安田火災記念財団叢書 NO.50

米国における
私的健康保険法の研究

米国保険法研究会報告（1）

監修　東京大学教授　山下友信

平成9年4月

財団法人安田火災記念財団

はしがき

本書は、財団法人安田火災記念財団に設置されている米国保険法研究会が、その最初の研究対象として取り上げた、米国における私的健康保険法の研究の成果をとりまとめたものである。

わが国の保険法（ここでは、保険契約法を意味している）のあるべき方向を模索するにあたって、比較法的研究は不可欠の作業であるということができる。しかし、伝統的に、海上保険の分野については事情は異なるものの、陸上保険の分野では、わが国の保険法の基礎をなす商法の沿革もあってドイツ、フランス等大陸法諸国の保険法の比較法的研究は盛んであったが、英米の保険法の研究は必ずしも十分とはいえなかったように思われる。これは、法体系の相違を考えると、やむをえないことであったとはいえるが、米国におけるダイナミックな保険と保険法の発展をみると、その研究をすすめることにより、現代における保険と保険法のあり方を考えるうえで多くの示唆が得られるのではないかと思われる。米国保険法研究会は、このような認識にもとづいて、若手保険法研究者の共同研究の場として、１９９２年９月に発足した。同研究会の研究については、幸いにも、財団法人安田火災記念財団の支援とともに、安田火災海上保険株式会社および株式会社安田総合研究所の実務家・研究者の参加も得ることができ、研究をより充実させることが可能となった。

同研究会では、その最初の研究対象として、米国の私的健康保険法を取り上げ、継続的に研究会を開催してきた。私的健康保険は、傷害保険・疾病保険等いわゆる第三分野の保険に対応する保険であるが（なお、私的健康保険という言葉の意義については、第１章を参照していただきたい）、これを研究対象として選択したのは、わが国では保険業法の全面改正により第三分野の保険についての規制緩和がすすめられることになり、今後、第三分野の保険のいっそうの多様化がすすみ、また、一段の普及が見込まれるが、それにより第三分野の保険をめぐる法律問題も多様化・増加することが予想されるし、規制緩和の推進の前提としては、

保険契約者・保険者間の合理的な利害調整を可能とする保険法の整備も不可欠であり、そのために米国法の研究が有益であると考えられるためである。米国では、本書の研究から明らかにされるように、保険者の相違工夫により多様な私的健康保険が提供されており、それを前提として保険契約者保護を図るための制定法や判例法が展開されている。これは、大陸法諸国の保険法とは大いに異なる色彩を帯びているが、規制緩和を推進しようとするわが国の保険法のあり方を考えるうえで大いに示唆を与えるものと思われる。

本書の研究は、大別すれば、３つの部分から構成されている。第１に、第１章では、米国の私的健康保険の実情を概観している。第２に、第２章および第３章では、私的健康保険の立法的規制について検討している。第３に、第４章・第５章および第６章では、私的健康保険の保険法理論上の重要問題（保険契約の類型論と重複保険の調整・保険代位・道徳危険）について検討している。このような複合的な視点からの検討により、米国の私的健康保険法の全体像が明らかにされたと考えている。立法的規制や解釈論のあり方は、わが国で展開されてきたものとはかなり様相を異にするものがあるが、特定のドグマに縛られず、多様に展開する健康保険に対して、プラグマティックに保険契約者と保険者間の合理的利害調整を図ろうとし、そのなかでまた実効的な消費者保護を志向する傾向がみられることが理解していただけるであろう。

本書を公刊するにあたり、多忙の中で原稿をとりまとめていただいた研究者メンバーのみならず、留学のため本書の執筆には加わられていないが研究会席上で多大の示唆を与えていただいた藤田友敬助教授と、同じく実務の観点から多大な示唆を与えていただいた実務家メンバーならびに事務局をつとめていただいた安田火災記念財団の皆様方に御礼申し上げる。

１９９７年４月

米国保険法研究会
主査　山下　友信

米国保険法研究会メンバー

山下　友信　（主査・東京大学教授）

竹濱　　修　（立命館大学教授）
吉原　和志　（東北大学助教授）
洲崎　博史　（京都大学教授）
藤田　友敬　（成蹊大学助教授）
山本　哲生　（北海道大学助教授）

足立　尚人　（株式会社安田総合研究所）
稲垣　博司　（安田火災海上保険株式会社）
遠藤　一治　（安田火災海上保険株式会社）
笠井　武夫　（安田火災海上保険株式会社）
川添　　誠　（安田火災海上保険株式会社）
黒滝　学治　（安田火災海上保険株式会社）
小林　　篤　（安田火災海上保険株式会社）

事務局

堀内生太郎　（財団法人安田火災記念財団）
佐藤真以子　（元財団法人安田火災記念財団）
鶴岡　晃子　（財団法人安田火災記念財団）

目　次

第１章　健康保険に関する総説・・・・・・・・・・山下　友信・・・・　1

第２章　健康保険の契約条項・・・・・・・・・・・吉原　和志・・・・ 11
　－ＮＡＩＣ統一条項法を中心として

第３章　健康保険と保険給付・・・・・・・・・・・山下　友信・・・・ 34
　－ＮＡＩＣミニマム・スタンダード法
　およびニューヨーク州規則６２を
　中心として

第４章　健康保険の類型と重複保険の調整・・・・・洲崎　博史・・・・ 61

第５章　健康保険と保険代位・・・・・・・・・・・山本　哲生・・・・ 83

第６章　健康保険と道徳危険・・・・・・・・・・・竹濱　　修・・・・104

第１章　健康保険に関する総説

山下　友信

Ⅰ　傷害保険・疾病保険・健康保険の概念

米国では、保険会社等民間保険事業者の提供する（本書表題の「私的」という言葉はこのような意味である）傷害または疾病に関する保険として、傷害保険（accident insurance)または疾病保険（sickness insurance）という種類が存在する。同時に、保険種類の呼び方として、健康保険（health insurance）というものもある。これらの保険種類に属するとされる現在行われている主たる具体的な保険種類は、傷害保険、医療保険（medical insurance）、就業不能保険（disability insurance, disability income insurance）、長期介護保険（long-termcare insurance）であり、それぞれ次のような内容の保険である。

傷害保険：傷害により死亡、身体切除、視力喪失等の結果が生じた場合に定額給付方式により保険給付を行う保険である。

医療保険：疾病・傷害による医療費用をカバーする保険である。保険給付は原則として損害てん補方式であり、被保険者が医療機関から受けた医療サービス等の費用のてん補を行う（例外的に定額給付方式のものもある）。この類型の保険は、さらに入院したことにより病院から受けた医療サービスの費用のてん補を行う入院費用保険（hospital expense insurance）と手術等の医師の医療サービスを受けたことによる費用のてん補を行う手術費用保険（medical expense insurance）とがまずあり、それらの保険では一定の金額までの医療費のみをカバーすることとしているため（なお、これら２つの保険が一体として提供されていることが多い）、さらにそれらの保険でカバーされない高額の医療サービスを受けたことによる費用をカバーする高額医療費用保険（major medical expense insurance）とがある。なお、医療費用保険では、歯科医療費は免責とされており、それについては、別途、歯科医療費用保険（dental expense insurance）がある。

就業不能保険：疾病・傷害による就業不能損害をカバーする保険である。被保

険者が就業不能となった場合に、就業不能が継続する間定期的に原則として定額の給付を支払う保険である。就業不能の状態の程度により、全面的就業不能（total disability）、部分的就業不能（partial disability）、残余的就業不能（residual disability）にわけて給付がなされる。また、担保される就業不能期間が２年以下の短期就業不能保険とそれ以上の期間に及ぶ長期就業不能保険とがある。

長期介護保険（long-term care insurance）：介護ホームにおける介護または家庭における介護を要する状態になったことに対して、定額給付方式で保険給付を行う保険である。

さて、実際にこのような保険種類があることを前提として、傷害保険、疾病保険、健康保険という概念がそれぞれ何を意味するのかをみると、画一的に決まっているわけではないが、傷害保険の語は、上記のような意味で、わが国の傷害保険の概念にほぼ対応する。これに対して、疾病保険は、元来は疾病に関する担保を提供する保険をさしていたのであろうが、純粋に疾病のみに関する保険は実際上は存在せず、医療保険、就業不能保険とも疾病と傷害を問わずにカバーする保険として行われているので、医療保険および就業不能保険を包括する語として健康保険の語が、法令上または実務上用いられているように思われる。(1) したがって、今日では、後で紹介する全米保険監督官協会（ＮＡＩＣ）のモデル法においてのみ疾病保険の語が未だ使用されているという状況のようである。さらに、健康保険には、比較的最近開発された長期介護保険が含められているのが通例である。

参考までに、法令上の定義の例をあげると、ニューヨーク州保険法1113条(a)項(3)号は、「傷害・健康保険」について、次のように定義する。

「(i)本号(ii)で特定される場合をのぞき、労働者災害補償法第９節にしたがい就業不能給付を与える保険を含めて、災害（accident）または特定種類の災害（accident）による死亡または傷害（personal injury）に対する保険、および、疾病、疾患または傷害に対する保険；ならびに、

(ii)解約不能就業不能保険（non-cancellable disability insurance）。同保険は、契約の効力発生日または更新日から１年以降において解約しまたは他の方

法で契約を終了させる選択権を保険者に付与しない契約とされる、疾病、疾患または傷害による就業不能に対する保険をいう（ただし、災害による傷害のみに対する保険を除く）。」[2]

この定義では、傷害保険は、(i)前段部分の保険をさすのであり、健康保険は(i)後段および(ii)の保険をさすのであると理解される。ここからわかるように、傷害・疾病のいずれが原因であるかを問わず担保の与えられる保険が健康保険であると理解されているのであろう。そして、このような健康保険の理解は、実務上の健康保険の概念と概ね一致しているものと思われる。ただし、後述（第３章参照）のニューヨーク州規則６２においては、災害のみを担保する保険、すなわち傷害保険も健康保険の一種として認めているように、健康保険という語が傷害保険を含むこともあるようである。

Ⅱ　傷害保険・健康保険の特質

1　傷害保険

傷害保険が独自の種類の保険として位置づけられており、定義的にはわが国の傷害保険とほぼ同じであることは、上記のとおりであるが、わが国の傷害保険と比較すると、実態はかなり違っているようである。というのは、１９世紀中の疾病保険に先行して発展した傷害保険はともかく、今日ではわが国の普通傷害保険のような単独の傷害保険はむしろ例外で、傷害に関する保険として最も普及しているのは、生命保険契約に付帯される災害死亡特約（accident death benefit）であり（災害死亡の場合に生命保険金の２倍額ないし３倍額を支払うもの）であり、この場合には、傷害による死亡保障だけを対象としている。この特約は、むしろ生命保険の延長にあるものという理解があるためか、後で紹介する傷害保険・健康保険の規制（第２章・第３章参照）の適用が除外されているのが通例である。そのほかの傷害保険としては、災害による死亡に加えて、身体切断（dismemberment）、視力の喪失など重度の後遺障害についても定額の保険給付をすることとしている傷害保険もある（単独の契約ないし生命保険・健康保険の特約と

して行われるもののようである。給付は定額給付である）が、これも傷害保険で死亡・後遺障害のみを給付事由としているのであり、わが国の傷害保険のように傷害による医療費用までをカバーする保険という意味は現在ではなさそうであるというのが米国の傷害保険の特質である（傷害による医療費用は、健康保険でカバーされるという考え方なのであろう）。[3] 実質的に傷害保険にあたるものとして重要なものとしては、このほかに、自動車保険に含まれるノー・フォールト保険、医療費用担保や無保険車傷害担保があるが、傷害保険・健康保険との絡みで問題とされることはあまりないようである。

2　健康保険・疾病保険

健康保険ないし疾病保険に属する具体的な保険種類については、上述したとおりであるが、医療保険では原則として実損てん補方式の保険給付を行い（ただし、ブルー・クロス（blue cross.入院をカバーする保険）、ブルー・シールド（blue shield.手術等をカバーする保険）の医療保険については、後述参照）、就業不能保険では定額給付方式の保険給付を行うものとされており、[4] それぞれの保険の役割分担はかなり明確であるということが特徴であるといえよう。わが国の生命保険会社が行っている疾病特約のように、傷害を除いて疾病による入院等のみに対して定額給付方式の保険給付を行う保険は例外的にのみ存在することになる（後述の医療補償保険（hospital indemnity insurance）がその例にあたる）。また、健康保険では、疾病と傷害のいずれを原因とするかを問わないので、わが国流に疾病保険と傷害保険を截然と区別して保険契約を構成するという発想はなさそうである。もっとも、わが国でも、最初に普及した損害保険会社の傷害保険や生命保険会社の疾病特約、災害関係特約のような傷害保険とは範疇的に截然と切り分けられた疾病保険と異なり、より新しく開発された損害保険会社の所得補償保険や医療費用保険、生命保険会社の就業不能保障保険や医療保障保険は、保険としての基本的コンセプトは、米国の就業不能保険、医療費用保険と共通する。[5]

なお、就業不能保険については、単独の契約としての就業不能保険のほかに、

生命保険契約にもとづいて、就業不能状態の発生にもとづき保険料払込免除（waiver of premium）または就業不能保険金（disability income benefit）の給付がなされることがあるが、これも災害死亡特約と同様、法規制のうえでは健康保険の範疇には含まれていない。

健康保険の特徴としては、そのほかに、保険事業主体として、株式会社・相互会社の保険会社とともに（傷害・健康保険は、生命保険会社、損害保険会社いずれも行うことができる、市場シェアとしては生命保険会社が圧倒的である）[6]とともに、ブルー・クロス、ブルー・シールドという非営利保険事業主体による現物給付方式による健康保険が相当のシェアを占めているということがあげられる。[7]また、HMO（health maintenance organization）（会費前払いにより医療サービスを受けられる会員制の民間健康維持組織で、医療機関が保険者の機能をも果たすもの）とよばれる新たな医療保険システムや大企業等による自家保険[8]も重要な役割を果たしており、[9]それら各種の事業者が、メディケア（medicare.65歳以上の高齢者等を対象とする政府保険プログラム）、メディケイド（medicaid.低所得者を対象とした政府保険プログラム）等限られた範囲の国民のみを適用対象としているにすぎない公的健康保険の適用対象とならない一般国民に基礎的保険サービスを提供することになっているという米国独自の事情を認識しておく必要がある。このため、健康保険をわが国の疾病保険と比較すると役割分担の相違により相当の違いが生じてくることになるのである。[10]

保険会社の健康保険の種類としては、引受方法により個人保険と団体保険とにわかれる。団体保険によるものの割合が圧倒的に多く、個人保険としての引受は割合としては小さいということも米国の健康保険の特徴としてあげられるが、[11]これも、保険会社の健康保険も国民の基礎的健康保険の一角を占めるものとしての意味を有し、企業が従業員福利の目的で団体保険方式で加入していることが広く普及していることによるものである。

Ⅲ　傷害保険・健康保険の保険証券（約款条項）規制等

米国では、火災保険や自動車保険におけるように、保険約款が法律上または事

実上大多数の保険会社により統一的に使用されている保険の分野もあるが、健康保険はその対極にあり、保険商品の設計自体がバラエティーに富んでいる結果、保険約款も各社各様の内容となっているといわれている。その結果、保険契約者保護上問題となる約款条項も混入する危険が高く、各州の保険法では、標準約款条項を規定しこれよりも不利益な約款条項を使用することを禁止するほか、監督官の承認を受けることを要求している（ニューヨーク州保険法3216条）。

このような各州保険法の規制内容の統一ないし調和を図ることを目的として、ＮＡＩＣの統一法ないしモデル法が作成されている。個人健康保険に関しては、次のものがある。

①統一個人傷害・疾病保険証券条項法（Uniform Individual Accident and Sickness Policy Provision Law）

個人健康保険証券の標準条項を定めるものであり、ニューヨーク州（同州保険法3216条）など大多数の州法で採用されている。約款条項のうち、保険事故・免責事由・保険給付の内容を除く、一般条項的な部分の標準条項を規定するものとなっている。成立は、1950年に遡る古い沿革のあるものである。

②個人傷害・疾病保険ミニマム・スタンダード法（Individual Accident and Sickness Insurance Minimum Standards Act）

③個人傷害・疾病保険ミニマム・スタンダード法を実施するためのモデル規則（Model Regulation to Implement the Individual Accident and Sickness Insurance Minimum Standards Act）

①によっては規定されておらず、保険会社により千差万別な健康保険の保険事故および保険給付の最低標準を規定するとともに、保険契約者に対する開示規制を規定しようとするもので、②は基本的事項のみを規定し、②にもとづく規則である③により具体的詳細な最低標準等を規定している。成立は②が1974年、③が1975年であり、①と異なり、これを採用している州法は未だ少数であるが、実質的に同様の規定がおかれている州法がある（ニューヨーク州保険法3217条と同条にもとづく規則（Regulation）62）。

①は、標準条項を規定し、②③は最低基準を規定するという違いはあるが、実質的には、両者が約款が内容とすべき最低限の基準を規定するという意味では、

半面的強行規定をおくことと実質的には大きな違いはない。その意味では、強行規定を含む大陸法系諸国の保険契約法に対応するものということができる。ただ、実際の保険約款を念頭においてきわめて具体的に規制をしているということとともに、保険事故・保険給付等の側面についても強行法的に規制しているということに特徴がある。これは、米国では他の保険種類についてもしばしば行われていることであるが、健康保険の分野では、それが一段とすすんでいるということがある。

以上の各モデル法が個人保険を対象とするのに対して、団体保険に関しても、団体健康保険の定義および標準条項モデル法（Group Health Insurance Definition and Group Health Insurance Standard Provisions Model Act）、団体健康保険強制転換特権法（Group Health Insurance Mandatory Conversion Privilege Act）が採択されている。個人保険に関するモデル法とは、若干の相違がある。

ＮＡＩＣでは、以上の他にも傷害保険・健康保険に関するモデル法等を作成している。主要なものとして次のものがある。

傷害・疾病保険の宣伝に関する規則（Rules Governing Advertisements of Accident and Sickness Insurance with Interpretive Guidelines）：傷害・疾病保険の文書やセールス・トークによる募集についての規制を定めるものである。1956年に採択されたもので、ニューヨーク州を含む相当多数の州が採用している。

生命保険・健康保険保険証券用語簡明化モデル法（Life and Health Insurance Policy Language Simplification Model Act）：わかりやすい保険証券条項（約款条項）の作成を義務づけるものである。1978年に採択され多数の州で採用されている。

(1) 典型的には、Kenneth Black, Jr. & Harold D. Skipper, Jr., Life Insurance 476 et seq. (12 th ed. 1994)の健康保険の概説を参照。

(2) 解約不能という語が付加されているのは、かつて就業不能保険は、生命保

険において保険給付の一つとして就業不能に関して保険料払込免除ないし就業不能給付が行われていたのに対して、単独の健康保険として就業不能保険が行われるようになったが、これが保険者による解約不能な保険とされていたため解約不能就業不能保険とよばれていたことに由来する。

(3) かつては傷害保険において、死亡給付、後遺障害給付、就業不能給付に加えて医療費用給付を損害てん補方式で行っていたようである。Edwin J. Faulkner, Accident and Health Insurance 313 et seq.(1940)の傷害保険証券の例を参照。当時は、後述のように、医療費用保険が未だ十分普及していない時代であったことが反映しているのであろう。

(4) 就業不能保険の給付金額は、一般的には、被保険者の加入当時の所得の多寡によりその65パーセントないし85パーセント程度に抑えているといわれている。Black & Skipper, supra note 1, at 501.また、Health Insurance Association of America(HIAA), Source Book of Health Insurance Data 1994, 16(1995)では、団体保険の場合には、一般的には社会保障給付と合わせて所得の60パーセントを超えない水準で給付額を設定しているとされている。保険金額を約定するが、直近の平均所得まで給付を減額するという方式や重複保険の場合の給付の調整は約款で規定することは可能であるが、実際にそういう調整規定がおかれることはあまりないようである。もっとも、就業不能保険の申込書の例を見ると（一例として、Bertram Harnett & Irving I. Lesnick, The Law of Life and Health Insurance, vol.2, 6-15 et seq.(1994)参照）、他保険の有無・内容についての告知欄があり、引受は相当慎重になされているものと推測される。なお、部分的就業不能も担保する場合には全面的就業不能の給付の50パーセントを給付額とするのが一般で、定額給付方式であるが、残余的就業不能保険では、減収額の直近の所得額に対する割合を全面的就業不能の場合の給付金額に乗じて給付額を決めるものとされる（ただし、この割合が75ないし80パーセント以上の場合は100パーセントの給付をする）。Black & Skipper, supra note 1, at 304 et seq.

(5) 健康保険の歴史的発展をみると、19世紀中の先駆的疾病保険は別として、

20世紀初頭より、生命保険のなかで就業不能給付を行うものと、健康保険として独立の就業不能保険を行うものとが現れて大いに成長したが、大恐慌によりモラル・ハザードが高まって就業不能給付の請求が大量に増加したため、成績はきわめて悪化し、その後は、就業不能保険の引受が慎重となり、現在に至るまで医療保険ほどの普及はしていない（HIAA, supra note 4, at 40,41によれば、保険会社による団体健康保険による給付額のうち、医療保険は32.0bill.ドルであるのに対して就業不能保険は3.6bill.ドルにとどまる。個人保険では、それぞれ6.5bill.ドルと3.1bill.ドルとなっている。Abraham & Liebman, Private Insurance, Social Insurance and Tort Reform: Toward a New Vision of Compensation for Illness and Injury, 93 Colum.L.Rev.75(1991)によれば、就業不能保険を有する人口は6000万人で、そのうち2400万人のみが長期就業不能保険を有しているとする）。これに対して、医療保険は、大恐慌のころまでは、傷害保険や就業不能保険の一部として行われていたにすぎなかったが、大恐慌のころより、非営利団体による現物給付方式の入院費用保険、医療費用保険が生まれ、保険会社も医療保険を販売するようになり、これが今日まで発展した。使用者が従業員のために加入する団体保険による保険会社の医療保険が第２次大戦中より急成長していったのは、戦争による給与の凍結に代わる魅力ある給付であったことと、税法上優遇されてきたことによる（HIAA, supra note 4, at 2.）。なお、興味深いことは、保険会社の医療保険では、当初、入院や手術の場合に定額給付方式の保険給付を行うものであったが、その後、今日のように損害てん補方式で行われるようになっていったということである。Faulkner, supra note 3, at 281 et seq.参照。

(6) American Council of Life Insurance, 1994 Life Insurance Fact Book 68によれば、生命保険会社の健康保険の保険料収入額は1993年では68,658 mill.ドルであるのに対して、（株）安田総合研究所訳『ザ・ファクトブック1995』18頁によれば、損害保険会社の傷害・健康保険の正味保険料収入額は679mill.ドルにとどまる。

(7) ブルー・クロス、ブルー・シールドの総加入者数は67.5mill.人、保険会

社の保険の総加入者数は75.0mill.人、自家保険およびＨＭＯの総加入者数は98.6mill.人となっている。保険料収入では、それぞれ、70.9bill.ドル、125.0bill.ドル、143.9bill.ドルである（1992年）。HIAA, supra note 4, at 37, 41.

(8) 大企業等による自家保険も、企業自体でリスクをすべて引受け、設計やクレーム管理もする場合と、事務管理は保険会社に委託する場合（Administrative services only: ASOとよばれている）や、一定以上の損失については保険会社にストップ・ロス保険を付している場合などがある。保険料負担は、企業が全額負担とする場合と、一定部分は従業員負担とする場合とがある。HIAA, supra note 4,at 16.

(9) 医療費の高騰に対する対策として、最近では管理ケア（managed care）とよばれる医療費抑制のシステムを内包した医療保険が成長しており、ＨＭＯのほか、ＰＰＯ（preferred provider organization.保険会社、企業等と医療機関との間で保険加入者や従業員に対する医療サービスの提供について提携しておき、これにもとづき保険加入者や従業員が医療サービスを受けられるようにしたシステムでＨＭＯよりは医療機関の選択の幅が広い）、ＰＯＳ（point-of-service plan.ＨＭＯとＰＰＯの混合型）などがある。HIAA, supra note 4, at 24 et seq.

(10) 最近の米国の健康保険の実情については、中浜隆「アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務」文研論集110号79頁以下(1995年)に詳しい。

(11) 保険会社の健康保険加入者の内訳は、団体保険80.3mill.人、個人・家族保険8.5mill.人となっている。HIAA, supra note 4, at 37.

第２章　健康保険の契約条項

－ＮＡＩＣ統一条項法を中心として－

吉原　和志

Ⅰ　はじめに

NAIC (National Association of Insurance Commissioners、全米保険監督官協会)は、健康保険がまだ揺籃期にあった1912年に成立したStandard Policy Provisions Lawに代わるものとして、1950年に、統一個人傷害・疾病保険証券条項法(Uniform Individual Accident and Sickness Policy Provision Law、以下UPPLと略する)を採択した。UPPLは、ほとんどの州で立法化されており[1]、保険証券における条項の中でも、主として担保範囲や免責条項に関する以外の標準条項を規定している。NAICは、1979年には、UPPLの実質内容を変更することなく、使用されている文言をより簡明なものとすることを目的として、The Restatement of the Uniform Individual Accident and Sickness Policy Provision Law in Simplified Languageを採択している。

次章では、個人傷害・疾病保険ミニマム・スタンダード法(Individual Accident and Sickness Insurance Minimum Standards Act、以下MSAと略する)を中心に保険給付に関する規制が紹介されるので、本章では、UPPLを中心にそれ以外の契約条項や保険証券の形式に関する規制の内容およびそれらの条項に関して紛争が生ずることの多い論点を紹介・整理する。UPPLの構成および内容を概観した後、保険証券への記載が必ず要求される標準条項の中でも主要ないくつかの条項を取り上げて、やや詳しくみることにしたい。

なお、健康保険の種類には個人保険と団体保険があり、アメリカでは団体健康保険に加入する者の数が個人健康保険に加入する者の数をはるかに上回っているが[2]、規制に関しては、従来、個人保険の方が団体保険よりも進んでいるようであり[3]、以下でも、個人保険のみを対象とする。

Ⅱ　ＵＰＰＬの概要

1　ＵＰＰＬの構成

UPPLは、１条（傷害・疾病保険証券の定義）、２条（保険証券の形式）、３条（傷害・疾病保険証券条項）、４条（制定法への適合）、５条（申込書）、６条（通知・放棄）、７条（年齢制限）、８条（一定の保険証券に対する適用除外）、９条（違反）、10条（司法審査）、11条（抵触する法律の廃棄）、12条（法律の発効日）の12か条および付則Ａ（超過保険条項に関する規則案）から成る。

2　保険証券の形式

(1) 保険証券の形式の規制

UPPL２条（ニューヨーク州保険法では3216条(c)）は、主として保険証券の形式面について、金額や時期に関する記載が保険証券上になされること、保険証券の体裁・配列や活字の大きさが一定の標準に従うこと、免責事由(exceptions)はそれが適用される給付条項とともにまたは「免責事由」という標題の下に保険証券に記載することなど、保険契約者等の誤解や見落としを招かないよう、あらゆる契約内容・条項が保険証券に明瞭に記載されることを確保しようとしている。

なお、２条A.(3)は、特に家族の複数の適格構成員が被保険者とされる場合を除いて、保険証券は一人の者を被保険者とする旨を規定しているが、多くの州では、自立ができない精神的・身体的に障害のあるこどもについて、制限年齢を超えても担保されることを要求したり、新生児(newborn child)がその両親の健康保険証券によって担保されることを要求したりする立法を設けているようである(4)。

(2) cover pageまたはfirst page

NAIC Model Official Guide for the Filing and Approval of Accident and Health Contarctsは、保険証券の内容を理解しやすいものにするため、一定の契約条項が保険証券のfirst pageに記載されることを要求しており、このGuideは、

多くの州で採用されている。記載されるのは、保険者の名称、保険期間、全対価、給付条項の要約などである。

(3) free look[5]

生命保険や健康保険では、通例、申込者に対して、保険証券を検討し、保持するかどうかを決する一定の期間（通例10日間または20日間）を認めており、被保険者は、その期間の間は、責任を負うことなしに保険証券を返還することができる。UPPLの規定するところではないが、この条項は、大半の州で要求されており、face pageに記載しなければならない。返還に際して、保険証券は当初から無効であったことになり、支払済の保険料は全額返還されるが、free lookの期間を超えて、保険料の返還がなされる場合には、未経過保険料の返還に限られる。

free lookの条項に従って保険証券が無効であったとされるためには、所定の期間内に保険証券が返還され、かつ、保険料が返還されることが必要であり、保険者が保険料の返還を怠っている間に生じた保険事故については、保険者は保険金支払義務をを免れない。

3　標準保険証券条項

(1) 保険証券条項の規制方法

制定法によって保険証券条項を規制する方法には、①ある事項を保険証券の条項として含むよう要求するかたちで規定する（標準保険証券条項を規定する）方法と②ある事項を直接に実体法として規定する方法がある[6]。わが国の商法では②の方法がとられるが、UPPL３条は①の方法をとる。①の方法がとられる場合でも、同時に、制定法に合致しない保険証券は合致するように解釈されるという規定（UPPL４条B.参照）が置かれていれば、②の方法と実際上の結果はほとんど変わらないであろうが、①の方法の利点として、制定法よりも保険証券に記載されていた方が、被保険者や保険金受取人らが見落とすおそれが小さくなること、また、合衆国憲法の契約条項(contracts clause)[7]との関係で、ある保険証券が発行された時点において、ある制定法の規定が効力を生じていたかどうかを決する

という問題を解決しうること等が挙げられる[8]。

UPPLの中でも最も重要な３条は、給付の内容ではなく、いわば保険証券の適用条件(operating conditions)を標準化しようとする。同条では、必要的条項と任意的条項とを区別していることが大きな特徴である。すなわち、３条A.は、必要的条項(required provisions)として、定められた条項を本条におけると同じ文言で含まなければならないものとする。但し、保険監督官(Commissioner)によって承認された、被保険者または保険金受取人にとってより不利ではない文言を用いることは許される。これに対して、３条B.が規定する標準条項は、任意的条項(optional provisions)であり、保険証券に必ず挿入しなければならないというわけではないが、挿入する場合には本条におけると同じ文言（あるいは保険監督官によって承認された、被保険者または保険金受取人にとって不利ではない別の表現）を用いなければならない条項である。

(2) 必要的条項

UPPL３条A.（ニューヨーク州保険法では3216条(d)(1)）は、必要的条項として、①完全契約、②一定の抗弁に対する時間的制限、③保険料払込猶予期間、④更新、⑤復活、⑥請求の通知、⑦請求の書式、⑧損失の証明、⑨請求に対する支払の時期、⑩請求に対する支払、⑪医的審査および検死、⑫法的争訟、⑬保険金受取人の変更について規定する。

①についてはⅢ１で、②についてはⅢ２で、③④⑤についてはⅢ３で、⑥⑦⑧⑨⑩についてはⅢ４で、それぞれ詳説するので、ここでは、残りの条項を簡単にみておく。

３条A.(11)は、医的審査(physical examination)および検死(autopsy)と題して、保険者に次のような権利と機会を与えている。すなわち、保険者は、みずからの費用において、請求が未決である間、合理的に必要とする場合および必要とするたびに、被保険者の身体を診査する権利と機会を有する。また、被保険者が死亡した場合には、法によって禁じられていないかぎり、検死を要求する権利と機会を有する。医的審査および検死の拒絶が正当なものだったかどうかに関する紛争では、合理性(reasonableness)を基準に判断される。

３条A.(12)は、請求者は、書面による損失の証明を保険者に提出した後60日を経過するまでまたは３年を経過した後は、保険者に対して訴訟を提起することができないと規定する。損失証明提出後60日間の訴訟提起を認めない趣旨は、訴訟を提起される前に、請求について調査をする合理的な機会を保険者に与えることにある[9]。

保険金受取人の変更(change of beneficiary)に関して、３条A.(13)は、被保険者があらかじめ保険金受取人の撤回不能な指定をしていないかぎり、被保険者は、保険金受取人を変更する権利を留保すると規定する。また、保険証券の解約(surrender)もしくは譲渡、保険金受取人の変更、またはその他の保険証券の変更について、保険金受取人の同意が要件とされてはならないとされる[10]。

(3) 任意的条項

UPPL３条B.（ニューヨーク州保険法では3216条(d)(2)）は、任意的条項として、①職業の変更、②年齢の不実記載、③超過保険、④未払保険料、⑤州法への適合、⑥違法な職業、⑦アルコール中毒者および麻薬常用者に関する標準条項を置いている。

①職業の変更(change of occupation)　３条B.(1)は、被保険者の職業の変更(change of occupation)に関する規定であり、申込時より危険性の高い職業に変わった場合には、保険者は、給付金を支払われた保険料の額に応じて減額調整することとし、申込時より危険性の低い職業に変わった場合には、保険者は、保険料の料率を引き下げ、また、超過分の未経過保険料を返還しなければならないものとする。現在の実務では、こうした条項が用いられるのは稀だといわれる[11]。

②年齢の不実記載(misstatement of age)　３条B.(2)は、被保険者の年齢が不実記載された場合には、この保険証券の下で支払われるべきすべての金額は、払い込まれた保険料によって年齢が正確であったならば購入しえたであろう額に限られる旨を規定する（なお、後述７条も参照）。

③超過保険(overinsurance)　いわゆる超過保険、すなわち保険で担保される損失を超過する額において付保されている場合にどう対処するか。医療費用給付に関しては、ほとんどの個人保険では、現実に提供されたサービスまたは現実に

被保険者が支払った費用に基づいて保険金が支払われるから、超過保険はめったに起こらないが、団体保険においては、配偶者がともに団体保険に加入し、他方配偶者の保険によっても担保されるような場合に備えて、給付調整条項が置かれることがある。所得補償給付に関しては、超過保険にどう対処するかという問題がより先鋭化する。

UPPL３条B.(3)(4)(5)は、超過保険に関して、保険者が同一の損失について発行している複数の保険証券相互間の調整、医療費用給付をなす複数の保険証券相互間の調整、高度障害所得補償給付(disability income benefits)をなす複数の保険証券相互間の調整という３つの場合に分けて、それぞれ詳細な標準条項を設けている[12][13]。

④未払保険料(unpaid premium)　本保険証券の下での支払に際して、既に期限の到来している未払保険料は、支払額から控除することができる（３条B.(7)）。

⑤州法への適合(conformity)　３条B.(8)は、本保険証券のいかなる条項も、効力発生日に、被保険者が居住する州の制定法と抵触する場合には、その制定法の最低限の要件を充たすように修正されるものとする（なお、後述４条も参照）。

合衆国憲法の契約条項（前掲注（７）参照）との関係から、州の制定法の改正が既存の保険契約に反映されるのは、保険契約が更新されたり当事者の合意により変更されたりした時であるが、保険者が州の同意なしに保険契約を解約したり保険料率を変更したりする権利を有しない場合には、保険料の払込による更新は既存の保険契約を継続させるだけであり、爾後の法改正は適用されないとされている[14]。

⑥違法な職業(illegal occupation)　３条B.(9)は、被保険者が重罪(felony)を行ないまたは行なおうとしたことからまたは被保険者が違法な職業に従事したことから生じた損失については保険者は責任を負わないとする規定である。

⑦アルコール中毒(intoxicants)および麻薬常用(narcotics)　３条B.(10)は、被保険者が酩酊状態または麻薬の影響の下に受けた損失については、保険者は責任を負わないとする規定である。

4　その他の主な規定

①制定法への適合（４条）　４条A.は、３条に服しない保険証券は、その保険証券またはその一部を、いかなる面においても、本法に服する保険証券の条項よりも、被保険者または保険金受取人により不利なものとはしない旨を規定する。また、４条B.は、本法に違反する保険証券は、有効であるが、本法に定められたように解釈されるべきこと、本法に服する保険証券の条項が本法の規定と抵触するときは、当事者の権利・義務は本法の規定によって規律されるべきことを規定する（なお、前述３条B.(8)も参照）。

②年齢制限（７条）　７条は、第１に、保険証券が年齢制限の日を定めており、かつ、その日が保険料対象期間内であるときまたはその日の後に保険料が収受されたときは、保険担保は、解約の権利に服して、（年齢制限の日ではなく）保険料対象期間が満了するまで、効力を有するものとすること、第２に、被保険者の年齢の不実記載について、被保険者の年齢が不実記載され、かつ、被保険者の正確な年齢によれば、保険担保が有効でなくまたは保険料の収受前に終了したであろうときは、保険者の責任は、請求に応じて保険料を返還することに限定されることを規定する（なお、前述３条B.(2)も参照）。

③適用除外（８条）　８条は、労働者災害補償保険や包括(blanket)または団体保険証券など、一定の種類の保険証券の適用除外を定める。

④違反（９条）　９条は、本法の規定や保険監督官の命令の違反に対する制裁として、没収(forfeiture)や保険者等の免許の停止・取消を規定する。

Ⅲ　主要な必要的条項

1　完全契約(entire contract)条項と申込書

(1) 完全契約条項

UPPL３条A.(1)は、この保険証券は、裏書(endorsement)および付属書類(attached papers)（何が特約または裏書にあたるかをめぐって紛争が生ずること

がある）がある場合にはそれらを含めて、完全な保険契約を構成すると規定する。こうした完全契約条項は、生命保険約款においてもみられるが、その趣旨および機能は、保険者が責任を限定するために契約外の文書を用いることを制限することや、申込書が保険証券に添付されていないかぎり、申込書になされた記載を保険者が抗弁として用いることを禁ずることにある。たとえば、申込時に交付された保険料領収証の条項は、保険契約には含まれないことになる。

続いて、３条A.(1)は、保険証券のどのような変更も、保険者の執行役員によって承認され、その承認が保険証券に裏書されるか添付されないかぎり、効力を生じないとし、また、どのような代理人も、保険証券を変更したりその条項を放棄したりする権限を有しないことを規定する。この条項に関連して、一定の場合には、執行役員の承認がなくとも代理人が保険証券の条項を変更しうるのではないか、代理人がある事項を知っていたことが放棄(waiver)にあたるかどうかがしばしば争われる[15]。

(2) 申込書

UPPL５条は、保険契約の申込書について以下のような規定を置く。

A.申込書の謄本が保険証券に添付されまたは裏書されていなければ、被保険者は、申込書になされた記載によって拘束されない。契約の復活または更新に際しては、被保険者等は、復活または更新について申込書の謄本を書面をもって請求することができ、保険者は請求後15日以内に謄本を交付しなければならない。

B.申込者の書面による同意がないかぎり、申込者以外の者が申込書を変更することはできない。ただし、保険者が管理目的のためにのみ挿入する場合を除く。

C.申込書の記載の虚偽(falsity)は、その虚偽記載が危険の引受に重要な影響を与えたのでないかぎり、填補の権利を失わせるものではない。

A.の規定は、前述の完全契約条項と相俟って、申込書の謄本が保険証券に添付または裏書されていないかぎり、申込書になされた記載の虚偽を保険者が抗弁として用いえないことを明らかにする。NAIC Official Guideでも、保険者は申込書を保険証券に添付することが要求されている。C.の規定は、申込書になされた記載の虚偽を保険者が抗弁として用いうる場合でも、その記載の虚偽が重要なもの

でないかぎり、保険者が責任を免れることはできないものとしている。

コモン・ローにおいては、ある事項がワランティ(warranty)か表示(representation)かという区別が重要であった。不実の陳述や記載を理由として保険契約が無効となるためには、表示であればそれが重要な(material)ものである必要があったのに対し、ワランティであればその必要がなかったからである。しかし、現在では、多くの州が、申込書になされた記載をワランティではなく表示と性格づけることによって、保険契約が無効となる場合を制限しているようである(16)。上記５条C.は、ワランティや表示という語を用いることなく、虚偽記載を理由として責任を否定するには「危険の引受に重要な影響を与えた」ことを要するという表現のしかたで、虚偽記載の取扱いを規定している。

なお、申込書の標準書式はないが、一般に、①申込人の身元、②職務上の危険状態(occupational exposure)、③他保険契約の存在および保険金額が収入(earnings)を超えていないかどうか、④申込人の過去・現在の健康状態に関する情報等が保険者に提供される(17)。

2　一定の抗弁に対する時間的制限(time limit on certain defenses)

(1) 標準条項の内容

UPPL3条A.(2)(a)は、保険契約の申込時に申込人によってなされた不実記載(misstatement)は、詐欺的な不実記載(fraudulent misstatement)の場合を除き、保険証券発行後３年経過後に発生した損害ないし開始した高度障害に基づく請求を否定するために用いることはできない旨を規定する。申込書の不実記載を抗弁として用いることに時間的制限を設定していることになる。

いわゆる解約不可(noncancellable)または更新保証(guaranteed renewable)に該当する保険証券の場合には、上記の規定に代えて、「不可争(incontestable)」という見出しの下に、「この保険証券が被保険者の生存中３年間有効であった後（被保険者が高度障害であった期間を除く）は、申込書に含まれていた記載に関しては不可争とする。」という規定を設けることができる。本則と比較すると、「詐欺的な不実記載の場合を除き」という文言が含まれていないとともに「被保

険者の生存中」という文言が入っており、この規定は生命保険における不可争条項とほとんど同じ表現をとっている[18]。

また、3条A.(2)(b)は、保険証券発行後３年経過後に発生した損害ないし開始した高度障害に基づく請求は、免責事由に特定されていない疾病または身体状態が保険者の責任開始日の前に既に存在していたことを理由として、減額または否定されない旨を規定する。いわゆる契約前発病(preexisting condition)免責について、時間的制限を設定していることになる[19]。

なお、MSA６条A.では、これらの時間的制限を２年に短縮するとともに、同６条B.C.は、契約前発病免責の時間的制限を一定の保険につきさらに短縮し、上記の規定を修正して、被保険者の一層の保護を図っている[20]。

制限期間内でも、申込人の状態について代理人が真実を知っていた場合には、放棄(waiver)または禁反言の法理により、保険者の免責の主張が否定されるかどうかが争われる[21]。

(2) 生命保険における不可争条項との比較

以上のような規定は、生命保険契約においてもみられるが、生命保険における不可争条項と健康保険における条項との間には、いくつかの違いがある[22]。

第一に、いわゆる解約不可または更新保証に該当する保険証券の場合を除いて、上記規定は、「不可争性」ではなく「一定の抗弁に対する時間的制限」という見出しを用いるよう要求している。「不可争」という語が導きうる永続性の連想を避けることを意図してのことだといわれる[23]。

第二に、生命保険の不可争条項では、通例、詐欺(fraud)も除外されておらず、不実記載が詐欺的(fraudulent)であっても可争期間を経過した後はもはや争いえなくなるが、健康保険では、詐欺的不実記載が明確に制限から除外されている。生命保険におけると異なり、健康保険における被保険者は通例生存しており、保険者が填補を拒絶した場合に証言したり他の必要な手段を講じたりすることができるから、生命保険におけるほど不可争の範囲を広くしなくても、被保険者に不利益を課すことにはならないと考えられるからである[24]。

第三は、契約前発病の扱いである。被保険者の契約前の健康上の欠陥に対処す

る方法として、生命保険では、通常よりも高い保険料を徴収するという方法を用いるが、健康保険では、これに加えて、ある特定の原因に基づく損害を担保範囲から除外する特約や一般的な契約前発病免責条項を用いている[25]。３条A.(2)(b)は、このような免責の主張に制約を加えている。すなわち、契約前の健康上の欠陥について契約時に開示されなかった場合に、保険契約が効力を生じてから２年を経過した後は、詐欺的な不実記載にあたらないかぎり、３条A.(2)(a)により不実記載を抗弁としえないというだけでなく、同(b)により契約前発病免責をも抗弁としえないことになる。

(3) 不可争条項と契約前発病

一般に、不可争条項は、保険契約の有効性に関する抗弁を排除するものであり、保険契約の担保範囲(coverage)に関する抗弁をも妨げるものではないとされる。すなわち、不可争期間を経過した後は、保険者は、詐欺(fraud)、不実表示(misrepresentation)、黙秘(concealment)、ワランティ違反に基づく抗弁を提出することは許されないが、当該損失が保険契約によって担保されていないまたは除外されているという抗弁を提出することはできる[26]。しかし、ある抗弁が契約の有効性に関する抗弁なのか担保範囲に関する抗弁なのかということをめぐって紛争が生ずる。しかも、多くの条項はいずれのかたちにも表現しうるのであり、何を判断基準とするかという問題が残る[27]。

健康保険では、契約の効力が生じた日より後に発生した傷害または初めて発症した疾病による損失について給付金を支払うこととされている。したがって、契約の効力が生じたより前に当該疾病が存在していたとしても、その日までに徴候が現れていなければ、保険により担保されることになる。旧来の保険証券は、ただ契約の効力が生じた日より後に開始した疾病による損失について担保すると規定しており、契約前に既に疾病は存在したがその徴候が現れていなかった事例について保険者が免責されるのかどうかをめぐって多くの紛争があったことから、多くの州法では、疾病という語の定義に「初めて発症した(manifest itself)」という語句を用いるよう要求している[28]。

契約期間内に初めて発症した疾病による損失についてのみ責任を負うという条

項に基づいて保険者がなす免責の主張は、不可争条項とどのように関係するか。裁判例は、不可争条項は担保範囲に関する抗弁を禁ずるものではないとして、上記条項に基づく免責の主張を許すものと、不可争条項の立法目的は可争期間経過後は給付を受けられるという信頼を保険購入者に与えるものであるとして、上記条項に基づく免責の主張を許さないものとに分かれているようである[29]。

3　保険料払込猶予期間、更新、復活

(1) 保険料払込猶予期間(grace period)

UPPL３条A.(3)は、不注意に保険料の適時の払込をしなかったことにより保険担保が切れてしまうことを防ぐために、第１回保険料の後に満期が到来するそれぞれの保険料の払込について、…日間（週払保険料証券では７日以上、月払保険料証券では10日以上、それ以外の保険では31日以上でなければならない）の保険料払込猶予期間が与えられ、その期間内は保険契約はなお効力を有するとする。

保険者が更新拒絶権を留保する保険契約の場合には、保険料払込日の30日前までに、保険料受領済の期間を超えては保険者が保険契約を更新しない旨の通知をしたときは保険料払込猶予期間が与えられないことを記載しなければならない。

保険料払込猶予期間内に生じた傷害や疾病については、保険者は、責任を負わなければならない。その傷害や疾病が猶予期間内に生じたものと認められるならば、発見されたのが猶予期間経過後であってもよいであろう。

なお、前述３条B.(7)に認められた規定を置くことにより、保険料払込猶予期間内に生じた請求の支払に際しては、保険者は、支払額から未払保険料を控除する権利を留保することができる。

保険料が適時に支払われなかったとしても、①保険料払込猶予期間の条項、②復活の条項、③保険料払込免除(waiver of premium)の条項（＝連続して一定期間全面的高度障害の状態に陥った場合には、以後その状態の間に払い込まれるべき保険料については放棄する旨の条項）、④約款の規定にかかわらず、保険料の払込や保険料の不払による解除について事前の通知を要求する制定法の規定、⑤禁反言の法理によって、被保険者はなお保険による担保を得られる可能性があると

いえる[30]。

UPPLでは特に規定していないが、多くの州法では、保険者に対して、次回保険料の払込について事前の通知（保険料払込案内(premium notice)と呼ばれる）をなすことを要求している[31]。要求された通知をしなかった保険者は、被保険者が保険料の払込を怠っても、保険契約が失効(lapse)したものとすることができず、一定期間（通例６か月から１年）は保険担保を継続しなければならない。但し、これらの州法の多くは、解除不能(noncancellable)保険契約にのみ関するものであり、また、月払保険料の保険契約も多く除外されている。また、３分の１を超える州では、保険者に対して、保険契約を解除する前に、保険料の払込がされておらず、保険契約が解除されるべきことを通知すべきことを要求する規定を置いている。

(2) 更新(renewal)

一般に、健康保険契約における解約(cancellation)および更新(renewal)の可能性に関しては、多様な契約類型があり、また使われる用語の意味につき混乱もみられるようであるが、おおよそ次頁のような類型に分類される[32]。

保険者がいつでも解約することができる契約では、保険者は、事前の通知をし、未経過保険料を返還しさえすれば、解約しうる。しかし、州の立法上および行政上の規制から、このような契約は減少してきている。UPPL３条A.(4)および多くの州法は、保険者が更新拒絶権を有する場合に関して、保険者が契約応当日(anniversary)以外に更新を拒絶することを許していない。たとえば、1996年10月1日に保険証券が発行された場合には、たとえ保険料が月払または３か月払であっても、保険者は、1997年10月1日まで保険者は更新を拒絶することができない。少なくとも１年間の担保は保証されることになる[33]。

なお、「解約不可(noncancellable)」または「解約不可かつ更新保証(guaranteed renewable)」といった用語については、NAICのModel Regulation７条A.(2)は、被保険者が65歳またはメディケア(Medicare)の資格を取得するまで[34]、適時の保険料の払込によって契約の効力を継続させる権利を有し、その間は保険者が保険証券の条項のいかなる変更をも一方的にする権利を有しない保険

「健康保険契約の解釈・更新に関する契約類型」

	契約の解約・更新の可否	保険料・担保範囲の変更
解約可能契約 cancelable contracts	保険者または被保険者ともにいつでも数日前に書面の通知をなすことにより解約可能である。あまりない。	解約は可能だが、保険期間（通例1年）中は、保険料・担保範囲とも固定される。
保険者の選択により更新される契約 ――保険者が更新することを要しないもの		
選択的更新 optionally renewable	保険者は更新日に契約の更新を拒絶することができる。最も普通。	保険者は、保険料を増額したり、担保範囲に制限を加えたりすることができる。
条件付更新 conditionally renewable	同じ級別(class)の全契約が更新されないときにのみ、保険者は更新を拒絶できる。	同じ級別(class)の全契約の保険料が増額されるときのみ、保険者は保険料を増額しうる。
被保険者の選択により更新される契約 ――被保険者が契約を更新する選択権をもつもの		
更新保証 guaranteed renewable	保険料を支払えば被保険者は契約を更新する権利をもつ。	同じ級別(class)の全契約の保険料が増額されるときのみ、保険者は保険料を増額しうる。
解約不可 noncancelable	被保険者は、契約期間中（通例65才まで）約定の保険料で契約を更新する権利をもつ。保険料は高い。	保険者は保険料不払を除き契約を解約・更新できず、保険料の増額もできない。

証券においてのみ、使用することができるとして、用語の意味の明確化を図っている[35]。

被保険者にとっての重要性から、契約の更新に関しては、保険証券のface pageに記載しなければならないというのが、多くの州法の要求である[36]。

(3) 復活(reinstatement)

更新保険料が所定の期間内に支払われなかった場合でも、保険者またはその代理人がその後に保険料を収受すれば、特に復活申込書の提出を求めたときを除いて、収受の時に保険証券は復活する

UPPL３条A.(5)は、復活した保険証券は、復活日の後に受けた事故による傷害に基づく損失および復活日後10日間を過ぎてから生じた疾病による損失のみを担保するとする。重大な疾病に陥りそうだという徴候を感じた者が復活条項を悪用するのを防ぐ趣旨であろう。その他の面では、復活した保険証券は、復活に関連して付加された特約に服することを条件として、復活前の保険証券と同じである。

復活に関する申込書を受領したときは、承諾するか拒絶するかを45日以内に決しなければならず、そうしないと承諾したものとみなされる。

復活に関連した裁判例は、①復活保険料の保険者の充当(application)、②復活の直前または直後に生じた傷害または疾病について復活した保険証券の下で担保されるかどうか、③復活の的確性を検討する間、復活保険料を仮勘定(suspense account)に入れておく業界の慣行の合理性、④保険証券の条項から外れるようなしかたで保険料を収受・保持したことによる保険者の権利の放棄等をめぐって生じている[37]。

３条A.(5)によれば、復活に関連して受領された保険料は、保険料が未払であった過去の期間に充当されるが、復活日の前60日を超える期間には充当されない。逆にいえば、保険担保がなされない期間60日についても、保険者が保険料を収受することが認められる。この条項が採用される前は、失効期間についての保険料を収受した事実を放棄(waiver)とみて、失効期間の間に生じた傷害や疾病についても保険者は責任を負わなければならないと解されていた[38]。

4　保険金請求・支払の手続

(1) 総説

保険金請求の手続は、被保険者による請求の通知(notice of claim)、保険者による請求書式(claim forms)の交付、被保険者による損失証明(proof of loss)の提出、請求に対する支払(payment of claims)という順序で進む。請求の通知や損失証明の提出は、所定の期間内になされなければならないが、標準条項上、合理性(reasonableness)の基準による期間の延長が認められる。この通知や提出の時期の合理性に関して紛争が生ずることが多いが、訴訟においては、傷害の性質、被保険者の年齢や知性、保険者への不利益(prejudice)等が考慮されるようである。

(2) 請求の通知(notice of claim)

UPPL３条A.(6)は、損失の発生もしくは開始後20日以内またはその後合理的に可能なかぎりすみやかに、保険者に対して書面による請求の通知がされなければならないと規定する。災害死亡給付のように、損失の発生に基づく請求は、発生後20日以内に、高度障害給付や入院給付についての請求のように、ある日に開始しその後も継続するであろう損失に基づく請求は、開始後20日以内に、それぞれ通知がされなければならないということになる。

20日以内に通知することができなかったならば、その後合理的に可能なかぎりすみやかに通知をすれば足りる。合理的な時期とは、通常の慎重さをもつ者が同様の事実と状況の下で保険者に通知をしたであろう時期であり、考慮されるべき事情として、被保険者の年齢、被保険者の健康状態、被保険者の自己の状態についての認識等が挙げられる[39]。また、約款の条項に従った請求の通知がなされていなくても、保険者に不利益がなかったとして、保険金請求を認めた裁判例もあり[40]、保険者が他の理由に基づいて請求を拒否したことが、請求の通知の放棄(waiver)にあたるとされることもある。

なお、UPPLによれば、少なくとも２年以上の期間に及ぶ労働時間喪失補償給付(loss-of-time benefit)を定める保険証券にあっては、保険者は、法的無能力の場合を除き少なくとも６か月に１度以上、高度障害が 継続していることの通知を

するよう被保険者に要求する条項を入れることができる。

(3) 請求書式(claim forms)

UPPL３条A.(7)は、請求の通知を受領したときは、保険者は、請求書式を交付しなければならず、15日以内に交付されない場合には、損失証明の提出に関する所定の期間内に、請求の基礎となる損失の発生、性質および程度について書面による証明を提出すれば、請求者は損失の証明に関する要件を充足したものとみなされる旨を規定する。このような規定は、所定の書式に従った損失証明が提出されなかったという理由で請求が拒絶されることから被保険者を保護するだけでなく、所定の請求書式が交付されなかったがゆえに適時の損失証明の提出ができなかったという主張から保険者を保護する機能をも果たす(41)。

実務では、広く標準の請求書式が用いられているようである(42)。

(4) 損失の証明(proof of loss)

UPPL３条A.(8)は、書面による損失証明が、損失発生の日から90日以内に、保険者に提出されなければならないとする。しかし、被保険者がこれらの要求に従うことが不可能な場合には、可能なかぎりすみやかに証明を提出すれば足りるが、１年を超えて遅れてはならない。

実際には、被保険者が提出した損失証明の十分性や適時性をめぐって多くの紛争が生ずる(43)。また、査定人が請求の予備的調査をしただけでは、損失証明の要求を放棄(waiver)したことにはならないが、損失証明の提出を怠ったこと以外の理由に基づいて保険者が請求を拒否した場合には、損失証明の要求を放棄したものとみなされうる。

なお、以上のように、保険者の何らかの行動が請求の通知や損失の証明の要求の放棄にあたるとされることがあるが、UPPL６条は、保険者が通知を確認したこと、損失証明の書式を交付しまたは受領したこと、または請求について調査したことだけでは、保険者が何らかの権利を放棄したものとしてはたらくことはないと規定している。

(5) 請求に対する支払(payment of claims)

保険者は、損失の証明を受領した後直ちに（定期払の場合には少なくとも月払以上の頻度で）請求に対する支払をしなければならない（UPPL３条A.(9)）。

被保険者が生存している場合には、すべての給付金は、被保険者に支払われなければならない。災害死亡給付金は、指定された保険金受取人または保険金受取人が指定されていないときは被保険者の遺産財団(estate)に対して支払われる。また、被保険者の死亡時になお支払われていない他の給付金は、保険者の選択により、被保険者の遺産財団または指定された保険金受取人に支払われる（UPPL３条A.(10)）。

以上の条項に加えて、保険者の選択により、以下のような条項を置くことができる。すなわち、①給付金が被保険者の遺産財団または未成年者もしくはその他の無能力者である被保険者もしくは保険金受取人に支払われるべき場合に、一定の金額をその近親者に支払うことができる旨の条項および②医療費用等を担保する健康保険において、保険者が、その選択により、直接に病院、医師、その他サービスの提供者に対して給付金を支払うことができる旨の条項（しかし、被保険者が、損失の証明が提出されるまでに他の方法を要求したときは、保険者はそれに従わなければならない）である。

Ⅳ　おわりに

アメリカにおいては、医療保険制度の改革をめぐって盛んな議論が展開されつつあるが、従来の公的健康保険制度の対象は高齢者や一部の低所得者に限られ、一般の国民は、基礎的な医療費用の填補を含め、私的健康保険（その多くは職場を通じた団体保険）に依存する度合いがきわめて高い。一方では、重複保険にともなう給付調整や特に所得補償保険などに生じやすい道徳危険への対処などが必要になるとともに、他方では、保険加入者の合理的な期待を裏切ることのないように配慮しなければならない。そこで、UPPLでは、保険証券やその付属書類の記載だけが保険契約を構成するものとし、しかも重要な事項について保険加入者の誤解を招かないよう明瞭に記載されることを要求するとともに、必要的条項と任

意的条項とに分けて、保険証券条項を標準化しようとしている。これらの規制は、担保範囲や免責条項について最低標準を定めるとともに一定の開示を要求する規制（第３章参照）とも相俟って、多様な商品形態があり自由な競争が行なわれている下での保険契約内容の規制のあり方として、わが国の今後にも示唆を与えてくれるものと思われる。

(1) たとえば、N.Y.Ins.Law§3216参照（若干の追加的な規定を置いている）。何も立法措置を講じていないのはユタ州のみであり、また、ウィスコンシン州では、いったん立法化されたが、後に他の規制法に置き換えられている。

(2) 健康保険の約90%は団体保険を通じて販売されているという。Robert H.Jerry, Understanding Insurance Law 49, 827 (2nd ed. 1996).

(3) NAICが団体健康保険に関する模範法であるGroup Health Insurance Definition and Group Health Insurance Standard Provisions Model Actを作成したのは1983年になってからのことであり、同法を採用している州は、３分の１弱ほどにとどまっている。

(4) Muriel L.Crawford, Law and the Life Insurance Contract 476 (7th ed. 1994). ８割を超える州は、Model Newborn Children Billを制定法化している。追加保険料の支払いが要求される場合には、これらの州法は、保険契約者が保険者にこどもの誕生について通知するとともに、誕生後31日以内に追加保険料を支払うよう、保険者が要求することを許容するのが通例である。この要求に従わない場合には、31日後は保険担保は継続しない。

(5) Bertram Harnett & Irving I.Lesnick, The Law of Life and Health Insurance Vol.2 §6.02[7] (1995).

(6) たとえば、完全契約(entire contract)条項に関する規定は①の方法、申込書が保険証券に添付されていないかぎりその記載を訴訟において抗弁と

して用いえないという規定は②の方法である。

(7) 合衆国憲法第１編10節１項は、州が契約上の債権債務関係を侵害する法律を制定することを禁じている。なお、同条項と法改正および保険契約の更新(renewal)との関係につき、後述(3)⑤参照。

(8) Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.1 §5.01[3].

(9) Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.2 §6.11[4].

(10) 保険金受取人の変更に関しては、別居・離婚とそれにともなう財産処理の合意(property settlement)や夫婦共有財産制(community property)などとの関係を含む多くの紛争が生ずるが、それらは主として生命保険に関して論じられるので、ここでは省略する。たとえば、Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.2 §5.21[1]参照。

(11) William F.Meyer, Life and Health Insurance Law 490 (1972).

(12) UPPLの関連条項の詳細については、洲崎博史・本書第４章参照。

(13) 1993年版のUPPLでは、保険者が通知を受けていない他保険契約が存在する場合において保険者の責任を割合的に縮減することとしていた旧３条B.(5)の規定が削除されているが、削除の趣旨・意義は明らかでない。なお、健康保険において他保険条項を設けることに反対する一つの議論は、他保険契約による給付額だけ給付額が減額されるとすれば、特定の疾病についてのみ担保するような特別の保険を被保険者が追加購入することを抑制することになってしまうということである。Jerry, supra note 2, at 628-629.

(14) Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.2 §6.11[4].

(15) Meyer, supra note 11, at 467.

(16) Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.1 §4.01[5]. 詳しくは、竹濱修・本書第６章参照。

(17) David. L. Bickelhaupt, General Insurance 261 (11th ed. 1983).

(18) Crawford, supra note 4, at 477. 「被保険者の生存中」という文言が入った条項が用いられている場合には、２年や３年という所定の期間を経過する前に被保険者が死亡し、かつ保険者が争わないまま所定の期間を経

過したときに、不可争条項が働くのかどうか、つまり被保険者の死亡により不可争期間の進行が中断するのかどうかという論点が生ずる。Jerry, supra note 2, at 704.

(19) 契約前発病免責は、健康状態が悪化してから初めて健康保険に加入したという場合の填補を否定し、より早期の保険加入を促す機能を果たす。しかし、アメリカにおいては、連邦税法上の優遇措置が認められていることもあって、健康保険は、付加給付(fringe benefit)として使用者から与えられることが多く（付加給付として従業員に提供される健康保険の保険料については使用者は費用として控除することが認められ、その利益は従業員の所得から控除される）、転職して新しい使用者から新しい健康保険を得た場合に、契約前発病免責があるために、現在の状態について新しい健康保険によって填補されないという困難が生ずる。そこで、初めて健康保険に加入する者に対する場合を除いて、契約前発病免責条項を禁ずる規制が必要ではないかという主張もみられる。Jerry, supra note 2, at 429-430.

(20) 山下友信・本書第３章参照。

(21) Meyer, supra note 11, at 470.

(22) Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.2 §6.11[3][b].

(23) Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.2 §6.11[3][b].

(24) Jerry, supra note 2, at 704.

(25) Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.2 §6.11[3][b].

(26) Jerry, supra note 2, at 705. 著名なMetropolitan Life Insurance Co. v. Conway, 252 N.Y.449, 169 N.E.642 (1930)において、Cardozo首席判事は、不可争条項は、条件(conditions)およびワランティにのみ適用され、保険証券で定められた担保範囲を拡大するものではないという考え方を示し、この考え方が現在まで広く受け入れられている。

(27) Spencer L.Kimball, Cases and Materials on Insurance Law 100 (1992).

(28) Crawford, supra note 4, at 486.

(29) Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.2 §6.11[3][b]. なお、契約前発病免責をめぐる紛争類型については、Meyer, supra note 11, at 548-562参照。

(30) Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.2 §6.08[1][b].

(31) たとえば、N.Y.Ins.Law§3211参照。Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.2 §6.08[1][b].

(32) Bickelhaupt, supra note 17, at 265による。

(33) Crawford, supra note 4, at 489.

(34) 旧来は「少なくとも50歳に達するまで、または44歳より後に発行される保険証券にあっては発行後少なくとも5年間」という表現が用いられていたようである。Crawford, supra note 4, at 489等参照。

(35) 山下友信・本書第3章参照。

(36) face pageへの記載を怠った事例として、Caswell v. Reserve National Insurance Co., 272 So.2d 37 (La.Ct.App. 1973)参照（保険者が更新拒絶権を有する旨を face pageに記載していないとされ、一定の免責条項を追加した上で更新したとする保険者の主張が認められなかった）。

(37) Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.2 §6.08[3][b]. 保険契約がいったん失効する前の有効であった期間に生じた(originate)疾病により復活後10日間を過ぎてから生じた損失について、復活した保険証券により担保されるかについて、多数の裁判例は否定している。Meyer, supra note 11, at 473-475.

(38) Meyer, supra note 11, at 476.

(39) Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.2 §6.10[2][b], Meyer, supra note 11, at 477.

(40) たとえば、Joyce v. United States of America, 202 Cal.App.2d 654, 21 Cal. Rptr. 361 (1962)では、請求の通知は傷害の発生から7か月以上経ってなされたが、保険者は何ら不利益を受けておらず、請求を調査する十分な機会を得ていたとされた。

(41) Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.2 §6.10[3][b].

(42) 標準書式の規制例として、N.Y.Ins.Reg., Part 17, Reg.18, Standard Claim Forms (1982)参照。

(43) Harnett & Lesnick, supra note 5, at Vol.2 §6.10[4][b].

第３章　健康保険と保険給付

－ＮＡＩＣミニマム・スタンダード法およびニューヨーク州規則６２を中心として

山下　友信

Ⅰ　序説

傷害・健康保険契約について、ＮＡＩＣモデル法としては、前章でみた統一傷害・疾病保険証券条項法（以下、ＵＰＰＬという）のほかに、個人傷害・疾病保険ミニマム・スタンダード法（Individual Accident and Sickness Insurance Minimum Standards Act：以下、ＭＳＡという）がある（団体傷害・健康保険契約については、第１章で述べたようなモデル法が別途存在するが、保険契約法的観点からの分析を試みる本研究においては、基本型である個人保険に関するモデル法を検討対象とする）。ＵＰＰＬが、保険証券条項のうち、担保範囲・免責条項以外の条項を適用対象としているのに対して、ＭＳＡは、担保範囲・免責条項を中心に適用対象としている。この適用対象の相違にもとづき、両法の規定の仕方も違っており、ＵＰＰＬでは、証券がしたがわなければならない内容を規定するという手法がとられているのに対して、ＭＳＡでは、担保範囲・免責条項に関して、一部は禁止される条項を列挙するとともに、条項の内容のミニマム・スタンダード（最低標準）を規定するという手法がとられている。契約による担保の内容が各保険会社ごとに多様である傷害・健康保険の分野では、担保範囲・免責条項については、画一的な内容の規制になじまず、最低基準を定めることが適当と考えられているのであろう。

現在、ＭＳＡを採用する州は少数である。(1) ただ、直接採用はしていないが、修正をかなり加えつつ、実質的にこれに相当する規定を設けている州としてニューヨーク州等があり、米国における傷害・健康保険契約の規制についての有力な考え方を表すものであるということもできるし、傷害・健康保険のどのような内容が問題があると考えられているのかを示す素材としての意味はあるものと思わ

れるので、以下では、ＭＳＡとこれにもとづくモデル規則について紹介するとともに、ニューヨーク州法についても比較しながら紹介しよう。

Ⅱ　ＭＳＡとニューヨーク州法の概要

1　ＭＳＡの概要

ＭＳＡ自体は、比較的簡単な規定であり、担保範囲・免責条項の具体的な最低標準は同法の授権にもとづき制定される規則に委ねられている。ＭＳＡを概観すると次のとおりである。

(1)目的　ＭＳＡ１条は、同法の目的として、傷害・疾病保険の契約条件・担保（coverage）の標準化・単純化、ミスリーディングであったり不合理に購入・給付請求査定との関係で混乱を招きやすい条項の制限、販売時の完全な開示ということをあげる。

(2)定義　　ＭＳＡ２条は、定義規定であり、Ｂでは、「accident and sickness insurance」とは、「信用傷害・疾病保険以外の［傷害・疾病保険を授権する法律の規定］にもとづき引き受けられる保険および［非営利病院・医療・歯科サービス団体に関する法律の規定］にもとづき引き受けられる担保をいう」ものと定義している。ブルー・クロスおよびブルー・シールドという非営利保険事業者の提供する医療現物給付保険も保険会社の傷害・疾病保険と同じに規制するものであり、以下の規定でもすべて同様であるが、本稿ではかかる非営利事業者の契約についての言及は省略する。(2)

(3)保険証券条項の規制の原則　　ＭＳＡ３条は、約款規定の標準に関する基本的原則を規定するもので、次のような内容である。

Ａは、監督官の個人傷害・疾病保険の給付の最低標準設定のための規則制定権限を認める。規則制定権限の対象から除外されるのは、個人または団体保険の転

換権にもとづき発行される転換保険証券であるが、ただし、転換前の契約がＭＳＡまたはそれにもとづく規則の要件に合致しない条項を含む場合に限る。また、ＭＳＡまたはそれにもとづく規則の効力発生日に存在するフランチャイズ・プラン（モデル規則では、定義されていないが、後述ＮＹ規則Sec. 52. 2(k)の定義によれば、使用者や各種団体を通じてその従業員や会員に販売され契約管理がなされる個人健康保険をいうものとされており、これと同義と思われる）に付加して従業員または会員に発行される保険証券も除外される。

続いて、ＭＳＡは、ＵＰＰＬを含む州の適用のある法律に付加されかつ合致しなければならないとされたうえ、ＭＳＡの適用対象となる条項が、例示列挙されている。例示されているのは、更新条項、保険適格性の当初・事後の条件、担保規定の不重複条項、親族の担保、契約前の状態、保険の終了、診断期間（probationary period.待機期間と同義）、制限、免責、減額、制限期間、乗換要件、再発の状態、病院・傷害・疾病等の用語の定義である。

Ｂでは、監督官の不当条項規制のための規則制定権限を規定する。モデル規則はこれにもとづく。

(4)給付の最低標準　ＭＳＡ４条は、傷害・疾病保険の給付内容の最低標準に関する基本規定であり、まず、Ａでは、最低標準の対象となる保険を次の各種の保険（担保）としている。

1　基礎的病院費用担保（Basic hospital expense coverage)
2　基礎的医療・手術費用担保（Basic medical-surgical expense coverage)
3　入院補償担保（Hospital conefinement indemnity coverage)
4　高額医療費用担保（Major medical expense coverage)
5　就業不能担保（Disability income protection coverage)
6　傷害のみ担保（Accident only coverage)
7　特定疾病または特定傷害担保（Specified disease or specified accident coverage)
8　限定給付健康担保(Limited benefit health coverage)

後述のＮＹ規則では、３に相当する担保については規定していない。Ｂにより、以上の各担保のうち、１～６の担保を組み合わせた担保の可能性が認められる。

なお、６の傷害のみ担保の保険に関しては、生命保険契約に付帯される災害死亡特約を含むものかどうかＭＳＡでは必ずしも明らかでないが、ＵＰＰＬでは、適用除外が明文化されており、ＭＳＡでもそれは当然の前提なのではないかと推測される。

Ｃでは、以上の各種担保について定められる最低標準をみたさない契約の販売を禁止する。

Ｄにより、監督官には、与えられる担保にもとづく証券・契約の同一性判定基準設定権限が認められる。

(5)開示要件　　ＭＳＡ５条は、販売時に保険契約者に交付すべきアウトラインの要件を定める。

(6)契約前の状態　　ＭＳＡ６条は、契約前の状態に関する規定であるが、同法のなかでは、本条だけが具体的な約款条項の規制を内容とする。６条に相当する内容は、ＵＰＰＬで既に規定されているが、６条はこれを修正する内容を含むので、モデル規則ではなく、ＭＳＡ自体で規定されているものと推測される。

Ａでは、州法は、不実表示にもとづく保険証券の無効ないし免責についての不可争期間につきＵＰＰＬ３条Ａ(2)(a)(b)が３年以下としているのを２年以下に短縮すべきものとする。ＵＰＰＬ３条Ａ(a)は、保険者の契約締結時の不実表示にもとづく契約の無効ないし免責の主張は保険証券発行後３年間経過後に開始する損害ないし就業不能については許されないとする規定であり、告知義務違反の不可争期間の定めである。また、Ａ(b)は、保険証券発行後３年経過後に開始する損害ないし就業不能に対する請求は、担保の効力発生日に先立ち存在した、特定して免責とされているのでない疾病または身体状態にもとづくものであることを根拠に減額されまたは否定されないとする規定であり、契約前発病免責に相当する。わが国での約款では規定されていないが、契約前発病免責について不可争期間を設けることに相当する。Ａでは、これらの不可争期間をいずれも２年に短縮する

ものである。

また、Ｂでは、ＵＰＰＬ３条Ａ(2)(b)の規定にかかわらず、保険者が申込時における申込者の健康についての質問の有無にかかわらず、被保険者の健康歴または医療歴に関する質問のない単純化された申込書様式を使用することを選択するときは、保険証券の条項により担保から特別に除外されない契約前の状態に起因して12か月以後に発生するいかなる損失も担保しなければならないとする。また、そのように規定されている場合を除き、保険証券・契約は、契約前の状態にもとづく抗弁を許容する用語を含んではならないものとする。

Ｃでは、ＡまたはＢの規定およびＵＰＰＬ３条Ａ(2)(b)の規定にかかわらず、特定の疾病についての保険証券（ガン保険のような保険）を発行する保険者は、その保険証券が、詳細な申込書様式、単純化された申込書様式または名簿（enrollment）様式のいずれにもとづいて発行されたものであるかを問わず、少なくとも６か月間証券が効力を有した後に開始する担保される損害についての請求を否定するものであってはならないとする。ただし、そのような損害が、保険証券の効力発生日に先立つ６か月内に最初に発症する契約前の状態に起因するとき、または、そのような日に先立ついかなる時でも医師により予測されたものであるときはこのかぎりでないとする。そして、不実表示による取消の場合を除いて、契約前の状態にもとづくその他のいかなる抗弁も認められないとする。ＢおよびＣは、契約前発病免責の不可争期間を一定の保険につきさらに短縮するものである。

(7)規則制定に関する行政手続　　ＭＳＡ７条は、監督官の規則制定のための行政手続について規定する。

２　ニューヨーク州保険法

ニューヨーク州保険法3216条は、ＵＰＰＬに対応し、傷害・健康保険の保険証券条項のみたすべき要件を規定するものであるが、[3]ＭＳＡに対応するのは、同法3217条であり、監督官が傷害・健康保険に関する保険証券の内容、開示につい

ての最低基準を定める規則制定権限を規定している（3217条(a)項）。これにもとづいて規定されているのが、後述規則６２である。ＭＳＡと異なるのは、目的であり、3217条(b)項では、担保の標準化・合理化、誤解を招き混同を招く条項の排除、販売に関連した欺瞞的慣行の排除というＭＳＡの目的と共通する目的のほか、州保険局長が監督官に対して認証した公衆の医療ニーズに反するような条項の排除、および、担保範囲の制限が行き過ぎていることによる保険契約者にとって実質的に経済的価値のない担保の排除という目的が掲げられているということである。(4)

Ⅲ　ＭＳＡを実施するためのモデル規則（Model Regulation to Implement the Individual Accident and Sickness Insurance Minimum Standards Act）とニューヨーク州規則６２

1　総説

ＭＳＡを実施するモデル規則（以下、モデル規則という）１条～４条は、モデル規則の目的等を規定するもので、形式的意味しかないので言及する必要はないが、モデル規則３条の適用範囲を定める規定では、モデル規則は、個人傷害・疾病保険を適用対象とするが、ＭＳＡ３条Ａで適用除外される契約のほか、メディケアの適用対象者がメディケアによる給付ではカバーできない医療費用をカバーするための保険であるメディケア補足保険（medicare supplement insurance）、長期介護保険も適用除外となる旨を規定している。これは、ＮＡＩＣでは、後２者については別途モデル法を作成していることによる。

ニューヨーク州保険法3217条(a)項にもとづく規則６２（以下、ＮＹ規則という）(5)は、「完全かつ公正な開示を含む健康保険の様式、内容および販売についてのミニマム・スタンダード（Minimum Standard for Form, Content and Sale of
Health Insurance, Including Standards of Full and Fair Disclosure）」という表題を有し、Sec.52.1からSec.52.95に及ぶ大部の規則である。このＮＹ規則は、

団体傷害・健康保険および長期介護保険等も対象としており、また、傷害・健康保険に関する保険料率の規制等、保険監督法的規制も含んでおり、ＭＳＡにもとづくモデル規則よりも対象範囲が広い。個人傷害・疾病保険を対象とするモデル規則に対応するのは、定義規定、禁止条項、最低標準を定める規定であるSec. 52. 2～Sec. 52. 10およびSec. 52. 16～Sec. 52. 17である（開示規制については、Sec. 52. 54以下）。[6]

以下では、モデル規則をＮＹ規則と対比しながら、保険契約法的な側面に絞って紹介することとする。

2　定義

モデル規則５条は、モデル規則の適用される保険証券には、本条の定める要件に合致しない定義規定を含んではならないとするもので、モデル規則６条とともに禁止条項を規定する意味を有する。「hospital（病院）」など医療機関関係の用語（B　hospital（病院）、C　convalescent nursing home（回復看護ホーム）, extended care facility（延長ケア施設）, skilled nursing facility（熟練看護施設）、G physician（医師）、H nurses（看護婦）、L medicare（メディケア））を除く各用語についての規定は次のとおりである。

A　one period confinement（１回の入院）　　入院患者として受けた連続した期間の病院内サービス、または(90)日以下もしくは最大限180日までで保険証券により与えられる病院内担保の最大限の日数の３倍の期間内に病院からの退院と再入院が生じたときの再入院とする。再入院のこのような扱いは、あまり長期の期間をおいた再入院を１回の入院とみなして給付限度額を適用することを禁止するものであろう。

D　accident, accidental injury, accidental means　　「resultの語を用いて定義されなければならず、accidental means testを設定し、またはexternal, violent, visible woundsのような語またはこれに類似の要件を示す語を使用し

てはならない」ものとする。

米国の傷害保険の約款では、傷害保険の保険事故を、accidental meansによる傷害（bodily injury）というような規定の仕方をする場合と、accidentによる傷害（bodily injury by accident. accidental bodily injuryなどという語も同義である）というような規定の仕方をする場合とがあるが、古い判例は、accidental meansというスタイルの約款規定の解釈として、結果としての傷害がaccidentalである、すなわち予期しないものであったということだけでは足りず、傷害の原因（means）においても予期しないことが発生したということを要するとするものがあった。(7)たとえば、著名な例として、1.5メートルの高さのところから意図的に地面に飛び降りた際の衝撃により十二指腸狭搾にかかって９日後に死亡したという事例につき、飛び降りるという傷害の原因たる行為において予期しないなにごとも発生しなかったとして保険事故の発生が否定された判例がある。(8)このような解釈に対しては、不当に制限的な解釈であるとする批判が多く、多くの州の判例法では、仮にaccidental meansによる傷害というような規定が使用されたとしても、accidentによる傷害というようなタイプの約款の解釈と異なる解釈をとるべきではなく、原因から結果としての傷害の一連の過程のどこかに予期しないなにごとかが発生すれば足りるとする解釈がとられるようになっている。(9)しかし、未だ２つの約款のタイプで異なる解釈をとる州がないではなく、そこで、Ｄでは、accidental meansによる傷害というタイプの約款の使用を禁止しているわけである。

Ｄでは、傷害保険に関して、さらに、accidentないしaccidental以外に保険事故の限定をするためにしばしば用いられてきたexternal, violent, visible woundsというような限定を禁止している。externalおよびviolentという直訳すれば、わが国の傷害保険の保険事故の規定に際して使用される外来性および急激性の要件の使用を禁止するもののようにみえるが、実質は必ずしもそうではない。これは、既にわが国でも知られているように、米国では、accidentないしaccidentalという要件は、わが国の偶然性という要件の意味するところとされている被保険者の意思によらないという意味だけではなく、結果としての傷害の発生が予期しないものであったということを意味し、そのことから傷害の原因が疾

病の自然の結果である場合には、accidentないしaccidentalという要件はみたされないと解されており、疾病による傷害を保険事故から除外することを主たる目的とする外来性および急激性の要件をaccidentないしaccidentalという語の意味としてもともと含んでいると考えられているからである。[10]それにもかかわらず、保険者は、保険事故をより限定する意味をもたせるか、確認的に明確にするかはともかく、externalおよびviolentという要件を追加的に明記しようとすることがあるが、Dでは、そのような要件を規定すること自体を禁止しているのである。このDの立場は、ニューヨーク州規則Sec. 52.17(8)でも同じで、そこでは、accidental meansとともにviolent and external meansという要件を設けることが禁止されるものとする。visible woundsという要件も、しばしば発生しているかどうかが不明確な傷害を除外するために使用されるもののようであるが、Dではやはり禁止している。

ところで、前述のように、生命保険契約に付帯される災害死亡特約については、ＭＳＡは適用を除外しているのではないかという推測が正しいものとすれば、Dにより禁止される要件を折り込んだ保険事故の規定の仕方をする約款も禁止されないことになる。現に、生命保険契約の災害特約においては、今日でも、accidental, violent, external meansという規定をおいているものが少なからず存在するようである。

なお、ここで禁止されるexteranlという要件は、わが国などで傷害保険の保険事故の要件とされる外来性の要件とは違う意味で用いられている場合もあるようである。というのは、約款例によっては、external and visible signs of injuryというような規定により、むしろ身体傷害が身体に外形的傷害をもたらしていることという要件を設けていることがあり、[11]傷害の原因が疾病ではないという外来性の要件とは異なる要件と理解される場合もあるようであるからである。もっとも、Dにより禁止されるexternalという限定は、そのような意味ではなく、外来性の要件を禁止するものであろう。

Dでは、前述の規定に続けて、さらに、給付の対象となる傷害は、疾病、身体虚弱（infirmity）その他の原因から独立している（損害の）直接の原因である被保険者の被ったaccidental bodily injuryを意味し、かつ、保険が有効中に発生

したものであることよりも制限的であってはならないものとする。

なお、一つの見本として紹介されている生命保険の災害死亡特約約款は次のようなものであるが、[12] これであれば「身体の表面に見えもしくは検死により示される」というvisible woundsであるという要件を課している点を除けば、Dの要件をみたすものと推測される（accidentを災害として翻訳する）。

「給付

我々は、被保険者の災害による死亡の証明を受領するときに災害死亡給付を支払います。支払われる金額は、保険証券の３頁に記載されています。我々は、保険金受取人に支払をします。いかなる支払も、保険証券および本特約の規定にしたがいます。

災害による死亡の証明は、死亡が、１）災害による身体の傷害、または２）災害による溺死によってのみ、かつ、直接に生じたことを示さなければなりません。そのような死亡は、本特約の効力発生日以後で、

１　本特約が31日以上の払込遅延の保険料がなく効力を継続している期間中に、

２　災害による傷害の後90日以内に、

３　被保険者の年齢が５歳となった保険証券応答日以後で、かつ、

４　被保険者の年齢が70歳となった保険証券応答日より前に、

生じたものでなければなりません。

災害による死亡の定義

災害による死亡は、

(a)身体の表面に見えもしくは検死により示される災害による身体傷害

(b)プトマインの中毒、もしくは上述のものでかつ傷害の日より30日以内に開始する災害による身体傷害により生じる疾病または感染症、または

(c)災害による溺死

により直接かつそれのみを原因として生じる死亡をいいます。」

なお、同約款例では、免責事由の一つとして、災害死亡が、災害の前に存在し

または災害の後に開始する感染症または疾病によるものであるということが規定されている。

Dでは、さらに、傷害の定義は、傷害が、法律により禁止されていなければ、労災補償法、使用者責任法もしくはこれに類似の法律、自動車ノーフォールト・プランにより給付がなされる傷害、または、被保険者が商業、事業、雇用もしくは賃金のための仕事に関する活動に従事している間に発生した傷害を含まないものとすることができるものとする。

E sickness（疾病）　sicknessは、保険の効力発生日後で保険の有効中に最初に発症する被保険者の疾病を意味するよりも制限的な定義であってはならない。ただし、sicknessの定義は、被保険者の担保の効力発生日から(30)日を超えない診断期間を設けることができ、さらに、労災補償法、職業病法、使用者責任法またはこれらに類似の法律により給付がなされる疾病を除外するよう修正することができる。診断期間を(30)日以上の長期とさせないことに意味がある。

F Preexisting condition（契約前の状態）　preexisting conditionの語は、被保険者の担保の効力発生日に先立つ(5)年間内に、通常の慎重な人が診断、ケアまたは治療を求めるにいたるであろう徴候の存在、または、医療助言または治療を受けることを被保険者の担保の効力発生日に先立つ(5)年内に医師により勧奨されもしくは医師から受けたを状態を意味するよりも制限的に定義されてはならない。ＮＹ規則では、上記の５年の期間を２年に短縮している（ＮＹ規則Sec.52.2(u)）。被保険者が合理的に気がつかない契約前発病による免責を禁止しようとする趣旨である。

I total disability（全面的就業不能）　まず、total disabilityの一般的定義は、①教育、訓練または経験により資格のある職業に従事しないこと、および賃金または利益を目的とする職業に実際に従事していないことを要求する以上に制限的であってはならない。また、total disabilityは、②人の義務を履行することの不能に関連して定義してもよいが、(a)「いかなる職業」「いかなる職業

上の義務」または「すべての職業の義務」を履行すること、または、(b)訓練もしくはリハビリテーションのプログラムに従事することも不能であることによってはじめて該当することとなるものであってはならない。

さらに、③保険者は、人の平常従事する職業上の実質的かつ重要な義務の履行の完全な不能またはこれに相当する重要性を意味する言葉による要件を定めることができる。保険者は、（被保険者またはその近親者以外の）医師によるケアを要求することができる。

以上だけを読むと、甚だ理解しにくいが、趣旨は次のようなものである。[13] 就業不能保険の約款では、被保険者の従来従事してきた職業（occupation）に従事できなくなることを就業不能と定義する場合と、被保険者がいかなる職業にも従事できなくなることを就業不能と定義する場合とがあった。後者のタイプの約款が就業不能を不当に制限する色彩のつよいものであることは明らかであって、判例ではしばしば制限的な解釈がなされてきた。たとえば、被保険者の教育程度、経験等によりふさわしい職業に従事できないこととなれば就業不能と認められるとするようなものである。上記の定義も、このような流れを受けたもので、①および②は、いかなる職業にも従事できなくなることという定義の仕方を教育、経験等により適した職業に従事できなくなることとという適切な限定を付したうえで認めようとするものであり、③は、被保険者が従前従事していた職業に従事できなくなることという定義の仕方を認めるものである。③においても、職業上の実質的かつ重要な部分を完全には履行できないのであればそれだけで就業不能と認めることとしている。実際の契約では、一定期間は③のようなタイプの定義をし、それ以降は、①または②のタイプの定義をすることもある。

J partial disability（部分的就業不能）　個人の職業上の義務のうち一以上ではあるが「主要な」「重要な」または「本質的な」義務を履行することの不能に関連させて定義しなければならないが、労働時間の比率または特定の時間数または報酬に関連させて定義してもよい。保険証券がtotal disability給付およびpartial disability給付をするものであるときは、一個の制限期間（免責期間）のみを要求することができる。Jと次のKは、就業不能保険において、全面

的就業不能ではないが、所得の減少が生じている場合に、保険給付を行うこととする場合があり、その場合の保険事故の定義について規定しているものである。

K residual disability（残余的就業不能）　個人の所得の減少に関連させて定義しなければならないが、雇用または職業の「主要な」「重要な」または「本質的な」義務の一部の履行の不能または通常要求されるものであるかぎりでのすべての通常の事業上の義務の履行の不能に関連させてもよい。residual disability給付を行う証券では、それが支払われる前に被保険者が継続してtotally disabledでなければならない資格期間が要求されなければならない。その資格期間は、total disabilityの制限期間よりも長いものであってはならない。residual disabilityに代えてproportionate disability等の語を用いてもよい。

M mental or nervous disorder（精神的または神経的障害）　ノイローゼ、精神神経症、精神異常またはいかなる種類の精神的もしくは情緒的疾病もしくは障害を含むよりも制限的に定義してはならない。

なお、Ｉ、Ｊ、Ｋ、Ｍに対応する定義規定はＮＹ規則にはない。

3　禁止される保険証券条項

モデル規則６条は、禁止される保険証券条項を規定する。

A　診断期間または待機期間　モデル規則５条Ｅの定める(30)日の診断期間による場合をのぞき、ヘルニア、生殖器官の障害、静脈肥大、アデノイド、虫垂炎および扁桃腺についてのみ、特定の疾病または状態及びそれらにより生じる損害について(6)か月を超えない期間のみを診断期間または待機期間として規定することができる。ただし、(6)か月のこの期間は、救急治療による場合は適用できない。また、傷害保険ではこのような期間の制限は全面的に禁止される。

ＮＹ規則の診断期間の制限は、すべての疾病につき30日としている点が異なる

（ＮＹ規則Sec.52.16(d)）。

Ｂ　保険契約者配当　　相当する額の現金支払と選択できるのでなければ配当としての追加担保の発行は禁止される。また、配当としての追加担保は、(6)か月未満の最初の期間に対して発行されてはならない。

配当としての追加担保としての保険証券または特約の成立後の最初の更新は、保険契約者は従前の期間に対する配当として与えられた担保を更新するものであり、かつ、その更新は保険契約者にとって選択的であるということを明瞭に開示しなければならない。これに対応する禁止はＮＹ規則にはない。

Ｃ　契約前の状態による免責　　ＭＳＡを採用している州では、ＭＳＡ６条により既に契約前発病免責についての制限が規定されているが、ＭＳＡを採用していない州のためにおかれている規定で、保険の申込書で既存の疾病等の開示を要求しておらず、かつ、特別に約款により免責とされていないときは、保険証券の発行後12か月よりも長い期間につき契約前の状態による損害に対する免責を定めてはならない。ＮＹ規則Sec.52.17(a)(27)も実質的に同じである。

Ｄ　保険料返還・キャッシュ・ヴァリュー条項　　就業不能保険は、保険料返還ないしキャッシュ・ヴァリュー給付を含んでよいが、それらの額から保険金支払総額よりも大きな額が控除されないこと、および、保険者が責任準備金（reserve）の基礎が十分であることを明らかにすることが必要とされる。その他の保険証券は契約終了時の未経過保険料の返還、就業不能期間中の遡及的保険料請求放棄、有配当契約に対する配当、経験料率にもとづく保険料返還を除いて保険料返還等をなしえない。

ＮＹ規則では、就業不能保険も含めて保険料返還ないしキャッシュ・ヴァリュー給付を、上記の未経過保険料の返還等の例外を除いて禁止しているほか、災害死亡給付（accidental death benefit）についても、給付額が死亡の日までに既払いの総保険料額に等しいものとされているときは、同じ制限が及ぶものとされている（ＮＹ規則Sec.52.16(b)）。

E　入院費用保険　　入院費用保険は入院が連邦政府経営の病院であることによる免責を含んではならない。ＮＹ規則には同様の制限はない。

F　免責事由　　疾病、事故、治療、医療条件について下記以外の免責事由を含んではならない。

1　担保される被扶養子の先天性異常を除いて契約前の状態または疾病。

2　精神的または情緒的障害、アルコール中毒、薬物常用。

3　モデル規則７条Ｆ（就業不能保険）に定義される証券についてのものをのぞき、妊娠合併症を除く妊娠。

4　次の事由により生じた疾病、治療または医療状態。

(i)戦争または戦争行為（宣戦布告されたか否かを問わない）、襲撃、暴動または反乱への参加、武装力またはその補助部隊における役務

(ii)自殺（精神障害の有無を問わない）、自殺未遂または故意にした自傷

(iii)航空

(iv)短期更新不可証券に関しては学校間スポーツ

5　美容手術。ただし、外傷、伝染病その他の疾病に起因する手術に付随しまたはそれに引き続くものである再生手術を含まず、また、機能性欠陥をもたらす担保される被扶養子の先天性疾病または異常による再生手術を含まない。

6　うおのめ、たこ、扁平足、弱足（weak feet）、慢性的な足の腫れ（foot strain）または足に徴候を表す病気に関連した足のケア。

7　神経障害（nerve interference）およびその作用を除去する目的による人体の構造的不安定、障害または脱臼の手動または機械的な手段による発見または矯正と関連したケア。ただし、その障害が歪み、不整合もしくは脱臼の結果でありもしくはそれらに関連するとき、または脊柱にあるときに限る。

8　政府病院で提供される治療；メディケアその他の政府プログラム（メディケイドを除く）、州もしくは連邦の労働者災害補償、使用者責任もしくは職業病に関する法律、または自動車ノー・フォールト法による給付；病院、研究所その他の機関の従業員により提供されるサービス；被保険者の家族によ

りなされるサービス；保険がない場合には無料とされるサービス。

９　歯科ケアまたは治療。

１０　眼鏡、補聴器およびそれらの処方または調整のための試験。

１１　休息療法、保護監理ケア、輸送および定期検診。

１２　地域的限定。

以上の許される免責事由のリストは、細かい相違はあるものの、ＮＹ規則でも概ね共通である（ＮＹ規則Sec. 52. 16(c)）。

G　モデル規則は、特定された契約前の疾病、身体状態または特別に危険な活動について免責・制限または減額とするための権利放棄を禁止するものではないが、保険証券の第１頁または特記事項の頁に権利放棄が記載されていないかぎり、個別の被保険者の署名を要する。

H　本条により監督官のその他の不公正条項の規制権限は制限されない。

4　給付の最低標準

モデル規則７条は、傷害・疾病保険にもとづく給付の最低標準を規定し、契約内容が以下の最低標準をみたさない契約は販売されてはならないものとする。ただし、監督官により、限定給付健康保険として認可され、かつモデル規則８条Ｌにしたがい概要が開示されるときは例外が認められる。

A　通則

(1)「解約不可」「更新保証」または「解約不可かつ更新保証」の保険証券

このような保険証券は、保険料不払いによるほかに、被保険者の担保の終了につき特定された出来事の発生のみを理由として、配偶者の担保の終了について規定してはならない。被保険者の死亡の場合において、その配偶者が当該保険証券により担保されているときは、その配偶者が被保険者になる旨を定めなければならない。

(2)「解約不可」「更新保証」または「解約不可かつ更新保証」　これらの語は、モデル規則８条Ａ(1)の開示要件に合致する詳細な説明用語なしで使用されてはならない。

「解約不可」または「解約不可かつ更新保証」の語は、被保険者が(65)歳またはメディケアの資格を取得するまで保険証券記載の保険料の適時の支払により効力を継続する権利を有し、この期間中は、保険者は有効な証券のいかなる条項についても一方的に変更する権利を有しない保険証券についてのみ使用することができる。ただし、傷害または疾病により生じる就業不能の継続中の特定の期間につき、週毎または月毎の定期的給付を定めた傷害・健康保険または傷害のみの保険証券においては、被保険者が(60)歳の時に能動的かつ定期的に（actively or regularly）に雇用されている間は少なくとも(65)歳まで継続する権利を有するものとされているときは、(60)歳までに限り被保険者が証券を継続する権利を有するものとしてもよい。

「更新保証」の語は、被保険者が(65)歳またはメディケアの資格取得まで保険料の適時の支払により効力を継続することができ、この期間中は、級別による保険料率の変更を除き、保険者が保険証券のいかなる条項についても一方的に変更する権利を有しない保険証券についてのみ使用することができる。ただし、「解約不可」「解約不可かつ更新保証」についての上記の例外と同じ例外が認められる。

(3)家族保険証券　夫および妻を担保する家族保険証券においては、より若い配偶者の年齢が、「解約不可」または「更新保証」の定義の年齢および継続の要件に合致するかどうかの基礎として使用されなければならない。ただし、この要件は、より若い配偶者につき上記定義の年齢等まで効力を継続することができるのであれば、所定の年齢に達した、より年齢の高い配偶者の担保を終了させることは妨げられない。

(4)傷害・身体切除担保　傷害死亡・身体切除担保が契約上の担保の一部であ

るときは、被保険者は、主たる被保険者のみでなくすべての被保険者を当該担保に含ませる選択権を有する。

(5)軍務免責　保険証券が、軍務についての免責または軍務中の担保の停止を規定しているときは、保険証券は、書面による請求により当該被保険者につき比例ベースで保険料の返還をする旨を定めていなければならない。

(6)妊娠　保険者が解約しまたは更新を拒絶する場合においては、妊娠給付を定めている保険証券は、保険証券が有効中にはじまり、保険証券が効力を維持し続けていればそれにつき給付が支払われたであろう妊娠についての給付の延長を定めていなければならない。

(7)回復・延長ケア給付　入院に続く回復または延長ケア給付を定めている保険証券は、病院からの退院の後(14)日未満の期間内に回復または延長ケア施設に入所を許可されたことを給付の条件としてはならない。

(8)家族担保と子ども　家族担保は、被扶養子が子についての年齢制限に達したことにより子の担保が終了すべき日に知能の遅れまたは身体障害により自活できる就業が不可能であり、かつ、扶養（support and maintainance）について主として被保険者に依存している子については継続するのでなければならない。そのような子について被保険者が担保を継続させ、または、被保険者もしくは保険契約者の選択により独立の転換保険証券を発行させるために、被保険者は保険者に対して担保が終了すべき日から31日以内に身体障害を証明することを要求することができる。

(9)臓器移植　臓器移植手術の被提供者に対する担保を提供する保険証券では、給付が存続しており、かつ、被提供者の保険証券で利用できる範囲において、被提供者自身の費用に対する給付が支払われた後に生存している提供者の医療費用をも償還するものでなければならない。

(10)就業不能の再発　　保険証券は、就業不能の再発に関する規定を設けていなければならない。ただし、再発する就業不能について(6)か月より長い期間によって切断される旨を規定してはならない。

(11)傷害死亡・身体切除死亡給付　　傷害死亡・身体切除給付は、全面的就業不能であるか否かにかかわらず、損害が傷害の日から(90)日以内に発生するときに支払われるのでなければならない（ＮＹ規則Sec. 52. 17(b)(1)も同旨）。就業不能給付が定められているときは、損害が傷害の日から(30)日以内に開始することを要件としてはならず、かつ、保険者が解約しまたは更新を拒絶する保険証券では、有効中に傷害が発生したのであれば、就業不能が開始した時に保険証券が有効であることを要件としてはならない（ＮＹ規則Sec. 52. 17(a)(26)も同旨）。保険事故である傷害が保険期間内に発生すれば死亡等の損害が保険期間経過後に発生するのであっても担保しなければならないが、合理的な期間経過後に発生する損害については担保することを要しないこととしている。

(12)特定の身体切除給付　　特定の身体切除給付は、その特定の給付が他の給付以上であるのでなければ他の給付に代わるものであってはならない（ＮＹ規則Sec. 52. 17(b)(3)も同旨）。

(13)傷害給付　　傷害の原因の種類により異なる給付を定めている傷害のみの保険証券は、当該保険証券により支払われる最高限度額以下の給付が支払われる状況について担保のアウトラインにおいて明瞭に記載しなければならない。

(14)保険証券の終了　　保険証券の終了は、保険証券が有効中に開始する継続的損害についての権利を損なうものであってはならないが、保険証券が有効であった期間経過後の給付の延長は、保険証券の給付期間の継続または最高給付限度額の支払までに限定し、また、被保険者の継続的全面的就業不能を要件とすることができる（ＮＹ規則Sec. 52. 17(a)(15)も同旨）。

B　基礎的病院費用担保

この担保では、各被保険者の継続的入院の間の(31)日以上の期間に対して、少なくとも以下の傷害・疾病の結果として提供される必要な治療およびサービスのためにかかった費用に対する担保を提供する。

(1)毎日の病室利用および食事に対し、セミ・プライベート・ルームの料金の(80)パーセントまたは1日当たり(30ﾄﾞﾙ)のいずれか少ない金額以上。

(2)その他の病院のサービスに対し、病院により通常提供され、1回の入院期間中の利用のみのために供されるサービスおよびサプライのための請求費用につき、少なくとも(1000ﾄﾞﾙ)を限度額とする請求金額の(80ﾊﾟｰｾﾝﾄ)または毎日の病室利用・食事給付の(10倍)に当たる金額。

(3)(a)手術が行われる日における病院のサービス、(b)(50ﾄﾞﾙ)以上の額で、傷害の後(72)時間以内に提供された病院のサービス、および(c)X線および実験検査より構成される病院の外来患者サービスにつき、入院患者に提供されていたならばそのようなサービスに対する給付が(100ﾄﾞﾙ)以上の範囲でなされていたであろう範囲において。

(4)上記(1)および(2)により与えられる給付は、(100ﾄﾞﾙ)を超えない金額の控除にしたがうものとすることができる。

NY規則Sec.52.5 (basic hospital insurance) も、給付金の種類は概ね同様であるが、給付水準が上記よりも高いものとなっている。たとえば、入院期間については(31)日以上に相当する期間が60日、毎日の病室利用・食事料金については上記(30)ドルに相当する金額は、240ドル（ただし、メトロポリタン地区以外では165ドル）のごとくである。

C　基礎的医療・手術費用担保

この担保では、各被保険者の傷害・疾病の治療のために少なくとも次の医師により提供される必要なサービスのためにかかった費用の担保を提供する。

(1)手術サービス　(a)ニューヨーク州公認手術料金表、または1964年カリフォルニア点数表またはその他の受容可能な手術点数表所定の点数にもとづく料金表

にもとづき提供される以上の金額で、各手術につき少なくとも(500ﾄﾞﾙ)を最高限度額とする金額、または(b)合理的な料金の(80ﾊﾟｰｾﾝﾄ)以上の金額。

(2)手術サービスを行う医師（またはその助手）以外の医師により提供される、担保される手術サービスと関連する必要な一般的麻酔の管理およびそれに関連する措置から構成される麻酔サービス　(a)合理的な料金の(80ﾊﾟｰｾﾝﾄ)以上の金額、または、手術サービス給付の(15ﾊﾟｰｾﾝﾄ)。

(3)手術によるケアが必要なもの以外の疾病・傷害の治療のために病院内でベッド患者である者に提供された医師のサービスから構成される病院内医療サービスにつき、合理的な料金の(80ﾊﾟｰｾﾝﾄ)以上の金額または１回の入院期間中の(21)日以上の各日当たり(5ﾄﾞﾙ)。

ＮＹ規則Sec.52.6 (basic medical insurance) は、上記Ｂと同様、最低基準が少しずつ異なる。

Ｄ　入院補償担保

この担保は、入院期間につき定額で給付を行うものであるが、各日当たり(20ﾄﾞﾙ)以上の金額で補償ベース（定額給付方式での意味）[14]で各日当たり入院給付を各被保険者の１回の入院期間の(31)日以上について提供する傷害・疾病保険とされる。ＮＹ規則では、これに相当する保険は規定されていない。

Ｅ　高額医療費用担保

この担保は、各被保険者に対して、(10,000ﾄﾞﾙ)以上の総額までで病院・医療・手術費用担保を提供する傷害・疾病保険であり、担保される料金の(25ﾊﾟｰｾﾝﾄ)を超えない被保険者による自己負担、および、１名・１家族・１疾病・１給付期間もしくは１年当たりまたはこれらの組み合わせによる、総最高限度額の(5ﾊﾟｰｾﾝﾄ)を超えない控除が認められるが、保険証券が基礎にある病院・医療保険を補足するために引き受けられているときは、控除は基礎にある保険により提供される給付金額まで増額してよい。少なくとも、次の費用が担保される（いずれも自己負担割合の適用に先立つものとされている）。

(1)各日の病室・食事費用につき、継続的入院の間の(31)日以上の期間に対して、

各日(50ﾄﾞﾙ)以上（または、これに代えて、被保険者が居住する地域におけるセミ・プライベート・ルームの各日平均料金額）

(2)その他の病院サービスにつき、(4,500ﾄﾞﾙ)以上の総最高限度額または金額で特定されている各日病室・食事料金の(15)倍以上。

(3)手術サービスにつき、最も重い手術につき(600ﾄﾞﾙ)以上の最高限度額までで、合理的に関連するその他の手術につき最高限度額までの金額を伴う。

(4)麻酔サービスにつき、担保される手術料金の(15)パーセント以上の最高限度額、または、選択的に、手術料金表が点数表によるときには、手術料金表のために使用されるのと同一の点数で麻酔サービスにつき規定されている金額以上の金額。

(5)病院内医療サービスにつき、上記Ｃ(3)の定義されるところにしたがう金額。

(6)担保が保険証券の他の部分で提供されていないときに、疾病・傷害の診断および治療のために救急ベースで提供される医師のサービス、および、医師により命じられた診断のためのＸ線、実験サービス、放射線治療、血液透析から構成される病院外ケアの金額。

(7)次の追加的給付のうちの３以上につき、(1,000ﾄﾞﾙ)以上の担保される料金の最高限度額。

(a)病院内の個人的に雇用する登録グラデュエート看護婦のサービス

(b)回復看護ホーム・ケア

(c)放射線技師または物理療法師による診断・治療

(d)保険証券で定義される特別の医療器具のレンタル料

(e)義耳、義眼、ギブス、添木、バンドまたは帯革

(f)機能的神経障害、精神的・情緒的障害の治療

(g)病院外処方の薬品

ＮＹ規則Sec.52.7 (major medical insurance) では、上記10,000ドルの最高限度額の最低基準が100,000ドルと引き上げられているほか、給付事由として、とくに精神疾患に対するメンタル・ヘルスが明記されているなどの相違がある。

Ｆ　就業不能担保

この担保は、疾病・傷害またはその組み合わせにより生じる就業不能の継続中の特定期間につき、週毎または月毎による定期的給付支払をするもので、以下の給付を行う。

(1)62歳以後に支払われ、年齢のみを理由に減額される期間ごとの給付は、62歳直前に支払われる金額の少なくとも50%であることを要する。

(2)以下よりも長くない制限期間（elimination period）のみを設けることができる。

(a)１年以下の給付を行う担保の場合には90日

(b)１年超２年未満の給付を行う担保の場合には180日

(c)疾病または傷害による就業不能の継続中のその他すべての場合には365日

(3)就業不能に対する支払期間の最大限の期間が少なくとも６か月でなければならないが、妊娠等の場合は１か月でもよい。社会保障またはそれに類似の給付の増額のゆえに給付が減額されてはならない。

ＮＹ規則Sec.52.8（disability income insurance）は、給付事由は上記と同じであるが、上記のような各種の最低基準についての規定を含んでいないという相違がある。他方で、65歳となる以前における職業の変更または所得の変更にもとづく給付の減額は法律にもとづく選択的規定にもとづくのでなければ規定してはならないというような制限がある（ＮＹ規則Sec.52.17(c)）。

G　傷害のみ担保

事故による死亡、身体切除（dismemberment）、就業不能、入院・医療に対する担保の全部または一部を担保する。事故による死亡・２つの身体切除の場合の保険金額は、少なくとも(1,000)ドル、１つの身体切除の場合は(500)ドル以上でなければならない。

ＮＹ規則Sec.52.9（accident insurance）は、給付事由は上記と同じであるが、最低保険金額は規定していないという相違がある。

このほか、モデル規則では、H　特定疾病担保、I　限定給付保険担保について規定している。特定疾病担保は、ガン保険のような担保であるが、これについ

て、詳細な最低基準が規定されている。ＮＹ規則では、このような特定疾病についての保険は、上記同規則Sec. Sec. 52. 5～52. 7の要件をみたす保険とともにでなければ販売されてはならないという制限をおいている（ＮＹ規則Sec. 52. 16(a)）。Ｉの限定給付担保は、上記Ｂ、Ｃ、Ｄ、Ｅ、Ｇ、Ｈの要件をみたさない給付内容の担保であり、特別の開示なしには販売できないこととされている。

Ⅳ　終わりに

モデル規則およびＮＹ規則は、傷害保険・健康保険が新しい保険の分野であり、契約自由原則にしたがいそれぞれの保険者が各自に異なる約款を用いること、および保険事故、免責事由、給付内容等の規定の仕方が技術的でそこに消費者にとって思わぬ不利益が隠されがちであることから、約款の最低標準を定めるとともに、開示規制を課すことにより、消費者保護を図ろうとする試みである。このような規制は、公的健康保険の不備な米国において、民間保険事業者の提供する健康保険が国民にとって不可欠の意味をもつことにより必要性が高まっているということはいえるのであろう。その意味では、保険契約に関する立法的規制とはいえ、このような米国型の具体的契約類型に即した規制はわが国のような保険契約立法のスタイルとしてはなじみにくいかもしれない。しかし、わが国でも、既に傷害保険、疾病保険は損害保険会社、生命保険会社双方により相当多数の種類のものが行われるようになっており、保険業法の改正により傷害保険、疾病保険の生損保相互乗り入れが一段と進められることになったことにより、契約類型の多様性が今後いっそう進展していくものと思われるが、契約毎に保険事故、免責事由、給付内容など相当のバラエティーが増していくことになり、これはサービス競争ということで好ましい面もあるとはいえ、消費者にとって混乱を招く可能性も生じつつあるように思われるし、保険事故、免責事由、給付内容など保険業界関係者以外の者による検討はあまりなされていないところであり、規制緩和の前提として傷害保険・疾病保険がどのような基準をみたすべきかを総ざらいすることは無意味ではないように思われる。

(1) Official NAIC Model Laws, Regulations and Guidelines vol. I, 170-6 et seq. (1995)によれば、同法を採用しまたは類似の立法をしている州は、アーカンサス、コネチカット、デラウェア、フロリダ、アイダホ、アイオワ、カンサス、ニューハンプシャー、ペンシルバニア、ロードアイランド、ユタ、ヴァージニア、ワシントン、ウェストヴァージニアの各州であり、関連する立法をしている州は、ニューヨークのほか、カリフォルニア、イリノイ、メリーランド、ニュージャージー、オクラホマ、オレゴン、サウスカロライナの各州である。もっとも同書171-29 et seq. のモデル規則の採用州等の分類は同じでなく、たとえばニューヨーク州は、モデル規則または類似の立法をしている州に分類されている（法律レベルではニューヨーク州保険法3217条はＭＳＡとは違うが、規則６２はモデル規則を大幅に取り込んでいることによるものと思われる）。

(2) ＨＭＯの提供する医療サービス契約についてはＢの規定からは明らかでないが、おそらくは適用対象としないものと思われる。ニューヨーク州保険法1109条はＨＭＯはPublic Health Law第44章に合致するものであるかぎり保険法の適用を除外するものとしている。

(3) 3216条の標準条項は、ＵＰＰＬに対応する規定以外の内容も含んでいる。とくに同条(i)項は、医療保険の給付内容について最低限みたすべき内容も強行的に規定している。

(4) ニューヨーク州保険法の傷害・健康保険契約に関するその他の規定をあげておくと、3201条が保険証券等の監督官による承認の要件、3204条が保険証券は全契約内容を含んでいなければならないという規制、3205条は、被保険利益に関する規定である。3210条の復活後の不可争期間、3211条の保険料払通知に関する規定は、生命保険契約とともに解約不能就業不能保険も対象としている。就業不能保険は、1113条(a)項(3)号の傷害・健康保険の定義が就業不能保険は解約不能就業不能保険のみをいうものと定義しているので、就業不能給付を含む生命保険には3216条の規定の適用はないも

のとみられるが、生命保険の就業不能給付に関しては3215条の特則があり、ここでやや簡略ながら保険証券の契約法的規制を行っている。また、団体傷害・健康保険については、3221条が標準条項を規定するとともに、後述規則６２は、団体傷害・健康保険についてもミニマム・スタンダードを規定している。

(5) 11 N.Y.C.R.R.Part 53(1995).

(6) 開示規制に関するＭＳＡ８条は、契約条件、契約内容の保険証券への記載の仕方の一般原則を規定するとともに、契約成立後保険証券と同時または申込時に担保のアウトライン（outline of doverage）を交付することを義務づけるものである。ＮＹ規則の開示規制も同様のものであるが、モデル規則にはない注目すべき開示文書（required disclosure statement.モデル規則の担保のアウトラインに相当する）記載事項として、予想給付率（予想される給付の将来の保険料に対する比率）を明記しているということである。

(7) この問題についての詳細は、Bertram Harnett & Irving I. Lesnick, The Law of Life and Health Insurance ,Vol.3, §7(1994)参照。また、古瀬政敏「生保の傷害特約における保険事故概念をめぐる一考察」保険学雑誌496号128頁(1982年)も参照。

(8) United States Mut. Accident Association v. Barry, 131U.S.100(1889).

(9) accidental means型の約款につきとくに制限的な解釈をすべきでないという立場を表明したものとして、Landress v. Phoenix Mut. Life Ins.Co., 291 U.S.491(1934)におけるCardozo裁判官の反対意見が著名である。その後の区別を認めない判例としては、Burr v. Commercial Travelors Mut. Accident Association,295 N.Y.294,67 N.E.2d 248(1946)が著名である。

(10) 山下丈「傷害保険契約における傷害概念（2・完）」民商法雑誌75巻6号899頁・911頁(1977年)、古瀬政敏・前掲（注7）論文128頁参照。

(11) Anderson on Life insurance 725(1991).

(12) Muriel L. Crawford, Law and the Life Insurance Contract 628(7th

ed. 1994)による。

(13) Harnett & Lesnick, supra note 7, at §8.

(14) Indemnity Coverageが定額給付方式の入院保険であることについては、Kenneth Black, Jr. & Harold D. Skipper, Jr., Life Insurance 480 (12th ed. 1993).

第４章　健康保険の類型と重複保険の調整

洲崎博史

Ⅰ　序説

わが国の伝統的な保険法理論においては、保険はその支払保険金額の決定方法に着目して損害保険と定額保険に二分しうること、火災保険のごとき物保険は利得禁止原則により、原則として損害保険でなければならないが、人保険は損害保険であっても定額保険であってもよいこと、が広く承認されてきたように思われる。一般に、損害保険であるということは商法629条以下の損害保険の規定が適用されること、すなわち、超過保険、重複保険、保険代位等の損害保険に特徴的な規整に服することを意味する。これは人保険においても変わるところはないとされ、判例もいわゆる「所得補償保険」について、損害保険の一種であることを認めたうえで商法662条（保険代位の規定）の適用を肯定している（最判平成元年1月19日判時1302号144頁）。これに対し、定額保険であるということは、その保険が利得禁止原則の適用を受けないことを意味し、したがって、利得禁止を根拠にする（と考えられる）超過保険、重複保険、保険代位等の規整には服しないことになる。以上のような損害保険・定額保険の二分論はドイツにおいても圧倒的に支持されており、むしろドイツにおける学説がわが国の学説に大きな影響を及ぼしてきたといってもよいであろう(1)。

損害保険・定額保険の二分論は、超過保険、重複保険、保険代位等の利得禁止関連規定の適用範囲を画するという機能をもつ。しかしながら、そのためには、問題とされる保険契約が損害保険・定額保険のいずれかに属するのかがまず決定されなければならない。前述のように判例で争われた「所得補償保険」（損害保険会社が販売）のほか、いわゆる「（長期）就業不能保障保険」やいわゆる「医療保障保険」（いずれも生命保険会社が販売）のように、傷害・疾病保険の分野において損害保険か定額保険かを一義的には決しがたいような保険商品が現われつつある現在のわが国において、果たして先のような二分論がなお維持されるべ

きなのかどうかについては、議論がありうるところであろう。

米国においても、填補原則（principle of indemnity）と呼ばれる、わが国でいう利得禁止原則に近い概念が認められるが、ドイツやわが国で普及している「損害保険／定額保険」の二分論は、米国においてはそれほど明確な形では存在しないように思われる。後でみるように、健康保険の分野における重複保険の調整や保険代位の問題を処理するにあたっては、実損填補方式（医療実費給付方式）の保険であるかどうかという基準が一定の役割を演じる場合がありうることは否定できないものの、実損填補方式であればそれは損害保険であり、重複保険規制や保険代位規制が当然に適用されるというような規整原理は米国では一般には存しないというべきであろう。しかしながら、健康保険における重複保険を処理するための法規整が米国においては未発達であるかというと必ずしもそうではない。むしろ団体保険の重複保険の調整に関しては、相当に念入りな立法がなされているといってよい。もっとも、それらの立法においては、同一の損失項目について重ねて保険給付がなされることは適切でない、という利得禁止思想の局面とともに、健康保険のようにきわめて多様な保険商品が開発・販売されている分野では重複保険の処理に関して相矛盾した約款規定をもつ保険商品もしばしば生じうることから（たとえば、「他に保険契約がある場合には、保険者は免責される」という約款規定をもつ二つの健康保険に同時に加入する場合など）、かかる矛盾を防止するという面にも相当の重点が置かれているように思われる。

以下、本章では、米国における健康保険の類型と重複保険規整について概観したのち、ＮＡＩＣ統一個人傷害・疾病保険証券条項法ならびにＮＡＩＣ団体用ＣＯＢモデルレギュレーションおよびニューヨーク州保険規則６２のそれぞれの重複保険関連規定について解説する。健康保険の類型と保険代位の関係については、第５章を参照されたい。

Ⅱ　健康保険の類型と重複保険の調整

１　健康保険の類型と支払保険金の決定方法

米国においては、民間の保険会社が多種多様な健康保険を販売している。これら多種多様な健康保険を厳密に類型化することはそもそも不可能であるが、ごく大ざっぱに分類するならば、①入院・手術等の医療費用を担保するタイプの保険、②就業不能による所得喪失を補償するタイプの保険、および③災害死亡または傷害の場合に保険金を支払う純粋の定額給付方式の保険、に分けることができる[2]。ＮＡＩＣのモデル法たるＭＳＡ４条および同法を実施するためのモデル規則７条（これらについては第３章参照）に掲げられている傷害・疾病保険のうち、基礎的病院費用担保、基礎的医療・手術費用担保、高額医療費用担保、入院補償担保などは、①のタイプの保険であり、就業不能担保は、②のタイプの保険である。これに対し③のタイプの保険は生命保険に類似するものであり、重複保険調整にはもともとなじまないものであるといえる。米国の重複保険規制が対象としているのも①及び②のタイプの保険である。

①の医療費用を担保する各種の保険のうち、入院補償担保は、既に述べられたように、── indemnity という名前からすると一見したところ医療実費給付方式のようではあるが ── 定額給付方式の健康保険である[3]。これに対し、基礎的病院費用担保、基礎的医療・手術費用担保、高額医療費用担保の各保険は、一般に医療実費給付方式で行なわれている。もちろん、支払保険金額に最高限度額が設けられていたり、自己負担部分が設定されている場合には、現実に出捐された医療費用の全部が填補されるとは限らない。しかしながら、被保険者が医療費を現に負担したことが、保険金支払の要件とされ、医療実費の額に応じて支払保険金額が決まるというシステムがとられている限りは、これを医療実費給付方式（実損填補方式）と見て差し支えないであろう。そして、明確な統計はないものの、概説書における記述などからする限りは、医療費用を担保するタイプの健康保険の主流は、これら医療実費給付方式であると推測される[4]。

以上に対し、②の就業不能による所得喪失を補償するタイプの保険（以下、就業不能担保の保険、または単に就業不能担保という）においては、支払保険金の決定方法は一様ではなく、かなりのバリエーションが存する。就業不能になった場合に給付月額（または週額）として保険証券に記載された保険金を一定期間支払うと定めつつ、右給付月額を被保険者の平均月収の一定割合に制限するような

約款規定が多く用いられているようであるが[5]、就業不能前の実際の月収額に応じて給付月額を変動させるような例もあるようである。もっとも、月収額と給付月額が完全にリンクしていたとしても、それにより当該保険が当然に実損填補方式であることにはならない。実損填補方式といいうるためには、単なる就業不能だけではなく、現実に所得が減少したことを保険金支払事由としたうえで、所得の減少分相当額を保険金として支払うような保険契約でなければならないはずであるが[6]、米国における就業不能担保の保険は常にそのような形をとっているわけではないようである[7]。

2　重複保険規整序説

重複保険が生じた場合に、支払保険金額を調整するための条項は伝統的に他保険(other insurance)条項と呼ばれている。これに対して、特に健康保険の分野における重複保険を調整する条項は、Coordination of Benefit(COB)条項（重複給付調整条項）と呼ばれることが多い。これは、他保険条項において調整の対象とされるのは通例、狭義の保険金に限られるが、ＣＯＢ条項においては、後述するように私的健康保険の保険金のみならず公的健康保険（またはその色彩の強い保険）の保険金、さらには医療サービスという現物給付も調整対象に含められることが多い、という両者の機能の違いにもよっているようである[8]。

伝統的な他保険条項は、大きく三つの類型に分類される[9]。第一は免責型と呼ばれるもので、他保険が存在する場合には保険金の全額について免責されると定めるものである。第二は按分比例型であり、他保険との按分比例により、保険金の支払を分担するものである。第三は超過型であり、他保険によって支払われる保険金が損害額に満たない場合にその不足分を填補すると定めるものである。重複保険が生じた場合で、それらの保険契約の他保険条項が相矛盾するときには、複数の保険者がどのような割合で責任を負担するかが問題となる。実際、重複する保険契約の他保険条項のいずれも按分比例型である場合を除くと、他保険条項は常に相矛盾する内容をもつことになる。米国ではかかるケースにおける保険者の責任を確定するための訴訟がこれまで頻発し、他保険条項の処理の問題は保険

契約法における古くからの難問の一つであったといってよい。

これに対し、健康保険の分野では、他保険条項は従来の実務上必ずしも一般的ではなかったようであり、他保険条項がない場合には、健康保険の被保険者は保険金を重複して取得できるというのがほぼ一致した判例の見解であったといわれる(10)。しかしながら、その後、団体健康保険（雇用主が保険料の全部または大部分を負担するタイプのもの）の分野においては、ＣＯＢ条項を設ける健康保険契約が増大し、むしろ最近ではＣＯＢ条項を有しない健康保険契約の方が例外であるとされている(11)。団体健康保険においては、被用者とともにその配偶者およびその他の扶養家族も被保険者とされることが多いことから、共働き家庭において夫婦がそれぞれの職場で団体健康保険に加入すると常に保険金の二重取りの可能性が生じることとなり、かかる二重取りを防止するためにＣＯＢ条項が設けられるのである。これに対し、個人健康保険（個人が保険料を負担するタイプのもの）の分野では、ＣＯＢ条項は一般に採用されていない(12)。州によっては、制定法や保険監督局の規制を通じて、個人健康保険に関してはＣＯＢ条項が禁止されていることもあるようである(13)。

３　ＮＡＩＣ統一個人傷害・疾病保険証券条項法におけるＣＯＢ条項

（１）序説

前述のように、団体健康保険の分野ではＣＯＢ条項が普及しつつあるが、その内容が統一されず、相矛盾するものである場合には、種々の法律問題を引き起こすことになる。ＮＡＩＣは、ＣＯＢ条項の統一を図るために、これまでいろいろな形でＣＯＢ条項のモデルを作成・公表してきているが、現在では、モデル法たる統一個人傷害・疾病保険証券条項法（以下、ＵＰＰＬという）３条Ｂ（3）、（4）および（5）において、ＣＯＢ条項のモデルを一般的な形で規定するとともに、団体用ＣＯＢモデルレギュレーションにおいて特に団体保険用のＣＯＢ条項のモデルを規定している。ここではＵＰＰＬのＣＯＢ条項についてやや詳しく解説することとし、４において団体用ＣＯＢモデルレギュレーションを紹介する。

ＵＰＰＬ３条Ｂによると、同条Ｃに規定されている場合を除き、３条Ｂ（1）な

いし（10）において列挙されている項目について約款中に規定を設ける場合には、３条Ｂ（1）ないし（10）において定められているのと同一内容の表現が用いられなければならない。文言を異にすることが許されるのは、被保険者または保険金受取人にとってあらゆる点でＵＰＰＬの内容よりも不利でないとして保険監督局の承認を受けた場合に限られる。すなわち、保険者が保険約款にＣＯＢ条項を設けようとすれば、ＵＰＰＬ３条Ｂ（3）、（4）および（5）に規定される内容がそれぞれ強制されるということである（なお、ＵＰＰＬではＣＯＢ条項という語ではなく、超過保険という語を用いている）。もっとも、保険者は、約款中にＣＯＢ条項を全く設けないこともできるから、ＵＰＰＬ３条Ｂは通常の意味における強行法規ではない。

それでは、約款中にＣＯＢ条項が設けられない場合にはどうなるのか。結論からいえば、当該保険は重複保険調整には原則として関与しないことになる。すなわち、（ａ）当該保険契約の保険金は、他保険契約が存在しても削減されることはないし、（ｂ）当該保険契約は、他の保険契約が定めるＣＯＢ条項の発動に際しても、調整の算式には算入されず、あたかも存在しないかの如く扱われる、ということである。もっとも、右（ｂ）の結論は、あとで説明するようにＵＰＰＬのＣＯＢが按分比例方式であることと関係があるものと思われる。４で紹介する団体用ＣＯＢモデルレギュレーションにおけるような優先払い方式の場合には、ＣＯＢ条項を有しない保険からまず支払がなされ、これによってなお損失が填補されないときにＣＯＢ条項を有する（右条項のゆえに支払順序が後になる）保険が支払をなすことになるため、ＣＯＢ条項を有しない保険があれば、それはＣＯＢ条項を有する保険の支払額に当然影響を及ぼすことになる。これに対し、ＣＯＢ条項が按分比例方式である場合、他の保険のＣＯＢ条項の発動に際してＣＯＢ条項を有しない保険をも算式に含めてＣＯＢ条項を有する保険の按分負担額を引き下げることは不可能ではない。しかし、このような扱いは理論的に首尾一貫性を欠くものともいえ、かかる点を考慮して（ｂ）の結論がとられたのであろう。

（２）同一の保険者によって発行された保険証券相互間での重複保険調整（３条Ｂ（3））

ＵＰＰＬ３条Ｂ（3）は、同一の保険者によって、同一の担保内容について複数の保険証券が発行された場合のＣＯＢ条項の内容を定める。かかるケースに関してＣＯＢ条項を設けようとすれば、次のような内容のものでなければならない（〔　〕は、保険者の選択にしたがって適切な語を挿入せよという意味である）。

「超過保険(0verinsurance)：

もし保険者によってこれまでに被保険者に対して発行された傷害保険、疾病保険または傷害疾病保険が同時並存的に有効であって、〔担保のタイプ〕に対する補償の総額が〔補償の最高限度額〕ドルを超える場合には、右超過部分は無効とし、そのような超過部分に対して支払われたすべての保険料は被保険者または彼の相続財産に返還されるものとする。

または、これにかえて、

この保険証券または当保険者の類似の保険証券に基づいて、被保険者についていかなる時点においてであれ効力を生ずる保険は、被保険者、または場合によっては彼の保険金受取人もしくは相続財産によって選択された一つの保険証券に限られ、保険者は、そのような他の保険証券に支払われたすべての保険料を返還する。」

これは、一つの保険者から特定の担保（たとえば入院費用）について受領する保険金は、当該保険者との保険契約が数個存在する場合であっても、その総額において当該保険者の定める最高限度額内であるか、または数個の保険契約のうち一個の保険契約に基づく保険金に限られるべきであることを、明らかにする規定である。

（３）医療費用担保を提供する保険証券相互間でのＣＯＢ条項（３条Ｂ（4））

ＵＰＰＬ３条Ｂ（4）は、医療費用[14]の担保を提供する保険証券相互間での重複給付の調整について、次のように詳細に定める（①②…、および(1)(2)…は、説明の便宜上、執筆者が付したものである）。

「超過保険(Overinsurance):

① 本保険証券のもとでカバーされている人に関して、本証券のもとで請求確定期間内に生じた許容範囲費用に対する給付が、他のすべての有効な担保のもとで（本条項または他の有効な担保に適用されるいかなる「超過保険条項」も適用がないとして計算した場合に）そのような請求確定期間内に生ずる許容範囲費用に対する給付を合計すると、そのような期間内の当該人の許容範囲費用の満額を超える場合には、当保険者は、本保険証券が当該期間の許容範囲費用に対して定める給付のうち、本保険証券の当該期間の許容範囲費用全額の、本保険証券および他のすべての有効な保険証券のもとで（本条項または他の有効な担保に適用されるいかなる「超過保険条項」も適用がないとして計算された）当該期間内の許容範囲費用に対して支払われうる給付金全額から、超過保険条項を有しない他の有効な担保のもとで支払われる許容範囲費用に対する給付金額を控除した額に対する割合においてのみ、責任を負うものとする。

② いかなる場合にも、本条項は、この保険証券のもとでカバーされている人に関して、この保険証券に基づいて支払われうる許容範囲費用に対する給付金の額を、本条項が存在しなかったならば支払われたであろう額よりも増大させるものではない。

③ 当保険者は、他の有効な担保を提供している保険者が過払いをしている場合には、そのような他の保険者に対して、給付金を支払うことができる。

④ そのような支払がなされた場合には、当保険者は、当該支払が被保険者、彼の債権譲受人または保険金受取人に対して支払われた場合と全く同様に免責されるもののとする。

⑤ 当保険者は、被保険者、彼の債権譲受人または保険金受取人に対して、他の有効な担保の存在が開示されていたならば支払われたであろう額を超えて支払をなした場合には、他の有効な担保の存在が開示されていたならば支払わなかったであろう額について、返還請求をすることができる。

⑥ サービス給付条項に基づいて支給される他の有効な担保の額は、そのような担保がない場合に当該サービスを受けるのに要したであろうコストをもって計算する。

本条項において、

（ａ）「許容範囲費用(allowable expense)」とは、本保険証券または他の有効な担保のもとで、病院費用、手術費用、医療費用または高額医療費用として、その全部または一部がカバーされているすべての必要で合理的なかつ通常の費用の１１０％を意味する。

（ｂ）カバーされているすべての人に関して、「請求確定期間(claim determination period)」とは、本保険証券のもとでカバーされる許容範囲費用がその者の計算において負担される、〔30日を下回らない○○日〕の当初期間と右日数に等しい各継続期間を意味する。最初の期間は、最初の費用が負担された日に開始し、継続期間は前の期間の満了後に費用が負担されたときに開始するものとする。

またはこれにかえて、

カバーされているすべての人に関して、「請求確定期間」とは、本保険証券のもとでカバーされる許容範囲費用がその者の計算において負担される各〔○○日間（ただし、１ヶ月を下回らない暦上または証券上の期間とする）〕の期間を意味する。

（ｃ）「超過保険条項」とは、本条項および他の有効な担保のもとでの給付金が存在することのゆえに保険者の責任を減じさせることになりうる条項を意味する。

注(Note)：

(1)　上記条項は、病院費用給付、手術費用給付、医療費用給付または高額医療費用給付を提供するすべての保険証券（更新権保証契約、および更新権保証かつ撤回不能契約）の約款に含めることができる。

(2)　保険者は、本条項を、(a)他の保険者との有効な担保、にのみ適用すると定めてもよいし、(b)個別的に引き受けられた個人保険証券を除く、自社との他の有効な担保にのみ適用すると定めてもよいし、また、(a)(b)の双方に適用すると定めてもよい。

(3)　保険者は、本条項中に、その形式については保険庁長官の承認を得たうえ

で「他の有効な担保」の定義を設けるべきである。

(4)　「他の有効な担保」には、以下の担保によって提供される病院費用、手術費用、医療費用、高額医療費用に対する給付を含めることができる：　団体保険・包括保険または集団扱保険による担保、個人及び家族型の担保、ブルークロス・ブルーシールド担保その他の前払いプラン、団体診療及び個人診療プラン、労使受託者プラン・労働組合福祉プランまたは使用者／被用者給付組織によって提供される非保険型給付金、政府管掌プログラムによって提供される給付金、労働者災害補償保険またはその他の制定法によって要求されもしくは提供されるその他の担保、ならびに自動車責任保険及び個人責任保険に基づく医療費支払い

(5)　「他の有効な担保」には、過失の認定の結果として、サードパーティー型責任保険担保に基づいてなされる支払を含んではならない。ただし、保険者はその選択により、約款において代位条項を設けることができる。

(6)　保険者は、保険金支払請求の証拠の一部として、本条項を執行するために必要な情報を要求することができる。」

以上のようなＣＯＢ条項に関して目につく特徴を何点か指摘しておきたい。

まず、①から明らかなように、本規定は、医療費用を担保する給付金について、按分比例方式の重複給付調整を定めるものである。ただし、①の最後の部分に「超過保険条項を有しない他の有効な担保のもとで支払われる許容範囲費用に対する給付金額を控除した額」とあることから、ＣＯＢ条項を有しない保険契約は按分比例計算の分母から除かれ、したがって、前述したように重複給付調整の枠組みから基本的に除外されることになる。このことは、医療実費相当額を保険金として支払う、いわゆる実損填補方式の健康保険にもあてはまり、したがって、ＣＯＢ条項が設けられていない限りは、そのような健康保険も按分比例計算の分母から除外される。

もっとも、①の文言からすると、ＣＯＢ条項を有しない保険契約も、重複給付になるかどうか、すなわち、保険金の総額が許容範囲費用を超えるかどうかの判断においては、「他の有効な担保」として斟酌されるもののようである。なお、本規定は、「他の有効な担保」の範囲については、約款で定めるべきであるとす

るが（注(3)）、私的健康保険のみならず公的健康保険や現物給付的な保険も右の範囲に含めうるとしている（注(4)）点で特徴的である。

本規定においては、本規定のようなＣＯＢ条項は実損填補方式の健康保険においてのみ採用されうるということは明文で定められていない。したがって、定額給付方式の保険において、本規定のようなＣＯＢ条項を採用することも、理論的には可能のようではある。しかしながら、「許容範囲費用」を定義する（ａ）、さらには、注の(1)(4)からすると、本規定のようなＣＯＢ条項を設けるためには、当該保険は少なくとも医療費用にかかる給付を提供するものでなければならない。そうすると、医療費用の出捐の事実またはその額とは全く無関係に保険金を支払うような純粋の定額保険は、実際上は本規定の射程外ということになり、結局、ＣＯＢ条項を設けうるのは、実損填補的性格の強い健康保険に限られることになろう。

（４）就業不能担保を提供する保険証券相互間でのＣＯＢ条項（３条Ｂ（5））

ＵＰＰＬ３条Ｂ（5）は、就業不能担保を提供する保険証券相互間での重複給付の調整について、次のように定める（①②…、および(1)(2)…は、説明の便宜上、執筆者が付したものである）。

「超過保険（0verinsurance）：

①　本保険証券の労働時間喪失補償給付(loss-of-time benefit)が、９０日間支払われうることとなった後において、被保険者についてすべての有効な労働時間喪失補償担保において定められた未調整の労働時間喪失補償給付の総額が、被保険者の労働所得の〔○○〕％を超える場合には、そのような給付は以下のように調整される。ただし、申込書に含まれている情報によって、本保険証券への申込により当該被保険者に関して効力を生ずることが予期される、本保険証券および他の有効な労働時間喪失補償担保のもとで支払われる労働時間喪失補償給付の総額が、そのような申込時点における被保険者の労働所得の〔◇◇〕％を超えていたことが示されているなら、計算式においては高い方のパーセンテージが用いられるものとする。

② 本保険証券のもとで調整される毎月の労働時間喪失補償給付は、本保険証券のもとで調整がなければ支払われるであろう労働時間喪失補償給付のうち以下の割合の額に限られる：

(i) 被保険者の労働所得×〔○○〕％（または本規定①但書の場合にはより高い％）の額の

(ii) 本保険証券及び他のすべての有効な労働時間喪失補償担保のもとで（ただし、本証券および他の担保のもとでの超過保険条項は適用されないものとして計算した場合の）当該被保険者に対して当該月に支払われうる労働時間喪失補償給付の総額、

に対する割合。

ただし、(i)(ii)のいずれにおいても、超過保険条項を含まない他の有効な労働時間喪失補償担保のもとでの労働時間喪失補償給付の額は控除するものとする。

③ 計算をするに際して、すべての給付と収入は一貫した〔週額、月額など〕のベース（週額か月額かまたはそれ以外かは、労働時間喪失補償給付がいずれのベースで支払われるかによる）に換算するものとする。

④ もし、前述の比率の分子がゼロまたはマイナスである場合には、本証券のもとで給付は一切なされない。

⑤ いかなる場合にも本条項は、

本保険証券および他のすべての有効な労働時間喪失補償担保のもとで当該月に関して支払われうる労働時間喪失補償給付の総額を、３００ドルと、あらゆる超過保険条項がないものとして決定される労働時間喪失補償給付の総額のいずれか少ない額よりも減額するものではなく、

本証券のもとで支払われうる給付の額を本条項がなかったならば支払われるであろう額よりも増大させるものではなく、

労働時間喪失補償給付以外のあらゆる給付を斟酌したりこれを減額するものではない。

本条項において

（ａ）「労働所得」とは、別段の定めがある場合を除き、就業不能が開始した

時点における被保険者の月間所得額と就業不能開始直前の２年間の平均月間所得額のうち、より高い方の額を意味し、投資収入その他の被保険者の職業的活動に由来しない収入を含まない。

（ｂ）「超過保険条項」とは、本規定、および労働時間喪失補償給付に関するその他の規定であって、すべての担保のもとでの労働時間喪失補償給付の合計額が被保険者の所得との一定の関係を超える場合に保険者の責任を縮減させる効果を持ちうるものを含むものとする。

注(Note)：

(1)　上記条項は、少なくとも52週間にわたって支払われる労働時間喪失補償給付を提供する保険証券であって、個々の申込を選択して引き受ける方式によって発行され、かつ被保険者の労働時間喪失補償給付の合計額の被保険者の労働所得に対する割合を決定するためか、またはその割合が、保険者が選択し上記ブランクに挿入された収入のパーセンテージ（ただし、60%を下らないものでなければならない）を超えないことを確定するために、必要な情報を得られるように考案された質問を含むような保険証券にのみ含めることができる。

(2)　保険者は、本条項を執行するために必要な情報を、保険金請求の証拠の一部として要求することができる。

(3)　他の労働時間喪失補償担保が継続されないことが申込書において示されている場合には、本条項①但書における◇◇の%を計算するにあたって、そのような他の担保の額は除外されるものとする。

(4)　保険証券は、その形式については保険庁長官の承認を得て、「有効な労働時間喪失補償担保」の定義を置かなければならない。

(5)　その定義は、次の担保を含むことができる：政府機関によって提供される担保、保険法による規制ならびに本州及び米国の他の州または他国もしくはその地方公共団体の保険監督局による規制に服する組織によって提供される担保、就業不能補償給付関連法または労働者災害補償ないし使用者責任関連法に従って被保険者のために提供される担保、労使受託者プラン・労働組合福祉プラン・使用者／被用者給付組織または給与継続支払ないし年金プログラムによって提供され

る給付、その他保険庁長官によってその担保を含むことが承認されうるようなその他の担保」

以上のような就業不能担保にかかるＣＯＢ規整の特徴としては、次の諸点を挙げることができよう。

まず、②から明らかなように、本規定も、基本的には、按分比例方式の重複給付調整を定めている。ただし、②の但書にあるように、「超過保険条項を含まない他の有効な労働時間喪失補償担保のもとでの労働時間喪失補償給付の額は」按分比例の算式において除外され、重複給付調整はもっぱらＣＯＢ条項を有する保険相互間で行なわれることになる。これに対し、①の文言からすると、ＣＯＢ条項を有しない保険契約も、重複給付になるかどうか、すなわち、按分比例算式にしたがった調整を行なうかどうかの判断においては、「他の有効な労働時間喪失補償担保」として斟酌されるもののようである。本規定は、「他の有効な労働時間喪失補償担保」の範囲については、約款で定めるべきであるとするが（注(4)）、そのなかには私的保険のみならず公的保険その他の補償制度を含めることができる（注(5)）。以上の各点は、（３）でみた医療費用担保にかかる重複給付調整とほぼ同様である。

本規定は、本規定が実損填補方式の就業不能担保だけを想定しているのかどうかを述べていないが、その文言や米国における就業不能担保の実状からして、純粋の実損填補方式に限らず本規定は適用されるものと思われる。被保険者の就業不能を保険事故とし、支払保険金額を被保険者の所得額の一定割合に限定するような保険は、確かに実損填補的な性格も有するといいうるが、当該保険契約が被保険者の所得の現実の減少如何にかかわらず保険金を支払うものであるならば、もはや純粋の実損填補方式の保険ということはできず、実損填補と定額給付の中間に位置するということができる。本規定の①や注(1)からすると、就業不能状態や被保険者の所得額と全く無関係に給付をなすような定額保険に本規定が適用されないことは明らかであるが、右のような中間的な保険にはむしろ当然に適用されるものと解される。

4　ＮＡＩＣ団体用ＣＯＢモデルレギュレーションおよびニューヨーク州規則６２Sec.52.23による重複給付の調整

ＮＡＩＣの団体用ＣＯＢモデルレギュレーション（Group Coordination of Benefits Model Regulation、以下ＧＣＢＭＲという）は、団体保険向けのＣＯＢ条項のモデルを定めたものである。もともとは、1970年に保険者のためのガイドラインとして採択されたものであるが、その後何度か改正を受け、現在では各州がレギュレーションとして採用することを予定したモデルレギュレーションという形をとっている。実際、同モデルは相当数の州において保険法またはそのレギュレーションとして採用されている。ニューヨーク州保険法3217（ａ）項に基づく規則６２（以下、ＮＹ規則という）は、健康保険の要式、内容および販売についてミニマム・スタンダードを定めるものであるが（その概要については第３章参照）、同規則Sec.52.23（以下、52.23条という）は、ＮＡＩＣのＧＣＢＭＲに沿って団体健康保険の重複給付調整について規定するものである。以下、ＧＣＢＭＲの概要を解説しつつ、その採用例であるＮＹ規則52.23条についてもあわせて紹介することとする。

ＧＣＢＭＲでは、「プラン(plan)」および「許容範囲費用(allowable expense)」という二つの重要な概念を基礎として重複給付の調整が行なわれる。「プラン」とは、重複給付の調整が許容されるような担保の形態をいう（第３条Ｈ）。要するに保険契約その他医療関連給付を提供する担保を総称する概念が「プラン」であり、具体的にどのような担保が「プラン」に含められるかは、保険契約等のそれぞれの担保提供契約の約款において定められる。たとえば、Ａという保険契約の約款でＢという担保が「プラン」に含められれば、Ａ保険とＢという担保の間では、重複給付の調整が行なわれることになる。

もっとも、どのような担保を「プラン」に含め、重複給付調整に引き込むことができるかについて、約款は完全な自由を有するわけではなく、法ないしレギュレーションがおおよその枠組みを定める。ＧＣＢＭＲでは、団体健康保険契約その他の団体型の給付契約のみを「プラン」に含めうるとしており、個人保険契約その他の個人型・家族型の給付契約は「プラン」に含めてはならないとしている

（第３条Ｈ（３）（４）。ただし、州は個人型を「プラン」に含めるような立法をすることもできる。第3条Ｈドラフティング・ノート参照）。もっとも、ＧＣＢＭＲが「プラン」に含めることを認めている団体型の給付契約の範囲は相当に広範であり、伝統的な保険契約のほか、ＨＭＯのような医療サービス自体を提供する契約（現物給付契約）、メディケアその他の政府による医療給付、自動車保険中の医療給付部分なども「プラン」に含まれうる。また、現実の医療費とは無関係に定額の補償をなす入院補償給付（hospital indemnity benefits）も、日額200ﾄﾞﾙを超える部分については「プラン」に含むことができる。

他方、「許容範囲費用」とは、ＧＣＢＭＲによれば、「控除部分(deductibles)、自己負担分(coinsurance)または共同負担割合(copayments)を含むヘルスケアのサービスまたは費用で、当該被保険者をカバーするプランのいずれかによってその全部または一部がカバーされるもの」をいう（第３条Ａ）。重複給付の調整（coordination of benefits）は、そもそも、支払われる給付金の総額が許容範囲費用の100%を超えないように給付額を減額調整する作業であるから、許容範囲費用が具体的にいくらに算定されるかが被保険者に支払われる給付金額を直接に左右することになる。そのため、ＧＣＢＭＲは許容範囲費用の算定に関していくつかのルールを定めている（第３条Ａ（１）～（４）。たとえば、現物給付型の担保の場合は、当該給付の合理的時価が許容範囲費用となる）。なお、「許容範囲費用」の右のような定義からして、ＧＣＢＭＲが対象とする重複給付の調整は基本的に医療関連給付に限られ、就業不能担保は対象外ということになろう。

ＮＹ規則52.23条は、ＧＣＢＭＲをそのまま採用したものではないが、大筋においてＧＣＢＭＲに沿った規整をしている。52.23条においても、「プラン」は、保険契約その他医療関連給付を提供する担保を総称する概念として用いられているが、具体的には、(e)項(1)第1文において、「費用負担ベースの(an expense-incurred basis)担保であって、重複給付調整が許容される方式のものをいう」と定義されている。また、(b)項によれば、「重複給付調整(ＣＯＢ)条項とは、人が医療、歯科医療その他のケアもしくは処置のための給付金またはサービスを提供する複数のプランによってカバーされているときに、保険金支払の遅延と給付金の重複を回避することを意図する条項」をいうとされている。これらの規定を併

せて読むと、52.23条は、医療関連給付のみを対象とするもののようであり（したがって、就業不能担保は対象としない）、この点ではＧＣＢＭＲと同様である。ただし、「費用負担ベース」という表現からすると、52.23条は、実費ベースで給付を提供するタイプの担保に限って適用されるようにも読め、もしそうであるとすれば、定額給付たる入院補償給付（の一部）も対象としうるＧＣＢＭＲとはこの点で異なることになろう。

52.23条は、プランのなかにＣＯＢ条項が設けられることを絶対的に強制するものではない（(c)項）。ただし、プランがＣＯＢ条項を含む場合には、52.23条に合致するものでなければならず、そのような規定を含まないプランはその給付金を決定するときに他のプランの給付金を斟酌してはならない（(d)項）。このように重複給付調整を強制する強行法規ではないものの、本条以外のＣＯＢ条項を設けることは許さないという点で、52.23条は、ＵＰＰＬ３条Ｂ（４）と同様である。なお、右のような一般原則は、ＧＣＢＭＲでは別途明記されているわけではないが、後述するようにＧＣＢＭＲにおける「一次プラン」の定義などを通じて、ＧＣＢＭＲにおいても52.23条(d)項と同様のルールが妥当することになる。

52.23条においても、ＣＯＢ条項の適用の際に斟酌される他のプランの範囲は約款で定めるべきものとされている（(e)項(1)第2文）。そして、ＧＣＢＭＲにおけると同様に、右プランには、団体保険契約その他の団体型のプランを含んでもよいが（(e)項(4)）、個人型保険契約・家族型保険契約その他の個人型ないし家族型のプランを含んではならない（(e)項(3)）とされている。このように、ＧＣＢＭＲや52.23条において、個人型を重複給付調整から除外している理由については、たとえば、ＧＣＢＭＲの前身であるガイドラインが採択された1970年当時は、団体保険の給付水準が現在ほど高くはなかったため、十分な医療給付を得るためには個人保険に別途加入することが必要であったこと、個人向け保険会社が個人型保険を重複給付調整に含めることに反対したこと、個人型保険に加入しているかどうかの事実の把握が容易でないこと、などが指摘されているが、真の理由が何であるのかは必ずしもはっきりしない。しかし、過去の経緯はともかくとして、現在では個人型も重複給付調整の対象に含めるべきかどうかがＮＡＩＣにおいて議論の対象とはされているようである(15)。

重複給付の調整は、具体的には次のような方法で行なわれる。まず、すべてのプランは、「一次プラン(primary plan)」と「二次プラン(secondary plan)」のいずれかに分類される。一次プランとは、その給付額が他プランの存在を斟酌することなく決定されなければならないプランをいう。給付順序決定ルール(order of benefit determination rules)を有しないかまたはＧＣＢＭＲによって許容される給付順序決定ルールとは異なるルールを定めるプランはすべて一次プランとされる。また、ＧＣＢＭＲに合致する給付順序決定ルールは有するものの右ルールによれば支払順序が第一位となるプランも一次プランである（第３条Ｉ）。これに対し、二次プランとは、一次プラン以外のプランをいう。すなわち、ＧＣＢＭＲに合致する給付順序決定ルールを有するプラン（であって、かつ右ルールによる支払順序が第一位でないもの）が二次プランということになる。二次プランが二つ以上あるときは、ＧＣＢＭＲの給付順序決定ルールによりそれらの間での支払の順序が決定される。二次プランの給付額は、一次プランの給付金のほか当該二次プランよりも前に給付額が決定される他のすべてのプランの給付金を斟酌して決定することになる（第３条Ｊ）。

ＧＣＢＭＲの定める給付順序決定ルールによれば、たとえば、ある者を被用者、団体構成員、（医療サービス機構の）加入者または退職者として（すなわち、被扶養者としてではなく）担保するプランの給付金は、被扶養者としてその者を担保するプランの給付金よりも支払順序が先であるとされる（たとえば、夫と妻が共働きでそれぞれが職場で団体健康保険に加入しており、いずれの健康保険もＧＣＢＭＲの給付順序決定ルールに合致する規定を有する場合、夫の医療費用については、夫の健康保険が一次プランとなり、妻の健康保険は二次プランとなる）。また、子供が、両親のそれぞれのプランの被扶養者として重複してカバーされている場合には、１年の間に誕生日が先に来る親のプランが一次プランとなり、誕生日が後に来る親のプランよりも支払順序が先になる（第５条Ｄ（１）（２）。そのほか、両親の誕生日が同一である場合、両親が離婚している場合などの給付順序についても細かく定められている）。そして、右給付順序決定ルールのもとで、あるプランが二次プランとされる場合には、当該二次プランは、複数のプランの給付金の合計額が許容範囲費用の100%を超えないようにその給付金を減額す

べきことになる（第６条Ａ（１））。ＮＹ規則52.23条も、一次プラン・二次プランの定義および給付順序決定ルールに関して右に説明したＧＣＢＭＲとほぼ同様の規定を有している（(g)項(1)(2)、(h)項、(n)項(1)(2)(3)、(o)項(1)(2)）。

以上のようなＧＣＢＭＲおよびＮＹ規則52.23条の重複給付調整方法をおおざっぱにまとめると、すべてのプランについて給付金の支払順序を定めたうえで、支払順序の上位のプランから順に、医療費相当額が填補されるまで、給付金の支払をなさしめるもの、ということになる。すなわち、ＵＰＰＬ３条Ｂ（４）および（５）の按分比例方式とは異なり、ここではいわゆる優先払い方式が採用されているということができよう。

Ⅲ まとめ

以上、米国健康保険における重複保険規整について、ＮＡＩＣのＵＰＰＬおよびＧＣＢＭＲ（さらにＮＹ規則６２）の重複給付調整規定を中心に紹介した。

ＵＰＰＬおよびＧＣＢＭＲのいずれも、重複給付の調整を絶対的に強制するものではないが、約款でＣＯＢ条項を設ける場合には、法令の定める内容に合致することを要求し、かかるＣＯＢ条項を設けない保険契約については重複給付を理由とする保険金減額を認めない、という規整スタイルをとるものである。このように、一定の条項を置くかどうかは約款に委ねつつ、置く場合にはその内容を詳細かつ強行法的に規定する、という立法はわが国にはあまり馴染みのないものであろう。しかしながら、商品設計上の自由を保険者に残しつつ相矛盾する約款によって混乱が生じるのを防止するためには、一つの有用な規整ではあるといえよう。これまでわが国では、損害保険会社が販売する実損填補方式の傷害・疾病保険（たとえば医療費用保険）においては全社同一内容の約款を採用することで統一的な重複保険調整がなされてきたし、他方、損害保険会社や生命保険会社が販売する定額給付方式の傷害・疾病保険においては重複保険の調整がそもそも考えられてこなかった。そのため、米国流の規整の有用性ないし必要性が特に意識されてこなかったともいえるが、今後わが国において従来の慣行が崩れることがあるようならば、米国流の規整は一つの参考となろう。

また、就業不能担保に関するＵＰＰＬ３条Ｂ（５）は、実損填補方式に限らず就業不能担保一般を対象としており、このように実損填補か定額給付かという二分法によることなく重複保険の調整がなされるというのは、従来のわが国にはおそらくはなかった発想である。しかし、就業不能担保を提供する保険契約の多くは、二分法では分類しがたい中間的性格を有しているということに鑑みるならば、ＵＰＰＬ３条Ｂ（５）の規整スタイルには、十分に合理性が認められるといえよう。

(1) ドイツにおける学説の状況については、洲崎博史「保険代位と利得禁止原則（一）」法学論叢129巻1号8頁以下(1991年)参照。

(2) Bertram Harnett & Irving Lesnick, The Law of Life and Health Insurance, Vol.2, §6.01〔1〕(1994).

(3) 本書第３章注(14)参照。ＮＡＩＣの健康保険購入者手引(Health Insurance Shopper's Guide)においても、この保険は定額給付方式であって、他のより広範な担保の代替物というよりはこれを補完することが意図された保険である旨、述べられている。

(4) David L. Bickelhaupt, General Insurance 272(11th ed.,1983); Kenneth S. Abraham, Insurance Law and Regulation 399(2nd ed.,1995). また、第１章注（５）の説明も参照。

(5) 就業不能状態から回復して再び仕事に戻るための被保険者のインセンティブを維持するため、典型的には、被保険者の税引後所得の６０％を超えないように給付金額が設定されるという。米国では、（民間の）就業不能担保の保険の普及率は、医療費用を担保する保険の普及率よりもはるかに低いとされているが、就業不能担保に伴う逆選択とモラルハザードがこの保険の普及を妨げる理由の一つであるとされる。Abraham, supra note 4, at 399.

(6) わが国の「所得補償保険」や「就業不能補償保険」においても、傷害たは

疾病による就業不能が保険金支払の要件とされているにすぎず、所得が現実に減少したりゼロになることは要件とはされていない。

(7) 部分的就業不能状態に対しても保険金を支払うタイプの就業不能担保の保険においては、所得の現実の減少額に応じて給付月額をスライドさせるような方式のものも存する。Harnett & Lesnick, supra note 2, Vol.5, Appendix Ⅲ-0に掲げられた保険契約の例を参照。もっとも、米国における就業不能担保の保険のほとんどすべては、部分的就業不能状態の査定が容易でないことから、完全な就業不能状態に対してのみ保険金を支払い、そうでない場合には一切保険金を支払わないというオール・オア・ナッシング型であるという。Abraham, supra note 4, at 403. ただし、部分的就業不能状態が生じた場合には、給付月額を減額するのではなく、一定期間（多くの場合５年）に限って完全な就業不能状態が生じたものとみなして当該期間中、給付月額の満額を支払う条項（業務上就業不能条項(occupa - tional-disability clause)と呼ばれる）を置くことにより、オール・オア・ナッシング性を緩和するものも存するようである。Id.

(8) そのほか、超過保険(overinsurance)条項という語が用いられることもある。overinsuranceは、本来わが国でいう超過保険（保険金額が保険価額を超過している保険）に相当する語であるが、後述するようにＮＡＩＣのＵＰＰＬでは、ＣＯＢ条項とほぼ同じ意味で用いられている。

(9) Robert E. Keeton & Alan I. Widiss, Insurnce Law 253(1988).

(10) Id., at 261.

(11) Anderson on Life Insurance 769(1990).

(12) Id., at 768-69. 個人健康保険においては、保険者自身が、販売政策上、他保険の存在によって支払保険金が減額されないような保険商品を望むからであるという。

(13) Id., at 769. たとえば、後述するニューヨーク州の規則でも個人健康保険についてはＣＯＢ条項を設けることが認められていない。

(14) ここでの医療費用とは、入院費・手術費等も含む医療費用を意味し、以下、本章では「医療費用」ないし「医療費用担保」という語をこのような

意味で用いる。

(15) ＧＣＢＭＲの1994年版の修正案を作成するにあたり、右作成を担当したワーキンググループでは、これまでなぜ個人型が除外されてきたのか、今後個人型を含めるべきかどうかが激しく議論されたが、結局は、従来通り個人型は含めないこととしつつ、ドラフティング・ノートを付加して、州はこれと異なるルールを採用しうることを示唆する、ということに落ち着いたようである。1994 Proceedings, NAIC, 3rd Quarter 588, 4th Quarter 681-696.

第５章　健康保険と保険代位

山本　哲生

Ⅰ　はじめに

本稿では、保険の請求権代位に関する問題のうち、いかなる保険契約に代位が認められるかという問題についてアメリカの判例、学説を概観する。対象としては私保険一般をとりあげ、その中で健康保険に触れていくことにする。また、この問題に関連して、代位の概念や根拠についても触れておくことにする。

Ⅱ　総論

1　代位の概念

アメリカでは、代位（subrogation）はエクイティ上認められるものとされており、代位に関する問題はもっぱら判例に委ねられている。特定の種類の保険について代位を規定した法律がある場合もあるが、基本的には判例の問題となっている。

このようにエクイティ上、衡平の観念に基づいて認められる代位を法定代位（legal subrogation）という。これに対して、契約上明定することによって認められる代位のことを約定代位（conventional subrogation）という。本稿は基本的には法定代位を対象とする。

代位の効果としては、一般的には、代位した保険者は被保険者の地位に立つ、あるいは被保険者の権利を引き継ぐなどといわれている。この点につき、日本では、代位した保険者は被保険者が第三者に対して有していた権利を取得し、したがって権利を行使する保険者は自ら第三者に対して金銭の支払を請求することになる。ところが、アメリカでは一般的には保険者は被保険者の権利を引き継ぐといわれているものの、必ずしも代位した保険者が第三者に対して請求するとは限

らない。被保険者が第三者から賠償金を取得し、保険者は被保険者に対して金銭を支払うよう請求する場合も代位に含まれている。(1)

したがって、代位に関する訴訟の形としては、保険者と第三者間の訴訟、保険者と被保険者間の訴訟、被保険者と第三者間の訴訟の３つがある。訴訟がなされる状況としては、被保険者と第三者間の和解と代位とが関連したものがよくみられる。被保険者が第三者と和解した場合には保険者の代位権の侵害として、保険者の免責や代位権侵害に対する救済が問題となるが、(2)この代位権侵害に関連して保険者と被保険者・第三者との間で代位の適否をめぐる訴訟がなされることがある。もちろん代位権侵害に関係なく、代位を主張する保険者が第三者に対して権利行使したのに対して、第三者が代位の適否を争うというような場合も多い。

2　代位の根拠

代位はエクイティ上認められるものであり、代位の適否は各事案ごとの事実、状況に応じて衡平の観念に基づいて決まるとされている。代位の根拠としては、有責第三者を免責するのは不当であること、被保険者の利得禁止の２つが主にあげられる。これに加えて、保険金を支払った保険者への補償もいわれることがある。(3)

これらの中で、伝統的には有責第三者の免責阻止が主たるものとして考えられてきたようである。しかし、被保険者の利得禁止を代位の主たる根拠とする考え方もある。この点につき、代位はもともとは第三者の不当な利得を防ぐために認められたものであったが、その後被保険者の不当な利得を防ぐためにも認められるようになり、両方の不当利得を防ぐために認められる場合もあるともいわれている。(4)

代位の根拠は基本的には以上のようなものであるが、被保険者の利得禁止、有責第三者の免責阻止、保険者への補償の３点につき、それぞれ議論のある点や不明確な点がある。

まず、被保険者の利得禁止については、代位の局面で問題とされる被保険者の利得には２つの捉え方があるように思われる。１つは同一の損害につき二度補償

を受けるという不当利得（以下、重複補償の不当利得という）であり、もう１つは損害額以上の利益を得ること（以下、利益という）である。後者では、利得は被保険者が保険給付と損害賠償金を合わせて損害額以上を得ることであり、したがって、利得が存在するというためには、被保険者が保険金と賠償金の合計額と損害額の差額を利益として手にしていなければならない。これに対して前者では、利得は同一の損害の填補を目的とする複数の給付を受領することによる不当利得のことであり、したがって、利得が存在するというためには、保険金と賠償金が同一の損害の填補を目的としていればいいのであって、被保険者の被った損害の総額が保険金と賠償金の合計額より大きくても、利得は存在しうる。

ただし、このような利得の捉え方の違いがあることは、代位の根拠についての一般的な説明からは明らかではない。しかし、医療実費給付保険への代位の適否に関する議論からすると、このような２種類の利得が想定されているように思われる。医療実費給付保険に関する議論は後述する。

被保険者の利得に２種類あるとして、なぜその利得が禁止されるべきなのかが問題になる。しかし、この点についても特に詳しくは論じられていない。ただ、利得を重複補償の不当利得と解する場合には、被保険者が利得すべきでないことは当然のように思われる。しかし、利得を利益と解する場合には、利得禁止のための何らかの理由が必要であろう。この点につき、損害填補の原則（principle of indemnity）[5]により利得が禁止されるといわれることもある。[6]損害填補の原則が保険契約において認められる理由、あるいは、特に代位に関してではないが、一般的に保険から利益を得ることを認めるべきでない理由として、保険の賭博化の防止、事故招致による社会的な浪費の防止があげられている。[7]

第三者の免責阻止と保険者への補償についても議論がある。前者については、有責第三者の典型である不法行為者を免責することが不当かどうかという点や責任保険との関連で議論がなされているが、ここでは立ち入らない。後者については、保険者が保険料を計算する際に、代位権を行使することにより得られる利益を考慮していないのであれば、代位を認めなくても保険料による収入と保険金支払による支出は釣り合っており、特に保険者への補償として代位を認める必要はないという点に関連して、実際に保険者が保険料計算において代位の利益を考慮

しているかが論じられている。[8]

以上の議論で注目されるのは、被保険者の利得として２種類あるということである。日本では、被保険者の利得は利益と解されているように思われる。[9]代位の局面で利得を禁止するべき理由としては、保険契約の損害填補性や政策的理由があげられるが、[10]どちらも利益を対象としているようである。

3　代位の要件

代位の要件としては、保険者が給付したこと、自発的行為者（volunteer）[11]ではないこと、保険者が履行した債務は他人の債務でもあり、保険者は２次的責任を負っているにすぎないこと、不公正が生じないこと、保険契約が損害填補契約（contract of indemnity）であること、の５つがあげられる。[12]また、これらの要件との関係は明らかではなく、一般的に要件として認められているかも定かではないが、損害の同一性も代位の要件としてあげられることがある。損害の同一性とは、保険給付の対象である損害と第三者の損害賠償の対象である損害が同一であることである。

これらの要件のうち、いかなる保険契約に代位が適用されるかに関連するのは、損害填補契約の要件と損害の同一性の要件である。そこでこの２つについて概観してみる。

損害填補契約については、まず損害填補契約の意味が必ずしも明らかではない。ただ、一般的には契約の本質が損害の填補であるもの、損害填補を目的とする契約と解されているようである。[13]これに対して、損害填補契約を損害填補の原則が働いている契約と解しているように思われる説もある。[14]損害填補契約の意味としてはこのような考え方があるようであるが、なぜ損害填補契約であることが代位の要件とされるのかも明らかではない。

次に損害の同一性については、この要件は、例えば、被保険者が第三者と和解したときに和解金のどれだけの額がどの損害項目に対応しているのかが不明であり、したがって、和解によって賠償された損害と保険の対象となっている損害が一致しているかどうかが不明であるから代位は認められないという形で持ち出さ

れる場合と、[15]傷害保険などにつき保険給付が対象としている損害項目を確定することができず、損害の同一性が分からないので代位を否定するという形で持ち出される場合がある。[16]ただ、これについてもなぜ代位の要件とされるのかは必ずしも明らかではない。

日本では、代位は損害保険契約にしか認められないとされているが、損害保険契約の意味に関する絶対説・相対説の議論とアメリカの損害填補契約の意味の理解は似ているようにも思われる。ただし、アメリカで損害填補契約を損害填補を目的とする契約と解する場合の意味は、日本の絶対説よりもかなり広い。後述のように、アメリカでは定額給付の保険についても損害填補契約といわれることがあるが、その場合、日本では契約の動機にすぎないといわれることも考慮されているようである。また、なぜ損害保険契約でなければ代位は認められないかについては、日本では被保険者の利得禁止の前提として考えられているように思われる。[17]

損害の同一性については、日本ではそれほど強調されていなかったようであるが、近時、この点を強調するものが現れている。そこでは、損害保険は特定の被保険利益を付保するものであるから、当該被保険利益以外に損害が生じても、それは当該保険契約と無関係なものであり保険代位の対象にならないとされている。[18]

4　代位の適用される保険契約の類型

次に、代位の概念や根拠などに関する議論を踏まえて、どのような保険契約に代位が適用されるかに関する議論をみていくことにする。一般的には、火災保険、海上保険には代位が適用されるが、生命保険、傷害保険、健康保険には代位は適用されないといわれている。この点については、判例、学説ともほぼ異論はないが、傷害保険や健康保険でも、医療実費を給付するというような実費払の人保険に代位が適用されるかどうかには争いがある。[19]

ここで問題となるのは、それぞれの保険契約について代位の適否を判断する際に、何が根拠とされるかである。判例、学説における判断の基礎は大きく２つに

分けられる。１つは、当該保険契約が損害填補契約か否かという点である。損害填補契約であれば代位が適用され、投資契約（contract of investment）、非損害填補契約には代位は適用されないといわれている。[20] もう１つは、当該保険契約が物保険（property insurance）か、人保険（personal insurance）かという点である。物保険であれば代位が適用され、人保険であれば代位は適用されないとされている。[21]

したがって、ある保険契約に代位が適用されるかどうかを判断する際の基準として、損害填補契約か否かの基準と物保険か人保険かの基準があるといえる。そこで、この２つの基準についてみていくことにする。

（１）　損害填補契約か否かの基準

保険契約が損害填補契約であることは代位の要件とされているので、損害填補契約でなければ代位は適用されないことは当然ということになる。ただし、損害填補契約であれば必ず代位が適用されるかという問題はある。ここではとりあえず、具体的にどのような保険契約が損害填補契約とされるかをみていくことにする。

損害填補契約の具体的なメルクマールについて明確に述べている判例はあまり見当たらない。そこで、判例があげているメルクマールを列挙していくと、まず、定額給付の保険は損害填補契約ではないとするものがある。[22] また、保険給付が対象とする損害と同一の損害に対してなされる他の給付によって当該保険の給付額が減額されるかどうかに注目し、損害填補契約であれば減額されるとする判例がある。[23] これらは損害填補契約を保険給付額と損害額が関連しているものとし、関連の有無を示す徴表として、定額給付などの点に注目しているように思われる。

また、損害填補契約とは現実損害（actual loss）を填補する契約とするものがある。[24] ここでいう現実損害とは、金銭評価できる損害のことのようである。[25] しかし、これとは反対に、医療費などの金銭評価できるものであっても、人身損害に対しては損害填補はありえないと解しているようにも読める判例がある。

(26)

代位に関する判例で、損害填補契約のメルクマールとしてあげられているのは以上のようなものであるが、学説では、終身生命保険のように保険事故が発生することが確実である保険は損害填補契約ではないとする説(27)などもある。

このように判例、学説は、それぞれ様々な点を損害填補契約のメルクマールとしてあげている。これらのうち最も問題となっているのは定額給付であることを損害填補契約のメルクマールとするかどうかであるように思われる。代位に関する判例では定額給付の保険は損害填補契約ではないことを否定するものは見当たらないのに対し、学説では定額給付であれば損害填補契約でないとは限らないとするものが目立つように思われる。(28)

このように損害填補契約の捉え方が確立していないので、損害填補契約か否かの基準と物保険か人保険かの基準が異なるものかどうかということすら実は明らかではないように思われる。２つの基準を対立させて論じるときにも、損害填補契約の定義が問題となっている場合と損害填補契約であれば必ず代位が認められるかが問題となっている場合があるように思われる。

（２）　物保険か人保険かの基準

この基準は物保険には代位が適用され、人保険には代位は適用されないというものである。ただし、人保険のうち医療実費給付保険等には代位の適否について議論があるので、ここでは結論として代位を否定すべきことには異論のない定額給付の生命保険、傷害保険等についての議論をみることにする。

定額給付の生命保険等につき代位を否定すべき理由として、判例上あげられているのは、損害填補契約ではないこと、(29)損害が金銭計算不能であり、金銭による賠償では十分な補償とはいえないこと、(30)損害が金銭計算不能であり、損害の同一性が確定できないこと、(31)被保険者が死亡した場合に遺族に認められる訴権は不法死亡法により与えられる特定の人を保護するための独立の権利であり、その権利を得る者は遺族であって、被保険者ではないことである。(32)

学説ではこの４つの他に、損害が金銭計算不能であり、事故招致を招きにくい

こと、[33]人身損害に基づく請求権は譲渡できないこと[34]があげられている。これらのうち、金銭による賠償では十分な補償にならないこと、人身損害に基づく請求権は譲渡できないことは医療実費給付保険に関する議論でもでてくるので、後で扱うことにする。

このような議論は基本的には法定代位に関するものであるが、死亡保険金につき約定代位を否定した判例もある。[35]

定額給付の生命保険などにつき代位を否定するという結論には判例、学説とも異論はないので、問題となっているのは、定額給付の保険は損害填補契約ではないとして代位を否定するか、あるいは金銭計算不能などの別の理由で代位を否定するかという点である。先に代位に関する判例は定額給付の保険は損害填補契約ではないとしていると述べたが、生命保険等につき代位を否定する判例が常に損害填補契約ではないことを理由としてあげているわけではない。損害填補契約かどうかということには言及せず、十分な補償にならないことなどを理由とする判例もある。

したがって、定額給付の生命保険などについても、判例が一般的に損害填補契約か否かの基準と物保険か人保険かの基準のどちらか一方だけに依拠して代位の適否を判断しているわけではない。判例上も両方の基準が用いられている。

（3）　まとめ

どのような保険契約に代位が適用されるかを判断する基準として、損害填補契約か否かの基準と物保険か人保険かの基準の２つがある。要するに代位の適否を判断する要素として、保険契約が損害填補契約かどうかという点と保険が対象とする損害が人身損害かという点、すなわち人保険かどうかという点の２つがあげられているということである。そして、損害填補契約という点については損害填補契約の意義は何かという問題があり、人保険という点については人身損害を対象とすることが代位の適否に影響するのかという問題がある。

代位の適用基準について、日本では、実際の損害額を給付する実損填補型の保険には代位が適用され、実際の損害額とは無関係に約定の金額を給付する定額給

付型の保険には代位が適用されないとするのが多数説である。[36] 医療実費給付保険のような実損填補型の人保険にも代位が適用されることにもほぼ異論はない。

この実損填補型と定額給付型の基準は、アメリカにおける損害填補契約か否かの基準と似ているようにみえる。ただ、日本では定額給付型保険が損害填補契約ではないことにほぼ異論はないのに対し、アメリカではさきにみたように議論がある。

このように日本では実損填補型と定額給付型という基準が有力であるが、この基準がとられる理由は様々である。損害填補を目的とする契約であるから代位が適用されるとするいわゆる絶対説であれば、定額給付型保険は損害填補を目的とするものではないという説明がなされよう。[37] しかし、代位を政策的に説明する相対説からすると、なぜ実損填補型と定額給付型で区別されるのかは定かではないように思われる。[38] 代位を政策的に理解するのであれば、人保険であるという点を考慮することは十分にありうることのように思われる。しかし、従来は人身損害を対象とする保険であることが代位の適否に影響するという議論はなかったようである。[39]

アメリカでは人身損害を対象とすることと代位の適否との関係が論じられているが、その議論が最も激しいのが医療実費給付保険への代位の適否の問題である。そこで、次に、医療実費給付保険に関する議論を概観することにする。

Ⅲ　医療実費給付保険に関する議論

1　序

医療実費給付保険、より一般的には、実費払方式の人保険に代位が適用されるかどうかには、判例、学説上議論がある。ただ、判例上、医療実費給付保険には法定代位は否定されているといわれることがあるが、最近は法定代位を認める判例もある。確かに、伝統的には医療実費給付保険につき判例は法定代位を否定してきた。しかし、そのような判例は医療実費給付保険が実費払方式であることに注意せずに法定代位を否定してきた。つまり、定額給付の傷害保険や健康保険等

には代位を否定することを受けて、医療実費給付についても傷害保険等の一部として、代位が否定されてきたのである。[40]

このような判例の態度に対しては学説からの批判がある。つまり、医療費給付部分は定額給付ではなく、実費払方式であるから、損害填補契約として扱い、代位を肯定するべきだというものである。[41]そして、判例にも、医療実費給付保険は損害填補契約であるとして、法定代位を認めるものが現れてくる。

ところが、それに対して今度は、医療実費給付保険について、単に傷害保険等の一部として扱うのではなく、医療実費を給付する保険であることを認識しながら、代位を否定する判例も現れてきた。そのような判例は医療実費給付保険が人身損害に関する保険であることを問題としている。そして、学説においても、医療実費給付保険に法定代位を認めるべきか否かは議論されている。

このように、医療実費給付保険への法定代位の適否は徐々に議論されるようになってきてはいるが、判例では医療実費給付保険については法定代位を否定するというのが従来の流れであり、法定代位について論じている判例の数はわずかである。判例の大多数は医療実費給付保険における代位条項の効力について判断したものである。したがって、医療実費給付保険への代位の適否についての議論は約定代位に関するものが中心となる。ただ、法定代位の適否の議論とほぼ同じ議論が医療実費給付保険への約定代位の適否、すなわち代位条項の効力についてなされている。

医療実費給付保険の代位条項の効力に関する判例では、有効とする州がかなり多く、無効とする州は少数である。また医療実費給付保険につき法律で代位を定めている州と、法律で代位を禁止している州が１つずつある。[42]また、無保険車傷害保険については代位を法定している州がいくつかある。[43]さらに、人保険のうち、自動車のノーフォールト保険や労働者災害補償保険にも代位を法定している州がある。[44]

医療実費給付保険における議論では主として、アメリカでは人身損害に基づく請求権の譲渡は無効とされているが、代位も禁止されるべきかが議論されている。人身損害に基づく請求権の譲渡が禁止される理由としては、大まかには、請求権の性質に基づく理由、訴訟幇助の禁止、訴訟原因の分割の禁止、保険者と被保険

者の負担の衡平の４つがある。ただ、これらは譲渡禁止と関連して論じられることもあるが、譲渡禁止とは無関係に論じられることもある。また、代位条項を有効とする場合には契約の自由が持ち出されることもある。

以下では、最初に代位と譲渡の異同に関する議論をみてから、４つの理由に関する議論をそれぞれみていくことにする。

2　代位と譲渡の異同

判例上、代位と譲渡の違いとしてあげられるのは、譲渡では譲渡人に対して義務を負っていない者に権利が移転するが、代位では被保険者を補償するという義務を負っている保険者に権利が移転すること、譲渡では権利全体が移転するが、代位では保険者の給付を限度として権利が移転することなどである。(45) 代位と譲渡が同じであるとする判例は、このような違いは技術的な違いに過ぎないのであって、代位も譲渡も権利が移転するという効果に違いはないとする。(46)

代位と譲渡の異同については、代位条項の形式も問題になる。アメリカの代位条項には、権利に代位する（be subrogated to the insured's right）という権利型、賠償金に代位する（be subrogated to the proceeds）という金銭型、補償される（be reimbursed）という補償型、ローンレシート等いろいろな形式がある。このような代位条項の形式に応じて、典型的には権利型であれば譲渡と同じであるが、金銭型や補償型であれば譲渡とは異なるとする判例がある。(47) しかし、権利が移転する効果は変わらないとして、形式の差異による違いを認めない判例もある。(48)

代位と譲渡の差異については、このような差異があるから人身損害に基づく請求権の譲渡禁止は代位には当てはまらないという形で論じられることもあるが、単に一般的に代位と譲渡は違うとして述べられることもある。譲渡禁止の理由と対応させて論じる方が妥当だと思われるが、その議論については、譲渡禁止の理由に関して触れることにする。

3　請求権の性質に基づく理由

人身損害に基づく請求権の性質から譲渡は認められないとする判例がある。性質に基づく理由にもいくつかあるが、主たるものは請求権の存続性（survivability）である。請求権の存続性とは、権利者の死後も請求権が存続するという性質のことであるが、存続性のない請求権は譲渡できないとして、代位を否定する判例がある。(49)

ただし、人身損害に基づく請求権は、かつては被害者が死亡した後は存続しないとされていたが、現在ではほとんどの州で、訴権存続法（survival statute）により存続性が認められている。(50) したがって、単純に存続性があれば譲渡できるとするのであれば、ほとんどの州で代位は肯定されるべきことになる。ただし、そもそも人身損害に基づく請求権に存続性が認められないとされてきた理由は明らかではないといわれており、(51) 存続性と譲渡性がなぜ関連しているのかも定かではない。

このように存続性と譲渡性の関係が不明確であることから、人身損害に基づく請求権の譲渡禁止は、請求権の存続性とは関係がないとする判例がある。(52) 最近はこの存続性はあまり問題とされなくなっているようである。

4　訴訟幇助（maintenance）の禁止

これは代位を認めると、正当な利益をもたない者が訴訟を遂行することになり、訴訟好きが訴訟を利用して相手を困らせる、あるいは訴訟により金儲けをしようとする恐れが生じるという議論である。ただ、訴訟幇助の問題は現在ではあまり意味をもたなくなっており、代位条項を無効とする判例でも、この点を強調するものはない。(53)

また、代位では保険者が権利を取得するのは自己が被保険者に給付した額に限られることなどから、譲渡とは違って、訴訟幇助の恐れはそもそも生じないともいわれている。(54)

5　訴訟原因の分割（splitting a cause of action）の禁止

これは、医療実費給付保険に代位を認めると、被害者が被った損害についての訴訟原因のうち医療費についての訴訟原因は保険者に属し、他の訴訟原因は被害者に属することになり、そのように人身損害についての訴訟原因を分割することは許されないという議論である。この議論には、人身損害の性質から訴訟原因の分割は認められないというものと、分割を認めると弊害が生じるから認められないというものがあるが、基本的には後者の問題が論じられているので、本稿では後者を取り上げることにする。

分割による弊害は3つに分けられる。1つは、訴訟原因が分割されなければ1つの訴訟に応じれば済んだ被告が複数の訴訟に対応しなければならなくなるという被告の負担の増加である。2つめは、訴訟の数が増えることによる裁判所の負担の増加である。3つめは、訴訟が複数になることにより当事者の関係が複雑になること、特にそれによって和解が困難になることである。この和解の困難には代位権を侵害せずに和解するには保険者の承諾が必要となるために迅速に和解することが困難になり、また保険者が代位権侵害を理由として保険金の支払を免れようとして支払を遅らすことも含まれる。

このような弊害をあげて代位条項を無効とする判例があるが、当該事案では和解の困難に関することが問題になっていないケースで、和解の困難などの弊害をあげて代位を否定する判例もあり、必ずしも事案に即した形で取り上げられているものではない。(55)

代位条項を有効とする判例には、一般論として訴訟の増加等の弊害はないとするものと、一般論としては被告の負担増加などの弊害があることは認めつつ、当該事案では被告は負担増加を避ける機会があったのに活用しなかったのでそのような抗弁を放棄したことになるとする判例もある。(56)また、金銭型の代位条項の場合には、保険者は被保険者が不法行為者から得た賠償金から補償を受けるのであり、不法行為者は被保険者からの1つの訴訟に応じるだけで済むので訴訟原因の分割による弊害の問題は生じないとする判例もある。(57)

この訴訟原因の分割の議論は判例で論じられていることが多いが、学説からは、分割による弊害は医療実費給付保険についてだけ生じるものではないのに、医療

実費給付保険についてだけ問題にするのは妥当ではないという指摘もなされている。物保険であっても、一部保険の場合や定額控除（deductible）がある場合に代位を認めると、１つの損害についての訴訟原因が分割することが生じる。そうすると、やはり被告の負担増加などの弊害は問題になりうる。しかし、そのような場合に代位を否定するべきという議論はない。したがって、医療実費給付保険についてだけ代位条項を無効とするのは妥当でないということである。[58] ただ、物保険の場合と医療実費給付保険の場合の違いとしては、物保険では訴訟原因の分割が起こるとは限らないのに対し、医療実費給付保険ではほぼ確実に分割が起こるという点があげられるように思われる。

6　保険者・被保険者の利得

これは代位を認めること、または認めないことにより、保険者や被保険者に利得が生じるかどうかという問題である。この問題は医療実費給付保険への代位の適否に関する近時の判例、学説における主たる論点となっている。また、この問題については、約定代位の適否だけでなく、法定代位の適否に関連して論じられていることも多い。

被保険者の利得を論じた判例のうち初期のものは利得を認めて、代位を肯定していたようであるが、この利得が重複補償の不当利得か利益なのかは定かではない。そして、徐々に、医療実費給付保険の場合には被保険者は十分な補償を受けていないとして、代位条項を無効とし、また法定代位も否定するべきとする学説、判例が現れるようになった。

このようにして代位を否定する判例、学説の前提として、代位は被保険者が十分に補償されてから初めて認められるというルールがある。[59] そして、被保険者は十分に補償されていないとするわけであるが、十分な補償ではないことについては次のように説明されている。

人身損害では被害者は医療費の他の経済的損害、また精神的損害を被っているので、このような損害全体を考えると保険金と賠償金を合わせても十分な補償ではない。さらに、被保険者が補償を得るために費用がかかり、不法行為者からも

資力不足などにより賠償額を全額得られるわけではないことなどからしても、十分な補償とはいえない。(60) このような説明からすると、これらの判例、学説は代位の際に問題となる利得を利益と解しているように思われる。

このような代位否定説に対して、被保険者が十分に補償されたかどうかは損害全体から判断するのではなく、保険が対象とする損害項目から判断するべきとして代位を肯定する判例、学説がある。その理由としては、被保険者は医療費について保険給付を受けるということについて保険者と交渉したのだから、代位を認めないと被保険者は料金を払っていない保護を得ることになるといわれている。(61) これらは代位の際に問題となる利得を重複補償の不当利得と解しているように思われる。

また代位肯定説として、代位の根拠である利得を利益と解しながら、利益が生じたかどうかを医療費だけから判断して、医療実費給付保険について代位を肯定するように思われる学説がある。(62)

このような被保険者の利得に関する判例、学説の議論からすると、問題は代位の根拠となる利得を利益と解するか、重複補償の不当利得と解するかという点と、利得を利益と解するとして、利益の有無の判断を損害全体からするか、保険が対象とする損害からするかという点であると思われる。前者の点については、さきに述べた以上の議論はなされていない。後者の点については、代位を否定する判例、学説は次のように述べている。損害を受けた被害者の立場からすると、損害の一部について補償されたことだけを取り上げるのは無意味であり、損害全体から医療費だけを切り離して考えるのは不自然である。(63)

医療実費給付保険への約定代位、法定代位の適否については、このような議論がなされている。約定代位については最初に述べたように、肯定する判例が多数である。法定代位については、判例は傷害保険等とひとまとめにして否定していたが、その後、医療実費給付保険を別個に考察するものがでてきている。そのような判例の中で、代位を肯定するものと否定するもののどちらが優勢かについては、まだどちらともいえない状況である。

IV　まとめ

アメリカでも日本でも、生命保険、傷害保険には代位を否定し、火災保険、海上保険には代位を肯定する点は同じである。アメリカの特徴は医療実費給付保険への代位の適否について議論がある点といえる。また、医療実費給付保険や定額給付の人保険につき、約定代位を無効とする判例がある点も特徴といえよう。

理論の面からみればアメリカの特徴は人身損害を対象とすることが代位との関連で特別な意味をもつかどうかが正面から議論されている点であるように思われる。医療実費給付保険に関する法定代位、約定代位の適否について議論があるのも、この点が考慮されているためである。また、定額給付の人保険につき代位を否定する場合にも、保険契約が損害填補契約でないという理由でなく、人身損害を対象とすることを理由とする判例、学説がある点にも、この特徴が現れている。

この人身損害を対象とすることと代位との関連についての議論における最近の論点は被保険者の利得に関する点と訴訟原因の分割の禁止の点といえるように思われる。被保険者の利得については、日本でも最近は人保険における利得禁止原則の意味として問題とされてきている。後者の点については、日本ではまったく考慮されていない。ただし、代位は政策的総合的な考慮の結果認められるとする見解をとるとすれば、訴訟の増加や当事者の関係の複雑化という要素を考慮する余地はあるように思われる。

(1) この点については、樋口範雄「Collateral Source Rule と日米不法行為法」学習院大学法学部研究年報20号171頁(1985年) 参照。

(2) Robert.E.Keeton & Alan.I.Widiss, Insurance Law 244 (1988).

(3) 16 Couch on Insurance §61.18 (Rev.ed. 1982).

(4) 4 George.E.Palmer, The Law of Restitution § 23.1 at 344 (1978).

(5) 損害填補の原則とは、大まかには、被保険者に利益を与えてはいけないという原則である。Keeton & Widiss, supra note 2 at 135.

(6) Id. at 252; Kenneth.S.Abraham, Insurance Law and Regulation 201

(2d ed. 1995).

(7) Keeton & Widiss, id. at 136-139.

(8) Spencer L. Kimball, Cases and Material on Insurance Law 185 (1992).

(9) 田辺康平「請求権代位の制度の趣旨」『保険契約の基本構造』252頁（1979年）。ただし、倉沢康一郎「保険代位について」『保険契約の法理』145頁(1975年）は、重複補償の不当利得から代位を導いているように思われる。

(10) 山下丈「請求権代位の趣旨」『商法の争点Ⅱ』276頁(1993年）参照。

(11) 自発的行為者とは、債務の履行について直接の利益をもたないにもかかわらず、おせっかいに（officiously）債務を履行した者のことである。Restatement of the Law of Restitution § 162 comment b (1937).

(12) Robert.C.Horn, Subrogation in Insurance Theory and Practice 13 (1964).

(13) 1 Couch on Insurance § 1:10 (3d ed. 1995). 例えば、後述する定額給付の保険が損害填補契約かどうかという議論では、損害填補を目的とする契約かどうかという観点から議論がなされているように思われる。

(14) Keeton & Widiss, supra note 2 at 135, 141-142.

(15) Ortiz v. Great Southern Fire & Cas. Ins. Co., 597 S.W.2d 342 (Tex. 1980).

(16) Suttles v. Railway Mail Ass'n, 141 N.Y.S. 1024 (App.Div. 1913).

(17) 山下・前掲（注10）276頁参照。ただし、相対説の代表的な論者は最終的には、代位が損害保険契約に限られているのは保険料計算に代位の利益を組み入れているという慣行によるとしており、損害保険契約と利得禁止の結び付きを重視していないようである。大森忠夫「傷害保険契約と保険者代位」『保険契約法の研究』152頁（1969年）、金沢理「人保険者の求償権」『保険と民事責任の法理』213頁(1966年）。

(18) 洲崎博史「保険代位と利得禁止原則（一）（二）」法学論叢129巻1号1頁、3号1頁、1号11頁（1991年）。

(19) Keeton & Widiss, supra note 2 at 222-233. 実費払いの人保険としては医療費給付保険の他に無保険車傷害保険がある。この無保険車傷害保険への代位の適否についても同様の議論がある。Alan. I. Widiss, Uninsured and Underinsured Motorist Insurance § 19 (2d ed. 1985).

(20) Gatzweiler v. Milwaukee Electric Ry. & Light Co., 116 N.W. 633 (Wis. 1908).

(21) Frost v. Porter Leasning Corp, 436 N.E.2d 387 (Mass. 1982).

(22) Gatzweiler v. Milwaukee Electric Ry. & Light Co., 116 N.W. 633 (Wis. 1908). 定額給付の傷害保険につき代位を否定した判決。

(23) Cunningham v. Metropolitan Life Ins. Co., 360 N.W.2d 33 (Wis. 1985). 団体入院・医療サービス給付特約 (Group Hospitalization and Physicians' Services Benefits Rider) と団体医療費保険拡張担保 (Group Medical Expense Insurance-Extended Coverage) 特約の２つの給付が問題となった事案。判旨は後者についてのみ代位を認めた。

(24) Crab Orchard Improvement Co. v. Chesapeake & O. Ry. Co., 115 F.2d 277 (4th Cir. 1940) cert. denied 312 U.S. 702 (1941). 労働者災害補償法 (Workmen's Compensation Act) における使用者の代位権が問題となった事案。ただし、判旨は保険法における代位の原則につき検討している。

(25) Robert E. Walsh, Subrogation Under Uninsured Motorists Insurance, 10 B.C. Ind. & Com. L. Rev. 83 (1968).

(26) City of Birmingham v. Walker, 101 So.2d 250 (Ala. 1958). 労災の事案であるが、判旨は保険における代位について触れており、賃金相当の給付につき代位を否定すべきものとして論じている。

(27) William R. Vance, Handbook on the Law of Insurance 105 (3d ed. 1951).

(28) 例えば、短期の定期生命保険は損害填補契約であるといわれる。Spencer L. Kimball & Don A. Davis, The Extension of Insurance Subrogation, 60 Mich. L. Rev. 841, 851 (1962).

(29) Gatzweiler v. Milwaukee Electric Ry. & Light Co., 116 N.W. 633

(Wis. 1908). Horn, supra note 12 at 37.

(30) Matter of Estate of Schmidt, 398 N.E.2d 589 (Ill.App. 1979). Horn, id. at 38.

(31) Ingalls v. Ohl, 528 N.Y.S.2d 763 (Sup.Ct. 1988). Colin C. Tait, Connecticut's Collateral Source Rule : Stepchild of the Law of Damages, 1 Conn. L. Rev. 93, 117 (1968).

(32) Matter of Estate of Schmidt, 398 N.E.2d 589 (Ill.App. 1979). Vance, supra note 27 at 797.

(33) Horn, supra note 12 at 38.

(34) Kimball & Davis, supra note 28 at 858.

(35) Matter of Estate of Schmidt, 398 N.E.2d 589 (Ill.App. 1979).

(36) 西島梅治『保険法（新版）』386頁（1991年）。

(37) 金沢理「傷害保険の基本問題」『交通事故と保険給付』193頁(1981年)。ただし、定額給付型では損害の同一性が確定できないからという点も指摘されている。洲崎・前掲（注18）3号12頁。

(38) 保険の濫用を防止するという点から代位を説明するのであれば、濫用の恐れが少ないから定額給付型とすることが許される人保険では、実損填補型の場合も代位を認める必要はないのではという疑問が生じる。洲崎・前掲（注18）3号13頁。また、代位の利益の保険料計算への組み入れの有無で損害保険契約と定額保険契約を分ける見解（大森・前掲（注17）、金沢・前掲（注17）参照）もあるが、その対応の図式を貫けるかという問題がある。

(39) 人保険における代位を検討した論文はあるが、結論としては代位の適否は保険料計算の問題としている。大森・前掲（注17）、金沢・前掲（注17）。近時は人身損害を対象とする点を考慮する見解もある。ただ、それらは代位条項の効力についての議論である。洲崎・前掲（注18）3号1頁。

(40) 代位を否定した著名な判決として、Michigan Hospital Service v. Sharpe, 63 N.W.2d 638 (Mich. 1954). ただし、Blue Cross に関するものである。

(41) John G. Fleming, The Collateral Source Rule and Loss Allocation in Tort Law, 54 Cal.L.Rev. 1478,1501 (1966).

(42) アーカンソー州は自動車責任保険 (automobile liability insurance) の医療費・入院費給付 (Medical and Hospital Benefits) について代位を法定している。See Ark. Code § 23-89-207. これに対して、ヴァージニア州は傷害・疾病保険 (accident and sickness insurance) の医療費等の給付 (hospital, medical, surgical benefits) について代位を禁止している。See Va. Code § 38.2-3405.

(43) See Widiss, supra note 19 at § 19.

(44) 前者につき、John R. Fonseca et. al. Automobile Insurance and No-Fault Law § 15(1974). 後者につき、Pat Magarick, Casualty Insurance Claims § 43.01 〔22〕 (3d ed. 1991).

(45) Imel v. Travelers Indemnity Co., 281 N.E.2d 919 (Ind.App. 1972).

(46) Hardware Dealers Mut. Fire Ins. Co. v. Krueger, 486 P.2d 737 (Okl. 1971).

(47) Block v. California Physicians' Service, 53 Cal.Rptr. 51 (Dist. Ct.App. 1966).

(48) State Farm Fire & Cas. Ins. Co. v. Farmers Ins. Exch., 489 P.2d 480 (Okl. 1971).

(49) Davenport v. State Farm Mut. Auto. Ins. Co., 404 P.2d 10 (Nev. 1965).

(50) W. Page Keeton et al, Prosser and Keeton on the Law of Torts 942 (5th ed. 1984).

(51) William L. Prosser, Handbook of the Law of Torts 921 (3d ed. 1964).

(52) Harleysville Mut. Ins. Co. v. Lea, 410 P.2d 495 (Ariz.Ct.App. 1967).

(53) 訴訟幇助を理由の１つとして代位条項を無効とした判例として、Shelby Mut. Ins. Co. v. Birch, 196 So.2d 482 (Fla.Dist.Ct.App. 1967)

aff'd 202 So.2d 561 (Fla. 1967).

(54) Travelers Indemnity Co. v. Vaccari, 245 N.W.2d 844 (Minn. 1976).

(55) Lowder v. Oklahoma Farm Bureau Mut. Ins. Co., 436 P.2d 654 (Okl. 1967).

(56) 前者として、Bush v. Home Ins. Co., 234 A.2d 250 (N.J.Super. 1967). 後者として、Travelers Indemnity Co. v. Vaccari, 245 N.W.2d 844 (Minn. 1976).

(57) Alabama Farm Bureau Mut. Cas. Ins. Co. v. Anderson, 263 So.2d 149 (Ala.Civ.App. 1972) cert. denied 263 So.2d 155 (Ala. 1972).

(58) 4 Palmer, supra note 4 at §23.18 at 465.

(59) これはコモンローのルールであり、一般に認められている。Keeton & Widiss, supra note 2 at 236.

(60) Frost v. Porter Leasning Corp, 436 N.W.2d 387 (Mass. 1982) (法定代位について); Maxwell v. Allstate Ins. Co., 728 P.2d 812 (Nev. 1986) (約定代位について); 4 Palmer, supra note 4 at § 23.16 at 442, §23.18; Uriel Procaccia, Denying Subrogation in Personal Injury Claims : A Needed Change of Direction, 15 W. & M. L. Rev. 93, 95, 100, 104 (1973).

(61) Cunningham v. Metropolitan Life Ins. Co., 360 N.W.2d 33 (Wis. 1985) (法定代位について); Ludwig v. Farm Bureau Mut. Ins. Co., 393 N.W.2d 143 (Iowa 1986) (約定代位について). Fleming, supra note 41 at 1500.

(62) Kimball & Davis, supra note 28 at 859.

(63) Frost v. Porter Leasning Corp, 436 N.W.2d 387 (Mass. 1982). Procaccia, supra note 60 at 99; Keeton & Widiss, supra note 2 at 231.

第６章　健康保険と道徳危険

竹濱　修

Ⅰ　はじめに

アメリカ保険契約法が、被保険者側による保険金の詐欺的請求に対抗する手段をどれだけ用意しているか、そしてそれがどれほど実効性をもっているかという点は、興味ある問題である。本報告は、これらの点について、傷害・疾病保険を中心に、アメリカの法制を理論面から概観しようと思う。

もっとも、アメリカの場合、保険約款において保険者の免責条項が多様な形で存在し、これを保険者が遠慮なく主張するだけでなく、保険金が支払われてよい場合であるにもかかわらず、保険金を支払わないという保険者の対応の悪さが批判される状態もあった。(1) したがって、これまでの議論は、とりわけ家計保険の分野において消費者保護の見地が強調されていたし、保険者の免責条項については、消費者側にとって厳しいと思われるものは、立法が手当をしたり、判例において合理的に制限する解釈の方向が採られてきたといえよう。(2) このため、被保険者側の詐欺的請求に対処する方策について、アメリカと日本を単純に比較することは、もちろん危険が伴うが、以上のような状況を念頭において、一応の概観を試みようと思う。

Ⅱ　契約締結時の道徳危険

1　総説

契約締結時に保険契約者側が保険金の詐欺的請求の意図を有し、これを隠しているときは、日本でいえば、保険者は、告知義務違反、詐欺、錯誤、契約前発病の諸規定により対処することになろう。これをアメリカ法に引きなおせば、ワランティ違反（breach of warranty）、不実表示（misrepresentation）と黙秘

(concealment)、さらに、契約前発病(pre-existing conditions)がそれらにあたるであろう。[3] ここでは、まず、これらの制度とその機能を検討し、契約締結時から存在する詐欺的請求の意図に対処するアメリカ法の考え方を考察しようと思う。

2 ワランティ違反

ワランティとは、一般には、保険証券自体またはその証券中の引用文言により保険証券の一部とされたものに記載された、被保険危険に関わる陳述(statement)または約束(promise)であり、それが真実でなかった場合またはその不履行があった場合は、保険者がその保険証券を無効にしうるものであるとされる。火災保険では、被保険建物を所有者が使用するという約定や夜間にはつねに警備員を配置する約定などがこれにあたる。ワランティ違反があれば、それが保険者に不利益を与えたか否かにかかわりなく、また、その陳述または約束が重要であるかどうかを問わず、保険者はその保険証券を無効にすることができる。このような厳しい法的効果は、ワランティが契約の一部になっているということから、コモン・ローにより契約の無効という効果が当然に生ずるものと解されている。[4]

このように厳格なワランティ法理は、海上保険法において発達したもので、陸上保険、とりわけ家計保険の分野にこの法理をそのままの形で適用することは、保険契約者の力量から見て、相当に無理が生じたため、これを緩和する判例、立法が相次いで現れた。たとえば、生命保険などでは、長期間、契約が継続し保険料を払込んだところ、契約当時の被保険者のワランティ違反によりその契約が無効になるとすると、被保険者も死亡しているから、保険金受取人がその結果を争うにしても相当な困難が容易に想像できる。現在では、すべての州においてワランティについて規制する立法があり、ワランティ法理も表示(representation)に関する法理と同様の制限的な適用が通例となっている。[5]

ワランティ違反が認められる場合に、この法理によることは、上述のような厳格な性質があるため、保険者にとって保険契約者側の道徳危険に対処する相当に

有力な手段となりうるであろう。しかし、現在は、ワランティ法理は、不実表示と同じ規制に服することが多いので、それほど広範囲に適用されるわけではないし、[6]加えて、人保険においてはワランティとして保険証券上に記載されるものは少ないと思われ、むしろ次に述べる不実表示ないし黙秘の法理の適用が通常であろう。

3　不実表示

表示（representation）とは、保険契約者側が保険者に対して口頭または書面によりなす陳述で、保険者の保険契約締結の判断にとって、少なくとも基礎となるものである。その表示が、①不実であって、②引受危険にとって重要であり、③保険者が当該保険料で保険証券を発行することに合意する際に、信頼されたものであるときは、保険者は、その保険証券を無効とし、または保険給付を拒絶することができる。但し、不可争期間を経過しているときは別である。人保険では、年齢、職業、健康状態、収入などが告知すべき主要な中身である。人保険の保険申込書兼告知書には、通常、署名をした申込者がそこに記載したことおよび答えは完全で真実であり、正確に記録され、申込の一部をなすという旨の記載が入っている。保険証券上に保険契約者側の不実表示の法的効果に関する定めは見られないのが通例であるが、重要な不実表示については契約の相手方は、その契約を無効にしうるというのが、コモン・ローによる一般の契約法理である。[7]ＮＡＩＣの統一個人傷害・疾病保険証券条項法も、申込書の記載の誤りが、実質的に保険者の危険引受に影響したのでないかぎり、保険契約者の保険金請求権を失わせるものではないことを規定している（５条Ｃ）。

多数の裁判所は、保険者が上述の三つの要件を立証すれば、不実表示による保険給付の拒絶を認めているが、少数の裁判所は、不実表示について保険者を騙す意思を要求している。[8]

多数判例の立場では、保険契約者側の詐欺的保険金請求の意図の立証までは要求されていないから、重要事実に関する不実表示については、保険者は上述の三要件の立証を条件として保護されているといえよう。この制度は、およそわが国

の告知義務制度に匹敵するものと考えられる。重要性については、合理的な保険者がその事実を知ったならば、同じ条件で契約をしたか否かという客観的基準による多数判例[9]と、当該保険者が真実を知ったならば同じ条件で契約を締結したか否かという主観的基準による少数判例[10]に分かれている。[11]

被保険者の表示に関する代表的立法であるニューヨーク州保険法は次のように規定している。

3105条（被保険者による表示）

(a) 表示とは、保険の申込人若しくはその被保険者たるべき者によりまたはそれらの者から権限を与えられた者により契約締結の誘因として保険契約の締結時またはその前に保険者になされた過去または現在の事実に関する陳述である。不実表示とは、虚偽の表示であり、不実表示された事実は、その表示を虚偽にするような事実である。

(b) 当該不実表示が重要なものでないときは、不実表示が保険契約を無効にしまたは当該契約に基づく填補を失わせることはない。不実表示された事実を保険者が知っていれば当該契約の締結を保険者が拒絶したであろう場合でないときは、不実表示は重要であるとはみなされない。

(c) 重要性の問題を判断するにあたっては、類似の危険の引受または拒絶に関して当該契約を締結した保険者の実務の証拠が採用される。

(d) 生命、傷害または疾病の保険の申込者が以前に治療、診察または看護を受けていない、または病院若しくはその他の類似の施設において以前に治療または介護を受けていないという不実表示は、重要性を判断するためには、その申込者が、当該治療若しくは看護がなされたまたは免許開業医によりその診察若しくは看護の結果発見された疾病、慢性的病気若しくはその他の医学的損傷に罹っていなかったという不実表示とみなされる。当該契約の無効または契約に基づく損害填補請求の訴訟において不実表示が保険者により証明され、かつ被保険者または当該契約上権利をもちもしくは請求する者が当該医学的損傷の性質の完全な開示と証明をしないときは、当該不実表示は重要であったと推定される。

4 黙秘

黙秘は、保険者が引受危険にとって重要とみとめる事実を被保険者が知りながらも告知しないことである。保険契約者側は、保険の申込み時に、引受危険にとって重要なすべての事実を保険者に告知すべき積極的義務があるとされ、保険契約者側がその重要事実を知りながら故意にそれを告知しないときに黙秘であるとされる（但し、海上保険の場合は、故意であることを要しない）。[12]保険者は黙秘を理由に保険証券を無効にすることができる。

海上保険では、保険者は保険契約者側の告知を信頼せざるをえないが、その他の保険の場合は、保険者が危険の評価をする能力を有しているから、保険契約者側が故意に重要事実を告知しなかったときに保険証券の無効を生じさせるという原則が今日のアメリカ法となっている。[13]さらに、最近の判例は、保険者がとくに告知を要求していないときは、その保険契約者がそれを積極的に告知する義務を負わないともいう。[14]

このように、黙秘の法理により保険者が免責を得るためには、保険契約者側が故意に重要事実を告げなかったことを立証しなければならず、不実表示の法理よりも保険者にとっては立証の難しい要件が加わるといえる。とりわけ、保険者が質問していない事項について保険契約者側の不告知が黙秘であって、質問に答える形の不実告知が不実表示になるとすれば、黙秘の法理の適用範囲は極めて狭くなると指摘されている。それは、たとえば、生命保険の申込者が被保険者の殺害計画をもちながらこれを告知しなかったような場合に、黙秘の法理が適用できるにすぎないとされる。[15]また、意図的に事実を黙秘していたという証明は、質問表の項目で質問されていない場合、保険者にとって相当に難しい。[16]この立証は、その不告知の事実の明らかに重大な性質から推論によって行われることがある。[17]

したがって、契約締結時の道徳危険に対する保険者の法的対抗手段としては、不実表示の法理が主たる対処方法ということになろう。この他、契約前発病の規定もあるが、これは、不実表示等で捉えきれなかったときに、補足的な形で問題となろう。

5　不可争条項との関係

不実表示等の保険者の抗弁も、生命保険、健康保険などでは、多くの場合、契約時から２年を経過すると、主張しえなくなる。しかし、被保険者を殺害する意図で他人の生命の保険契約を締結していたときは、不可争条項所定の期間が経過しても、詐欺を理由に保険契約は当初より無効になると解される。(18) 就業不能所得補償保険でも、制定法が「悪意の陳述を除いて」という文言を不可争条項に挿入することを認めているときは、保険者は被保険者の詐欺の意図による故意の虚偽の表示であることを立証して、その保険契約を無効にすることができる。その際、保険者は、明確かつ説得力があり、しかも合理的な疑いを超える程度にその詐欺を証明しなければならない。(19)

Ⅲ　他保険条項

1　重複保険による給付調整条項

アメリカでも、重複保険は珍しいことではなく、損害保険分野では、重複超過保険が損害額以上の保険金取得となりうるため、道徳危険が生ずることが指摘され、そのため比例填補や優先的填補などを定めた約款条項がある。しかし、生命保険においては、その給付が厳密な意味では、損害の填補ではなく、人の生命の評価はできないことから、日本と同様に、保険金受取人が他の生命保険が存在するからといって、保険金の受領を制限される公益的理由はないとされる。(20)

同じく人保険であっても、傷害・疾病保険の保険証券には、団体保険の場合をを中心に、「他保険」条項が存在するものがある。これは「給付調整条項（co-ordination of benefits clauses）」または「不重複規定（non-duplication provisions）」ともいわれる。他保険が存在することによって、保険金受取人が受け取れる保険金額が損害額あるいはその保険事故による出費金額等を基準にした一定額に制限され、場合によっては、後から締結した保険契約からは何も保険金が受け取れないこともある。しかし、個人保険の場合には、むしろ他保険条項

をもたない保険証券が多いようである。[21] ニューヨーク州は、その規則で個人健康保険には他保険条項の設定を認めていないとされる（詳しくは、「第４章　健康保険の類型と重複保険の調整」を参照）。[22] 受け取れる保険給付額を制限する規定は、他の保険者との契約を妨げたり、保険料を過剰に徴収することになり、公序良俗の観点から問題があるという批判もある。しかし、支払保険金額が制限される分だけ保険料の低廉化が行われるかぎりは、かかる他保険条項も有効であるとされる。[23] このような見解については、保険料を払っていたのに何ら保険金を受け取れなくなる保険契約者側にとっては、かかる保険契約は経済的にまったく無価値となるから、裁判所も契約締結上の過失があるときは、かかる給付調整条項を無効にする可能性が残されているという指摘もある。[24]

２　他保険の有無に関する表示・ワランティ

物保険契約では、申込承諾時に、その財産に関する既存の他保険契約は、それを保険者が知らないときは、保険契約が無効となりうる。ただし、保険契約者が保険者の同意なく当該財産について他保険を有していたりあるいは後から契約する場合である。一般的な原則として、その陳述が保険者が信頼する権利のあるもの、または保険証券の規定によりワランティになるもので、事実と異なる陳述、および人を誤らせるものは、そのような陳述に基づいて発行される保険証券から填補を受けられなくなる。[25] しかし、他保険の存在または解除に関する陳述がワランティにならないときは、それが危険にとって重要でないかぎり、その虚偽陳述は使用者責任保険（employer's liability insurance policy ）を無効にはしないとする判決がある。[26]

健康保険についても、一般原則の適用があると考えられるから、これによれば、保険者が健康保険契約の締結の判断をする基礎として他保険の存在を質問し、それについて保険契約者から虚偽の回答がなされたときは、保険証券に契約が無効になる旨の規定がある場合、保険者は保険金の支払いを免れることになるであろう。

もっとも、前述のように、ワランティには各州の保険法において、多くの場合、

厳格なワランティ法理の適用を制限する規定がある。保険証券において他保険の有無の陳述がワランティになると定めても、これはその文言どおりの効果が生ずるわけではないことを意味する。ワランティ規制立法の下で、他保険に関する虚偽の陳述が損害の発生に寄与したのでないかぎり、保険証券を無効にはしないとするヴァージニア州法にもとづく火災保険に関する判決がある。[27] また、実際には、他保険の虚偽の陳述が契約を無効にすると定める健康保険証券は見当たらない。通例、申込書兼告知書において、すべての陳述と回答が保険申込者の知っているかぎり真実かつ完全であることに同意し、それが発行される保険証券の基礎となることに同意するという文言が記載される。この文言にもとづいて、重要な不実表示の法理の適用はありうると考えられる。たとえば、健康保険（accident and sickness policy）において、他保険の不告知が保険事故の機会ならびに潜在的な引受責任を増加させず、またそれが保険事故と直接の原因関係がないとしても、他保険の不告知が保険の引受および保険料額の判断に合理的に影響を及ぼすときは、申込書におけるその不実表示は、重要であって、保険者が不実表示を根拠に保険契約を無効にすることができると判示するものがある。[28] また、就業不能保険（disability policy）では、保険者が他保険の存在を知り、かつ申告額よりも少ない収入しかないことを知っていたら保険契約をしなかったであろうと認められるときは、その収入額の過大申告と他保険の不実表示は、それが騙す意思をもってなされ、重要な事実であるとした判決がある。[29]

また、火災保険の事件において、モラル・ハザードの増大が立証されたというケースもある。[30] そこでは、道徳危険または客観的危険の増加（increase either the moral or physical hazard）がないかぎり、条件違反は保険証券を無効にしないというルイジアナ州の制定法があった。保険契約者が他保険条項に違反して、債務残額を超えて家を付保し、そこからすでに引っ越して、その家を売ろうとしていた。加えて彼は債務を負っていたが、ほとんど金をもっていなかったという事実から、モラル・ハザードの増加が立証されて、保険者が逆転勝訴している。これによれば、健康保険においても、道徳危険の増大について同種の立証が認められれば、保険者が他保険の不実表示・条件違反を理由にして契約の無効を主張することもありうるのではないかと思われる。

3　他保険の通知義務

他保険契約を禁止したり、追加的な他保険契約の通知ないし承認を求めるよう要求する条項は、健康保険契約の約款には見られないが、財産保険においては一般的である。これはモラル・ハザードおよび逆選択を減少させることを目的とする。このような規定は、善意の保険契約者にも厳しく適用されており、公序良俗に反しないと認められている。(31)

Ⅳ　故意の保険事故招致

損害（loss）の偶然性は、保険法上基本的に要求されることであり、公序良俗がこれを黙示的な前提にしているといわれる。傷害保険では、このことが保険事故の要件として「偶然の原因（accidental means）」または「偶然の結果（accidental result ）」による傷害でなければならないとされる（本書第３章Ⅲ２を参照）。それゆえ、この偶然性の要件は、保険金請求者が証明しなければならない。

アメリカの傷害保険契約では、保険者が被保険者の故意の保険事故招致（傷害）であることを立証できるかどうかより前に、その事故・損害が偶然であったか否かを争点とすることになり、事故招致に関する道徳危険の問題はここで相当数が処理されることになろう。accidental meansまたはaccidental result であったかどうかをめぐっては、極めて多数の判決例があり、いかにこの争点が難しい適用問題を生じさせているかは、周知のところである。(32)概していえば、accidental means、つまり偶然の原因を要求する方が保障範囲をやや狭く解することになろう。原因は意図的であっても、その結果にまでは故意がないという場合、accidental result でよいとする立場をとれば、保険金が支払われることになるからである。

自殺については、生命保険では、たとえば、保険証券発行後２年間についてのみ保険者免責とされる。かかる免責条項の目的は、被保険者が自殺により保険金

受取人に保険金を受け取らせる意図をもって保険契約を締結することを防止することである。被保険者がこの期間の経過後に自殺をしたときは、保険金が保険金受取人に支払われることになる。この受取人の立場から見れば、被保険者の自殺も偶然性を有すると考えられるからである。ごく少数の裁判所は、被保険者が正気で自殺をしたときに、かかる保険金を受取人に支払うのは公序良俗に反すると判示するものもあるが、今日では、疑問をもたれている。[33] これに対して、災害死亡保険金については、生命保険とは反対に、自殺は被保険者の故意の行為であり、本質的に偶然ではない（nonaccidental）から、保険金受取人は災害死亡保険金を請求できない。災害事故を保障する保険であるから、保険金受取人は、被保険者の死亡が偶然な事故であることを証明する責任を負担し、その死亡が自殺によるのではなかったことを証明する責任を負うとされる。[34]

なお、偶然性の要件を充たしたとしても、保険者は約款上故意免責条項を有しているのが通例であるから、もちろん、これにより争うことも理論的には可能であるが、偶然性が認められれば、故意免責の認められる余地はまずないと考えられる。

V　損害発生の通知と証明

1　総説

日本では、事故発生の通知や保険金請求が遅いことを理由に保険者が免責を主張することは少ないが、欧米の場合、これは保険者の主要な抗弁の一つといってよいほど、しばしば主張される。したがって、判例の数もたいへん多い。アメリカでは、次に見るように、道徳危険に対処する方法としても明確に意識されている。

保険証券上の規定として、保険事故発生後、保険契約者側が保険者に対して、①事故・損害の発生の迅速な通知をなすべきこと、②一定期間内に事故・損害の証拠や証明書を提出すべきこと（たとえば、傷害の発生通知は２０日以内、証拠の提出は９０日以内など）、③保険契約者側の保険金請求訴訟の提起を一定期間

内に制限する等が定められるのが通例である。保険契約者側がこれを遵守しないときは、保険者は保険金支払を免れる。保険者の義務は、保険契約者側が保険証券所定の期間を遵守することを条件としているからである。[35] 傷害・疾病保険でも同様である。

その趣旨は、第一には、保険者が事故および損害の範囲等について適切な評価ができるように、その機会を十分に保証するためであり、第二は、保険金詐欺の機会を抑える手段として公益を確保するためである。[36] さらに、とくに古い判例では、裁判所が明確かつ曖昧さのない契約条項の効果を妨げるべきではないという理由にもとづいて期間限定条項を有効と認めるものが多いといわれる。[37]

2　期間限定条項の緩和

期間限定条項の一律適用による不都合を意識してであろうが、多くの判例は、これを緩和する解釈を展開している。

まず、保険金請求者が通知期間を守らなかったことについてやむを得ない事由（a reasonable excuse）があった場合には、保険者免責の適用はない。たとえば、就労不能保険（disability insurance）において、当該就労不能の状態のために保険者に通知することさえできなかった場合は、期間遵守は要求されない。[38]

次に、保険者が保険金請求者の期間遵守の要求を明示または黙示に放棄したときなどは、権利放棄または禁反言の法理により保険者は免責主張ができなくなる。[39]

さらに、ここでもっとも重要なのは、最近、多くの裁判所が期間限定条項の適用を、被保険者等の期間不遵守により不利益を被った場合に制限してきたことである。これは、保険者が被保険者の期間不遵守により不利益（prejudice）を受けたことを立証したときにのみ保険金請求の拒絶が正当化されるというものである。多数判例は、明示的または黙示的に、期間限定条項の第一の目的が保険者の利益を害さないようにすることであり、期間の徒過によって保険者の利益が害されていない状況においては、期間限定条項を強制する正当化理由は存在しないことを根拠にしている。[40] ウィスコンシン州では、保険証券所定の期間内に損害の通

知または証拠を提出しないことが、保険者にそれによって不利益を生じさせかつその期間内に履行することが当然になしうるときでないかぎり、保険金請求を無効にしないし、またそれを減額することはないという立法がある。(41)

これによれば、保険者の不利益とは何を基準に判断するかが問題になる。被保険者に最も有利な考え方をすれば、それは、保険者の利益にとって重大な不利益であり、通知等の期間不遵守により結果が異なったことを保険者に証明させるということになる。これよりは、緩やかな立場は、通知等の遅滞の長さ、遅滞の理由、そして保険者に対する遅滞の蓋然的な不利益な結果をあわせて考えるという。しかし、多数判例は、保険者に圧倒的というほどではないが、何らかの不利益の証明を要求している。すなわち、保険者は、責任負担の可能性が増加したことまたは請求の調査が実質的に見て通知等の遅滞がなかった状態よりも困難になったことを立証すればよいとされる。(42)

最後に、問題になるのは、不利益の立証責任の分配である。これが被保険者側に課せられるときは、いずれの見解を採っても、相当に被保険者の負担になることは免れない。逆に、道徳危険の防止という見地からすれば、その方が好都合である。多数判例は、期間限定条項は保険者が責任を免れる根拠として援用されるときは、不利益の立証責任は保険者にあると解している。その理由は次のようである。明確な証拠がないときは、被保険者の保障を保持させることが一般的には望ましいと思われるし、保険者が不利益を受けていないという消極的事実の証明を被保険者に求めるのは困難がある。また、多くの場合、保険者は不利益を受けたかどうかを評価し、司法判断にとって重要な証拠を用意することができる立場にある。(43)

以上のような議論は、日本でも見られるところであり、ドイツの判例理論とも共通する判断枠組みをもっている。ただ、アメリカの場合、必ずしも全州が同じ方向に向いているわけではなく、例外があることも留意する必要があろう。

結局、期間限定条項による道徳危険対策は、保険者が期間不遵守による実質的な不利益を立証しなければならないが、それでも相当に効果的な面をもっているといえよう。保険者が保険金請求者側の詐欺の意思などを立証する必要がないからである。もちろん、この規定によって対処できるのは、期間不遵守の場合に限

られる。これを守ってなおかつ不正請求をしようとする場合に適用できないことはいうまでもない。

3　過大請求

傷害・疾病保険でもありうるが、火災保険など典型的な物保険では、詐欺的過大請求の場合、保険証券が無効となる旨の約款規定がある。重要事実に関する故意の黙秘または不実表示の枠組みと同様に、請求者が詐欺的意図で、保険者の責任に関する重要事項について不実の情報提供をしたときは、保険者の免責が生ずる。(44)

VI　まとめ

最後に、アメリカの健康保険契約における道徳危険に対処する判例・学説の態度の特徴点をいくつか指摘しておこう。日本と比較すると、アメリカの場合、まず、道徳危険の抑止は、契約締結時の危険選択が相当に重視され、慎重に選択が行われることによる部分が大きいといえよう。古くより存在するワランティ法理を使用することも考えられるが、それよりは不実表示の法理により解決することが現在の主流である。それはワランティ法理の厳格さがときに一般の保険契約者の利益を十分に保護しえない結果になることによる。多くの州の制定法もその方向での解決を選択している。もっとも、不実表示による解決は、主として通常の事案、換言すれば、詐欺的意図が認められるまでには悪質化していない場合を扱うものである。詐欺の意図があるときは、当然に、詐欺による契約の無効という原則が働く。

次に、他保険条項による道徳危険対策に関する日米の比重の相違は、なお研究を要すると思われる。告知書には他保険の存在を尋ねる質問項目が見られ、その不実表示による保険者免責の原則を認める判例があることは、上述したが、これが実際の危険選択にどれほどの重みをもっているのか、なお必ずしも明確でないところがある。また、保険事故招致免責による保険者の対応は、事故が偶然の原

因か、偶然の結果かというややアメリカ法独特の議論・状況に係わっており、これは日本の問題の検討に直ちに役立つわけではないと思われる。しかし、最近は、日本でも傷害事故の偶然性の立証責任の問題をめぐって学説・判例が対立していることもあり、アメリカ法の議論が参考にはなるであろう。

最後に、保険事故発生後の保険契約者側の対応が悪いときは、保険者は敢然と保険証券上の免責を主張する。事故発生の通知・説明が遅れた場合、保険者が免責を主張して争う事件の多さがそのことを物語っている。裁判所は、保険者に通知懈怠等により不利益を受けたことの立証と引換えに免責の主張を認める判断枠組みを示している。これは事故発生後の保険契約者側の対応の悪さから不正請求が推測される場合に効果的な道徳危険対策となりうるであろう。

(1) たとえば、山下友信「不当な保険金支払拒絶についての保険者の責任」保険学雑誌494号1頁以下(1981年)参照。

(2) たとえば、西川正敏「米国保険判例法にみる消費者保護の動向」保険学雑誌478号141頁以下(1977年)、竹濱修「アメリカ保険法におけるワランティの動態」保険学雑誌525号58頁以下(1989年)参照。

(3) 鈴木辰紀「アメリカ合衆国の告知義務制度」『損害保険研究』85頁以下(1977年)参照。Kenneth S. Abraham, Insurance Law and Regulation 4-5 (2nd ed., 1995)は、このテキストの総論部分で保険契約における道徳危険の問題を取り扱っている。道徳危険対策としていくつかのものが提示されているが、危険引受の段階における危険の評価、保険料の増額、付保割合などとともに、ワランティおよび不実表示の法理による契約の無効が指摘されている。もっとも、ワランティ法理は、今日では、その効果を制限する法規制に服していることも付言されている。

(4) Robert E. Keeton & Alan I. Widiss, Insurance Law 563-566, 664 (1988); Muriel L. Crawford, Law and the Life Insurance Contract 398-400 (7th ed. 1994).

(5) 最近の判例も、一般原則として、保険契約における陳述をワランティよりはむしろ表示であると解釈しているようであるが（e.g. Vlastos v. Sumitomo Marine & Fire Ins. Co.(Europe), 707 F.2d 775(1983)）、保険証券の文言がワランティという表現を使用しているときは、なおワランティであるとされる場合も多いようである（e.g. Fidelity & Cas. Co. v. Phelps, 64 F.2d 233(4th Cir.1933); American Home Assurance Co. v. Harvey's Wagon Wheel, Inc., 398 F.Supp.379(D.Nev.1975), 554 F.2d 1067(1977)）。後者は損害保険の例が多い。See, Jeffrey W. Stempel, Interpretation of Insurance Contracts -Law and Strategy for Insurers and Policyholders- 131, 406(1994). Abraham, supra note 3, at 12 は、ワランティ法理の厳格さが残っているのは、海上保険の分野であって、その他の分野では制限されているという。詳しくは、竹濱・前掲(注2)論文参照。

(6) たとえば、生命保険、傷害保険、疾病保険については、申込書の陳述は表示であり、ワランティではないとみなされるまたは推定される旨の条項が保険証券に含まれるべきことが、通常、州法により要求されている。ニューヨーク州保険法3204条(c)項。Keeton & Widiss, supra note 4, at 568; Harry P. Kamen & William J. Toppeta, The Life Insurance Law of New York 244 (1991); Crawford, supra note 4, at 403.

(7) Crawford, supra note 4, at 399. 以上の表示の定義および不実表示による契約無効の効果については、膨大な判例が集積されている。詳しくは、Couch on Insurance 2d, §35.3-4§35.10 (1987)参照。

(8) Robert H. Jerry, Understanding Insurance Law 527 (1987); Keeton & Widiss, supra note 4, at 570; Stempel, supra note 5, at 402.

(9) e.g., Penn Mutual Life Ins. Co. v. Mechanics' Savings Bank & Trust Co., 72 F.413(6th Cir. 1896); Oakes v. Blue Shield, Inc., 317 S.E.2d 315(1984).

(10) e.g., New York Life Ins. Co. v. Kuhlenschmidt, 33 N.E.2d 340 (1941); Fragen v. National Home Life Assur. Co., 473 So.2d 918

(1985).

(11) Jerry, supra note 8, at 531.

(12) Couch on Insurance 2d, §38:25. Kenneth H. York, John W. Whelan & Leo P. Martinez, Insurance Law 113-114 (3rd ed. 1994) は、以下のように説明している。通常の契約の訴訟においては、「黙秘」という用語は、壁の穴を紙で覆って家を販売するような、他方の当事者に真実を発見させないようにする積極的・意図的な努力を意味する。そこでは、「黙秘」は、詐欺的不実表示の一形態であり、無効と損害賠償という救済手段が被害当事者に与えられる。一方当事者の知らない重要事実に関する単純な黙秘は、通常の契約においては、「不告知 (non-disclosure)」であるといわれ、限定された場合にのみ契約無効の救済が与えられる。特別な開示義務がないかぎり、単なる「不告知」は基本的に免責的特権のある行為となる。契約リステイトメント第2版161条は、そのような義務が生ずる標準的場合を数え上げている。保険法は、独自の規則だけでなく、その独自の用語を使用している。すなわち、保険法における「黙秘」は、通常の契約法の「不告知」を含む。

元来は、黙秘は、騙す意図の有無にかかわらず、保険証券を無効にするに十分であった。黙秘に関するかかる厳格な法理は、英国ではなお存在するといわれるが、アメリカでは、海上保険を除いて、広い範囲で緩和され、重要事実であっても、意図的ではない不告知、善意の不告知は保険証券を無効にしない。このような緩和は、引受業者が危険の調査を容易に行えること、ならびに保険者が特定の危険について質問をしないのはその情報を重要とは見ていなかったことを示唆すると考える傾向によって影響を受けている。しかし、アメリカ法の中でも、カリフォルニア州保険法典のように厳格な黙秘の法理をなお定めているものがあることにも注意を要する。同法では、330条で、黙秘とは、当事者が知っていることで、知らせるべきことを知らせないことであると定義し、331条が、黙秘が意図的か否かを問わず、被害当事者に保険を無効にする権利を認めている。もちろん、重要事実に関する黙秘であることを要するし、通常の注意をしていれば、当事

者が知りうべき事実も告知する必要がない（332条、333条）。See, York, Whelan & Martinez, supra, at 108-109.

(13) Stipcich v. Metropolitan Life Insurance Co., 277 U.S. 311, 48 S. Ct. 512(1928); Jerry, supra note 8, at 540.

(14) e.g., U.S. Life Credit Ins. Co. v. McAfee, 630 P.2d 450(1981); Allstate Ins. Co. v. Shirah, 466 So.2d 940(Ala.1985).

(15) Jerry, supra note 8, at 541.

(16) Keeton & Widiss, supra note 4, at 575.

(17) e.g., White v. Medico Life Ins. Co., 327 N.W.2d 606(1982); Jerry, supra note 8, at 541-542.

(18) e.g., Obartuch v. Security Mutual Life Ins. Co., 114 F.2d 873 (7th cir.1940); Jerry, supra note 8, at 547.

(19) Bertram Harnett & Irving I. Lesnick, The Law of Life and Health Insurance §6.11[3][b] [ii](1993).

(20) Jerry, supra note 12, at 483.

(21) See, 1992 Policy Kit for Students of Insurance 54-68.

(22) ニューヨーク州保険法3216条、3217条参照。

(23) Cody v. Conneticut General Life Insurance Co., 439 N.E.2d 234 (1982).

(24) Jerry, supra note 8, at 484.

(25) Couch on Insurance 2d§37B:24.

(26) Employers' Liability Assur. Corp. v. Industrial Acci. Com., 171 P.935 (1918).

(27) e.g., Continental Ins. Co. v. Simpson, 8 F.2d 439 (1925).

(28) Bush v. Washington Nat. Ins., 534 N.E.2d 1139 (1989).

(29) Manzella v. Paul Revere Life Ins., 872 F.2d 96 (1989).

(30) Niagara Fire Insurance Company v. Paul E. Everett, 292 F.2d 100 (1961).

(31) Stempel, supra note 5, at 152-153.

(32) Harnett & Lesnick, supra note 19, at §6.15[4], §7. たとえば、Wetzel v. Westinghouse Elec. Corp., 393 A.2d 470(1978)は、父のために納税所得申告書を作成していた息子に対して、申告書を巡って激怒した父が剣を取って息子を攻撃したため、これを取り押さえるために、息子がヌンチャク棒で父の首を巻き、絞殺してしまった事件で、父の激怒は所得申告を巡って生じたものであり、保険金目的ではないとして、保険金受取人である息子の請求を否定しなかった。他方で、Floramo v. Monumental Life Ins. Co., 447 F.Supp. 354(1978)は、処方薬の過量摂取により死亡した事件で、故意免責の適用を認めている。Jerry, supra 323-324は、結局、判例において何が偶然で何が偶然でないかの合理的な判断基準は見いだせず、陪審員に委ねられているという。Simonton v. Continental Casualty Co., 507 P.2d 1132(1973) も、被保険者の死亡が偶然性の基準に合致するかどうかは、陪審員に提示されるべき問題であるという。

(33) Jerry, supra note 8, at 313-314.

(34) Jerry, supra note 8, at 314.

(35) Keeton & Widiss, supra note 4, at 750.

(36) Jerry, supra note 8, at 400; Keeton & Widiss, supra 749.もっとも、かかる通知・請求期間を限定する条項（Timeliness Provisions ）が一律に適用されるときは、必然的に、善意の（不注意があった）被保険者の請求を排除する場合が生ずる。議論はあるが、Keeton & Widiss, ibid.は、原則としては、かかる規定が詐欺的保険金請求の機会を減少させるという公的利益のゆえに、正当化されるという。

(37) Keeton & Widiss, supra note 4, at 750.

(38) e.g., Seabra v. Puritan Life Insurance Company, 369 A.2d 652 (1977); Jerry supra note 8, at 404; Keeton & Widiss, supra note 4, at 774; Harnett & Lesnick, supra note 19, at §6.10[2][b] [ii].

(39) Keeton & Widiss, ibid.; Harnett & Lesnick, supra note 19, at §6.10[2][b] [iv].

(40) e.g., Johnson Controls, Inc. v. Bowes, 409 N.E.2d 185(1980); A &

W. Artesian Well Co. v. Aetna Casualty and Surety Co., 463 A.2d 1381(1983); Harnett & Lesnick, supra note 19, at §6.10[2][b] [iii].

(41) Keeton & Widiss, supra note 4, at 764 が、Wisconsin Stat.Ann. §631.81(1975)をあげている。

(42) Keeton & Widiss, supra note 4, at 765-766; e.g., Renner v. State Farm Mutual Automobile Insurance Company, 392 F.2d 666(1968) は、フロリダ州の事件で、夫と妻の間の誤解により自動車事故の報告が遅れ、自動車の写真を撮り、事実が新しい間に証人と話をするという機会を失った場合である。一人の証人は事故とは無関係の原因で１９日後に亡くなっている。事実審は、不利益ありと認めている。Canadian Universal Insurance Co. v. Northwest Hospital Inc. 389 F.2d 559(1968)は、病院の責任保険者に対する通知が２年遅れた事件で、それが不利益の推定を生じさせ、反証が挙げられなかったが、患者が倒れた場所の状態が事故と通知の間に変わってしまったという証拠によって推定が強化された。

(43) Keeton & Widiss, supra note 4, at 769.

(44) Jerry, supra note 8, at 410-413; Keeton & Widiss, supra note 4, at 775-779.

[安田火災記念財団叢書　No. 50]
米国における私的健康保険法の研究
（米国保険法研究会報告①）
監修　　東京大学教授　　山下友信
発行　　財団法人安田火災記念財団
〒160　東京都新宿区西新宿 1-26-1
☎ 03-3349-3130 FAX 03-3349-3133