

コスタリカ (Costa Rica)

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:

中絶は妊婦が同意していなければならない。中絶手術は医師が行わなければならないが、医師がいない時は公認助産師が行ってもよい。

* 法律は、健康の保持に身体的と精神的の両方の健康を含むかどうかを明記していない。

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	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、1992/1993)	75
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)	85
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)	
コスタリカ	55
中央アメリカ	140
女性の平均寿命 (1995-2000)	79

背景

1970 年 5 月 4 日のコスタリカ刑法典 (Costa Rican Penal Code) (118-122 条) は、妊婦の生命あるいは健康に危険が及ぶ恐れがあり、その危険を回避するのに他に手段がない場合、中絶を行うことを認めている。妊婦の同意を得なければならない、また中絶は医師が行わなければならない。医師が見つからない場合は助産師が行ってもよい。

違法中絶を行った者は、それが妊婦の同意を得ている場合は、1 年から 3 年の禁固刑である。また自己中絶者、あるいは中絶に同意した者にも同刑が科される。中絶が、妊娠中期終了前に行われた

場合、刑罰は6カ月から2年に減刑される。妊婦の同意を得ないで中絶を行った者、あるいは15歳以下の女子に中絶を行った者は、3年から10年の禁固刑である。この2つの場合で、中絶によって女性が死亡した場合はさらに重い刑罰が科される。刑法典120条は、女性が自分の不名誉を隠すために同意した上で行われた中絶については、刑が軽減され、3カ月から2年間の禁固刑と規定している。

リプロダクティブ・ヘルス・サービスはプライマリー・ヘルスケア・サービスに組み込まれており、1980年代後半から、国内のすべての公共施設で提供されている。サービスは受け易く、質は高い。内容は、家族計画、産前・産後のケア、出産介助である。女性の4分の3は近代的避妊法を使用しており、公共サービスを通してほぼ無料に近い価格で提供されている。1989年に政府は、思春期層向けの包括的な思春期ケアプログラムを承認した。それには、性教育の広報教育キャンペーンおよび2つの公立病院における思春期の母親へのケアが含まれている。

コロンビア (Columbia)

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:

中絶には女性の承諾が必要である。

* 中絶法は、女性の生命を救うための中絶を認めることを明文化していない。しかし、刑法の総則では、緊急必要性の理由のもとに、女性の生命の救済のための中絶を認めている。

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 (15-49 歳、1995)	72
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)	88
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)	
コロンビア	100
南アメリカ	200
女性の平均寿命 (1995-2000)	74

背景

コロンビアでは、中絶は 1980 年刑法典の条項によって規制されている。この法典の 343-345 条は、中絶を全般的に禁止し、例外はないと明記している。しかし、刑法の総則のもとで、妊婦の生命を救う目的での中絶は認められている。違法中絶に対する刑罰は、中絶が行われた状況に応じて異なる。女性の同意を得て中絶を行った者、さらに自分で中絶をした女性、あるいは他の者による自分の中絶を許可した女性も、ともに 1 年から 3 年の禁固刑である。女性の同意を得ずに、あるいは 14 歳以下の少女に中絶を行った場合、刑罰はより重くなる。この場合、中絶を行った者は 3 年から 10 年の禁固刑である。

1980年刑法典の条文は、1936年刑法典の条文をそのまま踏襲している。1936年刑法典は、それまで明記されていた中絶の全般的禁止の例外を削除した。その例外条項は、妊婦の生命を救うためのやむを得ない手段として中絶を認めるというものであった。1980年刑法典でなされた大きな改正は、中絶が女性の名誉を守るために行われた時に適用される、恩赦を含む減刑措置を削除したことである。1980年刑法典には、この削除の代わりに、次の場合の中絶に科される刑罰を軽減する条項が挿入された。それは、暴力・虐待による性交渉あるいは女性の同意なしで行われた人工授精によって妊娠した女性が、自己中絶した、あるいは他人による中絶に同意した場合に科される刑罰の軽減である。上記の場合、女性は4ヶ月から1年の禁固刑である。

1980年刑法典の施行以後、同法典の中絶条項の規制を緩和する試みが何度もなされてきた。最近の試みとしては、1997年に、セクシュアル／リプロダクティブ・ヘルス法の一部としてコロンビア国会議員が提案したものがあつた。これと同時に、中絶に反対する議員たちが、違法中絶に対する刑罰を重くする法案を提出した。この提出案は可決されなかつた。

2名の個人が裁判によって刑法典の中絶条項を変えようと試みた。この提訴は、1991年憲法が、現行の法律を裁判所に提訴する機会を大幅に拡大したことによって可能となつた。1人は、刑法典の中絶禁止条項は、憲法の定める、カップルに子供の数を自由に責任を持って決める権利と良心と信仰の自由の権利に抵触する憲法違反であると主張し、そのことを明確に宣言した刑法典の条項を求めた。もう1人は、強姦、虐待による性交渉、あるいは強制的な人工受精の場合の中絶について、これらは憲法の生命権を侵害する憲法違反であるから、この場合の中絶に減刑を認める条項を求めた。憲法裁判所はどちらの訴えも却下した。この訴訟の過程で同裁判所は、コロンビアにおいては合法中絶の概念はないと明確に述べた。

このようにコロンビアでは、現行法で中絶は規制されている。しかし中絶は広く行われている。中絶に関する公式の統計は、1974年以降入手不可能であるが、1975年には推定で妊娠全体の18%が中絶されたとみられている。この数値は1980年代後半には25%になったと推定されている。さらに、コロンビアでは1980年代後半に、妊産婦の死亡全体の60%が中絶の結果だった。しかし、非合法中絶に対して訴訟が起されることはめつたにない。

1991年の国の憲法には、家族計画を行う権利に関する条項があるが、政府による家族計画サービスの提供は、最近まで最低限のものでしかなかつた。それでも、2000年までの実施計画であるコロンビア基本ヘルスケア計画には、妊産婦・出産ケアをはじめ幅広い避妊法の提供を含む家族計画サービスの提供などのリプロダクティブ・ヘルス・サービスが含まれている。1998年にはこの計画を実施するために、新しいセクシュアル／リプロダクティブ・ヘルス政策が承認された。この政策は特に妊産婦死亡率を低下させること、非合法中絶による死亡数を減少させることを目標としている。この目標を実現するために、本計画では、緊急ケアサービスの管理、合併症への対応能力の改善、時機を得た入院と医療を行うことを明示している。1993年には思春期層のための性教育が義務づけられた。しかし、思春期層に特定した規定あるいはリプロダクティブ・ヘルスケア・プログラムはない。コロンビア家族計画協会（PROFAMILIA/Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana）は、重要な家族計画サービス提供機関であり、1995年の時点で国内の家族計画サービスのほぼ70%を担っている。

コンゴ民主共和国 (Democratic Republic of the Congo)

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 :

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、1991)	8
合計特殊出生率(1995-2000)	6.43
年齢別出生率(15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	217.1
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)	
ザイール	870
中部アフリカ	950
女性の平均寿命(1995-2000)	52.3

背景

コンゴ民主共和国は、19 世紀後半に、1867 年ベルギー刑法典の全般的な中絶禁止の条項を自国の刑法典に採り入れた。1933 年に、避妊具・薬と中絶薬の販売、展示、配布、製造、輸入、宣伝を禁止する政令を制定した。これらの法律はその後廃止されたことはない。従って、中絶を実施した者は、刑法典の 165 条と 166 条 (最新のものは 1982 年 5 月 31 日付) のもとで、5 年から 15 年の禁固刑となる。自己中絶した女性は、5 年から 10 年の禁固刑である。

刑法典は中絶の禁止の例外を明記していないが、一般刑法の緊急必要性の原則により、妊婦の生命を救う目的での中絶は可能である。さらに、妊婦の生命を救う目的だけでなく、妊婦の身体的また精神的健康に重大な危険がある場合、および子供が深刻で治癒する見込みのない病気を持って生まれる可能性がある場合に、治療的理由で合法的に中絶が認められると報告されている。さらに、家族の社会・経済的状況からもう一人の子供を育てるのに適していない場合も、実際には中絶が認められると報告されている。

こうした状況でも、コンゴ民主共和国では、特に都会の若年層と未婚女性の間で、非常に多くの闇中絶が行われている。中絶後の合併症で入院した患者は、ほとんどが若い未婚の都市生活者である。この高い中絶率が家族計画プログラム推進の原動力の1つであった。家族計画プログラムは、1972年に開始され、1982年に望ましい出産プログラム(Desirable Birth Services Programme)を加えて拡大された。望ましい出産プログラムの目的の1つは、避妊サービスを通して、中絶、乳児殺し、育児放棄、多産と間隔の短い妊娠が原因の栄養不良を減少させることである。プログラムは強い反対にあった。家族計画が利用し易くなることによって、出産後の長期間の禁欲と一夫多妻に基づく伝統的な結婚形態が脅かされると考える人たちがいたからである。1987年に施行された新しい家族法で女性の地位は向上したが、避妊法実行率はまだ非常に低い。役人と政治指導者の中に家族計画に反対する者がおり、それが避妊と合法中絶の両方に関する情報不足を広範囲に生じさせることとなっている。

サウジアラビア (Saudi Arabia)

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:

合法中絶は、政府病院にて行われねばならない。中絶前に、病院長が指名した医学専門家3名が推薦状に署名をする必要がある。政府が認可した規格の申込書に妊婦本人と夫または保護者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	現状維持
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)	—
合計特殊出生率 (1995-2000)	5.8
年齢別出生率 (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)	
サウジアラビア	130
西アジア	320
女性の平均寿命 (1995-2000)	73.4

背景

サウジアラビアでは、イスラム法の成文化していない原則によって、中絶は一般に非合法である。違法中絶をおこなった者は、中絶した胎児の親族に賠償金の支払いをしなければならない。しかし、医師および歯科医の業務規則 (1989 年 6 月 26 日閣議決定 218/17/L) の施行規則第 24 条により、妊娠 4 カ月以内で、妊娠を継続した場合母親の健康に重大な危険があると確実に証明される場合には、中絶が認可される場合もある。妊婦本人と夫あるいは後見人の文書による同意が必要である。

この施行規則第 24 条は、上級ウラマー委員会 (Committee of Senior Ulema) の決議第 140 号に基づいたもので、施行規則はこの委員会決議をそのまま引用したものである。委員会の決議は、妊娠のいかなる段階においても中絶は認められず、例外は (イスラム法に従って) 合法と認められる場合で

あるが、その範囲は非常に狭いという内容である。

委員会の 140 号決議は、妊娠の 3 つの段階に言及している。妊娠 40 日以内の中絶は、法的特典を遂行するため、あるいは予測される害を避けるために必要とみなされる場合に認められることもある。しかし、育児の苦労や生活・教育費の確保あるいは将来に不安がある、あるいは両親がこれ以上子供は作らないことを決めたなどの場合には認められない。胎芽の段階での中絶は、認可医学委員会が、妊娠を継続した場合、妊婦の安全に危険が及んで妊婦の死亡に繋がる可能性があり、その危険を除去する手段が全くないと決定した場合以外は認められない。妊娠 4 カ月以降の中絶は、認可専門家委員会が、妊娠の継続は妊婦を死に追いやることになり、それを回避する手段はまったくないと言明した場合以外は認められない。決議 140 号は、これらの条件のもとで、中絶は、「2 つの危険の重い方を回避し、2 つの利益のより良い方を果たすために」認められると規定している。

サウジアラビア政府は、特に人口問題を考察した総合政策を策定していない。しかし、政府は人口問題を、国家のアイデンティティーを確立するとともに、必要な労働力を確保するという文脈の中でとらえているので、人口増加率は低すぎるとして、政府が介入し人口増加率を高めようとしている。政府は比較的高い水準にある出生率は満足できるとみているが、人口増加政策は続けている。合計特殊出生率は、1985-1990年の6.8から、1990-2000年は5.8に低下した。また人口増加率も同期間に4.8%から3.4%に低下した。

シエラレオネ (Sierra Leone)

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	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)	-
合計特殊出生率 (1995-2000)	6.1
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	202
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)	
シエラレオネ	1800
西アフリカ	1020
女性の平均寿命 (1995-2000)	38.7

背景

シエラレオネの法律では、英国の 1861 年「人に対する犯罪法 (Offences Against the Person Act)」がまだ有効である。この英国法は、すべての中絶を禁止し、中絶を行った者、中絶を行うことに同意した妊婦の両方を刑罰に処している。1988 年に薬局業務を規制するために導入した法律 (1988 年薬局・薬剤法) も妊娠を終了させる、あるいは妊娠の過程に影響を及ぼす目的で使用される可能性のある薬剤あるいはサービスの一切を宣伝することを禁止している。

しかし、一般刑法の緊急必要性の原則により、妊婦の生命を救うための中絶は認められている。さらにシエラレオネは、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、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「身体的また精神的崩壊」状態になるのを守るために行われ

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。

シエラレオネでは中絶率の高いことへの憂慮が広がっている。特に、問題が深刻なのは若年層の女性で、妊娠率が高く、多くが中絶を求めざるを得なくなっていることである。合法的に行われる中絶のうち 80%は、15-24 歳の年齢層と推定されている。シエラレオネでは、中絶後の合併症が入院及び妊産婦死亡の最大原因となっている。この状況は、すでに過剰な負担を抱えている医療制度に一層の負担をかけることになった。同国の妊産婦死亡率は世界で最も高く(出生 10 万対死亡 1800)、合計特殊出生率は 6.1 と推定されている。

家族計画サービスは、知識と受けやすさの両面で限界があり、特に農村部において深刻である。また出産後の禁欲の形で出産に間隔を置くことが主な避妊法となっている。結婚している女性で近代的避妊法を使用しているのは、わずか 5%にすぎないと推定されている。1992 年に保健省は、母子保健サービスに家族計画を組み込み、家族計画の促進に大きな役割を果たし始めた。政府は人口に関するさまざまな問題を開発計画にまとめる方針を明らかにしてきた。1982 年に国家人口委員会が設立され、1989 年には国家人口プログラムの枠組み(国家人口政策文書)が策定された。1992 年に政府は、保健・社会事業省に国家家族計画プログラムを設置した。1990 年代の内戦は、政府の人口、保健、家族計画サービスの全体に深刻な影響を及ぼした。

シンガポール (Singapore)

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:

合法中絶には、妊婦による同意書が必要である。妊娠24週以内の中絶は要請によって可能である。ただし、妊婦の生命を救うため、または妊婦の身体的あるいは精神的健康に永続的に重大な害が及ぶのを阻止するために、直ちに措置が必要である場合は除く。合法中絶が受けられるのは、シンガポール国民、シンガポール国民の妻、最低4カ月間シンガポールに在住している女性に限定される。中絶をおこなう医師に要求される資格は、妊娠時期によって異なり、妊娠16週までについては、認定を受けた産婦人科で最低24カ月の経験をもたなければならない、それ以降についてはより専門的な資格が必要である。合法中絶は、政府病院またはその他の認定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	増加させる
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、1982)	73
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)	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)	
シンガポール (1990-1994)	4.8
東南アジア (1990)	440
女性の平均寿命 (1995-2000)	79.3

背景

シンガポールの中絶法は、1969 年まで、19 世紀に英国で採用された英国法に基づいていた。中絶は、この刑法典第 312-316 条のもとで処罰される犯罪行為であった。しかし、純粹に妊婦の生命を救う目的のために行われる中絶は合法と認められた。

規制の緩和を目的とする最初の法律が施行されたのは、1970年3月20日であった。この法律は、医学、優生学、法律、社会・経済の広範囲に及ぶ理由によって行われる中絶を認めた。医学的あるいは優生学的理由による中絶は、妊娠 24 週までに行われるものが認められた。一方、法的あるいは社会・経済的理由による中絶は、妊娠 16 週までが認められた。

一般に、中絶をする前に、11名で構成される委員会（妊娠終了認可委員会）の承認を受けなければならなかった。しかし、中絶法第5(3)節は、中絶を行う医師の他に別の医師1人が診察したうえで、両方の医師が、妊娠を継続した場合、妊婦の生命に重大な危険が及ぶ、あるいは妊婦の身体的また精神的健康に重大な害になるとの一致した所見を出した場合は、認可委員会の承認なしで、医師は中絶を行うことができることにした。この場合、中絶を行ったことを2週間以内に認可委員会に通知する必要があった。

1970年の法律は、既婚の女性の場合はその年齢に関係なく、また18歳以上であれば未婚か既婚かに関係なく、すべての女性の文書による同意を必要としていた。18歳以下の未婚の女性については、両親ないし後見人の同意が必要であった。18歳以下の未婚女性で、両親ないし後見人がいない場合、あるいは精神異常か精神薄弱で有効な同意ができない場合は認可委員会が同意をすることができると規定している。

1974年中絶法（刑法典第119章、第312-316条）（1980年の法律第12号により改正）によってシンガポールの中絶法はさらに自由化が進んだ。この法律は、登録医が、妊娠 24 週までの妊婦で、その妊婦の要請を受け、同意を得て行った中絶である場合、この医師は中絶関連法のもとでは有罪とならないと規定している。この期間を超えた中絶は、妊婦の生命を救うため、あるいは妊婦の身体的また精神的健康に重大で永続的な害が及ぶのを回避するために直ちに中絶が必要である場合に限って認められる。妊婦の生命を救うために直ちに中絶が必要である場合以外は、妊婦が在住あるいは国籍に関する必要条件を満たしていなければならない。この新しい法律では、妊娠終了認可委員会と同委員会の中絶認可の条項が廃止された。

1974年の法律には良心的拒否の条項が含まれている。これは、医療従事者に、妊娠を中断させるための一切の過程に関与しないことを認めるものであるが、妊婦の生命を救うために緊急に中絶が必要な場合は除かれる。この法律に違反した場合は、禁固刑または罰金刑のいずれか、または双方が科される。

1974年の法律では、登録医が処方した薬剤だけで行われる中絶の場合を除いて、中絶は政府病院または認可施設で行われなければならないと規定している。この法律のもとで出された規則は、中絶を行う医師に要求される資格を、妊娠の段階ごとに定義している。妊娠 16 週以内の中絶を行う医師は、医療管理法（Medical Regulation Act）の登録医で、認可病院内で最低 24 カ月の産婦人科病棟経験が必要とされる。妊娠 24 週までの中絶を行う医師は、シンガポール大学かシンガポール国立大学の医学（産科・婦人科）修士号、あるいは王立産科・婦人科専科大学のメンバーまたはフェローの資格を持つ者でなければならない。この規則は、中絶を行う医療機関の認可は2年毎に更新されること、またこれらの機関は秘密保持の義務が課せられていることを明記している。

上記の規則は 1987 年に改正され、中絶の前後のカウンセリングが義務づけられた。さらに、事前のカウンセリングを受けてから実際に中絶が行われるまで、妊婦に 24 時間の待機期間を設けることを要求している。ただし、妊婦の生命を救うため、あるいは妊婦の身体的また精神的健康に重大で永続的な害が及ぶのを回避するために緊急に中絶が必要である場合は除かれる。中絶前のカウンセリングは、妊婦に妊娠を続けられる可能性のある情報を提供することが目的であり、中絶後のカウンセリングは再度中絶をしないように指導することが目的である。

1996 年の中絶率（15-44 歳の女性 1000 人対）は 15.9 と推定され、近代的避妊法実行率は、最新

の1982年のデータで、73%であると推定された。

政府は人口置換水準以下の出生率を憂慮し、この傾向を逆転させるためにいくつもの措置の実施を急いできた。1986年の合計特殊出生率は、これまでで最も低く1.4であった。これを受けて政府は、1987年に女性が最低3人の子供を持つことを奨励することとし、新しい奨励策として、税の控除と還付、出産休暇手当の増額、各種育児手当、優先的な住宅入居と入学を提供している。1995-2000年の合計特殊出生率は、1.7に回復した。

ジブチ (Djibouti)

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、公衆保健法 (Public Health Law) に従って、医師によっておこなわれなければならない。

* 刑法典は、治療目的の場合の中絶を合法と認めている。しかし、この目的がどんな内容なのかは規定していない。

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	..
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)	5.3
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対 1995-2000)	30
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)	
ジブチ	570
東アフリカ	1060
女性の平均寿命 (1995-2000)	52

背景

ジブチの中絶法の現状に関しては、最近まで限られた情報しか得られなかった。1977年に独立するまで、ジブチはフランスの海外領土、後にフランスの保護領となりフランスの刑法が適用されていた。フランス人によって統治された他の諸国と同様に、中絶は全般的に禁止され、適用の例外は明記されていなかった。ただし、一般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認められていた。

独立後も、フランスの刑法の条項は有効と想定された。しかし、ジブチはイスラム国家であるので、

中絶に関してはイスラム法の条項を適用している可能性がある。イスラム法では、妊娠の期間に関係なく、妊婦の生命に危険が及ぶ場合は中絶を認めている。

ジブチは、1994年に、中絶に関する条項を含んだ新しい刑法典を制定した。これらの条項では、中絶は全般的に違法である。違法中絶を行った者あるいはそれを試みた者は、妊婦の合意の有無に関係なく、2年の禁固刑と50万ジブチ・フラン(DF)の罰金刑に処せられる。自己中絶を試みた女性、あるいは中絶を受けることに同意した女性は、6ヵ月の禁固刑と10万DFの罰金刑である。中絶を行った者が、日常的に中絶している者であった場合には、5年の禁固刑と200万DFの罰金刑が科される。中絶を行った者が医師あるいは保健の専門家である場合も、同等の刑罰が科される。

しかし、刑法典は、医師は、公衆衛生法(Public Health Law)に従って治療のために、妊娠を合法的に中断することができる」と規定している。ただし、この刑法典には、どのような中絶が治療目的とみなされるのかは規定がない。治療目的の中絶は、妊婦の生命を救うために行われるものに限定される可能性がある、あるいは妊婦の身体的及び、または精神的健康を守るためのものも含まれるかもしれない。

スーダン (Sudan)

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	直接的支援を提供
有配偶女性の近代的避妊実行率 (15-49 歳、1992/1993)	7*
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)	52
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)	
スーダン	660
北アフリカ	340
女性の平均寿命 (1995-2000)	56.4

* 北部スーダンのデータである。

背景

スーダンでは、1983 年まで、1925 年 8 月 1 日の刑法典の条項(第 262-267 節)で中絶を規制していた。この刑法典のもとで、中絶は、妊婦の生命を救う目的で行う場合を除き、禁止されていた。妊娠が「胎動期」に入る前の時期で、妊婦の同意のもとに中絶をおこなった者は、3 年までの禁固刑あるいは罰金刑、ないしその双方が科された。自己中絶をおこなった女性にも同等の刑罰が科された。妊婦の同意を得ないで行われた場合、妊娠が「胎動期」に入ってから行われた場合、あるいは妊婦を死亡させた場合は、より重い刑罰が科された。一方、未婚の女性が、自分の不名誉を隠すために中絶した場合は、刑罰は減じられた。

1925 年の刑法典は、1983 年に新しい刑法に改正された。新しい刑法は、1925 年刑法典よりもイス

ラム法の原則に準じたものであった。中絶は、妊婦の生命を救う目的以外ではまだ禁止されていたが、刑罰はイスラムの刑罰を反映して賠償金の支払いとされた。この法律に違反した者は、禁固刑と罰金刑の他に賠償金の支払いが命じられる。賠償金は、中絶の状況に応じて、胎児の親族または母親に対して支払われる。

1991年にスーダンの刑法典は再び改正され、中絶法も変更された。大きな変更は、中絶が合法とみなされる状況の範囲が広げられたことであった。意図的に女性に流産を起させた者は、次の場合には有罪とならない。それは、(a) 母親の生命を救うために流産が必要である；(b) 妊娠が強姦によるもので、90日を経過しないうちに妊婦が中絶を希望した；(c) 胎児が母親の子宮の中で死亡していることが判明した、場合である。妊娠90日以内の場合、違法中絶をした者は3年以内の禁固刑か罰金刑、あるいはその双方が科せられる。妊娠90日を超えた場合の中絶には、刑罰はより重くなり、5年以内の禁固刑と罰金刑である。どちらの場合も賠償金の支払いが科される。1991年の時点で、この新しい法律は、キリスト教徒の多い南部地域には適用されていない。

スーダンの中絶件数に関する情報は、ほとんどない。しかし、1974年から1976年にかけて首都ハルツームで実施された調査によれば、婦人科関連入院の最大理由は、中絶合併症によるものであった。同様の結果が、南スーダンでも見られる。さらにスーダンでは中絶が妊産婦死亡の主な原因の1つになっており、1990年の推定値では出生10万に対して死亡660であった。

スーダン政府は、近代的家族計画の手段を直接提供している。家族計画サービスが導入されたのは、スーダン家族計画協会（Sudan Family Planning Association）が設立された1965年であった。1975年には、保健省内に母子保健と家族計画プロジェクトが設置され、1976年にはスーダン出生調節協会（Sudan Fertility Control Association）が設立された。スーダン家族計画協会とスーダン出生調節協会は、全国で家族計画サービスの提供を行っている。家族計画は主に母子保健の向上を目的としている。家族計画サービスは無料で提供され、避妊具・薬の輸入に対する法規制はない。最近行われた調査によれば、避妊実行率は低いが、少しずつ増加してきている。スーダン北部では、女性の近代的避妊実行率は、1977-78年に4%であったものが、1989年は6%、さらに1992-93年は7%と高まった。合計特殊出生率は過去10年間に、5.4から4.6(1995-2000年)へと低下した。

スイス (Switzerland)

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、医師が、女性の同意書と別の医師 (1 名) の承認書を得て、実施しなければならない。緊急の場合は別の医師の承認書はなくて良い。スイスの法律は、治療的中絶に時間的制限を設けておらず、また中絶前のカウンセリングや待機期間の義務もない。

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	低すぎる
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	支援提供なし
有配偶女性の近代的避妊実行率 (20-49 歳*、1994/1995)	78
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)	
スイス	6
先進国	27
女性の平均寿命 (1995-2000)	81.8

* パートナー関係にある女性を含む。

背景

スイスの中絶法は、1937年12月21日の刑法典に含まれており、ヨーロッパで最も古い中絶法の1つである。この刑法典は、一般に中絶を禁じている。同刑法典第118条のもとで、自己中絶をした女性、あるいは中絶を受けた女性は禁固刑に処せられる。同第119条には、女性の同意のもとに中絶を行った者はいかなる者も、5年までの禁固刑に処せられると規定がある。女性が同意していない場合は、刑罰は10年までの禁固刑と重くなる。中絶を金銭目的で行った場合、あるいは中絶が原因で女性が死亡した場合で、中絶を行った者がそれを予見できた場合、その者は最低3年の禁固刑となる。

しかし、治療目的での中絶は合法的におこなうことができる。刑法典第120条は、妊婦の生命に対する危険、あるいは妊婦の健康に重大で永続的な害が及ぶ危険があり、これらの危険を回避する手段が中絶以外にない場合、免許を持つ医師が、妊婦の同意を得て中絶できると規定している。中絶を行う前に、医師は、妊婦の病状に詳しく、妊婦が居住する、あるいは中絶を受ける州の行政当局から指名される第2の医師(セカンド・オピニオン)から書面で承認を得なければならない。妊婦本人に同意書提出の能力がない場合は、妊婦の法定代理人の書面による同意が必要である。緊急の場合、医師はセカンド・オピニオンの同意なしで中絶手術をおこなって良いが、手術後24時間以内に地域の行政当局に通知をすると規定されている。緊急中絶の後でこの通知を怠った医師は、拘留または罰金の処罰を受ける。

スイスの法律には、中絶できる妊娠の期間に制限を設けていない。また未成年者の場合親の承諾書も必要ない。しかし、実際には、医師は妊娠中期の中絶は躊躇する。中絶率は、1996年の推定で、15-44歳の女性1000人につき8.4であった。

スイス刑法典の中絶条項は、中絶を非常に厳しく規制しており、1942年の施行以来改正されたことはないが、法の執行は州に委ねられているので、州によって大きく異なる解釈がなされている。健康への重大な危険を非常に広範囲に解釈し、そこに精神的健康と社会・経済的安寧を含める州もあれば、非常に狭くとらえる州もある。実際、この刑法典の施行後すぐに、中絶は各州でまちまちに行われるようになり、数年後には6つの州ですでに中絶の規制は非常に緩やかになっていた。自由化への傾向はその後も続き、現在は心理・社会的理由による中絶は広く受け入れられており、中絶を受ける女性の95%以上を占めている。実際、規制がもっと緩い州では、中絶を希望する女性が断られることは稀で、希望すれば女性は誰でも合法的に中絶を受けられる。しかし、合法中絶がほとんど受けられない州も少数ある。

医師(婦人科医と一般医の両方)が民間医療所のあるいは民間のクリニックで、外来患者の形で局部麻酔を使い中絶を行う州もあれば、おもに公立の病院あるいは民間のクリニックで1日から3日(あるいはそれ以上)入院して、全身麻酔で行う州もある。

1970年代まで、スイスでは西ヨーロッパで最も規制が少なく中絶が受けられた。その結果、他の諸国の妊婦は、スイスの「健康」理由を広範に解釈している州で、安全で合法的な中絶を受けることを求めた。1970年代に、スイスは、自国の中絶法を、当時他の西ヨーロッパ諸国が採用していた規制の緩やかな中絶法にすることを試みたが成功しなかった。規制を一層緩やかにするか、それとも厳しくするか論争は、その後15年以上も続いたが、立法機関に及ぶ影響力は持たなかった。1981年に2つの法律が制定された。1つは、妊婦を対象とするカウンセリング・サービスを創設することを州に義務づけたものであり、もう1つは、合法中絶の費用の還付(例外なく)を健康保険に命じたものである。1988年に国民会議(下院)は、妊娠14週までは要請による中絶を認める法案を可決した。2000年には、全州会議(上院)の司法制度委員会に同様の法案を議会に送った。

スイス刑法典の施行前、違法中絶は広く行われていたが、それが起訴されることはめったになかった。1929年にスイスで有罪判決を受けたのは72件であったが、1937年の中絶法の可決後はこの件数が急増し、1950年にはピークの667件になった。その後は、緩やかな法解釈が広まるにつれて、起訴件数は減少した。1960年代後半に起訴件数は年間平均150件であった。その後1971年に中絶を無罪とする論争が起こると、起訴件数はさらに減少し、毎年数件だけとなった。1990年代初めに違法中絶件数はほとんどなくなり、そのほとんどがセカンド・オピニオンを得る義務を怠った医師が行った中絶であった。スイスでは闇中絶による合併症が原因で入院した女性について報告された例はない。1973年以降、中絶が原因の死亡例は報告されていない。

近代的避妊法実行率は高い。連邦統計局の1999年統計によれば、20-49歳の性的に活動的な人たちの避妊実行率は推定88%であった。38%は経口避妊薬(ピル)実行していた。

政府は人口増加率は満足すべき水準とみているが、出生率は低すぎると考えている。1995-2000年の合計特殊出生率は、1.5と推定された。政府は、社会・経済の全分野において、子供と家族のための経済的安全保障と福祉の環境を確立することによって、間接的に出生率を高めることを考えている。1980年代には、家庭支援サービス、家庭カウンセリング、結婚指導センター、妊娠相談サービスが拡充された。1987年に導入された出産手当では、出産から16週間支給される。家族手当制度は、連邦と各州との双方に設けられており、支給額は地域、職種、州、子供数などにより異なる。