

マレーシア (Malaysia)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救うために	○
身体的健康を維持するため	○
精神的健康を維持するため	○
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:

医療専門家による第三者認定が必要である。中絶が合法とされるのは妊娠 120 日までで、女性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	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)	31
合計特殊出生率 (1995-2000)	3.2
年齢別特殊出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	25
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)	
マレーシア	80
東南アジア	440
女性の平均寿命 (1995-2000)	74.3

背景

マレーシアでは、中絶は 1989 年までマレーシア刑法典第 312 条前文で規制され、合法中絶は女性の生命を救う場合にのみ可能であった。

この刑法典の法令第 727 号第 312 条は、1989 年 4 月に大幅に改正され、妊娠の継続が妊娠を中断させた場合よりも、妊婦に生命の危険を招く、あるいは妊婦の精神的または身体的健康に大きな害を与える可能性が高くなる、と医師が誠実に判断した場合は中絶が認められた。この改正はマレーシア国民の意見のある程度反映しているようにみられる。全国出生および家庭調査 (national fertility and family survey) によれば、調査対象の女性の 71% が強姦や近親姦を理由とする中絶に賛成し、同じく未婚の理由では 54.3%、健康の理由では 52.2%、経済的・社会的理由では 34.5% が賛成であった。

中絶が刑法典第 312 条に違反して行われ、女性が同意していた場合は、中絶を行った者と女性の両方が同等の処罰を受ける。「胎動期」に入っていた場合は 7 年までの禁固刑と罰金刑であり、「胎動期」に入っていない場合は 3 年までの禁固刑または罰金刑、またはその両方である。女性は通常妊娠約 4 カ月で「胎動期」とみなされる。女性が中絶に同意してい

ない場合は、「胎動期」に入っているか否かに関係なく、中絶を行った者が 20 年までの禁固刑と罰金刑を科される。中絶で女性を死亡させた場合、女性の同意を得て中絶を行った者は 10 年までの禁固刑と罰金刑、女性の同意なしで行った場合は 20 年までの禁固刑となる。

中絶件数に関する情報は即座にはない。1989 年の刑法典第 312 条が改正される前に発表された報告書では、出生 3 に対し中絶 1 の割合と推定されていた。また、妊娠 100 件に対して中絶件数は 2 倍以上で、都市部の割合は農村部の 3 倍と報告されていた。

政府は、1984 年に、人口が多いことは拡大した国内市場と労働力市場の両方に供給できるという利点があるとし、人口政策の見直しを発表した。新しい人口政策は、出生率低下のスピードを減速させ、2010 年までに人口の規模を 7000 万人程度に安定させることを目指した。

新しいプログラムでは、家族は社会の基本的単位として重視されている。「総合的家族構想 (total family concept)」の実現には、親の役割、子どもの発育、結婚、家庭相談などに重点を置くことが必要であり、また保育施設を整備・提供して女性が働きながら子育てができる環境を作ることが必要であるとしている。同時に政府は、家族計画調査の結果として、子どもの数を増やすつもりはないのに、家族計画を実行していない夫婦の割合がかなり高く、多くの夫婦が信頼性の低い伝統的な避妊法に頼っていると発表した。政府は、教育活動の推進によって、こうしたサービスの届いていない層を家族計画プログラムに引き入れることが必要であると結論づけた。

家族計画はマレーシアでは、25 年以上の歴史がある。1966 年には国家家族計画法がマレーシア議会で可決された。また家族計画の普及促進にかかわる政策と実施法を策定する国家家族計画委員会が設置された。60 日の出産休暇と出産手当を規定した 1955 年の雇用法は 1976 年に改定され、出産手当は 3 人目の子どもからは支給されないこととなった。

総合的な家族計画プログラムは、第 6 次マレーシア開発計画 (1991-1995 年) の一環として策定された。保健省とマレーシア家族計画連盟が、男性と女性の両方を対象に情報と家族計画サービスの提供を行っている。

南アフリカ (South Africa)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救うため	○
身体的健康を維持するため	○
精神的健康を維持するため	○
強姦または近親姦	○
胎児の障害	○
経済的または社会的理由	○
女性の要請 (オン・リクエスト)	○

追加要件:

合法中絶は、政府病院もしくは他の認定医療機関において、病院指導監督者の許可を得て、医師により行われなければならない。中絶には、2名の独立の医師（中絶を行う医師以外の）の承認が必要である。このうちの1名は、精神的健康が理由の中絶である場合は精神科医でなければならない。犯罪に関わる性交渉による場合は管轄地区の外科医でなければならない。認可を与える医師のうちの1名は、少なくとも4年の医療実務の経験がなければならない。認可を与える医師が、中絶に参加あるいは補助をすることは法律で禁止されている。強姦、近親姦、あるいは精神障害女性との性交を理由とする中絶の許可は、地方判事から、証明書なしで与えられる。

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 (50歳未満、1988)	48
合計特殊出生率 (1995-2000)	3.3
年齢別出生率 (15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	68
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)	
南アフリカ共和国	230
南部アフリカ	260
女性の平均寿命 (1995-2000)	58.1

背景

南アフリカの中絶法は、1975年まで、ローマ・オランダ・コモン・ロー (Roman-Dutch common law) が適用されていた。この法律は、妊娠の継続が、妊婦の生命を脅かす可能性のある場合にのみ中絶を認可していた。しかし、実際には、医師はその他の理由で中絶を行うことも多かった。しかし法執行機関から起訴されることはなかった。たとえば、1968年に治療目的で行われた中絶のうち少なくとも28%は、母体の生命を救う以外の目的で行われたとみられている。

1975年に、中絶および不妊手術法 (1975年法律第2号) が制定された。この法律により、南アフリカにおける合法中絶の根拠が拡大された。この法律は、その後1982年に改正され、

次の場合に中絶を認めている。(a) 妊娠の継続が妊婦の生命を脅かす可能性がある、(b) 妊娠の継続が妊婦の身体的あるいは精神的健康に重大な脅威となる、(c) 生まれてくる子供が重度の障害者となることが避けられないほどの身体的あるいは精神的欠陥を持っている危険が高い、(d) 妊娠が強姦や近親姦などの犯罪的性交渉、あるいは「重度あるいは軽度の精神薄弱者」との性交渉による場合である。中絶には3名の医師の承認が必要である。また政府指定の施設で行われなければならない。理由によっては、他の手続き上の要件を満たす必要がある。例えば妊娠が犯罪的な性交渉によるものである場合、犯罪が起きたと申し立てされる地域の判事は、その犯罪が警察に届けられていることの証明書、その訴えない場合は、それをするだけの妥当かつ容認できる理由があることの証明書を病院長に提出する義務がある。

この法律は、理論上は、幅広い理由による中絶を合法としているが、この法律の施行後でも、実際に合法中絶が行われている例は非常に少ない。年間の合法中絶件数は1,000件以下であると推定されている。年間少なくとも20万件と推定される中絶のほとんどがまだ非合法で行われている。このうち毎年およそ4万5,000人が不完全な中絶が原因で入院しており、1,500-3,000人が死亡している。合法中絶を受けている女性の圧倒的多数が白人女性であった。しかし中絶を希望する女性のうち白人女性が占める割合はごく僅かである。1975年の法律に規定された手続き上の厳しい要件が、合法中絶を受ける女性の中で白人女性に優位を与えていることは明らかであった。これらの要件は、お金、政府官僚との取引能力、都市の医療施設へのアクセスを持つ者に有利に働いた。

こうした法的状況は、1994年に劇的に変化した。この年にアパルトヘイト体制から完全な民主主義体制に移行し、南アフリカで初めての民主的選挙でアフリカ民族会議(ANC)が勝利した。アフリカ民族会議は中絶の規制緩和を綱領に掲げて選挙戦を行った。そして、政権の座に就くと直ちにこの公約の実施に着手した。政府はこの問題を検討するために指名した中絶・不妊手術に関する特別選出委員会の報告書を受けて、妊娠14週以内は要請による中絶を認める法案を議会に提出した。法案はプロチョイス(中絶賛成支持)グループとプロライフ(中絶反対)グループの間で熱い論戦を巻き起こした。プロライフ・グループは提言された変更抗議する大集会を何度も開催した。世論調査の結果では国民の大多数が法案不支持と出ており、政権党ANCの内部・外部を問わずかなりの反対があったが、法案(妊娠中断に関する選択法)は、議員のほぼ4分の1が欠席する中で1996年に制定された。

新しい中絶法は、当初提案された法案とは幾分異なる形で制定された。新しい中絶法は多くの中絶法と同じように、時間枠のモデルを採用している。妊娠12週以内であれば、中絶は要請により受けることができる。13週から20週までは、次の場合に中絶が可能である。それは、妊娠を継続した場合、女性の身体的あるいは精神的健康に害が及ぶと医師が判断した場合、胎児に身体的あるいは精神的に重大な異常がある危険性が相当高い場合、妊娠が強姦あるいは近親姦による場合、妊娠を継続した場合に女性の社会的あるいは経済的環境に著しい害を与えると思われる場合である。妊娠20週以降の中絶は、2名の医師あるいは医師1名と助産師1名が、妊娠継続の場合、女性の生命に危険が及ぶ、胎児に重大な奇形を生じさせる、胎児の障害の危険があるとの判断で一致した場合に認められる。

中絶はすべて、政府指定の施設で行われなければならない。妊娠12週以内の中絶は医師あるいは助産師が行うことができるが、12週以降の場合は中絶を行う資格を有する医師だけである。非指示的・非強制的カウンセリングを受けるよう奨励されるが、どんな場合でも強制されることはない。また中絶を希望する女性はすべて、この法律が保障する権利について知らされなければならない。女性に精神的能力のある場合は、未成年者であっても、両親あるいは配偶者の同意は必要とされない。女性に精神的能力がない場合、あるいは意識不明の状態が続いている場合は、女性の代理人あるいは配偶者の同意を得て、また他のさまざまな手続き上の要件を満たせば中絶を行ってよい。この法律は、通知と記録保持の手続きを詳細に定めており、条項に違反して中絶を行った者、あるいは合法的な妊娠中断を妨害した者、あるいは妊娠の中断を行う施設の利用を妨害した者に対して罰金刑あるいは

は 10 年までの禁固刑を科している。

1996 年の中絶法は、現在のところ、アフリカ地域だけでなく、世界でも最も規制の少ない中絶法である。この法律は、妊娠初期だけでなく、妊娠 12 週までにも社会・経済的理由を含めた幅広い理由での中絶を認めている。この中絶法は前文で、中絶を避妊あるいは人口抑制の手段と考えるてはいないと強調しながらも、この法律が一人ひとりの人権の概念に基づいていることを明確にしている。法律の前文は、南アフリカの憲法は人間が生殖に関する決定をし、自らの身体の安全を確保し、管理する権利を保護すること、男性も女性も、安全で効果的かつ利用し易い避妊法を自分で選んで利用する権利を有すること、女性は安全な妊娠・出産をするために適切なヘルスケアを利用する権利を有することを規定している。また前文は、国の責任において、すべての人にリプロダクティブ・ヘルス、避妊および妊娠中断のサービスを提供するとともに、心配や危害を受けずに選択の権利が行使できる安全な環境を提供すると明言している。

しかし、この法律には根強い反対がある。この法律が採択されて間もなく、キリスト教弁護士協会と他の生命権擁護グループが、政府に異議申し立てを起こした。その主張は、生命を奪うことを許しているこの法律は、自分たちが主張する生命権、つまり受胎のその瞬間から始まる人間の生命権を侵害しているというものである。これらのグループは自分たちの主張の根拠を南アフリカの新憲法第 11 条に置いた。第 11 条は「すべての者は生きる権利を有する」と宣言しており、彼らはこの「すべての者」を出産前の子供に適用した。1998 年、裁判前の手続き規則で、高等裁判所のトランスバール暫定部はこの訴えを却下した（1998 年の「キリスト教弁護士協会対保健省」の裁判）。裁判所は、第 11 条も含めて憲法には、胎児あるいは胚胎に法的人格を与えている明確な条項はない、したがって、「すべての者」に胎児が含まれると解釈することは、憲法の他の箇所でのこの言葉がもつ意味とは異なる意味をこの言葉に与えることになることと決定した。さらに裁判所は、胎児に法人格の地位を認めることは、憲法で明確に保障されている女性の権利を侵害する可能性があることと結論づけた。この決定は中絶法への強力な支持表明となったが、原告が上訴したため、完全な決着はつかなかった。

この法律の施行以後、合法中絶の件数は急増している。施行から最初の 6 カ月間（1997 年 1-6 月）に報告された合法中絶件数は、1984-1991 年の 8 年間に行われた合法中絶件数の 2 倍となった。1997 年の中絶率は、15-44 歳の女性 1,000 人に対し中絶 2.7 であったと推定されている。1999 年に国家医薬品管理審議会は、2000 年の半ばまでに全国で中絶薬が利用できるようになると発表した。

南アフリカ政府は、自国の出生率が高すぎると考えている。特に思春期層の出生率と違法中絶が高い水準にあることを懸念している。政府の目標は、合計特殊出生率を 1995-2000 年の 3.3 を 2010 年までに 2.1 に低下させることと、避妊実行率を妊娠可能な女性の 48%（1988 年推定）から 80%に高めることである。政府は家族計画サービスを支援しているので、避妊具・薬はすべての政府医療施設において無料で配布されている。

ミャンマー(Myanmar)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救うために	○
身体的健康を維持するため	×
精神的健康を維持するため	×
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	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)	14*
合計特殊出生率(1995-2000)	2.4
年齢別特殊出生率(15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	26
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)	
ミャンマー	580
東南アジア	440
女性の平均寿命(1995-2000)	61.8

* 暫定値。

背景

ミャンマーの刑法典（Penal Code of Myanmar）では、中絶は一般に違法とされ、中絶を行ったものはすべて3年以内の禁固刑もしくは罰金刑、あるいはその両方となる。女性が自己中絶をした場合も同等の罰に処せられる。しかし、誠実に、母親の生命を救う場合であれば合法的な中絶が可能である。

ミャンマーの家族計画協会は1960年に設立されたが、1963年の時点で実質的な活動は停止した。政府は避妊具・薬の輸入について厳しい規制を継続しており、近代的な避妊器具・薬の入手は困難である。家族計画サービスは限られた範囲で実施されている。

1988年には大規模な政変があったが、人口問題に対する政府の姿勢は基本的には変らなかった。人口過剰は懸念事項とはならなかった。ミャンマーの持つ膨大な未開発天然資源は、現在以上の人口増加を支えられるだけでなく、農業の開発を維持するにはさらなる人口の伸びが必要である、と政府が確信していたからである。こうした理由から、人口問題の政

策の中心はもっぱら健康状態の改善であった。家族計画サービスは基本的に出産間隔を長くすることで、母子保健の向上をはかる目的で行われてきた。

ミャンマーで中絶は違法ではあるが、かなりの数の中絶が行われてきているとみられる。1990年代の初めに、ミャンマーは中絶率の上昇を経験したと考えられる。違法中絶に関連した妊産婦死亡率の上昇を懸念した保健行政当局が、政府を説得して避妊規制に関する緩和政策に乗り出した。推計では、ミャンマーの中絶率は出生1,000に対し中絶が約80である。違法中絶による妊産婦死亡は、妊産婦死亡全体のほぼ40%と報告されている。

こうしたデータが政府に姿勢の転換を促し、公式の政策は従来のものであるが、政府は、リプロダクティブ・ヘルスケア・サービスに目を向けるようになった。政府は出生のレベルは維持したいと考えながら、避妊実行率を2000年までに40%とする目標を設定した。近年ミャンマー政府は、公的部門における公式のバース・スペーシング（出産間隔をあける）を含むリプロダクティブ・ヘルス・プログラムを拡大するとともに、地域社会の意識の向上の必要性を強調した。政府は、リプロダクティブ・ヘルスケア・サービスへの地域住民の参加を促進するために様々な措置を講じた。これには、住民参加型計画策定アプローチの導入、地元のNGOとの協働、民間の保健医療従事者の参加推進などが含まれる。また政府は、リプロダクティブ・ヘルス・サービスの費用を負担できない人たちを支援するために、地域の協力による費用分担スキーム（cost-sharing scheme）を導入するとともに、また思春期層を対象とするリプロダクティブ・ヘルスケア・プログラムを実施してきている。

メキシコ (Mexico)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救うために	○
身体的健康を維持するため	×*
精神的健康を維持するため	×*
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:

ほとんどの州が、州法の条項で、合法的中絶の期間を妊娠 12 週以内 (90 日) としている。緊急の場合を除いて、中絶はすべて医師が行わなければならない。担当する医師が行う中絶が必要との診断は、別のもう 1 名の医師によって確認されることが必要である。中絶を行う前に、妊婦本人の同意が必要であるが、未成年者など特別な場合は、夫、両親あるいは後見人などの同意が求められる。

* メキシコでは中絶法は州レベルで制定されている。上記にある許可条件は連邦直轄区の中絶法に適用される理由で、他の一部の州は、身体的健康の維持、精神的健康の維持、胎児の障害、経済・社会的理由での中絶を認めている。

リプロダクティブ・ヘルスに関する諸状況

出生率に対する政府の考え	高すぎる
出生率に対する政府の介入	低下させる
避妊具・薬に関する政策	直接的支援を提供
有配偶女性の近代的避妊実行率 (15-49 歳、1995)	58
合計特殊出生率 (1995-2000)	2.8
年齢別特殊出生率 (15-19 歳の女子人口千対、1995-2000)	69
以下に対する政府の特別の関心の有無	
中絶による疾病と死亡	○
妊娠・出産による合併症	○
妊産婦死亡率 (出生 10 万対、1990)	
メキシコ	110
中央アメリカ	140
女性の平均寿命 (1995-2000)	75.5

背景

1980 年代に中絶法の規制緩和に向けて様々な努力がなされたが、連邦直轄区のメキシコ犯罪法 (1931 年 1 月 2 日、その後改正) が現在も効力を持つ。この法律は、連邦直轄区内の犯罪と、メキシコ全土の連邦裁判所の裁判管轄区域における犯罪に適用されるものである。それ以外の犯罪は州の犯罪法の条項が適用される。

この犯罪法の第 329-334 条により、中絶は次の 3 つの場合を除いて違法である。妊娠中における妊婦の過失による場合、妊娠が強姦による場合、妊娠の継続が妊婦の生命を脅かす場合である。医師は、妊婦の生命を救うための中絶を行う前に、緊急の場合を除いて、他

の医師に意見を求めなければならない。1976年、連邦保健省は、明確に有資格出産介助者による中絶を禁止すると発表した。

同法 320-332 条は、違法中絶のさまざまな罰則を規定している。女性の同意を得て中絶を行ったものは、1-3年の禁固刑とされ、同意がない場合は3-6年の禁固刑である。中絶が身体的あるいは精神的暴力のかたちでなされた場合は6-8年の禁固刑である。違法中絶を行った者が、医師、外科医、助産師であった場合は、上記の禁固刑に加えて2-5年の業務停止が科される。

女性が故意に自己中絶を行った場合、あるいは中絶に同意した場合、1-5年の禁固刑が科される。しかし評判の良い女性である、妊娠が秘密であった、妊娠が婚外関係によるものであった場合、刑罰は6ヵ月-1年に軽減される。

多くの州は犯罪法の中絶条項に、連邦管轄区のものと同様条項を適用している。しかし一部の州は、規制がより緩い条項を適用している。例えば、連邦管轄区の犯罪法に規定された合法中絶の理由のほか、次の理由による中絶も認めている州がある。女性が要請も同意もしていない人工授精による妊娠の場合(この場合妊娠90日までに行わなければならない)(1987年2月18日、チワワ州犯罪法第219条)、生まれる前の子供に、重度の遺伝的あるいは先天的、身体的あるいは精神的障害を持つと信じられる確かな理由が存在する場合(1982年9月19日コアウイラ州犯罪法第293条)、女性の健康が妊娠の継続によって重大な危険にさらされる恐れのある場合(1982年8月2日ハリスコ州犯罪法第229条)、女性にすでに3人以上の子供がおり、深刻な経済的理由により中絶が行われる場合(1987年11月27日ユカタン州社会福祉法第391条)などである。

逆に、中絶を認める理由をより制限している州も少数ある。例えば、グアナフアト州の犯罪法第228条(1987年2月27日)とケレタロ州の犯罪法第342条(1987年7月18日)は、妊娠が強姦による場合にのみ中絶を認めている。理由が強姦の場合、妊娠90日までに中絶を行わなければならないと定めた州もある。

メキシコでは法的規制は厳しいが、医学的理由がかなり広義に解釈されるため、中絶は広く行われている。1980年代初期に行われたいくつかの調査で、毎年およそ80万件的違法中絶が行われており、出産可能年齢にある女性の約24%が中絶経験者であるとの報告がなされた。都市部の中産階級では合法中絶を受ける女性の割合が高いが、貧困・低所得層および農村地域では、違法中絶を受けるものの割合が高いとされた。ほぼ同時期に行われた他の調査によれば、年間10万件的妊産婦死亡に対して約65件が、非衛生の環境で無資格者が行った違法中絶が原因であった。

メキシコ政府は、特に思春期層の女性の計画外妊娠、および違法中絶に伴う比較的高い妊産婦の死亡と疾病に深い憂慮を表明した。総合保健法(General Law of Health)を修正・改正した1987年4月25日の政令は、政府が特に思春期層への避妊具・薬の普及に努力する重要性を示した。また、メキシコ国内における女性運動の高まりとともに、中絶法改定を求める圧力も強まった。

1990年10月にチアパス州で採択された法律は、妊娠12週までの合法中絶に適用される理由の範囲を広げた。この法律は、医学的理由による場合、強姦あるいは遺伝的欠陥の場合、カップル合意の上での家族計画を目的とする場合、妊婦が独身である場合の中絶を認めた。しかし、この法律は妊娠初期に要請による中絶を認めるものであり、メキシコ国内の他の州にはなかったために「革命的」とみなされた。そのため、カトリック協会および保守的な政治グループから非難を浴びた。1991年12月チアパス州議会は、この中絶法の規制緩和の試みを棚上げにすることを決めた。これ以後、メキシコでは、中絶に関する議論に激しさが加わった。

モザンビーク (Mozambique)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救うために	○
身体的健康を維持するため	○
精神的健康を維持するため	○
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

*中絶は避妊が失敗した場合も認められている。

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	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、1997)	5*
合計特殊出生率(1995-2000)	6.3
年齢別特殊出生率(15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	128
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)	
モザンビーク	1500
東アフリカ	1060
女性の平均寿命(1995-2000)	46.6

*暫定値

背景

モザンビークは1975年にポルトガルから独立した。独立前はポルトガルの法律が適用されており、中絶は犯罪法(1886年9月16日の政令、後に改正)のもとで一般に違法であった。犯罪法では、中絶の一般的禁止に例外を規定していなかったが、一般犯罪法の緊急の必要性の原則により、妊婦の生命を救うための中絶を認めていた。違法中絶を行ったものは妊婦自身も含めて禁固刑が科された。

この刑法はおそらく現在もモザンビークで有効であるが、1981年に保健省は省令で、健康が脅かされている場合と避妊が失敗した場合に病院で行われる中絶を認めた。中絶の法的根拠があるか否かは委員会が決定するとした。それ以来、この政令は、一部の病院で非常に自由に解釈されており、そこでは女性が中絶を希望する旨の声明書に署名すれば、中絶が受けられる。

モザンビーク政府は、家族の幸福にとって現在の出生率のレベルと傾向は望ましくないと考えている。乳児と小児の死亡率は極端に高い。そこで政府は、家族計画プログラムの目的を、出生率の低下ならびに妊産婦と乳幼児の死亡率と罹病率の低下としている。家族計画サービスは、夫の同意を得た35歳以上の女性の子宮内避妊具(IUD)、経口避妊薬(ピル)、不妊手術の提供に重点を置いている。しかし、モザンビークでは家族計画が一般に広まっていなかったため、中絶が避妊の手段として利用されることが多く、その中絶の多くが伝統的医療施術者によって行われている。

政府は、中絶に関連した妊産婦死亡率が高くなっていることを憂慮している。国内の病院はほとんどが中絶を行っているが、手術代金がかかる。そこで、中絶が必要な女性のほとんどは病院で中絶を受けることができず、病院以外の安全でない別の道を選ぶことになる。

モロッコ (Morocco)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救うため	○
身体的健康を維持するため	○
精神的健康を維持するため	○
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:

中絶手術は、配偶者の合意のもとで医師によって妊娠6週以内に、「公然と (openly) 行わなければならない」とされている。夫が同意を拒否あるいは同意できない状況にある場合は、担当医が、中絶が女性の健康を守るための唯一の方法である旨を示す届けを県または郡の医療部長に提出して認可を得なければならない。女性の生命が危険な状態にある場合は、県または郡の医療部長に届けを出すだけで、認可は待たなくてよい。

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・薬に関する政策	直接的支援を提供
有配偶女性の近代的避妊実行率(15-49歳、1995)	42
合計特殊出生率(1995-2000)	3.1
年齢別特殊出生率(15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	50
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)	
モロッコ	610
北アフリカ	340
女性の平均寿命(1995-2000)	68.5

背景

モロッコの中絶法が最初に規制緩和されたのは1967年であった。刑法典第435条が王室勅令第181-66号(1967年7月1日)により改定され、中絶は、母親の健康を守るために必要な措置であり、妊婦の配偶者の同意を得て医師あるいは外科医が、隠し立てなく行う場合には処罰されるべきではないと規定された。夫がいない、あるいは夫が同意を拒否した、あるいは夫の同意を得るのを妨害された場合は、中絶が女性の生命を救う唯一の手段であることを州または県の医療部長が認定した証明書がない限り、医師あるいは外科医は中絶を行うことができない。女性の生命が切迫した状態にあると医師が判断した場合は、夫の同意あるいは医療担当役人の認定は必要ない。しかし、担当医師は州または県の医療部長に自分の診断結果を報告しなければならない。

上記の場合以外の中絶は刑法では違法である。ただし何らかの証拠から、胎児の障害が医療的理由として考慮される可能性はある。違法中絶を行った者は1-5年の禁固刑と120-

500 モロッコ・ディルハム (DH) の罰金刑である。中絶を日常的に行っている者は禁固刑が2倍になる。医療および保健関係者が違法中絶を行った場合には、同等の禁固刑と一時的な業務停止を受ける。自己中絶を行った女性あるいは中絶に同意した女性は6ヵ月-2年間の禁固刑と120-500ディルハムの罰金刑である。

モロッコでは家族計画に対する宗教的および政治的反対が強い。そのため、家族計画活動は非常に慎重に行われてきた。生命の始まりに関する見解が宗教学者によって様々であるため、中絶の問題はさらに複雑となる。中絶を認めるのは例外的な場合に限るべきであるとする者、あるいはモロッコの中絶法の規制緩和は行うべきでないとする者もいる。

モロッコ政府は、1956年の独立以来、家族計画を支持しており、人口の要因が国の発展に与える影響を認めてきた。1967年7月1日の王室令第181-66号で、中絶法は改正され、同時に、避妊具・薬の広告・販売の禁止を内容とする1939年7月10日のフランス法は廃止された。この王室令が施行されてから、避妊具・薬は政府の家族計画センターにおいて無料で配布されてきた。1968-1972年の開発計画の開始とともに、家族計画を含む人口問題はモロッコの開発計画の中で高い優先順位を与えられた。1971年には、民間のモロッコ家族計画協会 (Association Marocaine de planification familiale) が設立された。その役割は年を追うごとに拡大し、活動範囲は情報・教育活動から診療サービスを実施するまでになっている。

モロッコの家族計画活動は、総合ヘルスケア施設に完全に統合されていた。総合ヘルスケア施設は、財政面でいくつかの問題点を抱えており、また避妊法は医療サービスに含められていたので実際に利用することは難しかった。そこで政府は、1980年代はじめに、避妊法を利用しやすいものとするために、公衆衛生省を責任者とする家族計画サービスの「脱医療化 (demedicalization)」政策をスタートさせた。また2つの革新的プログラムも導入した。1つは遠隔農村地域に出向いて母子保健・家族計画サービスを行う移動クリニックであり、もう1つは、家庭訪問で避妊法の使用を奨励し、家族計画・プライマリ・ヘルスケアのサービスを提供するシステムである。

モロッコでは、中絶を避妊の手段とする女性が多いことから、違法中絶はかなり広く行われているとみられる。また、違法中絶件数は実際の件数よりも低く推計されていると考えられる。それは、実際に違法中絶を受けている女性の多くが、都市に住む上・中流階級の既婚女性で民間のクリニックで中絶を受けているためである。複数の公立病院を対象に実施された調査結果は、入院患者のかなりの数が、中絶による敗血症が原因の合併症に罹患した低社会経済層の女性であることを示唆している。

モンゴル (Mongolia)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救うために	○
身体的健康を維持するため	○
精神的健康を維持するため	○
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3ヵ月までは可能である。その後は、妊婦の健康が著しく脅かされるような疾病にかかっている場合は、可能である。家族または配偶者の同意が必要である。

リプロダクティブ・ヘルスに関する諸状況

出生率に対する政府の考え	公式見解なし
出生率に対する政府の介入	なし
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*, 1994)	25
合計特殊出生率(1995-2000)	2.6
年齢別特殊出生率(15-19歳の女子人口千対、1995-2000)	47
以下に対する政府の特別の関心の有無	
中絶による疾病と死亡	×
妊娠・出産による合併症	○
妊産婦死亡率(出生10万対、1990)	
モンゴル	65
東アジア	95
女性の平均寿命(1995-2000)	67.3

* この年齢層のすべての女性。

背景

モンゴルでは、1960年7月6日の犯罪法により中絶は一般に違法であった。医師が中絶を行った場合、2年までの禁固刑であった。最高レベルの医師免許を持たない者あるいは非衛生的な環境で行った場合は、5年までの禁固刑と重くなった。しかし、一般犯罪法の緊急の必要性の原則のもとで、妊婦の生命を救う目的の中絶は認められた。

1986年に犯罪法の中絶条項は改正された。中絶はまだ一般的に重大な犯罪行為とされたが、医療当局に合法中絶の条件を定めることを許可した。3年後の1989年に、この変更を受けて保健法が改正された。犯罪法の第56節は修正され、母親になることは女性自身が決定することであると規定された。妊娠3ヵ月以内であれば、女性は要請すれば中絶を受けられることになり、この期間以降は病気のために中絶が必要な場合には認められた。中絶は、病院において医師が行わなければならないとされた。また、保健省が医学的理由での合法中絶を認める病気のリストを承認することになっていた。

1998年に保健法は改正されたが、中絶に関する条項は以前と同じであった。議会在承認し

た 1996 年のモンゴル国家人口政策は、中絶は家族計画の手段として奨励されるべきではないと言明している。政府は中絶率が高すぎると考えている。また政府は、1999 年に、中絶は妊婦がそれを希望する場合は一般に許可されること、また中絶には公的に補助金が支給されることを繰返し明言していた。

1980 年代後半の保健法の改正以前は、モンゴルの中絶に適用されていた法的条項は、政府の人口増加政策を反映したものであった。モンゴル政府は、国連の人口と開発に関する第 8 回政府間調査に、出生率に対する公式の見解はない、また出生率を調整する政策もないと回答した。政府はなお、乳児、子供、妊婦の死亡率の高いことを深刻に懸念している。

政府は、モンゴルの相対的に高い中絶率（15-44 歳の女性 1,000 人に対し中絶 25.9）の原因は、近代的な避妊具・薬の不足とその利用知識の不足にあるとした。中絶を希望する女性の多くが、費用が安いと、民間医師による違法中絶を受けることを選択する。モンゴルでは、妊婦の死亡原因のうち違法中絶が大きな割合を占めており、少なくとも年間 850 人の妊婦が違法中絶で死亡している。

政府は避妊実行率を 2001 年までに 50% 以上に高めたいとしている。国家リプロダクティブ・ヘルス・プログラムは 1997 年に採択された。政府は、カイロで開催された国際人口開発会議（1994 年）以降、女性がリプロダクティブ・ヘルスケア・サービスを利用し易くするための施策が成果をあげてきたと報告している。各県の中心地および地域のいくつかの都市は、それぞれの保健所にリプロダクティブ・ヘルス室を併設した。ここでは、カウンセリング、妊娠のモニタリングと評価などのサービスが提供されている。国家思春期保健プログラムは 1997 年に採択された。

ユーゴスラビア (Yugoslavia)

*現、マケドニア旧ユーゴスラビア共和国 (The former Yugoslav Republic of Macedonia)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救うため	○
身体的健康を維持するため	○
精神的健康を維持するため	○
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、病院またはその他の認可された保健施設で行われなければならない。女性が未成年者の場合は、両親または保護者の認可が必要である、ただし、その女性が自分の生活費を得る能力が十分あるとみなされた場合は除く。妊娠初期10週を超える場合は、産科医/婦人科医、一般医または内科専門医、ソーシャル・ワーカーまたは心理学者・精神分析医で構成される委員会の特別の許可が必要である。

リプロダクティブ・ヘルスに関する諸状況

出生率に対する政府の考え	満足
出生率に対する政府の介入	現状維持
避妊具・薬の使用に関する政策	間接的支援を提供
有配偶女性の近代的避妊実行率(45歳以下、1976)	12*
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)	39
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)	
ユーゴスラビア	..
先進国	27
女性の平均寿命(1995-2000)	75.5

背景

「子供の出生について決めるのは人間の権利である」とうたった1974年2月21日のユーゴスラビア連邦憲法(Federal Constitution of Yugoslavia)第191条を実施するため、旧ユーゴスラビア社会主義連邦共和国の8つの領土(territorial units)は、1977年から1979年にかけて中絶に関する法的行動をとった。

これらの法律は皆同じ性格をもっており、中絶は妊娠10週までは要請によって許可される。中絶は、病院またはその他の認可された保健施設で行われなければならない。女性が未成年者の場合は、親または保護者の同意が必要である。妊娠10週を超える場合は、ソーシャル・ワーカーまたは心理学者を含む各種保健従事者で、領土毎に構成される委員会の特別の許可が必要である。また領土毎に、委員会は、医学、司法、社会経済的理由、及び胎児の損傷があるか否かに基づいて決定を行う。女性は、第1審が彼女の要請を拒否した場

合は、第2審に訴えることができる。女性の生命または健康に重大な危険がある場合、どの時期でも中絶は許可される。

法律の規定に違反した医学団体および個人には罰則が科せられる。しかし、女性が自分で中絶した場合、またはそのような行為に協力した場合は、女性は刑法上の責任を問われない。

1952年に、旧ユーゴスラビアの中絶の法規定は緩やかになった。それは、違法中絶の激増とそれに関連した疾病、死亡率の高さに対処するためであった。その後も法律は修正され（総則は連邦レベルで採択され、法律は地方レベルで実施された）、違法中絶をなくすため、合法中絶を受けやすくすることが明確に打ち出された。たとえば、違法中絶数の大幅な減少は、妊娠10週以下の中絶に義務付けられた委員会の承認が、1969年に廃止されたためである。この条件は、実際的にも心理的にも中絶の障害になっていた。中絶の法規制を緩和する政策は、医療施設が増えたこと、中絶サービスに関する情報が入手しやすくなったこと、教育レベルが高まったことによって促進された。中絶率は依然として非常に高かったが、前政権は、実質的にその目的を達成した。すなわち、非合法中絶は現実的に根絶され、中絶関連の妊産婦疾病および死亡が大幅に減少したのである。たとえば、中絶関連の妊産婦死亡は、1960年には中絶10万につき180件だったが、1976年には11にまで減少した。

ユーゴスラビアでは、家族計画サービスは、1950年代半ばから通常の医療サービスの一部であった。1963年には家族計画の機関が全国および地方レベルで設立された。1966年以降は、国際家族計画連盟と連携した家族計画協会も存在した。しかし、学校での性教育と家族計画カウンセリングは組織的に展開されることがなく、家族計画に対しては全国的に絶えず抵抗があった。その結果、あいまいな知識と近代的な避妊法に対する懸念が広がった。公式なデータによると、何らかの避妊法を使っている既婚女性の割合は、1970年から1976年の間に56.2から52.9へと、わずかだが減少した。しかし、膈外射精は全体の66.7%を占めた。同じ1976年のデータによると、既婚女性のうち近代的避妊法を使っていたのは12%にすぎなかった。不妊手術は法で禁止されている。避妊の実態は1980年代を通して同じ程度であった。

1970-2000年の間、ユーゴスラビア全体で合計特殊出生率も人口増加率もともに低下ぎみだった。この間、合計特殊出生率は2.4から1.8に、人口増加率は、0.9から0.1に減少した。国全体の問題としてあげられるのは、中絶率、なかでも繰り返し率の高さ、妊娠第二期の中絶の増加、思春期の中絶の増加である。1993年の推定中絶率は、15-44歳の女性1,000人中、54.6であった。避妊法の一つとして中絶に頼ることが続き、その結果として健康危害が増加した。

1980年代後半になって、前政権は、中絶率の高さと近代的避妊法の使用率の低さに重大な懸念を示した。1989年の人口・開発・家族計画に関する決議は、人口関連事項に関する総則と方向性を打ち出したものだが、そこでは、出生率と家族計画が特に重視された。この決議は、1974年の憲法にうたわれた、個人が子供の数と産む間隔を自由に決める権利を再確認しながら、国のあらゆる地域で、人口置換水準の出生率を達成することを目指した。ある面では中絶率を減らすため、また共和国(republics)によっては出生率を減らすため、連邦レベルで、さらに広く避妊の情報とサービスを普及するための具体的な対策が立てられた。出生率が人口置換水準以下の地域では、出産休暇の延長、児童手当、子育てのための施設など社会福祉に関する対策も強化された。

前ユーゴスラビアでは、共和国(republics)と自治州(autonomous provinces)には、連邦ユーゴスラビア議会で採択された人口政策の一般原則を、自分たちの地域で実施する責任があった。しかし、連邦の政策は、しばしば意図的に執行されなかった。特に、人口政策の場合は、各共和国と全国にいる少数民族間のあやうい均衡を保つという人口上の微妙な問題があるため、政策の実現が妨げられることが多かった。

1990年代を通して、旧ユーゴスラビアの分裂でクロアチア、ボスニア・ヘルツェゴビナ、コソボでの武装対立が発生し、第二次大戦以降最大の犠牲者および避難民のヨーロッパ内での移動につながった。旧ユーゴスラビアの分裂の結果、後継ユーゴスラビア国家での微妙な地域的人口問題がさらに厳しくなった。出生率の地域差が依然として大きいことから、ユーゴスラビア政府は1998年に、出生率を全国的に調和させ、純再生産率を約1.0にして人口的現状を維持するという目標を再び強調した。そして、1家族子供3人を奨励、ただし、それ以上は奨励されないという目標の下に対策が立てられた。3人目の子供の家族手当は収入によって左右されない。また、人口増加がマイナスの地域では3人目の子供に対しても出産手当が支給される。

ヨルダン (Jordan)

中絶政策の主な特質

中絶の許可条件

女性の生命を救うため	○
身体的健康を維持するため	○
精神的健康を維持するため	○
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:

認可されている理由での中絶に際しては、資格を有した医師2名の承認が必要とされる。本人または本人の代理として法的権限が認められているものの同意書が必要である。中絶は認可された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、1997)	38
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)	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)	
ヨルダン	150
西アジア	320
女性の平均寿命(1995-2000)	71.5

背景

ヨルダンでは1960年法律16号の刑法典で中絶は禁止されている。中絶を実施する人は1-3年の禁固刑に処せられる。その人が医療従事者であれば、刑罰は3分の1上乘せされる。自分で流産をひき起こした女性、その中絶に同意した女性には6カ月から3年の禁固刑が科せられる。中絶が女性の同意なしに実施されるか、女性が死亡した場合、刑罰は重くなる。中絶が本人の名誉を守るため、本人、ないし子孫、または第三親等までの親族によって実施された場合、減刑される。

しかし、1971年の公衆衛生法第20条(62(a)項)のもと、妊婦の生命または健康の危険を回避するために必要であれば中絶ができる。この場合、2名の医師による承認書ならびに妊婦が書いたり話したりができない場合を除き、本人の同意書が必要とされる。本人が同意書を出せない場合、その配偶者または法的責任者が同意書を提出しなくてはならない。刑法、公衆衛生法のいずれも中絶のできる妊娠時期を限定してはいない。

ヨルダンでは中絶に関する法律による規制は比較的厳しいが、その適用はかなり緩く、広義の解釈が可能になっている。また、アラブ地域の他の諸国に比べて、中絶が出生率に与える影響を深刻に受けとめている。安全でない中絶の多くは助産師が行っているもので、古くから行われてきた出産介助方法による危険性を少なくするためにさまざまな研修が実施されている。母子保健の改善を進め、国内での近代的避妊法利用の選択肢を広げるために国際援助も行われている。ソーシャル・マーケティング・キャンペーンを通して避妊具・薬が国内ほとんどの薬局で手頃な価格で販売されている。近代的避妊実行率は1990年の27%から1997年の38%に増加した。国家人口委員会は2000年の目標値41.5%を上方修正することを求めている。

ヨルダンは、1996年に第一次国家人口戦略を実施したが、現在、リプロダクティブ・ヘルスとジェンダー問題を含めるよう内容を改訂中である。1973年に設置された国家人口委員会は、現在、パスマ・ Bint・タルル王女を議長としていただいているが、このことは全国的にバース・スペーシング（出産間隔をとること）を公的に支援することを示す第一歩である。

中絶に関する信頼性の高い統計は得られていないが、推計はなされている。出生1000人に対しての中絶率が求められている。中絶の主な理由としては、母親の健康、多産、計画外妊娠、合併症を伴う出産、未婚者の妊娠、などが推定されている。