

[事案 2024-170] 介護年金支払請求

・令和 8 年 4 月 15 日 和解成立

<事案の概要>

約款上の支払事由に該当しないことを理由に、介護年金が支払われなかったことを不服として、介護年金の支払い等を求めて申立てのあったもの。

<申立人の主張>

腰部椎間板ヘルニアに罹患し、少なくとも令和 3 年 9 月から令和 4 年 3 月までの間、要介護状態となったため、令和 3 年 5 月に契約した家族収入保険にもとづき介護年金を請求したところ、約款に定める支払事由に該当しないとして不支払いとなった。しかし、以下の理由により、介護年金を払ってほしい。

- (1) 申立人は、令和元年 10 月に突然腰椎椎間板ヘルニアを患い、ほぼ寝たきりの状態になったことがあり、再発時の不安から生命保険に入るために、募集人と面談をした。募集人から、申込時、本契約は、既にヘルニアを患ったことがあっても加入できることや、「約款に規定する状態になったとき、医者診断書を記載していただけたら、保険金を受け取れる」などと説明を受けた。
- (2) 令和 3 年 9 月、再度、腰椎椎間板ヘルニアに罹患したため、医療機関を受診した。医師と相談のうえ、手術の後遺症を考慮して自宅療養をすることとして、母に生活の全てを頼み、療養した。この際、募集人に連絡して、この状態が半年間続いたら保険給付が受けられるかを確認したところ、保険給付が受けられると回答があった。
- (3) 半年以上症状が続いたため、令和 4 年 4 月に給付金請求の手続きを行ったが、保険会社は、審査に 1 年以上の時間をかけたうえ、令和 5 年 5 月に、「入院でない場合には、医師が家の中での生活を目視していないので、診断書の中の生活ができないという内容の項目について認められない」と述べて、支払いを拒否した。本契約の約款には、「入院をしていること」は条件として記載がなく、また、診断書は、医師が申立人の状態を確認して作成している。
- (4) 保険金請求から、審査の結果を受け取るまで 1 年以上の時間がかかっているため、最低でも、支払った保険料を返してほしい。募集人から、本契約が切れてしまえば、保険金が支払われなくなるので待つてほしいと説明を受けており、また、調査会社の担当者が変わった際、引継ぎがうまくできず、既に遅れていた調査が再度遅れたと聞いている。

<保険会社の主張>

以下の理由により、申立人の請求に応じることはできない。

- (1) 申立人が受診した医療機関のカルテには、「R3. 9. 24 歩くと痛い」「R4. 2. 18 T cane 使用」との記載があり、歩行について症状が改善している様子であり、治療による回復の可能性もあると考えられる。また、申立人が、介護年金の請求の根拠としている介護診断書は、医師が申立人本人の申告に基づき記入したものであり、入院中等における医師による日常的な観察、客観的な診断等によるものではないことから、申立人の身体状態が「会社所定の要介護状態」に該当し、その状態が継続して 180 日あることが医師によって診断確定されたとはいえない。
- (2) 募集人の支払事由にかかる説明の有無は、介護年金を支払うべき理由とはならない。また、募集人が、申立人に対し、そのような説明をした事実はない。

(3)保険会社は、医療機関等に対して必要な事実確認を行った結果、申立人の身体状態は介護年金の支払事由には該当しないと判断しており、これらの一連の対応に問題はなく、既払保険料相当額の返金を行うべき事情はない。なお、調査会社の担当者が変更になった経緯はあるが、担当者の変更により事実確認が遅れた経緯はない。

＜裁定の概要＞

1. 裁定手続

裁定審査会は、当事者から提出された書面にもとづく審理の他、腰椎椎間板ヘルニアに罹患した後の状況等を確認するため、申立人および募集人に対して事情聴取を行った。

2. 裁定結果

上記手続の結果、申立人の請求は認められないが、以下の理由により、本件は和解により解決を図るのが相当であると判断し、和解案を当事者双方に提示し、その受諾を勧告したところ、同意が得られたので、手続を終了した。

(1)申立人の主張のように、事実確認会社の怠慢や不手際により、相手方の回答が不当に遅れたとまでいえる事実は認められない。しかし、保険会社から、医療機関に対して、照会への回答を強く督促できないことはやむを得ないとしても、約款において、特別な照会や調査が不可欠な場合にも、年金を支払うべき期限が「請求に必要な書類が会社に到着した日の翌日から起算して180日」とされていることからすると、保険会社は、できる限り、180日以内に回答する努力をすることが求められているといえる。本件においては、事実確認会社が2回目に行った照会の内容は、主に介護診断書の内容について医師の判断の根拠を尋ねるもので、本件の事案に応じた相応の注意を払って照会事項の検討を行えば、1回目の照会で必要な回答を受けることができたように思われる。

(2)また、保険会社が、自ら年金を支払うべき期限として、上記のとおり180日を定めていることからすれば、180日を経過した場合には、請求者に対して、調査や検討に時間を要していることおよびその理由について何らかの通知等を行うことが望ましいと考えられる。しかし、本件では、相手方から申立人に対し、そのような通知等が行われていることは認められず、この点が申立人に不信感を抱かしめ、本件紛争の一因となった面があることは否めない。