものだった。研究対象になったのは、2 つの地区の薬局で 6 ヶ月のあいだに助言を求め、ミフェプリストンとミソプロストールがセットになった中絶薬を購入した女性たちで

¹¹ 開発途上国のこと。地理上の南半球に限定されない。

ある。一方の地区の薬剤師は 2010 年に中絶薬提供のための訓練を受け、もう一方の地区の薬剤師は 2015 年のこの研究の直前に訓練を受けた。一方の薬局は都市部、もう一方の薬局は農村部にあったが、どちらの地区でも 97~99% のケースで中絶が完了していた。2010 年に行われた研修の内容が、2015 年にも使われていた。重篤な合併症の報告は皆無で、回答した女性たちの満足度は高かった。

ネパールを調査した研究者たちによれば、訓練を受けた薬剤師および薬局の店員たちは、性感染症、避妊、緊急避妊薬についても、情報と薬の提供に成功していた。この成功という言葉には、クライアントの守秘義務を守りながら、薬、消耗品、情報、助言を迅速に提供できたことが含まれる。薬剤師は地元と密着しており、さまざまな健康問題についての情報源として信頼を得ている。ネパールは世界でも資源の限られた国だが、中絶に関する法律は進歩的で、妊娠 12 週までは女性の申告のみによる中絶が認められ、妊娠 18 週までについてもいくつかの他の理由による中絶が認められている。ネパールのこの例は、他の国々の手本となるべきだ。

カナダでは、ミフェプリストンが承認される前に、メトトレキサートとミソプロストールを求める人に直送する遠隔医療中絶サービスが開始された。カナダにミフェプリストンが導入されたのは 2017 年になってからのことだが、それ以降は急ピッチで改定された。2019 年 4 月からは血液検査やスキャンなどの障壁を設けずに、薬局で直接、中絶薬を購入できるようになった[38]。2020 年 4 月には、パンデミックに対応するために、遠隔医療を通じて中絶薬を提供するための手順が公表された。この手順では、ミフェプリストン 200mg の経口投与とミソプロストール 800mcg の舌下または膈内投与という標準的投与法に加え、必要に応じて 800mcg の追加投与量のミソプロストールの提供も推奨されている。ミソプロストールの追加投与は、可能性は低いけれども起こりうる不全中絶のリスクを減らすために行われる[39]。

WHO は 2015 年に安全な中絶ケアのための医療従事者の役割に関するガイドラインを作り、妊娠初期については薬剤師が安全に中絶薬を提供できるとしている。薬剤師によって提供されるサービスには、中絶薬に対して禁忌のないことを確かめること、一人で薬を服用し、一連の経過や一般的な副作用を自分で管理できそうな人かどうかを見極めることと、中絶が完了したかどうかを評価して、病院にフォローアップを受けに行く必要があるかどうかを判断することが含まれる[40]。

薬局と薬品販売店をこうして中絶薬提供のための重要なもう一つの拠点にすることは、公的に認められるべきである。ここには若い人たちへの提供が含まれねばならない。とくに若い女性にとって、薬局や薬品販売店で中絶薬が入手できるなら、その負担は、サービスを受けるために医療機関まで出かけていくところを誰かに見られてしまうという負担よりも軽いものかもしれない [41]。

多くの薬局と薬物販売業者は、商品を買ってくれる客として人々を捉えている。数多くの国々で、薬局はあらゆる種類のセルフメディケーション（自己投薬）の供給源である。医師を常時待機させている国も

あれば、店内に薬に関する知識をもち適切なアドバイスのできるスタッフを常駐させている国もある。中南米の多くの国に支店を持つある薬局チェーンは、「ドクター・イン・ザ・ハウス」という制度を導入し、貧しい人々が公的診療所に行くよりも安く気軽に医師に相談できるようにした。しかし、なかには薬局でのサービスにきちんと規制のない国もあり、低・中所得国ではサービスの質がまちまちで、未登録の薬局があったり、訓練を受けていない店員がいたり、標準より質の低い商品に悩まされたりすることもある。たとえ薬局が行きやすい場所だとしても、結果的にケアの質は低下することもあり得る（リディア・カサス・ベセラの 2020 年 8 月 24 日の私信より）。

● WHO の 2019 年セルフケア・ガイドラインには、自己管理中絶についての記載がある

2019 年に、WHO の〈ヒューマン・リプロダクション・プログラム〉は SRHR¹²のためのセルフケア促進策についての統合ガイドライン[42]を発表した。そのうち妊娠初期の薬による自己管理中絶のセクションには、2015 年のガイダンス [43]の要約が掲載されている。その全文をここに紹介したい。

自己管理と自己評価のアプローチによって、妊娠した当人のエンパワメントが可能である。またこのアプローチは利用可能な医療従事者の人的資源を最適化し、さまざまな課題を分担する際の手段になりうる。

- ・ 法律が許す限り、安全な中絶サービスはすべての女性にとって容易に利用でき、しかも手頃な価格でなくてはならない。
- ・ 自己管理のアプローチは、医療制度とケアの積極的な延長上に位置づけられる。自己管理の推奨は、女性が情報にアクセスできず、訓練を受けた医療提供者や医療施設にもバックアップとして頼ることのできないまま、秘密裡に行う自己中絶を容認するものではない。医療サービスを望み、必要とするすべての女性が、医療にアクセスできるようにしなくてはならない。
- ・ 各人は自分の健康管理のために一定の役割を果たしている。それは医療制度の中で課題を分担する際の構成要素として重要なものである。
- ・ これらの点を踏まえ、個々の構成要素についての以下の各項は、妊娠中の人が妊娠のすべての段階で、必要とするか希望すればつねに適切な情報と医療にアクセスできるという条件で、自己評価と自己管理のアプローチに関連して推奨されるものである。

¹² 性と生殖の健康と権利（セクシュアル&リプロダクティブ・ヘルス&ライツ）のこと。

- i. [薬による中絶を行うための] 禁忌がないかどうかの自己評価は、厳密な調査があれば推奨される。
- ii. 医療提供者から直接的な監視を受けることなくミフェプリストンとミソプロストールの服薬を自己管理することは、一定の状況において推奨される。すなわち、進行中の中絶の全段階で、女性が必要とするか希望すればつねに正確な情報と医療提供者へのアクセスが得られる状況である。
- iii. 妊娠検査薬やチェックリストを用いて中絶の過程がすべて終了したと自己評価することは、一定の状況において、つまりミフェプリストンとミソプロストールの両方の薬がが使われ、なおかつ進行中の中絶の全段階で、女性が必要とするか希望すればつねに正確な情報と医療提供者へのアクセスが得られる状況において推奨される。

さらに WHO による 2018 年のガイドライン『中絶の医学的管理』から、2つの注意事項が追加されている[44]。

- ミフェプリストンとミソプロストールを組み合わせる場合、妊娠 12 週未満であれば薬による自己管理中絶が可能であり、薬を自宅に持ち帰ることができ、医療提供者の直接の監督を受ける必要はない。ただし妊娠 10 週を超える場合については、まだエビデンスが乏しいことに注意すべきである。
- 中絶が完了したことを自己評価するために使う妊娠検査薬は、一般的に妊娠を診断するために使用される検査ではなく、低感度妊娠検査薬¹³とする。

● 遠隔医療と自己管理型中絶の限界

「遠隔医療は万能薬ではない。インターネットや電話の環境が整っていない人、[中絶と同時に] 長時間作用型避妊具の装着を求めている人、妊娠後期中絶を求めている人、過去に中絶を試みたことにより合併症の可能性のある人にはかならずしも適しているとは言えない。それゆえに施設ベースでの安全なサービス提供を続行し、避妊や安全な中絶のさまざまな選択肢を維持することは不可欠である。このことはロックダウン以降、妊娠中期の中絶サービスへの需要が高まる可能性があるためにとりわけ重要である」[45]

遠隔医療と自己管理中絶の組み合わせが受け入れられない、あるいは実現可能でない理由は他にもあるだろう。たとえば女性や少女が自宅で中絶を行うための条件が整わない場合である。プライバシーが確

¹³ 尿を使って判定する妊娠検査薬で、あえて感度を落としたもの。高感度の妊娠検査薬を用いると微量のホルモンを検出して擬陽性（妊娠判定）になることがあるため、妊娠終了を確認するには低感度の検査薬の方が都合がよい。

保できない場合や、パートナーや家族からの干渉や暴力から逃れられない場合、仕事を休む口実を作れない場合、24 時間いつでも安全にトイレを使える状態にない場合、出血や痛みに対処できない場合、そして受胎産物を処理する問題などがある。[46]。

家族と一緒に暮らしている少女や女性は、自宅にいて自分一人で、あるいは誰かに付き添ってもらって一緒に中絶を行うどころか、電話やビデオ通話のためのプライバシーさえ得られないかもしれない。先に紹介したチリの研究では複数の若い女性がこの種の問題があったと報告しており、他国でも同様の指摘がある。難民や避難民のキャンプのような環境では、自分の居住空間にトイレがついていなかったり、屋外の共同トイレはとくに夜間に危険だったりするかもしれない。

実際、貧困で、識字率の低い状態で暮らしている女性たちのために遠隔医療の実現可能性を高めようとする場合、そしてとくに医療提供者の少ない遠隔地、農村部、資源の乏しい地域で暮らしている場合には、より細やかな注意を払って適切な支援システムを開発しなければならない。

遠隔医療のためにはインターネットにアクセスできる環境が必要で、動画を使う場合はより強力な接続環境が必要である。アプリを使えばその穴埋めにはなるが、インターネット環境のない人も含めてすべての人が中絶薬にアクセスできるようにするには、医療制度を使って、薬剤師、専門職ではない地域の保健担当者、活動家などを教育する必要がある（スーザン・ヤノウの 2020 年 8 月 19 日の私信より）。それ以上に、24 時間 365 日、必要な時に支援を受けられるようにしておくことは重要なポイントで、プロセス全体に不可欠な要素として組み込まれるべきである。

- 真空吸引中絶は選択肢として継続すべき

できれば中絶薬より妊娠初期の吸引中絶を選びたいという女性もいる。避妊に関しては 1970 年代～1980 年代以来、手段を自分で選択できるという概念が重要課題になってきた。多くの貧しい女性たち、とくに〈グローバル・サウス〉諸国、貧しいコミュニティ、エスニック・コミュニティの女性たちのあいだで、避妊提供者の側が選んだ避妊方法を「受け入れる」ように強制される問題がしばしば起きたからである。この問題は、避妊の失敗率を引き下げ、中絶の必要性を減らすために、長時間作用型避妊薬が強制されるという形で、ここ数十年間のあいだに（仮にいったん消えていたとしても）再発している。医療専門家（と慈善団体）の多くは、今でも女性たちに代わって彼女たちが使う方法を選んでやりたいと考えており、中絶も例外ではない。しかし、この問題について意見交換したところ、提供者側の見解も一つにはまともでないことが判明した[47]。外から圧力をかけるのではなく、女性自身に手段を選ばせるよう支援することがつねに欠かせない。

● 妊娠中期の自己管理中絶

本ペーパーで取り上げたことのほぼすべてが初期中絶に関連することで、ほとんどの研究や報告された事例も妊娠 12 週未満の中絶に関するものである。しかし、妊娠中期以降の中絶も大切だ。妊娠中期の薬による自宅中絶を支援すると公表しているホットラインはごくわずかで、アルゼンチンの〈ソコリスタス・エン・レッド¹⁴〉はその一つである[48]。このグループは妊娠 24 週未満の中絶を行う女性たちへの支援を 2015 年に開始し、良い成果を上げている。このグループが良い成果を上げるのできた理由の一つは、女性たちが安心して支援を求められる特定の病院とのあいだに良好な関係を築いてきたからだ。メンバーたちは、ポスト・アボーション・ケアとして医師の診察を受けることも推奨してきた。

〈ソコリスタス〉のメンバーは、女性たちは何をしたいかを自分で決めなくてはならない、そしてその実行は本人に任せねばならないと信じているため、女性が自己決定する前に、一連の流れのあらゆる側面についてじっくり考えるようにアドバイスしながら支援する。メンバーは女性たちに、中期中絶は自宅で「開始」できるが、いつでもそれを「完了」させるために病院に行ってもかまわないと伝えている。あるメンバーはこう語っている。

「……今のところ、私たちは〔どんな〕合併症も経験したことはありません……。女性が〔病院に〕行ったとすれば、それは彼女たち自身が病院で〔胎児を〕排出すると決めたからなのです。」

自宅で中期以降の胎児を処分するのは容易なことではない。それ以上に、ときに女性たちはまだすべてを排出し終わっていない段階で、すべて完了したと思ってしまうことがある。そうしたリスクを減らすために、〈ソコリスタス〉のメンバーの中には、妊娠 16 週を超えた人は全員、共感を寄せてくれる医療専門家のいる病院に行き、処理を完了させた方がいいと勧める人もいる。スタッフたちは「このモデルを使った中期中絶が、どのくらい安全で有効で受け入れられるものなのかを評価する研究がぜひとも必要である」と言う。その一方、COVID-19 のパンデミックのさなかにあっても、臨床現場で——特に可能であれば 1 次レベルの医療施設で——中期中絶の提供が続けられることは極めて重要である。

インドネシアのホットラインのデータを使った研究が 2018 年に発表されている。この研究によると、2012～16 年にホットラインに中絶薬を求めて電話をかけてきた女性のうち、96 人が妊娠初期を超えていた。そのうち 91 人がカウンセリングを提供され、そのうち 83 人が中絶薬を使って妊娠を終了させる

14 「ネットワーク上の救命救急隊」を意味する。

ことに成功し、医療の支援を受ける必要もなかった。5人は合併症かもしれない兆候があったために医療を求め、1人は中絶に失敗して医療を求め、2人はフォローアップできなかった。この研究結果は、一部で予想されているよりはるかに良好である。こちらの研究者たちも、このモデルに関してさらに研究を続け、報告を集める必要があると述べている[49]。

チリ、エクアドル、アルゼンチンに拠点をもつ支援グループによる13～24週の中期中絶の症例記録を用いた研究も、ごく最近発表された。この研究によると、318件の中絶のうち、中絶薬だけで中絶を完了できたのは241件のみだった。残りのほとんどは、中絶を完了させるために手術が必要となり（16件は未完了）、チリでは何件か合併症が生じている（エクアドルとアルゼンチンでは合併症の記録は保存されていなかった）。[50]（データからわかる限りにおいて）手術が必要とされるケースが多く、これは良好な結果ではない。この種の研究では、投与量と投与方法を比較して、これらが結果の違いになっているのかを検討すべきだ。

中絶を法律で制限している国々では、妊娠のどの段階であろうと自己管理中絶が認められる可能性は低い。その一方で、安全な中絶を合法的に提供できなければ、女性たちが医療制度以外のところで中絶を求めざるを得ない状況は続く。

● 時代遅れの中絶サービスの提供モデルと未来への示唆

ほとんどの国の中絶についての法律と政策は、どの方法なら良くてどの方法なら悪いのか、どのような理由なら許容されるか、そしてそれだけでなくどこで中絶を行うのか、どのくらいの人数のどんな医療専門家が中絶を承認すべきなのか、どのような特別の訓練を受けた医療専門家が、どのレベルのクリニックないし病院で中絶を提供できるか、入院か外来か、妊娠何週から何週まで提供していいか、妊婦本人の他に誰かの同意が必要かどうかを現在も定めている。中絶薬はWHOの必須医薬品リストに登録されているのに、他のほとんどの薬に比べ、中絶薬は厳しく規制され制限されている。そして中絶法がリベラルな地域においても、女性自身が中絶方法を選べないところも少なくない。さらに、あまりにも多くの国々に、麻酔をかけ、入院させて外科手術のD&C（拡張搔爬法）をいまでも行っている高次医療施設で指導的立場にある頑固な時代遅れの臨床医たちがいるが、即座に辞めてもらうほうがいい。

改善点には次のようなものがある。すべてWHOのガイドラインで勧められている内容である。

- ・妊娠初期でも妊娠中期でも、薬による中絶は入院させて行う必要はなく、3次レベルの医療施設で行う必要もない。
- ・看護師、助産師、一般開業医など、中間レベルの医療提供者は、1次レベルの医療施設でほとんどの中

絶を管理できるように訓練されるべきである。またこれらの医療提供者および薬剤師は、女性が自宅で自己管理中絶を行えるように、中絶薬を提供できるようにする。

- ・(手動の)真空吸引は、外来および1次レベルの診療所、家族計画クリニックで、中間レベルの医療提供者が行えるようにする。
- ・超音波検査と血液検査はルーティンとして行う必要はなく、妊娠初期には行わなくてよい。

1995～2019年にかけて、オンライン診療後に行われた中絶薬の自己服用に関する諸研究をレビューした結果、以下のことがわかっている。本ペーパーを結ぶにあたって強調しておきたいことだ。

- ・中絶薬を手に入れるためにインターネットを利用する女性は増えている。
- ・利用できるサービスの質にはばらつきがある。
- ・双方向的でないサービスにアクセスした女性は、医学的な指導を受けられないことに強い不安を報告しており、また中絶の進行中に双方向的な指導を受けたいという需要は高い。
- ・医療スタッフの指導のもとでサービスを利用している女性は満足度が高く、臨床上的結果は対面で行われる中絶ケアと変わらない[51]。

● セクシュアル&リプロダクティブ・ヘルスケアのための遠隔医療と自己管理中絶に関する初の全国調査：英国の例

2020年6月30日、〈英国王立産婦人科医協会・生殖医療ファカルティ〉は、COVID-19期間中の遠隔医療に関連したSRHケアの変化について、会員1,000人を対象とした調査結果を発表した。その報告によれば、遠隔での性と生殖に関する健康相談はパンデミック前の18%から89%に増加している[52]。

中絶に関しては次のことがわかった。「ロックダウン以降、遠隔医療による中絶は薬による中絶の78%を占めており、イングランドのすべての中絶の約3分の2を占めている。中絶が行われるまでの平均待機時間は、2月には10日間だったが、6月には4.46日間に短縮された。中絶を行った時点での妊娠週数は、平均8週間から6.7週間に短縮された」。

この報告で唯一憂慮すべきは次の点である。「対面診療機会が減少したために、脆弱なグループのSRHケアに有害な影響が出ている。対面診療がないせいで、保護の必要となるケース、家庭内虐待、10代の妊娠を見つけ出すのがより困難になっている。できるだけ多様な相談方法が使えるようにしておくこと——対面、リモート、オンライン——は、現在のみならずパンデミック後も、すべての女性と少女に包括的なSRHケアを提供する際に欠かせない……。リモートやオンラインのサービスは、対面診察を補完す

るものであって代替するものではない。どの診察方法を用いる場合でも、安全性とケアの質を確保するには、最善の実践をなし、ガイドラインを遵守していく必要がある」

● 終わりに

本ペーパーで紹介した数々の研究では、遠隔医療が訓練を受けた医療提供者、訓練を受けた薬剤師、訓練を受けた〈安全な中絶〉情報ホットラインによって行われ、妊娠 12 週未満の自宅における自己管理中絶で中絶薬を用いることに関して正確な情報を提供するなら、安全かつ効果的であり、重篤な合併症はまれであることが示されている。ほとんどのブランドのコンビパック¹⁵の標準的な用量に、追加用のミソプロストールを加えれば、中絶完了率を 100% に近づけ、不全中絶のリスクを大幅に減らすことができる。自宅における中期中絶の安全性と、自宅における中期中絶を支援するための医療制度の役割に関しては、さらなる研究が求められている。

WHO の指針にしたがうように訓練を受けている〈安全な中絶〉情報ホットラインは、公的な医療制度の一部ではないが、正確な情報と共感的なサポートを提供し、女性が必要とする際につなげるように医療従事者や病院と関係を結んでおり、多くの場合、みずから医療分野で働いてきた経験を持つ人々もスタッフに加わっている。この種のホットラインは、まさに今、そうしたホットラインが中絶を必要とする女性たちのために、情報と支援の重要な供給源として機能している国々で、何をしていけるかを示すモデルとなっている。

女性たちが品質の定かではない薬を独力で手に入れるしかなく、正しい用法や用量の情報も得られず、継続的なサポートもないような立場に置き去りにされているなら、安全性と有効性は保証されない。それでも、中絶薬によって女性の命が奪われるようなことは起こっていない。1989 年頃に行われた最初の実証研究以来、中絶薬は、過去の危険な中絶手法に比べてはるかに安全であることが証明され続けている。過去の危険な中絶手法は、ようやく昔のことになりつつある。

過去 20 年間に、大幅に改善された使いやすい中絶方法や新しい中絶ケアのモデルが登場しているが、そうした中絶方法やケアをどんな女性も使えるかという、依然として極めて不均等であり、普遍的に使えるという状況からはほど遠い。この状況を地球規模で変えるためには、安全な中絶が〈必須医療（エッセンシャル・ヘルスケア）〉として認識されねばならない。中絶は完全に非合法化されねばならず、女性自身が中絶を自己決定する権利と、中絶が行われる状況を決める権利を持たねばならない。そのような変化のためには医療制度の大幅な改革が必要であり、それにも増して望まない妊娠をしたすべての人が安

¹⁵ ミフェプリストンとミソプロストールを組み合わせた製品。

全な中絶を受ける権利を保障するような法律、政策、実践の改革がまさに必要なのである。

謝辞

スーザン・ヤノウ（米国）、リディア・カザス・ベセラ（チリ）、リネット・シュマック（オーストラリア）からは、貴重な情報を提供していただくとともに、ベーパーに数多くの有益なコメントをいただきました。ここに感謝いたします。誤りがあるとしたらすべて私の責任です。

原注

[1] World Health Organization (WHO). A health telematics policy in support of WHO's health-for-all strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11–16 December, Geneva, 1997. Geneva: WHO, 1998. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857>

[2] DM Angaran. Telemedicine and telepharmacy: current status and future implications. *American Journal of Health-System Pharmacy* 1999 Jul 15;56(14):1405-26. doi: 10.1093/ajhp/56.14.1405

[3] Abby Swanson Kazley, Amy C McLeod, Karen A Wager. Telemedicine in an international context: definition, use, and future. *Advances in Health Care Management* 2012; 12: 143-69. doi: 10.1108/s1474-8231(2012)0000012011

[4] Paul Webster, Virtual health care in the era of COVID-19. *Lancet*, 11 April 2020;395(10231). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30818-7/fulltext?dgcid=hubspot_email_newsletter_tlcoronavirus20&utm_campaign=tlcoronavirus20&utm_source=hs_email&utm_medium=email&utm_content=86258831&_hsenc=p2ANqtz-8FAHxpLjL085A_T6dcGZL7gbcCWDyyekbJ-BakB18CRCuhQ1D_jdBDhJqsJ4_Z54jIhUNapt5ahKbPHtqQRerlG_e2SA&_hsmi=86258831#coronavirus-linkback-header](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30818-7/fulltext?dgcid=hubspot_email_newsletter_tlcoronavirus20&utm_campaign=tlcoronavirus20&utm_source=hs_email&utm_medium=email&utm_content=86258831&_hsenc=p2ANqtz-8FAHxpLjL085A_T6dcGZL7gbcCWDyyekbJ-BakB18CRCuhQ1D_jdBDhJqsJ4_Z54jIhUNapt5ahKbPHtqQRerlG_e2SA&_hsmi=86258831#coronavirus-linkback-header)

[5] Katharine Marianne de Tolly, Deborah Constant. Integrating mobile phones into medical abortion provision: intervention development, use, and lessons learned from a randomized, controlled trial. *JMIR Mhealth and Uhealth*. February 2014;14;2(1):e5. doi: 10.2196/mhealth.3165

- [6] Sarah Ireland, Suzanne Belton, Frances Doran. 'I didn't feel judged': exploring women's access to telemedicine abortion in rural Australia. *Journal of Primary Health Care* March 2020; 12(1):49-56. doi: 10.1071/HC19050
- [7] Susheela Singh, Prof Chandar Shekhar, Rajib Acharya, Ann M Moore, Melissa Stillman, et al. The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015. *Lancet Global Health*, 1 January 2018;6(1): e111-120. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30453-9
- [8] FRHS India, Pratigya Campaign for Gender Equality and Safe Abortion. Availability of medical abortion drugs in the markets of six India states. 2020 <http://www.frhsi.org.in/pdf/Availability%20of%20MA%20Drugs%20across%206%20Indian%20states-%20An%20Executive%20Summary.pdf>
- [9] Ministry of Health and Family Welfare India. Telemedicine Practice Guidelines: Enabling Registered Medical Practitioners to Provide Healthcare Using Telemedicine. 25 March 2020. <https://www.mohfw.gov.in/pdf/Telemedicine.pdf>
- [10] Nishitha Aysha Ashraf. Hidden Pockets, 17 April 2020. <https://hidden-pockets.com/telemedicine-and-abortion-india-says-yes-or-no/>
- [11] See Women Help Women, at: <https://womenhelp.org/> and Women on Web at: <https://www.womenonweb.org/en/i-need-an-abortion>
- [12] Safe Abortion Information Hotlines, International Campaign for Women's Right to Safe Abortion website, at: <https://www.safeabortionwomensright.org/safe-abortion-3/safe-abortion-information-hotlines/>
- [13] Women Help Women, <https://womenhelp.org/en/page/346/women-help-women-is-about-access-information-and-activism>
- [14] Sybil Nmezi. The Reproductive Health Information Hotline: an intervention towards addressing women's challenges within the COVID-19 outbreak. *International Campaign for Women's Right to Safe Abortion Newsletter*, 5 June 2020. <https://www.safeabortionwomensright.org/feature-nigeria-reproductive-health-information-hotline-an-intervention-towards-addressing-womens-challenges-within-the-COVID-19-outbreak/>

- [15] WHO. Preventing unsafe abortion. 26 June 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- [16] WHO. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context interim guidance. 1 June 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>
- [17] Caitlin Gerdtts, Divya Vohra, Jennifer Ahern. Measuring unsafe abortion related mortality: a systematic review of the existing methods. *Plos One* 2013; 8 (1): e53346. doi: 10.1371/journal.pone.0053346
- [18] Megan Wainwright, Christopher J Colvin, Alison Swartz, Natalie Leon. Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health Matters* 2016;24(47):155-67. doi: 10.1016/j.rhm.2016.06.008
- [19] WHO. Medical management of abortion. Geneva: WHO, 2018. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/en/>
- [20] Daniel Grossman, Kate Grindlay, Todd Buchacker, Joseph E Potter, Carl P Schmertmann. Changes in service delivery patterns after introduction of telemedicine provision of medical abortion in Iowa. *American Journal of Public Health* 2013; 103: 73-78. <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2012.301097>
- [21] Ellen R Wiebe. Use of telemedicine for providing medical abortion. *International Journal of Obstetrics & Gynecology* February 2014;124(2):177-78. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2013.07.038>
- [22] M Endler, A Lavelanet, A Cleeve, B Ganatra, R Gomperts, K Danielsson. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 14 March 2019. doi: 10.1111/1471-0528.15684
- [23] D Grossman. Telemedicine for medical abortion – time to move towards broad implementation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* April 2019. doi: 10.1111/1471-0528.15802
- [24] Conseil-Etat.fr, 22 May 2020. https://www.conseil-etat.fr/actualites/actualites/ivg-medicamenteuse-a-domicile-durant-l-etat-d-urgence-sanitaire-ordonnance-du-22-mai?fbclid=IwAR1NRgrSvX8PR44heWU0YJTucLJDJ3It7wl_ph-KbbgEq9oxCVK_ld7wUYo

- [25] Information from Rachael Clarke and Clare Murphy, British Pregnancy Advisory Service, quoted in: Marge Berer. To what extent have abortion services not been available since the COVID-19 pandemic began, and why? International Campaign for Women's Right to Safe Abortion Newsletter. 16 July 2020. <https://www.safeabortionwomensright.org/discussion-to-what-extent-have-abortion-services-not-been-available-since-the-COVID-19-pandemic-began-and-why/>
- [26] Ministry of Health. Kenya Practical Guide for Continuity of Reproductive, Maternal, Newborn and Family Planning Care and Services in the Background of COVID-19 Pandemic, April 2020. <http://www.health.go.ke/wp-content/uploads/2020/04/KENYA-COVID19-RMNH.pdf.pdf.pdf>
- [27] Saskia Hüsken with Nelly Munyasia. COVID-19: The resilience of safe abortion providers in Kenya. Rutgers Blog. 28 May 2020. <https://www.rutgers.international/news/blog-archive/COVID-19-resilience-safe-abortion-providers-kenya?destination=SafeChoiceNews%3F>
- [28] Susheela Singh, Rubina Hussain, Chander Shekhar, Rajib Acharya, Melissa Stillman, Ann M Moore. Incidence of treatment for post-abortion complications in India. *BMJ Global Health*, 19 July 2020; 5: e002372. <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/7/e002372.full.pdf>
- [29] Irma Palma Manriquez, Claudia Moreno Standen, Andrea Alvarez Carimoney, Alondra Richards. Experience of clandestine use of medical abortion among university students in Chile: a qualitative study. *Contraception* 22 September 2017; doi: 10.1016/j.contraception.2017.09.008
- [30] Dolorès Pourette, Chiarella Mattern, Rila Ratovoson, Patricia Raharimalala. Complications with use of misoprostol for abortion in Madagascar: between ease of access and lack of information. *Contraception* 11 December 2017;97(2):116-21. 10.1016/j.contraception.2017.12.005
- [31] WHO/HRP. Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health: Sexual and Reproductive Health and Rights, Geneva: WHO, 2019. p. 67. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en/>
- [32] Melissa Stillman, Onikepe Owolabi, Adesegun O Fatusi et al. Women's self-reported experiences using misoprostol obtained from drug sellers: a prospective cohort study in Lagos State, Nigeria. *BMJ Open* 2019;10(5). <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/5/e034670.full.pdf>

- [33] Marge Berer. To what extent have abortion services not been available since the COVID-19 pandemic began, and why? International Campaign for Women's Right to Safe Abortion Newsletter. 16 July 2020. <https://www.safeabortionwomensright.org/discussion-to-what-extent-have-abortion-services-not-been-available-since-the-COVID-19-pandemic-began-and-why/>
- [34] Apple Podcasts, by Anna Reid, Antonia Piccone, 2020. <https://www.smapodcast.org/>
- [35] Tabbot Foundation. 2018. <https://www.tabbot.com.au/>. SEE ALSO: Paul Hyland, Elizabeth G Raymond, Erica Chong. A direct-to-patient telemedicine abortion service in Australia: retrospective analysis of the first 18 months. Australia New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology June 2018;58(3):335-40. doi: 10.1111/ajo.12800. Epub 2018 Mar 30. SEE ALSO: Gina Rushton. A postal abortion service that sent RU486 to thousands of women is shutting down. BuzzFeed. 21 March 2019. <https://www.buzzfeed.com/ginarushton/tabbot-foundation-abortion-ru486>
- [36] TelAbortion. <https://telabortion.org/>. SEE ALSO: B Winikoff, PW Castilli, EG Raymond, E Chong, M Mary, et al. TelAbortion: evaluation of a direct to patient telemedicine abortion service in the United States. Contraception 24 May 2019; 100: 173-77. doi: 10.1016/j.contraception.2019.05.013
- [37] Anand Tamang, Mahesh Puri, Sazina Masud, Minal Singh, Punam Sharma. Medical abortion can be provided safely and effectively by pharmacy workers trained within a harm reduction framework: Nepal. Contraception 18 September 2017;97(2):137-43. doi: 10.1016/j.contraception.2017.09.004
- [38] Canada removes all access barriers to abortion with mifepristone + misoprostol. International Campaign for Women's Right to Safe Abortion Newsletter. 19 April 2019. <https://www.safeabortionwomensright.org/canada-removes-access-barriers-to-abortion-with-mifepristone-misoprostol/>
- [39] Guilbert E, Costescu D, Wagner M-S, Renner R, Norman WV, et al. Canadian Protocol for the Provision of Medical Abortion via Telemedicine. April 2020. <https://sogc.org/common/Uploaded%20files/CANADIAN%20PROTOCOL%20FOR%20THE%20PROVISION%20OF%20MA%20VIA%20TELEMEDICINE-%20FINAL2.pdf>
- [40] WHO. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception, Geneva: WHO, July 2015. p.7. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181041/9789241549264_eng.pdf?sequence=1

- [41] Lianne Gonsalves, Adriane Martin Hilber, Kaspar Wyss et al. Potentials and pitfalls of including pharmacies as youth-friendly contraception providers in low- and middle-income countries. *BMJ SRH Journal* August 2020. <http://emails.bmj.com/c/1oay9nT81afW9pRgNV3byljAoe>
- [42] Op cit. WHO/HRP. Ref. 31.
- [43] Op cit. WHO. Ref 40.
- [44] Op cit. WHO. Ref 19.
- [45] Marie Stopes International. Resilience, Adaptation and Action: MSI's response to COVID-19. August 2020. <https://www.mariestopes.org/media/3849/resilience-adaptation-and-action.pdf>
- [46] Wendy V Norman, Sarah Munro. Let's keep our eye on the ball. *BMJ Sexual & Reproductive Health* 2020;46(3). <https://srh.bmj.com/content/46/3/159.long>
- [47] Kevin Sunde Oppegaard, Margaret Sparrow, Paul Hyland, et al. What if medical abortion becomes the main or only method of first-trimester abortion? A roundtable of views. *Contraception* 2018;97(2):82-85. [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(17\)30371-2/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(17)30371-2/fulltext)
- [48] Ruth Zurbriggen, Brianna Keefe-Oates, Caitlin Gerdts. Accompaniment of second-trimester abortions: the model of the feminist Socorrista network of Argentina. *Contraception* February 2018;97(2):108-15. doi: 10.1016/j.contraception.2017.07.170
- [49] Caitlin Gerdts, Ruvani T Jayaweera, Sarah E Baum, Inna Hudaya. Second-trimester medication abortion outside the clinic setting: an analysis of electronic client records from a safe abortion hotline in Indonesia. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2018; 44:286-91. <https://srh.bmj.com/content/familyplanning/44/4/286.full.pdf>
- [50] Heidi Moseson, Kimberley A Bullard, Carolina Cisternas, et al. Effectiveness of self-managed medication abortion between 13 and 24 weeks gestation: A retrospective review of case records from accompaniment groups in Argentina, Chile, and Ecuador *Contraception* August 2020;102(2):91-98. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S001078242030130X?dgcid=raven_sd_via_email

[51] Margit Endler, Amanda Cleeve, Kristin Gemzell-Danielsson. Online access to abortion medications: a review of utilization and clinical outcomes. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology* February 2020; 63:74-86. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.06.009. Epub 2019 Jul 2.

[52] Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. FSRH COVID-19 Members Survey. <https://www.fsrh.org/policy-and-media/members-survey/>. SEE ALSO: FSRH Response: Capturing Clinical Changes in the NHS by NHS England and Improvement. 30 June 2020. <https://www.fsrh.org/news/fsrh-responds-to-nhs-capturing-clinical-changes-survey/>