

生保医療保険について

— 各社医療保険約款による比較 —



保険研究部門 上席主任研究員 小林 雅史

masashik@nli-research.co.jp

1—はじめに

生保会社の入院保障は、1964年4月に発売された、災害保障特約による災害（不慮の事故）に対する入院保障に始まり、その後、終身保険などの主契約に付加する特約方式により、疾病に対する入院保障や手術に対する保障が開始され、現在、多くの生保会社においては、災害や疾病による入院・手術などを単品方式により保障する、さまざまな医療保険を販売している。

生保会社47社のうち、ホームページで医療保険の約款を公開しているのは18社であり、そのすべての会社で入院保障と手術保障を取り扱っている（このほか、一部の会社で放射線治療や先進医療などに対する保障も取り扱っている例がある）ことから、本稿では、医療保険の入院給付金と手術給付金の概要と最近の改定などについて、約款をベースにして紹介することとしたい。

2—医療保険の入院給付金

(1) 入院給付金はいくら支払われるのか（支払限度日数など）

入院給付金は、入院1日当たり所定の入院給付日額（たとえば、入院1日当たり5,000円）が、一定期間以上の入院（たとえば、5日以上入院について入院5日目から支払い。入院当初の4日間は不支払となる）に対して、支払われる仕組みとなっている。

「入院1日当たり5,000円が、5日以上入院に対して支払われる」医療保険に加入している場合は、たとえば30日間入院した場合、「5,000円×(30日間－4日間)＝130,000円」が支払われることとなる。

入院給付金が支払われる一定期間以上の入院については、従来、先に挙げた例のとおり「5日以上入院について入院5日目から支払い（入院当初の4日分は不支払）」とされることが多かったが、近年の入院の短期化^(注1)に伴い、「1日以上入院について入院1日目から支払う」という、いわゆる「日帰り入院」も保障するタイプが多くなっている〔1日以上入院について入院1日目から支払う会社が12社（1社は1日以上5日以下の入院について一律5日分の入院給付金を支払い）、2日以上入院について入院1日から支払う会社が3社、従来どおり5日以上入院について入院5日目から支払う会社が3社〕。

また、入院給付金は無制限に支払われるわけではなく、「入院1回についての支払限度日数」と、「保険期間を通じての通算支払限度日数」が設定されている。

「入院1回についての支払限度日数」は、かつては120日とされていたが、現在では、入院の短期化への対応や、保険料の低廉化のため、30日、60日、90日といった短期の設定や、顧客の選択肢拡大のための180日、360日等の長期の設定の双方が行われ、多様化している。

一方、「保険期間を通じての通算支払限度日数」は、従来は後述の「災害入院給付金」・「疾病入院給付金」各700日とされることが多かったが、現在は最長1,095日（3年分）に拡大されている。

(2) 入院給付金はどのような場合に支払われるのか（支払事由）

約款においては、入院給付金の支払事由について、「不慮の事故^(注2)（たとえば、交通事故など）の日からその日を含めて180日以内にその治療を目的として入院した場合は災害入院給付金を、疾病（不慮の事故以外の外因^(注3)）や不慮の事故の日から180日経過した後にその治療を目的として入院した場合などを含む）の治療を目的として入院した場合には疾病入院給付金を支払う」と定める会社（15社）と、「疾病または傷害により、その治療を目的として入院した場合は入院給付金を支払う」と定める会社（3社）に二分される^(注4)が、実質的な差異はない（なお、前者の「災害入院給付金」と「疾病入院給付金」を区分する会社では、「入院1回についての支払限度日数」がそれぞれ最長1,095日（「災害入院給付金」と「疾病入院給付金」を合計すると最長2,190日）、後者の「入院給付金」として一本化している会社では、「入院給付金」の通算支払限度日数が最長1,095日と、前者の半分となっていることが実質的な差異となっている）。

「入院」の定義については、全社で「医師による治療が必要であり、自宅等での治療が困難なため、病院または診療所（医療法に定める日本国内にある病院または患者を収容する施設を有する診療所。骨折・脱臼・捻挫などによる施術を受けるため、柔道整復師法に定める施術所に収容された場合にはその施術所を含む。また、日本国内における病院または診療所と同等の海外の医療施設も対象となる）に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること」とされ、美容整形のための入院や正常分娩のための入院、治療措置を伴わない人間ドック検査のための入院などが対象外とされるとともに、たとえば入院中に外泊を繰り返すなど、入院による治療の必要性が低いケースを排除している。

さらに、主に介護が行われていることから、病院または診療所の範囲から、介護保険法に定める介護老人保健施設・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、老人福祉法に定める老人福祉施設・有料老人ホームなどを除外することを明記している例もある。

また、「異常分娩」（帝王切開による分娩、双子以上の多胎分娩、逆子の場合など）を原因とする入院は、「疾病の治療を目的とする入院とみなす」旨の規定も全社が置いており、通常分娩による入院については入院給付金は支払われないものの、「異常分娩」を原因とする入院については全社で入院給付金が支払われることとなる。

入院給付金の支払事由について、特色あるものとしては、「骨髄幹細胞の移植のための骨髄幹細胞の採取手術」のための入院（正常な血液を作ることが困難となる白血病や再生不良性貧血などの患者に対して、いわゆるドナーが提供した骨髄幹細胞を移植して正常な血液を作ることができるようにする治療に際し、ドナーが入院する場合）についても、「疾病の治療を目的とする入院とみなす」会社が3社あり（いずれの会社も、契約後1年経過後の入院に限定し、近い将来の骨髄幹細胞提供のため

の入院を予定した加入を防止している)、「余命6か月と診断され、病院または診療所以外で症状緩和のための医療を受けている場合」(いわゆる終末期医療を受けている場合)にも一定期間(60日または100日)、入院給付金を支払うとする会社が2社ある。

今回の東日本大震災への対応の一環として、必要な入院治療を受けられなかった場合の特別取扱(入院による治療が必要であるけがをしたが、被災地等の事情により、直ちに入院できず、一定期間経過後に入院した場合には、けがをした日から入院したものとみなす等)を実施している例もある。

なお、入院給付金の免責事由については、保険契約者または被保険者の故意または重大な過失、被保険者の犯罪行為、被保険者の精神障害の状態を原因とする事故、被保険者の泥酔の状態を原因とする事故、被保険者の法令に定める無免許運転中の事故、被保険者の法令に定める酒気帯び運転中の事故、戦争その他の変乱および地震、噴火または津波^(注5)は各社で共通している。そのほか、被保険者の薬物依存、頸部症候群(いわゆる「むちうち症」)または腰痛でいずれも他覚所見のないもの(原因の如何を問わない)を免責事由としている会社もある(なお、過去において精神病などは免責とされていたが、1987年4月より廃止されている)。

地震、噴火または津波による免責は、過去に実際に適用された例はなく、今回の東日本大震災においても全社で適用されず、たとえば地震を原因としたケガにより入院した場合でも、入院給付金が全額支払われる。

(3) 入院給付金の支払ルールはどのようなものか

災害入院給付金と疾病入院給付金を区分する会社においては、支払ルールは、

- ・さまざまな要因が複合的に作用して発病にいたるケースもある疾病と比較すると、傷害は、原因が単一で特定が容易なケースが多いことから、災害入院給付金については、2以上の不慮の事故により入院した場合は、まず入院開始の直接の原因となった不慮の事故(主たる不慮の事故)に対して災害入院給付金を支払い、入院中に主たる不慮の事故により災害入院給付金が支払われる期間が終了した場合は、主たる不慮の事故以外の不慮の事故(異なる不慮の事故)により災害入院給付金を支払う(このケースでは、1回の入院の入院日数の限度は、主たる不慮の事故と異なる不慮の事故で別個計算となる)とする一方で、同一の不慮の事故により2回以上入院した場合(たとえば、交通事故による足の骨折での入院の退院後に、症状が悪化して再度入院した場合は、1回の入院として、1回の入院の入院日数の限度を適用する(ただし、この取扱は不慮の事故の日から180日以内の入院に限り、180日経過後は、前述のとおり災害入院給付金ではなく、疾病入院給付金の支払事由に該当し、疾病入院給付金が支払われる)
- ・疾病入院給付金については、入院の原因が同一か医学上重要な関係がある入院を2回以上したとき(たとえば、高血圧症とそれに起因する心臓疾患または腎臓疾患)は、1回の入院として、1回の入院の入院日数の限度を適用する(ただし、疾病入院給付金が支払われることとなった最終の入院の退院日から180日経過後に開始した入院については、新たな入院とみなされ、疾病入院給付金が支払われる)とともに、疾病による入院を開始したときに異なる疾病を併発していた場合などは、入院開始の直接の原因となった疾病により継続して入院したものとして取り扱う(災害入院給付金と異なり、1回の入院の入院日数の限度は、異なる疾病を併発していた場合でも別個計算とならない)とされることが多い(さらに簡略な規定としている例もある)。

また、災害入院給付金と疾病入院給付金の支払事由が重複して発生した場合には、災害入院給付金を支払い、疾病入院給付金は支払わない旨定める会社が多い（入院の原因により、災害入院給付金または疾病入院給付金を支払う旨定める会社もあるが、いずれにせよ災害入院給付金と疾病入院給付金の重複支払は行われない）。

さらに、「5日以上入院」について入院給付金を支払うとする会社では、同一の原因によりたとえば4日間の入院を2回した場合、本来入院給付金は支払われないが、これを救済する（4日間の入院を2回した場合で、入院原因が同一と認めた場合等一定の要件を満たした場合は、8日間の入院として3日分の入院給付金を支払う）ための規定を置いている。

一方、入院給付金に一本化している会社については、災害入院給付金・疾病入院給付金の支払ルールを一本化し、入院給付金が支払われることとなった最終の入院の退院日から180日経過後に開始した入院については、新たな入院とみなすなどと規定することによって、約款の条文そのものを短縮している。

3—医療保険の手術給付金

(1) 手術給付金はいくら支払われるのか（支払金額など）

疾病に対する入院と手術を保障する疾病入院特約は1987年4月に改定され、88種類の手術に対し、手術の種類に応じて入院給付金日額の10倍、20倍、40倍の給付倍率の手術給付金が支払われることとなった^(注6)が、この手術保障が現在の医療保険の手術保障の原型となっている。

したがって、こうした88種類の手術について約款別表に列挙する「手術名列挙方式」では、入院給付日額が5,000円の場合、手術の種類により5万円、10万円または20万円の手術給付金が支払われることとなるが、現在では、後述のとおり、商品の簡明化の観点から、手術の種類によらず一律の倍率（たとえば、20倍）としたり、「手術名列挙方式」を改め、手術給付を約款別表で定めるのではなく、公的医療保険制度による診療報酬点数表^(注7)で手術料算定の対象となる手術とする例が見られる（この場合、手術給付金の入院給付金に対する給付倍率は、入院中の手術を入院中以外のいわゆる日帰り手術に対して高く設定したり、開頭、開胸、開腹手術などについて、その他の手術に対して高く設定したりなどの対応が行われている）。

手術給付金については、従来の疾病入院特約では通算支払限度は設定されておらず、19社の医療保険においても同様に通算支払限度が設定されていないケースが多いが、一部に手術給付金独自の通算支払限度として、入院給付日額の1,095日が設定されている例がある。

(2) 手術給付金はどのような場合に支払われるのか（支払事由）

「手術名列挙方式」による手術保障は、保障対象となる手術が明示されるという利点はあったものの、たとえば、対象外となる手術（ものもらいによる麦粒腫切開術・中耳炎による鼓膜切開術・切れ痔による裂肛根治術など）があること、悪性新生物（がん）に対する手術は、「悪性新生物根治手術40倍、悪性新生物温熱療法（施術の開始日から60日の間に1回の給付を限度とする）10倍、その他の悪性新生物手術20倍」等と規定されており、顧客の受けた手術が生保会社の手術保障の保障対象となるのか、保障される金額はいくらなのかについては、必ずしも顧客にとってわかりやすい形式とはいえなかったことなどの課題があったものと考えられる。

いわゆる保険金等の支払もれ問題への対応もあり、

- ・手術給付を約款別表で定めるのではなく、公的医療保険制度による診療報酬点数表で手術料算定の対象となる手術とし、支払事由を簡明化・簡素化
- ・手術給付の保障金額の一本化
- ・悪性新生物根治手術の定義の明確化

等が行われている。

18社の医療保険の手術給付金の支払事由について見ると、①公的医療保険制度による診療報酬点数表で手術料算定の対象となる手術とするのが7社、②従来の別表による「手術名列挙方式」とするのが7社、③従来の別表による「手術名列挙方式」に加え、公的医療保険制度による診療報酬点数表で手術料算定の対象となる手術も保障するのが4社の3タイプとなっている。

①の会社においては、「手術名列挙方式」では対象外となっていた前述の手術が保障範囲として拡大される一方、公的医療保険制度による診療報酬点数表で手術料算定の対象となる手術であっても、創傷処理（切り傷の縫合など）・皮膚切開術（膿の切開による除去など）・抜歯手術等は対象外とされている例が多く（これらの手術は②や③の会社でも対象外となる例が多い）、留意する必要がある。

②の会社においては、悪性新生物根治手術について、「悪性新生物の原発巣・隣接臓器を切除し、転移した可能性のある周辺リンパ節も含めて郭清する手術で、転移・再発病巣のみを切除する手術は含まない（その他の悪性新生物手術として、悪性新生物根治手術の40倍ではなく20倍を支払う）」などの定義規定を設けたり、手術給付金の入院給付金に対する給付倍率を一律にするなどの商品の簡明化や、88種類の手術に加え、「骨髄幹細胞の移植のための骨髄幹細胞の採取手術」（保険期間を通じて1回に制限されている例が多い）や「悪性新生物による乳房切除後の乳房再建術」などを手術給付の対象とするなどの保障内容拡大が行われている。

③の会社においては、従来の「手術名列挙方式」と手術の種類に応じた入院給付金日額に対する給付倍率（10倍、20倍、40倍）を維持した上で、公的医療保険制度による診療報酬点数表で手術料算定の対象となる手術について、入院給付金日額の5倍の手術給付金を新設している。

なお、美容整形上の処置、疾病を直接の原因としない不妊手術、健康診断・人間ドック検査のための手術などはいずれの会社でも手術給付金の保障の対象外とされている。

また、手術給付金の免責事由については、入院給付金の免責事由と同様とする会社が多い。

(3) 手術給付金の支払ルールはどのようなものか

手術給付金の支払ルールについては、従来の疾病入院特約での別表による「手術名列挙方式」においては、「同時に複数の手術を受けた場合には、給付倍率の最も高いいずれか1種類の手術を受けたものとみなす」旨のルールが設定されていたが、現在でも、手術給付金の支払事由のタイプにかかわらず、同様のルールが存置されている。

さらに、公的医療保険制度による診療報酬点数表においては、「一連の治療過程で複数回実施しても手術料が1回のみ算定される手術」（超音波骨折治療法、体外衝撃波腎・尿管結石破碎術など）^(注8)が定められていることから、公的医療保険制度による診療報酬点数表で手術料算定の対象となる手術を保障対象とする会社においては、こうした手術を受けた場合は一定期間（14日または60日）以内に受けた一連の手術について1回のみ支払うというルールを設定している。

4—おわりに

医療保険の約款においては、各社がさまざまな創意工夫により、顧客ニーズを踏まえたわかりやすい入院保障・手術保障を実現しようとしている。

顧客にとっては、生保会社から提供される情報により、

- ・入院給付金については、1回の入院についての支払限度（60日から1,095日まで）・通算の支払限度（災害入院給付金と疾病入院給付金を区分する会社では、災害入院給付金・疾病入院給付金それぞれについて700日、1,000日、1,095日、入院給付金に一本化している会社では、1,000日、1,095日）、支払事由（たとえば、自然分娩に対する入院は全社で支払われず、異常分娩による入院のみが支払われる）、支払ルール（たとえば、疾病による入院については、最終の入院の退院日から180日経過後でなければ、新たな入院ではなく1回の入院とみなされ、1回の入院についての支払限度が適用される）など
- ・手術給付金については、支払限度の有無、支払事由（保障の対象は、公的医療保険制度による診療報酬点数表で手術料算定の対象となる手術か、別表による列挙された手術か、その双方か、保障から除外される手術は何かなど）、支払いルールなど

についての十分な確認が重要となろう。

具体的には、約款のほか、契約締結時に生保会社から交付される契約内容の概要等の説明書面である「契約概要」、「注意喚起情報」や「ご契約のしおり」など（会社によっては、ホームページで「約款のわかりやすい解説」等を提供している例もある）での、各社の多様な保障内容の確認が必要である。

-
- (注1) 入院期間の短期化については、丹下博史「入院期間の短期化と医療保険」（生命保険経営第77巻第6号3～32ページ、2009年11月）では、「病院報告」による平均在院日数は1981年の56.4日をピークに2005年には35.7日となっているとされている。
- (注2) 「不慮の事故」については、支払事由であり、保険金受取人側が立証することとなるが、免責事由のうち「保険契約者・被保険者の故意または重大な過失」については保険者側が立証することとなる。「不慮の事故」の定義が「急激・外来・偶発」となっていることから、被保険者の故意について立証責任を保険金受取人側と保険者側のどちらが負うかについては議論がある（詳細については小著「保険法の任意規定と生命保険約款」、生命保険経営第79巻第1号75～76ページ注20、2011年1月）参照。この点について約款において明確化する動向もある。
- (注3) 「不慮の事故以外の外因」とは、「不慮の事故」が、「急激・偶発・外来の事故」と定義されていることから、急激性や偶発性を欠く、たとえば、「高所での居住または長期滞在による気圧の変化」や、「幼児や要保護者の遺棄・放置による飢餓」、「自殺および自傷行為」などが該当することとなる。
- (注4) 入院給付金の支払事由においては、入院の原因となる疾病、不慮の事故などについて「契約締結後に発生していること」を要件としており、一般に「契約前発病不担保条項」と称されている。この点についての経緯や近年の生保会社などの取り組みについては、小著「契約前発病府担保条項の実務と約款の見直し」（生命保険経営第79巻第3号113～138ページ、2011年5月）参照。
- (注5) 戦争その他の変乱および地震、噴火、津波については、免責事由として規定した上で、支払事由に該当した被保険者の数の増加が保険の計算の基礎に及ぼす影響が少ない場合には、その程度に応じ、保険給付の額の全部または一部を支払うと規定する会社と、免責事由とせず、支払事由に該当した被保険者の数の増加が保険の計算の基礎に影響を及ぼす場合は、保険給付の額を削減して支払うことがあると規定する会社に二分されるが、実質的な内容は同様と考えられる。
- (注6) 詳細については高橋昭次郎「入院関係特約の改訂について」（生命保険経営第56巻第2号27～67ページ、1988年3月）、小著「医療保険の約款について」（保険学雑誌第612号199～218ページ、2011年3月）などを参照。
- (注7) 公的医療保険制度とは健康保険法、国民健康保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員共済組合法、私立学校教職員共済組合法、船員保険法および高齢者の医療の確保に関する法律に基づく医療保険制度。診療報酬点数表は、厚生労働大臣告示により定められている。公的医療保険制度による診療報酬点数表は将来変更される可能性があることから、手術給付金について①や③の支払事由としている会社では、法令等の改正に伴う支払事由の変更などの規定を置いている例がある。
- (注8) たとえば、診療報酬点数表においては、「体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）19,300点」と定められ、さらに、「『一連』とは、治療の対象となる疾患に対して初期の目標を達成するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔を置いて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波腎・尿管結石破碎を行う場合は、1回のみ所定点数を算定する。なお、その他数回の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。」とされている。