



## 課題

### • 縦割りのビジネスユニット

部門毎に独自のレガシーシステムを使用しているケースが多く、相互の連携が図られていないために、情報共有はもちろん、全保険商品を横断して疑わしい取引を探すのはほぼ不可能。

### • 人員の不足

すべての疑わしい請求を検知・調査するために必要な分析担当者や調査担当者を確保できない。

### • データ品質の低さ

異なるシステムが保持するデータ、またはサプライヤーやサードパーティから提供されるデータが未統合なため、データの完全度および信頼性が低い。

### • 手口の変化

詐欺犯罪者は企業側のルールや閾値を盛んにテストし、自らのID情報を頻繁に変更して抜け穴を見つけ、不正請求を続けようとしてくるため、既存の詐欺犯罪者情報を新しい保険商品のポリシーと照合したり、同一犯であることを認識したりするのが難しい。

### • 限定的な調査範囲

現行のデータモデルは個々の顧客単位でしか不正請求を検知できないので、リスクの高い関連性の検知や、顧客・請求・各種取引などの全体像の把握が困難。

### • 誤判別の多発

疑わしい請求を単一の請求や顧客レベルのみで検知すると非常に多くの誤判別が出てしまい、調査担当者に多大な負荷をかけることになる。



## SAS® FRAUD FRAMEWORK FOR INSURANCE

### 全社レベルで不正請求の検知・防止・管理を強化

#### 概要

全ての保険請求のうち 10% は不正請求であると考えられており、そうした不正によって損害保険および傷害保険業界が被る年間の損害額は、米国だけでも総額 300 億ドル(約 3 兆円)にも上っています。しかも、こうした問題は増え続けています。

残念ながら、今日使用されている不正防止ソフトウェアの多くは過去に起こった事象を分析するもので、ほとんどの場合、不正が起きて支払が済んでしまったからでないと不正を発見することができません。しかしこうした中でも、いくつかの先進企業はデータ・マイニングの技術を利用してスコアカードを開発し、事前に不正を検知するためのビジネスルールを稼働させています。ところが、このようなアプローチも個々の顧客レベルでしか利用することができませんでした。

さらに、閾値を低く設定しすぎれば、誤判別によって不正とみなされた請求の調査に多大な人手と時間を浪費することになり、逆に閾値を高く設定しすぎれば、不正請求への支払を多数許容することになってしまうという矛盾に悩まされることとなります。しかも、組織的な詐欺集団はこうした閾値や検知ルールを積極的

にテストして弱点を見つけ出し、自らの不正請求が見破られないように手段を講じてきますので、問題はさらに悪化していきます。SAS Fraud Framework for Insurance は、このような難題の解決に力を発揮します。

#### 導入効果

すでに支払った不正請求を追跡してもコスト効率は上がらないので、多くの保険会社は、こうした請求を事業経費として受け入れてきました。しかし、必ずしもそうした消極的な考え方をする必要はありません。

SAS Fraud Framework for Insurance は、保険請求プロセス全体、および自動車保険、住宅所有者保険、身体傷害補償、労働災害補償といったさまざまな保険商品をカバーして、便乗詐欺やプロフェッショナルによる詐欺の両方を検知・防止するために開発されました。

便乗詐欺とは、頻繁に行われる低レベルの詐欺を指し、控除免責金額を相殺するために損害額を水増しするなど、個人(例えば、請求者本人)によって行われる不正です。



## すべての保険商品を横断的に調査し、不正請求の検知・防止・管理を強化

### SAS Fraud Framework

SAS Fraud Framework for Insurance は、今日の保険会社が展開する多様な商品を横断的に調査し、不正請求を検知・防止・管理するためのエンド・トゥ・エンドのフレームワークです。

このフレームワークには、不正検知、アラート管理、ケース・マネジメント、さらにカテゴリ別のワークフローやコンテンツ管理、高度な分析といったコンポーネントが含まれています。

これらのコンポーネントは、隠れた高リスクな顧客間ネットワークを調査担当者に明確に示す、トップダウンおよびボトムアップ両方の機能を提供するソリューション SAS Social Network Analysis と完全に統合されています。

SAS のアプローチは高度な不正検知機能を提供して、業務効率の改善に役立つだけでなく、TCO (総所有コスト) の面からも不正に伴う支出を減らしていきます。

一方、プロフェッショナルによる詐欺は組織的なグループや関係業者 (例えば、自動車修理工場) によって行われるケースがほとんどです。この手の犯罪組織は不正検知システムがどのように働くかを知っており、システムの網をかいくぐるために定期的に閾値をテストしています。しかも犯罪集団は保険会社を欺くためにインサイダーを利用したり、仕込んだりすることが多いのです。

SAS Fraud Framework for Insurance は、次の機能を利用した不正分析エンジンによって、保険請求プロセスの各段階において不正傾向を計算していきます。

- 自動化されたビジネスルール
- 予測モデリング
- テキスト・マイニング
- データベース検索
- 例外レポート作成
- ネットワーク・リンク分析

不正請求の可能性が検知されると調査担当部門にアラートが自動転送されるので、調査担当者はケース・マネジメント・ツ

ルを使って迅速に調査を進めることができます。

保険請求の評価と不正の程度による優先順位づけが終わると、調査担当者はその請求だけでなく履歴データに残っている関連請求にも不正がないかどうか判断するため、請求の特性をより詳細に追跡調査することができます。

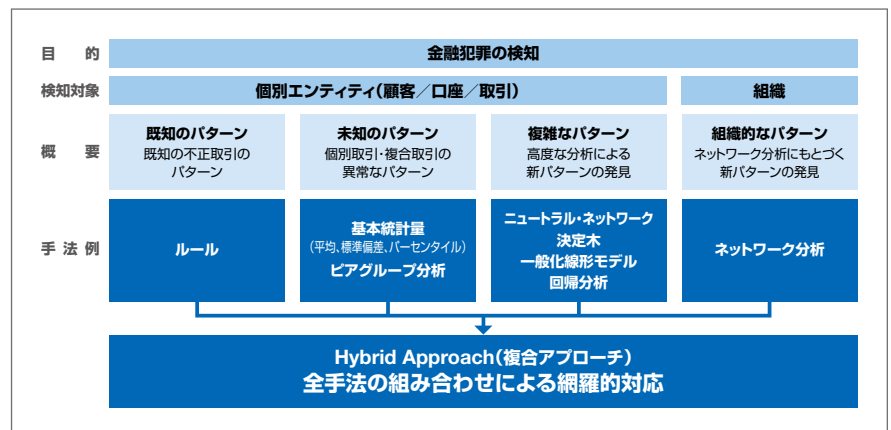
### 主な機能

SAS Fraud Framework for Insurance には次のようなコンポーネントがあります。

### 不正検知およびアラート生成

これらのコンポーネントでは不正請求の可能性を判断するための複数の分析技術を使用し、疑わしい請求を体系的に検知していきます。

不正スコアリング・エンジンが自動車保険や各種傷害保険などのさまざまな保険商品における不正を検知しますが、他の商品についても容易に適用可能です。



不正利用対策におけるアプローチ: Hybrid Approach (複合アプローチ)

### ● 保険請求をリアルタイムで評価

オンラインのスコアリング・エンジンがビジネスルールや異常検知機能、高度な分析技術を駆使して不正請求を検知する。

### ● 最初に損失を認識した時点で不正請求の傾向を計算

新たな請求データが入ってくる度に保険金支払プロセスの各段階で請求を再評価する。

### ● 一歩先の予防策を実現

保険開始の段階から不正請求を検知し、まずは詐欺犯罪者が保険証書を手にしないよう対策を講じる。

## アラート管理

アラートは、複数の検知手法を組み合わせた複合アプローチを採用するモニタリング・システムで生成され、通常の請求者情報と関連付けた上で、調査担当者により総合的なリスク情報を提供します。さらに、次のような機能も装備しています。

### ● リスクスコアの計算

各アラートには、取引の特性にもとづいたリスクスコアが付与される。

### ● アラートの優先順位付け

リスクベースド・アプローチにより不正請求の可能性のある請求に優先順位付けを行い、適切な調査担当者へと転送して、業務の効率性を向上させるとともに検知率の向上と損失の削減に貢献する。

### ● 作業の割当

アラートは、ユーザーが設定したルールに従って調査担当者や分析担当者に自動割当される。

## ソーシャル・ネットワーク分析

SAS Social Network Analysis は、組織的な不正請求の検知と防止を支援します。トランザクション別や顧客別の視点だけでなく、関連するすべての取引や関係を“ネットワーク”という観点から分析します。このソリューションには、次のような機能も含まれます。

### ● 調査担当者の効率向上

視覚的なインターフェイスにより、顧客および関連性のある団体やネットワークに関する詳細な情報へ即時にアクセスすることができるので、特定の顧客などを取り巻くネットワークについて総合的な調査・記録が可能。

### ● 未知の関係性を発掘

調査担当者にネットワークを視覚化する独自のインターフェイスを提供し、一見無関係に見える請求の中に潜んでいる関係性を明らかにする。

### ● 不正請求には個別のスコアと総合スコアを付与

顧客・保険請求・ネットワークにもとづいたリスクの全容を評価。

## ケース・マネジメント

アラート発信後、詳細な調査が必要となった場合には、ケース・マネジメントの機能によってそのケースに関連するすべての情報が収集・表示され、調査を促すための体系的サポートが提供されます。さらに次のような機能も搭載しています。

### ● 不正請求に関する情報を保管

面談記録、刑事・民事の告発に必要な証拠、請求および徴収についての情報も蓄積。

### ● 組織全体の不正リスクを評価

不正請求により発生した損失に加えて、不正の検知や防止により回避した損失も明確化。

### ● 構成変更可能なワークフロー

ケースを自在に管理し、問題解決を促進。

## 主な利点

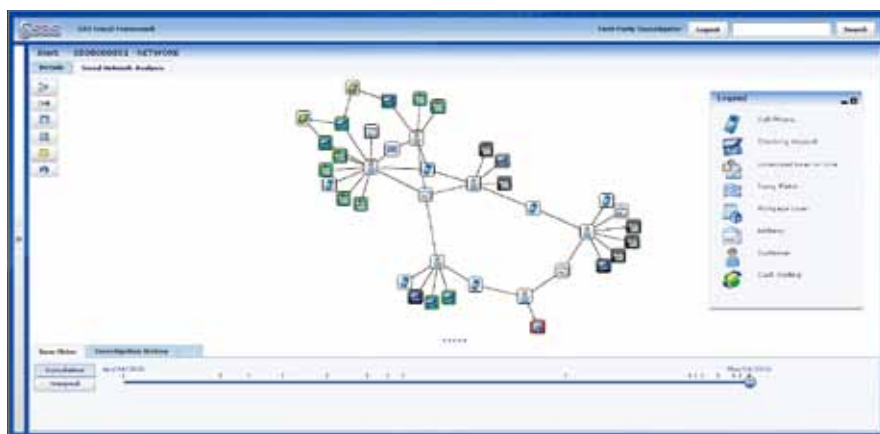
### 不正請求による損失を削減

SAS Fraud Framework for Insurance は、次のような方法によって不正請求による損失を削減します。

- オンラインのリアルタイム・スコアリング機能を使って、支払が行われる前に不正行為を防止。
- 異常や支払請求額の比較によって、類似する請求の水増しを検知。
- すでに把握している詐欺犯罪者をデータベースから検索し、システム内に蓄積されている不正請求の結果や紹介者、容疑者などのあらゆる情報を集めて再利用し、繰り返し詐欺を働く再犯者を検知するとともに、新しく入ってきた請求をより正確にスコアリングする。
- 従業員データと誰がどの請求を処理したかという監査記録とを統合し、内通者や共謀関係が絡んだ不正行為を検知する。

### 不正請求対応費用の削減

SAS Fraud Framework for Insurance は、次のような手段で不正請求対応費用の削減に貢献します。



### ネットワーク分析：組織犯罪の発見手法

- ・あらゆる情報をリンクし、隠れた関係性（ネットワーク）を講成し、ビジュアル化
- ・ネットワークを評価し、調査対象となる疑わしいネットワークをアラートとして抽出する

- 誤判別を大幅に削減。
  - 高度なケース・マネジメント・ツールによって不正調査業務の効率化を図る。
  - 重要度の高いネットワークを優先させ、効率的で正確な調査を行うことによって、調査担当者一人当たりの ROI (投資対効果) を高める。
  - 類似した請求が行われた場合、システム内に保管されている保険金額をすべて収集して再利用できる。
- 高度な不正管理を行うことで、監督機関や格付会社からの厳しい要求にも対応することができる。

### 不正リスクに関する総合的なビューを提供

SAS Fraud Framework for Insurance は不正リスクに関する総合的なビューを提供することによって、次のようなメリットをもたらします。

- 特定の顧客がそれぞれの保険商品にどのような請求を行っているかを確認できるので、ブランドや商品を変えて行われる不正請求も見逃さず捉えることができる。
- 継続的にモデルの改善を図り、常にシステム調整を行って、不正手口の変化に対応。
- ソーシャル・ネットワーク図や高度なデータ・マイニング機能を活用することによって新手的不正の脅威に対する理解を深めると同時に、大規模な損失を早期に食い止める。

### 競争力の強化

SAS Fraud Framework for Insurance は、次のような機能によって企業の競争力強化にも効果を発揮します。

- 誤判別が減少するので顧客満足度が高まる。
- 詐欺犯罪者たちは他の保険企業をターゲットとせざるを得なくなる。



THE  
POWER  
TO KNOW.

SAS Institute Japan株式会社 [www.sas.com/jp](http://www.sas.com/jp)

本社 〒106-6111 東京都港区六本木6-10-1 六本木ヒルズ森タワー 11F  
大阪支店 〒530-0004 大阪市北区堂島浜1-4-16 アクア堂島西館12F

[jpnasinfo@sas.com](mailto:jpnasinfo@sas.com)

Tel: 03 6434 3000 Fax: 03 6434 3001  
Tel: 06 6345 5700 Fax: 06 6345 5655