

保険会社の引受哲学をめぐる日米比較研究

—医療保険を中心に—

宮地 朋果(拓殖大学商学部教授)

【要旨】

保険者は、差別的とみなされる可能性のある引受基準を除外するよう求める圧力に対してどのように対処すべきかに注意を払う必要がある。なぜなら、この種の除外は意図しない結果を招き、1)リスクとコストが高くなりすぎた市場を一部の保険者が制限したり、その市場から撤退したりする可能性がある、2)消費者を以前よりも不利な状況に置く可能性があるからである。また、全世界的に一律に対応できる解決策はないことにも留意が必要である。なぜなら、日米の市場の比較で見られるように、文化的規範や法的要件によって、保険引受における基準の扱いが国ごとに大きく異なることがあるためである。

1. はじめに

近年、保険会社が保険引受においてアクセスできる情報の種類と量を制限するよう求める動きが世界的に広がっており、その中には遺伝子検査も含まれる。本稿は、このような保険引受における変化について警鐘を鳴らすものである。

まず、本稿では、医療保険や生命保険の引受において、どのようなリスクカテゴリーが「差別的」と考えられてきたか、あるいは現在考えられているかを、主に日米の保険慣行に着目して検討する。あるカテゴリーが「差別的」とみなされるかどうかは、主にその国の社会的、歴史的、文化的文脈に影響される。また、個人のリスクがどの程度保険料率に反映されているかが考慮される。たとえば、保険引受の公平性がどのように管理されているかは、保険に関する社会的な見方を示すものである。

医療を取り巻く環境や社会制度は、日米で大きな違いがある分野の一つである。また、健康保険制度をめぐる民間保険会社の役割が日米では大きく異なっている。このような違いを生み出す社会的背景を探ることで、日米の人びとの保険に対する考え方の違いを理解することができる。これらの違いは、それぞれの国における消費者の保険に対する期待や、リスクを引き受けて、より高い保険料を支払う意思などに関して影響を及ぼす可能性がある。

2. アンダーライティングに関する検討事項

2.1 保険原理と市場の失敗

これまで受け入れられてきたリスク基準をアンダーライティング実務から排除することが、保険業界、ひいては消費者にどのように悪影響を及ぼすかについて、よりよく理解するためには、まず保険原理を理解する必要がある。

「保険原理」とは、保険数理上の公平性に基づき、契約者が個々のリスクに応じた保険料を支払うことを意味する。保険原理のもとでは、リスクが高ければ保険料は高くなり、リスクが低ければ保険料は低くなる。例えば、生命保険でリスクの高い職業の申込者が保険料を上げることは、保険原理のもとでは合理的で公平であると考えられている。しかし、消費者は保険会社が保険原理のもとでどのようにコストを負担しているかを必ずしも理解していないため、公平性の概念について、消費者と保険会社の間に乖離が生じる可能性がある。

「情報の非対称性 (information asymmetry)」とは、経済用語で、通常、金融機関が情報や知識を豊富に持ち、交渉力が高いため、消費者が相対的に弱い立場に置かれることを意味する。しかし、消費者が保険に加入する際には逆の意味で使われる場合がある。つまり、消費者は自分や家族、親族の健康状態について詳しい情報を持っているが、保険会社にはそれがないのである。

一般に、保険制度では、加入申込者のリスクの程度が高いほど、申込者が保険給付を受ける機会が多くなる。リスクが高いにもかかわらず、もしも標準的な条件で契約できれば、申込者の利益は大きくなるため、高リスク者が意識的・無意識的に保険に加入したり、保険金額を増やしたりする傾向が強くなるのである。これは「逆選択 (adverse selection)」と呼ばれ、低リスクの申込者を多く加入させることができない保険会社にとっては、コストを相殺するための重圧となる。

情報の非対称性の存在により、リスクが適切かつ十分に分類されない場合、逆選択の影響が大きくなる可能性がある。ただし、消費者の立場からは、個人のリスクレベルがある程度高くなければ保険加入の誘引が働かないので、逆選択は経済合理的な行動であると考えられる。例えば、親族にがん患者が多い人は、がん保険に新たに加入する、あるいは、加入済みの保険の内容を拡充して、よりしっかりした保障を得ることを選択することがある。また、逆選択の典型的な例として、地震のリスクが高いと考えられる地域では、地震保険の加入割合も高くなることが挙げられる。

一方、「クリームスキミング (cream-skimming)」は、保険会社が過剰なリスク細分化によって優良なリスクのみを引き受ける場合に起こる。逆選択とクリームスキミングはともに市場の失敗を招く。

2.2 アンダーライティングの意義

保険契約をめぐっては、保険金の不払いに代表されるような問題が近年多く見受けられる。これらの問題は、保険会社(共済団体)と契約者とのあいだの意識・知識・情報

などの乖離に起因する側面がある。また、保険(共済)契約においては、アンダーライティングのあり方や逸失利益の計算方法など、一般社会からの理解を十分に得られないような事案も多い。そのような背景もあってか、保険会社や業界団体からは遺伝子検査と保険をめぐる問題について積極的な情報の発信はみられない。しかし、保険会社や業界団体の消極的な姿勢がかえって消費者の誤解や不信を生む原因となっていないだろうか。

逆選択による負の影響を避けるため、保険会社は保険契約を締結する際に、申し込みに伴うリスクの大きさを計測・評価し、契約の可否や条件を決定する。このプロセスを「アンダーライティング」といい、安定した保険経営の基礎となるものである。18世紀にイギリスで近代的な生命保険業が誕生して以来、逆選択を防ぐためにアンダーライティングが実施された。19世紀以降、健康診断が導入された。保険金額や保険の種類など複数の条件により、さまざまなレベルの診査が行われる。

医的選択については、被保険者の年齢、保険金額、保険種類、身体状況などによって選択の方法が異なる。日本では現在、医的選択は健康状態の告知が中心となっており、大きく3つに分類されている。「医師扱い」、「面接士扱い」、「告知書扱い」である。ほかに、人間ドックや職場での健康診断の結果などを参考にする場合もある。

生命保険や医療保険などに加入する際のハイリスク者への対策としては、(1)保険金額の制限(上限額の設定など)、(2)詳細な告知事項や医的選択が不要な保険商品の提供、(3)リスクに見合った高い保険料率や免責金額の特約の設定などが考えられる。

近年、保険会社の商品開発への積極的な取り組みが顕著になってきており、ハイリスク者を対象とした保険商品が増えてきている。たとえば、簡単な告知事項のみで加入できる高齢者向け医療保険や、治療中であっても薬で体調をコントロールできている人向けの医療保険などがある。また、HIV陽性者や難病患者など、よりリスクの高い人を対象とした保険商品も開発されている。

このような高リスクに対応した保険商品では、保険事故が発生する確率は著しく高くなる。しかし、事故の発生時期や経過など、ある面では偶然性が維持される($0 < r < 1$)ため、保険会社はそのリスクを民間保険の枠内で処理できると判断し、高リスク対応の商品を販売しているといえる。その結果、消費者が保険料を負担できる経済力があるかどうかという「保険料負担可能性 (affordability)」の制約は残るが、「保険入手可能性 (availability)」は満たされる¹。しかし、リスク区分の緩和は、保障範囲の拡大や外部不経済の抑制といった社会的なメリットがある一方で、行き過ぎると民間保険制度の原点や存在意義の否定につながりかねない。

3. 料率設定における公平性と不公平性

¹ 「保険入手可能性」と「保険料負担可能性」をめぐる議論の詳細については、堀田一吉(2003)を参照されたい。

3.1 料率設定における公平性の概念

保険引受における公平性とは、保険契約者が支払う保険料とリスク・エクスポージャーが可能な限り一致すべきことを示唆するものである。一方、消費者の公平性の概念は、保険の入手可能性とコストに基づくものである。多くの消費者は、保険料率の公平性については深く考えないだろう。しかし、保険加入を拒否されたり、平均より高い保険料の支払いを求められたりした場合、その決定を不公平あるいは差別的なものとみなすことがある。このような場合、保険会社と消費者の間で、保険引受に関する考え方に乖離が生じる可能性がある。

また、保険料率設定における「公平性」の概念は不変のものではなく、地域や時代によって判断が異なる場合がある。現在、日本では生命保険、年金保険、医療保険、自動車保険など、多くの保険商品で男女別の保険料率が導入されている。しかし、国によっては、これを差別として禁止する動きもある。例えば、欧州司法裁判所は 2011 年 3 月 1 日の判決で、性別に基づく保険料率を差別的と判断している。その結果、EU 諸国では、2012 年 12 月 21 日以降に締結される新契約については、自動車保険、生命保険、年金保険など、すべての保険種類で男女同一の保険料率を適用することが義務付けられている。EU における性別による保険料率設定の禁止は、注目すべき事例であった。世論や価値判断の変化が、保険の商習慣に修正をもたらしたのである。

日本では、1981 年 4 月から生命保険実務において、男女別の生命表を用いた男女別保険料率が採用されている。男女別保険料率の採用は、保険の歴史上それほど古いものではない。したがって、日本では、男女別保険料率は保険引受に関して不可欠なものではないとも言える。

日本では現在、自動車保険に男女別保険料率が用いられるのが一般的である。しかし、日本よりリスク細分化が進んでいる米国でも、男性、特に若い男性の事故率が女性より高いにもかかわらず、性別による保険料率を使用しない州がある。これは、無保険者の発生に伴う外部不経済や社会問題に対処するためである。また、事故歴や違反回数など運転者がコントロールできる要素とは異なり、性別は運転者のコントロール外の要素であることも理由として挙げられている。

カリフォルニア州では、2019 年 1 月 1 日から、個人向け自動車保険の料金を性別で設定することが違法となっている。カリフォルニア州以前にも、マサチューセッツ州、ミシガン州、モンタナ州、ノースカロライナ州、ペンシルベニア州など複数の州で、個人向け自動車保険について性別に基づく料率を違法とする動きがあった。

さらに、リスク分類に使用される情報は国によって異なる。たとえば、生命保険のリスク分類に、米国では個人の信用情報が使われることがあるが、日本では使われていない。また、個人向け自動車保険では、米国では学校の成績や車の色がリスク分類に使われることがあるが、日本では使われていない。家族歴は、米国では州や保険種類によっては考慮されることがあるが、日本では考慮されていない。1974 年まで、日本の

保険告知書には実親、実子、配偶者の家族歴欄があった。しかし、現在は業界による自主規制のため、これらの情報は収集されていない。日米それぞれの社会における文化、考え方、価値観の違いが、日米の引受慣行の違いに影響を及ぼしている事例と考えられる。

3.2 リスク分類における非合理性

健康リスクは、遺伝的要因と環境要因の両方から生じるが、遺伝が主体の病気もあれば、環境が主体の病気もあり、その両方が影響している場合もある。環境要因には、仕事、食事、生活習慣、喫煙、飲酒などが含まれる。この2つの要素の発症への関与の仕方は様ざまであるが、遺伝的要因が優位に働くものが遺伝性疾患である。

単一遺伝子病は、単一の遺伝子の異常によって発症するため、遺伝子変異と発症の因果関係は比較的単純である。例えば、ハンチントン病の遺伝子検査の結果が陰性であった人は、一生その病気にかかることはない。しかし、多因子性疾患の発症は、複数の遺伝的要因と環境要因の複合的な影響によってもたらされる。

がんの大部分は遺伝ではなく、さまざまな要因が影響すると考えられているが、がんの種類によっては遺伝の影響を強く受けるケースがある。たとえば、腫瘍を抑制するBRCA1、BRCA2 遺伝子に変異が観察される人は、乳がんや子宮がんになるリスクが高くなる。現在、保険引受実務で問題となっているのは、遺伝的要因が100%影響する単一遺伝子病と、遺伝的要因がきわめて大きいとされる、一部のがんなどに関するものである。

常染色体劣性遺伝の場合、父親と母親の両方から劣性遺伝子を受け継いだときのみ病気が発生する(確率は25%)。このことから、すべての人が何らかの病気の保因者であることは明らかである。保因者とは、一对(2本)の染色体(一方は父親由来、他方は母親由来)の一方に正常な遺伝子を、もう一方に変異した遺伝子を持つ人のことである。変異した遺伝子が父親と母親の双方から受け継がれなければ、病気は発症しないので、本人も自分が保因者であることを自覚することはない。

また、遺伝子検査の普及は、これまで知ることのできなかつたリスクを認識する機会をもたらす。さらに、自分の体に関するリスクをコントロールしたいという人びとの欲求の高まりは、出生前診断やエンハンスメント²のようなプロセスの拡大につながるだろう。この動きは、これからますます取り返しのつかないことになるかもしれない。

4. 遺伝子検査と保険の動向

4.1 米国

オーダーメイド医療などに代表される遺伝子医学の発展に伴い、採用、昇進、結婚、

² 「エンハンスメント」は、医療技術を使って、病気の「治療」にとどまらず、人間の属性を強化することを意味する(玉井真理子・松田淳編著 2013、113頁)。

保険加入などに悪影響を及ぼすような負の側面も指摘されている。これを一般に「遺伝子差別」と呼ぶ。

米国では、採用、昇進、結婚、保険加入などにおける「遺伝子差別」の問題が明らかになるにつれ、1991年以降、多くの州で医療保険の引き受けに遺伝子検査の結果を利用することを禁止する法律が制定された。この流れを受けて、遺伝子検査で得られた情報を採用・昇進・医療保険加入に利用することは、米国連邦法で禁止されている。

アメリカのように全国民をカバーする包括的な医療保険制度がない国においては、医療保険制度に占める民間負担の割合が大きい。このことは、経済的、心理的に無視できない影響を与える可能性がある。そのため、米国ではいくつかの社会的・倫理的問題を考慮し、2008年5月に、個人の遺伝情報に基づく雇用主や医療保険会社の差別を禁止する連邦法(Genetic Information Nondiscrimination Act: GINA)が可決された。

この法律により、雇用主が従業員の雇用や昇進に際して遺伝情報を利用することが禁止された。また、健康保険会社は、特定の病気にかかりやすい遺伝子を持っているという理由だけで、現在健康な人の保険加入を拒否したり、割増保険料を徴収したりすることが禁止された。ただし、GINAは従業員15人未満の雇用主には適用されない。また、生命保険、所得補償保険、長期介護保険には適用されない。

1965年に設立された米国の公的健康保険制度は、高齢者や障害者を対象としたメディケア(Medicare)と、低所得者を対象としたメディケイド(Medicaid)が中心となっている。自己責任と自由市場競争を基本理念とし、健康保険制度は市場原理に委ねられているため、国民の半数以上が雇用主を通じて、または個人で民間の健康保険に加入している。一部の富裕層は最先端の医療技術やサービスの恩恵を受けることができるが、中小企業など不安定な雇用状況にある人や失業者は健康保険に加入することができない場合もある。

4.2 日本

米国でも、また地球上のどの国でも、申込者に遺伝子検査を受けるように要求する保険会社はない。しかし、既存の遺伝子検査については、結果の開示を求められるケースがある。これは、保険契約の種類や金額、地域によって異なる。

日本の保険業界では、業界の自主規制により、過去も現在も遺伝子検査が保険引受に利用されたことはなく、法律で規制されているわけでもない³。

また、業界の公式見解⁴も公表されてこなかった。しかし、最近になって、メディア、ステークホルダー、そして一般市民が大きな変化に気づきつつある。

³ 遺伝子検査と保険に関する日本の法律をめぐる動向については、山本龍彦他(2022、107-142頁)に詳しい。

⁴ 生命保険協会の医務委員長の諮問機関として、1994年11月に発足した遺伝子研究会(保険会社の社医などにより構成された私的な研究会)が1997年にまとめた「遺伝子検査と生命

2022年4月6日、日本医学会、日本医学会連合、日本医師会の3団体が「『遺伝子・ゲノム情報による不当な差別や社会的不利益の防止』についての共同声明」を発表した⁵。主な要望は、以下の3点である。

1. 国は、遺伝情報・ゲノム情報による不当な差別や社会的不利益を防止するための法的整備を早急に行うこと、及び関係省庁は、保険や雇用などを含む社会・経済政策において、個人の遺伝情報・ゲノム情報の不適切な取り扱いを防止したうえで、いかに利活用するかを検討する会議を設置し、我が国の実情に沿った方策を早急に検討すること。

2. 監督官庁においては、遺伝情報・ゲノム情報を取り扱う可能性のある保険会社等の事業者および関係団体に対し、遺伝情報・ゲノム情報の取扱いに関する自主規制が早急に進むよう促すとともに、その内容が消費者にわかりやすく適正なものとなるよう、指導・監督を行う仕組みを構築すること。

3. 遺伝情報・ゲノム情報を取り扱う可能性のある保険会社等の事業者および関係団体は、遺伝情報・ゲノム情報の取扱いについて開かれた議論を行い、自主的な方策を早急に検討し公表すること。

この声明を受けて、2022年5月27日、生命保険協会は、日本の生命保険会社が保険の引受・支払業務において遺伝子情報を収集・利用していないことをホームページで公表した⁶ことが注目される。

日本における遺伝子検査や保険に関する研究は、これまで主に理論的なアプローチで行われてきた。しかし、医学の進歩、診断・治療の技術開発のスピード、諸外国の最近の動向などを鑑みると、日本で遺伝子検査と保険の問題が現実問題として議論される日もそう遠くはない可能性がある。

日本では遺伝子検査が保険引受に今まで一度も利用されてこなかったため、欧米のように遺伝子検査と保険をめぐる議論が進んでいない。したがって、欧米における遺伝子検査をめぐる最近の状況の変化や、その変化をめぐる保険ビジネスの動向などについてパネルディスカッションを行うことなどは、日本における今後の実務上の課題や解決策について有益な示唆を与え、社会からも要請されるであろう。

続いて、諸外国の状況や政策を踏まえ、日本政府が保険業界に対して遺伝子検査に関する政策をどのように提言・要望するのが望ましいかについて検討する。将来、全国民を対象とする包括的な医療保険制度が維持されることを前提とすると、医療保障における民間保険者の役割は、政府・企業の保障を補完することである。従って、政府による保障と民間による保障を分けて考える必要がある。

保険」という報告書はあるものの、業界の公式見解としては今まで発表されてこなかった。

⁵ 日本医学会ホームページ (<https://jams.med.or.jp/news/063.pdf>)。

⁶ 生命保険協会ホームページ (<https://www.seiho.or.jp/info/news/2022/pdf/0527.pdf>)。

ハンチントン病のような単一遺伝子の病気は、遺伝的要因の影響が 100%である。つまり、遺伝子検査の結果が陰性であれば、将来その病気に罹患する可能性はゼロとなる。一方、陽性であれば、病気の進行の時期や速度は予測できないものの、将来的に確実に発症する($r=1$)。このような病気は、民間の保険ではカバーすることが難しいため(民間の保険でカバーできるのは、 $0 < r < 1$ の場合)、社会保障制度の枠内で対応することが望ましいとされる。

日本の民間保険会社が遺伝子検査の情報を活用するための前提条件として、まず、遺伝子検査による逆選択が保険金の急激な増加など保険会社の経営に大きな影響を与えるかどうかを見極めることが必要であろう。

また、遺伝情報は本人だけでなく、広く親族や子孫にも影響するため、遺伝子差別を防ぐためにも保険会社にプライバシー保護を義務づける必要がある。万が一、保険会社が個人情報情報を漏えいした場合には、厳しい罰則や法的措置がとられることが強く望まれる。特にハンチントン病のように、遺伝子検査によって発症を正確に予測できるものの、予防法や治療法が確立されていない疾患については、よりしっかりとした遺伝カウンセリングプロトコルを確立する必要がある。

一方、遺伝子検査と保険というテーマへの取り組み方について、他国が日本から学べることもある。日本では現在、保険業者は保険引受業務に遺伝子検査を使用していない。これは法律で定められた制限ではなく、業界内の自主的な規制によるものである。仮に法制化された場合、保険業者がこのような環境変化に迅速に対応したり、柔軟性を保持したりすることは難しくなる。したがって、保険業者による自主規制が適切に機能している限りは、法律による規制よりも業界による自主規制のほうが、消費者と保険業者の双方にとって望ましい状況であると言える。そのため、日本の保険業者が今後も自主規制を適正に行うことができれば、他国が検討すべきモデルの一つになり得るだろう。

遺伝子検査の使用については、保険経営上の理由からも、世論の動向からみても、当面は日本の保険業者が積極的な対応をとる必要性は低い。また、日本は米国と異なり、現在、家族歴をアンダーライティングに利用していない。これは、家族歴がなくても、他の情報があれば、適切なアンダーライティングが可能であることを示している。同様に、将来的に遺伝子検査が利用できなくなったとしても、代替となる有用な情報が利用できる限りは、適切なアンダーライティングが可能であると言える。

ただし、保険業者が使用できる情報が限られるということは、リスクに応じた保険料率を保険契約者に課すという保険原理の緩和につながるということに注意を払う必要がある。近年、アップルウォッチなどを通して、運動履歴や健康診断の結果などを保険会社に開示することで、自身の良好な健康リスクをもとに保険料の割引を求めるといった保険商品が世界的な注目を集めている。これは、消費者がリスク細分化を選好している一例である。

今後、日本の消費者は、リスク細分化された保険を求めるようになるのだろうか。それとも、高リスクの人をも取り込み、より相互扶助的な性格を強化した「保険」を求めるよ

うになるのだろうか。その場合には、保険金支払の増加により、保険集団全体としての負担が大きくなり、一人あたりの平均的な保険料は高くなる。消費者がいずれの選択をするにしても、保険者がそれに応じた保険商品を開発すること、アクチュアリーが保険料率の設定をすることは可能である。保険原理や保険の仕組みに関する消費者の理解や選好を踏まえたうえで、今後の保険のあり方を議論する必要がある。

5. 保険引受業務をめぐる課題

5.1 アンダーライティング実務における変化

非喫煙者割引は、リスクを分類するために世界中でよく使われているシステムの一部である。喫煙と疾病の関係が明確に認識されたことで、多くの保険商品に非喫煙者割引が導入されるようになった。たとえば、米国では1970年代にはすでに非喫煙者割引が普及していた。日本では、1994年から告知書の中で喫煙習慣に関する質問をするようになった。また、1998年からは尿や唾液を使った喫煙者検査も実施されている。

逆に、以前は適切なリスク分類の一部とされ、一部で採用されていた人種別料率は、現在では世界的に差別とされ、採用されていない。また、日本では多くの保険商品で性別に応じた料率が導入されているが、これは米国の一部の州では「差別的」とされる。2011年3月1日の欧州司法裁判所の判決に基づきEUでは、2012年12月21日以降の新規契約から、自動車、生命、年金などあらゆる保険において、性別に基づく料率設定を禁止する新たな方針が施行されている。

法律が制定されれば、保険業界はそれに対応しなければならない。このように、社会情勢の変化に事後的に対応しなければならないという「限界」⁷を保険は有している。実際、EUの保険業界や保険研究者は、性別に基づく料率設定の禁止が保険会社の経営や契約者に与える影響について、法律が施行される前には積極的に議論を続けてきた。しかし、性別に基づく料率設定が、法律により禁止された現在では、保険会社は保険経営や社会への影響が過大にならない限りは、粛々とこの問題に対処していくのみだろう。また、人びとの生活に大きな弊害が生じない限りは、今後、この問題が再び一般社会の注目を浴びることもないと思われる。

非喫煙者割引や男女別保険料率の例は、保険引受が固定的なものではなく、環境（法律等）や人びとの価値判断によって変化しうることを示唆している。同様に、アンダーライティングにおける遺伝子検査の扱いもまた、状況に応じて変化していく可能性がある。

5.2 医療の進歩とアンダーライティングへの影響

近年の環境変化の中で最も注目すべきは、バイオサイエンスの目覚ましい技術革新だろう。たとえば、尿や血液だけを調べて小さながんも発見することは、すでに臨床

⁷ 前川寛(1982、1-19頁)は、保険商品・制度が当然持っている「限界」に着目している。

においても使われている技術である。腫瘍が大きくなる前に手術などができれば、内視鏡検査のように予後がよく、一日で終わるような、心身に対して低負担の治療で済む場合もある。がんのリスクが高い人は、こうした検査を短い間隔で定期的に行うことにより、極めて早い段階で、がんに対処することが可能になるというメリットもある。また、早期であれば、保険者、消費者ともに経済的負担が軽減されるという見方もできる。しかし、リスクの高い人の場合は、一回の請求額が少なくても、請求が複数回に及び、累積した請求額が高くなる可能性がある。また、受診者が増えることで、保険数理業務に影響が出る可能性も考えられる。

遺伝子検査には、他の医療検査と大きく異なる点がある。それは、将来のリスクを予測する能力である。現在でも、いくつかの遺伝子検査では、将来起こりうる病気の確率を正確に予測することができる。たとえば、ハンチントン病は、遺伝子の変異を受け継いだ人が、主に中高年で発症する難治性の神経疾患である。ほぼ全員が発症し（発症前に事故/自殺/他の病気などで死亡した人は除く）、その後、平均的には10～20年以内で死亡する。ハンチントン病の変異を受け継いだ人は、たとえ現在、きわめて健康状態がよくても、生き続ければいつかは発病する。しかし、何歳で発症し、どのように症状が進行していくかについては予測できない。診断方法はあっても、肝心の予防法や治療法がない現状においては、倫理的なジレンマが大きい。予防法や治療法がないことにより、うつ病やそれに続く自殺の可能性もある。したがって、検査前に十分な説明とカウンセリングが行われる必要がある。また、たとえ十分なカウンセリングが行われたとしても、検査結果を知らされた患者の自殺を防ぐことはできないかもしれない。

日本の保険引受業務では、既存の症状や病歴を審査に反映させ、そのデータをもとに将来のリスクを推定し、保険料を算出している。遺伝子検査は、現在のところ、日本の保険引受業務には適用されていない。しかし、英国や米国などでは、一部の保険種類や高額契約、特定疾病の検査など、限定的ではあるが、保険引受において既に遺伝子検査が使用されているケースもある。このように、保険契約者の現在と過去の状況から将来のリスクを推定するという保険引受の前提が、徐々に変化してきていることに注意を払う必要がある。

遺伝子検査の普及が進めば、やがて予防医学に注目が集まるようになるだろう。その結果、より積極的かつ革新的な方法で病気を予防する人びとが増えていくことが予想される。また、「健康」と「病気」の概念が大きく変化することで、保険引受のあり方や保険に期待される役割も変わる可能性が指摘されている⁸。したがって、人びとの保険ニーズや保険金請求の形態（頻度・金額）の変化にとまらぬ、保険商品の設計にも変化が求められる可能性がある。このように、医学の進歩は保険引受のあり方や保険経営に大きな影響を与え、その影響は無視できないものとなってきている。保険会社

⁸ 医学の進歩が保険事業に及ぼす影響については、佐々木光信(2013、31-48頁)を参照されたい。

等は、より迅速にこうした環境変化に対応する必要があると考えられる。

6. おわりに

保険の機能や役割は、経済・社会保障制度や技術革新などの社会の変化、価値観の変化など、さまざまな要因によって時代とともに変容してきた。同様に、保険引受の形態も、世論や環境の変化に応じて変化してきた。医療技術、社会・経済制度、法制度など、常に環境変化に対応することが保険事業に求められているが、最近の環境変化のスピードは以前と比較にならないほど速いため、注意が必要だろう。

特に、近年、保険会社が入手できる情報に対する規制が強化されていることは、消費者と保険会社の双方にとって諸刃の剣である。保険会社がアクセスできるデータを慎重に選択することは、プライバシー保護、情報セキュリティ、個人の権利のために不可欠である。一方、保険会社が引受に利用できる情報が限られることによる逆選択効果が過大になれば、保険料上昇の矛先が保険グループに向けられ、結果的に各保険契約者の保険料上昇を招くことになる。このことは、消費者に十分理解してもらう必要がある。

保険引受における公平性の価値判断は、客観的なデータの分析に基づくだけではなく、国民の意識、社会的な受容度など、主観的な要素によっても大きな影響を受ける⁹。そのため、社会環境や世論の変化を踏まえ、消費者の視点を十分に考慮した引受業務が求められている。また、全世界を対象とした一律の解決策は存在しないことに留意する必要がある。

日本は、世界と比較して、著しく少子高齢化が進む国である。そのため、近年は民間保障の重要性が増している。本稿の日米比較研究が意味するところは、今後の官民の役割分担や、保険会社および協同組合など民間保険者の存在意義を検討する際に役立つと思われる。また、近年の日本におけるさまざまな社会経済的格差への対応策の検討にも役立つであろう。

参考文献

- ・江澤雅彦(2006)「医療保険をめぐるアンダーライティングの諸課題」(堀田一吉編著『民間医療保険の戦略と課題』第5章)勁草書房。
- ・岡田豊基(2001)「遺伝子診断と保険業の法的交錯」『保険学雑誌』第574号、pp.62-86。
- ・香川靖雄・笹月健彦編集(2000)『岩波講座 現代医学の基礎9 遺伝と疾患』岩波書店。

⁹ アンダーライティングにおける公平性の価値判断については、筆者の既刊(宮地朋果、2011年、41-57頁)を参照されたい。

- ・佐々木光信 (2001)「生命保険の危険選択」『保険学雑誌』第 574 号、pp.47-61。
- ・佐々木光信 (2013)「医学の進歩と保険約款」『保険学雑誌』第 621 号、pp.31-48。
- ・瀧井宏臣 (2005)『人体ビジネス 臓器製造・新薬開発の近未来』岩波書店。
- ・田中淳三 (1998)「保険料率の区分について」『文研論集』第 122 号、pp.169-186。
- ・玉井真理子・松田純編 (2013)『シリーズ生命倫理学第 11 巻 遺伝子と医療』丸善出版。
- ・富永紅 (2012)「共済の特徴と役割」『損害保険研究』第 73 巻第 4 号。
- ・福嶋義光監修、玉井真理子編 (2007)『遺伝医療と倫理・法・社会』メディカルドゥ。
- ・フランシス・S・コリンズ著、矢野真千子訳 (2011)『遺伝子医療革命』NHK出版。
- ・堀田一吉 (2000)「民間保険における内部補助の合理性と限界」『文研論集』第 130 号、pp.51-83。
- ・堀田一吉 (2003)『保険理論と保険政策』東洋経済新報社。
- ・堀田一吉 (2004)「医療リスクの特性と医療保険」『保険研究』第 56 集、pp.23-48。
- ・前川寛 (1982)「保険の限界」『保険学雑誌』第 496 号、pp.1-19。
- ・宮地朋果 (2005)「遺伝子検査と保険」『FSA リサーチ・レビュー 2005 (第 2 号)』、pp.109-130。
- ・宮地朋果 (2011)「保険における危険選択と公平性」『保険学雑誌』第 614 号、pp.41-57。
- ・宮地朋果 (2015)「遺伝子検査の普及がもたらすアンダーライティングの新たな課題」『保険学雑誌』日本保険学会創立 75 周年・保険学雑誌創刊 120 周年記念号第 630 号、pp.179-192。
- ・宮地朋果 (2017)『格差社会への対抗』(分担執筆、担当範囲:第 4 章「格差社会における共済の可能性」pp.115-130) 日本経済評論社。
- ・山野嘉朗 (1998)「フランス・ベルギーにおける告知・通知義務制度改革と論理」『文研論集』第 122 号、pp.47-86。
- ・山本龍彦 (2008)『遺伝情報の法理論』尚学社。
- ・山本龍彦・石本晃一・鈴木麗・杉本康裕 (2022)「保険領域における遺伝情報の保護および利用について」『慶應法学』第 47 号、pp.107-142。
- ・R.D.C. ブラックエンリッジ・W.ジョン・エルダー編、日本保険医学会監訳 (2003)『保険医学—原書第4版コンパクト版』南江堂。
- ・Allen Buchanan, Dan W. Brock, Norman Daniels, and Daniel Wikler (2000) *From Chance to Choice: Genetics and Justice*, Cambridge University Press.
- ・Arrow, K. J. (1963) “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *American Economic Review*, vol.53, no.5, pp.941-973.
- ・Browne, M.J. (1992) “Evidence of Adverse Selection in the Individual Health Insurance Market”, *The Journal of Risk and Insurance*, Vol.59, No.1, pp.13-33.

- Browne, M.J., Doerpinghaus H. I. (1993) “Information Asymmetries and Adverse Selection in the Market for Individual Medical Expense Insurance”, *The Journal of Risk and Insurance*, Vol.60, No.2, pp.300-312.
- Greely, H. T. (1998) “Legal, Ethical, and Social Issues in Human Genome Research”, *Annual Review of Anthropology*, Vol.27, pp.473-502.
- Le Grys, D.J. (1997) “Actuarial Considerations on Genetic Testing”, *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, Vol.352, No.1357, pp.1057-1061.
- Macdonald, A. S. (1997), “How Will Improved Forecasts of Individual Lifetime Affect Underwriting?”, *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, Vol.352, No.1357, pp.1067-1075.
- Nir Eval, Samia A. Hurst, Ole F. Norheim, and Daniel Wikler (2013) *Inequalities in Health: Concepts, Measures, and Ethics*, Oxford University Press.
- Pauly, M.V. (1968) “The Economics of Moral Hazard”, *American Economic Review*, Vol.58, pp.531-537.
- Subramanian, K. *et al.* (1999) “Estimating Adverse Selection Costs from Genetic Testing for Breast and Ovarian Cancer: The Case of Life Insurance”, *The Journal of Risk and Insurance*, Vol.66, No.4, pp.531-550.