



既往症に関する告知義務違反

弁護士 五十里 隆行

大阪高裁平成24年7月12日 平成24年（ネ）第672号債務
不存在確認等請求事件

原審 神戸地裁平成24年1月27日 平成22年（ワ）第1710
号債務不存在確認等請求事件

いずれも判例集未掲載

平成26年1月18日

1. 本件の争点

本件は、住宅ローンの借り換えのために金融機関Y（被告、被控訴人、以下「Y」という。）との間で住宅ローンを締結するとともに団体信用生命保険の被保険者となったAが死亡したことから、Aの相続人であるXら（原告、控訴人、以下「Xら」という。）が、Yに対し、（1）AのYに対する住宅ローン債務の支払いに相当する額の保険金支払請求を補助参加人たる保険会社Z（補助参加人、被控訴人補助参加人、以下「Z」という。）に対して求めることができる権利を取得したとして、XらのYに対する住宅ローン債務は消滅したことの確認を（主位的請求）、また（2）Yにおいて保険金請求が可能である以上は、XらはYに対し住宅ローンの支払を拒絶することができる地位にあることの確認（予備的請求）を求めた事案である。

原審における主たる争点は、団体信用生命保険契約に関し、①亡Aの重要な事実についての不告知の有無、②亡Aの故意または重大な過失の有無、③Zの悪意または過失の有無等であるところ、原審は、亡Aの重要な事実についての不告知（①）及び亡Aの重大な過失（②）を認め、またZの悪意または過失は否定するなどして（③）、Xらの請求を棄却した。これに対し、Xらがこれを不服として原判決の取消しを求めて控訴したのが本件事件であり、本判決は、①ないし③については原審と同様の判断をし、また控訴審から争点となった④亡Aのうつ病ないしうつ状態との因果関係の有無について因果関係を肯定して（④）、Xらの控訴を棄却した。

本件で特筆すべき点としては、亡AはC型肝炎の治療に際して投与されたインターフェロン療法によ

ってうつ状態になっていたところ、C型肝炎の治療は団体信用生命保険契約に係る告知時点において終了しており、亡Aは上記C型肝炎の治療歴を告知したものの、保険事故の原因となったうつ病ないしうつ状態に関する治療歴を告知しなかったことが、重大な事実についての不告知に該当するか否かという点である。

2. 事実の概要

(1) 本件生命保険契約締結の経緯

ア 亡Aは、平成3年8月20日、B公庫からの借入れによってマンションを購入し、その後、平成7年10月20日、C銀行より上記B公庫からの借入金の借換え（借入金1,450万円）をした。なお、亡Aはイ記載の借換えまでC銀行の住宅ローン債務を継続的に返済した。

イ 亡Aは、平成20年7月28日、Yとの間で540万円を次の約定にて借り入れた（以下「本件住宅ローン」という。）。

(ア) 借入金 540万円

(イ) 使 途 住宅ローン他行肩代わり資金

(ウ) 借入利率 年2.4%

(エ) 損害金 年14%

ウ 亡Aは、本件住宅ローンの申込みに際し、信用金庫団信制度を利用することとしたところ（以下「本件生命保険」という。）、本件生命保険では、保険者（幹事生命保険会社）は補助参加人であるZ、保険契約者はY、被保険者は亡Aとされ、また本件生命保険では、保険期間中に被保険者亡Aが死亡した場合、保険者Zが所定の死亡保険金を保険金受取人であるYに支払い、その保険金を亡Aの本件住宅ローン債務に充当するとされていた。

そして、本件生命保険に適用される団体信用生命保険普通保険約款（以下「本件約款」という。）23条には、告知義務違反による解除に関し、次のように規定されている。

1項 保険契約者または被保険者は、保険契約

の締結または追加加入の際、当社が所定の書面をもって告知を求めた事項について、その書面により、告知することを要します。

2項 保険契約者または被保険者が、故意または重大な過失によって前項の告知の際に事実を告げなかったかまたは事実でないことを告げた場合には、当社は、保険契約または保険契約のその被保険者についての部分を将来に向かって解除することができるものとします。ただし、当社がその事実を知っていた場合または過失によって知らなかった場合を除きます。

3項 当社は、被保険者が死亡または高度障害状態になった後においても、前項によって保険契約または保険契約のその被保険者についての部分を解除することができます。この場合には、保険金を支払いません。もし、すでに保険金を支払っていたときは、当社は、その返還を請求します。ただし、保険契約者または保険金受取人が、被保険者の死亡または高度障害が解除の原因となった事実によらなかったことを証明した場合には、保険金を支払います。

4項 本条の解除権は、当社が解除の原因を知った時（正当の事由によって解除の通知ができない場合には、その通知ができる時）から1カ月以内にこれを行わなかった場合または保険契約が契約日（追加加入の被保険者については、その追加加入日）から起算して2年を超えて継続した場合には消滅します。

エ そして、亡Aは、告知日を平成20年6月5日とする団体信用生命保険申込書兼告知書（以下「本件申込書兼告知書」という。）を下記のような内容で提出した。

(ア) 本件申込書兼告知書の告知事項欄1の「最近3カ月以内に医師の治療（指示・指導を含みます。）・投薬を受けたことがありますか。」との質問に対し「いいえ」に丸印を付けた。

(イ) 本件申込書兼告知書の告知事項欄2の「過去3年以内に下記の病気で、手術を受けたことまたは2週間以上にわたり医師の治療（指示・指導を含みます。）・投薬を受けたことが

ありますか。…○精神病、うつ病、ノイローゼ、てんかん、自律神経失調症、アルコール依存症、薬物依存症……○肝炎、肝硬変、肝機能障害」との質問に対し、「あり」に丸印をつけたが、C型肝炎についての治療歴を告知したのみで、うつ病による通院・投薬治療の事実を告知しなかった。

なお、告知事項の回答欄には、「告知事項が あり のときは、初診から詳しくすべてご記入下さい。」との注意書きがあった。

(2) 保険事故発生の経緯

亡Aは、平成19年3月9日、Dセンター消化器内科でのC型肝炎のインターフェロン治療による副作用予防の為、同センター精神・神経科を初受診したが、不眠のみでうつ病の既往症はなかった。しかし、平成19年5月17日、Dセンターにおいてインターフェロン投与を開始したところ、平成19年8月頃亡Aはうつ状態となり、平成19年8月31日Dセンター精神・神経科E医師より「うつ病（気分障害）」と告知され、抗うつ薬ジェイゾロフトによるうつ病治療を開始した。

そして、亡Aは、平成20年4月17日、インターフェロンの治療が終了したものの、E医師よりうつ病が再発危険性の高い精神疾患であることから最低1年間は経過観察が必要である旨を告げられ、その後も継続して通院した。

その後、亡Aは、平成21年2月13日、Dセンター精神・神経科において、躁状態（症状としては、行為心拍、多弁、感情高揚）が確認され、気分安定薬による治療が開始されたが、7月13日自殺により死亡した。

平成21年11月26日付診療証明書では、亡Aについて「傷病名」を「双極性障害」、「発病（受傷日）」を「平成19年8月頃」と記載されていた。

なお、亡Aのうつ病に関する通院歴及び治療歴等は36頁の<別表>記載のとおりである。

(3) 本件訴訟提起の経緯

亡Aの法定相続人である妻X1、子X2、X3（X1ないしX3を合わせて、以下「Xら」という。）は、Yが亡Aの死亡について本件生命保険を適用しないことから、Y及びZに対し本件生命保険の適用を要請した。

しかし、Zは、平成21年12月25日付けで、Yに対し、亡Aには告知義務違反が存し、本件約款の

規定に基づき、亡Aに関する保険契約分を解除したことを理由に、保険金の支払いを拒絶した。そこで、亡Aの相続人であるXらが、提起したのが本件訴訟である。

(4) 当事者の主張

ア 亡Aの重要な事実についての不告知の有無

(ア) Xらの主張

亡Aが告知日である平成20年6月5日から3カ月以内にDセンター精神・神経科で通院治療と投薬を受けたのは、内因性のうつ病ではなくインターフェロン療法の副作用により生じたうつ状態のためであり、しかも上記告知日当時にはうつ状態は完治していた。

亡Aのうつ状態は、C型肝炎治療としてのインターフェロン療法の副作用により生じている。亡AはC型肝炎についての診断書をZに提出しており、その中にはうつ状態の原因となったインターフェロン療法についての記載もある。そして、インターフェロン療法による副作用としてうつ状態が生じることはよく知られているから、亡AはC型肝炎の診断書を提出することにより、上記うつ状態をZに告知している。

(イ) Y及びZの主張

本件告知日当時、亡Aは、インターフェロン療法の副作用によって生じた内因性の双極性障害の寛解期にあった。E医師は、亡Aがうつ状態から回復した後も、再発のおそれがあったため、最低1年間の経過観察を指示した。

5～10数%という、インターフェロン療法の副作用としてのうつ病の発生頻度からすれば、インターフェロン療法の告知をしたからといって、うつ病ないしうつ状態の告知があったとはいえない。

イ 亡Aの故意または重大な過失の有無

(ア) Xらの主張

本件生命保険は、審査医・生命保険面接士扱いによらない簡易ないわゆる無審査級の保険であるから、重要な事実の告知に際して、被保険者に高度な注意義務を課すべきではない。亡Aの症状は、インターフェロン療法の副作用により生じたうつ状態であり、内因性のうつ病より軽度であったし、また本件告知

当時、このうつ状態の通院治療は、完治後の予後の確認のためにすぎなかった。しかも「うつ病」「うつ状態」「鬱」といった症状については、一般国民の理解は不十分であるとともに、医学的にもその定義や診断は容易ではない。亡Aが自らのうつ状態について告知すべき重要な事実にあたらないと考えるのは、やむを得ないことであり、故意または重大な過失があったとはいえない。

(イ) Y及びZの主張

亡Aは、自らの病状につき、本件告知日当時、内因性の双極性障害であると知らなかったとしても、再発の可能性が高い精神疾患で、今後少なくとも1年間は通院による経過観察を行う必要があることは、認識していた。よって、うつ病ないしうつ状態の治療・投薬歴や経過観察中であるとの事実を告知しなかったことについて、亡Aに故意または重大な過失があったことは明らかである。

ウ Zの悪意または過失の有無

(ア) Xらの主張

Zは、亡Aのうつ状態による通院治療と投薬を知らなかったことについて過失がある。すなわち、亡Aのインターフェロン療法であるペグイントロン／リバビリン併用療法は、市販前の国内臨床試験において、48週投与269例中「抑うつ」症状は36例（13.4%）報告されており、この割合は保険者の危険選択上無視しえない数値である。このことから、インターフェロン療法の副作用としてうつ病ないしうつ状態が発症する可能性が相当程度あることは、本件生命保険契約締結当時、Zにおいて既に知見を有していたか、極めて容易に認識できた。

保険会社は、医学と密接に関わった業務を専門的に行っているから、医学上の知見に関する注意義務は高度である。Zとしては、Dセンターに対し、消化器科以外の科の受診の有無・治療内容の確認及び入通院記録の取寄せ、亡Aとの面接などの措置を講じるべきであり、そうすれば、亡Aのうつ状態やうつ病を知ることができた。

(イ) Y及びZの主張

インターフェロン療法であるペグイントロ

ン／リバビリン併用療法の副作用によるうつ病の13.4%という発生頻度からすると、保険会社としては、被保険者においてペグイントロン／リバビリン併用療法を受けていたことが判明したとしても、そのことから直ちにその者がうつ病に罹患しその治療を受けていたと推測できない。

保険会社は、被保険者の健康状態について、あらゆる可能性を想定した積極的な調査義務を負うものではない。

亡Aから自身のうつ病ないしうつ状態についての治療・投薬歴や経過観察中であるとの事実の告知がなかった本件において、Zに対しXらの主張するような医療情報・資料を収集するよう求めることは、困難を強いるものであり、告知義務制度の趣旨にも反する。

エ 亡Aのうつ病ないしうつ状態と死亡との因果関係の有無

(ア) Xらの主張

亡Aの自殺は、本件告知日当時に罹患していたインターフェロン療法の副作用で生じたうつ状態によるものではなく、平成21年2月13日に初めて確認された双極性障害によるものである。したがって、亡Aが告知しなかったうつ状態と保険事故との間には因果関係は認められない。

(イ) Yの主張

亡Aは、本件告知日以前に、インターフェロン療法の副作用による内因性の双極性障害に罹患しており、その結果、自殺したから、亡Aのうつ病ないしうつ状態と保険事故との間には因果関係がある。

3. 判旨（控訴棄却）

(1) 争点(1) (亡Aの重要な事実についての不告知の有無) について

ア E医師は、亡Aの精神状態について、①後に躁状態を発症したことからIFN治療が内因性の双極性障害（躁うつ病）を引き起こしたと診断されること、②平成19年8月時点では、うつ病とは断定できないが、双極性障害を発症した時点から振り返るとIFNの副作用としての双極性障害（このときはうつ状態）と診断してもよいとしている（証人E）。この診断結果によれば、

本件告知日当時、亡Aの症状は、内因性の双極性障害の寛解期であった可能性が高いものと認められる。

なお、その当時の亡Aのうつ病ないしうつ状態は、E医師が平成20年5月、亡Aに対し、再発防止のため、最低1年間の経過観察を指示したことからすれば、再発可能性が高いものであったと認められる（甲14、証人E）。

したがって、亡Aのうつ病ないしうつ状態の治療・投薬歴や、平成20年6月5日時点で、その経過観察中であったという事実は、Zに対して告知をすべき重要な事実と該当するものであった。

イ ①甲13のマニュアルの記載（甲13の9頁、11頁）から窺える、インターフェロン療法の副作用としての薬剤惹起性うつ病の5～10数%という発生頻度と、②ペグイントロン／リバビリン併用療法の市販前の国内臨床試験における「抑うつ」症状の13.4%という発生頻度（証人E）からすると、亡Aがインターフェロン療法を受けていたことが判明したとしても、この事実から、亡Aがうつ病ないしうつ状態の治療を受けていることは直ちに結びつかない。よって、亡Aが、インターフェロン療法を受けていたことを告知したことをもって、亡Aのうつ病ないしうつ状態の告知があったとは認めることはできない。

ウ そうすると、亡Aが、本件生命保険加入申込みの際し、重要な事実を告知しなかったことを認めることができ、これに反する当審でのXら主張は理由がない。

(2) 争点(2) (亡Aの故意または重大な過失の有無) について

前記認定のとおり、亡Aは、E医師から、平成20年5月当時、①再発防止のため、最低1年間の経過観察を受けること、②うつ病の処方として、ジェイゾロフト1錠、アモバン1錠、リスミー2錠を毎日服用することを指示されており、この指示どおり上記の薬を服用していた（丙13、15）。

上記の状況に照らすと、告知日である平成20年6月5日当時、亡Aが自らの症状について、うつ病ないしうつ状態、再発の可能性が高い精神疾患で、通院による経過観察を行う必要があると認識していたものと認定できる。

よって、亡Aが本件生命保険加入申込みに際し、重要な事実を告知しなかったことについて、重大な過失があったと認められ、この点に関するXらの当審主張は理由がない。

- (3) 争点(3) (Zの悪意または過失の有無) について
 ア ペグイントロン/リバビリン併用療法の市販前の国内臨床試験における「抑うつ」症状の13.4%という発生頻度からすると、被保険者である亡Aがインターフェロン療法を受けていた事実から直ちにうつ病ないしうつ状態の治療を受けている事実を推測できないと認められる。
 イ そもそも告知義務制度の趣旨は、保険事故の危険測定上最も必要な事項については、①保険契約者及び被保険者が最もよく知ることが多く、②かつ保険者が全てを調査し尽くすことは困難である等という理由から、保険契約者及び被保険者から上記事項について告知を求めるといものである。

上記の告知義務制度の趣旨に照らし、亡Aからうつ病ないしうつ状態についての治療・投薬歴や経過観察中であるとの事実の告知がなかった本件において、Zには、かかる治療等の可能性を想定して、Xらの主張する医療情報・資料を収集することまでの必要はないというべきである。

ウ よって、Zが亡Aのうつ病ないしうつ状態による治療・投薬歴や経過観察中であるとの事実を知らなかったことについて過失があったとはみとめられないから、この点に関するXらの当審主張は理由がない。

- (4) 争点(5) (亡Aのうつ病ないしうつ状態と死亡との因果関係の有無) について

証拠(丙12, 13, 証人E)及び弁論の全趣旨によれば、亡Aは、本件告知日以前に、インターフェロン療法の副作用によって内因性の双極性障害(躁うつ病)を引き起こしたこと、当時、亡Aは寛解期にあったうつ病ないしうつ状態にあり、これと上記の双極性障害とは連続した症状であったこと、その後、亡Aは双極性障害により自殺したことが認められる。

したがって、亡Aが告知しなかったうつ病ないしうつ状態と保険事故との間に因果関係はないとは言えない。

4. 評釈

本件事件は、被保険者がC型肝炎のインターフェロン治療による副作用によってうつ状態となったものの、告知時点においてはC型肝炎の治療が終了したことから、団体信用生命保険契約の締結に際して告知すべき事柄につき、C型肝炎に関する病歴は告知したものの、死亡の原因となった双極性障害の病歴等については告知せず、後に告知しなかった双極性障害を原因として自殺したという点に特殊性がある¹⁾。以下、告知義務に関する各要件を検討しつつ本判決について言及する。

なお、本件では、契約締結から1年を経過して自殺していることから、自殺免責特約規定は適用がない。

ア 重要な事実についての不告知

まず、本件は改正前商法の規定が適用されるどころ、改正前商法においては、保険契約の当時に、保険契約者または被保険者は、保険者に対し、契約締結に際して重要な事実を告げなければならず、または重要な事項について不実のことを告げてはならないものとされている(改正前商法678条1項)。この告知義務は自発的申告義務とされていたが、保険法では告知事項は危険に関する重要な事項のうち保険者になる者が告知を求めたものに限定されていることから応答義務に変更されている²⁾。

そして、「重要な事項」に関する判断基準は、各保険者の危険選択基準により決まるのか、あるいはあらゆる保険者に共通する客観的基準により決まるのかについて争いがあるが、大審院大正4年6月26日判決は客観的に観察して危険選択に影響を及ぼすべきかどうか判断する旨述べており、客観的基準説の立場に立ち、以来判例はこの立場をとるものと理解されている³⁾。判例の立場に立ち「重要な事項」を整理すると、危険に関する事項であって、保険者が当該事項を知っていたならば保険契約を締結しなかったか、または少なくとも同一の条件(保険料)では契約を締結しなかったであろうと客観的に認められる事実をいう⁴⁾⁵⁾。

(7) 本件では、亡Aが告知しなかった、うつ病ないしうつ状態による通院・投薬治療を受けていたとの事実は、うつ病が告知書にも記載されていることから事実上重要な事項である

ことが推測されるし⁶⁾、うつ病が自殺原因の一類型であることからすれば保険者としては当該事実を知っていたならば保険契約を締結しなかったか、または少なくとも同一の条件（保険料）では契約を締結しなかったであろうから重要な事項に該当するとの判断は妥当であるように思われる。

- (イ) 次に、C型肝炎のインターフェロン療法を受けていたことを告知したことをもって、亡Aのうつ病ないしうつ状態の告知があったとは認めることはできないと判断した点については、インターフェロン療法を受けていたことから直ちにうつ病ないしうつ状態の治療を受けていたことにはならないことから妥当な判断である。

イ 故意または重大な過失の有無

故意または重大な過失は保険者側の主張立証責任であるところ、本件のように故意であったことを立証することは困難であることから、保険者は主に重大な過失があったことを間接事実から立証することになる。また、重過失の対象としては、①告知すべき事実の存在を知らなかった点に重過失がある場合、②告知すべき事実の存在を知っていたが、その事実が重要な事実であること（事実の重要性）を知らなかった場合、③事実の存在およびその重要性を知っていたがこれを告知しなかった点に重過失がある場合と3つの場合が考えられるところ⁷⁾、①の場合を告知義務違反に含めるべきかどうかについては、告知義務者の知らない事実については告知義務は及ばないと解すべきであるとの見解が多いように思われる⁸⁾。

本件においては、亡Aは平成20年4月17日に最低1年間の経過観察が必要であるとE医師から告知され、その後も定期的に通院してうつ病の処方として薬を服用し、告知日の翌日においても通院したことが伺われることから、これらの間接事実からすれば前記②及び③に該当することは明らかであって、判決は相当である。

ウ 保険者の悪意または過失の有無

保険金請求者側が、告知がなされずまたは不実に告知された事実について保険者が悪意であるか、または過失により知らなかったことを主張立証したときは、保険者は保険契約を解除す

ることはできない(改正前商法678条1項但書)。

本判決は、告知義務制度の趣旨から、亡Aのうつ病ないしうつ状態についての治療・投薬歴や経過観察中であるとの事実の告知がなかった場合に、当該治療等の可能性を想定してXらの主張するような医療情報・資料を収集する必要はないと判断しており、至極妥当な結論である。

他方で、今回の事例のように同じ医療機関において異なる科を受診している場合において、一方の科にかかる病歴の告知があつて当該科の診断書を手し、当該診断書に別の科を受診することが疑われるような記載があつたときには、当該診断書から直ちに別の疾病が判明するわけではないものの、他の疾病を疑わせるような具体的事情がある以上、保険者の過失が認められる可能性もあろう。

また、Xらが主張する、インターフェロン療法の副作用としての薬剤惹起性うつ病の5～10数%という発生頻度と、②ペグイントロン/リバビリン併用療法の市販前の国内臨床試験における「抑うつ」症状の13.4%という発生頻度からは、直ちにインターフェロン療法からうつ病ないしうつ状態であることを推測することは困難であるとしても、これらの発生頻度自体は薬の一般的な副作用の発生頻度としては比較的高いように思われ、また厚労省所管の医薬品医療機器総合機構などが副作用の発生確率に関するデータ収集を行い始めているように今後薬の副作用を原因とする疾病の発症確率が一般的に周知されていった場合にも今回と同様の判断となるのか、保険者側は注意すべきではなからうか。

エ うつ病ないしうつ状態と死亡との因果関係の有無

生命保険契約において、保険事故が告知されなかった重要な事実に基づかないことを保険契約者において証明した場合には、保険者は告知義務違反の効果を採用することはできない⁹⁾

(改正前商法678条2項、同645条2項但書)。なお、因果関係の有無の判断基準について、判例は事故と不告知の事実との間に全然因果関係がないことを必要とし¹⁰⁾、少しでも因果関係の存在を窺わせる余地がある場合には保険者は保険支払義務を免れることから緩やかな解釈がとられている。なお当該解釈には批判もあるところ

であり¹¹⁾、東京高裁平成22年5月20日判決では、被保険者が不整脈の症状を告知しなかった事実であるところ、「(大審院判決を引用)もつとも、不告知の事実たる症状が軽微なものである場合にまで事故との間に因果関係のないことの立証責任を保険金請求者に負担させると、保険金請求者に極めて酷な結果となり、また、保険制度の機能を没却させるおそれがあるから、上記のようにいい得るのは、不告知の事実が一般的に事故を招来する可能性が高い場合に限定されると解するのが相当である。」と判示して、従来の判例の立場を前提にしつつ、因果関係の存否を厳しく判断している。

本件では、E医師の証言及び平成21年11月26日付診断書によって、亡Aが本件告知日以前に、インターフェロン療法の副作用によって内因性の双極性障害(躁うつ病)を引き起こしたことが、当時、亡Aは寛解期にあったうつ病ないしうつ状態にあり、これと上記の双極性障害とは連続した症状であったことが認められたことから、告知しなかったうつ病ないしうつ状態と保険事故との間に因果関係がないとは言えないと認定されているが、従来の判例の立場からすれば、うつ病は自殺原因の一類型であってそのうつ病が告知日以前から連続した状態であったことが認められることから因果関係がないとはいえないとした結論は妥当である。他方で、上記高裁判決に照らした場合、本件では告知日当時においてうつ病ないしうつ状態が寛解期にあり、特に入院するほどの程度でもなかったことからすれば不告知の事実たる症状は軽微といえ、不告知の事実が一般的に事故を招来する可能性は低いとして、因果関係が否定される判断もあり得るように思われる。

また、うつ病ないしうつ状態が連続した症状であったか否かについては医師によって判断が分かれ得るところと思われ、うつ病のような外形的に完治が明確とならない疾病に関する事案では医師の判断によって結論が逆転し得る可能性もあるものと思われ、因果関係が全然存在しないとの保険金請求者側の主張に対する反証として、間接事実及び証拠が存在するのか保険者側としてはより注意して調査する必要がある。以上

* * * * *

- 1) うつ病の既往症が重要事実と該当するかどうか判断した裁判例として、大阪地裁昭和54年4月13日判決(判時935号108頁)がある。
- 2) 潘阿憲「保険法概説」中央経済社194頁参照。
- 3) 山下友信「保険法」有斐閣294頁。
- 4) 潘・前掲註2、195頁。
- 5) 同旨 東京地裁平成3年4月17日判決判タ770号254頁。
- 6) 保険契約申込書に記載され質問事項はすべて重要事項と推定されると解するのが相当であると判示した裁判例として東京地裁平成3年4月17日判決(判タ770号254頁)がある。ただ、質問票に記載されている事項はせいぜい「重要な事項」の事実上の推定にとどまるものというべきであって、それ以上の効力は認められないと解される(甘利公人=福田弥夫「ポイントレクチャー保険法」65頁)。
- 7) 潘・前掲註2、196頁。
- 8) 潘・前掲註2、197頁、山下・前掲註3、304頁。
- 9) 山下・前掲註3、316頁。
- 10) 大判昭和4年12月11日(保険法判例百選66)。
- 11) 山下・前掲註3、318頁。

<別表>

日付	内 容
平成19年3月9日	Aは、Dセンター消化器内科でのC型肝炎のインターフェロン治療による副作用予防の為、同センター精神・神経科を初受診した。不眠のみでうつ病の既往症はなかった。
平成19年5月17日	Aは、Dセンターにおいて、インターフェロン投与を開始した。
平成19年8月頃	Aはうつ状態となった(憂うつ感、意欲低下、不眠、思考抑制が認められた。)
平成19年8月31日	Aは、Dセンター精神・神経科E医師より、「うつ病(気分障害)」と告知され、抗うつ薬ジェイゾロフトによるうつ病治療を開始した。その後、Aは、継続的に同センターに通院した。
平成19年10月10日	E医師は、Aに対し、傷病名を「うつ病」とし、「上記により加療中であるが、平成19年10月10日から10月19日までの休養・加療が必要である」とする診断書を発行した。
平成19年10月19日	E医師は、Aに対し、傷病名を「うつ病」とし、「上記により加療中であるが、平成19年10月20日から11月19日までの休養・加療が必要である」とする診断書を発行した。
	(通院歴 不明)
平成20年3月7日	Dセンター精神・神経科に通院
平成20年3月21日	Dセンター精神・神経科に通院
平成20年4月4日	Dセンター精神・神経科に通院
平成20年4月17日	インターフェロン治療を終了したが、Aは、E医師よりうつ病が再発危険性が高い精神疾患であることから最低1年間は経過観察が必要である旨を告げられた。
平成20年4月18日	Dセンター精神・神経科に通院
平成20年5月16日	Dセンター精神・神経科に通院 (ジェイゾロフト25mgを朝食後2錠、3週間後からは朝食後1錠を服用するものとして、28日分を処方される)
平成20年6月5日	告知日
平成20年6月6日	Dセンター精神・神経科に通院 (ジェイゾロフト25mgを朝食後1錠を服用するものとして処方される)
	Dセンター精神・神経科を月1回程度通院して経過観察
平成21年2月13日	Dセンター精神・神経科において、躁状態(症状としては、行為心拍、多弁、感情高揚)が確認され、気分安定薬による治療が開始される。
平成21年7月13日	A自殺