

# インドの性比からみたジェンダー問題

西川 由比子

実践女子大学人間社会学部非常勤講師  
城西大学経済学部

## 1. はじめに

性比とは人口における性別構造を示したものである。一般的に性比は女子人口に対する男子人口の割合として表わされる。年齢別にみた性比には、それぞれの年齢における男女別の死亡率の差異が反映されている。また、出生性比を通して社会あるいは家族における性選好をみることができる。

人口における性比の研究は17世紀半ばにジョン・グラント (John Graunt) が男女の出生比率が一定であるという規則性を実証したことに始まるという。また、ヨハン・ペーター・ジュースミルヒ (Johan Peter SuBmilch) は出生性比に関して女兒20に対して男児21の平均比率を算定し、規則性を持った出生性比を“神の秩序”とし、神意の存在を認めた。しかしながら、この規則性に関しては神学的あるいは宗教的説明に終わっている (石, 1984年, p.1)。現在も多くの諸国において女兒100に対し男児105近傍となる性比が一般的にみられることから、この時代の性比に関する統計的整合性は極めて高かったことになる。

出生性比は105近傍で変動しているが、人口全体の男女比はほぼ均衡しているか、女性において若干高い比率となる。平均寿命の男女差は一般的に男低女高である。男性死亡率が高いため、出生時の性比は年齢とともに減少することとなる。このように性比は男女の異なった死亡秩序を反映している (Machenroth, 1953年, 翻訳 p.9)。こうした性比の特徴を考えると、出生性比が一般的にみられる105と乖離している場合には誕生した性別に関して何らかの人為的操作が働いた結果であると考えられる。また、出生性比が年齢とともに減少しない場合は、男女別の死亡構造に関して、問題が生じていることが推測される。

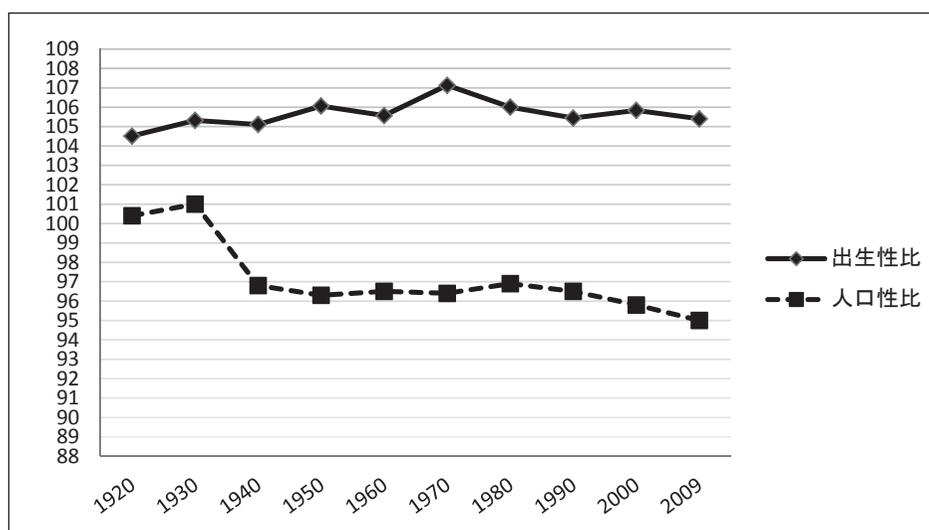
インドにおける性比不均衡問題に関しては1世紀以上も前から英領時代のセンサス担当官によって指摘されていた (村山, 2009年, p.136)。性比における問題点はインド第11次5カ年計画 (2007～2012年) に示された包括的成長のうち母子に関する戦略として、0～6歳児の性比を2011/12年の935から2016/17年は950に上昇させるという目標設定がされている。また、母子戦略の3項目にはすべての幼児に健全な生活を保障することが言及されている (Govt. of India, 2008年 Vol.2, p.24)。インドの性比は男性人口100に対する女性人口で示される。したがっ

て、先述した性比を一般的定義に置き換えれば、出生性比を 107.0 から 105.3 に引き下げることが目標に掲げられていることになる。さらに母子保健に関して言えば、乳幼児期における男女間のケアが平等でないことが、人口性比の不均衡として表れているため、これを是正する必要性が政策課題として掲げられている。性比が男女間の死亡構造を反映したものであるならば、一般的にみられる性比と異なる性比が観察される場合、出生時における性選好あるいは死亡に至る過程において何らかのジェンダーに関わる要因が影響を与えていると思われる。本論文においては、インドにおける性比に着目し、これらの問題を考察することとする。

## 2. 性比の決定過程

性比は人口転換過程にしたがって変動する。105 近傍で変動している出生性比はその後の男女別の死亡率にしたがって変化するが、出生に先立つ受精性比は第 1 次性比と呼ばれている。これに対して、出生性比は第 2 次性比と呼ばれている。受精性比は 120 程度であるが出生性比は 103 ~ 106 の範囲内で観察され、それぞれ男児が多くなっている (林謙治、2003 年、p.22)。妊娠初期の流早産の大半は染色体異常によるものであり、胎児側に原因がある。一方、妊娠後期の自然死産の多くは母胎側に原因があり、妊産婦ケアの充実は出生性比に影響を与え、性比を高める方向に作用する。後期死産および早期新生児死亡に関しても男児が多く、新生児医療が充実すれば、男児の生存確率が上昇し、出生性比は高くなる。

日本における性比の推移により、性比転換過程を追ってみよう。図 1 は国勢調査が開始された 1920 年以降の出生性比推移である。1920 年に 104.2 であった性比は上昇<sup>1)</sup>したのち、1990 年以



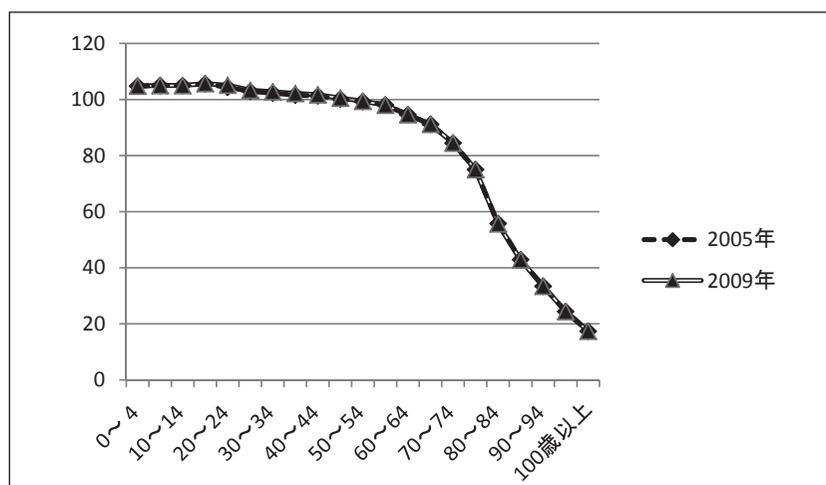
資料：国立社会保障人口問題研究所『人口統計資料集 2011 年』  
([http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P\\_Detail2011.asp](http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2011.asp))

図 1 日本における人口性比および出生性比の変化、1920 年～ 2009 年

降から 105 台で推移している。こうした変動過程は先進諸国においても同様にみられる傾向である。公衆衛生、周産期医療の進歩により生残率が高まるため、出生性比がその影響分だけ上昇するのは普通であるが、110 を超える出生性比は医療の進歩だけでは説明できそうにない（林謙治，2003 年，p.24）。110 を超える出生性比は中国および韓国においてみられた出生性比に関してであるが、先述したインドの出生性比 107 についても同様の要因があることが推測される。

出生時における性比は男児における超過であるが、男性死亡率よりも女性死亡率が低いため、年齢上昇にしたがって性比は低下する。図 1 には出生性比とともに人口性比を示したが、人口性比は年次経過とともに低下している。図 2 に示した日本における年齢別性比が示すように、20 歳前後まで出生時と同様の性比が継続した後、性比は徐々に低下し、60 歳以降、急速に低下する。20 歳以降の死亡率は男性において高く、平均寿命の男女差は女性の方が 6 年以上高くなっている。老年期における女性の生残率が高いため、性比は著しく低下することとなる。この人口性比に関しても、男女における死亡率格差がない場合、出生性比がそのまま人口性比となる。また、再生産年齢期において妊産婦死亡率が高い場合は、性比は高くなることが予測される。すなわち、出生性比と人口性比の相違は、当該国（あるいは当該地域）の死亡の男女格差が反映していることになる。

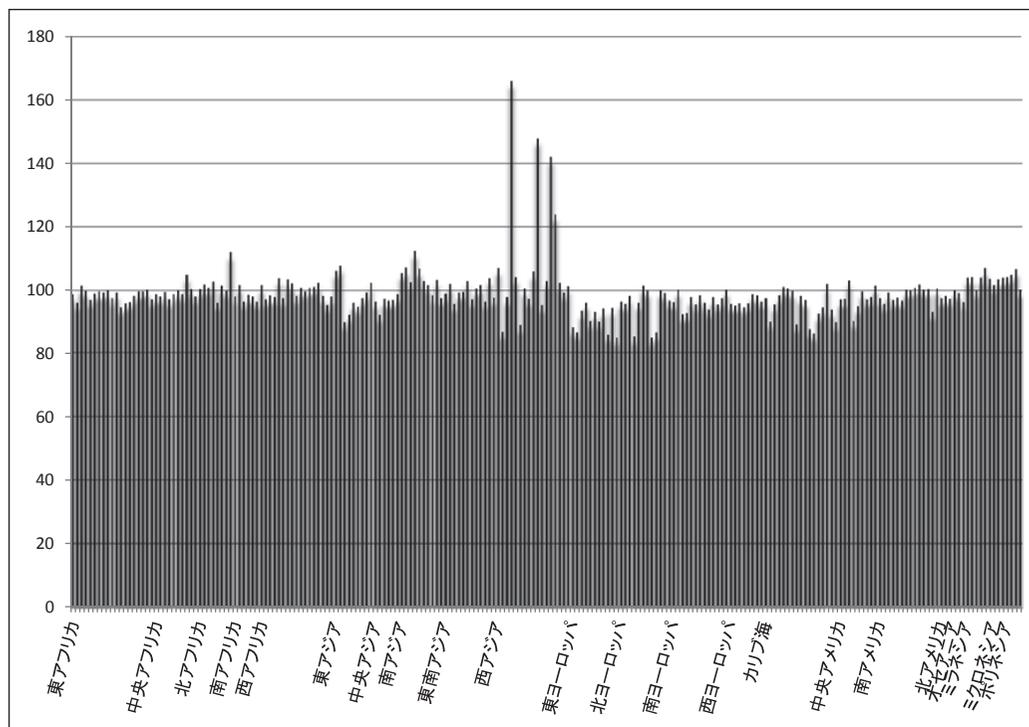
アジアにおける性比転換に関して、近年、人口における男性超過傾向（Demographic Masculinization）が前例にない傾向で進行しており、この一因が出生前の性別診断技術の進歩により性選好に基づく人工妊娠中絶が行われた結果であることが指摘されている。一方、韓国では近年これに逆行する動きがみられ、性比動向にはある種の循環（swing）が観察されており、社会のジェンダー関係に根ざす差別観が出生性比に何らかの影響があるのではないかと推測されている（Guilmoto, 2009, p.519）。世界各国における人口性比は図 3 に示すとおりである。図で明ら



資料：国立社会保障人口問題研究所『人口統計資料集 2011 年』  
 (http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P\_Detail2011.asp)

図 2 日本における年齢別性比、2005 年、2009 年

かなように東アジア、とくに韓国および中国において男性超過がみられる。また、アフリカ諸国、アジア諸国およびミラネシアにおける性比は高く、とくに西アジア諸国における性比は異常な高さである。一方、ヨーロッパ地域における人口性比は低い。



資料： United Nations, *World Population Prospects: The 2010 Revision*  
 (<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>)

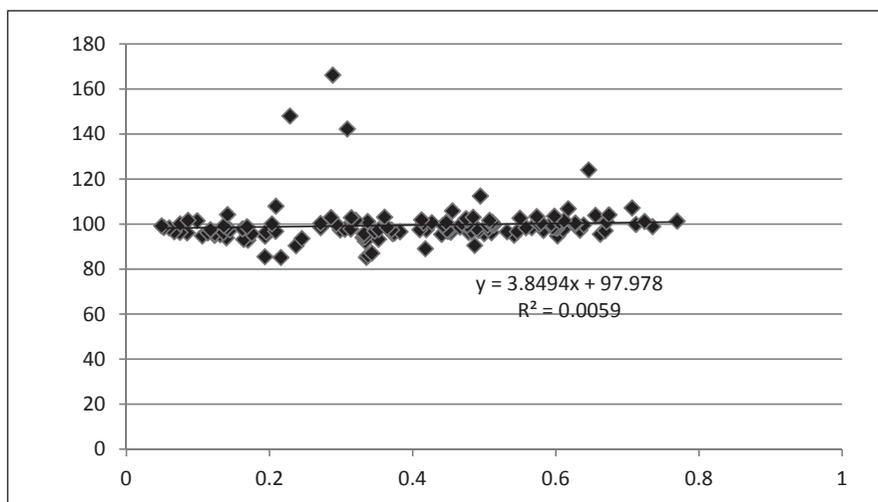
図3 各国における性比、2010年

それぞれの地域に固有の性比が見られるわけであるが、出生性比は出生率と死亡率の変動過程においてこれらと連動して推移する。また、出生率の変動過程では人口政策の実施過程で出生制限が行われる場合、性選好があれば、性比に影響を与える。このように人口構造としての性比が変化する要因は以下の4つにまとめることができる。

- (1) 性選好に関する文化的背景
- (2) 社会経済の発展度
- (3) 出生率低下速度
- (4) 人口政策 (Gu, Baochang and Krishna Roy, 1995.)

性比に関してある種の循環 (swing) があるというが、このことは性比の決定の複雑さを示している。日本ならびにヨーロッパ地域にみられるように、死亡率転換過程の初期段階では女性において高い死亡率がみられるが、死亡水準は次第に男女間で均衡し、最終段階では女性死亡率が男性死亡率を下回ってくる。この経過からみると性比は次第に減少すると考えられる。死亡率転

換が上記(2)に示した社会経済発展度と関わりがあるとするならば、社会経済の発展にしたがって性比は低下していくと予測される。図3にみられるようにヨーロッパ地域における低い性比はこのことの例証といえよう。女性の死亡率低下に関しては女性特有の死因である妊産婦死亡に関する改善効果が大きいの。妊産婦死亡率の低下は医療環境の向上および妊産婦ケアの拡充効果が大きいのと同時に、出生率が低下すれば出産に伴うリスクも軽減される。すなわち、出生率低下の過程において女性死亡率も改善されれば、性比は低下する。ここに(3)の出生率低下速度が関わってくる。社会経済の発展には女性の社会進出も含めた男女平等性の達成も含まれると考えられるが、これが急速に進行するか、あるいは(4)に示される人口政策の効果により人口転換が進行する場合がある。(1)の性選好に関する文化的背景、例えば希望子ども数および性選好を含めた子どもに関する価値観が変化するには時間を要する。したがって、性選好に関する価値観が変容しないうちに出生率転換が進行する可能性があり、産む子ども数が少ない中で子どもの性選好が行われることとなる。出生率が高い場合は、男児選好が強ければ、男児が誕生するまで出産行動が継続することとなる。この場合は例えば「末子長男」という現象に見られるように、男児が誕生すると出産行動を終了させるということも見られた。これは出生順位別に性比をみると出生順位が高くなると性比も高くなる傾向として表れている。しかしながら、出生数が少ない中で、男児選好が行われるならば、何らかの人為的手段がここに加わることとなる。近年出生性比が高い中国、韓国においては出生前診断で男児ではなかった場合、人工妊娠中絶を行い、女児誕生を回避することがみられる<sup>2)</sup>。社会経済発展に伴って、低下した性比は出生前診断という医療技術の進歩により出生性比が高くなるという結果をもたらすことになる。このように考えると社会経



資料) 人口性比：United Nations, *World Population Prospects: The 2010 Revision*  
 (<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>)  
 ジェンダー不平等指数 (Gender Inequality Index)：  
 (<http://hdrstats.undp.org/en/indicators/68606.html>)

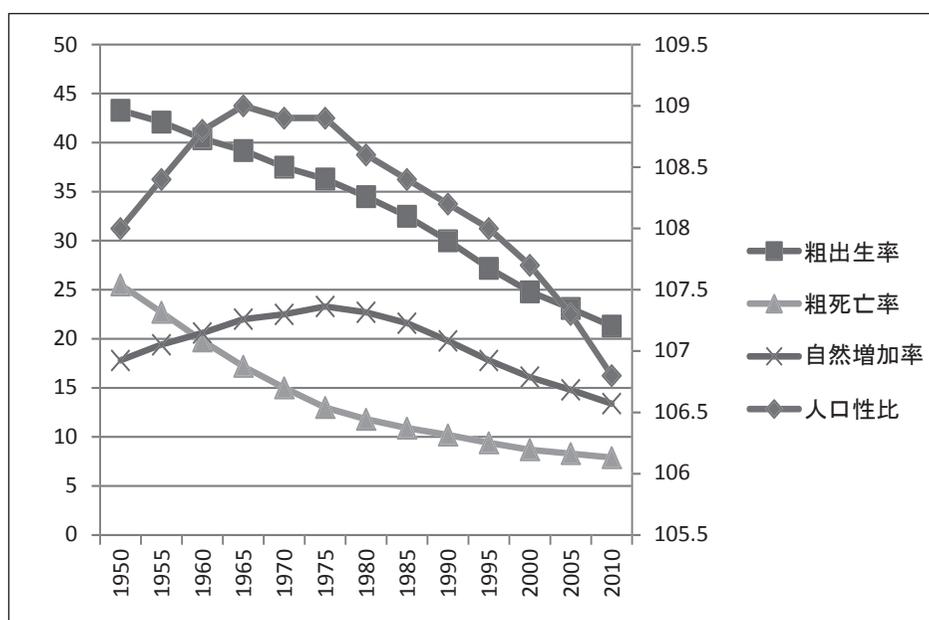
図4 人口性比とジェンダー不平等度との関係、2010年近傍

済発展は出生性比を上昇と下降の2方向へ変化させる可能性があることになる。

女性の死亡率改善と人口性比が関連を持つと仮定されるならば、ジェンダー間の平等性と性比の間に関連性はあるであろうか。図4は2010年近傍における各国の性比とUNDPによって作成されたジェンダー不平等指数との関連をみたものである。図は性比とジェンダーの関連性について、2010年近傍における人口性比をジェンダー不平等指数<sup>3)</sup>にしたがって示している。人口性比が突出して高い国は西アジア諸国である。ジェンダー不平等指数が1に近いほど男女間の不平等度が大きいことを示しているが、性比とジェンダー不平等指数の間には有意な相関関係は見られない。先述した性比の変化要因に関連してこの結果を考察すると2の社会経済発展による性比の変化は社会における(1)の性選好における文化的背景と(4)の人口政策の強度によって、それぞれの地域あるいは国によって逆方向に働く可能性もある。この間に男女間の平等性が高くなるような変化が生じれば先述した韓国に見られるような性比の循環(swing)が生じることとなろう。この意味においては各国の社会経済水準、人口政策の個人への関与度の相違(あるいは人口政策の強度)、文化的価値観の変容過程等、各国固有の要因が関わり、性比に影響を与えているといえよう。

### 3. インドにおける性比の変動

データの国際比較で検証した通り、本論文で分析対象とするインドも人口性比の高い国の一つ



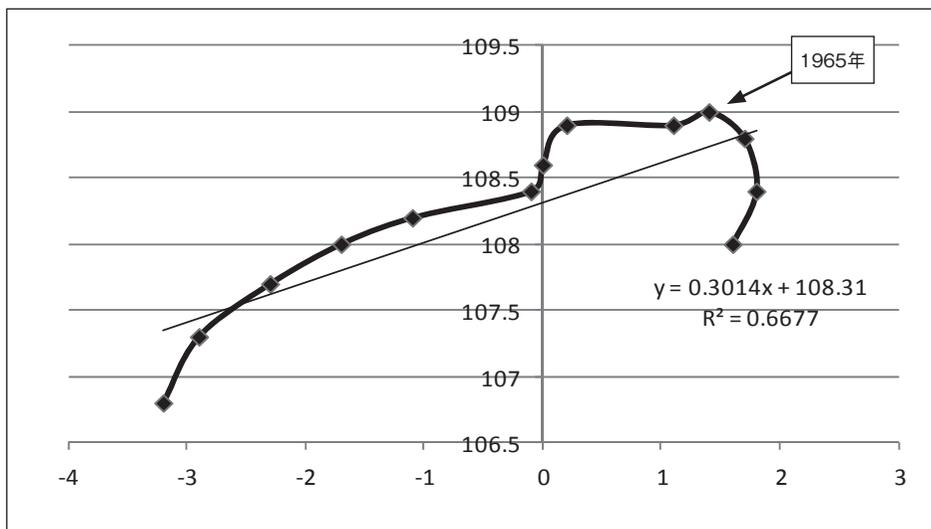
資料： United Nations, *World Population Prospects 2010revision*  
 (<http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/p2k0data.asp>)

図5 インドにおける人口変動過程と人口性比の変化、1950～2010年

である。国連 2010 年推計によりインドにおける人口性比に関して、人口転換過程との比較により検討してみよう。インドの人口性比は 1950 年以降 105 を超える男性人口超過の高い性比で推移している。時系列変化からみた人口性比のピークは自然増加率の変動と連動している。性比が上昇する 1965 年における自然増加率は 22% であり、その後人口増加率が 20% を下回る 1980 年代まで 108 を超える水準で推移する。インドの自然増加率は 1980 年代後半から低下傾向を示すが、これ以降性比も低下し、2010 年の性比は 106.8 となっている。人口増加率が上昇する過程は、死亡率低下が急速となる時期でもあるが、この間の性比は上昇し、ついで、出生率の低下が始まり、人口増加率が漸減的になる局面において性比は低下することを示している。この性比変動過程の要因は、死亡率低下過程において男女間の死亡率低下速度にタイムラグが生じているためではないかと思われる。

国連推計によればインドの平均寿命は 1975 年まで男高女低状態にあった。その後 1980 年代まで男女ほぼ同水準の平均寿命が続いた後、1990 年代からは女性の平均寿命が男性のそれを上回る状態となり、2010 年の平均寿命は男性 64.4 年、女性 67.6 年であり、3.2 年の差となっている。この変動過程と先述した死亡率の低下過程を連動させて考察すると 1970 年代までは男性死亡率の低下が著しく、その後女性死亡率が改善されていったと推測される。

図 6 は死亡率の指標である平均寿命と性比の関係をみたものである。横軸に示されたのは平均寿命の男女差（男性平均寿命－女性平均寿命）であり、縦軸は性比を示している。1965 年以降、平均寿命の男女差の縮小にしたがって、性比は低下する。さらに平均寿命の男女差がなくなる 1980 年代以降、性比は低下し、女性の平均寿命が男性のそれを上回るに従って性比は低下を続ける。すなわち性比の低下過程は女性の死亡率の改善過程と連動していることになる。妊娠中の

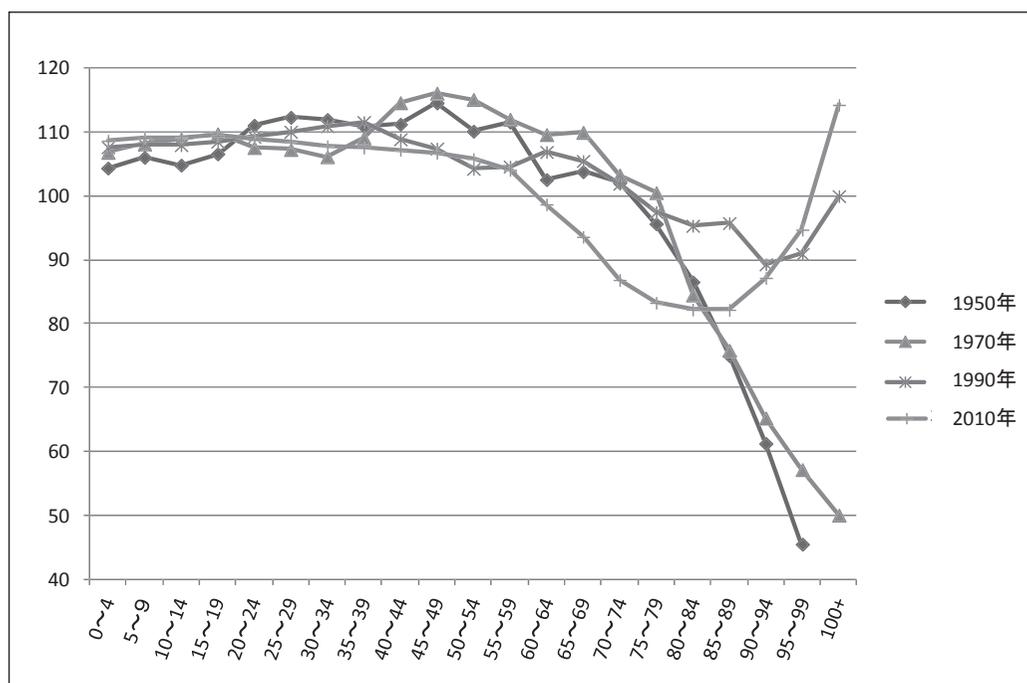


資料： United Nations, *World Population Prospects 2010revision*  
 (<http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/p2k0data.asp>)

図 6 性比と平均寿命の男女差の関係、1950～2010年

検診は母子保健にとって重要である。出生前の検診に関する医療技術の進歩が母子保健に与える影響は大きい。したがって、母子保健サービスの拡充に伴い、性比は変化していくこととなる。

性比の変動に関して年齢別に時系列変化をみたものが、図7である。図は変化をより明瞭に示すため、1950年以降20年おきのデータを示している。1950年における年齢別性比の特徴は15歳以降60歳まで高い性比が継続することである。年齢別性比は当該年次以前の年齢構造および性別死亡率の影響を受ける。したがって特定期間の年齢別性比をその期間の年齢別死亡率のみによって論じることは難しい。15歳から49歳までの性比の低下に関しては妊産婦死亡率低下の効果が大きいと推測される。さらに1970年代後半から出生率低下が顕著となることから、出産による女性の死亡リスクが減少したこともこの年齢階級における性比の低下に影響を与えている。したがって、女性の死亡率低下による性比の低下には再生産年齢期以降の女性死亡率の低下効果が大きいことは明らかである。一方で、年齢別性比に関して注目されるのは、0～4歳の性比が時系列変化に応じて上昇していることである。図7に示された年次にしたがって0～4歳性比をみると1950年104.4、1970年106.9、1990年107.6、2010年108.9であり、性比は上昇している。インドの場合、全体性比が低下する中で、0～4歳性比は上昇傾向を示している。0～4歳の性比は出生性比と乳幼児死亡率の男女差を反映しており、この高い0～4歳性比は出生性比が男児において高いことあるいは乳幼児死亡率において女兒死亡率が高いことが影響していると思われる。



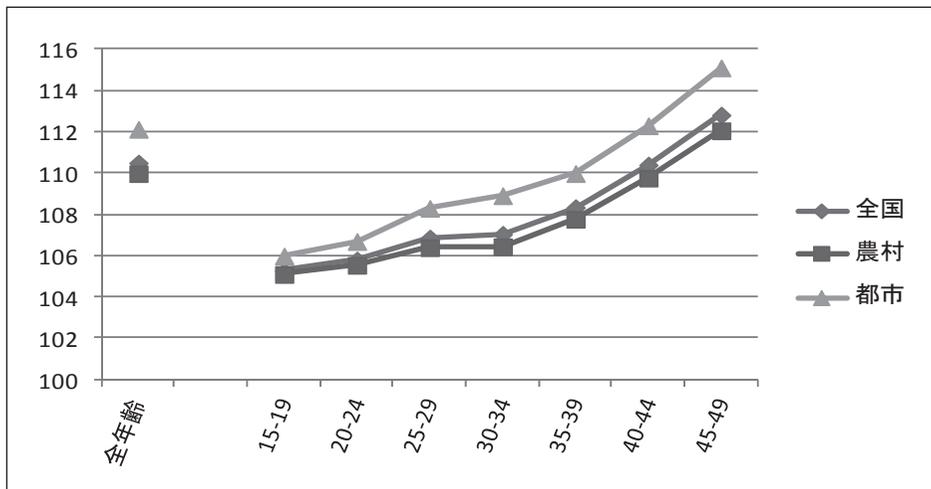
資料： United Nations, *World Population Prospects 2010 revision*  
 (<http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/p2k0data.asp>)

図7 年齢別性比の変化

#### 4. インドにおける出生性比

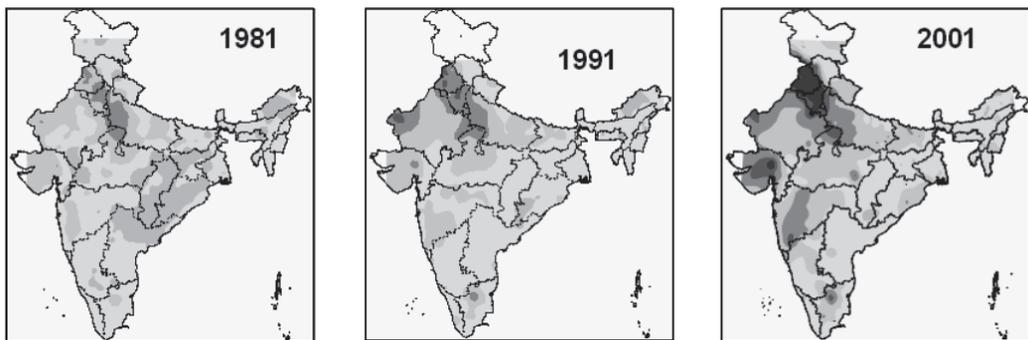
国連推計によればインドの出生性比は1995年以降108で推移している。図8は2001年センサスにおける既往出生児の性比を母親の年齢別、都市・農村別に示したものである。全年齢の母親を対象とした出生性比に関してみると、全国110.4、農村部110.0、都市112.1であり、都市において高い性比となっている。母親の出産年齢上昇とともに都市、農村ともに性比は上昇している。出生児に関する性選好が作用している場合、男児が生まれにくい場合出産行動は継続し、母親の年齢上昇とともに性比が上昇しているものと思われる。

インドでは地域によって異なる性比が見られる。図9は1981年、1991年、2001年における県別の性比を示したものである。相対的に北西地域に高い性比がみられる。3時点間の比較をすると高い性比を示す県が増加している。1981年時点では性比における北高南低という特徴が明確



資料：Govt. of India, *Census of India 2001, Fertility Tables(CD)*

図8 母親の年齢別既往出生児性比、2001年



出所 Guilmoto, C.Z., 2007, p.4

図9 県別乳幼児性比、1981～2001年

になっていたが、2001年時点では南インドの県においても高い出生性比が示されている。人口転換の進んでいる南インド諸州では、出生力が置換水準（合計特殊出生率およそ2.1）を下回っており、低い出生率の中で性比が上昇している。

センサスにおける0～6歳児の都市、農村別性比をみると1981年は農村103.8、都市107.4、1991年は105.5と107.0、2001年は107.1と110.4であり、それぞれ都市において性比は高水準で推移し、上昇している（Guilmoto, Christophe Z., 2007, p.5）。2001年から2011年のセンサス間における6歳未満の州および連邦直轄地別性比をみると、2001年の最大値はパンジャブ州の125.3、最小値はダドラ・ナガルの102.1であり、レンジは23.1である。2011年の最大値はハリヤーナ州120.4、最小値はミゾラム103.0であり、レンジは17.4である。全国の6歳未満性比は107.8から109.4に上昇しており、性比の地域間格差が縮小する中で、全国レベルの性比は上昇している<sup>4)</sup>。

表1 母親の属性別性選好

	男児 (人)	女児 (人)	男児を多く希望 (%)	女児を多く希望 (%)	最低一人の男児希望 (%)	最低一人の女児希望 (%)
年齢						
15～19	0.9	0.7	15.8	2.7	71.9	70.2
20～29	1.0	0.8	20.5	2.6	75.6	72.1
30～39	1.2	0.9	25.8	2.6	81.0	76.8
40～49	1.3	0.9	28.2	2.4	81.3	77.7
地域						
都市	0.8	0.7	14.0	3.3	68.5	66.4
農村	1.2	0.9	26.6	2.2	81.7	77.7
就学期間						
就学歴なし	1.4	1.0	34.6	2.0	86.8	82.4
5年未満	1.1	0.9	23.1	2.4	81.6	77.0
5～7年	1.0	0.8	18.6	2.3	79.2	75.8
8～9年	0.9	0.7	13.7	2.8	73.6	70.3
10～11年	0.7	0.7	9.8	3.2	66.1	64.2
12年以上	0.6	0.6	7.5	4.2	55.7	54.5
宗教						
ヒンドゥー教徒	1.0	0.8	22.3	2.4	77.0	73.5
イスラム教徒	1.3	1.0	26.5	2.8	81.0	78.7
キリスト教徒	1.0	0.9	12.5	6.9	71.6	70.7
シーク	0.9	0.7	16.8	1.6	73.1	65.4
仏教教徒	0.9	0.8	15.5	3.9	78.6	77.1
ジェイナ教徒	0.7	0.7	6.2	5.3	59.8	61.1
その他	1.4	1.2	29.0	3.8	87.0	84.4
所得水準						
低水準	1.4	1.0	35.3	2.2	87.4	83.4
第2水準	1.3	0.9	29.0	1.9	84.4	80.5
中間層	1.1	0.8	22.5	2.3	79.6	75.9
第4水準	1.0	0.8	17.3	2.8	74.7	71.7
高水準	0.7	0.7	11.7	3.5	64.1	61.7
調査年						
NFHS-3(2005-06)	1.2	0.9	25.4	2.4	80.7	76.7
NFHS-2(1998-99)	1.4	1.0	33.2	2.2	85.1	80.1
NFHS-1(1992-1993)	1.6	1.1	41.4	2.6	84.6	84.6

出所 Govt. of India 2007, *India National Family Health Survey (NFHS-3)*, Vol.1, p.104

通常値を超える性比が生じるには強い性選好が働いているとみられる。インドで実施された家族健康調査（NFHS:National Family Health Survey）結果から、性選好＝男児選好の状況を検討してみよう。表1は母親の属性別にみた性選好である。NFHSは1990年代から3回行われているが、平均出生児数は1992-1993年2.7人、1998-99年2.5人、2005-06年2.1人と低下している。男児を多く希望する比率はNFHS-1からNFHS-3の間で41.4%から25.4%に減少している。また、最低1人の男児を希望する比率は84.6%から80.7%へと低下しているが、その減少比率は低く、平均出生児が2.1人であることを考慮すれば、少ない子ども数でも男児を望む傾向には変化がみ

表2 超音波診断後の妊娠結果

	超音波診断受診比率	妊娠結果			
		男児出産	女児出産	妊娠中絶	妊娠継続
地域					
都市					
農村	44.0	46.1	38.4	8.7	6.6
就学期間	16.3	45.3	38.9	9.1	6.7
就学歴なし	8.5	45.7	38.6	10.3	5.4
5年未満	16.1	46.2	40.8	8.1	5.0
5～7年	27.6	45.9	40.2	8.2	5.7
8～9年	34.8	45.3	39.5	7.7	7.5
10～11年	50.0	46.3	36.9	9.6	7.3
12年以上	64.7	45.3	38.5	8.9	7.4
宗教					
ヒन्दゥー教徒	23.5	46.1	38.3	8.9	6.7
イスラム教徒	20.1	42.6	41.6	9.2	6.6
キリスト教徒	36.6	43.6	41.7	7.9	6.9
シーク	47.4	50.8	36.0	7.8	5.4
仏教教徒	31.6	57.4	32.8	5.4	4.4
ジェイナ教徒	78.2	47.2	43.2	4.6	5.0
その他	6.9	40.6	41.1	12.5	5.8
所得水準					
低水準	4.3	44.8	38.6	11.3	5.4
第2水準	9.8	44.8	39.7	9.5	6.0
中間層	20.9	45.2	40.7	7.8	6.3
第4水準	37.6	45.3	38.7	9.0	7.1
高水準	61.7	46.5	37.9	8.9	6.7
既往子ども数					
0人	35.6	43.8	40.2	8.7	7.3
1人	26.6	47.7	39.2	6.8	6.3
男児数 0	27.6	51.5	36.4	6.4	5.7
男児数 1	25.7	43.7	42.3	7.1	7.0
2人	15.8	48.3	34.0	12.1	5.6
男児数 0	21.7	54.3	30.1	11.0	4.5
男児数 1	14.1	44.4	36.5	13.1	6.0
男児数 2	11.6	43.2	37.3	12.3	7.1
3人	8.7	46.4	35.6	14.2	3.8
男児数 0	15.6	52.0	33.8	9.2	4.9
男児数 1	8.2	42.5	35.0	19.9	2.6
男児数 2～3	5.9	45.2	37.3	12.3	7.1
4人以上	5.1	44.2	32.2	17.7	5.9
男児数 0	10.7	53.4	35.1	7.3	4.2
男児数 1	6.9	47.3	25.6	21.8	5.3
男児数 2人以上	3.7	38.9	35.6	18.7	6.8
合計	23.5	45.7	38.8	8.9	6.6

出所 Govt. of India 2007, *India National Family Health Survey(NFHS-3)*, Vol.1, p.206

られない。また、男児選好の強さは都市部より農村部にある。少なくとも1人の男児を希望する比率に関してみると、教育水準による男児選好の差が最も明確に表れており、就学経験がない場合86.8%に対し、12年以上の就学経験を持つ母親の場合55.7%となっている。また所得水準に関しては、低所得層87.4%に対し高所得層64.1%であり、低所得世帯ほど男児選好が強くなっている。教育は男女間の平等性を高める方向に働き、子どもの性に関するこだわりを軽減すると考えられるが、半数を超える母親が男児を強く待望している。

第3回家族健康調査は、平均出生児数が2.1人と人口置換水準に近い出生率となっているが、ジャイナ教徒、就学年数12年以上、高所得水準の母親において男女の出生数が等しくなっている以外は、すべて男児の出生数が多いという結果を示している。この置換水準に近い出生力において、男児超過となるには希望する性の誕生を迎えるために、出生前に何らかの性別選択が行われていることが推測される。表2は超音波診断の結果、どのような妊娠結果となったかを示している。超音波診断の受診比率は23.5%であり、都市44.0%、農村16.3%である。教育水準に関しては就学歴がない場合8.5%であるのに対し、12年以上の就学経験者は64.7%の受診率である。所得階層に関しては低所得層4.3%であるのに対し高所得層61.7%であり、超音波診は、学歴が高く、所得の高い階層において行われていることが明らかである。また、都市・農村間の受診比率の差は、医療環境が農村部より都市部において整備されている結果であろう。超音波診断の実施は4分の1弱と少なく、その多くは都市部在住の高学歴、高所得階層となるが、それぞれの属性別の出産結果は男児が女児を上回っている。特に男児の出生歴がない場合、受診後の男児出生比率が女児の出生比率を大きく上回っている。また、男児がいる場合の中絶比率が高くなっている。

## 5. 今後の動向

インドでは1951年、第一次5カ年計画当初から人口の量的調整に関する政策が実施されてきた。人口の量的調整に必要とされる産児調節の方法として、不妊手術、IUD、ピル、コンドーム等出生調整に関する多様な手段の利用が拡充されてきている。1971年には医学的妊娠中絶法の下で、母胎が危険にさらされる場合等には付帯条件付きで合法的に人口妊娠中絶を認められるようになった。これにより非合法下で行われる中絶は回避できたが、中絶が母胎に与える危険性は依然として残っており、社会的論議の対象となっていた。その後中絶に関する議論は性比の上昇、性選好による中絶、都市部における中絶専門クリニックの激増に集中するようになってきている(Agarawal, 2008, p.1-2)。1994年世界人口会議においてリプロダクティブヘルス/ライツ(性と生殖に関わる健康と権利)が注目されて以降、「産む」あるいは「産まない」権利、時期、子ども数の決定等女性の決定権が強調されている<sup>5)</sup>。出生前の性別診断の結果に対して、望まない性を排除することもリプロダクティブライツであろうか。このことは生命の誕生をどの時期とするかという議論とも関連しており、さらなる議論が必要とされる問題である。

近代的技術により人工妊娠中絶を行う過程について次のような説明がされている。小規模の家

族規範が急速に浸透する中で、両親は子ども数の決定は伝統的な価値観よりも世帯における資産状況を考慮し、医療あるいは教育によって与えられる子どもの質を高める方向で適正な子ども数を決定する。出産する当事者である女性自身も胎児の性別に関心を寄せており、夫あるいは両親などの他の家族成員は妻に身体的・心理的負担がなければ、女兒出産を避けたい場合に中絶を勧める傾向がみられる (Guilmoto, 2007, pp.3-4)。子ども数の決定に関して子どもに関わる費用と効用を考慮し、効用が費用を上回れば追加的子どもを希望するが、その逆の場合、子どもを希望しない決定をする。インドにおいても子どもの質を高めるための医療あるいは教育費の負担が希望子ども数の減少、すなわち出生力低下につながっていると思われる。しかしながら、希望子ども数の減少の中で、依然として男児選好が強い場合、出生前診断から妊娠中絶を選択するケースが出てきている。

家族保健調査結果が示すように出生前診断の利用率は都市部、教育水準の高い母親、生活水準の高い世帯、無業の女性において高く、限定的な利用状況にあり、この診断を女兒とわかった段階で人工妊娠中絶を選択するような事例は少数派であるという指摘がある (Mari Bhat & Zavier, 2007, p.2303)。第 11 次五カ年計画においては性比不均衡に対しこれを是正する数値目標を州ごとに設定させている。また、出生前診断についての法律の下で、出生前の性選好に関して厳しく監視するとともに、情報教育の強化、医学部カリキュラムに性選好項目を加える等の施策を実施している (Govt. of India, 2008, vol. II, p.87)。超音波検査は母胎の負担が少なく、胎児の異常を発見することができる有用な方法である。調査結果が示すように超音波診断を利用できる階層は限定されているが、母子保健の観点からすれば、妊産婦検診として普及させる必要がある。この普及過程において 5 年計画で示された情報教育の普及と強化、医療担当者の倫理意識教育の徹底がされることにより、性比不均衡の是正が期待されよう。

## 注

- 1) 1968 年から 1970 年において出生性比は 107 を超えているが、これは 1968 年から導入されたマークシート方式による出生調査表への転記ミスによるもので、ミスの大半は女を男と誤るものでその逆はほとんど見られないとされている (林謙治, 2003 年, p.26)。
- 2) 中国における出生前診断と出生性比の不均衡に関する指摘は多い。本文中に引用した Gu, Baochang and Krishna Roy, 1995 においてもこの言及がなされている。
- 3) UNDP (国連開発計画) により作成された複合指標で、男女間の不平等度を示す指数。健康 (妊産婦死亡率と出生率)、エンパワーメント (就学率)、労働市場に関する指標から男女間の不平等度を算出したもの ([http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2011\\_EN\\_TechNotes.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_EN_TechNotes.pdf))。
- 4) 性比データは Govt. of India, *Provisional Population Totals Paper 1 of 2011 India Series 1*. ([http://www.censusindia.gov.in/2011-prov-results/prov\\_results\\_paper1\\_india.html](http://www.censusindia.gov.in/2011-prov-results/prov_results_paper1_india.html)) を用いた。
- 5) インドにおける人口政策と国際社会における政策動向に関しては、西川由比子、2007 年参照。

## 参考文献

1. 石南国、1984年、「出生性比の動向分析」、『城西大学経済経営紀要』、第7巻第1号、pp.1～15。
2. 高濱美保子、2003年、「途上国における死亡の男女格差」、阿藤誠・早瀬保子編、『ジェンダーと人口問題』、大明堂、pp.43～66。
3. 西川由比子、2007年、「国際人口会議の潮流とインドの人口政策－1990年代の動向を中心として」『城西大学経済経営紀要』、第25巻、pp.17-29。
4. 林謙治、2003年、「ジェンダー問題としての出生性比」、阿藤誠・早瀬保子編、『ジェンダーと人口問題』、大明堂、pp.21～42。
5. 村山真弓、「インドにおける性比問題：文献レビュー」、平島成望・小出尚也編『包括的成長へのアプローチ：インドの挑戦』、アジア経済研究所、pp.135～163。
6. Agarawal, Sutapa, 2008, “Determinants of Induced Abortion and Its Consequences on Women’s Reproductive Health: Findings from India’s National Family Health Surveys”, *Demographic and Health Research*, No.53.pp.1-61.
7. Chaudhuri, Sanjukta, *Son Aspiring Parity Progression in India: A Household Level Analysis*, (<http://people.uwec.edu/chaudhs/PDFS/IPSRH%20Chaudhuri%20Sanjukta%202011.pdf>)
8. Dasgupta, Monica, Woojin Chung, Li Shuzhuo, 2009, “Evidence for an Incipient Decline in Numbers of Missing Girls in China and India”, *Population and Development Review*, Vol.35, No.2, pp. 401-416.
9. Govt. of India, 2011, *Census of India 2011, Provisional Population Totals, Paper 1 of 2011*. ([http://www.censusindia.gov.in/2011-prov-results/data\\_files](http://www.censusindia.gov.in/2011-prov-results/data_files))
10. \_\_\_\_\_, 2008, *Eleventh Five Year Plan (2007-2012)*. Vol.1.
11. International Institution for Population Sciences, 2007, *India National Family Health Survey (NFHS-3)*, Vol.1.
12. Gu, Baochang and Krishna Roy, 1995, “Sex Ratio at Birth in China, with Reference to Other Areas in East Asia: What We Know”, *Asia-Pacific Population Journal*, Vol.10, No. 3, pp. 17-42. (<http://www.un.org/depts/escap/pop/journal/v10n3a2.htm>)
13. Guilmo, Christophe Z., 2009, “The Sex Ratio Transition in Asia”, *Population and Development Review*, Vol.35, No.3, pp.519-549.
14. \_\_\_\_\_, 2007, *Characteristics of Sex-Ratio Imbalance in India, and Future Scenarios*, (4th Asian Pacific Conference on Reproductive and Sexual Health and Rights October 29-31, 2007, Hyderabad, India), UNFPA.
15. Machenroth, Gerhard, 1953, *Bevolkerungslehre Theorie, Soziologie und Statistik der Bevolkerung* (石南国他訳、1985年、『マッケンロート人口論』、中央大学出版部)
16. Mishra, Vinod, T. K. Roy, Robert D. Retherford, 2004, “Sex Differentials in Childhood Feeding, Health Care, and Nutritional Status in India”, *Population and Development Review*, Vol.30, No2., pp.269-295.
17. Mhat, Bhat, P. N. and A. J. Francis Zavier, 2007, “Factors Influencing the Use of Prenatal Diagnostic Techniques and the Sex Ratio at Birth in India”, *Economic and Political Weekly*, June 16, pp.2292-2303.