

第1章 少子化社会に至るまでの経緯と少子化問題への対応

近年、日本では少子化問題に対する関心や懸念が高くなってきている。しかし、日本の出生率の低下は1950年代から一貫して見られる現象であり、少子化社会に至るまでにはさまざまな経緯を踏んできた。

そこで第1章では、日本政府が明治維新以降、人口を操作するために国民の生殖にどのように介入してきたのかその歴史を振り返り、それが現在の少子化傾向にどのように影響しているのかを考察する。そして近年の少子化傾向について、厚生労働省が公表した資料や報告、政策、人口問題における専門家の論説などを参考にしながら、少子化が急速に進行しているその原因を整理し、厚生労働省が少子化問題の解決のためにどのような取り組みをしているのかを考察する。

第1節 少子化社会に至るまでの経緯

1. 明治初期から第二次世界大戦までの人口増加政策

明治時代以降の歴史をみると、時代によって意図する目的は異なっていたが、政府はさまざまな形で国民の生殖へ介入し、生まれる子どもの数や質へ影響を与えてきた。

日本が国家としてはじめて国民の生殖へ介入したのは1868年（明治元年）で、太政官布告により、「産婆の仕事は助産に限定し、産婆による中絶を禁止する」という内容であった（米津1998、59頁）。これを期に、国として国民の生殖を統制する動きがはじまった。1880年には刑法「墮胎ノ罪」が成立し、人工妊娠中絶を犯罪として刑罰の対象とした。そして、1894年には日清戦争が勃発し、これを境に人口増加政策が強化されることになる。日露戦争（1904年）後の1907年には刑法の改正で墮胎罪は重罪化され、この法は現在も存在しつづけている。「墮胎ノ罪」は、「妊娠中の女性が薬物やその他の方法で墮胎したときには1年以下の懲役、墮胎させた者については2年以下の懲役で、墮胎によって妊娠女性を死傷させた場合には、3ヶ月以上5年以下の懲役を課する。さらにその墮胎を実施した者が医師、産婆、薬剤師または医薬品販売業者だった場合には、懲役期間は3ヶ月以上5年以下となり、妊娠女性を死傷させた場合には6ヶ月以上7年以下の懲役を課する。女性の承諾を得ないで墮胎し、女性を死傷させた場合は、傷害の罪と比較して、重刑により処断する」¹という内容である。

このように妊娠中絶を刑法で罰することにより、国は国民の性と生殖を支配し、生まれる子どもの数を調節できるようになった。当時、「母体の生命に関わる場合」など限定的に墮胎は認められていたものの、厳しい審査と届け出が必要とされた。そして国は生まれ

る子どもの質にも目を向け、悪い遺伝子を持つ子どもの誕生を防ぎ、健全な素質を持った子どもを殖やして国民の質をあげるようと、1940年「国民優生法」を制定した。当時の国民優生法についての厚生大臣の上程説明は次のようなものであった。

「国民優生法案の目的とする所は国民素質の向上を図り、之に依って国家将来の発展を期せんとするにある。此の目的を達成するため、一面に於ては悪質なる遺伝性疾患の素質を有する国民の増加を防遏すると共に、他面に於ては、健全なる素質を有する国民の増加を図らんとするものである。元来素質の優秀であることは光輝ある二千六百年の歴史の如実に之を示す所であるが、現下の時局に際会して、興亜の大業を完成し、将来愈々其発展を期せんが為には、我が国民の優秀性を保持するは固より益々是が増強に努むことは、今日、緊急の用務を存するのである。我が国民体力の現状を見るに、近来その低下の傾向が見受けられ、其素質よりも亦自然に之を放置して置く時は、次第に低下するのではないかと懸念せられる。而して国民全体の向上を期せんがためには単に環境の改善による後天的素質の向上を図るに止らず、更に進んで根本的に国民の先天的素質の向上をも期する事が肝要であると存するのである。今我が国民の先天的素質に就き検討を加へて見るに、不健全なる素質、殊に悪質なる遺伝性疾患の素質を有する向が、漸次増加するの傾向が見える。是等の遺伝性悪疾が遺伝して、子孫に其の発病を見ることは、啻に患者又は患者を有する家族の悲惨なる苦痛となるのみならず、之を国家的に見ても欺くの如き悪質なる素質が遺伝して行くなれば、将来国家発展の上に、洵に憂慮すべき事態が齎されることに相成らうかと存するのである。以上の理由を以て本法を提出するに至った次第である。

又本法案においては悪質なる遺伝性疾患の素質を有する者は、綿密なる審査を受けた後に、必要と認めらるる時には、優生手術すなわち生殖を不能ならしむ手術を受けることを認めたのであって、之に依って悪性の遺伝的素質が将来の国民の中に増加することを防止せんとするものである。尚是と関聯して避妊手術又は妊娠中絶等の如き行為の濫用せられることを嚴重に取締り、以て健全なる素質を有する国民の人為的減少をなす原因を除き人口増加にも質せんとするのである。」(太田 1976 : 77-78 頁)。

このように国民優生法によって、遺伝性疾患を患う者に限って不妊手術(優生手術)²することを奨励し、一方では、それ以外の人々の不妊手術や妊娠中絶等を禁止した。この国民優生法は、ナチス・ドイツの断種法にならい、優生学的理由による中絶や断種の対象を抽象的に規定し、相当広範囲の疾病に適用した(太田 1980 : 153 頁)。しかし、「この国民優生法は主目的である悪質遺伝子防止もたいして実施されず、国民資質向上に役立つほどのこともなく、人口政策の面でも中絶をある程度おさえたとはいえ、男のほとんどが戦場へ引き出されたため、畑はあっても種不足で、出生は減少する一方であった」と太田は述べている(太田 1980 : 157 頁)。

また、1937年に日中戦争が勃発し戦時体制に入ると、政府機関は人口問題を研究し、そこから人口政策の立案を検討する必要が出てきた。そのため、厚生省の付属機関として人口問題研究所が設置された。そして、戦争遂行のために人的資源の確保するという目的で、「産めよ、殖やせよ」のスローガンのもとに、「人口政策確立要綱」が1941年に閣議で決定された。この要綱の理念は次の4つである。

- 1)人口の永遠の発展を確保する。
- 2)人口の増殖力及びその質を高めて他国を凌駕する。
- 3)高度な国防のために兵力及び国力を確保する。
- 4)東亜諸民族の上に立つべく、指導力をもつような適正な人材を得て配置する（久保1997：224頁）

この理念のもと、人口増加政策が実施され、具体的には1941年以降の10年間に婚姻年齢を3年早め、一夫婦あたりの子どもの数を平均5児に達するようにした。さらに、独身者の税負担を大きくし、家族手当制度の実施、多子家族を表彰し、避妊や墮胎等の産児制限の禁止を掲げた。「人口政策確立要綱」が閣議決定された1941年の12月には、日本は第二次世界大戦に突入し、この政策は国民に強制されるようになった。

2. 第二次世界戦後の人口増加抑制対策

しかし1945年、日本は敗戦を迎える。第二次世界大戦直後は、災害がひろがり、経済や社会が混乱していたことも加えて死亡率がきわめて高かった。そして、1946年には出生に対する死亡超過は100万人前後に達している。このような状況の中、統計局は、終戦からの10年間で日本の人口は6000万に縮小する見込みであると推計し、厚生省はさらに悲観的で、10年あるいは20年以内に5000万に減少すると推定していた（トイバー1964：402頁）。しかしこれらの推計は、戦後の混乱の影響を受け、人口分野の研究にもさまざまな弊害があったために正確な分析が行えていなかったと推測され、実際の状況はかなり異なっていた。統計組織が回復し、経済安定本部統計研究会の人口分科会によって1946年から1950年までの人口推計が行われると、1946年以降、出生率は増加し、死亡率が急速に低下したこともあって、人口が増加していることが明らかとなった。1947年から1949年には最初のベビーブームも迎えている。ベビーブームは、結婚の増加とそれに続く出産の増加によって起こり、結婚の増加は結婚適齢期の男子が海外にあった戦地から引き上げてきたのが主な原因とされている。20歳から34歳までの男子人口をみると、戦争末期の1944年には戦前の1935年と比較して著しく減少していたが、1947年の国勢調査ですでに戦前の状態まで回復していた（岡崎1999：34-35頁）。

そして、日本の人口は、今後、自然や人工の災害に見舞われることがない限り、急速に

自然増加すると予測された（トイバー1946：204頁）。当時、日本は敗戦によって領土が縮小され、一方では戦地から引揚げてくる者もあり、住宅事情の厳しさ、雇用機会の不足、食糧不足などから人口増加の抑制に努める必要性があった。

このような経緯から、戦後、産児調節への注目が集まるようになった。国民の実生活においても戦後の混乱の中で多産が家計も逼迫する状況にあり、国民の間にも産児調節を必要とする雰囲気広がっていた。この時期、非合法の中絶も増加して、その結果、子宮穿孔、細菌感染死亡例も次々におこった（太田1980：159頁）。1948年1月には、「寿産院事件」も起こり、東京の寿産院院主が1944年以来、新聞、雑誌広告等で嬰兒を貰い受け、当時までに204人中、103までを不完全保育によって死亡させた犯罪容疑によって強制収容された。この大部分は、終戦以来急激に増えた不義の子であり、同院主夫婦は、世相の乱れを利用して、これらの親の弱みにつけこみ、多額の金をまき上げていたことが明るみに出された（太田1980：161頁）。このような経緯もあり、1948年、「墮胎ノ罪」を残したまま中絶を合法化する優生保護法が成立した。優生保護法の理念は「優生上の見地から不良な子孫の出産防止と母性の生命健康の保護」であり、具体的には「優生手術（不妊手術）」、「人口妊娠中絶」を認め、さらに本法の第15条では「受胎調節の実地指導」について言及した。そしてこの「優生手術」と「人口妊娠中絶」の増加、および「受胎調節」の拡大が、その後の日本の出生率に大きな影響を及ぼしている。

そこで、次に「優生手術」「人口妊娠中絶」「受胎調節」の側面から、出生率にどのような変化を及ぼしてきたのかを考察する。

(1) 優生手術（不妊手術）

優生手術とは、優生上の理由により生殖腺を除去することなしに、生殖を不能にする手術のことを指す。「優生保護法」には「不良な子孫の出生防止と母性の生命健康の保護」というように優生上の理由が含まれていたが、この優生上の理由を削除するため1996年「母体保護法」に改正され、その際「優生手術」という呼称も「不妊手術」に改められた。

優生手術を行うことは、1940年の「国民優生法」の中ですでに定められていた。しかし、1948年に承認された「優生保護法」は、「国民優生法」よりもさらに優生政策を強化する内容となった。具体的には、優生手術の対象が「国民優生法」では遺伝性疾患患者に限定されていたのに対し、「優生保護法」ではハンセン病患者もその対象となり、本人の同意なしに不妊手術を行う規定が盛り込まれていた。

「国民優生法」があった1941年から1947年までの優生手術³の実施状況は表1.1の通りである。

表 1.1 優生手術実施状況 (1941年 - 1947年)

年度	男	女	合計
1941	47	47	94
1942	83	106	189
1943	62	90	152
1944	0	18	18
1945	0	1	1
1946	20	39	59
1947	5	20	25

出所：太田典礼(1980)『墮胎禁止と優生保護法』、158頁。(厚生省調査から)

これに対し、表 1.2 を見てもわかるように、1950 年以降は、一年間に実施される優生手術の数が 1 万 1000 件を超え、多い時では、年間に 4 万 4000 件を超えるほどになった。詳細をみると 1950 年には 5,695 件だったのに対し、5 年後の 1955 年には 43,255 件と急激に増加し、1960 年には 38,722 件となっている(表 1.2 参照)。その後、実施件数は年々下降し、現在は実施件数はそれほど多くない。2000 年一年間の手術の実施件数は、3,735 件である。

表 1.2 戦後の不妊手術数 (1948年 - 2000年)

年度	不妊手術数	年度	不妊手術数	年度	不妊手術数
1948	926	1966	22,991	1984	8,194
1949	5,749	1967	21,464	1985	7,657
1950	11,403	1968	18,827	1986	7,729
1951	16,233	1969	17,356	1987	7,347
1952	22,424	1970	15,830	1988	7,286
1953	32,552	1971	14,104	1989	6,984
1954	38,056	1972	11,916	1990	6,709
1955	43,225	1973	11,737	1991	6,138
1956	44,485	1974	10,705	1992	5,639
1957	44,400	1975	10,100	1993	4,970
1958	41,985	1976	9,453	1994	4,466
1959	40,092	1977	9,520	1995	4,185
1960	38,722	1978	9,336	1996	3,804
1961	35,483	1979	9,412	1997	4,401
1962	32,434	1980	9,201	1998	4,203
1963	32,666	1981	9,516	1999	3,969
1964	29,468	1982	8,442	2000	3,735
1965	27,022	1983	8,546		

出所：1948-1949 厚生大臣官房統計調査部(1950)『昭和 24 年度 衛生年報』、90 頁。

1950-2000 国立社会保障・人口問題研究所(2002)『2001/2002 人口の動向 日本と世界人口統計資料』、70 頁。1972 年以前は沖縄県を含まない。

日本の戦後の不妊手術をみると、不妊手術の件数は一時的には増加したが、それでも海外の実施件数と比較した場合、圧倒的にその数は少なく（Coleman1992：p.8）、日本の出生率の低下に大きく影響したとはいえない。また1974年、子どもを一人以上持っている夫婦の中で避妊目的のために不妊手術を受けたのは、11.7%と報告されている（Coleman1992：p.9）。このような点からも、日本における不妊手術は出生調整のためというより、優生学的な目的が強かったことがわかる。

(2) 人工妊娠中絶

戦後、家族計画に対する啓蒙活動が展開される中、人口増加を抑制する意図と、戦後の闇中絶を防止するために、「墮胎ノ罪」を残したまま、1940年の「国民優生法」にかわって、1948年7月13日に「優生保護法」が施行された。これによって合法的に人工妊娠中絶が実施されるようになった。中絶を認める内容として、1948年の「優生保護法」の中では、第三章の「母性保護」という項目で以下のように定められていた。

優生保護法（昭和23年7月13日 法律第156号）

第三章 母性保護

（医師の認定による人工妊娠中絶）

第十四条 都道府県の区域を単位として設立された社団法人たる医師会の指定する医師（以下「指定医師」という。）は、次の各号の一に該当する者に対して、本人及び配偶者の同意を得て、人工妊娠中絶を行うことができる。

- 一 本人又は配偶者が精神病、精神薄弱、精神病質、遺伝性身体疾患又は遺伝性奇形を有しているもの
- 二 本人又は配偶者の四親等以内の血族関係にある者が遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱、遺伝性精神病質、遺伝性身体疾患又は遺伝性奇形を有しているもの
- 三 本人又は配偶者がらい疾患にかかっているもの
- 四 妊娠の継続又は分娩が身体的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの
- 五 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの

2 前項の同意は、配偶者が知れないとき若しくはその意思を表示することができないとき又は妊娠後に配偶者がなくなったときには本人の同意だけで足りる。

3 人工妊娠中絶を受ける本人が精神病又は精神薄弱者であるときは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十条（後見人、配偶者、親権を行う者または扶養義務者が保護者となる場合）又は同法第二十一条（市町村長が保護者となる場合）に規定する保護者の同意をもって本人の同意とみなすことができる。

資料：生命操作辞典編集委員会編(1998)『生命操作辞典』74頁。

このように、1948年に「優生保護法」によって人工妊娠中絶が合法化されたが、翌年1949年にはさらに改正され、「優生保護法」の第十四条四に「経済的理由」が加えられた。これは日本の貧困状態を考慮し、各地からよせられた陳情書、請願書あるいは決議文を踏まえて、「貧困を土台として人工妊娠中絶を許すという範囲を設けなければいけない」との判断から追加された（岡崎 1999：37頁）。このように経済的な理由で中絶が認められることによって、日本における人工妊娠中絶は実質上解禁となった⁴。

また1948年の優生保護法では、医師が中絶を母体保護上必要であると認めても、本人及び配偶者の同意を得て、地区優生保護委員会に中絶実施の可否に関する審査を申請する必要があったが、1949年の優生保護法の改正ではこの審査も簡易化された。さらに1952年には、「優生保護法」に掲げられた条件に該当する者の中絶が、指定医師の認定と、本人及び配偶者の同意のみで実施できるようになり、これによって不妊手術や人工妊娠中絶はさらに増加することになった。

この結果、表 1.3 を見てもわかるように、1950年には15.1%であった人工妊娠中絶の実施率が、1955年には50.2%にまで増えている。人工妊娠中絶と対出生比をみると、1953年から1966年まではほぼ60%を越えており、1957年には71.6%を記録している。1970年前後からは一環して30%台を推移し、1990年台以降も30%前後を保っている（表 1.3 参照）。しかし、日本の統計学者や公衆衛生の専門家によれば、実際の中絶の件数はこの2倍から4倍もあるのではないかと推測されており、その理由は、報告しないことによって中絶実施者は課税の対象とならない医療費を稼ぐことができ、加えて、中絶がほとんど私立医療機関で実施され、監視機関の目から容易にのがれることができるからだと述べている（Coleman 1992：p.4）。

このように、1948年に「優生保護法」が公布され、中絶が実質的に合法化されたことで、出生率の低下が加速され、それが現在の少子化社会にも大いに影響を及ぼしている。

表 1.3 人口妊娠中絶数

年度	中絶実数	出生総数	実施率(%)	中絶数対出生比(%)
1950	320,150	2,337,507	15.1	13.7
1951	458,758	2,137,689	21.3	21.5
1952	798,193	2,005,162	36.3	39.8
1953	1,068,066	1,868,040	47.7	57.2
1954	1,143,059	1,769,580	50.2	64.6
1955	1,170,143	1,730,692	50.2	67.6
1956	1,159,288	1,665,278	48.7	69.6
1957	1,122,316	1,566,713	46.2	71.6
1958	1,128,231	1,653,469	45.6	68.2
1959	1,098,853	1,626,088	43.6	67.6
1961	1,035,329	1,589,372	40.6	65.1
1962	985,351	1,618,616	37.8	60.9
1963	955,092	1,659,521	35.7	57.6
1964	878,748	1,716,761	42.1	51.2
1965	843,248	1,823,697	30.2	46.2
1966	808,378	1,360,974	28.5	59.4
1967	747,490	1,935,647	26.0	38.6
1968	757,389	1,871,839	26.0	40.5
1969	744,451	1,889,815	25.3	39.4
1970	732,033	1,934,239	24.8	37.8
1971	739,674	2,000,973	24.9	37.0
1972	732,653	2,038,682	24.5	35.9
1973	700,532	2,091,983	23.2	33.5
1974	679,837	2,029,989	22.4	33.5
1975	671,597	1,901,440	22.1	35.3
1976	664,106	1,832,617	21.8	36.2
1977	641,242	1,755,100	21.1	36.5
1978	618,044	1,708,643	20.3	36.2
1979	613,676	1,642,580	20.1	37.4
1980	598,084	1,576,889	19.5	37.9
1981	596,569	1,529,455	19.5	39.0
1982	590,299	1,515,392	19.3	39.0
1983	568,363	1,508,687	18.5	37.7

年度	中絶実数	出生総数	実施率(%)	中絶数対出生比(%)
1984	568,916	1,489,780	18.5	38.2
1985	550,127	1,431,577	17.8	38.4
1986	527,900	1,382,946	17.1	38.2
1987	497,756	1,346,658	16.0	37.0
1988	486,146	1,314,006	15.6	37.0
1989	466,876	1,246,802	14.9	37.4
1990	456,797	1,221,585	14.5	37.4
1991	436,299	1,223,245	13.9	35.7
1992	413,032	1,208,989	13.2	34.2
1993	386,807	1,188,282	12.4	32.6
1994	364,350	1,238,328	11.8	29.4
1995	343,024	1,187,064	11.1	28.9
1996	338,867	1,206,555	10.9	28.1
1997	337,799	1,191,665	11.0	28.3
1998	332,220	1,203,147	11.0	27.7
1999	337,314	1,177,663	11.3	28.6
2000	341,146	1,190,547	11.7	28.7

出所：出生総数：厚生大臣官房統計調査部編(2002)『国民衛生の動向』、40頁(厚生労働省「人口動態統計」から)

人工妊娠中絶件数：国立社会保障・人口問題研究所(2002)『2001/2002人口の動向 日本と世界 人口統計資料集』(2002)、70頁。1972年以前は沖縄県は含まない。人工妊娠中絶実施率は15歳から49歳女子人口について。対出生比は出生100に対する中絶数。

(3) 受胎調節

「優生保護法」の検討の段階では、不妊手術や人工妊娠中絶の乱用は極力さけるべきであるという考え方を支持する人が多く、受胎調節の実行を普及させる案が有力とされた。しかし、これにも難色を示す声は少なくなかった。その理由は、高い教育水準を持ち、経済的にも恵まれた人々だけが受胎調節を実行し、貧しい者や教育水準の低い者には受胎調節が普及せず、貧困層などだけが增加することが懸念されたからである。また受胎調節の普及は、性道徳に悪影響をもたらす可能性があるとも考えられた(トイバー1964:403頁)

しかし、人口問題研究会の人口対策委員会は「夫婦にとって家族計画を行うことは、生活水準と健康状態を維持、向上させることにつながり、子ども数および出生間隔を計画的に決定できることの利点が強調され、その方法は受胎調節によるべきであり、人工妊娠中絶と不妊手術の濫用は極力防止されるべき」という見解を述べた(トイバー1964:409頁)。結局1948年の「優生保護法」には、避妊を含む「受胎調節の実地指導」、結婚相談や遺伝

などに関する相談、また、受胎調節に関する適正な方法の普及を目指す「優生保護相談所の設置」の項目が盛り込まれ、政府関係各機関が避妊具の普及と受胎調節に対する啓蒙を全国に広めた。

毎日新聞社人口問題研究会は1950年から「全国家族計画世論調査」を実施しているが、この中で避妊の実行割合について次のような結果を得ている（表1.4参照）。全国の50歳未満の妻のうち、現在（避妊を）実行している、もしくは前に（避妊を）実行したことがあるを合わせた割合をみると、第一回調査（1950）では29.1%だった（岡崎1999：39頁）のに対し、第5回調査（1959）では62.5%、第9回調査（1967）では72.2%、第11回調査（1971）では72.8%まで増加している。この数値をみても、受胎調節が急速に普及していった様子を伺い知ることができる。

また、1997年度の第11回出生動向基本調査では、避妊の実行状況をたずねている。その結果をみると、妻の年齢が20歳から45歳の夫婦のうち、調査時点で避妊を実行している夫婦は60.4%であり、現在は避妊を実行していないが、過去に経験のある夫婦は21.2%であり、妻の8割が避妊を経験していることになる（表1.5参照）。

表 1.4 避妊の実行割合（1950-2000年）

年 度	現在実行している	前に実行したことがある	一度も実行したことがない	その他・無回答
第1回(1950)	19.5	9.6	63.6	7.3
第5回(1959)	42.5	20.0	33.1	4.2
第9回(1967)	53.0	19.2	23.1	4.7
第11回(1971)	52.6	20.2	16.8	10.4
第14回(1977)	60.4	19.4	13.3	6.9
第17回(1984)	57.3	23.4	16.5	2.8
第20回(1990)	57.9	20.4	16.5	5.1
第22回(1994)	58.6	19.8	15.4	6.2
第24回(1998)	54.1	23.1	16.7	6.2
第25回(2000)	55.9	20.3	19.3	4.5

出所：国立社会保障・人口問題研究所(2002)『2001/2002 人口の動向 日本と世界 人口統計資料』、70頁。（毎日新聞社人口問題調査会『日本の人口 戦後50年の軌跡：毎日新聞社全国家族計画調査・第1回～第25回調査結果』による。）

表 1.5 妻の年齢別、避妊の実行状況（1997年）

妻の年齢	避妊の実行状況				参考：現在実行率	
	現在実行率	現在不実行		不詳	第7回	第9回
		経験あり	経験なし		(1977年)	(1987年)
20～24歳	45.6%	30.2	18.1	6.0	50.0%	51.1%
25～29歳	53.6	29.6	11.5	5.3	60.2	60.3
30～34歳	59.5	21.6	11.5	7.4	72.0	71.6
35～39歳	68.7	14.4	9.6	7.3	69.4	74.1
40～44歳	66.8	16.1	9.7	7.5	53.1	68.1
45～49歳	54.3	25.1	8.8	11.8	22.9	45.2
総数	60.4%	21.2	10.3	8.2	57.3%	64.6

出所：国立社会保障・人口問題研究所編（1998）『平成9年日本人の結婚と出産 - 第11回出生動向基本調査 - 』、厚生統計協会発行、33頁。

日本の避妊の特徴であるが、Colemanによれば、日本では、特にコンドームと性周期利用法⁵が一般的であり、1974年の調査では、避妊している妻のうちコンドームに頼っているのは全体の4分の3にも達し、おそらくコンドームは使用率は世界1であろうと述べている（Coleman 1992:p9）。Colemanは、戦後日本の避妊方法の特徴として、ピルの使用など近代的な方法はとられずコンドームによる避妊が中心であること、避妊には中絶と違って医師が関わらないこと、女性が受動的で夫婦間における性役割が顕著であることなどをあげている（Coleman 1992:p17）。

3. 戦後の産児調節運動から少子化への流れ

第二次世界大戦後、出生率が低下しはじめた出生力転換の要因を、阿藤はさらに次の5点にまとめている。第1には、優生保護法による人工妊娠中絶の実質的合法化により、避妊行動の普及を待たずに一挙に「望まない出生」を抑制することが可能になった。第2に、潜在的には、戦前の経済成長にもとづく産業化、都市化、教育水準の向上、乳幼児死亡率の低下などの近代化の進行が、すでに子ども数抑制の動機を育てていたと考えることができる。第3に、敗戦による生活水準の極度の低下が、食糧の絶対的不足を招き、これが子ども数制限を加速する要因となった。第4に、財閥解体、財産税、農地改革、労働三法、民法改正、中等教育の大衆化など、戦後、平等化政策がすすみ、農民、労働者層の間に自分たちおよび子ども世代のための生活改善意欲をもたらし、子ども数制限の動機を生み出した。第5に、敗戦により戦前の権力構造と価値観が崩壊し、個人の欲求が是認されるようになった（阿藤 2000：98-99頁）。

このような要因によって、戦後の復興期（1946年～1954年）に合計特殊出生率は急激

に低下し、高度経済成長期(1955年～1972年)以降はすっかり少産少死が定着した。1950年以降の合計特殊出生率を、人口置換え水準と照らし合わせてみると、その出生力の減少傾向をはっきり見ることができる(表1.6参照)。そして、出生率の緩やかな減少傾向は現在にいたるまで一貫して続き、2001年の合計特殊出生率ははついに1.33にまで落ち込んでいる。

表 1.6 戦後の合計特殊出生率と人口置換え水準の差

年	合計特殊出生率(TFR)	人口置換え水準(PRR)	TFRとPRRの差	年	合計特殊出生率(TFR)	人口置換え水準(PRR)	TFRとPRRの差
1950	3.65	2.86	+0.79	1986	1.72	2.10	-0.38
1955	2.37	2.86	-0.49	1987	1.69	2.10	-0.41
1960	2.00	2.18	-0.18	1988	1.66	2.10	-0.44
1965	2.14	2.18	-0.04	1989	1.57	2.08	-0.51
1970	2.13	2.18	-0.05	1990	1.54	2.08	-0.54
1975	1.91	2.10	-0.19	1991	1.53	2.08	-0.55
1976	1.85	2.10	-0.25	1992	1.50	2.08	-0.58
1977	1.80	2.10	-0.30	1993	1.46	2.08	-0.62
1978	1.79	2.10	-0.31	1994	1.50	2.08	-0.58
1979	1.77	2.10	-0.33	1995	1.42	2.08	-0.66
1980	1.75	2.10	-0.35	1996	1.43	2.08	-0.65
1981	1.74	2.10	-0.36	1997	1.39	2.08	-0.69
1982	1.77	2.10	-0.33	1998	1.38	2.08	-0.70
1983	1.80	2.10	-0.30	1999	1.34	2.08	-0.74
1984	1.81	2.10	-0.29	2000	1.35	2.08	-0.73
1985	1.76	2.10	-0.34	2001	1.33	2.08	-0.75

資料：合計特殊出生率 国立社会保障・人口問題研究所(2002)『2001/2002人口の動向 日本と世界 人口統計資料集』、53頁。

確かに戦後、避妊の知識が与えられ、中絶が合法化されたことによって、出産時期や子ども数を女性自らが決められるようになった。これは、女性にとっては望ましいことである。しかし、中絶の容認も人口抑制の必要性和優生上の理由からであって、国民個々、特に女性の生殖に関する権利を認めたからではない(米津1998:61頁)。すなわち、女性に、出産の時期や、何人子どもを持つかということを選択する権利を認めるために中絶を容認したのではない。また、「優生保護法」を成立させ、産児調節運動に入る前に、政府はこれほど出生率に影響を及ぼすことを予測していたであろうか。例をあげれば、トイバーの報告をみると、「優生保護法」の検討の段階で、人口問題審議会は人口増加およびその将来における増加の可能性について諸事実を提示し、「産児調節は人口増加の抑制に限られた役割しかもたないことを指摘した」と記録している。しかし、「家庭経済およ

び公衆衛生との関連では、家族計画は大きな利益をもたらす」と人口問題審議会は提示した（トイバー1964：403頁）。表1.5に示す1997年の出生動向基本調査における夫婦間の避妊の状況からもわかるように、近年の避妊の実行率は非常に高く、これが出生率に大きく影響を及ぼしているということは明らかである。

しかし、現在出生率が低下してきているのは、人々が出産の時期や子どもの数をコントロールできるようになったことが直接の原因ではない。子どもを産み育てることに対する負担感などが大きく、多くの人々が避妊や中絶によって産まない選択をしているからである。これは、1997年の出生動向基本調査の結果からも伺い知ることができる。結婚持続期間別に予定子ども数と理想子ども数を見ると、すべての群において予定子ども数が理想子ども数を下回っており（表1.7参照）、このギャップは、主に子育てに関する経済的負担、高年齢出産の忌避、教育費に関する経済的負担の3つが大きく影響しているためと分析されている。さらに若い夫婦で理想子ども数、予定子ども数ともやや減少傾向にあり、子ども数3人以上を予定する夫婦も減少していると報告されている（国立社会保障・人口問題研究所1998：35-40頁）。

社会の未来が明るく、人々がこれからも日々豊かな生活をおくることができると確信できるなら、人々は子どもの数を控えることもしなくなると想像される。重要なのは、人々が子どもを持ちたいと思えるような社会環境を実現することであり、そのためには、国や地方自治体が個々の権利や自由を尊重する姿勢を明確に見せることが必要である。出生対策のために、個々の権利や自由を軽んじる社会になれば、人々の社会に対する不満や未来への不安が拡大し、それがさらに、妊娠・出産を抑制させる動機となることが予測される。

表 1.7 結婚持続期間別、平均理想子ども数と平均予定子ども数

結婚 持続期間	平均理想子ども数 (1997)	平均予定子ども数 (1997)
0～4年	2.33人	2.12人
5～9年	2.47	2.12
10～14年	2.58	2.18
15～19年	2.60	2.23
20～24年	2.67	2.21
25年以上	2.58	2.14
総数	2.53人	2.17人

出所：国立社会保障・人口問題研究所編（1998）『平成9年日本人の結婚と出産 - 第11回出生動向基本調査 - 』、厚生統計協会発行、35頁。

第2節 日本の少子化対策

1. 現在の少子化の原因

「少子化」ということばは、『平成4年版 国民生活白書』（経済企画庁 1992）の中にはじめて登場する。「少子化」への懸念が高まった大きなきっかけは、1989年に、1966年、丙午の年の合計特殊出生率 1.58 よりも低い 1.57 を記録したためである。この状況を受けて「1.57 ショック」ということばが生まれ、出生率低下の懸念から、『平成4年版 国民生活白書』の中で少子化の動向が報告された。これによれば、出生率低下の主な原因は、非婚化・晩婚化による影響と、有配偶女子の出生率の低下であると報告されている。そして、非婚化・晩婚化の要因には次の5要因が挙げられている。

- 1) 男女の人口のアンバランス
- 2) 多様な楽しみの増大
- 3) 単身生活の便利さの増大
- 4) 女性の高学歴化
- 5) 女性の就業率の高まり

このような要因の背景には、都市化、成熟化、サービス化、男女機会均等化が進んだことに加え、実質賃金が高くなったことがあると分析されている（経済企画庁 1992：6-9 頁）。

一方、有配偶女子の出生率の低下に影響している要因は次のような点と考えられている。

- 1) 晩婚化によって出産可能な期間が短くなった
- 2) 女性の実質賃金の高まり
- 3) 多様な楽しみの増加
- 4) 育児への精神的負担感の増大
- 5) 子供の将来への不安
- 6) 教育費の増大
- 7) 仕事と家事・育児の両立の難しさ

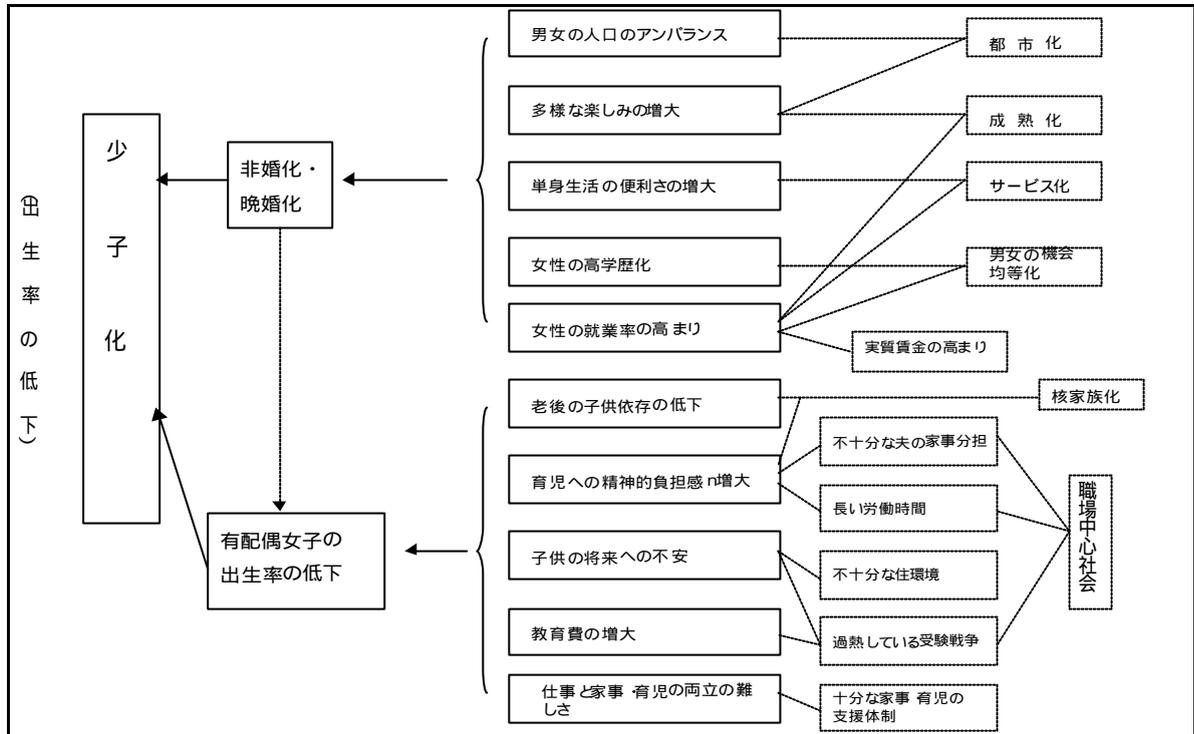
これに加え、夫の家事分担が少ない、長時間労働にみられる職場中心社会、不十分な住環境、過熱している受験戦争などの経済社会的背景を反映しているものと考えられている（経済企画庁 1992：9 頁）（図 1.8 参照）。

このような報告を受けて、少子化に歯止めをかけるための対策として、1995年には「エンゼルプラン」と「緊急保育対策5ヵ年計画」が策定された（阿藤 2000、195 頁）。

1997年2月からは、厚生省（現厚生労働省）が少子化問題を検討する審議会を開催し、少子化の背景や要因の分析を行って、1998年10月に『少子化に関する基本的考え方について - 人口減少社会、未来への責任と選択』と題する人口問題審議会報告書を出した。この報告書の中でも少子化を招いている主な要因は、育児に対する心身、経済的負担感の増大や女性の社会進出に伴い夫婦が出産児数を控える傾向にあること、および若者の価値観

や社会スタイルの変化にともない晩婚化と非婚化が増加しているためと分析されている。

図 1.8 出生率低下の要因 (フローチャート)



(備考) 1. 婚外子、離婚については省略した。
2. 主要と思われる関係を示したものである。

出所：経済企画庁(1992)『平成4年版 国民生活白書 少子社会の到来、その影響と対応』、大蔵省印刷局、8頁。

これを受けて、1998年12月には「少子化への対応を考える有識者会議」から提言が出され、その趣旨を踏まえ、1999年11月、「少子化対策推進基本方針」が策定された。これを皮切りに、その後、「新エンゼルプラン」「健やか親子21」が策定され、また2000年に廃案となったが「少子化社会対策基本法案」が国会に提出されるなど、日本政府として少子化の進行を食い止めるための取り組みが活発化してきている。また、2002年9月には、新たな総合的少子化対策案として「少子化対策プラスワン」が発表され、次期年金改正で、少子化対策を制度設計に取り組む姿勢を明確にし、企業や自治体の計画にあわせて必要な法整備も2002年内に検討するとしている⁶。

2. 政府の対応

次に、少子化に歯止めをかけるために、政府が具体的にどのような施策をたて、具体的に取り組んできたのかを考察したい。1992年に『国民生活白書』の中で、「少子社会」ということばが使われて以来、少子化をめぐるどのような動きがあったのかを、簡単にまと

めると次のようになる。

1992年	『平成4年版 国民生活白書』の中で、国としてはじめて少子社会に対して問題提起される
1994年12月	「エンゼルプラン」策定
1995年	「緊急保育対策等5ヵ年計画」策定
1999年12月17日	「少子化対策推進基本方針」策定
1999年12月19日	「新エンゼルプラン」策定
1999年12月	「少子化社会対策基本法案」臨時国会で提出される (ただし2000年6月、衆議院解散のために廃案となる)
2001年	「健やか親子21」策定
2002年9月20日	「少子化対策プラスワン」の年内検討が発表される

そこで、これらの政府の少子化問題への取り組みについて、さらに詳細をみていきたい。

(1) 少子化対策推進基本方針(1999年12月策定)

少子化対策推進基本方針は、出生率の低下が将来の日本の社会経済に広く深刻な影響を与えることを懸念し、1998年12月の「少子化への対応を考える有識者会議」の提言を踏まえ、政府が中長期的に進めるべき総合的な少子化対策の指針として策定された。この背景には、出生率低下の要因として、結婚についての意識の変化、固定的な性役割分業を前提とした職場優先の企業風土、仕事と子育ての両立の負担感の増大などがあるためと指摘されている。そして、その制約を取り除くために、方針の中で次のような基本的施策案をあげた。

- 1) 固定的な性別役割分業や職場優先の企業風土の是正
- 2) 仕事と子育ての両立のための雇用環境の整備
- 3) 安心して子どもを産み、ゆとりをもって健やかに育てるための家庭や地域の環境づくり
- 4) 利用者の多様な需要に対応した保育サービスの計画的整備
- 5) 子どもが夢をもつてのびのびと生活できる教育の推進
- 6) 子育てを支援する住宅の普及など生活環境の整備⁷

この方針によって、これまで取り組んできた子育て支援策を前進させ、政府全体としての総合的な施策を完成させた。そして、この施策の具体的な実施計画として「新エンゼルプラン」が登場してくる。

(2) 新エンゼルプラン (1999年12月策定)

新エンゼルプランは、1994年に策定された「エンゼルプラン」および「緊急保育対策等5ヵ年計画」(正式名称は「当面の緊急保育対策等を推進するための基本的考え方」)を見直し、さらに、1997年「少子化対策推進関係閣僚会議」で決定した「少子化社会対策基本方針」を受けて、1999年12月19日に策定された。

まず「エンゼルプラン」とは、急速に進む少子化社会が引き起こす諸問題に対応するために、文部省、厚生省、労働省、建設省の4大臣の合意により、具体的実施計画として1994年12月に策定された子育ての支援施策のことである。この計画の正式名称は「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について」だが、一般的に「エンゼルプラン」として知られ、その先の10年間の基本的方向と重点施策を盛り込んでいた。具体的には次のような点があげられていた。

- 1) 子育てと仕事の両立支援
- 2) 家庭での子育て支援
- 3) 子育てのための住宅と生活環境の整備
- 4) ゆとりある教育の実現と健全育成の推進
- 5) 子育て費用の軽減等

(一圓 1999:610 頁)

また「緊急保育対策等5ヵ年計画」は、「エンゼルプラン」の一環として、大蔵省、自治省、厚生省の3省で合意され、1995年から1999年の5年間における実施計画であった。基本的に「当面の緊急保育対策等を推進する」ことに重点を置いており、次のような点を目標にあげていた⁸。

- 1) 低年齢時保育の推進
- 2) 延長保育施設の増設
- 3) 緊急一時保育施設の増設
- 4) 乳幼児健康支援サービス事業の促進
- 5) 放課後児童クラブの増設
- 6) 多機能保育所の整備促進
- 7) 地域子育て支援センターの増設

そして「エンゼルプラン」、「緊急保育対策等5ヵ年事業」を見直し、「少子化対策推進基本方針」の趣旨を受けて策定されたのが「新エンゼルプラン」である。これは、働き方、保育サービス、相談・支援体制、母子保健、教育、住宅等を盛り込んで、大蔵、文部、厚生、労働、建設、自治の6大臣の合意のもとに2004年度までの目標を定めた施策で、正式名称は、「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について」という。これを

一般的に「新エンゼルプラン」と呼んでいる。具体的な内容は次のようになっている⁹。

- 1) 保育サービス等子育て支援サービスの充実
- 2) 仕事と子育ての両立のための雇用環境の整備
- 3) 働き方についての固定的な性別役割分業や職場優先の企業風土の是正
- 4) 母子保健医療体制の整備
- 5) 地域で子どもを育てる教育環境の整備
- 6) 子どもがのびのびと育つ教育環境の実現
- 7) 教育に伴う経済的負担の軽減
- 8) 住まいづくりやまちづくりによる子育ての支援

(3) 健やか親子 21 (2001 年より推進)

また 2001 年度からは厚生省が中心となって「健やか親子 21」を推進している。「健やか親子 21」は、関係者、関係機関・団体が一体となって推進する国民運動計画のことで、21 世紀の母子保健の取り組みの方向性を提示し、同時に、安心して子供を産み、健やかに育てることの基礎となる少子化対策としての意義に加え、少子・高齢社会において、国民が明るく元気に生活できる社会の実現を図るための国民の健康づくり運動（「健康日本 21」の一環となるもの）である。2010 年までの計画で、主要課題としては次のようなことが挙げられている。

- 1) 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進
- 2) 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援
- 3) 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備
- 4) 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減

主な対象は母子保健にあるものの、父親や広く祖父母も含め、親と子が健やかに暮らせる社会づくりを目指すものである¹⁰。

(4) 少子化社会対策基本法案 (1999 年 12 月国会提出、2000 年 6 月廃案)

1999 年 12 月には、少子化対策を法制化しようという動きがあった。これは「少子化社会対策基本法案」というもので、1999 年 1 月、中山太郎が会長となって、社民党・共産党を除く¹¹超党派議員 248 名からなる少子化社会対策議員連盟によってが作成された。最終的には自民、公明、自由、民主、改革の 5 党からの 7 人が提案者となって議員立法として、1999 年 12 月の臨時国会で提出された。最終的にこの法案は、2000 年 6 月の衆議院の解散にともなって廃案となった。

同法案は、男女共同参画社会基本法や高齢社会対策基本法と同様、一般の法律とは異なる

り、具体的施策を示すものではなく、原則的な理念と施策の大枠をうたうものであった。全体としては育児支援の環境づくりと仕事と出産・育児の両立を可能とする社会の形成をめざしていた。

(5) 少子化対策プラスワン（2002年9月、総合的少子化対策案として首相に提出）

2002年1月に公表された日本の将来推計人口で、少子化の進行が予想以上に急速であることが明らかになり、日本政府は年金財政をはじめとする社会保障制度や社会経済全体に深刻な影響が生じるとの危機感を持つようになった。このような状況を受け、首相は、同年5月21日にこれまでの少子化対策の不十分な点を点検し、厚生労働省の枠を超えた幅広い分野で子育てしやすい環境はどうあるべきかなど、少子化の流れを変えるための実効性のある対策を検討することを求め、厚生労働大臣に同年9月中旬をめどに少子化対策の中間報告をまとめるよう指示を出した¹²。そして、2002年9月20日、「少子化対策プラスワン」が、政府の新たな総合的少子化対策案として、首相に提出された¹³。

「少子化対策プラスワン」の基本的な考え方について、次のように言及されている¹⁴。

「夫婦出生力の低下」という新たな現象を踏まえ、少子化の流れを変えるため、少子化対策推進基本方針の下で、もう一段の少子化対策を推進。

「子育てと仕事の両立支援」が中心であった従前の対策に加え、「男性を含めた働き方の見直し」など4つの柱に沿った対策を総合的かつ計画的に推進。

この考え方からも、「少子化対策プラスワン」は、「少子化対策推進基本方針」、「新エンゼルプラン」より一段すすんだ施策をめざしているといえる。そして、「少子化対策プラスワン」の4つの柱は次のようなものである。

- 1) 男性を含めた働き方の見直し
- 2) 地域における子育て支援
- 3) 社会保障における次世代支援
- 4) 子供の社会性の向上や自立の促進

そして、これらを柱に、政府の新少子化対策の骨子として、次のようなことがあげられている。

働きながら子育てしている人向け

- ・子育て期間中の残業制限
- ・父親が産後最低5日間の休暇取得
- ・短時間正社員制度の普及
- ・数値目標達成のための産業界要請
- ・育児休業取得促進奨励金の創設

- ・待機児童ゼロ作戦の推進
- ・パート向けの保育事業創設
 - 子育てしている家庭向け
- ・親が情報交換する「つどいの場」づくり
- ・子育て支援相談員による情報発信
- ・買い物代行など生活支援サービスの普及
- ・公営住宅などへの多子世帯等の優先入居
- ・保育所を併設した住宅供給の促進
- ・育児期間中の年金額加算
- ・年金積立金を利用した奨学金制度
 - 次世代の親向け
- ・中高生が乳幼児とふれあう場の拡充
- ・体験活動や世代間交流の推進
- ・若者の安定就労の促進
- ・食を通じた家族形成や人間性育成
- ・安全で快適なお産の普及
- ・不妊治療支援策の検討

第3節 少子化に至るまでの経緯と少子化対策を考察して

日本の出生力の変化を、明治維新から現在に至るまで振りかえると、いつの時代にもかならず国民の生殖に関して政府の何らかの介入があり、それによって国民の生殖のあり方が変化してきたのがわかる。第二次世界大戦前には中絶や避妊手術を禁止し、また大戦後には中絶の合法化や産児調節運動によって、政府は国民の妊娠や出産に介入し、それによって出生力の調整を行ってきた。政府の方針は、人々の子ども数や出生に対する考え方も影響を及ぼし、第二次世界大戦前から大戦中にかけては、人々は多産を善しとし、反対に戦後は一環して少産を善しとするようになった。このような政府の介入によって、一時的には目標の出生率を達成し解決を見るものの、出生力は決して都合のいいところで静止することはない。第二次世界大戦で敗戦を迎えた直後には、戦地からの引揚者によって人口が増加し、一転して人口過剰が懸念されるようになったため、政府は中絶を公的に認め、家族計画を普及させた。この中絶や家族計画の普及について、政府は出生増加抑制の目的であることを表面に出していないが、「優生保護法」の制定や家族計画運動の推進の経緯をみると、それが明らかに出生抑制のためであったことを知ることができる。結果的に、戦後、合計特殊出生率は減少し続け、人口過剰に対する懸念は消えたが、反対に出生力の

低下は止まらず、現在は人口減少が問題となっている。

この 10 年くらいの間にみられる少子化に対する取り組みは、過去にみる出生増加政策や出生抑制対策とは異なって、育児支援や雇用環境、育児環境の改善などに中心に取り組み、そこから人々の出産や育児に対する意欲を引き出すことによって出生力の回復をはかろうという方針をとっている。国民が個々の権利や自由を重んじる社会となった日本では、行政機関が人口調整のために国民の生殖の領域に言及すれば、国民との間に摩擦が生じることが予測されるためだ。摩擦を回避するためにも、出生率の低下が問題となっても、行政機関は中絶や避妊など生殖に関連する事柄に言及することを控えている。しかし、一方で少子化対策の中においてこれまでとは違った形で厚生労働省が「生殖」の分野に介入の姿勢をみせている。それは、「不妊治療支援」である。実際に「少子化対策推進基本方針」「新エンゼルプラン」「少子化社会対策基本法案」「健やか親子 21」の中に、不妊について言及する部分がみられる。政府は子どもを望みながらも、不妊のために妊娠や出産できない人に注目し、医療技術を利用して出生力の回復をはろうと考えている。しかし、不妊治療に関連する生殖技術はまだ歴史が浅く、安全面や将来の人の生殖系に対しても、現在まだはかり知ることができない部分も多い。また、不妊治療を受けることによって、すぐに妊娠・出産にいたることは少なく、加えて高額のコストがかかることから、不妊当事者、とくに不妊カップルの妻には長期にわたり心身には大きな負担がかかることになる。さらに医療技術の進歩により、本来、女性の体内においてのみ成立しえた受精が体外でも成立するようになり、卵子や受精卵の凍結も可能になった。これは代理懐胎や閉経を過ぎた後での妊娠も可能としている。これまで中絶や不妊手術の問題においても倫理的・社会的な議論はあったが、不妊治療支援においても、生命のはじまりや、生殖細胞の再利用などをめぐる複雑な問題を伴うことになる。

明治初期から第二次世界大戦で終戦を迎えるまで、日本政府は産児調節を禁止することで国民の生殖を管理しようとしてきた。現在では、中絶や避妊については個人の自由な決定が優先されるが、厚生労働省が少子化対策の一環として「不妊治療支援」に取り組むということは、再び医療技術を拠り所にしながら個々の生殖へ介入することを意味する。そして、この医療技術を拠り所にした生殖への介入が、これまでにはありえなかった親子関係や兄弟関係を生じさせ、精子、卵子、受精卵の取り引きなどを含む倫理的、社会的問題を引き起こしている。そのような状況は、日本の将来にもあらゆる意味で大きく影響を及ぼすことになると予測される。

注

¹ 墮胎の罪 http://www.res.otemon.ac.jp/~yamamoto/be/BE_law_03.htm

<http://www.law.hiroshima-u.ac.jp/jobun/keiho/o-2hen3.htm#o-29sho>

刑法 第29章 墮胎の罪

(墮胎)

第212条 妊娠中の女子が薬物を用い、又はその他の方法により、墮胎したときは、一年以下の懲役に処する。

(同意墮胎及び同致死傷)

第213条 女子の囑託を受け、又はその承諾を得て墮胎させた者は、二年以下の懲役に処する。よって女子を死傷させた者は、三月以上五年以下の懲役に処する。

(業務上墮胎及び同致死傷)

第214条 医師、助産婦、薬剤師又は医薬品販売業者が女子の囑託を受け、又はその承諾を得て墮胎させたときは、三月以上五年以下の懲役に処する。よって女子を死傷させたときは、六月以上七年以下の懲役に処する。

(不同意墮胎)

第215条 女子の囑託を受けないで、又はその承諾を得ないで墮胎させた者は、六月以上七年以下の懲役に処する。

2 前項の罪の未遂は、罰する。

(不同意墮胎致死傷)

第216条 前条の罪を犯し、よって女子を死傷させた者は、傷害の罪と比較して、重い刑により処断する。

旧刑法 第29章 墮胎ノ罪

第212条〔墮胎〕

懐胎ノ婦女薬物ヲ用ヒ又ハ其他ノ方法ヲ以テ墮胎シタルトキハ一年以下ノ懲役ニ処ス

第213条〔同意墮胎〕

婦女ノ囑託ヲ受ケ又ハ其承諾ヲ得テ墮胎セシメタル者ハ二年以下ノ懲役ニ処ス因テ婦女ヲ死傷ニ致シタル者ハ三月以上五年以下ノ懲役ニ処ス

第214条〔業務上墮胎〕

医師、産婆、薬剤師又ハ薬種商婦女ノ囑託ヲ受ケ又ハ其承諾ヲ得テ墮胎セシメタルトキハ三月以上五年以下ノ懲役ニ処ス因テ婦女ヲ死傷ニ致シタルトキハ六月以上七年以下ノ懲役ニ処ス

第215条〔不同意墮胎〕

婦女ノ囑託ヲ受ケ又ハ其承諾ヲ得スシテ墮胎セシメタル者ハ六月以上七年以下ノ懲役ニ処ス

・前項ノ未遂罪ハ之ヲ罰ス

第216条〔結果的加重〕

前条ノ罪ヲ犯シ因テ婦女ヲ死傷ニ致シタル者ハ傷害ノ罪ニ比較シ重キニ從テ処断ス

- 2 1996 年、優生保護法から母体保護法に改正される際に、優生的な理由をとりはずす目的もあり、「優生手術」の名称は「不妊手術」に改名された。
- 3 「優生保護法」が施行されていた当時は「優生手術」の用語が使用されていたが、「母体保護法」へと法律を改めてからは「不妊手術」の用語が使用されている。「母体保護法」第 2 章第 3 条参照。
- 4 中絶は刑法の墮胎罪に触れるが、優生保護法（1996 年に母体保護法に改正）によって条件つきで中絶を可能としてきた。その条件の中に経済的理由がはいることによって、より中絶をうけやすくなった。
- 5 性周期利用法には主に 2 種類の方法がある。ひとつは、「オギノ式」と言われる方法で、荻野久作とドイツの Knaus が別々に発見した方法で、「健康な女性の排卵は予定月経開始前の 12 -16 日の 5 日間に起きる」ということから、逆説的に卵子や精子の受精可能時間を考慮して、受胎しない期間を安全日として捉える。しかし、あくまでも予測推定する方法で、周期の正確である人には有効であるかもしれないが決して確実な方法とはいえない。もうひとつの方法は、「基礎体温法」と言われるもので、朝目覚めたときに口腔内で体温を測定し、日々記録表につけて卵胞期の低温相と排卵後の黄体期に体温が上昇する高温層を知り、高温相移行後 3 日経過すると受精能力はなくなるので安全日と捉える方法（我妻 2002：36 頁）。
- 6 朝日新聞（2002.09.21）「男性の育休取得 10%に 厚労省 目標設け少子化対策」
- 7 「少子化対策推進基本方針（要旨）および、「少子化対策推進基本方針」」
http://www1.mhlw.go.jp/topics/syousika/tp0816-2_18.html
- 8 <http://www8.cao.go.jp/hoshou/whitepaper/summary/2-8-5.html>
- 9 「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について（新エンゼルプラン）」
<http://www.mol.go.jp/topics/topics/syousika/angel02.htm>
- 10 健やか親子 21 検討会（2000.11）『健やか親子 21 検討会報告書』
http://www1.mhlw.go.jp/topics/sukoyaka/tp1117-1_c_18.html
- 11 社民党が「少子化社会対策基本法」の立案に反対した理由を以下のように述べている。基本法「子化の進展に歯止めをかける」とするなど、「産めよ殖やせよ」という考え方を色濃く反映したものとなっており、社民党はこの法律に反対した。社民党は破綻を余儀なくされる「産めよ殖やせよ」政策よりも、安心して子育て・子育てできる社会を構築することが重要だと考える。このために子どもや女性の権利確立を前提に、働きながら子どもを育てる環境づくりに向けた政策を提案する。

-
- ¹² 読売新聞（2002.05.21）「育児休暇に具体目標 首相 9月めど、少子化対策指示」
日本経済新聞（2002.05.21）「少子化対策を指示 首相、厚労相に9月メド中間報告」
毎日新聞（2002.05.21）「少子化対策策定 厚労相に指示 小泉首相」
朝日新聞（2002.05.21）「少子化対策見直し 厚労相に首相指示 9月めど中間方針」
- ¹³ 朝日新聞（2002.09.21）前掲。
- ¹⁴ 厚生労働省（2002.09.20）「少子化対策プラスワン（要点）」
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/09/h0920-1.html>