

〈研究ノート〉

# 終末期保障の在り方 ーリビング・ニーズ特約の効用ー

林 裕

## 目次

### はじめに

- I. リビング・ニーズ特約とは
- II. 終末期患者の思いと逝き方の選択
- III. 生きるための保険

### はじめに

リビング・ニーズ特約は生前給付型生命保険の一形態である。生前給付型生命保険とは、所定の条件を満たせば、被保険者の生前に死亡保険金相当額が支払われるというもので、わが国においては、特定疾病（がん・急性心筋梗塞・脳卒中）を対象とした特定疾病保障保険と、原因を問わず「余命6ヶ月以内」と宣告された場合を対象としたリビング・ニーズ特約が代表的な商品である。本稿においては、後者の形態であるリビング・ニーズ特約を取り上げ、終末期保障のあり方について考察するものである。なお、社会保障制度改革推進法（2012年）において、個人の尊厳が重んぜられたことを受けて、各種調査や文献において「終末期」という言葉とは別に「人生の最終段階」という言葉が使われるようになったことから、本稿においても、引用した調査・文献において、二つの表現が混在していることをお断りしておく。

### I. リビング・ニーズ特約とは

リビング・ニーズ特約は、1989年に当時プルデンシャル・カナダ社の社長であったロナルド・バーバロ（Ronald D. Barbaro）によって開発された、生前給付型生命保険の一形態である。きっかけは、ボランティア活動で接したエイズ患者が尊厳死を希望したことに応えたものである。翌、1990年にバーバロがプルデンシャル・アメリカ社の社長に就任すると、アメリカでも販売されるようになり、わが国では、プルデンシャル・日本社によって1992年から販売が開始された。

わが国のリビング・ニーズ特約の支払事由は「余命6ヶ月以内と判断されるとき」であり、余命診断は医師の診断書または意見書によって確認される。従来の生命保険の支払事由は客

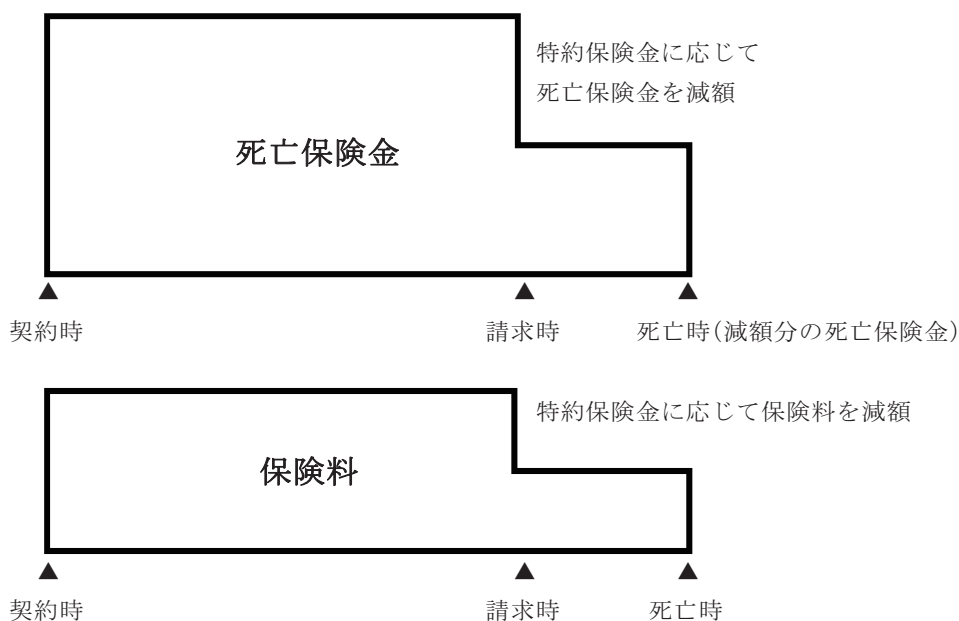
観的事実（死亡・入院・手術など）を対象としているのに対して、リビング・ニーズ特約では「判断」が介在する点で新しい概念といえる。<sup>(1)</sup> この意味で、リビング・ニーズ特約は「保険者と被保険者以外すなわち保険契約当事者以外の第三者である医師の余命診断・余命告知が必須条件とされ、医師の果たす役割が極めて重要とされる」<sup>(2)</sup> のである。このように、リビング・ニーズ特約の取扱においては、なによりも余命診断の正確さが求められるので、「主治医からの余命診断に加え、社医による余命確認を実施する会社も少なくない。」<sup>(3)</sup> 余命診断の正確さからいえば、余命宣告期間は短い方が正確ではあるが、「安全を見込んで短い期間に設定しすぎると被保険者の生存中に保険金を活用してもらおうという商品趣旨が生かされない」<sup>(4)</sup> ことから、「6ヶ月以内」ということになったのである。なお、「何も治療をしなければ余命6ヶ月以内と考えられる場合」は、支払い対象にはならない。今後、適切な治療を行えば余命6ヶ月以内とはいえないからである。ところで、リビング・ニーズ特約の特約保険料は、保険会社の側からすれば、被保険者の死亡時に支払う死亡保険金の支払が早まるだけなので、無料である。

リビング・ニーズ特約の目的は終末期の医療費保障に加えて、人生を締めくくるにあたっての費用保障も含まれている。いわゆる終末期は急性型・亜急性型・慢性型の三つのタイプに大別される。<sup>(5)</sup> 急性型は救急医療のように妥当な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状況、亜急性型はがん治療を放棄した時点から死亡するまでの期間や病状の進行によって生命予後が予想される場合、慢性型は高齢者に多く認められる不可逆的かつ進行性で近い将来の死が不可避となった状態と定義されている。亜急性型は概ね半年あるいは半年以内が予後判断であるが、慢性型は定義に具体的な期間は設定されていない。その意味では、リビング・ニーズ特約の主たる対象は亜急性型末期症における終末期の医療費と人生を締めくくるにあたって必要な費用保障といえよう。

リビング・ニーズ特約では特約保険金の請求にあたっては、指定代理請求人による請求も認められている。これは、わが国においては余命告知が一般化されていないという現状を踏まえてのことであり、被保険者本人に余命が告知されていない場合などは自ら保険金の請求手続きができないので、指定代理請求人が請求権を行使することができるというものである。このように、指定代理請求人とは「特別の事情」があるとき、被保険者に代わって保険金を請求・受領することができる人物のことである。<sup>(6)</sup> また、請求にあたっては請求金額の指定を求めており、一般的に上限は3000万円である。リビング・ニーズ特約は、査定依頼（診断書提出）を会社が確認し、約款上の支払事由に該当した段階では、請求権の金額はまだ確定しておらず、金額の確定は別途提出される請求書において請求権者が指定することになっている。これは、請求時のニーズに見合う金額を指定する方が合理的だからである。<sup>(7)</sup>

特約保険金が支払われた場合、（1）特約保険金が主契約等の死亡保険金等の合計額と同額の場合、主契約等は請求日にさかのぼって消滅し、（2）特約保険金が主契約等の死亡保険金等の合計額を下回る場合、主契約等の死亡保険金等の合計額から請求日にさかのぼって特約保険金同等額が減額される。この場合、死亡保険金の残高相当分の保険料は、特約保険金受け取り後も支払う必要がある。図示すれば、次頁のようになる。

## リビング・ニーズ特約で死亡保険金の一部を特約保険金として受け取る場合



特約保険金の支払いに際しては、請求日から6ヶ月間の利息と保険料相当額が差し引かれる。なお、余命6ヶ月以内と判断され、特約保険金が支払われた後、6ヶ月経過しても死亡しなかった場合でも、特約保険金の返還義務はない。今日では、リビング・ニーズ特約は死亡保険金のある生命保険の標準装備となっている。

## II. 終末期患者の思いと逝き方の選択

リビング・ニーズ特約は終末期の医療費保障に加えて、人生を締めくくるにあたっての費用保障をも目的としている。後者に関しては、いわゆる人生最後の思い出作り資金として、例えば、家族旅行の費用などに充てることができるのであるが、余命6ヶ月以内と診断された、終末期患者はどのような思いなのであろうか。以下、E・キューブラー・ロス著『死ぬ瞬間』（川口正吉訳）を敷衍しながら、その思いをたどってみたい。<sup>(8)</sup>

終末期患者の思いは五つの段階を経て推移していくといわれている。第一段階「否認と隔離」、第二段階「怒り」、第三段階「取引」、第四段階「抑鬱」そして第五段階「受容」である。人間誰も余命6ヶ月以内と宣告されれば冷静でいられるはずはなく、まずは事実の受け入れを拒否しようとする。もしかしたら医師の診断が間違っているかもしれないというかすかな希望を抱いた「不安に満ちた否認」である。この思考は「予期しない衝撃的なニュースを聞かされるときの緩衝装置として働くのである。」<sup>(9)</sup> 否認は一時的な自己防衛であるが、これが維持できなくなると、「怒り、憤り、羨望、恨みなどの諸感情がこれに取って代わる」<sup>(10)</sup> こととなり、この怒りはあらゆる方向に向けられることになる。次の段階は期間は短いが患者にとっては助けとなるもので、「神となんらかの取り引きができれば、もしかすると、この

悲しい不可避の出来事をもうすこし先へ延ばせるかもしれない<sup>(11)</sup>との思いから、よい振る舞いをすれば延命の願望が叶えられるかもしれないというかすかな期待である。しかし、もはや自分の病気を否認できなくなると抑鬱状態になる。抑鬱には気を引き立たせ、物事をそう暗く絶望的に見ないように励ますことで患者の沈んだ気分が明るくなるものもあるが、「受容状態を可能にするための道具として用いられている場合は、励ましも力づけもあまり役に立たない。」<sup>(12)</sup>そして、最後に、自分の運命について抑鬱も怒りも覚えなくなり、「ある程度静かな期待を持って、近づく自分の終焉を見詰めることができる。」<sup>(13)</sup>ようになるのである。このような段階を経て、自分の運命を受け入れた終末期患者は、最後の時をどのように迎えたいと思っているのだろうか。

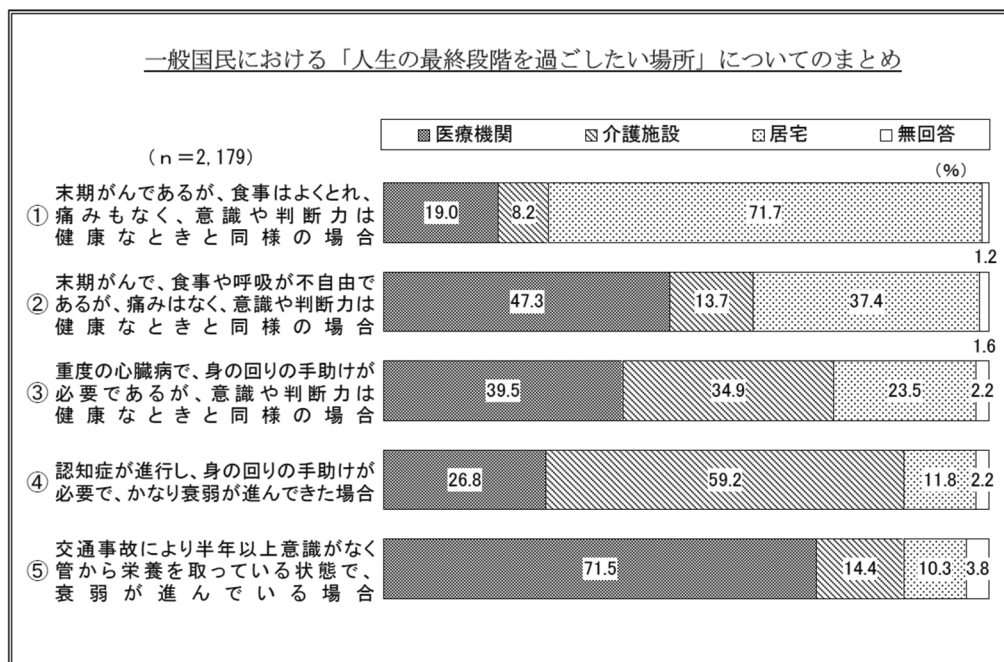
終末期医療に関する意識調査等検討会『人生の最終段階における医療に関する意識調査(2014年)』<sup>(14)</sup>によると、人生の最終段階における症状の違いによって希望は異なると考えられる。同調査では、人生の最終段階の状況を以下の6通りに分類している。<sup>(15)</sup>

- ケース① 末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合
- ケース② 末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合
- ケース③ 重度の心臓病で、身の回りの手助けが必要であるが、意識や判断力は健康なときと同様の場合
- ケース④ 認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合
- ケース⑤ 交通事故により半年以上意識がなく管から栄養を取っている状態で、衰弱が進んでいる場合
- ケース⑥ 交通事故により心肺停止となったのち蘇生したものの、2週間を経過した時点で意識はなく人工呼吸器と点滴を受けている場合

調査結果は以下のとおりである。ケース①の場合は、71.7%が人生の最終段階を過ごした場所に「居宅」を希望している。<sup>(16)</sup>なお、女性よりも男性の方が自宅を希望する割合が高いという調査もあり、その理由としては、「男性にとっては『死』そのものよりも死に至るまでの痛みや苦しみの方が大きな意味を持つと思われる。男性には、痛みや苦しみにある中では家族に囲まれていたいという思いと、家長として最後まで家族の中心として存在し、『死』の恐怖から家族を守りたいという、両面の思いがあると考えられる。」<sup>(17)</sup>との指摘がある。ただし、『人口動態統計』によると、2016年の「死亡の場所」は、病院 73.9%、診療所 1.9%、介護老人保健施設 2.3%、老人ホーム 6.9%となっており、現実は何らかの施設内での死亡が 85.0%を占めており、自宅での死亡は 13.0%にとどまっている。

この希望と現実の乖離の背景としては、面倒をみてくれる家族の負担への配慮・症状の急変などが考えられる。現実的には、病院が「死亡の場所」となる場合が多いことからすれば、終末期患者に対する医師・看護師、特に終末期患者とのかかわる時間が長い看護師の家族機能の代替としての役割が大きくなる。「終末期患者の感情は大きく揺れ動いている。一旦は『死』を受容したかのように見えても、次の瞬間はまた否定的になったり、怒りの感情が芽生えたりすることもある。終末期患者の不安定な感情を受け止めるには、短時間のかかわりでは難しく、十分な時間の中で向き合わなくてはならない。」<sup>(18)</sup>からである。終末期患者には誰か

側にいてほしいという感情があるので、信頼する医師や看護師が患者の側に行き患者とともに歩むことで安心感を与えることができるのである。<sup>(19)</sup>



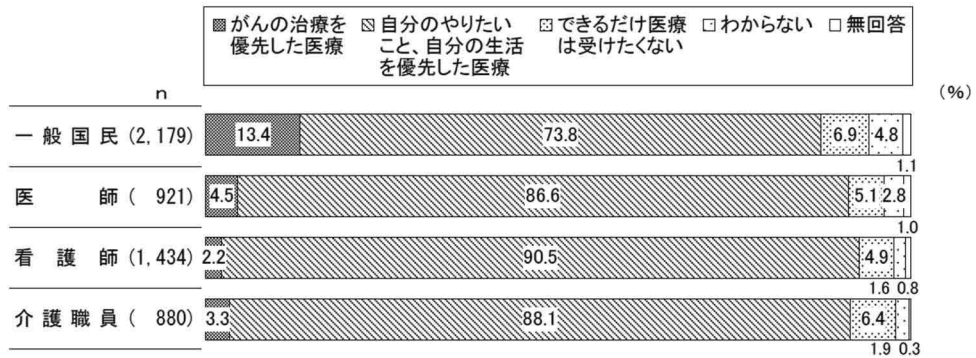
出所) 終末期医療に関する意識調査等検討会『人生の最終段階における医療に関する意識調査』、2014年、30ページ。

また、ケース①の場合、これからどのような方針での医療を希望するかという問いに対しては、「自分のやりたいこと、自分の生活を優先した医療」を希望する一般国民が73.8%であった。<sup>(20)</sup> 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編（平成30年）』においても、人生の最終段階における医療・ケアについては「本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるために人生の最終段階における医療・ケアを進めていくことが重要」<sup>(21)</sup> であることが確認されている。このような状況下にある終末期患者にとっては、終末期保障としてのリビング・ニーズ特約の利用は有益であろうと思われる。終末期患者は身体的苦痛、精神的な問題に加えて、療養が長くなれば経済的な問題として、医療費の問題や家庭の生活費の問題がおきてくるからである。<sup>(22)</sup> 生前に特約保険金が支払われることで、高額医療費負担や人生を締めくくるために必要な諸費用負担に対する不安が解消され、「社会的苦痛（特に経済的苦痛）を解決することによって、身体的苦痛・心理的苦痛そしてスピリチュアルペインも軽減」<sup>(23)</sup> することもできるのである。このような意味で、リビング・ニーズ特約は「尊厳ある死と終末医療のための保険」<sup>(24)</sup> ということができる。



### 希望する治療方針

①末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合



出所) 前掲調査、33 ページ

近年、医療・介護分野では、満足して死を迎えるための「死に方」や「死に場所」を考える QOD (Quality of Death) という考え方や、医療チームと患者・家族が終末期医療の方針を話し合っ決めていく ACP (Advance Care Planning) という考え方が広まってきた。その背景のひとつには、『自分らしい最期はどうありたいか』を模索する人たちが出現してきた<sup>(25)</sup> ことがあげられる。すなわち、「治癒の見込みがなく、限定された余命であれば、無駄に延命治療をせず、自然な死を迎えたい」という意思を表明する人が増えてきたのである。<sup>(26)</sup> 自分らしい最期をいかに迎えるかという「逝き方の選択」である。重要なことは、QODを実現させるための、ACPを実行するための前提となる、「どんな最後を迎えたいのか」という本人の意思<sup>(27)</sup> である。QODの実現やACPの実行のためには、本人が残された時間をどう過ごしたいと思っているのかという意思、すなわち「どう逝きたいか」という意思の共有が必要だからである。

一例として、終末期のがん患者を対象とした症例報告をみても、終末期のがん患者の選択肢は6つに要約されたとのことである。<sup>(28)</sup> すなわち、(1) 生命の維持と病状の安定を求める、(2) 迫り来る死に身をゆだねる、(3) 自己を重視する、(4) 自らの力を信じる、(5) 他者を気遣う、(6) 心理的安寧を求める、の6つである。これらの選択肢のうち、(2) については、限られた時間を大切にす(限られた時間の中でやるべきことをすぐに始める)、(3) については、自分の人生を楽しむ(自分のやりたいように過ごす)と自己実現を目指す(ライフワークを完遂する)、(4) については、今までどおりに生きる、(5) については、残された家族のために尽力する(家族との時間を大切にす)といった内容が含まれている。<sup>(29)</sup> 限られた時間の中で、いかに自分らしく生きるかという気持ちの表れと思われる。これらの選択肢の実現のためにも、リビング・ニーズ特約の効用が期待できよう。

なお、(5) の「家族との時間を大切にす」という項目に関しては、勤労世代を対象とした調査<sup>(30)</sup> においても、死の受容に向けて必要と考えているものの中で、「家族・仲間の支援」との回答が最も多く見受けられる。<sup>(31)</sup> 先の、「最後の場所」として居宅の希望が多かつ

たことと照らし合わせてみても、終末期における家族の存在の大きさがみてとれる。「家族の存在は、たとえ一時的にはあれ、患者から痛みや孤独感を遠ざける役割を果たす」<sup>(32)</sup> ものであり、『家で死ぬということ』とは、『死』を目前にしているとしてもなお、『死』が訪れるそのときまで、自宅で『家族とともに生きるということ』にこそ、その本質があるといえるだろう。<sup>(33)</sup>

### 死に対する意識別にみた死の受容に向けて必要と考えるもの（複数回答）

（単位 %）

	緩和 医療	ホス ピス	家族・仲 間の支援	相談 機関	宗教	不要
総 数	43.5	22.5	58.5	26.2	8.3	9.9
恐 れ て い な い	31.7	15.8	42.6	15.8	12.9	16.8
受 け 入 れ 努 力	45.0	29.4	63.0	31.9	12.2	2.9
気 に な る が 恐 れ て い な い	44.8	19.4	57.2	25.4	7.0	10.4
恐 れ て い る	52.8	26.9	65.7	23.1	3.7	11.1
考 え た こ と が な い	42.1	19.4	58.6	27.0	6.1	12.6

出所) 日置敦巳・田中耕・和田明美「勤労世代男女の死生観と終末期ケアへの期待」、『厚生  
生の指標』第 52 巻第 3 号、2005 年、22 ページ。なお、左の欄は、「死についてど  
う感じているか」という質問に対する回答ごとの区分である。「死を恐れていな  
い」「受け入れようと努力している」「気になるが恐れていない」「恐れている」「考  
えたことがない」の順である。

### Ⅲ. 生きるための保険

生命保険は時代のニーズに合わせてその商品構成を変化させてきた。わが国の生命保険商  
品の変遷を素描すれば、以下のような流れとして捉えることができる。<sup>(34)</sup>

わが国の生命保険を商品面からみると、明治時代の創業期の一時期、終身保険が販売  
の中核に据えられていた時期があるが、明治後期からは養老保険が中核的な地位を占め、わ  
が国で生命保険といえば養老保険といわれるくらい、養老保険の時代が昭和の半ばまで続き、  
その後、養老保険を定期保険で補強した定期付養老保険の隆盛期を迎えることとなる。養老  
保険が受け入れられた理由としては、生命保険の保障としての側面よりも貯蓄としての側面  
が受け入れられたことによる。多様化がみられるようになったのは昭和 50 年以降であるが、  
生命保険を貯蓄手段としてみる向きは変わらず、一時払養老保険や変額保険が市場を賑わす  
ことになった。

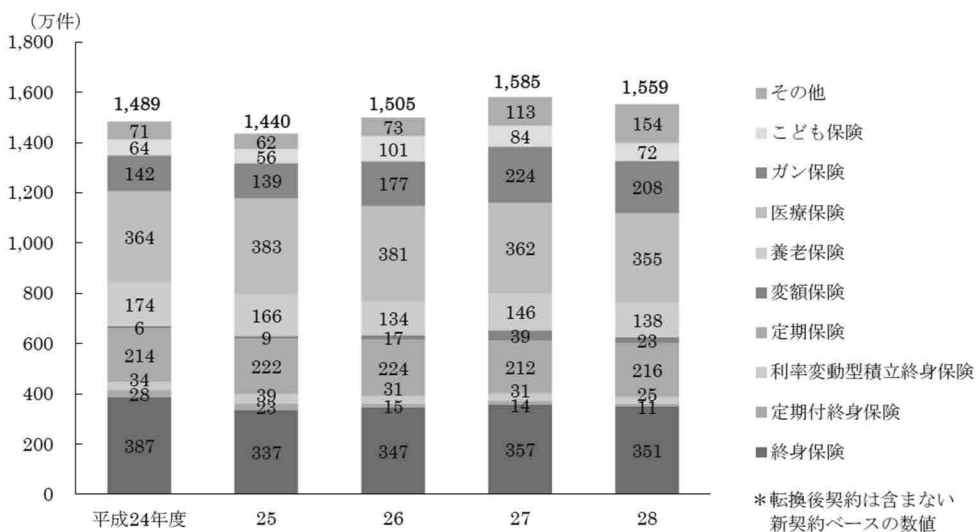
その後の商品構成の変化に影響を与えたのが高齢化社会の進展である。人生 80 年を迎えた  
生命保険市場においては「長生きのリスク」への認識が高まり、養老保険へのニーズが相対  
的に減少していく中で、一生涯保障を謳った終身保険、特に定期付終身保険と、老後の生活  
資金確保の目的で個人年金保険へのニーズが伸展することとなる。さらに、外資系生命保険  
会社の進出により、がん保険、医療保険、そして「生きるための保険」としての生前給付型

生命保険（特定疾病保障保険・リビングニーズ特約）が登場することとなるのである。

生命保険協会『2017年版 生命保険の動向』によれば、平成28年度の新契約件数の構成比では、医療保険の22.8%が最も多く、次いで終身保険22.5%、定期保険13.9%、がん保険13.4%、養老保険8.9%の順である。なお、保有契約件数の構成比でみると、終身保険の21.8%が最も多く、次いで医療保険21.0%、がん保険14.3%、定期保険12.6%、養老保険8.3%、定期付終身5.9%の順である。<sup>(35)</sup> 特定疾病保障保険とリビング・ニーズ特約が終身保険の標準装備だとすれば、今日の生命保険は、一生涯保障（終身保険）に加えて医療保障（医療保険・がん保険・特定疾病保障保険）と終末期保障（リビング・ニーズ特約）にそのニーズが見受けられるといっても過言ではないだろう。かつては、生命保険の加入目的は遺族保障といわれていたが、生前給付型生命保険の登場によって、「遺族のための保険から自分のための保険へというニーズの高まり」<sup>(36)</sup> がみられる。

リビング・ニーズ特約が終身保険に標準装備されているということは、リビング・ニーズ特約の加入率は、リビング・ニーズ特約販売以降の終身保険の加入率とほぼ同じということになる。終身保険は死亡保険ではあるが、契約期間が長期にわたることから貯蓄要素を内包している。リビング・ニーズ特約の特約保険金は、本来ならば被保険者が死亡した際に支払われる死亡保険金相当額を、被保険者本人が受け取るという意味で、終身保険を貯蓄として活用したと捉えることができる。被保険者本人が生きている間にこの貯蓄要素を自分のために活用できるという意味において、「リビングニーズや三大疾病型等の生前給付型保険も基本的に個人主義的側面の濃厚な、貯蓄性保険の性格を有するタイプの保険」<sup>(37)</sup> という見方ができる。一方で、余命宣告は「死」そのものではなく、特約保険金の用途に終末期の医療費負担の軽減としての側面があるところからは、疾病保険の特殊型とみることもできる。<sup>(38)</sup>

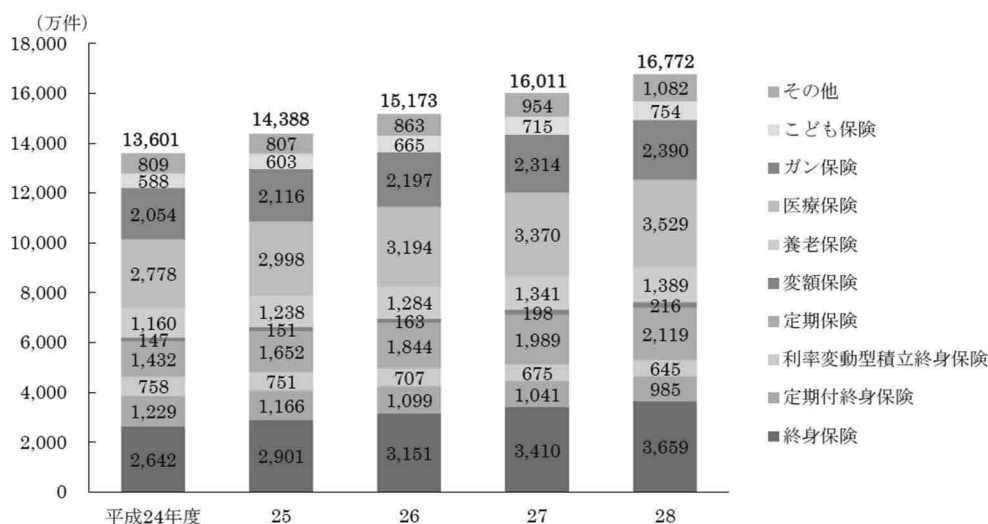
個人保険の種類別新契約件数の推移



出所) 生命保険協会『2017年版 生命保険の動向』、2017年、4ページ。



## 個人保険の種類別保有契約件数の推移



出所) 生命保険協会『2017年版 生命保険の動向』、2017年、5ページ。

ところで、ひとつ危惧されるところは、リビング・ニーズ特約の「認知度」の問題である。すなわち、その内容を被保険者または指定代理請求人が理解しているかどうかである。生命保険の契約時に説明がなされていたとしても、人生の終末期をいかに生きるかを自分で選択する際に、リビング・ニーズ特約の存在が想起されるかどうか。保険は請求主義なので、せっかくこのような終末期保障の制度があるにしても、利用されなければ本来の趣旨を生かすことができなくなるからである。

リビング・ニーズ特約の販売当初、「死と直面」するこの保険が日本において受け入れられるかどうかとの懸念もあったが、長寿社会を迎え、医学の進歩も相俟って、日本人の死に対する考え方が変化し、死は受け入れられやすいものになってきた。<sup>(39)</sup> 死は万人に必ず訪れるものであり、「人間は、誰でも毎日24時間ずつ死んでゆく」<sup>(40)</sup> ものである。本人は勿論のこと周囲の人たちも何の心の準備も持てない「突然死」とは異なり、「死」を受け入れ覚悟の上で過ごす残された時間は、本人だけでなく周囲の人たちにとっても、「その人が人生を締めくくるための有意義な時間」にすべきである。リビング・ニーズ特約は終末期を自分の思うように生き、そして納得できる死を迎えるための、「生きるための保険」なのである。

注(1) 五十嵐徹「リビングニーズ特約約款上の諸問題」、『生命保険経営』第65巻第6号、1997年、156ページ。

なお、ここでいうところの「判断」は、その時の国内の医学水準を基準とした「客観的判断」と解される。

(2) 石田重森「保険の原理原則に基づく事業展開と保険活用」、『保険学雑誌』第598号、2007年、32ページ。

- (3) 西川征洋「商品開発の背景と特徴」、『日本保険医学会誌』第93巻、1995年、67ページ。  
 なお、余命確認は、社医が主治医（診断書を書いた医師）に面接して行う（同上論文、68ページ）。
- (4) 五十嵐徹、前掲論文、155ページ。
- (5) 日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会『終末期医療のあり方について』、2008年、4～5ページ。
- (6) 長谷川仁彦・竹山拓・岡田洋介『生命・傷害疾病保険法の基礎知識』、保険毎日新聞社、2018年、252ページ。  
 なお、指定代理請求人制度の趣旨から、指定代理請求人は被保険者にとって最も身近な人物であることが望ましい（同上書、253ページ）。具体的には、被保険者の戸籍上の配偶者、被保険者と同居または生計を一にしている被保険者の3親等内の親族などである。
- (7) 松田武司「生前給付型保険の法的諸問題」、生命保険文化研究所『文研論集』113号、1995年、165ページ。
- (8) Elisabeth Kübler-Ross, *On Death and Dying*, 1969.  
 以下、E. キューブラー・ロス『死ぬ瞬間』川口正吉訳、読売新聞社、1971年、第3章～第7章を抜粋。
- (9) 同上訳、67ページ。
- (10) 同上訳、84ページ。
- (11) 同上訳、116ページ。
- (12) 同上訳、124ページ。
- (13) 同上訳、146ページ。
- (14) 終末期医療に関する意識調査等検討会『人生の最終段階における医療に関する意識調査、2014年。全国調査、郵送配布・回収、平成25年3月4日～平成25年3月25日調査、調査人数（一般国民5,000・医師3,300・看護師4,300・介護職員2,000・施設長4,200）、回収数（一般国民2,179・医師921・看護師1,434・介護職員880・施設長1,488）。
- (15) 同上調査、30ページ。
- (16) 同上調査、30ページ。
- (17) 大宮朋子・福井小紀子・中島梨枝子「終末期の療養場所の選定における性差の検討」、『厚生指標』第65巻第5号、2018年、13ページ。
- (18) 梅川奈々「終末期看護の本質」、『佛教大学教育学部学会紀要』第15号、2016年、95ページ。  
 「終末期患者とは、それまで一人の人間としてごく当たり前を送ってきた生活がある日突然に大きく変化させられて〈患者〉へと転換させられた存在である」とらえられる。・・・終末期患者は、『死』という未知の事象に囚われながらも健康な私たちと同様に〈いま〉を生きている存在である。たとえ患者の生活が激変してしまったと雖も、この生をおざなりにしてしまわないようにかかわることが重要である。」（同上論文、96ページ）。
- (19) 阿蘇品スミ子「終末期医療での看護」、『共に生きるための医療』、九州大学出版会、2002年、96～97ページ。
- (20) 終末期医療に関する意識調査等検討会、前掲調査、33ページ。

- (21) 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編』、2018年、1ページ。
- (22) 阿蘇品スミ子、前掲論文、95～96ページ。
- (23) 賢見卓也『『リビングニーズ特約』利用からみたがんの諸制度の活用』、『緩和ケア』VOL.23 NO5 2013年、370ページ。
- (24) 玉城良隆『プルデンシャル生命の顧客至上主義』、ビジネス社、1998年、49ページ。
- (25) 小谷みどり「死をめぐる我が国の現状」、第一生命経済研究所『Life Design Report 2003.4』、2003年、20ページ。
- (26) 同上論文、20ページ。
- (27) 小谷みどり『『どう逝くか』を考える時代』、第一生命経済研究所『Life Design Report 2016.7』、2016年、45ページ。
- QODに寄り添うためには患者本人がどこでどのように死を迎えたいのか、残された時間をどう過ごしたいのかといった意思が明確でなければならない（同上論文、44ページ）。
- (28) 黒田寿美恵・佐藤禮子「終末期がん患者の選択する生き方とその本質」、県立広島大学『人間と科学』第8巻第1号、2008年、89ページ。
- 調査対象は、以下の基準をすべて満たす、研究に同意した成人がん患者6名で、参加観察法・面接法・診療記録と看護記録から得られたデータを分析対象としている。（1）病名・病状を知っている。（2）治癒の見込みがなく、予後1年以内と診断されている。（3）強い身体的苦痛がない、または、症状コントロールが良好である。（4）意思の疎通に支障がない。
- (29) 同上論文、92ページ。
- (30) 日置敦巳・田中耕・和田明美「勤労世代男女の死生観と終末期ケアへの期待」、『厚生指標』第52巻第3号、2005年。
- 調査内容は、死に対する意識・“不治の病”にかかった場合の告知希望の有無・自分自身の希望する死亡場所・親の死亡場所の希望・死の受容に向けて必要と考えるもの・臨終立ち会い経験の有無であり、調査対象は岐阜県内の一地域の住民1200人（回答926人）である。
- (31) 同上論文、22ページ。
- (32) 長尾真理「現代医療と『家族』の役割ー終末期における『在宅医療』を中心としてー」、慶應義塾大学大学院『社会学研究科紀要』第68巻、2009年、83ページ。
- (33) 同上論文、84ページ。
- (34) 小林雅史「昭和戦後の主力商品」、『保険・年金フォーカス 2016-07-25』、ニッセイ基礎研究所、2016年、1～4ページ参照。
- 拙著『家計保険論 改訂版』、税務経理協会、2011年、69～71ページ。
- (35) 生命保険協会『2017年度 生命保険の動向』、2017年、3～5ページ。
- (36) 西川征洋、前掲論文、69ページ。
- (37) 武田久義「生命保険事業における質的变化」、『桃山学院大学総合研究所紀要』第31巻第2号、2005年、129ページ。

- (38) 田村祐一郎「生前給付保険と死の概念」、水島一也編著『保険文化』所収、千倉書房、1995年、192～193ページ。

日本では、生前給付は「死」の準備の意味をもち得ず、ただ単に高額の医療費に充当する意味しかない（同上論文、193ページ）。

- (39) 西川征洋、前掲論文、68～69ページ。

小谷みどり、前掲「死をめぐる我が国の現状」、21ページ。

- (40) K. マルクス『資本論 第一巻』向坂逸郎訳、岩波書店、1983年、264ページ。

（平成30年7月17日 北原教授の一周忌に脱稿）