

第2回歯科口腔保健の推進に係るう蝕対策ワーキンググループ

日時 平成30年12月19日(水)

15:00～

場所 三田共用会議所 C～E 会議室

○江藤推進係長 それでは定刻より少し早いですけれども、皆様、おそろいになりましたので、ただいまより第2回「歯科口腔推保健の推進に係るう蝕対策ワーキンググループ」を開催いたします。

構成員の皆様におかれましては、お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。

まず、構成員の出席状況ですが、木本構成員から欠席の御連絡をいただいております。

今回のワーキンググループは公開となっておりますが、カメラ撮りにつきましてはここまでとさせていただきます。

次に配布資料の確認をいたします。お手元に議事次第、構成員名簿、座席表のほか、資料1、委員提出資料1～3、また、机上配布資料といたしまして、眞木構成員提出資料と「データヘルス時代の母子保健情報の利活用に関する検討会中間報告書」、また、前回のワーキンググループ会議資料をお配りしております。乱丁・落丁等ございましたら、事務局までお知らせいただければと思います。

それでは、以降の進行につきまして、三浦座長、よろしく願いいたします。

○三浦座長 皆様、年末の御多忙な時期にお集まりいただきましてありがとうございます。また、早目に集まっていただきましたので、定刻より少し早く開始でき、ディスカッション時間がふえることは大変ありがたいと思っております。前回も大変活発な御議論をいただいたところですが、本日も引き続き活発な御議論をいただければ幸いです。よろしく願いをいたします。

それでは限られた時間でございますので、早速、議事に移らせていただきます。まず、事務局より資料1について御説明いただきます。よろしく願いいたします。

○青木歯科口腔保健専門官 事務局です。資料1「う蝕罹患の現状等」という資料を御覧いただければと思います。前回のワーキンググループの際に、う蝕の状況等については資料をお示しして御説明をさせていただきましたが、ご議論の中で、学齢期のう蝕状況であるとか、障害のある方に対する歯科保健の状況について話題に上っておりますので、関連の資料を追加でご用意させていただきました。

1ページ目でございます。年齢別のむし歯の者の割合等ということで、前回のワーキンググループの際に、12歳児のむし歯のある者の割合についてお示しをさせていただきましたが、その前後の状況についてもわかる資料が必要ではないかということで、今回、おつけをしております。こちらは、平成29年度の学校保健統計調査の資料から抜粋をしております。

一番上の○になりますけれども、むし歯の者の割合ですけれども、年齢別に見てみますと8歳が53.5%ということで最も高くなっておりまして、処置完了者の割合については、8歳以降、未処置歯のある者の割合を上回っているという状況になっております。前回、構成員から御指摘をいただいたように、12歳児のところは歯の生え変わりということがありまして、割合としては一番低くなっているという状況になっております。

2ページ目でございます。「幼児期・学齢期における疾病・異常の被罹患率等」という資料でございます。それぞれの疾患について、どういう罹患状況かというものをお示ししているものになりますけれども、今回はう蝕対策のワーキンググループということで、むし歯にフォーカスを当てて資料を御用意しております。幼稚園と小学校におきましては、むし歯の者の割合が一番高いという状況になっておりまして、中学校・高等学校におきましては、むし歯の者の割合は、裸眼視力1.0未満の

者に次いで高いという状況になっております。

3 ページ目を御覧いただければと思います。「学校におけるむし歯の者の割合の推移」ということで、平成9年から平成29年度までの状況について資料を御用意しております。平成29年度のむし歯の者の割合につきましては、幼稚園が35%、小学校が47%、中学校が37%、高等学校が47%となっております。全ての学校段階で前年度より減少しているという状況になっております。ここまでが学校におけるむし歯の関連の資料でございます。4 ページ目以降が障害のある方に対する歯科保健のサービスに関する現状等となっております。

4 ページ目が「『歯科口腔保健の推進に関する基本的事項』中間評価の報告書（抜粋）」でございます。定期的に歯科検診または歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健における目標ということで、障害のある方に関する目標ということで抜粋をしますと、こちらにお示しをしておりますとおり、障害者支援施設及び障害児入所施設での定期的な歯科検診実施率の増加というものが項目として設定をされております。

平成23年の策定時の状況としましては約67%という状況となっております。中間評価の段階では平成28年度の時点で63%という状況になっておりました。目標値としましては平成34年度に90%という数値を設定しております。

中間評価報告書の中では、以下の3点について指摘をされているところでございます。まず、1点目でございますけれども、定期的に歯科検診または歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健対策を検討する際には、今後、ますます高齢者人口がふえていくことを踏まえて、地域包括ケアシステムにおける効果的・効率的な歯科保健サービスを提供する必要があるということ。また、2点目としまして、口腔内の環境の改善が全身の健康状態にも寄与することを踏まえて、要介護者等の口腔内の評価で必要な視点を整理し、口腔内の実態把握を適切に行うということ。3点目としまして、障害者（児）への定期的な歯科検診及び歯科医療の提供のため、国、都道府県、市区町村のそれぞれの単位で関係部局と連携した施策・取り組みを推進するという内容。こういった内容を中間評価報告書で御提言いただいているところでございます。

5 ページ目です。中間評価報告書の際に、厚生労働科学特別研究のほうで障害者施設の歯科検診であるとか、歯科保健指導、その他の予防サービスに関する実態調査を行っております。その関係の資料を少しお示ししたいと思います。

まず「障害（児）者の入所福祉施設における歯科検診や歯科保健指導の機会」の状況についてお示しをしております。左側が歯科医師による歯科検診を受ける機会ということで、定期的、特に年に1回以上、歯科医師による歯科検診が実施をされている施設は63%という結果でございます。また、右側が歯科専門職による歯科保健指導を受ける機会ということで、こちらも同じように定期的に年に1回以上、そういった歯科保健指導を受ける機会が提供されている施設は約45%という状況でございます。

最後に6 ページ目でございます。「障害（児）者入所福祉施設における歯科検診・歯科保健指導以外の予防活動等の状況」でございます。まず、何らかの予防活動が実施をされている施設は、一番上でございますが、約9割の施設でございます。その中で、複数回答でございますけれども、こういった内容の予防活動が実施をされているかというものが、その下以降でございます。多いのが食後の歯磨きの時間をとっているであるとか、職員が歯磨きの状態をチェックしているという内容でござ

います。定期的にフッ化物洗口を実施しているであるとか、定期的にフッ化物塗布を受けさせているというのが2.5%であるとか5.9%という状況になっております。また、職員への歯科保健に関する研修会の開催をしている施設というところになりますと22%ということで、5分の1程度の施設で実施をされている状況でございます。また、予防活動等を実施していないという施設につきましても8.3%ということで、一定数の施設では歯科の関係の予防活動が実施をされていないという現状にあるというところでございます。

まず、資料1、事務局からは以上でございます。

○三浦座長 御説明ありがとうございました。

前回のワーキンググループでいただいた宿題でございました、高校生の時代においてのう蝕の有病状況についても追加の資料の提示があったところです。

本来ですと、ここで質疑応答の時間をとるところかと思えますけれども、本日、3名の構成員の方から情報提供をいただくことになっております。この3名の方のプレゼンテーションの後に、まとめて質疑応答の時間を設けたいと思っておりますので、引き続きまして、今、申し上げた3名の構成員より情報提供をいただきたいと思えます。

それでは、委員提出資料1「う蝕の健康格差縮小に向けた自治体の役割」について、秋野構成員、御説明をお願いいたします。

○秋野構成員 札幌市行政の秋野でございます。委員提出資料1に基づきまして説明をさせていただきたいと思えます。本日は、貴重な機会をいただきまして、まことにありがとうございます。

地方自治体の立場でございますので、地方自治体の役割ですとか課題につきまして、特に今日は時間に限りがございますので、母子・学校歯科保健分野、子供のう蝕予防の部分と障害者歯科保健、障害のある方のう蝕予防ということで、この2つの分野につきまして御説明をさせていただきたいと思えます。

2ページをごらんいただければと思えます。自治体として考えられる母子・学校歯科保健の現状と課題でございます。現在、市町村におきまして一般的に実施されております歯科保健事業というものは、乳幼児歯科健診ですとか学校歯科健診といった健診関係、そして、それに伴う歯科保健指導さらに受診勧奨です。プラスアルファで母親教室等の健康教育というものがメインになります。

しかし、これらの方法につきましては、保健指導によって行動変容を図ることのできる比較的健康的意識の高い層へのアプローチ方法ではないかと考えられます。一方で、第1回の事務局の説明でもあったとおり、子供のう蝕につきましては減少傾向にございます。

この減少傾向にある中、多数歯う蝕を持つ子供というのは、育児の力が乏しい家庭の子供であったりすることが地域の実感としてございます。むし歯予防教室を開催しても来てくれない、歯科医院への受診勧奨を行っても歯科医院へ受診しないといった傾向がある御家庭でございます。

そのような中、従来どおりの対策のままで市町村の歯科保健事業が適切かということを考えなければならぬ時期かと思えます。従来どおりの個人をターゲットにした対策では届かない対象のう蝕予防、健康格差の縮小を図るためには、その地域の集団を対象とするポピュレーションアプローチが必要ではないかと考えまして、北海道では他県で成果を上げておりましたフッ化物洗口を選択いたしました。

3ページをごらんいただければと思えますが、フッ化物洗口事業につきましては

確かなエビデンスがある一方で、なかなか地域のコンセンサスをつくるのが難しい事業としてよく知られております。このため、北海道ではこの事業の推進を図る上で明確な事業執行の根拠をつくることとし、8020推進条例第11条の中にフッ化物洗口の普及を明記いたしました。さらには、北海道の歯科保健医療推進計画、北海道教育委員会の教育推進計画の中に、北海道内の全ての市町村におけるフッ化物洗口の実施を明記し、普及に取り組んだところです。この目標をつくった当初は、非常に難しい目標ではないかと思われていたところなのですが、普及状況につきましては、29年の一番新しいでデータで179市町村中174市町村、実施人数につきましては10万人を超えたところでございます。

この8020推進条例が、フッ化物洗口の普及に大きな役割を果たしたことは間違いないのですけれども、保育所とか小学校といった現場の関係者の理解では、条例に書かれたからということで普及したわけではございませんで、子供たちの健康格差を縮小しようという関係者の思いを共有することが非常に重要でした。

う蝕という病気は、もちろん食習慣とか生活習慣が原因になるのですが、その背景としては環境要因に大きな影響がある、特に家庭環境の大きな影響を受ける。このう蝕という健康被害を受けているのは、環境を変えることができない子供であること、そして、現場の関係者も御協力が得られれば家庭環境にかかわらず子供をう蝕という病気から守ることができる。この共通認識を関係者が持つことで、当然、反対意見にはぶつかりますが、市町村や市町村教育委員会は反対意見に動揺することなく、授業導入を推進していくことで、このような普及状況を実現できた状況でございます。

続いて4ページ目ですが、北海道のフッ化物洗口事業の効果は、まだ、普及途上でございます。北海道全体の効果はまだ見えておりませんが、成果は出始めております。

こちらは帯広小学校での6年間実施した児童が中学校1年生になったので、同じ中学校の中に洗口を実施した小学校の卒業してきた生徒と、洗口を実施していない小学校を卒業してきた生徒を比較したデータです。この中学校1年生の生徒を検査者盲検法、健診する先生にはどの小学校を卒業したかを教えなくて調査をいたしました。

結論だけ御説明いたしますと、むし歯を約半減にできたという成果が得られております。対象群の児童のDMFTは1.02でございますので、全国平均に割と近い地域です。それでも、う蝕が1本程度の地域でも半減という成果が出ている。それから右図がう蝕多発者ですが、便宜上DMFT4本以上をう蝕多発者としておりますが、これも大幅に少なかったところです。

5ページ目をごらんいただければと思いますが、分布につきましても上が経験群、下が非経験群ですが、非経験群の一番右端は10本以上です。6～8本といった多数歯う蝕のある子供が一定数いる中で、経験群は5本以上の子供は一人もいなかった。まさに、多数歯う蝕の子供をなくすことができる、健康格差の縮小を図ることができたという結果が得られております。

続いて6ページ目ですが、全国に目を向けますと、さらに進んでいる先進県、新潟県がでございます。この資料は、新潟県から提供いただいた資料でございますが、御承知のとおり、新潟県の12歳児の子供たちのむし歯は、18年連続日本一という状況が続いているところでございます。ただ、フッ化物洗口に限ってみれば実施率や実施人数は、既に新潟県は日本一ではないことは委員の皆様も御承知かと思っております。

なぜ、日本一が続いているのか、担当者の御意見を伺ったところ、新潟県の予防管理受診システムが恐らく効果を上げているのだろうという見解でございました。この予防管理受診システムについては、C0（要観察歯）に対して一般的には指導と経過観察ということになるのですが、新潟県では予防勧奨ということで、歯科医院でのシーラントやフッ化物塗布、積極的な歯科保健指導といった、一歩踏み込んだ予防的な処置に対する勧奨を受診勧奨と同様に行っている。あわせて、本人や保護者にも歯科医院での予防管理の重要性、それから歯科医療機関側でもシーラントの実施体制を整えるといった体制をつくっているとのことでした。

7ページ目をごらんいただければと思いますが、新潟県の有名な弥彦小学校と真砂小学校のデータになります。さまざまな歯科保健のプログラムが行われているところですが、フッ化物洗口とシーラントの応用、学校における健康教育といったことをしっかり行うことで、弥彦では中学校1年生のDMFTは0.2、真砂小学校では小学校6年生で0.02といった事例が出てきております。12歳児DMFTをゼロに近づけていくことは、科学的な根拠に基づいたう蝕予防対策を組み合わせれば、十分可能であることが証明されつつあるのではないかと認識しております。

8ページ目でございますが、こちらにも非常に有名な新潟大学のデータでございます。子供時代のフッ化物洗口が成人における、これは弥彦の30歳代の女性のう蝕経験歯数ですが、子供時代にフッ化物洗口をしっかりと実施することで、成人期のう蝕罹患状況においても明確な効果が出ているといった結果です。フッ化物洗口による効果ですが、フルオロアパタイトに基づく歯質の強化の影響ということであれば、この効果は高齢期になっても持続している期待もできるのではないかと考えます。

9ページをごらんいただければと思いますが、「子供たちの健康格差の縮小に向けて」ということで、幾つか考えを明記させていただきました。1点目ですが、子供のう蝕の健康格差の縮小は、非常に重要な課題かつ改善可能な課題であるということでございます。科学的根拠に基づいたフッ化物応用やシーラントといったう蝕予防対策の一層の普及を図るべきと考えます。

また、2点目ですが、全ての子供たちをう蝕という防ぐことのできる病気から守らなければならないといった視点が必要ではないかと考えます。健康格差の是正を政策の方向性といたしまして、例えば、多数歯う蝕の子供をゼロにするといったことを目標として考えていってはどうかと考えます。

3点目ですが、将来的には多くの子供たちのう蝕をゼロにできる歯科保健プログラム。例えば、12歳児でおおむね9割以上の子供たちのDMFTをゼロにできるプログラムの標準化、弥彦ですとか真砂で行われている事例を標準化できないか。そのプログラムの普及を図ることができないかと考えます。

4点目ですが、専門性の高いプログラムを市町村の現場に普及するためには、効果や安全性が議論になりますので、都道府県（保健所）、歯科医師会さん、大学のある地域は大学のバックアップ、この3者の連携・協力によるバックアップが不可欠でございます。行政だけではなかなか難しい状況がございます。歯科医師会、大学、学会の全面的なバックアップが必要でございますので、引き続きの御支援をお願いしたいと思います。

続いて10ページから、障害者の現状と課題です。障害者（児）に対するう蝕治療につきましては非常に困難でございますので、本人と保護者の負担は健常者に比べて大きいものから、歯科治療に対するニーズも高いですが、う蝕予防に対するニーズも非常に大きいものがあります。

現状は、歯科医療機関による対応が対策の柱で、日本は進んでいると認識しておりますが、基本的にはかかりつけ歯科医を早期に見つけて、歯科医療機関で定期歯科健診やフッ化物塗布といった予防処置をしっかりとすることが、これまで取り組まれてきたところでございます。自治体事業といたしましても、専門歯科医療機関、高次歯科医療機関の整備ですとか、あるいはかかりつけ医、1次歯科医療を担う歯科医療機関の登録制度等といった取り組みが自治体で行われている状況でございます。

課題ですけれども、今後の課題という認識ですが、歯科医療機関による対応がメインでございますので、当然、歯科医療機関に定期的に通院していない障害のある方の対策が少々不足しているのではないかという認識がございます。私も自分の地域の障害者施設で口腔内の健診をしたりすることもあるのですが、定期的に口腔管理が行われている障害者、3～4カ月に一度かかりつけ歯科医にかかっている障害のある方の口腔内は非常にきれいです。一方で、前回、歯医者さんに行ったのは10年前か、もう記憶にないみといった方もいて、そういった方の口腔内はなかなか厳しい状況がございます。非常に大きな疾病の格差、健康格差が生じている可能性がございます。

もう一つ、在宅の知的障害者の方の増加と高齢化が進んでおります。こちらのほうは次の11ページをごらんいただければと思いますが、これは厚生労働省の統計でございますけれども、平成7年の在宅の知的障害児・者の人数が30万人弱だったものが平成28年は96万人でございます。年齢別の内訳を見ても、高齢化が非常に進んでいる状況でございます。

障害児の対策は、保護者も頑張るし、障害児施設の方も非常に頑張るのですが、成人になってしまおうとなかなか行き届かないところがございます。保護者の方も高齢化してしまって、保護者自身も介護が必要な状況の障害者の方もたくさん出てきております。そういった中で、対策から欠落している障害のある方がかなり出てきている可能性があるのではないかと思います。行政の対策といたしましても、歯科医療の確保だけではなくて、歯科保健事業による予防対策の充実を進めて、網から漏れる方がいないような対策をとっていかなければならないという認識を持っております。

続いて12ページでございます。地域の取り組みでございますが、北海道における障害者（児）の歯科保健医療対策といたしましては、昭和40年代から専門歯科医療機関の整備ということで全麻のできる高次医療機関の整備を取り組んできております。あとは、数年前から1次医療機関の整備ということで、遠距離の片道2時間かかるような地域が北海道にたくさんございますので、なるべく地元の市町村の中で定期的な健診とか予防処置が受けられるように、協力医に地域の歯科医師を知事が指定するといった取り組みも行っているところでございます。道立保健所が協力医と連携して、障害者施設に対する口腔衛生管理の取り組みも行っているところでございます。

続いて13ページでございます。こちらは「滋賀県における通所施設利用者を対象とした歯科保健事業」でございます。滋賀県も在宅の障害者がふえているといった状況を考慮して、通所の方に対する対策をしっかりと取り組んでいます。滋賀県の計画が少し小さく書いておりますが、入所施設における定期歯科健診の実施率、通所施設における歯科健診の実施率、それぞれ別に目標値を立てて、地域の歯科医師会と歯科衛生士会の協力を得て施設の支援の事業を行っているという状況でございます。

す。こちらのほうも通所施設の方、成人の方への対応策を、滋賀県としても必要性を感じて取り組んでいるという状況でございます。

14ページでございますが、こちらのほうは埼玉県のスッ化物洗口事業の資料でございます。埼玉県では、埼玉県歯科医師会と連携をしてスッ化物洗口に取り組んでいるのですが、県の事業マニュアルの対象施設として、保育所、幼稚園、小学校だけではなく、障害児施設と特別支援学校も対象施設として明記をしている状況でございます。実際にそれほど割合は多くはありませんけれども、障害児施設や特別支援学校での実施の実績もでございます。さらに、小中学校の中にある特別支援学級でも実施をされております。

特に特別支援学級の子どもたちは、比較的障害の軽度の子供たちで、うがいも十分できる子供たちが多くと考えられます。ただ一方で、歯科治療への適応となると、健常の子供たちに比べるとなかなか難しい側面があり、保護者のう蝕予防のニーズも非常に高いのではないかと考えられます。

次のページですが「障害者（児）のう蝕予防対策の充実に向けて」ということで、幾つか記載をしております。1点目ですが、障害者関係施設における歯科健診や職員研修等の口腔衛生管理の取り組みの充実が必要だと考えますが、特に成人や通所施設の利用者もこれから歯科保健事業の主たる対象として考えていかなければならないと思います。

2点目です。特別支援学校や特別支援学級に通学している子供たちのう蝕予防に対する保護者のニーズは、郡部であっても、都市部であっても非常に高いと考えられます。障害が軽度でうがいができる子供たちに対するスッ化物洗口等、特別支援学級を対象とした学校現場を活用した口腔衛生管理プログラムを開発してはどうかと思います。

3点目ですが、都道府県及び保健所設置市が、障害者（児）に対する歯科保健対策の主たる責務を担うという位置づけをしっかりと明確にすることが非常に重要です。責任が明確でないとなかなか取り組みが進みませんし、障害のある方に対する歯科保健対策は、その自治体の判断で取り組まなくていい地域があるというのは、基本的には許されるべきではない事業だと思いますので、しっかりと責務を明確にして、47都道府県全てが取り組むべき事業と思います。

取り組み内容としては、健診の実施体制、人材育成、関係者会議の開催といったことになるのかと思います。障害者施設の管理運営基準に、今も医科の健康診断につきましては義務づけがございます。将来的には、この義務づけに準じて、義務づけまではいかなくともせめて歯科健康診断の努力規定を検討してもいいのではないかと思います。また、障害福祉サービスの報酬としても、施設の口腔衛生管理に対する取り組みを評価する、そういった時期に来ているのではないかと思います。

最後の、16ページ、総論的に自治体における歯科保健事業を実施する際の課題ですが、行政執行上の根拠と財源の確保が非常に重要でございまして、今、なかなか自治体も財源が厳しいものですから、事業をしっかりとやっていく上では確かな根拠が必要でございます。条例、行政計画、あるいは首長公約といった、少し政治的な側面も絡む根拠が必要でございますので、地域の歯科医師会としっかりと連携をして取り組んでいかなければならないと思います。

また、行政計画ですが、健康増進計画につきましては都道府県に義務づけがなされておりますので、理想的には歯科保健計画についても都道府県・保健所設置市ぐらいには義務づけを図ってもいいのではないのかと思います。

2点目ですが、部局間横断的な事業執行体制の構築。縦割りの解消を何とか図らなければなりません。課題としては、現状の大半の行政の歯科医師、歯科衛生士は、保健と健康づくりの部局に配置をされております。ただ、今後の新たな課題といたしましては、教育委員会、障害者・高齢者担当部局との連携体制の確保を何とか図らなければなりません。行政歯科技術職員の人員確保でありますとか、配置先の検討、あるいは兼務発令とか、少しでも柔軟な行政歯科技術職員の活用を今後考えていかなければならないという認識を持っております。

上記2点とも絡むのですが、行政歯科技術職員の役割も少し転換をしなければなりません。基本的には、従来は乳幼児歯科健診ですとか、フッ素塗布を実施する要員という形で配置が進んできたところなのですけれども、政策立案能力がこれからの行政歯科医師、歯科衛生士には必要です。一方で、人材育成に関する基本的な考え方が、まだ、まとまっておりません。保健師や栄養士については、国が人材育成指針をつくって、キャリア形成を図っていくべきといった指針があるのですが、なかなかそういう後ろ盾がないものですから、一つの係に採用されてから定年まで同じ係にいるという、多様な経験が積めない状況がございますので、これも何とかしなければいけません。

最後、4点目ですが、今、言ったような新たな歯科保健の課題への自治体の体制整備を図っていかねばなりません。現行の歯科保健業務指針もつくってから時間が少したっておりますので、人材育成の話ですとか、健康格差、地域包括ケアといった記載は現行の業務指針にはございませんので、新たな課題に対応するための自治体への業務指針の改正もあっていいのではないかと考えております。

ちょっと長くなりましたが、私からは以上でございます。

○三浦座長 御説明ありがとうございます。

非常に具体的な御提言をいただいたところで、感謝しているところでございます。

先ほど申し上げましたとおり、質疑はまとめてということでございますので、引き続きまして、委員提出資料2「第2回永久歯の抜歯原因調査」の調査結果について、高野構成員、御説明をお願いいたします。

○高野構成員 貴重な時間をいただきましてありがとうございます。

抜歯原因調査のサマリーを資料としてお示ししております。本来、この調査は公益財団法人8020推進財団を主体として13年ぶりに行ったものでございますが、私自身が8020の専務理事を兼務していることもありますし、日本歯科医師会としましては地域保健課が調査に協力したということでもありますので報告をさせていただきます。

調査の概要でございますが、示しましたように平成17年が第1回の調査でございまして、今回も日本歯科医師会の第1種会員をもとに系統抽出した5250名を対象として行ったものでございます。調査期間も1週間ということで、ほぼ同様な内容の質問、調査によるもので行っております。回収率は44.8%で、前回よりも6%上回っております。

内容的に、結果としては2ページ目以降でございます。抜歯の主原因でございますが、図1に示しますように歯周病が37.1%、次いでう蝕の29.2%。今回、破折が前回の11.4%から17.8%とふえている状況でございます。今回、新規に埋伏歯を区分けに加えましたので、それが5%ということになっております。

抜歯主原因ごとの抜歯数割合を年齢階級別に見たものが、4ページ目の図3に示しております。これが前回の資料3の15ページにある表に対応するグラフだと思ひ

ます。そこを見ていただきますと、う蝕の割合でございますが、前回においては40歳以降減少して、80歳以降も暫時減少する形を示していたのですが、今回の調査においては40歳以降は減少しておりますけれども、80歳以降は再び増加しているという形を示しております。そういう意味では、う蝕に関して根面う蝕も含めてふえているのではないかと類推するところでございます。

破折の割合がふえたというのは、う蝕や歯周疾患による抜歯が減少するとともに抜歯措置を受ける年齢が高くなっていることなどの影響があったのではないかと推察されますし、また、8020運動を含めて国民の意識もあり、極力厳しい歯も残そうということで、支台を立てたり、冠をかぶせたりいろいろなことをしながらでも残していった。それでも破折に至ったという形のものが多いのではないかと思っております。

5ページ目の図5は、抜去歯の状態でございます。抜去歯の状態の割合は、冠が37%で最も多くて、次いでう蝕の34.1%、健全が18.6%、充填が8.5%の順でございますが、そもそもう蝕関係ということで、冠に至ったり、または充填に至ったりという単純なう蝕というものも含めると約80%が抜歯の原因になっているということを考えますと、かなり大きな比率ではないかと思っております。

参考に調査しました患者属性は、5ページ目以降7ページまでも含めてございますが、抜歯処置を受けた患者数としては6541名で、わずかに女性が多いぐらいで、平均年齢も大きく変わっているわけではございません。平均年齢的に、歯科医院の属性では、前回より約6歳高くなってきているという状況です。患者属性としてはそれほど多くは変わっていません。ただ、抜歯を受けた患者の基礎疾患の割合は、「基礎疾患なし」が57.5%に対して、高血圧が25.2%、糖尿病が7.5%、心疾患が6.3%、脂質異常が4%と、何かしらの基礎疾患を持っている方がある程度多く見られているということでございます。

これら資料は本当にサマリーでございまして、実際は1センチメートルぐらいの冊子になっています。この他の結果含め、調査結果全般についてはホームページ上にアップしてダウンロードできるようになっておりますので、御関心がありましたら見ていただければと思っております。

ありがとうございます。以上でございます。

○三浦座長 ありがとうございます。

貴重な抜歯原因調査の結果を御報告していただきました。系統的に実施されている代表的な調査でございます。破折が多いという非常に興味深い結果も提示がされていたところでございます。また、質問等については後ほど受けたいと思います。

引き続きまして、委員提出資料3「みんなでできる口腔の健康格差を縮める仕掛け」について、眞木構成員、御説明をお願いいたします。

○眞木構成員 ありがとうございます。こういう機会を設けていただいて、私自身を含めて口腔衛生学会の立場、それから教育・研究の立場からということで話をさせていただきます。

このタイトル「みんなでできる口腔の健康格差を縮める仕掛け」なのですが、フッ化物応用ということを念頭において、歯根面う蝕の予防、それからライフステージ及びカリエスリスクに基づいたフッ化物応用のエビデンスといったところを中心に話をさせていただきます。

1ページ。「20本以上の歯を有する者の割合」は、前回の報告にもあったとおりで8020達成者が半分を超えたということで、「健康日本21（第二次）」の目標値は

大体超えているすばらしい成果だと思います。

一方で、ナンバー2です。これも前回の報告にあったとおり、現在歯がふえてくるとう蝕もふえてくるということで、ここで言うと、実は赤でくくってあるのが45歳以降になります。35～44歳もほぼ変わらず前回から比べると若干増加しているということで、40代以降に関してう蝕の増加が明らかになっているということは、人口の割合にすれば決してう蝕は減っていない、むしろ増加しているというのが現状ではないかと私たちは考えています。

実際のう蝕なのですが、どういう方のう蝕かということを見ると、恐らく40歳以降、50歳以降と言ったほうがもっと正確かもしれませんが、実はこのころになると歯根面う蝕という、従来の歯冠部のう蝕のみならず、露出した歯根面にできるう蝕が原因でこれだけう蝕がふえているのではないかと想像です。ただ、これの予防も確実に必要になってくるだろうということで、歯根面う蝕の有病者率は一体どれくらいなのだろうということで、次のナンバー4を見ていただきたいと思います。

これは1966年に私自身が口腔衛生学会に報告させていただいた歯根面う蝕の有病者率です。これ以前の日本のデータでは歯冠部のう蝕も歯根面のう蝕も特に分けてはいませんでした。分けて実際に調べてみると、ここにあるように1990年代前半までで言うと、歯根面う蝕の有病者率は50代がピークで45%。それ以降、60歳、70歳、80歳と減少していた。その背景にあったのは、恐らく、この年代の喪失歯率が高いためと考えられます。

ところが、その次の5枚目を見ていただくとわかるかと思いますが、左が1996年、4枚目のものと同じデータ、それから2017年のグラフは昨年（2016年）の日本保存学会で報告されたある診療所のデータでございます。ただ、診療所といっても大規模な診療所で、2016～2017年にかけて20歳以上の同意の得られた成人全て約300名を対象にしております。特に50～70代にかけては、60～80名と対象者も多いのでかなり信頼できるかと思いますが。

それで見ると、Code2、Code1とあるのは「ICDAS」の歯根面う蝕のデータで、明らかなう窩のあるもの、ただし、深さは5ミリメートル以内というのがCode1、5ミリメートル以上のかなり深いう蝕病巣があるものをCode2としています。そういう意味では、code1と2を合わせたものが1996年のデータとほぼ同様な診断基準と考えてよいかと思いますが。

この人たちも言っていますが、90年代の50歳代までのう蝕がそのまま右のほうに移動してきている。60歳以降の減少が見られない、80歳の有病者率は70%ということで、ここがこれからのう蝕予防の根幹になる。21世紀のう蝕予防は歯根面う蝕だと、この人たちは言っております。

ただ、一つだけ違うのは、右のほうはある診療所のデータということなのですが、左は実は50代までは事業所・会社を含めた労働者のもので、60代以降は軽費老人ホームを対象にした調査結果なので、正確に言うと比較しにくいところもございます。ただ、歯根面う蝕の増加は明らかということは言えると思っております。

こういうデータを見てみると、歯根面う蝕の有無だけでも歯科疾患の実態調査といったような国家調査、または大規模な地域の調査のデータがこれからは必要と考えているところです。ぜひ、提案させていただきたいと思っております。

6枚目の図は、実は歯根面う蝕の予防にどのようなものが効果があるのか。最初は、水道水フッロリレーションと歯根面う蝕の年齢層別有病者率の比較ということで、

1980年Stamm&Bantingのアメリカのデータです。青い棒グラフはフロリデーションしていない地域。その地域と似たような社会経済的な地域として、フッ化物が人工的に添加されている地域が赤の棒グラフです。そうしますと、いずれの年齢層でも約20%の歯根面う蝕の減少が見られたという結果です。

なぜ、これを出したかと言うと、実は水道水フロリデーションの場合は、一度飲んで全身的に胃腸から吸収されたフッ化物が作用するのであって、エナメル質の形成期または硬組織の形成期には効果があるけれども、その形成期を過ぎた場合には効果がない。したがって、水道水フロリデーションを実施しても、小児には効果があるかもしれないけれども、成人は関係ないのだという考え方を80年代までしていました。でも、この結果を見ると、決してそうではなく、局所応用的な作用もフロリデーションにあるということが明確にわかってきたところです。

次の7番目のものは、フッ化物配合歯磨剤によって歯冠部と歯根面のう蝕の1年後の抑制率を比較したものです。1988年「JADA」のデータでございますが、プラセボ群、テスト群は400でほぼ同じ人数で、この対象者は成人期、20～50代までだったと思います。そうしますと、歯冠部のう蝕よりも歯根面う蝕の抑制率のほうが高い。歯冠部41%に対して67%ということで、フッ化物配合歯磨剤の歯根面う蝕に対する予防効果が歯冠部の予防効果より高いということで、新たな知見を得られたデータです。

次の8番、9番目に関しては、2000年前後まではフッ化物洗口に関しては、歯根面う蝕に有効な予防効果はないのではないかという論文が幾つかございましたので、実際に実験的にエナメル質と象牙質に対するフッ化物洗口剤を使ったフッ化物の取り込みの状況を調べたものです。

9枚目が市販されている濃度が250ppmのフッ化物洗口液で、実際にエナメル質、象牙質の表層ゼロから60マイクロメートルまでの深さの部分に取り込まれたフッ化物の濃度を調べたデータです。

そうしますと、エナメル質よりも実際には歯根面部の象牙質、Root surfaceと書いてあるところですが、これのほうが4倍程度、表層でのフッ化物の取り込みが高いということで、歯根面う蝕に対するフッ化物洗口剤の効果は否定できないとして出したものです。それ以降、フッ化物洗口による歯根面う蝕の予防効果は明らかになってきております。

そういうことで、一つ、成人期以降の歯根面う蝕の予防にフッ化物の応用効果は否定できないということで、もっと強力に、小児のみならず成人・高齢者にも進めるべきではないかというのが結論です。

10枚目は「効果的なう蝕予防方法は？」ということで、生活の場、それからライフステージ、リスク別といったところで、有効な効果的な予防方法を、特にフッ化物を中心に考えてみたいと思います。

なぜ、フッ化物を中心にするかと言うと、11枚目をごらんください。これは下に書いておりますけれども、Ernest Newburnの『Cariology』という教科書。Newburn自身はカリフォルニア州立大学のサンフランシスコ校の教授で、IADR（国際歯科学会）のプレジデントもやった人です。彼が書いた『Cariology』という、う蝕学の教科書でこういう記載がございます。

この表の一番左は、予防の場でHome、Dental office、それからCommunity。左の赤でくくったところが実際のそれぞれの場での予防方法を示しています。右の赤でくくったところはデータが示されている予防効果をあらわしたものです。この「現

場の過程での」というところを見ると、InsignificantからGoodまでございます。Insignificantというのは「明確ではない」と理解していいかと思います。

そうしますと、有効な予防効果は、フッ化物のDentrifriceですから歯磨剤、洗口剤、フッ化物ジェルということで、この3つに関しては有効ですが、そのほかに関しては、家庭での毎日の歯磨き、Oral hygiene自体も明確な予防効果は認められていないということが示されております。

今度は、歯科医院、デンタルオフィスではどうかということになると、一番上のOral hygieneで見ますと、Semi-annual or annual、先ほど幾つか話が出ていますが年に何回かの保健指導とか食後の歯磨き指導といったものをやることに関しては、Insignificant（明確ではない）ということで、毎週または隔週ぐらいでやるのであればExcellent（極めて高い）に予防できます。そういう意味で言うと、フッ化物の歯面塗布、それからSealant（う蝕予防填塞法）はGood（良好）です。あとは、最初の報告にもありましたが、職員とか実際の子供たちへの保健指導といったものも、明らかな有効性は認められていません。

それから今度、コミュニティ、学校、それから施設といった場では、Oral hygieneに関してはNone（無効）やInsignificant（明確でない）です。つまり、今、学校で昼の歯磨きをしても、歯肉炎とか歯周疾患は別ですと断っておきますが、う蝕予防効果に関しては、一般的には高いと思われると思いますが、実際は、明確にはなっていません。したがって、効果のあるものは水道水フロリデーション（Water-Fluoridation）、洗口（Mouth-Rinse）、サプリメント（Supplements）、あとは予防填塞法（Sealant）の4項目ぐらいが集団の場でやるのであれば有効です。保健指導も含めてだと思いますが、間食指導に関してはUnknown、わからない。そういうデータがないということが示されています。

こういうことを考えると、現状で、先ほど障害者の話も結構ありましたが、障害者の施設でどのような予防活動をしているかと見ますと、8割以上は歯磨き、それから歯磨き後の状態のチェックが中心で、フッ化物に関しては2%、6%といったところですから、こんなことでう蝕予防などできるわけがないというのが結論かと思えます。

次のページ。フッ化物を使ったアプローチの場合に、これももう皆さんは御存じのところかと思えますが、ハイリスクアプローチかポピュレーションアプローチかということになると、診療所ではやはりハイリスクアプローチというのがまだ主にならざるを得ないかと思えますが、公衆衛生とか地域保健の場ではポピュレーションアプローチで、先ほど話したように、誰でもできるような方法で、考えたり教育したりしなくとも誰でも同じような効果が得られるものを使うべきではないかと考えています。

14～15枚目のところをごらんください。これも教科書的なものですが、フッ化物によるう蝕予防方法は全身応用と局所応用の両方あります。ただ、残念ながら日本では全身応用に関しては全くございません。局所応用のみ。その辺も検討の価値がある、検討すべきではないかと考えています。

15枚目を見ると「世界におけるフッ化物応用の利用人口」で、一番多いのがフッ化物配合歯磨剤の応用です。日本もようやく2015年以降、マーケットシェアとして91%の歯磨剤にフッ化物が入れられるようになってきました。世界的に見れば遅いです。90年代半ばに先進国は90%を超えています。2番目が水道水フロリデーションなのですが、これは日本では皆無。日本で実施されているのは洗口と歯面塗布と

ということで、どちらかと言うとマイナスなところが多いというのが現状です。

16～17枚目をごらんください。16枚目は、フッ化物配合歯磨剤を世界で15億の人が使っているということで、日本口腔衛生学会としてこういう各年齢に応じたフッ化物イオン濃度、使用量を推奨してまいったところです。特に15歳以上の成人、歯根面う蝕も対象とした場合には、2017年によく上限1500ppmまで認められた高濃度フッ化物配合歯磨剤を勧めます。従来の1.5倍の濃度になったので、成人・高齢者に関してはこういう新たな基準に基づくものをどんどん推奨していくべきと思っています。

あとは、低年齢に関しては、従来、3歳または4歳でうがいができるようになってから歯磨剤をとということだったのですが、現在は歯の萌出直後からフッ化物配合歯磨剤を使いましょうということで、量を限定して推奨しているところです。

その結果なのですが、17枚目、12歳児のDMFT、青の折れ線グラフとフッ化物配合歯磨剤のマーケットシェアを見ますと、見事に反比例しております。今の低年齢のう蝕減少に関しては、フッ化物配合歯磨剤の応用効果が効いているのだろうと考えているところです。

18～19枚目は、フッ化物応用の介入疫学として千葉県鴨川市のフッ化物洗口事業を紹介したものです。現在は、保育園、幼稚園、小学校、中学校まで全て実施しています。始めたのは平成7年の保育園2校からです。毎年1学年ずつふやしていった結果なのですが、洗口の場合は、ここにあるように6年間というか、実際には保育園からなので8年間の成果として、18枚目の右のグラフで言うと、う蝕有病者率は半減しています。一人平均DMFT指数（一人平均のむし歯の数）で言うと4分の1になっております。なおかつ、国民健康保険が市町村の管轄なので、6歳から11歳までの4年間の医療費も調べました。そうしますと、歯科医療費が半減しております。そういうことで、低年齢の場合のフッ化物洗口の効果はこのようになりかなり明確にされてきております。先ほども秋野先生のほうから新潟県の実況とか報告がありましたけれども、まさにそのとおりだと思っております。

最終的にライフステージに応じたフッ化物応用によるう蝕予防プログラムをつくる必要があるということで、日本口腔衛生学会としてライフステージ別のフッ化物応用をプロフェッショナルケア、ホームケア、コミュニティケア、それぞれの場で一覧表をつくってみたのが20枚目の表でございます。

これとあわせて現在作成中なのが、カラーの別紙1枚の、机上配布資料1という歯磨剤、洗口剤の写真の載っているものになります。これも6カ月から高齢者まで、特に高齢者は要介護高齢者と障害者も含めたものをリスク別にこういう製剤をセルフケアとして使ってはどうかという提案を現在行っているところです。まだ、確定しているわけではございません。

同じように、今度はプロフェッショナルケア、歯科医院、それからコミュニティケアといったところも、こんな形で実際の製品を網羅したものをつくれば、誰でもこれを見て使えるのかなと考えています。

最終的には、フッ化物応用のガイドラインの作成。現在の洗口剤も、平成15年に厚生省がガイドラインを出したときは、まだ「医療用医薬品」でした。ただ、今は「一般用医薬品」として誰でも薬局に行けば手に入れられるという製剤に変わってきたので、それぞれの見直しが必要かと考えております。

最後になりますが、フッ化物の栄養としての考え方ということで、ここに日本人の食事摂取基準を出させていただきました。理由ですが、フッ化物の全身応用を意

図する場合は、フッ化物は栄養素としてむし歯の予防のための必須元素なのだと
いうところを明確にしておく必要があると考えたからです。それは、日本人の食事摂
取基準の基本的な考え方と言うと、健康の維持・増進に当てはまるわけです。欠乏
した場合はう蝕がふえるということです。

例えばアメリカの場合は24枚目、それから25枚目がイギリスの場合です。それぞ
れの年齢に応じたフッ化物というよりフッ素という元素の摂取量が、細かく月齢ま
た年齢によって決められています。日本においても厚生労働科学研究の中で同様の
作業を行い年齢に応じた摂取基準は提案されていますが、残念ながら日本では、国
の採用には至っていません。アメリカの摂取基準と比較すると、フッ素だけ抜けて
いるのが現状です。

最後の26枚目になりますが、日本口腔衛生学会としては、この下の文献に示した
ようなものを参考にして、う蝕の予防というよりも歯の健康の増進のために0.02～
0.050mg/kgを毎日摂取する必要があるということで提案させていただいてきたと
ころです。

最終的には、このような摂取基準を明確にした上で、水道水フッロリデーショ
ンの導入といったところが、意識せずに、最初のタイトルにある「みんなのできる健康
格差の是正」には最適だと思います。これは健常児、障害児にかかわらず、それか
ら低所得といった問題のある家庭の子であっても水道水は誰でも飲むわけであって、
非常に平等・公平な方法で、また、疾患の減少も明らかになっています。医療経済
的にも、ほかのフッ化物応用法に明らかにまさる効果が得られている。頑張らなく
とも無意識のうちに健康格差が解消できる方法は、これではないかと思ったところ
です。

障害者に関するコメントですが、障害者の場合も現在は歯磨剤、洗口剤なので
しょうけれども、ぜひ、施設における小規模なフッロリデーションなども視野に置く
べきではないかと私は考えております。

以上、御清聴ありがとうございました。

○三浦座長 詳細な御説明をいただき、どうもありがとうございました。

ここまで、事務局からは学齢期の12歳前後を含めたデータや障害者関係で現状把
握されているデータについての御説明をいただいたところでございます。また、秋
野構成員からは自治体での立場のう蝕対策について、健康格差縮小のための取り組
みを御紹介をいただき、高野構成員からは最新の抜歯の原因調査についての御報
告をいただきました。そして、眞木構成員からは成人、高齢期のう蝕に対しての
対策、特にフッ化物応用について重点的に御説明をいただいたところでございま
す。

これまで質疑を受け付けていなかったところでございますが、これらのそれぞれの
御説明について、御質問あるいはコメント等ありましたらお受けしたいと思いま
すが、構成員の皆様方におかれましてはいかがでしょうか。

○眞木構成員 高野先生のデータにある破折の増加で、この破折の原因はう蝕です
かね。

○高野構成員 何とも言えないと思いますけれども、実際問題として、回答からし
か判断できないため、断言はできないのです。ただ、私も開業医でございますので、
臨床の場で見ていると、その傾向はあるのかなと思います。

○三浦座長 はい。

○相田構成員 その点を補足させていただきますと、海外の論文では、う蝕が原因
で根管治療してポストを入れた歯が破折した場合に、う蝕の後発症として扱われて

集計されるのです。ですから、第1回の永久歯抜歯原因調査のときの海外論文で、海外と比較する絵で破折というカテゴリーがあると比較できないので、う蝕の後発症として扱わざるを得なかったのです。ですから、今後、もし海外に報告されるのであれば、そういう集計をされたほうがよいのかなとは思いました。

○三浦座長 そのほか、何か御質問、あるいはコメントがありましたらお受けしたいと思えますけれども、よろしいでしょうか。

○小坂構成員 香港の研究者の中では話題になっているようですが、ルートカリエスのシステムティックレビューが出ていて、日本では余り使われなくなったサホライドSDFがプライマリーのルートカリエスには一番の推奨みたいな話が出てきています。対策は様々なものがあつたほうがいいと思うので、一度検討されても良いと思えます。

○三浦座長 ありがとうございます。

ほかに何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、前回に続きまして、ライフステージを踏まえた上でのう蝕予防対策がどのようにあるべきかということにつきまして、継続したディスカッションを行っていきたいと思えます。

ただいま、さまざまな見地から情報提供をいただいたところです。その中で、3つのキーワードが挙げられるのではないかと思います。フッ化物洗口等のフッ化物応用を実際に自治体等でどのように行っていくのか。障害者（児）への対応をう蝕予防の見地からどのように進めていくのか。超高齢社会における古くて新しい問題としての根面う蝕について、どのように現状を捕捉し、どのような対応していくのか。この3つの要点が出てきたかと思えます。

それで、特に多くの方々が言及されたフッ化物洗口等を含めたフッ化物応用を自治体でどのように展開していくのか。具体的に地域住民の皆様方のう蝕の状況を改善するために、このワーキンググループはあるわけですから、このあたりは非常に重要な視点になってくるかと思えます。その点から、まず、皆様方から御意見をいただきたいと思えます。フッ化物洗口と自治体での取り組みに関して、調査のあり方について、そしてどのような対応をしていくのか。構成員のただいまのプレゼンテーションの中では、ガイドラインの見直し等も言及があつたところです。御意見がありましたら、挙手の上、御発言をお願いします。いかがでございましょう。

○相田構成員 私は宮城県庁でも保健福祉部参与を非常勤でさせていただいてまして、その上でちょっと壁を感じるのが、まず、秋野委員がお話をされていたような保健師や管理栄養士の方は県庁内にもたくさんいらっしゃるのですけれども、宮城県には歯科衛生士は非常勤の人が1人いるだけで、非常に少なく、人材育成指針がなくキャリアパスがないから雇えないというのが実情の様です。県民の口腔のために雇っていただきたいのですけれども、内部のキャリアパスの問題で雇えないということが何となく暗黙のうちにあるようなのです。

ここを解消しないと、ほとんどのところで保健師さんや栄養士の方が歯科の対応していただくのですけれども、そうするとフッ化物応用は、インターネットなどを見ますと、体に悪いのではないかとか、最近ですと小規模な研究で認知機能に悪いのではないかとか言

うページもあります。実際、そういった情報は学会や学術誌、海外の公衆衛生学会や、スウェーデンだと国の機関が検討して、健康上大丈夫だと言われていましてけれども、歯科職種ではない方には難しい話かもしれず、フッ化物応用に余り理解が

得られない現状があって、日常的に働く上で困ったなと思うことが多いのです。行政での人材育成の観点からも必要だと思います。

知識的な点でも一つの課題は、学校の対応を考えたときに、小・中学校の保健の教科書でフッ化物の記載がほとんどないことです。義務教育課程の保健の教科書の中でほとんど記載がなく、学校で行われている授業を仙台市で調査した結果でも、大多数の小学校から高校までの対応は歯磨き指導が大多数で、あとは食生活指導で、フッ化物に関する指導なり応用というのはほとんどありません。文部科学省の認定の教科書への記載が非常に限られていることが、恐らく原因なのですけれども、そこも改善すべきと思います。

専門職の知識的な点で言うと、水道水フッロリデーションは、眞木委員から日本ではやられていないということでしたけれども、過去にやられていたこととか、アメリカ軍基地でやられていたり、日本でも水道水のフッ化物濃度が少し高い地域でむし歯が少なかったりするので、天然的には一部そういう地域もあるわけですがけれども、そういったことも知識としてないから、応用方法の一つとして全く出てこないようなところがあるので、そういったところも課題と思いました。

○三浦座長 ディスカッションの口火を切っていただきまして、大変ありがとうございます。重要な視点が幾つか含まれているかと思います。

人材育成の問題というのは非常に大きいところと私も考えているところで、保健師のほうはキャリアラダーがかなり積み上がってきて、国のほうもそのような動きをしているところでございます。国立保健医療科学院は行政職の研修を行っている機関でございますけれども、本院で行っている研修に関しましても、保健師に関しましてはキャリアラダーを強く反映した研修を行っているところでございます。

このあたりを対応していかないといけないところではないかというところがございます。まずは、この案件についていかがでしょう。自治体の状況について、先ほど秋野構成員からもプレゼンテーションいただいたところですが、何か追加の御発言がありましたらよろしく申し上げます。

○秋野構成員 行政歯科医師はまだ介護や医療といった、様々なセクションを経験させてもらえるチャンスがあるのですが、歯科保健事業の主力はむしろ市町村の歯科衛生士ですが、歯科衛生士はほとんど母子保健に限定されている場合があります。本来、正職員の歯科衛生士なわけですから、正職員であれば、もう少し市町村や都道府県の中の歯科保健事業の企画立案を担うような経験が積めればいいのですが、残念ながら、現場業務だけになってしまう場合もある。

これからの時代を考えれば、正職員であれば、地域の歯科医師会や歯科衛生士会の皆さんとしっかり連携しながら、地域全体を変えるような取り組みを行っていかねばならないのですが、難しい現状がある。

さらに、その後ろ盾になるような、人材育成指針ないことが問題で、いろいろな部署を経験させなさい、あるいは中堅になったらこういう経験を、ベテランになればこういう経験をといったまさにキャリアラダー、行政の歯科衛生士はこういう経験をさせていくべきだという指針がない。指針がなければ、市町村の管理職、あるいは幹部職員も別に何の根拠もないのだからそういう配慮をしなければいけないかという、その理解が市町村の歯科衛生士さんだけの力ではなかなか突破することは難しいという現状があると思います。

今、議論されているフッ化物応用は極めて専門性が高い対策です。いろいろな反対意見の対応は、あらゆる保健事業の中でも極めて難易度が高い事業だと思います。

予防接種やワクチン、歯科以外のところで本当にいろいろなものが、科学的なエビデンスがあっても、成果が明瞭であっても進めることができないという事例はあまたあるわけです。むし歯予防の事業なのですけれども、まさにそういった高度な専門性を要するカテゴリーに属する取り組みであって、行政にいる歯科医師、歯科衛生士は十分な知識を持った上で、関係者をしっかり説得していく、調整をしていく役割がある。人材育成をしっかりとしていかないと、フッ化物応用を地域に普及していくというのはなかなか難しい。

ただ、しっかりとした知識を持ち、自信を持つことができれば、関係者を説得していくことはできるので、市町村の保健師さん、教育関係の方も、本当に安全性に問題がないという確信を持つことができ、子供たちのためになるという共通意識を持てば、導入できます。本当に子供たちを病気から守ることができるのなら一肌脱ぎましょうと言ってくれる市町村の方は非常に多いのです。少し脱線しますが、安全性に対する疑義へは非常に迅速に対応する必要があります。口腔衛生学会にしっかりバックアップ体制をつくっていただいて、インターネット等に医学的裏付けが不十分な情報が出たときには、速やかに医科学的に正しい見解を出していただくと自治体は大変ありがたいと思いますので、ぜひ、御支援のほうをよろしくお願いいたします。

○三浦座長 コメント、ありがとうございました。

自治体の事柄について、瀧口構成員からもぜひ御発言をいただけるとありがたいところでございます。よろしくお願いいたします。

○瀧口構成員 今もお話の中にもありましたとおり、人材育成という観点から言うと、宮崎県においても歯科医師1名が本庁にいます。そして、都道府県の歯科保健支援センターの設置のために歯科衛生士を雇い上げていまして、2人で中心的にやっている体制がございます。

先ほどもありましたとおり、各保健所にも歯科衛生士を配置、以前には配置があった時代もあったみたいなのですけれども、言われているとおりキャリアパスの問題が大きく、その後、採用が続かずにいなくなったということです。そこが一番大きいところだと認識をしております。

フッ化物応用に関しては、先ほど来、いろいろな御意見がありましたとおり、秋野先生からも根拠をしっかりと持ってやらなければいけないと。今、都道府県においては条例を制定しているところがほとんどだと思うのですけれども、そこが大きな根拠になりますし、あと、地域で進めていく上では、出先機関である保健所の存在というのは、技術的、専門的、広域的機関という位置づけでございますので、市町村をバックアップして教育委員会、歯科医師会等と連携して進めていく上ではキーとなる部署ではないかと思えます。

それから、フッ化物応用、障害者、根面う蝕、全ての課題をクリアするには、先ほど来、眞木先生からもありましたとおり、費用対効果、公平性等を考える上では、水道水のフッ化物濃度調整の導入が不可欠ではないかと私も思っています。

今回、水道法の改正がございました。コンセッション方式の導入が大きな目的だったと思うのですけれども、水道法の法律の理念の中に健康増進という観点がない。安全という部分、水道を供給することによる公衆衛生の向上というのはあるのですが、その中に健康増進という観点をもっと位置づけるべきではないかと思っています。

現在、水質基準では0.8ppm未満という基準がございますので、その未満であれば

いいわけですから、その範囲内で濃度調整は現行法上でも可能なわけです。それをやっていく上では、平成15年でしたか、フッ化物洗口ガイドラインが国から示されました。それによって、地域におけるフッ化物洗口を推進してきた経緯はあると思いますので、ぜひ、国のほうで水道水の濃度調整のガイドラインをつくっていただいて、都道府県、市町村にそういった姿勢を示すことが非常に重要ではないかと考えます。

以上です。

○三浦座長 コメントをいただきましてありがとうございます。

これまでの議論の中で、行政歯科衛生士の人材育成というところも多く発言があったところですが、武井構成員からコメントいただきたいと思えます。

○武井構成員 大変頭の痛い御指摘を頂きました。

今回のご指摘だけではなくて、行政歯科衛生士については、地域の評価や評価に基づく企画を提案できるような研修が必要であるとのことをご意見をいただいているところです。

先ほど、キャリアラダーのお話でしたが、近年は4年生大学を出ている歯科衛生士が臨床現場を経験して、研究的な視点をもって行政に入っていくことが望ましいと考えています。もう一つ重要なことは、行政に歯科衛生士がいない場合に、研修を受けていないまま特定の歯科衛生士を雇い上げて活用している場合があります。一方で、県によっては地域歯科保健活動を歯科衛生士会に依頼を頂き、歯科衛生士会が行政で役立つ研修を実施して、活動を斡旋しているところもあります。今後は、行政で働く歯科衛生士はしっかりと研修を受けて国民に役に立つ情報提供をして欲しいと思えます。今後、都道府県歯科衛生士会が行政と連携して研修システムを確立して行くことが必要だと思えます。

○三浦座長 ありがとうございます。

今後も引き続き御対応していただければ、大変ありがたいと思えます。

○小坂構成員 今回の議論の中で、

現場の歯科衛生士さん達に対して学会等がバックアップというのが非常に大事だということです。日本の場合、フッ素関係の余り整理されていない情報が出るのがあって、そのときに口腔衛生学会や関連学会が早目にコメントをするなどの体制をつくるというのは非常に大事と思っています。

ただ、現場では有力者がフッ化物洗口に関してかなり反対していた地域なのですが、きちんと説得して実施できたという方々もいますし、そういう意味では、学会、大学、あるいは行政のバックアップというのを密にすることによって、働きやすくなるということがあると思えます。

もう一点、フッ化物洗口を学校で応用するに当たって、文科省の方も来ていますので話をさせていただきますが、学校は医療の場ではないということを非常にはっきり言われてなかなか理解が得られません。麻しん予防接種の部会だったので、一番効率が良いのは学校でやることだよという話をしても、教育関係委員は学校は医療の場ではありませんと言って、了解してもらえませんでした。

学校で何か対策をやるということが、健康格差の観点から非常に大事だということがちょっと抜け落ちていて、アメリカの学校でのシーラントが、コミュニティでのシーラントより、より強固なエビデンスがあるというのは、学校に来さえすれば公平な保健事業が受けられる。歯科医を受診するように言っても、社会経済状況がよくない子供たちが行けなかつたりするわけです。そういう意味での学校の場合とい

うのを、もう一回健康格差からも大事な場所であるということをごかが打ち出していくべきではないでしょうか。

そういう意味では、歯科保健に関してはかなりエビデンスがあるということから、こういうワーキングの中でもその辺を打ち出していくというのも一つのあり方かなと。そうすると、フッ化物洗口なども学校で応用するときに、関係者の理解が進みやすいかなということもちょっと思っています。

○三浦座長 ありがとうございます。

ちょうど次に、学校での対応についても、皆さん方から御意見をいただこうと思っていたところでもございましたので、うまい形で橋渡しをしていただきました。学校での対応について、いかがでございましょうか。

柘植構成員から、何か御発言等ありましたらよろしくお願ひいたします。

○柘植構成員 まず、今の議論で、フッ化物に関して学校での教育の中に入っていないところなのですが、学校では全国一律で教育ができるようにということ、学習指導要領が定められていて、その中で決まったことをやるということになっているわけです。歯科保健に関しましては、今、小学校の5年生、6年生の保健の教科書には、むし歯のものと歯周病のことが載っております。それは、学習指導要領の中に口腔衛生に関することという一文があることで教科書がつくられて、そこで歯科のことを教えられます。

ところが、中学校、高等学校に関しましては、学習指導要領の中に口腔に関する文言がないということがあるのです。ただ、中学校においては、学習指導要領の解説の中に生活習慣病の一つとして歯周病ということが今回取り上げられたので、今まで高等学校でやっていた歯周病に関するものが中学校に現在おりにてきた。これが平成30年から始まった新しい学習指導要領の中で行われているということで、フッ化物に関する記述は、今のところ全くないものですから、教科書をつくる会社の裁量で、例えばそれが教科書の中に入ったとしても、教科書検定の場ではねられる可能性もあるということで、それを教育の中に入れることはなかなか難しいわけです。

ただ、健康教育に関しましては、歯の健康、口の健康は非常に重要だと認識されてきていますので、その面で歯科が活用できることはあると思います。フッ化物については以前から指摘されていますが、教科書に載っていないのは、そういう理由があって、現在、載っていないということです。

○三浦座長 ありがとうございます。

教育の中でどうしても制約があってということをご大変詳しく情報提供いただきました。

本日、オブザーバーとして文科省からも御参加していただいているところですが、何か補足意見とかございますでしょうか。

○文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課西尾保健指導係長 初めまして、文部科学省の西尾と申します。

今、柘植先生がおっしゃったとおりの内容で、教科書に載るのは難しいのですけれども、文部科学省としても教科書以外にもいろいろな周知の方法はあると思っています。保健指導もその一環として考えておりました、文部科学省でも歯と口の指導資料なるものをつくっております、現在、改訂作業中であります。そういった指導参考資料等も周知をしながら、歯の取り組みは学校においては毎日のことで、フッ化物洗口もそうなのですけれども、子供として生活習慣が小さいうちからというのは大事なことなので、また、やりやすく効果も出やすいところはあるので、学

校ではかなり取り組みとしては進んでいると思いますが、一層さらに取り組みを進めるように周知をしていきたいと思っています。

○三浦座長 ありがとうございます。

今、学校への対応について情報提供をいただいたところです。

○柘植構成員 今、西尾先生が言われた歯・口に関する指導書なのですが、現在、改訂作業中でして、それができるのが2020年3月という予定になっております。ですから、改訂作業は進めておまして、その中にフッ化物のことは入っておりますので、もう少しフッ化物の部分を広げるということは可能かと思っております。

○三浦座長 ありがとうございます。

取り組みは前進しているという状況だと思います。

○瀧口構成員 学校におけるフッ化物について、たしか昭和60年だと思っておりますけれども、学校で歯の予防、むし歯の予防をすることについて政府答弁書が出ていて、学校保健安全法における予防処置として学校現場でやることは何ら問題がないという趣旨で回答されていたと思うのです。医療ではなく予防という観点でやるということなので、法的裏づけもありながらやれるということ、私も学校とかで進める上では必ず説明の中では言っている状況があります。

これは間違いのないのですよね。

○相田構成員 保健管理。

○瀧口構成員 保健管理ですかね。

○三浦座長 そのあたりについてはいかがでしょうか。

○柘植構成員 御指摘のように、学校保健安全法は保健管理について定めた法律なのですが、教育が重要だということで、管理なのだけでも教育と両輪でやるということが学校保健安全法の中にも文章として出てきているわけです。

平成15年に厚労省がつくりましたフッ化物洗口ガイドラインは、文部科学省を通して全学校に配布されております。ですから、学校のほうがうまく取り組もうとすれば、できる状況にあるのだけでも、なかなかそれが進んでいないのが現状であります。

○三浦座長 追加の情報提供、ありがとうございます。

○秋野構成員 子供の場合、自分の健康を自分の力だけで守ることができないことを考慮する必要があります。理想は、教育によって自分で自分の健康を守る自律的健康管理ができることですが、特に小学生の時期は、他律的に補わなければならない部分があるはずで、子供たちを病気から守る上で、もちろん家庭の役割は大きいのですが、家庭の力に頼れない御家庭のお子さんへの対策となると、ポピュレーションアプローチしか恐らく方法がないのが現状だと思います。

○三浦座長 柘植構成員、ご発言をお願いします。

○柘植構成員 学校現場で携わっていると、学校の先生方は歯科の知識が本当に少ないのです。どうやって学校の先生方にわかってもらうか。フッ化物を進める上で一番重要なことは、学校の先生方がフッ化物のことについてよく知っていただくことが重要であるので、できるだけ学校の教員向けに研修会をやったり、いろいろしているのですが、現状は先生が言われるとおりで申しわけないと思っております。

○三浦座長 ありがとうございます。

では、高野構成員、ご発言をお願いします。

○高野構成員 フッ化物洗口にかかわることなのですが、フッ化物洗口自体の効果ももちろん十分あるのですけれども、住民に対する周知のために説明会を何回もするとか、あと、学校の校長先生を含めて養護の先生に対する説明をするということが大きな影響が出ているのではないかと考えます。

その中で、住民に対する説明は、割とすんなりいくのですけれども、養護の先生とかに説明して実施を依頼するときになりますと、洗口を昼の時間にやることになるのですが、その時間が地域によって少ないとか、場所がとれないとか、濃度管理が難しいという話になります。時間がとれないということは、本当に切実な問題であり、都市部と郊外でまた違うということがあるのですけれども、濃度について課題であるのであれば、容器に目印として色を付けたマークが底にあれば、濃い濃度であればマークが確認できませんので、簡単に濃度の確認ができます。そのような工夫をすることを加えた現場管理で、より安全にできるということを示すとか、何かそういう環境というか、提供する体制を変えることによってもつながるかと思えます。

一番は、養護教諭の反対で多いのは、仕事がふえるとか、お昼の時間は少ないのにどうするのだとか、しない人を確実に区分けできるかどうか保証できるのかと言われることであつたと思えます。

○三浦座長 ありがとうございます。

先ほどのプレゼンテーションの中にも一部共通するところがあつたかと思えますけれども、対応策の標準化というものがあつたとさらに広がりやすい。あとは、正しい知識を発信していくためのベースとなる人材育成だとか、発信方法の標準化とか、そういったところがまさしく問われているのではないかと強く感じた次第です。ありがとうございます。

ほかの案件についてもぜひ先生方の御意見をいただきたいので、今、討議しているところは一旦終了させていただきまして、次に障害者（児）への対応について、ぜひ御意見をいただきたいと思えます。

基本的事項の中で、障害者（児）に対する歯科保健サービスの推進というのは強くアピールされており、大きなウエートを占めているところです。健康格差の縮小の観点から考えても、まさしく障害者（児）に対する歯科保健サービスの提供状況の改善というのは、健康格差の縮小にダイレクトにつながってくるものであろうと考えています。このあたりは、秋野構成員からのプレゼンテーションでも具体的な提言があつたところですけれども、さらにほかの構成員の皆様方からも幅広い意見を伺いたいと考えております。

障害者（児）で、特に秋野構成員のプレゼンテーションの中で私が強く感じたのは、私自身もそう思っているのですけれども、障害児に対しては、もちろん地域格差もありますが、比較的手厚く対応をなされているところが多いかと思えます。一方、障害者に対してのアプローチというのはどこも厳しいのではないかと考えています。このあたりについて、どういった対応策が必要なのか。グッドプラクティスの収集もなかなかうまくいってないところもありますけれども、今後の具体的な対応策について、ぜひ御意見をいただけたらありがたいところです。いかがでございましょうか。

秋野構成員、追加で口火を切っただけであれば有難いのですが、いかがでしょうか。

○秋野構成員 知的障害のある方は、先ほどデータでお示ししたとおり、非常に高齢化しているものですから、根面カリエスもちろんありますし、今日のテーマではないですが、ペリオの重症化もあります。高齢化しておりますので、摂食・嚥下の問題も実は出てきております。

介護保険施設で求められるような口腔ケアと同じような取り組みが必要となりつつありますが、一部の高齢化している障害者施設ではそういう取り組みがほとんどなされていない。保護者の方も、小さいうちは車に乗せて歯医者さんに連れていくことができる。しかし、成人ですから大人と同じ体重がある一方で、親は体力が落ちて高齢者となった中で、口腔衛生管理を歯医者さんに時々連れて行って保護者の責任でやってくださいというの、限界が来ている状況があると思います。

まだ、実態調査も不十分で、大学の一部地域の調査がみられる程度かと思えます。一部の結果ではありますが、カリエスやペリオが成人に非常に悪化しているというデータが多いという印象はあります。

障害者施設の口腔衛生管理については、報酬で手当とする手段もあるでしょうし、まずは自治体ベースの事業でしっかりと障害者団体、障害者施設の方と連携をして、地域の施設の口腔衛生管理の取り組みの現状を把握し、地域の歯科医師会と一緒に取り組みを一つ一つの施設でやっていかなければならない状況ではないのかと思います。

もう一つは、今、説明はしませんでしたけれども、医療的ケア児の話もございません。障害のある在宅の医療的ケア児に対するう蝕の管理もしっかりやっていかなければいけないのですが、在宅の障害児に対しての訪問歯科診療が可能な歯科医師もほとんどいません。全くニーズに追いついていない状況がございますので、障害のある方の地域包括ケアの仕組みづくりをこれから考えていかなければならない状況かと認識しております。

○三浦座長 ありがとうございます。

障害者（児）のところというのは、データの捕捉から非常に苦しいところがございます。基本的事項を策定するときにも、よい全国データがなかったので、調査をするところから始めたというところがあります。今、御説明があったとおり、そのあたりは時代の流れに応じて歯科保健業務のあり方というの、変わってきているので、歯科保健業務指針等で障害者（児）に対するデータの管理とか、そういったものも行政の歯科職の業務の枠組みの中に入れていただくと、系統的にずっとデータがとれるのではないかと、お話を伺っていると、かなり地域でいい取り組みもされていますので、そのあたりも集約することによって、今後の対応の標準化にもつながるのではないかと強く感じたところです。

○小坂構成員 今の補足で、某県では県庁のほうで障害者施設に全部健診が入っているのですけれども、そこでは障害者歯科の面倒を見る歯科医療機関が登録されていて、連絡票を見たら共通の連絡票をつくってどうやって紹介するかみたいなことをかなり効率的にやっている取り組みもあります。

私のいる宮城県では、400床ぐらいの大きな施設を、地域移行ということがどんどん進んでいます。これは精神の方もそうですし、これまではように施設に行けばいいというところから、アクセスが難しくなっている部分もあります。

いろいろなところで始まっている地域でのごちゃまぜによるいろいろな就労支援を含めた対応の中に、歯科の専門職が出っ張っていくしかないのだろう。そういう形で従来とは違う、取り組みに対する支援体制というの、必要なのかなと思ってい

ます。

○三浦座長 どうもありがとうございます。

アウトリーチの必要性ということ、今、御指摘していただいて大変ありがたいと思っております。

ちょっと時間が押してきたのですが、最後、根面う蝕について、これは眞木構成員のプレゼンテーションの中にもありましたけれども、データの定期的な捕捉が大変重要ということと、小坂構成員から御指摘があった、最近の研究・知見等を踏まえて再評価が出されているサホライドの活用等もあわせて、どういう対応をしていくのか、こちらもやや標準化にかかわる案件になろうかと思えます。このあたりは学会の意向というのも非常に大きくかかわってくるところでございますけれども、口腔衛生学会としてはどのように考えていらっしゃるのか。

非常に難しい質問ですが、よろしく願いをいたします。

○眞木構成員 学会の理事長ではないので、学会としてというよりも、フッ化物応用委員会としての見解にさせていただきます。

歯根面う蝕に関して、予防は可能だと思っています。ただ、その予防の方法と、どれくらいのニーズがあるのか。要するに、有病者率すらなかなかわかっていないので、三浦先生がおっしゃったように、ある程度の規模のところで実態把握をきちんとしてほしい。まず、それをお願いしたいと思えます。できれば、歯科疾患実態調査ないしは都道府県、地方自治体規模のところで、ぜひお願いしたいと思っています。

実際の予防方法に関してなのですが、小坂先生のほうからサホライドと出ていましたけれども、あくまでも初期う蝕の場合にはサホライドは効果があると思っています。ただ、健全なところを健全なままに健康の保持・増進となると、フッ化物による洗口、歯磨剤、そのほかパーニッシュといったような、成人・高齢者の場合は濃度の高いものを、もう少し製品の開発にも力を入れていかないと考えているところです。

あとは、歯根面う蝕という言葉自体を一般の人はほとんど知りません。むし歯はむし歯で、区別はしていません。その辺の広報活動、「こういうむし歯が」というのも重要なこと。成人・高齢者になったら別の形のむし歯が出てきますというところも重要ではないのかなと考えております。

○三浦座長 ありがとうございます。

高野構成員、よろしく願いいたします。

○高野構成員 NDBなど活用されてくると思うので、レセプト上で根面う蝕と普通のカリエスというのは区別がつかいせんから、将来、NDBを活用していくのであるならば、何かレセプトにおいて区分けして精算がとれるようなコード化を考えてもいいのかなと思えます。

○三浦座長 貴重な御指摘ありがとうございます。

NDBの活用等、大変重要な視点です。

柘植構成員、お願いいたします。

○柘植構成員 きょう、机上配布資料2として「データヘルス時代の母子保健情報の利活用に関する検討会」の資料を出させていただいたのですが、そもそも生まれてからずっと生涯にわたってデータが一元化されていないというのがすごく問題があります。例えば、母子手帳の中でも、前回の母子手帳の改訂のときに、1歳半と3歳児でさえも基準がちょっと違うわけです。それから、母子手帳の中にフッ化物応用ということ、この前のときに入れようとしたのですが、ちょっと

かなわなかったという部分もありまして、フッ化物のことが母子手帳にも記載されていない。その後、今度は母子のデータと学校保健のデータが一元化できていない。そして、学校を卒業してから、特に障害者の場合は学校を卒業してから全くどのようになっていくかわからない、管理がうまくなされないということがありますので、これは歯科に限ったことではないのですけれども、できるだけ同じ基準で健診をやって、データを一元化していくという方向を考えていかなければいけないのではないかと思います。

○三浦座長 貴重な御指摘ありがとうございます。

まさしくそのとおりだと思います。データを一元化して経年的な評価をしていくという方向性は、時代の流れとも合致しているというところかだと思います。先ほど、高野構成員から御発言いただいた、NDBの活用も視野に入れたアプローチを考えるべきというところとつながるところであったと思います。

そろそろ時間が終了時刻に近づいてまいりました。まだ、ディスカッションを続けたいところでございますけれども、そろそろ締めめの段階に入るタイミングとなっております。

皆様、今回も多岐にわたる御意見をいただきましてありがとうございます。前回と今回で多数の有益な御意見をいただきました。これまでの議論の整理をさせていただき、さらに今後、既にできてしまっているう蝕に対してどのようなアプローチをしていくのか、そして、本日も少し話題にさせていただきましたけれども、障害者等に対する歯科保健医療のあり方等をどのように展開していくのか。そのような事柄について、さらに関連学会での取り組みについても伺う機会をつくればと考えております。事務局とも、適宜、相談をさせていただきながら、スケジュール等についてもそのような事柄について検討させていただきたいと思っております。このような方向性でよろしいでしょうか。

(構成員首肯)

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、このあたりで本日の議論を終了させていただきます。御議論いただきまして、まことにありがとうございます。

最後に、事務局から何かございますでしょうか。

○田口歯科保健課長 事務局から1点だけ。先ほど、瀧口構成員のほうから御質問がありましたフッ化物洗口の学校での位置づけということがございましたけれども、昭和60年の質問主意書だったと思いますけれども、これは学校における保健管理の一環としてという形になってございますので、そこだけ追加させていただきます。

眞木構成員のほうから、歯根面のう蝕の実態が把握できないので、歯科疾患実態調査等での抽出に努める必要があるのではないかという話もございましたし、秋野構成員のほうからもフッ化物の各都道府県での取り組みをいろいろ御紹介いただきましたけれども、国としても自治体の取り組み自体がまだ十分把握できてない部分もございますので、そういったところをどういった形で把握できるかということも検討させていただければと思っております。あわせて、さまざまなガイドラインとか、あるいは指針の見直し等の御提言もいただきましたので、そういったところも事務局のほうで少し真摯に受けとめさせていただいて、検討させていただければと思っております。

以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。

次回の日程等についての御案内は、また、日程調整をして追って事務局から御連絡致します。

それでは、本日はこれで閉会といたします。どうもありがとうございました。