

[リサーチレビュー]

[2015 Vol5 No2]

[保険医学総合研究所]

[2015 年 3 月]

[目次]

研究報告

長寿社会における死亡保険の危険選択・・・・・・・・・・2

消費者向け研究報告解説

研究報告「長寿社会における死亡保険の危険選択」の解説・・・・・・・・7

研究報告

長寿社会における死亡保険の危険選択

報告者 所長 佐々木光信

1. はじめに

現在、日本は最長寿国になり高齢者数の増加は、先進国の中でも特筆に価する。人口学では、長寿革命と人口転換（注）と表現されるが、人類が始めて経験する寿命が延長した社会であり、先進国に共通した長寿化の影響が、社会保障、家族のあり方など社会文化的な側面のみならず、生物学的に人類の長寿をどのように受け止めるべきか議論は尽きない。少子高齢化を受けて業界は、あらゆる面で事業体制の変換が進んでいるが、政府が主導する高齢者資産の早期再配分による経済活性化策の相続財産や教育資金の次世代への移転促進に対応した専用の商品開発も盛んになっている。これは近未来対応であり、長寿化の原因である死亡率の低下は今後も続くと推測されているため、根本的な中長期を見据えた市場と危険選択への影響について考える必要がある。

（注：人類における平均寿命の延長を長寿革命、中でも社会の近代化による死亡率低下を人口転換と呼ぶ）

2. 民間保険市場への影響

多死少産社会がすでに訪れ人口減少になっている。直接的な人口ビジネスである民間保険は、すでにその影響を受けている。短期的には、葬式代としての死亡保険と死亡前の医療費保障の第三分野保険が、民間保険の牽引役になっている。しかし、多死少産化社会の次に到来するのは、少老少子化社会であり、その時代を牽引する商品は何か、戦略を今から考えておく必要がある。死亡率の低下による死亡保険市場の縮小のみならず、第三分野商品の販売市場も縮小するはずである。パイの奪い合いの競争激化や国内市場向けの営業チャネルのスリム化は避けて通れない。勿論、生き残りを掛けた海外進出は盛んになるが、保険業の海外進出の先輩である損保業界の経験は、2016年12月日本保険学会関東部会で報告があったようにその道のりは容易ではない。

日本を含め先進国では、少なく生まれて、大事に育ち、定年までにはまず死亡しない社会が訪れるのである。定年までの主要死因は、不慮の事故、悪性新生物およびメンタル関連疾病（自殺含む）である。国民の生命表の年次推移からは、生存数曲線の矩形化（図参照、80歳前後で急速に死亡数が増え曲線が直角化する）が、益々明確になっている。疾病構造も変化していくが、急性期疾患の減少と医学的管理の充実（予防医学を含む）により疾病の重症化率は減少し、益々国民は生命リスクと身体障害リスクから解放されるはずで、結果として民間保険業界には死差益や発生差益がもたらされるはずである。

一方、年金保険など貯蓄性の保険は長期生存リスクにより、死亡保険と真逆の様相となる。社会保険においても長寿化の影響が試算されており、また長寿化を促進する政策の影響も検討されている。国立社会保障・人口問題研究所で公表している人類の長寿革命という社会現象を正確に

理解しなければ、将来を予測し民間保険としての最適な次世代サービスを提供することはできない。

3. 健康寿命の改善と長寿化

長寿化が民間保険の商品戦略および数理的な面でも経営に影響することは当然であるが、長寿化の影響を受けた政策の一環として掲げられている健康寿命の延長策が、民間保険にもどのような影響を与えるのかについても検討してかなければならない。政府は、医療費の削減は当然であるが、高齢者の社会参加、特に労働力としての高齢者、社会保険料を支払う対象者として高齢者を位置づけるために、健康寿命の改善を政策目標にもなっている。しかし、文字通り健康寿命の改善が、社会構造、人口構造にどのような影響を与えるのか考える必要がある。

A) 健康寿命の改善は、果たして生涯医療費を減少させるのか

B) 健康寿命の改善により、人生の終焉がピンピンコロリで済むのか、寿命と健康寿命の差が縮小するのか

という基本的疑問がある。

A) については、すでに研究報告があり、健康寿命を延長する施策を講じても、短期的な医療費削減は達成できるが、生涯医療費は増加することがわかっている。

資料：2006年国立社会保障・人口問題研究所講演会、ハーバード大学デービット・ワイズ教授資料

B) については、生物学的限界寿命が存在するのか解明されていない。健康寿命を延長させると、同じだけ寿命も延長するデータが厚労省から示されている。したがって、現在より健康寿命が改善しても、死亡するまでの介護が必要な期間（不健康期間）は短縮しない可能性がある。個人的には逆に介護必要期間が延長する可能性すら予想されるのである。ピンピンコロリは夢のまた夢かもしれない。

資料：第14回の厚生政策セミナー長寿革命の報告では、限界寿命存在説にも疑問

資料：不健康期間は短縮しない。 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/chiiki-gyousei_03_02.pdf

素朴な疑問であるが、人には生物学的な限界寿命が存在するのかという問題があり研究されている。これまでは、限界寿命が存在し、およそ120歳という理解であった。したがって、寿命や健康寿命が延長しても限りがあり、最終的には120歳という話であった。しかし、最近の医学・生物学の進歩は、この常識にも疑問を投げかけている。

したがって、社会保険や社会保障の政策議論として健康寿命延長が許容されるのかどうか単純な話ではない。

長寿国家において健康寿命が改善された状況における疾病構造を考えると、多くの者が80歳まで生存し、急性期疾患としてのがん・脳卒中（急性脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血）、虚血性疾患（急性心筋梗塞、急性冠症候群）などの疾病のリスクを回避して生存する事ができた集団の疾病構造である。このような集団であっても全ての人は、死亡する。死亡は避けて通れない。この時期に多くの人が罹患する疾病が、硬化性疾病である。代表は、脳の組織が硬化するアルツハイマー病、腎臓の組織が硬化する腎硬化症、あるいは心臓が硬化する心筋症である。いずれも慢性経過の疾病である。医療費コストより生活・身体介護を中心とした介護費用が必要となる疾病である（多くの高齢者が望むピンピンコロリは、死亡直前まで元気で過ごし終焉を迎えることであり、介護という他者の世話を受ける必要が無いという状況である。当然人生終末期の介護費用も少なく済む。現在、高齢者の多くの者の死生観に影響している。）。

すでに、社会問題化しているアルツハイマー有病者の増加を考えただけでも、健康寿命延長がもたらす社会的リスクを真剣に考えなくてはならない。認知症患者の異常行動・問題行動に対する見守りだけでも、社会的コストは大きい。これに加えて、腎硬化症に対する人工透析導入と維持管理や心筋症による不整脈・心不全に対する治療が必要な状態は、医療経済的にも介護問題としても大きな社会問題となるはずである。健康寿命が延長してもピンピンコロリの世界ではない。健康寿命の延長策が、単にこれらの硬化性疾患の発症年齢を押し上げるだけで、不健康期間の短縮になるのか見極めなくてはならない。

さらに、超高齢者に対する医療の提供については、倫理的な問題も発生する。アルツハイマーの患者に対する積極的な医療については、医師と家族の間で通常は調整されることが多く、通常は濃厚な医療は提供されないことが多い。しかし、患者がリビングウィルを提示していない場合に、このような調整が倫理的に妥当かどうか議論のあるところである。財産の取り扱いに関して成年後見制度があるように医療に関する、第三者委員が必要にも議論されなければならない。成年後見人は、被後見人の手術の諾否については代理の意思表示は出来ないのである。

健康寿命の延長がもたらす社会的な影響は、以上に述べたとおりであるが、民間保険にも、影響を及ぼすはずである。業界をあげて高齢者問題への対策や取り組みは実施されてきたが、年金保険や介護保険の給付増大の影響も存在するはずである。

4. 死亡保険の危険選択の根本的システム変更

長寿が実現した日本では、現実的に死亡保険の目的である遺族保障が必要な時期である被保険者の就労期間（大体65歳）に死亡するリスクは過去最低になっている。その期間の主要な死因としては、先記したとおり、不慮の事故、悪性新生物、メンタル関連疾病（自殺含）および感染症であり、総死因の55%を占めている。一方、これらの原因について従来の危険選択は、ほとんど無力である。

旧来の危険選択への批判の声が多く聞かれるのは、加入時におけるワンポイント危険選択というシステムについてである。長期の保険のリスク評価を、また家を購入する次に高価な商品である生命保険について、加入時のワンポイントの危険選択で評価されることが消費者からの批判の声になっている。そもそも、危険選択の現在の仕組みは、1900年代当初に生み出された数字査定法が嚆矢である。当時は、予防医学も普及しておらず、保険加入時の診査による高血圧発見は、リスク評価に重要であった。加入時の血圧の違いは、その後の保険期間におけるリスクの違いと平行な関係が存在することも経験データで検証されてきた。しかし、今日の日本においては、予防医学が普及し、治療医学が進歩している。被用者については毎年健康診断が義務付けられ、地域住民についても基本健康診査が実施されている。すなわち、日本は健診大国である。また公的健康保険の皆保険により、だれでも医療サービスを受けられる状況である。保険の診査で異常があっても、その後の対象者への医学的介入は、諸外国より濃厚に行われる。したがって、社会状況の面を考慮しても、ワンポイントの危険選択は、時代にそぐわないのである。

しかし、旧来の危険選択を一から再構築することは容易ではない。加入時の危険選択から契約期間を通した危険選択にシフトする必要がある、ほとんど経験したことが無い世界である。

- ・ 契約を5年ないし10年の短期保険期間の有期商品へ商品構造の変更
- ・ 保険期間におけるライフスタイル・健康情報により、更新後の保険料を設定。
- ・ 日常的な健康情報は最近のIT技術を利用して取得し、客観的に評価する。

血圧が高くても、毎日の運動、規則正しい生活などの情報を IT 情報として取得し、危険選択に活用するという根本的な危険選択のシステム変更である。

5. 特別条件の考え方

危険選択の本質は、リスクの存在確認とリスク量の評価である。危険選択のシステム変更と同様に危険評価の考え方も根本的な見直しが必要である。世界最低の死亡率低減社会で、どのように危険を評価し、どのように保険料の調整をするのか検討が必要である。見直しのポイントを列挙すると以下のとおりである。

① ワンポイントの危険選択

上述したとおりワンポイントで長期の保険期間全期間のリスク評価をすることには、医学的に問題がある。危険評価するための情報取得が、結果的に限定されており正当な評価には無理がある。

② 査定標準の問題

査定評価する基準にも問題がある。**病なら評点**なので割増し保険料**円という判断ロジックである。しかし、そもそも基準とする評点はどのような基準なのだろうか。つまり、どのような年齢のどのような対象を保険年度としてどれだけの期間観察した結果なのかである。若年者を対象として調査結果による評点であれば通常高齢者に対しては厳しくなりすぎる。また、通常条件体集団のコホート調査も長期に観察することは難しく保険年度として10年程度である。そのような状況であるから評点を、すべての年齢や全期間の保険期間のリスク評価に適用してよいのか、はなはだ疑問である。

③ 診査手段と情報の非対称

旧来の診査方法は、明治時代から大きく変更なく、得られる健康情報は限られている。高額契約においても同様である。したがって、危険選択手段の精度は問題が大きく、医療機関を受診している患者と保険会社の情報の非対称は、医師の診査でも埋めることはできない問題がある。

④ 危険選択すべき保険期間の考え方

従来の割増保険料徴収法は、保険期間全期間に対して適用され疾病ごとのリスクの継時的増減に全く対応していない。危険選択のコストと死差益について損益を考慮すると、通常は新契約費の償却期間というが5-10年程度である（配当の有無や選択手段の方法などにより差異）。したがって、新契約費の回収を想定した期間に標準体より多くのリスクが発生すると問題になるのであるから、通常契約後10年程度の期間に対する適正な割増保険料を設定するのが妥当なはずである。

⑤ 査定標準の陳腐化リスク

医学の進歩は目覚しく、疾病の病因論に基づいた細分類化や、これに合わせた治療予後のデータの日常的な公表と修正に、契約の引受け部門がキャッチアップすることは容易ではない。そのため、査定標準も陳腐化しやすい状況にある。医学の専門家による、膨大な医学情報から必要な情報の入手分析と査定標準へのフィードバックが必要不可欠である。また公表される医学データの利用方法の手法をマニュアル化しておく必要もある。臨床で新規医療の評価をする場合、メタ分析という手法が応用されているが、これに準じた方法論である。

⑥ 割増保険料徴収の経営に対する数理インパクトの低下

どこの会社でも割増保険料を徴収する疾病に対して無選択で契約を締結すれば、危険が濃縮し逆選択が集中する。一方、評点を200にすべきところを150で評価する評価不足の場合、結果として割増保険料の徴収不足が発生する。しかし、個別的なレベルであれば、そのような徴収額の不整合が経営に与える影響は大きくないのである。何も、査定の評価はいい加減でよいと言うのではない。そもそも、危険選択の選択手段の精度に問題があること、査定標準も厳しい方向に陳腐化していることを理解すれば、厳密な割増保険料徴収の運用は、土台無理なのであることを前提にしなければならない。

6. 今後の危険選択

長寿化社会における危険選択の新たな取り組みとしては、

- ・告知義務の厳格化と強化を行う。消費者の入手している医学情報は、医学の進歩により精緻化と情報量の増大により、保険会社との情報の非対称が大きくなると予想される。したがって、今まで以上に告知に対する危険選択の重要度は増すはずである。現在、告知義務違反の可争期間は2年間であるが、これ保険法で容認される範囲内で延長することも考える必要がある。

- ・情報の非対称の増加は、危険選択の限界の存在として認識し、一件に集中するリスクを保有しないように、できれば小口契約に商品を集約し、告知書扱いを中心にするのが肝要である。

- ・募集人の収益性の問題はあるが、告知書扱いの契約を増やすことにより、ワンポイント危険選択においては査定システムスリム化を目指すことが重要である。告知により致命的な疾病のリスク排除に査定の的を絞り、できるだけ血圧計やその他の生体データは入手しなければ、査定システムのスリム化は現実化するはずである。

- ・ワンポイント査定からの脱却と契約後の選択の仕組みを構築する方法を模索する。

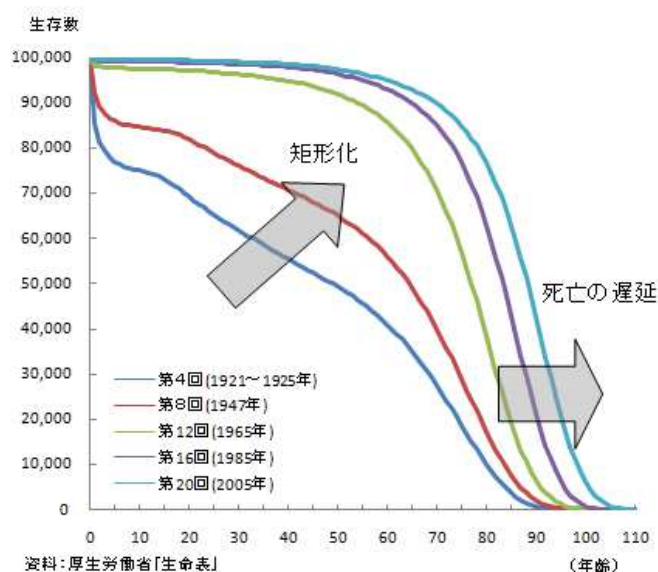
などのポイントが重要になっていくものと考えられる。兎に角、寿命の生存曲線は矩形化が進み、多くの者は80歳前後に死亡が集中するのである。65歳以前の選択の価値も死亡率同様に低減しているのである。これに合わせた商品施策と危険選択が必要になるのである。

- ・これまで蓄積してきた危険選択のノウハウは、日本の独自性と先進国共通部分の融合で伸展してきた。長寿化に合わせた危険選択のシステム転換を進めると共に、業界の生き残りを掛けた海外展開における非長寿国に対する危険選択に対しては、これまでのノウハウを利用できるように知的資産の保持は、忘れてはならない重要なポイントである。

7. おわりに

長寿革命がもたらす社会構造への影響は、更述べる必要は無いが、人工ビジネスの中心である保険業への影響は知り知れない。今後提供すべき商品性を考える上でも、長寿革命のもたらす影響を考えると共に、旧来の死亡保険に対する危険選択の考え方も根本的に見直しが必要である。長寿化に伴い高齢者の保険加入の問題が、業界のホットな話題になっているが、本報告ではその点は省略した。

図：生存数曲線の矩形化



出典：国立社会保障・人口問題研究所 HP より

http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/suikai07/P_HP_H1812_A/3-2-2.html

消費者向け研究報告解説

研究報告「長寿社会における死亡保険の危険選択」の解説

長寿化社会の到来で、平均寿命 80 歳を超える時代になっています。生命表を見ると多くの方が、80 歳前後に急速に死亡していることがわかります。すなわち、遺族保障が必要な 60 歳あるいは 65 歳までの被用者就労期間に死亡する確率は低くなり、死亡保険の効用は低下しているわけです。また、その期間の死亡の原因は、悪性新生物・自殺・不慮の事故・感染症が約 55% を占めており、これらの死因に対する従来の危険選択の効力は、あまり見られません。長期に生存する時代に、長期の保障を提供する死亡保険で旧来の危険選択の加入時におけるワンポイントの審査（診査）に対して、消費者からの批判の声も強くなっています。今回の報告書では、長寿化社会を迎えた時代における危険選択の新たな取り組みについて考察しています。合わせて、長寿社会の保険市場の戦略と政府が主導する健康寿命延長の効果についても説明しています。