

第百十二回国会 参議院 社会労働委員会 會議録第九号

昭和六十三年四月十九日(火曜日)
午前十時開会

常任委員会専門員 此村 友一君

出席者は左のとおり。

委員長 関口 恵造君
理事 佐々木 満君
曾根田 郁夫君
山本 正和君
中西 珠子君

委員 石本 茂君
遠藤 政夫君
斎藤 十朗君
田代由紀男君
田中 正巳君
前島英三郎君
宮崎 秀樹君
対馬 孝且君
浜本 万三君
沓脱タケ子君
内藤 功君
藤井 恒男君

国務大臣 厚生大臣 藤本 孝雄君

政府委員 厚生大臣官房総務審議官 黒木 武弘君
厚生省健康政策局長 仲村 英一君
厚生省保健医療局長 岸本 正裕君
厚生省保健部長 小林 功典君
厚生省社会局長 下村 健君
厚生省保険局長

事務局側

本日の会議に付した案件
○国民健康保険法の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○委員長(関口恵造君) ただいまから社会労働委員会を開会いたします。

国民健康保険法の一部を改正する法律案を議題といたします。

まず、政府から趣旨説明を聴取いたします。藤本厚生大臣。

○国務大臣(藤本孝雄君) ただいま議題となりました国民健康保険法の一部を改正する法律案につきまして、その提案の理由及び内容の概要を御説明申し上げます。

国民健康保険制度は、我が国の国民皆保険体制の基盤となる制度として重要な役割を果たしておりますが、制度を取り巻く社会経済が大きく変化し、人口の高齢化等を背景に医療費が増加する中で、運営上さまざまな問題を抱えるに至っております。その解決を図ることが重大な課題となっております。

そこで、保険料負担能力の低い被保険者の加入割合が高いという問題や医療費の地域差問題等、国民健康保険制度が当面している不安定要因に対して、国、都道府県及び市町村が共同して取り組みを遂行することにより、国民健康保険事業の運営の安定化を図ることを目的として、この法律案を提出した次第であります。

以下、この法律案の主な内容につきまして御説明申し上げます。

第一は、指定市町村における国民健康保険事業

の運営の安定化の推進であります。厚生大臣が指定する医療給付費等が著しく多額な市町村は、安定化計画を作成し、国及び都道府県の指導及び援助のもとに、給付費等の適正化等運営の安定化のための措置を講ずることとしております。

この計画の実施状況を踏まえ、指定市町村の給付費等が特別の事情を勘案してもなお被保険者の年齢構成等をもとに定める基準を超える場合、その基準を超える著しく高い給付費等の一定部分について、国、都道府県、市町村が六分の一ずつ共同で負担するものとしております。

第二は、保険財政基盤の安定化措置であります。市町村の国民健康保険の財政基盤の安定のため、市町村は、保険料負担能力の低い被保険者の保険料軽減相当額を基礎として算定した額を一般会計から国民健康保険特別会計に繰り入れることとし、国はその二分の一を、都道府県はその四分の一をそれぞれ負担することとしております。

第三は、高額医療費共同事業の強化充実であります。高額な医療給付が市町村の国民健康保険の財政に与える影響を緩和するため、国及び都道府県は、国民健康保険団体連合会が行う高額医療費共同事業に対してその費用の一部を補助することができるとし、これにより同事業の強化充実を図ることとしております。

第四は、老人保健医療費拠出金の国庫負担の見直しであります。保険財政基盤の安定化措置等を通じて、国民健康保険の運営の安定化が図られることから、その財政運営への影響に配慮しつつ、特例的に高くなっている老人保健医療費拠出金に係る国庫負担率を調整することとしております。

こうした改正のほか、被保険者資格証明書の交付を受けている場合の療養について社会保険診療の扱いとするなどその他所要の改正を行うこととしております。

以上申し上げた制度改正のうち、保険財政基盤の安定化措置、高額医療費共同事業に対する補助及び老人保健医療費拠出金に対する国庫負担の見直しの措置は昭和六十三年及び六十四年度における措置としております。

最後に施行期日ですが、本年四月一日から施行することとしております。

以上がこの法律案の提案理由及びその内容の概要であります。この法律案につきましては、衆議院においてこの法律の施行期日を公布の日とする修正が行われたところであり、何とぞ慎重に御審議の上、速やかに御可決あらんことをお願い申し上げます。

○委員長(関口恵造君) 以上で趣旨説明の聴取は終わりました。

これより質疑に入ります。

質疑のある方は順次御発言願います。

○宮崎秀樹君 大臣、御苦労までございます。それでは、今回の国民健康保険法の一部を改正する法律案に關しまして、むしろその周辺と申しますか、こういう法律の改正だけで日本の公的医療保険制度というものが安定するかどうかという観点から、御質問をさせていただきます。

まず第一点でございますが、負担と給付の平等ということがよく言われております。御承知のように、公的医療保険制度には何種類かの保険者がございまして、各保険者によりまして保険料率、いわゆる掛金率が異なっております。また加入者の年齢構成、それから保険料を算出した基となる平均年齢、それから平均賃金というものが大変大きな格差があるということがこの負担の公平と給付の平等というものを大きく阻害しているのではないかと私は思うわけでございます。

そういう意味で一つの例を挙げますれば、例えば国家公務員の共済組合の保険がございまして、こ

それは、被保険者の掛金率は三八・六%、事業主も同じく三八・六%でございまして、トータルで七七・二%でございまして。また、この保険者の中でも、参議院が実はこの保険に入っておられるわけですが、また外務省等各省庁も入っておりますが、それぞれ、中では異なる。それで、参議院では、先般、何か変なと申すと語弊がありますけれども、民間業の詰め合わせみたいなものを配った、各保険者間でいろんなことをやっていらしたる。

また、政管健保では、被保険者の掛金率は四二%、事業主分が四二%で八四%でございまして。また、ポ一ナスは一〇%で半分は被保険者が負担する。

組合健保に至っては、約千八百組合がございまして、平均事業主分は四六・二%で、被保険者分は三五・一%、トータルで平均が八一・三%というところになっております。ポ一ナスから保険料を徴収しているのはその中で約百七十組合だけでございます。

国民健康保険は、老人の加入者割合が二・四%となっております。また、他の職域に比べ被扶養者を含めた高齢者が最も多い私学共済健保というのがございます。これでも老人の加入者割合は四%でございまして。そうしますと、国保はこれの約三倍でございます。

このような状況で、まさにばらばらでございまして。こういうことが現実でございますので、私は、これは一元化と申すよりも一本化、いわゆる公的医療保険制度の一本化というものを早く図らないといつてもこのいわゆる負担と給付の平等ということはなし得ないと思うわけでございまして。

そういう意味で、まず、こういうばらばらな状況に對しまして、この格差をどうお考えになつていらつしやるか、お聞かせ願いたいと思ひます。
○政府委員(下村健君) 各制度あるいはその各制度に基づいてできております保険者によりまして、年齢構成の相違とかあるいはそれに伴う医療費の相違あるいは所得の差、いろんな原因がござ

いまして不均衡が存在しているというのは御指摘のとおりでございまして。

もともとはかなりの程度に各保険者の自主的な運営ということを大幅に認めてきた時期があったと思うわけでございまして。しかし、高齢化の進展につれて、やはりそれではよくないということと、給付と負担の公平という観点から逐次その調整の度合いを強めてきているというのが五十年代の末から今日にかけての状況ではないかというふうに考えておるわけでございまして。

私もとしては、老人保健制度の創設あるいは退職者医療制度の創設といった形でこれまでいろいろな調整によりまして公平化を図ってきたわけでございますが、今後やはりそういった公平化の方向というものはますます強めていかざるを得ないだろうというふうに考えておるわけでございまして。

○宮崎秀樹君 それはその方向でひとつ大いに努力をしてもらうということが一つでございまして。

先般、今月の十四日でございまして、衆議院で社会労働委員会がございまして、そのときに、昭和五十九年の八月に、三師会と申しまして日本医師会、歯科医師会、薬剤師会と自由民主党との間の覚書を実は交わしてございまして。それには五年後にこの統合一本化を図るということをうたつておるわけでございまして、厚生省としては、厚生省との約束ではないからこれには拘束されないという御返事がたしかあったやに承っておりますが、私は、そういう方向の中でこれはなるべく可及的速やかに統合一本化なり制度の抜本改正をしていただくことをお願いするわけでございまして。大臣、これについて御決意をちょっと承りたいと思ひます。

○国務大臣(藤本孝雄君) 党と医師会が結ばれました申し合わせでございまして直接には厚生省はこれに拘束されないわけでございましてけれども、政府・与党の関係でございましてこの内容につきましては念頭に置きながら進めていかねければならぬと思ひます。

それから、今後の医療保険制度の運営を考えますときに、高齢化の本格化に伴ひまして社会保障関係の経費はふえるわけでございまして、そういう中で基本的に考えなければならぬ問題は制度の長期安定と給付と負担の公正と公平であるわけでございます。

したがって、私もできるだけ早い時期に医療保険制度の各制度を通じた給付と負担の公平を図っていく。その場合に、おっしゃるような一本化また一元化、道はやはり異なりますけれどもねらいは同じでございまして、このことにつきましては、私も今までの国会等の議論また審議会等の御意見等も踏まえまして、現実的には、各制度を前提にしてその制度間の給付と負担の公平を図っていくという一元化が極めて現実的な進め方であろうと考えておるわけでございまして。

しかし、いずれにいたしましても、今後さらに各方面の御意見を承りまして、可能な限りできるだけ早い時期に各制度間を通じての給付と負担の公平化を図る決意であることは申し上げるまでもございせん。

○宮崎秀樹君 ぜひひとつその方向でお願いしたいと存じます。

次に、組合健保は単一組合を形成するには被保険者千人以上というのがかつての規約でございまして。これを最近、七百人以上でもよろしいからこれをつくりなさいという、むしろ奨励しているようなふうに私は思えるのでございまして、このように組合健保をどんどんつくりなさいとおっしゃる根拠は一元化ということをおっしゃる中でむしろ多元化を進めているんじゃないかというふうな思ひわけでございまして、これに關してはどういう意味で組合健保の創設ということを御推奨なさっているか、お伺いしたいと思ひわけでございまして。

○政府委員(下村健君) もともと、現行の健康保険法の上では、組合設立の基準というのはいくらも申しますか、かなり小さな規模でも認め得るよう

な形になっているわけでございまして。ただ、現在の状況からいいますと、医療の高度化とかいうふうな事情もありますので、実際の運用はそれより厳しい水準でやっている。従来はそれを千人でやっていたものを七百人にしたということでございます。

私もとしては、保険の運営の効率化という問題が一つある。それからもう一つは、予防あるいは健康管理というふうな面での対策も進めていくということになると小規模のメリットも認められる側面があると、こんなふうに考えているわけでございまして。

ただ、全体といたしましては、先ほど申しましたように、給付と負担の公平ということでございますので、個々の組合の安定的な運営が認められる限りは組合の設立を認めるわけでございましてけれども、設立された健康保険組合が、いずれも、老人保健制度、退職者医療制度を通じて全体の皆保険体制に協力していくものであり一元化に反するものではないと、このように考えているわけでございまして。

○宮崎秀樹君 私は、どんなふういう不均衡、格差というものを推奨するような方向でいくよりは、むしろ大同団結して大きな皆さんの拠出金というものを集めた中で負担の公平と平等を図るということが一番最良な方策ではないかと考えるわけでございまして、最初御意見がございましたように、私はそういう方向でひとつ進めていただきたいと思ひわけでございまして。

それから、次に移りますが、地域総合健康保険組合という構想があるということが毎日新聞の四月の十三日でございまして、それに載っております。

これまでの健康保険組合は、単一組合は先ほど言ったように被保険者七百人以上でございまして。同一業種が共同して設立する総合組合は三千人以上という二つの型がございまして。今回、高齢者対策本部の中間報告の中で触れられております、職域のみならず地域にも着目した

ような地域総合健康保険組合が、早ければ六月には認可されるようである。これは先ほど言った四月十三日の毎日新聞に載っていたことと一致する。

具体的に対象となるような地域はどんなところをお考えになっているのか、被保険者は大体何人ぐらいを見込んでいらっしゃるのか、また保険財政の確保のためには全国でどの程度の数を見込んでいらっしゃるのか、また政管健保から組合に変わるための程度の国庫負担の削減を見込んでいらっしゃるのか。そのような具体的なものがあればお示し願いたいと思います。

○政府委員(下村健君) 被用者につきましては、従来から、一定の連帯意識のある集団について職域ごとあるいは同種の産業ごとと申しますかそういった形で健康保険組合を認めてきたわけでございます。

ただ、実は、これに対しては、従来から、地域的に特別な非常に強固な団体が存在しているとかそういった結びつきのあるような地域については組合の設立を認めてほしいあるいは認めるべきではないかというふうな議論がありまして、これについてはこれまでいろいろ検討してきたわけでございますが、一定の地域については認めてもいいんではなからうかというふうに方針を決めたというところでございます。

したがって、地域の組合といえども、私どもとしては従来あります総合健康保険組合の一種だというふうに考えております。したがって、いまして、当然、設立要件等につきましても、従来の総合健保の基準に準ずるものというふうに考えております。

したがって、具体的な条件といたしましては、一つは、やはり組合がつくられる母体と申しますか、母体になるような共同連帯意識の強い設立母体が存在しているということがまず条件になってまいります。

それから二番目は、標準報酬とか医療費等の状況から見まして、少なくとも政管健保並みの保険

料率で、国庫補助を受けなくても安定的な財政運営が可能だ、こういう見通しが立つということが第二の条件になってまいります。

それから、規模の問題でございますが、規模の問題につきましても、これは総合健保と同様三千人以上というふうな条件で考えてまいりたいというふうに思っているわけでございます。

実は、かなり希望がいろいろありましたので、こういった方向で認めていくということになります。いろいろな設立の具体的な計画が出てくるのかというふうなことを考えていたわけでございますが、検討の過程でいろいろ具体的な条件を適用してみますと、なかなか実際の組合の設立に結びつくものは余り多くないというのが今の状況でございます。

さしあたりの状況で見ますと、新聞報道等でも出ておりましたけれども、二つばかりの組合がこれはまずできそうだと申してございまして、その他のところでもいろいろ研究をしておられるところがあります。具体的な設立に結びついてくるかどうかというものは、今のところ私どもとしては明確な判断がつかないというふうな状況でございます。

したがって、全体的な規模がどの程度のものになつていくのかはつきり私どもとしては立ちませんが、今回の事例で見ますと、今回の二つの組合というのはいずれも商業団地でございまして、団地の規模等にもよると思っております。これまでにある団地等のそういった商業団地、工業団地が存在している地域について条件が整うところは出てくるだろう、こんなふうに思っておりますが、正確な数あるいは加入人員等については、全体的な見通しは今の段階ではつきり申し上げられない、こんな状況でございます。

○宮崎秀樹君 わかりました。これは、そういう加入者の個人個人の意思もございまして、やはりそういう面も尊重してひとつおやりいただきたいと思うわけでございます。

それから、時間がないのでちょっと次の問題は

飛ばしまして、あつたらまた後で御質問いたしますが、四月一日に診療報酬の改正が実はございまして、今回の改正は、国民医療総合対策本部の中間報告をバックボーンにした大改革であると言われておりますが、考え方を施策の上で実行することについて、それがよいものであればそれでいいわけでございますが、この中で法律の根幹に触れるような問題が一つございまして、それをちょっとお聞きしたいと思います。

それは、医療法で規制されております問題につきましまして、診療報酬体系の健康保険法の中でいわゆるペナルティーをかけるという問題が一つございまして、それは、御承知のようにオーバーベッドの問題でございます。

診療所のベッド数それから病院のベッド数というものは、これは届け出・許可制でございまして、それをオーバーして入院なり収容したときにこれに關しまして診療報酬体系の中でペナルティーをかける。私は、むしろ医療法の中でこれははっきり明確に処罰するなら処罰するということなら話はわかるんですが、全然違うところへ転嫁して持っていくということについては、これは基本的に間違っているんじゃないかと思うわけでございます。

その点、いかがでございましょうか。

○政府委員(下村健君) 今回の改定におきまして、オーバーベッドの対策の強化と医療法と診療報酬上の取り扱いの連携を図ったわけでございまして、

オーバーベッドにつきましましては、既に昭和六十年の改定の際に、許可病床数を二〇%上回る患者を収容している医療機関につきましては室料を減額するという措置をとっているわけでございまして、今回はこれを一五%というふうに少し厳しくしたところでございまして、

私どもとしては、医療法の人員配置あるいは許可病床というふうな基準の問題については、これは医療法の体系で十分御検討いただかなければならない問題だ、こう思っているわけでございまして

が、保険の立場から申しますと、同一のサービスについて同じ料金を支払うというふうな考え方では整理してはどうか。したがって、オーバーベッドの場合にはどうしても実態上サービスの低下はやむを得ない、低下していることが考えられる、またオーバーベッドによってコスト面が逆にそれだけ安くなっているということも考えられるわけでございます。そういったことで保険の対応を図ったということでございまして、ペナルティーというふうなことを言われることもあるわけでございますが、私どもとしては、そういうことではなくてサービスの実質に着目をいたしまして、それに相応した料金と申しますか、報酬体系に変えていきたい、このように考えたわけでございます。

なお、医療の現場としてはオーバーベッドについてもやむを得ないというふうな事情も現実にはあり得るわけでございまして、そのようなやむを得ないオーバーベッドについては所要の配慮をするということで考えているわけでございまして、

○宮崎秀樹君 今お話がございましたが、私、これはケース・バイ・ケースだと思っております。例えば、例えば、地方へ行きますと、救急車が来てオーバーベッドになつてもどうしても収容しなきゃならない、そういうような状況もございまして、ひとつ実態を踏まえた中で、これは機械的にペナルティーをかけるということではぜひおやめいただきたい。

それから、やはり筋としては、医療法の方できちっとこれも指導なさるならなさるということについては私も結構でございますので、その辺のところはよく御勘案いただくことを要望するわけでございます。

それから次に、もう一つ、今度初めて特三類という看護が認められたわけでございまして。しかし、これは二十日間を限度で切るわけですね。そうしますと、これは考え方によつては、急性のときはそれを認めましょう、慢性になったらこれはだめですよということで、この基準を病院に許

可を与えるということになりますと、将来の急性病院とか慢性病院とかそういうような一つの区分けをしていこうという一つの思想と申しますか、そういうことが今からその布石としてお考えいただいた中でこういうことをなさったのかどうか、ちよつとその辺のところを、お考えがあればお聞かせ願ひたいと思います。

○政府委員(下村健君) 今回の改定におきまして新たに特三類看護を設けたわけでございます。

これは、特二類の承認を受けている病院の中に、より看護力の充実したところが実態として出てきている、それから関係者の要望も特三類というふうなことに、ついて強いということがございました。また、患者の病状によってはこうしたより高密度の看護に対して診療報酬上の対応が必要なものもあるというふうに考えたわけでございます。

なお、特三類看護につきましては病棟単位で承認することになっておりますが、これは一つの病院の中で慢性疾患の患者も急性疾患の患者も治療を受けているという現在の医療の現場の実態を勘案したものでございます。

病院の体系を慢性疾患の治療を中心とする慢性病院と急性疾患の治療を中心とする一般病院とに区分することにつきましては、国民医療総合対策本部の中間報告でも今後の課題ということとされておりまして、さらに医療の現場の実態や関係者の意見も踏まえながら十分に検討していくべき課題だというふうに考えております。

○宮崎秀樹君 私は、急性と慢慢性を一日をもって区切る、きょうから慢性になった、きのうまでは急性だということはないと思うんです。ですから、そういう辺も医学の現場の御意見をよく徴した中でこういう問題は将来御検討したいと思うわけでございます。

それから、いろいろこういうものがどんどんふえてきますと、看護婦のマンパワーというものはこれは当然必要でございます。特にまた、最近、老健法で訪問看護、在宅ケア等の施策がなされることになっております。また、老人保健施設がで

きます。それから、今、駆け込み増床というのがございまして、各都道府県におきまして地域医療計画が策定されております。ある県なんかは六千床以上のベッドが既にオーバーになっているという県もございます。何かやめられる前の衛生部長さんが判こをばかばかついて出ていっちゃったというように、その部長さんは出世して偉くなったというはおかしな話ですが、そういうような実態もあるようでございます。

看護婦さんが足りないというのは、これは私データーを持っておりますが、きょうも看護婦さんが一番多いという県に電話しました。けさも聞いたら、足りませんと。きょうはこのデーターを出してくださいときのお私言っておいたんですが、きょうは用意されておりますですか。全国の充足のデーターをきょうお示しくださいというふうにきのうお願いしておいたんですが。

○政府委員（仲村英一） 看護婦が足りないという声があるということとは私も承知しておるわけですが、調査の中身が、実際と必要数というものの、何というんでしようか、格差と申しますか、非常に調べにくい部分もありますので、実は、純粹な統計的な調べ方ではなくてヒアリングのような格好で問い合わせをしております、現在なお細部について各県に聞いておる部分もございまして、まだ御報告申し上げる段階に至っておりませんというのが実情でございます。

私どもとしてもいろいろ問い合わせをしておる最中ということで御理解いただきたいと思ひます。

○宮崎秀樹君 全国統計は実は私持っておりますし、またそうやって私の方でもヒアリングをして、実態を調べてみますと、一番多いというデータの県でも、足りないとい。これは県当局とそれから医師会と両方に聞きました。

私は、こういう中でどんどんベッドがふえてくるということで足りないということがわかるんですが、昨日実は担当官の方、これは名前を言いま

せん。局長、課長さんは非常にこの認識があるんですが、その方は、まずはそれを認めない。足りているような顔をしているんですね。この実態、足りないということがわかっていて厚生省の担当官がそんなことじゃ、私大変なことだと思うんですね。ですから、そういう認識が今あるということとは私はまことにけしからぬと思うんです。私は腹は優しい男ですけれども、きのうは腹が立っています。そんなことはわかり切っているのに、看護婦が余っているみたいな顔をしているからとんでもない。

私は行政は一刻も早くこういうことに着手してほしい。それで、国や県並びに地方自治体が看護学校をつくってどんどん養成してくださるのなら私は何も申し上げません。今民間が医療費の中から看護婦さんを養成している。しかも、養成基準が非常にうるさい。重箱の隅をはじくるようなことを言っている。私に言わせりゃ、まあ意地悪ですな。そういう実態がございます。それでこれはやっていたいけないですね。国民医療を守るとか体裁のいいことをおっしゃっているけれども、実際、じゃやれといつてもやれるはずがない。マンパワーがないんですから。

そういう意味で、現在ある養成所、これの定員も非常にうるさいことを言うんです。それで、医師の方の養成定員を削減しろ削減しろというのは、去年は六十何人余計にとっているんですね。そっちの方は甘くて、どんどんつくらなきゃいけないところだけは逆にうるさく言っている。まさに私は逆だと思うんですね。

だから、その辺をひとつ踏まえて、仕方がないからじゃ、今定員二割だけと三割ぐらいは認めましよう。例えば、生徒一人にお産の数がこれだけなきやいけない。お産というのは一人が一つ見なくたっていいんですよ。あれは両側から見られるんですね。だから、一つのお産を二人で見たっていいんですよ。

そういうような基準の緩和というものをいろいろなことから御検討なさって、そういう意味で、

看護婦さんの養成というものに対してどうお考えか、ちょっとお聞かせ願いたいと思うんです。

○政府委員(仲村英一君) 先ほどもお触れになりましたけれども、医療が高度化するあるいは先ほどお尋ねのありました特三類ということで病院におきます現場の医療の内容が変化するに従って看護婦が必要になるということも事実でございますし、老人保健施設というのもどんどんこれからつくられてまいりますればまたそこで看護婦さんの需要が生まれるわけですし、在宅看護もこれからもっと伸ばしていかなきゃいけないということとで考えますれば在宅看護に従事する看護婦さんにも必要になるということで、私どもとしては、今後看護婦の需要というのはさらにふえるであろうという認識を持っております。

第二次五カ年計画は六十年に終わっておりまして、その後、実は第三次と申しますか、その後の必要給計画が策定されておりませんのは、医療法改正がありまして今お尋ねの地域医療計画で駆け込みがあったりということと非常に変動するという要因もありますので実はまだ策定に至っておりませんけれども、御指摘のように、緊急に終わるべき内容だと考えておるわけでございます。

一方、御指摘のような指定基準の問題もあるわけですが、医療の現場に合致していない部分もあるように私も理解しておりますので、これは早急に見直さなくちゃいけないと考えておりますが、一方においてはますます質のいい看護婦さんをつくっていくことも重要なことでございますので、その兼ね合いで私どもとして難しい面もありますけれども、実習のあり方につきましても非常に問題がございますので、教育内容の見直しを中心にいたしまして再検討することを、これからすぐ着手をいたしたいと考えております。

○宮崎秀樹君 時間が来ましたので私これでやめますけれども、残余の質問を二つばかり残しましたけれども、これはまた次の機会にやらせていただきます。

それでは、ぜひその方向でひとつやっていたくことを心からお願い申し上げます。終わります。

どうもありがとうございます。

○前島英三郎君　いつでしたか、本委員会における厚生大臣の所信表明を聞きまして、私は大変感動いたしました。別にこれはお世辞でも何でもございませんで、本当に共感をいたしました。大臣は、その冒頭で世界に例を見ない我が国の人口の高齢化に触れまして、

これからの厚生行政の一大目標は、人類が達成した偉大な財産である長寿を、いかに活用して、だれもが喜べる長寿社会を建設していくかにあります。

特に、長寿社会を財政負担の増大の面のみ強調した暗いイメージでとらえることなく、お年寄りの豊富な人生経験が社会の財産であるとの認識を持って、国民の一人一人が明るく健康で生きがいを持って暮らせるような活力ある社会づくりに努めていかねばならないと考えます。

こう力強く述べられておるわけであります。

私は、こんなふうにいるところ、質問するときによく言うんですが、昔から不老長寿は人間の夢なんですけれども、今日、長寿はかなりのところまで達成はされているんですが、不老という部分が達成されていない。不老という部分です。そこから問題がいろいろと発生しているんだ、こういうことだろうと思うんです。寝たきり老人六十万とか百万とかいふような言われ方がありますが、それだけでも、大臣が所信で強調されたことは、言葉をかえて言うならば、つまり不老の実現にはかならないと私は思うんです。私はそう理解しております。

本日議題となっております国民健康保険制度も、一面では不老を支えるための制度でありながら、反面では不老が十分に達成されていないためにその運営が危機にさらされている、こういうのが実態であろうと考えるわけです。

このような観点から、急速なスピードで進む高齢化社会に対して今後どのようにしてまだのよう形での明るい活力ある社会を築こうと考えておられるのか、大臣のお考えをもっとかみ砕いてお聞かせいただければと思うんですが、どうぞ。

○国務大臣(藤本孝雄君)　御指摘のように、大変なスピードでしかも経験のない超高齢化社会にこれから入っていくわけでございます。戦後四十年で平均寿命も三十歳延びた、人生五十年型の社会を人生八十年型、むしろ率直に申しますと九十年型ぐらいの社会につくり直していかなきゃならぬというふうに思うわけでございまして、そのためにはやはりそういうことが可能になる活力のある経済社会というものを築いていかなきゃならぬわけでございまして、そういうことがまず第一に最も重要な課題だと思っております。

その活力ある経済社会を人生九十年型に耐えられるように再構築していくためには、これは、厚生省所管の医療・年金・福祉だけではなくて雇用の問題であるとか、それから住宅、環境の問題であるとか、それからまた教育の問題であるとか、総合的に取り組まなければならぬ、そういう問題であると思っております。

そういう考え方で政府におきましては「長寿社会対策大綱」というものをつくっておるわけでございまして、政府全体でそういう課題に取り組んでおりますし、またこれからの取り組みでいかなきゃならないと思っております。

厚生省に關しましては、医療・年金・福祉分野が所管であるわけでございまして、それぞれ精いっぱい努力をしていかなければなりません。特に御指摘のように健康づくりというものが極めて重要な面であるベースになるわけでございまして、病気になるないための予防検査であるとか、それからまたその前の積極的な健康づくりを充実させていきまして、ヘルスプランであるとかヘルス事業であるとかまた健康づくりのための諸施策、またそういうものを背景にして高齢者が社会参加できるようになるいろいろな仕組み、またそれに

対しての援助というようなものも積極的に展開してまいりまして、だれもが喜ぶ長寿社会、そういうものを築いていきたい、かように考えております。

○前島英三郎君　確かに、結果においてその対策というのにはいろいろ財政的な負担が伴ってきまして、そうならないまでの対策というのが縦割り行政の中でまた一つの難しい面もあるうかと思ひますが、まさしく健康な長寿社会というのはだれしも願っていることだろうと思うんです。

そういう意味で、中長期的な展望あるいは未来のイメージを国民が描くことができるだけでも極めてこれは大切なことだと思うんです。展望やイメージを示してもらえばいろいろ利点もまた出てまいりますし、将来に希望が持てる、あるいは将来のために今どのような努力が必要か、あるいは財政の問題であればその財政をどのように国民が負担していったらいいのかがということが、おのずと国民の中にもコンセンサスを得られていくプロセスになっていくだろうと私は思うんです。

それに対して資料も材料もない状態ではこれは知恵も議論もできないわけでありまして、その点、二年前の昭和六十一年の四月に出されました厚生省の高齢者対策企画推進本部報告は、これは極めて注目すべき点があると私も思うんです。

国民健康保険制度に關しまして、今回の改正案の原型とも言えるべきものがこの報告の中に私は示されているような気がするんです。別々の政策の具体的な展開方法は別にしまして、全体としてどのような方向になぜ進んでいくのか、進んでいくべきなのかという点でも割合まとめたがよくできているように思います。そして今後の指針もしくは議論の土台になるものであると評価するんです。

そこで、この報告について公表に至った意図、目的、さらにまたこの報告の性格などにつきましてもちょっと御説明いただければと思います。

○政府委員(黒木武弘君)　六十一年四月の高齢者対策企画推進本部報告についてのお尋ねでございます。

ます。

まさに、この報告をまとめた背景といたしましては、ただいま大臣から答弁がありましたように、今後の社会経済ないしはもう一つの我が国の構造を人生五十年の構造から人生八十年、大臣は九十年と申されましたけれども、そういったライフスタイルに合わせたものに変えていかなければならないというのが考え方の出発でございます。

特に社会保障につきましては、これを長期的に安定させること、そして有効に機能していくことが今後の活力ある長寿社会を実現するために不可欠の要件だというふうに厚生省は考えたわけでございします。

このような問題意識に立ちまして、来るべき二十一世紀を豊かな活力ある社会とするために、厚生省として今後どのような基本的な原則で高齢者対策をやっていくかあるいは基本的な原則に沿ってどのような各種施策を展開してまいるかと、そういった方向を明らかにしたものがこの本部報告だというふうに承知をいたしております。

私どもの考え方は、このような基本的な考え方あるいは各種の施策の方向につきまして、今後我が国の大きな政策課題でございますから国民各層の御意見をちょうだいいたしながら、そして国民の合意を得ながら着実に施策を展開してまいりたい、このような考え方で報告という形に取りまとめて公表させていただいた次第でございます。

○前島英三郎君　この報告書においては、高齢者が人里離れた施設や病院で暮らすのではなく地域社会や家族とのきずなを保ちながら暮らせること、すなわち在宅サービス、在宅福祉の充実の重要性が提唱されているわけですね。この考え方は私も基本的には同意するんですが、ともすれば、行政の責任を回避しようとするものではないか、私に言わせれば見当違いの批判の音が聞こえないでもないんです。

厚生省として今後どのような考え方に立って在宅福祉を推進していくつもりなのか、ひとつ明快

な御答弁をいただければと思います。

○政府委員(小林功典君) 本格的な高齢化社会を迎えまして、よく言われることでございますが、老後も住みながら地域社会で家族や隣人とともに暮らしていけるということが大変重要であるというふうに思っております。そのために各種の在宅福祉施策の充実を図ることが我々の急務であるという認識を持っておりまして、でございます。

そういう考え方に立ちまして昭和六十三年予算におきましては家庭奉仕員派遣事業、デイサービス事業あるいはショートステイ事業といった既存の在宅福祉施策を大幅に拡充をしたわけでございます。

ちなみに数字を申しますと、家庭奉仕員で申しますと二万五千三百五人から二万七千五百五人つまり千八百人の増、それからデイサービス事業につきましては四百十カ所から六百三十カ所という二百二十カ所の大幅拡充、それからショートステイ事業につきましては四万六千四百人から四万九千七百九十五人と九千九百九十一人の増を図っております。

こういった既存の在宅福祉の拡充とともに、六十三年度は新たにホームケア促進事業を創設するといった新規事業も盛り込んでいくわけでございまして、今後ともこういう方向でさらに在宅福祉の充実を図ってまいりたいと思っております。

○前島英三郎君 在宅福祉の充実を推進する上で行政の責任といっても、何でも公費や公務員にゆだねるような物の考え方というのは、現実的でないばかりかサービスの質の向上という観点からプラスとは思われません。

そこで、民間活力、マンパワーあるいは向こう三軒両隣パワーといいますが家族パワー、こうしたものが一つのかぎという大きなポイントになるとさえる面もあるんじゃないかというように気がするんです。そういうためには、障害者自身もそういう方向で、あるいは老人たちもただ死を待つだけというふうなそういうわびしい気ではなくて、地域の中にどのように貢献してい

き、メンタルな部分でどのように補っていくかということが、これからのいわばメンタルな活用あるいはパワーの重要なポイントだろうと思うんですが、この民間活力の活用という点ではどういう施策をこれから進めていくのか、また考えているのか伺いたいと思っております。

○政府委員(小林功典君) 福祉を充実していく際に、公的な施策の一層の推進が必要であるというように、これは言うまでもございせんけれども、それとともに、今お話ございましたように民間による多様なサービス、これを健全に育成していくということが必要であると思っております。

一つは、法案を先般お願いしましたシルバーサービス関係の仕事も今おっしゃったような民間の活力を使うといった意味の施策でございせんけれども、要するに、高齢者に配慮された適切なサービスが提供されるようにそういった民間の企業に対する国、地方が連携したところの指導、これが一つ必要であらうという事です。

それから、先般お願いしましたようなホームヘルプや入浴サービスといったいわゆる在宅介護サービスに對します公的な低利融資制度、こういうことも創設いたしました健全な企業を育成していくということでございます。

それから、あわせて民間事業者の集まりであります社団法人のシルバーサービス振興会というのがございまして、そこに対して倫理綱領の策定等のいわば自主的な取り組みをお願いしているというところでございます。

これらをあわせて、民間の企業が在宅福祉の分野で大いに活力を發揮してもらいたいというふうに施策をこれから進めてまいりたいと思っております。

○前島英三郎君 在宅サービスの充実といいますが、高齢者の場合は特に医療面における在宅サービスあるいは在宅医療の充実も大変重要だと思えます。国民健康におきましても入院による医療費が大きなウェイトを占めている実態もあるわけ

ですから、在宅利用に対するニーズに的確にこたえていくことが結果的には財政的にもプラスになって返ってくるという関係にもなると思うんです。

また、予防対策の充実の必要性が強調されております。これは、予防というのはいわば不老というものに共通点があるわけですが、予防といいますが保健、つまり健康を保つ方の分野ということになります。こちらにとっても在宅医療の充実ということが結果的には大きく寄与できるものと考えられます。

在宅医療の充実に関しまして、厚生省はどのように推進を考えておられるのか、伺っておきたいと思っております。

○政府委員(仲村英一君) 御指摘のように、医療費の適正化という観点から在宅医療でできるものはそちらで伸ばすということは非常に必要だと思っております。私どもも六十二年度から在宅医療環境整備のためのモデル事業というのを七カ所所実施をしております。二年計画でございまして現在実施中でございますが、これはどういふにすれば在宅医療あるいは訪問看護等を含めてそういうことができるかということでのモデル事業でございまして、同時に検討会でもその事例等を検討していただくということで、今後さらに在宅医療を伸ばしていきたいということで検討を進めております。

それから、末期医療に関するケアの在り方の検討会でも、やっぱりがんの患者さんが末期に自宅で療養できるように考えたかどうかという点での検討会もお願いしております。

それから、今年度からは訪問看護と在宅ケアの総合推進モデル事業という名前でございますけれども、保健・医療・福祉の連携のとれた総合的な在宅施策を推進するためのモデル事業を実施して、これをさらに全国的に伸ばしていく方向で検討を進めておるところでございます。

一方、診療報酬の方でも、保険局にお願いをい

たしまして在宅寝たきり老人に対する訪問診療料でございますとか訪問看護料の回数の拡大でございますとか点数の引き上げ等を行って、まあ誘導と申しますか、そういう方面でも在宅医療を伸ばす方向で私どもいろいろな角度から検討を進め、さらにそれを伸ばしていきたいと考えております。

○前島英三郎君 在宅サービスがなぜ重要視されるようになってきたのか、そこには重要な発想の切りかえが潜んでいると思ふんですね。すなわち、サービスの提供者の都合ではなくサービスに必要とする側の都合、つまり高齢者のニーズに沿って物を考えることがいけば在宅サービスの発想の原点のように私は思ふんです。

とかく規格にはめられてしまふということには人間の本来の姿からはなかなか抵抗もあるように思ふんですが、福祉医療・保健、これらは行政的にはそれぞれ別々の部門によって運営されてまいりました。しかし、これらのサービスは必要とする高齢者は一人一人生身の人間でありますから、その内部には部門別の仕切りなどはないわけでありまして、ですから、高齢者、これは障害者も同じなんです。そうしたニーズに応じて各部門が連携して必要なサービスを的確に提供していけるようにすることが大切だと思ふんです。

厚生省でもこのような見地からだと思ふんですが、本年度組織の改革を行うと聞いておりますが、その考え方、ねらいといった点をお聞きしたいと思ふんですが。

○政府委員(岸本正樹君) 厚生省では本年七月に高齢者に関する保健・医療施策を担当する老人保健部とそれから福祉施策を担当いたします社会局の老人福祉課を統合いたしました。今これは仮称でございますけれども、老人保健福祉部というふうなものを設置することを考えているわけでございます。

御指摘のように、今後増大する高齢者の多様なニーズに的確に対応していくためには、高齢者一人一人のニーズを把握するとともに、保健・医療・福祉の各部門が連携のとれた形で適切なサービス

スを提供していくことがどうしても必要だというふうに考えるわけでございます。

今回の組織再編につきましては、このような認識のもとに立ちまして高齢者に対する保健・医療・福祉施策を総合的に推進する体制を整備するという見地からこれらの施策を一元的に担当する部局を設置する、こういう考え方でございます。

○前島英三郎君 大きく言えば、老人福祉省なんという特別な省庁があってもいいようなこれから高齢化時代になると思うんですが、さて厚生省の連携はできた、しかしそれだけではだめですね。

これからはやっぱり地方自治体との連携がないと。向こう三軒から地方自治へ、それから国の政治へという形が望ましいわけですが、そういう連携というのはどうなんでしょうか。

○政府委員(小林功典君) 先ほど先生からお話ありましたように、いろんな分野があります中で行政の側から見るとはなくてむしろ住民の側から見るという点は大変重要で、我々も心しなきゃいかぬと思っております。

確かに、高齢者とかあるいはその家族の立場に立つて見ますと、保健・医療・福祉の各分野にわたるニーズというものが適切に対応しまして、個々の高齢者に最も適したサービスが提供されるということが大変重要なことであります。そしてそのためには、高齢者の悩み事に対する総合的な相談体制の確立あるいは保健・医療・福祉各種サービスの総合的な推進ということが必要であらうと思っております。

このような考え方に立ちまして、実は、六十二年度から各都道府県に高齢者総合相談センター、俗にシルバー一一〇番と言っておりますが、その設置を進めるとともに、都道府県に高齢者サービス総合推進会議を、そして市町村には高齢者サービス調整チームというものを設置いたしたわけでございます。また、保健所におきましても、保健・福祉サービスの調整のための会議を設置いたしましたりしまして、これらの施策を通じまして

各段階におけるサービスのいわば総合的な推進というものを進めているところでございます。

さらに、六十三年度におきましては、訪問看護をモデル実施するとともに、訪問看護と在宅福祉・保健サービスの連携のあり方を探ることを目的としまして、新たに訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業というものを実施することといたしております。

○前島英三郎君 そこで、あと十分ぐらいしかありませんから、これまで触れてきた高齢者対策企画推進本部報告や昨年からことしにかけてのいろいろな関係機関などの動きを拝見しておりますと、今回の改正の趣旨、眼目というものがおのずと浮き上がってくるわけですね。また、昭和六十五年ごろにも予定されていると見られる医療保険制度一元化に向けての大きな流れの中でどのような位置づけがなされるべきなのか、かなりはっきりとイメージというものがわき上がるような感じがするんですが、それども、参議院の当委員会におきましては本日審査の始まりでありますので、今回の改正案の趣旨及び一元化への流れの中での位置づけについて、これも明確に御説明をいただきたいと思っております。

○政府委員(下村健君) 今回の国民健康保険の改革でございますが、国民健康保険問題懇談会の報告等を踏まえ、低所得者の問題あるいは医療費の地域差問題といった国保の不安定要因になっております構造問題に国、都道府県及び市町村が一体となって取り組む仕組みをつくることによりまして社会保険としての国保の機能を十分に発揮できるようにしたいというのが基本的な趣旨でございます。

医療保険制度の一元化につきましては、これもでも給付と負担の公平化に向けて逐次改革を実施してきたわけではあります。今回の改革案は国保制度の安定化を図り一元化に向けての条件整備をしようとするものでありまして、給付と負担の公平化に向けての改革の一環として位置づけられるものと考えているわけでございます。

○前島英三郎君 この改正案は各方面の意見や論調を読んだり聞いたりしてみても比較的評価が高いように思います。かなり知恵を絞ったものと認められますし、その中でも特に都道府県の参画というのが大変注目されると思うんですね。そこで、都道府県が参画することの意味、さらには期待される効果としてどのようなことが見込まれるかあるいは見込んでいるのか、その辺も伺いたいと思います。

○政府委員(下村健君) 国民健康保険制度は地域保険ということで地域住民の健康を確保するための社会保険制度であります。ただ、その特色といたしましては、高齢者、低所得者が多く加入しているあるいはその運営には地域における保健・医療・福祉といった関連施策と密接な関連があるということから、国、市町村はもとよりでございますが、都道府県にも積極的に参加していただくということによりまして国保運営の安定化あるいは地域住民の福祉の増進につなげていきたいというふうに考えているわけでございます。

で、今回の改革では、低所得者対策等につきまして都道府県の負担をお願いするとともに、医療費適正化対策につきましても都道府県の役割を期待しているわけでございますが、医療費の適正化ということにつきましては、先ほど来お話が出ておりますように、例えば老人を例にとりまして、老人について適切な処遇を確保する、そのためには総合的な観点から取り組んでいくということが必要だというふうに考えているわけでございます。そういう意味で、地方において総合的な行政をやっております都道府県の役割というものを大きく期待しているわけでございます。

○前島英三郎君 医療費の適正化というのは、響きはいいんですけども実質的には医療費の抑制にはかならないと思うんですね。しかもこれは必要な医療費を削ることであって命を削ると思うんですね。そうなたらこれは命を削ると同じになってしまうからだと思うんですね。すなわ

ち、適正でない医療費をいかにしてなくしていくかということに尽きると私は思うんですね。古くて新しいこの重要課題に対して本改正案では、医療費の高額な指定市町村に安定化計画を作成させて、国や都道府県の指導と援助のもと、適正化など運営の安定化のための措置を講ずる、こうなっているわけですが、この成否は非常に重要でありますので、具体的な展開方式などについて伺いたいと思います。

○政府委員(下村健君) 安定化計画の具体的な展開方式ということでございますが、厚生大臣は毎年度医療費が著しく多額になると見込まれる市町村であって医療費の適正化その他国保事業の運営の安定化のための措置を特に講ずる必要があると認められる市町村を指定市町村として指定をするというのがまず第一段階でございます。

指定された市町村は、厚生大臣の定める指針に従いまして、まず第一に、医療費が高いということの要因の分析をお願いしようと思っております。要因の分析を通じて地域ごとの、例えばどういうふうな疾病が多いために医療費が高いのかとかいろいろ原因が出てくると思いますが、その原因に応じたヘルス事業の推進でありますとかあるいは保健・福祉施策等の具体的な展開でありますとかそういった幅広い対策を盛り込んだ安定化計画をつくって、これを国及び都道府県との協力のものと推進をしていくことを考えているわけでございます。

この計画の実施結果を踏まえまして、なおかつ残る著しく高い医療費の一定部分につきまして、二年後から保険料二分の一のほかに国、都道府県、市町村がそれぞれ六分の一ずつ共同負担をするという仕組みを発動させるということでございます。

御指摘がありましたように、以上のプロセスを通じて国、都道府県、市町村が一体となりまして取り組みによりまして医療費の適正化、内容として適切な医療が確保されるあるいは必要とされる適切なサービスが確保される、その結果とし

て医療費の適正化に結びつくといった形で私どもとしては最大限の努力をしてみたいと考えているわけでございます。

○前島英三郎君 最後になりますが、結局、市町村民は国民であり国民もまた市町村民であるという点では、どこからどこまでは市町村でどこからどこまでが国とかというような形あるいはまた厚生省はこゝまで労働省はこゝまでだという線引きというのは、おのずと過去の踏襲の中にも限界があるようにも思うんです。国民健康の改革といひましても、健康保険制度そのものの枠組みの中でできるものはおのずと限界があることもこれは認めないわけにはいかないと思うんですね。かといつて、国保の枠の中での努力の手を緩めてもらつちや困るわけです。

この両面をわきまえたつ制度のあり方を論じた制度の運用に当たらなければならぬと思ひますけれども、今回の改正内容に加えて健康づくりなどに地道な努力を重ねていただきたいと思ひます。

最後に、大臣の御決意を伺ひまして私の質問を終わりたいと思ひます。

○国務大臣(藤本孝雄君) 今回の国保改革につきましては、先ほどから御答弁申し上げておりますように、国保が抱えております構造上の問題をぜひとも解決をいたしまして、それによりまして国保の財政の安定を図つてまいり、さらには将来の各制度間を通じての給付と負担の公平化を図るための条件の整備にいたしたい、こういうことでございまして、ぜひとも早期に法案の成立をお願い申し上げたいと思ひます。

また、健康の問題につきましては、御指摘のように、私は、医療には三つあると思つております。

治療と予防健診と最後は健康づくり、これは三つとも極めて重要でございまして、特に予防健診のためのヘルス事業さらには健康づくり健康づくりにつきましては、運動、栄養、休養と三つの要素があるわけでございますが、特にこれから

はその中で運動をより積極的に取り上げてまいりたい、かように考えております。

そのために、ことし、初めての全国健康福祉祭を開催することにもいたしてございまして、私といたしましては、特に国民の皆さんの健康づくりに従来以上に熱意を燃やして力を入れてまいりたい、かように考えておりますのでよろしくお願ひ申し上げたいと思ひます。

○委員長(関口恵造君) 本案に対する本日の質疑はこの程度にとどめます。

本日はこれにて散会いたします。

午前十一時五分散会

四月十四日予備審査のため、本委員会に左の案件が付託された。

一、原子爆弾被爆者等援護法案(衆)

原子爆弾被爆者等援護法案

原子爆弾被爆者等援護法

目次

第一章 総則(第一条 第三条)

第二章 援護(第四条 第四十条)

第三章 原子爆弾被爆者保護施設及び原子爆弾被爆者相談所(第四十一条 第四十二条)

第四章 原子爆弾被爆者等援護審議会(第四十三条 第四十六条)

第五章 不服申立て(第四十七条 第五十一条)

第六章 雑則(第五十二条 第六十条)

第七章 罰則(第六十一条 第六十二条)

附則

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、広島市及び長崎市に投下された原子爆弾の被爆者及びその遺族が今なお置かれてゐる特別の状況にかんがみ、国家補償の

精神に基づき、これらの者に対して医療の給付、一般疾病医療費、被爆者年金又は特別給付金の支給等必要な措置を講じ、もつてこれらの者を援護することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において「被爆者」とは、次の各号の一に該当する者であつて、被爆者援護手帳の交付を受けたものをいう。

一 原子爆弾が投下された際当時の広島市若しくは長崎市の区域内又は政令で定めるこれらに隣接する区域内にあつた者

二 原子爆弾が投下された時から起算して政令で定める期間内に前号に規定する区域のうちで政令で定める区域内にあつた者

三 前二号に掲げる者のほか、原子爆弾が投下された際又はその後において、身体に原子爆弾の放射能の影響を受けるような事情の下にあつた者

四 前三号に掲げる者が当該各号に規定する事由に該当した当時その者の胎児であつた者

(被爆者援護手帳)

第三条 被爆者援護手帳の交付を受けようとする者は、その居住地(居住地を有しないときは、その所在地)の都道府県知事(広島市又は長崎市の区域にあつては、広島市長又は長崎市長。以下同じ)に申請しなければならない。

2 都道府県知事は、前項の申請に基づいて審査し、申請者が前条各号の一に該当すると認めるときは、その者に被爆者援護手帳を交付するものとする。

3 被爆者援護手帳に関し必要な事項は、政令で定める。

第二章 援護

(援護の種類)

第四条 この法律による援護は、次のとおりとする。

- 一 健康診断の実施
- 二 医療の給付
- 三 一般疾病医療費の支給

- 四 医療手当の支給
- 五 介護手当の支給
- 六 被爆者年金の支給
- 七 特別給付金の支給
- 八 葬祭料の支給

九 原子爆弾被爆者保護施設への入所等旅客鉄道株式会社及び日本貨物鉄道株式会社に係る法律(昭和六十一年法律第八十八号)第一条第一項に規定する旅客会社(以下「旅客会社」という。)の鉄道への乗車等についての無賃取扱

(健康診断)

第五条 都道府県知事は、被爆者に対し、毎年、厚生省令で定めるところにより、健康診断を行うものとする。

(健康診断に関する記録)

第六条 都道府県知事は、前条の規定により健康診断を行つたときは、健康診断に関する記録を作成し、かつ、厚生省令で定める期間、これを保存するものとする。

(指導)

第七条 都道府県知事は、第五条の規定による健康診断の結果必要があると認めるときは、当該健康診断を受けた者に対して必要な指導を行うものとする。

(医療の給付)

第八条 厚生大臣は、原子爆弾の傷害作用に起因して負傷し、又は疾病にかかり、現に医療を要する状態にある被爆者に対し、必要な医療の給付を行う。ただし、当該負傷又は疾病が原子爆弾の放射能に起因するものでないときは、その者の治療能力が原子爆弾の放射能の影響を受けているため現に医療を要する状態にある場合に限る。

2 医療の給付の範囲は、次のとおりとする。

- 一 診察
- 二 薬剤又は治療材料の支給
- 三 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術

四 病院又は診療所への収容

五 看護

六 移送

3 医療の給付は、厚生大臣が第十条第一項の規定により指定する医療機関（以下「指定医療機関」という。）に委託して行うものとする。

（認定）

第九條 前条第一項の規定により医療の給付を受けようとする者は、あらかじめ、当該負傷又は疾病が原子爆弾の傷害作用に起因する旨の厚生大臣の認定を受けなければならない。

2 厚生大臣は、前項の認定を行うに当たつては、原子爆弾被爆者等援護審議会の意見を聴かなければならない。ただし、当該負傷又は疾病が原子爆弾の傷害作用に起因すること又は起因しないことが明らかであるときは、この限りでない。

（医療機関の指定）

第十條 厚生大臣は、その開設者の同意を得て、第八條第一項の規定による医療を担当させる病院若しくは診療所又は薬局を指定する。

2 指定医療機関は、三十日以上の予告期間を設けて、その指定を辞退することができる。

3 指定医療機関が次条第一項の規定に違反したとき、その他指定医療機関に第八條第一項の規定による医療を担当させるについて著しく不適当であると認められる理由があるときは、厚生大臣は、その指定を取り消すことができる。

4 厚生大臣は、前項の規定により指定を取り消す場合には、当該医療機関の開設者に対して、弁明の機会を与えなければならない。この場合においては、あらかじめ、書面をもつて、弁明をなすべき日時、場所及び当該処分をなすべき理由を通知しなければならない。

5 厚生大臣は、指定医療機関の指定又は指定の取消しを行うに当たつては、あらかじめ、原子爆弾被爆者等援護審議会の意見を聴かなければならない。

（指定医療機関の義務）

第十一條 指定医療機関は、厚生大臣の定めるところにより、医療を担当しなければならない。

2 指定医療機関は、医療を行うについて、厚生大臣の行う指導に従わなければならない。

（診療方針及び診療報酬）

第十二條 指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、健康保険の診療方針及び診療報酬の例による。

2 前項に規定する診療方針及び診療報酬の例によることができないとき、及びこれによることを適当としなかつたときの診療方針及び診療報酬は、厚生大臣が原子爆弾被爆者等援護審議会の意見を聴いて定めるところによる。

（診療報酬の審査及び支払）

第十三條 厚生大臣は、指定医療機関の診療内容及び診療報酬の請求を随時審査し、かつ、指定医療機関が前条の規定によつて請求することができる診療報酬の額を決定することができる。

2 指定医療機関は、厚生大臣が行う前項の決定に従わなければならない。

3 厚生大臣は、第一項の規定により指定医療機関が請求することのできる診療報酬の額を決定するに当たつては、社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第百二十九号）に定める審査委員会、国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）に定める国民健康保険診療報酬審査委員会その他政令で定める医療に関する審査機関の意見を聴かなければならない。

4 国は、指定医療機関に対する診療報酬の支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会その他厚生省令で定める者に委託することができる。

5 第一項の規定による診療報酬の額の決定については、行政不服審査法（昭和三十三年法律第百六十号）による不服申立てをすることができない。

（報告の請求及び検査）

第十四條 厚生大臣は、前条第一項の審査のため必要があると認めるときは、指定医療機関の管

理者に対して必要な報告を求め、又は当該職員をして指定医療機関についてその管理者の同意を得て、実地に診療録その他の帳簿書類を検査させることができる。

2 指定医療機関の管理者が、正当な理由がなく、前項の報告の求めに応ぜず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の同意を拒んだときは、厚生大臣は、当該指定医療機関に対する診療報酬の支払を一時差し止めることができる。

（医療費の支給）

第十五條 厚生大臣は、被爆者が、緊急その他やむを得ない理由により、指定医療機関以外の者から第八條第二項各号に規定する医療を受けた場合において、必要があると認めるときは、医療の給付に代えて、医療費を支給することができる。

被爆者が指定医療機関から同項各号に規定する医療を受けた場合において、緊急その他やむを得ない理由によりその費用を当該指定医療機関に支払つたときも、同様とする。

2 前項の規定によつて支給する医療費の額は、第十二條の規定により指定医療機関が請求することのできる診療報酬の例により算定した額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることができない。

3 厚生大臣は、第一項の規定により医療費を支給するについて必要があると認めるときは、当該医療を行った者又はこれを使用する者に対して、その行つた医療に関し、報告若しくは診療録、帳簿書類その他の物件の提示を命じ、又は当該職員をして質問させることができる。

（一般疾病医療費の支給）

第十六條 厚生大臣は、被爆者が、負傷又は疾病（第八條第一項の規定による医療の給付を受けることができる負傷又は疾病、遺伝性疾患、先天性疾患及び厚生大臣の定めるその他の負傷又は疾病を除く。）につき、都道府県知事が次条第一項の規定により指定する医療機関（以下「被爆者一般疾病医療機関」という。）から第八條第二項各号に規定する医療を受け、又は緊急その他

やむを得ない理由により被爆者一般疾病医療機関以外の医療機関からこれらの医療を受けたときは、その者に対し、当該医療に要した費用の額を限度として、一般疾病医療費を支給する。ただし、その者が、当該負傷若しくは疾病につき、健康保険法（大正十一年法律第七十号）、船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）、国民健康保険法（昭和十四年法律第七十三号）、国民健康保険法（昭和二十八年法律第八十号）、労働基準法（昭和二十二年法律第四十九号）、労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）、船員法（昭和二十二年法律第百号）若しくは日本体育・学校健康センター法（昭和六十年法律第九十二号）の規定により医療に関する給付を受け、若しくは受けることができたとき、又は当該医療が法令の規定により国若しくは地方公共団体の負担による医療に関する給付として行われたときは、当該医療に要した費用の額から当該医療に関する給付の額を控除した額（その者が社会保険各法又は老人保健法による療養の給付若しくは医療を受け、又は受けることができたときは、当該療養の給付又は医療に関するこれらの法律の規定による一部負担金に相当する額とし、当該医療が法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療の現物給付として行われたときは、当該医療に関する給付について行われた実費徴収の額とする。）の限度において支給するものとする。

2 前項の医療に要した費用の額の算定については、前条第二項の規定を準用する。

3 被爆者が被爆者一般疾病医療機関から医療を受けた場合においては、厚生大臣は、一般疾病医療費として当該被爆者に支給すべき額の限度において、その者が当該医療に関し当該医療機関に支払うべき費用を、当該被爆者に代わり、

当該医療機関に支払うことができる。

4 前項の規定による支払があつたときは、当該被爆者に対し、一般疾病医療費の支給があつたものとみなす。

5 社会保険各法の規定による被保険者若しくは組合員又は老人保健法第二十五条第一項に規定する七十歳以上の加入者等である被爆者が、第一項に規定する負傷又は疾病について被爆者一般疾病医療機関から医療を受ける場合には、当該社会保険各法又は老人保健法の規定により当該医療機関に支払うべき一部負担金は、これらの法律の規定にかかわらず、当該医療機関に厚生大臣が第三項の規定による支払をしない旨の決定をするまでは、支払うことを要しない。

6 第十三条第三項及び第四項並びに第十四条の規定は第三項の規定による支払について、前条第三項の規定は一般疾病医療費の支給について、それぞれ、準用する。

(被爆者一般疾病医療機関)
第十七条 都道府県知事は、その開設者の同意を得て、前条第三項の規定による支払を受けることができる病院若しくは診療所又は薬局を指定する。

2 被爆者一般疾病医療機関は、三十日以上予告期間を設けて、その指定を辞退することができる。

3 都道府県知事は、被爆者一般疾病医療機関に前条第三項の規定による支払を受けるについて著しく不適当であると認められる理由があるときは、その指定を取り消すことができる。

4 第十四条第四項の規定は、前項の場合について準用する。

(一般疾病医療費の支給の制限)
第十八条 被爆者が、自己の故意の犯罪行為により、又は故意に、負傷し、又は疾病にかつたときは、当該負傷又は疾病に係る一般疾病医療費の支給は、行わない。

2 被爆者が、闘争、泥酔又は著しい不行為によつて負傷し、又は疾病にかつたときは、当該

負傷又は疾病に係る一般疾病医療費の支給は、その全部又は一部を行わないことができる。被爆者が、重大な過失により、負傷し、若しくは疾病にかつたとき、又は正当な理由がなくて療養に関する指示に従わなかつたときも、同様とする。

(医療手当の支給)
第十九条 都道府県知事は、政令で定めるところにより、被爆者であつて、負傷又は疾病につき第八条第一項の規定による医療の給付を受け、又は第十六条第一項の規定による一般疾病医療費の支給を受けることができる医療を受けているものに対して、その給付又は医療を受けている期間について、月額十萬円の範囲内において、医療手当を支給する。

(介護手当の支給)
第二十条 都道府県知事は、被爆者であつて、政令で定める程度の精神上又は身体上の障害(原子爆弾の傷害作用の影響によるものでないことが明らかである負傷又は疾病による障害を除く。次条第四項において同じ)により介護を要する状態にあり、かつ、介護を受けているものに対し、政令で定めるところにより、その介護を受けている期間について、月額十萬円の範囲内において、介護手当を支給する。

(被爆者年金の支給)
第二十一条 被爆者には、被爆者年金を支給する。

2 被爆者年金を受ける権利の認定は、これを受けようとする者の請求に基づいて、厚生大臣が、原子爆弾被爆者等援護審議会の意見を聴いて、行う。

3 被爆者年金の額は、三十三萬円とする。

4 精神上又は身体上の障害の状態にある被爆者のうち、その障害が政令で定める程度の障害の状態にあるものに支給する被爆者年金の額は、前項の規定にかかわらず、その障害の程度に応じ、三十三萬円を超え、六百九十八千七百円を超えない範囲内において、政令で定める額とする。

5 前項の障害の程度を定めるに当たつては、原子爆弾の放射能の影響を受けたことによる疾病の特殊性について特に配慮しなければならぬ。

6 厚生大臣は、第四項の障害の程度及び額を定める政令の制定又は改定に当たつては、あらかじめ、原子爆弾被爆者等援護審議会の意見を聴かなければならない。

(被爆者年金の額の改定)
第二十二条 厚生大臣は、被爆者年金の支給を受けている者が次の各号の一に該当することとなつた場合には、原子爆弾被爆者等援護審議会の意見を聴いて、当該被爆者年金の額を改定する。

一 新たに前条第四項に規定する政令で定める程度の障害の状態になつたとき。
二 障害の程度が増進し、又は低下したとき。
三 前条第四項に規定する政令で定める程度の障害の状態でなくなつたとき。

2 前項第一号又は第二号(障害の程度の増進に係る場合に限る)に該当することとなつたことによる被爆者年金の額の改定は、当該被爆者年金の支給を受けている者の請求に基づいて行う。

(被爆者年金の額の自動的改定措置)
第二十三条 被爆者年金については、政府は、労働省において作成する毎月勤労統計における労働者の年度平均の給与額(以下「平均給与額」という)が昭和六十三年(この項の規定による措置が講ぜられたときは、直近の当該措置が講ぜられた年度の前年度)の平均給与額の百分の百五を超え、又は百分の九十五を下るに至つた場合においては、その上昇し、又は低下した比率を基準として、その翌年度の四月以降の被爆者年金の額を改定する措置を講じなければならない。

2 前項の規定による措置は、政令で定める。

(被爆者年金の支給期間及び支給期月)
第二十四条 被爆者年金の支給は、昭和六十四年一月(被爆者援護手帳の交付を受けた日が同月一日以後であるときは、その交付を受けた日の属する月の翌月)から始め、権利が消滅した日の属する月で終わる。

2 被爆者年金は、その支給を停止すべき事由が生じたときは、その事由が生じた日の属する月の翌月からその事由が消滅した日の属する月までの分の支給を停止する。ただし、これらの日が同じ月に属する場合は、支給を停止しない。

3 第二十二条第一項の規定により被爆者年金の額が改定されたときは、改定後の額による被爆者年金の支給は、改定された日の属する月の翌月から始めるものとする。

4 被爆者年金は、毎年一月、四月、七月及び十月の四期に、それぞれその前月までの分を支給する。ただし、前支給期月に支給すべきであつた被爆者年金又は権利が消滅した場合若しくは被爆者年金の支給を停止した場合におけるその期の被爆者年金は、その支給期月でない月であつても、支給するものとする。

(被爆者年金を受ける権利の消滅)
第二十五条 被爆者年金を受ける権利を有する者が死亡したときは、当該被爆者年金を受ける権利は、消滅する。

(被爆者年金の支給停止)
第二十六条 被爆者年金を受ける権利を有する者が監獄、労務場その他これらに準ずる施設に拘禁されているときは、当該拘禁されている期間、被爆者年金の支給を停止する。

(被爆者年金と増加恩給等との調整)
第二十七条 被爆者年金を受ける権利を有する者が、同一の障害に關し、他の法令の規定により、恩給法(大正十二年法律第四十八号)第四十六条に規定する増加恩給その他被爆者年金に相当する給付を受けることができる場合には、その給付を受けることができる期間、その者に支給すべき被爆者年金の支給を停止する。ただし、被爆者年金の額が当該他の法令の規定によ

る給付の額を超えるときは、その超える部分については、この限りでない。

(未支給の被爆者年金)

第二十八條 被爆者年金を受けることができる者が死亡した場合において、その死亡した者に支給すべき被爆者年金でまだその者の死亡前に支給していないものがあるときは、その者の配偶者(届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあつた者を含む。以下同じ。)、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹であつて、その者の死亡の当時その者によつて生計を維持し、又はその者と生計を同じくしていたものは、自己の名で、死亡した者の被爆者年金の支給を請求することができる。

2 前項の場合において、死亡した者がその死亡前に被爆者年金の請求をしていなかったときは、同項に規定する者は、自己の名で、死亡した者の被爆者年金を請求することができる。

3 未支給の被爆者年金を受けることができる者の順位は、配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹の順序とし、父母については、養父母を先にし、実父母を後にする。

4 未支給の被爆者年金を受けることができる同順位者が二人以上あるときは、その一人のした請求は、全員のためその金額につきしたものとみなし、その一人に対してした支給は、全員に対してしたものとみなす。

(支給額の調査)

第二十九條 厚生大臣は、被爆者年金の支給を受けている者について必要があると認めるときは、その者に対し、身分関係の異動及び障害の状態その他必要な事項に関して、必要な書類の提出を命じ、又は当該職員をして質問させることができる。

2 厚生大臣は、被爆者年金の支給を受けている者について障害の状態を調査するため必要があると認めるときは、その者に医師の診断を受けるべきことを命ずることができる。

3 第一項の規定によつて質問を行う当該職員

は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係人の請求があるときは、これを提示しなければならない。

(特別給付金の支給)

第三十條 死亡した第二各号に掲げる者の遺族には、特別給付金を支給する。

2 特別給付金を受ける権利の裁定は、これを受けようとする者の請求に基づいて、厚生大臣が行う。

(特別給付金を受けることができる遺族の範囲)

第三十一條 特別給付金を受けることができる遺族の範囲は、死亡した者の死亡の当時における配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹並びにこれらの者以外の三親等内の親族(死亡した者の死亡の当時その者によつて生計を維持し、又はその者と生計を同じくしていた者に限る。)とする。ただし、死亡した者の死亡の日が昭和六十四年一月一日前であるときは、同日前に離縁によつて当該死亡した者との親族関係が終了した遺族は、特別給付金を受けることができる遺族としない。

2 死亡した者の死亡の当時に胎児であつた子が出生したときは、前項の規定の適用については、その子は、当該死亡した者の死亡の当時における子とみなす。

(特別給付金を受けることができる遺族の順位)

第三十二條 特別給付金を受けることができる遺族の順位は、次に掲げる順序とする。ただし、父母及び祖父母については、死亡した者の死亡の当時その者によつて生計を維持し、又はその者と生計を同じくしていたものを先にし、同順位の父母については、養父母を先にし、実父母を後にする。

一 配偶者(死亡した者の死亡の日が昭和六十四年一月一日前であるときは、死亡の日以後同月一日前に、前条第一項に規定する遺族(以下この条において「遺族」という。)以外の者の養子となり、又は遺族以外の者と婚姻した者を除く。)

二 子(昭和六十四年一月一日(死亡した者の死亡の日が同月二日以後であるときは、その死亡の日。以下この条において同じ。))において、遺族以外の者の養子となつてゐる者を除く。)

三 父母

四 孫(昭和六十四年一月一日において、遺族以外の者の養子となつてゐる者を除く。)

五 祖父母

六 兄弟姉妹(昭和六十四年一月一日において、遺族以外の者の養子となつてゐる者を除く。)

七 第二号において同号の順位から除かれてゐる子

八 第四号において同号の順位から除かれてゐる孫

九 第六号において同号の順位から除かれてゐる兄弟姉妹

十 第一号において同号の順位から除かれてゐる配偶者

十一 前各号に掲げる者以外の遺族

(特別給付金の額及び記名国債の交付)

第三十三條 特別給付金の額は、死亡した者一人につき百二十万円とし、五年以内に償還すべき記名国債をもつて交付する。

2 前項の規定により交付するため、政府は、必要な金額を限度として国債を発行することができる。

3 前項の規定により発行する国債の利率は、年六分とする。

4 第二項の規定により発行する国債については、政令で定める場合を除くほか、譲渡、担保権の設定その他の処分をすることができない。

5 前各項に定めるもののほか、第二項の規定によつて発行する国債に関し必要な事項は、大蔵省令で定める。

(特別給付金と他の法令の規定による扶助料等との調整)

第三十四條 特別給付金は、当該死亡した者の死

亡に關し、他の法令の規定により、恩給法第七十五條第一項第一号から第三号までに掲げる額の扶助料、戦傷病者戦没者遺族等援護法(昭和二十七年法律第二百七十七号)第二十三條に規定する遺族年金又は遺族給付金その他これらに相当する給付を受けることができる者がある場合には、支給しない。

(準用規定)

第三十五條 第二十八條第四項の規定は、同順位の遺族が二人以上ある場合における特別給付金の請求若しくはその支給について、同順位の相続人が二人以上ある場合における未支給の特別給付金の請求若しくはその支給について、国債の記名者が死亡した同順位の相続人が二人以上ある場合におけるその者の死亡前に支払うべきであつた元利金の請求若しくはその支払又は記名変更の請求若しくはその記名変更について、それぞれ、準用する。

(葬祭料の支給)

第三十六條 都道府県知事は、被爆者が死亡したときは、その葬祭を行う者に対し、葬祭料として、死亡した者一人につき二十万円を支給する。

(被爆者年金等の支給の制限)

第三十七條 被爆者年金、特別給付金又は葬祭料(以下この条において「被爆者年金等」という。)の支給を受けることができる者が、故意に、障害若しくは死亡又はこれらの直接の原因となつた事故を生じさせた場合には、その者には、当該障害又は死亡に係る被爆者年金等を支給しない。

2 特別給付金の支給を受けることができる遺族が、当該特別給付金に係る先順位者又は同順位者を故意に死亡させた場合には、その者には、当該特別給付金を支給しない。特別給付金の支給事由が生ずる前に、当該支給事由が生ずることによつて当該先順位者又は同順位者となることとなる者を故意に死亡させた者についても、同様とする。

3 被爆者年金等の支給を受けることができる者が、自己の故意の犯罪行為若しくは重大な過失により、若しくは正当な理由がなくて療養に関する指示に従わなかったことにより、障害若しくは死亡若しくはこれらの直接の原因となつた事故を生じさせ、その障害の程度を増進させ、若しくはその回復を妨げ、又は故意にその障害の程度を増進させ、若しくはその回復を妨げた場合には、その者には、当該障害又は死亡に係る被爆者年金等の全部又は一部を支給しないことができる。

(原子爆弾被爆者保護施設への入所等)

第三十八条 厚生大臣は、高年齢である被爆者、小頭症の病状にある被爆者その他の被爆者について、特に入所及び保護(治療を含む。以下同じ。)を必要とする認めるときは、原子爆弾被爆者保護施設に入所させ、その保護を行うものとする。

(旅客会社の鉄道への乗車等についての無償取扱い)

第三十九条 被爆者及び政令で定めるその介護者は、運賃を支払ふことなく、旅客会社の経営する鉄道、航路又は自動車線に乗車し、又は乗船することができる。

2 前項の規定により乗車し、又は乗船することができるときは、区間その他同項の規定の実施に關し必要な事項は、政令で定める。

3 国は、第一項の規定による取扱いに伴う鉄道、航路及び自動車線の運賃を負担するものとする。

4 前項の規定による負担の方法その他必要な事項は、運輸大臣が定める。

(子又は孫に対する適用等)

第四十条 都道府県知事は、次の各号に掲げる者から申出があつた場合には、当該各号に掲げる者に対して、第五号から第七号までの規定の例により、健康診断を行うものとする。

一 第一条各号に掲げる者の子(同条第一号から第三号までに掲げる者が当該各号に規定す

る事由に該当した時以前に生まれた子、養子及び同条第四号に該当する者を除く。)

二 前号に掲げる者の子(養子を除く。)

2 前項各号に掲げる者で政令で定める疾病にかかつていゝ旨の都道府県知事の認定を受けたものは、第二条各号に掲げる者とみなしてこの法律の規定(被爆者年金、特別給付金及び葬祭料に係る規定を除く。)を適用する。

第三章 原子爆弾被爆者保護施設及び原子爆弾被爆者相談所

(原子爆弾被爆者保護施設)

第四十一条 国は、原子爆弾被爆者保護施設を設置しなければならない。

2 原子爆弾被爆者保護施設は、第三十八条の規定による入所及び保護を行う施設とする。

(原子爆弾被爆者相談所)

第四十二条 都道府県並びに広島市及び長崎市は、原子爆弾被爆者相談所を設けることができる。

2 原子爆弾被爆者相談所は、被爆者の健康及び生活上の問題について相談に応ずる施設とする。

3 国は、予算の範囲内において、原子爆弾被爆者相談所を設置した都道府県及び市に対し、その設置及び運営に要する費用の全部又は一部を補助することができる。

第四章 原子爆弾被爆者等援護審議会

(設置及び権限)

第四十三条 厚生大臣の諮問に応じ、この法律の施行に關する重要事項を調査審議させるため、厚生省に原子爆弾被爆者等援護審議会(以下「審議会」という。)を置く。

2 審議会は、前項に規定する事項につき、関係行政機関の長に意見を述べることができる。

(委員)

第四十四条 審議会は、委員二十人以上で組織する。

2 委員は、学識経験のある者、被爆者及び関係行政機関の職員のうちから、厚生大臣が任命す

る。

3 学識経験のある者及び被爆者のうちから任命された委員の任期は、二年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

4 委員は、非常勤とする。

(専門調査員)

第四十五条 審議会に、専門の事項を調査させるため、専門調査員を置く。

(政令への委任)

第四十六条 前二条に定めるもののほか、審議会の組織及び運営に關し必要な事項は、政令で定める。

第五章 不服申立て

(異議申立期間)

第四十七条 被爆者年金又は特別給付金に關する処分についての異議申立てに關する行政不服審査法第四十五条の期間は、その処分の通知を受けた日の翌日から起算して一年以内とする。

2 行政不服審査法第四十八条の規定にかかわらず、前項の異議申立てについては、同法第十四条第三項の規定を準用しない。

(審議会の意見の聴取)

第四十八条 厚生大臣は、前条第一項に規定する処分についての不服申立てに對する決定をするに当たつては、審議会の意見を聴かなければならない。

(時効の中断)

第四十九条 第四十七条第一項に規定する処分についての不服申立ては、時効の中断について

は、裁判上の請求とみなす。

(不服申立てと訴訟との関係)

第五十条 第四十七条第一項に規定する処分の取消しの訴へは、当該処分についての異議申立て又は審査請求に對する決定又は裁決を経た後でなければ、提起することができない。

(再審査請求)

第五十一条 広島市長又は長崎市長が行う被爆者援護手帳の交付又は医療手当、介護手当若しくは葬祭料の支給に關する処分についての審査請

求の裁決に不服がある者は、厚生大臣に対して再審査請求をすることができる。

第六章 雑則

(特別給付金及び被爆者年金に係る時効)

第五十二条 特別給付金又は被爆者年金の支給を受ける権利は、その支給を受けることができる事由が生じた日から、特別給付金については三年間、被爆者年金については七年间行わないときは、時効によつて消滅する。

2 被爆者年金の支給を受ける権利の時効は、当該被爆者年金がその全額につき支給を停止されている間は、進行しない。

(援護を受ける権利等の保護)

第五十三条 この法律に基づく援護を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供することができない。ただし、被爆者年金を受ける権利を別に法律で定めるところにより担保に供する場合は、この限りでない。

2 この法律に基づく援護を受ける権利及び第三十三条に規定する国債は、差し押えることができない。

(公課の禁止)

第五十四条 租税その他の公課は、この法律により支給を受けた金品を標準として、課することができない。

2 援護に關する書類及び第三十三条に規定する国債の譲渡又は当該国債を担保とする金銭の貸借に關する書類には、印紙税を課さない。

(不正利得の徴収)

第五十五条 厚生大臣又は都道府県知事は、偽りその他不正の手段によりこの法律に基づく援護を受けた者があるときは、国税徴収の例により、その者から、当該援護に要した費用に相当する金額の全部又は一部を徴収することができる。

2 前項の規定による徴収金の先取特権の順位は、国税及び地方税に次ぐものとする。

(交付金)

第五十六条 国は、政令で定めるところにより、

医療手当、介護手当及び葬祭料の支給並びにこの法律又はこの法律に基づく命令の規定により都道府県知事が行う事務に要する費用を都道府県（広島市長又は長崎市長が行うこれらの支給及び事務に要する費用については、広島市長又は長崎市）に交付する。

（放射線影響研究所に対する助成等）

第五十七条 国は、財団法人放射線影響研究所に対し、その事業に用いる費用について、予算の範囲内において補助するものとする。

2 国は、財団法人放射線影響研究所の事業を推進するために必要な助言、指導その他の援助を行うように努めるものとする。

3 財団法人放射線影響研究所は、原子爆弾の放射能の及ぼす影響及びこれによる負傷又は疾病に関する調査研究、被爆者に対する健康診断及び指導、当該負傷又は疾病の治療等の事業を総合的に実施するように努めるものとする。

（戸籍事項の無料証明）

第五十八条 市町村長（地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百五十二条の十九第一項の指定都市においては、区長）は、この法律に基づき援護を受ける権利を有する者に対して、当該市町村の条例の定めるところにより、その者の戸籍に關し、無料で証明を行うことができる。

（権限の委任）

第五十九条 この法律に定める厚生大臣の権限の一部は、政令で定めるところにより、都道府県知事に委任することができる。

2 第四十七条の規定は、前項の委任に基づいてされる処分についての審査請求に準用する。この場合において、同条第一項中「第四十五条」とあるのは、「第十四条第一項本文」と読み替えるものとする。

（省令への委任）

第六十条 この法律に特別の規定があるものを除くほか、この法律の実施のための手続その他その執行について必要な細則は、厚生省令で定める。

る。

第七章 罰則

第六十一条 この法律による健康診断及び指導の実施の事務に従事した者が、その職務に關して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは、一年以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する。

第六十二条 第八条第二項各号に規定する医療を行った者又はこれを使用する者が、第十五条第三項（第十六条第六項において準用する場合を含む。以下この条において同じ。）の規定により報告若しくは診療録、帳簿書類その他の物件の提示を命ぜられて、正当な理由がなく報告若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告をし、若しくは虚偽の記載をした診療録若しくは帳簿書類の提示をし、又は第十五条第三項の規定による当該職員との質問に対して正当な理由がなく答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をしたときは、五万円以下の過料に処する。

附則

（施行期日）
第一条 この法律は、昭和六十四年一月一日から施行する。

（原子爆弾被爆者の医療等に関する法律等の廃止）
第二条 次に掲げる法律は、廃止する。

一 原子爆弾被爆者の医療等に関する法律（昭和三十三年法律第四十一号）
二 原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律（昭和四十三年法律第五十三号）
（経過措置）
第三条 この法律の施行の際現に前条の規定による廃止前の原子爆弾被爆者の医療等に関する法律（以下旧被爆者医療法という。）第三条の規定により被爆者健康手帳の交付を受けている者は、第三条の規定により被爆者援護手帳の交付を受けた者とみなす。

第四条 この法律の施行の際現に旧被爆者医療法の第三条第一項の規定によつてなされている被爆者健康手帳の交付の申請は、第三条第一項の規定によりなされた被爆者援護手帳の交付の申請とみなす。

者健康手帳の交付の申請は、第三条第一項の規定によりなされた被爆者援護手帳の交付の申請とみなす。

第五条 旧被爆者医療法第四条の規定により行つた健康診断に関する記録の保存については、なお従前の例による。

第六条 この法律の施行の際現に旧被爆者医療法第八条第一項の規定により厚生大臣の認定を受けている者は、第九条第一項の規定により厚生大臣の認定を受けている者とみなす。

第七条 この法律の施行の際現に旧被爆者医療法第九条第一項又は第十四条の三第一項の規定により指定されている病院若しくは診療所又は薬局は、それぞれ第十条第一項又は第十七条第一項の規定により厚生大臣又は都道府県知事が指定した病院若しくは診療所又は薬局とみなす。

第八条 この法律の施行前に行われた医療に關する旧被爆者医療法第七条第一項に規定する医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払並びに報告の請求及び検査については、なお従前の例による。

第九条 この法律の施行前に行われた医療に係る旧被爆者医療法第十四条第一項に規定する医療費又は旧被爆者医療法第十四条の二第一項に規定する一般疾病医療費の支給に關しては、なお従前の例による。

第十条 この法律の施行前に附則第二条の規定による廃止前の原子爆弾被爆者に対する特別措置に關する法律の規定により支給事由が生じた医療特別手当、特別手当、原子爆弾小頭症手当、健康管理手当、保健手当、介護手当又は葬祭料に關しては、なお従前の例による。

第十一条 この法律の施行前にした行為及びこの法律の附則の規定によりなお従前の例によることとされる場合におけるこの法律の施行後にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

第十二条 附則第三条から前条までに定めるもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

は、政令で定める。

（健康診断の特例）

第十三条 原子爆弾が投下された際第二条第一号に規定する区域に隣接する政令で定める区域内にあつた者又はその当時その者の胎児であつた者は、当分の間、第五条の規定の適用については、被爆者とみなす。

（調査）

第十四条 厚生大臣は、速やかに、第二条各号に掲げる者その他この法律に基づく援護を受けることができる者の状況について調査しなければならない。

（地方財政法の一部改正）

第十五条 地方財政法（昭和二十三年法律第九号）の一部を次のように改正する。
第十条中第八号の四を削り、第八号の五を第八号の四とし、第八号の六を第八号の五とする。

（社会保健診療報酬支払基金法の一部改正）

第十六条 社会保健診療報酬支払基金法の一部を次のように改正する。
第十三条第二項中「原子爆弾被爆者の医療等に關する法律（昭和三十三年法律第四十一号）第十二条第三項若しくは第十四条の四第一項」を「原子爆弾被爆者等援護法（昭和六十三年法律第三号）第十三条第三項（第十六条第六項において準用する場合を含む。）」に改める。

（社会保健診療報酬支払基金法の一部改正に伴う経過措置）
第十七条 この法律の施行前に行われた旧被爆者医療法第七条第一項又は第十四条の二第一項の規定による医療に係る旧被爆者医療法第九条第一項又は第十四条の三第一項に規定する医療機関に対する診療報酬又は一般疾病医療費に相当する額の支払に關しては、前条の規定による改

第九二七号 昭和六十三年四月四日受理
高齢者の雇用・就労対策の充実に関する請願
請願者 福島県白河市字会津町二五ノ一四
石沢隆彦 外千一百一名

紹介議員 八百板 正君
この請願の趣旨は、第八二号と同じである。

第九二八号 昭和六十三年四月四日受理
高齢者の雇用・就労対策の充実に関する請願
請願者 福岡県直方市大字山部一、三九〇
ノ二 住吉孝之 外六百四十九名

紹介議員 安永 英雄君
この請願の趣旨は、第八二号と同じである。

第九二九号 昭和六十三年四月四日受理
高齢者の雇用・就労対策の充実に関する請願（二通）
請願者 奈良県桜井市西之宮県住宅 津山
政徳 外七百七十五名

紹介議員 田淵 勲二君
この請願の趣旨は、第八二号と同じである。

第九三〇号 昭和六十三年四月四日受理
難病患者などの医療・生活の保障に関する請願（二通）
請願者 熊本市上ノ郷町四六五 大嶋富男
外四千三百七十一名

紹介議員 田代由紀男君
この請願の趣旨は、第四五号と同じである。

第九三七号 昭和六十三年四月五日受理
高齢者の雇用・就労対策の充実に関する請願
請願者 新潟県村山市山居町二ノ一ノ二
二 佐藤米男 外四百九十九名

紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第八二号と同じである。

第九三八号 昭和六十三年四月五日受理

高齢者の雇用・就労対策の充実に関する請願（二通）
請願者 奈良県生駒郡安堵町東安堵 池田
吉雄 外千三百七十三名

紹介議員 田淵 勲二君
この請願の趣旨は、第八二号と同じである。

第九三九号 昭和六十三年四月五日受理
高齢者の雇用・就労対策の充実に関する請願
請願者 東京都世田谷区桜新町一ノ二〇ノ
二 松本鈴子 外三千三百九十五名

紹介議員 内藤 功君
この請願の趣旨は、第八二号と同じである。

第九四〇号 昭和六十三年四月五日受理
高齢者の雇用・就労対策の充実に関する請願
請願者 島根県浜田市上府町天神 東浩一
外二千九百九十九名

紹介議員 吉岡 吉典君
この請願の趣旨は、第八二号と同じである。

第九四七号 昭和六十三年四月五日受理
療術の制度化促進に関する請願
請願者 新潟市上木戸七五ノ一 安井昌
治

紹介議員 長谷川 信君
現在、放任状態にある療術行為業（あん摩、マッ
サージ、指圧、はり、きゅう及び柔道整復術以外
の医療類似行為）の適正化と業者の地位向上を図
るため、カイロプラクティック師、電気光線師及
び器技師の制度を設けられたい。

理由
療術（カイロ手技・電気・光線・温熱・刺激療法）
は、医療類似行為の一種であるが、あん摩、は
り、きゅう及び柔道整復術とは全く異なる業務と
して、昭和五年以来許可されてきた。昭和二十
二年に占領政策という理由で禁止となり、以来新

規開業は許されていないが、既得権業者に限つて
は、その禁止期間は度々延長され、昭和三十九年
に禁止は解除となった。しかし、昭和三十九年
に、最高裁判所が、無資格者による療術行為につ
いて「有害の虞のない療術行為の禁止、処罰は
違法である」と判示してからは、自由開業者が激
増し、今日では全くの放任状態となつてゐる。療
術は、既に国民の間に定着しており、その健全な
在り方、制度化を望む地域住民の声も強いので、
今後は、学校教育と地方庁試験免許により資質の
向上を図り、業務が適正に行われるよう、カイロ
プラクティック師、電気光線師、器技師の三種の
制度についての立法化が必要である。

第九四九号 昭和六十三年四月五日受理
高齢者の雇用・就労対策の充実に関する請願
請願者 三重県伊勢市船江一ノ三ノ四六
宮崎紀光 外百三十六名

紹介議員 山本 正和君
この請願の趣旨は、第八二号と同じである。

第九五〇号 昭和六十三年四月六日受理
高齢者の雇用・就労対策の充実に関する請願
請願者 新潟市関屋堀町九ノ一七 相田
豊 外四百九十九名

紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第八二号と同じである。

第九六五号 昭和六十三年四月六日受理
高齢者の雇用・就労対策の充実に関する請願
請願者 福岡県嘉穂郡稲葉町大字岩崎一、
三三八ノ一二 中山昭二 外五百
十四名

紹介議員 安永 英雄君
この請願の趣旨は、第八二号と同じである。

第九八七号 昭和六十三年四月七日受理
療術の制度化促進に関する請願（五通）

請願者 香川県高松市伏石町一、一六二
中井義幸 外四名

紹介議員 平井 卓志君
この請願の趣旨は、第九五七号と同じである。

四月十八日本委員会に左の案件が付託された。
一、国民健康保険法の一部を改正する法律案
国民健康保険法の一部を改正する法律案
国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二
号）の一部を次のように改正する。
目次中「第五章 費用等」を「第四章 の二 指
定市町村の安定化計画（第六十八条の二）」に改め
る。

第九九条第三項中「第七十二条の二」を「七十二
条の三」に改める。

第四十二条第一項第一号中「被保険者」の下に
「（以下「一般被保険者」という。）」を加える。
第五十条第一項中「第十一項」の下に「並びに第
五十四条の二第三項」を加える。
第五十四条の二第三項を同条第六項とし、同条
第二項中「前項」を「第一項」に改め、同項を同条第
四項とし、同項の次に次の一項を加える。
5 第一項に規定する場合において、被保険者が
被保険者資格証明書を提出しないで療養取扱機
関又は特定承認療養取扱機関について診療又は
薬剤の支給を受け、被保険者資格証明書を提出
しなかつたことが、緊急その他やむを得ない理
由によるものと認めるときは、保険者は、療養
費を支給するものとする。

第五十四条の二第二項の次に次の二項を加え
る。
2 前項の規定により支給する療養費は、特別療
養費と称する。
3 第三十六条第二項から第六項まで、第四十

一五

条、第四十一条、第四十五条第三項、第四十六条、第四十八条、第四十九条並びに第五十三条第二項及び第五項の規定は、療養取扱機関又は特定承認療養取扱機関について受けた特別療養費に係る療養及びこれに伴う特別療養費の支給並びに当該療養取扱機関又は特定承認療養取扱機関について準用する。この場合において、第五十三条第二項中「特定療養費の額」とあるのは「特別療養費の額」と、「健康保険法第四十四条第二項」とあるのは「被保険者証が交付されているならば療養の給付を受けることができる場合は健康保険法第四十三条ノ九第二項の規定による厚生大臣の定めにより、被保険者証が交付されているならば特定療養費の支給を受けることができる場合は同法第四十四条第二項」と読み替えるほか、その他の規定に関し必要な技術的調整等は、政令で定める。

業の運営の安定化のための措置を講じなければならない。

4 指定市町村は、前項に規定する措置を講ずるに当たっては、他の市町村、組合、第六条第一号から第三号までに掲げる法律の規定による保険者又は共済組合その他の関係者との連携を図ることにより、その効果的な実施に努めるものとする。

5 都道府県は、指定市町村に対して安定化計画の作成に関し必要な助言及び指導を行うとともに、安定化計画の達成に必要な措置を定め、当該措置に基づいて必要な施策を実施しなければならない。

6 国は、指定市町村に対しては安定化計画の作成に関し、都道府県に対しては前項に規定する措置に関し必要な助言及び指導を行うとともに、安定化計画の達成に必要な措置を講じなければならない。

第四十条第二項中「老人保健法の規定による医療費拠出金（以下「老人保健医療費拠出金」という。）を「老人保健医療費拠出金」に改め、同項各号中「第四十二条第一項第一号に掲げる被保険者」を「一般被保険者」に改め、同条に次の三項を加える。

3 第六十八条の二第二項の規定により指定を受けた市町村であつて、当該指定に係る年度（以下「指定年度」という。）の第一号に掲げる額が指定年度の第二号に掲げる額に政令で定める率を乗じて得た額を超えるものに対して指定年度の翌々年度において国が負担する額は、前二項の規定により算定した額からその超える額（その額が国民健康保険事業の運営に与える影響の程度その他の事情を勘案して政令の定めるところにより算定した額を超えるときは、当該算定した額。以下「基準超過費用額」という。）の百分の四十に相当する額を控除した額とする。

一 次に掲げる額の合算額（災害その他の政令で定める特別の事情により当該合算額が多額となつたときは、当該合算額から当該事情に

より多額となつた部分の額として政令の定めるところにより算定した額を控除した額）

イ 一般被保険者に係る療養の給付に要した費用の額から当該給付に係る一部負担金に相当する額を控除した額並びに特定療養費、療養費及び高額療養費の支給に要した費用の額の合算額

ロ 老人保健法の規定による確定医療費拠出金の額

二 次に掲げる額の合算額

イ 政令の定めるところにより、年齢階層ごとに、当該年齢階層に係る平均一人当たり給付額に当該市町村の当該年齢階層に属する一般被保険者（老人保健法の規定による医療を受けることができる者を除く。）の数を乗じて得た額の合算額に、当該市町村に係る指定年度の同法第五十六条第二項の確定加入者調整率を乗じて得た額の十分の七に相当する額として算定した額

4 前項の政令で定める率は、すべての市町村に係る同項第二号に掲げる額に対する同項第一号に掲げる額の比率の状況等からみて、その比率が著しく大きい指定市町村について同項の規定が適用されるように定めるものとする。

5 第三項第二号イの「平均一人当たり給付額」とは、すべての市町村の一般被保険者（老人保健法の規定による医療を受けることができる者を除く。）に係る同項第一号イに掲げる額の合算額を当該一般被保険者の数で除して得た額をいい、同項第二号ロの「平均一人当たり老人医療費額」とは、同法第四十七条の規定により支弁が行われたすべての市町村の被保険者（同法の規定による医療を受けることができる者に限

る。）に対する同条に規定する医療等に要する費用の額の合算額を当該被保険者の数で除して得た額をいう。

第七十二条第二項中「見込額」の下に「から前々年度の基準超過費用額の合算額を控除した額」を加える。

第七十二条の三を第七十二条の四とし、第七十二条の二を第七十二条の三とし、第七十二条の次に次の一条を加える。

（国民健康保険に関する特別会計への繰入れ等）

第七十二条の二 第七十条第三項に規定する市町村は、指定年度の翌々年度において、政令の定めるところにより、一般会計から、当該指定年度の基準超過費用額の二分の一に相当する額を国民健康保険に関する特別会計に繰り入れなければならない。

2 国及び都道府県は、政令の定めるところにより、前項の規定による繰入金金の三分の一に相当する額をそれぞれ負担する。

第七十四条中「第七十二条の下に、第七十二条の二第二項」を加える。

第七十五条中「市町村は」の下に「第七十二条の二第二項に規定するもののほか」を加える。

第八十一条の十第一項第二号中「第七十二条の二第一項」を「第七十二条の三第一項」に改める。

第八十一条の十一中「第七十二条の三第一項」を「第七十二条の四第一項」に改める。

第七十二条の四第二項中「特定療養費の下に「若しくは特別療養費」を加える。

第七十二条の次に次の一条を加える。

（指定市町村に廃置分合があつた場合の特例）

第六十八条の二 第六十八条の二第二項の規定により指定を受けた市町村につき廃置分合があつた場合における当該廃置分合に係る市町村についての第七十条及び第七十二条の二第一項の規定の適用に関し必要な事項は、政令で定める。

11 市町村は、その行う国民健康保険の財政の基

概算医療費拠出金の額(以下「昭和六十一年度概算医療費拠出金の額」という。)が同法附則第五条の規定による確定医療費拠出金の額(以下「昭

17 前項の規定は、昭和六十四年度における第七十二条の規定による調整交付金について準用する。この場合において、同項中「附則第十四項

2 昭和六十五年度における新法第七十二条の
定による調整交付金の総額については、同条
二項中「前々年度の基準超過費用額の合算額」

に限る。」を加える。
(租税特別措置法の一部改正に伴う経過措置)
第七条 前条の規定による改正後の租税特別措置

法第二十六条第二項の規定は、施行日以後に行われる同項に規定する社会保険診療について適用し、施行日前に行われた前条の規定による改正前の同法第二十六条第二項に規定する社会保険診療については、なお従前の例による。

（地方税法の一部改正）

第八条 地方税法（昭和二十五年法律第二百二十六号）の一部を次のように改正する。

第七十二条の十四第一項中「特定療養費又は家族療養費」を「特定療養費、家族療養費又は特別療養費（国民健康保険法第五十四条の二第二項に規定する特別療養費をいう。以下本項において同じ。）」に、「又は家族療養費の額」を「家族療養費の額又は特別療養費の額」に改め、「相当する部分」の下に「（特別療養費に係る当該部分にあつては、当該部分であることにつき自治省令で定めるところにより証明がされたものに限る。）」を加える。

（地方税法の一部改正に伴う経過措置）

第九条 前条の規定による改正後の地方税法第七十二条の十四第一項及び第七十二条の十七第一項の規定は、施行日以後に行われる前条の規定による改正後の同法第七十二条の十四第一項に規定する療養の給付について適用し、施行日前に行われた前条の規定による改正前の同法第七十二条の十四第一項に規定する療養の給付については、なお従前の例による。

第三号中正誤

ページ	段	行	誤	正
四	三	三	処分取り消し	処分、取り消し
二〇	一	五	児童	児童