

# コロナ対応と経済政策

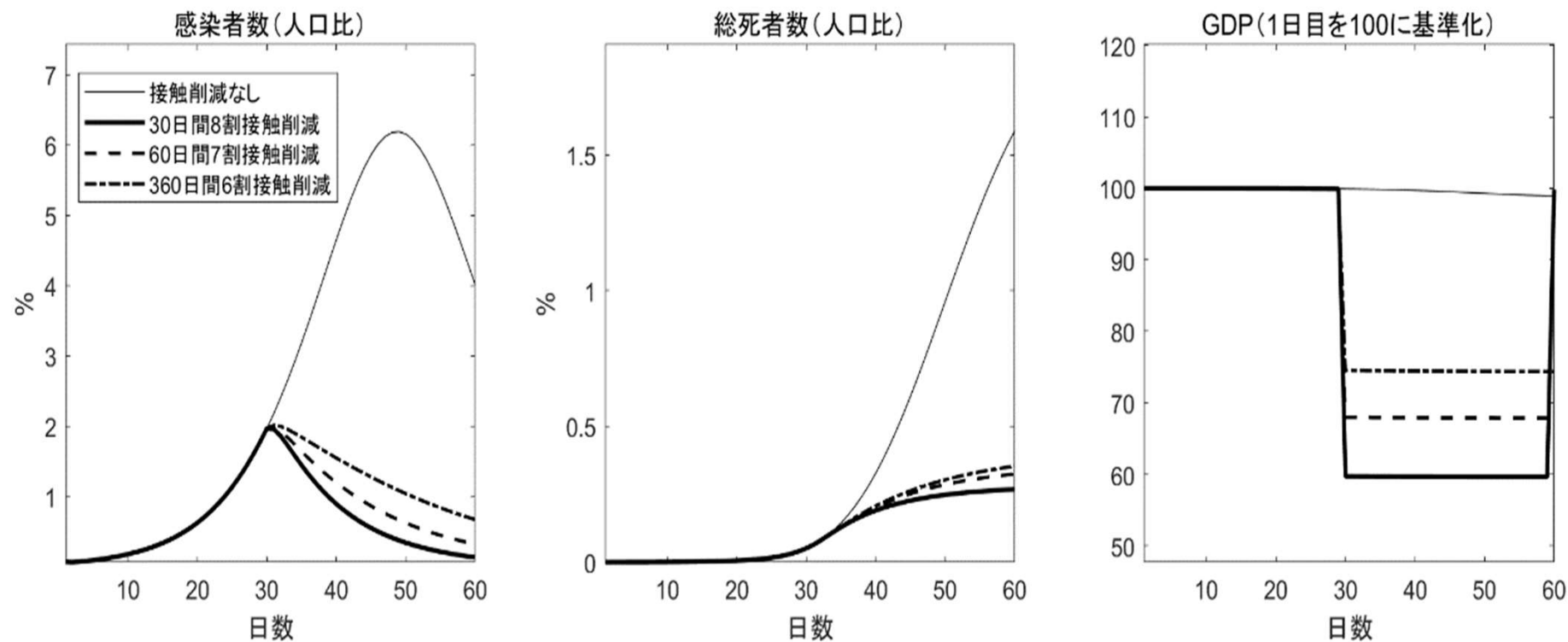
---

2020年11月04日  
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

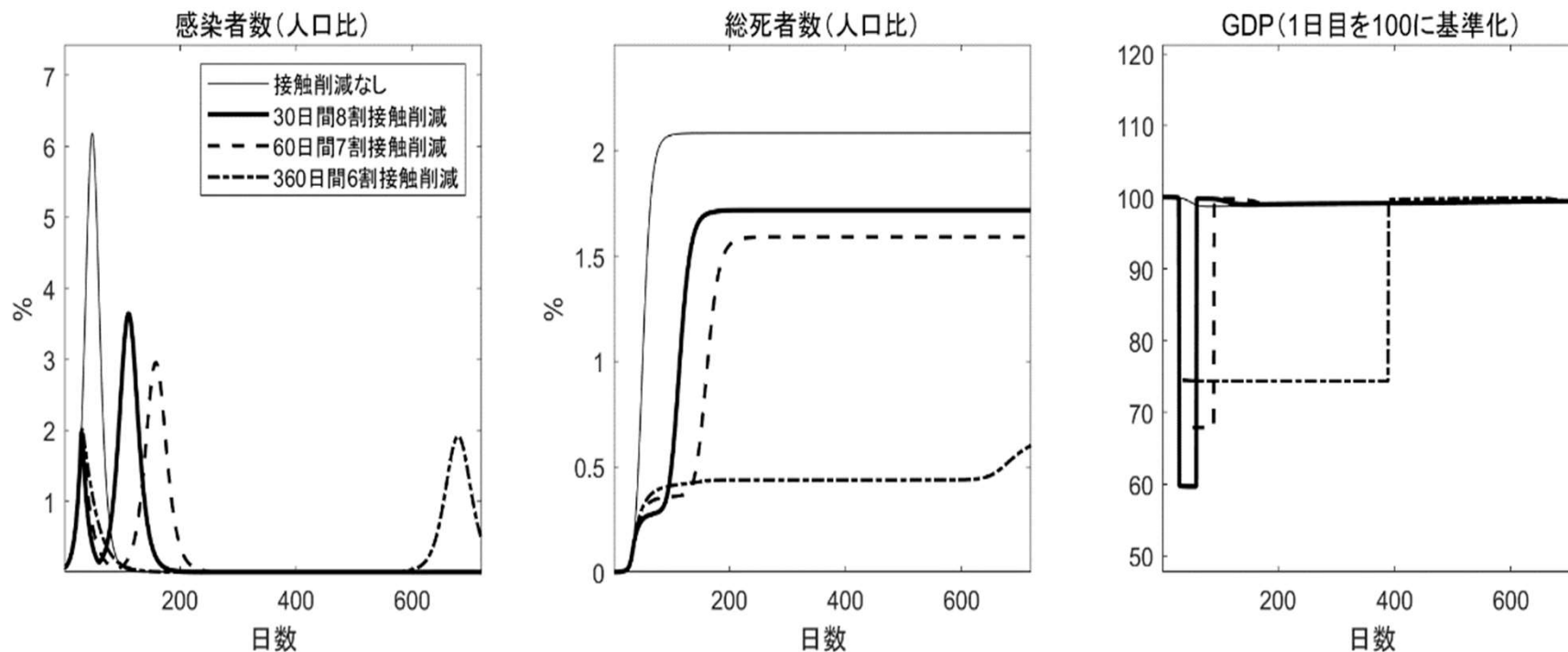
# SIRモデルのシミュレーション (小林・奴田原 2020)

◇ 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

【図1】 接触削減政策の導入後、30日間の推移



【図2】 接触削減政策の導入後、690日間の推移



- ◇ 行動制限が唯一の政策なら、オン・オフ・サイクルで感染を抑えるしかない
- ◇ 経済コスト \* 成長率マイナス7% = 30兆円～40兆円の経済損失
  - \* 経済苦による自殺（年1万人）

## 感染防止戦略－検査・調査・待機療養によって感染拡大防止

---

### ◇ 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2 a：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2 b：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

### ◇ 検査件数についての数値的目安：

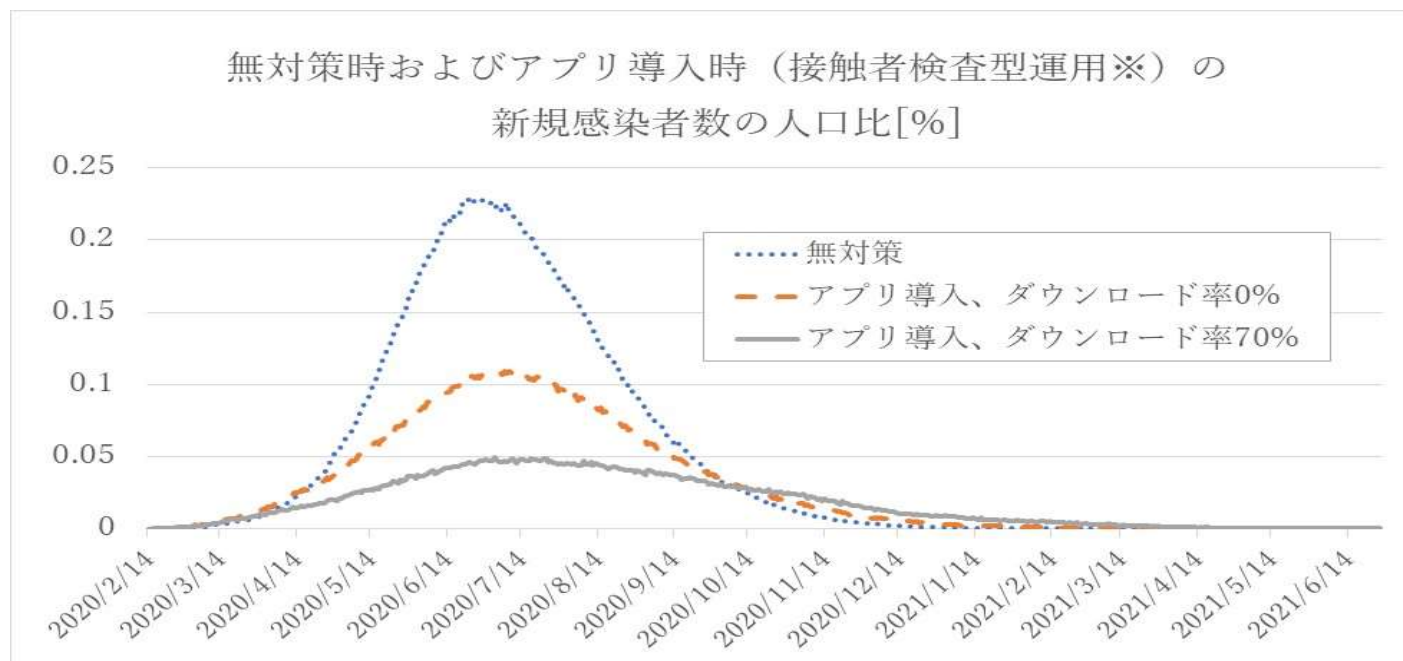
- \* インフルエンザ（1日10万～30万件）
- \* 医師30万人、看護師150万人、介護スタッフ100万人 → 2週に1回なら1日20万件
- \* 新規入院者（1日4.5万人）
- \* 入国者（目標）1日1万人以上

### ◇ 8月28日 政府「新しい取組」抗原検査1日20万件を目標

## 感染防止戦略 – 検査・調査・待機療養によって感染拡大防止

### ◇ 接触確認アプリCOCOAの普及

- \* 現在1800万ダウンロード（普及率20%）
- \* 普及率70%～80%を超えると、感染拡大を顕著に抑制。保健所業務過多も改善。
- \* 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）
  - ・ 処理番号を保健所が発行しないと陽性通知できない設計



## 無症状者（2b）の検査と隔離

---

### ◇ 公衆衛生の立場：

- \* 蔓延防止の実効性を挙げるために検査の効率性を重視。（陽性者を効率的に発見）
- \* 保健所などの検査の負担を減らす必要。
  - ・ 感染症を減らすことは公共の福祉に貢献→公的資金を使う理由  
経済学→感染症には負の外部性があるため税金を用いて政府が介入する正当性

### ◇ 経済の立場：

- \* 感染していない事実の「情報」を示すことは合理的な経済行動の判断基準として価値がある（情報の不完全性）
- \* 検査の感度が70%であったとしても、全く分からないよりは情報が増加（条件付確率の改善幅も7割くらいなので、検査コストとのトレードオフは要注意）
  - ・ 取引相手の感染状況について情報がないと市場取引が減少  
情報の不完全性による市場の失敗→政府が介入する理由

## 無症状者（2b）の検査と隔離 数値例

---

◇ ある取引が成立すると、100円の利得

◇ 取引相手がコロナ感染している確率は1%

- \* 取引は接触をとまなう（取引相手が感染していたら自分も必ず感染すると仮定）
- \* 自分が感染したら、損害は1万円

◇ もし取引相手が検査を受けていなかったら

- \* 感染の損失（期待値）1万円  $\times$  1% = 100円
- \* 取引を実施する期待利得 0円 (= 100円 - 100円)

⇒ 取引をする意味はない

◇ もし取引相手が検査を受けて陰性だったら

- \* 取引相手が感染している条件付確率 約0.3%（感度70%）
- \* 感染の損失（期待値）1万円  $\times$  0.3% = 30円
- \* 取引を実施する期待利得 100円 - 30円 = 70円

⇒ 取引は採算があう

## 無症状者（2 b）の検査と隔離の経済政策的意味

◇ 経済政策：「情報の不完全性」の是正には、公共的意味がある

経済政策の公共性 = 経済の効率を改善してGDP（総生産）を大きくすること

（例） \* 銀行についての「情報の不完全性」（銀行 vs 預金者）

銀行の健全性（優良企業に貸出をしているか否か）は預金者には判断できない

\* 預金者が「情報の不完全性」解消できないと、人々は預金せず、現金を退蔵（人々は預金を失う確率を合理的に計算して行動する）

⇒ 経済にお金が循環せず、市場システムに非効率を生む

\* 金融検査：銀行の健全性を、金融庁が検査して人々に開示

◇ 無症状者（2 b）の検査

\* 情報の不完全性（売り手 vs 買い手）：取引相手が感染しているか否か判断できない

\* 「情報の不完全性」解消できないと、人々は取引をせず、現金を退蔵（人々は、感染のリスクを合理的に判断して行動する）

⇒ 経済にお金が循環せず、市場システムに非効率を生む

\* 感染症検査：取引相手の健全性を、当局が検査して人々に開示

## 無症状者（2b）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
  
- ◇ 感染症検査が経済政策としての意味を持つことは、これまでの感染症の歴史でなかったこと
  - \* 過去の感染症では、四半期GDP3割減のような急激甚大な経済への影響はなかった
  - \* 今回のコロナでは、感染症対策が一般人の経済活動に大きなインパクトを与える
  - \* 「検査と隔離」が、歴史上、はじめて経済政策としての機能を持っている

## 無症状者（2 b）の検査と隔離 費用負担

---

- ◇ 2 b の検査は、一定の条件を満たせば、情報の不完全性の是正というベネフィットが検査のコストを上回る（経済政策として公共性を持つ）
- ◇ 一定の条件を満たすものについては、公的資金による 2 b の検査の強化は、正当性あり得る
- ◇ 政府に考えてもらうべき実務的な問題：
  - \* 費用負担はどこがすべきか（厚労省？ 経済政策当局？）
  - \* 保健所の負担をどうやって分担、軽減するか
  - \* 検査結果の報告義務？
- ◇ 経済政策の財源で実施できそうな政策例：
  - \* 検査センター（公的助成、公設民営など）
  - \* 企業・団体等の自主検査への公的助成など
  - \* 検査の品質保証

## 濃厚接触者の検査の問題

---

- ◇ 現状「濃厚接触者は、全員検査。かつ、陰性でも自宅待機2週間を要請」
- ◇ 現状の問題点
  - \* 濃厚接触者でも検査陽性者は少ない（SAR 5%程度）
  - \* 自宅待機でも三次感染は少ない
- ◇ 将来的方向性：公衆衛生の観点からは、無症状濃厚接触者は「**検査なしの自宅待機2週間**」
- ◇ 懸念点
  - \* 実効性：検査なしの自宅待機2週間を遵守させられるか？
  - \* 「**濃厚接触者の検査 = 情報の不完全性の是正**」の効果はどう評価するか
    - ・ もし自宅待機2週間が遵守されれば、検査による情報の更新は経済的意味なし
    - ・ しかし、本人の判断で経済活動が事実上できる環境ならば、検査による「情報の不完全性の是正」は経済的価値あり。
    - ・ **検査を受ける権利には金銭的価値がある**
    - ・ 上記の金銭的価値に鑑み、検査を受けられなくなることへの世論の反発が予想

## 医療提供体制についての課題

---

- ◇ 医療崩壊の防止＝経済社会を回す前提条件
  - \* 医療提供体制の天井をどうやって上げていくべきか？
- ◇ 4月～5月の第一波
  - \* 医療資源は全体として不足ではなく、ミスマッチが問題だったのではないか。
  - \* 病床数200～400床の病院は、入院収益が1億円～1.7億円減（コロナ用ICU1日30万円補助などあるが、予算執行に遅れ）
- ◇ 常識を超えた財政支援により、ICUなど重症者用病床の確保を
- ◇ 医師・看護師の融通の仕組み（コロナ非対応病院からコロナ対応病院へ）も必要
- ◇ 検査相談などゲートキーパーとして、かかりつけ医の活躍に期待（9月4日通達）
- ★ Global Health Consulting, Japan による分析結果 （DPC対象の567病院）

## 分析対象567施設 設立母体・病床規模 全体とコロナ受入有無別

【分析対象病院 内訳】

| 設立母体 | 100床未満   | 100-199床   | 200-299床   | 300-399床   | 400-499床  | 500床以上     | 総計         |
|------|----------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|
| 公立   | 2        | 24         | 44         | 48         | 40        | 46         | 204(36.0%) |
| 公的   | 1        | 22         | 26         | 35         | 25        | 29         | 138(24.3%) |
| 民間   | 39       | 54         | 39         | 34         | 17        | 9          | 192(33.9%) |
| 大学   |          | 2          | 1          | 2          | 4         | 24         | 33(5.8%)   |
| 総計   | 42(7.4%) | 102(18.0%) | 110(19.4%) | 119(21.9%) | 86(15.2%) | 108(19.0%) | 567        |

----- コロナ受入有無別 内訳 -----

### ＜コロナ受入あり341病院＞

| 設立母体 | 100床未満  | 100-199床 | 200-299床  | 300-399床  | 400-499床  | 500床以上    | 総計         |
|------|---------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 公立   |         | 12       | 28        | 40        | 33        | 42        | 155(45.5%) |
| 公的   |         | 8        | 13        | 25        | 16        | 25        | 87(25.5%)  |
| 民間   | 2       | 12       | 17        | 23        | 11        | 7         | 72(21.1%)  |
| 大学   |         |          | 1         | 2         | 4         | 20        | 27(7.9%)   |
| 総計   | 2(0.6%) | 32(9.4%) | 59(17.3%) | 90(26.4%) | 64(18.8%) | 94(27.6%) | 341        |

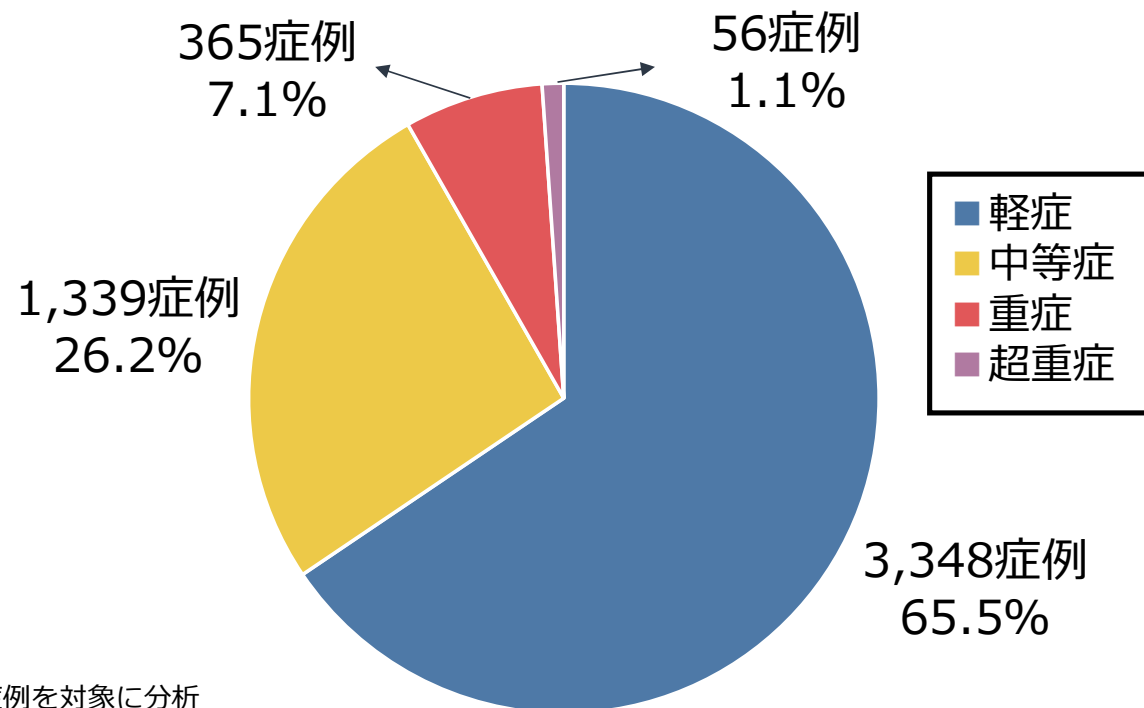
### ＜コロナ受入なし226病院＞

| 設立母体 | 100床未満    | 100-199床  | 200-299床  | 300-399床  | 400-499床 | 500床以上   | 総計         |
|------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|------------|
| 公立   | 2         | 12        | 16        | 8         | 7        | 4        | 49(21.7%)  |
| 公的   | 1         | 14        | 13        | 10        | 9        | 4        | 51(22.6%)  |
| 民間   | 37        | 42        | 22        | 11        | 6        | 2        | 120(53.1%) |
| 大学   |           | 2         |           |           |          | 4        | 6(2.7%)    |
| 総計   | 40(17.7%) | 70(31.0%) | 51(22.6%) | 29(12.8%) | 22(9.7%) | 14(6.2%) | 226        |

コロナ関連の入院患者のうち3分の2は軽症者。

【図表1 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

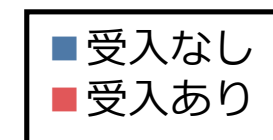
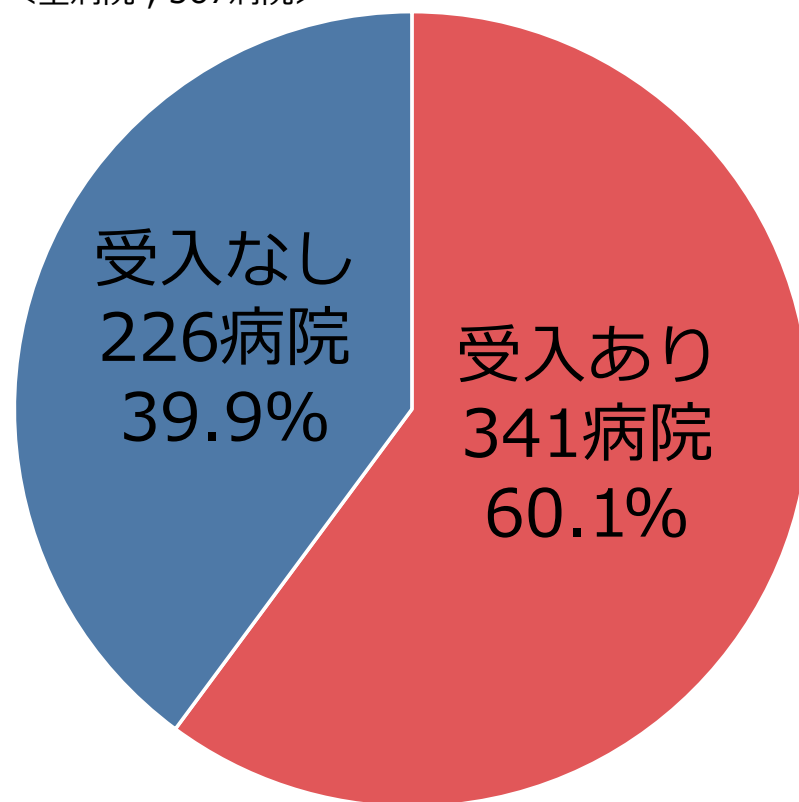
※分析対象期間：2020年2-6月退院症例（死亡退院を含む）

※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

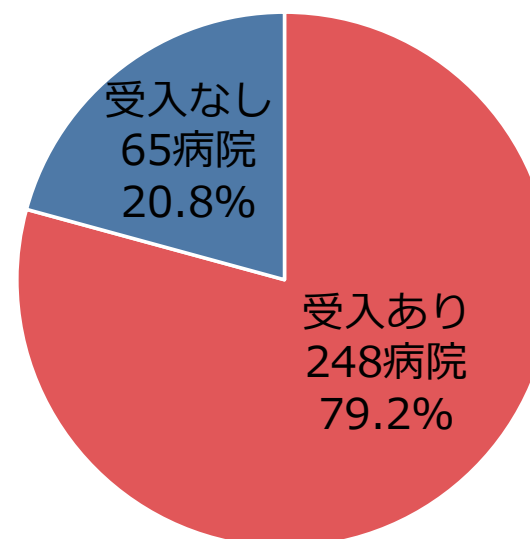
コロナ受入病院は約60%に留まる。  
300床以上に限っても、約21%は受け入れていない。

【図表2 新型コロナウイルス感染症 入院受入れ有無別 病院数】

<全病院 ; 567病院>



<300床以上病院 ; 313病院>

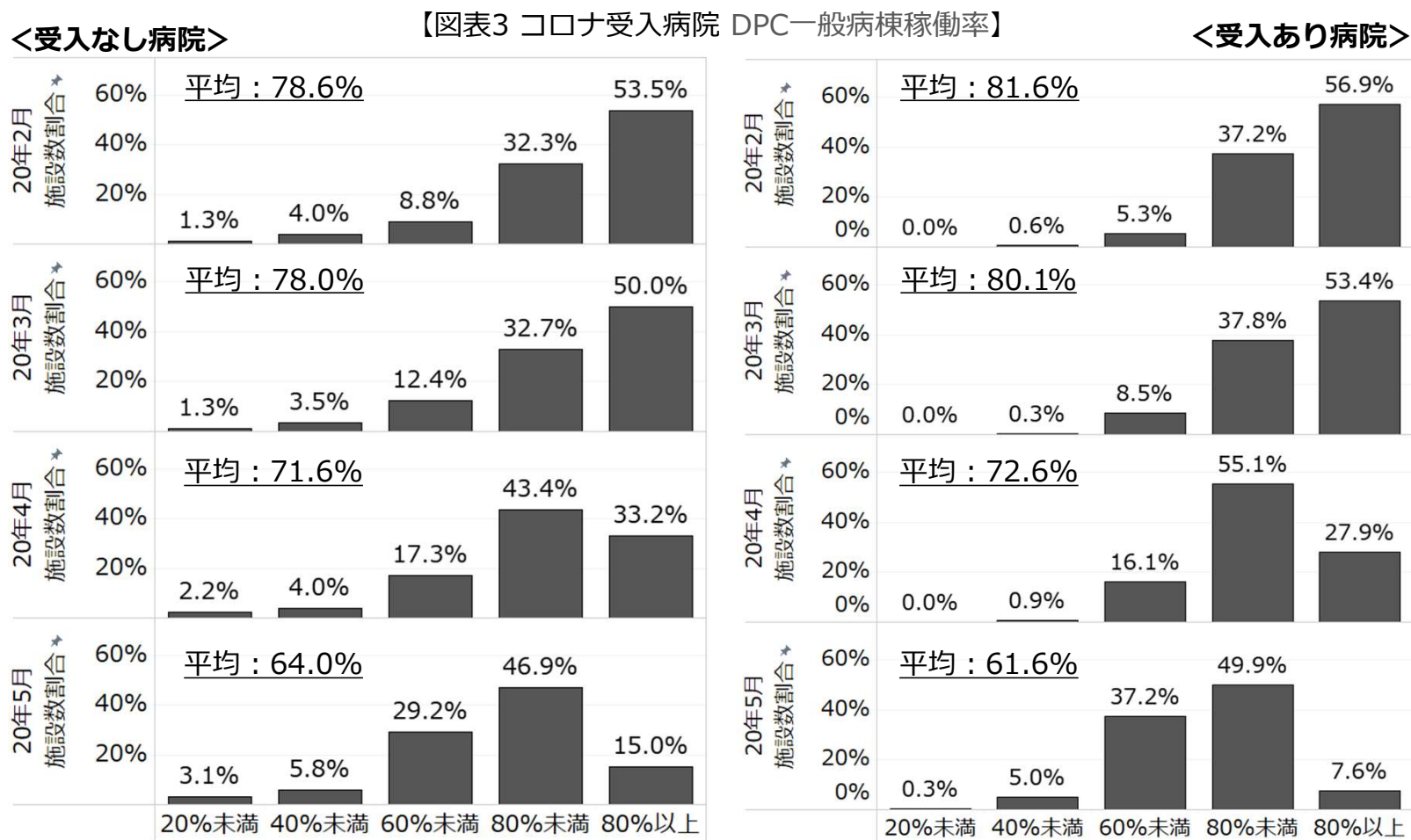


※567病院を対象に分析

※分析対象期間：2020年2-6月退院症例

※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

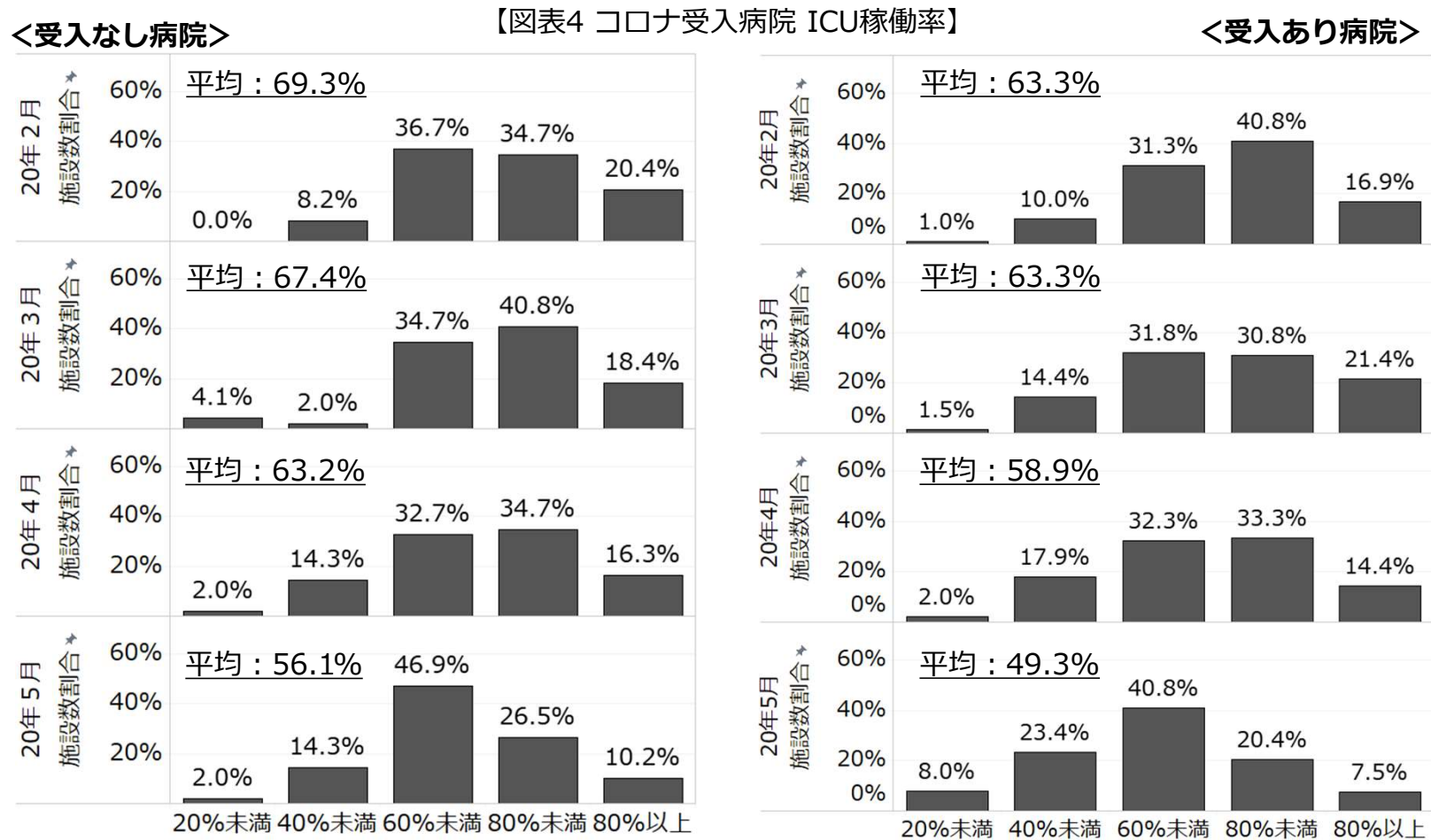
コロナ受入あり病院の2月稼働率は81.6%、5月は61.6%に低下しており、必ずしも逼迫していた状況とは言えない。



※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

I C U稼働率全体は低下し、  
5月にはコロナ受入れ病院において平均約5割。

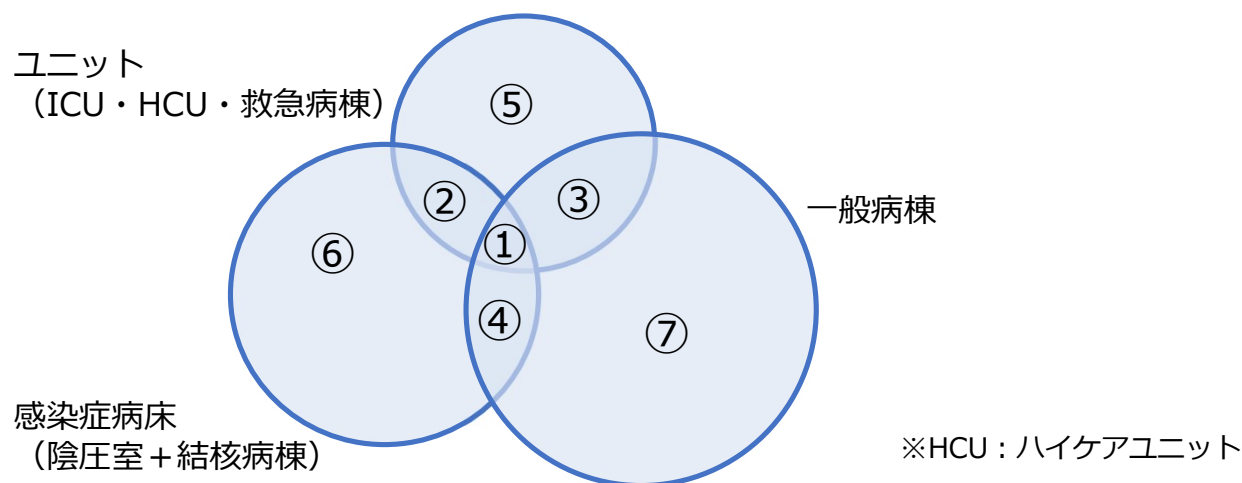


※稼働率＝延べ稼働病床数／（ICU病床数×稼働日数）  
※ 2020年1月時点の病床数

※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

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。

【図表5 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

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。

【図表6 病院体制 ICU・専門性・ECMO】

＜コロナ受入あり341病院＞

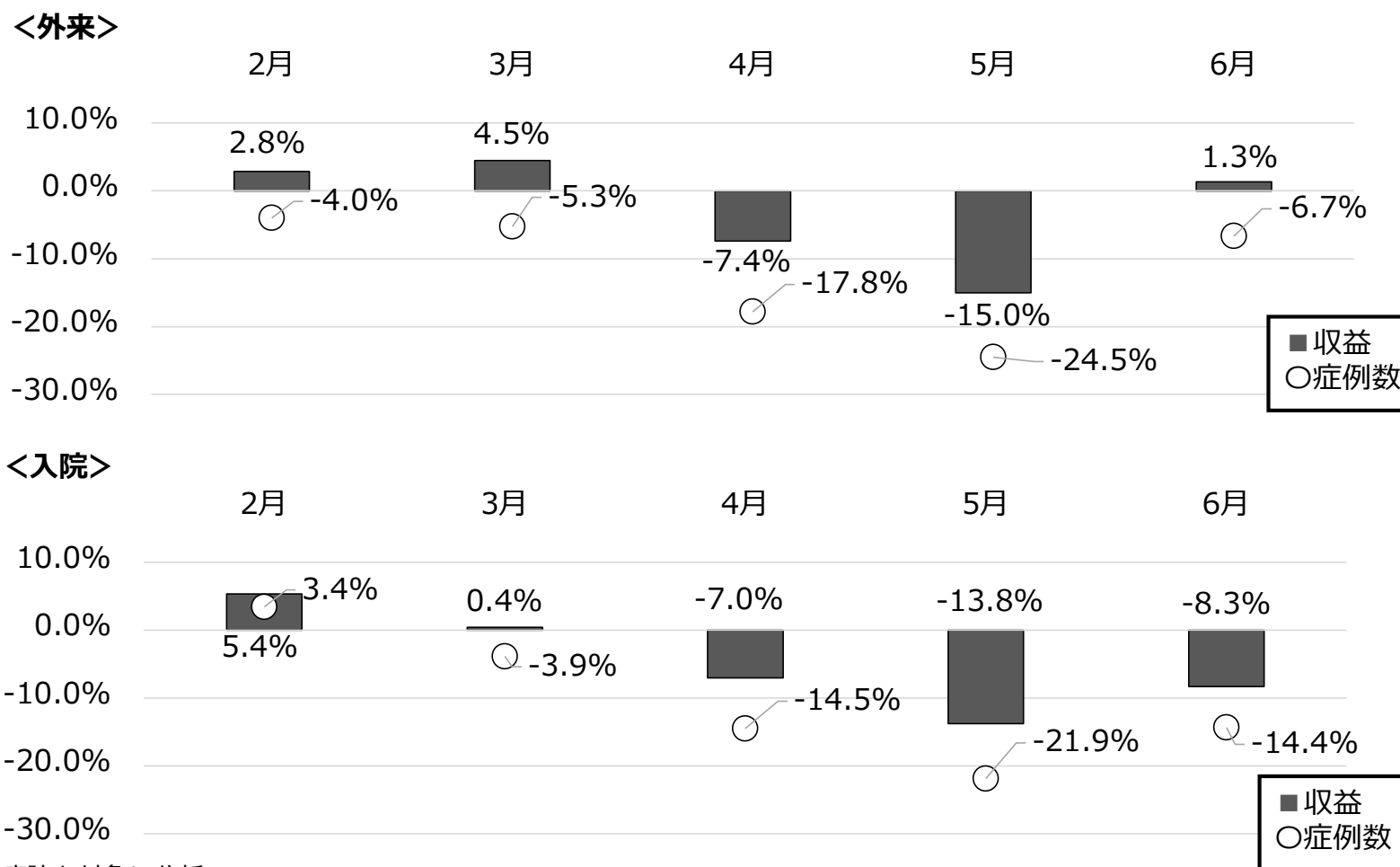
| ICU有無 | 病院数         | 専門性       | 病院数         | ECMO有無 | 病院数         |
|-------|-------------|-----------|-------------|--------|-------------|
| ICUあり | 210 (61.6%) | 両方いる      | 119 (34.9%) | ECMOあり | 248 (72.7%) |
| ICUなし | 131 (38.4%) | 集中治療専門医のみ | 43 (12.6%)  | ECMOなし | 93 (27.3%)  |
|       |             | 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%) |        |             |

外来収益は5月には前年比で約15%減。入院収益も約14%減。

【図表7 収益・症例数 前年同月変動率】

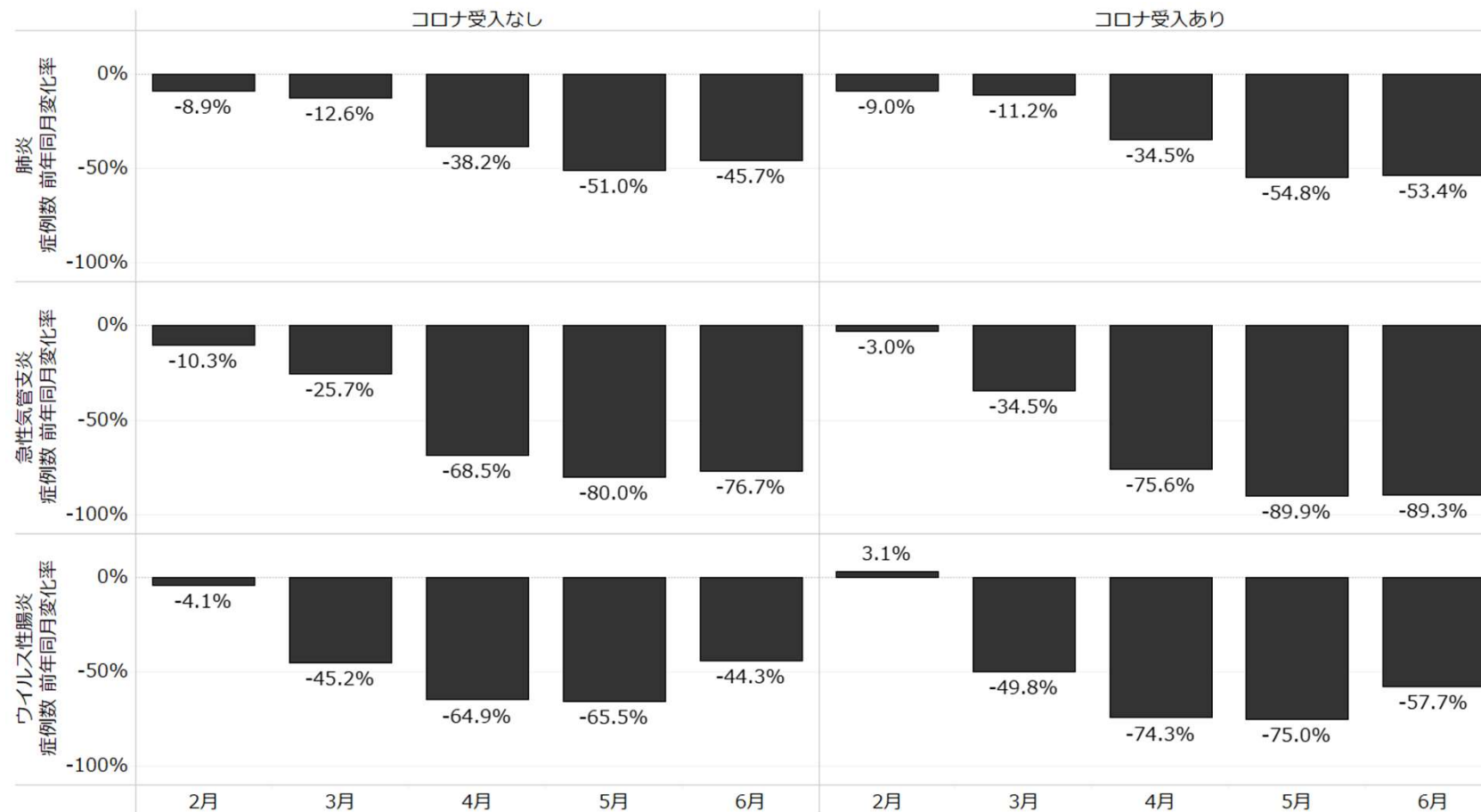


※567病院を対象に分析

※分析対象期間：2020年2-6月退院症例、2019年2-6月退院症例

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。

【図表8 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】

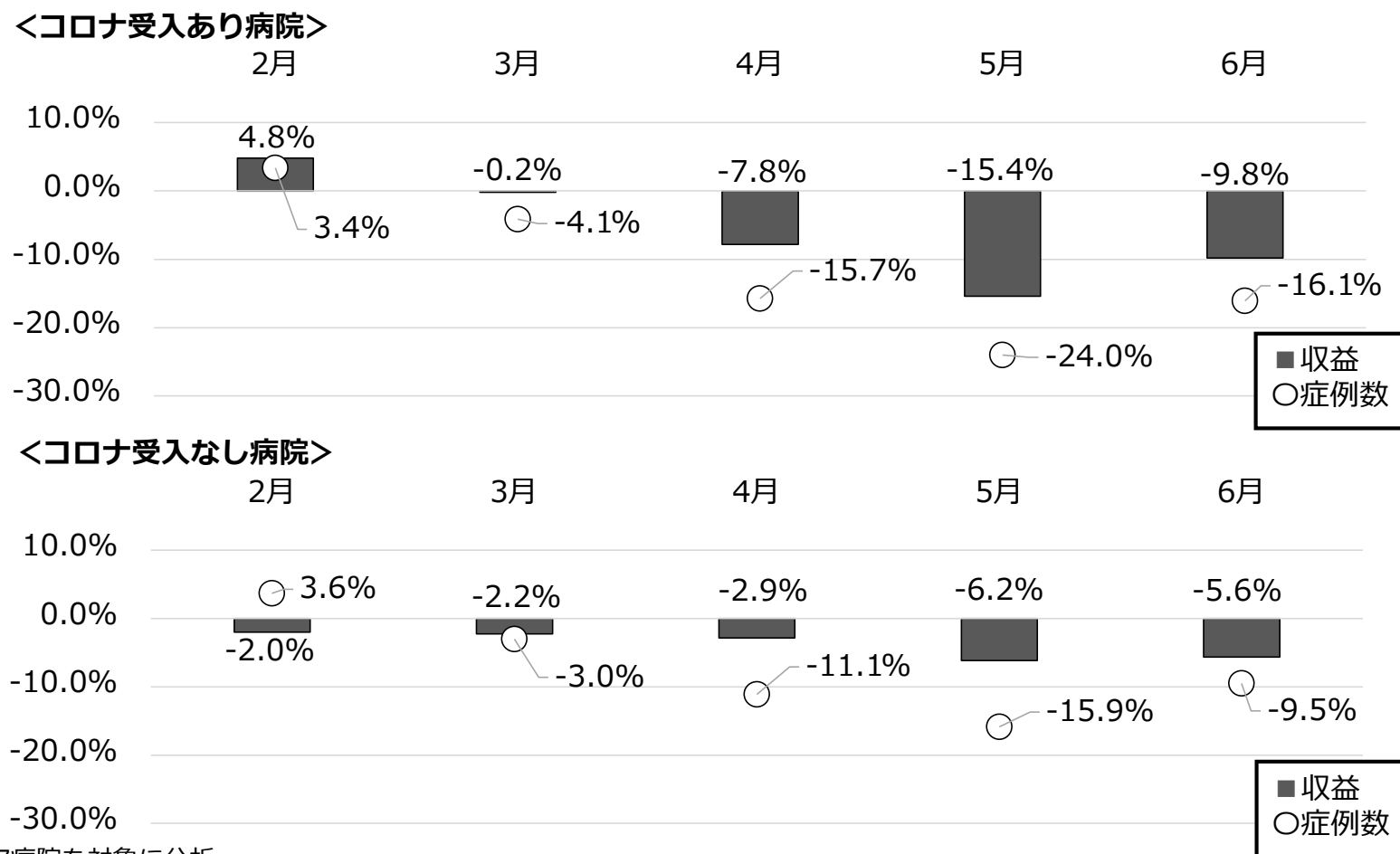


※567病院を対象に分析

※分析対象期間：2020年2-6月退院症例、2019年2-6月退院症例

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。

【図表9 入院症例数・入院収益 コロナ受入有無別 前年同月変動率】

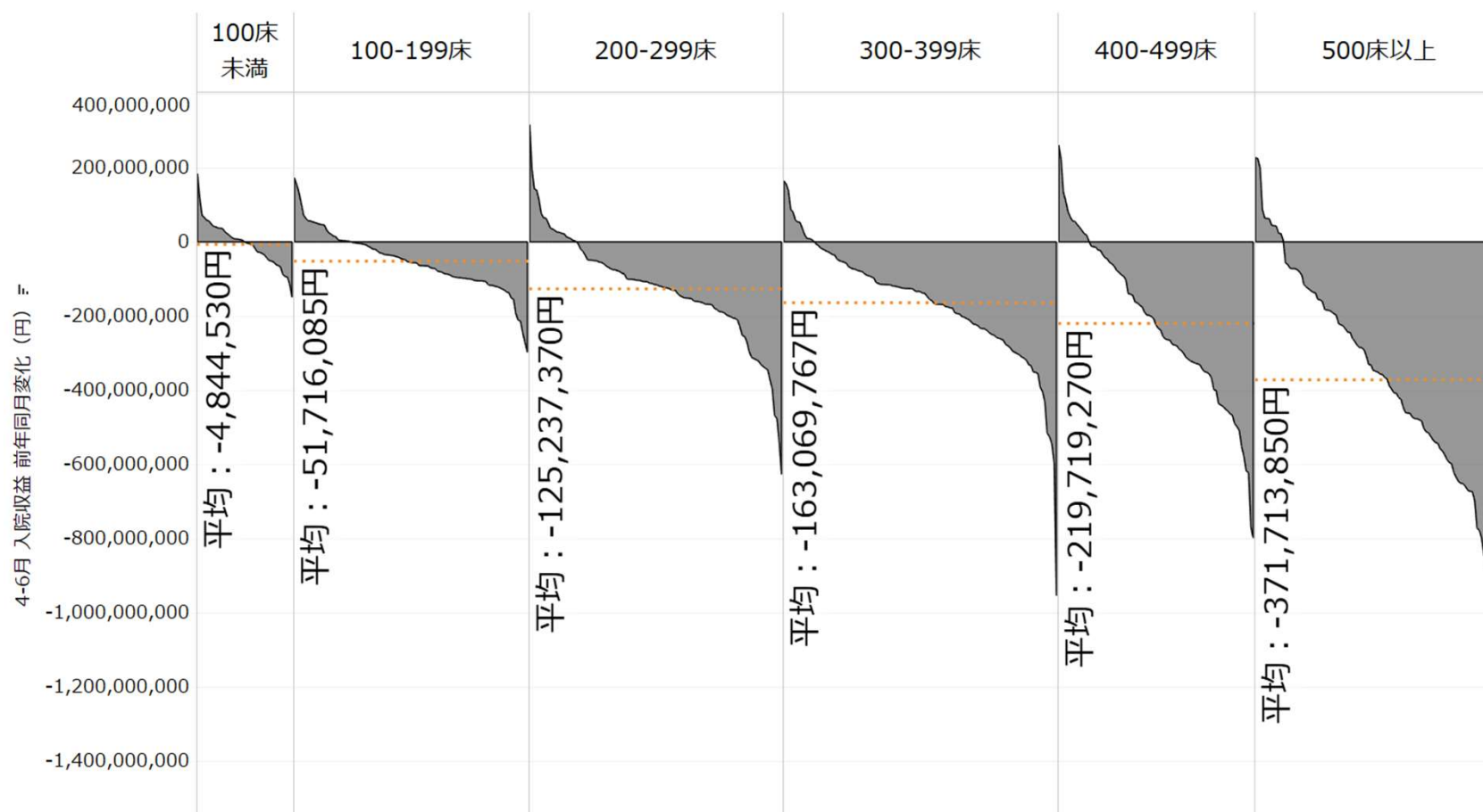


※567病院を対象に分析

※分析対象期間：2020年2-6月退院症例、2019年2-6月退院症例

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。

【図表10 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

公立病院の重点的活用を含め、  
各都道府県知事の強力なリーダーシップが必要。

【図表11 新型コロナウイルス感染症患者受入医療機関・病床 広島県事例】

| 病院名 | フェーズ0 |    |     |     | フェーズ1 |    |     |     | フェーズ2 |    |     |     | フェーズ3 |    |     |     |
|-----|-------|----|-----|-----|-------|----|-----|-----|-------|----|-----|-----|-------|----|-----|-----|
|     |       | 重症 | 中等① | 中等② |       | 重症 | 中等① | 中等② |       | 重症 | 中等① | 中等② |       | 重症 | 中等① | 中等② |
| A病院 | 4     | 4  |     |     | 4     | 4  |     |     | 8     | 8  |     |     | 20    | 20 |     |     |
| B病院 | 16    |    |     | 16  | 16    |    |     | 16  | 30    |    |     | 30  | 50    |    |     | 50  |
| C病院 | 38    | 8  |     | 30  | 58    | 8  |     | 50  | 70    | 10 |     | 60  | 90    | 20 |     | 70  |
| D病院 | 15    | 4  |     | 11  | 15    | 4  |     | 11  | 15    | 4  |     | 11  | 28    | 8  |     | 20  |
| E病院 | 0     |    |     |     | 0     |    |     |     | 0     |    |     |     | 20    |    |     | 20  |
| F病院 | 15    |    | 2   | 13  | 15    |    | 2   | 13  | 15    |    | 2   | 13  | 42    |    | 2   | 40  |
| G病院 | 0     |    |     |     | 0     |    |     |     | 0     |    |     |     | 20    |    |     | 20  |
| H病院 | 0     |    |     |     | 2     |    |     | 2   | 2     |    |     | 2   | 2     |    |     | 2   |
| I病院 | 0     |    |     |     | 15    | 2  |     | 13  | 18    | 5  |     | 13  | 22    | 2  |     | 20  |
| J病院 | 3     | 3  |     |     | 15    | 3  |     | 12  | 26    | 6  |     | 20  | 33    | 3  |     | 30  |
| K病院 | 17    |    | 3   | 14  | 17    |    | 3   | 14  | 17    |    | 3   | 14  | 33    |    | 3   | 30  |
| L病院 | 2     | 2  |     |     | 21    | 4  |     | 17  | 21    | 4  |     | 17  | 34    | 4  |     | 30  |
| M病院 | 14    |    | 2   | 12  | 14    |    | 2   | 12  | 14    |    | 2   | 12  | 26    | 4  | 2   | 20  |
| N病院 | 0     |    |     |     | 0     |    |     |     | 20    |    |     | 20  | 20    |    |     | 20  |
| O病院 | 0     |    |     |     | 14    | 2  |     | 12  | 16    | 4  |     | 12  | 22    | 2  |     | 20  |
| P病院 | 7     | 1  |     | 6   | 7     | 1  |     | 6   | 7     | 1  |     | 6   | 7     | 1  |     | 6   |
| Q病院 | 14    | 3  |     | 11  | 26    | 3  |     | 23  | 29    | 6  |     | 23  | 38    | 8  |     | 30  |
| R病院 | 3     |    |     | 3   | 13    |    |     | 13  | 13    |    |     | 13  | 13    |    |     | 13  |
| S病院 | 5     |    | 3   | 2   | 5     |    | 3   | 2   | 5     |    | 3   | 2   | 5     |    | 3   | 2   |
| T病院 | 25    |    |     | 25  | 6     |    |     | 6   | 25    |    |     | 25  | 25    |    |     | 25  |
| U病院 | 3     |    |     | 3   | 3     |    |     | 3   | 3     |    |     | 3   | 3     |    |     | 3   |
| 合 計 | 181   | 25 | 10  | 146 | 266   | 31 | 10  | 225 | 354   | 48 | 10  | 296 | 553   | 72 | 10  | 471 |

重症:人工呼吸(急性) 中等①:人工呼吸(慢性) 中等②:酸素療養, 基礎疾患有

※2020年7月30日時点

# 医療提供体制についての改革案

---

- ◇ 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

## 感染症専門家は長期的なコロナ感染症の展望を示すべき

---

- ◇ 「政府はどのような展望（＊）の下で、経済政策を構想すべきなのか」
  - ＊ コロナは数か月で終わるとみるか、半永久的に（2年以上）続くとみるか
- ◇ 国民は、将来の期待に基づいて今の行動を決めるので、見通しの提示は決定的に重要
- ◇ 政府は、コロナが数か月で終わるならGo Toなどで需要を喚起すればいい（時間稼ぎ）。しかし、半永久的に続くなら**接触型産業の縮小**と、**非接触型産業の成長促進**による雇用創出を進めるはず（構造改革）。

## 感染症専門家は長期的なコロナ感染症の展望を示すべき

---

- ◇ 感染症専門家は、政府に政策の判断基準をあたえるため、
  - ① 「政府はどのような長期展望でコロナ対策を考えるべきか（数か月で収束？半永久的に継続？）」について専門家の見解・要望を示すべき
    - ・ 確定的なものである必要はなく、幅をもったものでもあった方が望ましい
  - ② 半永久的に続く場合、許容できる感染レベル（**定性的な目安**だけでも）を示すべき
  - ③ 半永久的に続く場合、許容レベルに感染を抑えるための「人的接触について基準（**定性的な目安**だけでも）」を示すべき

## 産業構造の変化

---

- ◇ コロナウイルスは根絶できない。ワクチン、治療薬の普及も不確実（数年以上？）
  - \* ワクチン：これまでの技術では、重症化予防はできるが感染予防はできない
- ◇ オンライン化：学校、診療、商談
- ◇ 接触型産業のスムーズなビジネスモデル転換：飲食、観光、宿泊、交通
- ◇ テレワークが働き方の基本に
  - ⇒ 職住分離    ⇒ 東京一極集中の是正、不動産価格の平準化

## コロナ危機の長期化 ⇒ 事業構造改革と企業債務の再編成

---

- ◇ 資金繰りではなく、「債務再編成+事業構造改革（ビジネスモデル改革）」が必要
  - \* 春先の予想「コロナは1年以内に収束」⇒ カンフル剤で時間稼ぎが正解
  - \* 現在の予想「コロナは数年（半永久的に？）続く」⇒ 外科手術で根治が必要
  
- ◇ 債務削減のために考えられる政策メニュー
  - \* ゾンビ企業への懸念が高まる（Economist誌、9/26日号など）
  - \* 中小、零細企業（取引金融機関の関与の下で、債務再編と事業再生）
    - ・ 債務を削減して、事業構造改革（ビジネスモデルの改革）を進めるか
    - ・ 早期に退出して、他の産業で再出発を図る
  - \* 中堅企業（M & A 促進、REVIC等政策金融の支援）
  - \* 大企業（産業再生機構方式）

## 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（「過剰債務の罟」、「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。

## 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－

---

- 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ともに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

# 社会保障制度の変化

---

- ◇ コロナ危機による格差の顕在化：非正規、フリーランス
- ◇ 現金給付の効率性とプライバシー：所得把握やマイナンバーと銀行口座の紐づけ
- ◇ 働き方の形態に依らない社会保障の仕組み：ベーシックインカム
- ◇ 個人の生活支援：所得連動型の現金給付（事前審査なし、事後の課税で調整※）
  - ⇒ 政府から市民への「出資」

※ オーストラリアの学生ローン（Income-contingent student loan）を参考に

## 世界的な財政政策協調の必要性

---

- ◇ コロナ危機により、各国政府で債務増大（GDPの5割～10割）
- ◇ コロナ債務の削減には全世界協調して共通課税を実施し、財源調達
  - \* トービン税（為替、金融資産取引への課税）
  - \* 環境税
- ◇ 「世界財政機関」（新しいブレトンウッズ体制）