

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



公益社団法人 日本 WHO 協会
FRIENDS OF WHO JAPAN



一般社団法人
日本セルフケア推進協会



国立研究開発法人
国立国際医療研究センター
NCGM National Center for Global Health and Medicine

はじめに

このたび、『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』日本語版を日本 WHO 協会、日本セルフケア推進協議会、国立国際医療研究センターの協力で、上梓することができました。翻訳を許諾いただいた世界保健機関（World Health Organization：WHO）をはじめ、関係者のみなさんに厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミック渦中の 2021 年に、WHO が「セルフケア導入ガイドライン」の改訂版を発表しました。私たちは、健康だけでなく「ウェルビーイング（well-being）のために」という文言が新しく付け加わっていることに、驚くとともに、我が意を得たりと感動しました。COVID-19 による外出制限や医療受診抑制のなかで、今後の日本の保健医療システムに必要なのは、健康とウェルビーイングをめざすためのセルフケアを支援する体制づくりであると考えていたからでした。

2022 年 11 月、第 37 回日本国際保健医療学会学術大会のランチョン・セミナーにおいて、WHO ガイドラインの作成に携わった春山怜氏（国立国際医療研究センター）に講演していただきました。日本の多くの医療関係者の関心が高く、セルフケアという古くて新しい概念を普及啓発する必要性を痛感したことも私たちの活動を加速させました。

本書によれば、世界では 43 億人の人々が、必要不可欠な施設ベースの保健サービスを十分に利用できない状況にあります。また、世界人口の 5 人に 1 人が人道的危機の中での生活を送っており、必要な保健サービスを提供することが困難になっています。そのような状況のなかで、セルフケア導入は、個人が自分のヘルスケアに積極的に参加することを促進し、自己決定、自己効力感、自律性、健康への関与を高めるための後押しとなることが期待されます。もちろん、セルフケアを選択する理由や動機は国や地域や個人によって多様なので、エビデンスに基づいた質の高いセルフケアの導入が重要です。セルフケアは当事者がひとりで行うものだけでなく、医療者、薬局、コミュニティなどが伴走支援する場合も少なくありません。

本書は、194 の加盟国・地域と 2 つの準加盟地域を擁する WHO が作成したガイドラインです。すばらしい内容ですが、一方、セルフケアは地域の社会経済状況や文化に根ざしたプライマリヘルスケアやヘルス・プロモーションと密接に関連した概念です。従って、多くの国では、このガイドラインの内すべてを網羅して行動するのではなく、自国の地域特性を考慮し活用することになります。日本においても、国民皆保険制度など我が国の状況を十分に配慮したうえで応用することが望まれます。持続可能な開発目標（SDGs）の目標 3（保健医療）では、「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進する」と書かれています。日本国内における SDGs の目標達成とセルフケアの推進のためには、日本型セルフケアに対する探究と社会実装がますます必要になると考えています。

本翻訳が、保健医療関係者のみならず、セルフケアに関心を持つ多くの市民の方々に活用いただき、日本国内でセルフケアと健康とウェルビーイングに関する活発な議論が巻き起こり、生活者にとって有益な実践につながる契機となれば幸いです。

公益社団法人 日本 WHO 協会 理事長
一般社団法人 日本セルフケア推進協議会 理事
中村安秀





日本 WHO 協会 理事長 中村安秀氏（左）、日本セルフケア推進協議会 代表理事（会長） 三輪芳弘氏（右）

本書は 2021 年に世界保健機関により「WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2021 revision」と題して出版されている。© World Health Organization 2021

日本 WHO 協会、日本セルフケア推進協議会、国立国際医療研究センターは、世界保健機関により本書の日本語版の翻訳・出版権を与えられており、日本語訳の質と忠実さに関する責任の一切を負うものとする。英語版と日本語版との間に齟齬がある場合は、英語版が原書であり正規版である。邦題は、『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』である。

英語版から日本語版への翻訳は、日本 WHO 協会の中村安秀、渡部雄一、木下英樹、日本セルフケア推進協議会の岸智明、柳谷祐樹、曾我夏実、国立国際医療研究センターの春山怜が担当した。

© 公益社団法人日本 WHO 協会、一般社団法人日本セルフケア推進協議会、
国立研究開発法人国立国際医療研究センター 2023

本翻訳は世界保健機関 (WHO) が行ったものではありません。WHO は、翻訳の内容や正確性に責任を負いません。オリジナルの英語版は、WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2021 revision. Geneva: World Health Organization; 2021 です。ライセンス CC BY-NC-SA 3.0 は、拘束力のある正本とします。本翻訳版は、CC BY-NC SA 3.0 のもとに、公開されています。

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



公益社団法人 **日本 WHO 協会**
FRIENDS OF WHO JAPAN



一般社団法人
日本セルフケア推進協会



国立研究開発法人
国立国際医療研究センター
NCGM National Center for Global Health and Medicine

目次

緒言	vi
序文	vii
謝辞	viii
略語	x
文書の概要とナビゲーションツール	xi
要約	xii

1. はじめに xxvi

1.1	背景	2
1.2	目的	7
1.3	リビングガイドラインというアプローチ	7
1.4	セルフケアとセルフケア導入の定義	8
1.5	対象範囲	9
1.6	対象者	11
1.7	価値観と好み	11
1.8	ガイドライン作成・編集プロセス	12

2. セルフケアの実現環境づくりとその維持に向けた 基礎的な戦略 14

2.1	背景	16
2.2	健康とウェルビーイングに対する生活者中心型のアプローチ	17
2.3	重要原則	17
2.4	安全で支援的な実現環境	19
2.5	実現環境の特徴	22
2.6	セルフケア導入へのアクセス場所	24
2.7	アカウンタビリティ	24

3. 推奨事項と重要な留意事項 28

3.1	出産前・出産時・出産後ケアの改善	30
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	40
3.3	安全でない妊娠中絶の根絶	46
3.4	性行為感染症（HIVを含む）、生殖器感染症、子宮頸がん、とその他の婦人科疾患との闘い	47
3.5	性の健康の促進	50
3.6	心血管疾患や糖尿病を含む非感染性疾患	55

4. セルフケア導入の実施面とプログラム面での 留意事項 64

4.1	背景	66
4.2	人権、ジェンダー平等、と公平性に関する留意事項	67
4.3	財政面と経済面での留意事項	69
4.4	医療従事者に必要な訓練	72
4.5	集団固有の実施面での留意事項	78
4.6	デジタルヘルス介入	84
4.7	環境面での留意事項	86

5. セルフケア導入の研究アジェンダの作成 96

5.1	世界保健機関の「3つの10億人（Triple Billion）目標」に貢献するセルフケアとセルフケア導入に関する研究	98
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	98
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	99
5.4	人権と公平性を中心にすえたセルフケア導入	99
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	102
5.6	セルフケア導入のための知識の移転・翻訳	102

6. ガイドラインと推奨事項の普及、適用、と更新 112

6.1	普及	114
6.2	適用	115
6.3	ガイドラインの更新	116

付録 118

付録 1.	本ガイドラインの作成に関わった外部専門家と WHO 職員	118
付録 2.	方法：ガイドライン作成プロセス	126
付録 3.	スコーピングレビュー：WHO のセルフケアの定義	133
付録 4.	用語集	135
付録 5.	利益関係の宣言と利益相反の管理の要約	145
付録 6.	優先度の高い問いとアウトカム	147
付録 7.	公表済みのレビュー	152
付録 8.	新規の推奨事項に対する Guideline Development Group の判定	153

本ガイドラインのエビデンス評価の要約表を含むウェブ付録は、以下から入手することができます：
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342654/9789240031326-eng.pdf>

このリビングガイドラインのインタラクティブなウェブ版は、以下から入手することができます：
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>

出産前ケア、家族計画、HIV、とその他のトピックを対象としたセルフケア導入に関する SMART ガイドラインは、以下から入手することができます：
<https://www.who.int/teams/digital-health-and-innovation/smart-guidelines>

写真家のクレジット

表紙： © UNICEF/Patricia Willocq, © Shutterstock/AJR_photo,
© Shutterstock/Mila Supinskaya Glashchenko, © Jonathan Torgovnik, © istock/Alessandro Biascioli
第1章： © Photoshare/Hari Fitri Putjuk, © Images of Empowerment/Getty © Images/Paula Bronstein
第2章： Elmvh CC BY-SA 3, © WHO/Blink Media – Nikolay Doychinov
第3章： © UNICEF/Mani, © UNICEF/Shehzad Noorani
第4章： © Shutterstock/Rawpixel, © Getty Images/Images of Empowerment/Paula Bronstein
第5章： © Richard Liblanc, © Julia Fiedler
第6章： © Adobe Stock/poco_bw, © WHO/Ploy Phutpheng
P.v : © UNICEF/Njiokiktijen
P.63 : © Shutterstock/Tooykrub
P.95 : © WHO/Tania Habjouqa
P.111 : © WHO/Anne Sturm Guerrand
P.117 : © Shutterstock/Anton_Ivanov



緒言

私は、「人はみな健康に対する権利を有する」という信念のもとに活動しています。しかしながら、現在、世界の人口の少なくとも半数は、基礎的な保健サービスを利用できていません。保健システムのかなめである医療提供者主導の顧客へのサービス提供モデルは、セルフケアモデルによって補う必要があります。セルフケアモデルとは、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ために、健康に関する意思決定を情報に基づいて積極的に行うことができるようにするものです。多くの健康問題は、セルフケア導入を通じて診断・管理ができるようになっており、その対象は増え続けています。



人は何千年も前からセルフケアを実践しており、デジタル技術を含め新たな診断薬、治療薬と介入が保健サービスの提供方法に変革をもたらしています。また、セルフケアやセルフケア導入は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミックに対する生活者、コミュニティと国の対応においても極めて重要な役割を果たしてきました。保健システムが肥大化し、資格を有する医療従事者が不足する中、世界保健機関（WHO）が優先事項とするセルフケア導入は、健康とウェルビーイングの向上に貢献してきました。

セルフケアは、保健システムの延長として機能しなければなりません。したがって、セルフケア導入を用いる一方で、必要に応じて保健システムやコミュニティの支援を利用し、手助けを得られるようにする必要があります。また、孤立した環境でケアを求めようとすると、スティグマや暴力を受けたり、健康を損なう結果になったりしがちです。それを避けるために、セルフケアは安全で支援的な環境で行うことが重要です。

セルフケア導入に関する本ガイドラインは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの中核的原則に基づいています。これには、人々を保健サービスの単なる受動的な受け手ではなく、自身の健康に関する積極的な意思決定者として捉える、健康に対する生活者中心型のアプローチ（People-centred approaches）が含まれます。

生活者中心型のアプローチは、デジタルリテラシーを含むヘルスリテラシーも支援し、人々がエビデンスに基づくセルフケア導入により自分自身の健康を管理できるようにします。本ガイドラインは、人々が安全で効果的なセルフケア導入にアクセスし、危険な介入や役に立たない介入を回避する上で重要な役割を果たすことができます。

また、本ガイドラインの作成に貢献したパートナーシップや専門家らは、本ガイドラインの普及と実施にも重要な役割を果たすことになり、特に正式な保健システムを利用するのが難しい場合があり、サービスが行き届かず、社会から取り残された集団における普及や実施に重要な役割を果たします。

皆さまにも、この重要なガイドラインを推進し、健康のためのセルフケア導入の実施に向けた WHO の取り組みを支援していただければ幸いです。

[署名]

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director-General
World Health Organization

序文

現代社会において、セルフケア導入は、より大きな役割を果たすようになってきており、デジタル技術などの手段や、薬局等を通じた一般用医薬品や診断薬の利用により、セルフケアへのアクセスが拡大しています。セルフケア導入に関する世界保健機関（WHO）の規範的ガイダンスの策定は、自身のヘルスケアにおいて個人やコミュニティが果たす重要な役割と、保健サービスへのアクセスが医療機関を経由したものに限定されていた従来型からの転換を認識したものです。

セルフケアの導入、使用と拡大を推進するための強力なエビデンスベースを確保するには、さらなるデータと厳密な研究が引き続き必要になります。セルフケアについて理解を深めるため、また、個人、コミュニティ、国の各レベルのヘルスケアにセルフケアがどのように当てはまるかをもっとよく理解するための革新的な研究方法を特定することが急務です。これが必要なのは、主に自宅で行われているヘルスケアについての情報収集が難しいためです。



研究は、確実に適切な情報とサービスをもって、最もサービスが行き届いていない社会から取り残されたコミュニティに働きかけ、そうした人々の健康とウェルビーイングにプラスの影響を与えるために、これらの介入について学び、モニタリングし、評価し、改善するための基礎となるものです。体験や現状を把握するための定性的な研究方法を含む有意義なコミュニティ・エンゲージメントは、エビデンスに基づくさらなる強化につながる可能性があります。

セルフケアを推進する世界的な動きは、この分野における研究を拡大する機会をもたらします。研究は、セルフケアを含む保健プログラムや健康への介入の実施と拡大において、重要な役割を果たします。パートナーシップは、こうした研究を実施し、その情報をセルフケア導入の理解と改善に活用していく上で役立ちます。

本ガイドラインの枠組み、推奨事項、グッド・プラクティスを推進していくことにより、質の高い介入を実施し、急速に成長しつつあるこの分野の支援とさらなる発展につながる研究方法をデザインすることができます。これは、すべての人が健康を享受するための持続可能な方法を推進していくために不可欠です。

〔署名〕

Dr Soumya Swaminathan
Chief Scientist
World Health Organization

謝辞

世界保健機関（WHO）は、本統合ガイドラインの作成に貢献いただきました多くの生活者と団体の皆さまに感謝の意を表します。

WHO では、**Guideline Development Group** のメンバーである Kaosar Afsana、Hera Ali、Elham Atalla、Martha Brady、Elizabeth Bukusi、Laura Ferguson、Anita Hardon（共同議長）、Jonathan Hopkins、Hussain Jafri、Mukesh Kapila、Po-Chin Li、Carmen Logie、Kevin Moody、Daniella Munene、Lisa Noguchi、Gina Ogilvie、Ash Pachauri、Michelle Remme、Jayalakshmi Shreedhar、Leigh Ann van der Merwe、Sheryl van der Poel、Allen Wu（共同議長）、また、**External Review Group** のメンバーである Faysal Al Kak、Jack Byrne、Georgina Caswell、Tyler Crone、Eva Deplecker、Austen El-Osta、Joanna Erdman、Mariangela Freitas da Silveira、Patricia Garcia、Roopan Gill、James Hargreaves、Rei Haruyama、Denis Kibira、Amy Knopf、Oswaldo Montoya、Ulysses Panisset、Michael Tan、Viroj Tangcharoensathien、Tarek Turk、Julián Vadell Martínez、Sten Vermund、Zawora Rita Zizien に対し、心より感謝申し上げます。

ご貢献いただきました上記とその他の方々の所属機関につきましては、本ガイドラインの付録 1 に記載しています。

システマティックレビューを主導した**外部貢献者**の Caitlin Kennedy と Ping Teresa Yeh、また、それを支援した Kaitlyn Atkins、Shannon King、Jingjia (Cynthia) Li、Dong Keun Rhee（Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health）、そしてガイドラインの方法論専門家 Nandi Siegfried には、特に感謝申し上げます。

WHO は、**外部パートナー**である Harriet Birungi（Population Council）、Jennifer Drake（PATH）、Catherine Duggan（International Pharmaceutical Federation）、Christine Galavotti（Bill & Melinda Gates Foundation）、Saumya Ramarao（Population Council）、また、**国連機関の代表者**である Pascale Allotey（United Nations University – International Institute for Global Health）、Maribel Almonte（International Agency for Research on Cancer）、Layal Barjoud（The Defeat-NCD Partnership hosted at the United Nations Institute for Training and Research）、Rueben Brouwer（Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights）、Luisa Cabal and Emily Christie（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS）、Kenechukwu Esom（United Nations Development Programme）、Shaffiq Essajee（United Nations Children’s Fund）、Petra ten Hoope-Bender（United Nations Population Fund）、Etienne Langlois（Partnership for Maternal, Newborn and Child Health hosted at WHO）、Sameera Maziad Al Tuwaijri（World Bank）、Tim Sladden（United Nations Population Fund）、Damilola Walker（United Nations Children’s Fund）、David Wilson（World Bank）に感謝の意を表したいと思います。

WHO スタッフの Katthyana Aparicio Reyes（Department of Integrated Health Services）、the late Islene Araujo de Carvalho（Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing）、Rachel Baggaley（Department of Global HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections）、Nathalie Broutet（Department of Sexual and Reproductive Health and Research [SRH]）、Maurice Bucagu（Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing）、Giorgio Cometto and Siobhan Fitzpatrick（Health Workforce Department）、Dina Gbenou（WHO Country Office, Burkina Faso）、Karima Gholbzouri（WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean）、Rodolfo Gomez Ponce de Leon（Pan American Health Organization/WHO Regional Office for the Americas）、Lianne Gonsalves（Department of Global Coordination and Partnership on Antimicrobial Resistance）、Nilmini Hemachandra（WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean）、Bianca Hemmingsen（Department of Noncommunicable Diseases）、Naoko Ishikawa（WHO Regional Office for the Western Pacific）、Oleg Kuzmenko（WHO Regional Office for Europe）、the late Ramez Mahaini（WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean）、Garrett Mehl（Department of Digital Health and Innovation）、Manjulaa Narasimhan（Department of SRH）、Léopold Ouedraogo（WHO Regional Office for Africa）、Ulrika Rehnström Loi（Department of SRH）、Bharat Rewari（WHO Regional Office for South-East Asia）、Lisa Rogers（Department of Nutrition and Food Safety）、Petrus Steyn, Tigest Tamrat and Özge Tunçalp（Department of SRH）、Meera Upadhyay（WHO Regional Office for South-East Asia）、Cherian Varghese（Department of Noncommunicable Diseases）、Adriana Velazquez Berumen（Department of Health Product Policy and Standards）、また、**WHO コンサルタント**の Briana Lucido と Marta Schaaf（Department of SRH）は、WHO Guideline Steering Group のメンバーとしてガイドライン作成プロセスの管理に貢献しました。

そして、ガイドライン作成のさまざまな段階でインプットを提供してくれた **WHO スタッフ**の Onyema Ajuebor (Health Workforce Department)、Moazzam Ali, Avni Amin and Ian Askew (Department of SRH)、Chilanga Asmani (WHO Regional Office for Africa)、Anshu Banerjee (Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing)、Nino Berdzuli (WHO Regional Office for Europe)、James Campbell (Health Workforce Department)、Diarmid Campbell-Lendrum (Department of Environment, Climate Change and Health)、Venkatraman Chandra-Mouli (Department of SRH)、Paata Chikvaidze (WHO Country Office, Afghanistan)、Shona Dalal (Department of Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes)、Fahdi Dkhimi (Department of Health Systems Governance and Financing)、Tarun Dua (Department of Mental Health and Substance Use)、Hayfa Elamin (WHO Regional Office for Africa)、Mario Festin (previously in the Department of SRH)、Mary Lyn Gaffield, Bela Ganatra and Claudia Garcia Moreno (Department of SRH)、Geetha Krishnan Gopalakrishna Pillai (Department of Integrated Health Services)、Veloshnee Govender (Department of SRH)、John Grove (Department of Quality Assurance of Norms and Standards) Suzanne Rose Hill (previously in the Department of Essential Medicines and Health Products)、Chandani Anoma Jayathilaka (WHO Regional Office for South-East Asia)、Cheryl Johnson (Department of Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes)、Rita Kabra (Department of SRH)、Edward Talbott Kelley (previously in the Department of Integrated Health Services)、Rajat Khosla (previously in the Department of SRH)、James Kiarie (Department of SRH)、Hyo Jeong Kim (Department of Health Emergency Interventions)、Loulou Kobeissi and Antonella Lavelanet (Department of SRH)、Arno Muller and Carmem Pessoa Da Silva (Department of Surveillance, Prevention and Control)、Michaela Pfeiffer (Department of Environment, Climate Change and Health)、Marina Plesons (Department of SRH)、Vladimir Poznyak (Department of Mental Health and Substance Use)、Michelle Rodolph (Department of Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes)、Ritu Sadana

(Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing)、Diah Saminarsih (Office of the Director-General)、Anita Sands (Department of Regulation and Prequalification)、Lale Say (Department of SRH)、Elisa Scolaro (Department of Health and Multilateral Partnerships)、Olive Sentumbwe-Mugisa (WHO Country Office, Uganda)、Agnes Soucat (Department of Health Systems Governance and Financing)、Anna Thorson and Igor Toskin (Department of SRH)、Reinhilde Van De Weerd (Department of Health Emergency Interventions)、Isabelle Wachsmuth (Department of Integrated Health Services)、Tana Wuliji (Health Workforce Department)、Souleymane Zan (WHO Country Office, Cotonou, Benin)、Qi Zhang (Department of Integrated Health Services)、また、同じく **WHO コンサルタント**の Michalina Drejza (元 Department of SRH 所属)、Carmen Figueroa (Department of Global Tuberculosis Programme)、Megha Rath (Department of Environment, Climate Change and Health) にも感謝の意を表します。

さらに、**WHO Guidelines Review Committee**、中でも書記の Susan Norris と Rebekah Thomas Bosco には、ガイドライン作成プロセスのあらゆる段階で貴重なフィードバックをいただき、特に感謝申し上げます。

WHO 文書作成サポートは Briana Lucido、**WHO 事務的サポート**は Werunga-Ndanareh と Michael Tabiszewski、**WHO コミュニケーションサポート**は Catherine Hamill、Sarah Kessler、Christine Meynert、Elizabeth Noble により提供されました (いずれも WHO Department of SRH 所属)。**編集と校正**は、Green Ink (英国・北アイルランド) が担当しました。

ガイドライン作成プロセスの**全体的な調整**は、Manjulaa Narasimhan (WHO Department of SRH) が担当しました。

ガイドライン作成の**資金**は、UNDP-UNFPA-UNICEF-WHO-World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction、Children's Investment Fund Foundation より提供されました。

略語

Apgar	appearance, pulse, grimace, activity and respiration (アプガー指数：皮膚の色、心拍数、反応性、活動性、呼吸)
CHW	community health worker (地域医療従事者)
COMET	Core Outcome Measures in Effectiveness Trials (有効性試験における主要評価項目)
COVID-19	coronavirus disease 2019 (新型コロナウイルス感染症)
CSE	comprehensive sexuality education (総合的性教育)
DALY	disability-adjusted life year (障害調整生存年)
DMPA-IM	intramuscular depot medroxyprogesterone acetate (メドロキシプロゲステロン酢酸筋注デポ剤)
DMPA-SC	subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate (メドロキシプロゲステロン酢酸皮下注デポ剤)
EC	emergency contraception (緊急避妊)
ERG	External Review Group (外部レビューグループ)
GAH	gender-affirming hormone (ジェンダーアファーマーミング・ホルモン)
GDG	Guideline Development Group (ガイドライン作成グループ)
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
GRC	Guidelines Review Committee (ガイドラインレビュー委員会)
GVPS	Global Values and Preferences Survey (価値観と好みに関するグローバル調査)
HELLP	haemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count (溶血・肝酵素上昇・血小板減少)
HIV	human immunodeficiency virus (ヒト免疫不全ウイルス)
HPV	human papillomavirus (ヒトパピローマウイルス)
HRP	UNDP-UNFPA-UNICEF-WHO-World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (UNDP-UNFPA-UNICEF-WHO-世界銀行のヒト生殖に関する研究、開発、と研修特別プログラム)
IPCHS	Integrated People-Centred Health Services framework (包括的な人中心型健康サービスの枠組み)
NCD	noncommunicable disease (非感染性疾患)
OCP	oral contraceptive pill (経口避妊薬)
OHCHR	Office of High Commission for Human Rights (国連人権高等弁務官事務所)
OTC	over the counter (一般用医薬品)
PHC	primary healthcare (プライマリ・ヘルスケア)
LMICs	low- and middle-income countries (低中所得国)
PICO	population, intervention, comparator, outcome (対象集団、介入、比較対照、効果)
PrEP	pre-exposure prophylaxis (曝露前予防)
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (システマティックレビューとメタアナリシスのための優先的報告項目)
RCT	randomized controlled trial (無作為化比較試験)
SDG	Sustainable Development Goal (持続可能な開発目標)
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)
SMBG	self-monitoring of blood glucose (血糖値の自己モニタリング)
SMBP	self-monitoring of blood pressure (血圧の自己モニタリング)
SRH	sexual and reproductive health (性と生殖に関する健康)
SRHR	sexual and reproductive health and rights (性と生殖に関する健康と権利)
STI	sexually transmitted infection (性感染症)
UHC	universal health coverage (ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ)
UNDP	United Nations Development Programme (国際連合開発計画)
UNFPA	United Nations Population Fund (国際連合人口基金)
UNICEF	United Nations Children's Fund (ユニセフ：国際連合児童基金)
WHO	World Health Organization (世界保健機関)

文書の概要とナビゲーションツール

本文書のナビゲーション方法について：

-  **矢印ボタン** – 別のページ、項、外部資料に直接ジャンプします。
-  **ホームアイコン** – この「概要」ページにジャンプします。

本文書では、セルフケア導入の実施面での留意事項に関する横断的なテーマについて取り上げているテキストの横に、以下のアイコンを表示しています。



生活者中心型



人権



ジェンダー
平等



医療従事者



医療財政

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

1.

はじめに



2.

セルフケアの実現環境づくりとその維持に向けた基礎的な戦略



3.

推奨事項と重要な留意事項



4.

セルフケア導入の実施面とプログラム面での留意事項



5.

セルフケア導入の研究アジェンダの作成



6.

ガイドラインと推奨事項の普及、適用、更新



要約

背景

セルフケア導入は、保健システムの観点からも、これらを導入する使用者にとっても、健康とウェルビーイングを向上するための最も有望で刺激的なアプローチです。セルフケア導入は、すべての人にとって有益となり、ユニバーサル・ヘルスを実現に近づける可能性を秘めています。セルフケア導入は、アクセス可能で、受け入れることのできる手ごろな価格のものであれば、生活者にとって選択肢を増やし、自律性を高める可能性を有します。そうしたセルフケア導入は、セルフケアラーや介護者にとって、健康に関する自己決定、自己効力感、自律性、エンゲージメントの向上に向けた大きな後押しとなります。リスクとベネフィットの算定は状況や集団によって異なる可能性がありますが、適切な規範的ガイダンスと安全で支援的な実現環境があれば、セルフケア導入は、生活者が自らのヘルスケアに積極的に関わっていくことを推進するとともに、ヘルスケアのさまざまな側面に対処することによって健康アウトカムの向上を実現していく画期的な手段となります（図 1 を参照）。

2030 年までに世界で 1800 万人の医療従事者が不足すると予想されており、人道支援を必要とする人は 1 億 3000 万人という記録的な数にのぼり、全世界が COVID-19 などのパンデミックの脅威にさらされています。全世界で少なくとも 4 億人以上が基礎的な保健サービスにアクセスできない状態であり、毎年 1 億人もの人々が医療費の自己負担によって貧困に陥っています。したがって、従来の保健部門の対応を超えた革新的な戦略を見つけることが急務です。また、図 2 に示すように、これらの介入は世界保健機関（WHO）の第 13 次総合事業計画（Thirteenth General Programme of Work）の全 3 分野すべてに関連しています。WHO は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成、健康の促進、世界の安全維持、社会的弱者への奉仕に向けた取り組みの重要な要素として、あらゆる国や経済環境に対してセルフケア導入を推奨しています。

プライマリヘルスケア、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）、とその他のグローバルイニシアチブ

プライマリヘルスケアの向上を目的としたものを含むグローバルイニシアチブにおいて、セルフケア導入に対する認識が高まっています。プライマリヘルスケア宣言に盛り込まれたプライマリヘルスケアの 3 つの主要な要素は以下のとおりです：

- プライマリケアと基礎的な公衆衛生機能を優先事項として、ライフコース全体にわたり、包括的かつ統合的な保健サービス（健康促進、保護、予防、根治、リハビリテーション、緩和を目的としたものを含む）を通じて人々のニーズを満たす。
- すべての部門でエビデンスに基づく政策と行動を通じ、より幅広い健康の決定要因（社会的、経済的、環境的要因に加え、生活者の特性や行動を含む）に対して体系的に取り組む。
- 健康とウェルビーイングを促進・保護するための政策の支持者として、保健サービスや社会福祉サービスの共同開発者として、また、セルフケアラーや介護者として、個人、家族、コミュニティが自身の健康を最適化する力をつけられるようにエンパワーメントを図る。

プライマリヘルスケアは、UHC を達成するための基本的要素です。UHC の達成には、保健サービスの提供におけるパラダイムシフトが必要であり、セルフケア導入はそうしたパラダイムシフトを起こすのに大きく貢献する可能性があります。また、UHC を支えるセルフケアは、結果的に持続可能な開発目標 3（あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進する）のターゲット 3.8 の達成を支援することになります。

図 1. セルフケア導入に伴う健康アウトカムの改善

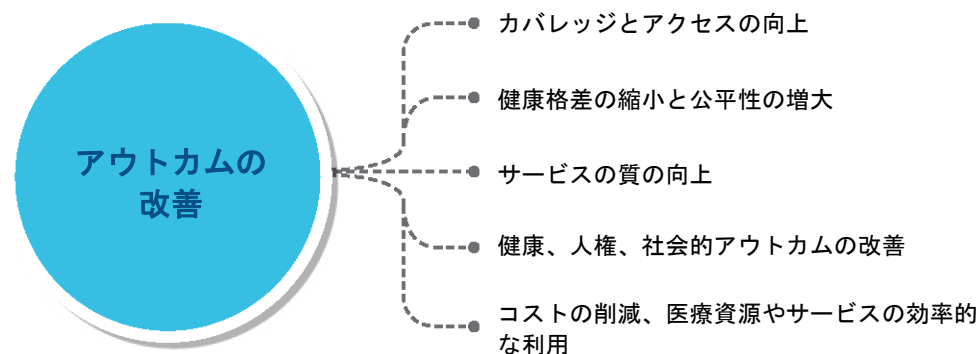


図 2. WHO 第 13 次総合事業計画の戦略的優先事項と「3 つの 10 億人目標」



診断薬、とその他の技術がさらに増える結果となっています。

健康とウェルビーイングの向上

健康促進により、人々が自らの健康をコントロールする力を高めることができます。健康促進には、治療や治癒のみに焦点を当てるのではなく、体の不調の根本的な原因に対処し、予防することによって、各人の健康と生活の質に利益をもたらし、それらを保護するように設計された、幅広い社会的介入や環境的介入が含まれます。

WHO は、栄養や身体活動の改善に加え、健康促進の基礎となるヘルスリテラシーなどの基礎的な実現要因も含む、健康促進に向けた幅広いセルフケア導入を推奨します（図 3 を参照）。

パンデミックや人道危機的環境

紛争や人道危機の影響を受ける環境では、既存の保健システムに対する需要が急速に増大し、多くの場合、個人やコミュニティが否応なく自らの健康を管理することが求められます。推奨される枠組みや「実現環境」（第 2 章で説明）の中で質の高いセルフケア導入が提供されれば、個人やコミュニティにとって有益となる可能性があります。COVID-19 のようなパンデミックでは、対応に不可欠な部分として、フィジカルディスタンスの確保、マスクの着用、適切な衛生管理といったセルフケア対策が推奨され、世界中で実践されています。セルフケア導入によって、医療に対する認識、理解、とアクセス方法が変わりつつあり、人々が自分で使用できる治療薬、

セルフケアとセルフケア導入の定義

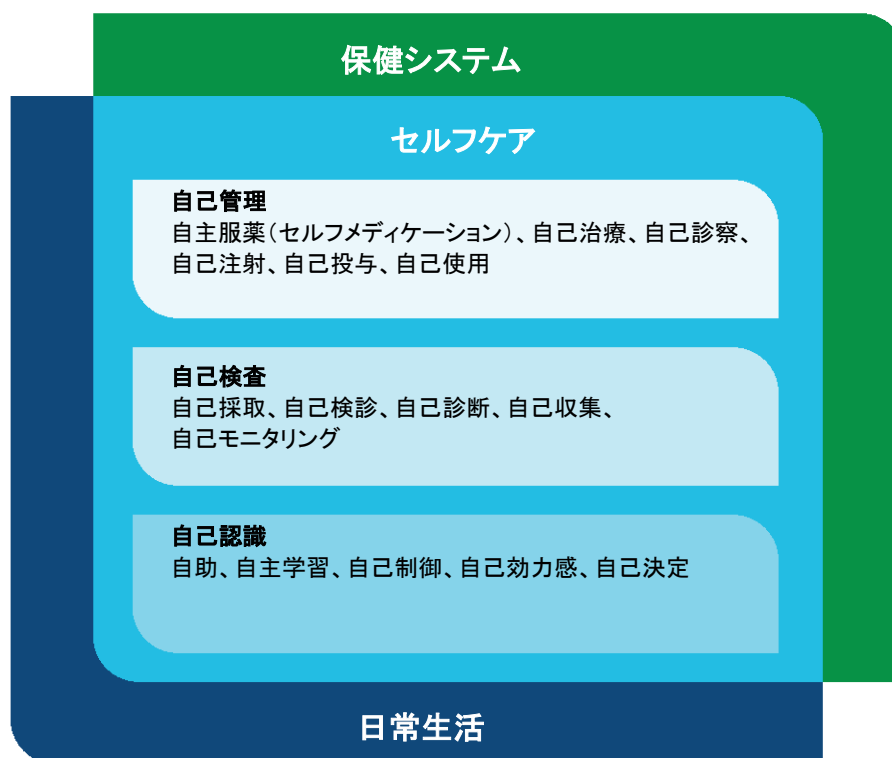
セルフケアとは、個人、家族、とコミュニティが、医療従事者の支援を受けながら、あるいはそうした支援を受けることなく、健康を促進し、病気を予防し、健康を維持し、病気や障害に対処する能力のことです。この定義におけるセルフケアの範囲には、健康促進、病気の予防と管理、自主服薬（セルフメディケーション）、家族の介護、必要に応じた病院又は専門家の受診やプライマリケアの利用、と緩和ケアを含むリハビリテーションが含まれます。

セルフケア導入は、セルフケアを支援するツールです。これには、正式な保健サービスの範囲から完全に又は部分的に外れた形で提供され、医療従事者の手を借りながら、あるいは医療従事者の手を借りずに使用される、エビデンスに基づく質の高い薬剤、医療機器、診断薬、とデジタル介入が含まれます。

ガイドラインの目的と目標

本ガイドラインの目的は、プライマリヘルスケア戦略、包括的で基礎的なサービスパッケージ、と人を中心とする考え方にに基づき、生活者、コミュニティ、と国が質の高い保健サービスとセルフケア導入を実施・利用するのを支援する、エビデンスに基づく規範的ガイダンスを提供することです。

図 3. 保健システムとリンクした介入環境におけるセルフケア



本ガイドラインの具体的な目標は、以下のとおりです：

- 性と生殖に関する健康と権利（SRHR）の推進を含め、サービスが行き届いていない集団と、保健システムにおける対応力や資源が限られている環境に重点を置いた、公衆衛生上の重要なセルフケア導入に関する、エビデンスに基づく**推奨事項**を提供すること。
- SRHR の推進を含め、セルフケア導入の安全かつ公平なアクセス、取り入れ、と使用を推進し、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、とサービス提供面での重要な問題に関する**グッド・プラクティス・ステートメント**を提供すること。
- 将来の研究やガイドラインに関するプロセスの指針となる特定のトピックに関する**重要な留意事項**を示すこと。

セルフケア導入の概念的枠組み

この概念的枠組みは、セルフケアという進化する領域に取り組み、今後の更新に向けてセルフケア導入を特定していく出発点となるものです。この概念的枠組み（図 4 を参照）は、セルフケアの導入、使用、とスケールアップを支援する可能性のある、「人中心型」と「保健システム」の両アプローチから見た中核的要素を示しています。健康とウェルビーイングに対する人中心型のアプローチが、この枠組みの中心をなしています。

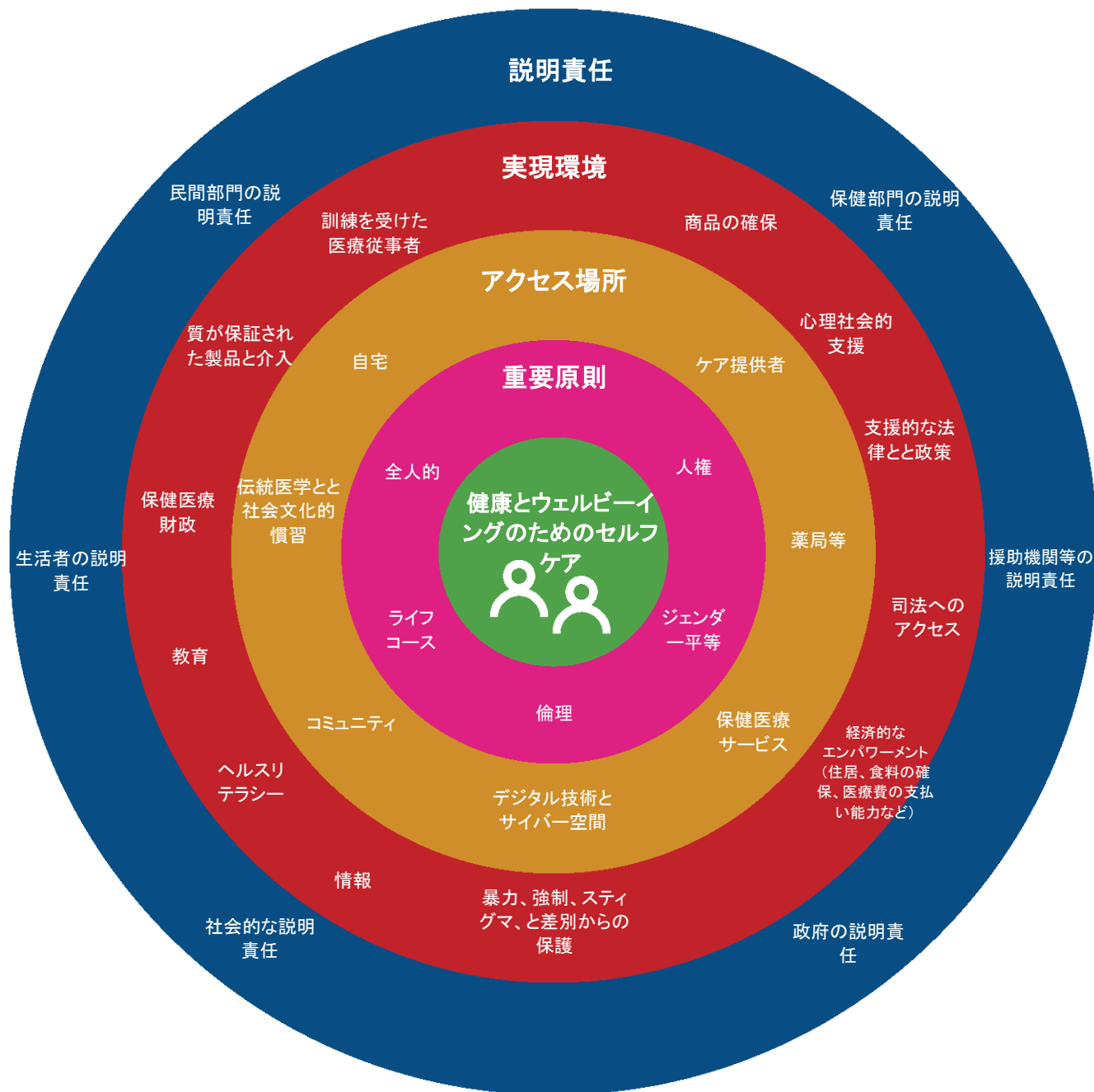
本ガイドラインは、SRHR に関するものを含め、健康とウェルビーイングに対して強化された包括的な人中心型のアプローチに基づいており、このアプローチを推奨しています。このアプローチは、人権、倫理、ジェンダー平等に関する重要原則を基礎としています。人中心型のものにするには、ラ

イフコース全体を通じた生活者の状況、ニーズ、と希望を考慮し、また、生活環境も考慮した、包括的なアプローチをもって、1 人ひとりのケアに取り組む必要があります。

セルフケア導入は、安全で支援的な環境で行われれば、患者エンゲージメントを含め、人々が自身の健康にもっと積極的に関わっていくよう手助けする機会となります。

サービスが行き届かず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向上することができる製品や介入へのアクセスとそれらの使用を推進するためには、安全で支援的な実現環境が不可欠です。安全で適切な形でセルフケア導入を利用できるようにする実現環境の評価と確保は、これらの介入の導入やスケールアップに向けたあらゆる戦略で最初に取り組まなければならない重要な要素となります。そうした戦略は、潜在的な使用者のプロファイル、それらの人々を対象に提供されているサービス、幅広い法律・政策面での環境、そして構造的な支援や障害に関する情報に基づいて行う必要があります。

図 4. セルフケア導入のための概念的枠組み



出典 : Narasimhan et al (doi:10.1136/bmj.l688) より許可を得て転載。

本ガイドラインの対象範囲

本ガイドラインでは、健康のためのセルフケア導入に関する新規と既存の WHO の推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、と重要な留意事項をまとめています。推奨事項が具体的な健康関連介入（第 3 章を参照）に関するものであるのに対し、グッド・プラクティス・ステートメントは実施面での留意事項に関するものであり、特にサービスが行き届いていない集団を対象とした実現環境づくりとその維持に関する、より一般的なものとなります（2 つの追加的な推奨事項も記載している第 4 章を参照）。本文書は、そうしたガイドラインとして WHO から初めて発行された 2019 年のガイダンスに基づいています。本ガイドラインにおける新規の推奨事項は、医療機関に所属する医療従事者が提供するものからセルフケア・アプローチを用いて提供するものへと

変わりつつあると考えられるセルフケア導入に焦点を当てています。

本文書では、現行の WHO ガイダンスが存在する場合、使用者に対し、詳しい情報の参考資料としてのそうした他の刊行物や、プログラム活動に関するその他の WHO の関連ツールや文書を提示します。

保健サービスが行き届いていない集団におけるセルフケア導入のアクセス、取り入れ、と使用

健康格差は世界のあらゆる地域にはびこる問題であり、最も貧しく、最も社会から取り残された人やコミュニティでは、病気の発生率が顕著に高くなっています。

高齢化は社会的孤立をもたらし、貧困は健康にとって有害な環境で暮らすことにつながる可能性があり、多くの状況ではそうした要因によって、保健サービスが行き届いていない人やコミュニティの脆弱性が高まる可能性があります。したがって、セルフケア導入へのアクセスや、セルフケア導入の取り入れと使用について、すべての人やコミュニティが同じレベルの支援を必要としているわけではありません。健康被害を避けるためには、他者に頼らないセルフケアと、質の高い医療サービスを希望する又は必要とする人々に対するそうしたサービスへのアクセスを、安全かつ強力に連携させることが極めて重要になります。積極的にセルフケアを選んだのではなく、恐怖心や他の手段がないことがそうした選択を促す結果となっている場合、セルフケアは脆弱性を高める可能性があります。

セルフケア導入の使用と取り入れは有機的なものであり、責任の所在（使用者が全責任を負うか、医療従事者が全責任を負うか、あるいはその中間のどこか）も各介入や異なる人口集団によって時とともに変化する可能性があります。SRHRプログラムを通じて人権に基づく法律や政策を完全に実施することが、健康と人権を守るための基礎となります。

対象者

本ガイドラインの第一の対象者は、セルフケア導入の提供や推進に関する意思決定や助言に対して責任を負う、各国と国際的な政策立案者、研究者、プログラム管理者、医療従事者（薬剤師を含む）、ドナー、と市民団体です。第二の対象者は、製品開発者です。また、今回の新ガイドラインは、推奨事項の影響を受ける人々、つまり自分自身でケアを行う人や介護者にとっても支援となることが期待されています。

ここに提示するガイダンスは、保健サービスが行き届いていない集団のニーズや権利に合ったサービスの提供において最も大きな課題に直面する、資源の少ない環境で行われる保健サービスや保健プログラムにとって最も有益となると考えられます。しかし、本ガイドラインはあらゆる環境に該当するものであり、したがってグローバルなガイダンスととらえるべきです。全世界に関連のあるこれらの推奨事項の実施に際して、WHOの各地域や加盟国では、経済状況と既存の保健サービスや医療機関を考慮して、現地の状況に合ったものに行うことができます。

ガイドライン作成プロセス

本ガイドラインは、WHOのガイドライン作成に関する基準と要件に従い、WHO Guidelines Review Committeeの監督の下で作成されました。本ガイドラインの推奨事項は、すべてGuideline Development Group（GDG）によって作成され、ガイドラインの方法論専門家がGRADEアプローチ

（Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation）を用いて支援しました。方法の詳細については、本文書の付録2に記載しています。特に、付録2の2.4項では、本ガイドラインで対処する課題や、本ガイドラインに含める具体的な推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメントをどのように決定したかを説明しています。

研究アジェンダの作成

セルフケアに関する今後の研究は、（i）セルフケア導入の開発、（ii）セルフケア導入の提供、という2つの大きな分野に分けて概念化することができます。

有効性、安全性、実施、と提供に焦点を当てた研究の根拠となるのは、個人、集団、コミュニティ、と医療従事者の観点やシステムの観点です。そのため、測定するアウトカムを該当する観点到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。

セルフケアにおいてデジタルヘルス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、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、と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と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。ガイドライン作成プロセスとGDGの対面会議において、GDGのメンバー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のギャップを特定しました。

本ガイドラインの第5章では、既存のエビデンススペースの限界について考察し、SRHRのためのセルフケアの実現環境に関する実際的な研究課題を示して、本ガイドラインにおける新規の推奨事項に関して特定された研究のギャップに対処する課題を挙げ、人権や公平性を評価するためのいくつかのアウトカム領域に関連したセルフケア導入に関する実際的な研究課題を挙げています。

ガイドラインの実施、適用、モニタリング、と評価

本ガイドラインの推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、と重要な留意事項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。考えられる障害については、第6章で概説します。さまざまな戦略を適用して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確実に運用されるようにし、さまざまな状況における障害に対処してガイダンスを実施しやすくします。

これら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、と国レベルでモニタリングします。しかし、セルフケアがプライベートな場所で行われることを考えると、特に保健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を置き、影響を受けるコミュニティのエンゲージメントを得て、介入の影響を評価する代替的な方法を開発する必要があります。

ガイドラインの更新

ここで発表する推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、と重要な留意事項は、健康のための優先的なセルフケア導入のサブセットとなります。本ガイダンスは、新たなエビデンスの入手や、政策とプログラムの進捗状況に応じて、随時更新・拡大していきます。本ガイドラインは「リビングガイドラインリビング」とされ、新たなエビデンスや情報を継続的に検討していくことにより、適切なガイダンスを迅速

に発行して、国やプログラムが採用・実施できるようにします。

推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、と重要な留意事項の要約

表1は、(i) 出産前、分娩時、と出産後のケアの改善、(ii) 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、(iii) 安全でない妊娠中絶の根絶、(iv) 性行為感染症(HIVを含む)、生殖器系感染症、子宮頸がん、とその他の婦人科疾患との闘い、(v) 性の健康の促進、(vi) 心血管疾患や糖尿病を含む非感染性疾患をテーマとして、セルフケア導入に関する新規と既存の推奨事項と新規の留意事項を示したものです。

表2は、(i) 人権、ジェンダー平等、と公平性に関する留意事項、(ii) 財政面と経済面での留意事項、(iii) 医療従事者に必要な訓練、(iv) 集団固有の実施面での留意事項、(v) デジタルヘルス介入、(vi) 環境面での留意事項をテーマとして、セルフケア導入に関する新規と既存のグッド・プラクティス・ステートメントと2つの新規の推奨事項を示しています。

推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、と重要な留意事項が新規の場合は、その旨を記載しています。



表1. セルフケア導入に関する推奨事項と重要な留意事項

介入	推奨事項と重要な留意事項 ^a
出産前・出産時・出産後ケアの改善	
帝王切開の削減に向けた女性を対象とする非臨床的介入	
推奨事項 1	女性に対する健康教育は、妊娠管理に欠かすことのできない要素です。以下の教育的介入と支援プログラムは、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、薬理的な痛みの緩和方法とその効果、非薬理的な痛みの緩和方法、帝王切開と経陰分娩の長所と短所、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)

介入	推奨事項と重要な留意事項 ^a
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）。 (<i>確実性が低～中程度のエビデンス</i>)
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、と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。 (<i>確実性が低～中程度のエビデンス</i>)
推奨事項 1d	心理教育（痛みに対して恐怖心がある女性を対象とするもの。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）。 (<i>確実性が低～中程度のエビデンス</i>)
自己管理で行う一般的な生理的症状に対する介入	
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。
吐き気や嘔吐に対する介入	
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。
胸やけに対する介入	
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。
脚のけいれんに対する介入	
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。
腰や骨盤の痛みに対する介入	
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。
便秘に対する介入	
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。
静脈瘤や浮腫に対する介入	
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。

紹介		推奨事項と重要な留意事項 ^a	
分娩第 1 期の遅れを防ぐために自己管理で行う痛みの緩和			
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)	
鉄と葉酸サプリメント			
推奨事項 10a（新規）		WHO では、今後 3 ヶ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、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と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と葉酸サプリメントの提供に加え、追加の選択肢として鉄と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)	
妊娠中の血圧の自己観察			
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観察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)	
妊娠中の蛋白尿の自己検査			
重要な留意事項 1（新規）		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。	
妊娠中の血糖値の自己観察			
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観察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)	
出産前ケアの利用と質の向上を目的とした妊婦による症例記録			
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。	
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			
避妊注射の自己管理			
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)	

紹介		推奨事項と重要な留意事項 ^a
市販の経口避妊薬を使用した避妊法の自己管理		
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)	
市販の緊急避妊薬の利用		
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)	
妊娠調節を目的とした排卵予測キットによる自己診断		
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)	
コンドームの使用		
推奨事項 18	男性用と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と女性から男性への 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）と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 と 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と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 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みさと、避妊薬の供給と物流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。	
妊娠の自己検査		
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)	
安全でない妊娠中絶の根絶		
妊娠第 1 期における薬剤による中絶プロセスの自己管理		
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自己評価を行うことが推奨されます。	

紹介	推奨事項と重要な留意事項 ^a
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。
推奨事項 24	特定の状況下では、妊娠検査とチェックリストを用いて中絶プロセスの完全性の自己評価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。
中絶後のホルモン避妊法の開始	
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投薬計画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、薬剤による中絶計画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。
性行為感染症（HIV を含む）、生殖器感染症、子宮頸がん、とその他の婦人科疾患との闘い	
ヒトパピローマウイルス（HPV）の自己採取	
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)
STI 検査用サンプルの自己収集	
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、 <i>Neisseria gonorrhoeae</i> （淋菌）と <i>Chlamydia trachomatis</i> （クラミジア・トラコモナス）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）と <i>Trichomonas vaginalis</i> （膺トリコモナス）用サンプルの自己収集を検討することができます。 (条件付き推奨、確実性が低いエビデンス)
HIV の自己検査	
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)
HIV とともに生きる女性の自己効力感とエンパワメント	
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)

介入	推奨事項と重要な留意事項 ^a
HIV 予防を目的とする薬局・薬店を通じた曝露前予防（PrEP）へのアクセス	
重要な留意事項 2（新規）	薬局・薬店を通じた PrEP の開始と継続 • WHO では、HIV 感染リスクが高い人に対し、経口 PrEP と 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、と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、とコミュニティ・エンゲージメントが必要になります。
性の健康の促進	
性の健康のための潤滑剤の使用	
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するようにすることを推奨します。 <i>（強い推奨、確実性が中程度のエビデンス）</i>
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ジェンダー・アファーマーミング・ホルモンの自己投与	
重要な留意事項 3（新規）	• 質の高いジェンダー・アファーマーミング・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、と暴力にさらされるリスクが高い、社会的、法的、経済的、と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。
心血管疾患や糖尿病を含む非感染性疾患	
心血管疾患	
自己測定による血圧のモニタリング	
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、自己測定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。 <i>（強い推奨、確実性が低いエビデンス）</i>
血液凝固の自己観察	
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、血液凝固の自己観察を行うことが推奨されます。 <i>（弱い推奨、確実性が中程度のエビデンス）</i>
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、血液凝固の自己観察と用量の自己調節を行うことが推奨されます。 <i>（条件付き推奨、確実性が中程度のエビデンス）</i>

紹介		推奨事項と重要な留意事項 ^a
糖尿病		
血糖値の自己観察		
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観察の使用は、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 型と 2 型糖尿病患者には、個々の臨床的ニーズに基づいて、血糖値の自己観察を提供すべきです。 (条件付き推奨、確実性が低いエビデンス)	

^a 既存の推奨事項の一部は、GRADE 法の体系的な使用以前に作成されたため、推奨の強さと／又はエビデンスの確実性が規定されていません。該当するガイドラインを GRADE の枠組みを用いて更新する際には、文言を適宜更新します。



表 2. セルフケア導入の実施面とプログラム面での留意事項に関する推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメント

紹介		推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメント
人権、ジェンダー平等、と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 1 (新規)	健康のためのあらゆるセルフケア導入には、介入自体と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と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（障がいや病気の経験があり、その経験を活かして同じ境遇にある仲間をサポートする人）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、と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、と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、と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。	

紹介		推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメント	
財政面と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 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、と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。	
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 6（改変）		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、と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。	
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 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、とコミュニティにタスクを合理的に委任することを実施と／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。	
能力に基づく医療従事者の訓練			
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、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と取り入れを推進する。 - 生活者に対し、医薬品や治療の準備とピアサポーター（障がいや病気の経験があり、その経験を活かして同じ境遇にある仲間をサポートする人）に関する教育を行う。	
集団固有の実施面での留意事項			
人道危機やパンデミック危機における実施面での留意事項			
推奨事項 38		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、と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、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。	
推奨事項 39		WHO では、メンタルヘルスケアと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。	
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 10		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。	

紹介		推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメント	
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 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と保護法の実施と施行に取り組み、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、と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 (新規)		トランスジェンダーや性別に多様性のある人が、性同一性保持ホルモンを自己投与する場合には、エビデンスに基づく情報、高品質の製品、滅菌処理した注射器具へのアクセスが必要です。	
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 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。	
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 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、と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。	

リビングガイドライン

このリビングガイドラインは、ユーザーフレンドリーで操作しやすいオンライン・プラットフォームでも利用でき、それによって新たなエビデンスや情報を継続的に検討していくことができます。このリビングガイドラインのインタラクティブなウェブ版は、以下から入手することができます：

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>

[出産前ケア](#)、[家族計画](#)、HIV、とその他のトピックを対象としたセルフケア導入に関する SMART（基準に基づく、機械可読、適応的、要件に基づく、検証可能）ガイドラインは、以下から入手することができます：

<https://www.who.int/teams/digital-health-and-innovation/smart-guidelines>

1.

はじめに



第1章

本章の内容



本章では、セルフケアとセルフケア導入に関する重要な背景情報とガイドラインの概要を提供します。これには、ガイドラインの作成方法、使用方法、対象範囲の簡単な要約が含まれます。

背景

p. 2

目的

p. 7

リビングガイドラインという
アプローチ

p. 7

セルフケアとセルフケア導入の
定義

p. 8

対象範囲

p. 9

対象者

p. 11

価値観と好み

p. 11

ガイドライン作成・
編集プロセス

p. 12



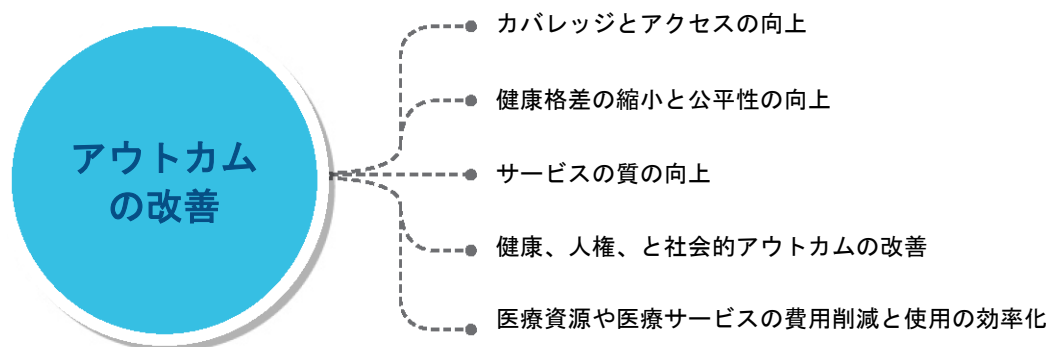
1.1 背景

セルフケア導入は、保健システムの観点からも、これらの介入の利用者にとっても、健康とウェルビーイングを向上するための最も有望で刺激的な新しいアプローチです。セルフケア導入は、すべての人にとって有益となり、ユニバーサル・ヘルスを実現に近づける可能性を秘めています。これらの介入は、アクセス可能で、受け入れることのできる、手ごろな価格のものであれば、選択肢を増やし、自律性を高められる可能性があります。多くの形のセルフケアが実践されており、多くの場合、医療専門家から学んだ医学的治療や伝統的治療を自ら行う形が取られています。これは、COVID-19 パンデミックなどの世界的な健康上の緊急事態において、あらゆる場所であらゆる人にとって特に重要となっており、中でも費用や医療機関へのアクセス制限が保健医療を求める行動が制約されている人やコミュニティにとって特に重要となります（1）。例えば、タイ北東部の地方では、膣分泌物や骨盤痛などの子宮関連の愁訴（*mot luuk*）の 80% が自己治療

で治療されており、多くの場合、こうした愁訴に対するテトラサイクリンのブランド製品の販促広告を目にして購入した市販品の抗生物質を少量使用した自己治療が行われています（2）。したがって、質の高いセルフケア導入により生活者が自身の健康や医療について情報に基づく意思決定をする機会を増やせるようにするためには、エビデンスに基づく標準的なガイダンスを設けることが重要です。

セルフケア導入は、セルフケアラーや介護者にとって、健康に関する自己決定、自己効力感、自律性、とエンゲージメントの向上に向けた大きな後押しとなります。リスクとベネフィットの算定は状況や集団によって異なる可能性があります。適切な規範的ガイダンスと安全で支援的な実現環境があれば、セルフケア導入は、各人が自らのケアに積極的に関わっていくことを推進するとともに、さまざまな仕組みを通じて健康アウトカムの向上を実現していく画期的な手段となります（図 1.1 を参照）。

図 1.1. セルフケア導入に伴うアウトカムの改善



1.1.1 保健システムの支援におけるセルフケア導入の役割

2030 年までに世界で 1800 万人の医療従事者が不足すると予想されており（3）、人道危機や COVID-19 などのパンデミックを含む世界的な脅威の下で援助を必要とする人は 1 億 3000 万人という記録的な数にのぼります。全世界で少なくとも 4 億人以上が基礎的な保健サービスにアクセスできない状態であり、毎年 1 億人もの人々が医療費の自己負担によって貧困に陥っています（4）。したがって、従来の保健部門の対応を超えた革新的な戦略を見つけることが急務です。

また、図 1.2 に示すように、セルフケア導入は世界保健機関（WHO）の第 13 次総合事業計画の全 3 分野に関連しています（5）。WHO は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成、健康の促進、世界の安全維持、と社会的弱者への奉仕に向けた取り組みの重要な要素として、あらゆる国や経済環境に対してセルフケア導入を推奨しています。

図 1.2. WHO 第 13 次総合事業計画の戦略的優先事項と「3 つの 10 億人目標」



1.1.2 プライマリ・ヘルスケア、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、とその他のグローバルイニシアチブ

プライマリ・ヘルスケアの向上を目的としたものを含むグローバルイニシアチブにおいて、セルフケア導入に対する認識が高まっています（6、7）。アスタナ宣言では、すべてのステークホルダー（医療専門家、学界と研究者、患者、市民団体、地域と国際的なパートナー、当局と財団、民間部門、信仰に基づく組織）に対し、プライマリ・ヘルスケアの 3 つの主要な要素に重点的に取り組むよう求めています：

1. プライマリケアと基礎的な公衆衛生機能を優先事項として、ライフコース全体にわたり、包括的かつ統合的な保健サービス（健康促進、保護、予防、根治、リハビリテーション、と緩和を目的としたものを含む）を通じて人々のニーズを満たす。
2. すべての部門でエビデンスに基づく政策と行動を通じ、より幅広い健康の決定要因（社会的、経済的、と環境的要因と、生活者の特性や行動を含む）に対して体系的に取り組む。
3. 健康とウェルビーイングを促進・保護するための政策の支持者として、保健サービスや社会福祉サービスの共同開発者として、また、セルフケアラーや介護者として、個人、家族、とコミュニティが自身の健康を最適化する力をつけられるようにエンパワメントを図る。

表 1.1 で、セルフケア導入が重要な役割を果たすグローバルイニシアチブの例をいくつか概説します。

プライマリ・ヘルスケアは、UHC を達成するための基本的要素です。UHC の達成には、保健サービスの提供におけるパラダイムシフトが必要であり、セルフケア導入はそうしたパラダイムシフトを起こすのに大きく貢献する可能性があります。プライマリ・ヘルスケアの一部としてのセルフケアは、持続可能な開発目標 3（SDG 3：あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進する）のターゲット 3.8 である、UHC を支援する持続可能な保健システムのかなめです。

各国の UHC に向けた取り組みを支援するため、WHO では UHC Compendium（保健サービスと部門横断的介入に関するウェブサイトとデータベース）を作成しました。これは、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（8）。

このデータベース¹は、健康促進、予防、組成、根治、リハビリテーション、と緩和を目的としたあらゆる種類のサービスに加え、セルフケアを含む補完的な部門横断的介入を網羅しています。

¹ <https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/database> から入手可能。

表 1.1. セルフケア導入を含むグローバルイニシアチブの例

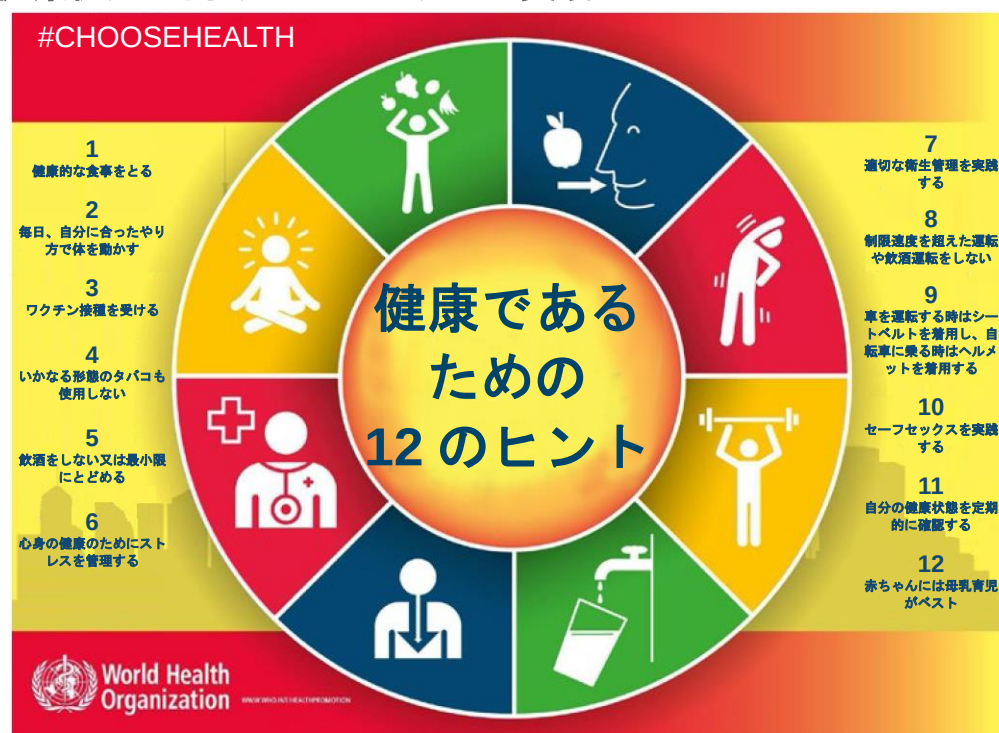
イニシアチブ	介入	Web アドレス
非感染性疾患の予防と管理のためのグローバル行動計画（Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases）、2013～2020 年	心血管疾患や糖尿病などの健康問題を改善するためのセルフケア戦略	https://www.who.int/publications/item/9789241506236
HIV に対する保健部門のグローバル戦略（Global health sector strategy on HIV）、2016～2021 年	生活者とそのパートナーの検査率を改善するための HIV の自己検査	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246178/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf
性行為感染症に対する保健部門のグローバル戦略（Global health sector strategy on sexually transmitted infections）、2016～2021 年	特に淋病、梅毒、クラミジア感染症を対象とした検査と治療を改善するための性行為感染症検査用サンプルの自己収集	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en
公衆衛生上の問題としての子宮頸がんの根絶を加速させるためのグローバル戦略（Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem）	子宮頸がんのスクリーニングと治療の目標を達成するためのヒトパピローマウイルス検査用自己採取	https://www.who.int/publications/item/9789240014107

1.1.3 健康とウェルビーイングの向上

健康促進により、人々が自らの健康をコントロールする力を高めることができます。健康促進には、治療や治癒のみに焦点を当てるのではなく、体の不調の根本的な原因に対処し、予防するための幅広い社会的介入や環境的介入が含まれます（9）。

WHO は、栄養や身体活動の改善に加え、健康促進の基礎となるヘルスリテラシーなどの基礎的な実現要因も含む、健康促進に向けた幅広いセルフケア導入を推進します（図 1.3 を参照）。

図 1.3. 健康促進に向けたセルフケアの実践のためのヒント

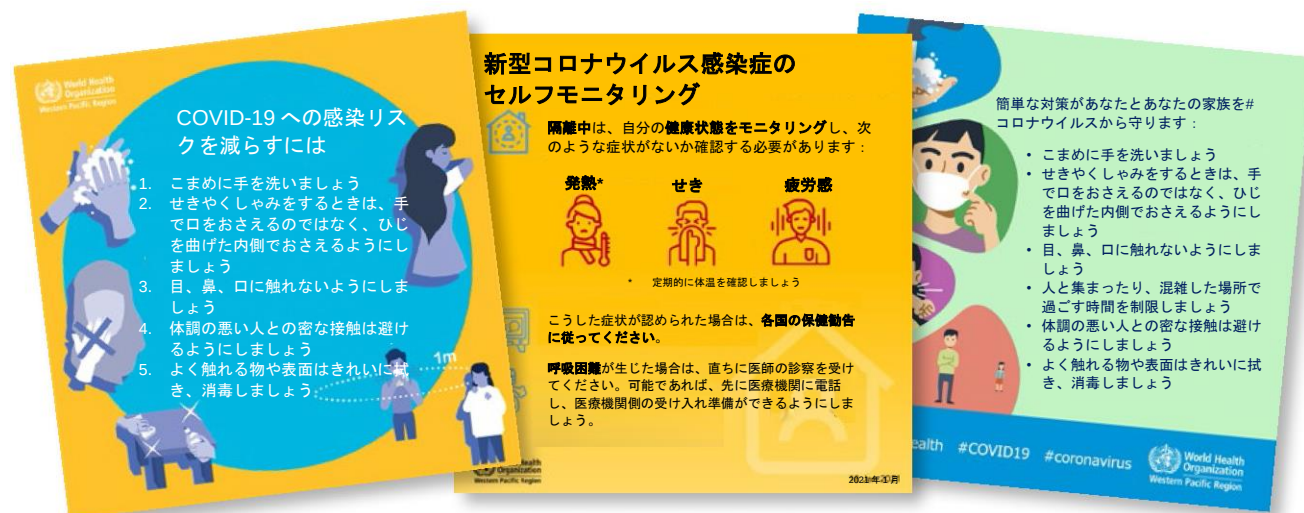


1.1.4 人道危機

紛争や人道危機の影響を受ける環境では、既存の保健システムに対する需要が急速に増大し、多くの場合、個人やコミュニティが否応なく自らの健康を管理することが求められます。推奨される枠組みや「実現環境」（第 2 章で説明）の中で

質の高いセルフケア導入が提供されれば、個人やコミュニティにとって有益となる可能性があります。COVID-19 などのパンデミックでは、対応に不可欠な部分として、フィジカル・ディスタンスの確保、マスクの着用、適切な衛生管理といったセルフケア対策が推奨され、世界中で実践されています（図 1.4 を参照）

図 1.4. WHO が推奨する COVID-19 パンデミックにおけるセルフケア実践例 – 手指衛生



セルフケア導入によって、医療に対する認識、理解、とアクセス方法が変わりつつあり、人々が自分で使用できる治療薬、診断薬、とその他の技術がさらに増える結果となっています。

1.1.5 持続可能な開発目標

SDGs、特に健康とウェルビーイングに関する SDG 3、質の高い教育に関する SDG 4、そしてジェンダー平等に関する SDG 5 は、誰も取りこぼすことがないようにするというビジョンを掲げ、その実現において、質の高い基礎的なサービスのカバレッジと、関連する金銭的リスクからの保護の両面から、最も取り残されている人々にまずリーチアウトすることを求めています。さらに、産業・技術革新・インフラに関する SDG 9 や、つくる責任とつかう責任に関する SDG 12

では、技術革新と持続可能性について取り上げており、セルフケア導入に関しては、セルフケア製品の開発、流通、と廃棄の増加を見込んで対策を取る責任があることを示しています。関連する生産、消費、と廃棄の管理は、環境に配慮する必要があります。不平等の削減に関する SDG 10 は、本ガイドラインの基礎であり推奨事項を作成する上で考慮された倫理と人権の重要原則と特に関連しています。最後に、平和・正義・制度の強化に関する SDG 16 は、司法の透明性、アカウンタビリティ、とアクセスの重要性を強調しています。これらはいずれも、セルフケア導入を含む安全かつ効果的な保健サービスの実現環境の重要な側面となります。ボックス 1.1 に、本ガイドラインに関連する SDGs とターゲットを示します。

ボックス 1.1.関連する持続可能な開発目標とターゲット

SDG 3： あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進する

- **ターゲット 3.7：** 2030 年までに、家族計画、情報、と教育を含む性と生殖に関する医療サービスにすべての人がアクセスできるようにし、性と生殖に関する健康を国家戦略や国家プログラムに組み込む
- **ターゲット 3.8：** すべての人に対する金銭的リスクからの保護、質の高い基礎的なサービスへのアクセス、と安全かつ効果的で質の高い手ごろな価格の必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成する

SDG 4： すべての人に包摂的かつ公平で質の高い教育を提供し、生涯学習の機会を推進する

- **ターゲット 4.5：** 2030 年までに、教育におけるジェンダー格差をなくし、障害者、先住民、と弱い立場にある子どもなど、社会的弱者があらゆるレベルの教育や職業訓練に平等にアクセスできるようにする
- **ターゲット 4.6：** 2030 年までに、すべての若者と大多数の成人（男女とも）が、読み書きと基本的な計算ができるようにする

SDG 5： ジェンダーの平等を達成し、すべての女性と女児のエンパワメントを図る

- **ターゲット 5.6：** 国際人口・開発会議の行動計画と北京行動綱領、並びにこれらの検証会議の成果文書に従い、すべての人が性と生殖に関する健康と権利にアクセスできるようにする

SDG 9： 強靱なインフラを整備し、包摂的で持続可能な産業化を推進するとともに、技術革新の拡大を図る

- **ターゲット 9.5：** 2030 年までに技術革新を促進し、100 万人あたりの研究開発従事者数を大幅に増加させ、官民研究開発の支出を拡大するなど、開発途上国をはじめとするすべての国々の産業部門における科学研究を促進し、技術力を向上させる

SDG 10： 国内と国家間の格差を是正する

- **ターゲット 10.3：** 差別的な法律、政策、と慣行の撤廃や、関連する適切な法規、政策、と行動の推進などを通じて、機会均等を確保し、成果の不平等を是正する
- **ターゲット 10.4：** 税制、賃金、と社会保障政策をはじめとする政策を導入し、平等の拡大を着実に達成していく

SDG 12： 持続可能な消費と生産のパターンを確保する

- **ターゲット 12.7：** 国の政策や優先事項に従って、持続可能な公共調達の慣行を推進する
- **ターゲット 12.a：** 開発途上国がより持続可能な消費と生産のパターンを促進するための科学的・技術的能力の強化を支援する

SDG 16： 持続可能な開発に向けて平和で包摂的な社会を推進し、すべての人に司法へのアクセスを提供するとともに、あらゆるレベルにおいて効果的で責任ある包摂的な制度を構築する

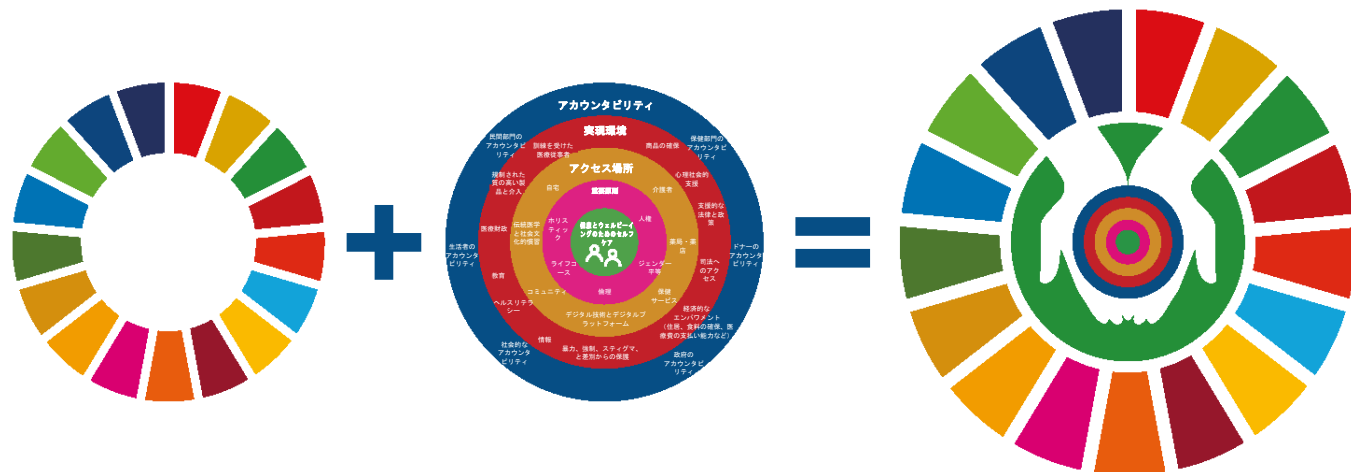
- **ターゲット 16.6：** あらゆるレベルにおいて、効果的で責任ある透明性の高い制度を構築する

出典：United Nations（10）。

セルフケア SDG ロゴ（図 1.5）は、健康のためのセルフケア導入の実施を支援する目的で、本 WHO ガイドラインと関連する WHO／国連共同ツールを推進するために作成されました。人を中心とする考え方はセルフケアの概念に内在するものであり、このロゴはセルフケアラーや介護者としての役

割において 1 人ひとりが健康とウェルビーイングに向けた力を手にすることを象徴しています。このロゴには、セルフケア導入のための枠組みに反映された本ガイドラインの要素がすべて含まれています（第 2 章を参照）。

図 1.5. 持続可能な開発目標を組み込んだ WHO のセルフケアのロゴ



1.2 目的

本ガイドラインの目的は、プライマリケア戦略、包括的で基礎的なサービスパッケージ、と人を中心とする考え方に基づき、個人、コミュニティ、と国が質の高い保健サービスとセルフケア導入を実施・利用するのを支援する、エビデンスに基づく規範的ガイダンスを提供することです。

本ガイドラインの具体的な目標は、以下のとおりです：

- 健康の推進を含め、サービスが行き届いていない集団と、保健システムにおける対応力や資源が限られている環境に重点を置いた、公衆衛生上の重要なセルフケア導入に関する、エビデンスに基づく推奨事項を提供すること。
- 健康のためのセルフケア導入の安全かつ公平なアクセス、取り入れ、と使用を推進し、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、とサービス提供面での重要な問題に関するグッド・プラクティス・ステートメントを提供すること。
- 将来の研究やガイドラインに関するプロセスの指針となる特定のトピックに関する重要な留意事項を示すこと。

1.3 リビングガイドラインというアプローチ

動きの速い分野では、「リビングガイドライン」のアプローチを取ることで、新たなエビデンスや情報を継続的に検討し、それらをもとにガイドラインをさらに更新していくことができます。本ガイドラインは、頻繁に随時更新し、ユーザーフレンドリーで操作しやすいウェブベースの動的なプラットフォームに掲載していきます。本文書で発表する推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、と重要な留意事項は、2019 年に発行されたガイドラインに基づいており、健康のための優先的なセルフケア導入のサブセットとなります。長期的には、今後のバージョンでさらに幅広いセルフケア導入を本ガイドラインに段階的に組み込んでいくことを目指しています。

また、このリビングガイドラインというアプローチにより、新たなエビデンスの入手に伴って既存の推奨事項を更新することや、まだ反映されていない追加の健康分野を組み込むことがしやすくなります。追加の健康分野におけるセルフケア導入に関する今後のガイダンスは、既存のツールやガイダンスに基づいて作成されます。例えば、資源の少ない環境におけるプライマリ・ヘルスケアのための非感染性疾患に関する基礎的な介入の WHO パッケージには、自己検査、セルフメジャーメント、と用量のセルフアジャストメントの使用を含む幅広い推奨事項が含まれます。また、これらの推奨事項では、集団教育や、ユーザーフレンドリーで有効かつ信頼性の高いオンライン情報の重要性についても指摘しています。

このリビングガイドラインというアプローチについては、6.3 項でさらに詳しく説明します。

1.4 セルフケアとセルフケア導入の定義

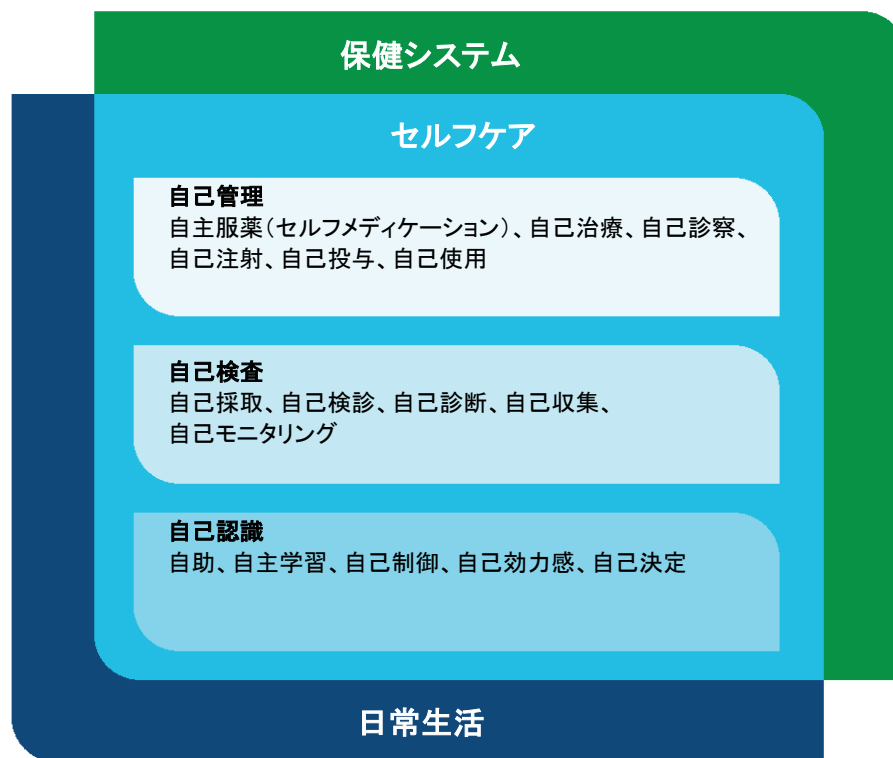
1.4.1 セルフケア

セルフケアとは、個人、家族、とコミュニティが、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（11）。

したがって、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、と緩和ケアを含むリハビリテーションが含まれます（12）。

このセルフケアの定義は、WHO のセルフケアの定義のスコopingレビューに基づいています（付録 3 を参照）。これには、図 1.6 に示すような幅広いセルフケアの実践方法やアプローチが含まれます。

図 1.6. 保健システムとリンクした介入環境におけるセルフケア



出典：Narasimhan et al より許可を得て転載（13）。

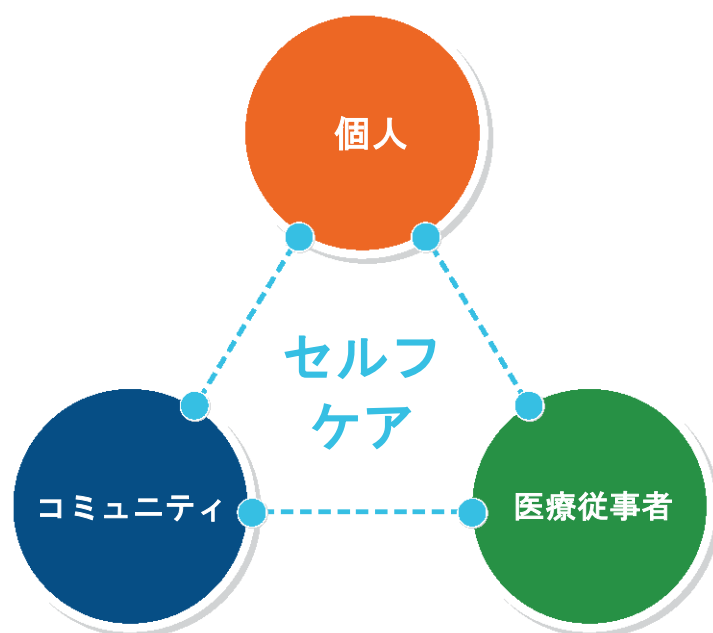
1.4.2 セルフケア導入

セルフケア導入は、セルフケアを支援するツールです。これには、正式な保健サービスの範囲から完全に又は部分的に外れた形で提供され、医療従事者の直接的な監督の下で、あるいはそうした監督なしに使用できる、エビデンスに基づく質の高い薬剤、医療機器、診断薬、とデジタル介入が含まれます。

一部の介入については、人々に十分な知識があり、始めから人の手を借りずに問題なく使用することができます。しかし、中には、人々が介入を受け入れて人の手を借りずに使用できるようになるまでに、より多くのガイダンスや支援が必要な介入もあります。医療従事者による開始又は医療従事者の支援が必要なセルフケア導入は、保健システムとリンクさせ、保健システムが支援する必要があります（図 1.6 を参照）。

また、セルフケア導入は、図 1.7 に示す一連のケアや、健康に対する人中心型のアプローチも支援します。この一連のケアは、生活者としてのセルフケアによる健康介入の使用者だけでなく、介護者の役割を担う人々にも該当します。これらの介入は、利便性、費用、エンパワメント、価値観や日常生活への適合性といった肯定的な理由から選択されることや、介入が望ましい選択肢をもたらずという理由から選択されることがあります。しかし、否定的な理由から選択されることもあり、質の低さ（医療従事者による差別など）やアクセスの欠如（人道危機的環境など）により保健システムの利用を避けるために、セルフケアによる健康介入を選ぶといったこともあります。こうした状況において、セルフケアによる健康介入は理想的とは言えないものの、それ以外にはケアをまったく利用できないという選択肢しかない場合、特に重要な役割を果たします。

図 1.7. セルフケアによる一連のケア



個人的な決定要因

- 知識
- ヘルスリテラシー
- 日々の選択（衛生管理、セーフセックス、リスクの回避、栄養／食事、ワークライフバランス、治療へのアドヒアランス（服薬遵守））

状況的、経済的、感情的、社会的な決定要因

- P2P アクション
- 支援
- カウンセリング
- 健康に関する意思決定へのエンゲージメント

保健システムに関する決定要因

- セルフケアを推進する機会を特定する
- 書面又は視覚資料を提供する
- 健康状態の重症度に合わせて行動／カレンダー／フォローアップ計画の作成を支援する
- 自律性を向上するためのツール、介入、情報を推進する
- 介護者を支援する

1.4.3 セルフケア導入の分類

WHO によるセルフケア導入の分類では、人々のニーズや保健システムの課題への対応を支援することを目的としたセルフケア導入のさまざまな使用方法を分類しています（14）。多くのセルフケア導入は、生活者や介護者を直接標的とし、ケアを探して受けるための代替的な手段を提供していますが、多くの場合、より広範な保健システムレベルで行われています。そのため、この分類は主に保健システムに重点を置き、セルフケア導入を保健システムの課題に対応するための戦略としてどのように適用できるかを分析しています。そして、こうした戦略に対するシステムの対応が、下流の人々の健康を支援し、改善することにより、人々のセルフケアのニーズを満たすのに役立ちます。この分類は、主に公衆衛生関係者を対象としており、セルフケア導入の実施の役割を明確にするために、研究者、政策立案者、ドナー、と保健計画立案者が利用しやすい橋渡しの言語を推進することを目標とした構造を提供します。

1.5 対象範囲

1.5.1 本ガイドラインの対象範囲

本ガイドラインは、2019 年のガイドラインに基づき、健康のためのセルフケア導入に関する新規と既存の WHO の推奨事項、重要な留意事項、とグッド・プラクティス・ステートメントをまとめています。これらは、具体的な健康関連介入（第 3 章を参照）に関するものか、あるいは特にサービスが行き届いていない集団（第 4 章を参照）を対象とした実現環境づくりとその維持に関するものとなります。新規の推奨事項は、医療機関に所属する医療従事者が提供するものからセルフケア・アプローチを用いて提供するものへと変わりつつあると考えられるセルフケア導入に焦点を当てています。

本文書では、現行の WHO ガイダンスが存在する場合、読者に対し、詳しい情報の参考資料としてそうした他の刊行物や、プログラム活動に関するその他の WHO の関連ツールや文書を提示します。

本ガイドラインの新規と既存の推奨事項は、すべて要約表にまとめるとともに、第 3 章と第 4 章で詳しく説明しています。

1.5.2 サービスが行き届いていない集団におけるセルフケア導入のアクセス、取り入れ、と使用

健康格差は世界のあらゆる地域にはびこる問題であり、最も貧しく、最も社会から取り残された人やコミュニティでは、病気の発生率が顕著に高くなっています。サービスが行き届いていない人やコミュニティの脆弱性は、社会的孤立、貧困、と健康にとって有害な環境での生活につながる可能性があります。セルフケア導入へのアクセスや、セルフケア導入の使用と取り入れについて、すべての人やコミュニティが同じレベルの支援を必要としているわけではありません。健康被害を避けるためには、他者に頼らないセルフケアと、質の高いヘルスケアを希望する又は必要とする人々に対するそうしたサービスへのアクセスを、安全かつ強力に連携させることが重要になります。積極的にセルフケアを選んだのではなく、恐怖心や他の手段がないことがそうした選択を促す結果となっている場合、セルフケアは脆弱性を高める可能性があります。



さらに、すべての介入が使用者自身と医療従事者の中間という同じスペースで展開されるわけではありません。セルフケア導入の使用と取り入れは有機的なものであり、責任の所在（使用者が全責任を負うか、医療従事者が全責任を負うか、あるいはその中間のどこか）は各介入や異なる人口集団によって時とともに変化する可能性があります。

国レベルでセルフケア導入の現状を検証し、本ガイドラインの取り入れを促進する要素を特定するため、地域レベルで非公式な協議が行われています。

1.5.3 性と生殖に関する健康と権利のためのセルフケア

「病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、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」（15）という WHO による健康の定義の枠組みの中で、性と生殖に関する健康とは、性と性的関係に加え、人生のあらゆる段階における生殖過程、機能、とシステムを指します。性と生殖に関する健康プログラムを通じて人権に基づく法律や政策を完全実施することが、健康と人権を守るための基礎となります。表 1.2 で、セルフケア導入に対する人権的アプローチの重要な要素について概説します。



表 1.2. セルフケア導入に対する人権的アプローチ

基準となる人権	性と生殖に関する健康と権利のためのセルフケア導入との関連性
情報、商品、とサービスの可用性、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	使用者が利用でき、アクセス可能で、受け入れることのできる、質の高い情報や製品を用いてセルフケア導入を行う能力は、各自の健康に対する権利を推進し、保護するための中核的な要素です。
参加の権利	自身に影響を及ぼす意思決定プロセスへの積極的かつ十分な情報に基づく参加は、健康に関する問題にまでとます。
平等と非差別に対する権利	この権利は、社会から取り残された人々や、差別やスティグマを受けている人々が特に直面する課題に光を当てており、関連する規制の枠組み、法律、政策、と慣行が確実に人権の原則に準拠しているようにします。
情報に対する権利	情報に対する権利は、不正確な情報や誤った情報に対する責任の所在の決定を含め、情報提供の規制のされ方に影響を及ぼします。
情報に基づく意思決定を行う権利	非差別的な文言で構成された、正確で、利用しやすく、明確で、ユーザーフレンドリーな情報が利用可能であることが、セルフケア導入に関する情報に基づく意思決定にとって重要になります。
プライバシーと秘密保持に対する権利	保健システムの外からセルフケア導入にアクセスする場合は、プライバシーと秘密保持の保証についてさらに配慮することが必要になる可能性があります。
アカウントビリティに対する権利	アカウントビリティには、保健部門全体の説明責任と、民間部門の規制に対する説明責任が含まれ、より幅広い法的環境や政策環境が含まれます。また、セルフケア導入に関する権利がおろそかにされたり侵害されたりした場合に、司法にアクセスすることを促進する是正システムも含まれます。

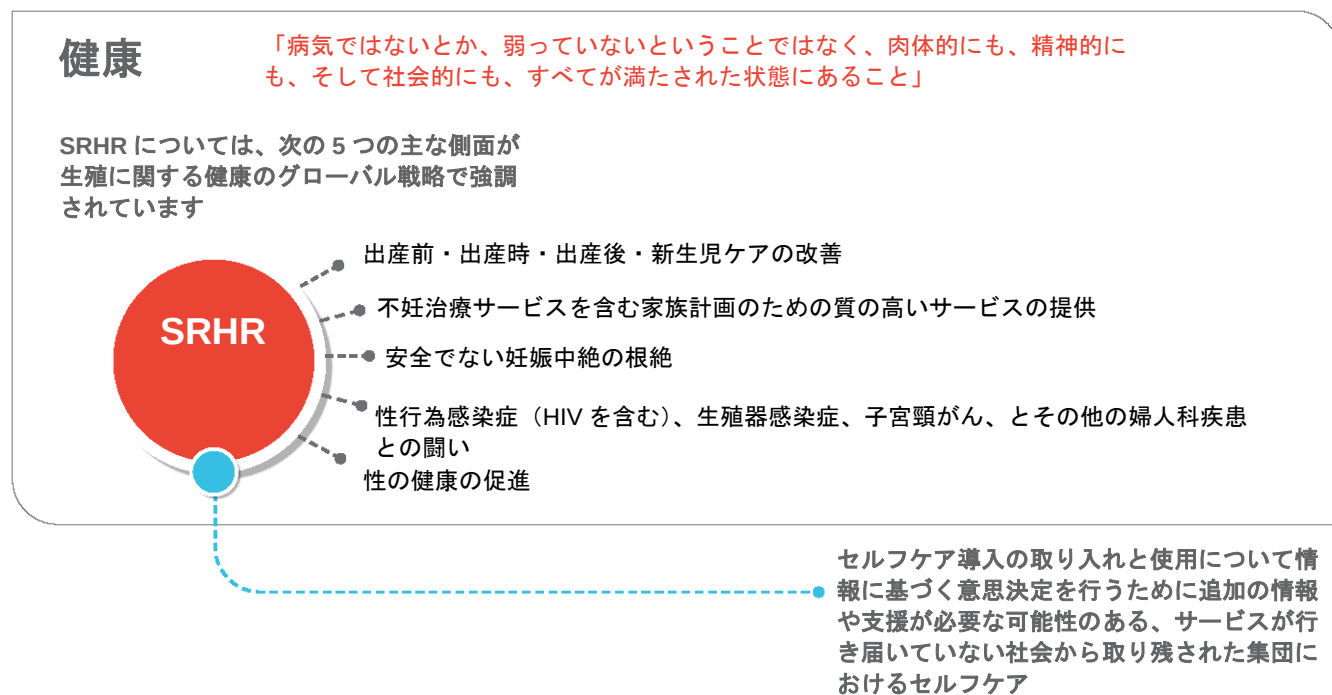
2004 年の生殖に関する健康のグローバル戦略（Global Reproductive Health Strategy）で WHO 加盟国が承認した SRHR に対する包括的アプローチは、5 つの主要分野（図 1.8 を参照）と、ジェンダーに基づく暴力などいくつかの横断的分野をカバーしています（16）。



セルフケアは、健康のすべての側面において重要ではありますが、ジェンダー、政治、文化、と権

力のダイナミクスによってマイナスの影響を受ける集団や、サービスが行き届いていない人々（障害者など）にとっては、特に重要であり、また、特に管理が困難です。これは、SRHR のためのセルフケア導入についても言えることです。なぜなら、多くの人は自分の体に対する自律性を行使できず、性や生殖に関する意思決定を行うことができないからです。

図 1.8. 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対象範囲



1.6 対象者

第一の対象者：

- セルフケア導入の提供や推進に関する意思決定や助言に対して責任を負う、各国と国際的な政策立案者、研究者、プログラム管理者、医療従事者（薬剤師を含む）、ドナー、と市民団体。

第二の対象者：

- 製品開発者。

また、今回の新ガイドラインは、以下を支援することも期待されています：

- 推奨事項の影響を受ける人々、つまり自分自身でケアを行う人や介護者。

ここに提示するガイダンスは、サービスが行き届いていない集団のニーズや権利に合ったサービスの提供において最も大きな課題に直面する、資源の少ない環境で行われる保健サービスや保健プログラムにとって最も有益となると考えられます。しかし、本ガイドラインはあらゆる環境に該当するものであり、したがってグローバルなガイダンスととらえるべきです。全世界に関連のあるこれらの推奨事項やグッド・プラクティス・ステートメントの実施に際して、WHO の各地域や加盟国では、経済状況と既存の保健サービスや医療機関を考慮して、現地の状況に合ったものにすることができます。

1.7 価値観と好み

「HIV とともに生きる女性の性と生殖に関する健康と権利についての WHO の 2017 年統合ガイドライン（2017 WHO Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV）」（17）で用いられた、使用者の価値観と好みの評価のベストプラクティスに基づき、ネット上でセルフケア導入に関するグローバル調査を実施しました。この価値観と好みに関するグローバル調査（Global Values and Preferences Survey : GVPS）は、英語版、フランス語版、スペイン語版が用意され、2020 年 10 月～2021 年 5 月まで掲載されました。

その結果、医療従事者（回答者の 36%）を含む 113 カ国の計 1350 名から回答が得られました。地域ごとの割合はフランスが取れており、回答者の 26%がアフリカ、18%が南ア

ジア、27%がヨーロッパ、23%が南北アメリカ、13%が西太平洋地域でした。回答者の年齢は 18～70 歳で、多様な性的指向・性自認・ジェンダー表現の人（18%）、18～29 歳の若年層（46%）、と 50 歳以上（16%）を含む、幅広い多様な背景の人がいました。

GVPS の短所には、ネット上で調査の検索やアクセスを行うことができた人が最も調査に回答する可能性が高かったこと、英語、フランス語、又はスペイン語を読める人しか調査にアクセスできなかったことなどが含まれました。GVPS の長所には、世界中の各地域から幅広い回答があったことでアクセスの違いに関するスナップショットが得られたこと、定性的な回答が含まれていたことでセルフケア導入に関する幅広い観点が浮き彫りにされたことなどがありました。

GVPS の結果は、Guideline Development Group (GDG) の会議で発表されました。GDG は、ガイドラインのための新しい推奨事項の作成プロセスで GVPS の結果を考慮しました（また、価値観と好みに関する文献レビューの結果も考慮しました）。

1.8 ガイドライン作成・編集プロセス

本ガイドラインは、WHO のガイドライン作成に関する基準と要件に従い、「ガイドライン作成に関する WHO ハンドブック第 2 版 (WHO handbook for guideline development, second edition)」(18) に基づき、WHO Guidelines Review Committee の監督の下で作成されました。

本ガイドラインの推奨事項は、すべて GDG によって作成され、ガイドラインの方法論専門家が GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) アプローチを用いて支援しました (19)。特に、付録 2 と A2.4 項では、本ガイドラインで対処する課題や、本ガイドラインに含める具体的な推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメントをどのように決定したかを説明していますので、そちらをご参照ください。

本文書の残りの部分では、第 2 章でセルフケアの実現環境づくりとその維持に向けた基礎的な戦略について説明します。第 3 章では推奨事項を示し、第 4 章では実施面での留意事項に関するグッド・プラクティス・ステートメントを提供します。第 5 章では、さらなる研究が必要な、GDG が特定した研究のギャップと優先事項をリストアップします。最後に、第 6 章では、本ガイドラインと推奨事項の普及、適用、モニタリングと評価、と更新のための計画について説明します。

ボックス 1.2 リビングガイドライン

このリビングガイドラインは、ユーザーフレンドリーで操作しやすいオンライン・プラットフォームでも利用でき、それによって新たなエビデンスや情報を継続的に検討していくことができます。このリビングガイドラインのインタラクティブなウェブ版は、以下から入手することができます：

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>

第 1 章の参考文献

1. Hardon A, Pell C, Taqeban 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.
2. Boonmongkon P, Nichter M, Pylypa J. *Mot luuk* problems in Northeast Thailand: why women's own health concerns matter as much as disease rates. Soc Sci Med. 2001;53:1095–1112. doi:10.1016/S0277-9536(00)00404-4.

3. 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 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250047/1/9789241511308-eng.pdf>, accessed 13 March 2021).
4. Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses. Washington (DC) and Geneva: World Bank and World Health Organization; 2017 (<https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2017/12/13/world-bank-who-half-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>, accessed 19 March 2021).
5. Director-General of the World Health Organization. Thirteenth general programme of work 2019–2023 (draft 5 April). Seventy-first World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2018 (A71/4; <https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023>, accessed 24 May 2021).
6. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 25–26 October 2018. World Health Organization; 2018 (WHO/ HIS/ SDS/2018.61; <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>, accessed 13 March 2021).
7. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva: World Health Organization; 1978 (https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accessed 13 March 2021).
8. UHC Compendium: Health interventions for Universal Health Coverage [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>, accessed 15 March 2021).
9. Health promotion Q&A [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/health-promotion>, accessed 15 March 2021).
10. United Nations Sustainable Development Goals Knowledge Platform [website]. New York (NY): United Nations (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, accessed 15 March 2021).
11. 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.
12. Self care for health: a handbook for community health workers and volunteers. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2013 (http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5084.pdf, accessed 13 March 2021).
13. Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Self-care interventions to advance health and well-being: developing a conceptual framework to inform normative guidance. BMJ. 2019;365:l688. doi:10.1136/bmj.l688.
14. WHO Classification of self-care interventions for health v 1.0. 2021. GRADE (forthcoming).
15. Constitution. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/about/governance/constitution>, accessed 23 June 2021).
16. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Global strategy adopted by the 57th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2004 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gener al/RHR_04_8/en, accessed 13 March 2021).
17. 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 13 March 2021).
18. WHO handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>, accessed 21 April 2021).
19. GRADE [website]. The GRADE Working Group; 2016 (<http://gradeworkinggroup.org>, accessed 1 April 2021).

2.

セルフケアの実現環境 づくりとその維持に向 けた基礎的な戦略



本章の内容

本章では、セルフケア導入のための WHO の概念的枠組みの中核的要素と、セルフケア導入の導入、アクセス、取り入れ、とスケールアップの支援におけるそれらの重要性について説明します。

健康とウェルビーイングに対する
生活者中心型のアプローチ p. 17

重要原則 p. 17

安全で支援的な実現環境 p. 19

実現環境の特徴 p. 22

セルフケア導入へのアクセス場所と
／又はセルフケア導入の提供場所 p. 24

アカウンタビリティ p. 24

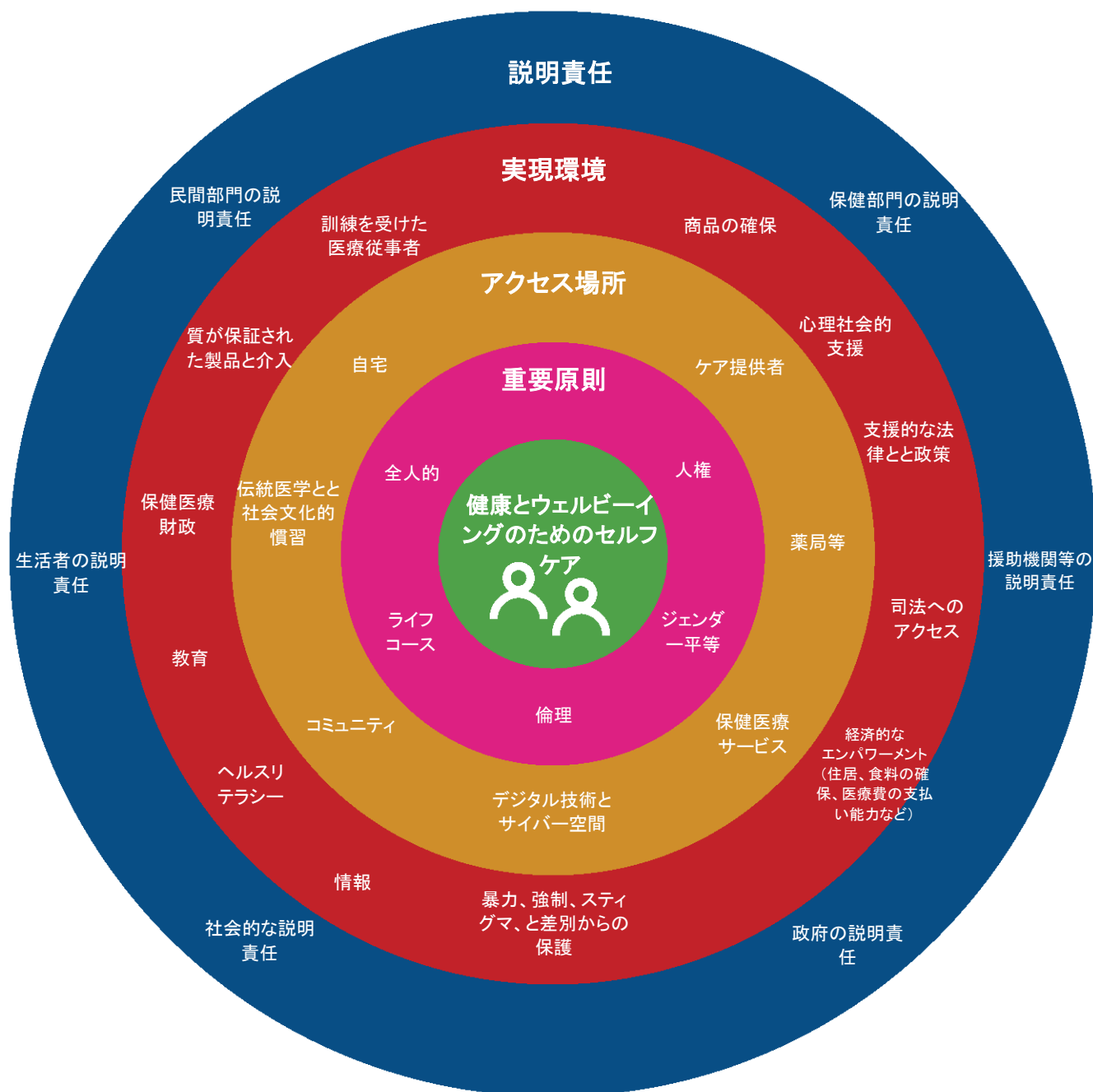


2.1 背景

セルフケア導入を利用できるようにする環境が確実に安全で適切なものであるようにすることは、これらの介入の導入やスケールアップに向けたあらゆる戦略にとって重要な要素となります。これらの戦略は、潜在的な使用者のプロファイル、それらの人々を対象に提供されているサービス、幅広い法律・政策面での環境、そして構造的な支援や障害に関する情報に基づいて行う必要があります。本ガイドラインに情報をもたらすこの概念的枠組みは、セルフケアの実現環境づくりとその維持に向けた重要分野に対して体系的に目を向けてもらうことで、セルフケア導入が使用者に届く際に使用者の権利やニーズを支援するために必要なチェック機能が備わり、バランスが取れているようにすることを目的として設計されています。

この概念的枠組み（図 2.1 に記載）は、健康のためのセルフケア導入の導入、アクセス、取り入れ、とスケールアップを支援する可能性のある、「人中心型」と「保健システム」の両アプローチから見た中核的要素を示しています（1）。健康とウェルビーイングに対する人中心型のアプローチが、この枠組みの中心をなしており（緑色の円）、人権、倫理、ジェンダー平等の重要原則がその基礎となっています（ピンク色の円）。さらに、この枠組みは、セルフケア導入へのアクセス場所とセルフケア導入の提供場所（からし色の円）、安全で支援的な実現環境の重要要素（赤色の円）、そしてさまざまなレベルにおけるアカウンタビリティ（青色の円）を示しています。

図 2.1. セルフケア導入のための概念的枠組み



出典 : Narasimhan et al より許可を得て転載 (1)。

2.2 健康とウェルビーイングに対する人中心型のアプローチ



本ガイドラインは、性と生殖に関する健康と権利（SRHR）や非感染性疾患（NCD）に関するものを含め、健康とウェルビーイングに対する強化された包括的な人中心型のアプローチに基づいており、このアプローチを推奨しています。人中心型とは、ライフコース全体を通じた生活環境や生活者の状況、ニーズ、と希望を考慮したホリスティックなアプローチをもって、1人ひとりのケアに取り組むということです。人中心型の保健サービスは、個人、家族、とコミュニティの観点を意識的に取り入れた医療へのアプローチを用いて提供されます。



人中心型のアプローチ（2, 3）：

- 生活者のニーズ、権利、と好みに対して人道的かつホリスティックな形で対応する信頼できる保健システムの受益者であると同時に、積極的な参加者として生活者をとらえる。
- ジェンダー平等の推進をすべての人々が健康を達成する上で中心となるものとして重視し、有害なジェンダー規範を検討してジェンダー平等を支援するジェンダー・トランスフォーマティブな保健サービスを推進する。
- 性と生殖に関するものを含め、各人が自分の人生のあらゆる側面において意思決定を行い、それを実行するための力を確実につけられるよう、教育や支援を通じて人々のエンパワメントを図る。
- 人々が自身のヘルスケアに参加することを推進する戦略が求められる。
- 保健サービスの単なる受動的な受け手ではなく、自身の健康に積極的に関わる行為者としての生活者の力を認識する。
- 疾患の管理と抑制ではなく、その人自身の健康上のニーズや優先事項を中心に構成する。

この統合的な人中心型の保健サービスのための枠組みは、保健サービスの資金供給、管理、と提供方法の根本的な転換を求めています（2）。この枠組みのビジョンは、「すべての人々が、ライフコース全体における各自のニーズを満たすように共同で構築され、一連のケア全体を通じて調整され、包括的、安全、効果的、適時、かつ効果的で、受け入れられる質の高い保健サービスを平等に受けられるようにすること。そして、すべての介護者が意欲と技能を備え、支援的な環境で業務を行えるようにすること」です（2）。

世界保健機関（WHO）では、この枠組みを達成するために実施する必要がある、5つの密接に関連し合った戦略を推奨します。このアプローチを適用することで、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に向けた前進と持続可能な開発目標の達成に不可欠である、頑健かつ強靱な保健サービスを構築することができます（2）。

2.3 重要原則

適切に機能する保健システムと、安全で支援的な実現環境に関して、本項で概説する重要原則を体系的に検討することは、セルフケア導入の提供によってすべての人がより健康になれるようにする上で役立ちます。本ガイドラインの重要原則は、懸念がある可能性のある主要分野に対して体系的に目を向けてもらうことで、そうしたマイナスの影響を抑えられる可能性のある対策を立てるための情報を入手し、対応力のある支援的な保健システムと、より幅広い実現環境を確保することを目的として設計されています。

2.3.1 ホリスティックなアプローチ

健康に対するホリスティックなアプローチは、生物医学的介入への単なるアクセスや、そうした介入の取り入れを超えた課題まで対処します。健康に対するホリスティックなアプローチを取り入れるというのは、個人、家族、とコミュニティから、より幅広い保健システムや包括的な実現環境まで、複数のレベルで取り組むということです。そうすることで、生活者の健康のあらゆる側面が考慮されるだけでなく、その人の生活環境のさまざまな側面も考慮することができます。これらはすべて、その人の健康やケアシーキングに影響を及ぼします。

人中心型のアプローチの中で、健康をホリスティックにとらえることで、特定の病気や健康状態を超えた部分にも注意が向けられます。健康は持って生まれたものや環境と関連し合っており、時間とともに変化していくため、健康に対してホリスティックなアプローチを取ることで、健康の複雑で動的な要素をよりよく反映することができます（4）。したがって、セルフケア導入に対するホリスティックなアプローチは、SRHRやNCD、感染性疾患や非感染性疾患、そしてメンタルヘルスを含む、健康に関するさまざまなテーマに関連したものになります。

2.3.2 倫理面での留意事項

医療倫理は、サービスが行き届いていない集団に対する医療の提供に関する公平性とその影響など、価値観に基づく配慮という次元を追加するものです。倫理的枠組みの強化により、病気ではないということだけでなく、満たされた状態となることが重視されます。倫理的枠組みは、使用者の自律性がウェルビーイングの1つ又は複数の側面をどのように推進することができるか、あるいは対応することができるかについて理解を深めるのに役立ちます。例えば、倫理的枠組みは、その人が健康に関する意思決定を行う能力や、セルフケア導入を使用する能力についての基準を評価する上で役立つ可能性があります（5）。

公正性と公平性の原則に基づくセルフケア導入に関するすべての意思決定は、倫理的アプローチがもたらす情報に基づいて行われるべきです (6)。これには保健サービスにおける医療倫理の尊重などが含まれ、それをさらに推し進めていくことで、保健システムの外でセルフケア導入にアクセスし、使用する場合に必ず倫理的アプローチが取られるようにします。セルフケア導入の導入を支援する実現環境は、ヘルスケアがすべての介入においてリスク-ベネフィット比を最適化し、各人が情報に基づく自主的な意思決定を行う権利を尊重し、プライバシーを守り、最もサービスが行き届いていない人々を保護し、資源の公平な分配を確保することにより、倫理的なものにしなければなりません。

2.3.3 ライフコース・アプローチ



人々の生涯にわたる社会経済的状況は、健康アウトカム、疾患リスク、ヘルス・シーキング行動、とニーズを形成し、各人のセルフケア導入の使用や取り入れに影響を及ぼします (6)。健康な人は、多くの場合、自宅で健康とウェルビーイングを維持し、人生の特定の段階で断続的に保健システムを利用したり、利用を再開したりします。セルフケア導入は、ライフコースのあらゆる段階で潜在的な使用者の健康上のニーズや希望を満たすものであるべきです。これは、さまざまな年齢層のニーズが検討され、人々の長期的な健康上のニーズや優先事項がセルフケア導入へのアクセスや使用に考慮されるようにする上で役立ちます。



このようなライフコース・アプローチを検討することの利点には、提供の効率向上、全体的な費用の削減、サービスの取り入れにおける公平性の改善、ヘルスリテラシーやセルフケアの向上、ケアに対する満足度の向上、患者と医療従事者の関係改善、医療危機への対応力の向上などがあります。人生の各段階が次の段階に影響を及ぼすため、すべての段階でセルフケア導入を使用することが重要です (7)。



2.3.4 人権とジェンダー平等に基づくアプローチ

人権とジェンダー平等に基づく統合的なアプローチは、生活者の尊厳とウェルビーイングを確保する上で中心をなすものです。法律、政策、と介入は、有害なジェンダー規範やステレオタイプ、親密な関係における不平等な力関係、そして女性やジェンダーダイバースの人々の資源に対するアクセスや

資源をコントロールする力の相対的な欠如を含む、ジェンダーの不平等に対処すべきです。これらの不平等は、いずれもそうした人々の脆弱性を悪化させ、保健サービスへのアクセスや保健サービスの利用体験に影響を及ぼし、自身の健康に関する権利を十分に行使するのを妨げる障害となります。ジェンダー平等の推進は、セルフケア導入によって恩恵を受けられる可能性があるすべての人がセルフケア導入にアクセスできるよう促進する上で重要です。



人権の保護は、本ガイドラインの基礎となる重要なものです。性と生殖に関する健康 (SRH) に関連した人権には、すべての人が強制・差別・暴力のない快適で安全な性生活を送る権利、自分で選択した安全かつ効果的で手ごろな価格の受け入れられる妊娠調節方法について情報を入手し、アクセスできる権利、そして生活者とそのパートナーが妊娠・出産を安全に行って健康な子どもが生まれる確率を最大限に高めることを可能にする適切な保健サービスが提供される権利などが含まれます (6)。

経済的・社会的・文化的権利に関する国連委員会 (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights) は、SRH に対する権利について「経済的・社会的・文化的権利に関する国際規約 (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) の第 12 条に記されている健康に対する権利の不可欠な部分」と定義しています (8)。同委員会は、SRH に対する権利には、あらゆる医療機関、製品、サービス、と情報への自由なアクセスを含む一連の権利が含まれるとしています (8)。これらは、すべての人が第 12 条に記されている SRH への権利を完全に享受することを保証します。生活者の尊厳や、身体的・精神的な健全さの尊重には、生殖に関する選択を自ら行うことができる機会を 1 人ひとりに与えることが含まれます (9~11)。情報に基づく自由で完全な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ます (12)。これは、セルフケア導入の環境において特に重要な意味を持ちます。なぜなら、人々がセルフケア導入の選択・使用に際して適切な決定を下すのに、医療専門家ではなく一般に公開されている情報に頼る可能性があるからです。さらに、世界人権宣言の第 27 条は、すべて人は自由に「科学の進歩とその恩恵にあずかる」権利を有するとしています (13)。



1994 年の国際人口開発会議の行動計画では、人権の枠組みにおける SRH の問題についてハイライトしました (14)。この行動計画では、生殖に関する権利を次のように定義しています。

生殖に関する権利には、国内法、国際人権文書、とその他のコンセンサス文書においてすでに認識されてきた特定の人権が含まれる。これらの権利は、すべてのカップルと生活者が、子どもの数、子どもを生む間隔と時期を自由かつ責任を持って決定し、そのための情報と手段を得るといった基本的な権利と、最高水準の性と生殖に関する健康を得る権利を認識することにある。また、この権利には、人権文書に示されているように、差別、強制、と暴力を受けることなく、生殖に関する意思決定を行う権利も含まれている（14、7.3）。

これ以降、SRHRに関する国際的・地域的な人権基準や法体系は大きく進化してきました。現在、特定の人権を尊重し、保護しなければ、SRHを達成・維持することはできないというコンセンサスが高まっています。性に関する権利は、性やSRHに対する既存の人権の適用によって構成されています。性に関する権利は、差別から保護する枠組み内で、他者の人権に十分配慮しながら、すべての人が自分の性を実現・表現し、SRHを享受する権利を保護します（15）。



WHOでは、特定の人権がSRHRの推進と保護に特に欠かせないと認識しています（16）。したがって、これらの人権は、SRHRのためのセルフケア導入に対しても同様に適用されます。

第1章の表1.2では、使用者を中心として、セルフケア導入の採用と提供に対するこれらの人権基準の関連性について概説しています。これらの人権基準と原則は、セルフケア導入を適切に展開していくために極めて重要です（17）。SRHR

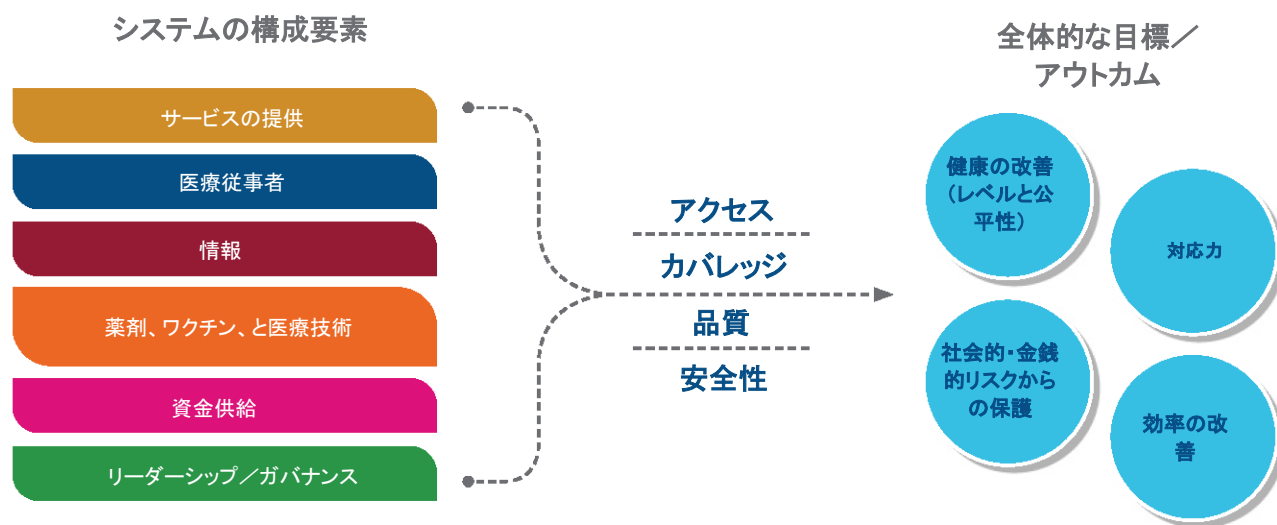
のアウトカムは、全世界で等しくはなく、各国間でも各国内でも等しくはありません。こうした格差の多くは、根底にある社会的な決定要因によるものであり、回避可能で、許容できないものです（18）。

2.4 安全で支援的な実現環境

社会から取り残されたサービスが行き届いていない集団の健康とウェルビーイングを向上することができる製品や介入へのアクセスとそれらの取り入れを推進するためには、安全で支援的な実現環境が不可欠です。したがって、セルフケア導入の導入やスケールアップを成功させるためには、保健システムのすべての側面と、セルフケア導入が提供される幅広い環境に対して体系的に目を向ける必要があります（6）。

セルフケア導入は、保健システムとの直接的なやり取りに代わるものではなく、それらを補うものでなければならず、これには保健システムの境界を概念化し直す必要がある可能性があります。使用者のセルフケア導入体験の一部は、保健システムによって形成されます。セルフケア導入が安全で効果的なものであるようにし、医療にアクセスできない人々が利用できるようにするためには、保健システムからの支援が今まで以上に必要になる可能性があります（17）。WHOの保健システムの枠組みに基づき（19）、すべての保健システムの構成要素（図2.2を参照）が効果的なセルフケア導入のために十分であるようにする必要があります。

図 2.2. WHO の保健システムの枠組み



出典：WHO（19）。



さらに、情報に基づいた選択を行うためのセルフケア導入に関する適切な情報を人々が確実に得られるようにするため、また、必要に応じて医療従事者の支援を求めるために、コミュニティにリーチアウトする必要性が高まります。この点については、2.4.7 項でさらに詳しく取り上げており、セルフケア導入の潜在的な使用者を保健システムがどのように対応しなければならないかに関するすべての留意事項の中心にすえて、詳しく検討しています。

2.4.1 サービスの提供

サービスの提供は、医療従事者、調達／供給、と資金供給など、保健システムへのインプットと直接的な相関関係にあります。インプットが増えれば、サービスの提供改善やサービスへのアクセス向上につながります。最低品質基準を満たす又は超える保健サービスが確実に利用でき、アクセスできるようにすることは、保健システムの重要な機能の 1 つです (20)。サービスは、病気や支払い能力ではなく、各人のニーズや好みに合わせて構成します。使用者が保健サービスについて対応力があり、自分にとって受け入れられるもの（又は受け入れられないもの）であると認識することで、人々が自身のヘルスケアにおいて積極的なパートナーとなるアプローチが促進されます。サービスの提供は、サービスのネットワーク、健康状態、とケアのレベル全体を通じた、ライフコース全体にわたるケアの連続性を提供するように構成します。

2.4.2 医療従事者

UHC に向けた能力とアウトカムに関する WHO のグローバル枠組みは、健康促進、予防、根治、リハビリテーション、と緩和を目的とした保健サービス全体を通じた健康介入の提供に関連しており、プライマリ・ヘルスケアのレベルの医療従事者が事前に 12~48 カ月の訓練過程を修了することで使用することができます (21)。この枠組みは、介入の提供に必要な能力（統合的な知識、技能、と行動）に重点を置き、準備教育・訓練と現職教育・訓練の両方に適用されます。セルフケア導入を推進し、促進する機会を最大化するため、医療従事者の訓練には、情報に基づく意思決定、価値観の明確化、協働的な業務実践、と共感と思いやりを持ったケアを可能にするコミュニケーションを組み込むことが重要です (21)。



ケアや保健サービスの提供は、人中心型の中立的な形で行われるべきであり、すべての人が希望する時に、支援を受けた形で自分自身のケアに関する意思決定を情報に基づいて主体的に行うことができるようにします。セルフケア導入は、保健サービスの外でアクセスと使用される場合でも、保健システムがある程度関わる必要があります。そのため、医療従事者の態度や行動が偏見のない包摂的なものであるようにすること、また、医

療従事者が患者の安全や公平性を含む安全性を推進することが極めて重要です。医療従事者や医療機関の管理者（公民問わず）は、サービスを適切に提供し、医療倫理や国際的に合意された人権原則に基づく基準を満たす責任があります。医療従事者や保健サービスは、ホリスティックな健康管理計画を作成・支援する際にセルフケアの存在を認識し、人々が保健システムで開始するもの以外のセルフケアを実践する際に果たす役割を考慮する必要があります。

2.4.3 情報

健康情報や保健サービスは、必要とされる時に必要とされる場所で利用とアクセスすることができなければならず、また、使用者にとって受け入れられる、質の高いものでなければなりません (6)。保健システムの外でセルフケア導入を利用できる状況においては、潜在的な使用者が、その人個人やコミュニティのニーズに合った、信頼性が高く、有用で、質の高い情報にアクセスできる必要があります。絵や写真といった視覚資料は、言葉の壁やリテラシーの問題を克服する上で役立ちます。携帯電話、タブレット、とその他の情報通信技術は、健康情報を提供する新たな機会をもたらしています。

健康情報は、セルフケアの臨床的と非臨床的側面に対処するために、医療従事者が入手し、使用できるようにする必要があります。情報は信頼性が高く正確であるべきであり、そうした情報をもとに自身の健康やウェルビーイングについて情報に基づく意思決定をしたり、保健システムを利用したりする人が信用できるものである必要があります。例えば、患者向け情報のパンフレットは、多くの国で法的要件となっており、そこに説明されている製品や介入の安全で効果的な使用について患者が情報に基づく意思決定をすることができるように設計することが求められています。セルフケア導入に関する情報の収集には、従来の保健システムの範囲を超えた健康管理情報システムの拡大が必要である可能性があります。

2.4.4 薬剤、ワクチン、と医療技術

適切で安全な薬剤、ワクチン、と医療技術へのアクセスを保証するための一連のプロセスには、医療技術の規制、評価、と管理が含まれます (図 2.3 を参照) (22)。どの薬剤、ワクチン、と医療技術が国内市場に参入できるかは、国の規制当局（つまり政府）が決定します。すべての必要な医薬品や医療技術を利用できるようにすることによって、途切れのないサービスの提供や介入の実現を実現する必要があります。これには、従来の保健サービスの外（薬局・薬店やネットを通じてなど）でアクセスできる供給品も含まれます。大半のセルフケア導入は、医療現場以外で使用される可能性が高いものの、製品や技術の品質は適切に規制する必要があります (2.4.6 項を参照)。

図 2.3. 適切で安全な質の高いセルフケア導入へのアクセスを保証するためのプロセス



出典：WHO より転載（23）。

リプロダクティブ・ヘルス商品の確保とは、すべての人が必要とする時にいつでも質の高い避妊薬やその他の基礎的なリプロダクティブ・ヘルス製品を選択し、入手し、使用することができる状態を指します。リプロダクティブ・ヘルス製品に対する需要が増えるにつれ、国に対してリプロダクティブ・ヘルス商品の調達と供給管理のための安全なシステムを確立し、維持することを求める圧力が増えています。こうした商品確保には、プログラムレベルでのサプライチェーン・プロセスの計画策定、実施、モニタリング、と評価が必要です。また、より幅広い政策アドボカシー、調達に関する問題の管理、原価計算戦略の策定、多部門間の調整、と状況に応じた留意事項への対処も求められます。リプロダクティブ・ヘルス商品を確保するために、そうした商品の国内生産を実現し、強化することが、需要の高いリプロダクティブ・ヘルス製品供給の不足を防ぐ上で不可欠です（24）。

2.4.5 資金供給



特定の医療介入の提供におけるセルフケアのアプローチと技術の使用は、(i) それらの介入を提供するため（と関連する健康アウトカムを生み出すため）にどのくらいの費用を社会が負担するか、(ii) それらの介入の費用を誰が支払うか、そして (iii) それらの介入に誰がアクセスするか、という点に影響を及ぼす可能性があります（25）。予算配分や資金供給戦略は、優れた健康アウトカムを得るためにセルフケア導入を使用できるようにするための環境づくり、UHC への貢献、そして費用対効果の高いサービス提供の促進において、重要な役割を果たしていることを認識する必要があります。また、保健システムでは、セルフケアによる早期診断・治療によって費用を節約できる可能性についても考慮し、それらを財務方程式に組み込む必要があります。

2.4.6 リーダーシップとガバナンス－規制環境

セルフケア導入が多数のさまざまな製品やアクセス場所に広がるとともに、幅広い関係者の規制が必要になります。セルフケア導入が民間部門やネットを通じてますます利用できるようになるにつれ、正規でない業者や規制の対象外の業者によって、品質、安全性、と性能が不明な製品が供給されることが考えられます（26）。こうした状況において規制は重要なカギであり、品質と安全性の確保とアクセスの確保とのバランスを取ることが極めて重要です。望ましくない傾向やひずみ（セルフケア導入によるマイナスの影響や、セルフケア導入の目的外使用）を見つけ、是正することも重要になります。また、規制システムには、偽造製品の拡散を特定し、防止する役割もあります。最後に、透明性が高く、利用しやすい、効果的な説明責任の仕組みを整備する必要があります。これらは、他の社会的なアカウンタビリティの仕組みと合わせて運用されることが考えられますが、保健システムを通じた救済、是正、と司法へのアクセス手段が必要です（27、28）。

2.4.7 保健システムとコミュニティのリンク



セルフケア導入の安全で効果的な提供を確保するためには、サービスの取り入れや使用に対する障害、そして保健システムとの継続的なエンゲージメントに対する障害を克服するための仕組みを設ける必要があります。これらの障害は、生活者、生活者間、コミュニティ、と社会レベルで発生します。そうした障害には、社会的排除や疎外化、犯罪化、スティグマ、とジェンダーに基づく暴力やジェンダー不平等といった問題が含まれる可能性があります。

セルフケア導入の可用性、アクセシビリティ、許容性、手ごろな価格、取り入れ、公平なカバレッジ、品質、有効性、と効率と、サービスへのリンクを改善するために、保健システムの構成要素（図 2.2）全体を含む戦略が必要になります。そうした改善を妨げる障害を対処せずに放置すれば、セルフケア導入が利用できる状況においても、健康を損なう結果となる可能性があります。そうした障害を取り除くことは、セルフケア導入の実現環境づくりに不可欠な部分です。

セルフケア導入の可用性、アクセシビリティ、許容性、手ごろな価格、取り入れ、公平なカバレッジ、品質、有効性、と効率と、サービスへのリンクを改善するために、保健システムの構成要素（図 2.2）全体を含む戦略が必要になります。そうした改善を妨げる障害を対処せずに放置すれば、セルフケア導入が利用できる状況においても、健康を損なう結果となる可能性があります。そうした障害を取り除くことは、セルフケア導入の実現環境づくりに不可欠な部分です。

セルフケア導入の環境においては、こうした介入が情報に基づいて安全かつ適切に使用されるようにする上で、保健システムとコミュニティの連携が特に重要となります。これには、利用可能な従来の選択肢とセルフケア導入に関する情報や、必要な時に保健サービスの支援をどこでどのように得られるかという情報を提供するアウトリーチが含まれるべきであり、セルフケア製品における技術的進歩を把握していない可能性のあるコミュニティへのアウトリーチも含まれます。

2.5 実現環境の特徴

保健システムや生活者を取り巻く環境は、その人の保健サービスへのアクセスや使用、そして健康アウトカム形成において重要な役割を果たします（図 2.4 を参照）。例えば、生活者が SRHR を効果的に享受することを妨げる法律、制度上の取り決め、と社会慣行によって明らかになっているように、SRHR の社会的決定要因の重要性は十分に実証されています（9）。セルフケア導入は正式な保健サービスの外でアクセスと／又は使用されることが大半であるため、実現環境はセルフケア導入において特に重要であると言えます。したがって、こうした環境は健康やウェルビーイングの実現を助けるものでなければなりません。

図 2.4. セルフケア導入に影響を及ぼす実現環境の特徴



2.5.1 司法へのアクセス

すべての人々が、差別、医療における守秘義務違反、保健サービスの提供拒否などの権利の侵害を安全に報告し、是正を求め、さらなる権利の侵害を防ぐことができるようにするための政策や手順が必要です。プログラムにより、セルフケア導入を使用する人にも同レベルの司法へのアクセスが与えられるよう促進すべきです。司法へのアクセスを促進する上で一番に留意すべき事項には、安全性、機密性、選択肢、と本人が権利の侵害や違反の報告したいかどうかを決められる自律性が含まれていなければなりません。使用者は、機能的な救済システムにアクセスできる必要があります。権利の侵害（差別など）の場合に、そうしたシステムが司法による救済を求める手段を提供し、それによって使用者が医療従事者を含む責務履行者に行為の履行や不履行に対する説明責任を問うことができるようにすべきです。また、正式な司法システムは、生活者が是正やさらなる危害の防止を求めるにはハードルが高すぎる可能性があるため、システムによって別の形の是正やアカウントビリティを提供することもできます。適切な場合、医療従事者が権利の侵害や違反を警察に届出を希望する人を支援することにより、司法へのアクセスを促進することができます。司法へのアクセス、是正、とさらなる危害の防止は、特に疎外化や犯罪化に直面しているコミュニティや個人では、異なる形を取る可能性があります。



2.5.2 経済的なエンパワーメント

不安定な家計、貧困、と主なニーズや支出をまかなうための資源の欠如は、脆弱性の増大や健康アウトカムの不良の要因となっています。社会経済的脆弱性は、自分自身や扶養家族の基本的なニーズを満たせるようにするために、暴力的又は虐待的なパートナーに依存したり、取り引き的性交に依存したりしている状況などにおいて、人権を行使することを困難にする可能性があります。セルフケア導入により、医療費の負担が保健システムから生活者へシフトするリスクがあり（2.4.5 項を参照）、それによってアクセス格差が広がる可能性があります。したがって、経済的なエンパワーメント、貧困の削減、と資源へのアクセスに重点を置いた介入（住居や食料の支援など）は、すべての人の医療へのアクセスを改善し、健康アウトカムを改善する可能性があります。



2.5.3 教育

教育、特に中等教育は、健康やウェルビーイングに関するエンパワーメントを図る上で重要であり、幅広い健康アウトカムの向上や、健康の維持方法に関する知識の向上との関連が繰り返し示されています（29、30）。例えば、若者が自身のセクシュアリティや関係性について責任を持ち、情報に基づく意思決定をすることができるようにエンパワーメントする上で、包括的性教育（comprehensive sexuality education : CSE）が中心的役割を果たすことはよく知られています（31）。すべての人が確実に CSE を含む教育にアクセスできるようにすることが、ケアシーキングやセルフケア導入に関する情報に基づく意思決定を支援することにつながります。

2.5.4 暴力、強制、スティグマ、と差別からの保護

暴力は、親密なパートナーによる身体的な攻撃、性行為の無理強いや強制、精神的な虐待、行動の管理など、さまざまな形を取る可能性があります（32）。差別的又は過酷な法律や取り締まりを含む、複数の構造的要因や、スティグマや差別を正当化する文化的・社会的規範が、暴力への脆弱性に影響を及ぼしています（32、33）。暴力は、人が性生活における健康を促進する意思決定を行い、それを実行する力や、セルフケア導入を含む SRH サービスにアクセスし、使用する力を損なう可能性があります。さらに、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もあります（34）。

セルフケア導入を使用する際には、影響を及ぼす可能性のある暴力のリスクを考慮し、軽減する必要があります。このような状況において暴力に対処するための取り組みには、保健部門とともに他の部門にも関与してもらう必要があります。暴力に対する適切な対策は、すべての人々の SRHR を向上する助けとなる可能性がありますが、HIV とともに生きる人、トランスジェンダーやジェンダーダイバースの人、性的に多様な人、薬物を使用する人、性労働に従事する人などを含む、スティグマ・排除・暴力の対象になりやすい人々に対して特に注意を払うべきです。



スティグマや差別（法律で規定されているものや主観的なもの）は、SRH サービスへのアクセスに対する

障害となる可能性があり、ヘルス・シーキング行動や健康アウトカムに対して重要な影響を及ぼします。これは、特定の SRH サービス（中絶など）や、特定の集団（青年、トランスジェンダーやジェンダーダイバースの人、障害を持つ人など）に特にあてはまる可能性があります。そうしたスティグマや差別からの保護は、セルフケア導入の実現環境の重要な部分であり、必要とするすべての人が公平にサービスにアクセスできるようにし、報復を恐れることなく情報を求めることや保健サービスを利用することができるようにします。これには、個人からコミュニティ、また、医療機関や保健サービスで働く人々まで、複数のレベルでの介入が必要となる可能性があります。

2.5.5 心理社会的支援

早い段階で目的に合った適切な心理社会的支援（付録4の定義を参照）を行うことは、緊急事態や重大な出来事の後、個人やコミュニティが心の傷を癒し、社会構造を立て直す上で役立ちます。こうした支援は、人々を受動的な犠牲者ではなく能動的な生存者へと変えていく助けにもなります。早い段階で適切な心理社会的支援を行うことにより、(i) 悲しみや苦しみは深刻化するのを防ぐこと、(ii) 現実を受け入れ、日常生活にうまく適応できるようにしていくのを手助けすること、(iii) 普段の生活を再開するのを手助けすること、(iv) コミュニティで特定されたニーズを満たすことができます（35）。

2.5.6 法律と政策による支援

法的環境や政策環境によって、保健サービスやプログラムの可用性と、それらがどの程度生活者のニーズや希望に対応できるかが決まってきます。また、法律や公共政策は、社会的・経済的環境に影響を与える重要なツールでもあり、プラスの社会的決定要因を強化し、健康格差を悪化させる社会規範や状況に対処するプロセスを開始することができます（36）。例えば、合意の上での同性間の性交渉やその他の行動の犯罪化によって生じる障壁には対処する必要があります。こうした障壁がなくなると、セルフケア導入の使用後の保健サービスとの連携が引き続き妨げられることになります。さらに、品質や安全性を損なうことなくセルフケア導入へのアクセスを促進するために必要な規制も、SRHRの実現に向けて行動が必要な重要分野です。

2.5.7 ヘルスリテラシーとデジタルリテラシー

ヘルスリテラシーは、セルフケアラーや介護者が最も多くの情報に基づいた選択を行うために極めて重要です。市民のヘルスリテラシーの向上は、市民が自分自身の健康改善において積極的な役割を果たし、健康のためのコミュニティの活動に参加し、政府が健康や健康の公平性に対する責任を果たすよう後押しすることができるようにする基礎となります。ヘルスリテラシーを向上させることにより、各自がより良いセルフケアを実現するために健康情報をより適切に解釈し、理解し、それに基づいて行動することができるようになります。また、ヘルスリテラシーは、人々が誤った情報と正しい情報を区別する上でも役立ちます。できれば、ヘルスリテラシーを身につけた人が、自分の必要とする健康情報を見つけて評価すること、複雑な毎日の服薬を含むセルフケアに関する指示を理解して従うこと、健康を改善するために必要なライフスタイルの変更を計画して達成すること、健康について情報に基づく前向きな意思決定をすること、医療へのアクセスが必要な場合にいつどのように行えばよいかを把握すること、そしてコミュニティや社会における健康問題に対処できるようになることが理想です（37）。

セルフケア導入にデジタルプラットフォームを使用する場合は、デジタルリテラシー（デジタル機器やデジタルプラットフォームの操作能力）を考慮する必要があります。デジタルチャネルを通じて提供されるセルフケア導入の取り入れは、デジタルリテラシーのレベルによって影響を受ける可能性があります。青少年など一部の集団は、デジタルリテラシーのレベルが比較的高いため、デジタル機器やモバイル機器を通じて提供されるセルフケア導入がより魅力的なものとなることが考えられます（38、39）。

2.6 セルフケア導入へのアクセス場所

近年、正式な医療機関の外で、健康に関する情報、製品、とサービスにアクセスすることが増えてきています（6）。セルフケア導入はいくつかの経路を通じてアクセスすることができ、それによって選択の幅が広がり、自律性が向上しています。多くのセルフケアは自宅で行われており、薬局・薬店やデジタルプラットフォーム（遠隔医療やモバイルアプリなど）を通じてセルフケア導入にアクセスすることが多くなっています。こうした介入にアクセスする場所には、医療機関（病院、専門クリニック、介護施設など）も含まれており、介入の提供は、コミュニティ、介護者、又は従来の医療従事者を通じて行われる場合もあります（図2.5を参照）。

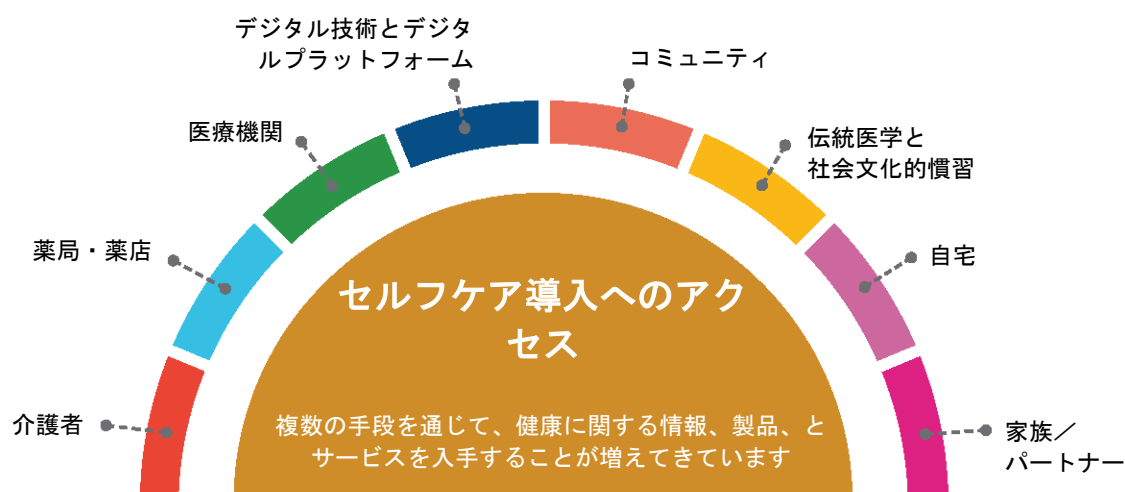
2.7 説明責任

人権の観点から見て、説明責任とは、政府の政策立案者やその他の責務履行者が、その決定や行動に影響を受ける権利保有者に対する義務を確実に果たすことを意味します。倫理的観点から見ると、説明責任とは、非難に値する生活者や組織が自らの行動について回答すること、責任を負うこと、と説明責任を果たすよう期待されることです（6）。

セルフケア導入の説明責任は、いくつかの異なる部門が共有し、すべてのレベル（地方自治体、国、地域、世界）において考慮すべきです。セルフケア導入を支援する実現環境は、説明責任の共有を通じて管理し、質の高いケアと健康アウトカムの改善を確実にする必要があります。セルフケア導入が完全に倫理的かつ適切に提供されるようにするためには、保健システムの複数の面における説明責任が必要になります

（6）。セルフケア導入は、独立した製品であってはならず、また、保健システムのさらなる断片化の原因となってはなりません。セルフケア導入には、保健システムとの連携や、保健システムによる支援が必要です（6）。それにより、保健システムが引き続き説明責任を果たすようにし、セルフケア導入と適切に関わり合い、実施を支援する方法を決定できるようにします（6）。

図 2.5. セルフケア導入へのアクセス場所



第2章の参考文献

1. Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Self-care interventions to advance health and well-being: developing a conceptual framework to inform normative guidance. *BMJ*. 2019;365:l688. doi:10.1136/bmj.l688.
2. WHO Secretariat. Framework on integrated, people-centred health services. Sixty-ninth World Health Assembly. Provisional agenda item 16.1. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/39; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf, accessed 25 March 2021).
3. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/HIS/SDS/2015.6; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>, accessed 23 June 2021).
4. Pourbohloul B, Kieny M-P. Complex systems analysis: towards holistic approaches to health systems planning and policy. *Bull World Health Organ*. 2011;89:242. doi:10.2471/BLT.11.087544.
5. Global health ethics: key issues. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694033_eng.pdf, accessed 19 March 2021).
6. World Health Organization meeting on ethical, legal, human rights and social accountability implications of self-care interventions for sexual and reproductive health: 2–14 March 2018, Brocher Foundation, Hermance, Switzerland: summary report. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273989/WHO-FWC-18.30-eng.pdf>, accessed 24 May 2021).
7. A life-course approach to health and sustainable development. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/life-course/publications/life-course-brief/en>, accessed 19 March 2021).
8. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). New York (NY): United Nations Economic and Social Council; 2016 (E/C.12/GC/22; https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E/C.12/GC/22&Lang=en, accessed 19 March 2021).
9. General recommendation No. 24 (20th session): Article 12 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) – women and health. In: Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Fifty-fourth session of the General Assembly, Supplement No. 38 (Chapter I). New York (NY): United Nations; 1999: paragraph 22 (A/54/38/Rev.1, <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reports/21report.pdf>, accessed 19 March 2021).

10. United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). New York (NY): United Nations; 1979: Article 16 (<https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>, accessed 19 March 2021).
11. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York (NY): United Nations; 2006: Articles 12 and 23 (<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>, accessed 19 March 2021).
12. Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/133327/9789241507745_eng.pdf, accessed 19 March 2021).
13. The Universal Declaration of Human Rights. New York (NY): United Nations; 1948 (<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>, accessed 19 March 2021).
14. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. In: Report of the International Conference on Population and Development (Cairo, 5–13 September 1994). United Nations Population Information Network (POPIN), Population Division, Department of Economic and Social Affairs; 1994 (A/CONF.171/13; [https://www.un.org/development/desa.pd/sites/www.un.org/development.desa.pd/files/icpd_en.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org/development.desa.pd/files/icpd_en.pdf), accessed 19 March 2021).
15. Sexual health. In: World Health Organization, Sexual and reproductive health and research including the Special Programme HRP [website]. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2, accessed 23 June 2021).
16. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en, accessed 19 March 2021).
17. Ferguson L, Fried S, Matsaseng T, Ravindran S, Gruskin S. Human rights and legal dimensions of self care interventions for sexual and reproductive health. BMJ. 2019;365:l1941. doi:10.1136/bmj.l1941.
18. Making a difference: vision, goals and strategy. In: World Health Organization, Gender, equity and human rights [website]. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/en/>, accessed 19 March 2021).
19. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 19 March 2021).
20. Health service delivery. In: Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010: section 1 (https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_section1_web.pdf, accessed 19 March 2021).
21. World Health Organization Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization; 2021 (forthcoming).
22. Regulatory system strengthening for medical products. Sixty-seventh World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2014 (WHO67.20; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R20-en.pdf, accessed 19 March 2021).
23. Velazquez Berumen A. Access to medical devices for universal health coverage and achievement of SDGs. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/medical_devices/October_2017_Medical_Devices_English.pdf, accessed 19 March 2021).
24. UNFPA and partners support reproductive health commodity security. In: Reproductive Health Essential Medicines [website]. Geneva: World Health Organization; (https://www.who.int/rhem/didyouknow/unfpa/rh_commodity_security/en, accessed 19 March 2021).
25. 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:l1228. doi:10.1136/bmj.l1228.
26. 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/vct/Annex19.pdf>, accessed 23 June 2021).

27. Backman G, Hunt P, Khosla R, Jaramillo-Strouss C, Fikre BM, Rumble C, et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet*. 2008;372(9655):2047–85. doi:10.1016/S0140-6736(08)61781-X.
28. Gruskin S, Ahmed S, Bogecho D, Ferguson L, Hanefeld J, MacCarthy S, et al. Human rights in health systems frameworks: what is there, what is missing and why does it matter? *Glob Public Health*. 2012;7(4):337– 51. doi:10.1080/17441692.2011.651733.
29. Svanemyr J, Amin A, Robles OJ, Greene ME. Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *J Adolesc Health*. 2015;56:S7–S14. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.09.011.
30. Lloyd CB. The role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries. In: Malarcher S, editor. *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*. Geneva: World Health Organization; 2010: section 2, chapter 7 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44344/9789241599528_eng.pdf, accessed 19 March 2021).
31. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women), World Health Organization (WHO), United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *International technical guidance on comprehensive sexuality education: an evidence-informed approach (revised edition)*. Paris: UNESCO; 2018 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>, accessed 19 March 2021).
32. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf, accessed 19 March 2021).
33. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016: slide 17 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>, accessed 19 March 2021).
34. Orza L, Bewley S, Chung C, Crone ET, Nagadya H, Vazquez M, et al. “Violence. Enough already”: findings from a global participatory survey among women living with HIV. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:20285. doi:10.7448/IAS.18.6.20285.
35. Definition of psychosocial supports. Tokyo: United Nations Children's Fund (https://www.unicef.org/tokyo/jp/Definition_of_psychosocial_supports.pdf, accessed 19 March 2021).
36. Gruskin S, Ferguson L, O'Malley J. Ensuring sexual and reproductive health for people living with HIV: an overview of key human rights, policy and health systems issues. *Reprod Health Matters*. 2007;15(29 Suppl):4–26. doi:10.1016/S0968-8080(07)29028
37. Health literacy. In: World Health Organization, *Health promotion [website]*. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en>, accessed 19 March 2021).
38. Youth-centred digital health interventions: a framework for planning, developing and implementing solutions with and for young people. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240011717>, accessed 25 May 2021).
39. Digital implementation investment guide (DIIG): integrating digital interventions into health programmes. Geneva: World Health Organization; 2020. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010567>, accessed 19 March 2021).

3.

推奨事項と 重要な留意事項





概要に戻る

第3章

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、必要があるかと判断し、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に記載します：

- 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、帝王切開と経膈分娩の長所と短所、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ドランス

WHO では、妊婦、母親、新生児、及び小児のケアの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ドラ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 ヶ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、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 30～60 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（3）？

- ・ 出産後の人は、少なくとも産後 3 ヶ月間にわたり、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追加することが有益となると判断しました。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考えました。

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られ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：母体死亡又はニアミス、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。

母体死亡又はニアミス、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）、及びアブ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 カ国から 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しよう勧めるとなりました。



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は調査されました。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要な要素は、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。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。

背景

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）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せん（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す、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して使用されます。

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－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することから、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、それを補うものにとらえていました。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カ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力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、薬局・薬店を通じてアクセス可能なECの方が使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へのアクセス場所やアク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てしました。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 カ国からの 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す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、いつ何人の子どもの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の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、システマティ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、 $I^2=87$ 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ー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合わせることは、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よ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 メンバー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*（陰トリコモナス）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、 <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (淋菌) 及び <i>Chlamydia trachomatis</i> (クラミジア・トラコモナス) 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。 (条件付き推奨、確実性が低いエビデンス)
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む）、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 カ所の医療機関が 9 カ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 カ月に 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 カ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なりました。

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、より従来の方式を通じて 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・薬店を通じて 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(77)。

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ことがあります。

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 ヶ月後又は 6 ヶ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 ヶ月、3 ヶ月、6 ヶ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ずます。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った対処法を活かす。
- ・ 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するよう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、肛門性交時と陰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、プロトコルは PROSPERO で公表されました (登録番号 CRD42020208976)。このシステム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。

性的興奮障害、膣分泌物及び細菌性膣症、刺激や感染（カンジダ、生殖器感染症、尿路感染症）などの副作用、又はその他の副作用、有害事象、社会的な害に関する定量的な比較データは、RCT からも観察研究から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 メンバー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ところで、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。いずれの研究も、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、一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を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・アファーマーミング・ホルモンの使用に関する主な考慮事項

	推奨事項
重要な留意事項 3 (新規)	- 質の高いジェンダー・アファーマーミング・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・アファーマ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・アファーマーミング・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性徴を獲得できるようにするジェンダー・アファーマーミング介入の 1 つです (83)。ジェンダー・アファーマーミング・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・アファーマーミング・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・アファーマーミング・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・アファーマーミング・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、プロトコルは PROSPERO で公表 (登録番号 CRD42021231648)、システム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・アファーマーミング・ホルモンのセルフインシエーション、維持、又は医療機関で開始されたジェンダー・アファーマーミング・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・アファーマーミング・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、アファーマーシングを求めジェンダー・アファーマーミング・ホルモン・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・アファーマーミング・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・アファーマーミング・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・アファーマーミング・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しました。また、ジェンダー・アファーマーミング・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・アファーマーミング・ホルモン・ホルモンの、トランスジェンダーやジェンダーダイバースの人々は、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・アファーマーミング・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、こうしたニー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・アファーマーミング・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・アファーマーミング・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

1. 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).
2. 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.
3. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>, accessed 1 April 2021).
4. 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).
5. 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).
6. 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).
7. 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.
8. 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.
9. Guideline: Iron supplementation in postpartum women. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/249242>, accessed 1 April 2021).
10. 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.
11. Sendeku FW, Azeze GG, Fenta SL. Adherence to iron-folic 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol*. 2009;33:130–37. doi:10.1053/j.semperi.2009.02.010.

19. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2010;376:631–44. doi:10.1016/S0140-6736(10)60279-6.
20. 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.
21. 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.
22. Seely EW, Ecker J. Chronic hypertension in pregnancy. *Circulation*. 2014;129:1254–61. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003904.
23. 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.
26. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
34. 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.
35. 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.

36. 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.
38. 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.
40. 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).
41. 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.cjcd.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.
46. 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/j.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.
49. 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).
50. 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).

51. 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).
52. 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.
53. 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.
54. Atkins K, Kennedy CE, Yeh PT, Narasimhan M. Over-the-counter provision of emergency contraceptive pills: a systematic review. *BMJ Open.* 2021 (in review).
55. 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.
56. 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, Ranjalay Rasolofomanana J, Noeliarivelo Ranjalay 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.
59. 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.
61. 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.
62. 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.
64. Ngoc NTN, Bracken H, Blum J, Nga NTB, Minh NH, van Nhan N, et al. Acceptability and feasibility of phone follow-up after early medical abortion in Vietnam: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2014;123(1):88–95. doi:10.1097/aog.0000000000000050.
65. 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).

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 2021).
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 men. *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-guidance-sexuality-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/vaw-clinical-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, Ferguson L, Poteat T, et al. Self-administration of gender-affirming hormones: a systematic review. Sex Reprod Health Matters. 2021 (in review).
85. Connell R. Transgender health: on a world scale. Health Sociol Rev. 2021;30:87–94. doi:10.1080/14461242.2020.1868899.
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-essential-noncommunicable-\(pen\)-disease-interventions-for-primary-health-care](https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-(pen)-disease-interventions-for-primary-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).



4.

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



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

p. 67

財政面及び経済面での留意事項

p. 69

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、及びウェブラ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す：

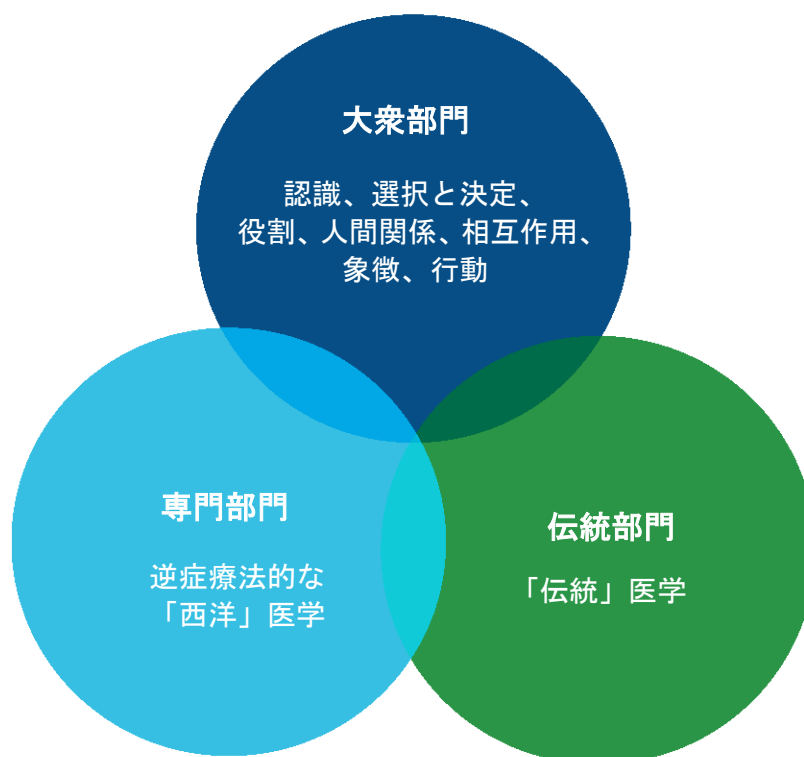
- 背景情報。
- 障害に対処して健康とウェルビーイングを支援する実現環境の要素。
- 最適な理解、実施、及びアウトカムを支援するためのエビデンス及び Guideline Development Group (GDG) の留意事項（実施面での追加的な留意事項を含む）の要約。

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 背景

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ォームと、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。



4.2 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、差別されることが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ん。



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つ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ます。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、特に建設的では正的变化を確実にもたらすために重要です。法的、社会的、及びプログラムのものを含め、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この恐れから、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ス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ス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

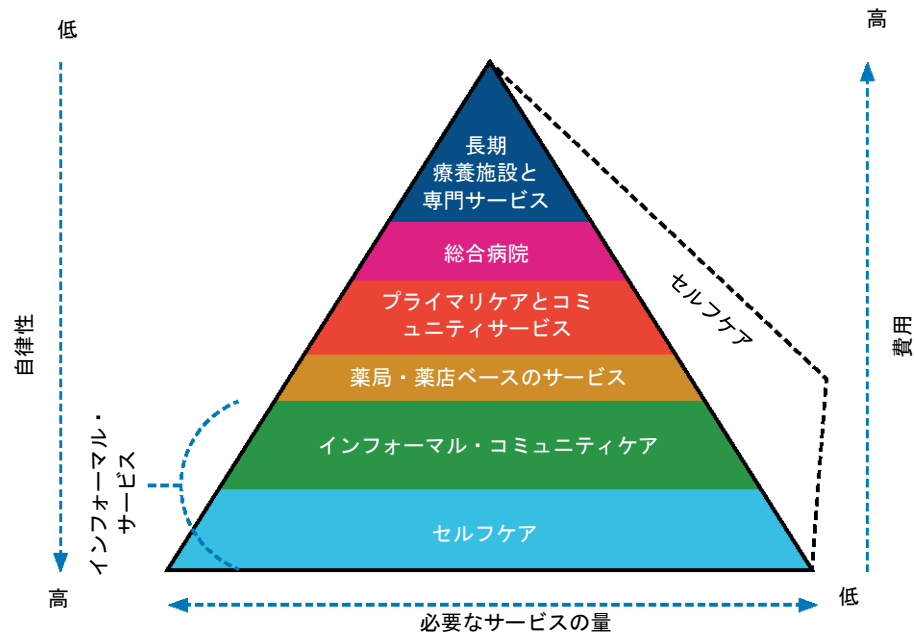
や医療の利用を削減することもできます（8）。また、サービスが行き届いていない社会から取り残された集団には、スティグマ、差別、距離、及び／又は費用の問題により医療従事者を通じてアクセスできない、性と生殖に関する保健サービス（SRH サービス）への新たなアクセス経路をもたらす可能性があります。



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

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にさせることにより、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カ国すべてにおいて、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)。

³ UHC 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ー、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。
 - CHW 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、及び地理的状况。

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律ではありませんが、*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 guideline 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

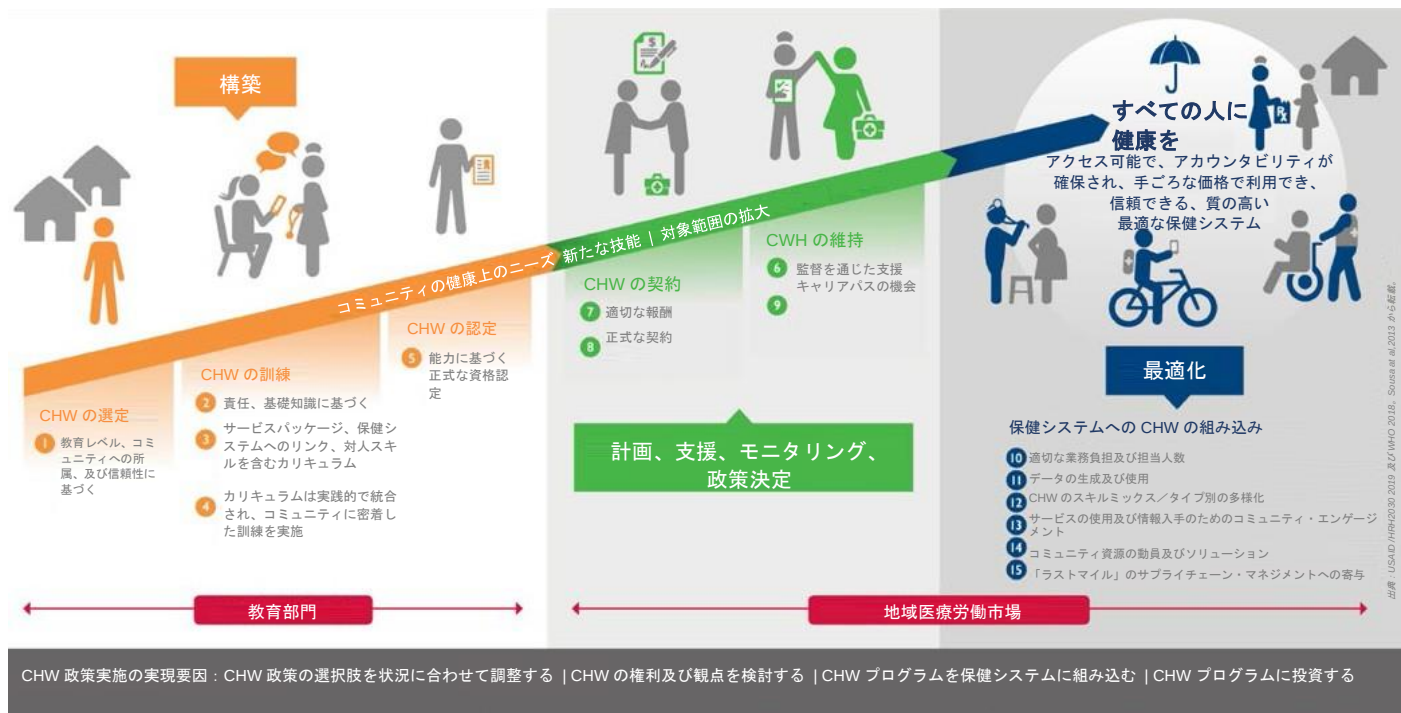


医療従事者の方向性の転換には、医療従事者が「患者、顧客、及びコミュニティに対するアプローチの仕方を変え、チーム(特に専門家間チーム)での作業に対してオープンになり、データをより効果的に各自の仕事に使用し、各自の業務実践の革新に積極的である」必要があります (20)。すべての医療従事者が CHW について、業務負担を共有し、保健システム及びコミュニティ目標の推進にともに取り組むことができる仲間として敬意を払うことが重要です。

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。

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



出典：WHO (19)。



4.4.2 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。

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。

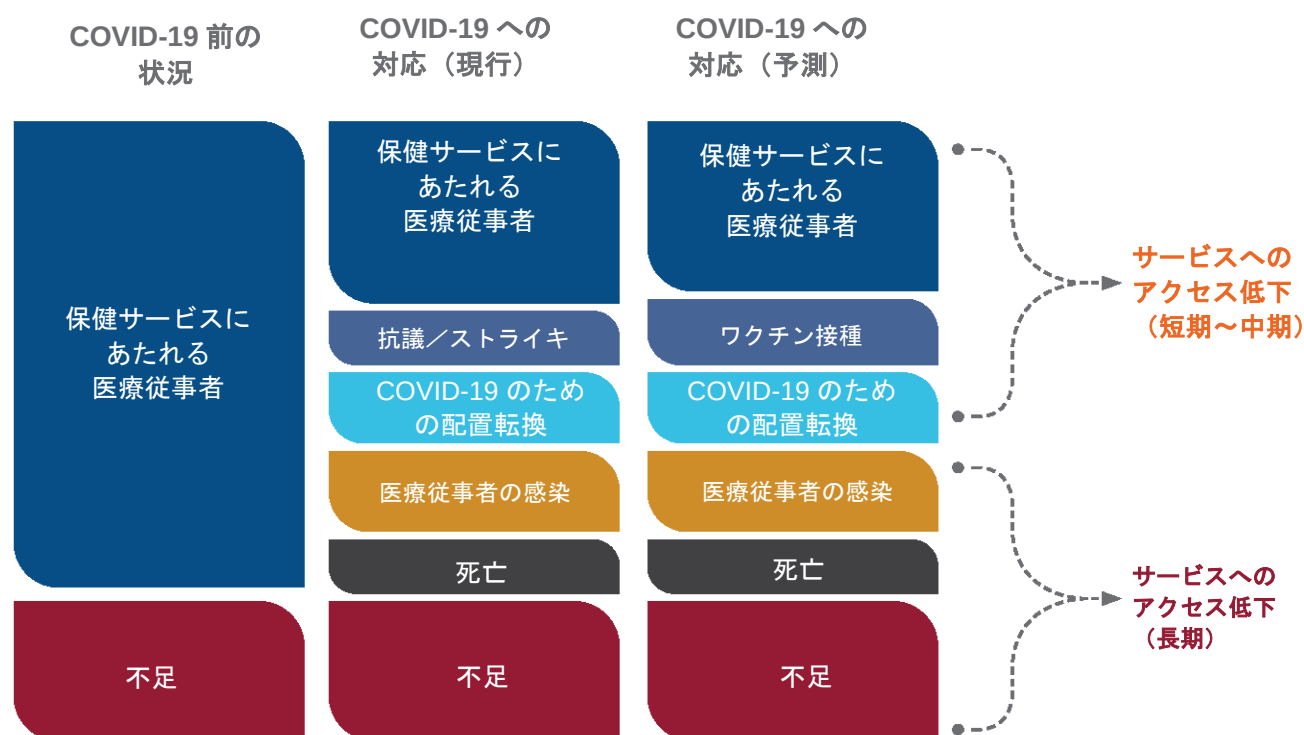
セルフケア導入の例：保健サービスを提供するためのタスクの委任

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の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のアプローチは、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 Commission (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か。
- 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指して、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て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る。 - 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ounseling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）で利用できる、セルフアドミニストレーション型の避妊法のカounseling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ounseling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。

4.5 集団固有の実施面での留意事項



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
推奨事項 38（新規）	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。
推奨事項 39（新規）	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・ディスタンスの確保、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に求められています。



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記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・アファーマーミング・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。

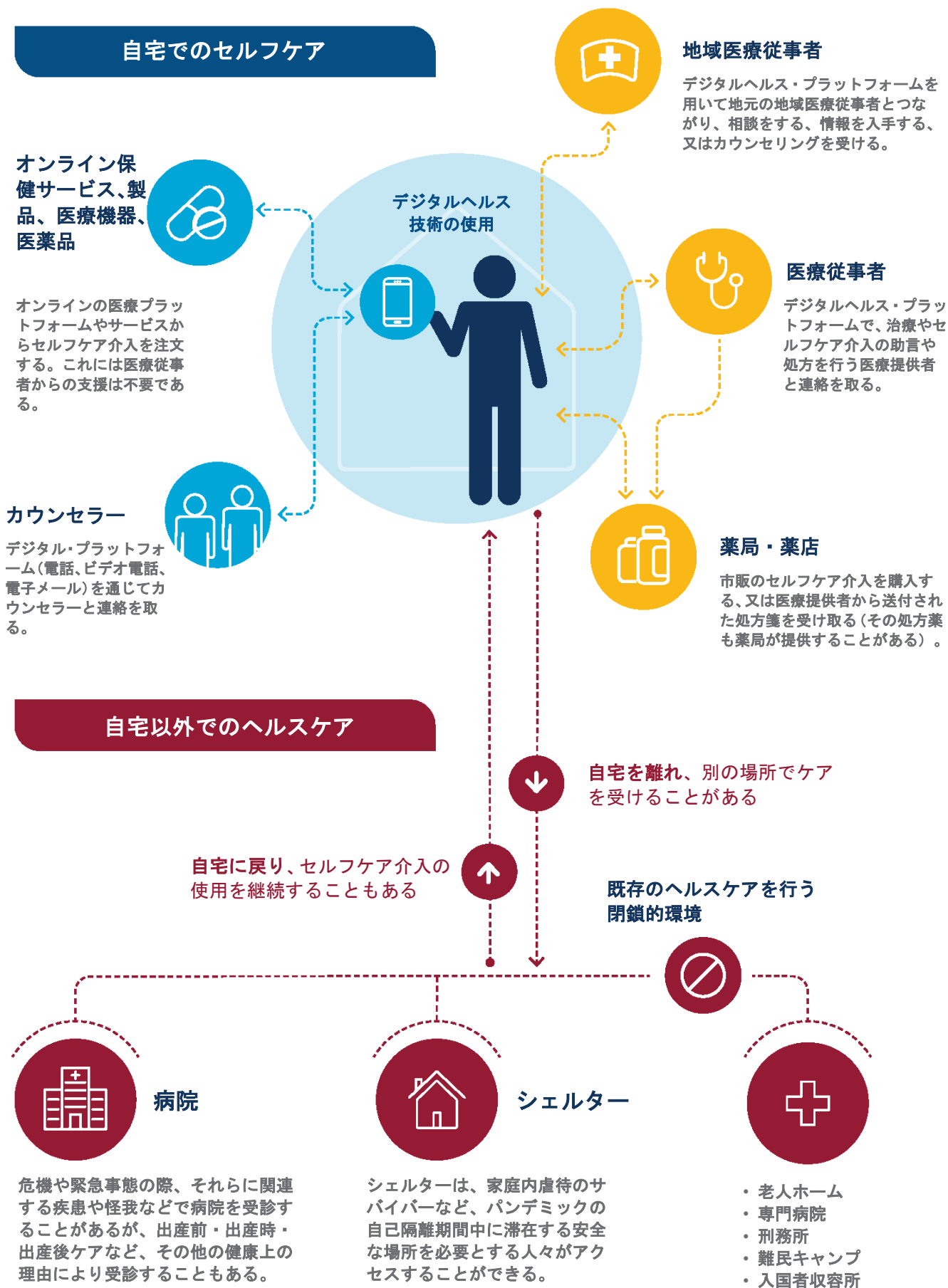
- デジタル技術及びプラットフォーム：これらは、ヘルスケアや治療にアクセスするためのその他の場所が限られている場合、生殖に関する健康介入を継続・維持するための仕組みとして重要性が増しています。各国は、介入、サービス、及び治療へのアクセスを引き続き提供するために、生殖に関する健康のためのセルフケア導入及び情報の提供にデジタル技術を活用する必要があります。その例には以下のようなものがあります：
 - 自己投与型の避妊注射や HIV の自己検査の紹介状を含め、リモート診察やフォローアップなどの保健サービスを遠隔的に提供し、セルフケアを強化する、顧客主導で医療提供者が提供する遠隔医療。
 - 特定の顧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。

- 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。

- 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、並びに必要な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・プラクティス・ステートメント 10	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、継続的な実施及び持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ニーズを満たすには、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な研究は、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かかわらず、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す。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・アファーマーミング・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・アファーマーミング・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。

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。

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

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ができる、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必要があります。



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、リスクをとま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。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。

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こ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の高く、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ついては、最近のレビューにより、健康関連情報の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ヘ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。



4.7 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。

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。

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)。

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命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繊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-universal-healthcoverage-2017-global-monitoring-report>, accessed 18 February 2019).

8. 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.
9. 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%20services_WEB_07.pdf, accessed 22 June 2021).
10. 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/health_financing/UHCandHealthFinancing-final.pdf, accessed 15 May 2019).
12. 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%20is%20a,health%20services%20and%20health%20interventions>, 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:l1228. 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.
16. Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Morozoff C, Cover J, Drake JK. Is contraceptive self-injection cost-effective 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.
17. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/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).
19. 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).
20. 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-management-abortion/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/NEJMs071889.
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-health-professionals%E2%80%99education-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-care-interventions/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-and-pharmacies> 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/community-health-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-essential-health-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/who/europe/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).
50. 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).
53. 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, Rajenthiran 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:10.1080/19317611.2013.823899.
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).
73. 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/how-throw-away-used-masks-responsibly> accessed 24 March 2021).



5.

セルフケア
介入の研究
アジェンダの
作成



第5章

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目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的エビデンスは、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り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。



有効性、安全性、実施、及び提供に焦点を当てた研究の根拠となるのは、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到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と言えます。

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、及び力関係の差を縮小し、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ならず、他にもさ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。



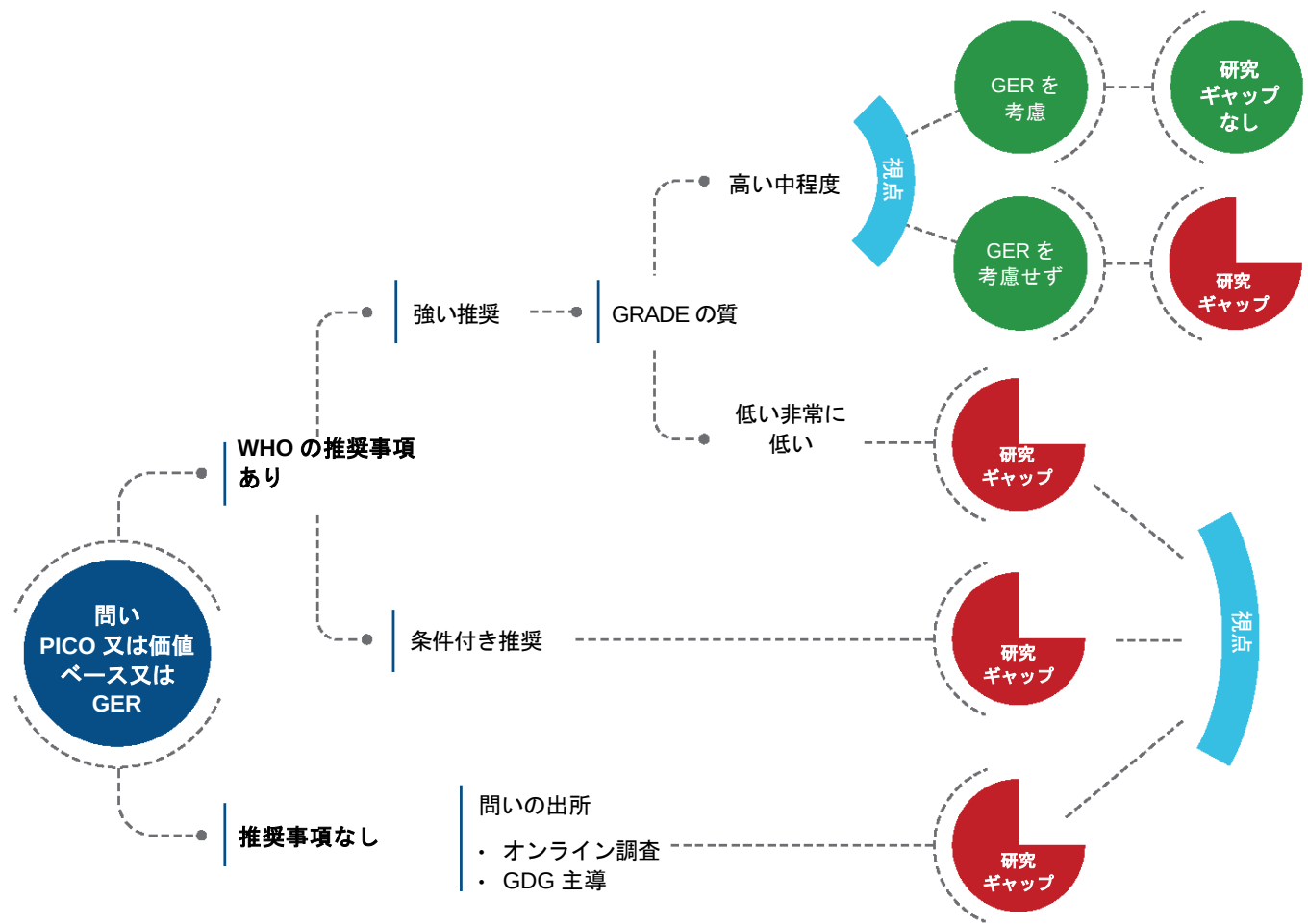
WHOでは以前に、女性や子どもの健康に対する人権に基づくアプローチに関する研究及び評価を強化する必要性を指摘しており、これに焦点を当てた政策立案者、医療提供者、及び学者からなる多職種研究・評価ネットワークの価値を強調しています（2）。これには、サービス提供プロセスや、セルフケア導入の使用による意図したアウトカムと意図せぬアウトカムに関連した、セルフケア導入に関するすべての人権関連の課題を扱う研究が含まれる可能性があります。

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、階層的意味決定アルゴリズム



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ぐすと、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ム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。

セルフケア介入の
エビデンス・エコ
システム

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）処方方法は何か？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？	
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・アファーマーミング・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べきか？	
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のか？ - 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は違いがあるか？ - 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のか？

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こ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こ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かという点に影響を及ぼす要因にはこ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のか？ - 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？
アカウントビリティ	セルフケア導入においては、どのようなアカウント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).
- MAGIC Evidence Ecosystem Foundation [website] (<https://magicevidence.org>, accessed 25 March 2021).
- 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.



6.

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

[概要に戻る](#)

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テム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ト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> へアクセスのこと。

⁷ YouTube で視聴可能：<https://youtu.be/hwGPDQNYoo>

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ヘルス・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、更新のたびに最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（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、新たに明らかになったエビデ

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 ヶ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（システムティックレビュー、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ム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

1. 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.
2. 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).
4. 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	Hera Ali Chairperson of Public Health International Pharmaceutical Students' Federation Brierfield, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland
Elham Atalla 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

付録 1. (続き)

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 El-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

付録 1. (続き)

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

付録 1. (続き)

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

付録 1. (続き)

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	

付録 1. (続き)

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	Ian 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

付録 1. (続き)

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

付録 1. (続き)

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 (<i>former</i>) 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 Weerd 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)

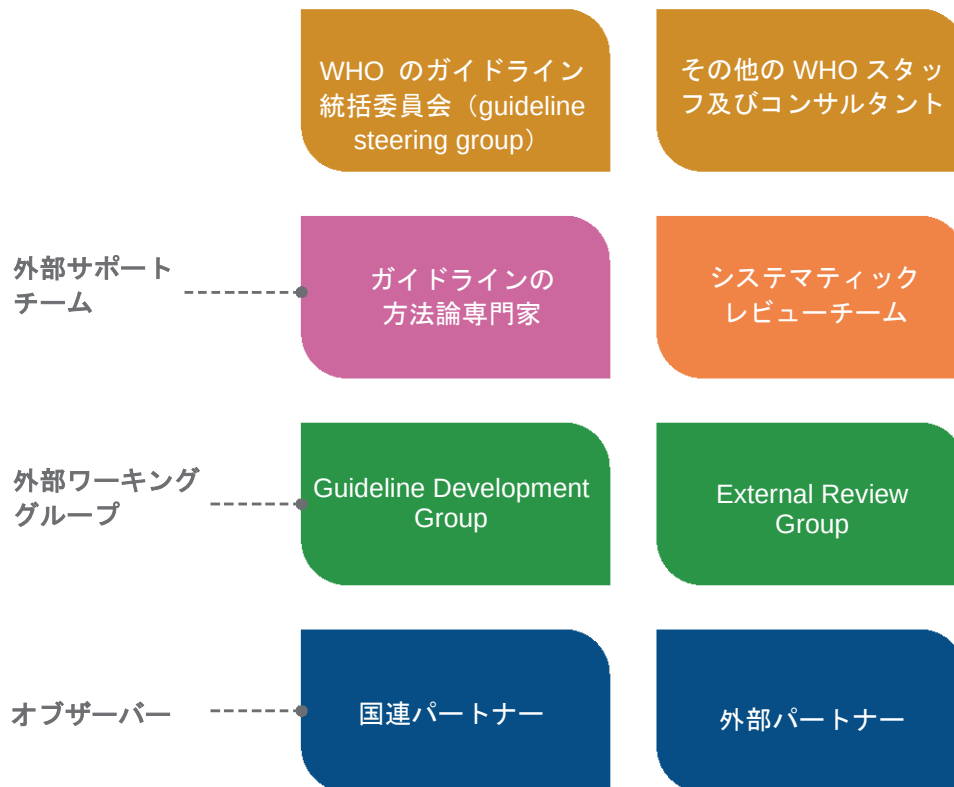
付録 2. 方法：ガイドライン作成プロセス

「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様が提供されました。

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。

付録 2. (続き)

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つき、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、及び背景の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 の権限には含まれていませんでした。

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

付録 2. (続き)

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利用者も考慮しながら、実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)

付録 2. （続き）

2. 妊婦は、国際的なガイドンス（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？（推奨事項 10b）

3. 出産後の人は、少なくとも産後 3 ヶ月間にわたり、国際的なガイドンス（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？（推奨事項 10c）

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）

付録 2. (続き)

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。各システム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。

付録 2. （続き）

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。

付録 2. (続き)

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むために電子的に 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。

REFERENCES FOR ANNEX 2

1. WHO handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://www.who.int/groups/guidelines-review-committee>, accessed 22 March 2021).
2. 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).

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/handle/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・アファーマーミング・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。

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 ツール及びガイドラ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ム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 便宜的定義

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・・・保健システムに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「通常環境」、つまり人々が日常生活を送る普段の環境としていました。また、セルフケアの定義では、保健システムの役割がさまざまな形で表現されていました。一部の例では、保健システムは人々がセルフケアを行えるように教育（情報、技術、手法など）を提供すべきとしていました。一方、特にセルフケアを一連のヘルスケアの一部とする例では、保健システムにつなげる必要性や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、及び緩和ケアを含み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

1. 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).
2. 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).
3. 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.
4. 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).
5. 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).
6. 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).
7. 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ている (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。

付録 4. (続き)

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 (11)。
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)。

付録 4. (続き)

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 (11)。
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ス (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。

付録 4. (続き)

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 ヶ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 (6)。
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、及び腔内精液注入が含まれる (11)。

付録 4. (続き)

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 (7)。
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、及び社会的な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こと (22)。

付録 4. (続き)

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)。

付録 4. (続き)

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 (30)。
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 (6)。
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团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、トランスセクシュアル、又は特定の文化においてはヒジューラー（インド）、ワリア（インドネシア）、カトウーイ（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)。

REFERENCES FOR ANNEX 4

1. 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).
2. 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).
3. 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).
4. 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.
5. 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).
6. 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).
7. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/>, accessed 26 April 2019).
8. Global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016–2030. Every Woman Every Child; 2015 (<https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>, accessed 25 March 2019).
9. GRADE Working Group [website] (<http://www.gradeworkinggroup.org/>, accessed 17 May 2019).
10. 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].
12. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach: facilitators' guide. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/, accessed 17 May 2019).
13. 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.

付録 4. (続き)

16. Universal Declaration of Human Rights. New York (NY): United Nations; 1948 (<http://www.un.org/en/documents/udhr/>, accessed 17 May 2019).
17. Donnelly J. International human rights, 2nd edition. Boulder (CO): Westview Press; 1998.
18. 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).
19. Patient engagement: technical series on safer primary care. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf>, accessed 17 May 2019).
20. 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.html>, accessed 17 May 2019).
21. 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).
24. 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).
28. 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).
30. 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.

付録 4. (続き)

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.
33. 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
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	None declared	Not applicable
Po-Chin Li	Youth, clinician	None declared	Not applicable
Carmen Logie	Key populations, social science, human immunodeficiency virus, sexually transmitted infections	None declared	Not applicable
Kevin Moody	Pharmacy, education, key populations, patient groups, human immunodeficiency virus	None declared	Not applicable
Daniella K. Munene	Pharmacy, programme manager	None declared	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

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
Michelle Remme	Health financing, sexual and reproductive health and rights, gender-based violence	None declared	Not applicable
Jaya Lakshmi Shreedhar	Advocacy, communications, journalism, tuberculosis and communicable diseases, noncommunicable diseases	None declared	Not applicable
Leigh Ann van der Merwe	Community perspective/human rights	None declared	Not applicable
Sheryl van der Poel	Infertility, research, normative guidance	None declared	Not applicable
Allen Zhiwei Wu	Sexually transmitted infections, human papillomavirus, education, research, policy	None declared	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 ヶ月以内に妊娠を計画している人 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	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) 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？ 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) C : 医療従事者の主導による葉酸サプリメントの提供	母体アウトカム 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) 重要アウトカム : 1. 製品の正しい使用 2. 葉酸濃度 (血清又は赤血球) 3. 産褥敗血症 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、スティグマなど) 胎児／新生児アウトカム 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

付録 6. (続き)

PICO 形式の問い (P-I-C)	アウトカム (O)
出産後の人は、少なくとも産後 3 ヶ月間にわたり、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？ P：貧血でない経産分娩後の低リスク者 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鉄及び葉酸サプリメントの提供	母体アウトカム 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、スティグマなど）
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？ P：高血圧（妊娠高血圧症、慢性高血圧、又は子癇前症）の妊婦 I：血圧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圧モニタリング	母体アウトカム 重大アウトカム： 1. 子癇又は子癇前症 2. 出生前入院 3. フォローアップケアと適切な管理 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. 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 6. 母体死亡又はニアミス 重要アウトカム： 1. 帝王切開 2. 自律性（自己効力感、自己決定、エンパワメントなど） 3. 長期リスク・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 4. HELLP 症候群 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） 6. 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） 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

付録 6. (続き)

PICO 形式の問い (P-I-C)	アウトカム (O)
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／是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 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	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 重要アウトカム: 1. 帝王切開 (緊急帝王切開を含む) 2. 妊娠高血圧症候群 (子癇前症) 又は子癇 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. 長期合併症: 2 型糖尿病又はその他の代謝障害 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) 6. 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を含む)、及びそれらの害が是正されたか否か／是正が可能であったか 7. 前置胎盤 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

付録 6. (続き)

PICO 形式の問い (P-I-C)	アウトカム (O)
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？ 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グ不要）又は薬剤師からの緊急避妊薬（ビハインド・ザ・カウンター又は薬局・薬店を通じたアクセス）の利用 C: (薬剤師以外の臨床医による) 処方箋のみでの利用	重大アウトカム: 1. 緊急避妊薬の取り入れ 2. 意図しない妊娠 3. 副作用、有害事象、又は社会的な害 4. 製品の正しい使用 5. 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. 性の健康に関する実践又は行動の変容（避妊法を使用しない性交渉、一貫したコンドームの使用、前回の性交渉時のコンドームの使用、性的パートナー、避妊など） 2. 流産／中絶
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？ P: 妊娠検査を希望する人 I: 尿妊娠検査による自己検査 C: 医療従事者の主導による妊娠検査（医療機関又は地域診療所における尿／血清妊娠検査）	重大アウトカム: 1. 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） 2. 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 3. 自律性（自己効力感、自己決定、エンパワメントなど） 4. 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） 5. 心の健康とウェルビーイング（不安、ストレス、自傷行為） 6. 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 重要アウトカム: 1. 妊娠の見逃し
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？ 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	重大アウトカム: 1. 製品の正しい使用 2. HIV 感染率／発生率及びケアの利用 重要アウトカム: 1. 有害事象（慢性腎臓病、性感染症〔STI〕感染率／発生率及びケアの利用） 2. 自律性（自己効力感、自己決定、エンパワメント） 3. 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） 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） 5. PrEP の取り入れ 6. PrEP の継続（継続的な使用又はリスクへの曝露に関連した断続的な使用パターン） 7. 定期 HIV 検査（開始 1 ヶ月後及びそれ以降 PrEP 使用期間中 3 ヶ月ごとに測定、又は PrEP を断続的〔リスク期間〕に使用する場合は毎回の PrEP 開始前に測定）の取り入れ

付録 6. (続き)

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 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	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 重要アウトカム : 1. STI 感染率／発生率及びケアの利用 2. PrEP の継続 (継続的な使用又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 ヶ月後及びそれ以降 PrEP 使用期間中 3 ヶ月ごと、又は PrEP を断続的 [リスク期間] に使用する場合は毎回の PrEP 開始前) の取り入れ
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 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	重大アウトカム : 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) 重要アウトカム : 1. STI/HIV 2. 性欲、性的興奮、潤滑性、オルガズム、満足感、快感 3. 性的興奮障害 4. 膣分泌物及び細菌性膣症 5. 副作用 (刺激、感染 [カンジダ、生殖器感染症、STI、尿路感染症]) 6. その他の副作用、有害事象、又は社会的な害
ジェンダー・アファーマーミング・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・アファーマーミング・ホルモンの使用を希望する人 I : ジェンダー・アファーマーミング・ホルモンの自己投与 C : 医療従事者によるジェンダー・アファーマーミング・ホルモンの投与	重大アウトカム : 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可能性を示す所見、及び／又はそうした相互作用の経験を含む 2. 製品の正しい使用 3. 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) 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) 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 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？	☒ 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	☒ 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 ☒ 非常に低い	☒ 高い ☒ 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 ☒ 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	☐ 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 ☒ 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	☐ 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 ☒ 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	☐ 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 ☒ 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
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 ☒ 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
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 ☒ 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

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	☒ 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	☒ 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	☒ 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 ☐ 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	☒ 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
実現可能性	☒ 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	☒ 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？	☒ 支持 ☐ 反対	☒ 支持 ☐ 反対	☒ 支持 ☐ 反対
強い推奨か、条件付き推奨か？	☒ 強い推奨 ☐ 条件付き推奨	☐ 強い推奨 ☒ 条件付き推奨	☒ 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	☒ 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	☐ 高い ☒ 中程度 ☐ 低い ☐ 非常に低い	☐ 高い ☒ 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 ☐ 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	☐ 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 ☒ 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	☐ 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 ☒ 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	☐ 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 ☒ 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
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 ☐ 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
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 ☐ 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

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	☒ 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	☒ 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	☒ 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 ☒ 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	☒ 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
実現可能性	☒ 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	☒ 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？	☒ 支持 ☐ 反対	☒ 支持 ☐ 反対	☒ 支持 ☐ 反対
強い推奨か、条件付き推奨か？	☒ 強い推奨 ☐ 条件付き推奨	☒ 強い推奨 ☐ 条件付き推奨	☒ 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ます、日本で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

