

昭和 29 年 7 月 22 日
昭和 30 年 4 月 1 日 再刷

財団法人人口問題研究会人口対策委員会

人口対策としての家族計画の
普及に関する決議

昭和 29 年 7 月 22 日

財団法人人口問題研究会

目 次

財団法人人口問題研究会人口対策委員会人口対策としての 家族計画の普及に関する決議.....	3
別紙：財団法人人口問題研究会人口対策委員会第2特別委員会 (人口の量的質的調整に関する特別委員会) 決議.....	5
別紙第1号：第2特別委員会(人口の量的質的調整に関する特 別委員会)における「人口対策としての家族計画の普及に関 する決議」審議経過概要.....	7
別紙第2号：人口対策としての家族計画の普及に関する決議.....	9
参考：人口対策としての家族計画の普及に関する決議説明資料.....	13
附録：人口対策委員会設置要綱および委員名簿.....	43

目 次

1	〇丁と丁番の人口調査資料の人口変動要因の人口変動要因
2	..... 〇丁と丁番の人口変動要因
3	..... 〇丁と丁番の人口変動要因
4	..... 〇丁と丁番の人口変動要因
5	..... 〇丁と丁番の人口変動要因
6	..... 〇丁と丁番の人口変動要因
7	..... 〇丁と丁番の人口変動要因
8	..... 〇丁と丁番の人口変動要因
9	..... 〇丁と丁番の人口変動要因
10	..... 〇丁と丁番の人口変動要因
11	..... 〇丁と丁番の人口変動要因
12	..... 〇丁と丁番の人口変動要因

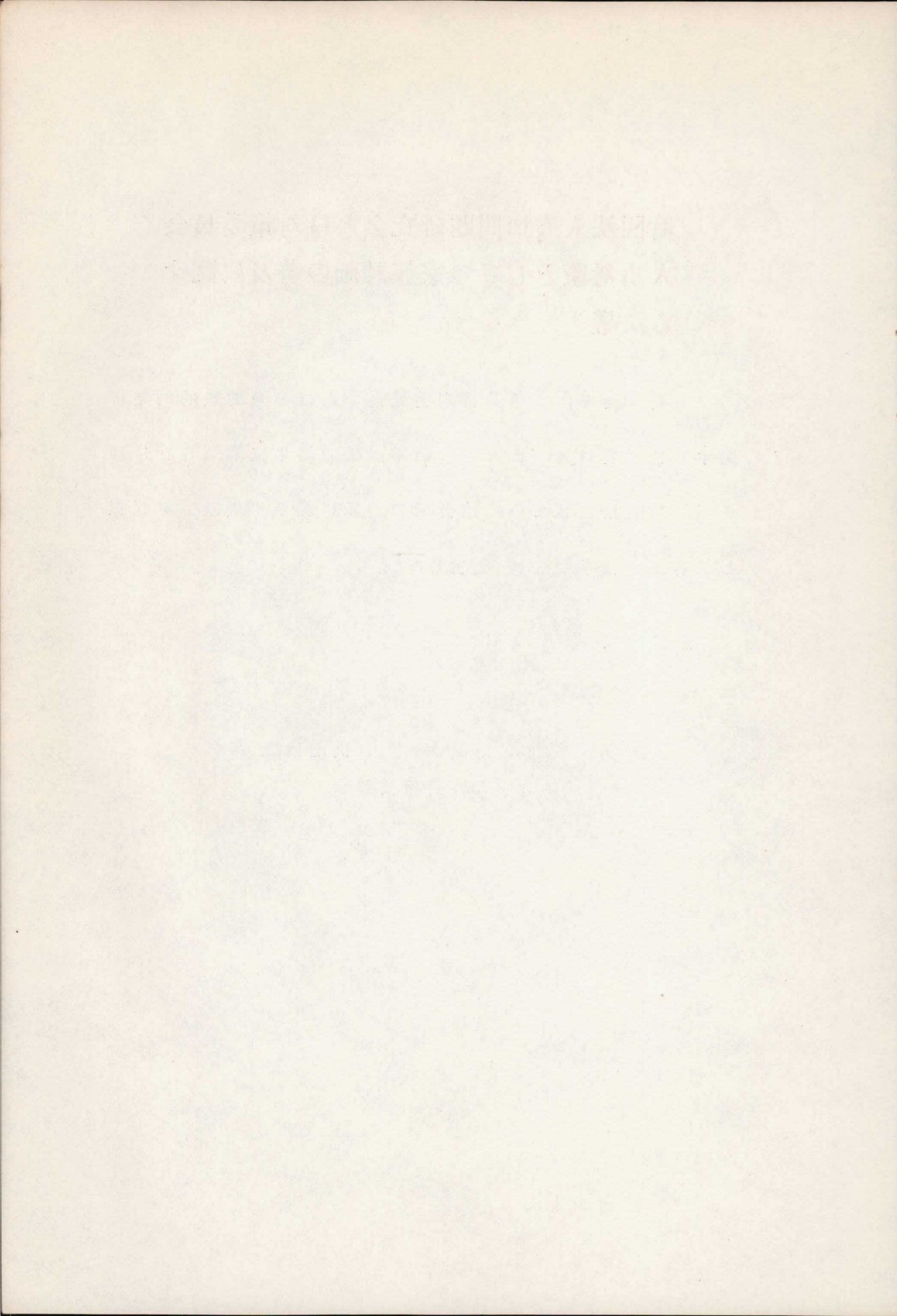
財団法人人口問題研究会人口対策委員会 人口対策としての家族計画の普及に関する決議

この委員会では、第2特別委員会（人口の量的質的調整に関する特別委員会）において慎重討議の結果決議せられた別紙「人口対策としての家族計画の普及に関する決議」を採択し、審議の結果、これを決議する。

昭和29年7月22日

財団法人人口問題研究会
人口対策委員会

会長 永 井 亨



別 紙

財団法人人口問題研究会人口対策委員会
第2特別委員会（人口の量的質的調整に
関する特別委員会）決議

この特別委員会では、現下の情勢にかんがみ、総合的人口
対策の一環として家族計画の普及を促進する方策が、特に緊
急の問題であると考え、先づこれを取り上げ、慎重に討議検
討を重ねた結果、別紙第2号のごとき結論に到達したので、
ここにこれを決議するものである。

昭和29年6月14日

財団法人人口問題研究会人口対策委員会
第2特別委員会（人口の量的質的調整に
関する特別委員会）

委員長 寺 尾 琢 磨

會員多數付付人各其均願開以人人其理也
以善也保其理也其人人其會多其理也其
其理也其理也其理也其理也其理也其理也

其理也其理也其理也其理也其理也其理也
其理也其理也其理也其理也其理也其理也
其理也其理也其理也其理也其理也其理也

其理也其理也其理也其理也其理也其理也
其理也其理也其理也其理也其理也其理也

其理也其理也其理也其理也其理也其理也
其理也其理也其理也其理也其理也其理也

其理也其理也其理也其理也其理也其理也
其理也其理也其理也其理也其理也其理也

[別紙第1号]

第2特別委員会（人口の量的質的調整に
関する特別委員会）における「人口対策
としての家族計画の普及に関する決議」
審議経過概要

昭和28年8月24日	第1回特別委員会開催
昭和28年9月14日	第2回特別委員会開催
昭和28年9月28日	第3回特別委員会開催
昭和28年10月12日	第4回特別委員会開催
昭和28年10月26日	第5回特別委員会開催
昭和28年11月9日	第6回特別委員会開催
昭和28年11月30日	第7回特別委員会開催
昭和28年12月14日	第8回特別委員会開催
昭和29年4月12日	第9回特別委員会開催
昭和29年4月30日	第10回特別委員会開催
昭和29年6月7日	特別委員会打合会開催
昭和29年6月14日	第11回特別委員会開催

以上

THE UNIVERSITY OF CHINA PRESS
1954

UNIVERSITY OF CHINA PRESS
1954

人口対策としての家族計画の普及に関する決議

わが国過剰人口の重圧を除去する根本方策は人口増加の調整にある。人口増加の調整はかかって出生調整と海外移住とにある。

海外移住はただに人口政策の見地ばかりではなしに種々の重要な意義をもつことはいうまでもないが、この特別委員会においては、この問題については、別途にこれを審議することとする。

出生調整の基礎は、家族の生活水準及び健康の保持向上を目的として、各夫婦が自由かつ自主的に、子女の数及び出生間隔を合理的、計画的に調整するところの「家族計画」の普及を促進することにある。家族計画の手段は、受胎調節によるべきであって、墮胎、人工妊娠中絶及び人工不妊の乱用を極力防止しなければならない。

ここにかんがみ、政府は、すみやかに、総合的人口対策の一環として、家族計画実践の普及を推進徹底せしめる強力適切なる方策を確立実施することが必要である。

現行優生保護法は母性保護の見地から、一方、人工妊娠中絶に関する規定を設けるとともに、他方、受胎調節の指導及び普及に関して規定を設けている。また、現在政府は、「人工妊娠中絶は母体に及ぼす影響において考慮すべき点があるの

で、かかる影響を排除するため受胎調節の普及を行う必要がある」として、母性保護の見地から受胎調節普及政策をとっている。これら母性保護の見地からする受胎調節普及政策は、その歴史的意義を認めるにやぶさかではないが、人口対策の見地よりみれば遺憾な点が少なくないし、またその効果にも自ら限界があるものと思われる。これ等の諸政策は、総合的な人口対策の一環として統合されてはじめて遺憾なきを期し得るものとする。

以上の方針に基き、人口対策の一として家族計画の普及を促進する対策を採るに当り、特に留意すべき事項は概ね以下のごとくである。

1. 家族計画を普及する政策は、人口対策としてのその目的を明らかにし、家族計画の理念の普及徹底をはかり、単なる受胎調節技術の指導に終始してはならない。がんに家族計画の理念は近代的合理主義に基く生活態度であるから、それは人口対策を目標とする生活指導であるべきである。
2. 家族計画の普及は勢のおもむくままにこれを放任すれば、とかく真にこれを必要とする階層に容易に普及しない傾があるから、特にこのような階層に普及するよう指導上留意するとともに受胎調節手段の無償または廉価配布の実現に努力する必要がある。

殊に生活保護法の適用を受ける家族に対しては、受胎調節手段の無償配布を行い、また、国民健康保険その他の社会保険の給付として、受胎調節手段を配布し得るよう処置することが望ましい。

3. 一般に、都市に比べて農村においては家族計画の普及が一そう困難であるから、特に農村における家族計画の普及を促進することに努める必要がある。
4. 都市において、地域的集団指導が必要であるこというまでもないが、特に工場、鉱山等における職域的集団指導に努める必要がある。
5. 受胎調節普及の現状にかんがみ、特に妻の年齢30歳未満の夫婦について家族計画の普及を促進することに努めることが必要である。さらに、結婚の時からこれを指導する方針をとるべきである。
6. 保健所、優生保護相談所、その他一切の指導機関並びに指導者の養成訓練の拡充強化をはかるとともに、特に民間指導機関の積極的協力を促し、現在の指導組織上の摩擦や制限を調整し、家族計画指導普及組織の強化拡充に努める必要がある。
7. わが国の家庭生活の特色並びに社会の各階層における家庭生活の実態に適應した受胎調節技術に関し不断の調査研究を必要とする。
8. 家族計画普及の実態に関し不断の調査研究を行いその普及指導方策の指針としなければならない。

9. 性に関する正しき知識の普及指導をはかるとともに健全な結婚及び性に関する道徳の高揚に努めなければならない。
10. 家族計画の本質にかんがみ、それが普及の客観的条件の成熟に留意しなければならない。すなわち、国民経済の高度化を推進し、国民の生活水準の向上をはかり、文化生活に対する欲望が高揚されなければならない。
11. 生産年齢人口激増必至の現下のわが国においては、家族計画の普及が家計費の膨脹を緩和し、生産年齢人口激増期における重要な対策の一であることを軽視してはならない。
12. 家族計画の普及による出生率の減退が死亡率の改善と相まって、人口の老年化傾向を促進することはこれを認めなければならない。人口の老年化によって生じる諸問題に対しては別途適切なる人口対策を考慮すべきである。また、人口の老年化に関する諸方策が家族計画の普及を促進する条件の一であることを見逃してはならない。
13. 家族計画の普及をはかる諸対策に優生学的考慮を浸透せしめるとともに、人口資質の積極的向上をはからなければならない。人口の資質向上に関する諸方策については、別に、この特別委員会において検討する予定である。

以 上

[参 考]

人口対策としての家族計画の普及に 関する決議説明資料

目 次

1. わが国出生と人口増加の現状
 - (1) 人口増加速度の収縮
 - (2) 最近における出生減退
 - (3) 出生力の減退
 - (4) 出生の制限
 - (5) 人口再生産の見地からみた出生力
2. 家族計画の理念と人口対策として家族計画の普及を促進する政策を採るべき理由
3. 家族計画と受胎調節
4. 家族計画普及促進に関するその他注意すべき事項に関する若干の説明
5. 家族計画の普及と人口構造の変動

1. わが国出生と人口増加の現状

(1) 人口増加速度の収縮

わが国最近の人口はその増加速度と増加率とを漸次明らかに縮少しつつある。昭和 20 年から同 21 年に至る 1 年間の増加人口は 360 万に上ったが、最近の昭和 27 年から同 28 年に至る 1 年間のそれは約 118 万となって昭和 20—21 年の約 1/3 に収縮している〔以下表 1 参照〕。

表 1.

わが国戦後の人口増加

年次	10月1日 人口 ,000	増 加 数 ,000				増 割	加 合 %
		総 数	自然増加	社会増加	補 正		
昭和 20	72,200	—	—	—	—	—	
21	75,800	3,600	207	3,470	— 75	5.0	
22	78,101	2,400	1,460	1,001	—109	3.1	
23	80,010	1,905	1,732	318	—144	2.4	
24	81,780	1,773	1,768	149	—144	2.2	
25	83,200	1,419	1,532	31	144	1.7	
26	84,600	1,374	1,372	2	—	1.6	
27	85,900	1,276	1,270	6	—	1.5	
28	87,000	1,181	1,145	37	—	1.4	

厚生省人口問題研究所：最近の人口に関する統計資料，昭和29年。

総理府統計局：人口推計月報による。

昭和20年から同22年までは在外邦人の引揚超過による社会増加（人口流入の流出に対する差増）が増加人口中に支配的な位置を占めていた。昭和22年以降においてはこの意味の社会増加は人口増加に対してほとんど問題にならなくなって、人口増加はほとんど全く自然増加（出生の死亡に対する差増）によることとなった。

昭和22年から同24年まではいわゆる「ベイビー・ブーム」の時代で出生の増加と死亡の減少との狭撃によって自然増加，したがって，増加人口は著しく拡大した〔以下表2参照〕。

しかるに，昭和25年以降，死亡実数の減少は継続しているが，わが国において，始めて出生実数の減退傾向が現われ，その速度は死亡実数の減退速度に比べてはるかに著しい。死亡実数の年平均減退速度が8万ないし4万であるのに対して，出生実数の年平均減退速度は昭和24年から同25年に至る1年間には約36万，最近においても十数万を示している。昭和24年から同25年に至る減退速度が特に大きかったことは，主として，「ベイビー・ブーム」の解消にあるとみられるが，その後における出生実数の減退は主として出生制限の努力の現われであると推測される。以上の事情によって，昭和25年以降，自然増加，したがって，人口増加は著しい収縮傾向を現わすに至った。すなわち，昭和24年から同25年に

表 2.

わが国戦後の出生と死亡

年次	実数,000			差増,000			動態率%		
	出生	死亡	自然増加	出生	死亡	自然増加	出生	死亡	自然増加
昭和 22	2,679	1,138	1,541	—	—	—	34	15	20
23	2,682	951	1,731	+ 3	-188	+190	34	12	22
24	2,697	945	1,751	+ 15	- 5	+ 20	33	12	21
25	2,338	905	1,433	-359	- 41	-319	28	11	17
* 26	2,157	843	1,315	-180	- 62	-118	26	10	16
* 27	1,999	764	1,235	-158	- 78	- 79	23	9	14
* 28	1,862	772	1,090	-137	+ 7	-145	21	9	13
昭和8~12 平均	2,112	1,196	916	—	—	—	31	17	13

厚生省人口問題研究所：最近の人口に関する統計資料，昭和29年による。

* 概数。

至る1年間における自然増加の年平均減退速度は約32万であり，最近においても十数万に上っている。要するに，昭和25年以降における人口増加速度の収縮は自然増加の減退により，自然増加の減退は，主として出生減退に基くものとみられる。その結果，最近における自然増加は年約110万で，戦前水準の約92万とはなはだ接近するに至っている。

(2) 最近における出生減退

上述のごとく，昭和25年以降，出生実数の減退傾向が現われるに至ったために普通出生率の減退傾向は出生減退よりも一そう著しい。すなわち，昭和22年から同24年まで33~34%を示した出生率は昭和25年には28%と戦前水準31%を割って低下し，昭和28年の21%に至るまで減退をつづけている。

わが国最近の普通出生率を世界主要国最近のそれと比較すると〔表3参照〕，わが国の出生率が欧米文明国の出生率に著しく接近するに至ったことが認められる。わが国の出生率はオランダとスペインとほぼ同じ水準で，イギリス，フランス，ドイツ，イタリー，デンマーク，ノルウェー，スウェーデン，スイス等よりも高いが，その開差は2~5%に過ぎない。また，わが国の出生率はポルトガル，U.S.A，カナダ，メキシコ，アルゼンチン，チリー，インド，オーストラリア，ニュージーランドよりも低く，開差は23~2%にわ

たっている〔1950～1952年において表3所掲の国々の出生率の変動は比較的安定である〕。

わが国の昭和25年以降における出生実数の減退、昭和22年以降における出生率の減退の程度は著しく急速であることが注目をひく。わが国出生実数は戦後最大の昭和24年に比べて昭和28年では、わずかに4カ年間で31%の減退を示している。昭和22年に比べても、6カ年間に同様31%の減少である。出生率においては、戦後最高の昭和22年に比べて、昭和21年には、38%の減退である。

表3. 主要国の出生率比較 (1952年)

国	出生率	国	出生率
メキシコ	44%	*日本	21%
チリ	34	スペイン	21
カナダ	27	フランス	19
インド	27	ノールウェー	19
アルゼンチン	25	デンマーク	18
ニュージーランド	25	イタリア	18
ポルトガル	25	スイス	17
アメリカ	25	ドイツ	16
オーストラリア	23	イギリス	16
オランダ	22	スウェーデン	16

厚生省人口問題研究所：最近の人口に関する統計資料，昭和29年による。

* 1953年。

出生減退、あるいは、出生率減退の程度が著しいことをもって最も著名な事例は第1次大戦後のドイツである〔以下表4参照〕。ドイツ戦後の出生実数の最大は1920年であり、出生率の最高もまた同年であった。1920年以後6カ年でドイツの出生実数の減退は、上述のわが国の31%に対して、23%であった。また、1920～1926年の間における出生率減退は、上述のわが国の38%に対して、23%であった。なおまた、第1次大戦後のドイツが1920年の出生実数の31%を失うには1930～31年まで、すなわち、約11年半を経過している。また、このドイツが1920年の出生率の38%を低下させるのに約11年を経過している。

表 4.

第1次大戦後のドイツの出生減退

年 次	出生 ,000	出生 率	年 次	出生 ,000	出生 率
1919	1,261	$\frac{\%}{20}$	1929	1,147	$\frac{\%}{18}$
1920	1,599	26	1930	1,127	18
1921	1,560	25	1931	1,032	16
1922	1,404	23	1932	978	15
1923	1,297	21	1933	957	15
1924	1,271	21	1934	1,183	18
1925	1,292	21	1935	1,261	19
1926	1,228	20			
1927	1,162	18	1911—13	1,860	27
1928	1,183	19			

厚生省人口問題研究所：人口統計総覧，昭和18年による。

(3) 出生力の減退

以上は、人口の年齢構造、配偶関係別構造等一切の人口の再生産条件を織り込んで現実の出生減退の状態を考察したものである。進んで、これらの人口の構造上の条件を可及的に除去して出生力自体の変動状態についてその大要を記すこととする。

表 5.

女子の年齢別特殊出生率の減退

年 齢	昭 和 25 年	昭 和 12 年	昭 和 5 年	大 正 14 年
15 — 19歳	$\frac{\%}{13}$	$\frac{\%}{19}$	$\frac{\%}{32}$	$\frac{\%}{43}$
20 — 24	160	175	201	228
25 — 29	237	243	249	260
30 — 34	175	207	217	229
35 — 39	104	152	163	174
40 — 44	36	66	72	75
45 — 49	2	8	8	10

厚生省人口問題研究所：最近の人口に関する統計資料，昭和29年による。

表 5 は、年齢 5 歳階級別に再生産年齢〔以下女子 15~49 歳とする〕女子についての特殊出生率の変動を表示したものである。大正 14 年以降昭和 12 年に至るまで、各年齢階級の特殊出生率は明らかに減退傾向を示している。

今、戦後の昭和 25 年の特殊出生率を戦前昭和 12 年のそれと比べると、各年齢ともに特殊出生率の減退を認めることができるが、特に減退の著しいのは女子の年齢 45~49 歳、35~39 歳及び 30~34 歳の階級においてである。すなはち、昭和 25 年において、戦前の昭和 12 年に比べて出生力は全面的に低下しているが、特にその減退の著しいのは 30 歳以上の女子においてである。

ここに考慮しなければならないことは、戦争による男子再生産年齢人口の減損に対応する再生産年齢女子人口の年齢別有配偶率の異常な変化である〔以下表 6 参照〕。戦前大正 14 年以降昭和 10 年に至るまで、再生産年齢女子年齢別有配偶率は 15~34 歳において低下し、35~49 歳において極めてわずかに上昇を示している。戦前正常な時として昭和 10 年をとり、戦後最近の昭和 25 年と比べると、女子人口の有配偶率は各年齢階級を通じて全面的に低下を示している。中でも女子の年齢 20 歳から 39 歳に戦争の影響を認めることができる。

表 6. わが国再生産年齢女子の年齢別有配偶率の変動

女子年齢	昭和 25	昭和 15	昭和 10	昭和 5	大正 14	大正 9
15 — 19歳	3.2	4.2	7.3	10.3	13.2	16.6
20 — 24	42.7	45.2	53.3	60.1	67.1	64.9
25 — 29	79.0	82.8	85.0	87.6	87.6	85.7
30 — 34	83.2	88.8	90.1	90.7	90.4	89.4
35 — 39	82.5	88.5	89.2	89.2	88.9	88.1
40 — 44	82.0	85.5	85.5	85.4	84.9	84.5
45 — 49	78.5	79.8	79.7	79.3	79.0	79.1

国勢調査報告による。昭和 25 年は 10% 抽出集計結果。

また、戦後の結婚ブームにもかかわらず、15~19 歳の有配偶率は著しく低下し、20~24 歳にも及んでいると推測される。

以上のごとき、再生産年齢女子人口の有配偶率の変動を除去して出生力の変動をみるた

めに、有配偶女子についての年齢別特殊出生率の変動を表示したものが次の表7である。

表7によってみると、戦前大正14年から昭和12年に至る間においては、有配偶女子の年齢別特殊出生率は各年齢階級を通じて全面的に低下を示していた。中でも、特に低下傾向の顕著なのは15～19歳の低年齢の母と45～49歳の高年齢の母とであって、一般に35歳以後の母においてやや著しい感があった。戦前の水準として昭和12年をとって昭和25年と比べると、上述のごとく、女子の年齢別特殊出生率の全面的減退にもかかわらず、母の特殊出生率は15歳から29歳まで著しく上昇を示し、大正14年の水準をさえ超えている。ここに「ベイビー・ブーム」の余波を認めることができよう。

表7. 有配偶女子年齢別特殊出生率の変動

年 齢	特 殊 出 生 率				指 数			
	昭和25	昭和12	昭和5	大正14	昭和25	昭和12	昭和5	大正14
15 — 19歳	411	268	306	325	126	81	94	100
20 — 24	376	327	334	340	111	96	98	100
25 — 29	300	286	284	297	101	96	96	100
30 — 34	210	230	240	253	83	91	95	100
35 — 39	126	169	183	196	64	86	93	100
40 — 44	44	77	84	88	50	87	95	100
45 — 49	3	10	10	13	22	77	80	100

厚生省人口問題研究所：最近の人口に関する統計資料，昭和29年による。

これに反して、30歳以上の母の特殊出生率は各年齢階級とも著しい減退を示している。45～49歳の母においては、大正14年の $\frac{1}{5}$ 近くにも減退し、40～44歳においては $\frac{1}{2}$ 、35～39歳においては約 $\frac{2}{3}$ という状態である。

このように、戦前の昭和12年に比べて昭和25年において、15～29歳の比較的低年齢女子の特殊出生率の減退は全く配偶関係が出生に不利に変化したことにより、出生力自体はむしろ異常に高まっているとみるべきである。30～49歳の女子の特殊出生率の減退は、配偶関係が出生に対して不利に変化したことと出生力自体の減退との両者を反映するものとみななければならない。

なお、昭和26年以後の変化については、統計資料ははなはだ不備であるが、出生実数

の減退の速度、普通出生率の減退速度等を分析することによって、15~29歳の母の出生力が特に急激に減退しつつあるものと推定され得る。

なおまた、戦争によって受けた女子年齢別有配偶率の異常は今後少くとも20年間は正常に回復しないものとみななければなるまい。

(4) 出生の制限

上述の昭和25年以降における著しい出生減退の重要な要因として当然に出生の制限が推定される。

今、人口動態統計による死産〔妊娠4カ月以後の死産で届出られたもの〕について戦後の変動をみれば、昭和22年に12万余を数えた死産は最近においては約20万に上っている〔以下表8参照〕。また、昭和22年には死産は出産〔出生と死産との合計〕の4%余を示していたが、漸次、顕著に上昇して最近においては9%を超えている。昭和23年以降自然発来の死産と人工妊娠中絶による死産増加の傾向をみれば死産総数の増加がほとんど人工妊娠中絶による死産の増加によっていることは明らかである。昭和23年には人工妊

表 8. 人口動態統計による死産の変動

年次	死産,000			死産総数に対する人工中絶割合	死産 (出産100につき)		
	A) 総数	自然	人工中絶		総数	自然	人工中絶
昭和 22	124	—	—	—	4.4	—	—
23	144	104	31	22	5.1	3.7	1.1
24	193	114	76	39	6.7	3.9	2.6
25	217	107	110	51	8.5	4.2	4.3
26	217	101	117	54	9.2	4.2	4.9
27	204	94	109	54	9.3	4.3	5.0
28	193	89	104	54	9.4	4.4	5.0
昭和8~12 平均	113	—	—	—	5.1	—	—

厚生省人口問題研究所：最近の人口に関する統計資料，昭和29年による。

A) 自然，人工妊娠中絶の別不詳を含む。

娠中絶による死産は約3万であったが、最近においては10万を超えている。また、死産率によってみても、昭和23年以降、自然発来の死産は大体出産の4%前後で比較的安定

しているに反して、人工妊娠中絶による死産は昭和 23 年の 1%から昭和 27 年の 5%に上騰している。

このような死産中特に人工妊娠中絶による死産激増の結果、死産中に占める人工妊娠中絶による死産の割合は著しく拡大した。すなわち、昭和 23 年においては死産の 22% が人工妊娠中絶によるものであった。しかるに、昭和 25 年にはその割合は 51% となり、その後はさらに 54% に達し、死産の半ばを超えるものが人工妊娠中絶による死産であるということになった。

妊娠 4 カ月以後の死産で届出られたものだけで最近は約 20 万に上り、その中約 11 万が人工妊娠中絶によるものであることは表 8 の通りであるが、優生保護法によって届出られた人工妊娠中絶実施数は、厚生省公衆衛生局庶務課の調査によると、表 9 の通り、昭和 24 年に約 25 万を数えたものが最近においては約 81 万に上っている。この優生保護法によって届出られたものだけでも出生 100 について約 40 という割合である。

次に問題は、表 8 の人口動態統計による死産、特に人工妊娠中絶による死産が昭和 25 年以降 11 万前後で比較的安定して、いわば、死産増加傾向が横ばいないしは減少傾向をみせてきているということである。

表 9. 優生保護法による人工妊娠中絶実施件数

(単位 1,000)

年	次	人工妊娠中絶	内妊娠 4 カ月未満	(2)の(1)に対する割合
		(1)	(2)	(3)
昭和	24	246	* 170	* 69%
	25	489	* 379	* 78
	26	638	516	81
	27	806	696	86
	28	1,067	961	91

厚生省公衆衛生局庶務課調. * 推計, 本文参照.

このことは、はたして人工妊娠中絶の停頓傾向であるか否かということである。表 9 によれば、優生保護法による人工妊娠中絶実施件数の傾向には何等停頓傾向は現われないで、然として顕著な増加傾向がみられる。このことは、人工妊娠中絶は今なお急速度の増加

を継続しつつ、人工妊娠中絶の妊娠月数からみた構造の重要な変化を暗示している。すなわち、人口動態統計による妊娠4カ月以後の人工妊娠中絶は停頓的であるが、優生保護法による妊娠4カ月未満の人工妊娠中絶が激増していることが推定される。

優生保護法によって届出られた人工妊娠中絶実施件数から人口動態統計の人工妊娠中絶による死産胎数を差引いたものは大略妊娠4カ月未満の人工妊娠中絶件数に該当すべきである。試みに、昭和27年について表9による人工妊娠中絶件数806,000から表8の109,000を差引くと697,000となる。しかるに、表9の4カ月未満の人工妊娠中絶は676,000で非常に良く一致している。また、昭和26年について表9による人工妊娠中絶件数638,000から表8の人工妊娠中絶117,000を差引くと、521,000となる。しかるに、表9の4カ月未満の人工妊娠中絶は516,000であって、ここでも比較的よく一致している。昭和24年同25年については、優生保護法による人工妊娠中絶実施件数は妊娠月数別に集計されていないが、表9の欄(1)と表8の人工妊娠中絶による死産との差引をもって妊娠4カ月未満の人工妊娠中絶の推計値としてこれを埋めたものが表9の欄(2)の*を付けた数値である。そこで、表7の欄(1)と欄(2)の増加率を比較すると明らかに欄(2)の増加率の方が大である。したがって、人工妊娠中絶中、妊娠4カ月未満の人工妊娠中絶の割合は明らかに上昇を示している。すなわち、昭和24年には優生保護法によって届出られた人工妊娠中絶の69%が妊娠4カ月未満のものとして推定されるに対し、昭和28年においては人工妊娠中絶総数の91%が妊娠4カ月未満であるということになる。

以上の傾向を、今仮りに、人工妊娠中絶の「早期化の傾向」と呼べば、この傾向は少なからぬ重要な事実を推測せしめるものがある。すなわち、人工妊娠中絶の「早期化の傾向」は、純粋に技術的見地からみれば、あるいは、歓迎すべき傾向であるかも知れない。しかし、社会心理的な見地からみれば、このことは、人工妊娠中絶の実行に対する社会心理的な抵抗が稀薄になりつつあることを暗示するものといえる。この傾向は、家族計画が手段としてできるだけ人工妊娠中絶を排除し、受胎調節を採る限り、家族計画の普及に対しては逆の条件、あるいは不利の条件である。

また、表10で見られるごとく、優生保護法による優生手術実施件数も著しく増加しつつあることを見逃してはならない。

表 10.

優 生 手 術 実 施 件 数

(単位 1,000)

年	次	総 数 (1)	認 定 (2)	審 査 (3)
昭 和	24	5.8	5.6	0.1
	25	11.4	11.1	0.3
	26	16.2	15.7	0.5
	27	* 22.4	21.8	0.6
	28	* 32.4	—	—

厚生省公衆衛生局庶務課調.

(2) 法第3条, (3) 法第4条.

* 総数中には法第12条によるものを含む.

次に、受胎調節についても、戦後、特に、昭和24,5年頃以降、比較的急速に普及しつつあるものごとくである。厚生省人口問題研究所では、昭和22年以降、出生制限の実態に関する数多くの典型調査を行ってきたが、これ等の調査結果によると、昭和24~25年において、妻の年齢50歳未満の夫婦について受胎調節を実行しているものは、全国について15~17%程度と推定される。しかるに、昭和27年7月、厚生省人口問題研究所の全国1/3500標本調査の結果によると現在実行中の夫婦は妻の年齢50歳未満夫婦の22%に達し、実行の経験あるものを加えて28%という状態である。

今、以上の資料によって、結婚持続期間別に受胎調節経験の状態をみると、表11のごとく、持続期間10~14年が最高で、5~9年、0~4年、15~19年等の順位である。

結婚持続期間別受胎調節経験度の分布は妻の年齢別のそれと相対応する。表12のごとく妻の年齢30~34歳が経験38%で最高を示し、20~29歳がこれに次ぎ、以下、35~39歳、40~44歳、45~49歳の順位となっている。この経験度の分布は、上述の昭和25年における有配偶女子の年齢別特殊出生率の分布といささか矛盾するかのとき感がある。すなわち、母の年齢別特殊出生率においては30歳を境としてそれ以上の年齢における出生力の減退が著しく、20~29歳においてはその出生力がこれまでになく膨脹を示していた。この矛盾は簡単に処理することはできないが、その1つの要因として昭和25年と昭和27年との時差2年があるのではないかと思われる。受胎調節の普及が妻の年齢35歳以

上におけるよりも 20~29 歳において著しかったであろうことは推測に困難ではない。また、母の年齢別特殊出生率の減退は昭和 26 年、同 27 年において、特に 20~29 歳の年齢において著しいものと推定される。

表 11. 結婚持続期間別にみた受胎調節の普及度

(昭和 27 年)

結婚持続期間	夫婦総数 (1)	現在実行 (2)	既往実行 (3)	(2) + (3) (4)	(3)
0 — 4年	100	24	5	30	
5 — 9	100	27	7	34	
10 — 14	100	31	5	36	
15 — 19	100	22	6	27	
20 年以上	100	8	9	17	
計	100	22	7	28	

厚生省人口問題研究所：昭和 27 年産児調節の普及状況に関する調査，昭和 28 年による。

表 12. 妻の年齢別にみた受胎調節の普及度

(昭和 27 年)

妻の年齢	夫婦総数 (1)	現在実行 (2)	既往実行 (3)	(2) + (3) (4)	(3)
15 — 19歳	100	0	0	0	
20 — 24	100	29	5	33	
25 — 29	100	24	8	33	
30 — 34	100	34	4	38	
35 — 39	100	23	6	29	
40 — 44	100	12	8	20	
45 — 49	100	4	8	12	
計	100	22	7	28	

出所は表 11 と同様，厚生省人口問題研究所調。

次に、受胎調節の実行と人工妊娠中絶ないしは墮胎のそれとの関係が重要な問題である、以上の資料によって、受胎調節の経験ある夫婦〔現在実行中のものと既往に実行したことのあるものとを含む〕と全く経験のないものによって、妊娠の終了形態別の分布をみる

と、表 13 のごとく、人工妊娠中絶の割合は受胎調節の経験ある夫婦において著しく高い。

表 13. 受胎調節経験未経験別妊娠終了形態

経験の有無	妊娠総数	妊娠終了形態		
		出生	自然死流産	人工妊娠中絶
経験あるもの	100	82	5	13
経験なきもの	100	94	5	2

出所は表 13 と同様、厚生省人口問題研究所調。

また、受胎調節の失敗によって発生した妊娠がいかなる終了形態をとっているかを示したものが表 14 である。

表 14. 受胎調節の失敗による妊娠の終了形態

(昭和 27 年)

妊娠終了形態	妊娠数
出生	43
自然死流産	7
人工妊娠中絶	50
計	100

出所は表 11 と同様、厚生省人口問題研究所調。

この表によってみると受胎調節の失敗によって発生した妊娠の非常に多くの部分が人工妊娠中絶の手段に訴えて終了していることを推定することができる。

こうしてみれば、人工妊娠中絶ないしは墮胎が、受胎調節の代替手段、または、補完手段として用いられている傾向のあることを認めることができる。

以上これを要するに、近時の出生減退は出生制限の意欲の反映であり、出生制限の手段は、受胎調節が急速に普及しつつあることは事実であるが、現在なお多くの部分、人工妊娠中絶、あるいは、墮胎に訴えられている。試みに、厚生省人口問題研究所調査部長本多竜雄技官の推計によれば、大正 14 年の出生力を基準としてみた場合、昭和 27 年において受胎調節、人工妊娠中絶及び非合法の墮胎によって行われた出生を 100 として、受胎調

節の貢献は 23, 人工妊娠中絶によるものが 59, 非合法墮胎 18〔最近の優生保護法の改正によって非合法墮胎は少なからず顕在化したとみられる〕という割合であって, 合法及び非合法墮胎とによる出生の減退の重さは実は 77% に上る計算となる。

(5) 人口再生産の見地からみた出生力

人口の再生産という見地から, 以上に述べた出生力の状態を要約すれば次のごとくである。

表 15 における合計特殊出生率をみると大正 9 年の 5.24 から戦前昭和 12 年の 4.34 までほとんど直線的に減退を示している。昭和 22 年には「ベイビー・ブーム」によって 4.51 を示し, 昭和 5 年と昭和 12 年の大約中間の位置まで回復している。しかるに, 出生減退を反映して, 昭和 25 年には 3.63 と低下し, 最近昭和 28 年の暫定数によれば, 2.70 に減退を示し, 昭和 25 年以降, 戦前からの直線傾向から離れて一そう急角度の減退傾向を現わすに至った。総再生産率がこれと比例していることはいうまでもない。

表 15. 女子人口の再生産率

年次	合計特殊出生率 (1)	総再生産率 (2)	純再生産率 (3)	再生産残存率 (4)	静止人口合計特殊出生率 (5)	(1) - (5) (6)
大正 9 A)	5.24	2.56	1.59	0.62	3.30	1.94
14	5.11	2.51	1.56	0.62	3.28	1.83
昭和 5	4.71	2.30	1.52	0.66	3.03	1.68
12	4.34	2.12	1.49	0.70	2.92	1.42
22	4.51	2.20	1.67	0.76	2.70	1.81
25	3.63	1.76	1.50	0.85	2.42	1.21
26 B)	3.24	1.58	1.39	0.88	2.33	0.91
27 B)	2.97	1.45	1.29	0.89	2.30	0.67
28 B)	2.70	1.32	1.18	0.90	2.29	0.41

厚生省人口問題研究所調. A) 推計, B) 暫定

半面, 死亡率の改善はまことに顕著であって, 再生産残存率は大正 9 年の 62% から昭和 12 年の 70% に高まった。戦後はさらに高まって昭和 22 年には 76%, 昭和 25 年

には85%、最近では90%に上っている。〔近代文明国においては大約 90% である〕。

出生減退はこの死亡の改善によって埋め合わされて、純再生産率の低下傾向は合計特殊出生率や総再生産率のそれに比べて余程緩慢となっている。純再生産率は大正9年の1.59から戦前昭和12年の1.49に低下したが、「ベイビー・ブーム」と死亡率改善とを反映して戦後の昭和22年には1.67という最高に上り、昭和25年以降は主として出生減退によって急速度の収縮傾向を現わし、昭和28年においては1.18を示し、静止純再生産率1との距離は非常に縮小されている。

最近における男女年齢別死亡確率を一定とした場合、人口が静止するために必要な合計特殊出生率を示したものが表15の欄(5)である。これによってみれば、昭和28年の静止人口合計特殊出生率は2.3であるが、実際人口のそれは2.70で静止人口合計特殊出生率への距離はわずかに0.41となっている。すなわち、最近の出生力は、これが1平均世代間隔間持続することを前提として、人口静止の限界に相当近ずいているとみてよいであろう。

次に、最近における出生死亡の傾向を将来に投影してその意義を明らかにする資料の1としておこう。表16は昭和28年9月1日現在の資料で推計された将来人口である。出生率については、女子の年齢別特殊出生率の傾向にかんがみ、戦前世界最低の部に属する出生力を示した1937年のスウェーデンの合計特殊出生率に対応すべきわが国の女子の年齢別特殊出生率を昭和40年に仮定し、現在の女子の年齢別特殊出生率が調和級数的に低下してここに至ると仮定し、昭和41年以後はこれをコンスタントとしたものである。また、死亡率については男女年齢別死亡確率変動の傾向にかんがみ、厚生省人口問題研究所の第6回簡速生命表〔昭和27年4月から同28年3月までの事実による〕の男女年齢別死亡確率が等差級数的に低下して昭和40年にニュー・ジーランド戦前最近の男女年齢別死亡確率に到達し、昭和41年以後一定となるものと仮定した。また、人口の流入流出については、これが全く起らないと仮定したものである。

これによってみると、相当急速な出生力の減退が持続するものと仮定されているが、なおかつ、1億人口は不可避とみられる。しかも、出生力は静止限界を破って下ると仮定されているために、昭和65年以降減退人口に転換を示している。また、近い将来においては死亡率変動の幅は非常に狭く、これに対して出生率の変動は相当の幅をもっているから

人口増加速度や増加率を決定するものは死亡率のいかんではなく出生率の動向いかにあるといえる。いうまでもなく、この将来人口の推計はわが国将来の人口がこのように実現するという意味ではなく、現在の出生力の傾向や死亡改善の傾向がこのようなポテンシャルを含んでいると解すべきである。

表 16. 日本将来人口最近の暫定推計

年次	人口	年齢構成係数				推計 出生率	推計 死亡率	推計 自然 増加率
		総数	0-14	15-59	60≤			
昭 25	百万 83.2	100	35	57	8	28.1%	10.9%	17.2%
30	89.1	100	33	59	8	20.4	9.1	11.3
35	73.8	100	30	61	9	17.1	8.4	8.7
40	97.3	100	25	65	10	15.5	8.5	7.1
45	100.7	100	22	67	11	15.3	8.8	6.5
50	103.9	100	21	67	12	15.2	9.6	5.6
55	106.5	100	21	67	12	14.3	10.4	3.9
60	103.0	100	20	66	13	13.0	11.1	1.9
65	108.5	100	19	66	15	12.0	11.9	0.0
70	108.0	100	18	65	17	11.5	12.9	- 1.4
75	107.0	100	17	64	19	11.4	14.0	- 2.7
80	105.2	100	17	62	22	11.3	15.4	- 4.0
85	102.7	100	17	59	24	11.1	16.7	- 5.5
90	99.6	100	17	58	25	10.9	17.9	- 7.0

厚生省人口問題研究所：最近の人口に関する統計資料，昭和29年による。

要するに、最近におけるわが国の出生減退は著しく急速度であって、急速に人口静止の限界に接近しつつある。この急速な出生減退は、経済生活、社会生活の現状に適応しようとする人口の運動であると解されるのであって、この出生減退が過剰人口の重圧を反映するものとみることができる。この急速な出生力の減退は、主として人工妊娠中絶ないしは墮胎による人為的調整に基いている。人工妊娠中絶あるいは墮胎の可否は別問題としても、このことはわが国出生力の急速な調整が人為的に可能であることを物語っている。

このようなドラステックな出生減退は、遠い将来において人口減退の可能性を含むものであるが、それにもかかわらず、1億人口の不可避であることを暗示しているといわな

ければならない。

2. 家族計画の理念と人口対策として家族計画の普及を促進する政策を採るべき理由

過剰人口の重圧を緩和し除去するために、一国の人口扶養力、すなわち、経済力を可及的に拡大せしめる必要のあることはいうまでもない。それは過剰人口とは人口扶養力に対する相対的概念に外ならないからであって、人口扶養力が拡大するにつれて過剰人口は縮小する性質のものであるからである。しかし、これが実現するためには扶養力の増勢が人口のそれを上廻ること、あるいは、人口の増加が扶養力のそれ以下に留まることを必要とする。この条件がそなわらない場合には経済力の著しい発展の下においても、なおかつ過剰人口の重圧は一そう増大し得るのであって、戦後のわが国はその1例をなすものである。

この点はしばらく措くとして、上記の命題に関してややもすれば行われる理論的矛盾を指摘しなければならない。それは第1に経済的發展なるものはいかなる国、いかなる時代にも妥当する普遍的要請であって、過剰人口国に限られた特殊の要請ではないということ、第2に、しかし、それは過剰人口国においてその必要が一そう大きいということ。第3に、しかも、それは過剰人口の下では最も困難であるということである。このことは、経済的發展の必須前提たる資本の蓄積または産業の合理化が過剰人口の下においていかに困難であるかを一言すれば十分うなずけるであろう。すなわち、過剰人口の下では、それを克服せんがための経済的進歩を結実せしめるためばかりではなく、経済的進歩そのものを可能ならしめるためにも、人口の増勢そのものを阻止する必要があるのであって、経済的進歩によって人口重圧を除去し得ると考えるのは明らかに論理的矛盾であるか、あるいは、現実にははなはだしき過剰人口の存在しない場合に過ぎない。

この意味において、人口増勢の抑止は、わが国にとっては先決の課題でなければならない。しからば、それは、いかにして可能であるか。

いうまでもなく、その手段は、一般的について、二つしかない。海外移住と出生調整とがこれである。海外移住については人口対策としてばかりではなくそれが重要な意味をもつことを認めなければならないが、現在それは漸くその緒についた段階であって、近い将来において、直接、人口圧力を緩和する程度まで発展し得るか否かについて疑問なきを得

ない。こうして決定的なものは出生調整に限定されることとなる。また、第1項において述べたごとく、わが国人口増加の現状からみても、現在から将来にかけての人口増加を決定する要因はほとんど全く出生のいかんにある。このようにして、わが国の人口政策は最も合理的な出生調整を一般に普及せしめることをもって主たる目標となすべきである。

一般に、今日の文明国においては、出生調整はいわゆる「家族計画」の普及という形をとっていることは周知の通りである。したがって、わが国の人口政策はいかにこれを取り上げるかということになる。

思うに、家族計画は第1には家族の合理化を目的とする個人的行動であって、それ自体は人口政策という国家的措置とは無関係であり、第2には必ずしも出生の抑止のみを内容とせず、ある場合にはその促進をも含んでいるのである。家族生活の幸福は著しい程度に夫婦親子の団らんより生れるから、子なき夫婦がこれを求めようとするのは自然の感情であり、これを否定すべき何等の理由もない。従来行われ来った養子縁組の外に、最近では人工授精のごとき医学的措置も発達し、子なき夫婦の嘆きは幾分は解消しつつある。しかし養子縁組は人口増加とは無関係であり、人工授精のごときはその範囲極めて狭く、その性質上、今後といえども人口増加の著しい要素として働くことはないであろう。家族計画の主眼は、近代的合理主義に基いて、生活水準の保持向上、母性の保護、子女の教育、子女の将来に対する保証等を目途として、夫婦が受胎の頻度や間隔を、自主的に、自由に決定することであって、一般に出生を抑止する結果となるのである。

われわれの生活は、家庭を中心として営まれるから、合理的、計画的に考えて不幸を避け幸福を求めようとすることは、もとより当然であって、したがって、その一環たる家族計画は夫婦の権利であり、あるいは、義務であるといってよいであろう。欧米文明国において、これが特に政策的に歓迎されずして、しかも、日を追って普及したのも十分理由のあることである。しかし、それは各人の自由な判断によって行われるから、その総合的な結果が果して社会の要求と一致するかどうかについては何の保証もないのである。すでに一部の国々ではそのために人口増加率が激減し、将来人口の保持が不可能視されるに至った。このような国においては、人口政策の見地から家族計画のあり方について検討を必要としその行過ぎを是正する手段も考えられねばならず、現に考えられているのである。しかし、事情の正に反対なわが国においてはその普及こそ人口政策の課題たるべきであって

事情の異なる他国の例を挙げてその普及を阻まんとするのは、切迫した人口重圧の危険に眼をおおうゆえんに外ならない。

もとより、家族計画の普及を促進する政策を探ることについては、戒心すべき多くの点があり、考慮すべき幾多の事項があり、また、これに対する反対論もある。これ等の戒心すべき、また、考慮すべき事項の主要なものについては、決議中に列記したが、以下において、逐次その要点を説明することとする。反対論については、以下、簡単にこれに答えておくこととする。ただ、これ等の考慮すべき事項や多くの反対論が論拠とするところは家族計画普及の促進に関する政策を総合的な人口対策の一環として採り、適当な考慮をおこたることがなければ、しかく憂慮すべきではあるまいと思われる。

家族計画の普及を促進する政策をとることについての反対論の一つは、人口は国力の源泉であって、その増加を阻止することは国力の衰弱、あるいは、民族の衰滅に導くという論拠に基くものである。しかし、人口増加が、常に、無条件に国力や民族の発展を意味するとはいえない。家族計画の普及を促進する政策を探ることによって、過剰人口の圧迫を緩和し、あるいは、これを除去することによって生活水準の保持向上をはかり国民の福祉の向上を実現するとすれば、家族計画普及の促進政策をとることもまた建設的な積極的な人口対策であるといわなければならない。

また、「人為的出生調節は婚姻生活の真意義を忘却並びに誤解せしめ、特に婚姻そのものに対する道徳的責任感の低減を誘導し、更に男女両性間の人格的尊重を無視する傾向より惹いては社会一般のさなきだに低下しつつある風俗の頹廢に拍車をかけるものである。右は諸外国、殊に大都市にその実例乏しからざること衆知の事実である。特に出生調節の実施が倫理道徳の堅固なる基礎を欠く日本国民の上に及ぼす悪影響は恐るべきものがある。」〔財団法人人口問題研究会人口対策委員会：「新人口政策基本方針に関する建議」昭和 21 年、所載反対論による〕というがごとき反対論もある。上述のごとく、家族計画の理念は性道徳の破壊に導く何等の要素をも含んでいるものではないが、人工妊娠中絶、あるいは、墮胎はしばらく別としても、受胎調節という技術の乱用がややもすればこの種の弊害をとまなうことはこれを否定することはできない。一般に、手段あるいは技術が間違った目的に従って用いられることを乱用とすれば、出生調節に関する技術たると否とを問わず、手段もしくは技術はいかなるものといえども乱用の危険をそれ自体の中に包蔵する

ものといわなければならない。ここに受胎調節という手段が単なる技術としてではなしに家族計画の手段として考えられなければならない理由がある。この決議の留意事項の冒頭に第1項を設けた理由の一もここにある。家族計画の普及を勢のおもむくままに放任するよりも、政策としてこれを採用し、受胎調節、その他の出生調整手段の乱用を厳に戒めるがごとき適切なる方策を併わせて行うことが、むしろ、この反対論が指摘するような危険を防止するゆえんであると考えられる。この決議が留意事項の第10項を特に掲げる理由もここにある。

なおまた、「医学上よりするも出生調節の目的のために実施される人為的不自然なる方法手段は、その効力の不確実なることを問題外とするも、なお当事者双方の肉体並びに精神に与うる悪影響は異論の余地なきところにして、その結果として、家庭の和合が破壊され家庭生活の不幸を招来するものである」〔出所同上引用〕というがごとき反対論もある。厚生省人口問題研究所における産児調節に関する実態調査、その他の機関の行ったこの種調査の結果によってみても、受胎調節に関する限り、いまだこの反対論が指摘するような事実は、少くとも、現象的事実として、これを認めることはできない。

反対論の一とされるものにいわゆる「逆淘汰説」がある。「逆淘汰説」は、適切な指導施策がとられないとき、出生調節の普及が優生学上の優秀家系に比較的多く、劣悪家系に少ないという事態が起る可能性を指摘し、出生調節の不用意の普及方法に反対するものであって、出生調節そのものに対する本質的反対論ではない。また、欧米文明国において、社会的経済的に出生児を十分養育し得ないような階層、すなわち、出生の調整を真に必要とするような階層には受胎調節が容易に普及せず、かえって、比較的多数の出生児を十分養育し得るような階層に必要以上に普及する傾きがあったことは事実である。こうして、家族計画の普及はこれを自然の勢に放任することなく、むしろ、人口対策としてこれを取り上げ、社会的経済的及び優生学上真にこれを最も必要とする階層に最もよく普及するような政策的考慮を致すべきである。すなわち、「逆淘汰説」は人口対策として家族計画普及促進政策をとることに対する反対論たるよりはむしろその必要を裏書きするものというべきであろう。この決議の留意事項中第2項、及び第13項を設けた理由の一もこの「逆淘汰説」の論者に対応するものである。

また、家族計画は個人の家庭生活の内面における生活態度とその実践であって、政策と

して国家の権力が個人の家庭生活の内面に干渉することは適当でない。欧米文明国において、従来、この種の政策が政策として採られたことはない。家族計画の普及は非政策的な文化運動として、実現されるべきであるとして、政府が政策としてこの問題を取り上げることに反対する議論もある。ここにいう家族計画の普及を促進する政策は、個人の自由、自主的実践をおかして個人の家庭生活の内面に干渉することを意味するものではない。以上において指摘したごとく、個人が自主的に自由にこれを実践することを、啓もうし、歓奨し、指導することを主眼とするものである。欧米文明国において政府が政策としてこれを採用した事例が存在しないことは事実であるが、これまたすでに一言したごとく、欧米文明国と事情を異にするわが国において、その前例を開くに何らばかる理由はない。なおまた、家族計画の普及を自然のなりゆきに放任する場合に比べて、人口対策としてこれを探るにおいては、関連する諸問題に関する考慮において、はるかに遺憾なきを期し得るものといえることができる。

以上において、考え得る反対論に対してこの決議の立場を概ね明らかにしたと信ずる。今日、受胎調節に関する知識はすでにある程度まで国民の間に浸透したともみられるが、現に存在する膨大な人口、わが国経済の前途に横たわる無数の障害をかえりみれば、この際家族計画の普及を勢のおもむくままに放任することなく、政府が自ら進んでその啓もう宣伝、知識の供与、正しい指導を、計画的、組織的に行い、相関連して生じる諸問題に関する対策を考慮しなければならない。すなわち、政府は総合的人口対策の一環として家族計画普及促進の政策を探るべきである。

3. 家族計画と受胎調節

この資料の第1項(4)において指摘したごとく、人工妊娠中絶ないしは墮胎が最近の出生減退の最も主要な要因となっている。昭和26年以降、政府が母性保護の見地から、人工妊娠中絶を極力避けるために、受胎調節の普及政策を探っていることは本文において述べた通りである。それにもかかわらず、現在なお人工妊娠中絶はい然として激増の傾向にある。また、それはただに数において増加しつつあるばかりでなく、顕著な早期化の傾向を現わしている。なおまた、今日、人工妊娠中絶ないしは墮胎は、多く、受胎調節の代替的補完的手段として普及しつつある。

人工妊娠中絶ないしは墮胎は母体の生命及び健康に、一応、憂慮すべき影響を与えるものとも推測される。しかし、半面、わが国医術の発達の現段階からみれば、専門医がこれを行う限り、母体の生命及び健康にはなほだしき障害を与えると速断することもできないであろう。ここに「墮胎公認論」の論拠の一があると思われる。換言すれば、今日のわが国の発達した医学によれば、墮胎を公認することによって専門医が公然と施術する限り、母体の生命や健康に対する障害は憂慮するに足るほどのものではないということにあるとみられる。

表 17. わが国の妊産婦死亡率の変動

年	次	妊産婦死亡	妊産婦死亡率
			^{0/000}
明治	33	6,127	40
	38	6,064	38
	43	6,142	33
大正	4	6,285	33
	9	7,078	33
	14	6,236	28
昭和	5	5,616	26
	10	5,619	25
	15	5,023	23
	22	4,488	16
	23	4,437	16
	24	4,601	16
	25	4,117	16
	26	3,685	16
	27	3,416	16
	28	3,251	16
	昭和8—12平均	5,533	25

「衛生統計」第3巻第2号，昭和25年2月及び第6巻第1号，昭和28年1月によって計算した。総て沖縄を除く。

妊産婦死亡は，昭和23年以前は「妊娠，分娩及び産褥の疾患」，昭和24年以降は「妊娠，分娩，産褥合併症」，妊産婦死亡率は出産〔出生＋死産〕10,000につき。

わが国妊産婦死亡率、あるいは、母性死亡率の変動によっては、人工妊娠中絶や墮胎の増加によって必ずしも母性の生命の危険が拡大したと断定する根拠はない。表 17 のごとく、認められることは、戦後における死亡率の全面的な低下傾向にもかかわらず、妊産婦死亡率がほとんどコンスタントの傾向を示しているという程度である。

人工妊娠中絶の障害に関する調査の主なものをもとめたのが表 18 であるが、これ等の調査だけによってはまだ決定的な論断を与えることは困難である。

表 18. 人工妊娠中絶による障害

調査主体	調査の時	人工妊娠中絶被術者	内死亡	内障害	死亡率%	障害率%
長野県衛生部	昭和24—25	371	—	85	—	23
日本産婦人科学会	—	39,550	87	* 119	2	3
同上東北地方部会	昭和 26 春	6,405	12	164	2	26

本部会資料，昭和 28 年 10 月 12 日による。* 重症のみ。

しかし、人工妊娠中絶が受胎を促進すべきことは理論上明らかであり、これを実証する事実もあるとみられる〔例えば、古屋芳雄，村松稔，安方魁人，古屋朝彦：「わが国の人工妊娠中絶の本態とその意義」—日本医事新報，第 1539 号，昭和 28 年 10 月，高野武悦，小島満：「人工妊娠中絶を 2 回以上継続実施した婦人の諸種実態調査」—日本人口学会記要，第 1 号，昭和 27 年，古屋芳雄，村松稔，安方魁人，古屋朝彦：「わが国に於ける人工妊娠中絶の公衆衛生並びに人口学的研究—総論」—日本人口学会記要，第 2 号，昭和 29 年〕。また，上掲古屋芳雄博士等の調査によれば，表 19 のごとく，「死の転帰をと

表 19. 人工妊娠中絶回数と合併症

回数	合併症のなかった件数	合併症のあった件数	合併症のあったものの%
1	731	620	46%
2	144	152	51
3	25	30	55
4	3	5	—
5	—	2	—
計	903	809	47

本文所掲古屋芳雄博士等論文，6 頁，調査の時—昭和 27 年。

る者は除外しても、重軽さまさまの合併症を訴える者が意外に多いこと、また中絶をくりかえすに従って合併症を起す率の高まることが示され」ている〔調査方法については上掲原論文参照〕。

人工妊娠中絶ないしは墮胎に対する反対論の主なもの人間の生命として形成された胎児を処理することについての倫理的見地に立つものである。

がんらい、欧米文明国における家族計画の運動は、原則として墮胎が非合法である社会環境において発達し、そのため、極言すれば、家族計画は、没理論的に手段としての受胎調節と結合していた。もとよりわが国においても墮胎は非合法であるが、現行優生保護法によって合法化される範囲は広く、かつ著しく弾力性が与えられている。この点においてわが国の事情は欧米文明国の場合と多少異なっている。

しかし、少くとも、人工妊娠中絶が受胎を促進し、人工妊娠中絶を繰り返すことが母体の生命、健康に障害を生ずべきチャンスを拡大すべきことは理論的にも経験的にも明らかであり、倫理的見地から承認されべき根拠はあり得ないのであって、家族計画の手段として人工妊娠中絶を認めることはできない。

また、先きに指摘した通り、い然として人工妊娠中絶は増加傾向にあり、かつ、早期化することによって、人工妊娠中絶に対する社会心理的な抵抗の稀薄化が推測される現状にかんがみ、墮胎の合法化について極めて広範にしてしかも融通性に富む現行優生保護法を適当な時期に改正して、その合法化の範囲を適当に調整することは必要である。ただし、母体の生命、健康にとって危険であり、かつまた、多額の経費を必要としたと推測されるいわゆる「闇墮胎」を顕在化するに役立った現行改正優生保護法の歴史的意義を軽視することはできない。したがって、上記の現行優生保護法の改正するような場合には、顕在化しつつある人工妊娠中絶をふたたび「闇墮胎」に追い込むことのないよう適切な措置がとられなければならない。

なおまた、先きに指摘したごとく、現在、多くの場合人工妊娠中絶ないしは墮胎は、受胎調節の代替的、補完的手段として利用せられている。したがって、受胎調節の指導がかえって人工妊娠中絶や墮胎を促進するおそれなしとしない。留意事項第1項に掲げたごとく、家族計画の真の理念の指導によってかかる事態の発生を未然に防止することに努めなければならない。

4. 家族計画普及促進に関するその他注意すべき事項に関する若干の説明

(1) この資料第1項の(3)において指摘した通り、家族計画指導上特に重点をおくべきは妻の年齢 30 歳未満の夫婦であるが、家族計画の理念を真に身に着けその実践の基礎を確立するためには男女ともに結婚の時からこれを指導することに努めなければならない。欧米文明国の経験によってもこのことはおよそ明らかである。この決議の留意事項第5項の趣旨はここにある。

表 20.

市郡夫の職業別受胎調節の普及度

(昭和 27 年)

市 夫 の 職 業	郡	夫婦 総 数 (1)	現 在 実 行 (2)	既 往 実 行 (3)	(2) + (3) (4)
全	国				
(A)	俸給生活者	100	37	9	46
(B)	商工業主	100	20	8	29
(C)	労働者	100	18	7	25
(D)	農漁業者	100	14	3	17
(E)	その他	100	21	7	28
* (F)	計	100	22	7	28
市	部				
	(A)	100	41	10	51
	(B)	100	23	9	32
	(C)	100	20	9	29
	(D)	100	16	6	22
	(E)	100	25	8	33
* (F)	計	100	28	9	37
郡	部				
	(A)	100	32	8	40
	(B)	100	17	8	25
	(C)	100	15	6	21
	(D)	100	14	3	17
	(E)	100	16	5	21
* (F)	計	100	18	5	23

出所表 11 と同様、厚生省人口問題研究所調。

* 不詳を含む。

(2) 都市と農村とにおける出生力の差異，職業あるいは社会階層による出生力の差異，教育程度による出生力の差異等については少なからぬ資料があり，結果は概ね一致を示している。また，出生力の累積の結果たる1夫婦当りの出生児数についても，昭和25年国勢調査結果，厚生省人口問題研究所第1回〔昭和15年〕及び第2回〔昭和27年〕の出生力調査結果等をはじめとしてこの種の調査結果によって上述のごとき地域的，階層的差異を確認することができる。

また，これ等の結果は受胎調節の普及度の差異をも推測せしめるのであるが，地域別，職業別等の受胎調節の普及状態を直接物語る調査結果も必ずしも少くはない。これ等の資料の中最近の代表的なものとして，先きに一言した厚生省人口問題研究所の全国標本調査〔昭和27年〕の結果の一部を示したものが表20～22である。

表 21. 市郡夫の教育程度別受胎調節の普及度

(昭和27年)

市 夫の教育程度	郡	夫婦総数 (1)	現在実行 (2)	既往実行 (3)	(2) + (3) (4)
全	国				
(A) 初	等	100	15	6	20
(B) 中	等	100	32	8	40
(C) 高	等	100	42	12	55
* (D)	計	100	22	7	28
市	部				
	(A)	100	20	8	27
	(B)	100	34	10	44
	(C)	100	45	13	58
*	(D)	100	28	9	37
郡	部				
	(A)	100	13	4	17
	(B)	100	30	6	36
	(C)	100	38	12	50
*	(D)	100	18	5	23

出所表 11 と同様，厚生省人口問題研究所調。

* 不詳を含む。

これ等の統計表の物語るところは、一般の常識とさえなっている事実であるが、あえてこれ等の統計表を掲げた理由は、これ等が一つの普及度の懸隔を示す基準となるからである。

結果は、いうまでもなく、受胎調節の普及度は郡部に比べて市部において高く、夫の職業についていえば、俸給生活者に最も高く、農漁業者に最も低く、商工業主と労働者とがその中間に位し、さらに、市部と郡部との差異がこれに重積して現われている。夫妻それぞれの教育程度によってみれば、原則として、教育程度の高いもの間ほど普及率が高く市郡の差異はここでも現われている。

少くともここでは、以上の事実について因果関係を探究する必要はないのであって、相関関係の存在が確認されれば十分である。この決議の留意事項として掲げた第2項、第3項、第4項、及び第10項はこれ等の事実に対応するものである。

表 22. 市郡妻の教育程度別受胎調節の普及度 (昭和 27 年)

市 妻の教育程 度	郡 部	夫 婦 総 数 (1)	現 在 実 行 (2)	既 往 実 行 (3)	(2) + (3) (4)	(3)
全	国					
(A) 初	等	100	16	5	21	
(B) 中	等	100	36	10	46	
(C) 高	等	100	35	20	55	
* (D)	計	100	22	7	28	
市	部					
(A)		100	22	6	28	
(B)		100	38	12	49	
(C)		100	40	26	66	
* (D)		100	28	9	37	
郡	部					
(A)		100	13	4	18	
(B)		100	35	7	42	
(C)		100	28	12	40	
* (D)		100	18	5	23	

出所表 11 と同様、厚生省人口問題研究所調。

* 不詳を含む。

(3) 決議中第6項については、特に、優生保護法第15条の規定によって都道府県知事の認定する講習を修了した助産婦、その他の受胎調節の実地指導員となる資格あるものの一そうの活用が望ましい、この点に関し、これ等実地指導員、特に助産婦については、報酬を確保する適当な措置を講ずる必要が認められる。さらに、薬事法の規定によって、これ等は、医薬品販売業の登録を受けなければ避妊薬を販売することができないし、正規の医薬品販売業者であっても現金行商にわたる行為が許されていないことは実地指導上の困難の一となっている。この際、昭和29年5月10日付、厚生省薬務局長の都道府県知事宛の「助産婦等受胎調節実地指導員が行う受胎調節指導に伴う避妊薬の取扱方について」の通達が、「受胎調節指導後爾後の効果を達成するために指導先の希望によって避妊薬の購入依頼を受け、それに応じて当該品を斡旋することは違法とは認められないので、受胎調節普及の重要性に鑑み、実地指導員の避妊薬の取扱いに対する指導については遺憾の点のないよう充分留意されたい。」としたことは、現在適当な措置と認められるが、〔別冊受胎調節関係法規参照〕、これによって困難は全く解決するものとは思えない。さらに、法律の改正等、適切な根本的措置が講じられることが望ましい。

5. 家族計画の普及と人口構造の変動

(1) 15歳未満の幼年人口が相対的に著しく多いことがわが国現在の人口構造の一大特長である。したがって、近い将来における生産年齢人口の激増は正に必至の状態にある。その規模がいかに著しいかは、この資料第1項の(5)によっておよそ明らかである。また、この問題については、昭和28年11月、財団法人人口問題研究会人口対策委員会が「今後の人口と就業」として中間報告をもって注意を促したところである。

近い将来において生産年齢に入りこんでくるこれ等15歳未満の人口はすでに生れてしまっているのであるから、家族計画の普及によってこれをいかんともなし難いことはいうまでもない。しかし、家族計画の普及が今後相当期間にわたって年年激増する生産年齢人口の問題を解き得ないからといって、これを低評価してはならない。過剰人口のごとき、因って来るところ極めて深い現象が一挙に解決されるはずはないのであって、藉すに時をもつてしなければならぬこと明らかである。速効的でないという理由でこれを否定するとすれば、弊害は時とともに加重してやまないであろう。また、家族計画が直接生産年齢

人口の増加を阻止し得ないとしても、家計費の膨脹を阻止することによって、雇用問題の深刻化を幾分とも緩和し得ることは事実であって、この点を閑却してはならない。この決議の留意事項第 11 項はこの趣旨に基いている。

なおまた、生産年齢人口の激増に対する対策はわが国産業構造の高度化を必至の要件とするであろうが、そのことは家族計画普及の有利な客観的条件の形成を意味するとみななければならない〔この決議留意事項第 10 項〕。

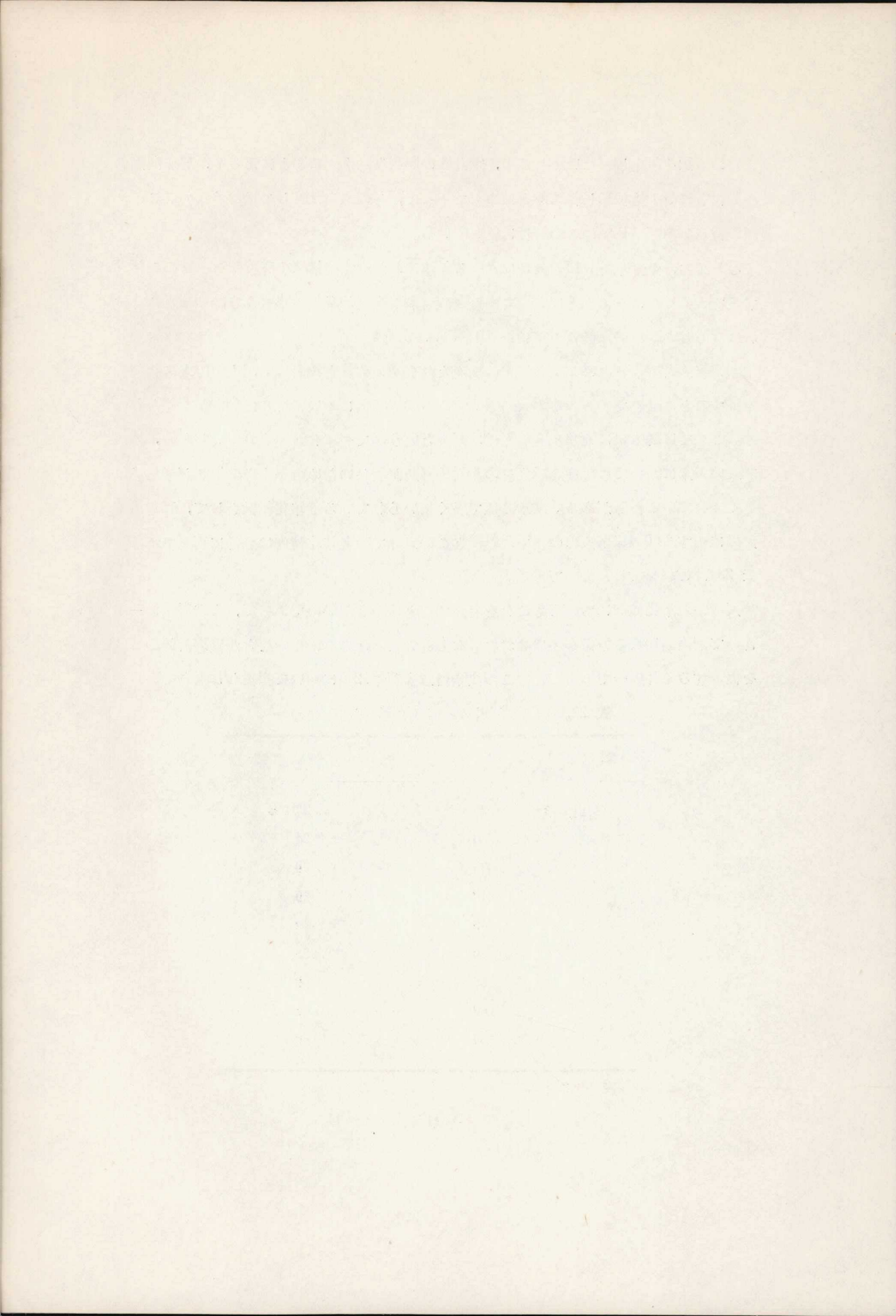
(2) 家族計画の普及による出生率の減退と死亡率の改善と相まって、人口の老年化傾向を促すことは必然である。この資料第 1 項の(5)の表 16 においてもこの傾向がうかがわれる。ここでは総人口に対する老年人口の割合という形で老年化が示されているから、極めて近い将来においては生産年齢人口の相対的膨脹が著しいため老年人口の増加が相対的にかくされている傾きがある。欧米諸国で多く用いられている老年化指数として、15歳未満人口に対する60歳以上人口の比で現わすとこの意味での老年化傾向は意外に顕著である。表 23 はこれを示したものである。

人口の老年化傾向についてもこれを看過することはできないのであって、人口対策の一環として別途適切なる方策が考慮されねばならないこと、さらにこのことが家族計画の普及を促進する条件の一であることはこの決議留意事項第12項において指摘した通りである。

表 23. 将来人口の老年化指数

年	次	指 数
昭 和	25	22 %
	30	24
	35	29
	40	39
	45	49
	50	55
	55	59
	60	66
	65	80

表 16 による。



[附 録]

人口対策委員会設置要綱および委員名簿

蘇聯科學院東亞研究所編 蘇聯東亞研究所編

財団法人人口問題研究会人口対策委員会設置要綱

(昭和 28 年 6 月 5 日)

1. 趣 旨

本会においては、つとに昭和 21 年、人口対策委員会を設置して、戦後にをける人口対策の基本方針の大綱を決議し、わが国戦後の人口対策の方向を明らかにして関係方面の注目をひいたが、遺憾ながら、資金難のためこれを中止するの止むなきに至った。最近においては、わが国の人口情勢は漸く戦後の混乱の状態を脱し、一定の傾向を明らかにし総合的人口対策の確立とその強力なる実施が痛切に要望せられるに至った。しかるに、いまだ人口対策の確立をみるに至らない状態であって、この際、その使命にかんがみ、本会においては、常設の人口対策委員会を設置して、人口対策の基本方針と具体的施策を審議し、随時その結果を発表するとともに、政府の人口対策確立とその実施に寄与し、緊迫したわが国人口問題の解決に資することとする。

2. 目 的

わが国人口問題の重大性にかんがみ、本会においては人口対策委員会を常設し、関係方面の学識経験者を集め、その協力によって、社会的、経済的見地から、総合的人口対策に関し、科学的かつ具体的に審議をつくり、人口対策の確立とその強力なる実施に資することをその目的とする。

3. 組 織

1. 本会顧問及び役員中 60 名以内を委員とする。
2. 必要に応じ本委員会の決議によって委員を追加することができる。
3. 本委員会の会長は本会理事長とする。
4. 本委員会に、差当り、次の特別委員会を置く。
 - (1) 人口と生活水準に関する特別委員会。
 - (2) 人口の量的質的調整に関する特別委員会。

必要ある場合には、本委員会の決議によって右の外に特別委員会を置くことができる。

5. 特別委員会の委員長は委員会の承認を得て会長これを委嘱する。

6. 必要ある場合には各特別委員会に小委員会を置く。

小委員会の委員長はその特別委員会の決議によって本委員会会長これを委嘱する。

7. 本委員会に幹事若干名を置く。

本委員会の幹事は本会の幹事がこれに当る。ただし、必要ある場合には、本委員会会長は新たに幹事を委嘱する。

4. 運 営

1. 本委員会の審議課題は本委員会の議決によってこれを定める。

2. 本委員会は適実なる課題を定めて常時継続的に審議するものとする。

3. 本委員会において特定の課題について審議を終えたときはこれを発表または政府に建議する。

4. その他、本委員会運営上必要な事項は本委員会に在りてこれを決議する。

財団法人人口問題研究会人口対策委員会委員名簿

(昭和 30 年 1 月 21 日)

(本会顧問及び役員名簿の順)

氏名	役名	現職
広瀬 久忠	顧問	参議院議員
石坂 泰三	顧問	東京芝浦電気株式会社社長
前田 多門	顧問	日本育英会会長
松岡 駒吉	顧問	社会党顧問
永井 潜	顧問	医学博士
那須 皓	顧問	農学博士 農村更生協会会長
下村 宏	顧問	法学博士 人口問題審議会会長
下条 康麿	顧問	経済学博士 日本人口学会会長
永井 亨	理事長	経済学博士
北岡 寿逸	常任理事	国学院大学教授
古屋 芳雄	常任理事	医学博士 国立公衆衛生院長
小山 進次郎	常任理事	厚生大臣官房総務課長
岡崎 文規	常任理事	経済学博士 人口問題研究所長
館 稔	常任理事	人口問題研究所総務部長
床次 徳二	常任理事	衆議院議員
寺尾 琢磨	常任理事	経済学博士 慶応義塾大学教授
本多 竜雄	常任理事	人口問題研究所調査部長
愛知 揆一	理事	前通商産業大臣
安芸 皎一	理事	工学博士 資源調査会副会長
渥美 育郎	理事	日伯中央協議会副会長
新居 善太郎	理事	母子愛育会理事長
藤林 敬三	理事	経済学博士 慶応義塾大学教授

波	多	野	鼎	理	事	経済学博士	
池	田	謙	蔵	理	事	三菱信託銀行社長	
稲	葉	秀	三	理	事	国民経済研究協会理事長	
賀	川	豊	彦	理	事	全国農民組合理事長	
葛	西	嘉	資	理	事	日本赤十字社副社長	
加	藤	シ	ズ	理	事	参議院議員	
三	原	信	一	理	事	毎日新聞社人口問題調査会事務局長	
美	濃	口	時	理	事	経済学博士 名古屋大学教授	
森	田	優	三	理	事	経済学博士 総理府統計局長	
野	村	兼	太	理	事	慶応義塾大学教授 日本学術会議ユ ネスコ国内委員会委員	
灘	尾	弘	吉	理	事	衆議院議員	
武	井	群	嗣	理	事	済生会理事長	
鳥	谷	寅	雄	理	事	海外移住中央協会理事	
大	河	内	一	理	事	経済学博士 東京大学教授	
小	沢		竜	理	事	医学博士 厚生大臣官房統計調査部 長	
千	葉	三	郎	理	事	衆議院議員	
山	際	正	道	理	事	経済同友会理事 輸出入銀行総裁	
山	中	篤	太	理	事	経済学博士 一ツ橋大学教授	
亀	山	孝	一	理	事	元厚生次官	
小	汀	利	得	理	事	日本経済新聞社顧問	
諸	井	貫	一	監	事	秩父セメント株式会社社長	
矢	野	一	郎	監	事	第一生命保険相互会社社長	
福	田	邦	三	評	議	員	医学博士 東京大学教授
林		恵	海	評	議	員	文学博士 東京大学教授
浜	口	雄	彦	評	議	員	東京銀行頭取
飯	塚	浩	二	評	議	員	東京大学教授
河	崎	ナ	ツ	評	議	員	元参議院議員
木	内	信	蔵	評	議	員	理学博士 東京大学助教授

小	林	珍	雄	評	議	員	上智大学教授
小	林	尋	次	評	議	員	元厚生省人口局長
小	坂	寛	見	評	議	員	外務事務官
小	山	栄	三	評	議	員	東京大学講師
南		亮	三郎	評	議	員	経済学博士 中央大学教授
森	山		豊	評	議	員	医学博士 横浜大学教授
村	岡	花	子	評	議	員	日本ユネスコ国内委員会委員
中	川	友	長	評	議	員	経済学博士 中央大学教授
西	野	入	徳	評	議	員	早稲田大学教授
野	尻	重	雄	評	議	員	教育大学教授
谷	口	弥	三郎	評	議	員	医学博士 参議院議員
渡		辺	定	評	議	員	医学博士 寿命学研究会理事長
山	口	正	義	評	議	員	医学博士 厚生省公衆衛生局長
山	本		杉	評	議	員	医学博士
幹		事					
篠	崎	信	男				
上	田	正	夫				
木	屋	善	太郎				
図	師	光	男				

財団法人人口問題研究会人口策対委員会特別委員会委員名簿

(昭和 30 年 1 月 21 日) (順序不同)

1. 人口と生活水準に関する特別委員会

委員長	山中 篤太郎	経済学博士 一ツ橋大学教授
委員	林 恵海	文学博士 東京大学教授
委員	美濃口 時次郎	経済学博士 名古屋大学教授
委員	森田 優三	経済学博士 総理府統計局長
委員	南 亮三郎	経済学博士 中央大学教授
委員	藤林 敬三	経済学博士 慶応義塾大学教授
委員	安芸 皎一	工学博士 資源調査会副会長
委員	飯塚 浩二	東京大学教授
委員	稲葉 秀三	国民経済研究協会理事長
委員	木内 信蔵	理学博士 東京大学助教授
委員	山際 正道	経済同友会理事 輸出入銀行総裁
委員	波多野 鼎	経済学博士
委員	大河内 一男	経済学博士 東京大学教授
委員	野尻 重雄	教育大学教授
委員	永井 亨	経済学博士
委員	武井 群嗣	済生会理事長
委員	寺尾 琢磨	経済学博士 慶応義塾大学教授
委員	岡崎 文規	経済学博士 人口問題研究所長
委員	館 稔	人口問題研究所総務部長
委員	本多 竜雄	人口問題研究所調査部長
幹事	黒田 俊夫	

2. 人口の量的, 質的調整に関する特別委員会

委員長	寺尾琢磨	経済学博士 慶応義塾大学教授
委員	北岡寿逸	国学院大学教授
委員	古屋芳雄	医学博士 国立公衆衛生院長
委員	福田邦三	医学博士 東京大学教授
委員	渡辺定	医学博士 寿命学研究会理事長
委員	鳥谷寅雄	海外移住中央協会理事
委員	小坂寛見	外務事務官
委員	小沢竜	医学博士 厚生大臣官房統計調査部長
委員	村岡花子	日本ユネスコ国内委員会委員
委員	山本杉	医学博士
委員	小山栄三	東京大学講師
委員	森山豊	医学博士 横浜大学教授
委員	永井亨	経済学博士
委員	岡崎文規	経済学博士 人口問題研究所長
委員	館稲	人口問題研究所総務部長
幹事	篠崎信男	

