

社会デザイン学会
ファイナンシャル・インクルージョン研究会第4回勉強会概要

平成 28 年 4 月 16 日

演題:「マイクロファイナンス利用者のサービス利用戦略ーマイクロ医療保険調査を基にー」

日時:2016 年 3 月 26 日(土) 午後 1:00 ~4:10

講師: 石坂貴美 日本福祉大学社会開発研究センター客員研究所員

東京大学大学院「人間の安全保障プログラム」博士課程

会 場: 東京都 文京区小石川運動場会議室

出席者: スカイプ 2 名を含め、22 名

1. 田中代表

FI 研究会は、昨年 4 月に発足したばかりであるが、今回で 4 回目の勉強会、文献紹介、CGAP の研究論文等の翻訳を中心に、メンバーの積極的貢献のもと、実施されてきている。当研究会の活動への参加を歓迎したい。また、当研究会が所属している社会デザイン学会への加入も検討いただけるとありがたい。次回以降の勉強会テーマと講師については、検討中で、決定次第ご案内いたしたい。

2. 石坂講師プレゼン骨子

(ポイント)

- ★バングラデシュでは、マイクロ医療保険を提供する機関はごくわずか。
- ★マイクロ保険を提供する中堅 NGO である IDF (Integrated Development Foundation) を対象に調査。医療保険加入方法は、融資に付随した強制保険(加入者はほとんど女性で、家族も医療保険の対象となる)で、毎週の融資返済とともに保険料支払い。保険金請求には、医師の診断書が必要。調査では、①医療費カバー率、②保険に対する意識に関するデータを収集。
- ★保険金の上限は2000タカ(注:約3千円)で、保険金請求は年1回まで。医療費に対する保険のカバー率は、平均 14%、入院手術治療で、1割程度。
- ★保険の非自給の理由の中で、最も多いのは、保険の知識・認識不足(保険料は融資の手数料や金利と混同され、請求は権利と認識されていない)。
- ★顧客にとって、現在の医療保険は「ないよりまし」という認識ながら、医療保険に着目して融資借入先を変更したり、貯蓄とのバランスを考慮し、途中引きおろしできないが金利の高い長期積立預金は以前の融資先を維持し、同時に引き出し可能な緊急口座への貯蓄も行う等、顧客はそれぞれ個々のニーズを踏まえ戦略的に金融サービスを組み合わせていることが認識できる。
- ★MFI の顧客は金融商品の特性①流動性、②収益性、③安全性を考慮し戦略を練っている。

★顧客にとってのマイクロ保険の問題点は、選択肢が少なく主体的な選択ができないこと。
★提言：サービスの改善(低い知識の改善と医療費カバー率の改善)、業界全体でのリスク・プーリング、業界を超えた連携(国民保険制度との連携等)

3. 辻顧問コメント(埼玉大学教授、CGAP 経営委員長)

医療マイクロ保険の課題と、JICA の取り組みについて紹介したい。

3. 1. 医療マイクロ保険について

医療マイクロ保険については、国を問わず、様々な課題がある。すなわち、①如何に病気を防ぐか、②如何に良質の医療ケアにアクセスできるようにするか、③如何に医療サービスのコストを削減し、事業としてマネージできるか、④どれだけ保険の管理コストを削減できるか、⑤如何に保険に伴う逆選択やモラル・ハザードを防ぐか(不健康な人の方が保険に入り易い、保険に入ったので健康に留意しなくなる等)が、指摘できる。支払い可能で(affordable)包括的な便益を、ビジネスとして提供できるかが問われている。

利害関係者の集まりであるマイクロ保険ネットワーク(事務局ILO) では、これら課題克服のために、医療マイクロ保険に関して 10 の提言を出している。

- (1) できるだけシンプルな商品を提供すること。
- (2) 高品質で付加価値のついた商品を提供すること。たとえば健康診断等の予防サービスを併せて提供する。
- (3) 貯蓄商品と結びつけること。養老保険など事実上の貯蓄商品があるが、貯蓄と保険を併用しつつ使い分けることも重要。風邪のような頻繁で軽めの出費については貯蓄で賄い、怪我による入院等めったに起きないが金額がかかる出費については保険で賄うことが望ましいとされている。
- (4) 顧客に良い経験をさせて、保険を信頼できるようにすること。保険請求処理の迅速化・簡素化、保険料支払い方法の柔軟化など。
- (5) 携帯電話やカードなどデジタル技術を活用すること。フィンテックは、アフリカでは金融サービスのアクセスに大きく貢献している。マイクロ保険は、文書化や処理を伴い、IT 技術に適した業務分野であろう。
- (6) 顧客からのフィードバックを常に尊重すること。
- (7) 政府や民間保険会社と連携すること。たとえば国民皆保険制度は、米国でも実施されていないことでもわかるように容易ではないが、その制度整備と並行して、医療マイクロ保険の果たせる役割がある(フィリピンの事例)。
- (8) 公平性確保や市場育成の為に政府の補助金が必要な場合も、期限付きであるべきこと。

- (9) マイクロ保険をビジネスとして成立させるには、商品を低コストで流通させるデリバリー・チャンネルが鍵となること。他のコア・ビジネスを持った流通ネットワークに載せると効率的。
- (10) 医療ケアの提供者と適切なパートナーシップを築くこと。

3. 2. バングラデシュでは、何に取り組み、JICA の資金で何をしようとしているのか。

バングラデシュには、中小規模のMFIs(法的には NGO)を統括する PKSF(注)という機関が存在する。当国では、4大 MFI(ASA, グラミン、BRAC, BURO)が市場を独占していることが、金融包摂の質的発展にとって最大の課題である。また、マイクロ保険を提供する際の法規制がはっきりしておらず、民間保険会社は、NGO 形態の MFI がマイクロ保険を提供することは法律違反であるとして、MFI側と対立している。MFI側からすると、民間保険会社は貧困層を顧客として相手にしていないではないか、自分たちのやらない分野に何故苦情を言うのか、ということになる。PKSFは石坂さんの調査以降も独自に、マイクロ保険の市場調査、規制改革提案、MFIsの能力開発、顧客の理解増進、マイクロ保険商品の試行などを行ってきた。そこで JICA は、PKSF内に新設されたマイクロ保険部門によるMFIsへの支援能力の強化案件(技術協力)を検討している。また、世界で最も気候変動の影響を受け易い国のひとつであるバングラデシュでは、貧困層を気候変動リスクから守る適応策の一環として、資産・生計・生命・病気や怪我・農業・家畜などを対象にしたマイクロ保険や、融資以外のマイクロ金融サービスの多様化(貯蓄商品等)が極めて重要。沿岸部を襲うサイクロンは年々規模が大きくなり、洪水被害だけでなく田畑に塩害をもたらしている。気候変動適応金融商品の開発と効果測定も、併せてJICAで支援する。

(注)Pali Karma-Sayak Foundation(土地なし貧困層を支援する非政府団体に対して資金提供を行う APEX 機関)

4. 質疑応答

Q1 バングラデシュの国民の 9 割はイスラム教徒。シャリア(イスラム法)に則ったイスラム保険が存在しているのか。イスラムの教義との関連で、生命保険は認められるのか。また、今後のイスラム保険の見通し如何。

A 民間の保険会社がイスラム保険商品を扱っている。イスラム法では、融資や貯蓄の利息が禁止されており、利息にあたる部分が手数料という形でカバーされている。納めた保険料がプールされて運用され、利益は配当という形で加入者に支払われると承知している。

(辻先生コメント)イスラムの理念として、お金を商品として扱ってはいけないという大原則がある。また、融資側も借入側による投資のリスクを引き受け、損益は分担しないといけないというルールがある。シャリア商品を使うかどうかは顧客の選択に任されているが、顧客に有利なシャリア金融商品の一層の多様化が、世界的には課題である。

(その他コメント)イスラム保険については、東京海上日動がサウジアラビアや湾岸諸国で導入したタカーフル(相互扶助)という制度がある。バングラデシュでも同様の制度が導入されている可能性がある。投資の損益分担原則は、7世紀にアラビア半島では、アラビア商人たちは隊商を組んで遠隔地との交易を行い、利益が出ればそれを分かち合い、事故や盗賊に襲われたりして、財産を失えば、その損失も分かち合うという習慣があった。イスラム教創始者であるムハンマドも、年上の妻ハディージャがスポンサーになり、隊商を組んで交易を行っていた。それが今日のイスラム金融の基本的理念となっている。イスラム保険にも、投資の要素が組み込まれている。

(参考)タカーフルの基本構造:①加入者は、契約期間中、一定額の掛け金を事業者に納め続ける。②事業者は、掛け金を加入者基金にプールする。③事業者は、プールされた資金で、イスラム金融の手法で投資運用する。④契約期間中、(死亡等)事故が起きなければ、加入者は、掛け金の一部(手数料等を除く)と運用投資利益の一部を受け取る(利益は予め定額受け取れるわけではなく、運用に失敗すれば支払われない)。⑤(死亡等)事故が起きた場合には、加入者基金から、「喜捨(施し)」の名目で、保険金に相当する金額が支払われる。

Q2 商品の法律的事項を規定した約款はあるのか。

A 今回調査したIDFの例では、顧客に提示する事項を示した書面はない。保険の仕組みについてもトライ&エラーで行われている。保険の支払いは支所ごとに管理されていて、支所の基金が底をつきないよう経験等に基づき、支所の裁量で保険金額が決定される。保険という名ではあるが、互助会的な仕組みといえる。保険の仕組みや規則に関する通達は、本部から各支所へ書面で送られるが、顧客に直接接するフィールドスタッフは通達を覚え、口頭で説明している。

(辻先生コメント)保険の商品開発のためには、データを集めて、料率を決める必要がある。基礎となる実態が計算されていないといえる。

Q3 養老保険の契約期間、元本割れすることがあるのか。

A 養老保険で、元本割れはない。保険には、満期5年、10年以上という種類があるが、加入者の7割が10年以上を選択している。

Q4 中間層向け保険は成功しているのか

A1 バングラデシュでの人口に対する保険加入率は1%で、インドは4%である。バングラデシュではMF利用者には、土地を持たないとか所得制限があり、結果として保険の加入者はBOP(ベース・オブ・ピラミッド層)の方が中間層以上よりも多くなるのではないかと。今回の調査ではBOP層であるMF利用者の保険の加入率は4~5%になる。

Q5 マクロ経済が成長すれば、貧乏人も先のことを考える余裕が出てくると考えていいのか。

A バングラデシュでは、リスクを多く負っているひとの方が保険加入の割合が高くなるという逆選択が起きている。これは、保険の加入の際の健康状態は、自己申告制で、審査もないためである。

(辻先生コメント)所得が上昇して人々の教育や理解力が高まると、合理的判断に到り、その集合体としての経済が効率的になるというのが、これまでの前提であるが、近年の行動科学や心理学の成果は、この常識が必ずしも当て嵌まらないことを示している。貧困層に先のことを考える能力が無いのではなく、社会制度の側が貧困層に過重な負担を強いているのではないか。補足だが、バングラデシュでは、たとえば、アフリカのケニア等と比べてもマイクロ金融に係る法整備が遅れている。規制当局はMRA(マイクロクレジット規制庁)で、融資以外については制約が多く、マイクロ保険についてもかなり一般的な条文しかない。商業保険については、保険業界を監督する官庁と保険法が存在するが、マイクロ保険は明記されていない。

Q6 世帯の経済状況 4 分位年収の幅はどれほどあるのか4つの部位で年収の幅があるのか。

A 世帯間でかなりの収入の差がある。ばらつきが大きいので標準偏差のデータをあとでお伝えしたい。

(一人当たり平均世帯年収 22,945 タカ、最大値 180,000 タカ、最小値 3,000 タカ、標準偏差 16,174)

Q7 家政婦をしている S さんの年収。

A 年間支払保険料は 5 千タカで、月収は 5~8 千タカ。

(参考) S さんは週数日のみ 3 件かけ持ちで家政婦として働き、夫は日雇い土木作業員の貧困家庭に属するが、貧しいながら暮らしを守る戦略を立てており、借金をしても、利率が高く途中で自由に引き下ろせない定期貯金や養老型生命保険を維持している例としてプレゼンで紹介された。

Q8 保険料支払いの中断や横領等提供者の不備でも、保険金は支払われるのか。

A 中断は本来払い戻しがきくはずである。しかし、たとえば、10年満期であれば、保険料を納めて10年経って初めて払い戻しが受けられるとか、新規に保険料を支払う必要があるとかいわれて泣き寝入りするケースも生じている。横領についても保険金が支払われないケースが報告されている。

(辻先生コメント)消費者保護体制の充実が不可欠。

Q9 保険請求をしなかった理由。もっと貧しい人に回るよとの配慮もあったのか。

A そもそも多くの人は保険料を支払っていると認識していないため、保険金を生活の苦しい人への生活支援程度に考えて、保険金請求を権利と認識していない。また、保険金は、期間中1回だけというルールがあるため、軽傷では申請せず、重傷を負った時のために申請を控えるというケースもある。さらに、医療費が、2-3万円もかかったにもかかわらず、医療保険で下りる金額がわずか500円、千円程度である場合、期待させておいてあまりにも金額が少ないとして受け取りを拒否したケースもある。

(辻先生コメント)より貧しい人に回してほしいということは、社会関係資本が機能していることを示している。バングラデシュのマイクロ保険は、近代的な保険ではなく、皆でお金を支払って、気の毒な人にお見舞金が行くというイメージ。政府補助金のターゲティングも、農村部では同様の伝統的な社会の仕組みが機能している。

Q10 融資の返済期間が終わっていて、請求できなかった例があるのか。

A 融資に付随する保険のため、基本的に融資返済が終わると保険期間も終了する。しかし、申請すれば保険金が下りるケースもある。

Q11 障害のより重症者を対象とする場合、保険の制限があるのか。

A この保険は融資に付随するものである。融資利用者であるMFのメンバーの入会時、融資利用時に自己申告制で健康であることが条件となっている。審査もなく、医療保険の対象となる家族は重病患者でも加入することができる。

Q12 マイクロ保険商品の設計においては、保険料率の決定等のために医療データが必要であり、データに対するニーズが存在する。モバイルX線計測装置を活用して、遠隔地でデータ収集を行うことが考えられる。保健機関と連携してX線計測装置を用い、住民の身長、体重、肺、心臓、骨格等健康情報を得ることができる。これに衛星情報から気温、水、森林、工場、病院、道路等の環境情報を組み合わせることで、保険会社にとって必要な分析が可能になるのではないか。保険会社や国の機関に持っていけばIT技術で得られた情報で商売ができる。課題が多いがビジネスとして成り立つものと考えている。

A 個人コンサルとして、JICAのBOP調査で日本の生命保険会社の調査にかかわっている。生保の調査の中で、バングラデシュでは、①統計で必須の死亡率さえ、見当たらない、②慢性病が多かったりする、③病気は自己申告制で、例えば申告では糖尿病患者の割合が5%であっても、実際には、その2-3倍いたりする。糖尿病患者の割合やレントゲンによる肺の状況等は、保険会社にとって一番ほしいデータであることは間違いない。生保や医療特約は、データの裏付けがないと商品の設計ができない。バングラデシュでは、診断を受けると病気

が発見されることを怖がり、結果として末期まで放置されることも多い。ガンも早期に発見されれば治癒する確率が高まるとの保健教育も重要。

(辻先生コメント)機械化提案には疑問なしとしない。途上国の人材育成や技術開発は目覚ましく、バングラデシュも同様だ。日本の人材・技術の優位性だけには頼れない状況が現出しているのではないか。

Q13 公共医療サービスは無料なのか。民間の医療サービスとの差は何か。

A 憲法上、国が医療サービスを提供することが規定されている。コミュニティ・クリニックの上に郡病院、さらに大学病院が存在する。大学病院での診察だけであれば、10 タカから 15 タカ(お米 1 キロが 30 タカ程度)ですむ。しかし、薬、注射は自己負担である。サービスの質にも問題がある。骨折で、皮膚から骨が飛び出していたとしても、大学病院では多数の患者が待っており、翌日に後回しになる可能性がある。そんな時、医者からは、夕方自分が営んでいるクリニックに来るようにとの話もささやかれる。公共医療で、30~50 円で済むものも、開業医で治療を受けると 4~5 千円かかることになる。しかし、治療が遅れ、手が動かなくなるよりは、ましであると考えるものも多い。

Q14 アフリカでは携帯を利用したマイクロ保険が導入されていると伺った。バングラデシュでも電子マネー**bKash** が導入されているようであるが、マイクロ保険に活用する動きはあるのか。

A 今のところはない。アフリカでは、プレミアム保険というものがあり、携帯会社が 3 か月など一定以上携帯を利用している顧客に 4 か月目から会社側の負担で、得意の顧客へのロイヤリティとしてロイヤリティ保険を付与するサービスを提供しているところもある。生命保険を顧客への無料サービスとしているが、顧客のニーズに応じて医療保険を任意有料で提供したところ、有料サービスへの加入率が 40%に達しているところもいる。バングラでも携帯の大手三者がロイヤリティ保険をすでに導入している。インターネット会社も 2010 年から利用者のための事故保険をロイヤリティ保険として付与しており、今後、顧客、保険会社、通信会社の 3 者間で、ウィン・ウインの関係を維持しながら発展していくと考えられる

(辻先生コメント)ケニア、タンザニアなどと比較すると、バングラデシュの **bKash** は始まったばかり。モバイル・バンキングはデリバリー・コストを下げる手段として極めて有効だが、それに止まらず、顧客行動データを管理し、顧客と瞬時に意思疎通して、商品開発・改善に繋がられる点が魅力。

Q15 バングラデシュの IDF のマイクロ保険のケースでは、IDF の支所が顧客に現金を支払っているのか。

A 支所が集会センター経由で集めた自身のアカウントに保険金をプールしている。運営は、基本的に各支所の独立採算制で、査定も支所長の裁量に負うところが大きい。いわば、医者にかかった人へのお見舞金のようなもの

Q16 業界の連携と PKSF の果たす役割について、どのような提言がなされているのか。

A PKSF は、MF 機関の APEX 機関であるが、再保険を担うことは難しい。そのため、MFI には再保険会社と連携するニーズは存在する。

(辻先生コメント) 民間保険会社による再保険は、バングラデシュの現状ではすぐにはできない。別途のリスク・プールの仕組みが必要。JICA の技術協力で、検討の支援を行う予定。

Q17 バングラデシュにおける MF の担い手。

A 大手 MFI は、大学を卒業した幹部候補生にもスタッフに現場の経験、センターへの集金業務の経験を積ませている。MF スタッフの給与は通常、公務員の 10 倍、20 倍上である。スタッフの横領等の不正を防いで、顧客の信頼性を高めるために、MF 利用者の子どもたちをスタッフとして雇い入れることも行われている。一方、大手 MFI はすべてインターンを受け入れている。

Q18 医療マイクロ保険の医療費カバー率は 10%程度であるとの説明があったが、この程度しかカバーされないのであれば、緊急融資やすぐに引き下ろせる貯蓄の方が使い勝手がよく、顧客のニーズにあうのではないか。

A 現在のところ、マイクロ保険の給付は、ないよりましというものである。このため、入院等高額医療に特化した保険商品も考えられる。インドでは、大手 MFI の SKS が融資に付随し、高額医療費をカバーする医療保険を付けて売り出したが、逆に競争力を失ってしまった。マイクロ保険では、ひろく薄く加入者を募る必要がある。

(辻先生コメント) これらの点は、石坂さんの調査で初めて明らかにされたものであり、今後、融資、貯蓄、保険など商品を多様化し、その中で、どれが最適なのかを科学的に検証する必要がある。同時に透明性を高め、最終的には顧客が適切に選択し、生計向上の戦略を実現できるようにすることが、開発インパクトを大きくすることに繋がる。

(了)