
種 別： 論説

タイトル： 生命保険契約における「入院」の定義（1）

著 者： 甘利 公人

所 収： 『上智法学論集』第 56 卷 4 号（平成 25 年 3 月）13-61 頁

発行元： 上智大学法学会

本頁は書誌情報頁です。適宜論文本文の前に付してご利用下さい。



上智大学法学会

論 説

生命保険契約における「入院」の定義 (1)

甘利 公人

- I. はじめに
- II. 裁判例 (以上本号)
- III. 裁定審査会の事例
- IV. 裁判例・学説の検討
- V. おわりに

I. はじめに

傷害を負ったりまたは疾病に罹った者が、病院に行って医師の診察を受けたうえで入院して治療を受け、退院した後も通院して治療を受けた。そこで、自己が被保険者や保険金受取人となっている生命保険契約の入院給付金や通院給付金を保険会社に請求した。ところが、保険会社は、これらの入院・通院は保険約款に定義する「入院」に該当しないとして、支払いを拒絶したり削減して支払った。保険契約者等としては、実際に傷害や疾病があり、医師の診断を受けたうえで入院したにもかかわらず、なぜ「入院」にならないのか、という疑問が生ずる。

たとえば、明治安田生命保険会社の新・入院特約〔積立終身用〕第3条の備考欄において、入院について定義規定を置いている⁽¹⁾。それに

よれば、「入院」とは、医師（柔道整復師法に定める柔道整復師を含みます。以下同じ。）による治療（柔道整復師による施術を含みます。以下同じ。）が必要であり、かつ自宅等での治療が困難なため、備考5の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います、と規定している。そして備考5では、「病院または診療所」とは、次の各号のいずれかに該当したものとします。(1) 医療法に定める日本国内にある病院または患者を入院させるための施設を有する診療所（四肢における骨折、脱臼、捻挫または打撲に関し施術を受けるため、柔道整復師法に定める施術所に入院した場合には、その施術所を含みます。)(2) 上記(1)場合と同等の日本国外にある医療施設、というように定められている。

このように生命保険会社の約款では、入院の定義について、概ね「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、病院又は診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること」と規定されている。

保険約款における「入院」の定義をめぐって、苦情が生命保険協会などの指定紛争解決機関に申し立てられる事例が多くなっており、生命保険判例集に掲載される裁判例も急増しているのが、最近の傾向である。そこで、以下において、入院の定義についての裁判例を概観したうえで、生保協会の指定紛争解決機関である裁定審査会の裁定事例を紹介して、生命保険約款における「入院」の定義について検討する。

II. 裁判例

入院の定義を巡る従来の裁判例では、入院の必要性を全期間について認める裁判例と請求の一部を認めるもの、請求の全部を認めないものと

(1) http://www.meijiyasuda.co.jp/personal/product/list/la/pdf/content_56.pdf 参照。

に分類できる。以下では、これらの裁判例を概観する。

1. 入院の必要性を全期間について認める裁判例

① 青森地判平成12年6月13日生命保険判例集12巻316頁は、被保険者が糖尿病などで入院等をしたとして、入院給付金等の支払いを求めた事案について、次のように判示した。

「これらの事実によれば、平成8年入院が医師の診断により適切な治療がなされたものであることが認められる。

これに対し、保険者は、第一、第二保険契約の約款での『入院』の定義が『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』である旨規定されていることから、『入院』の定義をかなり狭義に解し、被保険者の各入院が『入院』に該当しない旨主張する。確かに〔証拠略〕によるとその旨の記載があるが、これは生命保険、特に入院保障特約が、ともすると射倖性をもつことから、そのような保険制度を濫用するような請求を排除する趣旨のものと解され、1日でも外出すれば『入院』に該当しないというわけではなく、当該入院を通じてそのような濫用の意図のないことを要件とする趣旨であると解される。

この趣旨から平成8年入院を検討すると、入院の期間及び間隔は、保険者の主張するように保険契約を意識したかのような外形をたどっている。しかし、入院当初の被保険者のヘモグロビンのグリコAIC/LA値や血糖値は、基準値を大きく上回っており、入院治療を受ける必要性が認められる。また、入院中の外泊や外出が多く、入院中の食費を節約するためか欠食も多く、まじめな入院態度とは必ずしもいえない状態ではあるが、外泊や外出が多くなったのは、退院の近づいた同年4月から5月に集中しており、糖尿病に運動療法があることをも併せ考えると、不審を抱かせるものではない。入院期間が長くなったのも、グリコAIC/LA値や血糖値が、入院当初に比較すると治療の効果により、徐々

に症状が緩和されてはきたものの、5月になっても、依然として基準値より高いことから、入院が継続されたものと考えられ、入院継続に疑問が生じるものとはいえない。

なお、保険契約者である会社は、平成7年入院時の同年6月30日付で、入院先のBクリニックの隣接地に本店移転しているが、これにより前記認定は左右されない。

したがって、平成8年及び平成9年入院は、入院給付金を支給すべき『入院』と認められる。」

控訴審の仙台高判平成13年10月1日生命保険判例集13巻776頁は、次のように判示して一部の入院について、請求を認めなかった。

「保険者は、第一、第二保険契約の約款に言う『入院』とは、『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、病院又は診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること』であり、被保険者の平成8年入院は同約款の『入院』に該当せず、入院給付金の支給対象にはならないと主張し、〔証拠略〕(ご契約のしおり・定款・約款のうち入院保障特約条項)にはこれに副う記載がある。このように保険約款中に『入院』の定義を定めた趣旨は、相互扶助を目的とする保険制度において、多数の契約者相互間の公平を図るために入院給付金の支払い事由を限定するとともに、生命保険、特に入院保障特約が、ともすると射倖性をもつことから、保険制度を濫用するような請求を排除する点にあるものと解される。したがって、本件の入院保障特約における『入院』に該当するかの判断をするに当たっても、上記のような趣旨に照らして、入院給付金の支給対象となる『入院』に該当するかどうかを判断すべきものである。

以上によれば、平成8年入院については、平成8年2月1日から同年4月30日までの90日分が入院給付金(保険契約者については成人病による入院給付金)を支給すべき入院となり、被保険者らの平成8年入院分の請求については、保険契約者については360万円の請求のうち270

万円の支払いを求める限度で理由があり、被保険者の請求については60万円の請求のうち45万円の支払いを求める限度で理由がある。

また、平成9年入院については、保険契約者が平成9年3月8日から同月27日までの20日分につき成人病による入院給付金として60万円及び手術給付金5万円の支払いを求める請求はすべて理由があり、被保険者が上記20日分の入院給付金10万円を求める請求のうち、入院開始日から4日間の不支給分2万円を差し引いた8万円及び手術給付金5万円の支払いを求める限度で理由がある。

② 大阪地判平成16年7月2日生命保険判例集16巻473頁は、被保険者が交通事故により83日間入院したとして入院給付金と弁護士費用の損害賠償請求した事案について、次のように判示した。

「被保険者は、主治医であるG医師から『腰椎分離汙り症』と診断され、その指示に従い、当初、通院治療を継続したが、左下肢の痛みや左足のしびれがおさまらず、むしろ悪くなっているように感じたことから、その旨をG医師に訴え、平成15年3月14日、I病院で腰部のMRI検査を受け、その画像も検討のうえ、G医師の判断で入院したものであって、入院の必要性があることを肯認することができる。

この点に関し、保険者は、約款上の『入院』に該当しないと主張し、査定医長である医師M男の意見書を援用するが、同医師の経歴書によれば、同医師の専門分野は産婦人科であって、整形外科の臨床経験のないことはその経歴に照らしても明らかであって、整形外科を専門とする主治医であるG医師の治療方法と診断内容を不相当とするだけの根拠ある意見とは到底認めがたい。

また、保険者は、被保険者のF病院の診療録等に別紙のとおり記載があり、入院の必要性がなかった旨の主張をするが、前記認定事実及び証拠に照らせば、入院の必要性を否定しうるまでの事実とはにわかに認めがたく、保険者のこの点に関する主張も採用できない。

さらに、被告は、調査会社である株式会社 K ビジネスサービスの調査員である L 男の平成 15 年 5 月 12 日付事実確認報告書中の被保険者の面談時の状況について『スタスタと屋上への階段を上がっていった』との記載から被保険者に入院の必要性がなかった旨の主張をするが、証人 L 男の供述内容自体からも同人が予想していた被保険者の症状より軽かったとの主観的な感情から客観的な事実と相違する不適切な表現記載をしたことが窺われるうえ、証拠に照らしても同証人の供述及び前記事実確認報告書中の被保険者の面談時の状況についての記載は到底信用しがたいといわざるを得ない。

そうすると、保険者は、被保険者に対し、その請求する各給付金の支払義務があるというべきである。

……被保険者による主治医の診断等を根拠とした本件保険契約に基づく各給付金請求に対し、保険者は、これを不当とするに足りる確実な証拠（調査員である L 男の前記事実確認報告書や査定医長である医師 M 男の意見がこれに当たるものとは認めがたいことは前記判断のとおりである。）もないまま、現実に入院した被保険者の前記各給付金請求を拒絶したものであって、その拒絶の態度は強固であって、被保険者としては、弁護士である代理人に委任して保険者との交渉・訴訟提起を余儀なくされたものであって、このような場合、事案の難易、請求額、認容額その他の諸般の事情から相当な範囲内の弁護士費用は、不当な支払拒絶と相当因果関係のある損害と認めるのが相当であって、本件の場合、被保険者の請求する金 20 万円をもって相当な損害と認められる。」

2. 入院の必要性を一部期間について認めた裁判例

③ 札幌地判平成 12 年 12 月 14 日生命保険判例集 12 巻 647 頁は、被保険者が交通事故による頸椎捻挫、胸椎捻挫で入院した事案について、次のように判示して 28 日を超える入院給付金の支払請求を棄却した。

「被保険者が外泊を始めた平成 11 年 4 月 28 日以降については、病院

に入って常に医師の管理下において治療に専念する必要性があったと認めることは困難である。もとより、入院についての被保険者の意向によって右必要性が肯定されることはない。

L 医師は、交通事故による精神的ストレスから解放するためにも入院させる必要性があったとするけれども、仮に被保険者に右精神的ストレスが生じていたとしても、職場の精神的ストレスに起因して発病した患者を入院させる必要がある場合などと異なり、右精神的ストレスは入院によって解放される性質のものではないから、そのことによって入院の必要性が肯定されるものではないと判断される。また、L 医師は、平成 11 年 4 月 28 日以降についても、完全に通院治療に切り替えることは少し無理であった旨供述するけれども、その根拠は極めて薄弱であり、たやすく右供述を採用することはできない。

被保険者は、被保険者の治療に当たった L 医師の判断を尊重すべきである旨主張するけれども、平成 11 年 4 月 28 日以降も入院を継続させた L 医師の判断には客観的合理性がなく、これを尊重することは到底できないから、被保険者の右主張は採用することができない。」

④ 札幌地判平成 13 年 4 月 24 日生命保険判例集 13 卷 432 頁は、被保険者が交通事故により 94 日入院し、その前後 51 日間通院した事案において、次のように判示して、2 週間の入院と 15 日間の通院を認めたがその他は請求を棄却した。

「本件事故によって被保険者が受けたエネルギーは大きなものとはいえないし、B 整形での被保険者の症状は自覚症状が主体であり、しかも、その症状は初期のころから同医院を退院し、さらに通院を中止するに至るまで、変化がみられない。また、被保険者に、本件事故によって、頸椎損傷等の傷害を受けた事実も認められない。

一方、〔証拠略〕によれば、頸椎捻挫に対しては、受傷直後から頭痛や頸部痛、嘔気・めまい等の症状が強い場合には入院が必要であるが、

その場合でも受傷後数日間の入院をして安静をとらせ経過観察をすればよい(あるいは、入院を必要としても2週、又は症状の軽快が順調でないとしても4~5週といったところが一般的である。)との医学上の見解が文献において述べられていることが認められる。

これらの点に証人〔略〕の証言を総合すれば、被保険者に対する治療としては、頸部痛、頭痛、めまい、嘔気が激しかったことから医師の管理下における安静と経過観察のための入院の必要はあったことは認められるが、必要な入院期間は2週間(14日間)の限度にとどまるとするのが相当と認められる。

また、入院の前後の通院も、被保険者の症状は、前記のとおり自覚症状が主体であって症状には変化がなく、処置や投薬にも変化がなかったのであるから、退院後は15日間の通院で足りたと認めるのが相当である。』

⑤ 徳島地判平成15年10月28日生命保険判例集15巻640頁は、被保険者が糖尿病により128日入院にした事案について、39日目までの入院について、特約上の「入院」に該当すると判示した。

「本件特約において『入院』の意義が定められている趣旨は、入院給付金の支払事由を限定することにより、保険料収入と給付金支出との収支関係の均衡を保ちつつ多数の契約者相互間の公平を図るとともに、保険制度を濫用するような請求を排除する点にあるものと解され、『入院』に該当するかどうかの判断もこのような趣旨に照らして行われるべきものであるが、そもそも保険制度が相互扶助を目的とするものであることにかんがみれば、『入院』の要件を厳格に解するあまり相互扶助の精神にもとる結果となることは相当でないといわなければならない。

被保険者は、A病院への1回目の入院の後、通院治療を継続していたところ、本件入院前直近の検査(平成12年9月28日)で空腹時血糖値が日本糖尿病学会の評価基準で不可とされている140mg/dlをはるかに

超える 425mg/dl にまで達し、意識障害を起こす可能性が認められたものであり、それから 1 か月あまり経過後の本件入院直後の検査（同年 11 月 8 日）ではこれが 173mg/dl にまで改善されていたものの依然として上記評価基準値を超えていたのであるから、本件入院の開始時においては、意識障害など入院が絶対的適応とされる症状が現実に発現していたわけではないけれども、医師の監視の下で適切な血糖コントロールを行いつつ高血糖による意識障害の可能性のある危険な状態を脱したかどうかについての経過観察を行う必要があったというべきである。

しかしながら、本件入院開始後 38 日目（平成 12 年 12 月 14 日）に行われた 2 度目の検査でも空腹時血糖値が 194mg/dl という結果が出、これにより一時の危険な状態は一応脱したものと評価することができること、その後の本件入院中の検査では空腹時血糖値及び HbA1c 値ともに改善が見られず入院前の通院時と同程度の水準で推移し、しかも退院は被保険者の都合によるものであったこと、被保険者は妻の病気という問題を抱えつつも自らの生活改善の努力により本件入院前 1 か月あまりの間に空腹時血糖値を大幅に下げること成功していることに照らすと、上記の本件入院開始後 2 度目の検査結果が血糖値の日内変動をも含めすべて明らかとなった平成 12 年 12 月 15 日（本件入院開始後 39 日目）の翌日以降は常に医師の管理下において治療に専念するための入院は必要ではなくなったというべきである。

以上によれば、本件入院のうち平成 12 年 11 月 7 日から同年 12 月 15 日までの 39 日間の入院は『入院』に該当するが、それ以降の入院はこれに該当しないというべきである。これは全国的な平均入院期間と比較しても相当な範囲内の入院期間といえることができる。なお、上記『入院』に該当する 39 日間の期間内においても外泊日又は病院食を摂らない日が週一日の割合であったことがうかがわれるが、この程度のことであれば『常に医師の管理下において治療に専念する』ための入院と評価することの妨げにはならないというべきである。

そして、前記認定の事実及び弁論の全趣旨によれば、本体入院のうち『入院』に該当する前記39日間の入院は本件特約に基づく成人病入院給付金の支払要件をすべて満たすものであることが認められるから、被保険者は、保険者に対し、本件特約に基づいて、成人病入院給付金81万9000円(7000円×3×39日)の支払を求めることができる。」

⑥ 函館地判平成15年5月21日生命保険判例集15巻357頁は、被保険者の高血圧症の入院82日について、55日の外泊があり、9日間の入院について4日の免責期間を除いて、5日の入院を認めた事案について、次のように判示した。

「保険者の査定医長作成の平成14年12月13日付け意見書によると、同医師は、本件入院中の被保険者の症状等に加えて、本訴訟係属後に入手した本件入院に係るカルテ及び看護記録等により判明した被保険者の外泊状況に鑑みれば、本件入院の内実は一般通常人の想定する入院とは全く異なっており、約款に定める『自宅等での治療が困難な』状態であったとは到底言えず、『常に医師の管理下において治療に専念』していたとも言えないのであって、平成13年9月13日以降については入院特約に定める入院給付金の支払対象となる入院には該当しないと判断している。

前記の認定事実に意見書を総合すると、被保険者の本件入院期間中の外泊状況及び症状等に鑑みると、本件入院は、少なくとも平成13年9月13日以降については、本件保険契約の前記入院特約に定める『医師による治療が必要であり、かつ自宅等において治療が困難なため、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』入院とは言えず、入院給付金の支払対象となる入院には該当しないというべきである。被保険者は、外泊を繰り返したのは同室者に精神疾患の盛者がいたためである旨主張するが、しかしながら、前記のとおり、本件入院以前における2度の入院の際にも外泊を頻繁に繰り返しているこ

と、本件入院に係る看護記録には、被保険者主張の事実を窺わせる記載は一切認められないことなどに照らすと、被保険者の主張にはわかに採用できないばかりか、たとえ被保険者主張の事実があったとしても、その外泊の時期・頻度・期間等その外泊状況に照らすと、本来の入院の必要性が認められるとは言えず、本件入院は前記入院特約に定める入院には該当しないというべきである。

したがって、保険者は、被保険者に対し、支払済みの入院給付金を超えて入院給付金を支払う義務がないから、被保険者の本件保険契約に基づく入院給付金請求は理由がない。」

控訴審の札幌高判平成 15 年 10 月 30 日生命保険判例集 15 巻 68 頁も、原審判断を支持した。

⑦ 福岡地小倉支判平成 15 年 6 月 27 日生命保険判例集 15 巻 433 頁は、被保険者が不整脈、狭心症の疑いで 101 日間の入院保険金を請求した事案について、次のように判示した。

「(1) 医師による治療の必要性について

本件の入院の目的が安静加療及び心臓検査であることは、上記認定のとおりである。安静は、あらゆる疾病治療の基本であり、治療の重要部分を占めるものではあるが、必要とされる安静の程度や内容は個々の疾病の種類と程度に応じて様々であり、日常生活における行動や運動等が厳しく制限されるために医師の厳重な管理下において行われるべき絶対安静から、必ずしも医師の管理を要しない軽度の安静まで、安静度には様々な段階が存在することは公知の事実である。そして、上記認定によれば、被保険者の診療録に記載された安静加療の安静度は『制限なし』であるから、本件の入院において被保険者に必要とされる安静度は比較的軽度のものであったと認めるのが相当であり、本件にあらわれた記録を精査しても、被保険者に必要とされた安静加療が、医師の厳重な管理下において行われる必要のある程度の安静とまで認めるべき特段の事情

も窺われないから、本件においては、安静加療が必要であったことをもって医師による治療の必要性を肯定することはできない。

次に、心臓検査が本件の入院の目的とされている点であるが、一般に、実施される検査が単に被験者の健康状態をチェックするための検査(例えば、人間ドックなど)である場合には、これをもって治療とみることはできないことはいうまでもないが、当該検査が、治療の前提として、治療の必要性または治療方針を検討するうえでの必要な資料を得るために実施されるものである場合には、当該検査の実施も、治療の一環として、治療に含まれるものと認めるのが相当であるところ、上記認定事実によれば、本件の入院の目的とされた心臓検査は、被保険者の病的な自覚症状の愁訴に対して、疾病の有無の診断及び治療の必要性または治療方針を検討するうえでの必要な資料を得るために実施されるものと認められるから、本件の入院において実施された心エコー及び心電図検査、24時間のホルター(長時間)心電図検査等の心臓検査は、医師による必要な治療に該当するものと認めるのが相当である。

(2) 自宅等での治療の困難性について

本件の入院の目的の一つである安静加療が治療に該当するものであるが、本件の入院において被保険者に必要とされる安静度は比較的軽度のものであったと認められるうえ、被保険者は、本件の入院期間中、医師の指示により、または、医師の許可を得て、ほぼ毎土曜、日曜ごとに一時帰宅しているところ、その帰宅回数は15回で、延べ34日にも及んでいることは前示のとおりであるから、安静加療については、自宅等での治療の困難性を認めることができない。

次に、本件の入院の目的の一つである心臓検査が医師による必要な治療に該当するものであることは上記認定のとおりであるところ、入院当日の6月21日に実施された心エコー及び心電図検査については、入院当日に実施されているところからみて、通院により検査を受けることが十分に可能であったものと認めるのが相当であるが、7月24日に実施

された24時間のホルター（長時間）心電図検査については、24時間を掛けて実施する検査であるところから、入院を要する検査であると認められる。しかしながら、その必要な入院期間としては、検査の実施前に被験者を観察する期間を含めたとしても、せいぜい1週間程度であると解するのが相当である。

以上によれば、本件の入院においては、24時間のホルター（長時間）心電図検査を実施するのに必要な1週間に限って、『入院』に該当するものと認めるのが相当であるというべきところ、成人病入院給付金が支給されるためには、入院日数が継続して20日以上であることが必要であることは上記認定のとおりであるから、入院保障特約（C）に基づく成人病入院給付金の請求の要件を欠くものである。

なお、医学に無知な通常の患者は、入院治療の必要性についての的確な判断能力を有するものではないから、入院治療を受けるか否かの判断は、自らの主体的な判断で行うものではなく、受診した医師の判断・指示や、勧めに従うのが一般的であり、その際、自己が契約している保険契約の入院保障特約に基づく入院給付金の支給を当てにし得るかどうかも重要な要素となることが推察できるところである。したがって、保険契約の入院保障特約の適用の有無の判断に際しては、被保険者を診察した医師の入院の必要性についての判断が第一義的に尊重されるべきものではあるが、保険契約という契約上の要件に該当するか否かの判断は、あくまでも契約上の要件の該当性の判断であるから、ある医師が一定の判断を示したからといって、常にその判断を前提として入院要件を判断すべきであるということにはならない。そして、本件においても、入院保障特約（C）特約条項において、被保険者に入院給付金が支給される場合の厳しい条件が明記されていて、保険契約当事者である被保険者も、その点を了知していたものと解されるから、例え、受診した医師の判断・指示や、勧めに従った入院の場合であっても、本件保険契約の入院保障特約に基づく入院給付金が支給されるであろうとの期待は、法的

に保護されるべき合理的な期待とすることはできず、これらの点は、上記の判断を左右するものとはいえない。」

⑧ 札幌地判平成16年1月29日生命保険判例集16巻67頁は、被保険者が糖尿病と腰椎椎間板障害で46日間入院(13年入院)、また糖尿病等で92日間入院(14年入院)したとして被保険者が入院給付金を求め(甲事件)、保険者が支払い済みの13年入院給付金につき不当利得による返還請求した(乙事件)事案について、次のように判示した。

「争点① 13年入院の支払事由該当性について

(1) 糖尿病について

一般に、糖尿病については、慢性合併症の発症・進展の阻止が主たる治療目的であり、外来治療が原則とされていること、新たに糖尿病が発見された場合や、血糖コントロール改善のために、教育入院を行う場合もあること、血糖コントロールが悪化した状態が外来通院でうまくゆかない場合には、入院してコントロールする方が良いと考えられていること、血糖値は、空腹時で140ミリグラム毎デシリットル(以下、単位を省略)以上が『不可』と評価され、直ちに生活習慣の厳重な見直しと治療方針の変更を考えるべきであるとされ、126ないし139が『可』と評価され、生活習慣を見直すとともに薬剤の増量等を考えるべきであるとされていること、血糖値のコントロールとしては、『良』以上の評価、すなわち125以下を目指すべきであるとされていることが認められる。そして、被保険者は、入院時、糖尿病の急性期症状及び合併症はなかったものの、入院前の外来で受けた平成13年5月24日の検査で、血糖値が346、HbA1cが7・0パーセントであったため、血糖値コントロールのため、医師において入院を指示したことが認められる。このHbA1cの値は、糖尿病治療のコントロール評価としては[可]であるが、血糖値は、かなり高い値を示しており、これは空腹時血糖ではないと認められるものの、平成14年3月2日の原告の空腹時血糖値が135の日の最

高血糖値は 295 であることに照らすと、平成 13 年 5 月 24 日の空腹時血糖値も 140 を優に超えていたと推認される。なお、入院翌々日である同月 28 日の血糖値日内変動においても、夕食後 214 を超えていることが認められる。

以上からすると、被保険者は、平成 13 年 5 月 26 日の時点において、血糖値コントロールのため、入院治療を受ける必要性があったと認められる。

なお、入院中実際に行われた治療は、1600 キロカロリーの食事制限、経口内服薬の投与と、同年 5 月 30 日に行われた栄養指導であることが認められるが、13 年入院の約 2 か月前である同年 2 月 6 日から同年 3 月 12 日までの間 B 病院に糖尿病について教育入院をしているにもかかわらず、現実に外来の検査値で血糖値が高い値を示していることを考えると、上記治療が通院でも可能であるからといって、入院の必要性を否定することはできない。

(2) 腰椎椎間板障害について

被保険者は、独歩で入院し、入院中も、腰痛は一貫して自制内で、入院を必要とする程度のもではなかったこと、医師指示書や看護記録等の記録上、腰痛治療は入院の目的とされていないこと、入院中の治療も、入院後 10 日以上経過した平成 13 年 6 月 6 日のノイロトロピン 1A の注射と同日から開始された理学療法のみであることが認められる。

このことからすると、腰椎椎間板障害については、入院治療の必要性は認められない。

(3) 13 年入院の支払事由該当性

以上からすると、腰椎椎間板障害については、支払事由該当性はないが、13 年入院は、糖尿病について、これを直接の原因として、『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であり、病院又は診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること』に該当する。

争点② (14年入院の支払事由該当性) について

(1) 糖尿病について

空腹時血糖値は、入院初日である平成14年3月1日には264と、『不可』に該当する極めて高い値を示し、入院翌日である同月2日にも135と、『可』に属する値であったこと、同日の朝食前以外についての血糖値もすべて200を超えており、同月15日にも、夕食前には174であったことが認められる。そうすると、13年入院と同様、平成14年3月1日の時点において、血糖値コントロールのため、入院が必要であったと認められる。

なお、同月27日以降の血糖値は、ほぼ正常の範囲内になっていたこと、入院時において予定されていた治療は、1600キロカロリーの食事制限及び経口内服薬の投与のみであり、栄養指導も、同年4月8日に1回行われただけであったことが認められるが、血糖値が入院後半において上記のように改善したのは、入院により、医師の管理下でのコントロールが奏功したためと認めるべきであって、入院の必要性を否定する根拠とはならないし、治療方法が上記のとおり外来でも可能なものであっても、13年入院について判示したところと同様、入院の必要性を否定することはできない。

(2) 肝機能障害について

14年入院の入院証明書には、肝機能障害の記載がなく、一般的に入院が必要とされる肝機能障害に伴う症状は発症していないこと、入院前の平成14年2月23日の外来での検査の結果は、GOT37、GPT65、 γ -GTP107と、正常値を多少上回っている程度であったことが認められる。

これらの事実に、証拠を総合すれば、被保険者の肝機能障害は軽度であり、入院治療を必要とするものではなかったことが認められる。

(3) 心臓の不調について

退院証明書には心臓疾患の記載がないこと、入院中、心電図上におい

て異常はみられなかったこと、被保険者は、入院中、平成 14 年 3 月 11 日、同月 23 日、同月 31 日等に胸の苦しさを訴えたことはあったが、切迫した症状ではなかったこと、担当医も、心臓疾患による入院の必要性は認識しておらず、入院治療の必要性はなかったことが認められる。

(4) 14 年入院の支払事由該当性

以上からすれば、肝機能障害及び心臓の不調については、支払事由該当性はないが、14 年入院は、糖尿病について、これを直接の原因として、『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であり、病院又は診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること』に該当するというべきである。

以上によれば、甲事件における原告の請求は、92 万円の支払を求め限度で理由があるからこれを認容し、その余の甲事件における被保険者の請求及び乙事件における保険者の請求は失当であるからいずれも棄却することとする。」

⑨ 徳島地判平成 16 年 1 月 22 日生命保険判例集 16 卷 23 頁は、被保険者が第 5 腰椎分離症、根性坐骨神経痛、変形性膝関節症（両膝）と診断され 122 日間の入院をしたとして入院給付金を請求した事案において、次のように判示して本件入院のうち入院日から 48 日間分に限り、本件疾病特約に規定された入院給付金支給事由に該当する「入院」であると認めるのが相当である、と判示した。

「第 5 腰椎分離症、変形性膝関節症の治療については、外来治療によって行われることが一般的であり、また、本件入院中に行われた治療行為のうち、経口投与、静脈注射、温熱療法、低周波療法については、いずれも通院でも実施可能であったと認められることをも併せ考慮すると、本件入院のうち入院日から 48 日間分に限り、本件疾病特約に規定された入院給付金支給事由に該当する『入院』であると認めるのが相当である。

また、保険者は、被保険者は、入院3日後の平成13年10月4日に、私用で外出している他、その後もたびたび外出、外泊等をしており、この事実を照らせば、被保険者の症状が入院が必要なほど深刻なものであったとは考えがたい旨主張する。しかし、本件入院中の外出、外泊の有無、頻度は、入院治療の要否の判断材料の一つとなり得るといふべきであるが、外出、外泊の理由やその際の被保険者の症状等をも併せ考慮すべきことは論を待たず、外出、外泊の事実のみをもって入院の要否を判断することはできない。そして、保険者の指摘する平成13年10月4日の外出、その後の同月31日から11月1日の外泊並びに同月2日及び5日の外出にかかる、その際の被保険者の症状等については、これらの外出、外泊当時には、入院の必要が存在したと認めるのが相当である。」

しかし、控訴審の札幌高判平成16年7月20日生命保険判例集16巻531頁は、次のように判示して、14年入院について原判決を取り消した。

「しかしながら、被保険者は、13年入院（平成13年7月10日に退院）の後、14年入院に至るまでの7か月余の間、本件病院に適宜通院して食事指導と内服薬の処方を受けたが、その間糖尿病が重症化したことはないものと認められるのであり、上記認定のように血糖値が一時的に高い値（治療方針の変更等が考えられるべき『不可』に該当する値。）を示したからといって、それのみでは被保険者が入院の上、常に医師の管理下において糖尿病の治療に専念すべき状態にあったものとは認め難い。

被保険者は、14年入院中に内服薬オイグルコン（経口血糖降下剤であると認められる。）の投与、点滴及び食事療法を受けていた旨を主張するが、これらによる血糖値のコントロールが通院では困難であったことを認めるべき証拠はない。血糖値のコントロールについての教育が必要であったとしても、被保険者は、平成13年中にB病院での教育入院と本件病院での13年入院により糖尿病についての十分な教育を受ける

機会を得ているのであるから、さらに教育のために入院する必要があったとはみとめられない。また、92 日間に及ぶ 14 年入院が教育のための入院であったことを認めるべき証拠もない。

被保険者人は、通院のため仕事を休んだのでは給料が支給されない旨を主張するが、そのような事柄によって入院治療の必要を認めることはできない。

その他 14 年入院時の被保険者の糖尿病が『自宅等での治療が困難であり、病院又は診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること』を要する状態にあったことを認めるに足りる証拠はない。』

以上によれば、14 年入院は、糖尿病、肝機能障害及び心臓の不調のいずれについても、本件特約の約款 9 条及び別表 4 に定められた給付金の支払事由である『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であり、病院又は診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること』に該当しないものといわなければならない。』

⑩ 福岡地判平成 16 年 6 月 29 日生命保険判例集 16 卷 470 頁は、保険契約者が被保険者の入院について一部しか支払わなかったことを理由として、保険者の債務不履行による契約解除に伴う保険料の返還請求をした事案について、次のように判示した。

「保険者の保険約款によると、入院給付金の対象となる『入院』というのは、『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』を意味するところ、被保険者である A 男の糖尿病という疾患の性質や状態等に照らし、保険者がなした A 男の入院期間 115 日に対する保険給付金を 50 日分に限定した査定及び支給が、必ずしも不当なものであるとはいい難いし、他にその不当性を認めるに足りる的確な証拠はない。のみならず、これに不服があるとすれば、被保険者である A 男において、保険者に対し、保険給付金の支払を請求し、必要に

応じ訴訟等により解決を計れば足りるのである。したがって、保険者における上記査定及び支給が、直ちには保険契約者に対する債務不履行とはならないというべきである。

そして、保険契約の責任開始後の解約に伴い、保険者から保険契約者に対し、保険約款による解約返戻金が既に払い戻されており、これにより、本件各保険関係は終了しているものと解される。」

① 福岡地判平成16年9月28日生命保険判例集16巻787頁は、被保険者が糖尿病で115日間入院したが36日しか入院給付金が認められなかったので、残りの75日分の支払を求めた事案について、次のように判示した。

「保険者の本件保険契約の新入院医療特約によると、前示のとおり、疾病入院給付金の支払の対象となる『入院』というのは、『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』と定められているので、これを本件につきみることとする。

被保険者は、平成14年12月中旬ころから、全身倦怠感、軽度の呼吸困難、眠気、ふらつき、口渇等があったため、B医院を受診し、糖尿病の傷病名により、平成15年1月20日から同年5月14日まで115日間入院し、食事療法、運動療法、インシュリン療法による治療を受けたこと、被保険者の血糖値は、入院当初340mg/dℓ（基準値110mg/dℓ以下）であったが、同年2月14日には158mg/dℓ、同月28日には179mg/dℓと徐々に低下していたこと、被保険者の身体の状態は、同年3月以降5月まで経時的には大きな変化はなく、同年3月には7日、4月には6日と外泊を繰り返していること、標準的糖尿病の治療のための入院治療期間としては、それが生活習慣病の一つで慢性の病気であり、食事療法や経過観察であれば、3、4週間以内で足り、その後は自宅での食事療法や薬物療法等により改善を図るのが相当とされていること、

なお、被保険者は、睡眠無呼吸症候群とも診断されているが、これは糖尿病の合併症ではなく、肥満によるものが多くあり、肥満の解消により改善され、その治療は外来で足りることが認められる。

そうであれば、本件保険契約の新入院医療特約における、疾病入院給付金の対象となる、被保険者の糖尿病の治療のための入院としては、平成15年2月28日までは必要であったが、その後は自宅での治療でも足りたものといえる。したがって、保険者が、被保険者の全入院期間の疾病入院給付金の請求に対して、約款所定の4日を控除した36日分しか支払わなかったことは妥当であるというべきである。」

⑫ 大阪地判平成16年11月12日生命保険判例集16巻873頁は、被保険者が糖尿病で124日間入院したが、保険者が35日間しか支払わなかったので、残りの89日分の入院給付金の請求をした事案について、次のように判示した。

「糖尿病治療の原則は外来治療とされ、糖尿病性昏睡、低血糖昏睡、糖尿病の合併症又は重症の感染症などの症状を伴うような場合でもない限り、基本的には、緊急入院させて治療をするまでの必要性はないものとされ、血糖を下げる効果を有する経口糖尿病内服薬であるオイグルコンの投与を受け、あるいはインシュリンの投与を受けることにより、血糖値を下げる事が可能であるところ、被保険者の上記空腹時血糖値の値は、前記認定のように、平成14年5月16日以降も時折比較的高い数値を示すことこそあったものの、糖尿病域とされる空腹時血糖値の値の下方を基本的に推移していたし、そもそも、被保険者は、入院後しばらくたった同年4月15日に初めてオイグルコンの投与を受けたにすぎず、入院期間中、インシュリンの投与は受けていないことが認められるので、必ずしも重度の糖尿病の症状を示していたといえないし、後記のとおり、被保険者は咳喘息の症状を示していたものの、それ以上に糖尿病性昏睡等の症状や重度の感染症といい得るまでの症状があったことはう

かがえない。なお、上記証拠によると、血糖コントロールがうまくいかない患者に対し、糖尿病について知識を与え、治療方法の指導をするため2週間程度入院をさせることがあることが認められるものの、本件入院期間中、教育入院のカリキュラムが実施された形跡もない。

そうすると、被保険者の糖尿病に対する入院治療の必要性は、少なくとも糖尿病そのものに対する治療に関する限りは認め難いものである。」

⑬ 富山地判平成16年12月3日生命保険判例集16巻930頁は、被保険者の不安神経症などによる120日分の入院給付金を請求した事案について、次のように判示した。

「以上によれば、本件入院の原因となった被保険者の症状は、被保険者の不安感や強い思い込みなどからくる呼吸困難の愁訴が主なものであり、実際に呼吸困難の症状はあったものの、その程度は、客観的に振り返ってみれば、入院して治療に専念しなければならぬほど重篤なものであったとは認め難い。

しかし、前記認定のとおり、本件入院の当時は、それぞれの病院の医師が、被保険者の症状等に照らして入院加療の必要を認めており、各種検査のほか、呼吸管理、酸素吸入、ネブライザー加療等の治療を行い、また不安感に対する眠剤の投与等をしていることが認められる。その程度はともかくも、現実に呼吸困難の症状があったことや、医師らにおいて、その傷病名がはっきりわからなかったこと、一連の入院の過程で、現実に被保険者の症状が軽快改善していることなどをも併せ考慮すると、前記丁医長の見解を考慮しても、入院治療を決めた当時において、これを必要と認めた医師らの判断が誤りであったとは言えない。

なお、G記念病院において、退院以後外来加療と診断されたことは前記認定のとおりであるが、同病院において同時にI温泉病院への紹介状を出していることも考慮すると、これは『喉頭けいれん』についてはこれ以上入院治療の必要はないと判断しただけであるとも言えるから、

上記事実によって直ちにI温泉病院での入院が当初から必要のない入院であったということはできない。……

しかし、仮に上記病院の医師らが同報告書のとおり認識をもっていたとしても、これによって直ちに、実際に被保険者の本件入院の必要性を認めた医師らの判断が誤りであったということはできないし、本件入院が治療を目的とした入院ではないと認めることもできない。

その他、被保険者が3病院をいずれも月末に退院していることなど、保険者の主張を検討しても、いずれも前記認定を覆すものとはいえない。以上を総合すると、本件入院のすべてについて『入院』には該当しないと保険者の主張は、採用できない。

しかしながら、前記認定のとおり、I温泉病院において、被保険者に呼吸困難の症状があったのは6月14日ころまでであり、6月中旬ころからは不安神経症は軽快し、夜間の呼吸困難も見られなくなり、退院の方向で指導されていたのであり、実際に、6月16日からは退院後の生活確保等のための外出外泊が非常に多くなっていること、7月16日には、7月末の退院が決定していたにもかかわらず、被保険者が家庭の事情で自宅へは帰れないなどとして9月ころまで退院を延期してほしいと訴えており、これに対しては、身体的に退院しても問題はないとの意向が示されていることなどのほか、I温泉病院が療養型の医療機関であること、医療機関として帰るあてのない患者を無理に退院させることはできないであろうこと、その後の被保険者の自覚症状にそれほど大きな変化はないにもかかわらず、退院後は、生活や環境を整備することで通院治療で済んでいることなどを考慮すると、少なくとも、6月下旬であり2度目の連続した外出日である6月22日以降の入院については、『自宅等での治療が困難なため、病院に入って、常に医師の管理下において治療に専念している』とは認められず、『入院』には該当しないと言うべきである。

以上によれば、本件入院のうち、3月15日から4月30日までの47

日間、5月1日から5月31日までの31日間及び6月6日から6月21日までの16日間の合計94日間については、『入院』に該当すると認められるから、前記争いがないか証拠上明らかな事実も総合すると、被保険者の請求は、上記期間分の入院給付金94万円及びこれに対する遅延損害金の請求に限って、理由があると認められる。」

⑭ 岡山地倉敷支判平成16年12月9日生命保険判例集16巻953頁は、被保険者が交通事故による左足関節内顆骨折、左下腿熱傷(Ⅲ度)、変形性脊椎症、左根性坐骨神経痛を原因として126日入院したとして入院給付金を請求した事案について、次のように判示した。

「被保険者は、平成13年8月27日にギブスカットするまでの間、ギブス固定をされていたのであって、同期間中は、安静を保つ必要があることから、入院の必要性があったものと考えられる。

また、ギブスカット後についても、骨が完全についていない状態でギブスを外すため、直ちに入院の必要性がなくなるとまでは認められないが、他方で通常ギブスカット後二、三週間程度入院を継続するケースが多いこと、ギブスカット後の被保険者に対する治療はホットパックや運動療法といったものにすぎないこと、被保険者は、特に平成13年9月中旬以降は、ほぼ毎日のように外出・外泊を繰り返していること、しかも、被保険者の外出・外泊は、医師の指示によるものではなく、被保険者の希望によるものであるなどに照らすと、少なくともギブスカット後2週間は、入院の必要性が認められるが、以後については、災害入院給付金の支払事由である入院の必要性があったことを認めるに足りる証拠はないと言わざるを得ない。

以上によれば、結局、本件事故による傷害のため、災害入院給付金の支払事由である入院の必要性があると認められるのは、平成13年7月14日から、ギブスカット(同年8月27日)をした日の2週間後である同年9月10日までの期間(59日間)に限られるものというべきであ

る。」

3. 入院の必要性を全期間について否定する裁判例

⑮ 高知地判昭和 60 年 11 月 28 日判タ 609 号 85 頁は、被保険者が交通事故により頭部挫傷等の傷害を受け入院治療を受け共済者に対して、養老生命保険契約の入院費用保障特約条項に基づく入院費用共済金の支払を請求した事案について、次のように判示した。

「被共済者本人が、外泊して自宅へ帰っても安静して寝ていたこと、病院でベッドに不在であったのは他の患者の病室を訪ねていた時のことだと思われること、自動車の運転や洗車は疼痛のない方の片手でやったものであること、病院では痛み出すと夜も寝られない状態になり、体重も入院時に 88 キログラムあったものが、退院時には 60 キログラムになっていたことなどと供述することを併せ考えても、……被共済者の前記入院が特約に定める『自宅での治療が困難であること』『常に医師の管理下において治療に専念すること』の要件に当たるとは認め難い。

もちろん、右特約にいわゆる自宅等での治療が困難であること、すなわち入院治療の必要性は、医師が患者の病状や家庭状況等を総合勘案して医学的見地から判断すべきことであり、このことは共済契約の基本である大数の原則のもとに共済掛金と共済金の収支相当をはかる際の前提とされていたものと考えられる。なお、仮に医師の右判断に誤りがあったとしても、本来医学に無知な患者らに対して、右の医師の過誤により発生した結果的には不必要な入院治療であったと判断された治療に関する出捐について共済金の給付をしないことは、共済契約の予定していないところとみられる。しかしながら、他方患者側には、共済契約（その基本原理は保険と同一であると考えられる。）を支配する誠実義務を科されるのはもちろんのことであり、このことから、更に、医師の前記各判断の資料について、患者側が故意または重大な過失により誤ったもの

を提供し、その結果医師が誤った判断をなすに至った場合には、右医師の判断の誤りの結果から生じた不利益は患者側の負担となり、医師の判断に従ったからといって、特約の要件に当たるとは限らない。また、患者が病院外にある場合はもちろん病院内にある場合においても、患者が故意または重大な過失により医師の指示に背き、または、医師の指示がない場合においても、通常当該患者の如き病状の患者であるならばなすはずもない所為に出た場合等には、特約にいう医師の管理下において治療に専念するとの要件に当たらないとして、共済金を支払う必要はないと考えられる。

しかるところ、前記医師の入院治療及び更にその継続入院を必要とした判断には、前記認定事実に照らすと相当性に問題があるというほかない。そして右判断の資料は、前示のとおり専ら患者である被共済者の主訴に基づくものであり、前記認定事実、特に主訴の内容と入院後の行状が符合せず、かつ、主訴に基づく医師の治療に不合理性が認められないのに治療効果が生じなかったことに照らすと、右主訴は被共済者の当時の生理状態を誠実に医師に述べたとはいえないものである、のみならず、被共済者は故意に基づく誤った判断資料を提供して、医師に入院の必要性について誤った判断をさせたものとみられる。したがって本件被共済者は、入院治療の必要性はなかったものとする。

加えて、入院治療の必要性と、患者の入院中の外泊、外出とは、医師において患者に外泊、外出をさせるのが治療効果を高めると判断した場合などの特段の事情のある場合を除いて、背反するとみられるところであり（仮に被共済者に入院治療の必要性があったとしても、被共済者の前記外泊、外出が入院期間を長期化した一因とみられることは明らかである）、たとえ医師において患者に外泊、外出させることがその治療にさしたる影響はないものと判断して患者の外泊、外出を許可したとしても、右外泊、外出をなすことが通常已むを得ないと考えられる事情によるものである場合を除き、右外泊、外出は特約の要件である治療に専念

するとする事と抵触する行為とみられる。しかる所、被共済者の前記許可外泊は、被共済者の申出に基づき医師が外泊許可を与えたにすぎないことは前記各証拠に照らし明らかであり、被共済者の前記外泊、外出に、前記特段の事情があると認めることはできないものである。また、被共済者の前記外泊、外出は、警察の捜査に応じるための外出を除いて前記已むを得ざる事情に当るものはない（前記外出には、被共済者が歯科治療及び他の医師の診断を受けるために許可外出した場合は掲げていない）。加えて、前記外泊、外出の回数、頻度、医師の許可のない外出を度々していること、被共済者において前記のとおり外泊または外出中に耕耘機のペンキ塗装等に従事していたこと等の被共済者の行状を併せ考えれば、被共済者の入院治療そのものは、特約にいわゆる治療に専念していたものとはみられないものである。」

⑯ 熊本地判平成 8 年 8 月 1 日生命保険判例集 8 卷 575 頁は、被保険者が慢性肝炎により 123 日間入院して入院給付金を請求した事案について、次のように判示した。

「被保険者については、肝機能生化学検査の GOT、GPT の検査値は、平成 4 年 2 月 3 日の検査では、いずれも正常値を示し、同年 7 月 15 日の検査では、GOT が 59、GPT が 65 と正常値を少し超えたものの、同年 11 月 6 日の検査では、GOT、GPT がいずれも 42 と正常値に近い状態になっているのであって、入院加療を必要とするようなものではなかったことが認められる。

……確かに、前記認定事実によれば、平成 4 年 11 月 6 日の肝機能生化学検査では、TTT、ZTT、 γ -GTP、LAP は異常値を示しているものの、同年 7 月 15 日の検査結果と比較すれば、TTT 及びアルカリフォスファターゼが少し上昇している程度であり、 γ -GTP が 713 から 414 へ大幅に減少しているのをはじめ、他の検査項目ではむしろ改善が見られるのであって、同年 11 月 6 日の検査結果から直ちに入院の必要性が

あるとすることには相当疑問が残るといふべきである。

また、慢性肝炎の原因を探究するために入院の必要があったとするには、超音波（エコー）検査を実施した形跡はない上、腹腔鏡下肝生検の検査も予定もなく、ウイルス学的検査でさえ入院後2か月以上経過した平成5年2月9日になって初めて実施されていることに疑問が残り、経過を観察するために入院の必要があったとするには、肝機能生化学検査は、入院中には、平成5年1月7日及び同年2月9日のわずかに2回しか実施されていないことに疑問が残るといふなければならない。肝臓に圧痛が見られたとする点についても、もともと患者の愁訴に基づくものである上、前記のとおり、その解明のために特に検査が予定されていたわけではなく、遅くとも1か月後には圧痛もなくなっていることに照らし、入院の必要性を基礎づけるものとするには疑問が残るといふべきである。

さらに、入院中の治療内容等を見ても、点滴こそ行われているものの、食事療法は必ずしも十分なものであるとはいえず、原告は禁忌とされるアルコールの摂取を継続し、頻繁に外泊をして（父子家庭であるといっても、実母が子の世話をしており、外泊を正当化する事由は見当たらない。）、外泊中にアルコール摂取をしているような状況であり、結果的には、入院してもさほどの効果はないまま、退院となっており（L医師は、検査結果が『高値安定』で退院させて経過を経過観察するとの判断だったというのが、その判断の根拠になった検査が、2か月前のものであるというのも、疑問が残る。）、これらの治療内容、入院中の生活状況及び退院に至る経緯等に照らしても、被保険者について、入院の必要があったとするのは困難といふべきである。

したがって、K外科医院での入院治療の内容には多くの疑問点があり、証人Lが被保険者について入院加療の必要があると述べるころは、納得のできるものとはいいがたい。

以上によれば、被保険者について、自宅等での治療が困難なため、入

院をしなければならないという状況は認められない。」

⑰ 松山地判平成 11 年 12 月 20 日生命保険判例集 11 卷 701 頁は、被保険者が暴行により 127 日間入院した事案について、次のように判示した。

「被保険者の A 整形外科への本件入院については、被保険者が主張するように C から暴行を受けて受傷したということ自体が確定的な事実として認めるには疑問が残り、仮に、被保険者が右暴行を受けて受傷したとしても、その治療のために本件入院の必要があったとまでは認め難いといわざるを得ない。」

⑱ 鹿児島地判平成 12 年 6 月 19 日生命保険判例集 12 卷 336 頁は、被保険者の高血圧による入院について保険会社が返還請求した事案について、次のように判示した。

「右認定事実によれば、被保険者の自覚症状の内容・程度、入院期間中の血圧値の推移、B 医師の行った診療及び検査内容（検査目的の入院は、本件保険契約にいう『入院』には当たらない。）、被保険者の合併症の内容・程度、及び前記各医学的知見等に照らし、被保険者に本件入院の必要があったとは認められない。

しかるに、保険者は、右入院の必要性があるものと誤信して入院給付金 29 万円を支払ったものであるから、被保険者は、保険者に対し、これを返還する義務があるというべきである。」

⑲ 高知地判平成 12 年 8 月 18 日生命保険判例集 12 卷 392 頁は、被保険者の頸肩腕症候群等により 123 日、127 日、130 日の 3 回にわたり入院したとして入院給付金を請求し、保険者は第 1 回と第 2 回の入院について、それぞれ 119 万円と 120 万円を支払い、第 3 回の入院について支払を拒否したうえで、保険者が被保険者に対して入院給付金 239 万円

の返還を求めた事案について、次のように判示した。

「頰肩腕症候群において入院治療が必要とされるのは、症状の著しい1か月程度の期間か、保存治療の中でも持続硬膜外ブロックなどの特殊治療を行う場合に限られるとされているところ、被保険者の頰肩腕症候群による入院(第1回及び第3回)については、その主訴によれば、平成10年7月の事故に起因するものということになるが、その場合、事故後3か月余り経過した来院時の症状が入院を必要とするほど著しいものであったかどうかはそもそも疑問である上、入院期間中に実施された治療内容も通院治療で十分可能なものばかりで、入院を必要とするような特殊な治療は何ら行われておらず、入院期間中の被告の外泊・外出状況を見ても、およそ医師の管理下で治療に専念しているとはいえないものであって、このような事情を総合すれば、結局、入院の必要性はなかったことが認められる。」

⑳ 札幌地判平成13年1月17日生命保険判例集13巻11頁⁽²⁾は、被保険者が糖尿病とこれに合併した慢性膀胱炎により入院し、保険者は46日分として69万円を支払ったが、残りの52日分の78万円は支払っていないので、被保険者がその支払いを求めたのに対して、保険者は69万円の返還請求をした事案について、次のように判示した。

「……被保険者は、診療行為は、患者の生命身体の保持を図るために、患者の症状、問診等限られた情報からあらゆる疾病の可能性を判断しなければならず、事前の予測を含むものであること、人間の生命、健康という取り返しのつかないものを対象にしていることから、より広く疾病を疑わなければならないところ、こうした診療行為の特殊性からして、診断時に疑われた疾病が結果的に認められなかったとしても、これを不相当な判断であったということはできないと主張する。

(2) 山下理矛・レポ172号7頁(2002年)

確かに、診療行為そのものに着目すれば、被保険者の主張のとおりではある。しかし、本件は、本件保険特約という契約上の要件に該当するか否かが問題にされているのであるから、本件保険特約の要件該当性について判断されるべきであり、ある医師が一定の診断をしたからといって、その判断を常に前提として本件入院要件を判断すべきであるということにはならない。そして、本件保険特約は、保険金〔ママ〕という収入と、入院という保険事故における支出との収支関係の均衡の上に立つ以上、入院時の医学水準、医学的常識に照らして客観的、合理的に必要な入院の場合に限られると解すべきであり、また、本件入院要件は右のとおり厳格に規定されているところである。』

控訴審の札幌高判平成13年6月13日生命保険判例集13巻499頁は、原審の判断を維持したうえで、次のように理由を補足した。

「被保険者の主張は、患者が医師の判断に従って入院すれば、事前に保険適用がないことの説明を受けていたとか、入院の原因となる疾病が患者の故意によって生じたものであるとか、当該入院については保険約款で保険適用とならない事例として明記されていたといった事由がない限り、入院保険の入院要件を満たすと言うに等しい。換言すれば、患者（保険契約者）の医療需要のうちの入院加療については、それが医師の判断によるものであるならば、特段の事由がない限り入院保険を適用すべきであるというものである。

しかし、被保険者の主張に従うとすれば、一旦医師による入院治療が必要との判断が行われたならば、たとえその判断に誤りがあったとしても、本件保険特約における本件入院要件を満たすというものであり、到底首肯できるものではない。本件保険特約が設けられている趣旨及びその内容に鑑みると、本件入院要件の有無の判断は、通常は医師の判断を尊重して決定されるであろうが、いかなる場合においても、一旦なされた医師の判断を無条件に尊重して決定されなければならないというのではなく、原判決が説示するように、客観的、合理的に行われるべきで

ある。このように解することは、保険契約が有する射幸性による弊害を防止し、保険契約者一般の公平を守るという点に照らしても、妥当である。

また、被保険者には、複数の疾病及び症状が認められたものの、個々の疾病及び症状の検査結果によれば、いずれも入院加療を要する客観的根拠に乏しく、すべての症状を総合しても、入院を要するものとは認められないとした原審の事実判断に誤りは認められない。」

② 高知地判平成14年1月24日生命保険判例集14巻9頁は、保険契約者兼被保険者が腰椎椎間板損傷および根性座骨神経痛と診断され128日間の入院をしたとして入院給付金を請求した事案について、次のように判示した。

「以上の認定事実を総合すると、本件入院は、腰痛等を訴えて診察を受けたD医師から入院を勧められてしたものであるところ、被保険者の初診時のレントゲン写真によれば第3腰椎と第4腰椎間、第4腰椎と第5腰椎の間に折れ曲がりが見られ、ラセーグテストが右80度、左45度と陽性であることからすると、被保険者に腰椎椎間板損傷（本件病院においてMRI等の検査をしていないため明らかではないが、腰椎椎間板ヘルニアの可能性も否定できず、腰椎椎間板ヘルニアをも含む広い意味のものをいう。）に基づく相当程度の腰痛が存したことが窺われる。

ところで、腰椎椎間板の外傷等を原因とする腰痛症における急性期の初期治療は、第1次的に臥床安静（腰椎椎間板ヘルニアを原因とする場合は、絶対安静の上、抗炎症鎮痛薬とマイナートランキライザー等を投与する。なお、保存治療を目的とした入院治療は急性期のみを対象とする。）とされているところ、前記認定事実によれば、本件入院に直結する腰痛が発現したのは入院から3か月も前のことであり、初診時からでさえ2週間近く経過しており、すでに急性期を過ぎているものと推察され、初診時においても、D医師は、急性の椎間板ヘルニアの患者には禁

忌とされている腰椎牽引を指示し、その実施により特段の不都合は発生しなかったこと、入院時において一応独立歩行ができたこと、被保険者の入院時の安静度は5とされ、歩き回っても構わない、トイレも自分で行っても構わないという程度の扱いであったこと、D医師の許可を得ているとはいえ、入院後2週間足らずで長時間にわたって外出し、その後も、1か月2、3回程度外出又は外泊をしていること、他方で、理学的検査の結果が改善されないばかりか増悪傾向さえ見せていたにもかかわらず（証人D医師も、症状がずっとひどくて直らないような場合には、ヘルニアの場合は、MRIやミエログラフィーで、ヘルニアかどうかを確認しなければならないものと考えている。）、消炎鎮痛剤等の投薬、湿布薬の貼付、牽引、物理療法のみで終始し、ブロック治療等の治療を行っていない上、ミエログラフィーやMRIなど増悪の原因を明らかにするための検査さえしていないことなどからすると、本件入院中の被保険者の腰痛の程度は、『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、病院又は診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること』が必要なほど激しいものであったとは考えられず、入院の必要性があったということとはできない。」

控訴審の高松高判平成14年7月8日生命保険判例集14巻456頁も、本件入院中の被保険者の腰痛の程度は、疾病特約における「入院」が必要なほど激しいものであったとは考えられず、入院の必要性があったということとはできないとした原審判決が維持され、控訴が棄却された。

② 札幌地判平成14年10月3日生命保険判例集14巻644頁は、被保険者は高血圧症および肝機能障害等により123日間入院したとして入院給付金を請求した事案について、次のように判示した。

「本件保険約款にいう入院とは、単に医師が入院を要すると判断しただけでは足りず、入院当時の医学的な水準からみて、その病状ないし症状に照らし、その患者の自宅等では治療が困難であって、専門的な人的

物的設備の整った医療機関における治療等を要すると判断することが合理的である場合に入院に限られるものと解される。

……被保険者の主治医である医療法人A病院のB男医師は、被保険者について入院の措置を採った理由として、①高血圧症、②肝機能障害及び③痛風があり、合併症として、④高脂血症、⑤過敏性腸症候群及び⑥不眠症を挙げている。

……上記事実によれば、被保険者については、医師により入院を要すると判断されたとはいえ、その判断の前提となった各疾患については、いずれも、医学上、専門的な物的設備の整った医療機関における治療等を要する程度の症状とまでは認めがたいし、それらの各疾患を総合的に判断して、上記のような医療機関における治療を必要とすると認め得る証拠もない。」

② 広島簡易平成15年8月11日生命保険判例集15巻488頁は、被保険者が自宅の庭で転倒し腰痛等により65日間入院したとして入院給付金を請求した事案について、次のように判示した。

「……被保険者が、B医師に愁訴したことが決め手となって、B医師が、被保険者に対して本件入院を勧めたものと解される。

……被保険者は、入院の必要性を判断するにあたっては治療内容のほか患者の症状の程度、年齢、体力等の諸般の事情を考慮すべきであり、医師の判断が尊重されるべきで、被保険者は、医師の指導により本件入院をしたものであると主張をする。

しかし、本件入院はあくまでも本件保険特約の適用があるか否か、特に被保険者と保険者間の医療保険中の特約に照らして入院要件に該当するか否かが問題になっているのであって、その適用に当たって、被保険者を診断した医師の判断は裁量の幅が大きくこれにほぼ拘束される、と解するのは相当でなく保険者が主張するように、本件入院の必要性は、被保険者の症状を客観的に観察・評価して決定され、仮に医師の指示に

よる入院であったとしても、その指示が客観的にも合理的なものであったかどうかは別途評価されるべきであり、必ずしも自動的に保険金の支払対象となるわけではないと解するべきである。

そうすると、……被保険者の本件入院は『自宅等での治療が困難』であり、『常に医師の管理下において治療に専念』していたものとは客観的には認められず、入院の必要性も認められないから、特約の要件を満たしていない。」

②④ 長崎地裁大村支判平成 15 年 10 月 31 日生命保険判例集 15 巻 675 頁は、被保険者が交通事故による傷害を負ったとして 104 日の入院と 37 日の通院について入通院給付金を請求した事案において、次のように判示して請求を棄却した。

「(1) 入院要件の解釈について

(1) 入院特約は、被保険者が不慮の事故による傷害の治療を目的として入院した場合に入院日数に応じて入院給付金を支払うことを内容とするものであり、入院要件は入院給付金の支給対象となる入院につき要件を定めている。入院特約が入院該当性の判断につきこのような要件を設けたのは、次の理由によるものと推認される。

即ち、そもそも保険契約は、同種の危険にさらされた多数の経済主体を 1 つの団体とみて、これに属する各経済主体がそれぞれの危険率に相応した出損（保険料）を負担することにより共同的備蓄を形成し、現実需要（保険事故）が発生した経済主体がそこから支払（保険料）を受ける方法で需要を充足する制度である。従って、この備蓄と需要が均衡を保つためには、保険金の支払要件を合理的・画一的・公平に規制する必要がある、保険契約において填補されるのはある保険事故に対し通常客観的・合理的に必要とされる需要に限られることが当然の前提とされている。仮にこれを超えて生じた需要についてまで上記備蓄から填補しなければならないとすれば、通常客観的・合理的に必要とされる以上の

需要を各経済主体が安易に生じさせることを抑止できず、保険料率の算定も破綻し、保険契約が成立し得ないものとなる。

しかも、保険契約は多数の経済主体を同種の危険から集団的、計画的に保護しようとするものであるから、その契約内容は画一的に定型化される必要がある。そこで、保険業法は、保険事業の免許を申請する者に普通保険約款の提出を求め（保険業法4条2項3号）、その変更も内閣総理大臣の認可にかからせることとし（同法123条1項）、特約条項についても同様の規定を置いている（同法4条2項2号、123条、保険業法施行規則（平成8年2月29日号外大蔵省令第5号）8条1項9号）。このような保険契約の集団性、計画性に内在する定型的、画一的処理の要請に照らすと、保険契約を締結しようとする者は、約款によらないとの別段の合意をしたとか、約款内容に合理性がないなどの特段の事情のない限り、約款の内容をもって保険契約の内容とすることに合意し、これに拘束されるものと解するのが相当である。このような観点から入院要件をみると入院要件②のうち、i 医師による治療が必要であること、ii 自宅等での治療が困難であること及び iii 常に医師の管理下において治療に専念することという要件は、いずれも、入院該当性の判断を専ら個々の医師の判断のみに委ねることなく、当該医師による入院の必要性に係る判断が一定の保険事故に対し通常客観的・合理的に必要とされる程度を超えるものでないかどうかを個別事案毎に審査することを通じ、保険金の支払事由及び支払金額についての多数の契約者間の画一性、公平性を確保し、もって本件保険契約の全体的な収支の均衡を維持するための要件であると解するのが相当であり、その内容も上記趣旨に照らし十分合理性を認めることができる。従って、本件においては、本件入院が約款所定の入院要件を具備するか否かを約款の解釈として検討すべきものである。

(2) これに対し、被保険者は、約款の解釈上も入院は『病院に入って医師の治療、検査を受けること』と解釈すべきである旨主張する。こ

れは、約款の解釈上も入院の要否に係る個々の医師の判断に拘束されるべきであるとの主張と推認されるが、このような解釈は、保険契約に伴う画一性、公平性の要請から、個々の医師の判断のばらつきを是正し、客観的・合理的に必要とされる入院のみを入院給付金の支払対象とする前記趣旨と相容れないものであり、採用することはできない。

(2) 本件入院の入院要件該当性について

上記認定事実、殊に、①本件交通事故は被保険者が身構える体勢を反射的にとり得る状況下において惹起された比較的軽微な衝突事故であり、これにより被保険者以外の同乗者、運転者は傷害を負っていないこと、②同事故の翌々日に被保険者が受診したC病院においては、他覚的所見を伴わない頸推捻挫と診断されており、その自覚症状も限局されたものであって、F医師は5日間の安静を要する旨の診断をしたこと、③被保険者が自宅を遠く離れたD医院への受診を決意したのは、自覚症状の悪化を理由とするものではなく、大村市所在の医療機関への通院も不可能ではなかったことは被保険者の自認するところであること、④佐佐保市所在のD医院における治療を決意した時点で、被保険者には入院以外の選択肢は現実的にほとんど残されていなかったこと、⑤G医師に対する被保険者の訴えは、同日のC病院におけるものと大きく異なるもので、G医師も当初は被保険者に大村市からの通院を打診したが、被保険者の希望により本件入院が決定されたものと推認されること、⑥本件入院における治療内容はいずれも外来通院により実施可能なものであったこと、⑦被保険者には頻繁な外泊が認められ、中には書店や市場の散策もあったことが窺われること、⑧その他前記1(6)の諸点に照らせば、被保険者の本件入院は、入院要件のうち少なくとも②ii及び③の要件、即ち、自宅での治療が困難な状況が5日以上継続したこととの要件を具備するものと認めることはできず、他にこれを認めるに足りる証拠はない。

従って、本件入院に基づく入院給付金の支払請求は理由がない。

(3) 本件通院の通院要件該当性について

上記認定判断のとおり、本件入院が入院要件を具備するものでない以上、本件通院は、通院要件のうち少なくとも①の要件、即ち、入院特約に規定する入院給付金の支払事由に該当する入院をすることの要件を具備するものと認めることはできず、他にこれを認めるに足りる証拠はない。

従って、本件通院に基づく通院給付金の支払請求も理由がない。」

控訴審の福岡高判平成16年6月11日生命保険判例集16巻400頁は、次のように判示して、控訴を棄却した。

「約款で規定している『入院』についての規定は、治療の必要があつて、しかも自宅等での治療が困難なため一定期間(5日間)入院することを意味するというものであり、通常使用されている用例とさほど異なるものではないといふことができる。そして、入通院給付金請求権の発生要件としての『入院』の意味を、約款において上記のように規定して定義した趣旨は、保険契約の集団性、計画性に内在する定型性、画一的処理の要請に照らし合理性があるから、約款によらないとの別段の合意をした事情のない本件においては、保険契約者はこれに拘束されると解すべきである。そうすると、本件保険契約の約款で規定している『入院』の意味について、保険者に説明義務が生じるということとはできない。」

⑤ 福岡地判平成16年3月19日生命保険判例集16巻210頁は、被保険者が肝炎により115日間入院して入院給付金を請求した事案について、次のように判示した。

「支払要件となる『入院』とは、①医師等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、③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等に入り、④常に医師等の管理下において治療に専念することをいうとされている(以下、上記

①ないし④の番号を用いて「①の要件」のようにいうことがある。）

被保険者がした入院が本件特約にいう『入院』に該当するか否かの判断は、本件特約の定めからみて、保険金請求が認められるための要件該当性判断であるから、単に特定の医師が入院の必要があると判断しただけでは足りず、客観的にみて、本件特約にいう『入院』として認められるものであることが必要であり、かつ、被保険者においてその主張立証責任を負担するものと解するのが相当である。被保険者は、前記のとおり、本件特約の定めには入院の必要性について客観的な要件を要するものであることが明記されていないから、その客観性を要件とすることは不当であるし、また、保険会社と保険契約者との情報や交渉力の格差や保険契約締結の経緯等に照らせば、被保険者としては疾病による入院の事実等について一応の主張立証をすれば十分であり、保険者が免責事由について主張立証責任を負うと解すべきである旨主張する。しかしながら、前者の点は、およそ客観的にみて入院の必要性が全くない場合であっても、担当医が入院の必要があると判断しさえすれば保険金支払の対象となるというのと同義であって、到底採用することができない見解であるし、後者の点についていえば、本件特約においては、単に入院しさえすれば保険金支払の対象となるというのではなく、一定の意味内容を持つ上記のような『入院』に該当する場合にはじめて保険金支払の要件を充たすとされているのであるから、かかる特約の定めを無視した独自の見解といわざるを得ず、これまた採用の限りでない。

そこで、被保険者がした入院が本件特約にいう『入院』に該当するかについて判断するに、被保険者は、平成 14 年 4 月初めから感じるようになった倦怠感が日ごとに強くなり、吐き気を催すようになったため、同月 17 日に A 医院を受診したところ、触診では肝臓腫脹が認められたこと、被保険者が受検した血液検査の結果は、GOT が 141、GPT が 197、 γ -GTP が 316 であったこと、CT 検査では肝臓が脂肪肝の状態であったことが確認されたこと、被保険者は同年 5 月 9 日から同年 8 月

31日まで上記医院に入院したこと、退院当日の血液検査の結果は、GOTが60、GPTが62、 γ -GTPが140であったことがそれぞれ認められ、また、一般に、医師が入院の必要性ないし有用性を全く認めていないにもかかわらず、患者側の事情のみで入院することはわかに考えにくいところであって、本件においても、被保険者が入院するに当たり、担当医から入院するについて何らかの示唆を受けたことが推認されるものの、以上認定の事実によっては、被保険者の入院が①ないし④の要件を充たすものと認めるに足りず、他にこれを認めるに足りる証拠はない。かえって、証拠によれば、被保険者の入院が②ないし④の要件に該当しないものであることがうかがわれるところである。」

⑳ 神戸地判平成16年5月28日生命保険判例集16巻390頁は、被保険者が椎間板ヘルニア、腰痛及び頸・背部痛により30日間入院したとして給付金等を請求したが、生命保険会社が保険金受取人と被保険者に対して、がん保険における疾病特約に基づく入院給付金の支払い債務がないことの確認を求めた事案について、次のように判示した。

「(1) 前提事実のとおり、本件契約の約款では、特約給付金の支払事由としての入院は、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とされている。これは、単に被保険者が主観的に入院の必要性を認めて入院した場合を広く支払事由とするのではなく、それに加えて被保険者である患者の客観的な症状が通院治療に困難をきたす程度のものである場合に支払事由を限定するものと解される。

上記1の認定事実(4)によれば、被保険者のD温泉病院への入院は、ヘルニアによる痛みを緩和する目的でなされたものと解され、治療の必要性がなかったということはできないが、入院中の被保険者の症状は、日常生活動作はほぼ自立しており、筋力低下等の問題も認められなかったのであるから、通院治療に困難をきたす程度のものであったとい

うことはできない。

したがって、本件入院は、本件契約における特約給付金の支払事由としての入院に該当しないといわざるを得ず、保険金受取人に対して本件入院についての特約給付金の支払債務がないことの確認を求める保険者の請求は理由がある。また、被保険者はそもそも特約給付金の受取人ではないから、同人に対して本件契約に基づく債務の不存在確認を求める原告の請求は理由がある。

(2) 被保険者らは、本件入院と同様の事情でなされた I 温泉病院への入院については保険者が特約給付金を支払ったのに本件入院について支払わないことに不満を持つものと解されるが、仮に I 温泉病院への入院が本件入院と全く同様の事情（被保険者の症状が通院治療が困難な程度のものでなかったという事情）のもとになされたものであったのならば、厳密には特約給付金が受けられる場合ではなかったのに保険者が任意に被保険者らの請求に応じたというだけのことであり、そのことが本件入院での特約給付金支払事由該当性の判断を左右するものではない。」

⑳ 福岡地久留米支判平成 16 年 6 月 28 日生命保険判例集 16 巻 461 頁は、交通事故により受傷したとして 55 日間の入院と 93 日の通院について保険金を請求した事案について、次のように判示した。

「……被保険者は、本件事故直後に追突した相手方を追跡し相手方の車のボンネットに飛び乗るなどして相手方を捕捉していること、本件事故直後の診断では被保険者には他覚的所見がなく、担当の D 医師は通院治療を指示していること、被保険者はその翌々日に再び来院し、頭重感、頸部から肩にかけてのこり、腰痛、歩行障害のなど症状を訴えて入院を希望し、本件入院が始まっていること、D 医師は被保険者の入院期間を 2 週間程度と予想し、そのころ、被保険者に対し、退院勧告をしたが、被保険者は自己都合で退院に難色を示し、結局、入院期間が 2 か月近くとなったこと、その間、被保険者は必ずしも安静を守っておらず、

また、入院しなければできないような治療は受けていないこと、通院治療では主に消炎鎮痛剤を処方されていたことなどに事実が認められる。これらの事実によれば、本件入院は本件約款に定める入院に該当しないことが認められる。したがって、被保険者が主張する保険契約1ないし3の入院給付金は支払事由に該当しない。保険契約2の退院給付金は、本件約款が定める入院をした後、生存して退院した場合に支払われるものであるところ、本件入院は本件約款が定める入院が該当しないから、この退院給付金も支払事由に当たらない。

また、保険契約1の通院特約条項における通院給付金は、本件約款が定める入院の前後の通院に対して支払われるものであるところ、本件入院は本件約款が定める入院に該当しないから、被保険者の本件における通院は、通院給付金の支払事由に当たらない。

さらに、保険契約2のレジャー保障特約条項における傷害通院給付金は同条項が定める通院に該当するとしても、『頸部症候群(いわゆる「むち打ち症」または腰痛でいずれも他覚所見のないもの)』は免責事由となっているところ、上記認定事実によれば、被保険者の場合はこの免責事由に当たる。」

㊸ 札幌地判平成16年9月22日生命保険判例集16巻754頁は、被保険者が交通事故後6日後に、143日間入院した後に34日間通院した事案について、次のように判示した。

「1争点(1)(本件入院が給付事由の入院に該当するか)について

(1) 被保険者がF整形外科医院で受けた治療内容が一般に外来治療では行い得ないものではなかったことについては当事者間に争いが無い。

また、被保険者本人の供述によれば、被保険者の症状が本件入院中の外泊によって悪化したことはなかったことが認められ、このことからすれば、被保険者の症状は、安静を要するとはいっても、入院による安静

を要するほどのものではなかったと推認することができる。少なくとも、入院による安静をしなければ被保険者の治療に支障が生じたと認めるに足る証拠はない。したがって、被保険者の治療自体は、入院をしなくても可能であったと認められる。

(2) 被保険者が本件入院の期間中、在宅治療が困難な状態であったか否かについて判断する。

被保険者の供述等によれば、被保険者は、入院中、リハビリの時間以外は寝ている状態であったというのであるから、自宅においても、万年床で寝起きをし、着替えをし、弁当を買うために近くのコンビニエンスストア等に行き、食事や排泄をし、リハビリのために通院し、それ以外の時間は寝ているという生活をすれば、本件入院中の生活と同等の生活となり、重い物を持つ必要もないというべきである。なお、被保険者の供述等によれば、F 整形外科医院に通院するには地下鉄が使えず、タクシーを利用する必要があるということであるが、通院治療をする場合には、遠くて交通の便の悪い F 整形外科医院ではなく、近くの病院に通院すればよいのであるから、F 整形外科医院への通院に費用が掛かることは、入院の必要性を基礎づける事情とはならないというべきである。

したがって、本件入院の必要性を肯定するほどの日常生活の困難を認めることはできない。

以上のとおり、被保険者の治療内容は、通院治療でも行えるものであり、入院しなければ被保険者の症状に悪影響があるとも認められないし、被保険者に入院しなければ日常生活に多大な支障があるという事情も認められない。

よって、被保険者には自宅での治療が困難であるとの事情が認められず、入院治療の必要性はなかったというべきであり、本件入院は給付事由の入院に該当しない。

2 争点 2 (本件入院の全部又は一部が給付事由の通院に該当する

か) について

上記前提となる事実のとおり、給付事由の通院と認められるには、給付事由の入院をしていることを要する。上記1で認定したとおり、本件入院は給付事由の入院に該当しないから、本件入院後の通院が給付事由の通院に該当しないことは明らかである。また、本件入院のうち一部が給付事由の入院であるとも認められないから、本件入院の一部が、給付事由の通院とみなされる余地もない。」

⑳ 高松地判平成16年12月10日生命保険判例集16巻975頁は、被保険者が急性胃炎及びこれに合併したC型肝炎、坐骨神経痛を理由として入院した事案について、次のように判示した。

「2 本件保険契約に係る入院給付金の支払事由に該当する『入院』とは、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、病院又は診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念することをいい、この『入院』に該当するか否かの判断は、入院給付金の支払条項が、保険料という収入と、入院という保険事故における支出との収支関係の均衡に立つ以上、入院当時の資料を基に、入院時の医学水準、医学的常識に照らし客観的かつ合理的に判断されるべきである。したがって、保険者が医師により、入院が必要との判断を受けていれば、たとえ医師の判断に誤りがあったとしても、上記『入院』の要件を満たすということはできない。

3 (1) そこで、検討するに、まず、本件入院の原因である急性胃炎についてみるに、……、D内科医院における初診日である平成15年1月20日には、被保険者は、従前からの食欲低下を訴えたのみであり、胃について痛み等の他の症状を訴えたとは認められず、急性胃炎の原因を精査するための検査は何ら行われていない。さらに、本件入院当日の平成15年1月21日には、被保険者は、心窩部と上腹部に痛みを訴え、翌日の同月22日のレントゲン撮影の結果、胃炎と診断されたが、その

原因については精査されていない。したがって、被保険者の胃炎の原因は不明であるが、上記の症状からみれば、急性腐食性胃炎、急性感染性胃炎、急性化膿性胃炎のいずれとも考えにくく、急性単純性胃炎であった可能性が高いと思われる。

また、……急性単純性胃炎の場合、腹痛、悪心、嘔吐がひどく、摂食や飲水がほとんどできない状態で、脱水症状がひどい場合又はそのような症状になると考えられる場合には、入院の必要があるが、診療録の記載に照らすと、被保険者は、本件入院当日の平成15年1月21日には、上記症状であった又はそのような症状になる可能性があったとは考えにくい。さらに、……急性胃炎の患者に対しては、胃炎の症状が重篤な場合には、一定時間の絶食の後、重湯等の消化の良い食事から、徐々に普通食へと変更させていくのが通常であるところ、被保険者には、絶食や重湯等の特別食の配膳等の措置は何ら執られておらず、むしろ、入院後のわずか3日後の平成15年1月24日には、普通食が出されているのは……で認定のとおりである。そして、平成15年1月25日以降は、胃炎の症状の変化、及びE医師の診察所見の変更について、診療録には何らの記載はないまま、……抗コリン剤等及びキャベジンが継続的に投与されたものである。

したがって、遅くとも平成15年1月24日には、被保険者の胃炎の症状は改善し、それ以降、急性胃炎による入院の必要性はなくなったと判断せざるを得ない。

(2) 次に、C型肝炎について検討するに、……被保険者の肝機能に関する生化学検査の数値は、入院治療が必要なほど肝機能が低下した場合はおよそいえない。また、被保険者に肝癌の羅息が疑われ、精密検査が行われたこともない。そして、被保険者に対する治療内容をも、上記価で認定のとおり、肝庇護剤の投与が継続的になされているものの、C型肝炎のウイルス対策として有効なインターフェロン療法等、入院が不可欠な治療方法が採られている訳ではなく、インターフェロン

療法の検討すらされた余地がない。

(3) また、坐骨神経痛に関しては、理学療法が行われたとの記載はあるが、その内容は明らかではなく、外来による治療では足りず、入院が不可欠な治療がされたものと認めることはできない。

(4) さらに、被保険者は、……本件入院開始日である平成15年1月21日のわずか2日後には外出し、その後も、頻繁に外出又は外泊を繰り返していたものであって、本件入院期間中、常に医師の管理下において治療に専念しなければならない状態にあったということもできない。

(5) 以上からすると、本件入院は本件普通保険約款にいう『入院』には該当しないものといわざるを得ず、他にこの認定を覆すに足りる証拠はない。』

③ 福島地いわき支判平成17年6月17日判例集未登載⁽³⁾は、被保険者が糖尿病により121日間入院したことに基づいて入院給付金の支払いを求めた事案について、次のように判示した。

「本件特約の趣旨が、その約款において、被保険者が『特定の成人病によって入院された場合の保障に重点を置き』とされているとおり、入院保険は、被保険者が入院という経済的、精神的、肉体的に損失を生じ得る事態に伴う経済的な不利益を救済するためのものというべきであり、本件保険のように定額保険の性質を有するものについては、単に実損の填補のみを目的とするものではないから、応分の保険料を負担している以上、損害額の多寡にかかわらず約定の金額が支払われるものということになり、実損害額が小さい場合にそれを上回る保険金の支給を受けても、それ自体が不当で、モラルに反するとは限らないものである。

そして、そのような性質を有する以上、一般の被保険者は、入院という事態が発生した以上、特段の事情が存しない限り、定額の保険料が支

(3) 寺島由浩・事例研レポ220号12頁(2007)参照。

払われるものと理解するものと考えられる。その上、一般に入院が被保険者にとって望ましい事態ではなく、できれば避けたいものであること、また、入院の要否・可否の決定権限が必ずしも被保険者に与えられておらず、担当の医師や病院により決められるべきものであること、入院の際に被保険者が独自に入院の要否を客観的に正確に判断することは事実上不可能であり、入院の決定に当たって被保険者が他の病院・医師等の意見を聞いて客観的に検証を行う制度がいまだ十分に確立されていないこと等を考慮した場合、実際に入院という事実が生じた後に、保険会社において事後的・客観的に入院の要否を検討した上で、その必要性が認められないからといってその支払の拒否を認めることは、被保険者の主観的意図に反するばかりか、入院保険の目的にも明らかに合致しないものであるというほかない。さらに、入院保険に加入している者が、医師から入院を勧められた際に、入院保険に加入しており、過剰な経済的負担が生じないことを一つの動機として、やむを得ず入院をするとの判断をすることも保険加入者の心情としては当然であり、そのこと自体なんら保険会社からとがめられるべきことではない。

確かに、モラルリスクの回避や多数の契約者相互間の公平を図る観点からは、入院の要件に一定の制限を付すことが必要であり、入院の事実があれば直ちに保険会社が保険金を支払う結果となる仕組みを設けることはあまりにも非現実的であるとの考えがあり、そのような考え方も傾聴に値すべきものではある。しかし、医師が一般には一定の医療倫理（すなわち、治療行為は必要最小限の範囲で行うべきであるとの倫理観）に基づき行動するものであるとの経験則をも合わせ考慮した場合、一般的には入院そのものが被保険者がその独力で実現することが著しく困難であるもの（この点において、入院は、自動車保険や火災保険等における保険事故とは性質を異にするものということになる。）といえ、自動車保険や火災保険の場合と同様の視点でモラルリスクを強調することには違和感を感じるところである。もちろん、被保険者が医師と共謀して

ことさらに入院を行う可能性も全く存しないところではないが、そのようなリスクは自力で保険事故を創出することも物理的には困難でない自動車保険や火災保険と比して、決して大きなものとはいえ、そのようなリスクを回避するために、入院保険の被保険者が、自ら入院の要否・可否を決せられる訳でもないのに、入院の可能性が生ずる都度、入院保険による給付が受けうる場合であるかを考慮・検討して、入院の要否を判断することを強いられ、場合によっては入院に伴って既に生じた経済的負担につき填補を受けられなくなる結果を招くことは不合理であるといふべきである。保険者の主張するような事後的・客観的な方法で保険が適用となる入院の範囲を限定するというリスク管理の方法は、リスク管理という側面に限ってみれば極めて有用かつ合理的なものといえるが、被保険者の立場からみれば、入院により生ずる危険を分散し、後の負担について必要以上に慮ることなく入院という選択をし得るための手段である入院保険という社会システム自体を機能不全に陥らせる可能性すらあり、保険会社としては、被保険者が保険に加入する際又は入院の際に、被保険者にも一義的に明確な方法によってリスク管理を行うべきであるものと考えられる。

このような観点から検討した場合、『入院』の定義は約款に明記されているものではあるから、その入院に該当することは形式的には保険金を請求する被保険者側で主張・立証責任を負担すべきものということになるが、被保険者の側において、その必要性を立証しない限り保険金の給付を受けられないとするのはあまりに酷である上、そのような解釈は保険の趣旨や目的にも反するものといえるし、上記のとおり火災保険や自動車保険に比べさらに極めて例外的と考えられるモラルリスクの観点を強調し、一般の被保険者が困難な立証を強えられるということは不合理であるから、入院と疾病との間に一定の相関関係があることを示した場合には、それによって、入院が前記定義に該当するものであることが推定されるものと解するべきであり、保険会社において、約款所定の入

院に当たらないことを証明した場合に限って、保険金の支払を免れることができるというべきである。現状の約款についてこのような解釈に立ったとしても、入院特約の対象となる疾病が限定されていることによれば、加入の際又は加入後においても特約の適用のある入院や治療内容等を類型化して被保険者に示すことは不可能でないし、また、入院の判断を行う際に、それが保険金給付の対象となるかが微妙なものについては、その可否について保険会社がその判断に事前に関与するシステムを作るといった方法により、明確な形でモラルリスクの回避を図ることは可能であり、保険会社に酷な結果とはなり得ない。……

以上によれば、被保険者の本件入院は、糖尿病との間に一定の相関関係が認められるものの、他方で、『自宅での治療が困難なため』『病院又は診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること』には当たらないことが認められるから、本件は、保険約款所定の『入院』に該当しないものということになる。そうすると、保険約款所定の保険金給付の条件を充足していないことになり、被保険者の保険金請求権は認められないこととなる。」

[未完]

(本学法学部教授)