

各国出生力の動向とその背景

濱 英 彦

- I 出生と死亡のバランス
 - II 出生力変動の多様性
 - 1. 各国出生力の特徴
 - 2. 出生抑制—7つのカテゴリー—
 - 3. 家族計画をめぐって
 - 4. “家族計画を超えて”
- 結 び

I 出生と死亡のバランス

人口問題に対する関心は、1970年代に入って、国際的にも国ごとにも、急速に高まったが、その状況のなかで、具体的な人口現象として、もっとも関心を呼んだのは出生力の動向である。ここで出生力に対する関心をひき起した重要な背景を要約するならば、第1に、出生力の変動が、将来人口の大きさに対してじかに影響を与えることによって、それが農産物供給、資源消費、環境保全などとの競合関係を規定すること、第2に、この出生力のレベルと推移が、国ごとにきわめて多様に展開しており、その実態と将来の見通しを確認することが重要であること、第3に、このような出生力の動向が、現実には、個々の家族レベルにおける生活の在り方や子どもに対する考え方から積みあげられていること、などの状況が指摘できる。

出生力をめぐるこうした背景は、人口変動の現状と経済社会条件との関連がひき起した、すぐれて現代的問題状況といってよいが、しかし、それとともに、出生力変動が展開してきた歴史的・地域的多様性とその経済社会的要因の問題は、これまでに多くの人口研究者が、そこから一定の経験的事実や出生力理論をひき出そうとした重要な研究課題であった。おそらく、そのなかで、もっともよく知られ、かつ、一般的に承認されている理論は、人口動態の歴史的推移に関するデモグラフィック・トランジション (demographic transition 人口転換過程) の考え方であろう。これはあるいは、理論というよりも、これまでの欧米工業国の人口動態の歴史的推移のなかから得られた経験的事実を、一つの分析基準として確認したということである¹⁾。

デモグラフィック・トランジションの基本となる考え方は、出生と死亡のレベルおよび両者の組合わせが経済社会の近代化とともに、“多産多死”型から“少産少死”型へ移行するというものであり、その経過をいくつかの段階に区分する。たとえば、もっとも簡単に区分すれば、〈A〉高い出生率と高い死亡率（自然増加率は中位で不安定）、〈B〉ひき続き高い出生率と低下しつつある死亡率（自然増加率は上昇）、〈C〉低下しつつある出生率とかなり低い死亡率（自然増加率は低下）、〈D〉低い出生率と低いかやや上昇する死亡率（自然増加率は低位）ということである。このうち、〈A〉は前近

1) デモグラフィック・トランジションの考えは、アメリカの人口学者タムソン (Warren S. Thompson) とノートスタイン (Frank W. Notestein) によって別個に提示されたが、デモグラフィック・トランジションの語は、後者の論文から取られている (Donald J. Bogue, Principles of Demography, 1969, p. 56 参照)。

代社会における不安定な“多産多死”型の時期であり、ついで〈B〉と〈C〉は近代社会への過渡期における“多産多死”型の段階であり、自然増加はこの〈B〉から〈C〉への移行期に最大となる。〈D〉は近代社会に普遍的な“少産少死”型の時期であるが、現実の出生率は低位のなかでかなりの変動をあらわす。この考え方の特徴は、出生率だけでなく、出生と死亡との相互関連を確認することによって、人口変動の推移を明らかにしたことにあるが、これを現実の人口問題の観点からとらえるならば、もっとも注目される段階は〈B〉と〈C〉、つまり、死亡率の低下に対する出生率の高水準が大きな人口増加をつくる状況が焦点であり、これは端的に言えば、“多産少死”型の段階における高出生力の問題である。

現在の発展途上国は、第二次大戦後に、近代的医療衛生水準を外から導入することによって、死亡率をかなり急速に低下させたが、それが出生率低下と結びつかないために、“多産少死”の〈B〉段階における、いわゆる“人口爆発”をひき起していることは、よく知られている。これら諸国にとって、この〈B〉と〈C〉の高出生率段階を急速に通過することが、経済社会発展の一つの重要な条件と考えられているが、その通過を阻止している直接の要因を指摘するならば、つぎの3点が重要であろう。

第一に、とうぜんのことながら、高出生力それ自体をひき下げる経済社会的基盤の未成熟がある。それは、死亡率は外からひき下げることが可能であるが、出生率は内からしか低下の動機づけを与えられないということであり、このことは具体的に、家族計画運動が何をなしうるかについての論争につながる問題であり、このあとで取りあげる主題である。

第二に、もし出生力水準をいくらかひき下げることに成功したとしても、過去の高出生力から生まれた人口が、今後数十年にわたって大量の青年層を形成し、それによる出生数が、いくらかの出生力低下を打ち消して、高出生率を維持するだろうということである²⁾。

第三に、急速な死亡率低下の実現は、それ自体が生存の歩留まりを高めることによって、ますます青年層を膨脹させる条件となる。長期的にみれば、死亡率低下は少数の子どもが無事に育つことを保証することによって、出生力低下の動機づけになることが期待されるが、さし当っては、むしろ青年層膨脹に結びつくことによって、高出生率維持に循環することになる。

このような要因は、いずれも、発展途上国が〈B〉段階を早急に乗り越えることを困難にし、また、〈C〉段階へ移行してからも、これを通過するのにかなり時間を要することを示唆している。したがって、こうした状況のなかで、家族計画運動を推進して、出生力低下の実現を期待するとなれば、その運動はよほどに強力有効であることが要求されることになる。しかし逆に、もしそれほどに強力な家族計画が普及しうる経済社会状況があれば、それはすでにかかなりの人口増加に耐えうる発展に入っているということでもあり、これは発展途上国にとって、その経済社会計画のなかに、人口政策をどのように位置づけるかの基本課題である。

このような、いわば〈B〉・〈C〉段階諸国のかかえる困難な課題に対して、すでに〈D〉段階に到達した先進工業諸国は平穏無事であろうか。現実には、これら諸国もまた、〈D〉段階としての共通の人口事情を基盤としつつ、それぞれに固有の経済社会環境のなかで、かなり方向を異にする反応を明らかにしているのである。〈D〉段階諸国に共通する2つの基本的な課題をあげるとすれば、それは一方では、南北問題の観点から、高い消費水準を持つこれら諸国の出生抑制の維持が要求されるということであり、他方では、長期間の“少産少死”型動態バランスがつくり出した、人口高齢化や青年労働力不足が、順調な経済成長にどのような影響を与えるかということである。日本も含めて、欧米工業国

2) この点で、現実の（真の）出生・死亡の大きさを重視する立場からは、デモグラフィック・トランジションの段階区分は出生・死亡粗率の表現がよい。

社会主義諸国にとって、これは共通の課題である。しかし、この状況をどのように受けとめて評価するかの点では、国ごとによりかなり反応を異にするのであって、さきの“多産多死”型諸国の場合とともに、各国の出生力変動の実態を取りあげてみる必要がある。

II 出生力変動の多様性

1. 各国出生力の特徴

多様な段階を含む各国出生力の動向を概観するために、ある程度の分類が必要であるが、ここでは1960年代以降の出生率変動の実績から、各国を4グループに区分して、各グループの特徴によって、世界の出生力の多様性を確認してみる。表1と表2に主要な国について、出生率の年次変化をみているが、年次は1960年代を1960～65年と65～70年の2区分でとり、これに70年代の各年が続いている。さらに最近年次の純再生産率を加えて、出生力水準を明らかにしている。表1の第1グループはアフリカ、ラテン・アメリカ、アジアの発展途上諸国の事例であるが、1960年代をとおして、その出生率は40～50‰（人口1,000人につき）の高さにある。それは純再生産率としてみれば2人のレベルをこえる大きさ、つまり一世代後には人口が倍増するポテンシャルを保持している。これに対して、表2の第2グループは、1970年代の出生率がむしろ上昇している国であり、範疇的には、ソビエトおよび東欧の社会主義諸国となる。年次変化のなかで、1960～64年と65～69年の比較では、7か国のうち、ハンガリー、ルーマニア以外は低下傾向にあったが、そのあと70年代に入って、各国とも出生率の上昇傾向をあらわし、ルーマニアとユーゴスラビアがやや停滞的であるが、全体として特異な動きといってよい。この場合、最近の70年代の短期間の変化に何らかの意味を持たせてよいかという問題があるが、この時期に特徴的となった農業、資源、環境などをめぐるきびしい国際的状況にもかかわらず、出生率が逆に上昇傾向に転じたことは、やはり注目すべき動向といえよう。とくに74年には、ユーゴスラビアを除く6か国の率が一せいにはね上がったことは、世界人口年における、まことに特徴的な出来事であった。純再生産率も74年時点では、ハンガリーを含めてすべて1.0以上に達したとみてよい。

東欧諸国のなかでの例外は東ドイツであっ

表1 各国普通出生率の年次変化1960～69および純再生産率(N.R.R.)—第1グループ—
(出生率は‰)

国	年次		N.R.R.(年次)
	1960～64	1965～69	
アルジェリア	50	50	
エジプト	58	41	
ガーナ		50	
ケニア		49	
リベリア		43	
モロッコ		48	
南アフリカ		43	
スーダン		49	
チュニジア	45	42	
タンザニア	51		
ガテマラ	48	44	2.13 ('64)
メキシコ		43	2.49 ('60)
ブラジル		38	
エクアドル		45	
ペルー		43	1.80 ('61)
ベネズエラ		40	2.44 ('70)
バングラデシュ		50	
インド		41	
インドネシア		45	
イラン	47		
マレーシア		40	
パキスタン		47	
フィリピン		44	
タイ		44	
トルコ		40	

資料：Population Index, April & July 1975.

表 2 各国普通出生率の年次変化1960～1974および純再生産率 (N. R. R.)

—第2, 第3, 第4グループ—

(出生率は‰)

年次 国		1960～64	1965～69	1970	1971	1972	1973	1974	N.R.R.(年次)
		第2グループ							
	ブルガリア	16.9	15.8	16.3	15.9	15.3	16.2	17.2	1.07('68)
	チェコスロバキア	16.3	15.5	15.9	16.5	17.4	18.9	19.8	1.04('72)
	ハンガリー	13.6	14.3	14.7	14.5	14.7	15.0	17.8	0.90('73)
	ポーランド	20.1	16.6	16.8	17.4	17.4	17.9	18.4	1.05('73)
	ルーマニア	16.7	21.2	21.1	18.8	18.8	18.2	20.3	1.25('74)
	ユーゴスラビア	22.0	19.7	17.8	18.3	18.3	18.0	17.9	1.06('72)
	U. S. S. R.	22.3	17.6	17.4	17.8	17.8	17.6	18.2	1.14('72-3)
第3グループ									
	オーストリー	18.5	17.3	15.2	14.6	13.9	13.0	12.8	1.90('74)
	ベルギー	17.1	15.4	14.7	14.6	14.0	13.3	12.6	1.04('71)
	東ドイツ	17.4	15.1	13.9	13.8	11.8	10.6	10.4	1.00('71)
	西ドイツ	18.3	16.8	13.4	12.7	11.4	10.2	10.1	0.80('72)
	オランダ	20.9	19.2	18.3	17.2	16.1	14.5	13.8	1.92('68)
	ノールウェー	17.3	17.7	16.6	16.8	16.3	15.5	14.9	1.02('74)
	スイス	18.5	17.7	15.8	15.2	14.3	13.6	12.9	1.12('67)
	イングランド・ウェールズ	17.9	17.3	16.1	16.0	14.8	13.8	13.0	0.96('73)
	フランス	18.0	17.1	16.8	17.2	17.0	16.5	15.2	1.10('73)
	イタリア	18.9	18.3	16.8	16.8	16.3	16.0	15.7	1.14('73)
	カナダ	25.2	18.2	17.4	16.8	15.9	15.5	—	0.91('73)
	U. S. A.	22.4	18.2	18.4	17.2	15.6	14.9	15.0	0.89('74)
	白人	21.4	17.2	17.4	16.2	14.6	13.9	—	0.84('74)
	黒人	30.6	25.7	25.5	24.7	22.9	21.9	—	1.11('74)
第4グループ									
	フィンランド	18.1	16.0	14.0	13.2	12.7	12.2	13.3	0.81('71)
	ギリシャ	18.1	18.0	16.5	16.0	15.9	15.3	16.1	1.07('69)
	アイルランド	21.9	21.5	21.8	22.7	22.7	22.5	22.3	1.80('72)
	デンマーク	17.0	16.6	14.4	15.2	15.1	14.3	14.2	0.91('73)
	ポルトガル	24.1	21.4	20.0	21.9	20.3	20.1	19.3	1.25('67)
	スペイン	21.6	20.6	19.6	19.6	19.4	19.1	19.3	1.24('60)
	スウェーデン	14.5	15.0	13.7	14.1	13.8	13.5	13.4	0.90('74)
	日本	17.2	17.8	19.0	19.3	19.4	19.4	18.6	0.90('75)
	シンガポール	35.6	27.2	23.0	22.8	23.4	22.3	19.9	1.40('70)

資料: 表1に同じ。

て、1960年代の低下傾向が、70年に入ってさらに加速化されている。そしてこれは第3グループとして区分した各国の特徴であり、欧米の先進工業国のほとんどがここに含まれ、それに東ドイツが加わる。このグループの70年代に入ってから低下傾向は、全体として70年時点の17～13‰のレベルから、74年には15～10‰レベルへの低下であって、これは4年間に20～30%にも達する低下率である。もちろん、国によって低下のスピードには差があり、東・西ドイツの場合には、70年に13‰台でもともと低いところへ、30%低下で74年には10.4‰および10.1‰の、おそらく戦後における世界最低の出生率を記録した。その純再生産率も74年時点として推定すれば、おそらく0.7のレベルであり、これはかつて、1930年代に記録された0.698と同様の低い再生産力である⁸⁾。これに対して、フランス、

イタリアの出生率低下は、70年の16.8‰から74年の15‰台へ緩やかな低下であり、この時点の推定純再生産率は1前後であろう。イギリス、カナダ、アメリカの純再生産率も、74年では0.9前後に低下したが、ただしアメリカの場合には、白人の0.84人に対して、非白人1.11人となって大差がある。結局、この第3グループの各国は全体として、70年代の急速な出生率低下を特徴とし、純再生産率としても、ほとんど1を割るレベルに入ったのであり、これはおそらく、第2次大戦後30年にして、世界の出生力変動に一つの画期をもたらした現象とみるべきであろう。

最後に第4グループは、70年代における出生率低下がまだ第3グループのようには明確でないか、むしろ横ばい傾向の国であって、その出生率レベルは国によって差がある。対照的には、フィンランド、デンマーク、スウェーデンの北欧で低く、ギリシャ、ポルトガル、スペインの南欧で高い。日本の場合の出生率については、74年以降に急低下が現われており、純再生産率としても0.90人に低下して、第3グループの性格を示しているが、74年時点までの実績から、このグループに含めている。このことは、第4グループの他の国についても、一定のタイム・ラグをとって出生率低下が進行するものかどうか、今後の推移が注目されるということである。ここにシンガポールを加えていることも、独自の出生抑制政策の結果、20‰台まで低下した出生率が、70年代の横ばい傾向からさらに低下してゆくかどうかの可能性に注目していることになる。

ところで、このように各国出生率の変動を4つのグループに区分し、それなりの特徴を確認してみたいことは、逆に、国ごとの出生率のレベルと変動はまことに多様であって、こうした出生率のグループ分けといったことは、むしろその結果として多くの問題提起に結びつくということである。実際、ここで取りあげた最近の実態に即していえば、たとえば社会主義諸国の出生率上昇の意味は何か、その持続性はどうか、そのなかで東ドイツの例外は何故か、東・西ドイツの体制をこえた出生率低下の一致の意味は何か、一般に欧米諸国の出生率低下の根拠は何か、その純再生産率1未満は持続するか、そのなかでフランスやイタリアはどこまで独自でありうるか、日本の低下の位置づけはどうか、第4グループも出生率低下を迫るかなど、いずれの一つを取りあげても、それぞれに決して解答の容易でない難問なのである。これまでも、人口現象の説明は、どちらかといえば、あと追いの感が強かったのであるが、それは人口問題というものが、一国の経済社会の困難な状況を人口現象のうえに集約し平均化して登場させた結果であるとみるかぎり、止むを得ないことだともいえよう。ここでわれわれのできることは、当面の課題である出生力の問題について、各国がそれぞれの実態を、人口政策の観点からどのように考えているかを検討してみるということである⁴⁾。それは具体的には、出生抑制あるいは家族計画をめぐる議論ということになる。

2. 出生抑制—7つのカテゴリー—

そこで各国が出生抑制や家族計画に対して、現実にはどのような考え方と対応策をとっているのか、

3) 1930年代に自然増加がマイナスを示したのはフランスだけであるが、純再生産率はオランダを除くほとんどの国で1を割っている。ドイツの0.689がもっとも低く、スウェーデン0.739、ノールウェー0.746、イングランド・ウェールズ0.773、ベルギー0.859、フランス0.870、デンマーク0.907である (UN, Demographic Yearbook, 1954)。

4) 人口政策の定義や範囲を明確にすることは容易でないが、一般的にいえば、人口政策は人口の大きさに直接間接に影響を与えることを意図した公的な措置を指している。しかし、各国の出生抑制や家族計画の問題を考えようとする場合に、その背景や条件の複雑さからいって、人口政策を医療・保健政策、社会福祉政策、雇用政策などとの関連で取りあげなければ、一国のなかでの、また人びとの生活のなかでの、家族計画の位置づけはできない。このことはまた、人口政策がその性格上、必ずしも明示的に与えられないということでもあり、また、人口政策としての立法とその実施や効果との関連が分りにくいということである (大淵 寛「人口政策の理論的考察」経済学論叢17—4、昭和51.7参照)。

つまり人口政策をめぐる多様な実態を知るために、ここでは、つぎのような7つのカテゴリーを区分してみよう。

第1に、マルサスによる道徳的抑制の主張が、産児制限運動の思想と実践とにひきつがれたときに、これを受け入れ、さらにそれを近代市民社会の合理主義的な生活体系のなかに組み込むことによって、家族計画としての出生抑制を普及させてきた国がある。いうまでもなく、欧米先進工業国の多くは、このカテゴリーに入る。

第2に、家族計画運動の未成熟を背景としつつ、第2次大戦後の急迫した生活条件を切り抜けるために、事実上、経済的理由による人工妊娠中絶を合法化し、これが大きな推進力となって、急激に出生抑制を実現した国、その唯一の事例として日本がある。

第3に、激しい人口増加を抑制するために、国家主導による家族計画運動を推進しつつある発展途上国として、エスカップ諸国、つまり、南アジア、東アジアを中心とする諸国が考えられる。

第4に、人口抑制を早急にかつ効果的に実現することを目ざして、小家族に有利な社会福祉政策や、強制力のある出生抑制策までも採用した国がある。シンガポール、インド、韓国などこれに該当しよう。

第5に、人口問題をひろく国際経済秩序のなかに位置づけて、出生抑制の考え方を原則的に拒否し、むしろ現状を労働力不足とみて、高出生力を是認している発展途上国がある。ラテン・アメリカとアフリカで多くの国がこのカテゴリーに入る。

第6に、社会福祉政策のなかで、出産・育児・婦人労働を保証し、受胎調節、中絶も認めた結果として出生抑制が進行し、現状ではむしろ再び出生力回復が課題となってきた社会主義諸国がある。ソビエト、東欧各国がここに含まれる。

第7に、過剰人口論を帝国主義的発想として斥けるが、国内社会改革の実践のうえに立って、計画産児を推進している社会主義国として、中国の存在は特異なものである。

以上、出生力を中心とする人口政策について、7つのカテゴリーを区分してみたが、このうち、第1から第4までの4つのカテゴリーは、出生抑制の実践それ自体を前提とした政策的対応のなかで、その特徴を区分したのに対して、第5から第7の3つのカテゴリーは、原則的には出生抑制の考え方を否定した次元で、ひろく人口問題についての政策的対応を考えているグループといえる。また、第1のカテゴリーにおける出生抑制が、近代社会の合理主義的な生活体系のなかに組み込まれたものとして、まさに家族計画を意味しているとすれば、第2以下のカテゴリーは、いずれも何らかの意味で“家族計画を超えて”(beyond family planning) いる性格を含むことが特徴になっているといえよう。さらに政治体制の区分を前提にすれば、とうぜん、第6と第7の社会主義諸国が別のグループであり、その体制的原理から新マルサス主義を否定する立場をとることに注目するならば、このグループだけがその観点から“家族計画を超えて” いることになろう⁶⁾。そこで、ここでは、まず第1から第5までのカテゴリーを、いずれも家族計画の在り方をめぐる議論として取りあげ、そのあとで、第6と第7のカテゴリーを“家族計画を超える”問題として取りあげてみよう。

3. 家族計画を目ざして⁶⁾

5) “家族計画を超える”問題についての包括的な議論はつぎの論文に詳しい。

Berelson, “Beyond Family Planning” *Studies in Family Planning*, No. 38, February 1969.

6) 産児制限(バース・コントロール)という言葉は、マーガレット・サンガー夫人(Margaret Sanger, 1883~1966)によって、1914年から使われたという。産児制限(出生抑制)の手段としては、受胎調節(避妊, contraception), 不妊手術, 人工妊娠中絶などをの方法が含まれるが、1950年代になってからは、産児制限に代って、家族計画という言葉が広く採用されるようになった。公的団体の名称にこの(次ページへ)

第1のカテゴリーに入る欧米各国は、現在たしかに、家族計画の実践がひろく滲透している国であるが、その歴史的経過からみれば、19世紀以降の産児制限思想の普及と実践運動は苦難の歴史として知られているし⁷⁾、現状においても、出生抑制の問題は、ひろく経済社会問題を含めた、いくつかの重層的な思想の流れのなかで議論されている。その代表的な流れを挙げるならば、第1に、宗教的・倫理的伝統を基盤とする胎児の生命の尊重、したがって避妊や中絶に対する強い反対があり、第2に、国の発展を維持する立場から大家族と出産とを奨励する主張があり、第3に、社会福祉を強化することによる家族生活の擁護を優先的に考える立場から政策的な出生抑制に賛成しない意見があり、第4に、個人や家庭の自由意志による避妊やさらに中絶の自由化を主張する立場がある。これらの流れは現実には、相互に絡みあい、結びついている面があって、明確に区分できない場合も多いが、歴史的にみれば、第1から第4の流れのほうへ、流れの勢いが強まっているといえる⁸⁾。

この点でとくに重要なことは、1970年代に入って、第4の流れを著しく強める現象が登場したことである。それは1つにはピル（経口避妊薬）の広汎な使用であり、他の1つは中絶を解禁する傾向である⁹⁾。このピルの使用と中絶の解禁は、2つの影響力によって、われわれの人間社会に画期的な出来事になるかもしれない。

第1の影響力は、いずれの現象も、結果として人口抑制を強める効果を持つことが明らかであること。実際、1970年代に現われた欧米諸国の急減な出生力低下を考える場合に、低下へむかっての経済社会環境の圧力とともに、その技術的側面として、ピルの使用と中絶の導入とが決定的な役割を果たすとみられる。この影響力は、今後さらに広汎に滲透する可能性を持っている¹⁰⁾。

言葉が使用されたのは、イギリスで1938年に、家族計画協会（Family Planning Association）の名称をつけたのが最初であろう。現代において、家族計画の概念は、主体的な自由意志による計画的、合理的出産の選択を通じて、生活および福祉水準の向上を旨とすることを意味している（小林和正「アジア諸国の家族計画」家族—政策と法—5、1976年、東京大学出版会 参照）。

7) フランシス・ブレース（Francis Place, 1771～1854）以来、1970年に至るまでの産児制限運動については、つぎの書のなかで概説されている。Elizabeth Draper, *Birth Control in the Modern World*, second edition, 1972 (Penguin Books).

8) たとえば、フランスの場合には、1920年に人工妊娠中絶、避妊方法の宣伝、その器具の販売を法律で禁止し、国の政策としても、一貫して出生率を維持し、大家族を保護援助する立場をとった。1939年、その人口・家族政策の集成として「家族法」が公布され、家族手当、出産手当を含む広汎な社会政策が実施された。しかし、避妊も中絶もその実行はほとんど罰せられることがなく、1956年に家族計画協会が設立され、1967年には避妊器具の販売が許可された。さらに1975年に至って、中絶を認める法律が成立した。しかし、フランス政府の人口政策は、いぜんとして大家族を擁護する立場である（Jean Bourgeois-Pichat, "France", *Population Policy in Developed Countries*, edited by B. Berelson, 1974; 岡崎陽一「フランスの人口と人口政策」(海外人口情報、昭和50年度第2号)人口問題研究会、1975 参照)。

9) 人工妊娠中絶を母体保護、遺伝性疾患、暴行による妊娠などを条件として認めるだけでなく、家庭内の経済的困難の場合にも認める状態を中絶の自由化とするならば、この自由化は、スウェーデン、デンマークでは1930年代にはじまり、ついで日本が戦後1949年に事実上認めた。1950年代には、ソビエト、ポーランド、チェコスロバキア、ハンガリーなど社会主義諸国が自由化した。日本も社会主義国も自由化の直接的な理由は、増加するやみ墮胎による危険を防ぐことであつた。その後の自由化は、イギリス1967年、シンガポール1969年、フィンランド1970年、インド1972年、アメリカ1973年、西ドイツ1974年、フランス、オーストラリア1975年と続いた。（Luke T. Lee, *International Status of Abortion Legalization; Law and Population Monograph Series, No. 16*, the Fletcher School of Law and Diplomacy, 1973; Edmund H. Kellog, *Reform of Laws Affecting Population Growth: Recent Developments, Law and Population Monograph Series No. 36*, The Fletcher School of Law and Diplomacy, 1975.)

10) 中絶の自由化はすでに中国、インド、ソビエト、アメリカ、日本などの大規模人口国に及んでいるので、世界総人口の半数以上が含まれることになる（前掲、Kellog 論文参照）。

第2の影響力は、この2つの手段の利用によって、個人や家庭において、出産に対する自由な意志決定がきわめて確実になったということである。それはとくに女性にとって、出産をめぐる主体的な決定権を強めるものであり、その地位と権利の向上につながることになる。まだ十分に認識されていないように思われるが、将来、この2つの手段が及ぼす影響力が大きく深いだけに、個人的にも社会的にも、その長期にわたる安全な利用が保証されるためには、医学的・生理的影響の問題にとどまらず、ひろく人間生活の在り方に対する、新しい精神的・倫理的枠組を必要とするほどの問題であるかもしれない。今後、その観点からの追跡が重要であろうが、第2のカテゴリーである日本は、戦後1949年から、早くも中絶に関しては事実上の自由化に入るとともに、ピルについては、逆に、なお避妊のための使用を認めていない例外的な国となっている。

第2のカテゴリーとして考えた日本は、戦後1950年代の10年間に、一気に出生率低下を実現させた経過からみて、世界の家族計画の歴史のなかに、まことに特異な実績を残した国といってよい。その点でまさに唯一の事例なのである。その実績の特異さを挙げてみると、第1に、出生抑制の手段が初期には受胎調節であるよりも圧倒的に中絶に置かれ、その後しだいに受胎調節に移行したこと、第2に、その中絶の手段は、戦後における急迫した生活条件のなかでマルサスの原理が復活し、宗教的・倫理的に無拘束な状態のなかで、ほとんど何らの価値判断もともなわずに一気に滲透したこと、第3に、そうした滲透の経過や性格を別にして、結果的にみれば、その後の世界的な中絶解禁の大きな流れに対して先駆的な現象となったこと、が注目される。

以上、いずれも中絶の滲透をめぐる日本の特徴であるが、こうした経過の法的背景は、1948年の優生保護法制定にはじまっている。この法律は遺伝性疾患や母体保護の理由で中絶を認めたものであるが、翌49年の改正によって、経済的理由による中絶も事実上可能となり、その後52年には承認手続きも簡略化されて、中絶はきわめて容易となった。49年改正の目的は、中絶を禁止することによって、かえってふえると思われる母体に危険なやみ堕胎をむしろ明るみに出して、これを受胎調節へ切り替える指導をしたほうがよいという考え方であり、実際そのために、優生保護相談所や保健所を中心とする受胎調節知識の普及活動、民間の家族計画運動機関の設置などが進められた¹¹⁾。しかし日本の場合には、マス・メディアを通じての知識の獲得や市販ルートによる器具・薬品の入手が容易であり、これらが先行することによって、かえって受胎調節の知識や実行を不確実にした面が大きい¹²⁾。その背景にはさらに、宗教的・倫理的拘束力に乏しく、逆に性に対する非公開性が強いこと、それによって教育水準の高いことがマス・メディアと結びついて、専門機関をあまり経由しない受胎調節知識を滲透させることになった。これらは結果として、受胎調節の失敗をも含めて、安易な中絶を激増させることになり、中絶件数（届け出分）は、1949年の25万件から、6年後の55年には117万件的ピークに達し、その後1975年には60万台に低下し、20年を経過して半減に近づいた¹³⁾。

このようにして、日本の出生抑制は、それを目的とするかぎり、きわめて急速に実現され、その出

11) 1953年に社団法人日本家族計画連盟、54年に社団法人日本家族計画協会が設立された。前者は国際家族計画連盟（本部ロンドン）の加盟団体でもある。

12) 避妊に関する知識の源泉は、毎日新聞社の調査（夫のある50歳未満の女性3,750人、1975年5月）によれば、医師17.3%、保健婦・看護婦15.9%、助産婦8.6%、保健所・優生保護相談所7.0%、講習会5.0%、婦人会2.6%の合計56.4%（重複回答2つまで）に対して、雑誌39.7%、単行本6.4%、映画・ラジオ・テレビ3.6%、新聞3.4%の合計53.1%でほぼ同率のうえ、夫23.4%、友人17.2%などの源泉があり、知識の確実性に問題があろう。（毎日新聞社、第13回全国家族計画世論調査報告書、人口問題調査会、1975、参照）。

13) 出生数に対する中絶件数の割合では、57年の72%をピークとして、その後30%台に低下した。しかし、中絶件数はやみ堕胎数が不明であり、それを含めて1955年当時200万件という推測もあった。出生数は170万であったから、受胎数のうち半分以上は出生しなかったことになる。

生力は純再生産率が1を割り、世界最低のグループにまで低下したが、こうした経過のなかで、中絶の滲透とともに注目されることは、この著るしい出生力低下の事実にもかかわらず、日本の家族計画運動は、国の立場からの人口政策的な意図を読み取ることがほとんどできないということであろう。家族計画運動に対する政策的立場は、つねに母体保護あるいは母子保健としての措置ということであって、おそらく、これまでも第2次大戦中の人口増強策以外に、明示的な政策はなかったといえよう¹⁴⁾。この状況は、発展途上国が、国の政策として家族計画運動を導入し、しかもその普及が困難な現状と著るしく対照的である。

そこで、第3、第4、第5の категорияであるが、これらはいずれも発展途上国が中心であり、そのなかで、第3 categoryは、人口激増の圧力を緩和することを直接の目的として、国家主導による家族計画の推進を考えている国であり、第4 categoryはそれをさらに加速化する手段として、国による強制力を導入するに至った国であり、これに対して第5 categoryは、国内開発のための資本や労働力が不足であるとして、家族計画の採用を否定している国である。つまりこの3つの categoryは、同じ発展途上諸国が出生抑制の問題をめぐって、かなり異なった3つの流れをつくり出していることを示している¹⁵⁾。そこでこの状況について、家族計画導入の段階や時期の点から、各国の現状を実態的に4区分して、その事例国を挙げてみると、つぎのようになる(表3参照)。

〈A〉今のところ出生抑制政策をまったく、あるいはほとんど採用していない国、〈B〉1970年前後から、家族計画導入が定着した国、および政策として人口増加抑制の必要を認めるようになった国、〈C〉人口増加抑制のために、国家主導による家族計画運動を推進している国、〈D〉出生抑制に対して、直接・間接に強制力のある立法にまで入った国。

表3 発展途上国における人口政策の段階区分

タイプ	南・東アジア	アフリカ・西アジア	ラテン・アメリカ
〈A〉	ビルマ, 北朝鮮	アルジェリア, スーダン セネガル, リビア シリア, サウジ・アラビア	キューバ, アルゼンチン チリ
〈B〉	タイ, フィリピン	エジプト, ガーナ ケニア, トルコ, イラン イラク, アフガニスタン	メキシコ, ブラジル
〈C〉	スリランカ, パキスタン バングラデシュ, マレーシア インドネシア	チュニジア	
〈D〉	インド, シンガポール 韓国		

このように、同じ発展途上国が家族計画導入に対して、それぞれの国家的状況とからんで、多様な段階的対応をしている現実を知ることがまず重要であるとともに、もう一つの現実は、〈C〉グループ

14) 明治以降における日本の人口政策の詳細な追跡については、つぎの論文参照。

小林和正「日本の人口政策」家族一政策と法一2, 東京大学出版会, 1976.

15) 発展途上国の人口問題をひろく実地見聞した記録として、つぎの文献参照。

ドム・モラエス, 迫りくる人口爆発(原題, Dom Moraes, A Matter of People, 1974) 草思社 1974.

のように、国家主導型の家族計画推進に力を入れてきた国の多くで、その出生抑制効果がいぜんとして乏しいということであろう。インドはアジアのなかで、もっとも早く1952年から家族計画を国の政策として導入し、国の内外からこの分野の活動のために多額の資金が投入されたが、4半世紀を経過して、なお目立った成果を挙げたとはいえない。1976年に至って、インドの人口政策は〈C〉から〈D〉へ進み、中央政府として、結婚年齢の引上げ、国会議員数の人口割り固定などの新政策を発表するとともに、州政府レベルでは、一定子供数以上を持ち、一定年齢より若い夫婦に対して、強制不妊手術を適用する法案が通過するに至った¹⁶⁾。国の立法という点では、シンガポールは1973年に、社会福祉政策を通して、大家族に不利となる規準を設定している。公営住宅は子供数3人以下の夫婦に優先権が与えられ、出産のための入院費は子供がふえると逡増し、母親の有給休暇も2児までで停止といった具合である。インド、韓国もまた1976年にこの方向の政策を導入しつつある。こうした社会政策は出産に対してマイナスの誘因（ディスインセンティブ）を意味し、出生抑制に対しては間接的な影響力を及ぼすものであるが、国の立場から子供数や家族の大きさに対する価値観を変えようとするという点では重大な意義を含んでいる。

いずれにしても、国家主導の家族計画や強制力のある出生抑制策といった対応の仕方は、それがもたらした出生抑制それ自体を旨としている点では、欧米社会が育てたような意味での家族計画の考え方ではなくて、むしろ新マルサス主義の原点への回帰ということであり、いわば逆戻りの方向で“家族計画を超えて”いることになろう。そこから、とうぜん、これらの国における家族計画運動についての評価の問題が出てくるのであって、つまり家族計画を強力に推進することの前提として、どのグループにしても、家族レベルにおける伝統的な多産と経済社会改革の遅れという2つの要因の悪循環を、何とかして断ち切る必要があるという点では、共通の課題をかかえているということである。この課題に対する基本的な対応からいえば、過剰人口だから家族計画が必要だとか、労働力不足だからそれどころではない、といった短絡的な発想ではなくて、多産による一家総働らきが必要であるような固着した低所得水準や前近代的な身分関係を少しでも揺り動かすような近代化計画がまず必要ではないかということである。

経済社会改革論の基本的立場は、人口政策というものは、ひろく経済社会計画のなかの戦略上の一要素であって、経済社会計画それ自体にとって替えることは出来ないということである。逆に、人口政策にとって重要なことは、いわば“敷居の要素”（threshold factors）、つまり、あるレベルを越えれば出生力に影響が出る要因、それが何であるかを見出して、それについての施策を進めるということになる¹⁷⁾。この“敷居の要素”は多様であって、それはたとえば、一般教育、雇用の改善、所得の均等化、農村の近代化、社会保障拡充、保健制度の改善といった、社会的公正にもっとも役立つ政策のなかにあり、とくに国民の大半を占める農村人口の近代化と生活向上とが重要である。結局、出生の低下より貧困の低下が先決だという主張になる。もちろん、家族計画をひろめることは、希望しない出産を抑制する点において、人道的・実利的理由から望ましいことであるとともに、それが基本的人権や女性の地位向上につながることによって、近代化への一つの手段として有効なものである。しかし、まず経済・社会条件を改善しないかぎり、家族計画に多くを期待できないということである。こうした主張は、経済社会計画優先の方向で“家族計画を超える”という考え方に結びつくものであ

16) インドの新しい人口政策の内容については、つぎの情報参照。

「インドの人口問題について」世界と人口、No. 38, 1976年6月号、家族計画国際協力財団。

17) 家族計画の効果をめぐる論争をまとめた論文として、つぎの文献が便利である。

Bernard Berelson, *The Great Debate on Population Policy, An Instructive Entertainment*, Population Council, 1975 (村松 稔訳, 人口政策大論争—ある有益な頭脳的娯楽, 人口問題研究会, 1976)。

て、その観点からは、さきの7つのカテゴリーのうちの最後の2つ、第6と第7のカテゴリーに結びつく課題である。

4. “家族計画を超えて”

第6のカテゴリーに含まれるソビエト、東欧諸国については、その出生力が1960年代には低下傾向を続け、それが70年代に入って、逆に上昇に転じたという、その特異な動きをどう理解するかが問題である。この場合の接近方法としては、社会主義諸国の人口政策は、ひろく社会福祉政策のなかに位置づけられるという観点が重要であるが、その点で社会福祉政策と人口政策との一般的な関連はどうであろうか。おそらく、社会福祉政策自体は、もともと、生活条件を改善し、それを充足することを目的としており、出生力の変動に対しては、直接的には、抑制的でも促進的でもないといえよう。しかしその社会福祉政策が、家庭や個人のレベルで影響を与える現実的なプロセスを考えると、社会福祉政策に含まれている出産・育児負担の軽減や女子の労働条件の改善といった施策は、家庭婦人が就業することに対して有利に働らくことが明らかであり、むしろ第二次大戦後の社会主義諸国の場合、労働力不足に対して、そのようにして女子の就業促進を必要としていたといえてよい。しかし一たび婦人の社会的進出によって、家庭レベルにおける追加所得が実現すれば、その所得水準を維持するための就業意識が強まり、出産は抑制されることになる。つまり福祉政策の効果は出生抑制的に働らくことになり、実際1960年代を中心に、ソビエト・東欧諸国の出生力は低下傾向を続けたことになる。

このように社会主義諸国で福祉政策が出生抑制的に働らいたことを、さらにその体制的な背景にまでさかのぼって考えてみることも重要である。おそらく、社会主義的に計画化された就労体制のもとでは、個人の労働能力によって競争的に所得を拡大する可能性は限られているので、これをカバーするために家族員の労働によって追加所得を得ようとする意図は、もともと強いはずであり、それが理論的にも制度的にも保証されれば、家庭婦人の就業は強固に持続することになる。しかも社会主義諸国の福祉政策においては、母子保健や家族形成の計画化という観点から、中絶をも含めて家族計画の実践が認められており、出産と就業との自由な選択が可能である。結局、図式的に言えば、社会主義体制下における競争の制限と福祉政策の充実が、家庭レベルでみれば、追加所得の源泉として家庭婦人の就業が歓迎されて、出生は抑制されることになり、これと対照的に言えば、資本主義体制下では、所得分配の不均等と福祉政策の不備が追加所得を必要とし、これまた出生抑制を導くことになろう。

ところで、社会主義国の場合、このようなプロセスが進行して、その福祉政策が長期的に出生抑制の方向で作用した結果、東欧諸国の多くでは、労働力不足や人口高齢化が国の発展の阻害要因になるという危惧が強まり、1970年代には、逆に出生力回復を期待する政策が採用されるに至った。1973年に、ブルガリア、チェコスロバキア、ハンガリーの各国は、中絶の承認を子供数が2人あるいは3人以上、母親が一定年齢以上の場合に限定する修正を実施し、逆に、結婚・出産・育児・住宅に関する援助は強化している。こうした法的規制と経済的動機づけの両面からの対策が、実際に出生力回復の効果を現わしたのが70年代の傾向ということになろう。問題はこうした効果が続くものかどうかということであるが、実はブルガリアとルーマニアは60年代にすでにこうしたてこ入れをしており、たとえば、ルーマニアの純再生産率は、1966年の0.85に対して、翌97年は1.66へ急上昇となり、その後しだいに低下して、74年が1.25である。70年代の効果については、今後の追跡が必要であるとともに、こうした対策をとっていない東ドイツの低出生力のゆくえも注目されよう。さらに基本的には、このような転換政策が、就業と出産の自由な決定を認めてきたこれまでの福祉政策とどのように整合しうるかにも注目すべきであろう。そして、この点では、第7のカテゴリーである中国の人口政策も世界

の関心を集めており、この場合には国内改革の遂行のうえに立って、出生抑制策をも積極的に推進しているという、まったく特異な政策なのである¹⁸⁾。

中国が積極的に家族計画—計画出産—を取り入れている理由は何であろうか、これは難かしい問題である。もともと社会主義体制のなかで国の近代化を進める場合には、社会福祉政策の推進を基盤として、教育の普及、婦人の地位の向上と就業促進、保健衛生状態の改善といった施策が強力に実施され、それらはいずれも婦人の意識と活動能力とを高めて、長期的には出生率の低下を導くと考えられている。この変化は生産拡大と相まって、過剰人口が貧乏の原因といった帝国主義的押しつけを否定するものであり、人民が一たび自からの運命の主人公になるならば、貧困と後進性とから抜け出て発展を開始することができるという主張と結びついている。もしこの考え方を前提とするならば、直接的な出生抑制策は、理論的にはもちろん、実際にも登場の余地がないが、しかし現実には、そうした理論的なプロセスや局面に先立って、前近代的社会からの解放、生活の向上と保障といった画期的な変化が、さし当っては多産に結びつく可能性を持つといえよう。なぜならば、古い経済社会の崩壊は、これまで過重な負担を背負っていた個人の解放と多くの義務の社会的共有化とをもたらすものであって、それは個人と家庭のレベルでは、早婚と出産に結びつく可能性を含むからである¹⁹⁾。こうした段階を経過するに際して、家族計画を導入することは、おそらく、現実に必要であるとともに、個人の責任意識の改革としても意味をもつことになろう。実際、中国政府自身、物的生産においても、人口再生産においても、無計画は認められないという考え方に立っており、その人口政策は、計画された人口増加を実現することが目的であり、そのために、医療・保健・母子福祉の活動が強化されるとともに、計画出産をとおして、出生率を調節する対策が実施されていることになる。中国の出生率は、このような計画出産の普及ですでにかなり低下しつつあるといわれるが、その先に来るものは何であろうか。われわれは東欧諸国が再び出生力回復策に向かったことを知っているが、中国の場合にも、そうした局面が起りうるのであろうか。世界最大規模 8 億 6000 万 (1976 年) の中国人口は、どのような人口政策をとるにしても、その影響は中国だけにとどまらず、世界全体に大きな波動をひき起こすことが明らかである。

結 び

以上、現状で判断した特徴から、各国の出生力変動とその若干の問題点について展望したが、1970 年代に入ってから的人口政策と人口変動は、何らかの急激な転換をはじめた可能性が強い。今後、そうした激しい変化を注意深く追跡することが必要になったが、その前提として、これまでにみられた実態を概観することがこの小論の目的としたところである。

18) 中国の人口政策については、つぎの論文参照。

岡田 実「中国の人口政策」、南 亮三郎編、中国の人口増加と経済発展、アジア経済研究所、1970；加藤寿延「アジア的人口増加と国連『世界人口会議』—開発計画の人口政策的視点から—」、アジア経済、16—5、1675。最近の情報については、“People”, Vol. 1, No. 4, 1974; Vol. 2, No. 2 1975; Vol. 3, No. 3, 1976, International Planned Parenthood Federation, 各号参照。

19) G. ハーディンは、この考え方を“コモンズの悲劇”として発表した。コモンズはイギリスにかつてあった共同放牧場のことであるが、そこで自由に放牧できることは結局誰も責任をとることなく、コモンズを荒廃消滅させるということであって、海洋資源や地球の環境など、この悲劇に陥る危険があることを強調する。それとともに、人口増加もまた、福祉国家においては子どもの養育が家族の責任から国のそれへ移されることによって、ますます増加が早くなると主張する。福祉国家が一つのコモンズになるということである。Garrett Hardin, “The Tragedy of the Commons, Science, December 13, 1968; (G. ハーディン, 「人口爆発と環境問題」望月欣二・吉良竜夫・岩城英夫編, 環境の科学, 日本放送出版協会, 1972 参照)。

Recent World Fertility Trends and Their Implications

Hidehiko HAMA

Fertility changes in many countries of the world in 1960's and 1960's may be divided into four groups, that is, (1) high fertility levels of 40-50‰ have been kept as seen in major part of Asia, Africa and Latin America, (2) in 1970's the upward fertility trends can be seen in the socialistic countries, (3) in several European countries the downward tendencies of fertility in 1960's have been accelerated in 1970's, and (4) there are some Western countries where declining tendencies of fertility are still slow in 1970's.

It can be said that these fertility trends reflect strongly population policies adopted by the governments. We can divide these population policies into seven categories mainly according to the attitude towards family planning.

〈1〉 Knowledge and practice of family planning have been disseminated on the basis of modernized thought on home life (the Western countries).

〈2〉 Birth control was realized with legalized abortion influenced by the difficulties in the postwar period (Japan).

〈3〉 Family planning are being promoted by the government in order to restrain the rapid population increase (most Asian countries).

〈4〉 Some Asian countries are adopting policies of social welfare which give privilege to the lower parity children and of compulsory adaptation of birth control (Singapore, India and South Korea).

〈5〉 High level of fertility is recognized in connection with the new international economic order and the labour force shortage (Latin America).

〈6〉 Recovery of fertility is being aimed because socialistic welfare policies have resulted in low level of fertility (eastern European countries).

〈7〉 Social reform and planned birth are promoted though "overpopulation" theory is rejected (China).

Among these categories, 〈1〉 to 〈4〉 countries recognize birth control and 〈5〉 to 〈7〉 deny it. Political organizations of 〈1〉 to 〈5〉 differ from those of 〈6〉 to 〈7〉. In this respect population policy in the socialistic countries seems to be neutral to birth control, but social securities such as women's right to work and birth subsidies in connection with equality principle of income may result in smaller family size in order to keep the income level as high as possible. On the contrary, it would be said that in the capitalistic countries inequality of income distribution and insufficiency of social welfare lead birth control.