

を設置し、中絶に関する法案作成を委ねた。委員会が作成した1989年法案「健康上の配慮による妊娠中絶 (Pregnancy Termination for Health Considerations)」は、1992年9月に僅差で議会を通過した。

新しい保健法は、「緊急性のある場合、および妊婦あるいは胎児の生命を救う目的の場合、特定の医療的手段をとることが許される」と規定している。中絶は、専門家チームの指導のもとで実施されなければならない。妊婦またはその夫あるいは家族の同意を得なければならない。さらに「ある組織」で専門知識をもつ保健要員が実施しなければならない。この法律の説明文には、保健要員は産科医／婦人科医でなければならないこと、専門家チームの構成は学際的でなければならないこと、および夫あるいは家族の同意は、妊婦が意識不明もしくは他の理由で同意の表明ができない場合に限られることが明記されている。

1970年代に、医療専門家の中で、女性の生命あるいは健康を守る目的で行われる中絶は許可されるとの非公式の合意が成立しているため、この新しい法律がどんな影響力を持つかははっきりしない。新法の狙いはこの非公式の合意を成文化することであると言われていたが、新法は中絶の許可を女性の生命が脅かされた場合に限定しているため、健康を理由とする中絶は禁止される可能性もある。

中絶に関するインドネシアの法律は、比較的規制が厳しいが、施行は厳密ではない。インドネシアでは、望まない妊娠をした女性のうち、かなりの数が中絶を求めていると思われる。規制が厳しいため、中絶を望む女性のほとんどは、非衛生的環境と施術による感染症の危険や不完全な中絶による重い合併症の可能性があるにもかかわらず、伝統的医療師 (dukun) のところに行くのが普通である。

インドネシアでは中絶は犯罪であり、公式に中絶と認められるのは、通常自然流産として分類されるので、中絶件数を正確に把握することは難しい。推定では、妊娠5件に対し1件は中絶されている可能性がある。病院や診療所の記録をみると、新法制定後も中絶件数は減っていないことは明らかである。中絶のほとんどは妊娠12週以内に行われている。中絶の合併症は、依然として出産可能年齢の女性の主な死亡原因であり、高い妊産婦死亡率の原因となっている。

家族計画運動は、1957年に設立されたインドネシア家族計画協会によって始められた。1967年に政府は「人口宣言」に署名した。この「宣言」は、アジア諸国首脳合意のもとに発表された政治声明で、家族計画を基本的人権として認めたものである。家族計画は1969年から、政府の国家開発5カ年計画 (REPELITA) に含まれ国家プログラムとなった。1997年に実施された避妊実行率調査によると、インドネシアでは有配偶女性の55%が避妊を実行していた。現在 (1995-2000年) の合計特殊出生率は2.6と推定されている。政府は、2005-2010年までに出生率の置き換え水準に達することを目指している。政府の指摘によると、2005年までに当該夫婦の70%にはたらきかけることになるだろう。

インドネシアでは、3人以上の子どもを持つ女性は、子宮内避妊具 (IUD) やノープラント (皮下埋込法)、不妊手術などの長期避妊法を選ぶことが多くなっている。しかし、自由意思による不妊手術は奨励されていない。中絶は女性の生命を守る場合以外は認可されていないが、1973年にインドネシア大学の教育実習病院で始められた月経調節 (menstrual regulation) は利用できる。月経調節を提供できるのは、資格をもつ医師である。

## ウガンダ (Uganda)

### 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:

合法的中絶は登録医師によって行われなければならない。委員会の承認は、法律上は必要とされないが、中絶が行われる前に通常2名の医師の同意が求められる。

### 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	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)	8
合計特殊出生率(1995-2000)	7.1
年齢別出生率(15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	180
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)	
ウガンダ	1200
東アフリカ	1060
女性の平均寿命(1995-2000)	40.4

### 背景

1950年6月15日のウガンダの刑法典(136-138条、205条、217条)のもとで、中絶は一般に禁止されている。中絶させることを意図して、非合法に何らかの毒物を投与したり、何らかの手段を用いたりした者は誰でも14年の禁固刑に処せられる。自分で中絶した、あるいは非合法中絶に同意した妊婦は、7年間の禁固刑となる。非合法であることを承知しながら、中絶のための手段を非合法を承知で提供した者は誰でも3年の禁固刑に処される。

しかしながら、刑法典の別の条項では、妊婦の生命を救うための中絶は実施できる。刑法典217条は、患者の病状と置かれている環境のすべてを考慮した上で、中絶が妥当であれば、母親の生命を維持するために、誠実かつ適切なケアと技能によって胎児に外科的手術を行う者に対し、刑法上の罪を問わないとなっている。さらに205条には、母親から独立した存在となる前の子どもを故意に死に至らしめるという行為が、母親の生命を保護するため誠実に行われた場合は、いかなる者も罪を問われないと規定している。

さらに、英国のコモン・ローを基礎とする法体系をとっている英連邦に加盟しているウガンダは、健康上の理由で行われる中絶を合法とするかどうかの決定にあたって、1938年に英国で下されたレックス対ボーン訴

訟の判決を支持している。ボーン判決では、強姦された女性の中絶を実施した医師を無罪とした。裁判所は、この場合の中絶は合法であると決定し、その理由として、女性が「身体的また精神的崩壊」状態になることを守るために行われたものであることを挙げた。この判決は、妊婦の身体的また精神的健康を保護する目的で行われるその後の中絶の先例を作った。ウガンダでは、中絶の自由化と合法性は複雑でわかりにくいものとなった。それは、地方の反政府グループが強姦を戦闘やテロ行為の武器として利用したからである。

ウガンダでは、非合法中絶は一般的である。したがって妊産婦の死亡率が高く、1990年には出生10万に対して死亡は1200あったと推定されている。1986年の調査によれば、妊産婦の死亡の35%は危険な中絶による合併症が原因であった。中絶はウガンダの中核レファラル病院における妊産婦の死亡原因の第2位であった。非合法中絶は若い女性の間により多くみられる。1988年に15-24歳の女性を対象に行われた調査によると、妊娠経験のある女性のうち23%は1回またはそれ以上の中絶を経験していた。政府はこうした傾向に深い憂慮を表明した。ウガンダでは、若い女性の中絶率が高いため、政府は小学校と中学校を対象とした家庭生活教育プログラムを確立することになった。

ウガンダでは合計特殊出生率が非常に高く、1995-2000年では女性1人につき7.1人となっている。同じ期間の人口増加率は2.8%であった。急激な人口増加が国民1人当たりの所得と社会サービスの提供に悪影響を与えることを認識した政府は、1988年に包括的な人口計画をスタートさせ、1995年には持続可能な開発のための国家人口政策を採択した。これらの政策の主な焦点は、母子保健と家族計画サービスの強化および人口と家庭生活教育キャンペーンの拡大である。目標の一つは、西暦2000年までに避妊実行率を5%から20%に高めることである。近代的な避妊法の実行率は1995年に推定8%であった。

ウガンダの避妊サービスは、政府の診療所およびウガンダ家族計画協会の運営する診療所で受けられる。1990年代後半にコンドームの使用が増えたことで、HIV/エイズ感染率は低下をみせたが、望まない妊娠件数が大きく減少することはなく、従って中絶件数も減っていない。

## ウクライナ (Ukraine)

### 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:

中絶には妊婦の同意が必要であり、病院または認定された医療施設で資格のある医師によって行われる場合は許可される。中絶は、妊娠 12 週までは要請に基づいて (オン・リクエスト) 行うことができる。それ以降の中絶は、次の理由による場合で、妊娠 28 週以内であれば可能である: 司法的理由、遺伝的理由、生命にかかわる場合、広義の医学・社会的理由、および個人的理由で地域の医師委員会の特別な認可を得た場合。

### 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)	1.4
年齢別出生率(15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	36
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)	
ウクライナ	50
先進国	27
女性の平均寿命(1995-2000)	73.7

### 背景

ウクライナ(1992年までウクライナ・ソビエト社会主義共和国)は、他のすべての旧ソビエト共和国(Soviet republics)と同様、ソ連(USSR:ソビエト社会主義共和国連邦)の中絶法と中絶に関する諸規則を順守した。したがって、ウクライナにおける中絶の実状は、旧ソ連時代とほぼ同様である。以下の記述は、独立以前のウクライナの状況に関するものである。独立後も中絶法は全く変更されなかった。

1936年6月27日のソビエトの政令(Soviet Decree)は、生命に危険がある場合、健康に重大な脅威となる場合、両親から遺伝する可能性のある深刻な病気が存在する場合を除いて中絶を禁止していた。中絶は病院あるいは産院で行われなければならない。病院以外の場所で、あるいは上記のいずれの理由にもよらずに中絶をした医師は1-2年の禁固刑に処せられた。非衛生的な環境で、あるいは専門的な医学教育を受けていない者が中絶を実施した場合は、3年以上の禁固刑とされた。女性に中絶を勧めた者は2年の禁固刑に処せられた。中絶した妊婦は戒告を受け、再犯の場合は最高300ルーブルの罰金刑が科された。

1955年11月23日の政令で、旧ソ連政府は、1936年の政令で規定していた中絶の一般的禁止を撤廃した。1955年に出された他の規則により、妊娠12週までの中絶は他の規定に抵触しない限り自由に行え、それ以降の中絶は、妊娠の継続と出産が母親に害を及ぼす可能性がある場合（胎児の障害も含むと解釈される）に可能とされた。中絶は医師によって病院内で行われなければならない、母親の健康を脅やかす場合に行われる中絶以外は、有料とされた。非合法に中絶を行った者には、刑法典のものの刑法に規定された刑罰が科せられた。例えば、中絶を病院内で行わなかった場合は最高1年の禁固刑が科せられ、高い医学学位をもたない者が行った場合は最高2年の禁固刑を科すことが可能であった。再犯の場合、あるいは妊婦を死亡させたり深刻な害を与えた場合は、最高8年の禁固刑を科すことができた。非合法の中絶をした女性は処罰されなかった。

1955年の政令および諸規則は承認されたものの、旧ソ連邦での非合法中絶の問題は、完全には解消しなかった。原因の一端は、避妊に対する政府の姿勢に一貫性がなかったことにある。政府はたびたび避妊への支持を表明したが、避妊を利用できるようにしたことはなかった。そして1974年には経口避妊薬（ピル）の広範な使用を実質的に禁止した。こうした状況の一因は政府による出産奨励策の復活にもあり、中絶は好ましくないとみなされた。結果として、家族計画の第一の手段として中絶が選ばれた。

非合法中絶が多いことを憂慮した政府は、1982年に、健康上の理由による中絶を妊娠28週まで認める政令を出した。その後も、中絶を合法とする根拠を拡大する努力は続けられ、1987年12月31日には、広範囲な非医学的理由により要請に応じて行われる中絶を、妊娠28週まで合法とする命令（order）を出した。この命令に規定された非医学的理由には、妊娠中の夫の死亡、妊婦あるいはその夫の収監、母親としての権利の剥奪、多産（子どもが5人以上）、妊娠中の離婚、強姦による妊娠、家族に障害をもつ子どもがいる場合が含まれた。さらに、委員会の承認があれば、他の理由による中絶も認められるとの規定も盛り込まれた。

妊娠12週以降の中絶許可条件の拡大と、避妊に対する政府の一貫性のない姿勢とがあいまって、公式に届け出のあった中絶件数は飛躍的に増加した。中絶件数の増加には多くの要因が関係している。それらには、良質な近代的避妊法の不足、信頼度の低い避妊法への依存、カップルの避妊知識の欠如、医師・看護師・教師・その他の専門家に対する適切な訓練の欠如などが含まれる。

中絶率は1990年代に急速に低下した。15-44歳の女性1000人に対する中絶の割合は、1986年に109であったものが、1991年には80.9、1996年には57.2となった。避妊サービスの拡大がこの低下をもたらしたと報告されている。しかしながら、避妊具・薬の品質のばらつきや不安定な供給、コストのため、ウクライナでは依然として中絶が出生調節の主な方法である。

人口増加の面では、ウクライナの出生率は置換水準を下回った。合計特殊出生率は1990-2000年の間に低下し、女性1人当りの子ども数が2人から1.4人となったことで、人口増加率は現在マイナス0.4%である。1994年にカイロで開催された国際人口開発会議の後に、政府は人口問題に関する特別行動計画と一連の国家プログラムを実施した。これには家族計画に関するものも含まれている。

## エクアドル (Ecuador)

### 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:

妊婦が知的障害あるいは精神障害を持つ場合、法的代理人の同意が必要である。中絶は医師により行われなければならない、女性本人の同意、または本人が同意できる状態でない場合は夫あるいは近親者の同意が必要である。

\* 刑法典は、健康が身体的健康と精神的健康の両方を包括しているか否かについて規定していない。

\*\* 妊婦に知的障害あるいは精神障害がある場合にのみ、これらの理由によって中絶ができる。

### 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	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	直接支援を提供
有配偶女性の近代的避妊実行率 (15-49 歳、1994)	57
合計特殊出生率 (1995-2000)	3.0
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	72
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)	
エクアドル	150
南アメリカ	200
女性の平均寿命 (1995-2000)	70

### 背景

エクアドルの 1971 年刑法典 (Ecuadorian Penal Code) の 441-447 条では、次の場合を除き中絶を禁止している。それは妊婦の生命あるいは健康が脅かされる場合で、他の手段でその危険を回避できない時、あるいは知的障害や精神障害を持つ女性が強姦あるいは法に定められた性的暴行により妊娠した場合である。後者の場合は妊婦の法的代理人の同意が必要である。妊婦の同意なしに中絶を実施した者は 3 年から 6 年の禁固刑が科せられる。女性の同意を得て中絶を実施した者には、2 年から 5 年の禁固刑が科せられる。女性が死亡した場合、女性が中絶に同意していたなら 3 年から 6 年の禁固刑、同意なしの場合は 8 年から 12 年の禁固刑と重くなる。自己中絶した女性、あるいは中絶を受けることに同意した女性には、1 年から 5 年の禁固刑が科せられる。女性が自分の不名誉を隠すために自己中絶した場合は、6 か月から 2 年の禁固刑である。医師、準医療従事者が中絶を実施した場合はさらに重い刑が科せられる。

エクアドルでは、中絶は治療的理由および限定された司法的理由でのみ認められるが、実際には広く行われている。中絶件数やその広がりに関する調査はほとんどなく、しかも自然流産と人工中絶を区別しておらず、代表的な人口サンプルも使用していない。しかし、入手可能なわずかな情報から、現在の中絶件数は実際よりもかなり低く推定されていると読み取れる。それでも、中絶件数の多さにかかわらず、中絶に起因する死亡数は地域の他の諸国に比べ、わずかながら少ない。

1984年6月4日、エクアドルは、受胎時からの生命の保護(25条)および自分たちが育て、教育を与えることができるだけの数の子どもを持つ両親の権利(24条)を保障する新しい憲法を可決した。家族の規模を決める権利が憲法で認められたのは、1978年1月の憲法が初めてであった。1994年に開始された国家人口行動計画は、すべての国民がヘルス・サービスを利用できるようにすることの重要性を再度強調し、特に母子保健と家族計画に重点を置いた。家族計画サービスは、1968年から、政府の診療所と民間診療所で受けることができる。1967年からはエクアドル家族福祉推進協会(Asociacion Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE))の診療所でも可能である。他にも多くの民間団体が家族計画サービスを提供している。結婚している女性が使用する避妊法で最も普及しているのは不妊手術で、1989年には避妊法全体の35%を占めた。

## エジプト (Egypt)

### 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:

中絶の実施については、それを承諾する理由が存在することを3人の医師が証明しなければならない。医師が中絶の必要があると確信しない限り、夫の同意が必要である。

\*刑法典は、女性の生命を救うために行われる中絶を明確に認めていないが、刑法の一般原則として、この理由による中絶を緊急必要条件のもとに行うことを認めている。さらにエジプトでは、緊急必要条件とは、妊娠が妊婦の健康に深刻な危険をおよぼす恐れのある場合ならびに胎児に障害のある場合を含むとしばしば解釈される。

### 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	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)	47
合計特殊出生率 (1995-2000)	3
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)	
エジプト	170
北アフリカ	340
女性の平均寿命 (1995-2000)	68

### 背景

1973 年のエジプトの刑法典は(260-264 節)は、いかなる場合の中絶も認めていない。しかし、刑法の一般原則により、妊婦の生命を救うため、つまり緊急必要性を根拠に中絶を行うことができる。この条件は、刑法典 61 条に、一般的な条件として、「本人、または他の人を脅かす、重大で差し迫った危険を阻止するという緊急必要性のために罪を犯した者は、本人の意志でその危険を招いたのではない、あるいは別の手段によって危険を防いだことを条件に処罰されない」と記述されている。このような条件によって、妊婦の生命に危険が及ぶ場合にのみ中絶を行うことを認めるのは非常に一般的だが、エジプトではしばしば、妊婦の健康に重大な危険をもたらす可能性がある場合、あるいは胎児に障害がある場合も含むと解釈されている。

中絶を行った者は、妊婦も含めて禁固刑に処せられる。中絶を行った者が医師、薬剤師、外科医、助産師

である場合は、強制労働に処せられる。違法中絶で有罪とするには、中絶を行う意思があっただけでは不十分である。起訴するには、女性の妊娠の有無、妊娠の中断、中断のための違法な手段を証明しなければならない。こうした必要条件があるため、有罪とするのに必要な証拠を入手して起訴するのは難しい。

エジプトは、アラブ諸国では初めて国家人口政策を取り入れた。政府は1962年に出生率を下げる政策を打ち出し、1965年には人口・家族計画最高協議会 (Supreme Council for Population and Family Planning) を発足させた。1973年には家族計画サービスの提供を保健省の管轄に移した。避妊具・薬も多く民間施設で入手可能である。全国人口委員会 (National Population Commission) から発展したエジプト家族計画協会 (EFPA) は1995年以来、多くの診療所で家族計画サービスを提供してきた。同協会は保健省および社会事業省と緊密に協調しており、また他のボランティア組織による家族計画活動を連絡調整している。全国人口委員会は、避妊の普及目標を達成するために、同協会の支援を得ている。

## エチオピア (Ethiopia)

### 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:

妊婦の生命または健康に危険があることは、それが不可能である場合を除いて、1人の登録医師の書面による証明が必要である。第2の医師も同じ意見であることが必要である。妊婦または妊婦にそれができない場合は、一番近い親族あるいは法定代理人が、中絶に対し同意しなければならない。

\* 刑法典は、健康への脅威に身体的健康と精神的健康の両方が含まれるか否かを明確に規定していない。

### 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、1990)	4
合計特殊出生率 (1995-2000)	6.3
年齢別出生率 (15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	152
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)	
エチオピア	1400
東部アフリカ	1060
女性の平均寿命 (1995-2000)	44

### 背景

1957年のエチオピア刑法典(528-535条)は、「妊婦の生命または健康に重大で永続する危険があり、それを回避する他の手段がない」場合にのみ中絶を許可している。同法は、広い意味での健康上の理由、あるいは司法的または社会経済的理由のいずれの場合も中絶を認めていないが、「特に強姦や近親姦、または極度の貧困による多大な身体的・精神的苦痛」は、判決にあたって情状酌量の事由となるとしている。違法中絶を行った者は、いかなる者も最高5年の「厳しい」禁固刑に処せられる。収入を得るために中絶を行った者あるいは中絶を職業としている者は、より重罪とされ、3-10年の厳しい禁固刑と罰金刑が科せられる。またこれらの者は業務停止処分も受ける。自己中絶した女性は、3カ月から5年の禁固刑となる。

それが不可能でない限り、妊婦の生命あるいは健康に危険があることの証明は、1人の登録医師によって文書でなされなければならない。第2の医師も同じ意見であることが必要である。妊婦自身、または妊婦がそれをできない場合は、一番近い親族あるいは法定代理人が中絶に同意することが必要である。妊婦の

危険が深刻かつ緊急で、直ちに中絶する以外にそれを回避する手段がない場合は、これら手続き上の要件は免除される。

治療的中絶は認められているが、面倒な行政上の制限があるため、治療的理由で合法的に中絶する者の数は限られている。したがって、多くの女性が違法中絶に頼っている。1980年代半ばに行われた妊産婦死亡率とその原因に関する調査は、中絶が妊産婦死亡の主な原因であると報告している。

エチオピアでは家族計画サービスは受けられるが、避妊の実行率は低い。1957年の刑法典は、避妊具・薬は処方箋がなければ入手できないと規定している。しかし、避妊具・薬は処方箋なしでも薬局で買うことができ、路上にはコンドームの自動販売機もある。1966年から家族計画サービスを提供してきたエチオピア家族指導協会 (Family Guidance Association of Ethiopia) は1974年に公認され、以来、政府の診療所でサービスを提供してきている。政府は国家総合保健プログラム戦略の一環として、1988年以来、政府の診療所で家族計画サービスを提供してきた。現在、家族計画サービスは、保健省と他の公的機関が運営する1600余りの保健施設で、母子保健サービスに統合されている。

## エルサルバドル (El Salvador)

### 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:

なし。

\* エルサルバドルの中絶法は改定され、合法中絶のための根拠をすべて廃止した。しかし、緊急避難が、女性の生命を救う目的で行われる中絶を正当なものとして認めるかどうか論争となっている。

### 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 (15-44 歳、1993)	53
合計特殊出生率 (1995-2000)	3.2
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	95
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)	
エルサルバドル	300
中央アメリカ	140
女性の平均寿命 (1995-2000)	73

### 背景

1997 年まで、エルサルバドルの中絶法は 1973 年の刑法典の条項に準拠していた。この刑法典のもとでは、主に以下の三つの条件による中絶は合法と認められた。すなわち、中絶が妊婦の生命を救う唯一の手段である場合、強姦あるいは法定強姦 (合意年齢以下の未成年者との合意による性交) による場合、胎児に重度の障害が予見できる場合である。さらに、妊婦の不注意が原因の中絶は処罰の対象とはされなかった。またこの刑法典は、名誉のための (honoris causa) 中絶という概念を認め、品行方正な女性が自分の名誉を守るために自己中絶をした場合、あるいは中絶することに同意した場合は刑が軽減されると規定していた。

1973 年の刑法典は、1956 年の刑法典に代わるものである。1956 年の刑法典には、中絶禁止の適用除外に関する規定がなかった。ただし、刑法典の一般原則のもとで、妊婦の生命を救うのに必要な場合は中絶を行うことが可能であった。しかし、中絶が広く行われており、中絶による妊産婦の死亡率が非常に高いことがはっきりしたため、政府は中絶法の規制緩和に動き出した。1975 年に行われた避妊実行率の調査による

と、結婚歴のある調査対象の女性の約20%が、少なくとも1回は中絶（自然流産または人工中絶）を経験していた。中絶経験者の割合は地方がわずかに高かった。1978年に行われた全国出生率調査でも同じ結果が出た。

しかしながら、1997年までにエルサルバドルの立法府の中絶に対する考え方は再度変った。この年に制定された新しい刑法典は、中絶に対する全般的禁止の適用除外のうち、妊婦の不注意による中絶に関するものを除くすべての例外を廃止した。1997年の刑法典は、女性の同意を得て中絶を行った者、あるいは自分で中絶した女性または他人が中絶することに同意した女性に対して、2-8年の禁固刑を科している。女性の同意を得ないで中絶を行った者は4-10年の禁固刑で、それが医師、薬剤師あるいは中絶専門の保健従事者である場合は6-12年の禁固刑が科せられる。

さらに立法府は、中絶反対の意を表明する他の2つの措置を採択した。立法府は、刑法典の中絶条項を、身体に対する犯罪に関する節から、刑法典に新しく設けた、形成中の人命に関する犯罪を規定した節に移した。また憲法を改正し、すべての人間は受胎の瞬間から人間として認められると規定した。同時に刑法典から「名誉のため」の条項を削除した。

この変更の影響ははっきりしない。一方で、これらは、妊婦の生命を救う手段がほかに見つからない場合に行われる中絶も含め、中絶を完全に禁止していると解釈されることが可能であった。特にこの変更を支持した人たちの絶対論者の立場からみて、変更の狙いは完全禁止であると主張する者もいた。他方、エルサルバドルの刑法典には、他のほとんどの刑法典と同様に、緊急避難的必要性に関する一般条項がある。この条項は、美德を守るのに必要である場合は、そうでなければ非合法とみなされる行為でも、処罰を受けることなく行うことを認めている。妊婦の生命を救う唯一の手段として行われる中絶は、この条項にあてはまるとの議論は可能であろう。

家族計画サービスは、1960年代後期からは保健省およびエルサルバドル社会保障協会（ISSS:Social Security Institute of El Salvador）を通し、1966年からは国際家族計画連盟の準加盟協会(private affiliate)であるサルバドル人口協会(ADS:Asociación Demográfica Salvadoreña)を通して入手できる。しかしながら、出産可能年齢で結婚している女性の95%以上が家族計画の方法を一つは知っているにもかかわらず、避妊法を使用しているのは半分より少し多い程度でしかない。1988年に使用された避妊法の63%は不妊手術であった。

## オーストラリア (Australia)

### 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:

すべての州および特別地域 (準州) で女性の同意が必要である。南オーストラリア州、オーストラリア首都特別地域、北部特別地域では、2人の医師の同意が必要であり、病院で行われなければならない。

\* 中絶が許可される根拠は、裁判管轄区によって異なる。規制が最も厳しいのはタスマニア州、最も緩いのは西オーストラリア州である。

### 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	なし
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 (20-49 歳、1986)	76
合計特殊出生率 (1995-2000)	1.8
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	20
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)	
オーストラリア	9
オセアニア	10
女性の平均寿命 (1995-2000)	81

### 背景

オーストラリアの中絶に関する規制は裁判管轄区によって異なる。それぞれの管轄区は各自の刑法体系を持つ。しかし、各州がそれぞれ施行している実際の中絶法は、最近まで全く同一であった。ほとんどは英国の 1861 年の人に対する犯罪法に準拠したもので、「違法」中絶を禁止しており、母親の生命あるいは健康を守るために、医師の決定に従って行われる場合は違法でないという制定法上あるいは判例法上の修正を付している。生命あるいは健康の解釈は、州により範囲の広さがまちまちである。ビクトリア州とクィーズランド州の判例法は、女性の生命あるいは身体的または精神的健康を重大な危険から守る目的の中絶を認めることを示唆するか、あるいは明示している。ニューサウスウェールズ州の判例法は、先の 2 州と同じ規定をしているほか、社会・経済的要因が考慮されるとしている。オーストラリア首都特別地域はニューサウスウェールズ州の刑法を適用しているので、おそらく同じ理由で中絶を認めている。しかしながら、タスマニア州では、適法の状況がはっきりしない。中絶が合法的に許可されるのは、妊婦の生命を守る場合だけ、あるいは健康が脅かされる場合も含まれるとの議論が可能であろう。

南オーストラリア州と北部特別地域は、英国の1967年中絶法をひな型とする法律を制定した。これらの裁判管轄区では、妊娠を中断しなければ、妊婦の生命あるいは身体的または精神的健康への危険がより大きい場合、および子どもに重度の身体的または知的障害があるという重大な危険がある場合に、合法的な中絶が可能である。中絶には2人の医師の承認が必要であり、中絶は病院で実施しなければならない。さらに北部特別地域では、生命あるいは身体的または精神的健康に脅威がある場合、あるいは重大な傷害の危険がある場合を除いて、妊娠14週以内に行われなければならない。

違法中絶を行った者に対する禁固刑の最長期間は、7年から終身刑までさまざまである。自己中絶を行った女性に対する処罰もさまざまである。女性の同意を明確に求めている州の法律はいくつかあるが、配偶者の同意を義務づけている法律はない。また1989年にオーストラリア家庭裁判所は、妻の中絶を阻止するために夫が出した差止め命令の要求を認めなかった。北部特別地域では、女性が16歳未満の場合に親の同意が必要である。オーストラリアの全国民に受給資格がある政府健康保険手当は、合法中絶にも支給される。

しかし、西オーストラリア州の中絶法はやや異なる。同州は1998年に、妊娠初期の中絶に関する規制を廃止する法律を制定した。次の2つの出来事がこの法律の制定を急がせた。1つ目は、自主営業の診療所で中絶手術を行った2人の医師が逮捕・起訴されたこと、2つ目は、同州で中絶を行っていた多くの医師が次々と、法的立場が明確になるまで手術をしないと決定したことである。中絶をすると起訴される可能性と中絶が実施されなくなる可能性があることに対し、あまりに否定的な反響が大きかったため、立法府は4カ月の間に、一定の状況の下では女性の要請に応じて中絶を認めることを可決した。

それまでの西オーストラリア州の法律では、母親の生命を守る目的で行われる場合、およびその時の病人の状態とあらゆる状況を考慮した上で妥当である場合を除いて、中絶は違法であった。違法中絶を行って有罪判決を受けた医師には、最高14年の禁固刑が科せられた。どの中絶が「妥当」とみなされるのかを決定するのに役立つ判例法は手に入らなかった。

新しい法律では、妊婦がインフォームド・コンセントを出していれば、妊娠20週まで合法的に中絶が可能である。妊婦がインフォームド・コンセントを出すためには、中絶を行う医師以外の医師1人による、次の3点についてのカウンセリングを受けなければならない。1) 妊娠を中断することと出産まで妊娠を継続させることそれぞれの医学的危険、2) 妊娠の中断および継続に関わる事柄について適切で十分なカウンセリングを照会される機会、3) 妊婦が希望すれば、妊娠を中断した時点あるいは出産後にカウンセリングを受けられること。妊娠20週以降については、妊婦が中絶の正当な理由となる深刻な医学的状況にあり、それが2人の医師によって診断された場合に、中絶を行うことができる。違法中絶を行った者に対する処罰は、5万ドルの罰金である。

オーストラリアでは、西オーストラリア州を除けば、中絶の条件はやや制限的であるが、実際には国内の広い地域で相当自由に中絶が行われている。中絶が起訴されたことは、1970年代始めからほとんどない。起訴は政治的に賢いことではなく、妊婦の健康状態に関する医師の判断の信頼性に関わる問題なので勝訴することが難しいと考えられている。広域首都圏では、中絶は実質的に女性の要請（オン・リクエスト）で受けられる。また、ニューサウスウェールズ州、ビクトリア州、西オーストラリア州では、中絶を専門に行う自主営業の診療所が開業した。他方、中絶のために、規制の厳しい裁判管轄区から規制がより緩やかな裁判管轄区に旅行する中絶旅行も広まっている。例えば、オーストラリア首都特別地域で中絶をしようとする女性のうち90%は、最近まで、ニューサウスウェールズ州のシドニーに行って中絶を受けていた。首都特別地域では、中絶はすべて病院でなされることが義務づけられていたことが理由の1つであった。1990年代半ば現在、オーストラリアでは年間9万2000件の中絶が行われている。これはほぼ出生1に対し中絶1の割合である。

## オーストリア (Austria)

### 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、妊娠3カ月以内であれば医師の診察を受けた後、女性の要請により受けられる。妊娠初期(3カ月)以降でも、女性の生命あるいは身体的または精神的健康に重大な危険が及ぶのを回避するために必要な場合、子どもが重大な身体的または精神的障害で苦しむかもしれない重大な危険がある場合、または女性が14歳未満の場合には中絶が可能である。

### 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	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 (1974年と1977年に結婚した女性、1981/1982)	71
合計特殊出生率 (1995-2000)	1.4
年齢別出生率 (15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	18
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)	
オーストリア	10
西ヨーロッパ	17
女性の平均寿命 (1995-2000)	80

### 背景

オーストリアは1974年に、オーストリア刑法典96-98条の改正によって中絶法の規制を緩和した(1974年1月23日の連邦法)。中絶は、妊娠3カ月までは事前に医師の診察を受け、医師が行うのであれば、女性の要請で受けられる。妊娠3カ月以降は、妊婦の生命あるいは身体的または精神的健康への重大な危険を回避する必要がある、それが他の手段では回避できない場合、子どもが重大な身体的または精神的障害に苦しむかもしれない重大な危険が存在する場合、14歳未満の女子が妊娠した場合で、医師が行う場合に限って中絶が認められる。妊婦に差し迫った危険があり、他にその危険を回避できる手段がなく、医師の援助がすぐに得られない状況の場合、妊婦の生命を救うための中絶は、妊娠期間に関係なく誰が行ってもよい。中絶を行うには妊婦の同意が必要である。ただし、妊婦の生命に差し迫った危険があり、他の手段ではその危険を回避することが不可能であり、妊婦の同意を得る時間のない状況で中絶が行われる場合は除く。

1974年の連邦法は、オーストリア憲法およびヨーロッパ人権条約（European Convention of Human Rights）の生命保護の条項に違反しているとして裁判に訴えられた。しかし、オーストリア憲法裁判所（Austria Constitutional Court）は、1974年10月11日に、オーストリアの憲法が保障している生命の保護は、公的機関によってなされた行為からの保護に対してのみ適用されるもので、中絶を実施する医師のような民間個人の行為にはあてはまらないとして、この申し立てを却下した。また、憲法裁判所はその判決文で、ヨーロッパ人権条約の生命保護に関する条項は胎児にはあてはまらないとした。

理論的には、女性は誰でも合法的で安全な中絶を受けられることになっている。しかし、実際に中絶をするとすると、所得と中絶サービスの利便性が重大な制約となる。政府から補助金が支払われるのは、中絶が医学的理由により行われた場合に限られる。民間のクリニックでは中絶費用が非常に高いため、女性によっては外国に行って中絶した方が経費が安く済むことに気づいている。また、道義的・宗教的理由から中絶手術は行わないとする医師が多いことも、中絶を受け難くしている。

## オランダ (Netherlands)

### 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:

最初の診察から中絶手術の実施まで5日間の待機期間が必要である。中絶は、認可された病院またはクリニックで行われなければならない。中絶の費用は政府から支給される。

### 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	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	間接的支援を提供
有配偶女性の近代的避妊実行率(18-42歳、1993)	76
合計特殊出生率(1995-2000)	1.5
年齢別出生率(15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	4
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)	
オランダ	12
先進国	27
女性の平均寿命(1995-2000)	80.7

### 背景

オランダの刑法典(1886)では、中絶は生命に対する犯罪とされ、有罪判決を受けた者は禁固刑に処せられた。しかしながら、この法典での有罪判決には、中絶の時点で胎児が生きていたことを証明する確固たる証拠が必要とされ、そうした証拠を得ることが難しいため、中絶を行った者に有罪判決を下すことはほとんど不可能であった。1911年にオランダは中絶法を改定し、妊娠の有無に関係なく、女性に中絶を受けられるだろうと示唆するか、そのような期待を抱かせるようにすることを犯罪とすることで、この有罪への障害を乗り越えた。実際には、妊婦の生命を救うために行われる中絶以外はどのような場合も違法であった。1970年代に中絶法の規制を緩和しようとする動きがいくつかあったが、さまざまところから強い反対が出て成功しなかった。しかし、法律の適用はあまり厳密でなく、中絶サービスを受けるのは容易だった。

1981年5月1日、オランダでは、これまでよりも範囲の広い中絶法が採択され、厳しい規制条項は廃止された。この新しい法律では、中絶手術を行う認可を受けた病院あるいはクリニックの医師によって行われるのであれば、実質的に女性の要請に応じて、着床から母体外成育可能期まではいつでも中絶が許可される。中絶を希望する女性は、医師の診察を受ける際、その医師のカウンセリングを受け、妊婦の苦痛を取

り除く手段が他にない場合にのみ妊娠の中断が慎重に検討され、決定されることを確実にしなければならない。カウンセリングには、女性の苦痛に対処する中絶以外の方法について適切な情報を提供することが含まれる。女性はカウンセリングを受けてから中絶の実施まで5日間待機しなければならない。また中絶後も、望まない妊娠を防ぐ方法などについて適切なアフターケアを受けなければならない。女性の生命が危険な状態にある場合は、5日間の待機期間を省略することができる。妊娠13週以降の中絶は、特別な要件を満たし、特別な認可を得ている病院あるいはクリニックでのみ行うことができる。

新法第20条に基づき、中絶を実施したり、その手配をすることに対して良心的拒否をする医師は、中絶を希望する女性に直ちにそのことを知らせなければならない。また医師は、要求に応じ、その女性の状態に関する情報を、女性の同意を得た上で他の医師に提供する義務がある。

妊娠13週以降であることを知りながら、この期間の中絶を実施する認可を受けていないクリニックで中絶を行った医師は、1年の禁固刑あるいは罰金刑を科せられる。また同法は、5日間の待機期間が終る前に中絶を行った医師、あるいは規定の期間内に中絶をするかどうかの決定を女性に知らせなかった医師に対する処罰も規定している。

中絶法の規制は1981年に緩和されたが、その施行規則が正式に採択されたのは1984年であった。家族計画がすでに社会に広く受け入れられていたので、この規制緩和より前に、民間の非営利クリニックや一部の病院では中絶が広く行われていた。

オランダでは、家族計画は伝統的にあまり歓迎されていなかった。家族計画は結婚の目的に反する行為であり、性の乱れを助長すると考えられていたからである。その結果、家族計画は政府あるいは医療従事者を含む大半の国民から支持されていなかった。避妊具・薬は入手が困難で、1969年までは国内では広告もなされなかった。さらに、医師たちは家族計画サービスの提供に消極的であった。それは、望まない妊娠の責任の一端を背負わされることを懸念したからである。望まない妊娠は、避妊の失敗によって起こり得るし、結局中絶が必要となるかもしれなかった。これらのことから、1960年代半ばのオランダの粗出生率は、女性人口千人に対して20.7と比較的高率であった。

1964年に経口避妊薬（ピル）が導入され、その信頼性の高さが立証されたことで、家族計画は幅広く受け入れられ実行された。家族計画サービスは、1965年頃から一般の保健サービスの一環として日常的に提供されるようになった。

オランダの女性は、1984年11月から、政府管轄の国民健康保険制度によって中絶手術を無料で受けられることになった。クリニックでの中絶費用は特例医療支出基金(Extraordinary Medical Expenses Fund)が負担する。この基金による費用負担は、中絶件数の増加にはつながらず、むしろサービス提供者の間のバランスが変化し、病院からクリニックへのシフトが起こった。外国人がオランダ国内で中絶手術を受けることは禁止されてはいないが、費用は自己負担となる。

オランダで中絶を受ける女性のうち、かなりの割合が外国生まれの女性である。1984年にオランダで行われた中絶は合計4万3200件であるが、そのうちオランダ在住者の中絶は1万8700件で、残りは近隣諸国からの女性の中絶であった。1990年のオランダ国籍の女性の中絶率は、15-49歳の女性千人に対し5.2であった。また出生100に対する中絶率は9.6で、世界でも最も低い国に属している。オランダでは、避妊実行率が高い（75%以上）ことから、中絶率は比較的一定していた。しかし、望まない妊娠をする危険が最も高い年齢層は、20-30歳である。このグループの3分の1以上が典型的な結婚をしており、主な避妊法としてはコンドーム、定期禁欲法または膈外射精が一般的である。中絶した女性は、中絶後はほとんどがピル、子宮内避妊具(IUD)、不妊手術を選択する。

## カザフスタン (Kazakhstan)

### 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:

中絶を行うには妊婦の同意が必要である。病院または認可された医療施設で資格のある医師によって行われなければならない。妊娠 12 週以内であれば、要請によって中絶が可能である。それ以降は妊娠 28 週以内であれば、司法的、遺伝的、致命的、広範な医学的、社会的理由に基づいて、中絶をすることが認められている。また、地区医師会の承認が得られれば個人的理由であっても中絶が可能である。

### 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	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法実行率(15-49 歳、1995)	46
合計特殊出生率(1995-2000)	2.3
年齢別特殊出生率(15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	53
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)	
カザフスタン	..
アジア中南部	560
女性の平均寿命(1995-2000)	72.5

### 背景

カザフスタンは、1992 年までカザフ・ソビエト社会主義共和国と呼ばれていた国で、ソ連の中絶法および規則に準じていた。その結果、カザフスタンにおける中絶の法規則は旧ソ連諸国と共通であった。以下は、独立以前のカザフスタンの法規則である。独立後も中絶法は何の変更もなかった。

1936 年 6 月 27 日のソビエトの政令 (Soviet Decree) は、生命に危険がある、健康に深刻な脅威となる、両親から受け継いだ可能性のある深刻な病気が存在する、という場合以外には中絶を禁止していた。中絶は病院あるいは産院で行われなければならなかった。病院以外の場所あるいは上記の