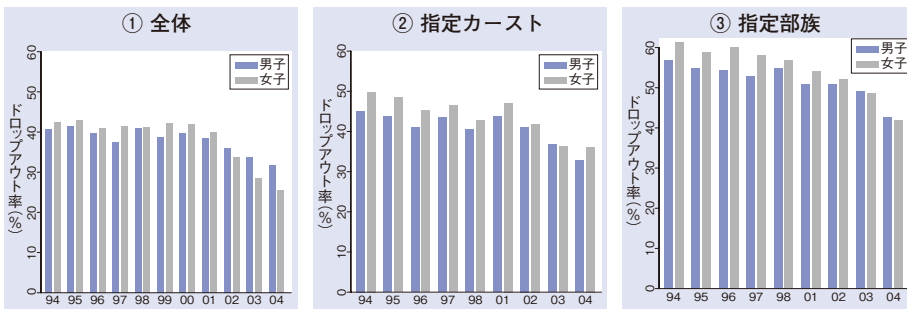


図1 生徒のドロップアウト率



(出所) インド政府資料より筆者作成。

特集

人的資本 — 格差を広げる公的教育と公的保健の機能不全

伊藤成朗

インド経済は労働だけでなく、物的および人的な資本を生産要素として高成長を遂げてきた。人的資本とは、人間に体化されて労働生産性を高める生産要素であり、教育と健康がその代表である。教育は知識を増やし、認知能力を伸ばすことで労働生産性を高める。健康は人間のあらゆる活動を生産的にする。このため、健康状態を良好に保ちながら教育を受ける個人が増えると、成長の人的基盤を作ることができる。このように、教育や保健への支出は投資としての意味を持つが、インドには健康状態が良好ではない学齢児童が数多くいる。政府統計によれば、二〇〇二年には六く九歳児人口の六二・六%が中程度以上の低体重であり、一〇く一三歳児では七七・九%であった。このため、教育や保健への支出を増やすことが求められている。

ただし、人的資本育成に予算を投下さえすれば経済が成長するわけではない。州ごとの推計によれば、インド政府の人的資本予算支出は成長に大きな貢献をしていない。これは、人的資本蓄積が生産に貢献しにくい政策を政府が実施してきたことが原因で

ある。成長率を高めるためにも、いかに予算を使うかが問われている。

● 教育

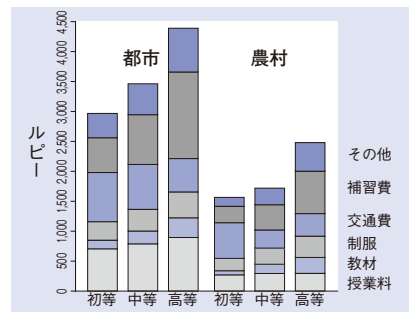
連邦制を採るインドの学齢区分は州によって異なる。大多数の州で初等学校五年、中等学校五年、後期中等学校二年の区分を採り、一部州で初等学校五年、後期初等学校三年、高等学校四年の区分を採る。いずれも、一〇十二(テン・プラス・ツー)といわれる二二年間の高校レヴェルまでの教育を済ませ、その後には大学、大学院に進む。

インド政府は一九九〇年のジヨムテイエ宣言「万人のための教育」(Education for All = EFA)を政策目標に掲げており、八年生までの就学率一〇〇%を目指している。二〇〇一年の国勢調査によれば、全人口一〇億二八五二万人のうち、二四歳以下人口が五億五三五九万人、〇く四歳人口が一億一〇四四万人、五く一四歳の義務教育学齢人口が二億五三二六万人、そのうちの二億九〇八三万人(七五・三八%)が農村人口である。政府が就学への義務を負うという憲法の規定を実施するためには、

農村部を中心に十分な数の学校と教師を配置する必要がある。このため、政府は公立小学校の集落内建設を進め、教師数も増やしている。奨学措置としても、後期初等最終学年(八年)までの公立学校授業料無料化、公立小学校での給食・制服無料支給、特定貧困層の児童(とくに女子)への教科書や奨学金供与などが採られている。

こうした努力もあり、初等および中等就学率は近年上昇し、全体でそれぞれ九〇%、七〇%を超える。ただし、地域や出身によっては就学率が低いグループも残っている。図1は小学校からドロップアウトする生徒の在学者数に占める割合を示している。近年において低下傾向にあるが、全国平均で二〇%を超えている。貧困層が相対的に多く含まれる指定カースト(scheduled caste = SC)は全国平均よりもドロップアウト率が高い。就学環境の整っていない地域に住み、教室での排除の対象になりやすく、かつ、母言語が学校で使われない指定部族(scheduled tribe = ST)は、最近年の二〇〇四年ですらドロップアウト率が四〇%を超える。貧困だったり、社会的

図2 家計に占める教育費用 (平均値)



(出所) 1995年国勢調査データより筆者作成。

に排除されたりするグループは、小学校ですら卒業できず、教育投資を中断している割合が高い。

就学率が上昇していても、生徒が実際に学んでいるかは別である。小学校を卒業しても満足に読み書きができない多数の事例が問題化するなど、公教育の質は低い。公立学校では、設備、教員数、教員の勤務態度が教育の質の低下の原因になっている。小学校の建設が進められた結果、全二八州のうち一〇州以外は、八〇%の集落が半径一キロ以内小学校がある。しかし、学校建設は進んでも、学校に付設される設備は未整備なことが多く、二〇〇五年で四四・六%の初等学校にトイレがない。教室が足りないことも問題となっている。

教師学校比率をみると初等では二〇〇五年で一校平均三人である。後期初等では六人近くいるが、これは学校数が少ないためである。生徒教師比率は初等で六〇人を超え、後期初等も四〇人近い。教師が二人以下の初等学校の比率が五四%を占める状況では、教師から授業を受けられない生徒がクラス単位で毎時間必ずいるはずである。

教師数が足りない上に、配置されていても教師が真剣に授業をしていない。代表的な二〇州三七〇〇の公立校を無作為に選んだ抜き打ち訪問調査によると、全教師の二四・八%が無断欠勤し、出勤している教師もその四五%しか訪問時に授業を行っているなかった(参考文献③)。教員組合の政

治力によって無断欠勤や怠業が放置されていることが原因であり、監視が難しく勤務環境の整っていない農村部ではこの傾向がとくに強い。このように、学校に行っているものの、整った環境で教師から満足に学ぶ機会が少ないので、生徒の習熟度が高まらないのである。

質の低い公立学校を敬遠し、都市部を中心に非貧困家計は私立校を選ぶ傾向がある(参考文献①、Table 9)。このため、私立学校の設立が近年増えている。私立学校には、施設や教員配置が公的基準に適切であるか政府の査定を受けた政府認可校と、受けていない非認可校がある。査定がいい加減なために、認可の有無を親は問題としていないようだが、非認可校には教育の質が劣悪な学校が含まれていることも想像に難くない。

二〇〇三年に実施された米研究者の全国レヴェルの農村部私立学校調査によれば、農村人口の二八%が私立学校のある集落に住み、農村部私立学校の約半数が五年以内に設立された新設校である。公立学校に比べ私立学校では、教員給与は低く、教師の欠勤率は低く、大学卒業生比率が高く、教員免許保有比率が低く、生徒教師比率は低く、複数年学級が少なく、生徒の出席率も成績も高い(参考文献④)。このデータだけ見ると、コストが低く、教師の欠勤率や学級規模などの教授法においても優れているので、私立学校を作るべきと考えられるかも

しれない。しかし、この結果から、私立学校を作ったために生徒の成績が高まった、と解釈はできない。たとえば、私立学校の授業とは関係なく成績のよい生徒がたまたま私立学校に入学しただけかもしれないからである。しかも、私立学校は比較的大きな村に設立されやすく、辺境地域では私立学校設立(市場による教育供給)が見込みづらい。よって、官民協力(Public-private Partnership = PPP)に頼って辺境地域での公立学校が統廃合されると、EFAは達成できなくなるだろう。

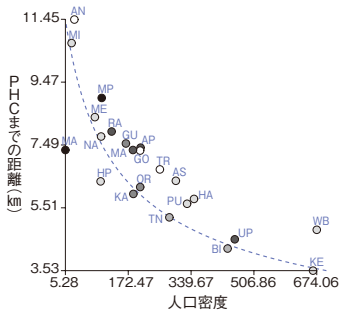
図2は、家計教育支出の平均値を都市と農村、および、教育レヴェル別に示してある。都市家計の教育支出は農村家計のほぼ二倍である。都市の教育支出として授業料は四分の一にも満たず、中等学校以上の最大項目は補習費である。一方、農村でも中等学校、高等学校で補習費が最大で、小学校でも授業料に匹敵する大きさである。これは進学のためという意味もあるが、公立小学校が満足に機能しておらず質が低いため、親が共同で教育を受けた若者を雇用して補講をさせていることも反映している。このように、農村においても親たちは授業料以外に多くの費用をすでに負担しており、教育に対する期待は強いが、そのニーズは満たされていない。質の低い公教育を提供する政府は、こうした親の期待を裏切り続けている。

一部グループの就学の遅れを取り戻すた



インド経済—成長の条件

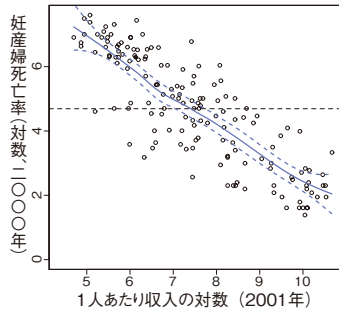
図5 PHCへのアクセス (2001年)



(出所) Indiastatデータより筆者作成。

ある。的確な課題設定だが、公教育の質の低さの原因となっている教員組合に政府が気兼ねしている限り、効果的に改革はできない。たとえば、家計に予算権限を持たせるヴァウチャー制度が教育政策として議論されることは少ない。これはヴァウチャーが人事権を地方自治体や学校に下讓するなどの分権化を伴うために、政治的な抵抗が強いからという指摘もある(参考文献②)。予算権と人事権の下讓を組み合わせて分権

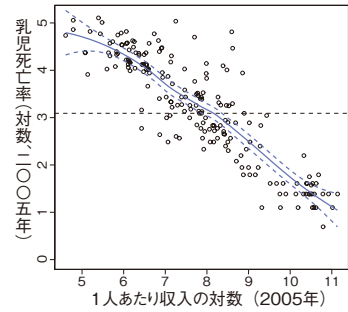
図4 世界各国の妊産婦死亡率と1人あたり所得の関係



(出所) 図3に同じ。

意欲的に推進されているSSAも、第一期実績(二〇〇六年三月末現在)では、二〇〇三年目標および二〇〇七年目標を達成していない。第二期SSAの重点課題は、初等および後期初等学校における教育の質の改善と、教育後進地域・後進グループへの支援拡大を通じた教育の機会均等である。的確な課題設定だが、公教育の質の低さの原因となっ

図3 世界各国の乳児死亡率と1人あたり所得の関係



(出所) WHOデータより筆者作成。

めに、政府は二〇〇一年にSarva Shiksha Abhiyan (SSA, Education for Allのヒンディー語訳)を開始した。二〇〇七年では総税収の三%という多額を使う教育の根幹政策である。SSAは二〇〇三年までにすべての子どもが教育施設に入学し、二〇〇七年までに五年間の初等教育をすべての五年生学齢児が終え、二〇一〇年までに六〜一四歳就学率を一〇〇%にする、という時限目標を掲げている。性差およびグループ間格差は初等教育レベルを二〇〇七年、後期初等教育レベルを二〇一〇年までに解消することも謳っている。

化し、競争的な環境を整備するためには、政治の強い意思が必要である。

●保健

インド政府は、一九七八年のアルマ・アタ宣言「すべての人に健康を」(Health for All = HFA)の実現を目的に掲げている。このため、医療サービス提供体制は一九八五年から一次、二次、三次の三層構造となっており、医療サービスを全国民に平等に供給することを目的にしている。

インドの保健状況を母子保健指標で確認しよう。図3は、世界各国の乳児死亡率と一人あたり所得の関係を描いたものである(自然対数表示)。実線は両者の関係を推計したもので、その周りの点線は推計誤差の範囲を示している。インドは図3で塗りつぶされた点で示されている。ここからは、インドの乳児死亡率は高いものの、所得水準に相応した高さであることが分かる。図3の横破線は二〇〇一年値の三分の一の値であり、ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals = MDGs) 4のおおよその位置を示している。データによれば、乳児死亡率は一九九〇年代に下げ止まり、二〇〇〇年で六八である。一歳以下の乳児の死亡が減りにくいのは、新生児(生後二八日未満)および周産期(胎児と生後七日未満の早期新生児)の死亡が減らないためである。

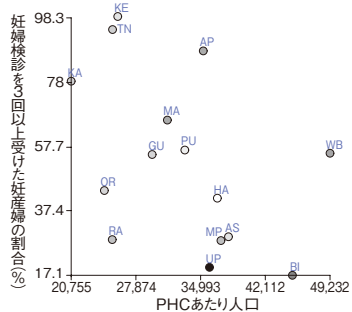
図4は、世界各国の妊産婦死亡率と一人

あたり所得の関係を対数目盛で描いたものである。インドは誤差範囲から外れており、所得から期待されるよりも死亡率が高い。政府統計によれば、妊産婦死亡率は一九九七〜九八年の三九八から二〇〇四年の三〇〇に低下している。死亡原因は、多いものから、出血多量、敗血症、中絶、子癇(しかん)などである。

新生児および周産期の死亡は、妊婦検診や院内出産で対処ができる。妊婦死亡の原因は、妊婦検診時の準備で危険を大幅に減らすことができる。このため、母子保健については、適切なサービスを時宜を得て供与し、疾病や重篤度によって病院を割り当てる治療分担システム(referral system)を作り上げること、障害や死亡件数を減らすことができる。そのためには、貧困層が容易に利用できる一次医療施設と専門医療施設を整備しなければならない。

そこで、公的医療で最も身近に医師にかかるとのことである一次医療診療所(Primary Health Centre = PHC)へのアクセスをデータで確認しよう。図5は、横軸に農村人口密度、縦軸にPHCへの平均的距離をとり、各州の値を描いた散布図である。図5〜8では人口の大きいほど色が濃くなっている。散布図は各州のばらつき具合や、各州のインド全州における位置を目標できる便利な図である。たとえば、一番右下のケララ(KE)州は中央のパンジャール(PU)州よりも、人口密度は高く、平

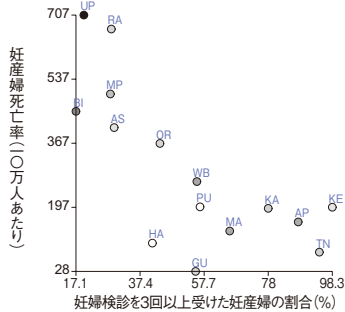
図8 妊婦検診とPHCあたり人口の関係



(出所) 図5に同じ。

差がある。検診を受ける妊産婦の割合が高い州ほど妊産婦死亡率は低い。検診の割合とPHCあたりの人口の関係を調べたのが図8である。この図では、受け持ち人口が多いほど検診割合が高い。ただし、その傾向は一概ではなく、人口が比較的少なくても検診割合が低い州もある。図7、図8では、ウツタル・プラデーシュ(U.P.)州ではPHCが多いが、妊婦検診割合は低く妊産婦死亡率は高い。よって、施設建設だけ

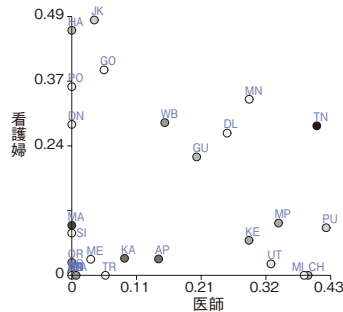
図7 妊産婦死亡率と検診を受けた妊産婦の関係



(出所) 図5に同じ。

図7は、各州の妊産婦死亡率(一〇万人あたり)と妊婦検診を三回以上受けた妊産婦の割合(%)の関係を描いている。各州の妊産婦死亡率は最大で二五倍程度の格差がある。推奨される三回以上の妊婦検診を受ける妊産婦の割合も、最大で五倍以上の格差がある。検診を受ける妊産婦の割合が高い州ほど妊産婦死亡率は低い。検診の割合とPHCあたりの人口の関係を調べたのが図8である。この図では、受け持ち人口が多いほど検診割合が高い。ただし、その傾向は一概ではなく、人口が比較的少なくても検診割合が低い州もある。図7、図8では、ウツタル・プラデーシュ(U.P.)州ではPHCが多いが、妊婦検診割合は低く妊産婦死亡率は高い。よって、施設建設だけ

図6 PHCの欠員率



(出所) 図5に同じ。

均的距離が短い。破線は三万人につき一PHCという政府の定めた設置基準を表した線である。図5からは、州によってPHCへの距離のばらつきが大きく、人口密度が低い州ほど距離が長い(距離ではなく人口に応じてPHCが設立されている)こと、データの揃う二三州のうちで基準を満たしているのは六州でしかないことなどが分かる。図6はPHCでの欠員率を示しているが、全国的に慢性的な人員不足であることが分かる。この図でも州ごとのばらつきが大きく、欠員が深刻で原点から離れた右下がりの関係に含まれるグループと、原点付近で欠員が深刻ではないグループに分けられる。

妊産婦死亡率が下がるわけではない。以上、PHCへのアクセスをさまざまな指標を用いて観察したが、州ごとの数字を見ると、全国平均値では見えない無視しえない格差があることが分かる。

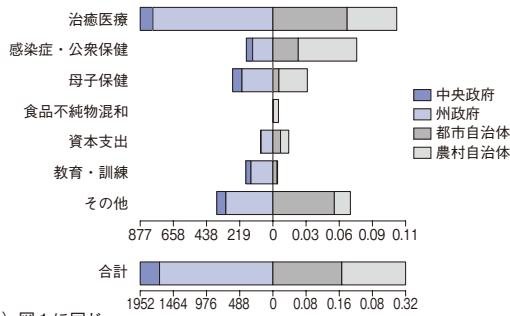
教員同様、医師も無断欠勤や怠業が指摘されている。ある研究で、ラージャスタン州の地方の一四三施設で一年間観察したところ、医療従事者の無断欠勤率は三六%であった。無断欠勤は多くの州で共通した問題である。多くの場合、医師は不定期に出勤するため、いつ診察を受けられるかわからず、多くの住人にとってPHCは頼りにならない存在となっている。さらに、たとえ受診できても、接見態度の悪さもよく指摘される。現にデリーの医師二〇五人の調査からは、公立病院の医師は医学的に必要な検査や措置を省略する怠業傾向が確認された。このため、医学知識はほぼ皆無だが村に在住し接見態度も丁寧な農村医療従事者(rural medical practitioners)RM P)や、村の売店で販売される薬を貧困層は頻繁に利用している。貧困層が無料で利用できるはずのPHCは機能せず、たとえ機能していても貧困層は敬遠している。政府が貧困層向けの無料医療サービスに莫大な予算を使っている。貧困層は質の劣悪な医療サービスを有料で購入しており、良好な健康状態を保つのが難しい状況に置かれている。

では、家計の保健支出負担を図9で確認

しよう(図では各主体の支出水準が大きく違うため底を二とする対数値をとっている)。ここからはいくつかの特徴が見取れる。第一に、家計の支出合計は、中央政府の支出合計の二七倍強、州政府の五倍強、自治体政府の二三倍強、保険会社の一三倍弱である。つまり、インドの保健支出は家計部門の占める割合が大きい。第二に、家計の病院での医療支出は一次医療機関、二次医療機関、三次医療機関の順に減っていくのに対し、中央政府と州政府はいずれも逆である。被保険者が少ない現状では高次専門医療機関利用者は非貧困層が多く、結果的に不平等な公的支出となっている。第三に、一次医療の質を最も正確に観察可能な自治体政府(村議会など)よりも、州政府の方が一次医療により多くの支出をしている。これは公的医療の分権化が州政府で止まっていることを示している。第四に、母子保健も家計支出が最大であり、州政府支出の二倍以上である。政府文書上は力点がおかれていても、実際には予算が多く配分されておらず、出産と育児に関わる保健支出は家計が最も負担している。

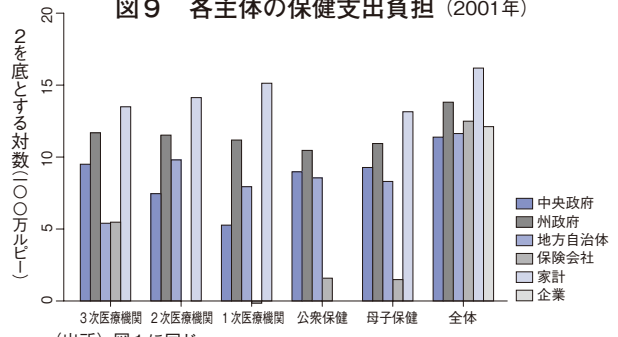
保健行政の分権化について見てみよう。憲法の規定に沿って、中央政府の主な役割は、疾病監視、教育・研究開発、各種基準設定であり、州政府は実際の医療サービス提供である。よって、州政府の取り組みが医療サービス供給の量や質に影響を与える。図10は、地方自治体政府と中央・州政府の

図10 地方自治体政府と中央・州政府の保健支出配分 (2001年、単位: 億ルーピー)



(出所) 図1に同じ。

図9 各主体の保健支出負担 (2001年)



(出所) 図1に同じ。

●教育と保健に共通する問題としての解決策

保健支出配分を全国レベルで集計して比較したものである。分権化は議論されることが多いものの、州政府から地方自治体政府への予算と権限の委譲は二〇〇八年現在では全くと言ってよいほど進んでいない。図10に示した二〇〇一年のデータでは、中央政府と州政府の保健支出総合計額は地方自治体政府合計額の六一〇〇倍である。この差は分権化という言葉を使うことがためらわれる規模である。政府文書によれば、予算権だけでなく、人事権等も地方自治体への下譲が進んでいない。

教育および保健分野では、政府は多大な費用をかけて目標を達成しようとする努力している。その結果もあり、就学率や母子保健などでは改善傾向が見られる。しかし、改善のペースは遅々としており、MDGsなどの国際公約の達成は難しい。児童が就学する場合、富裕層は質の高い認可私立校、非貧困層は質の不明な非認可私立校、貧困層は農村部を中心に質の低い公立校を選ぶ傾向がある。一次医療では貧困層は質の低いサービスを有料で購入しており、高次専門医療では資産を売却したり債務を負うこととで高価な民間医療サービスを利用してはいる。いずれの分野も無料の公的サービスは質が低いために敬遠され、民間サービスが有料で購入されているので、所得の少ない

貧困層は人的資本を十分に蓄積できない。人的資本の価値は経済成長によって高まるが、貧困層は人的資本を蓄積していないので、成長が貧困削減・格差解消に与える影響は小さい。つまり、教育や保健を通じて世代間格差が解消されるメカニズムは頭かではない。これは成長の人的基盤を作り、インド社会がより生産的になるチャンスを選んでいることでもある。格差を縮めて成長を持続させるためにも、教育や保健の提供方法を革新しなくてはならない。

共通の課題は、第一に、貧困層や社会的に排除されているグループが公的サービスを利用しにくいことである。これらの集団は人口密度の低い農村部や辺境に住み、公立施設までの距離が長い。学校にせよPHCにせよ、建物の建設は進みつつあるが、農村では施設や人材がまだ不足しているためである。教育と医療の双方で推奨されるPPPは人口密度の高い地域では有効かもしれないが、問題の最も深刻な低人口密度地域では効果を期待しにくい。遠隔地は市場規模が小さすぎて経営効率が落ちたり、競争がないために私立病院・学校による地域独占を招く可能性があるためである。さらに、仮に近隣地域に住んでいても、貧困層や被差別グループには金銭的・非金銭的費用が高すぎて利用しにくいことがある。公立病院はこれらの集団に無料でサービスを提供することになっているが、薬の在庫が尽きて市中で買うことが求められたり、

賄賂を要求されたり、差別を受けたりする。安価な医療保険が普及していないため、高次医療費用は債務を負うか資産を売却しない限り支払えない。公立学校の授業料が無料でも、貧困家計は子どもの収入を失う費用を負担する。さらに、言語の障壁や差別があると、子どもの学習の非金銭的費用も高くなる。

第二に、保健にも教育にも、質の低さを嫌って公的部門が敬遠される傾向がある。教育では私立校、なかには質の不明な非認可私立校も積極的に選ばれている。保健については問題はより深刻で、私立の開業医だけでなく、医学知識のないRMPも利用されている。政府が今後も質の高いサービスを提供することに失敗し続ける限り、公立部門を利用せざるを得ない貧困層は、人的資本を十分に蓄積できず、豊かなる経路が絶たれる。つまり、公的保健や公的教育が格差解消の手段になっていない。市場は積極的に利用されるべきだが、格差解消・貧困削減を後押しするためには、市場が失敗する地域や分野で政府が質の高いサービスを供給しなくてはならない。残念ながら、市場が失敗する地域・分野で公的部門の効率が改善した事例は知られていない。

効率を改善して公的サービスの質を高めるためには、働く人員のインセンティブを考慮した制度作り、つまり、成果の一部を報酬・昇進に反映させる制度が要請される。投入物を揃えるのは質の高いサービスを供



インド経済—成長の条件

給するための必要条件に過ぎず、十分条件としては、有能な人が配置され（逆選択がなく）、監視のないところで人員が努力を怠らない（モラル・ハザードを起こさない）制度が求められる。成果主義において正確に成果を評価するためには、働く人員を観察することが容易な地元の評価者を置く必要がある。さらに、生産性を上げる創意工夫を許容するために、自由裁量を与えねばならない。これらの理由から、成果主義には分権化が必須である。実施権限を地方自治体およびPHCや学校に下譲し、州政府は制度運用の監視に専念すべきである。分権化が実施されれば、最低限のサービスを供給するための公的保健評価制度の運用も難しくない。

しかし、分権化と成果主義が導入される見込みは薄い。その理由として、第一に、政府の投入志向がある。政府は施設を建設し人材を配置し、質の高いサービスが提供されることを願っているだけである。政府の各報告書でも、議論は施設数と配置人員数の達成度に終始している。これは計画経済期のメンタリテイであり、計画経済が破綻した原因を学んでいない。第二に、多くの州政権が、既存の政策を全く分析せず、新しい政策も十分な根拠を示さず、性急に政策を打ち出す傾向がある。連邦政府および州政府の報告書で、教育や保健の問題がなぜ発生し、過去の政策がなぜ失敗したのか分析されることは稀である。政府が現状

を分析し、過去の失敗から学び、政策の効果を厳密に計測してこそ、政策が改善される。日本を含めたドナー国政府がインド政府と共同で革新的な試行とその効果研究を支援することもあってよいであろう。第三に、分権化を担う地方自治体の行政能力が低い。分権化が最も進んでいるケララ州は、全国トップの識字率で腐敗も少ない。ケララは医療行政分権化にあたって数年の移行期間を設けたが、それでも分権化の長所を利用できない自治体が多いと批判されている。そして最も困難な理由として、第四に、既得権益者の抵抗がある。医師や教師の組合や団体は州議会選挙などに与える影響力が大きい。こうした既得権益者の政治力により、教育改革や保健改革はケララなどの一部州を除いて進んでいない。

最後に、分権化と成果主義が万能ではないことにも注意すべきである。まず、インセンティブ以前の問題として、末端の職員が能力を発揮できる物理的環境が与えられているか精査する必要がある。そして、一部の地域や学生は機会均等が保証されずに成果を出しにくい環境に置かれているので、教科書的な成果主義の適用は避けるべきである。さらに、成果主義は計測可能な成果指標を重視するため、計測不可能な成果のための努力を軽視させてしまう。たとえば、教育ではテストの点数が重視されて知的好奇心の喚起が軽視され、保健では診察患者数とその処方が重視されて診察態度は軽視

される。より効果的な政策を考えるためにも、今後も研究を続けねばならない。

（いとう せいろう／アジア経済研究所 開発研究センター）

《参考文献》

- ① Kingdon, Geeta Gandhi, "The Progress of School Education in India," *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 23, No. 2, 2007, pp.168-195.
- ② Kingdon, Geeta Gandhi and Mohd. Muzamil, "A Political Economy of Education in India: The Case of U.P.," Working Paper, 2000.
- ③ Kremer, Michael, Karthik Muralidharan, Nazmul Chaudhury, Jeffrey Hammer, and F. Halsey Rogers, "Teacher Absence in India: A Snapshot," *Journal of the European Economic Association*, Vol. 3, No. 23, April/May 2005, pp.658-667.
- ④ Muralidharan, Karthik and Michael Kremer, "Public and Private Schools in Rural India," Working Paper, 2006.