

[リサーチレビュー]

[2011 Vol1 No6]

[保険医学総合研究所]

[2011 年 10 月]

[目次]

研究報告

医療保険における入院給付金不払いについて.....2

消費者向け研究報告解説

研究報告「医療保険における入院給付金不払いについて」.....6

研究報告

医療保険における入院給付金不払いについて

報告者 嘉藤田 進

1. はじめに

民間生命保険会社(以下、生保と略す)が販売している医療保険においては、入院給付金の不払いあるいは削減払い(一部払い)ということが発生することがある。実際に医療機関に入院しているのに、なぜ入院給付金の不払いや削減払いが発生するのだろうか。このことを理解するためには、医療保険自身がもつ問題点とともに、背景となる日本の医療制度の変遷とそれに伴う問題点についても理解しておくことが必要である。生保の医療保険自身がもつ問題点と日本の医療制度の問題点の上に約款の支払い要件(注1)を満たさない約款対象外入院が発生し、そのような入院に対して生保は入院給付金の不払いあるいは削減払い(一部払い)を行っている。

注1: 通常生保の医療保険の約款は、「疾病または不慮の事故による傷害の治療を目的とする入院」だけを支払対象とすると規定されている。したがって、人間ドックのような「検査を目的とする入院」などは支払対象外となる。

さらに、支払い対象とする「入院」に関しても約款に取り決めがあり、「医師による治療が必要」「自宅等での治療が困難」「常に医師の管理下において治療に専念」の3条件を満たした入院と規定されている。

これは、外来通院可能な病状で、外来で実施可能な治療を入院により行っても支払対象にはならないことを示している。また、入院が必要な病状で入院が必要な治療を行っていても医師の指示に従わない場合や外出外泊が頻回で治療に専念しているとは到底考えられない入院状況の場合も支払対象にはならない場合がある。

2. 民間医療保険の問題点

生保が扱う医療保険の入院給付金は入院すると入院 1 日当たり何千円という、定額給付が原則であり、損害保険が扱う限度額の範囲内で実際の損害額を給付する実損填補型の給付とは大きく異なる。1 生命保険会社当たりの入院給付金の日額には通常被保険者 1 人当たり日額 2 万円までというような通算日額限度があるものの、複数の生保の医療保険に加入することは可能であり、違う生保 10 社の医療保険に加入すれば入院給付金の日額総合計が 20 万円とすることも可能である。この場合、1 か月入院すると入院給付金総額は 600 万円にもなる。通常外来で治療可能な病状と治療内容で 1 か月間入院すれば、支払い医療費は高額療養費の適応で 10 万円以内にもかかわらず、590 万円という通常サラリーマンの年間平均給与と同程度の給付金が、わずか 1 か月で働くこともなしに、税金もかからない状態で手に入るということになる。このことが被保険者の射幸心を煽り、退院できる病状に回復しても入院を長引かせたり、外来治療で十分治療可能であるのに、意図的に入院して給付金を搾取するという不必要入院を引き起こす原因の一つになっている。

生命保険業界としてもこのようなケースが安易に発生することが無いように、「契約者内容登録制度」(注2)や「契約内容照会制度」(注3)などの対策を打って、各社の引受可否判定に活

用している。

ここで必要もない入院を医者が認めるのだろうかという疑問を持たれる方もいるだろう。この疑問の回答の一つが次項に記載する日本の医療制度の変遷から生じた問題点である。

注2:生命保険制度は、多数の契約者の善意と信頼とによって成り立っています。制度が健全に運営され安心して利用できるよう、契約内容登録制度が設けられています。生命保険会社は、保険契約(死亡保険金や入院給付金等のある特約を含む)の申込みがあった場合、その契約内容を生命保険協会の登録センターに登録することがあります。生命保険会社は、登録された内容について契約の申込みを受ける際に引受けの判断の参考とし、また死亡保険金や入院給付金等の請求を受けた際に支払いの判断の参考としています。登録内容については、契約者または被保険者であれば、当協会または契約申込みを行った生命保険会社に照会することができ、万一、登録内容が事実と相違している場合には、事実確認のうえ訂正を行います。登録内容は上記以外の目的に利用されることや他に公開することはありません。(生命保険協会ホームページより抜粋)

注3:生命保険会社および全国共済農業協同組合連合会(JA 共済)は、健全な生命保険・共済制度の維持・発展に資することを目的に平成 14 年 4 月より「契約内容照会制度」を共同で運営し、「契約内容登録制度の登録内容」と「全国共済農業協同組合連合会の登録内容」を相互に照会のうえ、契約の引受けまたは死亡保険金や入院給付金等の支払いの判断の参考としています。(生命保険協会ホームページより抜粋)

3. 日本の医療制度の変遷とその問題点

昭和 36 年すべての市町村において、国民健康保険(国保)が実施され、生活保護受給者など一部を除いて全国民が公的医療保険の被保険者となった。

ほぼ同時期の昭和 35 年に岩手県沢内村に始まった「老人医療費の無料化」は全国的な広がりを見せ、昭和 48 年には国としての老人医療費の無料化にまで進み、この年は福祉元年と呼ばれた。高度経済成長のおかげで国民には負担感なく進められた制度ではあったが、当然のことながら無職で時間的余裕のある老人が医療機関を集会所代わりに利用する「病院のサロン化」、1つの疾患で複数の医療機関にかかる「ハシゴ受診」や医療費の取り逸れがないということから老人病院が乱立し、老人の介護目的の「社会的入院」、医者が不必要な診察・検査・治療を行う「乱診乱療」なども多発し、老人医療費の急激な上昇を招き、さらには国民総医療費の急激な上昇をもたらしことになった。

この老人病院の乱立・病床数の増加と医療機関における介護目的の社会的入院の容認が、その後の日本の医療制度に長らく影を落とすことになった。

昭和 48 年と昭和 54 年の原油価格高騰による経済混乱、いわゆるオイルショックによって経済は低迷し税収は落ち込んだに対して、国民の老齢化の進展による年金支払いは急激な伸びを示し社会保障費の負担は予想外に大きくなった。昭和 30 年に 3900 億円程度であった社会保障費は昭和 50 年には 11 兆 7700 億円程度と急増し、財政に占める社会保障費の割合は 10%から 18.5%と上昇した。

特に無職の老人の比率の高い国民健康保険の運営が厳しくなり、昭和 58 年老人保健法施行により、患者負担が導入された。このときの対象者は 70 歳以上の健康保険加入者と 65 歳以上 70 歳未満の障害者であった。当初の患者負担は外来 1 月 400 円、入院 1 日 300 円であり、翌昭和 59 年には健保被保険者本人の自己負担が 1 割に引き上げられた。昭和 60 年医療法の改正において都道府県の「地域医療計画」が導入され、いわゆる病床規制がはじまったが、その施行前に駆け込み増床が各地で起こり、これもまた医療費急騰の一因となった。昭和 61 年には老人保健法改正法案が成立した。この中で、患者負担の増額、社会的入院の解消と老人医療費の抑制を目指し、介護を必要とする老人が病院から自宅に戻るための中間施設として老人保健施設制度が新設された。平成 4 年第 2 次医療法改正では長期入院に対応する療養型病床群の新設、平成 9 年第 3 次改正ではそれまで病院にのみ認められていた療養型病床群を有床診療所に拡大、平成 13 年第 4 次改正では医療機関に一般病床と療養病床の選択を義務付け、地域医療の中でその医療機関が担う役割を明確にさせた。当時の一般病床と療養病床の割合はおよそ 3:1 であった。さらに、高齢者の療養病床については、老人保健施設や居住系サービス施設(有料老人ホーム、ケアハウス等)への転換がすすめられている。

これら一連の法改正(制度改正)は一貫した医療費抑制、とりわけ老人医療費の抑制を目指したものであった。

さらに、診療報酬点数を操作することによって、医療から福祉へ、病院から在宅へという流れが推し進められた。平成 12 年、慢性期入院医療における包括化の拡大(6 ヶ月以上の入院は包括化、半年後には 90 日に短縮)、平成 14 年、療養病棟などでの在院日数による通減(入院が 180 日を超えると患者の自己負担増加)などが行われ入院日数の短縮化が図られた。

しかし、それにもかかわらず昭和 48 年から昭和 58 年の老人医療費無料化時代の「社会的入院」を容認する医療機関、「乱診乱療」を行った医療機関、さらに「地域医療計画」施行前駆け込み増床を行った医療機関の中には、必要以上に多く抱えた病床の稼働率を上げ収益を得るために、地域医療計画に基づいた病床数の規制によって新規医療機関の参入が難しいことにも守られて、1 患者あたりの売り上げは少なくとも手のかからない軽症患者で常に病床を満床にしておくことで収益を上げるという方針をとり、安易に患者を入院させ、また不必要に長期に入院させることを未だに行っている医療機関がある。

このような安易な入院は広く認められている医師の裁量権により正当化され、不必要に長期の入院である事実は、医療機関が健康保険の運営者に送り、費用の支払いを求めるレセプト(診療報酬明細書)の審査が 1 か月毎であることと、高額なレセプト以外は診療内容を十分にはチェックされないことから、不必要に長期入院であることが表面化せずに見過ごされてきている。

4. 約款の支払い要件を満たさない入院の典型的なパターン

いままで述べてきた、生保の医療保険の定額給付の問題点、日本の医療制度の問題点をベースに、退院できる病状に回復しても入院を長引かせたり、外来治療で十分治療可能であるのに意図的に入院して給付金を搾取するという不必要入院が発生し、生保の医療保険の入院給付金請求が行われている。

約款の支払い要件を満たさない入院には大きく分けて3つのパターンがある。型に関しては仮につけた名称であり汎用的ではない。

- 1) 医療機関主導型:これは3. で述べたような問題ある医療機関・医師により医療機関主導で入院期間の不必要な長期化や外来通院でも治療できる病状にもかかわらず入院を指示するタイプで、患者は医療の犠牲者ともいえる状況にある。生保も事情が分かれば厳しい支払い査定をすることは少ない。
- 2) 患者主導型:これは患者自身が生保の医療保険から給付金搾取を目的に入院を行うタイプであり、多くの場合複数生保の医療保険に加入していることが多く、入院日額合計や保険料合計が収入に対して過大である。時に医療機関が患者の居座りに遭い迷惑を被ることがある。
- 3) 複合型:医療機関の利害と患者の利害が一致した場合で、入院期間の不必要な長期化や外来通院でも治療できる病状にもかかわらず入院が生じ、生保が支払い査定時に医療機関への照会をしたり、調査会社による支払い調査をしようとしても拒絶されたり、十分な協力が得られないことが多い。生保としては一番対応が難しいタイプである。

それぞれのタイプの具体的な症例研究については、別の機会に発表する予定である。

<参考文献・参考資料>

- 1) 高齢者医療制度の概要とこれまでの経緯 泉眞樹子 国立国会図書館調査及び立法考査局 レファレンス 2010年2月
- 2) 保険法 平成20年6月6日 法律第56号
- 3) 高額療養費制度を利用される皆さまに 厚生労働省保険局
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken13/dl/100714a.pdf>
- 4) 病床規制の今日的意義について 井上 従子 横浜国際経済法学 第18巻第3号
- 5) 生命保険制度の悪用(モラルリスク)への対応 生命保険協会
<http://www.seiho.or.jp/activity/moral.html>

消費者向け研究報告解説

研究報告「医療保険における入院給付金不払いについて」の解説

一般の消費者の方は、民間の医療保険に加入されると入院した日数に比例して給付金を受け取れるものだと思われていることでしょう。販売されている医療保険によって給付の上限が異なりますが、限度を超えなければ原則入院日数に応じた給付金を受け取ることができます。

ところが、入院したにもかかわらず給付金が支払われないことがあります。

1) 検査などの治療を目的としない入院

2) 契約する前から通院されていたご病気による入院など(専門的には契約前発病の場合)

の場合です。2)については、発病の解釈を巡って保険会社と加入者の間で争いになることもあり、消費者団体からも厳しい指摘が保険会社に投げられています。この点は、リサーチレビュー2011 Vol1No3に最近の保険会社の取り組みをレポートしていますので、ご希望があれば、研究所へメールで依頼いただければレポートを送付させていただきます。

さて、今回のレポートは、上記の1)や2)のようなケースではなく、明らかに医学的に不要な入院が存在する問題です。入院された患者と医療機関の問題、これを取り巻く医療保険制度の問題についてレポートでは解説しています。その詳細は専門的になりますが、俗に社会的入院といわれる入院の必要性が希薄な場合から入院中に飲酒やギャンブルするための外出を頻回に繰り返されている入院など様々なケースが見られます。

医療は、科学的にまた善意で提供されているはずであると多くの方が思っているでしょう。しかし、保険会社の請求の個別ケースを見てみますと、このような理解を考え直さざるを得ないことがあるのも事実です。このようなケースに給付することは、多くの方から保険料をお預かりして公正、公平に運用しなくてはならない保険会社にとって容認できないことになり給付金の不払いという不幸な結果につながります。

「給付金の不払い」という語句の響きは、保険会社のミス、保険会社が過剰に利益を追求する表れなどと受け取られ易いですが、多くの消費者に知られていない入院の実態が存在するのも事実です。今後、具体的事例についても報告していく予定です。