

ハンガリー (Hungary)

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:

妊婦に中絶をする場合の援助を提供するとともに、避妊についての情報を伝えるために、看護師との相談が義務づけられている。

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	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(15-39歳、1986)	68*
合計特殊出生率(1990-1995)	1.4
年齢別特殊出生率(15-19歳の女子人口千対、1990-1995)	28
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)	
ハンガリー(1984)	30
先進国(1988頃)	27
女性の平均寿命(1990-1995)	74.9

* 合意に基づくカップルを含む。

背景

ハンガリーでは、1953年までは、健康上重大な問題がある場合を除いて、中絶は違法であった。規制が厳しかった理由の1つは、出生率の低下を阻止しようとする政府の政策があったからである。しかし1953年と1956年に出された2つの法令を契機に、中絶法の規制は大幅に緩和されることになった。1953年の法令は、中絶を認める理由の範囲を拡大し、家庭的・社会的原因を含めた。また医学的理由による中絶の認可を行う委員会が設置された。1956年の法令は、この委員会の認可範囲を拡大し、妊婦から強い要請があった場合は、健康を理由とする中絶、個人的・家族的理由による中絶の認可もこの委員会が行うことになった。このように妊娠12週までであれば、要請によって中絶は可能になっていた。

1973年に、中絶法は以前より規制が厳しくなった。社会的理由での中絶は依然として認められていたが、その適用は次の場合に制限された。すなわち、(a)女性が未婚者、離婚者、未亡人である、(b)少なくとも6カ月間配偶者と別居している、(c)犯罪行為による妊娠である、(d)住居がない、(e)40歳以上である(1982年に35歳以上に改正)、(f)子供が3人いる、(g)夫が兵役中である、(h)夫婦のどちらかが最低6カ月の服役中である、(i)その他例外的な社会的理由、である。(a)から(f)までの場合は、妊娠12週以内であれば、委員会が認可した。(g)から(i)の場合は中絶が認められた。1986年に法律は再び改正され、胎児の損傷の場合に中絶の許可が必要となった。

1988年11月と12月に、中絶を規制する新しい省令が出された。条件は上記の法律とほぼ同じである。しかし、中絶の認可は委員会ではなく、医療専門家がすることになった。医療専門家はすべての中絶について承認を与えるかどうかを検討する。例外は「他の社会的理由」に該当する中絶である。これについては、家族と女性を保護する立場のカウンセラーが承認することになった。委員会の認可を廃止したため、中絶は以前より容易になった。決定するのが女性本人と、医療専門家かカウンセラーのどちらかになったからである。

中絶反対グループは、これらの省令が出されて直ぐに、ハンガリー憲法裁判所に憲法違反の異議申し立てをした。グループは、これらの法規は胎児の生命への権利を十分に守っていない、胎児の生命権もハンガリー憲法の生命への権利条項で保護されるものであると主張した。憲法裁判所はこれらの法規の法的効力はないと判定したが、別の理由によってであった。同裁判所は、これらの法規が国民議会で法令化されたのではなく、閣議によって出されたものであることを問題にした。同裁判所は憲法第8(2)条をとりあげた。憲法第8(2)条は、基本的権利に関わる問題を規制するのは、閣議による規則ではなく議会を通過した法律でなければならないと規定している。裁判所は、中絶の問題は基本的権利に関わるものであるから、これに適用する法律は国民議会を通過したものでなければならないと指摘した。しかし裁判所は、それから1年間これらの規則に全く手をつけず、国民議会に新しい法律を制定する時間を与えた。この時、裁判所は、新しい法律は中絶の完全禁止と完全自由化の中間的なものでなければ有効と認められないと指摘した。

1992年に議会は新しい中絶法を制定した。新しい法律は、胎児の生命の尊重を強調し、中絶を家族計画の1つと考えるべきではないとしながらも、妊娠12週までであれば、一定の条件のもとに、中絶を可能にした。女性は自分が「危機的な状態」にあると述べ、カウンセリングを受け、申請書を提出してから中絶をうけるまで3日間待たばよい。また妊娠12週以降についても、健康上の理由、胎児の損傷の理由、犯罪による妊娠の場合、女性が部分的あるいは完全な身体的障害をもつ場合、妊娠の誤診があり、自分の妊娠に気づかなかつた場合、病院あるいは行政の怠慢で合法中絶の期間を逃してしまった場合、には中絶が認められる。妊娠の時期に関係なく中絶が認められるのは、妊婦の生命に危険がある場合、あるいは胎児に奇形があり死産する可能性がある場合である。「危機的な状態」を理由に中絶を受ける場合は、女性は費用を負担しなければならなかった。

新しい法律にも、先の法律と同じように、中絶反対グループが憲法裁判所に異議申し立てをした。中絶反対グループは同じように新法は胎児の生命への権利を十分に保護していないと主張した。1998年の憲法裁判所の決定は、再度反対グループの主張を斥けた。裁判所は、今度は「危機的な状態」の定義が十分になされていない、欠陥のある法律であるとした。裁判所は、「危機的な状態」の問題の特定とその確認がなされないので、女性は自己申告しただけで中絶を受けられることになる、と指摘した。裁判所は、議会に対して、2000年6月30日までに、「危機的な状態」の定義と中絶が認められる場合を定義した新しい法律を制定することを求めた。1999年末現在、議会は新しい法律をまだ制定していない。

バングラデシュ (Bangladesh)

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:

治療的中絶には2人の医師による承認が必要である。また有資格医師が病院で行わなければならない。月経調整は、中絶というよりは家族計画の方法であるとされているため、承認は必要ない。最後の月経から8週以内であれば、医療従事者により外来で、月経調整を受けることができる。

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	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 (10-49歳、1996/1997)	49*
合計特殊出生率 (1995-2000)	3.11
年齢別出生率 (15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	115.0
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)	
バングラデシュ)	850
アジア中南部	560
女性の平均寿命 (1995-2000)	58.2

*暫定値

背景

バングラデシュの中絶法は、1860年のインドの刑法典(Penal Code of India)に基づく。刑法典(Penal Code) (312-316条)は、誠実に妊婦の生命を救う場合に限り中絶を許可している。この法律は1972年、東・西パキスタンが分離独立しバングラデシュの誕生につながる戦争時は、強姦された女性のために一時期適用が控えられた。法規制は厳しいが、政府の家族計画プログラムで「月経調整」サービスが受けられるようになっている。政府は、このサービスが現在の中絶法と矛盾するとは考えていない。月経調整サービスは家族計画方法として提供しているのであって、中絶薬として提供しているのではないとの見解である。さらに、刑法で中絶罪を起訴するには妊娠していた証拠が必要だが、月経

調整の場合は起訴に必要な証拠を得ることが事実上不可能なことも関係している。月経調整は、最後の月経から8週間以内であれば要請により受けられる。

違法中絶(つまり、純粋に女性の生命を救う目的でなく、あるいは月経調整を使用したのではない)を行った者は、胎動期前であれば、最高3年の禁固刑および/または罰金が科せられる。胎動期に入ってからの場合、7年までの禁固刑及び罰金刑またはその両方となる。自己中絶を行った女性も同等の刑罰が科される。女性の同意を得ないで中絶を行った者は、妊娠期間に関係なく、10年までの禁固刑と罰金刑が適用される。女性の同意を得て行った中絶で、妊婦が死亡した場合、10年までの禁固刑と罰金刑が科される。女性の同意なく実施した中絶で死亡させた場合、より重い刑が科される。

合法中絶は病院で有資格医師によって行われなければならない。しかし、月経調整は外来で訓練を受けた医療従事者が行ってもよい。実際には、月経調整を行う者の多くは非公式な訓練しか受けていない。月経調整の訓練やサービスは、政府により、7つの政府の医科大学、2つの地方病院、1つの大きな家族計画クリニックで提供されている。

月経調整サービスは公衆衛生の重要な手段として提供されている。その最大の理由は、中絶が原因の合併症による入院率が高いこと、敗血性流産による妊産婦死亡率が高いためである。都市の大きな病院の婦人科では、入院患者の半数強が中絶の合併症によるものであり、妊産婦死亡の約4分の1は安全でない中絶によるものと推定されている。

パキスタン (Pakistan)

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、1996/1997)	17
合計特殊出生率 (1995-2000)	5.0
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)	
パキスタン	340
アジア中南部	560
女性の平均寿命 (1995-2000)	65.1

背景

パキスタンにおける中絶は、1990年まで、1860年の刑法典の条項で規制されていた。この刑法典は、英国植民地政府がインドで制定したもので、パキスタン独立後もそのまま適用されてきた。この刑法典では、純粹に妊婦の生命を救う目的でない限り、中絶は犯罪であった。刑法第312条には違法中絶を行った者はいかなる者も、3年の禁固刑または罰金刑またはその両方と定められていた。胎動期に入っている場合は、最高7年までの禁固刑および罰金刑であった。また、自己流産を行った女性に対しても、同様の刑罰が適用された。

1989年のパキスタン最高裁判所の決定を受けて、パキスタンは中絶に関する多くの条項をイスラム法の原則に適合させるために見直した。最高裁は、1860年の刑法の人に対する犯罪を規制した部分がイスラム教の禁止命令と矛盾するので法的効力をもたないと決定していた。改正法は1990年に暫定的に施行され、1997年に恒久的な法律となった。

新しい法律は、中絶が行われる妊娠の段階に応じて、中絶を2つのカテゴリーに分けている。胎児の器官が形成される前に行われる中絶は、妊婦の生命を救う目的あるいは必要な治療を行う目的で行われる場合を除き、禁止されている。この場合の刑罰は *ta'zir* (禁固刑) で、女性が同意していた場合は3年までの禁固刑、女性が同意していない場合は10年までの禁固刑である。この刑罰は伝統的なイスラムの報復と代償の刑罰とは別の刑罰である。胎児の器官の一部あるいは手足が形成されてからの中絶は、妊婦の生命を救う場合を除き、禁止されている。この場合、一般には *diyah* (賠償金) の刑罰が科されるか、または中絶を行ったもの(犯罪者)が被害者の相続人に対して賠償金を支払う。*diyah* (賠償金) の額は、子供が死産であった場合、成人 (*full person*) に対する金額の20分の1である。子供は生きて生まれたが、中絶が原因で死亡した場合は、*diyah* (賠償金) の全額の支払いが求められる。子供は生きて生まれたが、後に犯罪者の何らかの行為の結果死んだ場合は、*ta'zir* の刑罰が科され、7年までの禁固刑である、イスラム法では、通常、妊娠4カ月までに胎児の器官と手足が形成されるとみなしている。

法律には興味深い点がいくつかある。1つは、妊娠初期に適用される中絶の理由が多いように見えることである。中絶は妊婦の生命を救う目的の場合だけでなく、「必要な治療」を行う場合にも認められている。「必要な治療」は定義されていないが、ある種の健康への脅威を含むと見られる。もう1つは、法律の雑種性である。この法律は旧法の特徴を存続させている。刑罰を、妊娠が2つの段階のどちらに属するかによって決め、また妊婦が同意しているか否かで決めている。また刑罰に *ta'zir* と呼ばれる禁固刑が適用される場合もある。もう一方では、イスラム法に従って、妊娠の段階を器官と四肢の形成の段階で定義し、妊娠後期の場合にはイスラム法特有の刑罰である賠償金 *diyah* を導入している。最後に、新しい法律には曖昧な点がある。妊娠の2つの段階の区分が明確でない、「必要な治療」の内容が定義されていないなどである。実際にこの法律が批判されたのはこの点であった。

中絶件数に関するデータがないこともあって、パキスタンでは、違法中絶が大きな政治的関心と呼ぶことはなかった。しかし、違法中絶は行われており、敗血性中絶からの合併症は妊産婦死亡の最大原因と考えられている。病院での出産は、出産全体のわずか5-10%である。1985年にカラチの病院で行われた調査によると、出生10万に対する約300の妊産婦死亡は、中絶による合併症が原因であった。間隔の短い反復妊娠に加え、妊産婦の栄養不良および妊産婦保健サービス不足が、妊産婦死亡率が高い原因になっている(低下傾向ではあるが)。妊産婦の死亡率は、出生10万に対し死亡340と推定されている。(1990)

パキスタンにおける家族計画は、早い段階で着手された。1953年には家族計画協会が設立され、1955年には国家人口プログラムがスタートしている。1960年以降、人口・福祉プログラムは国家5カ年計画の一部に組み込まれている。これらの努力にもかかわらず、避妊実行率は低いままである。人口・保健調査によると、1991年に11%、1994-1995年は17%であったと推定している。家族計画サービスを手軽に利用できるのは、人口の5%以下と推定されている。しかし、避妊法の使用は、利用はまだ低いものの需要は確実に高くなってきている。このプログラムは、家族計画への認識を高め、そのサービスへの需要を高めることに成功している。

合計特殊出生率は、1960年代後半に女性一人当たりの子供が約6.0であったが、現在(1995-2000年)も5.0と高い水準である。急速な人口増加に対する懸念から、パキスタン政府は、1991年に新たに人口政策を立案した。これには家族計画プログラムの拡充が含まれている。人口福祉局は、1993-1998年総合プログラムで、年間平均人口増加率を2.9%から2.6%に引き下げることを目指した。同局は家族計画プログラムを人口増加抑制手段の中心に据え、家族計画プログラムの普及率を、農村は5%から70%に、都市は54%から100%にそれぞれ引き上げるとした。1996年の人口増加率は2.8%であった。1994年にカイロで開催された国際人口開発会議(ICPD)を受けて、パキスタンは、家族計画とリプロダクティブ・ヘルスの統合を徐々に進め、また家族計画サービスへの取り組みを自発的な家族計画の受け入れの推進と数値目標を設定しない方法を採用した。政府は、引き続き、圧倒的に多い農村部の人々へのヘルスケア・サービスの向上に重点を置いている。

パラグアイ (Paraguay)

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	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 (15-44 歳、1998)	49*
合計特殊出生率 (1995-2000)	4.2
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	76
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)	
パラグアイ	190
南アメリカ	260
女性の平均寿命 (1995-2000)	72.0

*暫定値

背景

1997 年 11 月 26 日のパラグアイ刑法典 (法律第 1160/97) は、一般に中絶を禁止している。中絶を行った者は、自己中絶した女性あるいは中絶に同意した女性も含めて、すべての者が 15-30 ヶ月の禁固刑となる。女性の同意を得ないで行われた場合は、2-5 年の禁固刑と重くなる。女性を死亡させた場合は、女性の同意があれば 4-6 年の禁固刑、同意がなければ 5-10 年の禁固刑である。中絶を行った者が、妊婦の夫あるいは保健従事者である場合、刑罰は 50% 重くなる。女性が自分の名誉を守るために自己中絶をした場合は、6-12 ヶ月の禁固刑である。違法中絶を行った者が、自分の配偶者、娘、姉妹の名誉を守るために行った場合は、刑罰が半分に減ぜられる。

しかし、刑法典は、女性の生命を救うために行う中絶を認めている。刑法典は、妊娠あるいは出産に

よって危険にさらされた女性の生命を救う目的で、間接的に中絶の原因をつくった保健従事者は、それが正当と認められれば罪を問われないと規定している。さらに刑法典第 109 条は、出産に関係した行為の中で、胎児を死亡させる原因を間接的に行った者は、医療の知識と技能を考慮して、それが母親の生命あるいは健康に及ぶ危険を予防するのに必要不可欠であった場合は、違法行為ではない、と規定している。

パラグアイでは闇中絶が普通に行われている。毎年約 2 万 6000 件の違法中絶が行われており、パラグアイ女性全体の 35% が最低 1 回の中絶を経験していると推定される。違法中絶は適切な産前および産科ケアが行われないので、妊産婦の死亡につながる危険が大きい。しかし、妊産婦死亡率は低下している。1986 年は、出生 10 万に対し死亡 300 であったが、最も新しい 1995 年の政府発表では、出生 10 万に対し死亡 190 と推定された。1979 年と 1984 年に実施された調査で中絶率は、妊婦 1000 件に対し中絶約 145 件であった。

パラグアイでは、何十年もの間、家族計画サービスは違法扱いを受け、妨害を受けてきた。しかし 1980 年後半から広がりを見せ始め、1992 年のパラグアイ憲法では家族計画の権利が保障された。家族計画サービスの普及は、パラグアイの家族計画協会であるパラグアイ人口調査センター (the Centro Paraguayo de Estudios de Poblacion, CEPEP) の努力に負うところが大きい。1966 年に設立された同センターは、政府の補助を受けて家族計画サービスを提供し、診療所を運営している。ここでは婦人科サービス、産前・産後ケア、避妊サービスを提供している。協会は、農村部の地域指導者を巻き込む家族計画キャンペーンを実施し、また遠隔の国境地域で活動している医師に対する訓練も提供している。さらに協会は、雑誌やラジオ・テレビ番組を利用した情報提供にも力を入れ、家族計画に対する知識を広げ、イメージをアップさせる努力をしている。

近代的避妊法の使用は着実に増えている。実行率は、1990 年 35%、1995/1996 年 41%、1998 年は暫定値で 49% と推移した。1990 年に実施された人口・保健調査によれば、93% の女性が、少なくとも一種類の家族計画の方法について知識があった。最も多く利用されている避妊法は経口避妊薬 (ピル) (14%)、次に女性不妊手術 (7%)、子宮内避妊具 (IUD) (6%)、注射法 (5%) の順であった。13% が伝統的方法に頼っていた。

パラグアイ政府は、現在の人口増加率ならびに出生率 (1995-2000 年の推定、女性 1 人当たりに対する子供 4.2 人) は高すぎるとみているが、出生レベルには介入しない政策は継続している。公共部門は、「自然法」の家族計画サービスを保健対策および母子保健ケアの一部として提供している。他の近代的避妊法は市販されている。1988 年に政府は、政府が提供する家族計画サービスの範囲を広げ、他の方法も政府サービスに含めることを決定した。不妊手術に関する具体的法規制はないものの、身体に損傷を与えることを禁止した法律がこれに適用されるものと思われる。

政府は、保健サービスと家族計画サービスを改善することによって国民の福祉向上を図る政策を策定した。内容は、父母としての責任を認識させること、母子保健 (MCH) ケア事業の一部として家族計画サービス提供の拡大を図り、出産間隔をとることを奨励し母体の健康を向上することであった。家庭生活教育が、学校のカリキュラムの中に導入され、広報教育プログラムが実施されている。1994 年の国際人口開発会議の宣言を受けて、政府は国家リプロダクティブ・ヘルス審議会を設立し、リプロダクティブ・ヘルスの国内計画の策定を委ねている。

フィリピン (Philippines)

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:

中絶認可には、専門家委員会との協議が必要である。

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	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 (15-44 歳、1998)	28
合計特殊出生率 (1995-2000)	3.6
年齢別出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	43
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)	
フィリピン	280
東南アジア	440
女性の平均寿命 (1995-2000)	70.2

背景

フィリピンでは、中絶は基本的に法律で認められていない。1930年の改正刑法典では、妊婦の了解のもと、意図的に中絶を行った者は、中間から最長期間の矯正投獄 *prison correccional* (すなわち6か月から6年の禁固刑) に処せられる。中絶を実施、あるいは介助した医師あるいは助産師は、この刑罰の最長期間の刑とともに、医療行為の停止処分を受ける。自分の不名誉を隠す目的で、自己中絶を行った女性は、最短から中間期間の刑となる。妊婦の了解なく中絶を行った者は、収監 *prison major* の刑罰 (すなわち、6-12年の禁固刑) を受ける。

刑法典には、例外的に認められる中絶の具体的記述はないが、刑法典第 11(4)条に規定した一般刑法の緊急必要性の原則では、妊婦の生命の保護を目的とする場合に合法中絶が可能である。

これらの条項以外にも、1987年憲法は、「母親の生命と妊娠中のまだ母体にある生命とは等しく保護

しなければならない」と規定している。この条項は、子供と青少年の福祉法を制定している 1975 年大統領令の中の条項を補強するものである。子供と青少年の福祉法は、子供は、受胎の瞬間から人間としての尊厳と価値を持ち、正当に生まれる権利を持つ、と規定している。

法律では厳しく規制されているが、フィリピンでは中絶は、避妊の 1 つの手段として、広く行われており、起訴されることもめったにないようである。国際家族計画連盟 (IPPF) は、年間の中絶件数を 15 万 5000 から 75 万と推定している。しかし、フィリピンでは中絶が文化的、宗教的、法的に厳しく規制されているので、違法中絶は不安と不名誉の雰囲気の中で行われる。中絶を受ける女性は経済的に恵まれないことが多く、これ以上子供を増やせないで中絶を受けるという調査結果が出ている。また、同じ女性が中絶を繰り返すという調査結果も出ている。衛生状態が悪く、栄養不良も蔓延しているのに、76% の分娩が家庭で行われており、医師の立会いがあるのは 21% にすぎない。中絶は不適切な環境・技術で行われており、高い妊産婦死亡率・罹患率につながっている。妊産婦死亡率の推計は、1990 年に、出生 10 万に対し死亡 280 という結果が出ている。病院内の調査では、院内妊産婦死亡の約 3 分の 1 は中絶が原因であった。

高い中絶件数を苦慮するフィリピン政府は、家族計画ならびに広報教育サービスの提供強化による違法中絶の減少に力を入れている。既に 1972 年の新人口綱領には、中絶は避妊の方法としては好ましくなく、抑制されるべきであると明記されている。1988 年の「生命尊重と保護週間」に関する大統領宣言は、国は生まれてくる生命を守る義務があるとの憲法の条項を強調している。

フィリピンの合計特殊出生率は、1985-1990 年の 4.3 から 1995-2000 年は 3.6 と低下した。政府は出生率を現在のペースで引き続き低下させようとしている。フィリピンの国家家族計画プログラムは多くの障害に直面した。避妊具・薬の使用は相対的に少なく、普及のスピードも遅い。近代的避妊実行率は、推定で、1988 年は 22%、10 年後の 1998 年は 28% であった。家族計画サービスの利用も限られており、また適切なサービスが受けられないことも多い。実際、国家家族計画プログラムは、1970 年代に発展をみた時期があったが、その後はほとんど顧みられなかった。1992 年現在、保健省の現地職員で家族計画サービスを提供する訓練を受けたものは、2% 程度しかいない。さらに、1966 年の共和国法で、避妊具・薬の販売は認可薬局だけに限るとし、そこでの購入には認可医師の処方箋が必要であると決められている。多くの女性が避妊具・薬を手に入れることができず、また政府支給のものを手にするのも難しい。

1990 年に政府は新しい家族計画プログラムを開始し、例えば家族数を子供 2 人に制限した夫婦に対する免税措置など、多くの奨励策を設けた。しかしカトリック教会は、家族計画プログラムに強硬に反対した。一連の交渉の末、フィリピン・カトリック司教会議は、人工的な避妊法 (コンドーム、経口避妊薬 (ピル)、子宮内避妊具 (IUD)、不妊手術) を支援するという 1990 年の政府の政策を是認した。この是認と引替えに、司教会議は政府から、自然な家族計画の方法も推進させるという約束を取りつけた。しかし、1993 年になって政府が自然法の家族計画を普及させる新しい計画を策定すると、カトリック司教会議はこれに強く反発した。一部政府が譲歩し、プログラムは開始した。しかし、カトリック司教会議は再び大々的な反対の声をあげ、医療保健従事者に対しボイコットを呼びかけた。

国際人口開発会議 (ICPD) の行動計画を実施するにあたって、政府は 1998 年に、フィリピン・リプロダクティブ・ヘルス・プログラムを策定し、総合的なリプロダクティブ・ヘルス・サービスの一環として 10 種類のサービスを提供することとした。内容は、家族計画、母子保健、中絶合併症の予防・管理などが含まれる。人の住んでいる島を 880 島も抱えるこの国にとって、保健サービスへのアクセス確保と提供は、今後も難しい問題であり続ける。

フランス (France)

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:

人工妊娠中絶は妊娠 10 週間以内に認可病院で医師により行われなければならない。10 週目以降は、妊娠状態が女性の健康に非常に危険である場合か、生まれてくる子供が、難治と認められる特に重大な疾患を伴う可能性が高い場合のみ中絶を行ってもよい。この場合、2 人の医師が女性と胎児の健康の危険を立証しなければならない。

*法律は、中絶を希望する女性に対し、女性の困窮状態を説明するよう求めている。しかし中絶を受ける決定は、あくまで女性の行う決定である。

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	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 (20-49 歳、1990/1994)	79
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)	
フランス	15、
先進国	17
女性の平均寿命 (1995-2000)	82

背景

フランスの中絶法は、1975 年 1 月 18 日の法律第 75-17 号により規制緩和がなされた。1975 年まで中絶に適用されていた法律は、生命が重大な脅威にさらされている妊婦を救う場合を除き、中絶を禁止していた。法律第 75-17 号は、5 カ年を試行期間として導入され、1979 年 12 月に、一部修正を経て、国会で永続法 (permanent law) として採択された。

この法律はまず初めに、「この法律はすべての人間がその生命の始まりから尊重されることを保障す

る」と明記している。それにもかかわらず、次の条件のもとに中絶を認めている。それは、妊娠 10 週以内で、妊娠により「苦痛状態」にある女性が中絶を要請した時、認定病院で医師が中絶を行う場合としている。医師は女性に中絶に伴う危険性を説明し、法律によって家族、母親とその子供に与えられる権利と支援について指導を行い、女性が中絶を取りやめる決心をした場合は、養子縁組の可能性もあることを知らせなければならない。女性は、適当なソーシャル・ワーカーあるいは家族カウンセラーと中絶について相談しなければならない。それでもまだ妊娠の中断を希望する場合は、最初の要請から 1 週間以降に、再度書面で要請しなければならない。女性が未婚の未成年者の場合は、親代わりの権限をもつ者の 1 人の同意が必要である。親代わりの者がいない場合は法定代理人の同意が必要である。中絶は、女性が最初に診察を受けた医師、あるいは別の医師によって行われる。

妊娠が女性の健康に深刻な危険を及ぼす場合、あるいは生まれる子供が、治療不可能な病気をもつ可能性が高い場合は、2 名の医師が診断の結果、母親または胎児の健康が危険な状態にあるという認定をすれば、中絶は妊娠のどの時期であっても許可される。

1979 年 12 月 31 日の法律第 79-1204 号により 1975 年の法律は改正された。改正内容の多くは、法律適用の際の手続きを明確化することであった。その他の改正は、中絶を希望する女性が、中絶に代わる選択肢もあること、また受けられる支援について十分な情報を確実に提供されるようにするためのものであった。1979 年の法律は、再度の申請で診察を受けるには、最初の申請・診察から 1 週間を経過していなければならないが、その間に妊娠 10 週を過ぎてしまう場合、医師は最初の申請から最短 2 日目で認可できる、と定めている。この法律は、女性が未成年の場合、両親あるいは法定代理人の承諾の他に本人の同意が必要であると定めている。

またこの 1979 年法律は、刑法典第 317 条を修正し、妊娠中または妊娠していると推測される女性に、違法な中絶を行った、または行おうとした者は、女性の同意の有無に関係なく、1-5 年の禁固刑および 1800-10 万フランス・フランの罰金刑となる、と規定した。日常的にこうした行為を行っている者に対しては、5-10 年の禁固刑および 1 万 8000-25 万フランの罰金刑を科している。自己中絶を行った、あるいは行おうとした女性は 6 ヶ月から 2 年の禁固刑および 360-2 万フランの罰金刑を科すと定めている。

1979 年以降、さらに関連の法規が可決された。1980 年 4 月 17 日の政令第 80-285 条は、地方の医療センターおよび総合医療センターに、中絶を行う施設および避妊に関する情報や医療手続きを提供する施設を併設するよう求めている。1988 年 1 月 18 日の政令第 88-59 条は、外科と産科を扱う公立病院を上記リストに追加した。さらに 1982 年 12 月 31 日の法律第 82-1172 条で社会保障の対象が広がった。同法は、合法中絶の手術代と入院費の 70%を社会保障の対象とする、と規定している。

1988 年後半に、フランス政府が「中絶薬(ピル)」RU-486 を承認したことは、1975 年の中絶法の可決以来最も重要な法律面での変化であろう。Roussel-UCLAF が開発したこの薬の使用は厳重に規制されている。政府は、1988 年 12 月 29 日に RU-486 の購入・保管・投与・使用歴に関する厳しい要件を規定した命令を出した。1990 年 2 月 22 日の通達第 90-06 号では、RU-486 の使用上の手続きの概要を示した。この薬は、無月経から 49 日を過ぎると使えず、医師のもとで摂取しなければならない。患者は 48 時間後に医師の診断を受けて、プロスタグランディンを投与してもらい、さらに 1 週間後に妊娠終了を確認してもらう。現在 RU-486 は、中絶全体の 19%に使用されており、妊娠 7 週以内の中絶の場合は 46%に使用されている。

近年、少数の反中絶派による活動がフランスの中絶法に変更をもたらした。1990 年代の初め、活動家たちが行ったキャンペーンで、中絶を扱っていたクリニックとその医師たちは困惑してしまった。活動家たちはいくつもの病院を封鎖して内部に入り込み、医師たちに個別に中絶を行わないように説得を試みた。こうした行動に対し、政府は 1992 年に、刑法典に破壊的活動を取り締まる新しい刑罰条項を設ける法律を制定した。これらの条項のもとに、中絶をしようとする人たちが診療所や病院に行

ったり、自由に出入りしたりするのを妨げ、医療従事者あるいは非医療従事者に対し脅迫あるいは脅迫まがいの行為をすることにより、自由意志による中絶を阻止、あるいは阻止をさせようとする人たちには、罰金刑と禁固刑に処される、と規定している。これらの規定は、中絶カウンセリングおよび中絶の要請に対して行われた行為行動にも適用され、避妊と中絶の権利を擁護することを目的とする組織が、こうした妨害を告訴する側に加わることを認めている。

さらに、1970年代からの中絶法に本質的な改正をもたらす法律が導入された。この法律によって、自己中絶を行った、あるいはそれを試みた女性を処罰する刑法典の条項が撤廃された。この条項を支持する者は、女性が自己中絶をするのは自暴自棄になったか、無知か、あるいは費用を支払えないかであり、そうした女性にさらに刑罰を科すべきではない、と撤廃の正当性を理由づけしている。

ブータン (Bhutan)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

情報入手困難

追加要件：

ブータンの中絶法について正確な実情は不明である。ブータンの国家宗教は、中絶を認めない仏教であるので、おそらく、妊婦の生命を救う目的の場合に限って許可されていると思われる。

出生と死亡に関する現状

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、1994）	19
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）	70.8
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）	
ブータン	1600
南アジア	560
女性の平均寿命（1995-2000）	62.0

* すべての女性

背景

現在、ブータンの人口事情については限られた情報しか得られない。どの情報も中絶政策あるいは中絶の実情に言及していないので、ブータンの中絶法の現状はわからない。しかし、ブータンの国教は仏教である。仏教は中絶を認めないので、中絶が認められるのは、おそらく妊婦の生命を救う目的の場合に限られると思われる。

ブータンの妊婦の健康状態が良くないことは知られている。妊婦検診（産前のケア）が受けられる妊婦は20%未満で、病院での出産は5%に過ぎない。保健所や保健従事者の数がかなり不足している。母子健康や家族計画サービスは、数こそ多くはないが、全国にある政府の基本保健施設で提供されている。家族計画プログラムは1974年から実施されている。

ブラジル (Brazil)

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:

中絶は医師によって行われなければならない。強姦による妊娠を中絶する場合も、妊婦の同意は必要である。妊婦が同意をする能力がない場合は、法定代理人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	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 (15-49 歳、1996)	77
合計特殊出生率 (1995-2000)	2.3
年齢別出生率 ((15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	72
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)	
ブラジル	220
南アメリカ	200
女性の平均寿命 (1995-2000)	71

背景

ブラジルでは、中絶の合法性は、1940年のブラジル刑法典(Brazilian Penal Code)によって規定されている。この法律では、妊婦の生命を救う目的、あるいは強姦による妊娠の場合に限り、医師は中絶を行えるとしている。強姦による妊娠の場合、妊婦は中絶に同意しなければならない。妊婦が同意できない時は妊婦の法定代理人が同意する必要がある。1940年の刑法典は、1890年のものにとってかわるものである。1890年の刑法典は、中絶を一般的に禁止し例外を設けていなかったが、一般刑法の緊急必要性の原則のもとで、妊婦の生命を救う目的での中絶は認められると解されていた。1941年10月3日の政令第20条を改正した、1979年12月4日の法律第6734号は、中絶を誘発したり、妊娠を防ぐための方法、物質あるいはその他のものを宣伝することを禁止している。

違法中絶を行った者は1年-4年の禁固刑である。女性の同意がない場合、女性に重大な損傷を与え

た場合、女性を死亡させた場合、女性が14歳以下の場合、刑罰はより重くなる。自己中絶を行った女性、あるいは中絶することに同意した女性は、1-3年の禁固刑である。中絶に関する規制を緩和する努力は1975年から始まっているが、現在も成功していない。現在中絶に関して8つの法案が提出されている。いくつかは法的枠組みの拡大を内容としたものであり、残りは良心の拒否に関して医療行為を守るためのものである。

中絶は法的に厳しく規制されているが、ブラジルでは中絶は広く行われている。最新の推計によれば、年間およそ100-400万人の女性が中絶を受けている。中絶を希望する女性の大多数が既婚女性である。違法中絶が起訴されることはめったにない。起訴のためには、妊娠の有無の法的証拠が必要なので、現在の厳しい規制の中でも中絶を行うことが可能になっている。さらに、法律では認められていないが、最近数年間に裁判所は、胎児の重大な損傷を理由として行われた約350件の中絶を合法と認める判決を出した。

公共保健制度は1994年から、支援の拠点を2カ所から12カ所に拡大、産後のケアの充実など質の向上にも努めてきたが、中絶の圧倒的多数がまだ劣悪な医療環境のもとで違法に行われている。実際には病院に拒否されることが多いので、合法中絶を受けることができる女性は数少ない。ほとんどの病院が、中絶を行う前に、妊娠の理由について法的な決定を求めるからである。結果として、中絶が原因の妊産婦の疾病率と死亡率が高くなっているようである。例えば、1980年半ばに、ある病院における妊産婦死亡の44%は中絶に起因するものであったと推定された。サンパウロ州の統計によれば、1997年1-9月に、中絶後の合併症の2万4000件が州の保健ケア制度で治療を受けた。

ブラジルにおける中絶の法規制をめぐる最近の動きは、医薬品 Cytotec に関するものである。この薬は潰瘍の治療薬として導入されたプロスタグランディンで、潰瘍に対する効果のほかに、子宮筋を収縮させる効果があるので、出産や中絶を誘引するために使われることがある。実際、この薬を早期の妊娠を中断させるのに、ミフェプリストン、つまり RU-486 と一緒に使用している国もある。Cytotec は流産を起こさせる効果があることから、ブラジルでは違法中絶に広く使用され始めた。この薬は、何の規制もなくドラッグストアや薬局で販売されているので、非常に使いやすい。1991年末までに、1箱に28錠入りの箱が毎年約60万箱販売されていた。いくつかの調査した都市の病院に、中絶の合併症で入院した女性患者の34-72%が、中絶にこの薬を使用したと推定された。

1991年の年末近くに、ブラジル政府は、Cytotec を違法中絶に使用することを禁止する措置をとった。この薬に反対のキャンペーンを繰り広げるいくつかのグループに対応する意味もあって、連邦保健省は、Cytotec を認可薬局だけで販売が許される医薬品のカテゴリーに入れる省令を出した。これにより薬局は、医師の処方箋のコピーを保管することを義務づけられた。州政府も連邦政府にならった。リオ・デ・ジャネイロ州は、この薬の使用を病院だけに制限した。セアラ州は販売を完全に禁止した。サンパウロ州は、薬局での販売を胃腸薬としての使用に制限し、店に患者に関する詳細な記録の保持を義務づけた。サンパウロ州で病院が婦人科用に Cytotec を使用する場合は、保健当局の許可が必要となった。これらの規制が認可されると、Cytotec の販売は急激に低下した。ただし中絶件数への影響は、現時点ではわかっていない。

ブルガリア (Bulgaria)

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:

医学的理由による中絶は、妊娠 12-20 週で、女性が本人あるいは胎児の生命に危険が及ぶ病気にかかっており、その病状が立証・文書化されている場合、特別医療委員会の決定により認められる。妊娠 20 週以上の場合、妊婦の生命に危険がある場合、または胎児に重大な損傷が発見されたことが証明された場合に限って、中絶が認められる。中絶は特定の産科/婦人科病院およびクリニック、あるいはこれらの科のある病院で、産科か婦人科医によって、また医学的理由による中絶の場合は蘇生医療の専門家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	間接的支援を提供
有配偶女性*の近代的避妊実行率 (18-44 歳、1976)	7
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)	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)	
ブルガリア (1990)	27
先進国 (1983 頃)	62
女性の平均寿命 (1995-2000)	75.0

*初婚の女性

背景

ブルガリアでは、公衆衛生省の指令によって、1956 年 4 月 27 日から中絶は合法となっている。保健省の指令には、中絶を希望するすべての女性は、妊娠 12 週以内であり、過去 6 ヶ月以内に中絶をしていなければ、中絶をする権利があると、規定されていた。妊娠 12 週以降の中絶は、治療的理由の場合に限り認められていた。中絶は公認の病院で行われなければならないとされた。

その後出生率が低下したために、ブルガリア政府は1968年2月に中絶を規制した（保健社会福祉省省令第188号）。子供のいない女性は、医学的理由がある場合、あるいは特に深刻な状況にある場合を除いて、中絶は禁止された。子供が1人ないし2人だけの女性は、中絶を固持すれば特別医療委員会から中絶の認可が与えられることになっていたが、中絶を断念することを積極的に勧められた。以下の場合、特別医療委員会の中絶の許可が得られた。妊娠が強姦による場合、女性が16歳以下の場合（親の同意が必要）、相手が近親者で結婚できない者である場合、深刻な社会的原因がある場合、である。45歳以上、または最低3人の子供がいる女性は、要請すれば中絶が受けられた。しかし、妊娠10週以上の場合、あるいは過去6ヵ月以内に中絶している場合は、要請による中絶は認可されなかった。特別医療委員会は、治療的理由（胎児の損傷が含まれる）の場合は、妊娠期間に関係なく中絶を認可した。

1973年4月、規制はさらに厳しくなった（社会福祉省省令第0-27号）。子供のいない女性と子供1人の女性は、中絶をすることができなくなった。例外は、強姦や近親姦の場合、女性が18歳以下で未婚で子供がいない場合、女性が45歳以上で子供が最低1人いる場合、女性あるいは胎児の生命に危険が及ぶ病気がある場合であった。1974年に規制はいくらか緩やかになり、出産児数に関係なく、未婚の女性は中絶することが認められた。要請による中絶は診察時の妊娠期間が10週間以内の場合のみ受けられた。

現在は、1990年2月1日の社会福祉省省令第2号により、妊娠12週目以内で、中絶が女性の健康に危害をおよぼさなければ、すべての女性は要請により中絶を受けることができるようになった。妊娠12-20週の間の中絶は、妊婦あるいは子供の生命に危険性のある病気があり、それが証明され文書化されており、特別医療委員会によって承認された場合に限り認められている。妊娠20週を超えた場合は、妊婦の生命に危険が迫っている場合、あるいは胎児に重大な損傷のあることがはっきりした場合に限り、中絶が認められている。妊娠経歴、年齢や結婚の有無に関する規制は全て取り除かれた。

中絶はすべて、産科/婦人科専門病院およびクリニックの産婦人科、あるいは産婦人科のある病院、さらに治療的理由による中絶の場合は蘇生医学の専門医のいる病院で行われなければならない。1991年現在、中絶が治療的理由により行われる場合、あるいは16歳以下あるいは35歳以上の妊婦に対して行われる場合に限り、無料である。

家族計画サービスは、保健センターと病院で提供している。しかし避妊具・薬の提供は途絶えることが多い。国家家族計画プログラムは現在策定中である。

ベトナム (Viet Nam)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救う	<input type="radio"/>
身体的健康を保持する	<input type="radio"/>
精神的健康を保持する	<input type="radio"/>
強姦または近親姦	<input type="radio"/>
経済的または社会的理由	<input type="radio"/>
女性の要請 (オン・リクエスト)	<input type="radio"/>

追加要件:

合法中絶は、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	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)	56
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)	27
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	<input type="radio"/>
妊娠・出産による合併症	<input type="radio"/>
妊産婦死亡率(出生10万対、1990)	
ベトナム(1989)	160
東南アジア(1988頃)	440
女性の平均寿命(1995-2000)	69.6

背景

植民地時代終了当初のベトナムにおける中絶法の実情を示す情報は、ごく限られたものであった。その少ない情報から、ベトナム民主共和国(北)では少なくとも1971年までには、要請による中絶が受けられるようになっていたこと、1975年の南北統一後は全土でそれが可能になったことが読み取れる。これ以前のベトナム共和国(南)では、中絶は狭義の医学的理由がある場合しか認められていなかった。それは、中絶と避妊の使用を禁止したフランスの法律を施行する1933年の政令が存在したからである。

近年、ベトナム政府は多くの法律を可決し、様々な方法で中絶を規制している。公衆衛生保護法(1989年6月30日)は、「女性は、本人が望む場合は中絶をする権利が与えられるべきである」とはっきり規定している。1989年1月の閣議決定第162号は、政府のために働くのに適格な者、政策で優先度を与えられた者、家族計画の実施を登録する低収入の者に対し、避妊と中絶を対象とした公衆衛生サービスを国が無料で提供すると定めた。1991年に母子保健との関連で妊娠中断を扱った規則では、医療機関あるいは医療従事者は関係当局の許可を得ないで中絶を行うことはできないとしている。社会保険

規則を公布した政令第 12/CP は、中絶休暇を病欠勤なみに許可した。最も重要なのは、ベトナム刑法に中絶条項がないということで、これは中絶が犯罪とされてこなかったことを示している。

統一前のベトナムでは、家族計画の何に重点を置くかについて、南北の省の間に大きな違いがあった。北に属していた省は、1962 年の初めに、家族計画政策の方向を人口増加率の低減に向け、ある程度永続性のある、子宮内避妊具 (IUD) のような避妊法の使用が推進された。要請による中絶 (夫の同意を得て) は妊娠初期であれば可能であり、通常真空搔爬 (vacuum curettage) によって行われた。一方、南ベトナムの省は、1960 年代後期に家族計画プログラムをスタートさせ、妊産婦と乳児の死亡と増加する違法中絶の問題に対処することを目指した。しかし 1970 年代初めまで、家族計画クリニックは、サービスの対象を最低 5 人の子供がいる女性に限っていた。その後サービスの範囲を拡大し、子供 1 人の女性も対象に含めたが、サービスを受けるには結婚あるいは同棲の証明書が必要であった。1970 年代半ばに、ベトナム共和国政府は、家族計画を公式の政策として採用したと発表したが、医療施設が不足していたため、効果的なプログラムを実施することはできなかった。

南北統一以後のベトナムでは、家族計画は国の主要な優先課題とみなされた。1982 年には様々な家族計画対策が採用され、その中には中絶の利用と国家人口・家族計画委員会の設置も含まれていた。1983 年以降は、子供は 2 人までに制限された。1985 年には、家族計画の実施を推進する中で、避妊と中絶を受入れた者に対する奨励策が一段と強化され、同時に家族計画の義務違反者に対する罰則も強化された。ベトナムは、合計特殊出生率を 1970-2000 年に 5.9 から 2.6 に低下させることに成功した。

ベトナムにおける中絶件数は、1982-1994 年の間に 6 倍に増えた。中絶率は、1996 年に女性 1000 人に対して中絶 83.3 と推定されており、アラン・グットマッハー研究所 (Alan Guttmacher Institute) によれば、この年に世界で最も高い水準であった。国家人口・家族計画委員会は、1998 年の中絶件数を 150 万件と報告した。この数字には民間機関での中絶件数は含まれていない。民間機関での中絶は増えており、年間 50 万件あるいはそれ以上と推定された。同時に妊産婦死亡率は出生 10 万に対して 160 件で、地域の平均 440 の約 3 分の 1 である。

避妊法に対する意識は非常に高い、との調査結果がある。特に子宮内避妊具 (IUD) は圧倒的に使用されている。近代的避妊法の実行率は 1990 年代に着実に高まった。最新の人口・保健調査によれば、1988 年は 38% であったが、1994 年には 44% となり、1997 年は 56% であった。避妊法では子宮内避妊具 (IUD) が最も広く使用されているが、コンドームの使用も増えてきた。もう子供を望まない女性の多くが避妊を実行しておらず、中絶や月経調整に頼っていることから、家族計画の潜在的ニーズはかなり高いと考えられる。ベトナムの家族計画の問題点は、引き続き、避妊法の選択肢が限られる農村と山岳地帯が国土の広い部分を占めているため定期的な避妊具・薬の調達や配布が困難なことである。