

レジュメ:

がん保険約款の実務上の諸問題

報告者: 保険医学総合研究所
佐々木光信(医師)

報告要旨:

生保協会裁定審査会取扱い事例概要におけるがん保険関連の給付事例を参照し、約款の運用を巡る問題を確認した。責任開始前がん診断確定無効と90日不担保規定に関する申立ては少なく、悪性新生物の該当可否と「がんの治療を直接の目的とする入院」という給付約款の解釈に関するものが多かった。前者は、腫瘍分類基準適用の問題であったが、裁定審査会は踏み込んだ見解を示していない。一方、後者の約款解釈を巡る申立ては、がん治療に関連する合併症の申立て事案が主であった。これに対し裁定審査会は、給付妥当と判断する場合の一定の解釈を示している。いずれの判断も、医学的専門性に依存し、事案における約款解釈が契約時の合意に含まれるとは思われない。それ故に、契約時の情報提供と適切な約款の作成が、より重要である。今回、がん保険について報告したが、他の特定疾病保障商品にも共通する問題として認識された。

I はじめに

生保の主力保障性商品である普通死亡保険や医療保険は、全傷病を保障対象としているが、特定の傷病に保障を限定する商品は、災害関係特約を嚆矢として成人病特約(現行の生活習慣病特約)や女性疾病特約などに加え、がん保険や三大疾病保障保険など現在多様な商品が販売されている。しかし、がん保険や三大疾病保障保険など特定の疾病に保障を限定する保険(以下、特定疾病保障保険という)については、損保の普通傷害保険や生保の災害関係特約と比較して、異なったリスクマネジメントが必要になるにもかかわらず、研究報告は限定されている。判例が少ないことや、医学的な考察が必要になる点で、研究する上でハードルが高くなっている面は否定できない。

本稿で主に取り上げるがん保険は、日本で販売が開始されて既に40年以上の年月が経過し、第三分野の主力商品の一つとして社会に定着している。また、特定疾病保障保険を研究する面においても、特徴的な商品として注目されている。具体的に商品内容を見ても、診断や治療を対象とする多種多様な給付金が用意され、急速に進展するがん医療の影響を受けつつ、現在も商品は進化を続けている。それ故に、がん保険に付随する特徴的な問題が生じ、約款解釈についても消費者と保険会社の理解に齟齬が生じている。

前述したとおり、がん保険あるいはがんを保障対象に組み込んだ商品に関する研究は少ないが、先行研究の報告を確認すると、90日不担保規定(待ち期間規定)に関するものが多くなっている。当該規定に関して、約款の説明義務、約款の拘束力、規定自体の合理性と有効性および立証責任に関する研究報告が散見される¹。一方、保険支払い査定の実務家にヒアリングを行うと²、90日不担保規定の約款運用は、給付事由として客観性が高い病理組織検査による診断確定を採用している限り、それほど困難を伴わないという意見が多い³。もちろん、一部の加入者にとっては、規定の適用が不意打ち的な印象を受けるものが存在す

¹ 泉裕章「がん保険の90日不担保条項の解釈」保険事例研究会レポート294号(2016年2月)、尾澤祐一「がん保険における90日不担保条項の意義と解釈」同286号(2015年3月)、遠山聡「がん保険90日不担保条項に関する説明義務と約款の拘束力」同194号(2005年1月)など

² 支払い査定者向けにがん保険研修を実施する際、実務者から意見を継続的に聴取することになっている。

³ 芦原一郎「第三分野の保険」落合誠一・山下典孝編『新しい保険法の理論と実務』50頁(経済法令研究会、2008)は、契前発病の「発病」に関して、罹患、医師への受療、診断確定など複数定義が考えられると説明し、それぞれ趣旨を明確にすべきと論じているが、病理組織学的診断が最も客観性があり、約款運用上発病の判断が容易になるので、トラブルも少ない。

ることも事実と思われるが、定型約款のみなし合意が認められることになったので、今後は係争に進展する可能性は低くなるのであろう。ヒアリングした結果では、支払い査定者が日常的に遭遇する問題は、①保障の前提となるがんの定義と②がんの各種療養(特に合併症)と給付事由に関する部分の約款運用であった。前者は、がんの定義に使用されている WHO の分類基準の適用に関する問題であり、後者は多くの保険会社が約款に採用している「がんの治療を直接の目的とする療養(入院・手術等)」の文言の解釈の問題である。

本稿では、まず生命保険協会の指定紛争解決機関である裁定審査会⁴へ申立てされた案件の概要報告を概観し、がん保険の給付約款や支払い査定判断の課題を整理する。さらに、上記①②に関係する申立状況を確認した上で、特定疾病保障保険に共通する課題として事案の背景にある約款の解釈問題に関して検討したい。

なお、がん保険に特徴的な約款規定である責任開始前がん診断確定無効規定や待ち期間規定(90日不担保規定)についての検討は、先行研究にゆずり本稿では割愛する⁵。

II 裁定審査会取扱い概要

生命保険協会のホームページでは相談所レポートの一部として、平成13年から現在までの「裁定審査会が取り扱った事案の概要」が公開されている⁶。概要は、年度別以外に、内容別として保険金請求事案、給付金請求事案、契約取り消しもしくは契約無効請求(転換含む)事案およびその他の4種類に区分して報告されている。主にがん保険の支払い案件が含まれる、給付金請求事案に関する集計を以下に提示する。

表1 裁定審査会の給付事例概要(平成30年2月13日アクセス)

	概要掲載件数	がん関連
平成 25-29 年	224	71
平成 20-24 年	174	51
平成 15-19 年	39	11
平成 14 年以前	3	0
合計	440	133

表2 裁定審査会への申立て申請内容別の案件数

総合計		440(426)
がん関連		133(125)
内訳(重複有り)	診断関係	47(45)
	療養関係	24(21)
	治療	35(33) 内手術関係 28(26)
	告反	17
	待ち期間	1
	その他	22
がん以外		307

()内の数値は、申立て契約者の数

⁴ 保険業法第308条の5に基づく生命保険協会の指定(外国)生保業務紛争解決機関の業務規程第12条に設置根拠と業務が明示されている。

⁵ 責任開始前がん診断確定無効規定や待ち期間規定の意義、効果および規定の合理性については、佐々木光信『がんとがん保険-がん保険基本マニュアル-』153-166頁(保険毎日新聞、2015)、を参照。

⁶ 裁定審査会が取り扱った事案の概要 <http://www.seiho.or.jp/contact/adr/item/>(2018年2月13日アクセス)

表1に示したとおり、総件数の440件に対して、事案に「がん」が関係していると確認できた件数は、133件であった。表2は、がん関連の133件について裁定審査会に申立てされた事案の主たる争点について、筆者が内訳を分類し集計したものである⁷。

がんや上皮内新生物の診断に関する事案が最多の47件であり、次が治療に関するものが35件、療養関係(主にがん入院)に関する事案が24件と続いている。さらに、診断に関しては、上皮内新生物(上皮内癌)と消化管間質性腫瘍(GIST)⁸に関する事案が21件、治療に関しては手術に関する事案が28件を占めていた。

他の商品と共通する手術給付金や告知義務違反に関する申立てを除外すると、診断と療養に関する申立てが主要部分であることが浮き彫りになった。すなわち、がん保険給付事由の基本骨格である、がんの該当可否とがん療養に関する給付事由の該当可否部分に関する申立てである。前者に関する支払い判断プロセス1と後者の判断プロセス2は、支払い査定的主要部分でもあり、正に申立て件数結果が、これを裏付ける事になっている。

また詳細に分析すると前者の問題は、主に後述する各種の腫瘍分類基準に基づくがん診断基準の適用問題と言い換えられる。この点は特定疾病保障保険として考えれば、対象とする疾病の該当可否、つまり疾病の診断基準の適用と基準の該当可否に関する部分である。しかし、この領域は、医学的でアカデミックな専門部分が多く、その詳細を本稿で解説するのは、本学会の趣旨に沿わないので、がん保険の構造的な問題に関係する部分に限定して次章以降で取り上げる。

一方後者については、「がんの治療を直接の目的とする療養」という約款文言の解釈が主であり、実態としては、がん治療に伴う合併症に関連した療養についての支払い事由該当可否の問題である。本稿では、以後「がんの治療を直接の目的とする療養」の療養については、入院を対象を絞って検討する。

III がんの定義に必要なWHO基準

がん該当可否に関する申立事案を確認する上で、がんの定義の理解に必要なWHOの基準3種類について先に解説する。

1) 国際疾病分類

国際疾病分類(以下、ICDという)は、がんに限らず全ての傷病名を分類し、死因別死亡数等の基幹統計⁹や各種公的統計¹⁰の作成に必須の公器になっている分類基準である。本邦では、「疾病、傷害及び死因の統計分類提要」(以下分類提要という)として日本語訳が公開されている。WHO国際統計分類協力センターによればWHOが作成公開している国際分類グループFIC(正式には国際分類ファミリーという)に属する中心分類(総務省では典拠分類と和訳している)の一つであり、国連をはじめ各国の統計比較においても重要な基準として位置づけられている。日本も加盟するWHOの総会における採択が必要で¹¹、分類提要は官報に告示される(最新版は、平成27年2月13日付総務省告示第35号)¹²。ICD自体の沿革については省略するが、現在「ICD-10(2013年版)準拠」(以下ICD-10という)が最新版となっており、旧分類の8版(ICD-8)、9版(ICD-9)が、約款に採用されたがん保険も過去販売され各社で保有されている。現在、ICD

⁷ 公開された概要の多くは、申立て理由と保険会社の支払い判断理由を簡単に要約したものに過ぎず、裁判案件に比較して内容の詳細な検証は困難である。

⁸ 消化管の粘膜の下にできるGISTは、一般的に悪性新生物として取り扱われることが多いが、胃の場合は、良性新生物や良悪不詳の新生物も発生するので、がんの該当可否のトラブルが見られる。

⁹ 総務大臣が指定する特に重要な統計が基幹統計という。

¹⁰ 統計法(平成法律第53号)では、「公的統計」とは行政機関、地方公共団体又は独立行政法人等が作成する統計をいう。

¹¹ 世界保健機関分類規則第2条

¹² ICDは施行日が明確なため約款上分類基準としての適用日が明確である。ICD-Oの適用日は、一般に厚生労働省から日本語版が出版された発行日で運用されている。

-11 が作成中でβ版がオンラインで公開されており、各国で試用検証中である。ICDの目的としては、公的な各種統計管理以外にも、保険業における使用が明記されている点は本稿にとって重要で¹³、ICDが民間における使用も前提としていることが分かる。当然、使用されている「悪性新生物」など正式な公的用語(医学的用語を含む)を保険業が勝手に改変して使用することは慎まなければならない¹⁴。

表3 ICD-10とICD-Oの抜粋

	ICD-10と基本分類コード	ICD-Oと病理組織名の形態コード
乳房	乳房の悪性新生物 C50	浸潤性乳管癌 8500/3、浸潤性小葉癌 8520/3 など複数の病理名が登録されている
胃	胃の悪性新生物 C26	腺癌 8140/3、悪性の消化管間質性腫瘍 8936/3 など複数の病理名が登録されている

注:表の 8500/3 などの形態コード 5桁目は、性状コードと呼ばれ、0、1、2、3、6、9が基本的に用いられ、それぞれ、0は良性新生物、1は性質不詳の新生物、2は上皮内新生物、3・6・9は悪性新生物を表す。

具体的に腫瘍の分類については、乳がん、胃がんなど局在を基本とした腫瘍名とそれぞれの分類番号が列挙されており、病理組織型は明示されていない(表3)。

2) 国際疾病分類腫瘍学第3版

ICDの腫瘍部分を詳細に分類したものが、国際疾病分類腫瘍学(以下ICD-Oという)で現在第3版になっている(第3版に限定して使用する場合はICD-O3と表記する)¹⁵。ICD-OもWHOで作成される基準であるが、本会議の採択は不要であり、一般に十数年おきに改訂されている。ICDが腫瘍の局在名を列挙した分類であるのと異なり、病理組織型名称が採用され(表3)、性状コード¹⁶が割り当てられており、これにしたがって、それぞれの腫瘍は、良性新生物、悪性新生物、上皮内新生物および性質不詳の新生物の4種類に分けられている。ICDと同様に厚生労働省から日本語訳¹⁷が出版されているため、保険加入者もこれらの分類基準にアクセスすることは可能である。

3) WHO 腫瘍分類(WHO classification of tumours)

ICD-Oは、病理組織型名称とこれを分類したコーディング表であるが、そもそも病理組織名を確定するための診断基準(ICD-Oの精度を担保するために細胞や組織の形・色や大きさ等による診断基準が必要)は記載されていない。一方、WHOは、ICD-Oの作成にあたり、各腫瘍の解説と病理の基準をまとめた教科書であるWHOの国際腫瘍組織学分類シリーズ(俗にBlueBooksブルーブックと呼ばれている、以下BBという)を基本に使用していることを公表している¹⁸。BBは、残念ながら日本語訳はなく、また組織や臓器の領域別(例えば胸部臓器、消化器など)に、複数のBBが出版されている。いずれも一定期間経過すると内容が見直され、不定期に改訂版が出版公開されている。BBにもそれぞれの病理組織型ごとに性状コードが割り振られており、改訂時に見直されている。以上の3分類基準を比較したものが表4である。

¹³ <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>

¹⁴ 悪性新生物を約款上の造語としてICDと異なる使用をする約款が存在する。

¹⁵ 注10参照、ICD-OもWHO-FICの一部を構成し、中心基準に対して派生基準に位置づけられている。

¹⁶ 表3の注釈参照

¹⁷ 厚生労働省大臣官房統計情報部編『国際疾病分類-腫瘍学第3版』、(厚生労働統計協会)で、一部改訂された2012年改正版が、最新版である。ICD-OとICDとの違いは15頁に解説されている。

¹⁸ <http://codes.iarc.fr/abouticdo.php>(2018年2月23日アクセス)

表4 WHOの腫瘍分類基準の比較

	ICD	ICD-O	Blue Books
WHO-FIC(注1)	中心分類	派生分類	その他
約款への使用	必ず使用されている	使用されていることが多い	使用されていない
日本語訳	あり	あり	なし
官報告示	あり	なし	なし
適用日	施行日	出版発行日	不明確
腫瘍部分の分類	局在別分類(注2)	病理組織型名分類	病理組織型名分類
性状コードの使用	なし	あり	あり
病理診断の基準	なし	なし	あり
入手しやすさ	一般書店で入手	専門書店で入手可能	洋書取り寄せ
冊子	病名分類は1冊	1冊	臓器別に複数

注1:WHO international classification family

注2: 固形腫瘍以外の血液系腫瘍には局在名以外の個別病名が採用されている。

日本で提供されている多くのがん保険は、基本的ながんの定義に ICD を採用している。さらに、ICD-O を併用している商品と、していない商品に別れる。近年販売される商品は、両者が採用されているものが多く、同一の会社であっても、保有する商品によって採用している分類基準が異なっているため、支払い査定における混乱の原因となっている。また、日本語訳のない専門書である BB は、約款には採用されていないものの、前述したように ICD-10 や ICD-O を運用する上で、病理組織学的確定診断のためには参照しなければならない分類基準である。したがって、3種類の分類基準の重要度は、BB、ICD-O、ICD-10 の順番になり、保険加入者が参照しづらい BB の優先順位が高いことになる。実際にこれらの分類基準の運用における問題を裁定審査会の事例をもとに確認する。

なお、現在使用されているがん保険約款の1例としてアフラックのがん保険における給付対象の「がん」の定義について表5に例示する。

表5 がんの定義

<p>1. 悪性新生物とは、平成 27 年2月 13 日総務省告示第 35 号にもとづく厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷書および死因統計分類提要 ICD-10(2013 年版)準拠に記載された分類項目中、つぎの基本分類コードに規定される内容によるものをいいます。</p> <p>基本分類コード C00:口唇の悪性新生物</p> <p>基本分類コード C01:舌根<基底>部の悪性新生物</p> <p>中途省略</p> <p>基本分類コード C97:独立した(原発性)多部位の悪性新生物</p> <p>2. 上記 1 において「悪性新生物」とは、厚生労働省大臣官房統計情報部編「国際疾病分類一腫瘍学第3版」中、新生物の性状を表す第5桁コードがつぎのものをいいます。</p> <p>/3・・・悪性、原発部位</p> <p>/6・・・悪性、転移部位</p> <p>/9・・・悪性、原発部位又は転移部位の別不詳</p>

出典:アフラック 新生きるためのがん保険 Days プラス 約款別表 27 より抜粋し筆者一部改変

IV 約款と支払い実務の課題と事例

1) がんの診断に関する事例

①約款に明示のない基準の使用が争点の事例:概要番号 25-76 がん入院給付金支払請求(申立内容は認められず裁定終了)

ICD-8を採用した契約のがん入院給付金について、平成 25 年3月に胃腫瘍である消化管間質性腫瘍(GIST)による手術を受けたので、請求をしたが支払われなかったため、申立てされた案件である。概要には当該契約のがんの定義は省略されているが、ICD だけ採用された約款であることが推認される¹⁹。請求者は、当時国立がん研究センターがん情報サービスのホームページに「GIST は、・・・中略・・・悪性腫瘍の一種である」との記述があることを根拠に²⁰、給付金の請求を行っている。これに対して、保険会社はBBによる病理組織学的判定基準に照らして、申立て人の腫瘍は良性新生物に該当するとして不払いの判断を示した。胃のGISTには、良性腫瘍と悪性腫瘍およびその中間の腫瘍が存在し、具体的な病理検査所見を確認せずにGISTの病名だけで良悪を判別することは、一般的に困難である。裁定審査会は、WHOの基準におけるBBの位置づけを明示すると共に、BBの基準に照らして「悪性新生物に該当しない」という保険会社の主張を是認している。

WHOの基準であるICDあるいはICD-Oを約款に採用し明示した場合は、約款に明示のないBBを含むWHOのがんに関連する他の基準に対しても、支払い査定は拘束されるという解釈になるのか、そうとまでは言えなくてもBBの基準参照は合理的な判断という解釈なのか、いくつかの見解は考えられるが、裁定審査会は後者の判断を示したものと解される²¹。一方、BBの基準を参照しなければならないというBBの拘束力については何も言及していない。

類似の案件としては事例 28-94 で、約款に明示のない基準の使用が争点の一部になっている。本件は、がんの疑いで手術を受け、手術後に良性腫瘍の病理診断結果が確定した例であるが、三大疾病保障保険のがん保険金不払いの査定に関して申立てされている。約款のがんの定義にはWHOの分類基準としてICD-10のみ約款に明記されているため、申立て人は、約款に明示のないICD-Oで良性腫瘍の査定判断がされたことと、契約時にICD-Oの説明が無かったことを不服とする主張を行っている。保険会社は、支払い査定判断に関して「ICD-Oを参照したにすぎず、ICD-10で判断している」という反論を行ったという報告がされている。これに対し、裁定審査会は、保険会社の査定を可とした結果のみ概要報告されているため、ICD-Oの適用可否についての具体的な審査会の見解は確認できていない。

保険会社も病理医も本事案で良性腫瘍、悪性腫瘍の判断を得るにはICD-Oを参照せざるをえないため、保険会社はICD-Oを主体的には使用していないことを述べているに過ぎず、実質的にはICD-Oを採用して不払いとした事実には影響はしてないと考えられる。本例においても裁定審査会は、ICD-Oを使用した保険会社の判断を合理的であると、認めたと推測する。

②分類基準変更に伴う新旧基準適用が争点になった事例:概要番号 22-103 三大疾病保険金支払請求(申立内容は認められず裁定終了)

WHOの分類基準は、それぞれ改訂の都度、新生物の病理組織名について良悪の分類が一部変更されるため、契約時点では悪性新生物に属していた腫瘍が、その後の改訂で非悪性新生物に変更される場合や、その逆の場合があるため、支払い査定でトラブルが発生する。

¹⁹ ICD-8を採用した契約は、古い時代の契約であり日本の保険契約にまだICD-Oの基準は約款に採用されていなかった。

²⁰ GISTは、良性の場合でも、主治医から悪性と説明を受けることが多い。

²¹ 山下友信・米山高生編『保険法解説』126頁(有斐閣、2010)に「平均的あるいは合理的な顧客の理解可能性を基準にするということは、約款を作成した事業者の意思ないし理解は、約款文言に現れていない限りでは解釈の基準とされてはならないということでもあり、このことは保険約款でも該当する。もっとも、保険約款の解釈でも、当該保険契約の背後に保険技術的仕組みなども参酌の上、保険約款の解釈が行われている例は判例でも少なくとも、たんに保険約款の文言だけに着目した解釈が行われているわけではない。」と解説されている。

事例は、三大疾病保障保険²²(生保業界標準の悪性新生物・急性心筋梗塞・脳卒中を給付対象とする保険)で加入時期は平成11年以前と思われる²³。悪性新生物に関する給付事由は、

- 平成6年10月12日告示のICD-10で悪性新生物に該当する腫瘍
- 浸潤破壊的増殖をする腫瘍

の両者に該当することである²⁴。

契約後数年を経過して膀胱腫瘍(病理組織学的名称は低悪性度乳頭状尿路腫瘍 PUNLMP で WHO の基準で性状コード/1の腫瘍)で、ICD-O3では悪性新生物にも上皮内新生物にも該当しない非浸潤性の腫瘍に分類されている。なお、当該腫瘍は契約当時の分類基準であるICD-O2に従えば悪性新生物に分類されていた腫瘍であった。申立て人が、悪性新生物として請求をしたところ、診断確定時点のICD-O3では悪性新生物に該当しないこと、非浸潤性の腫瘍であることを根拠に不払いとなった。請求者は、腫瘍の病理名は契約した当時のICD-O2で判断すれば膀胱癌に該当し、また非浸潤癌が支払い対象外であることは約款に明記されていないので給付すべきと主張している。最終的に裁定審査会は、診断確定時点の新しい分類基準に従った保険会社の判断をそのまま追認した事案である。

契約して間もない時期に、このタイプの腫瘍に罹患し診断確定していれば、請求者が主張する基準に従い、悪性新生物に該当するものとして給付金が支払われていた腫瘍である。その後、本事案の腫瘍はICD-O2からICD-O3の分類変更により悪性新生物から外れている。

この事例のように、契約時点の分類基準で判断するのか、診断時点の分類で判断するのか優先ルールが約款に明示されていない商品があるため、ICD-O2とICD-O3の新旧の基準は競合することになる。約款の解釈が不明確な場合は、一般に契約者に有利に判断すべきであるが、本事例では裁定審査会はこの点に踏み込んだ見解を示していない。この事例は、ICD-Oの第2版と第3版のがん該当可否基準の相違であるが、一般的には言えば特定の疾病に関する診断基準が変更された場合、新旧の基準の適用の問題に該当する。例えば、患者の検査値が同じであっても、対象疾病の診断基準変更により給付の該当可否が変わってしまう場合に、契約時点の診断基準か保険事故発生時点の診断基準のどちらを優先するのかが、問題になる。がん以外では、過去糖尿病など診断基準が変更されることがあり²⁵、また、特定疾病保障ではないが、介護保険の介護度の認定基準が変更されるといった例もあるため²⁶、同様の問題は存在する。

2)「がんの治療を直接の目的とする入院」についての事例

「がんの治療を直接の目的とする入院」の約款文言を給付事由に採用しているがん保険は、各社から多数提供されている。一方、当該約款の解釈について、支払い査定者が日々苦慮しているにも係わらず論点が整理されていない。また、研究者の関心や取り組みも、不慮の事故の約款解釈を巡る当学会のこれまでの議論ほどに焦点は当たっていない²⁷。

がんの療養は、がんの発生する部位や拡がり、あるいは治療の違いにより多種多様で、最近では医学の急速な進歩を背景に患者の個別性が重視されようになり、給付事由の解釈も容易ではない。これに伴い、時に給付請求者と保険会社の判断に齟齬も生じている。その多くは、がん療養中の合併症の取り扱いである。以下、裁定審査会で取り上げられた案件を紹介する。

²² 事例の商品名は特定疾病保障保険であるが、本稿では混乱するので三大疾病保障保険と言い換える。

²³ 申立て人は、ICD-Oの第2版に言及しているため、1999年以前の契約と推認される。

²⁴ 一般に三大疾病保障保険における給付対象のがんの定義として「悪性腫瘍細胞の存在と浸潤破壊的増殖をともなうもの」の文言が採用されている。これは、販売当初、免責とされている上皮内癌の社会的認知度が低いため、上皮内癌を分別する文言として導入されている。

²⁵ 日本糖尿病学会により2010年に糖尿病の診断基準が変更になっている。

²⁶ 平成17年の介護保険制度見直しにより要支援1と2が新設され、要介護1の一部が移行した。

²⁷ 判例は少ないが、東京地裁平成25年1月28日判決(平21(ワ)第43165号)について井代岳志「がん保険の支払要件」保険事例研究会レポート302号(2017年11月)の研究報告がある。事例は、がん入院の約款該当可否のみならず、一般的な入院給付事由に該当する条件についても取り上げている。

①裁定審査会の標準解釈についての事例1:概要番号 25-131 入院給付金等支払請求(申立内容は認められず裁定終了)

がん保険契約後、十二指腸がんで平成 10 年に入院し、手術中に患部へ放射線照射を受けた。平成 15 年になって放射線照射の晩期合併症である門脈閉塞と消化管の静脈瘤発生に伴う消化管出血を来し、以後複数回入院(以下、合併症入院という)を繰り返すことになる。給付金請求者は、合併症入院は、がんの治療を直接の目的とする入院であるので給付事由に該当するという主張を行っている。これに対し、保険会社は、消化管出血の時点では、がんは存在せず門脈閉塞は放射線治療の晩期合併症であるため、がんの治療を直接の目的とする入院にはあたらないと判断し、給付金不払いとしている。これに対し、裁定審査会は、保険会社の主張を認めている。

医学的な視点で見れば、消化管出血は初回のがん治療と関連した合併症であり、請求者の主張も理解できないわけではないが、申立内容を否定した裁定審査会は、約款解釈として以下の重要な判断を示している。裁定審査会の「事案の概要」に掲載された該当部分を表6に転記する。

表6 事例 25-131 の裁定審査会の見解抜粋

<p>1. 当審査会では、がん保険の支払事由のうち「がんの治療を受けることを直接の目的とした入院」とは、「がんそのものに対する処置、すなわち摘除手術や抗がん剤治療、あるいは放射線治療、またはこれらの治療に伴い生命維持のために必然的に付随する処置(誰でも当然に受ける処置)」と判断している。しかしながら、本入院中に、悪性新生物そのものに対する処置、またはそれに伴い生命維持のために必然的に付随する処置が施されたとは認められないので、「がんの治療を受けることを直接の目的として入院している」とはいえない。</p> <p>2. また、がんの治療の結果、相当の可能性をもって生じる合併症については、生命維持のために必要な処置であり、かつ、がんの治療と時間的に近接している処置であって、社会通念上「がんの治療を受けることを直接の目的」とする処置と同視しなければ著しく不合理である場合は、例外的に、前記約款の「がんの治療を受けることを直接の目的として」に準じて取り扱うことが相当であるとも判断している。しかしながら、本件の発症は術後 5 年という長い年月を経ており、がんの治療と時間的に近接しているとは認められないので、約款の「がんの治療を受けることを直接の目的として」に準じて取り扱うことが相当とまでは認められない。</p>

以上の解釈を整理するために箇条書きにすると以下のとおりである。

- i) がんの治療を直接の目的とした入院とは、
 - i-1 がんそのものに対する処置、すなわち摘除手術や抗がん剤治療、あるいは放射線治療
 - i-2 これらの治療に伴い生命維持のために必然的に付随する処置(誰でも当然に受ける処置)
- ii) がん治療の合併症について
 - ii-1 相当の可能性をもって生じる合併症
 - ii-2 生命維持のために必要な処置
 - ii-3 がんの治療と時間的に近接した処置
 - ii-4 社会通念上「がんの治療を受けることを直接の目的」とする処置と同視しなければ著しく不合理である場合

これらの要素が、裁定審査会の解釈(以下、標準解釈という)である。上記 i-1 および i-2 は、どちらかに該当すれば給付対象であり、ii)については、ii-1、ii-2、ii-3 および ii-4 の全てに該当することが給付の必要条件として示されている。

上記の標準解釈に関連する事案として、合併症の支払いを審査会として認めた事例を次に提示する。

②裁定審査会の標準解釈についての事例2:概要番号 24-76 ガン入院等給付金支払請求(和解成立)

平成 23 年3月から6月にかけて、胆管癌で手術を受けている。その後、同年 10 月から 11 月にかけて、膵液漏(胆管癌の切除に伴い、胆汁の流れる胆道と膵液の流れる膵管に処置がおよび手術後膵液が腹腔内

に漏れたと推測され、膵液の漏れによる腹膜炎は重篤になる」という合併症により再入院し、経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術(膿を体外に導出する手術)を受けた。再入院について給付請求したが、保険会社は膵液漏について初回の癌手術の続発症であること、再入院ではがんは再発していないこと、再入院時の手術はがん治療を直接の目的としない手術であることを理由に、入院・手術給付金について不払いと判断している。

この事案に対し、裁定審査会は「がんの治療を直接の目的とする入院・手術」について、事例 25-4 と同じ標準解釈を示した上で、ii)の ii-1、ii-2、ii-3 および ii-4 全てに該当するという判断を示している。すなわち、がん治療との高度な蓋然性、生命維持に必要な処置であることはもちろん、再入院まで4ヶ月以上経過しているが時間的に近接すると解釈し、またがん治療と同視できるという解釈を示している。

このように、事例 25-131 の消化管出血と事例 24-76 の膵液漏という合併症に対する判断が分かれている。確かに前者は、初回癌治療から5年経過し、後者は4ヶ月後の入院である。いずれも、医師としての筆者からすると、がん治療との関係の強さや、生命維持としての必要な処置でありがん治療と同視できると考えているが、裁定審査会の判断が分かれたのは、近接という時間的な判断の部分以外には認められない。結局、4ヶ月と5年の時間的な違いの妥当性に関して裁定審査会は、何も明示していない。以上のとおり公開された概要には標準解釈は示されているが、ii)の ii-1、ii-2、ii-3 および ii-4 に関する個別的な判断基準が、支払い実務では必要である。

私見として標準解釈について補足すると、ii-1 の「相当の可能性をもって生じる合併症」とは、合併症とがん治療の間に医学的に強い関連性と蓋然性の存在が必要なことと読み替えられると考える。ii-2 の生命維持に必要な処置か否かは、多くの場合判断に迷うことは少ないが²⁸、ii-4 の「社会通念上『がんの治療を受けることを直接の目的』とする処置と同視しなければ著しく不合理」に関する判断は、軽々に論評はできない。また、ii-3 に関して時間が経過して発生する合併症の時間的な近接性には、明確な医学的判断基準は存在せず全て個別的に判断せざるを得ない。特によく知られているのは、骨髄移植後の移植片宿主症候群(GVHD と呼ばれ、移植された骨髄細胞が患者の組織を傷害する疾患)という合併症で数年間入院する重症ケースもある。果たして、「がんの治療を直接の目的とする療養」という給付事由が、標準解釈において、このような長期の合併症まで給付対象と解釈できるのか検討は必要である。また、がん保険に診断給付金という一時金が提供される商品も多く販売され、最近では、給付金受給後に2年経過している場合に、がんの療養をしていれば再度診断給付金と同額の給付金が受けられる商品(以下、診断給付金複数回支払い商品という)まで登場している。したがって、このような長期の合併症や、2年以上を経て出現するような合併症を無規律に給付対象とすれば、診断給付金複数回支払い商品の給付可否にも影響することになる。しかし、入院給付の1入院通算日数と全通算日数に限度が設定されている医療保険と異なり²⁹、がん保険は共に無制限であり、販売当初から一般の疾病に比較してがん入院治療の長期性は認識されていたと考えられる。確かに、当時は進行がんで入院される患者が多く、初期治療入院から末期がん入院へ継続する場合は、長期になることはよく知られており、療養に付随する合併症の入院に対しても弾力的に支払うことを、想定していたのではないかと筆者は推測する。

3) その他のリハビリ入院、予防入院、がん治療準備のための入院について

標準解釈に関連して論考の対象としたがんの治療に伴う合併症以外にも、プロセス2の約款解釈で問題となっている例としては、申立て件数は多くないが、がん治療後のリハビリテーション(以下リハビリ)による入院の例やがん予防に関する入院の事案がある。前者は、食道がん手術後のリハビリや食事訓練の入院に関する申立て事例 22-76 が報告されている。裁定審査会は、がんの治療を直接の目的とする入院は、がんの摘出手術や放射線療法あるいは抗がん剤投与のための入院に限定されるとの見解を示し、食事訓練等は約款解釈上がん入院とは認められないとの見解を示している。後者は、肝細胞がんの手術入院後2ヶ月して慢

²⁸ 医学的には合併症(治療行為による有害事象)の重症度に関する Common Technology Criteria for Adverse Events(CTCAE)という標準の基準がある。

²⁹ 医療保険の入院給付日数の通算上限は、1095 日とされている。

性肝炎に対して行われたインターフェロン投与をがん再発予防の入院であるとして請求された事例 25-4が報告されている。予防治療はがんに対する間接治療であり、がんの直接治療ではないという常識的な判断を示し、裁定審査会は不払い査定を容認している。

また、特殊な申立て事案としては、がん治療前の別疾病入院をがん治療準備なのでがん入院給付に該当するという主張の申立て案件が報告されている。

①がん治療準備のための入院の事例：概要番号 27-178 がん給付金支払請求（和解の見込みなく裁定終了）

申立て人は、がん保険加入後子宮体がん罹患し診断確定している。子宮体癌に対する腹腔鏡手術が予定されたが、腹腔鏡手術を実施しやすくするために手術前に減量目的で入院した。これについてがんの入院であるとして給付の請求を行っているが、保険会社は、がん治療を直接の目的とした入院ではないとして不払いとした。この案件で裁定審査会は、減量目的と手術前の合併症管理を目的とした食事制限、リハビリ（運動療法と思われる）等の処置は「がんの治療を直接の目的として入院している」とは言えないという見解を示している。

実際に臨床の場では、がん手術等の治療を予定して患者を入院させたところ他の併存疾患が発見され、がん治療に優先して併存疾患の治療入院に切り替わることは往々にして経験する。がん手術と併存疾患の入院が連続した入院になる場合や、一度併存疾患の治療が終了し退院後にがん治療のための再入院する場合もあり、実際の入退院経過は様々である。事例のように体重減量は、子宮体がん治療と異なることは明白であり、裁定審査会の判断は妥当なものと考えられる。

一方、逆の判断が示され事例が、国民生活センター消費者苦情処理専門委員会小委員会助言として、同センターのサイトに公開されている³⁰。国民生活センターの事例の概要は、前立腺がんと診断され手術に向けて採血したところ血糖値が高く、手術をするために血糖値の調節が必要であると説明され入院した（入院1）。血糖値が下がったので一旦退院し、改めて手術日が決定したので再入院（入院2）し前立腺の摘出手術を受けている。血糖値調節の入院1について支払い事由に該当しないと保険会社は判断したため、契約当事者が同センターに相談している。

これに対して、小委員会は入院1について「がんを直接の治療が必要とされ、その治療を受けることを直接の目的として入院していること」の約款に定める支払い事由に該当するという判断を示している。本助言の詳細は報道資料としても公開されている³¹ので興味があれば参照されたい。マスコミ報道もされたため期せずしてがん保険の約款の支払い事由の解釈に関して、衆目を集める結果になったが、紙面の都合上助言の論評は省略し事案の紹介に止めたい³²。

IV 今後想定されるがんの定義および直接の解釈問題

1) がんの定義とゲノム医療

現在、がんゲノム医療が目覚ましく進展している。マスコミ報道を見ても毎日のように新しい検査・診断・治療の報道を耳にする。がんは、遺伝子の病気といわれていたにも関わらず、長らく診断検査の中心は病理組織検査であり、約款も病理組織学的診断を確定診断に採用してきた。しかし、現在がんの発生や増殖に関係するゲノムレベルの知見が集積され、検査・診断・治療へ大きく影響し、これまでのがん医療の組み換え（パラダイムシフト）が進捗しつつある。本稿で論じた WHO の分類基準も今後様変わりすることが予想される。病理組織診断の優位性を凌駕する新たなゲノム検査が導入されるはずなので、がん保険の基本骨格に影響することは近い将来に現実の問題になろう。すでに、多くの会社が過去に販売したがん保険を保有しているが、病理組織検査を基本とする給付構造に大きく影響する可能性を秘めている。近い将来、がんの定義や給付事由の約款解釈とその運用にも波及することになろう。

³⁰ 国民生活センター消費者苦情処理専門委員会小委員会助言 2010年2月3日公表

http://www.kokusen.go.jp/news/data/n-20100203_1.html

³¹ 報道資料 http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20100203_1.pdf

³² 井代岳志、前掲注 21、保険事例研究会レポートで国民生活センターの助言に対して解説している。

2) 新しい治療と直接の解釈

今後、がん治療の合併症に対する給付についての約款解釈は、裁定審査会の標準解釈が定着していくと考えられるが、実際のがん治療における癌細胞や癌組織に対する直接作用以外の間接作用で効果をあげるものまで様々な治療方法が導入されつつある。例えば、抗がん剤と支持療法(抗がん剤投与で惹起される有害事象への治療など)、旧来の抗がん剤(がん細胞を直接たたく薬剤)と免疫療法(がん細胞を攻撃する免疫のシステムに作用する治療)、3大治療と緩和療法(精神的な支援・カウンセリングを含む)など、実際のがん療養においては、患者の医学的管理は多岐に及ぶ。したがって、「がんの治療を直接の目的とする療養」の直接という用語は、文法上の解釈のみならず多様な解釈に起因する様々な問題を孕んでいる。幸い裁定審査会の事例概要では、いまのところ、このような例に類する申立てはみられていないが、どの範囲を「直接」と解釈するのか判断は難しい。現行約款ではその点にまで踏み込んだものは見られないので、今後対応が必要になる。がん保険のみならず、他の特定疾病保障保険においても同様の問題として考えなければならない。

V おわりに

がん保険の約款に関して、特に問題となっている部分について論評したが、がんの該当可否に関する問題は、今後の約款改訂時に約款を整備することにより、解決する部分は大きい。悪性新生物の該当可否は本来学術的な背景が基礎にあり、この点をより反映させ、約款の基準をより明確にするなどの対策は有効なはずである。特に、今後の定型約款のあり方としても考えるべき点であろう。具体的にはICD-10やICD-OとBBが競合する場合の取り扱いを補則すること、および前述の表5に記載したがんの定義に加え、以下の表7または表8の文言等を追加することにより、分類基準の適用の混乱を防止することは可能である³³。がん保険のみならず、特定疾病保障保険のリスク管理上も必要な視点であるが、特定疾病に対する保障以外にも災害関係特約における精神障害免責や損保商品の薬物免責や脳疾患免責等における免責対象疾病に関する約款解釈にも影響するものと考えられる³⁴。

表7 分類変更対応の補則文言

疾病、傷書および死因統計分類提要 ICD-10(2013年版)準拠に関する補則文言： なお、厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷書および死因統計分類提要」において、診断確定日以前に新たな分類提要が施行された場合は、 <u>新たな分類の基本分類コードによるものとします。</u> 国際疾病分類—腫瘍学第3版に関する補則文言： なお、厚生労働省大臣官房統計情報部編「国際疾病分類—腫瘍学」において、診断確定日以前に新たな版が発行された場合は、 <u>新たな版における第5桁コードによるものをいいます。</u>

表8 分類変更対応の補則文言

疾病、傷書および死因統計分類提要 ICD-10(2013年版)準拠に関する補則文言： 診断確定日以前に <u>新たな分類提要が施行された場合で、新たに悪性新生物に分類された疾病があるときに、会社が特に認めた場合には、その疾病を対象となる悪性新生物に含めることがあります。</u> 国際疾病分類—腫瘍学第3版に関する補則文言： 診断確定日以前に新たな版が発行された場合で、 <u>新たに新生物の性状を表す第5桁性状コードが悪性に分類された疾病があるときに、会社が特に認めた場合には、その疾病を対象となる悪性新生物に含めることがあります。</u>
--

³³ 表7と表8の違いは、表8の方が契約者にとって有利な取り扱いである。一方、契約時点以後の分類基準の履歴管理が必要となり保険会社にとって負担が大きい。

³⁴ 勝野義人「精神障害免責に関する一考察」保険学雑誌 633号 105-125頁(2016)、永松裕幹、「薬物免責条項の解釈と適用」保険学雑誌 633号 127-147頁(2016)など、特定の疾病、病状と免責の約款解釈が論じられている。

一方、がん保険の支払い査定者が最も悩む約款の解釈は、「がんの治療を直接の目的とする療養」の部分であり、がんの療養とがん以外の療養を分別するというがん保険の約款の中でも、保障の基本骨格を表す文言である。これ以上、簡潔な給付事由表現は医学的に考えても思いつけるものではない。また、がん保険は、がんのみ保障する究極の特定疾病保障保険であるが、他の疾病保障においても標準解釈を援用できる部分は多いと考える。したがって、不慮の事故の3要素「急激性・偶発性・外来性」の解釈と運用が、現在も研究されているように、裁定審査会の標準解釈の研究がさらに深化していくことを期待したい。

さて、裁定審査会の事例を概観したが、筆者の過去の経験から考えても、これらは氷山の一角であり、おそらく実際の請求でトラブルになっている事例は多いはずである。本研究報告で取り上げた部分を理解するには、医学的な専門性も必要になる領域で、契約時に契約当事者間で相互の理解に基づく基本合意が形成されづらい部分といえる。山下は、民法改正と保険法の関係を解説する中で、両法に条文の定めのない領域については、解釈によって導き出されたルールのみで補充が行われてきた領域と論じているが³⁵、正に本稿で扱ったがんの分類基準にしても、がんの治療を直接の目的とした入院にしても、実務的ルールにより約款解釈の補充されるべき領域である。しかし、本稿から理解されるように、これまでの実務から導き出されたルールさえも未熟といえるのであろう。また、氏は、約款のわかりづらさによる契約者の不利益救済を解説する際に、わかりづらさの原因を①商品設計上の問題、②文言の不明確さ・難解さおよび③標準的な顧客向け説明では十分に免責条項の内容が理解できない場合の3者に分けている。本稿が対象としたがん保険の支払い事由該当可否判断のわかりづらさもこれらに準じるのであろう。実際に裁定審査会の事例を見ても、②と③の例が多くを占めている。氏が、「改正民法(当時中間試案の段階)の保険実務へ与える保険実務上のあり方が、情報提供義務論や約款論へ影響することも期待される」とまとめられたように、今後の特定疾病保障保険における約款記載の配慮すべき事項や募集人への情報提供教育の重要性に、焦点が当たることを期待したい。

なお、すでに多くの第三分野商品が販売され、各社が多くの契約を保有している。過去販売した商品の約款が、時間経過とともに医学的記述が陳腐化し(経年劣化)³⁶、適切な保障が提供できない事態も想定される³⁷。したがって、医学的な基準の変更を含め医学環境の変化に合わせた契約内容の変更に関しても、実務的議論が今後進捗していくか確認したい。

³⁵ 山下純司「民法改正と保険法」保険学雑誌 624号 65-80頁(2014)

³⁶ 伊藤豪「第三分野保険の動向と課題」田畑康人、岡村国和編『人口減少時代の保険』71-78頁(慶應義塾大学出版、2011)に「第三分野商品は、保障内容が多種多様な商品であるとともに、公的医療保険制度の改正や医療技術の進歩など外部要因の影響を受けやすい保険であり、その期間も長期にわたる商品が多いことから、長期的不確実性を有している。」と述べ、第三分野商品のリスク管理について論じている。

³⁷ 第三分野商品は長期性の保障が多く、契約時に遡及して医学的な基準の管理をすることができないことが予想される。例えば過去の病理組織学的分類を遡って管理することは病理医にとっても困難なはずである。