

## 入院勧告に従わない患者の現状とその対応

重藤えり子（NHO東広島医療センター）

## 1. 日本の現状：全国アンケート調査と症例から（〇1、〇3-2、〇4）

- ・ 医療機関と保健所の努力によっても入院治療が継続できない患者がある
- ・ そのような患者の大半は治療も継続しない
- ・ 多剤耐性結核、超多剤耐性結核であって入院していない患者があり、その一部は社会への感染の可能性がある行動をとっている
- ・ 上記の患者の多くは、それまでに治療継続ができず治療中断を反復したために多剤耐性、超多剤耐性になったと考えられる
- ・ なお、大半の慢性排菌者は入院勧告に従って入院しており、その入院期間は年余にわたることが少なくない

## 2. オランダ・ドイツ視察から（〇2、〇3-1）

- ・ 治療中断を反復する患者は、感染防止のため専門施設で拘束下におかれる
- ・ 施錠、保安要員の配置、強化ガラスの窓など実際に離院できない構造の病床が用意されている
- ・ 医療従事者だけでは対応できない場合、逃走する場合には、警察力を借りることもある
- ・ 実際に拘束される患者の大半は、薬物中毒やその他の精神疾患をもつ
- ・ 拘束解除、退院の基準は国により、担当医により一定していないが、周囲への感染防止行動、退院後の治療継続の可能性が重要視されている
- ・ 慢性排菌者は非常に少なく、自宅隔離となっている

## 3. 日本と欧米の対応と現状の比較と日本における今後の対応を考える上での留意点

- ・ 治療の中断を反復すれば、薬剤耐性結核は増加する
- ・ 日本における既治療耐性率のレベルは高く、とりわけ、多剤耐性結核中の超多剤耐性結核の割合が高いことは、治療継続困難な患者に対する確実な治療が行われていない結果であると考えられる
- ・ 欧米では拘束治療を実施している一方、感染防止と治療の継続が確保されれば入院を必須としていない
- ・ 日本においては薬物・アルコール依存症、精神疾患合併であれば、精神科病床における入院治療が行われ、確実に治療が継続されていることが多い

○1 全国結核病床を持つ施設へのアンケート調査結果から

(回答 160 施設/252 施設、うち最近結核患者を診療している 141 施設からの回答の集計)

表 1 治療脱落例の経験

脱落例の経験	施設数		
なし	106		
あり	35	背景	施設数
		行路者、ホームレス	7
		外国人	4
		行方不明等	4
		治療拒否	1
		理由記載なし	19
合計	141		35

表 2 治療脱落を経験した施設からの記載意見

- ・ 病院スタッフで対応することは困難であり保健所主導で対応する以外にない
- ・ 外来・強制隔離：不法外国人患者に対し適応を望む
- ・ 通院・入院ともに管理が困難な場合には強制力をもった指導が必要
- ・ 強制隔離するには日本の隔離の基準は厳しすぎる上に医学的な根拠に乏しい
- ・ どのように努力してもうまくいかない患者はいる。入院してもらってもトラブルばかりおこす
- ・ 強制隔離するとしても保健所などが主体となってほしい。既存の病院の中に作るようなことはやめていただきたい
- ・ 家族も関与した脱走による自己退院があった。その半年前にも他院で自己退院をした患者。その後放置され保健所も容認していた。強制力が無い問題を感じる。施設間で情報を共有できるシステム化が必要と感じる。

○2 オランダとドイツの状況

2008年2月 3施設視察より

	オランダ 国内に2施設 そのうちの1施設	ドイツ 国内に女性用1施設、男性用1施設	
拘束対象 患者	結核病棟内に 施設拘束室2床 年間 10名	45床の結核病棟内に 拘束4床 年間10名	拘束対象の病棟 30床
患者数と その背景	病棟で26名 薬物依存 12 精神疾患 4 治療意思がない 3 保険が無い 3 医学的理由のみ 8  上記のうち拘束命令 6名	拘束室 2名  年間の10名中 薬物依存 8-9名 精神疾患 外国人	24-28名  薬物依存 精神疾患 外国人 保険なし
退院可能とす る目安と	治療継続できる見通 し： 感染防止行動ができる	治療継続できる見通 し： 喀痰培養3回陰性	治療継続できる見通 し： 気管支鏡下採痰月1 回2回培養陰性確認
入院期間	法による拘束対象の場 合には6ヶ月、MDRでは 18ヶ月になることあり	概ね3-4ヶ月	平均135日

オランダにおける裁判所の命令による結核治療

- ・2000年から2007年に発見された1173人中17人(1.4%)
- ・17人のうち13人は薬物中毒、その他は精神疾患、ホームレス
- ・理由：無断離院 11名、隔離拒否 2名、治療失敗の反復 2名、再発の疑い 2名

### ○3 オランダにおける症例提示と意見

#### 1. オランダの拘束命令対象症例

①30代男性、コカイン中毒。2001年に喀痰抗酸菌塗抹陽性で入院したが1晩で離院、その後の塗抹3回陰性であったので外来治療としたが6週間で行方不明となった。3カ月後に他国で発見され監視下治療。2002年にオランダに戻り入院治療を開始するが2週間後に離院、2カ月後に症状悪化して受診、裁判所命令の下に入院治療。10週間で退院したが2週間後には治療中断。薬剤耐性はなし。以後受診時には悪化なく、観察中。

②30代女性、外国籍。1回目治療は3週間で中断し行方不明となった。6カ月後に発見され拘束命令が出されたが喀痰抗酸菌塗抹陰性のため解除、外来治療となったが3週間で中断、行方不明。途中一度健康診断受けているが胸部影無く経過観察。4年後に自覚症状のため受診し粟粒結核（HIV陽性）と診断、入院したが2週間後離院、拘束命令により連れ戻され6ヶ月間入院治療。薬剤耐性無く治癒。

#### 2. 日本の症例：入院勧告に従わない患者

日雇労働者。結核と診断され入院治療を指示されたが、入院による行動の制約に適応できず離院。保健所は現在の外来DOTSに相当する対応で服薬継続できるように支援努力を行ったが、居場所が定まらず治療継続できなかった。その後西日本を中心に各地の結核病床を持つ施設に数十回にわたる入院を反復している。いずれの施設においても喀痰抗酸菌塗抹陽性であり、入院後数日から2カ月に足らない時期に無断で離院する。H病院には平成21年までに5回の入院歴がある。耐性薬剤は平成12年にはINH、RFP、SM、EB、KM、PAS、LVFXであったが、平成21年入院時には以前に感受性であったEB、EVM、GSにも耐性となり、日本で使用可能である全ての抗結核薬に耐性となっていた。

#### 3. オランダ結核対策担当者のコメント

- ・ 結核治療を拒否する患者に対してはまず説得を行うが、拘束も必要になることの説明により大半の患者は治療に同意し、治療継続する
- ・ 中断を繰り返す場合には拘束命令対象になり、確実に治療が行える
- ・ 日本からの提示症例は、オランダであれば拘束対象である
- ・ 治療不能の慢性排菌状態であれば、感染防止のための教育を行って自宅隔離を行う

○ 4 多剤および超多剤耐性結核の現状

1) 多剤および超多剤耐性結核の全国調査 (2006 年) 豊田恵美子他 結核 83:773、2008 (結核病床を持つ 270 施設にアンケート調査 回答率 81%) より再構成

	多剤耐性結核患者数	うち超多剤耐性結核 (多剤耐性中割合)
新規入院例	93 (初回 31, 再 45, 継続 16, 不明 1)	12 (13%) (初回 1、再 6, 継続 4、不明 1)
持続排菌例	103 (うち 19 が自宅療養) (多剤耐性診断後 10 年以上 36)	44 (43%) (多剤耐性診断後 10 年以上 20)
計	196	56 (28.6%)

2) 多剤耐性中の超多剤耐性の割合

WHO 世界における抗結核薬の耐性 (ANTI-TUBERCULOSIS DRUG RESISTANCE IN THE WORLD Fourth global Report. WHO/HTM/TB/2008.394.P50, Table 4 より抜粋)

	対象年	MDR	MDR 検査数	FLQ 耐性 %	XDR	XDR %
日本	2002	60	55	38.2	17	30.9
エストニア	2003-2006	248	245	0	58	23.7
ラトビア	2003-2006	712	688	0	53	7.7
米国	2000-2006	925	601	9.2	18	3.0
香港	2005	41	41	29.3	6	14.6
オランダ	2003-2006	34	33	0	1	3.0

〇〇県の入院勧告拒否の症例について（経過）

- H19.10 肺結核 喀痰塗抹陽性（ガフキー8号）及び核酸増幅法検査陽性（PCR+）により、A病院に勧告入院。その後、薬剤耐性（イソニアジド）があることが判明。
- H20.10 喀痰塗抹陰性確認され退院。退院より一ヶ月後の受診時に悪化が確認される。
- H20.12 B病院に勧告入院。さらに、主要な治療薬4剤への耐性が確認される。同時期、糖尿病性網膜症の手術（両眼）を別病院で受け、そのままB病院に一時的再入院。
- H21.7 地域DOTSカンファレンス開催し、関係者間で退院後の服薬支援体制を検討。  
B病院退院。関係機関協力体制による毎日の訪問DOTS開始。直接服薬確認実施。  
その1年後、再度、地域DOTSカンファレンス開催  
患者本人はB病院を定期受診。胸部CT検査で左肺の空洞所見等の改善傾向認める。
- H22.1 B病院 主治医より菌検査結果と要入院との電話連絡あり。  

喀痰検査	11月18日	塗抹（-）	培養	7週（+）
	12月16日	塗抹陽性（1+）	培養	4週（+）

同日中に保健所と福祉事務所が本人宅訪問し、検査結果伝達と入院の必要性を説明。応急入院勧告を行うが、本人は納得できないとして強く入院を拒否。  
そのため、保健所内で検討を行い、以後の地域DOTS体制を変更することとする。  
当面は、保健所のみで毎日の訪問DOTS実施し、月1回の通院は保健所送迎とする。
- 3日後 本入院勧告を行う。翌日以後も本人は入院に応じず、感染症診査会結核部会で協議。「患者に対する実際の拘束力（強制手段）において法的整備がない状況下では、在宅療養において行動自粛を指導し、入院の説得を続けていくしかないのではないか。」と考える。  
さらに、その6日後、主治医より本人に電話。手術時期を早めることを伝えしたが、本人は一切応じず。（保健所のDOTS体制：週2日訪問及び空袋確認＋土日祝日を含む電話確認。）
- H22.2 入院勧告措置命令。  
以後も保健所より入院・手術の説得を試みるが拒否される。ただし、通院拒否は無く、保健所送迎による月1回の定例受診を継続。その際においても主治医に対し、入院・手術は断ると断言する。地域DOTS体制は継続して行う。

- H22.3 定期受診。次回からの通院間隔が1回/2ヶ月に変更指示あり。  
(本人の意向が変わらないこと及び保健所職員の感染防止への配慮あり。)
- H22.5 主治医より5月12日受診時の喀痰検査で、塗抹陽性(ガフキー6号)であったことを確認。保健所内で検討を行い、地域DOTS体制を変更する(週1回訪問+平日の電話確認とする。)  
また、保健所長・保健所の担当課長・担当職員が同行訪問し、排菌量の増加と病状悪化、一層の感染の危険性を伝え、入院の説得をするが、「結果は信用できない」と入院・手術拒否。
- H22.6 保健所職員が、管内の消防本部を訪問し、今後の救急要請の可能性に備え、患者情報を提供し、B病院への搬送対応を依頼する。(後に本人の了解を得て写真提供を行った。)
- H22.7 末 患者本人が呼吸困難訴え、自ら救急車要請。B病院に救急入院となる。  
その10日後、本人の強い希望及び入院中の約束守れない面(個室から出てしまう等)あり、退院となる。書面にて感染防止のための療養生活上の留意事項を渡す。  
患者本人が呼吸困難で近医受診。そこから救急車要請にてB病院入院。  
空洞破裂による気胸所見。  
その後、結核性膿胸となり、約2ヶ月後に死亡。

#### 【問題点】

- 1 法的に強制力はあるとされながらも、現実として排菌患者が入院拒否した場合、強制手段はなく説得を続ける以外方法がない。一生懸命説得を試みている間、自宅隔離といっても管理は困難であり、感染防止対策が保てない。
- 2 強制入院方法があつたとしても医療機関側の受け入れ体制が整備されていない。
- 3 入院拒否している慢性排菌患者の地域生活においては、感染防止等公衆衛生対策と患者の人権擁護問題が拮抗し、現場の葛藤は大きく、また関係者の理解を得ることにはかなりの労力を費やす。

入院勧告に従わない患者への対応方策 —行政法学の立場から

2010/11/05 厚生科学審議会感染症分科会結核部会  
慶應義塾大学大学院法務研究科准教授 磯部 哲

はじめに

◇ 研究要旨<sup>1</sup>：感染症患者等を強制隔離・長期入院させる仕組みを構築しようとする際には、特に慎重な検討が必要である。患者の自己決定ないし人身の自由が実体的にも手続的にも十分に尊重されていることを制度的な基盤としたうえで、公共の安全という観点から強制措置のあり方を検討すること、科学的合理性と社会的合理性という視点を踏まえつつ、比例原則等の観点から厳しい規律が及ぼされることが必要である。また、裁判所が関与するオランダやドイツの仕組みのように、患者の権利保障のために公正で慎重な手続を経ることが重要である。

1. 問題の所在

(ア)人が不当にその身体を拘束されない自由（人身の自由）の重要性

(イ)公権力の行使による制約の許容性・必要性<sup>2</sup>

(ウ)過去の教訓から

① 不法監禁、拷問などの人権蹂躪が多く行われたので、現行憲法では人身の自由関係で詳細な規定を設けている（18条<sup>3</sup>等）。

② ハンセン病問題解決促進法<sup>4</sup>、感染症予防法前文・同22条の2<sup>5</sup> 等

(エ)「感染症医療の倫理と法」

① 生命・医療倫理：自律尊重（autonomy）及び無危害（non-maleficence）原則から「感染症医療の倫理」を問い直す試み<sup>6</sup>。

② 行政法学：「勧告→強制措置」の仕組みのあり方についての考察<sup>7</sup>

2. 海外の動向その1 —オランダ

(ア)ヨーロッパ人権条約において、感染症の蔓延を防ぐための抑留が認められる一方、その抑留は、国の法律及び条約に従ってなされなければならないことを規定する。

(イ)「医療同意法<sup>8</sup>」の存在

(ウ)感染症法では、強制隔離の要件として、結核に罹患したと推認される合理的理由があることのほか、蔓延による公共衛生への深刻な脅威、他の手段や予防法によっては、危険は避けられないこと（補完性）、患者は、治療を受けたり、入院したりすることを望んでいないこと、及び“危険が消滅するまで”であること（危険基準）を規定する（14条）。

(エ)呼吸器科医と保健所のTB公衆衛生医等の複数の専門家による診断・助言を前置して、→市長の隔離命令、→警察が病院へ連行する。公正透明かつ客観的な判断を担保する趣旨。



(オ)いくつかの重大な措置（強制隔離、身体検査）については、その継続・実施に裁判官の決定が必要とされる。

(カ)強制措置の要件（現地視察の際に受けた示唆）

- ① 均衡（比例原則適合性） Proportionality
- ② 補完性 Subsidiarity
- ③ 最終救済手段 Ultimum remedium
- ④ 任意性の欠如 Absence of arbitrariness
- ⑤ 抑留の結果は明確かつ予測可能 Consequences confinement are clearly and foreseeable
- ⑥ 定期的な評価：強制隔離は継続されるべきかどうか Periodical evaluations: should FI be continued?

### 3. 海外の動向その2 ドイツ

(ア)自由の剥奪は基本的人権に対する強力な制約であることから、「自由剥奪の許容性と継続期間は、裁判官のみが決定しなければならない<sup>9</sup>。」

(イ)「公共に危険を及ぼす又は感染の可能性のある人及び動物の病気に対する措置」として、感染症予防法による連邦の規律が憲法上許容されている。同法の執行（実施）は、基本的に州（ないしその委任を受けた市町村）が行う。

(ウ)ドイツ感染症予防法に基づく強制入院措置について。法的仕組みとしては、まず隔離命令が発出される。事前に聴聞手続が原則保障されるが、例外的には省略可能（「遅滞ないし公共の利益の危険のために早急な決定が必要とされる場合」又は「必然的な公共の利益に対立する場合」該当として、聴聞は行われなないことになるケースがほとんどのようである）。

(エ)隔離命令によって課された義務の不履行に対しては、強制措置が可能である。自由剥奪手続法による自由剥奪（「隔離された病院又は病院の隔離された部分への収容」もその1つ）は、人身の自由の尊重の観点から、州の所管行政官庁の申立てに基づき区裁判所のみが決定できる。裁判所は、自由剥奪の対象者には口頭による意見聴取の機会を与えなければならないが、一定の場合には例外も許される。裁判所は、理由を付した決定により自由剥奪の可否を決定する。裁判所による自由剥奪の決定は、所管行政官庁により執行される<sup>10</sup>。

### 4. 検討すべき課題

(ア)「公共安全・衛生への深刻な脅威」

- ① 強制措置は必要最小限度にとどまること（比例原則）等、厳しい規律の下でのみ正当化されること。
- ② 感染のおそれ、他に代替手段のないこと等を、迅速かつ正確に判断すること。

(イ)対象患者の「権利保障」のあり方（裁判所の関与の可否等）

- ① 強制措置の前後において、裁判レベルの慎重な手続保障が必要であること。

- ② 事後的な不服申立て手続のあり方も問われうること。
- ③ 強制隔離・入院（延長）期間を区切るなど、患者に予見可能性を与えること。

<sup>1</sup> 参照、磯部哲「分担研究報告書 長期入院患者に関する研究」「同（２）」『厚生労働科学研究費補助金 新興・再興感染症研究事業「結核菌に関する研究」（主任研究者：加藤誠也）平成19年度・同20年度報告書』所収

<sup>2</sup> 日本国憲法13条「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」

<sup>3</sup> 日本国憲法18条「何人も、いかなる奴隷的拘束も受けない。又、犯罪に因る処罰の場合を除いては、その意に反する苦役に服させられない。」

<sup>4</sup> ハンセン病問題の解決の促進に関する法律（平成20年6月18日法律第82号）は、前文および1条において、国の隔離政策によりハンセン病患者であった人々が地域社会において平穏に生活することを妨げられ、身体及び財産に係る被害その他社会全般にわたる人権上の制限、差別等を受けてきた事実を明確に指摘し、ハンセン病問題に関する政策の目的が隔離被害の回復であることを明らかにしている。

<sup>5</sup> 「第十七条から第二十一条までの規定により実施される措置は、感染症を公衆にまん延させるおそれ、感染症にかかった場合の病状の程度その他の事情に照らして、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため必要な最小限度のものでなければならない。」

<sup>6</sup> 宮坂道夫『ハンセン病 重監房の記録』（集英社、2006年）50頁以下は、この両原則から感染症医療の倫理を考察し、望ましい感染症対策の骨子としては、(1)病気そのものがもたらす危害が重大で、他の手段ではそれを防げないという場合に限り、隔離という手段が検討されること、(2)次に、その隔離の医学的な必要性を患者に十分に説明し、患者自らの意思で隔離に応じるよう促すこととし、それが困難である場合に限り、本人の意思を超えた隔離、つまり強制隔離が検討される、というものであろうと指摘する。

<sup>7</sup> 現行の感染症予防法をしてみると、健康診断や入院について、勧告のうえ、それに従わないときは即時強制できる仕組みとなっているが、実際には実効性に疑問も呈されている。須藤陽子「公衆衛生と安全」公法研究69号（2007年）156頁以下は、入院勧告を拒む者は現実に存在しており、感染症蔓延が社会的危機を招くことが想定される場合には、行政指導に従うだろうことを前提とするような楽観主義に立つべきではなく、早期封じ込めの必要性や緊急性に照らして必要最小限となるような、現実的な手段（実力ないし有形力の行使）を国が地方に示す必要があると指摘する。

<sup>8</sup> WGBO（Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst；「医療同意法」）は、1994年にオランダ民法第7編（446条－468条）に組み入れられ、1995年より施行されたもの。WGBOによれば、16歳以上の者は独立して医療に関して自己決定ができる（オランダ民法447条）。逆に言えば、患者の同意なく治療行為を行うことはできないのであって、一般にオランダでは、医療の場面における個人の自律・自己決定権は、非常に重要視され強く尊重されていると言われている。

<sup>9</sup> この基本法第104条第2項第1文の要請に基づき、連邦法を根拠に命じられる自由剥奪の裁判手続を規律していたのが、「自由剥奪の際の裁判手続に関する法律」であった。2008年12月17日「家族事件及び非訟事件における手続の改革のための法律」（家族・非訟事件改革法：FGG-Reformgesetz）<sup>9</sup>が制定され、2009年9月1日から施行される（新たな法律の下でも、感染症予防法の規定に基づく強制入院措置の基本的枠組みに大きな変更はないようである。

<sup>10</sup> 隔離命令によって課された義務の不履行に対してする強制措置という意味では「直接強制」である。ドイツの行政執行法（VwVG）は、こうした直接強制の手法は、切迫した危険の回避のために即時執行（der sofortige Vollzug）が必要であるときは、先行する行政行為なしに適用されることができると定めているので、これらの強制入院の手法は、日本の行政法学の用語で言うところの「即時強制」の手段としても用いられることになる。

受診の遅れについて①  
有症状肺結核において発病～初診までの期間

年齢区分	発病～初診			総計	受診の遅れ 2月以上の割合
	2月未満	2月以上	不明		
0-	5	1	7	14	14.3
15-	47	12	39	98	20.3
20-	408	119	371	898	22.6
30-	527	132	457	1116	20.0
40-	462	178	399	1039	27.8
50-	631	222	568	1421	26.0
60-	978	293	796	2067	23.1
70-	1572	301	1107	2980	16.1
80-	2022	252	1401	3675	11.1
90+	485	43	341	869	8.1
総計	7138	1553	5486	14177	17.9
(再)30-59	1620	532	1424	3576	24.7

職業区分 年齢別再掲	発病～初診			総計	受診の遅れ 2月以上の割合
	2月未満	2月以上	不明		
接客業等	188	65	157	410	25.7
(再)30-59	108	35	101	244	24.5
看護師・保健師	76	15	60	151	16.5
(再)30-59	67	9	40	116	11.8
医師	20	2	12	34	9.1
(再)30-59	10	1	5	16	9.1
その他医療職	46	9	27	82	16.4
(再)30-59	23	5	15	43	17.9
教員・保育士	14	2	8	24	12.5
(再)30-59	9	1	4	14	10.0
小中学等学童	6	1	4	11	14.3
高校生以上の生徒学生等	94	22	88	204	19.0
(再)30-59	6	2	10	18	25.0
その他常用勤労者	918	262	848	2028	22.2
(再)30-59	566	171	517	1254	23.2
その他の臨時・日雇	277	102	200	579	26.9
(再)30-59	145	57	118	320	28.2
その他自営業・自由業	385	98	257	740	20.3
(再)30-59	138	42	99	279	23.3
家事従事者	200	51	153	404	20.3
(再)30-59	85	30	92	207	26.1
乳幼児	3	0	3	6	0.0
無職・その他	4800	899	3475	9174	15.8
(再)30-59	430	167	349	946	28.0
不明	111	25	194	330	18.4
(再)30-59	33	12	74	119	26.7

**受診の遅れについて②**  
有症状肺結核において発病～初診までの期間

保険区分 年齢別再掲	発病～初診			総計	受診の遅れ 2月以上の割合 (不明除く)
	2月未満	2月以上	不明		
被用者本人	1004	257	850	2111	20.4
(再)30-59	626	162	533	1321	20.6
被用者家族	289	79	268	636	21.5
(再)30-59	139	41	139	319	22.8
国保一般	1609	480	1284	3373	23.0
(再)30-59	580	202	477	1259	25.8
国保退職本人	74	17	54	145	18.7
(再)30-59	3	1	2	6	25.0
国保退職家族	13	3	14	30	18.8
(再)30-59	2	1	3	6	33.3
後期高齢者	3342	456	2315	6113	12.0
生活保護(受給中)	542	141	406	1089	20.6
(再)30-59	169	61	127	357	26.5
生活保護(申請中)	92	62	79	233	40.3
(再)30-59	41	32	46	119	43.8
その他	83	39	89	211	32.0
(再)30-59	35	22	47	104	38.6
不明	90	19	127	236	17.4
(再)30-59	25	10	50	85	28.6

- 被用者本人: 組保管掌健康保険、各種の共済組合、全国健康保険管掌健康保険、船員保険および日雇健康保険などの被保険者
- 被用者家族: 上記の被保険者の被扶養者
- 国保一般: 市町村の国民健康保険の被保険者およびその被扶養者
- 国保退職本人: 退職者医療制度に該当する者(国民健康保険の加入者のうち、65歳未満の被用者年金受給者)平成20年4月に廃止、平成26年度まで経過措置あり
- 国保退職家族: 上記の被保険者の被扶養者
- 後期高齢者: 後期高齢者医療の被保険者。75歳以上(一部65-74歳)
- 生活保護法(受給中): 「被用者本人」、「被用者家族」に該当しないで生活保護法によるなんらかの扶助を受けている者
- 生活保護法(申請中): 上記参照
- その他: 戦傷者特別援護法、精神衛生法、伝染病予防法などの適応を受けている者、あるいは自費治療などの場合