

日医総研ワーキングペーパー

民間医療保険・がん保険の現状について

No. 333

2015年2月2日

日本医師会総合政策研究機構

前田由美子

民間医療保険・がん保険の現状について

日本医師会総合政策研究機構（日医総研） 前田由美子

公益社団法人日本医師会 総合医療政策課・医療保険課／日医総研 角田政

キーワード

- ◆ 民間医療保険・がん保険 ◆ 生命保険会社 ◆ 第三分野
- ◆ 公的医療保険制度 ◆ 高額療養費制度 ◆ 先進医療
- ◆ 保険外併用療養 ◆ 混合診療 ◆ 患者申出療養 ◆ がん対策

ポイント

- ◆ 民間の医療保険・がん保険が普及している。生命保険会社が不当な利益を得ているという見方もあるが、民間保険は公的医療保険とは異なる点を理解してその経営実態を冷静に判断する必要がある。ただ、生命保険会社は、当然に営利を追求する。利益の一部は株主への配当に回され、外資系企業では利益の一部を本店に送金する。生命保険会社の保険料は広告宣伝費などにも使われる。将来の給付に備えた準備金は外国債の購入を通じて海外にも流出している。そして、民間第三分野の保険料（年換算）は、公的医療保険の被保険者のそのの半分近くの多さに達している。
- ◆ 公的医療保険には高額療養費制度があるが、治療が長期にわたる場合には医療費負担が重くなること、民間の医療保険・がん保険は現金で給付され使途が自由であることから、休業時の生活保障や経費をまかなうものとして意義がある。
- ◆ しかし、現在の民間医療保険・がん保険は公的医療保険を補完するわけではない。民間保険には、低所得者はまず加入することはできないからである。民間保険が普及してきたから、公的医療保険の役割を民間にシフトするという方向付けが安易に行われたいよう願っている。

- ◆ 生命保険会社は、国民皆保険の日本でプレーしている以上、外資系も含めて、節度をもって広告宣伝をしてほしい。また、民間生命保険会社の中には、公的医療保険についても説明しているところがある一方、厚生労働省が発信している情報の中に、「これを見れば公的医療保険がわかる」といえるものがない。国、保険者、民間生命保険会社が一体となって、国民（消費者）に公的医療保険についての説明ツールを作成するなど、丁寧な説明を行ってほしいと考える。

目次

1. はじめに	1
2. 民間保険市場は拡大しているのか	2
2.1. 生命保険の種類.....	2
2.2. 第三分野保険のシェア.....	4
3. 生命保険会社は利益を上げているのか	9
3.1. 収支構造.....	9
3.2. 費用と利益.....	12
3.3. 責任準備金の運用.....	14
4. なぜ民間保険に加入するのか	17
4.1. がんの医療費と高額療養費制度.....	17
4.2. 先進医療と先進医療特約.....	21
4.3. 税制上の優遇.....	26
5. 民間保険は公的保険を補完するのか	28
5.1. 所得による医療格差.....	28
5.2. 公的医療費抑制との関係.....	29
5.3. がん保険とがん対策.....	30
6. おわりに	31
7. 参考資料	33

1. はじめに

民間の医療保険やがん保険のテレビコマーシャル、新聞広告を目にしな
い日はほとんどない。民間の医療保険やがん保険は、保険料に比べて給付
が少ない、期待どおりに給付されないといった批判がある。民間保険は不
要だとの意見もある。しかし、実際に民間保険から給付を受けた人の中
には、とても助かったと感じている人があることも事実である。

公的医療保険に加えて民間保険に加入するかどうかは、個人の判断によ
るしかないとはいえ、それにしても公的保険と民間保険は、それぞれ十分
に理解されていないのではないだろうか。そのため、民間保険の過剰とも
いえる広告で不安が煽られているのではないだろうか。

公的医療保険サイドでは、いわゆる混合診療である「患者申出療養（仮
称）」の導入が決まるなど、公的医療保険で賄われない医療の範囲が拡大し
ようとしている。

こうした現状を踏まえて、あらためて民間医療保険やがん保険の現状を
整理し、公的医療保険制度との関係について考えてみることにした。

以下、用語については、一般社団法人生命保険協会「『生命保険会社の
ディスクロージャー～虎の巻』2014年版」¹を参考にした。経営状況につ
いては、各社ディスクロージャー誌（アニュアルレポート）をもとに分析
し、会社名は略称で記載している。

¹ <http://www.seiho.or.jp/data/publication/tora/>

2. 民間保険市場は拡大しているのか

2.1. 生命保険の種類

生命保険には個人向け商品と団体向け商品がある（表 2.1.1）。

個人向けには個人保険と個人年金がある。個人保険には死亡保険（終身保険、定期保険等）、生死混合保険（養老保険等）、生存保険がある。個人保険・個人年金保険のうち、医療保障給付（入院給付、手術給付等）等に係る部分を「第三分野」という。本稿では、特にこの「第三分野」に着目する。

表 2.1.1 主な保険の保有契約（2014年3月末）

	件数(万件)	年換算保険料(兆円)
個人保険	14,388	17.7
（再掲）終身保険	2,901	
（再掲）定期保険	1,653	
（再掲）養老保険	1,238	
個人年金保険	2,048	6.8
個人保険・個人年金保険計	16,436	24.4
うち第三分野	31,783	5.5

	被保険者数(万人)
団体保険	21,597
団体年金保険	6,952
医療保障保険(団体型)	389

*一般社団法人生命保険協会「生命保険事業概況」から作成

第三分野の経緯

生命保険、損害保険は、かつて商法に位置づけられていたが、いずれにも該当しない定額給付方式の傷害保険や疾病保険があった。1965年に大蔵省（当時）がこれらの調整を行い、「第三分野」として生命保険に特約を附帯した商品が発売されるようになった²。1974年には、アメリカファミリー生命保険会社（以下、アフラック）が、日本で初めてのがん保険を発売した³。

2010年4月に現在の保険法が施行され、生命保険、損害保険に加えて、傷害疾病定額保険（第三分野保険）が位置づけられた。

【保険の分類】⁴

第一分野（生命保険）：年金保険や死亡保険など人の生存又は死亡に関して保険金を支払う保険。生命保険会社が引き受けを行う。

第二分野（損害保険）：火災保険や自動車保険など偶然事故により生じる損害をてん補するための保険。損害保険会社が引き受けを行う。

第三分野：医療保険、介護保険、がん保険などの、人が疾病や傷害の治療を受けたことやそれらを原因とする人の状態などを事由として保険金を支払う保険。生命保険会社、損害保険会社の双方が扱うことができる。

² 「厚生白書（平成7年版）」第1編／第1部 医療／第5章／第1節
http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1995/dl/06.pdf

³ アフラックホームページ http://www.aflac.co.jp/corp/aflac/aflac_development.html

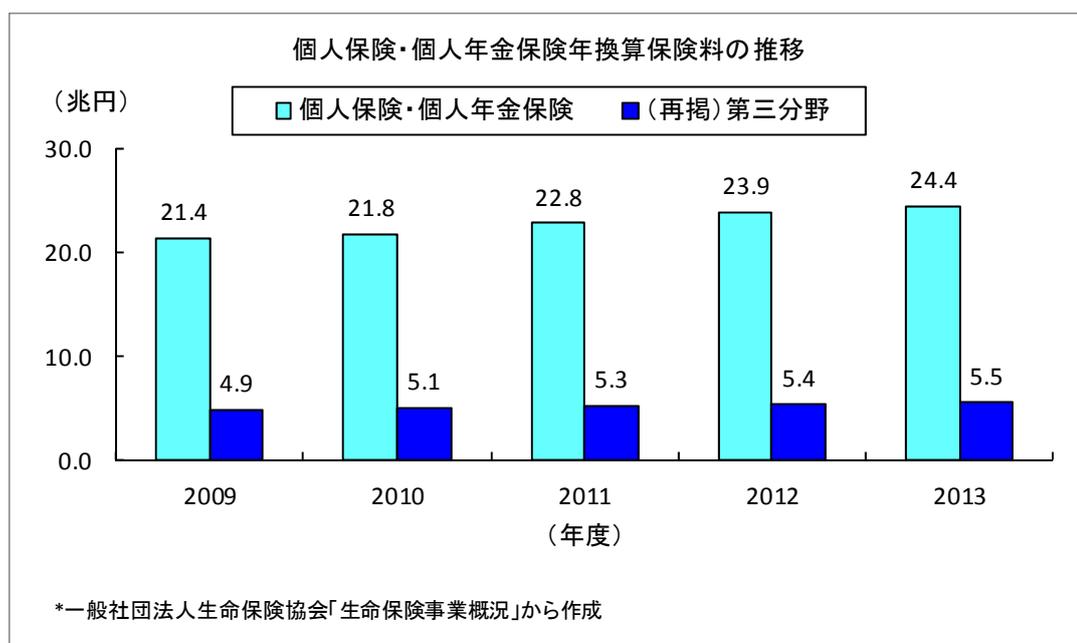
⁴ 金融庁ホームページ 金融早わかりQ&A
<http://www.fsa.go.jp/qanda/hoken.html>

2.2. 第三分野保険のシェア

年換算保険料

保険料の支払方式には、契約期間中毎月払い続けるもの、契約当初に払い終わるもの、一定期間で払い終わるものなどさまざまなものがある。「年換算保険料」は、契約期間中に年平均でいくら支払うかを計算したものである。2013年の年換算保険料は個人保険・個人年金保険全体で24.4兆円、このうち第三分野が5.5兆円（22.7%）であり（図2.2.1）、年平均3%前後伸びている。

図 2.2.1 個人保険・個人年金保険年換算保険料の推移



厚生労働省の「国民医療費」が公表されている2012年分で比較すると、保険料はおおむね公的医療保険：民間第三保険＝2：1の関係にあり（図2.2.2）、保有契約ベースでの年換算保険料は増加を続けている。しかし、新規契約に限ってみると、ここ数年はあまり伸びておらず（図2.2.3）、市場獲得が激化していると推察される。

図 2.2.2 第三分野保険料と国民医療費の保険料および患者負担

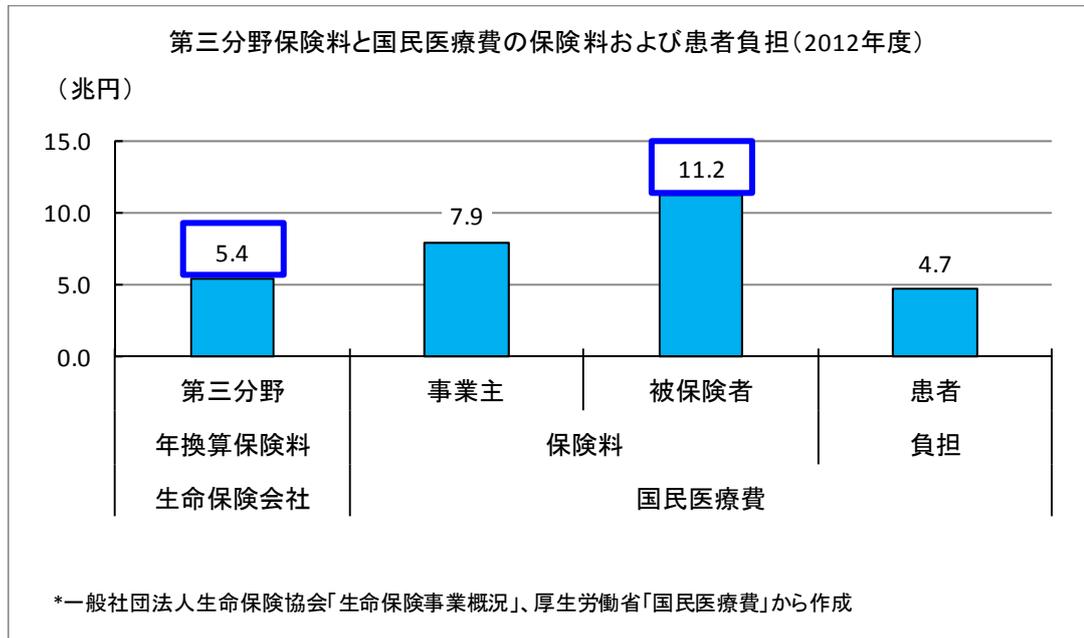
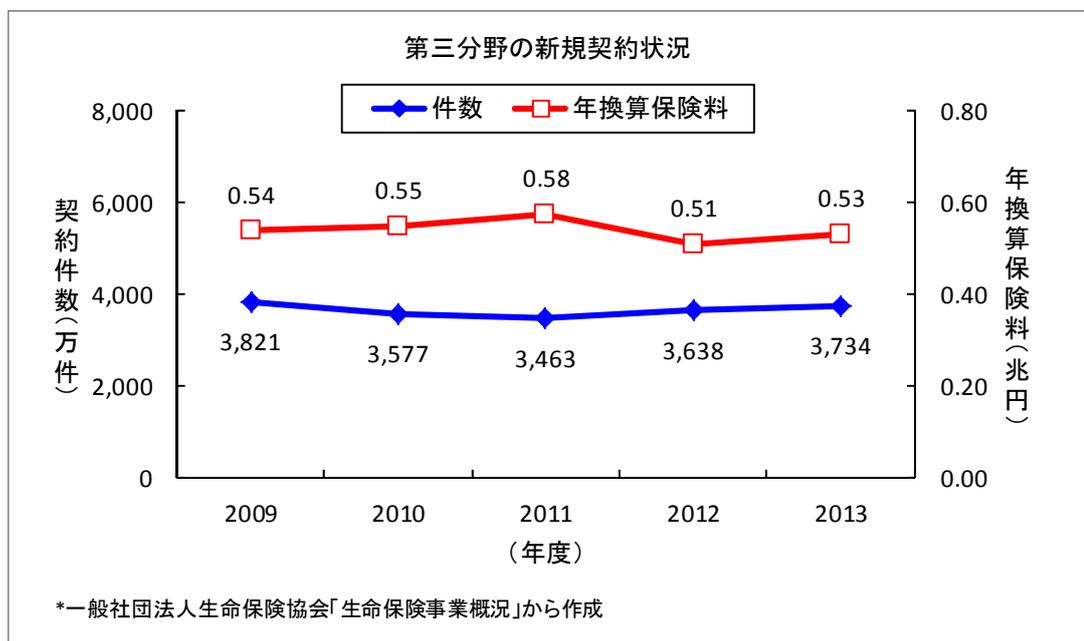
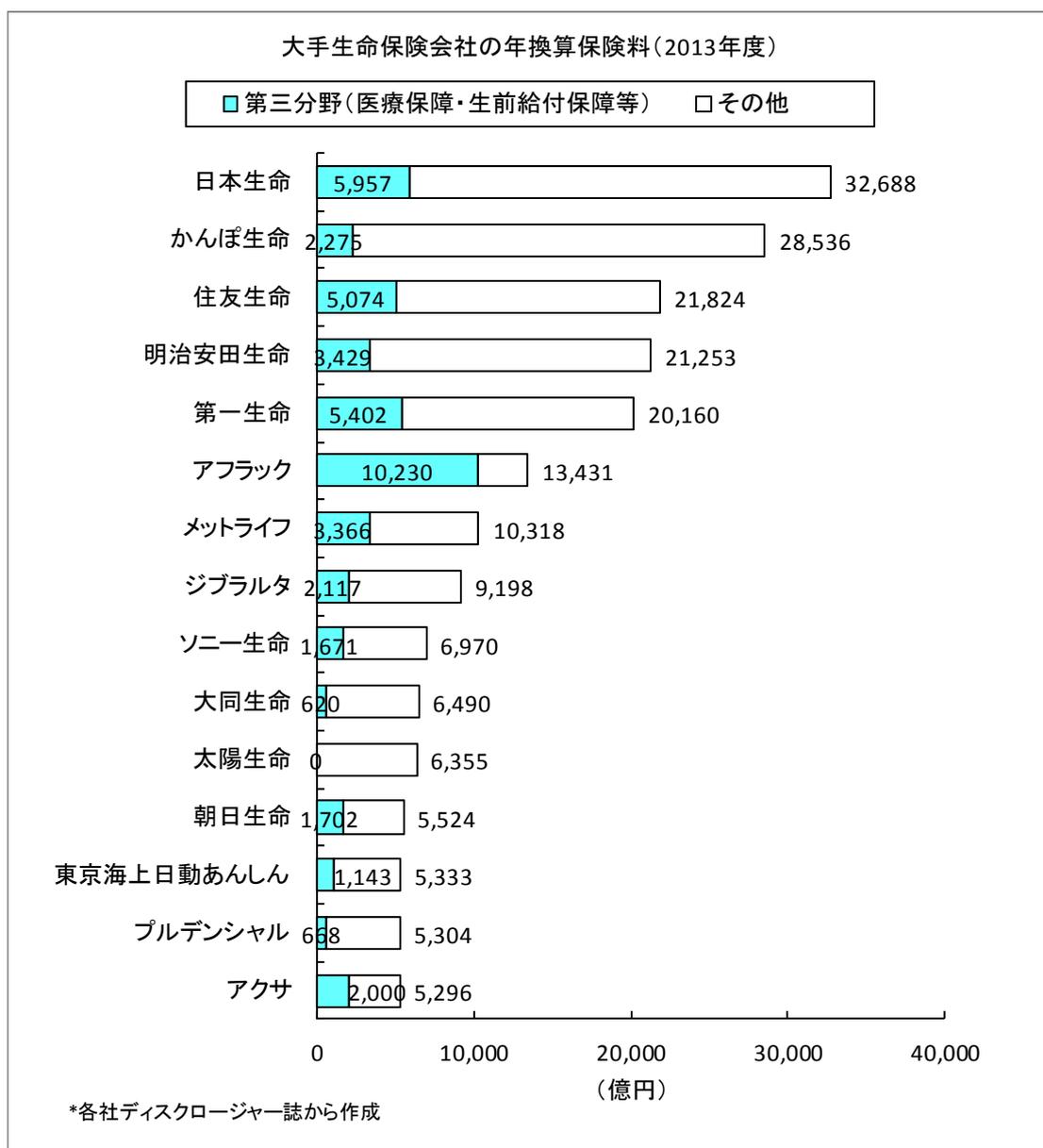


図 2.2.3 第三分野の新規契約状況



第三分野の年換算保険料はアフラックで1兆230億円（シェア18.5%）である（図2.2.4）。この後、日本生命、第一生命、住友生命、明治安田生命と内国企業の手が続き、ついでメットライフである。

図 2.2.4 大手生命保険会社の年換算保険料

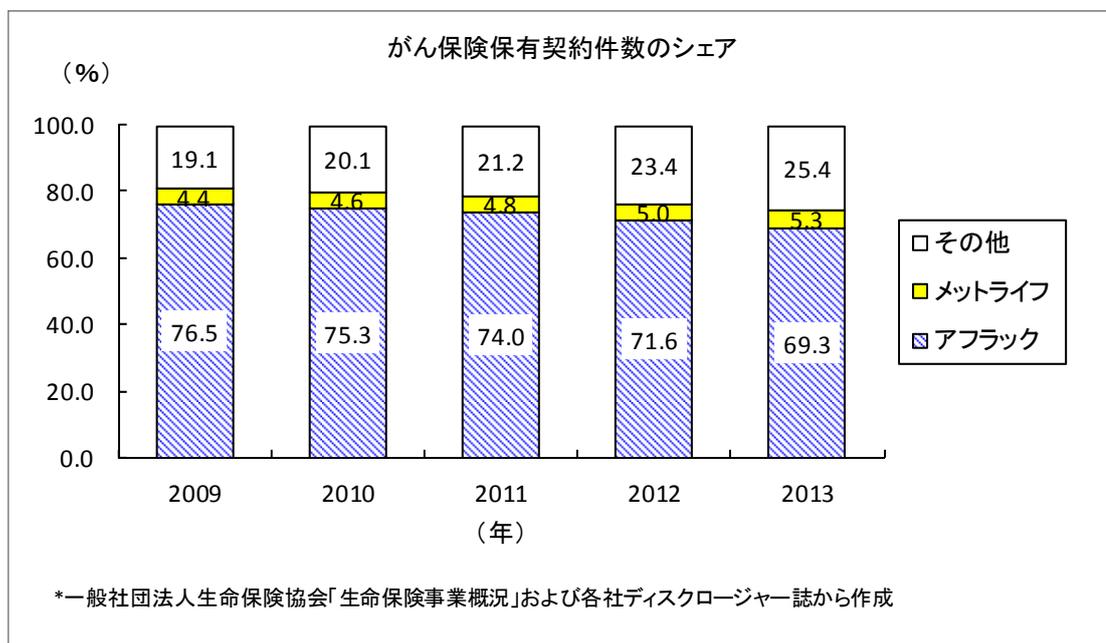


外資系企業のがん保険

1974年にアフラックが日本で初めてのがん保険を発売した後、大蔵省（当時）が内国生命保険会社のがん保険商品を認めなかったため、アフラックはしばらくがん保険市場を寡占していた。しかし現在、がん保険保有契約件数に占めるアフラックのシェアは70%を切っている（図 2.2.5）。

アフラックは2013年の全社総収益23,939百万ドルうち日本社分が17,688百万ドル（73.9%）、がん保険のみでは日本社分の収入が全社の76.9%という日本を主戦場とする企業である⁵。なお、同じ外資系であっても、メットライフの全社総収益は68,150百万ドル、このうちアジア地域での収益は12,756百万円（18.7%）である⁶。

図 2.2.5 がん保険保有契約件数のシェア



⁵ Aflac Inc. 「2013年 年次報告書」 <http://www.aflac.co.jp/corp/report/disclosure/pdf/inc/2013.pdf>

⁶ MetLife, Inc. 2013 Annual Report

<http://investor.metlife.com/phoenix.zhtml?c=121171&p=irol-reportsannual>

アフラックは、2013年7月に日本郵政とがん保険の販売に関する業務提携を発表した⁷。

日本郵政が100%出資するかんぽ生命は、限度額規制があるため、それまで「がん保険」に参入できていなかった。さらに、米国は TPP (Trans-Pacific Partnership, 環太平洋連携協定) 交渉参加の事前協議で、日本郵政による新規商品の導入を警戒していた⁸。そして、2013年4月に、日本政府がかんぽ生命に対し、新たながん保険商品の認可を行わないことを決定したばかりであった⁹。

日本郵政(かんぽ生命)が、仮に TPP 発効後に自前でがん保険を販売すれば、TPP 締結国(米国)から、自国の企業にとって公正な競争が阻害されるとして、ISDS 条項¹⁰の下で提訴されるおそれが皆無とはいえない。

アフラックと日本郵政の業務提携の目的は、表向きはアフラックが日本郵政(かんぽ生命)の全国販売網を活用することにあるが、TPP、ひいてはそれを主導する米国への配慮であったかのようにも思われる。

⁷ 日本郵政株式会社・アフラック(アメリカンファミリー生命保険会社)「日本郵政株式会社とアフラックの業務提携について」2013年7月26日

⁸ 内閣官房「TPP 協定交渉の現状(説明資料)平成25年2月」7頁
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/skkaigi/dai3/sankou1.pdf>

⁹ 2013年4月12日、麻生財務大臣(当時)記者会見
http://www.mof.go.jp/public_relations/conference/my20130412.htm

¹⁰ ISDS 条項(Investor State Dispute Settlement)は、投資家と投資受入れ国との間で紛争が起こった場合に、投資家が当該案件を国際仲裁に付託できる手続きを定めるもの。

3. 生命保険会社は利益を上げているのか

3.1. 収支構造

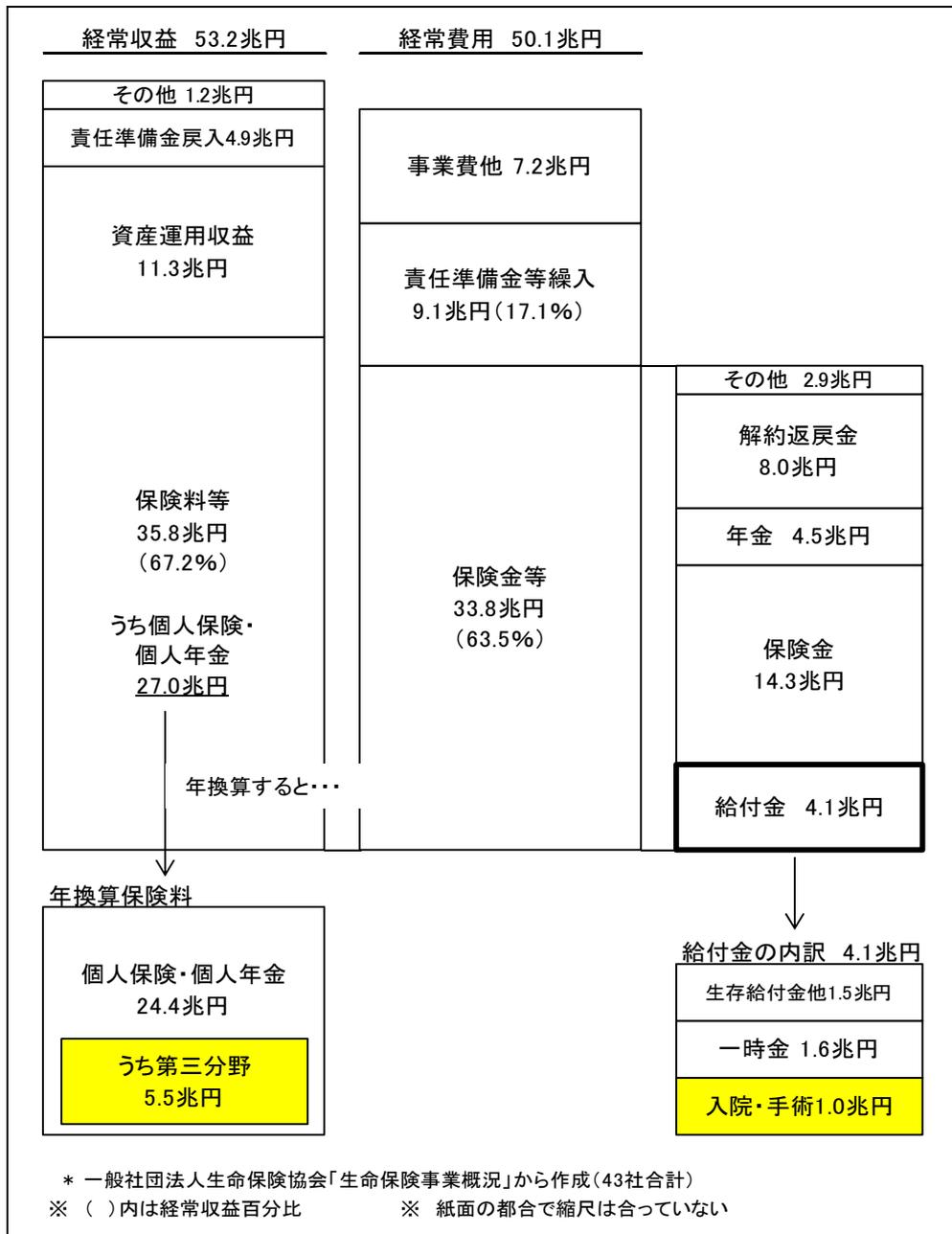
「生命保険会社の医療保険・がん保険は、保険料 5 兆円で、給付は 1 兆円しかない」といった指摘や、生命保険会社の収支と国民医療費を比較したものを見受けることがある。

「保険料 5 兆円」は第三分野の年換算保険料、「給付 1 兆円」は入院・手術給付金支出のことと推察されるが（図 3.1.1）、生命保険会社には、がん診断一時金支出や、将来の給付に備えた責任準備金繰入のための支出などもある。また、年換算保険料はあくまで年平均の保険料を計算したもので当該年度の経常収益ではないので、経常費用である給付金支出を差し引きすることは適切ではない。

一方、保険料収入と保険金支出を比較すると、保険料収入が 35.8 兆円、保険金支出が 33.8 兆円なので、保険料はほぼ丸々保険金として支払われているという見方もある。これも、収入には保険料以外に、責任準備金の運用収益等があることを考慮しておく必要がある。

こうしたことを踏まえても、生命保険会社から期待した給付を受けることができなかったという契約者はいるだろう。生命保険会社は営利企業であるので、公的医療保険と違って営利を追求するのはもちろんのこと、そのために広告宣伝費などにお金をかけていることも理解しておきたい。

図 3.1.1 生命保険会社全体の収支構造 (2013 年度)



参考までに、全国共済農業協同組合連合会（JA 共済連）、全国労働者共済生活協同組合連合会（全労済）、全国生活協同組合連合会（全国生協連）の収支の概要も示した。民間生命保険会社と規模は異なるが、掛金収入のほかに運用収益があること、経常費用が共済金、準備金、事業経費から構成され、一定の利益も上がっていることは同じである（図 3.1.2）。

図 3.1.2 JA 共済連・全労済等の収支構造（2013 年度）

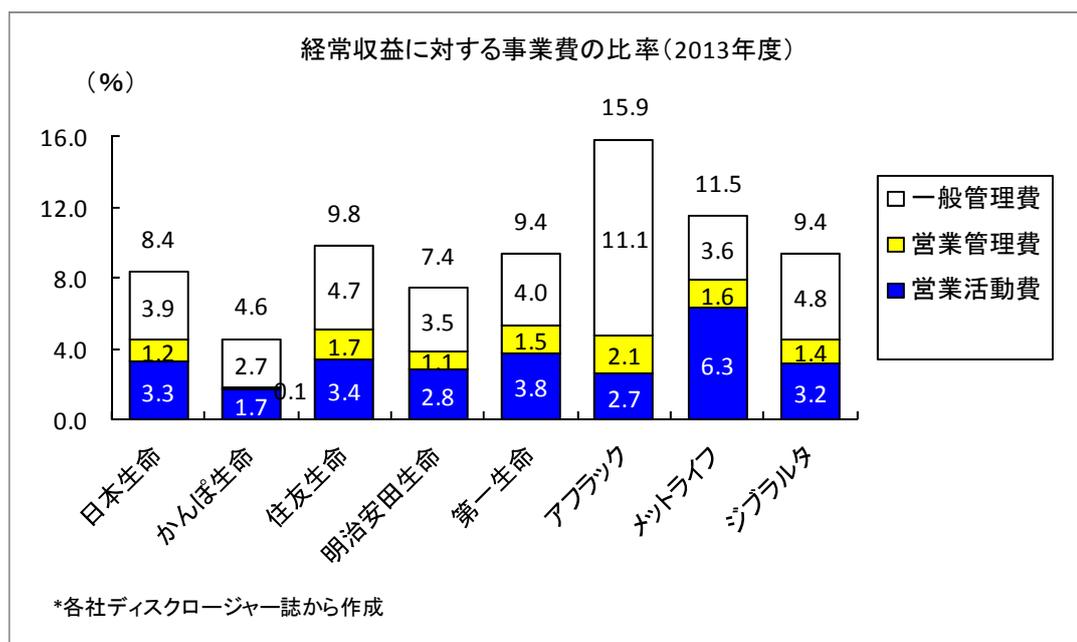
JA 共済連	経常収益 70,546億円		経常費用 68,002億円	
	その他 234億円		事業普及費他 4,155億円	
	契約準備金戻入 723億円			
	財産運用収益 11,055億円			
掛金等 58,534億円(83.0%)		契約準備金等繰入 14,773億円		
		共済金等 49,074億円(68.8%)		
全労済	経常収益 6,904億円		経常費用 6,025億円	
	その他 13億円		事業経費他 1,225億円	
	契約準備金戻入 258億円			
	資産運用収益 520億円			
掛金等 6,113億円(88.5%)		契約準備金等繰入 605億円		
		共済金等4,195億円(60.8%)		
全国生協連	経常収益 8,809億円		経常費用 7,042億円	
	その他 10億円		事業経費他 675億円	
	契約準備金戻入 3,032億円			
	掛金等 5,768億円(65.5%)			
		契約準備金等繰入 1,642億円		
		共済金等4,724億円(53.6%)		
<p>* 一般社団法人生命保険協会「生命保険事業概況」、全国労働者共済生活協同組合連合会（全労済）「2013年度の決算公告について」、全国共済農業協同組合連合会「平成25年度 JA共済連の決算概要」から作成</p> <p>※（ ）内は経常収益百分比 ※ 紙面の都合で縮尺は合っていない</p>				

3.2. 費用と利益

広告宣伝費

生命保険会社は、販売促進費や広告宣伝費をかけている。営業活動費（新契約の募集や診断業務に関する経費）が高いのはメットライフであり6.3%である。営業管理費（広告宣伝費や募集機関に関する経費）は1~2%台である。一般管理費が高いのはアフラックであり11.1%である（図3.2.1）。販売促進費や広告宣伝費がかかる分、相対的に保険料は高くなり、給付金は小さくなる。

図 3.2.1 経常収益に対する事業費の比率



利益と配当

生命保険会社の多くは黒字である（図 3.2.2）。内国企業では利益の一部は株主への配当に回る。外資系企業では利益の一部は本店に送金されている（図 3.2.3）。

図 3.2.2 生命保険会社黒字赤字別企業数

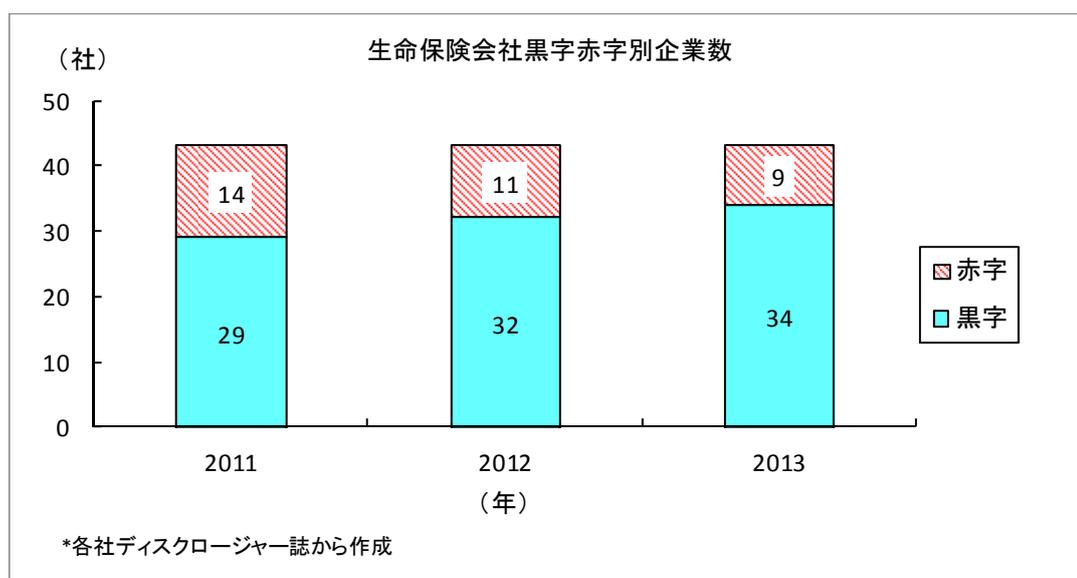
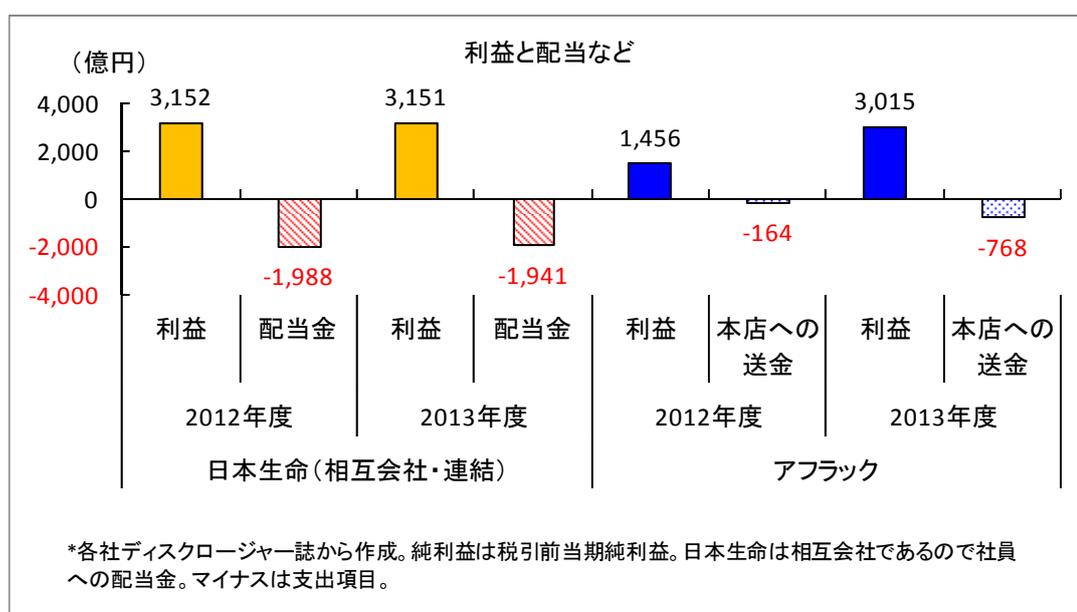


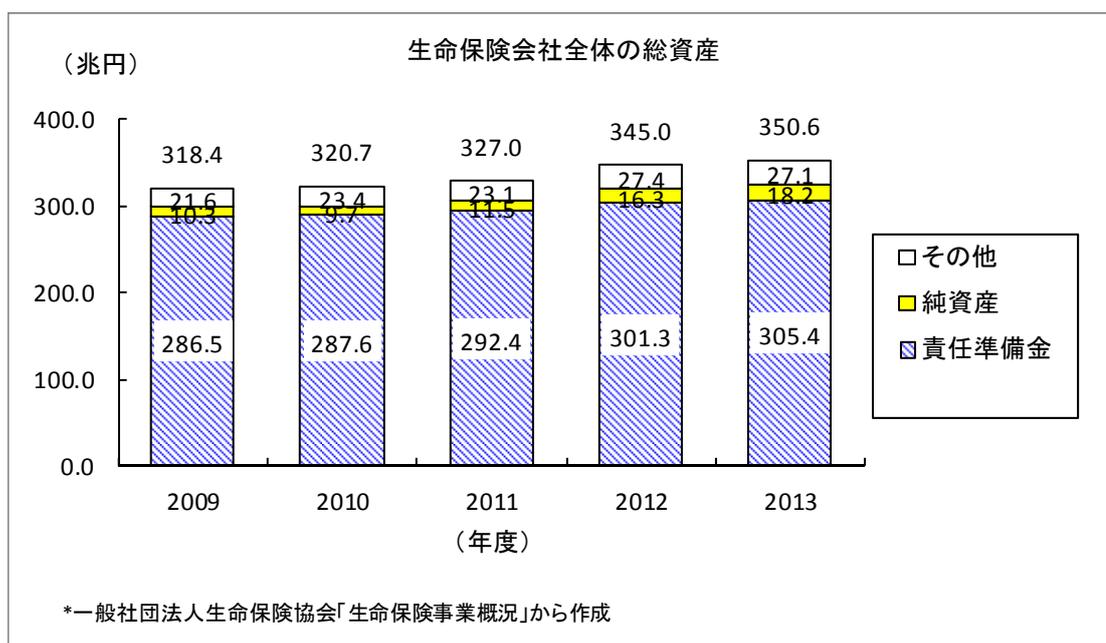
図 3.2.3 利益と配当など



3.3. 責任準備金の運用

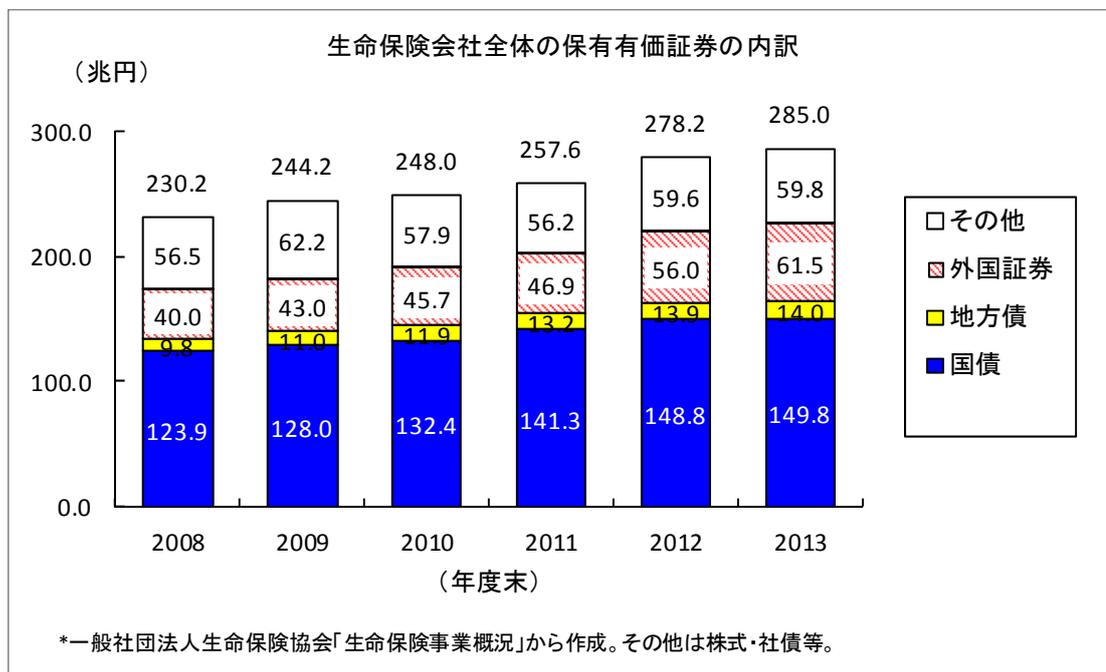
生命保険会社全体の総資産は350.6兆円であり、このうち責任準備金(負債)が305.4兆円である(図3.3.1)。

図 3.3.1 生命保険会社全体の総資産



責任準備金のほとんどは有価証券で運用されており、2013年度末の残高は285.0兆円、このうち国債が149.8兆円(42.7%)、外国証券が61.5兆円(17.5%)である(図3.3.2)。

図 3.3.2 生命保険会社全体の保有有価証券の内訳



国債保有額がもっとも多いのはかんぽ生命であり、2013 年度末で 52.5 兆円である。このほか日本の大手生命保険会社で国債保有額が多いが、外国企業も一定の日本国債を保有している（図 3.3.3）。

米国債など外国証券は、内国大手が外資系大手以上に保有している。もちろん外国企業は国債に比べると外国証券の保有額が多い（図 3.3.4）。

このように将来に備えて積み立てられる責任準備金は、国債や米国債などの外国証券で運用されており、生命保険会社は国債の受け皿になっている。外国債の購入を通じて海外にも資金が流出している。

図 3.3.3 国債保有額の多い生命保険会社

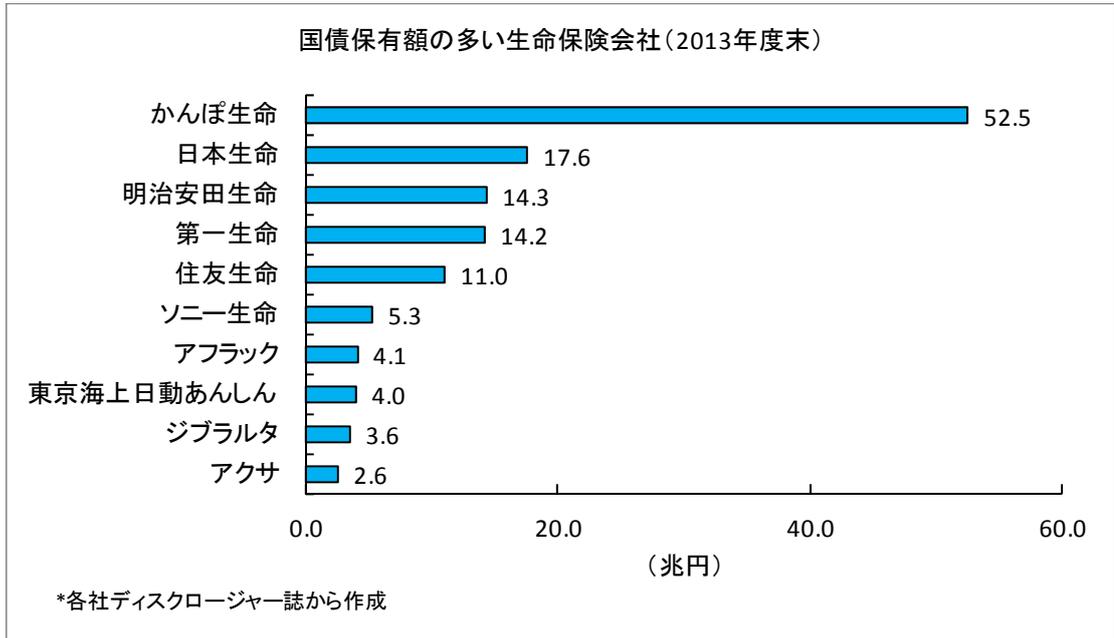
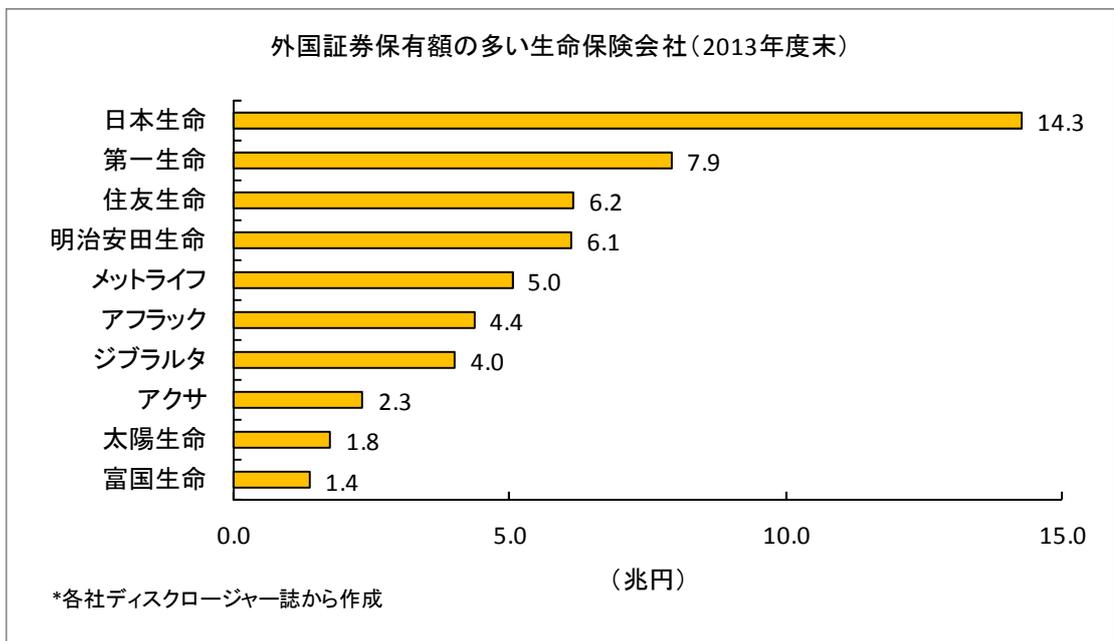


図 3.3.4 外国証券保有額の多い生命保険会社



4. なぜ民間保険に加入するのか

4.1. がんの医療費と高額療養費制度

生命保険会社のがん保険では、がん診断給付金 100 万円、入院給付金日額 1 万円（あるいは 5 千円）といった商品がある（保障にはそれぞれ条件があるので注意。表 4.1.1）¹¹。県民共済などでは、がん診断一時金がないかわりに、掛金がかかなり少額なものもある。

がん罹患した場合、どのぐらいの医療費がかかるのであろうか。

胃がんの場合、入院費用は平均で 106.8 万円である。一部負担割合が 3 割であれば計算上の自己負担は 32.1 万円（106.8 万円×0.3）であるが、高額療養費制度によって負担上限があるので、入院と同じ月に退院できれば、年収約 370 万円～770 万円の場合、患者自己負担は 8.8 万円である（表 4.1.2）。70 歳以上では一般的な所得の場合は 4.4 万円である（表 4.1.3）。

¹¹ アフラック「新 生きるためのがん保険 Days」の「かんたんシミュレーション」の結果。保険料は男性 60 歳では 11,600 円、女性 40 歳では 4,640 円、女性 60 歳では 7,350 円。

表 4.1.1 がん保険の保険料と保障内容（例）

男性 40歳 保険料	月々 4,310 円		
保障 終身	(円)		
診断給付金	がん	1,000,000	一時金・それぞれ1回限り
	上皮内新生物	100,000	
入院給付金	1日につき	10,000	日数無制限・1日目から
通院給付金	1日につき	10,000	三大治療の通院は日数無制限・退院後365日以内の通院なら日数無制限
手術治療給付金	1回につき	200,000	一連の手術は14日間に1回(回数無制限)・入院しなくても
放射線治療給付金	1回につき	200,000	60日間に1回(回数無制限)・入院しなくても
保障 10年満期(自動更新)			
抗がん剤治療給付金	100,000	入院しなくても・治療を受けた月ごと	

アフラックホームページ「保険料シミュレーション」で計算。
上記はポイントのみ記載しており、さまざまな条件がある。

表 4.1.2 がんに係る入院医療費と自己負担（平均）

(例) 70歳未満 一部負担3割 年収約370～約770万円

	1日当たり 費用 (万円) ①	入院 日数 (日) ②	入院 費用 (万円) ③=①×②	計算上の 自己負担 (万円) ③×0.3	実際の自己 負担(高額 療養費制度) (万円)
胃の悪性新生物	4.6	23.2	106.8	32.1	8.8
結腸の悪性新生物	5.0	21.4	107.2	32.2	8.8
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	5.5	25.8	143.0	42.9	9.2
肝及び肝内胆管の悪性新生物	4.7	15.9	75.2	22.6	8.5
気管、気管支及び肺の悪性新生物	4.7	19.7	92.0	27.6	8.7
乳房の悪性新生物	5.3	10.9	57.7	17.3	8.3
子宮の悪性新生物	5.1	16.9	86.0	25.8	8.6
悪性リンパ腫 ※1)	5.2	39.1	203.4	61.0	17.5
白血病 ※2)	7.2	73.0	522.1	156.6	28.5

※入院日数30日以下の疾病は、入院と退院が同じ月で、月をまたがないと仮定

※1)入院日数31日以上悪性リンパ腫は、入院中日に月をまたいだと仮定

※2)入院が3か月にまたがる白血病はある月の初日から入院したと仮定

① 厚生労働省「平成24年度 医療給付実態調査報告」

② 厚生労働省「平成23年 患者調査」

表 4.1.3 高額療養費制度の概要

いずれも入院時の食費負担や差額ベッド代等は対象外

70歳以上

所得区分		外来 (個人ごと)	1か月の負担の上限額
現役並み所得者		44,400円	80,100円+(医療費-267,000円)×1%
一般		12,000円	44,400円
低所得者 (住民税非課税)	Ⅱ(Ⅰ以外)	8,000円	24,600円
	Ⅰ		15,000円

70歳未満

所得区分	1か月の負担の上限額
年収約1,160万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1%
年収約770～約1,160万円	167,400円+(医療費-558,000円)×1%
年収約370～約770万円	80,100円+(医療費-267,000円)×1%
年収約370万円以下	57,600円
低所得者(住民税非課税)	35,400円

【多数回該当】直近12か月にすでに3回以上高額療養費の支給を受けている場合の4月日以降

70歳以上(一般、低所得者については多数回該当の適用なし)

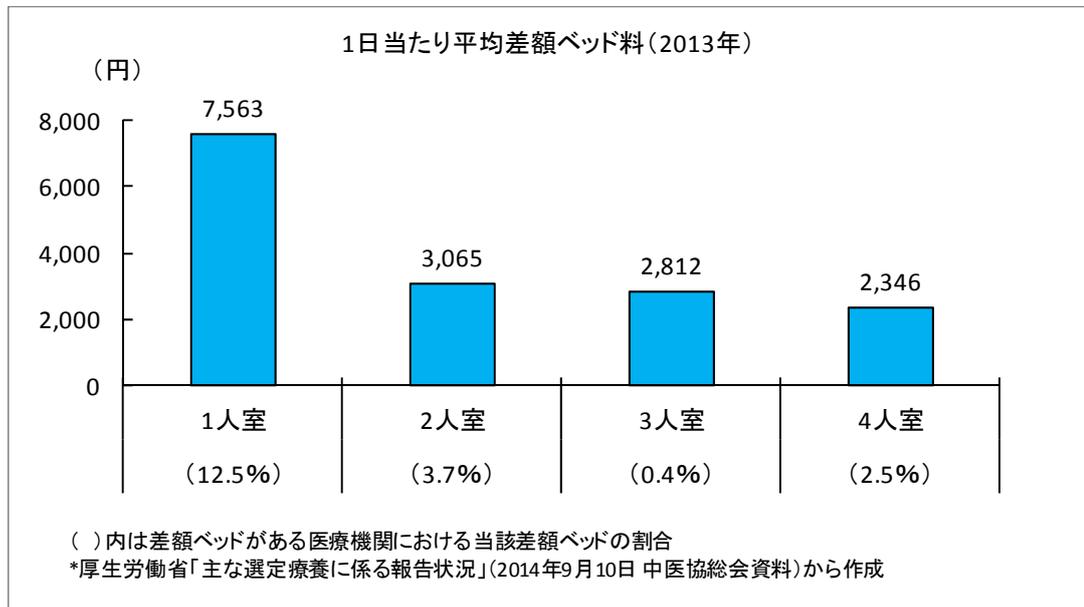
現役並み所得者	44,400円
---------	---------

70歳未満

年収約1,160万円以上	140,100円
年収約770～約1,160万円	93,000円
年収約370～約770万円	44,400円
年収約370万円以下	44,400円
低所得者(住民税非課税)	24,600円

入院給付金は1日1万円あるいは5,000円という商品が多く、ほぼ1人室(個室)の差額ベッド料7,563円に相当する。差額ベッド料は、公的医療保険の保険外併用療養であり、全額自己負担になる。平均で1人室7,563円、2人室3,065円である(図4.1.1)。ただし1人室(個室)は差額ベッドがある医療機関においても全体の約1割である。

図 4.1.1 1日当たり平均差額ベッド料



これまで見てきたように、民間がん保険の診断給付一時金 100 万円は、実際にかかる医療費と比べるとかなり大きい。しかし、高額療養費制度があっても治療が長期にわたる場合には医療費負担が重くなること、がん診断給付一時金は、現金で給付され使途が自由であることから、医療費の自己負担を補完するものというよりも、休業時の生活保障や経費をまかなうものとして意義が見出されているのではないかと考えられる。

また入院給付日額は差額ベッド料への備えと言えるかもしれない。ただし、差額ベッドはその室数が限られているので、希望すれば必ず入れるというものではないことはあまり知られていないように思われる。

4.2. 先進医療と先進医療特約

先進医療は、公的医療保険における保険外併用療養のひとつである（表4.2.1）。保険外併用療養は、公的医療保険の枠組みの中で認められている「混合診療」であり、たとえば入院して先進医療を受ける場合、入院基本料部分は公的医療保険から給付されるが（一部負担あり）、先進医療に係る費用は全額自己負担になる（実施医療機関や製薬メーカーが負担する場合もある）。

先進医療の自己負担分への備えとして、生命保険会社が先進医療特約の販売を促進しているが、先進医療を実施できるのは厚生労働省の施設基準をクリアした医療機関のみで適応症も限定されているため、実際に受ける可能性は高いとはいえず（高いか低いかも個人の判断によるところではあるが）、自分が受ける時には先進医療ではなくなっている可能性がある。

表 4.2.1 保険外併用療養の対象

評価療養	選定療養
<p>高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、保険給付の対象とすべきか否かの評価を行うもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 先進医療 ・ 医薬品の治験に係る診療 ・ 医療機器の治験に係る診療 ・ 再生医療等製品の治験に係る診療 ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用 ・ 薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用 ・ 保険収載医薬品の適応外使用 ・ 保険収載医療機器の適応外使用 	<p>被保険者の選定に係る特別の病室その他の療養（保険導入を前提としないもの）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特別の療養環境（差額ベッド） ・ 予約診察 ・ 時間外診察 ・ 200床以上の病院の初診 ・ 200床以上の病院の再診 ・ 180日以上入院 ・ 制限回数を超える医療行為 ・ 歯科の金合金等 ・ 金属床総義歯 ・ 小児う蝕の指導管理

※再生医療等製品の治験に係る診療は2014年11月25日改正薬事法（医薬品療機器等法）施行により追加。

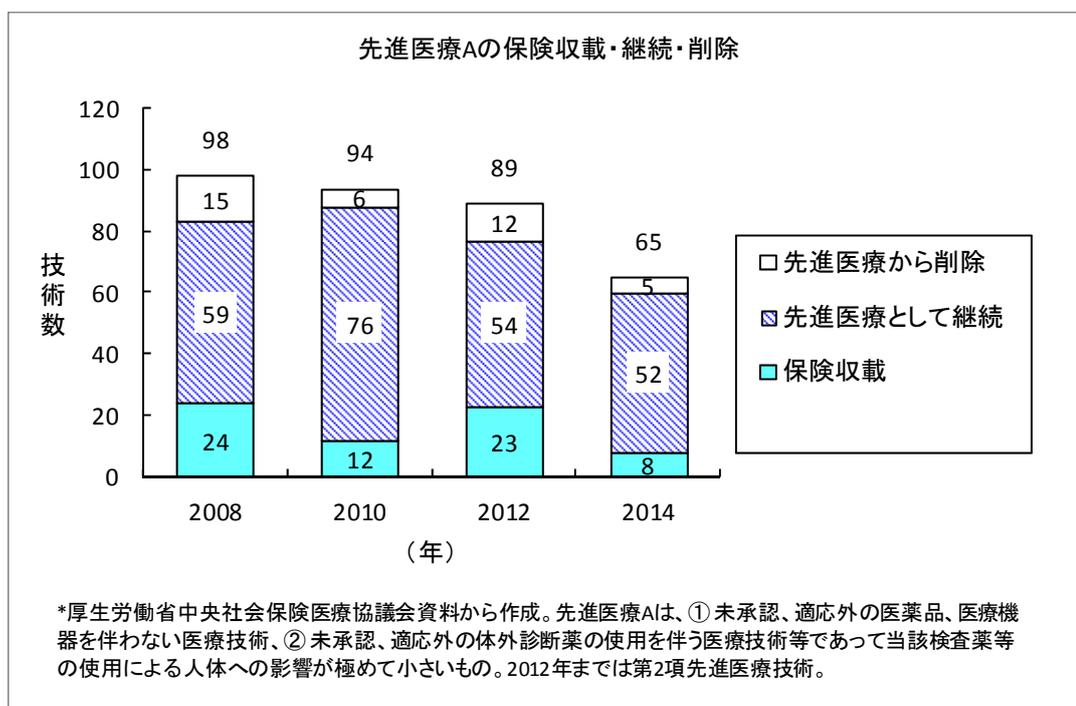
* 厚生労働省ホームページ「保険診療と保険外診療の併用について」から作成

先進医療特約はずっと有効か

先進医療の技術数は変動する。公的医療保険に収載されたり、新たに先進医療になったり、先進医療から削除されたりするからである(図 4.2.1)。

公的医療保険に収載された時点で先進医療ではなくなるので、先進医療特約からの給付はない。生命保険会社もそのことを説明しているが、消費者は自分が契約したときにはあった先進医療が何年か後には先進医療でなくなっているということ、イメージしにくいようである。

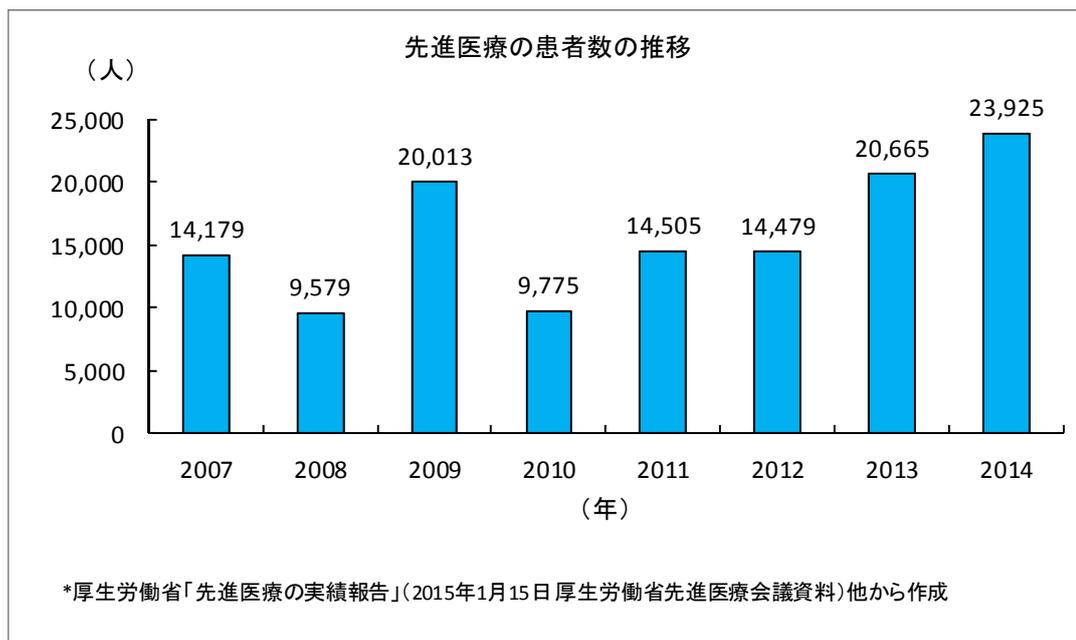
図 4.2.1 先進医療 A の保険収載・継続・削除



先進医療はどのくらい受けられているか

三井住友海上あいおい生命一社で、先進医療特約保有契約が 50 万件を超えたことが発表されているが¹²、実際に先進医療を受けた患者数は 2014 年において 23,925 人である (図 4.2.2)。

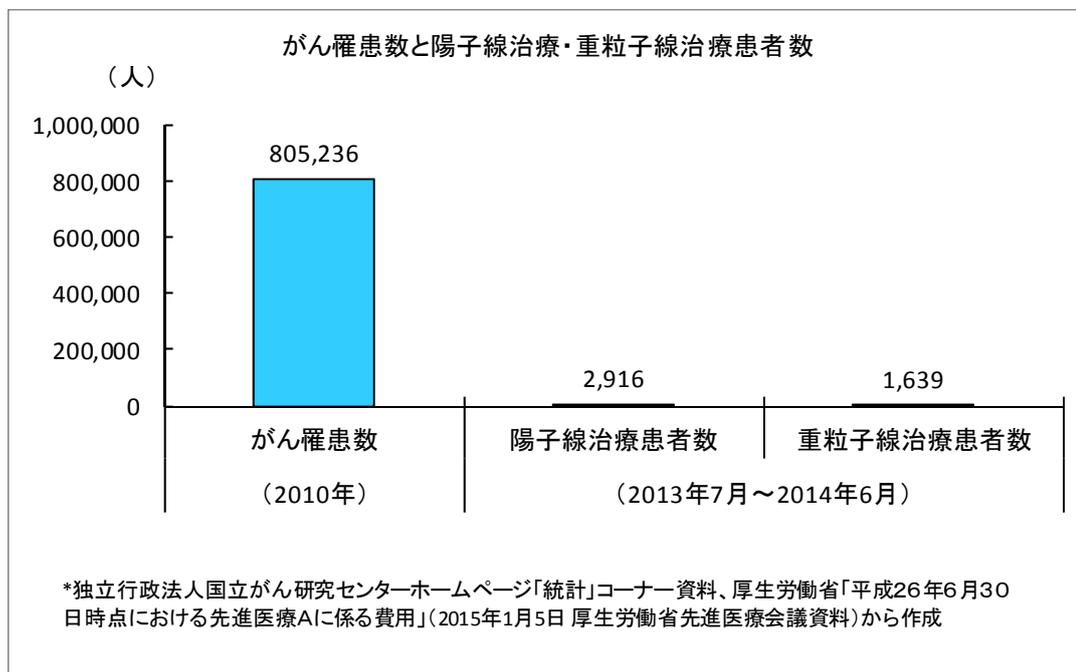
図 4.2.2 先進医療の患者数の推移



先進医療のうち、特に注目されている陽子線治療、重粒子線治療についても、患者数はがん罹患数 80 万 5,236 人に対して、陽子線治療 2,916 人、重粒子線治療 1,639 人である (図 4.2.3)。

¹² 三井住友海上あいおい生命保険株式会社 2013 年 10 月 5 日ニュースリリース
http://www.msa-life.co.jp/news/pdf/20131015_sensiniryoyo50%20.pdf

図 4.2.3 がん罹患数と陽子線治療・重粒子線治療患者数



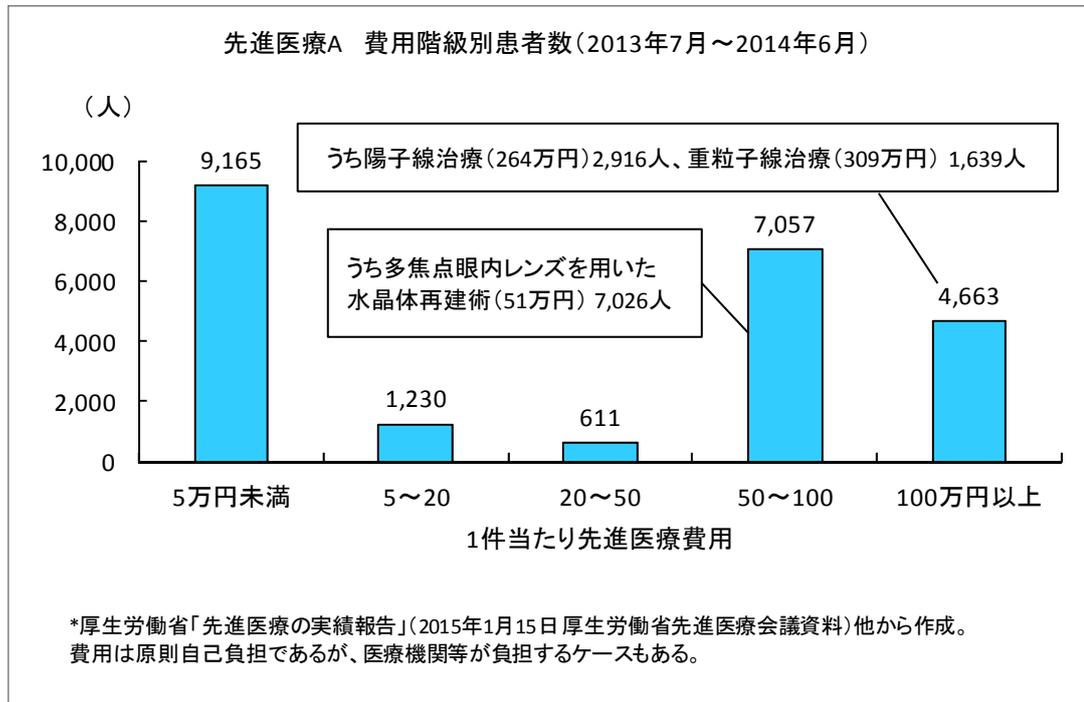
先進医療は高額か

生命保険会社の中には、先進医療は高額になる場合が多いと説明しているところもあるが、先進医療 A¹³を受けた患者の約 4 割は、先進医療に係る部分の費用が 5 万円未満であった (図 4.2.4)。

陽子線治療は平均 264 万円、重粒子線治療は平均 309 万円と高額であるが、前述のように患者数は限定的である。もちろん「自分が受けることはない」という確証はないので、費用が高いか低いかも含めて個人の判断に委ねるしかないところではある。

¹³ 先進医療には先進医療 A と先進医療 B がある。先進医療 A は、① 未承認、適応外の医薬品、医療機器を伴わない医療技術、② 未承認、適応外の体外診断薬の使用を伴う医療技術等であって当該検査薬等の使用による人体への影響が極めて小さいものである。陽子線治療、重粒子線治療などがある。

図 4.2.4 先進医療 A 費用階級別患者数



4.3. 税制上の優遇

所得税生命保険料控除

社会保険料、生命保険料は個人所得から控除される仕組みがある。社会保険料は国民の責務であるのに対し、生命保険料は個人の選択によるものであるが同様に控除される。生命保険料控除には限度額が設けられているが¹⁴、2012年においても所得から控除された生命保険料は2,810億円である¹⁵（「減税額」ではない）。

生命保険には所得の低い世帯も加入しているものの、高所得世帯ではほとんどの世帯が加入しており、生命保険料控除は高所得者に有利な仕組みになっている。

法人契約保険料の損金算入

本稿では、生命保険のうち個人向け商品、そのうち第三分野に注目してきたが、これらを販売する生命保険会社の成長を後押しする仕組みとしての法人向け商品にも触れておきたい。

法人契約の生命保険には「節税」商品があり、生命保険会社全体の市場拡大を後押しし、ひいては個人向け医療保険・がん保険の商品開発、普及を促進している。法人契約保険料の損金算入の仕組みである。

がん保険（終身払込・解約返戻金あり）は、前払期間は保険料の2分の1を前払保険料として資産計上し、残り2分の1のみを損金算入できる¹⁶。法人契約の養老保険で、満期保険金の受取人が法人、死亡保険金の受取人が本人の遺族の場合にも、2分の1を損金算入（福利厚生費又は給与）で

¹⁴ 2010年度税制改正（2012年以後の契約から適用）では、一般生命保険料控除、個人年金保険料控除の限度額が引き下げられた。一方、介護医療保険料控除が新設された。

¹⁵ 国税庁「申告所得税標本調査結果（税務統計から見た申告所得税の実態）」

<https://www.nta.go.jp/kohyo/tokei/kokuzeicho/shinkokuhyohon2012/pdf/gaiyo.pdf>

¹⁶ 「法人が支払う『がん保険』（終身保障タイプ）の保険料の取扱いについて」（法令解釈通達）国税庁長官，2012年4月27日 課法2-5・課審5-6

<http://www.nta.go.jp/shiraberu/zeiho-kaishaku/tsutatsu/kobetsu/hojin/010810/pdf/240418.pdf>
解約返戻金のないもの（解約返戻金がかわめて小さい一部の有期払い契約を含む）は全額損金算入できる。

きる。また、養老保険の医療特約や傷害特約部分は全額損金算入できる。

掛捨て型の定期保険は全額損金算入が認められていたが、定期保険に解約返戻金のある新商品（長期平準定期保険）が登場し、課税当局は課税を強化した。しかしさらに、新商品（逓増定期保険）¹⁷が登場した。現在、これらの定期保険は、全額損金算入は認められず、前払期間の保険料の少なくとも2分の1（契約内容によっては3分の2、又は4分の3）を前払保険料として資産計上する必要がある¹⁸。

あらたな「節税」商品が販売されるたびに、課税当局は個別通達を出して課税強化を図っているが、保険料の損金算入の考え方を見直さない限り、今後も個別通達をかいくぐる「節税」商品の開発はつづくと思われる。

以上のような、生命保険料控除や法人契約生命保険料の損金算入の仕組みは、民間生命保険市場を拡大するかもしれないが、税収を減らし、国家財政ひいては公的医療保険の財源（公費）の確保にも影響を与える。

¹⁷ 保険期間中に保険金額が逓増する定期保険。長期平準定期保険と同様に、当該保険の保険期間の前半において支払う保険料の中に相当多額の前払保険料が含まれている。

¹⁸ 「法人が支払う長期平準定期保険等の保険料の取扱いについて」(法令解釈通達)国税庁長官, 1987年6月16日 直法2-2, 1996年7月4日 課法2-3, 2008年2月28日 課法2-3・課審5-18
<http://www.nta.go.jp/shiraberu/zeiho-kaishaku/tsutatsu/kobetsu/hojin/870616/01.htm>

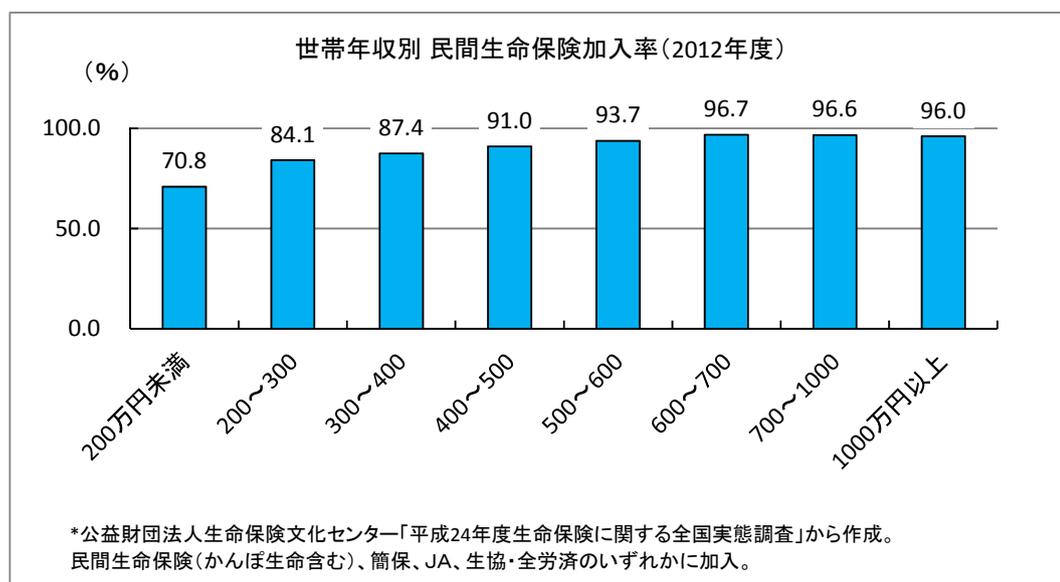
5. 民間保険は公的保険を補完するのか

5.1. 所得による医療格差

現在の民間医療保険・がん保険は公的医療保険を補完するわけではない。民間保険には、低所得者はまず加入することはできないからである。生命保険文化センターの調査によれば、年収 200 万円未満の世帯の約 3 割が民間生命保険に加入していない（図 5.1.1）。

公的医療保険では、所得によって受けられる医療に差が設けられているわけではない。しかし、民間保険に加入していれば後払いとはいえ自己負担の一部がカバーされるので、加入していない場合と比べて、受診抑制的なものは働きにくく、結果的に受けた医療に格差が生じたということもあり得ると考える。

図 5.1.1 世帯年収別 民間生命保険加入率（2012 年度）



5.2. 公的医療費抑制との関係

2001年11月、財政制度等審議会（以下、財政審）は、民間「第三分野」の保険商品の活発化を背景に、一定金額までの医療費について免責制の導入を提言した¹⁹。

財政審は2003年には、いわゆる混合診療の抜本的拡充、先進医療に対する保険適用の在り方の見直しを主張した²⁰。先進医療は公的医療保険から給付しないという姿勢が垣間見える。

こういう財政当局の思惑は、公的医療支出を削減するのみならず、民間医療保険やがん保険市場を拡大したい生命保険会社の思惑と一致する。

折しも、保険外併用療養のひとつとして、「患者申出療養（仮称）」の創設が決定した。これは、医療機関からの申請による先進医療や、製薬メーカーからの申請による治験ではなく、患者からの申出を起点として、評価療養として行われている先進医療等を身近な医療機関で受けられるようにする仕組みである²¹。

「患者申出療養（仮称）」のような個別選択性の高い医療は、「大数の法則」が働かないので、これに対応する保険商品ができるかどうかは未知数だが、さまざまな不安要因から、今後、低所得者も民間保険に無理をして加入しようとするかもしれない。保険外併用療養を保険外に留め置くのではなく公的保険収載の道筋を明らかにすること、公的医療保険において低所得者対策をしっかりと行うことが重要だと考える。

¹⁹ 財政制度等審議会・財政制度分科会「平成14年度予算の編成等に関する建議」2001年11月15日、7～8頁

https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia131115b.pdf

²⁰ 財政制度等審議会「平成16年度予算編成の基本的考え方について」2003年6月9日、10頁

https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia150609/zaiseia150609a.pdf

²¹ 『日本再興戦略』改訂 2014年6月24日 閣議決定 98頁

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/honbun2JP.pdf>

5.3. がん保険とがん対策

生涯でがんにかかる確率（累積罹患リスク）は、男性 60%、女性 45% であり、「2 人に 1 人ががんになる」と言われている²²。民間がん保険への加入が進むのは、生命保険会社の広告宣伝によって不安が増幅させられている面もあるが、根本には「がん」そのものに対する不安がある。

特に大きな問題は、実際にがんにかかる時に生計を維持できない現実があることである。厚生労働省が 2011 年から 2012 年にかけて行った調査では、がんと診断された勤労者の約 4 分の 1 (23.6%) が退職している²³。厚生労働省の検討会が述べているように「がん発症を契機として、移動や雇用形態の変化、退職等により、収入が低下することが少なくない」²⁴。

2012 年 6 月に「がん対策推進基本計画」が閣議決定された²⁵。同計画では、今後、就労継続の指針を提示する予定であるが、インセンティブ²⁶に加え、雇用が守られるよう強制力のある仕組みも必要である。

生命保険会社はそれぞれ、がん対策に関わる社会貢献活動に取り組んでいる。たとえば、アフラックでは、社員や販売代理店が各都道府県のがん予防推進員の委嘱を受け、ボランティアで地域や職場でのがん予防等の啓発活動を行っている²⁷。生命保険会社は、広い意味で公的医療保険にも関

²² 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
がん情報サービス／がん登録・統計／最新がん統計

<http://ganjoho.jp/public/statistics/pub/statistics01.html>

²³ 厚生労働省がん臨床研究事業「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」班『治療と就労の両立に関するアンケート調査』結果報告書』2012 年 8 月
当該項目の回答者は無回答を含めて 382 人。

http://first.cancer-work.jp/wp-content/uploads/2012/08/investigation_report2012.pdf

²⁴ 厚生労働省「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会報告書」2014 年 8 月 15 日
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000054911.pdf>

²⁵ 「がん対策推進基本計画」2012 年 6 月 8 日閣議決定

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002bp3v-att/2r9852000002bp7b.pdf>

²⁶ 東京都はがん罹患後 1 年以上就労を継続した従業員が 1 人以上存在する企業を表彰する仕組みを導入している。東京都「がん患者の治療と仕事の両立への優良な取組を行う企業」

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryu/iryu_hoken/gan_portal/soudan/ryouritsu/kigyobosyu.html

²⁷ アフラック「アフラックの現状 社会との共存に向けた取り組み」

http://www.aflac.co.jp/corp/report/disclosure/pdf/2014/p57_64.pdf

わるプレーヤーであり、今後さらに、業界をあげて日本のがん予防・対策にも貢献してほしいと考える。

6. おわりに

第三分野ではアフラックががん保険市場を寡占してきたが、2001年7月に国内損保子会社も含めて参入自由化が実現し²⁸、アフラックがシェアを落とすなど厳しい競争にさらされ、過剰ともいえる広告宣伝があふれている。さらに公的医療保険サイドで、いわゆる「混合診療」拡大の動きがあったり、保険免責制導入の検討が浮上したりしており、消費者の不安を増長している。

生命保険会社が不当な利益を得ているという見方もあるが、民間保険は公的医療保険とは異なる点を理解してその経営実態を冷静に判断する必要がある。ただ、生命保険会社は、当然に営利を追求する。利益の一部は株主への配当に回され、外資系企業では利益の一部を本店に送金する。生命保険会社の保険料は広告宣伝費などにも使われ、将来の給付に備えた準備金は外国債の購入を通じて海外にも流出している。そして、民間第三分野の保険料（年換算）は、公的医療保険の被保険者のその半分近くの多さに達している。そして、民間第三分野の保険料（年換算）が、公的医療保険の被保険者のその半分近くの多さであることを思うと、さまざまな思いもある。

一方で、民間生命保険によって救われた人も少なからずあり、その意義は小さくはない。しかし、民間保険が普及してきたから公的医療保険の役割を民間にシフトするという方向付けが安易に行われぬよう願っている。

²⁸ 金融庁「生命保険会社・損害保険会社による第三分野への相互参入について」2000年10月13日 <http://www.fsa.go.jp/news/newsj/hoken/f-20001013-4.html>

最後に、国民皆保険の日本でプレーしている以上、外資系も含めて、民間生命保険会社は節度をもって広告宣伝をしてほしい。

また、民間生命保険会社の中には、公的医療保険についても説明しているところがある一方、厚生労働省が発信している情報の中に、「これを見れば公的医療保険がわかる」といえるものがない。国、保険者、民間生命保険会社が一体となって、国民（消費者）に公的医療保険についての説明ツールを作成するなど、丁寧な説明を行ってほしいと考える。

7. 参考資料

以下のほか、生命保険各社のディスクロージャー誌（アニュアルレポート）、厚生労働省審議会資料等を参考にしている。

生命保険業界の資料

- 一般社団法人生命保険協会「『生命保険会社のディスクロージャー～虎の巻』2014年版」<http://www.seiho.or.jp/data/publication/tora/>
- 一般社団法人生命保険協会「生命保険事業概況」
<http://www.seiho.or.jp/data/statistics/summary/>
- 公益財団法人生命保険文化センター「平成24年度『生命保険に関する全国実態調査』」
<http://www.jili.or.jp/research/report/zenkokujittai.html>
- 公益財団法人生命保険文化センター「平成25年度『生活保障に関する調査』」<http://www.jili.or.jp/research/report/pdf/h25hosho.pdf>

保険外併用療養

- 厚生労働省「保険診療と保険外診療の併用について」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/heiyou.html>

税制

- 国税庁 法人税関係個別通達
<http://www.nta.go.jp/shiraberu/zeiho-kaishaku/tsutatsu/kobetsu/hojin/houzin.htm>