

東南アジアにおける貧困及び人間開発の現状分析

— インドシナ諸国を事例に —

AYE Chan Pwint

1. 貧困削減に関する歴史的背景¹⁾

貧困は様々な社会の中で長い間存在してきた。これまでの開発経済学者達は、カロリー摂取量で測定する絶対的な基準、平均所得との関係で測定する相対的な基準、平均寿命や教育水準で測定する基準を用いて、貧困を様々な側面から測ってきた。このような貧困に関する研究や取り組みが展開される時期には波があった。貧困問題は第二次世界大戦前から存在したものの、1950年代は経済発展が最も強調され、貧困削減や不平等問題はそれほど取り上げられなかった。1960年代になると、経済が発展する一方で、貧困や格差が拡大してきたことが認識されるようになり、1970年代には主要な目標として各国で貧困削減政策や取り組みが取り上げられた²⁾。

1970年代後半ごろの貧困削減は開発援助を中心とする取り組みであった。当時、貧困問題は基本的に国内問題として捉えられていたが、開発援助が進展するにつれ国際的な問題として捉えられるようになった。世界銀行はベーシック・ヒューマン・ニーズ (Basic Human Needs: BHN) を満たすこと、絶対的な貧困を緩和することを貧困削減の主要目標として掲げた。1980-1988年になると、多くの発展途上国で市場経済メカニズムに依拠する構造調整政策を通じた開発手法が採用されたが、順調に進まず、貧困をさらに悪化させることもあった³⁾。その反省もあり、1990年代前半には世界銀行が「世界開発報告書 1990年」、国連開発計画 (以下 UNDP) は「人間開発報告書 1990年」を発行し、貧困に対する関心が高まってきた。

1990年代後半には、貧困問題がさらに注目され、1995年に世界社会開発サミットで「社会

1) 初鹿野 (2005) に基づく。

2) その背景には、1960年代にアフリカの年平均経済成長率が6%であるにもかかわらず、貧困問題が深刻化してきたということがあった (初鹿野, 2005)。

3) 国際協力・政府開発援助, 「援助政策」, 外務省

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/about.html> (2011年6月13日)。

的な統合・協調を主軸とした貧困削減政策をグローバルな課題とし、人間中心の社会開発を目指した上で、各国は開発協力の焦点を貧困に当てることに合意した。国連は1996年を「貧困撲滅のための国際年」とし、1997年から2006年までを「貧困撲滅のための国連の10年」とした。また、世界開発協力機構の開発援助委員会が1996年に「21世紀に向けて：開発協力を通じた貢献（新開発戦略）」を発表し、2015年までに世界の貧困人口を半減させるという目標を掲げることにより、貧困削減への取り組みが世界規模で進展した。さらに、これらの動きを一つのものとしてまとめ上げ、全世界規模で貧困削減に取り組むという決意を示したものが、2000年9月の国連ミレニアムサミットで採択された「ミレニアム開発目標」である。ミレニアム開発目標には、2015年までに世界の貧困人口を半減させるという目標の他、経済的・社会的な8つの目標が含まれている。このように2000年以降では、経済的側面のみならず、高度な教育システムや保健医療サービスの向上、社会保障制度の充実など国民の社会経済や基本的なインフラを重視した政策や取り組みが貧困削減の一環として着目されている。

2. 研究の枠組み及び目的

世界銀行は2010年の一人当たりGNI (PPP)により、1,005ドル以下の国を低所得国、1,006ドルから3,975ドル以下の国を低中所得国、3,976ドルから12,275ドル以下の国を高中所得国、12,276ドル以上の国を高所得国としており、高所得国は先進国、その他は発展途上国に分類されている。世界銀行によると、215カ国・地域のうち35カ国・地域が低所得国、56カ国・地域が低中所得国、54カ国・地域が高中所得国、70カ国・地域が高所得国にランクされ、発展途上国が全世界の67.4%を占めている。そのうち東アジア・太平洋地域には31カ国・地域が含まれており、24カ国・地域(77.4%)が発展途上国であり、37.5%(9カ国・地域)が東南アジアに存在している。特に、インドシナ諸国として知られるカンボジア、ラオス、ミャンマー、タイ、ベトナムはメコン地域として1992年以降アジア開発銀行の調整の下で大メコン圏開発プログラムが実施され、経済発展潜在性の高い地域として期待されている(石田, 2005)。

カンボジアでは1991年のパリ協定においてようやく内戦が終結し、1993年に国連カンボジア暫定統治機構の下で総選挙が実施され、アメリカの最恵国待遇により繊維産業が大きく成長を見せ、アンコール奇跡群の世界遺産により観光業を中心に、経済発展の兆しが見えつつある(槇太, 2006)。しかしながら、その一方では、長期にわたる内戦により、基本的社会インフラの整備、農業発展及び工業化の推進が疎かになり、人間開発の遅れ、貧困問題が深刻化している。

ラオスは1975年に成立し、国有化及び計画経済体制を国家経済発展の戦略として採用した。しかし、1979年には市場経済への移行策が導入されるようになり、1986年には市場経済が具体化された。銀行・金融システムの改革、税制度の是正、外国投資法の制定、国有企業の一部民営化等様々な市場向け政策が実施され、市場経済への移行後、毎年5%以上の順調な成長を成し遂げた(植太, 2006)。しかしながら、その一方では、慢性的な輸入超過や貿易赤字、第一次産業を中心とする産業構造、工業化の未発達により、人間開発及び貧困問題が大きな課題となっている。

ミャンマーでは1988年の反政府民主化デモにより、26年間続いたビルマ式社会主義が崩壊し、1990年の総選挙で国民民主同盟が勝利したものの、国軍は政権移譲をせず、独裁的な政権の下で政治的混乱が続いた(植太, 2006)。その結果、経済・社会インフラの遅れ、汚職問題・政治的不透明及び民主化の遅れを原因とする欧米諸国からの経済制裁による対外投資の急減及び製造業・工業化の遅れ、マクロ経済の歪み及び財政赤字によるインフレ、外貨確保や政府部門の輸出を優先とする二重為替レート及び複数相場、民間企業の未発達による雇用・失業問題、都市部でのインフォーマルセクター及びスラムの拡大、農地改革の失敗による土地なし農民の出現、地域自給政策及び計画栽培制度による農民のインセンティブの低下、貧困問題等が大きな問題となっている。2010年10月7日に20年ぶりとなる複数政党による総選挙が行われ、1988年の軍事クーデター以来、ようやく新政治制度に基づいた統治・運営が始まることとなった。新政府による新経済政策や幅広い国民各層への新福祉政策は今後ミャンマーの経済成長及び貧困の緩和にどのように役に立つかが重要な課題となっている。

タイでは1980年代半ばごろから積極的な外資導入により、工業化が推進され、経済が著しく発展したが、近年の政治的不安定や世界金融・経済危機により、輸出が減少し、製造業等では大幅な減産となった。さらに、2008年11月末の国際空港の閉鎖の混乱により、観光業を中心に経済全体が悪影響を受け、実質GDP成長率は2008年に2.6%、2011年に1.5%と工業化が盛んになっていた1991年から1996年の平均GDP成長率8.1%に比べて相当低くなっており、経済全体が低調傾向となっている(外務省, 2012)。加えて、都市と農村間の所得の格差や不平等が大きな問題となっており、2009年における都市の貧困率3.0%に比べて、農村は10.9%と農村地域の貧困問題が深刻化している。

ベトナムでは1980年代後半以降、市場経済への移行策が具体化され、1995年から1996年には9%台の高い経済成長が続いた(川田, 2011)。しかし、1997年以降、アジア経済危機により、海外直接投資が急減し、1999年の実質GDP成長率は4.8%に低下し、2004-2011年に入り、海外直接投資が再び増加したものの、急速なインフレ、慢性的な貿易赤字、マクロ経済

の不安定により、2010年の実質GDP成長率は6.7%と1990年代後半よりも低くなっている(外務省, 2012)。また、ベトナムでは、1945年の独立以降、低い農業生産性に伴う食糧不足が続いたため、政府は「農村部における経済構造の改革」、「包括的な貧困削減戦略」、「経済社会発展5ヵ年計画」を実施し、食糧貧困の削減や社会・経済の向上に取り組んでいる。全国の貧困率を見ると、1993年の58.1%から2004年に19.5%に減少し、食糧貧困率を見ると、1993年の24.9%から2004年には7.4%にまで減少している。しかし、都市と農村別貧困率を見ると、2004年の都市の貧困率は3.6%であるのに対し、農村の貧困率は25.0%、2004年の都市の食糧貧困率は0.8%であるのに対し、農村の食糧貧困率は9.7%と農村と都市間に大きな格差が存在し、農村地域の貧困問題が深刻化している。

このように、インドシナ諸国は経済発展潜在性の高い地域でありながら様々な経済・社会問題を抱えている。特に、カンボジア、ラオス、ミャンマーは経済発展及び人間開発が東南アジア諸国内で下位水準であり、各国の政府は貧困削減を目的に農業開発及び農村開発、工業化の推進に取り組んでいるものの、国民の多くが貧困に悩まされている。そこで、本稿では、東南アジア諸国の中で開発段階が比較的に近いインドシナ諸国を研究対象に、独自で選択した貧困関連指標を用いながらUNDPの人間開発指数の算出方法に従って貧困の分析を行うことにより、インドシナ諸国における貧困及び人間開発の現状を明らかにし、さらに、貧困削減の今後の課題について考察を行う。

3. 本稿における分析方法・貧困関連指標の選択及びその理由

これまでの人間開発及び貧困に関する先行研究では、所得や社会的な側面から様々な指標を選択し、人間開発及び貧困の現状を分析しており、特に、UNDPの人間開発指数や人間貧困指数が注目を浴びている。人間開発指数(以下HDI)は、各国の人間開発の度合いを測る包括的な経済社会指標であり、1990年から算出されている。HDIは各国の人間開発達成度を、長寿、知識、人間らしい生活水準の3つの分野について測ったもので、0と1の間の数値で表される。1に近いほど、個人の基本的選択肢が広い、つまり人間開発が進んでいることになる。具体的には、出生時平均余命、成人識字率と初・中・高等教育総就学率、一人当たりGDP(PPP)を用いて各国の人間開発状況を比較している⁴⁾。2010年以降では、保健医療状況の指

4) 注: UNDPの人間貧困指数はパーセンテージで示されている。詳しい内容は人間開発報告書、テクニカル・ノートを参照。

東南アジアにおける貧困及び人間開発の現状分析

標として出生時平均余命、教育状況の指標として成人の平均就学年数と就学年齢児童の生涯予測就学年数、経済状況の指標として、一人当たり GNI を用いて各国の人間開発状況を比較している。人間貧困指数 (以下 HPI) は、経済的な側面だけでなく、健康でないことや読み書きが十分できないことも貧困の一面であるという考え方から「人間開発報告書 1998 年」に算出された指数である⁵⁾。

このように、UNDP の HDI 及び HPI は貧困と人間開発を多元的測定しており、従来の低所得 = 貧しい、という図式を超えた人間貧困という新しい貧困の姿を示すことには成功した⁶⁾。しかしながら、極めて少ない指標で測定されるため、各国の人間開発及び貧困状況を詳細に表すには限界がある。そこで本稿では、インドシナ諸国の人間開発及び貧困の現状を詳細に分析するため、保健医療状況では (i) 出生時平均余命、(ii) 5 歳未満低体重の子どもの割合、(iii) 5 歳未満幼児死亡率、(iv) 1 歳未満乳児死亡率、(v) 医療従事者の介助による出産、(vi) 1 歳児完全予防接種率、(vii) 妊産婦死亡率、(viii) 公的保健医療への支出、教育状況では、(i) 成人識字率、(ii) 初・中等教育就学率、(iii) 公的教育への支出、経済状況では、(i) 一人当たり GNI (PPP, US\$)、(ii) 就労率、生活インフラ状況では、(i) 一人当たり電力消費量、(ii) 改善された水源を継続して利用できる人口、(iii) 改善された衛生設備を継続して利用できる人口を貧困関連指標として選択し、インドシナ諸国における貧困の現状分析を行う⁷⁾。

保健医療及び生存状況で 8 つの指標を選択した理由は、長寿で健康な生活を送ることができない弱者の存在や、出産及び乳児期における危険性が高い時にどれだけ弱者が存在しているか等、保健医療及び生存状況の安全性を示すためである。教育状況で 3 つの指標を選択した理由は、人材発展の促進が就業率や所得を向上させ、長期的に貧困から脱却することを目指す教育の達成度を示すためである。経済状況で 2 つの指標を選択した理由は、雇用と所得状況を示すためである。経済実績の指標として失業率も挙げるべきであるが、データが入手困難なため省くことにした。最後に、生活インフラ状況 3 つの指標を選択した理由は、人間らしい生活をすすめる上で最低限必要な水、衛生設備、電気にアクセスできない弱者がどれだけ存在しているかを示すためである。

5) 同上。

6) 人間開発報告書、テクニカル・ノート。

7) 各指標の定義は人間開発報告書、テクニカル・ノートを参照。

4. インドシナ諸国における貧困の現状分析

以下では、インドシナ諸国の貧困現状を政府統計局の資料を用いながら紹介した上で、UNDP のデータを基に独自で算出した貧困関連指標を用いながら、貧困及び人間開発を詳細に分析する。算出方法は前述したように、UNDP の人間開発指数の算出方法に基づいており、人間開発指数別分類により 0.800 以上は高位「H、高位水準」、0.500 から 0.799 までは中位「M、中位水準」、0.500 未満は下位「L、下位水準」と評価した。

4-1. カンボジアにおける貧困の現状分析

カンボジアは前述したように、1970 年のクーデター以降、長期にわたる内戦が続き、国家経済及び社会が混乱した。政府の財政赤字による社会的基盤インフラの欠如の他に、人的資源の損失、紛争による農村の荒廃、経済・社会インフラの破壊が頻発した。このように長期的な社会・経済停滞はカンボジアの経済発展及び社会開発を停滞させた他、国民の貧困問題を慢性的に強いていた。1991 年 10 月のパリ和平協定締結によって内戦がようやく終結し、1993 年 5 月の国連カンボジア暫定統治機構の監視下において総選挙が実施された。現在、政治的安定は維持され、市場経済化への移行に伴う社会・経済開発が進められている。

しかしながら、長期にわたる社会・経済停滞がもたらした貧困は、現在まで慢性的に続いている。UNDP (2009) によると、40 歳まで生きられない出生時確率 (2005-2010) は 18.5%、15 歳以上成人非識字率 (1999-2007) は 23.7%、改善された水源を持続して利用できない人口 (2006) は 35.0%、年齢のわりに低体重の子供の割合 (2000-2006) は 36.0%、HPI-1 は 27.7% と 1992 年の HPI-1 (42.5%) に比べて改善はしたものの、アセアン諸国内ではラオスに次いで 9 番目に高く、貧困が深刻化している。

このように深刻化してきた貧困問題を軽減するため、カンボジア復興国際委員会は 1994 年に「国家復興開発計画」を立て、これを基礎に 1996 年に「第 1 次社会経済開発計画」が打ち出された。「第 1 次社会経済開発計画 (1996-2000)」は、経済成長よりも貧困削減や社会的弱者救済といった社会政策を重視したものであり、経済政策の重要性と同時に、農村地域の社会インフラ整備の重要性を強調した。農村開発を中心とする社会政策、保健・給水・公衆衛生・初等教育・社会的弱者救済などは、貧困対策に直接貢献するものとして重要視された (国際協力銀行, 2001)。

政府は「第 1 次社会経済開発計画 (1996-2000)」に続いて「第 2 次社会経済開発計画 (2001 年-2005 年)」を打ち出し、貧困削減を国家開発の最重要課題とし、その手段として「第 1 次

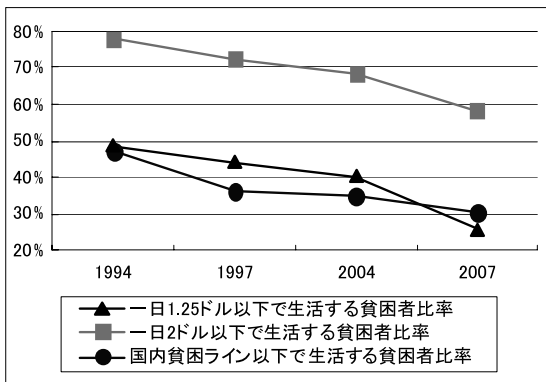
東南アジアにおける貧困及び人間開発の現状分析

社会経済開発計画」では強調されなかった「経済成長の加速」と「利益の公平な分配」を中心に挙げた。さらに、政府は「3ヶ年の公共投資プログラム」を実施し、1996年から3年の間に海外からの投資や援助の調整、国際機関及び二国間援助機関による援助プロジェクトの調整を行った。

また、世界銀行や国際通貨基金に提出された政府による「貧困削減戦略書中間報告書(2000)」では、貧困削減政策として、マクロ経済の安定、経済成長、民間セクター育成振興、農村のインフラ整備の改善、土地改革、マイクロ・ファイナンスなどの「経済政策」の他に、環境保護、地雷の撤去などの「環境安全政策」、保健医療サービス、教育政策などの「人間開発政策」、地方分権化などの「ガバナンス政策」が具体的に提案された。その後、政府による「農村・農業開発プログラム」や「地方政府の行政能力向上プログラム」など、貧困削減を目的に様々な政策や対策が行われている。図1を見ると、一日1.25ドル以下で生活する貧困者比率は1994年の48.6%から2007年には25.8%に減少し、国内貧困ライン以下の貧困者数も1994年の47.0%から2007年には30.1%にまで減少した。また、図2の農村と都市別貧困者比率を見ると、農村では1994年の40.1%から2007年には34.7%に減少し、都市では1994年の21.1%から2004年には18.0%に減少した。

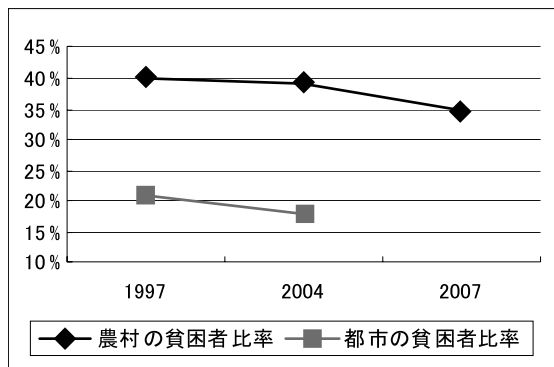
では、UNDPのデータを基にカンボジアの貧困関連指標を詳細に分析してみよう。表1と図3は世界基準と比較したカンボジアの貧困関連指標を示している。保健医療及び生存状況では、出生時平均余命、1歳未満乳児死亡率、1歳未満完全予防接種率が劇的に改善し、保健医療及び生存指数は1980-1988年の0.344(下位水準)から2004-2011年に0.590(中位水準)に改善している。教育状況では、初・中等教育就学率が中位水準から高位水準に改善したものの、

図1：カンボジアの貧困人口の推移(単位：%)



出所：World Bank より作成。

図2：カンボジアの農村と都市別貧困者比率



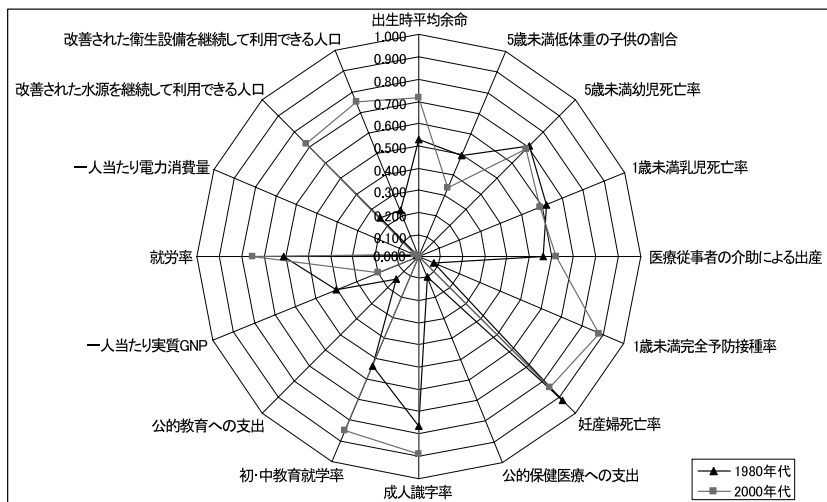
注：国内貧困ライン以下の貧困者比率。
出所：World Bank より作成。

表 1：世界基準と比較したカンボジアの貧困関連指標

指 標		1980-1988	評価	2004-2011	評価
保健医療及び生存状況	1. 出生時平均余命(1987, 2011)	0.197	L	0.680	M
	2. 5歳未満低体重の子供の割合(1985, 2005)	0.367	L	0.400	L
	3. 5歳未満幼児死亡率(1,000人当たり)(1988, 2009)	0.341	L	0.596	M
	4. 1歳未満乳児死亡率(1,000人当たり)(1988, 2008)	0.269	L	0.604	M
	5. 医療従事者の介助による出産(1983-1988, 2005-2009)	0.459	L	0.447	L
	6. 1歳未満完全予防接種率(1987, 2009)	0.358	L	0.934	H
	7. 妊産婦死亡率(10万件当たり)(1980-1987, 2008)	0.708	M	0.787	M
	8. 公的保健医療への支出(1986, 2009)	0.051	L	0.275	L
保健医療及び生存指数		0.344	L	0.590	M
教育状況	9. 成人識字率(1985, 2005-2010)	0.715	M	0.686	M
	10. 初・中等教育就学率(1986-1988, 2010)	0.558	M	0.834	H
	11. 公的教育への支出(1986, 2006-2009)	0.147	L	0.275	L
教育指数		0.473	L	0.598	M
経済状況	12. 一人当たりGNI(PPPUS\$)(1988, 2007)	0.493	L	0.317	L
	13. 就労率(1988, 2008)	0.691	M	0.805	H
経済指数		0.592	M	0.561	M
生活インフラ状況	14. 一人当たり電力消費量(キロワットアワー)(1980, 2004)	0.010	L	0.010	L
	15. 改善された水源を継続して利用できる人口(1985-1987, 2004)	0.000	L	0.244	L
	16. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口(1985-1987, 2004)	0.122	L	0.088	L
生活インフラ指数		0.044	L	0.114	L
独自の貧困指数		0.363	L	0.466	L
UNDP の人間開発指数(1990, 2011)		0.471	L	0.523	M
UNDP の人間貧困指数(1995, 2009)		39.90%	-	27.70%	-

注：2010年のデータは初・中・高等教育就学率である。
出所：UNDP, HDR (various issues) より筆者が算出したもの。

図 3：世界基準と比較したカンボジアの貧困関連指標



出所：表 1 に基づく。

東南アジアにおける貧困及び人間開発の現状分析

公的教育への支出が下位水準に留まっており、教育指数は1980-1988年の0.473(下位水準)から2004-2011年に0.598(中位水準)に改善しているが、公的教育への支出の低下が大きな課題となっている。経済状況では就労率は1980-1988年の0.691(中位水準)から2004-2011年に0.805(高位水準)に上昇しているものの、一人当たりGNIが低下しているため、経済指数は1980-1988年の0.592から2004-2011年に0.562に後退している。生活インフラ状況では、改善された水源を継続して利用できる人口の割合は多少改善しているが、一人当たり電力消費量が改善しておらず、改善された衛生設備を継続して利用できる人口の割合は後退している。生活インフラ指数は1980-1988年の0.044から2004-2011年に0.114に僅か改善しているが、まだ下位水準に留まっている。年齢のわりに低体重の子供の割合以外の指標は改善していることからUNDPにおけるHPIは1995年の39.9%から2009年に27.7%に改善し、また、出生時平均余命や初・中等教育就学率が2004-2011年に劇的に改善していることからUNDPにおけるHDI(2011)は0.523に向上している。筆者の分析では、カンボジアの貧困指数2004-2011年は0.466であり、1980-1988年の0.363に比べて改善しているものの、まだ下位水準であり、インドシナ諸国内で4位にランクしている。

表2: アセアン諸国と比較したカンボジアの貧困関連指標

指 標		2000-2011	評価
保健医療及び生存状況	1. 出生時平均余命(2011)	0.000	L
	2. 5歳未満低体重の子供の割合(2000-2006)	0.108	L
	3. 5歳未満幼児死亡率(1,000人当たり)(2009)	0.000	L
	4. 1歳未満乳児死亡率(1,000人当たり)(2005)	0.000	L
	5. 医療従事者の介助による出産(2005-2009)	0.300	L
	6. 1歳未満完全予防接種率(2009)	0.881	H
	7. 妊産婦死亡率(10万件当たり)(2008)	0.508	M
	8. 公的保健医療への支出(2006-2009)	0.750	M
保健医療及び生存指数		0.318	L
教育状況	9. 成人識字率(2005-2010)	0.217	L
	10. 初・中・高等教育就学率(2005)	0.278	L
	11. 公的教育への支出(2006-2009)	0.750	M
教育指数		0.415	L
経済状況	12. 一人当たりGNI(PPPUS\$)(2011)	0.010	L
	13. 就労率(2008)	0.824	H
経済指数		0.417	L
生活インフラ状況	14. 一人当たり電力消費量(キロワットアワー)(2004)	0.000	L
	15. 改善された水源を継続して利用できる人口(2004)	0.000	L
	16. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口(2004)	0.000	L
生活インフラ指数		0.000	L
独自の貧困指数		0.288	L

出所: UNDP, HDR (various issues) より筆者が算出したもの。

では次に、比較的開発段階に近いアセアン諸国と比較したカンボジアにおける貧困関連指標の評価を見てみよう。表 2 によると、1 歳未満完全予防接種率は高位水準、妊産婦死亡率や公的保健医療への支出は中位水準であるが、他の指標は下位水準に留まっている。2000-2011 年の保健医療及び生存指数は 0.318、教育指数は 0.415、経済指数は 0.417 であり、生活インフラ指標は全てアセアン最下位となっているため、貧困指数は 0.288 とかなり低くなっている。要するに、前述した、カンボジア政府による貧困削減政策は保健医療や教育状況に大きく貢献しているものの、経済状況や生活インフラなどの向上につながるにはまだ時間がかかるようである。

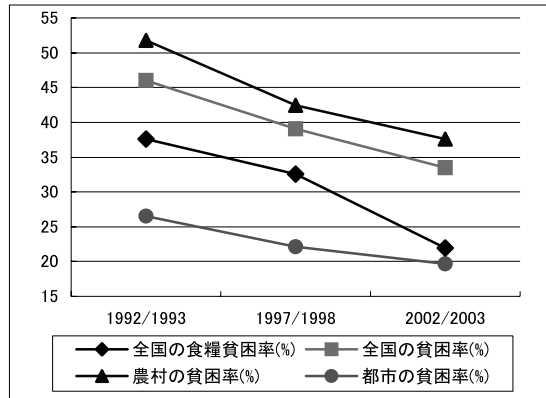
4-2. ラオスにおける貧困の現状分析

国際協力機構 (2010) の貧困プロフィールによると、ラオスの貧困率は 1992/93 年に 46.0%、食糧貧困率は 37.6% とかなり高く、また、農村の貧困率は 51.8%、都市の貧困率は 26.5% と格差も広がっていた。このように深刻化してきた貧困問題を軽減するため、1996 年に第 6 回人民革命党大会において、経済発展と貧困削減を目的にした、5 カ年毎の国家社会・経済開発計画が制定された。貧困層に対する社会政策として、「教育における戦略ビジョン 2020 年」や「保健戦略 2020 年」等が主な政策として実施されている。まず、「教育における戦略ビジョン 2020 年」では、国民の基礎教育へのアクセスの向上、初等教育及び前期中等教育の就学率の向上および識字率の向上が主な目標として掲げられている。「保健戦略 2020 年」は、2020 年までに国民すべてに保健サービスを提供することを主な目標として挙げている。また、政府は貧困削減プログラムとして、麻薬規制プログラム、マイクロファイナンス、不発弾除去プログラム、森林活用型農業開発プログラム等が実施されている。さらに、政府は国際通貨基金、世界銀行、アジア開発銀行、UNDP といった国際機関や二国間援助機関、NGO の協力を基に、PRSP を基盤とした貧困削減に取り組んでいる。図 4 はラオスの貧困人口の推移を示している。図 4 によると、全国の食糧貧困率は 1992/93 年の 37.6% から 2002/03 年には 22.0%、全国の貧困率は 1992/93 年の 46.0% から 2002/03 年には 33.5% に減少している。また、農村と都市別貧困率を見ると、農村は 1992/93 年の 51.8% から 2002/03 年には 37.6%、都市は 1992/93 年の 26.5% から 2002/03 年には 19.7% に減少している。

では、UNDP のデータを基にカンボジアの貧困関連指標を詳細に分析してみよう。表 3 と図 5 は世界基準と比較したラオスの貧困関連指標を示している。保健医療及び生存状況では、出生時平均余命、1 歳未満乳児死亡率がかなり改善し、保健医療及び生存指数は 1980-1988 年の 0.326 から 2004-2011 年に 0.487 に改善している。しかし、5 歳未満低体重の子供の割合、

東南アジアにおける貧困及び人間開発の現状分析

図 4：ラオスの貧困人口の推移 (単位：%)



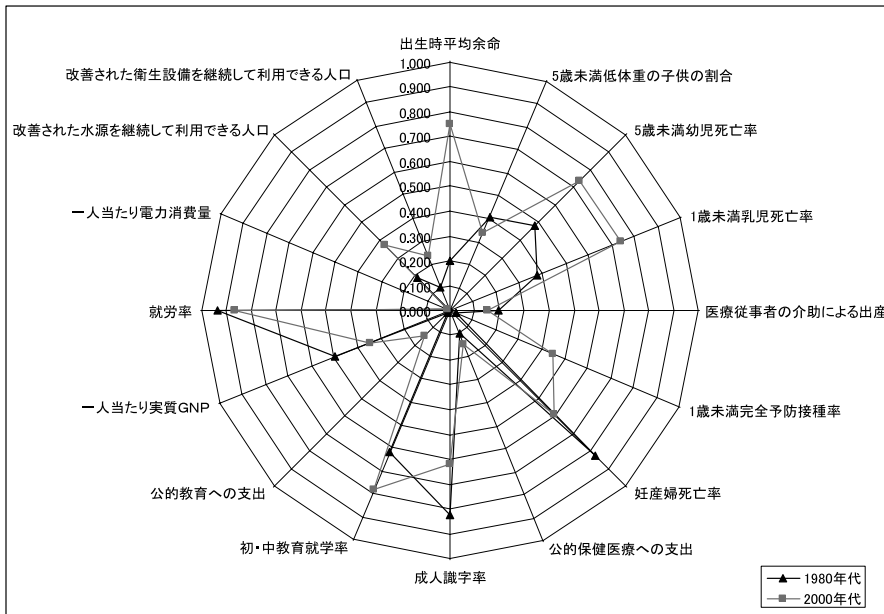
注：国内貧困ライン以下の貧困者比率。
出所：国際協力機構（2010）より作成。

表 3：世界基準と比較したラオスの貧困関連指標

指標		1980-1988	評価	2004-2011	評価
保健医療及び生存状況	1. 出生時平均余命(1987, 2011)	0.197	L	0.749	M
	2. 5歳未満低体重の子供の割合(1985, 2005)	0.409	L	0.342	L
	3. 5歳未満幼児死亡率(1,000人当たり)(1988, 2009)	0.479	L	0.739	M
	4. 1歳未満乳児死亡率(1,000人当たり)(1988, 2008)	0.377	L	0.736	M
	5. 医療従事者の介助による出産(1983-1988, 2005-2009)	0.194	L	0.149	L
	6. 1歳未満完全予防接種率(1987, 2009)	0.025	L	0.447	L
	7. 妊産婦死亡率(10万件当たり)(1980-1987, 2008)	0.825	H	0.587	M
	8. 公的保健医療への支出(1986, 2009)	0.103	L	0.148	L
保健医療及び生存指数		0.326	L	0.487	L
教育状況	9. 成人識字率(1985, 2005-2010)	0.818	H	0.617	M
	10. 初・中等教育就学率(1986-1988, 2010)	0.616	M	0.781	M
	11. 公的教育への支出(1986, 2006-2009)	0.015	L	0.148	L
教育指数		0.483	L	0.515	M
経済状況	12. 一人当たりGNI(PPPUS\$)(1988, 2007)	0.493	L	0.346	L
	13. 就労率(1988, 2008)	0.934	H	0.863	H
経済指数		0.714	M	0.605	M
生活インフラ状況	14. 一人当たり電力消費量(キロワットアワー)(1980, 2004)	0.010	L	0.010	L
	15. 改善された水源を継続して利用できる人口(1985-1987, 2004)	0.186	L	0.372	L
	16. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口(1985-1987, 2004)	0.102	L	0.231	L
生活インフラ指数		0.099	L	0.204	L
独自の貧困指数		0.405	L	0.453	L
UNDPの人間開発指数(1990, 2011)		0.506	M	0.524	M
UNDPの人間貧困指数(1995, 2009)		39.40%	-	30.70%	-

注：2010年のデータは初・中・高等教育就学率である。
出所：UNDP, HDR (various issues) より筆者が算出したもの。

図 5：世界基準と比較したラオスの貧困関連指標



注：表 3 に基づく。

医療従事者の介助による出産、妊産婦死亡率が後退し、保健医療及び生存指数は下位水準に留まっている。教育状況では、成人識字率が後退しているが、初・中等教育就学率や公的教育への支出が向上し、教育指数は 1980-1988 年の 0.483 (下位水準) から 2004-2011 年に 0.515 (中位水準) に改善している。経済状況では就労率は 1980-1988 年の 0.934 から 2004-2011 年に 0.863 に低下しているものの、いずれも高位水準である。しかし、一人当たり GNI は 1980-1988 年の 0.493 から 2004-2011 年には 0.346 にまで低下しており、経済指数は 1980-1988 年の 0.714 から 2004-2011 年に 0.605 に後退している。生活インフラ状況では、改善された水源を継続して利用できる人口の割合や改善された衛生設備を継続して利用できる人口の割合は多少改善しているが、一人当たり電力消費量が改善しておらず、生活インフラ指数は 1980-1988 年の 0.099 から 2004-2011 年に 0.204 に僅か改善しているが、まだ下位水準に留まっている。UNDP におけるラオスの HPI は年齢のわりに低体重の子供の割合以外の指標は改善していることから 1995 年の 39.4% から 2009 年に 30.7% に改善し、HDI も同様に 1990 年の 0.506 から 2011 年に 0.524 に改善している。本分析では、ラオスの貧困指数は 1990 年の 0.405 から 2011 年に 0.453 に改善しているが、下位水準であり、インドシナ諸国内で最下位となっている。

では次に、アセアン諸国と比較したラオスにおける貧困関連指標の評価を見てみよう。表 4

東南アジアにおける貧困及び人間開発の現状分析

表 4：アセアン諸国と比較したラオスの貧困関連指標

指 標		2000-2011	評価
保健医療及び生存状況	1. 出生時平均余命(2011)	0.244	L
	2. 5歳未満低体重の子供の割合(2000-2006)	0.000	L
	3. 5歳未満幼児死亡率(1,000人当たり)(2009)	0.341	L
	4. 1歳未満乳児死亡率(1,000人当たり)(2005)	0.379	L
	5. 医療従事者の介助による出産(2005-2009)	0.000	L
	6. 1歳未満完全予防接種率(2009)	0.000	L
	7. 妊産婦死亡率(10万件当たり)(2008)	0.000	L
	8. 公的保健医療への支出(2006-2009)	0.404	L
保健医療及び生存指数		0.171	L
教育状況	9. 成人識字率(2005-2010)	0.000	L
	10. 初・中・高等教育就学率(2005)	0.317	L
	11. 公的教育への支出(2006-2009)	0.404	L
教育指数		0.240	L
経済状況	12. 一人当たり GNI(PPPUS\$)(2011)	0.014	L
	13. 就労率(2008)	1.000	H
経済指数		0.507	M
生活インフラ状況	14. 一人当たり電力消費量(キロワットアワー)(2004)	0.013	L
	15. 改善された水源を継続して利用できる人口(2004)	0.169	L
	16. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口(2004)	0.157	L
生活インフラ指数		0.113	L
独自の貧困指数		0.258	L

出所：UNDP, HDR (various issues) より筆者が算出したもの。

によると、保健医療及び生存状況では、5歳未満低体重の子供の割合、医療従事者の介助による出産、1歳未満完全予防接種率、妊産婦死亡率、教育状況では、成人識字率がアセアン諸国内で最下位となっており、経済指数以外は下位水準に留まっている。したがって、ライスにおける2000-2011年の保健医療及び生存指数は0.171、教育指数は0.240、経済指数は0.507、生活インフラ指標は0.113であり、貧困指数は0.258と相当低くなっている。

4-3. ミャンマーにおける貧困の現状分析

4-3-1. 所得貧困

ミャンマーの貧困問題を分析する際、国家計画経済開発省が定めた所得貧困率が一般的に用いられる。これは成人一日必要なカロリーを摂取するのに必要な食料費と非食料費の総支出を貧困ラインとして基準値としたものであり、この貧困ラインに満たない層を貧困層と定めている。表5は1997年、2005年、2009年におけるミャンマーの貧困者比率を示している。表5によると、1997年に全国の貧困者比率が22.9%であったのに対し、2005年には32.1%にまで上昇した。都市部では1997年の23.9%から2005年には21.5%に低下したが、農村地域では

1997年の22.4%から2005年には35.8%まで上昇した。また、2009年の調査では全国の貧困者比率は25.6%、農村は29.2%、都市は15.7%と2005年に比べて全体的に低下したものの、都市部を除いて1997年時点より上昇している。特に、農村の貧困者比率は、全国及び都市よりも高くなっている。

表5：ミャンマーの貧困者比率

州/管区	貧困者比率(%) 1997年	貧困者比率(%) 2005年	貧困者比率(%) 2009年
全 国	22.9	32.1	25.6
農 村	22.4	35.8	29.2
都 市	23.9	21.5	15.7
カチン州	10.1	44.0	28.6
カヤー州	35.4	34.0	11.4
カイン州	12.7	12.0	17.4
チン州	42.1	73.0	73.3
モン州	19.9	22.0	16.3
ラッキーネ州	22.0	38.0	43.5
シャン州	12.0	47.6	33.1
ヤンゴン管区	16.7	15.0	16.1
マンダレー管区	22.3	39.0	26.6
サガイン管区	24.9	27.0	15.1
マグエ管区	37.9	42.0	27.0
エーヤワディ管区	22.7	29.0	32.2
パゴ管区	24.7	32.0	18.3
タニタリン管区	8.1	34.0	32.6

出所：Ministry of National Planning and Economic Development (2001), (2007), (2009-2010) に基づく。

また、州と管区別貧困者比率(2009年)を見ると、カヤー州の11.4%とザガイン管区の15.1%に比べてラッキーネ州が43.5%、チン州が73.3%と相当高くなっており、地域間の格差が生じている。また、カヤー州、モン州、ヤンゴン管区、ザガイン管区、マグエ管区、パゴ管区の貧困者比率(2009年)は1997年に比べて低下したが、残りの州と管区の貧困者比率は上昇している。特にチン州(1997年42.1%、2009年73.3%)、ラッキーネ州(1997年22.0%、2009年43.5%)、シャン州(1997年に12.0%、2009年33.1%)、タニタリン管区(1997年8.1%、2009年32.6%)の貧困者比率が相当上昇している。

東南アジアにおける貧困及び人間開発の現状分析

4-3-2. 社会貧困

貧困問題の分析に際しては、所得貧困以外にも教育、保健医療、生存状態といった社会的達成度も着目する必要がある。上述した所得貧困は国内貧困ラインであるため、国際比較はできないが、前述したように、UNDP は教育、保健医療、生存状態といった人間開発の達成度が国際比較ができるように HPI を算出している。表 6 はインドシナ諸国（ミャンマー、ラオス、カンボジア、ベトナム、タイ）の HPI-1 を示している。表 6 によると、ミャンマーの HPI-1 は 20.4% とラオスの 30.7% やカンボジアの 27.7% に次いで 3 番目に高くなっている。HPI-1 に含まれる各指標を見ると、40 歳まで生きられない出生時確率はミャンマーが 19.1% とインドシナ諸国の中で最も高い数値を示している。次に、15 歳以上成人非識字率はミャンマーが 10.1% とラオスの 27.3% やカンボジアの 23.7% に次いで 3 番目に高くなっている。改善された水源を継続して利用できない人口はミャンマーが 20.0% であり、タイの 6.0% とベトナムの 8.0% に比べて遅れているが、ラオスの 40.0% やカンボジアの 35.0% と比較すると良くなっている。年齢のわりに低体重の子供の割合は、ミャンマーが 32.0% とラオスの 40.0% やカンボジアの 36.0% に次いで 3 番目に高くなっている。この表で明らかなように、ミャンマーの HPI-1 はタイとベトナムに比べて高くなっているが、ラオスとカンボジアより低く、中位レベルにランクされている。しかし、HPI-1 に含まれるミャンマーの各指標を見ると、40 歳まで生きられない出生時確率はインドシナ諸国内最も高くなっている。これは、ミャンマーの人間貧困の中で特に、生存状態が深刻化していることを表している⁸⁾。

表 6：インドシナ諸国の貧困状況

指 標	ミャンマー	ラオス	カンボジア	ベトナム	タイ
HPI-1 (%)	20.4	30.7	27.7	12.4	8.5
40 歳まで生きられない出生時確率 (%) (2005-2010)	19.1	13.1	18.5	5.8	11.3
15 歳以上成人非識字率 (%) (1999-2007)	10.1	27.3	23.7	9.7	5.9
改善された水源を継続して利用できない人口 (%) (2006 年)	20	40	35	8	6
年齢のわりに低体重の子供の割合 (%) (2000-2006)	32	40	36	25	11

出所：UNDP, HDR (2009) に基づく。

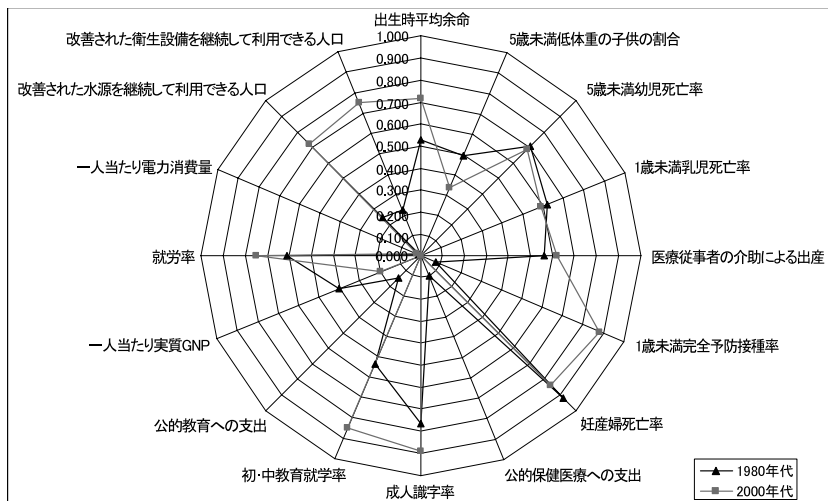
8) ミャンマーの人間開発、生存状態及び母子保健状況の分析に関しては、AYE (2011) を参照。

表 7：世界基準と比較したミャンマーの貧困関連指標

指 標		1980-1988	評価	2004-2011	評価
保健医療及び生存状況	1. 出生時平均余命(1987, 2011)	0.525	M	0.713	M
	2. 5歳未満低体重の子供の割合(1985, 2005)	0.493	L	0.333	L
	3. 5歳未満幼児死亡率(1,000人当たり)(1988, 2009)	0.700	M	0.680	M
	4. 1歳未満乳児死亡率(1,000人当たり)(1988, 2008)	0.617	M	0.591	M
	5. 医療従事者の介助による出産(1983-1988, 2005-2009)	0.561	M	0.617	M
	6. 1歳未満完全予防接種率(1987, 2009)	0.074	L	0.882	H
	7. 妊産婦死亡率(10万件当たり)(1980-1987, 2008)	0.919	H	0.830	H
	8. 公的保健医療への支出(1986, 2009)	0.103	L	0.000	L
保健医療及び生存指数		0.499	L	0.581	M
教育状況	9. 成人識字率(1985, 2005-2010)	0.761	M	0.888	H
	10. 初・中等教育就学率(1986-1988, 2010)	0.535	M	0.851	H
	11. 公的教育への支出(1986, 2006-2009)	0.147	L	0.000	L
教育指数		0.481	L	0.580	M
経済状況	12. 一人当たり実質GDP(PPPUS\$)(1988, 2007)	0.403	L	0.196	L
	13. 就労率(1988, 2008)	0.610	M	0.748	M
経済指数		0.507	M	0.472	L
生活インフラ状況	14. 一人当たり電力消費量(キロワットアワー)(1980, 2004)	0.010	L	0.020	L
	15. 改善された水源を継続して利用できる人口(1985-1987, 2004)	0.247	L	0.718	M
	16. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口(1985-1987, 2004)	0.224	L	0.747	M
生活インフラ指数		0.160	L	0.495	L
独自の貧困指数		0.412	L	0.532	M
UNDP の人間開発指数(1990, 2011)		0.561	M	0.483	L
UNDP の人間貧困指数(1995, 2009)		27.50%	-	20.40%	-

注：2010年のデータは初・中・高等教育就学率である。人間開発指数はパーセンテージで示される。
出所：UNDP, HDR (various issues) より筆者が算出したもの。

図 6：世界基準と比較したミャンマーの貧困関連指標



出所：表 7 に基づく。

では、UNDP のデータを基に貧困関連指標を詳細に分析してみよう。表 7 と図 6 は世界基準と比較したミャンマーの貧困関連指標を示している。保健医療及び生存状況では、1 歳未満完全予防接種率が劇的に改善し、他の指標もある程度改善しているが、公的保健医療への支出が世界で最も低くなっている。保健医療及び生存指数は 1980-1988 年の 0.499 (下位水準) から 2004-2011 年に 0.581 (中位水準) に改善しているが、公的保健医療への支出の低下が大きな課題となっている。

教育状況では、成人識字率と初・中等教育就学率が中位水準から高位水準に改善したものの、公的教育への支出が世界で最も低くなっており、教育指数は 1980-1988 年の 0.481 (下位水準) から 2004-2011 年に 0.580 (中位水準) に改善しているが、公的教育への支出の低下が大きな課題となっている。経済状況では就労率は上昇しているものの、一人当たり GNP が低下し、経済指数は 1980-1988 年の 0.507 (中位水準) から 2004-2011 年に 0.472 (下位水準) に後退している。生活インフラ状況では、改善された水源を継続して利用できる人口の割合と改善された衛生設備を継続して利用できる人口の割合は劇的に改善しているが、一人当たり電力消費量がほぼ改善しておらず、生活インフラ指数は 1980-1988 年の 0.160 から 2004-2011 年に 0.495 に改善しているが、下位水準に留まっている。

前述したように、UNDP における HDI は保健医療状況では、出生時平均余命、教育状況では、成人識字率と就学率、経済状況では一人当たり実質 GDP という四つの指標で測定され⁹⁾、ミャンマーの場合、出生時平均余命や成人識字率と就学率が改善しているものの、一人当たり実質 GDP が低下していることから HDI は 1980-1988 年の 0.561 (中位水準) から 2004-2011 年に 0.483 (下位水準) に後退している。それに対し、HPI は成人非識字率、改善された水源を持続して利用できない人口、年齢のわりに低体重の子供の割合が改善しているため、1995 年の 27.5% から 2009 年に 20.4% に改善している。筆者の分析では多くの貧困関連指標から包括的に貧困指数を算出しているため、1980-1988 年の 0.412 (下位水準) から 2004-2011 年に 0.532 (中位水準) に改善しており、インドシナ諸国内で 3 位にランクしている。今後の貧困指数改善には、公的保健医療及び教育への支出の増加や経済成長が求められている。

では次に、比較的開発段階に近いアセアン諸国と比較したミャンマーにおける貧困関連指標の評価を見てみよう。表 8 によると、成人識字率、就労率は高位水準であるが、他の指標は中位水準や下位水準であることが分かる。2000-2011 年の保健医療及び生存指数は 0.338、教

9) UNDP は人間開発報告書 (2010) 以降、保健医療状況では、出生時平均余命、教育状況では成人の平均就学年数と就学年齢児童の生涯予測就学年数、経済状況では、一人当たり GNI を用いて HDI を算出している。

育指数は 0.285、経済指数は 0.407、生活インフラ指数は 0.454 と全ての指数が下位水準に留まっており、貧困指数は 0.371 と下位水準である。ここで注意したいのは、これらの指数は国際比較するための指数であり、実際値ではないことである。したがって、ミャンマーの各指標は悪化しているとは一概に言えない。これらの指数はあくまでも国際比較であるため、他の国々の改善速度が影響されており、他の国々の人間開発及び貧困削減の速度がミャンマーより進んでいることを意味している。

表 8：アセアン諸国と比較したミャンマーの貧困関連指標

指 標		2000-2011	評価
保健医療及び生存状況	1. 出生時平均余命(2011)	0.117	L
	2. 5歳未満低体重の子供の割合(2000-2006)	0.216	L
	3. 5歳未満幼児死亡率(1,000人当たり)(2009)	0.200	L
	4. 1歳未満乳児死亡率(1,000人当たり)(2005)	0.242	L
	5. 医療従事者の介助による出産(2005-2009)	0.550	M
	6. 1歳未満完全予防接種率(2009)	0.786	M
	7. 妊産婦死亡率(10万件当たり)(2008)	0.595	M
	8. 公的保健医療への支出(2006-2009)	0.000	L
保健医療及び生存指数		0.338	L
教育状況	9. 成人識字率(2005-2010)	0.854	H
	10. 初・中・高等教育就学率(2005)	0.000	L
	11. 公的教育への支出(2006-2009)	0.000	L
教育指数		0.285	L
経済状況	12. 一人当たり GNI(PPUS\$)(2011)	0.000	L
	13. 就労率(2008)	0.813	H
経済指数		0.407	L
生活インフラ状況	14. 一人当たり電力消費量(キロワットアワー)(2004)	0.013	L
	15. 改善された水源を継続して利用できる人口(2004)	0.627	M
	16. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口(2004)	0.723	M
生活インフラ指数		0.454	L
独自の貧困指数		0.371	L

出所：UNDP, HDR (various issues) より筆者が算出したもの。

4-4. タイにおける貧困の現状分析

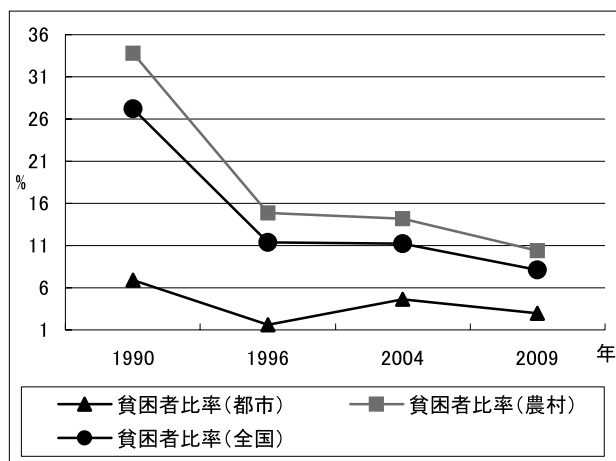
国際協力機構の貧困プロファイル(2001)によると、タイでは貧困削減に向けた国家開発戦略は 1960 年代以降 5 カ年計画という枠組みによって実施されてきた。第 1 次国家開発計画は 1961 年から 1966 年にかけて初めて実施され、2007 年から 2011 年にかけて第 10 次国家開発計画が実施された。1960 年代から現在まで行われてきた国家開発計画の重点を見ると、第 3 次国家開発計画まではインフラの推進や経済社会サービスの向上に重点を置き、貧困削減という目標は希薄であった。

東南アジアにおける貧困及び人間開発の現状分析

しかし、1982年から1986年にかけて実施された第5次国家開発計画では、貧困削減政策が初めて導入された。その後、タイ政府は所得分配や不平等、社会格差に重点を置き、人間開発の推進、ガバナンスの向上、経済・社会・政治の安定に取り組んだ¹⁰⁾。また、第10次国家開発計画では、2011年に財政赤字額をGDPの2.0%以下、失業率を2%以下、貯蓄額をGDPの35.0%以上、インフレをGDPの4.0%以下、など経済的側面から様々な政策が具体的に挙げられ、農村地域の所得分配及び分権化の推進、持続可能な自然環境資源の保護と保安に伴う自足性の向上等を通じて貧困者比率を4.0%以下にし、貧困を緩和するという貧困削減に向けた政策が挙げられた(国土交通省・国土計画局、2008)。

図7はタイの貧困率の推移を示している。図7によると、全国の貧困率は1990年の27.2%から1996年に11.4%、2004年に11.2%、2009年には8.1%にまで減少している。都市と農村別貧困率を見ると、都市の貧困率は1990年の6.9%から1996年に1.6%にまで減少したが、2004年に4.6%と再び上昇したものの、2009年には3%に減少している。また、農村の貧困率は1990年の33.8%から1996年に14.9%、2004年に14.2%、2009年には10.9%にまで順調に減少している。

図7：タイの貧困率の推移(単位：%)



注：国内貧困ライン以下の貧困者比率。
出所：World Bank より作成。

では、UNDPのデータを基にタイの貧困関連指標を詳細に分析してみよう。表9と図8は世界基準と比較したタイの貧困関連指標を示している。保健医療及び生存状況では、医療従事

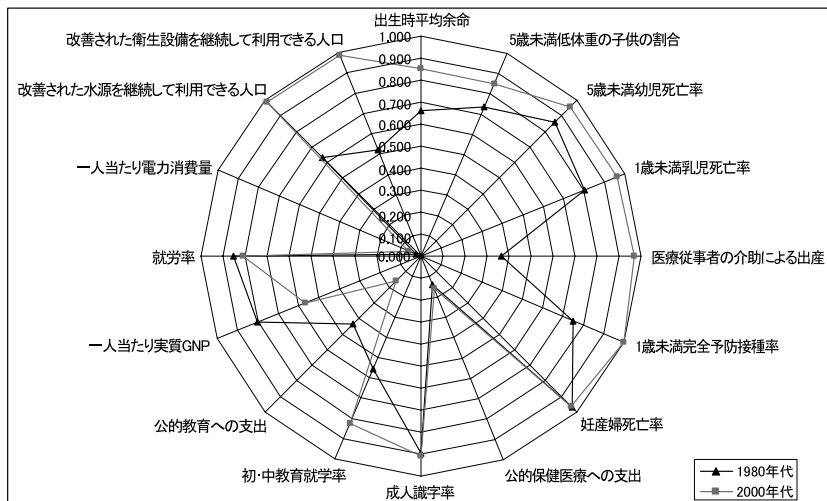
10) タイの国家開発計画の詳しい内容に関しては、国際協力銀行(2001)を参照。

表 9：世界基準と比較したタイの貧困関連指標

指標		1980-1988	評価	2004-2011	評価
保健医療及び生存状況	1. 出生時平均余命(1987, 2011)	0.661	M	0.853	H
	2. 5歳未満低体重の子供の割合(1985, 2005)	0.741	M	0.854	H
	3. 5歳未満幼児死亡率(1,000人当たり)(1988, 2009)	0.859	H	0.961	H
	4. 1歳未満乳児死亡率(1,000人当たり)(1988, 2008)	0.802	H	0.960	H
	5. 医療従事者の介助による出産(1983-1988, 2005-2009)	0.367	L	0.968	H
	6. 1歳未満完全予防接種率(1987, 2009)	0.753	M	1.000	H
	7. 妊産婦死亡率(10万件当たり)(1980-1987, 2008)	0.972	H	0.967	H
	8. 公的保健医療への支出(1986, 2009)	0.141	L	0.162	L
保健医療及び生存指数		0.662	M	0.841	H
教育状況	9. 成人識字率(1985, 2005-2010)	0.897	H	0.909	H
	10. 初・中等教育就学率(1986-1988, 2010)	0.558	M	0.828	H
	11. 公的教育への支出(1986, 2006-2009)	0.441	L	0.162	L
教育指数		0.632	M	0.633	M
経済状況	12. 一人当たりGNI(PPPUS\$)(1988, 2007)	0.799	M	0.569	M
	13. 就労率(1988, 2008)	0.850	H	0.807	H
経済指数		0.825	H	0.688	M
生活インフラ状況	14. 一人当たり電力消費量(キロワットアワー)(1980, 2004)	0.020	L	0.060	L
	15. 改善された水源を継続して利用できる人口(1985-1987, 2004)	0.629	M	0.987	H
	16. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口(1985-1987, 2004)	0.520	M	0.989	H
生活インフラ指数		0.390	L	0.679	M
独自の貧困指数		0.627	M	0.710	M
UNDPの人間開発指数(1990, 2011)		0.783	M	0.682	M
UNDPの人間貧困指数(1995, 2009)		11.90%	-	8.50%	-

注：2010年のデータは初・中・高等教育就学率である。
出所：UNDP, HDR (various issues) より筆者が算出したもの。

図 8：世界基準と比較したタイの貧困関連指標



出所：表 9 に基づく。

東南アジアにおける貧困及び人間開発の現状分析

者の介助による出産は劇的に改善し、公的保健医療への支出は下位水準に留まっているものの、他の指標は全て中位水準から高位水準に改善している。保健医療及び生存指数は1980-1988年の0.662(中位水準)から2004-2011年に0.841(高位水準)に確実に改善している。

教育状況では、公的教育への支出は下位水準であるが、初・中等教育就学率が中位水準から高位水準に改善し、教育指数は1980-1988年の0.632から2004-2011年に0.633に多少改善している。経済状況では、一人当たりGNIは1980-1988年の0.799から2004-2011年に0.569に低下し、就労率は1980-1988年の0.850から2004-2011年に0.807に低下しているため、経済指数は1980-1988年の0.825(高位水準)から2004-2011年に0.688(中位水準)に後退している。次に、生活インフラ状況では、一人当たり電力消費量が多少向上し、改善された水源を継続して利用できる人口の割合や改善された衛生設備を継続して利用できる人口の割合は中位水準から高位水準に向上している。生活インフラ指数は1980-1988年の0.390(下位水準)から2004-2011年に0.679(中位水準)に改善している。UNDPにおけるタイのHPIは40歳まで生きられない出生時確率以外の指標が改善しているため1995年の11.9%から2009年には8.5%に改善しているが、HDI(2011)は一人当たりGNIの低下により、0.682に後退している。本分析では2004-2011年の貧困指数は0.710であり、まだ中位水準であるが、1980-1988年の0.627に比べて確実に向上し、インドシナ諸国内で1位となっている。

表 10: アセアン諸国と比較したタイの貧困関連指標

指 標		2000-2011	評価
保健医療及び生存状況	1. 出生時平均余命(2011)	0.611	M
	2. 5歳未満低体重の子供の割合(2000-2006)	0.838	H
	3. 5歳未満幼児死亡率(1,000人当たり)(2009)	0.871	H
	4. 1歳未満乳児死亡率(1,000人当たり)(2005)	0.842	H
	5. 医療従事者の介助による出産(2005-2009)	0.963	H
	6. 1歳未満完全予防接種率(2009)	1.000	H
	7. 妊産婦死亡率(10万件当たり)(2008)	0.932	H
	8. 公的保健医療への支出(2006-2009)	0.442	L
保健医療及び生存指数		0.812	H
教育状況	9. 成人識字率(2005-2010)	0.920	H
	10. 初・中・高等教育就学率(2005)	0.574	M
	11. 公的教育への支出(2006-2009)	0.442	L
教育指数		0.645	M
経済状況	12. 一人当たりGNI(PPPUS\$)(2011)	0.121	L
	13. 就労率(2008)	0.648	M
経済指数		0.385	L
生活インフラ状況	14. 一人当たり電力消費量(キロワットアワー)(2004)	0.228	L
	15. 改善された水源を継続して利用できる人口(2004)	0.983	H
	16. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口(2004)	0.998	H
生活インフラ指数		0.736	M
独自の貧困指数		0.645	M

出所: UNDP, HDR (various issues) より筆者が算出したもの。

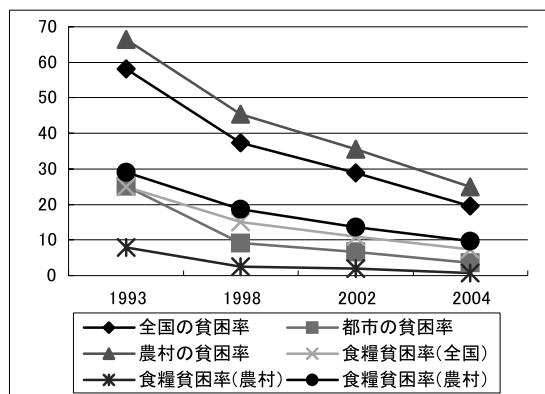
では最後に、アセアン諸国と比較したタイにおける貧困関連指標の評価を見てみよう。表10によると、保健医療及び生存状況では、出生時平均余命が中位水準、公的保健医療への支出が下位水準であるが、その他の指標は高位水準であり、保健医療及び生存指数は0.812とインドシナ諸国内で最も高くなっている。教育状況では、公的教育への支出は下位水準、初・中・高等就学率が中位水準、成人識字率が高位水準であり、教育指数は0.645とミャンマー、カンボジア、ラオスに比べて相当高くなっている。しかし、経済状況では、一人当たりGNIの低下により、経済指数は0.385と下位水準に留まっている。生活インフラ状況では、一人当たり電力消費量は下位水準、その他の指標は高位水準であり、生活インフラ指数は0.736とインドシナ諸国内で最も高くなっている。貧困指数は0.645と中位水準であるが、インドシナ諸国内で最も高い水準となっている。

4-5. ベトナムにおける貧困の現状分析

ベトナムでは、1945年の独立以降、低い農業生産性に伴う食料不足と経済停滞が続き、貧困問題が深刻化していた。そのため、政府は1980-1988年後半以降、農村部における経済構造の改革に取り組んできた。農家個人を単位とした農業生産が認められ、農業生産は全国的に向上した。1993年には農業の近代化と農村部の工業化に関する取り組みが行われ、さらに農地の地用権及び土地使用税が明確化されたため、農家のインセンティブが向上した。

1990年代半ば以降は、貧困削減政策を実施し、2002年にPRSPを作成した。これは2005年までの「包括的な貧困削減成長戦略」であり、また、経済社会発展5ヵ年計画(2001年～2005年)、次期5ヵ年計画(2006年～2010年)も実施されている。図9によると、ベトナム全

図9：ベトナムの貧困率の推移 (単位：%)



注：国内貧困ライン以下の貧困者比率。
出所：ADB (2006) より作成。

東南アジアにおける貧困及び人間開発の現状分析

国の貧困率は1993年の58.1%から1998年に37.4%、2002年に28.9%、2004年には19.5%にまで減少している。都市と農村別貧困率を見ると、都市の貧困率は1993年の25.1%から1998年に9.2%、2002年に6.6%、2004年には3.6%にまで減少している。また、農村の貧困率は1993年の66.4%から1998年に45.5%、2002年に35.6%、2004年には25.0%にまで減少している。さらに、全国の食糧貧困率を見ると、1993年の24.9%から1998年に15.0%、2002年に10.9%、2004年には7.4%にまで減少している。都市と農村別食糧貧困率を見ると、都市の食糧貧困率は1993年の7.9%から1998年に2.5%、2002年に1.9%、2004年には0.8%にまで減少している。農村の食糧貧困率は1993年の29.1%から1998年に18.6%、2002年に13.6%、2004年には9.7%にまで順調に減少している。

では、UNDPのデータを基にベトナムの貧困関連指標を詳細に分析してみよう。表11と図10は世界基準と比較したベトナムの貧困関連指標を示している。保健医療及び生存状況では、1歳未満完全予防接種率は劇的に改善し、また、出生時平均余命、5歳未満乳児死亡率、1歳未満幼児死亡率は中位水準から高位水準に改善している。公的保健医療への支出は下位水準であるが、ある程度改善しており、保健医療及び生存指数は1980-1988年の0.594(中位水準)から2004-2011年に0.810(高位水準)に確実に改善している。

教育状況では、公的教育への支出は下位水準であるが、成人識字率や初・中等教育就学率が中位水準から高位水準に改善し、教育指数は1980-1988年の0.564から2004-2011年に0.713に改善しているが、公的教育への支出の低下が大きな課題となっている。経済状況では就労率は1980-1988年の0.737から2004-2011年に0.760にある程度上昇しているが、一人当たりGNIは1980-1988年の0.493から2004-2011年に0.393に低下しているため、経済指数は1980-1988年の0.615から2004-2011年に0.557に後退している。

次に、生活インフラ状況では、改善された水源を継続して利用できる人口の割合は劇的に改善し、下位水準から中位水準に向上している。改善された衛生設備を継続して利用できる人口の割合は多少改善しているが、一人当たり電力消費量が改善しておらず、生活インフラ指数は1980-1988年の0.324から2004-2011年に0.463に改善はしているものの、まだ下位水準に留まっている。成人非識字率以外の指標が改善しているため、UNDPにおけるHPIは1995年の26.1%から2009年に12.4%に改善しているが、HDI(2011)は一人当たりGNIが低下しているや教育状況における指標の修正などにより0.593に後退している。筆者の分析では2004-2011年の貧困指数は0.641であり、1980-1988年の0.524に比べて改善しており、インドシナ諸国内で2位にランクしている。

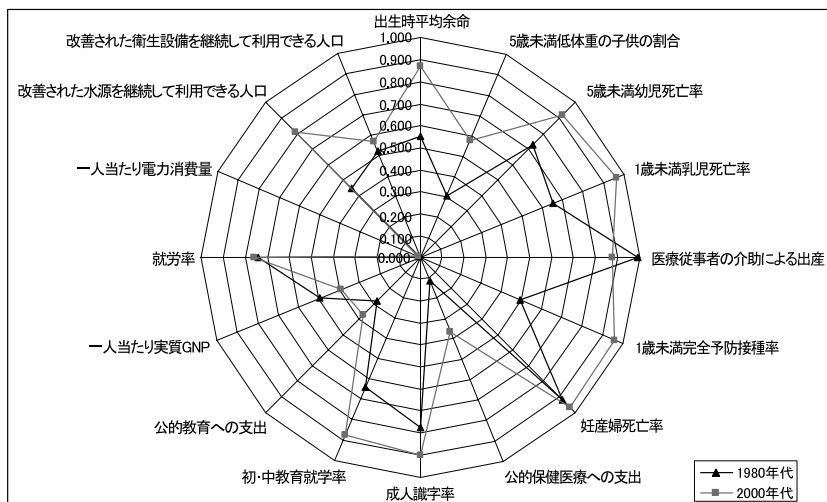
では次に、アセアン諸国と比較したベトナムの貧困関連指標の評価を見てみよう。表12に

表 11：世界基準と比較したベトナムの貧困関連指標

指 標		1980-1988	評価	2004-2011	評価
保健医療及び生存状況	1. 出生時平均余命(1987, 2011)	0.552	M	0.871	H
	2. 5歳未満低体重の子供の割合(1985, 2005)	0.302	L	0.579	M
	3. 5歳未満幼児死亡率(1,000人当たり)(1988, 2009)	0.724	M	0.911	H
	4. 1歳未満乳児死亡率(1,000人当たり)(1988, 2008)	0.653	M	0.962	H
	5. 医療従事者の介助による出産(1983-1988, 2005-2009)	0.990	H	0.872	H
	6. 1歳未満完全予防接種率(1987, 2009)	0.494	L	0.961	H
	7. 妊産婦死亡率(10万件当たり)(1980-1987, 2008)	0.919	H	0.961	H
	8. 公的保健医療への支出(1986, 2009)	0.115	L	0.366	L
保健医療及び生存指数		0.594	M	0.810	H
教育状況	9. 成人識字率(1985, 2005-2010)	0.772	M	0.899	H
	10. 初・中等教育就学率(1986-1988, 2010)	0.640	M	0.875	H
	11. 公的教育への支出(1986, 2006-2009)	0.279	L	0.366	L
教育指数		0.564	M	0.713	M
経済状況	12. 一人当たりGNI(PPPUS\$)(1988, 2007)	0.493	L	0.393	L
	13. 就労率(1988, 2008)	0.737	M	0.760	M
経済指数		0.615	M	0.577	M
生活インフラ状況	14. 一人当たり電力消費量(キロワットアワー)(1980, 2004)	0.010	L	0.010	L
	15. 改善された水源を継続して利用できる人口(1985-1987, 2004)	0.443	L	0.808	H
	16. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口(1985-1987, 2004)	0.520	M	0.571	M
生活インフラ指数		0.324	L	0.463	L
独自の貧困指数		0.524	M	0.641	M
UNDPの人間開発指数(1990, 2011)		0.608	M	0.593	M
UNDPの人間貧困指数(1995, 2009)		26.10%	-	12.40%	-

注：2010年のデータは初・中・高等教育就学率である。
 出所：UNDP, HDR (various issues) より筆者が算出したもの。

図 10：世界基準と比較したベトナムの貧困関連指標



出所：表 11 に基づく。

東南アジアにおける貧困及び人間開発の現状分析

表 12: アセアン諸国と比較したベトナムの貧困関連指標

指 標		2004-2011	評価
保健医療及び生存 状況	1. 出生時平均余命(2011)	0.672	M
	2. 5歳未満低体重の子供の割合(2000-2006)	0.405	L
	3. 5歳未満幼児死亡率(1,000人当たり)(2009)	0.753	M
	4. 1歳未満乳児死亡率(1,000人当たり)(2005)	0.863	H
	5. 医療従事者の介助による出産(2005-2009)	0.850	H
	6. 1歳未満完全予防接種率(2009)	0.929	H
	7. 妊産婦死亡率(10万件当たり)(2008)	0.918	H
	8. 公的保健医療への支出(2006-2009)	1.000	H
保健医療及び生存指数		0.799	M
教育状況	9. 成人識字率(2005-2010)	0.889	H
	10. 初・中・高等教育就学率(2005)	0.381	L
	11. 公的教育への支出(2006-2009)	1.000	H
教育指数		0.757	M
経済状況	12. 一人当たり GNI(PPPUS\$)(2011)	0.025	L
	13. 就労率(2008)	0.528	M
経済指数		0.277	L
生活インフラ状況	14. 一人当たり電力消費量(キロワットアワー)(2004)	0.062	L
	15. 改善された水源を継続して利用できる人口(2004)	0.746	M
	16. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口(2004)	0.530	M
生活インフラ指数		0.446	L
独自の人間開発指数		0.569	M

出所: UNDP, HDR (various issues) より筆者が算出したもの。

よると、保健医療及び生存状況では、5歳未満低体重の子供の割合が下位水準、出生時平均余命及び5歳未満幼児死亡率が中位水準、その他の指標は高位水準であり、保健医療及び生存指数は0.799とミャンマー、カンボジア、ラオスに比べて相当高くなっている。教育状況では、初・中・高等就学率が下位水準であるが、成人識字率が高位水準、公的教育への支出はアセアン諸国内で最高位となっており、教育指数は0.757とミャンマー、カンボジア、ラオスに比べてかなり高くなっている。しかし、経済状況では、一人当たりGNIの低下により、経済指数は0.277と下位水準に留まっている。生活インフラ状況では、一人当たり電力消費量は下位水準、その他の指標は中位水準であり、生活インフラ指数は0.446とミャンマー、カンボジア、ラオスより高い水準であるものの、まだ下位水準に留まっている。2000-2011年の貧困指数は0.569と中位水準であり、ミャンマー、カンボジア、ラオスより高い水準である。

5. インドシナ諸国における貧困削減の今後の課題

表 13 はこれまで分析してきた結果の中から、比較的の開発段階の近いアセアン諸国を基準

表 13：アセアン基準と比較したインドシナ諸国の人間開発及び貧困状況

指 標	指数	2000-2011 の評価
(i) 保健医療及び生存指標		
ミャンマー	0.338	L
カンボジア	0.318	L
ラオス	0.171	L
ベトナム	0.799	M
タイ	0.812	H
(ii) 教育指標		
ミャンマー	0.285	L
カンボジア	0.415	L
ラオス	0.240	L
ベトナム	0.757	M
タイ	0.645	M
(iii) 経済指標		
ミャンマー	0.407	L
カンボジア	0.417	L
ラオス	0.507	M
ベトナム	0.277	L
タイ	0.385	L
(iv) 生活インフラ指標		
ミャンマー	0.454	L
カンボジア	0.000	L
ラオス	0.113	L
ベトナム	0.446	L
タイ	0.736	M
貧困指数		
ミャンマー	0.371	L
カンボジア	0.288	L
ラオス	0.258	L
ベトナム	0.569	M
タイ	0.645	M

出所：UNDP, HDR (various issues) より筆者が算出したもの。

としたインドシナ諸国の人間開発及び貧困の現状を示している。表 13 によると、ミャンマーにおける保健医療及び生存指数は 0.338，教育指数は 0.285，経済指数は 0.407，生活インフラ指数は 0.454，貧困指数は 0.371 であり，全てにおいて下位水準に留まっている。カンボジアも同様に，保健医療及び生存指数は 0.318，教育指数は 0.415，経済指数は 0.417，生活インフラ指数は最下位，貧困指数は 0.288 であり，全ての指標が下位水準に留まっている。また，ラオスでは，経済指数は 0.507 と中位水準であるが，保健医療及び生存指数は 0.171，教育指数は 0.240，生活インフラ指数は 0.113，貧困指数は 0.258 であり，貧困指数は最下位となっている。したがって，ミャンマー，カンボジア，ラオスでは，貧困削減のために工業開発，輸出産業の拡大，雇用の拡大等経済的側面のみに取り組むのは貧困から脱却するための政策として妥

当性が低いと考えられる。貧困とは多面的であり、単なる経済停滞や所得の低下のみが原因ではなく、社会的な様々な障害が積み重なって貧困という問題が引き起こされるため、ミャンマー、カンボジア、ラオスの貧困問題を緩和するには経済的政策はもとより、(i) 経済発展の原動力となる国民・人間そのものの教育水準の向上、(ii) 経済活動及び生産性に間接的影響を与える保健医療水準の向上、(iii) 人間らしい生活をする上で最低限必要な生活インフラ水準の向上といった人間開発への取り組みが非常に求められている¹¹⁾。

次に、ベトナムにおける保健医療及び生存指数は 0.799、教育指数は 0.757、経済指数は 0.277、生活インフラ指数は 0.446、貧困指数は 0.569 であり、経済指数及び生活インフラ指数が下位水準である。タイにおける保健医療及び生存指数は 0.812、教育指数は 0.645、経済指数は 0.385、生活インフラ指数は 0.736、貧困指数は 0.645 であり、経済指数のみが下位水準である。したがって、ベトナムとタイでは保健医療及び教育状況はアセアン諸国内で進んでおり、国民の基本的社会基盤がある程度整っているのではないかと考えられる。要するに、ベトナムの貧困問題を緩和するには、生活インフラの推進及び経済発展に向けた社会経済政策、タイの貧困問題を緩和するには、経済発展に向けた経済政策が優先されるべきであろう。

6. おわりに

本稿では、独自で選択した貧困関連指標を用いながら UNDP の人間開発指数の算出方法に従って貧困の分析を行うことにより、インドシナ諸国における貧困及び人間開発の現状を明らかにし、さらに、貧困削減の今後の課題について考察を行った。そのため、まず、分析方法・貧困関連指標の選択及びその理由を紹介し、インドシナ諸国における貧困の現状分析を行った上で、貧困削減の今後の課題について考察を行った。その結果、ミャンマー、カンボジア、ラオスではほとんどの人間開発及び貧困関連指標が下位程度に留まっており、これらの国々の貧困問題を緩和するには経済的政策はもとより、教育水準の向上、保健医療水準の向上、生活インフラ水準の向上といった人間開発への取り組みが非常に求められていることが明らかになった。また、ベトナムとタイでは保健医療及び教育状況はアセアン諸国内で進んでおり、国民の基本的社会基盤がある程度整っていることから、これらの国々の貧困問題を緩和するには、生活インフラの推進及び経済発展に向けた経済政策が優先されるべきであることが明らかになった。

11) 人間開発と貧困削減の関連性については、AYE (2011) を参照。

参 考 文 献

- [1] 石田正美編, 2005, 『メコン地域開発 残された東アジアのフロンティア』, アジア経済研究所。
- [2] 川田敦相, 2011, 『メコン広域経済圏 インフラ整備で一体開発』, 勁草書房。
- [3] 国際協力銀行, 2001, 『貧困プロフィール-タイ王国』, 国際協力機構。
- [4] 国土交通省・国土計画局, 2008, 『平成 19 年度諸外国の国土政策分析調査(その 3) タイの国土政策事情 報告書』, 国土交通省・国土計画局。
- [5] 槇太一, 2006, 『メコン地域の経済 観光, 環境, 教育』, 京都学園大学・大学出版センター。
- [6] 初鹿野直美, 2005, 『貧困の国際政治学 貧困削減の背後の政治力学』 『アジア研ワールド・トレンド』, 国際貿易振興機構・アジア経済研究所, 第 11 巻, 第 6 号, 通巻 117 号。
- [7] AYE Chan Pwint, 2011, 『ミャンマーの貧困削減における母子保健医療の役割』 『社会福祉研究所報』, 熊本学園大学, 第 39 号。
- [8] Union of Myanmar. Ministry of National Planning and Economic Development. 2001. 2007. 2009-2010. *Integrated Household Living Conditions Survey In Myanmar-Poverty Profile*. Ministry of National Planning and Economic Development.
- [9] United Nations Development Programme. *Human Development Report*. Oxford University Press. Various issues.
- [10] 務省, 2012, 『最近のタイ情勢と日本・タイ関係』, 外務省。
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/thailand/kankei.html>
- [11] 国際協力・政府開発援助, 『援助政策』, 外務省。
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/about.html> (2011 年 6 月 13 日)。
- [12] 国際協力機構, 2010, 『ラオス人民民主主義共和国 貧困プロフィール調査』, 国際協力機構。
http://www.jica.go.jp/activities/issues/poverty/profile/pdf/lao_02.pdf (2011 年 10 月 26 日)。
- [13] Asian Development Bank. 2006. Strategy and Program Assessment-Poverty Assessment. Asian Development Bank.
<http://www.adb.org/Documents/Reports/Poverty-Assessment/poverty-assessment-vie.pdf> (November 7, 2011)。
- [14] World Bank. World Development Indicators. World Bank.
<http://www.worldbank.org/> (April 4, 2012)。

付録 インドシナ諸国の基礎データ

	人口(100万人) (2010年)	人口成長率 (%) (2010年)	農村人口 (%) (2010年)	農業(付加価値) (%, 対GDP比) (2010年)	工業(付加価値) (%, 対GDP比) (2010年)	総就業率 (%, 15歳以上) (2010年)	一人当たり GNI (PPP US\$) (2011年)	一人当たり ODA受入額 (US\$) (2010年)
カンボジア	14.139	1.1	77.0	36.0	23.3	81.1	1,848	52
ラオス	6.201	1.4	67.0	33.0	30.2	77.0	2,242	67
ミャンマー	47.963	0.8	66.0	36.0	26.0	75.7	1,535	7
タイ	69.122	0.6	66.0	12.0	44.7	71.0	7,694	0
ベトナム	86.928	1.0	71.0	21.0	41.1	75.2	2,805	34

出所: World Bank. UNDP より作成。

Summary

A Situation Analysis Approach to Poverty
Reduction in Southeast Asian Countries
—The Case of Indochina region

This paper attempts to measure the extent of poverty in Indochina region from the multidimensional aspects and also attempts to verify a situation analysis approach to poverty reduction. Although this paper does not cover much the main causes of poverty in Indochina region, the results from authors' calculation of HDI and poverty related indices could provide some suggested policy measures for poverty alleviation. Section (1), the historical background of poverty reduction strategy, is followed by section (2) selection of the Research Paradigm. Choosing poverty related factors and methods of analysis are given in section (3). An evaluation of poverty problem in Indochina region with the help of UNDP HDI, authors' calculation of HDI and poverty related indices for international comparison and a regional comparative study particularly with ASEAN are given in section (4). Of course, the value of HDI and poverty related indices for international comparison and ASEAN are authors' calculation basing on UNDP method. Section (5) briefly examines to provide policy suggestions.