

社会保障制度と歯科医療・口腔保健 Social security system and oral health

はじめに

人口の増加は、地球レベルで進む課題であるのに対して、社会保障制度を有する高所得国の共通の課題は、逆に人口減少と高齢化がもたらす財政負担である。国立社会保障・人口問題研究所が公表している日本の将来推計人口（平成29年推計）によると、現在1億2,653万人を数えるわが国の人口は、2025年には1億2,254万人、2050年には1億1,920万人、さらに2065年には8,808万人と1億人を大きく下回る社会となることが予測されている。この約8,800万人という人口規模は、1950年代前半の日本に相当するが、当時とは高齢化率をはじめとする人口構造が全く異なる。すなわち65歳以上の高齢者の数は、現在の3,516万人から2050年には3,841万人まで増え、2065年になると高齢者数は3,381万人と減少するものの、高齢化率でみると現在の27.8%から38.4%まで10ポイント以上の上昇が推計されている¹⁾（図1）。

また2008年以降、少子化がもたらす人口減少に歯止めがかからないわが国において、人口を維持するための合計特殊出生率（15～49歳までの女性の年齢別出生率の合計）は2.07であることが必要だが、現在（2016年）の1.44に対して、1.8にすることが政策目標となっている。しかしこの目標を達成したとしても、母親となる人口自体の数が減るために、わが国の少子化に歯止めをかけることは極めて困難である。

このような人口構造の変化は、高齢化による医療・介護のニーズの増加と共に、生産年齢人口の減少がもたらす税収および健康を支援する人材という財源・人的資源の減少につながる。すなわち人口構造の変化は、社会保障制度の維持に直結する課題であることを保健医療の専門職は認識し、このような社会構造の変化に合わせた保健医療介護の提供体制を追究し、自らの努力で転換していく必要がある。

2025年は、団塊の世代（1947年～49年生まれ）が75歳以上となり、2050年は100歳を迎えると共に、団塊ジュニア世代（1971年～74年生まれ）が後期高齢者になる時期である。そして2065年は、現在の15歳が高齢者になる時期であり、決して遠い未来でなく現実的な将来の日本の姿である。

社会保障の財源

1961年の国民皆保険の達成以来、わが国の国民医療費は、1965年の1兆1,224億円から、2000年には30兆1,418億円、そして2014年には40兆8,071億円となり、制度開始以降40倍になった。加えて、社会保険方式による新たな社会保障制度の一つとしてスタートした介護保険をみてもその対象者（要支援・要介護者）は、2000年の256万人から、2015年には620万人に増加し、介護給付費でみると3兆2,427億円から9兆976億円と3倍の上昇である。

これに対する財源は、この間の税収が増えないために歳出の増加分は国債と借入金で賄われてきた。その結果、借入金および地方政府債務を加えた一般政府債務残高は、1,296兆円（対GDP費253%）となっている。そのために、国の一般会計歳出総額97兆4,547億円（2017年度予算）に対する債務償還費と利払い費等を合わせた国債費の占める割合は24.1%である²⁾。そして現在わが国の普通国債残高は865兆円となり、対GDP費で156%、一般会計税収（2017年約58兆円）でみると15年分に相当する額となっている（2017年度末推計）。しかもこの国債費の累積がもたらす財政負担を解消することができなければ、高齢に

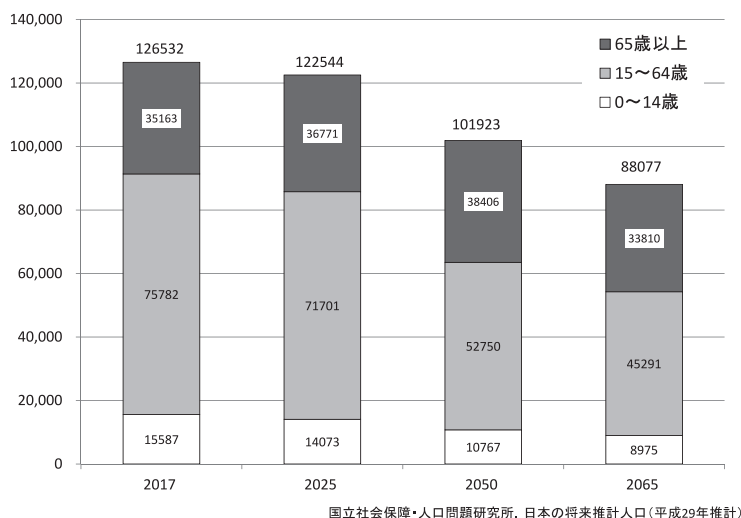


図1 年齢3区分総人口推計（出生中位，死亡中位推計）

なっても安心して暮らせる社会を実現するための財政基盤の整備は根本的には解決できないが、税負担方式、保険料負担方式、あるいは年金支給年度の見直し等いずれにおいても、具体的かつ効果的な方策は見いだせていない。

一方、一般会計歳出総額に対する社会保障費の占める割合は33.3%である。すなわち、現在のわが国の財政状況は、歳出の中の社会保障費が3割を超えていること、歳出の4分の1を債務返済に当てていること、そして歳入において3分の1を公債で賄っているというのが現実である。この社会

保障費の増加をいかに減らし、税収を増やすかということが「社会保障・税の一体改革による社会保障の充実」という政策であり、子ども・子育て支援の充実、医療・介護の提供体制の改革、年金改革がその柱となっている。このなかで、保健・医療・介護サービスの提供体制の改革については、2008年の「高齢者の医療の確保に関する法律」改正、2012年の「社会保障制度改革推進法」および2013年「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」、そして2014年の「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」の改正と、法整備が急展開を見せている。

このような法的な基盤を基に国が示している具体的な処方箋は、(1) 在院期間の短縮および効果的で質の高い医療提供の構築（地域医療構想を含む医療計画に反映）、(2) 地域包括ケア体制の推進（日常生活圏で医療・介護・介護予防・住まいを一体的に提供）、(3) NCDs（非感染性疾患）をはじめとする予防の推進（特定健診・特定保健指導をはじめ、データヘルス計画を保険者に義務づけ、後期高齢者医療に対する負担金軽減などのインセンティブを付与し、保険者の自助努力で推進）となっている。

較差という課題

さらに、社会保障制度の財政負担という課題に加えて、世界はもとより、わが国で進行しているのが較差という問題がある。ここでいう格差は経済格差と教育格差などがもたらす健康格差という課題である。

世界人口73億5千万人のうち36億人分の資産を富豪上位8人で占めているという現状がある。いずれの先進国にもある社会保障制度には、その財源が社会保険方式、あるいは税方式であっても、いずれも累進制であり所得が高いほど負担率は大きいので、所得の再分配効果がある。しかし、所得格差が広がることによって健康格差は広がってしまう。例えば、ジニ係数（貧富の格差を示す指標で、分布が公平であれば0、不平等であれば1に近づく）が0.3を超えると、0.05当たり死亡率が8%高まることが報告されている³⁾。わが国の相対的貧困率（等価可処分所得の中央値の半分以下の所得である貧困線に満たない世帯の割合）は15.6%（2016年）であり、17歳以下の子どもの割合を示す子ども貧困率は13.9%（2016年）となっている⁴⁾。2013年に制定された「子どもの貧困対策の推進に関する法律」の主旨を踏まえた子どもの健康支援に対する財源投資が必要であり、これはリスクの蓄積の防止というライフコースに沿った健康

長寿社会に繋がる対策となる。

このような観点から、2012年からスタートした「健康日本21（第2次）」の最上位の目標は、健康寿命の延伸に加えて健康格差の縮小である。皆保険制度を達成したわが国においても、医療や健康サービスへのアクセスが、所得によって制限され、また健康な人ほど健康支援のサービスを受けやすい。このパラドックスの中で、個人や家庭の努力だけでは限界があるので、地域、職域、学校という環境や社会保障制度・税制という国のシステム上の対応が健康格差縮小には必要である。

歯科医療・口腔保健は社会保障制度の課題解決にどのように貢献するか

口腔と全身の健康との関連を踏まえて、歯科医療・口腔保健の提供体制の転換によって社会保障財源の軽減に寄与するために、歯科医療・口腔保健の分野が抱える直近の課題は三つある。一つは生涯にわたる歯科疾患の予防と口腔機能の保持に加えて、NCDs（非感染性疾患：がん、循環器疾患、糖尿病等）予防の一翼を歯科医療・口腔保健が担っていくための保健医療技術およびスクリーニング・評価システムの進化とそこに向かうための歯科医療従事者自身の意識の転換である。二つ目は、医療経済効果の観点から、大きな追加財源がなくても、多職種連携・多分野連携による保健医療介護システムの転換とそれに基づく歯・口腔の健康状態を向上するこがもたらす費用対効果の研究の蓄積がまだ不十分であること、そして三つ目が、外来診療を中心とする歯科医療だけでは75歳以上の受療率の低下は避けられないことから、訪問歯科診療と病院での歯科医療提供の充実を図り地域単位で各歯科医療機関が連携してそのニーズに対応し、地域包括ケア体制の一員としてその役割を担うことである。

そして恐らく、このような効率的で効果的な医療提供体制を追究していくことに加えて、今後は、人権や財政上の理由からも、健康格差の縮小に向かって、ハイリスク・グループに対する健康増進のための環境づくりをはじめとする公衆衛生対策とセルフケアの向上のための施策がさらに推進されていくと考えられる。この分野の取り組みにおいても、地域におけるフッ化物応用や診療室における口腔清掃、甘味摂取指導等の保健指導の長い経験と実績をもつ歯科医療・口腔保健の実力があらためて見直されるようになる⁵⁾。そして、食生活に関与する歯科医療・口腔保健従事者が、健康増進の担い手として、地域保健においても、個別的な対応においても、予防医療・予防医学の最前線にあることを自覚し、その達成を目指すしなければならない。

深井稷博

所長、深井保健科学研究所

Kakuhiro Fukai, D.D.S., Ph.D.

Director, Fukai Institute of Health Science

文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口（平成29年推計），2017年4月
- 2) 財務省. 日本の財政関係資料，2017年4月
- 3) Kondo N, et al. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. BMJ. 2009 ; 339 : b4471.
- 4) 厚生労働省. 平成28年国民生活基礎調査の概況，2017年6月
- 5) 深井稷博, 歯科医療・口腔保健の未来, 深井保健科学研究所, 2016年8月, http://www.fihs.org/images/policy_statrment2016.pdf