

# WHO ファクトシート

## 安全でない中絶の防止

WHO 発表日:2020 年 9 月 25 日

翻訳日:2021 年 5 月 16 日

---

### 重要な事実

- **2015 年から 2019 年の間、世界では、年間平均 7,330 万件の中絶(安全なものと同安全でないものを含む)が毎年行われています(1)。**
- **15~49 歳の女性 1000 人当たり年間 39 件の中絶が行われています(1)。**
- **全妊娠の 10 分の 3(29%)、意図しない妊娠の 10 分の 6(61%)に対して人工妊娠中絶が行われています(1)。**
- **これらの中絶のうち、3 分の 1 は最も安全性の低い、または危険な条件のもとで行われています(2)。**
- **世界の安全でない中絶の半数以上はアジアで行われています。そのうちの多くは南アジアと中央アジアで行われていると考えられます(2)。**
- **アフリカとラテンアメリカで行われている中絶の 4 分の 3 は安全でない中絶です(2)。**
- **安全でない中絶で女性が死亡するリスクは、アフリカにおいて最も高いとされます(2)。**

- 毎年、妊産婦死亡の**4.7～13.2%**が安全でない中絶に起因するとされています**(3)**。
  - **2010 年から 2014 年の推計によると、すべての中絶の約 45%**が安全でない中絶であるとされています。安全でない中絶のほとんどが**発展途上国**で行われています**(2)**
  - 発展途上国では、年間約**700 万人**の女性が安全でない中絶の結果、病院に入院しています**(4)**。
  - 安全でない中絶によって引き起こされる**重大な合併症の治療に年間 5 億 5,300 万ドル**が費やされていると推定されています**(5)**。
  - 適切な技術を持った人が、妊娠期間に則した **WHO** の推奨する方法を用いて行う場合、中絶は安全だと言えます。
  - 中絶に起因する死亡や障害のほとんどは、**性教育、効果的な避妊法の使用、安全で合法的な中絶の提供、合併症に対する迅速な治療**によって防ぐことができます**(6)**。
- 

適切な技術を持った人が、妊娠期間に適した則した WHO の推奨する方法\*を用いて行う場合、中絶は安全だと言えます。錠剤(薬剤による中絶)や簡単な外来処置で行うことができます。

適切な技術を持たない人によって中絶が行われる場合、または最低限の医学的基準を満たしていない環境で中絶が行われる場合、もしくはその両方の場合、中絶は安全ではありません。薬剤による中絶(薬のみで行う方法)と、手術による中絶(手動または電気吸引器を用いて行う方法)では、それぞれの施術者・技術・医学的に求められる安全性の基準が異なります。安全な中絶に必要な技術や医学的基準も、妊娠期間や科学の進歩に影響されます。

- プロバイダー(施術者)が訓練を受けていたとしても鋭的(尖った器具を用いた)掻爬術のような時代遅れの方法で中絶が行われる場合や、女性が薬剤による中絶を行う際に適切な情報を得られなかったり、助けが必要な場合に訓練を受けた人のもとに行くことができなかつたりする場合、中絶の安全性は低いです。
- 腐食性物質を摂取する場合や中絶の訓練を受けていない人が異物の挿入や伝統的な調合薬の使用などの危険な方法を使用している場合、中絶は危険もしくは最も安全性が低いと言えます。

望まない妊娠をした女性(思春期の女子を含む)が安全な中絶を利用できない場合、安全でない中絶を利用せざるを得ないことがよくあります。

安全な中絶の利用を妨げる要因に、以下のようなものが挙げられます。

- 法律的な制限
- サービスの利用しにくさ
- 高額な費用
- ステイグマ
- ヘルスケアプロバイダー(医療者)の宗教上、心情上の診療拒否
- 待機期間の強制、カウンセリングの強要、誤解を招く情報の提供、第三者の同意、ケアの遅れにつながる医学的に不必要な検査

\*訳者注

WHO の推奨する方法(「安全な中絶(2012)」と「薬剤による中絶の管理(2018)」をもとに作成)

	薬剤による中絶		外科的中絶
	ミフェプリストン+ ミソプロストール	ミソプロストール単剤 (ミフェプリストンがない場合)	
<妊娠 12 週	ミフェプリストン経口 200mg  1-2 日後にミソプロストール 口腔、経膣または舌下 800 μg	ミソプロストール 口腔、経膣または舌下 800 μg	真空吸引法
≥妊娠 12 週	ミフェプリストン経口 200mg  1-2 日後にミソプロストール 口腔、経膣または舌下 400 μg 3 時間毎に反復	ミソプロストール 口腔、経膣または舌下 400 μg 3 時間毎に反復	術前処置 <sup>†</sup> + 頸管拡張及び子宮内 容物排出術(D&E)

<sup>†</sup> 術前処置

- ミフェプリストン 200mg を経口投与(処置の 24 時間~48 時間前)、または
- 処置の 2 ~ 3 時間前にミソプロストール 400 μg を舌下投与、または
- 処置の 3 時間前にミソプロストール 400 μg を経膣投与、または
- 処置の 6 ~ 24 時間前にラミナリアを子宮頸管内に挿入する

---

## 問題の及ぶ範囲

2010年から2014年までのデータによると、全世界で行われた中絶のうち約45%が安全な方法によるものではありませんでした(2)。

安全でない中絶の3分の1は、最も安全性の低い中絶、つまり、適切な訓練を受けていない人により危険で侵襲的な方法を用いたものでした(2)。

ラテンアメリカとアフリカでは、行われている中絶の大多数(約4分の3)が安全ではない方法で行われています。

2012年の推計によると、発展途上国だけでも年間推定700万人の女性が安全でない中絶による合併症のために病院で治療を受けています(4)。

毎年、妊産婦死亡数の4.7～13.2%が安全でない中絶に起因しています(3)。先進国では、安全でない中絶10万件あたり30人の女性が死亡していると推定されます。この数は、発展途上地域では安全でない中絶10万件あたり死亡数220人に上り、サハラ以南のアフリカでは安全でない中絶10万件あたり死亡者数520人に上っています。

アフリカでは、すべての中絶の半数近くが、極めて安全性の低い条件で行われています。さらに、安全でない中絶による死亡はアフリカの女性に不均衡に甚大な影響を与えています。すべての安全でない中絶のうち29%はアフリカ大陸で行われています。また、安全でない中絶に関連した死亡のうち62%がアフリカ大陸で起きているとされています(2)。

---

## 誰が危険にさらされているのか

望まない妊娠をしており安全な中絶にアクセスできない女性は誰でも、安全でない中絶を行うリスクがあります。低所得国に住む女性や貧しい女性は、安全でない中絶を行う可能性が高くなります。妊娠週数が進んだ段階で安全でない中絶が行われると、死亡者数や負傷者数が増加します。効果的な避妊と安全な中絶へのアクセスが制限されている場合やそれらが利用できない場合には、安全でない中絶が行われる割合が高くなります。

---

## 緊急治療を必要とする安全でない中絶の合併症

安全でない中絶により、女性は生活の質とウェルビーイング（健康や幸福）に様々な悪影響を及ぼす経験をする可能性があります。また、なかには生命を脅かす合併症を経験する女性もいます。最も安全性の低い中絶の結果としてみられる合併症のうち、生命を脅かす主な合併症には出血、感染症、生殖器・臓器損傷があります。また、最も安全性が低い条件下で行われた安全でない中絶は、以下のような合併症を引き起こす可能性があります。

- 不完全な中絶（子宮から妊娠組織をすべて取り除けなかったり、排出できなかったりすること）
- 大量出血
- 感染
- 子宮穿孔（鋭利なもので子宮が傷つけられることによって生じる）
- 棒や編み針、割れたガラスなどの危険物を膣や肛門に挿入したことによる性器や臓器の損傷

---

## 兆候と症状

安全でない中絶の合併症に対する適切な治療と医療施設への迅速な紹介を確実に行うためには、正確な初期評価が不可欠です。すぐに注意を払う必要がある合併症の重大な徴候や症状には、以下のものがあります。

- 異常な性器出血
- 腹痛
- 感染
- ショック（循環動態の破綻）

安全でない中絶後の合併症は診断が難しい場合があります。例えば、子宮外妊娠もしくは異所性妊娠（子宮外での受精卵の異常な発育）の女性は、不完全な中絶と同様の症状を呈することがあります。したがって、ヘルスケアプロバイダー（医療従事者）は、確実な診断と適切な治療を迅速に行うことができる施設への紹介と搬送の手配を行うことが不可欠です。

---

## 治療とケア

安全でない中絶から生じる合併症とその治療法には、以下のようなものがあります。

- 出血: 大量出血に対する治療が遅れる致命的となる可能性があるため、適時の治療開始が重要です。
- 感染症: 抗生物質による治療および、残っている妊娠組織をできる限り早く子宮から排出することが必要です。
- 生殖器や臓器損傷: 疑われる場合には、早期に適切な医療水準の医療機関に紹介することが不可欠です。

---

## 中絶後の合併症治療へのアクセス

ヘルスケアプロバイダー(医療従事者)は、中絶の法的根拠にかかわらず、中絶に関連した合併症に苦しむすべての女性に救命医療を提供する義務があります。これには安全でない中絶後の合併症治療が含まれています。ただし、違法な中絶を行った者に関する情報を開示することを条件として、中絶合併症の治療が行われる場合があります。

違法な中絶の結果、緊急医療を求める女性から自白を引き出す行為は、女性の命を危険にさらします。医師やその他の医療従事者が中絶を受けた女性の事例を報告することを法的に義務づけることは、治療を遅らせ、女性の健康と生命に対するリスクを増大させます。国連の人権基準は、緊急医療を求める人に対して、即時かつ無条件の治療を提供することを各国に求めています(7)。

---

## 予防と管理

安全でない中絶は、以下の方法で防ぐことができます。

- 包括的性教育
- 緊急避妊を含む効果的な避妊法の使用による、意図しない妊娠の予防
- 安全で合法的な中絶の提供

また、安全でない中絶による死亡や障害は、合併症の緊急治療を適時に提供することで減らすことができます(6)。

---

## 経済的影響

安全でない中絶は死亡や障害を引き起こすだけでなく、女性・家族・地域社会・医療システムには大きな社会的・経済的損失をもたらします。

2006年の推計によると、発展途上国では、医療システムへの年間コストは以下のようになっています。

- 安全でない中絶による合併症の治療: 5億5,300万ドル(約600億円\*)
- 中絶後の不妊: 60億ドル(約6500億円)
- 安全でない中絶後の合併症の治療に対する未対応のニーズを満たすための追加費用: 3億7,300万ドル(約400億円)

また、安全でない中絶は、女性ひいてはその家族や地域社会全体に短期的・長期的な経済的損失をもたらす可能性があります。発展途上国の年間損失の見積もりは以下の通りです。

- サハラ以南アフリカのみで中絶後の合併症治療のために必要となる個人や家計の自己負担額: 2億ドル(約220億円)
- 安全でない中絶後の不妊症や骨盤内炎症性疾患による長期的な障害による収入損失: 9億2,200万ドル(5)(約1000億円)

\*訳者注: 日本円の記載は全て1ドル108円換算で訳者が追記

---

## WHO(世界保健機関)の対応

### エビデンスに基づいたリソース

WHOは、意図しない妊娠を防ぐための避妊の使用、安全な中絶、安全でない中絶による合併症の治療に関する世界的な技術的・政策的ガイダンスを提供しています。2012年、WHOは安全な中絶に関する最新の技術・政策ガイダンスを発表しました。安全な中絶に関するWHOの推奨事項は、以下の刊行物に記載されています。

- 安全な中絶: 医療保健システムのための技術および政策の手引き (2012 年)
- 安全な中絶のための臨床実践ハンドブック (2014 年)
- 安全な中絶ケアと中絶後の避妊の提供におけるヘルスワーカーの役割 (2015 年)
- 薬剤による中絶の管理 (2018 年)

すべての国の中絶に関する法律、政策、保健基準、ガイドラインに関する包括的な情報を含む対話型オンラインデータベースは、<https://abortion-policies.srhr.org> で利用可能です。

### 各国への技術支援

各国からの要請に応じて、WHO は、性と生殖に関する健康ガイドラインを特定の状況に適応させ、避妊と安全な中絶ケアに関連した国の政策とプログラムを強化するための技術支援を提供しています。

### 研究

WHO は、UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/世界銀行の「人類の生殖における研究・開発・研究訓練特別プログラム」の共同スポンサーであり、臨床ケアの研究や、安全でない中絶を防ぐためのコミュニティやヘルスシステムへのアプローチについての実証研究を実施しています。また、安全でない中絶の世界的な負担とその結果を監視しています。

(1) Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020 Sep; 8(9):e1152-e1161. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6.

(2) Ganatra B, Gerdtts C, Rossier C, Johnson Jr B R, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. [Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model](#). *The Lancet*. 2017 Sep

(3) Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014 Jun; 2(6):e323-33.



(4) Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. BJOG 2015; published online Aug 19. DOI:10.1111/1471-0528.13552.

(5) Vlassoff et al. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59).

(6) L Haddad. Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. Rev Obstet Gynecol. 2009 Spring; 2(2): 122–126.

(7) Human Rights Committee; Committee Against Torture; Committee on the Elimination of Discrimination Against Women.

---

## 本翻訳について

これは、WHOの許可を得て、リプラ（リプロダクティブライツ情報発信チーム）が「WHOファクトシート 安全でない中絶の防止」“*Preventing unsafe abortion*”を有志で翻訳したものです。WHOはこの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。原文および参考文献はQRコードもしくは以下URLからご参照ください。

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>



WHO 発表日:2020 年 9 月 25 日

翻訳日:2021 年 5 月 16 日

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) 2021

