

【事案Ⅱ-11】入院共済金請求

・ 平成 26 年 1 月 9 日 裁定終了

<事案の概要>

生命共済加入者が腰椎々間板症の治療のため平成 23 年 12 月～平成 24 年 6 月まで入院したので共済金を請求したところ、共済団体が平成 24 年 2 月以降の入院は入院の定義に該当しないとの理由で当該期間の入院共済金を支払わなかったことを不服とする申立てがあったもの。

<申立人の主張>

共済団体は、入院共済金 792,000 円（入院日額 6,000 円×132 日分）を支払え、との判断を求める。

申立人の再審査請求に対する共済団体の回答内容に異議がある。

- (1) 申立人が入院した病院の照会結果で、住所が遠方のため入院していたような記載があるが、通院リハビリは週 2 回と定められており毎日リハビリが必要だったため、リハビリ病棟に入院した。
- (2) 入院直後に一人で簡単にトイレに行っていたように記載されているが、車椅子で一生懸命に行った。また、入院について「入院希望が有」とあるが、痛み、麻痺等があるため受診後に入院したのであって、入院希望で病院に行ったのではない。
- (3) 外泊・外出は、医師の許可を得て、病院の規定範囲内でおこなった。松葉杖で、簡単に外出しているように書かれているが、玄関まで車を横付けし、痛み等を我慢して外出した。
- (4) 共済団体の調査は、画像や書面だけの判断と思うが、書面だけでは、私と医師の口頭でのやり取りは伝わらず充分ではないと思う。
- (5) 入院した時の支払いや生活の安心のため、毎月高い掛金を支払い、加入しているのに、共済金請求に対する医療照会から回答通知まで、半年以上も手続きを長引かされ、支払われないと言われ金銭的に大変な苦痛を強いられた。また、素人の私に何でも文書で出せと言われ、長期に渡り、精神的に苦痛だった。

<共済団体の主張>

申立人の請求を棄却する、との判断を求める。

- (1) 「入院」についての判断は以下のとおり。
 - ① 共済では「『入院』とは、医師または歯科医師による治療が必要であり、かつ、自宅等での治療が困難なため病院または診療所に入り、常に医師または歯科医師の管理下で治療に専念することをいう」と定めている。
 - ② この規定は、検査結果・傷病の症状などの所見に基づき、客観的・合理

的に医師による入院治療が必要と認められる入院に対して、入院共済金を支払うことを主旨として規定したものである。入院による治療に関しては医師が判断するが、その入院に対して共済契約に基づく共済金のお支払いできるか否かは、共済団体が判断する。入院した事実のみで、共済金をお支払いするものではない。

- ③ 申立人は、2月～3月の入院中に外泊は13日間、外出は7日間となっており、全入院期間中では、17日間の外泊、28日間の外出となっている。
- ④ 入院中に行われた治療行為のうち、経口投与、静脈注射、温熱療法、低周波療法は、いずれも通院でも実地可能と判例においても判示されている。また、入院中のリハビリに関して理学療法士の回答内容から入院しなければ出来ないリハビリとは認められない。
- ⑤ 診断書および医療照会の内容から、平成24年1月時には、疼痛は寝起き以外消失し、歩行状態について跛行は見られるものの安定していることを確認した。また、検査の結果、骨ゆ合、神経合併症問題なく、残存する神経障害の原因となる所見は画像上認められず、平成24年2月以降の入院治療については「自宅等での治療が困難な状態」とは判断できない。
- ⑥ なお、平成23年12月から翌年1月までの入院は、神経ブロック注射、および硬膜外チュービングを施行され、疼痛の状況を観察する必要性があるため入院の必要性を認め、当初の入院治療計画書が入院期間1か月であった点なども考慮し、入院共済金を支払った。

(2) 「再審査請求に対する回答」について

- ① 担当医師から「ベッドでの安静指示期間・安静は指示していない。入院後直ぐにトイレ等は自分で行った」と回答され、移動手段の発言がなかったためこのような記載となった。

また、「痺痛、筋力低下のため、当初通院困難のため、患者様から入院を希望した」旨の回答を記載したもので、この回答のみで入院の必要性の有無を判断したものではなく、治療内容等を検証し判断したものである。

- ② 申立人から提出された診断書等のみで共済金のお支払いの適否判断が出来ない場合は、医療照会により詳しい情報を取得したのち、当該の契約規定に定めた「入院の定義」に該当するかどうかの検証を行う。なお、医師と患者のやり取りが診療録（カルテ）等に記載があれば確認できるが、記載のない医師とのやり取りは証明として採用することはできない。

<裁定の概要>

審議会では、申立人および共済団体から提出された書面に基づき審議した結果、「共済団体は、本件申立人に対し、平成24年2月1日から同年3月3日までの32日間の入院についての入院共済金192,000円を支払うこと。」および「申立人のその余の請求は、認めることができない。」との裁定をし、裁定手続きを終了した。

申立人の本件入院が、本件共済契約の「入院」の定義に該当するかどうかについて以下において判断する。

- ① 本件共済契約の規定では、『入院』とは、医師または歯科医師による治療が必要であり、かつ、自宅等での治療が困難なため病院または診療所に入り、常に医師または歯科医師の管理下で治療に専念することをいう」と定めている。

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

- ② 入院治療を受けるか否かの判断は、患者が自らの主体的な判断で行うものではなく、受診した医師の判断・指示や勧めに従うのが一般的である。

したがって、共済契約の入院給付金の支給の有無の判断に際しては、被共済者を診察した医師の入院の必要性についての判断が第一義的に尊重されるべきものではある。しかし、共済契約における「入院」の要件に該当するか否かの判断は、あくまでも契約上の要件の該当性の判断であるから、ある医師が一定の判断を示したからといって、常にその判断を前提として入院要件を判断すべきであるということにはならない。

本件においても、約款・事業規約に入院給付金が支給される場合の条件が明記されており、契約当事者である申立人も、その点を了知していたものと解されるから、受診した医師の判断・指示や、勧めに従った入院の場合であっても、本件共済契約に基づく入院給付金が支給されるであろうとの期待は、法的に保護されるべき合理的な期待とすることはできない。

- ③ 申立人である被共済者の腰椎々椎間板症による、本件入院期間中の外泊状況及び症状等に鑑みると、本件入院は、少なくとも一本杖で外出が可能となった平成24年3月3日以降においては、本件共済契約に定める、「医師による治療が必要であり、かつ自宅等において治療が困難なため病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念するという『入院』』とは言えず、通院によっても治療が可能であるから、入院給付金の支払対象となる「入院」には該当しないというべきである。