

[リサーチレビュー]

[2012 Vol2 No4]

[保険医学総合研究所]

[2012年11月]

[目次]

研究報告

生命保険における保険金・給付金支払い業務……………2

消費者向け研究報告解説

研究報告「生命保険における保険金・給付金支払い業務」の解説……………8

研究報告

生命保険における保険金・給付金支払い業務

報告者 嘉藤田進

1. はじめに

平成 17 年 2 月明治安田生命は、営業職員が保険加入希望者に対して告知義務違反を誘導する不適切募集をしたことと、平成 16 年 9 月までの 5 年間に保険金詐欺目的などで適用する「詐欺無効」という理由で保険金を支払わなかった件数が 213 件あり、そのうちの 162 件は本来支払われるべき契約であったことを公表しました。これに対して金融庁は法令違反並びに内部管理体制不備を理由に、業務停止命令並びに業務改善命令を行いました。

平成 17 年 7 月には金融庁は生命保険会社各社に不払いの調査を指示し、その結果、平成 12 年から平成 16 年の 5 年間に各社とも不適切な不払いがあるとの報告をしました。この際、明治安田生命以外の生命保険会社 38 社合計の不適切な不払い件数 435 件に対して、明治安田生命 1 社で 1053 件と突出していました。この背景には安田生命と合併する前の旧明治生命経営陣による死差益拡大の指示と支払抑制額の数値目標設定があり、そのことが不適切な支払い査定強化を招き、不払いに結び付いたとして法令等の順守体制並びに内部管理体制の不備に対して、平成 17 年 10 月明治安田生命は 2 度目の業務停止命令並びに業務改善命令を受けました。

明治安田生命のような半ば意図的な不払いではないにしても、生保各社で支払い漏れが恒常的に発生することの 1 つの理由は、約款に沿った支払業務を行うことの難しさにあると考えられます。支払業務には高度に医学的な判断を必要とするものがあります。支払い可否の判断を担当する人たちは、少数の医師と会社の規模によっては数百人にも上る支払い担当者ですが、医師を除けばその多くが医学の素人です。医学的な見地と約款の支払い要件の関係を深く理解して、適切な支払い業務を遂行するために、生命保険会社各社とも、支払い可否の判断を担当する人たちの教育に多くに時間と労力を払っています。生命保険協会としても「生命保険支払専門士試験」の創設等の職員教育の充実を実施しています。

平成 24 年 6 月に生命保険各社は平成 23 年度の支払い漏れ等の情報開示を自主的に行いました。その際に、支払い漏れ等の件数のみで各社を比較し評価した新聞報道等があり、またこれに関係して一部のマスコミでは特定の会社を厳しく批判した記事が載りました。会社の規模や保有件数の違い、保険販売方法の違いや保有する保険種類の違いも考慮しないこのような報道は、支払い業務を知る者から見れば非常に公平性を欠くものであると感じています。約款に沿った適正な支払い業務を行うことの難しさを理解することにより、報道された数字の持つ意味をより正確に理解できると考えます。そこで実際の支払い業務について解説します。

2. 保険商品の違いによる支払い業務の違い

保険商品には、死亡保険、医療保険、年金保険、介護保険、やや特殊な保障範囲が限定された商品としてがん保険、けがの保険、三大疾病保障保険などがあります。

保険商品の違いにより、支払い業務の複雑さや難易度が大きく異なることは一般には知られていません。保険商品の違いによる支払い業務の違いを保険商品ごとに見ていきましょう。今回は保険商品の中から死亡保険、医療保険、がん保険を取り上げてみます。

3. 死亡保険の支払い業務

多くの死亡保険は、被保険者の死亡時に死亡保険金を支払い、所定の高度障害状態になった場合に高度障害保険金を支払う内容になっています。

所定の高度障害状態とは、両眼失明や失語、常時介護状態、両上肢あるいは両下肢の切断などの状態をいいます。高度障害状態の該当非該当の判断は、生命保険会社所定の様式による医師作成の診断書の記載内容で判断されます。傷病発生時期からの経過が短く、まだ障害状態が固定していない場合などを除き、診断書に記載されている障害内容(障害の程度)が高度障害状態に該当すれば支払い対象となります。診断書は個々の障害の程度について、選択肢が示されていたり、各関節の可動範囲を角度で記載するようになっていたり、障害の固定時期を記載する欄が設けてあったりして、高度障害状態の該当可否(支払い可否)判断がしやすいように工夫されています。

高度障害保険金は保険契約者や被保険者の故意、被保険者の自殺行為(高度障害の場合免責期間の制限はありません)、被保険者の犯罪行為、戦争その他の変乱などの場合支払いが免責されます。したがって、自殺の可能性について検討が必要な場合があります。

一方、死亡に関しては死亡診断書または死体検案書にて判断されます。死亡に関しては医療保険における入院や手術と違って保険契約上1回しか発生しないで契約は終了するので支払い可否判断は比較的容易です。ただし、死亡保険金は保険契約者や死亡保険金受取人の故意、被保険者の自殺(自殺により支払いが免責される期間は保険会社によって違い、かつては1年間が多かったが、現在は3年間が一般的です)被保険者の犯罪行為や死刑、戦争そのほかの変乱などが死亡保険金の免責事由となっているので、事故と見られる死亡などでは自殺の可能性について検討が必要な場合があります。

死亡保険には、不慮の事故や法定・指定伝染病によって死亡したり高度障害状態になった場合に、保険金を割増して支払う災害割増保険金の特約が付加されていることがあります。この特約の支払い可否判断には、不慮の事故であることを証明する書類が必要となります。ここでいう、不慮の事故とは通常「急激かつ偶発的な外来の事故(ただし、疾病または体質的な要因を有する者が軽微な外因により発症またはその症状が増悪したときには、その軽微な外因は急激かつ偶発的な外来の事故とみなしません。)」をいいます。一部の会社ではさらに、「急激・偶発・外来」の3要素によって定義しました。「急激」は「傷害の原因となった事故から傷害の発生までに時間的間隔のないことをいい、慢性、反復性、持続性の強いものは該当しない」とされています。「偶発」は「傷害の原因となった事故または傷害の発生が被保険者にとって予知できないことをいい、被保険者の故意にもとづくものは該当しない」とされています。「外来」は「傷害の原因が被保険者の身体の外部から作用することをいい、身体の内部的原因によるものは該当しない」とされています。詳しくは当研究所リサーチレビュー2011Vol.1No.1「生保約款における不慮の事故の定義について」をご参照ください。

死亡保険金や高度障害の場合の支払い免責事由に加えて、保険契約者、災害割増保険金受取人または被保険者の重大な過失、被保険者の精神障害または泥酔(酒気帯び運転を含む)もしくは法令の定める運転資格を持たないで運転している間に生じた事故などが災害割増保険金の支払いを免責されます。従いまして、通常の死亡保険金だけの支払い可否判断に比べて災害割増保険金の支払い可否判断においては多くの点を検証する必要があり、それだけ判断は難しくなります。

昔から「風呂場における溺死」が不慮の事故による災害死亡か否かで争われた裁判例を多く見ます。風呂場での入浴という通常の日常生活動作の中で、滑って頭部を強打したとい痕跡でもない限り、入浴中に溺死するという事は、その前に心筋梗塞や重症不整脈あるいは脳卒中発作のような重大な身体の内部的原因がなければ通常は起こりえないものとして、「疾病または体質的な要因を有する者が軽微な外因により発症またはその症状が増悪したときには、その軽微な外因は急激かつ偶発的な外来の事故とみなしません。」に該当するとして災害性を否定する保険会社側と、災害性を認めるべきとする契約者あるいは保険金受取人との間で争われてきました。裁判例がいくつもあるほどその判断は大変難しいことがあります。詳しいことは当研究所リサーチレビュー2011 Vol1 No3「風呂場の溺死に関する網羅的医学文献考証」をご参照ください。

4. 医療保険の支払い業務

ここからは、医療保険の支払い査定実務についてみていきます。通常の医療保険は疾病入院保険に災害入院特約と手術特約が付加された形が基本です。

疾病で入院しようが、災害(事故)が原因で入院しようが入院給付金が出ることには変わりはありませんが、給付金が出る保険期間が疾病入院保険では終身であったとしても、災害入院は以前の商品では有期(例えば満90歳まで)となっている場合が多いようです。後で少し詳しく述べますが、医療保険には1回の入院で支払う給付金に60日間であったり、120日間というように日数制限が設けられています。また、通算の入院日数にも720日間や1000日間というように制限が設けられているのが一般的です。したがって、請求のあった入院が疾病入院であるのか、災害入院であるのかの区別が必要になるのです。

ところが高齢者はほとんどの場合、高血圧症や変形性関節症など何かしら持病を持っていることが多く、災害入院と疾病入院を区別することが難しくなります。1つの入院中に疾病の治療と事故の治療が並存することもあり、疾病入院と災害入院を分けることが、無意味と思えるケースも増えてきています。また、「不慮の事故による傷害を直接の原因として、その事故の日からその日を含めて180日を経過した後に開始した入院は、疾病を直接の原因とする入院と見なす」というような約款規定もあります。将来に向けて疾病入院と災害入院を区別しない医療保険の検討が必要でしょう。

1回の入院に関して、「疾病入院最終の入院の退院日の翌日からその日を含めて180日を経過したのちに開始した入院については、新たな入院と見なします。」という約款規定もあります。前回入院と今回入院が同じ疾患による入院なのかどうかの判断も必要となります。入院する医療機関や主治医が変われば診断書の病名が、同じ疾患なのに違う病名で記載することもあります。例えば、初めの入院では診断書病名が「狭心症」とされたものが、次の入院では「虚血性心疾患」と記載されることがあります。この2つの病名が「入院を2回以上し、かつ、それぞれの入院の直接の原因となった疾病が同一かまたは医学上重要な関係にあると会社が認められた時は、1回の入院と見なします。」に該当することを判断するにはかなりの医学的な知識を必要とします。また、「医学的重要な関係」の証明は保険者側(生命保険会社側)、その否定の証明は請求者側にあると考えられています。ここに死亡保険には無い医療保険の支払い可否判断の難しさがあります。

入院は死亡と違って何度も繰り返し発生する可能性があります。保険契約締結以前にすでにその疾患に罹っていて、保険加入時の告知質問にも該当していたにもかかわらず、無告知(告知義務違反といえます)で加入され、医療保険成立後に入院される方もいます。そのような場合、入院給付請求のあった傷病名が告知時点より前から発生していた可能性が高いことや告知義務違反が行われた可能性が高いことを判断して、主治医に詳しい病歴を照会したり調査を行う判断をするには、高度な医学知識だけでなく、約款における入院の定義など約款を深く理解している必要があります。

医療保険支払い可否判断には、これ以外にも厄介な判断が必要な場合があります。通常疾病ごとに平均的な入院期間というものがあります。一般の人たちであっても、虫垂炎で入院した場合は1週間程度の入院が必

要だろうということは知っているでしょう。医療保険の入院給付金は原則入院した本人(被保険者)に給付されるので、何社もの保険会社の医療保険に加入して給付金で生活することを企む輩も出てきます。家のベツから落ちて臀部に打撲というだけで2か月間も入院したり、通常の内服治療の状態であれば通院治療が原則の糖尿病で何カ月間も入院するなど、異常な入院を繰り返す被保険者の入院状況について、約款に規定されている入院要件(このような異常な入院に対応するために各社とも医療保険の給付対象となる入院に一定の条件を規定しています。したがって、通院治療が可能な病状で、外来通院で施行可能な治療を入院で行っても、支払対象とならない場合があります。)に該当する期間がいつからいつまでなのかを判断するためには、ときには入院カルテ、看護記録、温度版(患者の症状・全身状態・治療などの経過記録)、おもな検査結果、主治医の見解など総合的に判断することが求められます。このように医療保険の支払い可否判断は非常に難しい場合があります。このことについては、当研究所リサーチレビュー2011Vol.1No.6「医療保険における入院給付金不払いについて」もご参照ください。

少しだけ、手術給付金の支払い可否判断についても見ていきましょう。従来の手術給付に関しては昭和62年当時に業界統一の手術給付を作成しました。手術を88種類に分け、給付金額については当時の診療報酬を参考に、手術の侵襲などを加味して、入院給付日額の10倍、20倍、40倍という3段階の給付倍率を決めました。しかし、この88分類は、臓器による分類(例えば:そのほかの胃・食道の手術)、手技による分類(例えば:植皮術)、疾患による分類(骨髄炎・骨結核手術)が混在しており、分類に統一性がないために、1つの手術が複数の手術分類に該当する可能性があるということになり、手術給付金額の誤った支払いが多く発生しました。昭和62年当時から現在に至る医学の進歩、手術法の進歩は目覚しく、当時想定していなかった手術が多くなってきて、それら新しい手術の給付倍率をどうするのか各社で判断が分かれるようになっていました。さらに困ったことには業界統一で作成された手術の分類は88分類で固定されていたので、平成の初めのころには、新たに増えた手術を含めて手術給付金の支払い可否判断のガイドライン的な役割を果たす手術便覧が作成され、この中には診療の現場では手術というよりは処置としての位置づけられる手技(健康保険の診療報酬点数表でも手術と処置はそれぞれがKコードとJコードというまったく別のコード体系で分類されています)が支払い対象として含まれていました。患者の治療に当たった医師も手術と考えていなかったため、入院給付金請求用の診断書の手術欄に記載してくれません。経過欄など手術欄以外に記載されたそれらの手技を見落とすと支払い漏れになっていました。

最近ではこれらの手術給付金の支払い漏れや給付倍率相違を無くすことを目指して、公的な健康保険の診療報酬点数表に準拠した手術給付が取り入れられ、手術給付金額を1本化したり、給付金額の違いは入院で手術したか外来通院で手術したかの別のみとする手術特約を採用する保険会社が増えてきているようです。

5. がん保険の支払い業務

がん保険の支払い可否判断の最大の特徴は、通常の医療保険であれば全ての入院を保障するのに対して、がん保険においては「がん」のみを保障するということです。したがって、その疾病が本当にがんなのかどうかまず問題になります。そんなこと診断書の病名を見れば簡単だろうと思われる人がいると思います。しかし、日本の保険会社を取り扱っているがん保険のほとんどがWHO(世界保健機関)の疾病コード体系である、ICD分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)を採用しているにもかかわらず、WHOではがん(悪性新生物)として取り扱っていない上皮内新生物や上皮内がん(この言い方もしだいに使われなくなっている)をがん保険の支払い対象にしている会社があったり、悪性新生物には、上皮性のがんと非上皮性の肉腫があり、特に肉腫ではがんとちがって、「基底膜を超えて浸潤する」というがんと上皮内新生物を区別する明確な基準がないこともあって、悪性新生物なのか良悪不詳の新生物なのかの判断が非常に困難な場合があります。多くはがん診療の過程で行われる病理組織検査の結果で判断されますが、

病理組織検査の結果の解釈が保険会社に勤務する医師でも判断が難しい場合があり、医科大学あるいはがんセンターやがん研究会の病理の専門医に判断を仰ぐこともあります。

がん入院給付と一口に言っても、その判断は大変難しい場合があります。がん入院給付は通常の医療保険と違って支払い日数制限を設けていないことがほとんどです。その代わりに、「がんの治療を直接の目的とする入院」しか支払い対象とはなりません。前立腺がんの患者の中には3ヶ月間に1回外来に通院して、ホルモン剤の皮下注射で治療している人がいます。このような前立腺がん患者が他の並存する疾患で入院した場合は、がんが存在していて、その入院中にホルモン剤の皮下注射が行われたとしてもがんの治療自体は通院でできる内容なので、がん入院とは認められないことがあります。骨折で入院中に、がんが見つかって手術したような場合は、どこまでが骨折治療のための入院で、どこまでががん治療のための入院か判断する必要があります。がん治療の合併症で入院が必要な場合も、がん治療のための入院であるかどうかの判断が難しい場合があります。このように、医療保険にはないがん保険特有の難しい判断が要求されます。適切な支払可否判断を行うためには約款規定にも精通し、広くがんの知識も持った医師の協力が不可欠です。

6. 最後に

これまで述べてきたように、保険商品が違えばその支払い可否判断のプロセスや難易度は大きく異なります。正確で適切な支払い業務を行う難しさについて、理解を深めていただけたのではないのでしょうか。

支払い漏れの防止策として、「約款における支払い要件の明確化」や「保険金や給付金の請求手続きの分かりやすさ」なども各社が取り組んでいるところです。

さらに1つの契約に複数の特約を付加することをやめ、契約の支払要件をシンプルにすることも検討されています。主契約の支払判断に加えて特約の支払判断をすると、支払要件の違いでミスが発生する可能性が高まります。それを避けようということです。

これ以外にも医療保険の場合、短期間で複数回入院のあった場合にそれぞれの入院の原因となった疾病が同一もしくは関係が深いかどうか判断して通算していましたが、その判断を止めるように約款を変えた医療保険も出てきています。医学的に高度な判断を行わないことでミスを少なくしようという取り組みです。

先に述べた手術給付の変更も、手術給付漏れや手術給付金の給付倍率相違を発生させないようにする工夫の1つです。

支払漏れをなくすために新たな取り組みが進んでいますが、古い約款で締結された契約が残る限り、難しい支払可否判断を求められる場面は残るでしょう。

冒頭で触れた支払い漏れ等の件数のみで各社を比較し評価した新聞報道等に関連して少し補足します。各社の保険契約の保有件数は1位の会社(2200万件)と2位の会社(1530万件)でさえ、670万件もの差があります。同じ発生率で支払漏れが起こったとしても、保有件数上位2社だけでも支払い漏れ等の件数は1.5倍ほどの差が出てしまいます。

支払い漏れの件数の内訳として外部指摘が多いことも問題視されました。ここでは販売方法の違いを考慮しなければなりません。自社の営業職員が販売している場合は、お客様からのご指摘の一部は営業職員から本社に伝わり内部の指摘となっているものがあるでしょう。一方、代理店営業をしている会社では、お客様との接点にいる代理店は独立した事業者なので指摘はすべて外部指摘になります。

支払い漏れを金額で見ると支払い漏れ等の件数の多い会社と件数の少ない会社で支払い漏れ等の金額が逆転しているものがあります。支払い漏れの内容がそれぞれの会社の保有契約の保険種類の違いなどを反映している可能性があります。単純に件数のみで比較することでは本質を見誤ることになるでしょう。

今まで述べてきたことを理解すれば新聞報道をより適切に理解することができるのではないのでしょうか。

7. 参考資料

鳳佳世子 「保険金不払い問題の概要と課題」 調査と情報 572号 2007年

「保険等の適切なお支払いについて」 生命保険協会ホームページ

<http://www.seiho.or.jp/data/billboard/payment/>

野口正孝 「生保約款における不慮の事故の定義について」保険医学総合研究所リサーチレビューVol.1No.12011年 <http://insmed.co.jp/RR2011VOL1NO1.pdf>

佐々木光信「風呂場の溺死に関する網羅的医学文献考証」保険医学総合研究所リサーチレビューVol.1No.32011年 <http://insmed.co.jp/RR2011VOL1NO3.pdf>

嘉藤田進 「医療保険における入院給付金不払いについて」保険医学総合研究所リサーチレビューVol.1No.6 2011年 <http://insmed.co.jp/RR2011VOL1NO6.pdf>

宇都出公也「がん保険とは何か」 日本保険医学会誌, 106号: 114-125: 2008年

厚生省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要、ICD-10(2003年版)準拠」第2巻: 財団法人厚生統計協会: 2006年

消費者向け研究報告解説

研究報告「生命保険における保険金・給付金支払い業務」の解説

生命保険会社の支払い能力はソルベンシーマージン比率で評価されますが、本研究は個別契約の保険金・給付金の支払査定能力について分析しています。支払査定は商品性により、その難易度は異なりますが、保険の研究者を始め、消費者の方々には知られていないことです。死亡保険では、自殺・病死・事故死、高度障害保険金(重度の特定の身体障害で死亡保険金と同等額が支払われます)、災害割増特約(災害が原因で死亡されると保険金が割増して支払われる代わりに、災害死亡かどうか判断が必要です)の支払判断が、医療保険では、手術給付金の支払可否や一入院の通算限度、がん保険では、がんの診断の有無やがん治療の有無などが、査定者により判断されますが、判断に必要な能力は一樣ではありません。この点は、経済の専門誌の記者もファイナンシャルプランナーであっても、実感できないことですし理解され難いところです。しかし、一部のマスコミ報道では、全くこのような実体としての支払査定能力に踏み込むことなく、安易な保険会社の能力比較をしているようです。当研究所の研究員は全て長期間実務の経験を有しており、これまでに数多くのマスコミ取材あるいは行政対応を担ってきています。古くは大蔵省の時代から、また保険業界が護送船団の時代から実務と商品および監督官庁による監督・規制を観察評価し続けています。その評価の結果として一部の経済誌が、その専門性を謳いながら浅薄な内容の報道を流すことに懸念を感じている次第です。本研究は、その意味において正しく支払査定能力を評価していただくためにまとめたものです。