

日本価値創造 ERM 学会誌  
JAVCERM JOURNAL

第 14 回研究発表大会  
特別招待講演「コロナ危機の経済政策」  
小林慶一郎（東京財団政策研究所研究主幹）

〈モデレーター〉日本価値創造 ERM 学会名誉会長  
川北英隆（京都大学）

開催日：2020 年 9 月 8 日

# コロナ危機の経済政策

---

2020年9月8日  
東京財団政策研究所 研究主幹  
小林慶一郎

1

小林 それでは、お話を始めさせていただきます。ご紹介いただきました、小林慶一郎です。これから私の資料を画面で共有して、資料に従ってお話を進めていきたいと思えます。今、資料共有しました。皆さん、ご覧になれていますでしょうか。コロナ危機の経済政策、先ほどご紹介があった『コロナ危機の経済学』という 7 月に発表した書籍の中で、私が書いていることを中心に、このコロナの問題についてお話したいと思います。

## パンデミック or インフォデミック

- コロナ感染症の死者 約1300人（9月初現在）
- インフルエンザによる年間死者 約3000人
- 交通事故による年間死者 約3000人
- 年間の自殺者 2万数千人
- 米国のコロナ感染症死者数 約18万人（感染者累計600万人）
- ドイツのコロナ感染症死者数 約9000人（感染者累計24万人）

## • 危機管理：最善を期しつつ最悪に備える

2

まず、コロナがどのくらい怖い問題なのかについて、今、実はいろいろな見方をする方がいらっしやいます。例えば死者の数で考えて、ほかのいろいろな病気や事故などの問題と比べて本当に深刻なのだろうか。コロナの死者は、9月の初め現在で 1380 人程度とい

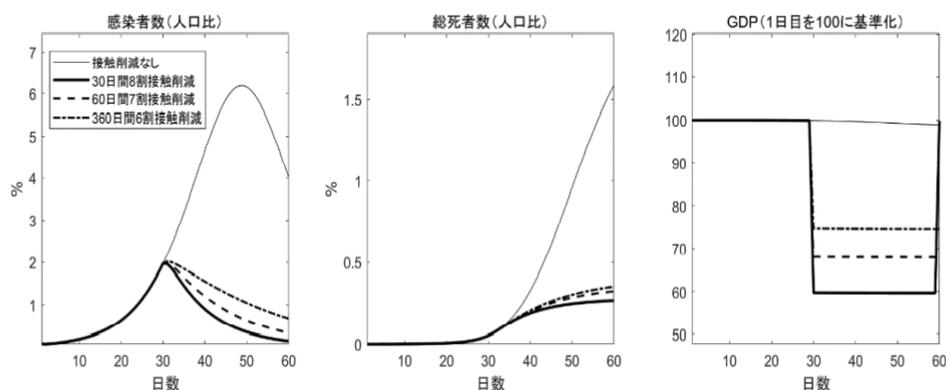
うことですが、例えばインフルエンザの年間の死亡者は 3000 人ほど。交通事故も、最近減ったと言われますが、年間 3000 人。年間の日本の自殺者の数はだいたい 2 万数千人です。ですので、こういう数字から見ると、コロナの深刻さをわれわれは少し騒ぎ過ぎなのではないかという意見もあります。

一方、この感染症の蔓延が広く進んだ場合に、大変大きな被害が出ているということは、アメリカのコロナの死者数がだいたい 18 万人、あるいはかなり成功しているドイツであっても、9000 人ほどの死者がいるということを考えると、やはりパンデミックの問題は危機管理ですから、最善を期しつつ最悪に備えるという精神でこのコロナに対処しなければいけないのではないかというのが、私のまず言いたいことです。要するに、確かに日本の死者の数はかなり少ないですが、これはたまたま運がよかった。あるいは何か不運が重なって、不手際が重なると、アメリカのように大変な被害が生まれてくる。それを防ぐために、では、どうしたらいいのかということです。

## SIRモデルから言えること (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



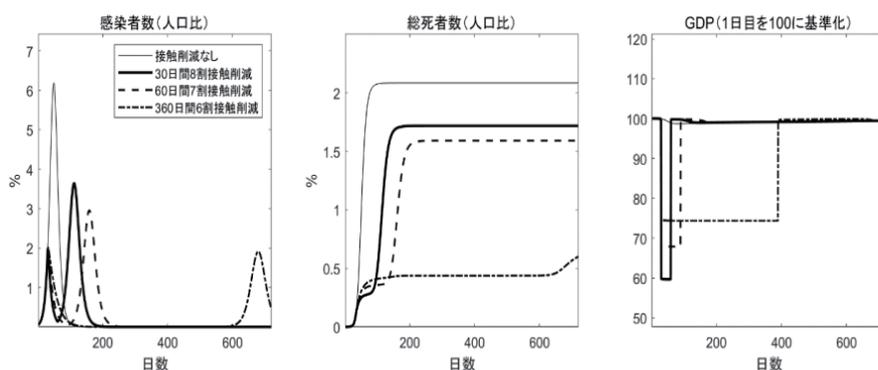
3

春先以降、日本や各国でやってきたことから言えるのは、自粛や休業という行動制限の政策によって感染症を抑えようという戦略を世界中の国がとったわけですが、ここで私たちが考えなければならないことは、自粛や休業という政策自体は一種の時間稼ぎの政策なのだということです。自粛や休業の制限を緩和してしまうと、必ず感染拡大の経路に戻ってってしまうというのが、SIR モデルという感染症の数理モデルからも言えることで、この SIR モデルを使って、私と専修大学の奴田原さんという方とでシミュレーションした結果を、今、図で示しています。

これは何かというと、横軸が日数で、第 0 日に感染が始まって、30 日間感染が拡大したところで政策介入を始めるという実験をやったわけです。この黒い太線は、これから 30 日間接触を 8 割削減する。点線は、60 日間接触を 7 割削減する。それから、この破線は、これから 360 日間接触を 6 割削減する。こういう政策をやってみると、どうなるのだろうかということです。

30 日目から 60 日目までの最初の 30 日間を見ると、やはり接触削減をすれば、その度合いに応じてきちんと感染者の数が減っていく。死者の数も、何もしない場合に比べると、かなり抑えることができますと言えます。一方、GDP は接触削減の間、経済活動が落ちてしまいますので、8 割削減の場合は GDP が 6 割になってしまい、7 割接触削減の場合は GDP が 70% になる。そのように減っていくということで、最初の 30 日間を見ると、確かに自粛や休業で感染が抑えられて、うまくいっているように見える。

【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)
  - \* 3月時点で手元流動資産は3ヶ月分~半年分 (宿泊、飲食) → 現在枯渇? <sup>4</sup>

ただ、その次のページで示しているように、この先 2 年間分ぐらい日数を伸ばしてみるとどうなるか。最初の 30 日はこのグラフの左端になります。そして、この黒い太線の場合、30 日間 8 割接触削減をやって、それがここで終わり、終わった瞬間に感染が拡大して、大きな感染爆発の山ができてしまう。次に 7 割接触削減を 60 日間やると、もうしばらく感染が収まっていきますが、行動制限をやめた瞬間にまた感染が拡大し始めて、また大きな感染爆発の山になってしまいます。360 日接触削減をやると、もうしばらくの間、感染爆発の山はできないですが、それでもやはり 650 日ぐらいすると、大きな感染爆発の

山ができる。

このように、1 回だけ接触削減政策を短期的にやるだけでは、この感染拡大を抑え込むことはできないということです。ですので、ここから言えることは、行動制限だけで感染症をコントロールしようとする、結局、感染が拡大するたびに何回も行動制限を掛けて、そして感染が収まってくると行動制限を外すという、オンとオフのサイクルを繰り返すことになってしまうわけです。

そのような行動制限の経済コストは大変大きいはずで、例えば現在 OECD などは日本について、2020 年の経済成長率はだいたい-7%から 7.3%と言っていますが、それを数字で置き換えると、30 兆や 40 兆規模の経済損失が生まれてきてしまう。さらに感染症で人の命が奪われるのを行動制限によって救うことができたとしても、その結果、経済が悪化して経済苦による自殺が増えてしまうと、それはまた元も子もなくなってしまうと思います。

思い出していただきたいのが、1998 年の金融危機、銀行危機があったときに、年間で 1 万人程度自殺者が増えたわけです。97 年までの自殺者は年間 2 万人台。それが、例の 97 年秋の北海道拓殖銀行や山一がつぶれたあと、その後長銀や日債銀の問題が出てきた 98 年には、自殺者が 3 万人台になりました。その 3 万人台の自殺者は、その後 14 年間続いたということがあるわけです。ですので、経済の環境が大きく悪化すると、数万人単位で自殺者が生まれるという意味で、これは感染症と並べても、大きなコストであると言えます。

あともう一つ、現在において、おそらく春先とだいぶ様子が違うのは、民間企業、特に中小零細企業がどのぐらい余裕を持って手元流動資産を持っているのかという状況で、現在のリアルタイムのデータはありませんが、3 月時点での手元流動資産は、年間の固定費の 3 カ月分から半年分ぐらいしか、宿泊や飲食の特に中小零細企業は持っていなかったわけです。

その 3 月から、今、もう既に半年以上経っていますから、その間、緊急融資や持続化給付金などでかなり支えてはもらっているものの、中小企業の経営状態は 3 月に比べると相当悪くなっているはず。そうすると、今からもう 1 回あるいはもう 2 回行動制限を掛けると、経営に対する影響が春先とは全然違ってくると思えます。そういう意味で、行動制限を繰り返すという政策は、経済的には非常にコストが大きく、政治的にも、たぶん秋以降、相当コストが大きくなると思えます。

## 積極的感染防止戦略 – 検査・調査・待機療養によって感染拡大防止

- ◇ 感染のリスク ⇨ 消費抑制7% (Eichenbaum et al. 2020)
  - \* 感染リスク = 感染確率だけでなく「感染したらどうなるか」というリスク
    - ・ 感染リスクの解消 ≠ いま感染していないことを確認したい、ということではない
  - \* 「感染した場合に検査が受けられるか」 検査陽性率6%
  - \* 「感染した場合に適切な治療が迅速に受けられるか」 検査診断確定まで平均5.2日
- ◇ 検査・調査・待機療養によって、感染リスクを低減させる。
- ◇ 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+接触者（定義を幅広く）
  - カテゴリー2： 高リスクの無症状者
    - \* 医療・介護・障害福祉施設の定期検査、新規入院者の全員検査
    - \* 歓楽街など感染の震源地（エビセンター）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3： 低リスクの無症状者→原則自費
    - \* 宅配業者など社会的機能維持者（人との接触不可避、感染リスク高）
    - \* ビジネス、スポーツなど
      - ・ 公的関与の余地：検査品質、感染防止の効果、経済活性化の効果

では、そのオルタナティブに何を考えるのかというのが、私が本の中でも書いた事柄ですが、積極的な感染防止戦略をもっと大々的に採用すべきではないかということです。実は本は7月に出したのですが、6月18日に民間の有識者の政策提言ということで、この「積極的感染防止戦略」を取りまとめて発表しました。6月18日に発表して、経済界、労働界、スポーツ界、各界のリーダーの方々184名にご賛同いただき、7月1日には西村大臣にもこの戦略についてご説明をしました。

やはり単なる行動制限を繰り返すだけでは、感染状況に対する受け身の戦略です。そういう受け身ではなく、積極的に感染を抑え込んでいく姿勢で、このコロナ感染症に立ち向かうべきではないかということです。

やりたいことは非常に簡単で、このタイトルに書いてあるように、PCRや抗原検査のような感染症の検査の数を増やして、市中の感染者をなるべく早期に幅広く囲い込んでいく。接触者の調査もまた広くして、その接触者も早めに囲い込んでいく。そして、陽性になった人、感染が分かった人は、ホテルなどの宿泊療養施設、あるいは症状がある人は病院に待機してもらい、そこで社会から隔離した状態で療養してもらおう。そういうことで、市中での感染拡大を抑えていこうという戦略で、結局、それは市中で消費者や企業、労働者が感じる感染のリスクを抑えていこうということが目的です。

なぜそういうことを言うかということ、行動制限だけをやっていただけの場合に何が起こるかを、ノースウェスタン大学のアイケンバウム教授たちが7月の論文の中で言っていますが、

感染のリスクが市中で高まっている状態のまま、単純に行動制限だけをやると、年間で消費が7%ぐらい落ちるというシミュレーションの結果を出しています。感染のリスクを恐れて消費者が自発的に消費を抑えてしまい、その結果、仮に政府が制限をしなくても経済活動が抑えられ、7%ぐらい消費が抑制され、日本の消費で換算すると20兆円ぐらいの損失が生まれるという話です。

この感染リスクをなくしていけば、消費の萎縮がなくなるので、経済を活性化できるだろうということですが、では、感染リスクとは何かというと、これは一部の、検査をみんながやって、今感染していないことを確認したいだけではない。むしろ消費者が気にするのは、感染した場合にきちんと適切に検査が受けられるだろうかということがまず一つ重要なポイントで、いざ自分が感染したときに、検査を受けたいと思っても十分に検査を受けられないのではないか、検査が足りないのではないかということが感染不安の原因になっているので、それを取り除いたほうがいい。

そのときに数値的な指標として考えられるのは、検査陽性率、要するに検査を受けた人の何%ぐらいが陽性になるかということで、この数字は少し古いですが、今現在は日本全国で4.3%ぐらいの検査陽性率だと思います。少し前までは、検査陽性率6%だった。検査が十分に行われている国で感染が抑えられている国では、検査陽性率が3%以下になっているというデータがありますので、できればそこまで持っていきたい。今は4%少しあるので、それをもう少し抑えることが必要だということです。

そして次に、感染した場合に適切な治療が迅速に受けられるのだろうかということも問題です。現在、症状が出てから検査を受けて診断が確定する状況まで、平均5.2日間かかっています。これは非常に長いです。症状が出てから1日目、2日目で、相当人に感染させるというのがこの病気の特徴ですので、5.2日感もかかっていると、結局、感染力が高い時期に病院に行けず、市中である意味野放しの状態になってしまう。だから、これももっと早くしなければいけない。

そういう意味で、検査の数も検査陽性率から見るとまだ少し足りませんし、検査の確定診断までの日数から考えても、まだ検査のオペレーションがうまくいっていないことが少しある。これを、迅速に検査を受けられるようにする必要があるということです。そして、さらに接触者の調査や陽性になった方の待機療養によって、市中の感染リスクを低減させることが必要です。

とりあえず国民全員が検査を受けられれば問題ないかもしれませんが、物理的にそれは

不可能なので、ではどういう優先順位で検査を拡大していくのが感染リスクを下げるのに一番効果的であるか、ここで三つのカテゴリーに分けて考えています。これは私が今入っている政府のコロナ対策の分科会での議論とも、ほぼパラレルなカテゴリー分けです。

最初、カテゴリー1として優先されるのは、まずは症状がある人、そして、その接触者はとにかく早く受けてもらいたい。症状があるといっても、保健所によっては非常に重症でないとなかなか検査を受けさせてもらえないことがありますので、もっと単純な風邪の症状、あるいは軽い鼻水や咳が少し出るという症状であったとしても、何かおかしいと思ったらすぐに検査が受けられるようにする。有症者の定義を広げる、そして接触者の定義も広げておく必要がある。

今は症状が出てから 2 日までに接触した人しか濃厚接触者には認めない状況ですが、症状が出る 3、4 日前から感染力がある人がたくさんいますので、本来、症状がある人の、症状が出た日の 3、4 日前ぐらいから接触した人を濃厚接触者として認めるようにすべきではないかとも思いますし、濃厚でなくても、ちょっとした接触でも検査が受けられるようにする必要があるのではないかというように、接触者の定義をより広めていく必要があると思います。

そして二つ目のカテゴリーとして考えられるのは、いろいろな意味でリスクの高い無症状者です。いろいろな意味の一つ目は、もし感染すると大変重大な症状が出る、あるいは死亡のリスクが高い人たち。それは医療機関や介護施設、あるいは障害者福祉施設にいる基礎疾患を持った人、あるいは高齢者。この人たちには、幅広く検査する必要がある。特に、ここで書いてあるように、医療機関や介護施設や障害者福祉施設で働いている人たちから高齢者や障害者に感染するリスクが高いので、働いている人たちを定期的に検査することができると、本当は望ましいわけです。政府や分科会では、今、そういう方向に行こうということになっています。

あともう一つは、新規で入院してくる方が外からウイルスを持ち込むというリスクが高いので、新規で入院してくる人は入院するときに全員検査することができると、これも防御としては非常に重要性が高い。春先の 4 月、5 月と今回 7 月、8 月で死亡者が非常に少なくなっている。死亡している人数が、感染者の数に比べて非常に少なくなっている。なぜ少ないかというと、この問題です。医療機関や介護施設での集団感染が非常に少なかった。春はこういうところでたくさんの集団感染が起きて、死亡者が大量に出てしまったわけですが、医療機関、介護施設で、7 月、8 月はかなりうまく集団感染が防げたことがあ

ります。

今、政府の分科会の感染症の専門家の先生たちの考えは、少し言い過ぎかもしれませんが、こういう医療機関や介護施設さえうまく防御して、ここに感染を広げないことさえできれば、実はこの病気は怖くないのではないか。要するに、市中で若い人がある程度かかったとしても、そんなに重症化することはありませんので、こういう病院の院内感染や介護施設、そこさえ防御すれば何とかなるという考えが、割と暗黙のコンセンサスみたいになっています。

ただ、それに対しては反論する人もいて、いろいろな地方の知事さんなどは、やはり、むしろ地方では院内感染を防ぐためにも、幅広く若い人の感染も防がなければいけないとおっしゃっていて、今、分科会で少し対立というか議論になっているのは、そういうところなんです。こういう院内感染だけを防ぐのか、それともきちんと幅広く市中の感染を抑えるのかというところで、地方の知事さんと感染症の専門家で、やや意見の違いが出ている状況になっています。

あともう一つリスクが高いのが、これも7月、8月に有名になった夜の街対策です。有名な話は、5月、6月に新宿の歌舞伎町や東京の都心の歓楽街で、水面下で感染が広がっていて、それがやはり全国に広がったのだと。その結果、7月、8月の大きな感染の波が来てしまったということが、一つの反省材料です。

なので、今後秋冬に向けての一番重要な課題の一つは、もう1回感染の波が来るとしたら、同じように歓楽街が出発点、震源地となると想定されますので、今のうちから各大きな歓楽街に人を配置して、いざ感染が広がったら面的な検査をやるというタスクフォースをきちんとつくっておくべきではないかという議論を、今、分科会ではしています。おそらくそういう方向で、この秋冬に準備がされていくだろうと思います。

もう一つ重要な、しかしなかなか進んでいないのが入国者の水際対策で、今現在は入国制限をしていますから、一応空港で入国者全員のPCR検査をやって、そのあと2週間自宅待機をしてくださいということで入国管理をやっているわけですが、ただ、2週間自宅待機というのは、約束するだけでチェックしていません。全然チェックができていない。約束を破った人を見つける作業ができていない。

ですので、これは非常に重大で、入国者の数が増えてきた場合に、必ず感染者が紛れ込みます。空港でPCR検査をやって、PCR検査の感度は7割ですから、7割の感染者は見つけられるけれども、残りの3割の感染者はどうしても見逃してしまう。そうすると

空港で、1日1万人や2万人という単位で人が入ってくると、必ず数人や数十人という単位で感染者が日本に入り込んでしまう。

そのときに行動を2週間モニタリングできないと、必ず感染拡大の大きな波が来るだろうというのが、感染症専門家の見立てになっているわけで、ここができていないのが非常に重大な問題だろうと思います。本来はCOCOAなどの接触確認アプリ、あるいはGPSを使った何か行動を全部モニタリングするようなソフトを入れて、入国者の行動を2週間だけチェックするようにすべきだろうと思いますが、なかなかそうしたことができていません。

あと3番目のカテゴリー、これは分科会や6月の私たちの提言の中でも言っていますが、リスクのない無症状の人、これはビジネスやスポーツのニーズによって検査を受けたいという人。要するに自分の安心のため、あるいはお客さんに安心してもらうために、出張に行く前にPCR検査を受けたい、あるいはスポーツで試合をする前にPCR検査を受けたいなど、そういう場合は医療行為とはなかなか言い難いので、とりあえず7月ごろの分科会の議論では、原則これは自費でやらしてもらおうということになりました。

ただ、これが本当にいいのかどうかという議論があると思います。宅配業者のような、ある程度社会的機能維持者、エッセンシャルワーカーと言われるような人は、人との接触がどうしても不可避ですし、感染のリスクの高い環境の中で働かざるを得ない人を、原則自費で検査してくださいということでもいいのかどうかは、これからの議論があるだろうと思いますので、また政府や分科会での議論を見ていきたいと思っています。

## 積極的感染防止戦略 – 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週間で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
- ◇ 検査目標（6月18日民間提言）：9月末までに1日10万件、11月末までに1日20万件
  - ・8月28日 政府「新しい取組」抗原検査1日20万件を目標
  - ・さらに増やす必要（インフル対策、院内感染対策、入国者）
- ◇ 調査：幅広い接触者の調査追跡
- ◇ 待機療養：軽症者・無症状者の待機療養のためのホテル等借上げの整備（財政支援の拡充）
  - ・ 自宅療養は感染管理が課題（⇔ 保健所の業務過多）
- ◇ 政策コストは行動制限より桁違いに安い
  - ・ 緊急事態宣言で30兆円の国債発行増
  - ・ 検査・調査・待機療養のシステム整備のコストは、1兆円～2兆円程度

6

それから、こういう検査を拡大して積極的に感染防止をしていこうというときに、数値的な目安として何があるかを次の 6 ページで書いています。例えば対応しなければいけないのは、8 月 28 日の安倍総理の会見でも言われましたが、インフルエンザが秋冬にはやる可能性が高い。そのときに、どれぐらいの患者さんが発生するかというと、ピークの週には 1 日当たり 10 万人から、大流行の年には 30 万人ぐらいの発熱の患者さんが発生すると言われていています。

彼らを、症状ではコロナであるのかインフルエンザであるのかを見分けることができませんので、医療の現場としては、この数、1 日 10 万や 30 万の数のコロナの PCR 検査をやれるほうが、現場のお医者さんは安心できるわけです。ですから一つの目安として、このぐらいの規模の数字が必要だということ。

それから、先ほど言いました医療機関や介護施設の定期検査を本当はやったほうがいいのですが、全国の医療機関や介護施設やると、これだけ人数がいて、医師が 30 万人、看護師が 150 万人、介護施設のスタッフがラフに 100 万人ぐらいで、280 万人。そうすると 2 週間に 1 回検査するとしたら 1 日 20 万人、週 1 回の検査で 1 日 40 万件となります。仮に 2 週間に 1 回定期検査をしたとしても、1 日 20 万件の検査が必要になってくる、そういう規模になる。

病院の新規の入院者も本当は入院のときに検査したほうがいいのですが、日本全国で 1 日平均 4 万 5000 人。そして水際対策の入国者は、これから 1 万人以上に増やしていこうということが安倍総理のこの間の会見では言われていました。ということは、今現在の PCR 検査をできる件数は、大学なども含めてですが、確かだいたい 6 万件弱です。それに抗原検査が 2 万件ぐらいです。抗原検査と PCR 検査の今の日本の検査能力は合計 1 日 8 万件ぐらいです。これを全部やろうとすると、少し足りないです。

検査目標として、6 月 18 日の私たちの提言で言っているのは、やはり 9 月末までに 1 日 10 万件ぐらいはやれるようになりたい。9 月末の 10 万件、これは実現すると思います。これは今、ほぼ実現しかかっている。インフルエンザが流行る 11 月末ぐらいまでに、できれば 1 日 20 万件から 30 万件ぐらい検査できるほうがいいと、6 月に提言したのですが、やはりこれからも同じ目標を掲げる必要があるのではないかと思います。

政府は安倍総理の先日の新しい取り組みとして、抗原検査を 1 日 20 万件に増やすという目標を立てたわけですが、抗原検査は感度が少し落ちますし、できるなら PCR 検査も入れて 20 万件程度の数にする必要があると思います。さらに、インフルエンザ対策や院

内感染の予防、あるいは入国者の対応を考えると、この 20 万件でも十分ではなく、これをさらに増やしていくことが必要になってくるだろうということです。

それから政策のコストがどれくらいあるのかということですが、先ほど行動制限のコストの話でいただいた 30 兆円と言いましたが、それに対して、この検査、接触者の調査、隔離システムの整備を考えますと、ラフに言って数兆円です。10 兆円いかない、1 兆円から 2 兆円程度の費用で、1 日 10 万件、20 万件のレベルなら確保できると思いますので、経済的に考えても相当安い政策になっていると思います。

### 積極的感染防止戦略 – 検査・調査・待機療養によって感染拡大防止

- ◇ 医療提供体制の再配置によるコロナ対応の強化
  - \* 4月～5月、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。しかし、足りない。
  - \* 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
  - \* 常識を超えた財政支援の必要性
  
- ◇ 接触確認アプリCOCOAの普及
  - \* 現在1400万ダウンロード（普及率15%）
  - \* 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
    - ・ オプトイン方式 ⇄ オプトアウト方式？
    - ・ 処理番号を保健所が発行しないと通知できない

7

さらにもういくつか、この積極的感染防止の戦略について述べますと、今、私たちのところで別途準備しているのは、医療提供体制をきちんと再配置することが必要だという政策提言で、これは4月、5月の経験で、医療機関はものすごい赤字を出しているわけです。例えば病床数が200から400の中堅の病院だと、4月、5月の2カ月で、入院の収益が1億円から2億円減っている。あるいはもっと大きな500床ぐらいの病院だと、3億円程度、入院収益が減っています。

もちろん厚生労働省からの手厚い補助がありますが、それでもやはりこの赤字を埋めるには足りず、この秋以降、コロナ対応に病床を出すのをしぶっている病院がかなりあると言われています。ですので、ここで私たちのイメージは一括補助金で、コロナの対応のために病床を出すと言ってくれた病院には、lump sum で一括で1億円や2億円の補助金を渡す、そういう常識を超えた財政支援をすることによって病床を確保していくことが、この秋冬には必要になってくるのではないかと考えています。

それからもう一つ、特にこれから重要だと思われるのは、接触確認アプリがなかなか普及しないことです。これが普及すると、今言われている検査をめぐるいろいろな問題が解決するわけです。要するにこの接触確認アプリは、少し古い数字で 1600 万ぐらいのダウンロードですが、まだ普及率が 20%にいかないぐらいで、これを 80%や 100%のところまでいくと、感染拡大を顕著に抑えることができる。そうすると、まず保健所の接触者を調査する業務がなくなるわけです。だから保健所で大変だ、大変だというのは、この感染対策の一番のネックになっている問題なので、保健所の問題はこれで解決するはず。

さらに接触確認アプリで通知を受けた人は、誰でもただで行政検査を受けられますから、例えばいろいろな企業が社員に対して接触アプリのダウンロードを義務化しておけば、その会社で誰か感染した、あるいは誰かと接触したという通知が来れば、みんなただで検査が受けられるわけです。だからビジネスで、企業が自費で社員の検査をやるということが、多分要らなくなる。

このアプリさえ入れておけば、必要に応じて、どの企業でも国費で検査が受けられるようになりますから、先ほど出たビジネス目的の検査は自費でやるという区別が意味をなさなくなるだろうと思います。ですので、そういう意味ではこのアプリが普及することは非常に重要ですが、まだ 15%、20%しか普及していない。この問題はこの秋冬のかなり重要なテーマだと、私は思っています。何とか普及させたい。

普及させるときの課題を、ここに二つ挙げました。一つは、これは厚労省が姿勢を変えるかどうかですが、今、オプトイン方式でこのアプリはダウンロードすることになっていて、オプトインというのは、アプリをダウンロードしたい人が自発的に自分でクリックしてダウンロードする。本当はそれでなくてもいいはずで、オプトアウト方式というのでもやれるはずですが。オプトアウトというのは、自動的にアプリがダウンロードされて、そのアプリを外したい人だけ、自分でクリックして外せるというやり方。

そうすると、デフォルト、標準装備でこのアプリが勝手にというか自動でダウンロードされる環境になれば、それをわざわざ外そうという人はそんなに多くないので、たぶん普及率が飛躍的に高まるだろうと思われるわけですが、今のところ厚生労働省は、個人情報保護法の審査をオプトインを前提にして通したので、オプトインでやるしかないのだという姿勢になっています。それを世論の力、あるいは政治の力で変えていけるかどうかというところで、このアプリの普及が本当に進むかどうか大きく違いが出てくると思います。

あともう一つは、今の COCOA のシステムだと、PCR 検査を受けて感染者が COCOA

に自分は陽性になりましたという情報を入れると、そこから接触者に対して通知がいくわけです。陽性になった人が COCOA に処理番号を入れなければいけない。その処理番号は保健所で発行してもらわなければいけない。そうすると保健所はこの処理番号を発行するまでに、何日か時間がかかってしまうようなことが報道されています。

それが問題なので、処理番号が要らないような、検査を受けたら即 COCOA に入力して、ほかの人にすぐ通知が行くようなシステムに変える必要があるだろうと思います。そこが今のところ少し課題になっているところです。いろいろ言いましたが、これから秋冬、そして来年に向けてコロナ対策としてやるべきことには、まだいろいろ多くの課題が残っていると思います。

## 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？）
- ◇ 日常用語が変化：風邪、人の距離、手指の清潔操作、外食、観光
- ◇ 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

8

時間があと 5 分か 10 分ぐらいしかありませんので、後半はアフターコロナ、あるいはコロナに関連する経済政策の話を簡単にしたいと思います。コロナウイルスは、ご案内のように、おそらく根絶することはできず、これからインフルエンザのように定着していく。そしてワクチンや治療薬もこれからできるかどうか不確実で、数年以上時間がかかるかもしれないということなので、これからはどうしても外食産業や観光業は、今までのビジネスモデルでは維持ができなくなってくるだろうということ。

そしてほかの学校や病院での診療や、ビジネスでの商談も基本はオンラインになっていく。そういう意味で、接触型の産業をいかに非接触型にビジネスモデルの転換をしてもらうかということが、これからの経済政策の大きな課題になってくるかと思っています。

## コロナ危機の長期化＝資本枯渇の問題

---

- ◇ 資金繰りではなく、「債務再編成・資本注入 → 事業再生」が必要
  - \* 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）
    - ・ 事業再生に対する民間金融機関の関与の促進（金融検査等）
    - ・ 私的整理ガイドライン、事業再生ADRなど手続きの簡素化
    - ・ 地域の面的再生（旅館、診療所）
  - \* 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）

9

特にこれからの 1、2 年を考えたときに、その産業政策として問題になってくる資本の枯渇、資本不足の問題がいろいろな事業会社で出てくるだろうということです。そうすると、今は確かに資金繰り支援のために、無利子無担保で 3 年間融資するやり方で資金繰りを手厚く支援しているわけですが、それがいずれは債務再編と、必要に応じて資本注入をやる、それと同時にその事業の構造改革をやって、ビジネスモデルを変えるという事業再生が必要になってくるだろうと思っています。

そのときに、対象企業としてはたぶん零細企業が最初にやられて、その次に中堅、そして最後に大企業という形で、だんだんその規模が大きくなってくるとは思います。まず零細企業についての債務再編と資本注入というのは、バブル崩壊以降、日本でそれほど多くの経験がない分野だと思います。

バブル崩壊以降の経験は、どちらかというと大企業、あるいは不動産関係の融資についての処理だったわけで、そちらはある程度整理が簡単ですが、今回コロナで直面しているのは、中小零細のビジネスモデルが成り立たない、キャッシュフローがうまくいかないというところで、バランスシートが痛んでくる。債務を減らしたとしても、キャッシュフローが改善しなければ結局どうにもならないので、最後は事業再生をいかにして進め、誰がやるのか。民間金融機関の関与はたぶん必要になるでしょうが、民間金融機関が主導して事業再生をやってもらうということ。

そのほか、債務の処理については、私的整理ガイドラインや、事業再生 ADR などの手続きを簡素化するようなことで、いくつかやれることがあるだろうと思っています。

あとは、地域、例えば温泉街の再生、あるいは地域の医療機関の再生を考えると、ある一定の地域において面的な再生をする。競争力のある旅館を残して、それ以外の旅館はたたんでもらうやり方で温泉街全体を救っていく、あるいは地域の診療所のうち中核となる診療所を残して、それ以外の診療所はたたんでもらうやり方で、その地域を面として再生していく発想が必要になってくるのかなということです。

あと中堅は、企業が今やっている商工中金や REVIC などの政策金融の支援で合併を進めていくということだと思います。大企業については、これはまだわれわれもアイデアが固まっていないですが、やはり産業再生機構のような方式で大きく再編していく必要があるかと思っています。

## 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：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」

10

---

最後のページですが、個人に対して、今回コロナの危機に直面して最初に分かったことは、フリーランスや非正規の人を救うのが非常に難しかったという意味で、格差が顕在化したことだと思いますので、働き方の違いがあつたとしても、いかに平等に迅速に救済していくかが、これからの社会保障制度の課題だと思います。

そうだとすると、その一つのやり方は、政府あるいは税務当局がリアルタイムで個人の所得把握をして、マイナンバーと銀行口座を紐付けするなどして、その結果、所得が急激に減った人に対して、迅速に給付金を渡す仕組みがつかれるかどうかということ。それは、働き方によらない社会保障の仕組みとして、給付付きの税額控除や、あるいはベーシックインカムのような制度を入れていく一つのきっかけになるのではないかと考えています。

個人について、私や一橋大学の佐藤主光先生が 3 月に提言したアイデア、これも、こ

れからこの秋冬に向けて使えるのではないかと考えています。所得連動型の現金給付というやり方があって、これはオーストラリアの大学の学生ローン、学生の奨学金のやり方と同じです。要するに、現金給付は事前の審査なしで、必要だと言ってきた人には定額で毎月10万円を1年間あげるようにする。

その後、本当にそのお金が必要だったかどうかは、事後的に年末調整や確定申告の段階で、所得をもう1回税務当局が把握して、本当にもらう必要があったお金ならそのままあげるし、なかったなら課税のときに上乗せして徴収する形で、事前審査なしで迅速にお金を給付して、事後調整で回収するというやり方が現実的ではないだろうかということをご提案しました。それは引き続き秋冬に向けてやれることではないかと考えています。

## 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）

11

これで本当に最後ですが、コロナ対策で非常に膨大なお金を使って、政府の借金が激増してしまうわけです。日本でもそうだし、それ以外の国でもそう。そのときに最後の最後は、結局財政の調整という課題が残ってしまうわけですが、それをどうするかというときに、これも私と一橋の佐藤さんとの共同で、今、提言を書いているのですが、コロナで生まれた債務は、世界共通のグローバルな危機で生まれたグローバルな債務なのだから、世界全体で協調して共通の課税をしよう。

例えば、トービン税のようなものを為替取引あるいは金融資産取引に課していく。あるいは炭素税や環境税を世界全体で企業活動に課していき、税率を世界で共通化すれば、例えば企業や投資家が課税していないところを求めて逃げていくこともできませんので、き

ちんと税収が上がって、コロナ債務を償還できるということだと思います。ですので、世界全体で財政政策を協調するような何か国際機関をつくって、共通課税をしていく形で、コロナ危機でできた債務を償還していく。そういう構想を、日本から提案していくべきではないかと考えています。

長くなりましたが、以上でコロナ対策についての私の話を終わりたいと思います。ご清聴いただき、ありがとうございました。（拍手）

川北 それでは小林先生に少し質問をさせていただき、お答えを頂戴したいと思います。その間に皆さん方にもし質問がありましたら、チャットに入れていただいて、後半で少し時間を取ってお答えいただくことで進めたいと思います。

まず、私からの質問ですが、5 ページから 7 ページにかけて、日本のコロナ対策について書かれており、そこでも指摘されていますが、検査の数がまだ少ない、それから検査結果が確定し、それを通知するまでの時間がかかる、そういう日本のシステムのある意味では遅れが指摘されていると思います。

なぜ遅れているのか、ここは私の推測ですが、医者や検査に従事する人、これも医者だと思いますが、そういう人たちが不足しているのではないかと。それから、情報処理の体制がまだ旧態依然としているのではないかと。なぜそういう状況になっているのか、そこが解決できれば日本もある程度欧米の水準に近づくのではないかと気がするのですが、そのあたり、小林先生はどのように考えられているのか、少し教えていただきたいと思いません。

小林 この問題は、本当に奥が深いというか分かりにくいのですが、ラフに人口比で言ってみると、欧米の 10 分の 1 や 20 分の 1 ぐらいの検査の数しかできていなかったのが、これまでの実績です。春先 3 月ごろまでの原因は、おっしゃったように検査に従事する検査要員、臨床検査技師が必要だということと、それから検査で鼻に綿棒を入れて検体を取るの医療行為なので、お医者さんかお医者さんが監督している看護師しかやってはいけないというルールであるという意味で、検査をやる人が少なかったのがネックだったのは確かです。検査の機械も少なかった。春先は完全にサプライの制約、検査の供給能力が少なかったもので、どうしてもできなかった。

ただ問題は、ほかの国は急激に供給能力を上げて、アメリカでも日本よりも最初は少な

かったのですが、日本の 10 倍以上の検査能力に、急激に 2、3 カ月で上げていったわけ  
です。それが日本の場合はなぜか非常にゆっくりとしか進まない。ここが非常に不思議で  
す。

一つは、医療界というか検査をめぐる専門家集団が、やはり保健所を中心としたお医者  
さんの世界なので、そこにほかの人を急に外から入れるということに慣れていない。です  
から、そもそも外部の人に手伝ってもらおうという発想が生まれないので、自分たちだけで  
何とかしようと、あるいは自分たちと同じ資格を持っているお医者さんならお医者さん、  
保健師なら保健師の資格を持っている人に手伝ってもらおうと、そこで人数を増やそうと  
するものですから、そもそも医師や保健師の数が少ないので増やせないという状況が、ず  
っとこの夏ごろまで続いている。

その間、機械は少しずつ増やして行って、新しい技術もでき、抗原検査で迅速抗原キッ  
トなどもできましたので、技術が進んでいるので、その分少しずつは検査の数も増えてき  
ている。やはり医療界の平時の秩序を急激に変えることができず、たくさんの人を外から  
入れられないところに、たぶん根本の問題があるのだらうと思います。

ですから、これは必ずしも医療界だけではなく、日本のあらゆる専門家集団にはそうい  
うところがあります。私も大学に行っていますから、大学も急に経済学部をつぶして法学  
部を 2 倍にしろなどと言われても、やはり大学の人はみんな抵抗すると思います。それ  
と同じで、医療の世界も秩序を変えるのは相当大変だと。それがこの検査の問題に表れて  
いるように感じています。

川北 ありがとうございます。少し話題が変わるといえるか、その延長線上にあるので  
すが、今回の状況を見ていると、あとでお話しいただいた産業政策のところなどとも関係し  
ますが、経営陣もそうだし、それから政治家もそうだし、ひょっとすれば医者もそうかも  
しれないのですが、そういう専門家集団が、今回学会をオンラインでやっているわけ  
ですが、そういう技術というか情報技術に対する、もしくはデジタルに対するリテラシーのよ  
うなものを高めていかないといけない。

それと卵と鶏の関係になっていると思いますが、教育のほうでも、やはり対面の教育だ  
けではなく、例えば小学校や中学校の義務教育にしても教科書を検定しているので、そう  
すると、その検定の教科書に基づいた基本的な授業は、すぐにでもオンラインでできそう  
な気がします。プラスアルファはもちろん個々人の指導もあるし、それは対面でやるとか。

そういうデジタル技術に対するリテラシーみたいなものを底辺から高めていくことが、

日本の将来にとって、当面のコロナもそうだと思いますが、非常に重要性が高いと思います。そのあたりの議論が政府でなされているのかどうか、もしくは小林先生はどのようにお考えなのか、少しお聞かせいただければと思います。

小林 先ほどの話の中でも申し上げた、接触確認アプリのような技術は非常に有用で、あれはその一例だと思いますが、感染症対策がすごく進まない一つのネックは、保健所がパンクしている。何でもかんでも保健所でやらせようとして、結果的に保健所がオーバーワークでパンクしてしまっているというのが、今の日本の感染症対策のスピードが上がらない原因です。そこを突破する非常に画期的かつ簡単な可能性は、接触確認アプリが普及するかどうかで決まってくると思います。

ああいうことが個人情報保護などの手続きのところ、少しブレーキがかかってしまっている。今、日本は厚労省がつくっている COCOA を入れていて、それしか使っては駄目ということになっているのですが、確か Apple の本社では、接触通知のサービスを IOS の標準装備に入れる、もう入れたのではないかと思います。ただ日本では、それは入れてはいけないことになっていて、日本以外の国ではそれが入っているということで、そういう意味でも、またこの接触アプリの面でも日本が取り残される懸念が、今、出てきているのではないかという気がします。

そういう感染症対策一つ取ってみても、デジタルの技術をしっかり使っていく。そこは行政や政治が、もっと効率的な使い方があるのに、それをストップさせているような面があるので、そこを変えるだけで相当違ってくるのだらうと。

もう一つは、後半の話で言いましたように、産業構造がこれから変わってこざるを得ないと思います。やはり、どうしても今までの人と人が接触することによるサービスが、これからはやりにくくなる。飲食店、宿泊、交通系の産業は、どれも何らかの新しいビジネスモデルを考えなければいけない。そのときに非接触型のビジネスモデルの一番のコアになるのはオンライン化というか、デジタルの技術を使ったビジネスをつくれるかどうかだと思います。

では飲食店や宿泊をオンラインでどうするのかは、私もなかなか頭に浮かびませんが、何かしら創意工夫でそういうオンラインを使ったビジネスをつかっていかなければいけない。そのためには、小学校あるいは中学校の段階からきちんと教育をして、オンラインのリテラシーをあらゆる人が高めていく必要がどうしても出てくると思います。

川北 接触アプリの話で思うのですが、個人情報の保護という問題はあると思います。

そうは言っても非常時なので、そこは政府で個人情報の保護をきちんとやり、特定の目的以外には使わないことにすれば十分対応可能ではないかと思いますが、そのあたりの議論は進んでいないのですか。

小林 何とか政府の方たちと議論しようとは思っています。厚生労働省は、COCOA という接触アプリはオプトイン方式、自分たちでダウンロードしないとダウンロードできないタイプのやり方を、今のところ続けようとしています。私は、変えてもらったほうがいいと思っています。

どういうタイミングで、どう議論するか、ここはやや政治的な判断もあるものですから、なかなか難しいですが、今、政権が交替しつつある中で、どういうタイミングで議論できるかを考えています。厚生労働省の中の人たちのこういうアプリについての考え方を、何か変えてもらう必要があるだろうと思います。

川北 入国を促進して、それによって経済活動が、元には戻らないとは思いますが、もう少し活発化させる必要性が当然あるわけで、そうすると先ほどおっしゃったように、入国した人の行動を監視するという意味でも、接触アプリではないですが、GPS 的なアプリの導入を、インストールをやらせないと、それはやはり難しい話ですよ。

小林 そうなんです。入国者の数をこれから増やしていくのであれば、きちんとモニタリングをやらないと、また感染爆発が起こってしまうので、それはまた無責任なやり方だと批判をされてしまうと思います。そうすると、いつまで経っても結局入国者が増やせないことになってしまう。

今、政府の中では、やはり厚生労働省は本音では入国者を増やしたくないのです。経済産業省や外務省などの経済系の人たちは、どちらかというに入国者をどんどん増やしたい。そこで綱引きをやっていけばいいのですが、ある程度増やす方向に決まったとして、行動のモニタリングの手立てを何も考えていないままで入国者を広げてしまうと、これはまた来年大変なことになりはしないかとすごく心配なので、本当はプライバシーなどの問題をきちんと正面から議論する必要があると思います。

やはり行動モニタリングというのも、まさにプライバシーのど真ん中を侵害する。ただ、2週間だけですが。入国してからの2週間だけ、プライバシーは少し我慢してくださいということが国民のコンセンサスになるかどうか、これは政治が主体になってきちんと議論してもらいたいテーマだと思います。

川北 そこは、そういうモニタリングのアプリをインストールした、もしくは強制的に

インストールされたとして、そこで接触したとか、そういう状況が判明したときに、きちんと検査を迅速にやってもらわないと、何のたけに行動を監視されていたのか、何かそういう不信感につながりますよね。

小林 そうです。もちろん接触アプリの通知が来たら即検査が受けられるぐらい、検査能力は事前に準備しておかないといけない。今、もちろん増えてはきているものの、まだゆっくりしていますから。今 8 万件ぐらいだとすると、それを何とか 20 万件、30 万件ぐらいまで増やしてもらわないと、やはり入国者を増やす政策と平仄が合わないということになると思います。

川北 それと、最近あまり言われなくなったのですが、教育の問題で、学校の休校措置が非常に長くなって、その結果として、特に義務教育もしくは高校の、大学受験を控えた学生の授業の遅れが問題になっているわけです。今後も、例えばコロナがどこかで集団的に発生したときに、その特定の学校が休校になる事態はまだまだ十分に想定されるわけです。そういうときに、教育のオンライン化と言いますか、ある程度デジタルの教材で授業を進めていこうというのは、塾などの教育産業のほうは非常に早く対応していると思いますが、義務教育もしくは中等教育付近がどうも進んでいないような気がします。そのあたりは、今、どういう議論になっているのか。

小林 そうなんですよね。オンライン教育自体が、今はコロナ対策の特別な措置という考えだと聞いています。文科省がコロナが終わったらまた元に戻したいということだと、なかなか話は進まないのて、コロナを奇貨として、むしろオンライン教育が定着する方向に行ってもらいたいと私は思いますが、文科省のほうではなかなかそう考えてくれないのかと。

大学は、今、完全にオンラインになってしまっていて、学生は非常に辛い思いをしていたりするので、そちらはそちらでまた問題だと思います。バランスがうまく取れていない。中学高校まではずっと対面でやっていて、大学生になると急にオンラインになるという、その教育の在り方はどうなのだろうという気はします。

川北 そうですよね。だから、大学もある程度対面で。

小林 やらざるを得ない。

川北 少人数のところは、それでやらないと。

小林 そうなんですよ。今まで私のゼミはずっとオンラインでやっていたので、10 月からは、対面で少しやろうかという話になっていますが（笑）。

川北 理工系なんかはどうするのかなど。実験とか。

小林 実験がありますからね。

川北 そこはね。

小林 体を動かさないと教育にならないときもありますから、大変だと思います。

川北 今、いくつかチャットは入っていますか。

小林 チャットは、まだ質問が来ていません。

川北 来ていないですね。チャットもよろしくお願いします。それともう一点、財政の問題、先ほど小林先生がいくつかグローバルな課税など、そういうことを提案しようとおっしゃいましたが、日本の財政に関して言うと、そもそも非常に大変だというか、負債の多い状況になっていたわけですが、今回で一気に負債額が積み上がった状況です。特に日本に限った話ですが、そこからの脱出、財政の再建はどのように考えればいいのか、そのあたりはいかがでしょうか。

小林 一橋の佐藤先生がおっしゃっていることでもあり、私も賛同していますが、やはり別会計化するというのが、まずあるかと思います。コロナ対策でできた政府の借金は今までの一般の政策でできた債務と分けて、コロナ特別会計にして、そこはコロナ特会の国債にコロナ国債という名前と付けて、そのコロナ国債はグローバルな課税で返していく。

コロナ関係以外の一般の借金については、今までの政府がやってきた財政再建を粛々とやっていくしかないということになりますので、そこは消費税などの普通のいろいろな税、そして社会保障の改革によって支出を減らしていく。まさにコロナが来る前にわれわれが議論していたような、そこも非常に苦しいわけですが、非常に苦しい財政再建を、そちらはそちらでやるしかない。コロナは別途の世界で借金を返していくやり方で、区分けができれば少し話が整理されるかと思います。

川北 それはなかなかアイデアですね。クリアになったほうがいいですよ。

小林 やはりクリアになったほうがいい。ただ、問題はコロナ債務を国際協調で返していこうというときに、国によっては、何でもかんでもコロナ債務に入れてこようとする国があって（笑）。そうすると、世界共通の風邪だから、ある種…？…経済が起きてしまつて、うまくいかないのではないかというのが、佐藤さんと私の懸念です。そういう一般債務までコロナ債務と言うのを止めることがきちんとできれば、結構面白い国際協調システムがつくれるのではないかと、今、議論しています。

川北 私は、何か第三次世界大戦ではないけど、人類対ウイルスの世界大戦のような気

がしていて（笑）。だから、おっしゃるように世界大戦に対する債務だけ別途積み上げて、それを処理していくというのは、私はなかなかいいアイデアだと思いますが。

与えられた二人のディスカッションの時間はだいたい以上なので、チャットのほうは三つ入ってきたんですか。ではせっかくなので、上から答えていただきたいと思います。旅行の話ですね、最初、観光業の話です。

【チャット：観光業の非接触への業態転換が必要とのことですが、業界内で話をするに「三密だから楽しいんじゃないか」が生の声です。どうやって「三密が楽しい」と思っているお客様を納得させればよいのでしょうか？】

小林 観光業、非接触に行くべきというか、行かざるを得ないのではないかと私も議論しているのですが、ご質問のように三密で接触しているから楽しいものをどう納得させればいいのかというのは、本当に頭の痛い問題です。ただ、テレビの報道などでいろいろ新しいアイデアが出てきているように、オンラインで旅行した気分を味わいながら、リアルなお土産物は宅配で送ってもらい、そのリアルな物に触りながら、オンラインの映像で旅行の気分を味わってもらうとか。

接触といっても、人と人の接触ではなく、物と人の接触など、そういったものを工夫しながら、今までなかったような旅行の形を何か提案していただき、それが消費者のマインドにうまく合えば、大変ヒットするのではないかと思います。もちろん私は全くアイデアがありませんが、何か非接触型で、要するに人と人が接触しない、感染のリスクがない形の旅行の在り方を、ぜひ工夫して考えていただきたいと思います。三密で人と人が触れ合うのが楽しいというのを、どうやって解決したらいいのかは、本当に頭の痛い問題だと思います。

川北 観光に関して、私ももともと観光が大好きなので意見を持っているのですが、日本型のどこに行っても東京と同じ風景と同じ飯しか出てこないというのは、これを機会にやめたほうがいいと思います。もっと地方は地方で特色を出して、大人数で旅行をするのではなく、せいぜい10人以下で旅行をして、現地でいろいろなものに触れ合っ、現地のインストラクター、ガイドにそれぞれその地方の深いところを紹介してもらうなど、そういう新しい旅行のスタイル、観光のスタイルを、この際築いていったほうがいい気はします。単なるアイデアです。

小林 いやいや、今、川北先生がおっしゃった話を、この間ちょうどコロナの分科会でも議論していて、確かに感染が怖いのは、大人数であまり親しくない人たちも含めた大人

数のグループで食事をするとそこで感染するので、家族単位や非常に親密な友人同士 2、3 人で行くなど、そういう旅行だと感染のリスクは全然ないので、むしろ家族や友人という小さな単位で、親密な関係の人だけでグループ旅行をしてもらえれば、旅行業と両立するのではないかというのは、感染症の専門家も議論していました。

ですので、そういう意味では、昭和的な社員旅行みたいなグループ旅行はこれから少なくしてもらって、家族、友人との少人数単位の旅行がメインのビジネスモデルの観光業になっていく、そうしていくことが方向性としてはあり得るかと思います。

川北 高くつくとは思いますが、でも、付加価値の高い旅行だと思えばいいんじゃないかという気はします。次の質問は。

【チャット：影響を受けた事業者の破綻防止のための救済資金をどう使うのかの議論が進んでない中、日産への政府保証が透明性を欠くといった世論が出ている点が気懸りです。政府が公的資金投入を適時適切に出来なければ、民間金融機関の負担が増えて金融システム問題へと移行するのではないかと懸念しております。この辺りの進捗状況をご教示ください。】

小林 このへんの状況は私もよく分かっていないのですが、コロナの感染状況がひどくなると、また経済に悪影響が出てくるので、それ次第という面もあると思います。

秋冬にまた感染が広がって経済が停滞すると、やはりここで書かれている、日産のような大企業がいよいよ大変になってくる。そうすると、そこに貸している大手の銀行の状況も問題になることがあり得るかなという気はします。そのときにどういう手立てを打つかは考えなければいけないと思っていますが、今のところ私もアイデアがないです。どうでしょうね、そこは。

川北 それは日産の問題が、どの程度のインパクトを民間金融機関に与えていたのか、必ずしも明確ではないのですが、でもメガなどからすると、金融規制のほうにやはり引っ掛かってきているところがある。引っ掛かっているというか、もう貸していい上限、リスク管理上の上限に達している金融機関が、やはり出てきているのではないかと思います。

そうすると片方で、やはり日産を助けないといけないという判断をしたとすると、もう政府保証で貸すしかないということになってくるというか、そういう裏側の事情がやはりあったのではないかという気はします。

小林 少し難しいのは、政府保証で貸し込んで、あとで債務削減、債権放棄してくれというは、なかなか金融機関にとっては苦しいというか、納得できないような状況が生まれ

るのでと、私も少し懸念しています。そういうときに、うまく債務調整ができるのだろうか、金融界が納得する形で債権債務の調整ができるのだろうか、結構大きな問題になるような気がします。

川北 それはそうです。おっしゃるように政府が入ってくると、かなり状況が複雑になってくるので。

小林 バブルのときより難しいと思います。バブルのときは、まだしも政府は、建前上はその最初の貸し出しには関与していなかった。それが今回は、政府が貸せというから貸している状態の中で、債券放棄してくれとあとで言われたら、銀行はどう反応するのだろうかというのが非常に難しい、納得できないのではないかという気がするのですが。そこをどう進めていくのか、非常に答えがない問題だと思います。

川北 ここに日産と書いてあるので日産ばかり取り上げてしまいましたが、日産を日本政府としてどう位置付けているのかという、そこのある意味覚悟ですよね。それを知りたい気はします。ですから、これがどこまで事態が進むかによるでしょうが、JALやANAなどの問題は、日産よりもさらに深刻になる可能性はありますよね。飛行機が飛ばなくなったら、大変なことになるし。

小林 そうです。キャッシュフローが全然違ってくるので。

川北 日本国として、飛行機会社が1社もなくなるというのは、また困る問題だし。

小林 だから、自動車業界も航空業界も、あるいはJRみたいな鉄道も含めて、いろいろな業界で大問題が起きる可能性があるんで、特に政府がそこをどう持っていきたいのかを、事前にきちんと金融界に示しておかないと、金融業界も、こちらだと思って付いてきたら、いきなり梯子を外されることになりかねないので、少しまずい状況に、今、政府が行きつつあるのではないかという気がしています。

川北 中小など、そのあたりの議論はされていると理解していますし、特定の観光業などの議論はされているように思えるのですが、ここに書いてある自動車産業、大企業をどうするのかというところは、きちんと事前に対応策というか、位置付けというか、もしものときにどうするのかというきちんとしたシナリオとシミュレーションをやっておかないと、また慌ててしまう可能性はありますよね。

小林 そうなんです。経済産業省でやってくれるのか、あるいは航空会社とするとどこだろうかなど、いろいろちょっと難しいと思いますが（笑）。

川北 また管轄が違いますよね。

小林 また違うんですね。国交省になりますので。鉄道もそうですし、交通系はまたなかなか難しいですね。

川北 次へ行きましょう。これは医療機関の話ですか。

【チャット：冬に向けてインフルエンザの流行も予想される中、新型コロナ感染再拡大に備えた、医療現場への防護服・マスク等の備えは十分なのでしょうか？ 中小医療機関の冬に向けた対応能力はどうぞ覧になっているのでしょうか？】

小林 医療機関の防護服やマスクなどの備えが十分なのかというと、一応マクロではどうか、全体の供給量は十分あるようですが、それが行き渡っているかということ、必ずしもそうではないところがあるので、これは医療提供体制を増やすというよりも、うまく配分することがたぶん重要です。

きょう、特にお話はしなかったのですが、開業医が 10 万人ぐらい日本にいるわけです。開業医の先生方が、春の第一波のときにあまり活躍できなかった。開業医にもっとコロナ対策に協力してもらっていたら、保健所があんなにパンクすることもなく、もっとスムーズにコロナ対策ができたのではないかという反省もあった。

ですから、9 月、先週の分科会のときに加藤厚労大臣が言ったことですが、これからは接触者外来や保健所を経由して検査を受けるのではなく、まずは地元の開業医、かかりつけ医のお医者さんにオンラインで相談をして、そして診察してもらって検査を、PCR を受ける流れにしていきたいと思います。話が変わってきています。いい方向になってきたと思います。

今まできちんと力があるのに活躍できなかった開業医の先生たちをもっとコロナ対策に巻き込んでいって、活躍してもらおうということになると、もう少し医療現場が楽になるのではないかと。ご質問にあるマスクや防護服も、それはそれでももちろん必要ですが、加えて、やはり人の問題が大事なので、身近なクリニックや開業医の皆さんにもっと活躍してもらいたい。そういう方向に話がだんだん移ってきているのは、いいと思っています。

川北 多少時間がオーバーしていますが、私の近くの開業医は、もう 5 月か 6 月ぐらいの段階から、診てもらいたい人はとりあえず電話をかけてこいとしています。電話で一応相談して、どうするかを決めています。そういう意味で、たぶん進んでいる開業医だと思いますが、そういうところもあるので、おっしゃったようにそれが一般化してくると、非常に日本の医療もよくなる。ある意味一種のオンライン診療みたいな感じですね。

小林 そうですね。オンライン診療が一般の開業医の皆さんにどんどん浸透していけば、

次の世代の新しい効率的な医療システムに変わっていきますので、そのきっかけにしても  
raitai to omoimasu.

川北 どうもありがとうございました。

小林 どうもありがとうございました。

川北 少し時間をオーバーしましたが、これで小林先生の特別講演を終わらせていた  
きます。どうもありがとうございました。

小林 ありがとうございました。（拍手）