

理由のどれにも該当しないのに、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行った場合、3年以上の禁固刑が科された。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300ルーブルまで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年に政府が出した他の規則は、反対の規定がない限り妊娠12週間以内、この期間を超えてからは妊娠の継続と出産が母親に害になる可能性がある場合（胎児の障害も含むと解釈される）に中絶を認めると規定していた。中絶は、医師によって、病院内で行われなければならないと規定された。また母親の健康に脅威となる場合に行われる中絶を除いて、費用を支払わなければならなかった。非合法に中絶を行った者は、刑法典のもとでの刑法に規定された刑罰が科された。例えば、中絶を病院内で実施しなかった場合は1年までの禁固刑が科され、先端的な医学レベルにない者が行った場合は2年までの禁固刑を科すことができた。再犯あるいは妊婦を死亡させたり、深刻な害を与えたりした場合は、8年までの禁固刑を科すことが可能であった。非合法の中絶を受けた女性は処罰されないことになっていた。

1955年の政令および諸規則は承認されたものの、旧ソ連邦における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が一貫し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。一方で、避妊を好ましくないと見ていた政府は、産児奨励への取組みを復活させることもした。こうしたことから、手っ取り早い家族計画の手段として中絶が選ばれていた。

非合法の中絶が多いことを憂慮した政府は、1982年に、健康が理由である中絶を妊娠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た。1987年12月31日には、非医学的理由により、妊娠28週以内に、要請に応じて(オン・リクエスト)行われる中絶も合法として認める命令(order)を出した。この命令に規定された非医学的理由は非常に広範囲で、妊娠中の夫の死亡、妊婦自身あるいは夫の収監、母親の親権剥奪、多産(子供が5人以上)、妊娠中の離婚、強姦による妊娠、家族に障害を持つ子供がいる場合などが含まれていた。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週間以降の中絶に対する合法適用範囲の拡大と、避妊に対する一貫性に欠けた政府の姿勢があいまって、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、信頼度の低い伝統的な避妊法への依存、避妊および度重なる中絶が健康に及ぼす悪影響に対するカップルの知識の欠如、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あった。

1990年代は、カザフスタンにとって社会的緊張が高まった時であった。特に女性の健康は悪化するばかりであった。産児制限の主な手段として、避妊よりも中絶に頼る傾向が続いた。1993年の中絶率は、妊娠可能年齢の女性1000人に対し中絶が50と推定されており、1992年の同60と比べれば大きく減少したものの、それでも非常に高い水準であった。同じく1993年の近代的避妊法の実行率は、27%から35%に上昇、さらに1995年までに46%になった。1994年2月の命令33号により、家族計画プログラムが承認された。これに基づき、中絶と妊産婦死亡率を低下させるために、すべての医療施設に対し、家族計画サービスの提供および大幅な拡張を義務づけた。1995-2000年の推定合計特殊出生率は、2.3であった。

カナダ (Canada)

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:

中絶に関する法律はないので、要求すれば中絶を受けられる。施術者や場所についての制限もない。

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	間接的支援を提供
有配偶女性の近代的避妊実行率 (15-49 歳、1995)	75
合計特殊出生率 (1995-2000)	1.6
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	23
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)	
カナダ	6
北アメリカ	11
女性の平均寿命 (1995-2000)	82

背景

カナダの中絶法はこの 20 年間に大きな変化を遂げた。中絶は、1969 年までは、改正された 1892 年の刑法典の条項 (272-274 条) に準拠していた。この刑法典には、中絶の一般的禁止の例外は一切規定されていなかった。ただし、刑法の緊急必要性の原則に則って、妊婦の生命を救うための中絶は実施できると理解されていた。国内の議論の高まりに応じて、政府は 1967 年に中絶法を見直し、1969 年に刑法典を改正して刑法の規制を緩和した。改正され、新たに成文化された刑法典の条項 (251 条) では、妊娠の継続が、女性の生命あるいは健康に危害を及ぼすあるいは及ぼす恐れがある場合について中絶を認めた。この新しい条項は、中絶を認める理由の範囲を広げたが、同時にいくつもの制約も設けた。中絶は、最低 3 人の有資格医師 (中絶を実施する医師は含まない) で構成する治療的中絶委員会が設置されている認定病院で、有資格の医師によって行われなければならないと決められた。この委員会は、その中絶が合法的に可能かどうか、妊娠期間がどの程度であれば中絶が可能か、有配偶女性は夫の同意、あるいは未成年者は両親の同意を得なければならないかど

うかを定める責任者であった。違法中絶を行った医師は終身禁固刑、中絶に同意した女性は2年の禁固刑に処せられた。

この法律は、国内で合法的に中絶を受けられる所と受けられない所の格差を広げた。1980年代半ばまで、国内で行われた中絶の75%が15%の病院で行われた。プリンス・エドワード島とニューファンドランドなど一部の州およびラブラドルなどの地域では、ほとんど中絶を受けられなかった。さらに、国内の病院のうち認定病院は43%だけであり、このうち中絶委員会の設置を決めた病院は52%しかなかった。この法律で、独立クリニックはほとんどが中絶を実施できなくなった。ケベック州政府は、1970年代初めに、中絶がどこで実施されようと、安全に行われた中絶は起訴しないと一歩踏み込んだ決定をした。

1988年にカナダ最高裁は、刑法典251条は、「人の生命、自由、安全」の権利を保障するカナダの権利・自由憲章（Canadian Charter of Rights and Freedoms）7条に違反しており、したがって憲法違反であるとの判決を下した（1988年のR.対モーゲントラー（Morgentaler）訴訟判決）。最高裁は、治療的中絶委員会の手続きならびに、中絶はすべて認可あるいは認定病院で行うという要件を規定している251条の条項に異議を唱えた。最高裁は、これらの条項は、明らかに不公平で、不必要な遅滞を生じさせ、中絶クリニックの利用を妨げ、女性に余計な健康リスクを負わせ、不安定な気持ちと苦痛を高めさせるものであると判決した。カナダ政府は、251条に代わる新しい法律の制定を試みたが、政府案は議会で過半数の承認を得ることができなかった。1991年に政府は新しい法律の制定を断念した。その結果、カナダは連邦として刑法上の中絶法を持たない、中絶に規制のない国となった。

連邦の中絶法はないが、州の多くは、最高裁の判決（刑法典251条は憲法違反である）で生じた間隙に足を踏み入れ、中絶の実施に州独自の規制を設けることを試みた。いくつかの州が目をつけたのは、独立クリニックで行われている中絶であった。例えばノバ・スコシア州は、1989年に、病院以外で中絶を行うことを禁止できる、つまり独立クリニックでの中絶を排除する法律を制定した。同州は、この法律を制定した目的は健康を守るため、中絶に制限を設けるためではないと主張した。しかしカナダ最高裁は、1993年に、この法律は本質的に刑法であり、それは州法の管轄権に入っていないものであるから、この法律は憲法違反であると決定した（1993年のR.対モーゲントラー訴訟判決）。カナダの法律では、犯罪関係の法律は連邦政府の専管事項であり、保健関係の法律は一部が州の管轄権となっている。最高裁は、この決定の裏付けとして、立法府で行われた討議で、この法律の狙いが、州が主張したように健康を守るためではなく、中絶を阻止するため一刑法の問題一であることが立証されたことを指摘した。

州が目をつけたもう一つの領域は、政府管掌の健康保険制度が支給する中絶費用である。例えば、プリンス・エドワード島州は1988年、病院で行われ、医師のチームがその緊急必要性を認定した中絶以外の中絶には費用の支払いを拒否するという法律を制定した。同州の最高裁は、1995年に、これらの制限条件は無効であるとの判決を下した（1995年、モーゲントラー対プリンス・エドワード島訴訟判決）。その理由として最高裁は、これらの制限条件は、望ましくないと思なされる理由で合法中絶を阻止するために考えられたものであり、したがって州の保健サービス支払い法（Health Services Payment Act）の下で保健業務担当者に与えられた保健を管理する権限を逸脱したものであると指摘した。州最高裁は、これらの制限条件は健康への配慮に基づくものであり、中絶を阻止するためではなく費用を節減しようとするものであるという州の主張を却下した。カナダ（連邦）最高裁は、まだこの問題あるいはすべての中絶費用の支払いを州法によって拒否する問題に判決を出していないが、他にも最高裁が同じような決定を出した州がいくつかある。

最高裁がカナダの刑法上の中絶法は憲法違反であるとの判決を下した結果、カナダの女性の中絶件数は増加した。中絶件数は、1987年の7万件から1995年に10万6000件となり、この水準でほぼ横ばい傾向にある。1995年の件数は、前年比わずか0.4%の増加であった。このうち約3分の1が

独立クリニックで行われ、3分の2は病院で行われた。最高裁の決定があっても中絶はまだ受けやすいものになっていない。プリンス・エドワード島州での中絶件数はゼロであり、サスカチュワン州、ノースウェスト準州、ユーコン準州には独立クリニックはない。

韓国 (Republic of Korea)

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、28週以内に医師によって施術可能である。妊婦の同意が必要とされる。有配偶女性の場合は夫の同意も必要である。

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	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、1991)	70
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)	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)	
韓国	70
東アジア	95
女性の平均寿命 (1995-2000)	76.0

背景

1953年制定の韓国刑法典第269-270条では、どんな理由であっても中絶は厳しく禁じられていた。しかし、1973年に制定された母子保健法により、例外が設けられた。母子保健法は、医師が中絶を実施してもよい場合として、妊婦または夫が、大統領令により規定された優生的あるいは遺伝的な精神的または身体的疾患をもつとき、妊婦または夫が、大統領令に規定される伝染病を患っているとき、妊娠が強姦または近親姦の結果生じたものであるとき、妊娠の継続が妊婦の健康を著しく損なう恐れのあるときをあげている。これらを除く場合に、自己流産をした妊婦、または中絶を行った者はすべて、1年の禁固または罰金が科される。中絶を行った者が医師の場合は、処罰はより重く、2年までの禁固刑となる。

韓国の中絶合法化に至る道のりは長かった。政府は1962年に、社会経済開発戦略の一環として国

家家族計画プログラムをスタートさせたが、中絶はその後広く行われるようになった。中絶は法律で禁止されていたが、かなり多数の医師が積極的に中絶を行い、監督官庁は法の施行に消極的だったからである。1971年に行われた全国調査で81%の女性が中絶の合法化を強く希望すると回答したように、大多数の韓国女性は中絶を強く支持した。さらに、1962年から医師たちが中絶を合法化することに賛成し始めた。政府は、中絶法の規制を緩和することで法律と現実の落差を縮小させようとしたが、強い反対に直面した。その後のいくつもの試みにも失敗した政府は、1973年1月30日に母子保健法を施行し、現在も適用されている。

1973年の法律施行は、ごく限られた影響力しか持たなかった。多くの韓国人女性は中絶が違法であると思っていなかったし、また中絶は広く行われていたからである。中絶率（20-24歳の既婚女性を対象とした調査に基づく推定値）は、女性1000人に対し64人まで上昇したが、1990年は36人、1996年は20人と低下した。しかし、統計に表われる中絶件数は、実際の中絶件数よりも少ない。中絶の報告は義務化されておらず、またほとんどは民間クリニックで行われているからである。中絶件数は最近低下の傾向にあるが、これは20代に限定した特定年齢層の中絶率の上昇で相殺されている。この年齢層の女性は、中絶を避妊法の一つとしている者が多い。

事実、韓国では反復中絶率が高い。韓国女性の多くが、中絶を避妊失敗のバックアップとしてではなく、産児制限の主たる手段として使用していることがうかがわれる。韓国のカップルの一般的行動パターンは、希望数（通常2人）の子供ができれば、その後は妊娠しないように避妊（中絶を含む）を実行するというものである。避妊法の使用が増加したことによって中絶率は低下傾向にあるが、1985年の全国出生家庭保健調査によると、女性が中絶する理由として回答したのは、第1位が次の子供を作らない（61.3%）、次いで出産に間隔を置く（15.1%）、母体の健康および胎児障害（7.3%）、望まない妊娠（5.7%）、その他の理由（10.6%）であった。

1970年代に韓国で行われた中絶の84%は、クリニックで民間医師によって行われた。貧しい女性には補助金が支給される。中絶と同時に不妊手術を受ける場合あるいは子宮内避妊具（IUD）の失敗で妊娠した場合も同様に補助金が支給される。

韓国の合計特殊出生率は、1970-2000年に、4.3から1.7に低下した。人口増加率も同期間に2.0%から0.8%に低下した。これは人口置換レベルをはるかに下回る数値であった。これを受けて、人口プログラムは、それまでの出生レベルを部分的に修正する政策から、出生レベルを維持すると同時に、望まない妊娠と中絶の防止および思春期層への性教育を通じた母子保健の改善による家族計画プログラムの質の向上に重点を移した。韓国における近代的避妊法の実行率は1991年に70%であった。このうち女性の不妊手術がほぼ半分を占めた。政府は最近まで家族計画サービスを無料で提供していたが、現在は利用者負担にすることを決めた。これは、従来の一入っ子奨励の枠組みを廃止し、代わりに子供2人の家族を支援するためである。

カンボジア (Cambodia)

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：

中絶を行えるのは、医師と医療助手だけであるが、上級助産師も認められる。病院、保健センター、クリニック、保健省が認可した公立あるいは民間の産科センター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、1988)	33
合計特殊出生率 (1995-2000)	4.6
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	14
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)	
カンボジア	900
東南アジア	440
女性の平均寿命 (1995-2000)	56

背景

カンボジアは 1970 年代から 1990 年代にかけて国内全体が混乱の時代であった。したがってごく最近まで、中絶法に関する正確な情報は得られなかった。独立した時、カンボジアの法律は、そのほとんどが、それまでこの地を統治していたフランス植民地政府から受け継いだものであった。フランス刑法典に基づいたカンボジアの刑法典は、中絶を全面的に禁止し、明確な適用例外を設けていなかった。ただし、一般的な刑法の緊急必要性の原則によって、妊婦の生命を救うための中絶は行うことができた。

しかしながら中絶は、医療措置として広く受け入れられていた。中絶技術、根拠や同意、中絶を行う者に関する正式な指針はなく、危険な中絶でも起訴されることはなかった。ほとんどの中絶が、正規の教育を受けていない、高額の手術代金が目当ての者によって、秘密裏に行われたと推定され

る。妊産婦死亡率は高かった。保健省は妊産婦死亡の3分の1は、技術の未熟な者が行った危険な中絶が原因と推定した。

危険な状態のもとに違法中絶が広く行われていることが妊産婦死亡率を高めていることに憂慮した政府は、1997年に、中絶法を制定し、中絶を正式に取り締まる方針を決めた。政府はこの法律によって、2010年までに妊産婦死亡率が当時の半分になることを期待した。さらに政府は、この法案は国民の社会福祉を向上させるための措置であると説明した。政府は、法案提出の「理由書」の中で、この法律の目的は家庭の福祉を強化し発展させることであるとし、憲法第52条の条文、「国は人々の生活状態と福祉に優先的な注意を払う」を引用した。仏教の伝統では中絶の合法化は認められないと考える人たちからの反対もあったが、この法案は1997年10月初めに制定された。

この新しい法律のもとで、女性は妊娠12週までは要請に応じて中絶を受けられる。この期間を経過した後は、次の場合に限って中絶が認められる。それは(a)異常妊娠のまま進む可能性がある、あるいは妊娠が母体に危害を及ぼす；(b)生れてくる赤ん坊が「不治の病」を抱える恐れがある；(c)強姦による妊娠である、の3つである。これらの場合、中絶には「2-3名の医療従事者」のグループによる承認が必要である。中絶を行うことが許可されるのは、医師とその医療助手、あるいは助産師だけである。これらの者は、妊婦に対して中絶の合併症に罹患する可能性があること、および次の出産まで間隔を置くことの利点を説明した後に、妊婦から中絶に対する同意を得なければならない。中絶は、病院、保健所、診療所、保健省の認可を受けた公立あるいは民間の産科センターで行われなければならない。これらの施設は、中絶合併症による緊急事態に対処する技術力をもっていなければならない。また必要な場合は患者を病院に転送できる体制でなければならない。法律条項に違反した者は、違反の程度に応じて、警告、罰金、禁固の刑が科される。違法中絶が慢性的な病気や障害あるいは死亡の原因となった場合は最も重い処罰となる。

この法律が施行されたのは最近なので、カンボジアの妊産婦死亡率にこの法律がどのような影響を与えているかは明確ではない。カンボジアの医療サービスはそれほど発展していないので、国民の多くは医療サービスを十分に利用できない状態である。特に入院患者の場合は著しい。適切な教育を受け、安全な中絶が行える医療従事者を増やすことも必要である。こうした課題を抱えているため、少なくとも当面の間は、多くの中絶が技術的に未熟な者によって危険な状態で行われる状態が続くとみられる。この法律が中絶率にどの程度影響するかについても不透明である。ある調査は、カンボジアでは避妊法の需要に対し供給が大幅に不足していると指摘した。ただし同調査は、避妊法を使用しているのは国民の13%にすぎず、近代的避妊法の実行者は7%程度であるとも報告している。

ガーナ (Ghana)

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:

中絶手術を行えるのは、登録医師のみであり、妊婦の同意が必要である。妊婦が同意を表明する能力がない場合は、親族または保護者の同意が必要である。中絶手術は政府の病院、あるいは 1958 年制定の民間病院または民間産院条例 (Private Hospitals or Maternity Homes Act: No.9) に基づき、認可登録された民間の病院もしくは診療所あるいは中絶を認可された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、1993)	10
合計特殊出生率 (1995-2000)	5.2
年齢別特殊出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	113
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)	
ガーナ	740
西アフリカ	1020
女性の平均寿命 (1995-2000)	61.8

背景

1985 年まで、ガーナにおける中絶には、1960 年の刑法典 (法律 29 号、第 58-59 条および第 67 条) が適用されていた。この法律のもとでは、中絶を行った者あるいは行うとした者はすべて、妊娠の有無にかかわらず、罰金刑あるいは 10 年までの禁固刑、またはその両方が科された。自己中絶あるいは違法中絶を受けた女性も同様の処罰を受けた。ただし、内科的あるいは外科的治療を行う目的で、誠実かつ慎重に行われる場合は合法とされた。

1960 年の法律はいくつかの点で明確さを欠いていた。例えば、中絶を行える有資格者とはどのような者なのか、女性 (または法定代理人) の同意が必要かどうか、中絶が許される妊娠期間、合法中

絶を行えるのはどの施設なのか、などについて明確な規定がされていなかった。さらに、内科的あるいは外科的治療の内容も定義されていなかった。1970年代初めに医師と法律家を対象に行われた2つの調査は、この法律に非常に不明確な部分があるため、人によって異なるさまざまな解釈がされていることを確認した。またこれらの調査で、圧倒的多数の医師がもっと明確で規制の緩やかな法案の草案を支持したことが明らかになった。

ガーナは1985年に新しい中絶法（2月22日法律第102号）を制定した。この法律のもとでは、一般に、中絶を意図して、女性に毒物あるいは有毒物質を投与した者、または器具あるいは他の手段を用いた者は、女性が妊娠していたか否かあるいは同意をしていたか否かにかかわらず、有罪とみなされ5年以内の禁固刑となる。女性に中絶そのものあるいは中絶への同意をそそのかした者、女性が中絶をする手助けをした者、中絶させようとした者のいずれも、有罪とされれば5年以内の禁固刑が科される。中絶に使用されることを知りながら、毒物、薬物、器具、その他を提供あるいは調達した者も同等に処罰される。

それでも新しい法律によって、中絶を合法と認める場合の範囲が広がった。現在、妊娠の継続が妊婦の生命に危険を及ぼす、あるいは妊婦の身体的または精神的健康を損ねる場合に行われる中絶は合法である。また、生れたとしても、その子供が重大な身体的異常あるいは病気を持つ、あるいは後になって発症する危険性が高い場合にも、中絶は合法である。さらに妊娠が強姦や近親姦、あるいは精神的障害を持つ女性への性的暴行による場合も、中絶は合法とみなされる。

合法中絶は、妊婦の承諾を得たうえで、登録された医師によって行われなければならない。妊婦に同意を表明する能力がない場合は、最も近い親類あるいは後見人の承諾が必要となる。中絶が行えるのは、政府の病院、あるいは1958年制定の「民間病院・産院条例(第9号)」に基づいて登録された民間の病院およびクリニック、あるいは同法が特別に指定した施設に限られる。

中絶に関する公式の統計はないが、最近のいくつかの調査は、ガーナでは中絶が一般的に行われていることを示唆している。たとえば、1987年にアクラとタマレで実施された調査では、中絶が産児制限の手段として普通に利用されていることがわかった。1984年に産科外来者を対象にアクラで行われた調査でも、それまでに少なくとも1回は病院で出産をしている女性の20%が、少なくとも1回は中絶をしていた。ガーナでは、規制は緩和されたが、資源に制約があるので合法中絶件数は限られる。したがって、女性たちはしばしば違法中絶を受け、結局合併症のために病院を訪れることになる。違法中絶が原因の合併症は、ガーナでは公衆衛生と重要な関わり合いをもってきた。それは、合併症が妊産婦死亡率や疾病率を高めると同時に、限られた保健資源がここに充てられるからである。

1994年にガーナは、1969年の人口政策を見直した。この変更は、1991年にガーナ家族計画プログラムが実施した徹底的な分析調査の結論を受けて行われたものである。1992年には国家人口委員会を設置された。この委員会は人口・家族計画に関わる政府および非政府団体（NGO）の活動を監視・調整する。政策の変更は、1988年のガーナ人口・保健調査（DHS：Demographic and Health Survey）の結果への対応でもある。この調査は、合計特殊出生率が6.4であると指摘した。また同調査は、有配偶女性の13%が何らかの避妊法を使用しており、うち5%が近代的避妊法を使用していることを明らかにした。

ガンビア (Gambia)

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	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、1990)	7
合計特殊出生率 (1995-2000)	5.2
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	155
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、1995-2000)	
ガンビア	1100
西アフリカ	1020
女性の平均寿命 (1995-2000)	48.6

背景

1934 年 10 月 1 日制定のガンビア刑法典 (140-142 条、198-199 条) では、中絶は、どんな場合も犯罪とみなされる。しかし、一般的な刑法の緊急必要性の原則は、妊婦の生命を救うために行われる中絶を認めている。さらに、刑法典は、出生する力のある子供を殺した者は、純粹に母親の命を守るためにその行為を行ったのであれば、有罪とみなされないと規定している。刑法典は、少なくとも妊娠 28 週を経過した場合、子供は出生する能力を持つと推定されるとしている。

加えてガンビアは、英国のコモン・ローを基礎とする法体系をとっている他の英連邦諸国と同様に、健康を理由に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」の判決に従っている。この判決は、強姦された女性の妊娠中絶をした医師を無罪とした。裁判所は、女性が「身体的また精神的崩壊」状態になることから守るために行われたものであるから、中絶は合法であると決定した。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に先例を作ったものであった。

違法中絶を行った者は 14 年の禁固刑に処せられる。自分で中絶をした、あるいは中絶することに同意した女性は、7 年の禁固刑である。違法中絶に使用されることを知りながら器具を違法に提供した者は 3 年の禁固刑である。

ガンビア政府が明確なとした人口政策を打出したのは 1979 年であったが、家族計画サービスは 1960 年代の終わり頃から提供されていた。人口政策はその後、1994 年に実施された国家保健プログラムに包括された。家族計画は、中絶件数と妊産婦の死亡数を減らすことと、母子の栄養状態・教育・家計を改善することを全体的な目標としていた。避妊具・薬の入手は、民間部門では薬局およびガンビア家族計画協会が始めた地域ベースの配給制度を通して、公的部門では政府のクリニックと 5 つの主要保健所を通して可能となっている。避妊法の実行率は非常に低く、近代的な避妊法を利用しているのは、出産可能年齢層の女性の 7% に過ぎない。避妊実行率が低い原因はいくつか考えられる。そのうち最も重要なのは、ガンビアの人口の 45% が 15 歳未満で、中位年齢は 18.8 歳であるのに、21 歳未満の女性に避妊サービスが提供されていないことである。未婚の母が家族計画サービスを受けるには両親の同意が必要である。非識字率の高さ、伝統的慣例、女性の地位の低さ、不十分かつ訓練を受けていない医療関係職員、家族計画ワーカーのモラルの低さ、コミュニケーション手段の不足、不十分な資金なども避妊実行率の伸びを阻害する要因となっている。

北朝鮮 (Democratic People's Republic of Korea)

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	低下させる
避妊器具・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、1990/1992)	62
合計特殊出生率 (1995-2000)	2
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	1.6
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)	
北朝鮮	70
東アジア	95
女性の平均寿命 (1995-2000)	75

背景

1950年3月の刑法典は、北朝鮮では、「重大な理由」のある場合に中絶は認められると規定している。これらの理由の詳細は刑法典には規定されていない。「重大な理由」がないのに中絶を行った者は、3年までの禁固刑が科される。しかし、中絶をおこなうことに同意した女性あるいは自分で中絶をした女性は、刑法上の責任は問われない。

刑法典の中絶条項の適用に関する情報は入手困難であるが、これまでの報告は、「重大な理由」は幅広い解釈が可能なので、妊娠7カ月までは、実質的に女性の要請があれば認められると示唆している。中絶は県の産科病院において無料で行われるとの報告があった。

家族計画プログラムは、北朝鮮では、1970年代初めから行われてきた。家族計画プログラムは母子保健サービスに統合され、公衆衛生省が管轄している。広報教育活動はこのプログラムの重要な要

素である。公衆衛生省は、国内すべての病院・クリニックの産婦人科に避妊具・薬を提供し、相談窓口を設けている。これらのサービスは「地区医師制度」(section doctor system)を通して提供される。これは、近隣の複数家族をグループとし、1人の医師がこのグループの健康管理を担当するシステムである。子宮内避妊具(IUD)は、北朝鮮で避妊法を使用している者の80-90%が使用している方法である。しかしながら、同国の家族計画プログラムが支給した北朝鮮製のIUDは欠陥率が高く深刻な副作用を引き起こした。この結果、IUDの輸入に国際支援が提供されている。

キューバ (Cuba)

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。

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 (15-49 歳、1987)	70
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)	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)	
キューバ	95
カリブ海地域	400
女性の平均寿命 (1985-1990)	78

背景

革命前のキューバの中絶法は、1870年のスペイン刑法典 (Spanish Penal Code) をモデルとしたもので規制が非常に厳しかった。1936年に社会防衛法 (Social Defense Code) と称する新しい刑法典が導入され、規制はいくぶんか緩められた。新しい法律は、次の場合には中絶が認められるとした。それは、妊婦の命を救うあるいは妊婦の健康に害が及ばないようにするのに必要な場合、強姦、結婚に繋がらない誘拐、処罰の対象となる強制的性交渉による妊娠の場合、重度の遺伝的あるいは感染性の病気を胎児に移さないようにする場合であった。健康への危険を理由とした中絶には、2名の医師による許可が必要とされた。しかし、中絶は民間のクリニックで手頃な金額で簡単に受けることができた。

革命後の数年間 (1959-1964年) は中絶法の取締りが幾分強化された。取締まりの強化と、かなりの数の医師がキューバから海外に移住したことによって、無資格者による中絶件数が増加した。こ

れが妊産婦死亡率を高める結果となり、キューバ政府に世界保健機関（World Health Organization）の健康の定義を採用させることになった。健康を「身体的、精神的、社会的に満足な状態であること、単に病気とか病弱でない状態というだけではない」というこの定義によって、中絶法のより緩やかな解釈が可能になり、国の保健制度による中絶の制度化に繋がった。こうして 1965 年から、中絶は全国保健制度を通して、妊娠 10 週までは要請により受けられるようになった。

1979 年に社会防衛法に代わる新しい刑法典が採択された。新法典は、違法中絶であるとみなされる条件を定義し、違法中絶をおこなった者に対する処罰を規定している。中絶に関する衛生規則を無視して行われた中絶は「違法」とみなされ、中絶を行った者には 3 カ月から 1 年の禁固刑が科される。利益目的、正規の施設以外の場所、医師でない者のいずれかに該当する条件でなされた中絶も「違法」とみなされ、2-5 年の禁固刑と処罰は重くなる。妊婦の同意なしに行われた場合も「違法」とみなされる。この場合、強制的でなかった者は 2-5 年の禁固刑、強制的に行った者は 3-8 年の禁固刑となる。

妊娠 5 週目以内であれば、月経調整が使われる。女性は妊娠の確認を要求されない。また未成年者も月経調整ならば親の同意は必要ない。妊娠 10-12 週の中絶の場合は妊娠の確認をしなければならない。妊婦は婦人科医の診察と、ソーシャル・ワーカーのカウンセリングを受けなければならない。妊婦が 18 歳以下の場合は親の同意が必要である。妊婦が 16 歳以下の場合は医師委員会の承認が必要である。妊娠中期（4-6 カ月）の中絶には、初期中絶の条件に加え、産科医、臨床心理師、ソーシャル・ワーカーからなる委員会の承認を得なければならない。

1968 年から 1974 年にかけて合法中絶率は、出産可能年齢の女性 1000 人対 16.7 から 69.5 と 4 倍増の急上昇をみせた。その後は、同じく女性 1000 人対 47 から 62 の間を変動している。キューバでは、この 15 年間に避妊法実行の増加で中絶率は下がってはいるが、それでもまだかなり高いレベルにある。

キューバでは、避妊サービスは公立のすべての保健センターと、政府の全面援助を受けている民間団体のキューバ家庭開発科学協会（SOCUDEF : Sociedad Científica de Cuba para el Desarrollo de la Familia）で広く入手可能である。現在キューバでは妊娠可能年齢層の女性の約 70%が避妊を実行していると推定される。しかしながら、一部の避妊法はまだ供給が不足しており、避妊の選択の余地は限られている。

クロアチア (Croatia)

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:

女性は自分が中絶することを決めたことを文書で証明しなければならない。医師は女性の決定を受け入れなければならない。女性は、中絶を受ける日の少なくとも6日前にカウンセリングを受けなければならない。中絶は、適切な情報部門を持つ保健施設で、良好な医療環境のもとで医師によって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	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)	1.6
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)	
クロアチア	..
南ヨーロッパ	14
女性の平均寿命 (1995-2000)	77

背景

ユーゴスラビアでは 1952 年の初めに、違法中絶の増加とそれに伴う妊産婦疾病・死亡率の上昇に対応して、中絶法の改正が何度となく行われ、規制緩和が進められていた。中絶法の相次ぐ改正の目的は、合法中絶を受けやすくすることによって違法中絶が行われるのを阻止することであった。妊娠 10 週以内の中絶に委員会の承認を不必要とした 1969 年の決定で、違法中絶の件数は激減した。委員会の承認の必要条件は、中絶に対する実際的また心理的障害となっていた。中絶率は依然として高い水準であったが、当時の政府は目標を達成した。違法中絶は実質的に排除され、中絶が原因の妊産婦の疾病・死亡率は著しく低下した。

1978年4月21日、旧社会主義連邦共和国政府は出産に関する包括的な法律を可決した。これは、子供の出生を決定するのは人間の権利であると宣言している、1974年2月21日のユーゴスラビア連邦憲法第191条を発効させるためのものであった。この法律には、避妊サービス、不妊手術、不妊症治療を含む、出産に関係するあらゆる事項が規定されていた。またこの法律は、刑法典の違法中絶の罰則に関する条項を改正した。

クロアチアは、1991年に旧ユーゴスラビア社会主義連邦共和国から独立し、新しい憲法を制定したが、中絶を規制する法律は変更しなかった。1978年の法律は、妊娠10週までは要請に応じた中絶を認めている。中絶は、婦人科か産科を持つ病院あるいは他の認可保健施設で、医師が実施しなければならない。16歳以下の妊婦の場合は両親か後見人あるいは保護局の認可が必要である。妊娠10週を過ぎた場合の中絶は、専門家委員会の承認が必要である。専門家委員会は、婦人科医1名を含む2名の医師、ソーシャル・ワーカーまたは正看護師で構成される。この委員会は次の場合に中絶に同意することができる。それは、妊娠中・出産時・出産後に関係なく、女性の生命を救うあるいは女性の健康に害が及ばないようにするのに他の手段がないことが立証された時、子供が先天的に重度の身体的また精神的欠陥をもって生れてくる可能性が医学的に立証された時、妊娠が強姦、法的無資格者との性交渉、権力濫用による性交渉、子供に対する性暴力行為、近親姦などの犯罪行為によるものである時である。女性は、委員会が第1次審査で中絶要請を却下した場合、第2次審査に持ち込むことができる。妊婦の生命もしくは健康に差し迫った危険がある場合または中絶がすでに開始されている場合は、何時でも中絶を行うことができる。

中絶を行う認可を得ていないのに中絶を行った医療機関、あるいは委員会の承認を得ないで妊娠10週以上の中絶をおこなった医療機関は、2000-10000万クロアチア・ディナール(HrD)の罰金刑を受ける。上記の中絶に関わった個々の医療従事者は500-3000HrDの罰金刑が科される。クロアチア刑法典は付加条項で、1978年法律の他の条項に違反して中絶を行った者に対する刑罰を規定している。妊婦が同意していれば3か月から3年の禁固刑、同意していなければ1-8年の禁固刑である。金銭が目的の場合と、妊婦の同意を得ていた中絶で、妊婦に重大な損傷を与えた場合は、6か月から5年の禁固刑である。妊婦の同意のない中絶で、妊婦に重大な損傷を与えた場合は、3-15年の禁固刑である。クロアチア刑法典は、裁判所が刑を増減できる様々な条件を規定している。

家族計画サービスは、旧ユーゴスラビアでは、1950年代半ばから通常の医療サービスの一環として提供されていた。家族計画機関は1963年に国と地域レベルで設立され、家族計画協会は1966年から存在していた。しかしながら、学校での性教育や家族計画のカウンセリングは組織的に発展してきていない。全国的にみると、家族計画に対する抵抗はまだ残っている。クロアチアは、他の旧ユーゴスラビア構成共和国に比べて避妊法実行率が高く、また同じ共和国の中でも、1970年代から避妊法の使用が増えた数少ない国に入っているが、近代的避妊法の使用はまだ限られており、中絶がまだ出産調節の基本的な手段となっている。

ケニア (Kenya)

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、本人とその配偶者の同意のもとで、資格を有した医師によって行われなければならない。中絶が行われる前に、中絶を行う医師と精神科医の2名の医学的所見が必要である。また、中絶手術は病院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、1998)	32
合計特殊出生率(1995-2000)	4.4
年齢別特殊出生率(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)	
ケニア	650
東アフリカ	1060
女性の平均寿命(1995-2000)	53.0

背景

ケニアでは、1973年に改正された刑法典(158-160条)で、中絶を一般的に禁止している。流産させることを目的に、非合法に女性に何らかの毒性物質を投与したり、他の手段を用いたりした者はすべて14年の禁固刑となる。同じ行為を自分自身のために行った女性、あるいはこの行為を受けることに同意した女性は、7年の禁固刑に科される。違法中絶に使用するためと知りながら、この種のものを供給した者は3年の禁固刑が科される。

しかし、刑法典の他の条項では、妊婦の生命を救うための中絶は行うことを認めている。刑法典240条は、母親の生命を守るために、誠実に適当なケアと技能をもって胎児に外科手術を行う者は、その手術が患者の状態およびそのケースのあらゆる状況を考慮した上で妥当であると認められれば、

刑法上の責任は問われないと規定している。

加えてケニアは、英国のコモン・ローを基礎とする法体系をとっている他の英連邦諸国と同様に、健康を理由に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」の判決に従っている。この判決は、強姦された女性の妊娠中絶を行った医師を無罪とした。裁判所は、女性が「身体的及び精神的崩壊」状態になることから守るために行われたものであるから、中絶は合法であると決定した。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に先例を作ったものであった。

実際には、中絶を行う前に、中絶を行う医師と精神科医の2名の医師による医学的所見が必要であると報告されている。中絶は資格を有する医師によってなされなければならない、妊婦本人と、結婚している場合はその配偶者の同意が必要であると報告されている。

公式な中絶統計は得られていないが、病院を対象とした調査は、非合法の中絶がケニアで深刻な健康上の問題となっていることを明らかにしている。1988年から1989年にかけて全国の病院から集めたデータによれば、婦人科の入院患者の約半数が中絶が原因であったという。また、さまざまな調査によれば、成人前の女子学生の中絶件数が高くなっており、これら女子学生は退学処分を恐れて非合法の中絶に頼ることが多いという。ケニアでは、中絶が母親の死亡原因のかなり大きな割合を占めている。1978年から1987年にかけてケニヤッタ国立病院で実施された遡及的調査で、中絶による死亡は死亡全体の20%以上を占め、中絶が妊産婦死亡の最も重要な決定要素となっていることが判明した。

ケニアは、サハラ以南諸国の中では家族計画プログラムの実施で歴史のある国の一つであるが（1967年に開始）、避妊法実行率は低く、近年までアフリカ大陸で最も高い出生率を維持していた。しかし、最新のデータによると人口動態は変化しつつある。例えば、1989年のケニアの人口・保健調査によれば、合計特殊出生率は、1977年の8.1から1989年には6.7へと下った。現在（1995-2000年）は4.45と推定される。一方、有配偶女性の近代的避妊法実行率は、1977年の7%から1989年は27%に上がり、1998年までには32%になったと推定されている。政府は、合計特殊出生率を2000年までに4、2021年までに2.5に引下げること目標としている。政府はこの目標達成のため、避妊法実行率のアップを図っており、あらゆる方法で、2000年までに43%に高める目標を設定している。ケニアは、リプロダクティブ・ヘルスに関するあらゆる活動を実施に移すためにリプロダクティブ・ヘルス戦略（1997-2000年）を策定した。1991年の家族計画基準を見直し、サービス提供者に適用される新しい基準との整合性を図った。新しい基準はリプロダクティブ・ヘルスに関するあらゆる側面を包括している。