

ドイツ (Germany)

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:

医学的理由で中絶をする場合を除いて、女性は中絶前に、医師によるソーシャル・カウンセリングを受けなければならない。中絶は病院もしくは公認の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	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 (20-39 歳、1992)	72
合計特殊出生率 (1990-1995)	1.3
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1990-1995 年)	1.1
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)	
ドイツ	22
先進国	27
女性の平均寿命 (1995-2000)	80.2

背景

ドイツ連邦共和国(西ドイツ)とドイツ民主共和国(東ドイツ)は、統一前はそれぞれの中絶法を適用していた。2つの法律は非常に異なるものであった。ドイツ連邦共和国の法律は、ドイツ連邦憲法裁判所の1975年の判決に明記した原則に基づいていた。この判決後まもなく議会は中絶法の規制を緩和し、妊娠12週までは要請による中絶を認めることに賛成した。裁判所は判決の中で、要請による中絶は憲法違反であると判断した。その理由として、裁判所は、憲法条文の生命の権利の保護を挙げ、生まれてくる子供の生命の権利もここに含まれるとし、中絶はこの権利を侵害するので憲法違反であるとした。

この決定への対応として、議会は次の場合に中絶は合法で、認められるという内容の法律を採択した。それは妊婦の健康あるいは生命に重大な脅威がある場合、生まれてくる子供が取り戻せないほどの損

傷を負うと予測できる場合、妊娠が犯罪(例えば強姦、近親姦)による場合、妊婦が耐え難い苦痛(例えば社会・経済的理由)を感じている場合であった。耐え難い苦痛の状態の判定は、妊婦自身ではなく、中絶を行う医師以外の医師によってなされるとした。後の2つの場合(耐え難い苦痛と犯罪による妊娠)では、妊娠12週までに限って中絶が認められた。最初の2つの場合は、より遅い時期が適用された。

医師が絶申請の承認を行うこと(また、社会的・経済的理由による中絶の場合、医師は妊婦が耐え難い苦痛状態にあることを証明すること)が必要条件となっていたため、中絶の受けやすさ、中絶率とも連邦共和国内で場所によりかなりの違いがみられた。北部では医師が機械的に、社会的・経済的理由の申請に承認を与え、中絶をおこなった。一方、バイエルンなど南部では、中絶が行われるのはそれほど多くなかった。さらに法律では手続きに様々な要件を設けていたため、多くのドイツ女性が、規制の緩いオランダまで出かけて中絶を受ける方を選んだ。

これとは逆に、統一前のドイツ民主共和国の中絶法は、社会主義の原則に基づいていた。共産党政権は、女性の権利の主張を支持し、中絶を受けやすくすることは、この権利を守る1つの方法であると見ていた。このため、妊娠12週までの中絶は要請により受けることができた。その後、妊婦の生命への脅威を含む重大な理由による中絶も認められた。連邦共和国の法律とは異なり、女性が感じている生活条件での苦痛、医師の判断による中絶の認可などの要件も一切なかった。他の東ヨーロッパ諸国と同様、中絶は産児調節の重要な手段として利用されていた。

しかし、統一に続くさまざまな出来事でのこの2つの異なる法体制は変革を迫られた。連邦共和国と民主共和国は、統一の準備段階で正式な統一条約の交渉に入っていた。交渉の大部分は、両共和国の法律の調整の話し合いで占められた。両共和国の法律は中絶以外の領域でも大きな隔たりがあった。他のほとんどの問題では合意に達したが、中絶法は行き詰まったままであった。民主共和国は連邦共和国の法律を採択することに強硬に反対し、連邦共和国も民主共和国の法律に強硬に反対した。統一日の延期を望まなかった両共和国の代表者は、この問題の結論を2年後の条約調印まで先送りすることにした。結局、中絶法は両共和国がそれぞれの司法権の及ぶ領土内で、今までの法律を適用し続けることになった。

新しい法律への合意は容易ではなかった。しかし、1992年6月によく折衷案が成立した。それは、中絶は、妊娠12週以内で、妊婦が「苦痛と葛藤の状態」にあることを自覚している場合には合法であるというものであった。中絶をおこなう医師以外の者にカウンセリングを受けることと中絶日まで3日間の待機期間を置くことの義務は課せられたが、妊婦は最終決定をすることが許されることになった(連邦共和国の旧法律では医師が最終決定権を握っていた)。この法律で義務化されたカウンセリングは特に「出生前の大きな価値あるものを認識する中で」生命を守ることを目的としたものである。中絶は次の場合にも合法とされた。子供が重大な障害を持って生まれてくると考えられる場合は妊娠22週まで、妊婦の生命への脅威あるいは妊婦の身体的または精神的健康に深刻な脅威となる場合は、妊娠期間に関係なく、合法とされた。犯罪を理由とする中絶については法律に規定されなかった。それは、この中絶は妊娠12週までに可能であり、したがって苦痛と葛藤の状態の定義にあてはまると解釈されたためであった。

この法律には、中絶を必要とする状況の発生を防止することを目的とした様々な規定が盛り込まれた。それらは、リプロダクティブ・ヘルス関連事項および妊婦への支援に関する無料のカウンセリングと情報の提供、20歳以下の若者に対する無料の治療および避妊法の提供、妊婦と子供のための手当ての充実、すべての子供が保育園に通う権利の保障に関する条項である。この折衷案の作成者は、中絶を受けやすい条項にすれば、それだけ社会的観点から中絶率が高い水準であることに取り組む意思が高まると考えた。

法律の内容の違いが非常に大きかったために、一部の法律家およびバイエルン州は、ドイツ憲法裁判

所に異議申し立てをし、この法律はドイツ憲法の生命の権利条項に違反していると主張した。1993年に同裁判所は決定を出した。判決は、この法律の条項は、妊婦が苦痛と葛藤の状態にある場合に合法中絶を認めており、ドイツ憲法が明確に保障している生命の権利を侵害しているというものだった。判決は、治療的理由による中絶以外のすべての中絶は非合法であると宣言した。判決はまた、この法律の、義務的カウンセリングに関する条項も、生命の保護が十分になされておらず、憲法違反と断じた。裁判所は、将来の法律の中の義務カウンセリングに関する条項は、生まれる前の生命を保護すること、中絶を断念するように妊婦を説得すること、こうしたカウンセリングに詳細なガイドラインを設けることに一層の留意を求めた。

しかし同時に、憲法裁判所は、苦痛と葛藤の状態にある妊婦の中絶は違法であるが、関係者が起訴されることなく、ドイツでも可能であるとした。妊婦が義務カウンセリングを受け、中絶日まで3日間待てば、妊婦も医師も罰せられることはない。こうした中絶は合法ではないので、中絶を希望する女性が貧困で中絶費用が支払えない場合を除いて、国の健康保険の適用を受けない。この点は両共和国の旧法ともそうであった。この決定の実際的な影響は、議会がもう一度中絶法を制定しなければならなくなったことであった。

新しい法律の要綱をめぐる意見の対立からほぼ1年たった1995年に、議会は新しい法律を制定した。新しい法律は、重要な点のほぼすべてについて、裁判所の決定に従った。妊娠12週の妊婦は、苦痛と葛藤の状態にあり、中絶日の3日前までに適切なカウンセリングを受ければ中絶を受けることができた。こうした中絶は違法ではあるが、罰せられることはない。カウンセリングの主眼は生まれてくる命を守ることなので、カウンセラーは、妊婦に、胎児が生命の権利を持っていることを知らせ、妊娠を継続するよう説得しなければならない。しかし、カウンセリングは、妊娠の継続を無理強いすることを意図したものでなく、意識を高めることが目的である。女性が納得すれば、胎児の父親も含めて関係する他の人たちもカウンセリングにくることが要求される。また法律には、妊婦に中絶を強要した者あるいは故意に援助金の支払いを停止することによって中絶する気にさせた者に対する罰則を導入した。また法律には、女性が苦痛と葛藤の状態にある時に受けた中絶は、女性の収入が一定の限度以下である場合を除いて、健康保険の対象とならず、健康保険基金からの支払いはない、との規定も盛り込まれた。法律は、ドイツの過去の国家社会主義に対する懸念に配慮して、胎児の異常の存在を妊娠後期中絶理由とする条項を削除した。犯罪を理由とする中絶を妊娠12週まで認めるとした条項は復活させた。

ドミニカ (Dominica)

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、病院で、有資格医師により認可され、実行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	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	直接支援を提供
有配偶女性の近代的避妊実行率 (15-44 歳、1987)	50
合計特殊出生率 (1988)	2.0
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995)	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)	
ドミニカ共和国 (1987)	62
カリブ地域	400
女性の平均寿命	-

背景

ドミニカの中絶法は、植民地時代に導入した英国のコモン・ロー法体系に基づいている。1873 年の人に対する犯罪法 (Offences Against the Person Act) (第 56-57 条) は、中絶はいかなる場合も犯罪であるとしている。一般的な刑法の緊急の必要性の原則は、妊婦の生命を救うために中絶をすることを認めている。さらに、英国の人に対する犯罪法第 8 条は、出生する能力のある子供を殺した者は、純粋に母親の命を守るためにその行為を誠実に行ったのであれば、有罪とみなされないと規定している。この法律は、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述べている。

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諸国のほとんどが、健康を理由とする中絶を合法とすることがあ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。しかしながら、ドミニカではこのボーン判決は適用されていない。

家族計画サービスは、政府の母子保健クリニック及びドミニカ家族計画協会（Dominica Planned Parenthood Association, DPPA）が提供している。同協会は、1989年までは家族計画に関する情報と教育だけを提供していたが、1989年に診療サービスや地域レベルでの避妊具・薬配給プログラムを開始した。このプログラムは政府のサービスを補完するものであった。近年、10代の女性の妊娠率が高いことから、公共と民間の両部門で、思春期層を対象とした家族計画教育・サービスに重点を置くようになってきた。

ナイジェリア (Nigeria)

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:

2名の医師によって、妊娠が女性の生命を著しく脅かしているとの証明がなされねばならない。

* ナイジェリアには2つの法律がある。北部で適用されているものと、南部で適用されているものがある。両方とも、女性の生命を救うための中絶を認めている。さらに南部では、身体的と精神的健康を理由とする中絶を認める「レックス対ボーン (Rex v. Bourne)」の判決が適用されている。

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、1990)	4
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)	121
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)	
ナイジェリア	1000
西アフリカ	1020
女性の平均寿命(1995-2000)	51.5

背景

ナイジェリアでは、中絶は2つの異なる法律で規制されている。イスラム教徒が多い北部の諸州(総人口の約半分を占める)では、刑法典(1959年法律第18号)が適用されている。キリスト教徒が圧倒的な南部の諸州では、1916年の刑法が適用されている。どちらも中絶を全般的に禁止しているが、条文の言葉遣いの違いとその解釈の違いで、中絶罪の扱いに違いがでる結果となっている。

刑法典は、インドやパキスタンの刑法に関連あるもので、妊婦の生命を救う目的の場合に限り、中絶は合法となる可能性がある。この目的以外で、意図的に中絶を行った者は14年の禁固刑および/または罰金刑を受ける。自己中絶を行った女性も同等の処罰を受ける。女性が中絶が原因で死亡した場合、刑罰はより重くなる。

刑法は英国の人に対する犯罪法(1861年)をひな型としたもので、刑法典と同じように、妊婦の生命を救う目的の場合だけ、中絶を合法とみなすとしている。第297項は、「妊婦の病状と置かれている環境

のすべてを考慮して、中絶が妥当とされるとき、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を用いて、胎児に外科的手術を行う者は、犯罪法上その行為の責任を問われない」と規定している。流産をさせる意図をもって、妊婦に何らかの毒物を投与、あるいは他の手段を用いた者は、14年の禁固刑が科される。同様の行為を自分自身に行った女性あるいはこの行為を自分にすることに同意した女性は、7年の禁固刑である。流産をさせるのに使用されることを知りながら、何らかのものを供給した者は、3年の禁固刑である。

しかし、刑法は、刑法典と異なり、より広い範囲の理由での中絶が合法と認められると解釈されてきた。ナイジェリアの南部の州で、少なくとも1つの裁判所は、健康を理由とする中絶を合法とし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」の判決を支持した。この判決で、強姦された女性の中絶を行った医師は無罪とされた。裁判所は、女性が「身体的また精神的衰弱」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。

1982年にナイジェリアで中絶法を緩和しようという試みがなされたが成功しなかった。ナイジェリア産婦人科医学会の提唱による「妊娠中絶法案 (A Termination of Pregnancy Bill)」が議会に提出された。この法案は、妊娠を中断した場合よりも妊娠を継続させた場合の方が、女性の生命が危険になる可能性、あるいは身体的および精神的健康に危害が及ぶ可能性、あるいは既に産まれた子供たちが不当な扱いを受ける可能性が高くなると2名の医師が証明した場合に中絶を認めるというものであった。この法案は、「生まれる子供が、身体的または精神的異常を持ち、重度の障害者となる危険性がかなり高い」場合も中絶が認められるとしていた。拡大されたこれらの理由で行われる中絶は、妊婦の生命を救うためである時以外は、妊娠12週以内に限って認める内容であった。法案は、医師が、良心的理由で中絶を行うことを拒否できる権利も認めていた。この法案は、宗教指導者とナイジェリア女性団体全国協議会から、性の乱れをもたらすとして強く反対された。中絶法は現在まで改正されていないと思われる。

中絶件数は増加しつつあり、ナイジェリアの高い妊産婦死亡率の主な原因であると考えられている。おもに大学付属病院を対象に実施されたいくつかの調査報告書は、15歳から19歳の若い女性が最も危険性の高いグループであると指摘した。このグループの女性は、教育が中断する懸念、失業する心配、および婚外出産の子どもを育てることの社会的不名誉、などの理由から中絶を求める。ナイジェリアでは、不完全な中絶を受けた女性の相当数が常時病院で治療を受けている。このことは、違法で、質の劣る中絶の件数が高いことを表している。さらに、民間による中絶はどこでも受けることが可能であると報告されている。

中絶件数に関する全国的データは入手できない。入手困難なのは、中絶が社会的に不名誉とされるため、また、中絶を行った女性と医師の両方が厳しい処罰を受ける可能性があるためである。ナイジェリアでは中絶は一般に違法であるが、法律と中絶件数との間には大きな食い違いがあるようにみえる。1984年にナイジェリアの病院で実施された調査では、中絶を受けた女性の過半数(55%)が20歳以下の若い女性で、この年齢層の死因のトップが違法中絶である。また中絶を受けた者の85%は未婚で、60%が中等教育以上の学歴保有者であった。1980年に内閣調査委員会 (Ministerial Committee of Inquiry) は、同年に50万件の違法中絶が行われたとの推計を出した。

1990年人口・保健調査によれば、近代的避妊法の実行率は4%であった。1995-2000年の合計特殊出生率は女性1人に対し子供5.2人であった。ナイジェリアは妊産婦の死亡率が非常に高い国であるが、1990年には出生10万に対し死亡は1000を超えたと推定される。人口動態の現状を不満足としたナイジェリア政府は、1988年に国家人口政策を採択した。それ以降、政府は、政府の施設だけでなく民間やソーシャル・マーケティング(社会的責任を意識した販売)の販路を利用した家族計画サービスの普及と提供を積極的に支援し、推進してきた。しかし、家族計画サービスが利用し易いのはまだ一部に限られており、近代的避妊法の利用は非常に少ない。中絶法もまだかなりの改革が必要である。

1994年にカイロで開催された国際人口開発会議を受けて、政府は、国家レベルと地方レベルの両方で、女性問題・青少年開発省 (Ministry of Women's Affairs and Youth Development) を設置した。また、連邦保健省を再編し、プライマリ・ヘルス・ケア・疾病予防局の中にリプロダクティブ・ヘルス課を設け、地方分権化された保健制度の中にリプロダクティブ・ヘルスケアを統合させた。

ナミビア (Namibia)

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:

担当医以外に2名の医師によって中絶が正当であることの証明がなされなければならない。中絶手術は政府の病院か認可されている医療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、1992)	26
合計特殊出生率(1995-2000)	4.9
年齢別特殊出生率(15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	105
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)	
ナミビア	370
南部アフリカ	260
女性の平均寿命(1995-2000)	53.0

背景

ナミビアでは、中絶は、1975年の南アフリカ中絶・不妊手術法 (Abortion and Sterilization Act of South Africa) で規制されている。この法律は1990年3月ナミビアが独立の時に継承したもので、次の場合に限り中絶を認めている。それは、妊娠の継続が女性の生命を危うくするか、身体的健康に重大な危害をもたらす場合、妊娠の継続が女性の精神的健康に深刻な脅威となる場合、生まれてくる子どもが重度の身体的あるいは精神的障害に苦しむ可能性が高い場合、あるいは妊娠が強姦や近親姦といった違法の性的暴力の結果である場合またそうであると疑われる場合、女性が精神的障害や欠陥のため「性交渉の所産」の事実あるいは親として責任を自覚できない場合、である。担当医のほかに、2名の医師を加えた医師グループによって中絶の理由が存在することが証明されなければならない。中絶手術は政府の病院あるいは認可された医療施設で、医師によって行われなければならない。こうした規定に背いて中絶を行ったものはすべて5年以内の禁固刑および／あるいは罰金が科せられる。

中絶に関するデータはほとんど入手できないが、ナミビアで中絶はあまり広く行われていないようである。思春期の若者の間でも、望まない妊娠のほとんどが出産を迎えており、乳幼児遺棄はまれである。

1990年の独立まで、南西アフリカ人民機構（South West Africa People's Organization: SWAPO）は、ナミビア国外にあった難民キャンプに保健センターを開き、キャンプ内の学校に保健・性教育を導入した。独立後 SWAPO は、ナミビア国内で、この国が抱える様々な課題に取り組んできた。こうした課題には、高いレベルの乳幼児・妊産婦死亡率、10代および全体的に高いレベルの出生率、多くの望まない出産の存在、家族計画の知識および実行率の低さなどが含まれる。SWAPO は、ナミビアでの家族計画を、広範囲の母子保健（MCH）プログラムの一環として推進することとし、出産間隔の調整に力点を置いた。しかし、政府の政策は、細分化された保健行政機構によって妨げられることとなった。家族計画サービスばかりでなく、産前から産後に至る保健サービスも一般には容易に受けられない。母子保健と家族計画サービスの質が悪く、また普及が進まない原因には、訓練を受けた要員の不足、基本的資器材の欠如、情報・広報・教育資材の欠如、交通手段と通信設備の未整備、保健施設が身近にない、などがある。

ナミビアはリプロダクティブ・ヘルスに関する総合的なプログラムを策定した。内容は、家族計画カウンセリング、広報教育（情報、教育、コミュニケーション）の提供、ならびに中絶の予防、中絶による影響の管理である。政府は、2000年までに合計特殊出生率を5.4から4.5に低下させることを目指している。また1992年に26%であった避妊実行率を、2000年までに35%まで増加させ、さらに2010年までに50%に高めたいとしている。

ニカラグア (Nicaragua)

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:

合法中絶を受けるためには、1人または複数の専門家の事前の診察を受けねばならない。3人の医師の同意と女性本人の同意が必要である。ニカラグアの中絶法は“治療的中絶”を認めているが、その内容を特定していない。

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、1998)	57
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)	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)	
ニカラグア	160
中央アメリカ	140
女性の平均寿命(1995-2000)	70.6

背景

ニカラグアの刑法 (Criminal Code of Nicaragua) では、中絶は全般に非合法である。妊婦の同意を得ないで、あるいは16歳以下の女性に中絶を行った者は、3-6年の禁固刑に処せられる。妊婦が同意している場合、妊婦と中絶を行った者はどちらも1-4年の禁固刑である。中絶によって、あるいは中絶の方法が不適切であったために妊婦を死亡させた場合、中絶を行った者は6-10年の禁固刑である。妊婦に損傷を与えた場合は4-10年の禁固刑が科される。一般に中絶を行う者が最長の刑が科され、医師である場合はさらに刑罰は重くなる。自己中絶、あるいは妊婦が自分の名誉を守るために同意して行われた中絶の場合、中絶を行った者には1-2年の禁固刑が科される。

しかし、犯罪法には合法中絶の規定がある。第165条は、3人の医師が科学的結論を出し、女性の配偶者あるいは近親者が同意した場合、治療的中絶は合法的とみなされると規定している。しかし刑法には、治療的中絶とみなされる中絶について定義されていない。ただし、妊婦の生命を救うため行われる中絶はこの範疇に入ると考えることができる。

家族計画サービスは、1967年に開始されたが、非常に限定されていた。サンディニスタ政権下での家

族計画活動は、非政府機関により間接的に推進された。

1980年代の半ば、マナグアにある国内最大の産科専門病院で実施された調査によれば、入院患者の45%の入院原因が違法中絶に起因したものであった。マスコミがこれを報道したため、中絶法の規制緩和をめぐる論争が起こり、医療専門家の多くは健康面での理由から緩和を支持した。中絶件数はほぼ一定水準を維持したにもかかわらず、中絶に起因する死亡件数が増加したことが指摘された。これは、主に、貧困層の女性が、民間の診療所では中絶費用を払えないため、伝統的助産師を頼ったことによるものである。

1989年から、政府は公共の保健施設を通して直接家族計画活動を支援してきた。保健省は、国内の900地点にあるヘルス・ポストのネットワークを使って、国内のリプロダクティブ・ヘルス・サービスの30%を提供している。1992-1993年の家庭保健調査によれば、ニカラグアでは避妊法に対する知識が非常に高く、出産可能年齢の女性の97%が少なくとも1つの避妊法を知っていた。1998年人口・保健調査では、15-49歳の有配偶女性の57%が近代的避妊を実行していた。農村地区の女性、特に中でも教育水準の低い女性が、避妊法について最も知識のない人たちであった。

日本 (Japan)

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に	○
精神的健康を保持するに	×*
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 22 週未満まで認められている。合法中絶は、都道府県医師会が指定した医師の判断で、医療施設で行われなければならない。本人と原則配偶者の同意が必要である。妊娠が強姦あるいは近親姦によるものである場合、配偶者が知れないとき、もしくは、その意思を表示できないとき、中絶は本人の法的同意がなくても行うことができる。

* 日本の中絶法は特定の身体的健康の理由による中絶を認めているが、精神的健康の理由を特定しておらず、胎児の障害の場合も中絶を認めることを明記していない。

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	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	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、1994)	53*
合計特殊出生率(1995-2000)	1.4
年齢別特殊出生率(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)	
日本	18
先進国	27
女性の平均寿命(1995-2000)	82.9

* 女性の中には複数の方法を併用していると答えている人もいる。この数字は近代的避妊法 2 種以上を併用していないことを想定している。

背景

日本では、中絶に 2 つの法律を適用している。その 1 つは刑法である。これは最初、1880 年に制定され、現在の形になったのは 1908 年のことである。刑法ではすべての中絶を禁止している。自己中絶を行った女性は 1 年の禁固刑、他の者に中絶を行った者は 2 年までの禁固刑が適用される。医師にはより重い刑罰が科される。この中絶禁止の背景には先ず日本政府の意向があった。19 世紀後半から 20 世紀半ばまで、国力の拡大を進めるために、人口増加率を高めることが奨励された。

第 2 の法律は優生保護法である。この法律は、1940 年に施行された国民優生法を原点とするもので、1930 年代のドイツ国家社会主義法をひな型としたものである。同法は制定時には次の 2 つの目的—1)

人口を増やす；2) 優生学的に劣る子供の出生を防止し、遺伝的に健康な国民を増やす、があった。不妊手術は遺伝的病気を阻止する場合にのみ認められ、中絶は妊婦の生命を救う目的の場合だけ認められた。

現行の優生保護法は、1948年に承認され、1949年と1952年に改正されたが、ほぼ同じ文言のものが1996年まで施行された。この法律は、第2次大戦後の日本の社会・経済事情から生まれたものである。当時日本は、急激な人口増加と戦争で疲弊した経済という深刻な不均衡に直面していた。家族数を制限する必要性が明白になる一方で、違法中絶件数は増加していた。政府は、対応策として、当時利用可能であった昔ながらの避妊法による家族計画の奨励と中絶の合法化を打ち出した。

法律は、不妊手術を許可する理由の範囲を広げるとともに、次の5つの理由による中絶を認めた。それは、(1) 妊婦またはその配偶者が、遺伝的病気または精神的病気を抱えている；(2) 夫婦どちらかの4親等の血縁関係者に、上記の疾患がある；(3) 夫婦のどちらかがハンセン病患者である；(4) 母親の健康が、身体的あるいは経済的観点から深刻な影響を受ける；(5) 性的犯罪の場合、であった。法律には、上記(1)および(2)のもとに中絶が正当と認められる医療的条件のリストが添付されていた。

この法律では、中絶は、医療施設において、都道府県医師会の指定を受けた医師が行う場合に限り認められた。本人および配偶者の同意書が必要とされた。ただし、配偶者が行方不明である、自分の意思を表明できない、妊娠後死亡した場合は除外された。中絶を受ける女性が精神的に異常あるいは遅滞を持っている場合は、女性の保護者が代わって同意をしなければならないとしていた。

上記の(4)社会・経済的理由の条項が盛り込まれたことによって、中絶は実質上、要請により可能になった。妊婦は必要な時に、中絶をしてくれる医師をみつけるだけでよくなった。中絶を行う期限は法律には特に規定されていなかった。むしろ法律は、胎児の生育能力をすべての中絶に適用する期限とした。その後、厚生省は複数の通達を出し、生育可能期を当初の8カ月から22週未満とした。こうした通達が出されたが、それは事務的なもので、法的影響力と結びついたものではなかった。これらは政府の法律の解釈を示すものであり、ほぼ一般的に受け入れられている。

近年、日本の中絶法は2つの大小の変更があった。小さな変更は、1991年に厚生省が出した新しい通達で、体外生育可能期間を妊娠22週未満に短縮したことである。この変更は、早産の子供を助けるために必要な医学技術の進歩を政府が認めたものである。

大きな変更は、優生保護法の大幅な見直しである。身障者団体からの要望と遺伝的疾患に関する最新の科学知識に基づいて、1996年に政府は、優生上の文言を削除した法案の提出と制定を早急に行った。現在の母体保護法は、「優生」に言及した文言がすべて削除されたものである。また、優生保護法の第1節「優生学的に劣る子孫を増やさないため」も削除され、優生上の理由による中絶の認可手続き（政府の認可機関である優生保護委員会の正式承認、優生学的検査、費用の支払い）に関連した条項も削除された。精神病患者と精神的欠陥を有する者の望まない不妊手術は認められなくなった。最も意義あることは、優生学的な理由での不妊手術と中絶が条項から削除されたこと、そして優生学的な理由での不妊手術と中絶の理由として使用されてきた、法律添付の医学的条件のリストが削除されたことである。これで中絶は、身体的あるいは経済的観点から、母親の健康が損なわれる恐れがある時と性的暴力の場合にのみ認められることになった。

法の改正はすべての政党から支持され、身障者の支援者から歓迎された。特にこの改正後、遺伝的あるいは精神的障害を持つ1万6000余りの人が1949-1994年までに先の法律の下で不妊手術をさせられていたことが判明したからである。しかし、一部の女性グループは、改正の範囲が思ったより広くなかったこと、改正に先立って自分たちの意見を聞くことがなかったことに不満を表明した。リプロダクティブ・ヘルスの領域における女性の権利を強調しつつ、より幅の広いリプロダクティブ・ヘルス関係の法案可決を希望する声があった。

1948年の中絶の緩和により、日本では中絶が出生抑制の有効な手段となった。日本全体の出生率が低下した初期には中絶は大きな役割を果たし、その後大きな役割を果たしたのが避妊であった。保健関係当局によれば、優生保護法が制定された1948年以降、日本では中絶件数は増え続け、ピークを迎

えた 1955 年には、公式に登録された出生約 173 万 1000 件に対し、117 万件を上回る中絶が報告された。中絶件数はその後徐々に低下をみせ、1983 年には、56 万 7000 件をやや上回る程度となり、1955 年の半数近くになった。

日本では、中絶の圧倒的多数が母体保護の理由でおこなわれてきたが、実際には医学的理由と社会・経済的理由の両方を根拠としての母体保護である。ほとんどすべての中絶が妊娠初期に行われている。中絶の全体件数は低下傾向にあるが、子ども数の少ない女性や 10 代の女性の中絶件数は 1970 年代後半より増加している。1990 年に実施されたある調査によれば、10 代の女性の妊娠率は、1000 人に対して 22 で、そのほとんどが中絶に終わったという。

日本で中絶率が高いのは、政府が避妊具・薬の使用を規制していることが一因と考えられている。経口避妊薬（ピル）は 1999 年まで違法であった。それまでは、出生抑制としてではなく月経不順や医学的理由で医師が処方した場合にのみ、医師から入手が可能であった。子宮内避妊具（IUD）が日本で合法化されたのは 1974 年で、海外でその効果と安全性が立証されてからであった。1986 年に実施された全国家族計画世論調査で、避妊実行者の約 80%がコンドームを使用していることが判明した。この調査はまた、避妊の失敗率が比較的高く、調査した女性の 31%が 1 回ないしそれ以上の中絶をしていることも明らかにしている。

ニュージーランド (New Zealand)

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:

妊婦に精神遅滞が認められる場合、あるいは通常の出産年齢の上限または下限に近い年齢である場合、「それ自体」が根拠とはならないが、医学的見地から中絶の理由として認められる。一般に、中絶は認可された機関で、登録医によって行われなければならない。妊娠 12 週を超えた場合の中絶は、最高水準の認定 (full license) を受けた病院でのみ行うことができる。2 名のコンサルタントによる承認を得なければならない、うち 1 名は産科医/婦人科医でなければならない。

*強姦それ自体は中絶の理由とはならないが、医学的見地から配慮される。近親姦による妊娠の場合は、司法的理由として中絶が可能である。強姦による妊娠の場合は、司法的理由でなく医学的理由が適用される。

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 (20-49 歳、1995)	72*
合計特殊出生率 (1995-2000)	2.0
年齢別特殊出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	34
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)	
ニュージーランド	25
先進国	27
女性の平均寿命 (1995-2000)	79.7

*暫定値

背景

ニュージーランドの中絶法は、1977 年までは、その大半が 19 世紀の英国の制定法に基づいたものであり、刑法は何度か改定されたが中絶法は実質上変更されず、判例法の解釈に基づいていた。中絶は一般に非合法であり、例外として、女性の生命を救う、あるいは女性の身体的・精神的健康を維持するという“誠実な (in good faith)” 目的で行われる場合を認めていた。身体的・精神的健康の内容が明らかでないため、さまざまな解釈および適用がなされた。1960 年代終わりに、英国と南オーストラリア州で中絶法の規制が緩和されたのを契機に、ニュージーランドでの中絶法改正論争に火が点いた。

1970年代になって、それまでの中絶法を改正した法律が制定された。1977年と1978年に1961年の犯罪法（Crimes Act of 1961）が改正され、合法中絶の理由が明確に定義された。この改正犯罪法の第182-187A章は、妊娠20週以内について、次の場合に中絶を認めている。それは、(a) 妊娠の継続が女性の生命もしくは身体的あるいは精神的健康に著しい危険（通常分娩時の危険性とは別の危険性）を及ぼす恐れがある；(b) 子供に重大な異常があり、生まれたとしても、重度の身体的あるいは精神的障害を持つ危険性が高い；(c) 近親姦、またはケアあるいは保護が必要な少女との性交渉による妊娠である；(d) 妊婦が精神的に著しく“水準を下回る”状態である、の4つである。妊娠の継続が妊婦の生命、あるいは身体的／精神的健康に著しい危険を及ぼすか否かの決定には、次のことを考慮することができる。それは、女性の年齢が通常の出産年齢の上限もしくは下限に近い、そして妊娠が強姦によるものであると信ずる妥当な理由が存在する、の2点である。妊娠20週以上の中絶は、女性の生命を救うために必要な場合、あるいは女性の身体的／精神的健康に生涯続くような深刻な害が及ぶのを回避するために必要な場合に限って認められる。

同じく1977年に、政府は、避妊・不妊手術・中絶法（Contraception, Sterilization, and Abortion Act of 1977; No. 112）を制定、中絶を受けるための手続きを定めた。この法律により中絶法の適用を監督する制定機関、中絶管理委員会（Abortion Supervisory Committee）が設置された。委員会は3名で構成され、うち2名は登録医でなければならない。中絶を希望する女性は、2名のコンサルタントから、合法中絶をする理由の存在を証明する保証書を得なければならない。コンサルタントのうち1名は産科または婦人科の専門医でなければならない。2名のコンサルタントは中絶を認可したら、保証書に署名をすることで有効なものとし、中絶を行う機関に送付する。これで女性は中絶を行う外科医を見つけることができ、コンサルタントの義務は終了する。一般に中絶は避妊・不妊手術・中絶法に定められた免許が与えられた機関でのみ実施することが認められている。妊娠期間が12週以上の場合、中絶を行うのは最高水準の認定（full licence）を受けた施設に限られる。女性は中絶を受ける前に、訓練を受けたカウンセラーからカウンセリングを受けることを要請することも可能である。新しい法律の手続きは煩雑で、以前よりも規制が強まったとの批判が一部から出ている。

この改正犯罪法では、違法中絶を行った者は14年以内の禁固刑が科される。中絶を受けた女性、あるいは自己中絶を行った女性は、犯罪を犯したとみなされない。しかし、1977年の避妊・不妊手術・中絶法では、自己中絶を行った女性は200ニュージーランド・ドル（\$NZ）をこえない範囲での罰金が科せられる。

ニュージーランドでは、中絶が出生抑制の主な手段にはなっていないようで、過去数10年間の出生率低下に大きな役割は果たさなかったと思われる。1980年代に中絶を受けた女性はほとんどがヨーロッパ系の人であったが、マオリ族や太平洋諸島系の女性は、全人口に占める割合で比較すると、調査対象の女性の人口比ではかなり大きな割合を占めた。別のいくつかの調査では、少産のヨーロッパ系の女性の場合は、出産経験のない若い（30歳以下）女性が、初産の時期を遅くする調整の手段として中絶を受けているのに対し、多産の少数民族の女性の場合は、すでに希望する数の子供がいるので、避妊に失敗した時の出生抑制の予備手段として中絶を利用していることが明らかになった。またニュージーランドでは、10代の妊娠も社会的な問題になりつつある。10代の妊娠は、中絶に終わる割合が非常に高い。

ニュージーランドでは、公立の病院で行われる中絶は通常無料である。地理的な制約があるので、すべてが等しくサービスを受けられるわけではない。政策決定者は、この地域格差の問題に頭を悩ませている。避妊の問題も同様である。全女性の3分の1以上が避妊を全く実行しておらず、中絶を希望する女性のほとんどが避妊の失敗から中絶に至っている。

ネパール (Nepal)

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

*1976年の医療協議会規則 (Medical Council Rules of 1976) では、妊婦の身体的または精神的健康を保持する、もしくは、子どもに身体的奇形の可能性が存在する場合には、中絶を認めている。強姦または近親姦による妊娠は、医学的要件によって中絶可能とされている。ネパールの中絶法は、「慈悲」を理由とした中絶を認めているが、この理由が適用される中絶について明記されていない。

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、1996)	26
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)	120
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)	
ネパール	1500
アジア中南部	560
女性の平均寿命(1995-2000)	57.1

背景

ネパールの刑法典 (Penal Code of Nepal) (最新の改定は1976年)は、“慈悲 (benevolent)”の性質をもつ行為として行われる場合を除いて、中絶を禁止している (第4章、第10条および第28-30条)。しかし、同刑法は、慈悲の性質を持つ行為の具体的内容については規定していない。この理由による中絶が行われることは、あるにしても、非常に稀である。

妊婦の同意を得ないで中絶を行った者は、妊娠期間が6ヶ月以内であれば2年の禁固刑、6ヶ月を超えた場合は3年の禁固刑となる。中絶が女性の同意のもとに行われた場合は、女性と中絶を行った者の両方に、妊娠期間が半年以内であれば1年、半年を超えていれば1年半の禁固刑となる。女性が妊婦であることを知りながら、悪意あるいは怒りから何らかの行為を行い中絶に至った場合、妊娠期間が6ヶ月以内であれば3ヶ月の禁固刑、6ヶ月以上であれば6ヶ月の禁固刑となる。女性が妊婦であることに気づかなかつた場合は、妊娠6ヶ月以内であれば25ネパール・ルピー (NRs)の罰金刑、6ヶ月以上であれば50ネパール・ルピーの罰金刑である。

いくつかの調査によると、ネパールでは中絶法の規制は厳しく適用されているという。1980年代始めに実施された3年間にわたる調査結果から、ネパールの刑務所に収容されている女性の3分の2が中絶と幼児殺しの罪での収監であることがわかった。

医師の責任を定めたネパール医療協議会規則（1976）にも中絶に関する条項がある。医療協議会規則第22(J)条は、妊娠を中断できる場合として、妊娠の継続が妊婦の健康に危険を及ぼす場合と、「子どもに身体的奇形の可能性、あるいは女性に精神的不安定の可能性」がある場合をあげている。しかし、規則はまた、「この例外は法律に違反する行為を認めるということではない」とも規定している。したがって、この条項は異なる解釈を許してきた。この条項は、特定の医学的理由による中絶を正当化していると考えられる者もいれば、この条項は、法律を犯してまでこの例外を使うべきではないと主張する者もいる。法の解釈はどうか、病院で中絶が行われていることは、病院記録を見れば明らかである。病院は中絶の要請に応じることを認められていないが、不完全な中絶、切迫流産、自然流産の患者は受け入れざるを得ない。

ネパールでは、中絶は、社会的、宗教的、法的に重い制裁がある。しかし病院を対象にしたサンプル調査によると、国内で中絶が行われていることは明らかである。出生率は高く、近代的避妊実行率は低いので、毎年1万1000件の中絶が行われていると推計される。ほとんどの中絶は、安全でない民間療法を使って伝統的助産師（traditional birth attendants）の手で行われている。カトマンズの5カ所の大病院では、妊産婦死亡の半数以上が、中絶関連の合併症によるものであった。またこれらの死亡の主な原因の一つは、中絶してから入院まで時間をおきすぎたための手遅れであった。高所得層のネパールの女性は隣国のインドへ行って中絶を受ける傾向がみられる。中絶を希望する主な理由として、希望の子ども数を維持したい、健康状態が悪い、経済的に苦しい、婚外妊娠である、避妊の失敗などが挙げられている。

中絶の法的位置づけに関する曖昧な状況と中絶率の高さから、研究者や政策立案者たちは、法規制を緩和し、妊娠初期に登録医が行うことを条件に、中絶を要請に応じて認可することを提言した。この提言に従えば、現在ネパール医学協議会条例と刑法の間に見られる矛盾も解消される。法律を改正する努力はまだ成功していない。ネパールで中絶が禁止されているのは、宗教および浸透している慣習の両方が中絶を悪としているからである。

政府は高い人口増加率と偏った人口分布が開発を阻害する深刻な要因と認めている。国家人口委員会の提言に基づいて、1983年に政府は、長期的、総合的、かつセクターを超えた横断的な人口戦略を採択した。この戦略の目標は、合計特殊出生率を1980年の6.3（女性1人あたりの子供数）から、1990年までに4.0、さらに2000年までに1.2に低下させることであった。これは人口増加率を1980年の2.2%から、1990年に1.9%、2000年には1.2%と低下させることを意味する。この目標は、1990-1995年第8次5カ年計画でも再確認されている。この目標を達成するために政府は、家族計画のさまざまな手段を提供することを最優先課題とした。経口避妊薬（ピル）とコンドームは総ての保健所が無料で提供している。月経調整は、最近、一部の女性たちの間で、望まない妊娠を終わらせるために用いられている。しかし、このサービスを利用するには、月経調整の受診後、妻が子宮内避妊具（IUD）を挿入するか、夫か妻のどちらか一方が不妊手術を受けることを、夫婦間で合意する必要がある。不妊手術はネパールでの主な家族計画手段の一つで、2人以上の子どもを持つ夫婦にはこの方法が勧められている。

1994年にカイロで開催された国際人口開発会議を受けて、ネパール政府は、首相を委員長とする国家人口委員会を設置した。また、人口・環境省と女性・社会福祉省を設立した。保健省は、包括的なリプロダクティブ・ヘルス戦略を通して女性のからだ性と性の自己決定権を認める、国家保健政策を策定している。

近代的避妊実行率は、1986年の13.9%から1996年は26%と、この15年間に高い伸びを示した。1995-2000年の人口増加率は2.4%、同期間の合計特殊出生率は女性1人に対し子供4.4人であり、どちらも改善している。しかし1983年の目標値には及ばない。1996年のネパール家庭保健調査によれば、現在使用されている避妊法の61%が不妊手術であった。

ノルウェー (Norway)

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:

中絶の申請書は妊婦が提出しなければならない。女性に精神遅滞がある、あるいは重度の精神疾患がある場合、申請書は後見人となる保護者が提出してよい。女性が16歳以下、または精神的障害がある場合は、親あるいは保護者の中絶に関する意見も考慮される。中絶は妊娠12週以内であれば、女性が要請 (オン・リクエスト) すれば可能である。それ以降の合法中絶には、2名の医師からなる委員会の認定が必要となる。中絶は、医師によって行われなければならない。妊娠12週を超える場合、中絶は病院でおこなわれなければならないが、他の認可機関で行うこともできる。

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	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 ^a 、1988)	69 ^b
合計特殊出生率(1995-2000)	1.9
年齢別特殊出生率(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)	
ノルウェー	6
先進国	27
女性の平均寿命(1995-2000)	81.1

a 1945年、1950年、1955年、1960年、1965年、1968年生まれで、現在配偶者がいるかまたは共同生活者のいる女性。

b 1つ以上の方法を使用していると回答した女性がいた。この数字は近代的避妊法が他の方法と一緒に使用されていないものとみなしている。

背景

ノルウェーでは、1964年まで、中絶が認められるのは医療目的の場合に限られていた。当時の法律では、違法中絶を受けた女性は禁固刑に処せられた。1964年に中絶の理由の範囲を拡大した法律が施行された。社会的・経済的理由による中絶は合法的に行うことはできなかったが、中絶を認めるか否かの認定にあたって、認定委員会はこれらの要素を考慮することになった。1975年に施行された法律は、認定委員会の承認があれば、社会的・経済的理由による中絶を合法と認めた。認定委員会が承認を拒否した場合、女性は委員会に再度審査を要求することができた。

現行法律は1978年に施行されたものである。その後中絶の規制はさらに緩和された。妊娠で「深刻な困難」にある女性は、妊娠初期12週以内であれば、事前に中絶の医学的性格と影響に関する情報と女性が受けられる社会的支援のガイダンスを受けることを条件に、要請すれば中絶が受けられる。女性は中絶の決定を行うに当たってカウンセリングも受けることができる。

妊娠12週以降については、次の場合に妊娠を中止できる。それは、(a)妊娠・出産・育児が女性の身体的・精神的健康に過度の重荷となる、あるいは女性を「深刻な困難」状態に置く、(b)子供が重大な病気にかかる危険性が高い、(c)妊娠が犯罪行為によるものである、(d)女性が重度の精神病あるいは精神的遅滞を抱えている、である。中絶の認可は2名の医師で構成する委員会によって行わなければならない。上記の(a)および(b)を理由とした中絶申請の審査に当たって、委員会は、妊婦がどの程度まで十分な育児ができるかを含めて、妊婦が置かれている状況を全般的に考察しなければならない。自分の状況に関する女性自身の判断も十分考慮に入れなければならない。妊娠18週以上の場合は、特に重要な理由がない限り、中絶は認められない。胎児が生育可能と推測できる理由がある場合は、その時点で妊娠を中止することは認められない場合がある。

中絶の申請書は妊婦自身が提出しなければならない。妊婦が16歳以下である、あるいは精神遅滞がある場合は、両親あるいは後見人が中絶に対して意見を述べる機会が与えられる。女性が精神的に極度に衰弱している場合、あるいは精神遅滞がある場合は、申請書は後見人が提出しなければならない。

妊娠12週を超えてからの中絶は、病院で行われなければならない。12週以前であれば、認可された機関での実施が可能である。合法中絶は医師が行わなければならない。良心的理由で中絶を補助する行為を行いたくないとする保健医療従事者は、その旨を書面で詳細に表明し、所属の機関の管理部長に提出せねばならない。中絶補助を拒否する権利は、中絶手術を実際に行うか、それを補助する者のみ与えられるもので、手術前後のサービス・手当て・処置などを行う者に対しては与えられない。ノルウェーでは、保健医療従事者の中絶補助拒否権が大きな問題になることはこれまでなかった。

中絶あるいは中絶の許可に関する法的条件を満たさずに、故意に妊娠中絶を行った者あるいはそれを援助した者は、3年の禁固刑となる。故意に誤った情報を中絶の申請に記入した者、あるいは職務上の守秘義務に違反した者は罰金刑または3カ月までの禁固刑とされる。自己中絶を行った女性やそれを補助したものに対しては、刑法の条項は適用されない。

ノルウェーにおける中絶法の緩和は、女性解放運動の発展と密接に連動している。1921-1968年まで中絶論議の中心になったのは医療従事者と労働党で、女性活動団体は大きな役割を果たしていなかった。1970年代になって、中絶法を政治・イデオロギーの問題としたことで、女性解放運動は中絶法に大きく貢献した。中絶が全般的な女性解放政策の一部であると明確に位置づけられることになったのは、これら女性団体の努力によるところが大きい。

ノルウェーでは、出産時期の調整のために中絶を利用することが多い。たとえば、いくつかの調査は、就学中の女性の間で中絶率が高いことを示している。若い女性の方が年長の女性より中絶を受ける傾向がある。1966年に、中絶した女性の30%が25歳以下であったが、1971年には40%、1979年には50%と増加しており、その後もこの傾向は続いている。また、20歳以下の女性の妊娠の半数は中絶で終わっているとみられている。