

財政の現状と課題、 コロナ後の再建に向けて

2021年1月

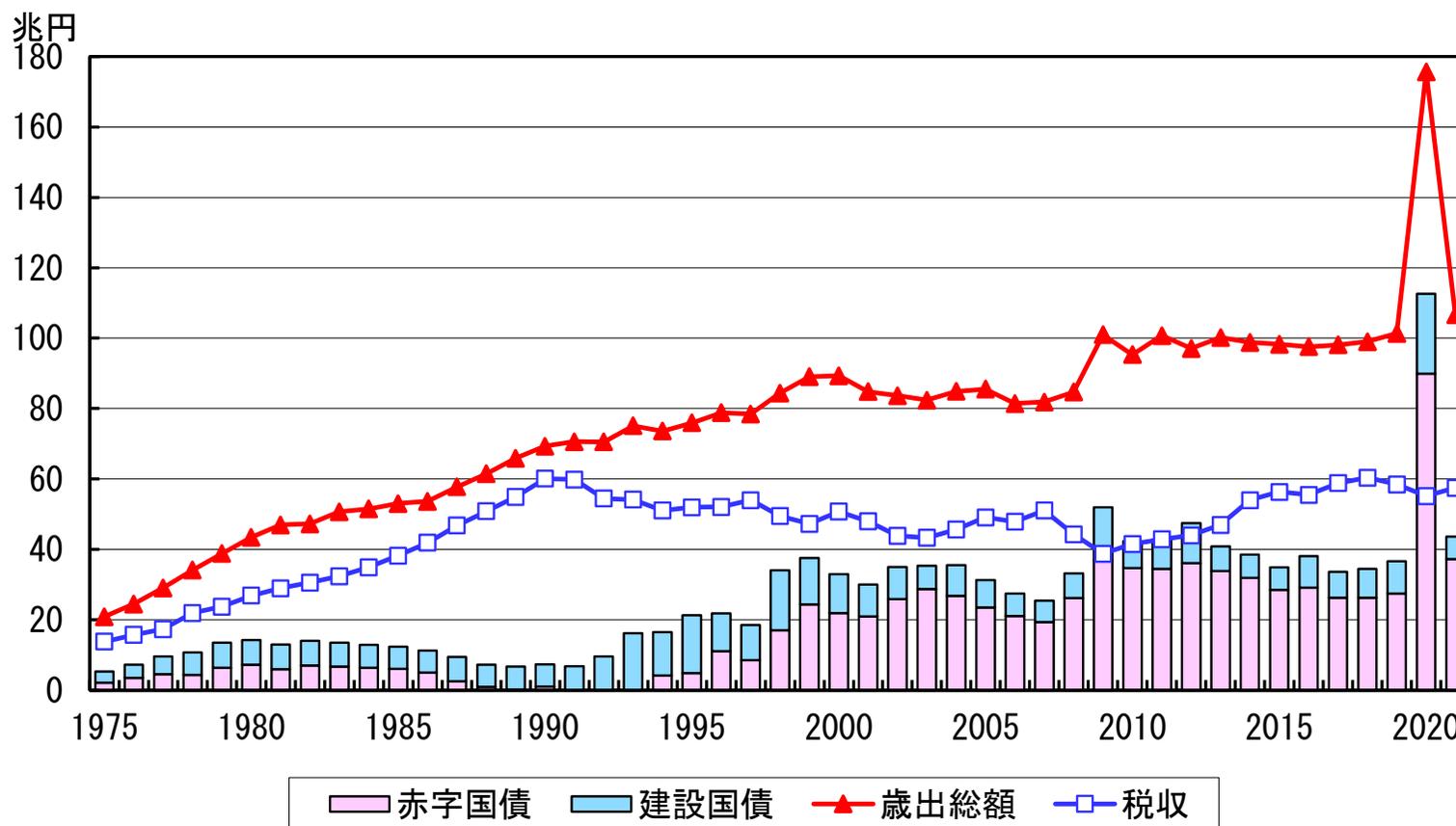
土居 丈朗

(慶應義塾大学経済学部)

<https://j.mp/TakeroDoiJ>

コロナ後の財政規律

- コロナ後の財政規律は、感染収束前から検討が必要
- コロナ対策の財政支出は、コロナ後には必要ないから削減可
- コロナ対策で増発した国債の償還に、税財源の追加的確保も



出典：土居丈朗「10万円一律給付の補正予算で、ワニの口は崩壊した」<https://j.mp/Ytdoi68>
を更新

コロナ後はインフレかデフレか

拙稿『日経ヴェリタス』2020年4月12日号掲載 <https://j.mp/NV2004> で無料閲覧可

- 「コロナショック」は需要減退ショックか供給停滞ショックか
 - 需要減退ショック・・・1929年の世界恐慌 → **デフレ・低インフレの継続**
休業、失業→所得減少→消費減退
しかもそれが長期化
 - 供給停滞ショック・・・第2次世界大戦 → **インフレへの転換**
世界的なサプライチェーンの人為的な寸断
従来の雇用や取引関係の解消→収束後すぐに復旧しない
- ◆ 第2次世界大戦直後の経済
 - 供給施設の大規模な破壊
 - 大戦中に抑えてられていた消費や投資の意欲が開放されて消費・投資ブーム
 - 戦費調達に伴い増大した通貨供給量
→ **大なり小なりインフレ率が上昇**
- 従来の不況にはない、供給停滞ショックが含んでいる

金利が上がらないから国債増発しても問題ない？

- 金利が上がらないなら国債増発を伴う拡張的な財政金融政策は是認されるのか？

結論：そうした拡張政策は、経済格差の拡大をもたらす

- 金利が上がらないのは、日本銀行が国債を買い入れているから
- 日銀は国債を買い入れているのは、デフレを止めるため
- 拡張的な財政金融政策を行っても、インフレになっていない

→ だから、さらなる国債増発で拡張政策しても問題ない？

- ◆ 拡張政策によって市中に余剰資金が滞留
- ◆ その余剰資金は、就業者への労働分配や設備投資には回らず、金融市場へ→株価等資産価格上昇
- ◆ 賃金が上がらない一方で、資産保有者が潤う
→ **経済格差拡大**



参照：土居丈朗『平成の経済政策はどう決められたか』中央公論新社

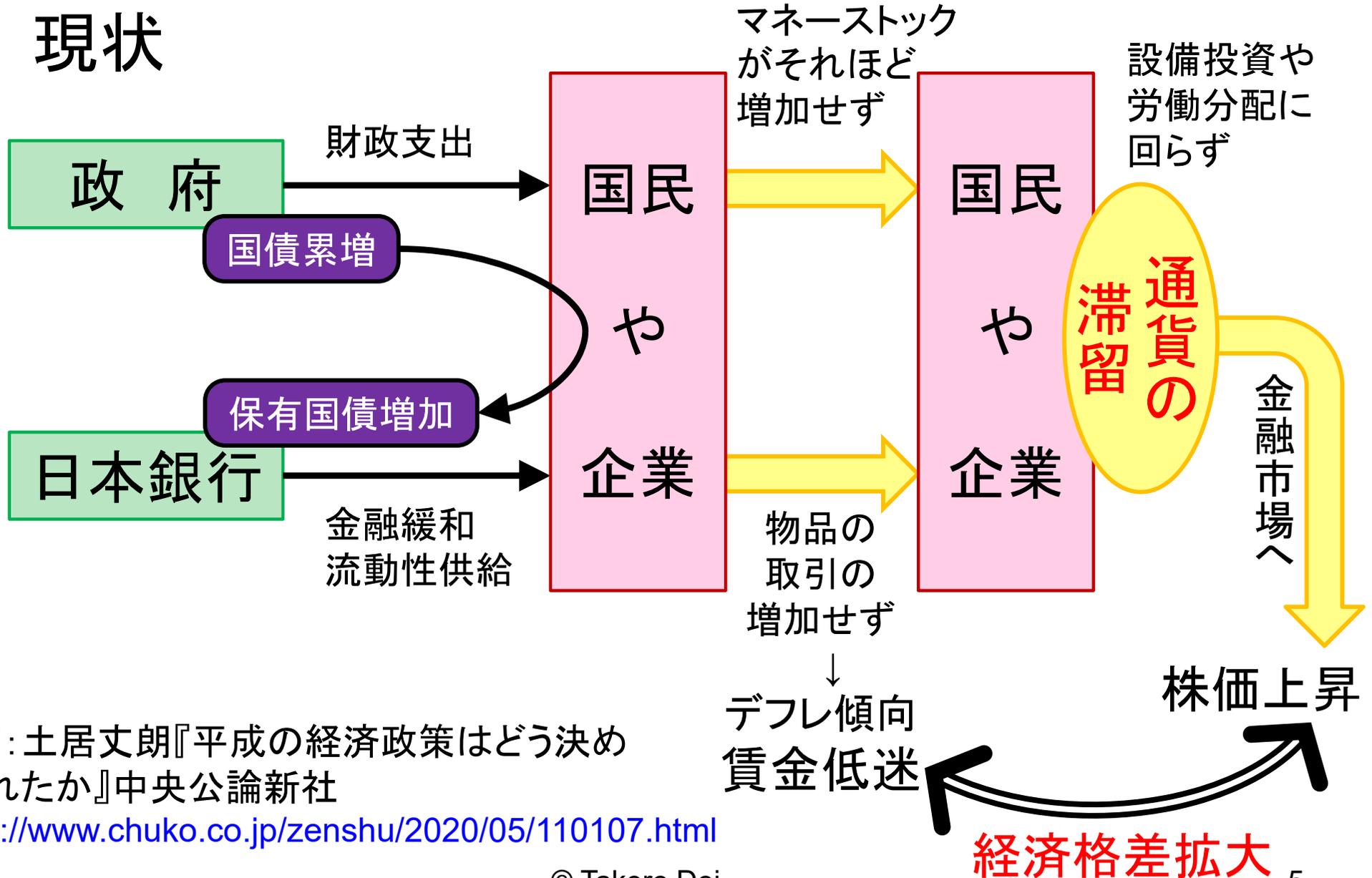
<https://www.chuko.co.jp/zenshu/2020/05/110107.html>

しかし、マネーストックは増えず

日銀が供給された流動性が財市場に回っていないからインフレになっていないだけ

しかし、それは金融政策の目的が達せられていないだけでなく、皆にとって幸せであるわけでもない

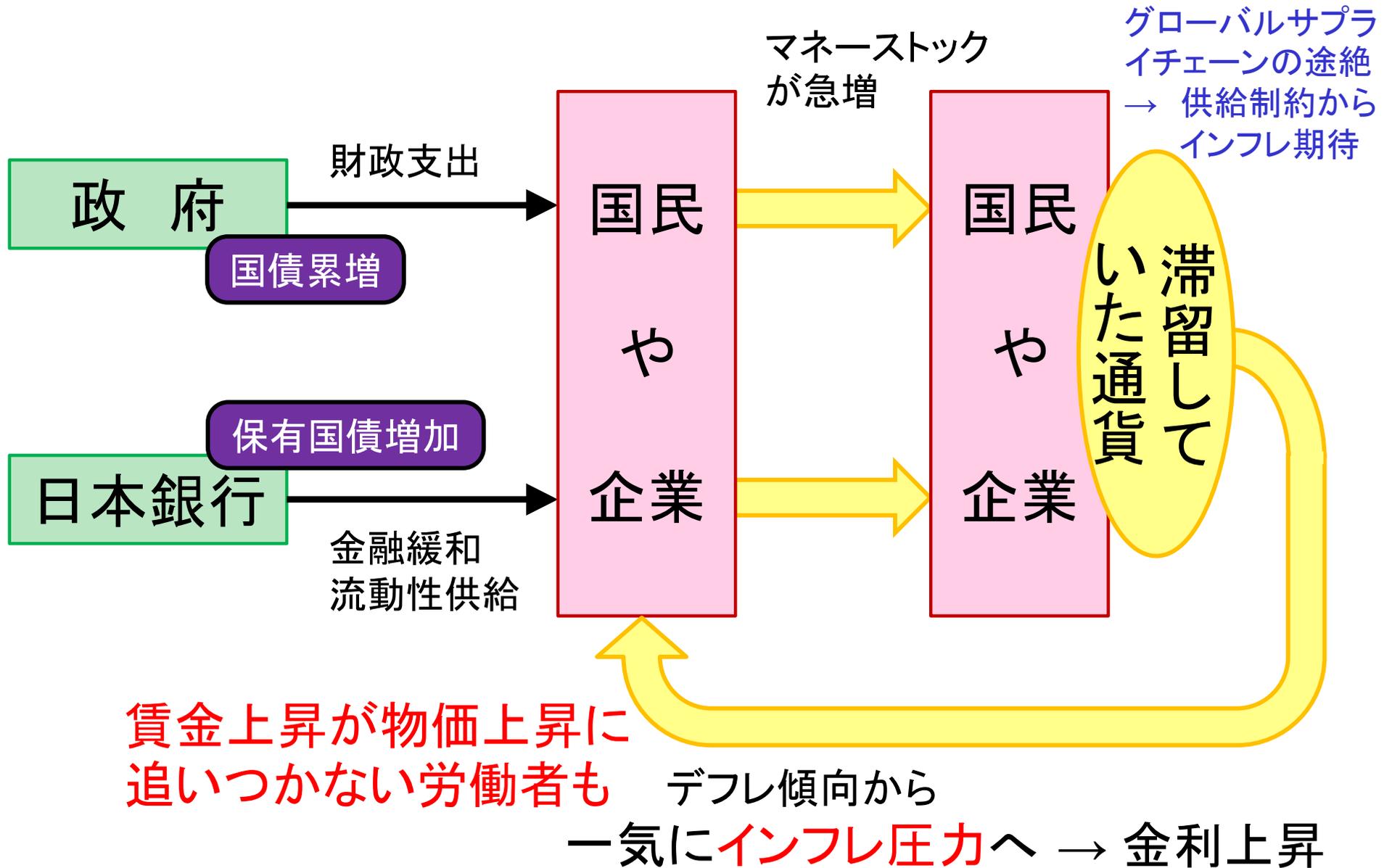
・ 現状



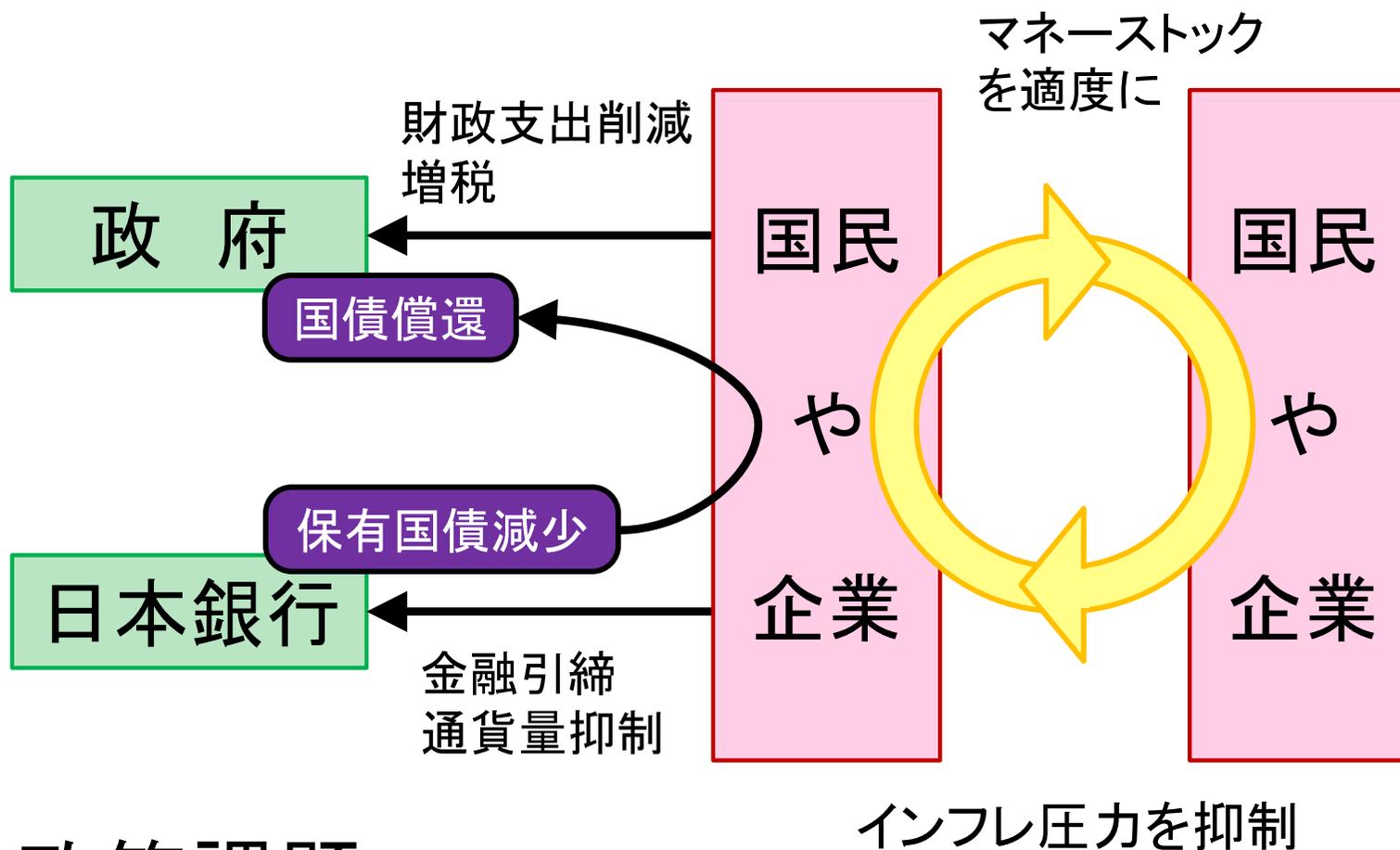
参照：土居丈朗『平成の経済政策はどう決められたか』中央公論新社

<https://www.chuko.co.jp/zenshu/2020/05/110107.html>

滞留していた通貨が回り始めると



(緩やかな)インフレに転じると

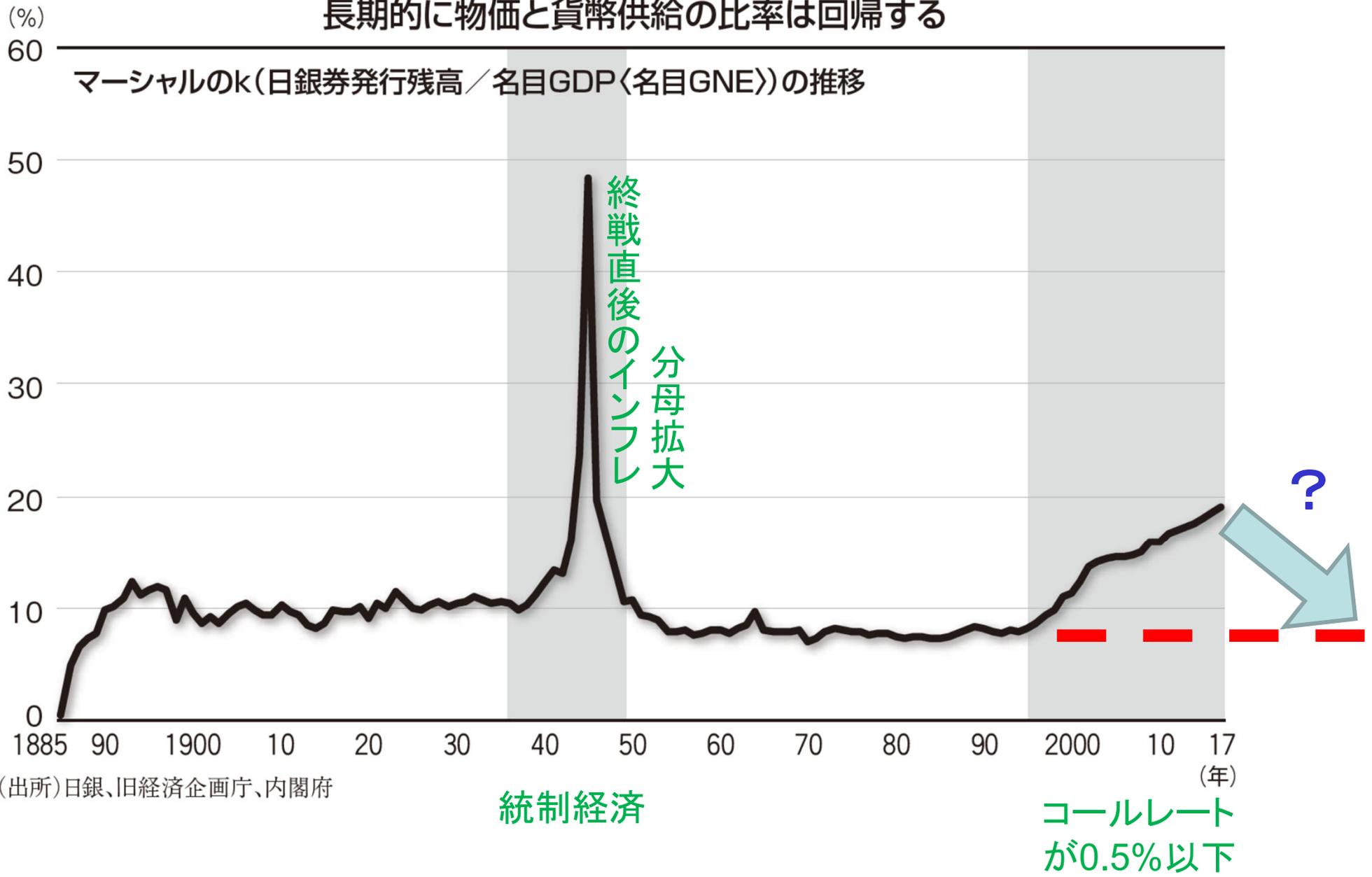


民間での生産性向上などにより、財政に依存しない自律的な成長経路にすることで、デフレに戻らない経済構造を

政策課題

- ・大量のマネタリーベースを急に回収できるのか
- ・金利はプラスとなって利払費増が政策的経費を圧迫

長期的に物価と貨幣供給の比率は回帰する



出典：齊藤誠「突然の物価高騰は『想定外』ではない」、『週刊エコノミスト』2018年4月10日号。(一部加筆)

2020年代初頭の日本の財政運営

➤ コロナショック後の懸念は、**国債費と医療費**

◆ 国債費

- インフレに伴う金利上昇(といっても2~3%)
- 国債費の増加が税収の自然増を上回る財政構造
- 国の一般会計には、既に財政の硬直化の兆候

◆ 医療費

- 高齢化によりさらに増大(団塊世代が75歳以上に)
- 感染防止への医療従事者の労を多としつつも、医療界に作った「借り」が医療費の増加を抑えにくしかねない
- それでいて、医療提供体制の非効率性が厳然として存在

利払費増が税の自然増収を上回る財政構造

○令和4(2022)年度以降名目経済成長率が変化した場合の税収の増減額

(単位:兆円)、()書きは「税収」の額

名目経済成長率 ([試算-1]の前提からの変化幅)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和6年度 (2024年度)
+2%	+ 0.0 (57.4)	+ 1.3 (60.6)	+ 2.6 (64.0)	+ 4.1 (67.7)
+1%	+ 0.0 (57.4)	+ 0.6 (60.0)	+ 1.3 (62.7)	+ 2.1 (65.6)
-1%	+ 0.0 (57.4)	▲ 0.6 (58.7)	▲ 1.3 (60.1)	▲ 2.0 (61.5)

○令和4(2022)年度以降金利が変化した場合の国債費の増減額

(単位:兆円)、()書きは「国債費」の額

金利 ([試算-1]の前提からの変化幅)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和6年度 (2024年度)
+2%	+ 0.0 (23.8)	+ 1.6 (27.3)	+ 4.0 (30.8)	+ 7.6 (35.7)
+1%	+ 0.0 (23.8)	+ 0.8 (26.5)	+ 2.0 (28.8)	+ 3.8 (31.9)
-1%	+ 0.0 (23.8)	▲ 0.8 (25.0)	▲ 1.9 (24.9)	▲ 3.2 (24.9)

経済成長率が上がれば金利も上昇

<前提>	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
名目経済成長率	4.4%	3.0%	3.0%	3.0%
金利	1.1%	1.2%	1.3%	1.3%

新型コロナで露呈した医療体制の弱点

- 感染疑いの人がいきなり診療所に受診
 - 肺炎症状がある人が救急車でたらい回し
 - 軽症入院患者が病床を占め、重症の新規患者が入院できない
-
- ◆ 医療提供体制の非効率性が厳然として存在
 - 病床機能の未分化
 - かかりつけ医制度の未定着
 - デジタル化の遅れ

地域医療構想が「医療崩壊」の引き金ではない

- 地域医療構想は、一般病床と療養病床についての病床再編であって、そこには感染症病床、結核病床、精神病床は含んでいない
- 医療機能の分化・連携が進んでいなかったことが問題
- 東京など都市部では、地域医療構想でむしろ増床・再編を求めている

参照: 土居丈朗「コロナで医療崩壊しかねない日本の医療の弱点 日本の入院日数はOECD平均よりなぜ長いのか」, 東洋経済オンライン
<https://j.mp/TYK200406>

加えて

- かかりつけ医制度のさらなる整備も必要

参照: 土居丈朗「新型肺炎予防で露呈した日本の医療の『盲点』『かかりつけ医』制度の未整備があだになった」, 東洋経済オンライン
<https://j.mp/TYK200224>

地域医療構想の内容

(地域医療ビジョン)

1. 2025年の医療需要

入院・外来別・疾患別患者数等

2. 2025年に目指すべき医療提供体制

二次医療圏等(在宅医療・地域包括ケアについては市町村)ごとの医療機能別の必要量

3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

例) **医療機能の分化・連携**を進めるための施設設備、**医療従事者の確保・養成**等

※ なお、地域医療構想の内容については、病床機能報告制度により報告された情報を分析して、各医療機能の客観的な定義が検討されるようになることと併せて、将来的に見直すとともに、各項目がより精緻に定められていくようになると考えられる。

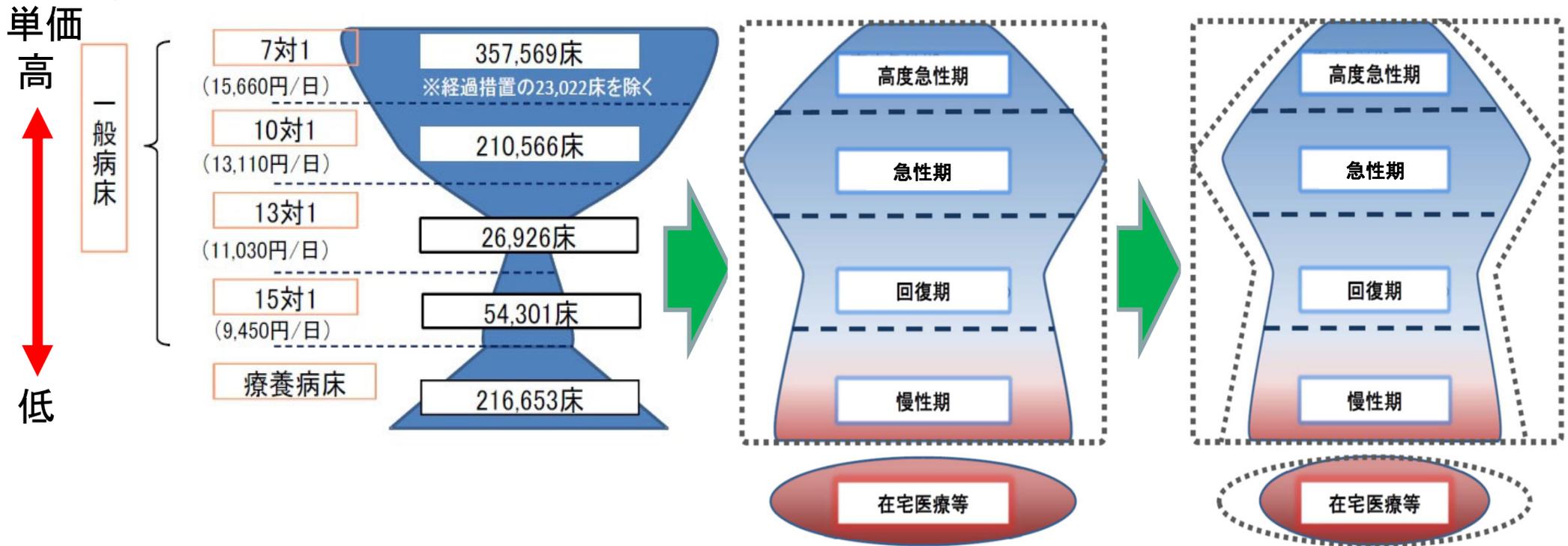
<参考> 地域医療構想のイメージ

現在の医療提供体制(2012年)

- 7対1病院が過剰
- ⇒ 看護師不足(取り合い)
- ⇒ 慢性期、リハビリ等の受皿病院が不足
- ⇒ 高コスト

あるべき病床数
等を踏まえた
医療提供体制

地域差の分析・反映を踏まえた全国標準的な「目指すべき医療提供体制」



出典: 土居丈朗『入門財政学』日本評論社

※「在宅医療等」とは、居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、医療提供施設以外の場所における医療をさす

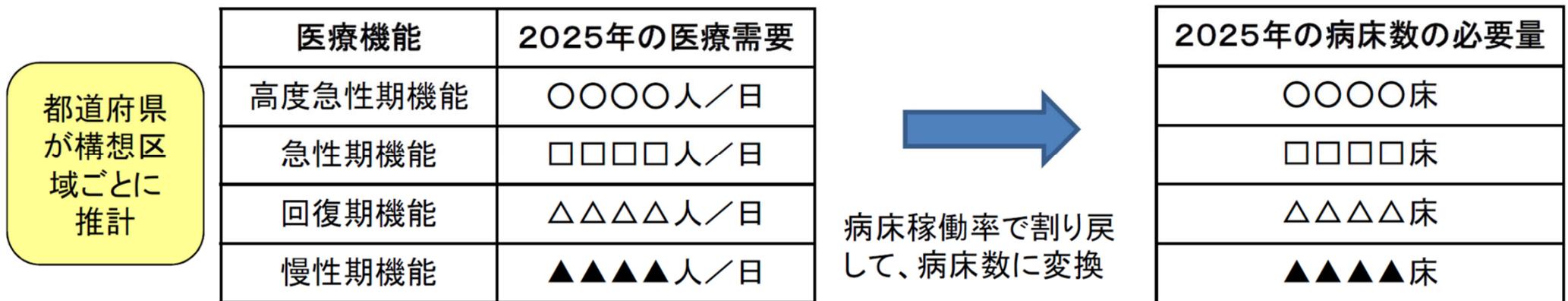
病床機能報告制度

◆ 医療機能の名称及び内容

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

<参考>2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療実態を勘案できるよう、医療のデジタルデータ(匿名化・暗号化して個人情報保護)も用いてを分析
- 構想区域間(県内、県外とも)の患者の流出入を明示的に考慮する
- 医療需要に基づき、必要病床数を推計



出典:厚生労働省医政局地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会
「2025年の医療需要と各医療機能の必要量の推計方法」

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果

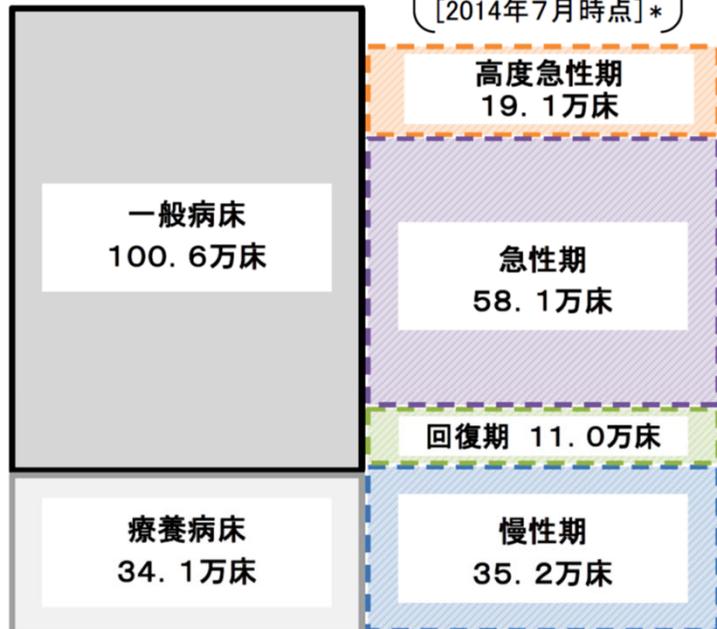
(全国ベースの積上げ)

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

「第3波」に直面して「医療崩壊」

- 診療報酬上の対応(大幅引上げ)は十分 なのに...
- 国民の感染予防意識の低下
- (緊急時に)病床に対する知事の権限が弱い
- (相対的に多い)民間病院の協力は任意(法的根拠がない)・・・予定手術に専念していて新型コロナ対応ができない病院がある
- 患者の「奪い合い」・・・コロナ後の病院経営を考えると新型コロナ対応には回れない
- 医療従事者の「奪い合い」・・・新型コロナ対応で一度離れた従事者が、コロナ後に復職しない恐れ
- 無症状者・軽症者用の宿泊療養施設が、観光客で埋まり使えない

医療・介護のデジタルデータ

- 医療・介護情報の活用推進
 - 内閣官房社会保障制度改革推進本部
 - 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会
- 地域医療構想策定に際して、レセプトデータを活用
- 介護では・・・ 活用はこれから
 - 特に、**重度化予防のエビデンス**は不十分
- マイナンバー(社会保障・税番号)との連携不可欠

カギはデジタルデータと地域差

- デジタルデータ(電子化されたレセプトデータ)に基づき客観的に分析された医療や介護の需要を踏まえて、地域毎のあるべき医療・介護提供体制を模索
 - **ベストプラクティス(好事例)の実践**
 - 例えば入院受療率などについて、地域差の分析を踏まえて認められる不合理的な差異をさらに解消
 - 診療、介護サービスの標準化が不可欠

マイナンバーカードの健康保険証利用



① マイナンバーカードをカードリーダーにかざす

医療機関や薬局の受付で、マイナンバーカードをカードリーダーにかざします。カードの顔写真を機器、又は職員が目視で確認します。

※機器を使う場合、顔写真は保存されません。

② オンラインであなたの医療保険資格を確認!

マイナンバーカードのICチップにある電子証明書により医療保険の資格をオンラインで確認します。

出典:厚生労働省「2021年3月からマイナンバーカードが健康保険証として利用できるようになります!」

マイナンバーカードの健康保険証利用

2019年10月	「医療情報化支援基金」設置、医療機関等におけるシステムの検討を継続
2020年8月	詳細な仕様の確定、各ベンダのソフト開発を受け、医療機関等におけるシステム整備開始
2021年3月末	健康保険証利用の本格運用 医療機関等の6割程度での導入を目指す
2021年10月	マイナポータルでの薬剤情報の閲覧開始
2022年3月末	2022年診療報酬改定に伴うシステム改修時に医療機関等の9割程度での導入を目指す
2023年3月末	概ね全ての医療機関等での導入を目指す

2021年3月(予定)から
マイナンバーカードが健康保険証として利用できるようになります!

氏名 マイナ
 住所 □□市△△町◇丁目○番地▽▽号
 性別 女
 生年月日 5月24日生 2025年5月24日まで有効
 〇〇市長
 みほん
 01234567890123456 1234

〇〇〇〇
 被保険者証
 記号 番号
 氏名 マイナ

マイナンバーPRキャラクター
 マイナちゃん

公的個人認証サービスPRキャラクター
 マイキーくん

内閣府 総務省 厚生労働省

かかりつけ医制度の未定着

- **かかりつけ医制度のさらなる整備も必要**

参照: 土居丈朗「新型肺炎予防で露呈した日本の医療の『盲点』『かかりつけ医』制度の未整備があだになった」, 東洋経済オンライン

<https://j.mp/TYK200224>

- **国際的に、「かかりつけ医」とは、総合診療医 (GP: General Practitioner) あるいは家庭医**
- **欧州諸国では、かかりつけ医制度が整備されている国が多い。イギリスやデンマークなど、患者がかかりつけ医を登録する制度(変更可能)にしている国もある**
- **プライマリケアやゲートキーパー機能を担う**
身近にあって普段から何でも相談に応じてくれる総合的な医療

かかりつけ医の定義の混乱

- 2013年に日本医師会と四病院団体協議会が提示した「かかりつけ医」
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師
- 専門医制度における「総合診療専門医」(2018年度～)
主に地域を支える診療所や病院において、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康にかかわるその他の職種等と連携し、地域の医療、介護、保健など様々な分野でリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供する医師
- 総合診療専門医となった医師だけがかかりつけ医機能を担えるようにするわけではない

かかりつけ医制度定着に向けて

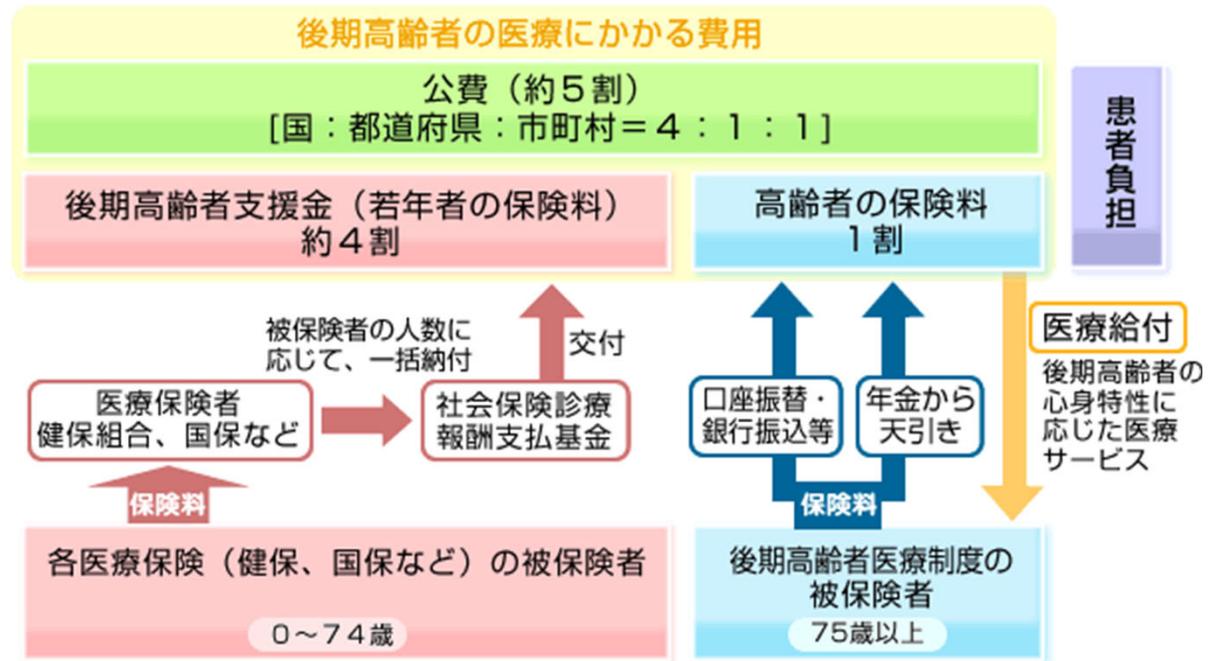
- かかりつけ医の登録制(変更可能)の導入を
いきなり大病院の外来に駆け込まない
オンライン診療の定着も合わせて
 - かかりつけ医の登録患者数に応じた人頭払い(包括
払い化・出来高払いの縮小)
 - かかりつけ医以外の外来受診に対する定額負担導入
 - かかりつけ医の定義の統一と医師の養成
- 患者と医師の双方が制度定着に向けて協力を

税収確保なくして医療の持続可能性なし

- 医療を持続可能にするには税財源（公費負担）の確保は重要
- 制度を整えれば自ずと財源が確保されるかのような錯覚は禁物
- 1人（世帯）当たり租税負担・社会保険料負担を大きく増やせないと、人口減少に伴い財源不足に
- 人口減少で、消費税や所得税で「税の自然増収」が得られにくくなる恐れ
- 人口減少による財源不足を補うには、高齢世代の負担増をどう図るかがカギ

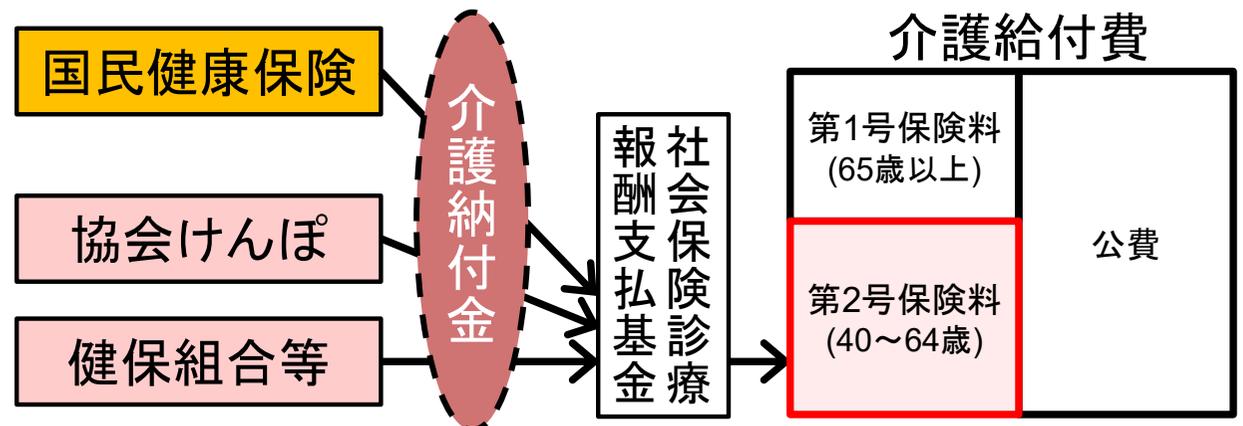
高齢者の給付を支えるが 負担増に歯止めをかける仕組みがない

後期高齢者医療制度



負担する被用者保険
や国保側が、給付を
コントロールできない

介護納付金制度



医療のための税財源の可能性

最初の対象として、

- 後期高齢者医療制度への公費部分の財源を、**給付の増加と連動**して増税財源を充当
- 75歳以上人口と1人当たり医療費の動向を踏まえて、数年先まで確度高く予見可能

➤ 対象税目

- 消費税、*砂糖税*、*肥満税*、*デジタル課税*、
仕向地主義炭素税 斜字は、税の新設が必要

※世代間格差是正の観点から、高齢者も負担する税であることが重要

砂糖税・肥満税・たばこ税

- 砂糖税 (sugary drink tax, soda tax) 日本には1901～1988年度に「砂糖消費税」が存在
- WHOが導入提言 (2016年)
“Fiscal policies for diet and the prevention of noncommunicable diseases”
- フランス、メキシコ、コロンビア、ポルトガル、イギリス、タイ、フィリピン、米バークレー市、米フィラデルフィア市等で導入。
- 肥満税
- ルーマニア、ハンガリーで導入。デンマークは2011～2012年の1年間で廃止。

デジタル課税の3つの焦点(1)

- 巨大ネット企業の狙い撃ち課税？ ではない
- デジタルビジネスと伝統的ビジネスモデルの企業とのイコールフットィングの確保
- 国際的な租税回避の焦点
 - 価値の評価、課税標準、税率
- 無形資産(特許権、商標権、データなど)
 - 価値の評価が容易でない
 - 無形資産からの収益を課税対象としてない国がある
 - 低税率国がある
 - ✓ それでいて、無形資産に独占力があるから高収益

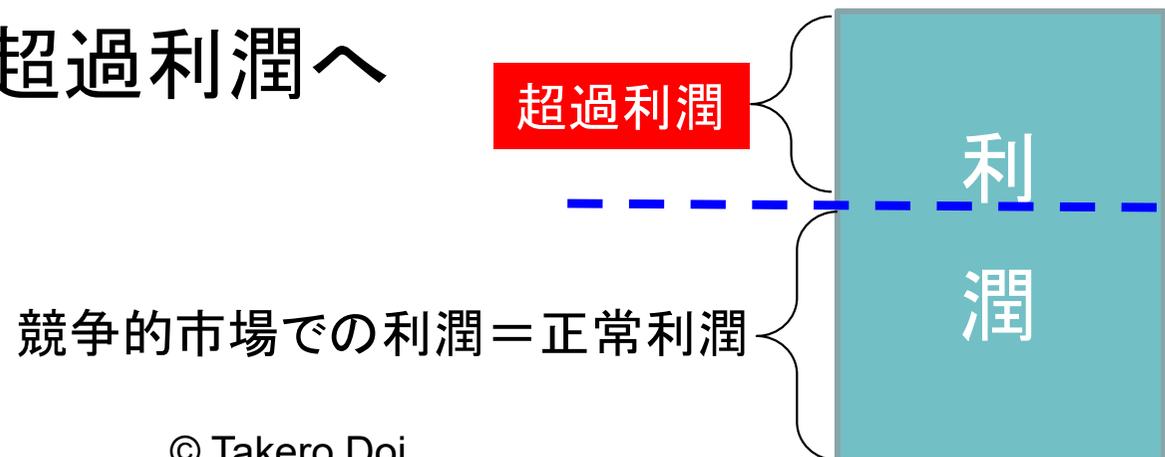
デジタル課税の3つの焦点(2)

■ 源泉地主義課税でよいか。仕向地主義の台頭

- 消費地(仕向地)が収益計上地(源泉地)でない
- 無形資産からの収益は、消費地(仕向地)で生み出されている

■ 独占利潤(超過収益)への課税

- 超過収益 = 正常利潤を超過した利潤
- 無形資産からの収益 = 合法的に独占
- デジタル課税で超過利潤への課税を模索



OECD・G20での議論

【第1の柱】
国際課税原則の見直し

【第2の柱】
軽課税国への利益移転
への対抗

市場国に対し適切に課税所得を配分するためのルール

市場国への新たな課税権の配分(利益A)

- 多国籍企業の市場国に対し、恒久的施設(PE)の有無にかかわらず新たな課税権を配分
- 対象は自動化されたデジタルサービス(ADS: Automated Digital Service、ユーザーに対し最低限の人的関与により電子的に提供されるサービス)と消費者向けビジネス(CFB: Consumer Facing Business)
- 超過利潤(みなし通常利益率を超える利益)に課税

市場国での販売活動等に係る移転価格ルールの定式化(利益B)

- 市場国で行われた基礎的販売・マーケティング活動について、独立企業原則(ALP: arm's length principle)に基づき一定の課税権を市場国に保証(多国籍企業グループ内部の国際取引では、その取引価格について、独立した企業同士であれば成立したであろう通常の価格で取引が行われたとみなして各グループ企業の所得を計算するルールを、基礎的販売・マーケティング活動にも適用)

租税条約(できればマルチ)の批准・発効が必要

最低税率による課税

所得合算ルール・ 軽課税支払いルール

外国子会社の所得に対して、所在地国で最低税率を課されていない場合は親会社で合算課税(米国GILTIに類似)

租税条約の特典否認 ルール

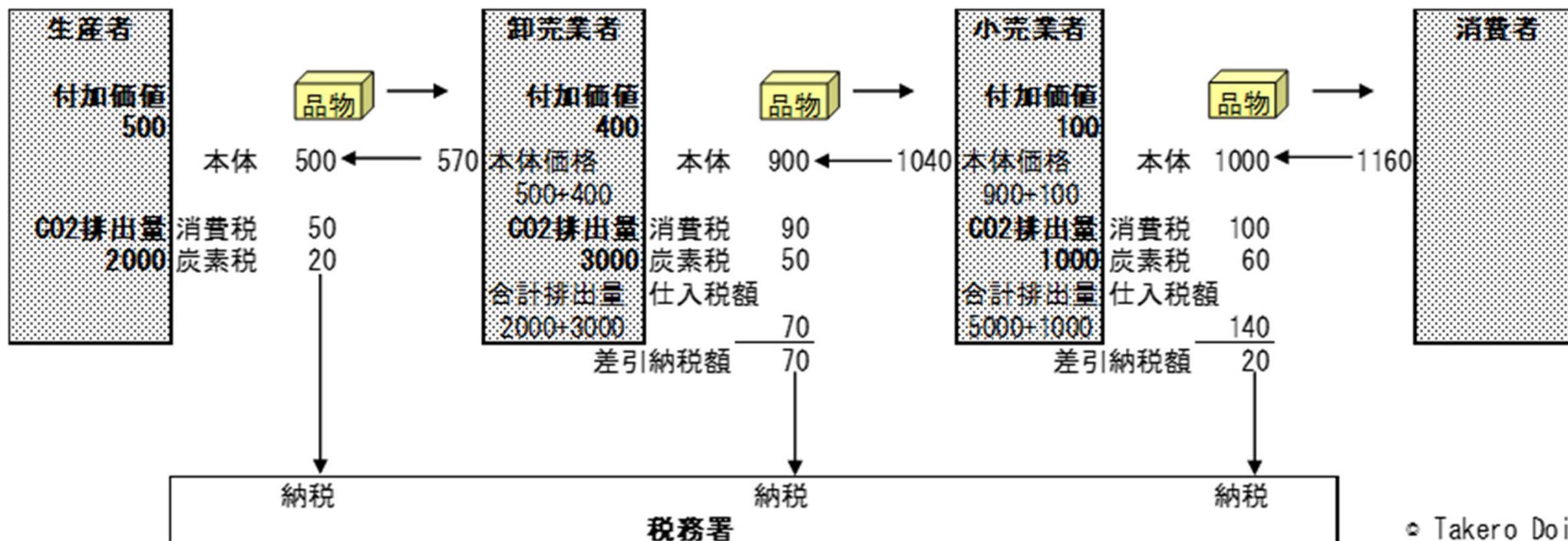
国外関連者への支払いが、当該関連者の居住地国で最低実効税率が課されていない場合、源泉地国で損金算入否認(米国BEATに類似)

国内法の改正で対応可

仕向地主義炭素税(1)

- 炭素税に仕入税額控除を認める
- 現行の温暖化対策税には仕入税額控除がない

税率10%の付加価値税とCO2排出量100に対して1の炭素税の場合



© Takero Doi

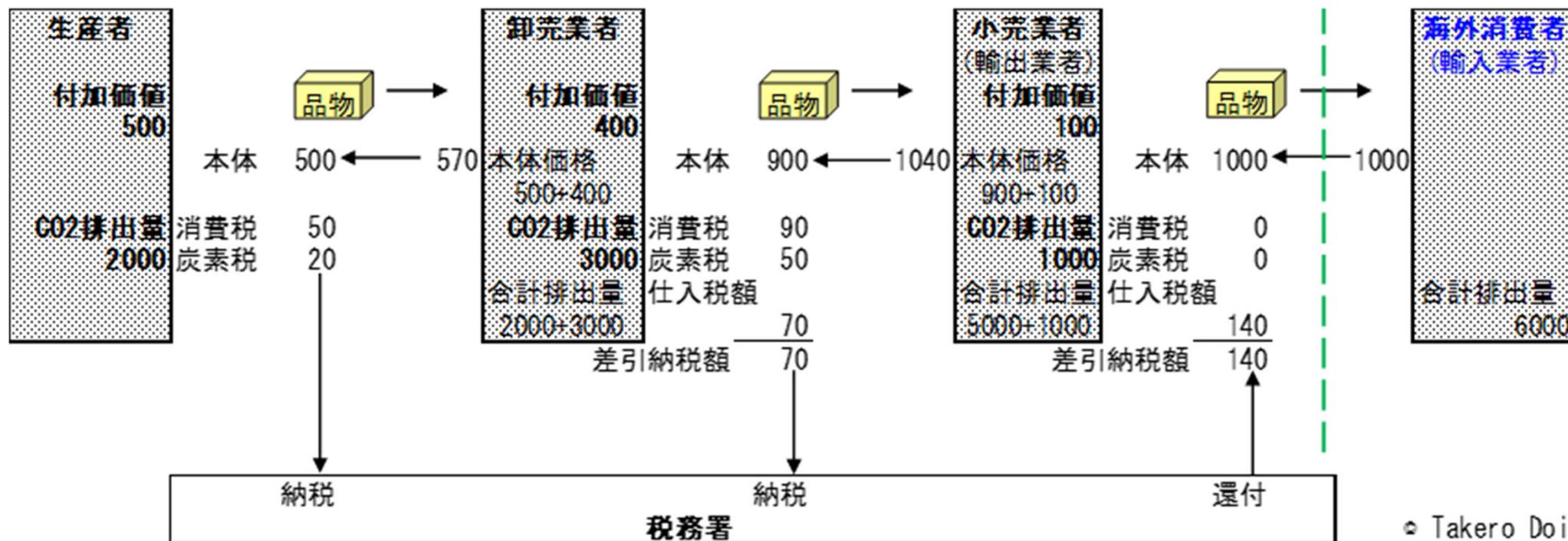
出典: 土居丈朗「仕向地主義炭素税・試案(1)」

<https://www.tkfd.or.jp/research/detail.php?id=2859>

仕向地主義炭素税(2)

- 仕入税額控除付き炭素税は輸出免税
- 国際競争力を削がない。間接税だから国境調整可

税率10%の付加価値税とCO2排出量100に対して1の炭素税の場合



© Takero Doi

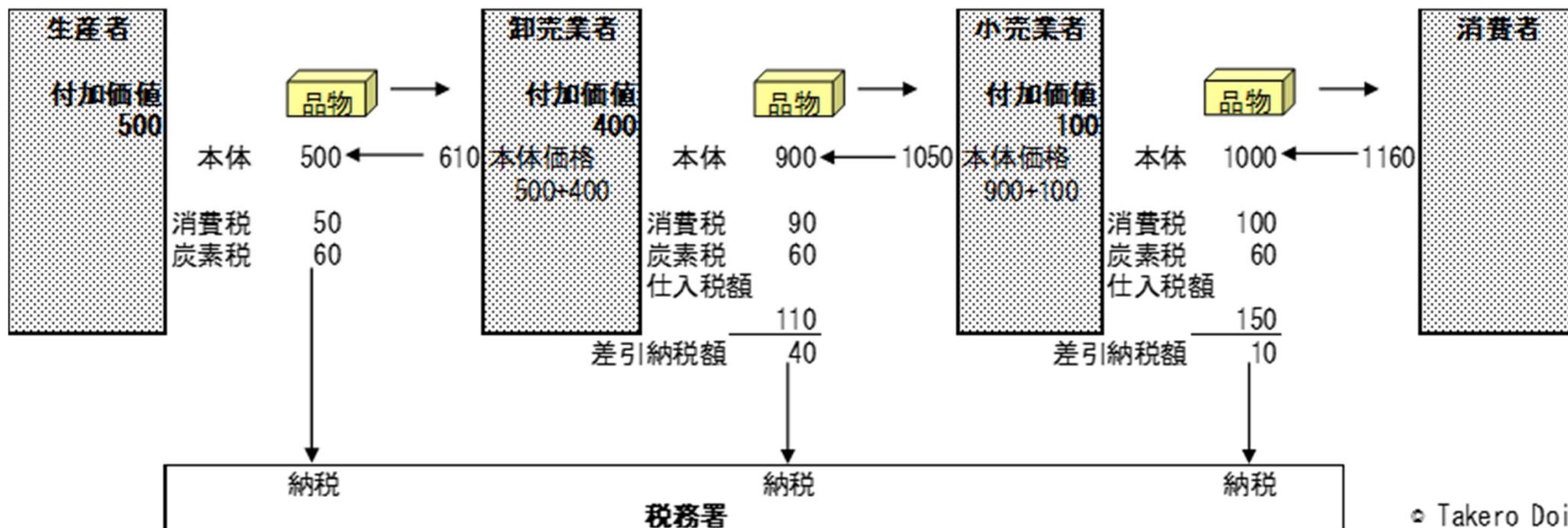
出典: 土居丈朗「仕向地主義炭素税・試案(1)」

<https://www.tkfd.or.jp/research/detail.php?id=2859>

仕向地主義炭素税(3)

- 上流のみの仕向地主義炭素税も可

税率10%の付加価値税と生産者にのみ60だけ課す炭素税の場合



© Takero Doi

出典: 土居丈朗「仕向地主義炭素税・試案(3)」

<https://www.tkfd.or.jp/research/detail.php?id=2876>

どの税を国民に課すか

- ◆ インフレになれば、国債の実質的な返済負担が減る
＝「インフレ税」
- ◆ インフレになると、誰かが損して誰かが得するものの、事前に予測不能＝インフレ税は、誰がいつどれだけ負担するかを事前に決められない
- ◆ 租税法律主義は、財政民主主義の基本。事前に議会で誰がどれだけ負担するか決められないのは、租税法律主義に反する
- 所得課税は垂直的公平性を実現できるが、効率性を阻害する（租税原則の中立の原則を満たしにくい）税
- **消費課税**は効率性（経済成長をより阻害しない）をより実現できるが、垂直的公平性は実現しにくい税
- 消費課税と所得課税のバランスが重要
- **コロナ後の税財源論議で、悪税を台頭させない**

格差拡大を是正できないと資産課税

- 低所得層を中心に、消費税減税・廃止の声

→ しかし、それは低所得層のためにならない

東京財団政策研究所「緊急共同論考—社会保障を危うくさせる消費税減税に反対」

<https://www.tkfd.or.jp/research/detail.php?id=3444>

- 消費減税をしても格差拡大は続く。すると、資産課税の声があがるかも
- 資産課税を防ぐには、格差拡大につながる拡張的財政金融政策には、一定の規律が必要

拙稿「拡張的財政続けば資産課税の恐れ」、『日経ヴェリタス』
2020年7月26日号掲載 <https://j.mp/NV2007> で無料閲覧可

財政健全化の防衛線

- コロナ感染の収束が見極められない中、今後の財政健全化目標を再設定するのは難しい
- **コロナ収束後の財政健全化に向けた最低限の財政規律**
 - 消費減税をしない
 - 基礎的財政収支黒字化を否定しない
- コロナ対策の国債償還のための特別会計設置は、国債発行額が確定してから。それ以前は時期尚早。なぜなら、特別会計でなら無制限の国債増発を誘発