

この場合の中絶には2名の医師の承認が必要である。さらに、手術前に妊婦の夫または近親者による同意書が必要である。未成年者の場合には親の同意が求められる。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、母体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。

ソロモン群島では、慣習的なものと一般的なものの2つの法制度が併存する。慣習によれば、出産は神からの贈り物であり、たとえ望まないものであっても、通常は受け入れられる。さらに、先住民の間では婚外妊娠を恥かしいことと思う気持ちが、他の多くの文化よりずっと少なく、養子縁組が計画外出産の一般的な解決法と受けとめられる。従って、中絶に対する需要は比較的低い。反面、妊娠間隔が短いことや頻繁な妊娠、それに伴う合併症が、妊産婦の疾患あるいは死亡の主な原因であるとの認識がなされてきた。ソロモン群島の合計特殊出生率は、1995-2000年に推定4.9と高い。

政府は、1970年代から、主に家族計画によって人口増加率（1995-2000年に推定3.1%）を低下させることに努力してきた。母子の健康促進と人口増加の抑制を目的とする家族計画プログラムは、かなりの成果をあげた。政府は1987年に国家人口政策を採択した。この政策は国際人口開発会議後に見直された。近年、ソロモン群島家族計画協会は、国内数カ所で、地域に根ざした避妊具・薬配布プログラムを試験的に導入し、成果をあげた。家族計画は地域や長老の間に徐々に受け入れられつつあるが、まだ一部の宗教指導者並びに団体による抵抗も根強い。そこで、政府は、人口の急増と短い妊娠間隔がもたらす悪影響を周知させる広報プログラムの開発に力を注いでいる。

タイ (Thailand)

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、医師が行わなければならない。

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	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	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)	72
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)	70
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)	
タイ	200
東南アジア	440
女性の平均寿命 (1995-2000)	72.0

背景

タイの中絶法は、1956年11月13日のタイ刑法第301-305条が適用される。この法律のもとで、中絶は全般的に禁止されている。自己中絶をした女性あるいは中絶に同意した女性は、3年までの禁固刑または6000バーツまでの罰金刑あるいはその両方の処罰を受ける。女性の同意を得て中絶を行った者の処罰は5年までの禁固刑または1万バーツ以下の罰金刑ないしその両方である。この場合、女性の身体に重大な危害を与えた場合は、7年までの禁固刑または1万4000バーツまでの罰金刑またはその両方と重くなり、女性を死亡させた場合は、10年までの禁固刑と2万バーツまでの罰金刑が科せられる。女性の同意を得ないで中絶を行った者は7年までの禁固刑または1万4000バーツ以下の罰金刑ないしその両方である。この場合、女性の身体に重大な危害を与えた場合は、1-10年の禁固刑と2000-2万バーツの罰金刑と重くなり、女性を死亡させた場合は、5-20年の禁固刑と1-4万バーツの罰金刑である。

しかし、刑法は、中絶が医療従事者によっておこなわれ、(a)妊婦の健康を守るために必要である、(b)妊娠が犯罪行為による者である、の2つに該当する時は合法と認めている。

実際には、法律は厳密には運用されていない。違法中絶が広く行われていることが報告されており、特に農村地区で著しい。1970年代後半、タイ農村部での違法中絶件数は少なくとも30万件に達したとの推計もある。違法中絶のほとんどは、独学の非医療従事者によって、妊娠初期に行われている。都市病院では吸引法が受けられるが、農村部では、伝統的マッサージ法が最も頻繁に行われており、次に多いのが子宮注入法である。いくつかの調査によれば、農村に住む女性の大半が、中絶の理由として家族数の制限をあげているという。またかなり多くの女性が、出産間隔を置く必要性を感じている。

タイの妊産婦死亡率は、過去20年間に著しい低下をみせたが、母子保健ケアに関しては、都市部と農村部との落差が大きい。不衛生な環境で、資格を持たない者によって行われる違法中絶の数が増えるにつれて、タイの多くの病院では、違法中絶が原因の合併症による入院が増加している。1981年に実施されたある調査によれば、バンコクのラマティボディ病院における妊産婦死亡の4分の1が、病院以外の場所で不適切に行われた中絶に起因する合併症によるものであった。1979年にタイ北東部を対象に中絶の健康への影響を調査した別の報告書は、チャャプーン県の中絶率は推定で、出産可能年齢層(15-49歳)の女性1000人に対し中絶が107と高かったとしている。またこの調査は合併症の罹病率を25%と報告した。タイでは思春期層の妊娠と中絶の増加傾向も注目されてきた。1982年の調査によれば、中絶を受けた女性の25%以上が15-20歳であった。

タイ政府は、1960年代以降、積極的に効果的な総合的家族計画プログラムを支援してきた。タイ家族計画プログラムのサービスネットワークは、充実した利用しやすい家族計画サービスを無料で提供することを試みた。近代的避妊法実行率は高く、1993年は推定72%であった。これによりタイの出生率は、都市と農村のいずれも劇的に低下した。1965年は女性1人に対し子供6.4(合計特殊出生率)であったが、1990年までに同2.6、2000年までに同1.7となった。人口増加率は現在(2000年)0.9%である。しかし、避妊具・薬は手に入れやすくなっているにもかかわらず、中絶が原因の入院患者のかなりの割合の人が、中絶を受ける前には何の避妊も実行していなかったということが、いくつかの調査結果から判明した。さらに、社会的・性的生活スタイルの変化および移住労働者の問題が、望まない妊娠、危険な中絶、HIV/エイズ、性感染症の増加という問題を生じている。政府は、貧困層や教育を十分受けていない層を対象とした家族計画プログラムを実施し、こうしたハイリスク・グループが避妊サービスを利用できるように試みている。

タンザニア (United Republic of Tanzania)

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:

妊婦の生命を維持するために中絶が必要であることを2人の医師が証明しなければならない。

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、1996)	13
合計特殊出生率(1995-2000)	5.5
年齢別出生率(15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	125
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)	
タンザニア	770
東アフリカ	1060
女性の平均寿命(1995-2000)	49.1

背景

タンザニアの中絶に関する法律は、英国の「人に対する犯罪法 (Offences Against the Person Act) 1861年」と「乳児生命(保護)法 (Infant Life (Preservation) Act) 1929年」に基づいている。タンザニア改正刑法(第16章、150-152条)は、中絶を全般的に禁止している。流産の意図をもって、妊婦に何らかの手段を行使した者は、妊娠の有無に関係なく、14年の禁固刑が適用される。自己中絶を行った女性あるいは中絶に同意した女性は7年の禁固刑である。違法に中絶を行う目的であると知りながら、中絶に使用する何らかのものを用立てた者は3年の禁固刑である。

しかし、妊婦の生命を救う目的で中絶を行うことはできる。刑法第230条は、妊婦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は、刑法上その行為の責任を問われないと規定している。さらに第219条には、母親とは別個の存在となる以前の子供を故意に殺すという行為が、

母親の生命を保護する目的で誠実に行われる場合は、いかなる者も暴力行為の罪を問われるべきではないと規定している。

さらに、タンザニア連合共和国は、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。

中絶は法律では禁止されているが、国内で広く実施されていることは明白である。政府は、違法中絶が妊産婦の疾病と死亡に影響を与えることから、違法中絶率が高いことに憂慮を表明した。いくつかの研究によると、違法中絶は、妊産婦死亡の主な原因の1つになっている。1983年に南部高地で実施された研究では、妊産婦死亡の17%が直接中絶に関係するものであると推定された。キリマンジャロ地域で行われた別の研究では、妊産婦死亡の約21%が中絶に関係するものであること示唆している。1987年にムヒムビリ医療センター（ダル・エス・サラームにある医師を教育する病院）で行われた研究では、妊娠初期の流産で入院した女性300名を無作為抽出し、31%が中絶したことがあるという結論を得た。

政府は、1992年に国家人口政策を採択したことによって、人口増加率が高すぎることの弊害の問題に取り組むことを約束した。政府の人口プログラムの目的の中には、病気と若年死の予防を通じた母子保健と福祉の改善、さらに適切な広報教育プログラムの確立による家族計画と責任ある親へ向けてのサービスの提供・利用の促進が含まれている。

家族計画サービスの潜在的ニーズに対応するために、避妊サービスの普及率を高めるプログラムが策定された。1991年当時、既婚女性の30%が家族計画サービスを必要としているのに、供給は間に合っていないと推定された。近代的避妊法の実行率は、1996年に推定13%であった。プログラムは、地域に根差した避妊具・薬提供サービス、職場での家族計画サービス、男性を巻き込んだ家族計画、学内・学外での家庭生活教育から構成されている。人口増加率は近年になって低下している。1990-1995年は3.2%であったが、1995-2000年は2.3%となった。しかし、人口増加率は、合計特殊出生率とともにまだ高い水準にある。合計特殊出生率は1995-2000年に5.5と推定されている。

1990年代後半、増大するHIV/エイズの影響、ルワンダ難民の流入、債務返済の重圧、社会経済的状況の悪化が続き、それに伴って女性ならびに思春期の若者のセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスの全般的な悪化が起きている。非合法の中絶と中絶を原因とする合併症による妊産婦死亡は増加していると報告されている。

チリ (Chili)

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:

適用なし

* チリの中絶法は改正され、合法中絶を認める理由のすべてが削除された。しかし、「緊急の必要」に基づき女性の生命を救う目的での中絶を正当化するために許されて良いかどうかについては論争がある。

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	公式の見解なし
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	-
合計特殊出生率 (1995-2000)	2.4
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	49
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)	
チリ	65
南アメリカ	200
女性の平均寿命 (1995-2000)	78

背景

チリでは、中絶は、チリ刑法典 (1874 年 11 月 12 日第 342-345 条) によって規制されている。同刑法典は悪意を持って (*maliciosamente*) なされるすべての中絶を禁止しているが、歴史的に、妊婦の生命を救うための中絶は認められると解釈されてきた。さらに、公衆衛生法 (Health Code) (1967 年 12 月 11 日政令第 725 号) は、女性の生命を救うための治療的中絶をはっきりと認めた。中絶を行う医師は、2 名の医師の文書による同意を得なければならない。

しかし、1989 年 9 月 15 日、チリ政府は公衆衛生法の第 119 条を改正し、「中絶を目的とするいかなる

行為も行うことはできない」と規定した（法律第 18,826 号）。この新しい規制を正当化する根拠は、近代医学の発展があるので、中絶は妊婦の生命を救うためには必要でなくなったというものであった。この改正によって、皆が皆というわけではないが、一般には、現在チリでは合法的に中絶はできないと考えられている。

刑法では、女性の同意を得て中絶を行った者は、通常の高さの短期禁固刑が科される。女性の同意なしに中絶を行った者は、最長の短期禁固刑が科される。自己中絶を行った女性あるいは中絶に同意した女性は、最長の短期禁固刑である。医師に対する刑罰はさらに重くなる。刑罰はこのように規定されているが、有罪となるのはほんの僅かである。それは、有罪とするには、内部器官 (internal organs) の外傷 (traumatic injury) のような中絶を行ったという証拠が必要となるからである。

1988 年以来、中絶に対する刑罰を重くし、乳児殺しや殺人罪の刑罰と同等になるようにする試みが何度かなされたが、現在まで成功していない。

こうした厳しい規制にもかかわらず、この 30 年間チリの中絶率は非常に高い。中絶率が高く、その結果、妊産婦死亡率も高くなるといった事実から、チリ政府は家族計画活動を支援することになった。チリは南アメリカで最初に家族計画活動に公的援助を行った国の 1 つである。1960 年代初めに行われた調査によると、チリでは女性の 4 人に 1 人が中絶を経験していた。1960 年代半ばに家族計画が導入されて、出生率は大幅に下がり、また中絶数や中絶合併症による妊産婦死亡率も下がった。違法中絶による死亡も、1964 年から 1979 年の間に、出生 10 万に対し 118 から 24 に低下した。しかし、現在の水準でもまだ高すぎるとみられている。同様に、中絶による妊産婦死亡率も高すぎるとみられている。妊産婦死亡原因の 40% までが中絶合併症によるものである。

チリでは家族計画サービスはそのほとんどが既婚女性に供給されている。1996 年に教育省は、保守的グループから反対はあったが、性教育プログラムを策定し実施した。保健省は、また同年に、思春期保健プログラムに着手しているが、これにはリプロダクティブ・ヘルス・サービスは含まれていない。現在、チリでは医療制度の民営化が進められており、最貧困層の人たちの家族計画サービスへの利用に影響が出ている。

チェコ共和国 (Czech Republic)

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、妊婦の同意と担当の婦人科医の許可が必要である。妊娠 12 週以上の場合は、医学委員会の許可が必要である。医学的に指示された場合を除き、中絶は妊娠初期に、病院で、免許を持つ婦人科医によって行われなければならない。治療的中絶は 26 週まで認められる。

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	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	直接的支援を提供
有配偶女性*の近代的避妊実行率(18-44 歳、1977)	49
合計特殊出生率(1985-1990)	2.0
年齢別出生率(15-19 歳の女子人口千対、1986)	51
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)	
チェコ共和国(1988)	13
先進国(1983 頃)	30
女性の平均寿命(1985-1990)	75.0

* 初婚の女性

背景

チェコ共和国(1993年1月1日までチェコスロバキアの一部であった)の中絶法は、第2次大戦後から、何度となく改正され規制緩和の方向に進んできた。法律第 86/1950 号 (刑法典 227-229 節) (1950 年 8 月施行) 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悪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で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」の性格、及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年までには、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、夫が死亡した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、などの場合である。逆に、妊娠12週以上である、女性の健康状況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、といった場合は許可されない。以上の規則の適用除外はある。妊娠の継続により女性の生命が危険にさらされる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は可能である。また、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。中絶は妊娠12週までは可能である。ただし、妊婦の生命を救うため、あるいは胎児に損傷が認められた場合を除く。この後者の場合、中絶は妊娠24週まで認められ、例外的に26週まで認められることもある。

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渡し、医師は女性に中絶がもたらす影響及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、申請は医師委員会によって再検討される。過去6ヵ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はなければ、中絶は許可されない。その条件とは、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、胎児の異常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。

妊娠を早期に終了させるために真空吸引法が使用される。この中絶法は初産婦の場合は妊娠6週間まで、2度以上出産経験のある妊婦の場合は8週まで行える。1988年の中絶件数のうちこの方法が使用されたのは4分の3であった。

それ以後、チェコ共和国では、中絶が主な避妊の手段として求められることとなった。その理由の1つに、中絶は無料であるが、避妊具・薬は無料でない、そのうえに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。しかし、1986年から1987年の間に中絶件数は25%も増えた。

中央アフリカ共和国 (Central Africa Republic)

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:

適用なし

*妊婦の生命を救う目的で中絶を認めることは、中絶法には明記されていない。しかし、刑法の一般原則は、緊急必要性を根拠に、この理由による中絶を認めている。

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	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、1994/1995)	15
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)	81
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)	
中央アフリカ共和国	700
中部アフリカ	950
女性の平均寿命 (1995-2000)	47

背景

刑法典 (1961 年 7 月 18 日の法律第 61-239 号) 第 190 条は、中絶を全般的に禁止し、例外は 1 つも明示されていないが、刑法の緊急の必要性の原則の下で、妊婦の生命を救うための中絶は認められている。違法中絶を行った者あるいは行おうとした者は、妊婦の同意の有無に関係なく、1-5 年の禁固刑と 20 万-200 万 CFA フランの罰金刑が科される。医師および医療従事者の場合は、同等の刑罰のほかに最低 5 年間の業務停止が科される。

1987 年に政府は、家族計画を女性の健康を向上させる手段として認めた。同じころ、政府は全国的な母子保健・家族計画プログラムを策定し、当時活動を行っていた中央アフリカ家族福祉協会

(Association Centrafricaine pour le Bien-Etre Familial/ACABEF)を正式に認めた。大家族が誇りである伝統的な地方では、まだ家族計画は受け入れられていない。さらに、女性が避妊サービスを手に入れようとするのに夫の許可を求めなければならない。

厳しい規制にもかかわらず、中央アフリカ共和国では違法中絶がまだ行われている。他のアフリカ諸国と同様に、思春期層の妊娠率は高い。同様にその年齢層の中絶率も高い。

中国 (China)

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	現状維持
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)	83
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)	5
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)	
中国	95
東アジア (1983 頃)	95
女性の平均寿命 (1995-2000)	72

背景

中国の刑法 (Criminal Code of China) (1979 年 7 月 1 日、全国人民代表会議 < National People's Congress > により制定) には、妊婦の同意のもと行われる中絶を犯罪とする条項は含まれていない。妊娠初期の中絶は、吸引法を用い、診療所で医療従事者によって行われる。妊娠中期の中絶は病院で医師により行われる。中絶サービスは中国政府により公共サービスとして提供される。女性は妊娠初期の中絶には 14 日間の有給休暇がもらえる。初期を過ぎてからの中絶は 30 日間の有給休暇である。中絶手術後に子宮内避妊具 (IUD) の装着あるいは不妊手術をした場合には、有給休暇を増やしている地域もある。中絶は妊娠初期に行われるのがほとんどだが、政府は妊娠 6 カ月まで中絶を許可している。

1950 年代はじめに、中絶は特定の条件に該当する場合だけ認められた。当時の中央政府は公式声明で、以下の場合に中絶を認めるとした。それは、妊娠の継続が医学的に望ましくない、出産間隔が短すぎる、4 カ月以下の子どもがいて再度の妊娠で授乳が難しい、という場合であった。これらの理由で中絶を行う場合、カップルの共同申請書と医師の証明書が必要であった。特定の状況下として、重い負

担を要する特別な仕事や労働（または研究）も中絶をする合法的理由となったが、手術を依頼するには信頼できる組織の重要職員の証明と医療機関の承認が必要であった。中絶を行う時期は早い方が良く、妊娠1ヵ月以内が望ましく、遅くとも2ヵ月以内とされた。

1953年の人口国勢調査の結果を受けて、政府は人口増加率を下げるために避妊及び中絶の利用を認め、支援する方針を打ち出した。公衆衛生省は、1957年4月12日から中絶や不妊手術の申し込みに、年齢、子供数、認可手続きに関する規制を撤廃すると発表した。しかし、中絶の認可は、年に1度とし、妊娠10週までに限定された。政府は、妊娠防止には避妊を奨励し、避妊失敗時の予備対策として中絶を位置づけた。

1970年代初期に、中国政府は人口政策を国家経済計画の策定に取り入れ始めた。計画出産のモデルを紹介し、国の目標を掲げ、広報宣伝教育モデルが開発された。「より遅く、より長く、より少なく」(Wan-Xi-Shao) キャンペーンは、1979年に一人っ子政策につながられた。中国憲法のある条項は、個々のカップルは家族計画を実行すること、政府はそれを支援することが求められている、となっていた。この時から、家族計画政策は、全国規模の家族計画プログラムを通して実行された。プログラムは、強力な広報宣伝と教育のコンポーネント、無料避妊サービスの提供、経済的・社会的な奨励策と抑制策からなっていた。これらは地域により多種多様で、また農村部と都市部とでも異なった。

1990年に、妊娠可能年齢層の女性の避妊実行率は、85%を上回ったと報告された。この水準は、大半の先進国の水準に近く、他のアジア諸国の水準を大きく上回った。中国における避妊法の使用率はほとんどが3つの方法を使用している。子宮内避妊具(IUD)、女性の不妊手術、男性の不妊手術である。また他の方法、例えば経口避妊薬(ピル)やコンドームなども入手しやすく、広く使われている。しかしながら、中国では避妊法が失敗する割合も比較的高い。

いくつかの調査結果から、子宮内避妊具(IUD)を取り除いた後は、妊娠を防ぐために他の避妊法を使用していない場合が多いことが分かった。このように避妊具・薬の未使用や避妊の失敗があるので、産児制限の手段として中絶はより大きな役割を果たしてきた。関係官庁の担当官によれば、中国の中絶件数の70%が、避妊の失敗後のものと推定される。中絶件数は、1971-1978年に年間およそ400万-500万件で推移していた。一人っ子政策が施行された1979年は、約790万件であった。1983年に過去最高の1440万件に達したのをピークに、その後は徐々に減少し、1989年は1060万件になった。

1990年末に国家計画生育委員会が発表した統計によれば、中絶率は中国全土で一様ではなかった。出生に対する中絶の割合をみると、一般に沿岸部よりは内陸部の方が低かった。内陸部の一部地域には多数の少数民族が住んでいる。これら少数民族は中央政府の人口政策の適用を一部免れていた。ごく少数の例外はあるが、中絶率は農村地域よりも都市の方が高い。農村部と都市部との差は生活習慣の違いによるものであるが、そればかりでなく、妊娠後期に入って中絶を希望する農村部の女性の多くが、都市の大きな病院で手術を受けることもあり得る。

1980年代に行われた調査結果によると、全体的に、中絶率は妊娠率の増加とほぼ同程度急増している。1990年に行われた医療研究は、地方の回答者が平均して1.60人の子供を持つのに対し、都市部の回答者の子供数は1.08人であった。この研究はいくつかの地方や省の都市—江蘇、上海、四川省当局—を対象に中絶に関する調査を行ったものである。

チュニジア (Tunisia)

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、妊娠初期に、病院、保健施設または認可クリニックで、合法的に医療活動を行っている医師が実施しなければならない。

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、1994-1995)	51*
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)	13
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)	
チュニジア	170
北アフリカ	340
女性の平均寿命 (1995-2000)	70.7

背景

1965 年、チュニジアはイスラム教国のなかでは、最も早く中絶法を合法化した。1913 年のチュニジア刑法典、及び同刑法の中絶条項を改正した 1920 年及び 1940 年の法令のいずれも、一切の中絶を禁止していた。1965 年 7 月 1 日の法律第 65-24 号は、刑法を改正し、妊娠初期の場合に中絶を認めた。この法律は、カップルに少なくとも 5 人の子供がおり、妊娠 3 ヶ月以内であれば中絶を認め、さらに妊娠の継続が妊婦の危険となる場合は妊娠時期に関係なく中絶ができると規定した。

チュニジアの現行中絶法は、新しい刑法典が施行された 1973 年以降のものである。刑法第 214 条は、妊娠 3 ヶ月以内の本人の要請による中絶を許可している。これ以降については、妊娠の継続が母親の身体的健康と精神的健康のバランスを崩壊させる恐れがある場合、あるいは生まれてくる子供が重大な病気あるいは欠陥を持つ恐れがある場合に中絶を認めた。妊娠初期の中絶は病院あるいは医療施設

あるいは認可診療所で、医師が実施しなければならない。この時期以降の中絶は、そのための認可施設で行われなければならない。治療する医師は中絶を行う医師に対し報告書を提出しなければならない。中絶には他の医療サービスと同じように政府から補助金が支払われる。したがって無料の保健サービスを受ける資格のある者は、公共の病院で無料で中絶を受けられる。

刑法の条項に違反して中絶を行った者は、5年の禁固刑または1万ディナールの罰金刑またはその両方が科される。法律に違反して自己中絶をおこなった女性あるいは中絶に同意した女性は2年の禁固刑または2000ディナールの罰金刑またはその両方である。

中絶法の規制緩和は、出生と人口増加に関する総合政策の1つの構成要素にすぎない。チュニジアはアフリカ諸国で初めて、社会・経済開発の推進の1つの手段として出生を抑制する正式な産児制限政策を採択した。チュニジアは1956年にフランスから独立した。以来、政府は、女性の地位について世論の変革を目指し、多くの法律を改正した。1956年に制定された法律は女性に同等の権利を認めるものであった。個人地位法（the Personal Status Code）では複婚および離縁条項を廃止する一方、女性の離婚権を導入し、結婚に最低年齢制限を設けた。1961年に政府は出生低下を国の目標のひとつに加え、1920年のフランス避妊禁止法を撤廃した。この法律は、避妊法の輸入・販売・広告は、他の医薬品を規制する法律によって統制される、と規定しているものである。1964年には、最低結婚年齢が引き上げられ、家族手当を受けられる子供数が4人に制限されることになった。また国家家族計画プログラムが、ごく少数の地域でスタートした。このプログラムはその後次第に広げられ、1966年には全国的に拡大した。1965年、最初の中絶合法化が行われたが、やがて、法律は厳しすぎると受けとめられるようになり、国家の家族計画および出生に関する国家目標に合致しないと考えられるようになった。

1973年に中絶新法が承認されると、家族計画プログラムを管轄する全国家庭人口局が設立された。この局はまた、人口研究、家族計画・家族の健康に関する広報活動などの責任を担った。続いて1988年には、家族手当を受けられる子供数はさらに制限されて3人になった。こうした法律制定の動きは、女性の地位向上と出生力の低下を目的とする他の施策によって補完されていた。そうした施策には、男女両方に対する学校教育の提供、女性による避妊実行の奨励、あるいはマスコミを利用した家族計画の推進などである。家族計画は基本的な保健サービス制度に完全に統合された。また妊産婦保健センターが設立され、中絶サービスが他のサービスとともに提供された。第8次計画(1992-1996年)において、政府は避妊法の実行率の上昇と出生率の低下をセットにした人口目標を明らかにした。避妊実行率は、1991年の53%を2001年までに64%に引き上げることを目指した。一方、合計特殊出生率は、2.6を2026年までに2.1に引き下げるとした。

チュニジア政府は、こうした総合的な取り組みによって大きな成果をあげた。合計特殊出生率は、1965年には女性1人当たり子供7.2であったが、1991年には3.4、2000年までに2.6になった。人口増加率は、1985年に2.6%であったものが、1995-2000年には1.4%となった。出生率の低下は避妊法の利用率の上昇によるものである。1994-1995年には51%の女性が近代的避妊法実行していた。国家家族計画プログラムの成功にもかかわらず、家族計画の実施開始年齢はかなり高い。ということは、避妊ならびに中絶は、希望子供数の達成後、主にそれ以上の出産を防ぐ目的で実施されることを意味する。チュニジアにおける避妊実行平均年齢は30歳、子供数は3.7人、結婚年数は9年である。中絶を受ける条件の中に、すでに産まれた子供の数は問われないものの、中絶を希望する女性には、すでに4人あるいはそれ以上の子供がいる。

1973年の合法化以来、中絶を受ける女性の数は増加しており、現在では子宮内避妊具(IUD)と経口避妊薬(ピル)に次ぐ、3番目の避妊の手段となっている。15-44歳の女性1000人に対する中絶の割合は、1996年に8.6で、比較的少ない。しかし、公式統計には民間部門で行われた合法中絶は含まれない。1980年にこれらの中絶数は、全報告数の15-20%を占めたと推定される。妊産婦死亡率は出産10万に対し死亡170であり、地域の平均の約半分の水準である。

1973年の中絶合法化に対して、宗教的抵抗はほとんどなかったが、女性が堂々と合法中絶を受けるのは、しばしば難しいものがある。中絶に関しては、まだまだ知識が普及していないと指摘する調査もある。さらには、未婚女性の中絶は、伝統社会において、いまだタブーの話題とされている。従って、違法中絶は引き続き行われており、特に婚外妊娠および農村部が多い。違法中絶は、しばしば自己中絶の場合が多く、野菜類、薬局で入手した薬品、または酢・塩の注入により行われる。

デンマーク (Denmark)

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、医師により、国立または公立の病院、または病院に付属したクリニックで行われなければならない。妊娠が12週目以上で、妊娠が女性の生命に危険を及ぼさない、あるいは身体的・精神的健康に重大な悪化をもたらさない場合、中絶は委員会の承認を得なければならない。

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、1988*)	78
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)	8.5
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)	
デンマーク	9
ヨーロッパ北部	11
女性の平均寿命 (1995-2000)	78

*過去2か月のうち不妊処置以外の方法による避妊実行率

背景

1937年まで、デンマークでは妊婦の生命や健康を危険から救うのに必要な場合以外は中絶は禁止されていた。この年、議会は、生命や健康への脅威、強姦や近親姦、胎児の異常の場合に中絶を認める法律を施行した。この法律はその後、1956年と1970年に規制が緩和され、例えば子供が4人以上いる、38歳以上であるなどさまざまな社会的理由での中絶が認められることになった。中絶は、医師2名と精神科医1名からなる委員会の承認を得なければならなかった。中絶申請書のうち委員会で承認される数がかなり多かったので(90%以上)、1973年に再び規制緩和の法改正がなされ、妊娠12週であれば、要請によって中絶ができるようになった。

1973年6月13日の法律第350号は、デンマーク在住の女性で妊娠12週までは、中絶の申請書を提出し、中絶の過程で起こりうる危険の説明と中絶以外の選択肢の情報を提供されていれば、要請による中絶の権利があったとした。妊娠12週目を過ぎると、特別な認可なしで中絶できるのは、「女性の生命、または身体的・精神的健康を悪化させる危険を回避するのに必要であり、その危険が専らあるいは主に医学的性質を持つ要因に根ざしたものである」場合に限り中絶ができるとした。また委員会の承認が得られた場合も、妊娠12週以上で中絶が可能である。委員会は、中絶が行われる施設の管理責任者と2名の医師からなる。医師のうち1名は婦人科か外科の専門医、もう1名は精神医学の専門医あるいは社会医療制度に詳しい医師とする。委員会は、現在、女性が置かれている生活環境を考慮すると、妊娠・出産・育児が、女性が抱えている身体的・精神的病気または疾患を悪化させる危険がある、あるいは将来悪化する危険性がある場合、妊娠が犯罪による場合、遺伝的な条件あるいは妊娠中の損傷や病気によって子供が重大な身体的または精神的障害を持つ可能性がある場合、身体的または精神的障害により、あるいは若すぎたり未熟であるため、女性がきちんとした子育てができない場合、「妊娠、出産、子育てが女性にとってかなりの負担となり、他の方法でそれが回避できない場合」、社会・経済的な状況を考慮して認可を決める。

中絶は医師によって、国公立の病院または病院に付属するクリニックで行われなければならない。12週目以降の中絶で、事前に委員会の認を得ずに行われた場合、2年までの禁固刑、または情状酌量で罰金刑が科される。中絶を行った者が医師でない場合は、4年までの禁固刑である。その他の規定手続きを踏まない場合には、罰金が科せられる。

家族計画サービスは、国の保健サービスの一環として行われており、郡のクリニックが責任者である。政府は家族計画協会と緊密な協力体制でさまざまな国内問題に取り組んでいる。保健省は家族計画協会と保健情報委員会を通して避妊に関する情報を提供している。学校には1970年から性教育の実施を要請しており、1991年からは、教師向けの正式なガイドラインに基づく性教育が、保健カリキュラムに組み入れられた。長年にわたり質の高い性教育をあらゆる人たちに提供してきた家族計画協会は、家族計画、性生活の向上、リプロダクティブ・ヘルスを推進しており、性の知識を得ることは人間の権利であり、個人と社会の生活に不可欠なものであると主張している。

トルコ (Turkey)

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 10 週以内であれば要請により可能である。それ以降は、妊婦の生命あるいは健康を保持するため、もしくは胎児異常の場合に限って合法中絶が可能である。中絶は、中絶手術の追加訓練を受けた婦人科医によって行わなければならない。妊婦の同意が必要である。妊婦が未成年者の場合、親の同意が必要である。妊婦が未成年者、あるいは精神的障害をもつ者で、法的後見人を有する者は、後見人、治安判事、女性の同意が必要である。既婚女性の場合、中絶を受ける前に、夫の承諾が法で定められている。女性の生命に緊急の危険が迫っているとき、同意の義務は免除される。

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、1998)	38*
合計特殊出生率 (1995-2000)	2.5
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	44
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)	
トルコ	180
西アジア	320
女性の平均寿命 (1995-2000)	71.7

* 暫定値

背景

1983 年まで、トルコにおける中絶は、妊婦の生命を救う場合または妊婦の身体的あるいは精神的健康を維持する場合に限って認められていた (1936 年 3 月 1 日刑法典; 1965 年 1 月 1 日法律第 557 号; 1967 年 6 月 12 日命令)。

女性の同意を得て違法中絶を行った者は 2-5 年の禁固刑であった。自己中絶を行った女性の処罰は 1-4

年の禁固刑であり、他の者が自分に中絶を行うことに同意した女性は1-5年の禁固刑であった。女性の同意を得ないで中絶を行った者は7-12年の禁固刑で、同意した女性が14歳以下あるいは暴力・脅迫・詐欺により同意を得た場合にも同等の刑罰が科された。

1980年代はじめ、トルコでは、危険な中絶が増加するにつれて合併症や死亡の件数も多くなっていた。これに憂慮した政府は、法律の規制をより緩和し、中絶が受けられやすくした。1983年5月24日の人口計画法(法律第2827号第5-6章および同法のもとで出された1983年11月14日政令第83/7395号)は、妊娠10週までは要請による中絶を認めた。その後、妊婦の健康を守る目的、ならびに胎児の障害の場合の中絶も認められた。しかし、これらの理由のあることを専門家委員会が確認する必要があった。委員会は、産科と婦人科の専門医および他の分野の専門家で構成された。この手続きは女性の生命に緊急の危険が及んでいる場合は免除されるが、事前あるいは中絶後24時間以内に、地区の保健福祉事務所に通知する義務がある。この通知は中絶を行った医師が行うもので、内容は患者の氏名と住所、行った処置、処置の正当性である。

合法中絶は、産科医/婦人科医が行わなければならない。月経調整の場合は、特別訓練を受けた医療従事者が産科医か婦人科医の監視・監督のもとに行われなければならない。妊婦は中絶に同意しなければならない。妊婦が未成年者の場合は、法定代理人の同意も求められる。妊婦が未成年者あるいは精神的な障害があるために法的後見人がいる場合、法的後見人と治安判事および妊婦の同意が必要である。現行法は、既婚女性の場合は中絶前に夫の許可を義務づけている。しかしながら、女性の生命に緊急の危険がある場合、この要件は免除される。

トルコの中絶法は規制が緩いが、実際に行われる合法中絶件数はごく限られている。中絶は、婦人科医が直接あるいはその監視のもとに行うことが要件となっているからである。これは特に農村部には厳しい要件である。農村部には、そもそも医師が少なく、ほとんどいないに等しいからである。訓練医のいない農村の保健施設の多くがサービスを提供していない。したがって、農村の女性は妊娠10週以内の中絶を望んでも中絶を受けることができない。

トルコで中絶が合法化されたのは1983年になってからだが、いくつかの調査結果によれば、トルコではかなり前から中絶が広く行われていた。中絶が受けやすくなる前の1978年に実施されたトルコ出生力調査で、トルコ女性の34%が、調査実施時までには少なくとも1回は中絶したことがあることが判明した。同様に1983年のトルコ人口・保健調査は、結婚経験のある女性の37%が少なくとも1回の中絶を経験していることから、妊娠総数の12%が人工的に妊娠を中止したと推定した。1988年に実施された人口保健調査では、回答者の24%が少なくとも1回の中絶をしていた。最新の数字では、1993年の中絶率は推定で、女性1000人に対し25であった(対象は15-49歳の結婚経験のある女性)。いくつかの調査では、都会に住む教育程度の高い女性の方が、地方の教育程度の低い女性より中絶を経験しがちであることがわかった。

合計特殊出生率は、1990-1995年の3.8から1995-2000年は2.5と低下し、人口増加率は2.2%から1.7%となった。トルコ政府は、合計特殊出生率と人口増加率は低下傾向にはあるものの、まだ高い水準にあると見ており、出生率を引き下げるこれまでの取り組みを続けている。1996-1997年には、中絶を希望、あるいは中絶経験のある女性を対象に避妊教育を行う「変化のためのソーシャル・マーケティング」プロジェクトが実施された。トルコには、希望する国民のすべてに医療サービスを提供する公共保健制度がある。しかし、伝統的および宗教的な壁があるため、近代的家族計画方法はなかなか普及しない。1998年に、有配偶女性の38%が近代的避妊方法を使用していた。トルコの妊婦死亡率(1990年に出生10万に対し死亡180)は、地域平均(同320)を大きく下回る水準である。

政府は、1982年に人口政策を採択し、家族計画サービスを家庭の保健・福祉を向上させる手段として提供することとした。さらに中絶の合法化に加え、1983年5月24日の人口計画法で、不妊手術を含むすべての家族計画サービスを合法化した。不妊手術は配偶者の同意があれば認められる。1995年には、国際人口開発会議を受けて、女性の健康・家族計画のための国家行動計画の見直しが行われた。