

公 開 講 演 会

2025 年 2 月 13 日（木）15：00～17：00

於 九段会館テラス コンファレンス&バンケット、オンライン併用開催

全世代型社会保障の時代における 社会保障改革の動向

菊池 馨実 氏

（早稲田大学理事・法学学術院 教授）

皆さん、こんにちは。ただいまご紹介にあずかりました早稲田大学の菊池です。どうぞよろしくお願いいたします。本日、私に課せられたテーマは全世代型社会保障という大きなテーマです。現在、社会保障に関わる社会保障審議会の様々な部会に所属しておりまして、最近の社会保障制度改革に何らかの形で関わらせていただいておりますので、そういった観点からお話をさせていただければと思っています。

本日のテーマにつきましては、まず社会保障全体のお話をした後、子ども・子育て、年金、医療、介護、そして地域共生社会が最近の政策理念になっておりますので、この地域共生社会に対する私なりの考えをお伝えできればと思っています。

【全世代型社会保障の動向】

まず、全世代型社会保障が今の政策テーマになっています。しかし、

これは今になって言い始めたわけではなく、2010年代以来、もう15年来の政策動向の延長線上にあるということです。2013年に民主党政権から自公政権にかけての社会保障制度改革国民会議の報告書が今につながる考え方、すなわち給付は高齢世代中心、負担は現役世代中心という構造を見直し、全世代型の社会保障に転換することを目指すということを謳っております。それ以降、さまざまな会議体が設けられ、2021年、岸田政権のもとで全世代型社会保障構築会議が設けられ、これが今でも続いているということです。2022年12月にこの構築会議の報告書が出されて、この報告書に沿って、今の社会保障制度改革が進んでいるということになります。ちなみに、この2013年の国民会議、そして現在の構築会議、いずれも慶應義塾の元塾長であられる清家篤先生がまとめ役を務められておられるということも継続性を表していると思います。

今の全世代型社会保障構築会議の報告書によると4つの改革の柱を立てています。こども・子育て支援の充実、これが2024年こども・子育て支援法等の改正につながっています。2つ目が、働き方に中立的な社会保障制度等の構築、これが今年、国会上程の準備がなされている年金制度改革につながっています。3つ目は、医療・介護制度の改革。これは第1弾として2023年に医療保険制度改革が行われています。さらに2024年末、高額療養費、医師格差是正というピンポイントで改正の案が出されました。さらに今、2026年の介護保険法改正に向けた議論に入ったところです。4つ目が「地域共生社会」の実現ということで、2024年の生活困窮者自立支援法、生活保護法等の改正がなされました。さらに今、2026年の社会福祉法改正に向けて議論をしているところです。同時に民法改正が予定されており、成年後見制度がかなり大きく変わります。それとセットで改正される予定です。

次に各分野について、かいつまんでどういう方向で、どういう考え方のもとに改正が行われているのかということをお伝えしたいと思い

ます。

【こども・子育て支援】

まず、こども・子育てに関してです。2008 年を境に、日本の人口は減少局面に入っています。人口推計によれば、2070 年には 8,700 万人と、今の人口の約 3 分の 2 になると予想されています。この人口減少には 2 つの側面があって、一つは少子化です。少子化の物差しは、合計特殊出生率、一人の女性が一生涯の間に産む子供の数ですけれども、約 2.07 なければ人口は維持できないと言われていますが、2020 年で 1.33 と、はるかに 2 を下回った状況が長期にわたって続いています。高齢化の物差しは、いわゆる高齢化率ですね。65 歳以上人口が占める割合です。高齢化率が高まっていて、いま既に 29% 余りですが、2070 年には 39% 近くになり、5 人に 2 人が 65 歳以上となることが予想されています。高齢化には 2 つの局面があって、第 1 の局面は 65 歳以上の人の数が増えるという局面です。これが 90 年代以降、最近に至るまでですね。第 2 の局面は、今後、もう高齢者の数自体はそれほど変わらない。減るのは現役世代です。現役世代の数が急速に減っていくという、これが大問題なわけです。7,500 万人いるのが 2070 年には 4,500 万人になると 4 割方減るということですね。これはもう社会保障だけの問題ではなくて、日本社会をこれからどうやって維持していくのかという社会全体のテーマであるわけです。そうした中で少子化対策が言われるようになっていきます。

1990 年に 1.57 ショックというのがありました。これは 1966 年、いわゆる丙午ですね。丙午に生まれた女性は云々という迷信があって、それまで出生率は 2.1 いくつあったのが、1966 年に 1.58 まで下がったわけです。また次の年から 2.2 ぐらいに上がったのですね。1990 年に 1.58 だったその最低記録を塗り替えて 1.57 になったということで、1.57 ショックと言われたわけです。そこで、この少子化対策が重要政

策課題になった。政府がさまざまな政策を打っていったという経緯になります。民主党政権のときに、2012 年こども・子育て支援法という法律ができて、さらに充実を図りました。大きく分けて保育対策、そして雇用対策の両面から進めてきています。待機児童対策ということが随分言われましたが、ここ 2、3 年ぱたつと言われなくなりました。保育所は一部を除いてほぼ量的には充足しているわけです。むしろ定員割れの保育所をどう支えていくかというのが重要課題になってくるわけです。このことは、5 年先には全く状況が変わっている可能性があるということを示唆しています。今大騒ぎしていても、5 年後にどうなっているのかというのは、必ずしも見通せない。日本では何か新しいことをやると大騒ぎして拒否的な傾向を示しますけれども、マイナンバーカードも、マイナ保険証もそうですけれども、私は 5 年後には皆さんすぐ便利なものとして当然のように使っていると思います。それはさておき、少子化に対しては、いろいろ対策を打っていますが、2023 年の合計特殊出生率が 1.2 まで下がったと。2024 年上半期の出生数が 33 万人で同年には 70 万人を切るだろうと言われていていますね。もう喫緊の課題であるということです。

ただし、少子化対策と政府は言いますが、産み育てることについて国が関与することがあってはならない。戦時中の産めよ育てよと言われた、その時代と変わらないものになりかねません。あくまで子供が欲しい。しかしいろいろな制約があって産み育てられないという、そういう世帯に対する支援、こども・子育て支援という形での対策ということになります。2023 年の医療保険制度改革の中で、実はこども・子育て支援の拡充が一部先行して入っています。出産育児一時金の支給額 42 万円から 50 万円への引き上げをしました。そして、産前産後期間の国民健康保険料、これは自営業者あるいは勤め人でない人たちの加入する医療保険の保険料を産前産後期間に相当する間免除する、健康保険はもう既に免除されていますが、国保の方も免除する

という仕組みを導入しています。その上で、この後お話しするように、さまざまなこども・子育て支援の充実策を打っていく。ただ、財源が必要です。3.6 兆円の財源を確保する必要があるということで、いろいろ節約や工夫をするけれども、それでも足りない 1 兆円については、こども・子育て支援金という新たな支援金制度を設けるということに決めたわけです。2024 年の 6 月、国会でこども・子育て支援法等の一部を改正する法律が可決成立したということになります。

その大元をつくった考え方、こども未来戦略方針と言いますが、その基本的な考え方としては、2030 年までがラストチャンスだと。それまでにある程度歯止めをかけないと、さらに人口が減少していく。若い世代が結婚、子育ての将来展望を描けない、子育てしづらい社会環境や子育てと両立しにくい職場環境がある。子育ての経済的、精神的負担感や子育て世代の不公平感が存在する。こういった課題に対して、若い世代の所得を増やす、社会全体の構造意識を変える、全てのこども・子育て世帯を切れ目なく支援するという理念のもとに方針を立てたということになります。この法案も非常に盛りだくさんですが、法律のポイントは給付の拡充です。支援金だけに目が向いて、一体どういうメリットがあるのかきちんと伝えられていないと思いますが、1 つ目は、ライフステージを通じた経済的支援の強化ということで、児童手当、これは既にある制度ですが、これを拡充する。高額所得者には、今、所得制限があるのでこれを撤廃する。要するに子どもに対する支援ということで所得制限を撤廃する。今、中学生までのところを高校生まで延長する。それから第 3 子以降を倍増させ、月々 3 万円、そして支給回数を年 4 回から 6 回にするということです。それから、妊婦のための支援給付で、妊娠した段階から経済的支援を行う。2 回に分けて、5 万円、5 万円で 10 万円相当の経済的支援を行う。それから、2 つ目は、すべてのこども・子育て世帯への支援の拡充ということで、ただお金を支給するだけではない、妊婦さんの不安、悩みに対

して、妊婦等包括相談支援事業を設けて、そういった不安や悩みに応える相談の事業を設ける。相談支援については後で詳しく述べます。そして、乳児等のための支援給付、すなわちこども誰でも通園制度。これは両親が働いていなくてもその保育所を一定程度使えるようにするものです。それから共働き・共育ての推進ということで、出生後休業支援給付。これは、育休中に賃金が一定程度減額されても、この給付で手取りが減らないようにする。そして、育児時短就業給付。時短勤務だとやはり賃金が減るけれども、そこに上乗せをする給付を設ける。これらはいずれも雇用保険の給付です。そして、育児期間中の国民年金保険料免除措置を創設する。産前産後期間は既に免除されているので、育休中も免除するとかかなり手厚くなります。その財源の一部として、新たな支援金制度を活用するということにしたわけです。さらに、お金の取り方、出し方を見える化するということで、そのための特別会計を設けます。

こども・子育て支援金制度は、注目されて、いろいろ批判もされたところです。以前、小泉進次郎さんがこども保険という提案をされたことがありました。こども・子育てのための保険という発想というのはあり得るのですね。ただ、保険というのは拠出に対する給付という、対価性ではなくて、牽連性という言い方を法的にはしますが、そうした性格をもつので、こども保険をつくると、保険料を払った人がもらえる可能性がなければいけないわけです。そのため、やはり保険というスキームはなかなか使いづらいということで、ある種の拠出金という発想で、私も拠出金制度を設けるべきだという主張をしていたので、今回の支援金制度はスキームとしては賛成したところです。

今回、75歳以上の後期高齢者の方も支援金という形で保険料を払います。ただ、社会保険というのは、これも後で述べますが、連帯が理念だと言われますが、従来型の連帯の理念では説明できない部分があります。新しい連帯の考え方を受け入れられるかどうかというのが、

この制度が定着するかどうかの鍵になると思っています。先ほど述べたように保険料という名目ではあるのですが、保険料を拠出して、それに対して拠出した人が給付をもらえるという、そういった仕組みを超えた、いわば財政調整の仕組みです。法律的に言うと、憲法 84 条で租税法律主義というのがあって、これをどう乗り越えるかという論点の実はあるのですが、租税法律主義というのは、要するにどこまできちんと法律で定めておくかということです。名目上保険料とは言え、それは実質的に税なのか、そうではないのかということで、84 条が直接適用されるのかどうかが決まってくるということですが、ここではこれ以上踏み込まないことにします。

もう一つの問題として、医療保険という目的の中で、何でも取れるのかという議論があって、防衛費も、医療保険料に上乗せして取れるのかという議論もありました。さすがにそれは認められないでしょう。なぜかという、やはり医療保険には制度目的があって、それと整合的な支援金との関連性がなければ、やはり認められないということになるのだらうという論点があります。ここで、実効性のある少子化対策の推進は、高齢化を含む全ての国民、企業を含む経済全体にとって極めて重要な受益がある。全てのこども・子育て世帯を切れ目なく支援するための仕組みだと。支援金は、少子化対策に受益を有する全世界帯、全経済主体が子育て世帯を支える新しい分かち合い・連帯の仕組みだと説明されています。今までの連帯の仕組みというのは、まさに高齢者中心型の医療、介護、年金で、順繰りにいつかは自分も歳を取る。するとその恩恵を受けることになる。だから順繰りに支えていくという、そういう連帯として考えられてきた。これに対し新しい分かち合い、連帯というのは、お年を召された方にとっては、自分はもう関係ないと。なぜ自分がこども・子育て世帯のために支援しなければいけないのかというのは、今までの連帯では説明できないわけで、そうではなくて、やはり支え合いという仕組み、政府の説明によれば、

国民が、社会を確実に持続可能なものにしていくための仕組みなのだというので、社会的に受け入れられるかどうかだと思います。それで、先ほど医療保険の目的と、やはり給付が全く関係ないのはちょっとおかしい、さすがに防衛費は取れないと述べたこととの関係で言えば、いろいろな給付がある中で、例えば妊婦さんのための給付であれば、母子保健や疾病予防といったものは医療保険の枠組みの中に入るので、経済的に不安なく子育てに専念してもらうことで、精神的な不安要素とか、そういうのがないところで子育てをしてもらおうという説明がつかないわけではないと思っています。ただ、高校生の児童手当をそれと同様に理屈付けできるかというのは、ちょっと厳しいかもしれないと私は個人的には思っているところであります。

保険料という名目で徴収する支援金ということでいろいろ指摘を受けましたが、実はこれまでもさまざまな同様の仕組みがあります。介護保険の保険料も医療保険に上乗せして徴収されています。医療保険ではない介護保険という別制度のために徴収されています。児童手当には、勤め人の方の児童手当の費用の一部として、企業も拠出しており、日本年金機構が徴収しています。後期高齢者支援金という 75 歳以上の後期高齢者医療制度の医療費のために、現役世代は保険料を徴収されています。先ほどご紹介した 2023 年の医療保険制度改正で、出産育児一時金、すなわち子供が産まれたときに 50 万円支給するという給付のための財源として、75 歳以上の後期高齢者医療制度の加入者も保険料を拠出しています。ただ、その限界の問題はあり、先ほど述べたように、高校生の児童手当まで医療保険料で出せるのかという問題は、厳密に言うとないわけではないかもしれません。

【年金改革】

次に、年金についてです。2022 年の末に、全世代型社会保障構築会議の報告書を基盤として、社会保障審議会年金部会が立ち上がり、2 年

ちょっとで 24 回にわたって議論しました。年金というのは超長期の制度、仕組みなので、定期的に財政状況をチェックする必要があります。5 年ごとに健康診断をするわけです。2024 年がその時期にあたり、財政検証を行いました。一つの目安として、所得代替率、すなわち現役時代の平均賃金の 50%にあたる公的年金水準を確保しようというのが目標になっています。法律の附則にも書いてあります。50%を下回ることが見込まれる場合は、それを確保できるように制度改正をすることになっていますが、今回は比較的、明るい見通しというか、過去 30 年の実質経済成長率、マイナス 0.1%ですが、これが今後ずっと続くとしても、50%確保できるという見通しなので、まずひと安心したというところがありました。ただ、よく見ると、前提となる人口推計で今の外国人割合は 2.2%のところ、2070 年には 1 割を超えるという、そういう推計に立っています。半数近くが日本生まれでない方の、あるいはその 2 世とか、そういう自治体が生まれるかもしれません。そういう時代になっていますので、移民政策、外国人政策をどう考えていくかというのも、今後の我が国にとっては重要な政策マターになっていくということです。いずれにせよ、所得代替率が確保できそうだとということで、基礎年金の拠出期間、国民年金保険料の拠出期間を、現在の 40 年から 45 年へと 5 年延ばすことで、基礎年金の額を引き上げるという案が当初は有力な選択肢でしたが、これが早々に選択肢から外されました。

現在の公的年金の最大の課題の一つは、この基礎年金の給付水準が将来的に下がっていく、これをどう食いとめるかです。この 45 年化は有力な選択肢だったけれど、つまり 5 年間余計に保険料を払うわけですから、その分年金も上乘せされるわけですが、これを除外してしまったということです。代わりに、マクロ経済スライドの早期終了という選択肢を実施することにしたのですが、これがどうなるか、今微妙な状況にあるということでもあります。

今回の議論の特徴として、私もこれまで 2 回の制度改革を経験し、年金部会も 10 年以上所属してきましたけれども、今回は本当に幅広くさまざまな課題を議論しました。45 年化もそうです。これはまだ完全に選択肢から外したわけではないので、次回改正でまたテーマになることが考えられます。そして、今回遺族年金は男女の差をなくするという方向で大きな見直しをすることが考えられていますが、障害年金の見直しについても議論しました。さすがに本格的な改正は次回以降に先送りになりましたが、今回かなり議論しましたので、障害年金にもいろいろなテーマがあるので、次回以降の制度改革につなげてもらいたいと思っています。

そして、皆さんご承知おきの方が多いと思いますが、いわゆる国民年金第 3 号被保険者制度です。いわゆる専業主婦年金問題と言われているもので、法律上は性差がないのですが、現実には 99%女性がこの第 3 号になっています。いろいろな議論をしましたが、今回は抜本的な改革まで至りませんでした。報告書や取りまとめの中では、今後、会議体を設けて議論するという一文を入れたので、これをどうするかというのが次期改正に向けた課題になるのではないかと予想されます。

今回改正でまとめた内容が法案になり、国会を通ればかなり大きな改正になります。いろいろな論点がありましたが、簡単に大きな部分だけ触れておきますと、まず被用者保険の適用拡大です。週労働時間 20 時間から 30 時間の方については、まだ全面適用されていないのです。4 つ要件があって、20 時間以上であること。そして賃金が月額 8.8 万円以上であること。これは 106 万円の壁と言われました。そして学生が適用除外。4 つ目が企業規模要件です。これは段階的にもう下がってきていまして、2024 年 10 月から 50 人超、51 人以上の企業まで適用は広がっています。さらに法人は一人でも常用で雇っていれば適用になりますが、個人事業所については特定の 17 業種だけが適用

になっている。農林漁業や宿泊業、飲食サービス業などは適用されていない。これも適用対象にするという方向で議論されました。まとめたものとしては、2 つ目の賃金要件は廃止する。そして、4 つ目の企業要件も廃止する。そして、この非適用業種もなくすという、かなり踏み込んだ改正になります。すなわち 5 人以上雇用している個人事業所については、業種を問わず全面適用するということです。このうち 106 万円の壁は月 8.8 万円以上働いている人となっていますが、実は昨今の最低賃金の大幅な引き上げによって、12 の都府県では、もう 20 時間働くと 8.8 万円を超える計算になります。今春も大幅な賃上げが予想されますし、あと数年でほぼ全ての都道府県がこの賃金要件をクリアしてしまう。そういう見通しなので、それほど高いハードルではないということが言えます。ただ、この適用拡大、これは企業にとって相当大変ですので、いろいろな配慮、中小零細企業に対する配慮は必要ですし、順を追って時間をかけてやっていくことになるのだろーと思います。20 時間の壁、これ自体無くせという意見も少なくないですが、雇用保険については週 10 時間まで 2024 年の改正で下がりました。週 10 時間以上働いていれば雇用保険の対象になります。令和 10 年からです。ただ、私は被用者保険については難しいと思います。なぜなら、2 つあって、一つは今 8.8 万円と言っているのは、8.8 万円をもとに基礎年金保険料、1 階部分の基礎年金の保険料分を負担するという計算になっています。だいたい基礎年金分の保険料を払って 2 階建ての年金ももらえるというのが今の仕組みですが、これをさらにずっと下げていくと、基礎年金分の保険料も払っていないのに、満額の基礎年金と 2 階部分の厚生年金ももらえるという、そういう公平性の問題が出てきます。もう一つは、被用者保険というのは厚生年金と健康保険がセットになっているので、健康保険の方は、保険者の反発が大きいです。例えば、皆さんの中でも健康保険組合加入の方がいらっしゃると思います。非正規の人に大量に働いてもらっていて、正規社

員が3分の1で、残りが10時間から20時間ぐらいの週末だけ働くという人が3分の2ぐらいいるという事業主が実際にいます。そうすると、その3分の2の人全員に健康保険を適用するのですかという話になります。そうすると同じ健康保険組合の組合員の中で3分の1の非正規職員と3分の2の10時間から20時間の非正規の方が同じ医療保険の仕組みでカバーされる。そうした従業員構成の事業体で、組合としての連帯感が一つの保険者として成り立ちますかという問題、これは難しいと思います。それから、非適用業種でも5人未満の個人事業者はまだ適用除外で残されますが、これはなかなかハードルが高いですね。加えて、いわゆる自営的就業者にも適用すべきという意見もありますが、「適用事業所で使用される者」という、法律上の仕組みの限界があります。被用者保険としての限界があるので、ギグワーカー、クラウドワーカーといわれるような人達を含め、すべて被用者保険に組み込むのは今の仕組みの中では無理があります。

第3号被保険者問題を考えるに当たって、日本の社会保障制度、そして年金制度は、いわゆる専業主婦世帯をモデルとして設計されてきたのです。その仕組みが今でも基本的には残っている。それも踏まえて、遺族年金制度を今回かなり改正するのですが、1990年代は、共働き世帯といわゆる専業主婦世帯が均衡していたのに対し、その前の80年代以前は、共働き世帯が少数派でした。けれども今や専業主婦世帯430万対共働き世帯1,200万という1対3の比率です。今の日本の世帯構造を捉えて制度を組んでいく必要性を、やはり問わざるを得ないのではないかと私は思っています。

それから、在職老齢年金、要するに65歳以上で働く場合、年金の2分の1が支給停止される仕組みについて、働き方を抑制するのでやめるべきという意見があり、この基準を上げるのです。ただそれは、年金額が増えるかわりに、今保険料を払っている現役世代の保険料の負担に跳ね返っていくわけです。それは、標準報酬月額の上限見直しに

よって生み出される財源によって相殺するという考え方かと思います。厚生年金、健康保険の方は報酬の何パーセントという形で保険料を徴収されますが、健康保険は標準報酬月額 50 等級 139 万円まで対象になるのに対し、厚生年金は 32 等級 65 万円が上限となっています。これはなぜかという、年金の場合は給付と拠出が比例しているので、標準報酬月額を 139 万円まで上げると年金も 2 倍支給しなければいけなくなる。ただ高額所得者にそこまでの給付水準を確保する必要はないだろうということなのですが、この上限をもう少し上げるという話をしています。なので、決してこれは負担だけ増やす話ではなく、その分給付も増えるということですが、ここで生み出される財源と在職老齢年金の見直しに必要な財源を相殺するという、そういう考え方かと思っています。

基礎年金のマクロ経済スライドの給付調整の早期終了というのは、要するに、給付と負担をバランスさせるために、少子化がどんどん進んでいき、高齢化が進んでも、保険料率はこれ以上上げないという制度設計になっているので、調整させるためには給付水準を下げるしかないのです。それがこのマクロ経済スライドという仕組みです。日本の年金は、スライド方式といって、賃金や物価が上がったら、その分実質価値を保たせるために年金額も上げているのですが、マクロ経済スライドと言って、寿命が延びたり、働き手が少なくなったりすると、自動的にその分、例えば 3%物価が上がっても 2%で我慢してくださいと、年金をお支払いしている方に一定の我慢をしていただく、そういう仕組みです。ところが、これがうまく発動できなかった。一つはデフレ経済で、そもそも物価や賃金が上がらなかったというのが非常に大きかったです。なので、当初の予定では、2025 年までで調整が終わるはずだったのが、厚生年金、2 階部分はまもなく終わるのに対し、基礎年金は 2057 年まで続く情勢です。つまり 30 年にわたってさらに基礎年金の水準が下がり続ける。そのために厚生年金の拠出金を一部、

7 兆円分ほど活用させてもらうことで、早く国民年金、基礎年金のマクロ経済スライドを終わらせる。2036年に終わる想定で、そうすると年金財政が高止まりして安定するということです。ただ、直近では予定より年金が下がってしまう人たちがいます。もう一つは、基礎年金に2分の1国庫負担が入っているので、高止まりするということは、その分国庫負担を入れなければいけない、この国庫負担をどこから持ってくるのかという問題があります。今これに取りかかれる政治状況にはないので、すぐにはできないですね。厚生労働省はいろいろ知恵を絞っているところで、もう少し先延ばしでやるということを今考えているようではあります。この早期終了が法案に入れば今回は相当大的な改正になります。入らないで先延ばしするとすると、中くらいの改正かなという感じです。ただ、遺族年金は男女差をなくすという方向で大きく踏み込んだ改正になります。さらに子育て支援の観点から子どもがいる場合の加算も充実していくということになっています。

【医療・介護制度改革】

医療・介護分野については、2023年の医療保険制度改革で、子ども・子育て支援の拡充に関わる出産育児一時金の引き上げがなされました。それ以外には後期高齢者の方に少しご負担をお願いしますという改正、そして現役世代も高齢者医療に関わる負担につき応能負担の要素を強める改正をしました。全世代型社会保障に組み込まれた考え方として、負担能力別負担というのがあります。これまでは高齢者は軽く、現役世代は重くという負担の仕方でしたが、年齢にかかわらず負担能力別負担というのが全世代型社会保障の下での負担の考え方です。

もう一つ、高額療養費については、ご案内のように、我が国の医療保険制度、現役世代については3割負担、後期高齢者医療1割負担が原則ですが、例えば3割負担で大きな手術をして、500万円かかった。その3割は150万円ですね。他にもいろんな治療をして、それが3ヶ

月続いたとなると、450 万は相当な出費です。あまり一般に払える額ではない。でも、高額療養費制度があり、毎月一定額を超えた部分は高額療養費として支給されるので、自己負担する必要はないという、これはすばらしい制度です。今は年齢 70 歳で区分しており、それぞれ世帯の年収別に負担の上限額を定めています。かなり複雑な計算方法になっていますが、例えば住民税課税世帯で年収 370 万円以下で 70 歳未満であれば月 5 万 7600 円が上限になります。4 カ月目からは多数回該当といって 4 万 4400 円で済むということになります。それでも年間に直すと 50 万になるので、とりわけ低所得世帯にとっては決して低い負担というわけではないです。

私は慢性骨髄性白血病などの患者支援団体に少し関わっており、白血病は慢性期から急性期化して亡くなるというパターンが多かったのが、分子標的薬といういい薬ができて、それを飲み続けていれば急性期化しない。ただ、一生飲み続けなければいけない。やはり 4 万 4400 円×12 か月は決して軽くない負担なわけです。決して安い額ではないというのは重々承知していますので、特に低所得者については配慮してほしいということを社会保障審議会医療保険部会で強くお願いしました。ただ、今度は今まで 5 段階だったのが、さらに段階を細かくしていくということですが、所得の高い方は相当上限額が上がります。一方、住民税非課税、それから年収 370 万以下の世帯については比較的抑えています。ただ、患者さんによって随分状況が違うので、その点気にならないわけではなく、年金法案にも影響があるのではないかと懸念されるところです。

医師偏在対策について、一つだけお話すると、基本的に大都市部に医師が集中するのをどうやって防ぐかが課題で、そのためのさまざまな対策を講じることにしているのですが、そのことと関連して新たに保険医療機関管理者という仕組みを置く。管理者になるためには現に保険医であるとともに次の要件を求めることとする。すなわち医師は、

2 年の臨床研修終了後、保険医療機関における 3 年以上の保険医としての経験を求める。研修が終わっていきなり美容整形に行く若いドクターが結構増えているので、危機感を持っているのです。

介護については、議論が始まったところで、こちらは私も介護保険部会の部会長を拝命しているので非常に頭が痛いですが、ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービスに関する給付の在り方が論点となります。介護保険給付を受けるのに、ケアマネジャーさんにケアプランを立ててもらわなくてはならず、それは現在無料ですが、これを有料にしようという議論があります。それから、軽度者（要介護 1 や要介護 2）のサービスは既に一部保険給付から外れていますが、さらに外していくというようなことも論点として挙がっています。さらに利用者負担、2 割負担の範囲の見直しです。多床室の室料負担の見直しや、金融所得や金融資産も保険料の対象にしてはどうかなども挙がっています。今回はどうやら負担を増やし、サービスを減らす方向での議論をしなければいけない。でも、そういう議論ができる政治状況なのかという、非常に頭が痛いところです。

負担の問題ではないのですが、2025 年になって介護保険部会の下に 2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方検討会というのが立ち上がりました。私は入っていませんが、要するにこれは人口の高齢化、人口減少と関わっています。これまで全国一律で介護サービス提供をどうするかを考えてきたけれども、人口減少スピードの地域差が顕著になってきています。その中で、中山間・人口減少地域、東京を含む都市部、それ以外の地方都市など、それぞれに分けてサービス提供体制のあり方を考えていきたいと思います。最初、介護について春頃にまとめを行い、その後、他の福祉サービスも含めた課題について検討し、夏をめどに取りまとめます。高齢だけではない障害、子ども、そして困窮など、福祉全体のサービス提供体制を地域の状況に応じて考えていきます。こうした方向性が一つのこれからのポイント

になると思います。

【地域共生社会の実現】

各論の最後のパートとして地域共生社会についてです。地域共生社会は、特に福祉の分野で政策理念となっています。出発点は社会福祉基礎構造改革と言って、2000 年に介護保険ができた時点に遡ります。それまでの日本の福祉サービスは措置制度の下にあり、行政が一方的にサービス提供の可否、内容を決定するという仕組みでした。しかし、それでは住民側、利用者側に選択権もなく、サービスの量も増えていきません。そのため、契約の仕組みに変えましょうということで、介護保険制度に変わりました。その際、単にサービス提供の仕方が変わったというだけでなく、法律の考え方も変わりました。社会福祉法という法律の 1 条ですが、地域福祉という言葉が初めて法律に登場しました。そして、4 条に地域住民という言葉も登場します。地域住民が地域福祉推進の主体であり、つまり措置の客体ではない、主体なんだ、という形で、地域住民を位置づけました。ただ単に契約になったという技術的な問題ではなく、考え方を大きく変えたのです。それが出発点になっています。

塩崎元厚生労働大臣の時に、地域共生社会という言葉が登場します。地域共生社会とは、制度・分野ごとの縦割りや支え手、受け手という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が我が事として参画し、人と人、人と資源が世代・分野を超えて丸ごとつながることで、住民一人一人の暮らしと生きがい、地域を共につくっていく社会となっています。循環しているのです。すべての人の生活の基盤としての地域があって、それは誰かが一方的に支えるとか、支えられているというのではない。誰もが役割を持って、生きがいを持ちながら、お互いに支え、支えられる、そういう関係をつくっていく、そういう循環をつくっていくものとして、これからの福祉を考えていくということです。

行政が一方的に何かをするという世界ではもうないということです。福祉だけではなく、農林、環境、産業、交通といろいろありますが、地域で支えていく、という観点を持ちながら、地域共生社会をつくっていく、そういう社会モデルを立てたわけです。これは福祉だけの話ではないです。今、石破首相が言っておられる地方創生とも関係しています。さらに、福祉的なアプローチとして、困っている人に専門職がアプローチして課題解決をしていくというアプローチがあります。これは大事ですが、それだけではないです。誰かとつながること自体に意味があり、それ自体が目的だというアプローチと、うまく組み合わせていくのが、今後の新しい社会福祉のアプローチです。個人が自律的な生活を継続できるよう、本人の意向や取り巻く状況に合わせて、この2つのアプローチを組み合わせることが必要ということになります。あくまで本人中心です。実は私の考え方を入らせていただいている部分で後ほど少しお話しします。個別のいろいろな課題を抱えた人に福祉サイドからのアプローチをしていき、課題解決をしていくということでの地域づくりも大事です。困った人を支えていく被災地における支援もそれに近いかもしれません。ただし、それだけではなく、困った人に関わりをもっていくというアプローチは、誰もがそういった福祉的な心を持っているわけではなく、誰でも参加できるようなものでもないの、まちづくり・地域創生サイドからのアプローチも大切です。最初はいろいろな趣味や興味関心で人が集まってきます。それで地域を盛り上げていこう、といったところから始まるけれども、いつの間にかそこで何か困りごとを抱えている人がいるとなると、みなで気にかけてあげるところから支え合いが広がっていくという、そういう支え合いもあります。これらのアプローチを組み合わせることで地域づくりをしていく、こういうイメージで考えています。そういう観点から、最近の福祉関係の法律改正もなされています。このあたりをどう改善していくかに関して、来年の社会福祉法改正に向

けた議論をしているところです。

地域共生社会をもう少し整理していくと、その前提として、社会保障の持続可能性ということが言われます。持続可能性・サステナビリティというのは、もともとは環境保護との関係で言われてきたものですが、最近では社会保障との関係でも言われるようになっていきます。私は4つの側面から問題になると考えていて、1つ目は財源の問題です。2つ目が人口の問題、そして3つ目が社会的な基盤が弱くなっているということです。そして4つ目が市民的基盤、社会保障を支えようという人々の意識が弱くなっている。こういう幾つかの面から考える必要があると思っています。財政的には言うまでもなく、国の予算の3分の1は社会保障費ですし、国債費、地方交付税交付金を除くと、要するに、家計でいうと、可処分所得の半分以上は社会保障です。そのくらい重要になっています。先ほども申しましたように、合計特殊出生率も1.20、高齢化率29.1%で、さらに高齢化が進んでいきます。そして社会的基盤、これはある意味で財政や人口よりももっと根底的に重要な変化で、社会保障を支える社会的役割を果たしてきたものが脆弱化しています。家族については、家族形態が多様化して、家族が扶養の役割を果たさなくなってきました。単身世帯は3割を超えており、高齢者のみ世帯が50年前に3%だったのが3割を超えているわけです。おのずと社会保障の出番が増えざるを得ないのです。企業についても、もともとの生活給システムや企業福祉、企業福利といった、いわば勤労者世帯を丸ごと会社が支えるという、そういう部分が弱くなってきています。確定拠出年金が最たるものだと思いますけれども、日本型雇用も揺らいでいる中では、企業の役割は重要だけれども、やはり国の社会保障の役割が増えざるを得ないわけです。もう一つは、地域です。お隣のひとり暮らしのお年寄りのごみ出しを手伝ってあげるといったことに象徴されるように、福祉の支え合い的な役割を果たしてきた基盤がどんどん弱くなっているわけです。私は、これらの中

で地域を通じた社会保障を支える基盤、みんなで支え合おうという、そういう基盤を再構築できないかと考えています。

地域共生社会の理念も、その延長線上にあると考えています。市民的基盤ということですが、社会保障を支える理念が薄らいでいる。もともと日本には憲法 25 条に生存権を定めた規定があり、もちろん今でも重要ですが、日本の人びとの生活は相当程度豊かになりました。その中で、健康で文化的な最低限度の生活を保障する生存権だけで社会保障を語る時代ではもうないのです。それに代わるものとして、私は憲法 13 条を基盤とした個人の自律の支援のための社会保障という議論を立てています。社会保障は個人の自律、つまり自分がこう生きたい、こうありたいと思う方向に歩んでいける、そのこと自体に価値があり、それを支えるための仕組みが社会保障だという考え方です。その憲法上の根拠としては、幸福追求権の根拠規定である憲法 13 条に求めるというのが私の考え方で、先ほど申しましたように、地域共生社会の考え方の中にも、個人の自律の支援というものを入れ込んでいただいています。もう一つは、社会保障をこれからも支え続けていこうという人々の意識が希薄化しており、これをどうやって再構築していくかということです。この点は深刻だと思いますが、ある意味でこの制度は大事だよね、今後とも大切に守っていこうとみんなが思えば、負担を上げざるを得ないという話にもつながっていくわけです。ただし、一つには、世代間の不公平が顕在化している。これに対しては、まさに今日の話題である高齢者中心型社会保障から全世代型へという形で動こうとしているということです。もう一つは、世代内でも貧困や格差といった問題がありますし、逆に負担能力別負担で、先ほどの高額療養費制度を見ていただければわかるように、中間層以上には相当な負担になってきています。したがって、対応の方向性としてはなかなか難しい。あちらを立てればこちらが立たないような状況の中で、社会保障をみんなで守っていこうという意識をどのように涵

養していくかということです。

相談支援がなぜ大事かということですが、社会保障というのはもとと国民が社会生活を送る上で生じる要保障事由、社会的リスクと言ってもいいですが、老齢、障害、病気、失業、それらによって貧困や生活困窮に陥る、そういうリスクの発生に際して行われる給付と捉えられてきました。給付はお金だったり、物だったり、サービスだったりします。しかし、それだけでは十分ではないということが明らかになってきています。よくセーフティーネットと言いますが、貧困に落ちてきた人を下から受け止めるだけではなく、例えば子どもに象徴されるように、人が発達し、成長を遂げていく、そのことへの支援、サポートといったものも社会保障の役割だ、と考えるならば、給付を用意するだけでは十分ではないのではないか。給付が社会保障だとしても、給付にたどり着くまでの手続きまでが保障されているわけではなく、これは申請主義の問題と言われます。そして何より給付というのは支給する側から受け取る側への一方的な関係性のベクトルです。お世話している・されているという関係は、給付によって当然に変わるものではないということです。受け取る側という関係性が固定化されることで、逆に依存という問題も生じるかもしれない。社会保障によって主体性が奪われる危険が生じる可能性もあります。給付を通じた再分配を行う社会保障によって、戦後福祉国家は相当程度貧困への対応に成功してきましたが、しかしそれだけで十分ではない。相談支援が必要だということが昨今認識されるようになってきました。支援者が被支援者との一方的ではなく、相互的な関係性を前提として、社会的に排除された人々、様々な困難を抱えた人々を個別的に一人ひとり社会とのつながり直しを通じて包摂していく仕組みの必要性が明らかになってきたわけです。一回的・一方的な給付とは異なり、継続的・双方向的な相談支援の重要性が明らかになってきました。相談支援は、ソーシャルワーカーといった専門家が行う場合もありますが、それだ

けではなく、地域で地域住民同士の支え合いの中から行われることもあるということが重要です。

以上をまとめると、これからの日本の社会保障がどうなっていくべきかと考えた場合、みんな将来高齢者になるので順繰りで支え合おうという従来型の連帯ではなく、人口減少社会の中で、新しい分かち合い、連帯の仕組みがつかれるかどうか、制度を通じてその人々の支え合う意識や、理念を構築できるかどうかというのが問われているのだと思います。子ども・子育て支援金は、若い人の中でも独身税だと言っている人がいました。あるいは、年金の標準報酬月額を引き上げることについて、ネットで炎上したという現実もあります。そして、マクロ経済スライドによって財政的に年金をコントロールしているわけですが、基礎年金の水準低下を食い止めるためには、やはり公費が必要でどこから税金を持ってこなくてははいけません。赤字国債を発行するわけにはいかないので、やはり社会保障負担、公費の議論が必要です。一方で、手取りを増やすこと、これは大事です。手取りをふやす、103 万の壁を大幅に引き上げる、社会保険料は引き下げ、消費税引き下げ、あるいは廃止、こういった論調が一定の世論の支持を受けています。こういう状況の中で、私の申し上げている負担の議論が果たしてできるのだろうか、深刻に考えざるを得ない状況で悩んでいます。医療・介護費用については、ある程度財政的にコントロールできてはいますが、医療・介護は黙っていたらどんどん膨らんでいきます。これをどうコントロールするかというのを真剣に考えなくてははいけません。なので、給付範囲、どこまで保険適用するか、次々に出る高額薬剤に対して、全て保険適用するのかという議論も始める必要があると思っています。それから、日本で欠けているのは費用対効果です。今、OTC という処方箋不要の治療薬でできるだけ済ませればいいのではないかという議論もありますが、そのあたりも真剣に議論しなければいけないと思います。日本人は生命、健康にかかわってくる課題は

タブー視してしまいますが、もうみんなで議論しなくてはいけない時期に来ています。それから、先ほど申しましたように、高額療養費による自己負担が世帯年収に応じて右肩上がりになっていることに示されるように、中間層以上の所得階層の方は取られるばかりで、医療保険料は傾斜配分で負担させられていて、給付の場面でも、また負担かと。これもやはり連帯の基盤を毀損しかねないような状況になりつつあります。その意味でも、やはり給付の範囲をどうするか、あるいは公費をどうやってどこに入れていくのかという議論をしなくてはいけない限界に来ているのではないかと思います。そして、その中で、地域共生社会の理念、地域を通じた社会保障の基盤、支え合いの基盤をもう一度つくり直せないかということに、私は期待をしています。そのための地域づくりは決して狭い意味での福祉だけの世界ではありません。

【新しい連帯に向けて】

最後に、この支え合いや連帯の基盤が先細っている中で、どうやって支え合い、連帯の基盤を再構築するのかということです。今日お話しした中でも、子ども・子育て支援金や地域共生社会のお話をしましたけれど、一方では社会の分断や個人化などですね。何でも個人が発信できるようになり、いろいろなものがネット社会で見えるようになってきたという、自分の社会的立ち位置が客観的にわかるようになってきたという状況の中で非常に原始的ですが、やはり同じ空間を共有しながら対話をする、いろいろな人と対話をする、その人を知る、そういう機会をどう確保していくかという、そういうものを地道に積み上げるしかないのではないかと思います。以上、私からのお話とさせていただきます。どうもご清聴ありがとうございました。

質疑応答

(質問者 A)

全世代型社会保障について、日本よりも進んでいる見本とするべき国、取組事例はありますか。そもそも日本が世界に比べて劣っているのでしょうか。また、海外のトレンドがあればご教示いただきたいと思います。

失敗事例の方が反面教師とできる例もありそうな気もするので、失敗事例の方を積極的に伺いできればと思います。

菊池先生

海外のトレンドはよくわかりませんが、経済の視点で見ると、全世界にフラットに見て、どこの国はどうか、要するにマーケットは世界一つなので、どこがいい悪いとすぐパッと言えると思いますが、社会保障というのは国民国家を前提とした仕組みなので、全世代型社会保障という概念それ自体はおそらく日本独特だと思いますし、社会保障はやはりその国の歴史や経済、社会、政治、そういう様々な背景でできてきた仕組みなので、軽々に何が成功や失敗ということは言えないと思うのです。例えば、よく北欧の福祉は素晴らしいと言いますが、医療へのアクセスは良くなく、高等教育無償ですが、それだけ国民は高い税金を払っています。それは北欧、スウェーデンなどの国民が選び取ってきたことだと思いますし、アメリカの医療は失敗だといわれるとおり、一般国民向けの公的医療保険がないのですが、もともとアメリカは慈善的な医療が一定程度あり、そこに企業福祉の一環として民間保険が登場して、保険会社がある程度勢力を持っからはなかなか国としての医療保険制度が作れなくなったといったように、いろいろな経緯でそうなっているので、あまり成功や失敗というのは難しいというふうに思います。

(質問者 B)

昨年度の出生数が 70 万人を下回る可能性があるというようなことをご報告でもしていただいておりますが、既婚夫婦の出生率の低下は限定的で、未婚非婚の増加が少子化に大きく影響しているとの報告もあります。子育て支援策の拡充や共働きし共に育てるということをしやすくする働き方改革の推進が重要な一方で、こども・子育て支援策は、結婚・妊娠・出産以降のウエートが高くなっているとの指摘もありますが、お考えをご教示いただきたいと思います。なお、結婚や出産につきましては、個人の選択であることは認識しております。

菊池先生

こども・子育て支援策が、結婚、妊娠、出産以降のウエートが高くなっているという、この意味合いがよくわかりませんが、2010 年代以降の社会保障改革の一つの柱は雇用です。なので、お答えになっているかわかりませんが、こども・子育て支援策だけを充実させても、やはり基盤にあるのは働き方なので、働き方改革をどうするかということをやらないといけない。子育てしやすい、結婚もそうですが、そもそも結婚できないという背景に雇用の問題も少なからずあると言えます。そういう施策というのは、国が何かやればいいということだけではなくて、やはり社会の側、企業側の働き方にもかかっているのではないかと思います。私は日本年金機構の運営評議会委員をやらせていただいているので、そこでガラスの天井をなくそうキャンペーンというのをやっていて、要するに女性の働き方を阻害していると思われるものを職員からどんどん出してもらい、千何百件出してもらって、それをもとに、働き方改革につなげています。例えば全国異動のルールを見直しました。日本年金機構における女性の育休取得率は 98% で 412 日。男性の取得率が 75% で 104 日です。これに対し、私のゼミ卒業生約 240 人にアンケートをとり、約 30 人から返答があった中には、

超有力企業の男性は、営業なので自分の担当先があつてとても育休なんて取れません、あるいは上司から取れと言われ、3 日取りましたなど。これが未だ現実です。ここ 1 年で多少変わったかもしれませんが、そういうのがある中で平均 104 日男性が育休を取れる会社に行けるかどうかという、こんなところも、ある意味で国が 1 割、2 割手当を上げるかどうかよりも、よほど大きいかもしれないと思ったりします。

(質問者 C)

民間の生命保険が全世代型の社会保障、これに貢献することができる面というのはどんな面があるのか、先生のお考えをお聞かせいただければと思います。憲法 25 条の生存権と 13 条の自律基底的社会保障法の議論のところで、ちぐはぐな感じがすごくしています。なので、民間の生命保険というのは、はたしてこの全世代型の社会保障を考へるときにどういうふうに寄与できるのかなと、先生のお考えをお聞かせいただければと思います。

菊池先生

ありがとうございます。難しいですね。おそらく、社会保険の本来的な考え方でいくと、高額療養費制度をみた場合、応能負担で保険料を徴収して、さらに応能負担で給付も行うというのは、これはある意味で二重取りというか二重取られというか。なので、そういう意味では、本来のあり方としておかしいという議論はあるのです。それも正論だと思います。負担能力を考慮するのは、やはり拠出段階で終わっているはずなのに、要するに、医療保険というのは、本来的な所得如何にかかわらず同じ給付が行われるというところに国民皆保険の一つの意味があると考えるのであれば、そこでさらに給付で差をつけるのはおかしいだろうというのは、ある意味正論だと思います。ただ、現実問題として、やはり医療保険財政を考えると、負担能力に応じて負

担していただくほかないという、実際にも負担できますよねというところで負担をしていただいているというところがあると思います。その上で、その時どきの所得に応じた負担に合わせた保険、民間保険の制度設計をどうするのかというのは多分難しいんだろなと思います。民間保険でありながら入院が必要になってきて、そのときのあなたの所得によって給付するかしないか決めますよというのはかなり難しそうですね。なので、思いつきでは高額療養費の負担が重くなったら、それは民間保険でカバーできますかね？とも考えたのですが、やはり制度設計は難しそうですね。いろんな場面で、例えば介護に関して、もう既にいろいろな商品があると思いますけど、介護保険というのは限度額が決まっているので、そこから先もっと受けなければ自費で払ってくださいという制度設計になっていますし、あるいは年金も所得代替率 50%が大目標なので、やはりそれを超えた部分は民間保険で補っていただくしかないということになるでしょう。あまり専門家ではないのでこれ以上申し上げられませんが、これからは国がベーシックな部分をしっかり守りますと。それを超えたサービスについては、ある程度自分で備えられるのであれば備えたらどうでしょうか。それは最近の私的年金とか企業年金、個人年金の方向性でもあるのではないのでしょうか。

(質問者 D)

従来型の社会保障にビルトインされた従来の連帯が機能しなくなっており、その中でも個人の生存権と自律を支えるには、新しい分かち合い連帯という価値規範を市民に内面化させることが必要だというふうに、先生の発表、御報告から理解をしております。しかし、社会保障はどうしても国家単位でその分かち合いの単位を考えざるを得ないと考えています。他方で、保守的、コンサーバティブな価値観を持つ方はともかく、従来、社会保障を支える価値に親和的であったリベ

ラルな人にとっては、オンラインプラットフォームによる海外情報へのアクセスの容易さや、ロシアウクライナ問題などから国家を単位とする分かち合いに魅力を感じなくなっているのではないのでしょうか。この現状を踏まえて、どのようにして新しい分かち合い、それに支えられる社会保障を考えていくべきなのでしょう。今日の御報告では、地域を強調なさっていたので、国家よりも地域で考えて、財源や執行権限を含めて全て地方分権を強化していくべきということになるのでしょうか。

菊池先生

ありがとうございます。サービスというか、そういった部分に関して、やはりある意味での分権化が進まざるを得ないとは思っています。ベーシックな部分、介護保険でここまでの給付をしますよということは、仕組みとして設けるべきだと思いますし、それが憲法 25 条にもつながっていると思います。ただ、実際にそこでのサービス提供従事者、働き手がいるかどうか、そこまで国が全面的に責任を持てるものでもないわけで、いろいろなサービスに関しては、特に福祉とか介護に関しては、ある程度地方の裁量ではなく一律にというのは難しくなっていくと思います。その上で、主として所得保障面で、国として責任を持って担っていくべき、保障していくべきことを追求すること自体も、おっしゃるように社会保障というのは、もともと国民国家を前提として、第 2 次世界大戦後に発展してきた制度ですけれども、難しいのは確かだと思います。国家、国民を抛り所に、課税権を持っているから強制徴収ができることはできるけれど、それをみんなが支え、社会的な同意を得ていくという部分では本当に難しくなっていると思うので、それをどうやってつくっていくのかというのは、私にはちょっと妙案がないという一方で、地域をつくっていくと同時に、国家単位での連帯を再構築していく。こども子育て支援金もその一つのきつ

かけにはなると思います。ただ実際、それが本当に機能していくかどうかは、もう未知数としか言えない。言いようがないという。ただ、それがうまくいかないと、どんどん崩れていくんでしょね。この国の社会保障について、みんなが負担を下げろ、給付は下げるな。そして政治も決められない。そうすると、財政破綻しますか。しかし、日本の人たちはどこかできつとハッと考えて、何か踏みとどまるんじゃないかと期待はしています。おっしゃるとおりで本当に難しい。私も本質的な解決策を持ってないでいます。

(質問者 E)

地域共生社会は地域住民が主体であり、公的に推進していく必要性についてよく理解できました。社会的基盤として企業の役割が縮んでいますが、その中でも地域社会の中では民間企業も大きな存在感があり、役割があるのではないかと思います。今後、地域共生社会を実現する中で、民間企業に求められる役割があればご教示いただきたいと思います。

菊池先生

ありがとうございます。もちろん企業の役割というのは、かつての家族も含め従業員を定年まで養っていくという、そういう形からは変わってきていて、これからも変わっていくと思いますが、それでも依然として企業の役割は大きいと思います。一つは、財政的な面で期待される部分というのはやはりあると思います。それは今の従業員に対してということもそうですが、将来の労働力を育成していくという観点から、企業に拠出していただいている負担金などもあります。そういった形で期待される部分があると思いますし、また、お金の面だけではなく、民間企業だから、株式会社だからといって、全て利潤追求で株主の利益を最大にするというだけではもうないわけですから、い

いわゆる社会的企業とかですね。福祉関係でも公益とか地域づくりを担っている民間企業が幾らでもあるわけで。公共というのは別に役所とか社会福祉協議会だけが担うものではなくて、民間が公共を担うというのは、いくらでもあると思います。そして、今日の働き方にも関わりますけれども、働き方が変わっていくと、最近の特に若い人にそういう人が増えていると思いますが、会社の仕事も大事だけれど、私生活も大事にしたい、社会的な活動もしたいという。とりあえず民間企業に入ってそこで経験を積んで、将来的にNPOなどを目指そうと思いますみたいな希望をもつ学生が時々いますけど、会社の仕事をしながらそういった社会活動をしていく。それを地域で支援してあげるということもあると思いますし、特に生保業界であれば、まさに地域で、ネット保険だと難しいかもしれませんが、地域で様々な活動をされておられるでしょうから、そこでまさに地域共生社会の一翼を担っていく。いろいろなお客さんの情報があって、地域のいろいろなところにつないであげたり、公益的な地域共生社会で活躍できる場というのは、他業界に比べても多いのではないかと思います。