

第57回中部社研定例講演会

日時：2021年2月10日

講師：公益財団法人東京財団政策研究所 研究主幹

慶應義塾大学経済学部 客員教授

小林 慶一郎 氏

演題：「コロナ危機と政策対応 経済学者の視点から見た評価と展望」

場所：株式会社NHK文化センター(東京南青山)よりオンライン配信



今回は、講師に公益財団法人東京財団政策研究所 研究主幹、慶應義塾大学経済学部 客員教授の小林慶一郎氏をお迎えし、「コロナ危機と政策対応 経済学者の視点から見た評価と展望」と題してご講演いただきました。以下は、その内容をまとめたものです。
(文責事務局)

本日は今、私が政府の新型コロナウイルス感染症対策分科会、基本的対処方針等諮問委員会で関わっているコロナ対策について、その政策対応の話題、これからのあり方、展望というものをお話しさせていただきます。

制限を行って外出の自粛や飲食店の営業自粛・時短で、感染者を減らしている途中ですが、これはあくまでも時間稼ぎの政策であるということです。SIRモデルという感染症の感染モデルから簡単に計算できますが、感染者は行動制限をかければ減ります。しかし、制限を緩めると必ず感染拡大経路に戻ってくる。例えば、政策を途中の30日でやめしまうと、また感染の大きな山が生まれるというのが、このグラフで示されています(図1)。

1. PCR等の検査体制について

最初に検査体制について、まず、検査の前の出発点としてわれわれは今、第3波の中で行動

制限が唯一の政策対応だとすると、感染が

出発点 SIRモデルのシミュレーション (小林・奴田原 2020)

◇ 自粛と休業(行動制限)は時間稼ぎ ⇒ 制限緩和すると必ず感染拡大経路に
接触削減政策の導入後、30日間の推移

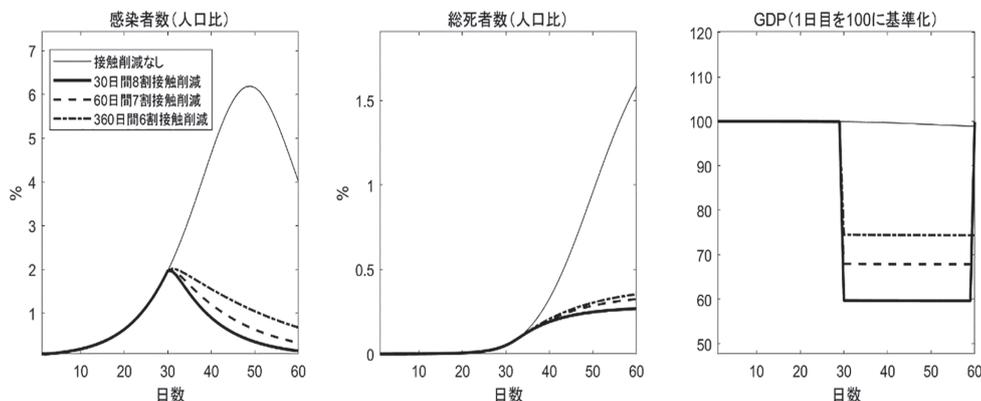


図1

広がったら行動制限をかけて、感染が収まったら緩める。そのオンとオフのサイクルを続けるしかなくなってしまう。それでは経済コストが非常に大きくなるので、感染防止戦略としては、検査、調査、待機療養の3点セットで感染者を抑えていくしかない。検査というのは、PCR等の感染症検査です。調査というのは、接触者の割り出しのための調査、積極的疫学調査と呼ばれるものです。そして、そうして見つけた感染者の方々は、1週間あるいは2週間という短期間隔離をして、待機療養してもらう。そういう形で感染者に市中からいったん離れてもらって、そこで感染を抑えていく。こういう戦略です。

検査について、政府や分科会の感染症専門家の考え方は、3つのカテゴリーを考えて検査をするということになっています。カテゴリー1は症状がある人です。これは当然、病院に行って検査を受ける。カテゴリー2aはリスクの高い無症状者、カテゴリー2bはリスクの低い無症状者ということになっています（図2）。

今の分科会や政府の分類は、カテゴリー1とカテゴリー2aは行政検査ということで国の費用で検査をする。それに対してカテゴリー2bのリスクの低い無症状者は自費で検査してもらう。これは医療的に必要な検査ではないということなので、自費で検査をしてもらいましょうという考え方になっています。

カテゴリー2aは、感染しているリスクの高い無症状者ということですから、濃厚接触者が該当します。もう1つは、院内感染や介護施設などの施設内感染が広がって問題になっていますので、医療機関の職員や入院患者、あるいは介護施設の職員や入所している高齢者の方、あるいは障害福祉施設

の職員や入所者。こういったところを重点的に検査する。そして、新規で入院してくる患者には全員検査をしてウイルスを持ち込まないようにしようということが理想的です。

そしてもう1つは、新宿の歌舞伎町を中心に全国に感染が広がったというのが夏の第2波です。歓楽街において感染がくすぶり始めたら、そこはしっかりと面的な検査をするという考え方も分科会で合意されています。

そして、入国者の水際対策です。これは“水漏れ対策”と言われて十分に出来ていなくて、変異株の流入などが起きているわけですが、水際対策をしっかりとしていこうということです。

カテゴリー2bが普通の一般市民です。海外に渡航したい、あるいはスポーツイベント、音楽イベントなどの興行関係者がビジネス上の理由から検査を受けたい、こういった場合、医療行為ではないので自費で検査をしてもらうという整理になっています。

次に調査、接触者調査です。これが保健所の人たちの労力を大変奪っている、保健所業務を過剰にしている元凶です。そこで、接触者の調査をするうえでものすごい武器になるはずだったのが接触確認アプリ「COCOA」です。これはそれぞれスマートフォンにダウンロードして、そこで接触した履歴があれば信号が送られて来るという便利なアプリなのですが、先日ニュースになったように実は今年の9月から不具合があつて全く機能していなかった。iPhoneでは機能していたが、スマートフォン全体の3割に当たるAndroid型では全く機

◇ 検査：優先順位を付けた幅広い検査（PCR、抗原など）の実施

- カテゴリー1 : 有症者
- カテゴリー2a : 高リスクの無症状者
 - * 濃厚接触者（無症状でも）
 - * 医療・介護・障害福祉施設の重点検査、新規入院者の全員検査
 - * 歓楽街など感染の震源地（エピセンター）の面的検査
 - * 入国者の水際対策（行動調査の必要性）
- カテゴリー2b : 低リスクの無症状者（一般の消費者や企業） ⇒ 原則自費
 - * 海外渡航者、スポーツ等の興行関係者など

図2

能していなかったということが発覚して、今、政府で改修の作業を行っています。現在のところ、普及率は2,300万ダウンロードくらいでスマートフォン全体の30%なのですが、われわれ公益財団法人東京財団政策研究所の千葉安佐子研究員のシミュレーションによると、普及率が70%から80%を超えてきて、接触者だという信号を得た人が14日間そのまま自宅待機するというルールを実行すれば、このアプリがあるだけで感染が収まって感染が完全にゼロになってしまうという非常に目覚ましい効果があるわけです。

グラフの赤やオレンジで示した線がほぼ水平線のところにありますが、「COCOA」の普及率が80%、90%、100%というところまでいくと、ほぼ水平線になる。要するに、患者数がほぼゼロになるということになります（図3）。

もちろんアプリに不具合がないという前提ですが、この「COCOA」についての問題をあと2つあげると、1つはアプリをダウンロードすることの煩雑さです。これは自分でダウンロードしなければならない。例えば、システムの更新のときに自動的にダウンロードされて、使いたくない人だけそれを削除するという仕組みにすれば、自動的にダウンロードされているものを削除しようとする人はあまり

いないので、もっと普及率が上がるのではないのでしょうか。そういうオプトアウト方式というダウンロードの方式に変えるべきです。

もう1つは、処理番号の発行というのがあって、PCR検査で陽性になった人が保健所からHERSYSの処理番号をもらわないと、自分のアプリから接触した人に対して信号が送れないというシステムになっていますが、処理番号の発行が遅れ何日も待たされるということが起きていました。それでは意味がないので、処理番号を早く発行するような保健所の業務の改善が必要です。

そして、検査について、われわれ経済学者と感染症の専門家の中で、どういう点で立場が違って論争があったのかということをもとめておきたいと思います。

この1年、論争の的になっていたのは、先ほどのカテゴリー2bの無症状者に対する検査について、経済学者は、なるべく多くの人に検査をしてもらうべきではないかという論調だったのに対して、公衆衛生の専門家、感染症の専門家や医師たちのグループは、検査は数を絞り込むべきだ、数を減らすべきだという考え方になっていました。今もその傾向はあります。なぜそういう立場の違いがあるのかということ、私の理解を簡単にまとめました（図4）。

◇ 接触確認アプリCOCOAの普及

- * 現在2300万ダウンロード（普及率30%）
- * 普及率70%～80%を超え、「接触者は14日間自宅隔離」にすると感染は完全に終息。
- * 普及に向けた課題：ダウンロードの煩雑さ（オプトイン方式）、処理番号発行の遅れ

Fraction of new infections in population with Fraser-type apps in each download rate [%]
(test probability = 50%)

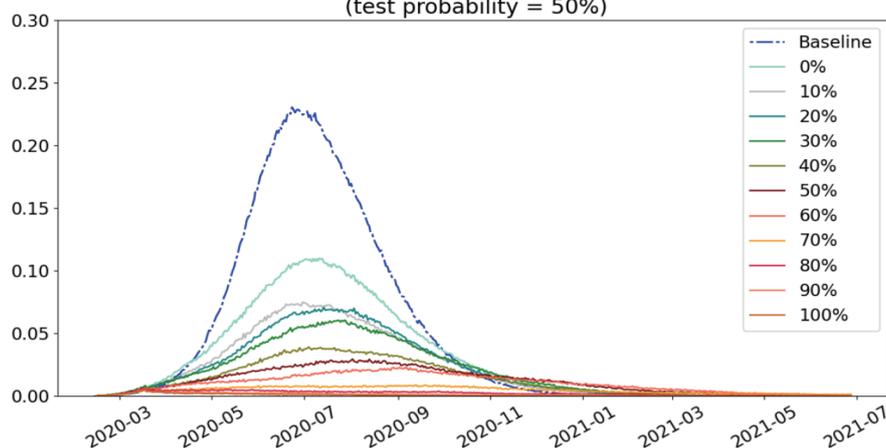


図3

無症状者（2 b）の検査と隔離の経済政策的意味

- ◇ 検査と隔離の経済政策的な意味：
 - 感染症流行によって発生した「情報の不完全性」（市場で活動する人の感染状況が不明）を是正するという公共性※
 - ※ PCR検査は感度70%であることは注意（受検した感染者の3割は陰性になる）
- ◇ 公衆衛生専門家と経済学者の違い
 - * 公衆衛生（感染者発見が目的）： 「検査結果が陰性」⇒ 検査資源のムダ使い
 - * 経済（情報の不完全性の是正が目的）： 「検査結果が陰性」⇒ 有意義な結果
 - * 「感染症検査と隔離」という医療行為が（歴史上はじめて）経済政策として機能

図4

つまり、検査と隔離というのは今、経済政策としての意味が生まれてしまっています。感染症によって発生した情報の不完全性というのが今の経済社会を覆っている。要するに、市中で活動している私自身、あるいは私の取引相手が感染しているかどうかの感染状況がわからない。こういう情報の不完全性を是正する。これは経済政策の役割ですが、そういう機能を持つのがPCRなどの検査です。PCR検査は感度が70%ということで、検査した人の3割が見逃されてしまうという欠点がありますが、それでも何もしないよりは感染状況はわかるので、情報の非対称性を是正する。そういう意味合いを公衆衛生の専門家の方は、あまり重視はしてないということです。

公衆衛生専門家たちは、検査の目的はまず感染者を発見して治療することだという観点です。そうすると、いろいろな人に検査をして陰性になったという結果が出たときにどう感じるかという、結局陰性だったということはむだな検査をやってしまったというネガティブな評価しかない。だから、なるべく検査を絞り込み陽性になる確率が高い人たちに検査をして、たくさん感染者を見つけよう。むやみに検査をして陰性だということになると、それはむだなことだという考え方です。一方、われわれ経済系は、情報の不完全性の是正をすることが価値あることだと考えていますから、検査で陰性になるのは、これはこれで有意義な情報で、われわれが経済活動をするうえで非常に意義のある情報が得られた、むだな検査ではないという考え方がです。そこで完全に議論が平行線になってしまうとい

うことです。

今のこの状況は、感染症検査と感染者の隔離が医療行為という意味だけではなくて、歴史上初めて経済政策として非常に意味があるという歴史的な局面に来ている。そこがまだ、医療界と一般社会全体で理解されてない。その理解がうまくいかないところで、こういう論争が起きている。そのように感じているところです。

2. 医療提供体制の改革について

第3波の今、報道されているように医療が逼迫して、そして緊急事態宣言を発出しなければならない状況になっている。突き詰めて言えば、感染者が増えても医療がしっかりしていれば緊急事態宣言を出す必要はなかったわけです。ですが医療のキャパシティが限られていて、医療崩壊の危険が迫ってきたというところで、どうしても緊急事態宣言を出していろいろな経済活動を止めなければいけないということになってしまった。われわれ経済政策を考える立場としては、経済社会を回していくための前提条件として医療提供体制の天井をどうやって上げていくべきか。これが最大の問題の1つだと思っています。ですから、医療提供体制の話は今この局面においては、経済学者にとっても極めて重要なテーマであると思っています。

そこでまず、第1波からの2つの大きな教訓をお話したいと思います。1つ目は、医療資源は日本全体として不足しているわけではない。ベッドの

数、医療者の人数は不足しているわけではない。ただ、ミスマッチがいろいろなところで起きていたということが問題です。そのミスマッチをどうやって直していくのか。

もう1つは、いろいろな病院にコロナの患者が来たために、風評被害のようなこともあって、第1波のときに病院の収益がものすごく減少しました。病床数が200床から400床くらいの病院の例を挙げますが、たったの3か月で1億円から2億円という減収が起きているということです。コロナ対策にいろいろな病院に参加してもらうためには、こういう経営問題を真面目に考えなければいけない。

これからご紹介する分析の結果は、われわれと一緒に研究会に参加いただいているグローバルヘルスコンサルティングという医療系のコンサルティン

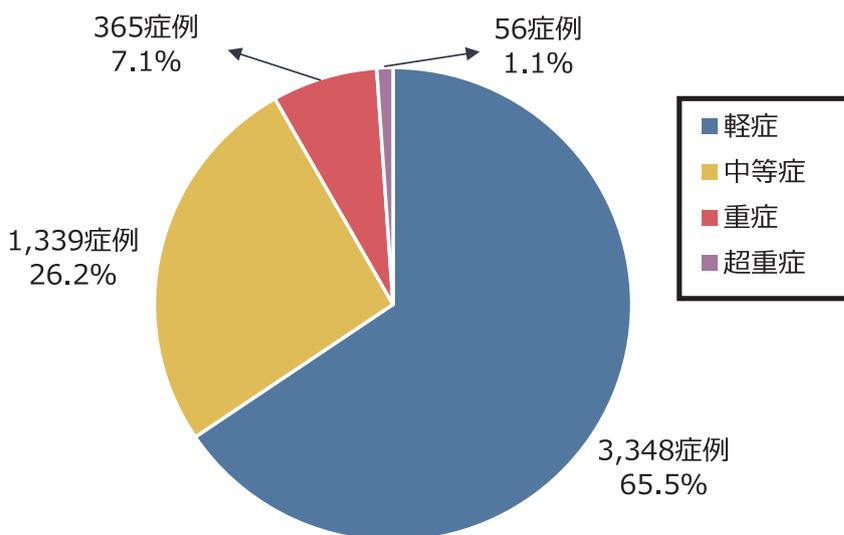
グ会社が持っているデータで、DPC対象の567病院を対象にした研究をご紹介します。DPCというのは定額支払いの診療報酬制度の一種ですが、DPC対象病院というのは大規模な急性期の病院が多いといわれています。そういった大きな病院を対象にした研究です。

第1波のときの問題点は、入院する必要がないかもしれない軽症者の人たちも入院してしまって、それでひっ迫が起きていた。この傾向は第2波、第3波ではかなり改善はされていて、軽症者とか無症状者はホテルや自宅で療養するというのが効率的なやり方で、病院は重症者、中等症者に行ってもらおうといった分類を第1波のときもすべきでした。ところが、第1波のときは入院患者の3分の2が軽症者でした（図5）。

コロナ関連の入院患者のうち3分の2は軽症者。

【コロナ患者重症度分類】

- ※超重症：ECMO and/or PMX吸着療法 and/or 透析
(透析のみ実施患者は「臓器不全」病名ありを対象)
- 重症：人工呼吸器
- 中等症：酸素吸入
- 軽症：上記治療なし



※341病院 5,108症例を対象に分析

※分析対象期間：2020年2-6月退院症例（死亡退院を含む）

※医療資源を最も投入した病名が“2019年度新型コロナウイルス感染症”を対象にする

図5

もう1つは、病院側で余裕があったのか、なかったのか。グラフで示しているのは第1波のとき、567の分析対象病院のうち60%の病院はコロナ患者を受け入れて、残りの40%の病院は受け入れてなかったということがわかっています。また、その中の300床以上の大きな病院に限ってみても、313病院のうち80%の病院はコロナを受け入れていましたが、20%の病院は受け入れてなかった。まだ少し余裕があったということです（図6）。

そして、もう1つは病床の稼働率がどうだったのか。われわれのイメージでは春の第1波のときも、病院が満杯になって入院患者が受け入れられないというニュースがありましたが、実は病床は余っていたのではないかということ、マクロの数字が示しています（図7）。

左側がコロナ患者の受け入れなしの病院、そして右側が受け入れありの病院です。まず、一番上は昨年2月です。まだコロナの危機が始まる前の段階で、平均の病床稼働率は受け入れあり、なし

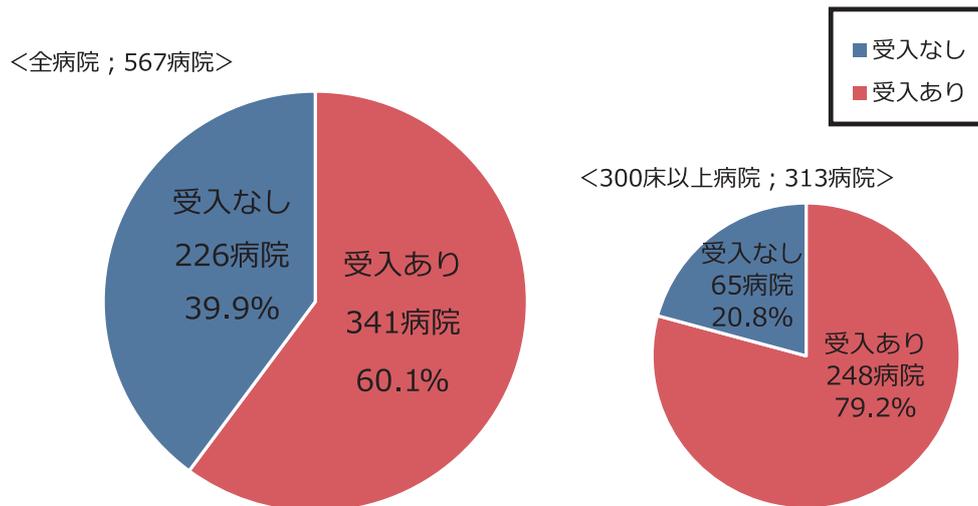
のどちらも80%くらいです。

それが、一番下の昨年5月、コロナ危機の真っ最中のときはどうだったかという、病床の稼働率はコロナを受け入れていない病院で64%、コロナを受け入れている病院で61%、むしろ病床の稼働率は下がっています。これは、風評によって患者が病院に来なかったということもありますし、いろいろな受診が先送りされたり、動線を確保するためにコロナ患者の隣の病床を空けざるを得なかった。いろいろな理由がありますが、マクロの数字で見ると病床がいっぱいであったというわけではなく、むしろ稼働率は下がっていたわけです。

次の図8は重症者用のICUの稼働率です。一番上が昨年2月、コロナ前の段階でICU稼働率は約70%です。それが一番下の昨年5月、コロナ危機の真っ最中はどうだったかという、コロナを受け入れてない病院で56%。そして、コロナを受け入れている病院では49%の稼働率です。むしろ半分くらいが空いていたということになります。

コロナ受入病院は約60%に留まる。
300床以上に限っても、約21%は受け入れていない。

【新型コロナウイルス感染症 入院受入れ有無別 病院数】

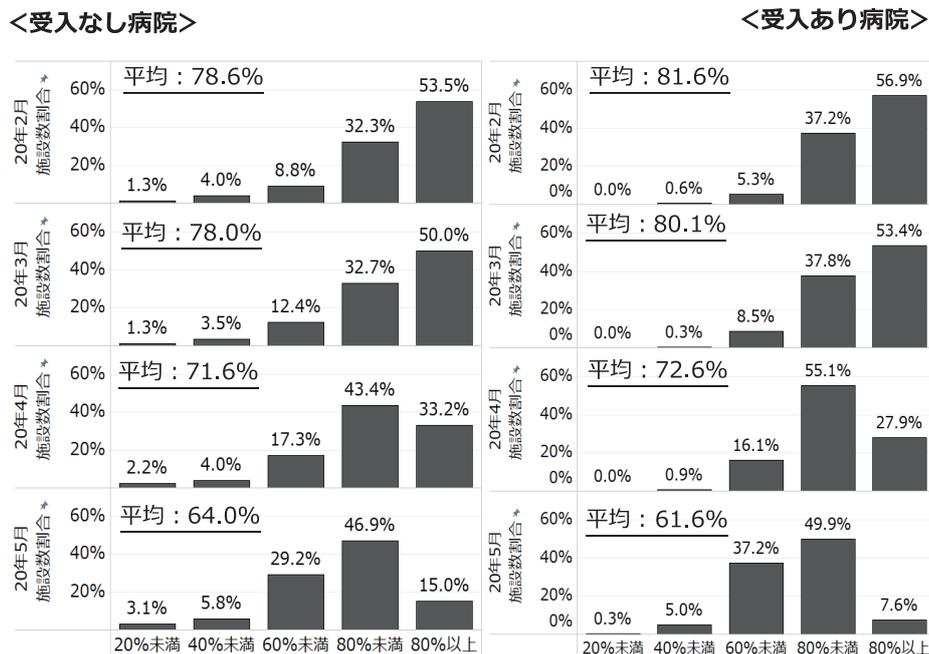


※567病院を対象に分析
 ※分析対象期間：2020年2-6月退院症例
 ※医療資源を最も投入した病名が“2019年度新型コロナウイルス感染症”を対象にする

図6

コロナ受入あり病院の2月稼働率は81.6%、5月は61.6%に低下しており、必ずしも逼迫していた状況とは言えない。

【コロナ受入病院 DPC一般病棟稼働率】



※稼働率 = 延べ稼働病床数 / (DPC一般算定病床数 × 稼働日数)
 ※DPC一般病棟 : DPC算定病床 (ICU・ER・HCU除く)
 ※2020年2月時点の病床数

※DPC (Diagnosis Procedure Combination)
 : 疾病群別包括払い制度
 ※ER : 救命救急病棟 HCU : ハイケアユニット

図7

ですから、重症者用の病床もいっぱいで大変だということではなくて、マクロで見ると数字のうえではかなり余裕があった。これが病床のミスマッチの問題です。

もう1つは、軽症患者が重症者用の病床に行き、そして重症患者が軽症者用の病院に行く。こういうミスマッチが起きていたのではないかとことです。この表が示していることは入院してから退院するまでの間、どういう病床でケアを受けたかを表でまとめていますが、重症患者の24%は最初から最後まで一般病棟にいて、重症者用のICUやハイケアユニットに入れてもらえなかった。一方で、軽症患者の17%はICUやハイケアユニットにいた。感染症病床を含めると、軽症患者のうちの55%は重症者向けのユニットや感染症病床に入っていたことがわかります (図9)。ここでも患者と病床の間でミスマッチが起きていたといえます。

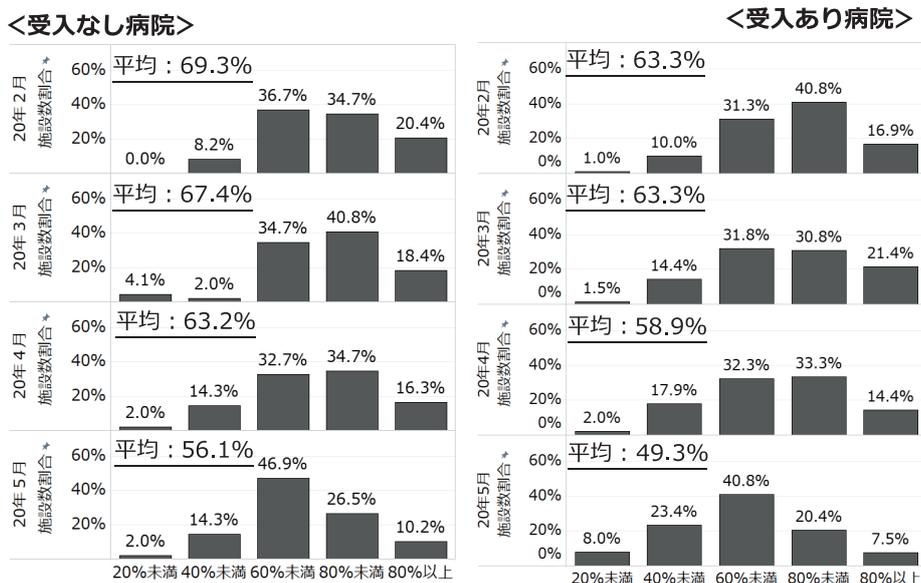
そしてもう1つは、医師のミスマッチという問題で

す。コロナ患者を受け入れている病院の中で、本当はコロナ患者を診るために集中治療専門医が必要ですが、集中治療専門医がいたのは48%の病院にとどまっていた。残りの病院には集中治療の専門医がいなかった。そういった病院でコロナ患者を受け入れていたということです。逆に、コロナを受け入れていなかった病院でも、39%の病院には集中治療専門医とか呼吸器内科の専門医が在籍して、コロナ患者を受け入れる能力がある医師たちがそこにいたのに受け入れていなかった (図10)。医師がいる所は受け入れてなくて、医師がいない所で受け入れていた。そういうミスマッチが起きていたということなのです。

次は収益の問題です。症例数も、そして収益もコロナ危機が始まってから急激に落ちています。外来と入院それぞれ記載していますが、外来収益は昨年5月で前年比15%減少している。入院収益をみても前年比13.8%減少しています (図11)。

ICU稼働率全体は低下し、
5月はコロナ受け入れ病院において平均約5割。

【コロナ受け入れ病院 ICU稼働率】



※稼働率 = 延べ稼働病床数 / (ICU病床数 × 稼働日数)
 ※ 2020年1月時点の病床数

※DPC (Diagnosis Procedure Combination)
 : 疾病群別包括払い制度
 ※ER : 救命救急病棟 HCU : ハイケアユニット

図8

ということは、非常に大きな病院の収益の圧迫がコロナ危機の第1波で起きていたということです。

コロナ危機が起きたことでいい面もあって、国民全体で手洗いやうがい、マスクという衛生行動が非常に変わったことで今年の春以降、感染症が激減し現在まで続いています。このグラフは、コロナ以外の感染症がどうなったかということを示しています。上段が肺炎。中段が急性気管支炎。そして下段がノロウイルスなどのウイルス性の腸炎です(図12)。こういった感染症がどうなったかという、今年の4月、5月に激減していて、肺炎は前年比で51%減少、ウイルス性の腸炎は65%減少、中段の急性気管支炎は80%減少しています。これは、コロナ受け入れ病院でもコロナ受け入れなしの病院でもどちらでも同じような傾向です。国民の衛生行動がものすごく向上したために、世の中の病気が一斉に減ってしまった。それはいいことなのですが、医師から見ると収益を圧迫するという非常にネガティブな材料にもなる。去年はこういった

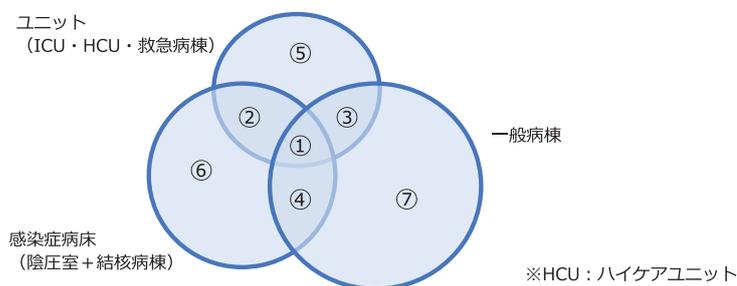
矛盾が起きていたということです。

コロナ患者を受け入れありと受け入れなしの病院で、受け入れているほうが収益が減って困るということが、実際データでも示されています(図13)。上がコロナを受け入れた病院、下がコロナを受け入れていない病院です。昨年5月の入院収益を比較しますと、受け入れている病院は約15%下がっていて、コロナを受け入れていない病院の収益は約6%の低下。コロナを受け入れていると風評被害があつて、患者が来なくなったり、ほかの診療科を閉じなければいけない。ほかの患者を診られないので収益が入ってこない。そこをしっかりと面倒をみないとコロナの対策に手を貸してくれる病院が減ってしまう。こういう問題があるわけです。

次に、これは非常に衝撃的な数字ですけれども、500床以上の病院では入院収益の減少が今年の4-6月期の3か月で、前年同期比3億円以上収益が減少しているということです。一番右側が500

重症患者の24%が一般病棟のみで治療されている。一方、軽症患者の17%がユニットに入棟、感染症病床を含めると55%に上る。

【コロナ受入341症例 5,108症例 受入れ病床機能】



区分	全体		(内訳) 重症		(内訳) 中等症		(内訳) 軽症	
	症例数	割合	症例数	割合	症例数	割合	症例数	割合
① ユニット+感染症+一般	109	2.1%	51	12.1%	41	3.1%	17	0.5%
② ユニット+感染症	147	2.9%	25	5.9%	51	3.8%	71	2.1%
③ ユニット+一般	456	8.9%	100	23.8%	165	12.3%	191	5.7%
④ 感染症+一般	546	10.7%	72	17.1%	170	12.7%	304	9.1%
⑤ ユニット	425	8.3%	27	6.4%	104	7.8%	294	8.8%
⑥ 感染症	1,332	26.1%	44	10.5%	323	24.1%	965	28.8%
⑦ 一般	2,093	41.0%	102	24.2%	485	36.2%	1,506	45.0%
総計	5,108	100.0%	421	100.0%	1,339	100.0%	3,348	100.0%

※341病院 5,108症例を対象に分析 ※分析対象期間：2020年2-6月退院症例
 ※医療資源を最も投入した病名が“2019年度新型コロナウイルス感染症”を対象にする

図9

受入あり病院で、集中治療専門医がいるのは48%にとどまる。
 受入なし病院でも39%に集中治療専門医あるいは呼吸器内科専門医が存在。

【病院体制 ICU・専門性・ECMO】

<コロナ受入あり341病院>

ICU有無	病院数	専門性	病院数	ECMO有無	病院数
ICUあり	210 (61.6%)	両方いる	119 (34.9%)	ECMOあり	248 (72.7%)
ICUなし	131 (38.4%)	集中治療専門医のみ	43 (12.6%)	ECMOなし	93 (27.3%)
		呼吸器内科のみ	84 (24.6%)		
		両方いない	95 (27.9%)		

<コロナ受入なし226病院>

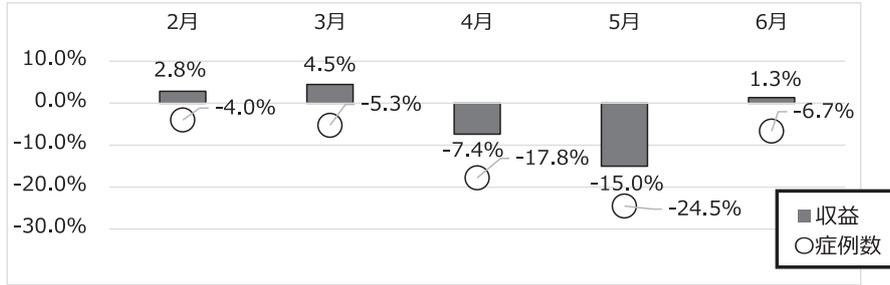
ICU有無	病院数	専門性	病院数	ECMO有無	病院数
ICUあり	53 (23.5%)	両方いる	16 (7.1%)	ECMOあり	78 (34.5%)
ICUなし	173 (76.5%)	集中治療専門医のみ	9 (4.0%)	ECMOなし	148 (65.5%)
		呼吸器内科のみ	64 (28.3%)		
		両方いない	137 (60.6%)		

図10

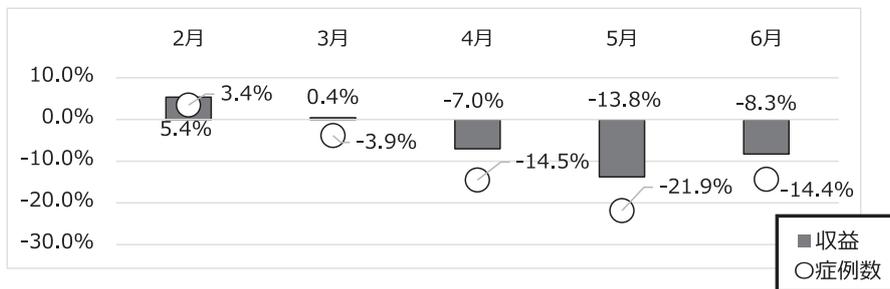
外来収益は5月には前年比で約15%減。入院収益も約14%

【収益・症例数 前年同月変動率】

<外来>



<入院>

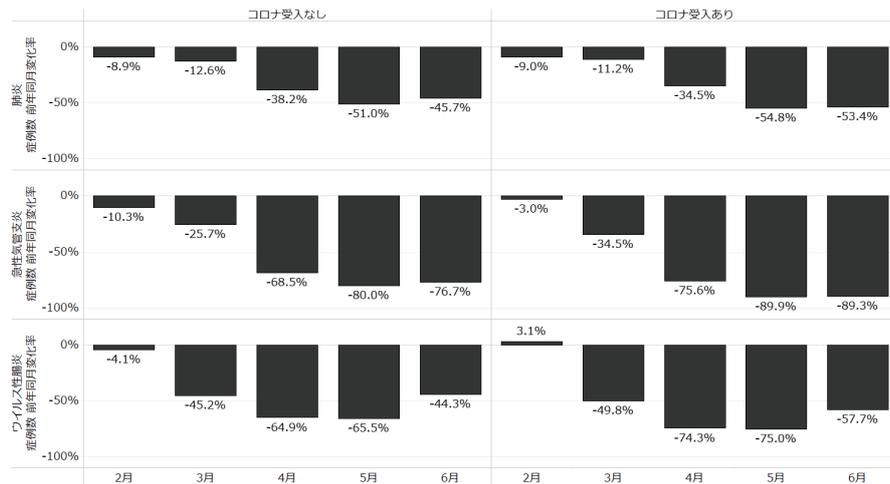


※567病院を対象に分析
 ※分析対象期間：2020年2-6月退院症例、2019年2-6月退院症例

図11

患者減は国民の衛生行動向上による他の感染症の激減など、
 需要（患者）の影響も大きい。

【肺炎・急性気管支炎・ウイルス性腸炎 入院症例数 前年同月変動率】



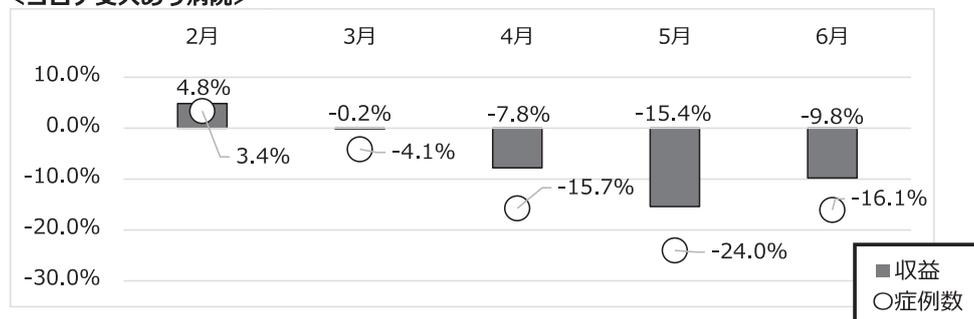
※567病院を対象に分析
 ※分析対象期間：2020年2-6月退院症例、2019年2-6月退院症例

図12

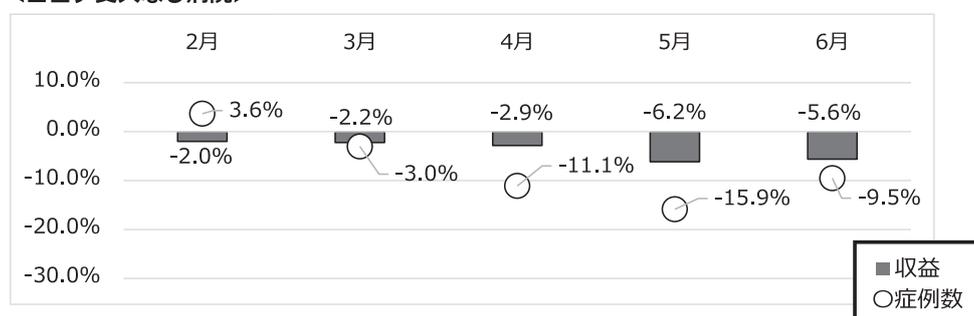
コロナ受入なし病院と比較し、受入あり病院の悪影響はより大きい。

【入院症例数・入院収益 コロナ受入有無別 前年同月変動率】

<コロナ受入あり病院>



<コロナ受入なし病院>



※567病院を対象に分析
 ※分析対象期間：2020年2-6月退院症例、2019年2-6月退院症例

図13

床以上の病院の収益分布を示したものです（図14）。昨年の4-6月の3か月、平均で3億7,000万円くらい収益が減少している。400床から499床の病院については2億1,900万円、300床台の病院は1億6,000万円の収益がそれぞれ減少している。3か月でこれだけ収益が減少してしまうと、病院経営がどうなってもコロナ対策に協力しようという使命感のある方、そこまで自己犠牲的な精神のある方はやはり少ないので、民間病院の皆さんにコロナ対策に参加してくださいと言っても無理があるのではないかと考えられるわけです。

そこでグローバルヘルスコンサルティングの方たちとわれわれ経済学者、医療者のグループで提言を出しました。2020年9月25日にキヤングローバル戦略研究所から出した提言です（図15）。

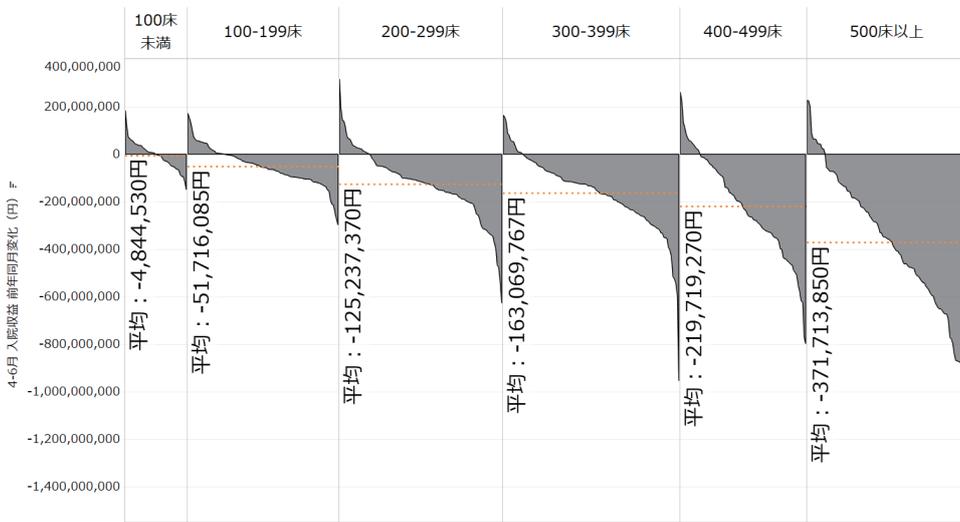
医療崩壊を防ぐために何が必要か。1つ目のポイントは、医療資源が不足していたのではなくて、やはりミスマッチをどう直すかというのが問題だとい

うことですので、提言の1つ目といたしまして医療機関の集約化です。コロナ専用病院を作り、非コロナの病院とに分けるといった医療機関の集約化をする。そして、役割分担をしてコロナ専用病院にはコロナを診られる医師、看護師たちを集中的に配置する。非コロナの病院にはそれ以外の診療科の医師たちを配置する。そういう役割分担と集約化をして、それぞれの病院の間で連携を進めていく。こういうことがミスマッチを解決するための手段として必要ではないか。

提言の2つ目として、第1波、第2波のときの反省として開業医の医師たちの力を生かしきれなかったという問題があります。日本に10万人いる開業医の先生たちがなかなかコロナ対策で活躍できなかった。例えば電話相談とか、あるいはPCR検査だけだったらできるという病院にはPCR検査だけを行ってもらおう。そういう形で開業医の皆さんの力を生かし大きな病院や保健所の負担を軽減し

病院規模が大きいほど入院収益減は大きく、500床以上の病院では、4-6月前年同期比で平均3億円以上の入院収益減。

【入院収益 病床規模別 前年同期変化 20年4-6月】



※567病院を対象に分析
 ※分析対象期間：2020年4-6月退院症例、2019年4-6月退院症例

図14

医療提供体制についての改革案（2020年9月25日提言）

- ◇ 医療崩壊を防ぐことが経済を回す条件
- ◇ 医療資源が不足していたわけではない（配分の問題）
 - 提言1：医療機関の集約化、役割分担、連携を大胆に推進
 - 提言2：診療所等の力を活かし、病院・保健所の負担を軽減し、検査を迅速化
 - 提言3：メリハリのある財政支援によりコロナに対応する医療提供体制を強化
- ◇ リスクの正確な理解および感染防護の重点化
 - 提言4：検査体制を増強し、迅速な検査実施を実現
 - 提言5：高リスク者を重点的に防御
- ◇ これまでの施策の検証を踏まえた合理的な対応
 - 提言6：リスクを踏まえた合理的な行動抑制を進め、偏見・社会的非難を解消
 接触確認アプリCOCOAの不具合解消と普及促進

図15

て、PCR検査などを迅速にやっていく必要があるのではないか。

そして提言の3つ目として、メリハリのある財政支援によって、経営が赤字になるという懸念やリスクを極限まで下げて、民間の病院や大学病院などに心置きなくコロナ対策に参加できるような環境を作ることが必要なのではないか。そういう提言を出しました。

4、5、6は省略いたしますが、提言3については11月にもう1つ詳しい提言を出しており、11月25日に財政学者3人で出した提言があります。医療機関の風評による受診控えなどで経営が赤字になる。そういう懸念によってコロナ対応ができないという病院が数多くあったということから、それを解決するために国が直接執行する事前一括補助金で赤字懸念を払拭するべきではないかということ

す（図16）。

これはどういう補助金かというと、中段にあるのは前年の診療報酬の収益ですが、前年の収益と同じ金額を事前にコロナ対策に手を挙げてくれた病院に緑の部分のインセンティブを上乗せしてお支払いする。そして、今期になって、診療活動をするとう当然診療報酬が得られますので、その診療報酬を得られた分は国に対して一括補助金でもらい過ぎになっていますから、その分は返還していただく。そうすると、今年の診療報酬が前年の診療報酬よりも大幅に赤字で減ってしまったとしても、赤字の部分は補助金でカバーできる。こういった方法でコロナ対策に参加しても経営赤字が起きないように財政的な手当てをする。こういうプランを11月に提案しています。

昨年の反省点は、病院やコロナ対策に参加してくれる医療者に対する補助金は、厚生労働省や国が考案した補助金がたくさんあったのですが、それが実はなかなか病院の手元に行き渡らないという現象が起きていたのです。なぜそんなことになっていたのかというと、県や市町村という自治体を経由して病院に配布されるという補助金ばかりであったため、自治体の担当者は、国から出てきた補助金は通常であれば年度末にまとめて給付するというのが通例であったため、2020年も同様に年度末にまとめて支払おうとしていました。コロナで大変な状況になっていて、病院側としては一刻も早く国からの補助金がほしいという状況であるにもかかわらず、自治体を経由すると年度末にまとめて支払われるという状況になっていたため、6月のボーナスを支払うときに手元に資金がない。補助金を当てにしていたのだけれども、それは3月まで待たないと手元に来ない。昨年の提言では、自治体を経由させない、国が直接執行する補助金は決めれば即払えますので、そういった補助金で病院に対して事前の一括補助金を給付すべきなのではないかという提案をしました。

もう1つ、なぜICUの稼働が低かったのかという問題です。これは、東京医科歯科大学の田中雄二郎学長がいろいろなところでお話しになっていま

したが、大きな病院のICUの構造について、例えば東京都に対して6床ICUがあるので、それをコロナ対策に登録する。そうすると数字のうえでは6床使えることにはなりますが、運用上は個室が2つあって、残りの4つは大部屋になっている。そういったケースが多いのです（図17）。個室の2つは確かにコロナ対策に使えますが、大部屋の4つについては、もし1つでもコロナ対策に使ってしまうと感染してしまうため、大部屋のうち残り3つのICUは使えなくなってしまう。ほかの病気の人が来るかもしれないので、大部屋は空けておかななくてはならない。そうすると、数字のうえではコロナ対策用に6つのICUを確保しましたと言っているにもかかわらず、現実には使えるのは2つだけという状況がいろいろな所で起きているということです。そこでどうするかというと、非常に単純なアイデアで、大部屋を仕切って左側の2つはコロナ対策に使う。仕切ったうえで陰圧装置を付ければ、空気が循環しませんから右側の2つは感染症以外のほかの患者に使える。そうすると、もともと2つしか使えなかったICUが、合計4つ使えるようになります。田中先生によると、東京都にはまだこういうことに対応できていない病院がたくさんあるので、そういった病院を順に壁を作って陰圧装置を付けるというゾーニング工事を行うだけで、東京都のICUは倍増できるだろう。これは新たにICUを作るのではなくてICUを区分するだけで、今までむだになっていたICUが使えるようになるということで、コロナ対策用のICUは倍増できるということをおっしゃっていました。

実は私は、政府に対してゾーニング工事を進めればいいじゃないかと言いまして、それはいい話だということで、厚生労働省からゾーニング工事を行ってくださいという事務連絡の紙が各都道府県に配られました。ただ、それはゾーニングの工事費に対する補助金が出るので、ぜひ工事を行ってくださいという紙が1枚出ただけでした。しかし、病院が自発的に行うことはなかなかないので、都道府県知事が各病院のトップと話し合ってしっかり説得したうえで、ゾーニング工事の計画を立ててもらおう。そういうところまで持っていかなないと実現は

医療機関への事前一括補助金（2020年11月25日提言）

- ◇ 赤字化（風評による受診控えなど）を恐れてコロナ対応に手を挙げない病院経営者
- ◇ 国が直接執行する事前一括補助金で、赤字懸念を払拭すべき

参考：補助金のイメージ

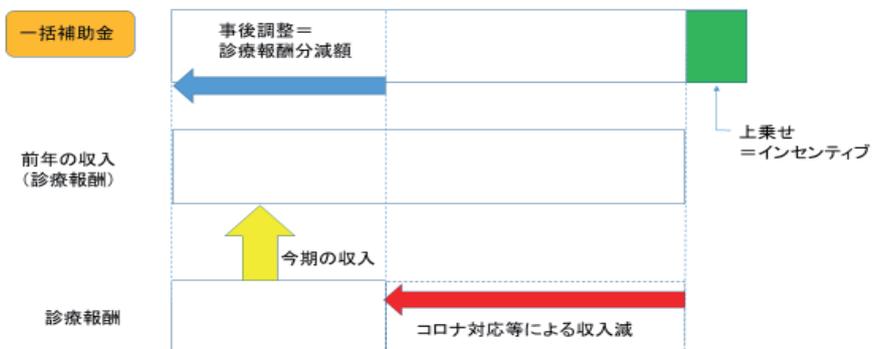
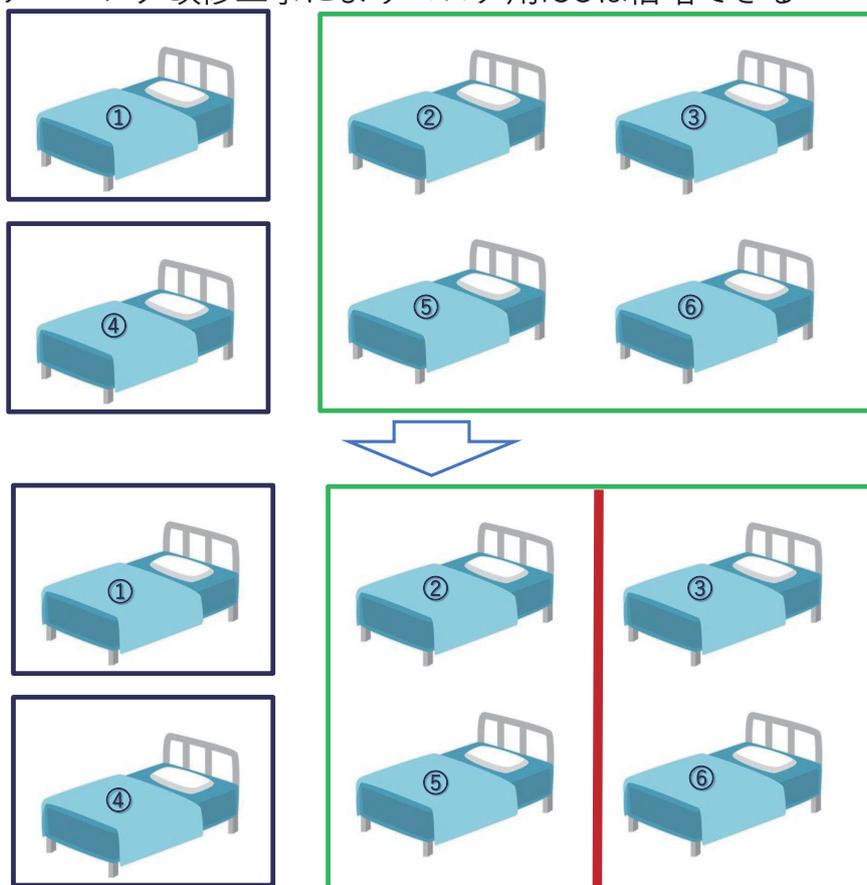


図16

ゾーニング改修工事によりコロナ用ICUは倍増できる



- ◇ 東京医科歯科大学 8月に3週間のゾーニング改修（隔壁の建設と陰圧装置）
- ◇ 26床のICUのうち、12床をコロナ対応に
- ◇ 工事費用は1千万円強

図17

なかなか難しいのではないかと考えていました。これはぜひ行政から各地域の大きな病院に働きかけてゾーニング改修工事をしていただきたい。費用はすべて国が出せる補助金があるはずですので、それを使って進めてもらいたいと思います。ちなみに、東京医科歯科大学の例ではどうだったかというと、8月に3週間という工事期間でゾーニング改修工事を行っています。そのときには、それまでは26床のICUのうちの8床しかコロナ対策に使えなかったのが、12床までコロナ対応に使えるようになりました。そういう変化があったということです。このゾーニングの工事費用は3週間で1,000万円強ということです。ある意味ではそんなに高くない、そんなに費用がかからないで医療体制が拡充できるということです。

それ以外にも、コロナの医療提供体制についてはまだいくつか課題があります。第3波の途中ではなかなか変えられなくても、第3波はそろそろ終息に向かっていておそらく3月には緊急事態宣言も解除できるのではないかと状況だと思えます。そのときに、喉元過ぎれば熱さを忘れて医療提供体制のことを忘れるのではなくて、第3波のときの反省点から中長期的な視野で医療提供体制を拡充するという改革は来月以降、しっかり進めないといけない。先ほどのゾーニング工事もそうです。

問題はそのほかにもいくつかあります。例えば、集中治療専門医はたくさんいるのだが、1つの病院にたくさんいるわけではなく、1つの病院には1人しかいません。ある中小の病院があったら、そこに集中治療のできる医師は1人しかいないというのが、東京都内に15病院くらいあるわけです。コロナ患者を受け入れるためには集中治療専門医が1人では対応しきれないので2人以上必要だというケースが多いわけです。そうすると、1人しか集中治療医がいない病院には最大限受け入れられたとしてもコロナ患者1人だけということになり、ほとんど受け入れの能力が上がらないという状況なので、大きな1つの病院に集中治療専門医を何人か集約して、コロナ患者専用で受け入れるというような機能分化をして、ほかの病院と連携すると

いう体制を作る必要があるのではないのでしょうか。

もう1つは、入院調整とか転院調整をするときの情報の共有が、医療機関同士、保健所と医療機関との間においてもうまくいっていなかった。ここは、自治体が主導して入院調整や転院調整のためのシステム作りをもっと効率的にしていけないといけません。これはこの春以降も、引き続きやっていく必要があると思います。

さらに中長期的な課題として、病院間の機能分化が問題になります。東京都では救急医療を複数の中小病院が担っているために非常に非効率になっています。特にコロナについては、コロナ患者を大きな病院に集約して運んでこられるように、中小の病院のほうにはコロナ患者以外の方が行くという機能分化が必要です。

さらに長期的な課題ですが、今回医療の中で足りなかったのは、医師よりもむしろ看護師が足りなくなっています。あるいは、看護師の仕事があまりにも過剰になっているということがクローズアップされたと思います。看護師に対しても適切なリーダーシップを与えて、そして処遇も改善するということがないと、なかなか看護師のなり手が少ないということになってしまいます。看護師の資格を取っても、医療の現場に残ってくれる看護師がそもそも少ないという状況だったので、看護師の処遇や地位の改善が長期的には必要になってくるということだと思います。

医療提供体制が今回のコロナ危機によって、中長期的なものも含めて改革しなければいけない、いろいろな構造問題が見えてきたという状況だと思いますので、これはぜひ各地域のシンクタンクのレベルでもいろいろ考えていただいて、どういう地域の医療体制が適切なのかということをわれわれ国民全員で考えていく必要があるのではないかと考えています。

3. 経済、生活支援、事業構造改革をめぐる問題

医療界以外のわれわれ一般市民にとって、コ

ロナで一番問題があるのは、コロナ感染症がこれから先どうなっていくのかという展望がよく見えないということだと思います。昨年12月の段階で日本の一般市民を対象にアンケート調査を行いました。『コロナ危機はどれくらい続くと思いますか?』という質問に対して、ランダムに選ばれた日本人の半分くらい人は「あと半年以内に元に戻るだろう」と考えているという回答でした。半分くらいの人が、今、一生懸命我慢すれば、あと半年でこの問題は全て解決して、コロナ危機の前の状態に戻れるのだという希望を抱いているのです。残りの半分の人たちは、こういう感染症はいったん広がるとなかなか収まらないので、1年、2年、3年以上という年単位で社会に影響を残すだろうと思っている。人によって先の見通しについて意見がかなり違います。そうすると、あと半年で何とかなると思っている人は、今ある生活スタイルとか今ある事業のビジネスモデルを変化させないで何とかやり過ごそう。コロナ危機をあと数か月やり過ごせば何とかなると思って我慢してしまう。これは本当に半年で終わるならいいことなのです。しかし、年単位で続くとすれば、感染症の専門家などもそう考えていると思いますが、あと半年だと思っ我慢するというのは、本人にとっても日本経済、日本社会にとってもコストが大きいことだと思います。一番やるべきことは、長期的なコロナ感染症の展望を一般国民に対してきちんと示すことが必要なのではないかということです。国民は、将来の期待に基づいて現在の経済行動を決めてしまいますので、感染症の専門家がこうなりそうだという見通しを与えることが非常に重要だと思います。それは、政府の経済政策についてもそうで、コロナが本当に半年で終わるのであれば、とりあえず今、当座をしのぐためにGoToキャンペーンなどで何とか需要を喚起して時間を稼いで、半年経てば元どおりに戻っていくというようになれば一番良いわけです。しかし、コロナ危機が年単位でこれからも続いて、そういう影響があるということだとすると、産業構造が変わらなければいけない。企業のビジネスモデルも変わらなければいけない。コロナと共に生きる社会とい

うことが年単位で続くなら、それに合わせて産業や経済の構造も変わらなければいけないので、接触型の産業は全体として縮小していきだろうし、非接触型の産業がこれからは成長して、そこで雇用が吸収される。そういったビジョンを実現しなければいけないのではないかと考えられるのです。

こういう長期の展望について、分科会の中で尾見茂先生や感染症の専門家の方たちに、ぜひ経済界の方に対してコロナがどれくらい続きそうか、どうなりそうかという展望を出してもらったほうがいいのではないかと何を何回か議論したのですが、なかなか感染症の専門家の方は展望を出したがない。その理由には納得できる場所があって当然不確実だからです。要するに、ワクチンがどうなるか、今話題になっている変異株がどうなっていくのかなどいろいろわからないことがあって、わからないことだらけの中で感染症の危機はこれから半年なのか、それとも3年なのかということの数字や見通しをしっかりと出すというのは無理な話であって、感染症の専門家としては勇気がある。そういうことで今のところ、政府の分科会のような場では長期展望は出さないことになっています。

ただ、分科会の提言でも、感染症に強い社会を作ろうという提言は、12月の提言から記載するようになりました。それまではそういうことは記載していなかったのですが、12月頃、私たちの提案にも影響されたと思いますが、ビジネスモデルとか産業構造とか社会構造というものも、感染症に強い社会、感染症に強いビジネスモデルを作っていかなければいけないということを分科会としても言うようになりました。「今のコロナ危機は短期戦ではなく長期戦である」、「今まで1年間闘ってきたけれども、もしかしたらまたあと1年、あと2年という単位で闘いが続く」という長期戦の問題なのだとすることを、暗黙のうちに国民の皆さんにメッセージを出して覚悟を求めている、そういう状況なのだろうと思います。

コロナウイルスはなかなか根絶することはできないですし、ワクチンや治療薬についてもこの先、普及や効果というのは不確実な状態にあります。そう

だとすると、社会や経済の活動自体が感染症に合わせて変わってくるということなので、例えば学校のクラス、一般的な医師の診療、そしていろいろなビジネスの商談、こういったものはすべて基本形がオンラインになっていきます。そういう状況を目指していかざるを得ないということなのではないかと思えます。

そうすると、これまで人と人が接触することでサービスが発生していたような接触型の産業は、接触が少なくなるようになるべくスムーズにビジネスモデルを転換しないといけません。1つには飲食業については、店内で食べる普通のレストランという形からデリバリーやテイクアウトを中心にする、あるいは店舗の屋外に飲食スペースを設けて換気のいい状態で食べてもらうようにするというように、今までと違うビジネスモデルに形を変えないといけません。観光業にしても、宿泊施設での大人数での宴会や団体旅行といったビジネスモデルから、家族旅行や友人だけの少人数の旅行といったものが基本形になる。そういう新しい旅の形をこれから普及させていかなければいけないかもしれない。それから、鉄道や航空産業などの交通系の産業も、感染のリスクを引き下げるような何らかの新しいビジネスモデルを開発することが必要になってくるということだと思います。

また、一般の労働者の働き方もこれからはテレワークがいろいろな企業で普及していくということなので、社会のあり方も非常に大きく変わる可能性があります。通勤が必要でなくなり、大阪や名古屋に住みながら東京の会社に勤める。オンラインで勤務するということが当たり前になり、住んでいる場所と働いている会社の場所が全然違うという時代がやって来るのかもしれない。そうすると今後、大都市の不動産価格がどうなるのかとか、いろいろな問題が派生するかもしれませんが、産業、経済、そして社会全体が変わっていく必要があると思えます。

その中で、政策課題としてここで取り上げたいのは、ビジネスモデル転換を進めるうえで今、あまり議論されてないのは、企業の債務の問題です。コロ

ナ危機が短期間で終わるという前提で昨年1年間は、ある種時間稼ぎのための無利子無担保融資というのでいろいろな企業に銀行からの借り入れを増やしてもらって、何とかしのいでもらった。その借金で今、企業債務が日本全体で40兆円以上に膨らんでいます。例えば、飲食店のように普通は借金をしないタイプの産業で借金が増えている。それはコロナが1年で終われば、また収益が上がって借金を返せたかもしれませんが全然見通せない。第3波の後、第4波が来るかもしれないという中で、これ以上また借金を増やし続けるのかということになって、そうするといずれかの段階でこの企業債務の再編成が必要になってくるということ、私たちは昨年の夏頃から議論して提言を出しました。

これから特に中小企業や零細企業の飲食業などでゾンビ企業が多発するのではないかと。ゾンビというのは、借金が多すぎて事業活動が十分できない企業のことをゾンビ企業といいますが、そういうものが増えるのではないかと。これは日本だけではなくて、ヨーロッパでも非常に懸念されていることで、9月のロンドンのEconomist誌においてもそういう特集号が組まれたくらいです。私たちが9月10日に出した提言がありますが、そこで述べているのは、債務削減のために政策メニューを今から準備しておく必要がある。今のところはそんなに倒産は増えてはいませんが、だんだん増えてきています。ですので、借金をうまく削減する、借金を免除するための仕組みが必要なのではないかということなんです。

1つは、金融債権者の多数決による債権整理の法律制度を作るべきではないかと。これは、私的整理というやり方と民事再生法のハイブリッドのやり方なのですが、仕入れ先からの売掛債権のような商業債務は保存しながら、銀行から借りている金融債権だけを棒引きするような制度を作る。それがなぜいいかというと、取引先の売掛とか買掛の関係は維持できるため、取引先が失われないのでその企業の事業価値が下がらない。そういうメリットがあります。

あるいは、中小企業や零細企業については、取引先の金融機関が関与し主導して債務再編、あるいは事業再生を目指した取り組みを進めてもらえないだろうかということです。1つ目のやり方は、借金をある程度削減してビジネスモデルを新しいものに変えることで、その企業が再び成長するように持っていく。2つ目は、見通しが立たない場合には早期に廃業する。あるいは退出することを選択してほかの産業での再出発を図る。そのほうが経営資源や人材を有効に活用することになるので、早めに決断をすることが必要になってきます。

中堅企業については、M&Aによってさらに大きく、競争力のあるものになっていく。REVICなどの政策金融が支援しながらM&Aの促進などを進めていく必要があるということです。

大企業のレベルで大きな債務削減が必要になってくれば、ある程度政府の関与した産業再生機構方式で、産業の再編を見据えて何らかの措置を取っていくことが必要になるのではないかと、このように考えています。

今申し上げたことは、私が一般財団法人キャノングローバル戦略研究所で作った勉強会『コロナ

危機下のバランスシート問題研究会』で提言を出しています。金融債権の多数決による債務削減、中小企業版の私的整理ガイドラインの策定など、いくつかの政策提案をそこで提言しているということです。企業向けの支援策について、まだあまり世の中で話題になっていませんが、恐らく今年大きなテーマになると思われる事柄です（図18）。

次に、個人に対する生活支援です。今、一番話題になっているのは、緊急事態宣言が延長されたことによって、飲食店への協力金が1店舗1日6万円という定額になるのはおかしいではないかという話がよく言われています。大きな店も小さな店も1日6万円では不公平ではないか。あるいは、飲食店以外の業界は救われぬ。卸売りや材料を出している流通業者といったところは全然救われぬではないかということで、いろいろな不公平が出ていますが、私は事業者を救うのはある程度限界があると思っています。事業者や企業ではなくて、そこに勤めている、または経営している個人の生活が成り立たなくなることは防がなければいけないので、個人のレベルや家計のレベルで生活支援をする政策で業種や仕事や立場に関係なく、生

バランスシート問題研究会提言

－事業構造改革の加速による成長実現戦略－

- ▶ 中小・小規模企業を中心に過剰債務。弁済が優先され、事業劣化（「過剰債務の罠」、「失われた10年」）
- ▶ 資本注入だけでは不足。債務調整とキャッシュフローを増大させる事業構造改革を一体的に進めることが必須。
- ▶ 複合的課題も（低生産性、コロナ対応、デジタル革命）
- ▶ 利払い・元本返済が実質猶予される3年の間に事業構造改革を完遂すべき。
- ▶ 事業構造改革への挑戦に対して、創業支援同様の強力な政策支援を展開。
- ▶ 同時に事業再生のために必要な債務調整メカニズムを強化。
 - （1）中小企業再生支援協議会の体制を抜本的強化。再生ファンドと有機的連携。
 - （2）「中小企業版私的整理ガイドライン」を策定
 - （3）私的整理、民事再生法のハイブリッドとなる第三の法的枠組みを創設。「金融債権者の多数決+裁判所認可」によって、迅速に債務調整。
- ▶ 再生が困難な時には、早期の円滑な退出により、再出発の道を早く用意。
 - （1）金融機関・信用保証協会に対して個人保証債務免除への取り組みを促進。検査・監督、実績公表に加え、信用保証協会等に対して個人保証債務免除支援。
 - （2）再挑戦支援、教育職業訓練、新たな職へのマッチングを強化。
- ▶ 金融機関は、地域の中小・小規模企業の事業構造改革・再出発を支援すべき。金融機関が地域の発展の中ですべて生きていくためにも、改革・再出発支援は重要。このために必要ならば金融機関への予防的資本注入も

図18

活が成り立つように支援していくことが必要なのです。特に、今回のコロナ危機ではフリーランスや非正規雇用の方の救済が非常に難しかったという問題もありますので、そういう人たちを救っていかなくてはなりません。

理想的には、政府が各個人の所得をリアルタイムで把握する。それには、マイナンバー制度と銀行口座のひも付けが必要になってきます。マイナンバーと銀行口座をひも付けて、所得把握をして、そしてリアルタイムで所得が減ったと確認できたら、必要であれば給付金をすぐに口座に入れる。こういうやり方が必要だと思いますが、そこまで行くにはプライバシーの問題であるとか、政府の中のデジタル化が進んでいないなどのいくつかの問題があって、なかなか実行は難しい状況です。

そこで、マイナンバーとひも付けをしなくても今すぐできる個人の生活支援の政策として、所得連動型の給付金という制度を実行できるのではないだろうかと考えています。

どういう制度かというと、事前の審査なしで現金を給付する。要するに、生活に困窮したと自己申告してもらおう。例えば税務署を想定していますけれど、自分から税務署に申告してもらって、今お金に困窮しているので給付金がほしいと言ってきた人に、事前の審査を全くしないで即座に現金を10万円給付する。月10万円で1年間、120万円給付するようにします。ただし、その年なのか、あるいは3年後かわかりませんが、事後的に納税の申告をしてもらうときに、1年後か3年後に確定申告する。または年末調整をするという形で、税務署に今度は納税の申告をしてもらう。そのときに、振り返ってみると所得が多かったので給付金をもらう必要はなかったという方に対しては、上乗せで課税して給付金を返金してもらおうわけです。そしてまた、事後的に所得をチェックして実際に低所得だったという方に対しては給付金を返済してもらわない。こういうやり方をすると、事前の審査が必要ありませんから迅速に給付金を支払うことができます。こうすると生活再建にとっては非常にメリットがあり、事後的にも公平です。給付金をもらう必要

がなかったくらい所得が高い人からは、上乗せ課税という形で返済してもらおうということなので公平です。そもそも「後で上乗せ課税されます」ということを事前にアナウンスしておけば、お金に困っていないと「どうせ後で返済させられるから」と、政府に対してこういう給付金の申請をしないわけです。特に、税務署のチェックを受けるということになりますからみんな嫌がるので、こういう給付金に申請してきません。本当に困っている人だけが申請してくるということになりますから、政府が支払う給付金も少なくて済む、こういった仕組みです。

例えば日本全国で1,000万人の人にこういう給付金を配るとしても、120万円を1,000万人に配ると年間12兆円ぐらいの予算ということで、非常にざっくりした試算になりますが、こういう給付金ができるのではないだろうかと考えています。

この制度には前例があります。オーストラリアの大学の学生ローンはこういう仕組みになっています。HELPとかHECSといわれるものですが、これは1980年代にオーストラリアで実行されていて、現在でもあります。その制度だと学生は、在学中は国が授業料を立て替えてくれて卒業した後、自分の所得に応じて返済の率が変わる。所得の高い人は高い率で返済し、所得の低い人は少しずつ返済する。あるいは返済しなくてもいいという人もいるので、そうすると所得に応じて負担も軽くなる。そういう学生ローンの制度があります。それを応用して、今回のコロナ危機に現金給付の制度に使えるのではないかという発想です。

4. 財政の持続性

財政については今のコロナの真っ最中で言うべきことでもないのですが、コロナが終わった後、もしかしたら3~5年くらい先の話かもしれませんが、財政をどうするかというのは世界的な政策協調をしていく必要があるのではないかというのが私の考えです。

なぜならば、コロナ危機というのは日本だけではないグローバルな危機です。各国の政府でGDPの5割~10割というレベルの、非常に巨大な借金が

増えてきています。そうすると、コロナ対策で増えたコロナ債務、政府債務の削減は全世界の政府で共通の課題ということですから、1つのやり方は全世界の政府が政策協調をして実施をする。何をするかというと、共通の課税をして財源調達をするという考え方が成り立つのではないかと思います。

例えばトービン税です。トービン税というのは、為替取引に対する課税ですが、その応用編としていろいろな金融資産の取り引きに対する課税というものもあり得ると思います。それ以外に、二酸化炭素の排出に対する課税といった環境税というものもあります。

どうしてトービン税とか環境税が出てくるのかといいますと、これらの税は1つの国がこういう税を課税しようとしても、うまくいかない税なのです。例えば日本だけでトービン税を為替取引や金融取引に課税したとします。そうすると、為替取引がすべて、日本から逃げていってしまふ。投資家は日本以外の国で為替取引や金融取引をするようになってしまふ、日本のマーケットには誰もいなくなってしまう。そうすると、せっかくトービン税という税制を作ったとしても、日本政府は税収が得られないということになってしまふ。環境税も同じで、例えば企業の工場から二酸化炭素が排出されたら、その工場に課税しますという税制を日本だけが作ったとします。そうすると企業は、工場を日本から、環境税のないほかの国に移転してしまふ。そうすると日本政府は環境税の税収が得られないということになってしまふ。ですから、トービン税や環境税は1つの国だけで課税しようとするとは必ず失敗する税の代表例なのです。

こういう税が成功するとしたら、全世界の政府が同じ税率で課税した場合です。その場合は、投資家が逃げようと思っても逃げ場がなくなってしまう。あるいは、企業が工場を移転しようと思っても移転先がない。移転しても同じ税率がかかるということになりますので、世界中の政府が協力して同じ税率で税をかければ、トービン税や環境税で非常に大きな税収が得られるということになります。

その税収を世界各国で、コロナ危機でできた債

務の返済に充てるために分配する。世界各国で税収を分配するというやり方をすれば、このような世界規模の税制というのが実現可能になるだろうということです。

何かしらの国際機関、政策協調のための組織が必要になると思われ、それを私は世界財政機関というような表現をしています。もしくは今あるIMFを改組して、世界財政機関という役割を果たしてもらえばいいのかもしれませんが、そういうものを作ればいいのではないかと思います。

歴史を振り返って20世紀と21世紀を比較して考えますと、20世紀に第2次世界大戦があった後、金融分野での国際協調というのはできました。IMFや世界銀行が出来て、そしてバーゼルBISの中央銀行の世界的な協調体制が確立したわけですが、第2次世界大戦でできた戦争債務をどうやって安定的に管理するかというのが1つの動機になったと聞いています。それと同じことを今考えると、21世紀の今、コロナのパンデミックはある意味で世界戦争だと、第3次世界大戦だと安倍晋三前首相がおっしゃっていましたが、世界的な戦争と同じようなインパクトを各国の経済や財政に対してはもたらしています。

そうすると、ウイルスとの戦争でできた大きな借金をどうやって管理するか。今度は金融ではなくて、財政分野での国際協調というもので乗り切っていかなければいけません。これは実は、人類の歴史の中で財政とか税制について世界全体が協調するというのは歴史上、前例がないことです。これはまさに21世紀のわれわれに対する国際秩序をどうするかという大きなチャレンジとして捉えるべきであって、コロナ危機、コロナのパンデミックという大きなイベントを1つのきっかけとして、21世紀型の新しい世界秩序を作っていく必要があります。そのキーワードはおそらく財政分野での国際協調だろうと思われるのです。

20世紀は金融の国際協調がキーワードだったことに比べて、21世紀は財政による国際協調がこれからの世界秩序のキーワードになるのではないかと考えています。

5. 自由主義への含意

最後に今回のパンデミックの政治的な意味というところを考えてみたいと思います。

自由主義がチャレンジを受けているということなのだろうと思いますが、最初、昨年2月、3月は中国が大変だと言っていたわけですが、いづの間にか中国が優等生になっていて、民主主義のヨーロッパ、アメリカ、そして南米のような国々が、危機対策という意味で一番出来が悪い国になってしまった。コロナ対策においては、自由主義、民主主義の国よりも、権威主義というか、全体主義的な政体である中国がうまくいっているように見える。そうすると、自由主義とか民主主義では意思決定の仕組みとしてまずいのか、むしろこういう危機対策においては中国のような仕組みのほうがよかったのではないかという見方も、出てきているというように思います。

そういうときにわれわれは、オルタナティブな案を出さなければいけない。民主主義の国々はパンデミックという危機においてどうあるべきだったのか、どういふふうになるべきなのかという代替案を出さないといけないのだろうと思います。

その案が、危機への対処能力を上げていくためには、いろいろな危機対策、政策において、Learning by Doingといえますか、試行錯誤を自覚的にやる。あえて間違いかもしれないような政策も勇気を持ってやってみて、そして失敗から学んで修正していく。そういう対応を民主主義の社会に許していくということが必要なのではないかと思います。

特にこの1年で感じたことの1つは、検査に対して厚生労働省や感染症の専門家が慎重であったということです。それは何かというと、無謬性むびゅうの問題から来ているのだろうと思います。要するに、間違っただと言われたくない、あるいは間違いを責められたくないというのが、行動の原点になっていて、PCR検査をどのくらい誰に対して増やしていくのか、増やすべきじゃないのかという議論をしたときに、なぜ増やすべきではないのかを突き詰めて考

えると、偽陽性や偽陰性といった検査での間違いが起き、検査で間違いが起きるということで責められたくないというのがあって、だから検査をやりたくないという倒錯した議論が起きていたように思います。

これは国民の側、あるいはマスコミの側にもある程度責任があるのかもしれませんが、政府の政策で何か失敗すると世論やマスコミから責められるということがあって、それに官僚組織、政府組織が非常に過敏に反応しているという面がどうしてもあるのだと思います。それが今回の、特に感染症の検査の問題では非常に過剰に出ているのではないかと思います。政策に失敗は許されないから、そもそも政策をやらないほうがいい、やらなければ失敗がない。そういうロジックになってしまったと思います。

これは社会全体のあり方として、政治学者のアーレントが言っていることですが、ある程度のことは失敗を許すということを基本的な社会の原理にしておかないと、非常に硬直的な社会になってしまう。失敗の責任をいったん解除して、そして失敗から学んで、どういふ新しい政策をやるのかというのを考えられるような社会の構造が必要になってくる。「赦ゆるし」ということばはアーレントのキーワードを使っていますが、これからわれわれが目指すべき社会は試行錯誤を許す。それは政策においても、あるいは個人においても企業においてもそうだと思いますが、社会のいろいろな局面で試行錯誤を許すような自由主義の社会を作っていくことが、このパンデミックのような大きな危機に対して、柔軟性を持ち、そして強靱性を持つ、そういう日本を作り上げる1つの道なのではないかと感じているところです。

最後に本講演の中で2020年に出されたいくつかの提言についてご紹介しましたが、URLを載せてありますので、ご関心のある方はサイトにアクセスしていただいて、そこでいろいろな提言を確認いただければと思います（図19）。

参考文献

- 3月17日 【経済学者による緊急提言】新型コロナウイルス対策をどのように進めるか？
—株価対策、生活支援の給付・融資、社会のオンライン化による感染抑止— 小林慶一郎、佐藤主光、他
<https://www.tkfd.or.jp/research/detail.php?id=3361>
- 6月18日 【政策提言】積極的感染防止戦略による経済社会活動の正常化を 民間有識者114名の共同提言
https://cigs.canon/article/20200618_6497.html
- 8月20日 ポストコロナの政策構想：税制の国際協調による財政再建を（上）（下） 佐藤主光、小林慶一郎
<https://www.tkfd.or.jp/research/detail.php?id=3514>
<https://www.tkfd.or.jp/research/detail.php?id=3515>
- 9月10日 【政策提言】コロナ危機下のバランスシート問題研究会提言
—事業構造改革の加速による成長実現戦略— 小林慶一郎 他
https://cigs.canon/article/20200910_5355.html
- 9月25日 【政策提言】医療提供体制崩壊の防止と経済社会活動への影響最小化のための6つの提言
小林慶一郎 他
https://cigs.canon/article/20200925_5371.html
- 11月26日 【緊急提言】新型コロナ感染急拡大に対応した医療提供体制拡充について
小林慶一郎、佐藤主光、土居丈朗
https://www.tkfd.or.jp/files/product/PB/PB_20-01.pdf

図19