

合法中絶は、専門機関の医師あるいは外科医が、同僚の専門医と医学的話し合いをもち（公衆衛生法）、医療専門家と共同で検査（公衆衛生の保護・促進に関する法律）を行った後に、これらの医師あるいは外科医によってのみ行うことが可能である。上述したように、治療的中絶は、胎児が母体外成育可能期前に行われなければならない。

アルジェリアの公立施設での調査によると、妊産婦死亡の最大原因は中絶時の子宮穿孔である。子宮穿孔の原因の半分は劣悪な違法中絶によるものと推定される。

現在アルジェリア政府は、政府管轄のすべての母子健康センターで家族計画サービスを提供しているが、家族計画を公認し、全国民がこのサービスを受けられるようになったのは1980年代初期のことである。避妊法も含めヘルスケアはすべて、公立の保健施設で無料で提供される。経口避妊薬（ピル）は医師の処方により薬局で入手可能である。

アルゼンチン (Argentina)

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:

中絶の施術者は有資格医師でなければならず、妊婦の同意が必要である。

*刑法典は健康上の理由による中絶を認めているが、身体的健康と精神的健康を区別していない。さらに刑法典では、強姦の場合の中絶をすべて認めるのか、それとも、知的障害または精神障害を持つ女性が強姦された場合に限って認めるのかについて論争がある。

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・薬使用に関する政策	政府の支援なし
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)	2.6
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	65
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)	
アルゼンチン	100
南アメリカ	200
女性の平均寿命 (1995-2000)	77

背景

法律第 11179 号の刑法典 (第 85-88 条) の規定条項を承認する 1984 年 12 月 21 日の政令第 3992/84 は、次の 2 つの場合を除いて中絶を禁止している。その第 1 は母親の生命あるいは健康上の危険を防ぐのに他の手段がない場合、第 2 は妊娠が強姦あるいは知的障害や精神障害を持つ女性の貞節に対する攻撃による場合である。第 2 の場合はこれまで論争の対象となってきた。強姦による妊娠と、知的障害あるいは精神障害を持つ女性が性的暴行を受けて妊娠した場合に中絶を認めるのか、それとも知的障害あるいは精神障害を持つ女性が強姦または性的暴行を受け妊娠した場合に限って中絶を認めるのかがはっきりしない。強姦による妊娠の中絶については、以前の刑法典に、刑事訴訟手続きが開始されていれば中絶を認めると明記されているので、注釈者はほとんどが後者の解釈を支持している。この刑法典は 1984 年に現行のものに改正された。

中絶は、知的障害あるいは精神障害を持つ女性が強姦あるいは性的暴行を受けた場合は、妊婦または彼女

の法定代理人の同意を得た上で、免許をもつ医師によって行われなければならない。妊婦の同意を得ずに中絶を行った者は、3-10年の禁固刑、その妊婦が死亡した場合は15年の禁固刑となる。妊婦の同意を得て中絶を行った者は、1-4年の禁固刑であり、妊婦が死亡した場合は6年の禁固刑となる。妊婦が自分で中絶を行った場合あるいは中絶に同意した場合は、1-4年の禁固刑が科せられる。医師、外科医、助産師、薬剤師が非合法の中絶を行った場合は、判決で下された刑期の2倍の業務停止も科せられる。

中絶法で厳しく規制されているにもかかわらず、アルゼンチンは世界で中絶率が最も高い国の中に入っており、出生2に対し中絶1と推定されている。いくつかの調査により、中絶は20歳以上のすべての年齢層において妊産婦死亡の最大原因であることが確認された。違法中絶が起訴されることは稀である。起訴には妊娠しているという法的証拠の提出が必要で、このことが禁止にもかかわらず中絶が行われることを可能にしている。

中絶が多いのは、避妊具・薬の入手が容易でないこと、避妊に関する情報が得にくいことも関係している。家族計画活動は1974年に軍事政権によって禁止され、それは1986年に公布された政令第2274号(1986年12月)によって1974年政令が廃止されるまで続いた。1986年の政令は、保健社会事業省(Ministry of Health and Social Action)に母子の健康を改善するプログラムの開発・実施を義務づけると規定した。1988年11月23日の決議第463/88号と1996年8月2日の決議第8535号は、さらに踏み込んで、リプロダクティブ・ヘルス・プログラムの開発を正式に認可した。このプログラムはまず、妊娠・出産のリスクが高い女性に、家族計画の情報やサービスを提供することを目標としている。

避妊具・薬あるいは避妊情報の入手について、法的環境は改善したものの、政府は上記の決議内容の履行を許可する法律を採択していない。したがって、家族計画は現在合法であり、民間分野では利用可能となっているが、経済的理由から公的機関に頼らなければならない女性はなかなか利用できない。

英国(及び北アイルランド連合王国)
(United Kingdom of Great Britain and Northern 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:

イングランド、ウェールズ、スコットランドでは、2人の登録医(緊急の場合は1人だけでよい)が、1967年の中絶法(Abortion Act)に規定された医学的根拠を満たしていると認めた場合、中絶は合法である。中絶は緊急の場合を除き、国民保健事業(National Health Service=NHS)の病院またはナーシングホーム(nursing home)、民間病院またはその他の認可された場所で行われなければならない。中絶は妊娠24週以内は合法である。配偶者の同意は医療的中絶の必要条件ではない。1967年の中絶法は北アイルランドには適用されない。

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	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(16-49歳、1993)	82*
合計特殊出生率(1995-2000)	1.7
年齢別出生率(15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	29
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)	
英国	9
先進国	27
女性の平均寿命(1995-2000)	79.8

*グレートブリテン(イングランド、ウェールズ、スコットランド)のみ

背景

英国の中絶は、1967年までは制定法と裁判官によって解釈される裁判所の判決(コモン・ロー)の組み合わせによって管理された。19世紀以前は中絶に関する制定法はなく、胎児の動きが感じられる「胎動」期に入る前であれば、胎児を殺すことは犯罪とはみなされなかった。胎動期に入ってからの中絶は犯罪とされたが、起訴されることはほとんどなかった。

中絶に関する最初の制定法は1803年に制定された。この法律は、胎動期に入ってから中絶を行った者に対しては死罪、胎動期に入る前は最高14年までの国外追放刑または鞭打ち刑を定めた。この法律は1837年

に改正されているが、中絶に関する制定法が 100 年以上続くような形に整えられたのは、1861 年の人に対する犯罪法(Offences Against the Persons Act)によってであった。この法律では、女性に流産を起こさせる意図を持って、非合法に有害物を投与したりまたは他の手段を用いた者はすべて 14 年の禁固刑に処せられると規定された。妊娠している女性が同様の行為を行った場合、あるいはそれに同意した場合も同様の刑が科せられた。

人に対する犯罪法には中絶禁止の例外規定がなかったが、「非合法」という単語を使用して非合法でない中絶があることを暗に示した。実際、妊婦の生命を救うために中絶を行うことは非合法ではないというのが一般の意見だった。

20 世紀になって 2 つの進展があり、このような状況がある程度明確にされた。第 1 の進展は、1929 年の幼児生命(保護)法(Infant Life (Preservation) Act)の制定であった。この法律は「子ども破壊」の罪を導入し、生きて生まれることができる子ども(妊娠 28 週以上)を殺すことは、子どもを死亡させるというその行為が、母親の生命を守るという唯一の目的のために誠実に行われたのでなければ、犯罪となると規定した。

第 2 の進展は、1938 年のレックス対ボーン訴訟(Rex v. Bourne)に対する裁判所の決定である。この裁判では健康問題を理由に行われた中絶が合法か否かが争われた。ボーン判決は、強姦された女性の中絶を行った医師を無罪とした。裁判所は中絶は合法との判決を下し、その理由として中絶が女性を「身体的また精神的崩壊」から守るために行われたものであることをあげた。この判決は、妊婦の身体的また精神的健康の保持を理由に行われるその後の中絶の先例となった。

1861 年の人に対する犯罪法と 1929 年の幼児生命(保護)法のどちらも、スコットランドでは適用されなかった。スコットランドのコモン・ローは、中絶を犯罪と規定しているが、中絶手術が「標準的な医学的理由」(reputable medical reasons)で行われた場合には起訴されないのが普通であった。ただし「標準的な医学的理由」の定義は、公式にもあるいは司法的にもなされなかった。北アイルランドは、1968 年までイングランドとウェールズと同じ法律を適用していた。

現在、イングランド、スコットランド、ウェールズでは、1967 年中絶法のもとで中絶を規制している。この法律は、1990 年のヒトの受精と胚に関する法律(Human Fertilization and Embryology Act)によって改正され、2名の医師の認定により広範な理由によって行われる中絶を認めている。2名の医師は、次の 4 点(a-d)について誠実に査定しなければならない：(a) 妊娠期間が 24 週以上でなく、また妊娠の継続が妊娠の中断よりも、妊婦または先に誕生し家族の一員となっている子どもの身体的または精神的健康に害を及ぼす危険性が高い、(b) 女性の身体的または精神的健康に生涯にわたる深刻な害が及ぶことを防ぐため妊娠の中断が必要である、(c) 妊娠の継続が妊娠の中断よりも、女性の生命に危険を及ぼす、(d) 生まれる子どもに身体的または精神的異常があり、重度の障害者となる危険性がかなり高い。妊婦とすでに存在する子どもの健康に及ぼす危険を査定するに際して、医師は、女性の「現在または常識的に予見し得る将来の環境」を考慮に入れてよい。この規定と健康への脅威の幅広い解釈があることによって、英国では、女性の要請による中絶が実質上可能である。

国民保健事業(NHS)における中絶サービスの提供は、他の医療サービスと同様に、個別のヘルスケア部局(health-care authorities)が担当する。民間の医療機関での中絶は、保健大臣が認可する。現在、保健当局には、ある特定のレベルの中絶サービスを提供する制定法上の義務はない。中絶サービスの提供は、伝統的に婦人科のサービスの一部として、保健当局が地方の事情に応じて決めることとされてきた。

合法中絶は、緊急の場合を除き、NHS の病院または中絶クリニックとして認可された民間施設で行われなければならない。中絶は NHS を通せば無料であるが、民間で有料なこともある。中絶を行うのは登録医でなければならないが、チームの一員として医師に委任された場合は看護師も中絶を行える。配偶者の同意は中絶の必要条件ではない。夫には妻が合法中絶を受けることを妨げる権利はない。

国家統計局の数字によれば、1998 年にイングランドとウェールズで行われた合法中絶は、合計 187,402 件であった。これは 1997 年より 4.3%多い。イングランドとウェールズに居住する女性全体(「旅行者の中絶」を除く)の中絶率は 4.8%上昇し、14-49 歳の女性 1,000 人につき 13.9 人であった。中絶の 89%が妊

娠 13 週未満であり、さらに 10%が 19 週までに行われている。16-19 歳の中絶の増加がもっとも顕著で、この年齢層の中絶率は 8.3%上昇し 1,000 人につき 26.5 人だった。

16 歳未満の少女の妊娠率は、1997 年に千人につき 8.9 人で、10 代の妊娠率では西ヨーロッパで最も高かった。16 歳未満の妊娠の半数、また 16-19 歳の妊娠の 3 分の 1 以上が中絶に終わっていた。またほぼすべての種類の性感染症が実質的に増加した。

1993 年の英国における近代的避妊法の使用率は 82%と推定された。これには高い割合の男性の不妊手術 (22%) も含まれている。これより新しい 1998 年の NHS の報告書によれば、推定でイングランドの 16-49 歳の女性の 50%が手術によらない避妊法(non-surgical method of contraception)を使用、不妊手術を受けたのは 12%であった。手術によらない避妊法を使用した女性のうち、ピルの使用は 42% (1975 年の 70% から低下)、コンドームの使用は 37% (1975 年の 6%から上昇) であった。国立の保健クリニックを訪れた人の人口構成は変化した、女性の数に大きな変化はなかった。16-19 歳のクリニック来訪者は、1975 年の 15%から 1998-1999 年は 22%に上昇した。この増加は 20-34 歳の女性来訪者数の減少によって相殺された。20-34 歳の女性の割合は 1975 年は 21%であったが、1998-1999 年は 12%になった。

1967 年の中絶法は北アイルランドには適用されていない。北アイルランドでは、裁判所の判決によって解釈される 1861 年の人に対する犯罪法の条項がまだ施行されている。しかし、北アイルランドでは、通常は レックス対ボーン訴訟の判決が適用できると推定されたものの、1993 年までこの判決を適用した判例はなかった。1993 年後期から 1994 年初めにかけて行われた 2 件の裁判で、北アイルランドの裁判所はボーン判決の推論を確認した。1 件は妊娠した 14 歳の少女で、中絶できなければ自殺する恐れがあった。もう 1 件は重度の精神障害を持つ 23 歳の女性で、性的暴行により妊娠したことに非常に苦しんでいた。裁判所は、どちらの場合も精神的健康に深刻な問題があることを理由に、北アイルランドで合法的に中絶することができるのと判決を下し、うち 1 つの判決は特にボーン判決を支持すると明記した。

北アイルランドでは、実際には、2 人の医師による診察と妊婦のインフォームド・コンセントを得た後に、妊娠を終らせる決定がなされる。北アイルランドでは、毎年、法的ガイドラインに従って中絶が行われているが、違法行為であると告訴される心配があり、また北アイルランドでは中絶は感情的論争を引き起こす問題であることから、医療関係者は中絶に関する詳細なデータを公表したくない。保健・社会事業省は正式な統計を出していない。北アイルランドでは、望まない妊娠をした女性は、法に定められた要件に合致しない場合、次のいずれかを選ぶことになる：a) 妊娠を最後まで続ける、b) 非合法中絶を捜し、健康と生命を危険に曝す、c) 中絶が合法化されているイングランドに渡る。多くの女性は第 3 の方法を選んでいる。

英国には、スコットランドと北アイルランドの他に、3 つの島の変則的な管轄地域がある。これらの管轄地域は英国の統治下にあるが、厳密には英国の一部ではなく、しかしながら英国女王に所属しているとみなされる、それらは、ジャージー (Jersey) 島とガーンジー (Guernsey) 島の 2 つの地方行政官管轄区 (Bailiwick) とマン島 (Isle of Man) の議会 (Tynwald) である。先の 2 つの島はノルマンディー (フランス) の沖合に位置しチャンネル諸島を構成しており、マン島はアイルランドと英国の間にある。いずれも中央政府からの大幅な自治権を維持し、英国とは異なる法体系を持っている。この 3 島では、中絶は伝統的に広く禁止されてきた。

最近になってこの 3 つの管轄地域では、島民の一部に強い反対はあったものの、立法機関が一定の条件下での中絶を合法化する方向に動いた。1995 年にマン島は中絶 (医療的防御) 法 (Termination of Pregnancy (Medical Defences) Act) を制定した。この法律は合法中絶を行う場合の 3 つの理由を次のように規定している：(a) 2 人の医師の誠実な意見により、中絶が妊婦の生命を救うために必要であると判断された場合。その例としては、妊娠の継続が、妊娠の中断よりも妊婦の生命に大きな危険 (妊娠・出産と通常関連づけられる危険ではなく) を与える場合と、(妊娠の全期間を通し) 女性の身体的また精神的健康に生涯にわたる深刻な害が及ぶことを防ぐために中絶が必要である場合がある、(b) 2 人の医師の誠実な意見により、妊娠を最後まで続けたとしても (その期間中) 子どもが生き続ける可能性が少ない、あるいは深刻な障害を持つ可能性があるとして判断された場合 (妊娠 24 週まで)、(c) 2 人の医師の誠実な意見により、立証された通り、妊娠が強姦、近親姦あるいは申告された性的暴行によるものである場合 (妊娠 12 週まで)。なお緊急の場合の中絶は、いつでも 1 人の医師の承認だけで行える。

ジャージー島とガーンジー島も 1996 年と 1997 年にそれぞれ同様の法律を制定した。この 2 つの法律はどちらも、強姦あるいは近親姦による妊娠の場合の中絶に関して特別に規定していないが、健康上の要件については、マン島よりも規制が大幅に緩和されている。ガーンジー島では、妊娠によって妊婦またはすでに存在する彼女の子どもの身体的あるいは精神的健康に及ぼされる危険が、妊娠を中断するより大きい場合は、妊娠 12 週以内であれば中絶可能である。ジャージー島の法律は、同じく 12 週以内であれば、妊娠が女性の「苦痛」の原因となっている場合の中絶を認めている。その場合、女性は医師から中絶手術以外の情報（中絶関連の医学的リスク、母親・家族・子どもに与えられている権利、利用できるカウンセリング、中絶を受けられる場所、養子縁組の機会）を得ることと、中絶手術を受けるまで 7 日間待機することが条件とされている。

英国で中絶が合法化されて以来、安全で合法的な中絶を求め外国から多くの女性がイングランドにやって来た。中絶に関する統計で「非居住者」に分類されるこれらの女性は、北アイルランドの他に、フランス、ドイツ、アイルランド、イタリア、スペインなどのヨーロッパ諸国から来ている。遠くは南アフリカや米国からもやって来た。中絶するためにイングランドを訪れる女性の数は、他の国でも中絶が合法化されたり、法律が改正されるようになったため減少した（英国で中絶が合法化された最初の丸 1 年にあたる 1969 年には、5,000 人の非居住女性がイングランドで合法中絶を受けた。非居住者の中絶は 1973 年にピークの 53,600 人に達した）。

1991 年 7 月に、英国はフランスに次いで 2 番目に中絶ピル RU486 を認可した国になった。中絶ピルの配布は厳重に管理され、その使用は NHS の婦人科部門に限定されている。

英国政府は、出生率と人口増加率は満足すべき水準であるとみている。政府は、妊娠と出産に関する決定は個人に委ねるべきであるとの考えから、出生率に対する明確な介入政策はとっていない。政府は、個人に対して家族計画の情報と必要な手段を提供し、病気の予防・診断・治療を改善するための保健プログラムに予算をつけている。政府はまた、若い未婚女性の望まない妊娠による中絶率の上昇を抑えると同時に、男性がもっと避妊の責任をとるよう促す対策をとった。NHS では、家族計画サービスは不妊手術も含め無料であり、広く手に入れることができる。

イスラエル (Israel)

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:

中絶は、妊婦の同意書を必要とし、認可された医療機関で医師によって行われなければならない。また、合法中絶は2名の医師と1名のソーシャル・ワーカーからなる委員会の承認が必要である。委員会の委員の指名は、中絶が行われる病院の院長、または保健大臣、あるいは中絶がその他の認可医療機関で行われる場合は、保健大臣が権限を与えた者によって行われる。

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	低すぎる
出生率に対する政府の介入	高める
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)	-
合計特殊出生率(1995-2000)	2.7
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)	
イスラエル	7
西アジア	320
女性の平均寿命(1995-2000)	79.7

背景

1948年のイスラエル建国以前、パレスチナでの中絶法は英国の1861年の人に対する犯罪法 (Offences Against the Person Act of 1861) にもとづいていた。自ら中絶した女性および中絶に同意した女性は最高7年の禁固刑に処せられ、非合法の中絶を行った者には最高14年の禁固刑が科された。しかしながら、この法律は実際にはあまり厳しく施行されなかった。建国後、政府は特に1861年の英国の法律をイスラエルの法律に組み入れ、中絶を全般的に禁止する1861年法の規定を採用した。しかし、その後間もなくイングランドと同じように、裁判所が治療目的の中絶を例外として認め始めたので、1977年に新しい中絶法が制定された時には、妊婦の生命および妊婦の身体的あるいは精神的健康を守るための中絶は認められるとする意見が広く支持されるようになっていた。

1977年1月31日の改正刑法(妊娠の中断)は、中絶が合法とされる場合の範囲を広げた。同法は、妊娠の継続により女性の生命が危うくなるか、女性に身体的または精神的傷害が生じる恐れのある場合；女性が結婚可能年齢以下または40歳以上である場合；妊娠が性的暴力、強姦または婚外性交渉による場合；子

どもが身体的または精神的障害を持つ可能性のある場合に中絶を認めた。同法は、女性自身あるいは彼女の周辺に蔓延している困難な家庭または社会環境により、妊娠の継続が、妊婦あるいはその子どもに重大な害を及ぼす可能性のある場合も中絶を合法とした。

1977年の法律は、それまで自己中絶をおこなった女性に科していた罰則を廃止した。非合法の中絶を行った者に対する罰則は、14年までの禁固刑から5年までの禁固刑または罰金刑と軽減された。

中絶を行うためには、ソーシャル・ワーカー1名と、産科医か婦人科医1名を含む医師2名の3名で構成する委員会の承認が必要とされた。委員会には、文書での承認と中絶を認める理由を示すことが要求された。妊婦は、中絶に伴う身体的・精神的リスクと影響について説明を受けた後に、同意書を提出する必要がある。未成年者の同意には代理人の承認は必要とされなかった。中絶は認可医療機関で医師が行わなければならないとされた。

この法律は1979年に改正され、広範囲の社会的・経済的理由により中絶を認める条項は廃止された。広範囲の医学的理由による中絶はまだ合法とされているが、イスラエルの一部国民は中絶の法規制をさらに厳しくする提案を行った。中絶の規制緩和に対しては倫理的および政治的理由の両方から反対の声が上がっている。一部の人は、胎児を破壊することは殺人に等しく、出生前の生命を奪うのは道徳に反すると考えている。1979年の改正法は、中絶可能な妊娠期間の上限を規定していない。未成年者の中絶と医学的理由による中絶の費用は、一般には社会保険制度から支払われる。現行の法律では、全国の28の公立病院と民間病院に置かれた医療委員会だけが中絶を認可する権限を持つと規定されている。

旧ソビエト社会主義共和国連邦では中絶が広く利用されていたので、1990年代に起きた旧ソ連系ユダヤ人のイスラエル移住は、イスラエルでの中絶の需要を急激に増やすと予測された。しかしこうした増加は見られなかった。イスラエルにおける15-49歳の女性1000人に対する中絶率は、1992年の16人から1996年は12人と実際は低下した。ロシア生まれの女性の中絶率はイスラエル生まれの女性より70%も高いが、これはイスラエル女性の中絶率の低下によって十二分に相殺された。中絶率の低下は主に、改善された性教育と近代的避妊具・薬の利用によるものである。ロシア系女性の中絶率は高いが、それでもソ連の統計から予測したよりはるかに低い数値であった。

イタリア (Italy)

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:

緊急の場合を除いて1週間の考慮期間を置くことが義務づけられている。妊娠と中絶要望に関する証明書は医師が発行し、それに女性と医師双方が署名しなければならない。妊婦が18歳未満の場合は親の承認が必要となる。妊娠3カ月以降の中絶は、胎児に遺伝的欠陥があるか、母親の身体的および精神的健康を保持する場合にのみ認められる。中絶手術は公立の病院か認可された民間施設で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	低すぎる
出生率に対する政府の介入	高める
避妊具・薬の使用に関する政策	間接的支援を提供
有配偶女性の近代的避妊実行率(18-44歳、1979*)	32
合計特殊出生率(1995-2000)	1.2
年齢別出生率(15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	7
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)	
イタリア	12
先進国	27
女性の平均寿命(1995-2000)	81.2

*初婚女性。最後の妊娠以来使用 (妊娠していない場合は結婚以来)

背景

イタリアでは1970年代まで、1930年のイタリア刑法典によって妊婦の生命に危険がある場合を除き、避妊や中絶の広報は禁じられていた。しかし、1971年に憲法裁判所は、この刑法典の避妊に関する条項は憲法違反であると判定。さらに1975年には、中絶以外に妊婦の健康に及ぶ深刻な脅威を防ぐ手段がない場合に中絶を禁止する条項は、憲法違反であるとの決定を下した。さらに1975年には、家族と女性の地位に関する民法典の条項が改正された(特に離婚が合法化された)。また家族計画カウンセリングセンターを設立し、これらのセンターに避妊情報とサービスの提供を認める法律を制定した。その後、1978年5月22日の法律194号で中絶の規制が緩和され承認された。

法律194号は、妊娠の継続、出産、育児が妊婦の身体的・精神的健康を著しく阻害する場合、妊婦の健康状態や経済・社会・家庭の状況、妊娠に至った状況、または奇形あるいは異常を持つ子どもが生まれる可

能性を考慮に入れて、妊娠 90 日以内の中絶を合法と規定している。上述の理由のいずれかによって妊娠の中断を希望する女性は、正式に認可を受けた保健または福祉機関あるいは自分で選んだ医師に中絶を申し込まなければならない。申し込みが認可機関に対してなされた場合、その機関は、女性と話し合って可能な限りの解決策を検討し、中絶しようとする要因を克服する手助けをし、適切な支援措置を勧めなければならない。女性が医師に申し込んだ場合、医師は女性が持つ権利と社会福祉施設を利用できることを女性に知らせなければならない。

それでも女性が中絶を希望する場合、医師は、妊娠を証明し、女性の要請であることを確認する証明書を発行しなければならない。この証明書には女性と医師の両方が署名する。1 週間の考慮期間を経た後、女性は自分でこの証明書を認可医療機関に提出し中絶を受けることができる。女性の生命が危険な場合など緊急性のある時は、考慮期間は省略される。妊婦が 18 歳未満の場合は両親の承諾が必要であるが、両親の承諾を得ることが不可能、あるいは適当でないような重大な理由がある場合は除く。その場合、あるいは両親が承諾を断った場合は、保護者代理権を持った行政官が必要な許可を出すことができる。

妊娠初期 3 カ月以降の中絶は、女性の生命を救う場合か母親の身体的あるいは精神的健康に危険がある(胎児の損傷の可能性など)場合のみ認められる。法の枠外で中絶が行われた場合、中絶を行った者と女性の双方が処罰される。中絶は公立病院もしくは認可された民間施設で行われなければならないが、無料である。倫理上あるいは宗教的理由から中絶に反対する医療従事者は、事前に良心的拒否 (conscientious objection) の意思を明らかにすれば、中絶の実施あるいはその補助業務から免除される。

1978 年に採択された法律は、西ヨーロッパで最も規制の緩い中絶法の一つであると考えられた。実際にこの新しい法律は、広範囲な理由により中絶を認めているので、場合によっては要請があれば中絶を認めると解釈されてきた—ただし、法律には特にそれに触れた条項はない—それは、法律に規定された中絶が必要な状況にあることを証明するのは女性自身であり、医師の主な役目は妊娠していることの証明だからである。

しかし、実際には事情は非常に多様で地域差も大きい。特に良心条項は、中絶サービスの提供にかかわるさまざまな問題の一因となっている。さらに重要なのは、ローマ法王庁の強い影響力である。法律 194 号が承認された時、法王庁は直ちに、中絶を行った者と中絶を受けた女性はすべて破門とするとの警告を出した。カトリック教会がキリスト教民主党の党员に対してかけた政治的圧力および中絶手術を主な医療行為としている医師たちの懸念によって、イタリアでは、医師のほぼ 70% およびその他の保健従事者の大半が良心条項を行使した。南部イタリアの状況はより劇的で、良心条項に訴える医師の割合が 90% を超えている地方もある。小規模の病院では進んで中絶を実施する職員がいないところが多い。

婦人科医に良心的拒否者が多いことと病院施設の不足もあって、イタリアの一部地域では、証明書の発行から手術まで最短で 3 週間も待たなければならない。さらに、1975 年の法律で設置が義務づけられている家族計画センターがない地域もある。学校には性教育がなく、政府による家族計画プログラムも実施されていない。全国の女性の 3 分の 2 は避妊をしていないか、信頼度の低い伝統的方法に頼っているかである。

イラク (Iraq)

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:

合法的中絶を行うには、2名の医師の承認が必要である。夫の承諾書も必要である。

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	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 ^a 、1989)	10 ^b
合計特殊出生率(1995-2000)	5.3
年齢別出生率(15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	45
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)	
イラク	310
西アジア	320
女性の平均寿命(1995-2000)	63.9

a イラク国民の世帯

b 母乳哺育を除いて出所データを調整

背景

イラクの中絶法は、中絶を全般的に禁止しながらいくつかの例外を明示あるいは暗示している。イラクでは、刑法典63条に「必要な場合は犯罪行為を行うことを認める」との条項があるように、犯罪法の一般原則の下では、妊婦の生命と健康の保持および胎児の障害を理由とした中絶が認められている。イラクの法律は、強姦や近親姦が理由の中絶も許される。配偶者の承諾は必要である。法律に違反した女性および非医療従事者は、1年の禁固刑と罰金刑のいずれかまたは両方が科せられる。中絶を行ったのが医療従事者の場合は、刑罰はより重くなる。

中絶には3名の医師で構成される委員会の承認が必要であり、中絶は国立病院で行われなければならない。

イラク政府は長年にわたって人口を急増させることを目標とし、すべての女性が最低4人の子どもを産むことを奨励してきた。しかし湾岸戦争はイラクの人口問題の転換期となった。現在、政府は人口増加率を高めるのではなく維持させることを目標としていると報告している。さらに政府は、国連の人口と開発に

関する第8回政府間調査に、出生率を引き下げたいと回答した。家族計画サービスは、最近までイラク家族計画協会と民間機関が提供していたが、医学的必要がある場合のみ(medical indications only)であった。この方針は1994年に変更され、政府はイラクの女性全員に家族計画サービスを提供することを許可する政令を出した。

通商禁止令の継続により、イラク国内の保健・福祉部門は深刻な影響を受けた。イラク家族計画協会は特別に人道的許可を与えられ、避妊具・薬や医療機器の形で国際支援を受け取っているが、需要には追いつかない。1989年の調査で近代的避妊の実行率はわずか10%であることがわかり、イラク家族計画協会は2000年までに避妊実行率を50%まで高める目標を立てた。現在どの程度の進展があったかを評価する数字は入手できない。現在の人口増加率(1995-2000年)は2.8%と推定されている。

イラン (Islamic Republic of Iran)

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:

中絶の許可は、専門医 1 人あるいは専門医のチーム (パネル) の診察を必要とする。

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	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、1997)	56
合計特殊出生率(1995-2000)	2.8
年齢別出生率(15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	29
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)	
イラン	120
中南アジア	560
女性の平均寿命(1995-2000)	70.0

背景

イラン(イラン・イスラム共和国)では1973年まで、妊婦の生命を保護する場合を除いて中絶は違法であった。刑法典182条は、医師の指示による場合を除いて、中絶につながる何らかの薬剤あるいは物質を服用あるいは使用した女性は、最高3年の禁固刑を科せられるとなっていた。しかし、中絶が夫の命令によって行われた場合は、妊婦自身は無罪とされ、夫が処罰された。刑法典183条は、中絶を行った医療関係者あるいはこれに相当する行為をした者は、母親の生命を保護する目的で行われたと証明されない限り、3年から10年の強制労働の刑に科せられるとしていた。意図的に中絶につながるような暴力的措置をとった者、あるいは何らかの薬剤の処方またはその他の手段によって中絶を引き起こした者も禁固刑に処せられた。

刑法典は1976年に改正され、医師は以下の場合に中絶を行うことが認められた。(a) カップルが、中絶を必要とする社会的あるいは医学・社会的理由を証明できる。(b) 中絶が妊娠12週間以内に行われる。(c) 両親の許可書が得られる。(d) 中絶が母親の健康に及ぼす危険はない。妊婦またはその配偶者に精神異常がある場合は、精神異常のあるパートナーの法的保護者による許可書が必要とされた。女性が未婚の場合は、本人の同意書だけで十分とみなされた。離婚訴訟中の女性の場合は、夫に胎児に対する法的責任があるとみなされれば夫の同意も必要とされた。生まれてくる子どもに不治の病気がある場合も含め、医学的

理由で中絶がなされる場合、担当医師は他に有資格医師2名の支持意見を得なければならなかった。この場合は女性本人の同意書があれば十分とされた。改正法は、中絶は設備の整った病院または診療所で行われなければならないと定めていた。

1979年の革命後、中絶はほとんどの場合に再度違法となった。イスラム法に基づいた1991年の刑法典では、中絶は、賠償金(diyah)が科せられる傷害罪(oisas)よりも軽罪とされる。賠償金は被害者に支払われるが、被害者が死亡した場合は被害者の親族に支払われる。

中絶の場合、賠償金の支払額は、中絶が妊娠のどの段階で行われたかに応じて決められる。精液が子宮に達している場合は20ディナール、胚(embryo)が血液の固まり(blood clot)を形成している場合は40ディナール、胚が筋肉・脂肪組織の形になっている場合は60ディナール、骨の形に達しているが、まだ筋肉・脂肪組織は成長していない胎児の場合は80ディナール、骨と筋肉・脂肪組織は完全に結合しているが、精神(spirit)のない胎児の場合は100ディナール、魂の入った胎児の場合は、人間に対して支払われる完全賠償額が適用される。入魂前の賠償額は性別に関係なく同じである。入魂後は、女の場合は完全賠償額の半額、性別が不明の場合は4分の3が支払われる。妊婦が自己中絶をした場合は、賠償金は一切受け取ることはない。刑法典の定める完全賠償額は、不純物のない金または合金でない金で1000ディナール、不純物のない、または合金でない銀で1万ディルハム(dirham)、あるいは一定数のラクダ、牛、羊、衣服である。刑法典の中絶条項には、中絶禁止の例外を明示していないが、同法の別の項には、他の人の生命を救うために犯罪行為をした者は刑罰を免除されるとある。おそらくこれが妊婦の生命を救うための中絶を正当化するのであろう。

この新しい中絶法は、いくつかの点で、現在世界の大多数の国が施行している欧米型に基づいた中絶法と異なっている。第1に大半の中絶法、特に最近制定された中絶法には、通常中絶に関する指摘があるが、イランの中絶法には全くない。中絶が行われた理由も妊婦の精神状態も、犯罪や刑罰の性格とは関連がないようである。第2に中絶の刑罰が、禁固刑あるいは国に支払う罰金としてではなく、被害者あるいは被害者の親族への賠償金として考えられていることである。イスラム法では、この特質が身体への犯罪に関する法律の中心であるが、欧米の刑法では第二義的に扱われている。欧米では、近年のいわゆる被害者賠償法として規定されているにすぎない。それは通常の刑罰に加えて施行されるものである。第3に、賠償額が中東および西アジア地域の伝統的通貨と物一金貨や銀貨、家畜、または衣服による支払いであって、一般の紙幣ではない。第4は、中絶の刑罰の重さが生まれる前の子どもの発育段階によって6つに分類されていることで、それは欧米あるいは近代医学の胚や胎児の発育の概念とは一致しない。これらの区分は、妊娠の段階を血液の凝固化、筋肉・脂肪組織と骨の形成、入魂で示したものであり、法典コーランに書かれていることに直接基づいている。

特にこの後半の部分が、実際に法律を施行するにあたって問題になる点である。警察は中絶がどの段階で行われたかを、どうやって決定するのか？例えば、入魂の時期は通常一常にはないが—イスラム法では120日とされている。しかしながら、中絶法にはこの時間枠について言及がなく、論争となる可能性がある。なぜなら入魂は、一般に医学的に受け入れられているどの妊娠段階にも相当しないからである。この法律が定める他の妊娠の段階も、西洋で受け入れられている医学用語に相当するペルシャ語で記述されているが、同様に問題である。実際にイランで行われた中絶に関する起訴についてはデータがないので、これに対する回答は不確かである。

1979年の政権交代に伴い、中絶と家族計画活動はほとんど中止された。しかし、1984年に保健・治療サービス・医療教育政策策定最高評議会(Supreme Council for Policy Making in Health, Curative Services and Medical Education)が、女性と子どもの福祉を向上させるために合法と認められた避妊法の使用を推奨した。高い人口増加率と出産率が国の発展に及ぼす影響を憂慮した政府は、1989年に、2011年までに人口増加率を年2.3%に抑えることを目標とした人口政策を採択した。この目標を実現するために、政府は、避妊法を利用し易くするとともに、避妊と不妊手術に補助金を交付することにした。

1994年9月5-13日にカイロで開催された国際人口開発会議の行動計画を実施するために、イランは、産児調節を中心に据えた家族計画戦略を策定した。この戦略は、適切な法律制定と国民の知識の向上、および全国規模のプライマリー・ヘルスケア制度を確立し、より改良されたリプロダクティブ・ヘルス・サービスを提供することを同時に進めることを基本としていた。1993-1998年計画の目標は、避妊実行率を70%

に高めることと、合計特殊出生率を女性1人につき子ども2.5人、人口増加率を1.5%にそれぞれ低下させることであった。

1995-2000年は、人口増加率が1.6%、合計特殊出生率は女性1人につき子ども2.8人になると推定される。1997年調査によれば、有配偶女性の56%が近代的避妊法を使用している。家族計画プログラムは、妊娠の間隔を3-4年とし子どもの数を1家庭につき3人とする、また18歳未満と35歳以上の女性は妊娠を控えるようにすることを提唱している。男性の不妊手術は積極的に奨励されている。家族計画サービスは、不妊手術も含めて無料である。3人目の子どもからは、家族手当、有給出産休暇、住宅補助金、ヘルスケア、保険が一切支給されない。

インド (India)

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:

夫または妻の避妊の失敗による妊娠は合法中絶の正当な理由になる。医学的緊急性がない場合、合法中絶は妊娠 20 週以内に、登録医師によって、政府が設立もしくは運営している病院または特定の法で認可された施設で行われなければならない。妊娠 12 週以上 20 週以内の場合は、緊急の場合を除いて、セカンド・オピニオンを求めなければならない。一般に、妊婦の同意は中絶が行われる前に得なければならない。妊婦が未成年者(18 歳未満)あるいは知的障害を持つ場合は、保護者の承諾書が必要である。

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	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(13-49 歳、1992/93)	36
合計特殊出生率(1995-2000)	3.1
年齢別出生率(15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	112
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)	
インド	570
中南アジア	560
女性の平均寿命(1995-2000)	62.9

背景

1971 年に制定され、翌 1972 年 4 月より施行された医学的妊娠中絶法(Medical Termination of Pregnancy Act)は、インドの中絶法を大幅に緩和するものであった。同法が施行されるまでは、インド刑法典(1860 年法令第 45 号)のもとで、女性の生命を救うという善意の目的と認められた場合に限って中絶が許可されていた。刑法典第 312 条は、非合法の中絶を行った者に対して 3 年の禁固刑ないし罰金刑、またはその両方を科していた。「胎動」が始まった後での中絶は、最高 7 年の禁固刑と罰金刑であった。故意に流産を図った妊婦にも同じ刑が科せられた。

1971 年の医学的妊娠中絶法は、刑法典よりも中絶を認める範囲を広くした。新法のもとでは、妊娠の継続が妊婦の生命に危険をもたらす、あるいは妊婦の身体的または精神的健康に重大な損傷を及ぼす場合、あるいは子どもが生まれたとしても、身体的または精神的異常により重大な障害を持つ危険性が高い場合に中絶を認めている。この法律では、妊娠の継続が妊婦の健康に害を与えるかどうかを決定するにあたって、

妊婦が現在置かれている環境、あるいは常識的に予見し得る将来の環境を考慮に入れることを認めている。またこの法律は、女性の精神的健康に深刻な害を及ぼすものとして、強姦による妊娠、あるいは、子どもの数を制限する目的で既婚女性とその夫のいずれかが使用した避妊法の失敗による妊娠を推定している。

これらの理由に基づく中絶は、妊娠 12 週までは 1 人の登録医師の判断で行ってよい。12 週以上 20 週以内の中絶を行う場合は、法的に必要な理由が存在することを 2 人の登録医師が誠実に判断しなければならない。

中絶手術は、国立の病院または政府が認可した施設で登録医師のみが実施できる。登録医師が、妊娠を中断することによって直ちに妊婦の生命が救えると誠実に判断した場合は、もう 1 人の登録医師の承認なしで、妊娠のどの段階でもどこでも行うことができる。中絶が行われる前に、妊婦本人の同意、あるいは 18 歳未満または知的障害のある女性の場合は保護者の同意書が必要である。

インド政府は、1971 年の医学的妊娠中絶法の制定によって違法中絶件数を減らし、それによって妊産婦の死亡と疾病が低下することを目指した。しかし、政府の統計によると、同法のもとでの合法中絶件数は年間わずか 100 万程度であった。新中絶法の実施は進展が遅く、地域差もある。中絶サービスは受けにくいことが多く、匿名性や秘密保持が守られないため、女性たちはサービスを利用したくない。そのため、医師あるいは医師以外のものによって行われる非合法あるいは未登録の中絶件数が依然として非常に高い。さまざまな推計によれば、認可施設以外で行われる中絶は、年間 200 万から 600 万件あるとされる。医学的中絶を受けるために病院を利用する女性の大半は、学歴があり、都市の中産階級家庭の出身で、20 歳から 30 歳の女性であると見受けられる。反対に非合法中絶により子宮内膜感染を起こし合併症のため公立病院を訪れる女性の多くは、貧困層の読み書きができない女性たちである。これらの情報は他の調査結果と一致している。その結果で指摘されたことは、中絶が合法であることがほとんど知られていないこと、また違法中絶に頼る多くのハイリスクの女性たちが、合法的医学中絶を行う既存の施設を利用できないか、あるいは利用していないということだった。

インド政府はこれまで、医学的妊娠中絶を個人の家族計画の手段、あるいは国の出生率低下のための手段と見なすべきではないと繰り返し強調してきた。しかし、中絶をする女性の大半は、少なくとも 2 人の子どもがおり、避妊していない傾向がある。実際に、ある調査の推定では、中絶経験者の 80% までが何の避妊法も使用していなかった。そこで政府と民間家族計画団体は、中絶後の避妊を推進してきた。推奨されているいくつかの効果的避妊法のほかに、不妊手術と子宮内避妊具 (IUD) の使用が高まってきた。

伝統的な父系社会のもとで男児が強く望まれることと、出生前診断が安い費用で受けられるようになったため、インドでは農村の貧困層の間でさえ、出生前性別検査の利用が増えてきた。個人開業の診療所の中には、こうした検査を提供し、親が胎児の性別に不満なときには中絶を行うところがある。これに関する信頼できるデータはないが、性別検査と中絶が一般的に行われているとされる地域で非常に高い性比の偏りがみられることは、年間相当数の女の胎児が中絶されていることを示唆している。

これに歯止めをかけるため、インド政府は 1994 年に出生前性別検査を規制する国の法律を制定した。この法律に明記された目的は、出生前診断技術を「女の胎児殺し」につながる胎児の性の判定に使うことを禁止することで、それは「女性に対する差別」であり、「女性の尊厳と地位を傷つける」ことだと記載されている。この目的に沿って、法律は出生前診断技術の使用を重大な病気と異常がある場合に限りとし、胎児の性別の判定にこの技術を使用すること、ならびにその使用を宣伝することを全面的に禁止している。この技術を使用する施設は登録制とし、それら登録施設で出生前診断をする者は、いかなる方法であれ胎児の性別を知らせてはならない。この法律はまた、妊婦の家族が胎児の性別を知るために出生前検査を求めたり、妊婦に検査するよう促すことを禁じている。法律条項に違反した場合の処罰は禁固刑と罰金刑であり、登録医師の場合、登録は抹消され、再犯の場合は永久に剥奪されることもある。

中絶法の緩和にもかかわらず、危険な中絶によってインドの妊産婦死亡率は高いままである。インドでは、妊産婦の死亡原因の 20% は危険な中絶であると推定されている。これに対して、医学的中絶のための病院施設で行われた中絶による死亡例はごくわずかであると報告されている。非合法中絶を減らし、妊産婦の死亡率と疾病率を下げるために、政府は避妊法の使用を奨励し、医学的中絶のための施設を利用しやすくし、

併せて中絶法についての理解も広めようと努力している。

政府は 2000 年国家人口政策 (NPP2000) で、リプロダクティブ・ヘルス・サービスの利用に際しては国民の自由意思によるインフォームド・チョイス/コンセントを確約し、家族計画サービスでは対象を特定しない方法(target free approach)を継続することを約束すると明言している。NPP2000 は、今後 10 年間の目標設定と戦略の優先順位を決めるための政策枠組みを示したものである。それによって、リプロダクティブ・ヘルスに対するインド国民のニーズを満たし、2010 年までに出生率の純置換水準(net replacement level of fertility)を達成することを目指している。その基本にあるのは、子どもの生存、母親の健康、避妊という問題に同時に取り組む必要があるということで、一方では地域活動を増やし、リプロダクティブ・ヘルスと子どもの保健のための包括的サービスを政府、産業部門、および民間の非政府部門により広げていくことも必要であるとしている。

インドネシア (Indonesia)

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:

中絶は、専門家チームの指導のもとで、必要な技術と資格を有した保健要員によってなされなければならない。妊婦、その夫あるいは家族の中絶に関する同意が必要とされ、認可された保健医療施設で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、1997)	55
合計特殊出生率(1995-2000)	2.6
年齢別出生率(15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	58
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)	
インドネシア	650
東南アジア	440
女性の平均寿命(1995-2000)	67.0

背景

インドネシア刑法典 (Indonesian Criminal Code) は、世紀の変わり目に制定されたオランダの刑法典をひな型としたもので、1918年にオランダ総督府によって制定された。この刑法典は中絶について制限的な考えを取り入れた。中絶を行った者はすべて、第348項に基づいて5年半の禁固刑に処せられる。第346項では、故意に自己中絶しようとした女性に最高4年の禁固刑を科している。さらに、医師、助産師、薬剤師には、免許剥奪を含む一層厳しい罰則を科している。この刑法典は、中絶を全般的に禁止し例外規定を設けていないが、1970年代に、高等裁判所の裁判長の勧告に従って医師たちの間に、女性の生命あるいは健康を守るための中絶は行って良いという「合意」が成立した。中絶法が実際に改定されたのは1992年で、政府は保健法 (Health Law) (1992年23号)を制定し、そこに中絶条項を盛り込んだ。

インドネシアでは1970年代の初めから、中絶に関する法律を改定しようという試みがずっと続けられてきた。運動を主導したのは、法律と医療の専門家組織のメンバーおよび違法中絶に起因する妊産婦死亡や疾病を減らそうとする女性団体であった。こうした努力の結果、政府は1977年に、保健省、宗教省、法務省、警察、司法長官室、保健専門家の学術組織および関連組織からメンバーを集め、各部門にまたがる委員会