

わが国におけるディサビリティ保険市場の発展と課題

杉 田 和 也

（ライフネット生命）
（商品開発部）

I はじめに

2010年2月、ライフネット生命は就業不能保険（注1）である「働く人への保険」を発売した。欧米では「ディサビリティ保険」（Disability Insurance、D I）と呼ばれるこの保険分野はすでに広く普及しているのに対して、わが国ではこれまでは損保分野を中心に団体向け所得補償保険や個人向けの長期就業不能保険が限定的に提供されているに過ぎなかった。

欧米におけるディサビリティ保険市場を概観すると、アメリカでは19世紀後半に就業不能保険が登場して以来目覚ましい発展を遂げ、現在では年間保険料収入で1兆円を超える市場規模となっている（注2）。また、ドイツでは約100年ぶりに保険契約法が改正され、新たに就業不能保険に関する条項が盛り込まれる動きがあり、就業不能保険が保険の一分野として広く認知されている。

本稿の目的は、このたび当社が発売した就業不能保険の商品設計上の論点を整理することで、今後、市場が発展していくために乗り越えなければならない課題を提示することにある。

構成は以下の通りである。最初に、わが国におけるこれまでのディ

サビリティ保険市場の発展と現状を整理する。次いで、わが国で就業不能保険が必要となる背景を、さらに「働く人への保険」の商品設計をする上で検討を重ねた論点を、その後にリスク管理の観点から保険事務上の取り扱いについてまとめる。最後に、今後の展望を述べる。

なお、本稿における意見等にかかる部分は筆者のものであり、筆者の所属団体等とは無関係である。

（注1）就業不能保険とは、被保険者が病気やケガで所定の就業不能状態になり、その状態が免責期間を超えて継続している場合に、回復・死亡もしくは給付期間が終了するまで月ごとの給付を行う保険商品をいう。就業不能保険は生保会社で販売しており、損保会社では所得補償保険の名称で販売している。

（注2）天野卓「所得補償保険を巡る最近の動向」『ニッセイ基礎研REPORT』ニッセイ基礎研究所、2004年3月、1ページ。

Ⅱ わが国におけるディサビリティ保険市場

1. ディサビリティ保険市場の沿革

1974年、わが国で初めて就業不能リスクに備える民間保険として所得補償保険が安田火災海上保険（現、損害保険ジャパン）から発売され、その後、損保各社でも取り扱われるようになった。もっとも、給付期間（損保会社では補償期間やてん補期間という）は1～2年と短期のものが主流であり、長期にわたって就業不能による収入の喪失を保障（損保会社では補償という）する保険商品は発売されなかった。

これに対して、生保会社では、1992年12月に明治生命（現、明治安田生命）が長期就業不能保障保険を発売した。この商品は就業不能保険金を最長3年間支払うもので、従来と比べて長期の保障を提供するものであった。もっとも、給付事由となる就業不能状態は国民年金の障害等級と同程度の重度の障害状態となっており、給付範囲は限定されていた。さらに、1994年5月にはソニー生命が70歳までの長期給付が

可能となる生活保障保険を発売したが、所定の要介護状態や障害状態を給付事由とする点で、同様に給付範囲は限定されていた。1993年4月以降、生保各社は就業不能保険を発売したが、いずれも短期の就業不能を保障するものであった（注3）。

1994年7月、アメリカの傷害・疾病保険の大手であったユナム・グループが日本に設立した「ユナム・ジャパン傷害保険」（以下ユナム・ジャパンという）は、安田火災海上保険との共同開発により、長期障害所得補償保険の商品認可を取得した。この保険商品の特徴は給付期間が20～30年と長期にわたって補償が可能となる点であり、長期就業不能保険（Long-Term Disability、以下LTDという）に分類される。当初、ユナム・ジャパンは団体向けLTD（Group Long-Term Disability、GLTD）として団体長期障害所得補償保険を主に企業を通じて販売しており、損保各社で順次取り扱いを始めた。1999年7月、ユナム・ジャパンは個人向けのLTD（Personal Long-Term Disability、PLTD）として新たに長期就業不能所得補償保険を発売した（注4）。その後、2004年1月には、日立キャピタルがユナム・ジャパンを買収し、同年4月にその社名を日立キャピタル損害保険に変更している。

補足となるが、生保会社では、所得補償保険と類似した名称の保険商品として収入保障保険を販売している。収入保障保険は被保険者が死亡したときに、残された家族が死亡保険金を生活費として、年金形式で受け取ることができる保険商品であり、就業不能保険や所得補償保険とは保障の範囲や目的が全く異なるものである。

（注3）御田村卓司『生保商品の変遷—アクチュアリーの果たした役割』保険毎日新聞社、1996年、166ページ。

（注4）『ユナム・ジャパンの現状2003』ユナム・ジャパン傷害保険、2003年、3ページ。

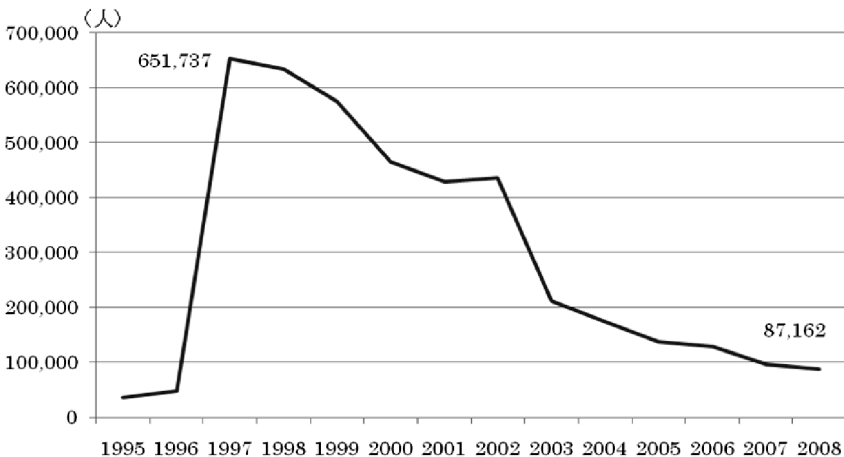
2. 長期就業不能保険（LTD）の現状

長期保障型の就業不能保険がなかったことは、日米の就業不能保険の普及に差が出ている理由の一つとされていた（注5）。わが国においても、ユナム・ジャパンがLTDを発売したことによって、ディサビリティ保険市場が本格的に立ち上がることが期待された。

就業不能保険は、医療保険と比べて長期にわたって生前給付を行うため逆選択を招きやすく、被保険集団の均質性や勤務状態の管理、料率設定の観点から、団体保険に向いている保険商品である。そこで、まず団体向けディサビリティ保険市場についてみていくこととする。

わが国では、生損各社が大企業を中心に団体向け就業不能保険を販売している。もっとも、その規模は小さい。データが開示されている

（図1）団体就業不能保障保険 被保険者数の推移



（出典）保険研究所『インシュアランス生命保険統計号』各年版より作成。

注：1）各年度末の「被保険者数（単独・幹事）」を示す。

2）2001年以前の被保険者数は、「被保険者数（共同）」を係数（2002年以降の「被保険者数（共同）」÷「被保険者数（単独・幹事）」で求めた数値、3）で除して推計した被保険者数を示す。

3）1997年の被保険者数の急増は、全員加入の団体定期保険から総合福祉団体定期保険への切り替えに伴う、企業の福利厚生の見直しによるものと考えられる。

生保会社の団体就業不能保障保険についてみると、1997年に約65万人であった被保険者数が、2008年には約8.7万人へと減少しており、市場が著しく縮小していることがわかる（図1参照）。この現象は一般的な団体保険市場と同じく、バブル崩壊以後の企業における福利厚生制度の縮減が最大の要因であると考えられる。

次に、個人向けディサビリティ保険市場についてみると、損保会社で取り扱っている所得補償保険は、日立キャピタル損害保険が販売している長期就業不能所得補償保険を除けば、いずれも短期保障型であり主力商品とは位置付けられていない。また、生保会社で現在取り扱っている就業不能保険は、損保ジャパンD I Y生命が販売している短期保障型の無配当就業不能保障特約に限られている。

このように、わが国のディサビリティ保険市場は、団体向け、個人向けともに十分な商品展開がなされておらず、消費者は就業不能リスクに備える手段を限定的な商品の中から選ぶことを強いられているのである。

この点、ニッセイ基礎研究所のレポートによれば、日立キャピタルによるユナム・ジャパンの買収は「日立キャピタルの損保免許取得に対する強い意欲に加え、ユナム・ジャパンの主力商品である所得補償保険の販売不振、といった背景があったようだ。事実、ユナム・ジャパンの2002年度末時点での累積損失は総資産約46億円に対して27億円であり、94年の設立以来、10年足らずで手放さざるを得ない結果となった」（注6）とあり、わが国においてディサビリティ保険市場を開拓することの困難さを象徴する出来事であったとも言える。

（注5）『日本経済新聞』夕刊、1994年7月13日、5ページ。

（注6）天野卓、前掲論文、1ページ。

Ⅲ わが国で就業不能保険が必要となる背景

もっとも、欧米諸国と同様に、就業不能リスクに対する備えは、す

すべての働く個人にとって不可欠なものであると考える。以下、就業不能保険が必要となる背景について、個人のリスクからみた社会的意義、公的社会保障制度、消費者の選好の観点から考察する。

1. 個人のリスクからみた社会的意義

(1) 長期入院・外来治療のリスク

就業不能保険とは、病気やケガで長期療養が必要となり、職業に従事できないために勤労収入を逸失するような状態に備えるためのものである。以下では、このような病気やケガによる就業不能状態に陥るリスクについてみていくこととする。

最初に、長期入院の状況を把握する。「患者調査」によれば、退院患者平均在院日数は1975年の55.8日から2008年には35.6日と大幅に減少しており（注7）、退院患者の在院期間が6カ月以上となる割合はわずかに1.9%となっている（表1参照）。一方で、入院中の患者に注目すると、入院期間が6カ月以上となる割合は36.6%となっており、特に精神科病院や療養病床を有する病院において顕著に入院が長期化している。

（表1）在院期間別推計退院患者数と入院期間別推計入院患者数の構成

（単位：千人、％）

在院期間 ・入院期間	推計退院患者数		推計入院患者数	
		構成割合		構成割合
0～14日	827.9	65.7	383.8	27.6
15～30日	203.6	16.2	164.5	11.8
1～3カ月	163.8	13.0	224.6	16.1
3～6カ月	37.9	3.0	106.1	7.6
6カ月以上	23.4	1.9	509.0	36.6
不詳	2.9	0.2	4.4	0.3

（出典）厚生労働省「患者調査」（2008年）より作成。

注：1）在院期間とは、退院患者が医療施設に入院していた期間。

2）入院期間とは、入院患者が調査日までに医療施設に入院している期間。

これらの異なるデータは調査対象の違いによるが、大きなトレンドとしての入院の短期化と、依然として退院が困難で長期入院を余議なくされている患者が一定数存在していることをそれぞれ示している。これに対し、病気やケガによる入院に備えるものとして医療保険や入院保険があるが、これらの保険商品には1入院に対する支払限度日数（60～180日程度）が設けられており、6カ月以上の長期入院に対する保障とはなっていない。

加えて近年、外来治療の患者数が急速に増加している。例えば悪性新生物についてみると、がん化学療法を外来通院で行うことが一般的になりつつある。「患者調査」によれば、悪性新生物の推計外来患者数は2002年に11万9700人、2005年に14万100人、2008年に15万6400人と増加傾向にある（注8）。このような外来治療による出費に備える保険商品としては、通院特約等があるが、1入院に対する通院の支払限度日数（30日程度）が設定されており、外来治療が長期化する場合の備えには不十分である。

（2）公的データにみる障害発生率

続いて、障害状態に陥るリスクに焦点をあてる。表2は厚生年金保険における死亡率と障害発生率を示したものである。厚生年金の障害認定では1級が日常生活不能、2級が日常生活制限、3級が労働制限となっており、これらの障害状態はおよそ就業が困難な状態といえる。そこで、死亡率に対する障害発生率（障害発生率÷死亡率）をみると、男子は60～80%、女子はさらに大きく35～44歳では210%となっており、もはや障害リスクは死亡リスクに匹敵するものとなっている。

（3）生活保護世帯の開始理由

さらに、病気やケガで長期療養が必要となった結果、経済的に貧困に陥る可能性が高いこともデータからみてとれる。厚生労働省の「社会福祉行政業務報告」によれば、生活保護開始の主な理由のうち40.3%が「世帯主の傷病」となっており、世帯主が傷病によって働け

(表 2) 厚生年金保険における死亡率と障害発生率

性別	年齢	① 死亡率	② 障害発生率 (1～3級)	② / ①
男子	25～34 歳	0.42‰	0.27‰	65%
	35～44 歳	0.78	0.62	80
	45～54 歳	1.98	1.25	63
女子	25～34 歳	0.22	0.32	150
	35～44 歳	0.30	0.62	210
	45～54 歳	1.00	0.88	88

(出典) 明田裕「生活リスクの変化と生命保険事業の将来」『日本保険医学会誌』第103巻第2号、2005年、126ページをもとに、厚生労働省「平成21年財政検証結果」2009年5月より作成。

注：障害年金の基礎率より「被保険者の死亡脱退力・障害年金発生力」を使用。

(表 3) 生活保護開始の主な理由別世帯数の構成割合

(単位：世帯、%)

保護開始の理由	世帯数	構成割合
傷病	6,838	41.9
世帯主の傷病（再掲）	6,567	40.3
急迫保護で医療扶助単給	1,605	9.8
要介護状態	84	0.5
働きによる収入の減少・喪失	3,217	19.7
社会保障給付金・仕送り等の減少・喪失	739	4.5
貯蓄等の減少・喪失	2,842	17.4
その他	985	6.0

(出典) 厚生労働省「社会福祉行政業務報告（福祉行政報告例）」（2008年）より作成。

なくなるとたちどころに家族が困窮しかねない現状がある（表3参照）。

このように、長期入院や外来治療、障害リスクの高まりと、それによって生活困窮となっている人が少なくない状況をみれば、個人にとって就業不能リスクはもはや看過できない状況にある。

(4) 人口動態の変化がもたらすリスクの変化

子育て世代をほぼ代表すると考えられる20～49歳の人口動態の変化

については、死亡率が減少した反面、離婚者や未婚者さらには単身世帯の比率が増えたことで、生活単位が世帯や家族から個人へと移行している。特に、未婚率について1980年と2005年で比較すると、30～34歳の男子では未婚率が28.1%から47.2%へと約1.7倍に、女子では10.4%から32.2%へと約3倍に増加している（表4参照）。

（表4）年齢・性別の死亡率と離婚率と未婚率の推移

性別	年齢	死亡率（‰）		離婚率（‰）		未婚率（％）	
		1980年	2005年	1980年	2005年	1980年	2005年
男子	20～24歳	0.9	0.6	14.7	46.9	92.1	93.6
	25～29歳	0.9	0.7	8.6	23.6	60.4	71.6
	30～34歳	1.0	0.8	6.0	15.9	28.1	47.2
	35～39歳	1.6	1.2	4.2	11.5	14.2	30.2
	40～44歳	2.5	1.7	2.8	8.5	7.4	22.1
	45～49歳	4.4	2.8	1.9	6.4	4.7	17.2
女子	20～24歳	0.4	0.3	12.4	45.4	81.4	89.0
	25～29歳	0.5	0.3	6.9	22.2	30.6	59.4
	30～34歳	0.6	0.5	4.8	14.7	10.4	32.2
	35～39歳	0.9	0.7	3.4	10.3	6.6	18.6
	40～44歳	1.3	0.9	2.3	7.3	4.9	12.1
	45～49歳	2.1	1.5	1.4	4.9	4.3	8.2

（出典）国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」（2007年版）、総務省「国勢調査」各年より作成。

注：年齢は世帯主の年齢、離婚率は有配偶者に対する離婚率。

このような未婚率の増加は当然、世帯構成にも変化を与えており、単身世帯が世帯総数に占める割合は、1980年の20.8%から2005年には35.9%へと大幅に増加している（表5参照）。また、世帯総数が少子化等の影響により減少している一方で、単身世帯は1.6倍に増加しているのである。さらに、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の世帯数の将来推計」（2009年12月推計）によれば、「最大の割合を占める家族類型は、2005年では29県で夫婦と子から成る世帯であったが、2020年以

降はすべての都道府県で単独世帯となる」(注9)と、今後さらに世帯の単身化が進むといった予測がある。

(表5) 単身世帯の構成割合の推移

(単位：世帯、%)

年 齢	1980 年			2005 年		
	一 般 世 帯	単 独 世 帯	構成割合	一 般 世 帯	単 独 世 帯	構成割合
20～24 歳	2,134,537	1,790,021	83.9	2,018,861	1,742,259	86.3
25～29 歳	2,815,464	1,117,079	39.7	2,804,276	1,619,342	57.7
30～34 歳	4,218,330	637,937	15.1	3,874,079	1,351,200	34.9
35～39 歳	4,203,120	352,859	8.4	3,840,443	994,048	25.9
40～44 歳	4,096,728	285,477	7.0	3,787,945	794,970	21.0
45～49 歳	4,230,321	321,952	7.6	3,782,846	718,316	19.0
(20～49 歳平均)	21,698,500	4,505,325	20.8	20,108,450	7,220,135	35.9

(出典) 総務省「国勢調査」各年より作成。

注：構成割合は各年代の「単独世帯」が一般世帯の総数を占める割合。

単身者にとっては、死亡したとしても扶養親族がいなければ家計への影響はないが、長期療養が必要となったり、障害状態となれば、自分自身の生活のための生活費を確保する必要がある。このように個人が抱えるリスクが変わりつつある中では、その保障ニーズも死亡から生存給付へとシフトしていくものと考えることができる。

(注7) 退院患者平均在院日数は、1975年調査は病院のみ、2008年調査は病院と一般診療所を合計したものである。

(注8) 理由として、2002年4月の診療報酬改訂により新設された外来化学療法加算をはじめとして、有効性の高い薬剤の使用や副作用対策の進歩、クオリティ・オブ・ライフ(Quality of Life、QOL)を求める考え方の普及、総医療費の抑制等、外来化学療法が広まってきたことが考えられる。

(注9) この推計における家族類型は、「単独世帯」、「夫婦のみの世帯」、「夫婦と子から成る世帯」、「ひとり親と子から成る世帯」、「その他の一般世帯」の5類型である。

2. 公的社会保障制度

個人として備えるべきリスクが変動している社会環境をみてきたが、それでは国の制度はどのようなになっているのだろうか。わが国の社会保障制度には、社会保険として医療保険、年金保険、労働保険の3つの柱があり、さらに公的扶助として生活保護や社会手当、その他公衆衛生サービスや社会福祉サービス、介護保険等がある。

まず、医療保険の中で、就業不能リスクに備えられるものとしては、会社員であれば健康保険の傷病手当金がある。傷病手当金は、病気やケガのために働くことができず会社を休んだ日が連続して3日間あったうえで、4日目以降休んだ日に対して18カ月を支給限度として標準報酬日額の3分の2に相当する額が支給される。したがって、18カ月を超える長期の療養については、別途個人での備えが必要となる。

次に、障害状態に陥るリスクに対する保障として年金保険の障害年金がある。国民年金に加入している人が受け取る障害基礎年金では、障害等級1級に該当した場合、独身であれば年金額は99万100円であり、月換算すると約8.3万円となる（注10）。この制度は障害認定が厳しい上に、生活保護と比べて年金額が十分であるとは言えず、給付金額についても上乗せを求める国民は、別途民間保険等で準備する必要がある。

さらに、労働保険として労働者災害補償制度がある。主な給付として、休業開始4日目より療養が必要な期間支給される「障害（補償）年金」、療養開始後1年6カ月を経過し、その傷病が治っておらず、その症状が重い場合に支給される「傷病（補償）年金」、傷病が治ったときに障害が残った場合に支給される「障害（補償）給付」がある。これらの給付は業務災害または通勤災害を補償するものであり、労働者性と業務起因性が認められなければ補償を受けることはできないハードルがある。

公的扶助に目を向けると、まず社会手当としては、20歳以上の常時介護が必要な在宅の重度障害者に支給される特別障害者手当がある。

支給金額は月額2万6440円（2009年度）で、所得制限があり、障害の程度はおおむね障害年金1級と同等以上の重い障害である。

また、低所得者に包括的な支援をする生活保護についてみると、『厚生労働白書』によれば、2009年度の世帯類型別生活扶助基準として、1カ月の保護費（標準3人世帯・1級地-1）は16万2170円という水準である。

このように、わが国の社会保障制度はそれぞれ独立して就業不能リスクから国民を守っているものの、給付条件が厳しく、給付金額も十分とは言えないのが現状である。そのため、公的な認定が受けられるほど重度の障害状態や介護状態ではないが、療養を繰り返すことで就業できない期間が長期化するような場合は、まさに公的保障の隙間であり、民間保険で保障を補う必要があると考える。また、傷病手当金は個人事業主などが加入する国民健康保険にはないなど、加入する社会保険によってはさらに民間保険で保障する必要性が高まる。

（注10）障害基礎年金の年金額（2009年度、障害等級1級）は「79万2100円×1.25+子の加算」により算出する。

3. 消費者の選好

生命保険文化センターの調査によれば、「ケガや病気に対する不安の内容」として、「障害等により就労不能となる」が33.1%で、「治療の長期化で収入が途絶える」が31.3%となっており、就業不能リスクに対する消費者の不安が読み取れる（注11）。

また、2009年2月に当社が実施した消費者インタビューによれば、女性9名のうち8名が、本人や配偶者にとって就業不能保険へのニーズがあると回答した。周辺にいる家族や友人など身近な事例があり、自分に起こるリスクとしてイメージできるかどうか、保険加入の決め手となっていると考えられる。

さらに、2010年2月に当社が実施した調査（対象は全国20～59歳の男

女4000名）では、73.2%が「就業不能状態を考えたことがある」と回答し、62.3%が就業不能保険への加入意欲を示している（注12）。

（注11）「生活保障に関する調査」（2007年度）、生命保険文化センター、2007年12月。

（注12）当社プレスリリース、2010年2月26日。

Ⅳ 就業不能保険の商品設計

就業不能保険の社会的必要性を背景として、当社では個人向け長期就業不能保険を発売した。以下ではこの商品を開発するに当たって検討したポイントとして、①就業不能の定義、②免責事由、③免責期間、④給付期間、⑤給付月額、⑥保険料率体系について整理する。

1. 就業不能の定義

就業不能の定義は国内外問わず会社ごとに異なっており、それが就業不能保険が難しいと言われる理由の一つである。この定義の違いは、就業不能の対象となる職業の範囲、就業不能状態の継続性、入院や在宅療養等の条件、から類型化することができる。

（1）アメリカ・イギリスにおける就業不能の定義

アメリカでは保険会社に共通する就業不能の定義は存在しないが、全体的な傾向としてみると、「完全就業不能」と「部分就業不能」に分類される。完全就業不能はさらに、「①いかなる有給の職業をもなし得ない場合」と「②本来の職業をなし得ない場合」に分類される。

「いかなる有給の職業」（Any Gainful Occupation）とは、被保険者の受けた教育、訓練または経験に相応しい全ての有給の職業を意味している。就業不能状態になる前の職業に復帰できるかどうかで給付金が支払われるわけではなく、他の業務に就業できる場合には給付金は支払われない。一方、「本来の職業」（Own Occupation）とは、就業不能状態に陥った時点で主に従事している特定の職業を意味する。そのためパ

イロット等の特殊な技能を持った職業や専門性の高い職業に特定されている。さらに、部分就業不能の定義は、「本来の職業を従前と同様には遂行できず収入が減少する場合」とされている。アメリカでは①のタイプの保険契約が一般的であり、保険料率も②のタイプに比べて低く設定されている（注13）。

また、イギリスにおいても就業不能の定義はおよそアメリカと似ており、「疾病・傷害により本来の職業に従事できず、他のいかなる有給の職業にも従事していない」という定義を採用している会社が多い（注14）。

（２）ドイツにおける就業不能の定義

ドイツにおける就業不能保険は、ドイツ社会保障制度に倣って構築されてきた歴史がある（注15）。そのため、民間就業不能保険における就業不能の定義には、前述のアメリカにおける就業不能の定義に加えて、１日に就業できる時間や職業遂行能力等が含まれている。

例えば、デベカ生命（Debeka）の就業不能保険の定義では、「被保険

（表 6）ドイツ保険契約法における就業不能保険の定義

第 2 編 個々の保険種類 第 6 章 就業不能保険

第 172 条【保険者の給付】

- ①就業不能保険において保険者は、保険の開始後発生した就業不能に対し、合意された給付を提供する義務を負う。
- ②疾病、または身体損傷、もしくは加齢による衰弱を超える衰弱のため、その人が健康を損なうことなく経験を積み重ね、最後に従事していた自分の職業の全部または一部に、もはや長期間従事できないと予測される人は、就業不能である。
- ③保険者の給付義務のその他の発生要件として、被保険者が、教育および能力に応じて引き受けられる状況にある他の活動であって、かつ、被保険者のそれまでの生活状況に適っている他の活動に従事せず、かつ、従事できない、という要件を合意することができる。

（出典）新井修司=金岡京子共訳『ドイツ保険契約法』（2008年 1 月 1 日施行）日本損害保険協会・生命保険協会、2008年、61ページより作成。

者が、疾病、傷害もしくは加齢による衰弱を超える衰弱により、少なくとも3年間継続して、少なくとも1日に3時間以上就業できない場合、または社会保障法に定める報酬を得ることができない場合」とし、「直前の職業やそれまでに受けた教育等は考慮しない」とある（注16）。この定義にある「少なくとも3年間」とは消費者保護や料率算定の観点によるものであり、「1日に3時間」とあるのは政府社会保障によって引き下げられた稼得能力の定義と関連している（注17）。

このように、ドイツにおける民間就業不能保険は、社会保障と密接に関係しているのであるが、さらに2008年1月1日に施行されたドイツ保険契約法にはじめて就業不能保険が規定されたことも補足しておく（表6参照）。

（3）わが国における就業不能の定義

わが国の生損各社による就業不能の定義は、保険会社ごとに独自の特徴があるが、「被保険者が傷害または疾病により、治療を目的とした入院または入院以外で医師の治療を受けていること（医師の指示により在宅療養をしていること）」を要件としており、アメリカなどと同様に「身体障害発生直前に従事していた業務に全く従事できない状態」と「被保険者の経験、能力に応じたいかなる業務にも全く従事できない状態」に大別できる。

（4）ライフネット生命における就業不能の定義

当社では、以上の就業不能の定義を踏まえて、「被保険者が傷害または疾病により、日本国内の病院もしくは診療所への治療を目的とした入院または日本の医師の指示により在宅療養をしており、少なくとも6か月以上、いかなる職業においても全く就業ができないと医学的見地から判断される状態をいう」と就業不能を定義した。「いかなる職業においても全く就業ができない」状態を適用した主な理由は、①給付原因を厳格にすることで保険料を低く設定するため、②被保険者の職業変動に柔軟にすることで長期保障を実現するため、③固有の職業条

項とすると職業変動により解約失効率が高くなり、早期の解約失効は収益に悪影響を与えるリスクがあるため、である。

(5) ライフネット生命における就業不能状態の具体例

当社では、就業不能保険を発売して間もないため、給付金の支払事例は存在しない。しかしながら、保険会社が想定する給付水準と顧客の期待値との間に隔たりがあることは極力避けるべきである。そのため、顧客からの質問や指摘等を踏まえて、当社ウェブサイト就業不能状態の具体例として、例えば転倒による頸髄損傷、スノーボードで転倒し腰髄損傷、脳梗塞、心筋梗塞、急性骨髄性白血病、膠原病（全身性エリテマトーデス）、若年性アルツハイマー病等の支払事例を掲載している（表7参照）。

（注13）天野卓、前掲論文、2-3ページ。

（注14）松崎健「所得補償保険に関する考察」本誌第60巻第4号、1992年7月、80ページ。

（注15）Thomas Gehling, Marcus Leven, “Recent Developments in the German Disability Market”, *Risk Insights*, Vol.10, No.4, November 2006, p.16.

（注16）Debeka Lebensversicherung, “Allgemeine Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BEUZ 01/2009)”.

（注17）ミュニーックリージャパンサービスへのヒアリングによる。

2. 免責事由

給付金の支払事由や免責事由は、商品競争力に直接影響する重要な要素である。当社では、「医学的他覚所見のないもの」や「精神障害」を免責事由と規定しているが、以下で整理する。

(1) 医学的他覚所見のないもの

不正請求、とりわけ詐病（注18）をいかに排除するかが、保険会社にとって不確実性を小さくする手段となる。考慮すべき代表的な症状と

（表7）ライフネット生命における就業不能状態の具体例

傷病名	状態	就業不能期間	性別	年齢
転倒による頸髄（けいずい）損傷	自宅マンションの階段で転落。頸髄（けいずい）を損傷し3カ月以上長期入院。結局、寝返りや起きあがりに全面介助を要し、かつ、座る姿勢を保持することにも介助が必要な四肢・体幹機能障害が残ったため、長期在宅療養となった。	5年以上	男性	40代
スノーボードで転倒し腰髄（ようずい）損傷	スノーボード中の転倒で背骨を骨折し腰髄（ようずい）を損傷。両下肢（両脚のこと）が不完全マヒの状態となり1年間の入院、在宅療養による就業不能状態が継続した。	1年（就業可能まで回復）	男性	20代
脳梗塞	脳梗塞で救急搬送され、約1年間入院。退院後も意識障害やマヒ、呼吸障害などの後遺症が残り、長期在宅療養となった。	10年以上	男性	50代
心筋梗塞	出勤途中で急性心筋梗塞を発症し緊急入院となった。手術により一命は取りとめるも、転院し、リハビリのため3カ月間入院。その後も9カ月間の在宅療養を指示された。	1年	男性	40代
急性骨髄性白血病	定期健康診断で異常指摘があり精密検査の結果、急性骨髄性白血病と診断。約1年間抗がん剤治療のため入退院を繰り返す。通院治療により快方に向かい、1年間の就業不能状態継続後、仕事に復帰。しかし、1年後に再発し、治療と抗がん剤の副作用による就業不能状態がさらに2年間継続した。	1回目 1年、 2回目 2年	女性	30代
膠原病（全身性エリテマトーデス）	全身性エリテマトーデスと診断され、医師の指示により在宅療養でステロイド治療を行いながら安静にしているも、その後も病態は悪化し入院。腎炎や心臓、肺など全身の臓器に炎症をおこし、入退院を繰り返し就業不能状態が長期に及んだ。	数年間	女性	20代
若年性アルツハイマー病	物忘れがひどいため専門医を受診したところ若年性アルツハイマー病と診断。症状は徐々に進行、行動障害もみられるようになり仕事を続けることができなくなった。会社を辞め在宅療養をすることとなった。	数年以上	男性	50代

（出典）当社ウェブサイトより転載。

しては、腰痛や頸部症候群（いわゆる「むちうち症」）等が挙げられる。このような症状については、有訴者（自覚症状のある者）の訴えだけでなく、医学的見地からも判断することで詐病を抑制することが有効である。

そのため、医療保険や入院保険では、詐病を排除するために医学的他覚所見のないものを免責事由とすることが一般的であり、就業不能保険においても同様に扱うことが考えられる。就業不能保険は、医師の管理下にある入院に加えて、在宅療養をも保障するため、医療保険等よりさらに厳格にする必要があるからである。

（２）精神障害

医師の診断を悩ませるものとして精神障害がある。アメリカでは1980年代から精神障害による給付金請求が増えており、就業不能保険における最も大きな懸案の一つとなっている（注19）。わが国においても精神障害の現状を把握することが、就業不能保険の支払事由や免責事由の設定において重要となる。

まず、「患者調査」によれば、「精神及び行動の傷害」に分類される推計患者数は、入院患者が30万1400人で、外来患者が23万2300人であり、退院患者の平均在院日数は290.6日となっている。表8は精神障害と代表的な生活習慣病について患者数と退院患者の平均在院日数を比較したものであるが、精神障害の患者数は他の疾病と比べて多いだけでなく、その入院治療に要する期間も相対的に長いことがわかる。

次に、精神障害者の動向について『障害者白書』によれば、精神障害者数は2001年に204万人、2004年に259万人、2007年に303万人、2010年に323万人と、この10年で約1.6倍に増加している（表9参照）。この内訳をみると、施設入所者（≒入院患者）が横ばいで推移しているのに対して、在宅者（≒外来患者）が急激に増加していることが大きな特徴である。

さらに、労働者災害補償保険について厚生労働省の発表によれば、

（表8）傷病分類別の推計患者数と退院患者平均在院日数

傷病分類	推計患者数 （千人）		構成割合 （％）		退院患者 平均在院 日数（日）
	入院	外来	入院	外来	
精神及び行動の障害	301.4	232.3	21.6	3.4	290.6
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	187.4	66.5	13.5	1.0	543.4
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	28.7	80.1	2.1	1.2	109.7
悪性新生物	141.4	156.4	10.2	2.3	23.9
虚血性心疾患	18.9	68.0	1.4	1.0	13.3
脳血管疾患	199.4	119.9	14.3	1.7	104.7
高血圧性疾患	8.7	601.3	0.6	8.8	45.8
糖尿病	26.2	188.0	1.9	2.7	38.6

（出典）厚生労働省「患者調査」（2008年）より作成。

注：構成割合は傷病分類別推計患者数を総数で除したもの。

（表9）精神障害者の状況

（単位：万人）

区分	2001年	2004年	2007年	2010年
身体障害者・児	318	352	352	366
知的障害者・児	41	46	55	55
精神障害者・児	204	259	303	323
在宅者	170	224	268	290
施設入所者	34	35	35	33

（出典）厚生労働省『障害者白書』各年版より作成。

注：1）表中の年は障害者白書の発行年を示す。

2）精神障害者数は直前の患者調査等を使用して作成。

2009年度の精神障害等事案の請求件数は1136件であり、前年度に比べて209件（22.5％）増加している（表10参照）。

一方、ディサビリティ保険市場から精神障害をみると、保険会社にと

(表10) 精神障害等の労災補償状況（請求件数）

（単位 件）

年 齢	2005 年 度	2006 年 度	2007 年 度	2008 年 度	2009 年 度
29 歳 以 下	163	196	211	228	265
30～39 歳	245	283	340	303	364
40～49 歳	136	183	225	239	316
50～59 歳	88	132	145	132	153
60 歳 以 上	24	25	31	25	38
合 計	656	819	952	927	1,136

（出典）厚生労働省「各年度における脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況について」より筆者作成。

って決して歓迎できる状況にあるとは言えない。「企業における長期休業者に関する実態調査」（注20）によれば、団体向け長期就業不能保険において30日以上 の休業となった原因の63%が精神障害となっている。このような傾向はアメリカでも同様で、保険会社は免責期間を延長したり、約款上の精神障害の定義を厳格化したり、精神障害を別途特約で保障するなどの方法により支払率の悪化を防いできた経緯（注21）があるが、差別的取り扱いとならないよう慎重に対応する必要がある（注22）。

このように国民病となりつつある精神障害を保障対象とすることは社会的意義があるが、同程度にモラル・ハザード（moral hazard、道徳的な危険）への対策を講じる必要がある。ここで募集形態について言及すると、団体向け就業不能保険は加入者の就業状態が明快で、保険料収入に対し保険金の支出割合を示す損害率も安定する側面があり、さらに全員加入型とすれば個人契約に比べて逆選択の可能性は小さくなる。一方、個人向け就業不能保険の販売は、逆選択を抑制する観点から主に代理店チャネルを活用した対面募集であり、非対面募集では少額保障とするなどの制約が設けられることが一般的である。

当社は、インターネットによる非対面の募集形態をとっており、モラル・ハザードへのより一層の対応が求められる。また、精神障害者数が増加し続けている環境下ではリスク測定も困難であるため、現段

階で精神障害を保障することを見送ることとした。もっとも、2009年4月、日本生命が生保会社で初めて団体向け就業不能保険として精神障害を担保する商品を発売したこと（注23）は、社会的意義があり参考とすべきところが大きいと考える。

（注18）経済的または社会的な利益の享受などを目的として病気であるかのようにより偽造する詐偽行為のこと。

（注19）「精神障害が所得補償のトップ原因」本誌第59巻第3号海外ニュース、1991年5月、169ページ。

（注20）アドバンテッジリスクマネジメント社プレスリリース、2008年5月15日。

（注21）「就業不能保障保険の改善方法」本誌第62巻第4号海外ニュース、1994年7月、183ページ。

（注22）「精神・神経障害による就業不能保障」本誌第70巻第3号海外ニュース、2002年5月や、「就業不能保障保険の傾向」本誌第65巻第5号海外ニュース、1997年9月が参考となる。

（注23）『日本経済新聞』2009年3月8日、3ページ。

3. 免責期間

就業不能保険における免責期間（注24）とは、就業不能状態になっても給付金が支払われない期間のことであり、保険会社各社が20～730日の間で様々に設定している。これは、がん保険の待ち期間（注25）とは異なり、保険契約後の一定期間に限らず被保険者が就業不能状態になる都度発生するものである。

この免責期間はモラル・ハザードを抑制する意味でも有効であるが、免責期間を短く設定しすぎると、国や勤務先からの給付等と合算して過剰給付となる状態が長期化する。逆に、免責期間を長期に設定することは、保険料を低く抑えることができるが、同時に商品の魅力が失われることになる。このようなトレード・オフの関係があるため、免

責期間の設定においては、消費者の給付期待と保険料のバランスを十分に検討する必要がある。

当社では免責期間を180日と設定しているが、その理由は、保険料に値ごろ感を持たせるため、当社で販売している終身医療保険（1入院に対する支払限度日数は60日型と180日型）とのバランスを取るため、などである。

（注24）不てん補期間や不支給期間という。アメリカでは elimination period、イギリスでは deferred period。

（注25）待機期間や不てん補期間という。待ち期間中に支払事由が発生した場合には保険契約は無効となる。

4. 給付期間

給付期間とは、被保険者が就業不能状態になり、その状態が免責期間を超えて継続している場合に給付金が支払われる期間のことである。就業不能保険は給付期間によって長期と短期で大別され、一般的には1～3年満了を短期、5～10年満了や55～70歳満了を長期とおおよそ区別できるが、その基準は明確ではない。また、就業不能保険では給付期間と保険期間を異なる期間で設定することも可能である。

当社では、保険期間、給付期間ともに老齢基礎年金の受給開始年齢に合わせて65歳までと設定しており、保険料が全保険期間にわたって一律であるため平準効果が期待できる。

一方、日立キャピタル損害保険のPLTDでは、保険期間が5年や10年で、給付期間が60歳まで等と設定されているため、更新時に保険料の変更が可能となるので将来の不確実性に対応できる商品設計となっている。

5. 給付月額

給付月額は被保険者の所得の範囲内において定額で設定される。保

険会社は、国や勤務先から支払われる給付等を考慮して、わが国では被保険者の所得の40～80%、アメリカでは55～65%、イギリスでは75%以下となるように給付月額を設定することが一般的である（注26）。この設定方法については、モラル・ハザードと密接に関係があるので後述する。

給付月額には、保険契約時の加入制限があるだけでなく、給付金の支払金額の決定においても制約があることが一般的である。具体的には、給付月額が、就業不能が開始した日の前年の所得の平均月額を上回るときは、給付月額はその平均月額まで減額されることが約款に規定されている（以下「強制減額規定」という）。この規定は、就業不能保険の目的が、就業不能による収入の喪失を「補償」することに由来する。

一方、長期就業不能保険では、当然に就業不能を繰り返すことや職業の変動を想定しなければならない。例えば、長期療養が必要となり、やむを得ず離職することにより無収入となるも、その後就業不能から復帰したケースなどである。さらに、近時の労働環境では、定期昇給の廃止や賞与のカット、雇用形態の流動化、レイオフはもはや珍しくなく、職業や収入の変動（主に減少）にも耐えうる商品設計であることが重要となる。

当社では、所得による支払金額の調整や強制減額規定を約款に規定することで直接的に収入の喪失を補償するのではなく、職業や収入の変動に左右されず、保障の継続性や顧客の保険契約時の合理的期待に十分応えるように、当初設定した給付月額を支払金額として保障するような商品設計とした。

（注26）松崎健、前掲論文、81ページ。

6. 保険料率体系

損保会社で販売している所得補償保険は、傷害保険と同様に、職場環境によって保険会社が負うリスクが異なることから、職業級別保険

料とすることが一般的である。職業や職務は、保険料決定のパラメータとなり、保険証券に記載されるとともに、被保険者の業務（証券記載業務）の変更に関する通知義務が約款に規定されている。職業と危険の関係性によっては、保険法（2010年4月1日施行）に規律された「危険の減少」や「危険増加による解除」の整理も必要となる。

当社では、給付月額の設定と同様、就業不能保険で長期保障を実現するためには職業の変動に柔軟性が求められることから、職業一律の料率として商品を設計した。

V. 就業不能保険におけるリスク管理

就業不能保険のリスク管理を行う上では、「適切な入口管理・出口管理の執行は絶対条件である。とりわけ、LTDでは、アンダーライティング部門における「入口管理」（Underwriting Management）が重要である」とある（注27）。以下では、新契約引受における危険選択と給付金支払におけるモラル・ハザード（moral hazard、人の注意力が弛緩する心理的危険）の抑制について整理する。

（注27）鈴木敦之「長期就業不能保険（LTD）のリスク管理に関する一考察」『日本アクチュアリー会会報』第57号第2分冊、2004年、22ページ。

1. 新契約引受における危険選択

（1）身体上の危険に対する選択

被保険者の健康状態から生じる危険について、医療保険等と同様に告知によって現在の状況や既往歴等から被保険者の健康状態の確認を行うことが基本となる。当社では、給付月額が30万円以上となる場合に被保険者の定期健康診断の結果表等の提出を求めることとしている。

（2）環境上の危険に対する選択

就業不能保険の目的は収入の減少や喪失を保障することにあるため、保険会社は現在の被保険者の職業や収入を特に把握する必要がある。

職業選択については、収入が不安定・不明確な者や職業への定着性が懸念される者の取り扱いが重要である。具体的には、主婦（主夫）や学生、フリーター、アルバイト、パート、無職等がそれにあたる。また、労災保険率によれば、被保険者の職業等から生じる事故や災害に遭遇する危険には大きなバラツキがあるため、その他の職業についても十分に職業選択を行う必要がある。

当社では、職業級別保険料を採用せず、職業一律保険料としているため、労災保険率等から職業ごとのリスクを勘案して加入制限を設けている。

（３）道徳上の危険に対する選択

保険会社は、生命保険を利用して不当な利益を得ようとするモラル・ハザードに対して、特に注意を払う必要がある。逆選択を抑制するには、商品設計時に適切な免責期間を設定するほか、契約引受時に被保険者の年齢や職業、収入、役職等を勘案して、給付月額が可処分所得を上回らないように引受制限を設けることも有効な手段である。

過去の統計によると、てん補比率（給付月額÷所得）と支払率が正の関係にあり、てん補

（表11）ライフネット生命における年収別の給付金額の引受制限

年 収	就業不能給付金月額の上限
150 万円 以下	引 受 不 可
150 万円 超 200 万円 以下	10 万 円
200 万円 超 300 万円 以下	15 万 円
300 万円 超 400 万円 以下	20 万 円
400 万円 超 500 万円 以下	25 万 円
500 万円 超 600 万円 以下	30 万 円
600 万円 超 700 万円 以下	35 万 円
700 万円 超 800 万円 以下	40 万 円
800 万円 超 900 万円 以下	45 万 円
900 万円 超	50 万 円

（出典）当社ウェブサイトより作成。

注：年収とは、会社員（契約社員、派遣社員含む）・会社役員の場合、職業によって得られる額面の年収（各種社会保険料、税金などを差し引く前の金額）とし、自営業の場合、職業によって得られる事業所得とする。

比率が1%上昇すると保険支出も1%増加する、という結果がある(注28)。

当社では、給与所得者のモデル世帯を定めて、年収ごとに社会保障費や税金を控除した可処分所得を算出し、復職意欲を阻害しないようにてん補比率の妥当性を検討した上で、年収別に引受できる給付月額を設定している(表11参照)。

さらに、給付月額が一定額を超える場合に被保険者の「所得を証明する書類」を求めることや、他社同種商品の加入状況を告知事項とすることも一つの方策と言える。

(注28)「個人向け就業不能保障保険の再建」本誌第61巻第3号海外ニュース、1993年5月、161-162ページ。

2. 給付金支払におけるモラル・ハザードの抑制

就業不能保険はモラル・ハザードを引き起こしやすい保険商品であるが、とりわけ保険会社はアブセンティズム(Absenteeism、常習的な欠勤者)を排除することに努める必要がある。

(1) 環境的見地による判断

保険会社は給付金請求時に「所得を証明する書類」の提出を求めることで、給付月額と被保険者の前年の所得により支払金額を決定することは先述のとおりである。

当社では、就業不能保険の約款に所得による支払金額の調整や強制減額規定を設けていないが、被保険者が就業していない事実を確認する一手段として「所得を証明する書類」を必要書類としている。就業不能保険の給付においては、支払可否の査定能力だけでなく、給付の中断を行うための査定能力が保険会社に求められるためである。

(2) 医学的見地による判断

就業不能状態やその状態の継続性の証明には、医学的見地により医師の判断を求める必要がある。この観点について、当社では支払にか

かわる重要項目と位置付け、支払事由に「就業不能状態が日本の医師の診断書によって証明されることを要する」ことを明示しており、毎回（原則毎月）の請求時に「医師の診断書（証明書）」等を求めることで、被保険者の就業不能状態を確認する。また、事実確認のために当社の指定した医師による診断を行う。

（３）復職支援

被保険者が就業不能状態となり、その状態から復帰しても収入を復元することが期待できない場合には、アブセンティズムを惹起する可能性が高まる。その対策として、復職支援サービスやリハビリテーションサービスなどの付帯サービスを導入することも効果的である。導入例として、日立キャピタル損害保険では再就労サポートサービスなど「リカバリーサポートプログラム」を用意している、また団体向け就業不能保険では、アドバンテッジリスクマネジメント（注29）などのサービス提供会社と連携することで、障害者の就職・転職サポート等の付帯サービスが提供されている。

（注29）団体長期障害所得補償保険、従業員支援プログラム（Employee Assistance Program、EAP）で国内最大手となる保険販売代理店。

Ⅵ. 今後の展望

当社では、「働く人への保険」の発売以来、就業不能保険の保有契約件数が、2010年9月末現在で2177件となっている（注30）。加入者属性として被保険者の職業をみると、医療業が最も多く、さらに情報サービス業（ソフトウェア・情報処理など）や専門サービス業（法律・会計・特許・デザイン・写真など）、保険業（保険媒介代理業・保険サービス業を含む）を含め専門的職業の従事者が多いことから、就業不能リスクへの備えの必要性を示していると言えよう（注31）。一方で、就業不能の定義がわかりにくいといった顧客からの指摘が少なからず存在する。提供者（保険会社）と消費者との間の情報の非対称性が大きい保険商品

において、就業不能保険は特にその傾向が強い保険商品である。そこで、給付金が支払われるイメージがつかめないといった顧客の懸念を解消するために、当社ウェブページによくある質問（Frequently Asked Question、FAQ）として情報の拡充を図っている。

このようにして、消費者が「就業不能リスク」を正しく認識するとともに、その備えとして「就業不能保険」への関心を高めていくことは、社会的に意義があるだけでなく、わが国のディサビリティ保険市場が発展するためには不可欠である。

また、就業不能リスクに対する公的社会保障制度の充実が望まれるとともに、公的保障では賄いきれない不足分を民間のディサビリティ保険で保障する必要があるが、現状では民間のディサビリティ保険で保障するには手薄であることは否めない。しかしながら、市場に競合商品が出揃い、消費者にとって選択肢が増え、市場に競争原理が働くことによって、わが国のディサビリティ保険市場が大きくなっていくことが期待される。

最後に、当社において商品設計上で対応を見送った精神障害については、就業不能保険の存在意義からも、将来的に保障する必要がある。これには、保険料算定に必要な統計データが必要となる。最近の統計の動向として、2008年の「患者調査」では新しい調査が加わり、用語として「主傷病・副傷病」（注32）が設けられ、副傷病として精神疾患も把握されることになった。今後、労災統計を含め精神障害に関する更なる統計の整備がなされることに期待したい。

（注30）当社プレスリリース、2010年10月5日。

（注31）当社プレスリリース、2010年4月14日。

（注32）「主傷病」とは、入院患者においては、入院の理由となった傷病、外来患者においては、調査日現在、主として治療または検査をした傷病をいう。「副傷病」とは、主傷病以外で有していた傷病をいう。（「患者調査」では、糖尿病、肥満、高脂血症、高血圧、虚血性心疾患、脳卒中、

閉塞性末梢動脈疾患、大動脈疾患、慢性腎不全、精神疾患のみを把握している）。

【主要参考文献】

- ・明田裕「『ディサビリティ』こそ生保・共済事業のフロンティア」『共済と保険』日本共済協会、2004年4月。
- ・明田裕「生活リスクの変化と生命保険事業の将来」『日本保険医学会誌』第103巻第2号、2005年。
- ・山下友信『保険法』有斐閣、2005年。
- ・『ドイツ保険契約法改正専門家委員会最終報告書（2004）（訳）』日本損害保険協会・生命保険協会、2006年。
- ・新井修司=金岡京子共訳『ドイツ保険契約法』（2008年1月1日施行）日本損害保険協会・生命保険協会、2008年。
- ・『障害者白書』各年版、厚生労働省。
- ・河地秀夫『障害年金の受給ガイド』パレード、2009年。
- ・渋谷哲編『低所得者への支援と生活保護制度』みらい、2009年。
- ・『インシュアランス生命保険統計号』各年版、保険研究所。