

## 実損填補型がん保険：ニッチ商品

### 要旨

「がんよりもっと生命を脅かす危険のある慢性疾患はいくつも  
あるが、がんより恐れられているものはない」

チャールズ・メイヨー<sup>1</sup>

革新的な新商品を開発することは、保険会社の成功のカギを握っています。商品開発プロセスには様々な部門の関係者が関与する必要があります。全く新しい実損填補型の保障を導入する場合、その必要性が一層顕著になります。商品開発プロセスにはいくつかの注意点がありますが、十分な売り上げを達成するためには、提供された保障に消費者の観点で有形のニーズがなくてはなりません。その例が実損填補型がん保険です。当記事は、この商品を商品開発プロセスの観点から取り上げます。

### 背景

特定疾病保険は今やほとんどの保険市場において定着しており、余命や生活の質を脅かす疾患に診断された時点で一時払い給付金を支払い被保険者の経済的負担を軽減することで、高まりつつある消費者ニーズに対応した保険商品です。人気商品として今後も拡大が見込まれる一方で、その複雑性は30年以上に渡る歴史を経て年々増加し、一般消費者にとっては購入をためらう要因となっています。

実損填補型医療保険も同様に複雑であり、民間医療保険や公的医療保険では賅えない部分が多く内在しています。

その解決策として考案されたのが、シンプルかつ明解で必要なものを備えた包括的なニッチ保険として知られる実損填補型のがん保険です。実損填補型がん保険は本質的にはオーダーメイド型のハイブリッド商品で、保険会社の定義に該当するがんおよび上皮内がんと診断された場合に診断や治療、補助的ケアにかかる費用を包括的に保障するものです。

がんの脅威に対する認識は増加傾向にあり、がんを対象とした保険への関心も高まりつつあります。

実損填補型がん保険はアジアにおいて考案され、2012年末頃に発売に至ったのが始まりで、今日まで年平均25%の成長率で売り上げを拡大しています。アジアは世界人口の60%を占め、世界のがん患者の半数がアジア圏に集中しているため、この成長率は驚くべき数字ではありません。<sup>2</sup> がん人口が多い要因として、アジア諸国の生活習慣や社会・文化的な規範、民族の多様性が挙げられます。例えば、インドネシア、中国、マレーシア、韓国における

### 執筆者について



**Heather M. Lund MBBCh**  
hlund@rgare.com

ヘザー・ランドは、RGA リインシュアランスカンパニーのアジア担当総医長であり、アジア地域の再保険事業における引受・支払査定に対して医学的知識や専門的な支援を提供し、保険数理やビジネス開発、マーケティング、プライシング等の部門もサポートしています。ランドは、南アフリカ出身で、ヨハネスブルグのウィットウォーターズ大学を卒業し、医学士を取得しました。一般内科に携わり、とくに母子健康に関心があります。これまで医学分野の定期刊行物をはじめとして多数の記事を執筆し、国際保険医学会 (ICLAM) およびアジア保険医学会 (AIMA) において計画調整委員会委員を務めていました。

男性の喫煙率は米国男性の約2倍であると言われてい  
ます。また食習慣や大気汚染、がん関連感染症のリスク  
もがん有病率の高さを裏付ける要因となっています。

がんの脅威が広がりその影響が大きくなるにつれ、がん  
に関する負担は患者自身や家族を中心に社会全体に  
認知されつつあります。医学の進歩によって様々な種  
類に関するがん研究が進んだことで、がんのリスクや  
各がんの病因および予後、有効性が高い新規の個別化  
検査や治療方法について、医師は患者に明確な説明が  
できるようになってきました。

現在、がんの平均的な5年生存率はおよそ65%と言わ  
れ、改善傾向にはありますが、それでも依然として  
重大疾患であることに変わりはありません。がんとい  
う、人生を変えてしまうような脅威がもたらす影響か  
ら身を守るための手段として開発されたのが実損填補  
型がん保険です。

### 実損填補型がん保険—商品特性

がんの治療には高度な専門性と多様な領域を包括す  
る、親身かつ丁寧な個別ケアが必要になります。通常  
の実損填補型がん保険は、1回のがん治療ごとおよび一  
生涯で受け取れる給付額に上限が定められており、3回  
までの保障が認められています。2回目以降の給付金に  
ついては、病理組織学的所見から第2のがんとして診断  
され、前回のがん発症から1年以上経過している場合に  
限り、受け取ることが可能となっています。

保障対象となる治療としては、院内外における包括ケ  
ア、再建手術を含む外科的治療、在宅療養、補装具、  
リハビリテーション、緩和ケア等が挙げられます。また  
これらに付随する医療サービスやカウンセリングも  
保障対象となります。カイロプラクティックも保障さ  
れるケースがほとんどですが、1回の支払額に上限が設  
けられています。さらに、入院および外来診療におけ  
る漢方薬の利用等、社会・文化的伝統から生まれた地  
域特有の補完療法も対象としています。これらに加え  
て、臓器移植にかかるドナー費用やセカンド・オピニ  
オンの依頼にかかる費用、付き添いの配偶者や家族用  
のベッド費用等も含まれるほか、被保険者の死亡時に  
少額の死亡見舞金支払われるものもあります。

実損填補型がん保険の多くは、責任開始日からさかの  
ぼって5年以内に診断を受けた疾患については、引受査  
定の段階でその疾患について十分に告知を行った上で  
引受が認められたケースを除いては不担保としています  
。現在の実損填補型がん保険では不担保とされている  
例として以下が挙げられます。

- ・ 医療上必要のない治療、検査、サービスおよび補給  
品、あるいは妥当かつ慣習的とされる金額を超える費用

- ・ 面会者用の食事や医療報告書費用等、医療以外のサー  
ビス
- ・ 幹細胞治療等、いまだ実験的な段階にあり実用性が認  
められていない非一般的な医療技術、あるいは当該  
国・地域の政府機関、関係当局、認定医療団体による  
承認が下りていない術式や治療法、医薬品
- ・ 遺伝的素因を明らかにするための遺伝子検査
- ・ 市販の医薬品およびサプリメント
- ・ がん予防を目的としたワクチンや予防接種

### 査定ガイドライン—綿密ながんのリスク評価

がんのリスク評価は特殊性が高く、実損填補型がん保  
険商品に特化した査定ガイドラインが策定されていま  
す。がんの種類によってリスクや治療費を個別に評価  
する必要があるため、特定疾病保険のガイドラインで  
は十分に対応できない部分があります。

引受査定の手法に対する健康状態の告知内容は大きく  
分けて二つのグループに分類されます。一定のがんの  
リスクが明確に認められた疾患とがんに関連するリス  
クが認められない疾患です。前者には割増保険料を課  
すあるいは申込者が保有するがんのリスクに応じて不  
担保条件を追加するケースが多く見受けられます。例  
えば慢性B型肝炎の感染者は、特記事項がない限り、肝  
細胞がんのリスクに対して追加保険料を支払う必要が  
あります。がんと明らかな関連性が認められない後  
者の疾患についてはほとんど標準体が適用されます。

引受査定のプロセスにおいて一般的な疾患の多くは相  
対的にやや高いがんのリスクが認められつつも、追加  
の保険料を課すほどの重大なリスクとは言い切れない  
場合があります。同時に併存疾患についても考慮に入  
れながら適切に評価する必要があるほか、職業上の被  
曝、職業のリスクも検討する必要があります。また、  
初期の上皮内がんの支払いを考慮したガイドラインで  
あることも望まれます。引受査定の方針は保険会社  
によって異なりますし、商品の設計時に用いる発生率  
の予想も重要な要素ではありますが、最終的な査定回  
答やレーティングの決定はエビデンスに基づくもので  
なければなりません。

しかしながら、特定のがんのリスクが常に識別可能  
というわけではありません。例として、2型糖尿病患者  
に対する実損填補型がん保険の査定について考えてみ  
ましょう。この疾患はますますよくみられるようにな  
り、リスク評価の段階、特に特約において様々な課題  
を提示しています。糖尿病の特定疾病リスクは、広く  
知られている通り、大血管障害と細小血管障害に起因  
するものがほとんどです。すべての種類のがんリスク  
と糖尿病との間に疫学的なエビデンスが存在するわけ

ではありませんが、特定の部位に発生するがんにおいては、強い因果関係が認められているものもあります（相対的有病率により、ほとんどの調査が2型糖尿病患者のみを対象としています）。<sup>3</sup> メタアナリシスによれば、糖尿病患者におけるがんのリスクは高いことが証明されており、メタボリック症候群患者や糖尿病予備群とされる人々においても同様のエビデンスが示されています。

糖尿病の複雑な病態生理学には、様々な種類の慢性的ホルモン異常、慢性炎症、酸化ストレスが関与しており、こうした環境と遺伝的要素が重なることで発がんに至ると考えられています。また、加齢や肥満、偏った食習慣、喫煙、運動不足等、がんと糖尿病に共通の危険因子が多いことが相関関係に影響を及ぼしている可能性もあります。こうした共通部分はベースのレーティングに加味されていますが、複数の要因による相乗効果をどのように見るかはリスク評価において重要な留意点です。

興味深いことに、糖尿病は前立腺がんの発症を予防する効果がある可能性が示されています。アジアでは前立腺がん患者が少ないのですが、いくつかの調査において、糖尿病の男性において「すべての種類のがん」の発生が低くなるという結果は、糖尿病による前立腺がんリスクの低減が反映されたものと考えられます。<sup>4</sup>

一方で肝細胞がんのリスクは糖尿病患者ではおよそ2~3倍に上昇することが示されています。多くの疫学調査において糖尿病患者の肝細胞がんリスクの上昇が示されていますが、糖尿病が直接的な危険因子となってい

るのかそれとも肥満や非アルコール性脂肪性肝炎（脂肪肝）等の糖尿病関連疾患との関連性があるのかを明らかにする必要があります。

また、糖尿病患者にはB型肝炎およびC型肝炎の感染者が多いというデータもあります。この関連性についての正確な機序は明らかになってはいませんが、肝細胞がん患者がアジア圏で多くみられることから、この地域を対象にした商品についてはその点に十分な配慮が必要であると言えます。また、B型肝炎およびC型肝炎は膵臓、腎臓、子宮内膜、結腸、直腸、膀胱に発症するがんのリスクを相対的に上昇させることも明らかになっています。<sup>5</sup>

がん患者の全生存率においても、体系的な検証とメタアナリシスの結果、糖尿病の既往歴がないがん患者に比べて糖尿病の既往歴があるがん患者において長期的な総死亡リスクが高いことが認められました。<sup>6</sup>

がんの特化した保険商品のリスク評価において、研究に基づき熟考した手法が必要なもう一つの例として、自己免疫性疾患の有無が挙げられます。いくつかの自己免疫性疾患の有病者には、総合的に高いがんのリスクが認められています。<sup>7</sup> 全身性エリテマトーデス患者のがんのリスクに関する国際的な多施設コホート研究<sup>8</sup>によれば、当該患者のがんの標準化発生率はすべての種類のがんにおいて1.14であり、特にリンパ腫および白血病の発生率が高いことが示されました。

Szekanecz等は、自己免疫性疾患における悪性腫瘍に関するミニレビュー<sup>9</sup>において、がんのリスクが高い数種類の自己免疫性疾患についてまとめました。

表1：悪性腫瘍発病リスクの高い自己免疫性疾患

シェーグレン症候群	リンパ増殖性疾患
関節リウマチ	リンパ増殖性疾患（がん？）
全身性エリテマトーデス	リンパ増殖性疾患
全身性強皮症	肺がん、皮膚がん、食道がん
皮膚筋炎	卵巣がん、肺がん、胃がん

絶対的ながんのリスクが看過できるレベルであっても総死亡リスクが重大となるような申込は、引受査定において十分な注意が必要です。このような状況では、がん保険の相対的なニーズについて倫理的な判断が関わってきます。実損填補型がん保険の申込者が生命保険に加入できないような疾患を抱える場合は、細心の注意を払いながら個別に考慮する必要があります。例えば、申込者が複数の心血管系危険因子をもつ、あるいはその結果特別条件を課されるような健康状態である場合、実損填補型がん保険がニーズを満たすことがあります。このような申込者は付加的な留意点に基づいて評価されなくてはなりません。当然、逆選択のリスクもあり、十分な調査を行い可能な限りリスクを回避する必要があります。

### 支払査定

実損填補型がん保険商品ではどのタイプのがんや前がん病変を保障の対象とするのか、不担保とするのかを明示する必要があります。消費者に優しい商品になり得る一方で、医学的見地に厳密に基づいた商品を提供する必要があります。医学の急速な進歩と共に新しい発見や新たな知見に基づいた腫瘍の再分類が行われている現状を考えれば、とりわけ重要と言えます。医学の進歩によって、よりの確な腫瘍分類や予後予測、がん治療が可能になってきている一方で、診断方法と治療結果における改善を取り込むためには明確さが重要です。

被保険者集団のがんのトレンドを把握するためには、支払査定担当者からの継続的なフィードバックが重要になってきます。逆選択の懸念が生じた場合には報告する必要があります。

医療のあり方は国ごとに多様ですが、不担保条項の解釈の仕方によっては保険の契約内容に議論の余地が生まれることがあります。例えば「医学上必要」という考え方と「実験段階にある」と見なされる治療法について、後者に分類される治療法は特定の病状に対する有効性が確立されていないことを意味します（通常は第III相試験またはより早期の試験段階にあるものを指します）。後期試験段階にある薬物療法は、通常、査読審査のある医学誌への投稿や各国の医薬品規制当局からの承認等、精密な臨床的検査を適切に受けています。この点に関しては約款において定義付けがなされていますが支払査定段階においては医学の進歩と新しいがん治療に伴う期待に対して十分に管理し観察することが必要になってきます。

### 商品改定と今後のがん治療のプライシング

がん治療の将来はどのようになっていくのでしょうか。この疑問を投げかけると、解答以上に多くの新たな疑問が返ってきます。在宅療養がより主流になっていくのでしょうか。遺伝子、エピジェネティクス、プロテオミクス分野等における医学研究の進歩によって、がん保険の商品設計や定義、価格体系の複雑性が軽減したり増したりすることになるのでしょうか。それともより複雑性を増していくのでしょうか。がんスクリーニングの将来動向はどのようになり、どのような影響が想定されるのでしょうか。

最近の医学論文では、現在のがんスクリーニング方法の正当性を疑うものが発表され、過剰診断や過剰治療を防ぐためには現在の疾患別死亡率ではなく、総死亡率を基準としてスクリーニングを考えるべきだという主張がなされています。<sup>10</sup>現時点では学術的な論争ですが、生命保険会社はこうした状況を把握し、より包括的で低侵襲な早期がん検出検査への動きを観察していく必要があります。また、保険業界における極めて重要な動向として、一般消費者が保険商品に対する知識を備えより積極的に参画することで、消費者主導になりつつあることにも留意が必要です。

急速な拡大を続ける新たな分子標的療法や個別化治療の動向についても注意深く観察していく必要があります。1990年代半ばに世界で初めて抗がん免疫療法が誕生してから、2015年の5月までに171種類の同様の治療薬が開発されてきました。<sup>11</sup>これらの新規治療薬はがん治療における大きな希望となっていますが、画期的な治療薬の研究開発に費やすコストも膨大なものになっています。

薬物療法の選択肢が拡大したことで、こうした新薬をがん治療の第2選択薬や救済療法としてではなく第1選択薬や初期治療に組み入れる傾向が高まっていることも留意すべきです。予防や治療に用いられるがんワクチンや腫瘍溶解性のウイルス療法、遺伝子療法についても、今後さらなる開発が期待されています。さらに、精密なゲノム編集を治療に応用することを可能にするゲノム編集技術CRISPRについても注意深く動向を見守っていく必要があるでしょう。

今後の商品開発や商品改定のためには、既存の予防医療の戦略と診断・治療法の進化の両方をうまく生かせる方法を探求し続けることが必要不可欠です。

## がんとの戦いはいつまで続くのか

がんとの戦いはよく戦争に例えられることがあります。がんという敵に対する人々の認識は徐々に高まりつつあり、それを撃退するためには生活習慣の改善が必要だという理解も広がってきています。近年では、高度な画像診断技術やがんの分子標的予防法・治療法、解析能力の進歩によってもたらされた巧妙な新戦術等、新たな戦力も加わっています。がんは依然として脅威であり、明確かつ合理的な説明が見つからない部分が多く残ってはいますが、かつてないほどに楽観的な見通しがついてきていることもまた事実です。

新商品のアイデアや十分な研究に基づいて策定されたガイドラインに沿って、慎重なリスク評価や入念な支払査定を実施することに加え、発生率や生存率、がん包括ケアに関する将来動向に関する継続的な研究を通して、保険業界は引き続きがんとの戦いにおいて重要な支援的役割を担っていくことが期待されています。 

## 参考文献

1. Mayo CH, Hendricks WA. Carcinoma of the right segment of the colon. Presented to Southern Surgical Assoc. (15 Dec 1925) *Annals of Surgery*. 1926 Mar;83(3): 357-63.
2. Sankaranarayanan R, Kunnambath R, Qiao Y. Managing the changing burden of cancer in Asia. *BMC Medicine*. 2013 Dec 3;1-17.
3. Johnson JA, Carstensen B, Witte D et al. Diabetes and cancer (1): evaluating the temporal relationship between type 2 diabetes and cancer incidence. *Diabetologia*. 2012 Jun; 55(6):1607-18.
4. Harding JL, Shaw JE, Peeters A et al. Cancer risk among people with type 1 and type 2 diabetes: disentangling true associations, detection bias, and reverse causation. *Diabetes Care*. 2015 Feb; 38(2):264-70.
5. Vigneri P, Frasca F, Sciacca L et al. Diabetes and cancer. *Endocr Relat Cancer*. 2009 Dec;16(4):1103-23.
6. Barone BB, Yeh HC, Snyder CF et al. Long-term all-cause mortality in cancer patients with preexisting diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2008 Dec 17;300(23):2754-64.

7. Tessier-Cloutier B, Clarke AE, Ramsey-Goldman R et al. Systemic Lupus Erythematosus and Malignancies. *Rheumatic Disease Clinics*. 2014 Aug;40(3):497-506.
8. Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Labrecque J et.al. Cancer risk in systemic lupus: an updated international multi-centre cohort study. *J Autoimmun*. 2013 May;42:130-5.
9. Szekanecz Z, Szekanecz E, Bakó G, Shoenfeld Y. Malignancies in autoimmune rheumatic diseases – a mini-review. *Gerontology*. 2011;57:3-10.
10. Why cancer screening has never been shown to “save lives”—and what we can do about it. *BMJ*. 2016 Jan 6;352. <http://www.bmj.com/content/352/bmj.h6080> Retrieved April 18, 2016.
11. Stephens J. Anticancer immunotherapy – a new weapon against cancer. *Citeline*. 2015. [https://citeline.com/wp-content/uploads/July-2015\\_Anticancer-Immunotherapy\\_Jon-Stephens.pdf](https://citeline.com/wp-content/uploads/July-2015_Anticancer-Immunotherapy_Jon-Stephens.pdf). Retrieved April 18, 2016.



本誌は、ReFlections (RGA's Medical Underwriting Newsletter) の日本語版です。

© 2016, Reinsurance Group of America, Incorporated.

無断複写・転載を禁じます。RGAは、本誌において提供される情報の正確性を確保するために相応の努力を払うものとし、いかなる不正確な記述や脱落があろうとも、これによる一切の責任を負いません。

RGA リンシュアランス カンパニー日本支店

〒107-6241 東京都港区赤坂9丁目7番1号 ミッドタウンタワー41F

TEL 03-3479-7191 (代表)

URL <http://www.rgare.com/>