

## 政府参考人の出席要求に関する件

### 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案 (内閣提出、衆議院送付)

#### ○高木真理君

立憲民主・社民の高木真理です。どうぞよろしくお願いいたします。

一問目は、今まさに石橋委員が最後の質問で熱く質問をさせていただいたものと同じ内容になっておりまして、通告が。

私も本会議場での登壇のときにも、今回の法案名、全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築ということが書かれているけれども、中身はそうならないと、当座しのぎということも先ほど出ました。あるいは、今までの制度の継ぎはぎで何とかやろうとしても、それではうまくいかないところに来ているということ指摘させていただいて、そうした縦割りではない、あるいは本当に全世代の皆さんが持続可能だと信じられる、税も含めた負担の在り方、制度の在り方というものを構築すべきじゃないかということの本会議場でも問わせていただきましたところ、そちらの答弁はふわっと、着実に取組を進めてまいりますとありました。そして、これが不安だったのは、本法案を含めと書いてあったんですね。この安心な全体を決めるというのの第一歩がこれなのかと思ったら、いや、全体見えてないなと思って私は不安になるわけでありまして。

先ほどの御答弁を伺っても、もちろん、いろいろ制度の中にはまっていますから制度一つ一つを見ていくことも重要ですけども、それらを、この委員会の中でも、石田委員の方から、人口増のときの制度の仕組みと人口減のときの制度の仕組みは違うんじゃないかといったような御趣旨の発言もありました。

まさに、制度そのものの見直しも含めるものも出てくるでしょうと。パッケージで全体を考えると、そうした安心できる制度、税負担の在り方も含めて作り直すという作業に、これがワンピースというのではなくて、しっかりと動き出すと明言をしていただきたいと思います。大臣、いかがでしょうか。

#### ○国務大臣(加藤勝信君)

先ほど石橋委員にも御答弁させていただきましたけれども、まさにその負担能力に応じ全ての世代で公平に皆が支え合う仕組みを強化するとともに、医療・介護ニーズに対応したサービス提供体制、これを図っていくということでもあります。それに向けた見直しの一つが、今回の提供させていただいた、あっ、提案させていただいている中身でもあります。

ただ、附則にもありますように、これで終わりということではなく、これは不断に見直しをしていく必要が当然あるわけでありまして、引き続きそうした対応をしていく。

また同時に、経済社会の担い手を確保していく必要がありますので、被用者保険の適用拡大など、働き方に中立的な社会保障での構築も進めて、働く人の立場に立った労働市場改革あるいは働き方改革等もしっかりと進めていくことが必要だというふうに思っております。

これは昨年十二月の全世代型社会保障構築会議の報告書にも記載されているところですので、そうした報告書も踏まえて、改めて社会保障の給付と負担について不断の見直しを図るとともに、社会保障制度、能力に応じて皆が支え合う持続可能な社会保障制度構築をしっかりと進めていきたいと考えております。

## ○高木真理君

不断の見直しはそれは必要なんですけど、不断の見直しというときに、既存の制度を、あっ、ここ見直しました、ちょっとやっぱりしんどくなってきたのでここはこう足しました、こっちの人にもお願いしますみたいなことをやっている、えっ、気付いたらここにもまた負担が来た、もう高齢者の人はまた負担、また負担とか、そういうことになって、いつ全体は行き着くんだろうというようなすごい心配にとられるんだと思います。

なので、そうではなくて、全体として、これでしばらくは少なくとも安心してこういう制度で行くんだなというような在り方というのを是非見せていただけるような見直しというものをしていただきたいなというふうに思います。

次に移ります。

保険証の廃止のことでありますけれども、今法案は、いろいろ冠は付いておりますけれども、持続可能な健康保険法にもしたいねという法律でもありますけれども、この保険証をなくすということ、別途もう衆議院では通ってしまいましたけれども、今参議院に回ってきているこのマイナ保険証一本化、保険証廃止、こちらについて、本法案が目指す持続可能な社会保障制度構築にそぐわないのではないかという観点から質問をさせていただきます。

まず初めに伺いたい点が、資格確認証の申請受付事務、これ結構大変だと思います。いわゆるマイナ保険証を持っていない人は誰かは分かる、約三割の人、この人たちについて、今度はそうなるんですけど、保険証送り返しませんけれども、資格確認書を欲しいですかというのを一回聞きます、そして、答えが返ってきて、私は資格確認書送ってくださいという人に、その人を抽出してまた送るという事務手続があって、これすごい手間だというふうに思います。

この申請受付事務があるのと、マイナ保険証にしていなくても資格保険証もっていないという人は、窓口で十割負担になります。そうすると、保険料をちゃんと払っている人は、保険者に償還払いの手続をします。これに対応するのも保険者はすごく大変だと思います。混乱が必ず生じると思います。

保険者にとって今までにない相当の事務コストと思われそうですが、このコスト、毎年、この郵送代とか人件費とか様々なシステム改変費とかあると思いますけれども、こうした保険者に係る負担というのを予算として国から出す予定があるのか、これ以上保険者を苦しめたらもたないと思いますが、いかがでしょうか。

## ○政府参考人(伊原和人君)

お答えいたします。

まず、先生御指摘のように、まさに今回、保険証からマイナンバーカードを一体化する中で大事なことは、被保険者の方、国民の方が必要な医療を引き続き受けられるようにしていくと、こういうことが最も大事なことだと思います。

そういう意味でいいますと、まず、資格確認書が必要な方については、しっかり資格確認書が届くような形に持っていくということがまず何より大事なことだと思います。

今、まず御指摘の問題として事務費の話が出ておりましたけれども、事務費については基本的には今までも交付税措置で、こうした交付税措置を地域保険については講じておりますので、基本的にはやっていくことを考えてございますが、御指摘のように、まずマイナンバーカードを持っていないとか、あるいは別の理由からどうしても資格確認書が必要な方については、しっかりとそうした資格確認書の手続がしていただけるように、一つはマイナンバーカードを持っていないような方に関して申請の勧奨をすると、勧奨自身は一回郵送の手続をすればいいと思います。それから、施設に入所されてい

る方とかでやっぱり代理申請じゃないと難しい方、そういう方についても、これは施設の関係者とかの御理解も得ながら代理申請を促していく。それでもなお保険者において資格確認書の申請が期待できないと判断されるような場合については、職権で資格確認書を交付すると、こういう柔軟な仕組みを考えたいと考えてございます。

その際、今先生の御指摘のように、保険者の事務という観点も非常に大事だと思います。事務が膨大になってしまうと、それ自体が、間違いも生みますし、自治体の職員の負担にもなると考えますので、具体的なその今柔軟な仕組みについての運用については、現場を預かっています保険者の御意見も聞きながら、具体的にどういうふうにしたらいいかということは考えていきたいと、このように思っております。

#### ○高木真理君

柔軟にと言いますけれども、必ず大変です。手間が、今までやらなくてよかったことが出てきます。

今、国保のことで交付税措置のお話ありましたけれども、被用者保険に関しても保険者の方がこれを、今までやらなくてよかったことをやるわけです。とても大変です。こういったところもちゃんと支援をしていくという考えはあるんでしょうか。

#### ○政府参考人(伊原和人君)

お答え申し上げます。

一つは、今回、マイナンバーカードと保険証の一体化に伴いまして、保険証を廃止すれば保険証を発行するコスト自身は減ると考えます。それに対して、先生御指摘のように、別途資格確認書の発行とか、そうしたことにどれだけの事務が生じるか、これとのバランスの問題だと考えております。

トータルの話で申し上げれば、そうした追加的な事務負担が極力生じないようにするというのが本来の目的でございますので、その辺りにつきましては、まさに先ほど申し上げましたように、保険者の意見を聞いて、現場の方々の御意見を聞いて、どういう形で運用するのが最も効率的なのか、その辺を追求していきたいと、このように考えてございます。

#### ○高木真理君

大変心配なんですけれども、もう一点伺いたいと思います。

これからも日本で大事にしていくべき国民皆保険でありますけれども、次、国保のことについて伺いますが、仕事を辞めたとき会社の保険証から国保に切り替わってまいります。今までは、会社の保険証が使えなくなって、さあ国保の手続をしなくちゃというふうになりました。でも、マイナ保険証だとカード自体には何の変更もないので、国保の手続をしなくてはその感じにならないんだと思うんですよね。でも、自治体側としては、手続をしてもらわないと被保険者としての登録や保険料の請求ができません。

健康な人だと、そのまま放置しても、医者に行っても十割とか言われたい限り気が付かないと思うんです。こうした人が増えることで、保険財政に影響が出ると考えます。こんなことで保険制度を揺るがしてよいのかと思いますが、御見解を伺います。

#### ○政府参考人(伊原和人君)

お答えいたします。

先生御指摘のような実例というのは、事情は、今の保険証でも生じてございます。実際、被用者保険を、会社を辞めて地域保険に移らなきゃいけないんですけれども、手続をしない場合には、実際は保

険証も発行されておりませんし、医療も受けられないということになります。

そうした事態を防ぐ観点から、現在でも、健康保険脱退の際に国保の加入手続についての周知を行うほか、実際は国民年金機構が、あつ、日本年金機構が厚生年金の保険資格を失った方については市町村に情報を提供してございます。それを基に市町村が、国保の資格取得届が未提出と思われる方に関しては届出の勧奨をして、国保の手続してくださいと、こういうお願いもしているところでございまして、やはり、今後、保険証を廃止してマイナンバーカードと一体化した場合におきましても、こうした事務の仕方、実効性のある取組はしていかなきゃいけないと考えてございます。

さらに、今後、マイナンバーカードを保険証と一体化することに伴いまして、実際は自宅で、マイナポータルでこういう資格届出の提出を可能にするようなことも考えていきたいと、わざわざ役場へ行かなくてもできると、そういう形のことも考えていきたいと思っております。いずれにしても、国民健康保険の加入手続がしっかりと行われるような環境整備、これを努めてまいりたいと考えてございます。

### ○高木真理君

現在も生じている問題だという御指摘もあったんですけど、やはりマイナ保険証ということだけで、マイナンバーカードのみになっているということで、やっぱり増えると思いますから、よりそこしっかりと対応するような具体的な策を是非お考えをいただきたいと思っております。

次に移ります。

今回の法案では、かかりつけ医機能が書き込まれておりますが、このかかりつけ医機能としか書かれておらず、この先にどんな制度を設計しようとして、このかかりつけ医機能、私は、この法案だと本当にリストぐらいにしかならないで、リストを見ながらどのくらい地域で足りているか足りていないかという話しはできるということになっておりますけれども、それ以上ではないなというふうには思っております。

そうした中で、ちょっと括弧一は、その問題を、最初の通告で括弧一としたものは後で時間があつたら何うことにして、かかりつけ医機能を、不足しては困るというのは、今回、充実させていきたいという意図はこの法案からも伝わってくるところであります。しかし、もうこのかかりつけ医をきちんと確保できるんだろうかということも、今回、この法案を通して問題になってくることかと思っております。

医師は、今現在、地域枠も含めて直近三年間で毎年約九千人を増やして養成をいただいているということを伺っていますが、医師の働き方改革というものもこのタイミングで入ってきておまして、その勤務時間減を見据えた医師増は大丈夫なのか。また、今後人口が減っていく傾向にある中で、医師の長期的な見通しですね、人口も減っていく、高齢化ということで医療需要は増えてはいきますけれども、中長期的に見て医師数というものをどのように考えていらっしゃるか、伺います。

### ○政府参考人(榎本健太郎君)

お答え申し上げます。

医学部の定員につきましては、平成二十年度から、特定の地域や診療科での勤務を条件とした地域枠を中心として臨時的に増員を行いまして、直近の令和五年度の定員は全体で九千三百八十四人となっているところでございます。そういった中で、医師の数につきましては、平成二十二年から令和二年までの十年間で、全国で約二十九万五千人から約三十四万人へ、約四万五千人増加をしてきているという状況でございます。

今お尋ねいただきました今後の見通しということでございますけれども、直近の医師の需給の推計、これ令和二年に行っておりますが、ここにおきましては、医師の働き方改革に関する検討会報告書を

踏まえまして、労働時間を週六十時間に制限した場合、令和十一年、二〇二九年頃には需給が均衡するというふうに推計をされているところでございます。

一方で、その医師の地域や診療科の偏在という課題も存在しております。こういった偏在を解消していくということは重要な課題でございます。地域における医師の確保につきましては、長期的な施策として、特定の地域や診療科での勤務を条件とする地域枠を医学部の定員に設定するといった取組に加えまして、短期的に効果が得られる施策ということで、医師が不足する医療機関に医師を派遣できるよう、地域医療介護総合確保基金による大学病院等への寄附講座の設置でありますとか非常勤医師の確保経費への補填などの取組を支援を行っているという状況でございます。

引き続き、都道府県や医療機関などの御意見をお伺いをして緊密に連携を図りながら、医師の働き方改革と地域医療提供体制の確保、これを一体的に進めていきたいと考えているところでございます。

### ○高木真理君

医師の働き方改革に伴う勤務時間の減はカバーするような全体としての人数のバランスは取れているということではあるんですけども、ある医療機関とかある地域とかを見た場合には、局所的にそのタイミングで人が足りなくなるというようなことは出てくると思うんですね。昨日伺ったところによると、そういうところも医師を派遣するような制度をつくったりして支援をしていくというようなメニューはあるようなんですけれども、引き続き、そういったところも心配でありますので、しっかり、足りないというところ、結構悲鳴のような状態で、コロナで負荷も掛かってきていました、あるかと思えますので、しっかりとしたお取組をお願いをしたいというふうに思います。

次に、本法案の、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療、介護の各種計画に反映するというふうにありますけれども、これで、協議の結果、その地域にかかりつけ医機能がどうも足りないなど、クリニックが足りないなどということが分かったとしても、この法案はその先について何かをしてくれるというのは書いてありません。

国の立場としてはかかりつけ医機能を重視をしていますが、足りないということになった場合にはどのように応えていくことを考えているのでしょうか。

### ○政府参考人(榎本健太郎君)

お答え申し上げます。

この法案におきましては、地域で必要なかかりつけ医機能を確保するための具体的方策につきまして、今委員御指摘ございましたように、地域の関係者で協議をするということとしておりまして、その協議の結果に基づく機能確保の方策はどういうことが考えられるかということでございますが、例えば、病院勤務医が地域で開業をして地域医療を担うための研修や支援の企画実施を行うといったこと、あるいは医療機関同士の連携強化を推進をするといったこと、また、在宅医療の拠点を整備をするといったようなこと、こういったような取組を地域の実情に応じて行っていただくということが想定されるところでございます。

また、これまで地域における医療提供体制の構築に当たっては、地域医療介護総合確保基金を活用いたしまして、地域医療構想の達成に向けた事業や、あるいは居宅等における医療の提供に関する事業、また、医療従事者の確保に関する事業などにつきまして地域の実情に応じて応援を実施していると、支援を行っているというところでございまして、こういったものの活用も想定されるところでございます。

今後、この法案が成立いたしました場合には、地域におけるかかりつけ医機能の確保の取組を進め

ていくために必要な対応をしっかりと検討して、実施をしていきたいと考えているところでございます。

### ○高木真理君

要は、話し合った後、その皆さんで考えてねということなんですよね。その中でアイデアを出しながら、じゃ、病院の先生に開業のことの研修をしてもらいましょうとか、いろんなアイデア今ありましたけれども、その先は地域ごとにいろいろ取組をしてください、それについては使えるお金はあるよというようなお話だったかとは思いますが、実際、その地域に医師がなかなか来てくれないとか、そういう事態というのはなかなか現場では解消できないという現実もあります。そのことについて次に行きたいと思います。

資料、お配りをさせていただきました。御覧をいただきたいと思います。

医師不足に関する資料でありますけれども、今、医師不足については、これまで人口十万人対医師数というところから、医師偏在指標で見ようということになってきています。中央の方に、上に薄ピンクで色づけをした項目がありますけれども、これが医師偏在指標と人口十万人対医師数と、両方載せさせていただきます。そして、医師の偏在指標は三分の一ずつ区切ってありまして、上位、中位、下位と分けて考察されておりまして、一位から十六位が黄色、三十二位以下を青ということで、十万人対の医師数のところにも同じような色づけをさせていただいております。

ちなみに、医師偏在指標というのは三次医療圏と二次医療圏と両方で指標が出ていますが、こちらには三次医療圏のものを出させていただいています。そして、人口十万人対より精緻ではあるんですけれども、この指標も、厚労省のホームページの脚注に少々言い訳も書いてありまして、実態の数字がつかめない中に出した参考値ということのようであります。

私の地元埼玉県は、人口十万人対の医師数がずうっと最下位です。県を挙げて医師不足解消に向けて取り組んできました。あの手この手を打ってきたので増加数でいくと五本の指に入るぐらいになりましたが、一向に最下位は脱することができません。大概、東京の隣、首都圏なのにならぬと言われますが、うそではありません。

資料を見るとよく分かりますが、医療の世界はよく西高東低と言われます。医師不足の指標、京都より西は黄色がほとんどです。そして、ピンク色、ヘッダーの左側にあります対基準病床充足度という欄を見ていただけますでしょうか。

この基準病床数というのは、高度成長期に病院がどんどん造られて、これでは医療費が高くなってかなわぬということで、一九八五年の法改正で取り入れられましたが、人口や高齢化率や患者さんの出入りなどを勘案した式で作られておりまして、この病床数を超えた病床数を持っているところは病床を増やしてはいけませんとしたわけです。この基準病床規制が入れられた時点で、既に病床は西高東低でありました。ちなみに、埼玉、現在、基準病床数の九四%しかありませんけれども、最も多い高知では一七一・七%というびっくりするぐらいの開きがあります。

そして、基準病床数というのは、その時点でそこまで減らせというものではなかったもので、多く病床を持っているところは閉院があれば少し減りますけれども、微減なまま維持をされているということになっています。

一方、埼玉県は、元々それほど多くなかったところ、人口が急増していったので、とうとう既存病床が基準病床に比べて足りないということになっています。

数字をいろいろ比べて御覧いただくと分かると思うんですが、いわゆる数字から出てくる必要な病床数よりすごく多くの病床を持っているところと足りなくなっているところがあります。そして、対基準病床充足度と医師偏在の指標、両方の数字を見ていただくと、やはり病床数が多いところに医

師が多いという傾向があります。相関関係とまでは言えませんが、順位が関連している都道府県が多いことが分かるかと思えます。病床数が多いとそこで働く勤務医も多く、勤務したお医者さんが土地カンのある県内などに開業するといった連関があると思われまます。ずっと病床規制で病院自体を増やせなかった埼玉県としては本当に羨ましい限りであります。

そして、このピンクの医師の偏在のところの右側のところに一般診療所のことを書いてある欄があるわけですが、病床数が少ないところはその医療を診療所でカバーしているのかなというふうに私思ってこのデータを引いてみました。しかし、分析をしてみると、結果的に病床が少ないところは診療所も少ないということが分かります。病床数が少ないと医師も診療所も少ないということです。逆に、病床の多いところは、診療所も多く、医師も多いという連関があります。

こうなると、病床数の偏在を解消しないと医師の偏在も解消しないのではないかと思えてきます。しかし、どの地域でも医療を支えている病院は大切な存在です。こうした傾向を踏まえた上で、この悪循環を反転させるにはどのような対策が有効と考えるか、御見解を伺います。

### ○政府参考人(榎本健太郎君)

お答え申し上げます。

一般に、今委員御指摘いただきましたように、病床数が多い地域において診療所数や医師の数が多いというのは、今御指摘のような傾向はあるというふうに今の資料を拝見しても認識されるところでございます。医師の地域偏在につきましても、そういう意味でやはり全国的に是正を図るべき課題だということに考えているところでございます。

このため、平成三十年に成立いたしました改正医療法によりまして、国において都道府県ごと及び二次医療圏ごとに、今委員御紹介いただきました、医師の多寡を比較評価する医師偏在指標を算出いたしまして、その下位三分の一の地域が計画期間中に下位三分の一の基準値である目標医師数を超えられるように、都道府県において医師確保計画を策定して取組を実施をするといった仕組みを導入したところでございます。

あわせて、その具体的な医師確保対策でございますけれども、医学部の入学定員に地域枠を設定をして、こうした学生を対象に修学資金を貸与するほか、専門医の取得など本人のキャリアパスに配慮しつつ、医師不足地域などで診療に従事することができるようなキャリア形成プログラムを策定することで、そういった取組を充実させるといったような取組を行っていただくことにしております。そういった取組に対して地域医療介護総合確保基金によって支援を行うといった形で、財源的な裏付けも行っているという状況でございます。

加えて、医師の養成課程を通じた医師偏在対策といたしまして、臨床研修医、やはり医師の養成課程から考える必要もあるということもございまして、臨床研修医の都市部への集中を抑制するという一方で、臨床研修における都道府県ごとの定員を設定するというような取組、それからまた、臨床研修が終わった後は専門医の資格を取るという流れに医師のキャリアパスの中ではあるわけですが、専門研修のときに、専門研修における都道府県別、診療科別の将来必要な医師数に基づく専攻医の採用数の上限、いわゆるシーリングを設定をするといったような取組を併せて進めさせていただいているところでございます。

こうした取組によりまして、計画期間の途中ではございますが、四割近くの医師少数県及び三割近くの医師少数区域において目標を達成するなどの成果が上がってきているという状況でございます。

今後も、自治体などからの御意見をよく丁寧にお伺いをいたしながら、医師の地域偏在の是正に向けた取組を進めていきたいと考えているところでございます。

## ○高木真理君

今、こういう工夫をして偏在を解消するように各地で医師確保計画を作って頑張ってもらっていますというお話がありましたけれども、そういったことは埼玉県ももうずっと今やってきているんですね。でも、それではなかなか解消できないものがあるのが現実だよということでありまして、次に行きたいわけではありますが、勤務地、いや、ごめんなさい、人口比の医師数最下位の埼玉県は、どうして埼玉には来てくれないのか、どうしたら来てくれるのか、調査もし、あれこれとやってきました。

その中で分かったのは、お医者さんはまず勉強できる環境を望むということです。キャリアパスのいろいろ仕組みの御提案もありましたけれども、そういうことですね。これは、研修病院の研修を充実させようとか、埼玉県は県で医局をつくって、ダビンチの練習機なども置いて勉強できる環境をつくったり、それなりに成果は出しています。でも、まだ駄目なんです。

次に、お医者さんは、望む良い暮らしができるということも大事だということもあります。これはもう人としては当然のことです。しかし、この人として当然のことで埼玉県は選ばれないんですね、残念ながら。調査していくと、同じように勉強ができるんだったら、今どきの若者は、少しおしゃれなところに住みたかったり、いずれ子育てをするときに伝統、名門の中高一貫有名私立に通いやすいところだったりに住みたいというのが出てきます。そうすると、埼玉県は負けてしまいます。

医師を養成する医大の存在も大きいです。卒業した大学のある都道府県で働く傾向があるからです。でも、埼玉県は公立医学部がないんですが、久々に国が医学部を新設許可するというタイミングでも敗れました。

勉強ができるを重視する医師たちに研修を通じて偏在を解消しようとする方向には賛同します。いろいろプログラムも工夫していただいているというのも、今の御説明にもありました。しかし、望む良い暮らしがしたい、誰もが抱く思い、経済活動の自由がそのままでは、医師の偏在が深刻さを増すのではないかと懸念がどうしてもあります。中山間地域を含めての問題かと思えます。

フランスでは、医大卒業時に全国クラス分け試験を受験し、その成績に基づき、研修医定数が定められた全国二十八の大学病院専門センターに行くことからキャリアを始めるというのがあります。これは今、一部日本でも取り入れられてきている。試験の結果ではないですけども、枠ができていますということです。

ドイツでは、専門医となった者が地域で開業できますが、専門診療科ごとに医師一人当たりの人口が定められており、基準の一・二倍を超えては開業できないルールがあります。

イギリスの一般家庭医は、一次医療を担いますが、開業に制約があり、医療圏ごとに定められた定員の上限を超えて地域に参入することができません。

今、我が国では、専門医研修に一定の枠を設けたり、地域枠をつくってその地域で勤務してくれる医師を養成をしたりしております。しかし、医師不足県での研修を半年で切り上げて残りを全部東京でやるという研修逃れも出たり、地域枠の奨学金でお医者さんになっても、お金のあるおうちの子の方方は、あっさり返金して、地域、県に勤務せずに去ってってしまう人もいます。なかなか進みません。

諸外国に学んで、地域枠というものを現在のものから一歩踏み込んで設計する必要があるのではないのでしょうか。現行の地域枠増員、研修における専門医地域枠以外の方法で根本的な問題解消の仕組みをつくる必要があると思いますが、いかがお考えか、お聞かせください。

## ○国務大臣(加藤勝信君)

今まさに委員おっしゃったように、お医者さんも子供さんがおられる、いろんな事情があって、またそれぞれいろんな思いがあるんで、必ずしも一概的にどこどこがいいということはない。したがって、それぞれのまずお医者さんのそうした思いに、自分と地域がどうマッチングするのか、あるいは当該

県の中でもいろいろありますから、どこがあり得るのか、こういったところを例えばドクターバンク事業などによって今対応もさせていただいているところがございます。それ以外については、先ほど局長からいろいろ申し上げた努力をさせていただきました。

多分、委員おっしゃったのは、ドイツ、フランスの例を挙げて開業規制的なことをおっしゃっておられるんじゃないかなというふうに推察いたしますが、ただ、それぞれ国々で歴史が違うわけでありまして、やっぱり我が国の医療の歴史を振り返ると、やはり戦後の中で病院等を立ち上げる、残念ながらその公的資金が足りずに私的なものに依存しながら今日まで量的な拡大、そして、基本的に自由開業制度の下でやってきたという経緯があります。したがって、それとの関係をどう考えるのか。あるいは、ある地域で、例えばドイツのように、この地域は少し数が多いからといって新たな人を入れないというのは新規参入を認めないということになりますので、それがどういう影響を及ぼすのか。そういった様々な視点があって、慎重な検討が必要だというふうに考えているところがございます。

まずは、これまでもいろんな対応を図ってまいりました。それから、先ほどそれをくぐり抜けるようなお話もあり、それに対して対策も講じさせていただいて、そして、先ほど局長から申し上げたように、下位のところ、上位三分の一をして、三分の一のところは三分の一の基準を超えるような施策も講じさせていただいて、実際、成果は一部上がっているところもございますので、まずはこうした形のものもしっかり進めながら、地域偏在対策を進めていきたいというふうに思っております。

#### ○高木真理君

改善されたところがあるとはいえ、まだまだ偏在の度合いも大きいので、是非取組を更に前に進めていただきたいと思います。

終わります。