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

平成18年10月28日 於:中央大学

.

問題提起: 民間医療保険の 現状認識と構造的特徴

> 慶應義塾大学 堀田一吉

問題意識

民間医療保険へのニーズは、近年、顕著な高まりを見せている。 しかし、医療保険には、伝統的保険商品(死亡保険や年金 保険など)とは、異なる構造上の特性を有しており、それゆえ に、十分に特性を踏まえた上での、発展普及や経営展開が 求められるところである。とくに、高度に多様化が進んだ現在、 契約者利益保護の観点から、留意すべき課題が多い。民間 医療保険が確実な保障を提供し続けるためには、いま何を するべきか。民間医療保険が直面する現状と課題を多角的 に捉えて整理し、将来展望を行う。

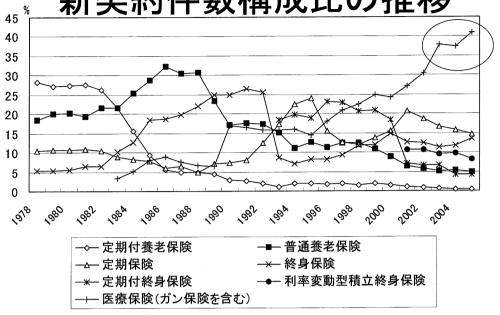
※民間医療保険の対象=いわゆる「第三分野保険」のうち、傷害、介護を除いたもの

3

1.民間医療保険をめぐる現状認識

- 近年、民間医療保険に対する国民の関心は非常に大きくなっている。医療保険改革の中で、高い自己負担率が進んでいる。とくに、非公式な患者負担は、一段と増加する傾向にある。
- これまで、公的医療保険が広範な保障範囲を提供しており、 実際に、医療保障に関して民間医療保険の担っている領域 は小さい。
- 民間医療保険は、公的医療保険との関係において、有機的連携はとられておらず、むしろ所得保障機能としてのウェイトが大きい。
- 規制緩和が進む中で、民間医療保険は、高度に商品多様化が進み、消費者の選択の幅が拡大した反面で、保障内容を正しく理解し、的確な選択が非常に困難な状況にある。

個人保険(個人年金を除く)新契約件数構成比の推移



出典)『インシュアランス生命保険統計号』(各年度版)『生命保険事業概況』(各年版)より筆者作成.

5

民間医療保険の守備範囲(日本の場合)

- ①公的保険給付以外の高度医療
- ②疾病予防・健康維持管理・健康診断
- ③差額ベッド代や給食代、付添看護費用
- ④医療費の自己負担分
- ⑤生活保障•所得補償
- ⑥アメニティ(快適さ)・質の向上
- ※民間医療保険では、 ↓↓↓↓
- (i)現金給付(一時金、給付金)
- (ii)定額給付(実損填補形式ではない)が中心
- (iii)生活保障・所得保障に大きなウェイト
- (iv)保障内容は年々多様化し、各社の独自性を競う

民間医療保険の普及要因

<需要要因>

- -保障ニーズの変化(死亡保障から生存保障へ)
- 医療に対する意識変化(自己責任意識)
- 社会保障水準の低下(自己負担の増加)
- 医療技術の進歩(医療費の上昇)
- く供給要因>
- 新規市場の開拓の必要性(既存市場の低迷)
- ・保険自由化(規制緩和)と激しい開発競争

7

複雑化・多様化する民間医療保険

- (1)給付節囲の拡大(限度日数、終身保障)
- ②契約者対象の特化(女性、中高年者)
- ③保障内容の総合化と限定化
- ④加入基準の緩和(有病者、高齢者)
- (5)危険選択手法の多様化(無選択保険)
- ⑥販売チャネルの多様化 など

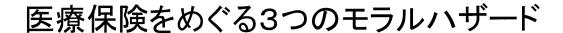
2. 医療保険の構造的特徴

	医療保険	年金保険/死亡保険		
保険事故	疾病の認定	生存の事実		
	(客観性に問題あり)	(客観性が高い)		
リスク発生構造	反復して発生	原則一度		
給付形態	損害填補+定額給付	定額給付		
モラルハザード	多様な発生形態	限定的な発生		
リスク管理	多様な変動要素を予 測してリスク管理	主として死亡率を予測してリスク管理		

9

医療リスクの特性

- ①加齢に伴う逓増リスク(=普遍的リスク)
- ②個人差が大きいリスク(=発生・認識の個人差)
- ③情報の非対称性·不完全性が大きい (逆選択・モラルハザードの発生可能性)
- ④リスク発生構造の多様性 (頻度と規模が一様でない、反復して発生)
- ⑤変動要素の多様性・複雑性 (医療制度改革、医療技術の進歩、などの影響)



- (1)「注意力の弛緩」によるモラルハザード(=医療保険に加入したことで健康管理を怠り、結果的に医療コストがかさむこと)
- (2)「過剰診療」によるモラルハザード(=医療保険に加入することで、受診率が高くなること)
- (3)「過剰需要」によるモラルハザード(=受療時の医療サービスの需要コストが低下することから、医療サービスの需要量が逆に過剰になること)

\downarrow \downarrow \downarrow

保険者によるモニタリング(監視)が困難なために完全な排除は不可能

11

3.問題意識(シンポジウムの目的)

- (1)民間医療保険の構造と特徴(保険医学・保険数理・法律・経済からの理論的整理)
- (2)医療保険商品の多様化と経営問題(契約者の選択自由と選択責任のバランス)
- (3)契約者保護と保険会社ならびに保険行政(コンプライアンス、保険規制・販売ルール)のあり方)
- (4)医療保障における民間医療保険の役割(官民役割分担の考え方、保障領域の可能性)
- (5)医療保険の将来性(保険業の柱となりうるか)

民間医療保険の課題

- リスク管理手法(保険リスクおよび金融リスク)の改善
- 危険選択手法(モラルハザード、逆選択対 策)の改善
- ■コスト管理(保険者機能の発揮)
- 実損填補型医療保険の開発研究
- ■環境変化(医療技術の進歩、医療ニーズの変化、医療制度改革など)のへの対応
- 適正な比較情報の提供(過剰競争の弊害 除去)
- 契約者保護の拡充の必要性

13

報告者紹介ならびに報告内容

第一報告:小林三世治(第一生命)

「保険医学からみた民間医療保険の課題」

第二報告:明田裕(ニッセイ基礎研究所)

「民間医療保険におけるリスク管理の課題」

第三報告:甘利公人(上智大学)

「医療保険約款における法的問題」

第四報告:中浜隆(小樽商科大学)

「民間医療保険の役割ー日米の比較を通じてー」

本日の進行予定

13:40-13:55 問題提起 13:55-14:10 第一報告:小林三世治(第一生命) 「保険医学からみた民間医療保険の課題」 第二報告:明田裕(ニッセイ基礎研究所) 14:10-14:25 「民間医療保険におけるリスク管理の課題」 第三報告:甘利公人(上智大学) 14:25-14:40 「医療保険約款における法的問題」 第四報告:中浜隆(小樽商科大学) 14:40-14:55 「民間医療保険の役割ー日米の比較を通じてー」 中間総括 14:55-15:00 15:00-15:20 <休憩> 15:20-16:20 パネルディスカション 16:20-16:50 全体討論(質疑応答) 総括 16:50-17:00

15

シンポジウム 「民間医療保険の課題と将来」

保険医学からみた民間医療保険の課題

第一生命保険相互会社 小林三世治

1

保険医学

- 被保人の選択に必要なる事項を研究する学問
- · 丹治善造:實践生命保險醫學、南江堂 p15、1926年
- 生命保険に於ける被保険者の医的選択に関する事項を研究する学問
- · 高田他家雄:生命保險醫學、南江堂 p2、1935年
- 生命保険事業に於て、被保険者の合理的なる医学的 選択を目的として生れた学問
- ・ 渡邉定:壽命豫測と生命保險、有光社 p3、1943年

保険医学の中心: 医的危険選択

- ① 診査 健康情報収集
- ② 引受査定
- ・ 佐々木光信:生命保険と危険選択、保険学雑誌 574号:47、2001
- ・ 江澤雅彦: 医療保険をめぐるアンダーライテイングの諸課題 p121、堀田一吉(編・著): 民間医療保険の戦略と課題、勁草書房 2006年
- ③ 支払査定 約款通りに支払う
- ・ 小林 三世治: 医療技術の進歩と民間医療保険 p147、堀田一吉(編・著): 民間医療保険の戦略と課題、勁草書房 2006年

3

目 的

- √従来の危険選択は基本的に死亡保険を対象 として組み立てられてきた
- ■民間医療保険(医療保険)の危険選択は死亡 保険と同じでよいか?

方 法 (1/2)

■医療保険の多様性

宮地朋果: 医療保険をめぐる商品開発の動向 p97、 堀田一吉(編・著): 民間医療保険の戦略と課題、勁草書房、2006年

■疾病入院給付特約保険

(医療費 + 入院期間中の所得保障)

• 泉泰治: 医療の変化と医療保険の将来、日本保険医学会誌 104:251、2006

5

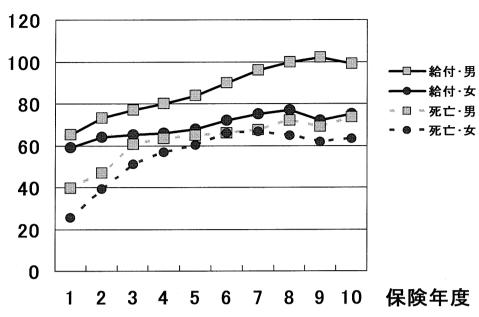
方 法 (2/2)

- ✓ 科学的根拠の質の分類 (米国予防医療サービス特別研究班)
 - I 無作為化比較対照試験
 - Ⅱ-1 非無作為化比較対照試験
 - Ⅱ-2 コゥホート研究または患者対照研究
 - Ⅱ-3 時系列研究 非対照研究
 - Ⅲ 記述疫学 権威者の意見
- 原野悟: EBMがわかる疫学と臨床診断、新興医学出版社 p52、2002年
- 日本保険医学会誌に掲載された論文を中心

(対象数、観察期間、発生率・指数、責任開始期前発病不担保条項)

保険年度別給付 · 死亡指数



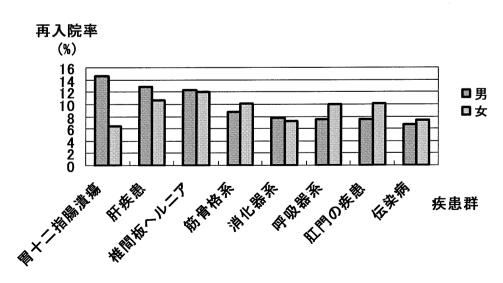


山本勝ほか:最近10年間の疾病入院給付率統計、日本保険医学会誌 87:278、1989

7

疾患別再入院率

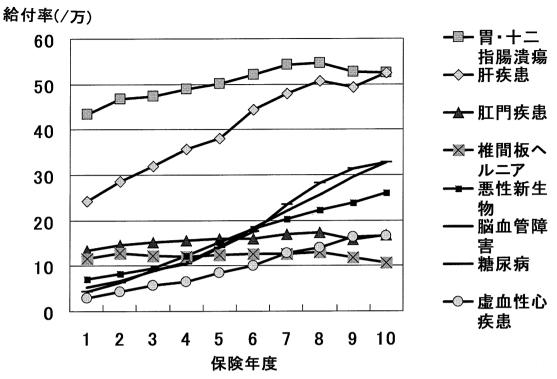
再入院率 8.73% 全体の入院率 2.85%



■ 再入院率=(再入院件数:経過件数)×100

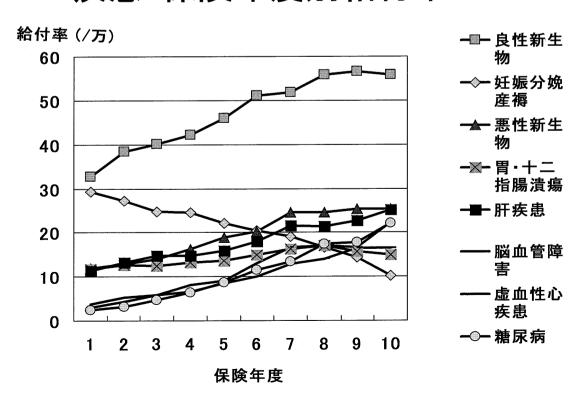
西川征洋:入院給付金受給後の再入院率、日本保険医学会誌 92:200、1994(一部改変)₈

疾患:保険年度別給付率(男)



山本勝ほか:最近10年間の疾病入院給付率統計、日本保険医学会誌 87:278、1989 9

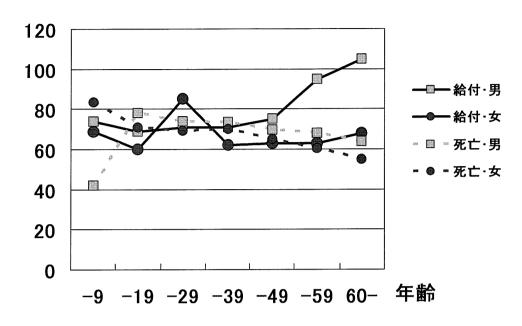
疾患·保険年度別給付率(女)



山本勝ほか:最近10年間の疾病入院給付率統計、日本保険医学会誌 87:278、1989 10

年齡·性別給付指数

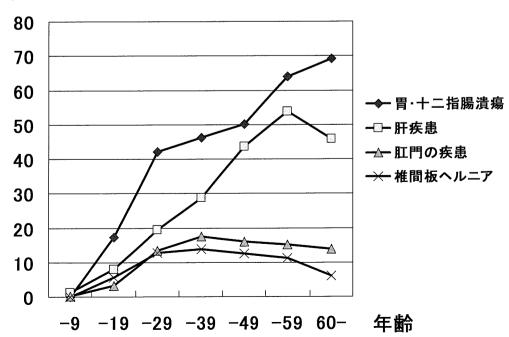
指数(%)



山本勝ほか:最近10年間の疾病入院給付率統計、日本保険医学会誌 87:278、1989

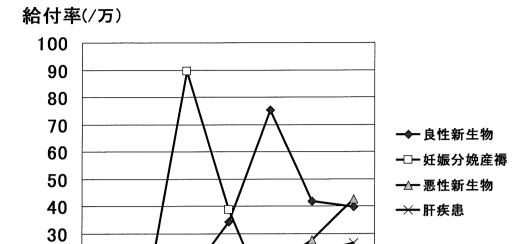
疾患 - 年齡別給付率(男)

給付率(/万)



山本勝ほか:最近10年間の疾病入院給付率統計、日本保険医学会誌 87:278、1989

疾患•年齡別給付率(女)



山本勝ほか:最近10年間の疾病入院給付率統計、日本保険医学会誌 87:278、1989

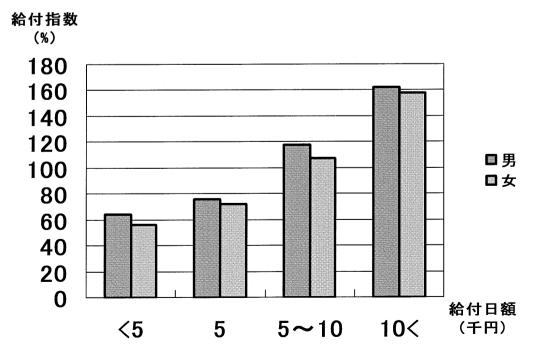
-9 -19 -29 -39 -49 -59 60-

年齢

20

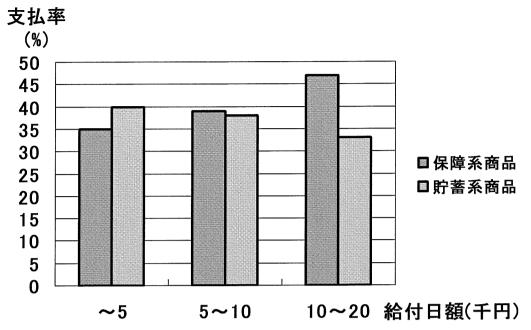
10

給付日額·性別給付指数



山本勝ほか:最近10年間の疾病入院給付率統計、日本保険医学会誌 87:278、1989

商品·日額別支払率

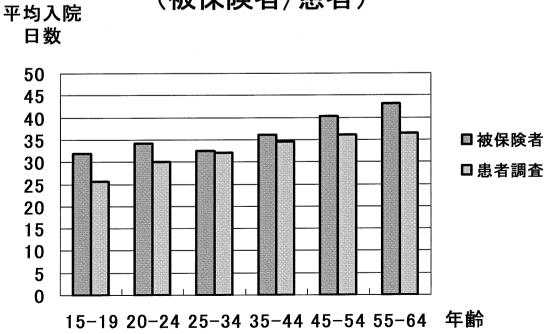


■ 支払率=(入院給付金÷危険保険料)×100

江藤誠司:主契約の属性別に見た入院発生状況、日本保険医学会誌 92:216、1994

15

年齡別入院日数 (被保険者/患者)



佐々木光信ほか:入院継続率について、日本保険医学会誌 88:266、1990

都道府県別入院発生 · 死亡指数

指数 (上:男 下:女)	最大	最小		
入院発生指数	62	29		
	64	35		
死亡指数	80	58		
	69	47		

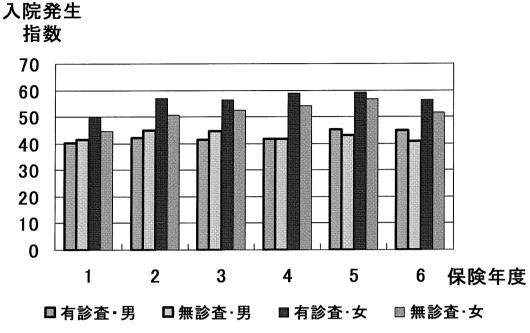
塩谷敏之: 都道府県別に見た死亡指数と入院発生指数、日本保険医学会誌 94:95、1996

病床数·医師数/入院発生·死亡指数

相関係数 (上:男 下:女)	病床数	医師数	
入院発生指数	0.809	0.514	
	0.759	0.412	
死亡指数	0.150	-0.093	
	-0.395	-0.272	

塩谷敏之: 都道府県別に見た死亡指数と入院発生指数、日本保険医学会誌 94:95、1996

診查有無·保険年度·性別入院発生指数

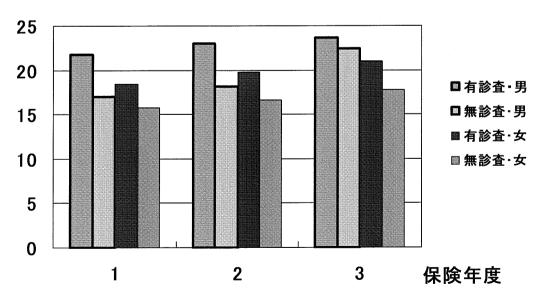


高山実:診査有無別の疾病入院発生状況について、日本保険医学会誌 89:245、1991

19

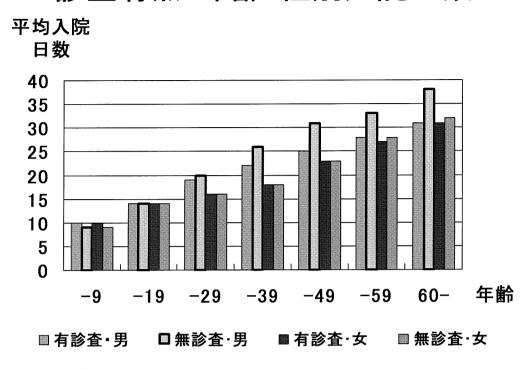
診查有無·保険年度·性別入院日数

平均入院 日数



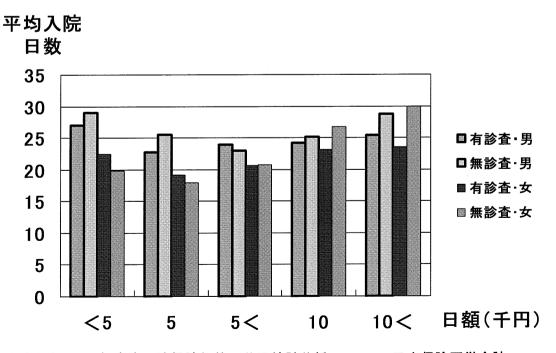
白水知仁ほか:新疾病入院保障契約の分子統計分析について、日本保険医学会誌 91: 217、1993

診查有無·年齡·性別入院日数



白水知仁ほか:新疾病入院保障契約の分子統計分析について、日本保険医学会誌 91: 217、1993 21

診查有無·給付日額·性別入院日数



白水知仁ほか:新疾病入院保障契約の分子統計分析について、日本保険医学会誌 91: 217、1993

特別条件

- 1.特別保険料領収法
- 2.特定部位不担保法
- ・耳、鼻 ~ 38部位
- ・指定した部位に生じた疾病の治療を目的とする入院 については入院給付金を不払い

23

条件別保険年度別給付指数

保	除年度	1	2	3	4	5	6	7 ~ 8
部	1年	66	138	131	105	101	62	28
位不	2年	68	60	104	83	78	39	19
担保期間	3年	70	66	68	85	62	35	12
	4~5年	63	72	62	60	62	55	33
	6~10年	61	55	48	46	35	42	25

清家克哉ほか: 当社標準下体契約の死亡・疾病入院発生状況について、日本保険医学会誌 <u>85</u>: 264、1987

ま と め (1/2)

- 1. 給付は保険年度につれ上昇し、医療保険(疾病入院給付特 約保険)においても選択効果が認められる
- 2. 再入院率は全体の入院率より高い
- 3. 給付は年齢とともに上昇(特に男性)、女性では20代に隆起
- 4. 入院の原因疾患は診査時の検診では発見しにくい消化器系の疾患が多い
- 5. 妊娠分娩産褥関係の給付は浅い保険年度で多い

25

ま と め (2/2)

- 6. 給付は給付日額が高額になるにつれ、また保障系主契約 において多い
- 7. 被保険者の入院日数は患者調査よりも長い
- 8. 給付は人口10万対病床数と相関関係が強い
- 9. 中年以降の男性・高給付日額で給付日数が多くなるものの 診査の有無で給付に大きな差はない
- 10. 給付は不担保期間超の時点で上昇

結 語

- 医療保険(疾病入院給付特約保険)にも危険選 択効果が認められるが死亡保険と異なる
- ➢ 給付日額·日数 上限設定
- ▶ 地域別料率 ― 保険期間の見直し
- ▶ 告知の重要性 質問内容・可争期間・責任開 始期前発病不担保規定(みなし規定)のあり方

27

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

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

当日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、そ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<u>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</u>する。そ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、<u>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</u>。最後の<u>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</u>上で、報告者なりの意見、感想を述べる。

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

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、<u>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・</u> 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

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

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。<u>リスクA</u>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。<u>リスクB</u>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。

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

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。

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

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。

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

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、保険料が比較的少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。

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

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、一定の前提を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%。麦生参照)。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年も経っておらず、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

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

<u>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、</u> 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ること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

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

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く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 6 0 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。

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

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

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。

疾病入院リスク=保有日額×予定平均給付日数×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

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。

積立限度額(上限)=ソルベンシーマージン基準のリスク評価額 毎年の積立の基準=(積立限度額の増加額)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ため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。

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ヵ月間、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。

その概要は<u>図1</u>のとおりであり、まず、<u>第三分野商品に長期的な不確実性が内</u> 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。その概要は図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

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、<u>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</u>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った。この点、<u>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</u>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、ソルベン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点はっ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

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』 5 1 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	入院率:S57 観察年度	S56-II 、S56-III 、S57-II 、		
	女計、除初年度)	(有診査・男女計、除初	有診査・男女計・年齢計		
		年度)	を145項目別に集計、推		
		在院日数: S56 年契約	定分を合算。145 項目から		
		第Ⅱ保険年度下期	88 項目に組換え		
20 日不担保から 5 S58 患者調査		S58 年患者調査			
日不担保への換算	(男女計)	(男女計)	·		
件数発生率を金額 10%増		10%増 25%増			
発生率に換算					
調整	20%增	20%增	20%增		
若年層、高年層	13 歳未満、58 歳以上は	58歳以上は入院率、			
	S58 年患者調査	給付日数とも			
	(男女計)	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

	A1993 年度	B2005 年度	B/A	
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	50才	60才	
	加入時	更新時	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	6, 324	9, 182	16, 368	
医療保険[無配当]	(100)	(145)	(259)	
アリコジャパン	6,006	8, 985	16, 365	
医療保険	(100)	(150)	(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。

第三分野の責任準備金積立ルール・事後検証等について

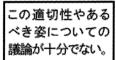
<第三分野商品の特徴>

- 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

く現状と問題点>

- 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



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。

く基本的考え方>

- 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。
- 〇 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。

第三分野保険の責任準備金積立ルール・事後検証等について ~第三分野保険の不確実性への対応~

<第三分野保険の特徴>

- 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。

長期的な不確実性が内在

<ルール整備の概要>

① ストレステスト、負債十分性テストの実施

第三分野保険の<u>保険事故発生率の不確実性に焦点を当てた、ストレステスト、負債十分性テストの実施</u>により、責任準備金の十分な積立水準を確保。(告示、監督指針)

② 開示

市場規律をより機能させるための、ストレステスト、負債十分性テストの実施状況等 の開示。(規則・監督指針)

③ 当局のオフサイトモニタリング

保険会社から保険種類別の契約動向や収益率、保険事故発生率等の動向について、定期的にモニタリングを行い、保険会社に適切な対応を求める基礎として活用。

その他のリスク管理強化策

○ 基礎率変更権の実効性の確保

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。(規則、監督指針)

○ 保険計理人の機能強化

既存の実務基準に基づく確認に加え、新たに負債十分性テスト等の実施を行うこととし、責任準備金に対する保険計理人のチェック機能を強化。また、商品認可申請時の保険 数理的なチェックを行った意見書の提出の義務付。(規則、告示、監督指針)

○ 再保険の適切性の確保

再保険を活用して長期の第三分野保険の不確実性を管理する場合は、その再保険の活用 状況を開示。(規則、監督指針)

保険会社の財務の健全性の確保 ⇒ より確実な契約者保護

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」レジュメ:甘利 公人

医療保険約款における法的問題

上智大学 甘利 公人

1. はじめに

医療保険は、被保険者が傷害または疾病を被り、その直接の結果として入院・手術をしたときに保険金を支払うものである。被保険者が傷害や疾病を原因として入院・手術をしたことが保険事故となっている。医療保険は疾病の発生の有無および発生時点の不明確な事象をも担保し、かつ高額な保険金を支払うものであるから、その性質上逆選択やモラルリスクを誘発する可能性の高いことが指摘されている。そこで、ある医療保険の約款では、「当会社は、被保険者が保険期間中に入院を開始した場合に限り、保険金を支払います。」と規定し、その2項では、「前項の規定にかかわらず、この保険契約が初年度契約である場合において、入院の原因となった身体障害を被った時が保険期間の開始時より前であるときは、当会社は、保険金を支払いません」と規定している。この規定は、始期前発病不担保条項(以下、始期前発病という)といわれており、告知義務制度を補う機能を果たしている。始期前発病については、三井住友海上火災保険が金融庁から、約款上は医師の診断により始期前発病が認定された場合に免責が適用されるが、社員が医師の診断に基づかずに自ら判定を行う等、免責が不適切に適用された事例がある旨が指摘された。そこで、本報告は、この始期前発病の規定について、その適用範囲を約款解釈上の法律問題として検討する。

2. 始期前発病不担保条項と告知義務制度の関係

告知義務制度と始期前発病の条項は、ともに保険事故の偶然性を確保するための制度であるという点において共通性を有している。しかし、両者は適用要件と法的効果を異にしているから、その関係が問題となる。告知義務制度は、保険契約締結時において、保険事故発生に影響を及ぼす重要な事項について告知を求め、危険選択を行い予定事故発生率を維持することにより、契約当事者間の衡平を図る制度である。また、始期前発病は、契約締結後に危険選択を行って、告知義務制度によっては果たせない危険の選択を補完しようとする制度である。両制度は、共に予定事故率を維持する機能を有するものであるが、その機能と効果は

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」レジュメ:甘利 公人

別々のものであり、別個の制度として理解されている。多くの裁判例も同様の立場である。 したがって、医療保険の始期前発病の条項も、同様の趣旨で定められているのであるから、 始期前発病と告知義務の関係についても同じことがいえる。

3. 始期前発病不担保条項における因果関係

生命保険の約款において責任開始時以後の傷害または疾病を原因とする高度障害状態に限定した理由は、純保険料の算定の基礎となる予定障害率を維持するために、契約自由の原則に従い、保険者が担保すべき障害危険の範囲を責任開始時以後の疾病等に限定したものである。また、始期前発病の条項における時期的制限は、高度障害保険金支払事由の客観的要件を定めるものであるから、高度障害の原因となった高度障害等が責任開始時以前に発生していた場合には、保険契約者が右疾病等を知っていたか否か、告知の有無に関係なく、また保険者が疾病等を知っていたか、過失により知らなかったか否かを問わず、保険者は保険金の支払を拒絶できると解されている。

医療保険について、始期前発病に関して公表された裁判例はこれまでにないので、同様の趣旨の生命保険における高度障害条項の始期前発病条項の議論が、医療保険のそれの適用範囲を検討するにあたって参酌に値するものと考える。両者は保険事故が傷害や疾病を原因とする点においては共通するものがあり、少なくともそれぞれの保険約款において設けられている始期前発病条項の趣旨、すなわち予定事故率の維持にあるのは明白である。そこで、高度障害状態の原因となった疾病との因果関係について判示した裁判例を検討しなければならない。

①大阪地判昭和49年7月17日判タ325号277頁は、障害給付金の支払いについて被保険者の両眼が完全かつ永久に失明したときに支払われるという条項に関して、被保険者がベーチェット症候群により両眼の視力を完全かつ永久に失った事案において、「ベーチェット症候群は現在の医学上その発生の原因が不明であるとされていること、その治療も、これによって一時的に治癒することはあっても、根治の方法はないと考えられていること、この病気は、症状が現われたり消失したりするのを繰返すことが一つの特質とされていること、そしてその70ないし80パーセントのものは失明に終るものであることが認められる。したがって被保険者の失明の原因となった疾病は、本件契約日以後の疾病であるということは

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」 レジュメ:甘利 公人

できない」と判示したが、保険会社の外務員について保険会社に監督上の過失があるとして 保険金請求を認容した。しかし、控訴審の②大阪高判昭和51年11月26日判時849号 88頁は、被保険者は本件保険契約締結以前から視力減退と飛蚊症の自覚があり、大学付属 病院でベーチェット症候群と診断されたのであるから、被保険者は右契約目前から、すでに 失明の原因たる疾病にかかっていたものと認定するのが相当である、と判示して請求を棄却 した。

①がベーチェット症候群は根治の方法はないと考えられていること、また70ないし80パーセントの確率で失明することから被保険者の失明の原因となった疾病は、本件契約日以後の疾病であるということはできないと判示しているが注目される。また、②では失明の原因たる疾病にかかっていたと認定するのみで、その蓋然性には触れていない。

③千葉地判昭和60年2月22日判時1156号149頁は、被保険者が脊髄腫瘍により障害状態になったとして障害給付金等を請求した事案について、被保険者が発病した時期について判断することなく、重過失による告知義務違反があるとして保険社の契約解除を認めた。控訴審の④東京高判昭和61年11月12日判時1220号131頁は、詳細な事実認定から判断して、被保険者が契約締結前に発病した可能性を否定し契約後に発症したものであることを認めるに足る証拠はない、と判示して請求を棄却した。事実認定に関わる問題であるが、発病の可能性の程度で判断しているのが注目される。

⑤札幌地判昭和62年10月23日文研生命保険判例集5巻144頁は、保険契約締結前に両視神経萎縮および両開放隅角緑内障の診断をうけていたが、保険契約締結時から約1年8か月後に、乗っていたバスがタンクローリー車に追突される交通事故にあい、その約6か月後に両眼失明状態となった被保険者が、交通事故により両眼失明状態となったこと、または責任開始日前の障害に交通事故による傷害が加わることにより両眼失明状態となったことを理由として、保険会社に対して高度障害保険金および災害高度障害保険金の支払いを求めた事案について、次のように判示して請求を棄却した。すなわち、普通保険約款2条1項は、「給付責任開始日以後に発生した傷害又は発病した疾病によって高度障害状態になった場合に高度障害保険金を支払う。」旨規定している。同約款2条1項は、それのみでは高度障害状態には至らない給付責任開始日よりも前に発生または発病した傷害または疾病であっても、それが高度障害状態の原因となるものであれば保険金を支払わないことも定めた規定と解さ

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」レジュメ:甘利 公人

れるのである。そして、……、被保険者の両眼失明については被保険者の両開放隅角緑内障 が一つの原因となったことは明らかであり、右両開放隅角緑内障の発病が給付責任開始日よ りも前であることも明らかであるから、保険会社の抗弁は理由がある。被保険者は、普通保 **険約款2条1項の規定により支払が拒絶される給付責任開始日前の疾病は高度障害状態に至** る確率の高い疾病だけであり、被保険者の両開放隅角緑内障はそれには該当しない旨主張す るが、前示のとおり、同約款2条1項の趣旨はそれのみでは高度障害状態に至らない疾病で あっても、それが高度障害の一つの原因となるものであれば、給付責任関始日前に発病して いる限り保険金を支払わないことも含んでいるから、高度障害状態に至る確率の高い給付責 任関始日前の疾病のみが保険金不支給の対象となるということはできず、また、給付責任開 始日以後に発病した疾病によって高度障害状態になった場合に保険金を支払う(同約款2条 2項)ことにしたのは、高度障害の予定発生率を維持するためのものであるところ、両開放 隅角緑内障に罹患した者の失明に至る確率はそれに罹患していない者が失明に至る確率と比 して有意的な差があると認められるから、仮に被保険者が主張するように給付責任開始前の 疾病として保険金不支給の対象となる疾病を高度障害に至る確率によって制限するとしても、 両開放隅角緑内障はむしろ不支給の対象となる疾病に該当すると言わざるを得ないから被保 険者の主張は理由がない、と判示した。

控訴審の⑥札幌高判平成元年2月20日と上告審の⑦最判平成元年10月27日文研生命保険判例集6巻103頁も同様の判断をした。責任開始前発症不担保条項の趣旨について、それのみでは高度障害状態に至らない疾病であっても、それが高度障害の一つの原因となるものであれば、給付責任関始日前に発病している限り保険金を支払わない、と判示しているのが注目される。

⑧平成15年6月18日(平成12年(ワ)第575号保険金請求事件)判例集未登載は、新聞等で遺伝子訴訟として話題になったものであるが、平成元年11月1日にY生命保険会社(被告・被控訴人)との間で高度障害保険特約付きの生命保険契約を締結したX(原告・控訴人)が、疾病に基づく痙性対麻痺による両下肢機能全廃(身体障害者等級1級)と認定されたので、Yに対して高度障害保険金の支払いを請求した事案について、次のように判示してXの請求を棄却した。

すなわち、Xには平成2年8月ころにクラッベ病特有の症状として急激な歩行能力の低下

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」 レジュメ:甘利 公人

が起きたこと、その後も、歩行能力の低下が徐々に進行し、平成3年5月ころにはXに何ら かの白質ジストロフィーの可能性が認められたこと、さらに、歩行障害が増悪傾向を保った まま、平成6年3月にクラッベ病の確定診断を受けたことなどが認められることを考慮する と、平成2年8月ころ以降のXの障害状態は、いずれもクラッベ病を原因とするものである か、あるいは、クラッベ病を原因とする障害状態に他の疾病が加わって発生したものである と認められる。そして、(1)責任開始期前の障害状態が両足の尖足や歩行機能の低下であ るということ、(2)その障害状態が進行性であると認められること、(3)9歳ないし1 0歳時に最初の運動機能の低下が発生していること、(4)クラッベ病と診断されるまでは 原因が特定できず痙性対麻痺という症状名での診断しかできていなかったこと、(5)中学 生のころに受けた両足の手術、21歳のころに受けた歩行を円滑にするための装具の使用、 25歳のころに受けた薬物治療などは、いずれも歩行機能障害に対してなされたものであっ て、Xの歩行機能は増悪傾向を持続してきたと認められること、(6)その後、Xはクラッ べ病と確定診断されるに至ったところ、クラッベ病は進行性の両下肢機能の低下を典型的な 症状としており、成年型では10歳ころから歩行能力に相対的な劣後が認められること等を 総合考慮すると、責任開始期前のXに認められた障害状態もクラッベ病によるものであり、 それと無関係な他原因が新たに加わって症状が悪化したのではなく、クラッベ病の進行によ り障害状態が悪化したものであると認定するのが相当である。そうであれば、結局、Xの現 在の障害状態は、責任開始期前の疾病によるそれが自然な経過により増悪し、高度障害状態 に発展したことになる、と判示した。責任開始期前のXに認められた障害状態は、クラッベ 病によるものであり、それと無関係な他原因が新たに加わって症状が悪化したのではなく、 クラッベ病の進行により障害状態が悪化したものである、と認定しているのが注目される。

控訴審の⑨大阪高判平成16年5月27日金商1198号47頁は、保険金支払いの要件について原審の判旨を引用したうえで、「確かに、クラッベ病の成人型は、我が国では数例の症例しかないし、その病状や症状の発現、進行については、研究者や医師の見解も分かれているが、……成人型のクラッベ病の発症経緯は、一般的には10歳前後に運動障害、知能障害という形で発症するものであるところ、責任開始期前に生じていたXの歩行機能障害については、クラッベ病と考えれば合理的に説明可能であるのに対して、他の要因や疾病が原因となっていることを認める証拠はないから、クラッベ病によると推認するのが相当である。

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」レジュメ:甘利 公人

したがって、Xの高度障害状態は、責任開始期前にクラッベ病を発症していたというべきであるから、Xの上記主張は採用できない。また、同病による症状が安定する場合があるとしても、上記のとおり、これが進行性のものであるといわれていることからすると、他の要因や疾病が原因となっていることの蓋然性が肯定できない以上、Xの高度障害状態は、責任開始期に発症していたクラッベ症がその後進行したものといわなければならない。」と判示したが、Y保険会社の支部長のアドバイスによりXが保険金の支払いを受けることができなくなった可能性が非常に高いので、YがXの高度障害保険金の支払いを拒否するのは信義則違反であるとしてXの保険金請求を認容した。この控訴審の結論には疑問があるが、他の要因や疾病が原因となっていることの蓋然性が肯定できない以上、Xの高度障害状態は責任開始期に発症していたという判旨は正当である。

また、Xは、支払基準の解釈は合目的的にされるべきであり、責任開始期において当時の医療水準によっても予見が不可能であった疾病は予定高度障害率に考慮されていなかったのであるから、責任開始時にすでに存在した疾病とは因果関係がないものというべきであるとして、上記規約上の因果関係については相当因果関係をいうものと解すべき旨を主張した。しかし、判旨は、次のように判示して、相当因果関係の立場を取らなかった。「確かに、保険契約時において予見が全く不可能であった疾病は予定高度障害率に考慮されていないし、いわゆる逆選択の問題も不公平の問題も生じないとはいえるのであるが、本件約款の規定自体から条件的因果関係を採ったとみるのが自然であり、相当因果関係を採ったとみられるような文言もないうえ、因果関係の有無について相当因果関係によって判断することになれば、その予見可能性をできるだけ客観的に判断するとしても、主観的要素を考慮することには相違なく、障害や疾病の種類によっては、その判断ははなはだ困難であり、多数の保険契約について画一的に処理する必要がある保険事故の有無の解釈基準としては不適切というべきである」と判示した。本件の医療補償保険は、約款上「直接の」という文言があるので、疾病との相当因果関係があることが要件である。

⑩大阪地裁堺支判平成16年8月30日判時1888号142頁は、介護費用保険契約の 被保険者が脳内出血により要介護状態となり、保険会社に対して保険金と遅延損害金の支払 を請求したのに対して、保険会社が被保険者の要介護状態の原因は高血圧性脳出血であり、 これは保険期間開始前に発症していたから、免責事由に該当すると主張した事案について、

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」レジュメ:甘利 公人

次のように判示して保険会社の免責の主張を認めなかった。すなわち、疾病には、慢性疾患なども含め様々な病態があり、一口に疾病に罹患しているといっても、疾病の内容によって保険事故たる要介護状態を発生する危険率について様々な段階があり得る。そして、保険事故を発生する蓋然性が高いといえない疾病まで、当該疾病の再発と評価できることをもって、当初の発症の段階で保険事故の原因疾病が生じているとすることは、保険制度の趣旨に反するものである。被保険者の平成13年出血は、高血圧性脳出血という疾病としては再発と評価できるが、高血圧性脳出血の再出血は、10パーセント程度、年2パーセントにとどまり、将来要介護状態となる蓋然性が高い疾病とまでいえないことからすれば、平成2年出血が要介護状態の原因となった事由に当たるということはできない、と判示した。高血圧性脳出血の再出血は、10パーセント程度、年2パーセントにとどまり、将来要介護状態となる蓋然性が高い疾病とまではいえないことを理由として、要介護状態の原因となった事由に当たらないと判示したのが注目される。

以上の裁判例の検討によれば、生命保険の高度障害保険金の責任開始前発病不担保条項の解釈については、次のようにまとめることができる。すなわち、高度障害状態の原因となった疾病がそれのみでは高度障害状態に至らない疾病であっても、それが高度障害の一つの原因となるものであれば、責任関始日前に発病しているものと判断する(⑤⑥⑦の裁判例)。すなわち、疾病と高度障害との間に高い蓋然性を必要とはせずに、その疾病が高度障害の一つの原因となるものであれば、責任関始日前に発病しているものとして保険金請求を認めないという判例が確立している。また、他の要因や疾病が原因となっていることの蓋然性が肯定できない以上、被保険者の高度障害状態は責任開始期に発症していた疾病がその後進行したものといわなければならない(⑧⑨の裁判例)。このことは、医療保険契約の始期前発病の約款解釈に当たっても十分に参考になる。

4. 生命保険協会の始期前発病不担保条項についての解釈

平成 18年1月27日、生命保険協会は、次のような保険金等の支払を適切に行うための対応に関するガイドライン公表した。

- (2) 契約(責任開始)前事故・発病
- イ. 契約(責任開始)前事故・発病ルール

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」レジュメ:甘利 公人

高度障害保険金ならびに入院給付金等については、これらの原因(疾病、傷害や不慮の事故)が責任開始時以後に生じたことが支払いの要件とされており、責任開始時前に生じていた場合、約款の支払事由に該当しない(契約(責任開始)前事故・発病ルール)。

「告知制度」と「契約(責任開始)前事故・発病ルール」は、共に責任開始時における保 険事故発生の偶然性を確保することを目的の一つとしており、両者は趣旨が類似するが、別 個独立の制度である。

①成立要件

主観的要件はなく、客観的に責任開始前に高度障害や入院の原因となった疾病や傷害、不慮の事故等があれば契約(責任開始)前事故・発病ルールにより支払対象外となる。

②契約 (責任開始) 前事故・発病ルールが適用される期間

高度障害保険金については契約(責任開始)前事故・発病ルールが適用される期間について特に定められていないが、入院給付金等については、該当の特約等に所定の期間経過後に開始した入院・手術について責任開始後の原因によるものとみなす規定がある。

③効果

責任開始前に保険事故の原因となる疾病や傷害があった場合は、約款所定の保険金等の支 払事由に該当しない。しかし、契約は、そのまま継続し、責任開始後に生じた別の原因によ り支払事由が生じたときには保険金等をお支払いすることとなる。

ロ. 契約(責任開始)前発病の考え方

高度障害状態に該当する場合においても、責任開始前に医学的に原因となる疾病や傷害があれば、契約(責任開始)前事故・発病ルールにより高度障害保険金は支払対象にならないことになる。

しかしながら、被保険者が契約(責任開始)前の疾病について契約(責任開始)前に受療歴、症状または人間ドック・定期健康診断における検査異常がなく、かつ被保険者または保険契約者に被保険者の身体に生じた異常(症状)についての自覚又は認識がないことが明らかな場合等には、高度障害保険金をお支払いする。

同様に入院給付金等についても、被保険者が契約(責任開始)前の疾病について契約 (責任開始)前に受療歴や症状、検査異常がなく、かつ被保険者または保険契約者に被保険

シンポジウム「民間医療保険の課題と将来」レジュメ:甘利 公人

者の身体に生じた異常(症状)についての自覚又は認識がないことが明らかな場合等にはお 支払いする。

以上のガイドラインでは、はたして始期前発病の条項が機能するのかどうかはおおいに 疑問がある。

5. おわりに

本報告は、始期前発病について、すでに公表されている、いくつかの裁判例や保険実務に対して問題提起する見解¹と同様の立場から検討するものである。近時の始期前発病の趣旨を損なう対応の仕方には、保険契約上問題があり多くの疑問がある。

以 上

当「レジュメ」の著作権は日本保険学会に帰属します。

¹ 長谷川仁彦「高度障害保険金と実務上の課題-責任開始期前発病の認定」生命保険経営 73 巻 1 号 99 頁(2005 年)、小林三世治「医的危険選択の実務と責任開始期前発病不担保条項」日本保険医学会雑誌 103 巻 3 号 224 頁(2005 年)参照。

民間医療保険の役割 - 日米の比較を通じて-

小樽商科大学 中 浜 隆

1

民間医療保険の保障範囲

- ① 公的医療保険における患者の自己負担 (高齢者の医療保険)
- ② 公的医療保険が保障しない医療サービス (非高齢者と高齢者の医療保険)
- ③ 長期入院等による就業不能の所得保障 (医療費保険と所得補償保険)
 - ※()内はアメリカの民間医療保険

表1 医療保険の加入状況(2005年)

種類	全国民	高齢者	非高齢者		
公的医療プログラム メディケア メディケイド 軍人医療	80, 249 (27. 3%) 40, 185 (13. 7%) 38, 134 (13. 0%) 11, 172 (3. 8%)	33, 862 (95. 4%) 33, 727 (95. 0%) 3, 397 (9. 6%) 2, 611 (7. 4%)	46, 987 (18. 2%) 6, 458 (2. 5%) 34, 737 (13. 4%) 8, 561 (3. 3%)		
民間医療保険 団体医療保険 個人医療保険	198, 901 (67. 7%) 174, 819 (59. 5%) 26, 781 (9. 1%)	21, 078 (59. 4%) 12, 666 (35. 7%) 9, 650 (27. 2%)	177, 823 (68. 8%) 162, 153 (62. 8%) 17, 131 (6. 6%)		
無保険者	46, 577 (15. 9%)	459 (1.3%)	46, 118 (17. 9%)		
合 計	293, 834 (100. 0%)	35, 505 (100. 0%)	258, 329 (100. 0%)		

⁽注)①単位:千人

(出典) DeNavas-Walt, Proctor and Lee (2006)

1

民間医療保険の特徴

- ① 保険期間は一般に長期 (アメリカでは、短期)
- ② 現金給付方式を採用 (アメリカでは、サービス給付方式)
- ③ 定額払い方式を採用 (アメリカでは、出来高払い方式、 定額(包括)払い方式)

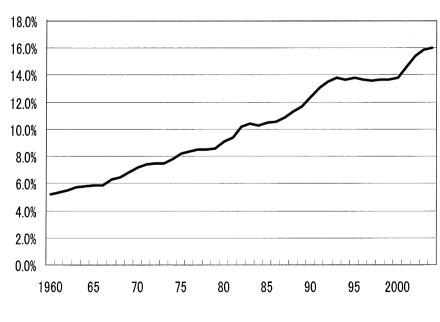
②複数の医療保険の加入者がいる

アメリカの民間医療保険の動向

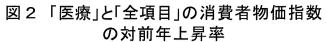
- 医療費の増加(図1、図2)
- 医療リスクの対応・管理 (契約締結、保険金支払い)
- (1)「アンダーライティング」の強化⇒ 州政府の医療保険改革
- (2)「マネジドケア」の導入 「マネジドケア・プラン」の開発・販売

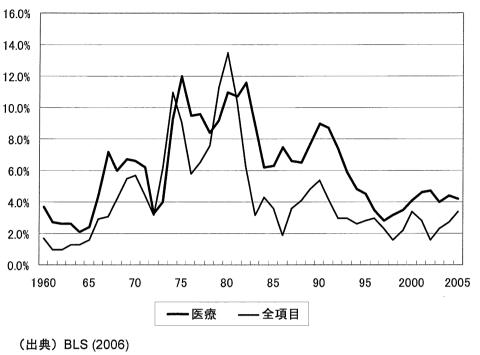
5

図1 国民医療費の対GDP比率



(出典) CMS (2006)





7

「アンダーライティング」の強化

- 新契約と更新契約の引受拒否
- リスクの細分化
- 契約更新時の契約内容(保障範囲と保険 金額)の変更、保険料率の変更
- 「契約前発病の免責」の強化 (「遡及期間」と「除外期間」の延長)

「遡及期間」=「契約前発病」とする期間

「除外期間」= 契約前発病から生じる保険金支払いを免責とする期間

「マネジドケア」と「マネジドケア・プラン」

- ●保険者は、医療提供者(医師と医療機関)を選択し、医療サービスと診療報酬について医療提供者と交渉し、契約を締結する。
- また、医療サービスに対して「診療内容審査」を実施する。
- 医療提供者は、医療行為と診療内容の自 主性に制約を受ける。

9

- 加入者は、保険者が契約を締結した医療 提供者から医療サービスを受ける。
- 加入者は、医療提供者の選択に制約を受ける。
- ▼ネジドケア・プランには、HMOプラン、 PPOプラン、POSプランがある。
- 医療保険のほとんどは、マネジドケア・プラン(図3)

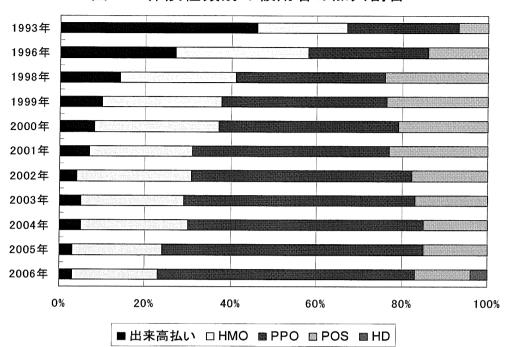


図3 保険種類別の被用者の加入割合

(出典) Kaiser Family and HRET (2006)

11

州政府の医療保険改革

- 保険入手可能性の改善 「新契約加入保証」 「契約更新保証」 「契約前発病の免責に対する制限」
- 保険料負担可能性の改善 「料率規制」

表2「遡及期間」と「除外期間」の州数

遡及期間				除外期間							
期間	1995	1996	1997	1998	1999	期間	1995	1996	1997	1998	1999
0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
3か月	3	3	3	2	2	3か月	2	2	2	2	2
6か月	26	30	31	43	43	6か月	5	7	6	5	5
1年	9	9	9	3	3	9か月	1	2	2	2	2
2年	0	0	0	0	0	1年	33	34	35	40	40
3年	1	1	1	0	0						
未制定	10	6	5	1	1	未制定	8	4	4	0	0

(出典) Chollet, Kirk and Simon (2000)

13

民間医療保険の特徴

- ① 保険期間は長期
- ② 現金給付方式を採用
- ③ 定額払い方式を採用
- ② ⇒「サービス給付方式」の採用?
 - ⇒③「保険金支払い方式」の決定
 - ⇒ マネジドケアの導入? (医療機関の選択、交渉)

参考文献

- 堀田一吉(編著)『民間医療保険の戦略と課題』勁草書房、 2006年
- 渋谷博史・中浜 隆(編)『アメリカの年金と医療』日本経済評論社、2006年
- 中浜 隆『アメリカの民間医療保険』日本経済評論社、2006年
- Bureau of Labor Statistics (BLS). 2006. "Consumer Price Indexes." Washington, DC: U.S. Department of Labor, BLS.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2006.
 "Health Accounts." Baltimore, MD: U.S. Department of Health and Human Services, CMS, Office of Actuary.
- Chollet, Deborah J., Adele M. Kirk and Kosali Ilayperuma Simon. 2000. The Impact of Access Regulation on Health Insurance Market Structure. Report to the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Washington, DC:U.S. Department of Health and Human Services.

15

- DeNavas-Walt, Carmen, Bernadette D. Proctor, and Cheryl Hill Lee. 2006. U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-231, *Income, Poverty, and Health Insurance* Coverage in the United States: 2005. Washington, DC:U.S. Printing Office.
- Kaiser Family and HRET. 2006. Employer Health Benefits: 2006 Annual Survey. Menlo Park, CA: Henry Kaiser Family Foundation; Chicago, IL: Health Research and Educational Trust.