



精神疾患による入院と入院共済金 支払可否

弁護士 天野 康弘

上智大学法学部では、もっぱら学問的視点から保険法に関する判例研究を行うために、保険法研究会を隔月で開催している。本判例評釈はその研究会の成果であり、これを本誌で公表することにより、僅かばかりでも保険法学の発展に資することができれば幸甚である。

上記のとおり、本判例評釈は、学問的視点からなされたものであり、研究会の成果物ではあるが、日本共済協会や評釈者が所属する特定の団体・事業者等の見解ではない。

保険法研究会代表・上智大学法学部教授 梅村 悠

東京地裁令和3年11月26日判決 令和3年(ワ)第7248号 共済金支払請求反訴事件 WestlawJapan2021 WLJPCA11268027

1. 本件の争点

被共済者の精神疾患による入院が、共済事業規約上の「入院」に該当するか。

2. 事実の概要

(1) 共済契約の締結とXの入院歴等

X(昭和55年生まれの男性)は、Yとの間で3件の共済契約(以下それぞれ「本件契約1~3」といい、併せて「本件各契約」という。)を締結していた。

Xは、双極性障害(躁うつ病)にり患し、国民年金法30条2項による委任を受けた同法施行令別表の定める障害等級2級16号に該当する程度の障害の状態にあるとして障害基礎年金の裁定を受けてこれを受給するとともに、後記のと通りの入院歴を有し、Yから、後記①~⑥の入院につき、病気入院共済金の支払いを受けた。

その後、後記⑦⑧の入院をしたとし(以下それぞれ「本件入院1、2」といい、併せて「本件各入院」という。)、本件各契約における病気入院共済金の支払事由たる「入院」に該当する旨主張して、Yに対し、本件各契約に基づき、病気入院共済金239万5000円の支払を求めた事案である。

- ① うつ病により、平成28年10月5日~同年12月20日、Aセンターに入院
- ② うつ病により、平成28年12月21日~平成29年1月31日、B病院に入院

- ③ 双極性障害により、平成29年8月15日~同年11月14日、C病院に入院
- ④ 双極性障害により、平成29年12月7日~平成30年2月28日、D病院に入院
- ⑤ 双極性感情障害により、平成30年8月31日~同年12月28日、E病院に入院
- ⑥ 双極性障害により、令和元年7月1日~同年10月31日、D病院に入院
- ⑦ 双極性障害により、令和2年5月1日~同月29日、C病院に入院(本件入院1)
- ⑧ 躁うつ病により、令和2年6月1日~同年8月31日、F病院に入院(本件入院2)

(2) 本件各契約の内容

① 本件契約1

XとYは、終身生命共済事業規約による意思で、本件契約1を締結した。同規約は、入院のうち一定のものについては、病気入院共済金を支払う旨(58条)、「入院」とは、①医師又は歯科医師による治療が必要であり、かつ、②自宅等での治療が困難なため病院又は患者の収容施設を有する診療所に入り、常に医師又は歯科医師の管理下で治療に専念することをいう旨(2条11号。以下「本件入院要件1」という。)等を定めている。

② 本件契約2及び3

XとYは、個人定期生命共済事業規約による意思で、本件契約2及び3を締結した。同規約は、入院のうち一定のものについては、病気入院共済金を支払う旨(78条)、「入院」とは、①医師又は歯科医師

による治療が必要であり、かつ、②自宅等での治療又は通院による治療によっては治療の目的を達することができないため、病院又は患者の収容施設を有する診療所に入り、常に医師又は歯科医師の管理下において治療に専念することをいう旨（2条12号。以下「本件入院要件2」という。）等を定めている。

3. 判旨（請求棄却）

「1 判断枠組み

終身生命共済事業規約に本件入院要件1が、個人定期生命共済事業規約に本件入院要件2がそれぞれ定められた趣旨は、入院に係る共済金の支払の対象を合理的な範囲に限定することを通じて、多数の契約者相互の公平を図ること等にあると考えられる。そうすると、特定の入院が本件入院要件1及び2を満たすか否かを判断するに当たっては、当該入院が医師の判断により決められた事実が存することのみをもって決めるのではなく、入院をした者の具体的な症状、入院中に受けた治療の内容等を踏まえ、客観的かつ合理的な見地から、本件入院要件1及び2を満たすか否かを決すべきであると解される。

以下、この見地から検討する。

2 本件入院1

(1) 証拠（本件入院1に係る診療録）によれば、本件入院1の際、Xは、主症状として、抑うつ気分及び意欲低下を訴えていたこと、治療としては、投薬治療のみであって、その内容も対症療法的なもの等にとどまること、医師の診察も週平均2回程度であったことが認められる。

(2) そして、証拠によれば、精神保健指定医等の資格を有するB医師（以下「B医師」という。）は、本件入院1に関し、次の旨の所見を示していることが認められる。

ア（ア）抑うつ状態に関し、「常に医師（中略）の管理下」において「治療に専念する」べき絶対的な必要がある症状としては、[1] 著しい抑うつ状態による自殺企図又は切迫した希死念慮、[2] 極度の意欲低下、思考障害や緊張状態による著しい食思不振、[3] 被刺激性の亢進による他害のリスク等が想定されるところ、本件入院1の際のXの症状は、前記[1]～[3]のいずれにも該当しない上、(イ) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）の評価でも、日常生活自立度は「J1」（何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自

立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する）とされており、生活面において援助はほぼ必要ない状態といえるため、「常に医師（中略）の管理下」において「治療に専念する」べき必要のある症状が存したとは認められない。

イ 精神科において入院しなければならない治療は、[1] 一般的な治療による改善が乏しい場合に施行される電気けいれん療法、[2] 一般的な薬物治療による改善が乏しい場合に用いられる抗精神病薬クロザピンの導入期、[3] 著しい食思不振時の経管栄養療法、[4] 自殺念慮・被刺激性の亢進が著しい場合の環境調整（保護室、身体拘束等の利用）等に限られるが、Xは、本件入院1の際、前記[1]～[4]の治療をいずれも受けておらず、受けた治療は、投薬治療のみであって、その内容も対症療法的なもの等にとどまること、医師の診療頻度も週平均2回程度であったことから、「自宅等での治療が困難な」治療を受けた（本件入院要件1）、又は「自宅等での治療又は通院による治療によっては治療の目的を達することができない」状況であった（本件入院要件2）とも、「常に医師（中略）の管理下」において「治療に専念」したとも認められない。

(3) 前記(2)のとおりの本件入院1に関するB医師の所見は、前記(1)の認定事実と整合するものであるとともに、その内容は、Xの具体的な症状、入院中に受けた治療の内容等を踏まえ、客観的かつ合理的な見地から示されたものであって、合理性を有するから、信用することができる。

そうすると、本件入院1は、本件入院要件1及び2の各②を満たすものではないというべきである。

3 本件入院2

(1) 証拠（本件入院2に係る診療録）によれば、本件入院2の際、入院当日（初診時）に医師によって診療録への記載はされておらず、入院診療計画書には、治療計画として、「薬剤調整、休息目的」と記載されていること、Xは、主症状として、抑うつ、不眠等を訴えていたこと、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）の評価でも、日常生活自立度は「J1」とされており、頻繁に外出や外泊をしていること、治療は、投薬治療のみであること、医師の診察は、3箇月間に合計14回（1週間に1回程度）しか行われていないことが認め

られる。

- (2) そして、証拠によれば、B医師は、本件入院2（ただし、令和2年6月1日～同年7月31日に限る。）に関し、次の旨の所見を示していることが認められる。

ア 抑うつ状態に関し、「常に医師（中略）の管理下」において「治療に専念する」べき絶対的な必要がある症状としては、前記2(2)ア [1]～[3]等が想定されるところ、本件入院2の際のXの症状は、前記 [1]～[3]のいずれにも該当しないため、「常に医師（中略）の管理下」において「治療に専念する」べき必要のある症状が存したとは認められない。

イ 精神科において入院しなければならない治療は、前記2(2)イ [1]～[4]等に限られるが、Xは、本件入院2の際、前記 [1]～[4]の治療をいずれも受けていないのみならず、頻繁に外出や外泊をしていること、受けた治療は、投薬治療のみであること、医師の診療頻度も低いことから、「自宅等での治療が困難な」治療を受けた（本件入院要件1）、又は「自宅等での治療又は通院による治療によっては治療の目的を達することができない」状況であった（本件入院要件2）とも、「常に医師（中略）の管理下」において「治療に専念」したとも認められない。

- (3) 前記(2)のとおり本件入院2のうち令和2年6月1日～同年7月31日の間に関するB医師の所見は、前記(1)の認定事実と整合するものであるとともに、その内容は、Xの具体的な症状、入院中に受けた治療の内容等を踏まえ、客観的かつ合理的な見地から示されたものであって、合理性を有するから、信用することができる。また、本件入院2のうち同年8月1日～同月31日の間のXの具体的な症状、入院中に受けた治療の内容等も、前記のとおりB医師の所見の前提となった期間（同年6月1日～同年7月31日）のそれとおおむね一致する。

そうすると、本件入院2は、本件入院要件1及び2の各②を満たすものではないというべきである。

4 Xの主張に対する判断

- (1) Xは、障害等級2級16号に該当する程度の障害の状態にあるとして障害基礎年金の裁定を受けていること、日常生活が困難であったことから、本

件各入院は、本件入院要件1及び2を満たす旨主張する。

そこで検討すると、……、障害等級2級につき、「気分（感情）障害によるものにあつては、気分、意欲・行動の障害及び思考障害の病相期があり、かつ、これが持続したり又はひんぱんに繰り返したりするため、日常生活が著しい制限を受けるもの」とされていること（顕著な事実）に照らすと、Xについては、双極性障害（躁うつ病）により、日常生活が著しい制限を受けていることがうかがわれる。しかしながら、本件入院要件1及び2は、入院した者について、日常生活が著しい制限を受けているか否かの観点によるものではなく、自宅等での治療の困難性、医師の管理下で治療に専念することの必要性等の観点によるものであるから、Xが、障害等級2級16号に該当する程度の障害の状態にあるとして障害基礎年金の裁定を受けていること、日常生活が困難であったことのみをもって、本件入院要件1及び2を満たすと認めることはできない。

したがって、Xの前記主張は、採用することができない。

- (2) Xは、[1]入院前に抑うつ気分、意欲低下、不眠、不安感、倦怠感等があり主治医と話し合った結果任意入院したこと、[2]双極性障害が悪化して通院が困難であったこと、[3]自殺及び加害を計画していたことから、本件各入院は、本件入院要件1及び2を満たす旨主張する。

しかしながら、前記 [1]の事実が認められるとしても、Xの具体的な症状、本件各入院中に受けた治療の内容等を踏まえ、客観的かつ合理的な見地から検討すると、本件各入院が本件入院要件1及び2を満たさないことは、前記2及び3で説示したとおりである。また、本件各入院時に、前記 [2]及び [3]の事実が存したことを裏付ける客観的かつ的確な証拠はない。

したがって、Xの前記主張は、採用することができない。」

4. 評釈（賛成である）

(1) 本判決について¹⁾

被保険者・被共済者の入院が、保険・共済約款（又は共済規約）上の「入院」に該当するか²⁾が争点となった裁判例は相当数あるが³⁾、入院原因が精神疾

患のものとして公刊されているものは、過去に2件であり⁴⁾、本判決は3例目である。

(2) 約款上の「入院」定義規定の意義

保険・共済約款には一般に、「入院」に関し、「医師による治療が必要であり、かつ、自宅等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」⁵⁾という定義規定が設けられている。

これは、傷害保険の発売以来、累積保険加入とあいまって入院給付金日額が高額化し、保険契約者側の事故招致が多発したほか、入院の必要性がなく治療に専念していない場合などの不正請求が指摘され、これに対応するため、モラルリスクや不正請求の防止のため入院定義規定が設けられるところとなり、昭和56年以降生命保険会社が導入するようになり、現在に至るものである⁶⁾。

本件入院要件1及び2も同旨のものを定めているものと考えられる。

(3) 医師の判断と「入院」該当性

保険・共済実務では、医師が入院を認めたことによって直ちに約款上の「入院」に該当するとは判断しておらず、当該入院が、当時の医学知見・医学水準に照らし客観的かつ合理的な見地から、約款上の「入院」に該当するかどうかで判断している。

ほとんどの裁判例も同様に解しており⁷⁾、その理由として裁判例⁸⁾で摘示されたものをあげると、保険契約者間の公平性の確保、医師の判断が必ずしも客観性・公平性が担保されていないこと、保険約款上の要件該当性の問題であること、保険制度の収支相等の原則、射幸性による弊害防止などがある。

学説上においても上記立場を支持する者がほとんどとされている⁹⁾。

本判決も、本件入院要件1及び2につき、同様に判断しており、妥当である。

(4) 「入院」該当性の考慮事情

保険・共済実務では、保険者・共済者は、まずは提出された入院証明書に記載された傷病名・その発症原因を基礎に、入院及び入院期間の妥当性・治療内容の適切性、モラルリスクに関して検証するとともに、必要に応じ、主治医の所見・診療録を調査したうえで、保険者・共済者側の査定医師に医学的見

解を求めてその充足性を判断しているものと考えられる¹⁰⁾。

その具体的な考慮事情としては、一般には、標準的な治療内容・入院日数との比較、患者の医学的所見や検査数値と入院時における医学基準との比較、前医との関係も含めて入院に至る経緯・理由、入院中の治療経緯・治療内容、外泊・外出の状況・理由、退院に至る経緯・理由を総合的に判断することが多いと思われる¹¹⁾。

モラルリスクに関し他に考慮すべき事情としては、不必要入院が疑われる入院を過去に繰り返し行っている場合、入院給付金上限日数と過去ないし現在の入院日数との間に相関関係があるような場合¹²⁾、当該入院時に前医の存在を告げていないような場合は、慎重に判断すべきものとする。裏返すと、入院給付金の支払がなければ、これほど多数回の入院を繰り返したり、これほど長期入院をしないのではないかと考えられるケースでは慎重に検討すべきであろう¹³⁾。

入院定義規定が導入された趣旨は不正請求やモラルリスクの防止にあることから、保険・共済実務においても、実際に裁判例として争われるケースは、このようなことが疑われるケースが多いものと思われる¹⁴⁾。

ところで、精神疾患による入院治療が考慮される場合は、A 外来や通院では治療が困難なほど精神症状が重い場合、B 急性薬物中毒・著しい低栄養状態や意識障害などで身体的に入院治療が必要なとき、C 強い希死念慮があり自殺の危険が切迫しているとき、D 幻聴の命令などで他者へ危害を及ぼす危険が強い場合、E 様々な事情により自宅では心理的に休めない場合などで治療上環境を変えることが望ましい場合、とされる¹⁵⁾。

A～Dは、主治医の所見・診療録を調査することにより、精神症状の程度、低栄養状態・意識障害の程度、自殺や第三者加害の危険性の切迫性を判断することになると思われるが、これらの指標となるような客観的な検査数値というものは乏しいと思われる。事案によっては約款上の「入院」該当性の判断に悩ましいことがある¹⁶⁾。

Eについては、患者の愁訴内容やその程度、個々の医師の知見に基づく裁量にも相応に左右されることも想定され、約款上の「入院」該当性の判断について、その判断に困難が生じることや紛争になるケ

ースも多いものと思われる¹⁷⁾。私見では、この種の事情について、後述の個人的事情との区別を行い、当該事情が精神疾患に及ぼしている影響・程度を精査したうえで、治療上環境を変えることの選択肢やその方法・日数の妥当性等を踏まえて、「入院」該当性の判断を行うことになるのではないかと考える。

また、治療内容についても、精神療法として、医師の診察に加え、看護師・精神保健福祉士・公認心理士などによる傾聴や助言、認知行動療法などの心理療法もあるとされ¹⁸⁾、治療経緯・治療内容として医師の診察の回数だけでは判断できないケースも想定される。

本判決は、共済団体が提出した第三者の医師と推察される意見書について信用することができるとし、その前提として、Xの訴える主症状、治療内容、医師診察回数¹⁹⁾、治療計画、外出・外泊の状況等を認定し、それらの認定事実との整合性も踏まえて、意見書の合理性を判断しているが、本判決に示された各認定事実のもとでは、約款上の「入院」該当性は否定されると考えるので、本判決は妥当であると考える。

過去の裁判例では、富山地判平成16年12月3日生判16巻930号は、入院して治療に専念しなければならないほど重篤ではないが、医師の判断も誤りとはいえないとして、入院給付金請求計120日分のうち94日分について認めているが、通院治療で足りたのではないかという疑問はある²⁰⁾。鹿児島地判平成29年9月19日判時2397号85頁は、自殺企画や自殺念慮を窺わせる言動がないことや頻繁な外泊・外出があったこと等を踏まえ、入院給付金請求計172日分について全部の請求を棄却している。

精神疾患による入院については、上記で記載した通り約款上の「入院」該当性の判断が難しいことがある。また、裁判例も少ないことから、さらなる分析に当たっては今後の裁判例の集積も必要である。

(5) 個人的事情と「入院」該当性

個人的事情とは、典型的には、一人暮らし(独居)、自宅から病院まで遠隔で不便であるといった事情であるが、これらの個人的事情は、保険約款上の要件該当性や被保険者間の公平性の観点から、「入院」該当性の判断事情として考慮することは妥当ではない。裁判例の傾向も同様である²¹⁾。本判決も、同様に、日常生活が著しい制限を受けているか否かの観

点ではなく、自宅等での治療の困難性、医師の管理下で治療に専念することの必要性等の観点から判断すべきとしており、妥当である。

以上

- 1) 本判決の先行評釈として、深澤泰弘・事例研レポ361号1頁以下(2023年)。
- 2) 検討の多くは事例研レポ等による判例評釈が多い。論文につき、甘利公人「生命保険契約における「入院」の定義(1)」上智法学論集第56巻4号13頁(2013年)、長谷川仁彦＝金尾悠香「入院保障保険における「入院の定義」規定—意義と課題—」保険研究69巻25頁(2017年)、松田真治「入院給付金支払事由該当性判断における医師の判断の位置付け」生保論集203号115頁(2018年)、坂本貴生「「入院」の定義に関するADR・裁判例の分析と検討—原因事故・傷病別の検討—」勝野義孝先生古稀記念論文集編集委員編・共済と保険の現在と未来173頁(2019年・文眞堂)、近刊文献として金尾悠香「「入院」の定義」保険法の実務と理論研究会編・保険法の実務と理論Q&A422頁(2023年・保険毎日新聞社)。
- 3) 本文記載の通り生命保険業界で「入院」定義規定が導入されたのは昭和56年以降であるところ、佐野誠「医療保険契約の保険約款における「入院」の該当性」福岡大学法学論叢67巻4号949頁以下によれば、公刊されている昭和58年以降の裁判例だけで111件が存するというところである。
- 4) 富山地判平成16年12月3日生判16巻930号と鹿児島地判平成29年9月19日判時2397号85頁(評釈につき、北澤哲郎・共済と保険748号37頁(2021年)、佐野・前掲921頁)。
- 5) 定義規定を省略している。実際の定義規定には、歯科医師や柔道整復師についての記載があり、また、注意書きや括弧書きで補足がなされていることがある。
- 6) 大蔵省保険第一課「入院給付関係要件検討事項」生命保険協会に対する要検討事項(諮問書)昭和55年10月27日、小林雅史「医療保険のモラルリスク対応の歴史」生命保険経営84巻5号5頁(2016年)、同「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612号199頁(2011年)、平尾正治「第三種保険の沿革」生命保険協会会報69巻1号29頁(1989年)、長谷川＝金尾・前掲102頁、金尾・前掲422頁等参照。
- 7) 医師が認めるから患者は入院できるのが通常であるところ、佐野・前掲949頁以下によれば、昭和58年以降の裁判例111件につき、入院給付金請求の全部認容が4件、一部認容が20件、全部棄却が87件となっており、このこと自体、裁

- 判例は基本的に医師の判断のみで約款上の「入院」の該否を判断していないことの証左である。鹿児島地判平成29年9月19日判時2397号85頁は、通常、医師の判断によらない入院を想定できないことからしても、医師による判断の存在という外形的事情のみから、直ちに「入院」該当性が推認されるとはいえない、とする。
- 8) 大阪地判平成16年11月12日生判16巻873頁、福岡地判平成20年3月28日生判20巻240頁、松山地判平成21年10月30日生判21巻679頁、福岡地判平成28年2月22日生判26巻558頁等。
 - 9) 深澤・前掲6頁。
 - 10) 長谷川＝金尾・前掲114頁参照。
 - 11) 参照したものとして、山下理矛・事例研レポ172号7頁以下(2002年)、仁科稔・事例研レポ196号1頁以下(2005年)、寺島由宏・事例研レポ220号12頁以下(2007年)、山本哲生・ジュリスト1518号114頁以下(2018年)、北澤・前掲37頁以下。裁判例も事案に応じて本文記載の考慮事情を踏まえて約款上の「入院」の該否を判断しているが、各裁判例の考慮事情・要素の分析の詳細は脚注として掲載した論文・判例評釈を参考にされたい。
 - 12) 金尾・前掲423頁参照。
 - 13) 加えて、例えば、過去に不必要入院を繰り返し行っているような事情がある場合は、当該事情そのものが、争点になっている当該入院の必要性に疑問を生じせしめる考慮事情にもなりえることがある。
 - 14) 山下友信・保険法(下)288頁(2022年・有斐閣)も、裁判上争われた事例は、入院が数十日以上にわたっており、入院中の治療内容も症状に照らし必要性が疑わしいというような事例がほとんどであり、実務上も短期の入院で明らかに入院が相当性を欠くとまではいえない事案についてまで支払いを拒絶しているわけではないと思われる、とする。
 - 15) https://kokoro.ncnp.go.jp/support_hospitalizatio.php
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所HP。なお、精神科の入院形態として、本人の同意がある任意入院(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律20条)のほか、措置入院(同法29条)・緊急措置入院(同法29条の2)・医療保護入院(同法33条)・応急入院(同法33条の7)があるが、以下では任意入院を前提として論ずる。
 - 16) 北澤・前掲38頁も、精神疾患においては客観的な検査数値等が乏しく、事後的に症状の程度を客観的に検証することが困難、と指摘する。
 - 17) 北澤・前掲38頁も、消極的治療(精神疾患の原因となった事象から距離を置くことにより精神面を安定させる)の面もあり、約款上の「入院」該当性の判断の困難性を指摘する。
 - 18) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・前掲HP。
 - 19) 本判決では、医師の診察以外の精神療法の認定はない。
 - 20) 北澤・前掲38頁は、背景に精神疾患の「入院」該当性判断の難しさがある、とする。
 - 21) 函館地判平成17年9月21日生判17巻745頁、福岡地判平成19年12月7日生判19巻629頁、札幌地判平成20年1月17日生判20巻1頁、高知地判平成20年2月27日生判20巻118頁等、佐野・前掲945頁以下。学説上は、考慮要素として一定の余地を残すものが多いようである(金尾・前掲425頁、深澤・前掲7頁)。