

# 保険の値段はどう決まる？

## －保険料の細分化はどこまで進むか－

---

### 1. はじめに

生命保険の保険料は年齢や性別に応じて設定されていると言われていたが、それだけではない。生命保険に加入するとき、医師による健康状態の診査を受けたり、健康状態等の告知を求められる。そして、その結果によって、保険料の割り増し等の条件が付加され、時として保険に加入できないこともある。健康状態も保険料を決める要素の一つというわけである。

生命保険がこのような取扱いをしているのは、保険加入者のリスクを、一定のレベルに保ち、そのリスクの度合に応じて保険料を設定することが、保険加入者間の公平性を確保することにつながると考えているからである。そして、そのリスクを区分する鍵が、年齢、性別ならびに健康状態というわけである。

ところが、こうした生命保険のリスクを区分するやり方に、近年新しい動きが現れてきた。

---

### 2. 保険料区分の細分化が米国の流れ

その変化は米国からはじまった。米国でも、1980年以前までは、わが国と同様に年齢、性別、健康状態を基準にして保険料を決めていたが、その後、リスクを細かく分け、リスクに応じた保険料を適用するようになった。いわゆる保険料区分の細分化である。すなわち、80年代になると、喫煙の有無によって適用される保険料を変えるようになり、90年代になると、医師の診査で問題なしとされた人の中で、さらに健康とされる人の保険料を変更するようになった。そして、最近では、遺伝子検査 (genetic test) の結果を、保険料に反映させてはどうかという議論も行われている。

#### (1) タバコが保険料の値段を変えた (1980～)

1964年に米国の公衆衛生局(Surgeon General)は「喫煙と健康」というレポートを公表した。このレポートでは、喫煙者の死亡率が非喫煙者に比べて高いことに注意をうながしたもので、これを契機として、米国社会で喫

煙のリスクに関心が高まった。米国の生保業界もこのレポートに注目し、中でも、ステート・ミューチュアル社は、喫煙者と非喫煙者とではリスクに明らかな違いがあり、喫煙者と非喫煙者の保険料が同じなのは不公平であるとして、非喫煙者に対する保険料割引を導入した。つまり、医的診査によって同じ健康であると判断された被保険者を、喫煙するかどうかによって、さらに区分し、それぞれに異なる保険料を適用することを始めたのである。70年代には、この非喫煙者割引は全米に広まった。また、80年代になると、きざみタバコを吸う人とそれ以外のものを吸う人のようにタバコの種類によって保険料が異なるという事例も現れた。

### (2) 健康優良者への保険料優遇 (1990年～)

喫煙に続いて関心をもたれるようになったのは、健康優良者に一層割安な保険料を適用してはどうかということである。健康優良者とは、単に医的診査によって問題なしとされただけでなく、さらに健康でリスクが小さいと評価されたグループをいう。優良かどうかの判定は、医師による厳密な診査や血液検査等の様々な検査に基づく個人の医的情報によって行われる。また、家族が心臓病にかかっているかどうかというような家族の情報や、喫煙、飲酒のようなライフ・スタイルに関する情報なども考慮される。このような健康優良者に安い保険料を適用する動きが、90年代に全米で広まった。

### (3) 遺伝子検査を巡って激論が

保険料の区分に関する新しい議論を巻き起こしたのは、遺伝子工学の発達である。近年における遺伝子工学の発達はめざましく、医療等の様々な分野にその成果の応用がなされている。生命保険の分野でも、遺伝子工学の発展にともない、従来の手法ではつかめなかった潜在的なリスクに関する情報が明らかにされてきた。そして、個々人が遺伝子検査の結果にアクセスできるようになると、生命保険の保険料に遺伝子検査の結果を考慮すべきではないかという議論が起こってきた。遺伝子検査の結果によって異常が発見されなかった人の保険料を引き下げ、異常が認められた人には、そのリスクに応じた保険料を設定してはどうかというものである。このような議論が始まった背景には、遺伝子検査によって異常を知った人が保険に殺到すれば、保険財政を危うくしかねないと心配されたからでもある。

しかし、遺伝子検査は伏在していたリスク要因を否応なく明らかにしてしまい、個人のプライバシーと深くかかわることから、生命保険会社が遺伝子検査を行うことへの反発も少なくない。

米国の生保協会 (ACLI) は、遺伝子検査によってリスクを測定し、リスクに応じた保険料で保険に加入できるようにすることが、保険契約者間の公平性を保つ上で必要であるとして、これに賛成の立場をとっている。

一方、消費者団体等は、遺伝子検査に反対しており、その理由として、遺伝子検査の精度には限界があるため、その結果によって保険料を決め

るのは適切でない、また、遺伝子差別を引き起こすおそれがあることなどを挙げている。

もっとも、遺伝子検査をめぐってかくもホットな議論が展開されているのは、米国には公的な健康保険制度が存在せず、生命保険会社が提供する医療保険がその役割を果たしていることから、生命保険会社が提供する医療保険に加入できないと深刻な打撃を受けるといふ、わが国にはない事情が大きく影響している。

---

### 3. 保険料はリスクに対する値付け

保険料は保険会社が加入者の保障を引き受ける価格、いいかえれば加入者のリスクに対して値段をつけることである。その方法には年齢や性別のほか、医師による健康状態の判定、喫煙の有無、健康優良者かどうか、遺伝子検査の結果等があることは米国の例から明らかであるが、加入者のリスクを区分する方法には、このほかにも実に様々なものが考えられる。

#### (1) 人の生死には様々な要因が

適度な運動が健康に良いことは周知の事実であり、こういった運動をしているかどうかによって区分を設け、異なる保険料を適用することも考えられる。また、食生活が健康に与える影響も大きい。実際、食生活と成人病の関連も頻繁に取りざたされている。さらに、飲酒が健康に与える影響も考えられる。そうであれば、食生活や飲酒によって保険料が違って不思議ではない。また、死亡率、疾病率等に地域差があることはよく知られている事実である。温暖、寒冷といった気候や地域の生活習慣などが大きな影響を与えている点に着眼すれば、居住地域によって区分を設けることも考えられる。この他、職業のような社会的な要因も無視できない。これは実際に行われていることだが、プロ・ボクサーやレーサーといった危険な職業とそうでない職業で異なる保険料が適用されている。

このように人の生死に影響を与える、すなわち生命保険のリスクを区分する要因としては、個人の健康状態だけでなく、生活習慣、社会的背景、環境など様々な要素をあげることができる。

しかし、人のリスクに影響を与える要因であれば、なんでも保険料の区分として使用できるというわけではない。生命保険の引受け上、あえて区分する必要のないものや、区分することが望ましくないものもある。また、リスクに歴然たる較差があっても保険料の区分としては採用しにくいものもある。

#### (2) シングルライフを送る男性は短命だが…

一般に生命保険契約の保険期間は、20年、30年と極めて長期にわた

る。そして、その保険期間の全てにわたる保障は、契約時に取り決めた保険料で提供するというのがほとんどである。こうした保険料の決定方式の下では、契約の途中で事情が変わりやすい要素を用いて保険料を決めるのは難しい。

例えば、結婚しているかしていないかという婚姻状況別（配偶者あり、未婚、離別、死別）によって死亡率に明確な差が存在する。厚生省人口問題研究所が作成している配偶関係別生命表によると、配偶者がある人の方が、配偶者のない人（未婚・離別・死別）より平均的に長く生きるという結果が出ている。

図表－1 婚姻状況別平均余命(1985年)  
(年)

年齢	配偶者有	未婚	離別	死別
35	42.34	32.56	32.31	37.65
40	37.52	28.06	28.22	33.40
45	32.81	23.86	24.60	29.25
50	28.27	19.99	21.22	25.29

(資料) 厚生省人口問題研究所「配偶関係別生命表」

この統計結果に基づいて男性 35 歳を例にとって養老保険（保険期間 30 年、保険金 100 万円）の保険料を概算してみると、配偶者ありの人が、年 2 万 7 千円、未婚の人は、年 3 万 1 千円となる。結婚している男性の方が、シングルライフを送る男性よりも約 13% 保険料が安くなる。しかし、今のところ婚姻状況によって適用する保険料が変わるという事例はない。婚姻状況のようなライフサイクルの過程で変わりやすいものは、超長期の生命保険契約に馴染まないのである。もっとも、これにはわが国の生命保険契約が、保険加入時点の情報に基づいて保険料を決定していることによるものであるから、例えば、定期的に婚姻状況をチェックし、その都度保険料を見直すという形になれば、話は別かもしれない。

### (3) 喫煙によって区分することにも異論がある

保険料区分を設ける場合、統計等による客観的な裏づけが必要であることは言うまでもない。また、こういった「区分」には、客観性、納得性が要求されるが、実務上の問題もある。喫煙習慣のある人とそうでない人との間にはがんの発生率等に歴然とした格差がある。そこから喫煙習慣のある人の生命保険料はなしの人よりも高くして当然だと主張する声が少ない。喫煙者と非喫煙者の保険料に区分を導入するとすれば、保険加入者の告知によって知り得た喫煙状況から割引適用の可否を判定することになる。

しかし、喫煙のような本人の意志に左右される行為にあっては、保険加入者が加入の直前に一時的に禁煙するケースや、保険加入時には喫煙していなかった人が、加入後喫煙を始めるというケースが生じることは避けられないところである。喫煙の有無に保険加入者の作為が入りやすく、

また時の経過のなかで変化しやすいことを考えると、リスクの測定が困難だと言われている。喫煙が、生命保険の保険料区分として適切といえるか、なお議論のあるところである。

#### (4) 保険料区分の細分化はどこまで進むか？

最近、自動車保険の保険料が注目を浴びている。これまで自動車保険の保険料は、年齢や性別による細かな区分はなかったといっているが、昨年の日米保険協議の合意を受けて、今後は、運転者の年齢、性別、地域などの要素に応じて保険料が変わることになった。例えば、事故がよく発生する地域の保険料は割高となり、事故が少ない地域では、割安の保険料で保険に加入できるわけである。

**図表-2 日米保険協議の決着内容**  
(差別型自動車保険の保険料区分)

運転者属性	年齢、性別、運転歴
自動車属性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・使用目的(商業用、個人用等)</li> <li>・使用頻度(年間走行距離等)</li> <li>・地域(7区分:北海道、東北、関東甲信越、北陸東海、近畿中国、四国、九州)</li> <li>・車種</li> <li>・安全装置</li> <li>・複数所有者</li> </ul>

このようにリスクの程度に応じて保険料も異なるというのは、保険料区分の細分化が進む米国では当たり前のことになっている。

ニューヨーク州で営業している保険会社を例に、実際の自動車保険料をみると、地域が異なるだけで保険料に大きな較差が生じている。郊外に住む契約者の保険料は、都心部に住む契約者の約3分の1に過ぎない。

**図表-3 自動車保険の例**

(ドル)

	都心部	近郊	郊外
年間保険料	4938	3154	1650

**契約内容**

- ・41歳男性
- ・事故歴なし
- ・対人:1名10万ドル、1事故30万ドル
- ・対物:5万ドル

(資料) 上田和男「規制緩和と保険業」保険学雑誌01953)

これらはいずれも自動車保険の例だが、このような保険料区分の細分化が進むとどうなるのだろうか。

保険料区分の細分化が進行すると、低リスクのグループには低廉な保険料で保険に加入できるというメリットがある反面、高リスクのグループにはそれに応じた高い保険料が適用されることになる。細分化が進行すればする程、これが顕著になる。場合によっては保険料が過度に高くなり、もはやその保険料では保険加入が困難になることも生じかねない。

細分化が進んでいる米国では保険料価格の高騰によって真に保障の必要な高リスクの集団が保険加入を抑制されているという批判の声もでているようである。保険契約があくまでもひとりひとりのリスクに応じた合理的な価格で取引されるべきだと考えるか、それともより多くの人に参加しやすい制度として維持すべきか、この点は社会的なコンセンサスの問題ともいえよう。

ただ、保険制度の運営面から考えると、保険料の区分があまりに細くなるのは、必ずしも好ましい事態ではない。すなわち、区分の細分化は、当然のことながら、リスクの区分やその値段にあたる保険料について様々な商品情報が氾濫することでもあるから、ややもすれば消費者の商品選択を惑わすことにつながりかねない。また、元来保険料は、統計に基づいて計算されているため、大勢の人に保険加入してもらって始めて、リスクの分散ができ、合理的な水準に落ち着くという性格がある。これを、大数の法則というが、保険料区分を細分化すればする程、1つの区分に属する人数が少なくなり大数の法則という保険の基本原則を危うくしかねない。

なお、リスクに応じた価格設定を当然とする米国においても医療保険の分野では、加入時の選択は規制されており、ここに米国医療保険のもつ公的な位置づけとの調和をみることができる。

##### (5) プライバシー保護

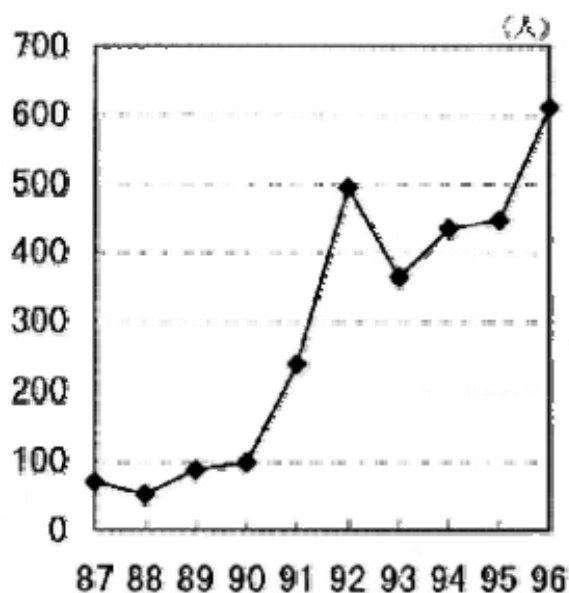
このようなリスク区分を考える際に忘れてはならないのが、プライバシー保護との関わりであろう。特に、近年社会的な関心の高いエイズは、その治療方法がまだ確立されていないだけに、深刻な問題である。しかし、エイズ・サーベイランス委員会の報告によれば、96年中に報告されたエイズ患者および HIV 感染者は、610 人と、人口に対する構成比が低い。そのため、わが国の生命保険会社は、エイズに対する具体的な対策は取っていないが、エイズの増加に悩む米国では保険加入時にエイズか否かを判断するため、HIV 検査を行う会社がある。また、最近の新聞報道(朝日新聞、97. 4. 25)では、イリノイ州のギャランティー・トラスト・ライフ社が、エイズ発症前の HIV 感染者も加入できる保険を発売したと報じている。もともと、保険料は健康な人の約5倍と、かなり割高である。

わが国においても、今後 HIV 感染者が増加し、生命保険の運営に大きな影響を与えるようになれば、HIV 感染者か否かをリスク判定の要素とせざるをえない事態も考えられないわけではない。

生命保険はその引受けに際し、医的事項等リスクの測定に関係する個人の秘密事項の開示を求め、生命保険会社は、かねてより個人情報の管理に神経を使ってきたが、こうした場合には、改めてプライバシーの確保

をどうするかが重大な課題となることは確実である。

図表－4 日本のエイズ患者・感染者報告数

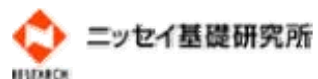


〔資料〕厚生省「我が国におけるHIV感染の状況について」より作成

## おわりに

米国では、遺伝子検査の結果を用いて保険料を決めてはどうかという問題が、真剣に検討されている。一方、わが国においては、非喫煙者割引の適否をめぐる議論が今も続いている。生命保険の保険料区分の設定との関連で遺伝子検査が議論されることも少なく、遺伝子検査の検討はまだ先の課題のようにも思われる。しかし、米国の生命保険関係者がこの問題に真剣な取り組みを見せているのは、遺伝子検査が保険料区分に少なからず影響をおよぼすとみているからではないだろうか。

遺伝子検査のようなハイ・テクノロジーには国境がない。遺伝子検査が、このようなインパクトを持っているとすれば、わが国で話題になるのはそう遠いことではないように思われる。わが国も、遺伝子検査に関する議論を始める時期にあるのかもしれない。もっとも、非喫煙者割引の例を持ち出すまでもなく、保険料区分の在り方は、社会的な認知を待つべき問題でもある。統計的には明らかな違いがあったとしても、保険料区分として、あえて区分を設けない方が良いとする考え方も出てくる。その意味で、既に実施が決まった自動車保険の保険料区分や、なお検討が続く非喫煙者割引をめぐる議論の行方は、今後の保険料区分の在り方を占う一つの試金石といっても良いのではないだろうか。



ご意見・ご要望がございましたら、  
ニッセイ基礎研究所総合研究部までお寄せ下さい。