

日本国際経済学会 2009年度第3回関西支部研究会

2009年9月26日土曜日 大阪産業大学梅田サテライト教室

カンボジア経済と貧困問題

鹿児島国際大学大学院経済学研究科

永吉 敬太

はじめに

■ 議論の背景

- ・カンボジアは長期にわたる戦乱によって、社会経済資本、人的資本に大きなダメージを受けた。
- ・戦乱により国際社会から孤立したため、発展の道が途切れ、未だに貧困から抜け出せない状態である。

■ 先行研究

- ・熊岡路矢「カンボジアにおける人間の安全保障とNGOの役割」勝侯誠編『グローバル化と人間の安全保障』日本経済評論社,2001.
- ・山形辰史「バングラデシュとカンボジア」山形辰史編『貧困削減戦略再考:生計向上アプローチの可能性』岩波書店, 2008.

■ 報告の目的

- ①カンボジア経済についての特質を把握すること。
- ②カンボジアの貧困についての問題点を浮き彫りにすること。

1.カンボジア経済について

カンボジアの衣料縫製産業は、96年にアメリカ、
で最恵国待遇供与法が施行されたことから、主
に、マレーシア、シンガポール、台湾、韓国など
の華僑系を中心とした、アジア企業の投資により
急成長した。

表1. カンボジア、ラオス、ベトナムの基礎指標

	カンボジア	ラオス	ベトナム
国土面積（1000平方キロ）	181	237	332
人口（100万人）	14	5.7	85
農地率（2005,%）	30	8	36
1人当たりGNI（2005,US\$）	430	430	620
1人当たりGDP成長率（1990-2005,%）	5.5	3.8	5.9
平均余命（2005,才）	58	63.2	73.7
ジニ係数	41.7	34.6	34.4
人間開発指数(2005)	0.598	0.601	0.733

出所：The World Bank Group, *Quick Query*
 (<http://ddp-ext.worldbank.org/ext/DDPQQ/member.do?method=getMembers&userid=1&queryId=135>)
 United Nations Development Programme (UNDP), *Statistics of the Human Development Report*
 (<http://hdr.undp.org/en/statistics/>).
 「世界国勢図会」2007/2008より報告者作成

成長の要因

- 繊維製品輸出
- 都市部での建設需要の高まり
- 観光業

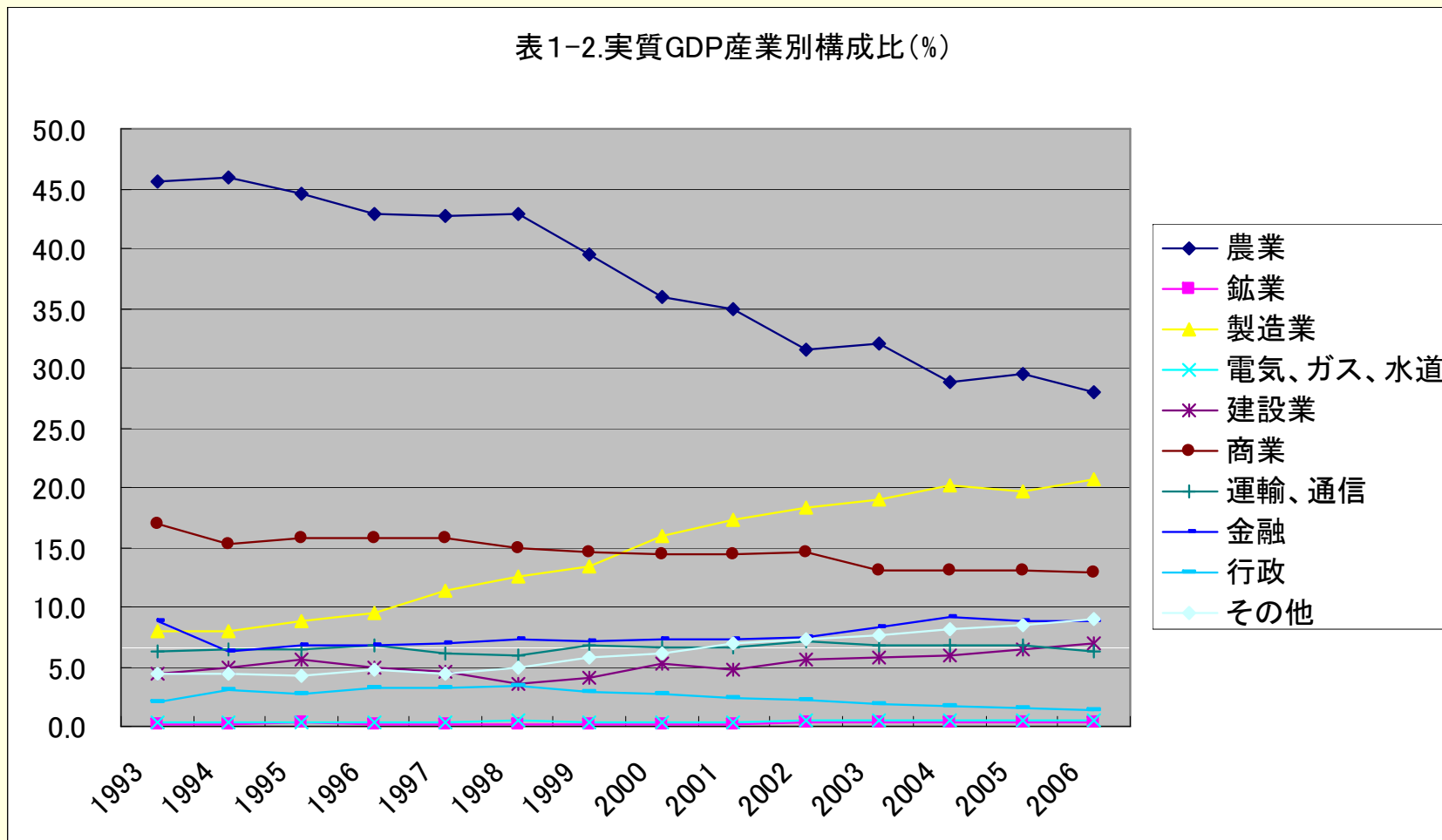
産業構造

グラフ1.実質GDP産業別構成比(%)

グラフ2.産業別就業人口

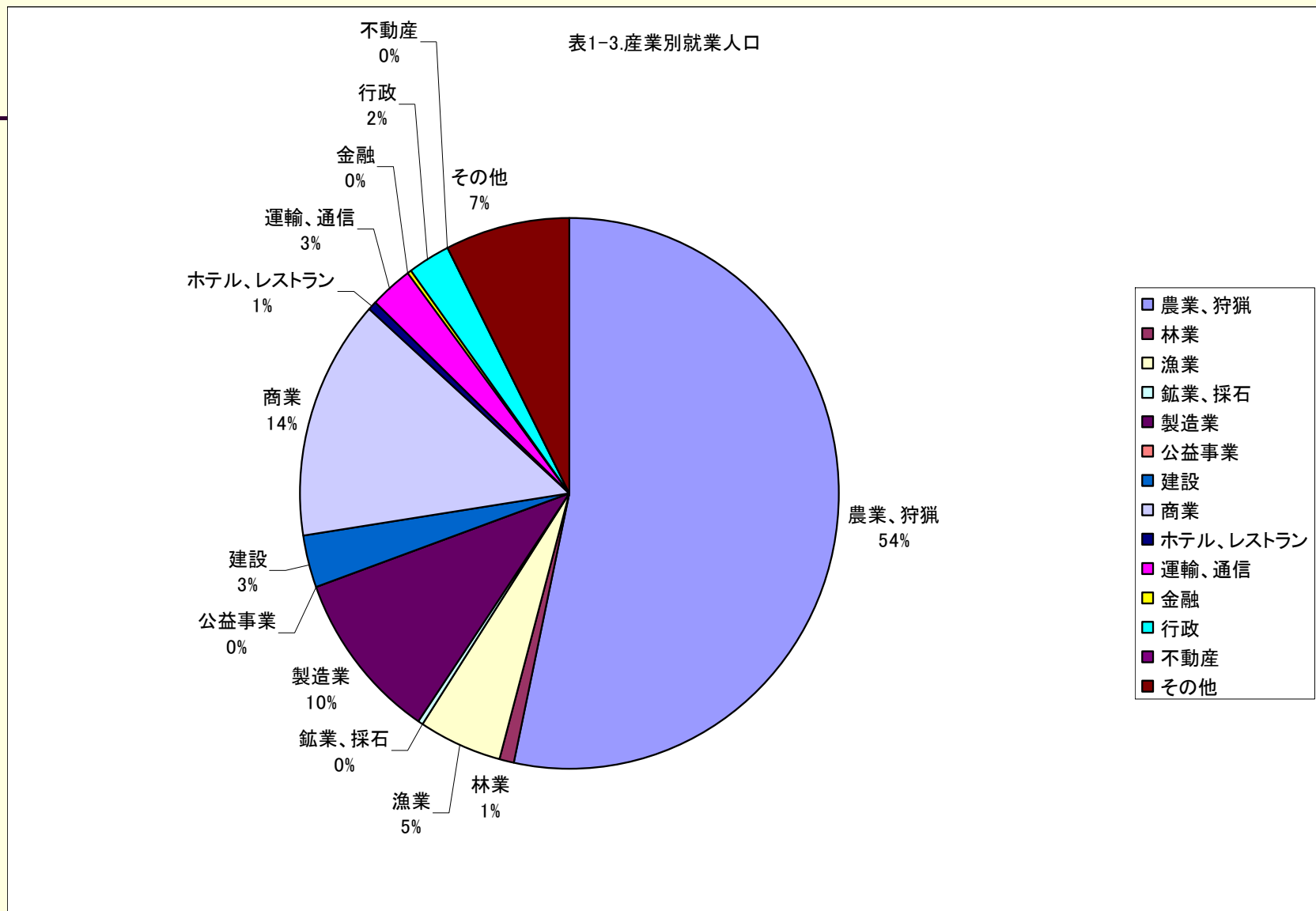
グラフ1.実質GDP産業別構成比

表1-2.実質GDP産業別構成比(%)



(1)ホテル業とレストラン業を含む。(2)不動産業を含む (3) 教育、健康と社会福祉、他のコミュニティ、社会的、個人的サービスを含む
 出所：Asian Development Bank Key Indicators 2007 (<http://www.adb.org/Statistics/ki.asp>) より報告者作成

グラフ2.産業別就業人口2005.



出所: CAMBODIA STATISTICAL YEARBOOK
2006 <http://www.nis.gov.kh/nis/yearbooks/Yearbook06.htm>より、報告者作成

産業構造と産業別就業人口の変化

農業が減少し、製造業が増加している。
製造業の雇用吸収力は、農業に比べると低い。

2.カンボジアの貧困の特徴

- 2-1.所得貧困による分析
- 2-2.潜在能力の概念による分析

表2-1. 近隣諸国との貧困に関する指標の比較

	人間開発指数 (HDI値)	出生時 平均余命 (歳)	15歳以上 成人の平均識 字率 (%)	初・中・高等 教育 就学率(%)	1人当たり GDP (PPP US\$)	1人当たり GDP (PPP US\$) ランク マイナス HDIランク	1日1ドル未満 で暮らす 貧困人口 (%)	1日2ドル未満 で暮らす 貧困人口 (%)
	2005	2005	1995—2005	2005	2005		1990—2005	1990—2005
カンボジア	0.598	58	73.6	60	2,727	-6	34.1	77.7
ラオス	0.601	63.2	68.7	61.5	2,039	11	27	74.7
ベトナム	0.733	73.7	90.3	63.9	3,071	18

出所：United Nations Development Programme (UNDP), *Statistics of the Human Development Report* (<http://hdr.undp.org/en/statistics/>).より報告者作成

-
- カンボジアは、1人当たりGDPで成長を遂げているにもかかわらず、人間開発指数の進展が遅れている。また、ジニ係数、所得貧困の指数をみても、カンボジアは、ラオス、ベトナムに比べて低く、地方農村部の人口が約8割を占めるカンボジアにとって、都市部と地方農村部の格差は大きいものである。

2-1.所得貧困による分析

- 表2-2貧困推計表
- 図3.世帯主の職業による貧困の出現度の比較

表2-2 貧困推計表

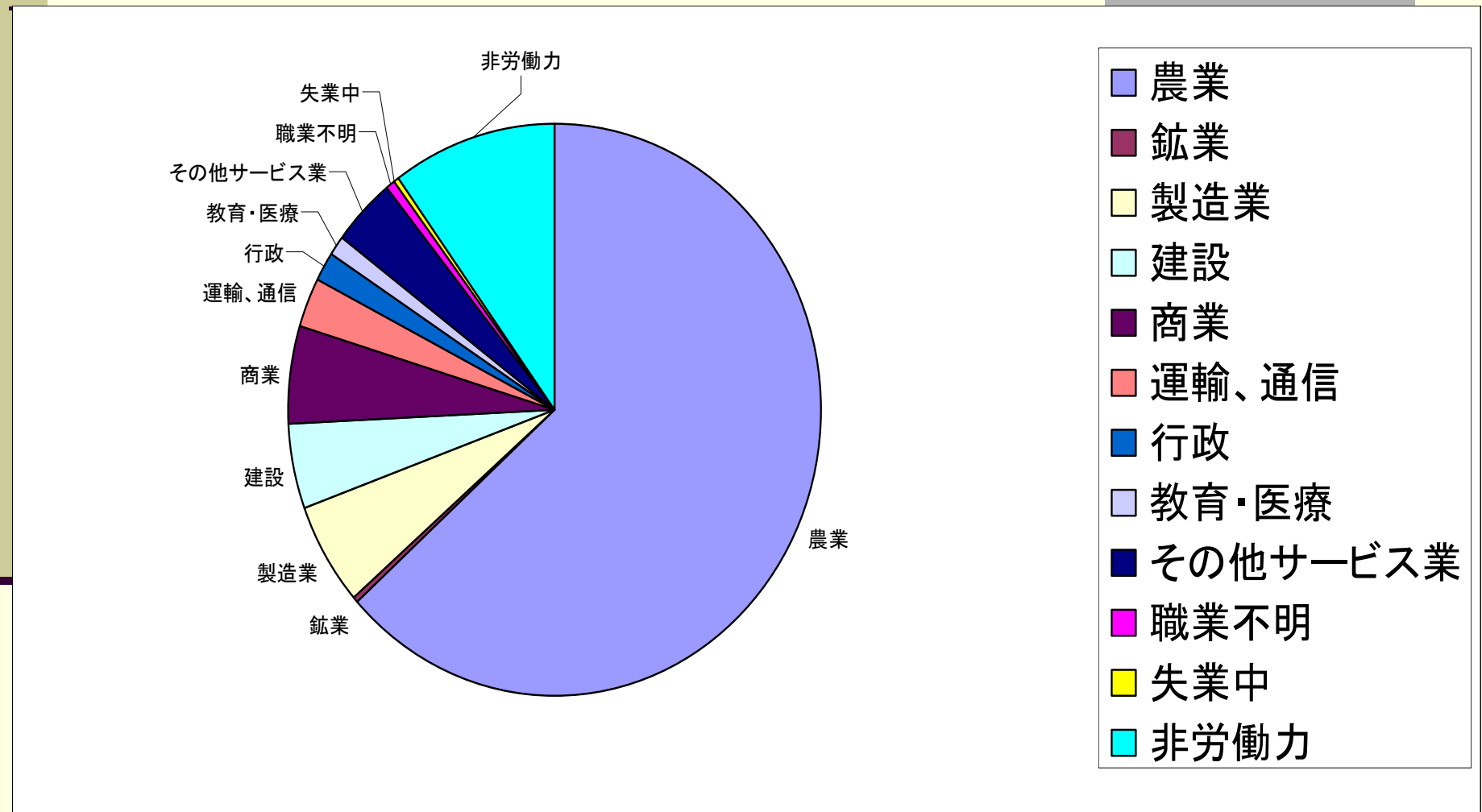
	人数指数				貧困ギャップ指数	
	貧困ラインを下回る 人口の割合(%)		寄与度(%)		指数(%)	
	1993/94	2004	1993/94	2004	1993/94	2004
プノンペン	11.39	4.6	3.1	2.3	3.06	1.23
その他都市部	36.62	20.54	10.3	9.4	9.66	5.74
地方農村部	43.12	33.66	86.5	88.3	9.99	7.84
カンボジア	39	27.97	100	100	9.21	6.66

出所: A Poverty Profile of Cambodia 2004 p.48

貧困推計結果（表2-2）の結果

- カンボジアの人口の約8割を占める地方農村部の、33パーセントが貧困層である。
- 貧困層とみなされる人々の約90パーセントが、地方農村部に居住している。

グラフ3.世帯主の職業による貧困の出現度の比較



出所: Ministry of Planning, *A Poverty Profile of Cambodia 2004*. Royal Government of Cambodia. pp.67-68 より作成

図3.世帯主の職業による貧困の出現度の比較の結果

- 世帯主が農業に従事している世帯で暮らしている人々が、貧困層全体の63パーセントを占めている。

所得貧困による分析の結果

- 所得貧困からみたカンボジアの貧困は、農業従事者の貧困の割合が非常に高く、カンボジアの製造業中心の経済成長は、地方農村部の貧困削減にあまり貢献してこなかったと推測できる。

2-2. 潜在能力の概念による分析

- 2-2-1. アマルティア・センの潜在能力アプローチ
- 2-2-2. カンボジアの母子保健状況
- 2-2-3. カンボジアの保健制度

2-2-1. アマルティア・センの潜在能力 アプローチ

- センは、貧困を分析するにあたって、貧困は「たんに所得の低さというよりも、基本的な潜在能力が奪われた状態」とし、潜在能力の欠如としての貧困を考えた。

Sen. Amartya Kumar, 1999.

潜在能力と人間開発論

- 国連開発計画 (United Nations Development Program: UNDP) は、「人間開発」という新しい概念による貧困削減戦略論を展開しており、その背景はアマルティア・センの潜在能力アプローチを基に立脚され、「人間開発とは、つまるところ、潜在能力の実現に関わっている。」としているとし、潜在能力の剥奪状態状況を示す最も有力な（あるいは懸念される）指標は、乳児死亡率である。としている。

Human Development Report2006,p.2

Human Development Report2005,p.24

2-2-2.カンボジアの母子保健状況

- カンボジアは、1970年前後からの長期にわたる戦乱により多くの貴重な人材を失い、政治、社会、福祉、教育、医療などあらゆるシステムを崩壊状態にした。その結果、乳児死亡率は、未だに高い。

表3.カンボジア・ラオス・ベトナムの主要保健指数比較

	乳児死亡率		妊産婦死亡率	出生時平均余命(歳)
	(対出生1000人)		(10万人当たり)	
	1990	2005	2005	2005
カンボジア	85	98	590	58
ラオス	120	62	660	63.2
ベトナム	38	16	150	73.7

出所: United Nations Development Programme (UNDP), *Statistics of the Human Development Report*, <http://hdr.undp.org/en/statistics/> より報告者作成

カンボジアの国全体の乳児死亡率

- 2000年度95(1000出生)→2005年度66(1000出生)と改善している。
- 都市部と地方の比較。

2000年度、最富裕層50.3、最貧層は、109.7

2005年度、最富裕層は34、最貧層は、101



大きな格差がある。

格差の原因

地方農村部の、保健医療機関の不備、保健スタッフの知識・技術不足、栄養状態・衛生環境の悪さ、住民の保健・衛生についての理解不足など

2-2-3.カンボジアの保健制度

- (1)カンボジアの保健行政区分
- (2)カンボジアの保健・医療人材
- (3)地方農村部の保健状況と問題

- カンボジアは、20の州 (province) と4つの市 (municipality) からなり、それぞれに、郡 (district)、コミューン (commune)、村 (village) が存在している。州 (市) 保健局 (Provincial & Municipal Health Department) のもと、複数の行政区をまとめて診療圏としたものが、郡保健行政区 (Operational District) であり、保健セクターリフォームにより、国・州・郡レベルには病院を設け、コミューンレベルで、保健センターを配置しようとしている。
- 現在、20の州保健局 (Provincial Health Department)、4の市保健局 (Municipal Health Department)、75郡保健行政区 (Operational District)、942の保健センター (Health Center)、67 (Health Post) が、存在している。

カンボジア保健省 (Ministry of Health)

OrganizationalChart.http://www.w.moh.gov.kh/?cmd=middle_content&level=2&sub_id=79&parent_id=40

地域の保健医療の中心的施設である 保健センターの役割

- 診療、投薬、簡単な治療。
- 予防接種。
- 妊産婦検診。
- 家族計画。
- 結核治療。
- 性感染症治療。
- 保健教育。

(2)カンボジアの保健・医療人材

- 医学部で8年間の専門教育を受けた医師、
- 医学部で4~5年学んだ準医師
- 看護学校で3年間の教育を受けた看護師
- 看護学校終了後、助産師学校で1年間学んだ助産師
- 公的保健ボランティア
- 伝統的産婆 (Traditional Birth Attendant: TBA)

(3) 地方農村部の保健状況と問題

- 保健施設、人材の問題点...保健施設、人材の不足。保健職員の診療技術の低水準。保健職員の副業、公的保健サービスの質が不安定。
- 住民の問題点...不適切な医療行動(間違った保健知識や迷信)、自己判断による投薬など。

潜在能力の概念による分析の結果

- 潜在能力の剥奪状況は、都市部と地方農村部での格差が大きく、人口の大半が居住する地方農村部において、事態は深刻である。

おわりに

- 本稿が検討してきた論点を最後に整理すると以下のようになる。
 1. 外資を中心とした輸出型縫製産業が経済成長をけん引しているものの、産業別就業人口は農林漁業に比べるといまだに低い。
 2. 所得貧困からみた、カンボジアの貧困は、農業従事者の貧困の割合が非常に高く、カンボジアの製造業中心の経済成長は、地方農村部の貧困削減にあまり貢献してこなかった。
 3. 潜在能力の概念から検討すると、潜在能力の剥奪状況は、都市部と地方農村部での格差が大きく、人口の大半が居住する地方農村部において、事態は深刻である。

今後の課題

- 基礎教育等を含めたカンボジアの人間開発についてのより詳細な分析。
- カンボジアの貧困に対して国際開発協力のあり方を検討する。