

人工妊娠中絶（妊娠 12～21 週）の説明同意書

この説明文書は、患者様の理解を深めるためのものですのでよくお読みになり、治療を受けるかどうかご検討ください。この治療を受けるかどうかはご自身の自由です。内容を十分に理解し、納得された上で、同意書に署名してください。説明の中でわかりにくい言葉や疑問、質問がありましたらどんなことでも遠慮なくお尋ねください。なお、この説明文書中の予測される効果、成功率と危険性（合併症、副作用等）の項目において「～%」と記載しています。このお示している数字はあくまでも可能性であり、患者様の病状によっては数字が変わることを理解した上で、参考にしてください。

1. 診断名、病態

妊娠（妊娠週数は診察した医師の判断で決定されます）

2. 実施予定の治療の目的と内容

【目的】

母体保護法に基づき人工妊娠中絶を実施し、妊娠を終結させます。

【内容】

- ① 子宮頸管拡張：子宮内操作を行いやすくするため、ラミナリア（海草で出来た棒状のもの）を子宮口に挿入します。
- ② 子宮収縮薬（プロスタグランジン製剤）：陣痛とともに体内から産生されるホルモンを投与します。薬は腔内に挿入し、胎児の排出に至るまで3時間ごとに1個（1mg）投与します。1日の最大投与量は5個（5mg）までであり、それを投与しても効果が認められない場合には翌日以降に再投与する、または、点滴によるお薬を使用することがあります。
- ③ 子宮内容除去：胎児・胎盤排出後、子宮内組織遺残が疑われた場合は子宮内組織を鉗子で除去します。
- ④ 翌日以降診察や血液検査で経過が問題ないことを確認して退院となります。出血や子宮内感染がある場合は退院が延期となる可能性もあります。

3. 有効性、成功率と危険性（合併症、副作用等）

【有効性・成功率】

本処置を行うことで妊娠を終結することができます。

【危険性】

- ① 子宮穿孔（裂傷、穿孔）、子宮破裂：頸管拡張時や子宮内容除去時に子宮を損傷することがあります。また、腔錠投与に伴う子宮収縮によって子宮破裂を起こすことが稀にあります（0.1%未満）。帝王切開や子宮手術の既往がある場合にはそのリスクが上昇します。
- ② 子宮・付属器の感染：予防のため子宮頸管拡張後に抗菌薬を投与します。感染の状況によっては人工妊娠中絶後も抗菌薬投与が必要になることがあります。

- ③ 子宮内容物の遺残：胎盤、絨毛組織が子宮腔内に遺残し、出血が持続することがあります。状態によっては追加の検査や薬物療法、再手術が必要となることがあります。
- ④ 多量出血と貧血：手術に際して出血が多く出ることがあり、貧血をきたした場合には、鉄剤投与や輸血を行うことがあり、高次医療機関への搬送が必要となることがあります。

4. 積極的な治療を行わない場合の予後予測

人工妊娠中絶を行うことができるのは妊娠 21 週 6 日未満です。それを超えた場合は処置を行うことは法律で禁止されています。

妊娠週数が進むと、胎児は発育し、子宮内容も増大するため、処置時の出血量の増加や、産道裂傷、子宮内組織遺残のリスクの上昇が起こります。

5. 実施予定医療の代替となる医療の効果、成功率と危険性

現時点で上述した人工妊娠中絶の代替となる医療はありません。

6. セカンドオピニオン

治療について、他の医療機関等を自由に選択し、意見を求めること（セカンドオピニオン）が可能です。セカンドオピニオンを求めたい場合は、いつでもスタッフにご相談ください。

7. 同意の撤回および不同意

ご自身の希望により、同意した後、いつでも同意を撤回することができます。同意を撤回しても不利益を受けることは一切ありません。

8. 質問の機会

治療について不明な点がありましたら、いつでもスタッフにご相談ください。

9. 予測される医療費

治療内容によって費用が異なります。詳細は受付スタッフまでお問い合わせください。

10. その他

母体保護法に基づき治療を実施します。可能な限り配偶者/パートナーの自筆での署名をお願いします。

同意文書

東京バースクリニック 院長 殿

別紙のとおり、人工妊娠中絶（妊娠 12～21 週）の説明文書を受け取り、下記の□にチェック（）を付けた項目について説明を受けました。

1. 診断名、病態について
2. 実施予定の治療の目的と内容について
3. 有効性、成功率と危険性（合併症、副作用等）について
4. 積極的な治療を行わない場合の予後予測について
5. 実施予定医療の代替となる医療の効果、成功率と危険性について
6. セカンドオピニオンについて
7. 同意の撤回および不同意について
8. 質問の機会について
9. 予測される医療費について
10. その他

【説明医師の署名欄】

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

診療科： _____

説明者名： _____

【ご本人の署名欄】

上記の内容を理解した上で、

同意します。 今回は同意しません。

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人 氏名（署名）： _____

生年月日： _____

【代諾者の署名欄】

上記の内容を理解した上で、代諾者として

同意します。 今回は同意しません。

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

代諾者 氏名（署名）： _____

患者との間柄： _____