

ボイス・レポート

< 全社版 >

平成 19 年度 第 3 四半期受付分

(平成 19 年 10 月～12 月)

(社)生命保険協会

生命保険相談所

1 . 平成 19 年度第 3 四半期の苦情受付状況

平成 19 年度第 3 四半期の苦情受付件数は 2,556 件で、第 2 四半期 (2,359 件) より 197 件、8.4%増加し、前期に大幅に減少した苦情件数が再び増加した。

同期における月別件数を見ると、10 月(1,058 件)は 4 月(1,222 件)に次いで 2 番目に多かったが、11 月(819 件)、12 月(679 件)と落ち着きを見せている。

10 月は 5 日に生命保険各社の保険金等支払状況に関する今年度 2 回目の発表があり、そのマスコミ報道を受け、保険金・給付金関係を中心に苦情が数多く寄せられた。

苦情を大項目別に見ると、「保険金・給付金関係」が 985 件 (占率 38.5%) で最も多いが、占率は今年度初めて 4 割を下回った。「保全関係」720 件 (同 28.2%) が 2 番目に多く、次いで「新契約関係」501 件 (同 19.6%) となっている。なお、上記生保各社の発表に解約返戻金のある失効した契約も含まれていたことから「収納関係」の苦情が 203 件 (同 7.9%) で、前期に比べほぼ 5 割増加した。

内容別に見ると、『入院等給付金不支払決定』が 472 件 (占率 18.5%) で引き続き最も多いが、保険金等支払状況に関する各社発表があった 10 月を過ぎてからは大幅に減少 (10 月 210 件、11 月 138 件、12 月 124 件) したことから、前期より減少し占率が 2 割を下回った。次いで、『説明不十分』(224 件、同 8.8%)、『入院等給付金支払手続』(187 件、同 7.3%)、『解約手続』(185 件、同 7.2%) の順となっているが、いずれも件数、占率ともに前期より増加している。特に、『入院等給付金支払手続』については、支払いが不足していたり、請求があれば給付金を支払うことが出来る可能性がある契約者等に対し、各社から請求案内が出されたことにとともに、前期に比べ 4 割近く増加した。一方、『配当内容』(161 件、同 6.3%) は、前期に続き件数、占率とも減少した。

苦情項目別・発生原因別件数(平成19年10月～12月)

	内 容	発生原因					計	項目	内 容	発生原因					計	
		営業職員	代理店	その他の職員	制度・事務	契約者等				営業職員	代理店	その他の職員	制度・事務	契約者等		
新契約関係	不適切な募集行為	86	6	1	/	5	98	保全関係	配当内容	12	0	0	149	0	161	
	不適切な告知取得	30	0	1	/	1	32		契約者貸付	16	0	4	25	4	49	
	不適切な話法	31	6	0	/	0	37		更新	20	0	4	15	5	44	
	加入意思確認不十分	25	15	0	0	1	41		契約内容変更	41	0	10	68	4	123	
	説明不十分	183	28	5	1	7	224		名義変更	12	1	1	12	0	26	
	契約内容相違	10	0	1	0	2	13		特約中途付加	5	1	0	4	0	10	
	取扱不注意	12	4	0	0	0	16		解約手続	57	9	23	91	5	185	
	契約確認	0	0	0	0	0	0		解約返戻金	17	0	4	62	1	84	
	契約引受関係	3	1	0	23	0	27		生保カード・ATM関係	4	0	0	1	5	10	
	告知内容相違	2	0	0	0	0	2		その他	5	2	4	15	2	28	
	証券未着	0	0	0	2	0	2		計	189	13	50	442	26	720	
	その他	3	2	0	4	0	9		保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	11	0	5	78	6	100
	計	385	62	8	30	16	501			死亡等保険金支払手続	10	0	7	48	5	70
収納関係	集金	14	0	0	0	0	14	死亡等保険金不支払決定		6	1	0	104	2	113	
	口座振替・郵便振込	6	0	0	9	0	15	入院等給付金支払手続		26	1	35	121	4	187	
	職域団体扱	1	0	1	7	0	9	入院等給付金不支払決定		59	9	11	391	2	472	
	保険料払込状況	6	0	0	10	0	16	その他		1	2	0	39	1	43	
	保険料振替貸付	10	0	0	29	0	39	計	113	13	58	781	20	985		
	失効・復活	10	2	1	43	6	62	その他	職員の態度・マナー	12	3	9	0	0	24	
その他	8	2	0	37	1	48	税金関係		12	2	0	10	1	25		
計	55	4	2	135	7	203	個人情報取扱関係		25	5	4	18	1	53		
制度・事務 取扱いに疎漏はないが、 現行の事務・約款・会社の制度そのものを 原因とした苦情									アフターフォロー関係	8	0	0	5	0	13	
									その他	1	1	4	25	1	32	
									計	58	11	17	58	3	147	
								総 計								

1. 苦情受付状況

平成 19 年度第 3 四半期に受け付けた苦情件数 2,556 件の状況は、苦情項目別・発生原因別件数表 (2 頁)のとおりである。

項目別に見ると、継続して「保険金・給付金関係」に係る苦情が最も多いが、占率は 1.8 ポイント低下し 38.5%となり、今年度初めて 4 割を下回った。第 2 位の「保全関係」は 0.5 ポイント低下し 28.2%となり、第 3 位の「新契約関係」は 0.5 ポイント上昇し 19.6%となっている。次いで「収納関係」が 2.1 ポイント上昇し 7.9%となり、「その他」を上回り第 4 位となっている。

内容別にみると、最も多かったのは継続して「保険金・給付金関係」の『入院等給付金不支払決定』(472 件、占率 18.5%)であるが、件数、占率とも大幅に減少している。

主な申出内容

- ・入院日数分の入院給付金が支払われない。実際に入院しているのに、保険会社が勝手に決めて良いのか。
- ・手術給付金を請求したところ、他社からは支払われたのに 1 社だけ支払われない。
- ・加入時に営業担当者から病気のことは告知する必要はないと言われていたのに、給付金を請求したところ、告知義務違反で不支払となった。
- ・ガン(成人病)で入院しているのに、ガン(成人病)と認めてくれない。

第 2 位は「新契約関係」の『説明不十分』(224 件、同 8.8%)であり、件数、占率とも大幅に増加し、順位を 1 つ上昇させている。

主な申出内容

- ・重要事項の説明がなかったので、契約を取り消して払込保険料を返してほしい。
- ・転換の際、特約等のメリットばかり説明し、予定利率等のデメリットの説明が全くなかった。転換を取り消して元に戻してほしい。
- ・医療特約の付加(変更)を希望していたのに、説明もないまま転換させられてしまった。
- ・銀行員に勧められ預金商品のつもりで加入したが、一時払の個人年金商品であることが分かった。保険に加入した認識はないので、契約を無かったことにしてほしい。

第 3 位は「保険金・給付金関係」の『入院等給付金支払手続』(187 件、同 7.3%)であり、件数、占率とも大幅に増加し、第 1 四半期の第 6 位、第 2 四半期の第 5 位から 2 つ順位を上昇させている。

主な申出内容

- ・給付金請求手続きをしてから相当日数が経っているのに、保険会社から連絡がない。対応が遅すぎる。
- ・給付金が支払えるかもしれないので診断書を提出してほしいと言われているが、随分前のことなのでカルテが廃棄されており、どうにもならない。
- ・入院し、意識はあるものの意思表示が出来ない。入院給付金を請求しようとしたところ、成年後見人を立ててほしいと言われたが、誠意ある対応をしてくれても良いのではないかと。

第4位は「保全関係」の『解約手続』（185件、同7.2%）で、件数、占率とも増加している。

主な申出内容

- ・解約を申し出ていたのに放置され、解約されないまま保険料が引かれている。保険料を返してほしい。
- ・保険料の払込みが満了した終身保険に付加していた医療特約が、何の通知もないまま解約されていた。
- ・契約者である母が認知症になったため、解約は成年後見人を立てないと出来ないと言われたが、簡便な取扱い出来ないか。
- ・契約者である自分が知らないうちに、妻が勝手に解約してしまった。保険会社の手続きに問題がある。

第5位は「保全関係」の『配当内容』（161件、同6.3%）であり、件数、占率とも減少し、順位を3つ下降させている。

主な申出内容

- ・満期時や保険料払込満了時に受け取る配当金が、加入時に提示された保険設計書の記載金額と余りにも違いすぎる。
- ・配当金が少ないことについて照会したが、納得いく説明がない。
- ・保険料払込満了後5年ごとに受け取れる生存保険金（配当金による買増保険金）の受取額がほとんどないと言う。

第6位は「保全関係」の『契約内容変更』（123件、同4.8%）で、件数、占率とも少し増加している。

主な申出内容

- ・保険金額を減額したいと申し出たところ、社内規定で 万円以下には出来ないと言う。
- ・保険会社破綻時の処理により保険金額が減額されているが、どういうことなのか納得のいく説明をしてもらえない。

第7位は「保険金・給付金関係」の『死亡等保険金不支払決定』（113件、同4.4%）であり、件数は少し増加しているが、占率は減少している。

主な申出内容

- ・国から1級障害者に認定されたのに、高度障害保険金が支払われないのは納得出来ない。
- ・食べ物をのどに詰まらせて死亡したが、災害死亡保険金が支払われない。

第8位は「保険金・給付金関係」の『満期保険金・年金等』（100件、同3.9%）で、件数、占率とも増加し、順位を1つ上昇させている。

主な申出内容

- ・ ども保険の満期時受取額が、加入時の設計書の記載金額に比べ著しく少なくなっている。
- ・ 満期保険金を請求したが、受取人に意思能力がないとの理由で受け取ることが出来ない。

第9位は「新契約関係」の『不適切な募集行為』（98件、同3.8%）であり、件数、占率とも減少し、順位を1つ下降させている。

主な申出内容

- ・ 保険料控除証明書が届いたが、保険に加入した覚えがない。
- ・ 保険料は立て替えるからと名義貸契約を頼まれ加入させられたが、保険料払込みの督促がきて迷惑している。

第10位は「保全関係」の『解約返戻金』（84件、同3.3%）で、件数は少し増加しているが、若干占率は減少している。

主な申出内容

- ・ 解約返戻金が払込保険料に比べ少なすぎる。
- ・ 解約返戻金の算出根拠について聞いても、明確な説明がなく不親切である。

「その他」の『個人情報取扱関係』は第2四半期に順位を2つ上昇させたが、今期は件数(53件)占率(2.1%)とも大幅に減少し、順位を2つ下降させ第13位となっている。

保険金等支払状況の2回目の報告を受け、解約返戻金のある失効契約についての照会が増えたため、「収納関係」の『失効・復活』は件数(62件)占率(2.4%)とも大幅に増加し、順位を3つ上昇させ、第12位となっている。

「新契約関係」の『不適切な告知取得』、『不適切な話法』、『加入意思確認不十分』、「収納関係」の『保険料振替貸付』および「保全関係」の『契約者貸付』は大幅に増加し、今年度最も多い件数となっている。また、確定申告を控え、保険料控除証明書の発行に関する申し出が多く、「その他」の『税金』は増加している。

発生原因別に見ると、「制度・事務」を原因とするものが苦情全体の56.6%(前期56.3%)、「営業職員」、「代理店」を原因とするものが35.3%(同35.9%)であり、第2四半期とほぼ同様となっている。項目別にみると、「新契約関係」では募集担当者の占率が増え、「保全関係」では「制度・事務」の占率が増えている。なお、保険契約上の権利者以外から、保険会社に対してではなく、権利者に対する苦情の申し出が多く、「契約者等」が増加している。

2. 裁定審査会における紛争解決支援の状況

(1) 裁定申立受理件数

平成 19 年度第 3 四半期（同 19 年 10 月～12 月）に裁定審査会が受理した件数は 10 件であった。これにより本年 4 月からの受理件数は 28 件となり、前年度同期（14 件）に比べ 2 倍に増加している。その申立内容は以下のとおりである。

受理事案の申立内容	第 1 四半期	第 2 四半期	第 3 四半期	計
給付金請求(入院・手術・障害等)	3			3
保険金請求(死亡・災害・高度障害等)		1	5	6
契約無効確認・既払込保険料返還請求	7	2	3	12
配当金(買増保険金・年金等)請求	1	1		2
契約者貸付無効確認請求	1			1
その他	2		2	4
合計	14	4	10	28

なお、平成 19 年度第 3 四半期において生命保険相談所規程にもとづき「不受理」となったものは 2 件（注）である。

（注）2 件の事案とも、厳密な事実認定とそれに基づく慎重な法律判断が求められることから、裁判所における訴訟等の手続きで解決を図ることが適切であると判断されたもの。

(2) 裁定結果の概要について

平成 19 年度第 3 四半期に裁定審理が終了した事案は 8 件で、「和解による解決」が 1 件、「申立てに理由なしとして裁定終了としたもの」が 7 件であった。

番号は事案番号であり、当該期間に終了した事案を掲載。

[事案 18-8] 死亡保険金請求

- ・平成 18 年 11 月 28 日 裁定申立受理
- ・平成 19 年 10 月 30 日 裁定終了

< 事案の概要 >

不告知事項と死因には因果関係がないとして、告知義務違反を理由に死亡保険金が支払われないことを不服とし裁定申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

甥(契約者=被保険者)は A 病院を受診し、平成 17 年 5 月に同病院において肺切除術を受けたが、同年 9 月、術後、肝障害が悪化し肝不全のため死亡した。そこで同年 3 月に加入した終身保険の死亡保険金を請求したところ、保険会社は、甥の死亡は「肝不全」を直接の原因とするものであり、加入前から治療を受けていた「慢性肝炎」と相当因果関係が認められ、甥が加入時に慢性肝炎について告知していなかったとし、告知義務違反により契約を解除し死亡保険金の支払いを拒絶した。

しかし、A 病院の主治医作成の診断書（平成 18 年 2 月）に、「手術前より肝障害は

生命に影響するものではなく、17年5月の手術侵襲が加わらなければ肝不全とはならず、長期にわたって生存が可能だった可能性が高い」との記載があるように、甥の死は肺の手術がきっかけで起こったものであり、不告知事項と死因には因果関係がない。契約前の肝機能障害の悪化が死因とする保険会社の事実認定は、主治医の見解と異なるものであり、容認することは出来ない。また、他の生保会社では主治医の見解にもとづき再審査を行い死亡保険金の支払いに応じており、同じ事実認定について結論が異なることは納得出来ないため、死亡保険金の支払いを求める。

< 保険会社の主張 >

主治医は「元々ある肝機能障害に肺切除手術の負担が加わって最終的に肝不全で死亡に至り、その各々の影響度合いについては不可分」との見解を示していたが、その後提出された診断書(平成18年2月)では、「手術侵襲が加わらなければ肝不全とはならず、長期にわたって生存が可能だった可能性が高い」との所見があった。

こうした主治医の見解を踏まえ、社内外の複数の医師へ照会したところ、各照会医とも「契約責任開始前の肝機能障害と肺切除手術の侵襲いずれも死亡に関与しており、どちらがどれだけ関与したかについて厳密に判断することは困難である」との意見であり、契約責任開始前からの受療歴と死因の相当因果関係が認められ、告知義務違反による契約解除ならびに保険金不支払決定は妥当であり、申立人の要求には応じられない。

< 裁定の概要 >

保険契約時に告知義務違反が認められることについては、申立人も積極的に争っていないため、裁定審査会では、被保険者の死亡原因(肝不全)が告知しなかった事実(慢性肝炎)との間に相当因果関係がないことが証明されているかどうかという点(注)を中心に審理した。

(注) 保険約款上も法律上(商法678条、645条)も、「告知義務違反が存在したとしても、保険金の支払事由が保険契約の解除原因となった事実によらないことが証明された場合には、保険者(保険会社)は保険金の支払を行わなければならない」と規定している。

主治医作成の「死亡証明書」(平成17年9月作成)には、「直接死因は『肝不全』、その原因は『肝硬変』、『直接には死因に関係しないが、の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等』として『肺手術侵襲』と記載されており、「診断書」(同18年2月作成)には、「手術前より肝障害を指摘されていたが、検査所見、全身状態上、生命に影響するものではなく、17年5月の手術侵襲により肝障害が悪化し、このため引き続いて発生した感染症を契機として肝不全に至ったと考えられ、手術侵襲が加わらなければ肝不全とはならず長期にわたって生存が可能だった可能性が高い」と記載があるが、両者の記載は、表現は異なっているものの、その趣旨は「肝障害がなければ肺手術侵襲があっても死亡には至らず、肺手術侵襲がなければ肝障害があっても死亡には至らなかった可能性が高い」という趣旨と理解出来、被保険者の死亡は、肺切除と肝機能障害がともに必要な原因となっていたと考えられる。

よって、死亡原因は告知しなかった事実との間に相当因果関係がないとは言えず、本件申立てには理由がないため裁定書にその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

[事案 18-9] 契約転換無効確認請求

- ・平成18年11月28日 裁定申立受理
- ・平成19年10月9日 和解成立

< 事案の概要 >

契約転換を取り消して転換前の契約を復旧し、転換後契約について支払った保険料を返還するとともに、転換前契約を転換時点に遡って解約することを求め裁定申立てのあったもの。

< 申立人の主張 >

平成7年から母が加入していた保険(契約者=母、被保険者=申立人)について、自分(申立人)が結婚したため同15年2月、改姓手続きとともに契約者を自分名義に変更しようとしたところ、通院保障が付いていないと言われ通院特約を付けることにした。しかし依頼もしていないのに、母の知らないうちに契約が転換され新しい契約に加入させられた。

その際、営業担当者は被保険者である自分と面談することなく、被保険者に同意を得ないまま営業担当者が代筆した加入申込書にて手続きを行った。(なお、名義変更の手続きは、転換後契約の変更手続きと認識させないまま、翌月3月に改姓と併せて手続きがとられた)

さらに1年後の同16年4月においても、営業担当者は、母に対し転換後契約の見直しであることを認識させずに保障内容の見直しについて了承させ、契約者・被保険者である自分に対し、母の了解を得ているとのことで自分に面談することもなく、郵送にて手続きを行った。

このように、現契約(転換後契約)については、営業担当者が被保険者の署名を代筆して転換させ、転換の事実を認識させないで保障の見直し等をさせたものなので、15年2月の契約転換を取り消し、転換以降分の保険料を返還するとともに、その時点に遡っての解約処理をしてもらいたい。

< 保険会社の主張 >

営業担当者に募集時の取扱状況等について事実確認をした結果は以下のとおりであり、転換後契約は当初、被保険者である申立人の同意を得ていなかったものの、契約後に追認をいただいたものと判断でき、その後の保障の見直しも含め、現在継続している契約は、申立人の加入意思のもとに有効に成立した契約と判断されるので、申立人からの転換契約取消しの申し出には応じられない。

- (1) 平成15年2月の契約転換については、営業担当者が転換について名義変更前の当時の契約者(申立人の母)に説明を行い、申立人の母が転換の申込書に署名・押印しており、当時の契約者自身の意思にもとづき申込みがされていることは明らかである。知らないうちに転換され、勝手に代筆されたと主張するが、申立人の母が署名押印しており、被保険者記入欄の代筆についても申立人の母の了知のもとで行われており、そのような事実はない。
- (2) 転換時の取扱いにおいて、被保険者(申立人)の記入すべき箇所について加入同意がないまま営業担当者が代筆しているが、翌月の契約者変更手続き時に転換後契約についての名義変更であることを申立人に伝えていること、16年4月の保障の見直し時には郵送による取扱いではあるが、申立人自身が申込書を記入していることから、転換後契約について申立人に了解をいただいたものと判断できる。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面および申立人と営業担当者からの事情聴取を行い審理した結果、転換契約（平成 15 年 3 月 1 日付成立）を取り消し（同 16 年 5 月 1 日付で成立した保障見直し契約も同様）、転換前の契約を復旧したうえで、転換前契約を平成 18 年 12 月 1 日（本件申立てが同 18 年 11 月であるため）に解約するものとして取り扱う和解案を作成、申立人、相手方会社双方に提案したところ了承されたので、「和解契約書」の締結をもって円満に解決した。

[事案 18-11] 入院給付金請求

- ・ 平成 18 年 12 月 11 日 裁定申立受理
- ・ 平成 19 年 11 月 14 日 裁定終了

< 事案の概要 >

自転車の転倒事故で入院し入院給付金を請求したところ、入院の必要性がないとの理由で災害入院給付金が支払われなかったことを不服として、裁定申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 17 年 7 月 15 日、自転車で移動中に駐車場入口を閉鎖していたチェーンに気付かず引っかかって転倒し、同月 25 日に他院受診の後に A 整形外科を受診し(診断名は右下腿左足関節部打撲傷、右肋骨軟骨折、左頸肩症候群、左大腿部疼痛)、医師の指示により翌 26 日から同年 10 月 23 日まで同外科に 90 日間入院した。

そこで、保険会社に入院給付金を請求したが、入院を必要とする傷病の存在が認められないとの理由により支払対象外との回答があったが、医師の判断のもと入院治療したのだから、納得できない。また、他の生保会社からは全額支払われており、支払対象となる日数相当分の入院給付金全額を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

申立人の傷害の内容、治療経過について事実の確認をするとともに、外部医師の意見を聴取のうえ精査した結果、以下の理由等により、申立人の入院の全期間が当該保険約款に定める「入院」の定義を満たしていないと判断されるので、申立人の申出に応ずることは出来ない。

なお、支払審査においては事実確認を適切に行ったと考えており、他社の判断についてはコメントできない。

- (1) 請求原因となった傷病名のうち、下腿、足関節打撲傷、肋骨軟骨折については、通常、入院加療を必要としない。本件では、右下腿、左足関節についてはレントゲン撮影さえもされておらず、右肋軟骨については骨折も確認されておらず、入院の必要性は全く認められない。
- (2) 左頸肩症候群、左大腿部疼痛の治療内容は SSP、間欠牽引、投薬であり、特に入院を必要とする治療は実施されていない。入院当初より、車椅子、歩行器、松葉杖の使用はなく、洗面、排便、入浴、食事等の日常生活の介助を要していなかった。
- (3) 7 月 15 日に事故に遭い同月 26 日からの入院であり、かつ入院当日よりシャワーが許可され、牽引が実施され、急性期を既に脱していたと判断でき、入院治療の必要性は認められず、精査目的、安静目的としても C T , M R I 等の精査は実施されていない。

< 裁定の概要 >

申立書、答弁書およびカルテ等の証拠にもとづいて審理を行った結果、以下のとおり、本件における入院の必要性、相当性を客観的に認めるに足りる証拠はなく、その認定は困難であり、約款の災害入院給付金の請求要件を満たす事実を認定することが出来ず、申立てには理由がないものと判断し、裁定手続きを終了した。

a) 本件における検査は、単純レントゲン撮影のみであり、MRI・CT等の撮影あるいは神経学的検査もされておらず、しかも入院初日から牽引をし、シャワーの使用も許される等、それほど重篤な状態とは判断できない。

b) 治療内容も、内服薬の投薬、外用薬の使用、間歇的な牽引及び理学療法のみであり、かつ、著しい疼痛の記載もなく、記録上からは通院治療で十分足りる程度のものであり、入院の必要性・相当性を客観的に認めるに足りる証拠はない。

しかも、保険会社から医師への入院の理由に関する質問に対し、医師は「分からない。本人が休みたかったのだろう」と回答したとあり、かかる事実も医師の入院の指示が、約款の予定する客観的な入院の必要性、相当性の存在の推定を否定する事実というべきである。

c) 本件の入院を必要とする特段の事由について、当審査会において医師への質問状を作成のうえ申立人に交付し医師の回答を待ったが、申立人から提出されなかった。

[事案 18-20] 入院給付金請求

- ・ 平成 19 年 3 月 8 日 裁定申立受理
- ・ 平成 19 年 11 月 14 日 裁定終了

< 事案の概要 >

坐骨神経痛等により 60 日間の入院治療を受けたが、入院給付金が全く支払われなかったことを不服とし裁定申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

数年前から腰が痛み、痺れが出始めて、平成 16 年に A 病院整形外科（所在地は申立人の居住する市）において根性坐骨神経痛と診断され、通院し内服治療を受けていたが、同 17 年 1 月頃から歩行困難となり、寝起き等に困るようになった。A 病院医師に相談した結果、運動器具の備わった病院に入院して水中治療等をした方が良いとの医師の指示により、平成 17～18 年にかけて B 病院（所在地は申立人居住地の隣県）に 2 回入院し、温泉治療を受けた。

さらに、同 18 年 7 月 11 日から 9 月 8 日までの 60 日間、脊柱管狭窄症、根性坐骨神経痛により、C 病院（所在地は申立人居住地とは異なる遠隔県）において入院治療を受けたので、疾病入院特約にもとづいて入院給付金の支払請求をしたところ、自宅等での治療が困難であったとは認められず、約款で規定する「入院」には該当しないとして入院給付金の支払いを拒否された。

もともと通院治療を受けていて症状が悪化したため、医師の指示により入院したにもかかわらず、通院で可能であり入院の必要はない、とする保険会社の主張には納得できない。60 日間の入院全日数分の入院給付金を支払ってほしい。

< 保険会社の主張 >

申立人の入院について、当社約款に規定する「入院」の定義に該当するか判断する必要があるため事実確認を実施した結果、以下の理由により、常に医師の管理下にお

いて治療に専念しなければならない病状とは判断できず、疾病入院特約条項に定める「入院」に該当しないため、入院給付金の支払請求には応じられない。

- a) A病院に事実確認をしたところ、同病院では「根性坐骨神経痛のみでの入院治療は必要ない」と判断しているとのことであった。
- b) 温泉治療そのものを否定するものではないが、申立ての入院については、申立人が温泉治療を希望して入院許可をする医療機関を探して入院したものであり、医師の指示によらない温泉プールでのリハビリ治療は、約款規程の入院の定義から逸脱すると判断される。
- c) 保険約款で定める「入院」の定義は、臨床において医師が許可する入院の判断と必ずしも同一でなく、医師の許可した入院の全てが給付金の支払対象となるものではない。

< 裁定の概要 >

申立書、答弁書等にもとづいて審理を行った結果、以下のとおり、申立人においては通院によるリハビリ治療が可能であり、常に医師の管理下において治療する必要があったとは言えず、約款規程の「入院」には該当しないため、本件申立てには理由がないと認め、裁定書をもってその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

- (1) 本件保険約款に言う「入院」に該当するか否かについては、入院先の主治医の意見のみに基づいて判断されるものではなく、客観的に判断されるべきものである。
- (2) 診断書等によれば、具体的な治療内容は、理学療法、温熱療法、温泉水中運動療法等と記載されているが、C病院内での治療は理学療法及び温熱療法で、温泉水中運動療法（厚生労働省は治療として認めておらず、保険適用がない）は、同病院内で行われたのではなく、D公営温泉館（所在地はC病院と同じD市）において背筋、腹筋等の筋力増強を目的として同館職員の指導下のもと行われた水中歩行リハビリ治療であった。
- (3) C病院内で行われた理学療法及び温熱療法は入院を必要とする治療とは認められず、温泉水中運動療法については、厚生労働省は治療として認めておらず、病院外の温泉プールでの医師の指示によらないリハビリ治療であるから、医師の管理下における治療とは言い難い。
- (4) 自宅近くに適切な施設があれば、自宅から通うことが可能であったが、適切な施設がないことから遠隔地の施設を利用せざるを得ず、入院したとしても、入院給付金の支払対象となる「入院」に該当するものではない。

[事案 19-3] 入院給付金請求

- ・平成 19 年 4 月 25 日 裁定申立受理
- ・平成 19 年 11 月 14 日 裁定終了

< 事案の概要 >

約款規定の「入院」には該当しないとの理由で、入院給付金が支払われないことを不服とし裁定の申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

胃潰瘍と糖尿病等により、平成13年12月22日から同14年3月30日までの間、A内科小児科医院に3カ月以上入院、昭和52年に契約した疾病入院給付特約（支払対象は20日以上の継続入院）にもとづき入院給付金を請求したところ、約款規定の「治療を目的と

した20日以上継続した入院」には該当しないとの理由で、入院給付金の支払いを拒絶された。

保険会社は、同13年12月30日～14年1月3日まで外泊している状況から、12月22日から29日までの8日間は「入院」と認めるものの、12月30日以後の入院は約款上の支払対象となる「入院」には該当しないため、支払うことが出来ないと言う。外泊は病院の指示によるものであり、また、退院日の10日程前に胃カメラ検査で1センチ程度の潰瘍が見られ、激しい痛みや体調の異常で入院していたにもかかわらず、12月30日以後の入院を「入院」と看做さない決定は納得できない。

他の生保会社からは入院給付金全額が支払われており、入院した全日数分の入院給付金を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

申立人の入院は、平成14年4月19日A医院作成の入院・手術等診断書(証明書)記載のいずれの傷病名においても、疾病入院給付特約にいう「入院」の必要性はなく、同特約にいう「入院」には該当しないため申し出には応じられない。

すなわち、同診断書には「胃潰瘍及び胃粘膜下腫瘍、糖尿病、脂肪肝および高脂血症、慢性気管支炎(急性増悪)」が挙げられているものの、本件入院で明確に治療対象となっているのは胃潰瘍、糖尿病、慢性気管支炎であり、A医院の医師に確認したところ、このうち胃潰瘍と慢性気管支炎については入院の必要がなかったものと認められ、糖尿病についてもその血糖値は入院の必要性が認められる数値を示しておらず、入院の必要性は認められない。

また、糖尿病では教育入院が行われることがあるが、一般的には数日から2週間程度とされ、通常は20日以上もの継続入院の必要性は認められず、また入院時の治療状況からすると教育入院の必要性が認められない。

さらに、申立人は本件入院直後の同13年12月30日～14年1月3日までの5日連続外泊を含め合計12日間外泊していること、申立人が口渇、全身倦怠感等の自覚症状を訴えて入院を希望したことに対して、A医院は精査入院が必要と判断して入院に至ったものであること等を踏まえ、本件入院が「治療を目的とした20日以上継続した入院」であることは認められない。

< 裁定の概要 >

平成14年4月19日A医院作成の入院・手術等診断書(証明書)によれば、本件入院の原因となった疾病は、胃潰瘍及び胃粘膜下腫瘍、糖尿病、脂肪肝及び高脂血症、慢性気管支炎(急性増悪)とされているが、同診断書を含め、本件において当事者双方から提出された全ての書証を検討しても、少なくとも20日間以上の継続した入院の必要性を肯定することは出来ない。従って、A医院における入院(平成13年12月22日から14年3月30日までの間)について本件入院給付金の支払事由が存在すると判断することは困難であることから、申立てには理由がないとして裁定書をもってその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

[事案 19-4] 契約転換無効確認請求

- ・平成19年5月10日 裁定申立受理
- ・平成19年11月19日 裁定終了

< 事案の概要 >

転換する前の保険に付加していた入院特約が定期保険特約の更新時に切れると勘違いして行った契約転換を取消し、転換前契約に戻してほしいと裁定申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成2年9月に加入した保険(以下、「前保険」)には、定期保険特約、災害割増特約、傷害特約および入院特約が付加されていたが、定期保険特約と災害割増特約について更新予定日が近づいたことから、会社より両特約についての「特約更新確認書」が送付されてきたので、更新しない旨を保険会社に伝えた。

その後、手続きのために訪れた営業担当者と面談した際に、新しい保険(以下、「現保険」)を勧誘され、平成17年7月に前保険を転換制度を利用して現保険を契約した。

その際、前保険の入院特約も更新時に切れると勘違いしていることを知っていながら担当者が現保険の販売活動をしたのは不当であり、伝えていたニーズ(長く安く掛けられ葬式代があれば良い)に反し、現保険は60歳以降には入院保障がなくなり、保険料も3万円以上と負担も大きくなり、葬式代と考えていた死亡保険もなくなる保険であったのに、営業担当者はこうした不利な内容を告げなかった。

よって、契約転換を取り消し、現在も前保険が有効に存続していることにして欲しい。それが認められない場合には、現保険を取り消して保険料を全額返還してもらいたい。

< 保険会社の主張 >

営業担当者に募集活動について確認したところ、以下のとおり、本件契約の転換手続は申立人が主張するような不適切な募集を行った事実はなく、申立人の要求には応じられない。

- a) 営業担当者は、定期保険特約を更新しなければ入院特約も切れるというような誤った説明や、そのような誤解を生ずるような不適切な説明をしていない。
- b) 営業担当者が説明に使用した「特約更新試算書」には、入院特約等が80歳まで継続できる旨明確に記載されているので、申立人が勘違いしているとは営業担当者は認識するはずもなく、ましてそのような勘違いを逆に利用して募集活動を行うような意図がないことも明らかである。
- c) 特約が10年の更新型であること、更新時に保険料が3万円以上に上がることについては、設計書を用いて営業担当者が説明している。また、前保険の転換前後の比較についても転換比較表を用いて説明しており、不利な内容を告げなかったという事実はない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面および申立人・営業担当者双方から事情聴取を行い、申立人主張について審理を行った結果、以下のとおり本件申立てには理由がないとして、裁定書によりその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

1. 営業担当者が、申立人の前保険の入院特約も保障期間が切れるとの勘違いを利用して現保険の募集活動を行ったとの主張について

以下により、営業担当者が、入院特約が切れる旨の発言をしたと認めることはでき

ず、仮に、申立人が入院特約が切れるものと勘違いしていたとしても、担当者が申立人の勘違いを認識していたと認めることは出来ず、申立人の勘違いを利用した販売を行ったとは認められない。

(1)「特約更新確認書」(平成 17 年 5 月 18 日付)によれば、前保険に付加されている特約のうち、同年 9 月 1 日に更新予定の特約は定期保険特約と災害割増特約であることが記され、「更新の対象以外の主契約、特約については更新後も保険内容・保険料とも変更ない」と明記されている。本確認書を受領した申立人は同 6 月 7 日、入院特約について勘違いすることなく、定期保険特約と災害割増特約について更新しない旨を保険会社に伝えている。

(2)申立人は、6 月 7 日付の「ご契約内容確認書(更新前の前保険の内容が記載)」と「特約更新試算書(定期保険特約と災害割増特約を更新しない場合でも傷害特約および入院特約は満 80 歳まで継続されることが明記)」は保険会社より事前に送付されたが、営業担当者は更新に関する手続のため 6 月 8 日に申立人を訪問した際に、これらを説明資料として使用されなかったと主張する。しかし、営業担当者は 6 月 7 日に申立人より前契約の特約を更新しない旨の電話連絡を受け、翌 8 日に担当者が申立人を訪問し面談しており、両書面の作成日が 6 月 7 日付であることから、両書面は事前に送付されたものではなく、申立人に示して再確認するために作成され、面談の際に担当者が持参して説明に使用したと考えるのが自然である。

(3)申立人は「特約更新確認書」を受領しており、営業担当者からすると定期保険特約と災害割増特約の更新であることを認識していると思われる申立人に対し、担当者が、入院特約が満 80 歳まで継続されることが明記された「特約更新試算書」を使用しながら、入院特約が切れるといった内容の説明を行ったとは考え難い。

2. 不利な内容を告げなかったとの主張について

営業担当者は申立人に転換比較表を示して現保険への転換を勧誘し現保険の内容を説明しており、同比較表には、現契約の特約は 10 年更新型で 10 年の更新毎に保険料が上がる旨記載されているので、申立人が主張するような、不利な内容を告げなかったと認めることは出来ない。

[事案 19-12] 入院給付金請求

- ・平成 19 年 6 月 14 日 裁定申立受理
- ・平成 19 年 11 月 19 日 裁定終了

< 事案の概要 >

医師の指示に従い 95 日間入院・治療したが、入院給付金が支払われなかったことを不服とし、裁定申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 15 年 12 月 7 日に交通事故に遭い脳神経外科、整形外科等を受診したが、その後も頭痛、嘔吐の症状があり、同月 10 日母が入院中の A 病院を受診し、慢性胃炎の診断名により同月 12 日から 16 年 3 月 15 日まで 95 日間、A 病院に入院し、CT、エコー、内視鏡検査等を受けた。

退院後、入院給付金を請求したところ、外出等が出来るのだから入院の必要性がないとの理由で支払われなかったが、入院は医師の指示にもとづくものであり、また、入

院中の外出も入院直前の交通事故によるケガ治療のため、主治医から他のリハビリ病院への治療通院を指示されたことによるものであるため、納得できない。

また、他の2生保会社からは入院給付金が支払われており、入院日数分の入院給付金を支払ってほしい。

< 保険会社の主張 >

本件入院は以下のとおり、約款上の「入院」の定義（医師による治療が必要であり、かつ、自宅等での治療が困難なため、病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること）に該当せず、申立人の申し出には応じられない。

- a) 申立書添付の入院・手術等診断書によると、本件入院の原因は慢性胃炎であるが、心窩部痛と嘔気の症状があるために行われた検査は、胃カメラ、腹部CTおよびエコー検査等であり、これらの検査は外来で実施可能である。また検査結果で確認されたのは胃炎程度であって潰瘍等の異常所見はなく、治療は内服処方のみであった。
- b) 同診断書には、合併症として胆嚢・胆道ジスキネジーの病名があるが、腹部CT、エコー検査でも異常所見なく、胆嚢・胆道機能検査も実施されていない。
- c) 以上のとおり、申立書添付の入院・手術等診断書において入院原因とされる慢性胃炎および合併症とされる胆嚢・胆道ジスキネジーいずれについても、「自宅などでの治療が困難なため」入院を必要としたものでない。

< 裁定の概要 >

申立書、答弁書、カルテ等の証拠などにもとづき、本件入院が保険約款の入院給付金の支払要件である「入院」の規程に該当するか否かについて審理を行った結果、以下のとおり、本件申立てには理由がないと判断し、裁定書をもってその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

- (1) 本件における検査は、CT、エコー、内視鏡検査等であり、入院しなければ出来ない検査ではない。また、心窩部痛、嘔気の症状はあるが、特段入院を必要とする程度の重篤な症状であったと推定される記載はない。治療も内服薬の投与であり、記録上からは通院治療で十分足りる程度のものであり、入院の必要性・相当性を客観的に認めるに足りる証拠はない。
- (2) 担当医師への質問状を作成して申立人に交付し、医師の回答を得たが、同回答書にも、積極的に入院を必要とする事実の記載はなく、むしろ「検査の結果としては入院の必要性は低いと思う」との記載がある。

[事案 19-14] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 19 年 6 月 20 日 裁定申立受理

・平成 19 年 12 月 12 日 裁定終了

< 事案の概要 >

保険料が全額損金扱い出来るとの説明により加入したが、税務の取扱いが変更となり全額損金処理出来なくなったことは重要事項の説明相違であり、契約を無効とし払込保険料全額を返還してほしいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

営業担当者から、保険料を全額損金処理できると勧められ、節税目的で遡増定期保険（保険金額 1 億円）の加入申込みをしたが、診査結果により保険金額は 5,700 万円に減額された。そのため、同様に保険料が全額損金処理できる長期傷害保険を勧められ、

平成 17 年 7 月、逡増定期保険と長期傷害保険の 2 つの保険に加入した。(逡増定期保険年払保険料は 730 万円、長期傷害保険年払保険料 470 万円)。

しかし、契約後 1 年もたたないうちに、保険会社から「長期傷害保険の保険料については全額損金処理することが出来なくなった」と連絡してきた。契約時に、営業担当者から税務取扱いには変更があり得るとの説明がなかったため、契約を取り消して保険料を全額返還して欲しいと申し出たが、保険会社は応じない。

また、保険会社の対応には全く誠意がなかったため、同時期に長期傷害保険と併せて契約した逡増定期保険についても無効とし、いずれの保険料も全額返還するとともに、これまでの間に会社が得た利益を返還してもらいたい。

< 保険会社の主張 >

長期傷害保険に加入いただく際に手交した設計書には、税務の取扱いについて以下の記述があり、本件設計書に基づく説明に際し、「長期傷害保険の税務取扱いに関し国税庁の個別通達はなく、全損取扱いが今後変更される可能性があることも話した」と、担当職員は述べている。

同保険設計書記載の税務取扱いに関する説明書き(抜粋)

「 税務の取扱に関しては、所轄の税務署・公認会計士・税理士に必ずご確認ください。将来正式な通達等が発信された場合、変更となる可能性があります。」

また、本契約が締結された平成 17 年 7 月時点では、同 18 年 4 月 28 日付国税庁見解(初めて全額損金取扱いと異なる税務取扱いを述べた生命保険協会宛回答文書)について予測するべくもなく、従来同様に全損取扱いが可能との一般的な理解のもと、上記税務取扱いに関する注意喚起文言を記載した設計書を使用し長期傷害保険の募集をしていた。

本件契約募集時においても、当社の定めた設計書を使用して募集し、錯誤等の無効原因もなく、本件契約は有効に成立しており、申立人の申し出には応じられない。

さらに、逡増定期保険については、長期傷害保険より先に申立人からの加入意思が示されており、たとえ長期傷害保険に無効原因があったと想定しても、同保険契約を無効とする具体的理由はなく、保険料返還等の申立てには応じられない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人は「錯誤による無効」(民法 95 条本文)を主張するものと解し、錯誤の問題を中心に申立書、答弁書等にもとづき審理を行った。その結果、長期傷害保険契約について、本件錯誤(支払保険料が保険料支払期間中、全額損金扱いできると信じていたのに、そうではなくなった)は、「要素の錯誤」が存在すると判断できるが、本件錯誤に陥ったことについては、以下により、申立人に「重大な過失」があったと言わざるを得ないことから、申立人から無効を主張することは出来ない。また、会社対応が不誠実であることを理由とする逡増定期保険の契約無効の主張は、無効理由とならず、本件申立てにはいずれにも理由がないことから、裁定書をもってその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

a) 同保険契約の説明書(取扱代理店が申立人宛に作成し申立人にも交付されていると推認できる)には、「 税務の取扱に関しては、所轄の税務署・公認会計士・税理士に必ずご確認ください。将来正式な通達等が発信された場合、変更となる可能性があります。」と、注意書きも記載されている。

b) 仮に、営業担当者において「全損取扱いが今後変更される可能性がある」旨を口頭

で説明しなかったとしても、上記説明書に上記注意書きが明記されていること、全額損金扱いとなるという税務上の取扱いについて、契約当時（平成 17 年 7 月）国税庁の正式見解（個別通達）が存在していたわけではなく、同問題は国の課税政策問題であるため、将来その取扱いに変更が生じることは当然予想された。

- c) 申立人は契約している公認会計士事務所の社員とも打合せのうえ契約をしており、会計事務所社員であれば、当時、全額損金扱いとする税務取扱いについて国税庁の正式見解が存在せず、将来その取扱いに変更が生じる可能性があることを当然助言すべきであった。

（参考）

民法 95 条（錯誤）

意思表示は、法律行為の要素に錯誤があったときは、無効とする。ただし、表意者に重大な過失があったときは、表意者は、自らその無効を主張することができない。

以 上

【参考】

苦情分類表

項目	内 訳	概 要
新契約関係	不適切な募集行為	募集行為が保険業法に抵触すると考えられるものや契約関係者に契約意思がないもの
	不適切な告知取得	不告知教唆や病中での契約、不正診査（身代り診査等）に関するもの
	不適切な話法	融資話法、乗換募集などに関するもの
	加入意思確認不十分	強引な募集等により契約関係者の加入意思が不十分であるもの
	説明不十分	取扱者（営業職員、代理店）として最小限必要な説明の欠如、商品内容について約款と異なる説明をするなど契約関係者に誤解を与えたもの（重要事項の説明不足、「しおり・約款」の未交付含む）
	契約内容相違	契約関係者の意思と証券内容に相違があるもの
	取扱不注意	取扱者等のミス・遅延などに関するもの
	契約確認	確認制度、確認の方法、確認員の態度に関するもの
	契約引受関係	契約不承諾、条件付など医的選択、販売制限、決定内容に関するもの
	告知内容相違	告知書の写しと告知事項が異なっていることに関するもの
	証券未着	保険証券が着かない、他の住所へ着いたなどに関するもの
その他	上記以外の新契約に係わるもの	
収納関係	集 金	集金手配事務に関するものや集金担当者の集金方法等によるもの
	口座振替・郵便振込	銀行口座引落とし、振込案内に関するもの
	職域団体扱	団体扱契約の保険料収入、および料率変更に関するもの
	保険料払込状況	入金回数相違など払込状況に関するもの
	保険料振替貸付	保険料の振替貸付通知、保険料の振替貸付に関するもの
	失効・復活	失効案内、復活診査、復活謝絶などに関するもの
	その他	上記以外の収納に係わるもの
保全関係	配当内容	配当内容や支払方法・手続等に関するもの
	契約者貸付	貸付手続、貸付金額、利息返済等に関するもの
	更 新	定期保険や定期保険特約等の更新に関するもの
	契約内容変更	払済保険・延長保険への変更、保険金の減額、保険期間の変更等に関するもの
	名義変更	契約者、受取人の名義変更に関するもの
	特約中途付加	特約の中途付加、中途増額に関するもの
	解約手続	解約手続に関するもの
	解約返戻金	解約返戻金の計算誤り・説明相違、解約返戻金水準に関するもの
	生保カード・ATM関係	生保カードの発行や取扱い、ATM利用等生保カードに関するもの
その他	上記以外の保全に係わるもの	
保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	満期保険金の支払手続に関するもの（年金、祝金、学資金等を含む）
	死亡等保険金支払手続	死亡（高度障害）保険金の支払手続に関するもの
	死亡等保険金不支払決定	死亡（高度障害）保険金支払非該当の決定に関するもの
	入院等給付金支払手続	給付金の支払手続に関するもの
	入院等給付金不支払決定	給付金支払非該当の決定に関するもの
	その他	上記以外の保険金・給付金支払に係わるもの
その他	職員の態度・マナー	職員や代理店の態度・マナーに関するもの
	税金関係	保険料控除証明、その他税金関係全般に関するもの
	個人情報取扱関係	告知事項や保険金等支払、契約内容の無断開示等に関するもの
	アフターフォロー関係	契約成立後、職員の訪問や会社からの連絡がないこと等に基づくもの
	その他	経営全般等上記以外のもの