

社会保険の財政健全化に向けての技術

庭 田 範 秋

I 社会保険財政の基本的視角

社会保険は、それを医療保険または年金保険に例をとってみても、もとより純粹の保険であろうはずがない。むしろ最近では“保険でない”と断定する方が普通となってきた。「私的な保険で経済的な生活保障が不可能となってきた、このことが一般的にも認められるに至ったからこそ、そこに社会保険が誕生し、しかもその社会保険においても、社会保障に発展的解消を遂げつつある」と主張する見解は、今では決して珍しいものではなくなった。確かに社会保障と、その中に含まれながら主要な部分を成している社会保険の各制度は、保険と呼ぶにはあまりに非保険的となりすぎた。

だがここでいわれる保険とは何であろうかを考えてみると、それはおおかた保険の技術や技法というのであり、それならば今日でも依然として社会保険の各制度の中に生き続け、利用され続けているものは多いのである。そして保険の技術や技法といわれるそれらは、実は用語や文言さえ普通一般のものと置き替えると、なんのことはない、社会一般の諸制度の中で大いに活用され、それなりの機能を発揮している経済上のもろもろの技術や技法とさして変わるものではないのである。さして変わらないものが多いのである。現代のごとき、経済的には依然として個人主義で、自由主義で、経済財の生産、流通、分配、消費などの一連の経済行為がかかる主義に基づいて、経済計算に則って取引されたり、消費されたり、もとより生産されたりしているところでは、各制度の活用し、

利用している技術や技法に、大きな相違が現れようはずがないではないか。保険学者の中には、「保険学とは保険固有の原理と技術を解明し、追求するものである」との立場をとる者もあるにはあるが、一見固有にみえてもそれらは少しく手を加えたり、修正したりすれば、そのまま他の制度にも十分活用できるし、現に活用されているのが実態である。

このように考えてくると、社会保険が保険であろうとなかろうと、そして社会保険は明らかに保険に根強く立脚しながら生成発展を続けてきたものであるから、保険的技術と技法は十分に含まれているし、今後ともそれは生き続けるであろうし、さらに場合によってはより導入を頻繁にすることができかもしれないのである。保険の原理、技術、発想、仕組み、運営法則、制度の構築などを、あまりに奇妙または特異と考えては間違いであろう。保険もその内容を知ってみれば、なにもそれほど変わった制度でもなく、別段かけ離れた制度でもないのである。そこでの技術や技法は、ごく一般性のあるものである。少なくとも他の金融に関わる制度、したがって財政的考慮をことさら強く求められる制度のところで、開発され、生かされている技術や技法と著しく類似する部分が多い。

では社会保険においてその財政問題を考える場合の、基本的な視角や基礎となる視点をここに列記してみよう。

- (1) 普通保険・私的保険では、ノーマルな危険のみを集めて保険集団を形成し、そこに個別的に危険保険料を設定するが、社会保険の各制度では、概して弱体保険として別途に保険集団を形成させるべきはずのものをも取り

- 込んで、一体的な1保険に組む場合が多い。
- (2) 私的保険では依然として単一危険ごとに保険を作って、単品として商品化するが(ただしそれほど厳格にこの方式が守られているわけでもなく、最近はとくにこの方式は崩れつつある)、社会保険では総合化が一般である。しかしこの総合化は給付の整理を通じて、ある場合には単品化の方向に移行する場合もある。
- (3) 私的保険としての年金保険は、決して保険保護率は1とならない。長期保険でしかもインフレ・スライドのない場合はことごとくそうであるが、仮に十分なインフレ・スライドが実施されている社会保険ならば、保険保護率は1となる。私的保険の生命保険のあるものは、できるだけ保険保護率を1に近づけようと努力し、損害保険でも新価保険方式は、この努力の一種である。逆に社会保険においては、インフレ・スライド是非論が出たりしている。
- (4) 医療保険も年金保険も、ともに定額保険とは分別されるところの損害保険であって(もとより社会保険の中のこれら保険も)、したがって客観的危険と主観的危険が混在していることは確かである。強制保険(加入強制・引受強制)である社会保険は、主観的危険の排除には消極性があるにすぎない。
- (5) 1つの危険からいくつかの損害が生ずると把握される場合、これを1つの保険で組んで、結果を常に1つの経済的被害という事象で捉える方法と、別々の保険に組んで別々の事象で捉える方法とある。例えば高齢になることは退職を結果して、年金給付の開始という事象を生みだすが、同時に老人医療の増嵩という事象も生みだす。この際原因を同じくすることに着目して、1つの保障制度に組むのが合理性はある。これを別々に組む場合、“危険分離扱いの危険”には、十分な注意が必要である。例えば老人に対し十分な年金を給付すれば、老人医療には一部負担などそれほど大問題とはならないのに、分離して老人医療保険だけでみれば、一部負担はそれなりに重要な問題となって、大きな反対を呼び起こすであろう。
- (6) 同一危険から生ずる別々の損害を“危険分離扱いの危険”の発生を恐れて1つの保険で扱うと、今度は“危険混合扱いの危険”が生じてくるであろう。例えば船員保険において業務上と業務外の疾病や傷害の区別のないままに、一切の保険財政が混合させられて、因果関係の解明も不可能なままに、打ち揃って財政的負担を増してしまったり、それぞれの責任準備金や積立金を流用し合うという危険を生ずるであろう。
- (7) 所得の喪失を埋め補うための経済的保障は、継続給付でなければならない。この意味では年金保険も医療保険もともに継続給付の要素を強く持つものであるが、継続給付の実施には長期保険のテクニックの利用必要性和長期保険独自のリスク(危険)の発生・増加を、ともに生みだすであろう。
- (8) “危険複合・増幅の危険”を忘れてはならない。例えば十分な年金→年金給付の激増、なんとなれば年金が良くなれば良くなるほど、老人生活が良くなって、さらに年金給付は増加していく。しかも老人が長生きするから、当然老人医療費も激増していく。このような関係を事前に十分に検討して、リスクをやや多めに計算基礎に組み込まなくてはならない。
- (9) 保険における“収支相等の原則”は、例えていえば経営原則に近い。してみるとそれは他の一般の制度と共通する原則である。そして“給付・反対給付均等の原則”は、例えていうと原価計算的取引・交換原則に近い。してみるとそれはやはり他の一般の制度と共通する原則である。両原則はそれぞれ違う意味内容のもので、決して強烈に関連づけて把握したり、相互に一体的なものと理解してならないであろう。
- (10) 私的保険は“前代に高めの保険料、後代に修正された保険料”のコースをたどり、公的(福祉的)保険では、“前代軽負担・後代

高(重)負担”となりやすい。ゆえにこのような現象が一定以上に深刻化しないように注意して、保険料の設定が試みられるべきである。

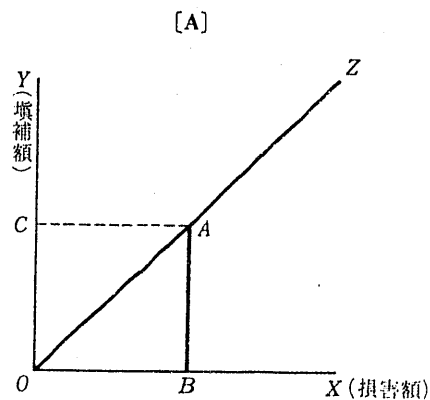
- (11) 公的保険(社会保険)の中の医療保険は現物給付なるがゆえに、給付にインフレ・スライド力があり、年金保険にはインフレ・スライド制が導入されている。ゆえにインフレ・スライドは公的保険の1つの欠かせない要素とみるべきで、これが財政への影響は必ず事前に考慮されてあらねばならない。逆に私的保険(普通保険)にはインフレ・スライドはない。社会保険と普通保険の決定的相違点は、他の要素よりは、今後はこの点に求められるべきである。

- (12) 社会保険で保険料方式をとる限りにおいては保険的で、税方式が主となった場合には大幅に保険より離脱する。税方式の場合は、給付のあり方、なされ方で、保険に代わる新しい技術や技法が用意される必要がある。例えばミーンズ・テスト。

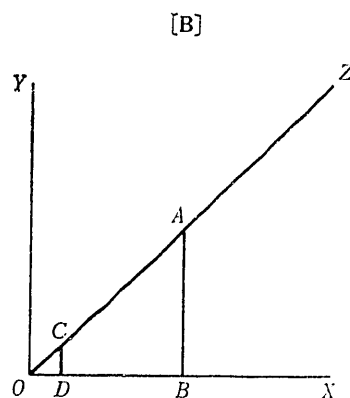
II 医療保険における損害額と填補額

医療保険における発生した損害の量すなわち損害額を、 OX 線上にとる。そして発生した損害に応じて填補する量すなわち填補額を、 OY 線上にとる。さて医療保険も込めて損害保険では、全額付保、実損填補ならびに新価保険で保険契約をなすことが最も理想的で、したがってまた合理的とされているが(ただし主として保険者側に立つての保険学がこのようなところで、被保険者・国民の側からの保険学だと、常にそうとのみは限らないのであるが)、ここでは、つまり医療保険ではあまり新価保険ということは関係がないから、一応は除外して考えてよいであろう。新価保険はインフレ著しいところで、しかも現金給付に徹した保険のところでは生ずる“保険金と財貨再購入・再取得価格とのギャップ”に対処するためのもので、身近には火災保険で例のみられるのである。医療保険は短期的現象である疾病・傷害な

どを主たる保険事故とし、そのための費用を調達せんとするものであるから、新価保険の方式はさして必要を感じられないのである。



図[A]は、全額付保で実損填補の医療保険における損害額と填補額の関係を示すものである。損害が OB 量発生した場合、 AB (それは OC と同じ)量の填補がなされるのであり、 $OB=AB$ の関係にある。したがって直線 OZ は $\angle YOZ (=90^\circ)$ を等分する。つまり $\angle ZOZ = \angle ZOY$ にして、ともに 45° である。



図[B]は、保険でいう小損害不担保＝小損害不填補の原則の導入された場合を図示するものである。損害 OB がでた場合には、填補 AB がなされるわけであるが、仮に発生損害が OD 内の大きさ、つまりきわめて小損害であったのなら、なんらの填補もなされないのであって、損害が OD 額以上になったときから填補が損害額と同額だけなされるのである。 OD を超えた場合、例えば OB 損害量の場合には、 AB 分の填補がなされ、それは決して“ $AB-CD$ ”の量の填補となるわけではない。

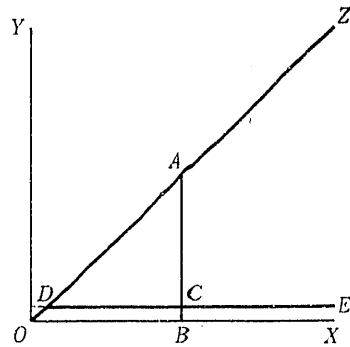
損害 OD 内の小さなものに対し、填補 CD 内の小さなものが不担保＝不填補ということから、この方式を“鼻切り”と公的な医療保険の場合に呼んでいる。かかる方式が導入される理論的根拠は、このような小損害は保険という偶発の災害の発生より引き起こされたとするよりは、日常茶飯の、経常的な出来事、つまり当然のこととして毎日生ずる出来事と理解して保険の範囲や問題から排除して、そのうえで保険を仕組む方が合理的と考えられるからである。仮に小損害の発生にもいちいち小填補をなすとすれば、損害査定をはじめ支払い事務などに要する出費も嵩む一方で、結局“手間ひま、労力、代金”などの費用倒れになってしまうのである。したがって小損害不担保＝小損害不填補は、保険としては正しいテクニックといえる。

ただ医療保険とりわけ公的なそれにこの方式を導入すると、小損害、小さな受療出費を自己負担で被保険者＝国民が負うことになる。これは主として心理的に、つまりたとえ小額でも自分の貨幣を支出しなければならないということへの心理的抵抗を生じて、早期受診を妨げることにはなる。そして本番の、本格的病気の早期発見を遅らせる。つまり小損害不担保方式（原則としてもよい）は、どこまでも財政健全化のためのものであって、いうならば財政方式の一種なのである。

さし当たり初診料一部自己負担などは、これに準じて把握され、またこれと同一の効果を生ずることにはなろう。一般に保険ではこの方式や原則は、損害発生の予防ならびに防止効果の点で評価され、小損害填補のための保険金支出そのことには、財政健全化効果はさして認められない。しかし医療保険では少しく事情を異にする。小さな病気や怪我はあまりに日常頻繁に生ずるがゆえに、被保険者がほとんど全員、しかも日々乱利用・乱受診とみられるほどにしがしと利用するから、これらの出費も集合・堆積されると、意外に大きな財政負担を引き起こすのである。受診抑制が生ずるから小損害の不担保＝不填補は反対となるが、受診抑制の効果が生ずるほどでなくては、保険財政健全化の意味はないのである。ここに医療保険

における福祉性の遂行・発揮と、財政健全化ならびに負担軽減の経済性とが対立し合うことになり、これを解決するには、被保険者（患者）と医師（保険者ではない）の医療をめぐる知識と良識の充実以外にないであろう。

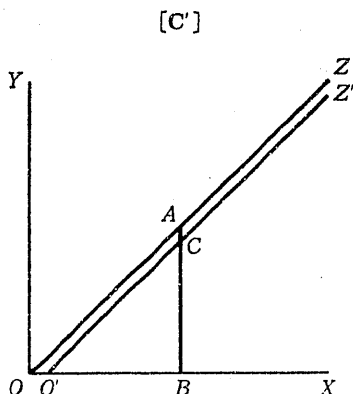
[C]



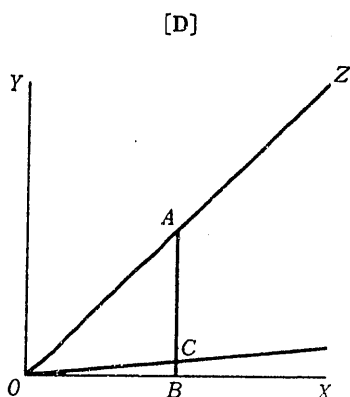
図〔C〕は、いわゆる“足切り”といわれるものの図示で、損害が発生して填補される場合、常に DE の線より以下の部分だけ填補額が削減される方式である。例えば OB の損害が生じたとき、填補される分は“ $AB-BC$ ”となるのであり、填補の大きさとしては AC ということになる。例えば医師に患者が掛かる場合、そのつど小さな金額を自己負担したり、入院の際に1日いくらか自己負担し、さらに食費1日いくらか自分で負担し続けることで、その際の金額は低額で定額となるのが普通である。財政効果と福祉面での問題発生については、小損害不担保の場合と、ほとんど事情を同じくする。

この足切り式の一部負担・自己負担は、受診行為の過度ならびに不必要なる長期化を抑制する。入院日数が世界一長びくわが国では、必要性が他国より強い制度である。なお一部負担（一部自己負担）の概念の中に、小損害不担保・不填補による小額自己負担は含まれるであろう。

図〔C'〕では、一部負担の部分 $O'Z'$ を示している。つまり OB なる損害が発生した場合、“ $AB-AC$ ”つまり CB を填補するのであって、 AC の部分が一部負担・自己負担となるのである。一部負担の図示を図中の下部、 OX に平行する線で示さず、図中央部の OZ に平行する $O'Z'$ の線で示したのである。保険学では本図の方が

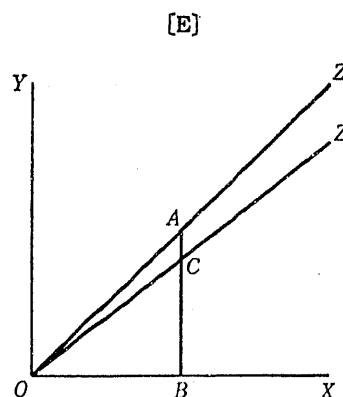


図[C]より一般化しているが、足切りという言葉のニュアンスをより示すためには図[C]の方が勝っている。



図[D]は、保険学でいうフランチャイズ=免責歩合を図示したものである。保険者はある一定歩合以下の小損害について、これを填補しないということがあり、この歩合を免責歩合と呼ぶ。もとより歩合つまりパーセントはごく小さなものであり、要するに一種の小損害不填補の方式であって、不填補部分を低額定額で定めるのに対し、低率定率で行なうのである。例えばOBなる損害が発生した際、ABなる填補がなされるのではなくて、AC量の填補がなされ、CB量は不填補にして、したがって自己負担となるのである。損害が大きくなれば不填補部分も大きくなるが、填補と不填補の部分割合・部分比は常に一定である。医療保険において、医療費のごく小さな比率部分を自己負担すれば、この方式の導入といえる。受診抑制効果は低額定額の場合よりも、より大なるはずである。もっとも大病や長期療養の場合などでは、受診不可能な現象がこのために生ずる危険があ

る。



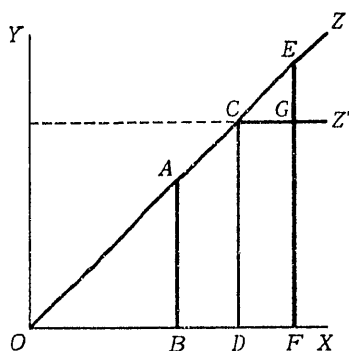
図[E]は、損害保険でいう“比例填補”という填補方式を示すものである。この方式に対置されるものが実損填補方式であって、これはOZの線が表示するところである。OZ'の線が比例填補方式を図示するものであって、そもそも比例填補とは、発生損害の何パーセントを填補すると契約時に取り決めて、損害が発生したらそれぞれの量にこの何パーセントを掛け算して、填補すべき金額を定めるのである。当然不填補の部分は(1-何パーセント)となるのである。

仮にこの何パーセントを $\frac{80}{100}$ すなわち80パーセント（したがって不填補部分は $\frac{20}{100}$ すなわち20パーセント）としてみると、OB量の損害が発生した場合、CB量の填補がなされ、これは発生損害の $\frac{80}{100}$ すなわち80パーセントとなるであろう。当然不填補となる量は $\frac{20}{100}$ すなわち20パーセントで、これは図中のACで示されている。かかる比例填補方式は、損害の予防と防止に被保険者をして熱心たらしめる効果が絶大で、また事故誘発を阻止し、道徳的危険・モラルリスクを防ぐ作用が著しい。

医療保険においては、被用者の被扶養者である妻や子どもが7割給付、したがって3割自己負担となっていれば、この7割こそが比例填補ということになる。自己負担の部分が絶対額として大となると（医療費が嵩んで）、受診そのものができなくなる人もでて、医療をめぐる福祉の阻害要因となりですが、それだけにまた財政負担軽減の効

果は十分にある。比例填補方式とフランチャイズ、一部負担方式とは、制度的に似通っているが、前者に対し後者が著しく低い率にあることで、機能も、本質までも相違してくる。前者は明らかに相当量の一部負担・自己負担させることに狙いがあり、後者は損害の予防や防止ならびにモラルリスクの発生阻止を主として求めているのである。前者は発生損害を保険と、さらに別の制度との組み合わせをもって填補しようとしているのである。このことを医療保険で言えば、例えば健康保険における被用者たる被保険者本人は、10割給付で実損填補、したがって医療保険で全額負担のうえで治療に専念することになるが、被扶養者である妻や子どもは、保険で7割、あとの3割は自分の力で、別のところと方法でなんとか費用を調達せよというわけで、そこには保険で病気や怪我を全治させるという理念と原則の両者とも、放棄されているわけである。10割給付＝実損填補とは決定的に、本質的にも相違している。

[F]

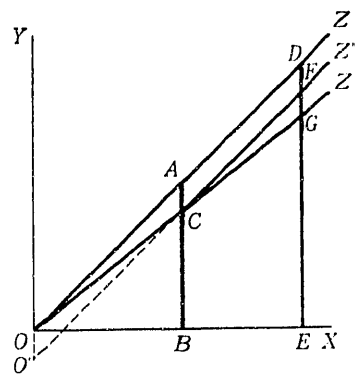


図〔F〕では、給付“頭打ち”方式を図示している。 CZ' を超える給付（ CZ 線上にある損害と給付）はカットされることになる。保険者には資本・資産・資金などの諸力で支払い能力に限界が存する。最近はリスクの巨大化現象が顕著であるから、それぞれの保険者のリスク引受能力や損害負担能力、そして損害填補能力を超えてしまったり、保険者の経営・運営実態や状態を著しく圧迫してしまうほどの大きな損害が生ずるおそれがあるのである。よって生じた損害に対する填補のための給付に上限を設定し、ここではその点をCとし、 CZ' 線を超えた填補額＝給付額は、カットし

てしまうこととなる。

損害量 OB 、したがって填補量 AB ならば、一切カットなし。損害量 OD 、填補量 CD でも同じ扱い。損害量 OF の場合は、 GF だけ填補され、 EG はカット、したがって EG は自力填補＝自己負担＝自己填補となる。ところで医療保険において、十分に治療を行ない、治療の成果を確実に達成するためには、“完治するまで”治療を行ない続けなければならない。場合によってはそのための給付は巨大な額となるから、私的保険では医療保険について、必ず填補と給付の上限を設定するのが一般である。しかし公的保険となると、真の福祉の達成という理念からして、上限を設定しないどころか、逆に損害が巨大となって被保険者の生活を圧迫すればするほど、より手厚く損害填補したり、給付したりする傾向（原則）がある。とはいえ例えば被用者が病気や怪我で長期療養＝長期欠勤すれば、結局は会社をやめなければならなくなって、退職後は今までの健康保険からもずり落ちることになるから、その時点をとって“頭打ち”という言い方も、ごく緩くならば妥当するかもしれない。

[G]



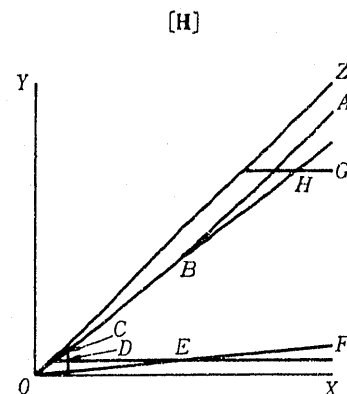
図〔G〕は、現在のわが国で行なわれている健康保険の1つの姿を図示したものである。つまり被用者本人以外の妻や子ども、つまり被保険者たる被用者の被扶養者（扶養されている直系の尊属、配偶者、子、孫、弟妹が主で、いわゆる家族給付の受けられる人々）は、外来の場合に $x\%$ しか給付を受けられず、これが比例填補方式といわれるもので、当然 $(1-x)\%$ の自己負担が生ずること

は、既述のとおりである。そして医療保険では損害、したがって給付には、原則として上限はないはずで（例えば火災保険なら、家そのものの時価がおのずから保険契約、保険金、損害額、填補額、給付の上限となるのだが）、無限に給付が嵩む可能性があるのとまったく同様に、損害額の $(1-x)\%$ で自己負担も無限に嵩む危険があるのである。それでは医療福祉の達成に支障が生ずるであろう。なお自己負担のある他の社会保険の制度でも、事情はまったく同じである。

そこで一定の段階まで自己負担が進み、嵩んでくると、つまり長期療養の場合には当然医療費も毎月多額に及ぶ場合が増えてくるから、この1ヵ月に自己負担した額が所定額を超えたときに、超えた分を高額療養費として健康保険から支給、そして被保険者はそれで損害填補をしながら自己負担量の軽減を達成していく。

ACを超えたとき、高額療養費支給が開始されだすとすると、OZに対し、O'Z"は所定の幅を持った平行線となるであろう。OZ'は比例填補を示す線である。今、OBの損害額に対しABの填補額が必要となるが、比例填補方式のもとでは、CBだけ保険者から填補されて、ACは自己填補となる。OE量の損害が生じたとき、DE量だけ必要填補額となるが、従来の比例填補方式のみなら保険者填補額GE、自己填補額DGとなるところ、高額療養費支給方式があるところでは、DFが自己填補額、FGが高額療養費支給額=高額療養費填補額となる。結局面積ZDACFZ"が自己負担・自己填補の範囲を示し、面積Z"FCGZ'が高額療養費の支給額=填補額を示すのである。面積Z"FCOBEXが保険者の填補範囲を示すのである。

図〔H〕は既述の填補方式に関するすべてのテクニックを書き込んで図示したものである。公的な医療保険においては、保険者の填補範囲は面積ABCDEFとなる。高額療養費支給があるほどであるから、填補額の上限の設定などありえない。ところで私的な医療保険においては、面積GHBCDEFが填補範囲を示すものとなるであろう。そこには高額療養費支給の制度がないから、



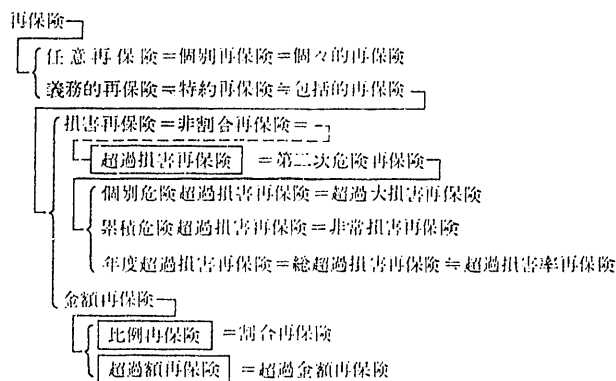
比例填補方式と上限カットが直接給付と填補に作用してくる。

III 医療保険・年金保険における再保険と財政調整

社会保険の各制度、医療保険や年金保険において財政危機が言われたのにつれて、社会保険でも再保険または再保険に類する制度を始めてはどうかという提案がなされるに至った。と同時に財政調整という案もしばしば耳にするところであり、一体再保険と財政調整とは、それぞれにいかなる制度で、いかなる特徴があり、かつまたいかなる機能を遂行するものであるかなど、論議がしきりにたたかわされている。ただ残念なことには本格的な保険学または保険論からのこの問題への接近というよりは、再保険制度を換骨奪胎して、その技術や技法（テクニック）をのみ利用しようという姿勢のみられることで、あまりにイージーな接近をすると、逆に財政破綻を速めたり、制度全体に思わざる歪みを生じてしまう危険すら孕むであろう。どうせなら正しい再保険の理論と構造をふまえたうえで、これを事情と実態に合わせて作りかえて導入する方が正しいのではないと思われる。

またあまりに大きく本来の社会保険から距離を置く制度ならば、再保険という用語を使わない方がよいかもしれない。というのも再保険には再保険なりのイメージがあって、このイメージと内容との乖離があまりに大きくなりすぎれば、これまた問題を生ずるからである。この点財政調整とい

う用語が便利である。その中に新しく、独自の概念が盛り込みうるからである。もともと国営保険・公営保険（公的保険とは違う）には、再保険は必要ないとされている。国家以上に強力な保険者はないのであり、この保険者にして支払能力、給付能力を欠いたり、これに支障をきたしたのなら、代わるべきいかなる保険者そして再保険者があるというのであろうか。ここまで考えてくると、再保険とは保険者の保険金支払能力または保険給付能力の不備や不足を補ったり、強めるための制度と理解されよう。国家は最後・最大そして一切の経済活動の拠り所とある以上、国家を保険者とする国営保険には、本来の意味の再保険は不要となる。



再保険の典型的な形態は、超過損害再保険、比例再保険、超過額再保険などである。

①「信用保険としての再保険」という見解について——“信用保険としての再保険を年金制度に導入することを考える”などと書かれも言われもしているが、これは再保険の正しくない理解の仕方といえるであろう。信用保険は不誠実行為や債務不履行に備えて、もしそのような事故に遭遇したならば損害を被るであろう者が、不誠実行為や債務不履行をしような者に対して付ける保険で、仮にこの考え方を医療保険や年金保険に強いて当てはめると、被保険者が保険者つまり公的機関に対し、それらの不誠実行為や債務不履行をおそれ、よって備えるために別の保険者との間に信用保険を締結するということになるの

である。医療給付がなせなくなったり、年金が払えなくなった際には、信用保険を締結した相手方の保険者から、代わりの給付や年金が提供されてくるのである。当然この保険の保険料は医療保険や年金保険の被保険者が払うことになる。国営保険の保険者にその被保険者が信用保険を付けるという発想はナンセンスだし、しかもそれは信用保険であることはありえても、およそ再保険とはならないであろう。

②「保証保険としての再保険」という見解について——“保証保険としての再保険を年金制度に導入することを考える”などと書かれも言われもしているが、これは再保険の正しくない理解の仕方といえるであろう。保証保険とは、債務不履行によって被る債権者の損害を填補することを内容とする損害保険で、保険契約者と被保険者とは常に別人で、すべて他人のためにする保険契約である。債務者を保険契約者、債権者を被保険者とする。

仮に保証保険を医療保険や年金保険に強いて当てはめて考えてみると、医療給付や年金を支払うべき債務者たる保険者がその責に帰すべき事由によって、契約上の債務を履行しえない場合に被る債権者たる被保険者の損害を填補する保険契約となる。債務者たる保険者が保証保険の保険契約者となり、債権者たる被保険者が保証保険の被保険者となるのである。当然医療保険や年金保険で給付ができなくなった場合、つまり債務の履行しえなくなった際、保証保険の保険者より、医療保険や年金保険の被保険者へ損害の填補がなされると理解する以外にない。保険者たる国家がみずからの財政に関する保証を保証保険に求めるということになるわけで、国営保険をめぐっては完全に無意味な発想となる。

もともと保証保険は官公庁の受け入れるところとならなかった。というのも官公庁側の債務不履行を考える必要性がなかったからである。ましてや社会保障や福祉政策の一環としての健康保険や年金制度にあって、保証保

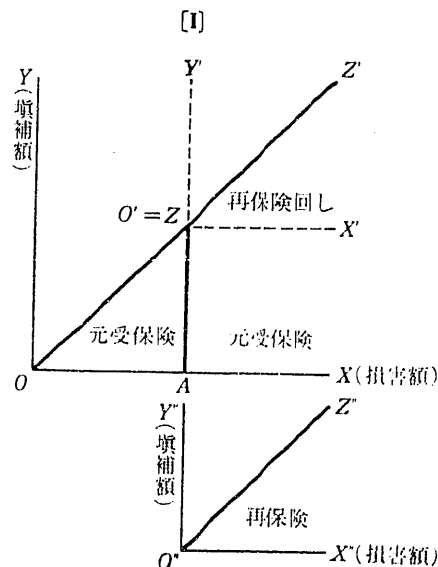
險をこれに絡ませたり、繋げたりする必要はきわめて薄いといえるであろう。また信用保険の場合には、保険契約者と被保険者が同一人ではありうるが、保証保険では必ず別人となるのであって、債権者が保険契約者となってみずからのために締結する保証保険は存在しえないごとく、債務者が保険契約者となって債権者のために締結する信用保険も存在しえないのである。このことはまた保険料の負担者が、保証保険にあっては債務者（医療保険や年金保険の保険者）、信用保険にあっては債権者（医療保険や年金保険の被保険者）であることを意味している。現在の保証保険では、自己のためにする保証保険契約は考えられず、強いてそのような形をとるならば、それはもはや責任保険の構想の中に移るであろう。いずれにしろ保証保険という形での再保険はなく、まして医療保険や年金保険を保証保険とされる再保険によって保険しようという考えは、成立が難しいであろう。

- ③「責任保険としての再保険」という見解について——医療保険や年金保険の保険者が自己に帰属する事由によって債務不履行つまり医療給付や年金給付がなしえなくなった際、保証保険に代わって、例えば自己のためにするものとして、責任保険が利用される。責任保険とは、一定の事故の発生により、被保険者が第三者に対して一定の給付をなすべき責任を負担することによって被る財産上の損害を填補する保険である。被保険者の契約上の責任を担保するものとして契約責任保険がその中で考えられるが、これがこの際適用できそうである。

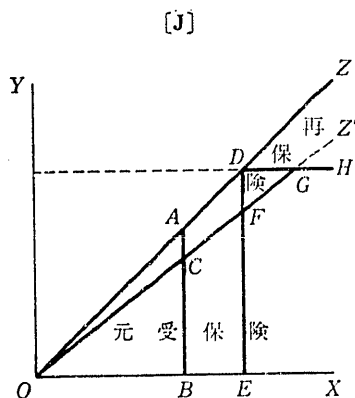
ここでいう被保険者とは、医療保険や年金保険の保険者のこととなり、第三者とは被保険者のこととなるのである。そして新たに考えられる保険者（医療保険や年金保険の保険者とは別で、責任保険の保険者のこと）こそ再保険者を指すであろう。再保険とは、ある保険者が引き受けた保険契約上の一部または全部について、さらに他の保険者に保険を付

することで、元受保険が生命保険であると損害保険であるとを問わず、再保険自体は損害保険の一種としての責任保険とされるのが通説である。その経済的効果は、保険者が自己の負担したリスクを実質的に再保険者に転嫁あるいは分担を求めるもので、損害発生の際には、まず再保険者によって元受保険者の損害が填補されながら、さらに元受保険者によって元受被保険者の損害が填補されることになる。

例えば年金そのものから事故が生じて、つまり年金給付が嵩みすぎて、年金保険の財政が危うくなり、年金支払いという損害填補金にも類する支払いが巨額化し、遂には支払いに支障をきたし、年金を給付するという責任が遂行しにくくなった際には、ここで再保険と呼ばれるものから資金が回ってきて円滑に責任が果たせるというのなら、それは再保険であり、責任保険としての再保険である。しかし年金制度に関わらない別の事由（企業年金であるならば企業倒産がそれ、公的年金ならば国家財政の崩壊がそれ）によって年金支払いがストップしてしまったときには、例えば倒産保険などが作動することはあっても、責任保険としての再保険が始動しだすことはないのである（再保険がすでにあったとしてのこと）。

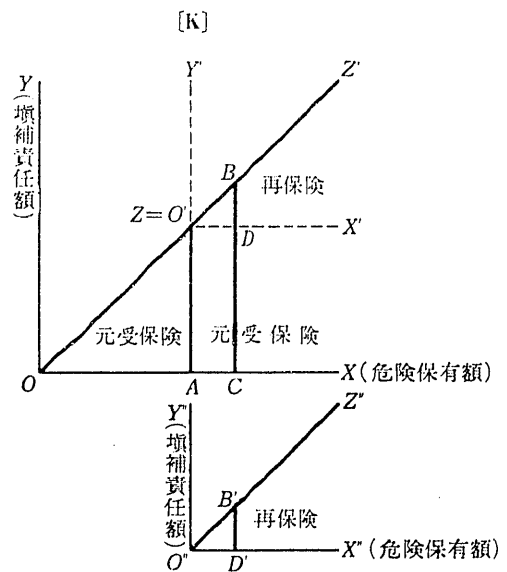


図〔I〕は超過損害再保険を図示するものである。損害が OA 量に到達した段階では、 AO' 量 (AZ 量) の填補がなされるが、損害が所定の OA 量を超えた場合には (これを超過損害の発生という)、その後の填補量は $O'X'(ZX')$ の線で止まり、この線を超える部分は再保険で填補されることになる。これは面積 $Z'ZX'(Z'O'X')$ の範囲においてなされるのである。ところで再保険は元受保険とは別体系 (別個) の保険でなされるから、図示に際しては別に書かれていなくてはならないであろう。それが下図であって、面積 $Z''O''X''$ が再保険において填補される範囲であって、面積 $Z'O'X' = \text{面積} Z''O''X''$ の関係にある。下図を上図にそっくり重ねて、損害額と填補額の関係把握してもよい。これには健康保険における再保険的とされる高額医療給付共同負担制度が近いものとされるであろう。また再保険は元受契約1件ごとで組まれるものであるが、元受保険をまとめて把握し、そこでの損害額と填補額をそれぞれ集合的に考察して仕組むものとあるが、医療保険はどちらでも再保険が可能であろうが、年金保険はどちらかというと後者が適するであろう。すなわちその年度の年金支給額と年金収入保険料との関係から超過損害を導き出すのである。例えば元受年金保険者が1営業年度中に支払った損害額 (年金給付総額) が、その収入年金保険料 (年金掛金総額) に対する割合を超過したとき、その超過損害を担保するなどの方式である。



図〔J〕は比例再保険を図示したものである。これは比例填補方式に構造は同じであって、ただ自己負担になる部分を再保険に出したと理解すれ

ばよいのである。元受保険者の引受保険金額の一定割合をすべて再保険に付し、ただしあらかじめ元受保険者の引受最高保険金額を設定しておくのが普通である。損害 OB 量ならば、 BC 量の填補を元受保険者が、 AC 量の填補を再保険者が行なった結果となる。損害 OE まではこの関係が続くが、 OE を超えた場合、 DH の線の上にある面積 ZDH は再保険には出すことはできない。したがって再保険で填補される部分の範囲は面積 $DAOCF$ であり、元受保険者の填補する部分の範囲は、面積でいうと $ZDFCOBEX$ となるのである。もっとも元受保険者も多分引受額・リスク保有の上限を設定しているであろうし、したがってその填補額にも上限はあろうというものである。主として医療保険において利用可能な再保険である。また元受保険そのものが各種の填補方式を組み込んで活用したとしても、この再保険との関係はさしたる変化をみないと考えてよい。



図〔K〕は超過額再保険を図示したものである。ここでは元受保険者が危険保有 (契約保有と同じことになるであろう) の限度額を定めて、これを超える部分を再保険するという方式である。保有限度額を OA とし、そこまではすべて元受保険者が保有する。この際は元受保険者の、事故発生の際の損害填補の責任は、当然 $O'A(ZA)$ の範囲内で示される。さて危険保有額をめぐり、それが OC の場合には、元受保険者の填補責任額は DC

で止まり、再保険者の填補責任額が $BD=B'D'$ と出てくる。もとより偶然の事故が発生して、損害が具体的に生じてきた際の填補責任額であって、予定とか予測とかされているものと解してよい。面積 $Z'BO'DX'$ (面積 $Z'BZDX'$) が再保険に回される部分で、再保険はもとより別建ての保険であるから、これを別に図示し、下図に示すのである。面積 $Z'O'X'=面積 Z''O''X''$ となる。この超過額再保険も概して医療保険用である。総じて 1 契約、1 件ごとに再保険に付せられる方式下では、医療保険はきわめて仕組み容易なものの、年金保険は仕組みにひと工夫も、さらにそれ以上の工夫を要しよう。年金保険の場合には、1 年度内における総給付と総掛金の関係から再保険制度に入っていくのが合理的とされよう。

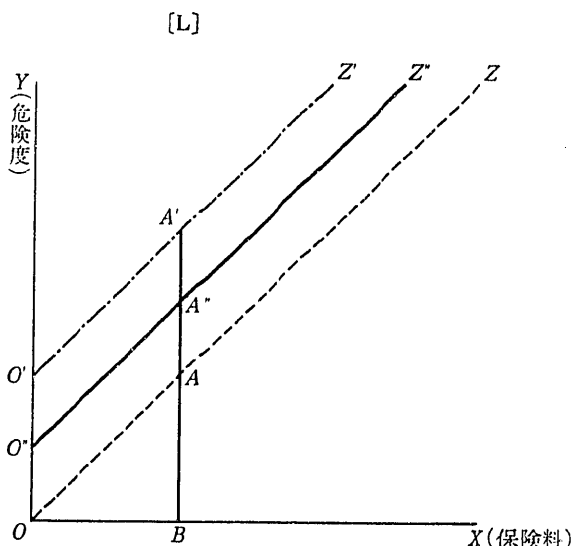
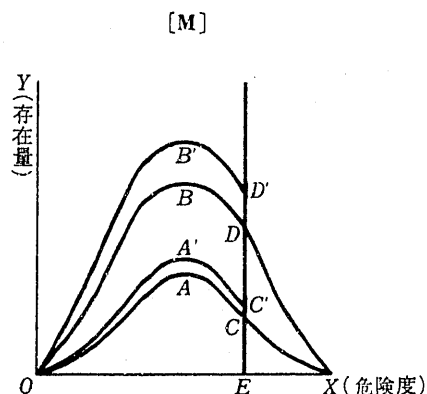


図 [L] は、再保険に代わり、再保険とは相違するものでありながら、しかも再保険と似通った機能の発揮を期待されている財政調整を図示したものである。財政調整は医療保険にも年金保険にもその実施を求める動きがあり、しかも各種の方法が考えられているが、ここではごく単純な 1 方式を示しておく。OY を危険度とし、OX を保険料とする。さて OZ をノーマルな保険における危険度と保険料の関係とすると、O'Z' はノーマルでない(アブノーマルな)保険における危険度と保険料の関係となる。これはもともとノーマルな保険でなく、危険度の高い被保険者を対象としての保険であるから、弱体保険ということになる。例

えば老人を対象とする医療保険(同様に老人がより多く加入している医療保険でも、弱体保険と同じような財政結果が生じてくる)、健康状態などでより劣る被保険者集団で成る健康保険(組合健保に対する国民健保)、これらには明らかな弱体保険性がある。また年金保険でいえば、国鉄年金は厚生年金に対し弱体年金保険的である。しかもこれら弱体保険は、それが公的なものである限り、ノーマルな保険集団・契約の場合と、その保険料において大きな格差を付けることはできない。図中では同一保険料(保険料率としておく)が、AB なる危険度に対し、OB なる保険料なら、それはノーマルな保険である。つまり危険度と保険料が正しい均衡関係にあり、危険保険料を示している。しかるに危険度 A'B に対し、保険料 OB は明らかに低きにすぎる。しかも O'Z' は常に OO' 分だけ異常に高い危険度にあるから弱体保険であることは間違いない。結局弱体保険にして、しかも異常に保険料の低い保険制度ということになり、ここで赤字が発生し、累積されていくのは間違いない。

財政調整とは、OZ の保険と、O'Z' の保険を財政的に一体化してしまって、あたかも O''Z'' なる別の新しい保険を形成したと、頭の中で考え合わせる行為で、この考え合わせに応じて保険料を双方から徴収することにするのである。図で示せば O''Z'' の線で、ここでは OZ の保険=ノーマルな保険の被保険者は AA''(危険 AA'' にみあうだけ)だけ高く保険料を徴収され、O'Z' の保険=弱体保険(弱体保険的保険)では、A'A''(危険 A'A'' にみあうだけ)だけ保険料が引き下げられることになる。かくて 2 つの保険の財政が架空の O''Z'' なる保険の保険料において調整されているのである(具体的には OB と AA''(A'A''))を加えた値)。もとより財政的には両保険は交流するも、保険としてはどこまでも別建てである。

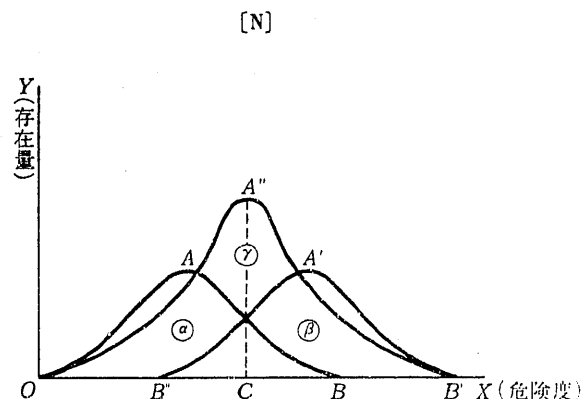
図 [M] は再保険の仕組みを図示するものである。それは危険度と、その危険度のそれぞれの段階において、どれだけの量の契約が集まっているか、どの程度の危険がどの程度に集まっているかを示している(その 1 つの保険団体の中で)。今



1つの保険団体をとって、それを $OACX$ の曲線（山形の）で図示すると、そこでは危険度の小さい契約は少しの量、同様に大きい危険度の契約も少しの量、そして中規模＝平常・正常の危険度は大きい量に分布している。さて面積 CEX で示される大危険を再保険制度に乗せて処理するということは、結局は面積 $OA'C'CA$ を上積みすることになるのである。大きな危険の（ただしその発生して損害を引き起こす可能性は小さく、ゆえに存在量《存在契約件数》は小さい）部分を小さく砕いて普通の規模の危険度にして、その存在量のもっとも多いところを中心に分布してしまうのが再保険制度である。存在量を危険ならびに損害の発生度数とか頻度とかと置き替えてもよいであろう。面積 $OA'C'CA$ と面積 CEX は等量となるべきである。

同様に $OBDX$ 保険において再保険制度を導入すれば、それは $OB'D'E$ の姿を図上に示す保険となるであろう。面積 $OB'D'DB = \text{面積 } DEX$ である。

図 [N] において、再度財政調整を図示してみよう。 OY , OX は図 [M] と同じである。さて保険 α において、危険度とその存在量の分布そして集中の姿は曲線 OAB で示されている。これがノ



ーマルな保険の場合といえる。そして保険 β は、危険度が異常に高いのであるから、これを弱体保険（弱体保険的保険）とすることができであろう。 $B''A'B'$ で図示されている。そしてこの α と β の2つの保険を財政調整して財政的に連結交流させると、抽象的には、つまり頭の中で理論的には保険 γ が浮かんでくる。

面積 OAB と面積 $B''A'B'$ を合わせたものが、面積 $OA''B'$ と等しくなるのである。危険の大きいものと小さいものを、その危険に対応する保険料の高いと低いの関係に直し、これを相互に連結交流させることによって保険間の財政調整をし、さて財政調整された状態を危険度とその存在量（発生度数または頻度と置き換えてもよい）の關係に置き換えて図示してみると、保険 γ すなわち曲線 $OA''B'$ とすることができるのである。危険度 C のところに、 A'' の大きな量に契約が集中した保険の姿を現出するであろう。ただしこれは理念的に出てくるのであって、実際はどこまでも α 保険と β 保険の間でのお金のやり繰りにすぎず、しかも保険 α においては総じて保険料は高くなり、保険 β において保険料は低くなるのである。

（にわた のりあき・慶應義塾大学教授）