

危險選擇上の 몇가지 問題點

日本保險醫學會

會長 安藤博章

Problems in Selection of Risk

The Association of Life Insurance Medicine of Japan

President : Ando Hirobumi, M.D.

危險選擇上 最近 問題가 된 몇가지에 對해서 論述코져 합니다. 여러 先生님들에게 參考가 된다면 다행으로 생각합니다.

危險選擇에는 몇가지 方法이 있습니다만 지금까지와 같은 生覺方法으로 處理되는 것은 適切하지 않다는 點이 나오고 있습니다. 危險評價에 있어서는 「過去의 經驗이 將來에도 되풀이된다」 즉 過去의 再現이 前提로 되어 있습니다. “Fig. 1”을 봐주십시오.

近年의 日本人의 年齡別 生存狀況을 나타낸 것입니다. 1900年頃 50歲까지 生存해 있는 사람은 出生當時의 約50%였지만 1975년에는 約90%로 되어 있습니다. 그間 平均余命은 44歲 부터 71歲까지 延長되었습니다. 紀元元年頃의 平均余命은 20歲 程度였다고 하니 얼마나 急速하게 死亡狀況이 改善되었는가를 알 수 있습니다. Table 1은 40~44歲의 男子의 死因別死亡率을 나타낸 것인데 全死亡의 死亡率低下는 勿論이지만 死因構造가 현저하게 變化한 것을 알 수 있습니다.

이렇게 큰 變化를 가져오게 過程에서 過去의 再現性을 前提로 하는 危險評價에는 몇가지 修

正이 必要하다는 것은 理解가 됩니다. 이 修正에는 死亡率의 低下 死因構造의 變化外에 情報의 變化와 새로운 保險商品 開發에 依한 새危險出現이라는 面에서 생각할 必要가 있다고 느껴 집니다.

1) 研究的(實驗的)查定

Fig. 2는 腎透析의 普及과 腎炎, 腎症(Nephrose)에 依한 死亡數와의 關係를 나타낸 것입니다. 새로운 治療法의 普及에 依해서 死亡者數가 急激하게 減少한 것을 알 수 있습니다.

破保險者 中 高血壓 治療를 받고 있는 사람과 治療를 받지 않는 사람을 比較한 것이 Fig. 3인데 같은 血壓值이면 어느 範圍까지는 治療中인 사람쪽이 死亡率도 낮고 治療의 效果도 좋은 것으로 나타나 있습니다.

이렇게 醫學의 發展이나 健康에 對한 意識의 重要性을 나타낸 例는 많이 있습니다. 그런데 우리들이 지금까지 使用해온 缺陷의 評價基準은 缺陷研究(Impairment Study)를 基礎로 해서 만들어진 것이고 缺陷研究은 몇年間이란 오랜 時日을 두고 만들어지기 때문에 그 研究結果가 整理

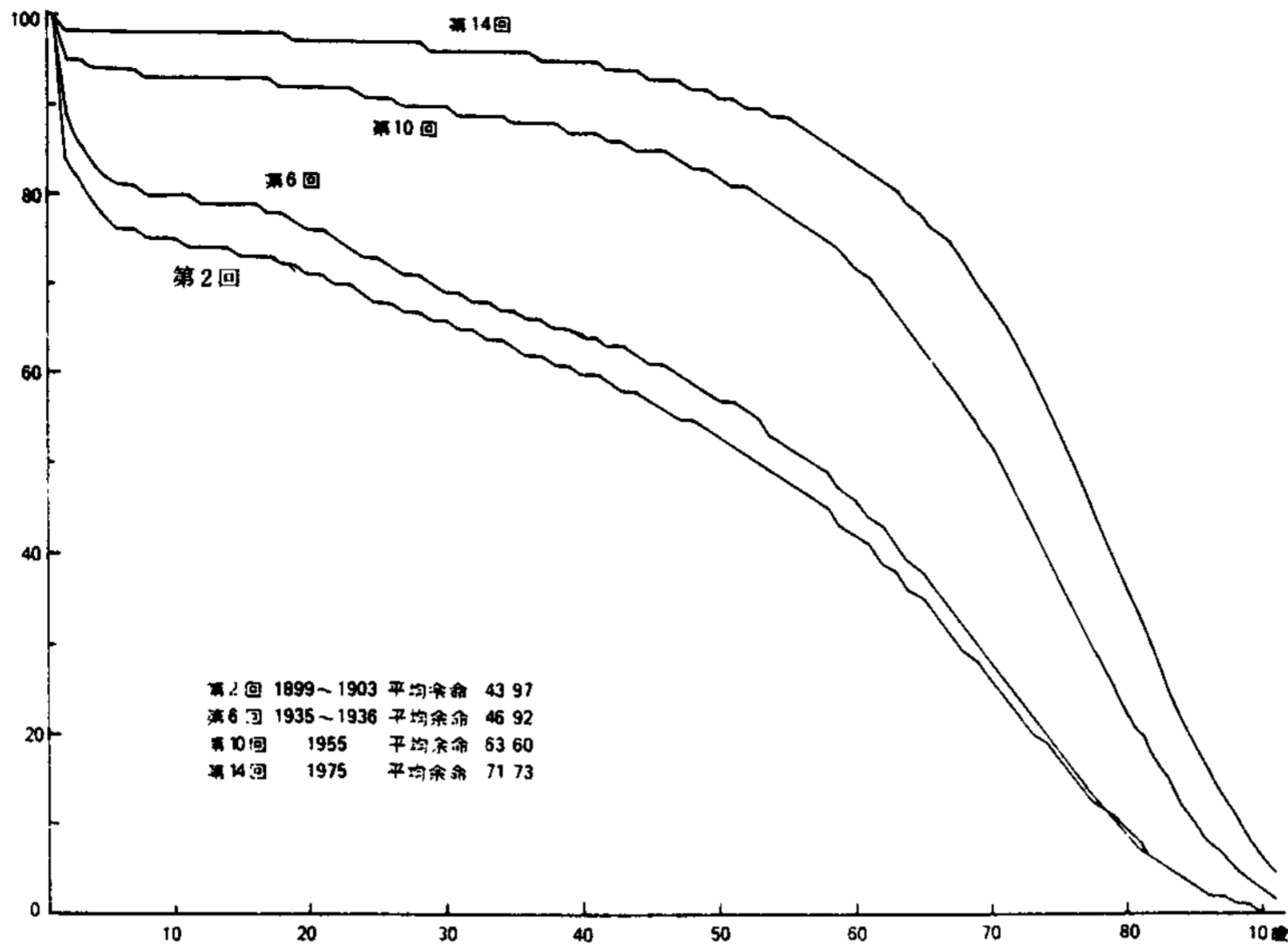


Fig. 1. 生存者 比率의 推移.

Table 1. 主要死因과 年次別死亡率 (人口 10萬對)
(年令 40~44 歲)

死 因	1935 (昭10)	1955 (昭30)	1975 (昭50)	1983 (昭58)
全 死 因	923	419	242	180
結 核	163	78	6	1
惡 性 新 生 物	80	79	62	52
糖 尿 病	4	2	3	2
心 疾 患	57	38	25	21
腦 血 管 疾 患	90	41	34	21
肺 炎 氣 管 支 炎	57	7	5	2
胃 十 二 指 腸 潰 瘍	22	12	3	1
慢 性 肝 疾 患 肝 硬 變	8	7	16	10
腎 炎, 腎 症	56	13	4	2
胃 · 腸 炎	27	5	1	0
不 意 的 事 故	40	32	26	18
自 殺	22	19	20	29

(昭58年 人口動態統計)

發表될 때에는 既히 옛날의 것이 되고 現在의 狀態를 올바르게 反映할 수가 없습니다.

그래서 우리들은 缺陷研究의 結果를 參考로는 하지만 보다더 現狀을 正確하게 反映하기 爲해서 現在 臨床에서 하고 있는 治療法의 結果를考

慮해서 評價基準을 變更한다 던지 또 다른 方法으로 運營할 때도 있습니다.

美國醫長會(ALIMDA)가 作成한 Medical Risks와 같은 資料라든지 臨床統計가 많이 利用됩니다. 이런 것들을 參考로 해서 研究的, 實驗的인 危險評價를 합니다. 그 詳細한 것은 省略하겠습니다만 그 骨子는,

- (1) 假定基準을 作成한다.
- (2) 契約된 것에 對해서 每年 그 豫後를 追跡한다.
- (3) 萬一豫定된 事故發生率을 현저하게 超過한다는 것이 判明되면 그 評價基準의 運營을 中止한다. 反對로 假定基準이 適正하다고 認定될 때에는 그 假定基準을 正式基準으로 採擇하고 實驗的 方法을 中止한다.
- (4) 損害를 避하기 爲한 危險準備金을 積立한다.

이러한 方法으로 지금까지 糖尿(病), 胃潰瘍, 高血壓治療中 結核 心臟手術을 받은 사람.....等等 많은 缺陷에 對해서 그때까지의 評價基準을 緩和할 수가 있었습니다. 또 이 方法을 實施하고 있는中 여러가지의 知見(知識)을 얻을 수가

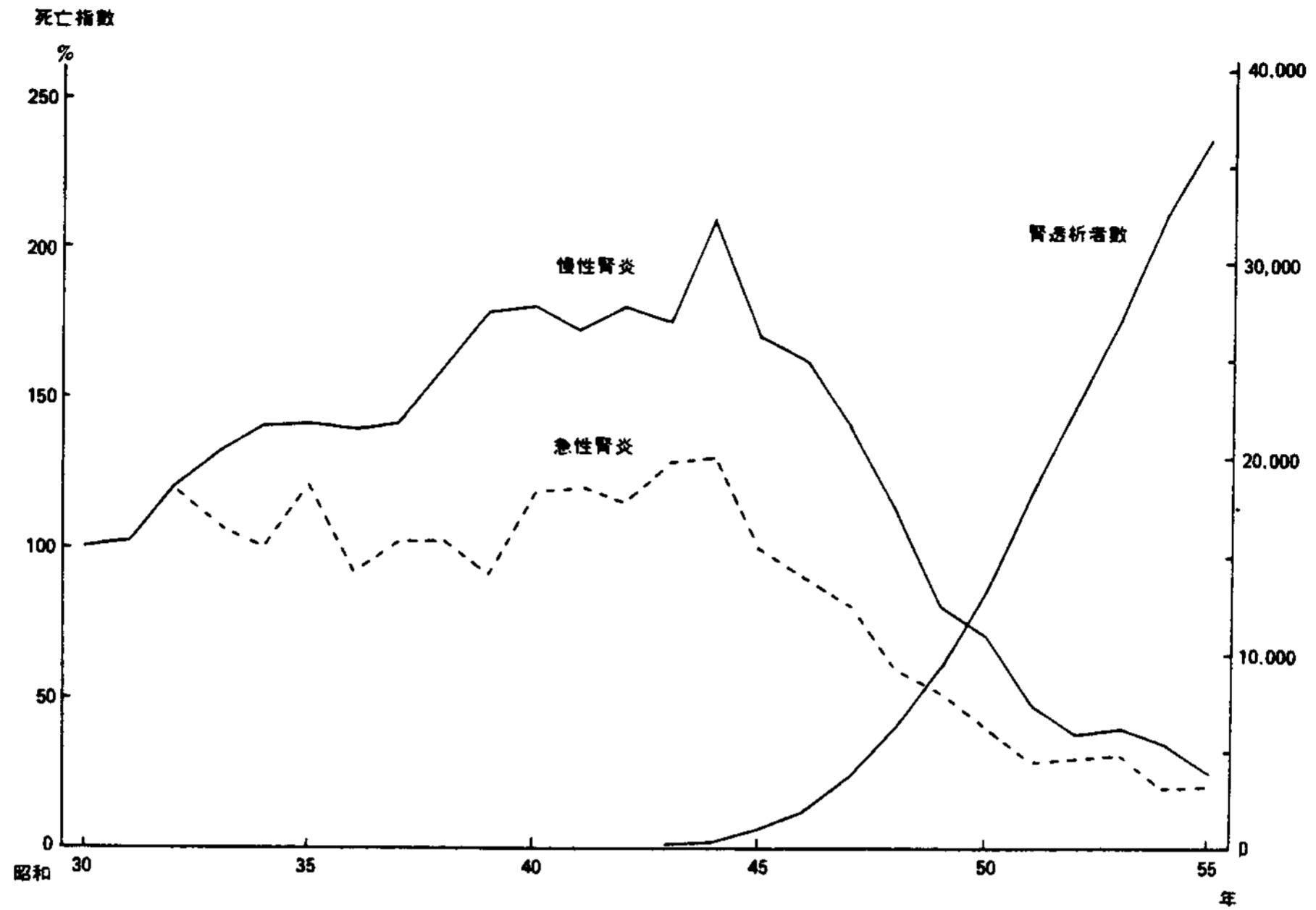


Fig. 2. 腎透析과 腎炎에 의한 死亡指數.

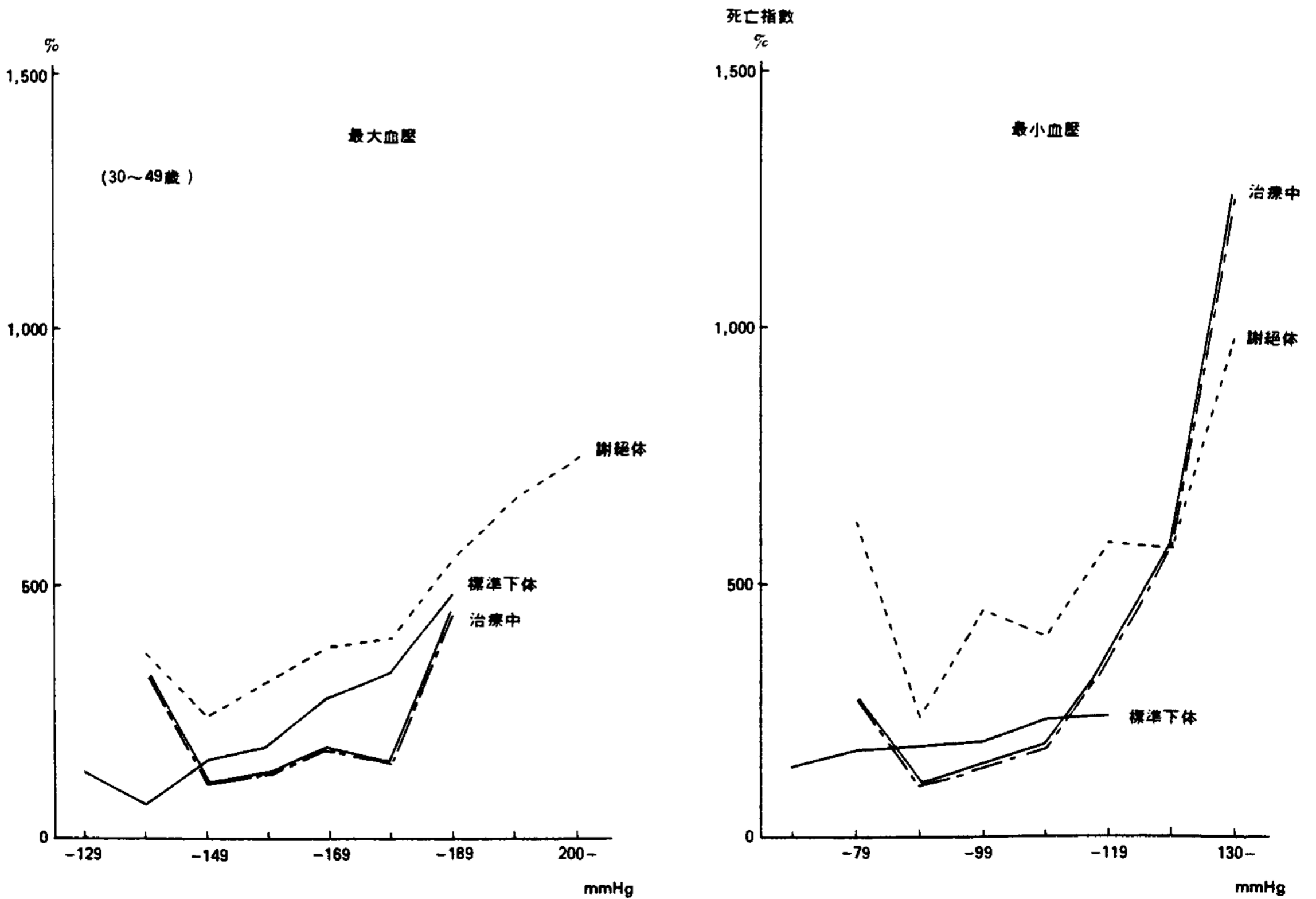


Fig. 3.

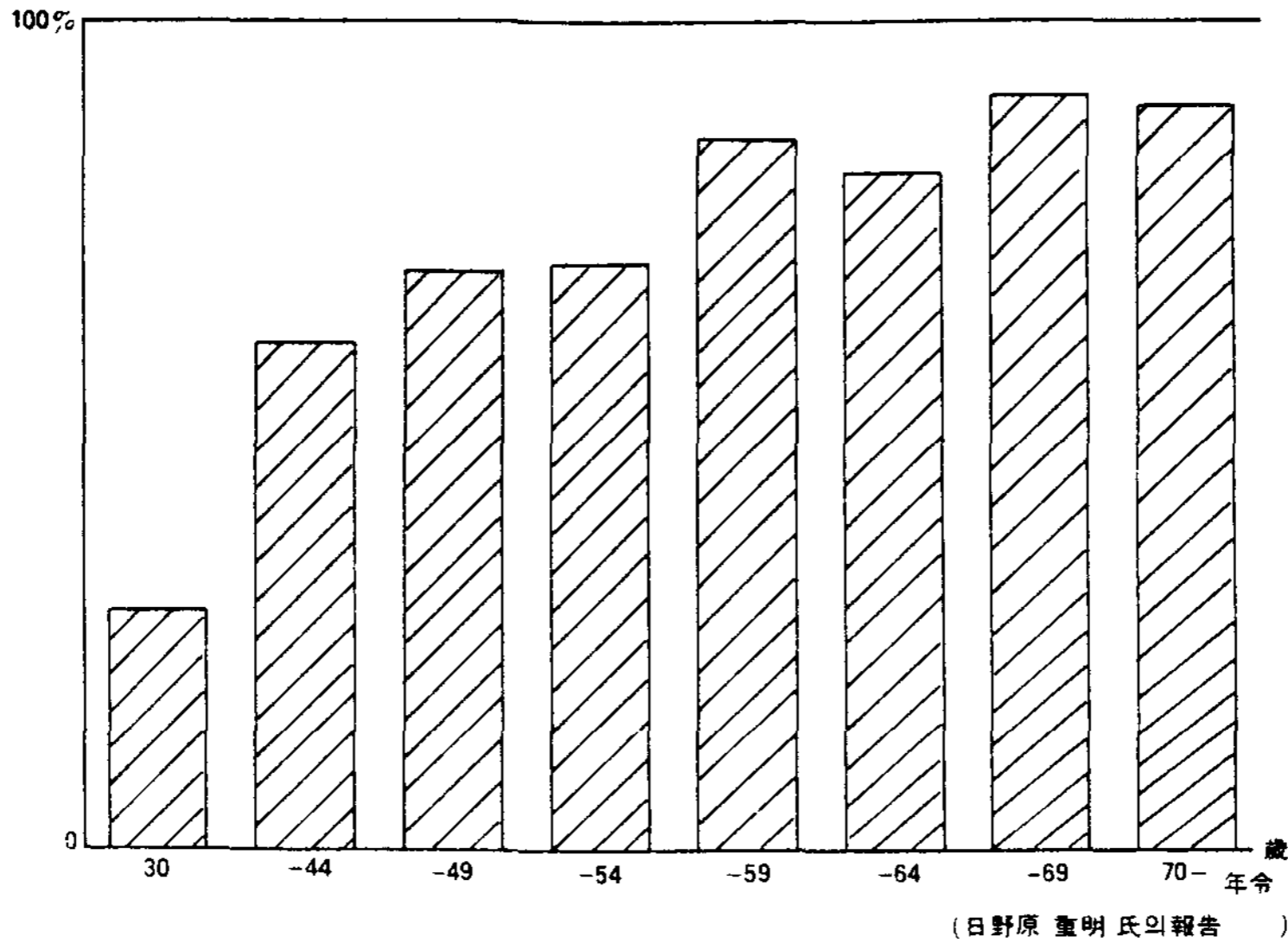


Fig. 4. 人間ド－クの成績.

Table 2. 危険選擇方法別 標準体死亡狀況比較*

有 診 査	100% (94.2)**
無 診 査	127.6
健康管理資料使用	66.4 (64.0)**

* 有診査の死亡指數를 100%로 定하고 死亡指數와 比較하였다.

** 標準體中에서는 缺陷을 全然 認定하지 않았다.

*** 資料 1963年~1967年.

있었습니다.

예를 든다면 胃潰瘍의 경우 豫想한대로 胃癌을 死因으로한 者가 가장 많았고, 因果關係的으로 본다면 胃潰瘍患者에 對해서는 胃癌을 疑心할 必要가 있습니다.

그러나 全體的으로 보면 豫定된 死亡率以下가 되고 또 지금까지 契約하지 않은 사람들도 契約을 하게 되니 收支面에서는 좋아집니다. 한편 被保險側에서도 保障을 받을 수 있게 되고 社會的으로도 意義가 큼니다.

2) 精密檢査情報에 對한 危險評價

醫學의 發展은 治療方法 뿐만 아니라 診斷方法에도 잇보입니다. 特히 癌과 같은 疾患에서는 早期發見 早期治療가 效果的입니다. 따라서 健

康하다고 생각되는 時期부터 精密健康診斷을 받는 사람들이 많아졌습니다. 그 結果 一般診査에서는 健康하다고 判定받는 사람 中에서도 精密檢査에서 異常이 있다고 判定되어 지금까지의 危險評價基準으로서는 標準體契約을 할 수 없습니다. Fig. 4는 精密檢査 結果 異常이 있다고 判定된 것의 年齡別 出現比率입니다. 40歲 以後年齡에서는 約 70%의 異常을 認定할 수 있습니다.

이런 경우 保險契約으로서는 危險評價를 어떻게 할 것인가?

지금 「어떤 한事象(症候)이 證明되었을때, 그것이 誤認이 아니면 實存한다는 것은 確實 하지만 反對로 證明되지 않았다고 해서 存在하지 않는다고 斷言할 수는 없다」라는 認識을 가지는 것이 必要합니다. 即 지금까지의 診査에서는 異常이 없다고한 例(case)에서도 精密檢査를 하면 異常을 發見할 수 있을수도 있는 것입니다. 더우기 精密檢査를 했어도 異常을 發見할 수 없을 경우에는 一般診査에서 異常을 發見할 수 없었을때 보다도 異常이 없을 確率이 높다고 말할 수 있습니다. 따라서 一般診査와 같은 評價 基準을 使用한다면 精密檢査에서 異常을 發見할 수 없

Table 3. 企業規模別 被保險者* 死亡指數

男 子	大 規 模	(459)	41.3%
	中 小 規 模	(116)	69.8
女 子	大 規 模	(79)	37.2
	中 小 規 模	(40)	42.1

* 健康管理使用者뿐

** () 內는死亡數

*** 資料 1980~'83

을 때에는 美點計算 郎 死亡指數를 (-) (Minus) 로 해야 합니다. 또 異常을 發見했을 경우에는 一般檢査에서는 發見할 수 없을 程度의 輕微 한 것도 있어 그 程度에 따라서 評價를 輕減할 必要가 있습니다.

3) 健康管理에 對한 評價

前述한 바와 같이 危險評價는 지금까지는 身體危險을 中心으로 行해졌읍니다.

그런데 身體危險에 對해서는 環境要素가 크게 影響을 미치고 있으며 評價時에 環境要素 特히

Table 4. 胃癌發見率

(12年間 受診總數 223,898名中 351症例)

	全 胃 癌	早 期 癌
~ 29	0.49%	0.25%
~ 39	0.38%	0.22
~ 49	1.36%	1.06
~ 59	4.16%	2.66
~ 69	9.04%	5.51
70 ~	21.97%	19.55
全 年 齡	2.27%	1.72

Table 4-b.

初 回	2.19%
2 年 連 續	1.66
3 年 連 續	1.06
隔 年	1.47
其 他	2.83

健康管理狀況을 考慮할 必要가 있습니다. Table 2는 健康管理가 實施되어 있는 企業 從事員의 死亡狀況을 一般有診査와 無診査를 比較한 것입

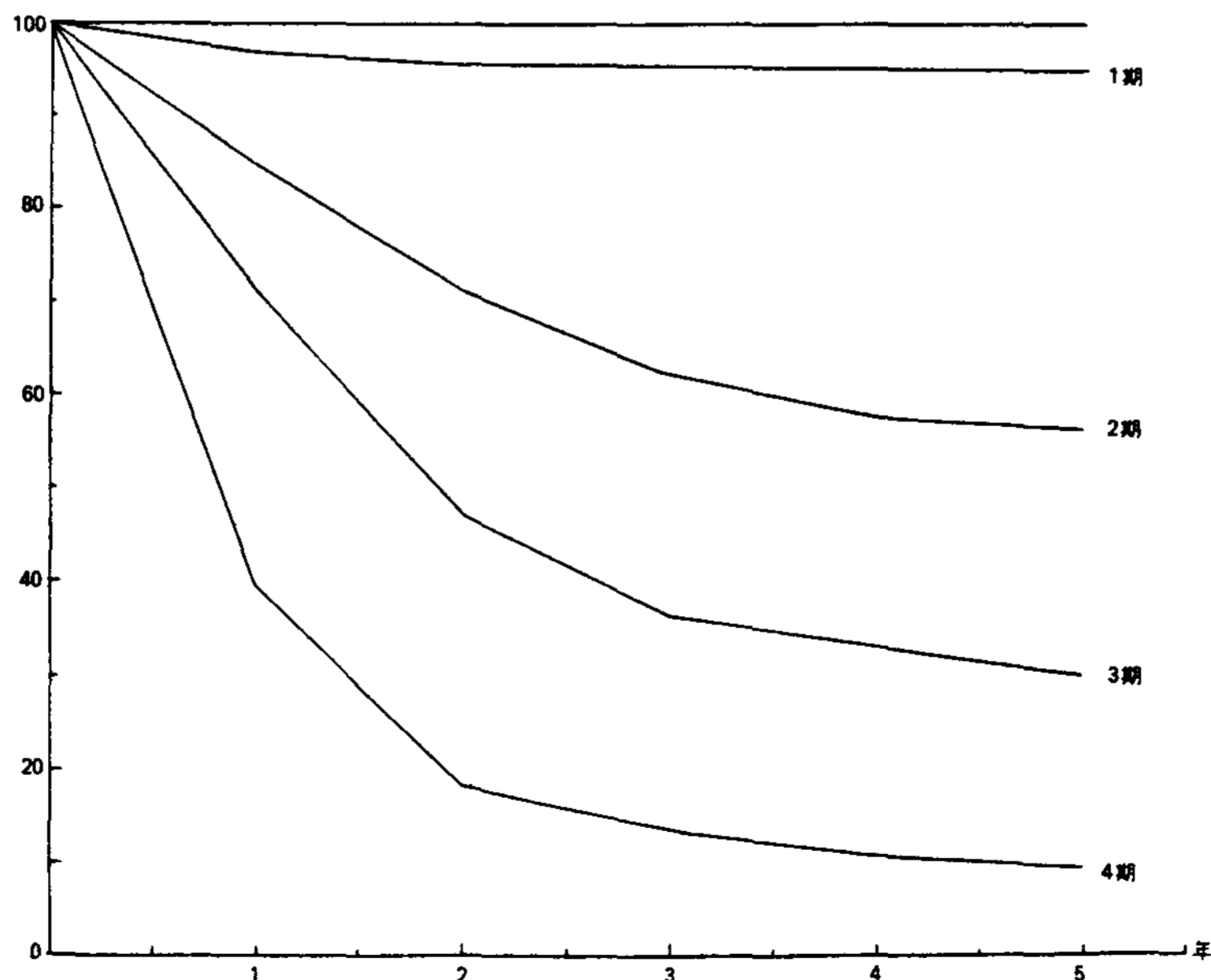


Fig. 5. 胃癌의 相對生存率.

Table 5. 入院發生率

円	%	%
~ 5.999	80	65
~ 7.999	147	135
~ 9.999	188	170
~ 14.999	197	174
15.000 ~	456	426
計	103	84

니다. ()는 특히 적은 缺陷도 發見할 수 없었던 被保險者群입니다.

Table 3은 上記 企業從業員의 死亡狀況을 大企業과 中小企業으로 나누어 調査한 것입니다. 健康管理가 充分히 實施되어 있는 大企業 쪽의 死亡狀況이 良好하다는 結果를 얻었습니다.

Fig. 5는 胃癌의 進行度別로 生存狀況을 본것입니다. 또 Table 4는 健康受診에 依한 胃癌의

Table 6. 自殺死亡率(男)의 比較

(對 1,000)

年 令	高 額 契 約		經驗死亡率	國 民 死 亡 率	
	1965~'74 (S. 40~49)	1975~'81 (S. 50~56)	1972~'76 (S. 47~51)	1970 (S. 45)	1980 (S. 55)
30~39 歲	0.152	0.300	0.126	0.188	0.255
40~49	0.314	0.532	0.165	0.173	0.331
50~59	0.372	0.625	0.194	0.263	0.322

生命保險協會會報 第64卷 第1號(S. 58) 87

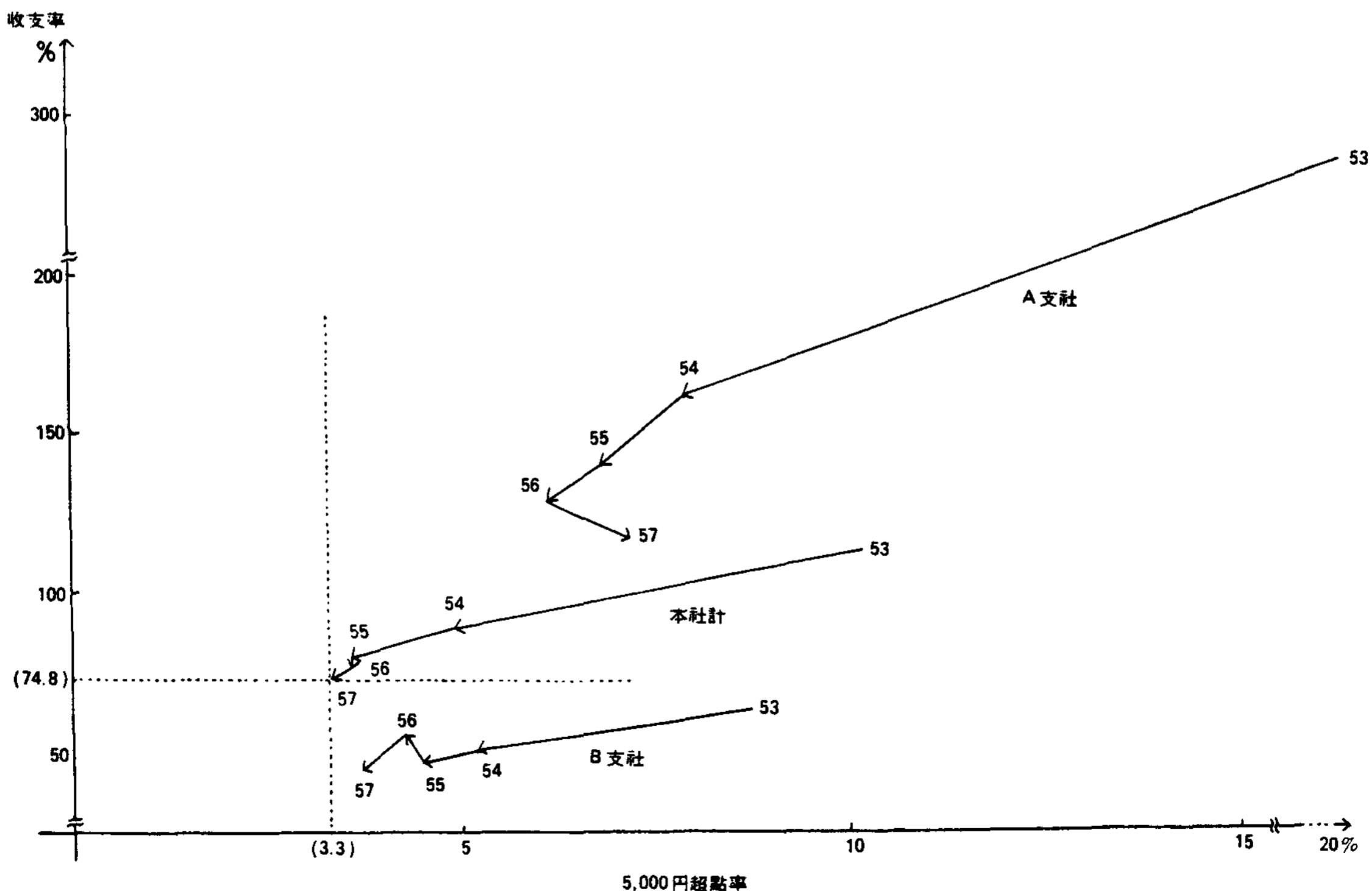


Fig. 6. 5000 円超新契約收支率相關表.

發見率을 본 것입니다. 健康診斷이 胃癌의 早期發見, 早期治療에 利用되어서 胃癌에 依한 死亡率低下에 貢獻되는 것을 알 수 있습니다.

앞서 例示한 Fig. 3에서도 高血壓에 依한 治療가 死亡에 좋은 影響을 미치고 있다는 것도 알 수 있으며 健康管理가 重要하다고 말할 수 있습니다.

4) 道德危險

道德危險이라면 保險을 惡用한 不正에 利得을 주려고 하는 危險을 말합니다.

Table 5에서 보는 바와 같이 特記할만한 큰 身體缺陷을 認定할 수 없고 標準體로서 契約한 被保險者가 入院했을 경우 支給되는 1日當의金額에 의해서 이와같은 入院 發生率에 큰차가 생기는 것은 契約當時 既히 疾病이 있었고 將來入院할 可能性이 높다고 被保險者 自身이自覺하고 그 疾症을 隱蔽하고 契約하는 경우나 契約後 發病한 疾病이라 할 지라도 入院이 必要할 程度의 重症이 아닌데도 重症으로 僞裝해서 入院하는 경우가 있다. 또 20日 未滿의 入院에서는 給付金이 支給되지 않는 것으로 되어 있기 때문에 20日 未滿의 入院으로 充分한 것도 無理한 理由를 부쳐서 20日以上 入院하는 일은 高額給付契約 일수록 많다는 것이 立證되고 있습니다.

다음 Table 6은 自殺의 發生率을 高額契約의 것과 一般被保險者 및 國民死亡率을 比較한 것입니다.

自殺에 依한 死亡은 自己 스스로의 意思에 따른 것입니다. 保險을 惡用해서 多額의 保險金을 不正取得하려는 者가 高額保險에 많다는 것을 나타내고 있습니다.

그렇다면 이러한 道德的 危險을 어떻게 防止할 수 있을 것인가?

身體危險에 對해서는 契約手續의 하나로서 健康에 關한 情報를 모으고 危險의 크기를 測定하는 것으로서 大部分의 目的을 達成할 수 있습니다.

다. 告知義務違反(契約前 會社에 알려야 할 義務)이 없다면 身體危險의 情報는 收集 可能하고 醫學的 疫學的 知識을 利用하면 測定이 可能합니다.

한편 道德的 危險에서는 情報를 隱蔽한다든지 故意로 事故를 일으키기 때문에 身體危險과 같은 方法으로서는 危險測定이 困難합니다.

그런데 被保險者 契約者가 企圖하고 있는 일이 契約의 内容이나 申請經路 등에 依해서 明白히 나타나는 수가 있습니다.

예를 들면 保險金 受取人이 被保險者의 死亡에 依해서 經濟的인 損失을 받지 않는 경우라든가 保險金이 被保險者의 收入에 比해서 過大하다든지 또는 契約者가 直接 營業所에 와서 申請하는 경우에는 道德的 危險이 높은 可能性이 있습니다.

이러한 契約에 對한 情報를 契約情報라고 말하며 危險選擇을 爲해 會社가 意識적으로 收集한 情報를 選擇情報라고 區別하고 있으나 契約情報의 收集은 外務社員이 可望客 (契約締結의 可能性이 있는 사람)과 接觸하기 前부터 始作됩니다. 따라서 外務社員에게 道德危險에 對한 教育이나 外務社員이 얻은 情報를 check하는 組織制度가 必要합니다.

이렇게 情報를 收集해서 危險을 評價하는 方法 外에 制度選擇이라고 불리는 方法이 있습니다.

制度選擇으로 잘 알려져 있는 것에 告知義務違反(契約前 會社에 알려야 할 義務違反)에 依한 契約解止一年 以內的 自殺이나 保險金 受取人에 依한 被保險者의 故意的 殺害 時의 保險金 支給의 免責 등이 있습니다.

道德的 危險 防止의 條項을 約款에 插入한 約款選擇은 制度選擇의 典型的인 例입니다. 이렇게 約款에 規定하지 않고 保險을 販賣할 때 外務社員에게 一定한 條件을 부치는 方法이 있습니다.

예를 들면 入院 保險 特約을 販賣할 때 普通

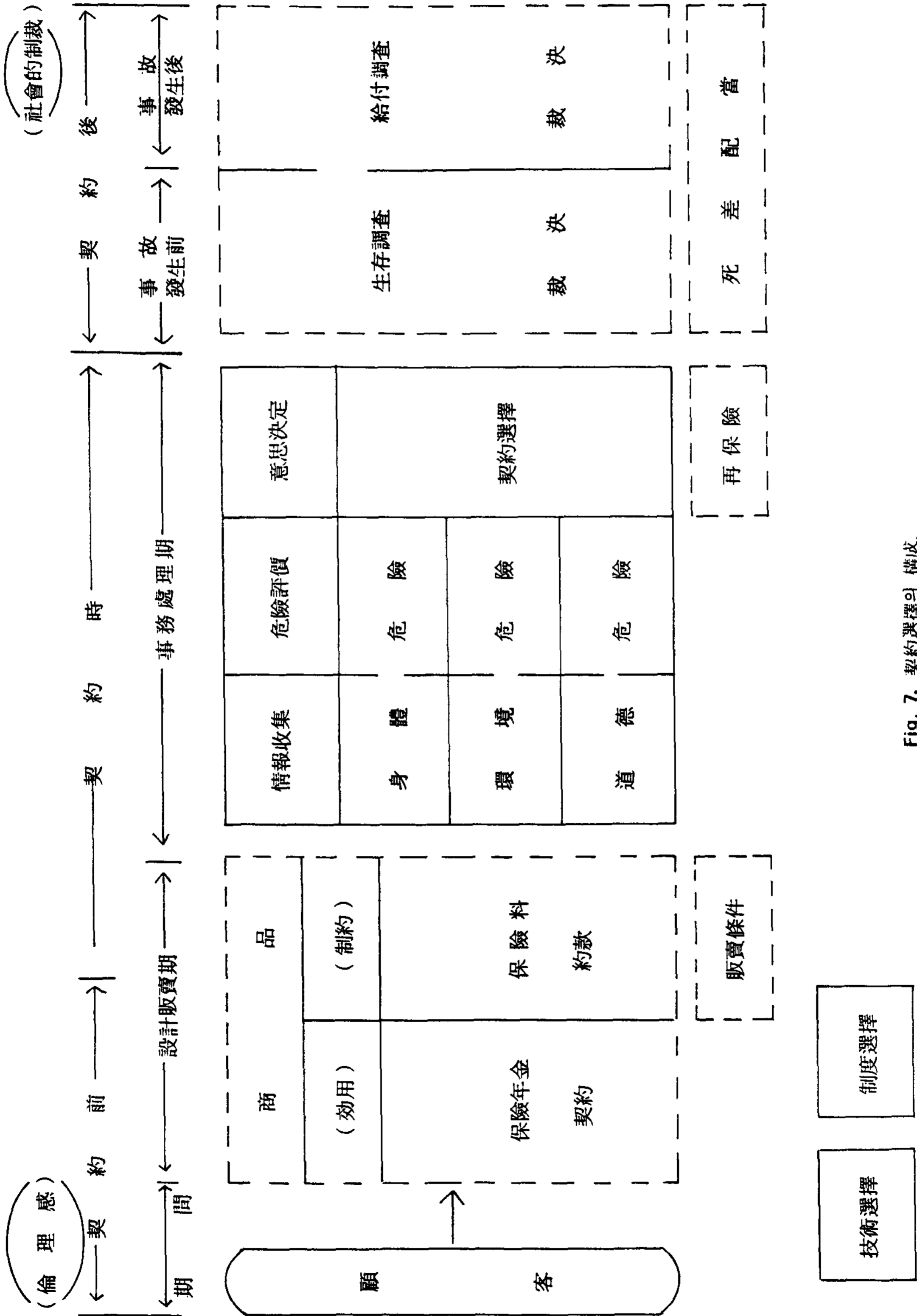


Fig. 7. 契約選擇の構成.

給付日額을 5,000¥ (円) 以内로 限定할 것을 指導합니다.

Fig.6은 이렇게 販賣를 規制했을 때 어느 販賣據點에서의 給付日額과 支給額과의 關係를 나타낸 것으로서 給付日額이 販賣指導에 따라서 年次別로 적어지고 그에 따라 收支率도 改善된 것을 보여주고 있습니다.

5) 契約選擇의 構成

保險에서는 危險率이 測定되지 않으면 保險制度를 健全하게 維持할 수가 없게 됩니다. 生命保險에서는 危險率 測定을 爲해 여러가지 方法을 利用하고 있으며 이것들을 整理해 보았습니다.

그것이 Fig.7입니다. 이것의 詳細한 것은 講演中에서 說明하겠습니다.

危險選擇을 考慮할 때 參考가 되었으면 感謝하겠습니다.

危険選擇における若干の問題点について

日本保険醫學會

會長 安藤博章

Problems in Selection of Risk

The Association of Life Insurance Medicine of Japan

President : Ando Hirobumi, M. D.

危険選擇における若干の問題点について危険選擇上最近問題になっているいくつかについて述べてみます。皆様方のも参考になれば幸に存じます。

危険選擇にはいくつかの方法がありますがこれまでと同様の考え方では適切でない点が出てきました。

危険評価においては。「過去の経験が将来も繰返される」即ち過去の再現が前提となっています。Fig. 1をご現下さい。近年の日本人の年齢別の生在状況を示したものです。1900年頃50才まで生存している人は生れた時の約50%でしたが1975年には約90%になっています。その間平均余命は44才から71才まで延びました。紀元元年頃の平均余命は20才位と言いますから如何に急速に死亡状況が改善されたかがわかります。

Tab. 1は40~44才の男子の死因別死亡率をみたもので全死因の死亡率低下は勿論ですが死因構造が著明に変化したかを知ることができます。このような大きな変化の中であって過去の再現性を前提とする危険評価にはいくつかの修正が必要なことは理解できます。この修正には死亡率の低下、死因構造の変化の他、情報の変化や特しい保険商

品の開発による特しい危険の出現という面からもう考えることが必要と考えます。

1. 研究的(実験的) 査定

Fig. 2は腎透析の普及と腎炎ネフローゼによる

丑 1. 主要死因の年次別死亡率(人口10万対)
(年齢 40~44代)

死 因	1983 (昭10)	1955 (昭30)	1975 (昭50)	1983 (昭58)
全 死 因	923	419	242	180
結 核	923	78	6	1
悪 性 新 生 物	80	79	62	52
糖 尿 病	4	2	3	2
心 疾 患	57	38	25	21
脳血管疾患	90	41	34	21
肺炎気管支炎	57	7	5	2
男・十二指腸潰瘍	22	12	3	1
慢性肝疾患			16	
肝 硬 変	8	7		10
腎炎, ネフローゼ	56	13	4	2
胃・腸炎	27	5	1	0
不意斗事故	40	32	26	18
自 殺	22	19	20	29

(昭58年人口動態統計)

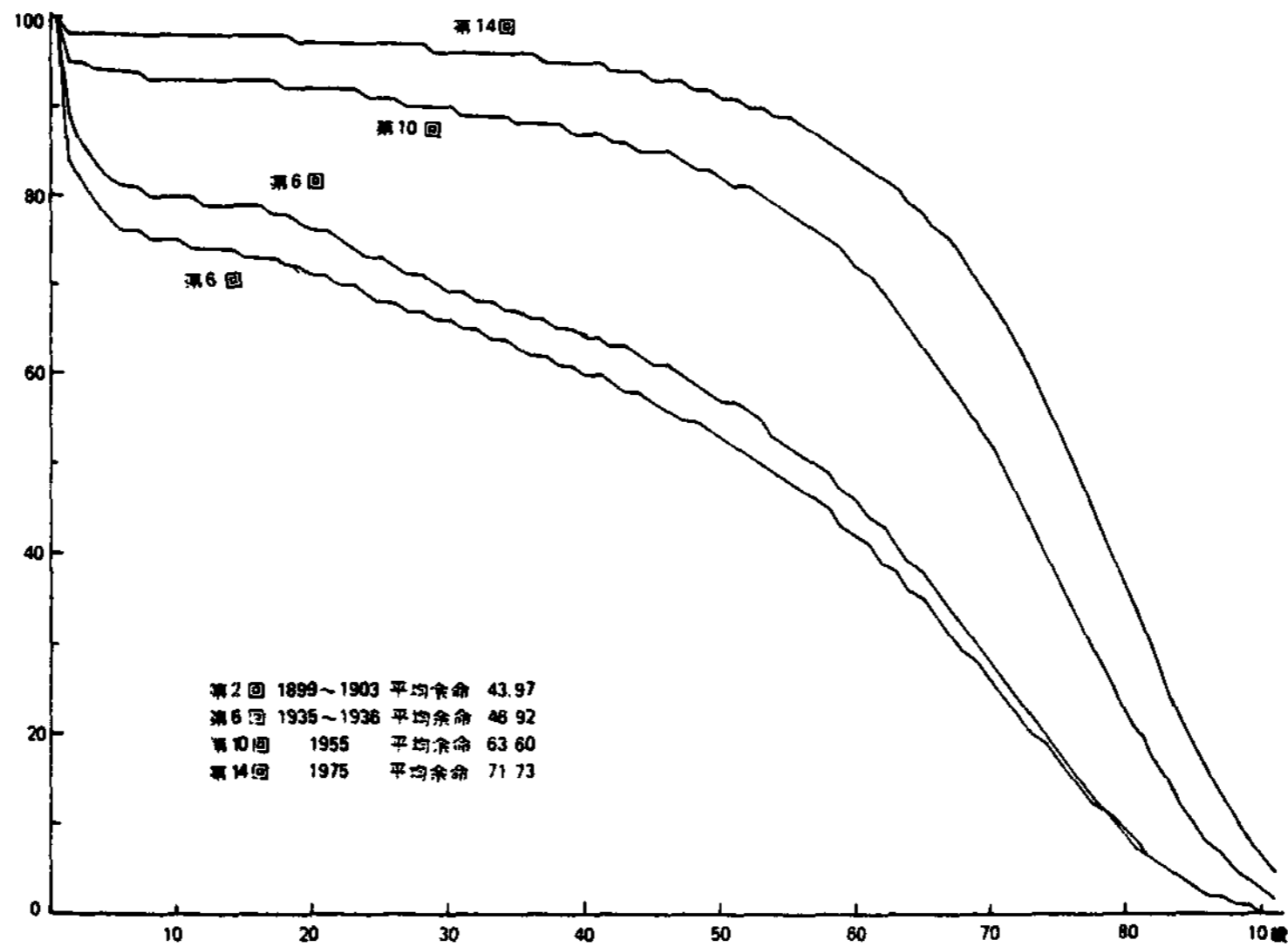


Fig. 1. 生存者 割合の 推移

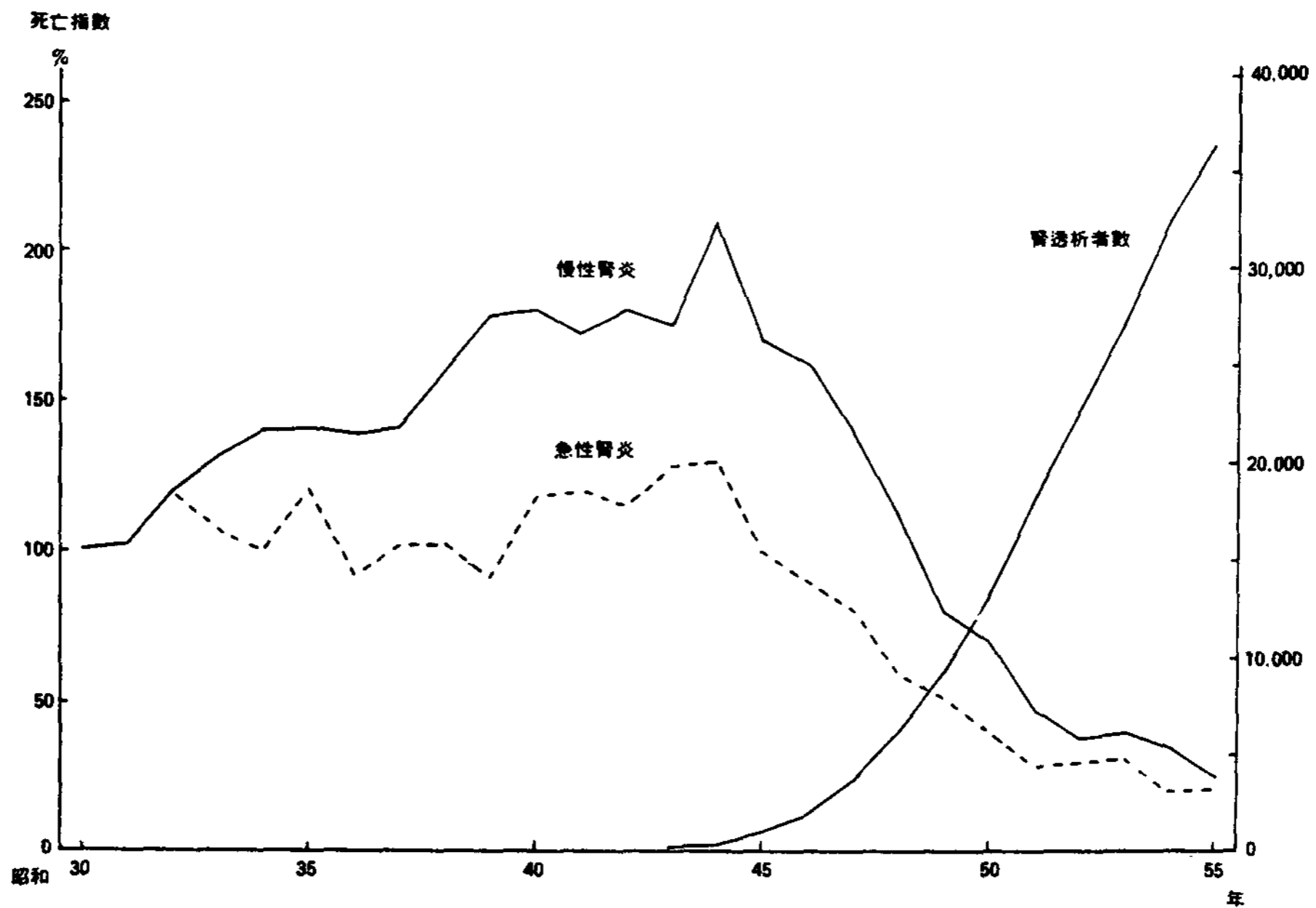


Fig. 2. 腎透析と腎炎による死亡指数

死亡数との関係を見たものです。新しい治療法の普及によいて死亡者が急激に減少したことがよくわかります。

被保険者を高血圧治療中のものと未治療のものとを比較したのが Fig. 3 で同じ血圧値ならある

範囲までは治療中の方が死亡率は低く治療の効果を示しています。このように医学の進歩や健康に対する意識の重要性を示し例は極めて多数あります。

ところがわれわれが これまで用いてきた 欠陥の

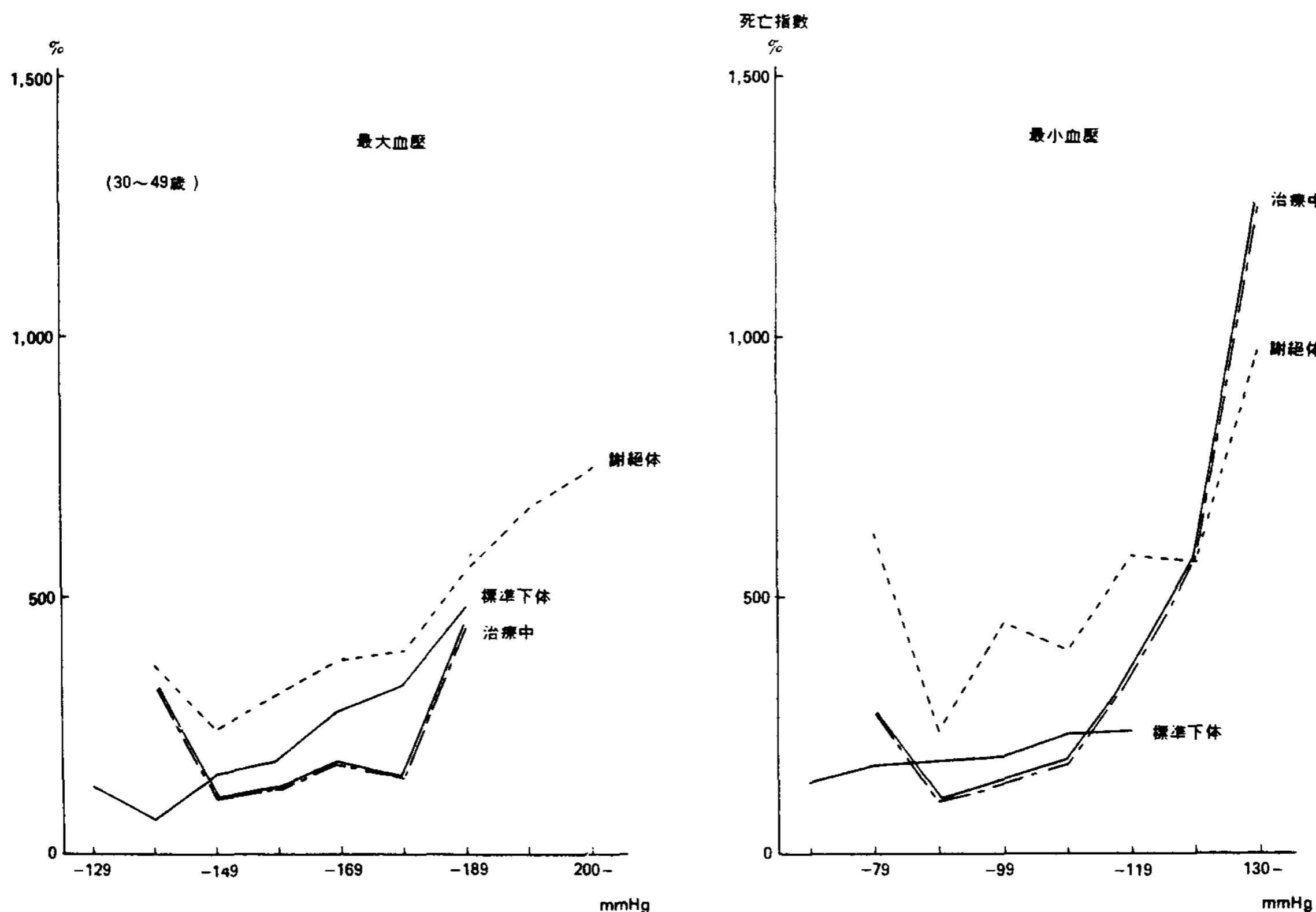


Fig. 3.

評価基準は欠陥研究 (Impairment Study) を基礎に作られたものであり欠陥研究は長い年月をかけて行われますが、その研究結果がまとめられた時は頭口古く現在の状態を正しく反映すること口はなりません。そこでわれくは欠陥研究の結果を参考にはしますが、より現状を正しく反映させるため、現在臨床で行われている治療法の結果を考えて評価基準を変更しれり又は具ったの運営を行ったりしています。米国医長会 (ALIMDA) が作成した Medical Risks のような資料や臨床統計が非常に役立ちます。これを参考にして研究的実験的な危険評価を行います。この詳細については省略しますが、その骨子は ① 仮りの基準を作る ② 契約したものについては毎年その予後を追跡する ③ もし予定した事故発生率を著るしく超過することが判明すれば、この評価基準の運営を中止する。反対に仮の基準が正しいと考えられた時は、仮の基

準を正式なものとして採用し実験的方法を中止する。④ 損害を避けるため危険準備金を積立てる。このような方法でこれまで糖尿 (病)、胃潰瘍、高血圧治療中結核、心臓手術を受けたもの…等口多くの欠陥についてそれまでの評価基準を緩和することができました。またこの方法を実施する中で積々の知見を得ました。たとえば胃潰瘍の場合予想されたように胃癌を死因とする者が最も多く、因果関係的にみれば胃潰瘍の者に対しては胃癌を疑う必要があります。しかし全体的に見れば予定

丑 2. 危険選択方法別標準体死亡状況比較*

有 診 査	100% (94.2) **
無 診 査	127.6
健康管理資料使用	66.4 (64.0) **

*有診査の死亡指数を 100% として死亡指数を比較した。

**標準体の中で缺陷を全く認めなガった被保険者

***資料 1963~'67

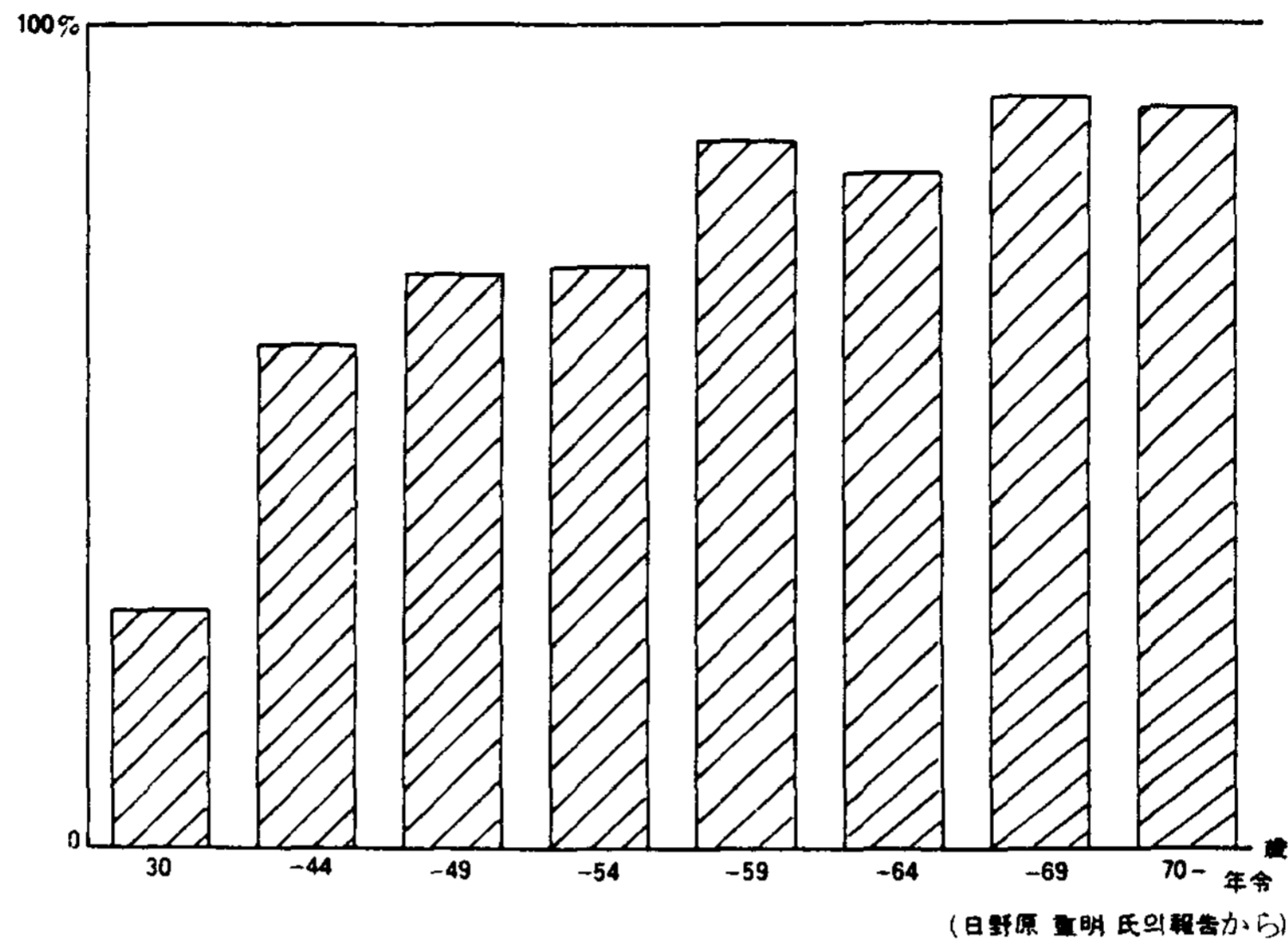


Fig. 4. 人間ドックの成績 (限性率)

された死亡率以下になり。その上これまで契約しなかった者を契約しまちから収支は良好となります。又被保険者サイドから言つても保障が得られることになり、社会的にも意義があります。

2. 精密検査情報に対する危険評価

医学の進歩は治療方法だけでなく診断方法にみられます。特に癌のような疾患には早期発見、早期治療が効果的です。そのため人々は健康と思われる時から精密な健康診断を盛んに受けるようになりました。その結果、一般の診査では健康と判定される者でも精密検査では異常ありという結果になり、これまでの危険評価基準では標準体契約ができません。

Fig. 4 は精密検査の結果、異常ありとされたものの年齢別出現割合です。40才を過ぎると約70%の人に異常が認められます。このような場合保険契約ではごのまうに危険評価を行えばよいのでしょうか。いって「ある事象が証明されたときそれが誤認でなければ存在することは確実であるが逆に証明されないからといって存在しないとは断言できない。ということ認識することが大切です。即ちこれすでの診査では異常がないとされる

ケースでも精密検査を行えば異常が発見されるかも知れません。しかし精密検査を行っても異常を発見しない場合は一般の診査で異常を認めない時より異常のない確率が高いと言えます。従って一般の診査と同じ評価基準を使用するなら、精密検査で異常を発見しない時は 美点計算…死亡指数をマイナスすべきでしょう。また異常を発見した場合でも一般診査では発見できないほど軽微なこともありその程度によって評価を軽減することが必要と考えます。

3. 健康管理に対する評価

先に述べましたように危険評価はこれまで身体危険を中心に行われてきました。ところが身体危険に対して環境要素が大きく影響してあり評価時環境要素特に健康管理状況を考慮することが必要です。

Tab. 2 は健康管理が実施されている企業の従業員の死亡状況一般の有診査無診査と比較したものです。()内は特にMinorな欠陥さえ認めなかった被保険者のものです。Tab. 3 は上記企業従業員の死亡状況を大企業と中小企業に分けて調べたものです。健康管理が十分に実施をれている大企

業の方が死亡状況は良好であるという結果を得ています。

Fig. 5は胃癌の進行度別に生存状況をみたものです。また Tab. 4は健康受診による胃癌の発見率をみたものです健康診断が胃癌の早期発見早期治療に役立ち胃癌による死亡率低下に貢献しているかわかります。先た示したFig. 3でも高血圧による治療が死亡に好ましい影響を与えていることがわかり健康管理が重要であると言えます。

4. 道徳危険

道徳危険とは保険を悪用して不正に利得しよう

丑 3. 企業規模別 被保険者*死亡指数

男 子	大 規 模	(45.9)**	41.3%
	中小 "	(116)	69.8
女 子	大 "	(79)	37.2
	中小 "	(40)	42.1

*健康管理使用者のみ

** ()内は 死亡数

***資料 1980~'83

とする危険です。Tab. 5でみられるように特記すべき大きな身体欠陥を認めず標準体として契約した被保険者が入院したとき給付される1日当りの

丑 4. 胃癌発見率

(12年間 受診総数 223,898名中 351症例)

(1)

	全胃癌	早期癌
~29	0.49%	0.25%
~39	0.38	0.22
~49	1.36	1.06
~59	4.16	2.66
~69	9.04	5.51
70~	21.97	19.55
全年齢	2.27	1.72

(2)

初 回	2.19%
2年連続	1.66
3年連続	1.06
隔 年	1.47
その他	2.83

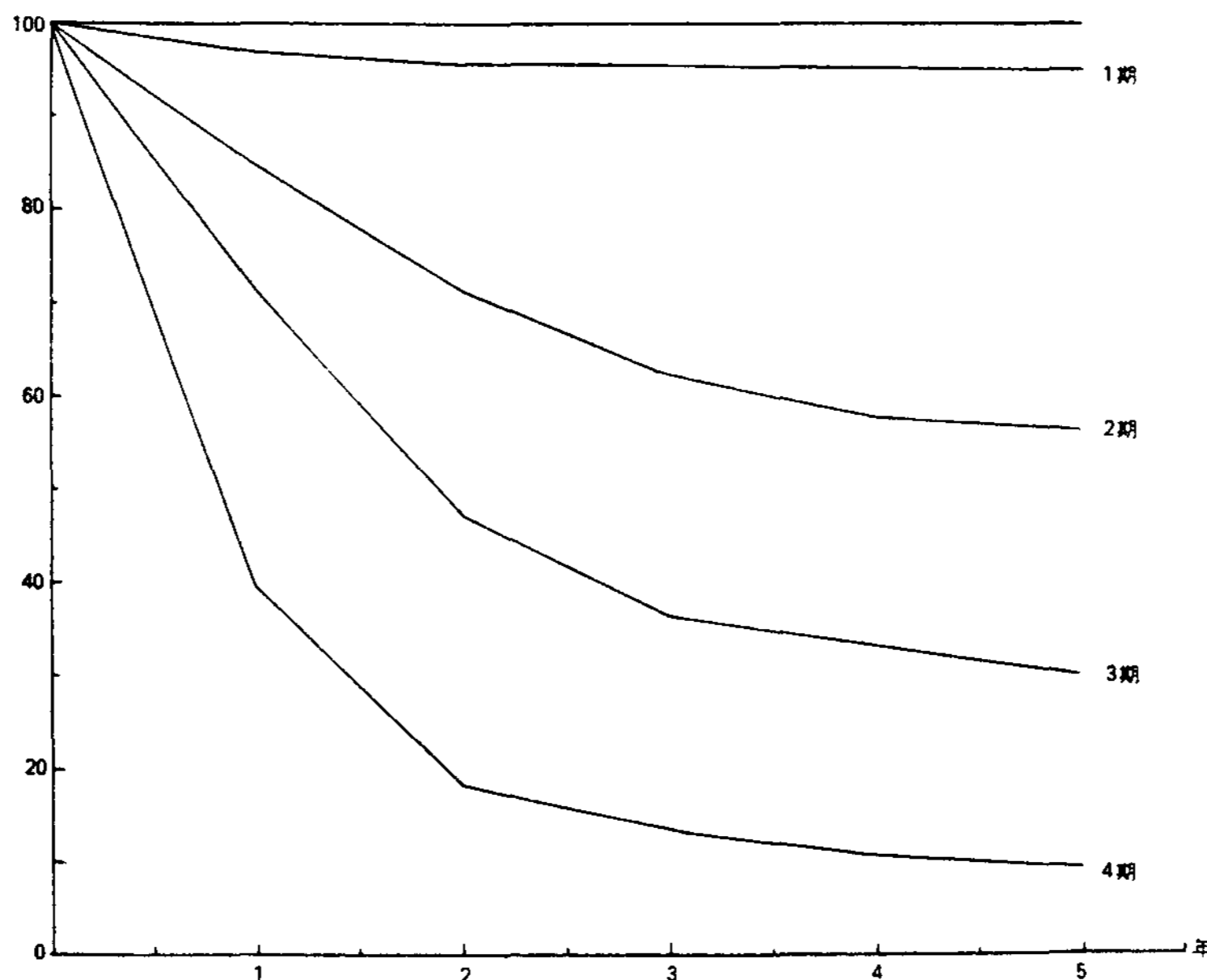


Fig. 5. 腎炎の 相対生存率

丑 5. 入院発生率

日額ランク	疾病入院	災害入院
円	%	%
～ 5,999	80	65
～ 7,999	147	135
～ 9,999	188	170
～14,999	197	174
15,000～	456	426
計	103	84

金額によつてこのように入院発生率に大きな差ができることは契約時既に病気があり。将来入院する可能性が高いと被保険者が自覚しその病気を隠くして契約する組合や 契約後発病した病気であっても入院を必要とするほど重病ではないのに重症を粒って入院する場合があります。また20日未満の入院では給付金が支払われないことたっていますので20日未満の入院で十分であるのに無理に理

丑 6. 自殺死亡率(男)の比較

(対 1,000)

年 齢	高 額 契 約		経 験 死 亡 率	国 民 死 亡 率	
	1965～74 (S.40～49)	1975～81 (S.50～56)	1972～76 (S.47～51)	1970 (S45)	1980 (S55)
30～39才	0.152	0.300	0.126	0.188	0.255
40～49	0.314	0.532	0.165	0.173	0.331
50～59	0.372	0.625	0.194	0.263	0.322

生命保険協会会報 第64巻 第1号(S. 58)より

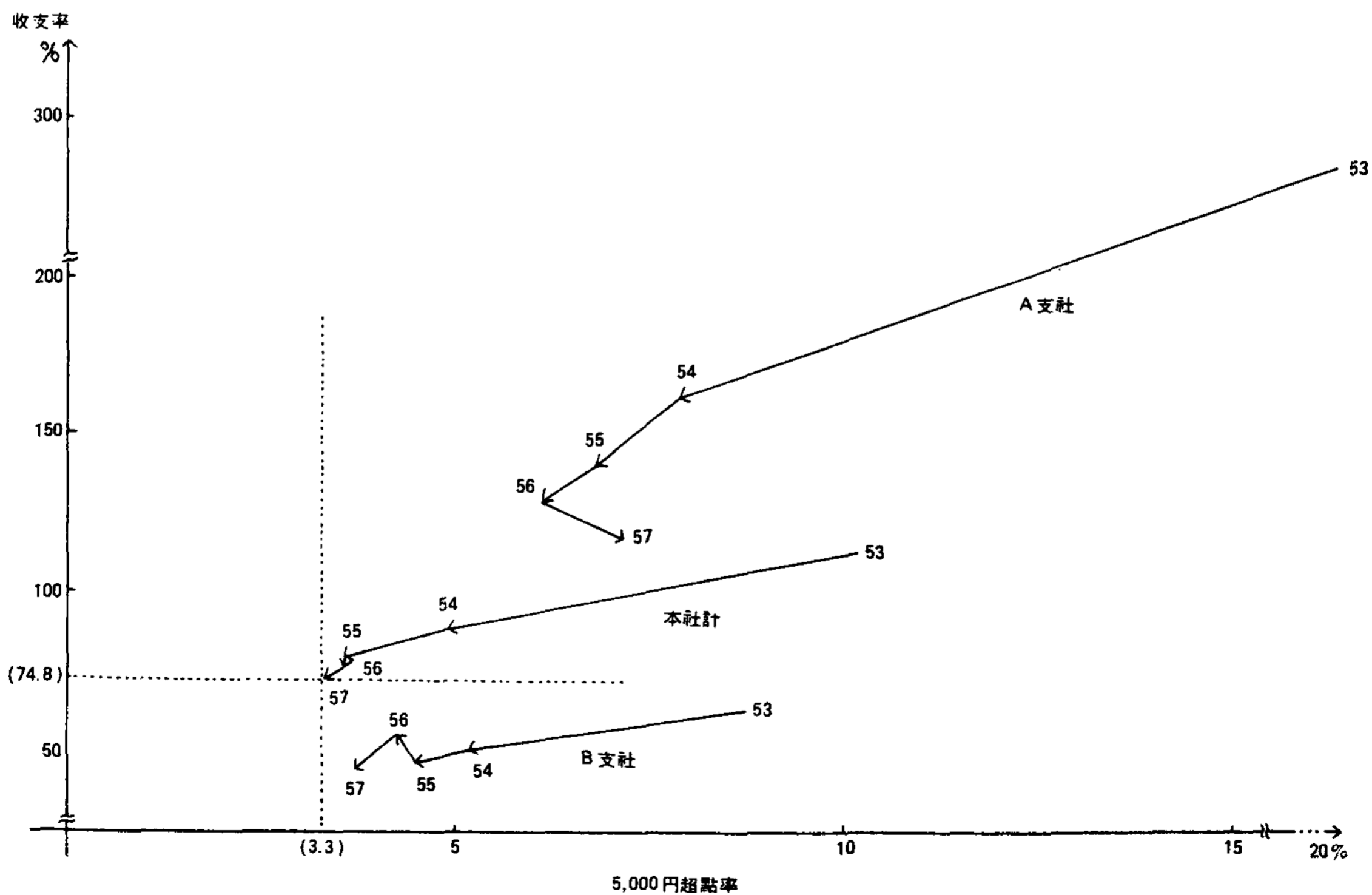


Fig. 6. 入5000円超新契約收支率相関表

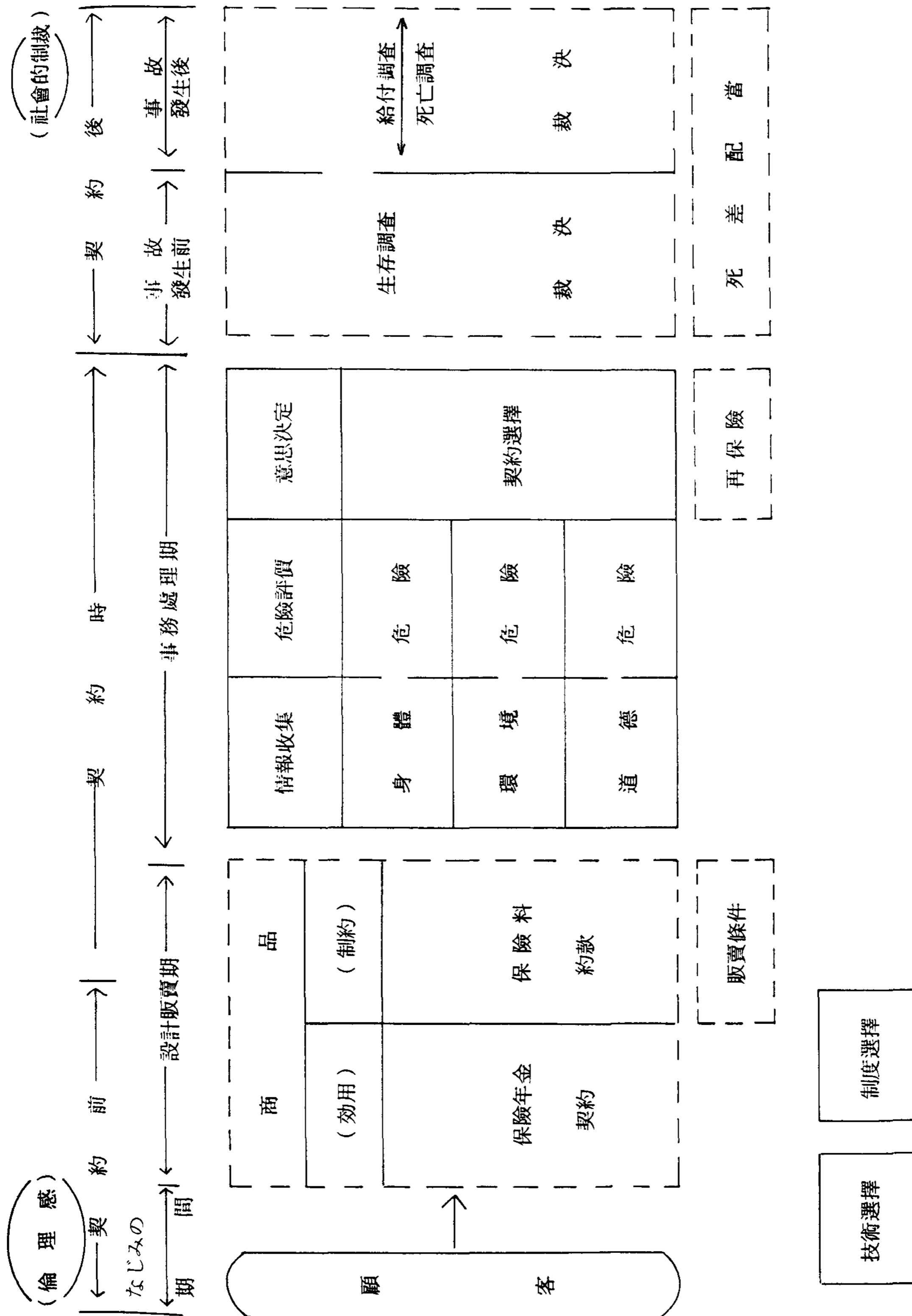


Fig. 7. 契約選択の仕組

由をつけて20日以上入院することが高額給付の契約ほど多いことき物語っています。次にTab.6は自殺の発生率を高額契約のものと一般の被保険者や国民と比較したものです。自殺による死亡は自らの意見によるものです。保険を悪用して多額の保険金を不正に得ようとする者が高額保険に多いことを示しています。

それではこのよりな道德危険をどのようにして防ぐことができるのでしうか 身体危険については契約の手続の1つとして健康に関する情報を集め危険の大きさを測定することでほとんど目的を達します 告反がなければ身体危険の情報は収集が可能なので、医学的疫学的な知識を用いれば測定が可能となります。一方道德危険では情報をかくしたり。故意に保険事故を発生させたりしますので身体危険と同じ方法では危険測定は困難です。ところが被保険者、契約者の企図していることが契約の内容や申込の経路等によいて明らかにできることがあります。たとえば保険金受取人が被保険者の死亡によって経済的な損失を受けない場合や保険金が被保険者の収入に比して過大であるとかあるいは契約者が直接店頭へ申込に来る場合には道德危険の高い可能性があります。このような契約に関する情報を契約情報と呼び危険選択のため会社が意識的に集める情報を選択情報と呼んで区別していますが 契約情報の収集は外務員が見込客に接する前から始まります。被つて外務員の

道德危険に対する教育や外務員が得た情報をチェックする組織制度が大切となります。このように情報を収集して危険を評価するという方法の他に制度選択と呼んでいる方法があります。

制度選択でよく知られているものに告知義務違反にまる契約解除、一年以内の自殺や保険金受取人の被保険者故殺時の保険金支払の免責等タがあります。

道德危険防止の条項を約款に組込む約款選択は制度選択の典型的な例です。このように約款に規定するのではなくて保険を販売するとき外務員に一定の条件を付する方法があります。例えば入院保険特約を販売する場合普通給付日額を5,000円以内におさえるよう指導します。

Fig. 6はこのような販売を規制したときある販売拠点の給付日額と支払額との関係をみたもので給付日額が販売指導いよって年次別に小さくなりそれと共に収支率は改善していることを示しています。

5. 契約選択の仕組み

保険では危険率が測定できなければ保険制度を健全に維持することはできません。生命保険では危険率測定のため種タの方法が行われていますがそれらをまとめてみました。それがFig. 7です。この詳細は講演の中で説明 しますが危険選択を考えるとき参考にして頂ければ幸です。