

[事案 22-83] 入院給付金請求

・平成 23 年 6 月 15 日 裁定打切り

<事案の概要>

ケガにより 102 日間入院したが、10 日分しか災害入院給付金が支払われなかったことを不服として申立のあったもの。

<申立人の主張>

平成 22 年 1 月、椅子から落ちて腰を強打して筋・筋膜性腰痛症との診断を受け、同年 2 月から 5 月まで、当初の 10 日間は A 医院に、その後は B 病院に 92 日、合わせて計約 102 日入院した。そこで、21 年 6 月に加入した医療保険にもとづき災害入院給付金を請求したところ、保険会社は、A 医院での 10 日間の入院については支払ったが、B 病院への転院後の入院については約款に定める「入院」の要件に該当しないとして、支払われない。

主治医から「かなり打ち込んでいます。入院した方が早く良くなる。」と言われたことで入院し、また、他社では支払われているにもかかわらず、入院の必要性がないとされ不支払となったことに納得がいかないので、B 病院への入院期間 92 日分についても、災害入院給付金を支払って欲しい。

<保険会社の主張>

下記のとおり、入院 11 日目以降の B 病院での入院は、約款に定める入院に該当しないので、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1) 転院後の B 病院での初診時のレントゲン検査、MRI 検査において何らの異常もなく、当初から自力歩行が可能であった。
- (2) B 病院での治療内容は、1 日 3 回の服薬と 30 分の理学療法（ホットパック、スーパーライザー）であり、常に医師の管理下に置いて治療に専念しなければならないものではない。
- (3) 最初入院した A 医院における入院については、急性期の治療内容が施されていることから入院の必要性を認めて入院給付金等を支払っているが、レントゲン検査に異常はなく、同医院から原因不明として転院を勧められたものの、申立人は推薦された病院ではない B 病院に自らの意思で入院した。

<裁定の概要>

裁定審査会では、当事者双方が提出した書面等に基づいて審理したが、下記のとおり、提出された資料の範囲では前提事実の確認ができず、本件についての審理・判断することが困難なので、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 32 条第 1 項 4 号により、裁定手続きを打ち切ることとした。

- (1) 本件について裁定を行うには、申立人の入院が約款に定める「入院」に該当するか否かの点が問題となるが、その前提として、申立人が入院中に受けていた治療の内容や回復の経過、入院中の申立人の状態等をカルテや看護記録等で確認し、検討を加えることが

不可欠である。

- (2) 上記の点を判断するために、当審査会は、申立人に対し、入院期間中のカルテや看護記録の提出を求めたが、申立人は提出をしていない。
- (3) 当審査会は、裁判外紛争解決機関であり、証人尋問や第三者に記録の提出を求める権限がないことから、当審査会から担当医師の証人尋問を行うことや、医療機関に当該カルテや看護記録の提出を求めることができない。