

◇この議事速報（未定稿）は、正規の会議録が発行されるまでの間、審議の参考に供するための未定稿版で、一般への公開用ではありません。

◇後刻速記録を調査して処置することとされた発言、理事会で協議することとされた発言等は、原発言のまま掲載しています。

◇今後、訂正、削除が行われる場合がありますので、審議の際の引用に当たっては正規の会議録と受け取られることのないようお願いいたします。

○とかしき委員長 次に、尾辻かな子さん。

○尾辻委員 立憲民主党の尾辻かな子です。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、田村大臣、御就任おめでとうございます。しっかりと議論をさせていただければと思います。それでは、早速質問に入っていきたいと思えます。

まずは、きょう午前中もありました後期高齢者医療制度のことについてお伺いをしてまいりたいというふうに思います。

全世代型社会保障検討会議、十月にも開かれておりますけれども、昨年の中間報告で、後期高齢者であっても一定所得以上の方については医療費の窓口負担割合を二割とし、それ以外の方については一割とする、こういう考え方がまとめられているわけですが。

私は、今本当に、コロナ感染症の問題、第三波が来ているというような認識をされている方も多くの中で、高齢者の方々も受診控えをされていると

いう状況がございます。ここに更に自己負担を二割、これは一割から二割、倍増ということになりますから、かなり支払い負担が重くなる、医療へのアクセスが阻害されてしまうのではないかと、重症化しないと病院に通院されないことになるのではないかと、こういうことを危惧しております。

ですので、ちよつとこの辺を聞いてまいりたいと思うんですけども、まず、この窓口負担二割という話はいつまでに決定をされるものなのか、そして、一定所得以上の方というこの線引き、これは大体どれぐらいを想定されているのかということについて大臣にお聞きしたいと思います。

○田村国務大臣 まず、今、新型コロナウイルス感染症がふえてきている中において、高齢者の方々、以前の波のときもそうだったんですけども、受診控えをされている方々が結構おられるという話で、これに關しましては、やはり慢性疾患を抱えておられる高齢者の方々が多々ございますので、必要な医療はしっかりと受けていただきたいということをお願いをさせていただきながら、一方で、やはり医療機関が怖いと思われる方々もおられますので、そのためにも、感染防護のためのいろいろな費用もお渡しをさせていただきながら、私は、医療機関はしっかりと今御努力をいただいているというふうに思っております。ですから、ぜひとも高齢者の皆様方にも必要な医療は受けていただきたいという思いをお伝えさせていただきますと思います。

その上で、今お話ししました全世代型社会保障検討会議において、昨年でありますけれども、

この二割負担、これは、所得能力というか負担能力ですね、負担能力のある方々に対しては二割負担をお願いしたいというようなことになったわけでありまして、それはやはり、人口構成が変わる中において、支える側がだんだんだんだん数が少なくなってくる中において、高齢者であられても負担能力のある方々に関しては、もちろんそれぞれのの方々の生活もございますから、そこはいろいろ勘案していかなきゃならないわけでありまして、けれども、二割負担をお願いしたいということで、ことし中、この十二月末までに全世代型社会保障検討会議の中において最終的な報告を出される。

それまでの間、社会保障審議会の医療保険部会において議論をしていただいて検討を進めてまいり、このような日程でございます。

○尾辻委員 この一定所得ということについては今どのような議論になっていきますでしょうか。

○田村国務大臣 それは、今申し上げました負担能力に応じた負担ということでございますので、まだ具体的に、所得が幾らというような数字が出ておるわけではございませんので、これからのプロセスの中でそういう議論になってくるのであるというふうに思っております。

○尾辻委員 あと、確認ですけれども、この二割負担、もし決定された場合に、大体いつから引上げになるのかとか、対象者の方が、今の後期高齢者の方ではなくて新たに後期高齢者になる方からなるのかとか、そういったところは今決まっているのでしょうか。

○田村国務大臣 全世代型社会保障検討会議の中

においては、新しくというわけではなくて、七十五歳以上の方々すべからず対象になるというような基本的な考え方のもとに議論をされているというふう聞いております。

それからもう一つ、何でしたっけ。ごめんなさい、済みません。

**○尾辻委員** いつから引上げというところですか。

**○田村国務大臣** 失礼いたしました。

これは、まだ今検討の最中でございますので、いつから引上げになるかということは、まだこれからの議論であろうと思います。

**○尾辻委員** これはかなり影響が大きい話であるというふうにしておられます。やはり、午前中の議論もありましたけれども、財務省の方での議論というのが私はすごくやはり気になっております。十月八日の財政制度審議会の分科会では、可能な限り広範囲で八割給付、つまり二割負担を導入するというようなことが分科会では指摘をされているわけで、こうなると、本当に高齢者の方々の生活というものが成り立つのかということが危惧されますので、ぜひともこれはやめていただきたいというふうにしておられます。

あわせて確認します。二割負担になるという場合において、私も医療現場でソーシャルワーカーをやらせていただいていたので、自己負担の限度額がどうなるのかというのはあわせて非常に気になるのであります。この自己負担限度額の変更というのは検討されているのでしょうか。

**○濱谷政府参考人** お答えいたします。

全世代型社会保障検討会議の中間報告におきましては、具体的に高額療養費の自己負担限度額の見直しについては指摘されておりませんが、窓口負担の見直しにつきましては、その際に、高額療養費の負担限度額の見直しが必要かどうかもあわせて、また、高齢者の疾病や生活の状況も踏まえて検討することとしております。

**○尾辻委員** 自己負担限度額を変更というのはぜひやめていただきたいというふうに思います。これで大分変わってまいりますので、ここはしっかりと死守していただきたいと思えますし、この二割負担、私、本当に、今、現役並み所得の方はもう三割ですから、しっかりと払える方は三割払っていただいているわけです。七十五歳以上の方というのはほぼ年金生活者の方々ですから、負担がふえるからといって所得をふやす方法はまずないだろうというふうにご考慮のわけです。なおかつ、消費税も今一〇％になっているということを見ても、やはり使えるお金が減ってきているんだらうということをご考慮しております。

後期高齢者は一人当たりの医療費も高いので、年収に対する患者の一部負担の割合は一割負担でも既に十分高いという指摘もされているところですが、これに更に介護の方の負担というのもあるわけで、所得の線引きによっては、介護保険も二割負担、医療保険も二割負担、これではさすがにもう家計はもたないというふうに思います。

大臣、この辺いかがでしょうか。

**○田村国務大臣** 今、委員おっしゃられました年齢別の窓口の負担額というものを、こういうものを

見てまいりますと、確かに、若い方々といいますが現役世代の方々には三割負担であります。加齢に伴って逆に医療を受ける回数が増えてくるわけで、そういう意味からすると、窓口での負担額というのが若い方と比して決して、高齢者の方々が一割負担だから低いというわけではないのは、これは数字を見ると事実であります。

また、介護等々に関しましても、三割負担、二割負担と広がってきておるわけでありまして、そういう意味では、負担感というものも、以前と比べると、年金生活者の方々も感じておられるというふうに思います。

それも含めて、家計の状況がどういう状況なのか、負担能力等々をしっかりと、こういうデータももとに議論をしていただいて、最終的には判断をしていただくというふうにしております。

**○尾辻委員** 特に、タイミングとして、私はやはり今じゃないだろうと本当に思うんですね。コロナで高齢者の方々もふだんどおりの活動もなかなかできないという、本当に不安が高まっているんです。そこで更に二割になるといって、本当に負担感も非常にあると思えますので、これは何か自民さんの方でもかなり異論が出ているというふうにも聞いておりますので、ぜひともこの状況下で負担増はやめていただきたいということを強く申し上げておきたいと思うんですが、ちょっと大臣、いかがでしょうか。

**○田村国務大臣** さまざまな御意見をいただいておりますので、さまざまな御意見にしっかりと耳を傾けさせていただきながら、検討会の方で最終

的に報告を出していただくということになるというふうに思います。

○尾辻委員 よろしくお願ひします。

次に参りたいと思います。

ちよつと順番を変えまして、不妊治療の方を先にお聞きしてまいりたいと思います。

不妊治療の保険適用という方向性で進むということですが、私は少子化対策の一環として位置づけられていることには非常に違和感を覚えるわけですね。本来、産みたいと望む人が子供を産める社会であったり、環境にかかわらず生まれた子供の権利が守られる社会でなくてはならない。そこからの不妊治療の助成とか、仕事と両立できる職場環境整備、こういうことを進めていくべきであろうとも思います。

ただ、一方で、保険適用ということについてはやはりさまざまな危惧がございます。保険外診療としてのそれぞれのクリニック等が独自性のある診療をされている現状、保険適用によって混合診療になり得ることなど、この辺、丁寧な整理が必要かと思ひます。

さらに、保険適用となった場合に、保険がきくのだから不妊治療を行うことが当然だ、スタンダードである、標準であるという考え方が主流になって、御本人の選択の余地が狭められるのではないか、やはりこういう危惧がございます。

もちろん、保険適用されても、治療のつらさとか成功率の低さなど、さまざま不妊治療にある問題というものは残るわけです。

更に言うと、子供を持たないことに対する生き方について否定するような方向性がこの保険適用によってつくられるのではないか、不妊治療によって出産奨励というような機運に結びついてしまうのではないかという、このあたりも危惧をされるところであります。

大臣、この危惧に対してはどうお考えになるでしょうか。

○田村国務大臣 総理から、任命をいただくと同時に、不妊治療の保険適用化、指示をいただきました。

少子化だから不妊治療というよりは、子供を産み育てたいと思っておられる、そういう方々が経済的負担の中でなかなかそれを実現できない、不妊治療が実現できないという方々に対して、助成制度や、今回は保険適用を目指して今進めているわけでありませうけれども、それによって、自分の幸せといえますか望むことが実現する、その結果お子さんの数がふえるという意味で、不妊治療を保険適用化をするというのは非常に大きな意味があるというふうに思っております。

一方で、委員がおっしゃられるみたいに、保険治療だと、治療だから、どちらかというと、いろいろな自分の人生がある中において、子供をつくらなければだめなんだというような圧力がかかっているのはこれは問題がございますので、そこはしっかりと我々も、そういうものではないということを申し上げていかなければならないと思っております。一方で、助成制度と保険制度を見ると、助成制度はどうしても予算事業になりますから、安定性

という意味では、確かに財政との関係でいろいろな局面があるかもわかりません。一方で、保険に適用されれば、その安定性というものは一定程度確保できると同時に、私もいろいろな方からお話をお聞きしていて、なるほどなと思つたことがあつたんですが、今までは、助成制度ですと、どうしても国から助成をもらって行つていくというような立場、それに対して、保険ということになると、治療という位置づけですから、会社に対しても、治療に行くんだということや言いやすくなるというふうな御意見もありまして、それは人さままだと思ひますけれども、いろいろな見方があるんだなというふうに改めて感じさせていたいただいております。

いずれにいたしましても、今言われたような、もしこの不妊治療が保険適用された場合に、保険に適用されないような部分をどうするんだ、これが、例えば混合診療だから保険が認められないという話になつたのでは本末転倒になつてくるわけなので、保険外併用療養も含めて、どういうあり方があるのかということも踏まえながら制度設計をしてまいりたいというふうに考えております。

○尾辻委員 保険診療にすることのやはりメリットとデメリットは両方あるというふうに思うんですね。それは何でもそうだと思います。

その中で、私は、そういう選択が、その方自身の選択がやはり狭められるおそれがあつてはならないと思ひますので、あわせて、こういうときに、これは別に、必ず不妊治療を受けなければならぬというものではないということ、また、治療の

対象になることで、不妊というものが治療対象というような考え方になってしまいうものもやはり怖い部分がありますので、あわせてその辺はしっかりと発信をしていただきたいというふうに考えておりますので、よろしくお願いいたします。

そのことにあわせてなんですが、例えば助成対象を事実婚まで広げる検討なんかもこれからされるというふうに報道も聞いております。今後、不妊治療とか生殖補助医療へのアクセスが更に容易になっていくということが予測されるんですが、あわせて、例えば子供の出自を知る権利とか、ここをしっかり担保することがあわせて重要になってまいります。親子関係についての法整備のあたりですね。

この辺で、きょうは法務省に来ていただいておりますが、ちょっと確認をしてみたいと思いますが、例えば事実婚の夫婦が第三者からの精子提供を受けた場合、父子の親子関係についてどうなるのか、現時点での法務省の見解をお聞きしたいと思えます。

**○堂蘭政府参考人** お答えいたします。

事実婚の妻が第三者の提供精子を用いた生殖補助医療により子を出産した場合における子と精子提供者との父子関係や、その子と事実婚の夫との間の父子関係につきましては、現行法上、これを定める直接の規定はございません。

その上でお答えいたしますと、まず、事実婚の妻が出産した子につきましては、民法の嫡出推定規定の適用はありませんので、事実婚の夫が法律上当然に父親となることはないと考えられます。

また、民法上、他に父子関係を認める制度としては認知という制度がございますが、認知の規定が設けられた当時は御質問のような事案は想定されていなかったものと考えられ、また、この点について判示をした裁判例等も承知していないところでございます。

したがって、事実婚の夫が子を認知することができると、あるいは精子提供者が子を認知することができるといった問題につきましては、解に委ねられることになり、最終的には、個別の事案に応じて裁判所が判断することになるというふうに考えているところでございます。

**○尾辻委員** 確認ですが、認知ということになると、これは、嫡出でない子と血縁上の父との間に身分上の法律行為によつて法律上の親子関係を成立させる制度ということと合っておりますよね。これは確認です。

**○堂蘭政府参考人** お答えいたします。

現行の認知の制度は、御指摘のとおり、生物学上の血縁関係にある父親が認知をすることによつて父子関係を成立させるというものでございます。

**○尾辻委員** ということは、私の例示した場合であれば、生まれた子供というのは非嫡出子であり、父親欄はこの場合は空欄、そして、事実婚の夫は血縁がありませんので、これは認知ということにはならない、もし考えたら、ドナーの方が認知することはできる、こういう整理でよろしいでしょうか。

**○堂蘭政府参考人** お答えいたします。

まず、現行の規定がそもそも生殖補助医療を前

提とした規定にはなっておりませんので、今御指摘のような事案についてどういう解釈をされるかというところは、最終的には裁判所によつて判断されるということになります。認知の規定を形式的に今適用したとしますと、委員がおっしゃったとおり、精子提供者と子との間には血縁関係がありませんので、認知の余地が生じることになりませんし、事実婚の夫と子の間には血縁関係はありませんので、認知することはできないということになるのではないかと考えています。

**○尾辻委員** ちょっと確認をさせていただきます。

これから不妊治療とか生殖補助医療が進む中で、こういった父をどうするのかといったような問題は必ず出てきます。子供を不安定な立場に置かないためには、やはりこういった親子関係について法制化、これはあわせて進める必要があると思えます。そのときには、子供の出自を知る権利をしっかりと担保すること、そして、事実婚やパートナーシップ婚で生まれた子供についても婚姻に準じた形で認めていく方向が必要ではないかというのを指摘しておきたいと思えます。

不妊治療は以上です。次、地域医療構想について今度お聞きをしたいと思いますというふうに思いますけれども、現在の状況なんです。

まず、多くの方がそろそろ第三波ということをおっしゃっています。大臣はもう今第三波が来ているという認識に立たれているかどうか、お聞きしたいと思います。

**○田村国務大臣** きょう、アドバイザリーボードが開かれていると思いますが、私はちよつと出席できなかったのですが、どういふ議論か私にはわからないので、もし健康局長がわかっているのであれば、健康局長から話をさせたいと思います。（発言する者あり）まだこれからのようです。

ちなみに、きのうも分科会がありましたけれども、専門家の方々を含めて、まだ第三波というふうな、そういうような考え方で統一されているわけではございません。

**○尾辻委員** ただ、ふえていて、増加傾向をどうするかということの認識はあるかと思しますので、ここはちよつとここで確認しておきたいと思っておりますが、これからやはり本格的に秋冬を迎える中で、コロナの感染者、患者がふえることというのは皆さん予想されているところだと思います。その中で、やはり病院がしっかり体制を整えていただいでコロナ患者の方々に対応いただくことは本当に重要だというふうに思っております。

その観点からお聞きしていきたいというふうに思うんですけども、この間、厚生省が把握をしているコロナ患者に対する公立、公的、民間病院の受入れ医療機関、この辺の実績とかはどうなっているのかということについて教えていただければと思います。

**○迫井政府参考人** 御答弁申し上げます。

まず、十月に開催いたしました第二十七回地域医療構想に関するワーキンググループ、この資料におきまして、G-MIS、これは新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システムという

ものでございますが、その報告のあった全医療機関のうち高度急性期・急性期病棟を有する医療機関、この集計結果をお示ししております。

その結果によりますと、まず公立につきましては、全六百九十四医療機関中六九％に当たる四百八十二医療機関、公的等については、全七百四十八医療機関中七九％に当たる五百九十二医療機関、民間については、全二千七百五十九医療機関中一八％に当たる五百二医療機関が新型コロナウイルス患者を受入れ可能というふうに回答いたしております。このように、割合で見ますと、公立、公的等の医療機関の受入れ可能割合が大きいということになります。

なお、実際の医療機関数で見ますと、民間公立、公的等、それぞれ五百前後ということになってございます。

**○尾辻委員** 今、御説明いただきました。

きょうは配付資料もつけております。これが、地域医療構想に関するワーキンググループ第二十回のときに出てきた資料、二枚物でございます。見ていただいたら皆様わかりますように、人口規模等ありますけれども、やはり公立、公的な医療機関が受入れ可能といったところで割合が非常に高くなっているということがごらんいただけるかと思えますし、一枚めくっていただいた受入れ実績というところで見ても、公立、公的の医療機関が実績においても受入れにおいても力を発揮していただいたというふうにこれは見えるのかなというふうに思っております。

大臣にお聞きしたいと思うんですが、こうして

今回、コロナ感染症の中で、公立、公的医療機関は地域において非常に重要な役割を果たしたのではないかというふうに思います。この数値を見て、大臣の受けとめをお伺いできればと思います。

**○田村国務大臣** 公立の医療機関も公的医療機関も、そして民間医療機関も、この新型コロナウイルス感染症で感染が広がる中において大変な役割を果たしていただき、そしてまた、これから秋冬に向かつて感染拡大が予想されると思いますか、ちよつと今言われるとおり増加傾向でございますから、我々も大変危機感を持っているわけであり、ますけれども、そんな中においてもしっかりと役割を担っていただけるものというふうに期待をさせていただきます。

**○尾辻委員** そうですね。本当にこれからの秋冬でも、しっかりと重要な役割を担っていただかなければならないというふうに思っております。

ここで、昨年、地域医療構想に関するワーキンググループが、再検証が必要な公立、公的医療機関というのを公表されたわけですね。最初は四百二十四病院だったんですが、ちよつと入れかえとか追加があつて、今、四百四十病院というふうになつております。その中には、感染症指定医療機関など、まさに今コロナ対応を行っている医療機関が多く含まれているわけです。

地域医療構想の調整会議からは、こうした感染症医療を担っている公立、公的医療機関の役割の位置づけについて、やはり意見が上がつております。前回のこのワーキンググループの評価は、感染症に関する評価というものがございませんでし

た。ただ、今この現状においては、やはり、感染症に対する評価を入れてもう一度再評価をするべきではないかというふうに思いますが、大臣、いかがでしょうか。大臣に聞いております。

○田村国務大臣 地域医療構想の中においても、いろいろな感染症、新興感染症、再興感染症、ありますけれども、いろいろな考え方をこの中に入れていかなきゃならないという御意見もあります。そもそも、地域医療計画の中にそういうものを位置づけていかなきゃいけないという御議論もいただいております。

いづれにいたしましても、こうしたいろいろな知見がございますから、こういうものもいただきながら、各地域地域で、地域医療構想、二〇二五年に向かって今議論を進めていただいておりますので、しっかりと我々もそれに対して、このような観点も含めてでありますけれども、検討いただきたいというふうに思っております。

○尾辻委員 私は、やはりもう一回、これは一回出されておりますので、いろいろ議論がありましたが、もう一度やはり感染症というものを入れて再評価をするべきだ、再評価の再評価をするべきではないかというふうに思います。

先ほど大臣がおっしゃられた、やはり二〇二五年ということをおっしゃっておられますけれども、まだコロナも収束いたしませんので、これは二〇二五年までに再編議論をするというのは、ちょっとやはり私は難しいと思うんです。逆に、お尻が決まっていることで大事な議論が抜けてしまうのも本末転倒だと思えますので、実は、このスケ

ジュール自身も柔軟に見直していく必要があるかと思えます。大臣、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 高齢化のピークというのは二〇四〇年ぐらいになってくるわけで、そういう意味では、二〇二五年というのが最終到達目標ではないのは事実です。

なぜ二〇二五年という一つの数字を挙げさせていただいたかといいますと、それはちょうど団塊の世代、一番人口的な固まりといえますがグループが多い、そういう世代が七十五歳、後期高齢者という言い方がいいかどうかわかりませんが、七十五歳以上に全員入られるのが二〇二五年ということで、そういう意味では、医療を受ける方々の構造が大きく変わってくるという中においてここに向かっての一定の方向性をお出しいただきたいということ、地域医療構想をお出しいただいております。

この二〇二五年で全て終わりではなくて、これは更にリニューアルをしていくものでございますので、いろいろな観点を踏まえながら、また新たなものを更にブラッシュアップしていただきたいと思いますというふうに思っております。

○尾辻委員 いみじくもおっしゃっていたように、二〇四〇年というところに向かってやっけていくというのも一つの手だと思えます。今は、やはりコロナという危機の中で、もともと予定があったからここであるということではない柔軟な対応が求められていると思えますので、特にこの秋冬をまずは乗り切らなければいけないということを優先順位でやっていただければというふうに思い

ます。

次ですけれども、ちょっとまだあと五分あるのでやらせていただきたいと思えます。慰労金のことについてお伺いをしたいというふうに思っています。私どもも、医療、介護、障害現場については今までにない御苦労をさせていただいているという部分から、何らかの給付をということで、慰労金の支給とすることを決めていただきました。これについては私たちも非常に評価をしておるところでございます。

ただ、今現場で何が起きているかというところ、まだ、慰労金をもらった方というの、実は私、地元の大阪で聞くと半分ぐらいかなということ、まだ半分の方が届いていない状況があります。

さらに、この期限が、六月三十日まででコロナの感染者が出たところ、介護と障害については濃厚接触者が出たところに関しては二十万円、ほかの方は一律五万円ということ、六月三十日以降に感染者が出た医療機関とか介護施設は、自分たちも二十万円もらえるのかなと思つたら、七月になつたから皆さん五万円ですということ、これはやはり不公平感がちよつと漂っているわけです。同じように大変な思いをすることは間違いなく、私も知っている施設でクラスターが出てしまつて、リネンとかごみを収集に来ていただけないとか、業者が洗濯物をとりに来ていただけなくないとか、例えば保育園に子供を通わせられなくなつたとか、さまざま御苦労をされているのは、もちろん七月になつてからもなんですね。

こういったところで、何とか、この慰労金の、

特に感染者が出たところ、濃厚接触者が出たところに関しては期日の延長をしての給付というのを考えていただけないかと思っております。大臣、いかがでしょうか。

○田村国務大臣 今なお新型コロナウイルス感染症の患者の皆様方に御対応いただいている医療の現場の方々や皆様方に本当に心から感謝を申し上げますし、そのみならず、高齢者の皆様方、また、障害者の皆様方を始め、感染した場合に重症化のおそれの高い方々のいろいろな対応をいただいている従事者の方々には、本当に日々、自分が感染をしてうつしたら大変なことになりますから、そういう意味で気苦労をいただながら日々の生活も抑制をいただいていること、これには本当に感謝を申し上げたいというふうに思っています。

今委員がおっしゃられた、感染者若しくは濃厚接触者等々対応された方々に対してというお話でございましたけれども、ずっと一連の、新型コロナウイルスが、ウイルス自体にどういう性質があるかわからない、対処の方法もよくわからないというような中で、その後、緊急事態宣言が発令されて、そして、世の中が大変な、言うなれば、自粛モードや危機感モードやいろいろな中である意味混乱があった。

こんな中で、本当に、重症化される方々に対応していただきながら、また、感染されている方に対応するのは、自分がうつつちゃったらまたうつつしちゃう可能性がありますから、そういうので御苦勞をいただいておりますということに対してよ

り多くの慰勞金という話になっておるわけで、緊急事態宣言が終わって七月に入ってそれ以降、その一月、一日で変わるのにはちよつとせつないのではないかというお話は、私もそれは思わないところではないんですけれども、どこかでは線を引かなきゃならないという思いの中で、今、ある程度対処方法、対応方法、ウイルスの特性というものもだんだんわかってきておりますので、若干そのころの大変な思いと、まあ、楽になったとは決して言いません、言いませんけれども、しかし、若干なりとも対応方法等々は、各施設、各医療機関である程度ノウハウを持つていただいておりますということでございますので、そこは大変申しわけないんですけども、その後もずっと延長してというわけにはなかなかいかないということで、御理解をいただければありがたいというふうに思います。

○尾辻委員 今、例えば医療も介護現場も、収支がよくないというか、なかなか上がってこないということ、冬、冬のポータスがほとんど削られていくというような現状があります。

そうすると、コロナでこんなに頑張っているのにというところでのモチベーションの問題にもなっておりますので、こういった冬のポータスがどれぐらい介護、医療現場が下がるのかというのもしつかり見ていただながら、そうしたら現場を担っていただけない可能性が出てきます。ぜひ、大臣、そこも見ていただければというふうに思います。

ちよつと、質疑時間が終了しましたので要望しておきますが、保育、学童の現場からも、自分た

ちはエッセンシャルワーカーで、やはり密な状態で接しているのに慰勞金がないということについて、これは私たちも要望を出させていただいております。

こういった線引きの中で、同じような仕事をしていらつしやる方で慰勞金がもらえない方についてもまた検討していただきたいことを要望して、私の質問を終わりたいと思います。ありがとうございます。