

台灣社會現象的分析，伊慶春、朱瑞玲主編  
中央研究院三民主義研究所叢刊45，頁 275-310  
78年6月，台灣，台北

## 台灣地區生育調節政策之檢討

孫得雄\*

### 壹、前 言

最近執政黨十三全會所通過的政綱中，特別提到訂定合理人口政策，認為將來應維持適當的人口增加率、重視優生保健、提高人口素質，因而再度引起各方對人口政策的討論與爭議。

討論的焦點在於，臺灣地區人口的生育率已降低到「替代水準」(replacement level)以下，長此以往，人口不但會達到「零」成長，將轉為負成長，因此，為了維持適當人口增加率，不要再強調節育。的確，臺灣地區的的人口，已經達到開發中國家所追求的「普遍避孕」及淨繁殖率為1的人口替代水準；民國75年時避孕實行率已經高達78%，淨繁殖率降至0.78，遠低於替代(遞補)水準(Freemdmann等，1985)。因此，家庭計畫推行工作的存在，受到質疑。但，有些人則認為，如果停止推行家庭計畫，人口增加率將再度提高，使已經很高的人口密度更為提高，加重臺灣地區的人口問題；畢竟一個地區的人口不容許無限制的增加。

將來是否應繼續推行過去的生育調節政策，是一個值得討論的現實問題。如果不再推行，將引起什麼樣的後果？如果要繼續推行，應

---

\* 行政院研考會副主任委員。

該要推行到何時？是否會因生育率的加速降低而提早人口的老化，發生人口的斷層現象？如果人口發生負成長，有沒有可能使生育率再提高，而恢復到「零」成長或低度成長？人口負成長的結果如何？這些一連串的問題，都是制定人口政策時必須考慮的。

本文願藉此機會，對過去的生育調節政策內容及績效，作一個綜合性的檢討，同時提出對制訂將來政策時宜考慮的問題與意見，以供參考。這些意見，都是見仁見智的事，但願意以拋磚引玉的心情提出來，引發更多的思考和更高明的見解以及建設性的建議。

## 貳、過去政策的內容

### 一、政策制定的過程

臺灣光復初期，由於出生率提高，又有大量人口自大陸移入，使人口快速增加；民國 35 年至 40 年的五年間，平均每年增加 5.28%，五年間增加 178 萬或 29%，引起許多關心人士的關切與研究。中國農村復興委員會在蔣夢麟先生的領導下，更印發有關的資料，宣傳人口問題的嚴重性；43 年協助成立中國家庭計畫協會，在一部分軍眷區介紹急救及衛生常識，實際推行家庭計畫工作。民國 48 年開始，臺灣省政府衛生處亦在婦幼衛生保健工作中加入家庭計畫的服務，稱為「孕前衛生」工作。此項工作，首先在南投縣試辦，後來擴大到全省 120 鄉鎮。民國 50 年臺灣人口研究中心成立，除深入研究臺灣的生育力情況外，在臺中市舉辦一項推行家庭計畫的實驗工作，證實民衆需求控制自己的生育，而且大規模的推廣工作可以收到相當大的效果。於是在民國 53 年省政府衛生處成立了「家庭衛生委員會」，實際從事家庭計畫推行工作。

在政策形成方面，遲至民國 55 年 8 月，行政院國際經濟合作發展委員會才向行政院提出人力資源發展計畫專案，建議緩和人口壓力，使人口自然增加率在未來十年內逐漸降低至 20% 左右，並於人口資

源小組內設置人口政策研究小組，請內政部指派召集人，邀集有關機關代表及學者專家，參酌世界潮流及臺灣當時需要，研訂人口政策及有關法案。後經院會決議，人口政策之研擬由內政部負責。內政部乃於55年10月成立臨時性的人口政策委員會，至56年6月先後完成「中華民國人口政策綱領」、「臺灣地區人口調節方案」、及「臺灣地區家庭計畫實施辦法」三種專案。其中「臺灣地區家庭計畫實施辦法」於57年5月17日公布，另於58年4月19日公布「中華民國人口政策綱」，確立我國人口政策，並正式成立中華民國人口政策委員會，主管有關人口政策事宜。人口政策委員會於58年10月完成「優生保健法」草案，呈報行政院，後交由行政院衛生署再研議，遲至73年始經立法院審議通過，自74年1月1日起實施。「人口政策綱領」經於72年1月及77年4月兩次修正。民國72年並公布「加強推行人口政策方案」，亦於77年4月修正，均為推行人口政策的重要依據。

## 二、生育調節政策的內容

生育調節為人口政策重要的一環。初期的人口政策，幾乎是生育調節政策的同義語。72年公布的「加強推行人口政策方案」，亦以緩和人口成長方面之措施較多而且具體可行。

生育調節政策最主要的內容有二，一為家庭計畫的推行，二為社會經濟措施的配合。後者包括法規的修改，以懲罰多生育的行為，起步較晚(72年以後)，雖有實質效果但不易評估，故不作深入討論。有關的措施，可參閱「加強推行人口政策方案」中所規定工作項目。當然，一個地區的社會經濟發展，必然影響當地人口的思想與行為。過去，臺灣地區快速的經濟成長及社會變遷，確實亦改變了有關生育的想法和行為。不過，這些發展並非為了控制生育行為而計劃，而其效果亦難以評估。因此，本文中不作詳細的討論。本文將集中於較狹

義的生育調節政策，即專為調節生育而設的「家庭計畫」。

### 三、家庭計畫推行目標

推行家庭計畫的最終目標，雖然是希望透過避孕方法的應用來調節子女生育數與生育間隔，以達到維護家庭成員的健康，促進家庭幸福，進而促進社會的進步與繁榮，其具體的目標仍以避孕方法的接受數及自然增加率水準或生育率來表示。自民國 53 年以來，臺灣地區一共推行了一個五年計畫、二個三年計畫及一個四年計畫，而目前正在推行第二期四年計畫。各期計畫均訂有具體目標，有如表一所示。

表一 台灣地區家庭計畫推行目標及成績

計畫別	期 間	目 標		成 績	
		自然增加率	接受數	接受數及%	自然增加率(年)
第一期 五年計畫	53年7月至 58年6月	62年降為 20‰	600,000	628,639 (104.8%)	22.7‰ (58年)
第二期 五年計畫	60年7月至 65年6月	65年降為 20‰	1,771,000	1,422,439 (80.3%)	21.2‰ (65年)
第一期 三年計畫	65年7月至 68年6月	68年降為 17.88‰	911,402	1,039,281 (114.0%)	19.7‰ (68年)
第二期 三年計畫	68年7月至 71年6月	71年降為 16.2‰	1,076,301	1,132,568 (105.2%)	17.3‰ (71年)
第一期 四年計畫	71年7月至 75年6月	75年降為 15.9‰	1,615,792	1,572,377 (97.3%)	11.0‰ (75年)
第二期 四年計畫	75年7月至 79年6月	79年降為 12.3‰	789,132 *		

\* 以「家庭計畫單位數」表示。接受一個子宮內避孕器給予 1 至 1.9 個單位數，視接受者現有子女數而定；一個結紮個案給 4~6 單位，亦視其現有子女數而定；分發 10 個月份口服避孕藥或 8 打保險套各給 1 單位。

#### 四、理論依據

一個人的生育行爲，受很多複雜因素的影響；各方面的學者也曾經發展了很多有關的理論。例如，Ronald Freedman (1975) 於1961年發展了一種從社會學觀點的影響生育力模式。他認為有關「子女數的社會規範」及「中間媒介因素」(intermediate variables)的社會規範透過十一項中間媒介因素來影響生育力，(Davis and Blake, 1956) 而這些社會規範則受到社會經濟結構的影響。死亡率透過社會經濟結構、社會規範及中間媒介因素影響生育力。自然和社會環境則直接影響社會經濟結構與死亡率。

經濟學者對生育力的決定因素及其作用，有不同的看法。Harvey Leibenstein(1957) 提出成本效益的模式來解釋一對夫婦如何決定是否生育某一個子女。但，在他最近的一篇論文 (Leibenstein, 1981) 中卻認為，很高比例的生育是「非決定的決定」(non - decision decision) 的結果，也就是消極的或潛意識的決定。另一方面，Becker 與 Willis(Willis, 1973) 強調，在「愛好」(taste) 固定的情形下，收入、代價及子女品質的改變是生育力差異的主要因素。這裡所提的代價 (price) 的改變，包括子女的成本及母親在時間上的「機會成本」(opportunity costs)。Deborah Freedman 則強調社會地位 (social status)，因為它可能代表不同型態的消費，包括子女的生育。Richard Easterlin (1982) 則強調「內在性的愛好的變化」(endogenous taste change)。他認為所有決定生育的因素，都透過以下三項或其中一項而產生作用，即(1)對子女的需要，即期望的子女數；(2) 子女的供應，即在沒有控制行爲的情形下能獲得的活存子女數，及(3) 生育控制的代價，包括生育控制方法的自觀性缺點及其經濟成本。他認為當一對夫婦所能得到子女數超過需要數，而其動機超過生育控制的代價時，將會採取行動來控制其生育。這三項的任何變化，都會影

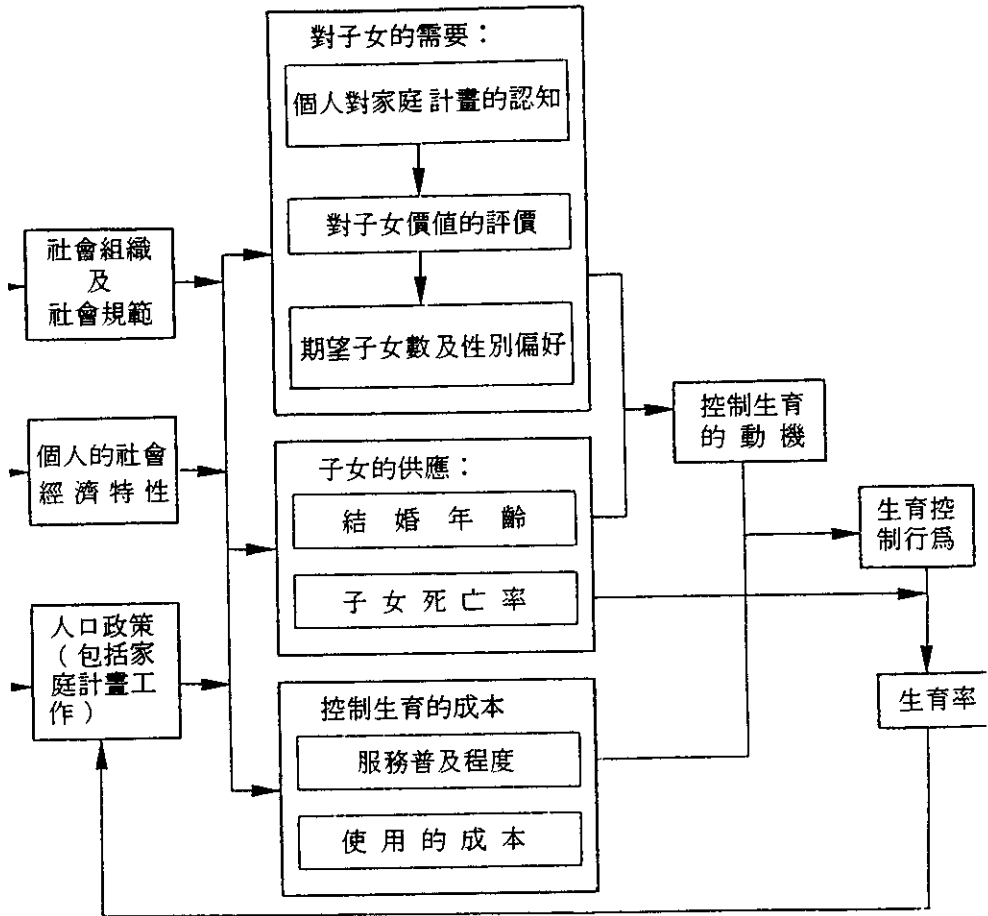
響生育力。他提示，「發展政策」可能對子女的需要程度有影響，公共衛生政策可影響子女的供應；而家庭計畫工作可影響生育控制的成本。

社會心理學者則提出子女的價值與成本的模式來解釋生育行為。其基本的理論是，「子女的價值」一方面受到社會文化及個人背景，以及所認知的可替代子女的事物是否存在等的影響，但另一方面會影響父母生育子女的願望，繼而透過生育控制方法的採用來影響生育力 (Fawcett, Arnold, 1973; Sun, 1982)。這裡，生育力被認為是考慮了可替代子女的事物後，衡量對子女的滿意程度和其成本的淨結果。

臺灣的家庭計畫工作，多少都受到上述理論的影響。不過，在各項影響生育力的因素中，有些是可以用人為的方法來控制的，但有些是不能控制的。對於後者，家庭計畫工作雖然無能為力，但亦有必要了解這些因素的功能，因為它們會影響可以控制的因素。在實際工作上，則針對那些可以影響或控制的因素，擬訂工作計畫，以期導向較低的生育力。這些因素間的關係，雖然非常複雜，為了說明的方便，可以將之簡化如圖一。這個架構是將 Easterlin，及 Bulatao and Lee (1983, 10) 等所提之架構加以修改而成。

此一架構圖表示，人口政策（包括家庭計畫）為生育力變化的人為原動力；它不但影響個人對子女的需要、子女的供應及控制生育的成本等因素，亦會影響兩個根源因素，即社會規範及個人的社會經濟特性。因此，作者過去除了努力推行家庭計畫之外，亦積極參與人口政策的制定，以便透過人口政策來影響更大的層面。事實證明，自從行政院於民國 72 年頒布修改後的「人口政策綱領」及「加強推行人口政策方案」之後，不但家庭計畫工作得到更大的支持，其他各方面的配合亦上軌道，對生育率的降低，有重大的影響。此一改變，乃起源於行政院研考會委託作者所作的一次有關我國人口政策與人口計

圖一 推行家庭計畫以影響生育率之架構



畫的深入探討。其研究結果經行政院研考會的簽報，院會決議提升人口政策委員會的決策層次（由內政部長擔任主任委員）、行政院經建會恢復設置人力規劃小組（現在已提升為人力規劃處）、積極完成優生保健法的立法，而其他較細的建議事項亦均被納入「加強推行人口政策方案」及家庭計畫四年計畫中，對整個過程產生全面性的影響。

家庭計畫工作的功能，主要在於(1)創造調節生育的動機，(2)降低調節生育的成本。對我們國人來說，家庭計畫是一個比較新的觀念，且和我國傳統的「多子多孫多福氣」的想法相抵觸。因此，如何使國人了解家庭計畫的真正意義，是先決要件。如果民衆真正了解家庭計畫的意義及對個人、家庭與社會的益處，必能對自己的生育行為有重新的評估，產生調節生育的動機。另一方面，必須設法普遍提供價廉、安全而有效的避孕服務，以便使已有動機的民衆實行生育調節計畫，降低生活水準。以下就為了達到推行家庭計畫的目標所採的各種措施，作一簡要的介紹。

## 五、推行的方法

臺灣地區家庭計畫工作的推行方法，主要包括兩大方面：第一方面是教育推動的工作，亦即透過各種途徑普遍傳播宣導家庭計畫的知識和觀念，以引起社會大眾認同且產生實行家庭計畫的動機。第二方面則是透過全國性的醫療服務系統，包括各地公私醫院診所、衛生局、衛生所以及其他社區資源，普遍提供有效而方便的避孕方法及避孕醫療服務。茲將此二方面的工作分別介紹如下：

### 1. 教育推動工作的方式包括下列三種

(1)個別教育——目前全臺灣地區有五百多名家庭計畫基層工作人員，遍佈在各地都市、城鎮以及鄉村地區。她們的主要任務是按照地區的婦女名冊實施逐戶的家庭訪視，以面談方式個別指導家庭計畫。



在民風保守的偏僻鄉村，這種面對面的談話是相當有效的教育方式。此外，個別教育尚包括由各地衛生局以專線電話提供諮詢服務，對於不易造訪對象的通信或函授教育，以及透過戶政事務所分發「新婚家庭計畫手冊」等。

(2)團體教育——爲了廣泛有效地推行家庭計畫教育，各地衛生單位經常針對各種不同特性之對象羣體，包括：年輕夫婦、工廠青年員工、學校學生、國軍官兵及後備軍人、地方人士、民間社團（如農會等）成員，以至於阿公阿婆等，分別設計辦理各種教育活動，如演講、座談會、放映影片、圖片展覽、分發宣傳教材及摸彩、有獎徵答等，以求改變大眾的觀念，普及家庭計畫知識。近年來又於每年十二月舉辦擴大宣導月活動，以趣味性、新聞性及生活化之活動，密集加強宣導效果。

(3)大眾傳播媒體與各種教材之運用——爲了普遍促進社會大眾對於家庭計畫的認識與接受，政府亦經常透過大眾傳播媒體，如報紙、雜誌、電視、廣播以及市街與車廂海報等廣爲宣導，同時印製各種教材，如單張、小冊、摺疊卡以及幻燈片、電影片、錄影帶等，配合團體教育活動之運用，有效提高宣導教育效果。此外，若干經過設計的標語，如：「家庭計畫三三二一」（結婚三年生育第一個孩子，再過三年才生育第二個孩子。兩（二）個孩子恰恰好，女孩男孩（一）樣好）等，對於家庭計畫的宣導效果，亦有相當顯著的貢獻。

2. 在提供普及方便的避孕服務方面，主要係透過：

(1)合約醫院診所——目前全臺灣地區已有一千多所公私立醫院診所，包括各地省（縣、市）立醫院、軍醫院、衛生所及具備專業水準的私人開業醫師等，和縣（市）衛生區訂定合約，而成爲家庭計畫服務的合約醫院診所；由政府提供補助經費，使各地民衆可以就近獲得方便、安全而且價廉（或免費——如在公立醫院施行結紮手術）的避孕醫療服務，包括：婦女裝置子宮內避孕器、女性（輸卵管）結紮

及男性(輸精管)結紮等。

(2)家庭計畫門診——各地公立醫院、衛生局及衛生所均設有家庭計畫門診，除了提供上項避孕醫療服務以及有關問題的諮詢指導外，並供應口服避孕藥及保險套等避孕用品(藥品係免費，僅收少額的手續費)。

(3)社區資源及特殊地區性服務——政府為使家庭計畫的服務網點更加普遍密佈，以方便民衆利用，近年來開始透過各地社區資源，如：大型工廠、戶政事務所、開業助產士以及鄉村地區的商店、藥房或地方人士等，普設家庭計畫用品代發站或服務站，由衛生所配合支援，供應口服避孕藥及保險套。並在偏遠地區、高生育率地區定期辦理巡迴醫療避孕服務。

有關教育推動工作與提供避孕服務二者的關係，可表示如圖二。

## 參、執行效果之評價

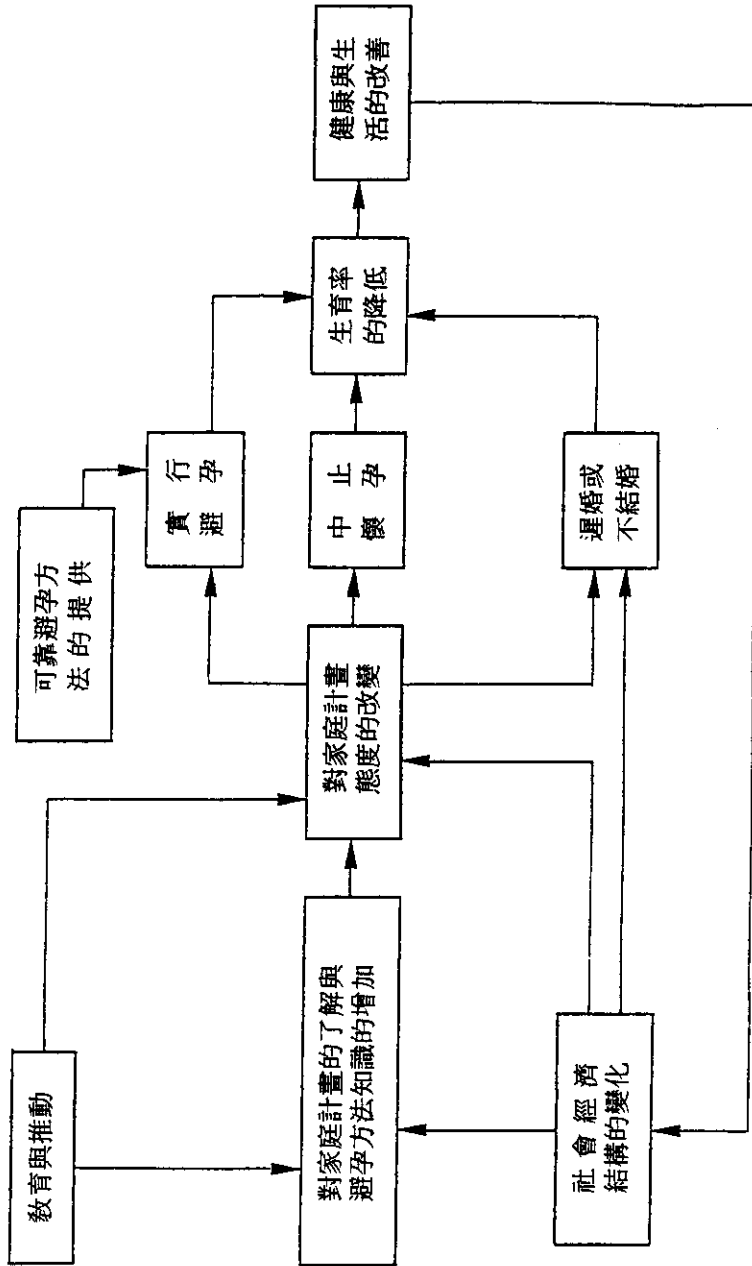
家庭計畫推行工作之效果，可以從幾個不同的層次來評價：一為工作效率與效能；其次為民衆對家庭計畫的知識、態度及實行的改變情形；第三為對生育率的影響；第四為對人口素質的影響。

### 一、工作效率與效能

家庭計畫推行工作的效率，也許可以用每一工作人員平均接受人數、推動每一接受者的平均成本，及為維持一位接受者繼續使用避孕方法的成本等來表示。其效能則可用所避免的嬰兒數及成本來表示。

如表三所示，臺灣地區的家庭計畫，每一工作人員(兼任者換算為年)平均分配到的避孕方法接受者數，自53年的236人增加為74年的360人。58年至59年間較大幅的增加是由於59年起全面推廣保險套所致。雖然這些數據的真實意義，將因所推行的避孕方法而異，但和韓國比較，這個工作效率可說相當高。韓國1986年的此項

圖二 推行家庭計畫的程序



表二 臺灣地區家庭計畫工作之投入與產出，民國53~74年

民國年 (t)	投 入			產 出			
	工作人力 (人年) (1)	年度預算數 (新臺幣千元) (53年幣值) (2)	累積預算數 (新臺幣千元) (53年幣值) (3)	接受者人數 (4)	正在使用政 府所提供避 孕方法人數 (5)	當年接受者 可避免之 嬰兒數 (6)	累積接受可 避免之 嬰兒數 (7)
53	197.3	8,679	8,679	46,600	27,535	—	—
54	376.1	12,644	21,323	99,253	88,849	3,688	3,688
55	415.2	17,267	38,590	111,242	147,507	21,165	24,853
56	544.2	21,874	60,464	148,605	205,900	39,096	63,949
57	610.6	24,584	85,048	159,292	251,323	56,675	120,624
58	645.0	34,055	119,103	162,566	283,182	70,795	191,419
59	729.4	32,720	151,823	246,943	338,648	80,422	271,841
60	773.6	53,284	187,107	296,047	411,101	93,109	364,950
61	804.6	36,672	223,779	272,627	449,466	109,972	474,922
62	836.9	29,916	253,695	261,395	483,295	120,469	595,391
63	864.9	26,081	279,776	283,668	528,459	129,710	725,101
64	911.1	43,814	323,590	298,611	563,899	143,187	868,288
65	968.7	51,242	374,832	325,428	661,926	160,372	1,028,660
66	976.3	63,124	437,955	338,056	789,123	185,210	1,213,870
67	986.9	71,039	508,995	350,084	874,476	215,287	1,429,157
68	985.0	68,461	577,456	360,742	994,146	240,771	1,669,928
69	1,005.1	66,342	643,798	371,689	1,075,563	272,222	1,942,150
70	1,069.7	71,090	714,888	389,005	1,158,233	296,407	2,238,557
71	1,041.3	97,179	812,067	394,249	1,271,075	317,944	2,556,501
72	1,061.2	104,931	916,998	402,192	1,415,073	335,916	2,892,417
73	1,064.6	117,714	1,034,712	402,628	1,531,768	372,814	3,265,231
74	1,058.9	128,601	1,163,313	381,395	1,602,945	402,041	3,667,272
合計		1,163,313		6,102,317		3,667,272	

資料來源：Sun, 1987, p.30.

表三 臺灣地區家庭計畫工作之效率 (續表二)

民國年 (t)	每一工作人員 平均接受者數 (4)	避免一個嬰兒之成本		每一正在 避孕者之 累積成本 (新臺幣元) (3)	每一接受 者之成本 (新臺幣元) (2)	正在使用 政府所提供之避孕 方法者佔 22-44歲 有偶婦女 之% (13)
		(2)t	(3)t+1			
		(6)t+1	(7)t+1			
	(1) (8)	(當年) (9)	(累積) (10)	(5) (11)	(4) (12)	
53	236	—	—	315	186	1.8
54	264	2,353	2,353	240	127	5.6
55	268	598	858	262	155	9.2
56	273	442	603	294	147	12.6
57	261	386	501	338	154	15.1
58	252	347	444	421	209	16.6
59	339	423	438	448	133	19.4
60	383	351	416	455	119	23.0
61	339	321	394	498	135	24.5
62	312	304	376	524	114	25.6
63	328	231	350	529	92	27.2
64	328	182	322	574	147	28.3
65	336	273	315	566	157	32.2
66	346	277	309	555	187	37.1
67	355	293	306	582	203	39.9
68	366	295	305	581	190	44.1
69	370	251	297	599	178	45.5
70	364	224	288	617	183	48.4
71	379	224	280	639	246	51.6
72	379	289	280	648	261	56.1
73	378	281	281	676	292	59.5
74	360	292	282	725	337	62.1
平均		282			191	

資料來源：同表二，p.31.

比例僅約 140 人。不過，韓國的結紮接受者比例遠高於我國（45 % 對 14 %），但我國子宮內避孕器接受者所佔比例則高於韓國（56 % 對 15 %），故韓國之避孕效能略優於我國。總體而言，我國家庭計畫之工作效率仍優於韓國。

就推動每一接受者所費的成本而言，大約介於新臺幣（53 年幣值）100 元至 300 元之間（約合 2.50 美元至 7.50 美元）。韓國的此項成本高達於 42 美元。此一差別，和韓國補助結紮個案的金額及比例較我國高以及工作效率較差有關。

推動一個人採用避孕方法固然要花相當多的成本，要使他們繼續使用，亦必須付出相當大的代價。從表三第 11 欄可以看出，每一位正在使用避孕方法者所分擔的過去所累積成本，由民國 54 年的 240 元增加為 64 年的 574 元（以 53 年幣值表示），以後就維持在 600 元左右的水準，但仍有升高的趨勢。就實質效果而言，每年接受避孕方法的人數固然要多，但如何維持接受者繼續使用所接受的方法，更為重要。如果繼續使用率很低，即接受者很快就停用，此項費用必然很高，形成浪費。以目前情形，600 元可以維持一個人繼續使用避孕方法，成本尚稱低廉。

避孕的具體效果，當然是避免出生。依據各種避孕方法的接受數、其繼續使用率、避孕效果及接受者之生育能力，可以推估這些避孕方法的接受所可以避免的嬰兒數（推估方法請參閱孫得雄，1973）。如表二所示，家庭計畫推行工作在民國 54 年至 74 年間的接受者，大約可以避免 367 萬嬰兒的出生。此一避免數，約為所有避孕行為（包括使用政府沒有推行的避孕方法及人工流產者）所避免的嬰兒數的 55.6 %。

避免一個嬰兒所花的成本（表三），由 55 年的 598 元降至 63 年的 231 元（53 年幣值），之後就維持在 200 元至 300 元之間，相當穩定。如以當年幣值表示，74 年避免一個嬰兒的成本為 820 元，約合

41 美元。韓國 1982 至 1985 年間避免一個嬰兒所花的成本約為 60 美元，較我國為高 (Cho, 1987: 42)。如果以過去的累積經費總額及避免的嬰兒總數為計算的標準，則避免一個嬰兒的累積成本由 55 年的 858 元降為 74 年的 282 元 (表 3, 第 10 欄, 均以 53 年幣值表示)，約合 6.50 美元。如以當年幣值累加計算，則避免一個嬰兒的累積成本約新臺幣 700 元，合 17.50 美元。韓國之此項成本為 49.84 美元 (Cho, 1978: 42)，顯然較我國為高。

就各種避孕方法的貢獻而言，所避免的 367 萬嬰兒中，62.2 % 係因子宮內避孕器的使用所致，23.0 % 係結紮的效果，8.6 % 為保險套的使用，而口服避孕藥僅避免 6.2 %。

## 二、KAP 的變化

推行家庭計畫的中間目標是，希望以教育推動來增加民衆對家庭計畫有關的知識 (knowledge)，改變其態度 (attitude) 以接納家庭計畫的觀念，進而產生動機並實行 (practice) 避孕。這個過程已顯示於圖二。如上述，臺灣地區的家庭計畫工作非常注重教育推動工作，其結果應該表現在家庭計畫態度的改變與實行率的提高。

根據臺灣省家庭計畫研究所一系列的臺灣地區生育力調查，有偶婦女對避孕方法的知識增加，贊成家庭計畫的比例提高，而避孕實行率亦有顯著的上升，對生育率的下降有很大的影響。知道比較有效的避孕方法，如樂普的婦女，由民國 54 年的 48% 提高為 74 年的 98%；贊成家庭計畫者，由 77% 提高為 96% 以上，而調查時正在實行避孕者亦由 24% 提高為 79%。

另外很重要的一點是，由於家庭計畫的普遍推行甚至特別加強偏遠及低階層民衆的結果，避孕實行率的階層別差異至民國 65 年時，已幾乎消失 (表四)。在如此短的時間內能將這個不理想的狀況消除，應歸功於加強推行家庭計畫的效果。

表四 臺灣地區育齡有偶婦女教育程度及都市化程度別避孕實行率  
(%)

特 性	54年	59年	65年	69年	74年
教育程度別：					
不識字	16.0	39.7	66.4	74.9	81.5
小學以下	27.5	42.0	61.0	70.1	82.4
初中程度	43.8	57.5	65.6	65.9	74.4
高中以上	52.2	59.4	62.2	69.3	76.4
都市化程度：					
鄉	18.6	38.3	57.9	67.3	78.5
鎮	22.2	41.7	58.6	66.8	77.7
縣轄市	26.6	43.7	66.2	73.7	79.5
院省轄市	37.2	55.1	69.5	73.5	80.3
總 計	24.0	43.3	62.7	70.1	79.1

資料來源：臺灣省家庭計畫研究所歷次生育力調查資料。

就圖一的架構而言，家庭計畫推行工作的主要功能之一為創造控制生育的動機。由於普遍推行有效而價廉的避孕方法，使控制生育的成本（包括接受的成本與使用的成本）大為降低。另一方面，家庭計畫教育亦增加個人對家庭計畫的認識，對子女的價值重新評價，而降低期望子女數（或理想子女數）加大期望子女數與可能生育數之間的差距，更增強控制生育的動機。育齡有偶婦女的平均理想子女數由54年的4.0個降為74年的2.6個。從歷次的生育力調查結果可以看出，理想子女數降低以59年至65年之間為最大，由3.8減為2.9，



降低 0.9，佔理想子女數降低總數 1.4 的 64 %。這個顯著的變化，和從民國 60 年開始推行「兩個孩子恰恰好」的政策似有密切的關係。另外，由於開業醫師的合作，使提供避孕服務的場所大為增加；全臺灣地區有一千多個公私立醫療診所提供服務，方便民衆接受避孕方法，而偏遠地區的避孕器材分發站及工作人員的家庭訪視，更使服務送到各家庭，亦促進避孕率的提高與普及。

### 三、地區特性分析

根據 Hermalin (1971) 應用多變數迴歸分析法 (multi-variate regression analysis) 來分析臺灣地區 331 個鄉鎮區資料的結果，當除去 12 - 19 歲孩童的教育程度、結婚率、男子從事農業之比率，及幼兒死亡率等之影響後，樂普接受率對年齡別有偶婦女生育率仍然有顯著的影響。這個研究雖然如 Hermalin 自己在分析報告中指出，在資料析方法上有些限制，而所用的模式亦有討論的餘地，但仍然可以看出，家庭計畫推行工作對生育率似乎有超出現代化趨勢的影響。

家庭計畫推行工作對生育率的影響力，不能僅以接受率的效果來代表，因為這個工作應該有更多的功能，如教育性的功能。由於家庭計畫教育的結果，可能使夫婦們採用沒有推行的其他生育控制方法，如月經週期法或甚至墮胎，結果使彼等之生育率降低。Hermalin 已經注意到他的模式沒有包括工作人員及合約醫師之貢獻。如果能包括這些因素，結果將更接近事實。

### 四、生育率的變遷

臺灣地區的生育率，早自民國 41 年，即家庭計畫推行前就開始下降。因此，比較難以確定家庭計畫推行工作對生育率下降有多少影響。不過，如果可以假設，影響生育率的其他各種因素在過去 30 多年間變化的速度不變，亦即其促進生育率下降的影響力在家庭計畫推

行前後均以大抵相同速度增加(如結婚率的下降速度、自動採用避孕方法的行為等),那麼家庭計畫推行的效果將顯現於生育率加速度的降低,亦即家庭計畫推行前降低速度和推行後降低速度之差。

依表五的趨勢分析,無論一般生育率或總生育率,家庭計畫推行後(53年以後)各期的每年平均下降速度均為推行前下降速度的兩倍以上。當然,家庭計畫以外的影響因素也有可能在此期間增加其影響力而使生育率加速下降。不過,這一點有待求證。因此,由此趨勢判斷,家庭計畫的推行著實有使生育率加速下降的效果。

表五 臺灣地區推行家庭計畫以前及以後各期一般生育率及總生育率每年平均下降比率

生育率	期 別*			
	民國42年至52年	民國52年至59年	民國59年至64年	民國66年至76年
一般生育率 (指數)	-1.359% (1.0)	-4.854% (3.7)	-4.767% (3.5)	-4.491% (3.3)
總生育率 (指數)	-1.906% (1.0)	-4.135% (2.2)	-6.536% (3.4)	-4.521% (2.4)

\* 65年為「龍年」,故未包括在內

資料來源:內政部,臺灣地區人口統計。

另外根據不受年齡結構影響的年齡別生育率變動因素分析(Liu and Sun, 1979),在民國49年至64年間30歲以上婦女之年齡別生

育率下降，幾乎全部可歸因於生育控制行爲。在此期間，30歲以上婦女的婚姻狀況因有偶率的提高，反而稍有提高生育率的作用（表六）。如就家庭計畫推行以前時期（49年至54年）和以後時期（54—59年及59年至64年）的情形比較，可以看出下列幾點：

(1)後兩期的下降比例，除15—19歲及45—49歲二年齡組外，均較推行前的下降比例爲高；

(2)因生育控制而下降的生育率，亦以後兩期爲高（最低及最高年齡組除外），其中在民國54年至59年就大幅提高者有40—44歲及25—29歲兩組；至民國59—64年始大幅提高者有20—24歲、30—34歲及35—39歲各年齡組，顯示生育控制重點年齡的下降。

### 五、對人口素質的影響

一般認爲社會階層較低的人口，素質亦較低。此一說法雖然不能完全苟同，社會階層較低的人口，養育下一代的能力較差是一個事實。因此，很多人相信，貧者多子的結果，會使人口發生反淘汰，降低人口素質。在人口轉型期的初期，因爲生育控制的行爲大都由知識水準較高的階層開始，生育率一般和就會階層或知識水準成負相關，則形成貧者多子的狀態。這個狀態，如不予矯正，可能會維持很久而形成所謂「反淘汰」。

在臺灣地區，生育率下降的初期，的確發生過生育率和知識水準很高的負相關。從表七可以明確地看出，在民國55年時，各年齡組的生育率均和教育程度形成顯著的負相關，則教育程度愈低生育率愈高。以受高中或以上教育者和只受國小教育者比較，後者的總生育率爲前者的1.8倍；15—19歲婦女生育率的此項比例，更高達4.9倍，此一趨勢到民國75年時已相當緩和，兩者總生育率之比例已降爲1.6倍。如果以高中以上和不識字者相比較，其生育率比例更由55年的2.1倍降爲75年的1.3倍。各年齡組之中，除了15—19歲及20—

表六 臺灣地區婦女年齡別生育率下降原因分析, 49年~64年

生育率下降原因	年 齡 組							
	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	
民國 49~54 年								
生育率下降%	25.0 %	- 3.2 %	2.1 %	23.5 %	40.8 %	48.1 %	53.9 %	
因有偶率	25.3	6.2	0.0	- 1.5	- 2.3	- 2.5	- 2.5	
因生育率控制	0.0	- 10.1	1.3	24.8	42.2	29.0	51.4	
交互作用及誤差	- 0.3	0.7	0.8	0.2	0.9	1.6	5.0	
民國 54~59 年								
生育率下降%	- 11.1 %	8.8 %	10.1 %	24.6 %	41.0 %	51.2 %	50.0 %	
因有偶率	13.3	13.9	0.6	- 0.2	- 1.6	- 3.9	- 14.3	
因生育率控制	- 28.3	- 5.7	9.6	24.8	41.4	52.8	44.5	
交互作用及誤差	3.9	0.6	- 0.1	0.0	1.2	2.3	19.8	
民國 59~64 年								
生育率下降%	7.5 %	18.5 %	26.6 %	43.5 %	54.2 %	60.0 %	33.3 %	
因有偶率	27.2	14.1	6.2	- 0.2	- 1.8	2.7	- 18.5	
因生育率控制	- 27.8	4.9	22.1	43.7	54.2	59.2	42.9	
交互作用及誤差	8.1	- 0.5	- 1.7	0.0	1.8	- 1.9	8.9	

資料來源: Liu and Sun, 1979.

表七 臺灣地區年齡別教育程度別生育率之變遷，民國 55 年及 75 年之比較

年齡及年度	教 育 程 度						小學 畢業 高中 或以上
	高中或以上	初中畢業	小學畢業	識 字	不識字	合 計	
15 ~ 19 歲							
55 年	7	9	34	55	62	34	4.9
75 年	5	11	56	264	49	18	11.2
變遷%	- 28	+ 33	+ 65	+ 380	- 21	- 47	
20 ~ 24 歲							
55 年	95	158	269	306	308	252	2.8
75 年	56	157	221	323	162	112	4.0
變遷%	- 41	- 0	- 18	+ 6	- 47	- 56	
25 ~ 29 歲							
55 年	246	260	330	338	357	329	1.3
75 年	131	161	139	151	108	140	1.1
變遷%	- 47	- 38	- 58	- 55	- 70	- 57	
30 ~ 34 歲							
55 年	125	123	175	226	202	187	1.4
75 年	70	56	39	38	27	52	0.6
變遷%	- 44	- 54	- 78	- 83	- 87	- 72	
35 ~ 39 歲							
55 年	34	40	80	102	107	90	2.4
75 年	19	12	9	9	7	12	0.5
變遷%	- 44	- 70	- 89	- 91	- 93	- 87	
40 ~ 44 歲							
55 年	11	13	27	43	47	38	2.5
75 年	2.2	2	1.7	2	2	2	0.8
變遷%	- 80	- 85	- 93	- 95	- 96	- 95	
45 ~ 49 歲							
55 年	3	2	4	6	6	5	1.3
75 年	0.4	0.2	0.3	0.3	0.2	0.3	0.8
變遷%	- 87	- 90	- 93	- 95	- 97	- 94	
總生育率							
55 年	2,604	3,023	4,600	5,377	5,446	4,676	1.8
75 年	1,416	1,991	2,232	3,936	1,778	1,672	1.6
變遷%	- 46	- 34	- 51	- 28	- 67	- 64	

資料來源：內政部，臺灣地區人口統計，民國 55 年及 75 年

24 歲組的此項比例反而提高之外，其餘各年齡組均明顯下降，而 30 歲以上各年齡組的此項比例均降至 1 以下，亦即生育率和教育程度成正相關；教育程度愈低，生育率亦愈低。這是一個理想的狀況。這個現象雖然和教育程度較高者晚婚，生育延後有關，但「反淘汰」的現象顯著緩和是個事實。這個變化，和前述的普遍推行家庭計畫，甚至特別加強低社會階層人口的家庭計畫推行有相當密切的關係。

另一方面，家庭計畫推行工作提供現代避孕方法使夫婦有效控制多餘的出生，即避免高胎次及高齡婦女的生育。遺傳學上的研究指出，高齡婦女所生育之子女，劣性遺傳因子出現的機會較高，而高胎次的生產危險性亦較高，兩者均影響人口素質。例如，Carter 及 Evans 的研究 (1961) 指出，20 - 34 歲母親懷的胎兒，1,850 個中有一個患有唐氏症 (即俗稱蒙古症)，但 35 - 39 歲母親懷的胎兒，260 個就有一個患有此病症，為前者的 6 倍。據人口統計，35 歲以上的母親所生的嬰兒所佔總出生數的比例，已由民國 55 年的 10.6 % 減為 75 年的 2.6 %；而屬於第四胎或以上高胎次的嬰兒所佔的比例，亦由 64 年的 19 % 減為 75 年的 7 %。這些統計顯示，家庭計畫之推行，有效避免高齡母親及高胎次嬰兒之生育，有助於人口素質的提高。

## 六、檢討

綜合以上所述，家庭計畫之推行實有加速降低生育率及提高人口素質的作用。換言之，生育控制政策強調家庭計畫之推行，確實收到實質效果。不過，上面也提過，影響生育率的因素很多，如生活方式的改變、婚姻狀況的變化、死亡率的降低、年齡結構的改變等都足以影響所謂的中間媒介因素，進而影響生育率。這些因素在過去數十年的社會現代化過程中，均發揮其影響力，促使生育率下降。因此，可以說，社會經濟發展或「現代化」是生育率下降的原動力，而家庭計畫的推行可以加速其下降速度。因此，如果現在停止推行家庭計畫，

只要民衆能方便獲得避孕服務，生育率將因社會的繼續發展而維持很低的水準，因為一旦形成的現代化態度與行爲，不會輕易改變。如果是這樣，那麼是不是說，將來可以停止家庭計畫推行工作？

## 肆、將來政策方向之探討

### 一、生育率與自然增加率趨勢

從民國 66 年至 76 年的十年間，臺灣地區的總生育率每年平均以 4.52 % 的比例降低 (表五)，而 76 年時降至 1.7。這個生育水準已經和日本 (1.8)、新加坡 (1.6)、加拿大 (1.7)、美國 (1.8)、挪威 (1.7)、瑞典 (1.7)、英國 (1.8)、法國 (1.8) 等之生育水準相若 (Population Reference Bureau, 1987)。民國 76 年時，臺北市的總生育率已降至 1.4。根據過去二十多年來的經驗，臺灣地區的總生育率大抵較臺北市落後五年左右。換言之，臺灣地區的總生育率有可能在五年後降到 1.4，即和目前的丹麥 (1.4)、比利時 (1.5)、奧地利 (1.5)、荷蘭 (1.5)、瑞士 (1.5)、意大利 (1.4) 相若。而這些國家目前的人口自然增加率都在 0 - 0.4 %，甚至出現負成長，如丹麥 (-0.1)、奧地利 (0.0)、比利時 (0.0)、荷蘭 (0.4)、瑞士 (0.2)、意大利 (0.1)。雖然因為臺灣地區的年齡結構比較年輕，所以自然增加率不會立即降到「零」的水準，但，如果生育率繼續下降，即遲早會達此水準。根據經建會依照 72 年資料所做的人口推計 (Freedman 等, 1985: 226)，假如總生育率至民國 80 年降至 1.9，至民國 100 年時降至 1.6，然後維持此水準，則人口自然增加率將於民國 115 年左右達到「零」，然後開始負成長，即人口將繼續增加 38 年後轉為減少。可是，經建會所做的這個生育率降低假設，遠較實際降低情形保守，因為在民國 76 年的總生育率已降至 1.7，而有可能在民國 81 年降至 1.4 並繼續下降。依此推測，台灣地區的人口自然增加率可能在民國 110 年以前就達到「零」成長，即距離現只不過三十年，我們就要面對人口負成長問題；屆時

65歲以上人口將佔總人口15%以上(目前為5%)。不過,問題是臺灣地區的生育率是否會跟著臺北市的生育率而繼續下降到1.4的水準或再繼續下降?同受中國文化影響的日本,其總生育率於1978年就降至1.77,但1987年時仍維持1.81。美國的情形亦和日本相似。只有荷蘭及比利時均於1975年降到1.7以後繼續下降到1987年的1.5。目前世界上總生育率最低的是西德,只有1.3。西德的總生育率1965年時曾達2.5,1975年降至1.5,以後波動於1.4左右,至1984年始降至1.3。

臺灣地區的總生育率今後的動向如何?是照日本和美國的模式穩定在1.7左右呢,或者是照西北歐國家的模式繼續下降到1.4或以下,是值得討論的問題。蓋總生育率主要受兩個因素的影響,一為有偶率,另一為有偶期間的生育率或每一對夫婦的生育數。如果臺灣地區的婦女有偶率,將來按照圖三的趨勢繼續降低,而有偶婦女的生育率按照圖四的趨勢繼續下降,則臺灣地區的總生育率將於1990年(民國79年)年降為1.48,2000年(民國89年)降為0.8,而於2010年(民國99年)降為0.6。相對的自然增加率,1990年為0.85%,2000年為0.10%,2010年為-0.27%,即將於2004左右達到「零」成長,距今不過16年。

不過,在此必須說明,上述的結果是在「假設將來臺灣地區的婦女有偶率及有偶婦女生育率均依照過去的趨勢繼續降低時」才會出現的水準。問題是,這個假設是否成立?就有偶率而言,近年來由於教育程度提高,年青婦女就業機會增加,結婚年齡繼續提高。例如婦女結婚時中位數年齡,民國60年時為22歲,65年時為23歲,70年時提高為23.8歲,75年時為25歲,幾乎每五年提高一歲。因此,20-24歲婦女的有偶率迅速降低(圖三),而25-29歲婦女有偶率亦有明顯的下降。目前臺灣地區的離婚率雖然仍然很低,卻有逐年穩定提高的趨勢,例如,初離婚率在民國60年時只有0.36%,65



表八 臺灣地區將來生育率之推估，1990，2000，2010

年 齡 組	1990			2000			2010		
	有 偶 婦 女 生 育 率 (‰)	有 偶 率	育 齡 婦 女 生 育 率 (‰)	有 偶 婦 女 生 育 率 (‰)	有 偶 率	育 齡 婦 女 生 育 率 (‰)	有 偶 婦 女 生 育 率 (‰)	有 偶 率	育 齡 婦 女 生 育 率 (‰)
15 ~ 19	570	0.02	11.4	510	0.01	5.1	470	0.01	4.7
20 ~ 24	325	0.26	84.5	240	0.19	45.6	190	0.15	28.5
25 ~ 29	190	0.74	140.6	140	0.65	91.0	110	0.60	66.0
30 ~ 34	60	0.85	51.0	40	0.81	32.4	30	0.77	23.1
35 ~ 39	10	0.88	8.8	5	0.84	4.2	0	0.79	0
40 ~ 44	0	0.89	0	0	0.85	0	0	0.83	0
45 ~ 49	0	0.89	0	0	0.86	0	0	0.85	0
總生育率(‰)	1,482			892			612		
出生數	279,000			158,000			105,000		
死亡數	106,000			137,000			168,000		
自然增加數	173,000			21,000			- 63,000		
自然增加率(‰)	8.53			0.96			- 2.70		

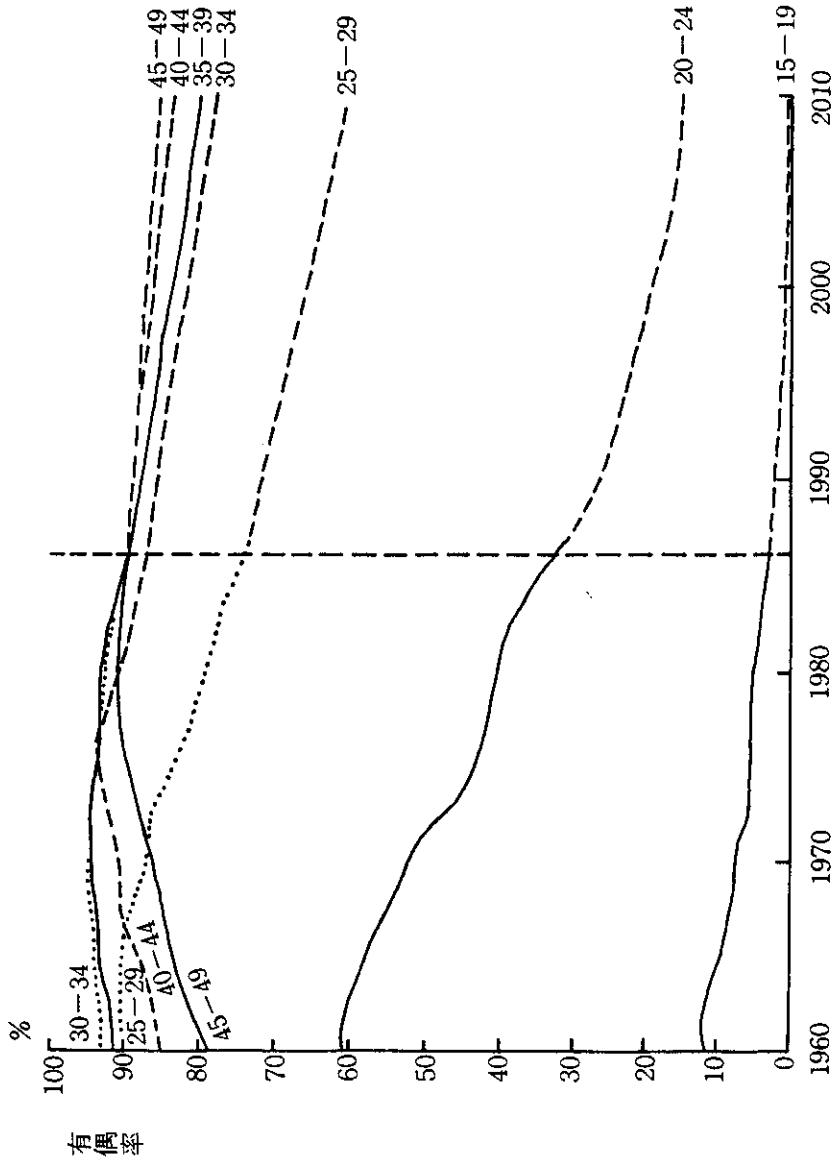
註：[1] 有偶婦女生育率及有偶率係分別根據圖四及三估計而得。

[2] 出生數女生育率為有偶婦女生育率乘有偶率而得。

[3] 出生數係根據經建會「中華民國臺灣地區民國75年至100年人口推計」(77年1月)表3之年齡別年中婦女數本乘以本表中育齡婦女生育率而得。

死亡數係指據上述建會推計表一~三之死亡數；年中人口數亦同。

圖三 台灣地區婦女有偶率之趨勢 (1960-1986, 推計畫2010)

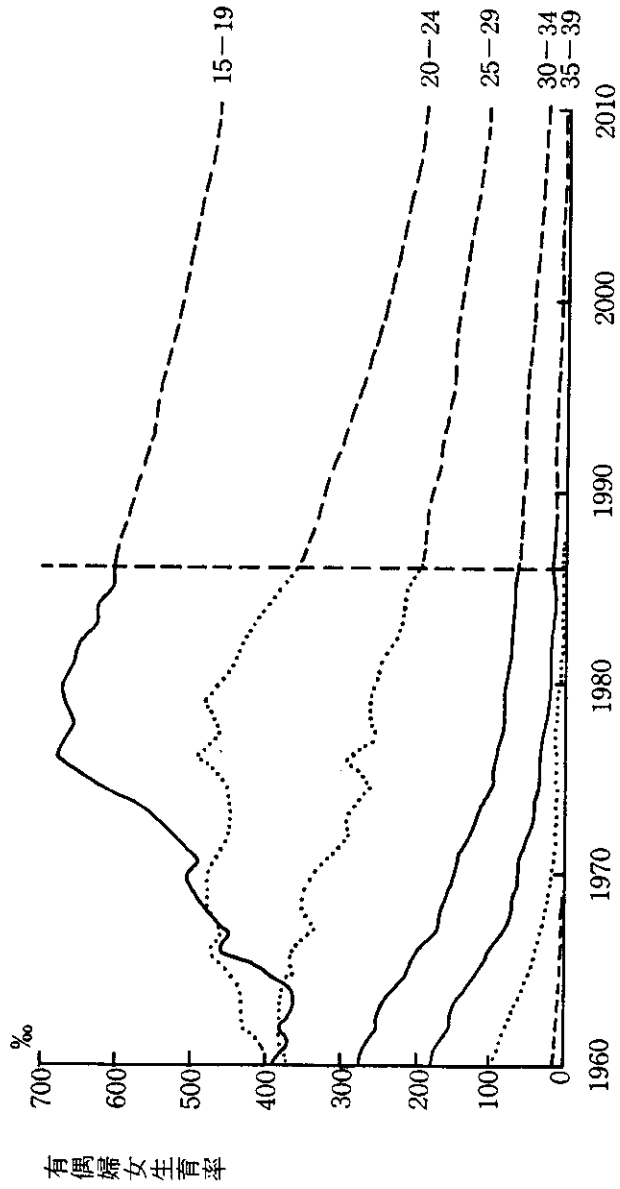


年提高為 0.50%，70 年再提高為 0.83%，而 76 年時為 1.18%。這個趨勢將會繼續。兩者對有偶率均有不利影響。不過，無論是有偶率的下降或離婚率的提高，必有一限度。因此，這個趨勢不可能無限制地繼續。

另一方面，有偶婦女的生育率是否會繼續下降，亦值得探討。圖四表示，自民國 65 年的「龍年」以後，各年齡組有偶婦女的生育率便逐年穩定地下降。這個趨勢和理想子女數的降低及避孕的普及有密切的關係。目前避孕實行率已高達 80% 左右，將來再提高的可能性不大。因此，將來有偶婦女生育率的降低，理想子女數將有較大的影響。民國 74 年時的平均理想子女數雖然仍維持 2.6，即高於替代水準（但，如考慮很多育齡婦女是未婚時，此一理想子女數恐怕不足以維持人口成長），教育程度別及年齡組別理想子女數的差異仍然相當大。例如，未曾接受學校教育者理想子女數平均為 3.1，但受高中以上教育者只有 2.2。就年齡別看，35 - 39 歲者理想子女數平均為 2.9，但 22 - 29 歲者只有 2.3。因此，目前年青的婦女完成生育時，以及將來高教育程度婦女所佔比例再提高時，理想子女數必然再降低。目前一個可憂的趨勢是，有更多的年青夫婦不願意生育或想只生一個子女，因為將養育子女視為一件麻煩的事。在歷次的 KAP 調查中可以看出，理想子女數為 0 或 1 者，民國 54 年時為 0，但 65 年增為 1%，74 年提高為 3%。另據臺灣省家庭計畫研究所 73 年舉辦的年青婦女調查，理想子女數為 0 或 1 者所佔的比例，國小程度者有只有 0.6%，初中程度者 1.2%，而高中以上程度者佔 5% 以上。由此可見，將來不願意生育之夫婦所佔比例將會增加。

綜合以上所述，臺灣地區的生育率可能繼續下降，但有鑑於日本之例，可能受中國傳統文化的影響而緩和下來，不致於演成表八所示的情形。

圖四 台灣地區有偶婦女年齡別生育率趨勢 (1960—1986, 推計畫 2010)



## 二、政策上的考慮

儘管生育率下降的速度將來可能緩和，目前的生育水準已低於替代（或遞補）水準是事實。根據 Ansley Coale (1986) 的推計，美國人口在沒有移民的情況下，將來亦會產生負成長。他認為在女性人口的平均壽命為 80 歲時，總生育率要達 2.07 始能維持替代水準而將來不致有人口的減少。如果總生育率維持在 1.8 的水準，則約 75 年後達「零」成長。120 年後的人口將只有 1980 年人口的 74.8 %；如果總生育率維持在 1.6 水準，則約 50 年後達「零」成長，120 年後的人口將只有 1980 年人口的 49.2 %；如果總生育率維持在 1.4 的水準，則約 40 年後達「零」成長，120 年後的人口將只有 1980 年人口的 33.6 %；臺灣地區的情形亦和美國相差無幾。

臺灣地區的人口密度已高達每平方公里 565 人，在人口超過一千萬的國家或地區中名列第二。因此，從舒解人口壓力的觀點來說，人口數減少是一件值得慶幸的事。不過，因過低生育水準而引起人口減少所換來的卻是人口的快速老化。老年人口迅速的增加及勞動力的老化，將引起其他許多社會問題 (Freedman 等, 1985)。這些問題的解決，須有周詳的規畫與措施，而且因受資源及制度等各方面之限制，各種措施必須是漸進性的。因此，過於快速的人口年齡結構轉變，將使問題顯得更為嚴重。至於生育率應該維持多少的水準或其變動速度應該如何，必須有通盤的政策性考慮。將來較理想的人口成長率為何，必須有深入的研究以便訂定目標，然後才能調整各種措施來配合。

先總統 蔣公在「民生主義育樂兩篇補述」中曾說：「我們試就現代工業國家的人口統計來研究，在人口城市化的趨勢裡，顯明的趨勢是大家庭分化為小家庭，早婚改變為晚婚，離婚率提高，而生育率減低。再詳細一點說，在工業國家裡，鄉村人口的生育率高，城市人口的生育率低，並且教育程度愈高的人，其生育率愈低。由此可見國民生育率並不隨工業化的進步來增加，反而有減低的趨勢。」蔣

公又接著說：「一個小家庭是一個單純的消費單位，多生一個兒女就是多加一個負擔。在多受一點教育的社會裡，遲婚節育更見流行。生育率也就為之減低了。所以在工業化發展的過程中，國民生育率減低乃是一個社會問題，也是一個教育問題。」這兩段話可說將臺灣地區目前的生育率情形描述得很透徹。蔣公認為生育率減低是一個社會問題及教育問題。為了不使生育率過低，他認為要重視教育，使青年男女覺悟其對於婚姻和家庭及子女教育應負的責任。另一方面，要使國民充分就業，安定其家庭生活，就能養育健全的孩子，國民生育率就不至於隨工業化的進步而轉趨低落。

如果我們認為生育率降低過速及人口負成長是不適當的，那麼，現在就必須採取適當的措施來避免其發生。上面已經說過，過低的生育率是由於有偶率的降低及每一對夫婦生育數的減少所引起。有偶率的降低是因為遲婚和離婚率的提高。遲婚是現代化社會的普遍現象；一方面是由於教育程度提高，另一方面是由於就業率提高，工作忙碌，失去結婚機會，或思想的改變，不願意結婚。為緩和這個趨勢，必須增加對青年男女擇偶方面之服務及家庭觀念的建立，使青年對婚姻和家庭及子女養育產生責任感。

就每一對夫婦的生育數而言，主要的問題在於教育程度較高的夫婦，其生育數顯著減少。從表八可以看出，民國 75 年低於替代水準的總生育率，主要是由於受高中以上教育程度者生育率過低所致(1,416)。不識字者的生育率雖然亦甚低(1,778)但為數甚少，不足以影響大局。因此，如何使教育程度較高者認識養育子女之重要性，而生育足夠傳承父母的子女數(兩個)，為當務之急。

從以上的分析來看，似乎不必再推行家庭計畫了。其實不然，因為這些措施都是屬於家庭計畫的範圍。很多人誤會，家庭計畫的目的只是降低生育率。其實，家庭計畫的真正目的是適當的生育，即過多或過少的生育都不適當。生育率過高時應協助各家庭來控制其生育

數及生育間隔，但生育率過低時應協助其生育適當數量的子女。例如，遇到不孕的夫婦，應該協助治療以恢復生育能力。目前仍有少數地區的夫婦，其生育數過多，必須加強教育及避孕服務，以控制其生育。

家庭計畫推行單位仍然必須繼續提供安全、有效而價廉的避孕服務，以避免因停止供應避孕方法而生育過多子女，同時進行上述的各種教育及技術性服務。目前由於民衆對於家庭計畫的觀念已經建立，推行工作將較以前容易，因此，可將所節省的人力投入於優生保健等提高人口素質的工作，以及協助老人病防治工作，以配合老年人口之增加所引起的醫療問題。換言之，家庭計畫工作必須從較廣義的家庭幸福觀點來重新規劃，以配合人口的轉變。

## 伍、結 語

臺灣地區的生育調節政策，過去為緩和過速的人口成長，曾著重於家庭計畫的積極推行，而家庭計畫推行工作也真正發揮效能；以科學化的方法，教育民衆，普遍提供有效而價廉的避孕方法，使避孕實行率提高到已開發國家的水準，配合社會的現代化，使生育率降低到替代水準以下。這個成果雖然值得驕傲，但是，從「維持合理人口成長」的觀點來看，我們已經到達應該重新檢討、調整生育調節政策的時点了。

目前，生育率已在替代水準以下的歐洲國家及新加坡，都在採取鼓勵生育的政策，以期使生育率恢復到替代水準，但效果似乎都不彰(Demeny, 1986; McIntosh, 1986)。不過，臺灣家庭計畫研究所歷次 KAP 調查顯示，臺灣地區婦女的生育率雖然快速降低，中國傳統的家庭觀念及有關的價值並沒有相隨以同等比例降低。因此，如果政策上能相配合，及時強調家庭制度的重要性，並研擬鼓勵措施，或可避免人口之負成長以及年齡結構過速的老化。雖然人口成長率應維持何種水準較好是見仁見智的事，而且亦因時因地而異，就目前臺灣

地區的情形而言，人口的負成長及過速老化均屬不宜，而多數人對此亦已有共識。為避免產生此等對社會發展不利的現象，必須從速再檢討目前的人口政策以採取必要的措施。另一方面，計劃生育的觀念仍然要維持，並強調「兩個孩子恰恰好」的重要性，而對有避孕意願的夫婦，政府仍然必須繼續提供有效的避孕服務，不可輕言停止家庭計畫服務工作。

### 參考資料

行政院經濟建設委員會，人力規劃處

1988 中華民國臺灣地區民國 75 年至 100 年人口推計。

孫得雄

1973 「臺灣地區家庭計畫工作效果之研究一對生育率之影響」，中央研究院經濟研究所經濟論文期刊，1(2): 85 - 145.

孫得雄等

1979 我國人口政策與人口計劃之探討。臺北：行政院研究發展考核委員會。

孫得雄

1985 臺灣省家庭計畫推行工作模式。臺中：臺灣省家庭計劃研究所。

陳寬政, H. H. Winsborough, 李美玲

1986 「臺灣地區的人口週期與人口控制」，中央研究院民族研究所專刊乙種之 16，頁 19 - 51。

劉克智

1978 三民主義人口理論的體認。臺北：中央研究院三民主義研究所。

劉克智

1988 人口進化與經濟福利。臺北：中央研究院三民主義研究所。



劉克智

- 1988 「臺灣教育、技術進步與人口現代化的關係」，中央研究院經濟研究所，*臺灣與香港的經濟發展論文集*。頁 19 - 51。

Freedman, R., 孫得雄, 劉克智, 張明正

- 1985 「人口變遷第二階段中之政策上的選擇—以臺灣地區為例」，中央研究院經濟研究所經濟論文期刊, 13(2): 201 - 231。

Bulatao, Rodolfo, and Ronald D. Lee (eds.)

- 1983 *Determinants of Fertility in Developing Countries*. 2vols., New York: Academic Press.

Chang, M. C., R. Freedman, and T. H. Sun

- 1987 "Trends in Fertility, Family Size Preferences, and Family Planning Practice: Taiwan, 1961 - 85," *Studies in Family Planning*, 18(6): 320-337.

Cho, Nam Hoon

- 1987 "Overall Review of the Fertility Control Policies in Korea," in *Comparative Study of Fertility Control Experience in Republic of Korea and Republic of China Taipei*: Chinese Center for International Training in Family Planning: 7-49.

Coale, Ansley J.

- 1986 "Demographic Effects of Below Replacement Fertility and Their Social Implications," *Population and Development Review*, 12(Supplement):203-216.

Davis, K. and J. Blake

- 1956 "Social Structure and Fertility: An Analytic Framework" *Economic Development and Cultural Change*, 4(3): 211-235.

Demeny, Paul

- 1986 "Pronatalist Policies in Low Fertility Countries: Patterns,

Performance, and Prospect," *Population and Development Review*, 12(Supplement): 335-358.

Easterlin, Richard A.

1982 "An Introduction to Fertility Determinants and Their Policy Implications," Paper Presented at the Conference of Fertility Research and Population Policy in Developing Countries, Organized by the National Academy of Sciences Panel on Fertility Determinants, Washington, D.C.

Fawcett, James T. and F. Arnold

1973 "The Value of Children: Theory and Method," *Representative Research in Social Psychology*, 4(1): 23-35.

Freedman, R.

1975 *The Sociology of Human Fertility*. Irvington Publishers, Inc.

Hermalin, A. I.

1971 "Taiwan: Appraising the Effect of a Family Planning Program Through an Areal Analysis," Taiwan Population Studies Working Paper, 14 (November), Michigan Population Studies Center.

Leibenstein, Harvey

1957 *Economic Backwardness and Economic Growth*. Wiley, New York.

Leibenstein, Harvey

1981 "Economic Decision Theory and Fertility Behavior: A Speculative Essay," *Population and Development Review*, 7(3): 381-400.

Liu, K. C. and T. H. Sun

1979 "The Determinants of Fertility Transition and Their Im-

plications in Taiwan, ROC," *Industry of Free China*, 52: 2-3.

McIntosh, C. Alison

1986 "Recent Pronatalist Policies in Western Europe," *Population and Development Review*, 12 (Supplement): 318-334.

Population Reference Brureau

1987 "1987 World Population Data Sheet."

Sun, T. H.

1975 "The Impact on Fertility of Taiwan's Family Planning Program," Chapter 12 in Chandrasekaran and Hermalin (eds.) *Measuring The Effect of Family Planning Programs on Fertility*. Ordina Editions, IUSSP.

Sun, T. H.

1978 "Demographic Evaluation of Taiwan's Family Planning Program," *Industry of Free China*, 49(5): 11-27 and 49(6): 15-27.

Sun, T. H.

1982 "The Value of Children in Taiwan, ROC," Paper Submitted to East-West Population Institute .

Sun, Te-Hsiung

1987 *An Overall Review of Fertility Control Policies in Taiwan, ROC*. Taichung: Taiwan Provincial Institute of Family Planning.

Willis, Robert J.

1973 "A New Approach to the Economic Theory of Fertility Behavior," *Journal of Political Economy*, 81(2), Part II , pp.14-46.

## A Review of Fertility Control Policies in Taiwan Area, ROC

Te-hsiung Sun

### Abstract

Although the population policy was not formalized until 1968, a large scale family planning program was started in 1964. The main objectives of the program were to educate and motivate the eligible couples to practice family planning, and also to make effective, safe and inexpensive contraceptive services readily available to those who need them. Through the efficient program operation, the contraceptive practice rate was raised to the level comparable with developed countries, and the fertility rates declined at the speed more than twice of that before the program was started. The analysis shows that the program achieved its goals with relatively low costs. It had impacts not only on fertility but also the quality of population.

With its total fertility rate down to 1.7 which is below replacement level, Taiwan now faces a decision on where should the policy go. If the fertility level continues to fall, it would soon reach "zero growth" and start to reduce its population size, accompanied by a rapid aging of population. The role of family planning program in the next stage of demographic transition was discussed.