

[リサーチレビュー]

[2021Vol.11 No2]

[保険医学総合研究所]

[2021年7月]

[目次]

研究報告

リビングニーズ特約を考える・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

消費者向け研究報告解説

研究報告「リビングニーズ特約を考える」の解説・・・・・・・・・・7

研究報告

リビングニーズ特約を考える

1. はじめに

死亡保険には、一般の消費者にはあまり知られていない保障が2つあります。一つは高度障害保険金で、死因の1つに高度障害状態になることが組み込まれています。これは、日本独特の商品構成で、護送船団方式の時代から大きく変わっていません。死亡すると保険金が支払われる商品に、非死亡状態でも保険金が支払われる保障が付加されていることは、業界人なら兎も角、一般の消費者には知る機会がありません。

一方、もう一つは、リビングニーズ特約です。死亡保険金の一部を前払いできる保障ですが、特約とあっても、基本的に死亡保険とセットで販売されているので保険本体の一部と考えてもよいでしょう。こちらの保障も一般の消費者には馴染みがなく、知る機会も限られています。日本では1992年から販売が開始され、すでに30年近くの年数が経過していますⁱ。あらためて、リビングニーズ特約に関する諸問題について報告いたします。

2. リビングニーズ特約とは

余命6ヶ月以内である証明を保険会社へ提出すれば、死亡保険金の一部を前払い請求できる（上限額は監督官庁の認可事項）特約です。死亡前に自分が生きている間に行いたい各種事由の経済的負担を保障するというコンセプトで、使用目的は問われません。また、生前取得したリビングニーズ特約の保険金は、国税から非課税所得として扱うことが認められています（国税庁の見解「疾病により重度障害の状態になったことなどに基因して支払われる保険金は、所得税法施行令第30条第1号《非課税とされる保険金、損害賠償金等》に掲げる「身体の傷害に基因して支払われる保険金に該当するものと取り扱っており（所得税基本通達9-21）、その保険金は非課税所得となります」（注）生前給付金の支払を受けた後にその受取人である被保険者が死亡した場合で、その受けた給付金に未使用のものがあるときのその未使用部分については、本来の相続財産として相続税の課税対象となります（この場合、相続税法第12条第1項第5号《相続税の非課税財産》の規定の適用はないことに注意してください）ⁱⁱ）。

以上が、商品概要ですが、何故6ヶ月以内の余命を基準にするのか、何故上限額は3000万円に固定されているのか（30年前旧大蔵省は上限額を3000万円とすることで商品認可したまま現在に至っています）。これらの問題はあるものの契約者サービスの一環として商品の位置付けであり、消費者とのトラブルも多くないため、30年に渡って手がつけられていません。

特約認可時に最大の問題として懸念された事項は、契約時に設定した遺族保障の額が生前に遺族保障以外の目的に使用されることの問題と、余命6ヶ月の判断の妥当性の問題でしたⁱⁱⁱ。後者については、この後解説いたします。前者については、専門家から解説をされているので割愛いたします。

3. 余命の判断

介護系商品、認知症系商品など保険事故の支払い基準が曖昧な商品が最近導入されていますが、リビングニーズ特約は、他の商品と大きく異なっています。「余命6ヶ月以内」という、死亡の発生を予測するという曖昧さを抱えているからです。また、余命6ヶ月以内とは、最大の余命が6ヶ月（その状態なら全ての人が6ヶ月以内に死亡する状態）なのか、平均余命が6ヶ月なのか、約款に定義がないため不明確なままです。したがって、まず余命について考えてみましょう。

① 余命とは

余命という言葉は、時々耳にしますが、一番使用されているのは平均寿命を語る場合です。0歳の寿命が、平均余命として毎年厚生労働省から簡易生命表の公表と一緒に報告されています。ここで大事なことは、今年誕生したある特定の新生児の余命と異なり、今年誕生する新生児全ての平均の余命です。このように余命は、ある特定の条件に適合した集団に対して適用される寿命なのです。個人の余命を特定する訳ではありません。リビングニーズ特約の「余命」は、約款に定義がありません。これは、商品の最大の落ち度です。そもそも、個人の余命を診断することは、困難なのです。病状がある特定の状態に該当する時、同じ状態に該当する患者集団の平均余命しか、医師は診断することはできません。

② 医師の言う余命

「余命6ヶ月の証明書を記載してほしい」と患者から依頼された時には、医師は、余命の定義が約款に示されていないことに悩むでしょう。つまり最大余命なのか、平均余命なのかについてです。

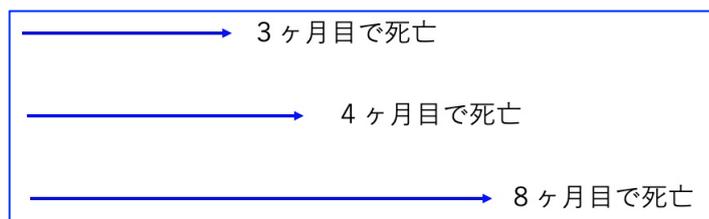
さて、医師が余命について語る時は、さまざまなシチュエーションがあるので、患者と話すときには、特に慎重になります。なるべく断定した余命の期間は伝えず、患者の余命は個別的であり、話せるのは過去の患者の余命の統計データであり、しかもデータには幅があると伝えます。

③ 余命の指標

生命表を作成する際は、性、年齢別に死亡率が計算され、0歳児の平均余命も算出可能です。しかし、多くの対象者を長年にわたって観察しなければならないので算出は容易ではありません。一方、リビングニーズ特約の請求事案の多くは、末期のがん患者からの請求です。これらの多くの患者は進行がんであり、治療法の開発対象となっています。そのため、新旧の治療法の比較をするために、多くの予後指標が用いられています。究極は、どれだけ余命を延長させることが可能かという指標です。その際に最も多く用いられているのが、生存期間中央値（meanOS）と無増悪期間（PFS）という指標です。末期の患者からの請求と

も、患者の状態は様々です。ある条件の患者集団を全て死亡するまで観察できれば平均余命は計算できますが、手間と時間がかかって、新しい治療法をいち早く患者へ提供することができません。そのかわりに meanOS, PFS が使用されています。meanOS (mOS) は、生存期間の中央値であり、患者集団の生存期間を期間別に並べたときの中央に位置する患者の生存期間です。医師は、死亡を視野に医学的に予後を語るときには、meanOS を指標に用います。専門的になりますが、生存期間の平均値ではありません。上述したように平均値を調べるためには、患者全員が死亡するまで検証しなければならないのです。また、患者の中に少数ではあるが長期に延命される方がいれば、平均値はその方々の生存期間に影響されてしまいます。

図：平均値と中央値



生存期間の中央値は4ヶ月、平均値は5ヶ月

医師が語る余命は、生存期間中央値と言うことですが、中央値にも統計上信頼区間を考慮すると幅があるということになります。限定した患者集団でも余命には、一定の幅があるわけです。保険会社が余命の証明書を依頼するためには、余命の定義を医師に示す必要があり、依頼するためには余命の指標を基本にする必要があるのです。

④ 余命証明書

余命に関して、リビングニーズ特約の請求では医師に証明書を記載してもらいますが、診断書タイプと意見書の2種類があります。医師に余命判断の根拠と余命6ヶ月以内に該当しているかを記載していただきますが、診断書と参考意見書では、書式も法的な位置付けも変わります。診断書は、診断書としての形式が求められ、医師の自署と押印を要し、虚偽の内容であれば、有印私文書偽造等の問題につながります。余命という曖昧な事実の診断を医師の全てが可能なのか販売初期の段階から疑問視されており、そのために証明拒否もあり得ることを考慮すると、診断書の形式は証明医に過度な精神的負担を負わせる懸念が指摘されていました。したがって、業界にはこの点に配慮して参考意見書とする会社と診断書を用いる会社が混在することになっています。

4. リビングニーズ特約の給付支払い判定基準

① 支払い査定者にとってのリビングニーズ

リビングニーズ特約の請求の多くは、がんの末期に近い患者からの請求です。しかし、余命の判定は容易ではありません。特に支払い部門にとって、余命という将来の死亡リスクを判定することは、通常業務の中では特殊です。多くの支払い査定は、保険事故が明確に発生

してからの判断になるため、余命という将来の予測は不慣れです。将来のリスクを予測するのは、保険業界では保険の引き受け査定で行われています。しかし、通常の引き受け査定で対象とするのは、がんの末期患者のリスクと異なり比較的健康な患者を主な対象としています。リビングニーズ特約の査定と類似しているとすれば、米国で普及している保険売買市場です。

米国の保険売買は、法的にも認められLife Settlementとして市場が国民に認知されています。多くはリビングニーズ特約より長期の余命の保険契約が売買対象になっています。被保険者の余命を予測することは、リビングニーズ特約の支払い査定と似ています^{iv}。日本では保険売買が係争の結果、実質的に禁止され今日に至っていますが^v、米国のような保険売買が認められれば、リビングニーズ特約の日本における効用は変わっていたと考えられます。

② がんの余命判定ポイント

(ア) ステージⅣ

固形癌に関して、UICC（国際対癌連合）の進行度分類が使用されています。ステージⅣとは、多くが遠隔転移のある状態でまぎれもなく進行癌です^{vi}。では、ステージⅣの癌患者からの請求であれば、一律に支払ってよいのでしょうか。

全国がんセンター協議会のデータでは、膵臓癌は1.5%で、甲状腺癌は68.8%、前立腺癌62.3%となっています^{vii}。すなわち、これらのデータを見るかかぎり、ステージⅣであれば一律に支払いを認めるのは、無理なことはわかるはずですが、リビングニーズ特約の給付要件としてステージⅣは必要条件ですが、十分条件ではないことがわかります。膵臓癌は、ステージⅣであれば認めて問題ないと思われそうですが、ステージⅣと部位が膵臓という2つの要件の組み合わせの判断であり、ステージⅣだけで判断できないのです。

(イ) 転移部位

前立腺癌では、転移をしても長期に生存することが知られています。ただし、肝臓に転移した場合のmOSは14ヶ月ですが、リンパ節転位では32ヶ月と転移部位で余命は大きく変わります。転移を診断されてからの期間経過を考慮しつつ、ステージⅣと転移部位で支払いを判断することになります。

(ウ) Performance Status (PS)

全身状態を表す指標としてPerformance Status(PS)が、臨床に導入されています。二種類あり、ECOGのPSとKPS（カルノフスキー）のPSがあります。主に使用されているのは前者の方で、全身状態に問題のないPS0から重度PS4までの5段階評価です。進行がんの治療を行う場合、基本的に全身状態が良好なことが実施基準に入っています。PSではPS2までの全身状態であれば治療を行います。PS3, PS4では積極的な治療は行いません。PS4の状態では、進行がんが存在し全身状態が改善しないと予測された場合は、リビングニーズ特約の支払いに該当すると考えられます。

(エ) 臓器不全と移植待機

生命維持に重要な臓器の機能不全は、死亡の主要因です。癌に併存する進行性で不可逆な臓器不全があれば、特約の支払い対象と考えられます。なお、臓器不全の患者の一部では、臓器移植が行われます。多くの方はご存知ないことですが、旧大蔵省がリビングニーズ特約の販売を認可する際に、臓器移植待機者に対する特約の支払い可否のアンケート調査が、各社へ実施されました。移植が実施されると余命が改善するので、臓器移植の待機状態にある場合について、暗に支払うように指導が行われたわけです。死亡に直接関係しない角膜移植や透析という代替療法が存在する腎移植は例外として、当時の業界は指導を受け入れたことを覚えています。

(オ) 悪液質

悪液質とは、がんが進行した場合に認められるルイ瘦（痩せること）ですが、骨格筋の減少が特徴です。原因は不明ですが、全身状態不良の一要因です。進行癌が存在し、治療に抵抗する悪液質が存在する場合は、リビングニーズ特約の支払い対象と判断して問題ありませんが、最近販売された悪液質に対する治療薬である「エドルミズ」（一般名・アナモレリン塩酸塩）の効果が、余命にどのように影響するのか検証が必要です^{viii}。

(カ) 癌性腹膜炎

癌性腹水が認められることがあります。がんが他部位から腹腔内へ転移する場合や、腹腔内臓器からがんが播種性に腹腔内へ広がる場合です。このような状態では、多くの治療の効果は期待できません。リビングニーズ特約の支払い対象と考えられます。

(キ) 疼痛

がん性疼痛は、大きく三種類にタイプが別れます。内臓痛は漠然とした疼痛が持続し、通常はオピオイドなどの薬剤が投与されます。一方、体性痛である骨転移痛では、放射線治療が行われます。また神経を巻き込んで癌が進展する場合は、神経ブロックで治療します。これらの治療が適切に行われ、疼痛コントロールが奏功すれば良いですが、効果がなければ予後は不良です。

(ク) 緩和ケア病棟

日本には、診療報酬点数上、特定の機能の病棟が指定されています。その一つに緩和ケア病棟があります。がん患者とエイズ患者の受け入れを対象とした病棟になります。全国に415病棟あり、病床数は8423です。全てのがん患者に対応するには病床数は不足している状況です。日本緩和ケア学会のデータを見ると、2017年データでは、平均在院日数は30.2日（SD11.7日）になっています。死亡退院は83.1%に達しています^{ix}。すなわち、緩和ケア病棟へ入院している事実があれば、リビングニーズ特約の支払い対象と考えられます。

5. おわりに

業界を通じてリビングニーズ特約に焦点が当てられてきませんでした。そのために、特約が抱える問題にも関心が薄く、保険金支払いの一部の担当者には問題認識が醸成されない状況が続いています。実務的には、保険金支払い査定の水準が各社でバラバラであること、支払い査定の教育も医学水準に追いつくことが困難であることが挙げられます。しかし、根

本的な問題として、余命を支払い条件に入れることの妥当性の問題が指摘されます。また、人生末期の状況への保障のあり方が、リビングニーズ特約でよいのか、その他にも業界の基金創設などを通して低利貸付や、また保険売買を健全に導入できる方法を探るなど、業界を通して検討が必要だと考えます。このままでは、臨床医は特約請求用の医療証明書を前に頭を抱える日々が続くことでしょう。

消費者向け研究報告解説

研究報告「リビングニーズ特約を考える」の解説

死亡保険には、特殊な保障があります。リビングニーズ特約です。「余命が6ヶ月以内」と判断された場合に、死亡保険金の一部を前払いできる保障ですが、特約とあっても基本的に死亡保険とセットで販売されているので、保険本体の一部と考えてもよいでしょう。一般の消費者には馴染みが少なく、詳細を知る機会も限られています。日本では1992年から販売が開始され、すでに30年近くの年数が経過しています。業界を通じてリビングニーズ特約に焦点が当てられてきませんでした。そのために、特約が抱える問題にも関心が薄く、保険金支払いの一部の担当者にしか問題認識が醸成されない状況が続いています。実務的には、余命の定義がないこと、余命の判断する保険金支払い査定の水準が各社でバラバラであること、支払い査定の教育も医学水準に追いつくことが困難であることが挙げられます。このままでは、臨床医は特約請求用の医療証明書を前に頭を抱える日々が続くことでしょう。本報告では、あらためて、リビングニーズ特約に関する諸問題について報告いたしました。

i 1992年プルデンシャル生命が、販売開始。認可は旧大蔵省

ii 国政庁の解説 HP : <https://www.nta.go.jp/law/shitsugi/shotoku/01/03.htm>

iii 業界では、数少ないが過去2回個別会社の検証データが公開され、ほぼ妥当な支払い判断が行われている結果です

iv 吉澤卓哉ほか、保険学会雑誌第631号

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsis/2015/631/2015_631_1/_pdf

v 保険売買を巡る契約者と保険金受取人変更における保険者の承諾について争われた事案、2006年の高裁判決で売買を認めない保険会社の判断が妥当とされている

(リサーチレビュー2021年 Vol2No1-1 参照)

vi UICC TNM 分類8版が、国際的な進行度の基準

vii 全国がんセンター協議会 <https://kapweb.chiba-cancer-registry.org/>、データは1997年から2012年診断

viii エドルミズ販売 <https://answers.ten-navi.com/pharmanews/21256/>

ix 日本緩和医療学会統計2019年

https://hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2019/2019-2-1.pdf