

# [リサーチレビュー]

[2016 Vol6 No1]

[保険医学総合研究所]

[2016年1月]

## [目次]

---

### 研究報告

公的制度と保険金給付・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

### 消費者向け研究報告解説

研究報告「公的制度と保険金給付」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6

## 研究報告

### 公的制度と保険金給付

#### 1) はじめに

入院給付詐取目的の保険加入やこれに伴う給付請求あるいは、告知義務違反（以下、告反）に対するリスク管理なかでも支払い査定ノウハウは、多くの会社で構築され経験を積んでいる。一方、最近の入院環境の変化を踏まえると事前のモラルハザードより、事後的モラルハザードに対するリスク管理も求められている。したがって、本レポートではリスク管理のための素材として公的制度情報の利用について報告する。

#### 2) 問題の背景

保険金給付における個別的支払い査定で悩ましいのが、モラルハザードである。事前のモラルハザードと事後的モラルハザードに上げられるが、短期入院へのインセンティブ強化、DPC 病床の拡大、病院機能分化の推進、病棟機能報告の導入、地域医療構想策定および長期入院に関する監視強化といった入院環境の変化によって、モラルハザードへの対応も変化するはずである。

はじめから長期入院による給付金詐取を目的とした保険加入という事例は、一入院通算 120 日、180 日タイプの入院特約、医療保険が販売されていた時代には、よく問題になっていたが、最近の一入院入院の日数制限や環境査定（契約内容登録制度の運用や日額と収入の関係チェック）で一応減少していると考えられる。一方で、販売チャネルの多様化、ネット販売などによる無面接加入チャネルの登場などで、告反事例の増加が懸念されているが、告反事例に対しては解除権行使が可能であり、一応約款上の防止策は用意されている。

そのような状況下、今後増える高齢を含めた慢性疾患の入院に付随する事後的モラルハザードに対する防止策が業界に求められている。以前、事前のモラルハザードとして不必要入院に関する請求者が、医療提供の病院や有床診療所あるいはそこに在籍する医師と連携していることが多く見られていた。すなわち、給付金請求者と医療機関の利害が一致する請求の構図が存在していた。勿論、一方的に医療機関の営利てき経営の犠牲者として長期入院をさせられていたケースもあったが、医療機関と利害が一致する請求のデータを分析すると、見事に国が発表する都道府県別入院医療費のデータで上位を占める県に集中していた。ところが、上記に示したとおりの入院環境の変化は、医療機関改革を推し進める事になり、長期入院の温床となっていた医療機関は、急性病院から療養病床へ、特に介護保険療養病床さらには、老人保健施設への転換が誘導されるなど、保険会社への給付請求を目論む患者の意向に沿って入院サービスを提供できる状況ではなくなってきている。老人医療無料化とこれに伴う所謂老人病院の乱立および地域医療計画で温存されてきた社会的入院の温床である病院の是正が、長年かかってようやく実効的段階に入ってきている。その間 30 年近い年月を要しているが、医療法、診療報酬及び地域医療計画の策定により、ようやく不必要入院の温床とも言うべき老人病院が淘汰される運びとなっている。

しかし、事後的モラルハザードに関しては、その疑いがある入院請求は継続して発生している。これまでの事前のモラルハザードや告反事例への対応と異なり、個別的査定判断が必要になり、査定の精度や均質化を実現するには苦勞している状況である。

### 3) リスク管理に利用できる公的制度情報

#### 1. 長期入院への対応

##### ①DPC 点数表と DPC 病院調査報告

急性期の入院患者を対象とした診療報酬の包括支払方式である DPC の診療報酬包括方式の病床数は、既に全病床の半数を超えている。診療報酬は、各診断群（疾病、医療行為、処置など）により入院期間を 4 群すなわち入院期間Ⅰ、Ⅱ、Ⅲおよびそれを超える期間に対して決まっている。入院期間Ⅰ～Ⅲは、包括方式でありⅢの上限日数は診断群の平均日数+2SD で設定されている。DPC に該当しない病名に関しては別として対象となる病名に関しては、DPC 用の診療報酬に設定されている入院期間Ⅲが参考になる。また、中央社会保険医療協議会の下部組織である診療報酬調査専門組織（DPC 評価分科会）では、DPC の実績調査が行われており、各疾患群別の入院期間実績の報告もされている。このデータを急性期疾病の場合の長期性入院判定の視標にすることは可能である。なお、入院期間Ⅲを超える入院は出来高で算定されるが、各医療機関の診療報酬全体に影響を与える調整係数や機能係数に患者全体の平均在院日数が評価されており、DPC の対象病院には、そもそも長期性入院を排除するインセンティブが制度上包含されている。したがって、長期性の入院給付判定においては、入院している実情把握が重要になる。

##### ②特定除外制度の特定除外項目

最近、三大疾病など一部の入院に入院給付の通算日数 1095 日を越えて無制限まで緩和した商品が、販売されるようになってきているが、これは国が認めている長期入院の対象疾病と必ずしも一致していない。

現在、長期性入院の視標として国は 90 日を越える入院患者について積極的に管理している。急性期の病院で 90 日を越える患者の診療報酬は、療養病床における診療報酬まで引き下げられる制度になっており、90 日を越える患者を在院させると医療期間経営に影響を与えることになる。しかし、そのようなマイナスのインセンティブから除外項目が決められている。すなわち、該当する項目は 90 日を越える入院として妥当性が認められていることになる。現在、悪性新生物は項目に該当しているが、急性の心筋梗塞や脳卒中は該当していない。したがって、通算 1095 日を緩和する必要性は認められないことになる。

このように、90 日を越える入院の場合には、国が認める特性除外項目に該当する請求なのか査定する視標になるはずである。

##### ③患者の重症度、医療・看護必要度および医療区分

急性期病院に入院している患者に対する医療資源の配分について国は、患者の重症度、医療・看護必要度という視点で管理している。給付請求に対する不必要性の確認に際しては、このような国が管理している視点と平仄を合わせた医療情報確認をすることも肝要になる。

#### ④地域包括ケア病棟における入院状況

高齢社会の到来と慢性疾患の増加は、地域完結型医療として地域包括ケア病棟のような地域の医療介護ケアおよび在宅医療介護との連携が強化された医療施設の充足が求められている。すでに、地域包括ケア病棟が発足し、その実績報告も参考にできる状況になっている。DPCの対象病院のような急性期の病院と異なり、今後普及するこのタイプの入院に関して情報を集積しておくことも今後の給付査定には重要になるはずである。

特に、在宅医療介護を支援する医療機関であるため、入院患者の自宅への早期復帰率が重要な視標として管理されおり、実績も報告されている。在宅復帰率、医学的理由以外の要因で退院できない理由、入院継続の理由などである。勿論、平均在院日数の実績も報告されているため、今後地域包括ケア病棟からの入院請求に対しては、これらのデータが参考になるはずである。医療情報の確認においては、病院機能、病床機能の区分について十分配慮すべきと考えられる。

### 2. 短期手術後入院

#### ①短期滞在手術等基本料対象手術

特定の手術に関しては、日帰り手術や短期入院で済むことがこれまでの実績で証明されているため、診療報酬の包括方式が採用されている。現在 21 種類の手術が対象となり、正式には短期滞在手術等基本料 3 が診療報酬として認められている。これらの手術については、入院の実日数に関係なく全診療報酬が包括される。実日数が 5 日以内であれば医療機関側に有利な診療報酬が認められていることになる。したがって、該当する手術を実施しているにも関わらず 5 日を超える入院期間の請求があれば、個別事情を給付査定で判断しなくてはならない。

長期入院のモラルハザード防止に比較して、見落としがちではあるが短期入院でも、平均的な入院医療から外れた医療行為が行われている場合がありえる。特に複数回実施されるような入院医療では注意が必要である。

### 3. 入院料等における包括範囲

濃厚診療の回避、つまり医療における過剰診療を防止する意味で患者の病状と医療の必要性に合わせて主に入院診療に関する診療報酬支払いの包括の範囲が設定されている。これは、包括化される部分は病床機能に合わせた定型的な療養に関しては定額給付とする主旨である。包括化されていない部分が患者の病状の個別性を反映している。したがって、支払い審査における給付請求の個別的な主張は、非包括化部分ではより事情を斟酌すべきであるが、逆も真という判断になる。その点を勘案すると診療報酬支払いにおける加算あるいは病床機能と包括範囲の関係を理解しておくことは重要と考えられる。

図に主な範囲を示す。

## 主な入院料等の包括範囲

○ 短期滞在手術等基本料は、原則として基本診療料・特掲診療料は包括されているが、多くの入院料では、包括範囲に除外項目等を設ける等の対応を行っている。

	短期滞在手術等 基本料	地域包括ケア病棟 入院料	療養病棟 入院基本料	回復期リハビリテーション 病棟入院料	DPC (包括評価部分)
B 医学管理等	○	○ 地域連携計画退院時指 導料(I)を除く	×	○ 地域連携計画退院時指 導料(I)を除く	×
C 在宅医療	○	×	×	×	×
D 検査	○	○	○	○	○ 一部例外あり
E 画像診断	○	○	単純撮影等は○	○	○ 一部例外あり
F 投薬	○	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
G 注射	○	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
H リハビリテーション	○	○ 摂食機能療法を除く	×	×	×
I 精神科専門療法	○	○	×	○	×
J 処置	○	○ 人工腎臓を除く	○ 一部処置を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 1000点以上を除く
K 手術	○	○	×	○	×
L 麻酔	○	○	×	○	×
M 放射線治療	○	○	×	○	×
N 病理診断	○	○	○	○	×

出典：

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000092786.pdf>

#### 4) おわりに

このように日常の危険選択に応用できる公的制度および公的統計が公表されている。これらの制度の仕組みや制度創設の主旨およびデータを知ることで給付請求の背景にある医療の理解が進むはずである。疾病、手術等の治療など目先の医学を理解することは危険選択の初歩であるが、さらに幅広い背景の理解に基づいた危険選択実務の遂行が、今後きめ細かい消費者対応を考える上でも重要になるはずである。

## 消費者向け研究報告解説

### 研究報告「公的制度と保険金給付」の解説

これだけ、医療費財政が逼迫している、あるいは医療費削減が叫ばれる中でも、民間の医療保険を利用して過剰な保険給付を得ようとするものが見られることがあります。もちろん給付すれば、多くの方から集めた保険料の一部が、妥当性を欠くような請求に給付されることとなります。この点は、以前より保険業界では問題になってきたことですが、最近では入院環境が大きく変化しています。入院を提供する病床の機能分化や診療報酬支払い方式などが、新しい医療制度への転換という国策により大きく影響を受けているからです。ともすれば、保険金支払い審査の担当者の経験的な直感による入院の妥当性判断が、実務の現場では横行していますが、今後の医療環境の変化を見れば公的制度的変化を理解し、より科学的な給付審査が必要になっています。本レポートでは、やや専門的な部分がありますが、どのような制度が給付審査の参考にすべきなのかを解説しています。