

I 中絶政策の主な特質

A. 現実の問題

中絶法と政策について世界全体をみわたし、最近の動きについて分析を加えた資料をつくることは至難の技である。その難問の多くは現実の問題に発している。まず法的資料が入手困難で、それはとくに途上国において著しい。国によっては法的基盤の整備が不十分で、現行の法律を集約していなかったり、更新もしていない。また法律に関する情報が国内でさえ行きわたっていない。他に社会・経済的な緊急問題があり、もともと限られた財源をそちらに振り向けなければならない、法律や裁判所の判決を出版したりまとめて整理する経費にまわせないこともある。戦争、内紛、政府や法的体制の劇的変化もこの問題に拍車をかけ、現在どの法律が施行されているのか確かめることさえ困難な国もいくつかある。なかには言語が障壁となる国もある。国外では広く知られていない言語、あるいは的確に翻訳されないその土地固有の言語で法律が書かれている場合もある。さらに、連邦制度をとる国にみられる複雑さもある。これらの国々では、個々の行政区—通常は州—がそれぞれ別の法律をもち、一つの国で複数の中絶法が適用されている場合がある。法律や政策変更の伝達が遅れるのは避けられないことを考慮すると、正確な情報を編纂するのは途方もなく難しい。

さらに多くの国では、中絶の法的規制が一つの法律に都合よくまとめられているわけではない。そのような規制が最も一般的にみられるのは、人に対する犯罪に関する刑法典または刑法である。というのは、中絶は少なくとも過去2世紀にわたり、かなり重い犯罪とみなされてきたからである。しかし、20世紀後半に中絶法の緩和要求運動が起き、それはもはや不動なことではなくなった。その結果、中絶に関する規定がさまざまなところにみられるようになった。国によっては緩和した中絶規定を刑法典の中に取り込んだところもある。刑法とは別に特別の中絶法を制定した国もある。このため、刑法典では中絶を禁止し、その一方で中絶に関する法律では、中絶の許可条件を明記することが可能になった。さらに他の国々では、公衆保健法または医療倫理法のなかで医師が中絶を実施する際の倫理的に容認できる状況を特定している。最後に、ほとんどはコモン・ロー（英米法・慣習法）（下記参照）の国においてだが、中絶は特定の法律にもとづいて規定されるのではなく、裁判所の判決に委ねられる場合がある。わずかな事例だが、一国に中絶に関する複数の規定があり、しかもそれぞれの内容が対立していて、中絶法および政策の真意を判断するのが難しいこともある。

B. 概念上の問題

1. 世界の法体系

法律に関する特定の資料があつたとしても、その他にも多くの問題がある。その一つが中絶法の拠り所となるものが広範にわたっていることである。近年、法律のいくつかの局面を、国際および地域機関をとおして国際化するなかで標準化する努力が暫定的になされたものの、中絶法は世界各国の法律のほとんどがそうであるように、大きく異なる法体系で運用されている。これらの法体系は多様な原則にもとづいており、問題の立て方も用語の定義も異なる方法でなされている。これらの体系のもとで、ある特定の問題がどう扱われるかを比較することは必然的に危険な作業である。

概して、ほとんどの国は21世紀初頭の時点で、主に三つの法体系のいずれか一つをとっている。かつて「社会主義法」と呼ばれたものも含む大陸法(civil law)、コモン・ロー、それにイスラム法である。ローマ法に起源をもち、フランス政府が19世紀初頭に制定したナポレオン法典に由来する大陸法は、民法、刑法、家族法、商法など、それぞれ特定の課題を取り上げた法律の集大成にそもそも基づいた制度である。これらの法律は、社会全体の正義と道徳を守る目標のもとに、政府が個人の行動の一般的な指針として設計したものである。大陸法は社会的責任に重点をおき、個人の権利を、奪うことのできない個人固有の特性というより社会的文脈でみている。大陸法のもとでは、法を策定するにあたり裁判官の法解釈はそれほど重要視されない。

大陸法の中の一つの支流が社会主義法である。社会主義法は20世紀の第一次、第二次大戦後、東欧とアジアの一部の新生マルクス主義国家によって制定された。大陸法と同様に、社会主義法も成文にもとづいており、それは主にマルクス主義・社会主義の原理原則に依拠している。これらの原理に合致させることを除き、裁判官が解釈する余地はほとんどない。社会主義法は個人の権利よりも社会全体の善を強調し、一種の行動指針となっている。大陸法モデルとの相違は、この法体系が基本的に社会の経済・社会基盤、および国民の行動と態度を根本的に変容させる手段としてそもそも強力に導入された点にある。その変容が起きて初めて、この法体系は社会の秩序を守る手段として機能する。

対照的に、コモン・ローの起源は制定法ではなく、イングランド王が支配する国土内の裁判官が下す法廷の裁定にある。法は本来行動指針としてみなされたことはなく、個人の紛争を解決する手段とされた。この法体系は社会の秩序や福祉よりも、自立と財産権や契約の自由など個人の権利という原則に重点を置いた。コモン・ロー体系のもとでは、政府が法律を制定することで法を変えたり進展させたりするのではなく、社会状況の変化に伴って変わる判事の解釈を含む法廷の裁定をまとめ、それを発展させていく。コモン・ロー体系化でも法は制定されるが、その制定法を解釈するにあたって裁判官の裁量の幅が広く、これまでにない新しい解釈もできる。そのため、コモン・ロー体制のもとでは、法は大陸法体制下よりも流動的で固定的ではない。

シャリアー(Shariah)と呼ばれるイスラム法は宗教法の大きな括りの中の一例とみなされ、大陸法ともコモン・ローとも重要な相違がある。第一の違いは、法が宗教と切り離せないと考えられている点である。大陸法とコモン・ロー体制では俗人と宗教人の区別があるのに対し、イスラム法ではその区別はない。イスラムのもと法は、基本的には聖典コーランと預言者モハメッドによってつくられたスンナー(sunnah)といわれる行動と言説を集めたものに基づいており、人の行動の指針であると考えられている。イスラム法はこれらの文書に依拠しているため、法のほとんどは固定しており、不変であるとみられている。ただし、コーランにもスンナーにも見当たらない問題や状況についてはこの限りではない。このような場合には、イスラム法の法学者たちはイスラム法を解釈し、演繹的、類推的な論法で結論を導く。

実際には、上にあげたモデルにぴったり一致する法律をもつ国はほとんどない。ほとんどの法体系は二つ以上の体系の要素を含み、もともとその国にあった法的伝統の要素も含む。これらの体系の違いを分類しようとする近年の二つの流れは特に重要である。一つはコモン・ローと大陸法の体系を統合しようという動きである。これまでコモン・ローの伝統に則っていた国々は成文化の努力をしており、一方これまで大陸法の伝統に依拠してきた国々は裁判所に、より大きな解釈権限を付与した。これは特に20世紀末になって明らかになり、大陸法の国の多くが新しい憲法裁判所を設立し、法律制定の合法性を採決する幅広い権限を付与した。二つめの流れは、1990年以降旧ソ連と東欧の社会主義政府が崩壊し、これらの国々の法律の中から社会主義的要素が風化していったことである。当然のことながら、こうした潮流に乗らなかった国もある。中国、キューバ、ベトナムと朝鮮民主主義人民共和国(北朝鮮)は、依然として社会主義法体系を維持している。とはいえ、これらの国々の多くも、資本主義モデルの経済開発にますます傾倒しており、少なくとも商法関連の法律は社会主義原則から遠ざかっている。

さらに、多くの国々の法律は、先にあげたモデルの一つに依拠はしていても、自国の法的・文化的伝統に強い影響を受けている。宗教は多くの国で、特に結婚、家族関係、子ども、相続などの人間関係に関する法律に重要な役割を果たしてきたし、現在も果たしている。公式の法律としては容認されなくても、ローマ・カトリック教会の教会法はポルトガル、スペイン、中南米諸国のようなカトリック教徒の多い国では大きな力をもつ。日本の神道や仏教もそうである。アフリカとオセアニアの多くの開発途上国では、ヨーロッパ植民地主義が出現する以前に、その土地の人々が実践していた慣習法が同じような役割を果たしてきた。これらの国々では、人間関係に関する法律の多くは—そのほとんどが家族法だが—さまざまな民族集団の伝統に則っている。

中南米を除き途上国の多くが独立後直面した最も困難で複雑な問題の一つは、宗教を基礎とする法や慣習法と欧米諸国から押しつけられたあるいは輸入されたコモン・ローや大陸法など、それまで国内で運用さ

れてきたさまざまな法的伝統をいかに統合かつ調和させるかということである。そのためにいくつか異なる戦略が用いられた。人間関係の範囲で宗教法、慣習法を保持し、その他の領域では植民地宗主国の法律に依拠している国がいくつかある。なかにはインドネシアのように、二つを混ぜ合わせて自国独自の体制を樹立しようとしたところもある。トルコや日本などのように、フランス、ドイツ、スイスの法体系に類似したモデルをそっくり取り入れたところもある。民政不安や経済的困窮のため、法律の見直しに手をつけられず、植民地時代のものを手つかずに運用している国もいくつかある。ごく最近になって、アフガニスタン、イラン、スーダン、パキスタンなどの国々がイスラム・モデルに移行している。

多くの国の法律はさまざまな要素を混合させたものであるが、途上国のほとんどは16世紀から20世紀にかけて経験した植民地主義から多大な影響を受けており、法体制は大きく3通りに分類できる。英国とその植民地支配下にあった国々はコモン・ローの道をとってきた。オーストラリア、バングラデシュ、カナダ、インド、アイルランド、マレーシア、ニュージーランド、パキスタン、シンガポール、米国、そして英語圏アフリカ、カリブ海、オセアニアの国々はコモン・ローを採用した。ベルギー、フランス、ポルトガル、スペインなど残りのヨーロッパ諸国のほとんどとその支配下にあった途上国の国々は、大陸法に固執している。これら途上国の中には、中南米諸国、サハラ以南のアフリカの英語使用国を除く国々、中央および西アジアの旧ソビエト共和国、その他が含まれる。加えて、北アフリカと中東の多くの国の法律は、フランスの大陸法の影響を強く受けている。トルコと日本は大陸法モデルを採用し、イスラム教徒が国民の大半を占める北アフリカと西アジア諸国ではイスラム法が最も重要であり、その他バングラデシュ、インドネシア、マレーシア、パキスタンなどの国々では、イスラム法が人間関係の法律に強い影響を与えている。

2. 法体系の中の中絶法

法体系と法律の原典の違いが多くの中絶法に強い痕跡を残した。コモン・ローの国のほとんどは、米国を除き、英国の法律と法廷の裁定に基づく中絶法をもつ。そのうちいくつかは1861年の「人に対する犯罪法」をモデルに採用している。「人に対する犯罪法」のもとでは、自分自身または他の人のために中絶を受ける・周旋するいかなる手段も、あるいはそれらの目的のために手段を提供することも「非合法」として禁止され、罰則として禁固刑が科せられた。もともとこの法は、妊婦の生命を救うという必要性を根拠に実施される中絶以外は、いかなる中絶も禁止するものと解釈された。他の国々はレックス対ボーン(Rex v. Bourne)という英国の裁判所の決定を踏襲している。この判決は、身体的または精神的健康に重篤な問題があることを理由に実施される中絶は、1861年の法のもとでは「非合法」とみなされないという内容だった。さらに他の国々は1967年の英国の中絶法に拠っている。この法律は、中絶の根拠として広義の健康、胎児の障害、および社会経済的理由をあげ、中絶可能期間を通常妊娠24週までとした。

大陸法をもつ多くの国の中絶法は、フランスの1810年ナポレオン法典(French Napoleonic Code of 1810)や、その法典の1939年フランス版、あるいは1979年のフランスの中絶法に基づいている。1810年ナポレオン法典のもとでは、いかなる手段であれ妊婦の中絶に手を貸した人はすべて、また自ら中絶しようとした妊婦も同様に、禁固刑に処せられた。ただし、妊婦の生命を救うために必要であれば中絶は実施できると解釈された。1939年フランス刑法典は1810年法典に文言を加え、妊婦の生命を救うための中絶を許可することを明記した。1979年法は、妊婦が深刻な苦悩状態(state of distress)にある場合、妊娠10週までであればカウンセリングと1週間の待機の後、妊婦の要請(on request)によって中絶を許可し、その他の深刻な理由があれば、10週を越えても中絶を認めるとした。コモン・ロー体系とは違い、裁判所の解釈の果たす役割は小さい。

コモン・ローの国とも大陸法の国とも異なり、近代的イスラム法のもとでは、ほとんどの場合中絶法のモデルとなる単独の中絶に関する条文も判例もない。イスラム法の二つの原典であるコーランにもスンナーにも中絶に関する記述はない。さらに最近まで、イスラム刑法はかならずしも体系的に成文化されていなかった。結果としてイスラム法では、イスラム法の5大流派のどの派を踏襲しているかによって、中絶に対しさまざまなアプローチをしている。一般的に、中絶に対するイスラム法の姿勢は、胎児が魂を得る時期、すなわち入魂前に中絶が実施されるか否かによって異なる。この時期は、妊娠120日目とみなされる

ことが最も多いが、40日目という見方をするところもある。ある派はこの入魂前でも正当な理由のある中絶は許可しているが、他の派ではいかなる時期であっても中絶を禁止している。ただし、どの派も妊婦の生命を救うためであれば、時期を問わず中絶を認めている。コモン・ローと大陸法における状況とは対照的に、古典的イスラム法のもとでは胎児の親族にまとまった金額を支払うことが中絶の罰則とされる。その金額は妊娠のどの段階で中絶をしたかによって決まる。入魂前に、胎児または胎芽はいろいろな発達段階を経過するが、これらはアラビア語では、「塊」あるいは「しがみつくもの」と表現されている。

以上、三つの法体系では中絶の扱いが違いため、中絶の特定要件を解釈するのに多くの曖昧な点が生じ、いかなる比較検討も困難である。もっとも広く容認された中絶の要件つまり妊婦の生命を救うこと一がよい例である。広義にみれば、この要件は二つの範疇の国々で有効である。すなわち、妊婦の生命を救うことを明記した中絶法のある国と、明記してはいないが、通常の刑法の緊急の必要という原則(principles of necessity)からそのことを類推できる法律をもつ国である。後者では中絶は違法とみなされるものの、妊婦の生命というより大きな善を守ることが必要だという理論的根拠のもとに実施できる。

実際には、これら二つの状況にはかなりの違いがある。第一の範疇では、中絶施術を考えている医師は、その行為を認定する特定の法的規定を示すことができ、自分が法の範囲で行動していることを合理的に確認できる。二番目の範疇では、そのような確実性はなく、もし医師が違法中絶を実施したことで起訴された場合、防衛としては一般的な原則があるだけである。最終的には裁判の後、裁判所が判断することになる。その結果、二番目の範疇では、妊婦の生命を救う場合でも医師は中絶をするか否か決定するのに用心深くなる。

同じような状況が、妊婦の健康を守るための中絶を許可する法律に関しても起こる。妊婦の健康を守るための中絶を許可すると明示した法律をもつ国と、裁判所が特定の規定のない法律を解釈し、そうした中絶を許可してきた国との間には重要な違いがある。前者では、医師は自分の行為が法律の範囲内であることを合理的に確信できるが、後者では刑法手続きに対して防衛するために、裁判所の裁定を仰ぐ必要が出てくるかもしれない。さらに、判決を下した裁判所がその国の最高裁判所でない限り、その判決が決定的とはいえないこともある。コモン・ロー諸国でも、下級裁判所は他の下級裁判所の決定に留意することはあっても、それに拘束されることはない。英国が1967年に中絶法を制定した理由の一つは、「レックス対ゴーン」判例に法的な記述を与え、確実に法律としてみなされるようにすることであった。この立法によって、医師たちに合法中絶の包括的指針と法的保証を提供することが期待された。

他に曖昧な点があるのは健康に関する中絶の要件である。多くの国が、「健康」という用語を意味範囲を特定せずに中絶法の中で使っている。したがって、中絶が許されるのは精神的・身体的健康が脅かされる場合なのか、身体的健康なのか意図がはっきりしない。もし世界保健機関(WHO)の健康の定義に従うのであれば、健康は広い概念、すなわち「身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態で、単に病気や虚弱でないということではない」となり、健康上の理由による中絶は非常に一般的になるだろう。¹しかし、このような広義の健康の定義が、それよりずっと以前に制定された中絶法の多くが意図したものであるかどうか疑問である。健康を歴史的に理解されてきたように解釈すべきか、それとも現代の思考に照らして解釈すべきか、という問題が起こる。同様に、脅威が深刻か、重篤か、または生涯にわたる障害を伴うものか特定されない限り、健康への脅威がどの程度のことを意味しているのかははっきりしない。

他の健康についての用語となるとさらに不明瞭である。国によっては、「治療」(therapeutic) 目的ないし「内科的または外科的治療」(medical or surgical treatment) 目的で中絶を許可している。他の国では、妊娠の継続による健康への脅威が、妊娠を中断するよりはるかに大きいことを中絶の要件としている。妊娠初期の3カ月は、妊娠は統計的に中絶よりも健康への脅威が常に高い。したがって、この文言をどのように解釈するかは難しい。文字通り解釈すれば、ほとんどの状況で中絶は許されるだろう。そのような法律の曖昧

¹ WHO (1994). *Constitution of the World Health Organization. In Basic Documents* (World Health Organization), vol.7. Geneva: World Health Organization.

さを考えると、健康上の理由で中絶を許可している国と指定することで、多様な状況を網羅することが可能になる。それらの状況は、生涯にわたり身体的健康に深刻な損傷を与えるときのみ中絶を許可する場合から、社会経済的苦境のため精神的健康に脅威を与えるケース、さらに基本的には要請による中絶である「内科的または外科的治療」のケースに至るまでさまざまである。問題が裁判所での論争的となっていない限り、あるいは、法的論評の中で脅威の質が重要な法的分析の対象となっていない限り、どのような状況で中絶が正当化されるかを明確にするのは困難である。

中絶の要件を確定するために手続き上必要とされることは、その要件の性格を明らかに決定づける一要因でもある。健康上の理由の場合は、それを2人か3人の医師が証明する必要があるかもしれない。この場合と、進んで中絶を行う医師だけが健康上の理由の有無を判断する唯一の人である場合とでは大きな違いがある。強姦または近親姦による妊娠を中絶する場合は、さまざまな手続き上の義務があることが多い。ある国では、強姦または近親姦があったことを警察または司法当局に届け出る必要があるが、他の国では、妊娠が強姦または近親姦の結果であることを妊婦が当然のこととして確信しなければならない。ある国では手続き上要求されることを特定していないが、他では逆に妊娠が強姦または近親姦の結果であるという司法の決定を必要としている。このような違いがあるため、強姦または近親姦による妊娠という理由による中絶についても、国によって状況に有意な差異が出てくる。

イスラム法で使われた用語は、中絶法を比較検討する際のもう一つの大きな問題である。イスラム法の底流にある原則は、西欧志向を基本とするコモン・ローとも大陸法とも根本的に異なる。そのため、二つの体系下の法律を比較するのは困難である。この問題の例として、イスラム法では中絶の罪が禁固や政府が科す罰金によって処罰されるのではなく、罪を犯した人が犯罪の犠牲者の親族に賠償を支払うことで罰せられるということがある。中絶に関していえば、このようなことは、西欧の法律では全く思いも及ばないことである。また、妊娠の定義についても同じような問題がある。西欧の法は、妊娠のさまざまな段階を認め、現行法ではほとんど例外なく妊娠週数でそれを定義する。これに対し、イスラム法では「塊」、「しがつくもの」または「入魂」や「器官と四肢の形成」という表現で表している。

C. 「法と政策」対「実践」

以上のような概念的な難題とは別に、一国の成文法または政策が、観察されるあるいは類推される実態と合致しているかどうかを見定めることが主な問題として残る。中絶の実施を違法とみなす多くの国でも、統計をみる限り中絶件数が相当数あり、その多くが非合法で行われ、しかも起訴件数はほとんどないことがわかる。世界中で毎年実施される中絶 5000 万件のうち、40%は非合法である。²これらの国々では、法執行機関は違法の中絶を無視ないし黙認し、中には非公式に中絶目的の診療所を許可さえしている。このような状況にはいくつもの要因が絡んでいる。その要因の中には、中絶の実施が容易なこと、特により差し迫った社会的ニーズがある場合は中絶を起訴する意志や財源が不足していること、また中絶が秘密裏に行われることにもよる。中絶を法解釈上は合法とする国でも、国によっては、認可された施設や要員へのアクセスが限られていたり、中絶に支払う財源が不足しており、結果として違法な中絶が多くなっている。中絶は許可されていても、法律の施行規則を政府が発令していない場合もわずかなだがある。このような状況のもとでは、妊婦が死に至るといふひどい事例でもない限り、法的措置がとられることはまずない。いくつかの国では、中絶に関してあまりにも無関心で、中絶をする側も法を執行する側も法律の内容をほとんど知らないという現状がある。「中絶ピル」と呼ばれる RU486 のような新しい科学の進歩により、中絶は特別の施設でなくても容易にできるようになり、法と実践の間の溝がますます拡大する公算が強い。

² WHO (1994). *Abortion: a Tabulation of Available Data on the Frequency and Morality of Unsafe Abortion*. Geneva: World Health Organization.

II. 国別情報： 変数の解説と概要

本章では、国別情報の初めに出てくる変数について解説する。変数として項目化したのは各国の状況を比較できるようにするためである。中絶法は複雑で国によって違いが大きいため、変数項目が絞られていった経緯についてスペースを割いて説明することにした。中絶政策の部分は、中絶が合法とされる理由・根拠である。法の適用に関しての条件など解説が必要な場合は、追加要件として付記した。中絶の原因と結果は国によってさまざまである。これらの違いを明らかにするため、その次の表で出産と死亡に関する諸指標をあげた。背景の項ではそれぞれの国の状況をさらに詳しく解説している。

A. 中絶政策の主な特質

1. 中絶の許可条件

中絶の許可理由としてもっとも頻繁に言及されるのは、下記の点である。

- (a) 女性の生命を救う(生命という根拠)
- (b) 女性の身体的健康を保持する(狭義の健康という根拠)
- (c) 女性の精神的健康を保持する(広義の健康という根拠)
- (d) 強姦あるいは近親姦による妊娠の場合(司法的根拠)
- (e) 胎児の障害が疑われる場合(胎児の障害)
- (f) 社会的または経済的理由(社会的根拠)

これらの根拠は各国別情報の最初に列挙してある。少数だが、母親のHIV感染、妊婦が未成年の場合はその年齢、避妊の失敗など、その他の理由を認めている国もある。これらのカテゴリーが応用されるのはごく限られているので、この変数には含まれていない。しかし、関連のある国に関しては国別情報の背景の項で詳しい説明を加えた。法文の表現そのものがかなり異なるので、それらの違いや解釈についても次のページで詳しく説明した。政策と法令がはっきり食い違っている場合は、当てはまる項目に星印を付け、特定の理由がある場合は通常、法的または公式の解釈により中絶が認められることを示した。たとえば、いかなる状況下の中絶も違法とされる国でも、刑法の「緊急の必要」の原則(principles of “necessity”)によって妊婦の生命を救うための中絶が許される場合は、「女性の生命を救うため」の項目に許可されると記し、そこに星印を付け解説している。

数は少ないが、国によっては、国レベルの法令でなく地方の法令で中絶を規定している。その場合、成文化した法には星印をつけ、説明を下に加えた。地方の法令が適用される場合は、「背景」のところで詳細を説明した。

(a) 女性の生命を救う

妊婦の生命を救うというのは最も広く共通する中絶許可の根拠である。国によっては生命を脅かす状況を細かく列挙しているものもあるが、一般には、中絶を実施するおよび/または同意する医師(たち)の判断に委ねている。ほとんどの国は条件明示のもとに、あるいは刑法の緊急の必要の原則のもとに、妊婦の生命を救うための中絶を許可している。例外はチリ、エルサルバドル、マルタで、³ いずれも中絶法を改定して、ある一定の根拠により中絶を許可する規定を削除した。とはいえ、これらの国々が、妊婦の生命が脅かされるという最も深刻な場合でも、裁判所が緊急避難(defence of necessity)を拒否するのかどうかは明確ではない。

(b) 女性の身体的健康を保持する

ほとんどの国が女性の身体的健康を保持する必要がある場合、中絶を認めている。しかし、「身体的健康」という表現はさまざまに解釈されてきた。国によっては狭い定義を採用しており、その場合適用される範

³ 国連人口部による2007年版 *World Abortion Policies 2007 (Wall Chart)* によれば、2006年の改訂によりニカラグアもこの中に含まれている。

囲をはっきり示していることが多い。「身体的健康」を広く定義しているその他の国では、さまざまな解釈の余地を認めている。可能な場合は解説で解釈の幅を明記した。全体として英連邦諸国は、大陸法に従うアフリカや中南米諸国よりも広義の解釈を認めている。

多くの国の中絶法で使われる「健康」という表現には、身体的健康と精神的健康をともに含めるのかどうか明示されておらず、単に妊婦の健康を損なう危険を防ぐ場合に中絶を認めるとだけ述べられている。健康を身体的健康に限定している場合、健康の解釈は一般に狭いことが多い。法律に違いが明示されていないため、身体的健康も精神的健康も許可要件と判断して扱い、星印をつけ脚注でその状況を説明した。現場でその区別をしている場合には本文中で述べてある。

(c) 女性の精神的健康を保持する

多くの中絶法は、妊婦の精神的健康を損なう危険性がある場合、合法的中絶の実施を認めている。しかし、「精神的健康が何か」についてはさまざまな定義がなされている。国によってはこれについてなんの定義もしていないが、他方、ほとんどは英連邦諸国であるが、精神的健康の中に、結婚により生まれた子どもに生じる情緒的苦悩や、環境によって妊婦に生じる情緒的苦悩を含める国がある。これらの場合、その国は社会経済的理由で中絶を許可するとした(下記参照)。

精神的健康を理由に中絶を許可している国となっている国の中には、画期的な「レックス対ボーン」の判例に従っている国も含まれている。この判例は、法律は身体的・精神的健康を理由にした中絶を特定して認めていないが、そのような中絶は合法とみなせる(上記参照)という内容であった。精神的健康を根拠に中絶が許可される範囲は国によって異なる。

(d) 強姦あるいは近親姦による妊娠の場合

強姦あるいは近親姦による妊娠の中絶を認めるのは世界の中絶法に共通する規定である。中南米諸国のように非常に規制の厳しい法律でも、この理由による中絶はほとんど認めている。この中絶の正当化にはいくつかの形がある。国によっては法律の中で強姦と近親姦を明記している。他の国では「犯罪」の結果としての妊娠と表記しているが、その犯罪の内容については触れていない。法の文言は幅広く、強制された強姦・近親姦だけでなく法定強姦(*consensual sex with a minor*) (訳注：同意年齢以下の未成年者との性交渉)も含む。手続きについての違いにはさらに大きな幅がある。国によっては、中絶の許可を得るため裁判所に訴える、または警察当局に届け出ることを必要条件とし、中絶を受けにくくしている。

(e) 胎児の障害が疑われる場合

中絶の司法的理由(*judicial grounds*)と同様に、制限の厳しい中絶法の国でも胎児の障害を根拠とする中絶は認められることが多い。国によっては、この根拠を適用するに当たって該当する損傷の種類と程度を明記しているところもある。

(f) 経済的または社会的理由

社会医学的、社会的あるいは経済的理由で中絶を認める法文にはさまざまな違いがある。社会的あるいは経済的諸条件を明確に記述しているものもあるし、ただ暗示しているだけのものもある。例えばバルバドスでは、妊娠の継続が妊婦の健康を損なう危険があるか否かを判断する場合、医療従事者は「妊婦の社会・経済的環境を、それが現実であるか想定されるものであるかを問わず」考慮しなければならない。同じような文言を使ったオーストラリアのニューサウスウェルズでは、社会・経済的なストレスについて言及している。その他のケースでは、南オーストラリアとベリーズと同様、社会・経済的な根拠が強く暗示されている。すなわち、妊婦の健康を損なう恐れを判断するのに「その女性の現実、または合理的に予想できる未来の環境」を考慮に入れる必要がある。その他、ブルンジやエチオピアなどでは、経済的・社会的理由による中絶は許可していないが、そのような事情は判決の際に考慮される。社会・経済的理由による中絶を許可している法律の多くは、かなり自由な解釈を許し、要請しただけで許可する法律との違いはほとんどないくらいである。

(g) 女性の要請（オン・リクエスト）：あらゆる根拠で中絶を許可

要請に応じて中絶が行われることを認めている国では、中絶を希望する妊婦はその希望が法のもとに正当であることを証明する必要はなく、本人がすべきことは、施術してくれる医師を自分で探すことである。アルバニア、ベルギー、フランスなどのように、多くの国では、女性が自分の危機的状況または苦境にあることを述べなければならないこともある。しかし、この要件も形式上のもので、中絶をしてくれる医師を自分で探す限り、中絶を決めるのは完全に女性本人である。このような国についても星印で示してある。要請にもとづく中絶を許可している国でも、中絶できる時期については指定しており、最も多いのが妊娠初期の3カ月である。この期間を過ぎると、女性は中絶を許可してもらうための有効な根拠を提示しなければならない。

2. 追加要件

この項では、合法中絶を実施する前になすべき付加的な手続き上の要件について記載している。その中には同意、中絶手術の施術者、中絶手術の実施場所、手術が認められる妊娠期間の制限などがある。

B. リプロダクティブ・ヘルスに関する諸状況

1. 出生率に対する政府の考え

この変数は、国の出生率に対する政府の認識を示している。それはつぎの3つに分類している：「出生率が低すぎるため不満」；「満足」；「出生率が高すぎるため不満」

2. 出生率に対する政府の介入

出生率に対する政府の介入レベルは4つに分類している。(a) 出生率を高める (b) 出生率を維持する (c) 出生率を低下させる (d) 介入または政策なし。

3. 近代的避妊法の効果的使用に関する政府の政策

個人の出生調節に関する政府政策を4つに分類し、近代的避妊法に対する国の支援がどのレベルかを示した。

- (a) 政府は、人がより効果的に出生を調節し、希望の出産時期や家族数を定めることを助ける近代的避妊法に関し、その情報、指導、器具・薬の入手を制限している。
- (b) 政府は近代的避妊法の情報、指導、器具・薬の入手には制限を加えないが、普及のための支援は直接間接を問わず行っていない。
- (c) 政府は、政府以外の組織の運営資金を助成することで、近代的避妊法の情報、指導、器具・薬の普及を間接的に支援する。間接的支援にはさまざまな方法がある。たとえば、補助金の直接支給、減税または還付金または特別の地位の付与である。
- (d) 政府は、政府の施設・機関内で行われる近代的避妊法の情報、指導、器具・薬の普及に対し直接支援を提供する。

4. 有配偶女性の近代的避妊法実行率

現在結婚している15-49歳の女性の近代的避妊法実行率をみれば、実際の避妊法の入手しやすさが分かる。避妊の実行は全体としてみれば、中絶と反比例する。低い近代的避妊法実行率と高い中絶率は相関している。逆に、近代的避妊法が普及しており効果的に使われていれば、中絶率は比較的低下する傾向がある。個人レベルでは、避妊の実行は、中絶の経験と密接な関係がある。平均的には、避妊法を使用したことのある女性は、ある時点では、使用したことのない女性よりも中絶をする傾向がある。一方、中絶をしたことのある女性は、中絶したことのない女性より避妊法を使う傾向がある。中絶の後、避妊法の使用が増えるのは、中絶を行うクリニックで避妊具・薬やカウンセリングが提供されるからと考えられる。

避妊の実行に関する情報は、主として、さまざまな政府・非政府組織が行った出産可能年齢の女性に対する国レベルの代表的サンプル調査（representative national sample survey）から入手した。データは、現在結婚している女性または同棲している女性に関するものである。

5. 合計特殊出生率

合計特殊出生率（TFR: Total Fertility Rate）とは、現在の年齢別出生率に従った場合、女性が一生に産むであろう子どもの数のことである。特に記されていない限り、ほとんどの国にとって、ここで示された数字は1995-2000年の中位推計で、同期間の出生率を反映させるよう調整された、入手可能なデータに基づいている。

6. 15—19歳の女子の年齢別出生率

15—19歳の年齢別出生率（ASFR: Age-Specific Fertility Rate）は、現在の思春期の女性の出生率を示している。明確に言えば、この出生率は15—19歳の女子人口千人に対する同年齢層の女性による出生数である。全体的に、最近思春期の女性の出生率が増えている国が多い。若い母親の多くは未婚で経済的援助もなく、妊娠により社会的にも非難されるため、中絶に頼る者が多い。

7. 中絶に起因する疾病と死亡に対する政府の関心

この変数は、中絶に起因する合併症に対し、政府が特別な関心を抱いているかどうかを示す。情報は、1998年の政府に対する第8回国連人口調査（8th United Nations Population Inquiry among Governments in 1998）と1992年の第7回調査より入手した。政府からの回答がなかった場合は、政府の公的資料や出版物に載っている見解を参照し、中絶に起因する疾病と死亡に対する政府の関心として表した。

8. 妊娠・出産による合併症に対する政府の関心

この変数は、妊娠・出産による合併症に対し、政府が特別な関心を抱いているかどうかを示す。情報は、国連人口部による第7回および第8回の政府に対する国連人口調査より入手した。政府からの回答がなかった場合は、政府の公的資料や出版物に載っている見解を参照し、政府の妊娠・出産による合併症に対する関心として表した。

9. 妊産婦死亡率

開発途上国、特に規制の厳しい中絶法をもつ国では、中絶による妊産婦死亡がかなりの割合を占める。世界保健機関（WHO）によると妊産婦の死亡は次のように定義される。「妊娠中または中絶後42日以内の女性の死で、妊娠期間や場所には関係ない。その死は、妊娠または妊娠の管理に関係すること、またはそれによる悪化が原因で引き起こされたもので、事故や偶発的な原因によるものではない」。⁴このように、妊産婦死亡率とは、ある年の出生10万に対する妊産婦死亡数を計ったものである。理想をいえば、その率と中絶による死亡が占める割合の両方が含まれていなければならない。しかし、中絶は違法に行われることが多いため病院での死亡しか報告されず、その場合でも死亡原因は除外されることが多い。このため、中絶に起因する死亡率はかなり下回った推定値になっている。データの信憑性が低いことを裏づけるこれらの理由により、中絶に起因する死亡率は載せていない。

妊産婦死亡率を調査したり国家間で比較する時は注意を要する。妊産婦死亡や死亡原因の記録もれが、国によって違うからである。米国などの先進国でさえ、妊産婦死亡率は27%も過少記録されていた。⁵出産の報告もれも重要な意味をもち、出産と死亡の過少報告の程度が違えば、偏りの方向性も変わってくる。産褥期間を42日に制限することも、下降気味の偏りを生んでいる。米国で行われた調査によると「妊娠、出産、産褥期に起因する死亡のうち、16%は42日目から1年の間に起こった」。⁶妊産婦死亡率のデータは概して信憑性が低く、多くの国では情報が少ないため、国とその地域の死亡率の両方を載せた。両方の数字が入手できても、調べたい国のデータが極めて不十分と考えられる場合は、地域の数字から国の数字がどの程度偏っているかの見当が付けられる。

⁴ WHO, p. 764, cited in, Pan American Health Organization (1990). *Health Conditions in the Americas: 1990 Edition*, vol. I. Scientific Publication, No. 524, Washington, D.C.

⁵ PAHO (1990). ditto.

⁶ PAHO (1990). ditto. p. 119.

10. 女性の平均寿命

女性の平均寿命が入っているのは、女性の健康全般の目安にするためである。数字は女の赤ん坊の平均的寿命で、その女の子が生涯にわたり、各年齢層にみられる該当年の死亡の危険にさらされたとした場合の平均である。特に明記されていない限りほとんどの国の数字は、1995—2000年の中位推定値であり、国家間の比較が可能である。

国別データ

中絶政策の主な特質

リプロダクティブ・ヘルスに関する諸状況

背景

アイルランド (Ireland)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救う	○
身体的健康を保持する	×
精神的健康を保持する	×
強姦または近親姦	×
胎児の障害	×
経済的または社会的理由	×
女性の要請 (オン・リクエスト)	×

追加要件:

情報入手困難

リプロダクティブ・ヘルスに関する諸状況

出生率に対する政府の考え	満足
出生率に対する政府の介入	現状維持
避妊具・薬の使用に関する政策	直接的支援を提供
有配偶女性の近代的避妊実行率(15-49 歳)	-
合計特殊出生率(1995-2000)	1.9
年齢別出生率(15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	19
以下に対する政府の特別の関心の有無	
中絶に起因する疾病と死亡	×
妊娠・出産による合併症	×
妊産婦死亡率(出生 10 万対、1990)	
アイルランド	10
先進国	27
女性の平均寿命(1995-2000)	79.2

背景

アイルランドでは共和国の建国以来、中絶は非合法とされてきた。アイルランドの中絶法の根拠となっているのは、英国(グレートブリテン及び北アイルランド連合王国)において中絶を規制している 1861 年の「人に対する犯罪法 (Offences against the Person Act)」である。アイルランドは英国から独立した後もこの法律をそのまま施行してきた。この法律では、「非合法に」中絶を行う、あるいは中絶を受けることは犯罪であり、中絶を行った者と妊婦の双方が禁固刑に処せられる。この法律には非合法とされない中絶についての規定はない。

英国では、精神的健康を含む医療目的で行われる中絶は、禁止の例外とするとの裁判所の決定(例 レックス対ボーン訴訟判決、上記参照)が次第に多くなってきたが、アイルランドではこうした変化はみられず、妊婦の生命を救うための中絶を例外として認めるほかは、ほぼすべての中絶が禁止された。それにもかかわらず、アイルランド憲法の改正案が 1983 年の国民投票で可決され、中絶禁止に関するより厳しい文言が憲法に次のように追加された。「国は胎児の生命の権利を認め、また生命に対する母親の同等の権利を十分尊重しつつ、国内諸法律で胎児の生命の権利を尊重し、実施可能な限りそれを守り擁護する」。つまりこの改正憲法は母親と胎児の生命を同等のレベルに置き、国に胎児の生命を保護する措置を講ずることを義務づけるものであった。

この改正憲法のもとで、アイルランドでは中絶は完全に禁止され、中絶が行われることはごく稀であったが、中絶を希望するアイルランド女性に完全に道が閉ざされたわけではない。1967年に英国が制定法によって中絶法を自由化したので、中絶を希望する女性は、英国に渡って安全な中絶を合法的に受けることが可能であった。毎年およそ4000人のアイルランド女性がこの方法で中絶し、そのうちの大半はアイルランドの家族計画協会やその他のグループから中絶に関するカウンセリングを受け、英国の中絶サービス提供者の名前と住所を教えもらい、場合によっては直接照会サービスを受けるなどの支援を受けた。1983年に改正憲法が可決されてから、アイルランドではこうしたサービスが中絶論争の中心となり、それは1983年改正憲法違反であるとの批判が巻き起こった。政府の要請で、アイルランド最高裁は、1988年と1990年に家族計画グループおよび学生のグループによるこの種のサービスの提供を永久に禁止する命令を出した。この決定の根拠となったのは、胎児の生命の権利を守り擁護する政府の義務に関する判決であった。

論争は鎮まらなかった。1993年には欧州連合が加盟諸国の経済・社会・政治的結びつきを強化する欧州連合条約の案文作成に関する交渉過程で、アイルランドの中絶法を欧州連合とその諸法律による監視から除外するとする文言を入れることで合意していたことが明らかになった。さらにアイルランド最高裁が中絶情報提供の権利を拒否したことに対する異議申し立てが、より広域の欧州機構である欧州会議（Council of Europe）の裁判所に対してなされた。人権及び基本的自由保護のための条約（Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms）に照らして加盟諸国の人権問題を監視するのは、欧州会議の責任の一つである。欧州会議の裁判所は、アイルランドの裁判所の拒否が、この保護協定に規定された情報を提供・取得する権利を侵害していると判断した。アイルランドはこの協定違反を是正するために法律の改正を迫られた。

論争は1992年の裁判事例で新しい展開をみせた。この裁判は、14歳の少女が年長者に強姦され自殺を図ったため、両親が英国での中絶を希望して起したものである。1983年の改正憲法に照らして胎児の権利を擁護する立場をとった司法長官は、この家族の出国を禁止する命令を出そうとした。しかし、最高裁は家族の出国を認める画期的な判決を下した。最高裁は初めて、アイルランドで全面的に禁止されている中絶に例外があること、また自殺の危険性も含めて、妊婦の生命に現実的な重大なリスクがある場合は、1983年改正憲法のもとでも合法的な中絶は可能であると判決した。

中絶に関する情報を提供・入手する権利および中絶のために出国する権利について論争が続き、政府はこの2つの問題と、ある状況下では中絶を許可する成文化された条項が憲法上必要かどうかというさらに広範な問題を国民投票にかける法律の制定を急いだ。後者の問題について、政府は母親の身体的健康に危険がある場合、母親の生命を救うために中絶を認めるとする文言を提案したが、精神的健康についての提案はなかった。アイルランドの国民は国民投票で、中絶情報の提供・入手と中絶のために出国する権利については承認したが、中絶禁止の例外規定に関する政府提案の文言は拒否した。したがって、最高裁の決定がそのまま有効とされた。

この問題で論争が続いたため、後継の政府は、国民投票の結果を施行するための法案提出に2年以上もかかってしまった。法案は1995年初めに提出され、同年3月にアイルランド国会で承認された。この法律は、中絶に関する情報をアイルランド国内で提供・入手する権利を定め、同時に、その支持者が主張しているように、カウンセリングを通して中絶の必要性を減らすことを意図したものであった。この法律は、中絶を希望する女性が必要とすると思われるアイルランド国外の情報、例えば中絶医療機関の名称、所在地、連絡手段などを提供することを認めた。しかし情報の提供方法についてはいくつもの規制を設けた。情報は合法的に提供されるサービスに関するものでなければならず、信頼性の高い客観的なものでなければならず、また中絶を擁護あるいは奨励しないものでなければならない。さらに、提供の方法は中絶サービスが提供される司法管轄区において合法でなければならない。情報は公共の場所で公示しないものとし、受け取り手の要求なしに配布される印刷物の形で提供してはならないとした。

妊娠に関する情報・アドバイスあるいはカウンセリングの提供に携わっている人が、中絶に関する情報を提供する場合は、さらに厳しい規制が適用された。その人は中絶を擁護あるいは推奨してはならず、女性がとり得るすべての方策について情報、カウンセリング、助言を与えなければならない、本人が直接中絶サービスを提供してはならず、あるいはこうしたサービスを提供する団体に関心をもってはならず、中絶サー

ビスの提供者から、または情報提供の見返りに女性から、直接あるいは間接的に金銭やその他の便宜を受け取ってはならず、また女性のためにこうしたサービスの約束あるいは他の手配をしてはならないとされた。

この法律は、これを自由すぎると考える人たちと保守的すぎると考える人たちの両方から反対された。その合憲性について反対および疑念が出たため、大統領は施行前にこの法律の再検討を最高裁に委ねた。そこで最高裁は、反対の論拠を最高裁に提出する弁護士を指名し、政府にはこの法律が合憲であると主張させた。1995年5月、最高裁は全員一致でこの法律が憲法に違反していないと判断した。最高裁は、1992年の情報に関する国民投票の承認は、胎児を擁護するという国の義務を情報の分野で変更することを明確に意図したものであり、憲法を超える自然法はないと結論した。もう一方で最高裁は、改正憲法は、生命の危険のある妊婦に対処する医師の行動を過度に制限はしていないと判決した。なぜなら医師は直接の照会ができないが、以下の自由があるからである。すなわち、妊婦の健康状態に関するすべての情報や中絶診療所を特定する資料を妊婦に提供すること、妊婦が診療所に予約をとった後、診療所と話し合うこと、妊婦が診療所に行った場合は彼女に医療データを与えること、である。また最高裁は、この法律は中絶の決定において未成年者に対する親の権利と、妻に対する夫の権利を考慮していないので憲法に違反しているとの主張を却下した。最高裁は、この法律はこれらの権利を侵害していないとみなした。最高裁は、全体的にこの法律は「公正であり、相反する権利を適切に調和させている」と判断した。

この最高裁の決定は、当初保守的すぎると反対していた政党を含め、アイルランドのほとんどの政党から賛同を得た。訴訟に加わった家族計画団体のリーダーたちも、中絶情報の提供の許可が高等裁判院(High Court)での同意協定になったので満足であった。しかしながら、生命尊重運動(pro-life movement)のリーダーたちとローマカトリック教会は深く失望した。ローマカトリック教会は、生命の権利について詳細な声明を出し、特に最高裁が人為法を超える自然法の優位性を却下したことに異議を唱えた。アイルランドでは今後とも中絶が許可されるとの考えに、ローマカトリック教会は引き続き強く反対した。

1997年に、1992年の事例にほぼ近い訴訟が起き、この問題を代表する団体から再び中絶法と国民投票に関する要求が出された。そこで政府は近い将来、関係の法案を作成すると約束した。また政府は、この問題について緑書(Green Paper, 政府発行の政策書)を作成するための作業部会を設置した。作業部会は数千に及ぶ提案を受け取ったが、1998年末現在では何の行動も起していない。

アイルランドでは、避妊具・薬の提供も大きな論争を生んだ。例えば、避妊は法律で禁じられていたので、1969年にダブリンに開設されたアイルランド家族計画協会の診療所は、1973年の最高裁の決定が出るまで、準合法の形で活動していた。この時の最高裁の判決は、夫婦のプライバシーの権利に基づき、避妊具・薬の輸入を禁止することは憲法違反であるとし、成人が避妊具・薬を輸入・所有することを認めた。しかしながら、最高裁は避妊具・薬の販売を禁止した条項を破棄する決定はしなかった。1979年に、議会は保健(家族計画)法を制定した。保健(家族計画)法は、避妊具・薬の輸入・販売を、医師の処方によって薬剤師が行う場合に限り許可した。1985年の本法の改正で、避妊具・薬の販売が許可される人の範囲が拡大され、厚生省(1977年以降は保健・子ども省)の認可を受けた医師、保健局(health board)および家族計画サービスに従事する職員、さらに妊産婦サービスまたは性感染症治療に携わる病院の職員も販売できるようになった。この改正法は、18歳以上の人コンドームと殺精子剤を処方箋なしで購入することを認めた。その他の避妊具・薬は、アイルランドでは処方箋がある場合に限り販売されている。性感染症が広がったことも理由の一つとなって、1992年と1993年に避妊具・薬の販売と配布に関する規制をさらに緩和する新しい法律が制定された。

アフガニスタン (Afghanistan)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救う	○
身体的健康を保持する	×
精神的健康を保持する	×
強姦または近親姦	×
胎児の障害	×
経済的または社会的理由	×
女性の要請 (オン・リクエスト)	×

追加要件:

情報入手困難

リプロダクティブ・ヘルスに関する諸状況

出生率に対する政府の考え	高すぎる
出生率に対する政府の介入	なし
避妊具・薬の使用に関する政策	直接的支援を提供
有配偶女性*の近代的避妊法実行率 (15-44 歳、1972/1973)	2
合計特殊出生率 (1985-1990)	6.9
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対)	153
以下に対する政府の特別の関心の有無	
中絶に起因する疾病と死亡	..
妊娠・出産による合併症	..
妊産婦死亡率 (出生 10 万対)	
アフガニスタン (1975)	1700
南アジア (1983 頃)	560
女性の平均寿命 (1985-1990)	46

*結婚歴のある女性も含む

背景

1976年10月7日のアフガニスタン刑法典 (Afghanistan Criminal Code) は、中絶を刑法上の犯罪としており、母親の生命を救う目的の場合を除いて、違法中絶をおこなった者は、禁固刑または罰金刑に処せられる。非合法に中絶をした者が医師、外科医、薬剤師、看護師である場合には最も重い刑が科せられる。自己中絶あるいは中絶されることに同意をした女性には短期の禁固刑あるいは罰金刑が科せられる。

アフガニスタンでは、近代的避妊法はあまり使用されていないが、土地固有の出生調整法は広く使われている。しかし、記録されている土地固有の出生調整法のうち、75%近くは出生率を高めるためのものであり、中絶を引き起こすものはたったの6%に過ぎない。近代的避妊具・薬は政府管轄の診療所やアフガン家族指導協会 (AFGA: Afghan Family Guidance Association) で入手可能である。AFGAは、保健省の協力により、公有地に家族計画診療所のネットワークを整備した。

アメリカ合衆国 (United States of America)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救う	○
身体的健康を保持する	○
精神的健康を保持する	○
強姦または近親姦	○
胎児の障害	○
経済的または社会的理由	○
女性の要請 (オン・リクエスト)	○

追加要件:

胎児が母体外で成育可能になる前であれば、どの州においても女性の要請で中絶は可能である。成育可能期に入ってから、女性の生命や健康に危険がある場合を除き、州は中絶を禁止することができる。連邦の法律では、胎児が母体外で成育可能になる前に妊娠を中断することを、憲法上の権利として女性に認めているが、女性の選ぶ権利に不当に負担を与えなければ、各州はそれぞれ、妊娠の全期間を通し中絶を制限することができる。

リプロダクティブ・ヘルスに関する諸状況

出生率に対する政府の考え	満足
出生率に対する政府の介入	なし
避妊具・薬の使用に関する政策	直接的支援を提供
有配偶女性の近代的避妊実行率(15-44歳、1990)	67
合計特殊出生率(1995-2000)	2.0
年齢別出生率(15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	59
以下に対する政府の特別の関心の有無	
中絶に起因する疾病と死亡	..
妊娠・出産による合併症	○
妊産婦死亡率(出生10万対、1990)	
米国	12
先進国	27
女性の平均寿命(1995-2000)	80.1

背景

米国では1845年までは伝統的慣習法によって「胎動」以前の中絶は認められていたが、この年に初めて多くの州があらゆる中絶、あるいはほとんどの中絶を禁止する法律を採択した。1960年代初頭までに、41の州が妊娠の継続によって妊婦の生命が危険にさらされる場合に限り中絶を許可し、残りの州は女性の生命または身体的健康が危険な場合にのみ中絶を許可した。1960年代半ばには、妊婦の精神的健康が中絶の正当な理由付けとして受け入れられるようになり、より多くの合法中絶が行われるようになった。多くの州で中絶法の規制緩和が行われた結果、この傾向は一層強まった。1973年1月には画期的な最高裁判決で中絶は全米で合法化されたが、それまでの5年間に18の州が反中絶法を改正あるいは廃止していた。他の32州とコロンビア特別区では、中絶は女性の生命あるいは健康を救うために行うのでない限り犯罪であるとの法律が法令集に残っていた。

1973年に出された米国最高裁の2つの判決(ロウ対ウェード訴訟とドゥー対ボルトン訴訟の判決、Roe v.

Wade and Doe v. Bolton) で、中絶は全米で合法化された。最高裁は2つの裁判で、女性が妊娠初期3カ月に決めた中絶は女性と医師の間の問題であるべきとした。しかし次の3カ月については、女性の健康の維持と保護に配慮した上で、各州が個別に中絶に規制を設けることができ、さらに胎児が母体外成育可能期に入ってから、すなわち妊娠後期の3カ月については母親の生命あるいは健康を守るために中絶が必要でない限り、州は中絶を規制あるいは禁止することもできるという判決を下した。最後に最高裁は、胎児は人ではないので母体外で成育可能になるまでは合衆国憲法が保障する保護を受ける権利がないとした。母体外での成育可能性は妊娠24-28週の間起きると定義された。

ロウ対ウェード裁判の判決は、中絶を希望する米国の女性に絶大な影響を与えた。ロウ判決以後米国では合法的で安全な中絶手術が簡単に広範囲に受けられるようになった。データによれば、判決からわずか数年で合法中絶を受けた女性の死亡率は違法中絶の死亡率より10倍、出産による死亡率より5倍低くなった。

ロウ対ウェード裁判の判決は中絶に関する論争にもすぐさま影響を及ぼした。当時台頭し始めた生命尊重運動(right-to-life movement)は、判決が出たことで非常に活発になり、ロウ判決をくつがえすことを最終目標とした。生命尊重運動は、中絶を阻止するための法律をできる限り多く制定させるためのキャンペーンを開始した。中絶権運動(abortion-rights movement)は同じように安全で合法的な中絶が全米で受けられるようにするためのキャンペーンを展開した。

この2つの相反する運動は、これ以後中絶問題について法的および政治的な論争を続けてきた。またそれぞれの代表者は定期的に米国最高裁に出廷し、ロウ判決が認めた憲法上の保護の性格と意味をめぐるケースについて主張を展開した。その後最高裁は、ロウ判決における憲法上の保障を後退させる決定を行うようになった。その最初のものが1989年7月3日のウェブスター判決(ウェブスター対リプロダクティブ・ヘルス・サービスの訴訟 Webster v. Reproductive Health Services)であった。この裁判で最高裁は、公的な資金や職員あるいは施設を中絶目的に使用することを禁止すると共に、妊娠20週以上を経過したとみられる胎児については生存の可能性を判断する検査を行うことを中絶サービス提供者に義務づけたミズーリ州法を5対4で支持する判決を下した。

ウェブスター判決が、少なくとも妊娠20週に入っている妊婦が中絶する前には、胎児の成育可能性に関する広範囲なテストを行うことを医師に義務づけたミズーリ州法を支持したことによって、ロウ判決で明示された妊娠を3期に分ける枠組みは弱められた。さらに最高裁は、女性の中絶権の規制に関してそれぞれの州に与えられた裁量権をさらに拡大する意思を示した。このウェブスター判決を受けて多くの州が規制を厳しくする法律を州議会に提出した。例えばペンシルベニア州は、この判決から5カ月も経たないうちに、中絶を希望する女性は夫に中絶を知らせること、州が用意した養子縁組や幼児支援などの代案に関する情報を担当医師から受けること、中絶手術まで最低24時間の猶予期間を置くことを義務づける法律を制定した。カンザス、ミシシッピ、ノース・ダコタ、オハイオの各州も、同じように、中絶反対の情報提供と中絶手術前に猶予期間を設けることを義務づける規制を設けた。ルイジアナ州、ユタ州、グアム準州はさらに厳しく、例外をほとんど認めない徹底した中絶犯罪禁止令を制定した。コネティカット州など他の州はこれらの州とは反対の方向に動き、女性に中絶の権利を保障する州法を制定した。

米国の現在の中絶法は、1992年6月29日の最高裁判決(ペンシルベニア州南東部家族計画対ケーシーの訴訟, Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey)に準拠している。このケーシー判決で最高裁は、先のロウ対ウェード裁判で下した判決を再確認した。すなわち、胎児が母体外成育可能期に達していない場合の女性の中絶権は憲法で認められるが、この期間以降については、女性の生命あるいは健康に危険がある場合の例外規定が設けてあれば、州は中絶を禁止できるというものである。ケーシー裁判で最高裁は、中絶を禁止している法律は間違いなく憲法違反であると判断しながら、ロウ判決で下した3カ月単位の枠組みは認めず、妊娠初期から女性の健康と胎児の生命を保護することは州の正当な利益であるとの判決を下した。

またケーシー判決で最高裁は、過去の判例よりも緩やかな基準で中絶規制の合憲性の分析を行った。最高裁は、女性の選ぶ権利に「不当に負担を与える」のでなければ、州が妊娠の全期間について中絶を制限できるとの判決を下した。ここでの「不当な負担」とは、胎児が母体外での成育可能期に入る前に中絶を希望する女性が直面する重大な障害であると定義された。「不当な負担」の基準を適用するにあたって、最高裁は、ペンシルベニア州の中絶法の一部を支持した。それは、女性は中絶前に、州が用意した養子縁組み

と子ども支援を内容とする中絶に代わる方法の説明を受け、その後中絶まで24時間の猶予期間を置かなければならない、また10代の女性の場合は、中絶前に、両親どちらかの同意または裁判官の承認が必要である、というものである。ケーシー判決が、ペンシルベニア州法の中で唯一採用しなかった条項は、夫に通知する義務だった。最高裁はこれを、既婚女性の中絶権に対する「不当な負担」とみなした。

ケーシー判決後、米国の中絶規制は州によってまちまちの状態が続いている。1999年10月現在、未成年者が親の同意あるいは親に知らせずに中絶することを防止する法律を制定している州は40州ある。このうち36州は親の同意を得たり親に通知したりする代わりに裁判による手続きを定めており、11州は親の関与と裁判手続きの両方になんらかの代案を規定している。これらの州のうち11州では裁判所がその法律の施行を禁じた。残りの州のうち、1州は中絶をする前に未成年者に話し合いを含めたカウンセリングを受けることを義務づけ、そこで両親の意見を聞く可能性を設けているが、もう一つの州はカウンセリングを受ければ親の同意は得なくてよいとしている。

29州が中絶に関するインフォームド・コンセント（十分な説明に基づく合意）を法律で定めており、そのうち多くは反中絶の情報と州が作成した資料を女性に提供して中絶を断念させるよう努めることを義務づけている。17の州は、情報を伝えてから中絶手術を行うまで少なくとも24時間の待機時間を設けることを義務づけているが、うち5州では裁判所によってこの法律の施行が禁じられている。

連邦法では、連邦のメディケイド基金（医療扶助基金、貧困層を対象とした健康保険と同額が州に交付される）を受け取っている州は、生命に危険が及ぶ場合あるいは強姦や近親姦による妊娠の場合には、その制度の対象者から請求があった場合、中絶の費用を支払う義務がある。上記以外の場合について、32の州はメディケイドの対象者の中絶費支払いに州の資金を使うことを拒否し、2州（ミシシッピ州とサウス・ダコタ州）は連邦法に違反し、生命の危険のある妊娠の場合以外の中絶の費用支払いを拒否している。16の州は、メディケイドの対象者が求める医学的に必要な中絶の費用を州が出している。

1993年1月に就任した政権は、直ちに連邦の中絶制限問題に着手した。歴代の政権が採用してきた、女性に中絶を断念させようとする政策は1993年1月22日に撤回された。大統領はまず、連邦資金で運営されている家族計画診療所での中絶カウンセリングに対して1988年以来施行されていた制限、ならびに1989年に出した中絶胎児の細胞を使った研究の禁止令を解除した。さらに陸軍病院の医師が、軍関係者とその扶養家族で費用を自己負担する者に対し中絶手術を再開することを認める大統領令を公布した。軍関係者の中絶に連邦資金を出すことは、妊婦の生命に危険がある場合を除いて、1979年から禁止されていた。4番目の大統領令では、中絶および他の家族計画サービスを提供する国際的努力に合衆国の資金を提供する道筋を明確にした。1984年の「メキシコ・シティ政策」(Mexico City Policy)は、合衆国政府は中絶サービスを提供する国際事業を支持しないと規定していた。最後に大統領は、保健福祉省(Department of Health and Human Services)に、フランス製の中絶ピルRU-486の輸入禁止措置を再検討し、妥当な根拠がある場合はこの禁止措置を撤回することを指示した。

しかしながら議会は、米国における中絶の合法性に制限を設けることを求める努力を続けた。その一つは、陸軍病院の医師が軍関係者および費用を自己負担するその扶養家族に中絶手術を行うことを禁止することを復活させることであった。もう一つは、生命への危険、強姦あるいは近親姦の場合を除いて、連邦政府職員の健康保険の対象に中絶を含めることを禁止する法律を施行することであった。

しかし議会活動で最も目立ったものは、妊娠後期に拡張・掻爬手術を行うことを規制しようとする活動努力であった。最新の推定では1996年に行われた拡張・掻爬手術はおおよそ650件で、中絶手術全体の約0.03-0.05%を占めた。妊婦の生命を救うために必要な場合を除いて、拡張・掻爬手術を全面的に禁止する法律が提案された。この禁止の提唱者は、拡張・掻爬手術は胎児に不必要な苦しみを与える野蛮な行為であるとし、代わりとなる他の方法があると主張した。これに対して禁止に反対する者は、事例数は少ないが拡張・掻爬手術は女性の健康を守るために必要であり、他の方法よりも安全性が高いと主張した。一部の者は、拡張・掻爬手術には反対であるものの、妊婦の健康を守るのに必要な場合は、禁止の例外事項とする追加条項を盛り込んだ法案の提出を求めた。この法律は1996-1998年の間に議会で2倍の大差で健康に関する例外を付さずに可決された。しかし大統領はこれに拒否権を行使、議会はこの拒否権を覆すことはできなかった。

多くの州が拡張・掻爬手術の禁止を目指したが、その努力は連邦レベルの努力より成果があった。1999年10月までに30州で拡張・掻爬手術を禁止する法律がさまざまな形で制定されたが、多くは直ぐに法廷で異議申し立てを受けることになった。12の州では部分的あるいは全面的な禁止が施行されているが、18の州は裁判所から施行を禁じられた。これらの法律の妥当性を考察した裁判所のほとんどが、これらの法律は次の3点のいずれかに該当する欠陥があると裁定した。つまり、1)これらの法律は医学的に明確な意味を持たない用語を使って拡張・掻爬手術の定義をしている、2)拡張・掻爬手術の定義はあまりにも曖昧で、胎児の母体外成育可能期前の中絶を含めることはできない。女性にはこの期間の中絶に対し憲法上の権利を有する、3)従ってこれらの法律は、女性が母体外成育期に入る前の胎児の中絶できることに「不当な負担」を与える。定義は正確であっても、これらの法律には、ロウ判決やケーシー判決および他の最高裁判決で義務づけられた、健康上の理由による除外規定がない。

他方、別の領域で米国議会は中絶サービスへのアクセス権を保護する決定を下した。1994年に米国議会は、中絶手術を行う診療所にピケを張るという生命尊重支持者の行き過ぎた活動への対抗措置として「診療所への自由なアクセス法 (FACE: Freedom of Access to Clinics Act)」を制定した。この法律の目的は、リプロダクティブ・ヘルス・サービスを受ける、あるいは提供しようとする人々を傷つける、脅迫する、あるいは干渉する目的で行われる暴力的、脅迫的、妨害的、破壊的行為に対し、連邦レベルの罰則と民事救済手段を設けることによって、国民の安全と健康の保護と促進を図ることであると明記されている。この目的のために同法は、条項に違反した者に罰金と禁固刑またはそのいずれかを科すと同時に、本法で禁じられている行為によって「不当に扱われた」者が、違反行為を行った者を告訴して禁止命令および補償的損害賠償、懲罰的損害賠償を受け取ることを認めている。またこの法律は、連邦司法長官と州の司法長官が個人とグループに代わって訴訟を起すことを認めている。

この法律に対しては、選択権支持(pro-choice)の個人とグループの中から直ちに、憲法の最初の修正である言論の自由の権利と憲法の通商条項に違反しているとの批判が起きた。憲法の通商条項は、連邦政府の法律制定の権限を制限するもので、連邦政府は、州間の通商に多大な影響を与える州間の活動を規制する法律でない限り、法律を制定することが限定される。いままでのところ、下級裁判所ではFACEの条項をおおむね合憲とする判決が出ているものの、この法律への異議申し立てに対する最高裁の判決は出ていない。さらに、13の州が個別に制定した診療所へのアクセスを保護する類似の法律について、下級裁判所はおおむねその妥当性を支持した。

米国では中絶は1973年から合法とされてきたにもかかわらず、経済力、政治的圧力、地理的要因、中絶手術に積極的な熟練医師の不足などが、女性が中絶サービスを受ける上での障害となっている。低所得の女性や中絶サービスを提供する診療所や病院がほとんどない地域の女性にとって、問題は一層深刻である。1977年に議会は連邦資金を中絶費用に充てることを禁止したが、それ以来、中絶は多くの低所得の女性にとって事実上手の届かないものになった。低所得の女性の中絶費用を支給している州は、1992年の時点でわずか13州である。1993年6月に下院は、メディケイド・プログラムの対象となっている貧困層の女性の中絶費用に連邦資金を充当することを禁じてきたこれまでの措置を継続することを承認した。ただ、これまで生命に危険がある場合とされた例外条項に、強姦あるいは近親姦の場合を追加した。貧困層の女性が強姦あるいは近親姦により妊娠した場合の中絶費用の支払いを州のメディケイド・プログラムに義務づけた法律は、1993年10月に施行されたが、少なくとも6州がこの新しい法律に従わないと表明した。産婦人科のレジデンシー・プログラム(専門医学実習生プログラム)は中絶を選択科目としたり、実習そのものを中止したりした。また一部の医師は中絶手術に反対している。

米国疾病予防管理センター(United States Centers for Disease and Prevention)の報告によれば、1997年に実施された合法中絶は118万4758件で、前の年より3%少なかった。これは、15-44歳の女性千人に対する中絶率が20ということである。15-44歳の女性千人の中絶率は、1972年から1980年の間に13から25に上昇、1980年代はほとんど横ばい状態を続け、1990年代になって低下した。1997年の中絶率20は1975年以来最も低かった。1997年中絶をした女性のうち20%は19歳あるいはそれ以下で、32%は20-24歳であった。妊娠期間でみると、1977年に行われた中絶の55%が妊娠8週間以内であり、12週間まででは88%に上昇する。アラン・グットマッハー研究所(Alan Guttmacher Institute)の報告によれば、米国女性の妊娠の49%は意図したものではなく、このうち半数が中絶されている。アフリカ系米国女性の中絶は白人女性のほぼ3倍、ヒスパニック系の女性ではほぼ2倍になるとみられている。強姦と近親姦の場合の中絶は年間1万4000件と推定される。

アルジェリア (Algeria)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救う	○
身体的健康を保持する	○
精神的健康を保持する	○
強姦または近親姦	×
胎児の障害	×
経済的または社会的理由	×
女性の要請 (オン・リクエスト)	×

追加要件:

中絶手術は、専門の機関で医師あるいは外科医によって行われなければならない。治療的中絶は胎児が母体外成育可能期に入る前に行われなければならない。

リプロダクティブ・ヘルスに関する諸状況

出生率に対する政府の考え	高すぎる
出生率に対する政府の介入	低下させる
避妊具・薬の使用に関する政策	直接的支援を提供
有配偶女性*の近代的避妊実行率 (15-49 歳、1995)	52
合計特殊出生率 (1995-2000)	3.8
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	25
以下に対する政府の特別の関心の有無	
中絶に起因する疾病と死亡	..
妊娠・出産による合併症	..
妊産婦死亡率 (出生 10 万対、1990)	
アルジェリア	160
北アフリカ	340
女性の平均寿命 (1995-2000)	70

*結婚歴のある女性を含む

背景

1996年6月8日のアルジェリア刑法典 (Algerian Criminal Code) (304-313 条) は、母親の生命を救うためにやむを得ない場合を除いて、中絶を禁止している。しかし、1976年公衆衛生法 (Public Health Code) (1976年10月23日の政令第76-79号) は、母親の生命を救うため、または重大な健康上の危険から彼女を守るために不可欠な治療的措置として、胎児の母体外成育可能期前に行われる中絶は合法であると定めている。公衆衛生の保護・促進に関する法律 (1986年2月16日の法律第85-05号、72条) では、中絶に関する規制はさらに緩和され、女性の精神的安定が著しく損なわれた場合も、その安定を確保するのに不可欠な措置として中絶が認められることになった。

自ら中絶をした、あるいは中絶することに同意した女性は、6-24カ月の禁固刑と罰金刑に処せられる。中絶を行った者には1-5年の禁固刑と罰金刑が科せられる。中絶を行った者が医師の場合には、医療業務停止処分が加えられることもある。