

インドにおけるマイクロ保険の社会的位置づけと事業持続性
～保険会社の活力を通じた社会保障システムの拡充～

2012年3月

一般財団法人 国際開発センター
自主研究事業報告書

茂木 桂樹（一般財団法人 国際開発センター）
大西 洋也（株式会社 国際開発センター）

本研究報告書の作成に当たっては、別添 1 に記載したヒアリング先の方々から多大なるご協力を得た。ここに心より謝意を表したい。

残存する誤りは筆者に帰す。本研究報告書中で述べられている解釈・意見は筆者によるものであり、一般財団法人国際開発センターの見解を示すものではない。

目次

略語表	1
要旨	3
第一部 インドにおけるマイクロ保険の社会的位置付け	7
1章. 本研究の概要	7
(1) 本研究の目的と背景	7
(2) 調査の方法とスケジュール	7
(3) 制約事項	7
2章. マイクロ保険の定義	8
(1) 既存の定義	8
(2) インドにおける定義	8
(3) インドにおける一般の保険とマイクロ保険の相違	9
(4) 本研究報告書での定義	10
3章. マイクロ保険の歴史	10
(1) 保険会社の成り立ち	10
(2) 社会保障意識の高まりとマイクロ保険の始まり	12
4章. 市場規模と潜在需要	13
(1) 市場の成長の実績	13
(2) 市場の潜在規模	16
(3) マイクロ保険への潜在需要	18
5章. マイクロ保険の社会的位置付け	21
第二部 マイクロ医療保険と事業持続性	22
1章. マイクロ医療保険市場における主なプレーヤー	22
(1) 規制当局 (IRDA)	23
(2) 保険者	23
(3) エージェント	24
(4) 第三者機関 (Third Party Administrator (TPA))	25
2章. 事業の持続性を担保する上での課題	26
3章. 流通・販売における課題に対する代表的モデル	27
(1) フル・サービス・モデル	27
(2) プロバイダー・モデル/Provider-driven Model	27
(3) コミュニティ・モデル/Community-driven Model	28
(4) パートナー・エージェント・モデル	29
4章. 他の諸課題の現状と対応策	32
(1) マーケティングの難しさ	32

(2) データ不足による保険商品開発・保険料算定の難しさ	33
(3) 逆選択とモラルハザード.....	37
(4) 社会インフラの不足による損害率の高さ	37
5章. 政府補助金スキーム (RSBY プログラム) の概要と課題	38
(1) 仕組み.....	38
(2) 市場規模.....	38
(3) 課題	39
6章. インドにおけるマイクロ医療保険に関する展望と提言	39
(1) インド政府への提言	39
(2) 保険会社への提言	41
別添 1 : 本調査におけるヒアリング先.....	45
別添 2 : 参考文献.....	47

為替換算レート※

(2012年3月時点)

INR 1.00 = USD 0.020 = JPY 1.645

※ Financial Times “FT Guide to World Currencies” の2012年3月1日付レート (USD1.00=INR49.215、JPY1.00=INR50.7743) を基に算出 (小数点第四位以下は切り捨て)

<http://markets.ft.com/RESEARCH/markets/DataArchiveFetchReport?Category=CU&Type=WORL&Date=03/01/2012>

略語表

略語	英名	和訳・和名
生保		生命保険
世銀		世界銀行
損保		損害保険
AIG	American International Group	アメリカン・インターナショナル・グループ
BPL	Below Poverty Line	貧困ライン未満
CBO	Community Based Organization	コミュニティに根差した組織
CGAP	Consultative Group to Assist the Poor	
FHPL	Family Health Plan Limited	
FICCI	Federation of Indian Chambers of Commerce and Industry	インド商工会議所連合会
GIC	General Insurance Corporation of India	インド一般保険公社
HFF	Healing Fields Foundation	
IAIS	International Association of Insurance Supervisors	保険監督者国際機構
IFFCO	Indian Farmers Fertiliser Cooperative Limited	インド農民肥料公社
IIB	Insurance Information Bureau	保険情報局
ILO	International Labour Organization	国際労働機関
INR	Indian Rupee	インド・ルピー
IRDA	Insurance Regulatory and Development Authority	保険規制開発庁
IT	Information Technology	情報技術
LIC	Life Insurance Corporation of India	インド生命保険公社
M-CRIL	Micro-Credit Rating International Ltd.	
MFI	Microfinance Institution	マイクロファイナンス機関
MIA	Micro Insurance Academy	マイクロインシュアランス・アカデミー
NABARD	National Bank for Agriculture and Rural Development	全国農業農村開発銀行
NCRB	National Crime Records Bureau	インド犯罪記録局
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NSSO	National Sample Survey Office	全国標本調査局
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	経済協力開発機構
RSBY	Rashtriya Swasthya Bima Yojna	国民健康保険制度

SBI	State Bank of India	インドステイト銀行
SEWA	Self-Employed Women's Association	自営女性労働者協会
SHG	Self Help Group	自助グループ
TPA	Third Party Administrator	第三者管理機関
UID	Unique Identification	固有 ID
UNDP	United Nations Development Programme	国際連合開発計画
WTP	Willingness To Pay	支払い意思額

要旨

第一部 インドにおけるマイクロ保険の社会的位置付け

1. 本研究の概要

近年、低所得者層向けの保険であるマイクロ保険の市場規模が世界的に拡大している。ロイズ（2009）の試算では、2009年時点で15億から30億のマイクロ保険契約件数が見込まれ、多くの途上国、新興国では年率10%程度で契約者数が増加している。しかし市場が拡大する一方で、その社会的位置づけは十分に明確ではなく、事業の持続性に関する議論も未だ不十分である。本研究報告書は、低所得者層が多くマイクロ保険が発達しているインドを取り上げ、第一部として、マイクロ保険の定義と歴史、市場規模と潜在需要を踏まえ、その社会的位置付けを示す。第二部では、貧困問題に最も直接的に影響を与える健康問題に対処するためのツールとして、マイクロ医療保険に的を絞る。そして、事業の持続性を阻む課題への対応策として、代表的な流通・販売モデルやマーケティング手法について述べ、最後にインド政府と保険会社への提言を行う。

2. マイクロ保険の定義

本研究報告書では、マイクロ保険の既存の定義とインドでの定義、及び一般の保険との相違点を踏まえ、マイクロ保険を下記のとおり定義する。

- 低所得者層のリスク管理手段として機能し、保険料が低く保険給付が限定的（リスクに対する保険金額は、インドの保険規制開発庁（IRDA）によって2005年に制定されたマイクロ保険規則に従う）。
- 原則として、一般の保険と同様、リスクの規模と運営管理費用に基づく適正な保険料の徴収という、厳格な収益構造を要する。

3. マイクロ保険の歴史

インドの保険市場では、長らく富裕層のみが対象顧客となっていたが、社会保障にアクセスできない大多数の人口に対して社会保障サービスが支給されるべきという見解は、インド中央政府を含む公的機関の統一された見解であった。そこで、民間企業の社会責任の観点から、2002年に、低所得者の属する農村・社会セクター向けの保険提供が義務付けられた。2005年には、保険会社による同義務の履行を促すために、マイクロ保険規則が導入された。

4. 市場規模と潜在需要

マイクロ保険を含むインドの保険市場は、1999年に民間企業の参入規制が緩和されて以降、急速な成長を遂げている（2001年度から2006年度にかけての保険料収入成長率は、生保で165.2%、損保で80.5%）。マイクロ保険市場単体では、マイクロ保険規則が制定された2005年以降、グループ保険を中心に成長が見られる。

インドのマイクロ保険の潜在的な市場規模は、本調査によると、潜在顧客数が約5億人、潜在保険料収入額は12.5億～16.8億USドルである。主な顧客の世帯所得水準は約1.6～4US

ドル／日で、それより所得水準の低い世帯は購買力が限られるため、それらに対する保険供給では政府補助金スキームへの依存度が高まる。

マイクロ保険への潜在需要を探ると、需要を喚起する要素として、低所得者層は大きなリスクを抱えており何らかのリスク管理手段を必要としていること、マイクロ保険は既存のリスク管理の仕組みを補完し得ることが挙げられる。一方で、潜在顧客のマイクロ保険の購買行動を阻む要素として、マイクロ保険に対する疑念の存在が指摘される。それは、保険会社の知名度が低いため顧客の信頼を得るのが困難であることと、保険料の対価をすぐには得られないか、全く得られない可能性があることに起因する。疑念を解消するには、保険供給者が潜在顧客のコミュニティと顔の見える関係を築いたり、コミュニティ内の既存顧客に対しては正確且つ迅速な保険金支払処理を行ったりすることで、潜在顧客の信頼を醸成することが有効である。また、保険教育を通して保険そのものへの理解を促すことも重要である。

5. マイクロ保険の社会的位置付け

マイクロ保険は、保険会社の資本と専門性を活用しつつ低所得者層にリスク管理手段を提供するという、企業の活力を通じた社会保障サービス拡充の一環と位置付けられる。このような政策的な意図もあり、政府は制度面ではマイクロ保険規則を導入し、低所得者層向け保険に関わる規制を緩和することで、民間の保険会社がマイクロ保険市場へ参入することを促進した。資金面では、貧困層向けの補助金スキームを導入し、マイクロ保険が社会保障政策の一部として発展することを促している。

第二部 マイクロ医療保険と事業持続性

1. マイクロ医療保険市場における主なプレーヤー

主なプレーヤーは下記のとおりである。

- IRDA：規制当局として市場の競争と成長をコントロールする。
- 保険者：保険者には、国内保険会社、外資保険会社、それ以外の保険者として NGO、MFI、SHG、コミュニティに根差した組織（Community Based Organization (CBO)）などがある。外資保険会社は市場への効率的なアクセスのために、既存のネットワークを持つ国内企業との提携を求め、国内企業は外資保険会社の持つ資本や保険のノウハウ、テクノロジーを得るために外資企業との提携を求める。
- エージェント：マイクロ保険の流通・販売を代行する業者として、コーポレート・エージェントとブローカー、マイクロ保険エージェントが存在する。コーポレート・エージェントとマイクロ保険エージェントは、一企業の専属であり、マイクロ保険エージェントはさらに、マイクロ保険しか販売できない。
- 第三者機関（TPA）：保険会社に対して、保険金請求・審査・支払処理を中心とした事務サービスを提供する外部団体である。保険金請求頻度が高く、厳しい請求審査が要求されるマイクロ医療保険では TPA へのニーズが高い。

2. 事業の持続性を担保する上での課題

現状では、マイクロ医療保険の事業収益性は厳しく、事業を持続的に運営するには、様々な課題をクリアする必要がある。本研究報告書では、主な課題として以下を取り上げる。

- 流通・販売コストの高さ
- マーケティングの難しさ
- データ不足による保険商品開発・保険料算定の難しさ
- 逆選択とモラルハザード
- 社会インフラの不足による損害率の高さ

3. 流通・販売における課題に対する代表的モデル

今日のマイクロ保険の流通・販売においては、代表的な 4 つのモデルが存在する。それらは、保険者（保険会社、組合・MFI・NGO 等の団体）が直接顧客に対して流通・販売を行う 3 つのモデル（フル・サービス・モデル、プロバイダー・モデル、コミュニティ・モデル）と、エージェントを活用するパートナー・エージェント・モデルである。

- フル・サービス・モデル：保険者が、保険商品開発から流通・販売、契約、保険金請求処理などの全工程を実施する。保険者のコントロールできる範囲が広いが、対象コミュニティに既存のネットワークが無い場合、既存・潜在顧客にアクセスするコストが大きく、モラルハザードや逆選択に遭いかねない。
- プロバイダー・モデル：保険者と、当該保険に係るサービス提供者（例えば医療機関）が同一である。フル・サービス・モデルと同様の理由に加え、加入者数の最大値が、保険者である医療機関へのアクセスが可能な者に限定される。また、保険会社に比べると保険の専門性に乏しい。
- コミュニティ・モデル：CBO 自らが保険者となり、保険を提供する。顧客との距離が近い場合、ニーズの把握、信頼の醸成、モラルハザードと逆選択の抑制が比較的容易である。しかし、規模が小さいためリスク対処能力に限られる、保険会社に比べると保険の専門性に乏しいなどの課題がある。
- パートナー・エージェント・モデル：3 種類のエージェント（コーポレート・エージェント、ブローカー、マイクロ保険エージェント）が流通・販売を代行する。顧客のコミュニティに既存のネットワークを持つエージェントを活用することで、効率的な市場へのアクセスが期待できる。そのため、本モデルは現在インドで最も普及している。但し、エージェント数が増えると手数料負担が大きくなることや、マイクロ保険専任ではないコーポレート・エージェントとブローカーにとっては、マイクロ保険は単価が低く手数料収入が少ないため、販売のインセンティブが低いことなどの課題がある。

4. 他の諸課題の現状と対応策

- マーケティングの手段として、保険教育が重要である。対象顧客の文化・言語・ニーズに合わせたアプローチが必要である。
- データ不足による保険商品開発・保険料算定の難しさへの対応策としては、IRDA を中

心としたデータベース構築に加え、共済の仕組みの活用や、企業自身によるベースラインデータ収集、顧客の支払い意思額を参考データとすること等が考えられる。

- 逆選択に対しては既往症チェックの強化が望ましいが、医療インフラの乏しい現状では難しいため、コミュニティ単位での強制加入や除外期間の適用が検討され得る。顧客によるモラルハザードに対しては、保険教育を通じた健康管理の推進などが有効であろう。病院によるモラルハザードに対しては、政府の協力の下、病院の監視を強化することが求められる。また、顧客が保険エージェントによるモラルハザード（押し売りなど）の犠牲になることを避けるために、エージェントに対しても保険教育を実施することが必要である。
- 社会インフラの不足は損害率を高めるため、政府主導での複合的な社会インフラの整備が望まれる。

5. 政府補助金スキーム（RSBYプログラム）の概要と課題

購買力の極めて低い貧困層に対してマイクロ保険を持続的に提供するには、政府補助金スキームの活用が必要である。医療保険における代表的政府スキームは RSBY である。貧困世帯に認証カードを支給し、保険料は 15US ドル／年を上限に政府が支払う。今後 RSBY を拡充する上で、IT インフラの整備や中央・州政府の連携促進等を通して、より円滑な運営を行なうことが求められる。

6. インドにおけるマイクロ医療保険に関する展望と提言

インド政府の役割は、下記のような外部環境の整備が中心となる。市場の潜在性を引き出しつつ、社会保障の観点から顧客を保護する働きが求められる。

- データ収集と整理
- 社会インフラの整備（教育の普及・促進、医療設備・人材の拡充、IT インフラの拡充、交通インフラの拡充）
- 顧客保護の促進

マイクロ保険事業が、持続的に運営され、顧客と保険会社の両方にとって有益であるためには、下記のような点が考慮されるべきであろう。

- 社会貢献事業としての活用
- 顧客の所得向上を見据えた中・長期的事業としての活用
- 持続性を担保するモデルの活用
- 潜在労働力の活用による販売・デリバリーチャネルの拡大
- 異分野の企業間連携による販売チャネルの拡大

第一部 インドにおけるマイクロ保険の社会的位置付け

1章. 本研究の概要

(1) 本研究の目的と背景

近年、低所得者層¹向けの保険であるマイクロ保険の市場規模が世界的に拡大している。ロイズ（2009）によると、マイクロ保険の世界市場では、2009年時点で15億から30億の保険契約件数が見込まれる。多くの途上国、新興国でのマイクロ保険契約者数は年率10%程度で伸長しているが、2010年時点ではマイクロ保険契約を結んでいる顧客数は1.35億人と、潜在顧客全体の5%程度に過ぎない。よって、まだ開拓の余地が多く残された市場と言える。

しかし市場が拡大する一方で、その社会的位置づけは十分に明確ではなく、事業の持続性に関する議論も未だ不十分である。本研究報告書は、低所得者層が多くマイクロ保険が発達しているインドを取り上げ、第一部に、マイクロ保険の定義と歴史、市場規模と潜在需要を踏まえ、その社会的位置付けを示す。第二部では、貧困問題に最も直接的に影響を与える健康問題に対処するためのツールとして、マイクロ医療保険に焦点を当てる。そして、事業の持続性を阻む課題への対応策として、代表的な流通・販売モデルやマーケティング手法について述べ、最後にインド政府と保険会社²への提言を行う。

(2) 調査の方法とスケジュール

本研究の第一段階として、2011年10月から文献調査を開始した。文献はインターネット経由で入手できるものを中心にマイクロ保険に関する各種報告書などを参照した。その上で、日本企業・団体および所属専門家に対するヒアリングを行ない、2011年11月中旬から2週間、インドの2都市にてヒアリングを実施した。帰国後は2012年3月迄、日本国内で調査を行なった。ヒアリング先は別添1に示した通りである。

(3) 制約事項

本調査での最も大きな制約事項は、マイクロ保険の顧客である低所得者層から直接情報を入手できなかったことである。その代わりに、低所得者層と直接やりとりをしている団体（NGOとマイクロファイナンス機関（MFI））から、顧客に関する情報を得ることに努めた。

¹ 本報告書では、マイクロ保険の対象である低所得者層を、本調査におけるヒアリングを通して得られた情報と、後述の図4に記載されているMckinsey Global Instituteの所得分類に基づき、世帯収入が約5USドル（250ルピー）/日未満の層とする。また、所得が5～11USドル（250ルピー～550ルピー）/日である低位中所得者層もマイクロ保険の対象となり得る。しかし、マイクロ保険は低所得者層を主要なターゲットとしているため、本調査報告書では、原則として、低所得者層向けとして扱う。

² 実際、保険会社以外の組織（NGO、組合等）もマイクロ保険における保険者になれるが、IRDAのマイクロ保険規制は、基本的に保険会社による低所得者層向け保険供給を促進するものであるため、本報告書でも、説明が無ければ保険者は保険会社とする。

2章. マイクロ保険の定義

マイクロ保険は国・地域によって、種類、保険料、保険金額、顧客の所得水準等が異なるため、時間・場所により若干ニュアンスが違った状態で使われることもある。ここでは、マイクロ保険の既存の定義とインドでの定義、及び一般の保険³との相違点を踏まえ、本研究報告書における定義を述べる。

(1) 既存の定義

Churchill (2006) は、マイクロ保険を以下のとおり定義している。

「特定のリスクの発生確率とコストに応じた保険料を支払うことで、低所得者層はそのリスクに起因する損害から保護される。」

また、Cohen & McCord (2003) による定義は次のとおりとなっている。

「マイクロ保険は、特定のリスクを回避するために、その発生確率とコストに応じた支払可能な水準の保険料と引き換えにリスクを引き受けることで、当該リスクによる損害から貧困層を守る仕組みである。」

保険監督者国際機構 (International Association of Insurance Supervisors (IAIS)) (2007) によると、「マイクロインシュアランスは様々な事業体によって、低所得者層に提供される保険であるが、一般的に受け入れられている保険慣行 (IAIS の定める保険監督基本原則を含む) に従って運営される。これが意味する重要な点は、マイクロインシュアランスによって引き受けられるリスクは、保険原則に基づいて管理され、その資金は保険料によって賄われるということである。(IAIS, 2007, p.10/池田、2011)」

これらの定義からわかることは、マイクロ保険は低所得者層向けで保険金と保険料が低額であることと、一般の保険と同様に、リスクを担保するためには、リスクの規模と運営管理費用に基づく適正な保険料の徴収という、厳格な収益構造が必要ということである。

(2) インドにおける定義

IAIS によると、「マイクロインシュアランスの活動は、当該国の国内法に基づき、保険規制・監督当局の監督下に入る (IAIS, 2007, p.10/池田、2011)」こととされており、インドではその国内法に基づき、マイクロ保険の内容が定められている。インドの規制当局である保険規制開発庁 (Insurance Regulation and Development Authority (IRDA)) によると、マイクロ保険とは、保険法に定められた保険の一部として、マイクロ保険規則に従うものである。

保険法によると、インドの保険は生命保険と損害保険に区分されており、生命保険以外の多種多様な保険は全て損害保険に分類される。マイクロ保険も同様であり、それぞ

³ 本報告書では、インドで政府系・民間保険会社が一般的に販売している保険 (中・高所得者層向け) を、便宜的に「一般の保険」と称する。

れ下記条件を満たし、且つ IRDA に認可されて初めて、マイクロ保険として認められる (IRDA, 2005)。

- マイクロ損害保険：表 1 に規定された条件に適合する、個人またはグループに対する、医療保険契約、住居・家畜・農機具などの所有物、農作物（天災等の影響を受ける）、個人的事故をカバーする保険契約である。グループの最小単位は 20 人である。(IRDA, 2005)

(表1) マイクロ損害保険に関する規定 単位：金額 (INR)

カバーの種類	最低 保険金	最高 保険金	最短 期間	最長 期間	最低 年齢	最高 年齢
住居、家畜・農機具等の資産、農作物（天災）	5,000	30,000	1年	1年	保険会社次第	
健康保険（家族 ⁴ ）	5,000	30,000	1年	1年		
医療保険（家族）	10,000	30,000	1年	1年	保険会社次第	
個人事故	10,000	30,000	1年	1年	5歳	70歳

出典：IRDA、2005

- マイクロ生命保険：表 2 に規定された条件に適合する、個人またはグループに対する、保険料返戻金の有無に関わらない定期保険契約、事故特約の有無に関わらない健康保険契約である。グループの最小単位は 20 人である。(IRDA, 2005)

(表2) マイクロ生命保険に関する規定 単位：金額 (INR)

カバーの種類	最低 保険金	最高 保険金	最短 期間	最長 期間	最低 年齢	最高 年齢
定期保険（保険料返戻有／無）	5,000	30,000	5年	15年	18歳	60歳
養老保険	5,000	30,000	5年	17年	18歳	60歳
医療保険（個人）	5,000	30,000	1年	7年	保険会社次第	
医療保険（家族）	10,000	30,000	1年	7年	保険会社次第	
事故特約	10,000	50,000	5年	15年	18歳	60歳

出典：IRDA、2005

インドのマイクロ保険は、商品の保険金、期間、顧客の年齢によって定義され、顧客の所得や職業によって定義されるものではない。ただし、マイクロ保険は保険金額が小さく、そもそもの目的は、農村・社会セクターの低所得者層への保険サービス提供の促進であるため、マイクロ保険は低所得者層向けの保険として機能している。

(3) インドにおける一般の保険とマイクロ保険の相違

表 3 は、中・高所得者層向けの一般の保険との対比で、インドにおけるマイクロ保険の特徴を表している。

⁴ 家族：夫、妻、扶養の親と最高 3 人の子で構成される単位。仮に子の数が 3 人を超える場合は、最初の 3 人までが含まれる (IRDA, 2005)。

(表3) インドにおける一般の保険とマイクロ保険との相違

	一般の保険	マイクロ保険
顧客層	比較的裕福な中・高所得者層	低所得者層
法規制	インドの保険法に従う	IRDA の定めるマイクロ保険規則に従う
事業継続のための原則	規模の経済と保険料を原資とした厳格な収益構造に基づく	貧困層向けの保険では政府補助金スキームが利用可能
保険者	主に保険会社	保険会社、NGO、SHG、MFI、コミュニティに根差した組織（CBO）など
保険料徴収	現金あるいは口座引落とし	概ね現金払い（顧客の口座保有率が低い）ため
保険料額	大きい	少ない（但し上限は無い）
保険料の設定	年齢やリスクによる設定	コミュニティやグループ、地域による設定
保険金額	大きい	少ない
保険金の形態に係る制約	特に無し	基本的に投資型保険商品（Unit-linked Insurance Plan）は禁止
加入者の保険知識	企業顧客は詳しいが一般顧客は詳しくない	一般に保険に関する知識が非常に少なく、保険教育が必要
加入条件	健康診断が必要	いくつかの保険では、持病の申告による審査があるが、健康診断の条件はない
保険契約	手続きが非常に煩雑	非常に容易、文字を書けない人も多いため代筆も可能としている 対象地域の言語の使用が義務だが、それが不可能な場合は商品の詳細説明のある書面を発行
保険請求	非常に複雑	医療機関と保険会社の手続きで済みます等、非常にシンプル

本調査で入手した情報を基に筆者が作成

(4) 本研究報告書での定義

既存の定義とインドでの定義、及び一般の保険との相違点を踏まえ、本研究報告書ではマイクロ保険を下記のとおり定義する。

- 低所得者層のリスク管理手段として機能し、保険料が低く保険給付が限定的（リスクに対する保険金額はマイクロ保険規則（表 1、表 2）に従う）。
- 原則として、一般の保険と同様、リスクの規模と運営管理費用に基づく適正な保険料の徴収という、厳格な収益構造を要する。

3章. マイクロ保険の歴史

(1) 保険会社の成り立ち

インドにおける保険会社の成り立ちは、以下の表 4 が示す通り英国統治時代の 1818 年にさかのぼる。当初の保険会社は外資企業を含め民間企業が主であったが、1956 年と 1972 年に生命保険会社（以下生保会社）と損害保険会社（以下損保会社）はそれぞれ Life Insurance Corporation of India (LIC) と General Insurance Corporation of India (GIC)⁵に統合され、国有化されることになった。国有化の目的は、競争が激化する中

⁵ 国有化に伴い GIC は四つの損保会社を子会社とすることになった。それらは、National Insurance Company, New India Assurance Company, Oriental Insurance Company, United India Insurance Company である。

で、特定の民間企業への富の集中と公共の利益に反する商品（common detriment）の生産・供給を避けつつ、社会の利益となるようなかたちで保険事業の発展を図ることであった（IRDA ヒアリング）。以降、民間企業の参入は認められなかったが、1990年代初頭には、金融セクター改革の一環として、保険市場の再開放の準備が始められた。それを受けて、競争の適度な促進、市場の財政基盤安定化、商品種類の増加と保険料抑制による顧客満足度向上などを目的として、IRDA 設立に向けて規制環境の整備が進められた。そして 1999 年に、市場経済の導入と共に民間企業の保険事業参入が認められ、今日に至っている。

(表4) インドにおける保険の歴史

年	出来事
1818	インド初の生保会社設立
1850	インド初の損保会社設立
1956	この時まで、生保・損保会社数がそれぞれ約 170 にまで増加
1956	保険会社の国有化により、生保会社は LIC のみに統合
1972	保険会社の国有化により、損保会社は GIC のみに統合
1990	政府による民営化に向けた調整と規制の整備
1999	IRDA 設立、民間企業の保険事業参入認可
2000	民間企業の参入開始
2002	IRDA 法改正、保険会社にとって農村・社会セクター* 向け保険の提供が義務化
2003	IRDA が既存の農村セクター向け保険の調査委員会を設立
2005	マイクロ保険規則の導入
2007	政府が低所得者層の社会保障へのアクセスを促進するためのスキームを発表
2008	政府の補助金付き貧困層向け医療保険スキーム（RSBY）開始

IRDA ウェブサイト (<http://www.irda.gov.in/>) を基に筆者が作成

* 「農村セクター」の条件は、IRDA の定義によると、(i) 人口 5,000 人未満、(ii) 人口密度が 1 平方キロ当たり 400 人未満、(iii) 農業に従事する男性労働者の割合が 25%を超えていること、である。農業に従事する労働者とは、耕作者、農業労働者、畜産業・林業・漁業・狩猟・農園・果樹栽培・その他同様の労働に従事する者である。（IRDA, 2005/Ahuja & Guha-Khasnobis, 2005）

「社会セクター」の条件は IRDA によると、(i) 非組織セクター⁶、(ii) インフォーマルセクター⁷、(iii) 経済的に脆弱または低階層⁸、(iv) 農村と都市部におけるその他同様の分類に属する人々⁹である。

(IRDA, 2002)

⁶ 非組織セクターに含まれる人々は、次の職業における自営業者である；農業、巻煙草、レンガ、大工、靴修理、建設現場労働、手工芸、手織物、テーラー（女性）、皮革、路上販売、ミルク採取、リキシャ運転、塩採取、養蚕、サトウキビ伐採、洗濯、丘陵労働（女性）、その他類似の職業

⁷ 特に低い水準の技術を持ち、低い階層の組織に属し、労働集約型の、雑多な仕事において雇用と収入を創出することを主な目的とし、通常書面での雇用関係を結んでいない、小規模の自営業者

⁸ 貧困ラインより下で生活する経済的に脆弱あるいは低階層の人々（インドにおける貧困ラインは基本的にカロリー摂取量に基づいて定められているが、2007 年頃のインド政府による金額換算では、農村部における一人当たりの月間所得は約 7.4US ドル（368 ルピー）、都市部で約 11.2US ドル（560 ルピー）であった（Department of Planning / Government of Punjab）。これに一世帯当たりの平均人数（農村部 4.7、都市部 4.2（NSSO, 2010））を当てはめて計算すると、世帯当たり所得は農村部で約 1.2US ドル/日以下、都市部で約 1.6US ドル/日以下となる。）

⁹ 有給の職に就けないであろう、Persons with Disabilities Act, 1995 に定められた身体障害者、あるいはけいれん麻痺患者が身体障害者の保護者として保険が必要な人々。

(2) 社会保障意識の高まりとマイクロ保険の始まり

1999年の時点では、保険商品は主に高所得者層向けであり、利益が出ないと考えられていた低所得者層向けの商品は販売されていなかった。しかし当時、「社会保障にアクセスできない大多数の人口へ社会保障サービスが支給されるべき」という見解は、インド中央政府を含む公的機関の統一された見解であった（RSBY, 2010）。そこで、民間企業の社会責任の観点から 2002 年には農村・社会セクター向け商品を一定割合販売することが法的に義務付けられた。その具体的内容は下記のとおりである（IRDA, 2002）。

- 農村セクター向けに、生保会社は各会計年度において全保険商品の一定割合以上を販売しなければならない。その割合は、第 1 から第 5 会計年度まで段階的に、7%、9%、12%、14%、16%となっている。
- 農村セクター向けに、損保会社は各会計年度において、全保険料収入の一定割合以上を占めるように販売しなければならない。その割合は、第 1 会計年度から段階的に、2%、3%、第 3 会計年度以降は 5%である。
- 社会セクター向けには、全保険会社は各会計年度において一定数以上の顧客に保険商品を販売しなければならない。その数は第 1 年度から第 5 年度まで段階的に、5,000 人、7,500 人、10,000 人、15,000 人、20,000 人となっている。
- 保険会社が会計年度の途中から業務を開始した場合は、上記数字は業務開始時から当該会計年度終了日までの、当該年度全期間に対する割合に応じて減じられる。

上記の農村・社会セクター向け保険は、IRDA が 2005 年にマイクロ保険規則を制定するまでは、マイクロ保険という枠組みの下では行われておらず、各企業の自助努力によって販売されていた（IRDA ヒアリング）。IRDA（2011）によると、これは一定の成果を収めたが、農村・社会セクターへの保険提供を拡大する上で、保険会社が困難に面していることと、それら困難は既存の規制の緩和と新たな枠組の導入によって改善されるであろうことがわかってきた。そこで政府は 2003 年に、既存の農村セクター向け保険の調査委員会を設立し、そこでの議論が 2005 年のマイクロ保険規則に結び付いた。つまり、マイクロ保険規則は、保険会社をより厳しく締め付けるものではなく、農村・社会セクターへの保険提供義務の履行を促すものであった¹⁰（IRDA ヒアリング）。同時に、IRDA は、保険商品の流通・販売の代行業者であるエージェントの最低限の質を確保すること等により、顧客を保護することも念頭に置いていた。これらは同規則の下記内容に表れている。

- MFI や NGO、SHG が、マイクロ保険に特化したマイクロ保険エージェントとして、マイクロ保険商品の流通・販売を行えるようになった。
- マイクロ保険エージェントに対する資格要件は、一般の保険のエージェントよりも

¹⁰ マイクロ保険の提供自体は義務ではなく、農村・社会セクターへの保険商品の提供が、保険法に規定されているとおり義務である。マイクロ保険とは、その義務を履行し、社会保障を拡充するための手段である。（IRDA ヒアリング）

緩く設定された。例えば資格試験が無いことや、保険会社がエージェントに対して実施すべきトレーニングの時間が減ったことなどである（一般の保険のエージェントに対しては最低 100 時間のトレーニング実施が義務であるが、マイクロ保険エージェントに対しては最低 25 時間となっている）（M-CRIL, 2008）。

- 以前は、生保会社は生保以外販売できず、損保会社は損害保険以外を販売できなかったが、顧客の多様なニーズに合わせて、生保と損保のカバーするリスクを併せ持った保険商品の販売が、生保会社と損保会社の提携会社に限って許可された。

こうして初めて、インドでマイクロ保険が販売されるようになった¹¹。2007 年 10 月には、インドにおける社会保障の拡充をさらに促進するためのスキームをインド政府が発表した。その一つが、本研究報告書の第二部で取り上げる、貧困ライン以下（BPL）の世帯への医療保険スキーム（RSBY）であった。RSBY は、インドで最大の貧困層向けの補助金付き保険スキームであり、医療保険を一気に普及させたと言われている。

4章. 市場規模と潜在需要

前章までで述べたとおり、マイクロ保険は社会保障上の公的役割を持ちつつ、民間企業の事業として厳格な収益構造を必要とする。本章では、保険事業の収益性確立に不可欠な一つの要素である「規模の経済」の観点から、市場規模と潜在需要について述べる。

(1) 市場の成長の実績

2001 年度から 2006 年度にかけて、インドでのマイクロ保険を含む全ての保険における民間企業の保険料収入成長率は、生命保険で 165.2%、損害保険で 80.5%と高い伸びを記録した（M-CRIL, 2008）。図 1 に見られる、2006 年度以降の保険料収入の推移における主な特徴は下記のとおりである。

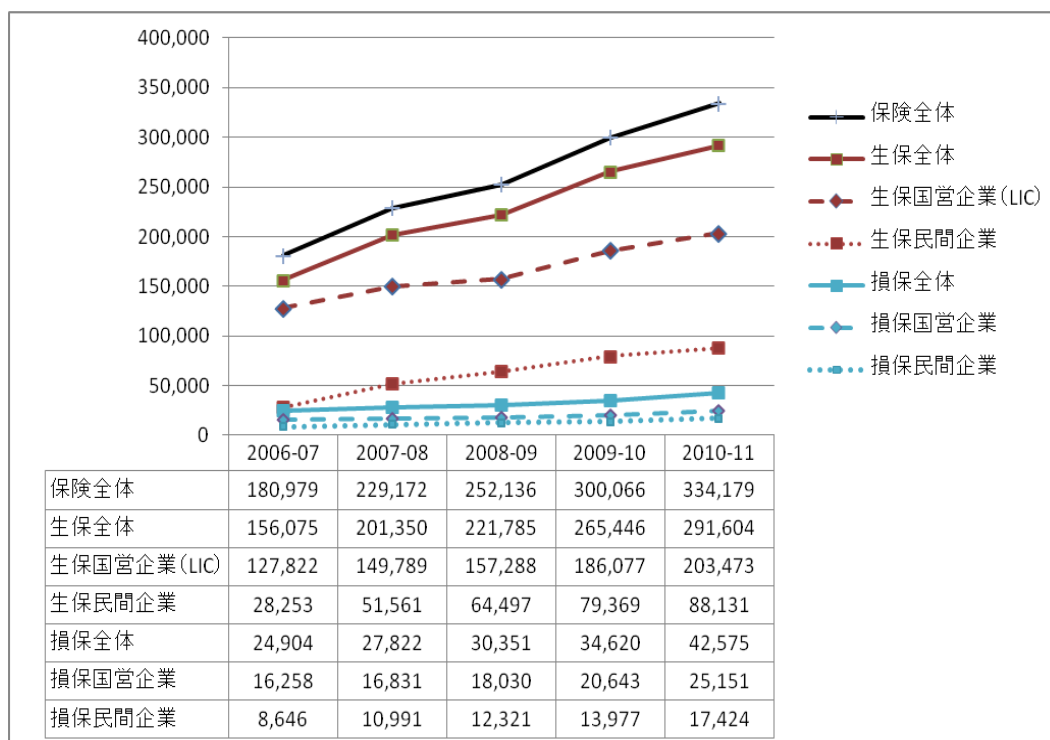
- 生命保険が全保険料収入のほとんど（2010 年度で約 87%）を占めている。その最も大きな理由は、国営生保会社である LIC の保険料収入が、全体の約 61%（2010-11 年）に上ることによる。LIC はインド保険会社の中で最も長い歴史と最大の規模を持ち、全国的に普及している。一方、インドの損害保険はまだ歴史が浅いことや、保険金請求が否認されるケースが顧客の周辺で生保に比べ多く見られること（生保の請求否認率は 1~2%程度であるのに対して、損保の請求否認率は 7~8%程度（本調査ヒアリング））等を理由に、生命保険に比べると潜在顧客の信頼に大きな差が見られる。
- 生保・損保ともに、市場シェアは国営企業の方が民間企業より多い。しかし年間成長率は生保・損保ともに民間企業が国営企業を上回っている（生保国

¹¹ 公的にマイクロ保険という言葉が使用され始めたのは 2005 年のマイクロ保険規則導入以降だが、同規則に実質的に該当する保険制度はそれ以前にも存在し、それら制度は主に NGO、MFI、CBO などによって運営されていた。

営：12.32% < 生保民間：32.9%、損保国営：11.52% < 損保民間：19.15%）。

(図1) インド国内保険料収入

単位：INR.千万



IRDA 各年次報告書を基に筆者が作成

市場の成長は、表 5 に見られるように、保険会社数の増加からも読み取れる。増加率は近年減少しているものの、政府は、保険市場の効率化には民間企業の進出が必要であると認識しており、民間企業数は現在も増加傾向にある（IRDA, 2010）。

(表5) インド保険国内企業増加傾向

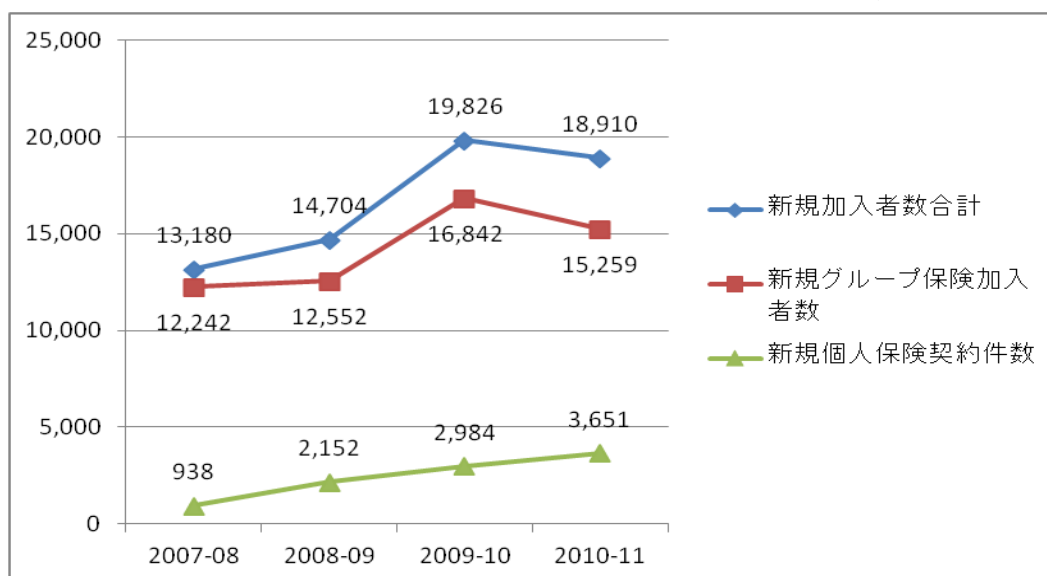
企業種別		2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11
生保	国営企業	1	1	1	1	1
	民間企業	16	20	21	22	23
損保	国営企業	6	6	6	6	6
	民間企業	11	14	15	18	18
合計		35	42	44	48	49

IRDA 各年次報告書を基に筆者が作成

マイクロ保険市場単体の成長の実績は、IRDA の年次報告書（2011）に提供されている、マイクロ生保市場の新規顧客数と新規保険料収入に関するデータから読み取れる。このデータは新規契約に基づくため、マイクロ保険市場全体の規模を示すものではないが、成長の度合いを見る材料としては利用できる。また同報告書では、マイクロ損害保険市場の成長に関するデータは得られなかったが、一般の保険と同様、生保が市場の大部分を占めるため、マイクロ保険市場全体の動向を示すものとして使用する。

(図2) マイクロ生命保険市場の新規契約件数

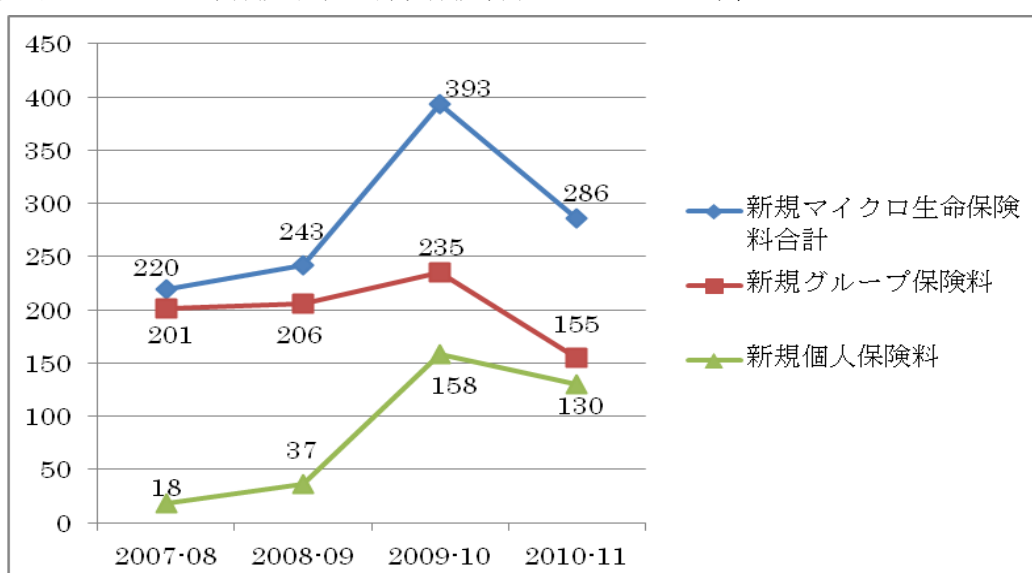
単位：千人



IRDA 年次報告書 2010-11 を基に筆者が作成

(図3) マイクロ生命保険市場の新規保険料収入*

単位：INR. 千万



IRDA 年次報告書 2010-11 を基に筆者が作成

*新規保険料は、初年度保険料と一時払保険料を含む。

2009-10 から 2010-11 にかけて、新規顧客数と新規保険料収入が減少しているが、IRDA へのインタビューによると、これはマイクロ保険市場の縮小を示すものではない。その主な理由は、グループ保険への新規加入者は図 2 の新規契約件数には表れないことと、既存のグループ保険への加入者数が増えても、必ずしもそのグループ保険の保険料が上がるわけではないということである。

図 2 と 3 から、マイクロ保険市場の傾向として、グループ保険が大部分を占めることがわかる。これは下記のように、保険会社にとっての事業のしやすさや収益性等の理由に加え、顧客側のコミュニティにおける意思決定プロセスにも起因する。

- グループ保険は政府の補助金スキームの対象となっているが、個人向け保険はその

対象とならない (IRDA, 2011)。

- グループ全体に単一保険証券を発行するため、流通・販売コストが個人保険より低い (IRDA, 2011)。
- グループにコミュニティリーダーを取り込み、リーダーを通して顧客へアクセスすることで、保険商品と保険供給者への信頼が醸成されやすい (IRDA, 2011)

一方で個人保険のほとんどは、政府のサポートを受けておらず、未だ数は少ないものの、新規加入者数は増加を続けている。

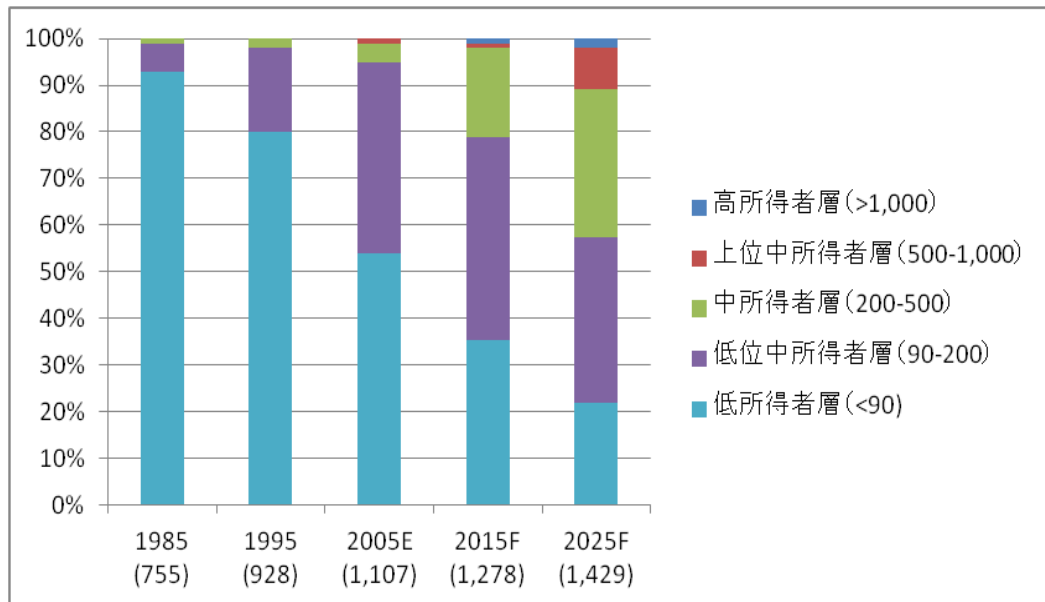
(2) 市場の潜在規模

低所得者層の所得・購買力は、図 4 に示されているように増加傾向にある¹²。このような背景から、世銀は、保険料収入規模を基に世界の保険市場を比較した結果、2021 年には、インドの損害保険市場は世界で 15 位に、生保市場は 6 位になると予測している (Swill Re, 2011)。マイクロ保険を含む保険市場規模の潜在性は、表 6 に示されているとおりである。

インドがこのように保険市場を成長させるためには、経済システムの改革と併せ、交通・通信・教育・医療などの社会インフラの整備が重要となる。教育や上下水道整備のような社会インフラの発展はまた、低所得者層の識字率や健康状態を改善することで、保険取引の円滑化や損害率の軽減などを通して、保険市場の拡大を担保するであろう。

(図4) 所得分配構造の変化

単位：世帯所得 (INR. 千)



Mckinsey & Company (2007) に記載の図を筆者が編集

各年下部の () 内の数字は総人口 (単位：百万人)

注) 各所得層の日本語訳は筆者の責任による

¹² 所得が 5~11 US ドル (250 ルピー~550 ルピー) /日である低位中所得者層も、主に中・高所得者層向けの一般的な保険は購入出来ないケースが多いため、マイクロ保険の対象となり得る。よって、図 4 では経済発展に従って低所得者層が減っていくが、マイクロ保険へのニーズがその縮小された範囲のみに必ずしも限定されるというわけではない。

インドのマイクロ保険市場の潜在規模は、潜在購買者数で 5 億人と日本の人口の 4 倍弱、及びマイクロ保険料の規模は、約 12.5～16.8 億 US ドルに上る。

(表6) インド保険市場の潜在性

潜在保険加入者数	
全保険未加入者数	約 8.9 億人 (全人口 : 12.1 億人)
内マイクロ保険対象者数	約 5 億人 *
潜在マイクロ保険料規模 **	
生命	3.1～4.0 億 US ドル (153 ～ 201 億ルピー) /年
医療	2.7～3.6 億 US ドル (134 ～ 178 億ルピー) /年
農作物	1.9～2.6 億 US ドル (97 ～ 130 億ルピー) /年
家畜	1.2～1.6 億 US ドル (58 ～ 82 億ルピー) /年
マイクロ保険総合	12.5～16.8 億 US ドル (623 ～ 842 億ルピー) /年

本調査で入手した情報と下記文献を基に筆者が作成

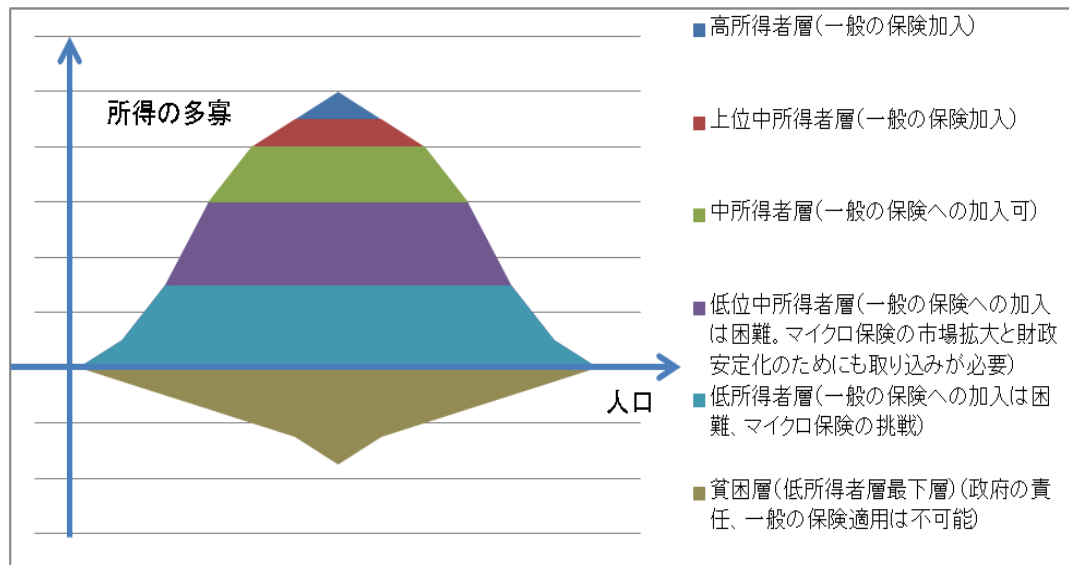
※ 潜在保険加入者数は本調査で行われた LIC に対するヒアリングから得られた情報に基づく(マイクロ保険対象者の家計所得水準は大よそ 5US ドル (250 ルピー) /日未満)

※※マイクロ保険料規模は下記を参照

UNDP Regional Centre of Human Development Unit (2009) “Potential and Prospects of Microinsurance in India”, ADB (2006) “Pension Reforms for Unorganised Sector”; IIMS (2008) “DataWorks Survey 2008”, & MicroSave India (2010) “Focus Note 49 Trends of Microinsurance in India”

ここで、本調査のヒアリングで得られた情報を基に、2011 年現在の顧客の経済水準を掘り下げたい。TATA AIG Life によると、保険契約申込書には所得の記載がなく、農村部では所得水準を把握するのは難しいが、同社の顧客の多くの家計所得範囲は約 50～70US ドル (2,500～3,500 ルピー) /月、1 日当たりで約 1.6～2.6US ドル (80～130 ルピー) と見積もられている。ここで、LIC の見積もる顧客の家計所得 (約 2～4US ドル (100～200 ルピー) /日) を考慮すると、マイクロ生命保険の顧客の所得水準は、大よそ 1.6～4US ドル (80～200 ルピー) /日程度が多いと言える。よって、現在、顧客の多くは図 4 に示された低所得者層 (年間所得約 1,800US ドル (90,000 ルピー) 未満、1 日当り約 5US ドル (250 ルピー) 未満) の中位とその前後に所属すると思われる。それより所得水準の低い貧困層 (定義は脚注 8 に記載) に関しては、保険料支払い能力が限定されるため、マイクロ保険提供においては政府による補助金スキームや MFI、NGO、協同組合、外部の援助機関等による資金支援への依存度が高くなる。インドにおける、所得レベルと適用され得る保険制度との関係は、図 5 の通りである。

(図5) 人口構造から見た保険制度の適用状況



筆者が作成

(3) マイクロ保険への潜在需要

以下では、潜在顧客が実際に商品を購入する見込みを探るために、表7にある、需要を喚起する要素と、購買行動を阻む要素について述べる。

(表7) マイクロ保険の需要と購買行動に影響する要素

需要を喚起する要素	購買行動を阻む要素
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 低所得者層の抱える大きなリスク ▪ 既存のリスク管理の仕組みの補完 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 保険会社と保険に対する疑念

本調査で入手した情報を基に筆者が作成

① 低所得者層の直面する大きなリスク

ここでは、低所得者層の直面するリスクの大きさを示すために、貧困問題に最も直接的に影響を与える健康問題について述べる。低所得者層にとって、医療費、特に入院費用は約数か月分の現金収入に相当し得る。それが手術となればさらに影響が大きい。働けなくなる機会費用を考慮すると、その損害はさらに膨らむ。

National Sample Survey Organisation (NSSO) (2007) によると、所得レベル下位20%の低所得者層の平均医療費は表8と表9のようになっている。低所得者層は、日帰りの診療であれば約8割の世帯は自らの貯蓄と収入で費用を賄っているが、入院となると、その費用が大きくなるため、借金・財産売却で医療費を賄う確率が増加する。

本調査でヒアリングを行ったインドの保険会社社員は、医療費支払いの難しさについて次のように述べた。「インドでは、人口の約80%が非組織セクターに所属しており、収入が低く、収入は物価が上がってもすぐにそれには反応しない。そのような人々にとって、医療費、特に、1か月分かそれ以上の収入に相当する約40USドル

(2,000 ルピー) の入院費を自己負担することは難しい。そこで患者達は借金をすることになるわけだが、隣人や仲間も同様に低所得者であることが多いため、借金は容易ではない。あるいは借金が可能だったとしても、借り続けることは難しいため、高利貸にローンを組んだり、資産を売却したりすることになる。」このようなケースに遭遇するのは、入院患者の約 4 割に上るとみられる (Peters et al., 2002/Ahuja and Guha-Khasnobis, 2005)。

健康リスクを軽減するために、安全な水へのアクセスや教育などの社会インフラの拡充を通して、健康状態の改善と健康管理意識の向上を促すことは重要である。しかし、それには相当の時間とコストが掛かるため、健康リスクに脆弱な低所得者層向けの社会保障政策の一環として、マイクロ保険の提供を同時並行で進めることには意義があり、低所得者層からの需要が見込める。

(表8) 過去 15 日間*の日帰り診療に係る平均費用 単位：費用(INR)

	農村部	都市部
日帰り診療費	257	306
機会費用 (全国平均)	135	96
借金・資産売却の実施割合 (平均)	19%	9%

NSSO (2007) を基に筆者が作成

*当該調査日から遡って 15 日間

(表9) 入院に係る平均費用 単位：費用 (INR)

	政府系病院	民間病院	機会費用 (全国平均)	借金・資産売却の 実施割合 (平均)
農村部	2,469	5,351	636	47%
都市部	2,144	5,659	745	31%

NSSO (2007) を基に筆者が作成

農村部・都市部ともに、サンプル人口は所得レベル下位 20%

② 既存のリスク管理の仕組みの補完

上記のようなリスクに晒されていることは低所得者自身も認識しており、リスク管理に無縁というわけではない。そのため、低所得者の中には、マイクロ保険導入以前から、地域の共済¹³のような、コミュニティ／親族レベルのインフォーマルな保険に加入している人々がいる。表 10 に見られるように、インフォーマル保険はフォーマル保険にない利点を持つ反面、課題も含む。

¹³ 共済は保障の対象が組合員に限られる等、契約者を広く募集する保険とは厳密には異なるが、本報告書では便宜上保険に含める。

(表10) インフォーマル保険の利点と課題

利点	課題
<ul style="list-style-type: none">▪ 税金がかからない▪ 証明書等の公式文書が不要▪ 地域密着型であるため、顧客／加入者の抱えるリスクとニーズを把握しやすい▪ 参加者が顔見知りのため、モラルハザードの起こる可能性が極めて低い	<ul style="list-style-type: none">▪ 規模が小さいため、伝染性の病気や干ばつなどの、コミュニティに広範囲に影響するリスクが発現した場合、支払額が積立金を超える可能性が高い

本調査で入手した情報を基に筆者が作成

上記利点を考慮しつつ、マイクロ保険を、インフォーマル保険に取って代わるものではなく、それを補完するものと位置づけると、効果的な保険開発と提供ができるようになる可能性がある (Ahuja & Guha-Khasnobis, 2005、Brau et al.)。例えば、Bajaj Allianz は、少額支払は従来どおり医療共済制度で行い、高額な手術や入院等の費用については Bajaj Allianz が引き受けるという棲み分けを行った。このモデルは、自助グループによる低コストでの共済運営と、Bajaj Allianz による保障範囲拡大および技術的ノウハウという両者の強みを生かしている。(池田、2011)

このように、マイクロ保険は、一方ではインフォーマル保険の利点を活かし、コミュニティのニーズに即した商品開発と地域ネットワークを活用した効率的なサービス提供の仕組みを持ち得る。他方では、フォーマル保険の利点を活かし、規模の大きさと、比較的統制された仕組みでのリスク対処能力を併せ持つことが期待される (Ahuja & Guha-Khasnobis, 2005)。

③ 保険会社と保険そのものに対する疑念

リスク管理の為にマイクロ保険の必要性が認められたとしても、現状では、保険会社と保険そのものに対する疑念が購買行動を阻む要素となっている。

疑念の原因としてまず、低所得者層の間では保険会社が広くは知られていないということが挙げられる。保険会社数は増加しているものの、LIC 以外の保険会社に対する知名度は未だ低い。LIC は歴史が深くインド最大の保険会社であり、農村部にも浸透しているため広く知られているが、他の保険会社はほとんど知られていないというのが現状である。そのため、多くの保険会社にとって、顧客の信頼を得ることは容易ではない。

次に、保険金不払いや保険金請求が否認される可能性に対する懸念が挙げられる。特に、損保においては保険金請求が否認されるケースが、顧客の周辺で生保に比べて多く見受けられるため、顧客は損保会社／商品に対してネガティブな印象を抱いている(本調査ヒアリング)。保険料の対価がすぐには得られないか、あるいは全く得られない可能性がある一方で、保険会社は確実に利益を得ていると考える顧客もいる。

また、マイクロ保険自体の認知度は、本調査のヒアリングによると、マイクロ保険販売が 2005 年に始まって以降上がってはいるもののまだ不十分であり、保険に対する誤解も見受けられる。MIA (2011) が保険教育関係者に行なったアンケート調査で

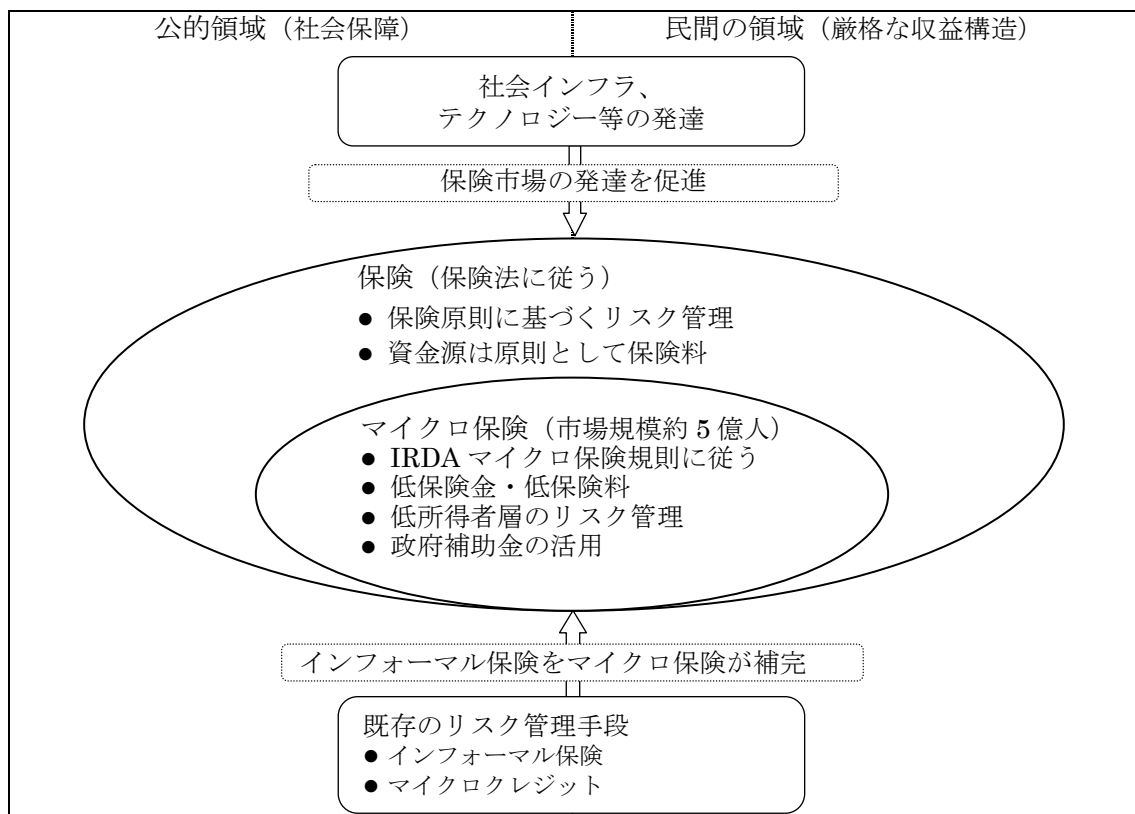
は、保険に対する迷信を顧客が抱いているケースが確認された。例えば、「保険を購入することは、その保険がカバーするリスクである不幸な事象、例えば生命保険であれば死を呼び込む」というようなものである。

このような疑念を解消するには、保険供給者が潜在顧客のコミュニティと顔の見える関係を築いたり、コミュニティ内の既存顧客に対しては正確且つ迅速な保険金請求処理を行ったりすることで、潜在顧客の信頼を醸成することが有効と考えられる。また、保険教育を通して保険そのものへの理解を促すことも重要である。これらの実現に向けた流通・販売モデルや、保険教育の手法については、第二部で掘り下げる。

5章. マイクロ保険の社会的位置付け

これまで述べたことを基に、図 6 にインドにおけるマイクロ保険の社会的位置付けを示す。マイクロ保険は、旧来の NGO や MFI を運営主体とした低所得者向けの保険商品という性格から、保険会社の資本と専門性を活用しつつ低所得者層にリスク管理手段を提供するという、企業の活力を通じた社会保障サービス拡充の一環と位置付けられるようになってきている。このような政策的な意図もあり、政府は制度面ではマイクロ保険規則を導入し、低所得者層向け保険に関わる規制を緩和することで、民間の保険会社がマイクロ保険市場へ参入することを促進した。資金面では、貧困層向けの補助金スキームを導入し、マイクロ保険が社会保障政策の一部として発展することを促している。

(図6) マイクロ保険の社会的位置づけ



本調査で入手した情報を基に筆者が作成

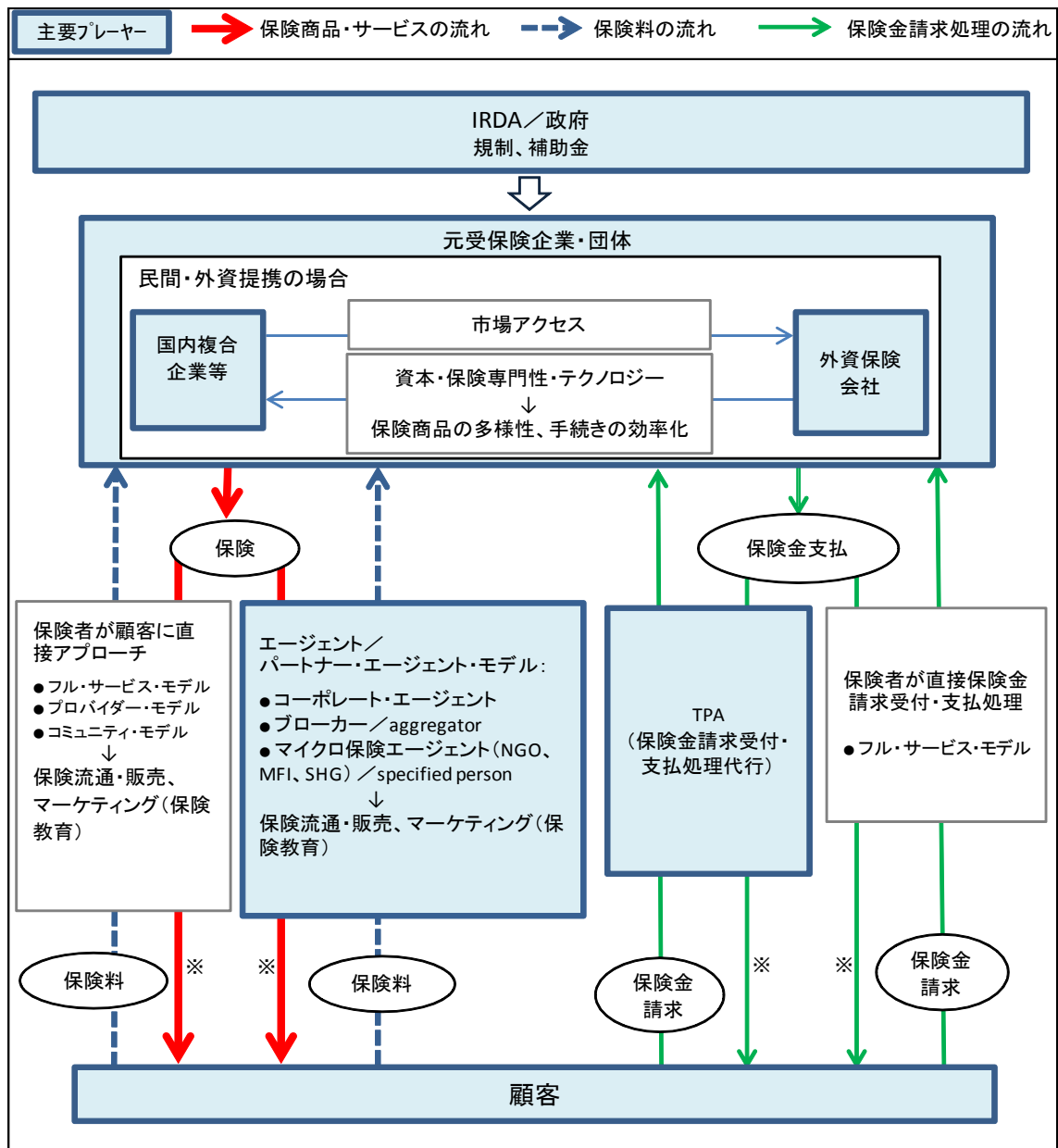
第二部 マイクロ医療保険と事業持続性

第二部では、貧困問題に最も直接的に影響を与える健康問題に対処するためのツールとして、医療保険に焦点を当てる。はじめに、マイクロ医療保険市場のプレーヤーについて説明した上で、事業の持続性を阻む課題とそれらへの対応策について述べ、最後にインド政府と保険会社への提言を行う。

1章. マイクロ医療保険市場における主なプレーヤー

ここでは、市場のプレーヤーとその関係を紹介し、市場の構造を探る。図7はプレーヤーの相関関係を示したものである。

(図7) インドのマイクロ保険市場におけるプレーヤーの相関関係



本調査で入手した情報を基に筆者が作成

※顧客への支払処理は、償還払が必要なケースのみ。それ以外では、全て医療機関に対して支払処理がなされる。

(1) 規制当局 (IRDA)

IRDAは、1996年に設立された、インドの保険業界における規制団体である。その責務は、インドにおける保険事業の円滑な成長を促進・確保することである (IRDA, 1999)。マイクロ保険において IRDA は、保険を通して低所得者層の社会保障状態を改善することを目的に (IRDA ヒアリング)、2005年にマイクロ保険規則を制定した。同規則は、マイクロ保険商品の定義、マイクロ保険商品の認可、エージェントの手数料率の上限等を定め、各プレイヤーの活動をコントロールしている。各プレイヤーに関わる規則は、以下で適宜述べる。

(2) 保険者

① 国内保険会社

保険会社は、IRDA で商品を登録してはじめて保険商品を販売できる。金融資産の運営においては、一般の保険と同様、保険法に定められた投資規制に従う。

(IRDA ヒアリング)

1999年に民間企業が保険業に参入するようになってから、前述の通り民間企業の売上高と市場シェアは急速に伸びてきている。既存の保険会社の多くは、元々は保険業を営んでいなかった複合企業、病院、金融機関等である。

② 外資保険会社

現在、外資保険会社が保険事業をインド国内で行うためには、インド国内企業と提携しなければならず、提携する上では、出資比率の上限が26%に制限されている。この規制が設けられている理由は、IRDA へのヒアリングによると、国内企業保護のためであるという。つまり、インドは長らく国有化されていた市場を1999年に開放したばかりであり、まだ国内保険会社の育成には保護が必要ということである。出資規制に関しては、緩和する案が国会で審議されたことはあるが、未だ実現する目処は立っていない。

外資保険会社にとって、国内企業と提携するメリットとしては、それにより国内市場へ円滑にアクセスできるようになることが挙げられる。外資保険会社にとっては、国内の顧客の信頼を得る必要があるが、それは単独では難しい。国内の顧客に知られている国内の大規模企業であれば、市場への浸透を図りやすいということになる (LIC/Mr. Jindal ヒアリング)。

国内企業にとっては、保険市場への新規参入に必要な莫大な資本 (約2千万 US ドル (10億ルピー)) と保険事業のノウハウ、テクノロジーを補うため、外資保険会社と提携するインセンティブが働いた。提携が進むにつれ、保険商品の多様性が増し、且つ販売とサービスの地理的範囲拡大と、契約や保険金請求処理などの効率が向上した (TATA AIG Life ヒアリング)。

但し、外資保険会社の保険の専門性が求められているものの、他国の保険商品・ビジネスモデルが必ずしもインドに当てはめられるとは限らない。あらゆるビジネス

モデルは、様々な固有の条件（地理、人口など）を基に、特定の国、さらには当該国の特定の地域に限って有効である。インドも、広大な国土と多様な文化・言語、大きな所得格差など固有の問題を抱えている。従って、国際機関や先進国の保険会社などが度々インドに保険のビジネスモデルを提案しに来るが、それらは採用されないことが多いという（本調査ヒアリング）。

③ 保険会社以外の保険者（NGO、MFI、SHG、コミュニティに根差した組織（Community based organizations（CBO））

ここには、フォーマルな機関と、インフォーマルな組織が含まれる。また規模も様々である。MFI はマイクロクレジットを主体として営んでおり、その派生として、信用保険¹⁴を提供するケースが多い。他のコミュニティグループは、協同組合等、共済の形態を取ることが考えられる。コミュニティグループの規模は様々であるが、通常は保険以外の事業を並行して行っており、保険の専門性は保険会社ほど高くは無い。NGO、SHG、MFI の、IRDA（2005）による定義は下記のとおりである。

- **NGO**：法の下で登録された非営利団体であり、貧困層と共に最低 3 年間活動した経験を持ち、それを証明する記録を有し、法の下で透明性を持ち、説明責任を果たし、明確且つ適切な目的意識を持っていないなければならない。
- **SHG**：10 人以上の人員によって構成されるインフォーマルなグループで、貧困層と共に最低 3 年間活動した経験を持ち、それを証明する記録を有し、法の下で透明性を持ち、説明責任を果たし、明確且つ適切な目的意識を持っていないなければならない。
- **MFI**：その加入者にローン／資金を提供¹⁵することを目的とした、共同体や協同組合に関わる法の下で登録されたあらゆる組織である。

(3) エージェント

保険会社は、マイクロ保険を含めた保険のマーケティング・流通・販売を効率的に行うために、大半のケースでは保険商品の流通・販売代行業者であるエージェントを活用する。なお、エージェントを MFI のみに限ったり、ブローカーをエージェントと区別したりすることもあるが、本調査におけるヒアリング対象者の多くはエージェントを下記 3 種類の流通・販売代行業者まで広義に捉えていたため、本研究報告書もそれに倣う。以下ではそれぞれの特徴を述べる。

① コーポレート・エージェント

コーポレート・エージェントは、保険法（1938）Sec.42¹⁶の規定に従い、保険契

¹⁴ ここでのマイクロ保険は、マイクロファイナンスの一形態と捉えられる。

¹⁵ 零細企業、農業やそれに関わる人々による消費活動などに対するローン／資金提供が主である（NABARD, 2008）。MFI の詳細はここでは省略する。

¹⁶ 保険エージェントの雇用に関する規制であり、手数料上限などを定めている。

約の更新を含む、保険勧誘と保険契約獲得業務に対する手数料または他の報酬を受け取ることに同意する必要がある。コーポレート・エージェントには、特定の保険会社と契約し、その保険商品の販売を代行する保険会社専属の業者の他に、金融機関窓口（銀行、郵便局）や病院、MFI 等が含まれる。

② ブローカー

ブローカーは、同様に保険法の下で認可を受ける必要がある。例えば、Bajaj Capital Ins. Broking Ltd.、Marsh India Insurance Brokers Pvt. Ltd、Tata Motors Insurance Broking & Advisory Services Ltd、Willis India Insurance Brokers Pvt. Ltd などがある。コーポレート・エージェントとマイクロ保険エージェントは、特定の保険会社の商品しか販売できないが、ブローカーは複数の保険会社の商品を扱うことができる。

なお、ブローカーは低所得者層の市場にアクセスするために、アグリゲーター (aggregator) と呼ばれる仲介人を活用することがある。マイクロ保険の分野で求められるアグリゲーターとは、低所得者層に対して既存の財政基盤を持っている組織、すなわち、MFI や農村銀行、信用金庫などであり、サービス料を受け取る。また、協同組合や地域の宗教組織も、一般的ではないが対象となり得る。(Churchill, 2006)

③ マイクロ保険エージェント

マイクロ保険エージェントとは、マイクロ保険商品販売のために保険会社によってマイクロ保険エージェントとして指名された、NGO、SHG、MFI である。マイクロ保険エージェントは、雇用主である保険会社のマイクロ保険以外の商品を販売することはできない。(IRDA, 2005)

エージェントは、保険商品の流通・販売以外にも、複数の役割を担うことができる。例えば、申請書類や契約者の健康状態に関する誓約書類の回収、保険料徴収、契約書配布、登録内容（保険のカバーする顧客の名前、性別や年齢、住所、指紋、署名等）の維持管理、請求処理、運営サービス等である。また、エージェントは顧客に対して、保険の仕組みの説明や、どのように医療サービスにアクセスするか等についての保険教育を行なうこともある (HFF/Ms. Bosco ヒアリング)。マイクロ保険エージェントは通常、これら役割の一部、あるいは全てを遂行する販売促進員 (specified persons) を雇用する (IRDA, 2005)。

(4) 第三者機関 (Third Party Administrator (TPA))

TPA は、保険会社に対して、保険金請求・審査・支払処理を中心とした事務サービスを提供する外部団体である。TPA は、IRDA によって承認・登録される。現在インドには約 30 の TPA が異なる場所にあるが、特に Family Health Plan Limited (FHPL) という会社が有名である。本研究報告書における TPA に関する情報は、FHPL へのヒアリングで得られた情報に基づく。

TPA 自らは保険商品の開発・販売が出来ず、保険金請求処理を中心とした事務代行のみ可能である。例えば、加入者カードの発行、請求の手続きと処理等である。請求処理には、医療保険において顧客が医療サービスを受けた際の、病院への保険金支払い代行も含まれる。

TPA に対するニーズが高い保険分野は、医療保険である。その理由は、医療保険における保険金請求は頻度が多く、且つ細かい支払い査定を要するからである。損害保険会社は複雑な請求処理に必要なネットワークと経験、設備を持ち合わせていないことが多いため、自前の請求処理は非効率であり、TPA は保険会社のそれら不足している部分を補完する働きをする。

一方、生命保険の場合、保険金請求が発生するのは被保険者の死亡か満期での生存と頻度が少なく、支払い査定を医療保険ほど厳しくする必要が無いため、TPA へのニーズは低い。実際、本調査のヒアリングによると、TATA AIG Life と LIC は自前で請求処理を行なっているという。

TPA にとっては手数料が利益となるが、利益率は小さいということだ。FHPL の場合、以前は約 5.5% だった手数料が、昨今は TPA 間の競争により、4.5% 程度まで下がったという。ましてマイクロ保険に関する業務のみでは利益は不十分である。よって、FHPL にとって、マイクロ保険に関わる実施中スキームは、政府主導の医療保険プログラム (RSBY) のみとなっている (RSBY については第二部/5 章で詳述する)。但し、RSBY は今後、より多くの人口をカバーしようとしているため (2015~2016 年までに合計 2.4 億世帯)、それに合わせた TPA の成長が見込まれる。

2章. 事業の持続性を担保する上での課題

現状では、マイクロ医療保険の事業収益性は厳しく、事業を持続的に運営するには、様々な課題をクリアする必要がある (Baeza, 2000, Siegel, 2001)。本研究報告書では主な課題として以下を取り上げる。

- 流通・販売コストの高さ：
マイクロ医療保険事業においては、流通・販売コストが最大のボトルネックであるという意見が多い。その理由は、顧客である低所得者層は、人口密度が低く、交通・通信インフラが整っていない場所にいることが多いため、アウトリーチのコストが大きいことや、多文化・多言語国家であるため、流通・販売にかかるコストが大きいためである。
- マーケティングの難しさ：
第一部で述べたように、低所得者層が保険に対して抱く疑念を解消するには、マーケティングの一環としての保険教育が重要である。しかし、顧客の識字率の低さや言語の多様性、交通インフラの不備などにより、適切な教育ツールを開発し、低コストで提供することは困難である。
- データ不足による保険商品開発・保険料算定の難しさ：
保険商品開発・保険料算定のためのデータが不足しているため、個々のニーズに合わせ

た保険商品の開発と適正な保険料算定が難しい。

- 逆選択とモラルハザード
- 社会インフラの不足による損害率の高さ：
上下水道や医療設備が整備されていないことや、教育インフラが不十分なため顧客の健康・衛生管理の知識と意識が乏しいこと等により、そもそも健康状態を保ちづらく、損害率が高くなる傾向にある。

3章. 流通・販売における課題に対する代表的モデル

今日のマイクロ保険の流通・販売においては、代表的な 4 つのモデルが存在する。それらは、保険者（保険会社、組合・MFI・NGO 等の団体）が直接顧客に対して流通・販売を行う 3 つのモデル（フル・サービス・モデル、プロバイダー・モデル、コミュニティ・モデル）と、流通・販売を代行するエージェントを活用するパートナー・エージェント・モデルである。

(1) フル・サービス・モデル

このモデルでは、保険者が、保険商品開発から流通・販売、契約、顧客とのやり取り、保険金請求処理、保険金支払い等、全ての工程を実施する。保険事故が生じた際には、その保険に係るサービス提供者（医療保険の場合は専ら病院）との連携においても責任を負う。このモデルでは、保険者が全ての工程を一貫してコントロールでき、収益も全て自社に入るというメリットがある。

銀行が保険者となってその支店網を活用するバンカシュアランスは、その一例である。インドステイト銀行 (State Bank of India (SBI)) のように農村部の支店数が多ければ、低所得者層にアクセスするコストを大幅に削減できると考えられる (IRDA ヒアリング)。

しかし、このモデルの普及は非常に限られている。その理由は、低所得者層に既存のネットワークを持っている保険会社は少なく、小口の顧客、特に人口密度の低い農村部の顧客への販売と、保険契約後のそれら顧客との間での請求処理に係るコストが非常に高いからである。加えて、新規開拓のコストも掛かり、新規顧客にアクセスできたとしても、モラルハザードや逆選択の問題に遭いかねない。一方保険会社以外の団体の場合は、保険に関する専門性と資本が保険会社に比べると低い傾向にある。(Mamun, 2007)

(2) プロバイダー・モデル / Provider-driven Model

このモデルでは、保険者と、当該保険に係るサービス提供者が同一である。つまり医療保険においては、保険者と医療サービスを提供する医療機関とが同一、ということである。しかし、フル・サービス・モデルと同様の理由に加え、加入者数の最大値が、保険者である医療機関へのアクセスが可能な者に限定されることから、普及には限りが見られる。(CGAP ウェブサイト)

(3) コミュニティ・モデル／Community-driven Model

コミュニティに根差した組織 (Community Based Organizations (CBO)) の中には、自らが保険者となり、保険を提供する団体がある。これはコミュニティ・モデルと呼ばれており、協同組合や共済がその例である。コミュニティ・モデルには、下記のような利点と課題がある。

① 利点：信頼の獲得とモラルハザードの回避

コミュニティが主体であるため、コミュニティリーダーを通して当該コミュニティ内での信頼が得られ、ニーズに沿った保険商品の販売が比較的容易になる。

また、特にコミュニティにおける共済のような自己積立型スキームであれば、同一グループの加入者同士がリスク引き受けを共有することになるため、モラルハザードの危険性は下がる可能性がある¹⁷ (MIA ヒアリング)。

② 課題：専門性と規模の不足

CBO は保険の専門性に乏しいことが多いため、たとえ顧客の現実とニーズを把握していても、必ずしも対応が的確且つ迅速に出来るとは限らない。

また、規模が小さいことが多いため、リスクを分散させるためには、コミュニティメンバー全員に対する強制適用が好ましいが、民間の保険会社がそれを行なうことは困難である。

さらにコミュニティメンバーの大部分が保険に加入したとしても、自然災害のような、コミュニティに対して広範囲に影響するリスクが発現した際には、支払額が積立金を超える可能性が高い。

下記は、本調査において得られた、CBO を活用したコミュニティ・モデルの事例である。

事例 1) MIA による、オリッサ州でのコミュニティ・モデルのプロジェクト (MIA ヒアリング)

■ 同プロジェクトの仕組み

MIA は、コミュニティを基盤とした共済型の医療保険を当該コミュニティ自身が運営できるように、技術的サポート、保険知識提供、トレーニング、啓もう活動等を行なっている。パートナー NGO は二つあり、このオリッサ州でのプロジェクトには、保険会社は参画していない。

保険商品の開発プロセスでは、給付対象、保険金、支払い能力、そして支払い意思額 (Willingness to Pay (WTP)) はコミュニティによって決定される。まずコミュニティがカバーされるべきリスクの優先順位や支払っても良いと考える保

¹⁷ しかし、自己積立型スキームであれば必ずしもそうなるわけではなく、インドのカルナタカ州で実施された大規模な自己積立型医療保険スキーム Yeshaswini では、モラルハザードが大きな問題となった (本調査ヒアリング)。この意味するところは、自己積立型スキームでも、お互いの顔が分かるような小規模のものであれば、モラルハザードが軽減される可能性はあるが、大規模になる程連帯感が希薄になるため、同様の効果は期待できないということである。

険金額などを決め、それを基に MIA は、保険数理計算技術を用い保険商品の開発を支援する。最後にコミュニティの同意を得て、保険事業が開始される。

保険事故が発生した際、つまり入院が生じた際は、入院費の証明書類が請求審査委員会に届く。病院の記録と家族への確認を通して審査し、承認の上、保険金支払いを行なう。保険金は、24 時間以上の入院に対して最高約 70US ドル (3,500 ルピー) である。

■ 収益性

事業開始時の保険料は、対象コミュニティにとっての、カバーすべきリスクの優先順位と支払い能力に基づき、一人当たり約 2US ドル (100 ルピー) /年に設定された。1 年後には、顧客は、カバーされるべきリスクの追加を要求し、WTP は前年度比 20%増加した。そして、契約件数と保険料の増加により、歳入合計額は前年度に比べ 78%増加した。

MIA は事業初日から、顧客に請求の仕方を教え、請求を支援した。その結果損害率は 82%であり、これは MIA としては理想的な値であった。コミュニティ・モデルでは、運営コストが低いため、損害率が 82%でも、事業としては損失を出さずに継続できる。また、共済のような積立型の保険の場合、リスクはコミュニティ構成員によって分散・分担されることになる。お互いが顔見知りのコミュニティにおいては、自分以外のメンバーに不利益を与えないようなインセンティブが働くため、逆選択とモラルハザードが抑制される。但し、保険は長期的なビジネスであるため、少なくとも 2~3 年待たないと、補助金が無くとも持続性が担保できるかどうかは確実には言えない。

■ コミュニティ・モデルの展望

これはより大きなスケールで、保険会社によっても活用され得る。但し、受益者はコミュニティであるという原則が守られることが必要である。

(4) パートナー・エージェント・モデル

IRDA (2005) によると、保険者は、エージェント (コーポレート・エージェント、ブローカー、マイクロ保険エージェント) を介したマイクロ保険の販売を認められている。このモデルは、パートナー・エージェント・モデルと呼ばれており、インドのマイクロ保険市場においては最も普及している。ここで言うパートナーとは、保険者のことで、エージェントのパートナーという意味合いである。

以下では、インドで最も普及しているパートナー・エージェント・モデルの利点と課題、同モデルの形態について説明する。

① 利点：既存のネットワーク活用による市場アクセス

保険会社にとって、低所得者層への商品流通・販売は、最もコストがかかる部分の一つである。438 種類もの言語が使われていると言われる程の多様性を持ち、交通・通信インフラが整っていない農村部で、土地に馴染みの無い保険会社が流通・販売を行うには高いコストがかかる。本モデルは、エージェントの既存のコミュニティネットワークを活用することで、このコストを軽減できる (HFF/Ms. Bosco ヒアリング)。また、顧客は、常日頃から接している組織 (MFI や農村銀行) の職員がとり

なしてくれるため、安心感を得やすく、保険商品への信頼も醸成されやすい（アジア経済研究所／高野氏ヒアリング）。

② 課題：手数料とエージェントの低いインセンティブ

一方、本モデルの課題として、顧客にアクセスするまでに経由するエージェントの数が増える程、手数料が上昇し、その分が保険料に転嫁される可能性が挙げられる。また、コーポレート・エージェントとブローカーはマイクロ保険専任ではないため、マイクロ保険の販売意欲が低く、それに割ける時間が短い。その理由は、一つはマイクロ保険は単価が低く手数料が限られているため、もう一つは他の業務にも従事しており、まずは一般の保険における最低販売目標を達成しなければいけないためである。（LIC／Mr. Jindal ヒアリング）

③ パートナー・エージェント・モデルの形態

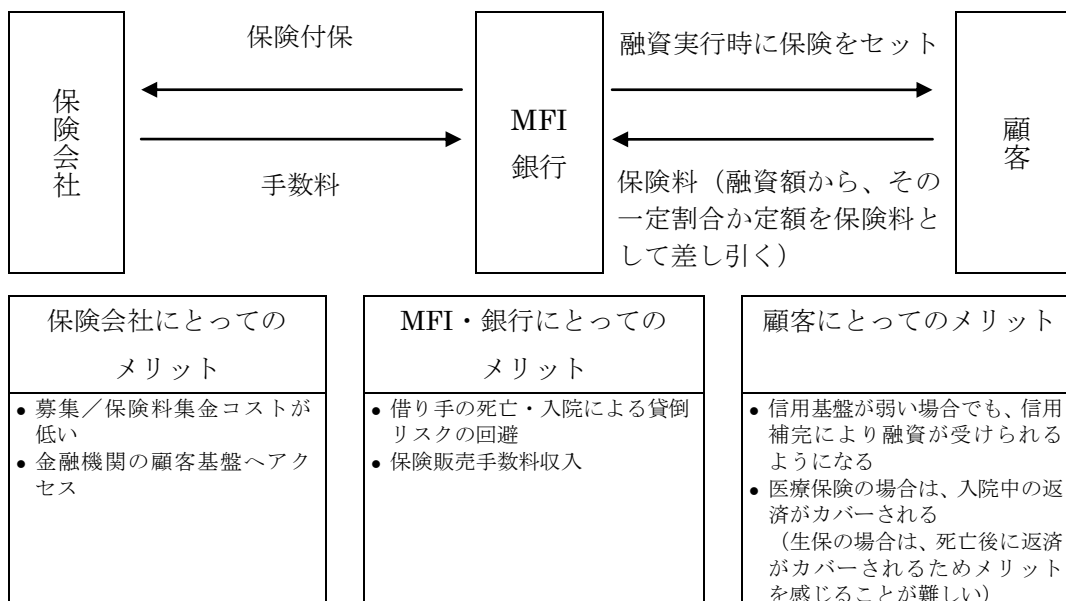
以下では、同モデルの主要な形態として3つ挙げる。

▪ 信用医療保険

MFI や銀行による小額融資（マイクロクレジット）に、貸し倒れを担保するために信用医療・生命保険を付加するというものである。これはフル・サービス・モデルとしても実施される可能性はあるが、パートナー・エージェント・モデル下での活用の方が主であるため、ここで説明する。信用保険が普及する最も大きな理由は、図8に記載されているように、MFI・銀行は、借り手の事故・病気等による入院に伴う貸倒リスクを回避できるからである¹⁸。顧客にとっては、リスクが発現した際に、本人や家族が債務不履行に陥ることを防ぐ手助けとなる。このように、それぞれのプレーヤーにとってメリットがあるが、債権を担保されるからと言って、MFI・銀行による低所得者層への必要以上の貸付けにつながらないよう注意が必要である。

¹⁸ 死亡と入院を比較した場合、死亡リスクの方が入院に比べて貸倒の決定的要素となることに加え、生命保険は医療保険に比べて保険金請求審査や商品開発が単純であるため、信用保険はマイクロ生命保険において普及している。一方、信用生命保険は借り手である顧客にとって、本人が死亡した際の貸倒リスクを貸し手が担保するものなので、貸し手のみを利すると一般的に捉えられている（Roth et al, 2007）。この点、信用医療保険であれば、借り手の生存中の返済がカバーされるため、借り手もその利点を感じることができる。

(図8) 信用医療・生命保険の構造とメリット



池田 (2011) に記載の図を筆者が編集

■ バンカシュアランス

流通・販売の媒介が銀行であれば、それはバンカシュアランスとなる。銀行自身が保険証券を発行する場合は、フル・サービス・モデルとなるが、一般には保険会社の商品を販売する形態を取ることが多い。銀行の支店を仲介してマイクロ保険を販売する方法の利点は、銀行は農村・社会セクターにおける支店数が多く、既存の広範なネットワークを持つので、良いチャネルになり得るということである (IRDA ヒアリング)。さらに、農村・社会セクターにおいて銀行口座開設が進めば、取引が効率化され、マイクロ保険はさらに広まる可能性がある。

バンカシュアランスはインドでは比較的新しいコンセプトであるが、急速に成長しており、今日、40～50%の民間保険会社はバンカシュアランスを使っているという (IRDA ヒアリング)。今後も、全国 80,000 の銀行支店網と拡大する中産階級を背景に、バンカシュアランスはさらに拡大すると見込まれる (swiss re, sigma 2011, p19)。

■ マイクロ保険エージェントの活用

次に、マイクロ保険専任のエージェントである、マイクロ保険エージェントの活動内容、手数料、普及傾向について述べる。

IRDA (2005) によると、採用されたマイクロ保険エージェントは、草の根レベルでの流通・販売のために適宜販売促進員 (specified persons) を雇用することが認められている。マイクロ保険エージェントと販売促進員が営業を開始する前に、保険会社は、土地の言葉を用い、全てのマイクロ保険エージェントに保険商品販売、顧客サービス、請求管理についてのトレーニングを、合計で最低 25 時間は提供しなければならない (IRDA, 2005)。

こうして保険会社に採用されたマイクロ保険エージェントは、販売保険料に応じて手数料を稼ぐ。その手数料には上限が設けられており、マイクロ医療保険を含むマイクロ損保では、保険料の15%である（IRDA, 2005）。上限を設ける理由として、本調査における IRDA へのヒアリングでは次の二点が確認された。一つ目は、高い手数料は保険料上昇につながりかねず、それを防止することで顧客を守るため、二つ目は、高い手数料は保険事業の採算を圧迫しかねないので、それを防止することで保険会社を守るためである。マイクロ保険エージェントは、保険者から得た手数料の一部を販売促進員に支払う。その割合は個々のマイクロ保険エージェントの裁量にゆだねられている。

マイクロ保険エージェントに対しては、上記手数料制限が設けられているため、多数の契約を獲得しないと単価の低いマイクロ保険契約での手数料収入は極めて限定的となる。出来る限り多くの契約を獲得したいところであるが、人口密度が低く、顧客にアクセスするためのインフラが整っていない環境では、それは容易ではない。よって、エージェントになることを希望する人々は、単価の高い一般の保険を販売できるコーポレート・エージェントかブローカーになれるのであれば、それを選ぶ傾向にある。

4章. 他の諸課題の現状と対応策

これまで、流通・販売コストを低く抑えつつ規模の経済を達成する可能性のあるモデルを見てきた。本章では、事業持続性を阻むその他の諸課題の現状と対応策について述べる。

(1) マーケティングの難しさ

マーケティングの一環としての保険教育に関して述べるために、50カ国以上のマイクロ保険関係者・組織へのインタビューを通して、保険教育の現状とノウハウをまとめた MIA のレポート（MIA, 2011）を紹介する¹⁹。保険教育の内容、実施方法、課題は下記のとおりである。

- 内容：低所得者層は地域の共済のようなインフォーマルな積立式保険以外には馴染みが薄いことが多いため、保険の基本的な仕組みと役割から説明する必要がある。また、その内容は、文化・言語・識字率など、保険教育対象人口の置かれている環境に即したものでなければ有効ではない。
- 方法：対象人口の規模によって、得られる効果と有効なツールは異なる。対個人の教育は、理解を深めるのには適しているが、教育を提供できる対象数は限られる。対個人のツールとしては、個別訪問が挙げられる。対グループの教育は、コミュニティのような既存のグループを通してある程度まとまった人数に対して影響できる

¹⁹ 同レポートでは、マーケティングは特定の商品の販売促進を主目的として行われるのに対し、保険教育は飽くまで潜在顧客に保険の概念を理解してもらうことを主目的とするものと位置付けられているが、本報告書では、需要を喚起するための手段として、マーケティングの一部と位置づける。

ため効率的で、最も採用されている。ツールとしては、フリップチャート、ビデオ、マンガ、絵、パワーポイントを使ったプレゼンテーション、経験談等がある。また、参加型のツールとして、歌、踊り、演劇、ロールプレー、ゲームが挙げられる。不特定多数に向けた教育は広範囲にメッセージを送ることはできるが、対象人口による保険の理解度は他よりも低いと考えられる。ツールとしては、マスメディア（ラジオ、テレビ）、壁面広告、ちらし配布等が挙げられる。

- 課題：保険教育はまだ経験の浅い分野である。そのため、教育ツールとノウハウの不足、言語ごとの教育用人員の不足等が課題となっている。また、それ以外の課題としては、資金不足、教育対象人口へのアクセスの難しさ（交通・通信インフラの不足）等が挙げられる。

事例 2) 様々なツールを使った保険教育

Healing Fields Foundation は 2006 年に、それ以前は健康保険に関する知識を一切、あるいはほとんど持っていなかった潜在顧客を対象に保険教育を実施した。そこで使われたツールは、グループディスカッション、プレゼンテーション、ビデオ、歌、踊り、演劇などである。その後 3 年経ったところでは、多くの顧客が保険契約を更新している。

出典：MIA（2011）

(2) データ不足による保険商品開発・保険料算定の難しさ

インドでは、他途上国・新興国の一般的状況と同様、ニーズに合った的確な保険商品開発と厳密な保険料算定が難しいと言われている。その理由は、保険商品開発・保険数理計算のために必要な、顧客の抱えるリスクに関するデータが不足していることである（ニッセイ基礎研究所／米澤氏、FHPL／Mr. Prasad ヒアリング）。

以下では、現状ではインドにおいてどの程度のデータが入手できるのか、どのようなデータが不足しているのか、その状況で保険料を算定するためにはどのような対応が考えられるかを検討する。

① 現状入手可能なデータ

■ 公的データ

IRDA を含めた政府系機関の提供する、死亡率や健康データ等の情報は存在する。例えば、表 11 のような情報源がある。但し、いずれもマイクロ保険に特化したデータではない。

(表11) インドにおけるデータの所在

情報源	データ種類
Insurance Information Bureau (IIB)	保険全般のデータ（健康保険・自動車保険に係る年齢別・性別・病気別損害率等）
IRDA Annual Report	死亡表
Census of India	国勢調査データ
Indiastat.com	人口統計、保健衛生インフラ、など
NCRB データ	災害死亡率、自殺率
Health Department レポート	健康関連データ
National Sample Survey	家計支出データ、貧困人口比率など

本調査で入手した情報を基に著者が作成

現在も IRDA は各種データの収集を進めている。例えば、政府補助金スキームに参加している病院は保険会社に、同スキームの対象である患者に関する情報を送り、保険会社はそのデータを IRDA に提出する義務を負っている。また、政府系病院は、政府の保険スキームに参加していなくても、蓄積したデータを政府に提出する。

■ 企業のデータ

企業は自身のデータを保有している。特に LIC は多くの情報を持っており、一部は公開情報として、他社の参考になっているということである。基本的に企業は自分達では一次データの収集は行わず（本調査ヒアリング）、その他保険料算定に必要な情報を持っていても開示しないことが多い（MIA ヒアリング）。

■ その他機関のデータ（MFI、TPA 等）

TPA は、低所得者層による保険金請求処理等を行なっているため、低所得者層のデータを蓄積している。そのため、企業と IRDA は TPA からデータを収集することがある（FHPL/Mr. Prasad、IFFCO-TOKIO ヒアリング）。

② 既存のデータに関する課題

既存のデータは数理計算にはまだ不十分である。例えば下記のような情報が特に不足している。

■ 低所得者層の保険衛生関連情報の不足

IRDA はデータを持っているものの、まだ集め始めた段階であり不十分である。マイクロ保険の対象である低所得者層に特化したデータは、本調査では見つけられなかった。低所得者層には、中・高所得者層と同様の数値が当てはまることもあれば、生活環境が異なるため、そうでないことも多い。

また、民間の病院に、保険を持たずにかかる患者のデータに関しては、民間病院は政府への報告義務を負っていないため、政府のデータベースには蓄積され

ていない。低所得者層の健康状態、主要な病気、医療コスト等に関して、さらなるデータ収集が必要である。今後は、データ収集とデータバンクへの情報蓄積、及び全国的なデータの整理が求められる（本調査ヒアリング）。

- **住民の移動を考慮したデータの不足**

仮に商品開発・数理計算のためのデータが得られたとしても、都市部のものだけであることが多い（IFFCO-TOKIO ヒアリング）。しかし、農村部と都市部では、主要なリスク、医療費、事故率等が異なる（本調査ヒアリング）。さらに、仮に都市部と農村部のデータ両方が揃っていたとしても、それだけでは不十分である。農村部での保険料は、農村部での医療費に基づいているだろうが、顧客は収入機会を求めて都市部へ移住したり、農村部の病院は医師と設備が不足しているため都市部に行かざるを得なかったりする（本調査ヒアリング）。そうすると、保険料は妥当性を欠くことになる。農村部の雇用機会が増え、且つ農村部の患者が都市部の病院に行く必要がなくなる程度まで農村部の医療インフラが発達しない限りは、都市部と農村部のデータに加え、患者が移動する割合に関する情報も必要になる。

③ 保険商品開発と保険料算定におけるデータ不足への対応

基本的にデータは、現在既に進められているように、IRDA が中心となって収集し、統合・整理することが望ましいであろう。しかし、国土が広大で、文化、所得レベル共に多様性に富むインドにおいて、いつになればデータが十分に揃うかは不明である。そこで、その間に保険会社が取れるであろう選択肢には下記のようなものがある。

- **共済の仕組みを活用**

厳密な統計資料が無くても、共済の仕組みであれば機能する。データが不足しているのであれば、必ずしも画一的な保険商品の使用と無理矢理な保険料算定をする必要はない。コミュニティに根差した共済の仕組みを活用し、顧客のニーズを的確に把握し、保険料は年齢に関わらず一律に設定するという方法もある（ライフネット生命保険／出口氏ヒアリング）。

- **ベースラインデータ収集**

既存のデータが不十分であれば、独自でベースラインデータ収集を行うという選択肢もある。本調査のヒアリング先である MIA は、ベースラインデータ収集を行なっている。しかし、その人件費・時間的コストは高い。データ収集、分析、数理計算、モデラーは全て MIA 自身で賄っており、高い専門性と人件費・時間的コストを要する。（MIA ヒアリング）

- **顧客の支払い意思額（Willingness To Pay（WTP））を参考とする**

保険商品は、結局は顧客に購入してもらわねばならないため、顧客の WTP は、一つの参考になり得る。

例えば MIA は、数理計算を WTP 及び顧客の優先順位と組み合わせているということだ。主に高所得者層向けの一般の保険では、商品が価格を決める。そして保険料に関する透明性は低い。しかし MIA では、WTP に基づいて設定された価格が商品を決めるという。つまり、MIA は WTP のデータに基づき、企業はどのような内容の商品（例えば、入院、検査等を含む医療保険等の組み合わせ）が、WTP で示された価格帯に適合するかを検討する。（MIA ヒアリング）

但し、WTP に対しては批判もある。例えば、顧客の認識は、保険に対する理解度や、リスクの感じ方等、様々な要素に影響され、頻繁に変わり得るということである。よって、WTP を基準にするのであれば、それは継続的に測定・評価される必要があるだろう。

また、WTP は一つの基準となりえるものの、保険供給側は、継続的に保険を提供するには収益を生まねばならない。保険料は、数理的に公平であることに加え、諸々のコスト、例えばマーケティング、流通、保険料回収、保険金請求処理などに係る諸々の費用、一般管理費等をカバーする必要がある。（Brau et al.）そのため、WTP は保険料の決定的基準ではなく、あくまで参考として活用されるべきである。

事例 3) MIA による保険料算定手順（本調査ヒアリングより）

- 対象地域での情報収集（費用、リスク、分配チャンネル等）・分析
- 潜在顧客へのヒアリングにより、収集された情報と分析結果が現実合っているかを確認
- 潜在顧客にとってのリスクの優先順位と、それらリスクの管理に対する WTP をヒアリング
- ニーズと WTP に基づき保険商品を生設計し、保険料の内訳を顧客に開示（透明性確保）

事例 4) 保険会社に対する本ヒアリング調査により得られた保険料算定方法の概要

- 保険料は、保障リスクに係る請求頻度と規模のデータに基づき、保険数理計算により設定される。保険料算定は科学的に行われており、WTP に関しては特定のデータは収集していない。
- グループ保険においては、対象グループの構成員の年齢、性別、職業など、コミュニティの情報に基づき、保険料を設定する（Community pricing）。ここでは、個人単位のリスク要素、つまり各世帯の規模や世帯構成員の年齢や性別等に関わらず、各世帯一律の保険料が課される。
- 可能であれば考慮すべきコストとして、罹患率コスト／morbidity cost（年齢、性別、地域、職業等を基準に付加されるコスト）、リスクプレミアム（予期された請求からの不利な変動に対して付加される料金）、Uncertainty premium（データの信憑性が低い場合に付加される料金）などが挙げられる。

(3) 逆選択とモラルハザード

以下では、マイクロ保険に関わる逆選択とモラルハザードを紹介する。これらは損害率とその対策費用を高め、収益性を圧迫する要素となっている。

① 逆選択

マイクロ医療保険においては現状、既往症チェックが無く、健康状態に関わらず価格が一定である。そのため、健康リスクの高い人ほど保険を購入する意識が働き、逆選択の問題が生じやすい（アジア経済研究所／高野氏ヒアリング）。

この問題に対して、既往症チェックがあることは望ましいが、それに要するコストは大きい。それは、低所得者層は元々、コストの掛かるフォーマルな医療サービスを避ける傾向があり、ほとんどの場合健康診断書を持ち合わせていないためである。他には、リスク分散のために強制加入とすることや、購入後保険の保護が始まるまでの除外期間を設けることなども考えられる。しかし、強制加入においてはインフォーマル保険や所得格差の存在が障壁となっている（Public Foundation of India, 2011）。一方除外期間の効果はまだ実証されていない。

② モラルハザード

一般の保険同様、病気予防を怠ったり症状が軽くても病院に行ったりという顧客のモラルハザードと、病院による過剰請求という医療機関によるモラルハザードがある。

これに対しては、患者が実費の一定割合または一定額を負担する仕組みや、コミュニティでの継続的な保険教育や初等教育を通して健康管理を推進することなどが考えられる。また、IT 等を活用した病院の監視システムの整備も必要だが、仮に不正が発見されても、保険会社による調査・介入には限界があるため、政府による既得権益にとらわれない介入が求められる。

また、低所得者層がエージェントのモラルハザードの犠牲になる可能性もある（ライフネット生命保険／出口氏ヒアリング）。エージェントは販売した保険の保険料に応じて手数料を稼ぐため、マイクロ保険の中でも保険料が不当に高い商品売り付け、あるいは不要な商品自体を売り付けるインセンティブが働く、ということである。マイクロ保険市場の成長には、低所得者層による需要が継続的に生まれることが必要であるが、顧客が搾取されたと感じては契約更新は見込めない。特に、農村部のようにコミュニティの連帯が強い場所では、悪い噂が広まりやすい。長期的に市場シェアを拡大するためには、押し売りは避けたいところだが、エージェントが短期的な収入を意図している場合には、モラルハザードが起り得る。このリスクを抑えるためには、エージェントに対しても保険教育を実施し、継続的な需要を担保するような販売活動を促すことが重要である。

(4) 社会インフラの不足による損害率の高さ

インドでは、都市部も農村部も、低所得者層向けの医療設備・人材や教育、衛生的な

水へのアクセス等が不足しており、そもそもの健康状態を良好に維持することが難しい環境にある。その分マイクロ保険へのニーズが高まるが、反面、損害率が高くなる可能性がある。保険提供は社会保障システム拡充の一環という位置づけに基づき、政府を中心とした複合的な社会保障整備が進むことが望まれる。

5章. 政府補助金スキーム (RSBY プログラム) の概要と課題

購買力の限定的な貧困層向けに、保険会社が単独でマイクロ保険事業の持続性を担保することは困難である。それは、最も効率的で普及しているパートナー・エージェント・モデルを活用しても同様である。そこで、ここでは、貧困層を対象としてインド労働雇用省によって開始された、政府補助金付きマイクロ医療保険スキームである RSBY プログラムを紹介する。以下の情報は主に RSBY ウェブサイトに基づく²⁰。

(1) 仕組み

RSBY はグループ単位でカバーするグループ保険であり、BPL 世帯を単位に保険を提供する。実施においては、中央政府がスキームを開発し、州政府がパイロットベースで実施するなど、異なる段階において異なる政府機関が責任を負う。

まず政府の BPL データベースを利用し、顧客の特定が行われる。その上で、保険会社は顧客に、エージェントを通して、顔写真や指紋を使った認証カードであるスマートカードを発行する。保険料は 1 世帯²¹当たり約 15US ドル (750 ルピー) / 年を上限として、BPL 世帯のスマートカード登録状況に応じて政府から保険会社に支払われる。中央政府は年間保険料の 75% を拠出するとともに、スマートカードに係る費用を負担する。一方州政府は年間保険料の 25% と、保険料上限額を超えた追加保険料を拠出する。但し、一部地域²²ではその比率は 9:1 である。顧客からは、年間登録費・更新料として約 0.6US ドル (30 ルピー) が支払われる。(RSBY Working Paper, 2010)



保険金は、BPL 世帯当たり、最大で合計約 600US ドル (30,000 ルピー) である。保障されるのは、入院と手術で、医療機関への交通費は一回につき、約 2US ドル (100 ルピー) から最高約 20US ドル (1,000 ルピー) が支給される。スマートカード保有者が医療サービスを受けた場合、病院は基本的にそのデータをオンラインで TPA、保険会社に送信する。それを基に、請求の審査・承認を経て、保険会社から病院に対して支払いが行われる。

(2) 市場規模

RSBY は、中央・州政府、保険企業、TPA 等、複数の機関を巻き込んだ、インドで最

²⁰ RSBY ウェブサイト：<http://www.rsby.gov.in/>

²¹ 世帯：家長と配偶者、扶養家族 3 人の計 5 名までが保障の対象となる (RSBY ウェブサイト)。

²² Northeast、Jammu、Kashmir

大の BPL 向け医療保険スキームである。また、スマートカードという IT が活用されており、文書が不要となっている点も特筆に値する。

2010 年の時点で、RSBY スキームにおける平均保険料は約 11.2US ドル（約 560 ルピー）／年であった（RSBY Working Paper, 2010）。スマートカード発行数、つまり登録世帯数は 2012 年 3 月時点で約 2,800 万である。平均保険料がほぼ一定と仮定すると 2012 年 3 月現在での保険料規模は約 3.1 億 US ドル（約 156 億ルピー）である。FHPL によると、政府は RSBY 登録世帯数を 2015～2016 年頃までに、現在の約 9 倍の合計 2.4 億に増やす意向ということである。

(3) 課題

本調査では RSBY の課題として以下が確認された。

- データ不足：BPL を対象とした最大の保険スキームではあるが、まだ BPL データは不足している。国民の登録が整備されていないインドにおいては、BPL データの収集には時間がかかる。
- IT インフラ不足：本スキームではスマートカードという IT システムが活用されているが、病院でそれに見合う IT インフラが整っていないければ、意味を成さない。よって、特に農村部の病院における IT インフラ拡充が必要である。
- 中央政府と州政府の連携不足：全ての州が RSBY を実施しているわけではなく、アンデラプラデシュ州やタミルナドゥ州のように独自のスキームを運営している州もある。また、州が運営する政府病院は、必ずしも RSBY に参加しておらず、医療保険における政治的な縄張り争いのような状態が見受けられる。（本調査ヒアリング）
- 処理遅延：官僚的な処理により、政府から保険会社への保険料の支払いに時間が掛かることがある。（本調査ヒアリング）

6章. インドにおけるマイクロ医療保険に関する展望と提言

ここでは、これまで述べたことに加え、インドにおけるマイクロ医療保険が発展する可能性に触れつつ、インド政府と保険会社に対する提言を行なう。

(1) インド政府への提言

政府の役割は、下記のような外部環境の整備が中心となるだろう。第一部で述べたように、市場規模の潜在性は高い。その潜在性を引き出しつつ、社会保障の観点から顧客を保護する働きが求められる。

① データ収集と整理

現在、IRDA を中心として、主に RSBY のような政府補助金スキームを介して、顧客の健康状態や医療サービス費用に関するデータ収集が行われている。ニーズに適合した保険商品の開発と適正な保険料算定を促すため、中央のデータバンクへの

情報蓄積と整理が求められる。

② 社会インフラの整備

■ 教育の普及・促進

教育の普及²³は、低所得者層の識字率を上げ、マーケティングから流通・販売、保険金請求処理までに掛かるコストを軽減することに加え、以下のような効果が見込まれる。

まず、健康・衛生管理に関する教育が行われれば、モラルハザードを含めた健康管理不備に起因して高まる損害率が下がることが期待される。次に、教育は需要自体を増やすと思われる。実際、教育年数と保険への需要には比例関係が見られると言う（Ahuja and Guha-Khasnobis, 2005）。表12は、教育年数と保険保有率や購買意思等との関係を示している。各列は、家計の主要な稼ぎ手の教育年数によってグループ分けされている。この表のみからでは、教育年数が高い方が保険購入率が高いことの理由は断定できない。それは購買力があるからかもしれないし、保険の意義を理解しているから、あるいはその両方かそれ以外かもしれない。いずれにせよ、教育の普及は、低所得者層による需要増加につながることが予想される。

(表12) 教育年数と保険保有率・購買意思との関係 単位：%

教育年数	10年以上	5年～9年	4年以下
生保保有率	44	23	15
損保保有率（医療保険含む）	26	12	5
保険非保有者中の購入検討者	20	33	29
保険非保有者中の購入非検討者	20	38	51
貯蓄率（貯蓄／所得）	38	35	35

出典：Forte Group (2003) “Rural Insurance : Issue, Challenges & Opportunities”

注) ヒアリング対象人口はアタープラデシュとアンデラプラデシュ州の3地域における計1,172人

■ 医療設備・人材の拡充

特に農村部における、低所得者層でも利用可能な医療設備の拡充が必要である。これは、顧客の普段の健康維持を促進し、損害率の軽減に寄与する。農村の低所得者層が医療サービスを受けるために都市部へ移動することが減れば、保険会社にとって適正な保険料の算定が容易になる。また、医療機関へのアクセスが増え、健康診断が普及すれば、逆選択を防止する手段ともなり得る。

■ ITインフラの拡充

ITインフラの発達によって、保険者はエージェントや病院等との迅速な情報処理

²³ 世銀によると、2003年から2009年の間で、基礎教育レベルで学校に行っていない子どもの数は2,300万人から810万人に減少したということである。

<http://www.worldbank.org.in/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/SOUTHASIAEXT/INDIAEXTN/0..contentMDK:21493265~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:295584.00.html>

を行えるようになり、契約や保険金請求・支払い等の処理が効率化されると共に、エージェントによる保険料徴収や病院による医療費請求が適切に行われているかを保険者が監視することが容易になるであろう。また、インドでは農村の低所得者層でも、多くの世帯は携帯電話を所有しているため、携帯電話のSMSを通してデータを更新したり、新しいスキームの情報やスローガンを送ったり、保険料の支払い時期を通知したりすることもできるだろう（MIA、Sahara Life Insurance / Mr. Ombir ヒアリング）。事業の効率化に伴うコスト削減により保険料が下がれば、顧客もその便益を実感できる。

また、IT に関する進展として、近年進められている Unique Identification Number (UID)の整備は注目に値する。これは、全人口を生体認証の仕組みを通して公的に登録する試みである（The Economist, 2012）。これには次のようなメリットが考えられる。一つは、金融処理の簡易化である。例えば、地域の商店に生体認証用のスキャナーが設置されれば、それを通して本人確認ができるようになるため、その場で保険料支払や契約更新等の処理を行うことが可能になるだろう。そうすれば、離れた金融機関窓口に行く必要も、エージェントが各地域を訪問する必要もなくなる。また、医療サービスを受ける際の本人確認の正確性も増す。もう一つは、顧客データベースの発達である。UID を通して、個人のデータ蓄積・整備と、それらデータの移動が容易になれば、病院間、企業と病院間でのデータ通信が促進され、より妥当な保険料算定ができるようになる。

■ 交通インフラの拡充

インドでは交通インフラが未だ整備されていない地域が多く、顧客にアクセスするには多大なコストがかかるため、その整備は重要である。特に農村地域における医療機関へのアクセスは困難なケースが散見され、早急の対応が必要である。

③ 顧客保護の促進

第二部／4章で述べたように、必要以上に高価な、あるいは不要な保険商品を販売するインセンティブがエージェントに働くことで、押し売りが発生するなど、顧客がエージェントのモラルハザードの犠牲となる可能性がある。これを避けるために、エージェントには、顧客への説明責任履行の厳格化と、何らかのチェック体制、あるいは顧客のクレームを受け付ける体制の整備が必要である。また、顧客に対する保険教育により、顧客自身が身を守るための知識を身につけるよう促すことも重要である。

(2) 保険会社への提言

マイクロ保険事業が持続的に運営され、顧客と保険会社の両方にとって有益であるためには、下記のような点が考慮されるべきであろう。

① 社会貢献事業としての活用

マイクロ保険は社会保障システム拡充の一環として位置づけられるため、保険会社

にとっては社会貢献事業の一つとして活用できる。Lee が 2008 年にインド国内で行ったケーススタディで示されるように、インド国内で活動する企業の社会貢献に対する意識は高い。この状況において、インドでマイクロ保険を供給することは、保険会社による社会貢献事業のツールとして、一般の保険のマーケティングにもつながり得る。

② 顧客の所得向上を見据えた中・長期的事業としての活用

一方、マイクロ保険の顧客の中でも所得が高い人々に対しては、それら顧客の所得向上傾向を考慮した、中・長期的な視点で商品・サービス供給が行われるべきであろう (FICCI/Dr. Rajiv ヒアリング)。つまり、所得の向上に併せて、より保障の厚い、保険会社にとっては収益性の高い保険への切り替えニーズに応じるということである。医療保険においては、年度ごとの契約更新となるため、必ずしも同じ会社の保険商品を購入するとは限らない。しかし、低位中所得者層と中所得者層のほとんどは保険を有していない状況を鑑みると、新しい保険商品・保険会社へのアクセスは限られていることがわかる。そのため、適切な商品・サービス提供を継続していれば、同じ会社の商品が購入される可能性は高いであろう。

③ 持続性を担保するモデルの活用

政府補助金スキームを軸とした社会貢献事業でも、貧困層より所得レベルの高い層を対象としたマイクロ保険でも、効率的に運営しなければ持続性は保たれない。そこで保険会社は、対象顧客に合ったモデルの活用が重要となる。広範囲に、各地域に根差したエージェントを通して流通・販売を行うパートナー・エージェント・モデルが、多くの場合は最も有効と考えられる。そしてエージェントに対しては、保険教育によって、保険知識の向上を図り、且つ顧客である低所得者層の信頼を得られるような活動を促し、事業の持続性を上げることが必要がある。これはつまり、エージェントによる押し売りなどのリスクを回避するための顧客保護の一環でもあり、新規契約の増加と契約更新率の向上につながり得る。

④ 潜在労働力の活用による販売・デリバリーチャネルの拡大

日本では戦後の保険市場の拡大の一端を、セールスレディが担った。インドでもこれが検討される価値はある。

日本がセールスレディで成功した理由としては、対面販売は大量の雇用を必要とするが、職の無い主婦層がそのニーズに合致したため (出口、2009)、ということが挙げられる。途上国・新興国でも、女性への教育が普及し、さらに農業の生産性向上や都市部での雇用機会の多様化などにより夫の職業の手伝いをする必要が薄れた場合、主婦の労働力はセールスレディとして活用され得るであろう。地域的主婦であれば信頼も得やすいであろうし、何より現場の草の根レベルでのニーズを熟知している。実際、ユニリーバは主婦を販売員として動員し、農村地域での売上を上げている。但し、ユニリーバの商品は石鹸のような日用品であるが、保険は高度な金融

商品であるため、それを自分自身が理解し顧客に説明するためには、ある程度の教育を受けていることが必要である。

⑤ 異分野の企業間連携による販売チャネルの拡大

業種の異なる企業との連携による販売チャネルの拡大も新たな可能性を生む。インドのマイクロ保険市場を牽引する民間企業の多くは、元は保険を専門としない複合企業体であった。今後も、このような保険以外の専門性を持つ企業と、保険を専門とする外資系企業との連携は、イノベーションを生み、保険料の徴収経路の多様化などにより、市場の拡大をもたらすだろう。以下はタンザニアのマイクロ生命保険における事例であるが、インドのマイクロ医療保険でも可能であると思われるため、ここで紹介する。

事例 5) テレコミュニケーションと保険

テレコミュニケーション企業の保険事業への参入は、流通・販売を拡大・効率化する可能性を持つ。タンザニアの保険企業 **Micro Ensure** は、**Tigo** という通信会社と提携して売り上げを拡大することに成功した。それは **Tigo** の事業にとっても売り上げ増につながるスキームであり、**Tigo** で支出するほど、生命保険金額が上がるという仕組みだった。例えば、月に 3US ドル使った **Tigo** の顧客は、自分自身と家族もう一人に対して 140 US ドルの生命保険の資格を得ることができ、それは最高で 700 US ドルまで上がる。²⁴

事例 6) 銀行と保険

タンザニアの **Micro Ensure** は、銀行とも提携し、貯蓄口座の利子分を保険料として銀行が支払うというスキームを運営した。例えば、65 US ドルの残高で 200 US ドルの生保カバーを獲得し、130 US ドルの残高で家族全員がカバーされるというものである。これにより提携銀行では、低貯蓄顧客の貯蓄が 130%増加したということだ。²⁵

インドでは、農村部の貧困層の間でも携帯電話が普及している。識字率が低いため、携帯電話を流通・販売の媒介として使うことには課題が多いかもしれないが、今後は事例 5 のように活用される可能性があるだろう。また、低所得者層は、老後と子供のために貯蓄する傾向が強いという。インド中央銀行は、低所得者層に銀行のサービスを提供するための施策を実施し始めており (**M-CRIL, 2008**)、金融機関で口座を開設し、その利子を保険に充てるとするのは、インドの低所得者層の間でも効率的なスキームになり得る。

²⁴<http://www.good.is/post/chutes-ladders-and-safety-nets-how-microinsurance-helps-african-development/>

²⁵同上

マイクロ保険は世界各地の途上国・新興国で広まっている。本調査・研究は、それら地域の中でも、既存・潜在顧客数が多く様々な試みが行われているインドにおけるマイクロ医療保険を取り上げ、社会保障システム拡充の一環としての意義を果たしつつ、事業持続性を担保するための提言を行なったものである。今後、本研究報告書で述べた課題と展望・提言はさらに具体的に分析され、現場で複製され得るレベルでの提案が行われることが必要である。

別添 1：本調査におけるヒアリング先

主なヒアリング先は以下の通りである。

1) 日本:

組織	役職、氏名
株式会社損害保険ジャパン	海外事業企画部 企画グループ、宇野怜輔氏
	コーポレートコミュニケーション企画部 CSR・環境推進室副長、有光由香氏
株式会社ニッセイ基礎研究所	社会研究部門、米澤慶一氏
株式会社野村総合研究所	経営コンサルティング部 主任コンサルタント、木原裕子氏
東京海上ホールディングス株式会社	経営企画部次長兼 CSR 室長、長村政明氏
	経営企画部 CSR 室マネージャー、岩間研氏
独立行政法人日本貿易振興機構 アジア経済研究所	高野久紀氏
	太田仁志氏
ライフネット生命保険株式会社	代表取締役社長、出口治明氏

2) インド:

所属組織	役職、氏名
Apollo Munich Health Insurance	Asst. Vice President / Claims Provider & Health Management、Mr. Rajagopal Rudraraju
Family Health Plan Limited	Chief Operating Officer、Mr. J.E. Prasad
Federation of Indian Chambers of Commerce and Industry	Secretary General、Dr. Rajiv Kumar
Healing Fields Foundation	Co-Founder & Secretary General、Ms. Mukti K Bosco
IFFCO-TOKIO General Insurance	Head – Rural and Cooperatives、Mr. K. Gopinath
	Sr. Manager / Corporate Planning、安江 宣文 氏
Insurance Regulatory and Development Authority	本部職員 3 名
Life Insurance Corporation of India	Regional Manager (Micro-Insurance)、Mr. S. C. Jindal
Micro Insurance Academy	Chairman & Managing Director、Dr. David Dror
	Project Manager、Ms. Sumitra Dhal Samanta
Sahara Life Insurance	Marketing Executive、Mr. Arun Ombir
TATAAIG Life Insurance	マイクロ保険担当部署社員
The Oriental Insurance Company	Manager / Head Office、Dr. S. P. Goswamy

また、本調査の方針・計画を作成するに当たっては、下記の方々にもご協力・ご助言を頂いた。

所属組織	役職、氏名
株式会社ファイナンシャル・マネジメント	代表取締役、山本俊成氏
三幸自動車株式会社	代表取締役社長、町田栄一郎氏
プルデンシャル生命保険株式会社	コンサルティング・ライフプランナー、 萬川裕氏
麗澤大学	経済学部助教、溝口哲郎氏
SEEDS Asia	鹿田光子氏

別添 2 : 参考文献

- 池田香織 (2011) 「マイクロインシュアランスへの期待と展開」 損保ジャパン総研レポート、2011. 9. Vol. 59
- 高野久紀、高橋和志 (2009) 「マイクロファイナンスの現状 – 貧困層へのインパクトと返済を支えるメカニズム–」 山形辰史編『後発開発途上国の開発戦略：中間報告』第7章、アジア経済研究所
- 出口治明 (2009) 「生命保険入門」 岩波書店
- 米澤慶一 (2011) 「マイクロインシュアランスの現状と課題」 ニッセイ基礎研レポート 2011年3月号、ニッセイ基礎研究所
- Indo Watcher (2011. 4, p24 – 27) 「インド生保市場、日本勢の挑戦」
- ADB (2006) “Pension Reforms for Unorganised Sector”; IIMS (2008) “DataWorks Survey 2008”
- Ahuja, Rajeev and Guha-Khasnobis, Basueb (2005) “Micro-Insurance in India: Trends and Strategies for Further Extension” Indian Council for Research on International Economic Relations (ICRIER)
- Allianz Group / Microinsurance Report (2010) “Learning to insure the poor”
- Bhattacharya, B. K. (2008) “Evaluation Report : GOI – UNDP Project “Strengthening State Plans for Human Development” India”
- Baeza, C. "Community Risk Sharing Arrangements in Latin America" Paper presented at World Bank Workshop on "Risks, Poverty and Insurance: Innovations for the Informal Economy" Workshop Proceedings, September 6, 2000
- Brau, James C. and Merrill, Craig and Staking, Kim B. “Insurance Theory and Challenges Facing the Development of Microinsurance Markets”
- Central Intelligence Agency “The World Factbook”
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/in.html>
- CGAP “Microfinance Gateway”
<http://www.microfinancegateway.org/p/site/m/template.rc/1.11.48248/1.26.9202/>
- Chandani, Taara (2009) “Microinsurance Business Models” The World Bank
- Churcillah, Craig ed. (2006) “Protecting the poor – A microinsurance Compendium” ILO
- Cohen, Monique & McCord, Michael J. (2003) “Financial Risk Management Tools for the Poor” MicroInsurance Centre Briefing Note # 6
- Department of Planning “Survey for BPL families”, Government of Punjab
- Dror, David & Jacquier, C. (1999) “Micro-insurance: Extending Health Insurance to the Excluded” International Social Security Review
- Dror, David M. (2006) “Health Insurance for the Poor: Myths and Realities” November 4, 2006, Economic and Political Weekly
- Ginneken, Wouter V. ed. (1998) “Social Security For All Indians” Oxford University Press
- Hameling, Susan, International Case Method Institute (2010) “Case Study: Max Vijay Microinsurance Product” Microinsurance Innovation Facility / ILO

- Holzmann, R. and S. Jorgensen (2000) "Social Risk Management: A new conceptual framework for social protection, and beyond. Social Protection Discussion" Paper No. 0006, The World Bank, Washington D.C.
- IAIS, CGAP working group on microinsurance (2007) "Issues in regulation and supervision of microinsurance"
- ILO (2005) "Community-Based Schemes / India: An Inventory of micro insurance schemes" Working Paper no.2
- ILO (2005) "Special Studies / Insurance products provided by insurance companies to the disadvantaged groups in India"
- IRDA (1999) "Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999"
- IRDA (2002) "Insurance Regulatory and Development Authority (Obligations of Insurers to Rural Social Sectors) Regulations, 2002"
- IRDA (2004) "Concept Paper on Need for Developing Micro-Insurance in India"
- IRDA (2005) "Insurance Regulatory and Development Authority (Micro-Insurance) Regulations, 2005"
- IRDA (2007) "Annual Report 2006-07"
- IRDA (2008) "Annual Report 2007-08"
- IRDA (2009) "Annual Report 2008-09"
- IRDA (2010) "Annual Report 2009-10"
- IRDA (2011) "Annual Report 2010-11"
- Juetting, J. (2000) "Determinants of Viable Insurance Schemes for the Rural Poor in Developing Countries: Lessons from SEWA. Center for Development Research: Bonn. mimeo. See www.zef.de
- Juetting J and J. Tine (2000) "Micro insurance schemes and health care provision in developing countries: An empirical analysis of the impact of mutual health insurance schemes in rural Senegal", Center for Development Research (ZEF) Bonn, Project report No 5, Germany
- Maleika, Marc and Kuriakose, Anne T. (Oct, 2008) "Microinsurance: Extending Pro-Poor Risk Management through the Social Fund Platform" Social Funds Innovation Notes / The World Bank Volume 5 No. 2
- Mamun, M. Ziaulhaq (2007) "Contribution of Micro-Insurance Augmenting the Poverty Alleviation Role of Micro-Finance: A Case Study of Bangladesh" A Draft Paper Prepared for the 11th APRIA Conference at National Chengchi University, Taipei, Taiwan (July 25-28, 2007)
- McCord, Michael J. and Isern, Jennifer and Hashemi, Syed (2001) "Microinsurance: A Case Study of An Example Of The Full Service Model of Microinsurance Provision"
- McKinsey & Company (2007) "The 'Bird of Gold' : The Rise of India's Consumer Market"
- Micro-Credit Ratings International Limited (M-CRIL) (2008) "Micro-Insurance regulation in the Indian financial landscape – Case study"

- Micro Insurance Academy (2011) “A Landscape Study of Micro Insurance Education”
- MicroSave India (2010) “Focus Note 49 Trends of Microinsurance in India”
- National Bank for Agriculture and Rural Development (2008) “Report of the Committee on Financial Inclusion”
- NSSO (2007) “Select Health Parameters : A Comparative Analysis across the National Sample Survey Organization (NSSO) 42nd, 52nd and 60th Rounds” Ministry of Health and Family Welfare
- NSSO (2010) “Press Note on Employment and Unemployment Situation in India, 2007-08”, Government of India
- OECD (2011) “Special Focus: Inequality in Emerging Economies (EEs)”
- Peters, D. et al. (2002) “Better Health Systems for India’s Poor: Findings, Analysis, and Options” The World Bank, Washington D.C.
- Public Health Foundation of India (2011) “A Critical Assessment of the Existing Health Insurance Models in India” The Planning Commission of India
- Rao, Vijayendra (2007) “The Economics of Dowries in India” The Oxford Companion to Economics in India, Oxford University Press
- Roth, Jim and McCord, Michael J. and Liber, Dominic (2007) “The Landscape of Microinsurance in the World’s 100 Poorest Countries” The MicroInsurance Centre, LLC
- RSBY Working Paper Series (2010) “RSBY Working Paper #1 / A new approach to providing health insurance to the poor in India: The early experience of Rashtriya Swasthya Bima Yojna”
- Siegel, P., J. Alwang and S. Canagarajah (2001) “Viewing Micro-insurance as a Risk Management Tool” Social Protection Discussion Paper 0115. The World Bank, Washington DC.
- Sinha, Tapen “The Indian insurance industry: challenges and prospects” Swill Re, Institute of Insurance and Risk Management
- Lee, Sunyoung “Corporate Social Responsibility in India” A Case Study for the Oxford-Achilles Working Group on Corporate Social Responsibility
- Swiss Reinsurance Company Ltd (No 5 / 2011) “Sigma – Insurance in emerging markets: growth drivers and profitability”
- The Economist (14 Jan, 2012)
- “The Insurance Act, 1938”
- The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank (2012) “Doing business in a more transparent world – Economy Profile : India”
- The Times of India (Oct 18, 2010) “Post offices can now sell insurance plans”
<http://timesofindia.indiatimes.com/business/india-business/Post-offices-can-now-sell-insurance-plans/articleshow/6766628.cms>
- UNDP Regional Centre of Human Development Unit (2009) “Potential and Prospects of Microinsurance in India”