

(3) 院内感染

院内感染とは、①医療施設において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症②医療従事者等が医療施設内において感染した感染症のことである。

院内感染は、ヒトからヒトへ直接、又は医療器具等を媒介して発生する。特に、免疫力の低下した患者、未熟児、高齢者等の易感染者は、通常の病原微生物のみならず、感染力の弱い微生物によっても、院内感染を起こす可能性がある。

[関連法令]

- 医療法第 6 条の 10(医療の安全の確保)
- 医療法第 20 条(清潔保持等)
- 医療法施行規則第 1 条の 11 第 2 項第 1 号(院内感染対策のための体制の確保)

[関連用語]

- 薬剤耐性菌：通常は有効性が期待される抗菌薬に対し、体制を獲得した細菌
例：メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)・バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)
ペニシリン耐性肺炎球菌(PRSP)・多剤耐性緑膿菌(MDRP)
- 抗菌薬：細菌の増殖を抑制したり菌を殺したりする物質で、感染症の治療に用いられる医薬品、抗生物質、合成抗菌薬

(4) 医薬分業

医薬分業とは、患者の診察、薬剤の処方を行って、医師・歯科医師の処方性に基づいて、薬剤の調剤及び投薬を薬剤師が行うという形で役割を分担させることをいう。それぞれの専門分野で業務分担することにより、より安全で効果的な薬物療法が期待できる。

<メリット>

- 薬局が患者ごとの薬歴リストを作成するなど、「投薬チェックシステム」が確立され、これにより掛け持ち受診による「重複投与」などの危険性を防止できると期待される
- 薬についてより広い知識を持っている薬剤師によって、処方されている薬の内容、投与方法、投与量、薬の相互作用などについてチェックが行われることが期待できる
- 病院で薬の出来上がりを待つことなく、都合の良い場所にある薬局で薬を受け取ることが可能である

<デメリット>

- 医薬分業の場合、病院から薬局まで移動しなくてはならず、患者や家族にとっては負担となる可能性もある
- 原則全国どこでも薬局で薬を受け取ることが可能であるが、実際には、処方されている薬をすべての薬局が用意できない場合もあるため、確認が必要
- 院外処方箋は、特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて、4 日以内に保険薬局に持参しなければ、薬は受け取ることができない
- 調剤技術料・薬学管理料などがかかるため、院内処方のほうが安価な場合がある

(5) 検査

	原理	利点	欠点	被ばく
CT computed tomography コンピューター断 層撮影	人体の 360 度方向から X 線を当てて、身体を透過してきた X 線を検出器で測定して、コンピューター処理をし、身体の断面図を撮影する	・撮影時間が短い ・解像度の高くない定まった方向の画像だが、立体画像に合成できる		する
MRI Magnetic resonance imaging 磁気共鳴画像	X 線撮影や CT のように X 線を使うことなく、その代わりに強い磁石と電波を使い体内の状態を断面像(縦切りや斜めなど)として描写する検査。体内の水素原子が持つ弱い磁気を強力な磁場でゆさぶり、原子の状態を画像にする	磁気を利用して、身体の中を輪切りにした画像をはじめ、いろいろな断面での解像度の高い画像を得ることができる	・一般的に CT と比較して検査時間が長い ・閉所恐怖症や生体が高磁場にさらされるゆえの副作用や欠点がある	しない
PET positron emission tomography 陽電子放出断層 撮影法	ブドウ糖に似せた薬剤を体内に注射し、薬剤ががん細胞に集まるところを写す検査。がん細胞が、通常の細胞よりも多くのブドウ糖を摂取することを利用している	・一度で全身の検査ができ、ほとんど苦痛がなく、短時間で終了する ・薬剤が一日以内で体外に出してしまうので、副作用の心配がない	・料金が高い ・がんの事が何でもわかるという誤解や過大な期待を抱かれている	する

< 豆 知 識 >

Q.MRI 装置は、なぜ音がするのか

A.検査中に聞こえる雑音の主原因は、撮影する写真の厚み、及び位置関係等を決定する為に必要とする傾斜磁場コイルに、電源を ON-OFF 繰り返しかけることにより、コイルが伸縮する時に出る音

(6) 放射線

Q.放射線検査ではどのくらい被ばくをするか。

A.放射線の量を示す単位はGy(グレイ)やSv(シーベルト)があるが、放射線の身体への影響を考える場合には Sv(シーベルト)が用いられる。普通に生活する中で、1 年間に自然から受ける自然放射線の量は 2.4mSv(0.0024Sv)と言われている。これは地球外の太陽や星、地面やまわりの建物などから受ける放射線の量である。医療での検査による被ばく線量は撮影する装置によって違ってくるが、おおまかな量を下表に示す。

検査部位	皮膚面での被ばく線量(mSv)
胸部撮影(1回)	0.1
腹部撮影(1回)	1.2
腰椎撮影(1回)	3
股関節撮影(1回)	2
膝関節撮影(1回)	2

<豆知識>

放射線の被ばく量は使用する機器によってさまざまですが、新しい機種は被ばく量が少ないと言われています。

何枚撮影するか、時間はどのくらい要したのかによっても被ばく量は異なります。



4. よく聞く検査項目

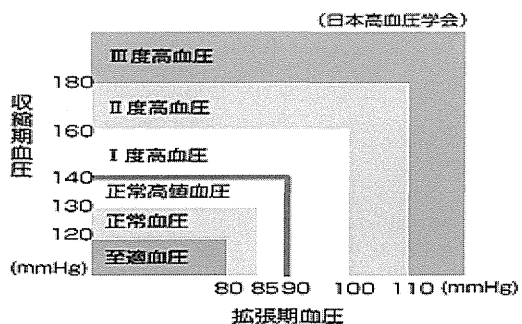
(1) BMI 値

	要注意	基準値	要注意	参考
BMI	18.4 以下 (やせ)	18.5~24.9	25.0 以上 (肥満)	体重÷身長÷身長 身長に見合った体重かどうかを判定する

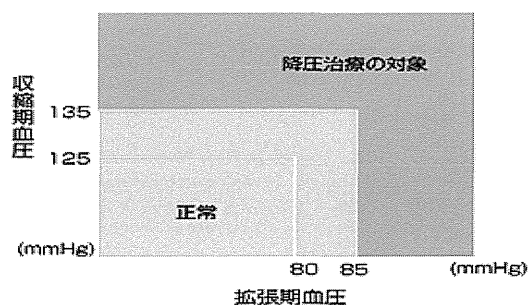
(2) 降圧の目標

	診察室血圧		家庭血圧	
	上の血圧 (収縮期血圧)	下の血圧 (拡張期血圧)	上の血圧 (収縮期血圧)	下の血圧 (拡張期血圧)
高齢者	140 mmHg	90 mmHg	135 mmHg	85 mmHg
若年者・中年者	130 mmHg	85 mmHg	125 mmHg	80 mmHg
糖尿病患者・慢性腎臓病患者 心筋梗塞後患者	130 mmHg	80 mmHg	125 mmHg	75 mmHg
脳血管障害患者	140 mmHg	90 mmHg	135 mmHg	85 mmHg

■ 診察室血圧に基づく血圧の分類



■ 家庭血圧に基づく血圧の分類



(参考:高血圧治療ガイドライン 2009・血圧ドットコムホームページ)

(3) 血液検査

	項目	参考
肝 臓 系	総蛋白	血液中の総蛋白の量で、栄養状態を表す。低い場合は栄養障害、ネフローゼ症候群、がんなど、高い場合は多発性骨髄腫、慢性炎症、脱水などが疑われる
	アルブミン	血清蛋白の一種で、肝臓で合成される。肝臓障害、栄養不足、ネフローゼ症候群などで減少する
	AST(GOT)	肝臓に多く存在する酵素で、肝細胞の障害で血中に増加する。高い場合は、急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。ASTのみが高い場合は、心筋梗塞、筋肉疾患などが考えられる
	ALT(GPT)	
	γ -GT (γ -GTP)	肝臓や胆道に異常があると上昇する。高い場合は、アルコール性肝障害、慢性肝炎、胆汁うっ滞、薬剤性肝障害が疑われる
腎 機 能	クレアチニン (Cr)	クレアチンが代謝されたあとの老廃物で、腎臓でろ過されて尿中に排泄される。高い場合は、腎臓の機能が低下していることを意味する
尿 酸	尿酸(UA)	蛋白の一種プリン体の代謝物で、血液中に溶けている。たまった尿酸は腎臓から尿中へ排泄されますが増えすぎると高尿酸血症と呼ばれ、高い状態が長く続くと結晶として関節に蓄積していき、突然関節痛を起こす(痛風発作)。尿路結石もつくられやすくなる
脂 質 系	総コレステロール (TC)	コレステロールはホルモンや細胞膜をつくるうえで大切なものだが、増えすぎると動脈硬化を進め、心筋梗塞などにつながる
	HDL コレステロール	善玉コレステロールと呼ばれ、血液中の悪玉コレステロールを回収する。少ないと、動脈硬化の危険性が高くなる
	LDL コレステロール	悪玉コレステロールと呼ばれ、多すぎると血管壁に蓄積して動脈硬化を進行させ、心筋梗塞や脳梗塞を起こす危険性を高める
	中性脂肪(TG)	血液中の脂肪で、糖質がエネルギーとして脂肪に変化したもの。高い場合、動脈硬化を進行させる
糖 代 謝	血糖値(FPG)	血液中のブドウ糖のことで、エネルギー源として適切に利用されているかがわかる。高い場合は、糖尿病が疑われる
	HbA1c	ヘモグロビン・エーワン・シーは、過去1～2ヶ月の血糖の状態を反映するため、糖尿病のコントロールの状態がわかる
血 球 系	赤血球(RBC)	酸素を全身に運び、二酸化炭素を回収する働きをする。多すぎれば多血症、少なすぎれば貧血が疑われる
	血色素(Hb) ヘモグロビン	赤血球に含まれる蛋白質と鉄からなるもので、酸素の運搬役。減少している場合、鉄欠乏性貧血などが考えられる

	ヘマトクリット (Ht)	血液全体に占める赤血球の割合を表したもの。低い場合は鉄欠乏性貧血等、高い場合は多血症、脱水などが疑われる。
	MCV	平均赤血球容積
	MCH	平均赤血球血色素(ヘモグロビン)量
	MCHC	平均赤血球血色素(ヘモグロビン)濃度 MCV、MCH、MCHCは、貧血の場合に貧血の種類の判定目安になる
	白血球(WBC)	細菌などから体を守る働きをしている。高い場合は、細菌感染症にかかっているか、炎症、腫瘍の存在が疑われる
	血小板数(PLT)	出血したとき、その部分に粘着して止血する働きをする。著しく少なくなると出血しやすくなる
感染症系	CRP	急性炎症や組織の破壊などを表わす。細菌・ウイルス感染・炎症・がんなどにより増加
	HBs抗原	陽性の場合、現在B型肝炎ウイルスが体内にいることを意味する
	HCV抗体	陽性の場合、現在C型肝炎ウイルスが体内にいることを意味する

(日本人間ドック学会「検査表の見かた」より)

5. 医療保険制度

(1) 医療保障

医療保険制度には、職域、地域、年齢に応じ次のような種類がある。

表 3-1 医療保険別給付内容 (金額はいずれも 2009 年 2 月現在)

被保険者	制度名	保険者	窓口	自己負担額			
				自己負担 (本人・家族)	高額療養費 (53 頁参照)	入院時 食事療養費	
主として中小企業のサラリーマン、OL 等	健康保険	全国健康保険協会	国	社会保険事務所 全国健康保険協会都道府県支部	0 歳～義務教育就学前* 2 割 義務教育就学後～70 歳未満 3 割	自己負担が月一定額を超えた場合は、超過分は請求により戻される ①上位所得者 (診療月の標準報酬月額が 53 万円以上の人) 150,000 円 + (総医療費 - 500,000 円) × 1% ②一般 80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1% ③市区町村民税の非課税世帯の人 35,400 円 70～74 歳は「高齢受給者証」が交付されます。 ①現役並み所得者 80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) ②一般 44,400 円 ③低所得者Ⅱ 24,600 円 ④低所得者Ⅰ 15,000 円	1 食分 260 円 (非課税世帯は 210 円で 90 日を超えると 160 円) (低所得者は** 100 円)
主として大企業のサラリーマン、OL 等		組合管掌健康保険	健康保険組合	各健康保険組合			
船員	船員保険	国	社会保険事務所				
国家公務員 地方公務員 私立学校教職員	共済組合	共済組合	共済組合				
農業者 自営業者等	国民健康保険	市町村	市町村	70～74 歳 2 割 または 3 割			
65 歳未満 被用者保険 (健康保険 船員保険 共済組合) の退職者 (2014 年度まで)		市町村	市町村	入院：所得に応じた限度額			
75 歳以上の人 65 歳以上で寝たきり等の状態にある人	後期高齢者医療	(実施主体) 広域連合	市町村	1 割 または 3 割			

* 自己負担額の軽減の制度を利用する場合は、必ず認定証の発行が必要です。申請した月から利用できる権利が生まれます。
* 義務教育就学前とは 6 歳に達した日以降の最初の 3 月 31 日まで。
** 市町村民税非課税世帯で、その世帯の各所得が必要経費・控除 (年金の所得は控除額を 80 万円として計算) を差し引いた所得が 0 円となる世帯に属する人。

※注:「社会保険事務所」は平成 22 年 1 月より「年金事務所」と名称が変更となった

(NPO 法人日本医療ソーシャルワーク研究会編集「医療福祉総合ガイドブック 2009 年度版」より)

<ひとこと>

公費負担医療制度には、公衆衛生の向上を図るため特定の病気を対象とするもの、また経済的問題をかかえる生活保護を中心とする社会福祉的なものがあります。

医療保険を優先し、自己負担分を公費でまかなうものが一般的ですが、全額を公費負担するもの、自己負担の一部を公費負担にするものなどさまざまです。

また自治体によって、対象や窓口、手続き方法が異なる場合があります。

①高額療養費制度

重い病気などで病院等に長期入院したり、治療が長引く場合には、医療費の自己負担額が高額となるため、家計の負担を軽減できるように、一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻される制度。ただし、保険外併用療養費の差額部分や入院時食事療養費、入院時生活療養費の自己負担額は対象にはならない。

被保険者、被扶養者ともに同一月内の医療費の自己負担限度額は、年齢及び所得に応じて次の計算式により算出される。

また、高額療養費の自己負担限度額に達しない場合であっても、同一月内に同一世帯で 21,000 円以上の自己負担が複数あるときは、これらを合算して自己負担限度額を超えた金額が支給される(世帯合算)。なお、同一人が同一月内に 2 つ以上の医療機関にかかり、それぞれの自己負担額が 21,000 円以上ある場合も同様(70~74 歳の方がいる世帯では算定方法が異なる)。なお、同一世帯で1年間(直近 12 ヶ月)に 3 回以上高額療養費の支給を受けている場合、4 回目からは自己負担限度額が変わる(多数該当; 下図<>内)。

70 歳未満の方の場合

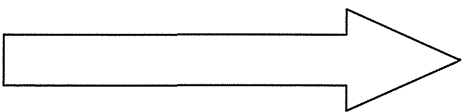
区分	自己負担限度額(暦月の 1 日~末日までの月額)
上位所得世帯	150,000 円+(総医療費-500,000)×1% <83,400 円>
一般	80,100 円+(総医療費-267,000)×1% <44,400 円>
低所得者 (住民税非課税世帯)	35,400 円 <24,600 円>

70~74 歳の方の場合

区分	窓口負担	自己負担限度額(暦月の 1 日~末日までの月額)	
		外来(個人単位)	外来+入院(世帯合算)
現役並み 所得者	3 割	44,400 円	80,100 円+(総医療費-267,000)×1% <44,400 円>
一般	1 割	24,600 円	62,100 円 <44,400 円>
低所得Ⅱ	1 割	8,000 円	24,600 円
低所得Ⅰ			15,000 円

②療養費の支給

下記の場合は、患者がかかった費用を一時立替払いし、2年以内に保険者に申請することにより、保険者が認めた金額については「療養費」として受け取ることができる。

	こんなとき	手続きに必要なもの
共通		<ul style="list-style-type: none"> ●療養費支給申請書 ●保険証・印鑑 ●通帳または口座番号が確認できるもの
1	急病など緊急その他やむを得ない事情で保険が使えなかったとき (保険証を持参できなかったときなど)	<ul style="list-style-type: none"> ●医師に支払った費用の領収明細書
2	コルセット・サポーター・義眼代等の治療要装具を作ったとき	<ul style="list-style-type: none"> ●医師の意見書 ●代金の領収書および明細書等(見積書・請求書)
3	柔道整復師の施術を受けたとき 「受領委任払」により保険証を提示すれば、一部負担金を支払うだけで済む場合あり(※1)	<ul style="list-style-type: none"> ●保険医の施術同意書 ●施術料金領収明細書など
4	医者同意を得て、はり・きゅう・マッサージ師の施術を受けたとき	<ul style="list-style-type: none"> ●保険医の施術同意書 ●施術料金領収明細書など
5	輸血に生血を使ったとき	<ul style="list-style-type: none"> ●医師の輸血証明書 ●生血代の領収書
6	海外で急な病気やケガにより医療機関で治療を受けたとき(※2)	<ul style="list-style-type: none"> ●医師に支払った費用の領収明細書 ●日本語の翻訳文を添付

※ 1 「受領委任払い」とは施術の際、一部負担金(3割や1割)を支払い、残額の受領を施術者に委任する取り扱い

※ 2 治療目的での渡航は対象にならない。

<ひとこと>

健康保険についての相談があった場合には、保険によって、窓口や給付内容が異なるため、各保険者への問い合わせをお勧めします。

(2) 診療報酬・DPC について

① 診療報酬

診療報酬とは、保険診療の際に医療機関が医療行為等(投薬、検査、手術、看護など個々の治療行為)の対価として計算される報酬を指す。診療報酬点数表に基づいて計算され、点数で表現される。患者はこの一部を窓口で支払い、残りは健康保険(公的医療保険)で支払われる。

現在、日本では以下の二つの支払い方式が使われている。

出来高払方式

個々の診療行為について点数を定め、実際に行った医療行為ごとの点数の総和
1点単価を乗じて診療報酬を算出する方式(点数単価方式)

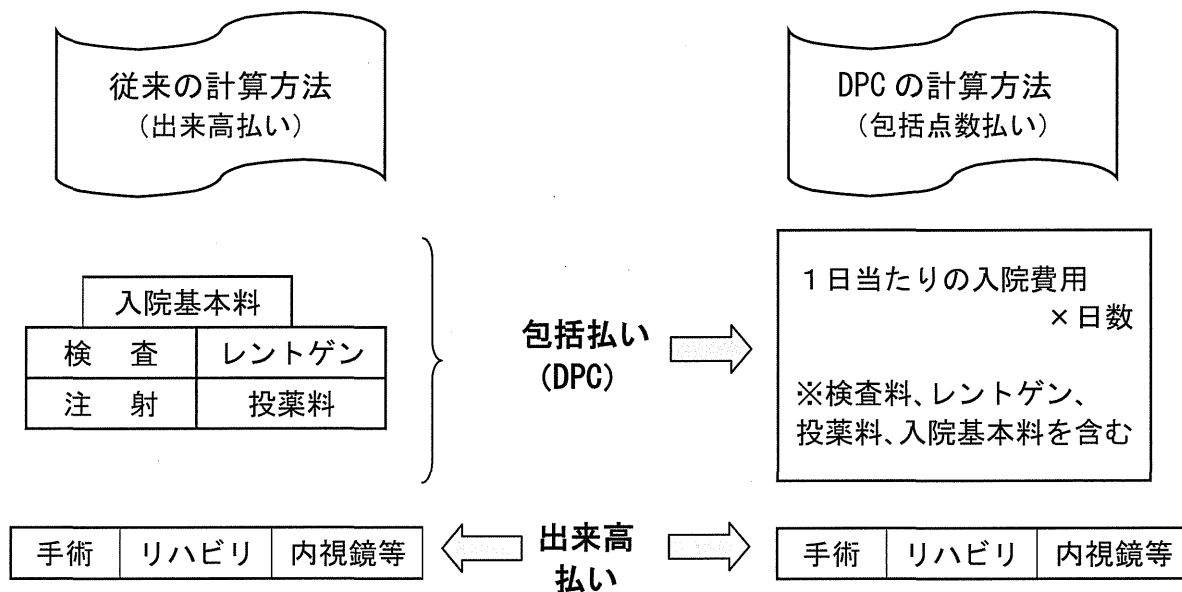
包括払方式

診療行為の一定範囲を包括的に評価する方式。個々の医療行為をまとめて1日当りの定額で支払う方式が代表的である

② DPC (Diagnosis Procedure Combination: 診断群分類)

日本では長い間、点数単価出来高払方式を基本としてきたが、2003年に大学病院等で急性期入院患者を対象に診断群分類包括評価(DPC)が導入され、広まりつつある。

これは日本で開発された1日当り包括払方式で、医療行為のうち入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、簡単な処置などの医療行為について、診断群ごとに1日単価を決め、それに病院ごとの係数と入院日数を乗じて入院費を算定するものである(手術、麻酔、リハビリテーションなどの医療行為は出来高払い方式で算定する)。1日単価は入院日数に応じて格差がつけられ、入院期間を短くする誘因が設けられているが、その点はまだ明確にはなっていない。むしろ、DPCの導入によって、医療情報及び医療の標準化を促し、他の医療機関との比較を通じて、医療のプロセスや医療提供システムを評価するひとつの手段として活用することに意義があるという意見が強い。



◇ DPC の包括と出来高の内容

診療区分	包括される診療内容	出来高となる診療内容
基本	入院基本料 特定入院料の一部	初診料 入院基本料加算の一部 特定入院料の一部(加算扱い)
指導・在宅		在宅指導料、指導用薬剤・材料、在宅医療 診療情報提供(紹介状)
検査	右記を除く検査 検査用薬剤・材料	心臓カテーテル、内視鏡、診断穿刺、 検体採取、病理診断、病理学的検査診断
画像診断	右記を除く	選択的動脈造影カテーテル手技、 画像診断管理加算
投薬・注射	右記を除く投薬・注射	退院処方
リハビリ	リハビリで使用する薬剤	リハビリ
精神科専門療法	使用する薬剤	精神科専門療法
処置	右記を除く処置 処置用薬剤・材料	1000点以上(10000円)の処置
手術・麻酔		手術・輸血・麻酔の手技・薬剤・材料
食事		食事療法

(3) 保険外併用療養費制度

保険で医療を受けていても、国が定めた内容であれば特別に保険外の自費負担を請求することが認められている。これを「保険外併用療養費制度」と言う。

保険外併用療養費制度は、1984年に特定療養費制度として「新しい医療技術の出現や患者のニーズの多様化に対応」することを目的に導入された。しかし、現実には、保険の範囲内に納めることが困難になった項目や、保険では説明がつきにくい内容をこの制度に組み入れて患者に実費請求することを認めた、実質上、限定された混合診療といえる。2006年10月に、特定療養費制度から保険外併用療養費制度という呼び方に変わっている。

保険外併用療養費制度による患者負担分は、請求する個々の医療機関が自由に価格を決めることができる。また、内容や費用を各医療機関内の見やすい場所に掲示すること、事前に説明して患者の同意を得ること及び領収証を発行すること等が義務付けられている。さらに、いくら価格設定をしているのかは年に一度、都道府県の厚生支局事務所に届け出る必要がある。

○保険外併用療養費制度で認められている種類(16種類)

【選定療養】(必ずしも必要ではないけれど、患者が希望して選択する医療)

- ① 特別の療養環境の提供(差額ベット料)
- ② 予約診療
- ③ 診療時間外の診療
- ④ 前歯部の金属材料差額
- ⑤ 金属床総義歯
- ⑥ 200床以上の病院へ未紹介患者の初診
- ⑦ 200床以上の病院での再診
- ⑧ 回数が制限されている検査やリハビリ
- ⑨ 入院期間が180日を超えた入院基本料
- ⑩ 小児う蝕治療後の継続管理

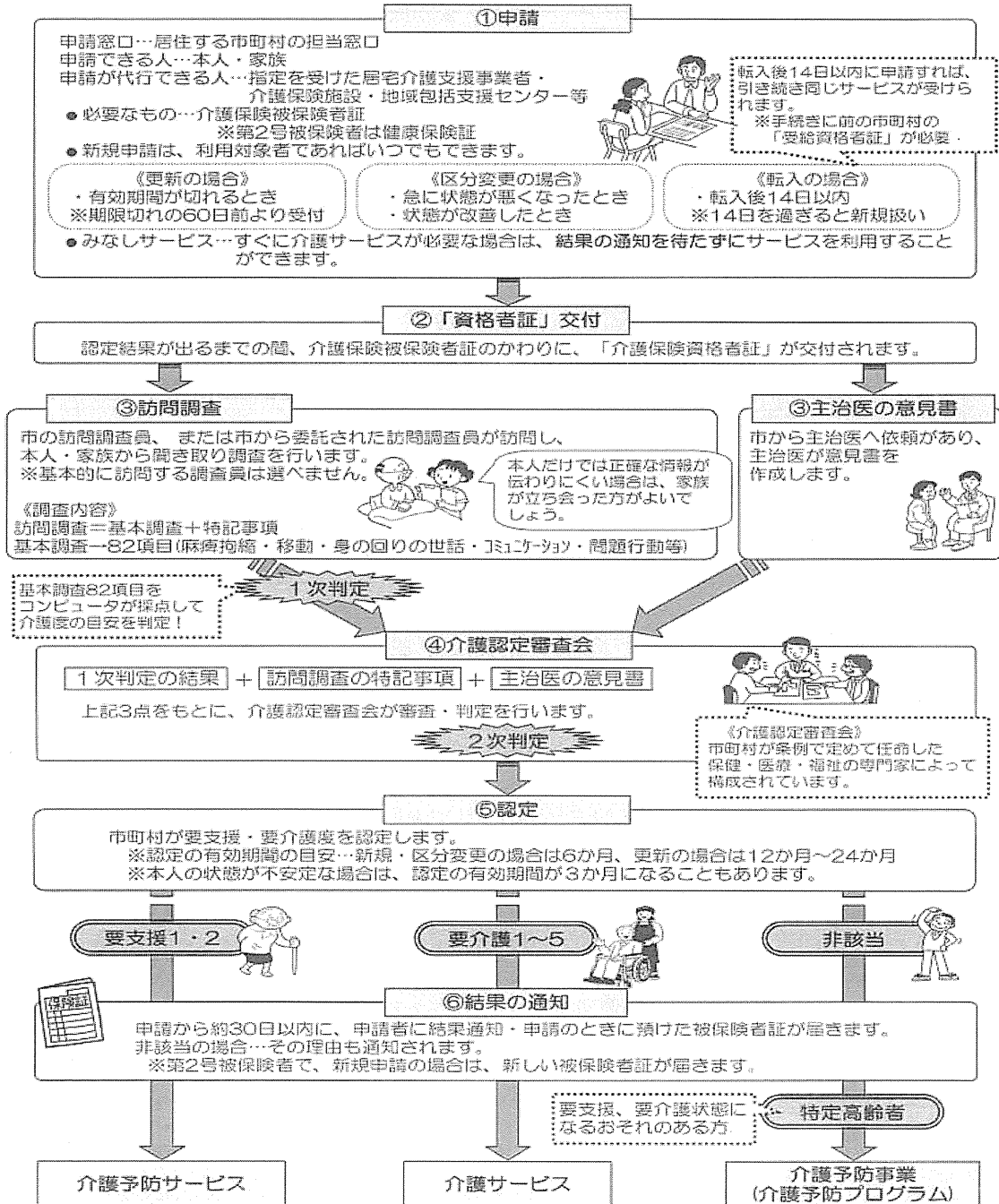
【評価療養】(いずれは保険に組み込む可能性のあるもの)

- ⑪ 先進医療
- ⑫ 医薬品の治験に係る診療
- ⑬ 医療機器の治験に係る診療
- ⑭ 薬価基準収載前の承認医薬品の投与
- ⑮ 保険適用前の承認医療機器の使用
- ⑯ 薬価基準に収載されている医薬品の適応外使用

6. 関連制度

(1) 介護保険

介護保険制度は、介護が必要な状態となっても、出来るだけ従来通りの生活が送れるように、サービスを組み合わせて対象者の自立を支援する制度である。また介護予防を通じて支援する取り組みもある。



(NPO 法人日本医療ソーシャルワーク研究会編集「医療福祉総合ガイドブック 2009 年度版」より)

◇介護保険サービス

要介護1～5の認定を受けた方へのサービス		
居 宅	1	訪問介護(ホームヘルプ)
	2	訪問入浴介護
	3	訪問看護
	4	訪問リハビリテーション
	5	通所介護(デイサービス)
	6	通所リハビリテーション(デイケア)
	7	福祉用具貸与
	8	短期入所生活介護(ショートステイ)
	9	短期入所療養介護(ショートステイ)
	10	居宅療養管理指導
	11	特定施設入所者生活介護
	12	福祉用具購入費の支給
	13	住宅改修費の支給
施 設	1	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
	2	介護老人保健施設
	3	介護療養型医療施設
地 域 密 着 型	1	小規模多機能型居宅介護
	2	夜間対応型訪問介護
	3	認知症対応型共同生活介護
	4	認知症対応型通所介護
	5	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	6	地域密着型特定施設入居者

要支援1・2の認定を受けた方へのサービス		
居 宅	1	介護予防訪問介護
	2	介護予防訪問入浴介護
	3	介護予防訪問看護
	4	介護予防訪問リハビリテーション
	5	介護予防通所介護
	6	介護予防通所リハビリテーション
	7	介護予防福祉用具貸与
	8	介護予防短期入所生活介護
	9	介護予防短期入所療養介護
	10	介護予防居宅療養管理指導
	11	介護予防特定施設入所者生活介護
	12	福祉用具購入費の支給
	13	住宅改修費の支給
地 域 密 着 型	1	介護予防小規模多機能型居宅介護
	2	介護予防認知症対応型共同生活介護
	3	介護予防認知症対応型通所介護

※詳細は、各自治体介護保険所管部署が発行している市民向けの介護保険パンフレット情報をご確認ください

(2) 成年後見制度

法定後見制度

認知症、知的障害、精神障害などによって物事を判断する能力が十分ではない方について、本人の権利を守る援助者(「成年後見人」等)を選ぶことで、本人を法律的に支援する制度。本人、配偶者、四親等内の親族、検察官、市町村長などによって申し立てすることができる

任意後見制度

本人に十分な判断能力があるうちに、将来判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、あらかじめ自らが選んだ代理人(任意後見人)に、自分の生活、療養看護や財産管理に関する事務について代理権を与える契約(任意後見契約)を、公証人の作成する公正証書によって結んでおくもの

	法定後見制度 (重い → 判断能力低下の程度 → 軽い)			任意後見制度
	後見	保佐	補助	
本人の状況	事理弁識能力を 欠く常況	事理弁識能力が 著しく不十分	事理弁識能力が 不十分	契約時は事理弁識 能力がある状態
援助者	成年後見人	保佐人	補助人	任意後見人
同意(取消)権 の範囲	日常生活に関する 行為以外の 行為	重要な取引行為 (民法13条1項 に定める 行為)	特定の取引行為 (民法13条1項 に定める 行為の一部)	同意・取消しの 制度はない
代理権の 範囲	すべての 取引行為	特定の取引行為		契約で約定した 範囲

◇成年後見制度を利用するための申立てについて

申立てはどこの裁判所に?	本人の住所地を管轄する家庭裁判所へ
誰が申立てを行うのか?	申立てをすることができる方は、本人、配偶者、四親等内の親族などに限られている。その他市区町村長が申し立てることができる
申立てに必要な書類や費用は?	<ul style="list-style-type: none"> ・申立書 ・診断書(成年後見用) ・申立手数料(1件につき 800 円の収入印紙) ・登記印紙(4,000 円) ・郵便切手 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※鑑定について 本人の判断能力を程度を医学的に十分確認するため、医師による鑑定を行うことがある。この場合、鑑定料が必要。 鑑定料の額は個々の事案によって異なる</p> </div> <p>申立てに必要な費用は、鑑定料を含め原則として申立て人が負担する。</p>

地域福祉権利擁護事業

社会福祉法第 81 条の規定に基づく事業。日常生活上の判断が十分にできない方が、住みなれた地域で安心して生活できるように支援するもの。

日常的金銭管理サービス、生活支援サービスなど市町村社会福祉協議会が運用を行い、利用者の相談や申し込みの窓口となる。成年後見制度利用よりも比較的安易なシステムで利用ができるため、日常生活に不安のある高齢者等の利用に適している

<ひとこと>

成年後見制度については、手続きや費用の説明もあるため、基本的には専門の相談機関を案内するのが望ましいと思われます。

社会福祉協議会、各自治体の老人福祉法等管轄部署、各司法書士会リーガルサポートセンター、各社会福祉士会権利擁護センターぱあとなあなど。

(3) 医療事故に関する紛争と法律

①民事における医療訴訟件数の推移と概況(第一審のみの数値)

◇医事関係訴訟事件の処理状況、平均審理期間

年	新受件数	既済件数	平均審理期間 (月)	地裁民事第一審通常訴訟事件 平均審理期間(月)
平成 11 年	678	569	34.5	9.2
平成 12 年	795	691	35.6	8.8
平成 13 年	824	722	32.6	8.5
平成 14 年	906	869	30.9	8.3
平成 15 年	1,003	1,035	27.7	8.2
平成 16 年	1,100	1,004	27.3	8.3
平成 17 年	999	1,062	26.9	8.4
平成 18 年	913	1,139	25.1	7.8
平成 19 年	944	1,027	23.6	6.8
平成 20 年	877	986	24.0	6.5(ただし、証人尋問 実施事件→18.7)

◇終局区分別既済件数

年	区分	判決		和解	その他
		認容	棄却・却下		
平成 11 年		70	160	267	72
平成 12 年		143	162	317	69
平成 13 年		128	206	318	70
平成 14 年		149	237	381	102
平成 15 年		180	226	508	121
平成 16 年		160	245	463	136
平成 17 年		151	249	529	133
平成 18 年		141	261	607	130
平成 19 年		138	226	536	127
平成 20 年		100	270	493	123

(裁判所ホームページより)

※医事関係訴訟事件には、地方裁判所及び簡易裁判所の事件が含まれる

※認容: 請求の一部を認められた一部認容も含む

裁判所の統計によると、平成 16 年をピークに医療訴訟の件数は減少しているが、19 年にはまた増加に転じている。医療訴訟は専門訴訟であるため、長期化しやすいということが指摘されているが、現在では、24 か月にまで短縮されている。また医療訴訟の場合、多くは証人尋問手続きを行うため、証人尋問を経た通常事件と比べるとさほど大きな差はない、とも言えるだろう。

一審での終局状況を見ると、医療訴訟においては原告側が勝訴するのは難しく、通常訴訟の認容率約 83%とは有意な差がある。ただし、医療訴訟の場合は和解率が 50%前後ある。和解というのは、訴訟の中で裁判所が第三者として仲介したうえで、当事者の合意によって終わるという判決以外の手続きで、不服申し立て法のない完全な終局解決方法である。通常訴訟における和解率は約 30%なので、医療訴訟はかなり高い和解率である。和解の場合も、被告が原告に何らかの金銭授受が行われるため、必ずしも原告側が敗訴しているわけではない。

②紛争解決の手続

民事訴訟

- 裁判所が事実を認定し、損害賠償責任の有無と範囲を確定することができる
- 原則として、金銭支払いによる解決であり、判決には強制力がある
- 争点となっている限定された範囲の事実は明らかになるが、経過の全体像が解明されるわけではない。そのため事故の再発防止に必ずしもつながるわけではない
- 患者側(原告)と病院側(被告)の対審構造がとられ、相互に攻撃と防御の手続きを行うことから、患者側の求める感情的な癒しや対話、説明、謝罪などの多様なニーズを実現することは難しく、かえって対立がエスカレートし、お互いに真意が伝わりにくいという問題点がある
- 長期化することが多く、経済的な負担も発生する

民事調停

- 当事者間で紛争の自主的な解決が望めない場合に、裁判官と一般市民から選ばれた調停委員などが間に入り、当事者の自主的な紛争解決の手助けをする手続
- 民事紛争の場合、裁判所によっては調停委員の一人を医師にすることができる
- 申立て手数料は、例えば争いの対象額が 10 万円の場合は 500 円、100 万円では 5,000 円となり、裁判に比べて安い
- 合意内容は、判決と同じ強い効力もある
- 調停の多くは 3 回以内(約 3 か月)で終了する

示談

- 裁判手続きによらず、当事者間で話し合い、損害賠償責任の有無や金額、支払い方法等を合意し、民事上の解決とすること
- 当事者だけの話し合いでは、損害賠償の額も含め、要望の内容が不明確で話し合いが難航する場合もあるため、弁護士などの専門家が代理人となることが多い

ADR(裁判外紛争解決)

- 訴訟手続によらずに民事上の紛争を解決しようとする紛争の当事者のため、公正な第三者が関与して、その解決を図る手続。例えば、仲裁・調停・あっせんなどが含まれる
- 平成 19 年 4 月 1 日に施行された ADR 法(裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律)に基づく。第一条では「訴訟手続によらず民事上の紛争を解決しようとする紛争の当事者のため、公正な第三者が関与し、その訴訟を図る手続き」と規定されている
- 訴訟補完型:訴訟を紛争解決システムの基本的制度としてとらえ、ADR はこれを補完するものであると考えるモデル。訴訟による解決に近い形、あるいはそれを簡略化した形で当事者の合意による解決を志向する
- 対話自立型:ADR を当事者の自主・自立的な問題解決を促進する独自のものとしてとらえるモデルである。法的解決には必ずしもこだわらず、むしろ訴訟では実現できない当事者の多様な要望への対応を志向することにより、当事者の合意による解決を図る
- 現在では、弁護士会等が中心となった紛争解決センター等が各地に広がっている
- 費用はそれぞれ異なるが、例えば東京三弁護士会では、費用であり、申立て手数料 10,500 円、期日手数料 5,250 円、となっている。成立手数料は紛争解決額によって異なるが、100 万円の場合は 84,000 円と定められている

<豆知識>

現在、次の地域で医療 ADR が行われています。

弁護士会設置型: 札幌、仙台、東京、愛知、大阪、岡山、福岡、愛媛、広島

NPO 法人設置型: 千葉

医師会設置型: 茨城

<ひとこと>

2008 年に日本弁護士連合会が実施したアンケートをもとに「市民のための弁護士報酬ガイドブック」というリーフレットが作られました。それによると、医療事故については、証拠保全 20~30 万円、着手金 30~50 万円となっています。その他報酬金や実費等がかかります。

詳しくは日本弁護士連合会ホームページをご参照下さい。

(参考:2008 年度医療安全支援センター総合支援事業実施報告
裁判所ホームページ・かいけつサポートホームページ::日本弁護士連合会ホームページ)

7. 参考になるホームページ

- * 医療安全支援センター総合支援事業 <http://www.anzen-shien.jp>
- * 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>
 - 医師等資格確認検索 <http://licenseif.mhlw.go.jp/search/>
- * 日本医療機能評価機構 <http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>
- * 総務省法令データ提供システム <http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi>
- * 国民生活センター <http://www.kokusen.go.jp/>
- * 日本年金機構（旧社会保険庁） <http://www.sia.go.jp/>

<医療制度関係>

- * 健康保険組合連合会 <http://www.kenporen.com/>
- * 全国健康保険協会（協会けんぽ） <http://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

<薬剤関係>

- * 医薬品医療機器総合機構 <http://www.pmda.go.jp/>
 - 医薬品医療機器等安全性情報
- * 医薬品検索イーファーマ <http://www.e-pharma.jp/>

<患者支援団体>

- * COML <http://www.coml.gr.jp/>
- * 患者の権利オンブズマン <http://www.patient-rights.or.jp/index2.html>

<疾患・対象別情報>

- * 国立感染症研究所感染症情報センター <http://idsc.nih.go.jp/>
- * 国立がんセンターがん情報サービス <http://ganjoho.ncc.go.jp/public/index.html>
- * こどもの救急（日本小児科学会） <http://kodomo-qq.jp>
- * 難病情報センター（厚生労働省） <http://www.nanbyou.or.jp/>

<裁判・司法関係>

- * 裁判所 <http://www.courts.go.jp/>
 - 判例検索システム
- * 日本司法支援センター（法テラス） <http://www.houterasu.or.jp/>
- * かいけつサポート（ADR 関連） <http://www.moj.go.jp/KANBOU/ADR/index.html>