

生損保業界における保険金不払い問題

～ 求められる信頼回復へ向けた取組～

財政金融委員会調査室 いのうえ りょうこ
井上 涼子

1. はじめに

近年、生損保各社による保険金不払いが社会問題となっている。平成17年2月、明治安田生命保険相互会社及び富士火災海上保険株式会社において初めて不払いが発覚して以降、度重なる調査を通じて、ほぼすべての保険会社で不払いがあったことが明らかとなり、金融庁が相次いで行政処分が発動するなど、不払い問題は保険制度そのものの信頼を揺るがす事態へと発展した。平成19年10月、不払い状況に関する調査は一つの区切りが付いたものの、保険に対する国民の不信は増幅しており、保険業界は信頼回復に向けた根本的な改革を迫られている。

本稿では、保険金不払い問題の一連の経緯と発生原因、再発防止に向けた取組について整理した上で、今後の課題について若干の指摘を行うこととしたい。

2. 不払い発生の経緯

(1) 生命保険会社における不払い

ア 明治安田生命における不適切な不払い

生命保険業界における不払い問題は、平成17年2月、明治安田生命保険相互会社（以下「明治安田生命」という。）において、死亡保険金に係る不適切な保険金不払いが大量に発覚したことが発端であった。

保険を契約する際、契約者には、自らの健康状態や過去の病歴などを保険会社に知らせる「告知義務」がある。通常、保険会社の約款においては、この告知義務を怠った場合、保険会社は契約から一定期間内²であれば、会社側は保険金支払いを拒否することができる」と規定されている。一方で、保険金の搾取目的など違法性が極めて強い場合や、告知違反の内容が重要である場合においては、一定期間を経過していても、「詐欺無効」として、支払いを拒否できることも規定されている。

明治安田生命は、過去5年間（平成11年～16年）において、詐欺無効を理由に死亡保険金を支払わなかった213件の契約のうち、162件が本来支払うべき契約だったことを公表したが、この中には、営業職員が健康状態に関する情報を告知しないよう勧めるなど、不当な募集で契約者を加入させておきながら、会社としては告知義務がなかったとして、詐欺無効を理由に保険金支払いを拒否するなどの悪質な事例が多く含まれていた。そのため、平成17年2月、金融庁は明治安田生命に対し、保険業法に基づく業務改善命令及び業務停止命令を発動した。

さらに、その後も明治安田生命で新たな不払いが発覚したことなどから、金融庁は平成17年7月、明治安田生命を含む国内すべての生保39社に対して、過去5年間（平成12年度

～16年度)における不適切な不払いについて再検証するよう要請した。その結果、明治安田生命を除く生保各社の不払いは、31社合計で435件、約20億円であったのに対し、明治安田生命では、前回分と合わせて、1,053件、約52億円にのぼる不払いがあったことなどが判明した³。これを受け、平成17年10月、金融庁は明治安田生命に対し、2度目の業務改善命令及び業務停止命令を発動した。

イ 生命保険各社における保険金等の支払漏れ

この時点での生保業界における不払いの問題は、明治安田生命という個別の企業の特異な問題と認識されていた。このため、その後も、平成18年6月に第一生命保険相互会社(以下「第一生命」という。)において、約1億円の配当金の支払漏れが発覚したほか、同年7月には日本生命保険相互会社に対し、書類の改ざんによる保険契約の不正解除が発覚したことを理由に業務改善命令が発動されたものの、不払いで大きな問題となっていたのは損保業界であり、生保業界における不払いは一旦沈静化を見せていた。

しかし、平成19年1月、第一生命が、三大疾病特約⁴において大量の支払漏れがあったことを公表し、他の大手生保各社においても同様の支払漏れがあることが判明した。折しも、生保各社は、過去の保険金・給付金等の支払漏れについて、同年3月末を目途に自主調査を進めていたところであったが、これに関しても、三大疾病特約の支払漏れについて調査していない会社があるなど、対応が不十分であることが判明した。

そこで、改めて金融庁が平成19年2月、国内すべての生保38社に対し、過去5年間(平成13年度～17年度)における保険金等の支払漏れの状況を報告するよう要請したところ、4月に中間報告として、全社合計で約44万件、約359億円の支払漏れがあったことが公表された。その内訳は、事務的なミスによる給付金や遅延利息等の支払漏れのほか、三大疾病特約の保険金や失効返戻金等の支払いが可能であるにもかかわらず、契約者への案内が不十分だったことにより発生した「請求勧奨漏れ」(内容については後述)が多数を占めていた。この「請求勧奨漏れ」については、多くの会社が調査を終了していなかったため、その後も報告期限を延長して継続調査が行われた。平成19年10月、大手生保を含む24社が、金融庁に最終結果の報告を行い、過去の分を含め、38社合計で約120万件、約910億円にのぼる膨大な支払漏れがあったことが明らかとなった。残る各社も11月末までに結果報告を行うこととしており、支払漏れの件数・金額はさらに膨らむことが予想される。

(2) 損害保険会社における不払い

ア 自動車保険等における付随的な保険金の支払漏れ

損害保険業界における不払い問題は、明治安田生命による保険金不払いの発覚と同時期である平成17年2月、富士火災海上保険株式会社において、自動車保険を中心とした支払漏れが発覚したことが発端であった。

この発覚を機に、損保各社が自主的な社内調査を実施したところ、計16社で約16万件、約66億円の支払漏れがあったことが判明した。このような事態を受け、金融庁が平成17年9月、国内すべての損保48社に対し、過去3年間(平成14年4月～17年6月)における付随的な保険金の支払漏れ⁵の報告を求めたところ、26社において、自動車保険を中心とする約18万件、約84億円の支払漏れがあることが発覚した。経営管理態勢や内部管理

態勢に構造的な欠陥があるとして、金融庁は同年 11 月、各社に対し、一斉に業務改善命令を発動した。

しかし、その後も新たな支払漏れは発覚し続け、平成 18 年 5 月、株式会社損害保険ジャパンに対し、支払漏れの追加発覚とともに、社員による保険料の立替払いなどの不正行為が判明したとして、業務改善命令及び業務停止命令が発動された。また、同年 6 月には、三井住友海上火災保険株式会社（以下「三井住友海上火災」という。）に対して、新たな支払漏れの発覚とともに、第三分野保険⁶において不適切な不払いがあったとして、業務改善命令及び業務停止命令が発動された。

このような事態を受け、金融庁は、支払漏れが見つかった損保 26 社に再調査を求めた。その結果、平成 18 年 9 月、合計で約 32 万件、約 188 億円の支払漏れが報告されたが、なお全容が把握できていない会社が多数ある上、調査内容に不備があることも判明した。そのため、同年 11 月、金融庁が各社に対し、再度の調査のやり直しと調査完了時期の報告を求めるといふ異例の事態に発展した。平成 19 年 6 月に各社の最終結果がようやく出揃い、過去の分を含めて、約 49 万件、約 381 億円にのぼる支払漏れがあったことが公表された。

イ 第三分野保険における不適切な不払い

医療保険等の第三分野保険における不適切な不払いは、平成 18 年 6 月に業務停止命令を受けた三井住友海上火災の事案において初めて発覚した。その主な事案としては、(a) 始期前発病（保険契約前の発病）について、約款上では医師の診断により認定された場合に、保険会社の免責が適用されることになっているにもかかわらず、社員が医師の診断に基づかず判定を行うなどして、免責が不適切に適用された事例、(b) 告知事項とは因果関係のない保険事故にもかかわらず、告知義務違反を適用し不払いとしていた事例などが挙げられる。

問題の発覚を受け、金融庁は同年 7 月、損保 48 社に対し、過去 5 年間（平成 13 年 7 月～平成 18 年 6 月）における第三分野商品の不適切な不払いについて報告を求めた。その結果、同年 10 月、計 21 社で 5,760 件、約 16 億円の不払いがあったことが報告された。このうち、支払管理態勢に重大な問題があると認められた 10 社に対して、金融庁は平成 19 年 3 月、業務停止命令を含む行政処分を行った。

ウ 火災保険料等の取り過ぎ

さらに、損保業界においては、火災保険料の取り過ぎも発覚している。建物の構造認定の誤りにより、適切な保険料が適用されていなかったほか、耐火性が高い住宅に対して、適切な割引制度が適用されていなかった等の事案が発覚したものであり、保険金の支払いという出口だけでなく、保険料の徴収という入り口段階でも問題があることが明らかとなった。

金融庁は平成 18 年 12 月、火災保険を取り扱う損保 30 社に対し、適正な募集態勢が整備されているかどうか等について点検を要請した。点検は平成 20 年春に終了を予定していたが、点検の過程で、さらに地震保険についても、保険料を取り過ぎた事案があることが発覚した。そのため、損保各社は、火災保険及び地震保険に限らず、自動車保険や医療保険などを含むすべての保険について、保険料の取り過ぎがなかったかどうか調査を進めているところである。調査結果の公表は、平成 20 年の夏以降に予定されている。

生損保各社における保険金不払いの主な経緯

	損害保険会社	生命保険会社
H17.02	富士火災海上で4,800件、1.2億円の保険金の支払漏れが発覚	明治安田生命の不適切な不払いが発覚を受け、金融庁が業務改善命令及び業務停止命令
H17.09	自主調査により、損保16社で16万件、66億円の保険金の支払漏れが判明	
H17.10		金融庁が生保各社の不払い状況公表(7月に金融庁が報告徴求) 金融庁が明治安田生命に再度の業務改善命令及び業務停止命令
H17.11	損保26社で18万件、84億円の付随的な保険金の支払漏れが判明(9月に金融庁が報告徴求) 金融庁が損保26社に業務改善命令	
H18.05	金融庁が損保ジャパンに業務改善命令及び業務停止命令(追加の支払漏れ、不正行為の発覚)	
H18.06	金融庁が三井住友海上に業務改善命令及び業務停止命令(追加の支払漏れ、第三分野保険金不払いの発覚)	第一生命の1億円余の配当金の支払漏れが発覚
H18.07		金融庁が日本生命に業務改善命令(個別事案の不払い)
H18.09	損保26社の支払漏れが32万件、188億円に拡大(各社が金融庁に点検結果報告)	
H18.10	損保21社で5,760件、16億円の第三分野保険金不払い(7月に金融庁が報告徴求)	
H18.11	付随的な保険金の支払漏れについて、金融庁が各社に調査のやり直しを要請	
H19.01		第一生命などの大手生保各社で1万件余の保険金支払漏れが発覚
H19.03	金融庁が損保10社に行政処分(第三分野保険金不払い)	
H19.04		生保38社の支払漏れが44万件、359億円に拡大(2月の報告徴求に対する中間報告)
H19.05	損保25社で12万件、66億円の火災保険料取り過ぎ(18年12月に金融庁が点検要請)	
H19.06	損保26社の付随的な保険金の支払漏れが49万件、381億円に拡大(最終報告)	
H19.08	各社の地震保険料取り過ぎが発覚 全保険商品について、各社が保険料取り過ぎの調査開始	
H19.10		生保38社の支払漏れが120万件、910億円に拡大(生保24社が最終報告)
H20 夏	保険料取り過ぎ調査終了(予定)	

(出所) 報道に基づき筆者作成

3. 不払いが発生した原因

(1) 保険の自由化による影響

生損保各社で起きた一連の不払いの直接の原因として、保険自由化以降の保険商品の複雑化と支払管理態勢の不備が挙げられる。かつて保険業界は、「護送船団方式」による金融行政の下で保護され、各社が同一の保険料に基づく類似の商品を販売していたが、金融ビッグバンの進展により、平成10年に保険料率が自由化されると、商品開発・販売競争が激化することとなった。各社は、独自の商品や特約を相次いで増やし、商品の多様化・複雑化が急速に進んだが、その一方で、営業職員や代理店の商品理解は追いつかなくなり、システムを中心とした支払管理態勢の整備も後回しとなった。このことが、膨大な支払漏れや、保険料の取り過ぎの発生につながったとされている。

また、自由化の一環として、平成13年、それまで一部の外資系などに取扱いが限定されていた第三分野保険について、国内の生損保会社による参入が解禁された。既存保険市場が飽和状態となる中、新たな収益源を求めていた生損保各社は、相次いで第三分野保険に参入した。第三分野の主力商品は医療保険であるが、その性質は、加入時に過去の病歴の申告を必要とするなど生命保険に近いものであり、損保会社が参入する際は、事前に支払管理態勢を整備する必要があった。しかし、損保各社は競争を優先させ、支払管理態勢が不十分な状態のまま、販売を拡大させた。その結果、第三分野保険の不適切な不払いを引き起こしたとされている。

(2) 契約者軽視の業界体質

不払いの根底には、契約者を軽視した業界体質の問題があることも指摘されている。

営業職員や代理店に対し、過大な販売目標（ノルマ）を課す業界特有の営業姿勢は従来から問題が指摘されてきたが、保険の自由化により販売競争が激化するに伴い、業界では以前にも増して、新規契約の獲得などによる収益拡大を重視する傾向が強まった。その結果、顧客への十分な商品説明や保険金の支払いなど、既存契約に関わる業務は疎かにされるようになった。また、悪質な不払いで2度の業務停止命令を受けた明治安田生命においては、「死差益⁷の拡大」を経営目標に盛り込み、保険金の支払額を意図的に抑制していたことも明らかになっている。このような利益に過度に偏重し、契約者を軽視した業界体質が、不払いの根本的な要因であるとの指摘がなされている。

また、「保険金は、契約者から請求を受けて初めて支払うもの」という認識、いわゆる「請求主義」の問題性も指摘されている。請求主義は、保険発足以来、業界の「常識」とされ、各社の約款でも定められてきた。しかし、複雑な商品内容や請求手続を契約者が正確に理解するのは困難であり、保険会社側も、契約者が保険金や給付金を請求した際、診断書などから他の特約が支払われるかどうかを知りうる立場にありながら、契約者へ請求を促すことなく、支払いを怠ってきた。この点について、平成19年5月18日に衆議院財務金融委員会に参考人として招致された生命保険協会の齋藤会長は、「今振り返りますと、残念ながらお客様に漏れなくご請求をいただくということについての徹底が欠けており、この点についての意識改革が求められていると考えております。」と説明し、請求主義から

の脱却が必要であるとの認識を示した⁸。今後は、契約者の立場に立った意識改革が急務であろう。

4．生損保業界及び金融庁の対応

不払い問題の発覚を契機に、生損保業界及び金融庁は、再発防止に向けた取組を進めている。

生損保各社は、不払いの発生原因を踏まえ、販売部門と支払部門の改革に着手している。具体的には、(a) 保険商品や特約の統廃合、約款の平易化等を通じた商品の見直し、(b) 顧客に対する説明体制の見直し、(c) 外部専門家(医師、弁護士、有識者等)が支払査定を検証する制度の導入、(d) 支払漏れを防止するためのシステムの整備、(e) 保険金等支払業務に関する教育研修の徹底などが挙げられる。

加えて、生保各社では、経営改善策として、従来から形骸化が指摘されていた総代会⁹について、明治安田生命が業界で初めて総代の立候補制を導入したほか、他社でも定員を増員するなど、活性化へ向けた取組みが行われている。また、「製造原価のようなもの」として各社が今まで非公開としてきた「三利源」¹⁰と呼ばれる基礎利益の内訳について、大手生保8社が平成18年3月期決算より初めて開示に踏み切るなど、情報公開も進められている。

さらに、業界団体である生命保険協会及び日本損害保険協会においても、適切な保険金の支払いに関する自主ガイドラインが作成されたほか¹¹、契約者からの苦情相談を各社の経営陣へ伝達する制度を強化するなどの再発防止策が講じられているところである。

一方で、金融庁は、平成17年8月に策定された「保険会社向けの総合的な監督指針」(以下「監督指針」という。)の改正を通じて、契約者保護ルールの整備を行っている。平成17年4月に金融庁内に設置された「保険商品の販売勧誘のあり方に関する検討チーム」(以下「検討チーム」という。)は、保険の販売や勧誘に際してのルールづくりについて検討を行い、平成17年7月に「中間論点整理～保険商品の販売・勧誘時における情報提供のあり方について～」を公表した。これに基づき、金融庁は、平成18年2月に監督指針を改正し、広告規制を強化するとともに各社が販売勧誘する際に、商品の仕組みや保障の内容などを記載した「契約概要」と、告知義務の内容など特に注意喚起すべき事項を記載した「注意喚起情報」を提示することを義務付けた。

また、平成18年6月の監督指針の改正においては、相次ぐ不払いの発覚を受けて、保険会社における保険金支払管理態勢の改善・整備に当たっての着眼点の明確化を図り、生損保各社に対して、迅速かつ適切な保険金支払管理態勢を構築するよう要請した。

さらに、金融庁は、検討チームが平成18年3月に公表した「中間論点整理～適合性原則を踏まえた保険商品の販売・勧誘のあり方～」を踏まえ、平成19年2月に監督指針を改正し、契約締結前に、商品内容が顧客のニーズに合致しているかどうかを確認の上、書面化して顧客に交付する「意向確認書面」を、同年9月末までに導入することを義務付けている。

5. おわりに

保険金の支払いは保険会社の最も基本的かつ重要な機能であり、この機能が有効に働かないことは、保険制度そのものの根幹を揺るがす重大な問題である。経済界全体や行政当局が消費者重視の姿勢へと大きく転換している中、不払い問題は保険業界の体質の遅れを浮き立たせ、業界全体に対する国民の信頼を失墜させた。不払いの発覚を契機に、保険業界は、契約者の目線に立った経営姿勢へ転換することが求められている。そのためには、まず、未だに全体像が明らかとなっていない不払いの全貌を明らかにする必要がある。その上で、各社が再発防止に向けた取組みを徹底させ、顧客サービスの維持・向上に永続的に取り組んでいくことが必要であろう。

また、今回の問題に関しては、不払いを長年放置してきた金融庁の責任を問う声も出ている。監督官庁として金融庁も、今般の不払いの全容とその原因を明らかにすべく、今後一層、業界に対する監視の目を強化することが求められている。

さらに、来年の通常国会においては、保険契約のルールなどを定めた保険法¹²の抜本改正が予定されている。改正内容については、法務省の法制審議会で現在検討中であるが、平成19年8月に取りまとめられた中間試案においては、今まで規定がなかった第三分野保険について、明確な契約規定を創設するとともに、不払い防止のため、現行の告知義務違反の要件を緩和することなどが盛り込まれている。これらの保険法の見直しに合わせた保険業法の改正についても、金融審議会において検討が始まっている。今般の不払い問題の実態解明を進め、その対応策を法改正の内容に適切に反映させていくことも今後必要となろう。

失われた保険に対する信頼を取り戻すことができるのか、今後の保険業界と行政の真摯な取組を見守る必要がある。

¹ 金融庁は、把握している不払いについて、次のように分類している。 保険金等の不適切な不払い（保険契約者等から保険金等の請求を受けた保険会社が、不適切な判断により保険金を支払っていなかったこと）、保険金等の支払漏れ（保険事故が発生し、主たる保険金等の支払は行われているにもかかわらず、保険会社が、臨時費用保険金等の保険金等について、保険契約者等から請求がなかった等のため、支払っていなかったこと）、保険金等の不適切な未払い（がん保険等における保険金等の支払に関し、被保険者にがんの告知が行われていない等の理由から、保険会社が、保険金等の支払を留保したものについて、留保の理由が消滅した後も支払っていなかったこと）これらの不払いについて、金融庁は、「保険金等の支払に関する不適切な取扱い」と総称しているが、本稿では、～を含む一連の問題を指す場合について、「不払い（問題）」と表記するほか、の「不払い」との「支払漏れ」を適宜使い分ける。（の「未払い」については、注3を参照。）

² 商法上、告知義務違反による会社の契約解除期間は、5年と定められているが（第644条第2項）、契約者保護を理由に、多くの保険会社は約款でこれを2年に短縮している。

³ 明治安田生命を除く生保31社の不払いの発生原因は、主に事務的ミスによるものであったのに対し、明治安田生命の発生原因は、詐欺無効の不適切な適用などの意図性に基づくものが大宗を占めていた。また、明治安田生命においては、がん患者への割増給付金を支払わなかった事案（保険金等の不適切な未払い）が1,450件

あったことなども新たに判明した。(『保険金等支払管理態勢の再点検及び不払事案に係る再検証の結果について』2005.10.28 付け金融庁報道資料 <<http://www.fsa.go.jp/news/newsj/17/hoken/f-20051028-4.html>>)

⁴ 三大疾病特約とは、三大疾病（がん、心筋梗塞、脳卒中）を対象とする特約のことである。

⁵ 付随的な保険金の支払漏れとは、保険事故が発生した際、主たる保険金の支払いは行われているにもかかわらず、臨時費用保険金等の付随的な保険金（見舞金、香典、代車費用等）について、契約者から請求が無かったため、本来支払われていなければならないものを支払っていなかったことを指す。

⁶ 第三分野保険とは、第一分野（生命保険）と第二分野（損害保険）の中間に属する保険商品のことを指し、医療保険、傷害保険、介護保険などが該当する。

⁷ 死差益とは、予定した死亡率と実際の死亡率の差から生じる利益のことを指す。

⁸ 第166回国会衆議院財務金融委員会議録第13号2頁(平19.5.18)

⁹ 相互会社形態をとる生命保険会社にとって、その最高意思決定機関は社員総会であり、株式会社における株主総会に該当する。生命保険会社における社員とは保険契約者を指し、保険契約者である社員が、社員総会における議決権を保有する。ただし、生命保険会社の社員総数は極めて多数に上るため、保険業法第42条において、社員総会の代替機関として、社員から選出された総代により構成される総代会を設置することができる旨、規定されている。

¹⁰ 三利源とは、生命保険会社の基礎利益（本業の儲け）を構成する三つの要素のことであり、想定した死亡率と実際の死亡率の差である「死差（損）益」、想定した運用利率と実際の運用利率の差である「利差（損）益」、想定した事業費率と実際の事業費率の差である「費差（損）益」から構成される。

¹¹ 自主ガイドラインは、生命保険協会では平成18年1月に、日本損害保険協会では同年9月に策定された。

¹² 現在、我が国に保険法と題する独立した法律は存在せず、商法第629条以降に定められた保険に関する規定を一般に「保険法」と呼んでいる。