

南アジアにおける低所得層のための社会的保護システムの発展

—— インドとバングラデシュの事例より ——

岡本眞理子*

要 旨

南アジアの人口大国、インドとバングラデシュでは、低所得層のためのマイクロファイナンスが過去30年間に広く普及してきた。このマイクロファイナンスは、所得源の多様化や家計の安定を助けることで貧困脱却や低所得層の貧困化を防止するという意義があった。しかし、これらの国ではマイクロファイナンスだけでは対応できない様々なリスクに人々は晒されており、政府が提供できる社会保障制度や救済策には限界があることから、リスクに脆弱な人々に対する何らかの対策が求められている。

このような中で、マイクロファイナンス実施機関は、その顧客に対する様々な救済制度を取り入れてきた。本論文では、まずその代表的な手段としての保険について、その種類や導入形態、およびその普及の経緯を概観した。そして、インドではマイクロファイナンス機関の主体的努力もさることながら、民間保険会社が歩み寄らざるを得ない環境を政策的に作ったことがマイクロ保険普及の要因として見出された。

また、なぜマイクロファイナンス機関の関与が効果的なのかを検討し、いずれのマイクロファイナンス実施機関も参加者に何らかの貢献を求める「メンバーシップ」制度を採用してきたことが、低所得層に対する保険制度の導入に伴う諸問題を緩和することに役立ったと考えられた。ここから、未だ政府に社会保障制度を整備する余裕が無い発展途上国においては、マイクロファイナンス機関を一つのエージェント組織として、保護を必要とする市民が行政や市場のサービスを入手できるようにする方式の可能性を示唆した。

キーワード：南アジア，貧困，マイクロファイナンス，マイクロ保険，社会的保護

はじめに

先進国においては、災害、失業や病気、老齢によって生活上の困窮に国民が追いやられることを防ぐための国家的制度を、税金および社会保険料を財源として確立してきた。これは、確率の差はあれども誰もが困窮状況に陥るいくらかのリスクを持っているという認識のもとに、生み出される諸問題への対処を個人に負わせるのではなく、社会的に対処するものである。これは、同

* 日本福祉大学福祉経営学部准教授

時に富裕層から貧困層への所得移転の制度でもあった。

しかし、発展途上国では、多くの場合、財源の不足のために、あるいは政治的意思の欠如のために、社会的保護や社会保障は不在か、あったとしても小さな規模の貧困層救済政策が「政策リスト」上にのみ存在してきた。インドでは独立以来、貧困人口の削減は常に5カ年計画の一角を占めてきたし、社会的弱者に対する支援プログラムとしては全額国費で賄われる老人年金、家族手当、出産手当があり¹、また州ごとに数多くの弱者救済策が存在する。バングラデシュでも、貧困層のための様々なプログラムが国際援助機関の財政的・技術的支援を受けて存在してきた。例えば両国において、一時的な失業対策として、小麦などを賃金代わりにして道路整備作業などをさせる Food-for-Work にあたるものが存在するが、食料の現物支給であり、また災害被災者や社会的弱者として認定された、限られた人々が対象である。また、インドでは多くの救済策がカーストや部族など政治的に分類された対象向けであったり、担当行政組織能力が限られている中で、地方エリートの影響を受けやすい村議会を配分チャネルとすることで、かえって本当に必要とする人々には届きにくくなっていることもある²。労災や失業保険、年金などの制度もあるが、それによって保護されているのは、公務員や国営企業と、大手民間企業の労働者が殆どであり、多数のインフォーマル部門労働者や自営業者にとっては無縁である。したがって、圧倒的な貧困人口に対して、それらはあまりに微力であったし、バングラデシュにあっては政治的不安定と腐敗が大きな障害となって、有効性を持ち得なかった。また先進国に比べて、洪水や旱魃に対するインフラ投資などの事前的対策は極めて弱く、救済・復興支援などの事後的対策も不十分であるため、多くの人々が個人的努力ではコントロールできないリスクに絶えずさらされている。

そうした現実の中で、かつて二つの国の貧しい庶民は、親類縁者ネットワークやカーストネットワーク、地域のパトロン・クライアント関係などに頼りながら、様々なリスクに対応してきた。しかしこうしたインフォーマルな相互扶助メカニズムは十分なものではなく、また核家族化や都市への移動、地域社会の都市化とともに弱体化してきた³。これらの庶民が、手許現金の逼迫と生活困窮の危機という日常的なリスクに対して、個別世帯レベルでとってきた最も現実的な対応手段が、借金をすることである。しかし、親戚や近隣から低利息で借りられるとは限らない。民間の高利貸に依存せざるを得ない場合には、借金が嵩んで貧困から永続的に脱出することができないという悪循環に入り込む危険性が伴った。諸個人が取りうる事前的準備としての現金による貯蓄は、最低預け入れ額の高さと銀行支店の少なさ、タンス貯蓄の安全性の欠如のために低所得層には困難であった。

1 各々 National Old Age Pension Scheme, National Family Benefit Scheme, National Maternity Benefit Scheme であるが、それらを総称して National Social Assistance Programme と呼ばれる。

2 更に, Lanjouw and Stern (1998) p.210 は、長年の定点農村観察から、社会的保護の政策が殆ど機能してこなかったことを指摘している。

3 これらのインフォーマル相互扶助メカニズムに関する実証研究について Morduch (1999) によく整理されている。

このように、借金と貧困化の危険に対して、無担保融資の道を開くことでその危険をなくし、また所得の安定化をはかるものとして登場したのがマイクロファイナンスである。

マイクロファイナンスとは、貧困層に利用しやすくした小口の信用貸付や貯蓄などの金融サービスのことであるが、南アジアでは、貧困層の生計手段である零細事業の運営・拡大を支援するために、まず、極めて小額の信用貸付（マイクロクレジット）が導入された⁴。その背景として、南アジアの貧困の特質、すなわち、高い農業依存にもかかわらず農業従事者の多くが小規模農家が土地なし農民であること、また経済成長が遅滞しているためにフォーマル部門での雇用が伸びないという現実があった。そこで、既に何らかの雑業に従事している自営業や、新たな所得源となる事業の開始を無担保融資で支援する活動が 1970 年代半ばに登場した。これはバングラデシュではグラミン・バンクを筆頭に瞬間に広がり、独立後の農村救済から始めた NGO を数百万の顧客をかかえる金融として成長させた。インドでも、当初は NGO や女性組合によって限られた地域で行われていた段階から、政府による NGO を媒介とした自助グループ（Self-help group）への融資プログラムの提供の段階を経て、今日ではインド最大の民間銀行 ICICI も参加するほどに大きく広がっている。

しかし、これらのマイクロファイナンスの普及は生産的活動への融資サービスだけで実現したのではなく、それに一役かったのが貯蓄制度の導入であった。自然的にも経済的にも絶えずリスクにさらされており、農村でさえも現金による消費支出の家計に占める割合が高くなる一方の低所得層の間で、生活防衛に不可欠な消費短期借入れや貯蓄へのニーズが高い。この事実が知られるに従って、流動性を保持した貯蓄制度が導入されていった⁵。また、子どもの結婚や進学といったライフサイクル・イベントにみあった生活設計に有効な定期預金なども整備されていくようになった。こうして、事前的準備としての貯蓄と事後的対処としての借金を制度として備えたマイクロファイナンスは、低所得層にとって現金逼迫という日常的なリスクに対応しつつ家計の安定化を図る多機能的手段となっている。

そして 1990 年代より、これらのマイクロファイナンス機関（以後 MFI）によって、更なる挑戦がなされた。それが、マイクロ保険である。貧困世帯の割合が相対的に高い南アジアでは、一握りの中流層しか保険制度に関心がなかったし、制度の恩恵を受けることもなかった。しかし今日では、貯蓄によっても一時的借金によっても賄えない大きなリスク、すなわち、主な稼ぎ手の死亡や入院、火災による家屋の損失による家計への衝撃を緩和する方法としてマイクロ保険やその代替手段が MFI によって提供されている。また、民間の保険会社もこの市場に参入してきて

4 マイクロファイナンスの定義やその意義、1990 年代におけるその世界的普及状況については、岡本・栗野・吉田（1999）、マイクロファイナンス利用者であるインドの低所得・自営女性の経済活動の実態については Azad（1986）などに明らかにされている。

5 Grameen Bank は個人口座の預金制度は設けなかったが消費支出用緊急借入れ制度を併設した。これはグループメンバーからの強制貯蓄を基金としたものであり、流動性のある貯蓄制度の代替である。

いる。表1は、保険加入社数の多い代表的な団体や保険プログラムを拾ってみたもので、加入者の規模や多様性を示している。

このように、国家による社会保障制度が未発達な中で、平時において準備すべきリスク対応手段の提供を民間あるいは非政府組織が進めているというのが南アジアにおける現在の動向の特徴である。しかし、そうであるがゆえに、各団体が提供するスキームも様々であり、また、その恩恵を未だ受けていない人々の数のほうが圧倒的に多い。このような現状を開拓するためには、次のようなことが明らかにされなければならない。すなわち、1) 現在の動向がどのような意

表1 低所得層向けマイクロ保険の多様な提供者

	組織	国	組織の性格	保険提供における役割	保険のタイプ	被保険者総数 (2)	データ取得年度
1	VIMO SEWA	インド	SEWA の 姉妹組織	4 つの保険会社と連携して独自商品化	生命保険、一般保険 (1)	172,324	2007
2	Tata-AIG	インド	民間保険会社	保険提供者	生命保険	34100	2005
3	SKS Microfinance	インド	信用組合	LICのエージェント	生命保険	1,276,000 (3)	2007
4	Village Welfare Society	インド	マイクロファイナンスを行う NGO	ICICI Lombard, LIC のエージェント	生命保険、一般保険	790,300	2007
5	SKDRDP	インド	マイクロファイナンスを行う宗教法人	ICICI Lombard のエージェント	一般保険	403,800	2007
6	Indira Kranti Patham	インド	自助グループのディストリクト連合	世銀と州政府の支援を受けた保険提供者	生命保険	1,600,000	2006
7	Yeshasvini Trust	インド	農業協同組合州連合	カルナータカ州の支援を受けた保険提供者	医療保険	1,855,000	2006
8	ASA	バングラデシュ	マイクロファイナンス機関	保険提供者	ローン保険、生命保険	5,990,000	2006
9	Grameen Kalyan	バングラデシュ	グラミンバンクの姉妹組織	保険提供者	ローン保険、生命保険	721,000 (4)	2007
10	BRAC	バングラデシュ	マイクロファイナンス実施の社会開発 NGO	保険提供者	ローン保険、生命保険	2,600,000	2006
11	Grameen- Gono Bima	バングラデシュ	民間保険会社	保険提供者	生命保険	876,300 (5)	2005
12	Gonosasthya Kendra	バングラデシュ	医療サービスのための NGO	保険提供者	医療保険	75000 世帯	2004

注) (1)インドでは「一般保険 (general insurance)」は生命保険以外の資産保険や医療保険をさす。(2)凡その概数。(3)2007 年度のマイクロファイナンス利用者数は 877,000。(4)保険顧客数のみ。ローン保険は借り手全員が対象。(5)発行保険証書総数は 1,975,000。

出所) 以下より筆者作成。

1. <http://www.sewainsurance.org/vimosewa5.htm>, 2007/08/08
2. Roth, James and Vijay Athreye (2005)
- 3, 4, 5, 7, 12. Microinsurance Awards Nominee 2007, http://news.planetfinance.org/documents/FR/Nominees_MIA_270725_ppt.pdf
6. Kalavakonda, Vijay (2006)
8. Financial and Health Assistance for ASA Members. <http://www.asabd.org/html/HealthMem.pdf>
9. <http://www.grameen-info.org/bank/GBGlance.htm>
10. McCord, Michael and Craig Churchill (2005)
11. http://www.microfinancegateway.org/microinsurance/provide_long.htm

味を持っているのか。その延長上に、低所得層へのセーフティーネットの広範な確立が可能か。
2) 低所得層向け保険事業の普及にはどのような困難が伴い、それをどのように諸団体は克服してきたのか、ということである。

低所得層のためのマイクロ保険制度に焦点をあてた包括的文献としては Brawn & Churchill (1999, 2000) や Churchill (2006) があるが、本論文では、このような点に注目して、保険制度以外の社会的保護のスキームも視野にいれながら、インドおよびバングラデシュでの取り組みを紹介し、NPO や企業といった民間団体による社会的保障制度開発の試みと可能性について検討していくことにする。

1. MFI による「社会的保護」の提供

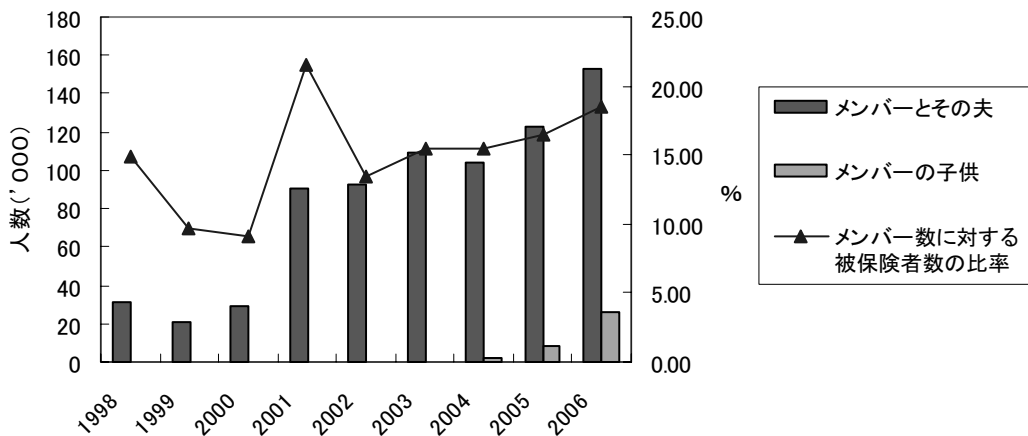
1-1 生命保険制度の導入

インドとバングラデシュでは、1990 年代を前後して低所得層をリスクから保護する様々なシステムが登場しており、特にインドではここ数年で低所得層向けのマイクロ保険が急速にそのカバー人口を伸ばしてきている。そのパイオニアの役割を果たしてきたのが、MFI である。

その出発点となったのが、債務残高が存在する借り手の死亡に対する対策である。重要な稼ぎ手を喪失した遺族が借金をかかえて困窮することから、その借金の残高を帳消しにする仕組みを、主要 MFI が比較的早くから取り入れてきた。Grameen Bank の場合は、ローン額の 3% を預金口座に預けることを義務付けており、この預金が生む利息をプールした基金 (Loan Insurance Fund) でローン保険の支払いを賄っている。2007 年 6 月末までに 64,480 人がこの措置を受け、4 億 2479 万タカ (672 万ドル) のローン残高が帳消しになった (Yunus (2007))。ASA (Association for Social Advancement) は 1993 からローン保険 (Member's Loan Insurance) を導入している。これはメンバーの死亡時に、ローン額と同じ額から債務残高を差し引いた額が遺族の手に渡る仕組みである。バングラデシュの巨大開発 NGO として知られる BRAC の場合も、同様の目的で 1990 年に生命保険制度を導入した。女性達は積み立て貯蓄グループに組織されるが、このグループの年会費 15 タカ (約 30 セント) を支払うことで、死亡時には一律に 5000 タカが支払われ、そこから債務が清算される。

その後、こうした MFI によって、ローンに直結しない生命保険や何らかの補償制度が導入された。ASA は 2003 年より全員対象の生命保険制度を、メンバーからの週掛け金 10 タカを積み立てた基金で運営している。保険金は掛け金総額の 6 倍となり、8 年間または 55 歳が満期で、400 週分の掛け金と金利を受け取る。Grameen Bank では、メンバーの死亡時に遺族は一律 1500 タカを受け取る。メンバーは ローン借り入れ時に 100 タカで銀行の株を取得することになっており、この株主全員が対象となる。従って、これは保険というより、互助会の見舞金のようなものである。

インドでは SEWA がマイクロ保険の導入の先鞭者であった。上記の MFI と同様の目的で、



出所) SEWA (2006) および VIMO SEWA の HP より筆者作成。

図1 被保険者数の推移と保険加入率

既に 1980 年代はじめに国営保険会社のグループ生命保険を活用して、全員加入制度を採用し、メンバーの保護を図ろうとした。しかし、1993 年には加入の義務制をやめて SEWA が斡旋する保険を自主的にメンバーが購入するという制度にしたため、一旦大きく加入率を低下させたが、その後徐々に回復し、2002 年以後急速に加入者を伸ばしている (図1参照)。

主要 MFI はその後、顧客であるメンバーのニーズに対応して、生命保険のカバー対象をその世帯員に拡大している。MFI のメンバーの殆どが家庭を持つ女性であるが、ローンを実際に活用した主たる稼ぎ手が夫である場合も少なくない。南アジアでは、夫の死後、資産分与などの保護を夫の家族から受けられない場合も少なくないため、寡婦になることは貧困への転落の要因の一つとなっている。そのため、上記の MFI たちは夫の死亡に対しても追加の掛け金で適用できるようにしてきた。さらに SEWA の場合はメンバーの子どもも保険でカバーできるようにしている。

なお、インドには日掛け貯蓄的な耐久消費財向けクレジットのサービスを行っている民間 MFI もいる。1980 年代初期に民間商業ベースで小口の積み立て貯蓄サービスを始め、60 万人の顧客を拡大した Sahara India は、1990 年代末には、薬局など地域の顧客情報を持つエージェントを開拓して貯蓄と生命保険をあわせた商品で農村部にも浸透している。

1-2 総合福祉制度への発展

マイクロファイナンスが国際的な開発援助機関の間で広く認知されて後、次の金融商品はマイクロ保険という流れができあがっていたが、主要 MFI は必ずしもそのような金融商品の延長でマイクロ保険を扱ってきたわけではない。SEWA はメンバーのニーズと遭遇する現実の困難に対応しながら、そのつどメンバーを保護する制度を開発してきた。それを "SEWA Social Security" として位置づけている。SEWA は既に 1977 年のその内部調査で返済に最も

大きな障害となるのが死亡や病気であることを把握しており、その後、予防的医療の普及のために地域でキャンペーンを開始し、産婆や初期医療のための研修でその担い手の育成に努めてきた⁶。これらの人材を配置した 400 に上るヘルスセンターや数箇所の自前の薬局を通して、"community-based health care" が行われている。その蓄積が今日の保険の普及にも役立っている。また、これまでの保険商品も、損害保険や事故死保険もあわせたパッケージで入手できるようにした。更に、従来カバーできなかった早産保険も、ICICI Lombard との協力で試験的に始めており、対応できるリスクの範囲を広げ続けている。

ASA は医療支援制度を設けている。信頼できる病院が大都市にしかないという現実から、付き添い人と一緒に滞在できる施設をダッカに用意した。また、融資事業の利益の中から医療補助基金を設けて、医療支援制度を行っている。がんや心臓病、事故による怪我などへの治療に関しては中央事務所所轄として年間 500 万タカ、単純疾患向けには、支店ごとに年間 2000 万タカを基金から割り当て、その範囲で会員の治療費を提供している⁷。これは、自らが費用負担をして備える保険制度ではなく、あくまでも ASA が提供する会員向けサービスである。その年度の予算を超える申請があれば、翌年度にまわされ、組合員からすれば保険のような確実性があるわけではないという限界がある。しかし医療の恩恵を受けられなかった農村女性にとっては大きな進歩である。また、深刻ではないが日常の経済活動に支障をきたす病気への対応として初期医療と無料医薬配布プログラムを始め、下痢などが発生しやすい時期に水の消毒薬や経口塩を配布している。

BRAC は、従来農村部でのヘルスセンターとボランティアの動員でメンバーとその世帯のヘルスケアサービスへのアクセスを可能にしてきたが、2001 年より ILO とのパイロットプロジェクトとして健康保険制度を導入した。年間 100 タカの保険料で、写真や家族構成員（最大 5 人）の名前の記録されたカードが発行され、そのカード保持者は、医療を半額以下の負担で受けられる⁸。また、年に一度の無料健康診断も受けることができる。

Grameen Bank はかつてメンバーが無料で受診できるカードを発行していたが、福祉サービス専用の子組織である Grameen Kalyan を設立した後は、これを通して 1997 年より health insurance を提供している。Grameen Bank の支店近くの、Grameen Kalyan が運営する 28 箇所のヘルスセンターで診察や検査、薬の処方を受けることができる。約 60000 人がこの保険に加入し、その家族もカバーされている（最大 6 人）が、センターから半径 8 キロ以内の村人にも制度

6 SEWA は 1984 年に Community-based Primary Healthcare Program を始めた。現在産婆や初歩的医療の研修を受けてライセンスを持つ 400 人、SEWA で研修を受けたコミュニティ・ヘルスワーカーで地域のリーダー 60 人、オーガナイザー 100 人が、プログラムの効果的かつ持続的遂行のために、Lok Swasthya Mandali という協同組合を形成してこのプログラムに従事している。

7 2 年以上のメンバーが対象で、全額治療をカバーするのは 8 年以上のメンバーといった制約がある。

8 厳密には、診察が 20%、薬の処方、出産が 50%、病理検査は 90% が自己負担である。なお、出産は 350 タカである。

は開放されている⁹。

また、Grameen Bank は年金基金（Pension Fund for Borrowers）を設立した。メンバーは毎月 50 タカを 10 年間支払うことで、10 年後に積立金の約 2 倍の金額を受け取ることができる。これは過去二年間に 30% 台の成長が続く人気商品となり、2008 年 6 月末で基金は 19 億タカ（2 億 8000 万ドル）に達すると予測されている。一般的に自営業の場合、退職時期が明確に存在するわけではなく、次世代がそれを続けることで楽隠居ができそうであれば将来を案ずることはあまりない。しかし、マイクロファイナンスの顧客の場合、リキシャー曳きや内職のように次世代に受け継ぐほどの規模ではなく、息子達が学校を出て都市部やフォーマルセクターで働く道が開かれていけば、残された親は体力的に引退時期になったときの所得を心配しなければならない。このような事情がこの年金制度の人気の背後にあることは推測できる。しかしこの制度は、実質は長期積み立てによって自ら老後資金（退職金）を用意するものであり、生存する限り得られる年金制度ではない。

2. インドで急増する多様なマイクロ保険の担い手

2-1 多様な担い手の登場と政府の保険業界への Obligations

これまで言及してきたものは、大規模な MFI による、保険あるいは非保険型のメンバー世帯を保護する手段の提供であった。しかし、インドでは、SEWA ほどの大きな MF だけではなく、地域で活躍する MF が多数存在する。特に、10 人から 20 人ほどの女性達が形成する貯蓄貸付グループ（Self - help Group : SHG, 自助グループ）の世話をし農銀行（NABARD）からのローンを仲介する NGO に中間マージンが入る制度が導入されてから、MF にかかわる NGO が増加し、またその顧客数も急激に拡大した。NABARD（National Bank for Agriculture and Rural Development）や ICICI 銀行とリンクした自助グループは 2005 年の時点で既に 160 万を超える規模で形成されて、900 万人以上が自助グループに参加している。こうした自助グループを組織する NGO の間でもマイクロ保険の導入が進んでおり、多くの NGO によるマイクロ保険の提供は、2002 年以後である。これらは、顧客数が数千人から、数十万人の間で様々であるが、国営や民営保険会社のエージェント組織となっており、メンバーへの保険制度の導入をおこなっている。

この背景に IRDA（Insurance Regulatory and Development Authority）が決めた、2002 年からの「社会および農村部門への保険会社の義務」（Obligations of Insurers to Rural and

9 掛け金はメンバーが 120 タカ、非メンバーは 150 タカである。診察はカードホルダーなら 10 タカ、メンバーでもカードホルダーでもなければ 50 タカ、病理検査は年に一度 18 タカで受けられ、その他の病理検査は 30% から 50% の割引である。そして入院に対しては 500 タカから 2000 タカまでならカバーされる。更に、年に一度の基本検診と 6 種の予防接種は無料で提供されている。

表2 インドの保険会社に課せられた社会・農村へのサービス達成目標

分野	タイプ		一年目	二年目	三年目	四年目	五年目
社会部門	全て	被保険者数	5000	7500	10000	15000	20000
農村部門	生命保険	発行保険証に対する割合	7%	9%	12%	14%	16%
	一般保険	掛金総額に対する割合	2%	3%	5%	5%	5%

注)「社会部門」は、未組織部門、インフォーマルセクター、経済的弱者あるいは遅れている階層をさす。出所) IRDA (2002) に基づき筆者作成。

Social Sectors) がある (IRDA (2002))。これによって、5 年以内の各年に所定の加入者 (policy holders) 数や割合を達成することが求められている (表 2)。この義務は、1990 年代後半から始まった保険業界の改革の一環としてだされた。それまで保険会社は国営企業だけであったが、そのためにかえって公務員や国営企業、中流以上の所得層にしか保険制度が届かず、庶民は置き去りにされた。社会的弱者グループのために、グループ保険などいくつかのスキームが提供されてはいたが、社会的弱者を組織する NGO や団体からアプローチしなければ利用されないままであった。そこで、IRDA は民間企業や外資系企業の参入を可能にして保険市場の発達を促すと共に、その際に、参入条件としてこれらの義務を課したのである。その結果、外資の保険会社がインド資本と提携した TATA-AIG や ICICI Lombard など多くの民間保険会社が登場してきたが、これらの新規参入保険会社が義務を達成するために、既に潜在的顧客を確保している NGO や協同組合との提携を求めていった。そして、SEWA などの MFI や NGO が、保険会社に対して、より良い条件で保険の提供をするよう交渉できるようになった。

2-2 独自の取り組みを開発する民営保険会社

このようにマイクロ保険はバングラデシュでもインドでも主に非営利の MFI や NGO に導入されてきたが、民営の保険会社の中からも積極的にマイクロ保険にとりくむ企業が出てきている。

例えば、バングラデシュでは Grameen-Gono Bima がその代表的存在である。

1986 年に民営化された保険会社の Delta Life が、農村貧困層を対象としたマイクロファイナンスでの Grameen Bank の成功に刺激を受け、農村部住民へのマイクロ保険の提供者として Grameen Bima を始めるようになった。更に 1993 年には都市部向けの Gono Bima を始めた。1996 年に政府が海外出稼ぎ者への保険加入を義務付けたことから、それぞれへの保険加入者数が急増するようになり、2002 年に二つの機関は組織効率を図るために Grameen-Gono Bima へと統合した。以後順調に事業を拡大して 2005 年には加入者数が 87 万人を超えるに至っている。

インドでは TATA-AIG や ICICI-Lombard および ICICI Prudential がマイクロ保険に積極的に参入を試みている。TATA-AIG はインド保険市場の規制緩和後、インド市場への参入のためにアメリカの保険会社とコングロマリットの TATA との提携で作られた比較的新しい保険会社である。地域の NGO と協力関係を維持しながら Micro-agent を独自に育成してマーケティング

グを進めている。また、ICICI 銀行との提携で生まれた ICICI-Lombard および ICICI Prudential は共同で、生命保険と損保や医療保険を組み合わせたマイクロ保険を出そうと計画している。こうした民間企業の動きは、単に政府から課せられた義務をこなすというという段階から一歩踏み出して、保険に関してはまだまだ潜在的な市場が存在する農村で、ブラハラードが Bottom-of-Pyramid (BOP) と呼ぶ市場向けのビジネスを追求しようとしているようだ。Prahalad (2005) は人口の最下層を形成する貧困層を消費人口ピラミッドの底辺部と見て、そのニーズに応じたサービスを提供することは工夫次第でビジネスとなりうることを、また彼らの生活水準の改善がなされ、やがてその貧困層が将来はより高額の商品（あるいは通常の商品）の顧客になるというパラダイムを打ち出した。マイクロファイナンスはこの典型例であり、その成功に刺激されてマイクロ保険市場への進出が試みられているといえよう。

2-3 州政府の取り組み

インドでは、中央政府が先述したように保険制度の普及のための政策的圧力を保険会社にかけてきたが、これとは別に、州政府が独自に取り組んでいる例もある。

Indira Kranti Patham (IKP) は、アンドラプラデシュ 州と世界銀行との協力で 2000 年に農村貧困削減のために発足したプロジェクトである。そのフレームワークの一つにリスクの削減がかかげられ、保険制度が組み込まれた。これはアンドラプラデシュ州における、Self-help group という貯蓄貸付活動を主とした自助グループの大繁殖を背景としている。自助グループは 10 人から 20 人の女性で自主的に形成され、一旦形成されると比較的長期間安定して貯蓄活動を持続する。自助グループ活動は全インドに普及しているが、AP 州では NGO と NABARD の提携でいち早く根付き、更に民間銀行の参入がグループ数の増加に拍車をかけ、今や州内 22 のディストリクト、860 のマンダルの下に 80 万以上のグループが存在する。これらの自助グループの参加者を対象とし、そのディストリクト・レベルの統括組織 Zilla Samakhya (ディストリクト会議) が主体となって保険制度を導入した。信用の裏づけに政府の掛け金補助がつく再保険契約を政府系保険会社と行い、農村低所得層を中心にわずか 5 年間で 160 万人をカバーした。加入者数は 2007 年度には 200 万人を超えると予測されている。

Aarogya Raksha スキームはアンドラプラデシュ政府が貧困線以下の世帯向けに提供している医療保険である。家族計画を受け入れた人とその子どもは年間 4000 ルピーまでの入院費用を提供され、5 年間このスキームにカバーされる。政府は一人当たり 75 ルピーの掛け金を政府系の保険会社に支払っている (Ahuja (2005))。

カルナータカ州では州協同組合が 2004 年に州の支援で医療保険のための財団 Yeshaswini 財団を設立した。組合員から年間 Rs 60 の保険料と州政府から Rs 30 の補助金が財団に支払われており、それによって 1,855,000 の農家とその家族がカバーされている。

3. マイクロ保険に伴う諸問題への対処

マイクロ保険では、低所得層に付随する特質に対応した商品開発やサービスのあり方が問われてくる。先に紹介してきた諸団体はどのような工夫をしているかを以下見ていこう。

3-1 保険商品、掛け金額および支払い方式

保険の種類

保険商品については、今のところ生命保険が主たるものであるが、医療保険、事故や災害関係も導入されてきており、カバー範囲は徐々に広がっている。しかし、医療保険ではカバーすべき対象として入院費用や日常の医療のばらつきがある。これはそれぞれの団体で、顧客の現実のニーズの優先と実行可能性（入院可能な病院へのアクセスなど）に対応している結果といえるだろう。一般に女性を対象とした保険では事故障害を想定することが少ないが、SEWA がそれを組み入れているのは、路上行商や建築現場で働く女性メンバーを抱えていることを反映しているのであろう。

生命保険では、1) ローン借入期間しかカバーされないもの、2) 期間限定の生命保険、3) 無期限の生命保険、そして 4) 一定の期間カバーされその期間存命ならば満期に掛け金金の積立額が払い戻される養老保険（Endowment Insurance）タイプがある。一般的には保険のニーズは顧客のライフサイクルとステージによって異なってくるが、公務員のように年金制度がない場合、扶養すべき子どもを抱えている世帯は勿論、その後引退時期まで年数があれば、貯蓄機能を兼ね備えた養老保険型へのニーズが最も高いと思われる。Grameen-Gono Bima では Daughter's Marriage Endowment Insurance を出している。これは娘への生命保険と結婚費用の積み立てを兼ねたものである。いまだに持参金が高利借金や土地を手放す一つの要因となり、また低年齢結婚も女性の権利上問題となっているバングラデシュならではの商品といえ、満期になるまで結婚を遅らせる効果が期待されている。

掛け金と補償額

低所得層では、所得が低いだけではなくそれが安定して入ってこないとか、農業関連労働で年に数回しか発生しないという場合もあり、これへの対応が必要となる。一般的に保険ではいくつかの補償額の選択に加えて加入年齢によって掛け金がスケールアップする方式をとる。しかし上記事例のマイクロ保険では商品が単純化され、また掛け金も保険金も小口となっている。上記の諸組織が提供する保険では、掛け金額は、政府の社会保障プログラムの一環で補助がつくような場合の 50 ルピー程度から、家族向けパッケージ高額版（SEWA）の 550 ルピーというように幅があるが、概ね一人当たり年 120 ルピー（約 2 ドル）前後に設定されており、貧困世帯の年収の 1% 以下である。また、それに対する補償額は 1500 タカ（所得約 1 ヶ月分）から 25000 ルピー（約 1 年分）まで幅がある。保険会社は毎月の掛け金は同じでも加入年齢によって補償額が変わ

るという方式をとっているが、エージェント組織が保険会社と契約する場合はアレンジしており、SEWA のように高・低二段階に設定するなど単純化している。組織独自に提供する場合は、殆どが単一商品である。こうした単純化は、保険加入者の誤解や契約時の説明および書類作成時の煩雑さを避けるためには必要であろう。

掛け金の集金方法

給与所得者とは異なり零細自営業者の多い低所得層では、掛け金支払いの遅れによる失効が発生しやすい。それによる損失が目に見えにくいのに加え、資金逼迫時には掛け金の支払い優先順位が低くなりやすいからであるが、請求時のトラブルや保険への信頼を失う要因となる。MFI が提供する場合は、貯蓄やローン返済金の支払いに合わせて掛け金を支払えるので、小額を頻繁に支払うことが可能だが、それでもローンへの支払いが優先される場合も発生する。SEWA はメンバーには定期預金の利息から自動的に引き落とされる方法を薦めている。Grameen Kalyan はローンの3%を預けてその利息で支払うことになっているが、相当額が既に預金口座にあれば新たに追加する必要はなく、借入れ時に3%が無理であれば、その後の返済にあわせて3%になるまで支払っていくという方法をとっている。Grameen-Gono Bima は、当初、他のマイクロファイナンス機関に倣って毎週集金を採用したが、現場のエージェントによる情報から、必ずしも顧客はそれを望んでいないことがわかり、毎月、年2回、年4回の三選択枝を設けている。グジャラート州やマハラシュトラ州の酪農組合およびサトウキビ組合では、現物（牛乳）での支払いや、サトウキビ納入時に1トン当たり2ルピーを支払うといった方法で掛け金支払いを可能にしている。

3-2 マイクロ保険商品の販売及び請求手続きに伴う困難への対処

マイクロ保険サービスの提供においては、保険というものの特性からくる様々な問題が伴う。第一に、保険は現時点での支払いに対して長期間において不確かな将来時点の受け取りを約束する契約であるために、何よりも関与する組織への信用が不可欠である。マイクロファイナンスでの預金サービスで経験をふんできた MFI や協同組合は、まずその点を満たしているといえる。

第二に、保険商品は次のような理由で、低所得層をターゲットとした場合にマーケティングやデリバリーのユニットコストが高くなる。1) 農村部では広い地域に集落が分散しているために、戸別訪問が困難である。2) 中流層と異なり、失うかも知れない資産などの価値が低いこと、3) 保険概念やその仕組みが理解されにくく、また、将来の死を想定することは忌まわしいとして避けられる傾向がある。4) 相手の識字率が低いことから、契約作業や請求手続きとその審査に時間がかかるのである。

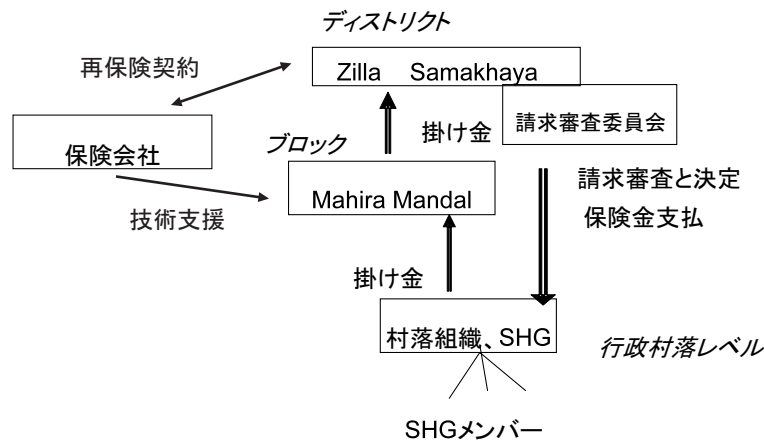
こうした問題に最も強みを発揮するのが、既にマイクロファイナンスや零細事業育成活動で支援対象者を組織してきた組織（マイクロファイナンス機関や NGO）である。他の活動で日常的に接触があることから、保険商品の紹介や販売、掛け金の回収、請求申請などは、若干の追加コストで済ませることができる。また、全く外部の者が入り込むよりも、NGO スタッフの方がメ

メンバーの情報を把握しており、契約作成時の申告や申請上の誤魔化しなどは発生しにくいと考えられる。

保険に固有の第三の問題としては、保険はリスクをプールし個別のショックを軽減するものであるから、それが安定して運営されるためには、相当数の加入者を必要とする。また、その運営には保険数理士や法律、投資の専門家を抱えなければならない。法定上用意しなければならない準備金もインドでは10億ルピー（約2100万ドル）と極めて大きい。SEWAは顧客数こそすでに数万人を超えていたが、正規の保険提供主体になる余力がない段階で、国営生命保険会社や民営損害保険会社の計4社と契約してSEWA組合員用に組んだ商品パッケージを提供するという方法で自らが保険提供者になることなく組合員が保険を入手することを可能にした。そして、契約書類作りから請求処理までVimo SEWA側が担うので、保険加入者数の増加をめざす保険会社にとっては割引などの措置をしても提携の価値がある。他方、農村低所得層という潜在的市場に足がかりが無い保険会社は、潜在的顧客を既にメンバーとして組織している団体をエージェントとすることが一つの解決策となる。実際に、協同組合や数多くのNGOがこれまで組織している顧客を対象に保険の紹介を行い、契約の補助やクレーム処理の補助をすることでコミッション料を得、保険販売を担ってきた。このような方式は、マイクロファイナンス実施NGOが銀行利息と顧客への融資利得の差額で金融サービスを提供するのと似ている。

しかし、既存保険会社のTATA-AIGやGrameen-Gono Bimaは、その方式を当初の数年間採用したが、その後、独自のエージェントを各地域で採用する方式に転じている(Roth and Athreye (2005), McCord and Churchill (2005))。これは、能力があり信頼できるNGOが不足していたり、パートナーとなったNGOが、ローンを抱えているメンバーの月々の支払いにおいて保険掛け金よりもローンの返済を優先させたり、保険関係以外の活動を優先させてしまうからである。そこで、Grameen-Gono Bimaの場合は各地域のフィールド・オフィス毎にオーガナイザーを採用したマーケティングに変更した。2005年時点でフィールド・オフィスは852存在し、事務所長の下で活動するオーガナイザーの数は計11122にのぼり、多くの女性が採用されている。事務所長は大卒以上であるが、オーガナイザーは高卒程度で学歴は重視されていない。そして、優秀な実績のオーガナイザーから事務所長に昇格させることもある。フィールド・オフィスのスタッフには契約高に応じたコミッション料と年功を採用してきたが、オーガナイザーについては完全にコミッションベースに移ることが予定されている。

TATA-AIGの場合は、マイクロ・エージェントモデルを開発した。TATAは地元で信頼されているNGOとコンサルタント契約を結び、NGOの組織する女性達の中からエージェント候補者の紹介を受けたり、その地域事務所を通して集金された掛け金を回収する。紹介された女性達は5人で農村保険グループを形成し、TATAのエージェントとして活動する。インドでは正規の保険代理店はライセンスが必要なので、リーダー格の一人が保険代理業のライセンスを取得している。また地域での信用を確立するために、これらのグループはAP州のSociety Actに基づいて登録をしている。エージェントに対するインセンティブとしては、家電商品などの褒美を達



出所）Kalavakonda（2006）の記述に基づき筆者作成。

図2 Indira Kranch Patham

成契約数に応じて提供している。

また、保険は不確定な将来に受け取るものであるために理解されにくいことを打開するために、保険金支払い認定を、組織の地域会合で儀式的に行い、保険金実際に支払われて有事に役立つことを実感させるという方法も、SEWAなどいくつかの団体で採用されている。

州政府が導入した公共プログラムである IKP は、保険主体が Zilla Samakhaya というディストリクト（Zilla）レベルの自助グループ連合統括組織である。この Zilla Samakhaya が保険商品の提供者となり、ブロック（Taluka）レベルの女性組織（Mahila Mandal）を通して村落組織の自助グループから掛金を回収することで、自助グループに参加している農村低所得世帯の生命保険や損害保険による保護を可能にしている（図2）。保険証書の発行やクレーム処理、損失評価と受取人への補償金の支払い、経営情報システムの維持は Zilla Samakhaya が行う。各マ Mandal につき 4000 から 6000 人の被保険者がいるが、これらの被保険者は自助グループの会合で掛金を支払い、自助グループから Mandal への支払いは振込為替で行い、Mandal から Zilla Samakhaya へは銀行口座が使われる。また、Zilla Samakhaya は国営保険会社と再保険契約を結んでいるが、この保険会社は、Zilla Samakhaya や Mandal に対して、保険制度の説明や会計上の技術指導を行っている。

このシステムでは組織内部でクレームが処理されることや自助グループにメンバーがあらかじめ組織されていることに助けられて、クレームの拒否率は 1% 以下であり処理期間は 2 - 3 週間で、迅速である。これが急速な加入者の増加の一因であるが、もう一つ注目すべき点として、Zilla レベルの組織がクレーム処理の実行責任者となったことがあげられる。村や Taluka レベルの婦人組織（Mahila Mandhal）では農村内エリートの影響を受けやすいため、その関与は集金に限られ、Zilla Samakhaya による独立した業務プロセスを確立することで、信頼を得たと Kalavakonda（2006）は分析している。

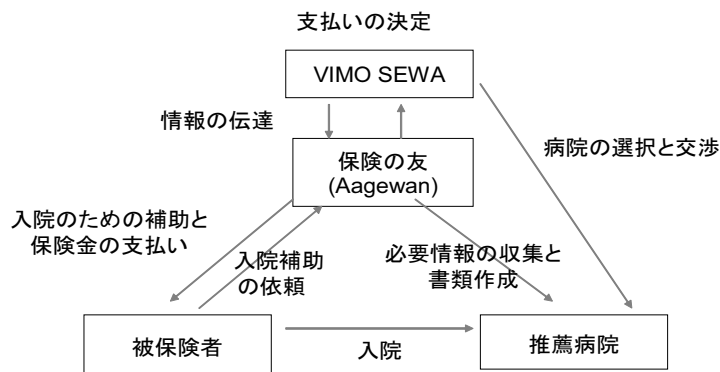
3-3 医療保険のデリバリーメカニズム

医療保険は、生命保険など比べて請求頻度が高くなり、また、医療サービスの提供者が第三の当事者としてかかわるので、より煩雑な作業が必要となる分野である。そのため、アメリカなどでは Third Party Administrator (TPA) と呼ばれる組織が被保険者、医療提供者、保険提供者との間に入って、折衝や事務的作業をこなす制度がある。インドでも既に医療保険の分野では保険会社が TPA と提携しており、マイクロ保険の顧客人口が巨大な Yeshasvini Trust の場合は、Family Health Plan Limited が関わっている。

しかし、民間企業の TPA に依存することはそれだけコストがかさむことになるので、低所得層向けマイクロ保険では独自のシステムが模索されている。

BRAC や Grameen Kalyan では医療保険の目的が日常の病気の初期段階での治療であり、その医療サービスの多くが、自身が運営するヘルスセンターで提供されていることから、請求処理がそれほど煩雑にはならないし、煩雑なものは数%に留まる。

他方、SEWA は、補償対象を、預金や緊急の借り入れで対応することが困難な入院費用に限定している。しかし、これは二つの理由で現実的効力を発揮しなくなる場合がある。一つは、一旦は患者が入院費用を自分で支払わなければならない制度では、その現金も用意できないために保険加入者が入院をためらう場合があることと、二つ目は、肝心の医療機関の少なさやサービスの質の低さである。そこで入院時現金不要制度を導入した。一定の基準をクリアした病院と契約し、保険加入者が入院治療を必要とする場合には、連絡を受けた地域センターのワーカーがあらかじめそれらの病院を手配して、手許現金がなくても入院できるようにし、退院前に保険金支払い手続きを行う。支払い可能な費用とそれに対応した治療についても、このワーカーが交渉する。病院側もこれによって、治療費回収の不安を抱かずに安定した患者数を確保できるわけである。(図3) この制度はまだアーメダバード市内に限られるが、今後その地域の拡大が検討されている。



出所) VIMO SEWA の HP.<http://www.sewainsurance.org/> より。

図3 SEWAの入院時現金不要制度

このような医療保険制度は、長年にわたって確立してきた SEWA の地域密着型保健システムに支えられている。SEWA は、過酷な環境での労働や不衛生な住環境がもたらす病気が組合員の所得機会を奪う大きな原因であることに気づき、早くから予防医療に力を入れ、地元の医療機関と提携して費用の手ごろな治療や薬の入手を可能にしてきた。それを現場で担っているのが、地元出身で産婆や予防保健医療などの研修を受けた Aagewan と呼ばれるワーカー達であり、彼らが、Vimo SEWA の地域エージェント兼 TPA の役割を果たしているが、日頃から病院や医療情報に明るいということがここでも役立っている。

3-4 支払い請求処理期間

保険金請求にかかる時間は、申請側が死亡証明書や検死報告（事故死の場合）などの書類を用意しなければならないのに加えて、請求資格や補償額に関する審査のために、一般的に長くかかる。そのことが保険制度への不信感になりやすい。既存の保険会社は生命保険でも 2、3 ヶ月かかっていたが、自前の保険の場合は勿論、NGO がエージェントとなる場合も、加入者の情報を蓄積していることから相対的に早い。Vimo SEWA では 2001 年には 3 ヶ月近くかかっていたが、現在では農村部でも 2、3 週間、都市部では最短一週間、事故死で 1 ヶ月という迅速な処理をしている（SEWA (2006)）。

3-5 逆選択とモラル・ハザド対策

保険は情報の非対称性に基づく逆選択やモラル・ハザドが発生しやすい商品であり、既に組織されている MFI の顧客や協同組合員を対象とすることで、そうした問題をある程度抑制しているということは、マイクロファイナンスで実証済みではある。しかし、具体的な対策も導入されている。

逆選択を防ぐ最も有効なものが、リスクの低い者も確保できる強制（全員）保険とグループ保険である。しかし、カバーできるリスクの範囲を広げるためには、個々人の自主的選択制をとらざるを得ない。また強制の場合は、個々人が加入していることをあまり自覚していない場合もあり、保険制度への理解はかえって進まない。そこで、自主的加入では事前審査などが重要となる。また、出生証明が無い場合に虚偽の申告が発生する可能性がある。しかし年齢によって掛け金が上昇する制度を採らなければ、それほど大きな問題にならない。逆選択防止のもう一つの方法が、除外項目を設定し、待機期間を設けることで、虚偽の申告を抑制している。GGB は契約初年度の自殺は除外としている。契約初年度の死亡については、契約時点での年齢や健康状態を調査する。

かつて政府系保険会社の家畜保険では虚偽申告が少なからず発生したが、人の場合には、死亡証明書や医者による所見の提示を義務付けることで大きな不正は防ぐことができる。また持参金目当ての殺人は、女性メンバーが主たる対象でメンバー同士の接触やスタッフとの繋がりが高いという環境では、起こりにくいと考えられる。利用頻度が高くなる医療保険に対しては、

BRAC は証明カードに写真を添付したり家族構成を記録して、他人への流用を防いでいる。また、過剰使用を防ぐために患者側の費用負担制や指定医療機関の義務付けなどが採用されている。

3 - 6 同時発生リスクへの対策

同じ地域で同時に多数の被害者が出たり被害が連鎖した場合は、保険会社の基金を即刻払底させてしまう。小さな保険会社の場合は他の全国規模あるいは国際規模の保険会社と再保険契約を結ぶことで破綻の回避がはかれるのが一般的であるが、独自に保険制度を行っている NGO ではまだ稀で、わずかに IKP は国内の保険会社と再保険契約を行っている。他に同時発生リスク対策として採られるのが、疫病や災害による死者は除外するとか、支払い上限を定めるという方法である (Roth et al (2005) p. 26)。疫病や災害こそが本人にはコントロールできない、不確実性の高い出来事であり、また両者とも途上国ではその確率は高く、保険がその本来の役割を発揮できる部分であるが、それらは宗教的諦念になお委ねられているのが現状である。

3 - 7 採算性

Grameen-Gono Bima の 2002 年の支払額の掛け金総額に対する比率は、加入者が大きく増加する中で、死亡による請求は2%台に激減したが、満期によるものが6%、解約によるものがほぼ0%となっている。また、留保金を含めた経費は97年 - 2002年の間で50%を上下している。当初は Grameen-Gono Bima 部門は一般の保険部門からの収益で補填していたが、その加入者数が増加するにつれ収支の改善が見られ、先の調査書 McCord and Churchill (2005) によれば 2004 年には損益分岐点を越えると予測されている。また、インドの MFI である SPANDANA は、一旦は保険会社との国営保険会社 LIC とのパートナー・エージェント関係で始めたが、請求審査と決定の手続きが煩雑になることから、保険を自前で行ってみたところ、その収益は掛金収入の20%にのぼり、収益性が高いことを知ってそのまま保険主体として継続している。これは全員加入のローン関連生命保険に絞っていること、また投資収益が15%にもなることに助けられている。保険は長期の積立預金と同様に安定した資金を保険主体に提供するので、その適切な運用が求められる。MFI の場合は投資のエキスパートを抱えずとも、既にこれまでのマイクロファイナンス事業の経験で余剰資金の短期・長期の投資先（預金や国債など）を見出してきているし、余剰資金を融資に回せたり、他の収益事業にあてたりすることができることが強みとなる。

4. 結論

インドおよびバングラデシュでは、近年、様々な形で低所得層のリスクを軽減し、更なる貧困化を防ぐ制度が広がってきている。特に、マイクロ保険は、その担い手およびそれによってカバーされる人口の双方において広がりを見せている。これらは、政府自身による社会保障制度確立の

大きな遅れの中で、民間組織、すなわち MFI あるいは NGO や協同組合など何らかのマイクロファイナンス実施機関のイニシアティブで導入されてきた。

組織人口が大きな MFI や協同組合によって導入された諸手段は、貧困層一般というよりは、基本的には既に貯蓄やローンの顧客で、「メンバー」として一定の地域内で組織され、その世帯に関する情報が小グループのメンバー間や組織とメンバーとの間で共有されている人々を対象としたものである。しかし、そうであるからこそ可能となった。すなわち、保険商品は多くの加入人口を必要とすること、不確実性の高い将来の出来事に対して長期間支払うことは、エージェントとしてであれ保険主体としてであれ、組織に対する信頼が不可欠であるが、成功してきた MFI や協同組合は、預金を含むこれまでの MF 事業で十分信頼を獲得している。販売・契約・請求処理において、教育水準の低さに始まる貧困層に固有の諸問題への対処が可能であり、取引費用の増加を抑制できること、モラル・ハザドや逆選択といった情報の非対称性にもとづく問題が保険商品では発生しやすいが、これらも抑制されること、などが MFI による保険導入の利点として挙げられる。

バングラデシュでは、政府が社会保障の分野で実効性のある政策をほとんど打ち出しえないなかで、数百万の顧客を抱える巨大化したマイクロファイナンス機関が、政府に依存することなく独自に何らかの保護手段を組織自身が提供するという方法をとってきた。民間保険会社のマイクロ保険への参入は、政府の出稼ぎ者への保険加入の義務化による需要増加を外的条件としつつ、MFI によってその可能性が明らかとなった Bottom-of-Pyramid 市場への挑戦でもあった。

インドでは、既存の保険会社や病院など市場からサービスを調達するための仲介を MFI その他のマイクロファイナンス実施機関がするという方法が広がった。これは既存企業に社会および農村セクターへの進出を義務付ける政府の政策が効を奏したと評価できる。その前提として、グループの組織化によって NGO が手数料を稼げる制度による 1990 年代後半からの自助グループの普及があったが、これにも国営銀行の梃子入れがあった。これは、政府が、社会保障をすべての人々には提供できない段階でも重要な役割を果たすことができることを示唆している。市場で個人がリスク管理の手段を購入するということに任せてしまうことはできない。それが不可能な人々は必ず存在し、一人当たり所得のまだ低い発展途上国ではむしろこのような人口層が多い。また、貧しいほど、現在の消費水準を低下させてまで不確実なできごとのために準備しにくく、保険商品に対する需要がそれほど高くはない。しかし、低所得ではあるが勤勉に働いている人々が家族を持ち、子どもの成長や自分の老後に何らかの希望を抱ける段階に入れば、確実に需要は高まっていく。彼らには、一つの現実的選択枝として、地元で活動し諸問題への対処能力のある組織に自らが所属し、自己防衛手段をそこから直接的に入手するかその仲介で市場から購入するという道が開かれてきているのである。このような地域に密着したメンバーシップ型の組織は、総合的な「共済組合」へと転化することでより総合的なリスク対応機能を発揮するだろう。政府はこうした方法を促進し支援することで、自らは、最も助けを必要とする個人への救済に、限られた人材と資金を集中することができる。また、政府の貧困世帯向け支援策も、このようなメン

バー制に支えられた擬似コミュニティによって実効性を持ちうる。南アジアの経験は、かくして社会保障制度のあり方に新たなパラダイムを与えたといえるのではない。

南アジアの人口大国二カ国の MFI と保険の関係は、近年の発展途上国における医療保険に関する議論を検討する際にもヒントを与えている。医療互助組織 (Mutual Health Organization) や Community-based Health Insurance (CBHI) に関する論文が、土地空間に張り付いた自生の村落コミュニティではなく合目的的に組織され利害を共有する相互扶助的な組織に注目している (Atim (1998), Devadasan (2005) や Acharya and Ranson (2005))¹⁰。しかし医療ニーズ専用に組織されたコミュニティの規模は、リスクプーリングにとっては小さすぎるため、しばしば持続性について疑問がもたれてきた。これに対して、現在南アジアで進行しているものは、マイクロファイナンスという、よりニーズの高いサービスの提供を通じて、規模も財政的マネジメント水準も飛躍的に向上した組織が主体となっているところが医療サービスから出発した CBHI とは異なっており、医療保険においても従来の CBHI の限界を開いて持続性を持つことが期待される。

最後に残された課題について述べておこう。

一つ目として、庶民にとって最も切実で今後需要が高まると考えられる医療保険制度には現行医療制度の改善が不可欠であろう。医療保険制度の普及による資源の動員を医療施設への投資等にどのように効果的にリンクさせていくか、ということが検討されていくべきであろう。二つ目は、国民皆保険制への道が程遠い国で、現時点で未だにどのメンバー制コミュニティにもカバーされていない低所得世帯もリスク対応手段を入手できるようにするには、どのような制度設計やプロセスが可能かの検討である。アンドラプラデシュ州の自助グループを単位組織とした IKP は、参加しやすくサービス・チャージだけで運営される比較的小さなメンバーシップ制コミュニティが、その広域的連携を通じて、リスクからの保護手段を総合的に提供する共済組織として発展していくというシナリオを想定させる。しかし、そのためのプロセスとクリアすべき課題について今後具体的に検討されていかなければならないだろう。

参考文献

(注：EPW は Economic and Political Weekly の略)

岡本眞理子・栗野晴子・吉田秀美 (1999) 『マイクロファイナンス読本』, 明石書店

Acharya, Akash and M. Kent Ranson (2005) "Health Care Financing for the Poor: Community-based Health Insurance Schemes in Gujarat" *EPW* September 17, pp. 4141-4150

Ahmed, Mosleh et al (2005) "A Comparative Study of Three Examples in Bangladesh"

10 Atim (1998, p.4) は医療互助組織に注目しているが、そこでは "community and employment - based groupings" と定義している。また Devadasan (2005) ではコミュニティの定義自体をしているわけではなく、"Community Health Insurance を "any not-for-profit insurance scheme that is aimed primarily at the informal sector and formed on the basis of a collective pooling of health risks, and in which the members participate in it's management" としている。

- Good and Bad Practices Case Study No. 13*, CGAP Working Group on Microinsurance
- Ahuja, Rajeev and Alaka Narang (2005) "Emerging Trends in Health Insurance for Low-Income Groups" *EPW*, September 17, pp. 4151-4157
- ASA (2007) "Financial and Health Assistance for ASA Members"
<http://www.asabd.org/html/HealthMem.pdf>, (2007-7-1)
- Atim, Chris (1998) "Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery, and Access to Health care", Maryland: Abt Associate Inc.
- Azad, Nandini (1986) *Empowering Women Workers: The W. W. F. Experi in Indian Cities*, working women's Forum.
- Brown, Warren and Craig Churchill (1999) "Providing Insurance to Low-income Households Part1A Primer on Insurance Principles and Products" *Microenterprise Best Practices*, 1999 November.
http://www.microfinancegateway.org/files/2459_file_02459.pdf
- Brown, Warren and Craig Churchill (2000) "Insurance Provision in Low-Income Countries Part : Initial Lessons from Micro-Insurance Experiments for the poor"
<http://www.ocdc.coop/publications/insuranceprovisionpart2lessonslearned.pdf>
- Churchill, Craig edit. (2006) *A Microinsurance Compenium*, ILO
- Devadasan, N. et al. (2005) "Community Health Insurance in India, An Overview", *EPW* July 10, pp. 3179-3183
- IRDA (2000) "IRDA Notification October 16, (Obligation of Insurers to Rural and Social Sectors)", THE GAZETTE OF INDIA EXTRAORDINARY PART - Section4, New Delhi,
<http://www.irdaindia.org/>
- Kalavakonda, Vijay (2006) "Access to Insurance for the Poor - The Case of Indira Kranti Patham in Andhra Pradesh, India", *Access Finance*, No. 13, World Bank Group.
- Lanjouw, Peter and Nicholas Stern edit. (1998) *Economic Development in Palanpur over Five Decades*, Oxford: Clarendon Press.
- McCord, Michael and Craig Churchill (2005) "DELTA LIFE Bangladesh", *Good and Bad Practices Case Study No. 7*, CGAP Working Group on Microinsurance.
- McCord, Michael, Jennifer Isern and Syed Hashemi (2001) Microinsurance: A Case Study of An Example of The Full Service Model of Microinsurance Provision: Self-employed Women's Association" *MicroSave*, Version 3.0.
- Morduch, Jonathan (1999) "Between the State and Market: Can Informal Insurance Patch the Safety Net?" *The World Bank Research Observer* Vol. 14, No. 2.
- Prahalad, C. K. (2005) *The Fortune At the Bottom of the Pyramid*, New Jersey: Warton School Publishing.
- Reddy CS and Sandeep Manak (2005) "Self-Help Groups: A Keystone of Microfinance in India - Women empowerment & Social Security", October 2, APMAS.
- Roth, James and Vijay Athreye (2005) "TATA-AIG Life Insurance Company Ltd. India" *Good and Bad Practices Case Study No. 14*, CGAP Working Group on Microinsurance.
- Roth, James et al. (2005) "Microinsurance and Microfinance Institutions, Evidence from India", *Good and Bad Practices Case Study No. 15*, CGAP Working Group on Microinsurance.
- Shah, Mittal and Tara Shinha (2006) "SEWA's Health Insurance Programme", SEWA.
<http://www.psi-confliisboa.com/portal/images/download/panel%202%20-%20shah.pdf>
- Yunus, Muhammad (2007) "Grameen Bank At a Glance".
<http://www.grameen-info.org/GBGlance.htm>