

スウェーデン (Sweden)

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 | ○ |
| 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 18 週までは、要請も含めて広範囲のさまざまな理由で合法と認められる。ただし、中絶が女性の生命及び健康に重大な害を及ぼさないことが条件である。妊娠 12 週から 18 週の中絶の場合、妊婦はソーシャル・ワーカーと中絶について話し合うことが義務づけられている。18 週以降の中絶の場合、全国保健・福祉委員会 (National Board of Health and Welfare) の許可を得なければならない。中絶は、免許を持つ医師が、緊急の場合以外は、総合病院あるいは他の認可医療機関で実施しなければならない。中絶には政府から補助金が支給される。

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 | 直接的支援を提供 |
| 有配偶女性の近代的避妊実行率 (20-44 歳*、1981) | 71 |
| 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) | 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) | |
| スウェーデン | 7 |
| 先進国 | 27 |
| 女性の平均寿命 (1995-2000) | 80.8 |

*性的に活動的なすべての女性

背景

20 世紀初頭のスウェーデンでは、中絶をすることは、妊婦の生命を救う、あるいは妊婦の健康に重大な影響が及ぶのを回避するために行う場合を除いて、犯罪であるとみなされていた。避妊具・薬の販売は、これらに関する情報の提供とともに、1910 年の法律により禁じられていた。1938 年に、スウェーデンは、妊娠を終了させることを広範囲な状況で認める法律を施行した。この 1938 年中絶法は、中絶は、原則的には禁止であるが、広範囲な理由に基づいて合法的に行うことが可能であ

ると規定した。この中絶法は、以後 1975 年まで施行された。妊娠が強姦によるものである場合、また「母親の意志薄弱」と称される医学的・社会的困窮の場合に、健康的な理由のほかに優生学的理由によっても中絶が認められた。医学的理由による中絶は、2 名の医師が承認すれば、妊娠の期間に関係なくいつでも行うことができた。他の理由による中絶は、保健管轄当局の委員会の承認が必要であり、妊娠 20 週までの間に行われなければならなかった。必要条件を満たすことができずになお中絶を希望する女性は違法中絶に頼った。

1938 年中絶法は、1946 年に改正され、中絶を認める医学的・社会的困難の定義が拡大された。すなわち、生活状態および他の状況を考慮した結果、出産あるいは育児によって、母親の身体的また精神的な力が著しく弱まる可能性のある場合、中絶を行うことが認められた。改正された条項には、中絶を希望する女性はソーシャル・ワーカーとの話し合いが義務づけられており、ソーシャル・ワーカーは、女性の状況を調査し、申請書作成の手助けをすることが明記されている。ソーシャル・ワーカーは、女性に社会的・経済的援助を与えて、女性が中絶を考え直すことができるようにする、あるいは中絶申請書が医師または国立保健福祉局から拒否された場合に、女性を支援するなどの役割が期待された。また健康以外の理由で、合法中絶ができる妊娠の期間は 24 週まで延長された。この中絶法は 1963 年に再度改正され、妊娠終了の理由に「胎児に出生前の損傷」があることが加えられた。

1965 年に政府の委員会は、1938 年の中絶法の適用を研究し、将来の法律制定に向けての代案を考察する役割を担った。委員会は報告書のなかで、女性は妊娠期間に関係なく、妊娠を終了させるかどうかを決定する無条件の権利が認められるべきである、と提言した。報告書はまた、公衆衛生制度のもとで行われる家族計画サービスについて多くの提言をした

委員会の最終提言はスウェーデン議会で認められ、1974 年 6 月 14 日、スウェーデン中絶法となった。1975 年に施行されたこの法律は、妊娠 18 週以内で、医学的な禁忌事項がない場合には（正確には、中絶が妊婦の生命または健康に重大な危険を及ぼさないということ）、要請によって妊娠を終了させることを認めている。妊娠 12 週から 18 週の場合は、妊婦は中絶についてソーシャル・ワーカーと話し合うことが義務づけられている。中絶を受けられるのは、スウェーデン国民または居住者に限られるが、全国保健・福祉委員会が特別の理由により認可を与えた場合は他の人でも中絶を受けられる。中絶を行えるのは、医学行為を行う資格を有する者に限られる。緊急の場合を除き、総合病院または全国保健・福祉委員会の認可を受けた医療施設で行われなければならない。妊娠 18 週までの中絶は、無料で受けることができる。

妊娠 18 週以後の中絶は、全国保健・福祉委員会が特別な理由により認めた場合に限り合法である。一般には、例えば胎芽に生育能力があると認められるときには、認定がおりないこともある。しかし、妊婦の生命または健康に重大な脅威がある場合は、妊娠段階がいつであろうと、中絶が認められる可能性がある。緊急の場合は、医療行為をする資格を持つ者がいれば、その者が認定を待たずに中絶を行うことができる。中絶法には同意に関する具体的規制はない。

医師の資格のない者が中絶をおこなった場合は、罰金あるいは最長 1 年の禁固刑である。この刑罰は、自己中絶をした女性あるいは違法中絶に加担した女性には適用されない。この中絶法は 1995 年に改正され、妊娠 12 週から 18 週で中絶を希望する女性に義務づけていたソーシャル・ワーカーとの話し合いの要件は撤廃された。

1975 年の新法施行後、スウェーデンの中絶手続きは簡略化され、したがって、多くの女性が妊娠の早い時期に中絶を受けられるようになった。中絶全体の 95% が妊娠 12 週以内に行われている。1975 年以後、スウェーデンでは年間 3 万から 3 万 7000 件の中絶がおこなわれてきた。これは、年齢 15 歳から 44 歳の女性 1000 人に対して中絶が 18-21 という割合であり、公表されている妊娠全体の 24-26% を占める。例えば 1996 年に報告された中絶件数は 3 万 2100 件であった。これは 15-44 歳

の女性 1000 人に対し 18.7 の割合となる。違法中絶はスウェーデンでは非常に稀である。

1995-2000 年に、スウェーデンの合計特殊出生率は 1.6 であった。また同期間の人口増加率は 0.3% であった。スウェーデン政府は、国連の第 8 回人口開発調査 (Eighth United Nations Inquiry among Governments on Population and Development) に対して、政府は出生率に対して公式の見解を持たない、また出生率に影響を与える政策も持っていないと回答した。人口は開発計画のなかに統合されており、人口変数を考慮するのは政府の諸機関の仕事である。スウェーデンの社会福祉制度は、出産と育児の経済的負担を軽くしている。母親と父親には 290 日までの育児休暇が用意されており、その間給与の 90% が支払われる。病気の子供のいる家庭には、年間 60 日の有給休暇が認められる。子供が 16 歳に達するまで、子供 1 人の場合月額 750 スウェーデン・クローナ (SKr)、2 人の場合 1500 クローナ、3 人の場合 2625 クローナ、4 人の場合 4125 クローナ、5 人の場合 6000 クローナの家族手当が支給される。

家族計画サービスは、母子保健ケアの一環として、全国的なサービス体制が確立されている。予防策と中絶数の減少が重点項目である。スウェーデンは近代的避妊法の実行率が高い。1981 年の利用率は、20-44 歳の性的に活動的な女性の間で 71% であった。不妊手術は、25 歳以上の場合は要請すれば受けることが可能であり、25 歳以下の者は医師の承認があれば受けられる。スウェーデンで 10 代少女による出生率と中絶率の両方が低下しているのは、セクシュアリティと家族計画に関する健康教育、避妊サービスの利用し易さ、要請による自由な中絶の 3 つを合せて実施してきたことによると考えられている。

スペイン (Spain)

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、認定を受けた公共または民間保健センターあるいは施設において、医師本人により、もしくは、医師の監督のもとで、行われねばならない。ただし、妊婦が明確に中絶に同意しており、合法中絶と認定される理由のどれかひとつに合致していることが条件である。中絶をおこなう医師あるいはこの医師の監督のもとに中絶をおこなう医師の他に、1名の有資格の専門家が、妊婦の身体的あるいは精神的健康への重大な危機を回避するには中絶が必要であると確証しなければならない。強姦による妊娠の場合、先ず警察に強姦の被害の届け出を行い、妊娠12週までに中絶を行わなければならない。胎児異常の場合の中絶は、中絶を行う医師あるいはこの医師の監督下にある医師のほかに、認可医療センターからの2名の専門家が、胎児は出生したとしても重大な身体的または精神的障害を持つことになることを証明しなければならない。これらの場合の中絶は、妊娠22週までに行われねばならない。妊婦の生命に係わる緊急事態の場合は、医師の意見書あるいは妊婦の同意なしで、中絶を行うことができる。実施されたすべての中絶は、政府保健行政当局に報告さ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 | 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 (18-49*歳、1995) | 67 |
| 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) | 8 |
| 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) | |
| スペイン | 7 |
| 先進国 | 27 |
| 女性の平均寿命 (1995-2000) | 81.5 |

- * 避妊法の使用状況が判明しない回答者は、使用していない者とみなされる。
このカテゴリーに回答した者は、スペインでは0.1%である。

スペインの刑法は、1800年代に初めて制定され1985年まで施行された。この刑法は、総則にある緊急必要性の原則を理由として、妊婦の生命を救うために行う中絶は認めているものの、中絶禁止の例外を明確に規定した条項を持たない。違法に中絶を行った者は、自己中絶を行った女性あるいは中絶に同意した女性と共に、禁固刑が科された。違法中絶を行った者が医療業務に従事している者であった場合は、刑罰はより重くなった。

1983年にスペイン政府は、生命と健康に重大な脅威となる場合、妊娠が強姦による場合、胎児に重大な欠陥がある場合に中絶を認めるとする法律を制定した。しかしこの法律は、施行前に、その適法性をめぐり論争が起き、施行に反対する法律家から異議申立てが出された。憲法裁判所は、この法律は出生前の生命を適切に保護していないので、憲法違反であるとの判決を下した。憲法裁判所は特に、出生前の生命を守るための保護措置に手続き上の欠陥があることに異議を表明、将来制定する法律にはこうした保護措置の設置を盛り込むよう勧告した。

1985年7月5日、先の法律よりも範囲の広い保護手続きを盛り込んだ新しい法律が可決された(1985年基本法第9号)。この法律では、次の条件のいずれかに該当し、医師本人あるいはこの医師の監督下で、公共あるいは民間の公認医療センターあるいは施設において、妊婦の明確な同意を得ておこなわれる中絶は合法である。前提となる条件は、——(a)妊婦の身体的・精神的健康への重大な危機を除去するのに中絶が必要であるという点で、中絶を行う医師の見解と一致した見解を別のもう1名の医師が、中絶前に提出していること。この別の医師とは、中絶を行う医師あるいはこの医師の監督下にある医師以外の者で、必要とされる専門の資格を有する者である。(b)妊娠が強姦によるものであり、その被害が警察に届け出されており、妊娠12週以内であること。(c)出生したとしても胎児が身体的・精神的欠陥を持つ可能性があること。この場合中絶は妊娠22週以内に行われなければならない。この2名の専門家は、中絶を行う医師あるいはこの医師の監督下にある医師以外の、公共・民間の公認医療センターあるいは医療施設に属する者である。

上記の条件に該当する場合でも、妊婦が処罰を受けることがある。それは中絶を受けた場所が公立または民間の認可医療センターあるいは施設でなかった場合、あるいは規定の医者の見解が出されなかった場合である。妊婦の生命に危険が及ぶ緊急事態の場合は、医師の見解および妊婦の同意なしで中絶を行うことができる。

1985年7月31日の政令(Order)は、医療センターあるいは医療施設でおこなわれる中絶の手続き上の必要条件をさらに詳しく規定した。この政令は、認可に必要な最低限の人員・資材、ならびに重大な身体的または精神的障害のある胎児を診断する専門家向けの指針と診断法の指針を規定した。この政令は、各医療センターあるいは医療施設に対して各自の内部に評価委員会を設置することを求めた。評価委員会は、法律条項の順守を容易にし、問題に直面した時にアドバイスを提供し、統計資料を収集する役割を担う。また同政令は、センターおよび施設に臨床記録と女性の同意を記録した書類を保管することを求めた。

1986年6月16日の保健省令により、1985年の基本法第9号に従って行った要請による中絶のすべてを国に報告することが義務づけられた。報告は、各自治体の保健省の出先機関が、中絶を行った医師が記載した書式を受領した時点で国の担当機関に報告する形で行われる。妊婦の秘密保持のため、書式に名前を記載する欄はない。また、書式で得られた個人データが公表されることもない。国の保健関係機関は、中絶を受けた女性の特徴を明記した中絶に関する情報を地方の保健関係機関に提供することを求められる。

1986年11月21日の法令(Crown Decree)第2409/1986号は、1985年7月31日の政令を廃止し、

認可医療センターで行われる中絶に関して新たな条項を規定した。法令の第1節と第2節は、1985年政令の第1節と第2節と同じで、医療センターと医療施設の認定を規定している。第4節は、公立または民間認定医療センターまたは施設に、病歴と所見、合法中絶をするために必要な報告書とその他書類、妊婦の明確な同意を記した書式の保管を義務づけている。これらの情報は極秘扱いにされなければならない。第5節は、各自治体の保健部局の責任は、必要なサービスが確実に受けられるようにしておくこと、と規定している。このサービスには、中絶を規定の時間内に完了させるのに必要な緊急診断技術の利用も含まれる。第6節は、中絶が妊婦の生命または身体的あるいは精神的健康に及ぼす重大な危険を除去するために行われる場合、対応する分野の専門医の意見を信頼すべき意見とすると規定している。胎児異常を理由とする中絶が行われる場合は、そのため認定を受けた公立または民間の医療センターあるいは医療施設のスタッフに対して2名の専門医が見解を出さなければならない。この認証は自治体の管轄機関が行うもので、中絶を行うための認証とは別の独立したものである。第9節は、中絶を申請した女性に対して、妊娠の継続および妊娠の中止が与える医学的・心理学的・社会的な重要性ならびに中絶申請者が利用できる社会扶助と家庭カウンセリングについて医療専門家が説明することを要求している。中絶申請者には、満たすべき各種の要件、中絶を受ける日、中絶が受けられる医療センターあるいは医療施設の名前を通知しなければならない。女性が通院している診療科で中絶を受けられない場合は、直ちに女性にそのことを通知し、別の医師にかかることができるようにしなければならない。診察内容の秘密保持はあらゆる場合に保障されなければならない。

1991年1月にスペイン最高裁判所は、初めて社会的理由による中絶を認めた。最高裁は、仮に女性が出産を強制されていたら、彼女が持つ自分の人格を自由に発展させる権利は侵害されたとし、夫婦と夫婦を助けた友人に対して起された刑事訴訟を却下した。最高裁は、この夫婦には子供をもうひとり養育するだけの能力がなく、女性には身体的および精神的疾患のある点を指摘した。しかし、最高裁は医師の有罪を支持しているため、この決定でスペインの中絶法が変化したとはいえない。この決定は、裁判所がそのように選べば、場合によっては、妊婦は社会的理由で有罪を免れる可能性があるということを示唆している。

1991年以降、新たな法律を制定させ、中絶法の規制をさらに緩和させようとする試みがいくつかなされてきた。それには、社会的・経済的理由で行われる中絶を認める刑法典の法案作成ならびに3日間の強制的待機期間後は要請による中絶を認める法案の議会提出などがあったが、いずれも議会の最終承認は得られなかった。

公立診療所では、家族計画および中絶サービスを提供していない。したがって、スペインにおける大部分の中絶は、民間クリニックで行われる。推定では1988年に行われた中絶全体の94%が民間クリニックで実施された。民間クリニックで行われた中絶の約85%は、女性の身体的または精神的健康(特に精神的)への重大な危険の除去を理由に行われた。この理由の中には法的に禁止されている理由が隠されている可能性がある。ほんの数件の中絶しか実施していない病院がかなりの割合を占めていることは、これらの病院では一般的に医学的理由による中絶しか行わないことを示している。1996年の推定中絶率は、15-44歳の女性1000人に対し中絶5.7であった。

スペイン政府は、子どものいる家庭や働く母親の環境改善に照準を当てた社会・経済政策が人口動態に影響を持つことを認識しているが出生を個人的な問題とみなし、人口の増加と出生にあからさまな介入の政策はとっていない。1995-2000年の合計特殊出生率は、1.2であった。政府は、妊娠中の母親のヘルスケアを含めたヘルスケア制度を改善することによって、乳児及び妊産婦死亡率を低下させたいと考えている。保健推進活動には、家族計画と性教育に関するプログラムも含まれる。事実、政府は、家族計画センターのネットワークを利用して、国内の保健を改善することを優先項目としている。政府は、すべての国民が教育・情報・援助を利用できるようにすれば、夫婦が子供の数と出産間隔を決めるようになると考えている。スペインでは、1978年に避妊サービスが解禁され、1983年には不妊手術が認可されている。近代的避妊法実行率は1995年に67%であった。

スリランカ (Sri Lanka)

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：

刑法典には、合法中絶の手続き上の要件として、妊婦の同意が必要なことを規定している以外、他の要件の規定はない。中絶を行う者に必要な資格及び中絶を行う施設を規定する条項もない。

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 | 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) | 44 |
| 合計特殊出生率 (1995-2000) | 2.1 |
| 年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1990-1995) | 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) | |
| スリランカ | 140 |
| アジア中南部 | 560 |
| 女性の平均寿命 (1995-2000) | 75.4 |

*この年齢層が人口の約 15%を占める地域を除外する

背景

スリランカでは、1883 年刑法典のもとで、中絶は一般に非合法である。この刑法典は、インドの刑法典を基礎としたもので、その第 303 節で、故意に妊婦の流産を図った者は、その中絶が純粋に母親の生命を救うために行われた場合以外は、3 年までの禁固刑あるいは罰金刑またはその双方が科されると規定している。この刑罰は、胎児が「胎動期」に入っていた場合は 7 年までの禁固刑と罰金刑になる。「胎動期(quick with child)」というのは、刑法典には定義されていないが、これは胎児の動きが知覚できる妊娠の進んだ段階をさし、単に「妊娠している」ことをいう「妊婦(woman with child)」とは区別される。自己流産を行った女性も、同様の罰則が適用される。女性の同意を得ないで中絶を行った者は、胎動期に入っていたか否かに関係なく、20 年までの禁固刑と罰金刑である(第

304 節)。中絶を意図した何らかの行為で妊婦が死亡した場合も同等の刑が科される。その行為が死亡につながる可能性があることを知っていたか否かは関係ない（第 305 節）。

中絶に関する法規は、1973 年にスリランカ法医学会委員会の検討を受けた。同委員会は、法規の規制を緩和して、妊娠が強姦または近親姦による場合、ならびに出生したとしても、子供が重度の障害を生じ抱えることになる重大な身体的または精神的異常を持つ場合は、母親の身体的および精神的健康に及ぼす重大な害を回避するために中絶を認めることを提言した。委員会の提言は新しい法律の制定にはつながらなかった。しかし保健省は、中絶法の規制緩和を後押しする手段として、違法中絶と妊産婦死亡率とが相関関係にあることを強調するようになった。

法律では厳しく規制されているが、高所得層の家庭の女性にとって、中絶を受けることはそれほど困難なことではない。精神科医に診てもらい、深刻なうつ病ではないか、時々死にたくなる、と相談する。精神科医は、母親の命を救うために中絶を勧める。そこで民間あるいは政府の病院に行つて、きちんとした資格を持つ医師による中絶を受ける。しかし、中・低所得層の家庭の場合、女性は非近代的で不衛生な状況のもとで行われる「闇中絶」を受けることが多い。その結果、妊産婦死亡率と慢性疾患率が高くなる。

スリランカでは母親の生命救助を明確な理由としない中絶は違法であるが、実際に違法中絶が起訴されることは稀であり、有罪となるのはもっと稀である。中絶件数は、一般に知られているよりもかなり多いと考えられる。農村部におけるある調査によれば、毎年、人口 1000 人当り 54 人が中絶している。

スリランカ政府は、自国の出生率と人口増加率はともに高すぎると考えており、2000 年までに人口置換レベルの目標値を達成させたいとしている。現在、合計特殊出生率は 2.1、人口増加率は 1% で、どちらも政府にとって満足する水準である。社会経済発展には出生率低下が重要なことを認識した政府は、家族計画サービスの強化とサービス拠点の拡充を目指しており、そのための施策として人口の増加を抑制するインセンティブの提供、および人口教育の推進に力を入れている。家族計画サービスは、補助金が支給される各種の治療・避妊サービスを提供している家庭保健総合プログラムの一部となっている。これまでの母子保健および家族計画サービスは、特に農村部や都市の貧困地区で強化されている。近代的避妊法実行率は 1993 年に 44%であった。スリランカ政府の保健担当職員によれば、1999 年の妊産婦死亡率は出生 10 万に対し 250 で、このうち 25%が危険な中絶が原因の死亡であったとされる。

スロバキア (Slovakia)

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 12 週以内であれば、妊婦の書類による要請があれば許可されるが、前回の中絶から少なくとも 6 か月経過していることが条件である。ただし、すでに 2 人の子供を出産している、35 歳以上である、妊娠が強姦によるものである、のいずれかの場合は例外として認められる。妊婦には、中絶を受ける前のカウンセリングが義務づけられている。未成年者については、16 歳未満であれば両親の同意が必要であり、16-18 歳の場合は医師が中絶をおこなった後に両親に通知しなければならない。妊娠中期の中絶は、医学的および優生的理由、強姦あるいはその他の性犯罪による場合についてのみ認められる。

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 | 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 (15-44 歳、1991) | 41 |
| 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) | 32 |
| 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) | |
| スロバキア | - |
| 先進諸国 | 27 |
| 女性の平均寿命 (1995-2000) | 76.7 |

背景

スロバキアの中絶法は、第 2 次大戦後、何度となく改正され規制緩和の方向に進んできた。1950 年 8 月に施行された法律第 86/1950 号 (刑法典 227-229) は、妊婦の生命あるいは健康に危険がある場合、および遺伝的欠陥のある場合に中絶を認めた。この法律に違反した女性は 1 年の禁固刑であり、中絶を行った者は 10 年の禁固刑が科された。闇中絶が女性の健康に及ぼすマイナスの影響を憂慮した政府は、1957 年に、合法中絶を認める範囲を拡大した新しい法律を制定した。この法律

(1957年12月19日法律第68号)は、医学的理由あるいは他の重大な理由による場合、中絶は合法的に行うことができると規定した。委員会が中絶を承認することが必要で、中絶は医療機関で行われなければならないとされた。違法中絶を受けた女性は処罰されないこととなり、中絶を行った者に対する刑罰は最長5年に短縮された。

1957年の法律第68号に続いて出された一連の政令と指示で、「他の重大な理由」の内容および、委員会の承認を得るための手続きが詳細に規定された。1983年までに、一定の条件のもとに中絶を受けられることになった。それは、女性が40歳以上である、すでに現在少なくとも3人の子供がいる、妊娠が強姦あるいは他の犯罪によるものである、女性が婚姻外関係で難しい状況に置かれている、夫が死亡あるいは健康を損ねている、女性が家事や育児に余裕がなく家族(特に未成年の子供)の生活レベルが悪化する恐れがある、家族が正式に崩壊した、という条件に該当する場合である。許可されないのは一妊娠12週以上である、女性の体調が中絶の危険を高める状態であることが判明した、女性が過去1年のうちに中絶したことがある—という場合である。以上の規則の適用除外はある。妊娠の継続が女性の生命を危険にさらす可能性のある場合は、女性の健康状態に危険があっても、中絶をすることができる。女性が風疹に罹っている場合は妊娠16週までは中絶ができる。遺伝的な問題がある場合は妊娠26週まで中絶が可能である。妊婦の生命を救うため、あるいは、胎児の損傷がわかっている場合を除いては、妊娠12週まで中絶が可能である。後者の場合24週までであるが、例外的に26週まで許される。

1962年12月に、中絶の許可を与えるか否かの判断をする委員会の人数が4人から3人に減らされた。委員会は、婦人科医、ソーシャル・ワーカー、国家委員会の代表者で構成される。医学的理由あるいは経済的困窮による場合に限り、中絶は無料で行われる。

中絶法の最も新しい改正は1986年に行われ、1987年に施行された。改正中絶法では、中絶を認定する委員会は廃止され、決定は女性と担当医の間で行うこととなった。現行法では、女性が婦人科医に中絶申請書を書いて医師に渡し、医師は女性に中絶がもたらす影響および避妊の方法を説明することになっている。妊娠12週以内で健康上の問題がなければ、医師は中絶を受ける医療センターを特定する。妊娠12週以上の場合、あるいは他に制約がある場合は、申請は医療委員会によって再検討される。過去6カ月以内に中絶の経験のある女性は、次のいずれかの条件に合致する場合でなければ、中絶を許可されない。その条件は、それまでに2度出産している、35歳以上である、妊娠が強姦によるものである、となっている。妊娠初期を過ぎている場合は、女性の生命に危険がある場合か、胎児の障害が疑われる場合に限り中絶が認められる。

女性が16歳以下の場合は、女性の法定代理人の同意が必要である。女性が16-18歳の場合は女性の法定代理人に通知されなければならない。中絶は病院で行われなければならない。

その後、スロバキアでは、中絶が避妊の方法として求められてきた。その理由の1つに、中絶は無料であるが、避妊サービスは無料ではなく、しかも手に入れにくいことがある。1986年の改正法は、避妊法(コンドームを除く)の無料配布と妊娠8週以上の中絶の有料化によって中絶の利用を減らすことを狙ったものである。中絶費用は医学的理由による中絶に限って無料である。

スロバキアの中絶率は、1984年の30.5%から1988年には43.1%と高くなった。しかし1990年代に入ってかなり低下した。1996年の中絶率は、15-44歳の女性1000人に対し、推定19.7であった。政府の報告によれば、1999年の中絶率は4.9であった。

スロバキアの近代的避妊法の実行率は、1991年に41%であったが、その後上昇したと考えられている。例えば、国際家族計画連盟(IPPF)は、経口避妊薬(ピル)の使用が1990年以降5倍増加したと報告している。1995-2000年の合計特殊出生率は1.4であった。また人口増加率は0.1%であった。

スロベニア (Slovenia)

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、病院または認可保健施設で行われねばならない。未成年女性の場合、両親または保護者の承認が必要である。ただし、本人が経済的に自立できると認められる場合は必要ない。妊娠 10 週を過ぎた場合は委員会の特別承認が必要である。この委員会は、産婦人科医、外科医または内科専門医、ソーシャル・ワーカーまたは臨床心理士で構成される。

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 | 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) | 1.3 |
| 年齢別出生率(15-19 歳の女子人口千対、1995-2000) | 17 |
| 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) | |
| スロベニア | .. |
| 先進国 | 27 |
| 女性の平均寿命 (1995-2000) | 78.2 |

背景

スロベニアは、1991 年旧ユーゴスラビア社会主義連邦共和国から独立したが、中絶に関しては、いまでも 1977 年 10 月 7 日の法律を適用している。この法律が制定された当時、スロベニアはまだユーゴスラビアの一部であった。この法律は、1974 年 2 月 21 日のユーゴスラビア連邦憲法第 191 条を施行するために制定されたものである。連邦憲法第 191 条は、「子供を産むことを自由に決めることは人間の権利である」と宣言している。1977 年の法律では、中絶は、妊娠 10 週まで要請により行うことができる。中絶は、病院または認可を受けた保健施設で行われなければならない。妊婦が未成年者のときは、両親または保護者の同意が求められる。ただし、本人が経済的に十分自立できると認められる場合は必要ない。妊娠 10 週以降の場合、審査委員会による特別認可が必要になる。

この委員会は、産婦人科医、一般医あるいは内科専門医、ソーシャル・ワーカーまたは臨床心理士で構成される。委員会は、中絶により女性の生命、健康、あるいは未来の母親が受ける危険が、妊娠の継続あるいは出産が女性や子供に与える危険よりも小さいかどうかを基準に判断を下す。女性は、委員会の第一審で中絶の要請が拒否された場合、第二審の判断を求めることができる。

この法律の条項に違反した医療機関および個人は刑罰が科される。しかし、女性は、自己中絶あるいは中絶に加担したことで刑事上の責任を問われることはない。

近年、規制の緩い中絶法に反対する動きが高まってきている。1991年に新しいスロベニア憲法を可決した政府は、子供を生む権利に関する表現を修正した。先の憲法は、ユーゴスラビア連邦憲法第191条の条文（上述参照）に非常に近い表現であった。新しい憲法は、連邦憲法の「子供を産むことを自由に決めるのは人権である」の表現を、単に「子供を産むかどうかの決定は自由である」と規定した。この変更で、政府が中絶法を改正して規制をより厳しくするかもしれないとの不安が高まった。さらに、1992年に制定されたヘルスケアの供給に関する新しい法律には、良心の拒否条項が盛り込まれた。これは、医師に一切の治療的措置の実施を拒否することを認めるものである。さらに1992年に審議された医学倫理法の改正案には、医師は良心条項の行使を申請することが可能であり、それにより医学的に緊急性がある場合でも、中絶あるいは不妊手術を行うことを免除されるとする良心条項が含まれている。

1952年から旧ユーゴスラビアは中絶法の規制を緩和してきている。それは違法中絶の急増とそれに伴う妊婦の罹患率および死亡率の上昇に対応したものであった。中絶法の大幅な変更は、合法中絶を受け易くすることによって違法中絶を減らすという明確な方向づけを持っていた。法律の総則は連邦レベルで採択され、施行は地方レベルで行われた。1969年に、妊娠10週以内の中絶に義務づけていた委員会の承認の条件が撤廃されたことで、現在違法中絶の件数は激減している。この委員会の承認の条件は中絶に対する実際的にもまた心理的にも障害となっていた。中絶に関する法規則の規制緩和政策を後押ししたのは、医療施設の数の増加、中絶サービス情報の入手し易さ、教育のレベルアップであった。中絶率はまだ高い水準にあるが、旧政府は違法中絶の排除という目標を達成し、同国は中絶に起因する妊婦の罹患率と死亡率の大幅な低下をみた。例えば、中絶に起因する死亡率は、1960年は中絶10万に対し妊産婦死亡52であったものが、1976年には死亡5に低下した。

旧ユーゴスラビアでは、連邦共和国全体に、中絶率および反復中絶率が高い、妊娠中期の中絶の増加、思春期層の中絶の増加の問題がみられた。こうした結果を招いたのは、女性が避妊法の1つとして中絶に頼っていたからで、それが結果として健康への危害を誘発していた。しかしスロベニアでは、妊娠中期の中絶は非常に少なく、1965-1980年に、合法中絶全体の1.7-3.4%を占めたにすぎなかった。全体の中絶率でみるとスロベニアは旧ユーゴスラビアの中では中位にある。中絶率は、1980年代初めには15-44歳の女性1000人に対し40.3であったが、1991年には同31、1996年には同23.2であり、この15年間ずっと低下を続けてきた。

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。1963年には、家族計画の施設が国家レベルと地方レベルで設置され、国際家族計画連盟（IPPF）の加盟団体である家族計画協会は1966年から存在していた。しかし、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展開されることはなかった。全国的にみると、家族計画に対する抵抗はまだ強い。以上のことから近代的避妊に対する知識不足や懸念がまだ広く残っている。

1980年代に、旧政府は、中絶率の高さと近代的避妊実行率の低さに深い憂慮を示した。1980年の人口・開発・家族計画に関する決議は、人口問題の一般的な原則と指針を定めたもので、特に出生率と家族計画に重点を置いていた。この決議は、1974年憲法に定めた子供の数と出産間隔を自由に

決定する個人の権利を再確認したうえで、国内全土で人口置換水準の出生率を達成することを指示した。避妊情報と避妊サービスの一層の普及を目指す特別な措置が連邦レベルで実施された。それぞれの共和国では各地域の事情に応じて、中絶件数を減少させるため、あるいは出生率を低下させるために、この措置を適用した。出生率が人口置換水準以下の地域では、産児休暇の延長、児童手当、保育設備などの社会福祉制度の充実も図った。旧ユーゴスラビアでは、連邦議会が人口政策の大筋を決定し、各共和国並びに自治区は各自の管轄地域内でその実施にあたることになっていた。しかし、実際には共和国や自治区が連邦の決定した政策を実施しないことが多かった。

スロベニアでは、出生率が1989年に女性1人あたり子供1.6に低下した。出生率の低下を憂慮した政府は、独立前から出生率の低下を食い止める措置を講じていた。しかし、低下傾向は続いており、1995-2000年には合計特殊出生率は1.3になった。人口増加率はマイナス0.05%に低下した。

スワジランド (Swaziland)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

| | |
|------------------|---|
| 女性の生命を救う | ○ |
| 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:

だれが、どこで、あるいは妊娠時期など、中絶施術に関する法的規定はなにもない。しかし、政府病院または民間クリニック、その他の認定機関の登録医によって、妊娠 20 週までに施術されるものが、合法中絶と考えられる。

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*、1988) | 17 |
| 合計特殊出生率(1995-2000) | 4.7 |
| 年齢別出生率(15-19 歳の女子人口千対、1995-2000) | 90 |
| 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) | |
| スワジランド | 560 |
| 南部アフリカ | 260 |
| 女性の平均寿命 (1995-2000) | 62.5 |

*子供をもつ未婚女性を含む

背景

スワジランドには中絶に適用する制定法はない。中絶は、ローマ・オランダ・コモン・ロー (Roman-Dutch common law) に基づくコモン・ローで裁かれる。この法律は、1975 年に中絶・不妊法が施行されるまで南部アフリカで適用されていた法律で、緊急必要性のある場合を除いて中絶を禁止している。ただし、必要性のある場合がどういった場合なのかについて、しばしば見解の不一致がある。法注釈者の多くは、中絶が妊婦の生命を救うために行われる場合に限って緊急必要性が存在するとの意見である。しかし、必要性がそれほど深刻でない場合も中絶は可能であり、身体的・精神的健康の両方に重大な脅威がある場合、胎児が欠陥を持っている場合、強姦による妊娠の場合にも中絶は行うことができる。スワジランドにはこの問題に関する判例法はない。

スワジランドには中絶に関する制定法はないので、中絶を行う者に必要な専門的資格、あるいは中絶を行う場所、あるいは妊娠のどの時期まで中絶が可能かなどを定めた法律条項はない。中絶は通常、登録医によって、政府の病院あるいは他の認可施設で行われ、妊娠 20 週まで可能とされると報告されている。国内の医師は、中絶を行う前に保健省に許可を求めるのが普通である。この許可は法律上の必要条件ではないが、医師が自己防衛の目的と、誠実さを証明するために予防策として行っているものである。実際、中絶を行う者は、出産によって女性の身体的あるいは精神的健康に危害が及ぶことを納得した上で中絶を行われなければならない、また純粋に治療目的だけでなされなければならない。合法的に行われた中絶に関するデータはないが、件数は少ないと思われる。

スワジランドでは、違法中絶の増加が心配されている。特に深刻なのは 10 代の女性の中絶である。望まない妊娠をしたと思われる時、10 代の女性の多くが、退学させられるのを恐れて中絶に頼る。未婚の 10 代の女性は、避妊具・薬を手に入れにくいいため、望まない妊娠をする可能性が高いと考えられる。例えば、ヘルスワーカーは、避妊具・薬を配布する際に、法律で定められていないのに、しばしば夫の了解を得た証明を求めると報告されている。

1995-2000 年の合計特殊出生率は、4.7 であり、同期間の人口増加率は 2.9%であった。政府は、現在の人口増加率と出生増加率が高すぎるとみており、家庭福祉および母子保健ケアを改善するために、出生率を下げることを目標としている。避妊サービスは、すべての政府ヘルスケア・センターで行われている。1973 年にスタートした国家家族計画プログラムは、サービス・センターならびに移動ユニットで、家族計画サービスを提供している。家族計画プログラムは一定の成果をあげている。1988 年までに、80%以上の女性が 1 つあるいはそれ以上の効果的な避妊法について知っており、17%の女性は近代的避妊法を実行していると回答した。この数字は 1985 年には 5%であった。

1994 年にカイロで開催された国際人口開発会議の後、1998 年にスワジランドは国家人口審議会を設置した。2000 年には、成文化された、国家人口政策と総合的リプロダクティブ・ヘルス・プログラムが発表された。

セネガル (Senegal)

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:

中絶をおこなう医師は、相談医2名の書類による助言を得る必要がある。そのうちの1名は、裁判所が指定した専門家リストから選出されねばならない。医師たちは、中絶以外の方法では妊婦の救命ができない事実を証言する必要がある。

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 | 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) | 8 |
| 合計特殊出生率 (1995-2000) | 5.6 |
| 年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000) | 119 |
| 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) | |
| セネガル | 1200 |
| 西アフリカ | 1020 |
| 女性の平均寿命 (1995-2000) | 54.2 |

背景

セネガル刑法は、1810年のフランス刑法典第317条(1939年政令により改正)をもとにしている。この刑法では、中絶は一般に違法である。中絶を行った者は、妊婦の同意を得ているか否かに関係なく、1年から5年の禁固刑と2万-10万CFAフラン(CFAF)が科される。日常的に中絶を行っていた者は、刑罰が重くなり、5-10年の禁固刑と5万-50万CFAフランの罰金刑である。自己中絶した女性あるいは中絶することに同意した女性は、6ヵ月から2年の禁固刑と2万-10万CFAフランの罰金刑を受ける。医療従事者が中絶を行った場合は、上記の刑罰に加えて、5年から生涯にわたる業務停止が科される。

しかし、刑法の緊急必要性の原則のもとでは、妊婦の生命を救うための中絶を認めている。さらに、

中絶の一般的禁止に対するこの例外は、特にセネガル医療倫理法に規定されている。医療倫理法では、この場合、中絶を行う医師は、2名の相談医の承認を得なければならない。相談医のうち1名は、裁判所が指定した専門家リストから選出されねばならない。医師たちは、中絶以外の方法では妊婦の生命を救うことができないことを証明する必要がある。

1971年3月、議会は家族計画に賛成すると宣言、1974年には保健省が家族計画協会の設立を発表する。1980年12月24日の法律第80-49号により、避妊具・薬の宣伝・配布を禁じたフランスの反避妊法(1920年)は廃止され、同時に中絶の奨励と中絶薬の展示あるいは配布に限って刑罰を科すとした新しい条項が刑法に入れられた。1980年には国家人口審議会も設置された。また母子保健サービスと統合した家族計画プログラムが開始された。1982年には、イスラム教と家族計画に関する初めてのセミナーがセネガルで開かれた。このセミナーは、イスラム教と家族計画は両立できるものであることを承認、イスラム教の教えに従って避妊具・薬を利用しやすくすることが提言された。イスラム教は、自分の保護・養育能力を超えて子供を持ってはならないと教えている。

政府は1988年に開始した総合的な人口政策を通して、人口問題に新たに取り組み始めた。人口問題への取り組みは、域内フランス語圏諸国では初めてのものであった。1991年に行動計画が採択された。行動計画には、開発の中で女性の地位向上を図る計画、未成年を対象とする広報プログラム、家族計画のより効果的な戦略が含まれていた。国家家族計画プログラムは、地域毎にそれぞれ固有の障害を克服する取り組みを行い、同時に、さまざまな援助機関の活動を調整することを目指した。1997年に政府は、1994年にカイロで開催された国際人口開発会議後の対応として、人口問題における優先課題行動計画および投資計画を策定した。リプロダクティブ・ヘルスは3つある重点活動領域の1つであった。これらの活動の実施はまだ初期の段階である。リプロダクティブ・ヘルス国内委員会は、1999年に、議会への提言書作成にあたった。提言は、国内のリプロダクティブ・ヘルスに対する法的障壁の除去を内容とするものであった。

1997年の避妊法実行率は8%と推定された。1995-2000年の合計特殊出生率は5.6と高いままである。思春期層の中絶はかなり高いとみられ、調査によると中等レベルの少女の12%が中絶を行ったとある。闇中絶の実施状況は不確かであるが、それは違法中絶による合併症で苦しむ女性は大概その理由と使用した方法を明らかにしたがることによる。それが妊産婦死亡と疾病の主たる原因であるため、政府は中絶数に憂慮していることを表明している。妊産婦死亡(1990年の出生100,000対1200)と疾病を減らすために、人材の訓練、保健センターの改修、避妊法の調査と調達に関するプログラムが進行中である。

ソマリア (Somalia)

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 | 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) | - |
| 合計特殊出生率 (1995-2000) | 7.3 |
| 年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000) | 213 |
| 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) | |
| ソマリア | 1600 |
| 東アフリカ | 1060 |
| 女性の平均寿命 (1995-2000) | 48.6 |

背景

ソマリアの中央政府は崩壊状態にあるので、中絶法および中絶政策の主な特質に関する現状はわからない。

崩壊前は、1962年12月16日のソマリア刑法(第418-422条および第424条)が適用されており、中絶は一般に禁止されている。女性の同意なしに行われた中絶に対する罰則は、3-7年の禁固刑であり、中絶で女性に損傷を与えた場合は3-8年の禁固刑、さらに女性が死亡した場合は10-15年の禁固刑となる。同意不可能な女性への中絶、あるいはその同意が暴力、脅迫、不正な影響力または詐欺により強要された場合の中絶にも同等の処罰となる。

女性の同意のもとに中絶が行われた場合には、1-5年の禁固刑であり、女性に損傷を与えた場合は2-6年の禁固刑、女性を死亡させた場合は4-8年の禁固刑となる。中絶に同意したり、あるいは自己中絶

をした女性は、1-5年の禁固刑である。妊婦に適した方法で中絶を行うと勧誘した者に対しては6ヶ月から2年の禁固刑が科される。

しかし、刑法の緊急必要性の原則の下では、妊婦の生命を守るための中絶は認められる。さらに刑法には、本人あるいは近親者の名誉を守る目的での中絶の刑罰は、2分の1から3分の2まで軽減される。他方、中絶を行った者が医療従事者である場合、刑罰は重くなる。医療従事者が再度中絶を行った場合、終身的な業務停止となる。

ソマリアの合計特殊出生率は、1995-2000年に推定で7.3であった。人口増加率は4.2%であった。妊産婦死亡率は依然として高く、推定で出生10万に対し1600であった。

ソロモン群島 (Solomon Islands)

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、2名の医師の承認が必要とされる。さらに、中絶前に妊婦の夫または親族の同意書が必要である。未成年者の場合は、親の同意が必要である。中絶が認められる妊娠の期限は、医学的中絶で義務づけられている場合を除き定められていない。しかし、母親への深刻な医学的危険を回避するために、通常は妊娠3カ月までである。政府病院でおこなわれる中絶は無料である。

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 (15-49 歳) | - |
| 合計特殊出生率 (1995-2000) | 4.9 |
| 年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000) | 94 |
| 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) | |
| ソロモン群島 | - |
| オセアニア | 680 |
| 女性の平均寿命 (1995-2000) | 73.9 |

背景

ソロモン群島では、中絶に、1963年刑法 (1996年改正法第26章) を適用しており、全般的に違法である。この法律では、女性の流産の意図を持って何らかの手段を違法に用いた者は、妊娠の有無を問わず、終身刑となる。自己中絶を行った女性あるいは中絶に同意した女性も同等の刑罰を科される。

しかしながら、同刑法は、妊婦の生命を救う目的での中絶を認めている。同刑法は、母親の生命を守るために、適切なケアと技能で胎児に外科手術を誠実にを行う者は、その手術が妊婦の病状及びあらゆる状況を考慮した上で中絶が妥当であったと認められれば、刑法上の責任は問われないと規定している。