

民間医療保険におけるリスク管理の課題

ニッセイ基礎研究所 明田 裕

当時は時間の制約があるため、下線を施した部分を中心にご報告します。

参加者におかれましては事前にお目通しいただけると幸いです。

1. はじめに

医療保険を中心とする第三分野の保険は、伝統的な死亡保険とは異なるリスクを有している。本報告では、こうしたリスクの実態を踏まえ、約定した支払を全うするための料率設定・商品設計、契約後の責任準備金積立、支払余力の確保など、主として経理面、財務面から見た医療保険のリスク管理の課題について論ずる。報告は、入院・手術時の定額給付を主たる給付とする典型的な医療保険（特約を含む）を念頭に置いて行なう。なお、典型的医療保険を含む第三分野の保険のこうしたリスク管理の問題については、金融庁に設けられた有識者チームで検討が行われ、「第三分野の責任準備金積立ルール・事後検証等について」（以下「報告書」）が昨年 7 月に公表された。その内容は今年 3 月に施行規則、告示、監督指針などの形で規制化され（以下「新規制」）、多くは 2006 年度決算から適用されることとなっている。

本報告の構成は次のとおりである。まず第 2 節では、保険者にとっての医療保険のリスクの特質を死亡保険のそれと比較しつつ概観する。こうした特質を受けてどのようにそのリスクをマネージすべきかが本報告の主題であるが、第 3 節では商品設計・料率設定時の問題について、第 4 節では責任準備金の積立など引受け後の事後的な問題について、報告書、新規制の内容を適宜引用しながら、それぞれ述べる。最後の第 5 節では、報告書、新規制の全体像について改めて概観した上で、報告者なりの意見、感想を述べる。

2. 医療保険の引受リスク

(1) 引受リスクの特質（死亡保険と比較しつつ）

a. 発生率が不明確、不安定

医療保険の保険料率（以下「料率」）設定や責任準備金計算で用いられる発生率（基礎率）は、入院率・入院日数・手術率・通院率など多種多様にわたるが、その経験値は、

①各社の各商品の給付内容が異なるため必ずしも同じ基準で統計がとれないこと（たとえば以前は 5 日以上入院の場合に給付される商品が一般的だったが、最近では 1 泊 2 日の入院から保障される商品が一般的になっている。5 日以上入院で給付される商品においては 5 日未満の入院は報告されない）。

②加入形態（たとえば単品か特約か）によって差が生じる可能性があること

③各社個別の経験値ではデータ数に限界があること

④高齢者のデータが乏しいこと（終身医療保険の発売からまだ日が浅い）

などから、民間生保全社の長年の経験によって標準率が作成されている死亡率ほどの信頼を置きにくい。これを補完するものとして、国民死亡表に相当する厚生労働省の患者調査があるが、やはり信頼度は国民死亡表より低い。

また、死亡率が今後も安定的な低下傾向を示すと見られるのに対して、入院・手術などの発生率は医療技術の進歩などによって変化する可能性があり、将来を見通しにくい。

b. 手術給付と死亡給付のリスクの逆相関

今後の医療技術の進歩によって手術給付が増大する懸念があるが、これは一方で早期発見、早期治療により生命予後を改善し、死亡給付を減少させることになると思われる。

c. 加入後のモラルハザードが働きやすい

病気にかかったときに入院するか否か、またどの程度回復した時点で退院するかは一定程度個人の選択に委ねられる。従って、医療保険に加入していることが

入院を決意させたり、退院時期を遅らせることにつながるケースも考えられる。また、入院給付や手術給付は、死亡給付とは異なり、保険期間中であれば（通算限度の範囲内で）複数回にわたって給付金を受け取ることが可能である。給付金を受け取った被保険者が保険群団に残留するインセンティブは受給実績に比例して高まると考えられる。さらに入院給付に関しては、給付金を受け取った経験がその後病気にかかった場合の「入院するかどうか」の判断に影響を及ぼす可能性も否定できない。

（2）引受リスクの構造

医療保険に限らず、保険引受リスクは表 1 のように分類できる。リスク Aは逆選択の問題であり、本報告では、危険度の高い契約が一定程度混入することを前提に、十分な支払い準備をするという視点で織り込んでいきたい。リスク Bは加入後のモラルハザードの問題であり、商品設計面で工夫を要する点である。前述したように、医療保険においては死亡保険に比べて加入後のモラルハザードが生じやすい訳だが、本報告では、主として次節（3）（4）の中で取りあげる。そしてリスク Cが、前述の「発生率が不明確、不安定」という点に関連したリスクであり、本報告では、このリスクにどう対応すべきかを中心に述べる。金融庁の報告書や新規制も基本的にこのリスク C に対応するものである。

3. 料率設定・商品設計時のリスク管理

（1）基礎率の実態

現在各社が料率設定にあたって、あるいは責任準備金の計算にあたってどのような基礎率を使用しているのかは開示されていない。御田村卓司他（1996）によれば、87年に入院関係特約の改訂が行われた当時は、少なくとも大手会社では料率設定にあたって共通の基礎率が用いられていたもようである。同書によればそれまでの基礎率改定の経緯は次のとおりである。

81 年以前：患者調査に定額の安全割増（当時の簡保の均一料率に対抗）

81 年改定：全社経験率に概ね 20 % の定率安全割増

（高齢者など経験数の少ないものは患者調査がベース）

87 年改定（表 2 参照）：82 年頃の経験率を使用して改定。安全割増 20 %。

（別に件数発生率の金額発生率への換算で 10 - 25 % 割増）

安全割増について若干付言すると、死亡率の場合は正規分布に基づく σ 方式（粗死亡率が低いほど割増率が高い）が一般的だが、医療保険の場合は粗発生率自体の信頼性が低いことから、現在も定率の割増がおこなわれているようだ。

さて、その後、商品・料率の個別化が進み、現在各社が使用している基礎率は会社毎に区々であると思われるが、大手各社の特約については、実際の料率を見る限り、基本的に 87 年当時の基礎率がベースになっているもようである（96 年以降のいわゆる準有配当商品への移行に伴い安全割増を圧縮し実質的無配当化がおこなわれたが配当差引後の顧客の実質負担は変更がなかったもよう）。また、患者調査では、女性の入院率や入院日数は男性より低いが、大手各社の特約では概ね男女一本料率が採用されている。

なお、簡保の疾病入院特約においては、「保険料額約款－01 年 5 月 17 日総務省告示 336 号」で、次のとおり基礎率が開示されている。

予定入院率：96 年患者調査数値に 30 % 以内の安全割増

予定手術率：同上

（2）基礎率・料率設定時のリスク管理

医療保険に限らず（伝統的な死亡保険なども含めて）、支払を全うするための要諦は、保守的に基礎率・料率を設定する（安全割増を多めに見積もる）ことであるが、保守性を見込めば見込むほど当然に保険料は高くなり、消費者が保険を購入することが難しくなる。そのバランスを図ることが保険制度運営の永遠のテーマとも言えるが、料率設定の際に保守性を見込んだ部分をタイムリーに配当として還元し契約者の実質負担を軽減するなどの方策が伝統的に採られてきた。

大手各社においては、前述したように最近安全割増を圧縮する方策がとられており、こうした原則に逆行しているようだが、結論から言えばリスク管理上の大きな問題はないように思われる。それは、給付の中心である入院給付に関して、日本全体の病床数、入院率、平均在院日数のいずれもが近年減少ないし低下傾向にあり、今後を見通しても、国民医療費抑制のために厚生労働省が病床数縮減政策を継続することは間違いないと思われるからである（日本の人口あたり病床数は世界で群を抜いて高い）。さらに、医療技術の進歩も入院率や入院日数を低下ないし減少させる方向に働くと考えられる。

しかしながら問題がない訳ではない。①手術給付、②終身保障、③無選択型、基準緩和型商品、④（特約ではない）単品商品、の 4 点については、慎重に見極めた上で基礎率を設定することが必要であると考えられる。以下順に述べる。

①手術給付

民間生保全社の手術給付金支払額は、表 3 にあるようにこの 10 年余りで約 2 倍に増加しており、足元でも高い伸びが続いている。さらに今後についても、医療技術の進歩は病気の早期発見、早期治療（手術）を促進すると考えられ、手術実施数の増加が想定される。

②終身保障

近年終身保障の医療保険商品のウエイトが高まっているが、何分高齢者層については保険者側の経験値が少なく、かつ加入後のモラルハザードが青壮年層に比べて働きやすいこと、前述した医療技術の進歩による手術の増加は高齢者層で顕著であると思われることなどから、十分な注意が必要である。

③無選択型・基準緩和型商品

近年、加入時点で危険選択を行わない商品や選択基準を緩和した商品が登場している。これらの商品は、リスクが高い分、一般の商品に比べて基礎率・料率が割増されている訳であるが、それが実際のリスクに見合ったものとなっているかについては慎重な検証が必要である。

④単品商品

外資系生保を中心に販売されている医療保険単品商品については、コスト面の事情から告知書扱いが中心（通信販売で人を介さないケースも多い）であり、医師が診査する場合に比べて選択効果が小さいと考えられること、保険料が比較的小額であり加入時の逆選択が働きやすいことなどから、入院率や入院日数などの実際発生率は大手生保の特約に比べて高いと考えられるが、保険料水準は一般に特約と大差がない、ないしやや低いようである。料率設定の際に使用している予定発生率（基礎率）は定かではないが、この点についても十分な注意が必要である。また、今後の動向が不透明な手術給付は、死亡保障商品の特約の場合は死亡給付とのリスクの減殺が期待できるが、単品の場合はこうしたリスクの減殺は期待できない。

なお、医療保険単品が損保会社の商品として販売されているケースでは、一般に損保代理店に契約締結権が与えられており（生保会社の商品として扱われているケースでは、一般に営業職員や代理店は契約締結の媒介を行うのみで、引受の決定は生保会社で行われている）、この点がリスクの増大を招かないかについても注意が必要である。

（3）死亡給付と解約返戻金の設計

a . 死亡給付の設計と予定死亡率の設定

単品の医療保険（特に終身医療保険）の場合、死亡給付をどう設計するかという問題が生じる。死亡給付がない場合は、終身年金などと同様、安全性を確保するためには予定死亡率を低めに設定する必要がある（この点に関して、今年 8 月に日本アクチュアリー会が公表した標準生命表の改定案では、第三分野用の標準生命表の新設が提案されている。水準は死亡保険用の死亡率の 8 割程度）。実際には、死亡直前に解約して解約返戻金を受け取る行動にも配慮して、低額の死亡給付をセットする単品商品が多い。

b. 無解約返戻金型商品の問題

保険期間が長期にわたる医療保険（特に終身医療保険）の場合は、将来の支払に備える保険料積立金がけっこう大きな額になるため、解約の場合にこれを返還しないこととし、その分保険料を安く設定する医療保険商品が近年ウエイトを高めている。加えてこの場合には、前述した死亡直前解約問題が発生しないため、死亡給付をなくすことによる保険料引き下げ効果も期待できる。

このタイプの商品においては保険料計算などに予定解約率が用いられるが、その設定次第で保険料水準は大きく変動する。 杉村卓哉（2005）によれば、一定の前提において入院のみを給付対象とする解約返戻金なしの終身払終身入院保険の年払純保険料を計算すると、予定解約率を毎年 5 % とおいた場合、20 歳加入で通常の予定解約率を使用しない商品の約 40 %、50 歳加入で約 70 % になると いう（予定解約率を毎年 1 % とおいた場合はそれぞれ約 80 %、約 90 %。毎年 10 % とおいた場合はそれぞれ約 20 %、約 50 %。表 4 参照）。そして、実際の解約が予定より多ければ保険会社に利益が発生するが、予定より少なければ損失が発生することになる。しかし、こうした商品が登場してからまだ 10 年も経つておらず、解約率の想定は難しい（解約返戻金がないことは解約を思いとどまらせる効果があり、解約返戻金のある通常の商品より解約率が低いと考えられる）。このリスクをどう考えるか、言い換えれば予定解約率をどう設定するかはこのタイプの商品において極めて重要な問題である。

一方で、解約返戻金をゼロにすることは、健康な人の解約を抑制し、（保険料計算において予定解約率をどう設定するかにかかわらず）加入後の逆選択の影響を緩和する効果を有する。前述したように解約が減れば会社収支は悪化するが、一方で加入後の逆選択の影響は小さくなる（危険差益が増加する）訳であり、リスクは減殺される。

（4）基礎率・料率以外の商品設計

基礎率・料率以外の商品設計上のリスク管理の手段としては、販売後に発生率

の大きな変化があった場合に料率の引き上げを可能にすることなどが考えられ、次に述べるような方策が採用されている。

a. 保険期間の短期化

保険期間をたとえば 10 年など短めに定め、10 年後の更新の際に基礎率を見直し料率を引き上げることを可能にするものである。しかしながら、(入院率 × 入院日数)などの発生率は加齢によって大きく上昇(死亡率の上昇よりも急角度)することから、短期化は一方で更新の際に大きく保険料が上昇してしまう(表 5 参照)という難点がある。長期の保険期間を設定して平準保険料制を採用しつつ、一定期間毎に最新の発生率を反映して保険料を見直すスキームも考えられるのではないかろうか。こうしたスキームは英国で採用されており、Reviewable Product または Renewable Product と呼ばれている。金融庁の報告書は、こうした仕組みが「将来的には財務の健全化に向けた一つの選択肢となりうる」としつつ、さらに検討していく必要があるとしている。

b. 基礎率変更権の留保

発生率の大きな変化があった場合に保険者側が保険期間途中で基礎率を見直し将来に向かって料率を引き上げる権利を約款上で留保するものである。日本生命では、従前は経験の浅い 3 大疾病・介護などに限ってこの権利を留保していたが、2004 年 3 月に発売した α シリーズ(入院の通算支払限度日数を 1095 日に延長)から、その対象を典型的医療保険を含む全ての第三分野商品に拡大した。

但しこれまで発動された例はなく、また一般に広く周知されている訳でもないことから、現実にこれを発動して保険料を引き上げができるかどうかは不透明である。この点、新規制では、「基礎率変更権の行使基準に透明性のある数値基準を導入し、また、契約者への保険料変更見通し等の情報提供の拡充により、保険事故発生率が悪化した場合の、基礎率変更権の実効性の確保を図る」とされた。やはりハードルは相当高い。

c. 給付条件変更権の留保

給付条件が公的制度等に準拠したニューリスクの医療保険などについて、公的

制度等が変化した場合に給付条件を変更するあるいは料率を引き上げる権利を保険者側が約款上で留保するものである。日本生命では、従前は支払事由を公的介護保険制度に連動させた介護関係商品に限って留保していたが、2004 年 3 月以降、基礎率変更権と同様にその対象を全ての第三分野商品に拡大した。

たとえば、介護保険で公的介護保険の要介護度認定の結果に連動して給付を行なう商品で要介護度認定のしきみ自体が変更された場合などがこれにあたり、基礎率変更権と比べれば契約者の納得は得やすいと思われる。なお、当条項についてもこれまで発動された例はない。

d. 給付条件の慎重な設定

1 入院あたりの支払限度日数や通算支払限度日数など給付条件を慎重に設定することも当然に肝要である。この点に関しては、2004 年 7 月に損保ジャパンが発売した終身医療保険が通算支払限度日数を無制限としたことが、リスク管理上問題があるのではないかと話題を呼んだ（9 月販売分から 1095 日上限に修正）。この商品に限っては、1 入院の支払限度日数が 60 日に制限されていることから通算無制限であっても特段の問題はなかったと報告者は判断するが（有期の医療保険では従前から通算無制限の商品が存在）、一般論としてこの点に十分注意すべきことは言うまでもない。

e. 加入後の逆選択への対応

前節で述べたリスク B への対策である。わが国で主流となっている更新型においては、更新の際に保険料が相当上がるケースが多い（前掲表 5 参照）ため、健康な人や給付歴がない人はそのタイミングで（更新を契機に）保険集団を離脱する可能性が相当ある。これに対して健康に自信がない人や給付歴がある人は、無選択で更新できるため保険集団に残留するインセンティブが強く、その結果、保険集団の危険度は相当濃縮される懸念がある。一方、終身型においても、更新という契機は存在しないものの、常に良質の被保険者が離脱するリスクがある。

このリスクに対応するためにいくつかの方策が採られている。

【平成 18 年度日本保険学会大会】

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」
レジュメ：明田 裕

①無事故割引

一定の期間に支払実績がなかった、あるいは極めて少なかった契約に対して、次の期間の保険料を割り引く制度であり、自動車保険の等級割引に類似する。契約継続のインセンティブを高め、リスクを緩和する効果があると考えられるが、当初（販売時）の保険料水準が高くなってしまうという難点がある。

②健康祝金、無事故給付金

一定の期間に支払実績がなかった場合または極めて少なかった契約に対して、約定された一定の現金を給付する制度である。効果と難点は①と同様であるが、加えて祝金給付のためのコストが馬鹿にならない（一方で顧客に対してはそれなりの訴求力がある）。

良質被保険者の離脱リスクの緩和という趣旨からはやや離れるが、今年 9 月には、保険期間（終身保障の場合は払込期間）満了時点の生存を条件に、払込保険料合計額から既払い給付金等を控除した額を還付する商品が発売された。「保険料の実質負担額は 0 円」がキャッチフレーズである。

③健康配当（対象は有配当契約に限定される）

一定の期間に支払実績がなかった場合または極めて少なかった契約に対して、剰余金を財源に配当を支払う制度である。効果と難点は①②と概ね同様であるが、顧客・契約者にはやや分かりにくいという問題がある。一方で柔軟な設計が可能であり、更新型でも更新期をまたいで支払実績をキャリーオーバーして適用することが可能である。

以上、いずれも一定の効果が期待できるものの、決定打とはいいにくい。このリスクへの対策の妙案はなかなか見当たらないようだ。

4. 料率設定後の（事後的な）リスク管理

（1）事後検証（モニタリング）

事後的なリスク管理の第一歩は、実際の発生率が保険料計算に使用した基礎率

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」

レジュメ：明田 裕

とどの程度乖離しているかの検証である。実際の発生率が基礎率を安定的に下回っていればよい(今後の新契約の基礎率を引き下げることも検討対象になる)が、基礎率を上回っている、あるいは基礎率に接近している場合には、今後の新契約の基礎率の引き上げや既契約の責任準備金の積み増しが必要になる。また、監督当局もその状況を常にモニタリングすべきだろう。この点、新規制は、「保険会社から、商品別の契約動向や収益率、発生率等の動向について、定期的にモニタリングを行い、必要に応じて保険会社に適切な対応を求める」としている。

検証は商品毎の危険差損益を把握することから始まるが、上述した施策につなげていくためには、性別、年齢別、経過年数別などで発生率と基礎率の関係を分析することが必要だろう。こうした分析の結果、特定の層の新契約保険料を引き上げ既契約の責任準備金を積み増した事例が過去にある。国内生保各社は 1975 年頃までに疾病保険（特約）の販売を開始したが、その際、年齢別料率によらず均一料率を採用していた簡保との対抗上、年齢による格差の少ない基礎率（安全割増を年齢によらず定額で設定）を採用してきた。その結果、低年齢層では実際の発生率が基礎率を大きく下回り、高年齢層では基礎率を上回るないし基礎率に接近するという状況が生じた。これを是正するため、第 3 節で触れたとおり、1981 年の商品改定の際に、安全割増を定率で設定することとし、低年齢層の料率を引き下げ高年齢層の料率を引き上げたのである。また、料率改定に先立って、高年齢層の責任準備金の積み増しが行われた。

（2）責任準備金の適正な積立

a. 事後検証による積み増し

事後検証による責任準備金積み増しの過去の事例は上述したとおりであるが、新規制の下では、「ストレステスト」「負債十分性テスト」を通じて行われることになる。

ストレステストにおいては、保険会社は、実績の発生率の水準やトレンドに基づいて将来 10 年間の発生率を推計し、これが一定の確率で基礎率を上回ると見

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」

レジュメ：明田 裕

込まれる場合は、「危険準備金①」を積み増すことを求められる。この「危険準備金①」は、過去のトレンドから予測可能なリスク、すなわち発生率の趨勢的悪化への備えとして導入されたものであり、死亡保険にはない概念である。

ストレステストの結果、保険料積立金で対応すべき「通常の予測の範囲内のリスク」が基礎率を上回る確率が一定以上である場合には、負債十分性テストが実施され、必要な場合には保険料積立金の積み増しが求められる。

b. 標準責任準備金制度適用の検討

保険会社は、96年以降に締結された契約について、法定の標準率に基づいて責任準備金（保険料積立金）を積み立てなければならない。伝統的な死亡保険においては、死亡率と利率が法定されており、現在は死亡率＝生保標準生命表 1996（死亡保険用）、利率＝年 1.5% となっている（大手各社のいわゆる準有配当商品においては、上記の標準生命表よりやや低い予定死亡率と 1.65% の予定利率を用いて保険料が計算されているようだが、責任準備金は法定の率に基づいて計算される。その結果、保険料計算基礎で計算したよりも大きな額の責任準備金が積み立てられている）。これに対して、医療保険（特約）を含む第三分野の保険においては、死亡率と利率は死亡保険と同様のものが定められている（死亡率については今後前節（3）で述べた第三分野用のものが用いられることになろう）が、責任準備金の計算に最も大きな影響を与える入院などの発生率についての定めはない。

現在は各社が保険料計算に使用した基礎率をそのまま用いて責任準備金を計算し積み立てているようだが、入院などの発生率について標準的な率を定めるべきかどうかが検討課題となる。ただ、冒頭でも述べたように、各社の各商品の給付内容が異なるため必ずしも同じ基準で統計がとれないという問題がある。単品と特約で同じ標準発生率を用いるかどうかかも論点となろう。

この点は、検討チームの議論で最も大きな論点となったようだが、報告書は、「保障内容やリスクの範囲が多岐にわたることから、標準死亡率のような統一的な発生率を設けることについては、現段階においてその適切性や可能性を判断す

することはできない。このため、標準化の適切性や可能性については、今後さらに検討していく必要があると考えられることから、引き続き、標準発生率を使用しない標準責任準備金制度の適用を前提に、後述の負債十分性テストを実施することにより十分な積立水準を確保していくことが適当である」と結論づけた。

(3) 支払余力の確保（ソルベンシーマージン基準、危険準備金②）

保険会社は、大災害や疫病の流行などカタストロフィックな事象が発生した場合にも支払を全うしなければならない。こうした「将来を予測できない外的要因によるリスク」に対して一定の支払余力（ソルベンシーマージン）を準備する必要がある。

現在のソルベンシーマージン基準では医療保険のリスクは次のように評価されている。以下で検証してみたい。

$$\text{疾病入院リスク} = \text{保有日額} \times \text{予定平均給付日数} \times 0.75\%$$

その他のリスク = 各社が算出方法書で定める額

a. 疾病入院リスク = 保有日額 × 予定平均給付日数 × 0.75%

この算式の意味するところは、被保険者の 0.75%（医療保険の被保険者が 400 万人の会社であれば 3 万人）が突発的に病気で予定在院日数の期間入院したとしてもそれをカバーすることができる額、と解釈される。0.75% という水準が十分なものかどうかは定かではないが、いくつかの問題が指摘できる。

1 つは、安全性を多く見込んで予定在院日数を長めに設定した場合は高い支払余力を求められ、競争的な価格設定のために在院日数を短めに設定した場合は低い支払余力しか求められないという点である。さらに、給付要件は「日帰り入院から」から「20 日以上入院の場合のみ初日から」まで区々だが、そこへの対応がなされていないように見える（たとえば後者のケースでは平均給付日数は長くなるが給付発生確率は低いはず）。責任準備金と同様に標準的な在院日数を定めるとともに商品の多様化に対応する方策の検討が必要だろう。

もう 1 つは年齢要素が反映されていないという点である。疫病の流行などを想

【平成 18 年度日本保険学会大会】

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」

レジュメ：明田 裕

定すれば当然に高齢者の方が入院する可能性は高いと思われ、保有契約構成の高齢化が着実に進んでいる中では、このリスク評価額のバーは低下し続けている。

b. その他のリスク＝各社が算出方法書で定める額

その他のリスクについては何も開示されていないので判断のしようがない。手術給付はここに含まれるようだが、前述のとおり今後の増加が懸念される。先ずは各社によるリスク評価方法の開示を求めたい。

こうしたリスクに対応するためのソルベンシーマージンは、資本勘定や負債の中の内部留保的項目で準備されることになる。発生率のカタストロフィックな変動に対しては、直接的には、「危険準備金②」((2) で述べた趨勢的悪化に備える危険準備金①と区分するため「②」と称される) の積立が求められ、その積立基準は次のとおりである。

$$\text{積立限度額（上限）} = \text{ソルベンシーマージン基準のリスク評価額}$$

$$\text{毎年の積立の基準} = (\text{積立限度額の増加額}) \text{ 以上}$$

要するに、危険準備金②ではリスク評価額と同額の積立が求められ、これを超えて手厚い支払余力を確保する場合はソルベンシーマージンの他の項目で準備されることになる訳である。

（4）再保険の活用

ここまで概ねリスクの回避と財源準備の方策について述べてきたが、リスクを移転する手段として再保険の活用がある。日本の生保業界では再保険はあまり活用されていないが、海外の第三分野商品においては再保険が相当活用されているようである。しかし常に利用できるとは限らない。最近の動きとしては、英国の重大疾病保険に関して、5 年以上の期間の再保険を引き受ける再保会社が姿を消したと報じられている（発生率の趨勢的な悪化が懸念されたもよう）。こうしたことから、新規制は再保険を活用した場合に活用状況の開示を求めている。

【平成 18 年度日本保険学会大会】

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」

レジュメ：明田 裕

5. 金融庁の報告書、新規制の概要とそれに対する私見

報告書、新規制に関しては、これまでの各論の中でも触れてきたが、最後に改めて概観し、報告者なりの意見、感想を述べたい。

(1) 報告書の概要

報告書は、約 4 カ月間、13 回にわたって、アクチュアリー、公認会計士、有識者、生損保業界実務者等のメンバーからなる検討チームにおいて検討された結果であり、主として第 4 節の諸課題への対応策をとりまとめたものである。

その概要是図 1のとおりであり、まず、第三分野商品に長期的な不確実性が内在していることを指摘した上で、現状と問題点を整理して「適切なリスク管理の方法や責任準備金積立ルールを議論し、定めることが必要」と結論づけ、対応の基本的考え方を示している。

報告書自体は「1. 問題の所在」「2. 内部リスク管理態勢の重要性」「3. 商品設計時の対応」「4. 事後検証時の対応」「5. 保険計理人の機能強化」「6. 今後の課題」の 6 章から構成され、「おわりに」で当面の対応として、図 1 記載の 4 点を提言している。

(2) 新規制の概要

新規制は、報告書の「当面の対応」の部分を具体化しルール整備を行ったものである。その概要是図 2のとおりだが、中心は、ストレステスト、負債十分性テストの実施によって、責任準備金の十分な積立水準を確保することに置かれている（詳細は第 4 節（2）（3）参照）。

(3) 報告書、新規制に対する私見

医療保険を中心とする第三分野の保険は、民間生保全社の個人保険の年換算保険料の中で、保有契約ベースで約 3 割、新契約ベースで約 4 割を占めるに至っている（表 6 参照）。しかも、商品の多様化や複雑化はめまぐるしいスピードで進ん

【平成 18 年度日本保険学会大会】

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」

レジュメ：明田 裕

でいる。

そうした状況に対して、これまでの監督規制は死亡保険を念頭に置いて形成されてきたものであり、第三分野の保険については必ずしも必要十分なものとは言えなかつた。この点、現在検討が進められている保険契約法の抜本改正においても、第三分野の取扱がメインテーマの 1 つとなっているが、この時期に監督規制の面でこうした取組が行われたことをまずもって強く支持したい。

特に、ストレステストによって発生率等の趨勢的悪化への対応が求められたのは画期的なことであり、第三分野の保険の特質に沿った適切な措置として高く評価できる。

一方、標準発生率の適用については及び腰の内容となった。現在の商品多様化の状況からしてやむを得ない面はあるものの、基本的な入院給付などについては早急にデータ整備と標準発生率の作成が行われるべきと考える。加えて、ソルベシシーマージンのリスク量についても標準化が必要だろう。

また、開示についても 1 点はつきりしない点がある。開示全体としては、経過保険料に対する発生保険金額の割合やストレステストにおける発生率想定の開示など大幅な前進が見られるものの、責任準備金計算に用いている基礎率の開示の有無が明確でないことがそれである。標準発生率の適用を先送りする中では、基礎率を明瞭に開示することは極めて重要である。ストレステストなどに関する一連の開示の中で併せて開示されることを強く望みたい。

【主要参考文献】

- ・堀田一吉編著（2006）『民間医療保険の戦略と課題』勁草書房。
- ・金融庁「第三分野の責任準備金積立ルール・事後検証等について」、2005 年 7 月 6 日公表。
- ・小林三世治（2003）「医学・医療の進歩と生保の危険分類」日本アクチュアリー会『アクチュアリージャーナル』50 号。
- ・エイドリアン・マック（2004）「重度疾病保険のリスク分析およびマネージメン

【平成 18 年度日本保険学会大会】

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」

レジュメ：明田 裕

ト」『アクチュアリージャーナル』52号。

- ・御田村卓司他（1996）『生保商品の変遷』保険毎日新聞社、1989年刊、1996年改訂。
- ・ロバート・J・ポコルスキ、ディルク・ニーダー（2004）「医療技術の進歩と商品開発・料率算定」『アクチュアリージャーナル』51号。
- ・清水文博（2003）「第三分野における生保の商品開発」『生命保険経営』第71巻第5号。
- ・新日本保険新聞社（2006）『第三分野商品のすべて（平成18年度版）』。
- ・下和田功編（2004）『はじめて学ぶリスクと保険』有斐閣ブックス。
- ・杉村卓哉（2005）「医療保険の価格設定に関する一考察」『日本アクチュアリ一会会報』第58号第3分冊。

当「レジュメ」の著作権は日本保険学会に帰属します。

表1 保険引受リスクの分類

	発生時期	発生要因	内容
リスク A	引き受け時点	内的要因	・十分に良質で均質な被保険者集団を形成できないかもしれない不確実性
リスク B	加入後	内的要因	・被保険者集団の質の経年劣化が想定以上に進行するかもしれない不確実性
リスク C	加入後	外的要因	・何らかの外的圧力により、質が悪化するかもしれない不確実性

出典：杉村卓哉（2005）61ページ。

表2 87年改定における保険料計算基礎

	疾病入院	成人病入院	手術
ベースとなる経験	S57 観察年度(有診査・男女計、除初年度)	入院率：S57 観察年度 (有診査・男女計、除初年度) 在院日数：S56 年契約 第 II 保険年度下期	S56-II、S56-III、S57-II、 有診査・男女計・年齢計 を 145 項目別に集計、推 定分を合算。145 項目から 88 項目に組換え
20 日不担保から 5 日不担保への換算	S58 患者調査 (男女計)	S58 年患者調査 (男女計)	
件数発生率を金額 発生率に換算	10%増	10%増	25%増
調整	20%増	20%増	20%増
若年層、高年層	13 歳未満、58 歳以上は S58 年患者調査 (男女計)	58 歳以上は入院率、 給付日数とも S58 年患者調査 (男女計)	

出典：御田村卓司他（1996）153-154ページの表を一部修正。

表4 予定解約率を使用した商品の保険料水準

予定解約率	毎年 1 %	毎年 5 %	毎年 10 %
20 歳加入、男性	約 80 %	約 40 %	約 20 %
50 歳加入、男性	約 90 %	約 70 %	約 50 %

(注) 数字は「入院のみを給付対象とする解約返戻金なしの終身払終身入院保険の年払
純保険料」の「通常の予定解約率を使用しない商品の年払純保険料」に対する割合。

出典：杉村卓哉（2005）66ページのグラフより報告者作成。

表3 民間生保全社保険金・給付金支払実績

	Ⓐ1993年度	Ⓑ2005年度	Ⓑ/Ⓐ
死亡保険金	32,014 億円	30,350 億円	95 %
災害保険金	1,067	466	44
① 死亡保険金計	33,081	30,816	93
高度障害保険金	1,485	2,116	142
入院給付金	5,468	6,186	113
手術給付金	1,079	2,253	209
障害給付金	117	138	118
② 生存中給付計	8,149	10,693	131
②/①	24.6 %	34.7 %	

出典：生命保険協会「事業統計」より報告者作成。

表5 更新型医療保険商品(10年更新)における保険料の上昇

	40才 加入時	50才 更新時	60才 更新時
住友生命	5,835 円	8,240 円	14,510 円
新医療保険 ドクターOK	(100)	(141)	(249)
三井住友海上きらめき生命 医療保険[無配当]	6,324 (100)	9,182 (145)	16,368 (259)
アリコジャパン 医療保険	6,006 (100)	8,985 (150)	16,365 (272)

(注) 入院日額1万円の場合。

()内は40才加入時の保険料を100とした時の指数。

出典：新日本保険新聞社(2006)、各社ホームページより報告者作成。

表6 2005年度民間生保年換算保険料

	新契約	保有契約
第三分野(増加率)	5753億円(5.0%)	43741億円(7.7%)
個人保険全体(増加率)	14861(0.7%)	147122(0.6%)
第三分野の割合	38.7%	29.7%

(出典) 週刊東洋経済臨時増刊「2006年版生保・損保特集」より報告者作成。

図1(報告書)

第三分野の責任準備金積立ルール・事後検証等について

<第三分野商品の特徴>

- 医療政策等の外的要因や当初の想定を超えた契約者の行動の影響を受けやすい。
- わが国では終身保障タイプが主流。このため、保障期間は長期にわたる。

商品に長期的な不確実性が内在

<現状と問題点>

- 標準責任準備金の積立⇒使用する入院率等の発生率は各社の判断
- 危険準備金の積立 ⇒一律・機械的にリスクを計算
- 発生率の事後的な検証⇒検証方法や検証後の対応は各社の判断

この適切性やあるべき姿についての議論が十分でない。

適切なリスク管理の方法や責任準備金積立ルールを議論し、定めることが必要。

<基本的考え方>

- 将来的には、発生率のスタンダード化を視野に入れた検討が必要。
⇒ まず、第三分野に関するデータ整備を進めることが必要。
- したがって、当面は、

保険会社において、

- ① 適時・的確な事後検証等による保険料積立金の必要な積立額の確保
- ② ストレステストによる危険準備金の十分な積立水準の確認
- ③ ①及び②の実施状況等の開示

監督当局において、

- ④ 定期的なオフサイトモニタリングの実施

等の施策を厳格に行うことによって対応。(注)

保険会社の財務の健全性の確保 ⇒ より確実な契約者保護

(注) このほか、保険会社は、リスク管理態勢の充実や保険計理人の機能強化を着実に図っていくとともに、想定外の事態に対し、契約者が不利益とならない範囲で契約内容の見直しが可能な仕組みの導入についても検討が必要。

図2(新規制)

