

CLMV 諸国における社会経済及び貧困の実態分析 －開発経済学のケイパビリティ・アプローチを基に－

AYE Chan Pwint

要 旨

本研究の目的は、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、ベトナム（CLMV 諸国）を事例に、ケイパビリティ・アプローチを用いた社会経済及び貧困の開発経済分析を行うことである。まず、本研究に関する先行研究や分析方法を紹介し、次に、アジア諸国の貧困及び人間開発の動向を展望した。最後に、ケイパビリティ・アプローチを用いた CLMV 諸国の社会経済及び貧困の開発経済分析を行った。ミレニアム開発目標の達成度を考察した結果、アジア全体の貧困及び開発関連指標は全般的に改善している一方で、妊産婦の生存状態や健康状態についてはまだ大きな課題が残されていることが確認できた。CLMV 諸国における社会経済開発指数を算出した結果、CLMV 諸国の社会経済開発の改善度や優先すべき対策が明らかになった。

1. 研究の背景

開発経済学には、経済成長や開発援助などについてマクロ経済学の分析手法を用いてアプローチする研究、個人の行動や社会経済、貧困と格差についてミクロ経済学の分析手法を用いてアプローチする研究がある。こうした研究はこれまでに多くの開発経済学者によって研究され、それぞれの理論や研究成果が蓄積されている。それに加えて、貧困の開発経済分析として比較的新しいツールとして研究されてきたのは、人間の潜在能力や人間開発の視点から見たケイパビリティ・アプローチによる研究である。

21 世紀の開発経済学において、発展途上国の貧困研究は重要な意義がある。実に、その意義は単なる経済学的手法のみを用いることはもはや限界にあり、非経済的また政治的なアプローチをどうしても欠くことができないと言わざるを得ないからである。というのは、全世界の 6 割以上を占めている発展途上国が経済発展の遅れに加えて、基本的社会インフラの未発

達、格差や貧困問題に悩まされている。

世界銀行は一人当たり GNI (PPP) により、1,025 ドル以下の国を低所得国、1,026 ～ 4,035 ドル以下の国を下位中所得国、4,036 ～ 12,475 ドル以下の国を上位中所得国、12,476 ドル以上の国を高所得国としており、高所得国は先進国、その他の国々は発展途上国に分類している (World Bank, 2016)。2017 年現在、218 カ国・地域のうち低所得国が 31 カ国 (14.2%)、下位中所得国が 52 カ国 (23.9%)、上位中所得国が 56 カ国 (25.7%) を占めており、合わせると 139 カ国・地域 (63.8%) が発展途上国である (World Bank, 2016)。東アジア・太平洋地域は 38 カ国・地域から構成され、そのうち 23 カ国・地域 (60.5%) が発展途上国であり、8 カ国が東南アジアに位置している。東南アジア地域では、シンガポールやブルネイを除く他の国々は低所得国及び中所得国である。東南アジアの国々は長年にわたり経済発展や社会開発に取り組んできたにも関わらず、依然として深刻な貧困問題に悩まされている。

World Bank (2012) によると、成人一人当たりの総支出が一日 1.90 ドルを下回る絶対的な貧困者数は全世界で 12.7%、東アジア・太平洋地域で 7.2% を占め、サハラ以南のアフリカや南アジアに次いで深刻な問題となっている。東アジア・太平洋地域の中で貧困問題が比較的集中している地域は、東南アジアである。東南アジア地域には、金融業や輸送業などを主とするサービス業の発展や人的資本への投資により経済成長を遂げてきたシンガポール、石油などの天然資源の輸出によって経済を発展させてきたブルネイ、輸入代替工業化及び輸出指向型工業化を目指して急成長してきたタイとマレーシア、外資系企業の投資により経済発展を目指すベトナム、インドネシア、フィリピン、アジア開発銀行の大メコン圏開発プログラムによって経済発展潜在性の高い地域として期待される低開発地域 (カンボジア、ラオス、ミャンマー) など、経済・社会の発展段階の異なる国々が存在している。

本研究では、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、ベトナム (以下 CLMV 諸国) を事例に、ケイパビリティ・アプローチを用いた社会経済及び貧困の開発経済分析を行う。まず、本研究に関する先行研究や分析方法を紹介し、次に、アジア諸国の貧困及び人間開発の動向を展望する。最後に、ケイパビリティ・アプローチを用いた CLMV 諸国の社会経済及び貧困の開発経済分析を行う。

2. 先行研究と本研究の特色

貧困に関する先行研究として、まず、アマルティア・センによる「ケイパビリティ・アプローチ」があげられる。ケイパビリティ・アプローチは開発経済学の分野のみならず、多くの

国際機構にも大きな影響を及ぼした (Sen, 2001)。センは基本的潜在能力を、様々なニーズのうち最も基本的なニーズとして捉え、生活の水準は所得や効用を通して見るのではなく、潜在能力や機能という人間開発の側面から見るものであると提案した。また、潜在能力や機能の具体的な内容は、良い栄養状態にあること、健康な状態を保つこと等の基本的なものから、コミュニティーに参加すること、自尊心を持つことまで範囲が広い。センはこの潜在能力の拡大こそが開発の究極的目標であると説明した (Sen, 1999、セン、2002)。

センの思想によると、貧困者を対象者として別扱いするのではなく、彼らが経済の網の目の中で一定の役割を果たすような仕組みを作らなければならない。つまり、「最底辺の 10 億人が市場に参加することが可能になるような仕組みを作らなければならないのである。現在では、この経済の網の目からこぼれ落ちてしまう人々は多く存在し、彼らは正に貧困者である」(下村、小林 2009、16 頁)。貧困者の多くは、勤労で懸命でありながら職業の不安定や低所得に悩まされている。たとえ高所得の職場にアクセスするチャンスがあってもミスマッチなどで再び職業が不安定になり、貧困に繰り返し落ちてしまう可能性は少なくない。その背景には、慢性的な人間開発の欠如、いわば潜在能力の欠乏が存在している。貧困を緩和するには人々(貧困者)の潜在能力(人間開発・人間の可能性)の向上を重視しなければならないのである。センの「ケイバビリティ・アプローチ」に基づいて国連開発計画 (United Nations Development Programme: 以下 UNDP) は人間開発指数 (Human Development Index: 以下 HDI) を算出している。

次に、インドシナ諸国に関する先行研究では、インドシナ諸国の経済発展、インドシナ地域大メコン圏開発プログラム、環境問題、観光産業、ビジネス開発など様々な視点から研究がなされた。石田 (2005) は後発国に属するカンボジア、ラオス、ミャンマーを中心に、これらの地域の経済発展を、域内で比較的経済発展の進んだタイ、ベトナム、中国雲南省とのリンケージにおいて、いかに促すかを主眼として検討した。この研究では、カンボジア、ラオス、ミャンマーの産業発展の可能性、開発協力と国際関係、人口動態と教育状況、インフラ整備と貧困削減が検討された。

槇 (2006) はインドシナ地域の観光と経済状況、ベトナムの観光政策、タイの経済発展と環境問題、現地の日本語教育の状況を紹介した。この研究では、経済発展における観光業の役割や観光政策が詳細に検討された。川田 (2011) では、広域メコン圏に潜む大きな発展可能性やビジネス機会が検討されており、メコン広域圏の胎動、事業環境、域内企業・日本企業による事業活動の発展、域内深化と外延的拡大、企業戦略とビジネスの新展開などが詳細に考察された。

これまでの先行研究と本研究の異なる特色は、CLMV 諸国の社会経済及び貧困動向分析について国際貧困率、国内貧困率、HDI などの既存データを用いて分析するのではなく、社会経済開発指数 (Socioeconomic Development Index: 以下 SDI) を算出している点である。SDI はケイパビリティ・アプローチによる指数であり、生存状況、教育状況、経済状況、生活インフラ状況を包括的に取上げて算出されるため、総支出のみで算出される国内・国際貧困率と異なり、貧困や社会経済の実態を多面的に表すことができる。SDI は UNDP による HDI の考え方を基礎としているが、HDI は4つの指標を用いて総括的算出され、世界各国の人間開発の進歩を表すことができる一方で、本研究による SDI は多次元指標を客観的に選定して算出しているため、CLMV 諸国の社会経済の実情をより多面的に表すことができる。SDI に含まれる指標の選定は国際機関である UNDP の HDI と同様に主観的ではなく、客観性を重要視している。

3. 本研究の分析方法

貧困とは、人間の基本的な必要 (Basic Human Needs: 以下 BHN) という生活に最低限必要なものが欠けていることを意味する。これまでは貧困を分析するため、BHN アプローチ (成人一人当たり一日に必要なカロリーを含めた食糧支出と最低限の生活に必要な非食糧支出を合わせたバスケット法による測定方法) やケイパビリティ・アプローチを主に用いてきた。例えば、世界各国の政府が公表している国内貧困線は BHN アプローチを用いた貧困測定方法に基づいている。一方、ケイパビリティ・アプローチは人間開発を中心にしたもので、UNDP によって広まったものである。

UNDP によると、人間開発とは人々が自らの意思に従って人生の選択と機会の幅を拡大させることであり、そのためには、健康で長生きすること、知的であること、人間らしい生活水準を維持することが必要である。UNDP はこれらの3つの側面を包括的に取上げた HDI を国毎に算出し、1990 年より「人間開発報告書」を毎年発刊している。HDI には一人当たり GNI (PPP, US\$)、25 歳以上成人人口の平均就学年数、入学年齢児童の予測就学年数、出生時平均余命などの指標が含まれている。0 から 1 の間に各指数が算出され、1 に近づくほど高いレベルと評価される。ケイパビリティ・アプローチによる貧困測定方法の特長は、従来の BHN アプローチのように経済的な手法だけでなく、貧困を非経済的な側面を含めて多面的に捉えるため、貧困や不平等をより具体的に表すことができる点である。

本研究では、先述したように CLMV 諸国における貧困及び社会経済開発状況の実態を探るために、社会経済開発指数 (Socioeconomic Development Index: SDI) を算出する。SDI には、

「保健」、「教育」、「経済」、「生活インフラ」という4つのカテゴリが含まれている。カテゴリ I で用いる指標は、出生時平均余命、5歳未満低体重の子どもの割合、5歳未満幼児死亡率、1歳未満乳児死亡率、出産前ケアの実施率、1歳児三種混合ワクチンの予防接種率、妊産婦死亡率、保健医療への支出である。世界銀行によると、これらの指標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及び生存状況の安全性を示すために重要な指標であり、世界銀行のデータベースでは「保健」というカテゴリに示されている。

カテゴリ II で用いる指標は、成人識字率、中等教育就学率、教育への支出で、カテゴリ III で用いる指標は、一人当たり GNI (PPP, US\$)、25歳以上の就業者率、脆弱な雇用である。カテゴリ IV で用いる指標は、一人当たり電力消費量、改善された水源を継続して利用できる人口、改善された衛生設備を継続して利用できる人口である。これらの指標は UNDP の人間開発報告書で教育、経済、生活インフラの普及を測定するために用いている指標であり、本研究も同様に先行研究を参考して選定した。

各指標の評価方法は、UNDP の HDI 同様 0.800 以上は「H」高位水準、0.500 から 0.799 までは「M」中位水準、0.500 未満は「L」下位水準である。各指標の定義は UNDP の人間開発報告書のテクニカル・ノートで詳しく説明されているため、ここでは省略する。以下は各指標の算出式であり、SDI は四つの次元指数（保健、教育、経済、生活インフラ）の幾何平均である。

$$\text{指数} = \frac{\text{当該国の値} - \text{全世界最小値}}{\text{全世界最高値} - \text{全世界最小値}}$$

このケイパビリティ・アプローチによる貧困分析で注意したいのは、指数の変化をどう解釈するかである。これらの指数は国際社会における当該国の進歩を示すものであり、他の国々の改善速度が大きく影響される。つまり、指数がそれほど改善していない、あるいは後退していることは、当該国の人間開発及び貧困削減の速度が他の国々に比べて遅れていることを意味している。

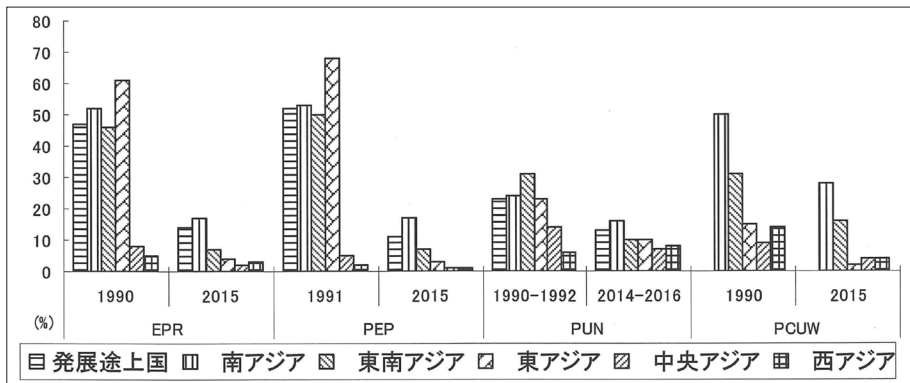
4. アジア諸国の貧困及び人間開発の動向

アジア諸国の貧困動向を展望する場合、貧困削減戦略文書 (PRSP) やミレニアム開発目標 (MDGs) の進捗状況を確認する手法が一般的に用いられる。MDGs は 2000 年 9 月に国連ミレ

ニアムサミットで採択された国連ミレニアム宣言をきっかけに誕生したものであり、収入や消費など経済的側面のみならず、教育や健康状態なども含めた総合的な貧困削減目標である。1990年を基準年にして2015年に向けて達成すべき8つの貧困削減目標（①極度の貧困と飢餓の撲滅、②初等教育の完全普及の達成、③ジェンダー平等推進と女性の地位向上、④乳幼児死亡率の削減、⑤妊産婦の健康の改善、⑥HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止、⑦環境の持続可能性確保、⑧開発のためのグローバルなパートナーシップの推進）を掲げ、昨年は2015年より先の国際開発目標が採択された。本研究では、上述の目標の中から貧困及び人間開発に直接関連している指標①から⑥までを選択した。

まず、目標①の極度の貧困と飢餓の撲滅を見る（図1）。一日1.25ドル未満で生活する人口の割合（Extreme poverty rate: EPR）は1990年代比べて2015年にはアジア全体的に激減している。同様に、一日1.25ドル未満で生活する就業者の割合（Proportion of employed people living on less than \$1.25 a day: PEP）もアジア全域において減少している。カロリー消費が必要最低限のレベル未満の人口の割合（Proportion of undernourished people: PUN）は西アジアが多少増加しているが、その他の地域は減少している。低体重の5歳未満児の割合（Proportion of children under age five who are underweight: PCUW）は東アジアを先頭にアジア全域で減少している。

図1 極度の貧困と飢餓状況

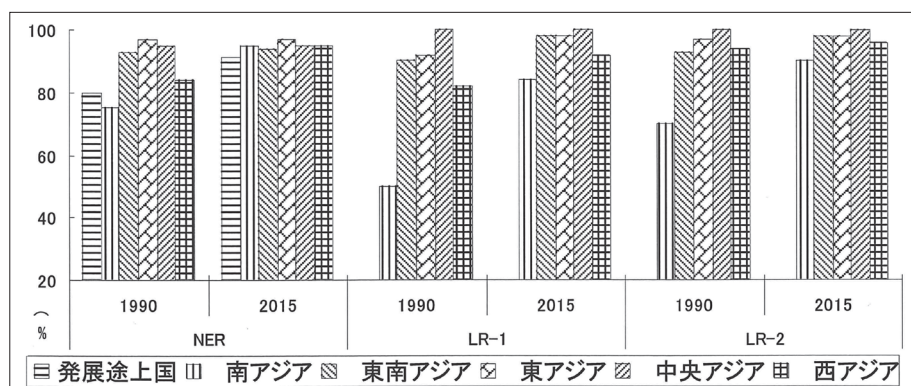


(出所) UNDP(2015)のデータより作成。

次に、目標②の初等教育の完全普及の達成状況を確認する（図2）。初等教育における純就学率（Net enrolment rate in primary education: NER）は特に西アジアと南アジアが改善し、全体的に向上している。15歳から24歳の男性の識字率（Literacy rate among youth aged 15

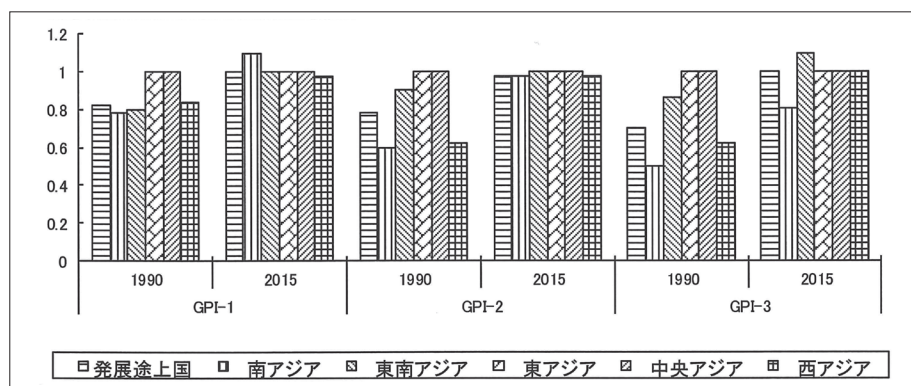
to 24: LR1) は南アジアの劇的な改善により全体的に向上している。同様に、15歳から24歳の女性の識字率 (Literacy rate among youth aged 15 to 24: LR-2) も南アジアの改善により全体的に向上している。

図2 初等教育の完全普及状況



(出所) UNDP(2015)のデータより作成。

図3-1 ジェンダー平等推進と女性の地位向上状況 - I

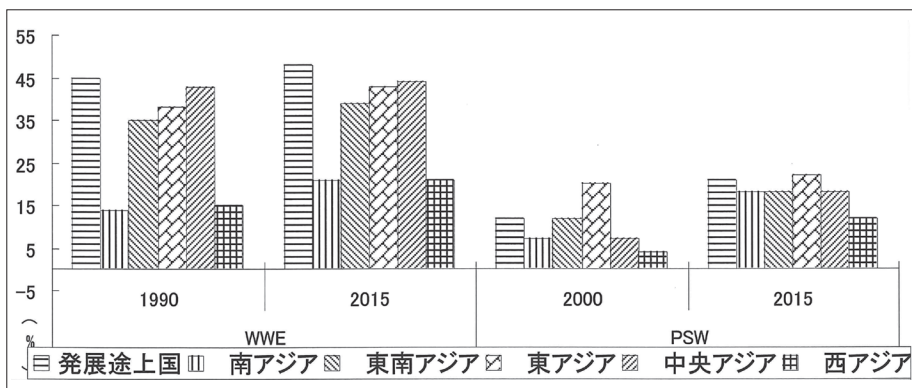


(出所) UNDP(2015)のデータより作成。

目標③のジェンダー平等推進と女性の地位向上状況 (図3-1と図3-2)を見ると、初等教育総就学の観点から見たジェンダー均衡指数 (Gender parity index for gross enrolment ratio in primary education: GPI-1)、中等教育総就学の観点から見たジェンダー均衡指数 (Gender parity index for gross enrolment ratio in secondary education: GPI-2)と高等教育総就学の観点から見たジェンダー均衡指数 (Gender parity index for gross enrolment ratio in tertiary

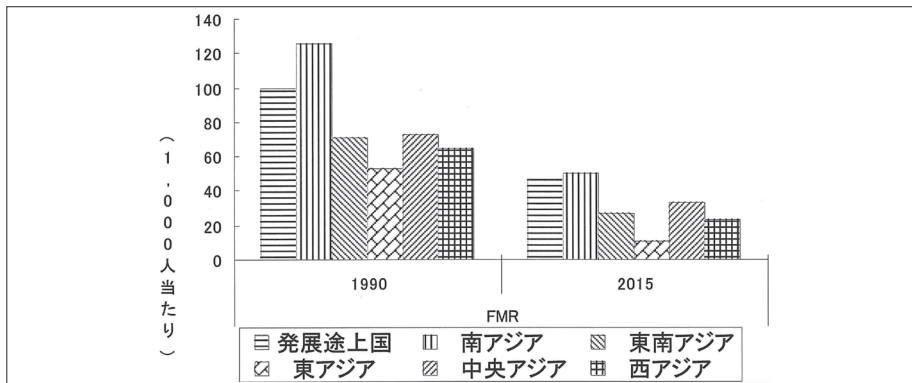
education: GPI-3)のうち特にGPI-1とGPI-2が大きく改善している。GPI-3は1990年代に比べて全体的に改善しているが、特に南アジア、東南アジアと西アジアが大きく改善している。非農業部門における女性賃金労働者の割合(Share of women in wage employment in the non-agricultural sector: WWE)と国会における女性議員の割合(Proportion of seats held by women in single or lower houses of national parliament: PSW)も全体的に徐々に改善している。

図3-2 ジェンダー平等推進と女性の地位向上状況-II



(出所) UNDP(2015)のデータより作成。

図4 乳幼児死亡状況

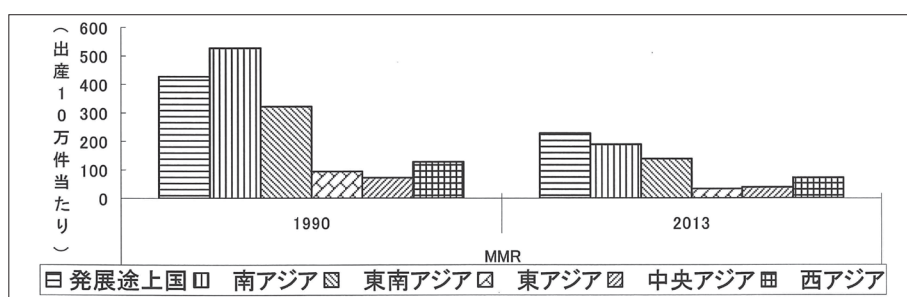


(出所) UNDP(2015)のデータより作成。

目標④の乳幼児死亡状況(図4)を見ると、1,000人当たりの5歳未満児の死亡率(Under five mortality rate, Deaths per 1,000 live births: FMR)は南アジアが劇的に改善し、アジア全

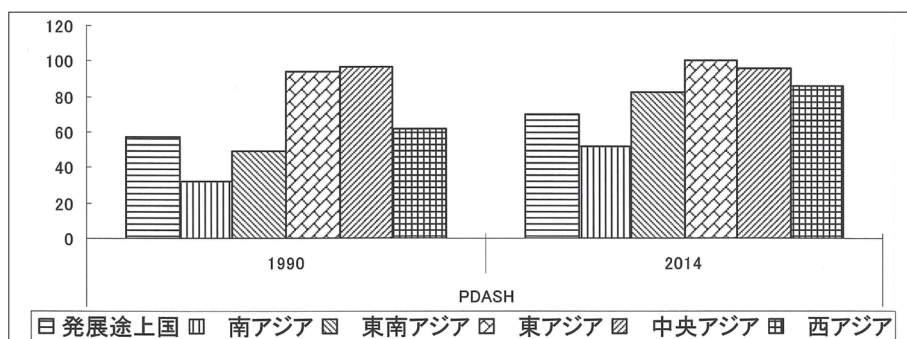
域において大きな改善が見られる。その一方で、目標⑤の妊産婦の健康状況（図5-1と図5-2）を見ると、まず、出産10万件当たりの妊産婦死亡率（Maternal mortality ratio, maternal deaths per 100,000 live births, women aged 15-49:MMR）はアジア全体的に改善しているものの、南アジアと東南アジアのMMRはそれぞれ190人と140人であることから、他のアジア諸国の平均より3倍以上高いことが分かった。次に、医者・助産婦の立ち会いによる出産の割合（Proportion of deliveries attended by skilled health personnel: PDASH）は東アジアが100%であるのに対して南アジアは52%、東南アジアと西アジアも8割程度に留まっており、さらなる改善が求められている。

図5-1 妊産婦の健康状況 - I



(出所) UNDP(2015)のデータより作成。

図5-2 妊産婦の健康状況 - II



(出所) UNDP(2015)のデータより作成。

最後に、目標⑥のHIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延状況（表1）を見ると、新たなHIV感染者数（Estimated number of new HIV infections, thousands: NHIV）は発展途上国全体を見ると、10年の間に大きく減少した。西アジアや東南アジアを除いて特に、南アジ

アはかなり減少している。要するに、MDGs を中心にしたアジア諸国の貧困動向は大きく変化を見せ、改善している一方で、妊産婦や母親の生存及び健康状態についてはまだ大きな課題が残されている。

表1 HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延状況（単位 1,000 人）

	NHIV	
	2000	2013
発展途上国	3,340	1,940
南アジア	310	160
東南アジア	120	120
東アジア	63	70
中央アジア	10	8.3
西アジア	0.9	1.9

（出所） UNDP(2015)のデータより作成。

5. CLMV 諸国の社会経済及び貧困の分析

表2はケイパビリティ・アプローチによるカンボジアの貧困及び人間開発の状況を示している。まず、保健医療及び生存指数（Health and Survival Index: HSI）の各指標を見ると、5歳未満低体重の子供の割合や保健医療への支出を除いてかなり改善していることが分かる。特に、母子の生存状態が劇的に改善し、HSI が下位水準から中位水準に改善している。これまでの政策の他に、国際機関や NGO の取り組みの成果であり、評価できる。しかし、乳幼児の生存状態が改善する一方で、5歳未満低体重の子供の割合が改善していないこと、保健医療への支出がまだ下位水準に留まっていることを考えると栄養や健康状態の向上にはまだ至っていないことが確認できる。要するに、今後 HSI の更なる改善には、乳幼児の栄養に関する知識の普及や保健医療への投資が全国レベルで求められている。

次に、教育指数（Education Index: EDI）の各指標を見ると、成人識字率が改善しておらず、中等教育就学率と教育への支出が下位水準に留まっている。UNDP（2014）によると、初等教育就学率（2012）は 124.0%、中等教育就学率は 45.0%、高等教育就学率は 16.0% で、中等教育においては東南アジア最下位、高等教育においてはミャンマーに次いで 2 番目に低い。成人識字率は東南アジアの中でラオスに次いで 2 番目に低く、初等教育における教師一人当たりの生徒の数（2012）は 46 人で東南アジアの中で最も教員の負担が大きい（UNDP, 2014）¹⁾。つま

1) UNDP(2014)によると、ミャンマーは 28 人、ラオスは 27 人、ベトナムは 19 人、タイは 16 人である。また、世界銀行のデータによると、カンボジアの初等教育・教員数は 1981 年の 30,316 人から 2006 年に 51,212 人にまで増加したが、2006 年をピークにその後減り続け、2013 年には 47,413 人に減少した。

CLMV 諸国における社会経済及び貧困の実態分析
 - 開発経済学のケイパビリティ・アプローチを基に -

り、カンボジアの教育問題には、単なる中退問題のみならず、ボル・ポット政権の傷跡である慢性的な初等教育・教員不足問題、政府による教育への投資及び教育職員の給料の低さ、これらの要因に伴う教員の転職問題、教育の量的・質的問題などが挙げられる。結果的に、EDIは多少改善したものの、下位水準に留まっている。

表2 ケイパビリティ・アプローチによるカンボジアの貧困及び人間開発の状況

指標		A期間	評価	B期間	評価
保健医療及び	1. 出生時平均余命 (1981, 2013)	0.000	L	0.692	M
	2. 5歳未満低体重の子供の割合 (1985, 2012)	0.367	L	0.319	L
	3. 5歳未満幼児死亡率 (1988, 2012)	0.341	L	0.765	M
	4. 1歳未満乳児死亡率 (1988, 2012)	0.269	L	0.722	M
生存状況	5. 出産前ケア実施率 (1983-1988, 2012)	0.459	L	0.832	H
	6. 1歳児三種混合ワクチンの予防接種率 (1987, 2012)	0.358	L	0.900	H
	7. 妊産婦死亡率 (1980-1987, 2010)	0.708	M	0.848	H
	8. 保健医療への支出 (1986, 2011)	0.051	L	0.233	L
(1) 保健医療及び生存指数 (Health and Survival Index: HSI)		0.296	L	0.605	M
教育状況	9. 成人識字率 (1985, 2012)	0.715	M	0.652	M
	10. 中等教育就学率 (1991, 2012)	0.242	L	0.345	L
	11. 教育への支出 (1986, 2012)	0.147	L	0.149	L
(2) 教育指数 (Education Index: EDI)		0.294	L	0.322	L
所得状況	12. 一人当たりGNI (1995, 2013)	0.225	L	0.251	L
	13. 25歳以上の就業者率 (1988, 2012)	0.691	M	0.879	H
	14. 脆弱な雇用 (2000, 2012)	0.000	L	0.302	L
(3) 経済指数 (Economic Index: ECI)		0.394	L	0.405	L
生活インフラ状況	15. 一人当たり電力消費量 (1980, 2009)	0.010	L	0.001	L
	16. 改善された水源を継続して利用できる人口 (1985-1987, 2015)	0.000	L	0.600	M
	17. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口 (1985-1987, 2015)	0.122	L	0.348	L
(4) 生活インフラ指数 (Life Infrastructure Index: LII)		0.035	L	0.059	L
カンボジアの社会経済開発指数 (Cambodia's SDI)		0.186	L	0.261	L

(注) A 期間と B 期間は各指標に示している期間である。SDI は HSI, EDI, ECI, LII の幾何平均である。
 (出所) 全ての指数は UNDP, World bank のデータを基に筆者が算出したもの。

経済指数 (Economic Index: ECI) の各指標を見ると、25 歳以上の就業者率は高位水準で、1980 年代の下位水準からかなり改善している。しかし、無給の家族労働及び自営業に従事している脆弱な雇用指数を見ると、0.302 に改善はしたものの、下位水準に留まっている²⁾。次に、一人当たり GNI は 1990 年代に比べて多少改善している。結果的に、ECI は就業者率の改善によって向上したものの、下位水準である。

最後の生活インフラ指数 (Life Infrastructure Index: LII) の各指標を見ると、特に改善され

2) 農村地域では、農業に伴う家族労働が多く、都市に近い地域では、観光業に伴う伝統的な家内産業 (ラタン雑貨生産) における家族労働が多い。筆者の現地調査によると、観光業が盛んなシェムリアップ市から約 9 キロの距離にある Tor Tea 村では、調査世帯のほとんどがラタン雑貨を生産し、9 割の世帯は家族労働を活用している (AYE, 2015a)。そのため賃金労働でない家族労働が多く、脆弱雇用が数多く存在している。

た水源を継続して利用できる人口の割合が改善している。世界銀行によると、2015年の改善された水源を継続して利用できる人口は農村地域が69.0%、都市部が100.0%で、中位水準に改善している。一方で、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改善したもののまだ下位水準である³⁾。要するに、LIIの改善には、電気や水へのアクセスの他に、環境衛生や健康を重視した生活スタイルの普及が求められている。総合的に見ると、ケイパビリティ・アプローチによるカンボジアのSDIは確実に向上しているが、まだ下位水準に留まっている。

表3 ケイパビリティ・アプローチによるラオスの貧困及び人間開発の状況

指標		A期間	評価	B期間	評価
保健医療及び	1. 出生時平均余命 (1981, 2013)	0.364	L	0.597	M
	2. 5歳未満低体重の子供の割合 (1985, 2012)	0.409	L	0.251	L
	3. 5歳未満幼児死亡率 (1988, 2012)	0.479	L	0.568	M
	4. 1歳未満乳児死亡率 (1988, 2012)	0.377	L	0.548	M
生存状況	5. 出産前ケア実施率 (1983-1988, 2012)	0.194	L	0.000	L
	6. 1歳児三種混合ワクチンの予防接種率 (1987, 2012)	0.025	L	0.513	M
	7. 妊産婦死亡率 (1980-1987, 2010)	0.825	H	0.574	M
	8. 保健医療への支出 (1986, 2011)	0.103	L	0.050	L
(1) 保健医療及び生存指数 (Health and Survival Index: HSI)		0.240	L	0.353	L
教育状況	9. 成人識字率 (1985, 2012)	0.818	H	0.636	M
	10. 中等教育就学率 (1981, 2012)	0.175	L	0.369	L
	11. 教育への支出 (1986, 2012)	0.015	L	0.207	L
(2) 教育指数 (Education Index: EDI)		0.129	L	0.365	L
所得状況	12. 一人当たりGNI (1988, 2013)	0.493	L	0.377	L
	13. 25歳以上の就業者率 (1988, 2012)	0.934	H	0.865	H
	14. 脆弱な雇用 (2005, 2010)	0.065	L	0.109	L
(3) 経済指数 (Economic Index: ECI)		0.310	L	0.329	L
生活インフラ状況	15. 一人当たり電力消費量 (1980, 2004)	0.186	L	0.013	L
	16. 改善された水源を継続して利用できる人口 (1985-1987, 2015)	0.102	L	0.600	M
	17. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口 (1994, 2015)	0.175	L	0.688	M
(4) 生活インフラ指数 (Life Infrastructure Index: LII)		0.149	L	0.175	L
ラオスの社会経済開発指数 (Laos's SDI)		0.194	L	0.293	L

(注) A 期間と B 期間は各指標に示している期間である。SDI は HSI, EDI, ECI, LII の幾何平均である。
(出所) 全ての指数は UNDP, World bank のデータを基に筆者が算出したもの。

表3は、ケイパビリティ・アプローチによるラオスの貧困及び人間開発の状況を示している。まず、保健医療及び生存指数 (Health and Survival Index: HSI) の各指標を見ると、5歳未満低体重の子供の割合、出産前ケアの実施率、保健医療への支出を除いて中位水準に改善している。カンボジアと同様に、特に生存状態が改善している。一方で、妊産婦死亡率や出産

3) 筆者の現地調査によると、上述した Tor Tea 村では、97.80%の世帯が井戸から水にアクセスできており、96.7%の世帯は電気が利用可能となっている (AYE, 2015a)。しかし、自家用トイレがある世帯は僅か55.9%で、習慣的な生活スタイルが続けられている。

前ケアの実施率が改善していないことが分かる。つまり、これまでに乳幼児の生存状態や健康状態に特に力を入れ、予防接種などを徹底的に実施した結果、乳幼児の生存状態が改善している。今後は、乳幼児のみならず、妊産婦の健康状態、妊娠に関する知識の普及にも重視すべきである。それを裏付けるデータはラオスの出産前ケアの実施率（2015）は世界最下位であること（UNDP, 2015）、妊産婦死亡率（2010年）は出産10万件に当たり470人で、カンボジアの250人、ミャンマーの200人、ベトナムの59人に比べてかなり高いこと、その一端を知るために医療状況を考察した結果、ラオスの医者数（1万人当たり、2012）は1.9人で、カンボジアの2.3人、ミャンマーの5.0人、ベトナムの12.2人に比べて低い水準であることなどである（UNDP, 2014）⁴⁾。

また世界銀行によると、ラオスの医療従事者の介助による出産（2012）は41.5%であるのに対し、カンボジアは89.0%、ミャンマーは70.6%、ベトナムは93.8%、看護師・助産師の数（1,000人当たり、2012）を見ると、ラオスはカンボジアと同水準の0.9人であるのに対し、ミャンマーは1人、ベトナムは1.2人で多少低い水準となっている。加えて、女性自身の出産に対する知識や風習を考察した結果、世界銀行によると、ラオスにおける若年女性の出生率（15歳から19歳の女性1,000人当たりの出生率、2015）は65.0件で、カンボジアの44.3件、ミャンマーの12.1件、ベトナムの29.0件、タイの41.0件に比べて高い。

筆者の現地調査では、ビエンチャンから西南に約350kmに位置するカムムアン県ターケーク県都タム村において、妊娠中に定期健診を受けた調査世帯が全世帯の51.35%、流産を経験した世帯が全世帯の15.05%を占めており、かなり低い水準となっている（AYE, 2015b）。また、病院・クリニックで出産した世帯が23.4%、自宅出産が76.6%を占め、助産婦のもとでの自宅出産が25.0%、伝統的産婆の介助による自宅出産が75.0%を占めていることから、出産費用の低い伝統的産婆の介助による自宅出産が多かった。一般的に、東南アジアの農村地域は病院やクリニックから離れていることや費用の低さ等で自宅出産が圧倒的に多いが、タム村では病院やクリニックからそれほど離れていないものの、費用の低さを考慮して、自宅出産をする世帯が多かった。伝統的産婆の介助による自宅出産緊急時に対応できないなどのリスクが高い。要するに、ラオスのHSIを改善するには、リプロダクティブヘルスに関する知識の普及、医療に携わる人材育成、政府による保健医療への支出の向上が強く求められている。

次に、教育指数（Education Index: EDI）の各指標を見ると、成人識字率が改善していないことが分かる。これはラオスの識字率が低下したという意味ではなく、世界全体の改善速度に比べて遅れていることを示している。その結果、EDIが改善したものの、まだ下位水準に留

4) ラオスの最新データである。

まっている。UNDP（2014）によると、初等教育就学率（2012）は123.0%、中等教育就学率は47.0%、高等教育就学率は17.0%で、中等教育においては東南アジアで2番目に低く、高等教育においてはミャンマーやカンボジアに次いで3番目に低い。成人識字率は東南アジア最下位で、初等教育における教師一人当たりの生徒の数（2012）は27人でミャンマーやカンボジアに次いで3番目に教員の負担が多い（UNDP, 2014）。要するに、ラオスの教育の改善には、基礎的な教育である識字率の普及、中退問題の改善、教育に携わる人材の育成が求められている。

経済指数（Economic Index: ECI）の各指標を見ると、脆弱な雇用指標は改善し、25歳以上の就業者率は高位水準を維持している一方で、一人当たりGNIは改善していない。総合的に見ると、ECIは一人当たりGNIの低さや脆弱な雇用が原因で下位水準に留まっている。ECIの改善には、経済発展に加えて、低賃金で働く貧困労働者や雇用対策などが必要である。

最後の生活インフラ指数（Life Infrastructure Index: LII）の各指標を見ると、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がかなり改善している。一方で、一人当たり電力消費量を見ると、まだ下位水準であり、収入の低さから近代的な家電の普及には至っていないこと、伝統的な生活スタイルが維持されていることが確認できる。総合的に見ると、ケイパビリティ・アプローチによるラオスのSDIは特にHSI、EDI、ECIの向上により改善しているが、まだ下位水準に留まっている。また、全ての指標の改善速度がかなり低いため、今後SDIの改善には経済分野のみならず、その他の分野にも重点を置くべきである。

表4は、ケイパビリティ・アプローチによるミャンマーの貧困及び人間開発の状況を示している。まず、保健医療及び生存指数（Health and Survival Index: HSI）の各指標を見ると、出産前ケアの実施率や1歳児三種混合ワクチンの予防接種率はかなり改善している一方で、1歳未満乳児死亡率を除く他の指標は改善していない。特に、保健医療への支出が世界最下位となっている（UNDP, 2014）。ミャンマーは長期にわたる軍事政権の下で、社会経済インフラの発展が大きく遅れ、世界銀行によると、ミャンマーのGDPに占める軍事支出の割合（2013）は4.0%で、カンボジアの1.6%、ラオスの0.2%、ベトナムの2.2%、タイの1.4%に比べて高い。一方では、教育への支出、保健医療への支出が世界最下位となっている（UNDP, 2014）。その背景には、長期にわたる国内紛争や宗教的摩擦が大きく関わっており、加えて、軍事政権による軍事力拡大政策などが存在している。結果的に、ミャンマーの軍事支出（対GDP比）は東アジア及び東南アジアで最も高い水準となった。HSIは下位水準から中位水準まで改善している一方で、様々な課題が残されている。

CLMV 諸国における社会経済及び貧困の実態分析
 - 開発経済学のケイパビリティ・アプローチを基に -

次に、教育指数 (Education Index: EDI) の各指標を見ると、教育への支出を除いて改善していることが分かる。特に、成人識字率は中位水準から高位水準に改善している。ミャンマーは近年、政治的改革をきっかけに世界中から注目を浴び、欧米諸国からの経済制裁が段階的に解除され、多くの企業が進出しつつある。多くの外資系企業や多国籍企業がミャンマーに注目した要因の一つは、国民の教育水準 (識字率) が高いことである。ミャンマーでは寺院教育 (僧院付属学校) が普及しており、国際団体や NGO はこうした僧院付属学校に対する寄付や援助に加えて、村単位での学校建設にも取り組んでいる。ARC (2015) によると、OECD、国連アジア太平洋経済社会委員会及びミャンマー商工会議所連盟が2015年5月6日に国内企業3,016社に調査したサーベイにおいてビジネスの阻害要因を調べた結果、1位の汚職に次いで2位が熟練労働者の不足、3位が技術の不足であることが分かった。今後、EDIを改善するには、教育への投資、教育の質的改善に加えて、人材育成が求められている。

表4 ケイパビリティ・アプローチによるミャンマーの貧困及び人間開発の状況

指標		A期間	評価	B期間	評価
保健医療及び生存状況	1. 出生時平均余命 (1987, 2013)	0.525	M	0.516	M
	2. 5歳未満低体重の子供の割合 (1985, 2012)	0.493	L	0.405	L
	3. 5歳未満幼児死亡率 (1988, 2012)	0.700	M	0.691	M
	4. 1歳未満乳児死亡率 (1988, 2012)	0.617	M	0.661	M
	5. 出産前ケア実施率 (1983-1988, 2012)	0.561	M	0.740	M
	6. 1歳児三種混合ワクチンの予防接種率 (1987, 2012)	0.074	L	0.688	M
	7. 妊産婦死亡率 (1980-1987, 2010)	0.919	H	0.820	H
	8. 保健医療への支出 (1986, 2011)	0.103	L	0.000	L
(1) 保健医療及び生存指数 (Health and Survival Index: HSI)		0.380	L	0.631	M
教育状況	9. 成人識字率 (1985, 2012)	0.761	M	0.905	H
	10. 中等教育就学率 (1981, 2012)	0.186	L	0.405	L
	11. 教育への支出 (1986, 2012)	0.147	L	0.000	L
(2) 教育指数 (Education Index: EDI)		0.275	L	0.605	M
所得状況	12. 一人当たりGNI (1988, 2013)	0.403	L	0.361	L
	13. .25歳以上の就業者率 (1988, 2012)	0.610	M	0.831	H
	14. 1日2ドル未満で働くワーキングプアの割合 (2010, 2015)	0.356	L	0.288	L
(3) 経済指数 (Economic Index: ECI)		0.444	L	0.442	L
生活インフラ状況	15. 一人当たり電力消費量 (1980, 2004)	0.010	L	0.001	L
	16. 改善された水源を継続して利用できる人口 (1985-1987, 2015)	0.247	L	0.683	M
	17. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口 (1994, 2015)	0.224	L	0.785	M
(4) 生活インフラ指数 (Life Infrastructure Index: LII)		0.082	L	0.081	L
ミャンマーの社会経済開発指数 (Myanmar's SDI)		0.248	L	0.342	L

(注) A 期間と B 期間は各指標に示している期間である。Index 14 (脆弱な雇用) のデータが入手困難なため、ここでは一日2ドル未満で働くワーキングプアのデータを用いる。SDIはHSI, EDI, ECI, LIIの幾何平均である。

(出所) 全ての指数はUNDP, World bankのデータを基に筆者が算出したもの。

経済指数（Economic Index: ECI）の各指標を見ると、25歳以上の就業者率は高位水準に改善しているがワーキングプアや一人当たり GNI が改善せず、結果的に、ECI は多少改善したもののまだ下位水準に留まっている。つまり、雇用機会は改善しているが、脆弱な雇用状態あるいはワーキングプアが厳しい状態である。筆者のヤンゴン市・スラム街居住者の第2回貧困及び開発調査では、調査世帯主の 19.47% が最低賃金（一日 3,600 チャット、約 3.6 米ドル）を下回る賃金で就労していたことが分かった（AYE, 2016）。彼らの多くは、インフォーマルセクター労働者であり、制度化されていない職場であるため、勤勉でありながらも貧困から脱却できない状況である。その背景には、教育水準の低さが深く関係している。調査世帯主の 57.7% が小学校卒業で、ほとんどが字の読み書きができる。しかし、技術やノウハウを持つ熟練労働者ではなく、それが原因で低い賃金で働かざるを得ないのである。今後、ECI の改善には、工業化や貿易などマクロ的な視点から見る経済政策に加えて、経済発展の原動力となる国民・人間そのものの教育、技能や才能といった人的資本への投資が極めて重要である。

最後に、生活インフラ指数（Life Infrastructure Index: LII）を見ると、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がかなり改善している。結果的に、LII はまだ下位水準であるものの、1980 年代に比べて電力消費以外はかなり改善している。ミャンマーの生活インフラの中で、最も大きな課題となっているのは電力不足である。ARC（2015）によると、ミャンマーのエネルギー事情における主要な課題は発電設備などのインフラの遅れによる電力不足である。電化率は全世界の 29.0%、特に農村地域では 25.5% とかなり低い。加えて、前述した筆者の調査結果によると、調査世帯の多くは電気や水へのアクセスはできていても自家用トイレなしの世帯が 7 割占め、生活水準がまだ低い状態であることが分かった（AYE, 2016）。今後、LII を改善するには、電気や衛生的な生活環境の推進が求められている。総合的に見ると、ミャンマーの SDI は、HSI や EDI は下位水準から中位水準に改善しており、今後 SDI の改善には、ECI や LII の改善が求められている。

表5は、ケイパビリティ・アプローチによるベトナムの貧困及び人間開発の状況を示している。まず、保健医療及び生存指数（Health and Survival Index: HSI）の各指標を見ると、出産前ケア実施率以外の指標が改善し、特に、妊産婦及び乳幼児の生存状態が高位水準に改善している。また、子供の栄養状態や成人の生存状況も改善している。保健医療への支出は 1980 年代に比べて改善しているもののまだ下位水準に留まっている。結果的に、HSI はまだ中位水準であるが、高位水準に近づいている。今後さらに改善するためには、保健医療への支出の向上に加えて、乳幼児の栄養状態の改善が必要である。次に、教育指数（Education Index: EDI）の各指標を見ると、成人識字率が高位水準に改善し、中等教育就学率も中位水準に改善してい

CLMV 諸国における社会経済及び貧困の実態分析
 - 開発経済学のケイパビリティ・アプローチを基に -

る。教育への支出は保健医療への支出と同様に改善しているもののまだ下位水準に留まっている。EDIは二つの指標の改善により、下位水準から中位水準に向上している。今後、EDIのさらなる改善には教育への支出に加えて、就学率の向上が求められている。

また、経済指数 (Economic Index: ECI) の各指標を見ると、一人当たり GNI が特に向上し、下位水準から中位水準に改善している。就業者率や脆弱な雇用も多少改善している。結果的に、ECI は下位水準から中位水準に改善している。続いて生活インフラ指数 (Life Infrastructure Index: LII) を見ると、一人当たり電力消費量以外は大幅に改善し、総合的に見ると、ベトナムの SDI は CLMV の中で唯一下位水準から中位水準に改善している。要するに、ベトナムの社会経済開発指標はカンボジア、ラオス、ミャンマーに比べて改善度が高く、全般的に見ると、世界各国の改善速度とそれほど変わらない速度で社会経済状況が向上している。また、社会経済のあらゆる側面から広範囲にかつバランス良く改善していることが確認できる。

表5 ケイパビリティ・アプローチによるベトナムの貧困及び人間開発の状況

指標		A期間	評価	B期間	評価
保健医療及び	1. 出生時平均余命 (1987, 2013)	0.552	M	0.797	M
	2. 5歳未満低体重の子供の割合 (1985, 2012)	0.302	L	0.615	M
	3. 5歳未満幼児死亡率 (1988, 2012)	0.724	M	0.870	H
	4. 1歳未満乳児死亡率 (1988, 2012)	0.653	M	0.861	H
生存状況	5. 出産前ケア実施率 (1983-1988, 2012)	0.990	H	0.903	H
	6. 1歳児三種混合ワクチンの予防接種率 (1987, 2012)	0.494	L	0.963	H
	7. 妊産婦死亡率 (1980-1987, 2010)	0.919	H	0.949	H
	8. 保健医療への支出 (1986, 2011)	0.115	L	0.302	L
(1) 保健医療及び生存指数 (Health and Survival Index: HSI)		0.503	M	0.720	M
教育状況	9. 成人識字率 (1985, 2012)	0.772	M	0.914	H
	10. 中等教育就学率 (1990, 2012)	0.305	L	0.760	M
	11. 教育への支出 (1986, 2012)	0.279	L	0.479	L
(2) 教育指数 (Education Index: EDI)		0.403	L	0.693	M
所得状況	12. 一人当たりGNI (1988, 2013)	0.493	L	0.727	M
	13. 25歳以上の就業者率 (1988, 2012)	0.737	M	0.792	M
	14. 脆弱な雇用 (1996, 2014)	0.121	L	0.341	L
(3) 経済指数 (Economic Index: ECI)		0.353	L	0.581	M
生活インフラ状況	15. 一人当たり電力消費量 (1980, 2004)	0.443	L	0.023	L
	16. 改善された水源を継続して利用できる人口 (1985-1987, 2015)	0.520	M	0.967	H
	17. 改善された衛生設備を継続して利用できる人口 (1985-1987, 2015)	0.439	L	0.773	M
(4) 生活インフラ指数 (Life Infrastructure Index: LII)		0.466	L	0.258	L
ベトナムの社会開発指数 (Vietnam's SDI)		0.427	L	0.523	M

(注) A 期間と B 期間は各指標に示している期間である。SDI は HSI, EDI, ECI, LII の幾何平均である。
 (出所) 全ての指数は UNDP, World bank のデータを基に筆者が算出したもの。

本研究における SDI 分析により第一に、これまでの先行研究で主張されなかった ASEAN 後発国同士の間にも社会経済の差が存在していること、第二に、CLMV 諸国は社会経済発展の進歩の度合いに差があることが明らかになった⁵⁾。

6. ケイパビリティ・アプローチによる CLMV 諸国の特徴、共通点と改善策

では、最後に、図6のケイパビリティ・アプローチによる CLMV の SDI 比較を見てみよう。ベトナムは HSI、EDI、ECI、LII がバランス良く改善しており、これがベトナムの SDI の特徴である。ラオスは全体的に改善しているものの、その速度がかなり遅れていることが分かる。カンボジアの場合 HSI は特に改善しているが、LII は CLMV 諸国内で最下位である。これは長年にわたる内戦や経済発展の遅れによるものであり、今後カンボジアの SDI の改善には LII の向上にも力を入れるべきである。ミャンマーは特に HSI と EDI が向上し、ラオスと同様にそれぞれの指標が均等に多少改善している。要するに、カンボジア、ラオス、ミャンマーの共通点は、SDI 改善度が比較的に近い速度であること、ミャンマーはベトナムに次いで教育の改善が進んでいること、ベトナムは CLM と異なり、社会経済のあらゆる側面から広範囲にかつバランス良く改善していることが分かった。

改善策について考察すると、まず、カンボジアの場合、HSI の重要な課題は子供の栄養不良と公的保健医療への支出の低さであり、HSI 分野では、乳幼児の栄養に関する知識の普及や保健医療への投資が優先的に求められている。次に、EDI の重要な課題は中退問題、公的教育への支出の低さ、教員不足（初等教育）、教員の転職問題であり、教育職員の給料の見直しや教育職員の人材育成が優先的に求められている。ECI については、脆弱な雇用や所得の低さが重要な課題であり、家内産業のビジネス化、職業訓練とビジネスノウハウの普及が求められている。LII については、衛生管理の遅れや習慣的・伝統的生活スタイルが見られ、環境衛生や生活環境に対する教育の普及、子供の衛生管理が優先的な対策として求められている。

ラオスの場合、HSI の課題は子供の栄養不良、妊産婦の健康管理、出産時の妊産婦の生存、公的保健医療への支出の低さであり、HSI 分野では、乳幼児の栄養に関する知識の普及、出産

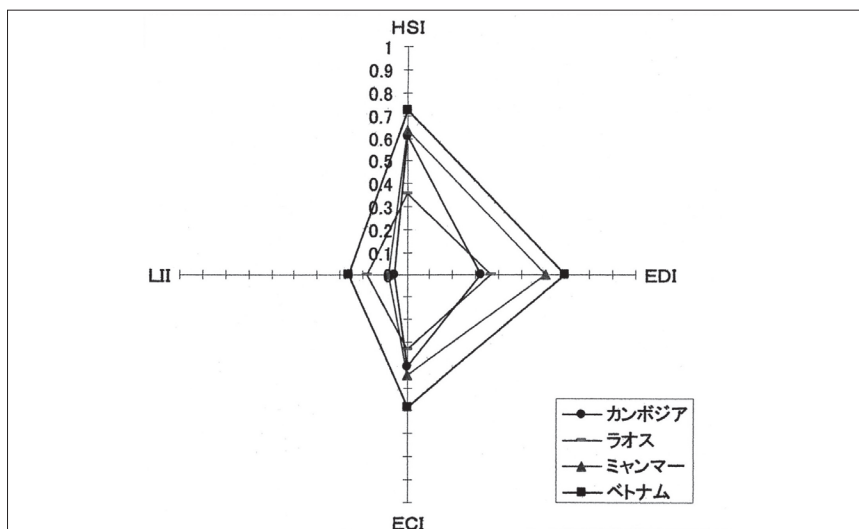
5) 1967年に結成された ASEAN（東南アジア諸国連合）にマレーシア、フィリピン、タイ、インドネシア、シンガポール、ブルネイは先行加盟国として、カンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナムは後発国として加盟している。ASEAN は、地域内の様々な課題を解決するため、経済的・社会的に相互協力をしながら、自由貿易を促進し、地域内の経済成長を目指すという働きで結成されたものである。1995年にベトナム、1997年にミャンマーとラオス、1999年にカンボジアが加盟国となった。現在の ASEAN の目標は、ASEAN 共同体として経済的に統一市場になり、競争力を高めることであり、地域内の格差の改善が優先的な課題となっている。

CLMV 諸国における社会経済及び貧困の実態分析
 - 開発経済学のケイパビリティ・アプローチを基に -

前ケアの普及、リプロダクティブヘルスケア、医療に携わる人材の育成、保健医療への投資が優先的に求められている。次に、EDI の重要な課題は、基礎教育の未発達、中退問題、公的教育への支出の低さであり、識字の普及や教育職員の人材育成が求められている。ECI については、カンボジアと同様に脆弱な雇用や所得の低さが重要な課題であり、経済発展に伴う雇用創出が強く求められている。LII については、習慣的・伝統的生活スタイルが見られ、今後 LII がさらに改善するには環境衛生や生活環境に対する教育の普及が求められている。

ミャンマーの場合、HSI の課題は、子供の栄養不良、脆弱な保健医療、出産時の妊産婦の生存、子供の生存、公的保健医療への支出の低さであり、乳幼児の栄養に関する知識の普及、健康保険制度や税制度の強化、健康管理に対する知識の普及、医療に携わる人材の育成、保健医療への投資が優先的に求められている。次に、EDI の重要な課題は、熟練労働者不足、中退問題、公的教育への支出の低さであり、教育の質的改善や人的資本への投資が求められている。ECI については、カンボジアやラオスと同様に脆弱な雇用や所得の低さが重要な課題であり、民主化の推進やそれに伴う経済制裁の緩和、経済発展に伴う雇用創出が強く求められている。LII については、電力不足が大きな課題となっており、エネルギー部門の共同開発、環境衛生や生活環境に対する教育の普及が求められている。ベトナムの場合、各カテゴリのさらなる改善には経済政策に加えて、人的資本への投資（特に教育への投資）が優先的な対策として求められている。

図6 ケイパビリティ・アプローチによる CLMV 諸国の貧困及び人間開発の状況



出所：表2、表3、表4、表5による。

7. おわりに

本研究の目的は、CLMV 諸国を事例にケイパビリティ・アプローチを用いた社会経済及び貧困の開発経済分析を行うことである。本研究の分析結果として、まず、アジア全体の貧困及び開発関連指標は全般的に改善している一方で、妊産婦の生存状態や健康状態についてはまだ大きな課題が残されていることが確認できた。次に、SDI 分析では、第一に、これまでの先行研究で主張されなかった ASEAN 後発国同士の間にも社会経済の差が存在していること、第二に、CLMV 諸国は社会経済発展の進歩の度合いに差があることが明らかになった。SDI の各指数の変化に影響した要因や CLMV 諸国以外の発展途上国の貧困及び社会経済の実態分析を今後の研究課題にしたい。

参考文献

- Asian Development Bank (2013) *Key indicators for Asia and the Pacific*. Manila: Asian Development Bank.
- ARC 国別情勢研究会 (2015) 『ARC レポート－ミャンマー』東京官書普及株式会社.
- AYE Chan Pwint (2015a) “Investigating Village Socio-economic Conditions in Cambodia” *Journal of Economics*, Kumamoto Gakuen University. Vol 22, No.1-2, pp.145-166.
- AYE Chan Pwint (2015b) 「東南アジア農村部の社会経済開発－ラオスの農村住民に対する現地調査結果を基に－」『海外事情研究』熊本学園大学海外事情研究所、第 43 巻第 2 号、1-20 頁.
- AYE Chan Pwint (2016) 「開発経済学の視点から見たスラム街の開発問題－ミャンマー・ヤンゴン市の第二回開発調査結果を基に」アジア市場経済学会・東アジア地域研究会合同研究会（立命館大学国際地域研究所、中国企業システム研究会共催）報告.
- 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.
- IHLCA PROJECT TECHNICAL UNIT (2011) *Integrated Household living conditions Survey in Myanmar 2009-2010*. Yangon: IHLCA PROJECT TECHNICAL UNIT.
- 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.
- Ministry of National Planning and Economic Development (MNPED) (2015) *Statistical Year Book*. Yangon: Ministry of National Planning and Economic Development.
- 榎太一・内藤登世一・堀岡治男・四谷晃一・水ノ上智邦 (2006) 『メコン地域の経済－観光・環境・教育』 大学出版センター.

CLMV 諸国における社会経済及び貧困の実態分析
—開発経済学のケイパビリティ・アプローチを基に—

Sen, Amartya (1999) *Beyond the Crisis-Development Strategies in Asia*. Singapore: Institute of Southeast Asia Studies.

Sen, Amartya (2001) *Development as Freedom*. London: Oxford University Press.

セン・アマルティア (2002) 『貧困の克服—アジア発展の鍵は何か』 (大石りら訳) 集英社.

United Nations *Development Programme* (UNDP). *Human Development Report*. Various issues.

World Bank. Databank. <http://data.worldbank.org/> (2016/4 検索).

World Bank (2017) Country Classification.

<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-group>(2017/9 検索).

Summary

A Study on Socioeconomic and Poverty in CLMV Countries by using Capability Approach

This study attempts to verify the socioeconomic development and extent of poverty in CLMV countries (Cambodia, Laos, Myanmar, Vietnam) known as Indochina countries from multidimensional aspects for two particular years by using capability approach. Section 1 introduces the main objective of this study and the study background. The literature review and the analysis method are provided in section 2 and 3 respectively. Section 4 explores trend in poverty and human development in Asian countries. The results of analysis and characteristics, similarities, remedies of CLMV countries through capability approach are examined in section 5 and 6 respectively. Finally, concluding remarks are given in section 7. As a result of examining the degree of achievement of the Millennium Development Goals, it is confirmed that poverty and development-related indicators in Asian countries have improved. On the other hand, there are still major issues concerning the survival situation and health condition of maternal and child. As a result of measuring the socioeconomic development index in CLMV countries, the improvement degree of socioeconomic development and priority measures have been clarified