

民間医療保険の構造と生損保間の融合

李 洪 茂

I・はしがき

医療保険は、近年、保険業界で最も競争が激しく展開されている分野でもあり、少子高齢化を背景に、その成長性が最も見込まれている保険分野でもある⁽¹⁾。この民間医療保険は、生命保険の固有の分野（第1分野）と損害保険の固有の分野（第2分野）のいずれにも属さない第三分野に分類される。生命保険の固有の分野（第1分野）と損害保険の固有の分野（第2分野）は、兼業が禁止されるが、第三分野保険は、兼業が認められる⁽²⁾。さらに、2001年7月からは、第三分野保険に対して、日本国内の生命保険会社・損害保険会社の本体による相互参入が初めて可能となった。これによって、第三分野保険は、生命

(1) 生命保険の主力商品が定期付終身保険から医療保険などの第三分野保険に転換された理由として、少子化による死亡保障から生存保障への意識変化、医療技術の進歩などが挙げられる（堀田一吉「問題提起：民間医療保険をめぐる現状認識と構造的特徴」『保険学雑誌』第596号、日本保険学会、2007年3月）。

(2) 保険業法第三条には、保険業の免許は、生命保険業免許及び損害保険業免許の2種類に分類され、生命保険業免許と損害保険業免許を、同一の者が受けることはできない（同条3号）、と規定されている。また、傷害保険・医療保険・がん保険・介護保険などのように、「身体の傷害、疾病および介護に関し一定額の保険金を支払うこと、または損害をてん補することを約し、保険料を納める保険」（いわゆる第三分野保険）は、生命保険業免許及び損害保険業免許のいずれの免許にも含まれるものと規定され、その兼業が認められている。

保険会社、損害保険会社といったような業態別の業務領域の制限が無く、生命保険会社・損害保険会社・共済が競争する領域となった⁽³⁾。

一方、日本における民間医療保険は、公的医療保険を補完するもので、公的医療保険で給付されない自己負担額、差額ベッド代などを補うことが目的である。しかし、近年、この公的医療保険制度が大きく変化している。ここで、民間医療保険も大きく変化する余地が生じる。また、生命保険会社の医療保険は、定額給付で、医療などに対する費用保障と所得保障の機能を持つが、損害保険会社の医療保険には、医療用費用保険で見られるように、実際に支払った医療費を担保する特色があるとされた。さらに、大手生命保険会社は、死亡保障と医療・介護保障の総合化を目指しており、単品型の医療保険を販売していなかった。しかし、生命保険会社、損害保険会社、共済団体によって、同一の保険市場で、販売されている医療保険が、それぞれの特色を維持できるのかという疑問が生じる。

したがって、本稿では、生命保険会社・損害保険会社の本体による第三分野への参入から10年以上経過し、公的医療保険制度の改革が行われている現在、民間医療保険の変化の構造と、生命保険と損害保険の相互間の影響について検討することを目的とする。

II・公的医療保険と自己負担

1. 公的医療保険の財源と自己負担割合

公的医療保険の財源は、保険料と公費と自己負担の三つの方法で賄われてお

(3) 保険法においては、「損害保険契約」「傷害疾病損害保険契約」「生命保険契約」「傷害疾病定額保険契約」の4種類に保険を分類し、それぞれの契約関係に係る規定を定めている。つまり、保険法では、第三分野保険に対して、例えば、ケガや病気による入院・通院等のために実際に出費した費用を補償するものを「傷害疾病損害保険契約」、ケガや病気によって入院・通院等をした場合に契約時に定めた一定額を支払うものを「傷害疾病定額保険契約」として区分している。

り、この中で保険料と自己負担が直接的な加入者（被保険者など：以下同じ）の負担となる。保険料は、公的医療保険が社会保険方式であることを表すものであるが、所得再分配のために、リスクに関係なく、所得比例の構造になっている。一方では、受診率を低下させ、または給付額を抑制して、保険者の財源が圧迫されることを防ぐため、加入者の自己負担割合や自己負担金が定められている。この自己負担金は、定率となっているため、医療費が嵩むほど多くなる仕組みである。したがって、自己負担金は、リスクに比例しているものであり、モラルハザードを防ぐ効果が期待される。しかし、この自己負担金の問題点として、医療アクセスを阻害し、却って病状を悪化させる場合が指摘されている⁽⁴⁾。

一方、公的医療保険は、高額な医療費による貧困の予防や生活の安定などを目的としている。したがって、公的医療保険には、長期の入院や治療などに伴う高額な医療費が、被保険者の直接負担となることを避けるために、加入者の負担額の上限が定められている。公的医療保険の加入者が、医療機関等で治療を受けた場合、受診の際に支払う自己負担割合は、年齢別（所得別）に、表1

表1 公的医療保険の自己負担割合

年齢区分	自己負担割合
75歳以上	10%（一定所得以上は30%）
70歳～74歳	20%（2012年3月31日までは10%に凍結） （一定所得以上は30%）
小学生～69歳以下	30%（本人及び被扶養者）
小学校就学前	20%

資料：各種資料から筆者作成

（一定所得以上とは、現役並み所得者とは標準報酬月額28万円以上の人（単身世帯で年収383万円、夫婦世帯で520万円未満である場合は除く）が該当する。小学校就学前までとは、6歳に達する日以降、最初の3月31日までの期間まで。）

(4) 小松秀和『日本の医療保険制度と費用負担』ミネルヴァ書房、2005、pp.4-5。

の通りである。

この公的医療保険には、代表的な制度として、職域の健康保険と地域の国民健康保険があり⁽⁵⁾、国民などはこの中のいずれかに加入する国民階級保険である。1961年に国民皆保険が実現されたときの健康保険は、被保険者本人の自己負担がほぼなく、被扶養者の自己負担割合は50%であった。この健康保険の被扶養者の自己負担割合は、1973年に30%に、1980年に20%へと引き下げられた。また、国民健康保険は、当初、被保険者と被扶養者の両方の自己負担割合は50%自己負担であったが、1964年には被保険者の自己負担割合が30%となり、1968年には被扶養者の自己負担割合も30%に引き下げられた。さらに、1973年には、老人医療費の無料化と共に高額療養費制度が創設された。

このように公的医療保険の自己負担割合は、国民階級保険が実施されてから引き下げ続けられてきたが、1980年代に入ってから、その方向が反転され、引き上げられるようになった。健康保険の被保険者本人の自己負担割合は、1981年10月に10%に、1997年2月に20%に、2003年4月に30%に引き上げられてきた。その結果、2003年4月以降の公的医療保険における自己負担割合は、保険者別の差がなくなった。さらに、後述するように、高齢者の医療費は、有料化された。この公的医療保険の自己負担が重くなる傾向が、民間医療保険の需要の増加の原因といわれた。

2. 高齢者の自己負担

1960年に当時の岩手県沢内村（現西和賀町）から始まった「老人医療費の無料化」は、1969年には東京都と秋田県でも実施された⁽⁶⁾。国は、このような革新的な地方自治体の動きに刺激され⁽⁷⁾、「老人福祉法」を改正し、1973年1月から70歳以上の国民の医療費を無料化する老人医療費支給制度が実施され

(5) 他にも、船員を対象とする船員保険と公務員などの共済がある。

(6) 竹下昌三『わが国の医療保険制度』第3版、大学教育出版、2006年10月、pp.83-85。

た⁽⁸⁾。この老人医療費の無料化は、70歳以上（寝たきり等の場合は65歳以上）の老人に対して、医療保険の自己負担分を、国と地方公共団体の公費を財源として支給するものであった。これにより、老人自身の医療費負担はゼロになった。

しかし、この老人医療費の無料化の実施後、1970年から1975年までの5年間で、70歳以上の受療率が約1.8倍になるなどして医療費が急騰し、老人による、いわゆる「病院のサロン化」や「ハシゴ受診」が問題とされた。介護サービスを必要とする高齢者の受け皿となる福祉施設などが不足している中での老人医療費の無料化であったため、医療機関に入院する方の費用負担が施設への入所の費用などよりも軽いこともあって、この制度が「社会的入院」を助長しているとの指摘もなされた。さらに、1973年から発生したオイル・ショックが経済を低迷させた。しかし、総医療費は、老人医療費無料化後に急激な上昇をもたらし、特に国庫負担割合の高い国民健康保険での重い負担が深刻な問題となった。その中で、1981年に高齢化率が9.1%になるなど、高齢化の急速な進展が老人医療費対策を加速させる要因となった⁽⁹⁾。

その結果、1982年に「老人保健法」が成立し、高齢者が属する国民健康の財政を救済するため、1983年から70歳以上の国民の医療費を各保険制度から拠出する仕組みを取り入れた「老人保健制度」（前制度では、各保険制度間の財政力の差を国庫負担で調整していた）が始まり、老人一部負担金（通院400円/月、入院300円/日）が導入された。この一部負担金は、モラルハザードの防止とし

(7) 定率の自己負担金は、相対的に病気になりがちな高齢者には重い負担となり、医療機関の受診のためらい、そのことが却って病状を悪化させるという事態を招いていた（小松秀和、前掲書、pp.13-15）。

(8) 1973年は、老人医療費無料制度の創設（70歳以上の高齢者の自己負担無料化）、健康保険の被扶養者の給付率の引き上げ、高額療養費制度の導入、年金の給付水準の大幅な引き上げ、物価スライド・賃金スライドの導入などが行われ、社会保障関係の国家財政は15%台まで上昇したことから、「福祉元年」と称された。

(9) 国勢調査で、全人口に占める65歳以上の高齢者の比率は、1970年に7%で高齢化社会となり、1995年には14.5%で高齢社会となり、2007年に21.5%で超高齢社会となったことが判明している。

て過剰受診を防ぐためであったが、その金額は少なかったものの、公的医療保険財政の悪化の際には、引き上げることを暗示するものでもあった。その後も高齢者の医療費の伸びは衰えず、1990年代の不況とともに保険料収入は伸び悩み、保険財政は悪化の一途をたどった。2002年には、高齢者の医療費の自己負担割合が、10%と完全定率化された。

さらに、2008年には、長寿医療制度（後期高齢者医療制度）が導入され、75歳以上の加入者に対して、10%の自己負担割合（一定所得以上は30%）の負担と共に保険料が徴収されるようになった。また、70歳～74歳は原則20%（一定所得以上は30%）の自己負担となった（2012年3月31日までは10%に凍結）。さらに、65歳以上74歳未満の前期高齢者と75歳以上の後期高齢者という区分が設けられ、前期高齢者に対しては従来の老人保健制度と同様の保険制度間の財政調整が行われるが、後期高齢者に対しては既存の保険制度から独立した長寿医療制度が創設され、財政の10%（現役世代の負担約40%、公費約50%）を保険料として負担することになった。これによって、75歳以上の後期高齢者は、受診の際の窓口での年齢別・所得別の自己負担割合の負担と共に、既存の扶養家族などから脱退して、長寿医療制度に加入し、保険料を支払うことが義務付けられた。

3. 高額療養費制度

高額療養費制度は、「福祉元年」と呼ばれた1973年に創設され、重い病気などで病院等に長期入院したり、治療が長引く場合には、医療費の自己負担額が一定の金額（自己負担限度額）を超えることがあるが、その場合には、限度額を超えた金額が申請によって払い戻される制度である。高額療養費制度の支給対象は、一般に保険適用される診療に対し、患者（加入者）が支払った自己負担額が対象となり、保険適用外である入院時の食費負担や差額ベッド代・先進医療にかかる費用などは、その対象とされない。また、本制度は、実際にかかっ

た医療費を暦月単位で軽減する制度のため、月をまたいで治療した場合は、その自己負担額の合算ができない。

(1) 自己負担限度額

被保険者、被扶養者ともに同一月内の医療費の自己負担限度額は、年齢及び所得に応じて算出される。1カ月の自己負担限度額（負担の上限額）は、年齢別所得別の区分によって異なる。また、自己負担限度額は、同一医療機関に対するものであり、同一の医療機関等における自己負担（院外処方代を含む）では上限額を超えない場合でも、同じ月の複数の医療機関等における自己負担を合算することができる。

70歳以上の場合は、1カ月の負担の上限額だけでなく、外来だけの上限額も設けられている。70歳未満の場合には、1カ月の負担の上限額のみが設定されている。

表2 高額療養費制度（70歳以上）

所得区分	1カ月の負担の上限額	外来（個人毎）
現役並み所得者	$80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$	44,400円
一般	44,400円	12,000円
低所得者	24,600円 / 15,000円	8,000円

資料：各種資料から筆者作成

表3 高額療養費制度（70歳未満）

所得区分	1カ月の負担の上限額
上位所得者	$150,000円 + (医療費 - 500,000円) \times 1\%$
一般	$80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$
低所得者	35,400円

資料：各種資料から筆者作成

所得区分が「一般」のとき、窓口で負担した一か月の医療費総額が100万円である場合の高額療養費制度の自己負担限度額は、次の通りである。

$$80,100円 + (1,000,000 - 267,000円) \times 1\% = 87,430円$$

つまり、窓口で負担した一か月の医療費総額が100万円である場合、実際の自己負担額は87,430円で、912,570円は、申請によって、還付されることになる。

さらに、高額療養費制度の世帯合算制度がある⁽¹⁰⁾。これは、一人の一回分の窓口負担では、高額療養費の支給対象とはならなくても、複数の受診や同じ世帯の者（同じ医療保険に加入している者に限る）の受診について、窓口でそれぞれ支払った自己負担額を1カ月（暦月）単位で合算することができる。また、その合算額が一定額を超えた場合には、超えた分が高額療養費の支給対象となる。ただし、70歳未満の人の受診については、2万1千円以上の自己負担のみ合算される。

(2) 高額医療・高額介護合算療養費制度

高額医療・高額介護合算療養費制度とは、2008年4月から始まった制度であるが、1年間の医療費と介護費の自己負担の合計額が一定の限度額を超えた場合、超えた分が「高額医療・高額介護合算療養費」として、医療保険者と介護保険者から、払い戻しを受けることができる制度である。

医療費が高額になった場合には高額療養費制度、介護費が高額になった場合

(10) それ以外に、高額療養費制度の多数回該当制度があり、直近の12カ月間に、既に3回以上高額療養費の支給を受けている場合（多数回該当の場合）には、その月の負担の上限額がさらに引き下がる。ただし、70歳以上の人の場合は、「一般」や「低所得者」の区分の人については、多数回該当の適用はない。また、長期高額疾病に対する制度がある。例えば、人工透析を実施している慢性腎不全の患者については、自己負担の限度額は10,000円となっており、それを超える額は現物給付されるので、医療機関の窓口での負担は最大でも10,000円で済む。ただし、診療のある月の標準報酬月額が53万円以上である70歳未満の被保険者またはその被扶養者については、自己負担限度額は20,000円となる。この他、血友病、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群の人についても、自己負担の限度額は10,000円となっている。なお、人工透析患者などについては、医師の意見書等を添えて全国健康保険協会の都道府県支部に申請し、「健康保険特定疾病療養受療証」の交付を受け、医療機関の窓口にもその受療証と被保険者証を提出する。

には高額介護サービス費制度により、毎月の自己負担額には歯止めがかけられている（限度額がある）。公的医療保険には前述の自己負担割合が定められており、公的介護保険でも原則利用額の10%が自己負担割合となっているためである。しかし、それぞれの制度が適用されても、両方をあわせると、年間では100万円を超えることもあり、かなりの経済的負担となる。この高額医療・高額介護合算療養費制度は、医療費と介護費の合算額にも限度額を設け、負担を大幅に軽減することを目的としたものである。高額医療・高額介護合算療養費として、公的医療保険と公的介護保険から支給される（戻ってくる）金額は、次の計算式で算出できる。

$$\begin{aligned} & \text{高額医療・高額介護合算療養費として後日支給される金額} \\ & = \text{病院窓口で支払った自己負担額} - \text{自己負担限度額} \end{aligned}$$

高額医療・高額介護合算療養費制度の対象となる自己負担額は、毎年8月1日から翌年7月31日までの1年間に支払った、医療保険の自己負担と介護保険の自己負担の合算額である。つまり、高額療養費制度は、月単位・医療機関単位であるが、高額医療・高額介護合算療養費制度では、単に年単位で自己負担の軽減を図る制度である。この高額医療・高額介護合算療養費制度では、公的医療保険と公的介護保険の両方から支給を受けるため、両方の保険制度に支給の申請を行う必要がある。その支給額は、それぞれの保険制度の自己負担額に比例して決定される。また、入院時の食事代・食費、居住費（光熱水費相当）、日用品代、差額ベッド代、先進医療などの自己負担部分の医療費などのように、公的医療保険の適用対象外で自費支払いとなる診療は適用外となる。高額医療・高額介護合算療養費制度の自己負担限度額の算出については、表4のように、年齢別所得別に区分されている。

高額療養費制度と同様に、高額医療・高額介護合算療養費制度においても、世帯合算の制度がある。すなわち、世帯内の加入者について、1年間（毎年8月1日～翌年7月31日）に、医療保険と介護保険の両方に自己負担があり、そ

表4 高額医療・高額介護合算療養費制度

区 分	75歳以上	70歳～74歳	70歳未満
加入している保険	後期高齢者医療制度 (長寿医療制度)+介 護保険	健康保険または国民 健康保険など+介護 保険	健康保険または国民 健康保険など+介護 保険
上位所得者・現役 並み所得者	67万円		126万円
一般所得者	56万円		67万円
住民税非課税者	31万円		34万円
低所得者Ⅱ			
低所得者Ⅰ			

資料：各種資料から筆者作成

の自己負担の合計が自己負担限度額を超えた場合、申請によって、自己負担限度額を超えた金額が支給される。高額医療・高額介護合算療養費制度における世帯合算の条件・要件は、同じ世帯であることである。ただし、ここでいう「同じ世帯」とは、住民票の世帯のことではなく、同じ保険証を使用しているということである。したがって、たとえば、夫婦ともに国民健康保険に加入していれば、世帯合算できるが、同じ世帯の兄弟であっても、それぞれ違う会社に勤めて健康保険に加入している場合は、保険証が異なるので、合算できない。弟が兄の健康保険の扶養家族であれば、世帯合算できる。また、会社の健康保険に加入している子どもの医療費と、後期高齢者医療制度に加入している親の介護費も、親子が同居していたとしても合算できない。したがって、夫婦ともに国民健康保険に加入している場合であっても、そのどちらか一方が75歳になると、今までできていた世帯合算はできなくなるということになる。

Ⅲ・保険外併用療養費

1. 保険外併用療養費の経緯

保険で認められていない治療法（未認可の治療薬など）や、要医療状態以外に対する医療行為（通常の歯列矯正や美容整形など）は、自由診療（保険外診療）と称され、診療報酬は医療機関の裁量で設定することができ、全額患者の自己負担となる。一連の医療行為の中で保険診療と自由診療が混在するものは、混合診療と呼ばれ、歯科と一部の例外を除いて認められていない。混合診療は、医療保険制度では原則禁止とされており⁽¹¹⁾、混合診療が実施された場合は、一連の診療行為全体で保険が使えなくなる。たとえば、未認証の抗がん剤による治療を受ける場合、治療に必要な検査やその他副作用を緩和する薬などすべてが自費払いとなる。この混合診療の全面解禁は、議論の多い医療保険改革のテーマの一つである。混合診療が全面解禁されると、自由診療部分は全額加入者負担となり、さらに財政的に苦しい公的医療保険の担保範囲が縮小される可能性が高いとされる。したがって、混合診療の全面解禁は、公的医療保険の加入者が負担する医療費部分が増加することになり、その増える医療費に備えるため、民間医療保険の需要が拡大するともみられている。

しかし、この混合診療は、その名称の如何は別にして、事実上、制限的に認められており、それが拡大されてきた。その経過は、次の通りである。1984年に、健康保険法などの改正により、特定療養費制度が導入され、厚生労働大臣が定めた場合にものみ、自由診療と保険診療の差額徴収が認められた。これは、

(11) 混合診療を原則禁止としている理由は、有効性や安全性が担保できない怪しげな診療が横行する恐れがあるということと、自由診療が一般化することで経済力によって受けられる医療に格差が生じかねないという2点であるとされてきた。また、混合診療解禁によって、公的医療保険の給付範囲の縮小の可能性があると指摘される。一方、混合診療が解禁されれば、医療機関が患者ニーズの多様化に対応できると主張される。混合診療の原則禁止ルールが障害となって、国内未承認の新薬や新しい診療技術が利用できない患者が多いという事実もある。

特定療養費制度が認めている以外は、一切の自由診療と保険診療の差額徴収（混合診療）が認められなくなったということであった。そして、健康保険法の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）において、2006年10月1日より、従前の特定療養費制度が見直しされ、「保険外併用療養費制度」が導入された。この「保険外併用療養費制度」は、前述の特定療養費（混合診療）の対象範囲を拡大したものであり、将来的に保険導入されることを前提とする「評価療養」と、保険導入されることを前提としない「選定療養」に区分された。

この保険外併用療養費は、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定医療」について、保険診療と保険外診療の混合診療が例外的に認められる制度である。保険診療の治療と共通する部分（診察・検査・投薬・入院料等）の費用は、一般の保険診療と同様に扱われ、その部分については、患者が自己負担金（一部負担金）を支払うこととなり、残りの額は保険外併用療養費として公的医療保険から給付される。保険外併用療養費の制度は、混合診療の禁止という日本の医療保険制度の原則の例外的な制度と位置づけられ⁽¹²⁾、国民の医療サービスの選択肢を広げ、利便性を向上するための、いわば「規制緩和」の流れの一つである。「評価療養」と「選定療養」については、医療機関における掲示、患者の同意、領収書の発行などが、医療機関に義務付けられた。

2. 評価療養

厚生労働大臣の定める評価療養には、先進医療と高度医療があり、保険併用が認められるが、先進医療・高度医療部分には保険が適用されない。

①先進医療

先進医療（第2項先進医療）⁽¹³⁾は、既存の高度先進医療を含むものであり、

(12) 保険外併用療養費制度では、保険対象外と保険対象が混じった費用の扱いになり、普通は「混合診療」とは言わないが、医療保険制度の中で例外的に許された「混合診療」と捉える論者もいる。保険外併用療養費制度が「混合診療」か否かは、「混合診療」という言葉の定義の問題である。

薬事法上の未承認又は適応外使用である医薬品又は医療機器の使用を伴わない技術である。薬事法上未承認・適応外の医薬品・医療機器を用いた医療技術の場合は、後述の高度医療で取り扱われ、先進医療ごとに設定された施設基準に該当する保険医療機関の届出により実施することが可能である。2011年10月1日現在で95種類（後述の第3項先進医療技術として規定されている35種類を除く）⁽¹⁴⁾の先進医療について、当該技術の施設の要件が設定されている。厚生労働大臣が定める先進医療を受けた場合、診察・検査・投薬・入院料などの基礎部分は、自己負担額を除いて、保険外併用療養費の対象となる。

先進医療は、通常の保険診療と費用の扱いが異なる。先進医療では、「先進医療に係る費用」部分である技術料部分（特別料金）は、保険対象外のため、患者が全額を支払うが、医療の種類や病院によって異なる。この先進医療の年間実施人数は、1人とか10人以下の技術も多いことから、未だ多いとは言えないが、先進医療の中で比較的に実施人数の多い技術のいくつかの事例は、表5の通りである。

この先進医療に係る特別料金（技術料）は、高額療養費支給の対象にはならない。先進医療総額と特別料金の差額は、通常の保険診療との共通部分（診察、入院、投薬など）であるが、保険適用対象のため、患者（加入者）は、公的医療保険の自己負担割合による自己負担金のみを負担する。例えば、先進医療総額が100万円、うち先進医療に係る費用（特別料金）が20万円である場合、自己負担金は、次の通りである。特別料金20万円は、全額を患者が負担する。通常の治療と共通する部分（診察、検査、投薬、入院料）は、公的医療保険が適

(13) 先進医療（第2項先進医療）と「高度医療」（第3項先進医療）の分類は、厚生労働省が行っている分類であるが、健康保険法（2011年10月1日施行）第63条第2項第3号には、次のように規定されている。「厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、前項の給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養として厚生労働大臣が定めるもの（以下「評価療養」という。）」

(14) 厚生労働省ホームページ（先進医療の各技術の概要について）。

表5 先進医療の例

先進医療技術	先進医療総額（1人当たり平均額）（円）	技術料（1人当たり平均額）（円）	平均入院期間（日）	年間実施人数
抗悪性腫瘍剤感受性検査（HDRA法又はCD-DST法）	1,763,060	74,238	23.6	362
陽子線治療	3,274,663	2,775,960	18.0	1,225
重粒子線治療	3,497,477	2,979,990	24.0	729
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	1,471,748	446,875	28.4	107
自己腫瘍・組織を用いた活性化自己リンパ球移入療法	1,148,606	550,765	16.8	57
多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術	578,140	519,951	1.3	2,159
内視鏡的大腸粘膜下層剥離術	408,985	140,898	9.0	227

資料：厚生労働省ホームページ（中央社会保険医療協議会「平成22年6月30日時点で実施されている先進医療の実績報告について」から抽出して、先進医療総額と技術料を算出）

用され、給付される。つまり、保険給付の対象となる80万円に対しては、健康保険の加入者である場合は、その70%にあたる56万円が公的医療保険から給付され、その30%にあたる24万円が患者の自己負担金となる。この保険給付に係る自己負担金（24万円）については、高額療養費制度が適用される。前述の70歳以下の所得区分が「一般」の場合は、自己負担額が267,000円に満たないときには、80,100円が自己負担限度額となる。したがって、この場合、患者が最終的に負担する金額は、特別料金20万円と自己負担限度額80,100円の合計額である280,100円となる。

②高度医療

薬事法の承認等が得られていない医薬品・医療機器の使用を伴う先進的な医

療技術を、一定の要件の下に、「高度医療」（第3項先進医療）として認め、保険診療と併用できることとしている。薬事法上の未承認又は適応外使用（off-label use）である医薬品又は医療機器の使用を伴う技術であり、治験や薬事承認につながる科学的評価可能なデータ収集の迅速化を目的としている。

この高度医療（第3項先進医療）は、高度医療評価会議で個別に認められることによって施行可能となり、保険医療機関（特定機能病院等）で実施される¹⁵⁾。薬事法上の治験にかかる診療がこれに該当し、新薬等の臨床試験については、診療のうち検査・画像診断や治験と関連する投薬・注射等の費用は治験依頼者が負担する。医療機器の治験についても、治験医療機器を用いた処置・手術の前後1週間に行われた検査・画像・診断等の費用は治験依頼者が負担する。但し、医師主導で行われる治験の場合には、検査・画像診断等は保険給付の対象となる。その他、薬価基準に収載される前の承認医薬品の投与、保険適用前の承認医療機器の使用、薬価基準に収載されている医薬品の適応外使用、薬価基準に収載されている医療機器の適応外使用がある。

3. 選定療養

厚生労働大臣の定める選定療養には、例外的に混合診療（保険診療との併用）が認められている。選定療養は、特別な療養環境など患者が自ら希望して選ぶ療養（患者選択同意医療（2004年12月当時の仮称））で、保険導入を前提としない療養のことである。選定療養には、次のようなものがある。

制限回数を超える医療行為とは、例えば、リハビリテーション（理学療法）、精神科専門療法など、制限回数を超える医療行為については、制限回数を超えて医療行為を行った場合に、選定療養の一類型として保険給付との併用が認め

15) 高度医療の実施要件は、次の通りである。①特定機能病院又は高度医療を実施するにあたり緊急時の対応、医療安全対策に必要な体制等を有する医療機関、②臨床研究に関する倫理指針などに適合した研究実施体制、③使用する医薬品・医療機器に関し、適切な入手方法・管理体制等。

表6 選定療養

快適性・利便性にかかもの	医療機関の選択にかかもの	医療行為等の選択にかかもの
<ul style="list-style-type: none"> ●特別の療養環境の提供（差額ベッドへの入院） ●予約診療 ●時間外の診療 ●前歯部材料差額 ●金属床総義歯 	<ul style="list-style-type: none"> ●200床以上の病院の未紹介患者の初診 ●200床以上の病院の再診 	<ul style="list-style-type: none"> ●制限回数を超える医療行為 ●180日を超える入院（入院医療の必要性が低い場合） ●小児う触治療後の継続管理

資料：厚生労働省

られるものである。また、差額ベッド代とは、公的医療保険が適用されず全額自己負担となるベッド使用料（入院室料）のことである。差額ベッド（特別療養環境室）の設置は、最大で病院のベッド数の半数までが認められており、その数や室料は病院側で自由に決めることができる。この特別療養環境室（差額ベッド室）は、個室から4人部屋までが対象で、室料は1日数千円から都市部では10万円を超えるところまでである。病院や診療所は、院内の見やすい場所（受付窓口、待合室等）に「差額ベッド室の各々について、そのベッド数及び料金」を分かりやすく掲示しなければならない。

特別療養環境室（差額ベッド室）の要件は、次の通りである⁽¹⁶⁾。①病室の病床数は4床以下であること、②室の面積は一人当たり6.4m²以上であること、③病床のプライバシーを確保するための設備があること、④少なくとも「個人用の私物の収容設備」「個人用の照明」「小机等および椅子」の設備があること、である。

特別療養環境室（差額ベッド室）は原則的に、そこに入院することを希望する者が入る病室である。差額ベッド代の請求に当たっては、病院側が差額ベッ

(16) 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」等の一部改正について（保医発第0328001号）（平成20年3月28日）。

下室に入院を希望する患者に対して、差額ベッド室の設備、構造、料金などについて明確かつ懇切に説明し、患者側の同意を得た上で、室料を明示した同意書に署名をしてもらわなければ、患者から差額ベッド代を請求することはできないという規定がある。つまり病院側の都合（救急や手術後や感染症の防止のためなど治療上必要な場合や、一般病床に空きがないなど）により、患者が差額ベッド室に入院した場合は、病院側は差額ベッド代を請求することはできず、患者側は差額ベッド代を支払う必要はない。さらに、病院側から差額ベッド室の内容や料金についての説明をきちんと受けていない場合や、自分の意思により同意書に署名してはいない場合なども、法律的には差額ベッド代を支払う義務はない。しかし、一般病床が空いていないなどの理由で、差額ベッド室に入院するように医師から強くお願いされると、患者側からすればなかなか断りにくい面もあり、後々トラブルになることも少なくない。

IV・民間医療保険の構造と特徴

公的医療保険を補完する民間医療保険の構造と特徴は、次の通りである。

1. 給付金

傷害保険が「ケガ（傷害）」を担保するものであるのに対し、民間医療保険は、傷害と「病気（疾病）」の両方を担保している⁽¹⁷⁾。民間医療保険で支払われる主な給付金は、表7のとおりである。民間医療保険は、傷害と疾病に対する入院給付金・手術給付金⁽¹⁸⁾などを支払うことを基本にして、通院時の給付、健康

(17) 損害保険業界が医療費用保険を発売した1986年4月当時では、「医療保険は、「傷害保険」と「疾病保険」とを組み合わせた保険である」と、説明されていた（竹内昭夫・神谷高保著『医療費用保険の解説』保険毎日新聞社、1987年6月、pp.9-11）。

(18) 生命保険では、医療保険金で死亡以外のときの保険金を「給付金」と称しているが、損害保険では、「保険金」と称している。

表7 民間医療保険の給付金

給付金の種類		要件	支払われる額
入院・通院	入院給付金	急激・偶然・外来の事故による傷害または疾病で入院したとき	入院給付金日額×入院日数
	通院給付金	傷害入院給付金または疾病入院給付金が支払われる場合などで、その傷害または疾病の治療のため、通院したとき	通院給付金日額×通院日数
手術	手術給付金	傷害入院給付金または疾病入院給付金が支払われる場合で、その傷害または疾病の治療のため、所定の手術をしたとき	入院給付金日額×所定倍率
先進医療	先進医療給付金	傷害や疾病で入院し、その治療のため先進医療を受けて特別料金を負担したとき	先進医療技術料相当額、または一定額（通算限度額の設定がある場合もある）

資料：各種資料から筆者作成

保険の対象外となるような先進医療を受けたときに要する特別料金（技術料）の給付などを組み込むことにより、商品によっては給付内容が多岐にわたっている。民間医療保険における「入院」とは、医師による治療が必要な場合において、自宅などでの治療が困難なため、病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念することをいう。この入院は、国内外を問わない。しかし、美容上の処置、正常分娩、疾病を直接の原因としない不妊手術、治療処置を伴わない人間ドック検査などの検査入院については、民間医療保険では保障されない。

基本的に入院給付金は、日額という定額で設定され、入院日数分が支払われる。入院給付金の日額は、5,000円・10,000円・15,000円などで、1,000円刻みで自由に設計できる保険会社も多い。この入院給付金は、「日帰り入院」「1泊2日型」（2日以上入院した時、1日目から給付）、「5日型」（5日以上入院した時、5日目から給付）など、保険会社や商品によって異なる。「日帰り入院」

とは、入院基本料などの支払いが必要となる入院日と退院日が同一の入院であり、「医療費請求書」の「入院料」の欄に点数（金額）が記載される。病院の1泊2日は、2日の入院となる。また、「通院」とは、医師による治療が必要なため、外来や往診によって治療を受けることをいう。通院給付金は、生命保険会社の医療保険の場合、入院があつて初めて支払いの対象とするものが多く、入院に至らない通院のみでは対象とはならない。しかし、損害保険会社の傷害保険の場合、ケガでの通院のみで、給付金が支払われる。通院給付金も、上記の入院給付金と同様に、日額という定額で設定される。

この入院給付金には、1入院支払限度日数と通算入院支払限度日数の2つの限度日数が設定されている場合が多い。また、通院給付金には、1回の通院支払限度日数と通算入院支払限度日数の2つの限度日数が設定される⁽¹⁹⁾。1入院支払限度日数とは、1回の入院（1入院）で受け取れる入院給付金の限度日数で60・120・180日などがある。従来は1入院120日型が基本であったが、入院日数の短期化と保険料競争から1入院60日型が登場し、入院給付金が少なくなるため保険料が割安となることから、急速に広まった。民間医療保険は、1入院の定義について、転入院または再入院については継続した1回の入院とみなされ、退院後180日以内に同一もしくは医学上重要な因果関係にある疾病で再入院した場合は、継続入院とみなされる。したがって、1入院支払限度日数が60日の場合、30日間入院した後、同じ病気で3ヶ月後に40日間入院した場合、合計で70日間入院であるが、入院給付金は1入院支払限度日数である60日分しか支払われない。また、通算入院支払限度日数は保険期間中に受け取れる入院給付金の限度日数で730・1,000・1,095日などがあり、日数が多いほど保険料が高くなる。終身医療保険などで、保険期間中であっても、入院期間が通算入院

(19) 例えば、アメリカンファミリー生命保険会社の「通院特約」では、2012年1月現在、日帰り入院を含む入院の後の通院1日につき3,000円の疾病・災害通院給付金が支払われる。退院翌日から120日以内の通院が対象であるが、1回の通院支払限度日数30日、通算通院支払限度日数1,095日設定されている（同社のホームページ）。

支払限度日数に達すれば、それ以降は入院給付金が支払われなくなる。通院の場合は、保険期間中であっても、通院期間が通算通院支払限度日数に達すれば、それ以降は通院給付金が支払われなくなる。多くの保険会社では、入院特約の通算支払限度日数を1,095日などに拡大した。

一方では、医療技術の進歩や診療報酬の改定に伴い、入院期間が短縮される傾向が見られる。厚生労働省の「平成20年患者調査」によると、退院患者の在院日数の平均である平均在院日数⁽²⁰⁾は、病院の場合は37.4日で、1991年の47.4日を境に、短縮され続けている。この入院期間の短期化に対応して、いわゆる「日帰り入院」などの一日以上の入院の場合でも、給付金が支払われるようになってきている。

このような日帰り入院対応の医療保険が開発された背景には、医療技術の進歩がある。以前は数週間の入院が必要だった手術なども、医療技術の進歩によって短期間の手術と短期間の入院で回復できるようになってきている。例えば、白内障手術、良性乳房疾患などのように、1日の入院で治療が可能になったものがある。腹腔鏡などの医療機器の進歩も、これを後押ししている。また、国は、救急車が入るような「急性期病院」が長期入院患者を受け入れると、報酬が減額される「診断群分類別包括評価（DPC）」を導入した。この「診断群分類別包括評価（DPC）」⁽²¹⁾は、急性期病院において入院期間が短く済んだ場合に病院側の報酬を手厚くし、逆に長期入院化すると報酬が段階的に下げられる

(20) 「平成20年患者調査」における平均在院日数は、施設別に、年齢階級別に、傷病別に、異なる。施設の中では病院が長く、年齢別では、高齢者が長い。また、傷病別では、新生物22.4日、循環器系の疾患52.7日、精神および行動障害290.6日などである。

(21) 「診断群分類別包括評価（DPC; Diagnosis Procedure Combination）」とは、日本で開発された診療報酬の包括評価方式で、入院患者を傷病名、診療行為、重症度によって分類し、約1,400分類に対して、診断群分類ごとに1日当たり点数を定め、その点数に病院ごとの係数と入院日数を乗じて入院費を算出する方式である。従来の計算方法は、診療で行った検査や注射、投薬などの内容に応じて医療費を計算する「出来高払い」方式であった。「診断群分類別包括評価（DPC）」では、病名や手術、処置等の内容に応じた1日当たりの定額の医療費を基本として、全体の医療費の計算を行う「包括払い」方式となる。

仕組みのもので、「急性期医療に質の高い医療を実施してもらい、早期退院を促す」ことを目的にしている。DPCでは、入院一日当りの診療点数は、一入院につき3段階に区分されており、入院が長くなるほど1日当りの診療点数が低くなる。さらに、入院が定められた日数を超えると従来の出来高払の計算になる。

手術給付金は、病気やケガで所定の手術を受けた時に受け取る給付金である。この手術給付金には、手術の種類に応じて入院給付金日額の10・20・40倍のタイプと、10万円・20万円などのように、金額が固定されたタイプがある。手術の種類に応じて、入院給付日額の10倍・20倍・40倍の給付金額を設定していることが多いが、20倍1種類のところもある。また、手術給付金は、原則的に手術を受けるたびに何度も受け取ることができるが、1回の手術で2種類の手術を受けた場合は、手術給付金は1回分の支払いとなる。なお、医療保険によっては手術給付金を特約としているものもある。

先進医療給付金は、厚生労働省が定めた「先進医療」を受けた場合に、受け取れる。実際の技術料が支給される（上限がある場合もある）もの⁽²²⁾と、治療内容によって一定の金額が決まっている⁽²³⁾ものがあるが、その技術料相当額を給付金として支払うというのが一般的である。つまり、技術料相当額を保障することが多くなっている。先進医療の給付金の限度額は保険会社によって異なり⁽²⁴⁾、1回あたりの限度額と通算限度額が設定されており、50万円、100万円、

(22) 例えば、2012年1月現在、ソニー損保の「SURE」では、先進医療の技術料と同額を保障する。オリックス生命保険の「CURE」では、先進医療の技術料を保障するが、通算限度額が1,000万円となっている。明治安田生命保険の「元気のみカタ」での「先進医療保障特約」では、通算限度額が600万円となっている。

(23) 2002年の発売されたアフラックの「新 EVER」では、2012年1月現在、入院給付金10,000円（1日）の場合、先進医療一時金は、1年に5回まで1回につき10万円となっている。また、同保険などに添付する「総合先進医療特約」での先進医療給付金は、先進医療の技術料に対して50万円を限度として、1年間1年に5回まで、保険期間通算で700万円まで保障する。

(24) 先進医療特約付の医療保険の保険料は、終身払いの場合でも、月々¥60～¥100円程度の保険料負担で付けられるのが一般的であるが、これは先進医療を受ける事例が少ないからであるといわれる。

700万円, 1,000万円, 2,000万円などとなっている。先進医療は受けられる医療機関が限られていることから, 治療を受ける際にかかる宿泊費を支払うタイプや, 宿泊費・交通費などに充てられるよう5万円あるいは10万円の一時金を支払うタイプもある。

2. 担保範囲の限定

医療保険には, その保障対象または範囲を限定して特定の疾患に対して保障を手厚くするものがあり, 基本的な医療保険の特約または単品として販売されている。その代表的なものが, 三大疾病保障保険, がん保険, 女性保険(女性向け医療保険), 傷害保険である。

三大疾病保障保険は, 「特定疾病保障保険」や「重大疾病保障保険」などと呼ばれることもあり, 被保険者が3大成人病(ガン, 急性心筋梗塞, 脳卒中)(特定疾病)と診断され, 一定の状態になった場合に限り, 生存中に保険会社から死亡保険金と同額の特定疾病保険金が支払われる保険である。三大疾病保障保険の保険金には, 特定疾病保険金, 死亡保険金, 高度障害保険金がある。三大疾病に罹患した場合は, 生前に保険金を受け取ることができるため, 高額の医療費や家族の生活費に対応できる。具体的には, がんは, はじめて診断されたときに保険金が支払われる。がんについては, 加入時(責任開始日以降)90日間は免責となる。急性心筋梗塞の場合は, 保障の開始以後に, 急性心筋梗塞を発病し, 初めて医師の診療を受けた日からその日を含めて60日以上, 労働の制限を必要とする状態(軽い家事等の軽労働や事務等の座業はできるが, それ以上の活動では制限を必要とする状態)が継続したと, 医師によって診断されたときである。また, 脳卒中は, 保障の開始以後に, 脳卒中を発病し, 初めて医師の診療を受けた日からその日を含めて60日以上, 言語障害, 運動失調, 麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続したと, 医師によって診断されたときである。

この保険の保険金の支払は、通常は1回限りで、保険金を受け取れば保険契約は終了する。しかし、三大疾病に罹患した場合、保険金の支払を終身または有期の年金払いとする商品もある（ソニー生命の三大疾病収入保障保険）。三大疾病保障保険（特定疾病保障保険）は、銀行によっては、住宅ローンに付帯することもあり、この場合は「三大疾病保障特約付住宅ローン」や「三大疾病保障付住宅ローン」などと呼ばれている。ガン保険は、ガンによる入院日数に応じて支給される「入院給付金」と、「診断給付金」や「在宅療養給付金」などがセットになっているものがほとんどである。これに対して、三大疾病保障保険は、ガンになった場合に保険金支払いの要件を満たせば、保険金が一括で支払われ、以降は契約が消滅する。

一方、生活習慣病（成人病）特約において対象となる成人病（生活習慣病）は、従来は、悪性新生物（上皮内がん含む）・糖尿病・高血圧性疾患・心疾患・脳血管疾患の5つであった。最近では、この5つに、肝硬変と慢性腎不全の2つを加えた7つを範囲とする保険会社もある⁽²⁵⁾。また、この中での悪性新生物（上皮内がん含む）を除いて、6つの疾患を範囲とする保険会社もある⁽²⁶⁾。通常は、主契約の医療保険の日額と同額かそれ以下で付加可能であり、多くの場合、終身医療保険の特約で病気の種類を限定しているため保険料は低く設定されるが、その病気で入院する確率は非常に高い⁽²⁷⁾。

がん保険は、被保険者がんと診断された場合のみ、診断給付金や入院給付金、

(25) ガン保険をもとに、「成人病」（当時の名称であり、付保した疾患が悪性新生物、糖尿病、心疾患、高血圧性疾患、脳血管疾患を対象）特約として、1976年6月に商品化になった。現在での「生活習慣病」は、「がん（上皮内新生物、悪性新生物）、心疾患、高血圧性疾患、糖尿病、脳血管疾患、肝硬変、慢性腎不全」の7つの疾患をいい、1996年12月18日、当時の厚生省「公衆衛生審議会」が、これらの病気が発病するまでには、食生活や喫煙、飲酒など、個人の生活習慣に因子が深く関わっているととして、「成人病」に代わって「生活習慣病（life-style related diseases）」という新たな疾病概念を導入し、疾病の予防対策を推進することが始まりである。

(26) 明治安田生命は、2011年9月26日、6大疾病（急性心筋梗塞、脳卒中、重度の糖尿病、重度の高血圧性疾患（高血圧性網膜症）、慢性腎不全、肝硬変）による所定の状態に対する保障を内容とする「6大疾病保障特約」を発売した。

手術給付金等を受け取ることができる。これは、一般の医療保険では、あらゆる病気や怪我で入院・手術を対象に、入院給付金や手術給付金が支払われることと異なる。がん保険の最大の特徴は、入院給付金の支払日数が無制限であることである。一般の医療保険の場合、前述のように、1入院支払限度日数および1通院支払限度日数と、それぞれの通算支払限度日数がある。一方、最近のがん治療では、がんの発見から手術、放射線治療・抗がん剤治療を経て、完治に至るまでに、1回の入院で済むことは少なく、検査、手術、抗がん剤治療のたびに入院を繰り返したり、通院治療を行うことも多い。このように、がんが他の病気よりも入院期間も長く、入院を繰り返すことも多いので、がん保険の場合は、入院給付金の支給に制限が無い。

また、がん保険には一般医療保険にはない「がん診断給付金」がある。がん診断給付金とは医師により「がん²⁸⁾」であると確定診断されたときに支払われる一時金のことである。がん診断給付金は、保険会社によって支払方法の違いが大きく、上皮外への侵入がある悪性新生物のみ支給するもの、上皮内新生物(上皮内がん)にも支給するもの(給付金額は悪性新生物より少なくなる場合もある)、給付回数が1回限りのもの、何回でも受け取れるもの(前のがんにかかってから2年以上経過していることなどの条件がある)がある。がん診断給付金は1回50万円や100万円などである。がん手術給付金に関しては、手術の種類により入院給付金の10・20・40倍の額を支払うタイプと、定額タイプがある。他には、通院治療を保障する「通院給付金」があるがん保険もある。通院給付金には、入院給付金が支払われる入院後の通院を保障するタイプと、通

27) 死因別死亡率の推移を見ると、1958(昭和33)年以降は、上位3位が、悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患となっている。疾病全体に占める生活習慣病の割合は、死亡原因では6割、医療費では3割を占めており、国民の健康に対する大きな脅威となっている(厚生労働省『平成19年度版厚生労働白書』)。

28) がんの定義は保険会社によって異なり、担保するがんの種類も保険会社または保険商品によって異なる。厚生労働省の「疾病、傷害および死因統計分類表、ICD-10」に準拠した分類を採用する保険会社が増えている。

院のみでも保障するタイプがある。

最近では、放射線治療や抗がん剤治療を通院で行う病院が増えている。また、「先進医療」の約7割はがんの診断・治療を対象にしている。最近のがん保険には、先進医療保障を特約で付けられるものが多い。また、がんになった場合に、セカンドオピニオン⁽²⁹⁾や精神面のケアのサービスを提供するがん保険もある。

また、女性向け医療保険では、女性特有の病気や妊娠・出産異常などについて、その他の病気やケガよりも保障を手厚くしている。例えば、女性特定疾病で入院した場合は、入院給付金に一定の上乗せをするタイプなどが多い。女性向けの医療保険で保障される病気は保険会社によって様々である。女性向け医療保険は、基本的には入院や手術をしたときの医療保障のための保険であるが、保険会社によっては、死亡保障を付けたり、一定期間内に入院や手術をしないか、生存していると無事故給付金・生存給付金を受け取れる女性保険などもある。さらには、女性特有疾患だけでなく、全てのがんや生活習慣病にも保障を厚くしている女性保険や、乳がんにかかって乳房再建手術をした場合は高額の給付金を受け取れる女性向け医療保険などもある。一方、医療保険に女性特定疾病特約を加えただけの形のものもある。

女性特定疾病特約とは、女性特有の病気など所定の症状になったときに、通常の入院給付金や手術給付金に、一定の上乗せを付加する特約のことである。女性特定疾病特約を付けていれば、女性特有の病気入院や手術をした場合、その他の病気やケガよりも保障が厚くなる。「女性特有の病気」の範囲について

(29) セカンドオピニオン (Second Opinion) とは、医療分野の場合、患者が検査や治療を受けるに当たって主治医以外の医師に求めた「意見」、または「意見を求める行為」である。自費診療で受診する場合は、セカンド・オピニオンは「診療」ではなく「相談」になるため、健康保険給付の対象とはならず、全額自己負担となる。しかし、保険医療機関で受診し、保険証を提示して、患者が一般外来での保険診療を希望する場合は、保険診療の取扱いとなる。医療保険の付帯サービスとして、セカンドオピニオンを提供する保険会社がある (アクサ生命、アメリカンホーム、AIU 保険など)。

ては保険会社により違いがあり、全てが女性にしかない病気というわけではなく、男性もかかる病気（女性の患者が比較的多い）が含まれることもある。

一方、傷害保険は、伝統的に、損害保険会社が販売してきた保険である。傷害保険における保険事故は、急激³⁰⁾かつ偶然な外来の身体傷害（Bodily injury caused by violent, accidental and external visible means）と限定され、疾病は担保されない。しかし、犬に咬まれて恐水病にかかり死亡した場合のように、先行した傷害事故と後に発生した疾病との間に因果関係が認められるときは、当該疾病も傷害事故の結果として担保される。また、保険事故の発生事故は保険期間中でなければならないが、保険事故の発生場所は、普通保険約款に日本国内または国外と規定され、特に制限をしていない。

傷害保険の特徴のひとつに、保険料の判断基準が、業種・職種に限定されることが挙げられる。したがって、傷害保険では、生命保険のようにリスクが加齢とともに増加することはなく、あくまでもケガに対する補償を目的に掛けられる保険であるので、健康状態を問われることもない。

傷害保険の保険料は、通常の場合、被保険者（保険をかけられる本人）の仕事の危険度合いによって異なる。傷害保険の場合、危険度に応じた3つの等級分類があり、ケガをする可能性が少ない級から順に、傷害保険等級1級（危険度：低）・2級（危険度：中）・3級（危険度：高）に分類されている。

30) 「急激」とは、原因となった「事故」から結果である「傷害」までの時間的間隔がないことである。例えば、ゴルフのクラブを振った瞬間の捻挫、ひげそりによる顔の切り傷から入った破傷風に感染したことは緊迫性があるが、靴擦れ、凍傷、日射病などは急激性を欠くとされる。また、太陽光線に身体を長時間さらすことにより日射病という結果を引き起こすことは、被保険者にとっても予知できることであるため、急激性および偶然性を欠くとされる。さらに、外来とは、保険事故の原因が身体内部にないことである。したがって、交通事故・墜落・火災・爆発・転倒、工場などでの作業中の事故などによる傷害は保険事故であるが、職業病、日焼け、靴擦れ、凍傷などは、傷害保険でいう保険事故ではない。

3. 医療保険の長期化

医療保険は、特約型と主契約型に分けられる。国内の生命保険会社は、主に保険期間が長期に及ぶ死亡保障保険などの商品を販売していることもあり、生命保険（死亡保険）に特約として付けられた医療保障の特約商品が多い。損害保険会社でも傷害保険などの特約として販売している例がある。大手生保は、最近では、死亡保障ニーズが減っていることから、主契約型もみられるが、後述の2001年の第三分野の完全自由化までは第三分野保険の単品での販売が規制されていたこともあり、また担保の総合化を目指していることもあるため、死亡保障を主力商品にしている。生命保険会社の特約型は、この死亡保障の主契約に付けられている商品である。保障期間は、主契約によるのが原則である。例えば、15年間の定期保険に添付した医療特約は15年で終了し、20年の定期保険に添付した医療特約は20年で終了する。

主契約型とは、医療保険としての商品名を付けられ、単体で売られている医療保険のことである。この主契約型（単品商品）は、主として損害保険会社と外資系の生命保険会社によって販売されていたが、最近では国内の生命保険会社も販売している。「医療保険」単品は、主契約型の医療保険で、死亡給付がないか低額の小額保障が多い。さらに、医療保険にも特約を添付することができるが、医療保険に付加できる主な特約には、通院給付金特約、女性疾病特約、三大疾病保障特約、先進医療特約、リビングニーズ特約などがあり、他にも死亡保険金や無事故給付金・生存給付金（いわゆるボーナス）などが付いた医療保険もある。

この医療保険には、定期型と終身型がある。定期医療保険の保障は、10年間が一般的であるが、保険料が高くなりがちな高齢者が加入しやすいよう、5年間のものもある。医療保険の保険料は、伝統的に生命保険で採用されてきた平準保険料方式が採用され、保険期間を通して、加入したときから固定される。しかし、加入時の年齢が高齢の場合は、入院する確率が高くなるため、収支相

等の原則から、保険料が高くなる。更新型は、更新ごとに保険料が高くなり、若いうちは負担が軽いが、高齢になると負担が重くなる。この更新の際には、健康上の告知も必要なく、証券番号も変わらず、新規加入の際にはあった契約日以降の一定期間の免責期間（多くは3カ月）もない。

一方、生損保ともに、終身型医療保険を発売している。終身医療保険は、保障が一生続く医療保険のことであるが、終身型でも入院給付金の支払いが、通算支払限度日数に達すれば、それ以降の入院は保障されない。終身型の医療保険の保険料払込方法には、終身という保険期間全期に渡って払込する終身払いと、有期払い（60歳、65歳、70歳等払込の設定がある）を選択することができる。この終身医療保険は、高齢化を背景に、高齢者になったときの医療保障のために、有効なものである。

医療保険の保険料は、多くの場合、保険期間を通して平準化した平準保険料方式が採用されているため、保険料は払込満了まで一定である。加入時の年齢によって保険料が異なり、加入年齢が若いほど、保険料は安くなる。同年齢でも、男女で保険料を異にしているのがほとんどである。入院する確率や平均余命が違うためである。また、終身医療保険には、予定利率が使われている。加入後も3年ごとに標準予定利率をもとに、保険料を見直し、標準予定利率が上がった場合には保険料を引き下げ、仮に標準予定利率が下がった場合でも保険料は変更されない終身医療保険も現れた⁽³¹⁾。

(31) 2004年7月に発売され損保ジャパンの「新・長期医療保険 (Dr. ジャパン)」であるが、2011年3月31日をもって販売を終了している。同社は、2006年01月31日現在、同保険の契約件数は21万件を超えたことを発表していた（同社のホームページ）。

V・医療保険の生損保間の融合

1. 第三分野保険の生損保相互参入

損害保険会社によって、1947年8月に、傷害保険統一約款が制定されたが、その中で傷害事故の発生日から180日までの入院や通院に対する医療保険金が規定されていた（保険金額は通算500日分）。生命保険会社の入院保障は、損害保険会社によって1963年7月に発売された「交通事故傷害保険」の発売を契機にして、1964年4月に発売された「災害保障特約」が嚆矢とされる⁽³²⁾。1974年11月には、アメリカ合衆国のアメリカンファミリー生命保険（アフラック）が「がん保険」を単品医療保険として発売した⁽³³⁾。しかし、国内大手の生命保険会社に対してはがんのみを対象とする単品医療保険は認められず、1976年にがんを含む成人病特約として、主契約に付加する形で、各社より発売された⁽³⁴⁾。また、医療保険単品は、1976年にアメリカファミリー生命によって最初に販売された⁽³⁵⁾。一方、損害保険業界は、1985年12月に、医療費用保険の認可を得た⁽³⁶⁾。また、生命保険業界は医療保障保険の認可を得て、1986年4月から、生命保険会社は医療保障保険、損害保険会社は医療費用保険を同時に発売した。

1990年代に入ると、大手生保は定期付終身保険の特約として、特定の疾病により所定の状態になった場合に、死亡保険金と同額の給付金を支払う保険を相次いで販売した⁽³⁷⁾。1996年4月、保険業に対する規制緩和を意図した新保険業

(32) 損害保険会社の「交通事故傷害保険」は、傷害保険の特約として発売され、補償の範囲を交通事故に限定し、死亡・後遺障害・入院を担保するもので、医療保険金を1日につき千分の一に設定していた。生命保険会社の「災害保障特約」は、交通事故を含む災害全般による死亡・障害・入院を保障するものであった（小林雅史「医療保険の約款について——生損医療保険約款の支払事由、免責事由を中心に——」『保険学雑誌』第612号、日本保険学会、2011年3月、pp.200-206）。

(33) 同社のがん保険における販売シェアは、85%以上（1999年）にも達していた。

(34) 生命保険会社による医療保険商品については、宮地朋果「医療保険をめぐる商品開発の動向」『民間医療保険の戦略と課題』勁草書房、2006年6月、pp.97-120を参照されたい。

(35) 堀田一吉編著『民間医療保険の戦略と課題』勁草書房、2006年6月、pp.74-77。

(36) 竹内昭夫序・神谷高保著、前掲書、pp.23-54。

法が施行された。しかし、1994年から毎年開催された日米保険協議の結果、激変緩和措置によって、第三分野保険における外資の独占状態は2001年まで継続することが決定された。2001年1月に大手生命保険会社と損害保険会社の子会社生保の第三分野への参入が解禁され、同年7月からは、米国との合意に基づいて日本国内の生命保険会社・損害保険会社の本格参入が初めて可能となった。これによって、第三分野保険は、第一分野と第二分野の兼業が禁止されることとなり、生命保険会社・損害保険会社・共済が競争する領域となった。この2001年からの医療保険に対する完全自由化以降、国内大手生命保険会社、損害保険会社などは³⁸⁾、がん保険と医療保険(単品)市場への参入が可能になり、多くの生損保が医療保険を販売している。

2. 公的医療保険の流動的な補完

民間医療保険は、公的医療保険を補完しているが、その需要が増大している。その理由は、次のことが考えられる。第一に、公的医療保険における療養の給付には、自己負担割合が年齢別(所得別)に10%から30%まで決められている。この自己負担割合は、少子高齢化などによる医療費負担の増大にともない、1980年代から増加し続けており、この自己負担割合の増加が民間医療保険の需要を刺激していると指摘されてきた。確かに、公的医療保険の自己負担額は、一定の比率であるため、医療費が多くなるとそれに比例して嵩むものである。さらに、医療リスクは加齢とともに増加するものであり、高齢化によって平均

37) 1992年、日本生命とアリコジャパンがほぼ同時期に、主契約型の特定期病給付保険(三大成人病保険)、「ニッセイあすりーと」、「生きるための保険 エトワ」をそれぞれ発売したのが最初である。遺族保障が主流であった当時、生前給付による本人(被保険者)保障という新しいコンセプトが広く支持され、ヒット商品となった。1996年に日本生命は、従来型よりも割安で加入することができるように、定期付終身保険または終身保険に付加できる特約を発売した。

38) 損害保険会社が販売する第三分野保険は、定額保険、損害保険、混合型保険があるとされる(東京海上日動火災保険株式会社編著『損害保険の法務と実務』社団法人金融財政事情研究会、2010年7月、pp.91-92)。

寿命が延びていることを考慮すれば、納得できる指摘である。

しかし、この自己負担金が高額になると、「高額療養費制度」によって、自己負担金限度額を超えた自己負担金が還付される。この「高額療養費」制度における限度額は月単位であるなどの問題もあり、長期に渡る治療や介護を含む場合は、自己負担額が比較的が多くなる可能性があった。この問題に対応するために、公的医療保険と公的介護保険の両方の合算で、しかも年単位の限度額を基準に支給を受ける「高額医療・高額介護合算療養費制度」が、2008年4月から実施されていることは、前述の通りである。さらに、職域の健康保険には、働けなくなった日から4日目以降、給与の約6割が最長1年6ヶ月支給される「傷病手当金」制度がある。

したがって、公的医療保険が適用される限りにおいては、そのリスクは相当限定的なものになっている。この公的医療保険が比較的の高いレベルで医療費用の保障に対応していることが民間医療費用保険の低迷につながったと指摘する意見も見られる³⁹⁾。この公的医療保険の自己負担金を担保する保険は、損害保険会社の医療費用保険⁴⁰⁾であり、自己負担金に対しては、治療費用保険金が実費で支払われる。しかし、この医療費用保険は、損害保険会社が、1985年12月に、医療費用保険の認可を得てからこれまでに特に注目するほどの売れ行きはなかった。一方では、近年、民間医療保険の需要が増加しており、それには公的医療保険における増加する自己負担割合以外の別の理由が考えられる。

第二に、医療現場では、公的医療保険より高級な医療サービスが提供されており、その高級な医療サービスを受けることが多くなっている。例えば、入院

39) 安井敏晃「自由化と私的医療保険」『保険学雑誌』第611号、日本保険学会、2010年12月、p.136。

40) 医療費用保険金の保険金には、次のようなものがある。①治療費用保険金：入院中にかかった治療費の自己負担金額（健康保険や国民健康保険からてん補される高額療養費や付加給付、損害賠償金額などを除く実費負担金額）。②入院諸費用保険金：差額ベッド代、ホームヘルパーの雇入費、親族付添費、入院諸雑費、入院・転院・退院のための交通費、入院中の食事にかかる費用（入院時食事療養費を除く）などの実費。③高度先進医療費用保険金：高度先進医療にかかる費用、高度先進医療を受けるに当たって必要な入院・転院・退院のための交通費。

した病室が6人部屋であれば公的医療保険が適用されるが、緊急の治療を要する際には、差額ベッド代がかかる病室の使用を余儀なくされることもある。差額ベッド代は、日額2,3千円から1万円程度が相場といわれるが、日額十万円を超えるところもある。このアメニティ (Amenity)⁽⁴¹⁾に相当する部分は、前述の選定医療となっているが、この部分は全額が自己負担である。しかも、この選定医療に係る自己負担額は、前述の「高額療養費制度」と「高額医療・高額介護合算療養費制度」の適用外となっており、最終的に全額が患者負担となる。また、平均寿命の伸びと加齢による医療リスクの増大を考えると、この選定療養に関する医療費の負担は、大きなリスクとして認識される。このようなリスクを背景にして、終身医療保険などの医療保険の保険期間が長期化し、民間医療保険の需要が増大していると見られる。このリスクが、民間医療保険では、主に定額給付の入院給付金⁽⁴²⁾として保障され、民間医療保険の需要に込んでいると見られる。

第三に、公的医療保険で最先端の医療が制限的にしか提供されていないことに起因する民間医療保険の需要がある。近年では高度な医療技術を駆使する「先進医療」が、保険外併用療養費制度によって、国の承認の下に行われており、患者負担は数百万円に及ぶ場合もある。このリスクは、確率は低いともいわれるが、その金額の大きさから大きなリスクとして認識されるのに十分である。この先進医療は、公的医療保険に取り入れることを前提にして厚生労働省が認定するもので、公的医療保険の対象になっていく可能性があり、一方では新しい医療技術が先進医療として認定されている。民間医療保険では、この厚生労働

(41) アメニティ (Amenity) とは、第一義的には「心地よさ、快適さ、快適性、楽に暮らすために必要なものが整い、整備されていること」を意味する。また、市場価格では評価できないものをふくむ生活環境であり、自然、歴史的文化財、街並み、風景、地域文化、コミュニティの連帯、人情、地域的公共サービス (教育、医療、福祉、犯罪防止など)、交通の利便さなどを指す。

(42) 入院給付金は、現金で給付されることから、その用途が入院に制限されているものではないことから、モラルハザードの可能性が併存している。

働省の認定した先進医療を担保しているため、そのリスクは相当流動的なものである。このような流動的な先進医療を背景にして、先進医療を担保する民間医療保険の需要を刺激していると考えられる。

3. 損害保険と生命保険の融合

(1) 先進医療

先進医療は、将来的に公的医療保険に取り入れることを前提とする評価療養の一つとして位置づけられ、現在では、ある特定の先進医療にかかわる技術料（特別料金）が公的医療保険の適用外であるために全額患者負担であっても、将来的にはその部分が公的医療保険の適用となり、加入者の自己負担率のみの負担となることが前提になっていることは、前述の通りである。また、厚生労働省は、医療技術の進歩に伴い、新しい医療技術を先進医療として認定している。

一方、民間医療保険では、多くの生損保がこの先進医療に対する担保を提供しているが、この担保は、上記のような厚生労働省が定める先進医療を基準とするものである。この厚生労働省が定める先進医療は、その種類も流動的なものであり、その技術料も流動的なものである。多くの民間医療保険では、この流動的な先進医療の特別料金を実際に支払われる費用を、一定の限度額範囲内で、保障している。

この先進医療は、固定されるものでなく、厚生労働省の認定により流動的なものであるが、このように流動的なものを担保するようになったことは、定額給付であるこれまでの入院給付とは異なるものである。また、この先進医療に対する費用の保障は損害保険の特徴である損害てん補の性格を有するものであるが、生命保険会社と損害保険会社の両方の医療保険で見られる。つまり、先進医療に対する費用の保障について、生命保険会社の医療保険において、損害保険的な要素が見られるようになった。

(2) 終身医療保険

伝統的に損害保険会社によって販売されてきた傷害保険の特徴のひとつに、保険料の判断基準が、業種・職種に限定されることが挙げられる。そのため一般的な生命保険のように、加齢によって保険料が上がることもなく、年齢を理由に加入を断られることはない。この傷害保険は、あくまでもケガに対する補償を目的とする保険であるので、健康状態を問われることもないことは、前述の通りである。

一方、医療保険では、終身医療保険が生命保険会社のみならず損害保険会社によっても販売されている。傷害保険におけるリスクは、主に仕事の度合いによるが、医療保険のリスクは、年齢によって異なり、加齢によってリスクが高くなる。終身医療保険では、定期医療保険もそうであるが、平準保険料方式が採用されている。平準保険料とは、年齢別で異なった保険料を支払うのではなく、保険期間中に一律の保険料を支払い続ける方法である。さらに、この平準保険料方式では、保険料算出の際に、予定利率が使われている。一方、生命保険では、加齢によって増加する死亡リスクに応じた自然保険料方式では年齢が多くなると保険料が高くなり、支払能力を超えて保険契約の維持が困難となるため、保険契約期間を通して保険料が一定となる平準保険料方式が採用されてきた。生命保険会社と損害保険会社の両方によって販売されている終身医療保険または定期医療保険では、伝統的に生命保険で採用されてきたこの平準保険料方式が採用されている。このように、損害保険会社が販売している医療保険には、生命保険会社が伝統的に使ってきた保険料算出方式がみられるようになった。

VI・結び

日本の公的医療保険の自己負担割合は、1980年代から増加し続けてきた。こ

の公的医療保険における自己負担割合は、医療費に対する一定比率であるため、医療費が嵩むほど多くなる仕組みである。しかし、日本の公的医療保険には、自己負担金が高額になると、「高額療養費制度」と「高額医療・高額介護合算療養費制度」によって、その限度額を超える自己負担金が還付される制度が用意されている。したがって、公的医療保険を利用して治療を行う限りでは、民間医療保険の必要性は限定的なものになる。つまり、この公的医療保険における自己負担割合の増加が民間医療保険の需要の増大の原因とされてきたが、そのリスクは限定的なものである。

それにもかかわらず、高齢化・少子化の中で、よりよい医療サービスを求めて、医療保険は、その売れ行きが好調である。その理由は、医療現場では、高級な病室などの設備を備えて、公的医療保険より高級な医療サービスが提供されており、その高級な医療サービスを受けることが多くなっているためである。高齢化などを背景にして、民間医療保険の保険期間が長期化しており、高級な医療サービスの費用負担リスクは大きいものと認識されている。また、公的医療保険では、最先端の医療が制限的にしか提供されていない。一方、近年では高度な医療技術を駆使する「先進医療」が、保険外療養費制度によって、国の承認の下に行われており、患者負担が、数百万円に及ぶ場合もあるが、先進医療の特別料金は全額が自己負担であるためである。つまり、民間医療保険は、主として、公的医療保険で提供できない高級の医療サービス、先進医療を受けるためのものとしての役割を果たしている構造といえる。

このような民間医療保険は、生命保険会社と損害保険会社のそれぞれがその歴史的な経緯などから特色のある保険商品を販売していた。しかし、2001年からの医療保険に対する完全自由化以降、競争が激化する中で、医療保険の商品内容が同化してきた。生命保険会社は、損害保険の性格を有する先進医療に対する医療費用のてん補を行っており、損害保険会社は、終身医療保険などで生命保険会社が伝統的に使用してきた平準保険料方式を使用していることが、そ

の代表的な事例といえる。その結果、第三分野に属する医療保険は、生損保間の融合を通じて、生命保険と損害保険の性格を併せ持つものとなった。

参考文献

- 明田裕「民間医療保険におけるリスク管理の課題」『保険学雑誌』第596号、日本保険学会、2007年3月。
- 甘利公人「医療保険約款における法的問題」『保険学雑誌』第596号、日本保険学会、2007年3月。
- 伊東慎吾「日本の医療制度における諸問題と将来展望」『経済政策研究』第4号（通巻第4号）、香川大学、2008年3月。
- 遠藤久夫・池上直己編著『医療保険・医療報酬制度』勁草書房、2007年2月。
- 小林三世治「保険医学からみた民間医療保険の課題」『保険学雑誌』第596号、日本保険学会、2007年3月。
- 小林雅史「医療保険の約款について——生損医療保険約款の支払事由、免責事由を中心に——」『保険学雑誌』第612号、日本保険学会、2011年3月。
- 小松秀和『日本の医療保険制度と費用負担』ミネルヴァ書房、2005。
- 清水文博「第三分野における生保の商品開発」『生命保険経営』第71巻第5号、生命保険経営学会、2003年。
- 竹内昭夫序・神谷高保著『医療費用保険の解説』保険毎日新聞社、1987年6月。
- 竹下昌三『わが国の医療保険制度』第3版、大学教育出版、2006年10月。
- 土田武史「医療保険における競争強化と保険者機能の変化」『健保連海外医療保障』第85号、健康保険組合連合会社会保障研究グループ、2010年10月。
- 東京海上日動火災保険株式会社編著『損害保険の法務と実務』社団法人金融財政事情研究会、2010年7月。
- 中浜隆「アメリカの医療扶助改革と民間医療保険」『社会科学研究』第59号、東京大学、2008年3月。
- 同上「民間医療保険の役割——日米の比較を通じて——」『保険学雑誌』第596号、日本保険学会、2007年3月。
- 堀田一吉「問題提起：民間医療保険をめぐる現状認識と構造的特徴」『保険学雑誌』第596号、日本保険学会、2007年3月。
- 堀田一吉編著『民間医療保険の戦略と課題』勁草書房、2006年6月。
- 宮地朋果「生保会社による医療保険の商品開発と販売における課題」『保険学雑誌』第611号、日本保険学会、2010年12月。
- 同上「医療保険販売をめぐる問題」『生命保険経営』第76号、慶應義塾大学、2008年5月。
- 同上「医療保障分野における官民役割分担論」『保険研究』第57号、慶應義塾大学、2005年。
- 安井敏晃「自由化と私的医療保険」『保険学雑誌』第611号、日本保険学会、2010年12月。
- 李洪茂・小笠原秀義『企業年金が危ない！』講談社、2009年4月。
- 同上「新種保険」『保険論』成文堂、2008年4月。