

医療者への中絶教育・研修の必要性とその背景について：
イギリスの医学生への「包括的中絶教育」に焦点を当てて

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 静岡大学人文社会科学部 公開日: 2024-03-19 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 白井, 千晶 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/0002000318

医療者への中絶教育・研修の必要性とその背景について： イギリスの医学生への「包括的中絶教育」に焦点を当てて

白井千晶

1. 本稿の目的

リプロダクティブ・ヘルス&ライツは人が人生を送るうえで核となる基本的要素の一つであると言えよう。特に産む／産まないは、そのあとに育児を引き受けていくかどうかにも大きくかわり、人生の一時的なリプロダクティブ・ヘルス&ライツにとどまらない側面がある。妊娠を回避／中断する／できるかどうかは、その後の人生に多大な影響を与えるものであるが、その決定は、妊娠の相手や状況、妊娠する人¹の健康、背景、環境など多くの要素によるだろう。

同時に、産む／産まないは、人口の再生産に直接かかわるため、どの時代、どの地域においても、社会、国家、共同体、中間組織や一次集団の大きな関心事であり、法制度や政策、規制による直接的介入、文化や規範、道徳といった間接的介入の対象となってきた。妊娠を出産によらずして意図的に終わらせる人工妊娠中絶（以降中絶）は、その一つである。

中絶は、自己決定を根幹にしながらも、中絶の条件（週数や事由）、配偶者の同意²、費用や提供などの中絶へのアクセス可否だけでなく、性や妊娠に関する

¹ 妊娠する人には、妊娠に関わる生殖器をもつトランス男性を含む。また、本稿で女性という場合は、妊娠しない人、トランス女性を含む。また、当然のことながら、リプロダクティブ・ヘルス&ライツやリプロダクティブ・ジャスティス一般について述べる場合は、いかなる性、ジェンダー、セクシュアリティ、身体をも含むものである。

² 日本では母体保護法によって、人工妊娠中絶において配偶者の同意が要件になっている世界で数少ない国の一つである（配偶者の性暴力による妊娠をのぞく）。これとは別に、医療機関によっては、母体保護法上の要件ではないが交際相手の同意を求めたり、親権者や親権代行者の同意を求めることがあるようだ。

人工妊娠中絶自体は、日本においては、刑法において墮胎罪が規定され、母体保護法において、一定の要件を満たす場合に墮胎罪の成立を認めないことを定めている。要件は4点、①胎児が母体外で生命を維持できない時期におこなわれること（厚生労働省の通知により現在は妊娠22週未満）、②医師会が指定する医師によること（現在は母体保護法指定医）、③身体的または経済的理由により母体の健康を著しく害する、性暴力による妊娠のいずれか、④本人と配偶者の同意、

知識、妊娠相手との関係、緊急避妊を含む妊娠の回避（避妊）、産むが育てない選択肢（社会的養護や親族等による養育）などの選択肢の情報と選択の保証などの状況による。

中絶はこうした社会的文脈の中にあるのだが、本稿では、中絶を倫理的、道徳的、あるいは生命観に基づく議論をするだけでなく、中絶は時に必要なことがあるという認識に基づき、必要な時に、安全な中絶（Safe Abortion）にアクセスすることができ、スティグマを負わないことを達成するための環境整備に主眼を置くことにする。アクセス容易であり、スティグマを負わないことの必要は、中絶にとどまらず、性行為、避妊、不妊治療、出産、養育の委託などリプロダクションすべてに該当することで、中絶だけが対象ではない。

本稿ではそうした問題意識のもとに、リプロダクションの環境整備（リプロダクティブ・ジャスティスの達成）の一環として特に、医療者への中絶の学部教育・および卒後研修に焦点を当てることにする。これまで日本ではほとんど注意が払われてこなかったが、医療者への中絶の学部教育・および卒後研修は中絶の環境整備やスティグマの払拭に必要なことだからである。また、何をどのように教育研修するかも重要である。本稿では、中絶教育・研修の前提となる中絶ケアの要素や、海外で提唱されている「包括的中絶教育」について概観する。

2. 中絶の位置づけ

国際連合（UN：United Nations）の専門組織である世界保健機関（World Health Organization、以下WHO）は、後述する『中絶ケアガイドライン』において、中絶について以下のように、人権の保障の中心にあると述べている。

性と生殖に関する健康（Sexual and Reproductive Health：SRH）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につい

である。国・地域によって、人工妊娠中絶の法制度は異なる。

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。（中略）

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。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、ケアの質が異ならない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。（日本語版エグゼクティブサマリー p.1、下線は引用者による、以下同）

さらに、以下のように中絶の犯罪化の弊害を述べている。

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。（日本語版エグゼクティブサマリーp.2）

WHOの中絶ケアのガイドラインは、次のようにポリシーと中絶ケアに必要な3領域、7分野を示している。

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。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。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。(日本語版エグゼクティブサマリー-p.3)

産科婦人科学会の国際連合、The International Federation of Gynecology and Obstetrics (国際産科婦人科連合：FIGO) は、安全な中絶を達成する活動を続けきたが、新しいところでは、2022年に、性と生殖に関する健康と福祉部門 (Division of Sexual and Reproductive Health and Wellbeing) と下部組織の3委員会 (避妊委員会、安全な中絶委員会、生殖医療・内分泌学・不妊症委員会) で以下のように、安全な中絶は基本的な人権だと宣言をしている。

FIGOは、性と生殖に関する健康と権利 (SRHR) へのアクセスは、世界中のすべての女性および女子の基本的かつ交渉の余地のない人権であると宣言します。

FIGOは、女性が生涯を通して自身の可能性を最大限に発揮するには、女性が近代的避妊法 (希望に応じて妊娠するという選択)、安全な中絶 (妊娠を中絶するかどうかを決定する能力)、および不妊治療 (妊娠を達成するために生殖補助技術を使う能力) にアクセスできるべきだと認識しています。(表1参照)

『RCOG（英国王立産科婦人科学会）とFSRH（性と生殖医療部門）からの安全な中絶のための重要なメッセージ』は、次のように、安全な中絶は必要不可欠な医療であるだけでなく基本的人権の原則だという文章で始まっている。

安全な中絶は、必要不可欠な医療であり、人権です。望まない妊娠はよくある一般的なことで、望まない妊娠は世界中のあらゆる人々に影響を及ぼすものです。(中略)

RCOGとFSRHは、安全な中絶が必要不可欠な医療であるだけでなく、女性や少女が自分自身の性と生殖に関する健康を決定できる能力が、すべての人の人権を保障する重要な原則であると考えています。妊娠中の人に対する安全な中絶ケアを拒否することは、妊娠している人の生きる権利、健康の権利、プライバシーの権利の侵害につながる可能性があり、場合によっては、残虐で、非人道的で、品位を傷つける処遇になる可能性があります(表1参照、p.1)。

また、安全でない中絶による合併症の治療コストは医療システムに負荷をかけるため、安全な中絶は、それを低減し、医療システムに利益をもたらすと述べている (p.3)。中絶が合法である国では、医療者の個人的な信念によって中絶処置へのアクセスが遅れてはならないとも述べている (p.5)。

3. 中絶ケアのモデル

中絶の提供（中絶ケア）のあり方に注目すると、日本において、所管の厚生労働省、職能集団である日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会は、中絶ケアのあり方、モデル、ガイドライン、スタンダードについては、十分に示していない。日本産科婦人科学会が作成する産婦人科診療ガイドライン産科編では、中絶の手順や確認事項が示されているのみである。中絶の適応を示した母体保護法で定められているのは、中絶が「指定医師によること」で、母体保護法第14条による指定医師の指定基準は、人格、技能、設備の3点であり、都道府県医師会が審査会を設置してこれを審査する形式になっている。

世界では中絶ケアのあり方が示されていて、ここでは特に、WHO、イギリスとアメリカの職能集団が示しているものを取り上げる。WHOが示した中絶ケアについては、その概要版が先日日本語で公開されたが、それ以外のものは

日本語では紹介されていない。

表1 中絶ケアのあり方を示したガイドライン等

発行	タイトル
WHO	<p><i>Abortion care guideline</i>, 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483 <i>Abortion care guideline: executive summary</i>, 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240045163 『中絶ケアガイドラインエグゼクティブサマリー』, 2022 上記ページに日本語版としてリンク掲載 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352342/9789240045163-jpn.pdf</p>
国際産科婦人科連合 (FIGO)	<p>性と生殖に関する健康と権利 (SRHR) へのアクセスが基本的な人権であることの宣言 (カルタヘナ宣言), 2022 FIGOの性と生殖に関する健康と福祉部門および避妊委員会、安全な中絶委員会、生殖医療・内分泌学・不妊症委員会による宣言 https://www.figo.org/resources/figo-statements/cartagena-declaration</p> <p>声明「中絶後のケアの倫理」(<i>Ethical Responsibilities in Post-abortion care</i>), 2019^{註1} https://www.figo.org/ethical-responsibilities-post-abortion-care</p> <p>声明「中絶後の避妊：長期間持続する可逆的避妊薬を含む」 https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_PostAbortion_Contraception_EN.pdf</p> <p>経口中絶薬の投与に関するチャート, 2023 https://www.figo.org/resources/figo-mifepristone-misoprostol-and-misoprostol-only-dosing-charts-2023</p> <p>すべての医学生に対する性と生殖に関する健康と福祉の教育に避妊と中絶を含めることを支持する共同声明, 2022 FIGO、国際医学学生協会連盟 (IFMSA)、世界産科婦人科研修医協会 (WATOG) の三団体による共同声明 https://www.figo.org/resources/figo-statements/joint-statement-support-inclusion-contraception-abortion-srhr-education すべての医学生に体系的な避妊と中絶に関する教育を行うことを</p>

	<p>求めると同時に、モデルカリキュラムを提示した。</p> <p>COVID-19感染下における中絶へのアクセスと安全性に関する宣言, 2020 https://www.figo.org/abortion-access-and-safety-covid-19-march-2020-guidance</p> <p>紛争・人道的危機下での安全な中絶を支持する宣言, 2023 https://www.figo.org/resources/figo-statements/supporting-access-safe-abortion-conflict-and-humanitarian-settings</p>
<p>英国王立産科婦人科学会 (RCOG)</p>	<p>ベストプラクティス・シリーズ 『中絶ケアのベストプラクティス』(<i>Best practice in abortion care</i>), 2022, https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/best-practice-papers/best-practice-in-abortion-care-best-practice-paper/ 世界保健機関 (WHO)、RCOG、国立ヘルス アンド ケア エクセレンス研究所 (NICE) などの組織によって開発された、証拠に基づいたガイダンスを総合したもの。</p> <p>『中絶後のケアのベストプラクティス』(<i>Best practice in post-abortion care</i>), 2022 https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/best-practice-papers/best-practice-in-post-abortion-care-best-practice-paper/</p> <p>『中絶後の避妊のベストプラクティス』(<i>Best practice in post-abortion contraception</i>), 2022 https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/best-practice-papers/best-practice-in-post-abortion-contraception-best-practice-paper/</p> <p>『遠隔医療による中絶ケアのベストプラクティス』(<i>Best practice in telemedicine for abortion care</i>), 2022 https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/best-practice-papers/best-practice-in-telemedicine-for-abortion-care-best-practice-paper/</p> <p>RCOGとFSRHからの安全な中絶のための重要なメッセージ <i>RCOG and FSRH Safe abortion key messages</i></p>

	<p>https://www.rcog.org.uk/about-us/global-network/centre-for-womens-global-health/contraception-and-abortion/our-making-abortion-safe-programme/key-messages-on-safe-abortion/</p> <p><i>Making Abortion Safe stigma guidance paper</i> 『中絶ケアの提供者が経験する偏見の低減と対応：現在の実践の見直し』（<i>Reducing and managing stigma experienced by providers of abortion care: a review of current practice</i>）, 2023^{注2} https://rcog.org.uk/media/2cfkwwvf/rcog-stigma-guidance-paper-01.pdf</p> <p>ユーザー向け中絶ケアの情報 <i>Information about abortion care</i> https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-our-patient-information/information-about-abortion-care/</p>
その他	<p>グローバル Ipas Impact Network（IPAS）：https://www.ipas.org/ Innovating Education in Reproductive Health（リプロダクティブ・ヘルスにおける革新的な教育）：https://www.innovating-education.org/</p> <p>イギリス 国立臨床研究所（NICE）の中絶ケアガイドライン https://www.nice.org.uk/guidance/ng140</p> <p>当事者を対象にした中絶に関する情報プラットフォーム safe2choose：https://safe2choose.org/ Doctors for Choice：Global Doctors for Choice（GDC） https://globaldoctorsforchoice.org/ ※Doctors for Choiceには、イギリス、ドイツ、ブラジル、コロンビア、ガーナ、アイルランド、ケニア、マルタ、メキシコ、南アフリカがある（あるいは医師組織がGDCに参加している）</p> <p>イギリス British Pregnancy Advisory Service（BPAS）：https://www.bpas.org/ ※情報提供のほか、性感染症検査、避妊、妊娠検査、中絶の提供、相談支援もおこなっている。 Doctors for Choice UK：https://doctorsforchoiceuk.com/</p>

	<p>NICEによる意思決定支援ページ https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/nice-and-the-public/making-decisions-about-your-care/patient-decision-aids</p> <p>アメリカ合衆国 American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 中絶ケアのページ： https://www.acog.org/womens-health/faqs/induced-abortion</p>
--	--

注1：中絶自体が合法か否かに関わらず中絶後のケアは提供しなければならない。中絶による死亡等は中絶後のケアがおこなわれないことによる、とある。

注2：『中絶ケアの提供者が経験する偏見の低減と対応：現在の実践の見直し』は、中絶ケアを提供する医療従事者が、中絶ケアによって社会、同業者などから受ける偏見、スティグマを低減するためのプログラムである。スティグマを低減して医療者をサポートする介入は、メンタリング、事件や出来事の報告、反射的な振り返り、ワークショップ、心身の健康プログラム、ピアグループやインフォーマルなネットワーク、法的安全性と保障であり、環境づくりをする介入は、施策の監査、価値観の明確化、医療者の教育カリキュラムへの組み込みと専門家トレーニングが挙げられている。医療者が受けるスティグマが中絶ケアに悪影響を与えること、医療者が女性にスティグマを与えることからRCOGが取り組んでいる。本書に掲載された介入効果のエビデンスはアフリカが対象地であるが、どこにでも当てはまることであろう。

英国王立産科婦人科学会 (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists : RCOG) は「中絶を安全にする」プログラムを構築している³。このプログラムは、質の高い安全な中絶、中絶後のケア、中絶後の避妊へのアクセスを改善することを目的とし、中絶ケアに関するeラーニング、ベストプラクティスペーパーのまとめと刊行、安全な中絶に関するメッセージの発出、他の専門職集団やNGOとの連携をおこなっている。すべてのコースはオープンアクセスであり、会員および非会員が自由に利用できる。

RCOGの『中絶ケアのベストプラクティス』では、妊娠12週未満の中絶について、「ミフェプリストンとミソプロストールの組み合わせによる薬による中絶がベストプラクティスで、妊娠週数の下限はない」「ほとんどの人が自宅で安全に管理でき、医療施設内と同じくらい安全で効果もあり、多くの人にとって簡便でプライバシーが守られる」としている。遠隔医療について、異常所見があって超音波検査が必要であるなど特別な理由がある場合以外は、電話、ビデオ通話、オンラインによる遠隔医療により、訪問診療やクリニック来院によって直接診察する必要はなく、遠隔サポートを受けながら自宅で中絶することは、安

³ <https://www.rcog.org.uk/about-us/global-network/centre-for-womens-global-health/contraception-and-abortion/our-making-abortion-safe-programme/>

全て効果がありクライアントに受け入れられることが証明されており、中絶へのアクセスが向上して妊娠のより早い段階で可能になるため、人々は常にこれを選択する選択肢が与えられるべき」と述べている（RCOG, 2022）。

4. 医療者への中絶ケアの教育・研修

中絶にまつわる医学部教育および卒後研修の現状はどのようになっているだろうか。日本においては、文部科学省が2001年に医学生・歯学生在卒業時まで身に付けておくべき、必須の実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する学修目標等を示した「医学教育モデル・コア・カリキュラム」、「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」を策定し、2022年の最新版までに4回の改訂がなされている（改訂は日本医学教育学会内に設置された委員会による）。医学教育モデル・コア・カリキュラムでは、「妊娠・分娩」の「特異的治療法」に「人工妊娠中絶、鉗子・吸引分娩、帝王切開術の適応」が含まれており、中絶が入ってはいるが、それ以上の指南はない。

専門医としての認定をおこなう日本産科婦人科学会は「産婦人科専攻医のための研修カリキュラム」を定めている（2022年改訂）⁴。産婦人科専門研修の到達目標に「人工妊娠中絶法を理解し、安全に実施するための留意点を説明できる」ことが含まれ、「母体保護法指定医のもとでの母体保護法を遵守した人工妊娠中絶」の「技能を経験していることが望ましい」とされているが、それ以上の指南はない。日本専門医機構が認定する専門研修プログラムの基準に含まれる人工妊娠中絶の内容は、人工妊娠中絶の医療法規と、診断書・証明書の記載についてのみである。母体保護法指定医師を指定するのは日本医師会であるため、日本医師会の母体保護法指定医師基準をみると（2013年改訂）⁵、母体保護法で定められている①人格、②技能、③設備の①人格は、母体保護法指定医師としての品位、責任義務、であり、②の技能は都道府県医師会が認める研修機関での産婦人科医としての研修で、具体的には、産婦人科医専門医の資格（または医師免許取得5年以上で産婦人科の研修3年以上）、20例以上の人工妊娠中絶または流産（人工妊娠中絶は10例以上）、講習会（母体保護法指定医師研修会）の受講という形式要件になっている（③設備は割愛）⁶。日本医師会が定

⁴ https://www.jsog.or.jp/modules/specialist/index.php?content_id=1

⁵ 運用においては、指定と研修は、都道府県医師会がおこなう。

⁶ https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20130424_2.pdf

める講習会のカリキュラムは、i) 生命倫理に関するもの、ii) 母体保護法の趣旨と適正な運用に関するもの、iii) 医療安全・救急処置に関するもの、が含まれていることという細則がある。

こうした日本の中絶教育・研修の枠組みは、世界の動向と比較すると、あるべきモデルの提示や教育研修内容に踏み込んでいない。本稿では今後の参考のために、国際組織、英国、米国の内容を紹介する。

最初に、国際婦人科産科連盟（FIGO）、国際医学学生協会連盟（IFMSA）、世界産科婦人科研修医協会（WATOG）は、医学部のすべてのカリキュラムの中核に性と生殖に関する健康と権利（SRHR）と福祉があり、教育に組み込むことが不可欠であるとして共同宣言を発出し、医学教育のモデルを発表した。冒頭で以下のように重要性を述べて教育モデルの要素を提示している。

避妊と中絶をカリキュラムのSRHR部分に含めることは、学生に職業生活に関連した強力な基盤を提供し、有能で思いやりのある実践者となる準備を整えるでしょう。また、基本的な医療としてのSRHR、特に中絶と避妊の正常化と、SRHRに対する積極的な姿勢を促進する可能性があります。これは、偏見を取り除き、性と生殖に関する健康（SRH）の必須のサービス、ケア、生涯にわたる権利の将来的な提供の保証を支持する取り組みに貢献するでしょう。（中略）

SRHはヘルスケアの基本要素です。（中略）質の高い避妊や中絶ケアへのアクセスの欠如は、公衆衛生と人権の重大な問題です。（中略）

医学部での教育では、コアカリキュラムにSRHの臨床教育が含まれていないことがよくあります。ある研究によると、世界中のほとんどの医学部で中絶に関する内容が限られているか、欠落していることが判明しました。中絶がカリキュラムに含まれる場合でも、教育は倫理的および法的側面に焦点を当てていることが多く、そのため中絶は不可欠な医療の標準化された部分ではなく、異常なまたは物議を醸す主題としてさらに非難されます。産科や婦人科などの分野でも、卒後研修でも同様です。このような偏見は、妊産婦の死亡や障害の一因となっています。（2022年共同声明⁷）

⁷ <https://www.figo.org/resources/figo-statements/joint-statement-support-inclusion-contraception-abortion-srhr-education>

表2 国際婦人科産科連盟（FIGO）、国際医学学生協会連盟（IFMSA）、世界産科婦人科研修医協会（WATOG）による、性と生殖に関する健康と権利（SRHR）に関する医学教育のモデルカリキュラム（2022）

①基礎生物医学

- 生殖生理学（月経、排卵、受精、妊娠生理学、避妊、流産、異常妊娠、妊娠によって悪影響を受ける可能性のある医学的疾患、胎児の異常発育、中絶、性機能障害、不妊症、排卵の刺激および生殖補助の方法を含む）、生殖器官のがんとHPVワクチン接種、更年期障害。
- 避妊、緊急避妊、避妊技術を含む薬理学、薬による中絶方法について

②行動科学および社会科学（公衆衛生および集団医学を含む）

- 公衆衛生と人権の優先事項として、避妊と安全な中絶を含む性と生殖に関する健康と権利（SRHR）へのアクセス。
- 人権、ジェンダーとセクシュアリティ、健康とケアへの異文化性と多文化性、領域横断的なアプローチなどの包括的な概念。
- 安全でない中絶、ジェンダーに基づく家庭内暴力、性暴力やレイプ、女性性器切除、児童婚などのSRHR違反の国家、地域、世界的な発生、管理、および結果についての理解。
- 健康が社会的、生物学的、心理的、構造的な要因によって決定されること。これは避妊、望まない妊娠、中絶の理解に関連しており、健康、ヘルスケアへのアクセス、ヘルスケアの意思決定に複雑に影響を与える要因となる。望まない妊娠や安全でない人工妊娠中絶がこれらの要因に与える影響について理解する。
- 個人的な信条に関係なく、患者に対する思いやりと共感を育み、より良い包括的なケアを提供すること。
- 青年期および高齢女性のSRH。
- 特定の人々、例えば高齢者、青少年、LBGTQ+の人びと、マイノリティ、人道危機にある人々、移民と難民、障害のある人々がSRHRへのアクセスにおいて脆弱であること。疎外されたコミュニティにケアを提供する際の多様性の意識。
- 患者とのコミュニケーション：SRHに関する病歴の収集、患者にとってタブーやトリガーになるかもしれないSRHに関する話題（例えば、セクシャルハラスメントの結果など）について話し合うこと、患者の自律性の尊重など。

③医学の実践に関連する医療倫理、人権、医学法学

- 中絶、避妊、生殖補助技術、ジェンダーに基づく暴力および家庭内暴力、性的暴力およびレイプ、女性性器切除、児童婚に関連する国内法、規制および政策
- 女性と女子に特有の人権、各国政府の法的義務、コメントや見解を含む、性と生殖に関する権利に関する国際人権法、基準、勧告。
- 中絶ケアを含むSRHケアに関わる倫理原則：患者の自律性、尊重、プライバシー、秘密保持、医療上の秘密、患者の福祉の優先、ソーシャル・ジャスティス（社会正義）、インフォームド・コンセントの原則、人権。
- 女性と女子のリプロダクティブ・ヘルスに関する意思決定における自律性の支援と促進。

- 「良心的拒否」による中絶拒否の限界、避妊と中絶を含むSRHケアの良心的提供。
- ヘルス領域の説明責任のメカニズム、すなわち権利がないがしろにされたり侵害されたりした場合に司法へのアクセスを促進する救済システム。

④臨床科学

- これには、診断の手順、実地の手順、コミュニケーション・スキル、疾病の治療と予防、健康増進（ヘルス・プロモーション）、リハビリテーション、臨床の見立て、問題解決に関する臨床技能が含まれる。
- 避妊の権利に基づくカウンセリング、エビデンスに基づく情報を用いた妊娠の選択肢に関する自発的で非指示的なカウンセリング、中絶前後のカウンセリング。
- 避妊方法や中絶を含む妊娠の意思決定。
- 妊娠を望んでいた人々に中絶を選択させる可能性のある胎児異常や母体の健康状態などの妊娠合併症。
- 中絶前後のケア
- あらゆる妊娠期間、医学的、あらゆる手順における質の高い中絶ケア；女性ないし女子の選択、可能であれば遠隔医療や自己管理による選択肢がとれるようにすること；中絶合併症とその管理。
- 子宮内容除去法を含む妊娠喪失と産科的緊急事態のカウンセリングと管理。
- 化膿、敗血症、出血、腎不全、子宮穿孔、その他の性器や消化管の損傷など、安全でない中絶の合併症の管理。
- 以下を含むトピック：
 - ・ 避妊（バリア法、化学的方法、長時間作用型方法、不妊手術、WHO適格基準、緊急避妊薬）；産後および中絶後の避妊；副作用および／または合併症の管理
 - ・ 包括的な中絶ケア戦略：薬による中絶、吸引法、外科的中絶；中絶合併症に苦しむ女性のための包括的ケア
 - ・ 女性または男性のSRHに多大な影響を及ぼす要因の早期発見・診断のための戦略、HPVワクチン接種、HIVおよびその他の性感染症（STI）の予防と治療。

⑤生涯学習とプロフェッショナリズム

- ミレニウム時代のプロフェッショナリズムに関する世界憲章で定義された医学の中核的職業的価値として、ソーシャル・ジャスティス（社会正義）を推進することの重要性。これには、ヘルスケア・サービスへのアクセスの支持も含まれている。
- プロフェッショナリズムの中核的柱である、患者の自律や患者の福祉の優先と個人的信条を考察し、調和させるためのメカニズム（価値観の明確化の実習を含む）。

出典：FIGOのサイト

<https://www.figo.org/resources/figo-statements/joint-statement-support-inclusion-contraception-abortion-srhr-education>

RCOGでは、中絶を安全にするプログラムの一環として中絶の医学教育に取り組み、①医学部での中絶教育カリキュラム、②卒業後教育のためのコア・カリキュラム、③産婦人科医の専門的な高度な技能のモジュール（Advanced Skills Modules：ASM）、④NHSの中絶クリニックにおいて、NHSの資金提供によって中絶スキルを臨床研修できる機会の確保、⑤世界中から無料で利用できるオープンアクセスのeラーニングのモジュールの作成と提供、⑥ベストプラクティス・シリーズの作成をおこなっている⁸。

①②③の医学部生および専門医の産科婦人科にかかるコアカリキュラムは以下に掲載されている。その中には、中絶の項目もある。

RCOGのコア・カリキュラム

<https://www.rcog.org.uk/careers-and-training/training/curriculum/>

学部生のコア・カリキュラム

<https://www.rcog.org.uk/media/xvrnmpqj/rcog-undergraduate-curriculum-final-version-2021.pdf>

専門医のコアカリキュラム

<https://www.rcog.org.uk/careers-and-training/training/curriculum/core-curriculum/>

産科婦人科医の専門的な高度な技能のモジュール Advanced Skills Modules (ASM)

<https://www.rcog.org.uk/careers-and-training/training/curriculum/asms-advanced-skills-module/>

⑤の中絶ケアの電子リソース（Abortion care eResources）は、「中絶の安全化（Makin Abortion Safe）」プログラムとしてRCOGが提供しているリソースで、アドボカシーの電子リソース（Advocacy eResource）と対になっている。

⑤の中絶ケアの電子リソースの全体像を紹介する。

中絶ケアの電子リソースは医療者（医療従事者、医学生、臨床教育者）を対象にしており、英国だけでなく世界中の中絶の安全化に資することを目指して、実践的で応用可能な知識を念頭に、8コースを開設している。

アドボカシー電子リソースは、地域、国家、国際それぞれの水準で医療従事者がアドボカシー活動（擁護活動）を展開するのに役立つ7コースを開設している。

⁸ <https://www.rcog.org.uk/news/educating-the-next-generation-of-abortion-providers-how-to-get-it-right/>

表3 英国王立産科婦人科学会（RCOG）が提供する医療者対象の中絶ケア
8コースの概要

(1) 中絶前のケア	<p>中絶前の診察の目的とその達成のためのコンテンツ。医療者だけでなく、女性一般、妊娠している人、医療提供者、教育者を対象にしたリソースも含まれている。ビデオ教材、問題への回答（回答は文章または録画提出）、</p> <p>コンテンツ：①導入、②中絶前診察の目的は安全で敬意を持った空間の構築、安全な中絶法の決定⁹、選択の促進と今後のサポートニーズの同定¹⁰、中絶（希望があれば避妊も）の提供と準備。③敬意を持ったケアとスティグマの低減の要素は、a.笑顔とアイコンタクト、b.歓迎の言葉で開始しこれから何をするか説明する、c.親切で温かくて非判断的¹¹、d.意思決定の確認を何度もしないこと、e.中絶はよくあることだと伝える（4人に1人が経験）、f.信頼している人に話すことの奨励（沈黙と秘密は恥と偏見を強化するため）、g.個別のカウンセラーも紹介¹²、h.予断の排除と付加価値のある言葉¹³、i.アクティブな傾聴・明確で正確な情報提供・質問の奨励。③思い込みと偏見のある言葉を避け、価値中立的な言葉を使用する、そうでなければ信頼関係の構築に弊害がある、④傾聴と予断の排除：ラポールと信頼の形成、⑤安全な中絶法の決定（既往歴、身体症状、合併症）、⑥選択の促進¹⁴と今後のサポートニーズの同定、中絶（希望があれば避妊も）の提供と準備。鍵概念は女性が選択できること。⑦中絶当事者の語りの動画（18歳、医</p>
------------	--

⁹ ミフェプリストンの禁忌は、慢性腎不全、遺伝性ポルフィリン症、重度のコントロールできていない喘息。考慮事項は、長期のステロイド服用、出血性疾患、抗凝固剤、症候性貧血、IUDの装着。外科的中絶の禁忌は子宮頸部から除去できない場合（閉塞腫瘍等）。出血性疾患、胎盤以上、抗凝固剤の使用、心肺疾患等の考慮。

¹⁰ 安全のリスクを評価することもその一つ。家庭内暴力、虐待、性的搾取、人身売買、FGM（性器切除）など。

¹¹ 会話を慎重に切り出す。中絶することが妥当であると確信している場合でも、矛盾した感情を抱いていることもある。非判断的な質問をし、感情、決断、状況の理解をし、選択に共感を示す。例えば次のように質問を始める。「妊娠がわかったときに、どのように思いましたか?」「それからあなたの気持ちは変わりましたか?」「妊娠のことを誰かに話しましたか?協力的でしたか?」など。

¹² 選択について意思が明確であるかどうかと、矛盾した感情や曖昧・不確実な感情を持っていることは別であり、意思決定のサポートが必要なくても、カウンセリングは提供されるべき。

¹³ 例えば「彼氏がいるか」「結婚しているか」と尋ねるのではなく、性的関係がある人がいるか、その人はこの妊娠の相手か、その人は妊娠について知っているか、その人は妊娠をどう感じているか、その人は協力的か、など。できるだけオープンで偏見を持たずに現在の状態を尋ねる方法を考える。オープンで包括的な仕方で尋ねることは判断的、批判的でないことを示す方法の一つ。

¹⁴ 誰がどこでおこなうかも情報提供と選択をする。WHOは医師でなくても経口中絶薬による中絶の管理ができると言っている。また遠隔医療もある。

	<p>学生)、My Body My Life¹⁵、Doctors for Choice UKより(彼女の経験を改善し偏見を低減するためにどんな診察ができたかをワーク)。^⑧問診票様式、^⑨試験、^⑩振り返り(文章または動画)、^⑪アンケート</p>
(2) 妊娠12週未満の薬による中絶	<p>医療者だけでなく、女性一般、妊娠している人、医療提供者、教育者を対象にしたリソースも含まれている。</p> <p>コンテンツ：^①導入、^②メインコンテンツ、^③補足的資源、^④試験、^⑤振り返り、^⑥アンケート</p> <p>メインコンテンツは、リスクと合併症、経口中絶薬について(禁忌と考慮、手順、経過)、避妊について(当日から避妊は可能)。</p> <p>補足的資源には、女性向けの追加情報、医療者・教育者向けの追加情報、検査不要の遠隔医療のエビデンス、同意書の様式例(NHS、BPAS)。中絶薬による中絶は専門医かどうかにかかわらず、すべての医師がおこなうことができ、看護師や助産師によって管理されており、WHOでは准臨床医や上級准臨床医も含まれている(妊娠12週以降の薬による中絶も同様)。各状況による投与、臨床経過、禁忌、副作用については本表では割愛。</p>
(3) 妊娠12週以降の薬による中絶	<p>学習内容は、中絶が妊娠12週以降である理由(月経の不規則、社会の側の問題、胎児異常や医学的問題、意思決定の複雑さ、恐怖心など)、12週以降の場合の薬剤、痛みの管理、中絶前の考慮事項(禁忌、同意、中絶法の選択)、中絶後の考慮事項(緊急医療)、中絶後の避妊の選択肢。</p> <p>ミフェプリストンとミソプロストールの組み合わせでおこなわれるが、ミフェプリストンが入手できない時にはミソプロストール単独でも効果がある(単独のほうが、ミソプロストールの量が増え、中絶完了まで時間がかかり、副作用が軽減されない。一部の国ではミフェプリストン服用の法的規制で医療機関で服用するが、それでも服用後に自宅に退院できるものである)。高張液またはプロスタグランジンの羊膜内または羊膜外への点滴は、効果が低く、合併症の発生率が高く、中絶の完了までに時間がかかるため、現在推奨されていない。一部の環境では中絶を誘発するために高用量のオキシトシンが</p>

¹⁵ 社会学研究者でアクティビストのLesley Hoggartによって開設された、当事者など誰もが中絶の経験を書き込み、読むことができるサイト。メッセージの展示活動も行っている。白井らは許可を得て日本語に翻訳したサイトを作成し、日本語版サイトにも書き込みができ、読むことができるようにした。

英語オリジナルサイト：<https://www.mybody-mylife.org/>

日本語版サイト：<https://mybodymylife.jimdosite.com/>

	使用されるが、ミソプロストールよりも時間がかかる。
(4) 妊娠14週未満の外科的中絶	<p>学習内容は、妊娠14週以前の中絶手術に使用される方法、痛みの管理と子宮頸部の術前処置、禁忌や同意を含む手術前の考慮事項、手動真空吸引 (MVA) の手順、電動真空吸引 (EVA) の手順、術後のケア、その後の避妊の選択肢。</p> <p>搔把術 (D&C) は、合併症のリスクを増加し、時間がかかり、出血がより多くなり、痛みが増すため、中絶には使用しないこと。WHOも安全性が低く苦痛が大きいため吸引法を使用すべきと述べている。</p> <p>WHOは全身麻酔や深い鎮静を推奨していない。子宮頸部麻酔、ブロック注射の他、リラックス、サポート、音楽、器具挿入の潤滑とスムーズさ、固定、ヒートパックによって痛みを軽減する。ミフェプリストンとミソプロストールによって子宮頸管の術前処置をする。</p> <p>外科的中絶を選好する要素は、1回の受診、日常生活の迅速な再開、IUD装着希望、妊娠者が子宮内容物を目視しない、等。避妊はIUD、インプラントを含め手術時、処置と同時に可能。</p>
(5) 妊娠14週以降の外科的中絶	<p>14～24週の中絶の方法について。世界の中絶のうち10～40%が12週以降で、月経周期、人間関係の破綻、虐待、失業などの複雑な意思決定、中絶への偏見と恐怖など、複数の要因が関与する傾向がある。WHOによれば専門医かどうかにかかわらずすべての医師が妊娠14週以降の中絶を提供できる。前処置は看護師、助産師、准臨床医、上級准臨床医とおこなうことができる。WHOはD&E (搔把術) に准臨床医が提供することを研究課題にしている。外科的中絶が提供できる医療従事者がいないために中絶法の選択肢が限られることがある。薬による中絶のスタッフやインフラ (産科ではない病棟) が不足して適切ではない環境で薬による中絶がおこなわれることがあるから、外科的中絶の提供ができるようスキルを獲得することは重要である。</p> <p>妊娠14週以降に使用される外科的中絶は、子宮口拡張と排出 (D&E : dilation and evacuation) である。吸引法は16週まで可能 (鉗子が必要なことも)。拡張とD&C (搔把術) は時代遅れであり、使用すべきではない。</p> <p>D&Eは深い鎮静または全身麻酔、ブロックや経口による中程度の鎮静によっておこなわれる。</p>
(6) 中絶後の避妊	<p>コンテンツは、①導入、②メインコンテンツ、③補足的資源、④試験、⑤振り返り、⑥アンケート。</p> <p>メインコンテンツは、中絶後その日からどの避妊法も使用できること (経口中絶薬による中絶ではIUDと膣リングは排出</p>

	後に)、避妊の話題を丁寧かつ適切に始める方法（避妊が必要と決めつけない、妊娠の相手との関係や性的関係など）、それぞれの避妊法のメリットとデメリット、それぞれの避妊法における禁忌、WHOのそれぞれの避妊法の医学的適格基準、クライアントが好む避妊法の模索法、意思決定支援。
(7) 中絶に関連した緊急事態と有害な結果の管理	緊急事態や合併症の管理に関する優れた実践方法について。緊急事態や合併症の特定、対応、治療。 コンテンツは、①導入、②メインコンテンツ、③補足的資源、④試験、⑤振り返り、⑥アンケート。 メインコンテンツは、出血の量、内診、気道、呼吸、循環、不完全中絶（妊娠の継続）、感染など。
(8) 医療関係の学生に対する中絶教育	医療者や教育者が中絶を医療関係の学生（healthcare students）に教育するさいのコンテンツ。 コンテンツは、①導入、②メインコンテンツ、③補足的資源、④試験、⑤振り返り、⑥アンケート。 メインコンテンツは、a.中絶の広がりと安全性、b.中絶教育の必要性（医療者教育に中絶を含めることの重要性、包括的中絶教育の提唱）、c.英国医学教育における中絶教育の事例検討、d.中絶教育に必要なことのワーク、e.英国、アメリカ、ラテンアメリカでの医療者教育における中絶教育のガイドライン、f.中絶教育のニーズ、g.卒後研修における中絶教育の重要性、h.英国医学教育における中絶教育（研修前に半日、倫理と法：法、政治、国による中絶の提供、倫理、個人の信条。臨床期に半日、包摂的臨床的倫理と法：法律と提供、試験、臨床的側面、敬意を持ったケア、良心と中絶等） 学生と教員による包括的な中絶教育の提唱：現在の中絶教育の調査（時間、教員、学習成果、倫理と法、臨床、評価、臨床における位置づけ、学生のニーズ、あるべき教育の姿）

出典：RCOGサイトのAbortion care eResourcesのページ

<https://elearning.rcog.org.uk/catalog?pagename=Abortion-Care-eResource>

また、RCOGは、先に述べたように、電子リソースとして「権利擁護者としての医療専門家」になるための研修もプログラムしている¹⁶。

¹⁶ 研修のほかにテキストも作成している。*Advocacy training for healthcare professionals*, 2011. https://elearning.rcog.org.uk/content/enforced/6916-co_healthcareprosadvoc/Files/Workbook_FINAL_0_1.pdf

表4 RCOGにおける権利擁護者としての医療専門家のeラーニング研修

<p>研修目標</p> <p>権利擁護とは何かを説明することができる。</p> <p>安全な中絶および中絶後のケアへのアクセスに対して医療者が果たすことができる役割について説明できる。</p> <p>あらゆる水準で権利擁護をおこなうことができる。</p> <p>権利擁護活動を支援するためのプラットフォームに関する知識をもつ。</p>
<p>研修内容</p> <p>①権利擁護における医療専門家の役割</p> <p>②安全な中絶と中絶後のケアへのアクセスにおける障壁の特定と権利擁護活動の計画</p> <p>③権利擁護活動計画の作成とモニタリング</p> <p>④権利擁護を達成するパートナーシップ</p> <p>⑤安全な中絶と中絶後のケアについて明確に話すために使用する適切な言語、コミュニケーションとメッセージの伝達</p> <p>⑥安全な中絶と中絶後のケアを主張することに伴うリスクと課題およびその低減、反対派に対処するための戦略の構築</p> <p>⑦安全な中絶と中絶後のケアに関する国際的および地域的な主要な人権原則</p>

前述のイギリスの性と生殖ヘルスケア部門（The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare：FSRH）による中絶ケアのスペシャル・スキル・モジュール（Abortion Care Special Skills Module：SSM）¹⁷では、イギリスの医療専門家がSRH（性と生殖に関するヘルスケア）分野で専門的なケアを提供できるようにする理論的および実践的な研修を提供している。研修センターのトレーナーが実践を指導監督している。モジュールを完了すると認定証が発行される。研修開始から1年以内に前述の英国王立産婦人科医会（RCOG）の中絶ケアのeラーニングを修了する必要がある。

臨床研修は8セクションから構成されている。医師は8セクションすべてが対象、①カウンセリング・スキルと、②③薬による中絶は、中絶の提供で重要な役割を果たす助産師と看護師も受講できる。

¹⁷ FSRH： <https://www.fsrh.org/education-and-training/abortion-care-special-skills-module/>

表5 FSRHにおける中絶ケアのスペシャル・スキル・モジュール（SSM）の臨床研修の構成

- ①カウンセリング・スキル
- ②薬による中絶（妊娠49日以内）
- ③薬による中絶（妊娠49日以上）
- ④手動真空吸引（MVA）
- ⑤外科的中絶（妊娠12週未満）
- ⑥外科的中絶（妊娠12～13週以上）
- ⑦外科的中絶（妊娠14～19週以上）
- ⑧外科的中絶（妊娠20～23週以上）

アメリカ産科婦人科学会(American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG)のヘルスケア委員会も、中絶の研修と教育について提言をまとめている¹⁸。

ACOGは、安全な中絶を提供できる医療従事者を増やすことが安全な中絶の要であると述べたうえで、医療学生への教育と、研修医や上級臨床医への臨床研修のサポートを提供している（ACOG, 2009=2022）。

現状では、医学生の3～4割しか、中絶に関連する講義や臨床経験がない。また、人工妊娠中絶の94%が研修医の研修以外の場所で実施されているために、研修医が中絶の臨床研修を受ける機会が限られている。特に宗教的な背景をもつ医療機関に在籍する場合は、教育や研修の機会が閉ざされる。

中絶研修に対する学生の要望により、1993年にMedical Student for Choice (MSFC) が誕生した。その目的は、医学生と研修医の中絶研修の機会を増やし、包括的な中絶の提供に注力し、研修を受けた医師の数を確実に増やすことである。ACOGは、全医学生に中絶を含む教育を提供すること、中絶研修をオプトアウトすることにより、産婦人科医研修に中絶研修へのアクセスを保証すること（良心的拒否は可能）を宣言している。中絶研修には、妊娠の選択肢に関するカウンセリング、妊娠初期超音波検査、ペインコントロール、子宮頸管拡張、手動真空吸引法を含む。1999年にケネス J. ライアン研修プログラムが開設し、現在、米国とカナダの67産婦人科研修プログラムがこれに参加している。

妊娠10週までの妊娠初期の中絶は家庭医の役割が大きいため、家庭医学研修プログラムに組み込むことを宣言し、米国家庭医学会（ACGME）も家庭医の

¹⁸ <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2014/11/abortion-training-and-education>

中核的スキルとして認めている。(ただし中絶研修を義務付けていないため、現在のところ、家庭医学研修プログラム461件のうち包括的な中絶研修を含むものは24件のみである)。家庭医学におけるリプロダクティブ・ヘルス教育プログラムが2004年に開設された。四点目に、看護師、助手、認定看護助産師を含む医療従事者は、女性のプライマリ・ヘルスケアの多くを担っているため期待されるが、彼らに薬や吸引法による中絶を許可しているのは5州にとどまっている。しかし彼らの効果にはそんな色がないため、今後の中絶ケア提供者としてトレーニングが求められるとしている。

また、アメリカ合衆国のカリフォルニア大学サンフランシスコ校内の「ビクスビー・グローバル・リプロダクティブ・ヘルス・センター」のプロジェクト「リプロダクティブ・ヘルスの革新的な教育」では、中絶に関する情報や教育や教育のコンテンツがサイトに掲載されている¹⁹。ビクスビー・グローバル・リプロダクティブ・ヘルス・センターには、性的健康、避妊、HIVおよび性感染症、妊娠や出産の情報も掲載されている。

5. 医学生、医療者への包括的中絶教育

最後に、近年、特に注目したい医学生・医療者への中絶教育の考え方として、「包括的中絶教育」について概観する。

RCOGが世界の中絶提供者に対して行った調査によれば、その37%が中絶を提供していることで同僚から見下されていると感じており、33%が同僚から専門的能力に疑問を持たれていると感じていると回答したという (RCOG, 2022)。中絶提供者が自身の医療行為によってスティグマを負い、孤立や燃えつきがあると、中絶の提供が滞るとともに、中絶をする人が中絶を恥、罪と感じたり、秘密にしたり沈黙や孤立をすることになる。反対に、中絶提供者がリフレーミングできれば、よいサイクルが展開できるだろう。そのため、包括的中絶教育によって、中絶の理解、位置づけ、意義や必要性について学び、安全な中絶の提供のために必要な知識と技能を身につけることを目標としている。

世界産科婦人科教育協会 (The Association of Professors of Gynecology and Obstetrics : APGO) には、医学部教育委員会 Undergraduate Medical Education Committee (UMEC) があり、カリキュラムやコンテンツ開発をしており、ウー

¹⁹ <https://www.innovating-education.org/>

マンズヘルスに関する教育内容の基礎をまとめており、中絶も含まれている(UMEC, 2019)²⁰。

Doctors for Choice UKは、人びとに対する安全な中絶の提供をおこなう医療者ネットワークであると同時に、医療者自身の脱スティグマ化の活動もおこなっている。教育者と医学生から成るカリキュラム・プロジェクトを作り(カリキュラム・チャンピオン²¹)、現在の学習内容、学生の認識・ニーズ調査をおこない、適切なカリキュラムの作成をした。カリキュラムだけでなく、中絶をリプロダクティブ・ヘルスや人権としてではなく、ネガティブで倫理的、道徳的な繊細な問題として扱うことの弊害、臨床経験が豊富な教員から教育を受けること、教育や研修の時間数や機会の欠如など、制度的な問題にも焦点を当てた「包括的」な中絶教育改革である(Cohen et al., 2021)²²。サイトには医学部教育で利用できる資料や動画の教材コンテンツ、8カテゴリーが掲載されている²³。

6. 終わりに：日本での中絶の医学教育・研修の拡充を求めて

以上、日本の現状を紹介しながら、世界における中絶のベスト・プラクティスなどモデルの明確な提示、コア・カリキュラムなど医学部生への中絶教育、高度なスキルのモジュール(ASM)など専門家研修内容のスタンダード化と研修機会の確保、医師自身へのスティグマを低減し、意義と構えを含む包括的な中絶教育カリキュラムを医学部生の参画を招きながら策定したことを紹介してきた。

これらの卓越している点は、専門機関があるべき姿を示して統一されている(スタンダードやベスト・プラクティスが明確である)こと、それを公開し誰でも共有できること、尊重、選択、非判断的、アドボカシー、カウンセリングの具体的なあり方など、構えや姿勢も含み、また中絶提供者へのスティグマを低減する包括的中絶教育を目指していること、中絶当事者の経験を教育や研修に組み込んでいること、などであろう。

こうした教育・研修の効果は、様々な調査研究ですでに明らかにされている(Cohen et al., 2021; Steinauer et al., 2021; Horan et al., 2022; Lauren et al., 2022;

²⁰ <https://cdn.ymaws.com/apgo.site-ym.com/resource/resmgr/apgo-11th-ed-mso-book.pdf>

²¹ <https://doctorsforchoiceuk.com/curriculum-champion>

²² RCOGとDoctors for Choice UKによる発言集の動画「Why We Provide - teaching version」<https://vimeo.com/453594455> も参考になる。

²³ <https://doctorsforchoiceuk.com/undergradteaching>

Julie et al., 2023)。中絶提供者が体系的で最善の教育と研修の機会を得て、包括的に中絶を学び、中絶提供者のスティグマが低減し、安全な中絶の提供機会が確保でき、中絶提供者から中絶を経験する人へのスティグマが低減することへと展開していこう。セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・ライツ (SRHR) の基盤となる要素の一つとして、日本でも拡充することが求められる。

謝辞

包括的中絶教育について多くの情報を下さったAssociate Clinical Professor, Dr Jayne Kavanagh, My Body My Lifeの活動を通じて当事者による語りの重要性を教えて下さり、日本語版翻訳サイトを許可して下さったProfessor Lesley Hoggart, Ph. Dに感謝いたします。

参考引用文献

- Association of Professors of Gynecology and Obstetrics. *APGO Medical Student Educational Objectives*. 11th ed. Crofton, MD: APGO; 2019.
- Cohen P, Mayhew J, Gishen F, Potts HWW, Lohr PA, Kavanagh J. What should medical students be taught about abortion? An evaluation of student attitudes towards their abortion teaching and their future involvement in abortion care. *BMC Med Educ* 2021;21.
- Horan C, Zadeh PG, Rennison C, et al, A qualitative analysis of medical students' attitudes to abortion education in UK medical schools *BMJ Sexual & Reproductive Health* 2022;48:205-209.
- Julie A. Heger, BreAnne J. Young, Lindsay R. Richards, Olveen Carrasquillo, Sonjia Kenya, Abortion education: What are future physicians learning in medical school?, *Contraception*, 2023.
- Lauren E. Farmer, Camille A. Clare, Penny Liberatos, Hae-Young Kim, Qiuhu Shi, Exploring barriers to abortion access: Medical students' intentions, attitudes and exposure to abortion, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 34, 2022.
- RCOG, 2022, Abortion Provider Stigma Surty (*RCOG, 2023, Reducing and managing stigma experienced by providers of abortion care.*).

Steinauer J, DePiñeres T. The importance of including abortion in undergraduate medical education. In: Landy U, Darney PD, Steinauer J (Eds). *Advancing women's health through medical education: A systems approach in family planning and abortion*. Cambridge: Cambridge University Press; 2021. Chapter 14.