



マイクロ健康保険

—購入動機の実分析

高野久紀

●マイクロ保険

マイクロ保険とは、貧困層向けの保険である。途上国の貧困層は、病気や事故による医療支出、一家の大黒柱の死亡による収入の激減、天候不順などによる凶作、家畜の病気など、様々なリスクに直面している。貧困層は貯蓄もなく、借入れも困難であることが多いため、これらのショックに見舞われると、極端な消費の落ち込み、病気や怪我の治療の断念、返済の見込みのない高利貸しからの借金、貴重な収入源である土地や家畜の売却などを余儀なくされ、リスクに対して脆弱である。貧困層をこうしたリスクから守ろうと、マイクロファイナンス機関（MFI）が中心となって貧困層向けに販売しているのがマイクロ保険である。通常の保険と比べて保障内容を限定したり、保険支払額を抑えたりして、保険料を貧困層にも手が届くような低価格に抑えている。マイクロ保険には、一家の大黒柱の死亡による収入激減に備える生命保険、家畜の病気や死亡に備える家畜保険、天候不順による凶作に備える天候保険などがあるが、本稿では、情報の非対称性の問題が特に大きいと考えられる健康保険に焦点を当てる。

●マイクロ健康保険が直面する課題

マイクロ健康保険（以下、MHI）の普及に努めるMFIやNGOの多くは、①加入率の低さ、②保険請求率の高さ、③保険契約継続率の低さ、といった共通の課題を抱えている。これらの問題の原因としてよく指摘されるのが、保険という商品に対する人々の理解度の低さ、および、以下に述べる逆選択の問題である。

逆選択とは、病気になるリスクの高い人ほど保険に入ろうとする結果、保険請求率が高くなり、保険金支払いをカバーするために保険料を上げると、病気になるリスクの低い健康な人は保険を買わなくなり、結局、保険を買うのは、高い保険料を払ってでも保険に入りたいと思う病気リスクの高い人のみになってしまう、という現象である。リスクの高い人々のせいで保険料が引き上げられ、リスクの低い貧困層に対して割に合う保険が提供できなくなり、加入率も低水準にとどまってしまう。

一部のMFIは、MHIをマイクロクレジット（MC）と抱き合わせて、病気リスクの大小にかかわらずMC利用者に強制的に保険を購入させ、逆選択の問題を解決し

ようとしている。MC利用者のほとんどは事業や労働を行うだけの体力があり病気リスクは低いと考えられるので、低い保険料でも財政的に維持可能となるのではないかと期待されている。ただし、それまで買われなかったMHIの購入を強制することで、MC利用者数が減少してしまう可能性があるし、仮に保険請求率が高い原因が逆選択でなくモラルハザード（保険があれば病院に行っても安く済むので、保険がない場合に比べ、病院の利用頻度が増えたり「事後的モラルハザード」、病気予防努力が低下して病気になる確率が高まる「事前的モラルハザード」）にあるならば、保険を強制加入にしても保険請求率は大きく減らず、保険の赤字額自体は膨らんでしまう可能性もある。

一方、多くのMFI、NGOが、MHIの加入率が低いのは、リスクに備えてお金を払うという保険の概念が理解していないためであり、継続率が低いのも、保険の概念を理解していないために、けがや病気をせず保険を使わずに済んだ場合に、「損した」「騙された」と感じて保険をやめてしまったためである、と考え、保険に関する教育・啓蒙活動に力を入れている。



保険販売のための集会。2009年3月。インド、カルナータカ州、マンディアにて（筆者撮影）

MHIの直面するこうした問題を背景に、現在、伊藤成朗研究員と筆者は、

- ・保険購入の決定要因
- ・逆選択とモラルハザード各々の深刻度
- ・保険を使わなかったら来年の保険料が安くなるという動学的価格付けが、逆選択とモラルハザード各々に及ぼす影響
- ・教育、啓蒙活動の効果

などを分析するための研究プロジェクトを、インド、カルナータカ州のNGOと共同で行っている。プロジェクトはまだ進行中であり、本稿では、最初の成果である保険購入の決定要因について、簡単に紹介する。

●インドのマイクロ健康保険

まず、我々が研究対象としているインドのMHIについて、簡単に概観する。

インドは、総保険料収入の5%を農村・社会部門への保険提供に使用する義務を保険会社に課した保険規制開発庁（IRDA）の規制もあり、マイクロ保険への取組みが最も活発に行われている国である。本稿では、酪農組合を基盤とした、カルナータカ州最大の健康保険イェシヤスウィニ（以下、YS）に焦点を当てる。インドのMHIのほとんどは、保険料や加入資格、保障範囲などに多少の違いはあるものの、このYSに類似しており、本稿の議論はインドの他のMHIについてもある程度適用可能であると考えられる。

YSは、酪農組合員や貧困層に対して良質の医療を低価で提供する目的で二〇〇三年に立ち上げられた。YSは、一六〇〇種類以上の手術をカバーし、被保険者はカル

ナタカ州各地の一三五を越えるネットワーク病院でキャッシュレスで治療が受けられる。外来診療費の一部もカバーされる。保険支払い金額上限は一人当たり年間二〇万ルピー（約四〇万円）、一回の手術に対する支払い上限は一〇万ルピー（約一〇万円）であり、ほぼすべての手術費用をまかなうのに十分な額であるが、同一の症状に対する手術は年一回に制限されている。

YSには、六ヶ月以上組合員になっている〇〜七五歳の者であれば誰でも加入でき、保険期間は1年で、毎年更新が必要である。保険料は、年齢や性別、健康状態などにかかわらず、一人二〇ルピー（約二四円）であり、五大家族以上であれば、保険料は一五%割引される。保険料が健康状態にかかわらず一定であれば、病気のリスクの高い人ほど保険に入りたがるので、前述の逆選択の問題が深刻である可能性が非常に高い。さらに、YSに限らずほとんどのMHIが、保険加入時の健康状態をチェックせず、既往症への手術もカバーしている。この背景には、そもそも定期健康診断などもないので、保険料の低さに対して、既往症などの健康状態を把握するコストが大きすぎる、というコスト面の問題のほかに、MHIの究極の目的が貧困層への医療サービス提供を通じて貧困削減に資することにあり、現在医療を必要としている人々を助けないのは本来の目的に反すると思われることがある。また、多くの貧困層女性が分娩費用節約のため自宅で出産していることが、出産時・出産直後の母子の死亡率が高い背景にあることから、病院等での出産を促す

ために、ほとんどのMHIは分娩費用もカバーしている。そのため、保険購入者の少なからぬ割合を、現在病気で手術が必要な人や妊娠中で近々出産する人が占め、保険金支払いの増大、保険財政の圧迫につながっている。保険を売るのが保険会社でなくMFIやNGOのスタッフであるために、手術が必要な病気の人や妊婦を見つけて、「保険に入れば、手術や出産費用が補助される」と勧めるケースもよく観察される。

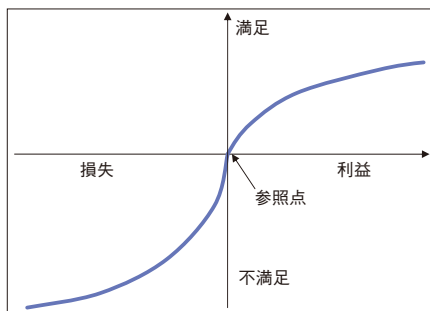
●保険購入の決定要因

前述したように多くのMFI、NGOは、貧困層が保険を買わないのは、保険の概念や自分たちが直面している病気のリスクをきちんと理解していないためだと考え、保険や病気のリスクに関する教育・啓蒙に取り組んでいる。しかし、清潔な水、貯蓄口座開設、病気の予防などに関する既存研究では、教育プログラムによって人々の行動が変わったという証拠は少ない。一方、マイクロ保険の一つである天候保険を事例に行われた研究では、

- ・信用制約に直面している家計は、保険料を支うより同額の投資を行った方が期待収益が高いため購入しない
- ・保険商品の価値や保険販売機関の信頼性などが良く分からず不確実なので、保険を買うこと自体がリスクな投資とみなされ
- ・人々は保険価格の変化に敏感に反応するなどが明らかにされている。

我々の研究では、家計の属性とMHI購入の相関を調べるとともに、既存研究に新

図1 プロスペクト理論



この図は、プロスペクト理論の、①参照点依存、②損失回避、③感応度通減、を反映している。①参照点依存の性質により、参照点と比べて得るか損するかで満足か不満足かが決まる。さらに、③感応度通減の性質により、参照点から離れるほど追加的な利益・損失の変化による満足の変化は少なくなるので、参照点から離れるにつれ、価値関数の傾きは緩やかになっている。また、②損失回避の性質により、同じ額の利益と損失を比べた場合には、利益による満足の度合いよりも、損失による満足の度合いの方が大きくなり、利益の領域における価値関数のグラフは、損失の領域の価値関数のグラフに比べて、縦につぶれた形になっている。本文中では、おもに③感応度通減の性質に焦点を当てている。確率ウェイトの性質については、この図で表現することはできない。

たな知見を加えるものとして、

(A) プロスペクト理論

(B) 現在志向バイアス

という、行動経済学の中でも理論・実証面で研究の蓄積がある仮説に焦点を当てた。また、健康保険で特に問題が大きいと考えられる逆選択の問題についても分析を行った。教育・啓蒙活動そのものの効果については今後の調査課題である。

●プロスペクト理論

カーネマンとトヴァースキーが提唱したプロスペクト理論は、以下の性質を持つ価値関数を想定する。

- ①参照点依存…人々の意思決定は、現在の状態や日常の平均的な状態など、「参照点」と呼ばれる基準点に依存する。
 - ②損失回避…人々は、同額の利益よりも同額の損失の方をより重視する。
 - ③感応度通減…人々は、利益でも損失でも参照点から離れば離れるほど、ある額の変化がもたらす満足の変化は少なくなる(損失が十万円失う時に追加的に百万円失うことの心理的影響は、損失が一億円失う追加的に百万円失う場合よりも大きい)
 - ④確率ウェイトニング…人々は、確率を過大に評価したり過小に評価したりする
- 図1には、参照点依存と損失回避、感応度通減の性質を持った価値関数が描かれている。感応度通減の性質により価値関数はS字型となり、損失の領域では、経済学で通常想定されるリスク回避的な凹型の価値関数ではなく、リスク愛好的な凸型の価値関数になっている(感応度通減により、

一〇〇万円損することの不満足は、五〇万円損することの不満足の二倍以下なので、確実に五〇万円損するよりも、二分の一の確率で一〇〇万円損するが二分の一の確率でまったく損しない方を好む)。保険とは、損失が生じた時にそれをカバーする仕組みなので、人々は損失の領域で価値判断を行う。損失に対して人々がリスク愛好的であれば、リスクを回避する手段としての保険は、たとえそれが保険公正的なものであっても購入しないことになる。

我々は調査対象家計に、確率的に得られる金額が異なるくじ、確率的に損する金額が異なるくじ(付録1参照)、を提示し、彼らのリスクに対する嗜好を調べた。すると、およそ半分の人がプロスペクト理論の予測通り、得するくじに対してはリスク回避的、損するくじに対してはリスク愛好的に行動した。そして、得するくじに対するリスク嗜好は保険購入行動を説明しないが、損するくじ、とくに損する確率が低いくじに対してリスク愛好的だった人は保険購入確率が低かった。この結果は、保険購入の意思決定に際して人々は損失の領域で価値判断を行い、損失に対してはそもそもリスク回避的でなく、損する確率も過小評価するためにMHIの加入率が低い、というプロスペクト理論の枠組みを用いて加入率向上の対策を考える必要性を示唆している。

●現在志向バイアス

現在志向バイアスとは、将来に対して現在を過剰に重視してしまうことである。た

とえば、明日勉強しようと思っても、いざ明日になると、つい目の前の誘惑に駆られて計画通りに勉強が進まない、という問題である。現在志向バイアスを持っている人は、お金を貯めようとしてもつい無駄遣いしてしまうので、なかなかお金を貯めることができない。お金を貯められないので保険を購入できないという問題がある一方で、自分が無駄遣いしてしまう傾向にあると分かっている人は、それを組み込んで現在の行動を決定する。自分が無駄遣いする傾向にあると分かっていると、将来自分が病気になる治療が必要となった際には、治療に十分なお金を持っていない可能性が高い、と予測するので、そのような事態に備えて保険を購入しておこうというインセンティブが生じる。つまり、手持ちのお金を一定とすれば、現在志向バイアスを持ちそれを自覚している人ほど、保険を購入する確率が高いことが予測される。

この仮説を検証するために、我々は質問1…(A) 今X円もらう

(B) 一ヶ月後にX+Y円もらう

質問2…(A) 六ヶ月後にX円もらう

(B) 七ヶ月後にX+Y円もらう

という二つの質問を用意した。どちらも一ヶ月待てばY円多くもらえることに違いはないので、本来どちらの質問でも同じ方を選ぶはずであるが、現在を過剰に評価する人は、質問2でBを選ぶ一方、質問1ではAを選ぶ傾向にある。このような質問によって現在志向バイアスを持つ人を特定し、資産水準などをコントロールした帰帰分析を行ってみると、現在志向バイアスのある

- (1) 次の二つのくじAとBのうち、好きな方を選んでください。
 A：コインの表が出たら40ルピーもらえ、コインの裏が出たら35ルピーもらえる。
 B：コインの表が出たら150ルピーもらえ、コインの裏が出たら10ルピーもらえる。
- (2) 次の二つのくじAとBのうち、好きな方を選んでください。
 A：コインの表が出たら40ルピーもらえ、コインの裏が出たら35ルピーもらえる。
 B：コインの表が出たら130ルピーもらえ、コインの裏が出たら10ルピーもらえる。
- (3) 次の二つのくじAとBのうち、好きな方を選んでください。
 A：コインの表が出たら40ルピーもらえ、コインの裏が出たら35ルピーもらえる。
 B：コインの表が出たら120ルピーもらえ、コインの裏が出たら10ルピーもらえる。
- 以下、Bのくじの、表が出た場合の金額をどんどん下げていく。
 損するくじの場合は、以上の「もらえる」が「失う」になる。

人ほど保険購入確率が高いことがわかった。つまり、将来病気になった時にお金がない可能性が高い人ほど、その対策として保険を購入していることがわかった。このことは、現在志向バイアスから将来の自分自身を守る手段としてのMHIの役割を示唆している。すべての人が自分の現在志向バイアスを正確に認識しているわけではないため、人々に自分の現在志向バイアス、およびそれがもたらす将来のリスクについて認識させるような教育方法が、保険加入率の向上に有効に作用するかもしれない。

●逆選択、教育水準

YSは既往症をもカバーしているため、病気の人ほど保険を購入する確率が高い可能性があることは前述したとおりである。我々は、実際に家族で病気の者がいるかなどの情報を集め、それと保険購入行動との相関を調べた。すると、予想通り、家族に病気の者がいる割合が高い家計ほど、より保険を購入していることが明らかになった。これは、逆選択の問題が深刻で、治療を受ける確率が高い人ほど保険を買うようになる結果、保険財政が圧迫されてしまっていることを示唆している。また、家長の教育水準は保険購入と有意に相関しておらず、教育水準の低さを低加入率の要因とする主張は支持されなかった。

●おわりに

先進国の保険市場を対象にしたいくつかの研究では、情報の非対称性の問題は深刻ではないという実証結果が報告されている。

それは、先進国の保険では、情報の非対称性の問題を緩和するようなメカニズムが採用されているからである。

その一つが、リスクに応じた価格付けである。リスクの高い人には保険料を高く、リスクの低い人には保険料を低く設定すれば、リスクの低い人にとっても保険が割に合うものになり、逆選択の問題が緩和される。健康リスクを保険会社が観察できない場合でも、理論的には、保険料は高いが保障も大きいタイプから、保険料は低い保障も小さいタイプまで、複数の保険をメニューとして提示すれば、リスクの高い人は保険料が高いが保障も大きいタイプを選び、リスクの低い人は保険料が低く保障も小さいタイプを選ぶ結果、被保険者自身の選択により、リスクに応じた価格付けがなされる可能性がある。しかし現実には、事務手続きの煩雑化や、複数の保険を提示すると人々がよく理解できずむしろ保険加入率の低下につながるのではという懸念から、複数メニュー提示はほとんど行われていない。

また、先進国の健康保険では、保険加入時に健康診断書を提出させ、既往症はカバーしない。しかし、ほとんどのMHIは既往症をカバーし、分娩費用もカバーしている。これは、病気の人ほど保険に入るという逆選択の問題を深刻にするだけでなく、人々の異時点間の意思決定にも影響を与える。既往症がカバーされ、保険が常に購入可能で、加入手続きの時間も無視できるものであれば、人々にとつての最適戦略は、病気になったら（妊娠したら）保険に入り、病気が治ったら（出産が終わったら）保険

を解約する、というものになる。これは、「異時点間の逆選択」とも呼べるもので、病気になるまで保険を買わない、ということが最適戦略になり、保険の加入率が低くなってしまふ。現実には、保険が売られるのは、ほとんどの場合が年に一度で、手続きにも時間がかかるので、次に保険が購入できる時までに緊急な手術を要する病気になる可能性を考慮して保険を購入しておく動機がなくはないが、既往症をカバーしていることが低い保険加入率の一因になっている可能性は否定できない。この問題が現実にとりほど重要かは、今後の研究で明らかにされていく予定である。

また、先進国の自動車保険では、事故を起こさなければ翌年以降の保険料が安くなるという動学的価格付けを採用している。我々のプロジェクトでも、一年間保険を使わなければ来年の保険料が半額になる、という動学的価格付けによって、逆選択とモラルハザードの問題がそれぞれの程度緩和されるのか、計測するための試みが現在進行中である。ただ、現在までの感触では、前述の、「病気になるまで保険を買わない」という異時点間の逆選択の問題が大きすぎ、来年の保険料が半額になる程度のインセンティブでは、購買行動への影響は微々たるものである。MHIを、財政的に持続可能にしつつ貧困層にもアクセス可能な低価格に抑えておくには、さらなる制度設計のイノベーションが必要である。

（このひさき／アジア経済研究所
 地域研究センター）