

推奨事項と 重要な留意事項



本章の内容



本章では、セルフケア介入に関するエビデンスに基づく新規 及び既存の WHO の推奨事項に加え、有望ではあるもののさら なる研究が必要な優先度の高い分野や介入に関する新規の重 要な留意事項を提供します。

出産前・出産時・出産後ケアの改善 ---◆ p.30

不妊治療サービスを含む家族計 画のための質の高いサービスの 提供

---• p. 40

安全でない妊娠中絶の根絶

--- p. 46

性感染症(HIV を含む)、 生殖器感染症、子宮頸がん、 及びその他の婦人科疾患との闘い

--- p. 47

性の健康の促進

--- p. 50

心血管疾患や糖尿病を含む 非感染性疾患への取り組み

--- p. 55

本章では、推奨事項と重要な留意事項を以下のアイ コンで示しています:







新規の推奨事項

既存の推奨事項

重要な留意事項



本章では、本ガイドラインで初めて発表される新たに作成された世界保健機関(WHO)の推奨事項と、他のWHOガイドラインで発表されている既存の推奨事項を提供します。また、本章では、GRADE(Grading of Recommendations

Assessment, Development and Evaluation)アプローチを通じて作成されたこれらの推奨事項に加え、新規、改変、又は既存のグッド・プラクティス・ステートメントも提供します。 Guideline Development Group(GDG)は、本ガイドラインのために、これまで推奨事項もグッド・プラクティス・ステートメントも作成されていない問いに関する将来の研究やガイドライン作成プロセスの指針及び情報となる、いくつかの重要な留意事項を作成しました。これらの問いについて推奨事項を作成しないという判断がなされた主な理由は、その介入におけるセルフケアの選択肢についての効果のエビデンスが限られていたか、まったくなかったためです。

それでも、GDGでは、これらの極めて重要なトピックについてセルフケアに関する知識が不足していることに目を向けてもらう必要があると判断し、推奨事項やグッド・プラクティス・ステートメントとともに重要な留意事項も示すことにしました。

推奨事項は、2004年に発表されたWHOの生殖に関する健康のグローバル戦略(Global Reproductive Health Strategy)の優先分野を反映した健康介入に関するものとなっています。エグゼクティブサマリーの表1で推奨事項を番号順に示し、以下の3.1~3.5項で推奨事項の詳しい内容を説明します。まず、新規及び既存の推奨事項を表形式でそれぞれの推奨の強さ及び根拠となるエビデンスの確実性(付録2のA2.5項で説明する通りGRADE法を用いて評価)に関する情報とともに示し、続いてGDGが特に示した重要な留意事項を含むコメントを記載します。既存の推奨事項についてのコメントは、出典元のガイドラインのタイトル、発行年、及びウェブリンクのみとしています。

新規の推奨事項は、新たなトピック分野を扱ったものや以前 の推奨事項に代わるものであり、各推奨事項について追加情 報を以下の順に記載します:

- 介入に関する背景情報。
- 介入の効果に関する結果(ベネフィットとリスクのバランス)や、エビデンスの確実性及び推奨の強さに関する説明に加え、資源利用、実現可能性、及び公平性に関する情報と、最終使用者及び医療従事者にとっての介入の許容性(最終使用者や医療従事者の価値観と好みに基づく相対的な許容性)を含む、エビデンス及び GDG の留意事項の要約。各推奨事項に至った判断の根拠を示します。

既存の推奨事項については、推奨事項の表の後に記載する追加情報は、介入に関する背景情報のみとします。

重要な留意事項は、推奨事項を作成するにはエビデンスが不足しており、まだベストプラクティスがはっきりしていないと GDG が判断した、本ガイドラインにおいて優先度の高い4つの問いに関連したものとなっています。新規の重要な留意事項については、それぞれ追加情報を以下の順で記載します:

- 背景情報。
- その問いについて GDG が指摘した重要な課題の要約と、 今後の意思決定を裏付ける上での重要な研究ギャップ の特定。

ここに示す推奨事項は、セルフケア導入が従来の保健部門の対応を超えた革新的な戦略をもたらすこととなる低中所得国 (LMIC) に特に適しています。その理由は、LMIC で適切に機能する保健システム – 訓練を受けた医療従事者が配置され、システムを支える維持管理の行き届いたインフラがあり、医薬品や技術の供給が確保され、十分な資金としっかりとした保健計画、そしてエビデンスに基づく政策によって裏打ちされた保健システム – が実際にある国はごくわずかなためです。

3.1 出産前・出産時・出産後ケアの改善

生命を脅かす母体合併症のほぼすべてを予防又は治療できる 効果的な介入法があり、また、この 20 年間に大きな進歩が あったにも関わらず、2017年には約29万5千人の女性が妊 娠中や出産中及び出産後に死亡しています (1)。エビデン スに基づく適切な出産前ケアを適時に実施することで、命を 救えるということが立証されています。また重要な点として、 出産前ケアは、女性の人生における重大な時期に、女性やそ の家族、そしてコミュニティとコミュニケーションを取り、 支援する機会にもなります。ポジティブな妊娠体験とは、身 体的及び社会文化的に正常な状態を維持しながら、母子にと って健康な妊娠を維持し(リスク、疾患、及び死亡の予防又 は対処・治療を含む)、ポジティブな分娩・出産への移行を 効果的に行い、ポジティブな母性感情(母親としての自尊心、 能力、自律性を含む)を持つことと定義されています (2)。 サービスには、妊娠中や出産後の社会的支援の必要性を含め、 女性やその家族に家庭での健康的な行動を促す助言や支援、 そして出産及び緊急時対応計画など、妊娠中や出産後の期間 における母子の健康上のニーズやセルフケアに対する意識向 上を図るための介入パッケージが含まれます (3)。



3.1.1 出産前ケア及び出産時におけるセルフケアに関する既存の推奨事項

	推奨事項
推奨事項 1	女性に対する健康教育は、出産前ケアに欠かすことのできない要素です。以下の教育的介入及び支援プログラムは、的を絞ったモニタリングと評価を併用した場合に限り、帝王切開での出産を削減するために推奨されます。 (特定の状況に対する推奨、確実性が低いエビデンス)
推奨事項 1a	出産訓練ワークショップ(内容には、分娩への恐怖心や分娩の痛みに関するセッション、 薬理学的な痛みの緩和方法とその効果、非薬理学的な痛みの緩和方法、帝王切開と経腟分 娩の長所と短所、帝王切開の適応と禁忌などが含まれます)。 (確実性が低~中程度のエビデンス)
推奨事項 1b	看護師主導による応用リラクゼーションの訓練プログラム(内容には、妊娠中の不安やストレス関連の問題に関するグループディスカッション、深呼吸法などの応用リラクゼーション手法の目的などが含まれます)。 (確実性が低~中程度のエビデンス)
推奨事項 1c	カップルを対象とした心理社会的予防プログラム(内容には、感情面でのセルフマネジメント、コンフリクトマネジメント、問題解決、コミュニケーション、及び両親の積極的な共同子育てを促進する相互支援戦略などが含まれます)。本推奨事項における「カップル」には、夫婦/恋人、最も親密な関係にある人々、又はその他の親密な人々が含まれます。 (確実性が低~中程度のエビデンス)
推奨事項 1d	心理教育(痛みに対する恐怖心への対処。恐怖や不安、分娩への恐怖心、反応の正常化、 分娩の段階、病院での一般的な手順、出産プロセス、痛みの緩和 [療法士や助産師が主導] などに関する情報によって構成されます)。 (確実性が低~中程度のエビデンス)
推奨事項 2	教育的介入や支援プログラムについて、より効果の高いものとして推奨される特定のフォーマット (パンフレット、動画、ロールプレイ教育など) はありません。
推奨事項3	妊娠初期の吐き気の緩和には、その人の好みや利用可能な選択肢に基づき、生姜、カモミール、ビタミン B6、鍼治療が推奨されます。
推奨事項 4	妊娠中の胸やけの予防や緩和には、食事や生活習慣に関する助言が推奨されます。生活習慣を改善しても緩和されない厄介な症状がある女性には、制酸剤を提供することができます。
推奨事項 5	妊娠中の脚のけいれんの緩和には、その人の好みや利用可能な選択肢に基づき、マグネシウム、カルシウム、又は非薬理学的な治療選択肢を使用することができます。
推奨事項 6	腰や骨盤の痛みの予防には、妊娠期間全体を通じて定期的に運動をすることが推奨されます。その人の好みや利用可能な選択肢に基づき、理学療法、腹帯、鍼治療など、さまざまな治療選択肢を使用することができます。
推奨事項 7	食生活を改善しても効果が見られない場合、その人の好みや利用可能な選択肢に基づき、 小麦ふすまやその他の食物繊維サプリメントを使用することができます。

	推奨事項
推奨事項 8	妊娠中の静脈瘤や浮腫の管理には、その人の好みや利用可能な選択肢に基づき、着圧ストッキングを履く、脚を高くする、水に浸すといった非薬理学的な選択肢を使用することができます。
推奨事項 9	分娩の遅れを防ぎ、陣痛促進剤の使用を減らすことを目的とした痛みの緩和は推奨されません。 (条件付き推奨、確実性が非常に低いエビデンス)
推奨事項 13	WHO では、ケアの継続性と質を向上し、妊娠体験を改善するために、妊娠中は各妊婦が自身の症例記録を所持することを推奨します。

3.1.2 出産前及び分娩時ケアにおけるセ ルフケア導入に関するその他の既存ガイ ダンス

WHO では、妊婦、母親、新生児、及び小児のケアための家 庭用記録媒体を使用することで、医療機関の診療記録を補い、 ケアシーキング行動、家庭における男性の参加と支援、母子 のホームケアの実践、子への授乳・食事の世話、及び医療提 供者と女性/介護者とのコミュニケーションを改善すること も推奨しています (4)。

さまざまな環境にある女性の定性的エビデンスにより、女性 は自身の診療記録媒体を所持することで、妊娠や健康に関す る情報を得る機会が増え、また、エンパワメント感が得られ ることから、そうした記録媒体の所持を希望する可能性が高 いことが示唆されています。紙ベースのシステムの場合、保 健システムプランナーは診療記録媒体が耐久性のある携帯可

能なものであるようにする必要があります。電子システムを 通じて女性が自分の診療記録にアクセスできるようにする保 健システムの場合、すべての妊婦が適切な技術にアクセスで きるようにし、また、データセキュリティに注意が払われる ようにする必要があります。さらに、政策立案者が家庭用記 録媒体のタイプ、内容、及び実施に関する重要な留意事項に ついて検討する際には、ステークホルダーにも参加してもら うようにすべきです。

SMART (standards-based, machine-readable, adaptive, requirements-based and testable 基準に基づく、機械可読、 適応的、要件に基づく、検証可能)ガイドライン (5) の作 成に関連して、出産前検診における医療従事者のデジタル追 跡及び意思決定支援のためのガイダンスとツールを公表しま した。これには、2019年版ガイドライン(6)に記載されて いるセルフケア導入の要素が含まれています。



3.1.3 出産前ケア及び出産時における鉄及び葉酸サプリメントに関する新規の 推奨事項

	推奨事項
推奨事項 10a(新規)	WHO では、今後3ヵ月以内に妊娠を計画している人が、医療従事者の主導による葉酸サプリメントの提供に加え、追加の選択肢として葉酸サプリメントのセルフマネジメントを利用できるようにすることを推奨します。 (強い推奨、確実性が非常に低いエビデンス)
推奨事項 10b(新規)	WHO では、妊娠中の人が、医療従事者の主導による葉酸サプリメントの提供に加え、追加の選択肢として鉄及び葉酸サプリメントのセルフマネジメントを利用できるようにすることを推奨します。 (強い推奨、確実性が非常に低いエビデンス)
推奨事項 10c(新規)	WHO では、出産後の人が、医療従事者の主導による鉄及び葉酸サプリメントの提供に加え、追加の選択肢として鉄及び葉酸サプリメントのセルフマネジメントを利用できるようにすることを推奨します。 (強い推奨、確実性が非常に低いエビデンス)

コメント:

- 出産前・出産後ケアと早期につなげることが極めて重要です。
- 起こりうる副作用や害(過量投与による鉄毒性、小児の中毒など)のモニタリング方法に関する情報が不可欠です。
- 葉酸の服用は、最長で妊娠 12 週目までとします。

背景

妊娠中の鉄及び葉酸サプリメントの使用は、母体の貧血、産 褥敗血症、低出生体重、及び早産を低減する上で効果的な介 入として推奨されています (3、7)。葉酸サプリメントの使 用は、神経管欠損を予防するために、妊娠中できるだけ早い 時期から、理想的には妊娠前から始めることが推奨されます (3、8)。また、出産後の鉄サプリメントの使用(単独又は 葉酸との併用)は、母体貧血の有病率が高い環境において貧 血のリスクを低下させる可能性があります (9)。

これらのサプリメントについて有効性が認められているにも関わらず、妊娠中の鉄及び葉酸サプリメントの使用は、一貫した使用が実現していないため、その影響力が十分に発揮できていません。その原因には、供給と需要に関する要因 (10~14)、副作用、費用、アクセスなど、幅広い問題が含まれます。

妊娠計画中(妊娠前)、妊娠中、及び出産後における市販又は家庭用の葉酸サプリメントや鉄及び葉酸サプリメントの使用推進は、微量栄養素サプリメントの使用を拡大して臨床ケア環境以外でも使用されるようにし、最終的に母体、胎児、及び新生児の健康アウトカム改善に役立つ可能性があります。

新規の推奨事項に関するエビデンス及び留意 事項の要約

WHO のガイドライン統括委員会(のガイドライン統括委員会(guideline steering group))は、妊娠に関連した鉄及び葉酸サプリメント又は葉酸サプリメントのセルフマネジメントと、医療提供者の主導によるこれらのサプリメントの提供を比較することにしました。

以下の PICO (対象集団、介入、比較対照、アウトカム) 形式の問いが検討されました:

- 妊娠を計画している人は、葉酸サプリメントの使用をセルフマネジメントすべきか、それとも医療提供者の主導によるそうした葉酸サプリメントの管理のみが提供されるべきか?
- 妊婦は、国際的なガイダンス (現在は、鉄元素 $30\sim60~mg$ 及び葉酸 $400~\mu g$ [0.4~mg] の 1~B~1 回投与、又は鉄元素 120~mg 及び葉酸 2.8~mg の間欠投与 [週~1~回など]) に従って鉄及び葉酸サプリメントの使用をセルフマネジメントすべきか、それとも医療提供者の主導によるそうしたサプリメントの管理のみが提供されるべきか (3)~?

出産後の人は、少なくとも産後3ヵ月間にわたり、国際的なガイダンス(現在は、鉄元素30~60 mg 及び葉酸400 μg [0.4 mg]の1日1回投与、又は鉄元素120 mg及び葉酸2.8 mgの間欠投与[週1回など])に従って鉄サプリメントの使用(単独又は葉酸と併用)をセルフマネジメントすべきか、それとも医療提供者の主導によるそうしたサプリメントの管理のみが提供されるべきか(10)?

妊娠前、妊娠中、又は出産後の期間において介入が母体や胎児及び新生児のアウトカムに及ぼす効果、最終使用者の価値観と好み、並びに妊娠前、妊娠中、又は出産後の期間における介入の費用や費用対効果という、上記の問いに関連する3つの分野における既存文献のシステマティックレビューが実施されました。このレビューは、PRISMA(システマティックレビュー及びメタアナリシスのための優先的報告項目)ガイドラインに従って行われました(15)。プロトコールは、システマティックレビューの国際的な前向き登録システムであるPROSPEROで公表されました(登録番号CRD42020205548)。このシステマティックレビューは、ピアレビュー誌で発表されました(16)。

結果

特定された固有の文献 2587 件のうち、組入れ基準を満たした研究はありませんでした。主な除外理由は、関心のあるアウトカムがなかったこと、対照群が設けられていなかったこと、あるいはサプリメント全般の使用に重点を置いており、特に葉酸サプリメントや鉄及び葉酸サプリメントに注目したものではなかったことでした。最後に、費用や費用対効果に関するデータを示した文献はありませんでした。

推奨事項に関するエビデンスの確実性

直接的なエビデンスは特定されず、エビデンスの全体的な確 実性は非常に低いものでした。

推奨の強さ及び方向性に対する根拠

GDG は、この介入はすでに多くの国で広く使用されており、大きな懸念や論争はないとしました。起こりうる毒性や中毒に関する害を検討した上で、このセルフケア導入の正しい使用の推進にはヘルスリテラシーや教育が重要な要素となるということで、GDG の意見が一致しました。しかし、どのようにヘルスリテラシーを構築していくのがベストかという問いについては、取り組む必要がある重要な研究ギャップとされました。GDG は、全体として大きなベネフィットと些少な害をはかりにかけると、セルフマネジメントを個人の選択肢としてセルフマネジメントの利用が追加されることによってもたらされる可能性の高い、公平性やアクセシビリティに対する影響を踏まえ、GDG はこの推奨事項を強い推奨事項としました。

資源利用



このレビューでは、費用に関する直接的なエビデ ンスは特定されませんでした。しかし、一般的に はサプリメントの費用が下がることで、取り入れ が増えることが示されています。出産前ケアへの アクセス費用に民間医療機関の費用を算入する

と、こうしたセルフケア導入によりサプリメントの費用が下 がる可能性があります。低所得国では、包装によって費用が 大きく左右されます。GDG の考察では、鉄及び葉酸サプリ メントにかかる費用は一般的に低いものの、最終使用者が購 入場所まで行くのに追加の費用がかかる可能性があるとされ ました。

実現可能性

鉄及び葉酸サプリメントはすでに世界中の多くの場所で利用 できることから、この推奨事項は実現可能であるということ で、GDG メンバー全員の意見が一致しました。

公平性と人権



医療システムを通じた提供に加え、追加の選択肢 として鉄及び葉酸サプリメントを利用できるよう にした場合に生じると予測される、公平性や人権 に関する大きな問題はありませんでした。情報が

不十分ではあるものの、適切な実現環境において実施された 場合、このセルフケア導入は公平性の改善につながる可能性 があるということで、GDG の意見が一致しました。



しかし、リテラシーのレベルが低く、教育を妨 げて介入へのアクセスを低減させる可能性のあ る障害がある場合、実現環境が整わない可能性 があります。

介入の許容性: 最終使用者及び医療従事者の 価値観と好み

価値観と好みに関するレビューに組み入れられた研究はあり ませんでした。研究からの間接的なエビデンスは、サプリメ ント全般(葉酸サプリメントや鉄及び葉酸サプリメントに限 らず)の使用を促進する要因には、便利な供給、費用/価格 の手ごろさ、医療従事者のメッセージ発信、及び個人的なリ スクに対する認識などがあることを示唆しています。使用を 妨げる障害には、医療従事者とのコミュニケーション不足、 サプリメントの効果や必要性に対する懐疑的な見方、サプリ メント自体に対する認識などがあります。しかし、こうした 促進要因や障害は、その時点で妊娠中であった最終使用者の みに見られたものであるという点に留意することが重要です。

第1章の1.7項に記載したように、「価値観と好みに関する グローバル調査 (Global Values and Preferences Survey: GVPS)」も実施され、医療従事者や潜在的な最終使用者を 対象に、本ガイドラインにおける新規の推奨事項で取り上げ ているこの介入やその他の介入について価値観や好みが調査 されました。



その結果、一般の人より医療従事者の方が鉄及 び葉酸サプリメントに対する認識が高いことが 明らかになりました。使用理由として最も多か ったのは、利便性と費用でした。大半の医療従

事者は、鉄及び葉酸サプリメントを提供したことがありまし たが、それに対する満足度は若干低い結果となりました。ア クセス場所として最も多く選ばれたのは、薬局・薬店でした。



3.1.4 妊娠中の血圧の自己モニタリングに関する新規の推奨事項

推奨事項

推奨事項 11 (新規)

WHO では、妊娠高血圧症候群の人が、出産前診察時のみの医療従事者による病院での血 圧モニタリングに加え、追加の選択肢として妊娠中に血圧の自己モニタリングを利用でき るようにすることを推奨します。

(条件付き推奨、確実性が非常に低いエビデンス)

背景

妊娠高血圧症候群は、女性や青年期の女子、及びその新生児 における妊娠関連の死亡や疾病の主な原因の1つとなってお り、特に LMIC をはじめとする全世界の妊婦全体の約 10%が 罹患しています (17~19)。妊娠中の高血圧は、女性や青年 期の女子における慢性高血圧や子癇前症などの長期的な障害 につながることもあり、低出生体重や呼吸窮迫症候群を含む 新生児における幅広い疾病につながる可能性があります (20)

~22)。早期の高血圧治療と適時の分娩により、そうした疾 病や、場合によっては死亡を予防できる可能性があります (23)。したがって、妊娠中の高血圧管理の改善は、母体や 新生児の健康のための質の高いケアにおいて極めて重要な側 面となります。

一般的に、出産前の定期健診には血圧測定が含まれますが、 来院と来院の間の期間に生じた血圧の変化は見落とされる可 能性があります。血圧の自己モニタリング (self-monitoring of blood pressure: SMBP) は、患者が自ら血圧を測定すること により、自身のヘルスケアにおいてより積極的な役割を果た すようにする戦略の1つであり、従来の出産前ケアへのアク セスやそのための資源が限られている環境では特に役立つ可 能性があります。

SMBP については、これまでに一般的な高血圧集団(つまり、妊娠中のみではない)においてレビューが行われています。 SMBP は、医療機関ベースのモニタリングとの比較で高血圧 コントロールの改善と関連付けられていますが (24~26)、その影響の大きさは評価又は実施された特定のアウトカムによって異なっています (27)。

最近の2件のレビューでは、妊娠中及び出産後における複数の母体及び新生児アウトカムについて、SMBPと医療機関ベースのモニタリングを比較したところ、SMBPの効果について相反する結果が報告されており(28、29)、在宅モニタリングは医療提供者によるケアを受ける場合に比べて劣らないことが示唆されました。しかし、妊婦や新生児に特化したSMBPについては、あまりよくわかっていません(30)。

最近のレビューでは、特定の介入を併用しない限り、SMBPが血圧コントロールの改善に及ぼす影響は限定的であることが示されています (31)。

新規の推奨事項に関するエビデンス及び留意 事項の要約

WHO のガイドライン統括委員会(guideline steering group)は、妊娠高血圧症候群の人においては、病院での検診に加え、 SMBP を利用できるようにすべきかどうかを検討することを 決定しました。

以下の PICO 形式の問いが検討されました:

• 妊娠高血圧症候群の人における SMBP を、病院での検診に加えて利用できるようにすべきか?

あらゆる場所及び言語のピアレビュー誌の文献を対象に、シ ステマティックレビューが実施されました。このレビューに は、介入の効果、最終使用者及び医療従事者の価値観と好み、 並びに費用に関する情報という、上記の問いに関連する3つ の分野における文献が組み入れられました。組み入れられた 研究では、高血圧(妊娠高血圧症、慢性高血圧、及び子癇前 症)の妊婦について、血圧を自己モニタリングしていた人(妊 婦本人又は家族など本人以外の一般人による)と、出産前診 察時のみの医療従事者による病院での血圧モニタリングを受 けていた人を比較していました。これらの研究では、以下の 母体アウトカムのうち1つ以上が測定されました:母体死亡 又は二アミス、子癇又は子癇前症(研究参加前に子癇前症が 認められなかった患者)、長期リスク又は合併症(脳卒中、 心血管アウトカム、慢性腎臓病、又は慢性高血圧)、自律性 (自己効力感、自己決定、エンパワメント)、HELLP 症候群 (溶血、肝酵素上昇、血小板数減少)、帝王切開、出産前入 院、有害妊娠アウトカム(自然流産、前期破水、常位胎盤早 期剥離)、医療機器関連の問題(検査不良や、製造、包装、

ラベリング、又は使用説明書に関する問題など)、フォローアップケアと適切な管理、心の健康とウェルビーイング(不安、ストレス、自傷行為など)、社会的な害(スティグマ、差別、親密なパートナーによる暴力)、新生児アウトカム(死産又は周産期死亡、在胎期間に応じた出生体重/身長、アプガー [皮膚の色、心拍数、反応性、活動性、呼吸] スコア)(PICO 形式の問いの詳細については、付録6を参照)。

このレビューは PRISMA ガイドライン *(15)*に従って行われ、 プロトコールは PROSPERO で公表(登録番号 CRD42021233839)、システマティックレビューはピアレビュー誌で発表されました*(32)*。

結果

システマティックレビューには、1794件の固有の文献が組み入れられ、そのうち91件が全文レビューの対象とされました。最終的に、効果に関するレビューには6件、価値観と好みに関するレビューには7件、費用に関するレビューには1件の研究が組み入れられました。効果に関するレビューに組み入れられた6件の研究のうち、1件は無作為化比較試験(RCT)、5件は観察研究でした。すべての研究は高所得国からのものであり、自動血圧計を用いて毎日行うSMBP(紙に記録又はアプリを通じて提出)と、出産前受診時の定期健診(1件)及び出生前受診時の定期健診(2件)を比較していました。

2件の観察研究では、SMBP が母体の罹患率に影響を及ぼさないことが示されました。RCTでは、SMBP が慢性高血圧の妊婦における帝王切開の実施率の高さと関連していることが示されたものの(リスク比:2.01、95%信頼区間:1.22~3.30)、妊娠高血圧症の妊婦においては差が認められませんでした。また、慢性子癇前症又は妊娠子癇前症の妊婦における子癇前症の発現率にも差は認められませんでした(リスク比:高血圧。出産前の入院に対する影響なし、早産又は周産期死亡に対する影響なし)。そして、SMBP は慢性高血圧の妊婦における出生体重の低下及び在胎期間に対して小さく生まれる率の上昇と関連していることが示されたものの(ただし、この差は統計的に有意ではなかった)、妊娠高血圧症の妊婦においては差が認められませんでした。

母体死亡又は二アミス、長期リスク又は合併症(脳卒中、心血管アウトカム、慢性腎臓病、又は慢性高血圧など)、自律性(自己効力感、自己決定、エンパワメントにより測定)、HELLP症候群、医療機器関連の問題、フォローアップケアと適切な管理、心の健康とウェルビーイング(不安、ストレス、自傷行為など)、社会的な害(スティグマ、差別、親密なパートナーによる暴力など)、及びアプガースコアに関する比較データは、RCTでも観察研究でも特定されませんでした。

推奨事項に関するエビデンスの確実性

利用可能であったエビデンスは、全体的に確実性が中程度から非常に低いエビデンスでした。

推奨の強さ及び方向性に対する根拠

GDG はこの推奨事項を、介入を支持する条件付き推奨事項としました。GDG は、この推奨事項の文言の中で、この介入を追加の選択肢として利用できるようにすべきであり、それと同時に出産前ケアと早期につなげて継続するようにし、また、SMBP に必要な血圧測定値の解釈や対処に関する包括的な情報とガイダンスを提供すべきであるという点を強調しました。

資源利用



妊娠中の SMBP は、受診回数が少なくなることが一因となり、通常のケアに比べて保健システム全体の費用削減につながることを示すエビデンスがありました。英国及び北アイルランドにおける 1 件の研究では、記録紙に接続した自動血圧計

を使用する高血圧の妊婦において、こうした SMBP を使用した方が、スマホアプリや従来のモニタリング方法を使用する妊婦に比べ、保健システムにおける 1 人あたりの週間節約額が大きくなることが示されています。



費用は、各保健システムや機器のコストによって、 異なってくるということで、GDGの意見が一致 しました。また、本人などが血圧計や血圧測定値 を正しく読み取れない場合、測定値が不正確にな

り、それが費用増につながるということも認識されました。

実現可能性

この推奨事項は実現可能であるということで、GDG メンバー全員の意見が一致しました。しかし、実施にあたって考慮すべき、リテラシー、カウンセリング、及び支援/指導制度に関する留意事項について言及しました。

公平性と人権

情報が不十分ではあるものの、このセルフケア導入は、個人に選択肢を提供し、自身のケアへの参加を促進するものであり、また、プライバシー権を推進できることから、公平性の改善につながる可能性があるということで、GDG の意見が

一致しました。

介入の許容性:最終使用者及び医療従事者の 価値観と好み

価値観と好みに関するレビューには、全体で4ヵ国から7件の研究が組み入れられました。定性的研究が3件、定量的研究が3件、混合研究法の研究が1件でした。組み入れられた研究は、全般的に高血圧症候群を有するか、そのリスクがある妊婦を対象としていました。1件の研究では、医療従事者の価値観と好みについて検討していました。7件の研究は、いずれも高所得国(欧州、北米、オセアニア)で実施されました。

これらのエビデンスから、大半の最終使用者は SMBP について極めて満足度又は許容性が高いととらえていることが示唆されました。研究では、自己モニタリングが好まれる要因として、機器の使いやすさや利便性、また、エンパワメント感をもたらし、不安やストレスが少ないと感じられるようにする力があるなど、さまざまな要因が挙げられました。

障害には、使いやすさに対する最終使用者の認識に若干のばらつきがあること、また、一部の使用者は SMBP 用機器について不快感があり音がうるさいと感じることなどが含まれました。

SMBPの実践は、最終使用者が自ら率先的に機器を使用することにより、血圧、妊娠、及び健康に関するセルフケアにおいて、より大きな役割を果たしているという印象を使用者にもたらしました。その結果、エンパワメント感が得られ、不安の軽減に役立ちました。SMBPによって受診回数が減るにも関わらず、(遠隔モニタリング用や遠隔医療用のアプリを通じて)医療従事者とコミュニケーションが取れるSMBP用機器を使用する患者の多くは、かかりつけのケアチームとのつながりが逆に強まったとしています。

全般的に、これらの女性は SMBP の使用を継続していきたい と考えており、また、他の人たちにも同様にするよう勧める としました。



医療従事者は、在宅モニタリングによる顧客の 利便性と快適性について認識しており、概ね SMBP を支持していましたが、一部の医療従事 者は、SMBP が健康に関する不安を誘発したり、

逆に自分は健康だという誤った安心感を与えたりする可能性があるとして懸念を示しました。

第1章の1.7項に記載したように、GVPSも実施され、医療 従事者や潜在的な最終使用者を対象に、本ガイドラインにお ける新規の推奨事項で取り上げているこの介入やその他の介 入について価値観や好みが調査されました。GVPSの参加者 の大半は、SMBPについて認識しており、使用したことがあ りました。使用の決定において重要とされた主な要素は、利 便性と費用でした。



3.1.5 蛋白尿の自己検査に関する重要な留意事項

	推奨事項
重要な留意事項 1	非蛋白尿性高血圧の妊婦では、自宅で行う尿の自己検査は、蛋白尿を検出するために入院 診療を受けることに比べて、ある程度のベネフィットがある可能性がありますが、臨床医 はそうしたベネフィットと本人の負担増加とのバランスを取る必要があります。

背黒

妊娠中に高血圧を発症し、その後、蛋白尿(尿中の蛋白量が 正常値を上回ること)を来した妊婦は、一般的に子癇前症と 診断されます(33)。妊娠 20 週目以降に初めて蛋白尿を発 症した人の約3分の1は、最終的に子癇前症となる可能性が あります(34)。

妊娠初期の蛋白尿測定は、子癇前症や関連する合併症(早産や胎児の奇形など)のリスクが高い人を特定するのに役立つ可能性があります (35)。蛋白尿のスクリーニングには、通常、尿試験紙検査を使用します。この検査には少量の清潔な尿サンプルが必要であり、速やかに結果を得ることができます (36)。

尿試験紙検査は、一般的に出産前の定期健診時にポイント・オブ・ケアで行われています。しかし、このスクリーニングは自己検査によっても実施可能であることを示唆する新たな研究結果も出ています (37)。子癇前症が母体及び周産期の死亡や疾病の重要原因の1つとなっており、全世界の妊婦の2%~8%が罹患していることを考えると、蛋白尿の自己検査は、妊婦における子癇前症のリスクを特定し、最終使用者のエンパワメントを増強し、保健システムの負担を軽減する上で役立つ可能性があります。

エビデンス及び留意事項の要約

WHO のガイドライン統括委員会(guideline steering group)は、妊娠中の蛋白尿について、病院での検診に加え、自己検査を利用できるようにすべきかどうかを検討することを決定しました。

以下の PICO 形式の問いが検討されました:

• 妊娠中の蛋白尿の自己検査を、病院での検診に加えて利用できるようにすべきか?

システマティックレビューでは、(i)介入の効果、(ii)最終使用者及び医療従事者の価値観と好み、(iii)並びに費用に関する情報という、このトピックに関連する3つの分野が評価されました。このレビューは PRISMA ガイドライン (15)に従って行われ、プロトコールは PROSPERO で公表(登録番号 CRD42021233845)、システマティックレビューはピアレビュー誌で発表されました (38)。

結果

334件の固有の文献のうち、20件が全文レビューの対象とされ、価値観と好みに関するレビューには2件の研究が組み入れられました。費用に関するレビューに組み入れられた研究はありませんでした。これらの研究には、非蛋白尿性高血圧の女性が組み入れられ、入院診療での蛋白尿検査の提供との比較が行われました。ほとんどの研究は高所得国からのものでした。

全体として、データが利用可能であったいずれのアウトカムについても、蛋白尿の自己検査と医療機関ベースの検査との間に統計学的有意差は認められませんでした。一般的に、女性及び医療従事者のどちらも自己検査をよしとしており、その理由には、自己検査により女性がセルフケアにおいてより大きな役割を果たせること、来院回数が減ることなどが挙げられました。ただ、なかには検査の正しい実施と適切なフォローアップ措置について最終使用者を訓練する必要性を強調した医療従事者もいました。

蛋白尿の自己検査を利用できるようにする場合、セルフエンパワメント感、ケアのオーナーシップ、及び来院頻度の削減が重要な留意事項となるということで、GDG の意見が一致しました。しかし、妊娠中の蛋白尿の診断に絶対的な基準がないなどの理由により、尿試験紙検査の臨床的有用性について疑問を呈しました。この用途での尿試験紙検査には、水分の摂取状態、検査時刻、及び検査前に排尿したかどうかによって尿の濃度にばらつきが出るなどの欠点があります。さらに、非蛋白尿性高血圧は子癇前症とアウトカムが酷似している疾患として認識されていることから、GDG は、妊娠合併症の診断及び管理には蛋白尿の存在だけでなくそれ以上の情報が必要であるということが臨床ガイドラインで強調されていることを指摘しました。

それでも、蛋白尿の自己検査は有害ではないということがエビデンスによって示されているという点では、GDG の意見が一致しました。蛋白尿の自己検査を通常の出産前ケアの一環として行うことによって妊娠アウトカムを改善できるかどうかを評価するためには、さらなる研究が必要となります。

実現可能性

蛋白尿の自己検査の実現可能性及び許容性を示すエビデンスがあり、また、蛋白尿の自己検査は一般的に母体及び新生児の健康アウトカムに悪影響を与えないということで、GDGの意見が一致しました。しかし、資源が限られた環境における研究がさらに必要であるという点でも意見が一致しました。

公平性と人権

欠点が認識されてはいるものの、まず尿試験紙検査に基づく 蛋白尿の検査を実施し、必要に応じてフォローアップ検査を 行うようにすることは、資源が限られた環境で適切に患者を トリアージする上で役立つ可能性があります。しかし、資源 が豊富な環境においては、尿試験紙検査を使用した定期的な 蛋白尿検査によって得られる付加価値が限られる可能性があ ります。検査費用の手ごろさが重要な問題となる LMIC では、 この検査方法が今後も蛋白尿検査の標準的なツールとなりま す。

介入の許容性:最終使用者及び医療従事者の 価値観と好み

妊娠中の蛋白尿の自己検査に関する2件の定量的なフィージ ビリティスタディ(英国が1件 [37]、米国が1件 [39]) では、大半の妊婦が蛋白尿の自己検査について極めて満足し ている、あるいは医療機関での検査より望ましいとととらえ ていることが示されました。どちらの研究でも、自己検査が 好まれる共通の理由は使いやすさでした。



調査対象となった医療従事者の大半は、蛋白尿の自己検査について、女性が子癇前症を早期発 見し、セルフエンパワメントをもたらし、時間

と費用を節約する手段としてとらえていました (37)。80% 近くは、自己検査によって自身の通常のケア提供が強化されると考えていましたが、自己検査を行っていても尿検査を再度行うとした人も約70%いました。また、医療従事者からは、自己検査に対する妊婦の能力や適性、及び検査が陽性であった場合に適切に対処する能力に関する懸念や、自己検査によって医療機関ベースの緊急サービスに対する需要が増えるのではないかという懸念も示されました。



3.1.6 妊娠中の血糖値の自己モニタリングに関する新規の推奨事項

	推奨事項
推奨事項 12(新規)	WHO では、妊娠糖尿病と診断された人が、出産前診察時の医療従事者による病院での血糖値モニタリングに加え、追加の選択肢として妊娠中に血糖値の自己モニタリングを利用できるようにすることを推奨します。 (強い推奨、確実性が非常に低いエビデンス)

背景

妊娠糖尿病は、妊娠中に初めて発見又は発症した、臨床的高血糖に至る耐糖能障害と定義されています (40、41)。妊娠中の高血糖は、母体及び新生児における短期的及び長期的な有害健康アウトカムと関連しています。

生活習慣の改善(食事及び運動)を通じた妊娠糖尿病のセルフマネジメントは、米国糖尿病学会(American Diabetes Association)や国際糖尿病連合(International Diabetes Federation)を含む多くの臨床専門家団体によって第一選択治療とみなされています。妊娠糖尿病のセルフマネジメントの要素の1つに血糖値の自己モニタリングがあり、これは生活習慣の改善による効果を臨床的にモニタリングするため、あるいは治療強化の指針として、また、出産前ケアを行う上での情報とて使用されます。

新規の推奨事項に関するエビデンス及び留意 事項の要約

WHO のガイドライン統括委員会(guideline steering group)は、妊娠糖尿病の人において、病院での検診に加え、血糖値の自己モニタリング(SMBG)を行うことについて検討することを決定しました。

以下の PICO 形式の問いが検討されました:

• 妊娠糖尿病の妊婦における血糖値の自己モニタリング を、病院での検診に加えて利用できるようにすべきか?

介入の効果、最終使用者及び医療従事者の価値観と好み、並びに費用に関する情報という、上記の問いに関連する3つの分野における既存文献のレビューが実施されました。このレビューはPRISMAガイドライン(15)に従って行われ、プロトコールはPROSPEROで公表(登録番号

CRD42021233862)、システマティックレビューはピアレビュー誌で発表されました*(42)*。

レビューでは、SMBGを出産前ケア(病院)環境における医療従事者によるモニタリングと比較したエビデンスについて検討しました。血糖値の自己モニタリングには多数の製品、機器、及びアプリを使用できますが、SMBGの定義は、指先穿刺器具、持続的血糖値モニタリング(リアルタイムを含む)、フラッシュグルコースモニタリング、又は血糖値検査用の尿試験紙の在宅使用とされました。

結果

1871 件の固有の文献のうち、78 件が全文レビューの対象とされました。最終的に、効果に関するレビューには 6 件、価値観と好みに関するレビューには 5 件、費用に関するレビューには 1 件の研究が組み入れられました。医療機関での血糖値監視と SMBG を比較した研究はありませんでしたが、妊娠糖尿病に対する治療を行わなかった場合と SMBG を比較した 3 件の RCT が解析に組み入れられました。比較的大規模な 2 件の RCT (各群約 500 人) は、妊娠糖尿病治療のための介入の一環として SMBG を使用した場合と、出産前診察時に定期健診を行った場合の臨床及び医療利用アウトカムを比較していました。3 件目の小規模な RCT は、SMBG を使用した場合と、出産前受診時に定期モニタリングを行った場合の妊娠及び心理社会的アウトカムを比較したものでした。

GDGでは、医療機関における出産前ケアでのモニタリングと SMBG を直接比較した研究はなかったものの、妊娠糖尿病に対する大規模な治療プログラムの一環として SMBG を行うことの価値を示す結果が認められたということで、意見が一致しました。

妊婦は、SMBG を受け入れられるととらえており、また、利便性、使いやすさ、自信の向上などのベネフィットを認識していました。

妊娠糖尿病の治療の一環として SMBG を行うことの欠点としては、医療利用が増加する可能性などが挙げられました。1 件の小規模な研究では、インスリン依存性糖尿病患者において SMBG を使用することにより費用が節約できる可能性が示唆されました。しかし、個人が自己負担する費用と保健システムが負担する費用について比較検討した研究はありませんでした。

メタアナリシスに組み入れられた研究は、いずれも高所得国 で実施されたものでした。

推奨事項に関するエビデンスの確実性

利用可能であったエビデンスは、全体的に確実性が非常に低いエビデンスでした。

推奨の強さ及び方向性に対する根拠

GDG はこの推奨事項を、介入を支持する強い推奨事項とし、 推奨事項の文言の中で、この介入を追加的なアプローチとし て利用できるようにすべきであり、それと同時に血糖値の読 み取り方を含む SMBG に関する包括的な情報とガイダンス を提供すべきであるという点を強調しました。

資源利用



妊娠糖尿病患者における SMBG の経済的効果を検討した研究はありませんでした。米国で行われた 1 件の研究は、妊娠中にインスリン依存性糖尿病の女性が SMBG を行った場合の経済的効果に

ついて報告しており、妊娠糖尿病に対する SMBG の間接的なエビデンスとなっています。色調を測定するリフレクタンス・メーター(SMBG 用)を使用した患者群は在院期間が平均1.3 日、総平均費用が590米ドルを超えていたのに対し、対照群(従来の外来患者)の在院期間は平均3.8日、平均費用が1700米ドル以上となりました。対照群では9例の患者のうち5例で入院が必要になったのに対し、SMBG群では9例中2例のみでした。



費用は、各保健システムによって、異なってくるということで、GDGの意見が一致しました。

実現可能性

この推奨事項は実現可能であるということで、GDG メンバー全員の意見が一致しました。しかし、実施にあたっては、リテラシー、カウンセリング、及び支援/指導制度に関する留意事項を考慮すべきとしました。

公平性と人権

情報が不十分ではあるものの、このセルフケア導入は、個人に選択肢を提供し、自身のケアへの参加を促進するものであり、また、プライバシー権を推進できることから、公平性の改善につながる可能性があるということで、GDG の意見が一致しました。

介入の許容性:最終使用者及び医療従事者の 価値観と好み

このレビューには、アジア、欧州、及び北米からの5件の研究が組み入れられました(すべて高所得国又は上位中所得国) – このうち、3件は定量的研究、1件は定性的なデプスインタビューを使用したRCT、1件は定性的研究でした(43~48)。

特定の血糖値管理システムに関するすべてのフィージビリテ ィスタディで、大半の人が SMBG を支持していることが示さ れました。SMBG を好む理由には、健康上の利点、利便性、 使いやすさ、自信/コントロール/モチベーション/セルフ アウェアネスの向上などがありました。最終使用者は SMBG について、医療専門家の受診に代わるものではなく、それを 補うものととらえていました。SMBG を好まない理由には、 日常生活に取り入れにくい、自己モニタリングの結果が病院 の助言と矛盾する場合にフラストレーションを感じるなどが ありました。医療従事者は、血糖値の在宅モニタリングによ る患者の利便性について認識しており、SMBG 機器を信頼し ていましたが、技術的問題について警戒感を示しました。

3.2 不妊治療サービスを含む家族 計画のための質の高いサービスの 提供

家族計画は、個人、カップル、その家族、及びそのコミュニ ティのウェルビーイングと自律性を促進する上で不可欠です。 家族計画における質の高いケアは、すべての人が高い水準の 健康に到達するという目標に向けて確実に進んでいくために 最も重要なものです。以下は、家族計画における質の高いケ アの5つの要素です (49):

- 幅広い避妊法を選択できること。
- さまざまな方法の効果、リスク、及びベネフィットにつ いて、エビデンスに基づく情報があること。
- 訓練を受けた有能な医療従事者がいること。
- 医療従事者と最終使用者の間に、情報に基づく選択、プ ライバシー、及び秘密保持の尊重に基づく関係が築かれ ること。
- 同一地域で一連の適切なサービスが利用できること。

これ以上子どもを望まない人や次の妊娠を遅らせたいと考え ている人に避妊のアンメットニーズがあり、そうした人は意 図しない妊娠をする可能性があります。

意図しない妊娠は、依然として重要な公衆衛生上の問題とな っています。毎年、全世界で LMIC に住む 7400 万人の女性 が意図しない妊娠をしており、毎年2500万件の安全でない 妊娠中絶と4万7千件の母体死亡につながっています。

WHO では、避妊法の選択肢と、それらにアクセスする場所 の選択肢を広げる手段として、セルフケア導入を推奨してい ます。そうしたセルフケア導入には、自己注射型の避妊薬や、 市販の経口避妊薬を利用できるようにすることなどが含まれ ます (50)。



3.2.1 コンドーム及び経口避妊薬を使用したセルフケアに関する既存の推奨事 項

	推奨事項
推奨事項 14	生殖年齢の人に対して避妊注射を行うための追加的なアプローチとして、避妊注射の自己 投与を利用できるようにすべきです。 (強い推奨、確実性が中程度のエビデンス)
推奨事項 15	経口避妊薬(OCP)の使用者が、市販の経口避妊薬を処方箋なしで利用できるようにすべきです。 (強い推奨、確実性が非常に低いエビデンス)
推奨事項 17	妊娠を希望している人が妊娠管理を行うための追加的なアプローチとして、在宅用の排卵 予測キットを利用できるようにすべきです。 (強い推奨、確実性が低いエビデンス)
推奨事項 18	男性用及び女性用コンドームを一貫して正しく使用することは、HIV の性感染を予防すること、HIV 感染不一致のカップルにおける男性から女性及び女性から男性への HIV 感染リスクを削減すること、尖圭コンジローマや子宮頸がんを含むその他の性感染症 (STI) 及び関連疾患にかかるリスクを削減すること、並びに意図せぬ妊娠を予防することにおいて極めて有効です。
推奨事項 19	すべての重要集団に対し、HIV 及び STI の性感染を予防するために、コンドームに適した 潤滑剤を併用して男性用及び女性用コンドームを正しく一貫して使用することが推奨されます。 (強い推奨、確実性が中程度のエビデンス)

	推奨事項
推奨事項 20a	その人の好みや予想される使用量に応じて、最大1年分の経口避妊薬を提供するようにします。
推奨事項 20b	プログラムでは、女性に経口避妊薬に対する最大限のアクセスを提供することの望ましさと、避妊薬の供給及びロジスティクスに関する懸念のバランスを取る必要があります。
推奨事項 20c	再供給システムには柔軟性を持たせ、女性が必要な量の避妊薬を必要な時に容易に入手できるようにすべきです。

3.2.2 家族計画におけるセルフケアに関するその他の既存ガイダンス

WHO のガイダンス「*避妊法使用に関する医学的適用基準* (Medical eligibility criteria for contraceptive use)」には、複合避妊パッチ、複合避妊膣リング、プロゲステロン放出膣リング、コンドーム(男性用ラテックス製コンドーム、男性用ポリウレタン製コンドーム、女性用コンドーム)を含むバリア法、ペッサリー(殺精子剤付き)、子宮頸管キャップなど、使用者による自己投与で用いる幅広い避妊法が含まれています (51)。

同ガイダンスでは、「妊娠が容認できないリスクとなる状況にある女性に対しては、バリア法による避妊は一貫して正しく使用することができない場合、一般的な使用による避妊失敗率が比較的高くなることから、適切な避妊法とはならない可能性があると助言すべきである」としています。

同文書ではさらに、使用者の個人的特性や生殖歴、心血管疾患、リウマチ性疾患、神経疾患、うつ病性障害、生殖器感染症、生殖器障害、HIV/AIDS、その他の感染症、内分泌疾患、

消化器疾患、貧血、及び薬物相互作用に応じたバリア法の使用に関する詳しいガイダンスに加え、追加のコメントが提供されています。

同ガイダンスは、バリア法について「HIV を含む性感染症(STI) のリスクがある場合は、コンドームを正しく一貫して使用することが推奨されます。コンドームは、正しく一貫して使用した場合、HIV を含む STI に対する最も効果的な予防方法の1つとなります。女性用コンドームは有効かつ安全ですが、国のプログラムで男性用コンドームほど広く使用されていない」としています。

適用基準に関するガイダンスには、特定の医学的状態や個人的特性を有する人に対する複合ホルモン避妊法(複合経口避妊薬、複合避妊パッチ、複合避妊膣リングを含む)の安全性に関する推奨事項が含まれています。また、HIV 感染リスクが高い女性、HIV とともに生きる女性、及び抗ウイルス療法を使用しながら HIV とともに生きる女性に対するホルモン避妊法(複合避妊パッチ、複合避妊膣リングを含む)の安全性に関する推奨事項も記載されています。



3.2.3 市販の緊急避妊薬の利用に関する新規の推奨事項

	推奨事項
推奨事項 16(新規)	WHO では、緊急避妊薬の使用を希望する人が、市販の緊急避妊薬を処方箋なしで利用できるようにすることを推奨します。 (強い推奨、確実性が中程度のエビデンス)

背景

緊急避妊薬(emergency contraception: EC)へのアクセスは、世界の国や地域によって異なります。一部の国では、ECは一般用医薬品として市販されています(したがって、処方箋は不要)。これには、薬局・薬店においてスクリーニングなしで購入者が棚から直接取って購入できるもの(オフ・ザ・シェルフ方式)と、薬局・薬店のカウンターの奥などに置かれ、購入するには訓練を受けた薬局スタッフによる適格性ス

クリーニングを受ける必要があるもの(ビハインド・ザ・カウンター方式)の両方が含まれます (52)。その他の国では、一般用医薬品として市販されておらず、医療従事者からの処方箋が必要となっています (52)。

2019 年のガイドラインには、市販の経口避妊薬を利用できるようにすることで、使用者における継続率が高くなり、禁忌が制限される可能性があること、また、市販の経口避妊薬の利用は患者及び医療従事者に概ね支持されていることを示したシステマティックレビューに基づき、市販の経口避妊薬に関する推奨事項が含まれました(53)。このレビュー及び推奨事項には、市販のECの提供については含まれませんでした。ECは、性交後5日以内に使用した場合、妊娠を防ぐ効果があり、避妊法を使用せずに性交渉をした場合や、避妊の失敗又は誤用の可能性がある場合、また、性的暴行を受けた場合などに使用することができます。全世界における妊娠の44%が意図しない妊娠であると推定されていることから

(52)、EC を含む経口避妊薬を、より多くの環境において、より容易にアクセスできるようにすることが、この割合を減らす一助となる可能性があります。

新規の推奨事項に関するエビデンス及び留意 事項の要約

WHO のガイドライン統括委員会(guideline steering group)は、緊急避妊薬を臨床医の処方箋なしで利用できるようにすることが可能かどうかを検討することを決定しました。

以下の PICO 形式の問いが検討されました:

緊急避妊薬を臨床医の処方箋なしで利用できるように すべきか?

介入の効果、最終使用者及び医療従事者の価値観と好み、並びに費用に関する情報という、上記の問いに関連する3つの分野における既存文献のシステマティックレビューが実施されました。このレビューはPRISMAガイドライン (15)に従って行われ、プロトコールはPROSPEROで公表(登録番号CRD42021231625)、システマティックレビューはピアレビュー誌で発表されました (54)。

結果

システマティックレビューには、2581 件の固有の文献が組み入れられ、そのうち 129 件が全文レビューの対象とされました。最終的に、効果に関するレビューについては 19 件(21 件の文献)、価値観と好みに関するレビューについては 55 件、費用に関するレビューについては 3 件の研究が、組入れ基準を満たしていると特定されました。効果に関するレビューに組み入れられた 19 件の研究は、1 件の RCT と 18 件の観察研究で構成されていました。これらの研究は 8 ヵ国からのものであり、いずれも高所得環境におけるものでした。大半の研究は、EC の取り入れ、性と生殖に関する健康(SRH)にまつわる行為や行動の変化、又は妊娠中絶に関するデータを示すものでした。副作用、有害事象、又は社会的な害について評価した研究は 1 件のみでした。

米国からの4件のエコロジカル研究は、薬局・薬店を通じてアクセス可能な EC が女性 1000 人あたりの妊娠中絶率に及ぼす影響について評価していました。これらの研究では、薬局・薬店を通じてアクセス可能な EC による全体的な妊娠中絶率の差は認められませんでした。しかし、これらの研究のうち2件では、低年齢群において有意な減少が認められ、18歳及び19歳の女性1000人あたりの妊娠中絶は1.6件減少(P

< 0.05) (55)、15~19歳の女性 1000人あたりの妊娠中絶は 1.97件減少していました(P < 0.01) (56)。

若年女性には、多くの状況において処方箋が必要な EC にアクセスする上で直面する特有の障害があることから、市販の EC へのアクセス向上は、若年女性に特有のベネフィットをもたらす可能性があります。

多くの研究では、女性は市販の EC が利用できることによって得られるプライバシーやコントロールカを評価していることが示されています。しかし、2 件の研究は、真のオーバー・ザ・カウンターでの提供では医療従事者とのやり取りが限られてしまうことについて女性たちが懸念を抱いていることを明らかにしています。これら 2 件の研究では、いずれも処方箋不要の EC に対する幅広い支持(支持率は 78%及び 100%)が得られましたが、かなりの割合の女性は医療従事者とやり取りできるビハインド・ザ・カウンター方式(薬剤師の指導を受けて買える市販薬)を好むとしました。

市販のECには、ビハインド・ザ・カウンター方式での入手、処方箋を通じた入手、オン・ザ・シェルフ方式での入手(真のオーバー・ザ・カウンター(処方箋なしで購入できる薬))などのさまざまな選択肢があり、多くの場合はそのうちの1つの方式で提供されています。効果に関するレビューに組み入れられた1件の研究は、複合方式を使用しており、ECを医療従事者から入手するかどうか女性自身が選択することができました。この研究において群間差は認められず、ECの使用に関する知識が全体的に高レベルであることが示されましたが、薬店を通じてアクセス可能なECの方が前用度及び満足度が高い結果となりました。この結果と、市販のECの効果に関する所見に基づき、ECへのアクセス場所でよりセス方法を使用者が選択できる複合的な提供方式が、幅広い使用者の好みに最も対応できる可能性があると考えられます。



医療従事者は、ECを一般用医薬品として市販する場合、正しい避妊薬の使用方法や、その他の一般的なSRHサービス(その他の避妊法の使用、

子宮頸がん・乳がん・STI のスクリーニングを含む) などに ついて、十分な教育やカウンセリングができない可能性があ るという懸念を示しました。一般用医薬品として市販する提 供方式と、処方箋を必要とする提供方式における正しい使用 について評価した研究は特定されませんでした。しかし、英 国からの1件の研究では、EC を処方箋によって入手した女 性と一般用医薬品として入手した女性の間に、EC の正しい 知識(正しい使用とは異なる)の点で有意差は認められず、 両群とも正しい知識を有する人が90%を超えていました。組 み入れられた別の研究では、一般用医薬品として提供した場 合と処方箋によって提供した場合について、EC に関する十 分な情報を入手できたと報告した使用者の割合に有意差は認 められませんでした。これについては今後の研究でさらに検 討する必要があり、EC の正しい知識が一般用医薬品として 市販する提供方式において正しい使用につながるかどうかを 評価する必要があります。また、LMIC における研究も必要 です。

推奨事項に関するエビデンスの確実性

利用可能であったエビデンスは、全体的に確実性が中程度の エビデンスでした。

推奨の強さ及び方向性に対する根拠

GDG はこの推奨事項を、介入を支持する強い推奨事項としました。GDG では、一般用医薬品としてアクセスできるようにすることによる可用性の向上により公平性が支援されること、また、この介入がすでに多くの国々で利用可能になっていることから実現可能性が高いことを強調しました。

資源利用



市販の EC の費用に関する研究からの結果は、北 米では薬局・薬店を通じて市販の EC にアクセス できるようにすることが、保健部門(民間保険の 支払者と公的保険の支払者の両方)にとって費用

削減となると考えられることを示唆しています。3件のモデリング研究が費用に関するレビューの組入れ基準を満たしました。これらのうち2件は米国、1件はカナダからの研究でした。いずれの研究でも、薬局・薬店を通じてアクセス可能なEC(真のオーバー・ザ・カウンターはない)による影響について検討した結果、さまざまな仮定条件の下で保健部門の費用削減につながると期待されることが示されました。他部門の費用、患者や家族が負担する費用、又は生産性に対する影響について検討した研究はありませんでした。患者や家族に対する費用の影響に関するデータの欠如は、市販のECへのアクセス拡大にともなって考慮することが重要になってきます。



GDG では、市販の EC は多くの場所で安価であるということで、意見が一致しました。ただし、一般用医薬品として市販する方式に移行する際

には、政府の補助金を維持すべきであるとしました。GDGは、加入している健康保険で一般用医薬品がカバーされない場合、最終使用者自身に支払いの負担がかかり、それによってアクセシビリティが低下するリスクがあることに懸念を示しました。その一方で、医師の受診料を支払ったり、病院まで出向いたり、受診するために休暇を取得(及び賃金を損失)したりせずに済むため、この介入は最終使用者にとって費用節約になる可能性があります。

実現可能性

市販の EC はすでに多くの国で使用されていることから、この介入は実現可能であるということで、GDG の意見が一致しました。

公平性と人権



このセルフケア導入は、個人に選択肢を提供し、 特に青年期の女子及び若年女性、そして多様な性 的指向・性自認・ジェンダー表現の人において、 アクセスを向上し、差別を減らし、人権を支援す

る可能性が高いということで、GDG の意見が一致しました。 EC が利用できるようになることで、医療従事者と会う必要 や、第三者(親、パートナー、又は配偶者)の許可を得る必 要がなくなる可能性があることが、その根拠となりました。 しかし、一部の国では未婚の人には EC を販売しない場合や、 店頭で容易に入手することはできずビハインド・ザ・カウン ター方式となる場合があるため、実施環境に注意することが 重要です。エビデンスによると、EC を一般用医薬品として 市販することは、費用節約となり、使用者の好みに対応でき る一方、性と生殖に関する健康と権利(SRHR)の点でマイナスの結果をもたらさないことが示唆されています。

介入の許容性:最終使用者及び医療従事者の 価値観と好み

価値観と好みに関するレビューには、全体で 33 ヵ国からの 55 件の研究が組み入れられました。定量的研究が 38 件(すべてクロスセクショナル調査)、定性的研究が 11 件、混合研究法の研究が 6 件ありました。21 件が最終使用者を対象とした研究であり、33 件が薬剤師やその他の医療従事者又は専門家ステークホルダーを対象とし、1 件が両方の集団を対象としていました。

組み入れられた研究のうち、最も多かったのは米国(19件)及び英国(8件)であり、続いてスウェーデン(5件)、カナダ(4件)、オーストラリア(3件)、インド(3件)、南アフリカ(2件)、及び朝鮮民主主義人民共和国(2件)でした。オーストリア、バルバドス、ベルギー、ブルガリア、チェコ共和国、コンゴ民主共和国、フランス、ドイツ、香港特別行政区、ハンガリー、インドネシア、ジャマイカ、カザフスタン、リトアニア、ニカラグア、ノルウェー、パキスタン、ポーランド、ポルトガル、ルーマニア、ロシア連邦、サウジアラビア、セルビア、スロバキア、及びスペインの各国では、それぞれ1件の研究が実施されていました。

価値観と好みに関する研究における市販の EC に対する最終 使用者の支持率は、国内及び国間で大きなばらつきがあり、インドの大学生における 12%から、スウェーデンで市販の EC を使用した女性における 100%まで幅がありました。最終 使用者は概して、市販の EC について、アクセス/可用性の 改善、利便性、時間的な柔軟性(特に週末)、秘密保持/プライバシー/匿名性、及び費用削減をもたらすと考えており、そうした理由から市販の EC を支持していました。また、最終使用者は、一般用医薬品として市販される提供方式の方が、医療従事者から批判される機会が少なく、女性のコントロール力が高まると予想していました。

市販の EC を支持しなかった最終使用者は、プライバシーの 欠如や費用増加の可能性について懸念を示し、支援や情報を 得るために医療従事者とより個人的なやり取りをすることを 好むとしました。また、これらの最終使用者は、リスク行動 の増加についても懸念も示しました。1 件の研究では、この 懸念は使用者自身ではなく、他者に対する懸念であることが 指摘されていました:この研究の参加者は全員が EC 使用者 であり、EC の使用が自分自身の行動に影響を及ぼすとは考 えていませんでした。



薬剤師やその他の医療従事者及び専門家ステークホルダーを対象とした価値観と好みに関する研究では、市販のECに対する支持率に大きな開

きがありました。定性的調査における薬剤師の支持率は、米国サウスダコタ州の16%から、米国サンフランシスコの97%まで幅がありました。医師の間では全体的に支持率が低く、その範囲は朝鮮民主主義人民共和国の6.1%から、カナダの68.9%までとなりました。市販のECに対する医療従事者の支持理由は、最終使用者の支持理由とほぼ同様でした。一部

の研究では、医療従事者が副作用について懸念していることが明らかになり、一般用医薬品として市販する提供方式では副作用について伝えられないことや、ECの反復使用による長期的影響に関する懸念などが示されました。反対に1件の研究では、医療従事者はECについて副作用が比較的少ないと考えており、そうした考えに基づき、一般用医薬品として市販する提供方式を支持していることが示されました。

また、医療従事者は、リスク行動の増加、ECの誤用や反復使用、及びコミュニケーションについて懸念を抱いていることが明らかになりました。特にコミュニケーションについては、医療従事者は他の避妊法を使用しなくなることにつながるのではないかと懸念しており、一般用医薬品として市販する提供方式が、必要な教育やカウンセリングの妨げとなる可能性があると考えていました。一部の研究では、医療従事者が一般用医薬品として市販する提供方式について宗教的懸念や道徳的懸念を抱いていることが示されました。1件の研究では、ECを妊娠中絶の一種であると考える医療従事者にこうした懸念が多く認められることが示されました。



3.2.4 妊娠の自己検査に関する新規の推奨事項

	推奨事項
推奨事項 21(新規)	WHO では、妊娠検査を希望する人が、医療従事者の主導による妊娠検査に加え、追加の 選択肢として妊娠の自己検査を利用できるようにすることを推奨します。 (強い推奨、確実性が非常に低いエビデンス)

背景

尿妊娠検査は、ヒト絨毛性ゴナドトロピンの有無を測定するものであり、自宅及び臨床現場の両方で妊娠の検出に広く用いられています。セルフテスト用の尿妊娠検査は、多くの高所得及び中所得地域では一般用医薬品として市販されていますが、多くの LMIC では公衆衛生サービスの対象でないほとんどの人は経済的にアクセスできないか、あるいはまったく利用できず、妊娠を確認するには施設ベースの血液検査が唯一の選択肢となっています。例えば、WHO 東地中海地域のほとんどの国では、特に都市部において、妊娠の自己検査が民間の薬局・薬店で利用可能となっており、費用及び知識の面から、主に社会経済的資源の多い人々によって使用されています (57)。

在宅用の妊娠検査の提供は、さまざまな集団に幅広いベネフィットをもたらす可能性があります。マダガスカルにおける無作為化試験データでは、地域医療従事者(community health worker: CHW)に家庭への配布用の妊娠検査を提供することにより、出産前ケアサービス(54)及び避妊サービス(一部の避妊法は開始前に妊娠検査で陰性である必要があるため)へのエンゲージメントを向上できることが示されています(58)。自宅での妊娠検査は、生殖補助医療を受けているカップルにおけるフォローアップとして受け入れられる実現可能な選択肢であることが示されています(59)。また、薬剤による中絶の効果を確認するため、超音波の代わりに尿妊娠検査を使用することの有効性、安全性、及び許容性を裏付けるエビデンスもあります(60、61)。

資源に制約がある環境にある人々の多くは、子どもをつくるかどうか、あるいは、いつ何人の子どもを持つかを決めることができません。妊娠のセルフテストなどのセルフケア導入へのアクセス向上は、そうした人々の健康に関する意思決定を支援する可能性があります。自宅など自分が使いたい場所で使用できる妊娠のセルフテストを提供する取り組みをさらに広げていくことは、個人の自律性向上と SRHR の推進に向けた複数のプログラム的アプローチの支援につながる可能性があります。

新規の推奨事項に関するエビデンス及び留意 事項の要約

WHO のガイドライン統括委員会(guideline steering group)は、妊娠のセルフテストの可用性を向上することによる効果を検討することを決定しました。

以下の PICO 形式の問いが検討されました:

• 医療機関ベースの検査に加え、追加の選択肢として妊娠 の自己検査を利用できるようにすべきか? あらゆる場所及び言語のピアレビュー誌で発表された文献を 対象に、妊娠の自己検査の効果、最終使用者及び医療従事者 の価値観と好み、並びに費用について検討する、システミッ クレビューが実施されました。標準化された方法を用いて、 組み入れる研究の検索、スクリーニング、及びコーディング が行われました。ランダムエフェクト・モデルを使用したメ タアナリシスが実施され、結果が GRADE 表に要約されまし た。このレビューは PRISMA ガイドライン (15) に従って行 われ、プロトコールは PROSPERO で公表(登録番号 CRD42021231656)、システマティックレビューはピアレビ ュー誌で発表されました (62)。

結果

システマティックレビューには、414件の固有の文献が組み 入れられ、そのうち62件が全文レビューの対象とされまし た。全体で、6件の研究(RCTが5件、観察研究が1件)が 効果に関するレビューの組入れ基準を満たしました。さまざ まな国(オーストリア、フィンランド、インド、ノルウェー、 スウェーデン、モルドバ共和国、ウズベキスタン、ベトナム) で実施された4件のRCTは、薬剤による中絶を受けた人を 対象に実施されたものでした。これら4件のRCTでは、妊 娠中絶のフォローアップを自宅での妊娠検査及び電話連絡で 実施する群と、従来の来院により実施する群(たいていは超 音波により妊娠中絶の成功を確認) に顧客を無作為に割り付 けました。マダガスカルで実施された5件目のRCTは、CHW を対象に、顧客に使用する妊娠検査の提供を受ける群と、標 準診療(執筆者らによると歴史的に妊娠検査は医療機関のみ で利用可能)を行う群に無作為に割り付けました。

これらの RCT からは、適切な臨床的フォローアップ、及び 妊娠認識時点(妊娠したことがわかった時点)と出産前ケア 又は妊娠中絶のために受診した時点における妊娠期間という、 2つのアウトカムに関するデータが提供されました。非無作 為化観察研究からは、適切な臨床的フォローアップの下のみ における同様なアウトカムに関するデータが提供されました。

適切な臨床的フォローアップは、4件の妊娠中絶後のRCTに おいて、追跡不能例(顧客がフォローアップ来院に来なかっ たか、あるいは電話で連絡が取れなかった例)により評価さ れました。メタアナリシスでは、研究群間で追跡不能例に有 意差は認められませんでした(リスク比: 0.479、95%信頼区 間:0.155~1.480)。不均一性はかなり大きく、I 二乗=87 でした。高所得国と LMIC による層別化を行った場合も、意 味のある差は認められず、それ以上の層別化は実施されませ んでした。

妊娠の自己検査は多くの環境において広く普及していること から、この介入が特定の状況以外では広く比較研究がなされ ていないことは驚くにあたらないということで、GDG の意 見が一致しました。示されたエビデンスと GDG メンバーの 経験に基づき、妊娠の自己検査へのアクセスを広げる必要が あることが裏付けられました。

推奨事項に関するエビデンスの確実性

利用可能であったエビデンスは、全体的に確実性が非常に低 いエビデンスでした。

推奨の強さ及び方向性に対する根拠

GDG はこの推奨事項を、介入を支持する強い推奨事項とし ました。妊娠の自己検査は多くの環境において広く普及して いること、また、妊娠中絶後ケア及び CHW プログラムにお いて肯定的な結果が得られていることから、自宅での妊娠検 査の使用拡大は保健システムにおいて有益な結果をもたらす 可能性があることを示すエビデンスがあると GDG は感じま した (58、63~66)。しかし、より幅広い使用者からのデー タが不足しているため、この介入の公衆衛生上のベネフィッ トについて出せる結論は限定的なものとなります。

資源利用



妊娠の自己検査の費用対効果、費用効用分析、又 はコストベネフィットについて検討した一次デ 一タを示した研究はありませんでした。妊娠のセ ルフテストの費用は、環境や製品によって異なり

ますが、一般的にその他の一般用医薬品の費用の範囲内にお さまると考えられます。費用の検討には、最終使用者に対す る検査の費用だけでなく、保健部門全体に対する費用(妊娠 ケアの遅れによる費用など)、その他の部門に対する費用、 及び生産性に対する影響 (就労や労働力に関する問題など) も含める必要があります。費用及び費用対効果の評価を組み 入れることは、CHW の活用など、既存の医療システムの中 で妊娠の自己検査へのアクセスを拡大する創造的な方法にと って有益となると考えられます。

実現可能性

この推奨事項は実現可能であるということで、GDG メンバ 一全員の意見が一致しました。

公平性と人権

妊娠の自己検査は、最終使用者にとって受け入れ可能な、価 値あるものであるということで、GDG の意見が一致しまし た。CHW プログラムなどによる保健システム内での使用拡 大は、SRH アウトカム及び SRHR の向上につながる可能性 があります。妊娠の自己検査へのユニバーサルアクセスを確 保することは、女性に出産前ケアを早期に受けることを促し、 親、新生児、及び子どもの健康アウトカム向上に寄与する可 能性があります。

介入の許容性:最終使用者及び医療従事者の 価値観と好み

全体で、16件の研究が価値観と好みに関するレビューで特定 されました。定量的研究が12件(すべてクロスセクショナ ル調査)、定性的研究が4件ありました。対象集団について は、6件の研究が一般の妊娠検査使用者や志願者を対象とし ていたのに対し、12件の研究は薬剤による中絶を受けた後、 自宅での妊娠検査を含む在宅フォローアップを行った人を追 跡していました。医療従事者やその他のステークホルダーを 対象とした研究は特定されませんでした。これらの研究は、 さまざまな場所で実施されており、米国5件、英国3件、イ ンド2件、ベトナム2件、そしてオーストリア、フィンラン ド、フランス、ノルウェー、モルドバ共和国、サウジアラビ ア、南アフリカ、スウェーデン、チュニジア、ウズベキスタ ンが各1件でした。

薬剤による中絶を受けた人においては、妊娠検査を用いた在 宅管理を受けた人の大半が今後もこの選択肢を希望すること を示すエビデンスがあり、その割合は76.1%(モルドバ共和 国及びウズベキスタン)から98.5%(南アフリカ)でした。 病院でフォローアップを受ける比較群を設定した2件の試験 では、病院群の参加者においても在宅管理の選択肢が好まれ ました。参加者に質問した結果、これらの研究全体の明らか に大多数が在宅管理について受け入れられるとし、友人にも 勧めるとしました。

人々が妊娠検査を検討する理由には、迅速な結果の入手、利 便性、秘密保持/プライバシー、費用、及び精度が含まれる こと、また、妊娠検査の可用性及びアクセスが、その人の自 分の体との関係や、各自の社会的役割、人間関係、及び責任 に影響を及ぼす可能性があるということで、GDG の意見が 一致しました。また、妊娠検査のために医療機関を受診する

ことで、その人が妊娠していることや性交渉をしていること についていろいろと解釈され、それが本人に害をもたらす可 能性があること、したがって妊娠のセルフテストはスティグ マを減らし、使用者の自律性を高めることにつながるという ことも認識されました。

3.3 安全でない妊娠中絶の根絶2

薬剤による中絶ケアには、自然妊娠中絶(流産)と人工妊娠 中絶(生存可能妊娠及び生存不能妊娠の両方)、不全流産、 子宮内胎児死亡、及び中絶後の避妊など、さまざまな臨床状 態の管理が含まれます。薬剤による中絶管理には、通常、ミ フェプリストンとミソプロストールの併用レジメン又はミソ プロストール単剤レジメンのいずれかが使用されます。

薬剤による中絶ケアは、安全で効果的な受け入れられる中絶 ケアにおいて、極めて重要な役割を果たします。資源が多い 環境と少ない環境の両方において、薬剤による中絶方法の使 用は、タスク共有やより効率的な資源の使用に寄与してきま した。薬剤による中絶ケアは、中絶手術の必要性を減らし、 妊婦に対して非侵襲的で許容性の高い選択肢を提供します (67) 。

さらに、特に妊娠初期の介入をはじめ、薬剤による中絶ケア 介入の多くは、現在、プライマリケアのレベルで、外来診療



で提供することができ、ケアへのアクセスのさら なる向上につながります。セルフアセスメント及 びセルフマネジメントのアプローチは、個人にエ ンパワメントをもたらす可能性があり、また、ケ

アのトリアージに役立ち、最適な医療資源の使用につながり ます。WHO では、薬剤による中絶のセルフマネジメントを 推奨しています (67)。



3.3.1 薬剤による中絶及び中絶後の避妊におけるセルフケアに関する既存の推 奨事項

	推奨事項
推奨事項 22	厳格な研究環境において、薬剤による中絶への適格性のセルフアセスメントを行うことが 推奨されます。
推奨事項 23	特定の状況下では、医療従事者の直接的な監督なしで、ミフェプリストンとミソプロストールの投薬管理を行うことが推奨されます。この選択肢は、女性が正確な情報源を利用でき、かつ、このプロセスのあらゆる段階で必要な場合又は希望する場合に医療従事者にアクセスすることができる状況において推奨されます。

² すべての女性が、法律で認められている最大限の範囲で、安全な中絶サービスを手ごろな価格で容易に利用できるようにすべきです。セル フマネジメントのアプローチは、保健システム及びヘルスケアの積極的な拡大を反映しています。これらの推奨事項は、情報にアクセスする ことや、バックアップとして訓練を受けた医療従事者/医療機関にアクセスすることができない女性による自己使用を支持するものではあり ません。すべての女性は、希望する場合又は必要な場合、保健サービスにアクセスできるべきです。

	推奨事項
推奨事項 24	特定の状況下では、妊娠検査及びチェックリストを用いて中絶プロセスの完全性のセルフアセスメントを行うことが推奨されます。この選択肢は、ミフェプリストンとミソプロストールの両方を使用する場合に、女性が正確な情報源を利用でき、かつ、このプロセスのあらゆる段階で必要な場合又は希望する場合に医療従事者にアクセスすることができる状況において推奨されます。
推奨事項 25	特定の状況下では、避妊注射の自己投与が推奨されます。この選択肢は、女性に適切な情報と訓練を提供する仕組みがあり、医療従事者への紹介がしっかり連携しており、モニタリングとフォローアップが確保できる状況において推奨されます。
推奨事項 26	ミフェプリストンとミソプロストールの併用レジメン又はミソプロストール単剤レジメンでの薬剤による中絶を受ける人で、ホルモン避妊法(経口避妊薬、避妊パッチ、避妊リング、避妊インプラント、又は避妊注射)の使用を希望する人には、薬剤による中絶レジメンの最初の錠剤服用後ただちにホルモン避妊法を開始する選択肢を提供することを提案します。

3.4 性感染症(HIV を含む)、生殖器感染症、子宮頸がん、及びその他の婦人科疾患との闘い

STI は、最も一般的な伝染病の 1 つに数えられ、世界中の女性、男性、及び乳幼児の健康と生活に影響を及ぼしています。また、STI の患者は、スティグマを受けたり、ステレオタイプで見られたり、辱めを受けたりすることがあり、ジェンダーに基づく暴力を受けやすくなります。クラミジア、淋病、梅毒、及びトリコモナス症という 4 つの治療可能な STI の新規感染者数は、全世界で毎年 3 億 5700 万人にのぼると推定されています。クラミジア、淋病、B 型肝炎、ヘルペス、HIV、及び梅毒を含む多くの STI は、妊娠中や出産時に母子感染する可能性もあります。

WHOでは、Neisseria gonorrhoeae(淋菌)及び Chlamydia trachomatis(クラミジア・トラコマチス)の検査用サンプルの自己収集と、適切な場合は Treponema pallidum(梅毒トレポネーマ)及び Trichomonas vaginalis(腟トリコモナス)の検査用サンプルの自己収集を推奨しています (68)。

HIV 感染は、体の免疫系、特に CD4 細胞と呼ばれる白血球を攻撃します。HIV は、シンプルで手ごろな価格の迅速診断検査を用いて診断することができ、WHO では HIV のセルフテストを推奨しています。HIV 検査サービスは、同意取得(consent)、秘密保持(confidentiality)、カウンセリング(counselling)、正確な結果(correct results)、及び治療やその他のサービスとの連携(connection with treatment and other services)という、5 つの C に従うことが重要です。

子宮頸がんは、女性で4番目に多いがんです。2020年には、全世界で推定60万4千人の女性が子宮頸がんと診断され、約34万2千人がこの疾患により死亡しています。子宮頸がんの症例のほとんど(99%)は、性的接触を通じて感染する極めて一般的なウイルスである、高リスクのヒトパピローマウイルス(HPV)への感染に関連しています。子宮頸がんは、効果的な一次予防(HPVワクチン接種)と二次予防(前がん病変のスクリーニング及び治療)により、ほとんどの場合予防することができます。子宮頸がんは、早期に発見され、効果的な管理が行われれば、最も治療成功率が高いがんの1つです。WHOでは、子宮頸がんのスクリーニングを向上させるための欠かせない手段として、HPV検査用の自己採取を推奨しています(69)。



3.4.1 HIV を含む性感染症及び子宮頸がんに関する既存の推奨事項

	推奨事項
推奨事項 27	30~60歳の人を対象とした子宮頸がんスクリーニングにおけるサンプル採取のための追加的なアプローチとして、HPVの自己採取を利用できるようにすべきです。 (強い推奨、確実性が中程度のエビデンス)
推奨事項 28	STI 検査サービスを提供するための追加的なアプローチとして、Neisseria gonorrhoeae(淋菌)及び Chlamydia trachomatis(クラミジア・トラコマチス)用サンプルの自己収集を利用できるようにすべきです。 (強い推奨、確実性が中程度のエビデンス)
推奨事項 29	STI 検査サービスを提供するための追加的なアプローチとして、 <i>Treponema pallidum</i> (梅 毒トレポネーマ)及び <i>Trichomonas vaginalis</i> (膣トリコモナス)用サンプルの自己収集を 検討することができます。 <i>(条件付き推奨、確実性が低いエビデンス)</i>
推奨事項 30	HIV 検査サービスの追加的なアプローチとして、HIV の自己検査を提供すべきです。 (強い推奨、確実性が中程度のエビデンス)
推奨事項 31	HIV とともに生きる女性が、自身の健康を最大限に高められるようにし、権利を行使できるようにするために、これらの女性に対して性と生殖に関する健康と権利にまつわる自己効力感とエンパワメントに関する介入を提供すべきです。 (強い推奨、確実性が低いエビデンス)



3.4.2 HIV 予防を目的とする曝露前予防へのアクセスに関する重要な留意事項

	推奨事項
重要な留意事項 2 (新 規)	 WHOでは、HIV 感染リスクが高い人に対し、経口曝露前予防(PrEP)及び dapivirine 膣リングを提供することを推奨します。 取り入れを確実に増やしていくためには、PrEPへの公平なアクセスと利用に加え、その使用に関する情報が不可欠です。 薬局・薬店を通じた PrEP の提供は、コミュニティにおける PrEPへのアクセスを拡大するまたとない機会となる可能性があります。 薬局・薬店を通じた PrEP の提供モデルは、HIV 検査、クレアチニン検査、及び適宜その他の検査やカウンセリングを含め、WHO が提案する PrEP の開始・維持手順を確実に遵守すべきです。 薬局・薬店での PrEP 提供の決定には、現地の法規制との調整、適切な保健システムとの連携、及びコミュニティ・エンゲージメントが必要になります。

背景

PrEP とは、HIV に感染していない人が感染を予防するために抗レトロウイルス薬を使用することです。PrEP は、毎日服用する経口剤(一般的にテノホビル+エムトリシタビンを含有)、オンデマンドで(つまり、性交渉を行う時に)服用する経口剤、又は dapivirine リングの形で使用することができます。最近のデータが示唆するところでは、長時間作用型注射剤が間もなく選択肢の1つとして追加される可能性があります。

WHOでは、HIV 感染リスクが高い人に対し、追加的な予防選択肢として、また、複合的な予防アプローチの一環として、PrEP を提供することを推奨しています (70)。

エビデンス及び留意事項の要約

WHO のガイドライン統括委員会 (guideline steering group) は、一般用医薬品として薬局・薬店で PrEP を市販する提供方式が、アクセス向上の手段となりうるかどうかを検討することを決定しました。

PrEP の開始を薬局・薬店で行えるようにすべきか、また、 PrEP の継続を薬局・薬店で行えるようにすべきか、という 2 つの PICO 形式の問いに対処するために、システマティック レビューが実施されました。

- PrEP の開始を、薬剤師によるスクリーニング後に、処 方箋なしで行えるようにすべきか?
- PrEP の継続を、薬剤師が処方箋なしで行えるようにすべきか?

介入の効果、最終使用者及び医療従事者の価値観と好み、並びに費用に関する情報という、上記の問いの解明に関連する3つの分野における既存文献のレビューが実施されました。このレビューは PRISMA ガイドライン (15)に従って行われ、プロトコールは PROSPERO で公表(登録番号 CRD42021231650)、システマティックレビューはピアレビュー誌で発表されました (71)。

結果

PrEP の開始についても継続についても、効果に関するレビ ューの組入れ基準を満たした文献はありませんでした。しか し、薬局・薬店を通じた PrEP 提供プログラムからの非比較 データを示した7件のケーススタディは、米国におけるこの モデルの実現可能性を実証していました。価値観と好みにつ いて報告した研究は11件ありました。ケニア、南アフリカ、 及び米国において、PrEP の潜在顧客は概ね薬局・薬店を通 じたアクセスを支持していましたが、中には医療機関を通じ たアクセスを好むとする人もいました。実際に薬局・薬店を 通じて PrEP を利用している顧客を対象とした 1 件の研究で は、全員がこのプログラムを「確実に推奨する」としました。 6件の研究で、薬剤師は概ね PrEP の提供に支持的であるこ とが示されました。医師を組み入れた1件の研究では、支持 がより限定的でしたが、ケニアの多様なステークホルダーを 対象とした1件の研究では、幅広い支持が認められました。 3件の研究では、ケニア及び米国における顧客の支払意思額 について示した費用に関するデータが報告され、米国の医療 機関の財務モデルが初期段階において持続可能であることが 示されました。

さまざまな地域で PrEP が展開されていくにつれ、安全性モニタリングからのエビデンスが増加し、それによって臨床検査によるモニタリング要件が軽減される可能性があります。 COVID-19 パンデミックの期間中、PrEP の提供継続を支援するため、HIV の自己検査の使用や、支援のためのバーチャルプラットフォームや遠隔医療の使用など、状況に合った PrEP 提供が進みました。今後の実施研究では、これらの戦略を今後の薬局・薬店を通じた PrEP 提供モデルにどのように取り入れられるかを検討することができます。ただし、臨床検査によるモニタリングを減らした状態で PrEP を利用できるようにすることで、マイナスの影響が増えることがないよう、注意する必要があります。

資源利用



ケーススタディのうち2件で、保健部門の費用と 患者又は家族の費用に関するデータが示されて おり、価値観と好みに関する1件の研究でも、 PrEPに対する支払意思額に関する調査が行われ

ました。これらのケーススタディは2件とも米国で実施されました。保健部門の費用については、1ヵ所の医療機関が9ヵ月で開業費用を回収できたと報告しました。財務的な持続可能性は、薬剤師が自身の提供するサービスを保険プランに請求できるかどうかによって左右されます。患者及び家族の費用については、1件の研究では98%の患者がPrEPの費用をまったく負担していませんでした。別の1件の研究では、PrEPのための3ヵ月に1度の来院に対する支払意思額が20米ドルと60米ドルの間で参加者の意見が分かれました。最後に、ケニアで実施された1件の研究では、参加者の半数以上がPrEPに対して支払意思があることが示され、78%は1ヵ月分に対して支払ってもよい金額の上限を5米ドル未満としました。

実現可能性

薬局・薬店を通じた経口 PrEP の提供は、米国において実現可能であること、また、複数の環境において最終使用者及びステークホルダーにとって受け入れられるものであることが実証されているということで、GDG メンバーの意見が一致しました。実現可能性は、薬局・薬店の臨床検査能力や、検査機関ネットワークとのつながりによっても左右される可能性があります。

公平性と人権

この実証された効果的な HIV 予防介入のアクセス及びカバレッジの向上により、サービスが行き届いていない社会から取り残された集団における健康の公平性が改善されるということで、GDG の意見が一致しました。しかし、効果に関するエビデンスが限られており、LMIC からのデータが不足していることから、さらなる研究が必要であるとしました。

介入の許容性:最終使用者及び医療従事者の 価値観と好み

価値観と好みに関するレビューについては、11 件の研究が特定され、8 件が米国、2 件がケニア、1 件が南アフリカで実施されたものでした。そのうち 7 件の研究は定量的手法(主にクロスセクショナル調査)、4 件は定性的手法(主にデプスインタビュー)を使用していました。

組み入れられた研究の多くは、薬局・薬店を通じた PrEP 提供に対する使用者の反対理由を詳しく示していませんでした。 米国の男性間性交渉者は、プライバシーと秘密保持の重要性、また、薬局・薬店に理解あるスタッフがいることの重要性を強調しました。南アフリカで実施された 1 件の研究 (72)は、サブグループ間の役割について強調し、薬局・薬店を通じたPrEP 提供に対する好みは、女性、男性同性間性交渉者、及び男性異性間性交渉者の間で差があることが示されました。これらの差は、より幅広い PrEP の提供に対する使用者の好みについての過去の所見と一致しています (73、74)。さらに、これらの各集団内でも、地理的、経済的、及び社会文化的環境が、使用者の好みに影響を及ぼす可能性があります。 今回のレビューでは、薬局・薬店を通じた PrEP 提供は、米 国南部の黒人男性間性交渉者など、社会から取り残された集 団において許容性が高いことが示されました。GDG では、 重要集団の人々は、より従来的な方式を通じて PrEP にアク セスする上で重大な障害に直面することが多く、薬局・薬店 を通じた PrEP 提供は、そうした人々が PrEP を利用できる ようにする重要な追加の選択肢となる可能性があると考えま した。また、トランスジェンダーの人々や薬物使用者など、 PrEP に関する研究から除外されている可能性のある、サー ビスが行き届いていない個人やコミュニティの観点を理解す ることも極めて重要です。



医療従事者からのエビデンスでは、薬局・薬店を通じてアクセス可能な PrEP に対する支持がまちまちであることが示されました。一部の医療従

事者は、新たな業務に時間を取られることについて懸念を抱いていましたが、組み入れられたケーススタディの1件では、ワークフローの混乱は最小限であることが示されていました。PrEPを提供するための訓練や技能が不十分なことに関する懸念も多く見られました。PrEP及び来院時の臨床的要件に対するガイドラインは環境によって異なりますが、薬剤師には少なくともHIV検査とクレアチニンクリアランス検査に加え、妊娠検査、STIスクリーニング、及び状況に応じてその他の検査を提供するための訓練と監督が必要になります。訓練と監督に加え、検査機関(施設内外を問わず)へのアクセスを支援する戦略が、薬局・薬店通じて PrEPを提供する上での重要なカギとなります。

3.5 性の健康の促進

性の健康の促進は、WHO の生殖に関する健康戦略

(Reproductive Health Strategy) における5つの優先分野の1つとなっています (75)。WHOによる性の健康の便宜的定義は、「病気ではないとか、障害がないとか、弱っていないということではなく、性に関して肉体的にも、感情的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」とされています。性の健康を肯定的にとらえた場合、性の健康には性と性的関係に対する肯定的な敬意あるアプローチが必要であり、強制・差別・暴力のない快適で安全な性生活を送れる必要があります (76)。

性の健康に関する問題は幅広く、性的指向や性自認、性的表現、性的関係、及び性的快感が含まれます。性の健康とウェルビーイングを達成する力は、以下によって左右されます:

- 性やセクシュアリティに関する包括的な質の高い情報 へのアクセス。
- 自身が直面する可能性のあるリスクと、無防備性交の有害な結果に対する自身の脆弱性に関する知識。
- 性に関するヘルスケアにアクセスする能力。
- 性の健康を肯定的にとらえ、促進する環境で生活する能力。

3.5.1 性教育に関する既存のガイダンス

国連教育科学文化機関が 2018 年に発行した「*国際セクシュアリティ教育ガイダンス:科学的根拠に基づいたアプローチ* (International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach)」は、包括的性教育

(comprehensive sexuality education: CSE)の新たな定義 (用語集、付録 4 を参照)を提供しており、CSE が児童や若 者のエンパワメントに向けたプロセスであることが強調され ています。全体として、この刊行物は、推奨される一連の CSE のトピック、CSE の効果的な提供に関するガイダンス、及び CSE という進化しつつある分野を理解するための重要な留 意事項によって構成されています (777)。

効果的な CSE プログラムの提供に関する項には、効果的なカリキュラム開発に関する 14 の推奨事項 (CSE プログラムの設計と実践に関する 10 の推奨事項と、CSE プログラムのモニタリングと評価に関する 3 つの推奨事項を含む)と、CSEを拡大するための重要な 10 原則が含まれています (77)。

3.5.2 セクシュアリティに関する既存のガイダンス

WHO が 2018 年に発行した「セクシュアリティに関するブリーフコミュニケーション: 公衆衛生アプローチのための推奨事項 (Brief sexuality-related communication:

recommendations for a public health approach)」では、自己効力感/セルフエスティームの評価について触れていますが、推奨事項は提供されていません。ワシントン DC で実施された青年に関する主要な研究では、「アウェアネス、スキル、自己効力感/セルフエスティーム、ソーシャルサポート(Awareness, Skills, Self-efficacy/Self-esteem and Social Support: ASSESS)プログラム」が用いられました。これは、「青年における性に関するリスクの認識、危険な性的状況を避けるためのスキル、自己効力感(同調圧力に耐えられると感じるなど)、及び社会的支援(それにより青年が医師を自分の味方としてとらえるようにする)を高めていくこと」を提唱しています (78)。

3.5.3 親密なパートナーによる暴力及び 性暴力に関連したセルフケアに関する既 存のガイダンス

暴力による精神的なダメージがセルフケアを妨げることがあります。女性に対する暴力は、あらゆるタイプの大規模な緊急事態の際に増加する傾向があり、COVID-19 パンデミックでも増加が認められています (79)。また、高齢の女性、障害のある女性、性的マイノリティ、及び紛争や人道危機の影響を受けている集団(すべてのジェンダー)も、特に暴力を受けやすくなります。こうした人やコミュニティでは、質の高いケアへのアクセスやセルフケアを行う力に影響が出る可能性があります。

WHO が 2014 年に発行したガイダンス「*親密なパートナーによる暴力、または性暴力を受けた女性のためのヘルスケア: 臨床ハンドブック* (Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook)」には、外傷の手当てや STI の予防を含む、性的 暴行を受けた後のセルフケア計画や、暴行事件後の肯定的な 対処法を強化するためのガイダンス(ボックス 3.1 を参照) が記載されています (80)。

ボックス 3.1. 性的暴行を受けた後を生きていく人々に推奨できる、性的暴行や暴力を受けた後のセルフケアの計画

性的暴行を受けた後

診察所見と治療について説明する

暴行性的暴行を受けた後を生きていく人々とともに、診察所見、健康への影響、及び提供できる治療について話し合います。疑問や心配なことがあれば話してもらい、それに対して詳しく答え、性的暴行を受けた後を生きていく人々が理解しているか確認します。

外傷の手当て

- 外傷の手当ての方法を指導します。
- 創傷感染の徴候や症状を説明します(ほてり、赤み、痛み、傷口の腫れ、血液、膿、悪臭、熱など)。これらの徴候を認めた場合は、フォローアップ外来を受診するよう推奨します。
- 処方された薬、特に抗生物質は必ず飲み切ることが重要であることを説明します。起こりうる副作用や、それにどう対応するかを話し合います。

性感染症の予防

- HIV など性感染症 (STI) の徴候や症状について話します。徴候や症状を認めた場合は、フォローアップ外来で 治療を受けるよう推奨します。
- すべての治療や STI の予防が終了するまで性交は控えるよう指導します。少なくとも STI / HIV ステータスが 確定する 3 ヵ月後又は 6 ヵ月後の再診時までは、性交の際にコンドームを使用するよう勧めます。

フォローアップ

• 暴行後2週間、1ヵ月、3ヵ月、6ヵ月時にフォローアップ外来を予定します。

暴力を受けた後

暴行事件の後は普段の生活に戻るのが困難と感じます。小さなステップ、簡単なステップを踏むように勧め、生活や活動について話し合い、一緒に考え、計画しましょう。時間が経つにつれ、物事は良い方向に向かう見込みがあると伝えるようにしましょう。

以下を勧めてみます:

- 自身の強みと持てる力を強化し、過去の困難な状況で使用した対処法を活かす。
- 普段の生活、特に興味があったことや楽しんでいたことを継続する。
- 不安や緊張を和らげるために、リラックスできる活動をする。
- 規則的な睡眠リズムを維持し、寝過ぎないようにする。
- 定期的に運動をする。
- 気分を楽にするために、自身の判断で薬を服用したり、アルコールや違法薬物を使用したりしない。
- 自傷行為や自殺念慮を認識し、もしそれが起こりそうな場合はすぐに相談に来る。
- もしこれらのアドバイスが役に立たない場合は、またフォローアップ外来を受診する。

出典: WHO より転載 (80)。



3.5.4 性の健康のための潤滑剤の使用に関する新規の推奨事項

	推奨事項
推奨事項 32(新規)	WHO では、性的に活発な人が性行為中に潤滑剤を任意で使用できるようにすることを推奨します。
	(強い推奨、確実性が中程度のエビデンス)

背景

性行為中の潤滑剤の使用は、閉経にともなう膣乾燥がある人 (81)、性交疼痛症(性交中や、膣挿入をともなうその他の性行為中に痛みがあること)の人 (81)、又は肛門性交を行う人 (82)を含め、性の健康とウェルビーイングの向上につながる可能性があります。また、潤滑剤は、特定の健康状態に関わらず、あらゆるジェンダーの性的に活発な人にとって、性機能及び性的快感を最大限に引き出し、性的関係の改善につながる可能性があります。

世界中で幅広い潤滑剤が市販されており、肛門性交時と膣性 交時の両方で使用されています。潤滑剤の使用は、一般的に 有用であるものの、規格外の製品を潤滑剤として使用すると、 有害健康アウトカムにつながる可能性があります。

新規の推奨事項に関するエビデンス及び留意 事項の要約

WHO のガイドライン統括委員会(guideline steering group)は、性の健康とウェルビーイングの向上を目的とした性交中又は性交前の潤滑剤の使用について検討することを決定しました。

以下の PICO 形式の問いが検討されました:

• 性交中又は性交前の潤滑剤の使用は、性の健康とウェルビーイングの向上につながるか?

介入の効果、最終使用者及び医療従事者の価値観と好み、並 びに費用に関する情報について理解するため、ピアレビュー 誌のシステミックレビューが実施されました。具体的には、 性行為中に潤滑剤を使用した場合と使用しなかった場合につ いて比較した研究がシステマティックレビューに組み入れら れました。このレビューにおける関心のあるアウトカムには、 以下が含まれました: 膣乾燥、膣/肛門挿入時の痛み、性的 興奮障害(女性の性的興奮障害、男性の勃起障害)、性欲/ 性的興奮/潤滑性/オルガズム/満足感/快感、膣分泌文及 び細菌性膣症、副作用(刺激、感染「カンジダ、生殖器感染 症、STI、尿路感染症])、STI/HIV(発現率、有病率、伝 染など)、性の健康とセクシュアリティに関する自己効力感 /自己決定/自律性/エンパワメント(自信、パートナーと のコミュニケーション、セルフエスティーム)、並びにその 他の有害事象や社会的な害(強制、暴力 [親密なパートナー による暴力、家族やコミュニティメンバーからの暴力などを

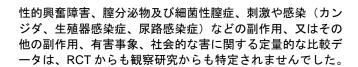
含む]、心理社会的な害、自傷行為など)と、それらの害が 是正されたか否か又は是正が可能であったか。

このレビューは PRISMA ガイドライン (15)に従って行われ、プロトコールは PROSPERO で公表されました(登録番号 CRD42020208976)。このシステマティックレビューは、ピアレビュー誌で発表されました (82)。

結果

システマティックレビューには、7578件の固有の文献が組み入れられ、そのうち60件が全文レビューの対象とされました。最終的に、7件の研究が効果に関するレビューの組み入れ基準を満たしました。これには、2件のRCTと5件の観察研究が含まれました。2件のRCTは米国とジンバブエで実施され、観察研究はオーストラリアと米国で実施されたものでした。

レビューに組み入れられた研究では、いくつかの関心のある アウトカム(具体的には、性欲/性的興奮/潤滑性/オルガ ズム/満足感/快感、STIと HIV、及び膣乾燥又は膣/肛門 挿入時の痛み) に関するデータが提供されていました。決ま った異性パートナーがいる性的に活発な成人女性を対象に米 国で実施された1件のRCTでは、潤滑剤の使用が女性にお ける性のウェルビーイングの向上と関連していることが示さ れました。さらに、活発な成人女性を対象にジンバブエで実 施された別の RCT では、潤滑剤の使用が HPV の発現率に影 響を及ぼさなかったことが示されました。最後に、自己認識 がゲイの男性とバイセクシュアルの男性を対象に米国で実施 された1件の観察研究では、潤滑剤の使用により挿入側と受 け入れ側の両方で痛みの程度が低くなることが示されました。 同様に、女性の乳がんサバイバーを対象にオーストラリアで 実施された観察研究では、潤滑剤の使用により性交疼痛症(性 交中に痛みがあること) 及び性的不快感が少なくなることが 示されました。



推奨事項に関するエビデンスの確実性

利用可能であったエビデンスは、全体的に確実性が中程度の エビデンスでした。

推奨の強さ及び方向性に対する根拠

GDG はこの推奨事項を、介入を支持する強い推奨事項とし ました。

資源利用



このレビューでは、費用に関する直接的なエビデ ンスは特定されませんでした。しかし、GDG に より、潤滑剤の可用性及び費用が環境によって異 なることが指摘されました。政策立案者は、金銭

的影響について認識する必要があります。さらに、GDG で は、潤滑剤の購入時に使用者が受ける可能性のある社会的な 害に関連する潜在的費用についても検討しました。

実現可能性

潤滑剤はすでに世界中の多くの場所で利用できることから、 この推奨事項は実現可能であるということで、GDG メンバ 一全員の意見が一致しました。しかし、一部の地域では法的 懸念がある可能性があり、また、農村部では潤滑剤にアクセ スしにくい可能性があります。

公平性と人権



性行為中に潤滑剤を任意で利用できるようにした 場合に生じると予測される、公平性や人権に関す る大きな問題はありませんでした。潤滑剤がより 広く利用できるようになり、性行為中に使用され

るようになれば、相手に対する敬意が高まり、性の健康とウ ェルビーイングが向上することなどにより、健康の公平性が 向上するということで、GDG の意見が一致しました。

介入の許容性: 最終使用者及び医療従事者の 価値観と好み

価値観と好みに関するレビューには、全体で22件の研究が 組み入れられました。これらの研究のうち、13件が定量的研 究(うち9件がクロスセクショナル研究)、8件が定性的研

究でした。ほぼ半数が高所得国で実施され、4件が上位中所 得国、3件が下位中所得国、1件が低所得国で実施されたも のでした。研究が最も多かった国は米国(9件)であり、続 いて南アフリカ(4件)、ジンバブエ(3件)、オーストラ リア(2件)でした。カナダ、ペルー、タイ、ウガンダ、タ ンザニア共和国、及びザンビアの各国では、それぞれ1件の 研究が実施されていました。いすれの研究も、潤滑剤の最終 使用者の価値観と好みに関するものであり、医療従事者の価 値観と好みに関する研究は特定されませんでした。

これらの研究の対象集団は極めて多様であり、異性間性交渉 者、男性間性交渉者、HIV 感染者·HIV 非感染者、性交疼痛 症の患者、及び STI サービスの顧客などが含まれました。

全体として、潤滑剤の使用に対する支持は肯定的であり、こ れらの研究における支持率は55%から100%でした。一般的 に、潤滑剤不使用や油性潤滑剤より、水性潤滑剤が好まれて いました。潤滑剤の香り、味、フレーバー、色、匂いに対す る好みはさまざまでした。

潤滑剤を好む又は使用することを選択する理由は多岐にわた り、快適さ、乾燥/痛み・不快感の軽減、快感の増強(自分 自身又はパートナーのため)、パートナーの好み、オルガズ ムの達しやすさ(オルガズムに達する能力、オルガズムに達 するのに必要な時間、オルガズムの質など)、より濡れた感 じのセックスが好み、好奇心、前戯の向上、清潔で素早いス ムーズな挿入、外陰部/膣/肛門裂傷のリスク低減、性的興 奮を感じやすくなり性行為に向けて気持ちが高まる、コンド ームが乾燥/破損する可能性の低減、及びコンドームをより 楽しく使用できるようにするためなどが含まれました。 GDG は、潤滑剤のベネフィットは多く、多様であるが、 般的に潤滑剤の使用という選択肢を設けることが重要である としました。

潤滑剤を好まない又は使用しないことを選択する理由も多岐 にわたっており、潤滑剤について、べたつく、滑る、濡れる、 扱いづらい、水っぽい、ねばねばする、灼熱感がある、かゆ みがある、漏れやすい(扱いが面倒)、又はまだ試すには早 すぎるととらえている、潤滑剤が高価である、入手できない、 又はアクセスできない、感情が高まっている時に用意できな い又は潤滑剤の使用により性交渉が中断される、自分若しく はパートナーがドライセックスを好む又は製品以外の物(唾 液、カウパー腺液など)を使用することを好む、あるいは潤 滑剤は年配の人のみが使うものと認識している、又は自分が 潤滑剤を使用する必要があるとは思わないなどが含まれまし た。また、潤滑剤の成分や品質について不明な点があるとい うことも認識されました。



3.5.5 トランスジェンダーおよび性別に多様性のある人に対するジェンダー・ アファーミング・ホルモンの使用に関する主な考慮事項

推奨事項 ・ 質の高いジェンダー・アファーミング・ホルモンの提供という重要な介入へのアクセスを拡大し、性自認に基づく差別を減らしていくためには、その提供においてジェンダー平等と人権の原則が重要になります。 ・ トランスジェンダーやジェンダーダイバースの人々は、差別、排除、貧困、及び暴力にさらされるリスクが高い、社会的、法的、経済的、及び政治的システムの中で生活しています。 ・ エビデンスに基づくガイダンスを裏付ける研究が喫緊に必要です。

背景

トランスジェンダーやジェンダーダイバースの人々に対するホリスティックなケアは極めて重要ですが、利用できないことがあまりにも多くなっています。個人が自らの性自認を受け入れ肯定する上で、各自の希望する介入を利用しようとする際に支援ができるように、保健システムを設計する必要がありますジェンダー・アファーミング介入の支援は、医療システムによるサービスが十分に受けられていないことが極めて多いトランスジェンダーやジェンダーダイバースの人に対するさらなる害、疎外化、スティグマ、又は差別を生まないようにする総合的な支援構造の一部として行うべきです。

ジェンダー・アファーミング・ホルモン療法(Gender-affirming hormone therapy) は、その人の性自認やジェンダー表現とより一致する第二次性徴を獲得できるようにするジェンダー・アファーミング介入の1つです (83)。ジェンダー・アファーミング・ホルモン療法は、支援的な医療システムの中で行われるのが理想的です。しかし、多くのトランスジェンダーやジェンダーダイバースの人々は、そうした支援的システムにアクセスできていません。

ホルモンの自己投与にはいくつかの方法があり、例えば、注射剤の自己注射や、クリーム、ジェル、パッチ、坐剤のセルフアプリケーションによる方法があります。ジェンダー・アファーミング・ホルモンの自己投与へのアクセス拡大は、顧客と医療従事者の間でタスクを合理的に分配する上で役立つ可能性があり、それによって医療システムがそうした療法のベネフィットへのアクセスを提供する能力の拡大につながる可能性があります。

顧客にとっては、自己投与の方が効率的で便利であり、医療機関の受診回数を少なくすることや、よりプライベートな形で行うこと、また、よりエンパワメントをもたらすことができる可能性があり、顧客が自分の体や健康をコントロールする力を高めることにつながります。また、自己投与は、トランスジェンダーやジェンダーダイバースの人々が差別や暴力に直面する環境において、そうした療法をより安全に使用できるようにする可能性があります。

エビデンス及び留意事項の要約

WHO のガイドライン統括委員会(guideline steering group)は、ジェンダー・アファーミング・ホルモンについて、医療提供者による投与に加え、自己投与を利用できるようにすべきかどうかを検討することを決定しました。

以下の PICO 形式の問いが検討されました:

• ジェンダー・アファーミング・ホルモンについて、医療 従事者による投与に加え、自己投与を利用できるように すべきか?

介入の効果、最終使用者及び医療従事者の価値観と好み、並びに費用に関する情報という、上記の問いに関連する3つの分野における既存文献のレビューが実施されました。このレビューは PRISMA ガイドライン (15)に従って行われ、プロトコールは PROSPERO で公表(登録番号

CRD42021231648)、システマティックレビューはピアレビュー誌で発表されました*(84)*。

結果

検索の結果、3792件の固有の文献が見つかり、30件が全文 レビューの対象とされました。しかし、効果に関するレビュ ーや、費用に関するレビューの組み入れ基準を満たした研究 はありませんでした。

GDGでは、自己投与と医療従事者による投与という概念は複雑であり、さまざまな状況が考えられることを認識していました。特に、注射剤やインプラントの場合、医療提供者が注射の内容や用量を把握していると考えられ、比較的容易に投与の内容や方法を規定することができます。それに対し、自己投与では、使用するホルモンや、注射方法の点についてリスクが高まる可能性があります。経口剤や外用剤の形でのホルモン投与の場合、医療従事者はホルモンの処方はしますが、使用者によるホルモン剤の服用、ジェルの塗付、又はパッチの貼付を定期的に見守るとは考えにくいと言えます。さらに、ジェンダー・アファーミング・ホルモンの自己投与の間には重要な違いがアファーミング・ホルモンの自己投与の間には重要な違いが

あります。

GDG では、効果に関するレビューで特定された比較研究が なかったことに留意し、ジェンダー・アファーミング・ホル モンの自己投与と医療提供者による投与を比較したベネフィ ットと害のバランスは現時点でははっきりしておらず、自己 投与を支持する推奨事項は出せないと判断しました。GDG はさらに、価値観と好みに関するレビューに基づき、アファ メーションを求めジェンダー・アファーミング・ホルモング・ ホルモンの自己投与に対する支持についても言及しました。

GDG のメンバーは、トランスジェンダーやジェンダーダイ バースの人々が直面する可能性のある害について検討しまし た。GDG メンバーは、自らの体験、調査、慣行、所見、及 び文献の知識から、トランスジェンダーの人が体験する普遍 的なスティグマや差別、うつ病や自殺などの心の健康に対す る悪影響、及び殺人発生率を含むトランスジェンダーコミュ ニティに対する脅迫や暴力の発生率の高さを特定しました。

サービスが行き届いていないすべてのコミュニティにおける 公平で質の高いヘルスケアへのアクセスを確保し、起こる可 能性のある害に最大限対処する必要があることを踏まえ、 GDG では、トランスジェンダーやジェンダーダイバースの 人々のための適切なエビデンスに基づくサービスへのアクセ スに関するグッド・プラクティス・ステートメントを作成す ることを決定しました(第4章を参照)。さらなる研究が必 要であり、GDG はこの分野を最も喫緊に詳しい調査が必要 なトピックの1つとしました。GDGでは、適切なガイダン ス、インフラ、資源、情報、及び質の高い製品が利用可能な 場合、研究の優先順位付けプロセスにより、医療提供者によ る投与に加えた追加の選択肢としてのジェンダー・アファー ミング・ホルモンの自己投与(例えば、外用剤と注射剤など、 投与経路に注目する) といったトピックが特定される可能性 があるとしました。

また、セルフイニシエーションのプロセスと、医療提供者の 監督下で開始した後に自己投与を行うプロセスの比較にも、 注目する必要がある可能性があります。ジェンダー・アファ ーミング・ホルモンが完全に保健システムの外で使用される 場合は、ハームリダクション・アプローチの研究がリスクの 最小化に役立つ可能性があります。

実現可能性



GDG では、実現可能性について検討した結果、 トランスジェンダーやジェンダーダイバースの 人々の間では自己投与が広く行われ、多くがネッ トやクラブで違法に、又は薬局・薬店から直接、

ジェンダー・アファーミング・ホルモンを調達していること から、使用者に重大な危害が及ぶリスクがあるとしました。 また、ジェンダー・アファーミング・ホルモンを使用してい る人に対して医療提供者の継続的なモニタリングが十分に行 われていないことにより、負の作用が見過ごされ、対処され ないままとなる可能性があることもジェンダー・アファーミ ング・ホルモンモン的に、トランスジェンダーやジェンダー ダイバースの人々は、差別、排除、貧困、及び暴力にさらさ れるリスクが高い、社会的、法的、経済的、及び政治的シス テムの中で生活しており、臨床ガイドラインなどの「一般的



な専門医療モデルでは、世界の多くの地域で見ら れるこうした問題に対処するのに適しておらず、 ソーシャルアクションと組織的な取り組みが必 要」になります (85)。

質の高いジェンダー・アファーミング・ホルモンの提供とい う重要な介入へのアクセスを拡大し、性自認に基づくジェン ダー差別を減らしていくためには、その提供においてジェン ダー平等と人権の原則が重要になります。また、こうしたニ 一ズはさらに一般化され、すべての保健サービスにおけるジ ェンダー・アファーミング・ケアの提供や、トランスジェン ダーの人々の権利や健康を支援する法的環境の確保にも広が っています。

介入の許容性: 最終使用者及び医療従事者の 価値観と好み

5件の研究が価値観と好みに関するレビューの組入れ基準を 満たしていると特定されました。いずれもピアレビュー文献 でした。2件が米国、1件がブラジル、1件がタイ、1件が英 国で実施されたものでした。価値観と好みに関する研究は、 いずれも支援的な医療システム内で使用される処方されたホ ルモンではなく、処方箋なしで入手したホルモンの自己投与 を対象としていました。

4件の研究(米国2件、ブラジル1件、英国1件)では、ジ ェンダー・アファーミング・ホルモン療法を求める人は、知 識が豊富で偏見のない医療従事者を見つけるのが困難、適切 なサービスへのアクセスがない、医療従事者によって排除さ れる/医療従事者とのやり取りで不愉快な思いをする、費用 が高い、より短期間で変わりたい、といった理由から、セル フマネジメントを行う場合があることが明らかになりました。 タイで実施された1件の研究では、制限的な法律、トランス ジェンダーに特化したサービスやガイドラインの少なさ、医 療提供者・患者間の不適切なコミュニケーション、及び医学 的知識のギャップが、見解の形成に影響していることが示さ れました。

3.6 心血管疾患や糖尿病を含む非 感染性疾患

すべての非感染性疾患の患者は、ある程度のセルフケアを行 うことが可能です (86)。非感染性疾患のセルフケア戦略に は、セルフケアとセルフマネジメントの両方が含まれます。 この概念には、行動を決める要因やプロセスが何であれ(身 体的にも精神的にも健康な状態を維持する、喫煙などの有害 物質を避ける、長期的な健康状態の管理を改善するなど)、 また、セルフケアの効果の有無や専門家によるケアとの適切 な連携の有無に関わらず、健康維持や症状への対応のために 行動する(又は行動しない)のはその人自身である、という 認識が内在しています。 (87)。したがって、セルフケアの 実施戦略には、非感染性疾患の共存性と複雑性を反映させ、 縦割りのプログラムにならないようにし、総合的な医療戦略 に重点を置くようにすべきです。



3.6.1 心血管疾患及び糖尿病に関する既存の推奨事項

	推奨事項
推奨事項 33	技術が確実に手ごろな価格で利用できるようになっている場合、適切な患者における高血圧の管理に対して、セルフメジャーメントによる血圧のモニタリングを使用することが推奨されます。 (強い推奨、確実性が低いエビデンス)
推奨事項 34	技術が確実に手ごろな価格で利用できるようになっている場合、経口抗凝固薬の投与を受けている適切な患者において、血液凝固の自己モニタリングを行うことが推奨されます。 (弱い推奨、確実性が中程度のエビデンス)
推奨事項 35	手ごろな価格で利用できる場合、医療従事者と合意した行動計画に従い、経口抗凝固薬の 投与を受けている患者において、血液凝固の自己モニタリングと用量のセルフオーグメン テーションを行うことが推奨されます。 (条件付き推奨、確実性が中程度のエビデンス)
推奨事項 36	インスリンを使用していない2型糖尿病患者の管理における血糖値の自己モニタリングの使用は、推奨を裏付けるエビデンスが不十分であるため、現時点では推奨されません。 (条件付き推奨、確実性が中程度のエビデンス)
推奨事項 37	インスリンを使用している1型及び2型糖尿病患者には、個々の臨床的ニーズに基づいて、 血糖値の自己モニタリングを提供すべきです。 (条件付き推奨、確実性が低いエビデンス)

REFERENCES FOR CHAPTER 3

- Maternal mortality, key facts. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019. (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality, accessed 1 April 2021).
- Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Metin Gülmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. BJOG. 2016;123(4):529–39. doi:10.1111/1471-0528.13819.
- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/publications/ii/item/9789241549912, accessed 1 April 2021).
- WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274277/9789241550352-eng.pdf accessed 1 April 2021).
- SMART guidelines. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/teams/digital-health-and-innovation/smart-guidelines, accessed 1 April 2021).
- Digital adaptation kit for antenatal care: operational requirements for implementing WHO recommendations in digital systems. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240020306, accessed 1 April 2021).
- Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD004736. doi:10.1002/14651858.CD004736. pub5.
- Toivonen KI, Lacroix E, Flynn M, Ronksley PE, Oinonen KA, Metcalfe A, et al. Folic acid supplementation during the preconception period: a systematic review and meta-analysis. Prev Med. 2018;114:1–17. doi:10.1016/j.ypmed.2018.05.023.
- Guideline: Iron supplementation in postpartum women. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/249242, accessed 1 April 2021).

- Sanghvi TG, Harvey PW, Wainwright E, Sanghvi TG, Harvey PWJ, Wainwright E. Maternal iron-folic acid supplementation programs: evidence of impact and implementation. Food Nutr Bull. 2010;31:S100–7. doi:10.1177/15648265100312S202.
- Sendeku FW, Azeze GG, Fenta SL. Adherence to ironfolic acid supplementation among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20:138. doi:10.1186/ s12884-020-2835-0.
- Gebremichael TG, Welesamuel TG. Adherence to iron-folic acid supplement and associated factors among antenatal care attending pregnant mothers in governmental health institutions of Adwa town, Tigray, Ethiopia: Cross-sectional study. PloS One. 2020;15:e0227090. doi:10.1371/journal.pone.0227090.
- Ba DM, Ssentongo P, Kjerulff KH, Na M, Liu G, Gao X, Du P. Adherence to iron supplementation in 22 sub-Saharan African countries and associated factors among pregnant women: a large population-based study. Curr Dev Nutr. 2019;3:nzz120. doi:10.1093/cdn/nzz120.
- Siekmans K, Roche M, Kung'u JK, Desrochers RE, De-Regil LM. Barriers and enablers for iron folic acid (IFA) supplementation in pregnant women. Matern Child Nutr. 2018;14:1–13. doi:10.1111/mcn.12532.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi:10.1136/bmj.b2535.
- King SE, Yeh PT, Rhee DK, Tunçalp Ö, Rogers LM, Narasimhan M. Self-management of iron and folic acid supplementation during pre-pregnancy, pregnancy and postnatal periods: a systematic review. BMJ Glob Health. 2021;6(5):e005531. doi:10.1136/bmjgh-2021-005531.
- Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013;170:1–7. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.05.005.
- Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. Semin Perinatol. 2009;33:130–37. doi:10.1053/j.semperi.2009.02.010.

57



- Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. Lancet. 2010;376:631–44. doi:10.1016/S0140-6736(10)60279-6.
- Wen Y-H, Yang H-I, Chou H-C, Chen C-Y, Hsieh W-S, Tsou K-I, et al. Association of maternal preeclampsia with neonatal respiratory distress syndrome in verylow-birth-weight infants. Sci Rep. 2019;9:13212. doi:10.1038/s41598-019-49561-8.
- Bramham K, Parnell B, Nelson-Piercy C, Seed PT, Poston L, Chappell LC. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and metaanalysis. BMJ. 2014;348:g2301. doi:10.1136/bmj.g2301.
- Seely EW, Ecker J. Chronic hypertension in pregnancy. Circulation. 2014;129:1254–61. doi:10.1161/ CIRCULATIONAHA.113.003904.
- Webster LM, Conti-Ramsden F, Seed PT, Webb AJ, Nelson-Piercy C, Chappell LC. Impact of antihypertensive treatment on maternal and perinatal outcomes in pregnancy complicated by chronic hypertension: a systematic review and meta-analysis. J Am Heart Assoc. 2017;6:e005526. doi:10.1161/ JAHA.117.005526.
- 24. Agarwal R, Bills JE, Hecht TJ, Light RP. Role of home blood pressure monitoring in overcoming therapeutic inertia and improving hypertension control: a systematic review and meta-analysis. Hypertension. 2011;57:29–38. doi:10.1161/ HYPERTENSIONAHA.110.160911.
- 25. Verberk WJ, Kroon AA, Kessels AG, de Leeuw PW. Home blood pressure measurement: a systematic review. J Am Coll Cardiol. 2005;46:743–51. doi:10.1016/j.jacc.2005.05.058.
- Stergiou GS, Bliziotis IA. Home blood pressure monitoring in the diagnosis and treatment of hypertension: a systematic review. Am J Hypertens. 2011;24:123–34. doi:10.1038/ajh.2010.194.
- 27. Ogedegbe G, Schoenthaler A. A systematic review of the effects of home blood pressure monitoring on medication adherence. J Clin Hypertens. 2006;8:174–80. doi:10.1111/j.1524-6175.2006.04872.x.

- Tucker KL, Bankhead C, Hodgkinson J, Roberts N, Stevens R, Henegan C, et al. How do home and clinic blood pressure readings compare in pregnancy? Hypertension. 2018;72:686–94. doi:10.1161/ HYPERTENSIONAHA.118.10917.
- Kalafat E, Benlioglu C, Thilaganathan B, Khalil A. Home blood pressure monitoring in the antenatal and postpartum period: A systematic review meta-analysis. Pregnancy Hypertens. 2020;19:44–51. doi:10.1016/j. preghy.2019.12.001.
- Ashworth DC, Maule SP, Stewart F, Nathan HL, Shennan AH, Chappell LC. Setting and techniques for monitoring blood pressure during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2020;8:CD012739. doi:10.1002/14651858.CD012739.pub2.
- Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP, et al. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: a systematic review and individual patient data meta-analysis. PLoS Med. 2017;14:e1002389. doi:10.1371/journal.pmed.1002389.
- 32. Yeh PT, Rhee DK, Kennedy CE, Zera CA, Lucido B, Tunçalp Ö, et al. Self-monitoring of blood pressure among women with hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review. BMJ Open. 2021 (in review).
- 33. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006;367:1066–74. doi:10.1016/S0140-6736(06)68397-9.
- Ekiz A, Kaya B, Polat I, Avci ME, Ozkose B, Kicik Caliskan R, et al. The outcome of pregnancy with new onset proteinuria without hypertension: retrospective observational study. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016;29(11):1765–9. doi:10.3109/14767058.2015.1061497.
- Zhang J-J, Ma X-X, Hao L, Liu L-J, Lv J-C, Zhang H. A systematic review and meta-analysis of outcomes of pregnancy in CKD and CKD outcomes in pregnancy. Clin J Am Soc Nephrol. 2015;10:1964–78. doi:10.2215/ CJN.09250914.



- Milne F, Redman C, Walker J, Baker P, Black R, Blincowe J, et al. Assessing the onset of pre-eclampsia in the hospital day unit: summary of the pre-eclampsia guideline (PRECOG II). BMJ. 2009;339:b3129. doi:10.1136/bmj.b3129.
- 37. Tucker KL, Bowen L, Crawford C, Mallon P, Hinton L, Lee M-M, et al. The feasibility and acceptability of self-testing for proteinuria during pregnancy: a mixed methods approach. Pregnancy Hypertens. 2018;12:161–8. doi:10.1016/j.preghy.2017.11.009.
- Yeh PT, Rhee DK, Kennedy CE, Zera CA, Tunçalp Ö, Kuzmenko O et al. Self-testing for proteinuria in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2021 (in review).
- 39. Burke AE, Thaler KM, Geva M, Adiri Y. Feasibility and acceptability of home use of a smartphone-based urine testing application among women in prenatal care. Am J Obstet Gynecol. 2019;221(5):527–8. doi:10.1016/j.ajog.2019.06.015.
- Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. WHO/NCD/ NCS/99.2. Geneva: World Health Organization; 1999 (https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/66040/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf, accessed 8 June 2021).
- Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/85975/WHO NMH MND 13.2 eng.pdf, accessed 8 June 2021).
- 42. Yeh PT, Kennedy CE, Rhee DK, Zera CA, Tunçalp Ö, Gomez Ponce de Leon R et al. Self-monitoring of blood glucose during pregnancy. BMJ Open. 2021 (in review).
- 43. Ardilouze A, Bouchard P, Hivert MF, Simard C, Allard C, Garant MP, et al. Self-monitoring of blood glucose: a complementary method beyond the oral glucose tolerance test to identify hyperglycemia during pregnancy. Can J Diabetes. 2019;43(8):627–35. doi:10.1016/j.jcjd.2019.02.004.

- 44. Garnweidner-Holme L, Hoel Andersen T, Sando MW, Noll J, Lukasse M. Health care professionals' attitudes toward, and experiences of using, a culture-sensitive smartphone app for women with gestational diabetes mellitus: qualitative study. JMIR Mhealth Uhealth. 2018;6(5):e123. doi:10.2196/mhealth.9686.
- 45. Hirst JE, Mackillop L, Loerup L, Kevat DA, Bartlett K, Gibson O, et al. Acceptability and user satisfaction of a smartphone-based, interactive blood glucose management system in women with gestational diabetes mellitus. J Diabetes Sci Technol. 2015;9(1):111–5. doi:10.1177/1932296814556506.
- Rigla M, Martínez-Sarriegui I, García-Sáez G, Pons B, Hernando ME. Gestational diabetes management using smart mobile telemedicine. J Diabetes Sci Technol. 2018;12(2):260–4. doi:10.1177/1932296817704442.
- 47. Skar JB, Garnweidner-Holme LM, Lukasse M, Terragni L. Women's experiences with using a smartphone app (the Pregnant+ app) to manage gestational diabetes mellitus in a randomised controlled trial. Midwifery. 2018;58:102–8. doi:10.1016/i.midw.2017.12.021.
- 48. Youngwanichsetha S, Phumdoung S. Lived experience of blood glucose self-monitoring among pregnant women with gestational diabetes mellitus: a phenomenological research. J Clin Nurs. 2017;26(19–20):2915–21. doi:10.1111/jocn.13571.
- Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/102539/9789241506748_eng.pdf, accessed 31 March 2021).
- WHO recommendations on self-care interventions: self-administration of injectable contraception. Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/SRH/20.9; https://www.who.int/publications/i/item/self-administration-of-injectable-contraception, accessed 8 June 2021).

59



- Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en, accessed 31 March 2021).
- Grossman D. Over the counter access to oral contraceptives. Obstet Gyn Clin North Am. 2015;42:619– 29. doi:10.1016/j.ogc.2015.07.002.
- Kennedy CE, Yeh PT, Gonsalves L, Jafri H, Gaffield ME, Kiarie J, et al. Should oral contraceptive pills be available without a prescription? A systematic review of over-the-counter and pharmacy access availability. BMJ Global Health. 2019;4:e001402. doi:10.1136/bmjgh-2019-001402.
- Atkins K, Kennedy CE, Yeh PT, Narasimhan M.
 Overthe-counter provision of emergency contraceptive pills: a systematic review. BMJ Open. 2021 (in review).
- Cintina I, Johansen MS. The effect of Plan B on teen abortions: evidence from the 2006 FDA ruling. Contemp Econ Policy. 2015;33(3):418–33. doi:10.1111/ coep.12083.
- Mulligan K. Access to emergency contraception and its impact on fertility and sexual behavior. Health Econ. 2016;25(4):455–69. doi:10.1002/hec.3163.
- 57. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Regional meeting for engaging countries and strengthening partnerships towards better maternal and child health, Amman, Jordan 21–23 November 2018. Amman: World Health Organization; 2018 (https://www.emro.who.int/reproductive-health-network/rhrn-events/partnerships-maternal-child-health.html, accessed 26 March 2021).
- 58. Comfort AB, Juras RC, Bradley SEK, Ranjalahy Rasolofomanana J, Noeliarivelo Ranjalahy A, Harper CC. Do home pregnancy tests bring women to community health workers for antenatal care counselling? A randomized controlled trial in Madagascar. Health Policy Plan. 2019;34:566–73. doi:10.1093/heapol/czz080.
- Comfort AB, Chankova S, Juras R, Hsi CN, Peterson LA, Hathi P. Providing free pregnancy test kits to community health workers increases distribution of contraceptives: results from an impact evaluation in Madagascar. Contraception. 2016;93:44–51. doi:10.1016/j.contraception.2015.09.011

- 60. Shochet T, Comstock IA, Ngoc NTN, Westphal LM, Sheldon WR, Loc LT, et al. Results of a pilot study in the U.S. and Vietnam to assess the utility and acceptability of a multi-level pregnancy test (MLPT) for home monitoring of hCG trends after assisted reproduction. BMC Womens Health. 2017;17:67. doi:10.1186/s12905-017-0422-y.
- Schmidt-Hansen M, Cameron S, Lohr PA, Hasler E. Follow-up strategies to confirm the success of medical abortion of pregnancies up to 10 weeks' gestation: a systematic review with meta-analyses. Am J Obstet Gynecol. 2020;222:551–63.e13. doi:10.1016/j. ajog.2019.11.1244.
- Kennedy CE, Yeh PT, Gholbzouri K, Narasimhan M. Self-testing for pregnancy: a systematic review. BMJ Open. 2021 (in review).
- 63. Iyengar K, Paul M, Iyengar SD, Klingberg-Allvin M, Essén B, Bring J, et al. Self-assessment of the outcome of early medical abortion versus clinic follow-up in India: a randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet Glob Health. 2015;3(9):e537–45. doi:10.1016/s2214-109x(15)00150-3.
- Oppegaard KS, Qvigstad E, Fiala C, Heikinheimo O, Benson L, Gemzell-Danielsson K. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, noninferiority, randomised, controlled trial. Lancet. 2015;385(9969):698–704. doi:10.1016/s0140-6736(14)61054-0.
- 66. Platais I, Tsereteli T, Comendant R, Kurbanbekova D, Winikoff B. Acceptability and feasibility of phone follow-up with a semiquantitative urine pregnancy test after medical abortion in Moldova and Uzbekistan. Contraception. 2015;91(2):178–83. doi:10.1016/j. contraception.2014.11.004.
- 67. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/en, accessed 31 March 2021).

2021).

- 68. WHO recommendations on self-care interventions: self-collection of samples for sexually transmitted infections (STIs). Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/SRH/20.10; https://www.who.int/ publications/i/item/WHO-SRH-20.10, accessed 8 June
- 69. WHO recommendations on self-care interventions: human papillomavirus (HPV) self-sampling as part of cervical cancer screening. Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/SRH/20.12; https://www. who.int/publications/i/item/WHO-SRH-2012, accessed 8 June 2021).
- 70. Guidelines: updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240022232, accessed 2 June 2021).
- 71. Kennedy CE, Yeh PT, Atkins K, Ferguson L, Baggaley R, Narasimhan M. PrEP distribution in pharmacies: a systematic review. BMJ Open. 2021 (in review).
- 72. Smith BL, Hester AM, Cantos VD, James TR, Lora MH. A pharmacist-led PrEP program at the epicenter of the HIV epidemic in Atlanta; our experience. Open Forum Infect Dis. 2019;6:S461. doi:10.1093/ofid/ofz360.1143.
- 73. Begnel ER, Escudero J, Mugambi M, Mugwanya K, Kinuthia J, Beima-Sofie K, et al. High pre-exposure prophylaxis awareness and willingness to pay for pre-exposure prophylaxis among young adults in Western Kenya: results from a populationbased survey. Int J STD AIDS. 2020;31:454-9. doi:10.1177/0956462420912141.
- 74. Crawford ND, Albarran T, Chamberlain A, Hopkins R, Josma D, Morris J, et al. Willingness to discuss and screen for pre-exposure prophylaxis in pharmacies among men who have sex with wen. J Pharm Pract. 2020:897190020904590. doi:10.1177/0897190020904590.
- 75. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva: World Health Organization; 2004 (https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/68754/WHO_RHR_04.8.pdf, accessed 1 April 2021).

- 76. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. Geneva: World Health Organization; 2006 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/ sexual health/defining sexual health.pdf, accessed 8 June 2021).
- 77. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO); 2018 (https://www.who.int/ reproductivehealth/publications/technical-guidancesexuality-education/en, accessed 1 April 2021).
- 78. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf, accessed 1 April 2021).
- 79. COVID-19 and violence against women: what the health sector/system can do. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf. accessed 1 April 2021).
- 80. Healthcare for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www. who.int/reproductivehealth/publications/violence/vawclinical-handbook/en, accessed 1 April 2021).
- 81. Lev-Sagie A. Vulvar and vaginal atrophy: physiology. clinical presentation, and treatment considerations. Clin Obstet Gynecol. 2015;58:476-91. doi:10.1097/ GRF.0000000000000126.
- 82. Kennedy CE, Yeh PT, Li J, Gonsalves L and Narasimhan M. Lubricants for the promotion of sexual health and well-being: a systematic review. Sex Reprod Health Matters. 2021 (in review).
- 83. Deutsch MB, editor. Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people. San Francisco (CA): University of California, San Francisco; 2016 (https://transcare.ucsf. edu/guidelines, accessed 1 April 2021).

- 84. Kennedy CE, Yeh PT, Byrne J, van der Merwe L,
- 85. Connell R. Transgender health: on a world scale. Health Sociol Rev. 2021;30:87-94. doi:10.1080/1446124 2.2020.1868899.

Ferguson L, Poteat T, et al. Self-administration of

Reprod Health Matters. 2021 (in review).

gender-affirming hormones: a systematic review. Sex

- 86. WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who. int/publications/i/item/who-package-of-essentialnoncommunicable-(pen)-disease-interventions-forprimary-health-care, accessed 2 June 2021).
- 87. Prevention and control of noncommunicable diseases: guidelines for primary health care in low resource settings. Geneva: World Health Organization; 2012 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/76173, accessed 28 May 2021).





セルフケア導入の 実施面及び プログラム面での 留意事項







*4・本章の内容

本章では、セルフケア導入の安全かつ公平なアクセス、取り入 れ、及び使用を推進し、増やしていくために取り組む必要があ る、プログラム面、運用面、及びサービス提供面での重要な問 題に関する新規及び既存のグッド・プラクティス・ステートメ ントに加え、セルフケア導入の実施に際して考慮すべき推奨事 項を提供します。

人権、ジェンダー平等、及び 公平性に関する留意事項

財政面及び経済面での留意事項

--- p. 69

--- p. 67

医療従事者に必要な訓練

---• p. 72

集団固有の実施面での留意事項

--- **p.** 78

デジタルヘルス介入

--- p. 84

環境面での留意事項

--- p. 86

本章では、推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメン トを以下のアイコンで示しています:







新規の推奨事項

既存の推奨事項

グッド・ プラクティス・ ステートメント



本章では、本ガイドラインのために作成されたすべてのグッ ド・プラクティス・ステートメントを提供します。既存のス テートメントや改変したステートメントについては、実施面 での重要な留意事項に関するコメントも記載しています。ほ とんどの場合、これらのコメントは、出典元のガイドライン のタイトル、発行年、及びウェブリンクのみとしています。 新規のグッド・プラクティス・ステートメントについては、 各ステートメントの後に詳しい情報を以下の順で記載しま

- 背景情報。
- 障害に対処して健康とウェルビーイングを支援する実 現環境の要素。
- 最適な理解、実施、及びアウトカムを支援するためのエ ビデンス及び Guideline Development Group (GDG) の 留意事項(実施面での追加的な留意事項を含む)の要約。

また、本章には2つの推奨事項(38、39)も含まれており、 これらについては第3章で示した他の推奨事項と同様な形で 記載しています。

4.1

日常的な健康問題の多くは、家庭やコミュニティで治療が行 われており、そうした治療は薬局・薬店及びその他の店や市 場で最新の医薬品が入手できるようになるにつれて、ますま す増えてきています (1)。時には、友人、家族、インター ネット、企業、及び専門家からの情報をもとに伝統医学(民 間療法) と現代医学の治療法を併用することがあり、特に保 健サービスを受けるのに費用や距離の面で制約がある場合は、 そうした治療法を自分で行うこともあります (2)。Kleinman が定義しているように、これが「大衆(Popular)」医療部門 です(図 4.1 を参照)。バーチャルな自助・コミュニティが 増大し、幅広い膨大な情報にオンラインでアクセスできるよ うになるにつれ、一般知識と専門知識の境目が曖昧になって きています (3)。大衆部門におけるセルフケアの人気の高 さを踏まえ、「専門」部門がセルフケアを推進するために奨 励又は使用する介入は、人々のニーズや権利を尊重した形で 実施する必要があります。

図 4.1. KLEINMAN の医療部門



出典: Kleinman より転載 (4)。





既存のセルフケアがどのように人々の暮らしや生 活環境に組み込まれているかを認識し、理解する ことは、セルフケア導入の開発、推進、又は実施 における重要な第一歩です。さらに、セルフケア

導入に関する使用者主導及びコミュニティ主導のプラットフ オームと、保健システムとの間にパートナーシップを構築す ることは、効果的で安全な医療介入のカバレッジを改善する ことで健康とウェルビーイングを向上できる可能性のある介 入を、確実に正しく迅速に実施していくための有望なアプロ ーチとなります (5)。

本章は実施指針ではありません。したがって、実施の重要な 側面(モニタリング、評価、規制面での留意事項、及びその 他の取り組み) については、実施ツールの形で別途作成しま す。



人権、ジェンダー平等、及び公平性に関する留意事項

	グッド・プラクティス・ステートメント
グッド・プラクティ ス・ステートメント 1 (新規)	健康のためのあらゆるセルフケア導入には、介入自体及び関連するコミュニティベースや施設ベースの医療サービスとリンクさせる方法に関する利用しやすいフォーマット及び言語を使用した正確かつ理解可能で実用的な情報と、介入に関する決定や介入の使用を支援する医療従事者又は訓練を受けたピアサポーターと交流する機会がセットになっていなければなりません。
グッド・プラクティ ス・ステートメント 2 (新規)	健康のためのセルフケア導入の提供は、介入の選択肢や、保健サービスとの関わりの程度 や関わり方における柔軟性を含め、いつ、どのように医療を受けるかに関する選択肢を増 やすことにつながるべきです。
グッド・プラクティ ス・ステートメント 3 (新規)	健康のためのセルフケア導入とそれを提供する仕組みは、個人やコミュニティが質の高い介入にアクセスする上で直面する障害、ニーズや優先事項、必要とする支援の性質、及び希望するアクセスポイントに違いがあることを認識し、あらゆるジェンダーのすべての人のニーズに対応するように設計すべきです。
グッド・プラクティ ス・ステートメント 4 (新規)	各国は、法律、政策、及び規制を必要に応じて見直し、質の高いセルフケア導入がコミュニティで広く利用できるようにし、公共、民間、及びコミュニティベースの医療従事者を通じて、差別されることなくすべての人がそうした介入にアクセスできるようにし、使用者に受け入れられるようにすべきです。

コメント

グッド・プラクティス・ステートメント 1 について

• 医療従事者と交流する機会は、人々のセルフケアに関す る決定、介入の使用、及び適切なフォローアップ措置を 取る能力を支援するように設計すべきです。

グッド・プラクティス・ステートメント 2 について

健康のためのセルフケア導入の設計、提供、及びモニタ リングは、参加型とすべきであり、コミュニティやコミ ュニティ主導組織が関与するようにすべきです。

グッド・プラクティス・ステートメント 4 について

• 監視、アカウンタビリティ、及び是正のための適切かつ アクセス可能で機能的な仕組みが、健康のためのすべて のセルフケア導入に不可欠な部分であるようにすべき です。

背景情報

第2章に示した概念的枠組みと、人権、公平性、及びジェン ダーに関する横断的原則は、性と生殖に関する健康と権利 (SRHR)のためのセルフケア導入の導入及びスケールアッ プにおいて検討が必要な問題に関する有用なガイダンスとな ります。セルフケア導入の実施がうまくいくどうかは、個々 の最終使用者に対する十分な支援の提供と、保健システムに かかっています。

世界中でセルフケア導入の導入が進むにつれ、2019年のガイ ドライン以降に貴重な学びが得られており、今後の実施の指 針として役立つ可能性があります。明確な人権の観点からセ ルフケア導入の実施経験について記録したものはほとんどあ りませんが、第1章及び第2章で示した人権のさまざまな要 素の多くは文献で取り上げられており、SRHR や非感染性疾 患に対するものを含む今後のセルフケア導入の実施に向けた 有用な学びが示されています。

セルフケア導入の例:人権とジェンダーに関 する留意事項

さまざまなセルフケア導入の許容性については多くの注目が 向けられてきましたが、可用性、アクセシビリティ、又は品 質に対する注目度ははるかに低くなっています。一般的に、 健康のためのセルフケア導入をコミュニティで提供すること により、可用性と許容性が向上しますが、プライバシーの確 保も許容性の重要な要素として特定されています。目的に合 わせて適切に調整された情報と支援へのアクセスは、健康の ためのセルフケア導入の許容性と質の向上につながります。 許容性に寄与するその他の要因は、各セルフケア導入とそれ を導入する対象集団によって異なり、実施前にその環境や介 入に固有の許容性を知る必要があることを示しています。

セルフケア導入の許容性にばらつきがあること(介入にアク セスする場所、使用する場所、1人で行うか人の手を借りて 行うか、どのような情報及び/又は支援を希望するかなど) を考えると、セルフケア導入の実施が意図する最終使用者に 合わせて適切に設計されるようにするためには、参加が重要 なカギとなります。一部のフォーマティブ・リサーチでは、 介入のための情報を得るために潜在的な最終使用者の態度を 理解すべく調査を行っています。しかし、日常的な保健サー ビスの一環としてのセルフケア導入の設計及び実施における コミュニティの参加については十分な調査がなされていませ



健康のためのセルフケア導入を使用するかしない かについて、情報に基づく意思決定ができるよう にすることが重要です。提供される情報量やアク セシビリティ(例えば、言語、言語の複雑さ、技

術要件に関するものなど) は、介入によって異なります。必 要に応じて保健システムにつなげることができるよう、多様 なニーズや異なるリテラシーレベルを有する集団に情報を提 供するさまざまな方法を考案する必要がある可能性がありま す。特に、保健システムとまったく接触せずに使用できるセ ルフケア導入の場合、多くの人々が意思決定の指針として、 ネットに情報を求めます。ネット上で入手できる情報につい ては、情報の質に大きなばらつきがあるため課題があります。 国やコミュニティは、誤った情報に対抗するための戦略を構 築又は導入することが奨励されます。危機の際には、害を及 ぼす可能性のある不正確な情報があっという間に広範囲に広 まる可能性があり、そうした戦略が特に重要になります。考 えられる戦略には、誤情報報告システムの設置や啓発キャン ペーンの実施などが含まれます。

多くの研究で、社会人口統計学的特性別の所見が示されてお り、これはジェンダーによるものを含む差別をなくすことを 理解する上で役立つ可能性があり、セルフケア導入に関する 情報を通常の健康管理情報システムとリンクさせる上で慎重 に検討する必要があります。また、非差別と公平性の検討に おいては、実施するセルフケア導入にアクセスしにくい可能 性のある集団と、それらの人々のアクセスを改善するために できる追加の取り組みを特定することも極めて重要です。

健康のためのセルフケア導入におけるアカウンタビリティの 確保は不可欠です。アカウンタビリティは人権にとって重要 であり、特に建設的で是正的な変化を確実にもたらすために 重要です。法的、社会的、及びプログラム的なものを含め、 さまざまなタイプのアカウンタビリティがすべて関連してく る可能性があり、すべてのタイプのアカウンタビリティにつ いてアクセス可能な仕組みを確保するよう注意する必要があ ります。最も適切なアプローチは、状況に応じたアプローチ です。

エビデンス及び GDG の留意事項の要約

セルフケア導入にさまざまなタイプのものがあるように、そ の使用者にも色々な人がいます。柔軟な実施により、使用者 がアクセスする介入を選択することや、いつどのように保健 サービスを利用するかを選択することができます。健康のた めのセルフケア導入において人々が求める支援のレベルや保 健サービスとのつながりのレベルは、介入ごとに違ってきま す。さらに、健康のためにセルフケア導入を選択する人もい れば、医療提供者を受診することを好む人もいます。したが って、健康のためのセルフケア導入は、保健サービスを補完 するものであるべきであり、顧客が選択することや顧客の幅 広いニーズに応えることができる十分な柔軟性を備えている 必要があります。セルフケア導入を使用するかしないかを決 める時を含め、セルフケア導入の使用の支援や、必要に応じ たフォローアップケアのために、顧客が必要とするときにい つでもサービスを受けられるよう、保健システムにつながる リンクを設けることが不可欠です。

セルフケア導入を提供できるさまざまなサービス拠点(医療 機関、薬局・薬店、地域医療従事者、ネット上など)は、可 用性、アクセシビリティ、許容性、プライバシーと秘密保持、 そして最終的な取り入れに影響します。サービス提供拠点の 選択には、医療従事者の能力や、アカウンタビリティのため の利用可能な仕組みも考慮すべきです。





ジェンダーへの配慮は、データをジェンダー別に 再分類することにとどまりません。ジェンダーを 社会的構成概念として理解し、それが健康のため のセルフケア導入に対するさまざまな人々の態度

にどのような影響を及ぼす可能性があるかを理解することも 含めるべきです。各人のジェンダーや性自認は、健康のため のセルフケア導入の使用に対するその人のモチベーションや、 直面する可能性のあるアクセス障害に影響を及ぼします。セ ルフケアには、公平性に関して女性にマイナスとなる可能性 のある重要な点があります。女性は育児を任されることが多 く、医療機関に行くことができない場合や、医療機関に行く ための経済的自由がない場合があります。環境によっては、 医療機関を受診している女性が医療従事者から提供される製 品(避妊薬を含む)にアクセスすることはできても、自分自 身で健康に関する意思決定をしなければならない場合に、そ れを行う自律性を持たないことがあります。セルフケアに関 する一部の推奨事項では、この意思決定能力は考慮すべき重 要な要素の1つです。一部地域では、保健サービスを利用す ることが弱さの印とみなされるのではないかという恐れから、 男性が保健サービスにアクセスしない傾向が見られます。ト ランスジェンダーの人々は、保健サービスで受ける差別によ り、保健サービスをまったく利用しないということがよくあ ります。セルフケア導入は、こうした障害の一部を克服する 上で役立つ可能性がありますが、そのためには、こうした留 意事項を念頭に置いてセルフケア導入の実施を設計し、実行 する必要があります。

健康のためのセルフケア導入に対する適切な法律、政策、及び規制面での環境を整備することが、そうした介入を実施する上での前提条件となります。法律、政策、及び規制は、健康のためのセルフケア導入へのアクセスを妨げる障害となる



ことがある一方、適切に設計されていれば、人権 に基づくジェンダーレスポンシブなセルフケア導 入へのアクセスを推進する助けとなる可能性があ ります。セルフケア導入の規制は、人権に関する

法律や義務と合わせる必要があり、介入間や使用者間の重要な違いに敏感であるべきです。また、これらの介入が購入・使用される多様な場所に適用できる必要があります。新しい機器の導入に必要な承認を行うだけでなく、例えば、注射や診断検査の提供といった特定のタスクを補助することが許可



される医療従事者(地域医療従事者を含む)の見 直しなどが重要になる場合もあります。どのレベ ルの医療従事者についても、セルフケア導入に関 連した新たなタスクの導入は、現在の業務負担、

能力、そして監視及びアカウンタビリティの仕組みの中で、 状況に合うように行う必要があります。多くの地域では、法 的、政治的、経済的、及び社会的環境が、保健サービスやそ の他のサービスへのアクセスを妨げる障害となっています。 そうした環境においては、セルフケアが人々の利用できる唯 一の選択肢となる場合があります。こうした状況では、支援 的な公衆衛生アプローチの指針となり、使用者に対するリス クを最小限に抑えるハームリダクション・アプローチが引き 続き重要となります。

現在行われている実施取り組みからのこうした学びは、今後の介入が人権に基づくジェンダーレスポンシブな形で実施されるようにするために役立つ情報となる可能性があります。



4.3 財政面及び経済面での留意事項

グッド・プラクティス・ステートメント

グッド・プラクティス・ステートメント5

質の高い保健サービスとセルフケア導入を、医療倫理の原則、スティグマ・強制・暴力の回避、非差別、及び健康に対する権利に基づき、サービスが行き届いていない社会から取り残された集団がアクセス可能で、手ごろな価格で利用でき、受け入れることのできるものにすべきです。

背景情報

セルフケア導入は、使用者の自律性及びエンゲージメントの向上に加え、保健システムに対し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の柱である、公平なアクセス、質の高い健康介入の効率的な提供、及び金銭的な保護を支援する重要な機会をもたらします(図 4.2 を参照) (6、7)。セルフケア導入は、使用者を非専門医療従事者とすることで、基礎的なサービスへのアクセスを向上し、それにより医療提供の効率を高めることができます。また、予防サービスの取り入れを増やし、治療へのアドヒアランスを向上し、下流の合併症

や医療の利用を削減することもできます (8)。また、サービスが行き届いていない社会から取り残された集団には、スティグマ、差別、距離、及び/又は費用の問題により医療従事者を通じてアクセスできない、性と生殖に関する保健サービス (SRH サービス) への新たなアクセス経路をもたらす可能性があります。



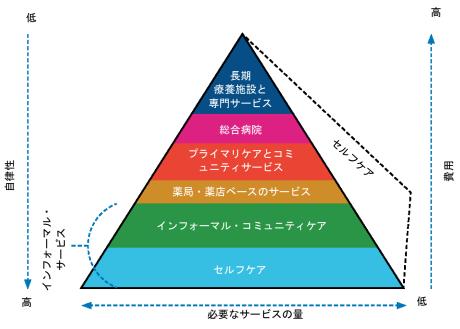


しかし、質の高い保健サービスに対する政府の責 任が無効化されることで、脆弱性が導入される又 はさらに悪化するリスクもあります。さらに、コ ントロールする力が個人にゆだねられることによ

り、意図せず金銭的な負担が個人に転嫁され、自己負担が増 えることになる可能性もあります。公平性に関する重要な留 意事項として、費用を使用者に転嫁することにより保健シス

テムの費用を節約する手段としてセルフケアを推進してはな りません。例えば、介入にアクセスするために、保健サービ スを通じてアクセスすれば保健システムの負担となったはず の検査キットやその他の機器又は資材を使用者が入手しなけ ればならない場合、そうした費用は可能な限り引き続き保健 システムが負担し、使用者に転嫁しないようにすべきです。

図 4.2. 医療ピラミッドにおけるセルフケア



出典: WHOより転載 (9)。

ボックス 4.1.ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとは?

- ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)に関する国連決議の中で、UHCとは「すべての人が、国の定めた適 切な健康促進、予防、治療、リハビリ等の必要とされる基本的な保健サービスや、安全かつ効果的で質の高い手ご ろな価格の必須医薬品を、差別されることなく利用できる状態を言い、特にサービスが行き届いていない社会から 取り残された貧困集団をはじめ、こうしたサービスの利用により経済的に苦しい状態に陥ることがないようにする こと」とされています (10)。
- 「UHC には、具体的な健康目標や社会的目標が含まれています:すべての人が、経済的に苦しい状態に陥る不安 なく(金銭的な保護)、必要とする質の高い保健サービスを受けられる(サービス利用の公平性)ようにすること が UHC の目標です。この権利は世界保健機関(WHO)憲章において宣言されており、多くの国の憲法や法律で も言明されるようになってきており、それによって権利、セキュリティ、社会的つながり、及び連帯などの普遍的 な社会的価値観が反映されるようになってきています」 (11) 。
- 「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとは、すべての人が、健康増進(禁煙情報キャンペーンやたばこ税など)、 病気の予防(ワクチン接種など)、並びに治療、リハビリ、及び緩和ケア(終末期ケアなど)の提供を目的として 設計された公衆衛生サービスを含む、必要とする保健サービスを受けられるようにし、同時にこうしたサービスの 利用により経済的に苦しい状態に陥ることがないようにすることです」 (12)。

2020 年に WHO では、各国の UHC に向けた取り組みを支援 することを目的とした、保健サービスと部門横断的介入に関 するデータベースである UHC Compendium を公表しました。 このグローバル・レポジトリは、情報を整理して提示する戦 略的な方法を提供し、保健サービスや健康介入について考え るための枠組みを構築します。UHC Compendium のバージ ョン1は、臨床保健サービスに重点を置いており、さまざま な保健分野における 3500 以上の保健医療行為のリストが含 まれています。3このデータベースは、健康促進、予防、蘇 生、根治、リハビリテーション、及び緩和を目的としたあら ゆる種類のサービスに加え、セルフケア導入を含む補完的な 部門横断的介入を網羅しています (13)。

すべての人が質の高い基礎的な保健サービスにアクセスでき るようにすることが UHC の要です。しかし、保健システム の利用頻度が低い、サービスが行き届いていない社会から取 り残された集団については、経済的な面を考慮することが特 に重要であるため、個人の費用負担(及び費用節約の可能性) を考慮した社会的観点から、これらの介入が金額に見合った 価値があるかどうかを評価することが極めて重要になります (14)。さまざまな環境におけるセルフケア導入へのアクセ スを支援し、金銭的な保護を保証するよう設計した、ベネフ ィットパッケージやリスクプーリングの仕組みが必要になる 可能性もあります。UHC は、質の高い基礎的なケアパッケー ジへの公平かつ持続可能なアクセスの確保を目指しているこ とから (UHC に関する詳しい情報についてはボックス 4.1 を 参照)、漸進的普遍主義(Progressive Universalism)の原則 に基づいて、政府の補助金、民間の資金、保険による補償、 及び部分的な自己負担金を複合的に組み込み、負担に差をつ けた資金供給モデルを検討する余地がある可能性があります。



また、セルフケア導入は、医療機関以外でケアにア クセスする際に使用者が保健チームの一員となる

ことで、保健システムの一部費用を抑えるのにも役立つ可能 性があります。ただし、介入において診断の正確さ、ケアの 取り入れ、及びケアの質が概ね維持されることが条件となり



ます。さらに、大半のセルフケア導入が継続的に 安全で効果的なものであるようにするためには、 一連のケア(セルフケア導入に関する情報の提供 から、適宜、ケアの利用推進に向けたアウトリー

チまで)における医療従事者の関与が必要となり、特に新技 術導入の初期段階においては、保健システムの費用節約が少 なくなる可能性があります。重要な点として、これらの介入 によって使用者の全体的なアクセスを改善するためには、保 健システムがさまざまなレベルの支援を必要としているそれ らの使用者を特定できる必要があります。施設ベースの保健 サービスとともにセルフケアを利用できるようにすることは、 統合的な保健システムの一部としてセルフケアを組み込み、 自らのヘルスケアを管理する能力のある人々がそれを実践で きるようにする一方で、最も支援を必要とする人々に保健シ ステムの資源を集中的させることにより、保健システムを効 率化し、より優れた健康アウトカムをもたらすことに寄与す る可能性もあります。

これらの介入に対する資金供給について検討する際には、医 療提供者がまったく関与しない完全なセルフイニシエーショ ン/自己投与型のツールと、医療提供の中に組み込まれるツ ールとを区別する必要があります。セルフケア導入は、一貫 性のある保健システムの一部として推進し、必要に応じて保 健システムによる支援で強化しなければなりません。保健シ ステムは、これらの介入の使用に関連した患者アウトカムに 対して引き続き責任を負い、家庭や政府に対する経済的及び 金銭的影響を綿密にモニタリングすべきです。そのようにし なければ、ヘルスケアに対する断片的な消費主義的アプロー チが助長され、統合的な人中心型のケアが損なわれる可能性 があります。

ボックス 4.2.セルフインジェクション型の避妊薬による費用及び費用対効果 に関するケーススタディ

PATH は、ブルキナファソ、セネガル、及びウガンダにおいて、セルフインジェクション型の避妊薬による費用及び 費用対効果に関するケーススタディを実施しました。メドロキシプロゲステロン酢酸皮下注デポ剤(DMPA-SC)の 提供費用について、(i)施設ベースでの投与、(ii)コミュニティベースでの投与、及び(iii)セルフインジェクシ ョンという、3つの戦略の下での推定額が算出されました。保健システムに対する直接医療費(商品代や医療提供者 の時間的コストなど)と、使用者が負担する医療費以外の費用(交通費及び時間的コスト)の両方が推算されました。 使用者の自宅から医療機関までの距離に応じて、また、訓練用の小冊子を臨床的に効果的な1枚の説明書に切り替え た結果、総費用が最も低かったのはウガンダにおけるコミュニティベースの DMPA-SC 投与(7.69 米ドル)であり、 続いてウガンダ(7.83 米ドル)及びセネガル(8.38 米ドル)における DMPA-SC のセルフインジェクションとなり、 最も高かったのは施設ベースでの投与(セネガルで 9.46 米ドル、ウガンダで 10.12 米ドル)でした。 3 ヵ国すべてに おいて、使用者が負担する医療費以外の直接費用は、コミュニティベースや施設ベースの避妊薬の提供に比べ、セル フインジェクションが最も低くなりました (15)。

³UHC Compendium には、以下からアクセスすることができます:https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium

ボックス 4.2. (続き) セルフインジェクション型の避妊薬による費用及び費用 対効果に関するケーススタディ

ウガンダについては、回避された妊娠あたり及び回避された障害調整生存年(DALY)あたりの DMPA-SC の増分費用対 効果が推算されました。DMPA-SC のセルフインジェクションは、医療提供者によるメドロキシプロゲステロン酢酸筋注 デポ剤(DMPA-IM)の投与に比べ、1 年あたりの意図しない妊娠及び母体の DALY の予防の点で、健康への影響が大き かったことが示されました。社会的観点から見ると、使用者の時間的コスト及び交通費の節約により、DMPA-SC は 110 万米ドル(年間8万4千米ドル)の節約となる可能性があることが示されました。保健システムの観点から見ると、 DMPA-SC はより多くの妊娠を回避できる可能性がありましたが、顧客の初回来院時に訓練を行う必要があるため、医療 提供者による DMPA-IM の投与より費用がかかることが示されました。実現可能で臨床的に効果的な低コストの訓練ツー ルによって訓練アプローチを簡易化することで、DMPA-SC の費用は、回避された意図しない妊娠あたり15米ドル、回 避された母体の DALY あたり 98 米ドルとなり、DMPA-IM より費用対効果が高くなりました*(16)*。





4.4 医療従事者に必要な訓練

グッド・プラクティス・ステートメント

グッド・プラクティ ス・ステートメント6

医療従事者は、繰り返し適切な教育を受け、必要な知識、技能、及び態度に裏打ちされた、 健康に対する権利・秘密保持・非差別に基づくセルフケア導入を提供する能力を確実に備 えているようにすべきです。

医療従事者の需要と供給は一致しておらず、その差は開く一 方となっています (17、18)。WHO の保健医療人材戦略 (strategy for human resources for health) (17) では、臨 床的な専門分野を軸とするのではなく、個人、コミュニティ、 及び集団のニーズと権利を軸とし、能力に基づく専門的、技 術的、及び職業的な教育・訓練を行う形へと、保健システム の方向性を転換していくことを提案しています。

ここでいう医療従事者とは、医師、看護師、助産師、薬剤師、 非専門医療従事者、管理者、及び地域医療従事者(CHW)を



含む医療関連従事者など、患者及び集団を対象に サービスを提供する医療従事者を指します。医療 従事者には、健康に関する人権を推進する能力と、 個人が自らのヘルスケアに積極的に参加できるよ

うにする能力が必要です。

保健システム及び医療従事者に必要な訓練は、サービス提供 の対象となる個人、コミュニティ、及び集団だけでなく、そ れらの人々が置かれ、影響を受けている幅広い社会文化的、 経済的、法的、政治的、及び歴史的背景との関係においてと らえる必要があります。セルフケア導入へのアクセス及び使 用が問題なく行われるようにするには、コミュニティメンバ -、セルフケア導入の使用者、医療従事者、及び政策立案者 の間における敬意あるエンゲージメントを促進するための学 習、コミュニケーション、及び部門横断的な協力が必要です。



セルフケア導入の効果的な導入には、医療従事 者の中立的で非差別的な敬意ある態度が不可欠 となります。これには、例えば、すべての人に 対して共感的な傾聴を実践することや、専門用

語を使用せずに中立的な形で完全かつ正確な情報を伝えるこ となどが含まれます。

使用者主導のアプローチや自律性を推進するサービス提供に は、プレサービス及びインサービス訓練と、実地での監督及 びアカウンタビリティが必要となります。さらに、専門職間 のチームワークを推進する学際的アプローチにより、使用者 自身を各自の健康の共同プロデューサーとして認識し、サー ビス提供のタスク共有を通じて、スキルミックスの最適化と 役割の委任を行うことが可能となります。さらに、能力に基 づく質の高い訓練カリキュラムを通じたプレサービス訓練は、 1回限りのインサービス介入より、健康に対する行動変容を もたらす上で効果があります。

4.4.1 地域医療従事者に必要な訓練とエ ンゲージメント

WHO の推奨事項は、セルフケア導入の導入、使用、及び取 り入れの推進や支援における、以下のような CHW エンゲー ジメントの重要な側面を支援します (19):

- コミュニティ・エンゲージメント。
 - CHW の選定へのコミュニティの参加。
 - CWH の活動の選定及び優先順位付け。
 - コミュニティベースの構造の支援。
 - 意思決定、問題解決、計画策定、及び予算決定プロセ スへのコミュニティ代表者の参加。
- コミュニティ資源の動員:
 - 優先的な健康問題や社会問題を特定し、コミュニティ とともに対応する行動計画を作成し、実施する。
 - 優先的な健康問題に対処するため、さまざまなステー クホルダー、部門、及び市民団体を代表する、関連す る地域の資源を動員し、調整を支援する。
 - コミュニティと医療機関との連携を強化する。
- CHW のプレサービス教育で必要とされる能力:
 - 質の高いサービス提供を確保するために必要な能力。
 - 既存の知識及び技能(過去の訓練又は関連する経験を 通じて取得したもの)。
 - 訓練を受ける人の社会的、経済的、及び地理的状況。

背景情報

セルフケア導入を含む、健康促進、予防、及び治療のための 幅広い保健サービスに対する CHW の有用性を裏付けるエビ デンス総体が増加しており、ケアへのアクセスにおける格差 の縮小に寄与しています。

保健システムやコミュニティへの CHW の組み込みにはばら つきがあり、たいていは不十分で、CHW エンゲージメント に関するエビデンスに基づく政策の採用は一様ではありませ んが、地域医療従事者向けプログラムの最適化に向けた保健 政策及びシステム支援に関する WHO ガイドライン(WHO quideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes) は、プライマリ・ヘ ルスケアの強化及びすべての人に対する優先度の高い保健サ ービスへの公平なアクセスの拡大に CHW の潜在能力を活用 する機会をもたらします (19)。

セルフケア導入の例:地域医療従事者のエン ゲージメント



医療従事者の方向性の転換には、医療従事者が 「患者、顧客、及びコミュニティに対するアプロ ーチの仕方を変え、チーム(特に専門家間チーム) での作業に対してオープンになり、データをより

効果的に各自の仕事に使用し、各自の業務実践の革新に積極 的である」必要があります (20)。すべての医療従事者が CHW について、業務負担を共有し、保健システム及びコミ ュニティ目標の推進にともに取り組むことができる仲間とし て敬意を払うことが重要です。

エビデンス及び GDG の留意事項の要約

地域医療従事者向けプログラムの最適化に向けた保健政策及 びシステム支援に関する WHO ガイドラインは、ヘルスケア における CHW に関するエビデンス総体が増えつつあり、 CHW をより幅広く医療労働力や保健システムに組み込んで いくために推奨事項や方針が必要とされていることを反映し たものです (19)。同ガイドラインの目的は、CHW 向けプ ログラムの設計、スケールアップ、及び持続可能性を最適化 することです。同ガイドラインでは、推奨事項を提示するに あたり、教育の領域、地域医療労働市場、及び保健システム への CHW の組み込みまで含めた、政策・保健システムアプ ローチを取っています(図 4.3 を参照)。同ガイドラインの 適用は、国に応じて調整する必要があります。このグローバ ル WHO ガイドラインは、大まかな原則を示したものであり、 CHW に対する国固有の政策という地域の状況に合わせて、 また、より広範な保健システムに関する政策やコミュニティ の構造と整合性が取れるように手を加える必要があります。

第4章

図 4.3.ライフコース・アプローチを用いた、地域医療従事者に関する WHO ガイ ドラインの推奨事項



CHW 政策実施の実現要因:CHW 政策の選択肢を状況に合わせて調整する | CHW の権利及び観点を検討する | CHW プログラムを保健システムに組み込む | CHW プログラムに投資する

出典:WHO (19)。



タスクの合理的な委任とタスク共有

	グッド・プラクティス・ステートメント
グッド・プラクティ ス・ステートメント7	各国は、患者団体やコミュニティを含む関連するステークホルダーと協力しながら、公平な健康アウトカムにつながる効果的な形で、保健チームのメンバーとして、個人、介護者、及びコミュニティにタスクを合理的に委任することを実施及び/又は拡大・強化していくことを検討すべきです。
グッド・プラクティ ス・ステートメント 8	適切な場合、訓練を受けた医療従事者ではないセルフケアラーや介護者が、安全で支援的な保健システムの環境の中で、特にセルフケアやセルフケア導入の使用との関連において、医療の特定の側面を医療従事者の責任の下で管理する力をつけられるようエンパワメントを図ることができます。

背景

WHO の定義する、保健チーム間におけるタスクの合理的な 委任は、保健医療にあたれる人材をより効率的に使用するた め、適切な場合、高度な資格を有する医療従事者から、訓練 時間が短く資格の少ない医療従事者(CHW など)へ、特定 のタスクを再分配することを支援しています (21)。



人中心型のケアの原則には、個人、介護者、及び コミュニティを自らの健康管理に積極的に関わる 参加者として、また、保健チームのメンバーとし てとらえることが含まれています。したがって、

タスクの合理的な委任に関する対話には、セルフケア及び自 らの健康管理において、個人、介護者、及びコミュニティが 提供する役割とタスクに関する話し合いも含まれます。

4 章 📗 【 🕻 📗

タスクの合理的な委任は、保健サービスへのアクセス向上により、既存の医療従事者による保健サービスの提供を強化することができます。したがって、医療従事者不足への実践的な対策となる可能性があり、また、アクセスや費用対効果の改善にもつながる可能性があります。しかし、タスクや役割の割り当ては、公平なアウトカムにつながるような形で、保健医療人材へのその他の投資とあわせて実施する必要があります。

セルフケア導入の例:保健サービスを提供するためのタスクの委任

WHO のガイダンスでは、HIV (21)、家族計画 (22)、安全な妊娠中絶 (23)、及び妊産婦の健康 (24)などの幅広い SRH 問題について、多くの例が取り上げられています。また、HIV とともに生きる人々が自身の慢性疾患の管理に参加し、エキスパート患者プログラムの一環として他の人を支援することができるようにするエンパワメントの例も含まれています (24~27)。そうしたアプローチは、医療従事者から個人、介護者、及びコミュニティへの恒久的なタスク委任である必要はなく、また、医療従事者の責任やアカウンタビリティを無効化するものでもありません。

そうではなく、必要に応じて適宜行う機会の1つであると言

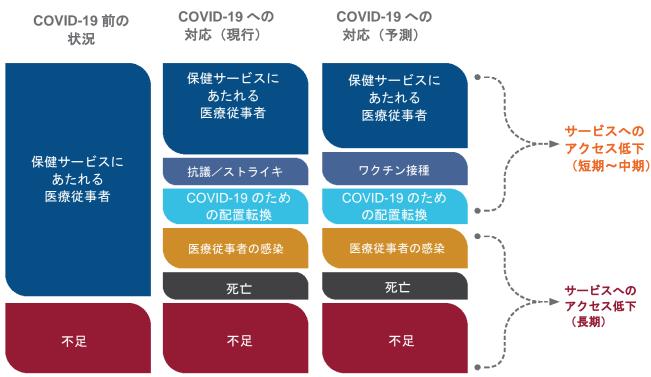


えます。さらに、タスクの委任により、個人、家族、及びコミュニティが、セルフケアラーや介護者として、各自の健康管理において果たす重要な役割を強化し、認識することができます。こうし

た委任は、程度の差はありますが多くの国で実施されており、 いくつかの国家的なガイダンス文書や戦略で認められています。

また、タスクの委任は、人道危機やパンデミックの状況においても実際的な価値があると考えられるようになってきています。そうした状況においては、危機対応のために多くの医療従事者が配置転換され、すでにある基礎的な保健サービスにおける全体的な医療従事者不足がさらに悪化します。例えば、COVID-19 パンデミックでは、社会的、財政的、及び人的コストが重なったことにより、既存の国家対策と連動したプログラム的アプローチは、医療従事者の必要性を推定するのに不十分であることがはっきりと示されました(図 4.4 を参照) (28)。

図 4.4. 2020 年の COVID-19 期間中に医療従事者の即応能力に影響を及ぼした要因



出典: European Commision (28)。

エビデンス及び GDG の留意事項の要約

個人、介護者、及びコミュニティへのタスク委任の一般的な 実施は、状況、社会文化的要因、及び政治的要因によって左 右されます。実施は、以下の場合に妥当となります (29):

- 医療従事者からの支援をほとんど又はまったく受けず にセルフケア導入を管理することができる。かつ
- 情報の収集、薬剤の管理、症状の管理、精神的結果の管 理、生活習慣の改善、社会的支援の使用、効果的なコミ ュニケーションを含む特定のスキルを個人が身に付け、 自らの健康管理に適用して役立てることができる。

以下の点について判断するため、各国内での対話が必要とな ります:

- さまざまなレベルにおける医療従事者の確保状況が、セ ルフケア導入のアクセシビリティ及び使用に寄与する
- 政策立案者、プログラム管理者、及び医療従事者が、一 般人にタスクを合理的に委任することについて検討す ることに積極的か。
- 医療従事者は、セルフケア導入の推進に向けて、関連し 合うその他の保健システムの構成員から支援が得られ るか。
- ホリスティックな統合的ケアの実現に向けた、総合的な 医療提供の改善を背景として、セルフケア導入が検討さ れているか。

(i) これまでの研究では十分に取り上げられていない状況、 保健分野、及び集団を対象とした研究の数を増やすこと、そ して(ii) 何がどのような状況において効果を発揮するのかを 決定付ける背景的要因を理解することを目標として、特定の 健康トピックについてさらに研究を行う必要があります。



保健チーム内でのタスクの委任は、関与するステ ークホルダーが「必ず肯定的な結果が得られる」 と確信している場合、成功する可能性が高くなり ます。タスクの再分配又は委任には、ステークホ

ルダーの間で対話を行い、個人、その介護者やコミュニティ、 及び医療従事者や管理者を含め、影響を受ける人々の期待と 不安を理解し、対処する必要があります。つまり、委任を費 用節約の手段ととらえるべきではないということです。個人 やその介護者にタスクを委任する際、セルフケアに関して新 たな役割を引き受ける人々の目標、期待、及び能力を把握し て、各人が医療従事者としっかりと連携して自らのヘルスケ アを設計していく力をつけられるようにし、健康アウトカム が確実に改善されるよう継続的なモニタリングと評価を行う 必要があります。

4.4.3 能力に基づく医療従事者の訓練

セルフケア導入の提供における、文化的感受性を備え、思い やりを持った、敬意あるケアには以下が必要です。

グッド・プラクティス・ステートメント



グッド・プラクティ ス・ステートメント9 (改変)

各国は、調和・標準化された、能力に基づく、ニーズ主導型の認定された訓練に対する体 系的なアプローチを採用し、医療従事者が以下のための適切な能力を備えているようにす べきです:

- 心のレジリエンス、健康、及びウェルビーイングを促進するセルフケア実践に関わり、 支援する。
- その人が医療の自己モニタリングやセルフマネジメントをどの程度希望し、どの程度 する力があるかを判断する。
- セルフケア導入へのアクセスと、セルフケア導入の正しい使用及び取り入れを推進す
- 個人に対し、医薬品や治療の準備及び自己投与に関する教育を行う。

背景情報

能力に基づく専門的、技術的、及び職業的な教育・訓練のス ケールアップや、人員の質の向上には、能力に基づく学習を 基礎とする変革的な教育アジェンダが重要になります (17、 *30*) 。

さらに、能力に基づくカリキュラムは、教育手法の改定をと もなうカリキュラムの改善、広く見られる健康上のニーズや 傾向への重点的な取り組み、個々の生徒のニーズへの対処、 技術開発を含むインフラ開発に対する包括的アプローチの創 出、及びカリキュラムの改善といった、肯定的な教育効果を もたらす可能性があり、それがより良い保健サービス提供に つながる可能性があります (31)。

ボックス 4.3.基礎的な性と生殖に関する保健サービスとして、避妊のためのセルフケア介入を実施し、避妊法を維持することを目的とした、医療従事者向けの能力に基づく学習に関するケーススタディ

WHO アカデミーでは、薬局・薬店における避妊法のカウンセリング及び処方に関する学習プログラムを開始しました。このプログラムでは、自宅や安全な環境(親密なパートナーから暴力を受ける恐れのある女性用のシェルターなど)で使用できる、セルフアドミニストレーション型の避妊法のカウンセリング及び処方について取り扱っています。

WHO が 2020 年に実施した調査では、パンデミック期間中、68%の国で家族計画サービスが中断されたことが明らかになりました (32)。多くの国では、医療従事者の数が避妊サービスへのニーズに対処するのに十分ではありません (33)。薬局・薬店は、避妊法の需要増加に対応する上で重要な役割を果たしています。小規模な薬局・薬店は、資源が限られた環境におけるヘルスケアの第一線を担うことが多く (34~36)、多くの国では薬局・薬店が避妊薬や避妊器具の重要な供給源となっています (37)。避妊法の提供拡大に向け、薬局・薬店の医療従事者に働きかけることで、すべての人にとって避妊法へのアクセスが大きく改善される可能性があります (33、37)。

WHO アカデミーの学習プログラムは、地域の薬局・薬店で市販の避妊薬や避妊器具を提供している(又は提供を予定している)医療従事者を対象としています。学習者は、緊急避妊薬、プロゲステロン単剤避妊薬、複合経口避妊薬、セルフインジェクション型の注射剤、及び男性用・女性用コンドームを含む、市販のセルフアドミニストレーション型避妊法を提供するための模擬的な対話型臨床シナリオを通じて、問題に回答しながら、自分のペースで学習を進めていきます。学習者には、各シナリオを進める助けとして、関連するガイドラインやジョブエイドが提供されます。プログラムの最後には、短い評価パートがあり、無事修了すると修了証書が授与されます。

この学習プログラムは、セルフケア介入についてさらに詳しく取り扱った、より大規模なプログラムの最初のエントリーポイントとなります。同プログラムは、国連の公用語である6つの言語で利用することができます。

エビデンス及び GDG の留意事項の要約

2021 年の UHC に向けた能力及びアウトカムに関する WHO のグローバル枠組み (30) は、知識、技能、及び態度を漸進的に順序立てて身に付けていくことにより、学習者が知識をヘルスケアの提供につなげられる学習成果を達成できるよう支援する教育プログラムの開発の指針となることを目指したものです。この枠組みでは、保健サービスを提供する職業にではなく、保健サービス (個人を対象とした保健サービスと集団を対象とした保健サービスの両方) の機能に重点が置かれています。

この枠組みで定義されている能力は、人を中心とする考え方、 意思決定、コミュニケーション、連携、エビデンスに基づく 業務実践、及び個人的行為という6つの領域に分けられます。 医療従事者の保健チーム全体について、35の業務実践活動が 特定されています。これらの業務実践活動は、個人の健康、 集団の健康、及び管理と組織化という3つの領域に分類され ます。 セルフケア導入の使用により、保健システムの中でさらなる 支援やカウンセリングを受ける必要が生じた場合(検査結果 が陽性であった場合など)、一連のケア及びライフコース全 体にわたって、人々のニーズ、価値観、及び好みを中心とす る協調的な統合されたサービスを提供できる状況を生み出せ るようにするためには、以下の追加的な能力が必要となりま す。



効果的なケア計画を立てるためには、患者やその他の関係者と時間をかけて話し合うことにより、患者と信頼関係を築く必要があることを理解している。

- 健康問題に対処し、健康を促進するため、適時に適切で効果的な患者ケアを提供する。
- 複数の疾病について患者をスクリーニングし、認知障害、メンタルヘルスの問題(危険、有害、又は依存的な物質使用を含む)、自傷行為・他傷行為に加え、虐待、ネグレクト、ドメスティックバイオレンスについて評価する。



患者の健康に影響を及ぼす可能性がある、患者の個人的支援及びコミュニティ支援ネットワークや、社会経済的資源がどの程度あるかを評価する。

- 時間の経過にともない、患者のニーズに合わせてサービ スのタイプや程度を調整し、適時かつ重複のないケア提 供を確実に行うようにする。
- 患者のケア計画と、適切な医学的介入や心理社会的介入 の組み合わせとのバランスを取る。
- 患者の希望、考え、及びライフコースをケア計画に組み 込むと同時に、患者から示されたそうしたニーズが、疾 患や治療に対する医療提供者の先入観によってうやむ やになることができるだけないようにする。
- 常に患者のウェルビーイングに重点が置かれるよう、家 族、介護者、友人、及び多職種ヘルスケアチームのメン バーが持つ別の意見や相対する意見を適宜管理する。



焦点を定めた介入を用いて患者に働きかけ、 健康を改善したい、ケア計画に従おう、とい う患者の気持ちを高める(動機づけ面接法や 動機づけ強化療法を使用するなど)。

• 治療遵守を含め、すべての健康行動を中立的な形で評価 する。

集団固有の実施面での留意事項 4.5



4.5.1 パンデミックを含む人道危機における実施面での留意事項

推奨事項
WHOでは、デジタルヘルスサービス、セルフケア導入、タスク共有、及びアウトリーチを優先項目とし、施設ベースでの性と生殖に関する保健サービスの提供が妨げられた場合に、治療薬、診断薬、医療機器、情報、及びカウンセリングへのアクセスを確保できるようにすることを推奨します。
WHO では、メンタルヘルスケア及び心理社会的支援の提供やセルフケア戦略の推進など、 労働衛生対策やスタッフの安全対策を最大限に取ることを推奨します。

背景情報

COVID-19 パンデミックの期間中に、政府や公衆衛生当局に よって課せられた公衆衛生対策や社会的対策では、個人やコ ミュニティに対し、セルフケア対策の実践とセルフケア導入 の使用が求められました。これほどの要求はかつてないもの でした。例えば、個人、コミュニティ、及び社会全体が、手 洗い、フィジカル・ディスタンシングの確保、及び医療機関 の受診が不要な健康状態のセルフマネジメントを含む、さま ざまな対策を通じて、コロナウイルスの伝染を減らし、死亡 率や罹患率を低下させ、各自の健康を守ることに貢献するよ う求められています。



パンデミックや人道危機対応における、状況に合 わせた医療提供の戦略的変更は、資源及びアクセ スの公平な配分、自己決定、ノン・アバンダンメ ント(見捨てないこと)、及び尊厳や人権の尊重

など、倫理的原則に従って行うべきです (38)。

WHO では、施設ベースでの SRH サービスの提供が妨げられ た場合、デジタルヘルスサービス、セルフケア導入、タスク の合理的な委任、及びアウトリーチを優先項目とし、治療薬、 診断薬、医療機器、情報、及びカウンセリングへのアクセス を確保できるようにすることを推奨します(38)。この優先 順位付けには、避妊法、法律で認められているすべての妊娠 中絶、及び HIV やヒトパピローマウイルス(HPV) を含む性 感染症(STI)の予防・治療サービスに対するアクセスの確 保が含まれます。



ジェンダー不平等や社会的不平等はパンデミッ ク下で悪化しており、パンデミックの影響は女 子や女性に対するものと男子や男性に対するも のとで異なっています。女子や女性が曝露され

た場合、女子/女性が世話や介護を行うものという社会的規 範や期待による影響を受ける可能性が高くなります。家庭に おける家族の世話や介護の大部分は女子や女性が担っており、 女性が医療従事者の過半数を占めています。全体として、サ ービスが行き届いていない社会から取り残された集団を保護 することができなければ、そうした集団の感染リスクが高ま り、COVID-19 などのパンデミックや危機に対する幅広い対 応が妨げられることになります。

パンデミック時に優先されるセルフケア導入 の例

表 4.1 は、COVID-19 パンデミックに対応するための公衆衛 生対策や社会的対策において WHO が優先項目としたセルフ ケア導入の例をいくつか挙げたものです (38)。

表 4.1. パンデミック時の基礎的なセルフケア導入

プログラム活動	性と生殖に関する保健サービスの安全な提供のための変更
避妊法へのアクセス	 女性が通常使用している避妊法が利用できない場合、他の避妊選択肢をより容易に利用できるようにする(バリア法、排卵日予測に基づく方法、緊急避妊薬など)。 経口又は自己注射型の避妊薬及び緊急避妊薬の処方要件を緩和して、数ヵ月分を提供するようにし、同時にその方法や副作用が生じた場合に紹介状を要するケアにアクセスする方法に関する明確な情報を提供する。 薬局・薬店が提供可能な避妊法の選択肢の幅を広げられるようにし、数ヵ月分を処方することや、皮下避妊注射の自己投与(利用可能な場合)ができるようにする。
法律で認められている 最大限の範囲での安全 な妊娠中絶と中絶後ケ ア	 青年やレイプサバイバーなど、このケアに関して特にサービスが行き届いていない社会から取り残された人々に対するケアの遅れや、それによるリスクの増大の原因となりうる障害を減らすことを検討する。 安全な妊娠中絶や不全流産の管理に、薬剤による非侵襲的な方法を使用する選択肢を検討する。 適用できる場合は、遠隔医療やセルフマネジメントを活用して、医療機関への来院や医療提供者と顧客の接触を最小限に抑える一方、必要な場合は訓練を受けた医療提供者にアクセスできるようにする。 薬剤による中絶法の需要増加を予想し、それに合わせて商品や資材の供給予測を調整する。効果が証明されている環境において、薬剤を提供する遠隔医療の仕組みを拡大することを検討する。
性の健康	 異なる販売経路を使用することで、より安全な性行為のためのコンドーム及び潤滑剤へのアクセスを向上させる。 生理用品に対するニーズを優先し、保健製品の優先品目リストに確実に収載されるようにして、供給停止のリスクを緩和する。 再利用可能な代替生理用品について情報を発信する。 可能な場合は、コミュニティ集団に働きかけ、生理用品をより広く入手できるようにする。 HIV の自己検査や、梅毒を含む性感染症用サンプルの自己収集の可用性を向上させ、必要に応じて治療を紹介するようにする。 自己隔離期間中の合意の上での安全な性交渉について、適切なメッセージの発信を優先的に行う。 長期治療を受けている人々の必需品へのアクセスが十分確保されているようにする(HIV薬、閉経管理、ジェンダー・アファーミング・ケアの一環であるホルモン療法など)。
子宮頸がんの スクリーニングと予防	• HPV 検査用の自己採取を推進し、薬局・薬店を通じた検体回収や、医療機関への提出 を促進する。スクリーニング検査が陰性であった場合はオンラインで助言を行い、スク リーニング検査が陽性であった場合は十分な管理が行われるよう推進する。
非感染性疾患	 一般的な管理:適切な場合は、セルフマネジメント計画を作成し、疾患の自己モニタリングを支援する。必要に応じて、医療従事者が代替的な提供方法を用いてバックアップする。在宅用の薬剤供給及びモニタリング機器の在庫を増やす。 喘息や慢性閉塞性肺疾患などの慢性呼吸器疾患の管理:適切な場合は、喘息患者が臨床医と合意したセルフマネジメント計画に従って、自宅で急性増悪を管理するためのレスキューパック(つまり、短期ステロイド治療)が確実に患者の手元にあるようにする。 糖尿病の管理:1型糖尿病患者には、尿ケトン体の自己モニタリング用試験紙を提供し、医療提供者との電話連絡方法が確立されているようにする。

プログラム活動	性と生殖に関する保健サービスの安全な提供のための変更
感染性疾患	 HIV:パートナー、ピア、及び重要集団の連絡先に、HIVの自己検査を推奨する。 コミュニティの配布拠点、施設ベースのピックアップ拠点(民間部門を含む)、及びインターネットの使用や、郵便サービスを通じて、自己検査の提供をスケールアップする。HIVセルフテストキットを男性パートナーに提供する。 性感染症:自宅での自己採取の使用を通じて検査のやり方を変更する。正しい自己採取方法やサンプルの送付先に関する情報が、確実に提供されるようにする。検査結果の提供方法や、治療及び予防に関するメッセージの発信方法を変更し、携帯電話を含むデジタルプラットフォームを通じて提供するようにする。 HIVとともに生きる人々のパートナーに対するサービスと、ソーシャルネットワークベースの検査アプローチ:HIVとともに生きる人々のパートナー及び社会的接触のある人に対する検査を優先項目とし、インターネットや電話によるフォローアップや、自己検査を使用するようにする(パートナーやピアに対する配布用の自己検査・オプションを含む)。
顧みられない熱帯病	・ ハンセン病の治療については、セルフケアを推進することや、後遺症(潰瘍など)を回避・管理するための基本的な処置について患者や家族に説明することにより、患者との接触を減らす。

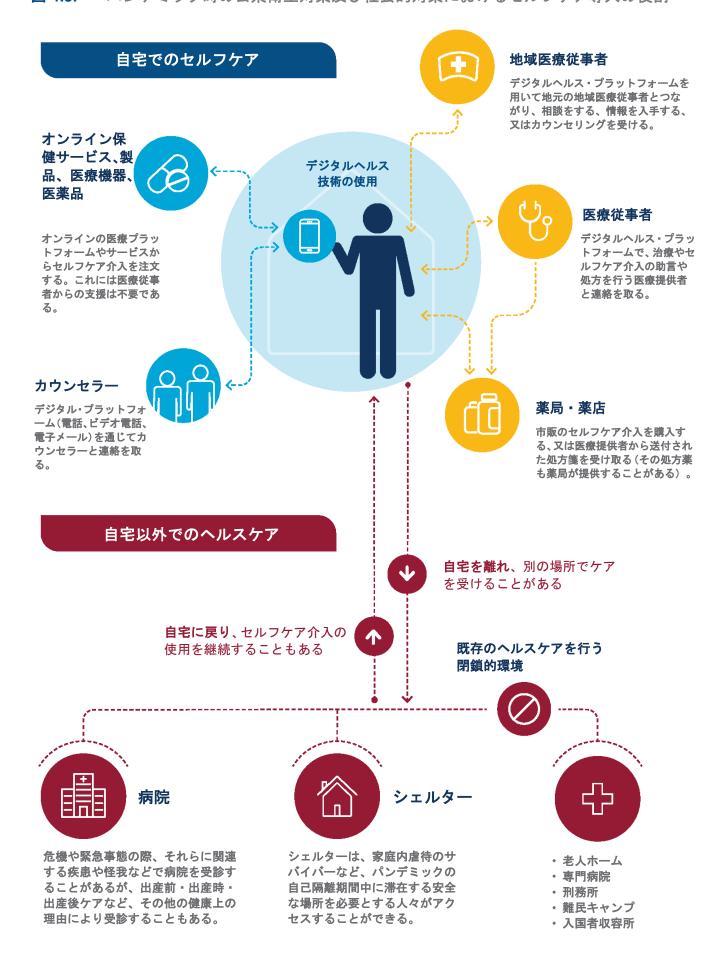
エビデンス及び GDG の留意事項の要約

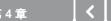
自己隔離中や、保健システムの負担が過重になっている場所で、個人、家族、及びコミュニティの SRH ニーズを維持し、満たすためには、以下の3つの方法でアクセス及びカバレッジを拡大することが極めて重要です。

- 1. デジタル技術及びプラットフォーム:これらは、ヘルスケアや治療にアクセスするためのその他の場所が限られている場合、生殖に関する健康介入を継続・維持するための仕組みとして重要性が増しています。各国は、介入、サービス、及び治療へのアクセスを引き続き提供するために、生殖に関する健康のためのセルフケア導入及び情報の提供にデジタル技術を活用する必要があります。その例には以下のようなものがあります:
 - 自己投与型の避妊注射や HIV の自己検査の紹介状を 含め、リモート診察やフォローアップなどの保健サ ービスを遠隔的に提供し、セルフケアを強化する、 顧客主導で医療提供者が提供する遠隔医療。
 - 特定の顧客オーディエンスを対象に、コンドームの使用、性の健康、及びより安全な性行為に関するメッセージや教育など、健康探索行動に関する保健教育コンテンツを提供する、的を絞ったコミュニケーション。
 - 服薬遵守やフォローアップサービスの通知やリマインダーを提供する、特定の顧客に的を絞ったコミュニケーション。これにより、妊娠中絶後ケアの管理を行っている女性などを対象に、規制対象の薬剤の使用を支援することも可能です。

- 2. 市販の医療機器、薬剤、情報、及び診断薬の利用:こうした動きは世界的に拡大しています。これらの商品が薬局・薬店(移動型か固定型かを問わず)を通じて入手できるようにすることで、カバレッジ、アクセス、取り入れ、及び健康アウトカムが向上します。その例には以下のようなものがあります:
 - 市販の経口避妊薬。これにより、経口避妊薬という 効果的な選択肢へのアクセスが向上し、意図しない 妊娠を減らせる可能性があります。
 - 生理用品(水不足や清潔な水が利用できない状況を 含む)。
 - ・ 性暴力を受けるリスクが高い人々に対する HIV の曝露後予防薬。これに関するデータは、主に女性や女子に関するものとなっていますが、トランスジェンダーの人など、サービスが行き届いていない社会から取り残されたその他の集団も高リスクである可能性があります。
- 3. パンデミックに関連していない SRH 状態に対する公衆衛 生対策や社会的対策においてアクセス及びカバレッジを 向上する方法。その例には以下のようなものがあります:
 - 出産前検診、出産、及び出産後ケア。
 - HIV のセルフテストが陽性であった場合の再検査及 び治療へのアクセス、並びに必要に応じたその他の 性感染症の診断及び治療へのアクセス。
 - 暴力を受けた人々のための緊急相談センター、シェルター、法的支援、及び保護サービスへのアクセス。

図 4.5. パンデミック時の公衆衛生対策及び社会的対策におけるセルフケア導入の役割







4.5.2 ライフコース・アプローチ

グッド・プラクティス・ステートメント

グッド・プラクティ

セルフケア導入に関する鋭敏化は、ライフコース全体を通じたさまざまな環境や状況にお <mark>ス・ステートメント 10</mark> けるその人固有のニーズに合わせて調整すべきであり、また、ライフコース全体を通じた 性と生殖に関する健康と権利を認識する必要があります。

背景情報

ライフコース・アプローチでは、健康と疾患リスクについて、 在胎期間から成人後期までの人生経験や社会的・物理的曝露 の結果としてとらえています。 (39) 。このアプローチは、 重要なライフステージにおいて個人の健康を支援する適時の 介入を推進し、個人における結果のみを標的とするのではな く、疾患や不健康の原因に加え、社会全体を標的とした行動 が必要であるとしています。要するに、健康とウェルビーイ ングに対するライフコース・アプローチとは、個人及びコミ ュニティの健康とウェルビーイングにおける、個人的、世代 間、社会的、環境的、及び時間的要因の重要な相互依存的役 割を認識するということです (40)。

ライフコース・アプローチの主なアウトカムは機能的能力で あり、これはその人が自身の物理的・社会的環境と相互作用 する内在的能力によって決まるため、人権の実現と相互依存 的な関係にあります (41)。機能的能力により、人々は自分 が行う価値があると思うことを行うことができ、それによっ て在胎期間から出生、乳幼児期、小児期、青年期、成人期、 そして高齢期まで、すべての年齢におけるウェルビーイング を実現することができます (42)。

さまざまなライフステージにおける健康がどのように相互に 関連し合い、人生全体を通じて、また、世代を超えて蓄積し ていくかについて、体系的な知識が不足していることが、健 康とウェルビーイングの支援に向けたライフコース・アプロ ーチの実施を妨げる主な障害の1つとなっています。この問 題について取り扱った研究はほとんどなく、その大半は北半 球の集団を対象としたものでした。現在、個々の疾患や特定 の年齢群に重点が置かれており、それが健康を長いスパンで とらえる上で障害となっています。

年齢による差別も、特定のライフステージにある集団の健康 上のニーズについて理解を深める上での主な障害の1つとな っています。例えば、高齢者や青年の性生活、性のニーズ、 及び性の健康に関する概念は、固定観念によって現状に合っ ていないものになることがよくあります。高齢者に対する差 別は、年齢に基づくこの種の差別を特に表わす言葉としてエ イジズムという用語がつくられた 1980 年代から注目が高ま ってきました (43)。

こうした障害について、また、人々が施設ベースの保健サー ビスではなくセルフケアにアクセスする理由について理解を 深めることで、セルフケア導入の使用及び取り入れを向上す ることができます。年齢による差別を削減し、研究や行動の 重点をシフトして時間性及び相互関連性を考慮したものにす ることが、政策や行動をより適切に調整するために極めて重 要です。

セルフケア導入におけるライフコース・アプ ローチの例

年齢に合った環境により、全年齢層にわたって、より適切に 集団の健康上のニーズに対処することができます。エイジフ レンドリーな環境の育成は、エイジズムの削減につながり、 WHO の高齢化と健康に関するグローバル戦略の一部となっ ています (44)。ヘルシーエイジングは、国連によって、ま た、2020年に開始された「健康な高齢化の10年」の行動(45) において、持続可能な開発目標の達成に寄与する要因の1つ として認識されています (46)。

欧州の小国であるアイスランドとマルタで行われた健康に対 するライフコース・アプローチの実施に関する WHO のケー ススタディでは、実施を実現する3つの要因が特定されまし た(47)。1つ目は、さまざまな政府分野、部門、及び社会 の連携を強化することであり、すべての関係者が参加し、そ れらの人々の観点を取り入れることが、計画策定や行動に有 益であることが研究によって示されています。2つ目は、医 療介入を公平性やジェンダーに敏感なものにすることです。 この2つの要素は、その人の生涯にわたって継続し、世代を 超えてなお持続する不利益の根源だからです。最後に、3つ 目の実現要因として特定されたのは、モニタリングと知識交 換に時間と資源を割り当てることです。これら2つの活動は、 ライフコース・アプローチ及び行動の採用と、継続的な実施 及び永続性を確保する上で重要なカギとなります。

エビデンス及び GDG の留意事項の要約

高齢者集団の例は、健康に対するライフコース・アプローチ の採用にどういった利点が考えられるかをよく表しています。 「高齢者(Older adults)」という言葉は、人生の後半段階に あるすべての成人を指す言葉として用いられることも多く、 カテゴリーとして範囲が広すぎるものとなっています (48)。 しかし、高齢期(Older adulthood)は異なるライフステージ によって構成されており、特定の段階における健康上の二一 ズを満たすには、まずそうしたライフステージを区別し、理 解を深める必要があります。WHO は現在、高齢期における 年齢区分として、中期成人期(50~64歳)と2つの後期成 人期集団(65~79歳と80歳以上)という、3つのカテゴリ ーを識別しています (49)。例えば、性の健康は、高齢者に おいても重要な留意事項となっています (50)。また、高齢 者の性の健康に関するいくつかのシステマティックレビュー によると、この問題に関するほとんどの体系的研究は、北半 球に住む高齢者の集団に基づいているため、研究に多様性が ないことも明らかになっています (51)。

すべての年齢における特定の課題や機会について敏感で、豊 富な知識に基づく、敬意あるライフコース・アプローチは、 年齢による差別の削減にも役立ちます。高齢者の生活とウェ ルビーイングには、性行為と快感が欠かせないものであるこ とがさまざまな研究で示されているにも関わらず、高齢者の 性や性生活に関する固定観念はなくなっていません。この問 題は依然として十分な研究が行われていませんが、現在得ら

れているエビデンスは、健康な生活に向けた高齢者の内在的 能力の支援には、安全で充実した性的関係や性的快感を享受 するという選択の支援が含まれることを示唆しています。 SRHR のための正確な情報、サービス、及びセルフケアに関 する高齢者のヘルスリテラシーを向上し、情報に基づく選択 を支援することが、依然として極めて重要となっています。



4.5.3 サービスが行き届いていない社会から取り残された集団における実施面 での留意事項

	グッド・プラクティス・ステートメント
グッド・プラクティ ス・ステートメント 11(改変)	サービスが行き届いていない社会から取り残された集団の人々が、完全かつ快適な性生活 を送り、生殖に関する健康について幅広い選択肢にアクセスすることができるようにすべ きです。
グッド・プラクティ ス・ステートメント 12(改変)	各国は、人権に関する基準に由来する非差別法及び保護法の実施及び施行に取り組み、サービスが行き届いていない社会から取り残された集団に対するスティグマ、差別、及び暴力をなくしていくべきです。
グッド・プラクティ ス・ステートメント 13(改変)	ジェンダー・アファーミング・ホルモンの自己投与を行うトランスジェンダーやジェンダーダイバースの人々は、エビデンスに基づく情報、質の高い製品、及び滅菌処理した注射器具にアクセスできる必要があります。

コメント

• グッド・プラクティス・ステートメント 13 について: トランスジェンダーやジェンダーダイバースの人々は、 保健システムによる支援も受けられるようにすべきで あり、ジェンダー・アファーミング・ホルモンの自己投 与による有害事象の管理について訓練を受けた医療従 事者がいるようにすべきです。また、その他のジェンダ ーアファーマティブ・ケアも利用できるようにすべきで す。

背景情報

サービスが行き届いていない社会から取り残された集団の 人々も、他のすべての人々と同じように健康と権利を享受で きなければなりません。例えば、家族計画やその他の SRH サービスにアクセスできることが重要です。多くのサービス が行き届いていない社会から取り残された集団に対する差別 をなくし保護するための法律や政策を推進するなど、国家レ ベルでスティグマや差別を減らしていく取り組みは、特に医 療システムや司法システムにおいて支援的環境を育むことに つながる可能性があり、これは他のサービスが行き届いてい ない社会から取り残された集団に対しても同様なことが言え ます。政策は、スティグマや差別を助長する又は可能にする、 個人的、組織的、及び公共政策の要因に同時に対処すること で、最も効果を発揮します。保健部門内外のプログラムは、 スティグマや差別を防止する方針と行動規範を定める必要が

あります。基準が確実に実施され、維持されるようにするた めには、モニタリングと監視が重要になります。さらに、保 健サービスを受けようとした際にスティグマや差別を受けた 人が匿名で報告できる仕組みを設けるべきであり (52)、是 正を求めることもできるようにすべきです。

法律や政策は、サービスが行き届いていない社会から取り残 された集団の人権保護に役立てることができます。合意の上 での性行動を犯罪とみなさないようにしたり、トランスジェ ンダーの人々が自認する性を法的に認知するといった法改革 は、敵対的な環境を安全で支援的な実現環境に変えることの



できる、極めて重要な実現要因となります。サー ビスが行き届いていない社会から取り残された集 団に対する政策やプログラムの改正の一環として、 そうした法改革を特に考慮するべきです。

サービスが行き届いていない社会から取り残された集団の健 康とウェルビーイングを支援するためには、国際的な人権基 準に従って法律を変更し、新たな政策や保護法を採択する必 要があることもあります。保護的な法律や政策がなければ、 セルフケア導入を含む基礎的な保健サービスのアクセス、取 り入れ、及び使用を妨げる障害はなくなりません (52)。

セルフケア導入の例:ハームリダクション

インドネシアでは、(そうした販売を抑制しようとする政府 の取り組みにも関わらず) 処方薬の向精神薬が薬局・薬店で 市販され、若年者が娯楽目的で購入しており、そうした薬剤 の使用方法に関する情報が仲間内やソーシャルメディアを通 じてネット上で交換されています。そこで、Pamflet 及び Kok Bisa と呼ばれるジャカルタの2つの若年者向けコミュニケー ショングループと協力し、処方薬の向精神薬の使用に関する ハームリダクション・キャンペーンが開発されました。これ らのグループは、「本当にあった怖い話」をソーシャルメデ ィアで拡散することを提案しました*(53)*。

世界中のトランスジェンダーやジェンダーダイバースの人を 対象としたいくつかの定量的研究では、処方箋なしで入手し たホルモンの使用報告率は、カナダのオンタリオ州で11% (54)、英国のロンドンで31%(55)、米国のサンフランシ スコで 49.1% (56) となっており、ブラジルのリオデジャネ イロでは 78.7% (57) にのぼっています。

一部の投与経路は、保健システムの支援なしに個人が容易に 確保することができますが、リスクをともなうものもありま す。少なくとも 1 件の研究により、自己注射が HIV の罹患率 上昇と関連していることが示唆されており、これは恐らく注 射針の使い回しによるものと考えられます (58)。ハームリ ダクション・プログラムは、既存のジェンダーアファーマテ ィブ・ケアに関するガイドラインに基づき、そうした害を予 防できる可能性があります。

エビデンス及び GDG の留意事項の要約

ハームリダクションの取り組みは、特にサービスが行き届い ていない社会から取り残された集団をはじめとするすべての 集団にとって極めて重要です。ハームリダクションは、物質 使用に関連したものが主ですが、幅広いプログラムがありま す。一部のプログラムは、アンフェタミン、大麻、タバコ、 アルコールなどの物質の使用を標的としていますが、清潔な 注射針、より安全な代替品、及び安全な場所づくりといった、 より安全な投与方法に重点を置いたものもあります (59)。 より幅広い集団を対象としたハームリダクションの取り組み では、喫煙者や飲酒者に対して自分自身の健康に責任を持つ よう呼びかけ、介入の安全な使用や、社会的関係が果たす重 要な役割を認識することが、プログラムの成功要因となって います (53)。薬剤による中絶のセルフマネジメントのため の薬剤使用など、セルフケア導入の導入及びアクセスに関す るハームリダクションには、顧客がさらに害を被ることがな いようにするための取り組みが必要です。ハームリダクショ ン活動の概念化、開発、実施、及び評価には、物質使用者の コミュニティに積極的に関わってもらうようにすべきです。



4.6 デジタルヘルス介入

	グッド・プラクティス・ステートメント
グッド・プラクティ ス・ステートメント 14(改変)	デジタルヘルス介入は、セルフケア導入を推進し、セルフケア導入に関する情報や、意見 交換の場を提供する機会をもたらします。
グッド・プラクティ ス・ステートメント 15(改変)	対面型の保健サービスを補うため、顧客主導で医療従事者が提供する遠隔医療により、セルフケア導入を支援することができます。
グッド・プラクティ ス・ステートメント 16(改変)	特定の顧客に的を絞って医療従事者が行うセルフケア導入に関するデジタルコミュニケーションは、健康アウトカムのモニタリングや評価の実施に役立つ可能性があります。

章 【 【 】

背景情報

安全で効果的なセルフケアの推進には、モバイル機器を使用するなどして、特定の医療介入や技術に関する目的に合った 正確な情報を提供することが重要です。この目的を達成する ためには、以下のための情報が必要になります:

- アクセスを促進する(利用できる入手/アクセスポイントの詳細など)。
- わかりやすい(順を追った)説明を通じて、介入/技術の適切な使用を推進する。
- 潜在的な使用者に対し、考えられる身体的・感情的影響、 起こりうる副作用、及び禁忌について伝える。
- 潜在的な使用者に対し、医療従事者のケアを受けるべき 状況や、その方法について助言する。

セルフケア導入の例:デジタルヘルス介入

健康のためのセルフケア導入は、例えば、妊娠中絶が法律で禁じられている又は制限されている国における薬剤による中絶のセルフマネジメントなどを含め、取り残された集団や、医療へのアクセスが制限されている状況におけるアンメットニーズや需要に対処するポテンシャルが恐らく最も高いと考えられます。そうした状況において、特定の介入へのアクセスの少なさには、多くの場合、それらの介入に関する適切な情報の不足がともなうことや(60)、介入について話し合うにとにスティグマがともなうために敬遠されるということがあります(61)。例えば、若者が薬剤師から緊急避妊薬を入手した場合、その包装や添付文書を持っていると犯罪の証拠となる可能性があるため、すぐに捨ててしまうといった例があります。

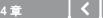
eHealth や mHealth(モバイルヘルス、eHealth の構成要素)を含むデジタルヘルス介入は、的を絞った顧客とのコミュニケーションや医療提供者主導で顧客に提供する遠隔医療を促進することが多く、そうした介入に関する研究の多くは、アクセスに関する問題(特に、携帯電話の利用や接続性に関する問題)や、秘密保持の面で生じうる問題を把握しています。また、こうした介入について実施された研究にも、健康アウトカムに関するデータが限られている、厳格な研究デザインを使用した研究がほとんどない、といった欠点があります(62)。

デジタルヘルス技術は、正式な保健システムにおける従来の 情報源を超えた情報の伝達手段を提供する可能性があります。 デジタルヘルス技術には、医療提供者から顧客への的を絞ったコミュニケーション、顧客間のコミュニケーション、及び顧客向けのオンデマンド情報サービスを含め、さまざまな情報提供アプローチが含まれます (63)。オンデマンド情報については、インターネットの人気が高く、特にネット上の情報は手ごろな価格で手軽に入手でき、匿名でプライベートな形でアクセスすることができることが人気の理由となっています (64、65)。ソーシャルメディアやアプリを使用した、オンラインでのディスカッション・フォーラムは、セルフケア技術に関する P2P 情報の供給源となります。携帯電話(テキストメッセージやスマホアプリ)を通じた情報提供における実現可能性及び許容性の高さが示されており、また、知識及び行動の変容も研究によって実証されています (66)。

エビデンス及び GDG の留意事項の要約

オンラインで SRHR 情報にアクセスする青年を対象とした研究のシステマティックレビューでは、性体験に関する情報及び教育(つまり、単なる技術的情報以外も含む)に対する需要が明らかにされ、この方法で情報にアクセスすることによる行動変容面での影響が概説されました。また、このレビューでは、情報に対する需要が青年の年齢群によって異なることも明らかになり、また、青年は一般的に情報の評価に長けていることが示されました。しかし、SRHR 関連情報の提供におけるソーシャルメディアの役割については、研究が不足しています。これまでに実施された比較的少ない研究では、影響の測定に関する問題、研究デザインの限界、及び報告基準の欠如が明らかになっています(67)。

最近のレビューでは、(i)接続性を含む潜在的な使用者の技術/デジタル機器へのアクセス、(ii)提供チャネルのタイプ(テキスト、音声、アプリなど)の多様性及び変化、(iii)異なる集団(年齢、ジェンダー、セクシュアリティ、障害など)に固有な情報の優先順位及びニーズ、(iv)コンテンツを調整してメッセージの正確さを維持する必要性、(v)秘密保持に関する懸念、及び(vi)現在の全般的なリテラシーとデジタルリテラシー及びヘルスリテラシーのレベルを考慮し、SRHRのための安全で効果的なセルフケア導入に向けた適切な情報の提供におけるデジタルへルス介入がどの程度効果的であると予測されるかが示されています。





環境面での留意事項

	グッド・プラクティス・ステートメント
グッド・プラクティ ス・ステートメント 17	セルフケア製品から出る廃棄物の安全で確実な処分をあらゆるレベルにおいて推進すべ きです。
グッド・プラクティ ス・ステートメント 18	各国、ドナー、及び関連するステークホルダーは、無駄の少ない製品、リサイクル可能な製品、又は廃棄物の有害性が低い製品を選択することや、使用量を少なくすることにより、環境上好ましいセルフケア製品の購買に取り組むべきです。

コメント

- 家庭における鋭利器材の安全な保管を含め、保管につい て適切な配慮をすることを推進する。
- 避妊薬の自己注射に使用する器具の安全で確実な処分 のための仕組みを提供し(特に HIV 有病率が高い場合)、 必要に応じてこれらの仕組みの使用に関する訓練を提 供する。
- 患者やその家族が有害廃棄物を医療機関や薬局・薬店に 返却することができるよう、正確な情報と適切な支援を 提供する。これには、セルフケア製品から出るその他の (有害でない) 廃棄物の正しい処分に関する啓発や、訓 練の提供が含まれます。
- すべてのセルフケア製品に、国や地域の家庭ごみリサイ クルシステム又は処分システムに合った適切なラベリ ング及び添付文書を使用する。
- 医療廃棄物の安全な処分が不可能な場合のある、サービ スが行き届いていない社会から取り残された人々及び 集団に対しては、追加の支援を提供する必要がある。

これらのグッド・プラクティス・ステートメントは、WHO が 2014 年に発行した「医療活動からの廃棄物の安全な管理 (Safe management of wastes from health-care activities) \(\) (68) に記載されているステートメントより転載しました。 この刊行物には、以下からアクセスすることができます: https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ wastemanag/en。

背景情報

全世界における人の病気や死亡全体の約4分の1は、安全で ない飲料水、劣悪な衛生環境、屋内外の大気汚染、職場のハ ザード、労働災害、職業性外傷、交通事故、不適切な土地利 用、及び劣悪な天然資源管理などの環境要因による可能性が あります (69)。5 歳未満の小児の年間死者数は 660 万人に のぼりますが、その4分の1以上が環境関連の原因や疾患に 関連しています (70)。高所得国に比べ、低所得国では環境 的な健康要因の影響が顕著に大きくなっており、水や衛生環 境、そして屋内外の大気汚染が死亡率に大きく関わっていま す (70)。

病院ベースのシステムに対する依存度が低下し、自宅で行う 診断検査などのセルフケア製品への依存度が高まるにつれ、 関連廃棄物の処理が必然的に増加してきます。

心血管疾患や呼吸器疾患の発生率上昇は、セルフケア医療機 器の市場成長の主な牽引要因となっています。こうした疾患 の在宅モニタリングを好む傾向は、医療機関の受診頻度の低 下と、セルフケア医療機器の取り入れの増加をもたらしてき ました。健康やヘルスケアに対する意識の高まりも、セルフ ケア医療機器の需要増加の引き金となっており、こうした需 要は今後さらに拡大していくと予測されます。セルフケア導 入が持続可能であるようにするためには、ヘルスケアの消費 パターンの変更、より持続可能なヘルスケア用品の生産方法、 及び廃棄物管理手法の改善が必要になります。

特に資源が限られた環境についてはデータが乏しく、研究も 限られていますが、セルフケア導入の人気と利用の高まりは、 責任を持って環境的影響を管理するための措置を講じる貴重 な機会となります。

セルフケア導入の例:環境への影響

全世界で毎年160億本の注射が行われていると推定されてい ます。すべての注射針や注射器が安全に処分されているわけ ではなく、それによって負傷や感染のリスクが生じ、再利用 の機会が失われています (71)。2010 年には、汚染された 器具を使用した安全でない注射が原因で、3万3千8百件の HIV 感染、170万件のB型肝炎感染、そして31万5千件の C型肝炎感染が起きています。さらに、安全対策が取られて いない廃棄物処理場でごみをあさったり、医療機関から出さ れた有害廃棄物を手で扱ったり、手作業で仕分けしたりする ことによる危険もあります。こうしたことは、特に低中所得 国をはじめとする、世界の多くの地域で普通に行われていま す。廃棄物を取り扱う人は、針刺し事故によって負傷したり、 有害物質や感染性物質に曝露する直接的なリスクがあります。 2015 年に WHO と国連児童基金が共同で行った評価では、24 カ国でサンプル抽出された施設のうち、医療廃棄物を安全に 処分するための適切なシステムが設けられていたのはわずか 58%でした (72)。

セルフケア製品の使用増加が人の健康や環境に対して意図せ ぬ有害な影響を及ぼすことがないようにするためには、環境 にやさしい製品(いわゆるグリーン製品)を調達することが 重要であり、同時に臨床アウトカムが確保されるようにする ことも引き続き重要になります。WHO では、グリーン調達 方針に賛同し、生産、使用、及び最終処分において、できる だけ環境負荷を減らした経済的な商品やサービスの調達を目 指しています (73)。

グリーン調達の実現に向け、WHO は以下のような 4R 戦略を 支援しています (73):

- 環境への影響を減らすために要件を見直す。
- 物の消費を減らす。
- 物/廃棄物をリサイクルする。
- エネルギー消費を減らす。

商品やサービスの調達を最終決定する前に、エネルギー消費、 有毒性、オゾン層破壊、及び放射線を含む環境上の懸念につ いて検討する必要があります。

環境上好ましい購買とは、環境への影響の点で最も害の少な い製品やサービスを購入することです。最もシンプルな例に は、再生紙の購買などがあります。より洗練された対策には、 製造から最終処分までの環境に対する影響の評価に基づいて 医療機器を選択すること(ライフサイクル思考と呼ばれるも の) などがあります *(74)* 。

WHO では、医療活動から出る廃棄物の安全で持続可能な管 理を支援しています (74、75)。WHO ガイダンスでは、医 療廃棄物管理の問題についてよく把握するため、各国に対し、 どの医療管理方法を選択するか決定する前に評価を実施する ことを推奨しています。適切な政策が最適な応用技術の選択 につながるようにする、評価及び意思決定プロセスを支援す るツールが利用できます (75)。

2007年に発行した主要なポリシーペーパーで述べられてい るように、WHO の中核的原則は、医療活動に対するあらゆ る資金提供及び支援は、医療廃棄物の管理費をまかなう必要 があるとしています。これは注意義務です。また、製造業者 も自社の製品やサービスの開発及び販売において廃棄物管理 を考慮する責任を共有します (76)。こうした中核的原則に 従い、2007年のポリシーペーパーでは、政府、ドナー/パー トナー、非政府組織、民間部門、及びすべての関係機関や組 織を対象とした一連の具体的な推奨事項が示されました(ボ ックス 4.4 を参照) (76)。ボックス 4.5 のケーススタディ では、この分野においてすでに達成された進捗に関するいく つかの情報を提供します。

ボックス 4.4.医療廃棄物管理のためのシステムに関する WHO の推奨事項

政府は以下を行うべきです:

- 健全な医療廃棄物管理システムの確立及び維持の費用をまかなう予算を確保する。
- ドナー、パートナー、及びその他の外部資金提供源に対し、介入に関連する廃棄物管理への十分な資金貢献を含める よう要請する。
- 健全な医療廃棄物管理システムを導入及びモニタリングし、キャパシティ・ビルディングを支援し、労働者及びコミ ュニティの健康を確保する。

ドナー及びパートナーは以下を行うべきです:

各自の保健プログラム支援に、健全な医療廃棄物管理システムの費用をまかなうための準備金を含める。

非政府組織は以下を行うべきです:

- 各自のアドボカシー活動に、健全な医療廃棄物管理のプロモーションを含める。
- 健全な医療廃棄物管理に寄与するプログラムや活動を実施する。

民間部門は以下を行うべきです:

製品や包装の設計を含め、各自が提供する製品やサービスに関連する医療廃棄物の健全な管理に対する責任を負う。

すべての関係機関や組織は以下を行うべきです:

- 健全な医療廃棄物管理を推進する。
- 各自が出す廃棄物や、各自の製品に関連する廃棄物の量及び有毒性を減らす革新的なソリューションを開発する。
- 医療廃棄物管理において、世界的な健康戦略や保健プログラムを確実に考慮する。

出典: WHO (76)。

ボックス 4.5.セルフケアに関連した環境面での留意事項に関するケーススタディ

保健部門における持続可能な調達に関する国連の多機関が連携した非公式タスクチームが、国連開発計画(UNDP)の地 域拠点であるトルコのイスタンブールで結成されました。その目的は、加盟国における持続可能な調達の導入を促進・調 整し、加盟機関の規範的命令や共同調達を活用して、世界の保健市場やさらに広い範囲に影響を与え、よりグリーンな保 健システム及び経済を目指すことです。UNDP と Health Care Without Harm は、2018 年に「保健部門における持続可能 な調達プロジェクト(Sustainable Health in Procurement Project: SHiPP)」のインセプション・ワークショップ報告書 を発行しました。SHiPP は、医療用製品の製造、使用、及び処分や、保健プログラムの実施によって生じる人や環境へ の害を減らすことを目標としています (77)。

2015~2017 年の UNDP 調達戦略の下で多くのイニシアチブが実施されてきましたが、その 1 つに抗レトロウイルス薬 の長期供給業者の持続可能性評価がありました。この評価は、供給業者から提供された詳細な質問票に対する回答と証拠 資料に基づいて行われました。この質問票は、国際基準、容認されている報告システム、及びその他の国際組織や公共調 達機関で使用されている同様なスコアカードを考慮したものでした。その後、商品の供給を損なわずに持続可能な業務実 践を改善していくために必要な措置を講じている供給業者を確認する上で役立つ、一連の要件が確立されました*(*78*)*。

エビデンス及び GDG の留意事項の要約

2019 年のガイドラインのために検討された環境面での留意 事項に加え、それ以降の COVID-19 に対する公衆衛生対策や 社会的対策により、マスク、手指消毒剤、プラスチック製グ ローブなど多くのセルフケア製品が使用されるようになり、 その結果、世界的に医療廃棄物の量が着実に増加しています (79)。例えば、中国武漢でのアウトブレイクのピーク時、 病院では通常の6倍を超える廃棄物が生じ、その大半はプラ スチック製の個人用防護具でした(80)。

これらの廃棄物の安全な処分は、ウイルスのさらなる伝染の 削減に関連してくるだけでなく、こうした廃棄物は、マスク に多く含まれるマイクロプラスチック線維などの成分により、 環境にも悪影響を及ぼします(81)。パンデミック中及びパン デミック後の固形廃棄物管理におけるこうした新たな課題に は、さらなる研究と、環境政策や環境プログラムの変更が必 要です。1 つの例をボックス 4.6 に示します。

ボックス 4.6.セルフケア製品の安全な処分に関するケーススタディ

国連児童基金(UNICEF)の世界的な教育イニシアチブである The World's Largest Lesson に対応して、UNICEF ルーマ ニアでは、COVID-19 パンデミックにおける使用済みのマスクやその他の個人防護用セルフケア製品の責任ある廃棄に向 けたプロジェクトを提案しました。

教師と生徒が協力し、使用済みのマスク、手袋、消毒用ワイプ、及びその他の個人用防護具の最善の廃棄方法を推進する 取り組みを行いました。現在、ルーマニアの何万人もの子どもたちは、ウイルス汚染や環境汚染のリスクを避けるため、 これらの物は必ず密閉容器に回収すべきであることを知っています。 UNICEF ルーマニアが配布した教材に基づき、教師 らは各自のチームを指導して共同行動計画を作成しています。子どもたちは、不適切に廃棄された個人用防護具が環境に 与える影響について意識の向上を図り、各自のコミュニティメンバーに責任を持ってそれらを回収するよう説得すること を目指しています。

出典: UNICEF (82)。

REFERENCES FOR CHAPTER 4

- 1. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley (CA): University of California Press; 1980.
- 2. Whyte SR, van der Geest S, Hardon A. Social lives of medicines. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
- 3. Hardon A, Sanabria E. Fluid drugs: revisiting the anthropology of pharmaceuticals. Annu Rev Anthropol. 2017:46:117-32. doi:10.1146/annurevanthro-102116-041539.
- 4. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Soc Sci Med. 1978;12(2B):85-95. doi:10.1016/0160-7987(78)90014-5.

- 5. Hardon A, Pell C, Taqueban E, Narasimhan M. Sexual and reproductive self care among women and girls: insights from ethnographic studies. BMJ. 2019;365:l1333. doi:10.1136/bmj.l1333.
- 6. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (https://www.who.int/whr/2010/overview.pdf?ua=1, accessed 22 June 2021).
- 7. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Washington (DC): World Bank; 2017 (https://documents.worldbank.org/curated/ en/640121513095868125/Tracking-universalhealthcoverage-2017-global-monitoring-report, accessed 18 February 2019).



- Panagioti M, Richardson G, Small N, Murray E, Rogers A, Kennedy A, et al. Self-management support interventions to reduce health care utilisation without compromising outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res. 2014;14:356. doi:10.1186/1472-6963-14-356.
- Organization of services for mental health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: World Health Organization; 2003 (https://www.who.int/mental_health/policy/services/4_organisation%20_services_WEB_07.pdf, accessed 22 June 2021).
- Global health and foreign policy. Resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012. New York (NY): United Nations; 2013 (A/RES/67/81; https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81, accessed 15 May 2019).
- 11. Universal health coverage: lessons to guide country actions on health financing. World Health Organization, The Rockefeller Foundation, Health For All, Save the Children, One Million Community Health Workers Campaign; undated (https://www.who.int/healthfinancing/UHCandHealthFinancing-final.pdf, accessed 15 May 2019).
- World Health Organization (WHO), World Bank Group.
 Tracking universal health coverage: first global monitoring
 report. Geneva: WHO; 2015
 (https://apps.who.int/iris/bitstream/
 handle/10665/174536/9789241564977_eng.
 pdf?sequence=1, accessed 22 June 2021).
- 13. UHC Compendium: health interventions for universal health coverage. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium#:~:text=The%20UHC%20Compendium%20 is%20a,health%20services%20and%20health%20 interventions, accessed 18 March 2021).
- 14. Remme M, Narasimhan M, Wilson D, Ali M, Vijayasingham L, Ghani F, et al. Self care interventions for sexual and reproductive health and rights: costs, benefits, and financing. BMJ. 2019;365:I1228. doi:10.1136/bmj.l1228.

- 15. Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Namagembe A, Ba A, Belemsaga-Yugbare D, et al. Costs of administering injectable contraceptives through health workers and self-injection: evidence from Burkina Faso, Uganda, and Senegal. Contraception. 2018;98:389–95. doi:10.1016/j.contraception.2018.05.018.
- Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Morozoff C, Cover J, Drake JK. Is contraceptive self-injection costeffective compared to contraceptive injections from facility-based health workers? Evidence from Uganda. Contraception. 2018;98:396–404. doi:10.1016/j. contraception.2018.07.137.
- Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/publications/ii/item/9789241511131, accessed 22 June 2021).
- 18. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf, accessed 18 February 2019).
- WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: World Health Organization; 2018. (https:// www.who.int/publications/i/item/9789241550369, accessed 23 March 2021).
- People-centred and integrated health services: an overview of the evidence: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015:32 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155004/WHO_HIS_SDS_2015.7 eng.pdf, accessed 23 March 2021).
- 21. Task shifting: global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_guidelines/en, accessed 23 March 2021).
- 22.Task shifting to improve access to contraceptive methods. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/task_shifting_access_contraceptives/en, accessed 23 March 2021).



- 23. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/ reproductivehealth/publications/medical-managementabortion/en, accessed 23 March 2021).
- 24. WHO recommendations: Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012 (https://www.who.int/ reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_ health/978924504843/en, accessed 23 March 2021).
- 25. Samb B, Celletti F, Holloway J, Van Damme W, De Cock K, Dybul M. Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. N Engl J Med. 2007;357:2510-4. doi:10.1056/NEJMsb071889.
- 26.Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD001271.
- 27. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. Lancet. 2004;364:1451-6. doi:10.1016/S0140-6736(04)17229-2.
- 28. Factors affecting health workforce (HWF) readiness during COVID-19 (as of November 2020).
- 29. Task shifting and health system design: report of the expert panel on effective ways of investing in health (EXPH). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019 (https://ec.europa.eu/health/ sites/health/files/expert_panel/docs/023_taskshifting_ en.pdf, accessed 24 March 2021).
- 30. Global competency and outcomes framework for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2021 (in press).
- 31. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://www.who.int/publications/i/ item/transforming-and-scaling-up-healthprofessionals%E2%80%99-education-and-training, accessed 24 March 2021).

- 32. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS continuity-survey-2020.1, accessed 24 March 2021).
- 33. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www. who.int/reproductivehealth/publications/self-careinterventions/en, accessed 24 March 2021).
- 34. Stanback J, Otterness C, Bekita M, Nakayiza O, Mbonye AK. Injected with controversy: sales and administration of injectable contraceptives in drug shops in Uganda. Int Perspect Sex Reprod Health. 2011;37:24-9. doi:10.1363/3702411.
- 35. Task sharing to improve access to family planning/ contraception: summary brief. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/259633/WHO-RHR-17.20-eng.pdf, accessed 24 March 2021).
- 36. Drug shops and pharmacies: sources for family planning commodities and information. In: High-Impact Practices in Family Planning (HIP) [website]. Washington (DC): United States Agency for International Development; 2013 (https://www. fphighimpactpractices.org/briefs/drug-shops-andpharmacies accessed 24 March 2021).
- 37. Community health workers: bringing family planning services to where people live and work. In: High-Impact Practices in Family Planning (HIP) [website]. Washington (DC): United States Agency for International Development: 2015 (https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/communityhealth-workers, accessed 24 March 2021).
- 38. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www. who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essentialhealth-services-2020.1, accessed 24 March 2021).



- 39. Jacob CM, Baird J, Barker M, Cooper C, Hanson M. The importance of a life course approach to health: chronic disease risk from preconception through adolescence and adulthood. White paper. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/life-course/publications/life-course-approach-to-health.pdf, accessed 22 June 2021).
- 40. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era, Jakarta, 21–25 July 1997. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/63698, accessed 22 June 2021).
- 41. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://www.who.int/_publications/i/item/9789241565042, accessed 22 June 2021).
- 42. Kuruvilla S, Sadana R, Villar Montesinos E, Beard J, Franz Vasdeki J, Araujo de Carvalho I, et al. A lifecourse approach to health: synergy with sustainable development goals. Bull World Health Organ. 2018;96:42–50. doi:10.2471/BLT.17.198358.
- 43. Butler RN. Ageism: a foreword. J Soc Issues. 1980:36(2):8–11. doi:10.1111/j.1540-4560.1980. tb02018.x.
- 44. Global strategy and action plan on ageing and health.Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1, accessed 22 June 2021).
- 45. 10 priorities towards a decade of healthy ageing. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/ageing/WHO-ALC-10-priorities.pdf, accessed 22 June 2021).
- 46. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. In: Sustainable Development Goals Knowledge Platform [website]. New York (NY): United Nations; 2015 (https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld, accessed 24 March 2021).

- 47. The life-course approach: from theory to practice: case stories from two small countries in Europe. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2018 (https://issuu.com/whoeurope/docs/the_life-course_approach, accessed 24 March 2021).
- 48. Hinchliff S. Sexual health and older adults: suggestions for social science research. Reprod Health Matters. 2016;24:52–4. doi:10.1016/j.rhm.2016.10.001.
- 49. Women's and girls' health across the life course: top facts: pregnancy, childbirth and newborn. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/life-course/news/women-and-girls-health-across-life-course-top-facts/en, accessed 24 March 2021).
- Narasimhan M, Beard JR. Sexual health in older women. Bull World Health Organ. 2013;91:707–9. doi:10.2471/BLT.13.119230.
- 51. Sinkovic M, Towler L. Sexual aging: a systematic review of qualitative research on the sexuality and sexual health of older adults. Qual Health Res. 2018:1–16. doi:10.1177/1049732318819834.
- 52. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en, accessed 24 March 2021).
- Idrus, NI, Hardon A. Experimental trajectories of young users of psycho-active prescription drugs in urban Indonesia. J Extrem Anthropol. 2019;3,72–93. doi:10.5617/jea.7054.
- 54. Rotondi NK, Bauer GR, Scanlon K, Kaay M, Travers R, Travers A. Nonprescribed hormone use and selfperformed surgeries: "do-it-yourself" transitions in transgender communities in Ontario, Canada. Am J Public Health. 2013;103:1830–6. doi:10.2105/AJPH.2013.301348.



- 55. Ahmad S, Hillyard M, Bhatia G, Rajenthran S, Davies A. Five year progress and outcome for all patients assessed at the Charing Cross Gender Identity Clinic, London, 2009. EPATH Biennial Conference on Transgender Health Care in Europe, Ghent, Belgium, 12-14 March 2015 (https://epath.eu/wp-content/ uploads/2014/07/EPATH-2015-Book-of-Abstracts.pdf, accessed 13 March 2021).
- 56. de Haan G, Santos GM, Arayasirikul S, Raymond HF. Non-prescribed hormone use and barriers to care for transgender women in San Francisco. LGBT Health. 2016;2:313-23. doi:10.1089/lgbt.2014.0128.
- 57. Ferreira ACG, Coelho LE, Jalil EM, Luz PM, Friedman, RK. Guimarães MRC. et al. Transcendendo: a cohort study of HIV-infected and uninfected transgender women in Rio de Janeiro, Brazil. Transgend Health, 2019;4:107-17. doi:10.1089/trgh.2018.0063.
- 58. Chhim S, Ngin C, Chhoun P, Tuot S, Ly C, Mun P, et al. HIV prevalence and factors associated with HIV infection among transgender women in Cambodia: results from a national integrated biological and behavioral survey. BMJ Open. 2017;7:e015390. doi:10.1136/bmjopen-2016-015390.
- 59. Erickson PG, Riley DM, Cheueng YW, O'Hare PA, editors. Harm reduction: a new direction for drug policies and programs. Toronto: University of Toronto Press; 1997.
- 60. Wainwright M, Colvin CJ, Swartz A, Leon N. Selfmanagement of medical abortion: a qualitative evidence synthesis. Reprod Health Matters. 2016;24:155-67. doi:10.1016/j.rhm.2016.06.008.
- 61. Both R, Samuel F. Keeping silent about emergency contraceptives in Addis Ababa: a qualitative study among young people, service providers, and key stakeholders. BMC Women's Health, 2014:14:134. doi:10.1186/s12905-014-0134-5.
- 62. Ippoliti NB, L'Engle K. Meet us on the phone: mobile phone programs for adolescent sexual and reproductive health in low-to-middle income countries. Reprod Health. 2017;14:11. doi:10.1186/s12978-016- 0276-z.

- 63. Classification of digital health interventions v1.0: a shared language to describe the uses of digital technology for health. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/260480, accessed 24 March 2021).
- 64. Simon L, Daneback K. Adolescents' use of the internet for sex education: a thematic and critical review of the literature. Int J Sex Health. 2013;25:305-19. doi:10.10 80/19317611.2013.823899.
- 65. Fahy E, Hardikar R, Fox A, Mackay S. Quality of patient health information on the internet: reviewing a complex and evolving landscape. Australas Med J. 2014;7:24-8. doi:10.4066/AMJ.2014.1900.
- 66. L'Engle KL, Mangone ER, Parcesepe AM, Agarwal S, Ippoliti NB. Mobile phone interventions for adolescent sexual and reproductive health: a systematic review. Pediatrics. 2016;138:e20160884. doi:10.1542/ peds.2016-0884.
- 67. Gabarron E, Wynn R. Use of social media for sexual health promotion: a scoping review. Glob Health Action. 2016;9:32193. doi:10.3402/gha.v9.32193.
- 68. Safe management of wastes from health-care activities. Geneva: World Health Organization; 2014 (https:// www.who.int/water_sanitation_health/publications/ wastemanag/en, accessed 24 March 2021).
- 69. Almost a quarter of all disease caused by environmental exposure. In: Media Centre, World Health Organization [website]; 2006 (https://www. who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr32/en, accessed 24 March 2021).
- 70. Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán C, Bos R, Neira M. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/quantifying_ ehimpacts/publications/preventing-disease/en, accessed 24 March 2021).
- 71. Health-care waste: key facts. In: World Health Organization [website]. 2018 (https://www.who.int/ news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste, accessed 24 March 2021).



- 72. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund. Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low- and middleincome countries and way forward. Geneva: WHO; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/154588/9789241508476_eng.pdf, accessed 9 June 2021).
- Procurement at WHO. In: World Health Organization [website]. 2019 (https://www.who.int/about/finances-accountability/procurement/en, accessed 24 March 2021).
- 74. Chartier Y, Emmanuel J, Pieper U, Prüss A, Rushbrook P, Stringer R, et al., editors. Safe management of wastes from health-care activities. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en, accessed 24 March 2021).
- 75. Safe health-care waste management: policy paper. Geneva: World Health Organization; 2004 (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/hcwmpolicy/en, accessed 24 March 2021).
- 76. WHO core principles for achieving safe and sustainable management of health-care waste: policy paper. Geneva: World Health Organization; 2007 (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/hcwprinciples/en, accessed 24 March 2021).
- 77. Narang A. Sustainable health in procurement project: orientation, planning and inception workshop. Workshop report. 17–19 April 2018, Istanbul, Turkey. Istanbul: United Nations Development Programme Istanbul Regional Hub; 2018 (https://issuu.com/informal_int_task_team_sphs/docs/shipp_inception_workshop_report, accessed 24 March 2021).

- 78. SPHS Informal Interagency Task Team, Saving lives sustainably: 2015 annual report: United Nations informal Interagency Task Team on Sustainable Procurement in the Health Sector (SPHS). Istanbul: United Nations Development Programme Istanbul Regional Hub; 2016 (https://www.undp.org/content/ dam/rbec/docs/SPHS Annual Report 2015.pdf, accessed 24 March 2021).
- 79. Sangkham S. Face mask and medical waste disposal during the novel COVID-19 pandemic in Asia. CSCEE. 2020;2:100052. doi:10.1016/j.cscee.2020.100052.
- 80. Yang L, Yu X, Wu X, Wang J, Yan X, Jiang S, et al. Emergency response to the explosive growth of health care wastes during COVID-19 pandemic in Wuhan, China. Resour Conserv Recycl. 2021;164:105074. doi:10.1016/j.resconrec.2020.105074.
- 81. Fadare OO, Okoffo ED. COVID-19 face masks: a potential source of microplastic fibers in the environment. Sci Total Environ. 2020;737:140279. doi:10.1016/j.scitotenv.2020.140279.
- 82. How to throw away used masks responsibly: children take action against climate change, at World's Largest Lesson 2020. In: UNICEF, Romania [website]. 2020 (https://www.unicef.org/romania/stories/howthrow-away-used-masks-responsibly accessed 24 March 2021).





セルフケア 介入の研究 アジェンダの 作成





*5 本章の内容



本章では、セルフケア介入の研究アジェンダを作成する際に活用すべき戦略やアプローチを提供し、この分野を進歩させるためにセルフケア及びセルフケア介入に関する研究を拡大することの重要性を強調します。

WHO の「3 つの 10 億人 (Triple Billion) 目標」への貢献 p. 98

研究への適切なアプローチの作成 ---• p. 98

エビデンスベースを強化するた めの具体的な留意事項への対処 ---● p.99

人権と公平性の視点の導入 ---◆ p. 99

有意義なコミュニティ・エンゲ ージメントの確保 ---● p. 102

知識の移転・翻訳の取り入れ



---• p. 102

5.1 世界保健機関の「3 つの 10 億 人目標」に貢献するセルフケア及 びセルフケア導入に関する研究

「さらに 10 億人がユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の恩恵を受けられるようにする」という目標を世界保健機関(WHO)がかかげる中で、プライマリ・ヘルスケアのための基礎的なセルフケア導入へのアクセス向上に向けた戦略は、UHC の対象範囲拡大につなげることができます。これには、強力なエビデンスベースと、サービスが行き届いていない人々やコミュニティにリーチアウトする的を絞った取り組みが必要になります。ジェンダーダイバースの人々など、サービスが行き届いていない多くの人々のニーズに関する経験やビスが行き届いていない多くの人々のニーズに関する経験やエビデンスは、十分に得られていません。セルフケア導入を含め、UHC を達成する上で役立つ可能性のあるエビデンスに基づく WHO ガイダンスを作成するためには、現在あるこうした研究のギャップにさらに重点を置く必要があります。研究開発のアジェンダは、国や地域の公衆衛生上の優先事項に沿って定め、調整されます。

「さらに 10 億人が健康危機から守られるようにする」という WHO の目標に関する研究アジェンダは、脅威度が高い健康ハザードや人道上の緊急事態による影響を受ける集団に対して提供できる革新的なセルフケアツール、製品、及び介入に重点を置くようにすべきです。例えば、COVID-19 パンデミックへの対応において、WHO は、次なるパンデミックへの備えを強化するために今回のパンデミック対応から学びを引き出すグローバルな研究プラットフォームに貢献する優先研究課題を支援しています。COVID-19 パンデミックへの対応において優先されたセルフケアやセルフケア導入の重要性を考慮し、人道危機や緊急事態の状況における研究を増やすことが優先事項となります。

「さらに10億人が健康とウェルビーイングの向上を享受で きるようにする」という WHO の目標については、ヘルスリ テラシーを向上させ、健康上のリスク要因を減らし、最適な 健康アウトカムを促進するためのセルフケア導入の最適な提 供に関する研究が必要です。また、セルフケア導入が個人の エンパワメントを通じて1人ひとりが自らの権利を理解でき るようにし、製品やサービスの健康上のベネフィットとリス クに関する情報を得た消費者が医療システムをうまく利用で きるよう支援することにより、どのように健康やウェルビー イングの向上につながるかについての研究も必要になります。 これは、多部門で連携した行動を通じて達成することができ ます。これにはすべてのステークホルダーの有意義なエンゲ ージメントが必要であり、特に市民団体やサービスが行き届 いていないコミュニティをはじめ、公共部門と民間部門の両 方のステークホルダーに意味のある形で関わってもらうよう にする必要があります。

5.2 セルフケア導入に関する研究への適切なアプローチに向けて

セルフケア導入の分野は、移り変わりの激しい、多部門及び 多職種にわたる分野です。そのため、研究環境も動的かつ柔 軟で、協働の精神にのっとったものであることが重要です。 共同取り組みを成功させるためには、研究アジェンダの作成 にあたって最終使用者に参加・貢献してもらい、研究プロセ ス全体を通じて使用者及び医療従事者に意味のある形で関わ ってもらうことが重要になります。

セルフケアに関する今後の研究は、以下の2つの大まかな分野にわけて概念化することができます:



1. セルフケア導入の開発:開発に関する研究課題 の例としては、「住む場所を追われた集団に対 する文化的に適切なセルフケア導入の最適な 設計上の特性は何か?」などがあります。



2. セルフケア導入の提供:提供に関する研究課題の例としては、「特定のセルフケア導入により、カバレッジを向上し、公平性及び人権を保護・推進し、自己負担を減らし、現在及び新たな集団のニーズに対応することができるか?」などがあります。



となるのは、システムの観点だけでなく、個人、集団、コミュニティ、及び医療従事者の観点です。そのため、評価するプロセスやアウトカムを該当する観点に合わせて選択するよう注意する必要があります。費用や費用対効果の研究についても同様なことが言えます。

有効性、安全性、実施、及び提供に焦点を当てた研究の根拠

セルフケアにおいてデジタルヘルス技術やデジタル治療の導入が進んでおり、これによってリアルタイムでリアルワールドエビデンスを生成する新たな機会がもたらされています。しかし同時に、それには倫理的なセルフケア研究を実施する上で、プライバシー、セキュリティ、及び個人情報の管理を必ず含めることが求められます。透明性、信頼の風土、そして研究の参加者・実施者の相互利益が、持続可能な研究環境をつくる上で最も重要になります。



セルフケア導入に特化した研究取り組みは、従来の医療疫学的原則を、社会科学、人権、ジェンダー平等、倫理、及び法律と組み合わせることで概念化することができます。セルフケア導入に関する研究では、健康とウェルビーイングに対するホリスティックなアプローチについて知識を向上させ、格差、脆弱性、及びカ関係の差を縮小し、

UHC を推進することに対する研究の貢献を明確に特定すべきです。

5.3 エビデンスベースを強化する ための研究に関する具体的な留意 事項

2019年のガイドライン及び本ガイドラインの作成プロセスと Guideline Development Group(GDG)の会議において、GDG はさらなる一次資料による研究を通じて対処する必要がある重要な知識ギャップを特定しました。2019年のガイドライン及び本ガイドラインの新規の推奨事項で対応したいくつかの問いについては、エビデンスベースが限られていました。その理由には、(i)関心のあるトピックについてピアレビュー誌で発表されていた厳密な研究がほとんど又はまったくなかったこと、(ii)低中所得国からの研究がほとんど報告されていなかったこと、そして(iii)関心のあるアウトカム(特に害)がほとんど研究に組み込まれていなかったことが挙げられます。さらに、セルフケア導入のさまざまな(潜在的)使用者集団においてアウトカムが異なる可能性を裏付けるために結果を細分類した例はほとんどありませんでした。

GRADE(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)法によって評価されたいくつかの介入については、エビデンスの確実性が低い又は非常に低いと評価されました。一部の介入については、推奨事項を作成するのに十分なエビデンスがありませんでした。このことは、これらの介入に関するさらなる研究が今後のエビデンスの確実性に影響し、ひいてはこれらの介入に関する推奨事項に影響を及ぼす可能性が高いことを示唆しています。これらの問題については GDG によって指摘され、研究ギャップの特定につながりました。

2019 年のガイドライン及び本ガイドラインのために作成さ れたレビューに組み入れられた研究では、いずれも社会的な 害(スティグマや親密なパートナーによる暴力など)をアウ トカムとして測定していませんでした(付録7を参照)。GDG では、介入の使用は保健システムの外で行うことを想定して いるため、社会的な害を測定することが特に重要であると指 摘しました。社会的な利益と社会的な害の両方を明確にし、 研究をデザインする際に研究アウトカムとして組み込む必要 があります。保健システム内でのケアにつなげることは、特 にその人がさらなる医療支援を必要としている場合、セルフ ケア導入の望ましいアウトカムとなる可能性があります。例 えば、スクリーニングやサンプリングのためのセルフケア導 入の使用後、その結果によっては医療機関での詳しい検査が 必要になる場合があります。セルフケア導入は、保健システ ムの一部側面に対する負担を軽減すると同時に、情報に基づ く意思決定のための情報を提供したり、適切なケアにつなげ たりする必要があることで、他の領域の負担を増大させる可 能性があり、研究者らはそうしたセルフケア導入を評価する 難しさを認識する必要があります。同様に、個人の利益と考 えられる害について慎重に検討することなく、セルフケアの名の下にケアや費用の負担が個人に転嫁されることがないようにしなければなりません。

表 5.1 にセルフケア導入の実現環境に関する実際的な研究課題を示し、続いて表 5.1 と 5.2 に GRADE の枠組みに従って介入固有の問いをいくつか示します。各研究課題では、図 2.1 (第 2 章)で示した概念的枠組みの要素に従って、幅広いセルフケア導入、潜在的な使用者の多様性、及びセルフケア導入が購入・使用されるさまざまな場所を考慮すべきです。セルフケア導入の分類は、優先研究課題を明らかにする上でさらに役立つ可能性があります(第 1 章に記載)。

表 5.1 には、GDG が特定した研究ギャップに対処する研究課題をリストアップしており、2019 年のガイドライン及び本ガイドラインの新規の推奨事項で対応したセルフケア導入に関するトピックごとに、GRADE ドメイン別に整理して記載しています。2019 年のガイドラインで特定された研究ギャップは、本ガイドライン作成時点でも依然として重要と考えられたため、そのまま残されました(表 5.2 参照)。これらのリストはすべてを網羅することを意図してはおらず、他にももらなる研究を行う価値のあるトピックが多数ある可能性があります。さらに、重要な点として、このプロセスの目的は研究に優先順位を付けることではなく、ガイドラインに対応した研究課題を作成することです。したがって、これらの表における研究ギャップの記載順序は重要度を示唆するものではありません。

5.4 人権と公平性を中心にすえたセルフケア導入

本ガイドラインの作成プロセス全体を通じて、また、GDG の対面会議において、人権と公平性の問題が、セルフケア導入の開発と提供のどちらにおいても不可欠な要素であることが強調されました。

GRADE を用いた意思決定プロセスで、各介入が人権と公平性に対して及ぼす可能性のある影響が検討されました。GDGは、システマティックレビューに組み入れられた研究には、いずれも人権と公平性に関するアウトカムがなかったことを指摘し、これを重要な研究ギャップとしました。セルフケア導入の効果について調査する研究者らは、人権や倫理がどのようにセルフケア導入を適切に実施するための情報となりうるか、また、研究対象の介入がどのように人権や公平性に影響を及ぼすかを体系的に検討する必要があります。これを達成するため、GDGでは、人権や公平性を測定する具体的なアウトカム領域をセルフケア研究に組み入れることを支持するとしました。これらについては、それぞれに関する実際的な研究課題とともに表 5.3 に示します。

これらの領域に関連する具体的なアウトカムと、そうしたア ウトカムを正確に測定するための最適なツールを探索し、特 定するためには、さらなる取り組みが必要です。この点に関 しては、COMET (Core Outcome Measures in Effectiveness Trials: 有効性試験におけるコアアウトカム指標) イニシアチ ブの経験とガイダンスが有用です。COMET は、合意に基づ く標準化されたアウトカムセット(コアアウトカムセットと 呼ばれるもの)の作成と適用に関心のある人々を集めること を目的としています (1)。これらのセットは、特定の疾患 等に関するすべての臨床試験において測定・報告すべき最低 限の事項を示したものであり、無作為化試験以外の研究や臨 床監査での使用にも適しています。コアアウトカムセットの 存在又は使用は、各試験におけるアウトカムを、関連するコ アアウトカムセットに含まれているものに限定すべきである という意味ではありません。試験の結果を適宜比較、対比、 及び統合しやすくするため、少なくともコアアウトカムは収



WHO では以前に、女性や子どもの健康に対する 人権に基づくアプローチに関する研究及び評価 を強化する必要性を指摘しており、これに焦点

を当てた政策立案者、医療提供者、及び学者からなる多職種研究・評価ネットワークの価値を強調しています (2)。これには、サービス提供プロセスや、セルフケア導入の使用による意図したアウトカムと意図せぬアウトカムに関連した、セルフケア導入に関するすべての人権関連の課題を扱う研究が含まれる可能性があります。

集・報告することが期待されますが、研究者らは引き続き他

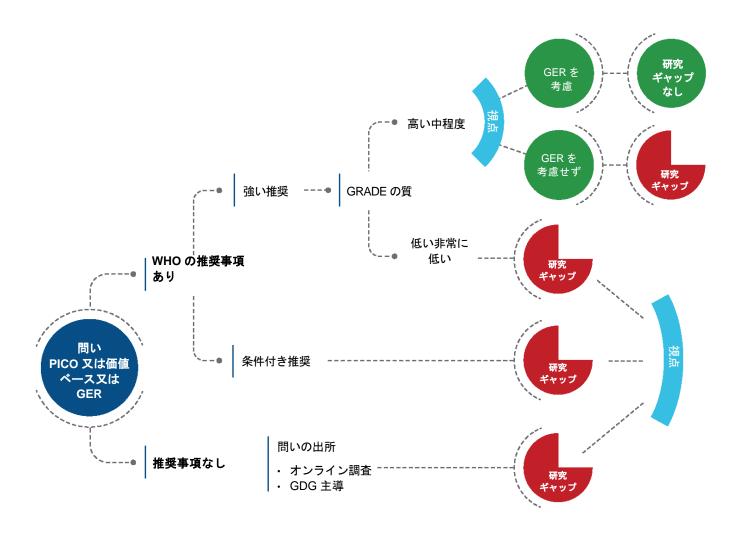
のアウトカムやプロセス指標も探索することができます。

倫理面での留意事項も重要になります。セルフケア導入に関する研究において、そうした留意事項には、(i) その研究は、研究が実施されるコミュニティ又は参加者が所属するコミュニティにとって社会的価値があるか、(ii) セルフケア導入の最終使用者がその研究によって恩恵を受けられ、研究結果を知ることができるか、そして(iii)個々の研究参加者の権利とウェルビーイングが保護されているかを検討することが含まれます (3)。

WHO の GDG 会議前、会議中、会議後におけるセルフケア導入の使用者とのエンゲージメントは、ガイドラインに基づく、ガイドラインとリンクした研究アジェンダの開発に対する建設的アプローチにつながりました (4、5)。このアプローチでは、セルフケア導入に関する今後の研究の決定及びデザインにおいて、ジェンダー、公平性、及び人権が優先されるようにする、GRADE に基づく枠組みを採用しています(図 5.1を参照)。このアプローチのカギは、トランスジェンダーの人々や HIV とともに生きる人々など、社会から取り残された集団からの人を含む幅広い権利保有者が、意味のある形で参加することです。

研究ギャップを特定するための情報源には、(i)システマティックレビュープロセスで特定されたもの、(ii)外部エンゲージメント(アンケート調査や面接など)の際にステークホルダーから挙げられたもの、又は(iii)ガイドライン会議でGDGによって明らかにされたものが含まれます。研究ギャップを特定したら、1つ又は複数の今後の研究課題を決定します。これは、(i)会議で推奨事項が作成されたか、(ii)該当する場合、その推奨事項の推奨の強さ、(iii)その推奨事項を裏付ける、現在得られているエビデンスの確実性、及び(iv)ジェンダー、公平性、及び人権に対する影響が測定されたか、という4つの要素を組み合わせて検討します。このアプローチにより、関連する実現可能性及び方法に関する考察とともに最適な研究デザインを明確にした、今後の研究アジェンダを作成することができます。

図 5.1. WHO の推奨事項の有無及び推奨の強さと、問いの出所に基づいて研究 課題を作成する、階層的意思決定アルゴリズム



GDG:Guideline Development Group、GER:ジェンダー・公平性・人権、PICO:対象集団・介入・比較対照・アウトカム 出典:Siegfried et al.の許可を得て複製*(5)*。

5.5 研究における有意義なコミュニティ・エンゲージメントの確保

ケアの質の許容性や認識は、関係性や背景的要因による影響を受けるものであり、必ずしも臨床的又は技術的介入の効果や安全性のみによって決まるわけではありません。思いやり、 共感、信頼といった要素も質の高いケアの重要な特性です。



文化や環境がいかに人間関係の形成に影響するかということだけでなく、そうした人間関係やインタラクションの結果がどのように保健サービスや医療の組織化、提供、及び体験のされ方

に影響してくるかということに目を向けないと、ケアの質を 改善する重要な機会を逃すことになります。こうした要因を 見過ごすと、高所得国でも低中所得国でも、特にサービスが 行き届いていない集団において、患者と医療提供者のインタ ラクションが最適とは言えないものとなります。

研究や研究方法に有意義なコミュニティ・エンゲージメント の原則を適用するには、革新的で創造的な配慮あるアプロー チが必要です。コミュニティ・エンゲージメントにより、そ のコミュニティの優先事項を特定し、評価することで、外部 から見たニーズを押し付けるのではなく、コミュニティ自体 にとって重要なギャップや格差を浮き彫りにすることができ ます。また、研究者らによってこれまで特定されていなかっ た、あるいは過小評価されていた、さらなる研究が必要なニ ーズが明らかになることもあります (6、7)。WHO は、研 究アジェンダ設定組織として、サービスを受ける側の集団に とって重要な保健サービスのギャップを埋めるのに役立つ優 先研究課題を設定する責任があります。また、参加型研究に おけるグッド・プラクティスも、サービス提供の設計、実施、 及びモニタリングにおけるコミュニティ・エンゲージメント のためのモデル及び介入に活かせる情報として役立つ可能性 があります。

5.6 セルフケア導入のための知識の移転・翻訳

研究や経験から得た知識は、実践に活かして、それが成功す るかどうかをモニタリングし、定期的に評価しなければ、ほ とんど価値がないと言えるかもしれません。知識の移転・翻 訳は、「知識-実践」ギャップの解消を促進する上での多くの 課題に対処するために行われるようになりました (8)。知 識の移転とは、エビデンス・エコシステムを通じたエビデン スの流れです。知識を保健システムに活かし、保健システム の強化につなげるには、エビデンスを生み出す人(一次研究 者)、統合する人(システマティックレビュー者)、処理す る人(ガイドライン作成者)、そしてエビデンスに基づく介 入を普及させ、実施し、モニタリングし、評価する人の間で、 効率的に流れる必要があります。エビデンス・エコシステム の目的は、継続的なエビデンスの生成及び統合、そしてエビ デンスに基づく政策及び実践を維持することです。エビデン スの流れをつくり、それを移転・翻訳して行動につなげるた めには、各段階がつながり、各段階に質の確保されたエビデ ンスの需要と供給があり、それに加えてエビデンスに基づく 意思決定の成果物(利用可能な形になったエビデンス)に対 する需要がある必要があります (9)。

図 5.2 は、適切に機能するエビデンス・エコシステムに必要 な構成要素を示したものです(10)。適切なエビデンスタイ プの組み合わせは、対象とする政策課題と政策サイクルの段 階によって決まります。例えば、定性的エビデンスは、過去 に処方薬としてのみ扱われていた薬剤を一般用医薬品として 提供することに対する薬剤師の許容性や実現可能性など、セ ルフケアの機会をよりよく把握するのに役立つ可能性があり ます。無作為化試験や実践科学研究から得られた定量的デー タは、セルフケア導入に関するエビデンスをもたらすのに対 し、経済的エビデンスは、これらのベネフィットを実現する ためにどのような資源が必要か、また、それらの資源の優先 順位をどうすべきかという疑問に対する答えをもたらします。 また、定性的エビデンスにより、これらの選択肢の許容性及 び実現可能性に関するステークホルダーの考えについて洞察 が得られる可能性があります (11)。最終的に、今後の WHO ガイドラインに活かせる情報を動的かつ周期的な形でもたら し、エビデンス・エコシステムに貢献するには、ガイドライ ンとリンクした、ガイドラインに基づく研究が必要になりま す。

図 5.2. セルフケア導入のための知識の移転・翻訳の動的性質

エビデンスを生成する

セルフケア介入の効果及び安全性に関する 定量的研究や、取り入れ、適用性、実現可 能性、及び費用対効果に関する定性的研究 を含む一次研究を実施し、有意義なコミュ ニティ・エンゲージメントを通じて影響を 受けるコミュニティにより生成されたエビ デンスを組み込む。

エビデンスを統合する

一次研究から得られたエビデンス をまとめ、効果、価値観と好み、ジェンダー・公平性・人権、及び資源 利用に関するシステマティックレ ビューに統合する。

政策及び実践を評価し、 改善する

レジストリからの集団ベースの データ、品質指標、最終使用者 や影響を受けるコミュニティと の協議、及びプログラムのデー タを、政策やプログラムの評価 に使用することを検討する。



知識の移転

ガイドライン、ガイダンス、政策 提言、及びエビデンスの要約を含め、意思決定を支援する成果物を 生み出す情報としてエビデンスを 使用し、それらから一次研究にお けるギャップを特定する。

エビデンスを実践に 活かす

セルフケア介入のエビデン スを情報として使用し、それ に基づいて政策やプログラ ムを作成する。

ステークホルダーにエビデンス を広める

有益なセルフケア介入や有害なセルフケア介入のエビデンスが、意思決定者、医療従事者、影響を受けるコミュニティや最終使用者、及び一般市民に広く知られるようにする。アクセシビリティや、利用者にとっての使いやすさを考慮する。

出典: MAGIC より転載 (10)。



表 5.1. 性と生殖に関する健康と権利のためのセルフケア導入に関する将来の研 究の指針となる問い - 本ガイドラインで取り扱う介入に関するもの

GRADE ドメイン	ギャップに対処するための研究課題		
妊娠高血圧症候群の人に	妊娠高血圧症候群の人における血圧の自己モニタリングを、病院での検診に加えて利用できるようにすべきか?		
ベネフィットと 害の比較	• 低中所得国に住むさまざまな高血圧症患者における血圧の自己モニタリングには、どのようなベネフィットや害があるか?		
実現可能性	・ この実践事項を成功させるためには、どのようなヘルスリテラシーが必要か?		
妊娠中の蛋白尿の自己検	査を、追加の選択肢として利用できるようにすべきか?		
ベネフィットと 害の比較	• 蛋白尿の自己検査は、子癇前症の発見において、医療提供者による検査と同等な有効性及び精度 を備えているか?		
妊娠糖尿病の妊婦におけ	- -る血糖値の自己モニタリングを、病院での検診に加えて利用できるようにすべきか?		
ベネフィットと 害の比較	妊婦による血糖値の自己モニタリングの長期的な母子の健康アウトカムはどうか?エビデンスベースは何か?特に青年及び若年女性におけるエビデンスベースは何か?		
許容性	• 妊婦による血糖値の自己モニタリングは、医療従事者にどの程度受け入れられるか?医療従事者 がセルフモニターの使用を制限する可能性を示すエビデンスはあるか?		
価値観と好み	• 青年期の女子及び若年女性は、妊娠中に血糖値の自己モニタリングを行うことについて、どのように考えているか?		
資源利用	 機器の費用は誰が負担するか - 保健システムか個人か? 費用対効果に関する検討事項は何か、また、経済的コストや社会的コストが含まれるようにするには、これらをどのように定義するのがベストか? 		
実現可能性	• 妊娠糖尿病のユニバーサル・スクリーニングが利用できない地域において自己モニタリングを実施する最適な方法は何か?		
公平性と人権	 資源が少ない環境における自己モニタリングの使用に対するエビデンスベースは何か? モニターのアクセシビリティ及び可用性はどの程度か?また、公平性にはどのような影響があるか? 		
緊急避妊薬を臨床医の処	緊急避妊薬を臨床医の処方箋なしで利用できるようにすべきか?		
ベネフィットと 害の比較	処方箋なしで緊急避妊薬(EC)を提供することによる害はあるか?処方箋なしで提供した場合、EC が適切な期間内に正しく使用されるかどうかを示す縦断的データはあるか?		
資源利用	• 処方箋なしで薬局・薬店を通じて EC にアクセスする場合、医療従事者又は医療機関を通じて EC にアクセスする場合に比べ、最終使用者にどの程度の資源(費用負担)が求められるか?		



GRADE ドメイン	 ギャップに対処するための研究課題
公平性と人権	 処方箋なしでの EC 使用後における社会的な害(親密なパートナーによる暴力、スティグマなど)を示すエビデンスはあるか? 低中所得環境における処方箋なしでの EC 提供に関する課題や制限は何か? 処方箋なしで EC にアクセスする際の障害は何か?特に社会から取り残された集団ではどうか?
医療機関ベースの検査に	・ 加え、追加の選択肢として妊娠の自己検査を利用できるようにすべきか?
ベネフィットと 害の比較	 妊娠の自己検査のベネフィットと害を判断するための適切な指標は何か? 医療機関での検査と比較して、妊娠の自己検査に関連した社会的な害(親密なパートナーによる暴力など)はあるか? 農村部で妊娠の自己検査へのアクセスが制限されることによる影響にはどのようなものがあるか? 比較データがほとんどない場合、介入に対する適切な裏付けを示すのに、どのような形のエビデンスを照合することができるか?
資源利用	• 妊娠の自己検査用の最も良い(つまり、最もプライバシーが確保された)処分方法は何か?特に 人道危機的状況(難民キャンプなど)ではどうか?
公平性と人権	農村部における妊娠の自己検査のアクセシビリティ及び可用性はどうか?人道危機的状況(難民キャンプなど)における妊娠の自己検査のアクセシビリティ及び可用性はどうか?
曝露前予防(PrEP)の問	開始を、薬剤師によるスクリーニング後に、処方箋なしで行えるようにすべきか?
ベネフィットと 害の比較	 薬剤師によるスクリーニング後の処方箋なしでの PrEP 開始には、処方箋ありでの医師による開始に比べ、どのようなベネフィットや害があるか? 薬局・薬店ベースの PrEP 開始の検討材料として、薬局・薬店を通じたその他の医薬品又は介入の開始に関して得られた、どのような間接的なエビデンスを利用できるか?
資源利用	 (i) 各自の月収、及び(ii) 予想価格/費用と比較して、PrEPに対する支払意思額はどの程度か? 処方箋なしでの薬剤師による PrEP 開始は、処方箋ありでの開始に比べ、費用対効果はどうか? 処方箋なしでの薬剤師による PrEP 開始を促進するため、薬局・薬店をどのように検査機関とつなげることができるか? 処方箋なしでの薬剤師による PrEP 開始は、どの程度持続可能か?
価値観と好み	青年は、PrEP を開始することについて、どのように考えているか?どこで開始したいと考えているか?
PrEP の継続を、薬剤師	が処方箋なしで行えるようにすべきか?
ベネフィットと 害の比較	 処方箋なしでの薬剤師による PrEP 継続には、処方箋ありでの医師による継続に比べ、どのようなベネフィットや害があるか? 薬局・薬店ベースの PrEP 継続の検討材料として、薬局・薬店を通じたその他の医薬品又は介入の開始に関して得られた、どのような間接的なエビデンスを利用できるか?

GRADE ドメイン	ギャップに対処するための研究課題	
資源利用	 PrEP サービスを医療従事者カスケードの下流へタスク共有することによる費用対効果はどうか? 薬剤師による PrEP 継続の費用はどの程度か、また、使用者の長期的な自己負担額はどの程度か? 	
公平性と人権	・ 薬局・薬店を通じた PrEP 継続へのアクセスは、公平性にどう影響するか?	
性交中又は性交前の潤滑	別の使用は、性の健康とウェルビーイングの向上につながるか?	
ベネフィットと 害の比較	潤滑剤の使用にともなう安全上の問題はあるか?特に品質が悪い場合や、正しく使用されなかった場合はどうか?	
資源利用	・ 潤滑剤は手ごろな価格で利用できるか?	
公平性と人権	・ 潤滑剤の可用性はどうか?・ 潤滑剤にアクセスしにくい集団はあるか?	
ジェンダー・アファーミ べきか?	ング・ホルモン(GAH)について、医療従事者による投与に加え、自己投与を利用できるようにす	
ベネフィットと 害の比較	• GAHの自己投与には、医療提供者による投与に比べ、どのようなベネフィットや害があるか? • GAHの自己投与において、GAHのベネフィットが最大限維持されるようにするにはどうすればよいか?	
許容性	• 医療従事者は、GAHの自己投与に対する、より患者中心型で害の少ないアプローチをどのように支援することができるか?	
価値観と好み	 どのような GAH がどのような目的で使用されているか? どのようなトランスジェンダー集団がどのような環境で GAH を使用しているか(若年者などのサブ集団解析を含む)? 	
公平性と人権	 ・ 法律、政策、規制、及び慣行は、GAHの使用全般にどのような影響を及ぼしているか? ・ 文化的規範は、ジェンダーダイバーシティに対する態度や GAH の受け入れにどのような影響を及ぼしているか? ・ GAHの可用性、アクセシビリティ(価格の手ごろさを含む)、許容性、及び品質はどうか? ・ GAHの自己投与は、健康に対する権利にどのような影響を及ぼすか(可用性、アクセシビリティ、価格の手ごろさ、許容性、及び品質の点で)? 	

GRADE : Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation



表 5.2. 性と生殖に関する健康と権利のためのセルフケア導入に関する将来の研 究の指針となる問い - 本ガイドラインで取り扱う推奨事項に関するもの

GRADE ドメイン	ギャップに対処するための研究課題	
避妊注射の自己投与		
価値観と好み	 最終使用者の集団間に価値観や好みの違いがあるか(年齢、社会経済的指標、職業、教育水準などでグループ分けした場合)? 避妊注射の自己投与を中止した人はその後どうしているか – 別の方法を使用しているか? スティグマと自己注射型の避妊薬との間にはどのような関係があるか? 意識を高め、知識の向上を図るには、どのような情報提供モデルが最適か? 	
許容性	医療従事者の特徴(年齢、国の所得水準、民間部門/公共部門など)は、使用者による避妊薬の自己注射に対する医療従事者の許容性に影響するか?自己注射の誤用の規模はどの程度か、また、誤用がどのような結果をもたらしているか?	
資源利用	 避妊注射の自己投与の関連費用にはどのようなものがあるか(保健システム及び使用者に対するもの)? 避妊注射の自己注射には、どのようなコストやベネフィットがあるか?また、費用対効果はどうか? 自己注射型の避妊薬の資材の処分は、環境にどのような影響を及ぼすか? 	
公平性と人権	 自己注射を導入する際、アクセス格差を減らす又は最小限に抑えるには、どのような実施対策を 講じればよいか? 避妊注射の自己投与によって社会的な害(暴力など)が生じることを示すエビデンスはあるか? 	
市販の経口避妊薬を使用	引した避妊法のセルフマネジメント	
ベネフィットと 害の比較	 ・ 市販の経口避妊薬の使用による有害事象には何があるか? ・ 市販の経口避妊薬と、処方箋が必要な経口避妊薬とでは、品質に違いがあるか? ・ 経口避妊薬の切り替えや、他の避妊選択肢の使用にについて助言を行う方法としては、どういった方法が最適か (テキストメッセージを通じて行うなど)? ・ プロゲステロン単剤避妊薬を一般用医薬品として市販することには、どのようなベネフィットや害があるか? 	
価値観と好み	市販の経口避妊薬の利用に関する、低中所得国に住む最終使用者の価値観と好みはどうか?成人と青年とでは、市販の経口避妊薬の利用に関する価値観や好みに違いがあるか?支払意思額は、市販の経口避妊薬の取り入れにどのような影響を及ぼすか?	
許容性	 医療従事者は、市販の経口避妊薬の提供について何を知っており、どう思っているか?特に低中所得環境ではどうか? 市販の経口避妊薬の利用を推進するための最適なアプローチは何か? 市販の経口避妊薬の導入により、スティグマや差別が経口避妊薬の使用の障害となる度合いが変わってくるか? 	



GRADE ドメイン	- ギャップに対処するための研究課題		
資源利用	・ 市販の経口避妊薬の費用を負担するのは誰か?費用が保健システムから個人に転嫁されるか?		
公平性と人権	 すべての年齢の潜在的な最終使用者が市販の経口避妊薬にアクセスできるか?アクセスを妨げるどのような障害が残っているか? 取り入れ、継続、及び副作用が生じた場合の受診を含め、市販の経口避妊薬について情報に基づく意思決定ができるようにするためには、どのように情報を提供するのがベストか? 		
妊娠調節を目的とした排	卵予測キットによる自己検診		
ベネフィットと 害の比較	• 排卵予測キットによる妊娠管理は、低中所得環境において、そうしたキットを使用しない妊娠管理より良好なアウトカムにつながるか?		
資源利用	• 在宅用の排卵予測キットには、どのようなコストやベネフィットがあるか?また、他の妊娠管理 選択肢に比べて費用対効果が高いか?		
価値観と好み	 高所得国、中所得国、及び低所得国において、子どもを持たない人生を送るより妊娠して子どもを授かることの必要性に関する価値観や好みはどうか? 支払意思額は、排卵予測キットの取り入れにどのような影響を及ぼすか? 在宅用の排卵予測キットの使用は、パートナー間のコミュニケーションにどのような影響を及ぼすか? 		
公平性と人権	在宅用の排卵予測キットの取り入れは、家庭内のジェンダー・ダイナミクスにどのような影響を 及ぼすか?		
子宮頸がんのスクリーニ	ングのためのヒトパピローマウイルスの自己採取		
資源利用	 ヒトパピローマウイルス(HPV)の自己採取には、どのようなコストやベネフィットがあるか?また、ケアにつなげることをアウトカムに含めた場合、費用対効果が高いか? 高所得地域と低所得地域とでは、費用にどのような差があるか? 		
価値観と好み	潜在的な使用者に働きかける最適な方法は何か?HPV の自己採取は、トランスジェンダー男性のスクリーニング及び治療へのアクセスを向上する戦略として受け入れられるか?		
公平性と人権	 自己採取の後、確実にケアにつなげるためにはどうすればよいか(さまざまな最終使用者集団について)? 特定の集団(ホームレスの人々、青年、人道危機的状況にある人々など)にアクセスする最適な方法は何か? 		
性感染症検査用サンプル	性感染症検査用サンプルの自己収集		
ベネフィットと 害の比較	 性感染症(STI)検査用サンプルの自己収集は、パートナーのスクリーニングにどのような影響を及ぼすか? STI検査用サンプルの自己収集後に陽性結果が出た人のうち、適切なケア及び治療サービスを受けようとする人の割合はどの程度か? STI検査用サンプルの自己収集は、ケアの利用や症例の発見にどのような影響を及ぼすか? STI検査用サンプルの自己収集は、低所得環境において有益であるか? ウイルス感染症検査用サンプルの自己収集には、どのようなベネフィットや害があるか? STI検査用サンプルの自己収集は、STIの自己治療(適切なもの及び不適切なもの)の増加につながるか? 		



GRADE ドメイン	ギャップに対処するための研究課題
資源利用	• STI 検査用サンプルの自己収集には、保健システム及び使用者にとってどのようなコストやベネフィットがあるか?また、この自己収集は費用対効果が高いか?
価値観と好み	• STI 検査用サンプルの自己収集に関する、社会から取り残された集団(多様な性的指向・性自認・ジェンダー表現の人々、セックスワーカーなど)の価値観や好みはどうか?
公平性と人権	• STI 検査用サンプルの自己収集を強制される可能性はあるか?ある場合、それを回避するにはどうすればよいか?

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

表 5.3. セルフケア研究において人権及び公平性を測定するためのアウトカム領域と、実際的な研究課題

基準となる人権	実際的な研究課題
情報、商品、及びサービスの可用性、アクセシビリティ、許容性、並びに品質を含む、健康に対する権利	 セルフケア導入は、いかに安全性や品質を損なうことなく、アクセス、自律性、及びエンパワメントを推進できるか? 金銭的リスクから保護するためのどういった仕組みがあれば、すべての集団におけるセルフケア導入へのアクセス推進に役立つ可能性があるか? さまざまなセルフケア導入において、使用者に好まれるアクセス場所や使用場所はどこか? セルフケア導入の使用後、確実にケアにつなげるために対処する必要がある、保健サービスへのアクセスを妨げる障害にはどういったものが考えられるか? 保健システムの外でアクセスされるセルフケア導入/技術の質は、保健システムの中でアクセスされる介入と同等か? セルフケア技術の推進は、プライマリケアにおけるサービス提供(特に人材への投資)にどの程度(悪)影響を及ぼすか?
参加	• 製品を含むさまざまなセルフケア導入の設計、実施、モニタリング、及び評価や、そうした介入の提供方法の検討において、どのように使用者に関与してもらうことができるか?
平等及び非差別	 さまざまなセルフケア導入に関して、さまざまな場所でのアクセスが確保されるようにするため、サービスが行き届いていない集団をどのように特定し、どのように規制を調整することで、それらの人々のニーズが考慮されるようにするか? ジェンダー・ダイナミクスは、セルフケア導入の取り入れや、その使用によって生じる可能性のある悪影響に対し、どう影響する可能性があるか? セルフケア導入によって、カバレッジやニーズの不平等が存在するさまざまなジェンダー、社会経済的状況、及び人種/民族における健康の公平性が改善されるか?
情報に対する権利	 オンライン及びオフラインの両方で、人々がセルフケア技術に関する情報にアクセスする方法には、どのようなものがあるか? 共有の携帯電話やパブリックアクセスのインターネットサービスを用いてセルフケア導入に関する情報にアクセスすることについて、さまざまな集団がどの程度問題ないと考えるかという点に影響を及ぼす要因にはどういったものがあるか? セルフケア導入に関する情報の質をどのようにモニタリングし、規制するのがベストか?



情報に基づく意思決定	 どのような介入が、セルフケア導入における自己効力感、エンパワメント、及び情報に基づく 意思決定を改善するか? さまざまなセルフケア導入及びさまざまな集団に対して、どのようなタイプの心理社会的支援 /介入が必要になる可能性があるか?
プライバシーと秘密保持	 機密性が維持されるようにするためには、単回使用製品をどのように設計すればよいか? 医療環境以外で使用されることがあるセルフケア導入に関して機密性が確保されるようにするためには、健康管理情報システムをどのように進化させる必要があるか? データの機密性を確保するための適切なデータ保護がデジタルアプリによって確実に提供されるようにするためには、どのような規制が必要になる可能性があるか?
アカウンタビリティ	・ セルフケア導入においては、どのようなアカウンタビリティ及び是正の仕組みが有効か?

REFERENCES FOR CHAPTER 5

- Core Outcome Measures in Effectiveness Trials [website] (https://www.comet-initiative.org, accessed 25 March 2021).
- Bustreo F, Hunt P, Gruskin S, Eide A, McGoey L, Rao S, et al. Women's and children's health: evidence of impact of human rights. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/84203, accessed 23 June 2021).
- Global health ethics: key issues. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://www.afro.who.int/ publications/global-health-ethics-key-issues, accessed 23 June 2021).
- Siegfried N, Narasimhan M, Kennedy CE, Welbourn A, Yuvraj A. Using GRADE as a framework to guide research on the sexual and reproductive health and rights (SRHR) of women living with HIV: methodological opportunities and challenges. AIDS Care. 2017;29:1088– 93. doi:10.1080/09540121.2017.1317711.
- Siegfried N, Narasimhan M, Logie CH, Thomas R, Ferguson L, Moody K, et al. Prioritising gender, equity, and human rights in a GRADE-based framework to inform future research on self care for sexual and reproductive health and rights. BMJ Glob Health. 2020;5:e002128. doi:10.1136/bmjgh-2019-002128.
- Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en, accessed 25 March 2021).

- Translating community research into global policy reform for national action: a checklist for community engagement to implement the WHO consolidated guideline on the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2019. (https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/325776/9789241515627-eng.pdf, accessed 25 March 2021).
- World Health Organization Knowledge Management Strategy. Geneva: World Health Organization; 2005 (https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/69119/WHO EIP KMS 2005.1.pdf, accessed 25 March 2021).
- Shepherd J. How to achieve more effective services: the evidence ecosystem. Cardiff: What Works Network/Cardiff University; 2014 (http://orca.cf.ac. uk/69077/1/2014_JPS_What_Works.pdf, accessed 25 March 2021).
- 10. MAGIC Evidence Ecosystem Foundation [website] (https://magicevidence.org, accessed 25 March 2021).
- 11. Lewin S, Glenton C, Lawrie TA, Downe S, Finlayson KW, Rosenbaum, et al. Qualitative evidence synthesis (QES) for guidelines: paper 2 – using qualitative evidence synthesis findings to inform evidence-to-decision frameworks and recommendations. Health Res Policy Syst. 2019;17:75. doi:10.1186/s12961-019-0468-4.



ガイドラインと 推奨事項の普及、 適用、及び更新





☆ 本章の内容



本章では、ガイドラインの普及方法、予想されるガイドラ インの影響及びモニタリング・評価計画に加え、ガイドラ インの更新をいつ頃どのような方法で行うかについて概 要を提供します。

•	普及		p. 114
•	適用	•	p. 115
	ガイドラインの更新	•	p. 116



6.1 普及

本ガイドラインは、世界保健機関(WHO)のウェブサイトからオンラインで入手することができます。 4WHO のDepartment of Sexual and Reproductive Health and Research と地域事務局の技術会議が開催され、推奨事項と今後の派生成果物について情報が共有されました。これらの成果物には、新規の推奨事項と実施に関連した背景的問題を明確にする、政策立案者、プログラム管理者、及び医療従事者向けの実施ツールが含まれます。

また、普及計画には、世界、地域、及び国レベルで実施する、さまざまなステークホルダーとのワークショップやブリーフィングも含まれます。WHOでは、派生成果物が各国の状況やニーズに合ったものになるよう、実施パートナー、各国ステークホルダー、及び市民団体と協力して、本ガイドラインの普及と実施、及び実施ツールの開発に向けた詳細な計画が策定されることを期待しています。

本文書のエグゼクティブサマリー及び推奨事項は、国連の公用語である6つの言語に翻訳し、WHOの地域事務局を通じて、また、WHOの関連部署のスタッフが企画又は参加する会議において普及活動を行っていきます。

本ガイドラインは、セルフケア導入やその他の関連する健康トピックに関するWHOのウェブページでも公開し、また、毎月発行される電子ニュースレター「HRP News」でも公表します。HRP News は3千人以上が購読しており、その中には世界中の臨床医、プログラム管理者、政策立案者、保健サービス使用者が含まれています。また、この分野で働く重要なパートナーに届けられるようにするため、Implementing Best Practices(IBP)イニシアチブを含むいくつかの知識共有プラットフォームを通じて、本ガイドラインを発信していきます。5最後に、WHOのオープンアクセス及び著作権に関する方針に従い、本ガイドラインのために実施されたシスママティックレビュー及び文献レビューは、ピアレビュー誌で発表されました(又は発表のため提出され、現在印刷中若しくは編集部の決定待ちとなっています:付録7を参照)。

本ガイドラインの普及率をさらに向上するため、WHO のガイドライン及び推奨事項のデータベース検索機能が WHO のDepartment of Sexual and Reproductive Health and Research によって作成されました。 6 さらに、コミュニケーションツールの開発も引き続き行われています。これまでに、第 1 回目の WHO セルフケア月間(2019 年 6 月 24 日~7 月 24 日)に公開されたセルフケア導入に関する短い動画 7 や、その他のコミュニケーション資材(ソーシャルメディアのタイルやその他の動画など)がコミュニケーション・ツールキットに組み込まれています。 8 また、COVID-19 パンデミックに対応して、セルフケアに関する一連の動画が Partnership for Maternal, Newborn and Child Health と共同開発されました。 9 。

6.1.1 実践コミュニティ

WHO は、2020 年9月に、WHO Knowledge Action Portal をホストとして、健康のためのセルフケア導入に関する実践コミュニティを立ち上げました。 10 この実践コミュニティは、ステークホルダーのエンゲージメント及び連携を向上するためのプラットフォームであり、また、WHO や国連のパートナーが本ガイドラインの普及や実施を支援するための研究、エビデンス、及びツールを共有する場でもあります。こので、プラットフォームの目的は、セルフケア導入に関する進行中の実施取り組み、研究エビデンス、及びケーススタディを収集し、共有することです。この実践コミュニティが目指すのは、セルフケア導入に関する意識向上を図り、エビデンスに基づくセルフケア導入のベストプラクティスを実施するための知識とツールをコミュニティのメンバーに提供することです。

この実践コミュニティは、セルフケア導入や関連トピック(非感染性疾患、健康促進、デジタルヘルスなど)に関心がある人や、それらに取り組んでいる人なら誰でも参加できます。 WHOでは、研究者、市民団体、サービスが行き届いていないコミュニティの代表者、医療従事者、政策立案者、ドナー、及び支援者を含め、保健部門の内外からさまざまな専門分野の人々に参加していただきたいと思っています。

⁴ https://www.who.int/health-topics/self-care_から入手可能。

⁵ 詳しい情報については、http://www.ibpinitiative.org を参照。

⁶ 本ガイダンスやその他のガイダンスに対して検索機能を使用するには、https://www.srhr.org ヘアクセスのこと。

⁷ YouTube で視聴可能: https://youtu.be/hwGPJDQNyoo

⁸ ツールキットは、https://www.who.int/health-topics/self-care から入手可能。

⁹ 動画は、https://www.who.int/pmnch/media/videos/self-care-seriesからアクセス可能。

¹⁰ セルフケアに関する実践コミュニティに参加するには、Knowledge Action Portal (https://www.knowledge-action-portal.com) にアクセスし、https://www.knowledge-action-portal.com/en/cop-categories/self-care-interventions-health でアカウントを作成可能。

6.2 適用

6.2.1 予想されるガイドラインの影響

本ガイドラインの推奨事項及びグッド・プラクティス・ステートメントを効果的に実施するには、特に低中所得国においては、医療の再編と医療資源の再分配が必要になる可能性が高いと考えられます。実施の妨げとなりうる障害には以下が含まれます:

- 顧客のカウンセリングを含め、推奨される実践事項の実施、監督、及び支援に必要な専門知識や技能を備えた人材の不足。
- 介入を支援するインフラの欠如。
- 個人又はグループカウンセリングを実施するための物理的スペースの不足。
- 機器、検査キット、資材、医薬品、栄養サプリメントなど、質の高い物的資源の不足。
- 追加のケアを必要とする人々のための効果的な紹介システム、統合的なサービス、及びケア経路の欠如。
- 新たに推奨された介入の価値に対する医療従事者や保健システム管理者の理解不足。
- 推奨される実践事項の記録及びモニタリングのために 設計された健康管理情報システム(顧客カード、登録簿 など)の欠如。
- 安全で効果的な実施を支援する法律、政策、及び規制の 欠如。
- 上記のような不十分な点に対処するために財政再編や 予算の見直しが必要。

こうした潜在的な障害を考慮し、ガイドラインの推奨事項の採用、適応、及び実施に対して段階的アプローチが必要となる可能性があります。WHOは、本ガイドラインの基礎となる人中心型のアプローチと重要原則が運用されるようにするためのさまざまな戦略を支援し、また、各国がこれらの障害に対処して実施を促進する支援を行っていく用意があります。

6.2.2 SMART ガイドライン

WHOでは、2021年2月に、初のSMARTガイドラインを発表しました。ガイドラインに対するSMART(基準に基づく、機械可読、適応的、要件に基づく、検証可能)アプローチは、デジタル時代において推奨事項の一貫した適用を体系化し、加速させる新たな手段です。再利用可能な一連のデジタルへルス・コンポーネント(相互運用性基準、コードライブラリ、アルゴリズム、技術・動作仕様など)の包括的なセットは、ガイドラインの適応・実施プロセスを一変させ、忠実度を維持しながら、取り入れを加速させます。SMARTガイドラインは、まだ完全にデジタル化されていない国でも、臨床及びデータに関するベストプラクティスの導入を進められる、5段階の経路を提供しています(1)。

本文書は、SMART ガイドラインパッケージの記述的ガイドラインの部分になります。デジタル対応キットを含むその他の部分は現在制作中です。

2019 年のガイドラインの推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメントは、WHO の出産前ケアのためのデジタル対応キット(Digital Adaptation Kit for Antenatal Care) (2) に組み込まれており、今後公表されるその他のデジタル対応キット(家族計画用など)にも組み込まれる予定です。また、今後公表予定の本ガイドラインに基づく顧客本位のセルフケア導入にも、SMART ガイドラインアプローチが取り入れられています。

6.2.3 ガイドラインの影響のモニタリン グ及び評価

モニタリング・評価システムは、実践的で複雑すぎず、最新かつ有用で容易に応用できる情報を収集するものであることが極めて重要です。本ガイドラインの推奨事項の実施状況と影響は、既存の指標に基づき、保健サービス、地域、及び国レベルでモニタリングします。しかし、セルフケアの大半はプライベートスペースで行われることから、介入の影響を評価する別の方法を開発する必要があります。サービスが行き届いていない集団による取り入れや使用に重点が置かれるため、影響を受けるコミュニティに意味のある形で関わってもらう必要があります。

WHO の Department of Sexual and Reproductive Health and Research は、Department of Health Metrics and Measurement(WHO Global Health Observatory のためのデータ収集及び解析を主導する部署)と共同で、ヘルス・シーキング行動及び特定のセルフケア導入の実施に関する国・地域レベルのデータをモニタリングし、評価していきます。これらのデータにより、個々の WHO 加盟国の国家政策に対するセルフケア導入の短期~中期的影響について理解を深めることができます。

WHO 第 13 次総合事業計画のインパクト・フレームワーク (Thirteenth General Programme of Work Impact Framework) も、セルフケア導入のモニタリングに使用されます *(3)* 。

6.3 ガイドラインの更新

本ガイドラインは、生きたガイドラインというアプローチを 取り、WHO のセルフケア導入に関する健康トピックのウェ ブサイトとリンクした形で、インタラクティブな MAGICapp プラットフォーム 11 に掲示されます。すべての研究エビデン スや参考文献がこのウェブプラットフォーム上で閲覧、ダウ ンロードできるようになり、関連する実施ガイダンスが推奨 事項にリンクされます。推奨事項が更新されるとその旨が表 示され、常に最新の更新日が表示されます。インターネット が確実に利用できる環境がなくてもアクセスしやすくするた め、更新のたびに更新版ガイドラインの PDF 版を WHO ウェ ブサイトで入手できるようにします。さらに、ユーザーがフ ィードバックできる選択肢が設けられ、WHO が更新やさら なる明確化が必要な可能性のある推奨事項を特定する上で役 立てられます。

生きたガイドラインというアプローチにより、新たな研究エ ビデンスをレビューし、そうしたエビデンスが確実に Guideline Development Group のレビュー対象となるように することができます(第1章1.3項を参照)。本ガイドライ ンの今後の更新には、月経衛生、月経困難症の疼痛管理、更 年期障害に対するホルモン療法(経口及び経皮)、及び骨盤 臓器脱や非感染性疾患に対する膣ペッサリーなどの SRHR、 非感染性疾患(乳房のセルフチェックやメンタルヘルスの改 善に関するものなど)、感染性疾患(HIV 予防のための dapivirine 膣リングの自己使用や、マラリア対策蚊帳に関す るものなど)、及びその他の保健分野に関連したトピック、 推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、並びに 場合によっては重要な留意事項が含まれます。

本ガイドラインは、新たなエビデンスの入手にともない、 GREAT ネットワーク(ガイドライン主導、優先研究課題、 エビデンスの生成、エビデンスの適用、及び知識の移転)の 概念 12 に従って更新されます。体系的かつ継続的プロセスを 使用し、ガイドライン実施後のエビデンスギャップを特定し、 解消していきます。

セルフケア導入は急速に進化しており、そうしたセルフケア 導入の性質によって、継続的な文献のレビューが必要になり ます。本ガイドラインは、既存の推奨事項に関する新たなエ ビデンスに対応するためや、新たに明らかになったエビデン

ス(現行版の審議中には利用できなかった又は特定されなか った新たなセルフケア導入を含む)に基づいて新規の推奨事 項を作成するために、現行版の発行から恐らく 18~24ヵ月 以内に更新が必要となると考えられます。WHO のガイドラ イン統括委員会(guideline steering group)では、健康のた めのセルフケア導入に関する研究開発を引き続き追跡し、他 の関連部署スタッフにも参加してもらいながら、その他の健 康トピックまで対象範囲を拡大していきます。例えば、いく つかの多目的技術は、さまざまな研究開発段階にありますが、 まだ市場には出回っていません。エビデンスが見つからなか った分野や、裏付けとなるエビデンスの質が低かった分野が 多数あり、これらのケースについてはそれぞれ、新規の推奨 事項や、公表した推奨事項の変更が必要になる可能性があり ます。推奨事項の妥当性について懸念が生じた場合は、WHO Guidelines Review Committee による迅速ガイダンスの承認 後速やかに伝達され、ガイドラインの今後のバージョンで必 要に応じて推奨事項を更新する計画が立てられます。

本ガイドラインの作成過程で作成されたすべての技術的成果 物(システマティックレビュー、対応する検索戦略、及び検 査日の総合報告書など) は、今後の参照及び使用のために保 管されます。新たなエビデンスに基づき、推奨事項の妥当性 について懸念が生じた場合は、その推奨事項の主要な問いに 対するシステマティックレビューが更新されます。レビュー の更新には、当初のレビューで使用された検索戦略が適用さ れます。スコーピングの実施後に新たな問いが特定された場 合は、ガイドライン作成に関する WHO ハンドブック (WHO handbook for guideline development) の基準に沿って、 GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) アプローチによるエビデンス の検索、生成、及び適用の同様なプロセスが実施されます (4)。

ガイドライン作成プロセスでは、多くの知識ギャップが特定 されており、これらについては第5章で詳しく取り上げまし た(表 5.1 及び 5.2)。WHO では、実現可能で公平性の推進 につながり、セルフケアの改善に寄与する可能性が高いさら なるガイダンスの作成を目指しており、それによって適切な 推奨事項を本ガイドラインの今後のバージョンに組み込み、 国やプログラムが採用・実施できるようにしていきます。

¹¹ https://app.magicapp.org/#/guidelines を参照。

¹² 詳しい情報については、https://greatnetworkglobal.org から入手可能。

REFERENCES FOR CHAPTER 6

- Mehl G, Tunçalp Ö, Ratanaprayul N, Tamrat T, Barreix M, Lowrance D, et al. WHO SMART guidelines: optimising country-level use of guideline recommendations in the digital age. Lancet Digit Health. 2021;3(4):E213–6. doi:10.1016/S2589-7500(21)00038-8.
- WHO digital adaptation kit for antenatal care: operational requirements for implementing WHO recommendations in digital systems. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/ publications/i/item/9789240020306, accessed 26 March 2021).
- 3. Proposed programme budget 2020–2021: thirteenth general programme of work, 2019–2023: WHO impact framework. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf files/EB144/B144_7- en.pdf, accessed 26 March 2021).
- WHO handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714, accessed 26 March 2021).



付録 1. 本ガイドラインの作成に関わった外部専門家及び WHO 職員

GUIDELINE DEVELOPMENT GROUP (GDG)

共同議長: Anita Hardon、Allen Wu

Kaosar Afsana Director James P. Grant School of Public Health Brac University Dhaka, Bangladesh Elham Atalla	Hera Ali Chairperson of Public Health International Pharmaceutical Students' Federation Brierfield, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland
Consultant Family Physician and Clinical Sexologist Hicare Medical Centre Busaitin, Al Muharraq, Bahrain	Martha Brady Director, Sexual and Reproductive Health PATH Washington, DC, United States of America
Elizabeth Bukusi Chief Research Officer Co-Director, Research Care Training Programme Kenya Medical Research Institute Nairobi, Kenya	Laura Ferguson Director, Program on Global Health and Human Rights University of Southern California Los Angeles, CA, United States of America
Anita Hardon (co-chair) Professor, Anthropology of Health, Care, and the Body University of Amsterdam Amsterdam, Netherlands	Jonathan Hopkins Chief Operating Officer U-turn Cape Town, South Africa
Hussain Jafri Board Member World Patients Alliance Lahore, Pakistan	Mukesh Kapila Emeritus Professor Global Health and Humanitarian Affairs University of Manchester Manchester, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland
Po-Chin Li President International Federation of Medical Students' Associations Copenhagen, Denmark	Carmen Logie Associate Professor Factor-Inwentash Faculty of Social Work, University of Toronto Toronto, Canada
Kevin Moody Managing Director Kevin Moody Consulting Amsterdam, Netherlands	Daniella Munene Chief Executing Officer Pharmaceutical Society of Kenya Nairobi, Kenya
Lisa Noguchi Director, Maternal Newborn Health Jhpiego Baltimore, MA, United States of America	Gina Ogilvie Professor, Faculty of Medicine University of British Columbia Vancouver, Canada
Ash Pachauri Director Centre for Human Progress New Delhi, India	Michelle Remme Research Lead, International Institute for Global Health United Nations University Kuala Lumpur, Malaysia

Jayalakshmi Shreedhar Senior Technical Expert, Accountability and Media Engagement Resource Group for Education and Advocacy for Community Health Chennai, India	Leigh Ann van der Merwe Coordinator Social, Health and Empowerment East London, South Africa
Sheryl van der Poel Independent consultant Geneva, Switzerland	Allen Wu (co-chair) Professor and Director Centre for Public Health Research Medical School, Nanjing University Nanjing, China

GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) システマティックレビューに対する外部貢献者

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health(米国、マサチューセッツ州バルチモア):**Caitlin Kennedy、Ping Teresa Yeh**、及びサポーターの Kait Atkins、Shannon King, Jingjia(Cynthia)Li、Dong Keun Rhee

方法論専門家/独立臨床疫学専門家(南アフリカ、ケープタウン):Nandi Siegfried

EXTERNAL REVIEW GROUP

Faysal Al Kak American University of Beirut Medical Centre Beirut, Lebanon	Jack Byrne Trans-Action Auckland, New Zealand
Georgina Caswell The Global Network of People Living with HIV Cape Town, South Africa	Tyler Crone Athena Network Seattle, WA, United States of America
Eva Deplecker Intersectional Reproductive Health and Sexual Violence Working Group Leader Médecins Sans Frontières Belgium	Austen EI-Osta Self-Care Research Unit Imperial College London London, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland
Joanna Erdman Health Law Institute Schulich School of Law, Dalhousie University Halifax, Canada	Mariangela Freitas da Silveira Graduate Programme in Epidemiology Universidade Federal de Pelotas Pelotas, RS, Brazil
Patricia Garcia School of Public Health, Universidad Cayetano Heredia Former Minister of Health Lima, Peru	Roopan Gill Co-Founder and Executive Director Vitala Global Foundation Canada
James Hargreaves Centre for Evaluation London School of Hygiene & Tropical Medicine London, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	Rei Haruyama National Centre for Global Health and Medicine Tokyo, Japan

119

Denis Kibira Coalition for Health Promotion and Social Development Kampala, Uganda	Amy Knopf University of Indiana Indianapolis, IN, United States of America
Oswaldo Montoya MenEngage Alliance Washington DC, United States of America	Ulysses Panisset University of Minas Gerais Minas Gerais, Brazil
Michael Tan College of Social Sciences and Philosophy University of the Philippines Diliman Quezon City, Philippines	Viroj Tangcharoensathien Ministry of Public Health Mueang Nonthaburi District, Thailand
Tarek Turk Syrian Arab Red Crescent Hospital Ministry of Health Damascus, Syrian Arab Republic	Julián Vadell Martinez International Council of Nurses Researcher/RESPOND Project Manager, Inserm Paris, France
Sten Vermund Yale School of Public Health Yale University New Haven, CT, United States of America	Zawora Rita Zizien Universal Health Care Division Ministry of Health, Burkina Faso Ouagadougou, Kadiogo, Burkina Faso

国連機関の代表者

United Nations University – International Institute for Global Health Pascale Allotey Director Kuala Lumpur, Malaysia	The Defeat-NCD Partnership Layal Barjoud Technical Specialist (Country Support) Geneva, Switzerland
Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights Ruben Brouwer Human Rights Advisor Geneva, Switzerland	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Emily Christie Senior Adviser Geneva, Switzerland
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Luisa Cabal Chief, Human Rights and Law Geneva, Switzerland	United Nations Children's Fund Shaffiq Essajee Senior Advisor on HIV New York, NY, United States of America
United Nations Development Programme Kenechukwu Esom Policy Specialist, Human Rights, Law and Gender New York, NY, United States of America	International Agency for Research on Cancer Maribel Almonte Programme Director Lyon, France
United Nations Population Fund Petra ten Hoope-Bender Technical Adviser Sexual and Reproductive Health and Rights Geneva, Switzerland	Partnership for Maternal Newborn and Child Health Etienne Langlois Team Lead Evidence and Knowledge Geneva, Switzerland

World Bank Sameera Maziad Al Tuwaijri Global Lead Population and Development, Health, Nutrition and Population Global Practice Washington DC, United States of America	United Nations Population Fund Tim Sladden Senior HIV Adviser New York, NY, United States of America
United Nations Children's Fund Damilola Walker Senior Advisor and Global Team Lead, Adolescents and HIV New York, NY, United States of America	World Bank David Wilson Program Director and Global Lead Decision and Delivery Science Washington DC, United States of America

外部パートナー

Harriet Birungi Director Population Council Nairobi, Kenya	Jenifer Drake Team Lead, Sexual and Reproductive Health PATH Seattle, WA, United States of America
Catherine Duggan Chief Executive Officer International Pharmaceutical Federation The Hague, Netherlands	Christine Galavotti Senior Program Officer Evidence and Learning Family Planning, Global Development Bill & Melinda Gates Foundation Seattle, WA, United States of America
	Saumya Ramarao Senior Associate Population Council Washington, DC, United States of America

WHO のガイドライン統括委員会(GUIDELINE STEERING GROUP)

WHO のガイドライン統括委員会(guideline steering group)のメンバーとしてこれらのガイドラインの作成に貢献した WHO スタッフ

Katthyana Aparicio Reyes Programme Officer Department of Integrated Health Services Geneva, Switzerland	(Late) Islene Araujo de Carvalho Senior Policy and Strategy Adviser Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, and Ageing Geneva, Switzerland
Rachel Baggaley Coordinator Department of Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes Geneva, Switzerland	Nathalie Broutet Medical Officer Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland
Maurice Bucagu Medical Officer Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, and Ageing Geneva, Switzerland	Giorgio Cometto Unit Head Health Workforce Department Geneva, Switzerland

121 付録

Siobhan Fitzpatrick Technical Officer Department of Health Workforce Geneva, Switzerland	Dina Gbenou Technical Officer, Sexual and Reproductive Health Burkina Faso
Karima Gholbzouri Medical Officer WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean Cairo, Egypt	Rodolfo Gomez Ponce de Leon Advisor, Reproductive Health WHO Regional Office for the Americas/Pan American Health Organization Montevideo, Uruguay
Lianne Gonsalves Technical Officer Department of Antimicrobial Resistance Geneva, Switzerland	Bianca Hemmingsen Medical Officer Department of Noncommunicable Diseases Geneva, Switzerland
Naoko Ishikawa Coordinator, HIV, Hepatitis and STIs WHO Regional Office for the Western Pacific Manila, Philippines	Oleg Kuzmenko Programme Manager, Sexual and Reproductive Health WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark
(Late) Ramez Mahaini Reproductive Health advisor WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean Cairo, Egypt	Garrett Mehl Unit Head Department of Digital Health and Innovation Geneva, Switzerland
Manjulaa Narasimhan Scientist Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland	Léopold Ouedraogo Reproductive Health Advisor WHO Regional Office for Africa Brazzaville, Congo
Ulrika Rehnström Loi Technical Officer Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland	Bharat Rewari Scientist, HIV WHO Regional Office for South-East Asia New Delhi, India
Lisa Rogers Technical Officer Department of Nutrition and Food Safety Geneva, Switzerland	Petrus Steyn Scientist Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland
Özge Tuncalp Scientist Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland	Tigest Tamrat Technical Officer Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland
Meera Upadhyay Technical Officer (Reproductive Health) WHO Regional Office for South-East Asia New Delhi, India	Cherian Varghese Cross-Cutting Lead Department of Noncommunicable Diseases Geneva, Switzerland
Adriana Velazquez Berumen Senior Adviser Department of Health Product Policy and Standards Geneva, Switzerland	

WHO スタッフ(のガイドライン統括委員会(GUIDELINE STEERING GROUP)以外)

Moazzam Ali Scientist Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland	Onyema Ajuebor Technical Officer Health Workforce Department
Avni Amin Technical Officer Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland	lan Askew Director Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland
Anshu Banerjee Director Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, and Ageing Geneva, Switzerland	Nino Berdzuli Programme Manager, Sexual and Reproductive Health WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark
James Campbell Director Health Workforce Department Geneva, Switzerland	Diarmid Campbell-Lendrum Coordinator Department of Environment, Climate Change and Health Geneva, Switzerland
Venkatraman Chandra-Mouli Scientist Department of Sexual and Reproductive and Research Geneva, Switzerland	Paata Chikvaidze Medical Officer WHO Representative's Office, Afghanistan Kabul, Afghanistan
Shona Dalal Technical Officer (Surveillance) Department of Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes Geneva, Switzerland	Fahdi Dkhimi Technical Officer Department of Health Systems Governance and Financing Geneva, Switzerland
Tarun Dua Programme Manager Department of Mental Health and Substance Abuse Geneva, Switzerland	Mario Festin Medical Officer (former) Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland
Siobhan Fitzpatrick Technical Officer Health Workforce Department	Mary Lyn Gaffield Scientist Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland
Bela Ganatra Scientist Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland	Claudia Garcia Moreno Unit Head Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland
Geetha Krishnan Gopalakrishna Pillai Technical Officer Department of Integrated Health Services Geneva, Switzerland	Veloshnee Govender Scientist Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland

123 付録

John Grove Director Department of Quality Assurance of Norms and Standards Geneva, Switzerland	Suzanne Rose Hill Director Department of Essential Medicines and Health Products Geneva, Switzerland
Chandani Anoma Jayathilaka Medical Officer, Family Health, Gender and Life Course WHO Regional Office for South-East Asia New Delhi, India	Cheryl Johnson Technical Officer Department of Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes Washington DC, United States of America
Rita Kabra Medical Officer Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland	Edward Talbott Kelley Director (former) Department of Integrated Health Services Geneva, Switzerland
Rajat Khosla Human Rights Advisor (former) Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland	James Kiarie Unit Head Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland
Hyo Jeong Kim Technical Officer Department of Emergency Operations Geneva, Switzerland	Loulou Kobeissi Scientist Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland
Antonella Lavelanet Medical Officer Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland	Arno Muller Technical Officer Antimicrobial Resistance Division, Surveillance, Prevention and Control Geneva, Switzerland
Carmem Pessoa Da Silva Unit Head Antimicrobial Resistance Division, Surveillance, Prevention and Control Geneva, Switzerland	Michaela Pfeiffer Technical Officer Transformation Implementation and Change Geneva, Switzerland
Marina Plesons Technical Officer Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland	Vladimir Poznyak Coordinator Department of Mental Health and Substance Use Geneva, Switzerland
Ritu Sadana Unit Head Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, and Ageing Geneva, Switzerland	Diah Saminarsih Senior Adviser on Gender and Youth Office of the Director-General Geneva, Switzerland
Anita Sands Technical Officer Department of Regulation and Prequalification Geneva, Switzerland	Lale Say Unit Head Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland

Elisa Scolaro Technical Officer Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland	Olive Sentumbwe-Mugisa National Professional Officer Kampala, Uganda
Agnès Soucat Director (former) Department of Health Systems Governance and Financing Geneva, Switzerland	Anna Thorson Unit Head Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland
Igor Toskin Scientist Department of Sexual and Reproductive Health and Research Geneva, Switzerland	Reinhilde Van De Weerdt Unit Head Department of Emergency Operations Geneva, Switzerland
Isabelle Wachsmuth Technical Officer Department of Integrated Health Services Geneva, Switzerland	Tana Wuliji Technical Officer Health Workforce Department Geneva, Switzerland
Souleymane Zan Technical Officer Cotonou, Benin	Qi Zhang Unit Head Department of Integrated Health Services Geneva, Switzerland

WHO 文書作成、事務、及びコミュニケーションスタッフ

Department of Sexual and Reproductive Health and Research

Briana Lucido (文書作成サポート)

Catherine Hamill、Christine Meynent、Lizzy Noble、Sarah Kessler(コミュニケーションサポート)

Jane Werunga-Ndanareh (事務的サポート)

Michael Tabiszewski(事務的サポート)

WHO コンサルタント

Michalina Drejza (元 Department of Sexual and Reproductive Health and Research)

Carmen Figueroa (Department of Global Tuberculosis Programme)

Megha Rathi (Department of Environment, Climate Change and Health)

125

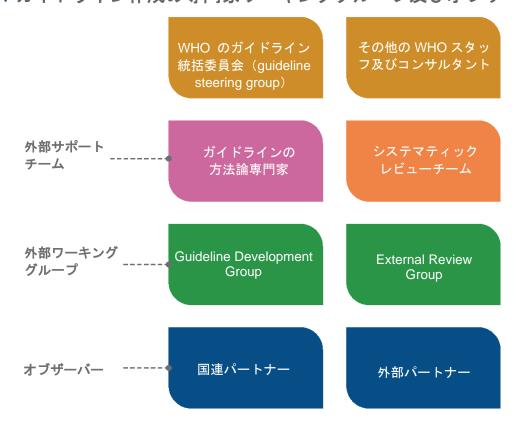
付録 2. 方法:ガイドライン作成プロセス

「健康とウェルビーイングのためのセルフケア導入に関するWHOガイドライン」は、世界保健機関(WHO)のガイドライン「は、世界保健機関(WHO)のガイドライン作成に関する基準及び方法に従って作成され、当初は「WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights」(2019)として刊行されていました。アプローチの詳細は、「ガイドライン作成に関するWHOハンドブック」で確認できます(1)。WHOのDepartment of Sexual and Reproductive Health and Researchが、本ガイドラインの作成を主導しました。本付録では、ガイドラインで取り扱ったトピックに適用された基準、方法、及びプロセスの概要を提供します。

A2.1 ガイドライン作成のワーキン ググループ

同部署では、特定のガイドライン作成機能を担う、WHO のガイドライン統括委員会(guideline steering group)、Guideline Development Group (GDG)、及び External Review Group という3つのワーキンググループを設置しました(図A2.1を参照)。各グループのメンバーは、地理やジェンダーの点で適切なバランスを取るなど、幅広い専門知識や経験を確保するように選定されました。以下の項では、これら3つのグループについて説明します。各グループの所属機関名及び参加者名は、付録1に記載しています。

図 A2.1:ガイドライン作成の専門家ワーキンググループ及びオブザーバー



A2.1.1 WHO のガイドライン統括委員会 (GUIDELINE STEERING GROUP)

本ガイドラインの性質上、のガイドライン統括委員会 (guideline steering group) には、性と生殖に関する健康(主要領域である家族計画、HIV を含む性感染症 [STI]、母子保健、性の健康、及び妊娠中絶を含む)、非感染性疾患(NCD)、並びに保健システムの関連する側面における代表者及び専門家が含まれました。それに加え、ジェンダー及び人権に関する専門知識により、特にサービスが行き届いていない集団などを対象とした、強力な実現環境をつくるための重要な原則が十分に反映されるようにしました。そして最後に、この規範的ガイドラインを作成するプロセスの開始時より、地域の

WHO 代表者から、さまざまな地域における推奨事項やグッド・プラクティス・ステートメントの実施及び取り入れの実践性に関する専門的な観点がが提供されました。

Department of Sexual and Reproductive Health and Research 部門を議長とするのガイドライン統括委員会(guideline steering group)が、ガイドライン作成プロセスを主導しました。同グループのメンバーがガイドラインの最初の適用範囲を起草し、PICO(対象集団、介入、比較対照、アウトカム)形式で優先度の高い問いを特定して草案を作成し、ガイドラインの方法論専門家、システマティックレビューチーム、GDG、及び External Review Group のメンバーとして参加する人を特定しました。

最終的な推奨事項の決定や合意は GDG の役目であり、のガイドライン統括委員会(guideline steering group)は関与しませんでした。また、のガイドライン統括委員会(guideline steering group)は、ガイドライン文書を最終的な形にまとめ、発行しました。今後は、ガイドラインの普及を監督し、実施ツールの開発に関わっていきます。

A2.1.2 THE GUIDELINE DEVELOPMENT GROUP

のガイドライン統括委員会(guideline steering group)は、研究者、政策立案者、プログラム管理者、若手保健専門家、市民団体、コミュニティメンバー、及び患者団体の代表者を含む、のガイドライン統括委員会(guideline steering group)と同様な業務分野をカバーする(WHO 以外の)外部専門家を特定し、GDG への参加を依頼しましたジェンダーのバランスを取りながら、すべての WHO 地域の代表者が含まれるようにしました。

2019 年のガイドライン及び本ガイドラインにおける GDG の 具体的な作業には以下が含まれました:

- Guidelines Steering Group の作成したものに基づき、重要な問いを PICO 形式で最終的な形にまとめる。
- エビデンスレビューの指針となり、推奨事項の焦点となる、優先度の高いアウトカムを選択し、順位付けする。
- 推奨事項を作成するための情報として使用するエビデンスの GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) プロファイルや、エビデンスの確実性に関するその他の評価を検討する。
- ベネフィットと害の全体的なバランスを明確に考慮しながら、エビデンスを解釈する。
- ベネフィット、害、価値観と好み、実現可能性、公平性、 許容性、資源要件、及びその他の要因を適宜考慮しなが ら、推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、 及び重要な留意事項を作成する。
- 方法に関する問題及びエビデンスギャップを特定し、それらへの対処方法に関するガイダンスを提供する。
- Guidelines Review Committee に提出する前に、最終的な推奨事項のレビュー及び承認を行う。

GDG 会議は、ビデオ会議ソフトウェアを使用し、2021 年 1 月 15 日~29 日にオンラインで開催されました。

A2.1.3 THE EXTERNAL REVIEW GROUP

のガイドライン統括委員会 (guideline steering group) によ って特定され、参加を依頼された External Review Group の メンバーには、臨床医、研究者、政策立案者、プログラム管 理者、市民団体の代表者(患者代表者、トランスジェンダー の人々、若年者、HIV とともに生きる人々など)、及び若手 保健専門家を含む、本ガイドラインで取り扱ったトピックに 関連する課題について幅広い専門知識を備えたピアレビュー 者が含まれました。External Review Group のメンバーには、 のガイドライン統括委員会(guideline steering group)と GDG がレビュー及び修正を行った後のガイドラインが共有 され、レビュー及びコメントの提供が求められました。この 手順の目的は、技術的なフィードバックを提供し、事実関係 の誤りを特定し、言葉や文章のわかりやすさについてコメン トし、実施、適応、及び背景的問題に関する留意事項につい てインプットを提供することでした。GDG が作成した推奨 事項の変更は、External Review Group の権限には含まれま せんでした。

A2.2 その他の重要な貢献者 - 外部パートナー

推奨事項の決定に関与しないオブザーバーとして、国連機関の代表者が GDG 会議に出席しました。

国連パートナーには以下が含まれました:

- Defeat-NCD Partnership (United Nations Institute for Training and Research 主催)
- International Agency for Research on Cancer
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
- Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (WHO 主催)
- · United Nations Children's Fund
- United Nations Development Programme
- United Nations Population Fund
- World Bank

同様に推奨事項の決定に関与しないオブザーバーとして参加 した外部パートナーには、以下が含まれました:

- International Pharmaceutical Federation
- PATH
- Population Council
- White Ribbon Alliance

A2.3 外部貢献者による利益関係 の宣言

提案されたすべての GDG 及び External Review Group メンバー候補者に対し、1 ページにまとめた履歴書及び WHO の利益関係宣言書の提出が要請されました。2 名ののガイドライン統括委員会(guideline steering group)メンバーが独立して利益関係宣言書のレビューを行いました。レビュー者は、WHO Guidelines Review Committee からの最新のガイダンスに基づき、特に金銭的な利益相反や非金銭的な個人的利益相反(学術的貢献など)、そしてセルフケア導入を作成する機関との関係に重点を置きながら、すべての考えられる利益相反について検討しました。

その結果、重大な利益相反(つまり、GDG の参加に差し障りのある利益相反)はないと判断されたすべての GDG メンバーの経歴情報が 2020 年 11 月 1 日から 16 日まで WHO のウェブサイトに掲示され、パブリックコメントの募集が行われました。このプロセスの完了後、GDG メンバーが確定されました。

参加に適格であることが確認された時点で、すべての GDG 及び External Review Group 専門家に対し、ガイドラインの作成プロセス中、GDG メンバー会議の直前とガイドライン草稿に対するコメント提出前に再度、関連する利益関係に何らかの変更があった場合は担当の技術責任者に通知するよう要請しました。WHO Office of Compliance, Risk Management and Ethics による管理又は評価を要する利益相反の例はありませんでした。

金銭的な利益相反があったメンバーはおらず、GDGの共同議長にはいかなる利益相反もありませんでした。利益関係の宣言と利益相反の管理方法に関する情報の要約は、付録5に記載しています。

GDG の共同議長は、平等に責任を負い、相補的な専門知識と観点を持ち、2つの異なる WHO 地域から参加し、ジェンダーバランスを反映しており、本ガイドラインに関連する分野の専門知識を有していました。また、2人とも合意に基づくプロセスにたずさわった経験がありました。会議の開始時に共同議長の指名候補が GDG に提示され、受諾されました。

A2.4 新規の推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、及び重要な留意事項の対象範囲及びトピック分野の設定

のガイドライン統括委員会(guideline steering group)は、 第1章1.5項に示した本ガイドラインの全般的な対象範囲の 中で、意図するセルフケア導入の使用者も考慮しながら、実 現環境と特定の関連する健康介入の両方に取り組むという目 的を念頭に置きつつ、まずセルフケア導入に関連のある既存 の WHO ガイダンスをすべてマッピングしました。その後、 それらをはじめとする資料のレビューを行い、ギャップ、重 複、及び矛盾点を洗い出し、既存の推奨事項を本ガイドライ ンに組み込む妥当性を判断しました。のガイドライン統括委 員会(guideline steering group)は、新規の推奨事項及び重 要な留意事項を作成する必要がある、性と生殖に関する健康 と権利についてのトピック分野を特定しました。さらに、ジ ェンダーや人権、医療従事者の訓練、セルフケア導入の使用 を支援するためのデジタルヘルス介入の使用、及び人道危機 やパンデミック対応において優先されるセルフケア導入に関 するグッド・プラクティス・ステートメントを含む、実施面 での留意事項の対象となる優先分野も特定しました。

A2.5 エビデンスのレビューと推 奨事項の作成

A2.5.1 優先度の高い問いの設定及びレビュー

健康介入に関する新規の推奨事項(エグゼクティブサマリーの表1及び第3章を参照)の作成は、まずPICO形式の問いの作成し、その後エビデンスのシステマティックレビューを実施するところから始まりました。新規の推奨事項に関するPICO形式の問いは、以下の8つとされました。

1. 妊娠を計画している人は、葉酸サプリメントでセルフマネジメントすべきか、それとも医療提供者の主導によるそうした葉酸サプリメントの管理のみが提供されるべきか? (*推奨事項 10a*)

- 2. 妊婦は、国際的なガイダンス(現在は、鉄元素 $30\sim60$ mg 及び葉酸 $400 \mu g$ [0.4 mg] の 1 日 1 回投与、又は 鉄元素 120 mg 及び葉酸 2.8 mg の間欠投与 [週1 回な ど])に従って鉄及び葉酸サプリメントの使用をセルフマネジメントすべきか、それとも医療提供者の主導によるそうしたサプリメントの管理のみが提供される べきか?(推奨事項 10b)
- 4. 妊娠高血圧症候群の人における血圧の自己モニタリン グを、病院での検診に加えて利用できるようにすべき か?(推奨事項11)
- 5. 妊娠糖尿病の妊婦における血糖値の自己モニタリング を、病院での検診に加えて利用できるようにすべき か? (推奨事項12)

- 6. 緊急避妊薬を臨床医の処方箋なしで利用できるように すべきか? (*推奨事項 15*)
- 7. 医療機関ベースの検査に加え、追加の選択肢として妊娠の自己検査を利用できるようにすべきか?(推奨事項20)
- 8. 性交中又は性交前の潤滑剤の使用は、性の健康とウェルビーイングの向上につながるか? (推奨事項32)

各 PICO 形式の問いの対象集団、介入、比較対照、及びアウトカムの詳細については、付録 6 に記載します。

A2.5.2 推奨事項に関するエビデンスの確 実性の評価

WHO ガイドライン作成プロセスに従い、GDG メンバーは、 推奨事項を作成するにあたり、利用可能であったエビデンス の確実性に基づいて審議しました。WHO では、推奨事項の 作成に GRADE アプローチを採用しています (1)。このア プローチでは、4 レベルのエビデンスの確実性を規定してお り、各レベルの解釈は表 A2.1 の通りとなります。

表 A2.1.4 レベルのエビデンスの質の説明

エビデンスの質	根拠
高い	真の効果が効果推定値に近いという、強い確信がある。
中程度	効果推定値に対し、中等度の確信がある。真の効果は効果推定値に近いと考えられるが、大きく異なる可能性も否定できない。
低い	効果推定値に対する確信に限界がある。真の効果は効果推定値と大きく異なる可能性がある。
非常に低い	効果推定値に対し、ほとんど確信が持てない。真の効果は効果推定値とは大きく異なるものと考えられる。

GRADE(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)アプローチに基づく (2)。 出典:WHO (1) 、Balshem et al. (2)

各 PICO 形式の問いで重要と特定されたすべてのアウトカム (付録6を参照)に対し、定量的エビデンスの確実性の評価 に GRADE アプローチが使用されました。重大アウトカムと は、本ガイドラインによって直接的な影響を受ける可能性の 高い人にとって最も重要と考えられるアウトカムのことです。 アウトカムの評価は、GDG がオンライン調査を通じて事前 に特定しました。この調査では、GDG メンバーがアウトカ ムを1(重要ではない)から9(重大)で評価し、7~9と評 価されたアウトカムが重要とみなされ、意思決定の指針とし て GRADE 表に組み込まれました。各システマティックレビ ューの完了後、各 PICO 形式の問いについて、GRADE の EtD (evidence-to-decision) 表が作成されました。これらの表は、 ベネフィットと害及びその確実性に加え、いくつかの要因に ついて GDG が下した判断を示すものであり、最終使用者の 価値観と好み、費用と費用対効果を含む資源利用、人権と公 平性に対して及ぼす可能性のある影響、及び許容性と実現可 能性が含まれています。GRADE 表及び EtD 表は、ウェブ付 録に掲載されており、https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/342654/9789240031326-eng.pdfから入手する ことができます。

A2.5.3 推奨の強さの決定

介入を支持する推奨事項は、その介入を実施すべきであることを示し、介入に反対する推奨事項は、その介入を実施すべきでないことを示します。推奨の強さ(「強い」又は「条件付き」のいずれかで表示)は、推奨事項の望ましい作用が望ましくない作用を上回ることに対する GDG の確信度(又は、介入に反対する推奨事項の場合、つまり、望ましくない作用が望ましい作用を上回る場合はその反対)を反映しています。

望ましい作用(つまりベネフィット)には、個人に対する有益な健康アウトカム(罹患率や死亡率の低下など)、個人、家族、コミュニティ、プログラム、及び/又は保健システムに対する負担や費用の軽減、実施のしやすさ(実現可能性)、及び公平性の改善などが含まれます。望ましくない作用(つまり害)には、個人に対する有害な健康アウトカム(罹患率や死亡率の上昇など)や、個人、家族、コミュニティ、プロ

グラム、及び/又は保健システムに対する負担や費用の増大などが含まれます。負担や費用には、例えば、推奨事項の実施にともなう資源利用や推定費用(最終使用者、医療従事者、又はプログラムが負担することになるもの)、特定の行為が犯罪行為となる場合に生じる可能性のある法的問題などが含まれます。

(介入に賛成又は反対する)強い推奨とは、推奨事項に従うことによる望ましい作用が望ましくない作用を明らかに上回ると GDG が確信しているものです。科学的エビデンスベースの確実性が高いほど、強い推奨とすることができる可能性が高くなります。条件付き推奨とは、科学的エビデンスベースの確実性が低いか、あるいは特定の集団や状況にのみ適用されるものとなります。また、それ以外に、推奨事項に従うことによる望ましい作用が望ましくない作用を恐らく上回る又はほぼ均衡しているが、こうしたトレードオフがすべての状況に当てはまるかどうかは確信が持てないと GDG が結論付けた場合も、条件付き推奨とすることがあります。

条件付き推奨とされた介入(つまり、特定の環境において推 奨される介入、又は厳格な研究環境においてのみ推奨される 介入)は、適切な環境においてのみ実施すべきであり、綿密 なモニタリングと厳密な評価を行うべきです。不確実性に対 処するためのさらなる研究が必要であり、そうした研究によ って得られた新たなエビデンスにより、エビデンスの確実性 の総合的な評価が変わってくる可能性があります。

介入に関連した、また、介入を実施する医療従事者の許容性に関連した、最終使用者(又は潜在的な最終使用者)の価値観と好みは、関連する資源利用、実現可能性、及び公平性の問題とともに、推奨の強さの決定に寄与します(表 A2.2 を参照)。本ガイドラインでは、介入を実施するための実現環境の必要性に特に注目しており(第2章2.5項を参照)、GDGは各推奨事項について、人権、ジェンダー平等、及び公平性の面での影響(良い影響と悪い影響の両方)を考慮することが求められました。

表 A2.2.推奨の強さを評価する際に考慮すべき GRADE ドメイン

ドメイン	根拠
ベネフィットと害	新規の推奨事項を作成する際には、以前の推奨事項やその他の代替案を考慮しながら、望ましい作用(ベネフィット)を望ましくない作用(リスク)と比較検討する必要があります。ベネフィットがリスクを上回る幅が大きいほど、又はその傾向が強いほど、強い推奨とされる可能性が高くなります。
価値観と好み	推奨事項が広く受け入れられる又は高く評価される可能性が高いほど、強い推奨とされる可能性が高くなります。大きなばらつきが認められる場合や、推奨される行動が受け入れられない可能性が高いと考えられる強い根拠がある場合は、条件付き推奨とされる可能性が高くなります。
経済的/金銭的影響(資源 利用)	費用(金銭的、インフラ、設備、又は人材)が低いほど、又は費用対効果が高いほど、強い推奨 が裏付けられる可能性が高くなります。
実現可能性	すべてのステークホルダーにとって介入の実現可能性が高いほど、強い推奨とされる可能性が高 くなります。
公平性と人権	介入が格差を縮小する、公平性を改善する、又は人権の実現に寄与する場合、強い推奨とされる 可能性が高くなります。
許容性	推奨事項が医療従事者やプログラム管理者から広く支持され、保健サービス内で実施が広く受け 入れられている場合、強い推奨とされる可能性が高くなります。

出典: Schünemann et al. (3)。

A2.5.4 ガイドライン作成時の GDG によ る意思決定

GDG メンバーは、「ガイドライン作成に関する WHO ハンドブック」に明記されている明確なプロセスに従って作業を行いました(1)。意思決定は、すべて合意による決定が理想とされました。しかし、GDG メンバーは、会議の開始時に、決定に投票が必要となった場合は 60%の過半数で投票を実施する必要があるということで合意しました。

GDG は、システマティックレビュー及び GRADE の EtD 表でエビデンスをレビューし、ガイドラインの方法論専門家をファシリテーターとして検討対象のトピックについて協議しました。GDG 会議は、グループディスカッション、エンゲージメント、及び修正というプロセスを通じて、参加者が各

GRADE ドメイン (表 A2.2 を参照) について検討・判断し、 推奨事項を作成できるように構成されました。オンライン環 境では、起草された各推奨事項の方向性(介入に賛成する推 奨又は反対する推奨) 及び各推奨事項の推奨の強さ(強い又 は条件付き) について GDG メンバーの初期見解を得るため、 定期的な非公式投票とチャット機能の使用を通じて、GDG の全メンバーから回答が得られるよう細心の注意が払われま した。また、各選択肢について支持するか、方法論専門家が 参加者に挙手を求めることもありました。これは正式な投票 ではなく、方法論専門家と共同議長が意見の分布を評価し、 その後さらなる協議を通じて合意に向けて取り組むことがで きるようにする意思決定支援ツールとして用いられました。 すべての GDG メンバーの合意によって各推奨事項の方向性 及び強さを含む最終的な文言を確認し、GDG の全メンバー が口頭で各自の決定を表明しました。各推奨事項について GDG が下した判定は、付録8に記載します。

131 付録

A2.6 ガイドラインの内容の編集 及び発表

GDG 会議後、WHO のガイドライン統括委員会 (guideline steering group) メンバーが GDG メンバーの審議及び決定を正確に反映したガイドライン全文の草稿を作成しました。

その後、ガイドライン草稿は、さらなるコメントを求るために電子的に GDG メンバーに送付され、GDG メンバーのフィードバックを反映させた後、External Review Group メンバーに意見を求めるために電子的に送付されました。その後、のガイドライン統括委員会(guideline steering group)が External Review Group メンバーの意見をガイドライン文書に盛り込むかどうか慎重に評価し、修正版を参照用として再び電子的に GDG メンバーと共有しました。のガイドライン 統括委員会(guideline steering group)がガイドラインに加えた修正は、事実関係の誤りの訂正と、明確さに欠ける部分に対する文言の改善に限定されました。その後、この修正版は承認用に Guidelines Review Committee に提出されました。要請された軽微な修正を行った後、整理編集され、発行されました。

本ガイドラインの作成のために実施されたすべてのレビュー (PICO 形式の問いに関するシステマティックレビューから 開始) は、付録 6 に記載します。検索戦略を含め、使用された方法に関する情報については、PROSPERO で公表されているシステマティックレビューのプロトコールを参照してください(PROSPERO の詳細については、第3章の対応する各項に記載されています)。

これらのレビューの中には、各トピックに関する定性的及び原価計算レビューがあり、各 PICO 形式の問いで取り上げられているセルフケア導入に関する最終使用者/潜在的な最終使用者及び医療従事者の価値観と好みが含まれました。また、性と生殖に関する健康と権利のためのセルフケア導入についての「価値観と好みに関するグローバル調査(GVPS)」については、第1章1.7項も参照ください。

6 つの新規の推奨事項と3 つの重要な留意事項を裏付ける9 つのシステマティックレビュー(付録7を参照)から導き出されたエビデンスは、GRADE 表に要約されています。この表は、本ガイドラインの新規の推奨事項を作成する際に考慮された効果に関するエビデンスベースを提供するものです。これらの GRADE 表は、ウェブ付録に別途掲載されており、https://apps.who.int/iris/bitstream/hand

le/10665/342654/9789240031326-eng.pdf_から入手することができます。

推奨事項を作成するには十分なエビデンスがないと GDG が判断した PICO 形式の問いについては、重要な留意事項が作成されました。これらの問題について GDG は、推奨事項の代わりに、今後これらの PICO 形式の問いについて推奨事項を作成するか否かを決定する前に対処する必要がある重大な留意事項を提示しました。

重要な留意事項が提示されることとなった PICO 形式の問い は以下の 4 つです:

- 1. 妊娠中の蛋白尿の自己検査を、病院での検診に加えて利用できるようにすべきか?
- 2. 曝露前予防 (PrEP) の開始を、薬剤師によるスクリーニング後に、処方箋なしで行えるようにすべきか?
- 3. PrEP の継続を、薬剤師が処方箋なしで行えるようにすべきか?
- 4. ジェンダー・アファーミング・ホルモンについて、医療従事者による投与に加え、自己投与を利用できるようにすべきか?

PrEP の開始及び継続に関する PICO 形式の問い 2 及び 3 についての協議は、1 つの重要な留意事項セットにまとめられました。

REFERENCES FOR ANNEX 2

- WHO handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.who.int/groups/guidelines-reviewcommittee, accessed 22 March 2021).
- Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011;64:401– 6. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.
- 3. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A (editors). GRADE handbook: handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group; 2013 (https://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html, accessed 22 March 2021).

付録 3. スコーピングレビュー: WHO のセルフケアの定義

A3.1 実施方法

世界保健機関(WHO)の Department of Sexual and Reproductive Health and Research は、WHO ツール及びガ イダンスで使用されているセルフケアの定義のスコーピング レビューを実施しました。WHO の情報共有リポジトリ (Institutional Repository for Information Sharing: IRIS) で 行った「セルフケア」の初回データベース検索では、1700 件の文書が見つかりました。特定のセルフケアの記述に絞っ た結果、922件のWHO文書が残りました。これらをMicrosoft Excel に入力し、年及びトピック別に分類しました。セルフ ケアの明確な定義や説明的な記述のない文書を除外した結果、 106 件が残りました。これらを本ガイドラインのシステマテ ィックレビューチームのメンバーを含む3名のレビュー者が 別々に読み、定性的コーディングを用いて定義全体の中から 主要テーマを個別に特定し、上位5つの定義を選出しました。 その後、各自の結果を協議し、本ガイドラインの便宜的定義 について合意に達しました。

A3.2 結果

A3.2.1 便官的定義

本ガイドラインのための便宜的定義は、東南アジアの 2009 年 WHO 地域ワーキンググループに由来しており、同ワーキンググループのプライマリ・ヘルスケア環境におけるセルフケアの定義は、その後、他の WHO 文書で何度も引用されてきました:「セルフケアとは、個人、家族、及びコミュニティが、医療従事者の支援を受けながら、あるいはそうした支援を受けることなく、健康を促進し、病気を予防し、健康を維持し、病気や障害に対処する能力のことです」(1)。

セルフケアというのは、衛生管理(一般的及び個人的)、栄養(摂取する食べ物の種類や質)、ライフスタイル(運動、レジャーなど)、環境的要因(生活環境、社会的習慣など)、社会経済的要因(所得水準、文化的信念など)、及びセルフメディケーションを含む幅広い概念です (2)。

WHO 文書で使用されているセルフケアの一般的な定義には、その他に以下のようなものがありました。

- 非専門的ケア、「個人、家族、隣人、友人、職場の同僚 によってなされる、非組織的な健康活動及び健康関連の 意思決定」 (3)。
- 「あらゆる非医療専門家、つまり、本人、家族、隣人、 及びその他の一般人による、健康促進、予防、治療、又 はリハビリテーションを目的としたあらゆる健康関連 活動のための資源利用」 (4)。

• 「セルフケアは・・・保健システムおける主要な健康資源である。これには、個人、家族、隣人による非公式な健康活動及び健康関連の意思決定が含まれ、セルフメディケーション、自己治療、病中の社会的支援、及び応急処置などによって構成される。「非専門家ケア」という別の用語は、通常環境及び組織化された環境において一般人同士が提供し合うすべてのヘルスケアを指す」(5)。

A3.2.2 セルフケアの定義の重要な側面

保健システムとの関係

さまざまな WHO 文書におけるセルフケアの定義の主要な特 徴の1つは、セルフケア導入と保健システムとの関係でした。 一部の文書では、セルフケアを保健システムと独立したもの、 又は相対するものと定義していました。一方、セルフケアを 保健システムと連携したもの、又は保健システムの一部と定 義するものもありました。例えば、定義の中には、セルフケ アをプライマリ・ヘルスケアの一部とみなすものや、第一レ ベルのケア、保健システムの構成要素や領域の1つ、あるい は一連のヘルスケアの一部とみなすものなどがありました。 一部の定義では、セルフケアは保健システムによって支援さ れるもの(又はその逆)としていました。多くの定義では、 セルフケアは保健システムに代わるものではなく保健システ ムを補うものであることが強調され、ケアの共同生産につい て指摘していました。また、セルフケアは、保健システムに とって不可欠で、保健システムと同時に機能する、同時発生 現象とも表現されていました。

誰がどこで行うか

ほとんどのセルフケアの定義は、セルフケアの遂行者を具体的に特定しており、通常は医療専門家以外の人々とされていました。個人(「本人」)に焦点を当てた定義もあれば、家族及びより大規模な組織構造やコミュニティ構造を含めた定義もありました。セルフケアは一般的に家庭で行われるもの、つまり、自宅で実践できるケア又は在宅プロセスとされていました。一部の定義では、セルフケアの実施場所を「これでは、セルフケアの実施場所を「これでは、セルフケアの実施場所を「これでは、とれていました。一部の例では、保健システムは人々がセルフケアの一部とする例では、保健システムは人々がセルフケアの一部とする例では、保健システムによる支援の必要性を強調するものもありました。

範囲

セルフケアの定義は、大まかに 2 つの二分法によって分類することができました。第一に、セルフケアは日常生活又はライフスタイルの習慣や活動の観点から定義するか、あるいは病気、医薬品、又は症状の管理の観点から定義することができました。

付録 3. (続き)

一部の定義では、健康管理におけるコーピング、社会的支援、又は感情に関する側面とセルフケアを関連付けていました。第二に、セルフケアは何かを行う能力(つまり、エンパワメント、意思決定)の観点から定義するか、あるいは実際の活動自体(つまり、行動)の観点から定義することができました。いずれの例でも、セルフケアには積極的なエンゲージメントの要素がともなっており、セルフケアは個人が環境の変化を積極的にモニタリングし、対応することとされていました。1件のWHO文書では、セルフケアを「積極的で、対応力のある、柔軟なセルフマネジメント・プロセス」(6)と定義していました。セルフケアを行う人は、自分自身の健康のために何かを行う意思と能力があり、行うための情報を有し、行う準備ができていました。

中核的原則

セルフケアの基本原則には、個人の側面(セルフリライアンス、エンパワメント、自律性、個人的責任、自己効力感など)と、より大きなコミュニティの側面(コミュニティの参加、関与、エンパワメントなど)が含まれます。

A3.3 結論

この生きたガイドラインにおけるセルフケアの便宜的定義は 上記のとおりです:

> 個人、家族、及びコミュニティが、医療従事者の支援 を受けながら、あるいはそうした支援を受けることな く、健康を促進し、病気を予防し、健康を維持し、病 気や障害に対処する能力。

この定義におけるセルフケアの範囲には、健康促進、病気の 予防と管理、セルフメディケーション、家族の介護、必要に 応じた病院又は専門家の受診、及び緩和ケアを含むリハビリ テーションが含まれます (7)。この概念には、行動を決め る要因やプロセスが何であれ、また、セルフケアの効果の有 無や専門家によるケアとの適切な連携の有無に関わらず、健 康維持や症状への対応のために行動する(又は行動しない) のはその人自身である、という認識が内在しています。

REFERENCES FOR ANNEX 3

- Self-care in the context of primary health care: report of the regional consultation, Bangkok, Thailand, 7–9 January 2009. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2009 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/206352, accessed 24 May 2021).
- The role of the pharmacist in self-care and selfmedication. Geneva: World Health Organization; 1998 (https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/65860/WHO DAP 98.13.pdf, accessed 24 May 2021).
- Hatch S, Kickbusch I, editors; World Health Organization, Regional Office for Europe. Self-help and health in Europe: new approaches in health care. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1983.
- Thirteenth plenary meeting, 16 May 1984. In: Verbatim records of plenary meetings: Thirty-seventh World Health Assembly, 7–17 May 1984. Geneva: World Health Organization; 1984:245–52 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/160775/WHA37 1984-REC-2_eng.pdf, accessed 24 May 2021).

- Economic support for national health for all strategies: background document. Geneva: Fortieth World Health Assembly; 1987 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164144/WHA40_TD-2_eng.pdf, accessed 24 May 2021).
- Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003 (https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf, accessed 24 May 2021).
- Self care for health: a handbook for community health workers & volunteers. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South- East Asia; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf, accessed 24 May 2021).

付録 4. 用語集

許容性(Acceptability)	医療施設、商品、及びサービスは、意図された受益者に受け入れられるものでなければならない。その提供は、医療倫理、並びに個人、少数民族、集団、及びコミュニティの文化を尊重尊重し、ジェンダーやライフサイクルの要件に対して敏感な形で行われ、秘密保持を尊重しながら健康状態を改善するように設計されていなければならない。各国は、性と生殖に関する健康に影響を及ぼすすべての政策、プログラム、及びサービスの中心にジェンダーの観点を据え、そうした政策、プログラム、及びサービスの計画策定、実施、並びにモニタリングに人々を関与させるべきである (1)。
アクセシビリティ (Accessibility)	国際人権法に基づき、各国には、医療施設、商品、及びサービスに誰もがアクセスできるようにすることが求められている。これには、物理的及び経済的アクセシビリティや、情報へのアクセスが含まれる。人権団体は、各国に対し、高額なサービス利用料、配偶者や親/保護者又は病院当局による許可を必要とする要件、医療施設の遠さ、及び便利で手ごろな料金の公共交通機関の不足など、人々が保健サービスにアクセスする上で直面する障害を排除するよう求めいる (1)。
アカウンタビリティ (Accountability)	各国は、法律、政策、及びプログラムの枠組み並びに実践が国際的な人権基準に沿ったものになるようにする責任がある。さらに、医療を求め、受ける際を含め、個人の活動や選択が尊重され、保護され、達成されるようにするためには、アカウンタビリティが効果的に果たされるようにする仕組みが重要なカギとなる。アカウンタビリティが効果的に果たされるようにするためには、社会から取り残された集団の人々を含め、個人、家族、及び集団が、性と生殖に関する健康についての権利を含む各自の権利を認識し、自らの権利を主張する力をつける必要がある (1)。
青年(Adolescent)	本ガイドラインの目的上、青年とは 10 歳から 19 歳までの者と定義される。青年は同質集団ではなく、身体的及び感情的成熟は年齢とともに進むが、その進行には同年齢の個人間で差がある。また、さまざまな社会的及び文化的要因も、青年の健康、重要な個人的決定を下す能力、及びサービスにアクセスする能力に影響を及ぼす可能性がある (2)。
成人(Adult)	18 歳以上の者 (3)。
自律性(Autonomy)	自律性とは、性の健康における自己決定に対する個人の権利に関連するものであり、 各国によって認識され、パートナーや家族からグローバルな機関まで、誰しもが実現 化する必要がある権利である (4)。
可用性(Availability)	機能する保健・医療施設、商品、及びサービス、並びにプログラムが、国内で十分な数量が利用できる必要がある。施設、商品、及びサービスの特徴は、国の開発レベルを含む多数の要因によって異なってくる。しかし、各国は、安全な飲料水、十分な衛生設備、健康関連教育、病院、診療所、及びその他の保健関連施設の提供といった根本的な決定要因に対処しなければならず、訓練を受けた医療従事者及び専門家に国内水準以上の給与が支払われるよう保証すべきである。この中核的義務の一部として、各国は国の医薬品集に収載される商品が、公共部門における医薬品の調達及び供給の指針となる WHO の必須医薬品モデルリストに基づいているようにすべきである (1)。
児童(Children)	「児童の権利に関する条約(子どもの権利条約)」の第 1 条によると、「児童とは、18 歳未満のすべての人を指す。ただし、その児童に適用される法律により、それ以前に成年に達する場合はその限りではない」 (3) とされている。

135 付録

包括的性教育 (Comprehensive sexuality education)	包括的性教育とは、セクシュアリティの認知的、感情的、身体的、及び社会的側面について教育し、学習する、カリキュラムベースのプロセスである。子どもや若者が知識、スキル、態度、及び価値観を身に付け、それによって自らの健康、ウェルビーイング、及び尊厳を認識し、相手に敬意を持った社会的及び性的関係を築き、自らの選択が自分自身や他者のウェルビーイングにどのような影響を及ぼすかを考慮し、人生全体を通じて自らの権利を理解し、確実に保護する力をつけられるようにすることを目的としている (5)。
確認する(Confirm)	性感染症(HIV、ヒトパピローマウイルスなど)、妊娠、又はその他の健康状態に関する検査ステータスについて報告書を発行すること。自己検査による反応検査の結果を含む最初の反応検査の結果は、妥当性が確認されている各国の検査アルゴリズムに従って、及び/又は医療従事者が確認する必要がある (6)。
デジタルヘルス(Digital health)	健康のためのデジタル技術の使用。eHealth 及び mHealth に加え、人工知能、ビッグデータ、及びゲノミクスの分野における計算科学の使用などの新興分野によって構成される包括的な用語である (7)。
デジタルヘルス介入 (Digital health intervention)	保健部門の目的を達成するためのデジタル技術の独立した機能の1つ。デジタルヘルス介入は、デジタル技術やモバイル技術が保健システムのニーズを支援するために使用されるさまざまな方法によって分類される (7)。
eHealth	医療サービス、健康調査、健康に関する文献、及び健康教育・知識・研究を含む、健康及び健康関連分野を支援するための情報及びコミュニケーション技術の使用。 mHealth は eHealth の構成要素である (7)。
実現環境(Enabling environment)	組織、個人、及びプログラム又はプロジェクトが効果的かつ効率的に機能するよう刺激し、支援する態度、行動、政策/方針、及び慣行。実現環境には、法律、規制、及び政策の枠組みや、政治的、社会文化的、制度的、及び経済的要因が含まれる (8)。
EtD 表 (Evidence-to-decision table)	エビデンスに基づく推奨事項及び決定を行う人々及び使用する人々を支援するための枠組み。その主な目的は、意思決定者が体系的かつ透明性のある形でエビデンスを使用できるようにすることである。WHOのガイドライン作成において使用する際、EtD枠組みは Guideline Development Group(GDG)メンバーが検討対象の介入の相対的な長所と短所を把握できるようにし、意思決定のための重要な基準がすべて GDG メンバーによって考慮されるようにし、各基準について得られている最良のエビデンスの簡潔な要約を GDG メンバーに判断材料として提供し、各自の決定のプロセスや根拠を透明にすることで意見の不一致の理由を特定できるようにする(9)。
家族計画(Family planning)	家族計画は、希望する数の子どもを授かり、妊娠の間隔を決定することができるようにするものである。これは、避妊法の使用や不妊治療を通じて達成される (10)。
生殖能力(Fertility)	臨床妊娠を成立させる能力 <i>(11)</i> 。
生殖能力の認識(Fertility awareness)	生殖、生殖力、受胎能力、及び個人的なリスク要因(高齢、性感染症などの性に関する健康要因、喫煙や肥満などのライフスタイル要因など)と非個人的なリスク要因(環境要因や職場要因など)の理解。生殖・家族計画の選択肢に影響を及ぼす社会的及び文化的要因の認識も含まれる (11)。

不妊ケア (Fertility care)	個人及びカップルが生殖に関わる希望を実現するのを手助けすることを目的とした、
	生殖能力の認識、支援、及び妊娠管理を含む介入 <i>(11)</i> 。
ジェンダー平等 (Gender equality)	法律に基づく保護(保健サービス、教育、投票権など)を含め、女性及び男性の多様な集団が、社会的、経済的、及び政治的資源にアクセスし、これらをコントロールする平等な機会の確保。また、機会均等(又は形式的平等)とも呼ばれる。ジェンダー公平と互換的に用いられることが多いが、この2つはジェンダーに基づく健康格差の縮小に必要な異なる相補的な戦略を指す。ジェンダー平等の下では、さまざまな人々が健康に対する自らの権利とポテンシャルを100%実現し、健康開発に貢献し、結果の恩恵を受ける平等な機会が与えられる。ジェンダー平等の達成には、そうした商品や資源に対するアクセスが制限されている人々を支援するよう設計された具体的な対策が必要である(12)。
ジェンダー公平 (Gender equity)	異なるジェンダーの人々の異なるニーズ、好み、及び関心を指す。これは、機会均等を確保するためには異なる扱いが必要になる可能性があることを示している。実質的平等(又は結果の平等)と呼ばれることが多く、人々の生活の実情を考慮する必要がある。ジェンダー平等と互換的に用いられることが多いが、この2つはジェンダーに基づく健康格差の縮小に必要な異なる相補的な戦略を指す。
ジェンダーレスポンシブ (Gender-responsive)	ジェンダー規範、役割、及び格差を考慮し、それらの有害な影響を積極的に削減する ための対策を講じた政策又はプログラム。
害又は社会的な害 (Harm or social harm)	個人から他者、自分自身、又は組織から個人に対する、意図的又は非意図的な、身体的、経済的、感情的、又は心理社会的被害若しくは苦痛 (6)。
健康介入(Health intervention)	健康介入とは、健康、機能、又は健康状態を評価、改善、維持、促進、又は修正するために、個人/集団に対して、個人/集団とともに、又は個人/集団に代わって行われる行為である。健康介入は、保健システム全体において非専門家 ^a を含む幅広い医療従事者によって行われることがあり、診断、内科医療、外科医療、メンタルヘルス、プライマリケア、機能支援、リハビリテーション、伝統医学、及び公衆衛生などが含まれる (13)。
HIV の自己検査(HIV self-testing)	個人が自身の検体(口腔液又は血液)を採取し、検査を実施し、結果を解釈するプロセス。たいていは 1 人で、又は信頼する人と一緒に、プライベートな環境で行われる(6)。
HIV ステータス(HIV status)	患者に対して提供される最終報告書。1回又は複数回の試験により得られた一連の検査結果に基づく最終的な病状の解釈。HIVステータスの報告には、HIV陽性、HIV陰性、HIV判定保留がある(6)。
HPV の自己採取(HPV self-sampling)	HPV に感染しているかどうかを知りたい人が、キットを使って(頸)膣部のサンプルを採取し、検査機関に送って分析するプロセス。採取方法には、洗浄、ブラシ、スワブ、及び膣パッチなどがある。HPV の自己採取では、子宮頸がん(前がん)の診断はできないが、リスクの高い人を特定することができる (14)。

^a この項目はここで追加され、引用元に記載されている定義には含まれていない。したがって、これは改変された定義となる。

人権(Human rights)	人権とは、世界中のすべての人に等しく適用され、国際的人権文書に記されている法的保証である。人権は、基本的な自由や人間の尊厳を損なう行為から守り、個人及び集団の活動を支援する。人権の推進には、人々が自らの保証された権利を享受できるようにする制度及び手順を整備するため、政府等が積極的な取り組みを行う必要がある (15~17)。
不妊(Infertility)	12ヵ月間にわたり避妊をせずに定期的な性交渉を行っても臨床妊娠に至らない、又は個人として、若しくはパートナーとの間で子どもを設ける能力が損なわれていることにより臨床妊娠に至らないことを特徴とする疾患。病歴、性交渉歴、生殖歴、年齢、身体所見、及び診断検査に基づき、1年が経過する前に不妊治療介入を開始することもできる。不妊は、機能障害を生じる疾患である (11)。
情報に基づく意思決定 (Informed decision-making)	医療機関を利用するすべての人の尊厳や、身体的・精神的な健全さの尊厳には、生殖に関する選択を自ら独立して行うことができる機会を 1 人ひとりに与えることも含まれる。情報に基づく自由で完全な事前の意思決定を通じて示される自律性の原則は、医療倫理の中心的なテーマであり、人権法の中で具現化されている。自らの性と生殖に関する健康について情報に基づく意思決定を行うためには、若者、障害とともに生きる人々、先住民、少数民族、HIV とともに生きる人々、及びトランスジェンダーやインターセックスの人々を含むすべての人が、包括的な情報、カウンセリング、及び支援にアクセスできるようにする必要がある。人々は幅広い選択肢から選択することができるべきであるが、いずれか又はすべての選択肢を拒否する自由もあるべきである (1)。
インターセクショナリティ(Intersectionality)	インターセクショナリティ(交差性)の概念は、ジェンダーが人種、民族、年齢、階級、地理的場所、性自認、及び性的指向などのその他の要因と相互作用するという理解に基づいており、また、その理解を拡大するものである。ジェンダー間の不平等な力関係は、単独で作用するのではなく、他の社会的及び経済的不平等と交差して、健康格差をもたらす (18)。
親密なパートナーによる 暴力(Intimate partner violence)	身体的暴力、性的暴力、感情的又は心理的虐待、及び支配的行動を含む、身体的、心理的、又は性的被害をもたらす、親密な人間関係の間で行われる行動 <i>(6)</i> 。
鍵となる人々(Key populations)	特定の高リスク行動により、流行の型や地域の状況に関わらず HIV の感染リスクが高い集団。これらのガイドラインでは、男性間性交渉者、注射薬物使用者、刑務所やその他の閉鎖的環境にある人々、セックスワーカー、及びトランスジェンダーの人々を重要集団としている (6)。
非専門医療従事者(Lay health worker)	医療提供に関連する機能を果たす者のうち、それらのサービスを提供する訓練を受けているが、正式な専門資格又は準専門資格を持たず、第3期教育の学位も持たない者(6)。
医療補助生殖 (Medically assisted reproduction)	さまざまな形態の生殖障害や不妊を治療するため、さまざまな介入、手順、手術、及び技術を通じてもたらされる生殖。これには、排卵誘発、卵巣刺激、排卵誘導、すべての生殖補助医療、子宮移植、並びに子宮内、子宮頸管内、及び膣内精液注入が含まれる (11)。

mHealth	eHealth の一部である、保健部門の目的達成を支援するためのモバイル及びワイヤレス 技術の使用 <i>(7)</i> 。
非差別 (Non-discrimination)	非差別の人権原則は、人種、肌の色、性別、言語、宗教、政治上若しくはその他の意見、出身国若しくは社会的出身、財産、出生、又は障害、婚姻状況、家族状況、健康状態、居住地、経済状況、社会的状況、性的指向、性自認などその他の状況等によるいかなる差別も受けることなく、人権を行使できるよう保証することを各国に義務付けている。健康に対する権利との関連において、この義務は、各国が差別なくサービスの可用性、アクセシビリティ、許容性、及び質を保証すべきであることを意味する(1)。
参加(Participation)	有意義な参加には、健康介入の設計、実施、及びモニタリングを含め、個人が自身に直接影響する決定に参加する権利を与えられる必要がある。各国は、国際人権法に基づき、自らの健康に関する事柄を含め、自身に影響する意思決定に、個人が情報に基づき積極的に参加できるようにする義務がある。国際人口開発会議の行動計画は、性と生殖に関する健康との関連においてこの中核的原則を再確認しており、「国、地域、及び国際レベルでの市民的、文化的、経済的、政治的、及び社会的生活への女性の完全かつ平等な参加と、性別を理由とするあらゆる差別の根絶が、国際社会の優先目標である」としている。女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約(Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women:CEDAW)では、各国に対し、すべての部門のあらゆるレベルにおいて公共政策の策定に全面的に参加し、代表として策定を行う権利を女性が有するよう保証することを特に要求している(1)。
患者エンゲージメント (Patient engagement)	健康や医療への患者及び公衆の積極的な関与を推進・支援し、個人及び集団レベルにおける医療に関する決定への影響力を強化すること。実際の患者に自らの体験や見地を語ってもらうことは、訓練の参加者が患者の観点を正しく認識し、臨床医療従事者と患者の信頼関係を維持することの重要性を理解するのに役立つ。これらの中核的価値観は、思いやりのある、質の保証された、そして何より安全なケアに不可欠である。訓練中に患者の話に触れることは価値があり、安全性の改善に対する医療従事者のモチベーションを高めるのに役立つ。組織レベルでは、例えば諮問委員会のメンバーなどとして、患者や家族に患者中心型のプロセス及びシステムの設計や開発に関わってもらうことができる(19)。
患者体験(Patient experience)	患者体験には、保健計画によるケアや、病院やその他の医療機関における医師、看護師、及びスタッフによるケアを含め、患者が医療システムとの間で経験するさまざまなやり取りが含まれる。医療の質に欠かせない要素として、患者体験には、都合の良い日時に予約を取れる、情報にアクセスしやすい、医療従事者と良好なコミュニケーションが取れるなど、医療を求め、受ける際に患者が高く評価する、医療提供のいくつかの側面が含まれる (20)。
患者安全(Patient safety)	患者安全とは、医療の過程において予防可能な患者への害がないようにし、医療にともなう不必要な害のリスクを許容可能な最小限の水準まで減らすことである。許容可能な最小限の水準とは、現在の知識、利用可能な資源、及び医療の提供環境について、治療をしない場合のリスクや他の治療を行う場合のリスクと比較検討した場合の集合的概念である (21)。
人中心型 (People-centredness)	個人の好み、ニーズ、及び価値観を尊重し、それらに対応した形でケアを提供し、患者の価値観をすべての臨床的決定の指針とするようにすること (22)。

139

ポイント・オブ・ケア検査(Point-of-care test)	ポイント・オブ・ケア検査の重要な要素は、(i)検査対象者とともに、又は検査対象者のそばで検査を行うこと、(ii)同じ来院時に検査対象者に結果を知らせること、及び(iii)検査結果をただちに患者のケアや紹介に使用することができるということである (23)。
妊娠(Pregnancy)	子宮内への胚の着床から始まり、着床産物の完全な娩出及び/又は吸引で終わる生殖 状態 (11)。
プライバシーと秘密保持 (Privacy and confidentiality)	プライバシーの権利とは、医療情報や医療サービスにアクセスする人がプライバシーを侵害されることがないようにし、この点において法的保護を享受できるべきであることを意味する。性と生殖に関する健康には、家族やコミュニティ内で広く議論されることが少ないセンシティブな問題が多数関わっており、医療従事者は患者から極めて個人的な情報をゆだねられることが多い。秘密保持とは、医療従事者が患者から得た医療情報を開示しない又は内密にする義務、また、個人のプライバシーを保護する義務を意味し、性と生殖に関する健康において重要な役割を果たす (1)。
心理社会的支援 (Psychosocial support)	「心理社会的」という用語は、個人とあらゆる社会的実体の集合的側面との密接な関係を指す。社会心理的支援は、対象者が状況を受け入れ、それに対処する手助けをすることで、その人の心理的及び身体的ニーズに対応することができるよう、特定の状況に合わせて変更することができる(24)。
質(Quality)	質とは、個人及び集団に対する保健サービスが望ましい健康アウトカムが得られる可能性を高める度合いであり、現在の専門知識と一致する。また、明示的及び暗示的なニーズを満たす能力に関係する特徴の総体を指す。人権の実現には、医療施設、商品、及びサービスが、科学的及び医学的に適切であることを含め、良質であることが必要となる。これには、熟練した医療従事者、科学的に承認された有効期限の切れていない医薬品及び病院設備、飲用に適した安全な水、及び適切な衛生環境が特に必要である (1)。
品質保証(Quality assurance)	質に対する要件が満たされるという確信をステークホルダーに与える、品質管理の一部 (6)。
自己投与 (Self-administration)	薬理学的物質又は生物医学的介入を自分自身に使用するプロセス。
セルフケア(Self-care)	WHO が現在採用しているセルフケアの便宜的定義は、「個人、家族、及びコミュニティが、医療従事者の支援を受けながら、あるいはそうした支援を受けることなく、健康を促進し、病気を予防し、健康を維持し、病気や障害に対処する能力のこと」である (25)。この定義におけるセルフケアの範囲には、健康促進、病気の予防と管理、セルフメディケーション、家族の介護、必要に応じた病院又は専門家の受診やプライマリケアの利用、及び緩和ケアを含むリハビリテーションが含まれる (26)。セルフケアというのは、衛生管理(一般的及び個人的)、栄養(摂取する食べ物の種類や質の選択)、ライフスタイル(運動、レジャーなどの選択)、環境的要因(生活環境、社会的習慣など)、社会経済的要因(所得水準、文化的信念など)、及びセルフメディケーションも含む幅広い概念である (27)。
セルフマネジメント (Self-management)	自己の管理又は自己による管理であり、自分自身の行動、健康、及びウェルビーイングに対して責任を持つこと (28)。
セルフメディケーション (Self-medication)	セルフメディケーションとは、自己認識した病気や症状を治療するために個人が行う 医薬品(漢方薬や伝統薬を含む)の選択及び使用を言う。セルフメディケーションは、 セルフケアの一要素である (29)。

自己モニタリング (Self-monitoring)	自己モニタリングは、 セルフマネジメント の重要な側面であり、臨床パラメータ、症 状測定、及び日常活動のモニタリングが含まれる <i>(30)</i> 。
HIV 感染不一致のカップ ル(Serodiscordant couple)	パートナーの 1 人が HIV 陽性で、1 人が HIV 陰性のカップル <i>(6)</i> 。
社会的なアカウンタビリ ティ(Social accountability)	社会的なアカウンタビリティとは、「公共財の提供に関するアカウンタビリティが果たされるようにすることを目的とした、公共機関との継続的かつ有意義な集団的エンゲージメントへの市民の取り組み」である。これは、情報を提供して需要を生み出すコミュニティ参加型アプローチを超え、使用者のエンパワメント及び教育を行って、国に提供義務のあるサービスを要求できるようにし、医療サービス関係者がそうした要求を認識して対応する支援を行うことが含まれる (31)。
スティグマ(Stigma)	スティグマは元々、しるしや汚点を意味するギリシャ語に由来し、違いにレッテルを貼り、差別を生み出し、機会を奪い、社会的不平等を再生する、信念、態度、慣行、及び社会的プロセスである。スティグマは、コミュニティの規範(知覚されたスティグマ又は規範によるスティグマ)や、不当な扱い及び差別行為(実行されたスティグマ)の形で現れ、内在化すること(セルフスティグマ又は内在化したスティグマ)がある(32)。
タスク共有(Task sharing)	訓練を受けた一般人を含む、さまざまな医療従事者の間におけるタスクの合理的な再分配と作業範囲の拡大 (6)。
遠隔医療 (Telemedicine)	WHO/国際電気通信連合の国家 eHealth 戦略ツールキット (National eHealth Strategy Toolkit) では、遠隔医療について「遠隔地からの医療サービスの提供」を支援するものと定義されている (33)。
トランスジェンダー (Transgender)	性自認やジェンダー表現が、出生時に割り当てられた性別と伝統的に結び付いている 規範や期待と一致しない人々を指す包括的な用語であり、トランスセクシュアル、ト ランスジェンダー、又はその他のジェンダー不適合の人々が含まれる。トランスジェ ンダーの人々は、トランスジェンダー、女性、男性、トランス女性、トランス男性、 トランスセクシャル、又は特定の文化においてはヒジュラー(インド)、ワリア(インドネシア)、カトゥーイ(タイ)、又はその他多くのトランスジェンダーのアイデンティティと自認することがある。これらの人々は、さまざまな男性的、女性的、及び/又は中性的な形で自らのジェンダーを表現する。トランスジェンダー・コミュニティ内のさまざまなサブグループによって、性的リスク行動は異なる可能性がある。例えば、受け入れ側として男性と肛門性交をするトランスジェンダー女性(出生時に男性と割り当てられた人)やトランスジェンダー男性(出生時に女性と割り当てられた人)は、女性のみと性行為をするトランスジェンダー男性やトランスジェンダー女性に比べ、性的リスクが高い可能性がある(34)。トランスジェンダーの人々は、スティグマ、差別、及び暴力を極めて受けやすいことが多く、明確な公衆衛生対応を必要とする特有の健康ニーズがある。
脆弱集団(Vulnerable populations)	社会経済的要因、障害、法的身分、及び/又はパワーダイナミクスにより、特定の状況や環境において健康状態が損なわれる可能性が極めて高い人々の集団。WHOでは、脆弱性について、集団、個人、若しくは組織が災害の影響に備えること、対応すること、抵抗すること、又はそこから回復することができない度合いと定義している。脆弱集団には、児童、妊婦、高齢者、栄養失調の人、病気又は免疫不全の人などが含まれる可能性がある (35)。
廃棄物管理(Waste management)	廃棄物の収集、輸送、処分又はリサイクル、及びモニタリング。
若者(Young people)	10歳~24歳の者(36)。
若年者(Youth)	15歳~24歳の者(32)。
<u> </u>	

REFERENCES FOR ANNEX 4

- Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide. Geneva: United Nations Population Fund, World Health Organization; 2015 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/hr-contraceptive-service-delivery/en/, accessed 17 May 2019).
- HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policymakers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www. who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_ eng.pdf, accessed 6 May 2019).
- Convention on the Rights of the Child. New York (NY): United Nations General Assembly; 1989 (http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx, accessed 17 May 2019).
- Hawkes S. Sexual health: a post-2015 palimpsest in global health? Lancet Glob Health. 2014;2(7):e377–8. doi:10.1016/S2214-109X(14)70036-1.
- International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2018 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/technical-guidance-sexuality-education/en/, accessed 17 May 2019).
- Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/hiv/pub/self-testing/hiv-self-testing-guidelines/en/, accessed 17 May 2019).
- WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/ reproductivehealth/publications/digital-interventionshealth-system-strengthening/en/, accessed 26 April 2019).

- Global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016–2030. Every Woman Every Child; 2015 (https://www.who.int/life-course/partners/globalstrategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf, accessed 25 March 2019).
- GRADE Working Group [website] (http://www.gradeworkinggroup.org/, accessed 17 May 2019).
- Family planning/contraception. Fact sheet. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception, accessed 17 May 2019).
- 11.Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, et al. The international glossary on infertility and fertility care. Hum Reprod. 2017;32(9):1786–801. doi:10.1093/humrep/dex234; Fertil Steril. 2017 Sep;108(3):393–406. doi:10.1016/j. fertnstert.2017.06.005 [simultaneously published].
- Gender mainstreaming for health managers: a practical approach: facilitators' guide. Geneva: World Health Organization; 2011
 (https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/heal th managers guide/en/, accessed 17 May 2019).
- WHO International Classification of Health Interventions (ICHI). In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/classifications/ichi/en/, accessed 17 May 2019).
- 14. Yeh PT, Kennedy CE, De Vuyst H, Narasimhan M. Selfsampling for human papillomavirus (HPV) testing: a systematic review and meta-analysis. BMJ Glob Health. 2019;4:e001351. doi:10.1136/bmjgh-2018-00135.
- 15. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights. Human rights: an introduction. In: Mann J, Gruskin S, Grodin M, Annas GJ, editors. Health and human rights: a reader. New York (NY): Routledge; 1999:21–8.

- Universal Declaration of Human Rights. New York (NY): United Nations; 1948 (http://www.un.org/en/documents/udhr/, accessed 17 May 2019).
- 17. Donnely J. International human rights, 2nd edition. Boulder (CO): Westview Press; 1998.
- Gender and health. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/news-room/q-a-detail/gender-and-health, accessed 2 June 2021).
- Patient engagement: technical series on safer primary care. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/hand le/10665/252269/9789241511629-eng.pdf, accessed 17 May 2019).
- What is patient experience? In: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [website]. Rockville (MD): AHRQ; 2017 (https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.htm], accessed 17 May 2019).
- International classification for patient safety: key concepts and preferred terms. In: Conceptual framework for the international classification for patient safety, version 1.1.
 Final technical report. Geneva: World Health Organization; 2009 (https://www.who.int/ patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf, accessed 17 May 2019).
- 22. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): The National Academies Press; 2001. doi:10.17226/10027.
- 23. Improving the quality of HIV-related point-of-care testing: ensuring the reliability and accuracy of test results. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199799/9789241508179 eng.pdf, accessed 17 May 2019).

- Definition of psychosocial supports. UNICEF; undated (https://www.unicef.org/tokyo/jp/Definition_of_ psychosocial_supports.pdf, accessed 17 May 2019).
- 25. Hatch S, Kickbusch I, editors. Self help and health in Europe. New approaches in health care. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1983.
- 26. Self-care for health: a handbook for community health workers & volunteers. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2013 (http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5084.pdf, accessed 17 May 2019).
- 27. Self-care. In: The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, 26–28 August 1998. Geneva: World Health Organization; 1998 (WHO/DAP/98.13; http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/3.1.html, accessed 17 May 2019).
- Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Educ Couns. 2002;48(2):177–87. doi:10.1016/s0738-3991(02)00032-0.
- 29. Self-medication. In: The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, 26–28 August 1998. Geneva: World Health Organization; 1998 (WHO/ DAP/98.13; http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/3.2.html, accessed 17 May 2019).
- Wilde MH, Garvin S. A concept analysis of selfmonitoring.
 J Adv Nurs. 2007;57(3):339–50. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04089.x.
- 31. Joshi A. Legal empowerment and social accountability: complementary strategies toward rights-based development in health? World Development. 2017;99:160–72. doi:10.1016/j.worlddev.2017.07.008.

- 32. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Soc Sci Med. 2003;57(1):13–24. doi:10.1016/s0277-9536(02)00304-0. 4.
- National eHealth strategy toolkit. Geneva: World Health Organization and International Telecommunication Union; 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/75211/9789241548465 eng.pdf, accessed 2 June 2021).
- 34. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2014; reprinted in 2016 with changes (https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/, accessed 17 May 2019).
- 35. Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2002 (https://www.who.int/water_sanitation_health/emergencies/emergencies2002/en/, accessed 6 May 2019).
- 36. Interagency Youth Working Group. Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, United States Agency for International Development, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. Research Triangle Park (NC): FHI; 2010 (https://www.youthpolicy.org/library/wp-content/uploads/library/2010 Risk HIV eng.pdf, accessed 22 June 2021).

付録 5. 利益関係の宣言及び利益相反の管理の要約

Name	Expertise	Declaration of interests	Conflicts of interest and their management
Dr Kaosar Afsana	Research, sexual and reproductive health and rights	None declared	Not applicable
Ms Hera Ali	Youth, pharmacist	None declared	Not applicable
Dr Elham Atalla	Sexual health, policy	None declared	Not applicable
Martha Brady	Self-care interventions	None declared	Not applicable
Professor Elizabeth Bukusi	Research, ethics, sexual and reproductive health and rights	None declared	Not applicable
Dr Laura Ferguson	Human rights, law	None declared	Not applicable
Anita Hardon	Sexual and reproductive health and rights, social science and implementation research None declared Not applicable		Not applicable
Jonathan Hopkins	Integrated health services for sexual and reproductive health and rights and human immunodeficiency virus, homeless populations	None declared	Not applicable
Hussain Jafri	Patient safety/user perspective	None declared	Not applicable
Mukesh Kapila	Policy, noncommunicable diseases Non		Not applicable
Po-Chin Li	Youth, clinician None declared Not applical		Not applicable
Carmen Logie	 Key populations, social science, human immunodeficiency virus, sexually transmitted infections None declared not applicable infections		Not applicable
Kevin Moody	oody Pharmacy, education, key populations, patient groups, human immunodeficiency virus None declared Not app		Not applicable
Daniella K. Munene	ne Pharmacy, programme manager None decla		Not applicable
Lisa Noguchi	Maternal health, innovations None declared		Not applicable
Gina Ogilvie	Sexually transmitted infections, human immunodeficiency virus, human papillomavirus, research None declared Not applicable		Not applicable

145

付録 5. (続き)

Name	Expertise	Declaration of interests	Conflicts of interest and their management
Ash Pachauri	Climate change, environmental and planetary health, abortion, women's health, vulnerable populations, youth None declared Not applicable		Not applicable
Michelle Remme	Health financing, sexual and reproductive health and rights, gender-based violence None declared Not applicable		Not applicable
Jaya Lakshmi Shreedhar	Advocacy, communications, journalism, tuberculosis and communicable diseases, noncommunicable diseases None declared Not applicable		Not applicable
Leigh Ann van der Merwe	der Community perspective/human rights None declared Not applicable		Not applicable
Sheryl van der Poel	ryl van der Poel Infertility, research, normative guidance None declared Not applicable		Not applicable
Allen Zhiwei Wu	Sexually transmitted infections, human papillomavirus, education, research, policy None declared Not applicable		Not applicable

付録 6. 優先度の高い問い及びアウトカム

PICO : 対象集団(P : population)、介入(I : intervention)、比較対照(C : comparator, outcome)、アウトカム(O : outcome)

PICO 形式の問い(P-I-C)	アウトカム(O)
妊娠を計画している人は、葉酸サプリメントの使用をセルフマネジメントすべきか、それとも医療提供者の主導によるそうした葉酸サプリメントの管理のみが提供されるべきか? P: 今後3ヵ月以内に妊娠を計画している人	母体アウトカム 重大アウトカム: 1. 自律性(自己効力感、自己決定、エンパワメントなど) 2. 製品の正しい使用 重要アウトカム: 1. 葉酸濃度(血清又は赤血球)
I: 鉄及び葉酸サプリメントのセルフマネジメントC: 医療従事者の主導による葉酸サプリメントの提供	2. 心の健康とウェルビーイング(不安、ストレス、自傷行為など) 3. 有害事象(欠品、製品流用、偽造品など) 4. 社会的な害(差別、親密なパートナーによる暴力、スティグマなど)
	胎児/新生児アウトカム
	重大アウトカム: 1. 神経管欠損 2. 死産又は周産期死亡
妊婦は、国際的なガイダンス(現在は、鉄元素 30~60 mg 及び葉酸 400 μg [0.4 mg] の 1 日 1 回投与、又は鉄元素 120 mg 及び葉酸 2.8 mg の間欠投与 [週 1 回など])に従って鉄及び葉酸サプリメントの使用をセルフマネジメントすべきか、それとも医療提供者の主導によるそうしたサプリメントの管理のみが提供されるべきか?	重大アウトカム: 1. 偽造品 2. 貧血/鉄欠乏 3. 自律性(自己効力感、自己決定、エンパワメントなど)
P: あらゆる妊娠期間及び出産回数の妊婦。 I: 鉄及び葉酸サプリメントのセルフマネジメント(鉄元素 30~60 mg 及び葉酸 400 μg [0.4 mg] の1日1回投与、又は鉄元素120 mg 及び葉酸 2.8 mg の間欠投与)	4. 心の健康とウェルビーイング(不安、ストレス、自傷行為) 5. 欠品、製品流用 6. 社会的な害(差別、親密なパートナーによる暴力、スティグマな
C: 医療従事者の主導による葉酸サプリメントの提供	重要アウトカム: 1. 在胎期間に応じた出生体重/身長 2. 早産 3. 死産又は周産期死亡

PICO 形式の問い(P-I-C)	アウトカム(O)
	重大アウトカム: 1. 偽造品 2. 貧血/鉄欠乏 3. 自律性(自己効力感、自己決定、エンパワメントなど) 4. 製品の正しい使用 5. 葉酸濃度(血清又は赤血球) 重要アウトカム: 1. 欠品、製品流用 2. 心の健康とウェルビーイング(不安、ストレス、自傷行為) 3. 社会的な害(差別、親密なパートナーによる暴力、スティグマな
リメントの提供	
での血圧モニタリング 院での血圧モニタリング	重大アウトカム: 1. 子癇又は子癇前症 2. 出生前入院
	新生児アウトカム 重大アウトカム: 1. 死産又は周産期死亡 2. 在胎期間に応じた出生体重及び身長 3. アプガースコア

PICO 形式の問い(P–I–C)	アウトカム(0)
妊娠中の蛋白尿の自己検査を、病院での検診に加えて利用できるようにすべきか? P: 妊婦 I: 蛋白尿の自己モニタリング(妊婦本人又は家族など本人以外の一般人による) C: 出産前診察時のみの医療従事者による病院での蛋白尿検査	 母体アウトカム 重大アウトカム: 1. 母体死亡又はニアミス 2. 子癇又は子癇前症 3. フォローアップケア及び適切な管理 4. 自律性(自己効力感、自己決定、エンパワメントなど) 重要アウトカム: 1. 有害妊娠アウトカム(自然流産、前期破水、常位胎盤早期剥離など) 2. 長期心血管リスク、慢性高血圧、糖尿病、脳卒中 3. 心の健康とウェルビーイング(不安、ストレス、自傷行為) 4. 有害事象及び社会的な害(差別、親密なパートナーによる暴力、スティグマを含む)、並びにそれらの害が是正されたか否か/と正が可能であったか 5. 医療機器関連の問題(検査不良や、製造、包装、ラベリング、又は使用説明書に関する問題など) 新生児アウトカム 重要アウトカム: 1. 死産又は周産期死亡
	2. 子宮内胎児発育遅延 3. 早産
妊娠糖尿病の妊婦における血糖値の自己モニタリングを、病院での検診に加えて利用できるようにすべきか? P: 妊娠糖尿病と診断された妊婦	母体アウトカム 重大アウトカム: 1. 自律性(自己効力感、自己決定、エンパワメントなど) 2. フォローアップケアと適切な管理 3. 早産
I: 血糖値の自己モニタリング(妊婦本人又は家族など本人以外の一般人による) C: 出産前診察時のみの医療従事者による病院での血糖値モニタリング	重要アウトカム:
	新生児アウトカム 重大アウトカム: 1. 死産又は周産期死亡 2. 呼吸窮迫症候群 重要アウトカム: 1. 在胎期間に応じた出生体重/身長(巨大児を含む) 2. 肩甲難産

149

PICO 形式の問い(P–I–C)	アウトカム (O)
P: 緊急避妊薬を使用している人 I: 市販の緊急避妊薬(処方箋やスクリーニン	 緊急避妊薬の取り入れ 意図しない妊娠 副作用、有害事象、又は社会的な害 製品の正しい使用 自律性(自己効力感、自己決定、エンパワメントなど)
べきか? P: 妊娠検査を希望する人 I: 尿妊娠検査による自己検査	 適切な臨床的フォローアップ(カウンセリング、出産前検診、避妊サービス、中絶サービスなど) 妊娠認識時点(妊娠したことがわかった時点)と出産前ケア又は妊娠中絶のために受診した時点における妊娠期間 自律性(自己効力感、自己決定、エンパワメントなど) 医療機器関連の問題(検査不良や、製造、包装、ラベリング、又は使用説明書に関する問題など) 心の健康とウェルビーイング(不安、ストレス、自傷行為) 有害事象及び社会的な害(スティグマ、差別、強制、暴力[親密なパートナーによる暴力、家族やコミュニティメンバーからの暴力などを含む]、及び機密保持違反を含む)、並びにそれらの害が是正されたか否か/是正が可能であったか
P: PrEP に関心がある人 I: 医療従事者からの処方箋なしでの薬局・薬店を通じた PrEP へのアクセス C: 医療従事者からの処方箋による PrEP へのアクセス	

PICO 形式の問い(P–I–C)	アウトカム (O)
PrEP の継続を、薬剤師が処方箋なしで行える ようにすべきか? P: PrEP 使用者	重大アウトカム: 1. 慢性腎臓病 2. 自律性(自己効力感、自己決定、エンパワメントなど) 3. HIV 感染率/発生率及びケアの利用
 I: 医療従事者からの処方箋なしでの薬局・薬店を通じた PrEP へのアクセス C: 医療従事者からの処方箋による PrEP へのアクセス 	 2. PreP の経続 (経続的な使用文はリスクへの曝露に関連した断続的な使用パターン) 3. 製品の正しい使用 4. 心の健康とウェルビーイング(不安、ストレス、自傷行為など) 5. 社会的な害(差別、親密なパートナーによる暴力、スティグマなど) 6. 定期 HIV 検査(開始 1 ヵ月後及びそれ以降 PrEP 使用期間中 3 ヵ月ごと、又は PrEP を断続的[リスク期間]に使用する場合は毎
性交中又は性交前の潤滑剤の使用は、性の健康とウェルビーイングの向上につながるか? P:性的に活発な人	1. 膣乾燥、膣/肛門挿入時の痛み2. 性の健康とセクシュアリティに関する自己効力感、自己決定、自律性、及びエンパワメント(自信、パートナーとのコミュニケーション、セルフエスティーム)
I: 性行為中の潤滑剤の使用(性行為とは、膣 /肛門を含む、パートナーの有無を問わない、あらゆる物による挿入と定義) C: 潤滑剤を使用しない性行為	A OTLANIA
ジェンダー・アファーミング・ホルモンについて、医療従事者による投与に加え、自己投与を利用できるようにすべきか? P: ジェンダー・アファーミング・ホルモンの使用を希望する人	1. 有害事象(下垂体腺腫[プロラクチノーマ]、乳汁漏出、静脈血 栓塞栓症、リビドー減退、自己免疫、片頭痛、がん、心血管系の 健康、HIV 感染、C 型肝炎感染など)。他の薬剤との相互作用の
I: ジェンダー・アファーミング・ホルモンの 自己投与	ど) 5. ホルモン使用以外の問題や副作用のフォローアップなどに関す る、医療システムへの信頼及びエンゲージメント
C: 医療従事者によるジェンダー・アファーミング・ホルモンの投与	重要アウトカム: 1. 自律性(自己効力感、自己決定、エンパワメント) 2. ピアサポート/コミュニティサポート 3. 臨床サービスに対する満足度及び臨床サービスの適切性(トランスジェンダーを病態や心の問題とみなさず、ジェンダーダイバーシティの一形態とみなすサービスなど)

付録 7. 公表済みのレビュー

Title of manuscript	Authors		
Systematic reviews on effectiveness relating to the six new recommendations (published or in review 2021)			
Self-management of iron and folic acid supplementation during prepregnancy, pregnancy, and postnatal periods: a systematic review (Recommendations 10a, 10b, 10c)	King SE, Yeh PT, Rhee DK, Tuncalp Ö, Rogers LM, Narasimhan M.		
Self-monitoring of blood pressure among women with hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review (Recommendation 11)	Yeh PT, Rhee DK, Kennedy CE, Zera CA, Lucido B, Tunçalp Ö, Gomez Ponce de Leon R, Narasimhan M		
Self-monitoring of blood glucose levels among women with gestational diabetes: a systematic review (Recommendation 12)	Yeh PT, Kennedy CE, Rhee DK., Zera CA, Tunçalp Ö, Gomez Ponce de Leon R, Lucido B, Narasimhan M		
Over-the-counter provision of emergency contraceptive pills: a systematic review (Recommendation 16)	Atkins K, Kennedy CE, Yeh PT, Narasimhan M		
Self-testing for pregnancy: a systematic review (Recommendation 21)	Kennedy CE, Yeh PT, Gholbzouri K, Narasimhan M		
Lubricants for promotion of sexual health and wellbeing: a systematic review (Recommendation 32)	Kennedy CE, Yeh PT, Li J, Gonsalves L, Narasimhan M		
Additional reviews (in review 2021)			
Self-administration of gender-affirming hormones: a systematic review (Key consideration and good practice statement 13)	Kennedy CE, Yeh PT, Byrne J, van der Merwe L, Ferguson L, Poteat T, Narasimhan M,		
PrEP distribution in pharmacies: a systematic review (Key consideration)	Kennedy CE, Yeh PT, Atkins K, Ferguson L, Baggaley R, Narasimhan M		
Self-testing for proteinuria in pregnancy: a systematic review (Key consideration)	Yeh PT, Rhee DK, Kennedy CE, Zera CA, Tunçalp Ö, Kuzmenko O, Lucido B, Narasimhan M		
Human rights, gender and law in practice: Lessons from implementation of self-care interventions for sexual and reproductive health and rights (Good practice statements 1–4)	Ferguson L, Narasimhan M		

付録 8. 新規の推奨事項に対する Guideline Development Group の判定

推奨事項	推奨事項 10a、10b、10c	推奨事項 11	推奨事項 12
介入	鉄及び葉酸サプリメントの セルフマネジメント	血圧の自己モニタリング	血糖値の自己モニタリング
この問題は優先度が高いか?	図 はい□ いいえ□ どちらとも言えない□ ばらつきがある	図 はい□ いいえ□ どちらとも言えない□ ばらつきがある	図 はい □ いいえ □ どちらとも言えない □ ばらつきがある
エビデンスの確実性	□ 高い□ 中程度□ 低い□ 非常に低い☑ 無し	□ 高い□ 中程度☑ 低い図 非常に低い	図 高い図 中程度□ 低い□ 非常に低い
ベネフィットと害のバランス	□ 介入を支持図 恐らく介入を支持□ 介入に反対□ ばらつきがある図 どちらとも言えない	□ 介入を支持図 恐らく介入を支持□ 介入に反対□ ばらつきがある図 どちらとも言えない	☑ 介入を支持□ 恐らく介入を支持□ 介入に反対□ ばらつきがある□ どちらとも言えない
価値観と好み	きあり □ 恐らく重要な不確実性又は ばらつきなし 図 重要な不確実性又はばらつ きなし	□ 重要な不確実性又はばらつきあり□ 恐らく重要な不確実性又はばらつきなし図 重要な不確実性又はばらつきなし□ 既知の望ましくないアウトカムなし	きあり 恐らく重要な不確実性又は ばらつきなし 重要な不確実性又はばらつ きなし
資源要件(費用)	□ 多大な費用 □ 中程度の費用 □ わずかな費用及び節約 □ 中程度の節約 □ 大幅な節約 □ ばらつきがある □ どちらとも言えない	□ 多大な費用 □ 中程度の費用 □ わずかな費用及び節約 □ 中程度の節約 □ 大幅な節約 □ ばらつきがある □ どちらとも言えない	□ 多大な費用 図 中程度の費用 □ わずかな費用及び節約 図 中程度の節約 □ 大幅な節約 □ ばらつきがある □ どちらとも言えない
費用対効果	☑ 介入を支持☑ 恐らく介入を支持□ 介入に反対□ ばらつきがある□ どちらとも言えない	□ 介入を支持図 恐らく介入を支持□ 介入に反対図 ばらつきがある図 どちらとも言えない	☑ 介入を支持□ 恐らく介入を支持□ 介入に反対□ ばらつきがある□ どちらとも言えない

付録 8. (続き)

推奨事項	推奨事項 10a、10b、10c	推奨事項 11	推奨事項 12
公平性	図 向上□ 恐らく向上□ 低下□ ばらつきがある□ どちらとも言えない	図 向上図 恐らく向上低下図 ばらつきがあるごちらとも言えない	図 向上図 恐らく向上低下ばらつきがあるどちらとも言えない
許容性	図 あり□ 恐らくあり□ なし□ ばらつきがある□ どちらとも言えない	□ あり□ 恐らくあり□ なし□ ばらつきがある☑ どちらとも言えない	図 あり□ 恐らくあり□ なし図 ばらつきがある図 どちらとも言えない
実現可能性	図 あり□ 恐らくあり□ なし□ ばらつきがある□ どちらとも言えない	□ あり図 恐らくあり□ なし□ ばらつきがある図 どちらとも言えない	図 あり □ 恐らくあり □ なし □ ばらつきがある □ どちらとも言えない
推奨事項を作成するのに十分 なエビデンスがあるか?	☑ はい□ いいえ	☑ はい□ いいえ	☑ はい□ いいえ
介入を支持する推奨事項か、介 入に反対する推奨事項か?	□ 友持	☑ 支持□ 反対	☑ 支持□ 反対
強い推奨か、条件付き推奨か?	図 強い推奨□ 条件付き推奨	□ 強い推奨 図 条件付き推奨	図 強い推奨 □ 条件付き推奨

付録 8. (続き)

推奨事項	推奨事項 16	推奨事項 21	推奨事項 32
介入	市販の経口緊急避妊薬	妊娠の自己検査	性の健康のための 潤滑剤の使用
この問題は優先度が高いか?	□ はい□ いいえ□ どちらとも言えない□ ばらつきがある	☑ はい□ いいえ□ どちらとも言えない□ ばらつきがある	図 はい □ いいえ □ どちらとも言えない □ ばらつきがある
エビデンスの確実性	□ 高い図 中程度□ 低い□ 非常に低い	□ 高い図 中程度□ 低い□ 非常に低い	□ 高い図 中程度□ 低い図 非常に低い
ベネフィットと害のバランス	☑ 介入を支持□ 恐らく介入を支持□ 介入に反対□ ばらつきがある□ どちらとも言えない	☑ 介入を支持□ 恐らく介入を支持□ 介入に反対□ ばらつきがある□ どちらとも言えない	☑ 介入を支持□ 恐らく介入を支持□ 介入に反対□ ばらつきがある□ どちらとも言えない
価値観と好み	きあり 図 恐らく重要な不確実性又は ばらつきなし 図 重要な不確実性又はばらつきなし	■ 重要な不確実性又はばらつきあり□ 恐らく重要な不確実性又はばらつきなし図 重要な不確実性又はばらつきなし□ 既知の望ましくないアウトカムなし	きあり 恐らく重要な不確実性又はばらつきなし 重要な不確実性又はばらつきなし
資源要件 (費用)	□ 多大な費用図 中程度の費用□ わずかな費用及び節約□ 中程度の節約□ 大幅な節約図 ばらつきがある□ どちらとも言えない	□ 多大な費用□ 中程度の費用□ わずかな費用及び節約□ 中程度の節約☑ 大幅な節約☑ ばらつきがある☑ どちらとも言えない	□ 多大な費用 □ 中程度の費用 □ わずかな費用及び節約 □ 中程度の節約 □ 大幅な節約 図 ばらつきがある 図 どちらとも言えない
費用対効果	図 介入を支持□ 恐らく介入を支持□ 介入に反対□ ばらつきがある□ どちらとも言えない	☑ 介入を支持□ 恐らく介入を支持□ 介入に反対□ ばらつきがある□ どちらとも言えない	□ 介入を支持図 恐らく介入を支持□ 介入に反対図 ばらつきがある図 どちらとも言えない

付録 8. (続き)

推奨事項	推奨事項 16	推奨事項 21	推奨事項 32
公平性	図 向上□ 恐らく向上□ 低下□ ばらつきがある□ どちらとも言えない	図 向上□ 恐らく向上□ 低下□ ばらつきがある□ どちらとも言えない	図 向上□ 恐らく向上□ 低下□ ばらつきがある□ どちらとも言えない
許容性	□ あり図 恐らくあり□ なし図 ばらつきがある□ どちらとも言えない	図 あり□ 恐らくあり□ なし□ ばらつきがある□ どちらとも言えない	図 あり□ 恐らくあり□ なし図 ばらつきがある□ どちらとも言えない
実現可能性	図 あり □ 恐らくあり □ なし □ ばらつきがある □ どちらとも言えない	図 あり□ 恐らくあり□ なし□ ばらつきがある□ どちらとも言えない	図 あり □ 恐らくあり □ なし 図 ばらつきがある □ どちらとも言えない
推奨事項を作成するのに十分 なエビデンスがあるか?	☑ はい□ いいえ	☑ はい□ いいえ	☑ はい□ いいえ
介入を支持する推奨事項か、介 入に反対する推奨事項か?	□ 反対	□ 反対	☑ 支持□ 反対
強い推奨か、条件付き推奨か?	図 強い推奨□ 条件付き推奨	図 強い推奨□ 条件付き推奨	図 強い推奨□ 条件付き推奨

Department of Sexual and Reproductive Health and Research

UNDP-UNFPA-UNICEF-WHO-世界銀行のヒト生殖(HRP)に関する研究、開発、及び研修特別プログラム

世界保健機関

Avenue Appia 20 1211 Geneva 27 Switzerland

reproductivehealth@who.int selfcare@who.int

who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research www.who.int/health-topics/self-care

あとがき

「セルフケア」と聞いてと皆さん何をイメージするでしょうか?心のケアや美容ケアなどをイメージする人が多いかもしれません。日本語で「セルフケア」とウェブ検索すると、様々な機関や団体が異なる使い方をしていることが分かります。

一方、世界保健機関(WHO)は、2019年にセルフケアを「個人、その家族、コミュニティが、医療従事者の支援の有無にかかわらず、健康を増進し、疾病を予防し、病気や障害に対処する能力」と定義しました。人々が健康のために行う自己決定、自己検査、自己診断、セルフトリートメントを含む幅広い概念です。そして、セルフケアを実践するための医薬品、医療機器、デジタル技術等のツールを self-care intervention と呼び、エビデンスの確立しているものを整理しました。それが、この WHO ガイドラインです。

私は産婦人科医としてガイドライン作成に携わらせていただいており、日本でももっと多くの方にその内容を知ってもらいたいと思い、2022 年版の要旨を同僚たちと翻訳しました

(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/357179/9789240052239-jpn.pdf)。本書は、要旨に留まらず、全体の翻訳であり、より細かな内容を皆さまにご確認いただけるものと大変嬉しく思っています。

セルフケアの実現環境に関する重要な点は、丸い概念図に集約されています。まず、中心にいるのは個人であり、人権、倫理、平等という主要原則に則って、一人ひとりがライフコース全体にわたって、全人的なケアを享受できるよう、外側の環境を整えていくべきだということが示されています。Self-care intervention のアクセスの場所としては、医療施設だけでなく、薬局、コミュニティ、デジタルプラットフォームが挙げられています。そして、これらを人々が安全かつ適切に利用するためには、基盤となる法律や政策、良質な商品、教育、ヘルスリテラシー、情報などの整備または強化が必要であり、利用の責任は決して個人だけではなく、政府、医療機関、企業、社会がともに担うものだとしています。

もう一つ私が重要だと思うのは、セルフケアを保健システムにおけるサービス提供方法の一つとして考えていくべきだという点です。人々の医療ニーズの増加と、それに対応するための既存の保健システム上の限界を考えたとき、self-care intervention をもっと活用していく必要があるのではないかということです。

本書に限らずWHO ガイドライン全般に言えることですが、必ず推奨事項を導入すべきと言っているわけではなく、関連する医療サービスの提供方法を検討する際に規範的な指針として参照することが期待されています。今後、エビデンスの蓄積に応じて推奨項目が追加、更新される場合がありますので、オンライン上のリビングガイドライン(https://app.magicapp.org/#/guideline/5512)も是非ご確認いただければと思います。

最後になりましたが、翻訳に関わられた皆様のご尽力に心より御礼申し上げます。日本と世界の全ての人々が、 安全かつ適切なセルフケアの実践を通して、主体的に健康とウェルビーイングを実現できるよう願っています。

2023年9月

WHO セルフケア導入ガイドライン 2021 年版・2022 年版 外部レビュー委員 国立国際医療研究センター 国際医療協力局医師 産婦人科医 春山 怜

