

◇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 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。長妻昭君。

○長妻委員 長妻昭でございます。

よろしく願いいたします。

この法案は、地域医療構想を税制面あるいは財政面で支援する、こういうような側面もある法案でございます。やはり、一番重要なのは、今回、本当に手痛い教訓を我が日本は得たと思うんですね。つまり、助かる命が助からない、入院すべき方が入院できないという事態が、一月含めて、我が、この近代国家日本で起こってしまった、それで命を落とした方を多く発生させてしまったというの、これは、厚生委員会のメンバー全員のみならず、厚生労働省を含めて、やはり、全国会議員、当事者が大きな反省をしなきゃいけない。これは戦後でも非常に大きな出来事、痛恨の出来事が起こったというような、強い強い、やはり教訓をかみしめていかないといけない。

今回、第四波も起こる可能性もあります。というところで、今回、医療構想ですね、地域医療構想非常に私に気になりますのは、コロナの前の分析でそのまま突っ走っているということで、あれだけコロナの教訓で、公立・公的病院の位置づけが大変重かった、こういうことがあるにもかかわらず、いまだに、コロナの前に作られた四二四リスト、それがブラッシュアップされたんでしょう、ちよつと修正も含め、間違いも含めて、今は四百三十六医療機関のリスト、これは全て公的・公立病院、医療機関等でございます、狙い撃ちじゃないでしょうか、公立あるいは公的医療機関を。何であの教訓が生かされていないのかということなんでございます。

これは、さつき四二四リストと申し上げましたが、四二四リストから引いた、削除されたものと増えたもの、全てこれは公立・公的病院でございますが、十九病院増えたというふうに聞いておりますが、十九病院増やした、つまり、再検証リスト、リストラしないというような公立・公的病院の国が作ったリスト、十九病院増えましたが、その中で、コロナの受入れ可能病院というのは何病院ぐらいあるんですか。この十九病院の名前はマル秘になっているようでございますが、教えていただければと思います。

○田村国務大臣 十九病院に関しましては、名前は公表してないというふうに存じておりますが、十九という数字はお示しをさせていただきます。この中で、新型コロナウイルス感染症患者受入れ可能な医療機関は十三病院であります。そのう

ち受入れ実績を有する医療機関は九病院。さらに、十九病院のうち感染症指定医療機関が四病院入っております。

○長妻委員 これは、追加した十九病院でも、十三病院がコロナ受入れ可能じゃないですか。追加したうちの七割がコロナ受入れ可能病院ということで、しかも、四二四リストを公表したら大騒ぎになって、地方から反発を食らったから、今度は、それを改善した、ああ、改善はしていませんね、同じ基準で、凸凹、ミスも含めて修正した四三六リストは一切公表しないと。公表できないような再検証リストであれば、それは撤回する必要があります。んじゃないかなというふうに思うわけでございます。

何で、追加した十九医療機関、公立・公的病院、七割がコロナ受入れ可能であるにもかかわらず、それをターゲットにしちゃうんですかね。これはちよつと信じられないわけでございます。

厚生省にはちよつと、ずつと既定の、既存の固定観念があるんじゃないかということで心配しているんですが、つまり、民間病院が日本の医療は優先なんだ、あくまで民間病院がまず主役で、それに補充するのが公的・公立病院だ、足らざるところを補うのが公立・公的病院だ、こういう意識がまだ非常に強いんじゃないかと思えます。

現に、今回、四三六リスト、四三六病院のリストは全て公立・公的病院であるということなんです、これは田村大臣にお伺いするんですが、私は民間だって再編が必要などころはいっぱいあると思えますよ。何で民間のこういうリスト、再編

をしてくださいというリストを作らないんですか。民間もいずれば作るんですか。

○田村国務大臣 元々、新公立病院改革ガイドラインでありますとか骨太の基本方針で、民間の代替できないところ、これをしっかり担っていたらこうと。例えば災害でありますとか救急のような不採算部門でありますとか特殊部門、専門的なものでありますとか、こういうものに関して、やはり主に公的・公立病院は担っていたらこうという基本的考え方があっては事実であります。

その上で、公立・公的病院、名前が挙がったところ。これは初め名前を挙げたんですが、なぜその後名前を挙げなかったかという、名前を挙げる必要がなかったから。にもかかわらず名前を全国的に公表したものでありますから、これに関しては、そうあるべきではないということ、これに、その地域に伝わればいいだけの話なので、地域医療構想ですから、そういうことにしたんですけれども。

そもそも、全部なくなるわけではなくて、急性期の病床がその中で若干なくなるといってございまして、何か医療機関がなくなるといってよいなことはないということはどうか御理解をいただきたいというふうに思います。

そして、民間の方にも実績の方はちゃんとお渡しをいたしております、それを基に要は地域医療構想を各都道府県、二次医療圏内でお作りをいただいているわけでありまして、公的医療機関のみならず民間も、その病床の利用がどういふ状況であるか、そういうことを含めて、いろいろと再

編に向かって御協力をいただき、御努力をいただく、こういうこととございまして、公的医療機関の情報、それから民間医療機関の情報、こういうものを踏まえて、協議会の方で御議論をいただいておりますこととあります。

○長妻委員 長々と答弁されましたけれども、全然答えていないじゃないですか。（田村国務大臣「答えていないじゃない」と呼ぶ）答えていないじゃないんですか。何で民間が入っていないんだということなんです。

この経緯、皆さん御存じですかね。田村大臣はよく御存じだと思いますが、地域医療構想は、まず、二〇一七年の三月に策定が済んだんですね。策定しました、都道府県で。その構想に基づいて、全国に地域医療構想調整会議というのが設置されました。大体三百三十九会議あります。そこで相当医療機関を巻き込んで議論したんですよ、どういふふうに再編するのか、どういふふうに役割、機能強化をするのか。これは再編だけじゃないですからね。財務省は過剰な病床の適正化、適正化と言っています、それだけじゃないんですよ、今回の目標は。それプラス、切れ目のない提供体制の構築と、二つなんです、目標は。地方自治体は真面目に調整会議で議論した。それで提出をして、それが二〇一八年の末頃、結論が出たわけですよ、ほとんどの調整会議で。

ところが、予期しないことが起こったんですね。どういふことかとすると、厚生労働省がそれをひっくり返した、駄目だと。私は後ろにいろんな団体の存在があったと思うんですが、駄目だとひっ

くり返して、再検証しなさいということで、それで四二四リストが出たわけですよ。

さっき、田村大臣、十九病院は公表する必要はない、地域が分かっていたらいいんだと。じゃ、何で四二四病院は公表しちゃったんですか。地域が分かっていたらいいんでしょう。何か矛盾がありますよね。

だから、私が聞きたいのは、質問に的確に答えていたんですが、これは別に、公立を狙い撃ちしちゃ駄目なんです。もしやるのであれば、民間。そうすると、民間の再検証リスト、こういうのもいずれ出すんですか、出さないんですか。

○田村国務大臣 民間も診療の実績等々は各都道府県に出しております、それも踏まえて、それもし各都道府県に情報開示のあれがあれば各都道府県の責任において開示はされるんだと思いますが、それは出してあります。

それから、これは諮問会議の方で御議論をいただいた中において、十分にまだこれでは言うなれば再編に向かって疑義があるのではないかと御指摘をいただいて、結果的にはこういうものを出しましたが、当省、名前を公表したということで大変お叱りをいただきました。橋本副大臣がたしか全国にお呼びに回られたというふうに記憶いたしておりますが、我々、実は当時、与党の、私は大臣じゃなかったんですけども、それに対して、やはり、名前まで全国的に出す必要はないんじゃないか、その都道府県で分かっていたらいい話であるので、都道府県の内においてそういう議

論をなされるべきであって、全国的に開示する必要はないということをございましたので、与党からも疑義が生まれ、結果的に、次に向かつて、今回は名前を出さなかったということであり、

○長妻委員 全然答えていないんですね、質問に（発言する者あり）いや、答えていないですよ、これ。与党、何を言っているんですか。

いや、答えていないんだ。何で、再検証リスト、自治体病院だけ、つまり公立・公的病院だけなんだというふうに聞いているわけです。そういうのを、リストを出したと言いますけれども、それはデータですよ。再検証ということで位置づけたものじゃないですよ、民間のは。ターゲットにして、この四百三十六公立・公的病院のリストを出して、もう一回、不十分だからちゃんとやれというふうな指示を、なぜ公立・公的病院だけにするのかということなんですか。

さつき、骨太の方針の話がありました、経済財政諮問会議。これで、八ページ、配付資料ですけれども、二〇一五年比で二〇二五年は急性期のベッドを三割削減すると。この計画は今も生きていますね。どうですか。

○田村国務大臣 まず、初めに申し上げましたけれども、基本的な考え方として、民間で代替できないような必要性のあるもの、これに関しては公的の医療機関になっていただくという前提があります。ですから、そのようなものをお出しをさせていただきます。ですので、後段の話に入りますけれども、その上で、何でしたっけ、ちよつと申し上げない。三割削減、ごめんなさい。（長妻委員「

ひどいな。余計なことを言うからです。初めから答えればいい」と呼ぶ）済みません。

三割削減の話でありますけれども、これは御承知のとおり、まず、人口構成、構造が変わります。人口がまず減っていくのと、高齢者が一定程度その中において割合を示す、その中において、当然、急性期というものが一定程度必要なくなっていく。その代わりに、高齢者が増えますから、回復期のベッドが必要である。先ほど切れ目のないと言われたのは、そういうことなんです。

その意味からいいますと、一定程度これは、レセプトデータ、ナショナルデータベース、NDBデータ等々、それから病床のいろんな利用量、利用率みたいなものをつかりとデータを、病床報告を各自自治体からいただいた上で、各都道府県が出されたものを集計して三割減という形になっておりますので、それは基本として今回も継続しておりますけれども、改めて申し上げますけれども、その上で、今、再検証いただいておりますので、それぞれの二次医療圏ごとの御議論をいただくと、都道府県でまとめていただいております。ただ、ということでもあります。

○長妻委員 いやいや、だから、再検証してまとめて、二〇一八年の末に結論が出たんですよ、地方の調整会議で。駄目だとひっくり返したんじゃないですか、厚生労働省が。まあ、いろんな団体があつたと思います、裏に。

今おっしゃったように、地方自治体から三割カットの要請、資料が上がってきたというのは、これは人口比で、単純な機械的計算で上がってきた

だけで、地方自治体からは、調整会議で二〇一八年末頃、三割なんて上がってきていないですよ。だからけしからぬということ。

つまり、この骨太会議の結論ありきで地方にやれというふうに言っているその押しつけが、コロナの今回大きな教訓があつた後にも変わらずに、暴走列車が止まらない、こういう状況だと私は心配をしております。

例えば、再編、リスト外リストに出ている四百三十六の公的・公立病院で、ちよつと見ると、例えば診療の実績が少ない、一定以下ですね、それと類似、近所に、近くに同じような診療科がある、近くの定義は全国一律で車で二十分なんです、車で二十分。

ところが、私も知事さんといろいろ話しました、自治体の方とも話しました。例えば、北海道と新潟は、普通ときは車で二十分だけれども、雪が降ったら二十分で行けない、こんな一律でやるのはおかしいんじゃないかと。こういうような意見も出ているんですよ。どう思います、それは。

○田村国務大臣 検討資料としてはお渡ししたけれども、そのままこれをお決めいただくのではなくて、今ほど委員もおっしゃられました、コロナ禍という状況もございます。次に向かつて、コロナが仮に収まったとしても、新興感染症の再び大拡大があるかも分かりません。そういうことも踏まえた上で、次に向かつてこれをお出しいただくということであるわけでございますし。

一方で、人口構成が変われば、ベッドを持つていけば、その医療機関は逆に経営上厳しくなると

いう現状があることも御理解をいただく中において、そこで適切に良質な医療が提供できるのは、その地域においてどのような病床の配分をしているのか、それぞれ種類において、そういうことも踏まえてお考えをいただくということで、今検討をいただいております。

○長妻委員 これは与党の方もちよつとだまされちゃ駄目ですよ。

単なる目安のリストじゃないんですよ。目安のリストならいいですよ、こういうリストありますよ、参考にしてください。そうじゃないんですよ、経緯を見ると。

政府はそういう説明をしているんですよ、いやいや、これは別に守らなくてもいいんですよ、外ではですね。ところが、自治体に対してはそうじゃない。つまり、これは再編要請リストになっちゃっているわけですよ、過去の経緯を見ると。実際そうですよ。

それで、この四百三十六リストを分析しますと、コロナ受入れ可能な病院が六割もあるんですね。もつと言えば、公立病院というのはどういう役割を果たしたかというのはもう田村大臣もよく御存じだと思えますが、全国のこのリスト以外も含めた公立、公的、民間病院というのが分けると、コロナ受入れ可能な病院は、公立全体の七割、公的病院の八割。ところが、民間はいろんな事情がありますけれども二割なんです。ほとんどの病院が実際に受入れ実績があるということで、構想区域人口の十万人未満が、公立・公的病院は八割なんです。受入れ可能なところが。

つまり、大臣も今いみじくもおっしゃいました、民間の代替です。代替機能が公立・公的病院。私、その発想をちよつと一旦よく考えた方がいいと思います、その発想を続けるのを。本当に代替なのかと。

過去の経緯、もうよく御存じだと思いますが、一九五九年、厚生労働省が医療保障委員会というところで最終答申を出しました、我が日本の医療の体制を決める最終答申。これは、欧米諸国の例を見るに、病院の主力は公的医療機関が占めている、公的な資本による医療への要請が強くなっているということで、公的医療機関への期待を膨らませて、公的医療機関をもつと増やさなきゃいかぬという国の方針が決まったんですよ。

ところが、その後、ある医師会、日本医師会の大物の方が医師会長になって、すさまじい政治力があつて、一九六三年の医療制度調査会の最終答申でそれがひっくり返されて、公的・公立じゃない、民間が主体なんだ、こういう方針に大きく転換したということが現状としてあつて、それが今も脈々と、私は別に批判するつもりはありませんが、当時はそういう判断も是とされたんでしょう。ただ、今、今回コロナの状況を見て、ヨーロッパ各国に比べて圧倒的に公的・公立病院が少ないんですよ、比率が。それでガバナンスがなかなかできないという大きな問題が起こったわけじゃないですか。

それにもかかわらず、この方針を撤回しないと。四三六リストは、コロナの実績が全く、全く反映をされておられませんし、あるいは在宅介護との接

続機能、これも全く反映されていませんし。

知事さんともいろいろ話すと、今回いろいろ見えてきたと。例えば介護が必要な認知症の方がコロナになったときに、これは急性期のベッドの中に入院しても、そこで介護を、ノウハウを持った看護師さんもないと、受入れが。慢性期のベッドならあるんだけど。つまり、急性期であり慢性期である、そういうような、コロナで急性期なんだけれども、ただ慢性的な、介護の機能を持った急性期のベッドや病床が必要なんだ、こういう評価もしてほしいという意見も、直接知事さんから私も話を聞いたりでいますので。

ですから、こういう単純な、コロナの前の基準で分けた四三六リスト、これは撤回していただかないと、この法案の審議というのはできないですよ。これを前提にこの法律を通せといたつて、私は、ちよつとこれは、今後の日本の危機管理対応医療、責任を持ってください。撤回してください。

○田村国務大臣 これは先ほど申し上げましたが、NDBのデータですね、これと、それから病床報告、それから将来に向かっての人口の推計、こういうものから医療の需要量というものを出して、必要なものはこうであるというのを機械的に出したものであります。でありますから、あくまでも参考資料でございますので、このとおりやっていたりだかなきゃならないというものではないというところはもう何度も申し上げておるわけで、そこにコロナ禍のことも含めて考えていただいております。

で、委員の言われているように、これじゃなきゃいけないということを申し上げているわけではない、あくまでも参考資料だというふうに御理解いただければありがたいと思います。

○長妻委員 今のは本当に建前ですよ。これは気をつけなきゃいけないんですけども。

違うんですよ。だから、一回結論が出たけれども、駄目だということでのリストが出てきて、さつき冒頭質問しましたけれども、急性期のベッド三割削減の方針は変わっていないんですよ。そのターゲットに公的・公立病院がなっているということなんです。私も、全く全否定しません、再編を全否定しませんよ。日本は、確かにベッド数が多過ぎる。これは私も認めます、いろんな理由がありますけれども。それはいろいろな機能強化、選択と集中をしなきゃいけない、それは思います。

ただ、コロナの実績をきちっと見た後に、そういうリストを作るなら作って、民間と一緒に合わせたリストを作った国のガイドラインを示してもいいと思いますよ。ただ、今コロナのさなか、しかもコロナが全く反映されていないリストで三割削減しろ、どうだと。これは余りにもひどいんじゃないですか。

今回の法案はあめですよ。税制の優遇とか補助金をつけるからどんどんやってねと。あめだけ方針が間違っているのに、この国会で審議しろというのは余りに失礼じゃないかと。非常に強く大臣には抗議をして、これは撤回しないとイケないと思いますよ、コロナの後に作り直さないと。これ

を強く申し上げます。お願いしますよ、本当に。命が懸かっていますからね。

次に参りますが、もう一つ、同じような医療の関係ですけども、配付資料の一枚目ですね、これはコロナ室に作っていただいたんですが、実際の療養者数、政府が見積もったものが大きく外れてしまったと。東京では実際、見積りの三倍、首都圏ですね、ほとんど三倍を超えています。大体三倍ぐらい。千葉は三倍を超えました。

田村大臣、何でこんなにかげんな療養者数、最大療養者数を出してしまったのか。これは改善して、田村大臣に質問は、今後、第四波を見据えて最大療養者数、これを出すおつもりというのはありませんか、もうちょっと正しい数字として。

○田村国務大臣 三月から五月の昨年の感染の実績からこういうような推計をして、これを秋口、夏から秋に向かって、各自治体からいただいたデータで整備してくださいということにいたしました。

やはり、秋冬といいますか冬場の感染拡大というのは、これは北半球は、ヨーロッパでも、御承知のとおり、ちよっと春先とは比べ物にならないスピード、量と数という形でありまして、これは我々も素直に反省して、元々こういう飛沫系の感染症は、確かに冬場は感染拡大するリスクというものには言われていたわけでありまして。これは世界的に、我々も状況を見ながら、つまり、今般のヨーロッパ等々の拡大の状況も見ながら、次に向かっています、五月中にこれを見直すということで今やっ

るかも分かりませんが、いつ何どき、何が起こるか分かりませんので。四月にも、また感染拡大、これは起こさないように我々は最大限努力しますけれども、まさかのこととも考えた上で、ダブルトラックで各都道府県には医療提供体制の整備をお願いをいたしております。

○長妻委員 最悪の見積りというのは本当に最悪にしてもらわないと。最悪の見積りを楽観的な前提を置いてしまったんですよ、はっきり言えば。そういうことはもうやめていただきたい。本当に最悪のものを出していただきたいと思えます。

次に、心配な変異株でございますが、年代別の、大体十歳に区切って、どれだけの比率で感染があるのかということ、厚生省に調べていただきましてけれども、変異ウイルスは、今までの通常のコロナ全体に比べると、例えば十歳未満の占める比率は何倍ぐらい違うんですか。

○田村国務大臣 令和三年三月十七日時点ですけれども、新型コロナウイルス陽性者のうち十歳未満が占める割合、これは二・九%でありました。一方で、三月十六日時点の変異株の確認数においては、十歳未満が占める割合は一四・六%と、非常に多く見えますが、一方で、数が少ない中で、子供のコミュニティでのクラスター、これが起こっております、そういう中での確認事例も多いため、一概に、これをもって子供の方が感染力があるとかということは、まだ評価を世界的にされているわけではありませんが、事実の数字としてはそういう数字であります。

○長妻委員 この三ページにあります、これを

見ると五倍も高いじゃないですか。変異株は非常に、年代を十歳で区切ると、一番高いのが四十代の一六・五％。その次に十歳未満が高い、一四・六％。これはちゃんと、まだ分かりませんが、分析していませんじゃなくて、本当に感染力が強いのか。あるいは発症率、あるいは致死率、いろいろ言われていますから。

十六歳未満のワクチンはないんでしょう、これ。接種しないんでしょう。大丈夫なんですか。大丈夫なんですかね。（田村国務大臣「世界的にないんですよ」と呼ぶ）いや、世界がそうだからそうだって、日本じゃないですか。危機管理をちゃんとしたい。いかがですか、十六歳未満のワクチン。

○田村国務大臣 世界的に、十六歳未満に接種というものが認められているワクチンがないわけでありまして、そういう意味では、今いろんなところでそういうことをやっているというのは報道では聞いておりますけれども、しっかりと情報収集しながら、十六歳未満のワクチン、接種ができるワクチンが承認されれば、それは我々といまして、どうすべきかというのは真剣に考えてまいりたいというふうに考えております。

○長妻委員 これは先手を打って、国産のワクチンで、やはり十六歳未満で接種の治験をするとかそういう、日本は出遅れているわけですから、ここでやはり、役割分担じゃないですけども、ちゃんとその存在意義を示さないといけないと思いますよ。世界がそうだからそうなんだというんじゃない。

それで、四ページ。これをちょっと作っていただきまして、これも気になるんですが、アナフィラキシーの副反応でございまして、これは、当然、専門家のブライトン分類、世界的なブライトン分類の一、二、三に分類されたものがアナフィラキシーだと日本国ではなっているようございまして、その分類におけるアナフィラキシーを調べていただきましたら、米国も同じ分類です。それでも相当高いですよ。十倍以上なんですよ。これは、田村大臣、大丈夫なんですかね。どういう対応を今後いたしますか。

○田村国務大臣 国産でということですが、国産のワクチンは今、四つ、五つ走っておりますので、この開発を何とか早めていただくように我々も支援していきたいと思っておりますが、日本の国で治験ができない、ヨーロッパに比べて感染が圧倒的に少ないわけでありまして、そこが最大、やはりちょっと難しいところでもあります。海外で日本のワクチンが治験できる環境というものもある程度整えなきゃならぬというような課題はあるというふうに思います。感染が多い国ですね。

その上で、今言われた、これは審議会でお諮りをいたしました、結果、言われるとおり、ブライトン分類でやっても、三月九日まで、これで十万七千五百五十八回接種で、ブライトン分類で分類して、事例七ということ、百万分の六十五という数字であります。

これは、一般的に今まで言われていたアメリカのワクチン、イギリス等々ですと百万分の五だとか二十という数字が出ておりますので高く見える

んですが、一方で、最近米国で公表された文献では、同じ医療従事者、これに打った、今、日本は医療従事者でありますから、その結果でいいますと、アメリカは百万回当たり二百七十回、同じブライトン分類であります、こういう数字が出てきておりまして、審議会の評価では、発生率等々、日本の方が低いんですが、同程度であるというような御評価をいただいております。

いずれにいたしましても、これからも注視して、我々としては、しっかりと確認した上で国民の皆さんに情報をお伝えをさせていただきたいと思っております。

○長妻委員 いや、この四ページ目は厚労省に作っていた資料なんです。これで十倍あるというのはちゃんと分析をしていただきたい、今度の金曜日もあると思います。

最後に大臣に申し上げたいのは、解除してしまいましたね、緊急事態宣言をこの前の日曜日に。私は、東京選出の国会議員として大変心配です。解除すべきじゃなかったと思います。十一日間連続で一週間の平均が前の週の一週間より伸びたんです。増えているんですよ、どんどん新規感染者が。それで、年度末、年始で、お花見とか歓送迎会、相当人が出ている。これは私は、大変なことにならないか、大臣が体を張って止めなかったのか、私は不思議でたまりません。

大臣、これは政治責任は取れるんですか。もし相当な第四波が起こって、感染が拡大をして、ワクチンが行き渡らない前に大きな波が起こった、

そしてまた、病院で入院できない方がたくさん大量に発生すると、これは政治責任は取れますか、大臣。

○とかしき委員長 田村厚生労働大臣、申合せの時間が経過しておりますので、どうかお早めにお願いたします。

○田村国務大臣 ヨーロッパも、何度も、ロックダウンして、解除して、またロックダウン。これはまた、ドイツもそうであり、フランス、イタリア。イギリスは今、若干収まっておりませんが、それでも、それぐらい厄介な疾病であることは間違いないありません。

一方で、基準を示して、専門家の方々からこれをクリアすれば解除。それは、私権を制限するわけですから、国民の皆様方も。本来やっちゃいけないことをやっているわけで。ですから、専門家の方々にはちゃんと評価をいただいて、今回、諮問委員会でも、諮問会議でも、皆さんが解除致し方がないだろうということで、解除いただきました。次、なるべく感染拡大しないように、我々、最大限の努力を五つの柱でやりますが、当然、感染が拡大局面に入ってきて、このままではということになれば、蔓延防止措置もやりませけれども、場合によっては、また緊急事態宣言もやって抑える。

この疾病というのは、そうやって、国民の皆さんの生活、これを守りながら、時には私権の制限をかけて感染を防いでいく、こういう疾病でございますので、我々としては、国民の皆様方の生命健康を守るよう、しっかりと努力してまいりたい

というふうに考えております。

○長妻委員 つらいことをお願いするのが、本当に誠意を込めてお願いするのが政府の役割だと思いますし、諮問会議で反対がなかったと。私、先生方に聞きました、諮問会議の。それは、方針はもう解除だ、それで御意見はありますかという聞き方だったということなんです。そうじゃなくて、白紙の段階では非専門家の意見も聞いて、今後直しをしていただきたいと思います。どうもありがとうございます。